



# KBV KOMPAKT

Gesundheitspolitischer Newsletter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung  
vom 21. April 2010

## Aus Berlin

---

### Barmer GEK fordert höhere Kassenbeiträge und erntet dafür Kritik

Die Vorstandsvorsitzende der Barmer GEK, Birgit Fischer, hat im Handelsblatt eine rechtzeitige Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes und ein Ausgabenmoratorium bei Kliniken und Ärzten gefordert. Ansonsten müssten Zusatzbeiträge die zu erwartenden Kassendefizite ausgleichen, argumentierte sie. Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der KBV, lehnte Kostendämpfungsmaßnahmen ab, da er eine Verschlechterung der Versorgung befürchtet. Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein, Dr. Peter Potthoff, wies Fischers Forderung angesichts des Ärztemangels zurück: „Es ist geradezu abenteuerlich, auf der einen Seite Fördermaßnahmen gegen den Ärztemangel zu verlangen und andererseits die Ausgaben für die ambulante Versorgung einfrieren zu wollen.“ Der gesundheitspolitische Sprecher der Unionsfraktion, Jens Spahn (CDU), lehnte höhere Beiträge ab. Vielmehr sollten die Krankenkassen stattdessen aktiv sparen und die Verwaltungskosten optimieren. Der Sprecher des Gesundheitsministers, Phillip Rösler (FDP), betonte ebenfalls: „In diesem Jahr wird der Beitrag nicht erhöht.“ Für den Vorschlag der Barmer GEK sprach sich indessen der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der AOK Bayern, Walter Schwarz, aus. Er hält angesichts eines künftigen Defizits eine Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes für unumgänglich. Dr. Doris Pfeiffer, die Vorstandsvorsitzende des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), mahnte Beitragserhöhungen und Zusatzbeiträge so lange wie möglich zu vermeiden, aber die Ausgaben zu bremsen. „Es muss jetzt schnell gehandelt werden, bevor die Finanzlöcher so groß werden, dass sie sich nicht mehr stopfen lassen“, so Pfeiffer. (Agenturmeldung, 20. April; Die Welt, 21. April; [Pressemitteilung der KV Nordrhein, 20. April](#); [Statement des GKV-Spitzenverbandes, 20. April](#))

### Rösler lehnt Erhöhung der Arzthonorare ab

Eine Erhöhung der Arzthonorare lehnt Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler (FDP) laut einem Bericht in der Rheinischen Post ab. „In den vergangenen beiden Jahren ist das Honorarvolumen für die Ärzte deutlich angehoben worden“, sagte Rösler. Im vergangenen Jahr habe es für die Niedergelassenen 3,5 Milliarden Euro mehr gegeben, in diesem Jahr seien es schätzungsweise 1,17 Milliarden Euro zusätzlich. „Das ist schon eine ganze Menge Geld, das nun zusätzlich für die Versorgung zur Verfügung steht“, sagte der Minister. Er sehe keinen zusätzlichen Spielraum. Ein Ministeriumssprecher erklärte, Rösler lege großen Wert auf eine faire und transparente Gestaltung der Arzthonorierung. Die von Röslers Vorgängerin Ulla Schmidt (SPD) initiierte Honorarreform sei offensichtlich in bestimmten Regionen Deutschlands nicht gerecht gelaufen. Aus diesem Grund wolle die schwarz-gelbe Koalition die Honorarregelung kritisch überprüfen. (Rheinische Post, 17. April)

### Gesundheitsausschuss diskutierte Maßnahmen gegen Ärztemangel

Um dem drohenden Ärztemangel zu begegnen, sei eine grundlegende Modernisierung der Bedarfsplanung erforderlich. Sie müsse kleinräumiger erfolgen und den Bedarf an Ärzten sowohl des stationären als auch des ambulanten Sektors abbilden. Deshalb sollen in jedem Bundesland Regionalverbände gegründet werden, denen neben den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) die Landeskrankenhausesellschaften, die Landesärztekammern und die Landesministerien

stimmberechtigt angehören. Das hat der Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. Andreas Köhler, in der jüngsten Sitzung des Gesundheitsausschusses vorgeschlagen. Die SPD-Fraktion unterstützte Köhlers Vorschlag, hinterfragte aber, ob für ein solches System überhaupt noch die KVen notwendig seien. Köhler bejahte mit einem Hinweis auf die Qualitätssicherung. Die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen wies darauf hin, dass geklärt werden müsse, wer nach einer Reform die Verantwortung für die Bedarfsplanung tragen solle. ([Heute im Bundestag, 21. April](#))

### **SPD legt Vorschläge zur Senkung der Arzneimittelausgaben vor**

Die SPD-Bundestagsfraktion will die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Arzneimittel eindämmen. Die Abgeordneten forderten, den Herstellerrabatt, den Pharmaunternehmen den Kassen gewähren müssen, von sechs auf 16 Prozent anzuheben. Gleichzeitig solle es ein Preismoratorium geben. Besonders teure Medikamente sollen im Preis auf das europäische Durchschnittsniveau gesenkt werden. Ferner müssen Pharmaunternehmen für jedes neue Arzneimittel eine Kosten-Nutzen-Bewertung zum Zeitpunkt der Arzneimittelzulassung vorgelegen, forderte die SPD. Das finanzielle Risiko bei der Anwendung innovativer Krebstherapien sollen sich Krankenkassen und pharmazeutische Hersteller künftig teilen. Die Krankenkassen sollten die Kosten nur dann übernehmen, wenn der Patient auf die Therapie anspricht. Außerdem forderten die SPD-Abgeordneten eine Positivliste aller Arzneimittel, die zu Lasten der GKV verordnet werden können. Diesen abschließenden Leistungskatalog soll der Gemeinsame Bundesausschuss erstellen. ([Heute im Bundestag, 15. April](#))

### **Richtlinien zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten kommen noch in diesem Jahr**

Welche heilkundlichen Tätigkeiten Ärzte in Modellprojekten künftig auf Pflegefachkräfte übertragen können, werde der Gemeinsame Bundesausschuss noch in diesem Jahr festlegen. Das Gremium habe die Beratungen über entsprechende Richtlinien bereits im vergangenen Jahr aufgenommen, beantwortet die Bundesregierung eine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen. Modellvorhaben sollen die Möglichkeit erproben, die es Ärzten erlaubt, Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen, etwa Pflegekräfte, zu übertragen. Für die Delegation hausärztlicher Tätigkeiten sei jeweils der einzelne Arzt verantwortlich. Er müsse sich vergewissern, dass die Person, der er bestimmte Tätigkeiten überträgt, diese sicher beherrscht. Weiter schreibt die Regierung, für den Zeitraum des zweiten und dritten Quartals 2009 seien bereits bundesweit insgesamt 96 Genehmigungen an Ärzte zur Delegation von hausärztlichen Tätigkeiten ausgesprochen worden. ([Heute im Bundestag, 16. April](#))

## **Aus KBV und KVen**

---

### **Patienten bescheinigen ambulanten Operateuren sehr gute Arbeit**

Die Patienten sind mit der Qualität von ambulanten Operationen sehr zufrieden. Das ist das Ergebnis einer Studie der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU) in Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Bayerns und dem Bundesverband Ambulantes Operieren (BAO). Zudem würde eine stärkere Förderung ambulant durchgeführter Eingriffe jährliche Einsparungen in Millionenhöhe ermöglichen. Das geht aus einem Gutachten des Gesundheitsökonom Prof. Peter Oberender im Auftrag des BAO hervor. So haben rund 97 Prozent der in der Studie befragten Patienten den Eingriff mit „sehr gut“ oder „gut“ bewertet. Fast alle von ihnen, nämlich rund 95 Prozent, fühlten sich nach dem Eingriff zu Hause ausreichend betreut und würden sich bei Bedarf wieder einer ambulanten Operation unterziehen. „Die Studie und das Gutachten belegen eindrucksvoll, dass das ambulante Operieren zwei wesentliche Vorteile hat: Es ist meist kostengünstiger und garantiert höchste Qualität. Außerdem freuen wir uns darüber, dass die Patienten, die sich für eine ambulante Operation entscheiden, diese Vorteile klar erkennen“, sagte KBV-Vorstandsvorsitzender Dr. Andreas Köhler. Da sich in Deutschland im Gegensatz zu anderen Ländern aber noch viele Menschen aus Angst vor Komplikationen gegen einen ambulanten Eingriff entscheiden, werben die KBV und die KV Bayerns in einer Infobroschüre für die Vorteile ambulanter Operationen.

Als „völlig abwegig“ hat der Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Georg Baum, das Gutachten bezeichnet. Dieses würde auf Annahmen basieren, die an der Realität der Patientenversorgung in Deutschland vorbeigingen, lautete seine Kritik. Des Weiteren übte er Zweifel daran, dass die KVen die hausärztliche Patientenbetreuung nach einer ambulanten Operation gewährleisten können. ([Pressemitteilung der KBV, 19. April](#); [Pressemitteilung der DKG, 21. April](#))

### **Frage der Woche: Fachärztliche Grundversorgung wird wohnortnah gebraucht**

„Wir brauchen niedergelassene Fachärzte in der gleichen Weise, im gleichen Umfang und gleichermaßen wohnortnah wie wir Hausärzte brauchen“. Das hat der KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Andreas Köhler in der Frage der Woche zum Thema fachärztliche Versorgung erklärt. Gerade für ältere und kranke Versicherte sei es unzumutbar, für den Weg zum Augenarzt eine Stunde oder länger unterwegs zu sein. Im Video-Podcast bezieht er Stellung zur sogenannten doppelten Facharztschiene und zu einem drohenden Ärztemangel auch im fachärztlichen Bereich. In der nächsten Woche wird sich KBV-Vorstand Dr. Carl-Heinz Müller zur Bedarfsplanung äußern. ([Video-Podcast der KBV zur Frage der Woche](#))

### **KV Bremen: Notfalldienst bleibt allen zugänglich**

Versicherte, die im Hausarztvertrag des Hausärzteverbandes Bremen (HÄVB) eingeschrieben sind, können auch in Zukunft im Ernstfall mit einer Behandlung in den Notfallzentren der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Bremen rechnen. Im Rahmen der Kostenerstattung muss der HÄVB allerdings pro Quartal und eingeschriebenen Versicherten eine Infrastrukturpauschale in Höhe von 48 Cent an die KV Bremen zahlen. Darauf haben sich beide Verhandlungspartner nach langem Streit verständigt mit dem Ziel, den einheitlichen Notfalldienst fortzuführen. „Für die Patienten bleibt damit alles beim Alten. Sie können wie gewohnt im medizinischen Notfall an Feiertagen, am Wochenende oder in der Nacht die bekannten Anlaufstellen aufsuchen oder telefonischen Rat einholen“, erklärte Günter Scherer, stellvertretender Vorsitzender der KV Bremen. Mit der Einigung ist die Gefahr gebannt, dass eine zweite Notfalldienststruktur in Bremen und Bremerhaven aufgebaut werden muss und Patienten die Kosten der ärztlichen Behandlung selbst zahlen müssen. ([Pressemitteilung der KV Bremen, 21. April](#))

### **KV Rheinland-Pfalz: KV-TV gewinnt internationalen Medienpreis**

Zu den Gewinnern des intermedia-globe Silver Award 2010, einem internationalen Medienpreis, gehören zwei Beiträge im Web-TV der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Rheinland-Pfalz. Das sind einerseits ein Film über die Prävention von Darmkrebs mit dem Titel „Dem Darmkrebs keine Chance“ und andererseits ein Film über Arzthonorare mit dem Titel „RLV 2009 – Prognose und Realität“. Beide konnten die Jury mit ihrer hohen Qualität, Kreativität und zielgruppenorientierten Umsetzung überzeugen. „Das ist ein Meilenstein und eine tolle Bestätigung für unser Web-TV. Damit haben wir zusätzlich ein schönes Lob für unsere Kompetenzen in der Kommunikation von der Fachwelt bekommen“, zeigte sich der Vorstandsvorsitzende der KV Rheinland-Pfalz, Dr. Günter Gerhardt, erfreut. Beworben hatten sich auch Unternehmen wie Ikea, Nokia und BMW sowie Rundfunkanstalten wie die ARD, Arte und BBC. Die Preisverleihung findet am 19. Mai im Rahmen des World Media Festivals in Hamburg statt. ([Pressemitteilung der KV Rheinland-Pfalz, 20. April](#))

### **KV Hamburg: Psychotherapeutische Versorgung von Kindern wird ausgebaut**

In Hamburg werden demnächst 60 zusätzliche Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ihre Arbeit aufnehmen. „Damit verbessern wir die Versorgungssituation der Kinder und Jugendlichen deutlich“, sagte Walter Plassmann, stellvertretender Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Hamburg. Der entsprechende Beschluss des Hamburger Zulassungsausschusses geht auf eine einmalige Öffnung der Bedarfsplanung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zurück, die der Gesetzgeber geschaffen hatte. „Bislang haben wir auf Versorgungsprobleme mit Sonderbedarfszulassungen reagiert“, so Plassmann und ergänzte: „Mit den jetzt neu zugelassenen Psychologen haben wir die Zahl der Therapeuten nahezu verdoppelt. Damit müssten Versorgungsprobleme und Wartezeiten weitgehend der Vergangenheit

angehören.“ Die neuen Praxen sollen sich auf das gesamte Stadtgebiet verteilen, insbesondere auf die sozialen Brennpunkte in Hamburg. ([Pressemitteilung der KV Hamburg, 20. April](#))

### **KV Westfalen-Lippe: Zusätzliche Früherkennungsuntersuchungen für Kinder**

Seit dem 1. April können Kinder, deren Eltern bei der AOK Westfalen-Lippe versichert sind, von zwei zusätzlichen Früherkennungsuntersuchungen profitieren: der U 10 für Kinder im Alter von sieben bis acht Jahren und der U 11 für Kinder im Alter von neun bis zehn Jahren. Eine entsprechende Vereinbarung hat die Krankenkasse mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Westfalen-Lippe und dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (bvkj) abgeschlossen. Bestandteil der U 10 ist der sogenannte Grundschulcheck. Mit diesem sollen Entwicklungsstörungen frühzeitig erkannt und therapiert werden. Dazu gehören Lese-, Rechtschreib- und Rechenstörungen sowie Störungen der motorischen Entwicklung und des Verhaltens, die häufig erst nach Schulbeginn deutlich werden. Die U 11 befasst sich mit der Förderung von Bewegung und Sport sowie der Aufklärung über Suchtmittel und thematisiert gesundheitsschädigendes Medienverhalten.

„Mit der U 10- und U 11-Vereinbarung ist es uns gelungen, die ambulante medizinische Versorgung auch für die Grundschulkinder in Westfalen-Lippe über den gesetzlichen Rahmen hinaus weiter auszubauen“, so der Erste Vorsitzende der KV Westfalen-Lippe, Dr. Ulrich Thamer. Gesetzlich vorgeschrieben sind bislang nur neun Vorsorgeuntersuchungen, von denen die erste direkt nach der Geburt erfolgt und die anderen im Laufe der ersten fünf Lebensjahre. Eine zehnte Vorsorgeuntersuchung sieht der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung für Kinder zwischen 12 und 14 Jahren vor. ([KV Westfalen-Lippe, 15. April](#))

## **Aus den Verbänden**

---

### **Weiteres Vorgehen zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte beschlossen**

Im Hinblick auf die geplante Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und die dafür erforderliche Telematikinfrastruktur hat die Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (gematik) ihre Bestandsaufnahme abgeschlossen und Beschlüsse zur weiteren Vorgehensweise gefasst. So sollen die Ärzte die alleinige Verantwortung für die medizinischen Anwendungen übernehmen, während die Krankenkassen für die administrativen Anwendungen zuständig sein sollen. Des Weiteren soll das Projekt zunächst mit drei Anwendungen starten: einem online gestützten Versichertenstammdaten-Management, einem Notfalldatensatz sowie einer adressierten Kommunikation zwischen den Ärzten. „Mit den Beschlüssen haben wir einen großen Schritt hin zur Einführung der eGK gemacht“, sagte die Vorstandsvorsitzende des Spitzenverbands der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), Dr. Doris Pfeiffer. Sie plädierte aber auch für eine verpflichtende Online-Anbindung: „Leider haben alle Leistungserbringer gegen einen solchen Beschluss gestimmt. Wir sind optimistisch, dass das Bundesgesundheitsministerium hier eine sinnvolle und zukunftsweisende Lösung über den Weg der Gesetzgebung finden wird“, so Pfeiffer. ([Pressemitteilung der gematik, 20. April](#), [Statement des GKV-Spitzenverbands, 21. April](#))

### **Offene Fehlerkultur in Krankenhäusern soll Patientensicherheit stärken**

Um zu zeigen, wo ihre Stärken und Schwächen liegen, haben verschiedene Krankenhausträger ihre Qualitätsanalysen im Internet veröffentlicht. Sie zeigen damit deutlich, wo eine bessere Behandlungsqualität, weniger Komplikationen und letztlich auch die Vermeidung von Todesfällen möglich ist. „Dieser offene Umgang mit Daten zur Patientensicherheit ist vorbildlich und eine sehr gute Grundlage für ein aktives Risikomanagement und die Stärkung der Fehlerkultur innerhalb der Krankenhäuser“, sagte Dr. Günther Jonitz, Vorsitzender der Qualitätssicherungsgremien der Bundesärztekammer (BÄK). Die an der Initiative Qualitätsmedizin (IQ<sup>M</sup>) freiwillig teilnehmenden Kliniken hatten sich verpflichtet, drei Verfahren zur Qualitätsverbesserung durchzuführen: die Qualitätsanalyse mit Routinedaten, die Veröffentlichung der Ergebnisse auf einer trägerübergreifenden Plattform und die Durchführung sogenannter Peer-Review-Verfahren. Weitere Infos gibt es auf der Website [www.initiative-qualitaetsmedizin.de](http://www.initiative-qualitaetsmedizin.de). ([Pressemitteilung der BÄK, 20. April](#))

### Langwirksame Insulinanaloge für Typ-1-Diabetiker nicht nützlicher als Humaninsulin

Im Vergleich mit Humaninsulin bringen die Wirkstoffe Detemir und Glargin in Form der Medikamente Levemir und Lantus Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 keinen zusätzlichen Nutzen. Zu dieser Einschätzung ist das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG) im Rahmen einer Arzneimittelbewertung gelangt. Den Auftrag dazu hatte ihm der Gemeinsame Bundesausschuss erteilt. ([Pressemitteilung des IQWiG, 19. April](#))

## Aus der Welt

---

### Ein Drittel der Deutschen traut dem Gesundheitssystem nicht

Fast die Hälfte aller EU-Bürger traut dem Gesundheitssystem des eigenen Landes nicht. In Deutschland fürchtet ein Drittel der Bevölkerung, während einer ambulanten oder stationären Behandlung einen Schaden erleiden zu können, in Griechenland gegen davon 83 Prozent der Befragten aus. Als mögliche Ursachen werden Diagnose- und Behandlungsfehler sowie Krankenhausinfektionen genannt. Dies geht aus einer im Auftrag der Europäischen Kommission durchgeführten Meinungsumfrage unter 26.663 Personen aus allen 27 EU-Mitgliedstaaten zur Patientensicherheit und Qualität der Gesundheitsversorgung in Europa hervor.

Die EU möchte die Ergebnisse dazu nutzen, die Qualität der medizinischen Versorgung in ihren Mitgliedstaaten zu verbessern und gesundheitliche Ungleichheiten abzubauen. Hierzu gehören beispielsweise die geplanten Regelungen zur Förderung der (Informations-)Rechte der Patienten bei medizinischen Behandlungen im In- und Ausland sowie über verschreibungspflichtige Arzneimittel als auch eine Empfehlung der EU-Gesundheitsminister zur Verbesserung der Patientensicherheit. ([Pressemitteilung der Europäischen Kommission, 16. April](#), [Deutsches Ärzteblatt, 20. April](#))

### Frankreich plant nationale Spitzengesundheitszentren

Laut der wissenschaftlichen Abteilung der französischen Botschaft in Deutschland plant Frankreich, fünf nationale Spitzengesundheitszentren (IHU) zu gründen. Eine Kommission hat Kriterien vorgestellt, anhand derer die besten Projekte ausgewählt werden sollen.

Die IHU-Kandidaten sollen nach Angaben der Kommission über ein internationales Spitzenniveau im Bereich Versorgung, Forschung und Bildung verfügen. Das Budget für die Gründung der fünf IHU beträgt laut Wissenschaftlicher Abteilung 850 Millionen Euro, die offizielle Ausschreibung soll noch vor dem Sommer beginnen. Im Anschluss wird ein internationaler Ausschuss bis Dezember die fünf besten Projekte auswählen. ([Deutsches Ärzteblatt, 15. April](#))

### Erste europaweite Strategie zur Erforschung von Alzheimer und Parkinson

Die EU will die Erforschung von Alzheimer und Parkinson besser koordinieren. Dazu startete sie die erste Programminitiative zur Bekämpfung neurodegenerativer Krankheiten. Die EU-Kommission will die Arbeiten der Forscher aus 24 Mitgliedstaaten mit knapp zwei Millionen Euro unterstützen. „Durch effizientere Forschung und die Vermeidung von Doppelarbeit wird das gemeinsame Programm die Aussichten auf echte Fortschritte bei der Verhütung und Behandlung dieser Krankheiten erhöhen. Die daraus gewonnenen Erfahrungen werden dann in die Forschungsarbeiten in anderen Bereichen einfließen“, sagte Máire Geoghegan-Quinn, EU-Kommissarin für Forschung, Innovation und Wissenschaft. ([Pressemitteilung der EU-Kommission, 15. April](#))

### Patientensicherheit: EU-weite Datenbank für Medizinprodukte kommt

Ab Mai 2011 müssen alle EU-Mitgliedstaaten die europäische Datenbank für Medizinprodukte (Eudamed) nutzen. Das hat die EU-Kommission beschlossen. Sicherheitsrelevante Informationen über medizinische Produkte sind dann noch schneller und einfacher verfügbar. Wichtige Daten zu Produkteigenschaften, die bislang nur auf nationaler Ebene erhoben wurden, sind in der Datenbank künftig zentral gespeichert. John Dalli, EU-Kommissar für Gesundheit und

Verbraucherschutz, wies darauf hin, dass die Patientensicherheit durch die Datenbank erhöht werde. Betroffen sind tausende Medizinprodukte, von lebenserhaltenden Geräten wie Herzschrittmachern über Prothesen und Röntgenapparate bis hin zu Spritzen, Blut- und Urintests. ([Pressemitteilung der EU-Kommission, 19. April](#))

## Außerdem

---

### Erstmals umfassende Analyse der Arzneimittelversorgung bei Privatversicherten

Zum ersten Mal ist die Arzneimittelversorgung von Privatpatienten im Rahmen einer Studie untersucht worden. Das Wissenschaftliche Institut der privaten Krankenversicherung (WIP) legte jetzt die Ergebnisse seiner Untersuchung aus dem Jahr 2008 vor.

Laut der Analyse bekommen Privatversicherte im Vergleich zu gesetzlich Versicherten anteilig seltener Generika verschrieben. Die Generikaquote bei den 100 umsatzstärksten patentfreien Wirkstoffen lag im Jahr 2008 bei 51,4 Prozent (nach Verordnungen), während in der gesetzlichen Krankenversicherung fast 90 Prozent erreicht wurden. Es lässt sich jedoch auch bei der privaten Krankenversicherung ein Trend zu vermehrten Generikaverordnungen ausmachen. Im Jahr 2007 lag die Quote noch bei 46,4 Prozent.

Die Studie bestätigt zudem frühere Untersuchungen, wonach Privatversicherte anteilig häufiger innovative Medikamente erhalten als gesetzlich Versicherte. ([Pressemitteilung des WIP, 15. April](#))

### Abrechnungsbetrug mit Krebsmitteln weitet sich aus

Wegen Abrechnungsbetrugs mit Krebsmedikamenten ermitteln mehrere Staatsanwaltschaften bundesweit gegen rund 60 Apotheker. Die Apotheker hätten sich über Pharma-Großhändler im Ausland die Bestandteile für Zellwachstums-Hemmer für Krebspatienten besorgt, berichtete der Sender NDR-Info. Die Medikamente seien dort wesentlich günstiger, aber in Deutschland nicht verkehrsfähig. Bei den Krankenkassen sollen die Apotheker den in Deutschland üblichen Satz abgerechnet und so einen erheblich höheren Gewinn erzielt haben. Die Krankenkassen AOK Niedersachsen und Techniker Krankenkasse gehen von einem Schaden im hohen zweistelligen Millionenbereich aus. Die Staatsanwaltschaft Braunschweig ermittelt gegen einen Apotheker, dessen Gewinn bei 1,6 Millionen Euro liegen soll.

Ende 2009 habe der Pharmakonzern Sanofi-Aventis bei der Staatsanwaltschaft Mannheim Anzeige erstattet. Von der Staatsanwaltschaft war zu erfahren, dass die Behörde gegen Verantwortliche einer anderen Pharma-Firma ermittle. Ihnen würde vorgeworfen, ausländische Arzneimittel mit einem in Deutschland geschützten Wirkstoff geliefert und hier vertrieben zu haben, so die Sprecherin der Staatsanwaltschaft, Christina Arnold. Die Ermittlungen stünden im Zusammenhang mit den Verfahren gegen die Apotheker. (Agenturmeldungen, 15. bis 21. April)

### KOMPAKT- Zahl der Woche: 54,5 Millionen

54,5 Millionen Euro will die Bundesregierung im Jahr 2010 für deutsche Zentren für Gesundheitsforschung ausgeben. Im Vorjahr lag die Summe bei 41 Millionen Euro. Der Großteil der Mittel geht an das Deutsche Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen – zur Erforschung von beispielsweise Demenzerkrankungen und Parkinson. Acht Millionen Euro sind 2010 für das Deutsche Zentrum für Diabetesforschung vorgesehen. ([Heute im Bundestag, 20. April](#))

## Aus dem Terminkalender

---

- 21.04.10 Moderne Investitionsförderung für Arztpraxen  
Frankfurt, 15 Uhr
- 21.04.10 Moderne Investitionsförderung für Arztpraxen  
Hamburg, 16 Uhr
- 26.04.10 [Spreestadt-Forum zur Gesundheitsversorgung in Europa](#)  
Berlin, 18–20 Uhr
- 28.04.10 [KBV kontrovers](#)  
Berlin, 10 Uhr
- 28.04.10 Moderne Investitionsförderung für Arztpraxen  
Marburg, 15 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
- 19.05.10 Vertreterversammlung der KV Saarland  
Saarbrücken, 16 Uhr
- 26.05.10 Vertreterversammlung der KV Sachsen-Anhalt  
Magdeburg, 15.30 Uhr
- 29.05.10 Vertreterversammlung der KV Hessen  
Frankfurt, 10 Uhr

## Aus der Presse

---

### Ambulant vor stationär spart Geld

Operationen wie die von Meniskusschäden am Kniegelenk oder die eines Leistenbruchs müssen nicht unbedingt im Krankenhaus, sondern können auch ambulant erfolgen. Dadurch ließen sich Kosten in Millionenhöhe sparen. Das schreibt der Tagesspiegel und beruft sich auf ein Gutachten des Gesundheitsökonom Prof. Peter Oberender im Auftrag des Bundesverbands für Ambulantes Operieren (BAO). Bezug nehmend auf eine Studie der Münchner Ludwig-Maximilians-Universität in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Bayerns und dem BAO stellt der Tagesspiegel fest: Auch bei ambulanten Operationen sei eine Qualität auf höchstem Niveau gesichert, weshalb die Zufriedenheit unter den in der Studie befragten Patienten sehr hoch sei. Allerdings zeigt die Realität, dass sich viele Deutsche aus Angst davor, bei ambulanten Eingriffen beispielsweise nicht ausreichend betäubt zu werden, lieber im Krankenhaus behandeln lassen. Deshalb wollen die KBV und die KVen die Patienten mit einer Informationsbroschüre von den Vorteilen ambulanter Eingriffe überzeugen, so die Zeitung weiter. Darüber hinaus solle der Katalog der für ambulante Eingriffe empfohlenen Indikationen dringend erweitert werden, forderte KBV-Chef Dr. Andreas Köhler. Die dafür benötigten zusätzlichen finanziellen Mittel würden sich laut Köhler mittelfristig auszahlen. ([Der Tagesspiegel, 20. April](#))

### Hohe Patientenzufriedenheit mit ambulanten Operationen

In Deutschland erfolgen nur 60 Prozent aller Operationen, die statt in Krankenhäusern auch in Arztpraxen durchgeführt werden könnten, tatsächlich ambulant. Andererseits ist die Zufriedenheit jener Patienten, die sich bereits einem ambulanten Eingriff unterzogen haben, sehr hoch. Das ist das Ergebnis einer Studie der Münchner Ludwig-Maximilians-Universität in Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und dem Bundesverband für Ambulantes Operieren, schreibt die Süddeutsche Zeitung. Der Studie zufolge hätten 97,5 Prozent der befragten Patienten den Verlauf des Eingriffs mit den Noten „sehr gut“ oder „gut“ bewertet. Fast alle von ihnen, nämlich rund 96 Prozent, würden sich wieder für eine ambulante Operation entscheiden. (Süddeutsche Zeitung, 20. April)

Redaktion:

Dezernat Kommunikation der KBV

Tel: 030 / 4005 – 2207

Fax: 030 / 4005 – 27 2203

E-Mail: [fknoeppke@kbv.de](mailto:fknoeppke@kbv.de), [agraumann@kbv.de](mailto:agraumann@kbv.de), [mspierings@kbv.de](mailto: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>