



KBV KOMPAKT

Gesundheitspolitischer Newsletter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
vom 23. Juni 2010

Aus Berlin

Union macht Sparvorschläge für das Gesundheitswesen

Es werde keine Nullrunde geben. Das hat Unions-Fraktionsvize Johannes Singhammer (CSU) gegenüber der Tageszeitung Münchner Merkur versichert. 2,5 Milliarden Euro sollen bei Ärzten und Kliniken eingespart werden. Den Anstieg der Ärztehonorare wolle man begrenzen: „Die Zuwächse aus den vergangenen Jahren können wir nicht wiederholen“, sagte er. Trotzdem Weiter stellte Singhammer als Weg aus der Finanzkrise im Gesundheitswesen Mehrbelastungen für gesetzlich Krankenversicherte in Aussicht. Nach aktuellen Informationen aus Koalitionskreisen sollen die Versicherten fünf Milliarden Euro von den erwarteten elf Milliarden Euro Defizit im kommenden Jahr tragen. Der Gesundheitsexperte Jens Spahn (CDU) setzt sich für eine aus dem bestehenden Zusatzbeitrag entwickelte, breitere Finanzierungslage ein. Das Volumen der Zusatzbeiträge werde ohne zusätzliche Belastung der Geringverdiener steigen, so Spahn. Auch für FDP-Generalsekretär Christian Lindner sind strukturelle Veränderungen auf der Einnahmeseite zwingend notwendig, um die Voraussetzung für einen Sozialausgleich zu schaffen. Die Beratungen der Gesundheitsexperten von Union und FDP dauern derweil an. (Agenturmeldungen, 22. und 23. Juni)

Aus KBV und KVen

Müller zur Online-Anbindung: Überzeugung ist besser als Zwang

„Im Rahmen der Einführung der Gesundheitskarte muss die Online-Anbindung für die niedergelassenen Ärzte freiwillig sein. Alles andere würde die berechtigte Kritik der Vertragsärzte an Überbürokratisierung und gesetzlicher Bevormundung nur verstärken.“ Dies hat der Vorstand der KBV, Dr. Carl-Heinz Müller, zum aktuellen Beschluss des Bundestages über die obligatorische Online-Anbindung der Vertragsärzte an die Telematikinfrastruktur erklärt. Weiter plädierte Müller für finanzielle Unterstützung der Arztpraxen. „Wir müssen die Akzeptanz der zweifelsohne sinnvollen Anbindung erhöhen und ihre Chancen für Ärzte und Versicherte aufzeigen. Hierbei sind entsprechende Anreize hilfreich, etwa die Übernahme der Kosten durch die gesetzlichen Krankenkassen. Für die niedergelassenen Ärzte dürfen keine zusätzlichen Kosten entstehen“, so der KBV-Vorstand weiter. ([KBV-Pressemitteilung, 18. Juni](#))

Richtlinie für Röntgenuntersuchungen neu gefasst: Mehr Sicherheit für junge Patienten

Der Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) von Ärzten und Krankenkassen hat neue Qualitätskriterien für radiologische Untersuchungen beschlossen. Ziel der sogenannten Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie ist es, durch regelmäßige Stichprobenprüfungen bei den rund 18.000 niedergelassenen Ärzten die Untersuchungen und deren Ergebnisse sicherer und genauer zu machen. Ein Novum ist außerdem, dass Kinder und Jugendliche, die geröntgt oder mittels Computertomografie (CT) untersucht wurden, künftig bei den Qualitätsprüfungen gesondert betrachtet werden. „Kinder und Jugendliche reagieren auf eine Strahlenbelastung viel sensibler als Erwachsene. Darum gilt es hier, jede unnötige Untersuchung zu vermeiden und die notwendigen Diagnoseverfahren so sicher wie möglich zu machen“, erläuterte Johann-Magnus von Stackelberg,

stellvertretender Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes. Die Neufassung der Richtlinie wurde notwendig, um die Anforderungen an die Bildqualität und deren Dokumentation für Prüfungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) einerseits und die darüber hinausgehenden nach der Röntgenverordnung erfolgenden Prüfungen der Untersuchungs- und Aufnahmetechnik durch die Ärztlichen Stellen andererseits zu vereinheitlichen. Die Richtlinie beinhaltet nun die ärztlichen Qualitätsanforderungen aus den aktualisierten Leitlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der Röntgendiagnostik und in der CT. Darüber hinaus haben die KVen gemeinsam mit der KBV ein bundesweit einheitliches Bewertungsschema entwickelt, das als Grundlage für die Qualitätsbewertung bei Röntgen- oder CT-Untersuchungen dienen wird. Da sowohl die KVen als auch die Ärztlichen Stellen auf Grundlage der Leitlinien prüfen, kann beispielsweise die gleiche Stichprobe benutzt und so der bürokratischen Aufwand für die Vertragsärzte reduziert werden. „Qualitätssicherung soll kein Selbstzweck sein. Da die bisherigen Prüfungen für die CT-Diagnostik sehr gute Ergebnisse erbracht haben, können die KVen die Prüffrequenz für diese Untersuchungsmethode für die kommenden zwei Jahre reduzieren oder auch ganz aussetzen. Bedingung hierfür ist, dass die jeweilige KV in bisherigen Stichprobenprüfungen nahezu keine oder nur geringe Beanstandungen festgestellt hat“, sagte der Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. Andreas Köhler. ([Gemeinsame Pressemitteilung der KBV und des GKV-Spitzenverbands, 17. Juni](#))

KV Bremen dementiert Informationen des HÄVB

Mit einem Fax an alle Vertragshausärzte hat die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Bremen die vom Hausärzterverband verbreiteten Informationen zu angeblichen Honorarverlusten dementiert und richtiggestellt. So soll es keine massive Abwertung der Honorarhöhe geben. Vielmehr sei das Bruttohonorar der Hausärzte in Bremen von 2008 auf 2009 um sechs Prozent gestiegen. Auch das Verteilungsvolumen für den hausärztlichen Versorgungsbereich ist im dritten Quartal 2010 um 35.000 Euro im Vergleich zum Vorjahresquartal gestiegen. Falsch sei außerdem die Behauptung des Hausärzterverbandes, dass im vergangenen Jahr Notbesuche, Inanspruchnahme in der Nacht und Akupunktur unbudgetiert von den Krankenkassen vergütet wurden, so die KV. ([Pressemitteilungen der KV Bremen, 20. Juni](#))

KV Bayerns fördert die Teilnahme an Online-Initiative Honorarunterlagen

65 Euro bekommen alle bayrischen Vertragsärzte und -psychotherapeuten, die bis zum 30. Juni ihre Teilnahmeerklärung für die Online-Initiative Honorarunterlagen bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Bayerns einreichen. Mit dieser Online-Initiative bietet die KV Bayerns seit Frühjahr dieses Jahres ihren Mitgliedern die Möglichkeit, diejenigen Unterlagen, die den Honorarbescheid begründen, künftig nur noch papierlos über das Online-Aktenverwaltungssystem SmarAkt unter smarakt.kvb.de einzusehen. Lediglich den Honorarbescheid, den Zuweisungsbescheid für die Regelleistungsvolumen sowie gegebenenfalls den Richtigstellungsbescheid erhalten die teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten aus rechtlichen Gründen weiterhin per Post. Knapp 30 Prozent aller bayerischen Vertragsärzte und -psychotherapeuten nutzen bereits dieses Angebot der KV. ([Pressemitteilung der KV Bayerns, 21. Juni](#))

Mammografie-Screening ist in Brandenburg gut akzeptiert

Knapp 53 Prozent der zum Mammografie-Screening eingeladenen Frauen sind zwischen Januar 2008 bis Dezember 2009 gingen in Brandenburg zur Untersuchung gegangen. „Ich freue mich, dass die Brandenburgerinnen das Mammografie-Screening als zusätzliches Angebot zur Brustkrebsfrüherkennung bereits so gut annehmen“, sagte Landesgesundheitsministerin Anita Tack (Die Linke) bei einer Pressekonferenz in Potsdam. Sie appellierte an alle anspruchsberechtigten Frauen zwischen 50 und 69 Jahren, am Mammografie-Screening-Programm teilzunehmen. Dr. Peter Noack, Vize-Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Brandenburg, wies auf die hohen Qualifikationsstandards des Programms hin, denn alle Ärzte und Radiologie-Assistentinnen hätten eine spezielle Zusatzausbildung absolviert und ihr Wissen durch Fortbildungen und Re-Zertifizierungen regelmäßig nachgebessert. ([Pressemitteilung der KV Brandenburg, 21. Juni](#))

KV Hessen verbessert Behandlung chronischer Herzinsuffizienz

Zum 1. Juli startet das neue Modul zur Behandlung von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz im Rahmen des Disease-Management-Programms (DMP) in der KV-Region Hessen. Dadurch können Patienten, die am DMP Koronare Herzkrankheit (KHK) teilnehmen und zusätzlich an chronischer systolischer Herzinsuffizienz leiden, umfassender und zielgerichteter behandelt werden. Zur Bestätigung der Teilnahme ist die elektronische Dokumentation zum DMP KHK um ein Datenfeld „Modul-Teilnahme Chronische Herzinsuffizienz“ erweitert worden. Durch die gezielte Behandlung der Herzinsuffizienz im Rahmen dieses Moduls soll das Fortschreiten der Erkrankung vermieden oder verlangsamt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hatte die Inhalte des DMP KHK aktualisiert und das zusätzliche Modul zur Behandlung von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz ergänzt. ([Pressemitteilung der KV Hessen, 21. Juni](#))

KV Nordrhein: Erste EVAs können nun Praxen entlasten

31 entlastende Versorgungsassistentinnen (EVAs) haben in Nordrhein ihre Ausbildung abgeschlossen und übernehmen jetzt mehr Aufgaben in der Praxis. Entlastung des Praxisinhabers von delegierbaren Routineaufgaben ist das Ziel dieser Zusatzqualifikation. Die KV Nordrhein bietet die Fortbildung in Kooperation mit der Nordrheinischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung an. Die KVen im Rheinland und Westfalen-Lippe haben sich abgestimmt. Neben Notfall- und Wundmanagement enthält das Curriculum weitere neun Pflichtmodule. Darunter das geriatrische Basisassessment, Untersuchungs- und Behandlungsverfahren häufiger Krankheiten in der hausärztlichen Praxis (zum Beispiel das Metabolische Syndrom), Sozialrecht und elektronische Kommunikation. Auch eine praktische Fortbildung zu Hausbesuchen mussten die EVAs absolvieren. Derzeit läuft in Nordrhein die zweite EVA-Fortbildung; im Herbst 2010 startet der dritte Kursus. ([Pressemitteilung des KV Nordrhein, 22. Juni](#))

Aus den Verbänden

Trauer um Prof. Hans Joachim Sewering

Am 18. Juni ist Prof. Dr. med. Dr. h. c. Hans Joachim Sewering im Alter von 94 Jahren verstorben. Sewering war Ehrenmitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer (BÄK). Der Dachauer Internist und Lungenfacharzt setzte sich besonders für die Aus- und Weiterbildung von Ärzten ein. Sewering war viele Jahre Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Zudem war er von 1955 bis 1991 Präsident der bayerischen Landesärztekammer. 1959 wurde Sewering zum Vizepräsidenten der BÄK gewählt. Ab 1973 war er fünf Jahre deren Präsident. Zudem war Sewering Generalsekretär des Ständigen Ausschusses der Ärzte der Europäischen Gemeinschaft. 1959 bis 1993 engagierte er sich in der deutschen Delegation zum Weltärztebund. Zwischenzeitlich war Sewering dessen Schatzmeister. Der gesundheitspolitisch interessierte Arzt erhielt außerdem das Bundesverdienstkreuz mit Stern und Schulterband sowie die Paracelsus-Medaille. ([Pressemitteilung der BÄK, 21. Juni](#))

GKV-Spitzenverband: Focus-Berichterstattung veraltet

Die vom Nachrichtenmagazin Focus veröffentlichten Aussagen des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) seien veraltet, hat der Sprecher des GKV-Spitzenverbandes, Florian Lanz erklärt. Nach einem Bericht des Magazins soll die Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherungen schlechter sein, als bisher angenommen. Die Aussagen des GKV-Spitzenverbandes lägen bereits ein halbes Jahr zurück, so Lanz. Deshalb erlaubten sie keinen Rückschluss auf die aktuelle Finanzsituation der Krankenkassen. Momentan gebe es lediglich drei Krankenkassen (GBK Köln, BKK für Heilberufe, City BKK), die in Finanznot geraten seien, sagte der Verbandssprecher. ([Bericht im Focus, 19. Juni](#), [Presseerklärung des GKV-Spitzenverbandes, 19. Juni](#))

Versorgung von Frühchen sorgt für Kontroverse

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat beschlossen, dass nur noch bestimmte Krankenhäuser Früh- und Neugeborene mit einem Geburtsgewicht von unter 1250 Gramm versorgen dürfen. Kliniken, die mindestens 30 solcher Fälle im Jahr haben, können Frühchen weiterhin betreuen. Bisher lag die Mindestmenge bei 14. Die neue Regelung soll am 1. Januar 2011 verbindlich werden. Zuerst muss noch das Bundesministerium für Gesundheit zustimmen.

Der Beschluss sei kontrovers diskutiert worden, so Dr. Rainer Hess, Unparteiischer Vorsitzender des GBA: „Mindestmengen können dazu führen, dass die medizinische Behandlung auf Zentren konzentriert wird und dies wiederum einer wohnortnahen Versorgung entgegenstehen kann.“ Deshalb können Länder in gegebenen Fällen Ausnahmeregelungen für die Mindestmenge finden. So sollen zu lange Anfahrtszeiten zu den Krankenhäusern umgangen werden.

„Der GBA setzt auf Masse statt Klasse“, kritisierte Dr. Günther Jonitz, Vorsitzender der Qualitätssicherungsgremien der Bundesärztekammer, die Entscheidung. ([Pressemitteilung des GBA, 17. Juni](#), [Pressemitteilung der Bundesärztekammer, 18. Juni](#))

Neues zur Behandlung von Diabetes

Die oralen Antidiabetika Glinide und Glitazone können nur noch in medizinisch begründeten Einzelfällen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnet werden. So lautet ein Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses. Glinide und Glitazone konnten bisher zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 verschrieben werden. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) fand heraus, dass die Arzneien keinen nachweisbaren Nutzen haben und das Schadenspotenzial der behandelten Patienten hoch sei. Der Beschluss wird noch nicht sofort umgesetzt. So haben Ärzte Zeit, die Behandlungen des Diabetes mellitus Typ 2 umzustellen.

Auch die KBV macht sich für das Thema Diabetes stark. Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) hat im Auftrag der KBV zwei neue Wartezimmerinformationen erarbeitet. In dem Flyer „Diabetes und Augen“ und „Diabetes und Füße“ finden Ärzte Kurzinformationen, die sie Patienten aushändigen können. Die Wartezimmerinformationen können als PDF von der Website der KBV heruntergeladen und ausgedruckt werden. ([Pressemitteilung des Gemeinsamen Bundesausschusses, 17. Juni](#), [Pressemitteilung des ÄZQ, 16. Juni](#), [Wartezimmerinformation der KBV, Juni 2010](#))

Aus der Welt

Einigung bei EU-Patientenrechten bleibt fraglich

Der Richtlinienentwurf zu den Patientenrechten bei EU-Auslandsbehandlungen ist erneut auf Kritik gestoßen. Die Gesundheitsminister der EU-Staaten hatten sich am 8. Juni nach zweijähriger Beratung auf einen Entwurf geeinigt. Ärzte, Europaabgeordnete und Patienten verlangen nun Änderungen vom Ministerrat, bevor die Richtlinie in Kraft treten kann. „Die Rechte der Patienten werden durch die Beschlüsse des Europäischen Parlaments weit umfassender und stärker unterstützt als durch die Vorschläge der Gesundheitsminister. Ich rechne daher damit, dass das Parlament im weiteren Verfahren den Ministerrat zu Abänderungen zwingen wird“, sagte der gesundheitspolitische Sprecher der Fraktion im Europäischen Parlament, der CDU-Abgeordnete Peter Liese. Dies betrifft unter anderem die Regelung der Behandlungsmöglichkeiten für Patienten mit seltenen Erkrankungen sowie ethisch umstrittene Verfahren wie DNA-Tests und künstliche Befruchtungen auf Kosten der Krankenkassen. Eine Einigung zwischen Europäischem Parlament und Ministerrat wird frühestens im Frühjahr 2011 erwartet. ([Deutsches Ärzteblatt online, 17. Juni](#))

EU-Recht soll Behandlungsverweigerung aus Gewissensgründe bei Ärzten regeln

Ein Ausschuss der Parlamentarischen Versammlung des Europarates will Regeln für Ärzte festschreiben, die eine Behandlung aus Gewissensgründen verweigern. Es müsse ein Gleichgewicht zwischen dem persönlichen Recht auf Gewissensentscheidungen und dem Recht der Patienten auf die gesetzlich zulässige Versorgung in angemessener Frist geben, heißt es in

dem Entschließungsentwurf. Vor allem bei Schwangerschaftsabbrüchen und Sterbehilfe kommt es immer wieder zu Streit zwischen Ärzten und Patienten. Der Entwurf sieht vor, dass Mediziner ihre Gewissensgründe zurückstellen müssen, wenn Gesundheit oder Leben des Patienten bedroht sind und wenn es nicht möglich ist, den Patienten rasch an eine andere Gesundheitseinrichtung zu überweisen. Das Recht auf Gewissensentscheidung solle immer nur den Mediziner im konkreten Einzelfall zustehen, nicht aber für öffentliche und staatliche Einrichtungen, etwa Kliniken, insgesamt gelten. Der Entwurf soll im Herbst im Europarat diskutiert werden. ([Deutsches Ärzteblatt online, 22. Juni](#))

Außerdem

Neue Verordnung von Medikamenten bei Durchfallerkrankungen

Motilitätshemmer, die bei der Behandlung von Durchfallerkrankungen verschrieben werden, können künftig nicht nur nach bestimmten Darmoperationen verordnet werden. Nun dürfen diese Arzneimittel auch bei anderen schweren und länger andauernden Diarrhöen verabreicht werden. Dies beschloss der Gemeinsame Bundesausschuss in der vergangenen Woche. Eine längere Anwendung von Motilitätshemmern müssen Ärzte aber besonders dokumentieren. ([Pressemitteilung des Gemeinsamen Bundesausschusses, 17. Juni](#))

KOMPAKT- Zahl der Woche: ein Drittel

Etwa ein Drittel der europäischen Gesundheitskosten, nämlich 386 Milliarden pro Jahr, gehen auf Rechnung neurologischer Erkrankungen. Darauf hat die Europäische Neurologengesellschaft hingewiesen. Erkrankungen des Nervensystems und des Gehirns seien häufiger als Krebs. Der Weltgesundheitsorganisation zufolge gibt es in Europa 50 Millionen Betroffene. Migräne zählt dabei als die häufigste neurologische Erkrankung. An ihr leiden 41 Millionen Europäer. ([Deutsches Ärzteblatt online, 21. Juni](#))

Aus dem Terminkalender

- | | |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 24.06.10 | Vertreterversammlung der KV Berlin
Berlin, 20 Uhr |
| 25.–26.06.10 | 4. Norddeutsche Fortbildungstage für Ärztinnen und Ärzte
Hamburg |
| 28.06.10 | Spreestadt-Forum zur Gesundheitsversorgung in Europa
Berlin, 18 – 20 Uhr |
| 05.07.10. | Spreestadt-Forum zur Gesundheitsversorgung in Europa
Berlin, 18 – 20 Uhr |
| 14.07.10. | Vertreterversammlung der KV Bayerns
München |
| 11.08.10 | Vertreterversammlung der KV Sachsen-Anhalt
Magdeburg, 15.30 Uhr |
| 25.09.10 | Kooperationstagung „Demenz – Strategien für eine gemeinsame Versorgung“
Berlin, 10 – 16.30 Uhr |

Aus der Presse

Zentralinstitut ermittelt Verlagerungseffekte vom stationären in den ambulanten Sektor

Zwischen der stationären und ambulanten Versorgung gibt es aufgrund des medizinischen Fortschritts Leistungsverlagerungen. Diese sollen sich auch in der Vergütung der ambulant tätigen Ärzte und Psychotherapeuten niederschlagen. Deshalb verlangt der Gesetzgeber vom Bewertungsausschuss, die Entwicklung der Verlagerungseffekte, etwa beim ambulanten Operieren, zu messen. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) hat hierzu eine Methodik erarbeitet, berichtet dessen Geschäftsführer, Dr. Dominik Graf von Stillfried, im Deutschen Ärzteblatt. Ihm zufolge hat das ZI Verlagerungseffekte in Höhe dreistelliger Millionenbeträge jährlich berechnet. „In Anbetracht der zunehmenden Relevanz für die Verhandlungen der Gesamtvertragspartner ist es unerlässlich, intersektorale Leistungsverlagerungen weiter zu erforschen. Dafür bedarf es jedoch einer sektorenübergreifenden versichertenbezogenen Datengrundlage für Längsschnittanalysen, die letztlich nur von den Kostenträgern bereitgestellt werden kann“, stellte von Stillfried klar. Auf Dauer könne die fehlende Datengrundlage nicht hingenommen werden. Die sektorale Leistungsverlagerung ist dem ZI-Chef zufolge in den Honorarverhandlungen, neben etwa der Morbidität der Versicherten, als gleichrangiger Anpassungsfaktor anzusehen. ([Deutsches Ärzteblatt, 18. Juni](#))

Redaktion:

Dezernat Kommunikation der KBV

Tel: 030 / 4005 – 2203

Fax: 030 / 4005 – 27 2203

E-Mail: imohr@kbv.de, agromes@kbv.de; fkoepke@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>