

KVBFORUM

07 | 26
08

ROTSTIFT IM GESUNDHEITSWESEN

Bundesregierung schockt Praxen mit Spargesetz



14 | **RECHT INTERESSANT:** Privatliquidation bei GKV-Patienten

16 | **PRAXISNETZE:** AdaptNet – Klima-Toolbox für Praxen

24 | **KVB INTERN:** Weniger Bürokratie, mehr Zeit für Patienten



3 **EDITORIAL**

KURZMELDUNGEN

- 4 15. Bayerischer Selbsthilfekongress
- 4 Bayerischer Präventionstag 2026
- 4 Vertreterversammlungen 2026
- 4 Zahl des Monats
- 5 KV-Ident Plus: Softtoken-Aktivierungsweg mit Online-Ausweis
- 5 Mit der Praxiskennung den Arbeitsalltag erleichtern

TITELTHEMA

- 6 „Schritt in die Zwei-Klassen-Medizin“
Struktureller Umbau der medizinischen Versorgung mit gedeckelten Leistungen
- 8 Gute Ansätze, kritische Eingriffe
Neues Digitalisierungsgesetz macht ePA zum Dreh- und Angelpunkt der Versorgung

- 9 Notfallreform – endlich gelungen?
Berliner Politik hält negative Überraschungen für KVen und Praxen bereit
- 10 „Zu viele Reformen, zu wenig Realitätssinn“
KVB-Vorstand warnt vor voreiliger Politik, die Praxen überlastet und Versorgung langfristig gefährdet
- 13 KBV-Kampagne gegen Spargesetz
Bundesweite Initiative fordert, Praxen nicht kaputtzusparen

RECHT INTERESSANT

- 14 Privatliquidation bei GKV-Patienten
Wichtiges im Umgang mit Selbstzahlerleistungen im sensiblen Patientenverhältnis

PRAXISNETZE

- 16 AdaptNet: Klima-Toolbox für Praxen
Leicht umsetzbare Werkzeuge bereiten Praxisteams auf klimabedingte Gesundheitsrisiken vor

VERSORGUNG FÖRDERN

- 18 Förderprogramme zeigen Wirkung
KVB setzt auch in Zukunft auf erfolgreiche Förderinstrumente
- 20 Landkreis Kronach: neue Perspektiven jenseits der Zentren
Für Niederlassungswillige zählt immer das attraktive Gesamtpaket
- 22 Neue Förderung für unterversorgte Facharztgruppen
Praxen können ab sofort monatlich 5.800 Euro für Weiterbildung erhalten

KVB INTERN

- 24 Weniger Bürokratie, mehr Zeit für Patienten
Was die KVB tut, um Praxen zu entlasten

- 26 KVB Praxenwissen: neues eLearning-Angebot
Kompakte Video-Tutorials erweitern digitales Info- und Beratungsangebot der KVB

27 KVB KONTAKTDATEN

28 IMPRESSUM



Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Bundesregierung plant einen Generalangriff auf das Gesundheitswesen – insbesondere auf die ambulante Versorgung: Was unter dem Druck internationaler Krisen und einer strukturellen Schwäche der deutschen Wirtschaft als „unumgängliche Reform“ inklusive einer „notwendigen Kostendämpfung“ verkauft wird, wird eine folgenschwere Fehlsteuerung auslösen. Die Pläne sanktionieren ausgerechnet die Praxisteams, die mehr Menschen versorgen. Gleichzeitig sollen extrabudgetäre Leistungen gedeckelt oder eingeschränkt werden – also genau die Bereiche, die für eine moderne, effiziente Medizin stehen.

Dabei wird ein grundlegendes Problem sichtbar, das weit über dieses Gesetz hinausgeht: Die Politik hat Strukturreformen, insbesondere im Krankenhausbereich, über Jahre verschleppt und den Versicherten ein nahezu uneingeschränktes Leistungsversprechen vermittelt. Die Rechnung soll überproportional die ambulante Versorgung begleichen, obwohl sie mit 16 Prozent der Gesundheitsausgaben 97 Prozent der Behandlungsfälle stemmt.

Die Folgen sind absehbar. Praxen kommen an wirtschaftliche Grenzen, Investitionen bleiben aus, Versorgungsangebote werden eingeschränkt. Gerade in ländlichen Regionen droht ein schleichender Rückzug. Gleichzeitig konterkariert die Politik ihre eigenen Ziele: Mehr Ambulantisierung fordern, aber die Leistungen, die sie ermöglichen, begrenzen. Weitere Vorhaben – etwa in der Notfallversorgung oder bei der Digitalisierung – verschärfen die Lage, vor allem wenn zusätzliche Aufgaben ohne gesicherte Finanzierung entstehen. Wer Versorgung sichern will, das erörtert das Titelthema dieser Ausgabe, muss die strukturellen Herausforderungen im Gesundheitswesen angehen – und darf die ambulante Medizin nicht weiter zur finanzpolitischen Manövriermasse machen. Andernfalls wird aus kurzfristiger Sparpolitik ein langfristiger Schaden für die ambulante Versorgung.

Ihr KVB-Vorstand

Dr. med. Pfeiffer
Vorsitzender des Vorstands

Dr. med. Heinz
1. Stellv. Vorsitzender des Vorstands

Dr. med. Ritter-Rupp
2. Stellv. Vorsitzende des Vorstands

15. BAYERISCHER SELBSTHILFEKONGRESS



Am Freitag, den **10. Juli 2026**, findet von **9.30 bis 16.30 Uhr** der **15. Bayerische Selbsthilfekongress** im Amberger Congress Centrum statt. Das diesjährige Motto lautet „Gemeinschaftliche Selbsthilfe – Begegnungen auf Augenhöhe“.

Die Teilnehmenden erwartet ein vielfältiges Programm mit Vorträgen von **Prof. Dr. med. Jalid Sehoul (Charité Berlin)** und **Dr. med. Claudia Croos Müller, Neurologin, Nervenärztin, Psychotherapeutin und Fachbuchautorin aus Rosenheim**. Ein Gesundheitsforum vertieft das Thema „Sprechen und Zuhören auf Augenhöhe“. Zusätzlich stehen sieben Workshops zu fachlichen und praxisorientierten Themen zur Auswahl.

Erstmals können die Pausen genutzt werden, um sich direkt vor Ort über Fördermöglichkeiten der Selbsthilfe zu informieren. Die GKV Fördergemeinschaft Selbsthilfe, die AOK Bayern und der BKK Landesverband Bayern beraten zu Pauschal- und Projektförderungen.



Weitere Informationen, auch zur Anmeldung unter <https://seko-bayern.de/veranstaltungen/selbsthilfekongress-2026/>

Redaktion

BAYERISCHER PRÄVENTIONSTAG 2026

Die bayerische Gesundheitsministerin Judith Gerlach ruft im Rahmen des **Masterplans Prävention**, den das StMGP 2024 beschlossen und 2025 vorgestellt hat, auch die bayerischen Praxen auf, sich aktiv zu beteiligen. „Setzen Sie am **12. Oktober 2026** ein Zeichen für Prävention und Gesundheitsförderung: Beim landesweiten Bayerischen Präventionstag können Sie Ihre Präventionsangebote gemeinsam mit vielen Partnern sichtbar machen und Bürgerinnen und Bürger für einen gesunden Lebensstil begeistern.“



Die Mitglieder der KVB seien herzlich eingeladen, sich mit Angeboten aller Art am bayernweiten Präventionstag zu beteiligen. „Tragen Sie Ihre Angebote in unseren Veranstaltungskalender ein und lassen Sie uns gemeinsam zeigen, wie vielfältig Prävention sein kann“, so der Appell der Ministerin. Ob Mitmach-Aktion, Vortrag oder Workshop – jeder Beitrag zähle.



Für Informationen rund um den Präventionstag bitte QR-Code scannen.

Redaktion

VERTRETERVERSAMMLUNGEN 2026



Die letzte Vertreterversammlung (VV) der KVB in 2026 findet an folgendem Termin in der Eisenheimerstr. 39, 80687 München statt.

- Freitag, 20. November 2026

Informationen rund um die geplanten Vertreterversammlungen und deren Ablauf finden Sie unter www.kvb.de.

Zahl des Monats

426

Millionen Euro wurden den bayerischen Vertragsärzten und -psychotherapeuten im Jahr 2025 im Rahmen der Versorgung von gesetzlich versicherten Patienten für erbrachte Leistungen **nicht** vergütet.

(Quelle: KVB)

KV-IDENT PLUS: SOFTTOKEN-AKTIVIERUNGSWEG MIT ONLINE-AUSWEIS



Ab **Herbst 2026** bietet die KVB zusätzlich einen **papierlosen Aktivierungsweg über den Online-Ausweis** an. Mit Personalausweis, eID-Karte oder EU-Aufenthaltstitel sowie der AusweisApp kann der Softtoken dann sofort aktiviert werden. Damit nutzt die KVB erstmals ein staatlich anerkanntes digitales Identifikationsverfahren.

Weitere Informationen stehen ab **Oktober 2026** unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/it-online-services-ti/zugangswege in der Kategorie „Variante Softtoken“ bereit.

KV-Ident Plus ist ein starkes 2-Faktor-Authentisierungsverfahren für das Mitgliederportal „Meine KVB“. Neben dem Hardtoken steht seit Oktober 2023 auch ein Softtoken zur Verfügung.

Die Softtoken-Aktivierung ist aktuell über zwei Wege möglich:

1. **Direkte Aktivierung** mit vorhandenem Hardtoken
2. **Aktivierung** per postalischem Code

Interessenten für Pilotphase gesucht

Wenn wir Ihr Interesse geweckt haben und Sie bei der Erprobung der neuen Softtoken-Aktivierungsvariante mit dem Online-Ausweis im Herbst 2026 teilnehmen möchten, freuen wir uns bis 24. Juli 2026 über eine E-Mail mit dem Betreff „Pilotphase Online-Ausweis“ an das Postfach KV-Ident@kvb.de.

Kathrin Walenda (KVB)

MIT DER PRAXISKENNUNG DEN ARBEITSALLTAG ERLEICHTERN

Nutzen Sie schon die Praxiskennung? Mit der zentralen Login-Möglichkeit für Praxismitarbeitende lassen sich Verwaltungstätigkeiten und andere Aufgaben einfach an Praxispersonal oder Vertretungsberechtigte delegieren. Abwesenheiten melden, Abrechnungen einreichen oder die Frist der Quartalsabrechnung verlängern: Mit der Praxiskennung können Sie bei zahlreichen Online-Services unterstützt werden.

Pro Praxis können maximal zwei Praxiskennungen aktiviert werden:

1. Die **Praxiskennung Praxispersonal** ist der Zugang für Ihre Mitarbeitenden mit eingeschränktem Zugriff auf Services und nur aus dem Sicheren Netz der KVen (SNK) erreichbar.
2. Die **Praxiskennung Vertretungsberechtigung** eignet sich für Berufsausübungsgemeinschaften

(BAG), Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sowie Institute. Die/der Praxis-Vertretungsberechtigte kann mehr Online-Services nutzen als das Praxispersonal.

Welche konkreten Services für die jeweilige Praxiskennung freigeschaltet sind, sehen Sie bei der Beantragung und jederzeit in Meine KVB.

Die Praxiskennung können Sie schnell und unkompliziert als zugelassener Vertragsarzt/-psychotherapeut sowie ärztlicher MVZ-Leiter über das Mitgliederportal Meine KVB aktivieren (Meine KVB/Praxisorganisation/Praxiszugang verwalten). Die Zugangsdaten erhalten Sie im Anschluss sofort im Nachrichtencenter.

Anni Reeh (KVB)

„Schritt in die Zwei-Klassen-Medizin“

Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz ist in aller Munde. Spargesetze gab es die letzten Jahrzehnte zwar immer wieder, dieses Mal geht es aber nicht allein ums Sparen: Sollte der Gesetzentwurf so verabschiedet werden, droht ein struktureller Umbau der Versorgung, denn in einem dann vollends gedeckelten System müssten Leistungen zwangsläufig reduziert werden.

Die gesetzlichen Krankenkassen stehen unter enormem finanziellem Druck. Bereits ab dem Jahr 2027 rutschen wir beim Defizit in den zweistelligen Milliardenbereich. Der Handlungsdruck liegt auf der Hand: Tiefgreifende Maßnahmen und Strukturereformen zur Stabilisierung des Systems sind überfällig“, erklärte Bundesgesundheitsministerin Nina Warzen im September 2025 auf einer Pressekonferenz, bei der sie die Mitglieder der Finanzkommission Gesundheit vorstellte. Die Mission der Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler: Maßnahmen für eine dauerhafte Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erarbeiten. Woraus etwas mehr als ein halbes Jahr später dann das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz entstehen sollte.

Spargesetze seit fast 50 Jahren

Es ist nichts Neues, dass die gesetzliche Krankenversicherung unter Druck steht und stabilisiert werden muss. Bereits in den 1970er-Jahren reagierte die Politik mit ersten Spargesetzen – etwa dem

Kostendämpfungsgesetz von 1977 – auf ein strukturelles Problem: Die Ausgaben stiegen kontinuierlich schneller als die Einnahmen. Dieses Ungleichgewicht, das bis heute besteht, zwang den Gesetzgeber immer wieder zu Eingriffen, um die Beitragssätze stabil zu halten.

In den 1980er- und 1990er-Jahren wurden diese Eingriffe systematischer und vor allem – die ambulante Versorgung betreffend – tiefgreifender. Mit dem Gesundheitsreformgesetz von 1989 und insbesondere im Kontext des Lohnsteiner Kompromisses sowie des Gesundheitsstrukturgesetzes von 1993 etablierte sich ein zentrales Steuerungsprinzip: die Budgetierung. Die wohl letzte große Reform dieser Logik erfolgte in den 2000er-Jahren mit dem GKV-Modernisierungsgesetz, das 2004 in Kraft trat.

Entbudgetierung nur von kurzer Dauer

Wenig überraschend führten Budgetierung, Bürokratie und ökonomischer Druck auf die Praxen letztlich zu negativen Auswirkungen auf die ambulante Versorgung. Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) im Jahr 2019 wurde die strikte Budgetlogik aufgebrochen: durch extrabudgetäre Vergütung für neue Patienten, die Förderung offener Sprechstunden, eine bessere Honorierung kurzfristiger Termine, den Ausbau der Terminservicestellen sowie Anreize für eine verbesserte Erreichbarkeit der Praxen. Zuvor wurden mit der Extrabudgetierung der Richtlinienpsychotherapie im Jahr 2013 auch

die Interessen der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten berücksichtigt. Die Herauslösung aus dem gemeinsamen fachärztlichen Honorarpotenzial reduzierte die direkte Honorarkonkurrenz und entschärfte langjährige Verteilungskonflikte. Diese vorsichtige Öffnung setzte sich auch unter dem damaligen Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach fort. So wurden Hausärzte sowie Kinder- und Jugendärzte weitgehend entbudgetiert.

Es schien, als habe die Politik erkannt, dass Leistungsbegrenzungen im ambulanten Bereich unmittelbare Auswirkungen auf die Patientenversorgung haben können. Doch diese Einsicht war nur von kurzer Dauer. Mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz von 2022 wurde die zuvor eingeführte Neupatientenregelung wieder abgeschafft – ohne dass ihre Effekte umfassend evidenzbasiert ausgewertet worden wären. Erneut rückte die Kostendämpfung in den Vordergrund.

Leitprinzip: einnahmeorientierte Ausgabenpolitik

Dass ein weiteres Spargesetz kommen musste, war bei einem GKV-Defizit von rund 15 Milliarden Euro im kommenden Jahr und einem für 2030 prognostizierten Defizit von 40 Milliarden Euro absehbar. Das aus 66 Vorschlägen der Finanzkommission Gesundheit entstandene Spargesetz fokussiert, dem Leitprinzip einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik folgend, vor allem die Leistungserbringer, darunter Krankenhäuser, Pharma-

industrie und den ambulanten Sektor. Bis zu 75 Prozent aller Einsparungen sollen über diese Bereiche erfolgen.

Insbesondere im ambulanten Bereich sollen zahlreiche Maßnahmen zur Kostendämpfung umgesetzt werden. Ein zentraler Ansatz ist die deutliche Begrenzung extra-budgetärer Leistungen (EGV) sowie die Rücknahme der durch das TSVG eingeführten Zuschläge, wodurch zuvor gestärkte zusätzliche Vergütungsanreize weitgehend entfallen. Auch im Bereich der Digitalisierung wird gespart: Für die elektronische Patientenakte (ePA) wird die bisher vorgesehene Zusatzvergütung gestrichen.

Darüber hinaus werden weitere spezielle Zusatzvergütungen abgeschafft, etwa für die Organ-spendeberatung oder Zuschläge im Rahmen der psychotherapeutischen Kurzzeittherapie. Einzelne Leistungsbereiche stehen zudem unter besonderer Beobachtung, so beispielsweise das Hautkrebs-screening, für das ein Prüfauftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vorgesehen ist.

Hinzu kommt die Deckelung der Vergütungsentwicklung: Sowohl der Orientierungswert als auch die regionalen Punktwerte werden strikt an die Grundlohnrate gebunden, wobei in den Jahren 2027 bis 2029 zusätzlich ein Abschlag von einem Prozentpunkt vorgesehen ist. Dies führt dazu, dass die Vergütung nicht mehr mit der tatsächlichen Kostenentwicklung Schritt halten kann.

Zusätzlich wird im Bereich bisher entbudgetierter Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) eine Fixkostendegression eingeführt, insbesondere bei starker Mengen-

ausweitung etwa in der hausärztlichen und kinderärztlichen Versorgung. Schließlich wird die Bindung an die Grundlohnrate auf weitere Versorgungsbereiche ausgeweitet, darunter die hausarztzentrierte Versorgung (HzV), Hochschulambulanzen sowie psychiatrische Institutsambulanzen.

Struktureller Umbau der Versorgung

Führt demnach Bundesgesundheitsministerin Nina Warken die Trias der letzten Jahrzehnte GKV-Stabilisierungsbemühungen – Deckelung ärztlicher und psychotherapeutischer Honorare, Abbau ökonomischer Behandlungsanreize sowie staatliche Eingriffe in Vergütung und Leistungen – einfach konsequent fort? Tatsächlich geht das Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung einen Schritt weiter: Aus einer vermeintlichen Sparrunde wird ein struktureller Umbau der Versorgung. In einem nun vollends gedeckelten System müssen Leistungen zwangsweise reduziert werden. Das Leistungsangebot passt sich dem Finanzrahmen an. Die Folge: Leistungen wie Prävention und ambulantes Operieren werden zurückgefahren, Wartezeiten werden ansteigen, im selben Maße wie die Unzufriedenheit bei Patientinnen und Patienten. Gleichzeitig werden politische Versprechen für strukturelle Reformen durch das Gesetz torpediert: Wie sollen eine effiziente Patientensteuerung im Primärversorgungssystem oder eine Notfallreform ablaufen, wenn vorher Anreizsysteme für Akutfälle gekappt wurden?

Begrenztes Geld bei einem ständig wachsenden Leistungsversprechen der Politik wird auf Dauer nicht funktionieren. Dazu kommt, dass das Gesetz in einer Geschwindig-

keit durchgewunken wurde, die einen konstruktiven Diskurs mit allen Betroffenen, unter anderem den Leistungserbringern, gar nicht zuließ. Die Geschwindigkeit der GKV-Reform sei alternativlos, sagte Nina Warken dazu.

Bund kneift beim Zuschuss für Bürgergeldempfänger

Demnach scheint Kneifen beim Bund ebenfalls alternativlos zu sein. Der im Gesetz neu geplante Bundeszuschuss von 250 Millionen Euro im Jahr 2027 und 500 Millionen Euro im Jahr 2028 zu den GKV-Kosten von Bürgergeldempfängern ist bei einem jährlichen GKV-Defizit von rund zwölf Milliarden Euro bei der Gesundheitsversorgung von Bürgergeldempfängern nicht einmal ein Tropfen auf den heißen Stein. Eingedenk des gleichzeitigen Rückzugs aus den GKV-Zuschüssen von zwei Milliarden Euro pro Jahr, also in Summe eine Rücknahme der Beteiligung Bund an der GKV von 1,75 Milliarden Euro im Jahr 2027 und 1,5 Milliarden Euro im Jahr 2028, ist der sogenannte Einstieg des Bundes in die auskömmliche Finanzierung des Bürgergelds blanker Hohn.

Nachhaltige Stabilisierung gemeinsam implementieren

Es gilt, eine nachhaltige Stabilisierung der GKV-Finzen gemeinsam zu implementieren und nicht über den Kopf der Praxen hinweg. Solange dies nicht passiert, werden Beschwerden der Patientinnen und Patienten über Wartezeiten und nicht verfügbare Präventions- und Operationsleistungen zunehmen. Das Vertrauen der Gesellschaft in die Politik wird damit nachhaltig erschüttert.

Benjamin Laub (KVB)

Gute Ansätze, kritische Eingriffe

Jede Legislaturperiode bringt ein neues Digitalisierungsgesetz hervor – so auch diese. Das Gesetz für Daten und digitale Innovationen im Gesundheitswesen (GeDIG) stellt voraussichtlich die wesentliche „digitale“ Schwerpunktsetzung der Koalition in dieser Legislaturperiode dar. Wie seine Vorgänger bündelt es technische Detailregelungen und politische Weichenstellungen und führt neue digitale Anwendungen ein. Das zentrale Anliegen des Gesetzentwurfs ist es dabei, die elektronische Patientenakte (ePA) als Dreh- und Angelpunkt der Versorgung zu festigen.

Zunächst enthält der Gesetzentwurf einige sinnvolle Erweiterungen und Verbesserungen. Weitere Anwendungen sollen etabliert werden, wenn auch oft mit langen Vorläufen. Insbesondere wird dabei über die elektronischen Überweisungen zu reden sein. Ohne Zweifel ist das ein nutzbringender nächster Schritt, nachdem sich das eRezept und die eAU nach Anlaufschwierigkeiten in den Praxen etabliert haben. Die Integration digitaler Überweisungen im Behandlungspfad im Rahmen des geplanten Primärversorgungssystems bleibt jedoch anspruchsvoll.

Zweiter positiver Aspekt ist, dass endlich straffere Regelungen für Praxisverwaltungssystem-Hersteller kommen – hier ist lediglich darauf zu achten, dass Programme, die keine Konformitätsbewertung durchlaufen haben, nicht zu unbilligen Härten für die betroffenen Praxisinhaber führen. Ein Abrechnungsausschluss, wie derzeit definiert, darf hier jedenfalls nicht die Folge sein. Sonderkündigungsrechte für Praxisinhaber und Übergangsfristen müssen diese Regelungen abfedern. Auch die Verpflichtung zum Kommunikationsdienst KIM für alle Beteiligten an der Gesundheitsversorgung ist sehr zu begrüßen, auch wenn dadurch der ein oder andere auf sein lieb gewonnenes Faxgerät verzichten muss. Bei der Umstellung sollen KVen künftig ihre Mitglieder durch eine Digitalberatung und bei der Durchsetzung von Interoperabilitätsansprüchen unterstützen.

Krankenkassen mischen bei der Versorgungssteuerung mit

Zwei große Makel hat der aktuelle Entwurf jedoch. Zum einen ist die ePA als zentrale Steuerungseinheit derzeit nicht brauchbar. Denn solange diese für Ver-

sicherte freiwillig und rein patientengeführt ist, wird sie der ihr zgedachten zentralen Funktion nicht gerecht. Wie soll mit einer freiwilligen Akte als Kernstück der Grundsatz digital vor ambulant vor stationär in einem gesteuerten System gelebt werden? Gleichzeitig ist es bedenklich, dass Patienten durch die zentrale Rolle der ePA immer stärker zu deren Nutzung gedrängt werden. Außerdem bedarf es unseres Erachtens auch eines arztgeführten Fachs, das die dringend benötigten Informationsflüsse sicherstellt. Die etablierte Steuerungsmöglichkeit über die 116117 wird hier dauerhaft benötigt.

Kritisch ist zudem vor allem, dass Krankenkassen künftig in erheblich stärkerem Maße personenbezogene Versorgungsdaten auswerten dürfen, um individuelle Gesundheitsrisiken zu identifizieren und die Patienten über diese zu informieren. Krankenkassen dürfen dazu künftig auch auf die ePA zugreifen. Auch wenn dies mit Einwilligung erfolgt, bedeutet es einen tiefen Eingriff in die Privatsphäre und verschiebt die Grenze zwischen ärztlicher Behandlung und versicherungsseitiger Steuerung. Der Arzt ist im Arzt-Patientenverhältnis immer dem Wohl des einzelnen Patienten verpflichtet. Demgegenüber können und werden Krankenkassen argumentieren, dass deren Handlungen dem Gesamtsystem als Ganzem nutzen. Der einzelne Patient gerät aus dem Blick – ein folgenschwerer Paradigmenwechsel. Der geplante Einsatz von KI in sogenannten Reallaboren verstärkt diese Risiken zusätzlich: Fehlerhafte Auswertungen, Verunsicherung der Patienten und zusätzlicher Aufwand in den Praxen sind absehbar. Hier fehlt es an klaren Leitplanken und Transparenz.

Der Entwurf des GeDIG bringt weitere Fortschritte bei der Digitalisierung, wirft aber Fragen zur Steuerung der Versorgung und zum Schutz sensibler Daten auf. Ohne Nachbesserungen drohen neue Belastungen für Praxen und Vertrauensverluste bei Patienten.

Adam Hofstätter (KVB)



Notfallreform – endlich gelungen?

Nachdem sich bereits die Gesundheitsminister Hermann Gröhe, Jens Spahn und Karl Lauterbach an der Notfallreform versucht hatten, unternimmt Nina Warken nun den vierten Anlauf. Der am 22. April 2026 verabschiedete Kabinettsentwurf zur Reform der Notfallversorgung greift viele Punkte auf, die bereits diskutiert wurden, enthält aber auch einige negative Überraschungen für die KVen und Praxen.

Das Herzstück der Reform bleibt auch unter Nina Warken die Schaffung von Integrierten Notfallzentren (INZ). Diese sollen das zentrale Steuerungselement des zukünftigen Notfallsystems bilden. In einem INZ werden die KV-Bereitschaftsdienstpraxis, die Krankenhaus-Notaufnahme sowie eine Ersteinschätzungsstelle an einem Ort gebündelt. Es fungiert damit als erste Anlaufstelle für Akut- und Notfälle. Am gemeinsamen Tresen sollen die Patientinnen und Patienten systematisch eingeschätzt und künftig gezielt in die jeweils adäquate Versorgungsebene gesteuert werden. Neu ist, dass Patientinnen und Patienten, die vor dem Besuch im INZ Kontakt mit der 116117 hatten und dort eine Ersteinschätzung erhalten haben, bei gleichen Beschwerden vorrangig behandelt werden sollen. INZ müssen künftig zudem sicherstellen, dass bei Verdacht auf psychische Erkrankungen eine fachärztliche psychiatrische/psychotherapeutische Unterstützung per Telemedizin erfolgt, sofern vor Ort keine psychiatrische oder psychosomatische Fachabteilung vorhanden ist. Während die INZ unter fachlicher Leitung der Krankenhäuser stehen und rund um die Uhr erreichbar sein müssen, gelten für die Bereitschaftsdienstpraxen gesetzlich festgelegte Mindestöffnungszeiten, insbesondere am Abend, an Wochenenden und an Feiertagen. Ebenfalls neu im Kabinettsentwurf ist die Einführung eines Dispensierrechts für Ärztinnen und Ärzte in den Bereitschaftsdienstpraxen der INZ. Künftig soll es ihnen möglich sein, Arzneimittel für den akuten Bedarf in begrenztem Umfang direkt abzugeben. Weitere zentrale Elemente der Reform sind die stärkere Vernetzung der Rufnummern 116117 und 112 sowie die Verankerung der medizinischen Notfallrettung als Sachleistung.

In Bayern wurde bei vielen dieser Maßnahmen bereits Vorarbeit geleistet, wie bei der oben genannten digitalen Vernetzung der 116117 mit der 112. Dennoch weist der Gesetzentwurf leider auch zahlreiche realitätsferne und unausgereifte Punkte auf.

Weder personell noch finanziell umsetzbar

Ein wesentlicher Kritikpunkt ist die Präzisierung des Sicherstellungsauftrags, wonach die KVen künftig einen aufsuchenden Dienst rund um die Uhr bereitstellen müssen. Auch wenn dieser Punkt – nicht zuletzt durch den Einsatz der KVen – im Vergleich zum Referentenentwurf leicht abgefedert wurde, ist er weder personell noch finanziell umsetzbar. Interne Auswertungen der KVB zeigen, dass diese Parallelstruktur zur regulären ambulanten Versorgung während der Praxisöffnungszeiten überwiegend reine Vorhaltekosten verursachen würde.

Noch widersprüchlicher erscheint, dass der Gesetzgeber verbindliche Eintreffzeiten (Hilfsfristen) für den aufsuchenden Dienst festlegen möchte. Die Festlegung solcher Fristen passt jedoch nur schlecht zu einer Steuerung, die sich am tatsächlichen medizinischen Bedarf orientieren soll.

Ein weiteres Problem liegt in der unzureichenden Ausgestaltung der Regelungen zur Vorhaltefinanzierung der Notdienststrukturen. Zwar sieht der Gesetzentwurf eine paritätische Finanzierung zwischen KVen und Krankenkassen vor, gleichzeitig wird jedoch festgelegt, dass zunächst sämtliche verfügbaren Mittel der KVen ausgeschöpft werden müssen. In der Praxis bedeutet dies, dass die KVen zunächst die Kosten tragen, während die Krankenkassen erst dann einspringen, wenn ein verbleibender Finanzierungsbedarf besteht. Da die Honorarmittel der KVen jedoch im Bedarfsfall nachgefüllt werden, entsteht faktisch keine echte Parität, sondern eine strukturelle Schieflage zulasten der Vertragsärzteschaft.

Was dem Gesetz darüber hinaus in erheblichem Maße fehlt, ist echte Verbindlichkeit für Patientinnen und Patienten. Auch nach Inkrafttreten soll es ihnen weiterhin freistehen, ohne vorherige Ersteinschätzung ein INZ aufzusuchen und dadurch wertvolle ärztliche Ressourcen zu binden. Nina Warken hat, entgegen ihren öffentlichen Ankündigungen, im bisherigen parlamentarischen Verfahren bislang nicht dadurch überzeugt, konstruktive Kritik von Fachexpertinnen und Fachexperten angemessen aufzugreifen.

Simon Moßburger (KVB)

„Zu viele Reformen, zu wenig Realitätssinn“

Bundesgesundheitsministerin Nina Warken setzt auf schnelle Reformen. Der Vorstand der KVB warnt vor einer voreiligen Politik, die Praxen überlastet und langfristig die Versorgung gefährdet. Dr. med. Christian Pfeiffer, Dr. med. Peter Heinz und Dr. med. Claudia Ritter-Rupp sprechen über neue Pflichten, fehlende Finanzierung und mangelnde Ressourcen.

Herr Dr. Pfeiffer, die Bundesregierung plant eine umfassende Reform der Notfallversorgung. Wo sehen Sie die größten Probleme im aktuellen Gesetzentwurf?

Christian Pfeiffer: Es sind vor allem zwei Probleme, die uns zu schaffen machen. Wir haben in Bayern viele Elemente der Reform längst etabliert – integrierte Leitstellen, Portalpraxen, die enge Zusammenarbeit mit den Kliniken. Und wir sehen ja, dass dies in der Praxis funktioniert. Aber mit dem Gesetzentwurf erweckt die Bundesgesundheitsministerin den Eindruck, als könne man dieses Modell einfach bundesweit kopieren, ohne dafür die nötigen Mittel bereitzustellen. Die Politik kann nicht ständig neue Aufgaben verteilen, ohne gleichzeitig die Finanzierung verbindlich zu regeln.

Und das zweite Problem ist die pausenlose „Rundumsorglos-Versorgung“, die den Patientinnen und Patienten wohl geboten werden soll: 24 Stunden an sieben Tagen in der Woche einen Bereitschaftsdienst inklusive Fahrdienst aufrechtzuerhalten, ist weder wirtschaftlich sinnvoll noch von unseren Ressourcen her zu stemmen. Hier werden Doppelstrukturen geschaffen, die überflüssig sind und unnötig Geld vergeuden.

Die Reform sieht zusätzliche Aufgaben für die KVen vor – insbesondere in der Steuerung und Koordination der Notfallversorgung. Wie bewerten Sie diese Ausweitung?

Dass die KVen viel Verantwortung übernehmen können, haben wir bereits in den vergangenen Jahren mehrfach bewiesen. Aber mehr Aufgaben bedeuten eben auch mehr Aufwand. Wir reden über zusätzliche Ressourcen in der IT und an Personal und am Ende über eine ambulante Notfallversorgung, die rund um die Uhr funktionieren soll. Das ist fachlich schlicht und einfach

nicht notwendig und erzeugt deutliche Mehrkosten, die nicht der Ärzteschaft aufgebürdet werden dürfen.

Stichwort Steuerung: Eine solche ist dringend notwendig, um die sowieso knappen Ressourcen in den Praxen und Kliniken nicht zu verschwenden. Basis dafür ist eine gemeinsame Plattform in der Notfallversorgung, damit alle an der Versorgung Beteiligten wissen, was der jeweils andere tut. Und die Steuerung muss zwangsläufig für die Patienten verbindlich sein, sonst funktioniert sie nicht.

Voraussetzung für eine bessere Steuerung ist eine stärkere Verzahnung von ambulanten und stationären Notfallstrukturen. Das müsste doch auch in Ihrem Sinne sein, oder?

Wenn die Finanzierung ungeklärt bleibt, dann droht genau an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ein echtes Problem: Portalpraxen, gemeinsame Ersteinschätzung, digitale Schnittstellen – das alles kostet Geld, Personal und Zeit. Fehlt diese Grundlage, geraten ambulanter und stationärer Bereich zwangsläufig in einen Verteilungskampf. Und darunter leidet am Ende die geregelte Versorgung. Gerade wir in Bayern zeigen, dass die Zusammenarbeit funktionieren kann. Ich erinnere nur an unsere erfolgreiche inSAN-Initiative. Aber Kooperation entsteht nicht von allein – sie braucht verlässliche Strukturen und ausreichende Ressourcen.

Was fordert die KVB konkret, damit die Notfallreform in Bayern erfolgreich umgesetzt werden kann?

Aus unserer Sicht ist es von entscheidender Bedeutung, dass die Perspektive aus der Praxis in die Planungen miteinbezogen wird. Die Gegebenheiten in Berlin oder München sind völlig anders als beispielsweise im Bayerischen Wald. In einer Großstadt mag ein Rundum-die-Uhr-Fahrdienst Sinn machen, aber sicher nicht auf dem Lande, wo die Hausärztinnen und Hausärzte ihre Patienten noch persönlich aufsuchen, wenn ein Hausbesuch medizinisch indiziert ist. Und das Gesetz muss eine verbindliche Finanzierung aller neuen Aufgaben ermöglichen – von Leitstellen über Portal-



Dr. Christian Pfeiffer,
Vorsitzender des
Vorstands.

praxen bis hin zu digitalen Schnittstellen. Wir haben dafür gemeinsam mit anderen Partnern bereits Modelle entwickelt, die bundesweit als Vorbild dienen könnten. Aber dafür müssen diese Strukturen unterstützt und nicht unter Druck gesetzt werden.

Kommen wir zum GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz. Wie beurteilen Sie dieses aus hausärztlicher Sicht?

Für die hausärztlich tätigen Kolleginnen und Kollegen besonders kritisch wirken sich die verschärften Degressionsmechanismen aus: Wer mehr Patientinnen und Patienten versorgt, erhält für zusätzliche Leistungen weniger Honorar. Das widerspricht nicht nur dem Ziel eines Primärarztsystems, das ja in Berlin gerade geplant wird. Angesichts des zunehmenden Hausärztemangels ist es mehr als problematisch: Viele Praxen arbeiten bereits am Limit und übernehmen zusätzliche Versorgung. Diese darf man keinesfalls weiter schwächen.

Kritisch ist auch die Budgetierung von Präventionsleistungen. Vorsorge sollte frühzeitig und kontinuierlich möglich sein. Werden Leistungen gedeckelt, dann werden sie auch nur noch in begrenztem Rahmen erbracht – obwohl Prävention langfristig Kosten spart. Insgesamt habe ich den Eindruck, dass Ministerin Warken kurzfristige Kostendämpfung für wichtiger hält als die langfristige Stabilität der ambulanten Versorgung. Hausarztpraxen brauchen Planungssicherheit und Anreize, wenn sie immer mehr Aufgaben gerade in der Primärversorgung und Steuerung der Patienten übernehmen sollen.

Herr Dr. Heinz, das geplante GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz sieht massive Ausgabenbegrenzungen vor – auch im fachärztlichen Bereich. Welche unmittelbaren Folgen erwarten Sie für die Versorgung in Bayern?

Peter Heinz: Wir reden hier nicht über kleinere Einsparungen oder Vergütungsreduzierungen, sondern über Eingriffe, die die aktuelle fachärztliche Versorgung strukturell gefährden werden. Bayern ist ein großes Flächenland mit einer älter werdenden Bevölkerung und einer sehr hohen Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen. Zudem haben wir im Vergleich zu anderen Bundesländern ein extrem hohes Niveau an ambulanten Operationen, die ansonsten stationär erbracht werden. Wenn jetzt Honorare weiter begrenzt und extrabudgetäre Leistungen gedeckelt werden, dann hat das konkrete Folgen: weniger Kapazitäten, längere Wartezeiten und im schlimmsten Fall immer mehr Praxen,

die sich aus der Fläche zurückziehen, da die Kolleginnen und Kollegen sich unter diesen Bedingungen in den Ruhestand verabschieden werden. Besonders betroffen wären Regionen wie Oberfranken, Niederbayern oder die Oberpfalz – also genau die Gebiete, in denen die ambulante fachärztliche Versorgung ohnehin schon unter Druck steht.

Die Bundesregierung argumentiert, die Fachärzte müssten ihren Beitrag zur Stabilisierung der GKV leisten.

Diese Argumentation ist problematisch und – gelinde gesagt – eine Unverschämtheit, weil sie an der Realität vieler Praxen vorbeigeht. Die Fachärztinnen und Fachärzte leisten ihren Beitrag längst – und zwar jeden Tag. Seit 1992, dem „Lahnsteiner Kompromiss“, arbeiten sie unter Budgetbedingungen. Das bedeutet, der Fachärzteschaft wird seit über 33 Jahren ein Teil ihrer erbrachten Leistungen nicht vergütet. Aktuell sind das zirka zehn bis 15 Prozent der Leistungen beziehungsweise bundesweit knapp 2,5 Milliarden Euro pro Jahr. Dies ist seit Jahrzehnten der „Sozialrabatt“, den die Fachärzteschaft dem Gesundheitssystem zwangsweise einräumt.

Die Politik vermittelt im Moment den Eindruck, als gäbe es in den Praxen noch große finanzielle Reserven, die man einfach abschöpfen könnte. Tatsächlich arbeiten viele Praxen längst am Limit, manche sogar defizitär. Wenn jetzt weiter gekürzt wird, dann spart man nicht einfach Geld – dann baut man Versorgung ab.

Ein zentraler Kritikpunkt ist die geplante Deckelung extrabudgetärer Leistungen. Welche Auswirkungen hätte das für die bayerischen Fachärzte?

Gerade die extrabudgetären Leistungen betreffen die Bereiche, in denen moderne ambulante Medizin stattfindet – also Prävention, innovative Diagnostik oder ambulante Operationen. Wenn man diese Leistungen deckelt, dann bedeutet das zwangsläufig weniger Angebote, weniger Innovationen und am Ende auch weniger Ambulantisierung.

Und das ist eigentlich völlig widersinnig. Bayern hat in den vergangenen Jahren massiv daran gearbeitet, mehr Leistungen ambulant zu erbringen und die Kliniken zu entlasten. Mit diesem Gesetz würde genau diese Entwicklung ausgebremst. Die Folge wäre, dass eigentlich gut ambulant erbringbare Leistungen zurück in die Krankenhäuser wandern.



Dr. Peter Heinz,
erster stellvertretender Vorsitzender des Vorstands.

Was wäre zu tun, damit das Gesetz nicht zu einer Verschlechterung der fachärztlichen Versorgung in Bayern führt?

Dazu gibt es konkret zwei wichtige Punkte: Die Vergütungsregelungen aus dem Terminservice- und Versorgungsgesetz, die sinnvoll und gut waren, dürfen keinesfalls wieder gekippt, sondern sollten weiterentwickelt werden. Zudem dürfen extrabudgetäre Leistungen als zentraler Bestandteil moderner ambulanter Versorgung nicht wieder gedeckelt werden. Die Ärztinnen und Ärzte wie auch die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten brauchen endlich Planungssicherheit. Die Praxen können nicht jedes Jahr mit neuen Spargesetzen konfrontiert werden. Wenn die Politik eine starke Versorgung will, dann muss sie auch die Rahmenbedingungen dafür schaffen. Sonst verlieren wir genau das, was das bayerische Gesundheitswesen stark macht: eine flächendeckende und qualitativ hochwertige fachärztliche Versorgung.

Frau Dr. Ritter Rupp, wie ist die Stimmung gerade bei den Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Zuge der gegenwärtigen politischen Reformbestrebungen?

Claudia Ritter-Rupp: Bereits zu Beginn dieses Jahres mussten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eine Honorarkürzung von 4,5 Prozent hinnehmen – eine Entscheidung, die bundesweit auf massive Kritik gestoßen ist. Nun droht mit der Budgetierung psychotherapeutischer Leistungen im Rahmen des Beitragsstabilisierungsgesetzes die nächste einschneidende Belastung. Das ist angesichts der Realität in unserem Gesundheitssystem kaum nachvollziehbar: Die Nachfrage nach Psychotherapie steigt seit Jahren kontinuierlich, psychische Erkrankungen gehören inzwischen zu den wichtigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeit, und insbesondere Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene kämpfen immer häufiger mit psychischen Belastungen und Erkrankungen.

Mitte April in München: Aufruf psychotherapeutischer Berufsverbände zum bundesweiten Protesttag „Psychotherapie in Gefahr“.



Gerade in dieser Situation den Zugang zu psychotherapeutischer Versorgung finanziell auszubremsen, sendet ein völlig falsches Signal. Viele psychotherapeutische Praxen kämpfen bereits heute aufgrund der Honorarkürzungen mit erheblichen wirtschaftlichen Problemen, teilweise sogar mit existenziellen Sorgen. Wenn nun zusätzlich eine Budgetierung erfolgt, wird dies die ambulante psychotherapeutische Versorgung nachhaltig verschlechtern – mit längeren Wartezeiten, weniger Behandlungskapazitäten und gravierenden Folgen für die betroffenen Patientinnen und Patienten.

Kommen wir zum „Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen“, das die ePA zum zentralen Steuerungsinstrument machen soll. Welche Risiken sehen Sie speziell für psychotherapeutische Praxen in Bayern?

Grundsätzlich kann die ePA sinnvoll sein. Aber gerade im psychotherapeutischen Bereich reden wir über hochsensible Daten – wahrscheinlich über die sensibelsten Informationen, die Menschen überhaupt preisgeben. Deshalb ist Vertrauen hier die unverzichtbare Grundlage jeder Behandlung. Das gilt selbstverständlich ebenso für die Praxen der haus- wie auch fachärztlich tätigen Kolleginnen und Kollegen.

Welche konkreten Gefahren sehen Sie, wenn Krankenkassen einen so weitreichenden Zugriff auf diese sensiblen Klardaten erhalten?

Krankenkassen erweitern ihre Rolle vom reinen Kostenträger hin zum Case-Management und werden damit zum faktischen Leistungserbringer – und zwar ohne dass der behandelnde Arzt oder Psychotherapeut überhaupt einbezogen wird. Es droht somit eine gefährliche Machtverschiebung. Wir müssen uns daher die Frage stellen: Wer gestaltet zukünftig die medizinische Versorgung? Klar ist, wer die Daten kontrolliert, steuert am Ende auch die Entscheidungen über Versorgungswege und Therapiewahl. Wir Ärzte und Psychotherapeuten laufen Gefahr, zu bloßen Ausführenden eines datengetriebenen und krankenkassendominierten Systems degradiert zu werden. Das greift fundamental in unser Berufsverständnis ein – und hier verläuft für uns eine ganz klare rote Linie!

Sie betonen, dass dieses Gesetz die ärztliche Schweigepflicht aushöhlt. Welche psychologischen Folgen hat das sowohl für Patienten als auch für Behandler?

Gute Medizin entsteht aus individueller Verantwortung und einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Arzt und Patient – und nicht aus Datensätzen alleine. Wenn Patientinnen und Patienten das Gefühl verlieren, dass ihre intimsten Diagnosen und Therapieverläufe sicher und geschützt sind, gefährdet das dieses Fundament massiv. Dieses Vertrauen lässt sich nicht wiederherstellen, wenn es einmal verloren ist. Die Sorge ist groß, dass Menschen aus Angst vor Datenweitergabe notwendige Hilfe gar nicht erst in Anspruch nehmen könnten.

Teil des Gesetzes sind auch sogenannte „Real-labore“, die neue digitale Anwendungen testen sollen. Wie bewerten Sie dieses Vorhaben?

Was hier als Innovation angepriesen wird, ist in Wahrheit eine weitreichende Experimentierklausel mit unklaren Grenzen und unzureichender Kontrolle. Das sehe ich kritisch. Natürlich sind die neuen Dokumentationspflichten eine zusätzliche Belastung im Praxisalltag. Aber angesichts der weitreichenden, systemischen Bedrohung durch das Gesetz rückt das Thema Bürokratie fast schon in den Hintergrund. Es droht

die Gefahr, dass sich die Kontrolle über medizinische Entscheidungen von den Ärzten und Psychotherapeuten schrittweise immer mehr hin zu daten- und plattformbasierten Strukturen verschiebt.

Was müsste aus Ihrer Sicht passieren, um den drohenden Schaden vom Gesundheitswesen abzuwenden?

Wir brauchen eine Digitalisierung, die den Praxen und Patienten dient und sie spürbar entlastet, statt sie zu überwachen. Dazu gehört an allererster Stelle ein wirksamer, kompromissloser Schutz der sensiblen Patientendaten vor Zugriffen Dritter. Die Politik muss erkennen, dass Medizin vom persönlichen Gespräch und dem Vertrauen im Behandlungszimmer lebt – und nicht nur von Algorithmen und von ökonomischen Vorteilen der Krankenkassen.

Sehr geehrter Vorstand, vielen Dank für das Gespräch!

Interview Redaktion



Dr. Claudia Ritter-Rupp,
zweite stellvertretende
Vorsitzende des
Vorstands.

KBV-Kampagne gegen Spargesetz

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat eine bundesweite Informationskampagne gestartet, um auf die Folgen des geplanten Spargesetzes der Bundesregierung hinzuweisen. Die KVB unterstützt die Aktion, da die vorgesehenen Kürzungen die ambulante Versorgung in Bayern besonders stark treffen würden.

Unter dem Motto „Sparen wir uns Kürzungsdebatten – nicht Patientengespräche“ macht die Kampagne sichtbar, welche Einschränkungen Patientinnen und Patienten künftig erwarten könnten. Laut KBV-Vorstand drohen bereits 2027 deutliche finanzielle Einschnitte, insbesondere durch die geplante Deckelung extrabudgetärer Leistungen wie Impfungen, Früherkennungsuntersuchungen oder ambulante Operationen. Für Patientinnen und Patienten bedeute das Spargesetz weniger Arzttermine, längere Wartezeiten und eingeschränkte Sprechstunden, so der KBV-Vorstand.

Die Kampagne gegen das Spargesetz läuft von Juni bis September 2026 und wird über Plakate, Informationsmaterialien, Social-Media-Motive und ein Kampagnenvideo verbreitet. Ärztinnen und Ärzte sind aufgerufen, die Materialien in ihren Praxen einzusetzen und ihre Patientinnen und Patienten aktiv zu informieren. Die Materialien finden Sie zum Download unter <https://www.kbv.de/positionen/stellungnahmen/gkv-beitragsstabilisierungsgesetz>.

Redaktion

Privatliquidation bei GKV-Patienten



Die aktuelle Debatte um die zukünftige Finanzierung des Gesundheitssystems [1] hat aufgezeigt, dass GKV-Versicherte mit weiteren Leistungseinschränkungen und ansteigenden Eigenbeteiligungen rechnen müssen. Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) und Wunschbehandlungen bieten schon heute die Möglichkeit, auch gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten ein erweitertes Versorgungsangebot zur Verfügung zu stellen. Selbstzahlerleistungen können aber auch schnell zu Missverständnissen im sensiblen Patientenverhältnis führen. Im Folgenden möchten wir Ihnen daher die relevanten rechtlichen Grundlagen vorstellen und Ihnen „Checklisten“ für die wichtigsten Konstellationen an die Hand geben.

1. Grundsätze

■ Leistungsanspruch des GKV-Versicherten

GKV-Versicherte haben einen **gesetzlichen Anspruch auf Krankenbehandlung**. [2] Sofern der Versicherte nicht gegenüber seiner Krankenkasse das Verfahren der Kostenerstattung [3] gewählt hat, gilt regelmäßig das **Sachleistungsprinzip**, wonach den Versicherten die erforderlichen Leistungen als Sach- oder Dienstleistungen zur Verfügung gestellt werden, **ohne** dass hierfür eine gesonderte (Zu-)Zahlung nötig ist. [4]

■ Versorgungsauftrag der Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung

Mit dem dargestellten Leistungsanspruch korrespondiert eine grundsätzliche **Leistungspflicht** der Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung. [5] Diese übernehmen im Rahmen ihres jeweiligen **Versorgungsauftrags** [6] unter anderem die Krankenbehandlung der GKV-Versicherten. Welche Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung unterfallen, wird durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegt. [7] Bei der Behandlung ist das **Wirtschaftlichkeitsgebot** zu beachten. GKV-Versicherte haben Anspruch (nur) auf diejenige ärztliche und psychotherapeutische Versorgung, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und ausreichend ist und das Maß des Notwendigen nicht überschreitet. Auf unwirtschaftliche Leistungen besteht hingegen kein Anspruch. [8] Im Regelfall [9] sind bei GKV-Versicherten erforderliche Leistungen daher als Sach-

beziehungsweise Dienstleistungen zu erbringen und nach den Vorgaben des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM-Ä) [10] abzurechnen.

2. (Ausnahme-)Fälle zulässiger Privatliquidation gegenüber GKV-Versicherten

Wann Zuzahlungen [11] beziehungsweise Privatliquidationen ausnahmsweise zulässig sind, wird im SGB V und im Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) abschließend geregelt. [12]

Nach **§ 18 Absatz 8 Satz 3 BMV-Ä** ist eine Privatliquidation gegenüber GKV-Versicherten nur in folgenden Konstellationen zulässig:

■ Nichtvorlage der Versichertenkarte (Satz 3 Nr. 1)

Bei Behandlungsbeginn wird die eGK/ein Anspruchsnachweis durch den GKV-Versicherten nicht vorgelegt und auch nicht fristgerecht nachgereicht. [13]

■ Selbstzahlerverlangen für GKV-Leistungen (Satz 3 Nr. 2)

Der GKV-Versicherte verlangt für Leistungen, die Teil der vertragsärztlichen Versorgung sind, **vor** Beginn der Behandlung **ausdrücklich** auf eigene Kosten (wie ein Privatpatient) behandelt zu werden und bestätigt dies der Praxis **schriftlich**.

Diese Fallkonstellation erweist sich in der Praxis als problembehaftet. Nach der Rechtsprechung [14] müssen die (eng auszulegenden) Voraussetzungen des Satzes 3 Nr. 2 vollständig erfüllt sein. [15] Hierbei genügt eine bloße schriftliche Einverständniserklärung zur Privatbehandlung nicht, wenn aus ihr nicht deutlich hervorgeht, dass der GKV-Versicherte in Kenntnis seines bestehenden Sachleistungsanspruchs ausdrücklich verlangt hat, die Kosten selbst zu tragen. [16] Der Versicherte darf zudem in keinsten Weise zur Inanspruchnahme der privatärztlichen Versorgung

anstelle der Sachleistung beeinflusst worden sein. [17] Eine solche (unzulässige) Beeinflussung wird zum Teil bereits in der Verknüpfung eines zeitnahen Behandlungstermins mit der Inanspruchnahme als Selbstzahlerleistung gesehen. [18] Eine Privatliquidation für solche Wunschbehandlungen sollte daher stets kritisch hinterfragt werden, als Anhaltspunkt kann hierbei die folgende Checkliste dienen.

Checkliste für Wunschbehandlung eines GKV-Versicherten als Privatpatient

(§ 18 Absatz 8 Satz 3 Nr. 2 BMV-Ä)

- Ist die Initiative für die Inanspruchnahme einer Selbstzahlerleistung (Wunschbehandlung) von meinem Patienten/meiner Patientin selbst vor Behandlungsbeginn ausgegangen?
- Liegen keine (!) Umstände vor, die den Anschein einer (unzulässigen) Beeinflussung hin zu einer Privatbehandlung erwecken könnten?
- Beinhaltet die schriftliche Behandlungsvereinbarung die explizite Bestätigung, dass die Behandlung in ausdrücklicher Kenntnis des für die konkret benannte Leistung bestehenden GKV-Sachleistungsanspruchs als Selbstzahlerleistung erfolgen soll?
- Habe ich im Vorfeld der Behandlung ausreichend über die zu erwartenden und vollständig selbst zu tragenden Kosten der konkreten Selbstzahlerleistung informiert [19] und beinhaltet die Behandlungsvereinbarung eine entsprechende Aufstellung?

■ Leistungen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung (Satz 3 Nr. 3)

Leistungen, die **nicht** Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind, wenn **vor** der Behandlung die **schriftliche** Zustimmung des GKV-Versicherten eingeholt und dieser auf die **Pflicht zur Übernahme der Kosten hingewiesen** wurde. [20]

Hier sind insbesondere diejenigen Leistungen relevant, die als **individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)** bezeichnet werden – also Leistungen, die nicht zum Leistungsumfang der GKV gehören, dennoch vom Patienten nachgefragt werden und ärztlich empfehlenswert oder – je nach Patientenwunsch – zumindest ärztlich vertretbar sind. [21]

Eine **sachliche Information** des Patienten über angebotene IGeL-Leistungen der Praxis ist – anders als im Falle der Wunschbehandlung nach Satz 3 Nr. 2 – **zulässig**, allerdings ist durch den Patienten oftmals schwer einzuschätzen, welche Leistungen für ihn tatsächlich

sinnvoll sein können, sodass es auch hier zu Missverständnissen kommen kann.

Als Anhaltspunkt zur Prüfung Ihres IGeL-Angebots kann die folgende Checkliste dienen.

Checkliste für IGeL

(§ 18 Absatz 8 Satz 3 Nr. 3 BMV-Ä) [22]

- Ich habe meine(r) Patientin/meinem(n) Patienten
- erklärt, warum die IGeL in der konkreten medizinischen Situation notwendig oder aus ärztlicher Sicht empfehlenswert, zumindest aber vertretbar ist,
 - informiert, ob es für den Nutzen der IGeL wissenschaftliche Belege gibt,
 - verständlich zum Nutzen und möglichen Risiken oder Nebenwirkungen der IGeL beraten,
 - hierbei sachlich und ohne anpreisende Werbung informiert,
 - auf weiterführende Hinweise zu IGeL aufmerksam gemacht,
 - das Gefühl vermittelt, sich frei für oder gegen eine vorgeschlagene IGeL entscheiden zu können,
 - auf die Möglichkeit, sich eine Zweitmeinung einzuholen, hingewiesen,
 - eine angemessene Bedenkzeit eingeräumt,
 - erklärt, dass die Leistung nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung ist und die anfallenden Kosten selbst zu übernehmen sind,
 - eine schriftliche Vereinbarung übermittelt, welche die geplante IGeL und deren voraussichtliche Kosten beinhaltet [23],
 - nach Vorliegen des unterschriebenen Vertrags und Durchführung der Behandlung eine nachvollziehbare Rechnung auf Basis der GoÄ gestellt.

3. Praxisorganisation

Soweit und solange der jeweilige Versorgungsauftrag und die hieraus resultierende Behandlungspflicht gegenüber GKV-Versicherten [24] erfüllt wird, können mit Selbstzahlern auch besondere Absprachen hinsichtlich der Integration der Behandlung in den Praxisablauf getroffen werden. Die Terminvergabe sollte sich aber – auch für GKV-Versicherte – immer an der Dringlichkeit der Behandlung orientieren und insbesondere die eventuell erforderliche Behandlung von Notfall- und Schmerzpatienten berücksichtigen. Die Behandlung von GKV-Versicherten darf aus rein finanziellen Gründen nicht zugunsten eines Angebots von Selbstzahlerleistungen abgelehnt werden. [25]

*Stefan Hochgesang
(Rechtsabteilung der KVB)*

Das Literaturverzeichnis zu diesem Artikel finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/kvb-forum.

AdaptNet: Klima-Toolbox für Praxen

Im Rahmen des vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geförderten Projekts AdaptNet („Adaptation und Vernetzung der haus- und fachärztlichen Versorgung im Hinblick auf die gesundheitlichen Auswirkungen des Klimawandels“ 2023 bis 2026) unter Konsortialführung der Medizinischen Fakultät der Universität Augsburg und den Partnern AOK Bayern, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Praxisnetz QuE Nürnberg, Universitätsklinikum Heidelberg, wurde gemeinsam mit Ärztinnen und Ärzten eine Klima-Toolbox entwickelt. Sie bietet konkrete, leicht umsetzbare Werkzeuge, um Praxen auf klimabedingte Gesundheitsrisiken vorzubereiten.

Die vielfältigen Wechselwirkungen zwischen Klimawandel, Umwelt und Gesundheit wurden bereits in der letzten Ausgabe von KVB FORUM im Rahmen des Titelthemas ausgiebig beleuchtet. Das Heft bietet zahlreiche fachliche und organisatorische Impulse und macht zugleich sichtbar, wie engagiert Akteure der Selbstverwaltung, Klimaschutzbündnisse und Forschungseinrichtungen zusammenarbeiten.

Die Ergebnisse des Innovationsfondsprojekts AdaptNet sowie weitere fundierte Informationsquellen unterstützen die Ärzteschaft dabei, wirksame Maßnahmen im Praxisalltag umzusetzen.

Gemeinsam mit 67 Ärztinnen und Ärzten sowie über 2.500 Patientinnen und Patienten des anerkannten Praxisnetzes QuE Nürnberg (Gesundheitsnetz Qualität & Effizienz eG) entstand in mehreren Entwicklungsrunden die AdaptNet Klima-Toolbox – ein praxisnaher Werkzeugkoffer für Arztpraxen (siehe auch www.gesundheitsnetzuernberg.de/adaptnet-klima-toolbox/). Die Materialien wurden Schritt für Schritt erprobt, verbessert und weiterentwickelt. Entsprechend vielfältig sind ihre Einsatzmöglichkeiten: Sie erleichtern den Einstieg in Beratungsgespräche, bieten fachliche Orientierung und helfen dabei, Risiken frühzeitig zu erkennen und vorausschauend zu handeln.

Sie reichen von interaktiven Risikokarten zur regionalen Analyse klimabedingter Gesundheitsrisiken, über Checklisten für Extremwetterlagen und Infozepte für Patientinnen und Patienten bis hin zu einem Algorith-

Die Werkzeuge der Toolbox im Überblick

Risikoanalyse: Die Universität Augsburg hat eine Deutschlandkarte zu sieben relevanten Gesundheitsrisiken erstellt – Luftbelastung, Allergene, Überschwemmung, Waldbrand, Hitze, Vektoren und Hotspots. Für jede Stadt und jeden Landkreis lässt sich sowohl die aktuelle Einschätzung als auch die prognostizierte Situation im Jahr 2050 anzeigen.

Medikation: Die „Heidelberger Hitzetabelle“ dient als praxisnahes Nachschlagewerk, um medikamentöse Risiken bei Hitze besser einzuschätzen und Therapiepläne gegebenenfalls anzupassen. Zahlreiche Medikamente erhöhen nachweislich das Sterberisiko während Hitzewellen – etwa durch vermindertes Durst- oder Schwitzverhalten, Gefäßerweiterung oder photosensibilisierende Effekte. Ärztinnen und Ärzte sollten daher insbesondere bei Hitzeperioden die Medikation ihrer Patientinnen und Patienten überprüfen.

Informationsmaterialien: Poster, Faltblätter und Kurzfilme für das Wartezimmer unterstützen den niedrigschwelligen Einstieg ins Thema. Besonders gut angenommen werden die personalisierbaren „Infozepte“ zu Hitze und Pollen, wie Dr. med. Dirk Altrichter, Vorstandsmitglied des Praxisnetzes QuE und Teilnehmer am AdaptNet-Projekt berichtet. Demnach erleichtern sie die ärztliche Beratung und enthalten konkrete Verhaltensempfehlungen (siehe Beispiele rechts).



mus zur Medikamentenanpassung bei Hitze. Der interaktive Leitfaden „Wege zur klimaresilienten Praxis“ unterstützt Haus- und Fachärztinnen und -ärzte dabei, die Toolbox Schritt für Schritt in den Praxisalltag zu integrieren. Er eignet sich vor allem auch für Arztnetze sowie QZ-Gruppen, die sich intensiver mit dem Thema beschäftigen möchten.

Die Erfahrungen und Vorarbeiten von AdapNet waren bei der Ausarbeitung des Pilotprojekts „Klimasensible Gesundheitsberatung“ der KVB eine wichtige Grundlage. Eine Teilnahme für Ärzte und Psychotherapeuten ist hier weiterhin möglich (www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/verguetungsvertraege/klimasensible-gesundheitsberatung).

Weitere Informationen und praxisnahe Materialien wie erprobte Muster-Hitzeschutzpläne für den Praxisalltag, fundierte Hinweise zur nachhaltigen Gestaltung Ihrer Arztpraxis und weiterführende Links finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/nachhaltigkeit-in-der-praxis.

Hanna Schürkamper (KVB)



Der interaktive Leitfaden „Wege zur klimaresilienten Praxis“ unterstützt Haus- und Fachärztinnen und -ärzte dabei, die Toolbox Schritt für Schritt in den Praxisalltag zu integrieren.



Förderprogramme zeigen Wirkung

Gute Nachrichten: Die vielfältigen Maßnahmen, um Unterversorgung und drohende Unterversorgung in der ambulanten Versorgung im Freistaat abzuwenden, sind vielfach erfolgreich. Die KVB legt deshalb nun weitere Förderprogramme auf. Welche das sind, erfahren Sie hier.

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat am 19. Mai 2026 erneut die ambulante Versorgungssituation in Bayern bewertet. In sechs Regionen (Hautärzte: Landkreise Kronach und Cham; Kinder- und Jugendärzte: Landkreis Kronach; Hausärzte: Mühldorf am Inn, Scheinfeld, Bad Neustadt an der Saale) konnte dabei für die jeweiligen Fachgruppen eine deutliche Stabilisierung festgestellt werden. Diese positiven Entwicklungen sind insbesondere auf die gezielt eingesetzten Förderprogramme, intensive Beratungsleistungen sowie das Engagement der beteiligten Kommunen zurückzuführen. In der Folge konnte in diesen Regionen die drohende Unterversorgung abgewendet beziehungsweise die bestehende Unterversorgung beseitigt werden.

Auch in der Kreisregion Memmingen/Unterallgäu zeigt sich eine leichte Verbesserung: Es wurde festgestellt, dass die bestehende Unterversorgung im Bereich der HNO-ärztlichen Versorgung beseitigt ist, aber eine Unterversorgung weiterhin droht.

Demgegenüber wurde in zwei Regionen (Hausärzte: Oettingen, Dinkelsbühl) eine Verschlechterung der Versorgungssituation festgestellt: In Oettingen musste der Status der drohenden Unterversorgung für die

Fachgruppe der Hausärzte in eine bestehende Unterversorgung geändert werden. Dort kann die KVB nun Zuschüsse zu den Investitionskosten von bis zu 120.000 Euro für Niederlassungen gewähren. In Dinkelsbühl wurde eine drohende Unterversorgung für die Fachgruppe der Hausärzte festgestellt – auch hier hat die KVB umgehend reagiert und regionale Förderprogramme ausgeschrieben.

Die KVB-Förderprogramme

Die Förderprogramme werden gezielt in Regionen mit festgestellter (drohender) Unterversorgung angeboten. Sie verfolgen das Ziel, den Einstieg in die vertragsärztliche Versorgung sowie die Anstellung von Ärztinnen und Ärzten zu erleichtern und wirtschaftliche Risiken abzufedern. Damit leisten sie einen wichtigen Beitrag zur nachhaltigen und langfristigen Verbesserung und Stabilisierung der ambulanten Versorgung.

In als unterversorgt eingestuften Regionen können Zuschüsse zu den Investitionskosten von 120.000 Euro für eine Niederlassung beantragt werden. Ergänzend steht dort eine Praxisaufbauförderung zur Verfügung, die in den ersten zwei Jahren nach einer Neuniederlassung eine Art Umsatzgarantie bietet.

In Planungsbereichen mit drohender Unterversorgung beträgt die Förderung für eine Niederlassung beziehungsweise Praxisnachbesetzung 72.000 Euro. Darüber hinaus können in allen geförderten Regionen Zuschüsse für die Eröffnung von Filialpraxen, die An-

Die neuen Beschlüsse des Landesausschusses im Überblick

Planungsbereich	Fachgruppe	Versorgungssituation
Bad Neustadt a.d. Saale	Hausärzte	drohende Unterversorgung abgewendet
Mühldorf am Inn	Hausärzte	drohende Unterversorgung abgewendet
Scheinfeld	Hausärzte	drohende Unterversorgung abgewendet
Dinkelsbühl	Hausärzte	drohende Unterversorgung
Oettingen	Hausärzte	Unterversorgung
Landkreis Cham	Hautärzte	drohende Unterversorgung abgewendet
Landkreis Kronach	Hautärzte	drohende Unterversorgung abgewendet
Kreisregion Memmingen/ Unterallgäu	HNO-Ärzte	drohende Unterversorgung
Landkreis Kronach	Kinder- und Jugendärzte	Unterversorgung beseitigt

stellung von Ärztinnen und Ärzten der jeweiligen Fachgruppe sowie die Fortführung einer Praxis über das 63. Lebensjahr hinaus beantragt werden.

**Ein bewährtes Förderinstrument:
die KVB-Praxis**

Sollten diese Maßnahmen nicht ausreichen, um die Versorgungssituation zu verbessern, geht die KVB in Regionen mit festgestellter Unterversorgung noch einen Schritt weiter: Mit eigenen Einrichtungen (KVB-Praxen) stellt sie die medizinische Versorgung sicher, wenn nicht ausreichend Ärztinnen und Ärzte im Planungsbereich tätig sind. Sie bieten einen Einstieg in die vertragsärztliche Versorgung im Anstellungsverhältnis, mit der Perspektive einer Praxisübernahme nach zwei Jahren.

Für den Planungsbereich Ansbach-Nord (Hausärzte) hat der Vorstand der KVB erst kürzlich den Beschluss zur Errichtung einer Eigeneinrichtung getroffen. Interessierte Ärztinnen und Ärzte können sich unter jobs.kvb.de für eine Tätigkeit in der KVB-Praxis bewerben. Außerdem werden Hausärzte für KVB-Praxen in Wassertrüdingen, Moosburg an der Isar, Lauingen und Feuchtwangen, HNO-Ärzte für die Landkreise Tirschenreuth, Haßberge und Kitzingen, Kinder- und Jugendärzte in den Landkreisen Dingolfing-Landau und Cham sowie Kinder- und Jugendpsychiater für den Planungsbereich Westmittelfranken gesucht.

Eva-Maria Völkel (KVB)



Alles zur Förderung finden Sie außerdem unter folgendem QR-Code.

Regionale finanzielle Förderungen

Einen Überblick über die neuen und bereits bestehenden Fördermaßnahmen sowie Informationen zu allen Förderprogrammen und Anträge finden Sie in der Tabelle unten oder unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/foerderungen.

Ausführliche Informationen zu den einzelnen geförderten Regionen werden unter www.kvb.de/kuenftige-mitglieder/praxisstart/region-sucht-arzt vorgestellt. Unsere Berater vor Ort unterstützen Sie bei Fragen gerne.

**Finanzielle Fördermaßnahmen der
KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds (Stand: ab Juli 2026*)**

Zuschuss zu den Investitionskosten für eine vertragsärztliche Niederlassung

- Unterversorgung: einmalig bis zu 120.000 Euro
- drohende Unterversorgung: einmalig bis zu 72.000 Euro

**Finanzielle Förderung des Aufbaus einer Vertragsarztpraxis
(nur bei Unterversorgung)**

bis zu 85 Prozent des durchschnittlichen Honorars der Fachgruppe

Zuschuss zu den Investitionskosten für die Errichtung einer Zweigpraxis

- Unterversorgung: einmalig bis zu 30.000 Euro
- drohende Unterversorgung: einmalig bis zu 18.000 Euro

Zuschuss zu den Beschäftigungskosten von angestellten Ärztinnen und Ärzten

- Unterversorgung: bis zu 5.300 Euro pro Quartal
- drohende Unterversorgung: bis zu 4.800 Euro pro Quartal

Zuschuss zu den Investitionskosten einer Anstellung einer Ärztin/eines Arztes

- Unterversorgung: einmalig für die nachgewiesenen Kosten bis zu 20.000 Euro
- drohende Unterversorgung: einmalig für die nachgewiesenen Kosten bis zu 18.000 Euro

**Zuschuss zur Beschäftigung von hausärztlichen Versorgungsassistenten,
Präventionsassistenten in der Kinder- und Jugendmedizin oder nichtärztlichen
Praxisassistenten**

einmalig bis zu 3.500 Euro

**Finanzielle Förderung der Fortführung einer Vertragsarztpraxis
über das 63. Lebensjahr hinaus**

bis zu 5.400 Euro pro Quartal

*Die genannten Fördersummen werden voraussichtlich ab dem 3. Juli 2026 unter www.kvb.de veröffentlicht und treten am Folgetag der Bekanntmachung in Kraft.

Alle aktuellen Fördersummen und -programme finden Sie unter www.kvb.de/kuenftige-mitglieder/praxisstart/region-sucht-arzt.

Landkreis Kronach: neue Perspektiven jenseits der Zentren

Wer heute über die eigene berufliche Zukunft nachdenkt – ob Niederlassung, Kooperation oder perspektivisch die Praxisabgabe – stellt andere Fragen als noch vor einigen Jahren. Es geht nicht mehr allein um Arzt-sitze oder Förderprogramme. Entscheidend ist das Gesamtbild.

Ein genauerer Blick lohnt sich gerade dort, wo man ihn früher vielleicht nicht gewagt hätte: in ländlichen Regionen. Der Landkreis Kronach zeigt exemplarisch, wie sich das Bild verändern kann – wenn Versorgung, Standortpolitik und individuelle Perspektiven zusammengedacht werden.

Vom Problemfall zum Zukunftsmodell

Noch vor wenigen Jahren war die Lage angespannt: unbesetzte Arzt-sitze, hohe Arbeitsbelastung in bestehenden Praxen, kaum Dynamik bei Neuniederlassungen.

Heute zeigt sich ein anderes Bild: Sechs hausärztliche Niederlassungen zu Jahresbeginn, eine neue kinderärztliche Gemeinschaftspraxis seit April und fachärztliche Niederlassungen in Mitwitz und Küps im Bereich der Dermatologie, sowie eine HNO-Niederlassung in Kronach, die bereits allesamt auf den Weg gebracht sind. Für die Fachgruppe der Kinderärzte und der Hautärzte ist der Status der bestehenden beziehungsweise drohenden Unterversorgung in der Maisitzung des von der KVB unabhängigen Landesausschusses auf-

gehoben worden. Alles Zeichen eines sichtbaren Wandels.

Diese Entwicklung ist kein Zufall. Sie ist das Ergebnis eines strukturierten und konsequent verfolgten Prozesses.

Was den Unterschied macht

Der entscheidende Faktor liegt im Zusammenspiel mehrerer Elemente:

- **Fundierte Analyse statt Bauchgefühl:** Eine realistische Bewertung der Versorgungssituation bildet die Grundlage jeder Maßnahme.
- **Gezielte Förderung:** Instrumente werden nicht pauschal eingesetzt, sondern passgenau auf Bedarf und Zielgruppe abgestimmt.
- **Individuelle Beratung:** Niederlassungsinteressierte werden früh begleitet – nicht nur fachlich, sondern auch in Fragen der Lebensplanung.
- **Aktives Standortmarketing:** Regionen präsentieren sich nicht mehr defensiv, sondern zeigen klar, was sie bieten.

Hinzu kommt ein Aspekt, der in Gesprächen mit Ärztinnen und Ärzten zunehmend an Gewicht gewinnt: die Lebensqualität. Bezahlbarer Wohnraum, kurze Wege, verlässliche Kinderbetreuung und persönliche Netzwerke sind keine „weichen Faktoren“ mehr – sie sind oft ausschlaggebend.

Hinter den Erfolgen: viel Koordination, viel Engagement

Was heute wie eine positive

Momentaufnahme wirkt, ist in Wirklichkeit das Ergebnis intensiver Abstimmung. Kommunen, KVB und lokale Akteure arbeiten eng zusammen. Prozesse werden koordiniert, Informationen gebündelt, Entscheidungen vorbereitet. Ein wesentlicher Faktor dabei – die kontinuierliche Zusammenarbeit über die Gremien der Gesundheitsregionen^{plus}. Mit dem Landkreis Kronach arbeitet die KVB bereits seit elf Jahren zusammen.

Für Niederlassungsinteressierte bedeutet das vor allem eines: weniger Unsicherheit. Fragen zur Wirtschaftlichkeit, zur Organisation einer Praxis oder zur Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben werden nicht isoliert betrachtet, sondern gemeinsam geklärt. Genau diese Verlässlichkeit schafft Vertrauen – eine zentrale Voraussetzung für langfristige Entscheidungen.

Ein Perspektivwechsel, der sich lohnt

Kronach ist kein Einzelfall, sondern steht stellvertretend für viele Regionen in Bayern. Überall dort, wo aktiv gestaltet wird, verändert sich die Wahrnehmung. Aus vermeintlichen Nachteilen werden konkrete Chancen. Für Ärztinnen und Ärzte bedeutet das: Es lohnt sich, genauer hinzusehen – und eingefahrene Vorstellungen zu hinterfragen. Denn abseits der großen Zentren entstehen zunehmend Arbeits- und Lebensmodelle, die in dieser Form in Ballungsräumen oft schwer zu realisieren sind.



Kronach in Zahlen

- neue kinderärztliche Gemeinschaftspraxis (seit April 2026, insgesamt 1,75 Arztsitze)
- sechs hausärztliche Niederlassungen seit Jahresbeginn (5,75 Anrechnungsfaktoren)
- genehmigte fachärztliche Sitze (Dermatologie 1,5 Arztsitze; HNO 1,0 Arztsitze)
- rund 1,5 Millionen Euro Fördermittel aus dem Strukturfonds in den letzten zwölf Jahren
- Ziel: langfristige Stabilisierung der ambulanten medizinischen Versorgung

Unterstützungsangebote im Überblick

- individuelle Beratung durch die KVB-Beratungszentren vor Ort
- finanzielle Förderprogramme, zum Beispiel für Neuniederlassungen oder Praxisübernahmen
- Begleiteter Einstieg in die Niederlassung mit der KVB-Praxis
- KVB-Börse: Praxen, Kooperationen, Ausschreibungen, Vertretungen und Weiterbildungsstellen für Ärztinnen und Ärzte

Weitere Informationen zu Förderungen finden Sie unter dem QR-Code.



Fazit

Die Entwicklung im Landkreis Kronach zeigt, was möglich ist, wenn Versorgung, Lebensqualität und gezielte Unterstützung zusammenspielen. Attraktive Perspektiven entstehen nicht von selbst – aber sie lassen sich gestalten. Und genau darin liegt die eigentliche Bot-

schaft: Wer heute über seine berufliche Zukunft entscheidet, sollte den Blick weiten. Denn gute Lösungen finden sich nicht nur dort, wo man sie immer vermutet hat.

Eva-Maria Völkel (KVB)

Neue Förderung für unterversorgte Facharztgruppen

In vielen Regionen Bayerns fehlen Fachärztinnen und Fachärzte – mit einer neuen Förderung will die KVB genau hier ansetzen: Praxen in (drohend) unterversorgten Planungsbereichen können ab sofort 5.800 Euro monatlich für die Weiterbildung erhalten. Eine Antragstellung ist jederzeit möglich.

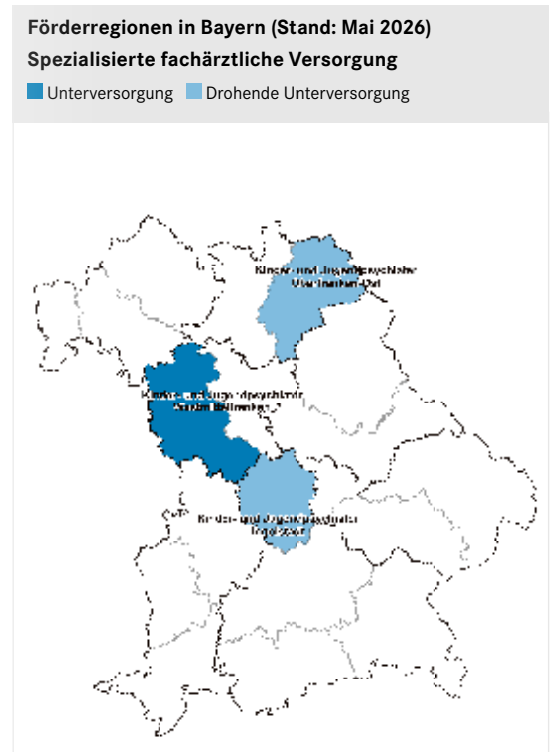
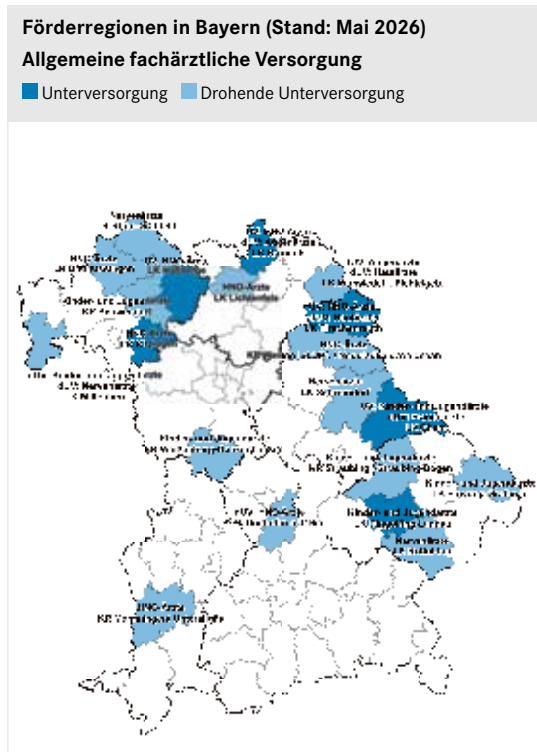
Seit 1. Juni 2026 gibt es eine neue KVB-Fördermaßnahme, die eine Ergänzung zur bestehenden Weiterbildungsförderung nach Paragraf 75a SGB V darstellt und sich von dieser dahingehend unterscheidet, dass der Kreis an Förderempfängern enger gefasst ist. Dies bedeutet konkret, dass Förderempfänger all jene Praxen sein können, die in Planungsbereichen liegen, in denen in der angestrebten Fachgruppe der betreffenden Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (drohende) Unterversorgung vorliegt. Wo dies in welchen Arztgruppen (gemäß Bedarfsplanungs-

Richtlinie des G-BA) der Fall ist, können Sie den abgebildeten Karten entnehmen, die Sie auch auf der Internetseite der Förderung finden unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/foerderung/weiterbildungsfoerderung.

Arztgruppen, für die in bestimmten Planungsbereichen aktuell eine (drohende) Unterversorgung besteht sind:

- HNO-Ärzte
- Kinder- und Jugendärzte
- Kinder- und Jugendpsychiater
- Augenärzte
- Frauenärzte
- Hautärzte
- Nervenärzte

Welche Planungsbereiche in den jeweiligen Arztgruppen drohend oder festgestellt unterversorgt sind



Quelle: Beschlüsse des Landesausschusses vom 19.05.2026;
 Geodaten: Bayerische Vermessungsverwaltung – www.geodaten.bayern.de, Lizenz: CC BY 4.0



entnehmen Sie den Karten und Übersichten der förderfähigen Gemeinden unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/foerderungen/weiterbildungsfoerderung.

Wichtige Eckpunkte zur Förderung

- Ihre Praxis muss in einem Planungsbereich liegen, in dem in der **angestrebten Fachgruppe Ihrer Ärztin oder Ihres Arztes in Weiterbildung drohende Unterversorgung oder Unterversorgung** besteht (siehe Karten und Gemeinelisten auf der KVB-Internetseite).
- Es erfolgt eine **monatliche Vergütung in Höhe von 5.800 Euro** in Vollzeit (Teilzeit anteilig), die vollumfänglich an die Ärztin oder den Arzt in Weiterbildung weiterzureichen ist.
- Eine **ganzjährige Antragstellung** ist möglich
- Die Förderung vom selben Weiterbildungsabschnitt auf Grundlage anderer Weiterbildungsförderungen der KVB (insbesondere gemäß Paragraf 75a SGB V) ist nicht möglich.
- Die Fördermaßnahme hat eine Laufzeit von **zwei Jahren** (bis 31. Mai 2028).

Hinweise zur Antragstellung

- Die Antragstellung ist frühestens sechs Monate vor Beginn des Weiterbildungsabschnitts möglich.
- Der Weiterbilder benötigt eine Weiterbildungsbefugnis der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) im erforderlichen Umfang.
- Die Assistentengenehmigung sollte vor dem Förderantrag bei der KVB gestellt werden.

- Bitte stellen Sie nur einen Förderantrag, wenn die Fördervoraussetzungen erfüllt sind. Liegt für die Arztgruppe im Planungsbereich Ihrer Praxis keine (drohende) Unterversorgung vor, sehen Sie bitte von einer Antragstellung ab, da der Antrag andernfalls abgelehnt wird, was zusätzlichen Bearbeitungsaufwand verursacht.

Förderzweck ist neben dem Aufbau und Erhalt nachhaltiger und zukunftsfähiger Versorgungsstrukturen die Reduktion der finanziellen Belastungen, die mit der Beschäftigung ärztlichen Personals einhergehen. Dies soll zur Weiterbildung motivieren und durch die Gewinnung von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung dem frühzeitigen Finden von potenziellen Praxisübernehmern und damit auch der mittelbaren Abwendung der (drohenden) Unterversorgung dienen: Kurzum, es wird auf die flächendeckende Sicherstellung der ambulanten Versorgung in Bayern abgezielt. Da es im Gegensatz zur herkömmlichen Weiterbildungsförderung nach Paragraf 75a SGB V keine Ausschreibungszeiträume gibt, haben Weiterbilder ein hohes Maß an Planungssicherheit. Ein Auswahlverfahren erfolgt allenfalls, wenn mehr Anträge eingehen als freie Stellen verfügbar sind.

Bei Interesse finden Sie die Planungsbereiche mit (drohender) Unterversorgung sowie das **Antragsformular** und die **Förderbedingungen** im Detail auf unserer Website (bitte QR-Code scannen).



Lorenz Gattnar (KVB)

Weniger Bürokratie, mehr Zeit für Patienten

Die Arbeit in den Praxen wird immer anspruchsvoller – medizinisch, wirtschaftlich und organisatorisch. Gleichzeitig wächst der bürokratische Aufwand kontinuierlich. Viele unserer Mitglieder erleben, dass die Administration zunehmend Zeit bindet, die in der Versorgung der Patientinnen und Patienten dringend benötigt würde. Das darf kein Dauerzustand sein. Die KVB setzt sich deshalb aktiv dafür ein, Praxen von unnötiger Bürokratie zu entlasten.

Formulare, Nachweise, Prüfverfahren und immer neue Vorgaben kosten wertvolle Zeit und schaffen häufig zusätzliche Komplexität. Prozesse sind oft schwer nachvollziehbar, Regelungen ändern sich kurzfristig und Zuständigkeiten sind nicht immer klar. Das belastet Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ebenso wie deren Praxisteam – und geht zulasten der Versorgung.

Gleichzeitig ist klar: Nicht jede Bürokratie ist per se verzichtbar. Bestimmte Regelungen sind notwendig, um Qualität, Patientensicherheit und Transparenz zu gewährleisten. Problematisch wird es dort, wo Vorgaben keinen erkennbaren Mehrwert bieten, Abläufe unnötig erschweren oder unverhältnismäßig Ressourcen binden. Genau diese vermeidbare Bürokratie steht im Fokus der Arbeit der KVB.

Über die Jahre haben sich dabei klare Schwerpunkte herausgebildet. Dazu zählen aufwendige Prüf-

verfahren, komplexe Abrechnungsregelungen und bürokratische Hürden im Vertrags- und Zulassungswesen. Diese Themen stehen regelmäßig im Mittelpunkt unserer Positionierungen und Forderungen auf Landes- und Bundesebene, genauso aber auch das Voranbringen von digitalen Lösungen, die den Praxisalltag tatsächlich erleichtern sollen, statt zusätzliche Belastungen zu schaffen.

Mehr Augenmaß bei Prüfverfahren gefordert

Ein aktuelles Beispiel für dieses Engagement ist ein Beschluss der Vertreterversammlung der KVB aus diesem Jahr. Darin wurde der Vorstand beauftragt, sich weiterhin beim Gesetzgeber für die Einführung einer Bagatell- beziehungsweise Geringfügigkeitsgrenze in Höhe von 300,- Euro bei Anträgen der Krankenkassen im Rahmen von Abrechnungsprüfungen einzusetzen.

Ziel ist es, unverhältnismäßige Prüfverfahren bei geringfügigen Abweichungen zu vermeiden und Praxen spürbar zu entlasten. Darüber hinaus fordert die KVB weiterhin eine Aufwandspauschale für Krankenkassen, wenn sich Prüfverfahren im Nachhinein als unbegründet erweisen. Auch damit setzt sich die KVB für mehr Fairness, Augenmaß und Praxisnähe in Abrechnungsprüfungen ein.

Formularvielfalt erschwert den Praxisalltag

Ein weiteres Beispiel für unnötige Bürokratie ist das uneinheitliche

Formularwesen vieler Behörden. Für identische Sachverhalte sind Praxen häufig mit unterschiedlichen, behördenspezifischen Formularen konfrontiert – etwa bei augenärztlichen Gutachten, für die allein in Bayern zahlreiche unterschiedliche Vorlagen von Städten und Landkreisen existieren.

Dieser Mehraufwand ist weder medizinisch noch administrativ gerechtfertigt. Gleichzeitig erschwert die Vielzahl an Formularen eine Einbindung in die Praxissoftware erheblich, sodass viele Dokumente weiterhin manuell bearbeitet werden müssen. Die KVB fordert daher, dass Behörden ihre Formulare zumindest digital bearbeitbar und möglichst standardisiert zur Verfügung stellen. Bereits das würde viele Abläufe im Praxisalltag spürbar erleichtern.

Bewegung beim Konsiliarbericht in der Psychotherapie

Beim Konsiliarverfahren in der Psychotherapie zeigt sich, dass sich langjähriges Engagement auszahlen kann. Seit Langem wird eine Entbürokratisierung insbesondere für Fälle gefordert, in denen Patientinnen und Patienten mit einer Überweisung durch Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte in die psychotherapeutische Behandlung kommen. Der bislang verpflichtende Konsiliarbericht bedeutet häufig zusätzlichen formalen Aufwand, obwohl die relevanten medizinischen Informationen bereits vorliegen. Die Politik signalisiert inzwischen Bewegung: Künftig könnte auf einen Konsiliarbericht verzicht-

tet werden, wenn eine ärztliche Abklärung bereits erfolgt ist. Damit würde eine zentrale Forderung aus der Versorgungspraxis aufgegriffen, die zuletzt sogar von der GKV-Finanzkommission als Sparvorschlag ins Spiel gebracht und vom Bundesrat unterstützt wird. Nun bleibt abzuwarten, wie schnell und in welcher konkreten Ausgestaltung die angekündigten Erleichterungen umgesetzt werden.

Ankündigungen aus Berlin müssen sich erst noch bewähren

Die Bundesregierung hat den Bürokratieabbau zuletzt erneut als politische Priorität angekündigt. Laut Informationen des Bundesgesundheitsministeriums befindet sich ein entsprechender Referentenentwurf derzeit in Ausarbeitung, zudem sei ein Spitzengespräch mit den maßgeblichen Stakeholdern vorgesehen. Konkrete und spürbare Entlastungen für die Praxen stehen bislang jedoch noch aus.

Aus Sicht der KVB wird entscheidend sein, ob den Ankündigungen auch tatsächlich wirksame Maßnahmen folgen. Praxisnahe Vorschläge für weniger Bürokratie liegen zur Genüge auf dem Tisch, genauso wie Pläne für eine moderne Zulassungsverordnung für Ärzte (Ärzte-ZV). Nun kommt es darauf an, diese konsequent aufzugreifen und in alltagstaugliche gesetzliche Regelungen zu überführen.

Der angekündigte Austausch mit den relevanten Beteiligten kann hierfür ein wichtiger Schritt sein – vorausgesetzt, es bleibt nicht nur bei Absichtserklärungen. Für die Praxen zählt am Ende nicht die Ankündigung weiterer Gespräche, sondern eine spürbare Entlastung im Versorgungsalltag.



Bürokratieabbau als dauerhafte Aufgabe

Um bürokratische Belastungen systematisch anzugehen, hat die KVB bereits 2011 eine zentrale Anlaufstelle für den Bürokratieabbau in den Praxen eingerichtet. Dort werden Rückmeldungen aus dem Praxisalltag gesammelt, ausgewertet und weiterverfolgt. Ziel ist es, die Mitglieder sowie deren Praxisteams spürbar zu entlasten und unnötige Hürden im Praxisalltag abzubauen.

Dabei ist Bürokratieabbau kein einmaliges Projekt, sondern ein dauer-

hafter Prozess. Viele Vorgaben entstehen nicht auf regionaler Ebene, sondern sind auf Bundesebene geregelt oder Ergebnis von Vereinbarungen mit Krankenkassen, Medizinischen Diensten oder weiteren Institutionen. Der Vorstand der KVB setzt sich mit Nachdruck dafür ein, konkrete Entlastungspotenziale zu identifizieren und die Interessen der Mitglieder gegenüber Politik, Krankenkassen und weiteren Beteiligten konsequent zu vertreten.

Rosmarie Strobl (KVB)

Ihre Erfahrungen sind gefragt

Bürokratieabbau gelingt nur mit den Erfahrungen aus den Praxen. Denn dort zeigt sich im Praxisalltag, welche Vorgaben unnötig Zeit kosten, Abläufe erschweren oder an der Versorgungsrealität vorbeigehen. Welche Regelungen sind aus Ihrer Sicht überholt, überflüssig oder schlicht nicht praxistauglich? Wo sehen Sie unnötige Hürden oder konkreten Verbesserungsbedarf?

Schicken Sie uns Ihre Beispiele aus dem Praxisalltag gerne an buerokratieabbau@kvb.de

Jede Rückmeldung hilft dabei, unnötige Bürokratie sichtbar zu machen und konkrete Verbesserungen anzustoßen – für mehr Zeit in der Versorgung. Weiterführende Positionen und Forderungen zu diesem Themenfeld finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/buerokratie-melden.

KVB Praxenwissen: neues eLearning-Angebot

Die kompakten eLearning-Tutorials KVB Praxenwissen erweitern das digitale Informations- und Beratungsangebot der KVB. In leicht verständlichen Videos vermitteln KVB-Beraterinnen und -Berater wichtiges Know-how rund um Abrechnung, Verordnung, Praxisführung und Digitalisierung.



KVB Praxenwissen – das zeitgemäße Lernangebot in der neuen KVB-Mediathek.

Die Inhalte sind jederzeit flexibel abrufbar und lassen sich unkompliziert in den Berufsalltag integrieren. Damit schafft die KVB ein zeitgemäßes Lernangebot, das Wissen so anschaulich vermittelt, dass es sich direkt anwenden lässt.

Die erste Staffel zeigt den Weg in die eigene Praxis. In vier aufeinander aufbauenden Folgen erhalten Ärztinnen, Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einen umfassenden Überblick und wertvolle Informationen zu den wichtigsten Schritten auf dem Weg zur erfolgreichen Niederlassung im Freistaat.

1. Folge: Marktbeobachtung

Welche Voraussetzungen gelten für die Niederlassung in Bayern? Die erste Folge gibt angehenden Praxisinhaberinnen und Praxisinhabern einen Überblick über regionale Versorgungsstrukturen, die Bedarfsplanung und attraktive Fördermöglichkeiten.

2. Folge: „Perfect Match“

Wer eine Praxis übernehmen möchte, erfährt hier, wie sich passende Kontakte zu Praxisabgeberinnen und -abgebern knüpfen lassen. Hilfreiche Tools, Veranstaltungen und Beratungsangebote der KVB ergänzen das smarte Infopaket.

3. Folge: Bewerbungs- und Nachbesetzungsverfahren

Diese Folge erklärt Schritt für Schritt, wie das Nachbesetzungsverfahren abläuft und worauf bei der Bewerbung für eine Praxisübernahme besonders zu achten ist. Wie wird eine Praxis vergeben? Welche Unterlagen müssen eingereicht werden? Was sollten Bewerberinnen und Bewerber unbedingt im Blick behalten? KVB Praxenwissen liefert die Antworten.

4. Folge: Das KVB-Patenprogramm

Informationen zum KVB-Patenprogramm runden die erste Staffel ab. Erfahrene Patinnen und Paten begleiten den Einstieg in die Selbstständigkeit persönlich und stehen jederzeit beratend zur Seite – von der ersten Quartalsabrechnung bis hin zur Honoraranalyse nach dem ersten Jahr.

Lara Mayrhofer (KVB)

Bleiben Sie mit KVB Praxenwissen auf dem Laufenden



Alle Folgen von KVB Praxenwissen finden Sie ab sofort in der neuen KVB-Mediathek (bitte QR-Code scannen).



KVB Servicecenter – Kurze Frage, direkte Antwort

Sie stecken mitten im Praxisbetrieb und brauchen eine schnelle Information am Telefon – speziell zu Abrechnung, Verordnung oder digitalen KVB Anwendungen? Wir sind für Sie da.

Servicezeiten

Montag bis Donnerstag 7.30 bis 17.30 Uhr
Freitag 7.30 bis 16.00 Uhr

Servicecenter 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

eTec Support 0 89 / 5 70 93 – 4 00 40



KVB Beratungscener – Ihr Kontakt vor Ort

Sie möchten ein Thema aus Abrechnung, Verordnung oder Praxisführung in einer persönlichen Einzelberatung vertiefen? Wir vereinbaren gerne einen Termin mit Ihnen!

Servicezeiten

Montag bis Donnerstag 8.00 bis 16.00 Uhr
Freitag 8.00 bis 13.00 Uhr

Bayreuth (Oberfranken)

Telefon 09 21 / 2 92 – 4 99
E-Mail bc-bayreuth@kvb.de

Nürnberg (Mittelfranken)

Telefon 09 11 / 9 46 67 – 3 99
E-Mail bc-nuernberg@kvb.de

Oberbayern

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 25 99
E-Mail bc-oberbayern@kvb.de

Würzburg (Unterfranken)

Telefon 09 31 / 3 07 – 4 99
E-Mail bc-wuerzburg@kvb.de

Regensburg (Oberpfalz)

Telefon 09 41 / 39 63 – 4 99
E-Mail bc-regensburg@kvb.de

München

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 24 99
E-Mail bc-muenchen@kvb.de

Straubing (Niederbayern)

Telefon 0 94 21 / 80 09 – 4 99
E-Mail bc-straubing@kvb.de

Augsburg (Schwaben)

Telefon 08 21 / 32 56 – 3 99
E-Mail bc-augsburg@kvb.de



Dienstplanänderungen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

(Diensttausch, Vertretung und Erreichbarkeit)

Finden Sie in **Meine KVB**.



Dienstplanung DPP-online

Finden Sie in **Meine KVB**.

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 88 90
Fax 0 89 / 5 70 93 – 88 85
E-Mail info.dpp@kvb.de

Servicezeiten

Montag bis Freitag
9.00 bis 15.00 Uhr



Notarzt-Abrechnung

Finden Sie in **Meine KVB**.

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 8 80 88
Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 25
E-Mail notarzdoku@kvb.de (NIDA)



KVB Selfservice – 24/7 für Sie verfügbar

Sie wollen eine Abwesenheit melden, Dokumente sicher übermitteln, Sprechzeiten ändern oder eine Genehmigung beantragen? Das und mehr bietet Ihnen „Meine KVB“ – einfach online, zeitlich und örtlich flexibel! Den Einstieg finden Sie unter www.kvb.de.

Impressum für KVB FORUM und KVB INFOS

KVB FORUM ist das Mitteilungsblatt der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) mit den offiziellen Rundschreiben und Bekanntmachungen (KVB INFOS).

Herausgeber (V. i. S. d. P.):

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns vertreten durch den Vorstand:
Dr. med. Christian Pfeiffer, Dr. med. Peter Heinz, Dr. med. Claudia Ritter-Rupp

Redaktion:

Martin Eulitz (Leiter Stabsstelle Kommunikation), Dr. phil. Axel Heise (CvD)
Text: Markus Kreikle, Marion Munke Grafik: Gabriele Hennig, Iris Kleinhenz

Kontakt zur Redaktion: KVBFORUM@kvb.de

Satz und Layout: KVB Stabsstelle Kommunikation

Druck: Bonifatius GmbH, Paderborn

Mit externen Autorennamen gekennzeichnete Beiträge spiegeln ebenso wie Leserbriefe nicht unbedingt die Meinung der Herausgeber oder der Redaktion wider. Die Redaktion behält sich die Veröffentlichung und Kürzung von Zuschriften vor. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Bilder übernehmen wir keine Haftung. Die hier veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt, ein Abdruck ist nur mit unserer schriftlichen Genehmigung möglich.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden die Sprachformen (wie beispielsweise „Ärztinnen und Ärzte“) nicht in jedem Einzelfall gleichzeitig verwendet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für alle Geschlechter gleichermaßen.

KVB FORUM erhalten alle bayerischen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie alle Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft in der KVB. Der Bezugspreis ist mit der Verwaltungskostenumlage abgegolten.

Bildnachweis:

Allgemeinmedizinisches Institut - Uniklinikum Erlangen (Seite 17), Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BlÖG) (Seite 17), KBV (Seite 2, 13), SEKO Bayern (Seite 4), stock.adobe.com/studio v-zwoelf (Titelseite), stock.adobe.com/Andrii Zastrozhnov (Seite 2), stock.adobe.com/alphaspirit (Seite 2), stock.adobe.com/Garun Studios (Seite 4), stock.adobe.com/Ideenkoch (Seite 4), stock.adobe.com/Mario Hösel (Seite 5), stock.adobe.com/momius (Seite 8), stock.adobe.com/Animaflora PicsStock (Seite 21), stock.adobe.com/momius (Seite 23), stock.adobe.com/Wolfilser (Seite 25), KVB/Nadine Stegemann (Seite 3, 10, 11, 12), KVB (alle weiteren)



Gedruckt auf FSC®-
zertifiziertem Papier



• ressourcenschonend und umweltfreundlich hergestellt
• emissionsarm gedruckt
• aus 100 % Altpapier

RG4

Dieses Druckerzeugnis
ist mit dem Blauen Engel
ausgezeichnet.

