



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

KBV KOMPAKT

Newsletter vom 15. Juli 2009

Aus Berlin

Bundesrat ändert gesundheitspolitische Gesetze

Der Bundesrat hat in seiner letzten Sitzung vor der Sommerpause mehrere Gesetze aus dem Bereich der Gesundheitspolitik beschlossen. Wichtige Änderungen sind im Arzneimittelgesetz und in der gesetzlichen Krankenversicherung zu finden. Auch für die Versorgung von Menschen mit Behinderungen und für Substitutionsbehandlung Schwerstopiatabhängiger beschloss der Bundesrat Veränderungen.

Durch Regelungen zum Schutz vor Fälschungen verstärkt der Gesetzgeber die Arzneimittelsicherheit. Außerdem gewährleistet er den Zugang der Patienten zu neuartigen und sicheren Arzneimitteln. Um mehr Transparenz in der Vergütung der Vertragsärzte zu erreichen, verbessert der Bundesrat die Finanzierung ambulanter und stationärer Hospize. Auch die unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten hat er unterbunden. Selbstständige und kurzzeitig Beschäftigte haben durch die aktuellen Änderungen auch die Wahl des „gesetzlichen“ Krankengeldanspruchs ab der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit bekommen. Ferner werden befristete Regelungen zur Einbeziehung von Rechenzentren bei der Abrechnung von ambulanten Notfallbehandlungen im Krankenhaus und bei der Abrechnung von ärztlichen Leistungen im Rahmen von Selektivverträgen geschaffen. Dies soll die bisherige Abrechnungspraxis über die vom Bundessozialgericht vorgegebene Übergangsfrist hinaus ermöglichen und bis zur Schaffung umfassenderer gesetzlicher Maßnahmen datenschutzrechtlich absichern. ([Pressemitteilung des BMG, 10. Juli](#))

Kassenbeiträge bleiben stabil

Das Bundesgesundheitsministerium rechnet trotz des Finanzdrucks mit stabilen Beiträgen bei den gesetzlichen Krankenkassen. Um die Wirtschaftslage zu stabilisieren und anzukurbeln wurde der Beitragssatz zum 1. Juli auf 14,9 Prozent gesenkt. Wirtschaftsexperten gehen auch 2010 von Einnahmeausfällen aus, jedoch muss der Beitragssatz erst dann wieder erhöht werden, wenn der Gesundheitsfonds die Kassenausgaben nur noch zu 95 Prozent abdeckt. Aufgrund der überaus positiven Zahlen im Jahr 2008 (Überschuss von 1,4 Milliarden Euro) und im ersten Quartal 2009 (Überschuss von 1,1 Milliarden Euro), zeigt sich das Gesundheitsministerium skeptisch, was die Warnungen der Krankenkassen vor fast flächendeckenden Zusatzbeiträgen im kommenden Jahr anbelangt. (Agenturmeldung)

Funktionen des Amtes der Patientenbeauftragten

In einem Forschungsprojekt hat das Institut für Medizinische Soziologie der Charité – Universitätsmedizin Berlin die Patientenfragen an die Patientenbeauftragte der Bundesregierung von Januar 2004 bis Dezember 2007 wissenschaftlich erfasst und ausgewertet. Das Ziel war es, durch die Erfahrungen und den Informationsbedarf der Patienten deren Versorgungsprobleme zu

erfassen. Es zeigte sich, dass 84 Prozent der Patientenschreiben eine Beschwerde, ein Hilfesuch oder die Darstellung eines Problems enthielten, und lediglich 16 Prozent Informationsanfragen waren. Unter anderem stieg die Bedeutung des Themas „Probleme in der Kommunikation zwischen Arzt und Patienten“ an. 2004 wurde dieses Thema in 8 Prozent der Briefe genannt, 2007 in 14 Prozent. Kritik an der Behandlungsqualität, worunter auch vermutete Behandlungsfehler fallen, wurde 2004 in 6 Prozent und 2007 in 14 Prozent der Briefe geübt. ([Pressemitteilung der Patientenbeauftragten, 14. Juli](#))

Wahlprogramm der Linken: solidarische Bürgerversicherung ohne jegliche Zuzahlungen

In ihrem Wahlprogramm zur Bundestagswahl fordert die Partei Die Linke unter anderem eine solidarische Bürgerversicherung, bei der alle Berufsgruppen und Einkommensarten zur Finanzierung beitragen. Die Beitragsbemessungsgrenze soll abgeschafft werden. Ebenso jegliche Zuzahlungen wie etwa die Praxisgebühr. Durch „gute Bezahlung“ der Ärzte und enge Vernetzung ambulanter und stationärer Einrichtungen will die Partei einem Ärztemangel entgegensteuern. Um Arzneimittel bezahlbar zu machen, soll es eine Positivliste mit festen Preisen geben. Für Arzneimittel soll darüber hinaus der ermäßigte Mehrwertsteuersatz gelten. Die elektronische Gesundheitskarte wollen die Linken stoppen. Weiterhin setzt die Partei sich für ein Präventionsgesetz und für einen Leistungskatalog, der sich am medizinischen Bedarf orientiert, ein. ([Bundestagswahlprogramm 2009 der Partei „Die Linke](#))

Politik sieht Ausweitung bei der IGeL

Die individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), die Patienten selber zahlen müssen, stellen für Ärzte eine zusätzliche Einnahmequelle dar. „Das Ausmaß, in dem ein Teil der Ärzte Patienten diese Angebote aufdrängt, ist unanständig“, so hat die gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Fraktion, Carola Reimann, die aktuelle Studie zu diesem Thema des Instituts für Sozialmedizin der Universität Lübeck kommentiert. Nötig sei „eine ordentliche Trennung zwischen gesetzlichen und zusätzlichen Leistungen“. Dafür bedürfe es einer besseren Patienteninformation durch die Krankenkassen, so Reimann weiter. Um Patienten bei den IGeL zu unterstützen hat die KBV einen Ratgeber auf der Seite <http://www.kbv.de/patienteninformation/23719.html> zur Verfügung gestellt. Darin sind nützliche Informationen zu finden. Zum Beispiel wie der Patient die Qualität der ärztlichen Beratung messen kann. (Tagesspiegel, 14. Juli, KBV)

Aus KBV und KVen

Köhler: „Wir haben viele Ideen – man muss uns nur lassen“

„Aktiv wollen wir uns an der Neuausrichtung des Gesundheitswesens beteiligen. Gleichzeitig stehen wir im Sinne des Patientenschutzes dafür ein, dass Sicherheit und Gerechtigkeit der Versorgung nicht auf der Strecke bleiben.“ Das hat Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der KBV, in Rahmen einer Pressekonferenz gesagt. Anlässlich der Bundestagswahl im September stellte die KBV ihre Forderungen an die zukünftige Bundesregierung vor. Köhler rief den Gesetzgeber dazu auf, den Sicherstellungsauftrag ausschließlich dem Verbund der KVen zu übertragen. Einzelverträge sollen dabei die Kollektivverträge ergänzen. Des Weiteren schlägt die KBV ein Modell von drei Wahltarifen für die gesetzlich Krankenversicherten vor. Zwei dieser Tarife sehen eine Versorgung nach dem Sachleistungsprinzip vor, einer beruht auf dem Kostenerstattungsprinzip. Weiter fordert die KBV eine bessere Vergütung für erfolgreiche ärztliche Behandlung. Dies begrüßte die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) und wies auf die qualitätsorientierte Vergütung im Bundesland hin. ([KBV-Pressemitteilung, 13. Juli](#), [Pressemitteilung der KVB, 14. Juli](#))

Zentrale Stelle Mammographie-Screening Nordrhein erfolgreich zertifiziert

Die Deutsche Gesellschaft zur Zertifizierung von Managementsystemen (DQS) hat die Zentrale Stelle Mammographie-Screening Nordrhein zertifiziert. Überprüft hat sie insbesondere die Prozesse Einladungs- und Terminmanagement, das Beschwerdemanagement, den Bereich Service und die interne Organisation. Dazu stellt die DQS in ihrem Zertifizierungsbericht fest, dass „die Abläufe in der Organisation Mammographie-Screening mit Unterstützung des hilfreichen EDV-Systems reibungslos ablaufen“. Bis jetzt hat die seit 2005 aktive Zentrale Stelle Mammographie-Screening Nordrhein 1,2 Millionen Frauen in Alter zwischen 50 und 69 zur Untersuchung

eingeladen. 52 Prozent von ihnen nahmen an dem Mammographie-Screening teil. „Die erfolgreiche Zertifizierung macht uns zuversichtlich, die angestrebte Quote von 70 Prozent zu erreichen“, sagte Dr. Leonhard Hansen, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein. ([Pressemittlung der KV Nordrhein, 8. Juli](#))

Sachsens Studienbeihilfe gegen Ärztemangel erhält Bundeszuspruch

Das sächsische Projekt Studienbeihilfe zur Stabilisierung der ambulanten ärztlichen Versorgung in ländlichen Gebieten hat Unterstützung von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) bekommen. Sie will diese Idee nun bundesweit aufgreifen. Durch das Projekt Studienbeihilfe erhalten bis zu 50 Medizinstudenten eine gestaffelte Förderung während des Studiums. Sie verpflichten sich nach ihrer Ausbildung als Hausarzt in unterdurchschnittlich versorgten Gebieten Sachsens tätig zu werden. Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KVS), die gesetzlichen Krankenkassen (AOK PLUS, Ersatzkassen, BKK MEDICUS, IKK Sachsen, Knappschaft) und das Sächsische Staatsministerium für Soziales entwickelten dieses Programm zur Studienbeihilfe und stellen dessen Finanzierung sicher. (Pressemitteilung der KVS, 13. Juli)

Multikulti in Bremens Sprechzimmern

Nach einer Erhebung der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen (KVHB) sprechen in jeder vierten Arzt- und Psychotherapeuten-Praxis mindestens ein Arzt oder eine Schwester russisch, türkisch, polnisch oder eine andere Zuwanderersprache. „Sprachbarrieren und religiöse sowie kulturelle Unterschiede stellen Ärzte bei der Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund vor besondere Herausforderungen. Da ist es gut zu wissen, dass in vielen Bremer und Bremerhavener Praxen zumindest die Sprache keine allzu große Hürde mehr bedeutet“, fasst Dr. Till Spiro, Vorstandsvorsitzender der KVHB, die Ergebnisse zusammen. Demnach gaben 79 Prozent aller Ärzte und Psychotherapeuten im kleinsten Bundesland an, mindestens eine Fremdsprache im Praxisalltag zu nutzen. Das Spektrum reicht von Englisch und Französisch bis hin zu Indonesisch und Japanisch. ([Pressemitteilung der KVHS, 15. Juli](#))

Aus den Verbänden

Versorgung urologischer Krebspatienten gefährdet

„Die anstehende Verabschiedung der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten, die sogenannte Onkologie-Vereinbarung bedroht die Versorgung unserer onkologischen Patienten durch unnötige und teils auch unzumutbare neue Voraussetzungen zur Teilnahme für uns Urologen“, betonte Dr. Martin Bloch, Präsident des Berufsverbands der Deutschen Urologen (BDU). Die niedergelassenen Urologen betreuen mit Abstand die größte Zahl krebskranker Patienten in Deutschland, so Bloch. Dass die neue Vergütung der Leistungen kostenneutral erfolgen soll, löste beim Berufsverband der Deutschen Urologen ungläubiges Kopfschütteln aus. Die qualitätsgesicherte Versorgung ihrer Versicherten werde von den Kassen offenbar nicht wertgeschätzt. Aus diesem Grund werde der Berufsverband seinen Mitgliedern empfehlen, den betroffenen Patienten zu raten, die Möglichkeit der Kostenerstattung bei den Kassen zu wählen, um auch in Zukunft ihre adäquate Versorgung sicherzustellen. Außerdem biete der Berufsverband der Urologen den Krankenkassen an, gemeinsam mit der KBV eine eigene Qualitätssicherungsvereinbarung nach Paragraph 135 Absatz 2ünftes Sozialgesetzbuch zu vereinbaren, die der Versorgungsrealität entspricht. ([Pressemitteilung des BDU, 14.Juli](#))

Gesundheitspolitik muss die Krankenhäuser stärken

„Moderne und leistungsfähige Krankenhäuser sind das Rückgrat des Gesundheitswesens in Deutschland. Damit dies so bleibt, muss die Politik den Kliniken einen zukunftsgerichteten Rahmen geben“, fordert der Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Georg Baum. Grundvoraussetzung für eine sichere und hochwertige Versorgung ist eine auskömmliche Finanzierung des Gesundheitswesens, mahnen die Kliniken. Sie fordern die Abschaffung des Gesundheitsfonds. In jedem Falle sollten die Krankenkassen wieder mehr Autonomie bei der Beitragserhebung zugesprochen bekommen. Das von den Krankenhäusern formulierte Selbstverständnis ist es, stationäre und ambulante Leistungen zu erbringen und mit den niedergelassenen Ärzten zu kooperieren. Damit diese sektorenübergreifende und patientenorientierte Versorgung vertieft werden kann, fordern die Kliniken, die

gesundheitspolitische Gesetzgebung nachzubessern. In einem Positionspapier formulieren sie ihre Erwartungen, dass die etwa 4.000 offenen Arztstellen und der weiter anwachsende Ärztemangel zu einer Anhebung der Studienkapazitäten führen werden. Die Kliniken sehen einen insgesamt gewachsenen Bedarf für Investitionen in Qualifikationen. Zudem bekräftigen sie, dass die Krankenhäuser Zugangspforte für den medizinischen Fortschritt bleiben müssen. ([Pressemitteilung des DKG, 15. Juli](#))

Ersatzkassen fordern gerechtere Finanzierung

Die Ersatzkassen erwarten, dass die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wieder gerechter gestaltet wird. In einem gemeinsamen Positionspapier verlangen sie die Rückkehr zur paritätischen Finanzierung von Arbeitnehmern und Arbeitgebern. Christian Zahn, Vorsitzender des Verbandes der Ersatzkassen (vdek), betonte auf einer Pressekonferenz: „Wir fordern, dass der Zusatzbeitrag einheitlich und verpflichtend nur noch prozentual erhoben wird.“ Der Beitrag würde auf den Sonderbeitrag aufgeschlagen und wie gewohnt im Quellenabzugsverfahren an die zuständige Krankenkasse überwiesen. „Dieses Verfahren ist sozial gerechter und reduziert die Bürokratiekosten erheblich“, so der Verbandsvorsitzende. Thomas Ballast, Vorstandsvorsitzender des vdek, begehrte eine bessere Steuerung der vorhandenen Ressourcen und neue Versorgungskonzepte, um die Probleme der Zukunft in den Griff zu bekommen. „Die Ersatzkassen fordern daher, die Verpflichtung zum Abschluss von Hausarztverträgen nach Paragraf 73b fünftes Sozialgesetzbuch in der nächsten Legislaturperiode unverzüglich aufzuheben“, betonte Ballast. Als Sofortmaßnahme verlangte er die Reduzierung der Mehrwertsteuer für Arzneimittel, wie es in fast allen EU-Mitgliedsstaaten bereits üblich ist. „Durch die Reduzierung der Mehrwertsteuer könnte die GKV noch in diesem Jahr 3,7 Milliarden Euro einsparen“, so Ballast. ([Pressemitteilung des vdek, 15. Juli](#))

Ambulante Versorgung von psychisch kranken Kindern gesichert

Kinder und Jugendliche mit komplexen psychischen Störungen haben zukünftig einen gesicherten Anspruch auf eine ambulante multiprofessionelle Behandlung. Der Bundesrat stimmte heute der 15. Novellierung des Arzneimittelgesetzes (AMG) einschließlich zahlreicher weiterer Änderungen im Sozialrecht zu und sicherte damit auch die sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen sind zukünftig gesetzlich verpflichtet, entsprechende Verträge zu schließen. Der Gesetzgeber stellt mit der 15. AMG-Novelle ein multiprofessionelles Behandlungskonzept für Kinder und Jugendliche mit komplexen psychischen Störungen dauerhaft sicher. Die neuen gesetzlichen Regelungen nennen allerdings neben den Ärzten nicht die Psychotherapeuten, wie die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) im Gesetzgebungsverfahren gefordert hatte. Dem Gesetzgeber ging es ausschließlich um die Fortführung der bisherigen Verträge. Darüber hinausreichende Veränderungen wollte er nicht. Die Sozialpsychiatrievereinbarung sieht jedoch nur die Regelung einer Vergütung für bestimmte Ärzte, nicht aber für Psychotherapeuten vor. „Der Gesetzgeber hat damit die Chance vertan, einen multiprofessionellen Behandlungsansatz auch zwischen Psychotherapeuten einerseits und den Angehörigen anderer Gesundheitsberufe andererseits zu fördern“, kritisiert Prof. Rainer Richter, BPtK-Präsident. ([Pressemitteilung des BPtK, 10. Juli](#))

Investitionskosten bleiben im geplanten Rahmen

Die elektronische Gesundheitskarte wird eingeführt, um die Qualität der medizinischen Versorgung und die Sicherheit der Daten zu verbessern. Studien belegen, dass die Einführung der Gesundheitskarte auch wirtschaftlich ist, berichtet die Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik). Die einmaligen Investitionskosten für den Aufbau der Telematikinfrastruktur der Gesundheitskarte, inklusive der ersten beiden Online-Startanwendungen „Versichertenstammdatendienst“ und „Mehrwertkommunikation Leistungserbringer“ (die sichere Direktkommunikation zwischen Ärzten), werden in den Studien mit 1,4 bis 1,6 Milliarden Euro beziffert. Von den einmaligen Investitionskosten sind die Kosten des laufenden Betriebes nach Einführung der Telematikplattform zu unterscheiden. Den Betriebskosten steht ein kontinuierlicher Nutzen gegenüber. Dabei übersteigt der Nutzen der elektronischen Gesundheitskarte die Kosten umso eher, je schneller qualitätssteigernde Anwendungen, wie zum Beispiel die Arzneimittelprüfung, elektronische Patientenakten, Arztbriefe und elektronische Rezepte genutzt werden. ([Pressemitteilung der gematik, 8. Juli](#))

Aus der Welt

Arzneimittelfälschungen: Indien vor Syrien und VAE

Indien liegt als Herkunftsland von gefälschten Arzneimitteln mit 51,62 Prozent aller entdeckten Packungen vor Syrien (36,37 Prozent) und den Vereinigten Arabischen Emiraten (VAE) (8,66 Prozent). Das belegen die jüngsten Zahlen der Europäischen Kommission zu Waren, die der Zoll im Jahr 2008 in den EU-Staaten untersuchte. Insgesamt wurden europaweit an den Grenzen 3.207 Fälle von Arzneimittelfälschungen registriert. „Renner“ waren Potenzmittel, aber auch Cholesterin- und Blutdrucksenker sowie Mittel gegen Osteoporose gehörten dazu. Nach Angaben der EU wurden die meisten gefälschten Produkte in der Luftfracht (50 Prozent) und Seefracht (36 Prozent) festgestellt. „Politik und Behörden müssen noch stärker gegen skrupellose Arzneimittelfälscher vorgehen“, fordert Heinz-Günter Wolf, Präsident der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände. ([Pressemitteilung des ABDA, 10. Juli](#))

180 Millionen Europäer nutzen EU-Krankenversicherungskarte

Die Europäische Krankenversicherungskarte wird von rund 35 Prozent aller Europäer genutzt. In Deutschland ist der Anteil mit 54,7 Prozent der Versicherten sogar überdurchschnittlich hoch. Versicherte aus 31 europäischen Ländern können dank der Karte notwendige medizinische Leistungen in Anspruch nehmen, wenn sie beispielsweise während des Sommerurlaubs in einem der EU-Mitgliedstaaten sowie Island, Liechtenstein, Norwegen oder der Schweiz krank werden oder verunglücken. Die Europäische Krankenversicherungskarte (EKVK) deckt alle medizinischen Leistungen ab, die während eines vorübergehenden Aufenthalts zu Urlaubs-, Arbeits- oder Studienzwecken erforderlich sind. Bei Krankheit oder Unfall in einem anderen Land hat der Karteninhaber Anspruch auf die gleiche medizinische Behandlung wie der im Land versicherte Patient. Die EKVK kann allerdings nur für öffentliche Gesundheitsleistungen verwendet werden. Sie ist kein Ersatz für eine zusätzliche Reiseversicherung. ([Pressemitteilung der EU Kommission, 9. Juli](#))

EU-Kommission handelt gegen Wettbewerbsprobleme bei Arzneien

Die Europäische Kommission kommt in ihrem Abschlussbericht über den Wettbewerb im Arzneimittelsektor zu dem Ergebnis, dass sich die Einführung von Generika in Europa verzögert. Zugleich kommen immer weniger neue Arzneimittel auf den Markt. Ursachen könnten im Verhalten der Unternehmen liegen, allerdings sind auch Mängel im rechtlichen Rahmen nicht auszuschließen. Stichproben ergaben, dass die Bürger nach Ablauf des Patentschutzes über sieben Monate auf billigere Generika warten müssen. Der verzögerte Markteintritt von Generika hat finanzielle Folgen, denn Generika sind zwei Jahre nach dem Markteintritt im Durchschnitt 40 Prozent billiger als die entsprechenden Originalpräparate. In Bezug auf die rechtlichen Rahmenbedingungen wird der Bedarf ein Gemeinschaftspatent einzuführen und ein einheitliches europäisches System zur Beilegung von Patentstreitigkeiten zu schaffen, deutlich. In ihrem Abschlussbericht appelliert die EU-Kommission schließlich auch an die Mitgliedstaaten, Rechtsvorschriften einzuführen, die die Verbreitung von Generika erleichtern. ([Pressemitteilung der EU Kommission, 8. Juli](#))

Außerdem

Schmidt: Pflegereform erweist sich als Erfolgsmodell

Seit Start der Pflegereform am 1. Juli 2008 haben rund 11.000 zusätzliche Betreuungskräfte eine Beschäftigung in der Versorgung demenziell erkrankter Menschen in Heimen gefunden. Deswegen ist die Reform für Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) ein Erfolgsmodell zur Erleichterung des Alltags von rund 190.000 stationär gepflegten Menschen. „Die Reform zeigt dreifache Wirkung: die Lebensqualität der betroffenen Heimbewohner wird verbessert, die Pflegefachkräfte werden unterstützt und Arbeitsplätze werden geschaffen“, sagte Schmidt. Bundesminister Olaf Scholz (SPD) begrüßte die neuen Chancen für die Arbeitslosen. „Tausende

haben das Angebot genutzt und sich weitergebildet. Jetzt tut sich ein breites Beschäftigungsfeld auf“, sagte Scholz. ([Pressemitteilung des BMG, 14. Juni](#))

KOMPAKT- Zahl der Woche: 45 000

45 000 Menschen sind trotz der seit Anfang 2009 geltenden Versicherungspflicht noch immer unversichert. Das gab das Bundesministerium für Gesundheit der Berliner Zeitung bekannt. (Berliner Zeitung, 15. Juli)

Aus dem Terminkalender

- 22.07.2009 Vertreterversammlung der KV Bayerns
München, 13 Uhr
18. – 20.09.2009 24. Bundeskongress des Verbandes medizinischer Fachberufe
Hannover
- 26.09.2009 "Demenz– Gemeinsam für eine bessere Versorgung"
Berlin
22. – 28.11.2009 Klinische Fortbildung für hausärztlich tätige Allgemeinmediziner und Internisten
Berlin

Aus der Presse

KBV fordert bessere Vergütung für erfolgreiche Behandlung

Die niedergelassenen Ärzte sollen künftig stärker nach Leistung bezahlt werden, hat Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der KBV, in Rahmen einer Pressekonferenz gesagt. Über die neuen Forderungen der KBV berichtet die Süddeutsche Zeitung. Die Pauschalvergütung der ärztlichen Arbeit sei leistungsfeindlich, so Köhler. Deswegen will er die Qualität der einzelnen Arztbehandlung messen und besser vergüten. Bei der Behandlung der Demenzkranken könne man Qualität zum Beispiel daran messen, ob der Arzt die Patienten in den verschiedenen Etappen ihrer Erkrankung richtig behandelt und dadurch eine Verbesserung ihres Gesundheitszustandes erreicht. Für die Mediziner solle es sich lohnen, die Qualitätsanforderungen der KBV zu erfüllen: „Derjenige, der es tut, wird mehr Geld erhalten als der, der es nicht tut“, sagte Köhler. (Die Süddeutsche Zeitung, 14. Juli)

Forderungen der KBV sind innovativ und ausgewogen

Die aktuellen Forderungen der KBV an die nächste Bundesregierung seien überraschend innovativ und ausgewogen, berichtet die Badische Zeitung. Die KBV setzt sich dafür ein, bei der Vergütung der Ärzte auf die Qualität zu achten. Es sei auch fortschrittlich, dass die KBV auf die Relevanz der Zusammenarbeit von Ärzten und anderen Gesundheitsberufen hinweist. Gerade während des jetzigen Hausärztemangels sei es wichtig zu klären, inwieweit Pflegekräfte durch Übernahme verschiedener Aufgaben die Ärzte entlasten können. (Die Badische Zeitung, 14. Juli)

KBV will Honorarreform nachbessern

„Wir wollen keine Pauschalen mehr in der Ärztevergütung.“ Das hat der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Andreas Köhler, der Financial Times Deutschland (Montagsausgabe) gesagt. Wenn es bei der Vergütung nicht darauf ankomme, wie viel Zeit der Arzt mit den Patienten verbringt, strebe der Arzt danach, innerhalb der Pauschale möglichst wenig Aufwand zu treiben. „So kann eine gute Versorgung auf Dauer nicht gewährleistet werden“, so

Köhler. Deswegen forderte er die Einführung eines Bonussystems: „Beispielsweise können wir einem Arzt eine Zusatzvergütung in Aussicht stellen, wenn er mithilfe von Medikamenten oder Ernährungstherapie 70 Prozent seiner Bluthochdruckpatienten auf einen normalen Blutdruck bringt“. Durch gestaffelte Versicherungstarife solle die neue Bundesregierung die Arztbesuche der Patienten regulieren, denn jeder Kassenpatient in Deutschland gehe im Jahresdurchschnitt 18-mal zum Arzt, so Köhler. (Financial Times Deutschland, 13. Juli)

Redaktion:

Dezernat Kommunikation der KBV

Tel: 030 / 4005 – 2203

Fax: 030 / 4005 – 27 2203

E-Mail: ivelikova@kbv.de, sschramm@kbv.de, fknoeppke@kbv.de

Der KBV-Kompakt hat seinen Redaktionsschluss jeweils mittwochs 13 Uhr.

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