



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

KBV KOMPAKT

Newsletter vom 24. Februar 2010

Aus Berlin

Regierung: Kommission soll Streit um Gesundheitsreform und Kopfpauschale schlichten

Die schwarz-gelbe Regierungskoalition will den Streit um die Gesundheitsreform und die Kopfpauschale durch eine Arbeitsgruppe schlichten lassen. Deshalb hat das Kabinett die „Regierungskommission zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung des Gesundheitswesens“ eingesetzt und deren Mitglieder berufen. Neben Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP), der den Vorsitz inne hat, sind das Innenminister Thomas de Maizière (CDU), Justizministerin Sabine Leutheusser-Schnarrenberger (FDP), Finanzminister Wolfgang Schäuble (CDU), Wirtschaftsminister Rainer Brüderle (FDP), Arbeitsministerin Ursula von der Leyen (CDU), Agrarministerin Ilse Aigner (CSU) und Familienministerin Kristina Schröder (CDU). Das Gremium soll am 17. März erstmals zusammenkommen und Vorschläge unterbreiten, wie die Krankenkassen in Zukunft finanziert werden können. Dazu gehört auch die Kopfpauschale, die an die Stelle einkommensabhängiger Beitragssätze treten soll. Die Opposition kritisierte die Kommission als „politische Show“. (Agenturmeldung, 24. Februar)

Deutscher Gewerkschaftsbund beruft eigene Kommission zur Gesundheit ein

Der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) hat eine Reformkommission mit der Bezeichnung „Für ein solidarisches Gesundheitssystem der Zukunft“ einberufen. „Wir sind froh, dass wir hochkarätige Experten und gleichzeitig Spitzenvertreter wichtiger gesellschaftlicher Gruppen für unsere Kommission gewinnen konnten. Die Kommission vereint wissenschaftliche Expertise und gesellschaftliche Gestaltungskraft, so dass wir voller Zuversicht an die Arbeit gehen können“, sagte DGB-Vorstandsmitglied Annelie Buntenbach. Die von der Bundesregierung eingesetzte Kommission bezeichnete Buntenbach als „politischen Elfenbeinturm“. Die Diskussion über die zukünftige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) müsse in der öffentlichen Arena und nicht in Hinterzimmern der Ministerialbürokratie stattfinden. Der DGB verstehe seine Kommission dagegen als Ort und Ausgangspunkt für eine breite Debatte über die Weiterentwicklung der solidarischen Finanzierung der GKV, so Buntenbach. Die konstituierende Sitzung der Reformkommission des DGB findet am 10. März in Berlin statt. ([Pressemitteilung des DGB, 24. Februar](#))

Arzneimittelkosten: Rösler hat erste Gespräche geführt

Im Zuge seines Vorhabens, die Kosten für Arzneimittel im deutschen Gesundheitswesen zu senken, hat Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler (FDP) erste Gespräche mit Vertretern der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verbände der pharmazeutischen Industrie geführt. „Die Beiträge der Versicherten müssen effizient eingesetzt und mögliche Einsparpotenziale im Arzneimittelbereich gehoben werden. Deutschland hat eines der besten Gesundheitssysteme, in dem der Zugang zu neuen innovativen Arzneimitteln für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gesichert ist“, erklärte Rösler. Allerdings seien in Deutschland die

Preise von innovativen Medikamenten besonders hoch. „Hier wollen wir ran. Wir wollen, dass den Patienten auch künftig innovative Arzneimittel zur Verfügung stehen. Aber es muss bezahlbar bleiben“, forderte Rösler. Aus diesem Grund müsse auch die Pharmaindustrie ihren Beitrag leisten. „Niemand hat einen Freibrief, wenn es um die Ausgaben in der GKV geht“, betonte der Minister. Er werde in den kommenden Wochen ein Konzept mit Maßnahmen zur Arzneimittelpreisbildung vorlegen. Darin würden die Vertragsverhandlungen zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Herstellern sowie die Kosten-Nutzen-Bewertung eine Rolle spielen, so Rösler ([Pressemitteilung des BMG, 18. Februar](#))

Aus KBV und KVen

Köhler beantwortet die Frage der Woche zum Thema Honorarreform

Der KBV-Vorstandsvorsitzende, Dr. Andreas Köhler, gibt im Videopodcast eine aktuelle Einschätzung zur Honorarsituation der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten. Dabei geht er zum einen auf den Ist-Stand ein und blickt zum anderen auf die noch anstehenden Aufgaben der kommenden Monate. In der Gesamtsicht habe es teilweise deutliche Honorarzuwächse gegeben, konstatiert der KBV-Chef. Allerdings bestehe erheblicher Nachbesserungsbedarf bei der Verteilung des Honorars. Dies gelte insbesondere für die ärztlichen Grundversorger. Die KBV möchte Veränderungen, die sie mit dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung verhandeln muss, auf zwei Zeitpunkte konzentrieren: den 1. Juli 2010 und den 1. Januar 2011. Auf diese Weise soll verhindert werden, dass sich die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten jedes Quartal mit Neuerungen konfrontiert sehen. ([KBV-Videopodcast zur Frage der Woche](#))

KBV unterstützt offensiven Umgang mit ärztlichen Fehlern

„Wir begrüßen und unterstützen einen offensiven Umgang mit ärztlichen Fehlern. Dabei setzen wir auf das Prinzip der Freiwilligkeit, denn Zwangsmaßnahmen schaffen keine Akzeptanz und helfen weder Ärzten noch Patienten.“ Das hat der Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. Andreas Köhler, zu der jüngsten Diskussion über ein Melderegister für medizinische Behandlungsfehler gesagt. In diesem Zusammenhang verwies Köhler darauf, dass die KBV und die Bundesärztekammer bereits seit fünf Jahren über ein entsprechendes Berichts- und Lernsystem verfügen. Das Online-Portal findet sich im Internet unter www.cirmsmedical.de und richtet sich sowohl an im Gesundheitswesen Beschäftigte als auch an Patienten. Diese haben hier die Möglichkeit, von kritischen Ereignissen oder Fehlern in der Medizin zu berichten. Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) anonymisiert die Berichte, so dass ein Rückschluss auf die beteiligten Personen oder Orte nicht möglich ist. Anschließend können Leser die Meldungen kommentieren. „Daraus lassen sich Strategien zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse und zur Verbesserung der Patientensicherheit entwickeln“, so der Leiter des ÄZQ, Prof. Günter Ollenschläger. ([Gemeinsame Pressemitteilung der KBV und des ÄZQ, 22. Februar](#))

KV Westfalen-Lippe steigt aus der Arznei- und Heilmittelverordnung aus

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Westfalen-Lippe möchte für das kommende Jahr keine neuen Arzneimittelrichtgrößen mehr mit den Krankenkassen vereinbaren. „Die Verantwortung für die Steuerung der Verordnung liegt mehr und mehr in anderen Händen“, begründete der zweite Vorsitzende, Wolfgang-Axel Dryden, die Entscheidung. Die KV Westfalen-Lippe sehe sich aufgrund der künftigen Rahmenbedingungen nicht mehr in der Lage, in diesem Bereich die Verantwortung zu übernehmen und mit den Honoraren der Mitglieder zu haften. Der Gesetzgeber habe mit der Aut-idem-Regelung sowie mit der Möglichkeit von Rabattverträgen die Preisverantwortung den Apothekern und Krankenkassen übertragen und die KVen spätestens durch die Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) endgültig aus der gesetzlichen Verantwortung entlassen, so Dryden. Für Ausgabenvolumina und Richtgrößen fehlen der KV laut Dryden künftig wichtige Berechnungsgrößen: Sie könne nicht wissen, wie viele Patienten mit welchen Morbiditäten und Verordnungen in zahlreichen Hausarztverträgen versorgt werden. Gleiches gelte auch für Direktverträge im fachärztlichen Bereich. „Auch die Informations- und Beratungsangebote der KV Westfalen-Lippe, wie etwa die Arzneimittel-Trendmeldungen, werden unmöglich gemacht“, resümiert Dryden. Alle Steuerungsbemühungen der KV auf der allgemeinen wie auf der arztindividuellen Ebene wären obsolet. „Wir können nicht mehr beeinflussen und damit auch nicht länger verantworten!“ ([Pressemitteilung der KV Westfalen-Lippe, 23. Februar](#))

Gemeinsame Klage von AOK und KV Bremen

Gemeinsam mit der AOK Bremen/Bremerhaven hat die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Bremen vor dem Sozialgericht Klage gegen Bescheide eingereicht, die Krankenhäuser des Bremer Klinikverbundes Gesundheit Nord gGmbH dazu berechtigen, bestimmte Behandlungen und Diagnosen ambulant vorzunehmen. Damit wollen die beiden Organisationen verhindern, dass Patienten unnötige Wege zur Behandlung auf sich nehmen müssen. Zudem erfüllten einzelne Krankenhäuser manche Voraussetzungen nicht, die bei diesen Behandlungen notwendig und vom Gesetz vorgeschrieben seien. „Wir beschreiten den Rechtsweg nicht, um zu verzögern oder zu verhindern. Die Gesundheit Nord hat nicht alle Absprachen gehalten und etliche Anträge umgeschrieben, ohne uns darüber zu informieren“, erklärten der Vorstand der KV Bremen, Günter Scherer, und der AOK-Vorstandsvorsitzende, Norbert Kaufhold. Durch die Klage hätten die KV Bremen und die AOK Akteneinsicht erhalten.

Zum Hintergrund: Nach langen Verhandlungen haben die KV Bremen, die Krankenkassen und die Gesundheit Nord im vergangenen Jahr einen dreiseitigen Vertrag zur Umsetzung des Paragraphen 116b Fünftes Sozialgesetzbuch geschlossen. Diese Vereinbarung öffnet die Kliniken für die ambulante Behandlung bestimmter schwerer Krankheitsbilder. Niedergelassene Ärzte sind in dieses Versorgungssystem eingebunden. ([Pressemitteilung der KV Bremen, 22. Februar](#))

KV Hessen will Honorare der Basisversorgung stabilisieren

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Hessen hat beschlossen, mit den Risiko-Rückstellungen aus der Honorarverteilung im zweiten Quartal 2010 die Honorare der Basisversorgung zu stabilisieren. Vertreter aller Versorgungsebenen zeigten sich erleichtert, dass mit dem Beschluss etwas mehr Stabilität und Gerechtigkeit in die Honorarverteilung in Hessen komme. Für die Vorstandsvorsitzenden der KV, Dr. Margita Bert und Dr. Gerd W. Zimmermann, sind nun die Voraussetzungen geschaffen, zumindest im zweiten Quartal dieses Jahres im haus- und fachärztlichen Bereich die schlimmsten Verwerfungen der Honorarreform zu mildern: „Wir sind froh, dass die Vertreterversammlung ihrer Verantwortung für die Honorare ihrer Kollegen gerecht geworden ist. Das, was wir in Hessen zur Verbesserung der Situation beitragen können, haben wir damit getan. Da die Weichen für die Zeit nach dem 1. Juli 2010 aber weiterhin in Berlin gestellt werden, erneuern wir unsere Forderung: Wir benötigen nun endlich eine Honorarverteilung, die zuerst die Basisversorgung finanziert und erst dann etwaige Zusatzleistungen honoriert. Und es muss endlich Schluss sein mit der hessischen Benachteiligung auf Bundesebene.“ ([Pressemitteilung der KV Hessen, 23. Februar](#))

In Nordrhein startet neues Versorgungskonzept zur Schizophrenie-Therapie

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Nordrhein und die AOK Rheinland/Hamburg haben eine gemeinsame Vereinbarung zur Förderung einer qualitätsorientierten und leitliniengerechten Langzeitbehandlung von Patienten mit Schizophrenie abgeschlossen. Versicherte der Krankenkasse aus Nordrhein, die im zurückliegenden Jahr mindestens einmal eine stationäre Behandlung wegen Schizophrenie hatten, können sich bei einem der teilnehmenden Ärzte in das Programm einschreiben. Das Ziel ist, Patienten strukturiert in den Behandlungsprozess einzubeziehen, um eine verbesserte Therapietreue zu erreichen und teure Krankenhauseinweisungen zu vermeiden. Patienten erhalten fundiertes Wissen über die Erkrankung, um im Dialog mit ihrem Arzt über ihre Therapie mitzuentcheiden. Diese gemeinsam getroffene Entscheidung stellt eine wichtige Grundlage dar, um die Behandlung konsequent und zuverlässig durchzuführen. Ergänzend bekommen Patienten Hilfestellungen, um vor dem Hintergrund ihrer individuellen Lebenssituation eine langfristige Therapiezielplanung gemeinsam mit ihren behandelnden Ärzten vorzunehmen. ([Pressemitteilung der KV Nordrhein, 23. Februar](#))

Qualitätsgesicherte Diagnostik für Frauen mit Brustkrebs

In Schleswig-Holstein können Frauen mit Verdacht auf Brustkrebs auch künftig mit der Behandlung einer sogenannten qualitätsgesicherten Mamma-Diagnostik (QuaMaDi) rechnen. Einen entsprechenden Vertrag haben die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Schleswig-Holstein und die Landesverbände der Krankenkassen abgeschlossen. Das Ziel dieser Behandlungsmethode ist, Brustkrebskrankungen in einem frühen Stadium zu entdecken. Neben den Heilungschancen steigen somit auch die Möglichkeiten für brusterhaltende Therapien. QuaMaDi zeichnet sich dadurch aus, dass bei einer Diagnosestellung von Brustkrebs das Vier-Augen-Prinzip herrscht. Dabei begutachten speziell geschulte Ärzte die Befunde automatisch ein zweites Mal. Kommen sie dabei zu unterschiedlichen Ergebnissen, gibt es eine dritte Untersuchung durch einen weiteren Experten. Falls eine feingewebliche Untersuchung nötig ist, kommen schonende

Behandlungstechniken zum Einsatz. Der neue Vertrag sieht darüber hinaus vor, die Abläufe innerhalb von QuaMaDi zu optimieren. So soll der Austausch von Röntgenaufnahmen der Brust und den dazugehörigen Befunden künftig elektronisch über sichere Internetverbindungen und unter Einhaltung des Datenschutzes erfolgen, statt wie bisher per Kurier. An dem QuaMaDi-Programm nehmen mehr als 300 niedergelassene Frauenärzte und etwa 80 Radiologen teil. Bei rund 60.000 Frauen mit Verdacht auf Brustkrebs fand es 2009 Anwendung. ([Pressemitteilung der KV Schleswig-Holstein, 23. Februar](#))

Aus den Verbänden

Herzchirurgische Versorgung von Kindern erfolgt nur noch in geeigneten Krankenhäusern

Die herzchirurgische Behandlung von Kindern und Jugendlichen soll in Zukunft nach bestimmten verbindlichen Qualitätsstandards erfolgen. Deshalb sieht der jüngste Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) vor, Früh- und Neugeborene, Säuglinge sowie Kinder und Jugendliche mit schweren angeborenen oder in der Kindheit erworbenen Herzfehlern nur noch in Krankenhäusern zu behandeln, die eine entsprechende Expertise und geeignete Infrastruktur vorweisen. Dabei beziehen sich die Qualitätskriterien sowohl auf die fachliche Qualifikation der behandelnden Ärzte und Pflegekräfte als auch auf die Struktur, Organisation und Ausstattung der Krankenhäuser. „Die herzchirurgische Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist eine sehr anspruchsvolle medizinische Leistung. Deshalb ist es in diesem Bereich besonders wichtig, dass die Patientinnen und Patienten nur in dafür geeigneten Einrichtungen behandelt werden“, begründete Dr. Josef Siebig, unparteiisches Mitglied des GBA und Vorsitzender des für Qualitätssicherung zuständigen Unterausschusses, den Beschluss. ([Pressemitteilung des GBA, 18. Februar](#))

AOK: Rabattverträge vermeiden Medikamentenwechsel

Der AOK-Bundesverband begrüßt die Äußerung von Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP), Arzneimittel-Rabattverträge seien ein wichtiges Instrument zur Ausgabenbegrenzung. „Die Angriffe der Pharmaverbände gegen die Rabattverträge zeigen nur, dass wir endlich ein wirkungsvolles Instrument haben, um die ausufernden Arzneimittelausgaben ohne Verlust an Qualität in den Griff zu bekommen“, sagte der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Dr. Herbert Reichelt. Die Sparvorschläge des Verbandes Pro Generika und des Bundesverbandes der Arzneimittelhersteller bezeichnete der Vorstandsvorsitzende als „reichlich durchsichtige Placebos, die Gewinne sichern sollen“. Allen diesen Konzepten sei zu eigen, „dass sie am Ende die Patienten und Versicherten zur Kasse bitten, entweder direkt durch höhere Zuzahlungen in der Apotheke oder indirekt durch höhere Krankenkassenbeiträge“, so Reichelt. Die Pharmalobby versuche den Eindruck zu erwecken, die Krankenkassen hätten mit den Rabattverträgen Unruhe in die Praxen und Apotheken gebracht: „Das Gegenteil ist der Fall. Die AOK-Rabattverträge mit einem Hersteller für ein Mittel in einer Region für die Dauer von mindestens zwei Jahren sind für die Patienten eine deutliche Verbesserung. Damit wird der bei Generika sonst unvermeidliche ständige Medikamentenwechsel vermieden“, konstatierte der AOK-Chef. ([Pressemitteilung des AOK-Bundesverbandes, 18. Februar](#))

Berufsverband der Deutschen Internisten verteidigt die KVen

Als „scheinheilig“ hat der Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Internisten (BDI), Dr. Wolfgang Wesiack, den Vorstoß des Hausärzteverbandsvorsitzenden Ulrich Weigeldt bezeichnet, die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen für den Wettbewerb zu öffnen. Dieser hatte unter Hinweis auf den Datenskandal bei der BKK Gesundheit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) unterstellt, auch sie würden mit den Abrechnungsdaten nicht vorsichtiger umgehen als der Hausärzteverband. Wesiack nahm stattdessen das System der KVen in Schutz: „Die KVen haben in den vergangenen 50 Jahren bewiesen, dass sie verantwortungsbewusst mit den höchst sensiblen Daten der Ärzte und ihrer Patienten umgehen.“ Andererseits stellte er klar, dass er die von Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler beabsichtigte Verlängerung der Abrechnungsmöglichkeit privater Abrechnungsstellen um ein weiteres Jahr unterstützt. Er begründete dies mit den Worten: „Wir brauchen Zeit, um die hausarztzentrierte Versorgung auf vernünftige Beine zu stellen.“ ([Pressemitteilung des BDI, 24. Februar](#))

Aus der Welt

KBV fordert von EU-Kommission mehr Informationen über Arzneimittel für Patienten

Packungsbeilagen von Arzneimitteln sollen zusätzlich zu den Fachinformationen eine Übersicht aller erwünschten und unerwünschten Wirkungen des betreffenden Arzneimittels beinhalten. Diese sogenannte Drug-facts-box haben der Vorstand der KBV, Dr. Carl-Heinz Müller, der gesundheitspolitische Sprecher der christdemokratischen Fraktion im Europäischen Parlament, Dr. Peter Liese (CSU), sowie Vertreter der „Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung“ und der „Allianz chronisch seltener Erkrankungen“ in Brüssel vorgeschlagen. „Ein vertrauensvolles Arzt-Patientenverhältnis ist entscheidend für Therapietreue und Behandlungserfolg“, sagte Müller. Er ergänzte, dass diesem Zweck therapiebezogene und wirkstoffbezogene Patienteninformationen dienen würden. Sie sollten frei von werblichen Einflüssen sein und die Risiken der Einnahme eines Arzneimittels objektiv und patientengerecht darstellen. Dabei bezog sich Müller auf Pläne der Europäischen Kommission, das Informationsverbot für verschreibungspflichtige Arzneimittel zu lockern. So soll es Pharmaunternehmen erlaubt sein, medikamentenbezogene Informationen im Internet sowie in Printmedien zu veröffentlichen. Dazu erklärte Liese, dass der neue EU-Gesundheitskommissar John Dalli für eine Überarbeitung des Vorschlags eintrete. Es komme jetzt darauf an, welche Position im Parlament die Mehrheit findet. Eine erste Lesung ist für Frühjahr geplant. ([Pressemitteilung der KBV, 24. Februar](#))

Klinik in Dänemark versorgt Drogenabhängige mit Heroin

Nachdem das dänische Parlament vor zwei Jahren die Abgabe von Heroin unter medizinischer Aufsicht erlaubt hat, steht nun fest, wo die Abgabe stattfinden soll. Anfang der Woche wurde in Kopenhagen eine Klinik eröffnet, in der eine Gruppe von 120 Süchtigen synthetisches Heroin, sogenanntes Diamorphin, verabreicht bekommt. Ärzte setzen Diamorphin bei Abhängigen ein, bei denen Ersatzstoffe wie Methadon nicht ausreichend wirken. An dem Programm können nur Patienten teilnehmen, die eine Überweisung durch ein Methadon-Therapiezentrum vorweisen und freiwillig um die Aufnahme bitten. „Unser Ziel ist nicht, Heroin-Abhängige zu heilen“, sagte der Leiter der Klinik, Inger Nielsen. Vielmehr sollten die Süchtigen, bei denen Methadon nicht helfe, sauberes Heroin bekommen, damit sie keine Krankheiten riskierten und für die Beschaffung von Drogen keine Straftaten begingen. Damit folgt Dänemark Ländern wie Deutschland und der Schweiz, in denen es solche Programme bereits gibt. ([Deutsches Ärzteblatt, 22. Februar](#))

Außerdem

Hamburg: Neue Grippe führt zu Rekord beim Krankenstand

In Hamburg hat die Neue Grippe (sogenannte Schweinegrippe) im vergangenen Jahr dazu geführt, dass sich so viele AOK-Versicherte wie nie zuvor krankgemeldet haben. Verglichen mit dem Vorjahr ist die Zahl der Krankmeldungen um 16 Prozent gestiegen. So entfielen 2009 auf 100 AOK-Versicherte durchschnittlich 335 Krankmeldungen wegen durch die Neue Grippe hervorgerufenen Atemwegsstörungen. 2008 waren es 290 Krankmeldungen wegen Atemwegsstörungen. „Einen solch drastischen Anstieg hat die AOK in Hamburg bisher in keinem Jahr beobachten können“, teilte die Krankenkasse mit. ([Ärzte Zeitung, 23. Februar](#))

KOMPAKT- Zahl der Woche: 450.000

Experten des Robert Koch-Instituts gehen davon aus, dass in diesem Jahr in Deutschland 450.000 Menschen an Krebs erkranken. Damit setzt sich der Anstieg der an dieser Krankheit neu erkrankten Patienten weiter fort. Aus diesem Anlass widmet sich der 29. Deutsche Krebskongress, der zurzeit in Berlin stattfindet, den Themen Prävention und Früherkennung in der Onkologie. „Krebs ist immer noch stigmatisiert. Wir müssen die Krankheit aber rechtzeitig mit Prävention und gezielter Früherkennung bekämpfen“, forderte Prof. Michael Schlag von der Berliner Krebsgesellschaft. ([Ärzte Zeitung, 24. Februar](#))

Aus dem Terminkalender

- 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
- 10.03.10 Moderne Investitionsförderung für Arztpraxen
Bremen, 17 Uhr
- 11.03.10 Vertreterversammlung der KV Berlin
Berlin, 20 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
- 08.04.10 Vertreterversammlung der KV Hamburg
Hamburg, 20 Uhr
- 17.04.10 Vertreterversammlung der KV Westfalen-Lippe
Dortmund, 10 Uhr
- 06.05.10 Vertreterversammlung der KV Berlin
Berlin, 20 Uhr
- 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

Ergebnisse der Honorarreform im ersten Halbjahr 2009 stehen fest

Die jüngste Honorarreform für Vertragsärzte liegt ein Jahr zurück. Die Ärzte Zeitung veröffentlichte nun genaue Zahlen, wie sich die Reform im ersten Halbjahr 2009 ausgewirkt hat. Demnach ist die Summe aller Honorarzahungen im Vergleich zum ersten Halbjahr 2008 einschließlich der Praxisgebühr um 924 Millionen Euro beziehungsweise 6,4 Prozent gestiegen. Auf das Jahr hochgerechnet rechnet die KBV mit einer Zunahme von bis zu 1,8 Milliarden Euro, schreibt die Ärzte Zeitung, und stellt fest: „Das ist der größte Zuwachs seit Jahrzehnten.“ Wie die Zahlen zeigen, haben von dieser Zunahme fast alle Bundesländer profitiert, am stärksten jedoch die neuen Bundesländer. Denn sie konnten 13,2 Prozent mehr Honorare abrechnen als noch ein Jahr zuvor. Damit sei die dortige ambulante Versorgung gestärkt und der langjährige Honorarrückstand aufgeholt worden, so die Ärzte Zeitung. Lediglich in der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Bayerns und der KV Baden-Württemberg sind die Honorare um 0,5 Prozent beziehungsweise 4,1 Prozent gesunken. Allerdings ist das unter anderem auf die Bereinigung des Honorars als Folge der Hausarztverträge zurückzuführen. Betrachtet nach Fachgruppen haben fachärztliche Internisten, Nervenärzte, Neurologen und Psychotherapeuten am stärksten profitiert. Auf der Verliererseite stehen Orthopäden und Anästhesisten. Aufgrund dieser unterschiedlichen Verteilungswirkungen kritisiert die KBV, dass es sich im Nachhinein als falsch erwiesen habe, diese weitreichende Reform nicht durch eine Konvergenzphase zu begleiten, schreibt die Ärzte Zeitung weiter. ([Ärzte Zeitung, 19. Februar](#))

IT-Leitfaden mit vielen Tipps für Niedergelassene

Was sollten Arztpraxen beachten, wenn sie eine neue Praxissoftware oder Hardware anschaffen wollen? Welche EDV-Ausstattung benötigt eine Einzelpraxis überhaupt? Antworten auf diese Fragen erhalten Ärzte und Psychotherapeuten im neuen Praxis-EDV-Leitfaden der KBV. Auf 40 Seiten bekommen sie eine Reihe nützlicher Tipps. Zum Beispiel, dass sie auch vor dem Kauf einer kleinen PC-Einheit ein Lastenheft erstellen sollten, in dem die Praxis festhält, welche Anforderungen und Funktionen das neue System erfüllen muss. Darüber hinaus bietet der Leitfaden Tipps zur Sicherheit und Online-Anbindung sowie eine zusammenfassende Checkliste zur Auswahl der Computerausstattung der Arztpraxis. Die KBV plant, den Leitfaden jährlich zu aktualisieren. (ArztOnline, 24. Februar)

Redaktion:
Dezernat Kommunikation der KBV
Tel: 030 / 4005 – 2207
Fax: 030 / 4005 – 27 2203
E-Mail: agraumann@kbv.de, mspierings@kbv.de

Redaktionsschluss von KBV kompakt ist mittwochs 16.30 Uhr.

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