



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

KBV KOMPAKT

Newsletter vom 10. Februar 2010

Aus Berlin

Rösler verständigt sich mit Kassen auf Senkung von Arzneimittelkosten

Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) will die Ausgaben für Arzneimittel im deutschen Gesundheitswesen senken. Im Zuge dessen kündigte er am 10. Februar ein Konzept zur dauerhaften Stabilisierung der Arzneimittelpreise an. Zuvor hatte er mit Vertretern der gesetzlichen Krankenversicherung über Sparmöglichkeiten vor allem bei neuen und teuren Medikamenten gesprochen. Die Kassenseite hatte dabei nach eigenen Angaben eine Senkung der Mehrwertsteuer für Arzneimittel als kurzfristige Maßnahme vorgeschlagen. Auf lange Sicht sollen die Pharmahersteller die Preise aber nur noch eingeschränkt beliebig festlegen können. Rösler will zu diesem Thema in den kommenden Wochen auch mit den Arzneimittelherstellern sprechen. Ziel sei es, die Ausgaben der Kassen einzudämmen und damit zusätzliche Belastungen wie Zusatzbeiträge für die Versicherten zu vermeiden.

Bereits vor dem Treffen mit den Kassenvertretern hatte der Minister die Ärzte aufgefordert, vermehrt günstigere Generika statt teurer Originalpräparate zu verordnen. Auch der Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), Prof. Jörg-Dietrich Hoppe, hat zu mehr Kostenbewusstsein bei der ärztlichen Behandlung aufgerufen. Die Ärzte sollten überlegen, ob alle Leistungen und alle Medikamente wirklich immer notwendig seien, sagte er im Gespräch mit der Neuen Osnabrücker Zeitung. (Agenturmeldungen vom 6., 9. und 10. Februar)

IQWiG sucht einen neuen Leiter

Die Bundesregierung sucht nach einem neuen Leiter für das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Die Ausschreibung soll in dieser Woche veröffentlicht werden. Eine Neubesetzung der Stelle war notwendig geworden, da der Vertrag mit dem jetzigen Institutsleiter, Prof. Peter Sawicki, am 31. August ausläuft und nicht verlängert wird. Nach Angaben der Bundesregierung waren dafür nicht fachliche Gründe ausschlaggebend, sondern fehlerhafte Abrechnungen von Reisekosten und Dienstwagen. Das Institut soll auch weiterhin nach den selben Grundsätzen arbeiten wie bisher. Auch die Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln soll erhalten bleiben.

Sawicki hat den Arzneimittelherstellern unterdessen fragwürdige Geschäftspraktiken vorgeworfen. Er sagte, die Industrie habe in den vergangenen 20 Jahren hauptsächlich bereits vorhandene Medikamente kopiert und kaum in innovative Forschung investiert. Außerdem warf er der Pharmaindustrie vor, seine Absetzung als IQWiG-Leiter durch massiven Druck auf Politiker durchgesetzt zu haben. (Heute im Bundestag, 9. Februar, Agenturmeldung, 5. Februar)

Koalition streitet um Gesundheitsreform

Die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens spaltet die Regierungskoalition weiter. Der Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, Daniel Bahr (FDP), warf der CSU in der Sendung „Maybrit Illner“ am 4. Februar vor, den Koalitionsvertrag im Punkt Gesundheitssystem

anzufechten. Er reagierte damit auf Äußerungen des bayerischen Staatsministers für Gesundheit, Markus Söder (CSU). Dieser hatte gesagt, er sehe die Gesundheitspläne der FDP skeptisch, weil die Gesundheitsprämie gegen das Solidarprinzip verstoße und ein Sozialausgleich nicht finanzierbar sei. Bundeskanzlerin Angela Merkel war zuvor der Frage ausgewichen, ob sie die von Bundesgesundheitsminister Rösler geplante Kopfpauschale unterstützt. Sie bekannte sich zu einer Veränderung des Gesundheitssystems in einzelnen Etappen. Wichtig sei, dass die Lohnzusatzkosten unter 40 Prozent blieben.

Angesichts der Uneinigkeit der Koalition in Gesundheitsfragen wächst unterdessen der Unmut der Ärzte. Der Vorsitzende des Hartmannbundes, Prof. Kuno Winn, forderte die FDP in einem Brief an ihre Fraktionschefin, Birgit Homburger, zu mehr Rückendeckung für Rösler auf. Die Ärzteschaft habe inzwischen starke Zweifel, ob die FDP noch für einen grundlegenden Umbau des Gesundheitswesens stehe. Der Vorsitzende des NAV-Virchow-Bundes, Dr. Klaus Bittmann, sprach von Verunsicherung der Ärzte darüber, in welche Richtung sich das Gesundheitssystem unter FDP-Minister Rösler entwickeln werde. (Agenturmeldungen, 4., 5., 9. und 10. Februar)

Aus KBV und KVen

Selbstverwaltung stärken: Köhler antwortet auf Frage der Woche

Für eine starke Selbstverwaltung hat sich KBV-Chef Dr. Andreas Köhler in der aktuellen „Frage der Woche“ ausgesprochen. Nur so könne man einen Ausgleich zwischen Kassen- und Ärzteinteressen erreichen, sagte er. Er plädierte dafür, dass die Politik mit Gesetzen die Rahmenvorgaben für das Gesundheitssystem mache, die konkrete Ausgestaltung aber der Selbstverwaltung überlasse. In der nächsten Woche wird sich Dr. Carl-Heinz Müller, Vorstand der KBV, im Video-Podcast zu Fragen der EDV-Ausstattung in Arztpraxen äußern. ([KBV-Podcast](#) zur Frage der Woche)

KBV veröffentlicht Leitfaden für den Einsatz von Computern in Arztpraxen

„Hard- und Software in Arztpraxen“ – so heißt ein neuer Leitfaden der KBV. Der Ratgeber will dem Umstand Rechnung tragen, dass es bei dem Einsatz von Computern in der Praxis längst nicht mehr nur um die Abrechnung und die ärztliche Dokumentation geht. Vielmehr ist das Spektrum der Anwendungen in den vergangenen Jahren erheblich gewachsen, weswegen auch die Anforderungen an eine moderne EDV-Ausstattung gestiegen sind. Vor diesem Hintergrund bietet der Leitfaden Antworten auf Fragen wie „Was benötigen Ärzte und Psychotherapeuten wirklich, damit ihre Praxis reibungslos läuft? Was sollten sie bei der Auswahl ihrer Soft- und Hardware beachten? Und welche Sicherheitsmaßnahmen sind notwendig, um sensible Patientendaten zu schützen?“ Fallbeispiele erläutern, worauf der Arzt achten muss, wenn er nur einen Computer in der gesamten Praxis hat oder aber in jedem Behandlungsraum einen. Um alle möglichen Sicherheitslücken zu schließen und sämtliche Kosten für den Computereinsatz im Blick zu haben, liefert der Ratgeber auch eine umfangreiche Checkliste. Die KBV aktualisiert und ergänzt ihr neues Angebot regelmäßig. Der Leitfaden ist ab sofort im Internet unter <http://www.kbv.de/25718.html> zu finden. ([KBV-Pressemitteilung, 9. Februar](#))

KBV veranstaltet Messe zum Thema Versorgungsinnovationen

In wenigen Wochen veranstaltet die KBV erstmals eine eigene Messe zum Thema Versorgungsinnovationen. Vom 29. bis 31. März stellen sich in der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften rund 30 innovative bundesweite und regionale Projekte vor. „Gute Versorgungsangebote brauchen besonders viel Aufmerksamkeit. Aus diesem Grund wollen wir den Krankenkassen, Ärzten und Politikvertretern einen Überblick über den sich rasch entwickelnden Vertragsmarkt für Versorgungsinnovationen bieten. Zugleich soll die Messe ein Forum für Vertragsanbahnungen sein.“ Das hat KBV-Chef Dr. Andreas Köhler gesagt. Gemeinsam mit dem Staatssekretär des Bundesgesundheitsministeriums, Daniel Bahr (FDP), eröffnet er die Veranstaltung mit einem sogenannten Impulsdialog. Mit ihnen diskutieren im Anschluss die gesundheitspolitischen Sprecher der Parteien sowie Patienten- und Ärztevertreter zum Thema „Versorgungsinnovationen für alle!“ Ein weiteres Thema ist die geokodierte Versorgungsplanung. Das genaue Programm, die Möglichkeit, sich online anzumelden, sowie ein Terminbuchungsportal sind auf der Website der KBV Messe www.versorgungsmesse.net abrufbar. ([KBV-Pressemitteilung, 8. Februar](#))

KV Hessen fordert gleiches Geld für gleiche Leistung

„Ein Arzt muss für eine Leistung das gleiche Honorar erhalten – egal, ob er in Hamburg, Dresden oder Frankfurt praktiziert.“ Das haben die Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Hessen, Dr. Margita Bert und Dr. Gerd Zimmermann, betont. Sie bezogen sich dabei auf die Ergebnisse der Honorarabrechnung für das Jahr 2009. Diese hätten gezeigt, dass es bei Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen Honorarunterschiede gibt, obwohl die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds jeweils die gleichen Mittel erhalten, so die Vorstände. „Wir fordern deshalb die von der KBV längst versprochenen Nachbesserungen ein“, sagten Bert und Zimmermann. Des Weiteren kritisierten sie, dass die jüngste Honorarreform die mit ihr verbundenen Erwartungen nicht erfüllt habe: „Mit dem Ziel der durch die Politik versprochenen Anhebung der Ärztehonorare um zehn Prozent hat die Honorarreform nichts zu tun. In Hessen sind diese zehn Prozent jedenfalls nicht angekommen – im Gegenteil.“ Als Begründung sagten beide: „Unsere Hochrechnung für 2009 zeigt, dass weder im fach- noch im hausärztlichen Versorgungsbereich die versprochenen Zuwächse erzielt werden. Die Honorarsimulation weist im fachärztlichen Bereich ein Honorarplus von nur einem Prozent aus. Aber auch im hausärztlichen Bereich wird die prognostizierte Steigerung im Jahresmittel mit maximal fünf Prozent gerade einmal die Hälfte der versprochenen und dringend notwendigen Verbesserung betragen.“ ([Pressemitteilung der KV Hessen, 10. Februar](#))

Trotz Honorarreform bleiben 30.000 Niedergelassene in NRW benachteiligt

„Gerade die Ärztinnen und Ärzte in Nordrhein-Westfalen (NRW) müssen die Erfolgsmeldungen aus Berlin als zynisch empfinden.“ So hat Dr. Thomas Kriedel, Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Westfalen-Lippe, die von der KBV errechnete Honorarsteigerung für Niedergelassene kommentiert. Als Begründung sagte er, dass die Honorare ungleich auf die einzelnen Regionen in Deutschland verteilt sein würden. Zustimmung bekam er vom Vorstand der KV Nordrhein, Bernd Brautmeier: „Unsere Haus- und Fachärzte in NRW haben nach der Honorarreform die niedrigsten Fallwerte pro Patient. Für die Behandlung eines Patienten werden in anderen Bundesländern bis zu 35 Prozent mehr gezahlt.“ Deshalb forderten Kriedel und Brautmeier eine Korrektur der Honorarreform. Auch verweisen sie auf die Mechanismen des Gesundheitsfonds: „Jeder Versicherte zahlt den gleichen Beitrag, jede Krankenkasse bekommt gleiche Zuweisungen aus dem Fonds – dann müssen auch die Ärztinnen und Ärzte ein gleiches Honorar bekommen, egal ob sie ihre Patienten in Dresden, Augsburg oder Wuppertal behandeln.“ ([Pressemitteilung der KV Westfalen-Lippe und KV Nordrhein, 4. Februar](#))

KV Brandenburg will Festzuschüsse für Arzneimittel

In der Diskussion um neue Ansätze bei der Finanzierung von Arzneimittelausgaben hat sich der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Brandenburg, Dr. Hans-Joachim Helming, für die Einführung von Festzuschüssen ausgesprochen: „Was wir seit langem beim Zahnersatz haben und dort auch gut funktioniert, ist durchaus auch bei den Arzneimittelverordnungen denkbar. Die Krankenkasse bezahlt die wirtschaftlichste Verordnung, und wer ein teureres Medikament verordnet haben möchte, zahlt einen Festzuschuss dazu. Entweder über eine Zusatzversicherung oder direkt.“ Damit würden die Ressourcen des solidarisch finanzierten Systems gerechter verteilt, und der mündige Versicherte könne mitentscheiden, welchen Zusatznutzen er durch seine Eigenbeteiligung finanzieren möchte, sagte Helming. Seiner Meinung nach gebe es zukünftig keine Alternative zu einem System aus einer medizinischen Grundversorgung und Wahlтарifen. ([Pressemitteilung der KV Brandenburg, 8. Februar](#))

Patienten können leichter an Diabetes-Studie teilnehmen

Diabetes-Patienten, die an dem bayerischen Forschungsprojekt DiMelli teilnehmen wollen, brauchen zukünftig weniger strenge Voraussetzungen erfüllen. Während die Diagnosestellung bisher nicht länger als vier Wochen zurückliegen durfte, beträgt die Frist nun sechs Monate. Dadurch sollen mehr Patienten an DiMelli teilnehmen können. Dabei handelt es sich um eine von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Bayerns und der Forschungsgruppe Diabetes der Technischen Universität München durchgeführte Studie zur Behandlung von an Diabetes erkrankten Menschen. Die Besonderheit dieser Studie ist die zentralisierte qualitätskontrollierte und standardisierte Analyse der Autoantikörper. Die Ergebnisse bekommt der behandelnde Arzt kostenlos zur Verfügung gestellt. Die Bestimmung Diabetes-assoziiierter Autoantikörper soll ihm dabei helfen, die Behandlung zu optimieren. Zurzeit sind mehr als 100 Patienten bei DiMelli eingeschrieben – etwa jeder dritte Neuerkrankte. ([Pressemitteilung der KV Bayerns, 9. Februar](#))

Aus den Verbänden

Barmer GEK will leistungsbezogene Vergütung

Einen Wettbewerb um Qualität und Versorgung statt um Preise. Das hat die Vorstandsvorsitzende der Barmer GEK, Birgit Fischer, in Berlin gefordert. Im Sinne einer leistungsbezogenen Vergütung appellierte sie: „Heute folgt das Geld der Leistung beziehungsweise der Leistungsmenge. Ziel muss es sein, dass das Geld dem Erfolg folgt.“ Diese Qualität müsse künftig durch die Kassen ermittelt, bewertet und vertraglich vereinbart werden können. „Das geht nur in enger Abstimmung mit den Ärzten“, sagte Fischer. Die dafür geeigneten Selektivverträge machen nur neun Prozent der gesamten Leistungsausgaben der Barmer GEK aus, insbesondere im Bereich der Arznei- und Hilfsmittel. Hausarztverträge nach Paragraf 73b des Fünften Sozialgesetzbuches erklärte Fischer für kontraproduktiv: „Es kann nicht sein, dass man nur mit dem Hausärzterverband nach dem Motto ‚friss oder stirb‘ verhandeln kann.“ Eine Abstimmung zwischen Hausärzten und Fachärzten würde dadurch konterkariert und neue Schnittstellen aufgebaut. ([Deutsches Ärzteblatt, 4. Februar](#))

DKG: Tarifforderungen für Kliniken nicht finanzierbar

Anlässlich der Tarifverhandlungen für den öffentlichen Dienst hat der Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Georg Baum, darauf hingewiesen, dass die Krankenhäuser die geforderten Tarifsteigerungen nicht bezahlen können: „Die für die Refinanzierung entscheidende Grundlohnrate liegt für dieses Jahr bei lediglich 1,5 Prozent. Für 2011 sind die Zuwachsperspektiven bei den Vergütungen der Kliniken noch schlechter. Hinzu kommt eine gewaltige Überhanglast des letzten Tarifabschlusses. Die nicht gedeckte Finanzierungslast beläuft sich mittlerweile auf über zwei Milliarden Euro.“ Weiterhin appellierte Baum an die Tarifpartner, die Situation der Krankenhäuser zu berücksichtigen. Eine sichere Beschäftigungslage sei wichtiger als nicht zu finanzierenden Lohnsteigerungen. ([Pressemitteilung der DKG, 9. Februar](#))

Apotheken starten Pilotprojekt gegen Arzneimittelfälschungen

Arzneimittelpackungen sollen künftig mit einem Kode authentifiziert werden. Mit einem Pilotprojekt will die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) so Patienten besser vor Medikamentenfälschungen schützen. Die Organisation lädt die pharmazeutischen Hersteller und Großhändler dazu ein, sich an dem Authentifizierungssystem zu beteiligen. In einem Zeitraum von rund sieben Monaten soll die Technologie erprobt werden. Das Projekt trägt dem Richtlinienentwurf der Europäischen Kommission aus dem Jahr 2008 Rechnung, der infolge der zunehmenden Zahl von aufgegriffenen Plagiaten an den EU-Zollgrenzen und im Internet entstanden ist. ([Pressemitteilung der ABDA, 9. Februar](#))

Aus der Welt

Dalli zum neuen EU-Gesundheitskommissar gewählt

Das Europäische Parlament hat die neue EU-Kommission mehrheitlich bestätigt. Künftiger EU-Gesundheitskommissar wird der 61-jährige John Dalli. Der maltesische Politiker tritt die Nachfolge von Androulla Vassiliou an. Dalli hat sich für seine bis 2014 dauernde Amtszeit unter anderem zum Ziel gesetzt, die Patientenrechte zu stärken. Dr. Carl-Heinz Müller, Vorstand der KBV, gratulierte dem Kommissar zu seiner neuen Position. Müller sicherte Dalli die Unterstützung der KBV zu und äußerte die Hoffnung, die Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung schon bald in die Tat umsetzen zu können. „Aber auch die Sicherheit für Patienten wollen wir weiter voranbringen, etwa bei dem Thema Arzneimittel-Information“, sagte der KBV-Vorstand. ([KBV-Pressemitteilung, 10. Februar](#))

Außerdem

Zusatzbeiträge lösen Kündigungswelle bei Krankenkassen aus

Vielen Kassen, die zusätzliche Beiträge verlangen, laufen die Versicherten davon. Zehntausende wechseln nun zu Kassen, die keine Zusatzbeiträge erheben. Allein die Deutsche BKK, die seit dem 1. Februar acht Euro pro Monat zusätzlich verlangt, hat bereits 1.000 Kündigungen erhalten. Die Kasse erwartet insgesamt bis zu 50.000 Austritte. Eine Umfrage der Kölner Rating-Agentur Assekurata zeigt, dass theoretisch mehr als jeder Vierte bereit ist, seine Kasse zu wechseln, wenn der Beitrag um acht Euro steigt. „Der Anreiz für einen Kassenwechsel ist größer geworden, da das System transparenter geworden ist“, erklärte der Gesundheitsökonom Jürgen Wasem. Zudem hat Gesundheitsminister Rösler die Versicherten aufgefordert, ihr Wechselrecht zu nutzen. ([Rheinische Post online, 5. Februar](#))

KOMPAKT- Zahl der Woche: 30

30 Prozent der Deutschen sind der Meinung, das Gesundheitssystem steht vor dem Kollaps. Das ergab eine Umfrage des ZDF-Politbarometers. Große Einsparmöglichkeiten sehen 83 Prozent der Befragten vor allem bei den Verwaltungskosten der Krankenkassen. Dass bei den Arzthonoraren gespart werden könne, glaubt dagegen ein Viertel der Deutschen. (Agenturmeldung, 2. Februar)

Aus dem Terminkalender

- | | |
|--------------|---|
| 18.02.10 | Vertreterversammlung der KV Berlin
Berlin, 20 Uhr |
| 20.02.10 | Vertreterversammlung der KV Hessen
Frankfurt, 10 Uhr |
| 20.02.10 | Vertreterversammlung der KV Niedersachsen
Hannover, 9.30 Uhr |
| 27.02.10 | Vertreterversammlung der KV Westfalen-Lippe
Dortmund, 10 Uhr |
| 03.03.10 | Vertreterversammlung der KV Saarland
Saarbrücken, 16 Uhr |
| 03.03.10 | Vertreterversammlung der KV Sachsen-Anhalt
Magdeburg, 15.30 Uhr |
| 10.03.10 | Vertreterversammlung der KV Thüringen
Weimar, 14 Uhr |
| 10.03.10 | Vertreterversammlung der KV Rheinland-Pfalz
Mainz, 15.30 Uhr |
| 12.-13.03.10 | 6. Mitteldeutsche Fortbildungstage für Ärztinnen und Ärzte
Leipzig |

13.03.10	Vertreterversammlung der KV Bayerns München, 9 Uhr
16.03.10	Vertreterversammlung der KV Bremen Bremen, 19.30 Uhr
26.03.10	Vertreterversammlung der KV Brandenburg Potsdam, 15 Uhr
29.-31.03.10	KBV Messe – Versorgungsinnovation 2010 Berlin
07.05.10	Tag der Niedergelassenen 2010 Berlin, 9-18 Uhr

Aus der Presse

KBV will Honorare für Vertragsärzte weiterentwickeln

In einem Gespräch mit der Ärzte Zeitung skizzierte KBV-Chef Dr. Andreas Köhler die Schritte und Ziele der für dieses Jahr geplanten Honorarreform. „Insbesondere wollen wir die Honorarverwerfungen zwischen den Fachgruppen und den Regionen möglichst bald beenden“, sagte Köhler. Des Weiteren stehen Verhandlungen mit den Krankenkassen zu drei großen Komplexen an. So müssen die Verhandlungspartner bis zum 31. August einen neuen Orientierungspunktwert bestimmen, da das Gesetz vorschreibt, das Honorar der erwarteten Morbiditätsentwicklung unter Berücksichtigung der Praxiskosten anzupassen. Der zweite Komplex zielt darauf ab, das Regelleistungsvolumen auf Kosten freier Leistungen zu stabilisieren. Außerdem stehen Honorarverhandlungen für 2011 bevor. Dafür muss das Institut des Gemeinsamen Bewertungsausschusses bis Juli eine Messmethode erarbeiten, mit der Leistungsverlagerungen von der Klinik in die Praxen nachgewiesen werden können. Gelingt dies, müssen die Kassen mehr an die Ärzte zahlen. Schließlich muss sich der Bewertungsausschuss mit der Schweinegrippe befassen. Diese übt einen nicht vorhersehbaren Einfluss auf die Morbidität aus, weswegen Ärzte mit Nachzahlungen rechnen können. Allerdings rechnet Köhler mit schwierigen Verhandlungen, da die Krankenkassen gegen höhere Ausgabenverpflichtungen sind. Deshalb erwartet er, „dass alles vor dem Erweiterten Bewertungsausschuss landet.“ (Ärzte Zeitung, 10. Februar)

Redaktion:

Dezernat Kommunikation der KBV

Tel: 030 / 4005 – 2207

Fax: 030 / 4005 – 27 2203

E-Mail: fknoeppke@kbv.de, agraumann@kbv.de, njahnz@kbv.de

Redaktionsschluss von KBV kompakt ist mittwochs 13 Uhr.

Hier können Sie unseren Newsletter abonnieren, Ihre E-Mail-Adresse ändern oder unseren Newsletter abbestellen: <http://www.kbv.de/publikationen/newsletteranmeldung.php>