



KBV KOMPAKT

Gesundheitspolitischer Newsletter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
vom 30. Juni 2010

Aus Berlin

Sparpaket im Arzneimittelmarkt

Mit einem vom Bundeskabinett beschlossenen Gesetzentwurf will der Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler (FDP) neue Strukturveränderungen im Arzneimittelmarkt durchsetzen und steigende Arzneimittelausgaben dämpfen. „Die pharmazeutische Industrie muss künftig den Nutzen für alle neuen Arzneimittel nachweisen und den Erstattungspreis mit der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbaren“, sagte Rösler. Dieser Gesetzentwurf soll die Arzneimittelausgaben im kommenden Jahr um etwa 1,7 Milliarden Euro senken. Für die Jahre danach ist die Sparziel bei zwei Milliarden Euro. Kernpunkt ist, dass die Pharmaunternehmen künftig verpflichtet sind, den Nutzen für neue Arzneimittel nachzuweisen und innerhalb eines Jahres den Preis des Medikaments mit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu vereinbaren. Kommt keine Einigung zur Stande, entscheidet eine zentrale Schiedsstelle mit Wirkung ab dem 13. Monat nach Markteinführung über den Arzneimittelpreis. Grundsätzlich hat Doris Pfeiffer, die Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbands, den Gesetzentwurf begrüßt, jedoch als unzureichend für die nachhaltige Stabilisierung der Kassen bewertet. ([Pressemitteilung des BMG, 29.Juni](#))

Milliardendefizit in der GKV: Bundeskanzlerin schaltet sich ein

Bundeskanzlerin Angela Merkel (CDU) will sich mit den Partei- und Fraktionsvorsitzenden sowie dem Bundesgesundheitsminister, Dr. Philipp Rösler (FDP), beraten, wie gegen das Defizit in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vorgegangen werden kann. Rösler geht davon aus, dass im kommenden Jahr etwa 11 Milliarden Euro im Gesundheitsfonds fehlen werden. Vier Milliarden sollen durch Einsparungen ausgeglichen werden. Strukturelle Veränderungen auf der Einnahmeseite sollen die restlichen sieben Milliarden einsparen.

Dr. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, hatte vor einer Schieflage, die kaum noch abzufangen sei, gewarnt, wenn es bis zur Sommerpause keine Sparbeschlüsse gebe. Höhere Zusatzbeiträge seien keine Lösung. Vielmehr müsste es Nullrunden bei niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern geben, zumal es bei den Medizinern seit 2007 Honorarsteigerungen von durchschnittlich 5,4 Prozent pro Jahr gegeben habe.

Christian Zahn, Vorsitzender des Verbandes der Ersatzkasse e.V. (vdek), betonte, dass der Einheitsbeitrag sich nicht bewährt hat, um die Finanzierungsprobleme der GKV zu lösen. Die Zusatzbeiträge, die einseitig die Versicherten belasten, würden tendenziell sogar noch steigen. Er plädierte dafür, die paritätische Finanzierung von Versicherten und Arbeitgebern einzuhalten. (Agenturmeldung, 29. Juni, [Pressemitteilung des vdek, 29. Juni](#))

Regierung sieht keinen gesetzlichen Handlungsbedarf bei Hebammenvergütung

Der Parlamentarische Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, Daniel Bahr (FDP), hat verdeutlicht, dass die aktuelle Rechtslage eine Erhöhung der Vergütung von Hebammen zulässt. „Aus Sicht des Bundesgesundheitsministeriums bedarf es insoweit keiner Gesetzesänderung“, erläuterte Bahr vor dem Petitionsausschuss. In einem Schiedsverfahren solle Anfang Juli eine Lösung gefunden werden.

Martina Klenk, Präsidentin des Deutschen Hebammenverbandes, hatte zuvor eine Petition eingereicht. Steigende Haftpflichtprämien ab dem 1. Juli und eine unzureichende Vergütung

erschweren nach Meinung des Verbandes die Berufsausübung. Klenk forderte die Politik auf, mit Sofortmaßnahmen die Entwicklung zu stoppen, da sonst die flächendeckende Versorgung der werdenden Mütter nicht mehr sichergestellt werden könne. ([Heute im Bundestag, 28. Juni](#))

Aus KBV und KVen

AG Vertragskoordinierung kooperiert mit BVKJ

„Ich freue mich, dass es uns erstmals gelungen ist, eine Vereinbarung zur Abwicklung der Selektivverträge eines Berufsverbandes über die AG Vertragskoordinierung zu schließen. Sowohl die Techniker Krankenkasse als auch die Knappschaft haben dreiseitige Verträge mit der AG und der Service GmbH des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) unterzeichnet. Zudem wird der BVKJ seine Verträge mit der Barmer ebenfalls an die AG Vertragskoordinierung überführen.“ Das hat Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der KBV, zu einem neuen Vertrag der Arbeitsgemeinschaft (AG) Vertragskoordinierung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und der KBV mit dem BVKJ gesagt. Demnach werden die Früherkennungsuntersuchungen U 10 (Sieben- bis Achtjährige), U 11 (Neun- bis Zehnjährige) und J 2 (16- bis 17-Jährige) ab dem 1. Juli über die KVen abgerechnet.

„Die AG Vertragskoordinierung sorgt künftig dafür, dass die Abrechnung der Leistungen innerhalb des Selektivvertrages über eine EBM-Pseudoziffer läuft; der BVKJ sorgt für die notwendige Dokumentation, die KVen für die konkrete Abrechnung. Dafür zahlen die teilnehmenden Kinderärzte einen prozentualen Anteil an den BVKJ und an die KVen, der aber im Durchschnitt immer noch niedriger liegt, als die entsprechenden Umlageanteile bei den Verträgen gemäß Paragraf 73 b des Fünften Sozialgesetzbuches“, so Köhler weiter. ([KBV-Pressemitteilung, 25. Juni](#))

Neuer Vertrag für Palliativversorgung in Berlin

Berliner Krankenkassen, der Verein Home Care Berlin und die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin haben einen neuen Vertrag geschlossen. Als erstes Bundesland hat Berlin somit flächendeckend die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) eingeführt.

SAPV stellt die Versorgung von schwerstkranken Menschen sicher. Die Versorgung sollen speziell ausgebildete Ärzte übernehmen und koordinieren. Die Mediziner werden hierbei die Patienten im häuslichen Umfeld betreuen.

Home-Care-Ärzte, die bereits eine Sondergenehmigung zur Behandlung schwerstkranker Patienten haben, behalten diese. Zusätzlich zu den schon ausgebildeten Medizinern können nun weitere Palliativärzte ihre Teilnahme am SAPV-Vertrag erklären. Sie müssen aber bestimmte Qualifikationen erfüllen: Beispielsweise müssen sie im Arztregister eingetragen sein, eine Weiterbildung in Palliativmedizin und einen Nachweis von mindestens 75 selbstständig ambulant versorgten Palliativpatienten in den vergangenen drei Jahren nachweisen. Als Vertragspartner im SAPV-Vertrag muss der Arzt aber noch weitere Auflagen erfüllen. Dazu gehören die 24-Stunden-Rufbereitschaft sowie regelmäßige Teilnahmen an palliativmedizinischen Fortbildungen und an multidisziplinären Qualitätszirkeln. Schwerstkranken Patienten haben seit 2007 einen Anspruch auf SAPV. Gesetzliche Krankenkassen sind seitdem verpflichtet, ambulante Versorgungsstrukturen zu entwickeln. ([Pressemitteilung KV Berlin, 29. Juni](#))

KV Sachsen-Anhalt beteiligt sich an Vereinbarung zwischen Hausärzterverband und Kasse

Die Techniker Krankenkasse (TK) und der Hausärzterverband in Sachsen-Anhalt haben sich auf eine regionale Vereinbarung zur Hausarztzentrierten Versorgung geeinigt. Fortan können sich die mehr als 115.000 Versicherten der TK in Sachsen-Anhalt in den neuen Hausarztvertrag einschreiben. Bundesweit erstmalig ist an der vertraglichen und abrechnungstechnischen Umsetzung eine Kassenärztliche Vereinigung (KV) beteiligt. „Mit diesem Vertrag konnten wir gemeinsam mit dem Hausärzterverband den in Sachsen-Anhalt schon lange bewährten Weg einer strukturierten Versorgung weiter stärken. Die Umsetzung des Vertrages zusammen mit der KV verhindert zunehmende Bürokratie in den Hausarztpraxen und erhöht so die Akzeptanz bei den Ärzten“, betonte Dr. Burkhard John, Vorsitzender der KV Sachsen-Anhalt, anlässlich der

Vorstellung des Eckpunktepapiers. Auf Basis der Vereinbarung wollen der Hausärzteverband Sachsen-Anhalt und die TK bis zum Jahresende 2010 einen Vollversorgungsvertrag sowie die entsprechende Honorarvereinbarung abschließen. ([Pressemitteilung der KV Sachsen-Anhalt, 25. Juni](#))

Honorarreform: Hamburger Ärzte fühlen sich von der Politik betrogen

Der Vorsitzende der Vertreterversammlung der KV Hamburg, Dr. Michael Späth, fühlt sich zum Thema Honorarreform für die Vertragsärzte getäuscht. „Vor der Bundestagswahl hat uns die Regierung die Abschaffung des Honorarbudgets und eine Gebührenordnung mit kalkulierbarem Honorar versprochen. Übrig geblieben ist nun ein Budget, das nur 80 Prozent der tatsächlich erbrachten Leistungen abdeckt“, klagte Späth. Das Morbiditätsrisiko war bei den Krankenkassen angesiedelt. Doch im Zuge der Sparmaßnahmen habe man es nun wieder den Ärzten zugeschoben, die damit eine Verantwortung übernehmen sollen, für die sie einfach nicht zuständig seien, argumentierte der Vorsitzende der Vertreterversammlung. Dies sei „politischer Betrug“ an der Ärzteschaft. Zudem hält Späth Selektivverträge für den falschen Weg, da sie zu weiteren Verteilungskämpfen führen würden. „Wir fordern jetzt klare Regelungen mit voller Transparenz für alle. Da bleibt nur der direkte Behandlungsvertrag zwischen dem Patienten und seinem behandelnden Arzt mit Kostenerstattung.“ ([Pressemitteilung der KV Hamburg, 28. Juni](#))

KV Bayern gegen Umverteilung finanzieller Mittel

Bayerische Versichertengelder sollen nicht an andere Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) fließen. Das hat Dr. Axel Munte, Vorstand der KV Bayerns anlässlich der neuen Regelungen der Honorarreform für Vertragsärzte, die am 1. Juli in Kraft treten, gefordert. Er appellierte aus diesem Grund an den bayerischen Gesundheitsminister, Dr. Markus Söder (CSU), sich gegen die Umverteilung der Gelder zwischen den KVen einzusetzen. Von vielen KVen werde diese aber gefordert, denn Ziel der Honorarreform, die zum 1. Januar 2009 gültig wurde, ist es beispielsweise, die Honorare der Ärzte in den neuen Bundesländern an das West-Niveau anzunähern. Darin sieht Munte eine Benachteiligung Bayerns und eine Bedrohung der dortigen ambulanten Versorgung. ([Pressemitteilung der KV Bayerns, 29. Juni](#))

Neue Vertreterversammlungen der KV Sachsen und KV Saarland gewählt

Die Vertragsärzte und Psychotherapeuten in Sachsen und dem Saarland haben ihr höchstes Gremium, die Vertreterversammlung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (KV), für die Legislaturperiode von 2011 bis 2016 gewählt. Das Verhältnis von Haus- und Fachärzten ist dabei jeweils ausgewogen.

In Sachsen wurden alle bisherigen Hauptausschussmitglieder, die Bezirksgeschäftsstellenleiter sowie der amtierende Vorstandsvorsitzende wiedergewählt. Die Wahlbeteiligung lag bei den Vertragsärzten knapp unter 50 Prozent, bei den Psychotherapeuten etwas höher. Die neue Vertreterversammlung in Sachsen besteht aus 40 Mitgliedern. 25 Vertreter gehörten bereits dem bisherigen Gremium an.

Im Saarland beteiligten sich mehr als 76 Prozent der Ärzte und Psychotherapeuten an der Wahl der 30 Vertreter. Insgesamt hatten sich im Saarland 76 Kandidaten für das Ärzteparlament beworben. ([Pressemitteilung der KV Sachsen, 30. Juni](#), [Pressemitteilung der KV Saarland, 29. Juni](#))

KV Niedersachsen: Personalwechsel in Hannover

Der Jurist Dr. Bernhard Specker ist ab dem 1. Juli der alleinige Geschäftsführer der Bezirksstelle Hannover der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Niedersachsen. Nina Bertram, die gemeinsam mit Dr. Specker seit Januar 2007 die Geschäftsführung innehatte, wechselt zum 1. Juli in die Hauptgeschäftsstelle der KV Niedersachsen. Dort wird sie die Leitung der neuen Personalabteilung übernehmen. In der Bezirksstelle Hannover steht Specker ab dem 1. Juli Nicole Lühr als stellvertretende Geschäftsführerin zur Seite. ([Pressemitteilung der KV Niedersachsen, 24. Juni](#))

Landessozialgericht räumt Vertragsärzten mehr Rechte ein

Gegen die Zulassung von Krankenhäusern zur ambulanten Versorgung von Versicherten können niedergelassene Vertragsärzte klagen. Dies geht aus einer aktuellen Entscheidung des ersten Senats des Sächsischen Landessozialgerichts hervor. „Die Entscheidung des Landessozialgerichts Sachsen entspricht unserer Rechtsauffassung. Die Sicherstellung der ambulanten Versorgung der Patienten ist auch in den meisten hoch spezialisierten Bereichen gewährleistet“, sagte der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Niedersachsen, Eberhard Gramsch. „Die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlungen ist nur bei wenigen seltenen Erkrankungen dazu geeignet, die Versorgungssituation der Patienten tatsächlich zu verbessern“, so Gramsch. ([Pressemitteilung der KV Niedersachsen, 24. Juni](#))

KV Sachsen schließt Vertrag zur Behandlung von Kindern mit vergrößerten Mandeln

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Sachsen regelt die Versorgung von Kindern mit vergrößerten Gaumenmandeln in einem Vertrag mit der KKH-Allianz. Die KV Sachsen, die Vertreter des sächsischen Berufsverbandes der HNO-Ärzte und die KKH-Allianz sahen hier dringenden Handlungsbedarf, denn die Verkleinerung der Gaumenmandeln bei Kindern bis maximal sechs Jahren, die Tonsillotomie, ist nicht Bestandteil des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die Eltern der betroffenen Kinder müssten deshalb die Kosten für einen solchen Eingriff selbst tragen. Oft wird auf die für die Gesundheit des Kindes sinnvolle Regelung der Tonsillotomie verzichtet, obwohl sie eine empfehlenswerte Alternative gewesen wäre. An dem Tonsillotomie-Vertrag können sächsische Fachärzte für HNO-Heilkunde teilnehmen, die ambulante Operationen durchführen.

„Wir sind froh, mit diesem Vertrag die Versorgung der kleinen Patienten zu verbessern. Wird diese Leistung ambulant erbracht, ist sie damit insgesamt auch wirtschaftlicher. Da die Vergütung zusätzlich erfolgt, gibt es auch keine Beeinträchtigung der Regelversorgung“, betont die stellvertretende Vorsitzende der KV Sachsen, Dr. Ulrike Schwäblein-Sprafke. ([Pressemitteilung der KV Sachsen, 29. Juni](#))

KV Hessen gibt Hörspiel zur Pharmakotherapie im Alter heraus

Das Feedback aus den hessischen Arztpraxen zeigt, dass sich die niedergelassenen Ärzte von ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Unterstützung bei der Medikamententherapie älterer Patienten wünschen. Diesem Wunsch kommt die KV Hessen mit der neuen Hörspiel-CD „Pharmakotherapie im Alter“ aus der Reihe KV Audio nach. In Folge fünf der CD-Hörspielreihe macht sich der niedergelassene Hausarzt Dr. Hajo Cronenberg auf die Suche nach Antworten auf Fragen, die sich viele Ärzte bei der Behandlung älterer Patienten stellen. Viele Mediziner haben sich mit den folgenden Fragen auch an die KV Hessen gewandt: Was ist zu tun, wenn Leitlinien-Medizin bei älteren Menschen zu schweren Neben- und Wechselwirkungen führt? Worauf ist zu achten, wenn ältere Menschen auf Medikamente eingestellt werden? Und wie können Ärzte dazu beitragen, die Arzneimittelsicherheit für ältere Patienten noch weiter zu erhöhen? Darüber hinaus erhalten Ärzte fundierte Hintergrundinformationen zur Pharmakokinetik älterer Patienten, praktische Strategien zum Umgang mit Multimedikation und vieles mehr. ([Pressemitteilung der KV Hessen, 29. Juni](#))

Aus den Verbänden

Weltdrogentag: Arztbibliothek des ÄZQ informiert

Anlässlich des Internationalen Tags gegen Drogenmissbrauch und unerlaubten Suchtstoffverkehr am 26. Juni hat das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) wichtige Informationen als Thema des Monats den Nutzern der Arztbibliothek zur Verfügung gestellt. Dazu gehören Cochrane Reviews, Patienteninformationen und Drogenberichte.

Das United Nations Office on Drugs and Crime hat zudem den „Welt Drogen Bericht 2010“ vorgelegt: Der Missbrauch von Opiaten und Kokain ist in den Industrieländern gesunken oder bleibt stabil. Allerdings seien Amphetamine und ihre Derivate weltweit auf dem Vormarsch. In

Deutschland hat es im vergangenen Jahr 1.331 Drogentote gegeben. Das sind acht Prozent weniger als 2008. ([Pressemitteilung des ÄZQ, 25. Juni](#))

Diskussion um Sterbehilfe

Der Marburger Bund hat an Angehörige von Schwerkranken appelliert, das Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH) zur Einstellung lebenserhaltender Maßnahmen kritisch zu betrachten. Der richterliche Beschluss dürfe in keinem Fall als Aufruf zum eigenmächtigen Handeln Angehöriger verstanden werden, so Rudolf Henke, erster Vorsitzender des Marburger Bundes.

Auch Prof. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, machte klar: „In Fällen, in denen der Patientenwille nicht eindeutig zu ermitteln ist, hat die Erhaltung des Lebens absoluten Vorrang. Es darf nicht dazu kommen, dass Menschen allein wegen ihres Wachkomas als lebensmüde angesehen werden.“

Der BGH beschloss in einem aktuellen Fall, dass der Wille sterbenskranker Patienten immer an oberster Stelle stehe: Lehnt ein Patient in einer schriftlichen oder mündlichen Erklärung eine lebensverlängernde Behandlung ab, muss diese eingestellt werden – egal, ob bei dem Behandlungsabbruch etwas aktiv geschieht oder etwas unterlassen wird. ([Pressemitteilung der Bundesärztekammer, 25. Juni](#), [Pressemitteilung des Marburger Bundes, 25. Juni](#))

DKG: Ambulante Leistungen der Kliniken dürfen nicht beschnitten werden

Der Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Georg Baum, hat gefordert, den Krankenhäusern die Zulassungsbedingungen für die ambulante Versorgung bei seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen zu erleichtern. Vor dem Hintergrund der Gesundheitsministerkonferenz am 1. Juli appellierte er an die Politiker: „Bestrebungen, die Zulassungen der Krankenhäuser zum Schutz niedergelassener Ärzte zu verschärfen, wären absolut der falsche Weg.“ Die aktuellen Zulassungskriterien seien veraltet. Der Patient solle selbst entscheiden können, ob er im Krankenhaus oder von einem Niedergelassenen behandelt werden möchte, erklärte Baum. ([Pressemitteilung der DKG, 29. Juni](#))

Hartmannbund: Mehr Frauen in Führungspositionen

Der Hartmannbund hat die Initiative der Justizministerkonferenz, mehr Führungspositionen börsenorientierter Unternehmen mit Frauen zu besetzen, begrüßt. Dr. Astrid Bühren, Mitglied des geschäftsführenden Vorstandes des Hartmannbundes, forderte dazu auf, das Vorhaben nicht nur auf börsenorientierte Unternehmen zu beschränken. Die Förderung von Ärztinnen dürfe nicht vergessen werden. „Tatsache ist, dass zum Beispiel die Chirurgie – als zurzeit noch typische Männerdomäne – besonders bei Medizinstudentinnen schnellstmöglich an Attraktivität gewinnen muss“, erklärte Bühren. Ein erhöhter Frauenanteil in Führungspositionen im Gesundheitsbereich – in Krankenhäusern oder an den Hochschulen – sei ein wichtiger Weg zur medizinischen Versorgung in Deutschland. Nach Ansicht Bührens müssen familienfreundliche Arbeitsbedingungen herrschen, damit Frauen in Führungspositionen treten. ([Pressemitteilung des Hartmannbundes, 29. Juni](#))

Konzept der Kostenerstattung

Prof. Kuno Winn, Vorsitzender des Hartmannbundes, hat die Koalition aufgefordert, das vom Hartmannbund entwickelte Konzept zur Kostenerstattung umzusetzen. Eine Umsetzung sei die „ultimative Chance, doch noch einen echten Systemwechsel in der Gesundheitspolitik zu gestalten“, so Winn. Zudem warnte er davor, Patienten weiterhin mit „Schreckensszenarien zu verunsichern“. Es müsse niemand in Vorkasse treten oder die Rechnung allein begleichen, betonte der Vorsitzende des Hartmannbundes. Kein Patient dürfe von einem Arztbesuch abgehalten werden. Das vom Hartmannbund entwickelte Konzept soll das Sachleistungsprinzip abschaffen. Stattdessen soll eine Kostenerstattung mit sozialverträglicher Selbstbeteiligung eingeführt werden. ([Pressemitteilung des Hartmannbundes, 28. Juni](#))

Aus der Welt

Europarat fordert Aufklärung über Schweinegripen-Alarm

Die Parlamentarische Versammlung des Europarats mutmaßt einen falschen Alarm in Sachen Neue Influenza (sogenannte Schweinegrippe). Der Europarat fordert nun eine Aufklärung durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO). Der Ausruf einer Pandemie und die damit verbundenen Impfkampagnen haben nach Meinung der Abgeordneten eine „erhebliche Verschwendung“ öffentlicher Gelder verursacht.

Die Parlamentarische Versammlung kritisierte vor allem, dass die WHO wichtige Informationen zur Schweinegrippe vorenthalte: Beispielsweise weigere sich die WHO, die Mitglieder des Dinglichkeitsausschusses zu benennen, die den Virus zu einer Pandemie erklärt haben. So seien keine Nachforschungen möglich, ob Entscheidungsträger zum damaligen Zeitpunkt Kontakte zur Pharmaindustrie hatten. Zudem liefere die WHO keine schlüssige Erklärung, warum die Kriterien für den Ausruf einer Pandemie im Frühjahr 2009 geändert wurden. ([Deutsches Ärzteblatt, 24. Juni](#))

Einheitliche Standards für Organspenden in der EU

Der EU-Ministerrat billigte am Dienstag in Luxemburg einheitliche Sicherheits- und Qualitätsstandards für Organspenden und -transplantationen in der EU. Das Ziel ist es, die Zahl der Organtransplantationen zu steigern, die Zusammenarbeit zwischen den EU-Ländern zu verstärken und die Wartezeiten auf ein Spenderorgan zu verkürzen. Das EU-Parlament hatte den neuen EU-Regeln bereits im Mai zugestimmt.

EU-weit warten rund 60.000 Menschen auf eine Transplantation. Jeden Tag sterben im Schnitt zwölf von ihnen, weil das benötigte Organ nicht verfügbar ist. Einheitlichere Vorschriften für Transplantationen und bessere Zusammenarbeit über Grenzen hinweg könnten Engpässe überbrücken und die Überlebenschancen der Patienten verbessern, meint der deutsche CDU-Europaparlamentarier und Arzt Peter Liese, der gesundheitspolitischer Sprecher der Europäischen Volkspartei im Europaparlament ist. Die Chance, ein Organ zu erhalten, unterscheidet sich zwischen den 27 Mitgliedsstaaten der EU erheblich: Spanien belegt mit 34 Spendern pro Million Einwohnern seit langem einen Spitzenplatz, Rumänien kommt gerade mal auf einen Organspender pro einer Million Einwohner. Deutschland firmiert mit 14,9 Spendern im unteren Drittel. ([Deutsches Ärzteblatt, 29. Juni](#))

Außerdem

Neues Ausbildungsinstitut für Psychotherapeuten

In Berlin gibt es ein neues Ausbildungsinstitut für Psychotherapeuten: die Berlin-Brandenburgische Akademie für Aus- und Weiterbildung (BBA). Das vermeldet die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie (DGPM). „Das Institut kann voraussichtlich im Herbst seine Arbeit aufnehmen“, erklärte die jetzt gewählte Leitung. Der Vorstand besteht aus Dr. Wolfgang Fehr, Dr. Christian Messer und Dr. Bernhard Palmowski. Die Gründungsmitglieder der BBA und ihre künftigen Dozenten sind in Berlin psychotherapeutisch tätig und in der Ausbildung von Psychotherapeuten erfahren. Am BBA können sich Psychologen und Mediziner entsprechend der Maßgaben des Psychotherapeutengesetzes und der Standards der Landesärztekammer in einem drei- bis fünfjährigen Curriculum zum Psychotherapeuten ausbilden lassen. ([Pressemitteilung der DGPM, 30. Juni](#))

KOMPAKT- Zahl der Woche: 1,52 Milliarden

Der Arzneimittelmarkt innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung ist im Jahr 2009 um 1,52 Milliarden Euro auf 30,7 Milliarden Euro gestiegen. Damit bestätigt sich der Trend der Vorjahre, wonach die jährliche Steigerung relativ konstant 1,4 bis 1,5 Milliarden Euro beträgt. Dies geht aus dem aktuellen Arzneimittelatlas hervor, den die forschenden Pharma-Unternehmen (vfa) am Mittwoch in Berlin präsentiert haben. ([Pressemitteilung der vfa, 30. Juni](#))

Aus dem Terminkalender

- 05.07.10. [Spreestadt-Forum zur Gesundheitsversorgung in Europa](#)
Berlin, 18 – 20 Uhr
- 14.07.10. Vertreterversammlung der KV Bayerns
München, 9 Uhr
- 11.08.10. Vertreterversammlung der KV Sachsen-Anhalt
Magdeburg, 15.30 Uhr
- 18.08.10. Vertreterversammlung der KV Saarland
Saarbrücken, 16 Uhr
- 25.09.10. [Kooperationstagung „Demenz – Strategien für eine gemeinsame Versorgung“](#)
Berlin, 10 – 16.30 Uhr

Aus der Presse

Ab 1. Juli werden Honorare besser verteilt

Wegen des erwarteten Defizits von 11 Milliarden Euro im Gesundheitswesen hofft der Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. Andreas Köhler, auf keine Nullrunde sondern auf einen begrenzten Zuwachs der Honorierung für die niedergelassenen Ärzte im nächsten Jahr. Darüber berichtet das Deutsche Ärzteblatt. Um mehr Gerechtigkeit der Honorarverteilung zu erreichen, werden ab dem 1. Juli qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) eingeführt. Dadurch lassen sich die Mengen der sogenannten freien Leistungen, die bisher zu festen Preisen und unbegrenzt vergütet wurden, steuern. „Der Beschluss, den wir jetzt nach langem Streit mit den Kassen gefasst haben, bringt zwar nicht mehr Geld, aber eine notwendige Umverteilung“, sagte Köhler. (Deutsches Ärzteblatt, 28. Juni)

Fünf Euro pro Arztbesuch

Bei jedem Arztbesuch solle der Patient eine Gebühr von fünf Euro bezahlen. Dies hat der Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. Andreas Köhler, als Maßnahme gegen das in den nächsten Jahren erwartete Defizit im Gesundheitswesen vorgeschlagen. Darüber berichtet die Frankfurter Allgemeine Zeitung. Nach Kassenberechnung hat die bisherige Praxisgebühr von 10 Euro im Quartal 900 Millionen Euro weniger als erwartet in das System gebracht. Denn die Deutschen gehen durchschnittlich 18 Mal im Jahr zum Arzt. Die Einführung der Praxisgebühr von fünf Euro könnte viermal so viel Geld in das Gesundheitssystem bringen. Nach der Berechnung Köhlers würden dadurch die chronisch Kranken nicht stärker belastet. (Frankfurter Allgemeine Zeitung, 29. 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; mackermann@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>