



Kassenärztliche  
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

## KBV KOMPAKT

Newsletter vom 25. März 2009

### Aus Berlin

---

#### Länder gegen Monopol des Hausärzterverbandes bei Hausarztverträgen

Zahlreiche Bundesländer wollen die Verpflichtung der Krankenkassen abschaffen, mit Leistungserbringern Verträge nach Paragraph 73b des Fünften Sozialgesetzbuches abzuschließen. Mit einem Änderungsantrag sehen die Länder ebenfalls vor, die Regelungen aufzuheben nach der Hausarztverträge nur noch mit Gemeinschaften abzuschließen sind, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks einer Kassenärztlichen Vereinigung vertreten. Diese Bestimmung hat faktisch zu einem Verhandlungsmonopol des Deutschen Hausärzterverbandes zum Abschluss von Hausarztverträgen geführt. Das Gesetz habe zu einer Privilegierung eines Berufsverbandes geführt. Dies könne durchaus als Verstoß gegen die Grundrechte anderer potenziell geeigneter Gemeinschaften gesehen werden, heißt es in der Begründung des Antrags. Außerdem verhindere der Zwang zum Abschluss eines solchen Vertrages den Wettbewerb um die bestmögliche Versorgung der Versicherten. Im Sinne der Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung sollte es den Krankenkassen vorbehalten bleiben, welches besondere Versorgungsangebot sie ihren Versicherten unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds anbieten wollten, so die Antragsteller. Am 3. April wird im Bundesrat über den Antrag entschieden. ([Deutsches Ärzteblatt, 19. März](#))

#### Defizit des Gesundheitsfonds höher als erwartet

Einem Bericht des Nachrichtenmagazins „Der Spiegel“ zufolge droht dem Gesundheitsfonds in diesem Jahr ein Minus in Milliardenhöhe. Aufgrund der schlechteren gesamtwirtschaftlichen Aussichten wird der Gesundheitsfonds möglicherweise geringere Beitragseinnahmen verzeichnen als ursprünglich erwartet. Davon geht auch die Deutsche Bundesbank aus. Zusätzlich waren die Ausgaben der Krankenkassen Anfang des Jahres höher als geplant. Das Defizit des Gesundheitsfonds wird sich somit auf bis zu drei Milliarden Euro belaufen, schätzen Fachleute. Konjunkturbedingte Fehlbeträge werden mit Liquiditätshilfen des Bundeshaushaltes aufgefangen. Bislang hatte das Bundesgesundheitsministerium mit einem Defizit von lediglich 440 Millionen Euro gerechnet. Eine offizielle Prognose über das Defizit des Gesundheitsfonds kündigte das Bundesversicherungsamt für den 26. März an. ([Der Spiegel, 23. März](#), [Pressemitteilung des Bundesversicherungsamtes, 23. März](#), [Monatsbericht der Deutschen Bundesbank, 23. März](#))

#### Experten uneins über Heroinbehandlung in der GKV-Regelversorgung

Die mögliche Behandlung Schwerstabhängiger mit künstlichem Heroin auf Kassenkosten stößt bei Experten auf ein gegensätzliches Echo. Der Bundesrat sowie SPD, FDP, Die Linke und Bündnis 90/Die Grünen zielen mit einem Gesetzentwurf darauf ab, die Behandlung mit synthetisch hergestelltem Heroin – sogenanntes Diamorphin – in die Regelversorgung der gesetzlichen

Krankenversicherung (GKV) zu integrieren. Die CDU/CSU-Bundestagsfraktion hingegen lehnt die Überführung in die Regelversorgung ab, da der Kenntnisstand über diese Behandlung derzeit nicht ausreiche. Die Ergebnisse von Modellprojekten sprechen jedoch dafür, eine Diamorphin-Behandlung für eine „klar begrenzte Zielgruppe Opiatabhängiger“ zu ermöglichen. Damit könnten schwerstkranke Heroinsüchtige, „die bislang nicht erfolgreich behandelt werden konnten, künftig verstärkt therapeutisch behandelt werden“, heißt es in den Gesetzentwürfen. Danach soll eine solche Behandlung nur in Betracht kommen bei Betroffenen, die mindestens 23 Jahre alt und seit fünf oder mehr Jahren abhängig sind und zudem bereits zwei erfolglose Therapien absolviert haben. Der GKV-Spitzenverband bemängelte, dass nach diesen Kriterien Therapiekosten von bis zu 1 Milliarde Euro für 70.000 Abhängige entstünden. Eine Methadonbehandlung im gleichen Umfang koste dagegen etwa nur ein Drittel. Kritik an den Kriterien kam auch aus der KBV: Für die Heroinabgabe kämen viel mehr Betroffene in Frage als 1.000 oder 2.000 Schwerstabhängige. Die CDU/CSU-Fraktion fordert deshalb den Ausbau der Methadonbehandlung und der psychosozialen Betreuung. ([Heute im Bundestag, 23. März](#), Agenturmeldung, 24. März, [Pressemitteilung der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, 20. März](#))

### **Grüne mahnen Datenschutz bei elektronischer Gesundheitskarte an**

Die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen drängt bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) auf eine strikte Einhaltung von Datenschutz-Grundsätzen. Die Fraktion hat gefordert, dass eine kommerzielle Verwertung aller gespeicherten Patientendaten künftig ausgeschlossen bleibt. Zudem betonen die Grünen-Abgeordneten, dass die „Freiwilligkeit der medizinischen Anwendungen“ der Gesundheitskarte „unter keinen Umständen“ aufgegeben werden darf. Das Freiwilligkeitsprinzip soll auch für Ärzte und andere Anbieter von Gesundheitsleistungen gelten, heißt es weiter. Sie müssten „selbst entscheiden können, ob sie am Online-Betrieb der eGK teilnehmen oder nicht“. Zugleich mahnt die Fraktion, bei der Einführung der Gesundheitskarte unangemessenen Zeitdruck zu vermeiden. In jeder weiteren Entwicklungsstufe bedürfe es eines Evaluierungsprozesses, bevor die nächste Stufe angegangen werde, so die Abgeordneten. ([Heute im Bundestag, 19. März](#))

### **Streit um Senkung der Kassenbeiträge**

In der großen Koalition gibt es Streit darüber, wie die geplante steuerliche Absetzbarkeit der Beiträge zur gesetzlichen und privaten Kranken- und Pflegeversicherung gegenfinanziert werden soll. Ein Teil der Belastungen in Höhe von 9,3 Milliarden Euro für den Bundeshaushalt soll nach dem Willen von Bundesfinanzminister Peer Steinbrück (SPD) ausgeglichen werden, indem Vorsorgeaufwendungen wie Arbeitslosen-, Berufsunfähigkeits-, Haftpflicht- oder Lebensversicherungen nicht mehr wie bisher steuerlich geltend gemacht werden können. Dagegen gibt es jedoch heftigen Widerstand von Unionspolitikern. Diese befürchten, dass viele Bürger künftig auf den Abschluss einer entsprechenden Versicherung verzichten könnten. (Agenturmeldung, 25. März)

## **Aus KBV und KVen**

---

### **KV Bremen will starken KV-Verbund**

Eine Versachlichung der Debatte um die Zukunft der ambulanten Versorgung und die Rolle der Kassenärztlichen Vereinigungen fordert der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen (KVHB), Dr. Till Spiro. „Es darf nicht sein, dass wir alles in Frage stellen und uns selbst zerfleischen“, appelliert er. Der Honorarstreit hat nach Auffassung der KVHB eines deutlich gemacht: Das KV-System bedarf einer Reform. Bremen tritt für einen starken Verbund ein, der „mit einer Stimme spricht“. „Diejenigen, die aus Unzufriedenheit über die Honorarreform lauthals die Abschaffung der KVen einfordern, mögen bitte schön auch aufzeigen, was danach kommen soll. Und zwar in allen Konsequenzen für die Ärzte und ihre Patienten“, forderte Spiro mit Blick auf die Sondersitzung der KBV-Vertreterversammlung am 26. März. „Ich bin sicher, dass diesen Kritikern – die im Übrigen über alle Schritte und Konsequenzen der Reform im Bilde waren – dann der Wind aus den Segeln genommen wird.“ Es werde nur noch über Schwächen geredet, nicht aber über die Vorteile, die das System zweifellos besitzt. Der KVHB-Chef sieht diese vor allem in dem hohen Organisationsgrad aufgrund der Pflichtmitgliedschaft, der die KVen auf Augenhöhe mit Kassen und Politik verhandeln lässt. Aus Sicht Bremens müsse ein

Regelungsmechanismus eingeführt werden, der hohe Verbindlichkeit für alle Akteure herstellt. „Wir brauchen ein Verständnis als einheitlich agierende KV-Gruppe, womit auch Strukturreformen einhergehen müssen“, so Spiro. ([Pressemitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Bremens, 19. März](#))

### **Helming: VdEK-Chef hat falsch gerechnet!**

Der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB), Dr. Hans-Joachim Helming, hat dem Chef des Ersatzkassenverbands (VdEK), Thomas Ballast, vorgeworfen, falsch gerechnet zu haben. Demnach hatte Ballast gesagt, dass die Vertragsärzte in den neuen Bundesländern durch die Honorarreform „fast 20 Prozent mehr Geld von den Kassen“ erhielten. In Brandenburg, das nach gängiger Lesart zu den Reform-Gewinnern zähle, stünden den Niedergelassenen dieses Jahr etwa sieben bis siebeneinhalb Prozent mehr Geld für die Versorgung ihrer Patienten zur Verfügung als in 2008, erklärte Helming. „Das ist die Realität der Honorarreform. Und die hat mit Herrn Ballasts Prognose herzlich wenig gemeinsam.“ ([Pressemitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, 18. März](#))

### **SG-Urteil: Sozialversicherungsbeiträge auch für KV-Vorstand**

Das Sozialgericht (SG) Berlin hat entschieden, dass die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin Sozialversicherungsbeiträge für ihre hauptamtlichen Vorstandsmitglieder zahlen muss. Mit dem Urteil hat das Gericht ein Rechtsproblem gelöst, das der Gesetzgeber mit der Einführung von hauptamtlichen Vorständen der KVen im Jahr 2005 nicht ausreichend geklärt hat.

Offen war bislang die Frage, ob die hauptamtlichen Vorstandsmitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen sozialversicherungspflichtig sind und deshalb die KVen als Arbeitgeber die Sozialversicherungsbeiträge an die Sozialkassen abführen oder ob dies die Vorstandsmitglieder selbst übernehmen müssen. Unklar war ferner, ob Beiträge für die Arbeitslosenversicherung geleistet werden müssen. Aus diesem Grund hat die KV Berlin gegen einen Bescheid der Deutschen Rentenversicherung, wonach ihre drei Vorstandsmitglieder sozialversicherungspflichtig seien, Klage beim Sozialgericht eingereicht. Beide Fragen hat das Gericht nunmehr bejaht. Damit besteht endlich Rechtssicherheit. Die drei Vorstandsmitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin haben bislang ihre Beiträge zur Krankenversicherung und Altersvorsorge aus ihrem Bruttoeinkommen selbst in voller Höhe in die Sozialkassen eingezahlt. Dies muss nunmehr die KV als Arbeitgeber erledigen. Dabei muss sie die Hälfte der Kosten übernehmen und zusätzlich in die Arbeitslosenversicherung einzahlen. ([Pressemitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, 19. März](#))

### **Sachsen-Anhalt soll demografiefest werden**

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Sachsen-Anhalt, die AOK und das Landesministerium für Gesundheit und Soziales wollen mit dem Projekt „Transage – Transformation von Versorgung für eine alternde Gesellschaft“ die medizinische Versorgung in Sachsen-Anhalt demografiefest machen. So sollen zukunftsfähige Strukturen geschaffen werden mit fachübergreifenden Arztkooperationen und der verstärkten Nutzung von telemedizinischen Dienstleistungen. Ministerpräsident Prof. Wolfgang Böhmer (CDU) sieht das Projekt als „Ansporn, um die Grundlagen für eine demografiefeste Versorgung in Sachsen-Anhalt weiter zu verbessern“. Dr. Burkhard John, KV-Vorstandsvorsitzender, betonte: „In Räumen mit abnehmender Bevölkerungsdichte, in denen sich aufgrund der ungünstigen demografischen Entwicklung eine klassische Arztpraxis wirtschaftlich nicht mehr rechnet und die Nachbesetzung auch wegen des Ärztemangels unwahrscheinlich ist, wollen wir die medizinische Versorgung der älter werdenden Bevölkerung auch künftig qualitativ hochwertig sicherstellen.“ (Pressemitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt, 25. März)

### **KVB-Vorstand zur neuen Ultraschallvereinbarung: „Schritt in die richtige Richtung“**

Ein Großteil der Praxen in Bayern erfüllt bereits heute die zum 1. April 2009 in Kraft tretende neue bundesweite Ultraschallvereinbarung. „Nun zahlt sich aus, dass wir – zunächst auf freiwilliger Basis – bereits im Jahr 2006 begonnen haben, Anforderungen auf dem aktuellen Stand der Technik zu etablieren. Damit haben viele Ärzte in Bayern nun einen Vorsprung bei der Umsetzung der neuen Richtlinie“, sagte Dr. Axel Munte, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB). „Bereits im Jahr 2004 haben wir festgestellt, dass ein erheblicher Teil der verwendeten Geräte veraltet ist und schon lange nicht mehr dem aktuellen Stand der Technik entspricht. Gemeinsam mit den Krankenkassen haben wir in Bayern seitdem Anreize gesetzt, in ein Neugerät zu investieren“, so der KVB-Chef. Nach Ansicht des KVB-Vorstands ist die neue

Ultraschallvereinbarung ein Schritt in die richtige Richtung. Munte kritisierte jedoch, dass die Regelung nur für Vertragsärzte, nicht jedoch für Kliniken und Privatärzte gilt. ([Pressemitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, 20. März](#))

### **Arztsuche für Patienten in Rheinland-Pfalz erweitert**

Die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP) hat ihren Internetauftritt um eine neue Arztsuche erweitert. „Patienten finden sich jetzt noch leichter zurecht“, sagte der Vorstandsvorsitzende der KV RLP, Dr. Günter Gerhardt, zum Start der neuen Datenbank. „Schnell und zielgenau können die Bürger die wichtigen Informationen zu einer Praxis abrufen und genau den Arzt oder Psychotherapeuten finden, der ihnen in ihrem speziellen Fall am besten weiterhelfen kann. Auch im Praxisalltag suchen Ärzte zur Weiterbehandlung ihrer Patienten immer wieder Spezialisten.“ Medizinisch-therapeutische Fachbezeichnungen hat die KV RLP durch umgangssprachliche Suchbegriffe ersetzt. Neben den klassischen Angaben wie Praxiskontakt, Fachgebiet oder Genehmigungen liefert die neue Datenbank auch weiterführende Informationen zum individuellen Praxisangebot, etwa zu Parkplätzen, Fremdsprachen oder zur Barrierefreiheit. ([Pressemitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz, 19. März](#))

## **Aus den Verbänden**

---

### **Hoppe will mehr Honorar für die Vertragsärzte**

In Erlangen drohen Vertragsärzte mit Protest. Sie wollen ihre Zulassung zurückgeben und künftig nur auf Rechnung behandeln. Darauf reagierte Prof. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, verständnisvoll. Im Interview mit dem Magazin „Focus“ sagte er, dass nach zehn Jahren endlich eine Honorarerhöhung anstehe. Denn „nur noch 15 Euro von 100 Euro Kassenbeitrag kommen bei den niedergelassenen Ärzten an, vor 20 Jahren waren es noch 22 Euro. Das ist unhaltbar“, so Hoppe. ([Pressemitteilung der Bundesärztekammer, 23. März 2009](#))

### **20 Jahre Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen**

Die Vertreter der 40 Berufsverbände diskutierten auf der 21. Sitzung der Fachberufe im Gesundheitswesen über die zukünftige interprofessionelle Zusammenarbeit. Die Bundesärztekammer initiierte die Fachkonferenz vor 20 Jahren als Plattform für den Austausch und die Kommunikation über die Berufe im Gesundheitswesen. Die Teilnehmer der Konferenz diskutierten über Probleme, Schnittstellen und Verbesserungsmöglichkeiten in der Zusammenarbeit. Zentrale Themen waren die Beratungsergebnisse der Klausurtagung am 3. und 4. März 2009. Darin wurden besonders die Probleme an den Schnittstellen zwischen ambulantem und stationärem Sektor, die Aufgabenverteilung im ambulanten Bereich als auch die pflegerische Langzeitversorgung dargestellt. Im Sinne der patientenorientierten Versorgung soll in Zukunft daran weiter gearbeitet werden. Außerdem wurden die fachlich übergreifende Kommunikation, gemeinsame Leitvorstellungen und verbesserte, standardisierte Prozessabläufe, insbesondere bei der Überleitung von ambulant zu stationär, als Zukunftsthemen definiert. Die Fachleute beschlossen die dazu bestehenden Arbeitsgruppen weiter fortzuführen sowie den politischen Handlungsbedarf zu konkretisieren. Auch der aktuelle Nachwuchsmangel der „Branchen“ Pflege und Medizin wurden dahingehend diskutiert, dass diese Berufe durch bessere Arbeits- und Vergütungsbedingungen deutlich attraktiver gestaltet werden müssen. An der Erstellung des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR) wollen die Fachärzte künftig mitarbeiten. Der DQR basiert auf dem im April 2008 eingeführten Europäischen Qualifikationsrahmen, der bis 2010 in allen EU-Ländern mit nationalen Regelungen etabliert werden soll. ([Pressemeldung der Bundesärztekammer, 19. März](#))

### **Ambulante Therapie für Kinder und Jugendliche**

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) begrüßt die 15. Novelle des Arzneimittelgesetzes (AMG). Der Gesetzgeber will darin eine Sozialpsychiatrievereinbarung für die ambulante Versorgung für psychisch kranke Kinder und Jugendliche festschreiben. Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen sollen die Vereinbarung abschließen. BPtK-Präsident Prof. Rainer Richter erklärt: „Dieses ambulante und multiprofessionelle Angebot ist unbedingt notwendig, damit Kinder und Jugendliche für die Behandlung ihrer psychischen Krankheit nicht aus ihren Familien gerissen werden und weiter die Schule besuchen können.“ Er sieht es als notwendig an, die

entsprechenden Facharztgruppen als Vertragspartner im Gesetz zu benennen. Die bisherigen Sozialpsychiatrievereinbarungen haben die Krankenkassen wegen des Gesundheitsfonds gekündigt. Mit der 15. AMG-Novelle will die Politik eine bundeseinheitliche Regelung schaffen und alle Krankenkassen gleichermaßen zur Finanzierung verpflichten. ([Pressemeldung der Bundespsychotherapeutenkammer, 19. März](#))

### **Frei zur Diskussion: Neuer Entwurf zur Kosten-Nutzen-Bewertung**

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat die Version 2.0 zu den Methoden zur Bewertung von Kosten-Nutzen-Verhältnissen bei Arzneimitteln vorgelegt. Darin sind die Kommentare zu den bisherigen Entwürfen, besonders die vom wissenschaftlichen Beirat des IQWiG, eingearbeitet. Vor allem der Ablauf der einzelnen Schritte im Bewertungsprozess wurde konkretisiert. Bis zum 20. April steht die Version erneut auf der Website des Instituts für Kommentare bereit.

Laut Einschätzung des IQWiG ist die Analyse der Effizienzgrenze für die deutschen Rahmenbedingungen die beste Methode. ([Pressemeldung des IQWiG, 18. März](#))

### **Nächste Tarifverhandlungen für Universitätsärzte am 26. März**

Im Sondierungsgespräch haben sich die Ärztegewerkschaft Marburger Bund (MB) und die Tarifgemeinschaft deutscher Länder darauf geeinigt, die Verhandlungen auf den 26. März zu vertagen. Der MB fordert neun Prozent mehr Gehalt, die umgehende Angleichung der Ostgehälter an das Westniveau sowie die Erhöhung der Zeitzuschläge für Überstunden, Samstags- und Nachtarbeit. Auch das Ziel der Gewerkschaft, den Geltungsbereich zu erweitern für die Gruppe der Rechtsmediziner, Betriebsärzte und vorwiegend wissenschaftlich oder in vorklinischen Fächern tätige Ärzte wird Thema der Gespräche sein. ([Pressemeldung des Marburger Bundes, 24. März](#))

### **Abschluss: Tarifvertrag zwischen Marburger Bund und Asklepios Kliniken**

Die Asklepios Kliniken Verwaltungsgesellschaft mbH und die Ärztegewerkschaft Marburger Bund haben sich auf einen arzt spezifischen Tarifvertrag geeinigt. Der dann bundesweit in den Asklepios Kliniken gültige Vertrag umfasst einen Manteltarifvertrag, einen Entgelttarifvertrag sowie einen Überleitungstarifvertrag. Die bisherigen unterschiedlichen Gehaltsniveaus der Ärzte werden in einer einheitlichen Vergütungstabelle zusammengefasst und erhöhen sich durchschnittlich um 1,6 Prozent. So erfolgt die Vergütung des Bereitschaftsdienstes künftig nach einem neuen Modell, das die gesetzlichen Steuerfreiheiten bei Nacht-, Sonn- und Feiertagszuschlägen ausnutzt. Bis Ende März muss die endgültige Zustimmung in den Gremien der Gewerkschaft und des Arbeitgebers erfolgen. ([Pressemitteilung des Marburger Bundes, 24. März](#))

### **Offene Rechnung: rund 250 Millionen Euro von der Industrie verlangt**

Seit Mitte März überprüft der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verstärkt die Angaben von Arzneimittelherstellern auf ihren Produkten. Durch die fehlerhafte Kennzeichnung zur Befreiung vom sogenannten Generikarabatt sind bisher geschätzte 250 Millionen Euro nicht bei den Krankenkassen angekommen. Untersucht wird die unplausible Kennzeichnung von 11.000 Produkten, um die finanziellen Ansprüche der Krankenkassen zu wahren. Seit April 2006 steht den Kassen per Gesetz für patentfreie, wirkstoffgleiche Arzneimittel ein Abschlag des Herstellerabgabepreises von zehn Prozent zu. Vom Gesetzgeber beauftragt regelt der GKV-Spitzenverband die Details zur Anwendung des Abschlags. In Abstimmung mit den Herstellerverbänden leitet der Spitzenverband jetzt ein Fehlerkontrollverfahren ein. Im ersten Schritt müssen 100 Hersteller von circa 1.500 identifizierten Produkten mit fehlerhaften Angaben danach die Angabe innerhalb einer Frist korrigieren. Die gesamte Überprüfung erstreckt sich auf weitere 11.000 Produkte und kann bis zum kommenden Jahr andauern. Denn die korrigierten Angaben müssen dann wieder geprüft werden. Der Anspruch der Kassen für Produkte, die bereits ab dem 1. April 2006 abschlagspflichtig waren, endet am 31. Dezember 2010. ([Pressemitteilung des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenversicherung, 25. März](#))

### **PKV will mehr Einfluss auf Preise ausüben**

Die privaten Krankenversicherungen (PKV) wollen auch in Zukunft mehr Einfluss auf Preise und Qualität nehmen. Hintergrund sind die gestiegenen Leistungsausgaben, die sich um 6,6 Prozent auf fast 20 Milliarden Euro erhöhten und damit deutlich stärker gestiegen sind als in der gesetzlichen Krankenversicherung. Höhere Ausgaben mussten die Privaten insbesondere für Heilpraktikerbehandlungen (13,1 Prozent) sowie für Arznei- und Verbandmittel (7,7 Prozent)

leisten. Probleme bereiten der PKV zudem die geringen Neuzugänge. So versicherten sich 2008 nur noch 48.900 in der privaten Vollversicherung – dies entspricht einem Minus von 18 Prozent gegenüber dem Vergleichswert von 2007. ([Verband der privaten Krankenversicherung, 25. März](#))

### **GBA: Festbetragsgruppe auch für biotechnologische Arzneimittel**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat beschlossen, Festbetragsgruppen auch für biotechnologisch hergestellte Arzneimittel zu bilden. Im konkreten Fall ging es um den Wirkstoff Somatropin, ein biotechnologisch hergestelltes Wachstumshormon. Fraglich war, ob hier die Voraussetzungen zur Festbetragsbildung für diesen Wirkstoff gegeben sind. Maßgeblich bei der Entscheidung war die EU-Richtlinie zu Biosimilars beziehungsweise das deutsche Arzneimittelgesetz. Dabei wurden auch schon bisher Molekülvarianten eines Wirkstoffs als derselbe Wirkstoff angesehen, wenn gewisse Voraussetzungen erfüllt sind. Der GBA-Beschluss muss nun noch durch das Bundesgesundheitsministerium geprüft werden. ([Pressemitteilung des Gemeinsamen Bundesausschusses, 25. März](#))

### **Neue Versorgungsleitlinie Herzinsuffizienz**

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) hat die neue Versorgungsleitlinie Herzinsuffizienz veröffentlicht. Vorerst steht sie als Konsultationsfassung online zur Verfügung. Bis zum 24. Juni können Interessierte aus Fachkreisen oder Selbsthilfegruppen die Leitlinie zur chronischen Herzinsuffizienz kommentieren. Die Themen und Inhalte reichen von Prävention und Screening, über Diagnostik und Therapie bis hin zu Qualitätsmanagement und Rehabilitation. Bald soll es die Leitlinie auch in einer leicht verständlichen Version für Patienten geben. Die Leitlinie stammt aus dem Programm Nationale Versorgungsleitlinien. Die Träger des Programms sind die Bundesärztekammer, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Die Durchführung und Koordination obliegt dem ÄZQ. Die Konsultationsfassung der Leitlinie Herzinsuffizienz ist online unter <http://herzinsuffizienz.versorgungsleitlinien.de/> abrufbar. ([Pressemitteilung des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin, 25. März](#))

## **Aus der Welt**

---

### **SPD will grenzüberschreitende Versorgung zum EU-Wahlkampfthema machen**

Die Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG) hat sich gegen die EU-Richtlinie zur Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung ausgesprochen. Der Sprecher der ASG, Armin Lang, forderte die deutschen Sozialdemokraten im Europäischen Parlament (EP) auf, die „bisherige Haltung zu dieser Richtlinie zu überdenken“. Er nannte den Vorschlag bedenklich, da er die Aspekte des Wettbewerbs in den Vordergrund stelle. An die SPD richtete er den Appell, die Richtlinie zum Thema für den Europawahlkampf zu machen. (Agenturmeldung, 24. März)

## **Außerdem**

---

### **Tuberkulose in Deutschland rückläufig**

In Deutschland erkrankten im Jahr 2007 rund 5.000 Menschen an Tuberkulose – das entspricht 6,1 Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner. Im Jahr 2006 lag die Quote noch bei 6,5 Prozent. Dies geht aus Zahlen des Robert-Koch-Instituts (RKI) anlässlich des Welttuberkulosestages am 24. März hervor. „Eine Tuberkulose-Erkrankung erfordert meist aufwändige Maßnahmen des Gesundheitsamtes und mehrere Wochen Krankenhausbehandlung“, betonte Prof. Jörg Hacker, RKI-Präsident. Tuberkulose ist weltweit die am häufigsten zum Tode führende behandelbare Infektionskrankheit. Besonders betroffen sind die Staaten der ehemaligen Sowjetunion. ([Pressemitteilung des Robert Koch-Instituts, 16. März](#))

### **KOMPAKT-Zahl der Woche: 70.000**

Wer die KBV bei Google sucht, wird schnell fündig. Rund 70.000 Fundstellen listet die Suchmaschine auf, wie das Deutsche Ärzteblatt herausgefunden hat. Die Kassenärztlichen Vereinigungen kommen insgesamt auf rund 235.000 Einträge. Das KV-System wird daher deutlich häufiger im Internet erwähnt als das Bundesministerium für Gesundheit (Deutsches Ärzteblatt, 20. März).

## **Aus dem Terminkalender**

---

- |               |   |
|---------------|---|
| 26.03.2009    | Vertreterversammlung der KV Hamburg, Hamburg, 20 Uhr  |
| 26.03.2009    | Vertreterversammlung der KV Berlin, Berlin, 20 Uhr  |
| 28.03.2009    | Vertreterversammlung der KV Westfalen-Lippe Münster, 10 Uhr   |
| 25.04.2009    | Vertreterversammlung der KV Bayerns München, 9 Uhr  |
| 29.04.2009    | <u>„Arzt für alle Kassen“: Gerecht versorgt in die Zukunft?</u><br>KBV Kontrovers im Ellington Hotel Berlin, 10 Uhr |
| 29.04.2009    | Vertreterversammlung der KV Baden-Württemberg Stuttgart, 14 Uhr   |
| 29.05.2009    | <u>Tag der Niedergelassenen</u><br>ICC-Berlin, 9 Uhr  |
| 12.13.06.2009 | <u>5. Mitteldeutsche Fortbildungstage</u><br>Dresden  |
| 16.06.2009    | Vertreterversammlung der KV Bremen Bremen, 19.30 Uhr  |
| 17.06.2009    | Vertreterversammlung der KV Rheinland-Pfalz Mainz, 15.30 Uhr  |
| 24.06.2009    | Vertreterversammlung der KV Saarland Saarbrücken, 16 Uhr  |

## **Aus der Presse**

---

### **„Das System ist viel zu kompliziert“**

Der Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. Andreas Köhler, hat im Interview mit dem „Tagesspiegel“ deutlich gemacht, dass es sich bei der möglichen Honorarsteigerung von 3,5 Milliarden Euro lediglich um eine Simulationsberechnung handelt. Er betonte, dass sich der Zuwachs auf das Jahr 2007 bezieht. „Die Steigerung von 2008 muss man natürlich zum Abzug bringen“, so Köhler. An die Ärzte richtete er den Appell, „die endgültigen Honorarbescheide abzuwarten“.

Zudem hält der KBV-Chef das System der ärztlichen Vergütung für viel zu kompliziert. „Inzwischen hat das eine Komplexität erreicht, wo ich sagen muss: Das verstehen nur noch die Spezialisten“. Köhler schlug eine Diskussion über den Umfang des Leistungskatalogs sowie den Zugang zu diesen Leistungen vor. (Tagesspiegel, 20. März)

### **Gesundheitskarte in Nordrhein: Ärzte müssen Terminals selbst bestellen**

Die Auslieferung der neuen elektronischen Gesundheitskarte (eGK) hat nach einer Meldung des Onlineportals des „Deutschen Ärzteblatts“ zu Verunsicherungen bei den niedergelassenen Ärzten geführt – insbesondere im Hinblick auf die Beschaffung der neuen Kartenterminals. Die KBV weist daher daraufhin, dass die Auslieferung der neuen Terminals nicht automatisch erfolgt. Vielmehr müssen die Ärzte die Geräte selber bei privaten Herstellern beschaffen. ([Deutsches Ärzteblatt Online, 20. März](#))

### **Ärzte bleiben am Steuer**

„Dass nun Ärzte in ganz Deutschland die Gewissheit haben, in unterversorgten Gebieten geschulte Mitarbeiterinnen mit Versorgungsaufgaben betrauen zu können, darf die ärztliche Selbstverwaltung als Erfolg verbuchen“. Mit diesen Worten kommentiert die „Ärzte Zeitung“ den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses (EBA) zur Delegation ärztlicher Leistungen. Denn „ohne die jetzt gefundene Lösung hätten andere Berufsgruppen in die ambulante Versorgung eingegriffen und die Ärzte hätten ihre Steuerungsfunktion verloren“, ist sich die Ärzte Zeitung sicher. ([Ärzte Zeitung, 24. März](#))

### **Ob Agnes oder Verah, Geld fließt allemal**

Der Erweiterte Bewertungsausschuss (EBA) von Kassen und KBV hat einen Honorarbeschluss für die Delegation ärztlicher Leistungen getroffen. Demnach erhalten qualifizierte nichtärztliche Praxisassistenten 17 Euro für den Erst- und 12,50 Euro für den Folgebesuch. Ein bestimmtes Modell, wie das von der Universität Greifswald entwickelte AGnES-Konzept (Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Healthgestützte, Systemische Intervention), wird durch den Beschluss jedoch nicht in den Vordergrund gestellt. „Das Greifswalder Modell ist sicherlich eine gute Sache, aber der Beschluss ist davon unabhängig“, stellte KBV-Pressesprecher Dr. Roland Stahl in der „Ärzte Zeitung“ klar. ([Ärzte Zeitung, 24. März](#))

Redaktion:

Dezernat Kommunikation der KBV

Tel: 030 / 4005 – 2203

Fax: 030 / 4005 – 27 2203

E-Mail: [wreinert@kbv.de](mailto:wreinert@kbv.de), [fknoeppke@kbv.de](mailto:fknoeppke@kbv.de), [kschumann@kbv.de](mailto:kschumann@kbv.de)

Hier können Sie unsere Newsletter abonnieren, Ihre E-Mail-Adresse ändern oder unsere Newsletter abbestellen: <http://www.kbv.de/service/115.html>