



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

KBV KOMPAKT

Newsletter vom 3. März 2010

Aus Berlin

Streit in der Gesundheitspolitik spaltet CSU

Die Auseinandersetzung der Bundesregierung über das künftige Gesundheitssystem hat nun auch innerhalb der CSU für Konfrontation gesorgt. Parteichef Horst Seehofer hatte sich gegen die von FDP und CDU geforderte Umstellung auf pauschale Krankenkassenbeiträge ausgesprochen. Daraufhin distanzierte sich die CSU-Landesgruppe im Bundestag vom bayerischen Ministerpräsidenten Seehofer. Die Reaktion des bayerischen Gesundheitsministers Markus Söder folgte prompt: Er forderte die CSU-Bundestagsabgeordneten auf, sich in der Koalition mehr für die Interessen Bayerns einzusetzen. Außerdem stellte Söder die von der Bundesregierung eingesetzte Kommission infrage, die sich mit der Gesundheitsreform befassen soll. Der CSU-Landesgruppenchef Hans-Peter Friedrich entgegnete: „Die Kommission ist im Koalitionsvertrag verabredet, und sie ist auch notwendig.“ „Friedrich sei ein „hervorragender Landesgruppenvorsitzender“, aber „noch nicht so in den Tiefen der Gesundheitspolitik verankert“, konterte Söder und bot ihm Nachhilfeunterricht in Form von Aufklärung und Informationen an. Söder wünsche sich die Unterstützung der Landesgruppe etwa bei der Verbesserung der Honorarreform. (Agenturmeldung, 2. März)

Zöller hält die meisten Patientenbeschwerden für begründet

Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Wolfgang Zöller (CSU), schätzt, dass etwa 80 Prozent der bei ihm eingehenden Beschwerden über Ärzte und Krankenkassen berechtigt sind. Neben den Zusatzbeiträgen der Kassen, seien vorenthaltene Leistungen ein Hauptthema. Patienten hätten das Gefühl, ihre Ärzte oder ihre Krankenkassen verweigern ihnen wichtige medizinische Hilfen, berichtete Zöller.

Das von der Regierung geplante Gesetz zur Stärkung der Patientenrechte werde unter anderem die Haftungsfragen bei Behandlungsfehlern neu regeln und die Verfahren beschleunigen. Zöller forderte zusätzlich, dass das Gesetz die Herausgabe von Röntgenaufnahmen oder Befunden durch die Ärzte regelt, um Behandlungsfehler so schnell wie möglich nachzuweisen.

In der Diskussion über ein Melderegister für ärztliche Behandlungsfehler machte die KBV jüngst auf ihr seit fünf Jahren eingesetztes Berichts- und Lernsystem im Internet (CIRSmedical.de) aufmerksam. CIRS steht für Critical Incident Reporting-System und soll kritische Ereignisse und Fehler in der Medizin anonym dokumentieren. Ärzte können so aus den eigenen Fehlern und denen anderer lernen. Daraus lassen sich Strategien auch zur Verbesserung der Patientensicherheit entwickeln. (Agenturmeldung, 3. März, [KBV-Pressemitteilung, 22. Februar](#))

Rösler zur TeleHealth: „Sicherheit medizinischer Daten hat Priorität“

„Beim Aufbau der Telematikinfrastruktur zum Austausch von medizinischen Daten haben die Sicherheit der Daten sowie Nutzen und Praktikabilität für die Anwender absolute Priorität.“ Das hat Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler (FDP) anlässlich der Eröffnung der TeleHealth, der

Leitmesse für eHealth-Anwendungen im Rahmen der CeBIT in Hannover, erklärt. „Wir gehen schrittweise vor und beginnen mit einer erweiterten und datenschutzrechtlich sicheren Krankenversichertenkarte. Dabei konzentrieren wir uns zunächst auf ein modernes Versichertenstammdatenmanagement und die Notfalldaten. Gleichzeitig werden wir den Wunsch der im Gesundheitswesen Tätigen nach einer sicheren Kommunikationsinfrastruktur schnellstmöglich umsetzen. Sie ermöglicht beispielsweise den Austausch von Arztbriefen zwischen zwei Ärzten“, sagte der Minister.

Der Aufbau einer Telematikinfrastruktur werde gerade vor dem Hintergrund der zunehmenden Spezialisierung in der Medizin immer wichtiger. Das medizinische Personal sei auf einen zeitnahen Zugang zu den medizinisch relevanten Informationen angewiesen. Dieser schnelle Datenaustausch sei ohne Unterstützung von modernen Informations- und Kommunikationstechnologien nicht möglich, so Rösler.

Der zurzeit in Nordrhein-Westfalen begonnene Basis-Rollout der elektronischen Gesundheitskarte könne weitergeführt und, wie von der Selbstverwaltung beschlossen, ausgeweitet werden, teilte das Ministerium mit. ([Pressemitteilung des BMG, 2. März](#))

Aus KBV und KVen

Köhler beantwortet die Frage der Woche zum Thema Vergütung im Basistarif

Der KBV-Vorstandsvorsitzende, Dr. Andreas Köhler, äußert sich zur von der KBV und dem Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) kürzlich getroffenen Vereinbarung zur Honorierung ambulanter ärztlicher Leistungen im Basistarif. Demnach gilt für im Basistarif Versicherte künftig, wie auch für im privaten Standardtarif Versicherte, die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) – allerdings zu verminderten Sätzen. Hätten sich beide Verhandlungspartner nicht geeinigt, hätte ein Schiedsgremium, in dem die KBV in der Minderheit gewesen wäre, entscheiden müssen. „Wir haben Schlimmeres verhindert“, zeigte sich Köhler erleichtert, und bewertete das Ergebnis für die niedergelassenen Ärzte als positiv. Derzeit gibt es im Basistarif bundesweit 12.000 Versicherte. ([KBV-Videoodcast zur Frage der Woche](#))

KBV-Arzneimittelkonzept ermöglicht Ärzten auch weiterhin Therapiefreiheit

Ärzte behalten ihre Therapiehoheit auch dann, wenn sie statt konkreter Arzneimittel die entsprechenden Wirkstoffe verordnen. Da sie in diesem Fall nicht mehr an Richtgrößen für Medikamente gebunden wären, könnten sie außerdem die Versorgung ihrer Patienten besser steuern. Auf diese Vorzüge des von der KBV vorgeschlagenen Konzepts zur Neuausrichtung der Arzneimittelversorgung hat KBV-Vorstand Dr. Carl-Heinz Müller hingewiesen. Er reagierte damit auf eine Äußerung des Bundesvorsitzenden des NAV Virchow-Bunds, Dr. Klaus Bittmann. Dieser hatte zuvor kritisiert, dass die Beschränkung auf eine reine Wirkstoffverordnung die Entscheidungshoheit der Ärzte mindern würde. Müller widersprach Bittmann und betonte, dass Ärzte auch in Zukunft in therapeutisch begründeten Ausnahmefällen konkrete Medikamente verordnen können. Des Weiteren sagte er: „Auch die Befürchtung, dass mögliche Einsparungen bei den Arzneimittelkosten direkt an die Krankenkassen gehen und dort versickern, teilen wir nicht. Natürlich müssten erzielte Einsparungen an die Beitragszahler zurückgegeben werden.“ ([Pressemitteilung der KBV, 25. Februar](#))

Ärzte dürfen nicht für Arzneiverordnungskosten haften

Mit Verständnis hat KBV-Vorstand Dr. Carl-Heinz Müller auf die Ankündigung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Westfalen-Lippe reagiert, ab 2011 keine Arzneimittel-Rahmenvereinbarungen mehr zu schließen. „Wir stimmen mit der KV Westfalen-Lippe darin überein, dass durch zahlreiche gesetzliche Änderungen in den vergangenen Jahren mittlerweile Krankenkassen, Arzneimittelhersteller und andere Marktteilnehmer wesentlich mehr Einfluss auf die Ausgabenentwicklung bei Arzneimitteln haben als Ärzte. Dennoch wird von Letzteren erwartet, dass sie die volle Verantwortung für die Kosten der Arzneimitteltherapie tragen.“ Deshalb fordert die KBV in ihrem politischen Programm zur Neuausrichtung der Arzneimittelversorgung eine klare Aufteilung von Versorgungs- und Ausgabenmanagement, so Müller.

Die KV Westfalen-Lippe hatte in der vergangenen Woche bekannt gegeben, ab 2011 keine Rahmenvereinbarungen zur Verordnungssteuerung mit den Krankenkassen mehr abzuschließen. Begründet hatte sie dies unter anderem mit fehlenden Einflussmöglichkeiten auf das Verordnungsverhalten, etwa im Rahmen von Verträgen, die ohne die KV abgeschlossen wurden,

und daraus resultierenden fehlenden Berechnungsgrundlagen. ([Pressemitteilung der KBV, 25. Februar](#))

„Tag der Niedergelassenen“ widmet sich diesmal dem Thema Ärztemangel

Auch in diesem Jahr gibt es am „Tag der Niedergelassenen“ eine sogenannte Speaker's Corner. Das dort stattfindende rhetorische Duell widmet sich dem Thema „Ärztemangel: Alles nur falsch verteilt?“ Darüber debattieren der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, Dr. Klaus Heckemann, und der Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen, Thomas Ballast. Der „Tag der Niedergelassenen“ ist eine Veranstaltung der KBV und findet im Rahmen des Hauptstadtkongresses Medizin und Gesundheit am 7. Mai im Internationalen Congress Centrum in Berlin statt. Weitere Informationen gibt es im [Internet](#).

Bundeskartellamt: Bremer Hausarztmodell bleibt in Kraft

Im Streit zwischen der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft (HÄVG) und mehreren Krankenkassen um das Fortbestehen des Vertrags zur hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in Bremen hat die Vergabekammer des Bundeskartellamtes das Urteil gesprochen. Demnach verletzen die zurückgenommenen Kündigungen des Vertrags durch die AOK Bremen/Bremerhaven, die Krankenkasse hkk und durch den Landesverband der Innungskrankenkassen nicht das Vergaberecht. Deshalb kann der Vertrag, der auch als Bremer Hausarztmodell bekannt ist, unverändert in Kraft bleiben.

Die genannten Krankenkassen hatten den Vertrag vorsorglich zum Jahresende 2009 für den Fall gekündigt, dass die Schiedssprüche zu den neuen HZV-Verträgen zum 1. Januar 2010 wirken. Als absehbar war, dass dieser Termin nicht zu halten war, zogen die Krankenkassen ihre Kündigungen zurück. Daraufhin hatte die HÄVG ein Nachprüfungsverfahren beim Bundeskartellamt eingeleitet. Hätte die Beschwerde gegen die Fortführung des alten Vertrags Erfolg gehabt, wäre die Einschreibung aller Versicherten und Ärzte rückwirkend zum 1. Januar 2010 beendet gewesen. Für die Ärzte hätte dies Einnahmeverluste von rund 800.000 Euro bedeutet, schätzte die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Bremen. ([Pressemitteilung der KV Bremen, 26. Februar](#))

Qualitätsbericht der KV Hamburg bescheinigt Ärzten eine gute Arbeit

In ihrem aktuellen Qualitätsbericht bescheinigt die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Hamburg den Ärzten und Psychotherapeuten in Hamburg eine hochwertige Qualität ihrer Arbeit. So sind rund 80 Prozent aller Leistungen, die ein Patient in einer Hamburger Praxis in Anspruch nimmt, qualitätsgesichert. „Diese Sicherheit für unsere Patienten zu garantieren ist das zentrale Ziel unserer Qualitätsarbeit“, betonte der stellvertretende Vorsitzende der KV Hamburg, Walter Plassmann. Die Qualitätssicherung erfolgt auf drei unterschiedlichen Wegen: Zum einen ist für die Erbringung bestimmter Leistungen eine vorherige Genehmigung notwendig, die nur ausgestellt wird, wenn der Arzt eine entsprechende Qualifikation vorweist. Zum anderen muss der Arzt bei vielen Verfahren nachweisen, dass die eingesetzten Apparate den Qualitätsvoraussetzungen entsprechen. Darüber hinaus gibt es immer mehr Leistungen, für die sich der Arzt rezertifizieren lassen muss. Das bedeutet, dass er in bestimmten zeitlichen Abständen seine Qualifikation erneut unter Beweis stellen muss. Erstmals unterlagen im vergangenen Jahr auch Leistungen im Bereich Hautkrebs-Screening und Homöopathie einer Qualitätssicherung. ([Pressemitteilung der KV Hamburg, 1. März](#))

KV Bayerns weist Kritik des Bundesgesundheitsministers zurück

Für „gesundheitspolitisch verfehlt und realitätsfremd“ hält der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Bayerns, Dr. Axel Munte, Äußerungen des Bundesgesundheitsministers Dr. Philipp Rösler (FDP). Dieser hatte den KVen vorgeworfen, die Honorarzahlen verspätet veröffentlicht zu haben. Munte wiederum kritisierte, dass die frühere Bundesregierung durch zahllose Eingriffe in die Belange der Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen dafür gesorgt hätte, dass die Abrechnung immer schwieriger und intransparenter geworden sei. Gerade durch die Bevorzugung von Selektivverträgen seien die Geldflüsse von den Krankenkassen über die KVen bis hin zu den Ärzten und Psychotherapeuten praktisch unüberschaubar geworden. Dies würde insbesondere für Bayern gelten. Denn durch den AOK-Hausarztvertrag fließen seit dem zweiten Quartal 2009 im Rahmen der Bereinigung Mittel in zweistelliger Millionenhöhe aus der gewohnten Honorarverteilung durch die KV Bayerns ab. „Auf Grund der vielen bürokratischen Regelungen und Vorgaben haben wir einen gigantischen Verwaltungsaufwand, so dass die Abrechnung nicht mehr zeitnah durchgeführt werden kann, wenn sie korrekt sein soll. Der von der Politik geforderte Vergleich mit den Vorjahren ist durch die

Bereinigung sowieso zur Makulatur geworden“, so Munte. ([Pressemitteilung der KV Bayerns, 3. März](#))

Darmkrebsmonat März richtet sich insbesondere an Diabetiker

Weil Diabetiker besonders stark von einer Erkrankung an Darmkrebs gefährdet sind, sollen sie an entsprechenden Früherkennungsprogrammen teilnehmen. Deshalb starten die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin, die Initiative Berlin-gegen-Darmkrebs, die Stiftung Lebensblicke und die Techniker Krankenkasse (TK) im Darmkrebsmonat März ein deutschlandweit einmaliges Projekt für Diabetiker in Berlin. Demnach erhalten Typ-II-Diabetiker, die bei der TK versichert sind, von ihrer Krankenkasse eine personenbezogene Einladung zur Vorsorge-Koloskopie. „Diese Patientengruppe muss noch gezielter auf die präventive Darmspiegelung angesprochen werden. Warum sollte das personenbezogene Einladungswesen bei der Vorsorge-Koloskopie nicht genauso wirkungsvoll sein wie beim Mammographie-Screening“, erklärte der Berliner Gastroenterologe und Sprecher der Initiative Berlin-gegen-Darmkrebs, Dr. Rolf Drossel. Die Vorstandsvorsitzende der KV Berlin, Dr. Angelika Prehn, sagte zu der Aktion: „Wir begrüßen, dass eine große Krankenkasse an diesem Projekt teilnimmt. Vielleicht hat das eine Vorbildfunktion für andere Kassen und motiviert diese, sich ebenfalls mit persönlichen Einladungsschreiben an ihre Risikopatienten zu wenden.“ ([Pressemitteilung der KV Berlin, 1. März](#))

Aus den Verbänden

Verbände begrüßen das Urteil zur Vorratsdatenspeicherung

Gesundheitspolitische Verbände wie die Bundesärztekammer (BÄK), die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK), der Hartmannbund und der Marburger Bund sind mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes zur Vorratsdatenspeicherung zufrieden. „Das ist ein wichtiger Beitrag auch zum besseren Schutz des Patient-Arzt-Verhältnisses“, hat Bundesärztekammerpräsident Prof. Jörg-Dietrich Hoppe den Richterspruch kommentiert. Die Karlsruher Richter hatten am Dienstag entschieden, dass die Vorratsdatenspeicherung in ihrer jetzigen Form gegen das Grundgesetz verstößt. Die Daten müssten unverzüglich gelöscht werden. „Durch die vom Gesetzgeber veranlasste Vorratsspeicherung von Daten wurde einmal mehr das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient infrage gestellt“, kritisierte Hoppe. Dennoch sei die jetzt gekippte Vorratsdatenspeicherung nur ein Teil der Telekommunikationsüberwachung durch Ermittlungsbehörden, so der BÄK-Präsident. Nach wie vor liefen Ärzte und ihre Patienten Gefahr, Ziel staatlicher Lauschangriffe zu werden, warnte Hoppe.

„Die Bundespsychotherapeutenkammer ist erleichtert über das heutige Urteil des Bundesverfassungsgerichtes zur Telefonüberwachung“, erklärte deren Präsident Prof. Rainer Richter, und ergänzte: „Das Fernmeldegeheimnis ist für psychisch kranke Menschen unverzichtbar.“ Die anlasslose Speicherung aller Telefon- und Internetdaten für sechs Monate hatte die BPTK wiederholt als Eingriff in den unantastbaren Kernbereich privater Lebensführung des Patienten und als nicht akzeptable Hürde für die Kontaktaufnahme mit einem Psychotherapeuten scharf kritisiert. ([Pressemitteilung der BÄK, 3. März](#), [Pressemitteilung der BPTK, 2. März](#))

Versorgung Suchtkranker weiter verbessern

Die Bundesärztekammer (BÄK) möchte die Gesundheitsversorgung Opiatabhängiger weiter verbessern. „Wir wollen noch mehr Ärztinnen und Ärzte motivieren, sich in der Behandlung suchtkranker Menschen zu engagieren.“ Das hat Prof. Frieder Hessenauer, Vorsitzender des Ausschusses „Sucht und Drogen“ der BÄK, anlässlich der Novellierung der BÄK-Richtlinien zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger gesagt. Diese Richtlinien würden auch weiterhin ein hohes Maß an Betäubungsmittelsicherheit gewährleisten, betonte Hessenauer.

Die Bundesärztekammer wurde bereits 2001 vom Gesetzgeber beauftragt, eigene Richtlinien als wissenschaftliche Grundlage für eine substitions-gestützte Behandlung Opiatabhängiger festzulegen. Unter anderem aufgrund des zwischenzeitlich verabschiedeten Gesetzes zur Substitution schwerst Opiatabhängiger mit Diamorphin wurde eine Novellierung der Richtlinien nötig. Das überarbeitete Dokument stellt neben anderen Punkten ausdrücklich fest, dass durch die Behandlung Opiatabhängiger mit Ersatzstoffen nicht nur ein Ende der Sucht angestrebt werden soll, sondern sie auch zur Therapie einer schweren Begleiterkrankung oder zur Verringerung der

Risiken während einer Schwangerschaft und nach der Geburt eingesetzt werden kann. ([Pressemitteilung der BÄK, 1. März](#))

BVKJ: Hausarztverträge für Kinder und Jugendliche ungeeignet

Als die Politik im Paragraph 73b des Fünften Sozialgesetzbuches die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtete, Hausarztverträge mit Gemeinschaften zu schließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Hausärzte vertreten, wollte sie die Qualität der Versorgung verbessern. „Klassenziel verfehlt“, hat dazu Dr. Klaus Rodens, Landesvorsitzender Baden-Württemberg des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) gesagt – mit Blick auf den Hausarztvertrag der AOK Baden-Württemberg mit dem Verbund MEDI und dem Hausärzteverband (HÄV). „Der Gesetzgeber hat nicht berücksichtigt, dass die Kinder- und Jugendärzte die Regelversorger der Altersgruppe null bis 18 Jahren sind“, kritisierte Rodens das auf die Versorgung Erwachsener zugeschnittene Regelwerk. Aktuelle Zahlen aus den Kassenärztlichen Vereinigungen Bayern, Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Nordrhein und Bremen belegen, dass mehr als 90 Prozent aller Vorsorgen der Kinder von null bis sechs Jahren und 60 Prozent der Jugendvorsorgen bei den 12- bis 14-Jährigen in den Praxen von Kinder- und Jugendärzten erbracht würden.

Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Wolfgang Zöller (CSU) zeigte Verständnis für die Situation der Eltern, Kinder und Pädiater in Baden-Württemberg: „Überall in Deutschland spielen die Kinder- und Jugendärzte eine entscheidende Rolle bei der gesundheitlichen Betreuung der nächsten Generation. Insofern ist es zu verstehen, dass dem auch bei den sogenannten Hausarztverträgen Rechnung getragen werden sollte.“ In Bayern gebe es deshalb zusätzlich zum Hausarztvertrag der Allgemeinärzte auch einen pädiatriezentrierten Vertrag der Kinder- und Jugendärzte, so Zöller. „Aufgrund dessen werden wir erfahren, ob dieses Angebot von den Eltern und ihren Kindern gut angenommen wird und ob dieses Modell Vorbild sein kann für alle Bundesländer und Krankenkassen, die jetzt Hausarztverträge abschließen werden“, sagte der Patientenbeauftragte. ([Pressemitteilung des BVKJ, 26. Februar](#))

Tatjana Heinen-Kammerer ist neue Leiterin der Kooperationsgemeinschaft Mammographie

Dr. Tatjana Heinen-Kammerer leitet seit dem 1. März die Kooperationsgemeinschaft Mammographie. Der Beirat der Kooperationsgemeinschaft hatte die diplomierte Volkswirtin im Februar zur neuen Leiterin benannt. „Mit dieser Personalentscheidung wird die erfolgreiche Arbeit der Kooperationsgemeinschaft für das deutsche Mammographie-Screening-Programm fortgesetzt“, sagte Dr. Wolfgang Aubke, Beiratsvorsitzender der Kooperationsgemeinschaft Mammographie, zur Einführung der neuen Geschäftsleitung am Montag in Köln. Heinen-Kammerer tritt die Nachfolge von Jan Sebastian Graebe-Adelssen an, der die Kooperationsgemeinschaft bereits im August des vergangenen Jahres auf eigenen Wunsch verließ.

Heinen-Kammerer arbeitete nach dem Studium der Volkswirtschaft mit sozialwissenschaftlicher Richtung fünf Jahre am Lehrstuhl für Sozialpolitik an der Universität zu Köln. 1999 promovierte sie zum Thema Gesundheitsförderung und Kooperation in der gesetzlichen Krankenversicherung. Im selben Jahr übernahm sie die Leitung der Abteilung Versorgungsforschung und Pharmakoökonomie am Institut für Empirische Gesundheitsökonomie in Burscheid. Vor ihrem Wechsel zur Kooperationsgemeinschaft arbeitete sie seit 2006 als Referentin für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung beim Verband forschender Arzneimittelhersteller e.V. ([Pressemitteilung der Kooperationsgemeinschaft Mammographie, 1. März](#))

DKG: Tarifeinigung im öffentlichen Dienst bringt Kliniken an Belastbarkeitsgrenze

„Der Tarifabschluss für den öffentlichen Dienst in Bund und Kommunen ist angesichts der angespannten finanziellen Lage vieler Kliniken ein schwieriger Kompromiss.“ Das hat der Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Georg Baum, gesagt. Die vereinbarte Laufzeit von 26 Monaten gebe den Krankenhäusern Planungssicherheit, allerdings dürften die Vergütungen der Krankenhausleistungen für dieses Jahr aufgrund der vorgegebenen Grundlohnrate nur um 1,54 Prozent steigen. Für 2011 sieht Baum keine besseren Zuwachsperspektiven für die Vergütungen. Zumal bereits heute die Krankenhäuser eine Überhangslast des vorherigen Tarifabschlusses schultern müssten. „Die nicht gedeckte Finanzierungslast beläuft sich mittlerweile auf über zwei Milliarden Euro. Künftige Tarifvereinbarungen müssen diese schwierige finanzielle Lage der Krankenhäuser berücksichtigen“, berichtete der DKG-Chef. ([Pressemitteilung der DKG, 1. März](#))

Aus der Welt

Europaparlament gegen Abtreibung als Methode der Familienplanung

Das Europaparlament will Abtreibung nicht als eine Methode der Familienplanung fördern. In einer jüngst verabschiedeten Entschließung, anlässlich des 15. Jahrestages der UN-Weltfrauenkonferenz von 1995 in Peking, verlangten die Abgeordneten aber eine humane Behandlung und Beratung von Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch vorgenommen haben. Zudem müsse mehr getan werden, um die Rechte von Frauen bei der reproduktiven Gesundheit in Europa und weltweit zu verbessern. Darüber hinaus beklagt das Europaparlament, dass Ungleichheit und Geschlechterstereotype fortbeständen und Frauen in den damals angesprochenen Bereichen weiterhin eine den Männern untergeordnete Position einnehmen. ([Deutsches Ärzteblatt, 25. Februar](#))

Außerdem

Gewalt gehört zu den größten Gesundheitsrisiken von Frauen

Untersuchungen belegen, dass rund 40 Prozent aller Frauen im Alter zwischen 16 und 85 Jahren körperliche oder sexuelle Gewalterfahrungen gemacht haben. Die gesundheitlichen Folgen reichen von körperlichen Verletzungen, psychischen und psychosomatischen Beschwerden und Erkrankungen bis hin zu tödlichen Folgen, berichtet das Bundesgesundheitsministerium (BMG). Eine Schlüsselrolle in der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen haben die Ärzte. Sie seien oft die erste Anlaufstelle, bei der Frauen Hilfe suchen. Neben der medizinischen Versorgung der Verletzungen sollten sie daher einen Verdacht sensibel ansprechen und über regionale Hilfeangebote und unterstützende Maßnahmen informieren. In manchen Fällen sei auch die Sicherung von Spuren erforderlich. Dies könne später entscheidend für die Aufklärung und Ahndung der Gewalttat sein. Die Rechtsmedizinische Ambulanz für Gewaltopfer des Universitätsklinikums Düsseldorf etwa, in der unter anderem speziell weitergebildete Ärzte arbeiten, sei ein vorbildliches Beispiel für eine Anlaufstelle. Das BMG hat zu dem Thema Gewalt gemeinsam mit der Bundesärztekammer (BÄK) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahre 2008 ein gemeinsames Fachsymposium „Gewalt macht krank- Herausforderungen für das europäische Gesundheitssystem“ veranstaltet. ([Pressemitteilung des BMG, 1. März](#))

KOMPAKT- Zahl der Woche: 30

Mit 30 Tagen jährlich ist der Krankenstand von Pflegepersonal im Bundesdurchschnitt einer der Höchsten. In Berlin fehlten Krankenpfleger sogar 41 Tage und sind damit Spitzenreiter bei den Krankschreibungen im Jahr 2009. Das ergab eine Studie der KKH Allianz. Ärzte blieben bundesweit 10 Tage, in Berlin 17 Tage, aufgrund von Krankheit ihrem Arbeitsplatz fern. ([Pressemitteilung der KKH-Allianz, 24. Februar](#))

Aus dem Terminkalender

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
- 10.-11.03.10 Gesundheitskongress des Westens 2010
Essen, 9.30 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

Immer mehr MVZ für die Patientenversorgung da

„Bis Ende September 2009 ist die Zahl der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) auf rund 1.400 gestiegen.“ Das hat der KBV-Vorstandsvorsitzende, Dr. Andreas Köhler, der Deutschen Presse-Agentur (dpa) in Berlin berichtet. In MVZ arbeiten mehrere Ärzte unter einem Dach. Von den 6.647 Ärzten in den Zentren seien 5.316 angestellt, sagte Köhler. Besonders für die immer

zahlreicheren Ärztinnen sei dies attraktiv, da Familie und Beruf so besser in Einklang zu bringen sind.

„Die Versorgung der Patienten muss sich vorrangig an der therapeutischen Notwendigkeit orientieren, nicht an Gewinninteressen“, sagte Köhler. Der KBV-Chef forderte deshalb für die Zentren eine ärztliche Trägerschaft: „Sie dürfen auf keinen Fall von nichtärztlichen Kapitalgebern dominiert werden.“ In ärztlichen Händen befindet sich derzeit die Hälfte der Einrichtungen. Knapp 40 Prozent dagegen werden von Kliniken geleitet. Die meisten MVZ sind in Städten und Ballungsräumen angesiedelt. Insgesamt gehen in Deutschland etwa 320.000 Ärzte ihrem Beruf nach. Davon sind 71.000 in Einzelpraxen niedergelassen. Darüber hinaus gibt es neben MVZ etwa 19.000 Gemeinschaftspraxen. (Agenturmeldung, 27. Februar)

Gewinner und Verlierer der Honorarreform

Verglichen mit dem ersten Halbjahr 2008 haben Vertragsärzte im ersten Halbjahr 2009 durchschnittlich 6,4 Prozent beziehungsweise 924 Millionen Euro mehr Honorar erhalten. Das ist die Bilanz der KBV im Hinblick auf die am Beginn des vergangenen Jahres vollzogene Honorarreform. Allerdings haben nicht alle Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) und Arztgruppen gleichermaßen von den Zuwächsen profitiert. Während beispielsweise die KVen in Sachsen-Anhalt, Niedersachsen und Hamburg überdurchschnittliche Zuwächse erzielt haben, mussten die KVen in Baden-Württemberg und Bayern ein Minus von 4,1 Prozent beziehungsweise 0,5 Prozent verkraften. Und während Internisten ohne Schwerpunkt sowie Nervenärzte durchschnittliche Honorarsteigerungen von 30,7 Prozent beziehungsweise 23,7 Prozent verzeichnen konnten, haben beispielsweise Orthopäden Einbußen von 3,4 Prozent gehabt. Die KBV führt diese Unterschiede einerseits darauf zurück, dass einige KVen mehr Geld für freie Leistungen gezahlt haben, als sie zurückgestellt hatten. Deshalb verhandeln KBV und Krankenkassen im Bewertungsausschuss darüber, die freien Leistungen künftig in der Menge zu begrenzen. Andererseits ist die Gesamtvergütung in der KV Bayerns und der KV Baden-Württemberg infolge der Bereinigung um Leistungen aus Hausarztverträgen gesunken. ([Deutsches Ärzteblatt, 3. März](#))

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>