



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

KBV KOMPAKT

Newsletter vom 28. Januar 2009

Aus Berlin

Kassen drängen Ärzte zu Diagnosen

Krankenkassen haben anscheinend versucht, durch Absprachen mit Ärzten über gefälschte Diagnosen ihren Anteil an den Auszahlungen aus dem Gesundheitsfonds zu erhöhen. Das Bundesgesundheitsministerium mahnte, solche „kriminellen“ Praktiken zu unterlassen. Auch die KBV rief die Ärzte auf, etwaige Angebote abzulehnen. „Das Problem ist bundesweit zu beobachten und wird immer größer. Kassenvertreter versuchen, Ärzte zu ködern, um Diagnosen zu korrigieren“, kritisierte Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der KBV. Doch auch Ärzte forcierten scheinbar ihrerseits solche Vorgehensweisen, wie nach dem Bekanntwerden eines Schreibens des Bayerischen Hausärzterverbands (BHÄV) bezüglich eines Vertrags mit der AOK anzunehmen ist. Danach bat der BHÄV-Chef Wolfgang Hoppenthaller in einem Brief seine Mitglieder, „als Gegenleistung für das Entgegenkommen der AOK [...] eine entsprechende Codierung vorzunehmen.“ Ganz offen gab er zu: „Nur eine AOK, die entsprechende Zuweisungen über den Risikostrukturausgleich erhält, kann diesen Vertrag auf Dauer bedienen.“ (Agenturmeldung, 26. Januar)

Praxisgebühr trifft Geringverdiener

Geringverdiener mit langwierigen Krankheiten verzichten deutlich häufiger auf einen Arztbesuch als Wohlhabende. Dieses Ergebnis erbrachte eine Studie der Bertelsmann-Stiftung über die Auswirkungen der Gesundheitsreform 2004. Zwischen 2004 und 2006 befragte die Stiftung fast 8.000 Personen über die Vermeidung von Arztbesuchen. Während Besserverdiener mit einem verfügbaren Monatseinkommen über 2.400 Euro ihren Arztbesuch nicht von der Zuzahlung von zehn Euro abhängig machen, wirkt sich die Steuerungsfunktion der Gebühreneinzahlung deutlich bei Bevölkerungsschichten mit einem Einkommen bis 600 Euro aus, obwohl diese in der Regel häufiger und früher an chronischen Erkrankungen leiden. Als Fazit bleibt zudem: Die Begünstigungsklausel, welche Zuzahlungen für chronisch Kranke auf ein Prozent des Jahreseinkommens begrenzt, führt nicht zu einer signifikanten Minderung dieses Effekts. (Agenturmeldung, 24. Januar)

Regierung verabschiedet umstrittenes Konjunkturpaket II

Das Bundeskabinett hat das größte Konjunkturpaket in der Geschichte der Bundesrepublik beschlossen. Mit Hilfen in Höhe von 50 Milliarden Euro sollen die Folgen der Wirtschaftskrise abgewendet werden. Die „schwerste innenpolitische Entscheidung“ der Bundeskanzlerin Angela Merkel (CDU) ist dabei nicht unumstritten. Die Opposition beurteilte das Paket als wirkungslos und warf der Regierung Versagen in Zeiten der Krise vor. Grundsätzlich positiv beurteilten Vertreter der deutschen Wirtschaft die Maßnahmen. Merkel appellierte an Bundestag und Bundesrat, der Plan müsse zügig verabschiedet werden: „Wir haben keine Zeit zu verlieren und müssen dafür Sorge

tragen, dass die Maßnahmen jetzt auch schnell wirksam werden.“ Auch der Gesundheitssektor ist von den Maßnahmen betroffen: Der Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung sinkt ab Juli auf 14,9 Prozent und bringt Entlastungen für Arbeitnehmer und Arbeitgeber. (Agenturmeldung, 27. Januar)

Schmidt plant Reform der Pflegeversicherung

Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) plant die Einführung von fünf „Bedarfsgraden“ in der Pflegeversicherung. Damit sollen künftig deutlich mehr Menschen Anspruch auf Leistungen aus der Versicherung haben, auch wenn das finanzielle Leistungsvolumen insgesamt gleich bleibt. Laut Gutachten des Pflegebeirats der Regierung werden bei der Aufstockung von bisher drei auf fünf Pflegestufen „sowohl körperliche Beeinträchtigungen als auch kognitiv-psychische Einbußen und Verhaltensauffälligkeiten, die einen spezifischen Unterstützungsbedarf nach sich ziehen“, berücksichtigt und vor allem Demenzkranke bessergestellt. Das neue Konzept soll die gerechtere Versorgung geistig eingeschränkter Menschen sicherstellen, da das alte System nach Ansicht der Gutachter „einseitig auf die Bedürfnisse vor allem altersgebrechlicher Menschen ausgerichtet“ war. Weitere Pflegereformen werden erst nach der Bundestagswahl erwartet. (Agenturmeldung, 27. Januar)

Aus KBV und KVen

Köhler: Honorarbereinigung darf nicht zulasten aller Patienten und Ärzte gehen!

„Es kann nicht sein, dass ein Arzt in Köln dafür bezahlen muss, dass die Krankenkassen mit dem Kollegen in Düsseldorf Sonderverträge abschließen, die nur einem bestimmten Patientenkreis zugutekommen. Dieses Geld fehlt für die Behandlung der überwiegenden Zahl von Patienten, die nicht an solchen Sonderversorgungsmodellen teilnehmen. Die Mehrheit müsste also Nachteile zugunsten einer Minderheit in Kauf nehmen. Einen solchen Raubbau zulasten der flächendeckenden Patientenbehandlung werden wir mit allen Mitteln bekämpfen.“ Das sagte Dr. Andreas Köhler, KBV-Vorstandsvorsitzender, im Anschluss an die Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses am vergangenen Donnerstag. Zudem hält er den Beschluss des Ausschusses für formal und inhaltlich rechtswidrig. „Dieser Beschluss wird von uns nicht umgesetzt werden“, machte Köhler im Namen aller Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) deutlich. „Wir sind strikt dagegen, dass alle Patienten und ihre Ärzte für die Finanzierung von Sonderverträgen einzelner Krankenkassen bezahlen sollen. Ein solcher Beschluss – wie ihn die Kassen mit Zustimmung des Schlichters durchsetzen wollten – ist mit uns nicht machbar“, führte der KBV-Chef aus. Unterstützung erhielt er vom Vorstandsvorsitzenden der KV Saarland, Dr. Gunter Hauptmann, der den Schritt der KBV als „konsequent“ bezeichnete. Auch der Vorsitzende des Hartmannbundes, Dr. Kuno Winn, begrüßte die Reaktion der KBV: „Es reicht! Der Vertragswettbewerb ist gut und schön. Aber wir können nicht zulassen, dass er zulasten unbeteiligter Arztgruppen und Patienten geht.“ ([KBV-Pressemitteilung, 22. Januar](#), [KBV-Pressemitteilung, 27. Januar](#), [Pressemitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland, 26. Januar](#), [Pressemitteilung des Hartmannbundes, 23. Januar](#))

EVA unterstützt Ärzte in Nordrhein-Westfalen

In Nordrhein-Westfalen können sich medizinische Fachangestellte künftig zur „Entlastenden Versorgungsassistentin“ (EVA) fortbilden und anschließend selbstständig Leistungen wie zum Beispiel Hausbesuche, Impfen und Prävention übernehmen. „Im Sinne der Kollegen wollten wir schnell reagieren und eine Fortbildungsmöglichkeit für Arzthelferinnen anbieten, die in der Praxis wirklich Nutzen hat“, sagten die Initiatoren des Projekts, Dr. Leonhard Hansen, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein, Dr. Klaus Reinhardt, Vizepräsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, und Dr. Wolfgang-Axel Dryden, zweiter Vorsitzender der KV Westfalen-Lippe. Die Entlastung der Niedergelassenen durch qualifizierte Mitarbeiter ist eines der Zukunftsthemen der Ärzteschaft. Im Gegensatz zu anderen Konzepten entlastet EVA den Arzt, ersetzt ihn aber nicht. „EVA soll keine Alternative zum Arzt sein“, betonten die Initiatoren. „Im Interesse der Patienten halten wir am Grundsatz der therapeutischen Gesamtverantwortung des Arztes fest.“ ([Pressemitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und der Ärztekammer Westfalen-Lippe, 26. Januar](#), [Pressemitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, 26. Januar](#))

KV Niedersachsen will Richtgrößenprüfungen abschaffen – Gericht bemängelt Datenqualität

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Niedersachsen will die Richtgrößenprüfungen im Arznei- und Heilmittelbereich abschaffen. Zudem hat sie die sofortige Aussetzung der Vollstreckung sämtlicher Verfahren im Zusammenhang mit Richtgrößenregressen veranlasst. „Schon in den vergangenen Jahren haben wir immer wieder auf die katastrophale Datenlage der Krankenkassen bei den Richtgrößenprüfungen hingewiesen. Diese Kritik ist nun erstmals von einem Gericht bestätigt worden“, sagte der stellvertretende KV-Vorstandsvorsitzende, Dr. Volker Steitz. Das Landessozialgericht (LSG) Niedersachsen-Bremen hatte untersagt, einen Regressbetrag mit den Abschlagszahlungen des Honorars eines niedersächsischen Arztes zu verrechnen. Wie zuvor schon das Sozialgericht Hannover ordnete das LSG die aufschiebende Wirkung gegen die sofortige Vollstreckung der Regressbeträge an, bis im Hauptsacheverfahren eine Entscheidung fällt. „Diese Entscheidung ist absolut im Sinne unserer Mitglieder“, so Dr. Steitz.

Das LSG kam in dem einstweiligen Verfahren zu dem Schluss, dass an der Rechtmäßigkeit des Regressbescheides „ernsthafte Zweifel“ bestehen. Vor allem rügte das Gericht die schlechte Datenqualität der Krankenkassen, die dem Arzt eine Überprüfung seiner Verordnungsdaten unmöglich mache. ([Pressemitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, 22. Januar](#))

Hamburg hält Spitzenposition in der ambulanten Medizin

Die ambulante Versorgung ist in Hamburg so gut ausgebaut wie in keiner anderen Großstadt – sowohl in quantitativer wie auch qualitativer Sicht. Dies geht aus dem Versorgungsbericht der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Hamburg hervor, der das breite Angebot der rund 4.100 in Hamburg niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten vorstellt. „Die Patienten können sicher sein, auf hohem, qualitätsgesicherten Niveau behandelt zu werden und auch in fachärztlichen Spezialfächern die neueste Medizin zu erhalten“, fasst Dieter Bollmann, KV-Vorstandsvorsitzender, die Aussagen des Versorgungsberichts zusammen. Bollmann verweist darauf, dass jeder fünfte Patient, der eine Hamburger Praxis aufsucht, seinen Wohnort außerhalb der Hansestadt hat: „Dies belegt das hohe Vertrauen, das die Patienten in die Arbeit der Ärzte und Psychotherapeuten haben.“ ([Pressemitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, 27. Januar](#))

Schwieriger Start der Honorarreform in Sachsen

Die Umsetzung der neuen Honorarreform bereitet wegen der gesetzlichen Vorgaben auch in Sachsen erhebliche Probleme und sorgt vor allem bei Teilen der Fachärzte für Unmut. Gegenüber 2008 erhalten die sächsischen Vertragsärzte und -psychotherapeuten insgesamt einen Honorarzuwachs in Höhe von circa 120 Millionen Euro. Sie erreichen damit 94 Prozent der vergleichbaren Vergütung in den alten Bundesländern. Problematisch bei der Ausgestaltung der Honorarreform ist jedoch, dass die Honorarzuwächse im fachärztlichen Versorgungsbereich extrem unterschiedlich verteilt werden und es auch innerhalb zugewinnender Arztgruppen nicht wenige „Verlierer“ gibt.

Durch einen Beschluss des Bewertungsausschusses vom 15. Januar können die Handlungsmöglichkeiten auf Landesebene verbessert werden. Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen will die nun erweiterten Spielräume gemeinsam mit den Krankenkassen so auszufüllen, dass individuelle Härten erheblich abgemildert werden. Hierbei sollen vor allem Praxisbesonderheiten und das Leistungsspektrum der jeweiligen Praxis Berücksichtigung finden.

([Pressemitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, 23. Januar](#))

KV Nordrhein appelliert an Hausärzteverband zu Vertragsabschluss

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Nordrhein hat an den Hausärzteverband appelliert, den Hausarztvertrag mit den Ersatzkassen abzuschließen. „Der Hausärzteverband sollte das Angebot der Ersatzkassen annehmen und gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein einen Hausarztvertrag auch für diese Versicherten abschließen“, forderte Dr. Leonhard Hansen, Vorsitzender der KV Nordrhein. Das Angebot der Ersatzkassen liege auf dem Tisch. Danach könnten Hausärzte die Ersatzkassenversicherten zu gleichen Konditionen wie andere Versicherte betreuen. Zudem gäbe es dann eine praxisfreundliche Einheitlichkeit. „Im Interesse der Patienten und der Kollegen sollten Sie dieses Angebot annehmen“, appellierte Hansen an den Vorstandsvorsitzenden. ([Pressemitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, 27. Januar](#))

350.000 Unterschriften gegen Gesundheitsfonds

Mehr als 350.000 Bürger aus ganz Süddeutschland haben im Rahmen der Mobilisierungskampagne „Gesundheitsfonds – So nicht!“ mit ihren Unterschriften deutlich zum

Ausdruck gebracht, dass sie mit der aktuellen Gesundheitspolitik nicht einverstanden sind. „Dies ist ein deutliches Signal, das man auch in Berlin sehr ernst nehmen sollte“, sagte Dr. Axel Munte, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Bayerns. Bereits Anfang 2008 hatte die KV Bayerns gemeinsam mit der KV Baden-Württemberg sowie weiteren Partnern die Kampagne „Gesundheitsfonds – So nicht!“ gestartet. „Eine von bundespolitischer Ebene aus gesteuerte Gesundheitspolitik ohne regionale Anpassungsmöglichkeiten wird der besonderen Versorgungslandschaft in Bayern nicht gerecht“, erläuterte Munte. Die 350.000 Unterschriften hat der Vorstand der KV Bayerns bereits Ende Dezember an Bayerns Gesundheitsminister Dr. Markus Söder (CSU) übergeben. Von dort gehen die Stimmen nun an Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD). „Weniger Leistungen bei höheren Krankenkassenbeiträgen – das kann nicht das gewollte Ergebnis einer Gesundheitsreform sein“, ist sich der bayerische KV-Chef sicher. ([Pressemitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, 27. Januar](#))

Vereinigte IKK und KV Bayerns fördern Qualitätsmanagement

Die Vereinigte Innungskrankenkasse (IKK) und die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Bayerns setzen neue Anreize und fördern mit einem Bonus das Qualitätsmanagement (QM) in den Arztpraxen. So zahlt die Vereinigte IKK jeder Praxis, die mit einem zertifizierten QM-System arbeitet, zukünftig einmalig 250 Euro. 1.000 Praxen erhalten diesen Bonus, der außerbudgetär gezahlt wird. Die Nachweisfrist endet im September 2009. Die Niedergelassenen sind laut Gesetz bereits seit zwei Jahren verpflichtet, ein Qualitätsmanagement in ihren Praxen einzuführen. Der Gesetzgeber hat aber bisher nicht vorgeschrieben, dass das QM-System zertifiziert sein muss. „Unsere Vereinbarung geht einen Schritt weiter: Wir bauen unser Engagement im Bereich Qualitätsmanagement kontinuierlich aus“, sagte Dr. Axel Munte, Vorstandsvorsitzender der KV Bayerns. Zu den anerkannten QM-Systemen gehört auch QEP (Qualität und Entwicklung in Praxen), das die Kassenärztliche Bundesvereinigung in Zusammenarbeit mit Praxisteams und Berufsverbänden entwickelt hat. Es ist speziell auf die Bedürfnisse in den Praxen der Vertragsärzte und -psychotherapeuten ausgerichtet. ([Gemeinsame Pressemitteilung der Vereinigten IKK und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, 27. Januar](#))

Aus den Verbänden

Winn: Zwangsverträge für Patienten ebnen Staatsmedizin den Weg durch die Hintertür

Die Drohung des Vorsitzenden des Bayerischen Hausärzterverbandes (BHÄV), bayerische Hausärzte würden künftig grundsätzlich nur noch Patienten behandeln, die sich in den Hausarztvertrag zwischen der AOK und dem BHÄV eingeschrieben haben, sei nur ein erster Vorbote des durch die verfehlte Gesundheitspolitik der vergangenen Jahre entfachten Sturmes. So die Einschätzung des Vorsitzenden des Hartmannbundes, Dr. Kuno Winn. „Die Politik erntet, was sie gesät hat“, sagte Winn und betonte: „Das ist Verteilungskampf pur“. Zwar betrachte er die Ankündigung des BHÄV-Vorsitzenden Wolfgang Hoppenthaller als „Grenzüberschreitung“, letztendlich habe aber die Politik mit ihrer bedingungslosen Forcierung des selektiven Wettbewerbs die Weichen für diese Entwicklung gestellt. Winn sieht vor allem das Selbstbestimmungsrecht der Versicherten in Gefahr. „Patienten müssen von den Vorteilen eines Vertrages überzeugt sein, sie dürfen nicht bedrängt, instrumentalisiert oder am Ende gar faktisch in Verträge hineingezwungen werden“, sagte der Hartmannbundvorsitzende. Wer sich auf diese Abart von Wettbewerb einlasse, zerstöre nicht nur das zu Recht immer wieder beschworene Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten. Er spiele vor allem denen in die Hände, die im nächsten Schritt das Recht auf freie Arztwahl und andere Überreste eines freiheitlichen Systems in Frage stellten. „Das ist Staatsmedizin durch die Hintertür. Dieses Kalkül der Politik darf nicht aufgehen, in diese Falle dürfen wir nicht tapfen“, warnte Winn abschließend. ([Pressemitteilung des Hartmannbundes, 28. Januar](#))

Kampagne gegen Ausbeutung von Medizinstudenten im Praktischen Jahr

Die Ärztegewerkschaft Marburger Bund (MB) und die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (BVMD) haben die zwölfmonatige praktische Ausbildungszeit am Ende des Medizinstudiums als „Ausbeutung“ kritisiert, da der medizinische Nachwuchs innerhalb dieser Phase immer häufiger als „billige Arbeitskraft“ in den Kliniken missbraucht werde. Eine Kampagne zur Verbesserung des Praktischen Jahres (PJ) im Medizinstudium stellten deshalb die beiden Organisationen in Berlin vor. „Das PJ ist ein essenzieller Bestandteil des Medizinstudiums, denn

nach PJ und Staatsexamen müssen die Studierenden in der Lage sein, die Tätigkeiten als Arzt auszuüben“, so Dominique Quart, Präsident der BVMD. Statt einer umfassenden und strukturierten praktischen Ausbildung stünden häufig Routinetätigkeiten und die volle Einbindung in den Stationsbetrieb im Vordergrund. Ein weiteres Ziel dieser Kampagne sei es, Medizinstudenten die Chance zu geben, frei innerhalb Deutschlands ein Krankenhaus zum Absolvieren ihres PJ zu wählen. Der medizinische Nachwuchs werde nämlich von vielen Universitätskliniken teilweise strategisch an eigene Kliniken oder Partnerkrankenhäuser zur Aufrechterhaltung der Patientenversorgung vermittelt. Der stellvertretende Vorsitzende des Ausschusses Medizinstudenten im Hartmannbund, Andreas Klär, hat die Kampagne zum PJ begrüßt. Der Hartmannbund engagierte sich in der Vergangenheit bereits, um viele Universitätskliniken und Lehrkrankenhäuser im Sinne der PJ-Qualität zum Umdenken zu bewegen. Klär räumte jedoch ein, dass man „trotz Teilerfolgen noch lange nicht am Ziel“ sei. ([Pressemitteilung des MB, 27. Januar, Pressemitteilung des Hartmannbundes, 27. Januar](#))

BÄK-Präsident Hoppe: Gesetz zu Patientenverfügungen stiftet Verwirrung

Ein detailliertes Gesetz zur Verbindlichkeit von Patientenverfügungen wird nach Meinung des Präsidenten der Bundesärztekammer (BÄK), Prof. Jörg-Dietrich Hoppe, nicht gebraucht. Patientenverfügungen sind heute schon ohne Gesetz verbindlich, wenn sie eindeutig formuliert sind. Der Arzt ist daran gebunden, auch wenn er anderer Meinung ist. „Wenn die Politik nun trotzdem den Versuch unternimmt, die bestehende Rechtslage mit komplizierten Formulierungen zu überfrachten, wird mehr Verwirrung gestiftet als Klarheit geschaffen“ betonte Hoppe. Er riet deshalb dazu „eine Vertrauensperson zu benennen, mit der die Patientenverfügung und der darin erklärte Wille besprochen wurden“. Besondere Bedeutung ist hier der Vorsorgevollmacht beizumessen. Mit einem Bevollmächtigten hat der Arzt einen Ansprechpartner, der den Willen des Verfügenden zu vertreten hat und der bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens mitwirkt. ([Pressemitteilung der BÄK, 21. Januar](#))

Organisationen diskutieren Charta für Schwerstkranke und Sterbende

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), der Deutsche Hospiz- und Palliativverband (DHPV) und die Bundesärztekammer (BÄK) ist in Berlin zusammengekommen, um eine nationale „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“ vorzubereiten. Vertreter von rund 40 Organisationen und Institutionen legten dabei die Eckpfeiler der Arbeit für die nächsten anderthalb Jahre fest. Hintergrund ist, dass die ambulanten und stationären Betreuungsangebote viele schwerstkranke und sterbende Menschen nicht erreichen. Diese leiden unter Schmerzen und anderen belastenden Symptomen und fühlen sich häufig an ihrem Lebensende alleingelassen. „Gerade in einer älter werdenden Gesellschaft mit einem zunehmenden Anteil chronisch unheilbarer Erkrankungen müssen wir uns intensiv mit der Frage auseinandersetzen, wie wir mit Sterben und Tod umgehen. Die Charta kann in dieser Hinsicht auch ein wirksamer Gegenpol zu den furchtbaren Erscheinungen in jüngster Zeit sein, schwerstkranken Menschen Möglichkeiten zum assistierten Suizid anzubieten“, betonte Prof. Christoph Fuchs, Hauptgeschäftsführer der BÄK, im Rahmen der Auftaktveranstaltung. Einen Zusammenhang mit den auch im Deutschen Bundestag diskutierten Fragen am Ende des menschlichen Lebens stellte Prof. Christof Müller-Busch, Präsident der DGP, her: „Es ist dringend notwendig, einen gesellschaftlichen Konsens über drängende Fragen schwerstkranker Patienten und ihrer Angehörigen, etwa in Bezug auf eine Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, den Umgang mit der Sterbehilfe-Debatte und Therapieentscheidungen am Lebensende, zu erzielen.“ ([Pressemitteilung der DGP, DHPV und BÄK, 28. Januar](#))

Gemeinsamer Bundesausschuss verbessert Datenschutz

Entlassungsberichte aus einer medizinischen Rehabilitation werden künftig lediglich dem Vertragsarzt und auf Wunsch den Versicherten selbst übergeben. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) am Donnerstag in Berlin beschlossen. Somit entspricht die Rehabilitationsrichtlinie nun den aktuellen Datenschutzbestimmungen. Bisher wurden diese Berichte, die unter anderem auch sensible Patientendaten enthalten, neben den behandelnden Ärzten auch den zuständigen Krankenkassen zugeleitet. In Abstimmung mit dem Bundesdatenschutzbeauftragten wurde der Datenfluss nun verringert. Die Regelung tritt in Kraft sobald das Bundesministerium für Gesundheit ihr ebenfalls zugestimmt hat. ([Pressemitteilung des GBA, 22. Januar](#))

AOK erzielt Etappensieg vor Landessozialgericht

In den Streitigkeiten um die AOK-Arzneimittelverträge für die Jahre 2009 und 2010 hat das Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg zugunsten der AOK entschieden. Das Gericht wies die Klage eines Pharmaunternehmens ab und erklärte die aktuelle AOK-Ausschreibung für rechtmäßig. Die AOK geht davon aus, dass diese Entscheidung richtungweisenden Charakter für die immer noch ausstehenden Verfahren vor Vergabekammern hat und erwartet, dass diese nun zügig abgeschlossen werden. Dr. Christopher Hermann, Vorstandsvize der AOK Baden-Württemberg, wertet das LSG-Urteil als einen wichtigen Meilenstein: „Wir sind einer wahren Verfahrensfutur von unterlegenen Bietern ausgesetzt. Die Auseinandersetzung ist noch nicht gewonnen, aber wir haben einen ganz wichtigen Etappensieg erzielt.“ Indirekte Unterstützung erfuhr die AOK am 19. Januar von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) in einem Interview gegenüber der Zeitung „Die Welt“. Darin forderte Schmidt „deutlich mehr Rabattverträge“ von den Krankenkassen. Anfang August hatte die AOK Rabattverträge für die Jahre 2009 und 2010 über insgesamt 64 Wirkstoffe erstmals europaweit ausgeschrieben. Die Wirkstoffe erzielten im AOK-System im Jahr 2007 ein Umsatzvolumen von 2,3 Milliarden Euro. ([Pressemitteilung der AOK Baden-Württemberg, 26. Januar](#))

Aus der Welt

Europäische Kommission ruft zur Krebsvorsorge auf

Aus Brüssel ist der Ruf lauter geworden, die Länder sollten die Krebsvorsorgebemühungen stärken. Besonders bei Brust-, Gebärmutterhals- und Darmkrebs müsse die Zahl der Vorsorgeuntersuchungen verdoppelt werden, forderte die EU-Kommission. „Investitionen in Programme zur Krebsvorsorge zahlen sich langfristig aus, da Prävention der effizienteste Weg ist, die Folgen von Krebs in Europa auf ein Minimum zu begrenzen“, erklärte Gesundheitskommissarin Androulla Vassiliou. „In diesen Zeiten finanzieller Unsicherheit müssen wir uns mehr bewusst sein, wie wichtig es ist, für eine gesunde Zukunft zu planen“, betonte sie zudem. Krebserkrankungen sind in Europa die zweithäufigste Todesursache. Mehr als drei Millionen Menschen in der EU erhalten jährlich die Diagnose Krebs. (Agenturmeldung, 22. Januar)

Außerdem

Kassenchefs erwarten Zusatzbeiträge statt Prämien

Statt Prämien an ihre Mitglieder auszuschütten, werden viele gesetzliche Krankenkassen künftig Zusatzbeiträge erheben müssen. Davon geht nach einer Umfrage des Magazins „Focus“ zumindest der Großteil der befragten Führungsriege der Krankenkassen aus. Seit der Einführung des Gesundheitsfonds haben die Kassen die Möglichkeit, entweder Zusatzbeiträge zu erheben oder Prämien auszuzahlen. Doch 86 Prozent der Kassenverantwortlichen glauben nicht daran, dass eine Prämienauszahlung erfolgt. Von 118 Kassenchefs rechnen 99 Prozent mit einer baldigen Erhebung von Zusatzbeiträgen für die Kassenmitglieder. ([Focus Online, 25. Januar](#))

KOMPAKT-Zahl der Woche: 68 Milliarden

Der weltgrößte Pharmakonzern Pfizer zahlt 68 Milliarden Dollar für die Übernahme des Konkurrenten Wyeth. Das ließen beide Unternehmen am Montag verlauten. Für die Angestellten kein Grund zur Freude: Jede zehnte Stelle soll wegfallen.

Aus dem Terminkalender

- 31.01.2009 Sonder-Vertreterversammlung der KV Baden-Württemberg
Stuttgart, 10 Uhr
- 02.02.2009 Auswirkungen unterschiedlicher Trägerstrukturen von Krankenhäusern auf die Qualität der Krankenversorgung der Bevölkerung
Berlin, 18 Uhr
- 05.02.2009 Symposium „Lösung zur adäquaten Arzneimittelversorgung mit limitierten Mitteln“
Düsseldorf, 10 bis 16.45 Uhr
- 07.02.2009 Vertreterversammlung der KV Westfalen-Lippe
Münster, 10 Uhr
- 09.02.2009 Karriere- und Lebensplanung in der Medizin: Studenten, Absolventen und junge Ärzte im Wandel des Gesundheitssystems
Berlin, 18 Uhr
- 11.02.2009 Vertreterversammlung der KV Baden-Württemberg
Stuttgart, 14 Uhr
- 12.02.2009 Vertreterversammlung der KV Berlin,
Berlin, 20 Uhr
- 25.02.2009 Vertreterversammlung der KV Thüringen
Weimar, 14 Uhr
- 11.03.2009 Vertreterversammlung der KV Saarland,
Saarbrücken, 16 Uhr
- 26.03.2009 Vertreterversammlung der KV Hamburg,
Hamburg, 20 Uhr
- 25.04.2009 Vertreterversammlung der KV Bayerns
München, 9 Uhr

Aus der Presse

KBV lehnt Übereinkommen zur Honorarbereinigung ab

Die KBV hat im Erweiterten Bewertungsausschuss gefordert, die Budgets der nicht an einem Selektivvertrag teilnehmenden Ärzte von einer Bereinigung grundsätzlich auszunehmen. Vertreter des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherungen wollten unabhängig von der Teilnahme eines Arztes an solchen einzelvertraglichen Regelungen eine pauschale Kürzung in Höhe von 15 Prozent des Bereinigungsvolumens erwirken wollten. Per Ersatzvornahme soll das Bundesgesundheitsministerium nun verhindern, dass der nach KBV-Einschätzungen rechtswidrige Beschluss zur Honorarbereinigung durch den Ausschuss wirksam wird. Es dürfe Ärzten, die nicht an Selektivverträgen teilnehmen, kein Honorar weggenommen werden. Dr. Andreas Köhler, KBV-Vorstandsvorsitzender, erklärte: „Raubbau zu Lasten der flächendeckenden Patientenbehandlung lehnen wir ab.“ (Ärzte Zeitung, 27. Januar)

Kassen drängen auf „Upcoding“

Krankenkassen drängen Mediziner dazu, durch bestimmte Diagnosen die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu erhöhen. Demnach versuchen sie, „Ärzte zu ködern, um Diagnosen zu korrigieren“, sagte Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der KBV. Seit Einführung des Gesundheitsfonds registriert die KBV „eine steigende Zahl von Anrufen, in denen Ärzte von indirekten Aufforderungen der Kassen berichten, bestimmte Kodierungen vorzunehmen“. Umgekehrt hätten auch Ärzte diese Praktiken unterstützt, wie im Fall von Bayerns Hausärztepräsident Wolfgang Hoppenthaller, der in einem Brief offen über die Absprache mit der AOK über „entsprechende Codierungen“ spricht. (Der Tagesspiegel, 24. Januar)

Köhler: Kassen verleiten Ärzte zu Fehldiagnosen

Der Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. Andreas Köhler hat kritisiert, dass Krankenkassen die Ärzte in ihrer Diagnosestellung beeinflussen. „Das Problem ist bundesweit zu beobachten und wird immer größer. Kassenvertreter versuchen, Ärzte zu ködern, um Diagnosen zu korrigieren“, sagte Köhler. Er hält die Verträge zwischen Ärzten und Kassen dennoch nicht für grundsätzlich rechtswidrig: Gehe es nur darum, „korrekte Diagnosen zu stellen, nicht falsche“, lasse sich nichts dagegen sagen. Dennoch wisse man, dass die Kassen nur so agieren, weil die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds von den Diagnosen ihrer Versicherten abhängen. Der AOK-Bundesverband weist die Vorwürfe zurück, dass Kassen Ärzte „schmierem“. (Apotheker Zeitung, 26. Januar)

Manipulierte Diagnosen für die Kassen

Die KBV hat Ärzte daran erinnert, auf ihr eigenes Urteil zu setzen. „Die Ärzte sollten sich die Diagnosehoheit nicht aus der Hand nehmen lassen“, sagte KBV-Sprecher Dr. Roland Stahl. Einige Kassen versuchten nach KBV-Angaben Ärzte zu bestimmten Diagnosen zu bewegen, für die die Krankenkassen hohe Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds erhalten. Immer mehr Mediziner berichten dies, so Stahl. Aus dem Gesundheitsministerium hieß es, die Bundesregierung könne hier dabei jedoch nicht unmittelbar eingreifen. (Badische Zeitung, 24. Januar)

Redaktion:

Dezernat Kommunikation der KBV

Tel: 030 / 4005 – 2203

Fax: 030 / 4005 – 27 2203

E-Mail: wreinert@kbv.de, lbehmer@kbv.de, fknoeppke@kbv.de

Hier können Sie unsere Newsletter abonnieren, Ihre E-Mail-Adresse ändern oder unsere Newsletter abbestellen: <http://www.kbv.de/service/115.html>