



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

KBV KOMPAKT

Newsletter vom 17. Februar 2010

Aus Berlin

Koalition bleibt in der Gesundheitspolitik gespalten

Am politischen Aschermittwoch hat CSU-Chef Horst Seehofer sich erneut gegen die von der FDP geforderte Kopfpauschale als Krankenkassenbeitrag geäußert. Der bayerische Gesundheitsminister Markus Söder (CSU) hatte zuvor die Regierungskommission zur Ausarbeitung der Gesundheitsreform infrage gestellt. „Mit der CSU wird es keine Kopfpauschale geben. Und auch keinen Einstieg“, sagte er der Süddeutschen Zeitung. Statt über die Frage der Kopfpauschale solle die Kommission darüber beraten, wie man die Ausgabenseite in den Griff bekommen und die Versorgung der Patienten verbessern könne, forderte Söder. (Agenturmeldungen, 12. und 17. Februar)

Aus KBV und KVen

Müller beantwortet die Frage der Woche zum Thema „IT in der Arztpraxis“

Der KBV-Vorstand, Dr. Carl-Heinz Müller, beantwortet im Videopodcast unter anderem Fragen zur Rolle des Datenschutzes in Arztpraxen. Zudem geht er auf die ständig wachsende Bedeutung moderner IT ein. Die zunehmende Vernetzung, die im Gesundheitswesen stattfindet, macht es auch für die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten wichtig, sich intensiv mit der Thematik zu beschäftigen. Ein [neuer Leitfaden](#) der KBV bietet hierzu eine praktische Hilfe. In der kommenden Woche gibt der KBV-Vorstandsvorsitzende, Dr. Andreas Köhler, eine aktuelle Einschätzung zur Honorarsituation der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten. ([KBV-Videopodcast zur Frage der Woche](#))

Mehr Honorar für Ärzte, die Qualitätskriterien erfüllen

Ärzte, deren Leistungen bestimmten Qualitätskriterien entsprechen, sollten ein höheres Honorar erhalten als andere Mediziner. Das war der Tenor unter den Teilnehmern einer Veranstaltung zum Thema „Qualitätsorientierte Vergütung in der ambulanten Versorgung“, die die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Bayerns und der Verband der Ersatzkassen (vdek) in Berlin organisiert hatten. Um die Qualität medizinischer Leistungen bewerten zu können, schlug vdek-Vorstandsvorsitzender Thomas Ballast vor, Leistungs-, Struktur- und Qualitätsmerkmale festzulegen. „Wer die Qualitätsvereinbarungen erfüllt, erhält einen Vergütungszuschlag, wer sie nicht erfüllt, muss mit einem Abschlag rechnen“, so Ballast. Seine Forderung nach einer qualitätsorientierten Vergütung verteidigte er damit, dass die Krankenkassen viel Geld für die ambulante Versorgung ihrer Versicherten ausgeben würden, aber nicht wüssten, ob die Versorgung gut war. „Es geht darum, bei den Ärzten Anreize zu setzen, sich zum Wohl der Patienten ständig um die weitere Steigerung der Behandlungsqualität zu bemühen und hierfür auch honoriert zu werden – materiell wie

immateriell“, ergänzte der Vorstandsvorsitzende der KV Bayerns, Dr. Axel Munte. Er verwies auf die Qualitätsmaßnahmen, die seine KV und der vdek aus diesem Grund bereits vereinbart haben. Daran dürfen ausschließlich Ärzte teilnehmen, die eine fundierte Ausbildung vorweisen können, und ihre Fähigkeiten in regelmäßigen Abständen durch eine Fachwissensprüfung erneut nachweisen. ([Pressemitteilung der KV Bayerns, 10. Februar](#))

AOK-Hausarztvertrag in Niedersachsen unterschrieben

In Niedersachsen haben die AOK, die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) und die beiden Hausärzteverbände Niedersachsen und Braunschweig einen Vertrag zur hausärztlichen Versorgung unterzeichnet. „Mit dem Vertrag haben wir hohe Standards in Bezug auf die Qualitätsanforderungen gesetzt“, sagte der Vorstandsvorsitzende der KVN, Eberhard Gramsch. „Für unsere Versicherten werden die Wege kürzer und die medizinische Betreuung intensiver“, beschrieb der Vorstandsvorsitzende der AOK Niedersachsen, Dr. Jürgen Peter, die Vorteile für die Patienten. Demgegenüber würden Ärzte von einer angemessenen Honorierung ihrer Leistungen profitieren, ergänzte der Vorsitzende des niedersächsischen Hausärzteverbandes, Dr. Heinz Jarmatz. Das Konzept zur hausarztzentrierten Versorgung richtet sich an alle Versicherten der AOK Niedersachsen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben. Diese wählen einen teilnehmenden Hausarzt und erklären ihre Teilnahme schriftlich. Versicherte sind an den gewählten Hausarzt mindestens ein Jahr gebunden. ([Pressemitteilung der KVN, 10. Februar](#))

KV Bremen kritisiert Hausärzteverband

Vertragsärzte, die am Bremer Hausarztmodell teilnehmen, müssen womöglich bis Juli auf Einnahmen von rund 800.000 Euro verzichten. Davor warnt die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Bremen. Grund für die Verzögerung sei ein Nachprüfungsverfahren beim Bundeskartellamt, das der Bremer Hausärzteverband eingeleitet hat. „Wir sind verwundert, dass der Hausärzteverband auf diese Weise vorgegangen ist. Die Interessen der Ärzteschaft sind hier offenbar eigenen Zielen geopfert worden. Der Kampf um einen Selektivvertrag wird über alles gestellt“, kritisierte der Vorstandsvorsitzende der KV Bremen, Dr. Till Spiro. Dieser Darstellung widerspricht der Vorsitzende des Bremer Hausärzteverbandes, Hans-Michael Mühlenfeld: „Die Schuldzuweisung ist eine Nebelkerze der KV. Sie hat den Vertrag nicht ordnungsgemäß aufgesetzt und bemerkt dies nun. Hätten wir dies nicht dem Kartellamt angezeigt, wäre der Vertrag der Bremer Aufsicht aufgefallen und sie hätte ihn gestoppt. Der Schaden für die Ärzte wäre dann ungleich größer.“ Falls die Vergabekammer des Bundeskartellamtes die Fortführung des seit 2007 bestehenden Vertrages beanstanden sollte, wäre die Einschreibung aller Versicherten und der Ärzte rückwirkend zum 1. Januar beendet. Dies würde 100.000 Patienten und 93 Prozent aller Hausärzte in Bremen betreffen. ([Pressemitteilung der KV Bremen, 11. Februar](#), [Deutsches Ärzteblatt, 11. Februar](#))

KV Niedersachsen prämiiert innovative Versorgungskonzepte

Innovative Versorgungskonzepte sind für die Zukunft des Gesundheitswesens unerlässlich. Aus diesem Grund prämiiert die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) innovative Ansätze der gesundheitlichen Förderung und Prävention mit dem KVN-Gesundheitspreis. Die Auszeichnung unterteilt sich in die Kategorien „Gesundheitsförderung und Prävention“ sowie „interdisziplinäre Versorgungsformen“ und ist mit jeweils 5.000 Euro dotiert. Die Bewerbungsfrist für den Gesundheitspreis 2010 hat am 15. Februar begonnen und endet am 6. August. Teilnehmen können alle rund 13.500 Mitglieder der KVN – egal, ob als Einzelpersonen, Praxis oder Medizinisches Versorgungszentrum. Die von den Bewerbern gewonnenen Erfahrungen sollen sowohl der interessierten Fachöffentlichkeit zugänglich gemacht werden als auch Eingang in die gesundheitspolitischen Entscheidungen der KVN finden. ([Pressemitteilung der KV Niedersachsen, 12. Februar](#))

Aus den Verbänden

DAK: Häufig falsche Behandlung von Rückenschmerzen

Nach Ansicht von Experten gibt es für Menschen mit chronischen Rückenschmerzen kein umfassendes Versorgungskonzept. Der Grund dafür sei die geringe Abgestimmtheit des Systems, kritisierte der Bremer Gesundheitsforscher Prof. Gerd Glaeske bei der Vorstellung der Studie Versorgungsatlas Schmerz. „Jeder ist zunächst einmal für sich da und keiner arbeitet integrativ.“

Deshalb sehe ich auf Dauer keine vernünftige Versorgung bei solchen Patienten“, so Glaeske. 43,5 Prozent der 5,2 Millionen Versicherten der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK), so die Analyse, ließen sich im Jahr 2006 wegen Rückenschmerzen behandeln. Die Studienergebnisse sollen dazu beitragen, chronische Erkrankungen zu vermeiden. „Durch den Einsatz geeigneter Therapieoptionen ist es möglich, einen schweren, meist chronischen Verlauf, der immer mit erhöhten Kosten verbunden ist, zu vermeiden“, sagte der DAK-Vorstandsvorsitzende Herbert Rebscher. Mit der Identifizierung von verschiedenen Schmerztypen soll die notwendige Hilfe zielgerichteter erfolgen. Um ihre Schmerzen zu lindern, besuchen Patienten häufig vergeblich unterschiedliche Fachärzte. Mehr als 80 Prozent der Untersuchten, die an spezifischen Rückenschmerzen litten, konsultierten mehr als eine Facharztgruppe. „Das deutet darauf hin, dass bei den Ärztekontakten vor Ort nicht das erreicht wurde, was gewünscht war“, analysierte Glaeske. Seiner Ansicht nach werden an vielen Stellen nur die Symptome der Rückenschmerzen bekämpft. (Agenturmeldung, 16. Februar)

Barmer GEK kritisiert überhöhte Krankenhausabrechnungen

Nach Berechnungen der Barmer GEK belasten überhöhte Krankenhausabrechnungen die deutschen Krankenkassen jährlich mit rund einer Milliarde Euro. Allein die Barmer habe sich im vergangenen Jahr 166 Millionen Euro von zu hoch ausgestellten Rechnungen zurückgeholt, sagte Barmer-GEK-Chefin Birgit Fischer der Bild-Zeitung. Sie will den Kliniken aber keinen Vorsatz unterstellen. „Es liegt an dem sehr komplizierten Kodierungssystem für die Abrechnungen“, erklärte Fischer. Es müssten verstärkt Anreize für korrekte Abrechnungen geschaffen werden. Fischer zufolge prüft ihre Kasse jeden zehnten Fall. Rund die Hälfte davon weise Fehler auf.

Die Barmer ging vergangenes Jahr eine Fusion mit der Gmünder Ersatzkasse (GEK) ein. Seitdem ist sie mit etwa 8,6 Millionen Versicherten Deutschlands größte gesetzliche Krankenkasse. (Agenturmeldung, 13. Februar)

Immer mehr Privatversicherte beklagen steigende Beiträge

Zehn Prozent mehr Beschwerden über steigende Prämienhöhungen sind bei den privaten Krankenkassen im Jahre 2009 eingegangen. Zu Beginn dieses Jahres erhöhten mehrere Privatkassen die Beträge erneut, teilweise um 20 bis 30 Prozent. Das Berliner IGES-Institut hat in einer bislang noch unveröffentlichten Studie festgestellt, dass die private Krankenversicherung (PKV) keinen besseren Schutz gegen Beitragssteigerungen bietet als die gesetzliche Krankenversicherung. Zwischen 1997 und 2008 seien die Ausgaben für Privatversicherte um 49 Prozent gestiegen, berichtete die Ärzte Zeitung in Bezugnahme auf die Studie. Bei den gesetzlich Versicherten lag das Plus bei 31 Prozent. Das Bundeswirtschaftsministerium habe die Studie zurückgehalten, weil die Ergebnisse nicht zur PKV-freundlichen Linie der Koalition passten, schrieb die Zeitung weiter. (Agenturmeldung, 15. Februar)

Aus der Welt

Europaweite Notfallnummer 112 noch zu wenig bekannt

Unter der Notrufnummer 112 sind in der gesamten EU Polizei, Feuerwehr und Rettungsdienste erreichbar. Doch drei Viertel der EU-Bürger wissen nicht, dass sie im Notfall an jedem Ort in der EU die 112 wählen können. In Deutschland wissen dies nur 18 Prozent der Befragten einer aktuellen Eurobarometer-Umfrage. Die EU-Kommissarin für die Digitale Agenda, Neelie Kroes, hat die Mitgliedstaaten pünktlich zum Europäischen Tag des Notrufes am 11. Februar aufgefordert, die Nummer in ihren Ländern besser bekannt zu machen: „Eine europaweit einheitliche Notrufnummer kann nur helfen, wenn die Menschen sie auch kennen.“ ([Pressemittteilung der EU-Kommission, 11. Februar](#))

Außerdem

Organspendeausweis für Fußballfans

„Sportler für Organspende“ heißt eine Informationskampagne des Vereins Sportler für Organspende (VSO), der Bundesliga-Stiftung und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Am 22. Spieltag (12. bis 14. Februar 2010) wurde in Zusammenarbeit mit den Clubs der ersten und zweiten Bundesliga bundesweit über die lebensrettende Idee der Organspende informiert – mit dem Ziel, die Fußballfans zu motivieren, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen. Darüber hinaus steht der Organspendeausweis über die Websites www.bundesliga.de, www.organspende-info.de sowie über die Internetseiten der Clubs zum Download bereit. Er liegt zudem dem Bundesliga-Magazin bei und wurde von den Clubs am vergangenen Spieltag verteilt. Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler (FDP) unterstützt das Engagement der Bundesliga: „Organspende bedeutet Einsatz für die Gemeinschaft. Bei vielen Menschen ist die Frage der Organspende noch mit großen Ängsten verbunden. Zwei Drittel der Bürger sprechen sich zwar grundsätzlich für Organspende aus, aber weniger als jeder Fünfte hat einen Organspendeausweis ausgefüllt. Wir wollen deutlich machen, dass es nicht nur um den eigenen Tod geht, sondern auch darum, anderen Menschen Leben zu schenken.“ ([Pressemitteilung des Bundesgesundheitsministeriums, 11. Februar](#))

KOMPAKT- Zahl der Woche: 45

45 Prozent der im Internet verkauften Medikamentenfälschungen sind Diätpillen. Auf dem zweiten Platz liegen Grippemedikamente mit einem Anteil von 35 Prozent, gefolgt von Mitteln gegen Erektionsstörungen. Das ergab eine Studie im Auftrag des Pharmakonzerns Pfizer, dem Hersteller des besonders oft gefälschten Potenzmittels Viagra. ([Deutsches Ärzteblatt, 16. 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
13.03.10	4. Existenzgründertag der KV Brandenburg Potsdam, 9–16.15 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
08.05.10	16. Deutscher Psychotherapeutentag Berlin, 9–17.30 Uhr
10.05.10	Vertreterversammlung der KBV Dresden, 10 Uhr
11.–14.05.10	113. Deutscher Ärztetag Dresden

Aus der Presse

Ärzte erhalten für die Behandlung von im Basistarif privat Versicherter künftig weniger Geld

Ärzte erhalten ab dem 1. April weniger Geld für Privatversicherte, wenn diese den Basistarif mit dem Leistungsniveau der gesetzlichen Kassen gewählt haben. Darauf haben sich die KBV und der Verband der Privaten Krankenversicherung geeinigt. Demnach dürfen Ärzte für Leistungen im Basistarif künftig nur noch den 0,9- bis 1,2-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), statt den üblichen 2,3-fachen Satz abrechnen. Ohne diese Einigung, zu der das Schiedsgericht die Kontrahenten aufgerufen hatte, läge der Satz weiter beim Faktor 1,8. Betroffen von der Regelung sind 12.300 Versicherte im Basistarif. Wählen mehr als 100.000 Versicherte diesen Tarif, muss der Vertrag neu verhandelt werden. Die Ärzte konnten durchsetzen, die Privatversicherten nach GOÄ abzurechnen, statt, wie gefordert, zu den Sätzen der gesetzlichen Krankenversicherung. (Frankfurter Allgemeine Zeitung, 15. Februar)

Redaktion:

Dezernat Kommunikation der KBV

Tel: 030 / 4005 – 2207

Fax: 030 / 4005 – 27 2203

E-Mail: fknoeppke@kbv.de, agraumann@kbv.de, mspierings@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>