



KBV KOMPAKT

Gesundheitspolitischer Newsletter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
vom 7. Juli 2010

Aus Berlin

Begrenzte Vergütung der hausarztzentrierten Versorgung

Die schwarz-gelbe Koalition hat das Vergütungsniveau in der hausarztzentrierten Versorgung für das nächste Jahr begrenzt. Das ist ein Eckpunkt ihres Einsparprogramms zur Finanzierung des im nächsten Jahr erwarteten Defizits von elf Milliarden Euro im Gesundheitswesen. „Anstatt die Honorare zu begrenzen, wäre es sinnvoller gewesen, das Monopol des Hausarztverbandes zu brechen“, kommentierte der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Hamburg Dieter Bollmann. Das Hauptproblem sei der fehlende Wettbewerb in diesem Bereich, der es einer KV verbietet, alternative Verträge auszuhandeln, so Bollmann.

Im Einsparpaket der Regierung ist weiter vorgesehen, dass der allgemeine Beitragssatz zum Jahresbeginn auf 15,5 Prozent steigt. Arbeitnehmer zahlen ab nächstem Jahr 8,2 Prozent ihres Gehalts für ihre Krankenversicherung. Arbeitnehmer übernehmen künftig einen Anteil von 7,3 Prozent. Außerdem dürfen die gesetzlichen Krankenkassen höhere Zusatzbeiträge fordern. Geplant sind auch weitere Einsparungen bei Pharmaunternehmen und Krankenhäusern. ([Pressemitteilung der KV Hamburg, 7. Juli](#), Agenturmeldung, 06.Juli)

Einladungsverfahren für Darmkrebs-Früherkennung rückt näher

Die Abgeordneten des Petitionsausschusses haben das Ziel der Bundesregierung unterstützt, Bürger ab 50 Jahre zur Darmkrebs-Früherkennung individuell einzuladen und somit die Teilnahmeraten an den Untersuchungen zu steigern. Der Vorschlag wird nun an das Bundesgesundheitsministerium weitergeleitet. Die Parlamentarier machten damit deutlich, dass sie die im Nationalen Krebsplan vorgesehenen Maßnahmen zur Verbesserung der Darmkrebs-Früherkennung begrüßen. Zwischen 2002 und 2007 hätten sich zwar rund 11,2 Prozent der Altersgruppe von 55 bis 74 Jahren einer Früherkennungsdarmspiegelung unterzogen. Eine Steigerung der Teilnahmerate halten die Abgeordneten aber für „sinnvoll und erforderlich“. Die KBV und die Kassenärztlichen Vereinigungen hatten im Rahmen ihrer Präventionsinitiative ein solches Einladungsverfahren bereits für die Darmkrebsvorsorge und die Früherkennungsuntersuchungen von Gebärmutterhalskrebs befürwortet. ([Heute im Bundestag, 7. Juli](#), [KBV-Pressmitteilung, 22. Januar](#))

Krankenhäuser beteiligen sich an Projekt für mehr Organspenden

111 der bundesweit etwa 150 Krankenhäuser und Universitätskliniken mit neurochirurgischen Intensivstationen haben sich einem Projekt zur besseren Koordination der Organspende angeschlossen. Das von der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) finanzierte Projekt ist Teil der Leitlinien für eine effizientere Zusammenarbeit zur Förderung der Organspende in Deutschland. Diese haben die DSO und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) im vergangenen Jahr verabschiedet. Die Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium (BMG), Annette Widmann-Mauz (CDU), begrüßt die Bereitschaft der Krankenhäuser und erklärte: „Jedes gespendete Organ bedeutet für einen von rund 12.000 Wartelistenpatienten in Deutschland die Chance auf ein neues Leben.“ DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum erklärte: „Die Krankenhäuser stellen sich ihrer Verantwortung, mögliche Organspenden auch zu realisieren.“

Das Projekt sieht eine Inhousekoordination von Krankenhausmitarbeitern vor, die dafür sorgen, dass die DSO über Organspender informiert wird. Zudem berichten sie der Koordinierungsstelle quartalsweise über die Organspendesituation in ihrer Einrichtung. Auf diese Weise soll eine engere Verzahnung zwischen Krankenhäusern und DSO gewährleistet werden. Das Projekt läuft zunächst bis zum 30. Juni 2011 und schließt eine Analyse sowie eine Evaluierung mit ein. ([Pressemitteilung des BMG, 6. Juli](#))

Aus KBV und KVen

KV-on berichtet über neue Honorarverteilung seit 1. Juli

„Entscheidendes ändert sich bei der Vergütung der Leistungen, sprich im Honorarbescheid. Hier werden wir die Leistungen der Basisversorgung, die Regelleistungsvolumen (RLV), stärken, und die Leistungen im Vorwegabzug werden gesteuert. Das ist für die Ärzte gut, die die Grundversorgung gewährleisten. Für Ärzte, die bisher vorwiegend Leistungen im Vorwegabzug erbracht haben, muss man feststellen, dass die Gewinne, die sie bisher hatten, nicht mehr stattfinden werden“, erklärt Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der KBV, im Web-TV der Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV, KVon. Ziel sei es, die Grundversorgung, die RLV und die RLV-Fallwerte zu stabilisieren, so Köhler. ([Frage der Woche, 2 Juli](#))

Video-Podcast zu den Wahlen im KV-System

2010 ist Wahljahr - für die ärztliche Selbstverwaltung. Die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen, also die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten besetzen durch eine demokratische Wahl ihre Vertreterversammlungen neu. Damit bestimmen sie den Weg mit, den ihre Landesvertretung und damit auch der Arztberuf einschlägt. Der aktuelle Video-Podcast auf www.kv-on.de erläutert, welchem Zweck diese Wahlen dienen und wie die Selbstverwaltung insgesamt funktioniert. ([Video-Podcast zu den Wahlen im KV-System](#))

Neue Vertreterversammlung der KV Mecklenburg-Vorpommern

Vertragsärzte und Psychotherapeuten in Mecklenburg-Vorpommern haben die Mitglieder der Vertreterversammlung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) neu gewählt. Für die Legislaturperiode von 2011 bis 2016 besteht das Gremium aus 13 Hausärzten, elf Fachärzten und einem Psychotherapeuten. An der Wahl haben 65 Prozent der Vertragsärzte und 80 Prozent der Psychotherapeuten teilgenommen. Die höhere Beteiligung als im vergangenen Jahr interpretierte der Vorstandsvorsitzende der KV Mecklenburg-Vorpommern, Dr. Wolfgang Eckert, als Ausdruck des Wunsches der Ärzte und Psychotherapeuten für das Fortbestehen einer starken KV. Die erste Sitzung der neuen Vertreterversammlung findet am 25. September statt. Der neue Vorstand nimmt seine Arbeit am 1. Januar 2011 auf. ([Pressemitteilung der KV Mecklenburg-Vorpommern, 5. Juli](#))

KV Berlin kämpft um mehr Transparenz

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin will gegen das Urteil des Berliner Senats zur Satzungsänderung Rechtsmittel einlegen. Der Senat Berlin hat die vor fünf Jahren von der KV beschlossene Satzungsänderung für mehr Transparenz bei den Verträgen zur integrierten Versorgung nicht genehmigt. Die Vorlegepflicht der Verträge wirke abschreckend auf Ärzte und hielte sie vom Abschluss derartiger Verträge ab, so die Begründung des Senats.

Die Satzungsänderung sah vor, dass Vertragsärzte ihre separaten Verträge mit den Krankenkassen zur integrierten Versorgung bei der KV anzeigen und auf Verlangen vorlegen müssen. „Das gewählte Parlament der Berliner Vertragsärzte und -psychotherapeuten wollte durch diese Satzungsänderung eine Offenheit aller Verträge zur ambulanten Versorgung der Berliner Kassenversicherten erreichen. Die in letzter Zeit öffentlich gewordenen Vorwürfe über Zuweiserprämien zeigen, wie wichtig es ist, den Inhalt von Verträgen zur Versorgung von Patienten prüfen zu können“, sagte Burkhard Bratzke, Vorstandsmitglied der KV. ([Pressemitteilung der KV Berlin, 5. Juli](#))

KV Bayerns bietet Newsletter zur „Ausgezeichneten Patientenversorgung“ an

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Bayerns hat einen Newsletter zum Thema ihres Qualitätsprogramms der „Ausgezeichneten Patientenversorgung“ ins Leben gerufen. Mehrmals im Jahr informiert der kostenlose Newsletter darüber, welche Qualitätsmaßnahmen im Rahmen des bayerischen Programms geplant und bereits umgesetzt sind, wie Ärzte teilnehmen können und welche Vorteile sich für sie durch eine Teilnahme ergeben. Außerdem bietet er Veranstaltungstipps zum Thema. Unter <http://www.ausgezeichnete-patientenversorgung.de/de/fachwelt/newsletter.html> besteht die Möglichkeit, den Service zu abonnieren. Unter diesem Link ist zum selben Thema auch ein Newsletter speziell für Patienten erhältlich. Fragen rund um die Qualitätsmaßnahmen und den Informationsservice beantworten die KV-Mitarbeiter unter der E-Mail-Adresse ausgezeichnete-patientenversorgung@kvb.de.

KV Schleswig-Holstein kritisiert Gesundheitsministerkonferenz

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Schleswig-Holstein hat kritisiert, dass bei der Verlagerung von ambulanten Spezialbehandlungen ans Krankenhaus die Belange der niedergelassenen Ärzte nur unzureichend berücksichtigt werden. In Einzelfällen habe die Verlagerung ans Krankenhaus dazu geführt, dass bestehende Strukturen zerstört und Praxen in ihrer Existenz bedroht werden. Dies teilte die KV anlässlich der jüngsten Sitzung der Gesundheitsministerkonferenz in Hannover mit. „Wir erwarten, dass der Minister die hierfür erforderliche Gesetzesänderung auf den Weg bringt“, sagte Dr. Ingeborg Kreuz, Vorstandsvorsitzende der KV. „Dies wäre ein konkreter Beitrag, um die Grenzen zwischen Stationär und Ambulant zu überwinden“, so Kreuz. ([Pressemitteilung der KV Schleswig-Holstein, 2. Juli](#))

Aus den Verbänden

Kritik an Eckpunkten zur Gesundheitsreform

Thomas Ballast, Vorstandsvorsitzender des Verbandes der Ersatzkassen (vdek), hat die Einigung der schwarz-gelben Koalition zur Gesundheitsreform zunächst begrüßt. Die Krankenkassen können nun ihre Haushalte planen, so Ballast. Der vdek kritisierte jedoch die Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags, da nun die Versicherten die Kostensteigerungen über Zusatzbeiträge finanzieren müssen.

Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bemängelte, dass die Bundesregierung mit ihren Einsparplänen im Gesundheitswesen nicht alle Möglichkeiten ausgeschöpft habe. „Insgesamt wäre mehr drin gewesen. Die Zusatzbelastungen der Versicherten könnten merklich geringer sein“, so die Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes Dr. Doris Pfeiffer. Sie forderte eine Nullrunde bei Krankenhäusern und Ärzten.

Der Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Dr. Rudolf Kösters, zeigte sich enttäuscht, dass „wieder einmal“ Kliniken sparen müssen. „Die Halbierung einer niedrig zu erwartenden Grundlohnrate wird dazu führen, dass die Kliniken die Personalkostensteigerungen von circa 1,5 Milliarden Euro 2011 im Wesentlichen aus der Substanz aufzubringen haben“, warnte Kösters.

Auch der Vorsitzende des Hartmannbundes, Prof. Kuno Winn, übte Kritik an den Eckpunkten der Gesundheitsreform: „Am Anfang stand ein hoffnungsvolles Konzept. Am Ende bestimmt der kleinste gemeinsame Nenner das enttäuschende Ergebnis der Operation am Gesundheitswesen.“ Der versprochene Systemwechsel sei nicht eingetreten, erklärte er. Die Verantwortung liegt nach Meinung Winns jedoch nicht bei Bundesgesundheitsminister Rösler, sondern bei der CSU, die die Reformpläne Röslers verhindert habe. ([Pressemitteilung des vdek, 6. Juli](#), [Pressemitteilung des GKV-Spitzenverbandes, 6. Juli](#), [Pressemitteilung der DKG, 7. Juli](#), [Pressemitteilung des Hartmannbundes, 7. Juli](#))

Diskussion über Arzneimittelversorgung

Pharmaexperten, Gesundheitsökonomern und Kassenvertreter haben auf dem Medizinkongress der Barmer GEK und des Zentrums für Sozialpolitik der Universität Bremen (ZeS) über Arzneimittelversorgung diskutiert.

Birgit Fischer, die Vorstandsvorsitzende der Barmer GEK, forderte, dass der Patientennutzen der wesentliche Maßstab für die Arzneimittelgesetzgebung sein müsse. Prof. Gerd Glaeske vom ZeS betrachtete die Nutzen-Schnellbewertung neuer Medikamente kritisch: „Zum Zeitpunkt der Zulassung wird der tatsächliche Patientennutzen von kostenintensiven neuen Arzneimitteln zunächst ungewiss bleiben.“ Er plädierte deshalb für eine verbesserte Versorgungsforschung. Zudem forderte Glaeske, dass die gesetzliche Krankenversicherung diese Forschung finanziell unterstützen müsse. Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, befürwortete den Einsatz sogenannter Horizon Scanning Systeme. Diese erkennen und bewerten neue Therapiekonzepte. Prof. Peter Sawicki, Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, ist für eine Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln. Die Entscheidung dürfe nicht allein den Ärzten überlassen werden. Im Mittelpunkt der Kosten-Nutzen-Bewertung stehe der Vergleich, erläuterte Sawicki. ([Pressemitteilung der Barmer GEK, 6. Juli](#))

Bundesweites Fehlerberichtssystem gestartet

Das Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland veröffentlicht unter www.kh-cirs.de erstmalig bundesweit kritische Ereignisse, die von überregionaler Bedeutung für die Patientenversorgung sind. Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), das Aktionsbündnis Patientensicherheit, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Deutsche Pflegerat haben sich an dem überregionalen Projekt beteiligt. Critical-Incident-Reporting-Systeme (CIRS) sollen helfen, kritische Ereignisse in Krankenhäusern zu erkennen und zu analysieren. Aus den Ergebnissen sollen präventive Maßnahmen entwickelt werden, um Fehler künftig zu vermeiden. CIRS richtet sich an alle Mitarbeiter, die im Krankenhaus tätig sind. Diese können in dem Fehlerberichtssystem kritische Ereignisse dokumentieren und eine Expertenmeinung dazu einholen. Die Berichte werden anonym auf der Website veröffentlicht. Zudem stellen Mitarbeiter des ÄZQ regelmäßig einen „Fall des Monats“ vor. ([Pressemitteilung des ÄZQ, 6. Juli](#))

Geschäftsführer der ABDA hört auf

Der Hauptgeschäftsführer der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA), Dr. Hans-Jürgen Seitz, scheidet auf eigenen Wunsch aus der ABDA aus. Er wird zum 28. Februar 2011 seine Position aufgeben. Wer künftig Hauptgeschäftsführer der ABDA wird, ist noch unklar. ([Pressemitteilung des ABDA, 1. Juli](#))

Großes Verdienstkreuz für BFB-Präsident Dr. Ulrich Oesingmann

Jürgen Rüttgers, der Ministerpräsident Nordrhein-Westfalens, hat dem Präsidenten des Bundesverbandes der Freien Berufe (BFB), Dr. Ulrich Oesingmann, das Große Verdienstkreuz des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland verliehen. Der Allgemeinmediziner Oesingmann wurde für sein fast 40-jähriges ehrenamtliches Engagement für die Freien Berufe und die Ärzteschaft geehrt. Der 70-jährige Dortmunder ist unter anderem Ehrenvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und Vorsitzender des Bundesverbandes der Knappschaftsärzte. ([Pressemitteilung des BFB, 1. Juli](#))

Erhöhung der Hebammenvergütung

Ein Schiedsgericht hat am Montag eine bessere Vergütung der Hebammen beschlossen. Rückwirkend zum 1. Juli bekommen Hebammen 100 Euro mehr für außerklinische Entbindungen. Einen Zusatz von acht Euro erhalten sie zusätzlich für klinische Geburten. Zudem können außerklinische Hebammen auch abgebrochene Entbindungen abrechnen, wenn die Geburt von der Hebamme in der Klinik weitergeführt wird.

Die Schiedsstelle wurde einberufen, da die Haftpflichtprämien für Hebammen erhöht wurden. Die Schiedsstelle hatte zudem vorgeschlagen, dass im Herbst weitere Gespräche zwischen dem

Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und den Hebammenverbänden geführt werden. Die Vertragsparteien wollen dann über Pauschalen zum Wegegeld, Geburtsvorbereitungs- und Rückbildungskurse diskutieren. ([Pressemitteilung des GKV-Spitzenverbandes, 6. Juli](#))

Aus der Welt

EU-Studie zu Arzneimittelpreisen

Der Gesundheitsausschuss des Europäischen Parlaments (EP) hat eine Studie zum Arzneimittelmarkt in Auftrag gegeben. Diese soll Transparenz über die Arzneimittelpreise in den 27 Mitgliedsstaaten der EU bringen. Vor dem Hintergrund der Studie will das EP auch die unterschiedlichen Preise für Arzneimittel, die es in den Mitgliedsstaaten gibt, diskutieren. Das EP fordert, dass die Arzneimittelpreise in der EU nachvollziehbar und miteinander vergleichbar sein müssen. ([Pressemitteilung der Ärztezeitung, 5. Juli](#))

Obama investiert 795 Millionen Dollar in Telemedizin

In den USA erhalten Telemedizin-Projekte stärkere Unterstützung. Um den Breitband-Zugang national auszuweiten, vergibt die Regierung Subventionen und Kredite in Höhe von 795 Millionen Dollar. „Breitband kann die geographischen Barrieren zwischen Ärzten und Patienten aufheben“, sagte US-Präsident Barack Obama. Schätzungen zufolge könnten etwa 900 Gesundheitseinrichtungen, insbesondere in ländlichen Regionen, von der Finanzspritze profitieren. ([E-Health-Com 6. Juli](#))

Außerdem

Uni-Präsident will Medizinstudium in Lübeck retten

Mit einem reduzierten Studienplatzangebot, Stiftungskapital und einem Sparbeitrag aus Kiel soll der Studiengang Medizin an der Universität Lübeck erhalten bleiben. Der Präsident der Universität Lübeck, Prof. Peter Dominiak, stellte ein entsprechendes Konzept vor, das eine Alternative zur vollständigen Abschaffung des Medizinstudiums in Lübeck aufzeigen soll.

Der Plan sieht vor, die Zahl der Studienplätze in Kiel und Lübeck im ersten klinischen Semester auf jeweils 160 Plätze zu verringern. Weitere Einsparungen will Dominiak durch eine Lastenverteilung auf die Standorte Lübeck und Kiel erreichen. Lübeck würde hierzu einen Teilbetrag aus Mitteln einer Stiftung begleichen. Zu den Geldern kämen zusätzliche Einsparungen in der Ausbildung, wenn die Studentenzahl verringert werden würde. Zudem soll diskutiert werden, Studiengebühren zu erheben und so vom Land Schleswig-Holstein unabhängig zu sein. „Wir brauchen eine schnelle Entscheidung, der Ball liegt jetzt beim Land“, sagte Dominiak. ([Ärzte Zeitung, 6. Juli](#))

KOMPAKT- Zahl der Woche: sieben Millionen

Zusammen etwa sieben Millionen Mitglieder hätten die Deutsche Angestelltenkrankenkasse (DAK) und die Betriebskrankenkasse Gesundheit, würden sie ihre Fusionspläne wahr machen. Die neue Kasse hieße dann DAK Gesundheit und wäre nach der Zahl ihrer Versicherten die zweit- oder drittgrößte gesetzliche Krankenversicherung. ([Financial Times Deutschland, 1. Juli](#))

Aus dem Terminkalender

06.07.10 – 26.07.10	Wahl der Vertreterversammlung KV Baden-Württemberg
14.07.10.	Vertreterversammlung der KV Bayerns München, 9 Uhr
11.08.10	Vertreterversammlung der KV Sachsen-Anhalt Magdeburg, 15.30 Uhr
16.08.10 – 27.08.10	Wahl der Vertreterversammlung KV Thüringen
16.08.10 – 09.09.10	Wahl der Vertreterversammlung KV Sachsen-Anhalt
18.08.2010	Vertreterversammlung der KV Saarland Saarbrücken , 16 Uhr
25.09.10	<u>Kooperationstagung „Demenz – Strategien für eine gemeinsame Versorgung“</u> Berlin, 10 – 16.30 Uhr

Aus der Presse

Patiomed will ärztliche Versorgungszentren in unterversorgten Gebieten aufbauen

Der Deutsche Ärzteverlag, die Deutsche Apotheker- und Ärztekbank und [KVmed](#), eine Tochtergesellschaft der [Aeskulap-Stiftung](#) der KBV, haben die Patiomed AG (Patientenorientierte Medizin), ein Service- und Beteiligungsunternehmen, gegründet. Die Aktiengesellschaft hat das Ziel, ärztlich geleitete Versorgungszentren vor allem in unterversorgten Gebieten und im geriatrischen Bereich unter einer gemeinsamen Dachmarke zu etablieren. Anders als in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) sind die Ärzte in den Einrichtungen nicht angestellt, sondern bleiben freiberuflich tätig. Dies geschieht in Abstimmung mit den Ärzten vor Ort und nicht in Konkurrenz zu diesen. Bis 2020 will Patiomed 100 Ärztezentren aufbauen. Zudem sind 40 Projektentwicklungen und 30 Übernahmen bestehender Zentren geplant. Ferner sollen 30 Zentren als externe Partner mit Patiomed zusammenarbeiten. ([Apotheke adhoc, 5. Juli](#))

Redaktion:

Dezernat Kommunikation der KBV
Tel: 030 / 4005 – 2203
Fax: 030 / 4005 – 27 2203
E-Mail: fknoeppke@kbv.de, imohr@kbv.de, agromes@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>