



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

KBV KOMPAKT

Newsletter vom 4. Februar 2009

Aus Berlin

BVA plant Änderungen am Gesundheitsfonds

Medienberichten zufolge will das Bundesversicherungsamt (BVA) die tatsächlich verordneten Arzneimittel zum Ausgangspunkt dafür machen, wie viel Geld eine gesetzliche Krankenkasse künftig für ihre Versicherten aus dem Gesundheitsfonds beziehungsweise aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) erhält. Bislang ist unter anderem die vom Arzt gestellte Diagnose für die Höhe der Zuweisung aus dem Fonds ausschlaggebend. Grundsätzlich ist der Gesundheitsfonds so angelegt, dass Krankenkassen umso mehr Geld aus dem Morbi-RSA erhalten, je kränker ihre Versicherten sind. Kritik an den Plänen kommt von Seiten der Opposition. „Die jetzt vorgeschlagene Lösung, bei der Einstufung im Morbi-RSA auf die Diagnosen ganz zu verzichten und nur auf die Arzneimittel abzustellen, hilft genauso wenig weiter. Wer will es verantworten, dass Patienten dann zukünftig zu viele Arzneimittel verordnet bekommen und alternative Therapiemöglichkeiten in den Hintergrund treten?“, kritisierte der Gesundheitspolitiker Daniel Bahr (FDP). (Agenturmeldung, 29. Januar)

Pflegeversicherung: Minutenpflege soll der Vergangenheit angehören

Nach dem Willen von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) soll die gesetzliche Pflegeversicherung grundlegend reformiert werden. Insbesondere die Pflegebedürftigkeit solle neu definiert werden. Hierzu hat der wissenschaftliche Pflegebeirat im Bundesgesundheitsministerium ein Konzept vorgelegt. Demnach soll der Bedarf an allgemeiner Betreuung, Beaufsichtigung und Anleitung, der etwa bei demenzkranken Menschen häufig auftritt, künftig besser berücksichtigt werden. „Die oft kritisierte ‚Minutenpflege‘ muss der Vergangenheit angehören. Das neue Konzept fragt: Wie stark ist die selbstständige Lebensführung eingeschränkt? Das kommt vor allem altersverwirrten Menschen zugute“, sagte Schmidt. Zustimmung kommt vom Koalitionspartner und dem Deutschen Pflegerat (DPR). „Die Abkehr von der Minutenpflege ermöglicht eine gerechtere Einstufung der Pflegebedürftigen“, betonte Annette Widmann-Mauz (CDU), gesundheitspolitische Sprecherin der Unionsfraktion. „Die Pflege im Minutentakt würde endlich ersetzt durch individuelle und passgenaue Hilfen“, sagte Franz Wagner, Vize-Präsident des DPR. ([Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit, 29. Januar](#), [Pressemitteilung des Deutschen Pflegerats, 29. Januar](#))

Ulla Schmidt ruft zur Krebsfrüherkennung auf

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) ruft anlässlich des Weltkrebstages am 4. Februar dazu auf, bestehende Angebote der Krankheitsfrüherkennung wahrzunehmen. „Besonders Männer treten hier als ‚Vorsorgemuffel‘ hervor. Während bisher knapp 50 Prozent der Frauen die Angebote zur Krebsfrüherkennung wahrnehmen, sind es bei den Männern nur etwa 20 Prozent“, sagte die Ministerin. Als „Meilenstein“ bezeichnete Schmidt die Einführung des

bevölkerungsweiten, organisierten und qualitätsgesicherten Mammographie-Screenings. „Damit hat Deutschland europaweit das größte Mammographie-Screening-Programm mit der modernsten verfügbaren Gerätetechnik etabliert.“ Zu den Trägergesellschaften der Kooperationsgemeinschaft Mammographie gehört auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung. ([Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit, 3. Februar](#))

Aus KBV und KVen

Köhler: Wir werden uns für eine Überarbeitung der Regelleistungsvolumen einsetzen

Der Vorsitzende des Vorstands der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Andreas Köhler, hat sich in einem [offenen Brief](#) an die niedergelassenen Ärzte gewandt. Darin schildert er „den tatsächlichen Ablauf der Honorarreform und die sich hieraus ergebenden Perspektiven“. Grund seien die zahlreichen Gerüchte und Fehlinformationen. „Was das neue System tatsächlich für den Quartalsumsatz Ihrer Praxis bedeutet, kann erst nach Abschluss der Abrechnung des ersten Quartals festgestellt werden“, betont Köhler in dem Schreiben. Erst dann könne man die Abrechnung analysieren und – falls nötig – Korrekturen vornehmen. Viele ihrer Forderungen habe die KBV in Abstimmung mit der Politik umsetzen können. Dazu gehörten die neue Transparenz des Abrechnungssystems durch feste Preise, eine stärker an das Westniveau angegliche Vergütung ostdeutscher Kollegen sowie eine deutliche Aufstockung des Gesamthonorarvolumens um drei Milliarden Euro im Vergleich zu 2007. Der Beschluss zu den Regelleistungsvolumen (RLV) basiere dagegen auf Vorschlägen des Schlichters und der Krankenkassen. „Wir hatten daran von Anfang an kritisiert, dass das von den Krankenkassen favorisierte Modell systematisch solche Praxen benachteiligt, die kleine Fallzahlen, aber ein weitreichendes Leistungsangebot aufweisen“, erklärt der KBV-Chef in seinem Brief. Die Zusage des Bundesgesundheitsministeriums, regionale Zuschläge zu ermöglichen, sei zu spät gekommen: „Zu diesem Zeitpunkt waren die meisten Schiedsamtverfahren bereits abgeschlossen. Die damit verbundenen Folgen für die Vertragsärzteschaft werden wir nicht hinnehmen.“ Der KBV-Vorstandsvorsitzende erinnert auch noch einmal daran, dass das RLV nicht die einzige Einnahmequelle der Ärzte ist. Die entsprechenden Rückstellungen und Vorwegabzüge der KVen seien nicht verloren, sondern würden für den jeweiligen Zweck an die Ärzte ausgeschüttet. Der KBV-Chef verspricht, den Beschluss zu den RLV zu überarbeiten und bis Mitte des Jahres Verbesserungen zu erreichen. ([Pressemitteilung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, 29. Januar](#))

Die neue RLV-Systematik wird in Baden-Württemberg vorerst nicht umgesetzt

Die Regelleistungsvolumina (RLV) werden in Baden-Württemberg vorläufig nicht angewandt. Das hat der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) Ende der vergangenen Woche beschlossen. Zusätzlich stimmten die Delegierten auf einer Sonder-Vertreterversammlung am vergangen Sonnabend für eine Beibehaltung der Honorarsystematik des Vorjahres. Die KVBW sei eine Verlierer-KV, sagte hierbei ihr Vorstandsvorsitzender, Dr. Achim Hoffmann-Goldmayer. Die RLV hätten Budgets ersetzt und die Anhebung der Ärzthonorare Ost auf Westniveau sei wesentlich zu Lasten Baden-Württembergs erfolgt. „Noch nie sind die Kollegen im Land so beunruhigt über die finanzielle Situation gewesen, noch nie ist das System der medizinischen Versorgung und der Kassenärztlichen Vereinigungen so gefährdet gewesen wie heute“, umriss die Vorsitzende der Vertreterversammlung, Dr. Birgit Clever, das Szenario. Fast 400 Ärzte und Psychotherapeuten, die Präsidenten der Ärztekammern in Baden-Württemberg sowie die Vorsitzenden mehrerer Kreisärzteschaften beteiligten sich an der hochemotional geführten Diskussion. ([Pressemitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, 2. Februar](#))

KVNO-Vorsitzender Hansen sieht in Honorarreform versorgungsfeindliche Budgetierung

Mit einem Brief hat sich der Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNO), Dr. Leonhard Hansen, an die Landtags- und Bundestagsabgeordneten des Landes Nordrhein-Westfalen gewandt. Darin urteilte er: „Die Webfehler der Honorarreform 2009 bewirken eine Fortführung der versorgungsfeindlichen Budgetierung.“ Hansen machte auch deutlich, dass es gesetzliche Regelungen seien, die die Probleme verursacht hätten. Die relativen Honorarverluste in Nordrhein-Westfalen gegenüber anderen Bundesländern seien schmerzlich, aber nicht das zentrale Problem der Honorarreform, so Hansen. „Vielmehr sind die Regelleistungsvolumina nahezu überall für die Versorgung eines gesetzlich Versicherten unzureichend. Diese Faktoren und

Mechanismen sind vom Gesetzgeber verbindlich vorgegeben worden – viele davon in einer bisher nicht da gewesenen Detailtiefe“, berichtet der Vorsitzende. Vielmehr forderte er Spielraum für die Selbstverwaltung auf regionaler Ebene. Denn für die von der Reform in Nordrhein und in Westfalen-Lippe besonders bedrohten Ärzte müsse eine rasche Lösung gefunden werden. Die mit den Kassen auf Bundesebene jüngst vereinbarte Konvergenzregelung zur zeitlichen Anpassung der Reform und ihrer Effekte sei ein möglicher erster Schritt. ([Pressemitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, 29. Januar](#))

Hausarztvertrag in Westfalen-Lippe rechtmäßig

Das Landesgesundheitsministerium Nordrhein-Westfalens hat keine rechtlichen Bedenken gegen den Abschluss des Hausarztvertrages der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) und mehrerer ärztlicher Verbände. Der Hausärzteverband Westfalen-Lippe hatte eine rechtliche Überprüfung des im Dezember geschlossenen Hausarztvertrages gefordert. „Unser Vertrag läuft und kann von allen interessierten Kolleginnen und Kollegen genutzt werden“, resümierte Dr. Wolfgang-Axel Dryden, 2. Vorsitzender der KVWL. Mittlerweile nimmt ein Drittel der in der Region Westfalen-Lippe tätigen Hausärzte am Vertrag teil. ([Pressemitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, 2. Februar](#))

Aus den Verbänden

Hartmannbund plant Kampagne im Superwahljahr 2009

Der Hartmannbund will die Gesundheitspolitik zu einem zentralen Thema im Wahljahr 2009 machen. Mit der Kampagne „wahlweise gesund“ will der Verband Ärzten und Patienten deutlich machen, dass sie mit ihrer Wahlentscheidung zur Bundestagswahl auch über das Gesundheitssystem der Zukunft und damit über ihre Gesundheitsversorgung abstimmen. „Dabei werden wir in erster Linie nicht die Parteien als anonyme Institutionen, sondern jeden einzelnen Kandidaten ins Visier nehmen“, sagte der Vorsitzende des Hartmannbundes, Dr. Kuno Winn. Geplant sind regionale, landesspezifische und auf Bundesebene angelegte Aktionen und Veranstaltungen. ([Pressemitteilung des Hartmannbundes, 2. Februar](#))

Kassen zahlen rund 4 Milliarden Euro Mehrwertsteuer auf Arzneimittel

Die gesetzlichen Krankenkassen mussten im vergangenen Jahr rund 4,1 Milliarden Euro für die Mehrwertsteuer auf Arzneimittel ausgeben. Würde – wie in vielen anderen europäischen Ländern – für Arzneimittel nur der ermäßigte Steuersatz in Höhe von hierzulande sieben Prozent erhoben, hätten die Kassen rund 2,6 Milliarden Euro an Ausgaben einsparen können. Dies hat die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände errechnet. Insgesamt wuchsen die Ausgaben für Arzneimittel (ohne Impfstoffe) um 5,4 Prozent auf insgesamt 25,8 Milliarden Euro. Weitere Informationen zum Thema Arzneimittel erhalten Sie auch im [Arzneimittel-Infoservice](#) der KBV. ([Pressemitteilung der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, 30. Januar](#))

Bundesärztekammer will Gesundheitswesen auf den Klimawandel vorbereiten

Ärzte haben auf dem Umweltforum der Bundesärztekammer (BÄK) und der Ärztekammer Niedersachsen vor einer Zunahme klimabedingter Krankheiten gewarnt. „Schon jetzt mehren sich die Hinweise darauf, dass Allergien, Hauterkrankungen und gefährliche Infektionskrankheiten auf dem Vormarsch sind“, sagte Dr. Martina Wenker, Vorsitzende des Ausschusses „Gesundheit und Umwelt“ der BÄK. Zudem forderte sie die Politik auf, mehr Mittel zur Erforschung klimabedingter Gesundheitsschäden bereitzustellen. „Bisher wird in diesen Forschungszweig zu wenig investiert“, so Wenker. ([Pressemitteilung der Bundesärztekammer, 2. Februar](#))

Tarifverhandlungen für Uniärzte ohne Ergebnis vertagt

Die Tarifverhandlungen für die 22.000 Ärzte der 30 Universitätskliniken zwischen der Ärztegewerkschaft Marburger Bund und der Tariftgemeinschaft deutscher Länder sind ohne Annäherung zu Ende gegangen. Sie verständigten sich auf eine zweite Verhandlungsrunde am 18. Februar. Bei der ersten Verhandlungsrunde hatten die Arbeitgeber kein Angebot vorgelegt. Die Ärztegewerkschaft fordert unter anderem ein durchschnittliches Gehaltsplus von rund neun Prozent, deutliche Erhöhungen der Zeitzuschläge für Überstunden sowie Nacht- und

Samstagsarbeit und eine umgehende Angleichung der Ostgehälter ans Westniveau. ([Pressemitteilung des Marburger Bundes, 29. Januar](#))

Aus der Welt

Obamas designierter Gesundheitsminister verzichtet auf das Amt

Der wegen seiner Lobby-Arbeit umstrittene Ex-Senator Tom Daschle hat erklärt, dass er für das von Präsident Barack Obama angebotene Amt nicht mehr zur Verfügung steht. Er ziehe sich zurück, weil er nicht das volle Vertrauen des Kongresses habe. Daschle war wegen einer Steueraffäre in die Kritik geraten. Der ehemalige Fraktionschef der Demokraten hatte rund 128.000 Dollar Steuern plus 12.000 Dollar Zinsen nicht gezahlt. Daschle ist kein Lobbyist im eigentlichen Sinne. Doch hat er in den vergangenen zwei Jahren Krankenversicherungen und Krankenhäuser für mehr als 5,2 Millionen Dollar beraten sowie Honorare für Vorträge vor Vertretern der Gesundheitsindustrie erhalten. Seine Aufgabe in Obamas Regierung wäre es gewesen, die ausufernden Kosten in der Branche einzudämmen. (Agenturmeldung, 3. Februar)

Außerdem

DAK: DMP zeigen Wirkung

Eine Studie der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK) zeigt, dass strukturierte und evidenzbasierte Gesundheitsprogramme, so genannte Disease-Management-Programme (DMP), bei chronisch kranken Menschen wirksam sind. An der Studie nahmen 20.000 Versicherte mit Diabetes mellitus Typ 2 und koronarer Herzkrankheit teil. Der Studie zufolge verringerte sich bei Diabetes-Patienten innerhalb von rund einem Jahr die Anzahl der Unter- und Überzuckerungszustände auf mehr als die Hälfte. Bei Versicherten mit koronaren Herzkrankheiten war der Arzt zu Beginn des Untersuchungszeitraums noch mit der Blutdruckeinstellung jedes vierten Patienten unzufrieden. Nach 15 Monaten war dies bei nur noch bei jedem sechsten der Fall. In der Folge ging auch die Zahl der stationären Notfallbehandlungen zurück. Hier sank der Anteil von 4,3 auf 2,9 Prozent, also um rund ein Drittel. ([Pressemitteilung der Deutschen Angestellten-Krankenkasse, 3. Februar](#))

Direkte Ansprache erhöht Teilnehmerzahl bei Präventionsprogrammen

Durch individuelle Einladungen an Bürger lassen sich die Teilnahmeraten an der Darmkrebsvorsorge erheblich steigern. Dies haben Pilotprojekte im Saarland und in Nordrhein-Westfalen gezeigt. Darauf machte die Felix-Burda-Stiftung, die sich für die Prävention von Darmkrebs engagiert, anlässlich des Weltkrebstages am 4. Februar aufmerksam. Die Früherkennung von Darmkrebs und Adenomen, den Vorstufen von Darmkrebs, bedeutet nicht nur einen unschätzbaren Gewinn an Lebensqualität. Sie führt auch zu einer Senkung der in den vergangenen Jahren rasant angewachsenen Therapiekosten für Darmkrebs. ([Pressemitteilung der Felix-Burda-Stiftung, 2. Februar](#))

KOMPAKT-Zahl der Woche: 1.152

Im dritten Quartal 2008 waren in Deutschland 1.152 Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zugelassen. Dies geht aus aktuellen Zahlen der KBV hervor. Demnach waren in den MVZ insgesamt 5.183 Ärzte tätig, davon 3.921 (76 Prozent) im Angestelltenverhältnis. Mit 54,6 Prozent ist die Mehrzahl der MVZ in der Trägerschaft von Vertragsärzten. (Weitere Informationen erhalten Sie [hier](#))

Aus dem Terminkalender

- 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
05. – 07.03.2009 [EBM-Kongress Evidenz & Entscheidung: System unter Druck](#)
Berlin, 10 Uhr
- 11.03.2009 Vertreterversammlung der KV Saarland,
Saarbrücken, 16 Uhr
- 11.03.2009 Vertreterversammlung der KV Rheinland-Pfalz,
Mainz, 15.30 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-Chef setzt sich für Überarbeitung der Honorarreform ein

„Wir werden uns für eine Überarbeitung der Regelleistungsvolumen einsetzen.“ Dies sagte der KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Andreas Köhler dem Handelsblatt im Hinblick auf die am 1. Januar in Kraft getretene Honorarreform. Mit der neuen Gebührenordnung in Euro und Cent erhalten Ärzte nun bundesweit für gleiche Leistungen ein annähernd gleiches Honorar. Da dies bei einigen Arztgruppen zu Honorarverlusten geführt hat, haben die Kassen einer Begrenzung dieser Verluste zugestimmt. Mit der Überarbeitung der Regelleistungsvolumen will die KBV einen Schritt weiter gehen. (Handelsblatt, 3. Februar)

Im Auftrag des Arztes – wer erledigt was?

Über die „Zuordnung und Abgrenzung der Aufgaben im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung und der häuslichen Krankenpflege“ wollen die KBV und der Deutsche Pflegerat sprechen. Dies sagte KBV-Vorstand Dr. Carl-Heinz Müller der Ärzte Zeitung. Die Sorge des Pflegerats, dass Hausärzte neue Aufgaben ausschließlich über arztentlastende Modelle wie

„AGNES“ an Arzthelferinnen und nicht an Pflegekräfte delegieren wollen, hält Müller für unberechtigt. „Schwester AGNES nimmt der Pflege nichts weg“, betonte der KBV-Vize. (Ärzte Zeitung, 3. Februar)

Patienten werden kränker eingestuft

Mediziner werden mit Geld dazu bewegt, verfälschte Diagnosen zu stellen. „Das Problem ist bundesweit zu beobachten und wird immer größer“, meint der Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. Andreas Köhler. Es könne Ärzte zu Fehldiagnosen verleiten. Gesundheitsministerin Ulla Schmidt lässt nun die Regelungen des Gesundheitsfonds daraufhin überprüfen, ob sie missbraucht werden können. Das für den Fond zuständige Bundesversicherungsamt prüft bei 66 Krankheitsdiagnosen, ob die Kodierung der Diagnose und die verordneten Arzneimittel zusammenpassen. Schmidt mahnte, wer in betrügerischer Absicht „Upcoding“ betreibt, müsse mit den rechtlichen Konsequenzen rechnen. (Badische Zeitung, 30. Januar)

Bundesversicherungsamt plant Regeländerung für Kassen

Das Bundesversicherungsamt (BVA) will die tatsächlich verordneten Arzneimittel zum Ausgangspunkt dafür machen, wie viel Geld eine Krankenkasse für ihre Versicherten aus dem Gesundheitsfonds erhält. Dies berichtet die „Süddeutsche Zeitung“. Bislang ist unter anderem die vom Arzt gestellte Diagnose für die Höhe der Zuweisung aus dem Fonds ausschlaggebend. Hintergrund der geplanten Änderungen sind Absprachen zwischen Ärzten und Krankenkassen über ein sogenanntes Upcoding bei Diagnosen. Der Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. Andreas Köhler, sieht damit die „Schamgrenze zur Manipulation“ überschritten. (Süddeutsche Zeitung, 29. 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>