



GERIATRISCHE VERSORGUNG

Wie kann sie gelingen?

Die Behandlung älterer Menschen ist meist komplex und erfordert eine starke interdisziplinäre Zusammenarbeit. Doch hier gibt es Licht und Schatten. KV PRAXIS zeigt ungelöste Problemfälle, gelungene Praxisbeispiele und Abrechnungsmöglichkeiten auf.

FORDERUNGEN

Selbstbeteiligung ist kein populäres Thema, doch der Vorstand bleibt dran, dieses und weitere Themen zu platzieren. | Seite 14

START VON WebA

Die ersten Hybrid-DRG-Leistungen sind über die neue Abrechnungssoftware abgewickelt. Bald folgen ASV-Leistungen. | Seite 15

NEUE CHANCEN

Eine Praxis setzt auf Verstärkung durch eine Ärztin aus einem Drittstaat als Ausbildungsassistentin. | Seite 21

INHALT

Schwerpunkt

04 Geriatrische Versorgung – wie kann sie gelingen?

Wir Menschen werden immer älter. Und mit dem Alter steigen die Erkrankungen. Umso wichtiger werden kollegialer Austausch und Fortbildungen.

06 Nutzen Sie die spezialisierte geriatrische Diagnostik

Die Betreuung älterer Patientinnen und Patienten erfordert mehr Aufwand und Wissen, bietet aber auch mehr Abrechnungsmöglichkeiten.

08 Schnittstellen

Ob Pflegeheim, Tagesklinik oder Krankenhaus – für die Geriatrie ist eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich. Was klappt schon und wo ist noch Luft nach oben? Ärztinnen und Ärzte berichten aus dem Praxisalltag.



Eine abgestimmte Versorgung ist eine Herausforderung.

14 Selbstbeteiligung im Fokus

Der Vorstand der KV RLP hat vor der Bundestagswahl unliebsame Forderungen platziert.

15 Start von WebA

Die ersten Hybrid-DRG-Leistungen sind über die neue Abrechnungssoftware abgewickelt. Bald folgen ASV-Leistungen.

16 Lungenzentrum in Mainz

Wie sieht die Zukunft der Lungenmedizin in Rheinland-Pfalz aus?

17 Weiterbildung als Einstieg

Das Gründungsteam einer Praxis hat sich über die Weiterbildung gefunden.

18 Gut zu wissen

TI-Geräte | Weiterbildung | Sprechstunden | Praxissitze | Honorarkennzahlen | eDMP | KIM

20 Klimaschutz

KlimaDocs zeigen und thematisieren Chancen und Herausforderungen.

21 Neue Chancen

Eine Kinderarztpraxis hat das neue Angebot für Ärztinnen und Ärzte aus Drittstaaten genutzt.

22 Neue Kampagne

Die Kampagne #Praxenland lenkt den Fokus auf den ambulanten Bereich.

23 Nationalsozialismus

Eine Wanderausstellung thematisiert, wie sich die Rolle der Ärzteschaft veränderte.

23 Impressum

24 SAVE THE DATE: Sommerkongress 2025

15

Neuer Abrechnungsweg für Hybrid-DRG

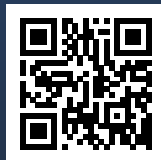


WORKSHOP ZUM PRAXISSTART

16. MAI | 16 UHR | MAINZ

- Für Ärzt*innen in Weiterbildung
- Schwerpunkte: Anstellung und Zulassung, BWL, Abrechnung, Telematikinfrastruktur
- Sie können sich für zwei Thematische anmelden.

PROGRAMM
UND ANMELDUNG



www.kv-rlp.de/700777

Vorwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der demografische Wandel stellt unser Gesundheitssystem vor große Herausforderungen. Mit einer alternden Gesellschaft wächst der Bedarf an altersmedizinischer Versorgung stetig. Besonders betroffen ist die Geriatrie, die zunehmend mit der Behandlung betagter und hochbetagter Patientinnen und Patienten konfrontiert wird. In den vergangenen Jahren hat sich ein deutliches Ungleichgewicht zwischen dem steigenden Versorgungsbedarf und den bestehenden geriatricspezifischen Strukturen gezeigt. Trotz dieser offensichtlichen Entwicklung fehlen vielerorts politische Maßnahmen zur Schaffung angemessener Rahmenbedingungen. Ohne gezielte Veränderungen droht ein erheblicher Versorgungsengpass, der sich bereits in einigen Regionen bemerkbar macht. Die wirtschaftlichen Herausforderungen für geriatrische Einrichtungen haben sich durch jahrelange Unterfinanzierung, die Folgen der Corona-Pandemie, steigende Energie- und Personalkosten sowie die anhaltende Inflation drastisch verschärft. Doch was können wir tun, wenn politische Entscheidungen auf sich warten lassen? Eine nachhaltige Verbesserung der geriatrischen Versorgung erfordert insbesondere eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit. Der gezielte Austausch zwischen Expertinnen und Experten unterschiedlicher Fachrichtungen ist essenziell, um komplexe Herausforderungen effizient zu bewältigen, Doppelstrukturen zu vermeiden und Synergien bestmöglich zu nutzen. Durch interdisziplinäre Kooperation können innovative Lösungen entwickelt werden, die langfristig eine qualitativ hochwertige Versorgung gewährleisten. Gerade in diesen herausfordernden Zeiten sollten wir die Zusammenarbeit weiter ausbauen. Indem wir bewährte Methoden und Denkweisen anderer Fachrichtungen in unseren Alltag integrieren, stärken wir die geriatrische Versorgung und gestalten aktiv eine zukunftsfähige Medizin für ältere Patientinnen und Patienten.

**San.-Rat
Dr. Peter Heinz**

*Vorsitzender des Vorstands
der KV RLP*





GERIATRISCHE VERSORGUNG

GEMEINSAME VERANTWORTUNG

Wir Menschen werden immer älter. Und mit dem Alter steigen die Erkrankungen. Damit befasst sich die Geriatrie, deren oberstes Ziel es ist, ältere Menschen ein möglichst langes, selbstbestimmtes Leben zu Hause zu ermöglichen.

Mit der medizinischen Betrachtungsweise des alten Menschen beschäftigte sich der Franzose Jean-Martin Charcot an der Universität Paris bereits Ende des 19. Jahrhunderts. Er gilt als einer der ersten Mediziner für die geriatrische Disziplin innerhalb der Medizin. Die Geriatrie oder Altersmedizin befasst sich mit den körperlichen, geistigen, funktionalen und sozialen Aspekten in der Versorgung von akuten und chronischen Krankheiten, der Rehabilitation und Prävention für alte Patientinnen und Patienten sowie deren spezieller Situation am Lebensende. 2005 taucht das geriatrische Basisassessment

zum ersten Mal explizit im EBM auf. Elf Jahre später folgt die spezialisierte geriatrische Diagnostik mit eigenen Abrechnungsziffern.

Gesamtzustand betrachten

Die Versorgungszahlen der KV RLP zeigen: Es gibt immer mehr Menschen, die in diese Spezialdisziplin fallen. Waren es vor fünf Jahren noch 311.000 Patientinnen und Patienten über 70, die geriatrische Leistungen in Anspruch genommen haben, so kletterte die Zahl bis Ende 2024 auf 366.000 – Tendenz steigend. Die Prognose sagt für das Jahr 2030 389.000 Patientinnen und Patienten voraus.

Sie sind in der Allgemeinmedizin, der Inneren Medizin, der Neurologie, der Orthopädie oder in der Psychiatrie tätig? Dann nimmt die geriatrische Versorgung in Ihrem Praxisalltag einen entsprechenden Raum ein. Aber auch in anderen Fachrichtungen taucht sie immer häufiger auf. Daher geht es in diesem Bereich stark um das Vernetzen der Fachgebiete. Denn in der Geriatrie betrachtet man nicht ein bestimmtes Symptom, sondern den Gesamtzustand eines Menschen. Das Netzwerken ist von enormer Bedeutung – mit anderen ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten sowie der Psychotherapie, mit Kranken-

366.000

Menschen über 70 werden geriatrisch in Praxen in Rheinland-Pfalz versorgt.

häusern und Spezialeinrichtungen, mit Pflegeheimen und Pflegediensten. Außerdem kommt den Angehörigen eine besondere Rolle zu.

Austausch und Fortbildung

Wenn Sie sich fachlich austauschen möchten, können Sie dies beispielsweise in Qualitätszirkeln (QZ) tun. Aktuell haben sich zwei QZ auf das Thema Geriatrie spezialisiert – einer in Bad Kreuznach und einer in Ludwigshafen. Neue Mitglieder sind zu den regelmäßigen Treffen herzlich willkommen. Melden Sie sich einfach bei der entsprechenden Ansprechpartnerin bzw. dem entsprechenden Ansprechpartner des jeweiligen QZ. Außerdem hat die KV RLP ein geriatrisches QZ-Modul entwickelt. Nutzen Sie gerne die darin enthaltene allgemeine Wissenssammlung zur Geriatrie und zu geriatrischen Assessments, zu Stürzen und deren Folgen sowie zum Delir. Dieses Modul dient nicht nur geriatrischen QZ als Hilfestellung. Auch in vielen anderen der insgesamt 392 QZ in Rheinland-Pfalz wird die Geriatrie beleuchtet. Daher lohnt sich ein Blick auf die KV RLP-Website. Den einen oder anderen QZ gibt es sicherlich auch in Ihrer Nähe.

Weiterhin können Sie sich bei der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) Input holen. Sie bietet jeden zweiten Mittwochmittag im Monat kostenlose Webinare an. Darin sprechen Expertinnen und Experten beispielsweise über Osteoporose, arterielle Hypertonie im Alter oder die Diagnostik und Therapie chronischer Wunden. Eine vorherige Registrierung oder Anmeldung zum Webinar sind nicht nötig.

Ebenfalls über die DGG läuft die Arbeitsgruppe „Ambulante Geriatrie“, in der sich diejenigen vernetzen, die vorwiegend in der ambulanten Betreuung geriatrischer Patientinnen und Patienten tätig sind. Sie haben Interesse, dort mitzumachen? Dann melden Sie sich bei AG-Leiter Dr. Michael Stanke.

Thema aktueller denn je

Auch beim medizinischen Nachwuchs ist das Thema längst angekommen. So tauschen sich beispielsweise die Mitglieder der „Jungen Geriatrie“ unter dem Dach der DGG regelmäßig aus. Neben der interdisziplinären Vernetzung und aktiven Mitwirkung etwa am Thema Weiterbildung steht die Gruppe mit anderen geriatrischen Nachwuchsorganisationen in Europa im Dialog.

Doch auch in Rheinland-Pfalz gibt es neue Ansätze. An der Universitätsmedizin Mainz startet im Mai erstmals das Wahlfach Geriatrie im Praktischen Jahr. Und Anfang des Jahres hat dort die Hochschulambulanz Geriatrie eröffnet. Diese Expertise können Sie als Niedergelassene nutzen und Patientinnen und Patienten dorthin überweisen, etwa bei Themen wie Polypharmazie, wiederkehrenden Stürzen oder Osteoporose. Die dort tätigen Kolleginnen und Kollegen der Abteilung Geriatrie freuen sich, wenn Sie sich vor der Überweisung kurz telefonisch mit ihnen absprechen.

Vielfältiger Forschungsgegenstand ist die Geriatrie selbstverständlich ebenfalls. Weltweit befassen sich Studien und Projekte damit. Neben der Präzisierung des geriatrischen Assessments stehen aktuell bei den praxisorientierten Aspekten vor allem Mangelernährung, körperliche Trainings, Sturzprävention und Polypharmazie im Fokus.

Welche Aspekte in der Geriatrie für Sie eine wichtige Rolle spielen, welche Herausforderungen und schnittstellenübergreifende Zusammenarbeit es gibt, lesen Sie auf den folgenden Seiten. ■

Wertvolle Links

Qualitätszirkel

Hier finden Sie alle aktuellen Qualitätszirkel in Rheinland-Pfalz:
www.kv-rlp.de/325434

QZ-Modul

Nutzen Sie das QZ-Modul zur Geriatrie für einen kollegialen Austausch:
www.kbv.de/html/27179.php

Praxiswissen

Die KBV bietet gebündeltes Wissen zu Demenz, Häuslicher Pflege, Medizinischer Rehabilitation und Palliativversorgung:
www.kbv.de > Mediathek > Publikationen > PraxisWissen

Webinare

Die DGG bietet Ihnen regelmäßig kostenlose Webinare an:
www.dggeriatrie.de > Aus- und Weiterbildung > DGG-Webinare

„Ambulante Geriatrie“

Die Arbeitsgruppe nimmt gerne neue Mitglieder auf:
www.dggeriatrie.de > Über uns > Arbeitsgruppen > Ambulante Geriatrie

„Junge Geriatrie“

Die Mitglieder haben die Zukunft der Altersmedizin im Blick:
www.dggeriatrie.de > Über uns > Junge Geriatrie

SPEZIALISIERTE GERIATRISCHE DIAGNOSTIK NUTZEN

In Ihrem Praxisalltag spielt Geriatrie eine Rolle? Dann holen Sie sich die Genehmigung für die spezialisierte geriatrische Diagnostik mit zusätzlichen Abrechnungsziffern.

Als Allgemeinmedizinerin oder Allgemeinmediziner dürfen Sie die Gebührenordnungspositionen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung abrechnen. Doch auch für Mitglieder anderer Fachgruppen ist noch mehr möglich. Das hängt unter anderem mit dem „Geriatriekonzept des Landes Rheinland-Pfalz“ von 2009 zusammen. Daraus folgte etwa, dass die Landesärztekammer die ärztliche Weiterbildungsordnung änderte. Für die Fachbereiche Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie führte sie den „Schwerpunkt Geriatrie“ als zweijährige Weiterbildung ein. Sie ist, genau wie die 18-monatige „Zusatz-Weiterbildung Geriatrie“, für alle Fachgruppen der unmittelbaren Patientenversorgung in Voll- und Teilzeit möglich.

Sollten Sie eine der beiden Weiterbildungen oder aber die Facharztbezeichnung Innere Medizin und Geriatrie besitzen, können Sie bei der KV RLP einen Antrag auf Genehmigung der spezialisierten geriatrischen Diagnostik stellen und die Leistungen abrechnen. Beachten Sie beim Antrag die nötigen Kooperationen in Anlage 1.

Rheinland-pfälzische Besonderheit

In Rheinland-Pfalz gibt es noch einen anderen Weg. Hier kommt die nur in unserem Bundesland angebotene „Fachkunde Geriatrie“ ins Spiel. Sie wurde als berufsbegleitende Weiterbildung zur Steigerung der geriatrischen Kompetenz ins Leben gerufen und besteht aus diesen Komponenten:

- 12 Monate Weiterbildung unter Aufsicht und Anleitung einer bzw. eines entsprechend Weiterbildungs-befugten für den Schwerpunkt, die Zusatz-Weiterbildung oder die Fachkunde Geriatrie,
- 40 Stunden Kursweiterbildung Geriatrie sowie
- 80 dokumentierte Behandlungsfälle bei Patientinnen und Patienten mit mindestens zwei geriatrischen Krankheitsbildern.

Inhalte sind beispielsweise das Erwerben von Kenntnissen im Erkennen geriatrischer Notfallsituationen und in der Behandlung geriatrischer Syndrome.

An Kursweiterbildung teilnehmen

Absolvieren können Sie die Fachkunde mit einer Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung. Als Fachärztin oder Facharzt für Allgemeinmedizin, Innere Medizin sowie Physikalische und Rehabilitative Medizin

haben Sie die Möglichkeit, sich die „Fachkunde Geriatrie“ für die Genehmigung der spezialisierten geriatrischen Diagnostik anrechnen zu lassen. Die neben der Fachkunde geforderten Voraussetzungen können Sie in der Regel durch die Behandlung in Ihrer Praxis problemlos abbilden. Die Kursweiterbildung hingegen wird nicht kontinuierlich angeboten. Aktuell hat sie die Akademie für Ärztliche Fortbildung Rheinland-Pfalz in ihrem Portfolio. Nutzen Sie also die Chance und melden Sie sich an!

Noch ein Hinweis: Sie sind Fachärztin oder -arzt für Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Physikalische und Rehabilitative Medizin, haben die „Fachkunde Geriatrie“ bereits in der Tasche, aber noch nicht die Genehmigung zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik? Dann füllen Sie den Antrag inklusive der Anlage 1. Beachten Sie dabei die weiteren Voraussetzungen in der rechten Tabelle. ■

Kursweiterbildung Geriatrie

40 Stunden +++ eLearning und zwei Präsenztage in Mainz am
18. Juni und **13. September** +++ 40 Fortbildungspunkte +++ 950 Euro

Kursleitung: Prof. Dr. Roland Hardt, Universitätsmedizin Mainz und
Dr. Jochen Heckmann, Geriatrische Fachklinik Rheinhessen-Nahe

📍 **Hier können Sie sich anmelden:** www.aeef-rlp.de > Fortbildungsangebot >
Kurse A-Z > Fachkunde Geriatrie Rheinland-Pfalz

Start
im Juni!

Abrechnung im Überblick

GOP	Inhalt	Wer darf abrechnen?
Hausärztliche geriatrische Versorgung ohne Genehmigung		
03360	Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment	■ Hausärztinnen und Hausärzte
03362	Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex	
Spezialisierte geriatrische Diagnostik ohne Genehmigung		
30980	Vorabklärung vor Durchführung eines spezialisierten Assessments durch (überweisende) Hausärztin bzw. (überweisenden) Hausarzt	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hausärztinnen und Hausärzte ■ im Ausnahmefall und in Kooperation mit Hausärztinnen und Hausärzten: Fachärztinnen und Fachärzte für <ul style="list-style-type: none"> ■ Neurologie ■ Nervenheilkunde ■ Neurologie und Psychiatrie ■ Psychiatrie und Psychotherapie ■ Ärztinnen und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie
30988	Einleitung und Koordination der Therapiemaßnahmen nach einem weiterführenden geriatrischen Assessment	
Spezialisierte geriatrische Diagnostik mit Genehmigung der KV RLP		
30981	Vorabklärung vor Durchführung eines spezialisierten Assessments (GOP 30984) durch spezialisierte geriatrische Ärztinnen und Ärzte	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fachärztinnen und Fachärzte für <ul style="list-style-type: none"> ■ Innere Medizin und Geriatrie ■ Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie mit der Schwerpunktbezeichnung Geriatrie ■ Fachärztinnen und Fachärzte für <ul style="list-style-type: none"> ■ Innere Medizin ■ Allgemeinmedizin ■ Physikalische und Rehabilitative Medizin
30984	weiterführendes geriatrisches Assessment nur auf Überweisung nach Abklärung (GOP 30980 und 30981) Innerhalb von BAG und MVZ ist die GOP 30984 zum Teil ohne Überweisung möglich, jedoch mit Abschlag in Höhe von 50 % auf die GOP 30980 und 30981.	
30985	Zuschlag zur GOP 30984 für die Fortsetzung des weiterführenden geriatrischen Assessments über 60 Minuten	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ärztinnen und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie ■ ermächtigte geriatrische Institutsambulanzen gemäß § 118a SGB V
30986	Zuschlag zur GOP 30985 für die Fortsetzung des weiterführenden geriatrischen Assessments über 120 Minuten	

So erhalten Sie Ihre geriatrische Qualifikation ←

ohne Fachkunde	mit Fachkunde
Nachweis über die Behandlung von 100 geriatrischen Patientinnen und Patienten	Nachweis über die Behandlung von 20 geriatrischen Patientinnen und Patienten
geriatrische Qualifikation mit 160 Stunden	geriatrische Qualifikation mit 80 Stunden
12 Monate ärztliche Tätigkeit in einer medizinisch-geriatrischen Einrichtung	-
fünf Jahre Berufserfahrung (niedergelassen oder angestellt) Antrag auf Genehmigung bei der KV RLP	

MEHR

📍 Anträge können Sie direkt hier stellen:

www.kv-rlp.de > Mitgliederbereich > Anträge/Nachweise > Antragsportal

Anträge und Abrechnungsinformationen finden Sie hier: www.kv-rlp.de/158062

Details zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik: www.kbv.de/html/geriatrie.php

👤 Sie haben Fragen zur Genehmigung oder Abrechnung? Schreiben Sie gerne an: kvpraxis@kv-rlp.de

SCHNITTSTELLEN

ZUSAMMENARBEIT MIT PFLEG

Funktionierende Kooperationen bieten besondere Abrechnungsmöglichkeiten für Praxen

Die Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen spielt sowohl haus- als auch fachärztlich eine Rolle und erfordert häufig zusätzlichen Aufwand. Wenn Sie mit den Heimen Kooperationsverträge abschließen, sind Besuche in finanzieller Hinsicht durchaus attraktiv. Das EBM-Kapitel 37 enthält mehrere

Gebührenordnungspositionen (GOP), die außerhalb des Budgets abgerechnet werden können. Achtung: Bei der GOP 37105 handelt es sich nicht um eine Kooperations-, sondern um eine Koordinierungspauschale. Sie darf generell von den Fachgebieten Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendmedizin, Neurologie, Nervenheilkunde, Neurologie und Psych-

iatrie sowie Psychiatrie und Psychotherapie abgerechnet werden, ist jedoch pro Patientin bzw. Patient nur von einer Ärztin bzw. einem Arzt dieser Gruppe ansetzbar. Hier ist eine schriftliche Vereinbarung nötig. Denn die Krankenkassen können diese Ziffer überprüfen und bei Mehrfachabrechnung die Abrechnung beanstanden.

Die Zusammenarbeit mit Pflegeheimen läuft in vielen Fällen gut, in anderen aber auch nicht. Stellvertretend teilen zwei Mitglieder aus der Allgemeinmedizin ihre Erfahrungen:



„Bevor ich den Vertrag mit dem Pflegeheim geschlossen habe, saß ich mit der Leitungsebene zusammen. Diese 90 Minuten, in denen wir unsere Vorstellungen ausgetauscht haben, waren Gold wert. Die Zusammenarbeit läuft super. Jeden Donnerstag komme ich zu einer festen Zeit ins Heim. Dort erhalte ich eine Patientenliste und mache Visite – und zwar immer gemeinsam mit der Stationsleitung. Für akute Fälle gibt’s unser Praxishandy. Hin und wieder kommen auch Faxe. Diese gehen direkt als PDF ein, sodass unser Praxisteam sie zeitnah bearbeiten kann. Ich denke, sobald die Kommunikation über KIM funktioniert, wird alles noch einfacher. Klare Absprachen, Infos in einer leicht verständlichen Form und das direkte Ansprechen von auftretenden Problemen sind meines Erachtens das A und O.“



Dr. Jonas Fröhlich
aus Kaiserslautern



Dr. Barbara Römer
aus Saulheim

„Kooperationsverträge zu schließen, hilft in der Zusammenarbeit zwischen Praxis und Pflegeheim. Doch das Versorgungssetting ist viel komplexer. Als Vorsitzende des Hausärztinnen- und Hausärzterverbands RLP höre ich dazu viele kritische Stimmen. Denn auch Apotheken, psychiatrische Institutsambulanz und Kliniken sind in die Versorgung involviert. Es gibt aber keine gemeinsame Kommunikationsebene wie etwa eine digitale Plattform. Heute bekommen wir Maßnahmen, die unsere Patienten betreffen, oft erst verspätet oder evtl. gar nicht mit. Es müssen daher dringend alle an KIM angeschlossen werden. Auch eine funktionierende ePA würde uns einen Schritt nach vorne bringen. Denn aktuell ist der Kommunikationsprozess ineffizient, zeitraubend und fehleranfällig. Das kann sich im Einzelfall auch negativ auf die Patientenversorgung auswirken.“



Seit 2024 steht in Rheinland-Pfalz außerdem ein Fördertopf für Besuche in Pflegeheimen mit einem Kooperationsvertrag in Höhe von 500.000 Euro jährlich zur Verfügung: Für jede angesetzte GOP 37102 erhalten Sie daraus automatisch einen Zuschlag – bisher beträgt dieser rund neun Euro.

Mit Punkt 11 Ihrer Sammelerklärung bestätigen Sie, dass Sie die Vereinbarungen für die abgerechneten GOP des Kapitels 37 EBM mit der jeweiligen Einrichtung abgeschlossen haben. Daher ist eine explizite Prüfung oder Genehmigung dieser Verträge durch die KV RLP nicht nötig. Auf der Website finden Sie einen Muster-Kooperationsvertrag mit Hinweisen zum Ausfüllen. ■

🔗 **Muster-Kooperationsvertrag:**
www.kv-rlp.de/627455

GOP für Kooperations- und Koordinationsleistungen in Pflegeheimen: www.kv-rlp.de/158062

🔗 **Förderung des Katheterwechsels:**
www.kv-rlp.de/339983
www.kv-rlp.de/81136

Verordnung, Genehmigung und interdisziplinäre Zusammenarbeit in der häuslichen Krankenpflege:
www.gba.de > *Richtlinien* > *Veranlasste Leistungen* > *Häusliche Krankenpflege-Richtlinie*

PROBLEMFELD KATHETERWECHSEL

Klar ist: Das Legen oder Wechseln eines suprapubischen Katheters ist eine ärztliche Leistung, die Pflege hingegen delegierbar. Ist der transurethrale Katheter Teil der Behandlungspflege, kommt es darauf an, wo der Patient oder die Patientin versorgt wird. In der häuslichen Krankenpflege erfolgt die Verordnung als Behandlungspflege auf dem Muster 12. Für die Katheterisierung der Harnblase gemäß Leistungsverzeichnis Nr. 23 der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie können Sie seit Juli 2024 auch eine Blankoverordnung ausstellen, um dem Pflegepersonal die Entscheidung über die Häufigkeit und Dauer der Maßnahme zu überlassen. Im Pflegeheim ist diese Leistung medizinische Behandlungspflege im Sinne von § 43 SGB XI und vom qualifizierten Personal des Pflegeheims zu erbringen.

Für Kritik in der Ärzteschaft sorgt jedoch, dass nicht mehr alle Pflegeheime diese Leistung übernehmen, sondern Patientinnen und Patienten in Krankenhäuser schicken oder Ärztinnen und Ärzte hinzuziehen.

Katheterwechsel nur etwas für Urologen? Das sieht Urologe Dr. Klaus Wölbert aus Bad Kreuznach anders: „Katheteranlagen und/oder -wechsel sind mit Ausnahme suprapubischer Katheter a priori nicht unbedingt ärztliche und erst recht nicht urologisch-fachärztliche Aufgaben. Leider fehlen vielen MFA, Pflegekräften und auch Ärzten mittlerweile die Erfahrung und das Handling.“ Deshalb bietet er Interessierten Schulungen dazu an. In seiner Region konnte so die Katheterversorgung bereits auf mehrere Schultern ver-

teilt werden. „Letztendlich geht es darum, für unsere Patienten da zu sein.“ Nehmen Sie bei Interesse gerne Kontakt mit ihm oder Kolleginnen und Kollegen in Ihrer Region auf.

Der Katheterwechsel ist einer der Gründe für die Initiierung des Projekts „CoCare plus“ in Bad Kreuznach. Hier wurden im Jahr 2022 rund 400 nicht indizierte Einsätze von Rettungsdiensten in Pflegeheimen festgestellt, unter anderem für Katheterwechsel. Die Projektgruppe – bestehend aus Pflegeheim, Klinik, Ärzteschaft, Rettungsdiensten und Kreisverwaltung – plant deshalb die Einführung eines Triage-Tools für Pflegekräfte zur rechtssicheren Einschätzung der Zuständigkeiten in Notfallsituationen sowie die Etablierung einer Advanced Practice Nurse, die neben Koordinationsaufgaben in der Pflege eine Ansprechperson für Praxen sein wird und auch Schulungen für Pflegepersonal zum Katheterwechsel anbieten wird. Ob das Projekt Schule machen könnte, wird die erste Bilanz Ende des Jahres zeigen.

Extrageld für Praxen

Für 2025 hat die KV RLP mit den Krankenkassen 500.000 Euro pro Jahr als Förderung für den Katheterwechsel verhandelt. Das heißt: Bei einem Wechsel oder einer Entfernung eines suprapubischen Harnblasenkatheters oder dem Legen oder Wechseln eines transurethralen Dauerkatheters in Verbindung mit einem Besuch sollten Sie immer die Extra-Abrechnungsnummer 98775 angeben, unabhängig davon, ob Sie die Leistung selbst erbracht oder delegiert haben. Im vergangenen Jahr gab es für diese Leistung rund 30 Euro extra. ■

VON DER PRAXIS IN DIE KLINIK UND UMGEKEHRT

Gerade in der Geriatrie sollten die Schnittstellen zwischen ambulant und stationär gut funktionieren. Was klappt schon und was muss weiter optimiert werden?

Kommt ein betagter Patient zu mir und ich muss ihn ins Krankenhaus einweisen, rufe ich vorher beim aufnehmenden Arzt an und bespreche kurz die Situation. Außerdem gebe ich dem Patienten Medikationsplan, Diagnoseliste und die letzten Laborwerte mit.“ So geht Dr. Anja von Buch, Allgemeinmedizinerin mit eigener Praxis in Bad Kreuznach und Obfrau der dortigen Kreisärzteschaft, vor. „Vorbildlich“, sagt Dr. Michael Mohr, „damit haben wir schon einen guten Überblick, bevor jemand zu uns auf Station kommt. Zudem besteht die Möglichkeit, die Aufnahmeindikation zu besprechen. Auch bei der Aufnahme von Patienten aus der Notaufnahme ist es wichtig, Informationen vom Vorbehandelnden zu erhalten.“

Persönliche Kommunikation zählt

Dr. Mohr ist Facharzt für Innere Medizin mit den Schwerpunkten Geriatrie und Physikalische Medizin. Er arbeitet als Oberarzt in der Abteilung Geriatrie der Universitätsmedizin Mainz und kennt, genau wie Dr. von Buch, die problematischsten Schnittstellen für beide Sektoren: Einweisung und Entlassung.

Wie so oft hilft in erster Linie eines: direkte Kommunikation. „Ich brauche im besten Fall einen Anruf vor der Entlassung, in dem ich erfahre, dass Frau Müller morgen nach Hause kommt, nicht voll orientiert ist, der Pflegedienst aktiviert ist und die Tochter einmal am Tag zu ihr kommt“, macht Dr. von Buch

deutlich. Das funktioniert vor allem dann gut, wenn man sich untereinander kennt, weiß Dr. Mohr. „Dann hat man oft eine andere als die Praxisnummer und kann den Kollegen auch außerhalb der Sprechstunde kontaktieren bzw. besser erreichen.“ Er hält es für wichtig, sich darüber auszutauschen, in welchem Zustand sich eine Patientin oder ein Patient aktuell befindet und welche Therapien ambulant sinnvoll sind. „Das steht auch im Entlassbrief, aber ein kollegiales Gespräch ist viel wertvoller.“

Digitale Akte kann unterstützen

Denn der Brief kommt erst mit der Entlassung zur Patientin bzw. dem Patienten oder flattert später in die Praxis – und das immer noch in Papierform. KIM und die elektronische Patientenakte werden sicherlich etwas Abhilfe schaffen – sofern alles einwandfrei funktioniert, sind sich beide sicher. Im Schnittstellen-Projekt „GerNe“, die Abkürzung steht für Geriatriisches Netzwerk, bei dem Dr. Mohr Projektleiter für die Uni-Medizin Mainz war, wurde mit einer digitalen Fallakte gearbeitet, die die Kommunikation untereinander verbessern sollte. Doch Dr. Anja von Buch bringt es auf den Punkt: „Eine elektronische Akte ersetzt kein persönliches Gespräch.“ In der Kreisärzteschaft Bad Kreuznach gibt es eine Liste mit Telefonnummern der ambulant und stationär tätigen Ärztinnen und Ärzte der Region. Der kurze Weg über einen Anruf oder per Messenger erleichtert vieles und

spart vor allem Zeit. „Wir sind auch immer gerne bereit, uns mit niedergelassenen Kollegen auszutauschen. So haben wir es auch im Konsildienst des Projekts getan. Wir begleiten die Patienten oft für zwei Wochen intensiv, der Kollege kennt die komplette Vorgeschichte. Gemeinsam kommt man zum besten Ergebnis“, so Dr. Mohr.

Angehörige einbinden

Was sowohl er als auch Dr. von Buch ebenfalls für unabdingbar halten, ist das Einbinden der Angehörigen. „Wenn sie von Beginn an mit einbezogen werden, nimmt man sehr viel Spannung aus dem stationären Aufenthalt“, erklärt der Geriater. „Die Tochter, der Sohn oder wer auch immer sich um den älteren Patienten kümmert, sollte mindestens einmal beim Hausarztbesuch dabei sein“, rät Dr. von Buch. Neben ihrer Handynummer sollten sie eine Vorsorgevollmacht hinterlegen. So ist man für den Notfall gerüstet. Sicher kosten diese Gespräche Zeit. Doch beide sind sich einig: Sie ist sehr gut investiert. ■

📍 Infos der Verbraucherzentrale zum Entlassmanagement für Ihre Patientinnen und Patienten:
<https://bit.ly/Krankenhauswaskommtdanach>

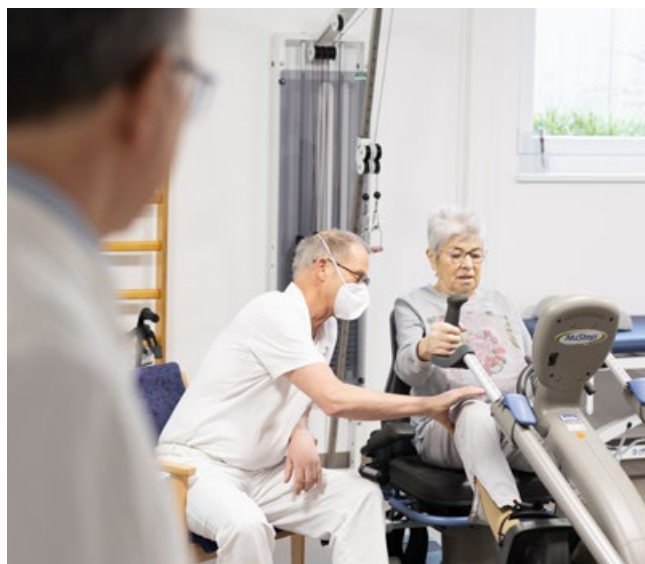
📍 Details zum Projekt „GerNe“:
<https://innovationsfonds.g-ba.de > Beschlüsse > Projektname „GerNe“>

GERIATRISCHE TAGESKLINIK BIETET ENTLASTUNG FÜR PRAXEN

„1,60 groß und 45 Kilo“, so beschreibt Dr. Jochen Heckmann eine typische Patientin bei der Einweisung in die Tagesklinik der Geriatrischen Fachklinik Rheinhausen-Nahe in Bad Kreuznach. Er ist dort der Ärztliche Direktor und kennt den zunehmenden Bedarf an geriatrischer Versorgung – vor allem auch im teilstationären Bereich. Die Tagesklinik ist ein besonderes Angebot, das Niedergelassene im Umkreis von rund 30 Kilometern nutzen können: „Wenn Praxen im geriatrischen Basisassessment oder über Berichte von Angehörigen Auffälligkeiten im körperlichen, kognitiven oder auch emotionalen Bereich feststellen, können die Patienten mit einer Einweisung zu uns geschickt werden. Wir übernehmen die weitere Diagnostik und starten auch schon mit der Behandlung“, so Dr. Heckmann.

Rund 15 Tage sind Patientinnen und Patienten in der Tagesklinik. Sie erhalten nach der komplexen Diagnostik einen individuellen Behandlungsplan, für den ein multiprofessionelles Team aus Ärztlichem Dienst, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungs- und Diabetesberatung sowie Sozialdienst bereitsteht. Tagsüber Behandlungen und abends zu Hause zu sein, ist laut Dr. Heckmann dabei gerade für Patientinnen und Patienten mit psychischen Auffälligkeiten ein gutes Angebot.

Wichtig sei darüber hinaus die Beratung. Diese bietet die Tagesklinik sowohl Patientinnen und Patienten mit ihren Angehörigen an, beispielsweise in puncto Fahrtüchtigkeit, als auch Praxen. Dazu ist die Tagesklinik mit der regionalen Ärzteschaft gut vernetzt. Über eigene Kontaktlisten erfolgt der Austausch unkompliziert in beide Richtungen. Deshalb betont Dr. Heckmann: „Bei Auffälligkeiten bitte nicht zögern, sondern anrufen, um gemeinsam die Möglichkeiten zu besprechen. Wir



Gerätgestützte Krankengymnastik (KGG) ist nur eines von vielen Therapie-Elementen.

haben 30 Plätze in der Tagesklinik und auch kurzfristig meist etwas frei. Wenn die Einweisung erfolgt, belastet das auch nicht das Budget der Praxen.“ ■

Interessiert? Hier erfahren Sie mehr:

www.landestkrankenhaus.de > Standorte > Geriatrische Fachklinik Rheinhausen-Nahe



www.youtube.com > KVTV > Betagte Menschen fit machen – gemeinsam für mehr Lebensqualität im Alter

Die enge Zusammenarbeit zwischen Hausarztpraxen und der Geriatrischen Tagesklinik der Fachklinik Rheinhausen-Nahe ermöglicht eine gezielte Therapie für ältere Patientinnen und Patienten. Hausärztinnen und Hausärzte spielen dabei eine entscheidende Rolle: Sie erkennen frühzeitig Risiken, leiten ihre Patientinnen und Patienten weiter und sorgen so dafür, dass diese möglichst lange selbstständig in ihrer gewohnten Umgebung bleiben können.

INTERVIEW

ZWISCHEN EINBLICK UND APPELL

Alexander Gindi ist Hausarzt im Westerwald. Er betreut drei Pflegeheime und zwei Senioren-Wohngemeinschaften und weiß, wie wichtig eine gute Organisation und eine funktionierende Kooperation sind. Zur Unterstützung hat er ein starkes Praxisteam mit MFA, VERAH, NäPA und einer Primary Care Managerin (PCM) hinter sich.



Herr Gindi, wie organisieren Sie Ihre Heimbesuche?

Wir besuchen einmal pro Woche die Pflegeheime, mit denen wir auch einen Kooperationsvertrag abgeschlossen haben. Bei dieser Visite werden mit den Pflegekräften die aktuellen Probleme der Bewohner besprochen. Heim- und Hausbesuche werden auch von meiner PCM übernommen. Wir haben einen Laptop dabei und können auf alle Patientenakten und Befunde zugreifen, die PCM kann mich bei Unklarheiten zuschalten. Viele Leistungen können wir vor Ort erbringen wie zum Beispiel den Wechsel von Kathetern, Laborentnahmen, Ultraschalluntersuchungen, EKG oder Planung von Wundversorgung. Die PCM ist auch Wundmanagerin, sodass wir unabhängig von externen Firmen arbeiten können.

Unsere Praxis ist komplett digital organisiert. Wir haben dies auch mit den Pflegeheimen gut umgesetzt. Beispielsweise haben wir teilweise Zugriff auf die Wunddokumentation und erhalten alle Dokumente und Anforderungen papierlos. In der Praxis erfolgt immer eine Nachbesprechung der Besuche. Die Heime werden von einem Blisterzentrum mit Medikamenten versorgt. Hier ist dank der eRezepte eine noch einfachere und bessere Versorgung möglich. Und wir arbeiten eng mit dem mitbehandelnden Neurologen zusammen.

Sie setzen auf die Delegation. Geht es nur so?

Aufgrund der Entfernungen und der großen Anzahl der Patienten ist es für mich nicht möglich, die Versorgung alleine zu bewältigen. Ärztliche Kolleginnen und Kollegen sind im Westerwald sehr schwer zu finden. Die PCM hat zuvor als NäPA gearbeitet und das Studium jetzt abgeschlossen, was ich

unterstützt habe. Das Problem liegt in der Bezahlung einer solchen Mitarbeiterin. Für PCM gibt es keine zusätzliche Vergütung, sondern nur für NäPA. Hier sind Anpassungen erforderlich, entweder durch Zuschläge oder durch die Änderung des Arzt-Patienten-Kontakts zu einem Praxis-Patienten-Kontakt. Eine Delegation wird in Zukunft unvermeidbar sein, um die große Anzahl älterer chronisch kranker Patienten ambulant zu versorgen. Daher ist vom Hausärztinnen- und Hausärzterverband Rheinland-Pfalz mit dem Ministerium für Wirtschaft und Gesundheit im Sommer eine Studie zur Delegation in der Hausarztpraxis geplant.

Was möchten Sie Ihren Kolleginnen und Kollegen mitgeben?

Insbesondere jungen Kolleginnen und Kollegen möchte ich empfehlen, Patienten in Pflegeheimen zu betreuen. Der Bedarf ist groß und wird weiter zunehmen. Wenn man die Abläufe gut organisiert, ist der Aufwand übersichtlich. Dies kann auch finanziell lohnenswert sein, insbesondere durch die verfügbaren Zuschläge. Leider beobachte ich jedoch, dass einige Kolleginnen und Kollegen keine Hausbesuche mehr durchführen, keine Pflegeheime betreuen oder es werden insbesondere keine neuen chronisch kranken Patienten angenommen.

Da wir alle älter werden und ebenfalls auf Versorgung angewiesen sein werden, halte ich es für sehr wichtig, unsere Patienten auch im fortgeschrittenen Alter adäquat zu versorgen. Für mich ist dies eine Frage des beruflichen Selbstverständnisses und eine Verpflichtung gegenüber den Betroffenen. ■

Vielen Dank für Ihren Einblick.

Gewusst? Die KV RLP fördert in 2025 Besuche von nicht-ärztlichen Praxisassistentinnen und -assistenten (NäPA) mit 800.000 Euro und Besuche durch qualifiziertes nicht-ärztliches Personal mit 500.000 Euro.

 Details: www.kv-rlp.de/81136

„KURATIVE GERIATRIE WIRD VIELEN ALTEN MENSCHEN NICHT GERECHT.“

Ein Beitrag von Dr. Dagmar Dittmar-Göbler



Dr. Dagmar Dittmar-Göbler wird im Mai 73 Jahre alt, ist seit mehr als 40 Jahren als Ärztin tätig und betreut mit vollem Herzen Patientinnen und Patienten in Bad Kreuznach in ihrem letzten Lebensabschnitt.

Es passiert immer wieder, dass die eigentlichen Bedürfnisse eines alten Menschen vom Hausarzt nicht wahrgenommen werden. Die Fragmentierung unseres ärztlichen Berufs und der damit verbundene Drang, möglichst alles auch fachärztlich abklären zu lassen, führt einerseits zu einer Polypharmazie und andererseits zu belastenden Untersuchungen und Behandlungen, die dem eigentlichen Wunsch eines alten Menschen diametral widersprechen. In der Regel ist das Pflegeheim die letzte Lebensstation eines Menschen und die Aufgabe des eigenen Zuhauses ist ein Verlust. Hier bin ich nach fast 40-jähriger hausärztlicher Tätigkeit der festen Überzeugung, dass Hausärzte das Thema Abschied und Verlust frühzeitig bei ihren Patienten ansprechen müssen. Das Gleiche gilt für die Biografie eines Patienten. Ich halte es für zwingend notwendig, sich mit der Biografie zu beschäftigen. Das benötigt nach meiner Erfahrung nicht viel Zeit, haben schon Balint und Norell 1975 in ihrem kleinen Bändchen „Fünf Minuten pro Patient“ beschrieben (Balint/Norell 1975).

Nach meiner Erfahrung sind Patienten, An- und Zugehörige sowie die Sorgenenden im Heim froh, wenn ein Hausarzt versucht, den „ganzen Menschen“ zu sehen. Sie tun sich nur dann schwer, wenn die Anordnungen nicht klar und nicht schriftlich dokumentiert sind. Die Angst, die behördliche Begehung des Heimes würde Fehler im Umgang oder in der Aktendokumentation eines Bewohners finden, führt zu einem teilweise abstrusen Dokumentationswahn, der auch uns Ärzte erheblich frustriert.

Des Weiteren halte ich es für notwendig, die Medikation immer kritisch zu hinterfragen. Da sind zum einen die mit einer Priorisierung einhergehenden Ängste von Patienten und Angehörigen, sie könnte als Rationalisierung missverstanden werden. Zum anderen stehen Ärzte im Konflikt zwischen Leitlinien, Pragmatismus, Regressen und möglicherweise haftungsrechtlichen Conse-

quenzen. Gerade bei Leitlinien und haftungsrechtlichen Folgen wird häufig die fehlende externe Validität übersehen, die eine pragmatische, an Symptomen orientierte Therapie ermöglicht (Arzneimitteltherapie 2018).

Ist sich der Hausarzt über seine Rolle im Klaren, ist die Arbeit mit Hochbetagten im Heimbereich oder auch zu Hause eine spannende und lohnende Aufgabe im hausärztlichen Tätigkeitsfeld. ■

*Interesse an einem
kollegialen Austausch
mit der Autorin über
Erfahrungen und Tipps?*

Schreiben Sie gerne an:
✉ kvpraxis@kv-rlp.de

Die geriatrische Versorgung ist ein komplexes Thema – in der Behandlung ebenso wie in puncto Abrechnung, Verordnung, Delegation und vieles mehr. Wenn Sie Fragen haben, schreiben Sie deshalb gerne eine E-Mail.

✉ kvpraxis@kv-rlp.de

GESUNDHEITSREFORMEN ENDLICH PRAXISNAH GESTALTEN!

Selbstbeteiligung ist nur eine von vielen Forderungen der KV RLP.

Anfang November 2024 scheiterte die Ampelkoalition und nur wenige Wochen später zog Bundeskanzler Olaf Scholz die Konsequenzen: Mit der Vertrauensfrage im Bundestag ebnete er den Weg für Neuwahlen. Nachdem zuletzt durch eine oftmals praxisferne Politik Zeit vertan und Vertrauen verspielt wurde, sieht die KV RLP die Bundestagswahl auch als Chance, zielführende Wege zur Sicherung der ambulanten Versorgung einzuschlagen. Während die politische Debatte in Deutschland derzeit stark von Migrationsthemen dominiert wird, drohen dringend notwendige Reformen im Gesundheitswesen in den Hintergrund zu geraten. Umso wichtiger ist es, gesundheitspolitische Positionen entschlossen zu vertreten.

Aus diesem Anlass lud die KV RLP Anfang Februar Medienvertreterinnen und -vertreter zum digitalen Mediensgespräch ein. Dr. Andreas Bartels, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KV RLP, nutzte die Gelegenheit, um über die Missstände in der ambulanten Versorgung zu informieren und die Positionen der KV RLP gegenüber der Politik deutlich zu machen. Die Forderungen

sind klar: Eine zukunftssichere ambulante Versorgung braucht eine starke Selbstverwaltung und die Freiberuflichkeit. Politische Eingriffe und Budgetierungen belasten die Praxen ungemein – aktuell werden nur 87 Prozent der fachärztlichen Leistungen vergütet. „Wir fordern daher die vollständige Entbudgetierung sowie einen massiven Bürokratieabbau, um mehr Zeit für die Patienten zu schaffen“, betonte Dr. Bartels. Die Digitalisierung könne zwar entlasten, dürfe aber keinen Mehraufwand bedeuten.

Dr. Bartels scheute sich auch nicht, kontroverse Themen wie die Einführung einer sozial abgedeckten Selbstbeteiligung offen anzusprechen – ein Aspekt, der auf Medienseite viel Aufmerksamkeit erregte. Gerade im Wahlkampf werde diese Frage oft ausgeklammert, um keine Wählerinnen und Wähler zu verschrecken. Doch das ändere nichts an der Realität. Dr. Bartels ist sich sicher: Nach der Wahl wird die Debatte unweigerlich aufkommen. Während die Ärzteschaft streng wirtschaftlich arbeiten müsse, bestünden für Patientinnen und Patienten bisher kaum vergleichbare Anreize. Ein gesamtgesellschaft-

liches Umdenken in Richtung mehr Eigenverantwortung sei unvermeidlich.



„Es darf nicht alles auf den Schultern der Praxen abgeladen werden. Ein funktionierendes Gesundheitssystem muss eine gesamtgesellschaftliche, parteiübergreifende Aufgabe sein.“
Dr. Andreas Bartels

Er argumentiert, dass eine Selbstbeteiligung nicht nur die Finanzierung des Gesundheitssystems stabilisieren, sondern auch zu einem bewussteren Umgang mit medizinischen Leistungen sowie einer Beitragssenkung führen könnte. ■

📞 **Alle Forderungen der KV RLP:**
www.kv-rlp.de/96415-8584

Neue Regierung entscheidet über Zukunft des Gesundheitssystems

Entbudgetierung, Bedarfsplanung, Selbstverwaltung – die KV RLP setzt sich aktiv für die Interessen ihrer Mitglieder ein. Eine funktionierende ambulante Versorgung braucht faire Rahmenbedingungen, denn nur so kann sie langfristig gesichert werden.

📞 **Welche Reformen aus Sicht der KV RLP jetzt nötig sind, erfahren Sie hier:** www.kv-rlp.de/64918

ERFOLGREICHER START DER ABRECHNUNG VON HYBRID-DRG

Seit Januar können Sie die Hybrid-DRG schnell und unkompliziert über die webbasierte Abrechnungssoftware (WebA) der KV RLP abrechnen. 63 Personen haben sich bereits registriert. Nutzen auch Sie die Vorteile und rechnen Ihre Hybrid-DRG über WebA ab.

Die Startphase verläuft äußerst erfolgreich“, betont Sinah Kaiser, Referentin der Honorarabteilung der KV RLP, und freut sich über die ersten Registrierungen. „Wir haben bislang viel positives Feedback aus den Praxen erhalten, besonders wegen des transparenten Abrechnungsstatus. Nutzende können jederzeit und überall den aktuellen Stand des Abrechnungsvorgangs einsehen“, so Kaiser.

Ob im Urlaub oder auf Dienstreise: Mit einem internetfähigen Endgerät behalten Sie Ihre Zahlungsflüsse stets im Blick. Die ersten Abrechnungen sind bereits über WebA sicher und schnell an die Krankenkassen übermittelt worden. Diese haben 21 Tage Zeit, um nach Eingang des Abrechnungsfalls zu zahlen. So erhalten Sie alle zwei Wochen den abgerechneten Betrag für die Hybrid-DRG – vorausgesetzt, die Krankenkassen überweisen rechtzeitig an die KV RLP. Die ersten Beträge hat die KV RLP bereits an die Leistungserbringenden überwiesen – schnell, einfach und zuverlässig.

Ab Juli 2025: ASV-Leistungen über WebA abrechnen

WebA bietet Ihnen eine bequeme und unbürokratische Möglichkeit, die Hybrid-DRG abzurechnen. Von der Registrierung bis zur Einreichung Ihrer Abrechnungsdaten: Alles funktioniert mit wenigen Klicks – egal, wo Sie sich gerade befinden. Zudem kann Ihr Kartenlesegerät mit WebA verknüpft werden, wodurch alle Patientendaten automatisch vorausgefüllt werden. Die KV RLP nimmt die Verknüpfung auf Auftrag kostenfrei vor. Bereits in WebA integriert ist die DRG-Groupersoftware, die Ihnen als Vorprüfung dient und sicherstellt, dass ausschließlich Hybrid-DRG an die Krankenkassen übermittelt werden.

WENIG AUFWAND, MAXIMALE TRANSPARENZ UND SCHNELLE ZAHLUNGSFLÜSSE – DAS IST WebA!

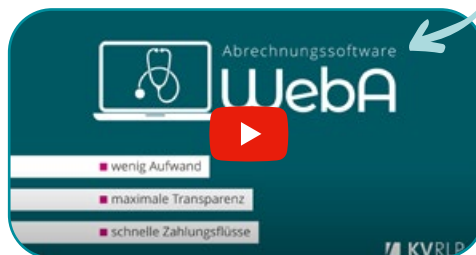
Übrigens: Ab Juli 2025 können Sie auch Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) über WebA abrechnen. ■

Mehr zu WebA

📄 Mehr Details finden Sie hier:
www.kv-rlp.de/404040



mit
hilfreichem
Erklärvideo



ZUKUNFT DER LUNGENMEDIZIN IN RHEINLAND-PFALZ

Anlässlich der Krankenhausreform kam der Pneumologe Florian Schmitz mit seinen Mainzer Kollegen Michael Kreuter und Eric Rössner ins Gespräch. In der Landeshauptstadt besteht seit 2023 das Lungenzentrum Mainz – eine enge Kooperation von Universitätsmedizin und Marienhaus Klinikum Mainz. Der pneumologische Berufsverband unterstützt die intersektorale Kooperation zwischen ambulanter und klinischer Medizin.

Schmitz: Welche Schwerpunkte zeichnen die Pneumologie und Thoraxchirurgie in Mainz aus?

Rössner: Behandlungsschwerpunkte der Thoraxchirurgie sind Lungenkrebs, Lungenmetastasen, Mediastinaltumoren und thorakale Sarkome. Mit modernen Methoden und Technologien wie 3D-OP-Planung, robotischen OP-Techniken und „non-intubated“ Eingriffen können wir auch komplexe Lungenkrebs-Operationen komplikationsarm durchführen.

Kreuter: Neben der Thoraxonkologie bilden wir pneumologisch das gesamte breite Spektrum der Lungenheilkunde von A wie schweres Asthma über C wie moderne COPD-Therapie (zum Beispiel ELVR), N wie NIV-Beatmung bis zu S wie seltene Erkrankungen wie LAM, Bronchiektasen und ILD ab.

Schmitz: Welche Auswirkungen hat die Mindestmengenregelung für die Behandlung von Lungenkrebs?

Rössner: Oberstes Ziel ist eine qualitativ hochwertige Versorgung durch spezialisierte Einheiten. Wir erreichen diese Mindestmengen bereits seit 2020 und versorgen Betroffene aus einem großen Umkreis. Mein Wunsch ist es aber, die Versorgungsqualität mehr an Ergebnisqualität als an Quantität zu messen.

Schmitz: Wie bewertet ihr die Inhalte der Krankenhausreform für Rheinland-Pfalz? Wird Mainz ein zertifiziertes Referenzzentrum erhalten?

Kreuter: Dass wir eine Krankenhausreform brauchen, ist unstrittig. Aber wir brauchen eine, die die Pneumologie im Sinne einer verbesserten Patientenversorgung stärkt und sich besser mit dem ambulanten Bereich verzahnt. Die Bildung von Lungenkrebszentren verbessert Qualität, Management und Behandlung von Menschen mit Lungentumoren – und das sektorenübergreifend. Ich bin sehr froh, dass wir in Mainz die Voraussetzungen für ein solches Schwerpunktzentrum besitzen.

Rössner: Es besteht eine dringende Notwendigkeit zur Zentrenbildung. Wahrscheinlich kommt Rheinland-Pfalz mit wenigen großen onkologischen Zentren aus, wenn wir eine exzellente Verknüpfung der Sektoren hinbekommen.

Schmitz: Wie seht Ihr die Rolle niedergelassener Kollegen?

Kreuter: Eine optimale Zusammenarbeit beinhaltet den engen Austausch miteinander mit dem Ziel, zusammen für die Betroffenen zu agieren. Dazu müssen wir die künstliche Trennung stationär – ambulant gemeinsam überwinden. Die Pneumologie trägt erheblich zur Versorgung der Gesamtbevölkerung bei, weshalb wir bereits jetzt bei der standardisierten Diagnostik und Weiterbetreuung komplexer Erkrankungen eng mit den niedergelassenen Kollegen zusammenarbeiten.

Rössner: Dem Patienten ist es egal, in welchem Sektor er sich befindet, aber er erwartet zu Recht, dass alle Behandler an einem Strang ziehen. Im Bereich der thoraxchirurgischen Onkologie bieten wir an, uns umfassend um die Diagnostik und Therapie der Patienten zu kümmern, zumal das Lungenkrebscreening zu vermehrten chirurgischen Rundherdabklärungen führen wird. ■

 **Haben Sie Fragen? Wenden Sie sich gerne an:**

Florian Schmitz | schmitz@atemwegszentrum.com

Florian Simon Schmitz ist leitender Pneumologe des Atemwegs zentrums Kaiserslautern sowie Vorsitzender des Berufsverbands Pneumologie in Rheinland-Pfalz und Saarland.

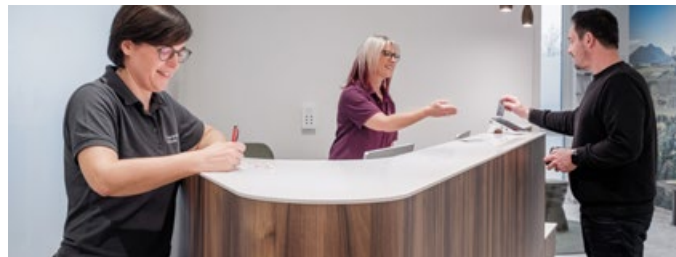
Univ.-Prof. Dr. Michael Kreuter ist Direktor des Lungenzentrums Mainz, Chefarzt der Klinik für Pneumologie, Beatmungs- und Schlafmedizin des Marienhaus Klinikums Mainz und Direktor der Klinik für Pneumologie der Universitätsmedizin Mainz.

Univ.-Prof. Dr. Eric Rössner ist Direktor der Klinik für Thoraxchirurgie der Universitätsmedizin Mainz.

*Haben Sie spannende Themen und Projekte, die für Praxen interessant sein könnten?
Schreiben Sie gerne an: kvpraxis@kv-rlp.de*

PRAXISGESCHICHTE *Bellheim*

Was braucht es, um eine eigene Praxis zu gründen? Vision, Ziele, Netzwerk und Mut! Dr. Katharina Leske, Dr. Edith Leydecker und Tom Schmitz haben sich zusammengeschlossen und die allgemeinmedizinische Teampraxis Bellheim gegründet.



Dem Praxisteam ist es wichtig, dass sich die Patientinnen und Patienten wohlfühlen.

Kennengelernt haben sich die drei während ihrer Weiterbildungszeit in einer Speyerer Praxis und trafen sich bei einer Veranstaltung des Pfälzer Ärztenetzes Südpfalz-DOCs wieder. „Dort haben wir erfahren, dass die Gemeinde Bellheim ein Ärztehaus baut und Interessenten für die Räumlichkeiten sucht“, erinnert sich Schmitz. Sie teilten die Leidenschaft für die Allgemeinmedizin und den Wunsch nach einer eigenen Praxis, aber nicht als Einzelpraxis.

Umsetzung und Herausforderungen

Es folgten Gespräche mit dem Bellheimer Bürgermeister und der KV RLP. In der betriebswirtschaftlichen Beratung wurde geschaut, ob und wie die Neugründung finanziell zu stemmen ist. Die Gemeinde machte dem Ärztetrio ein gutes Angebot bezüglich der Miete und übernahm die Kosten für das Mobiliar. Außerdem griff der Strukturfonds der KV RLP, sodass eine finanzielle Förderung möglich war. Schauen die beiden Allgemeinmedizinerinnen und ihr Kollege auf das erste Praxisjahr zurück, so sind sie stolz auf das, was sie aufgebaut haben: „Es ist so schön, was hier entstanden ist“, schwärmt Dr. Leske.

Doch es gab und gibt auch Herausforderungen, denn neben der medizinischen Versorgung müssen auch betriebswirtschaftliche und administrative Aufgaben bewältigt werden.

Heute und in Zukunft

Überaus wichtig und eine große Unterstützung sei gerade zu Beginn das funktionierende Praxisteam, das nach seinen Stärken eingesetzt wird. „Das Miteinander hat hohe Priorität. Wir leben flache Hierarchien und einen vertrauens- und respektvollen Umgang“, so Dr. Leske.

Aber auch in Hinsicht auf die Zukunft planen sie künftig, dem Nachwuchs die Möglichkeit zu geben, die Praxis kennenzulernen – sei es während einer Famulatur, im praktischen Jahr oder in der Weiterbildung. Bereut hat den Schritt in die ambulante Selbstständigkeit auf jeden Fall bisher niemand. Er hat zwar viel Arbeit mit sich gebracht, aber auch viel Raum zur Selbstverwirklichung. ■

📖 Die komplette Praxisgeschichte lesen Sie hier:
www.aerzteblatt-rheinlandpfalz.de > Februar 2025

Wenn auch Sie Weiterbildungen anbieten möchten, finden Sie hier weitere Informationen:

🌐 www.kv-rlp.de/537937



GUT ZU WISSEN

TI-SICHERHEIT: VORSICHT BEIM TAUSCH, VERKAUF UND ENTSORGEN VON GERÄTEN




Besonders sorgfältig sollten Praxen beim Tausch und der Entsorgung von Konnektoren oder Kartenterminals vorgehen. Beide Hardwarekomponenten ermöglichen Zugang zu sensiblen Daten und zur Telemedizininfrastruktur (TI). Der Konnektor muss gemäß dem Produkthandbuch abgemeldet und auf Werkseinstellungen zurückgesetzt werden. Hierbei beraten und unterstützen die jeweiligen Systembetriebsfirmen. Diese nehmen in der Regel auch den Konnektor zurück.

Immer SMC-B-Karte entnehmen!

Der elektronische Praxisausweis – auch SMC-B-Karte genannt – befindet sich üblicherweise seitlich im Kartenterminal, hat

die Größe einer SIM-Karte und ist mit einem Siegelaufkleber geschützt. Er ermöglicht den Zugang zur TI. Egal, ob Praxen ihr Kartenterminal verkaufen, der Praxisnachfolge überlassen oder entsorgen: Die SMC-B-Karte muss immer entnommen werden und die dazugehörige PIN darf unter keinen Umständen weitergegeben werden.

 **Hinweise der Gematik zur Entsorgung:** www.gematik.de > [newsroom](#) > [Aktuelles](#) | [Konnektoren und E-Health-Kartenterminals richtig entsorgen](#)



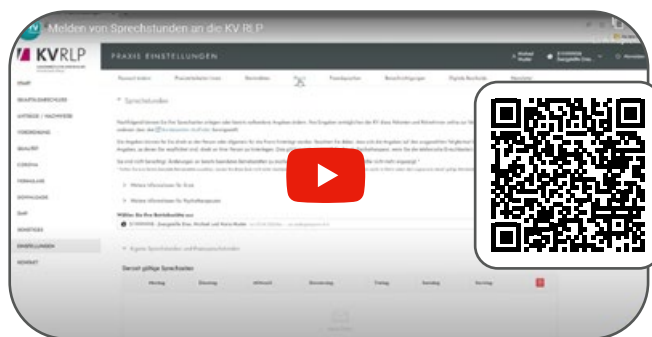
MEHR WEITERBILDUNG IM AMBULANTEN BEREICH

In der ärztlichen Weiterbildung ist ein Trend zur Ambulantisierung erkennbar, wie die Zahlen der KV RLP zeigen. Während Nachwuchsärztinnen und -ärzte 2019 durchschnittlich rund 460 Tage ihrer Weiterbildung in rheinland-pfälzischen Praxen verbrachten, sind es heute bereits 510 Tage. Die Gründe dafür sind vielseitig. Dank der Anpassung der Weiterbildungsordnung in 2022 sind mehr ambulante Weiterbildungsabschnitte möglich. Zudem haben sich Weiterbildungsverbände etabliert, an denen sich mittlerweile über 130 Praxen, drei Praxisnetze und 45 Krankenhäuser beteiligen. Und: Die KV RLP setzt sich stark für die Weiterbildung ein – mit finanzieller Förderung und der Kampagne „Ärztliche Weiterbildung – Ihre Chance. Mit uns in RLP.“


Sie möchten auch Nachwuchs weiterbilden? Informieren Sie sich gerne auf der Website der KV RLP. Und: Das Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin Rheinland-Pfalz bietet im Juni das Seminar „Train-the-Trainer“ an. ■

 **Weiterbildung in Rheinland-Pfalz:** www.kv-rlp.de/537937
Seminar: <https://bit.ly/KompetenzzentrumWeiterbildungRLP>

SPRECHSTUNDEN EINFACH ONLINE MELDEN



Für Praxen gibt es klare Vorgaben zur Erreichbarkeit für Patientinnen und Patienten – dazu gehören auch festgelegte Sprechstundenzeiten. Neu ist: Sie können Ihre Sprechstundenzeiten jetzt einfach und bequem über den Mitgliederbereich an die KV RLP übermitteln. Wie das funktioniert und worauf Sie achten sollten, erfahren Sie auf der Website und im Erklärvideo. ■

 **Erklärvideo für Meldungen:** www.kv-rlp.de/41712-8524
Alles zu den Sprechstunden: www.kv-rlp.de/41712

GUT ZU WISSEN

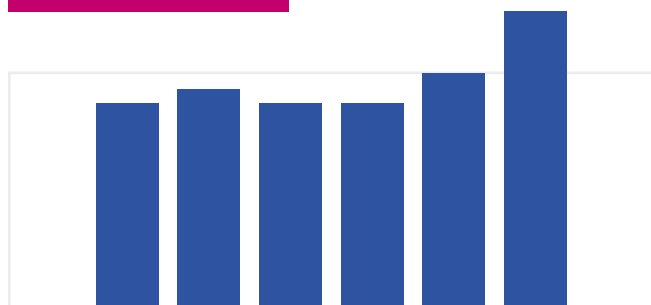
ONLINE AUSSCHREIBEN UND BEWERBEN

Wer sich in Rheinland-Pfalz auf einen ausgeschriebenen Praxis-sitz bewerben will, spart seit Neuestem viel Zeit: Denn die Bewerbung kann bei der KV RLP jetzt ganz einfach online eingereicht werden. Aber auch Praxisabgebende haben es mit der Ausschreibung nun leichter: Künftig wird sie nämlich, anders als vorher, automatisch so lange weiterveröffentlicht, bis Bewerbungen eingegangen sind oder die Ausschreibungszeit endet. Noch mehr Flexibilität bringen die geänderten Veröffentlichungstermine: Zweimal im Monat, immer zum 1. und zum 15., sind die aktuell im Land ausgeschriebenen Praxissitze jetzt auf der Website der KV RLP abrufbar. ■

Ausschreibungen: www.kv-rlp.de/73871
Alles zur Praxisabgabe: www.kv-rlp.de/190495

HONORARKENNZAHLEN

JETZT DIGITAL



Die wichtigen Kennzahlen im Blick: Wie sich Honorar, Anzahl der Behandlungsfälle, Fall- und Punktwert über die vergangenen Quartale hinweg entwickelt haben, zeigt die KV RLP ab sofort online in ihrer interaktiven Honorarstatistik.

Die Daten, jeweils mit Kurzerklärungen versehen, sind für alle Versorgungsbereiche und auch einzelne Arztgruppen einzusehen. Die Ansicht kann über verschiedene Filter individuell angepasst werden. Zusätzlich erklärt das Honorar-Glossar zentrale Fachbegriffe rund um das Thema Vergütung. ■

Honorarstatistik: www.kv-rlp.de/10706

eDMP ÜBER KIM ABSCHALTUNG VON KV-CONNECT

Die Datenstelle für Disease-Management-Programme (DMP) Trier bietet Ihnen seit Januar die Übermittlung von eDMP-Daten über den neuen Kommunikationsstandard KIM an. Damit setzt sie einen bundesweiten Meilenstein und ist die erste Annahmestelle für diesen modernen Übertragungsweg.

Der bisherige Weg der Datenübertragung über KV-Connect wird im Oktober 2025 endgültig abgeschaltet, deshalb sollten Praxen frühzeitig auf KIM umsteigen. ■

Informationen der KBV zu KIM:
www.kbv.de > Service > Service für die Praxis > Digitale Praxis > Kommunikationsdienste > KIM



Wie wäre es, ...

... auch alle Bescheide und weiteren Schriftverkehr mit der KV RLP in einem Postfach zu haben?

Nutzen Sie dafür KIM!

Damit wir Ihnen die Dokumente über KIM zusenden können, brauchen wir Ihre Einverständniserklärung. Geben Sie diese direkt hier ab: [Mitgliederbereich](#) > [Einstellungen](#) > [Digitale Berichte](#)

KLIMANEUTRAL SEIT 2023

Eine Praxis zeigt 25 Jahre Einsatz für Klimaeffizienz und Ressourcenschonung durch energetische Sanierung, erneuerbare Energien und digitale Abläufe.

Bereits in den frühen 1990er Jahren wurde mir durch meine Facharbeit zum Treibhauseffekt bewusst, wie dringend klimaschonendes Handeln ist. Dieses Bewusstsein prägt bis heute unsere Praxis. Durch gezielte Investitionen und nachhaltige Entscheidungen konnten wir unsere fossilen CO₂-Emissionen seit 1990 um 96 Prozent reduzieren – und sind seit 2023 klimaneutral.

Der Weg dorthin begann mit einfachen Maßnahmen wie dem frühen Einsatz von Energiesparlampen und der Umstellung auf LED-Beleuchtung im Jahr 2010. In den 2000er-Jahren folgten umfangreiche energetische Sanierungen: neue Fenster, die besonders gut isolieren und wenig Wärme durchlassen, eine verbesserte Wärmedämmung und eine Solarthermieanlage, die unseren Ölverbrauch um 50 Prozent senkte. Später haben wir die alte Heizung durch eine Pelletheizung ersetzt, die unseren CO₂-Ausstoß weiter reduziert. Außerdem beziehen wir seit 25 Jahren ausschließlich Ökostrom und seit 2016 deckt eine Photovoltaikanlage einen Großteil unseres

Energiebedarfs. Ein weiterer Meilenstein war die Umstellung auf papierloses Arbeiten vor 20 Jahren, wodurch wir nicht nur Ressourcen sparen, sondern auch Arbeitsabläufe optimieren konnten. Zusätzlich haben wir vor rund 45 Jahren 320 Douglasien gepflanzt, die jährlich 16 Tonnen CO₂ kompensieren.

Von der Vision zur Realität

Unsere Bilanz: Insgesamt konnten wir 1.000 Tonnen CO₂ einsparen. Zwar haben wir in 25 Jahren rund 100.000 Euro mehr investiert, als für eine reine Instandhaltung nötig gewesen wäre, aber durch die geringeren Energiekosten konnten wir fast 200.000 Euro einsparen.

Unsere Patientinnen und Patienten nehmen diese nachhaltige Ausrichtung positiv wahr. Viele loben die angenehme Atmosphäre in unserer klimaneutralen Praxis und schätzen die effizienten digi-



Dr. Christian Schulze ist KlimaDoc und Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin, Chirotherapie, Sportmedizin, Fachkunde Geriatrie, Tropen- und Reisemedizin aus Winterburg.

talen Abläufe. Wer sich für nachhaltiges Praxismanagement interessiert, kann sich unkompliziert von den „KlimaDocs“ beraten lassen. Denn: Ökologie und Ökonomie sind zwei Seiten einer Medaille. ■

📍 Mehr Informationen für Praxen:
www.klimadocs.de



📍 www.youtube.com > Talk mit Doc Bartels
> Praxen im Klimawandel



PRAXEN IM KLIMAWANDEL: KLIMADOCS BEI DOC BARTELS

Der Klimawandel ist nicht nur eine ökologische, sondern längst auch eine gesundheitliche Herausforderung. Für Dr. Susanne Filfil, Gründerin des Vereins KlimaDocs e.V., steht fest: Ärztinnen und Ärzte müssen Teil der Lösung sein, denn „was wir für das Klima tun, tun wir auch für unsere Gesundheit“.

ÄRZTINNEN UND ÄRZTE AUS DRITTSTAATEN

QUALIFIZIERTE FACHKRÄFTE FÜR PRAXEN

Zwei Jahre ohne Approbation in einer Praxis arbeiten? Seit August 2024 ist das für Ärztinnen und Ärzte aus Drittstaaten in rheinland-pfälzischen Praxen möglich.

Dardane Xhemajli Zeqiraj ist Ärztin aus dem Kosovo. Der Kosovo gilt in Deutschland als sogenannter „Drittstaat“, also als Land, das nicht die Schweiz ist und außerhalb der EU oder der Europäischen Wirtschaftszone liegt. Ende 2022 startete Dardane Xhemajli Zeqiraj ihr Berufsanerkenntnisverfahren beim Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung Rheinland-Pfalz (LSJV RLP). Seit November 2024 ist sie als Ausbildungsassistentin in der kinderärztlichen Praxis von Dr. Martin und

Dr. Ulrike Edelhäuser angestellt. „Ich kannte die Praxis Edelhäuser schon, da mein Kind dort Patient ist. Ich hatte ein gutes Gefühl und fragte nach, ob ich anfangen könnte“, berichtet sie.

Die beiden Praxisinhabenden dachten etwa zwei Wochen nach. „Wir wussten erst nicht genau, wie das Anerkennungsverfahren abläuft, wohl aber, dass Frau Zeqiraj einen Arbeitsvertrag vorweisen muss, um ihre zweijährige Berufserlaubnis zu erhalten. Keine uns bekannten Praxen hatten bisher Erfahrungen in diese Richtung gemacht, die sie mit uns teilen konnten. Wir wussten erst auch nicht, als was genau wir Frau Zeqiraj einstellen, denn sie ist keine Weiterbildungsassistentin im klassischen Sinn“, so Dr. Edelhäuser. Letzten Endes entschieden sich beide, mit Dardane Xhemajli Zeqiraj zusammenzuarbeiten und sie auf ihrem Weg zu begleiten.

Qualifiziertes Personal für Praxen

Dass ihre Ausbildungsassistentin bei jedem Arbeitsschritt begleitet werden muss, stört den Praxisablauf nicht weiter. „Für ihn ist die Zusammenarbeit mit Dardane Xhemajli Zeqiraj vor allem eine Investition in die Zukunft. Der Ärztemangel ist ja Realität. Es ist schwer, Nachfolgerinnen und Nachfolger oder generell erst mal ärztliches Personal für

Finanzielle Förderung

Wussten Sie, dass die KV RLP Praxen oder MVZ, die Ärztinnen oder Ärzte mit Berufserlaubnis als Ausbildungsassistenten beschäftigen, mit bis zu 2.000 Euro monatlich fördert? Zudem unterstützt die KV RLP finanziell den Vorbereitungskurs „Ärztliche Kenntnisprüfung – Crashkurs zur Vorbereitung“ mit bis zu 990 Euro einmalig. Informieren Sie sich hier:

www.kv-rlp.de/22218



Dardane Xhemajli Zeqiraj (links) arbeitet mit Dr. Ulrike Edelhäuser in der Zweigpraxis „Für Große und Kleine“ in Ludwigshafen-Friesenheim.

die Praxis zu finden. Mit Frau Zeqiraj haben wir eine gut ausgebildete und motivierte Kollegin gewonnen, die sehr gut deutsch spricht und eben auch ein Medizinstudium absolviert hat. Und irgendwie muss es Menschen aus den sogenannten Drittstaaten ja auch ermöglicht werden, in Deutschland beruflich Fuß zu fassen.“ ■



DEUTSCHLAND MUSS #PRAXENLAND BLEIBEN

Direkt nach der Bundestagswahl platzierte die AOK in ihrem Sofortprogramm 2025 Forderungen zur Aufhebung der bereits beschlossenen Entbudgetierung der kinderärztlichen und hausärztlichen Versorgung. Wenige Tage später einigten sich CDU/CSU und SPD auf ein Sondervermögen in Höhe von 500 Milliarden Euro zur Stärkung der Infrastruktur, unter anderem des Krankenhausesektors. Doch wo bleibt der ambulante Bereich?

Umso wichtiger ist es, weiterhin auf die Dringlichkeit von Reformen aufmerksam zu machen. Dazu starteten die KBV und die Kassenärztlichen Vereinigungen im Februar eine neue Phase ihrer Kampagne „Wir sind für Sie nah“, dieses Mal unter dem Motto „Deutschland muss #Praxenland bleiben.“ Mit einem TV-Spot in reichweitenstarken Kanälen privater Fernsehsender, mit digitalen Bannern, Audiospots sowie Anzeigen zum Beispiel in politischen Newslettern stellt die Kampagne den Wert der wohnortnahen Versorgung durch Hausarzt-, Facharzt- und Psychotherapiepraxen heraus und zeigt, was mit dem drohenden Verlust von #Praxenland auf dem Spiel steht: die Nähe der Menschen zu „ihrem“ Hausarzt oder „ihrer“ Fachärztin.

Digitales Herzstück ist die Kampagnen-Website, die neben Patienten- und Ärztstimmen auch die Forderungen der Ärzteschaft bündelt. ■



TV-Spot, Website und Co.

🔗 Tauchen Sie ein in die Welt von #Praxenland: www.praxenland.de

Forderungen, TV-Spot und mehr finden Sie hier: www.kbv.de/html/68915.php

DIE ROLLE DER ÄRZTESCHAFT


Vom 1. August bis 8. September 2025 gastiert die Wanderausstellung „Systemerkrankung. Arzt und Patient im Nationalsozialismus“ der KBV und der Kassenärztlichen Vereinigungen in der KV RLP in Mainz.



Die Wanderausstellung zeigt, wie sich das Gesundheitssystem sowie die Rolle der Ärzteschaft unter dem NS-Regime veränderten. Dabei verdeutlicht sie, dass Medizinerinnen und Mediziner nicht nur in das System eingebunden, sondern aktiv an Verbrechen wie Zwangssterilisationen oder Menschenversuchen beteiligt waren.

Zudem werden die Gleichschaltung des Gesundheitswesens und die Verdrängung jüdischer Ärztinnen und Ärzte thematisiert. Die Ausstellung stützt sich auf ein Forschungsprojekt zur

Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands (KVD), die im Dritten Reich an dieser Verdrängung beteiligt war. Damit setzt die KBV ein wichtiges Zeichen für eine reflektierte und kritische Auseinandersetzung mit der Vergangenheit sowie der ethischen Verantwortung der Ärzteschaft.

 Besuchen Sie gerne vorab die Website zur Ausstellung mit historischen Fakten, Interviews mit Zeitzeuginnen und Zeitzeugen sowie Einblicken in die Bildpropaganda im Nationalsozialismus: www.systemerkrankung.de

IMPRESSUM

HERAUSGEBERIN

Kassenärztliche Vereinigung
Rheinland-Pfalz (KV RLP)
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Isaac-Fulda-Allee 14 | D-55124 Mainz

REDAKTION

verantwortlich (i. S. d. P.)
San.-Rat Dr. Peter Heinz
Vorsitzender des Vorstands
Dr. Andreas Bartels, Stellvertretender
Vorsitzender des Vorstands
Peter Andreas Staub,
Mitglied des Vorstands

Julia Lampferhoff (Redaktionsleitung),
Ricarda Busch, Sven Hillmer, Anja Kibies,
Malte Müller, Annika Pluta, Christopher
Rodriguez, Miriam Stolzenburg, Jasmin
Westphal und Nadja Winter

KV KOMPAKT: Fachabteilungen

GESTALTUNG: Sascha Poredda

KONTAKT

Telefon 06131 326-326 | Fax 06131 326-327
kvpraxis@kv-rlp.de | www.kv-rlp.de

AUFLAGE | ERSCHEINUNGSWEISE

7.000 Exemplare | viermal im Jahr

BILDER

© KV RLP, falls nicht anders aufgeführt

DRUCK

ColorDruck Solutions – eine Marke
der Print Media Group GmbH
Gutenbergstraße 4 | 69181 Leimen
www.colordruck.com



HINWEISE

Die in dieser Publikation erstellten Inhalte unterliegen dem Urheberrecht. Sämtliche Beiträge Dritter sind als solche gekennzeichnet. Die Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und jede Art der Verwertung bedürfen der schriftlichen Zustimmung der KV RLP.

Die KV RLP ist für die Inhalte von externen Websites, die über einen Hyperlink erreicht werden, nicht verantwortlich und macht sich diese ausdrücklich nicht zu eigen.

2. SOMMER KONGRESS

6. september – mainz

SAVE THE DATE
6. September 2025



STARKE INHALTE. NEUE ORGANISATION.

- >>> noch mehr Kurse und Live-Vorfürungen
- >>> aktuelle Trends und Themen
- >>> gezielte Angebote für Mitglieder, MFA, alle in Weiterbildung und Medizinstudierende
- >>> noch mehr Info-Stände

Sie möchten dabei sein? Dann merken Sie sich den Tag für sich und Ihr Team im Kalender vor. Die Anmeldung startet im Juni und wird über alle Kanäle der KV RLP bekannt gegeben.

+++ Dieses Mal: Online-Anmeldung für eine garantierte Buchung der Kurse +++