



KBV *KOMPAKT*

Gesundheitspolitischer Newsletter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
vom 21. Juli 2010

Aus Berlin

Streit um Hausarztverträge

Die Diskussion um die Vergütung der hausärztlichen Versorgung hat sich weiter verschärft: Mit einer bundesweiten Aktion will der Deutsche Hausärzterverband Patienten und Ärzte gegen die Entscheidung des Bundesgesundheitsministers, Dr. Philipp Rösler (FDP), mobilisieren. Dieser hatte angekündigt, Honorarzuwächse zu begrenzen und die Vergütung in Hausarztverträgen auf das Honorarniveau der Kassenärztlichen Vereinigungen zu vereinheitlichen. „Als nächsten Schritt kann es auch zu Praxisschließungen kommen“, warnte der Bundesvorsitzende des Verbandes, Ulrich Weigeldt. Bayerns Gesundheitsminister Markus Söder (CSU) hat Medienberichten zufolge den Hausärzten seine Unterstützung versprochen. Kein Hausarzt aus dem Land werde weniger Honorar als vorher bekommen, so Söder. Auch der gesundheitspolitische Sprecher der SPD-Bundesfraktion, Karl Lauterbach (SPD), hat die Pläne Röslers kritisiert. Für eine Extrahonorierung der Zusatzangebote in der hausarztzentrierten Versorgung sprach sich der Vorsitzende des Hartmannbundes, Prof. Dr. Kuno Winn, aus. Dagegen begrüßte Thomas Ballast, Vorstandsvorsitzender des Verbands der Ersatzkassen e. V. (vdek) die Pläne der Bundesregierung und forderte einen konstruktiven Dialog mit den Hausärzten. Eine dringende Korrektur bei den Hausarztverträgen forderte der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ). „Hausärzte können zusätzliche Vergütungen auch für die jüngeren Patienten bekommen, die sie gleichwohl trotz Einschreibung in der Praxis selten sehen, weil wir diese Kinder und Jugendlichen mit ihren altersspezifischen Störungsbildern normalerweise behandeln“, sagte BVKJ-Landesvorsitzender Martin Lang. Völlig inakzeptabel und unangemessen, sowohl im Inhalt als auch im Stil sei die Protestankündigung, sagte die Parlamentarische Gesundheitsstaatssekretärin, Annette Widmann-Mauz (CDU). Sie setze sich für eine gerechte Medizinervergütung ein. (Agenturmeldung 16., 20. und 21. Juli, [Pressemitteilung des Hartmannbundes, 21. Juli](#), [Pressemitteilung des vdek, 17. Juli](#), [Pressemitteilung des Hausärzterverbandes, 21. Juli](#))

Deutschland und Russland kooperieren im Gesundheitswesen

Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler (FDP) und seine russische Amtskollegin Tatjana Golikowa haben das deutsch-russische Gesundheitsabkommen unterzeichnet. In dem verpflichten sich die beiden Staaten in den Bereichen Prävention, Infektionskrankheiten, Telematik in der Medizin, Krankenversicherung und medizinische Ausbildung eng zusammenzuarbeiten. „Deutschland und Russland können viel voneinander lernen. Eine Kernaufgabe der Gesundheitsministerien sehe ich dabei in der politischen Einrahmung und der praktischen Erleichterung einer Kooperation der Zivilgesellschaften beider Staaten“, sagte Rösler. ([Pressemitteilung des Bundesministerium für Gesundheit, 15. Juli](#))

Familie und Beruf im Gesundheitswesen vereinbaren

Um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu verbessern, werden Modelle der Aufgabenneuordnung und Beispiele von Krankenhäusern mit familienfreundlichen Arbeitsbedingungen auf einer Internetplattform veröffentlicht. Diese Maßnahme hat das von der Parlamentarischen Staatssekretärin des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), Annette Widmann-Mauz (CDU) initiierte Treffen der Akteure im Gesundheitswesen beschlossen.

Die Veröffentlichung erfolgt voraussichtlich Ende des Jahres. Hierzu fördert das BMG ein Projekt, an dem die Deutsche Krankenhausgesellschaft, Vertreter des Deutschen Pflegerates, der Bundesärztekammer, des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte, des Verbandes der Krankenhausdirektoren und ver.di mitarbeiten. Eine weitere Voraussetzung für die bessere Vereinbarkeit seien die Einhaltung geltenden Arbeitszeitrechts und flexible Arbeitsmodelle wie Teilzeitweiterbildung im stationären Sektor, so der erste Vorsitzende des Marburger Bundes, Rudolf Henke. Dadurch werde der Arztberuf attraktiver, so Henke.

Auch für den ambulanten Bereich ist eine Internetplattform über den Austausch guter Lösungen denkbar, so das BMG. Darüber und über weitere konkrete Maßnahmen wird in einem Folgetreffen beraten. ([Pressemitteilung des BMG, 15. Juli](#), [Pressemitteilung des Marburger Bundes, 15. Juli](#))

Aus KBV und KVen

KV-on: Fünf Euro Praxisgebühr je Arztbesuch

Die Praxisgebühr von zehn Euro pro Quartal hat längst ihre Steuerungswirkung verloren. Deutschland ist Spitzenreiter bei den Arzt-Patienten-Kontakten. Die Politik überlegt nun, ob sie eine niedrigere Praxisgebühr einführen soll, die dafür bei jedem Arztbesuch fällig wird. Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der KBV, bezieht im Thema der Woche Stellung zu dieser Frage. ([Videopodcast auf KV-on, dem Web-TV der Kassenärztlichen Vereinigungen, 16. Juli](#))

VVen der KV Bayerns und Baden-Württemberg fordern angemessene Vergütung für Ärzte

Das Thema Honorar stand auf den Vertreterversammlungen (VVen) der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) Bayerns und Baden-Württemberg im Mittelpunkt. In beiden Bundesländern sprachen sich die VV-Delegierten für eine angemessene Vergütung für die ambulante Versorgung aus. In Bayern stimmte die VV einem Antrag zu, in dem es heißt: „Die VV lehnt alle Bestrebungen ab, die eine Nivellierung der ambulanten Versorgungsstruktur auf bundesweite Durchschnittswerte zum Ziel haben oder mit sich bringen. Denn Nivellierung bedeutet für Bayern den Abbau von Versorgungsstrukturen, Existenzgefährdung von Praxen, Planwirtschaft und Leistungsfeindlichkeit.“

In Baden-Württemberg bemängelte der Vorstandsvorsitzende der KV, Dr. Achim Hoffmann-Goldmayer, dass sein Bundesland der Verlierer der Honorarreform sei. Er stellte den Delegierten einen Forderungskatalog vor, mit dem der Vorstand die Situation der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in Baden-Württemberg verbessern möchte. Zudem verabschiedete die VV eine Resolution, in der sie die Bundesregierung auffordert, sich umgehend für eine adäquate Vergütung der ambulanten Versorgung in dem Bundesland einzusetzen. ([Pressemitteilung der KV Bayerns, 15. Juli](#), [VV-Bericht der KV Baden-Württemberg](#))

KV Mecklenburg-Vorpommern kritisiert Meldung der TK

Auf die Aussage der Techniker Krankenkasse (TK), dass die Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern am teuersten verordnen und die in Bayern am sparsamsten, hat die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Mecklenburg-Vorpommern reagiert: Diese Analyse sei nicht neu, aber die Art und Weise, wie in Zeiten von Rabattverträgen zwischen Pharmafirmen und Krankenkassen angebliche Ausgaben für Arzneimittel missbraucht werden, verwundert schon, schreibt die KV in einer Pressemitteilung. Es sei festzustellen, dass es sich bei den genannten 32 Milliarden Euro des Jahres 2009 nicht allein um die Ausgaben der Krankenkassen handele. Hiervon entfallen nach besagter Statistik allein 1,7 Milliarden Euro auf die Zuzahlungen von Versicherten und weitere 2,3 Milliarden Euro auf die gesetzlichen Abschläge nach Paragraph 130 Absatz 1 und Paragraph 130a Absatz 1, 3a und 3b, Fünftes Sozialgesetzbuch. Danach verblieben 28 Milliarden Euro als sogenannte Nettoausgaben der Krankenkassen. Ein hoher Wert, der bezogen auf die Nettoausgaben des Jahres 2008 auf dem Papier einen absoluten Zuwachs von 1,6 Milliarden Euro ausmacht. Doch in den Nettoausgaben seien noch die Rabattverträge der Krankenkasse und Pharmahersteller enthalten. Auch sei im Hinblick auf die Rabattverträge die Aut-idem-Regelung nicht außer Acht zu lassen. Die TK argumentiere mit den unvollständigen Zahlen aller Krankenkassen. Hier müsse sie Licht ins Dunkel

bringen. Ansonsten entstehe der Verdacht, dass die sehr hohen Kosten der Krankenkassen für ihren aufgeblähten Verwaltungsapparat mit den unseriösen Angaben über Arzneimitteltherapien verschleiert werden sollen, so die KV Mecklenburg-Vorpommern. ([Pressemitteilung der KV Mecklenburg-Vorpommern, 16. Juli](#))

2.000 rheinländische Praxen rechnen bereits online ab

Knapp 2.000 der rund 15.000 Praxen in Nordrhein rechnen derzeit online ab. Die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten setzen dabei auf die Doctor-to-Doctor-Technik (D2D). Fast 1.000 von ihnen nutzen zudem den elektronischen Heilberufsausweis (HBA), um die Gesamtaufstellung digital zu signieren. „In keiner Region ist der Anteil online abrechnender Ärzte und Psychotherapeuten, die ihre Abrechnung mit dem HBA signieren, höher als im Rheinland“, betont Gilbert Mohr, Leiter der Abteilung „IT in der Arztpraxis“ der KV Nordrhein.

Praxen, die online abrechnen und die Gesamtaufstellung mit dem HBA digital signieren, sparen Verwaltungskosten: Der Satz liegt bei 2,4 statt 2,6 Prozent bei den Disketten- oder CD-Abrechnern. Eine Praxis mit einem Jahresumsatz mit der gesetzlichen Krankenversicherung von 160.000 Euro spart so pro Jahr Gebühren in Höhe von 320 Euro. ([Pressemitteilung der KV Nordrhein, 20. Juli](#))

KV Schleswig-Holstein: Patienten haben ein Recht auf Gleichbehandlung

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Schleswig-Holstein weist die Kritik der Krankenkassen an den geplanten Honorarsteigerungen für Ärzte als unsachlich zurück. Die AOK und der Landesverband der Ersatzkassen hatten behauptet, die niedergelassenen Ärzte würden vom Sparpaket der Bundesregierung verschont bleiben. Stattdessen würde die Gesamtvergütung der Vertragsärzte in Schleswig-Holstein im kommenden Jahr um 35 Millionen Euro steigen. „Der geplante Ausgleich der Vergütungsunterschiede zwischen den Bundesländern ist dringend notwendig und längst überfällig“, sagte dazu Dr. Ingeborg Kreuz, Vorstandsvorsitzende der KV Schleswig-Holstein. Die Versicherten hätten ein Anrecht darauf, gleich behandelt zu werden. Schließlich seien die Beitragssätze der gesetzlichen Krankenkassen in allen Bundesländern gleich. „Warum sollte ein Versicherter in Schleswig-Holstein weniger wert sein als in Bayern?“, so Kreuz. Im ersten Quartal 2009 standen in Bayern für die ambulante Behandlung eines jeden Versicherten 97 Euro zur Verfügung, in Schleswig-Holstein waren es nur 80 Euro. Im bundesweiten Durchschnitt waren es knapp 88 Euro. ([Pressemitteilung der KV Schleswig-Holstein, 20. Juli](#))

Aus den Verbänden

Aktuelles Merkblatt zum Mammografie-Screening erhältlich

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat gemeinsam mit der Kooperationsgemeinschaft Mammographie (KoopG) ein aktualisiertes Merkblatt zum Mammografie-Screening vorgestellt. Vor allem die Vor- und Nachteile der Untersuchung sind in der überarbeiteten Fassung detaillierter dargestellt. Frauen können sich anhand des Blattes über das Programm zur Brustkrebsfrüherkennung informieren. „Ziel der Früherkennung von Brustkrebs durch das Mammografie-Screening ist die Senkung der Brustkrebssterblichkeit. Gleichzeitig sollen die Belastungen so gering wie möglich sein, die für Frauen mit der Untersuchung verbunden sein können“, so der unparteiische Vorsitzende des GBA, Dr. Rainer Hess.

Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren erhalten das Merkblatt per Post – zusammen mit der Einladung zur Untersuchung. Interessierte können es zudem auf den Websites des GBA und der KoopG herunterladen. Auf der Homepage der KoopG ist das Informationsmaterial in mehreren Sprachen zu finden. ([Pressemitteilung des GBA, 15. Juli](#), [Pressemitteilung der KoopG, 15. Juli](#))

GKV: Praxisgebühr bei jedem Arztbesuch ist sozial nicht tragfähig

Florian Lanz, Sprecher des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), kritisiert den Vorschlag, bei jedem Arztbesuch eine Praxisgebühr zu erheben. Zwar habe die Gebühr eine Steuerungswirkung, gibt Lanz zu, aber diese Maßnahme wäre nicht sozial tragfähig.

„Ärzte und Krankenhäuser wollen für das kommende Jahr mehrere Milliarden Euro höhere Einnahmen und gleichzeitig wird gefordert, die Praxisgebühr auf jeden Arztbesuch auszuweiten. Milliarden schwere Einnahmesteigerungen für Ärzte und Krankenhäuser und im selben Atemzug neue Belastungen für die Patienten – das passt nicht zusammen“, so der Sprecher des GKV-Spitzenverbandes. ([Pressemitteilung des GKV-Spitzenverbandes, 16. Juli](#))

DPTv fordert bessere Arbeitsmöglichkeiten für Psychotherapeuten

Psychische Erkrankungen nehmen laut Krankenkassenreporten überproportional zu. Die Arbeitsfehlzeiten durch psychische Erkrankungen seien in den vergangenen zwölf Jahren kontinuierlich gestiegen. Die Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung (DPTv) appelliert, dass aus diesen Erkenntnissen Konsequenzen gezogen werden müssen. Sie fordert deshalb eine frühzeitige Psychodiagnostik und antragsfreie Behandlungsmöglichkeiten zur Akutversorgung der Patienten. Auch gesetzliche Änderungen, beispielsweise die Aufhebung des Verbots der Feststellung von Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer psychischen Erkrankung, seien notwendig. Der Bundesvorsitzende der DPTv, Dieter Best, beklagt, dass viele sinnvolle Maßnahmen zur Verbesserung der Patientenversorgung nicht kostendeckend vergütet werden. Er kritisiert weiter: „An diesen Maßnahmen scheinen die Krankenkassen jedoch aus Kostengründen nicht interessiert zu sein.“ ([Pressemitteilung des DPTv, 16. Juli](#))

Ärztliche Bedarfsplanung nach Bevölkerungsalter

Wegen der demografischen Entwicklung im Lande hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) einen entsprechenden Beschluss zur Änderung der Bedarfsplanungsrichtlinie gefasst. Die neue Regelung nicht allein die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte bezogen auf die Anzahl der Einwohner in einer bestimmten Region, sondern auch deren Altersstruktur. „Der nun getroffene Beschluss zur Einführung eines Demografiefaktors weist jedoch in die richtige Richtung, indem die rein quantitative Ermittlung des Verhältnisses von Einwohner- zu Arztzahl durch einen qualitativen Aspekt des Versorgungsbedarfes einer bestimmten Bevölkerungsgruppe ergänzt wird“, sagte der Unparteiische Vorsitzende des GBA, Dr. Rainer Hess. Der Vorstandsvorsitzende der KV Sachsen, Dr. Klaus Heckemann, bewertet den Beschluss „als sehr gutes und längst überfälliges Signal gegen den Ärztemangel.“ Er erwartet, „dass nun sehr bald wieder wirksame Instrumente zur Verfügung stehen, um Ärzte gezielt in von Unterversorgung bedrohte Gebiete zu holen.“ Der Beschluss des GBA wird dem Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung vorgelegt und tritt nach erfolgter Nichtbeanstandung nach der Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft. ([Pressemitteilung des GBA, 15. Juli](#), [Pressemitteilung der KV Sachsen, 16. Juli](#))

Verband der Ersatzkassen bewirbt sich als Präqualifizierungsstelle

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) will zukünftig die Qualitätsanforderungen an Leistungserbringer zur Abgabe von Hilfsmitteln prüfen können. Deswegen hat sich der vdek um die Benennung als Präqualifizierungsstelle beim Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) beworben, der die personellen und fachlichen Voraussetzungen anerkennen soll. Durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der GKV wurden die Qualitätsprüfungen im Hilfsmittelbereich neu gestaltet. Leistungserbringer, die Hilfsmittel abgeben, können ihre fachliche Eignung zur Versorgung mit Hilfsmitteln zukünftig durch eine Präqualifizierungsstelle überprüfen lassen und erhalten bei Eignung ein entsprechendes Zertifikat. Mit dieser Bescheinigung können die Leistungserbringer in Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen treten beziehungsweise sich an Ausschreibungen für die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln beteiligen. Eine Versorgungsgarantie ist mit der Präqualifizierung allerdings nicht automatisch verbunden. ([Pressemitteilung des vdek, 21. Juli](#))

Ergebnisse und Weiterentwicklung der Pflegenoten

Pflegenoten sind für den Verbraucher eine gute Orientierung über die Leistungsqualität von Heimen und Pflegediensten. Dies geht aus dem wissenschaftlichen Evaluationsbericht von Prof. Martina Hasseler, Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg, und Prof. Karin Wolf-Ostermann, Alice-Salomon-Hochschule Berlin, hervor. Die Wissenschaftlerinnen empfehlen eine konstruktive Grundlage für die Weiterentwicklung der Transparenzvereinbarungen. Kurzfristig soll

sichergestellt werden, dass immer eine ausreichende Anzahl Pflegebedürftiger in die Prüfung einbezogen wird. Mittelfristig soll beispielsweise auf Basis der zu erwartenden wissenschaftlichen Erkenntnisse die Bewohner- und Kundenzufriedenheit genauer abgebildet werden. Da national und international übertragbare wissenschaftliche Grundlagen fehlen, ist auch ein langfristiger Weiterentwicklungsprozess erforderlich. Als ein gutes Signal für die Transparenz in der Pflegequalität nimmt Gernot Kiefer, Vorstand des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die Berichtsergebnisse wahr. Ein wichtiger Hinweis sei die Empfehlung der Wissenschaftlerinnen, Risikokriterien in die Berechnungssystematik einzubeziehen, so Kiefer. ([Gemeinsame Pressemitteilung des GKV-Spitzenverbands, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen, 21. Juli](#))

Aus der Welt

Großbritannien liegt bei der Palliativmedizin vorne, Indien ganz hinten

Einer Studie zufolge bietet Großbritannien die beste Betreuung von Sterbenden. Das Forschungszentrum Economist Intelligence Unit, das zu dem britischen Wochenmagazin „The Economist“ gehört, hob in seiner Rangliste von 40 Ländern vor allem die staatliche Unterstützung der medizinischen Begleitung von Sterbenden im Vereinigten Königreich und die Professionalität der dortigen Hospize hervor. Auf den Plätzen zwei und drei waren demnach Australien und Neuseeland. Deutschland schaffte es unter die ersten zehn. Am schlechtesten schnitt Indien ab. Unter den letzten zehn waren aber auch Portugal und Russland. ([Deutsches Ärzteblatt, 15. Juli](#))

Clinton fordert bessere Mitteleinsetzung gegen HIV

Auf der Welt-Aids-Konferenz in Wien hat der frühere US-Präsident Bill Clinton einen wirkungsvolleren Einsatz von Hilfsgeldern angemahnt. Durch einen besseren Einsatz der internationalen Mittel könnten mehr HIV-Patienten gerettet werden, sagte er am Montag. „In viel zu vielen Ländern geht viel zu viel Geld an zu viele Menschen, die zu zu vielen Treffen fahren und zu viele Flugzeuge nehmen, um zu viel technische Hilfe zu leisten“, kritisierte Clinton, dessen gemeinnützige Stiftung sich für die Eindämmung des HI-Virus einsetzt.

Die Entwicklungsorganisation One äußerte in Berlin die Befürchtung, die Bundesregierung wolle ihre Mittel für den Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria drastisch kürzen. Ein Sprecher des Bundesentwicklungsministeriums widersprach dem. Im Haushalt 2010 seien wie zugesagt 200 Millionen Euro für den Fonds eingeplant. Die gleiche Summe solle 2011 bereitgestellt werden, dem müsse der Bundestag aber noch zustimmen. Für die folgenden Jahre müsse der Beitrag noch festgelegt werden. ([Deutsches Ärzteblatt, 19. Juli](#))

Außerdem

Ärzte ohne Grenzen verzeichnet trotz Finanzkrise ein Einnahmeplus

Die Hilfsorganisation Ärzte ohne Grenzen hat in Deutschland im vergangenen Jahr 44,6 Millionen Euro Spenden- und Fördergelder eingenommen. „Befürchtete negative Auswirkungen der Finanzkrise sind ausgeblieben“, sagte der Vorstandsvorsitzende der Hilfsorganisation, Tankred Stöbe, am Freitag auf der Jahrespressekonferenz in Berlin. „Unsere Einnahmen stiegen gegenüber dem Vorjahr sogar leicht an.“ 42,9 Millionen Euro ihrer Einnahmen hat die Organisation im vergangenen Jahr ausgegeben. 35,1 Millionen davon flossen in die direkte Nothilfe in 41 Ländern. Die Spenden und Fördermittel nutzte Ärzte ohne Grenzen vor allem für die Hilfsarbeit im Kongo (4,9 Millionen Euro), dem Sudan (3,0 Mio.), Somalia (2,4 Mio.), der Zentralafrikanischen Republik (2,1 Mio.) und dem Tschad (2,0 Mio.). ([Pressemitteilung von Ärzten ohne Grenzen, 16. Juli](#))

DAK: Krankenstand im ersten Halbjahr 2010 gesunken

Die Krankenkasse DAK kann Statistiken des Bundesgesundheitsministeriums nicht bestätigen, wonach der Krankenstand im ersten Halbjahr 2010 gestiegen ist. Der Krankenstand der DAK-Versicherten sank im ersten Halbjahr 2010 im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um 0,2 Prozentpunkte auf 3,3 Prozent. Durchschnittlich fehlte ein Beschäftigter 5,9 Tage (2009: 6,4 Tage). Unterschiede gab es zwischen den Bundesländern: In den westlichen Bundesländern (mit Berlin) beträgt der Krankenstand durchschnittlich 3,1 Prozent (2009: 3,3 Prozent). Im Osten lag er bei 4,2 Prozent (2009: 4,4 Prozent). Psychische Erkrankungen legten demgegenüber mit 68 Tagen pro 100 Versicherte weiter zu (Vorjahr 64 Tage). ([Pressemitteilung der DAK, 21. Juli](#))

KOMPAKT- Zahl der Woche: 3,8

Mit der Note 3,8 haben die niedergelassenen Ärzte und andere Heilberufler ihre Wirtschaftslage bewertet. Damit ist ihre Stimmungslage schlechter als der Branchendurchschnitt, der laut Bundesverband der Freien Berufe bei 3,3 liegt. (Agenturmeldung, 21. Juli)

Aus dem Terminkalender

- | | |
|------------------------|---|
| 06.07.10 –
26.07.10 | Wahl der Vertreterversammlung
KV Baden-Württemberg |
| 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 | Kooperationstagung „Demenz – Strategien für eine gemeinsame Versorgung“
Berlin, 10 – 16.30 Uhr |

Aus der Presse

KBV und KV Westfalen-Lippe wollen Bürokratie in Praxen abbauen

„Eine überbordende Bürokratie in den Praxen droht zu einem Wettbewerbsnachteil für die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) im Werben um den ärztlichen Nachwuchs zu werden.“ Dies hat Dr. Carl-Heinz Müller, Vorstand der KBV, im Deutschen Ärzteblatt erklärt. Aus diesem Grund wollen die KBV und die KV Westfalen-Lippe bei der Ex-ante-Messung von Normen kooperieren. „So wird zum Beispiel die Einführung der Kodierrichtlinien in die ambulante Versorgung durch eine Bürokratiekostenmessung begleitet, um Belastungen zu identifizieren und diese möglichst zu minimieren“, so Müller. Die Ex-ante-Messung schrieb die Bundesregierung im Jahr 2006 als zweiten Schritt zur Entbürokratisierung vor. Danach müssten alle Bundesministerien vor jedem Gesetzentwurf die zu erwartenden bürokratischen Belastungen ermitteln. Der erste Reformschritt war die Einführung des informationspflichtigen Standardkosten-Modells (SKM).

„Neben einer Verminderung der Bürokratielast für die Ärzte erhoffen sich die Körperschaften von dieser Strategie langfristig einen Wandel der Regulierungsmentalität. Denn bislang sind Bürokratiekosten unsichtbare Kosten. Werden diese künftig offengelegt, könnte das zu einer besseren Kosten-Nutzen-Abwägung bei der Festlegung neuer Rechtsnormen führen“, betonte Müller. Langfristig wolle die KBV ein Kontrollgremium für bessere Regulierung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung einrichten. Darin soll auch der Gemeinsame Bundesausschuss als untergesetzlicher Normgeber eingebunden werden, so Müller. Bisher hat der Nationale Normenkontrollrat als einzige Kontrolleinrichtung die Anwendung des SKM überwacht. ([Deutsches Ärzteblatt, 19. Juli](#))

Einkommen der Ärzte steigt 2009 um mehr als sechs Prozent

Die Frankfurter Allgemeine Zeitung hat berichtet, dass die Arzthonorare im Jahr 2009 gestiegen sind. Der Bewertungsausschuss der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherung hat die Honorarentwicklung der niedergelassenen Ärzte für die ersten drei Quartale des Jahres 2009 berechnet. Demnach ist das Einkommen der Ärzte 2009 voraussichtlich um mehr als sechs Prozent gestiegen. Nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes stiegen die durchschnittlichen Einnahmen je Kassenarzt, vor Steuern und Kosten der sozialen Absicherung, im Westen auf 74.403 Euro (5,3 Prozent), im Osten sogar um 8,3 Prozent auf 82.822 Euro. Die Einnahmen aus den Behandlungen von Privatpatienten sind in dieser Rechnung nicht berücksichtigt. Das Institut des Bewertungsausschusses kommt wegen anderer Stichproben bei gleichen Zuwachsraten auf niedrigere Überschüsse. Diese liegen im Westen bei 66.433 Euro, im Osten bei 73.963 Euro.

Die Überschüsse fallen bei den Arztgruppen unterschiedlich aus. Das größte Einkommen erzielten Fachärzte für Innere Medizin (knapp 150.000 Euro). Allgemeinmediziner, Gynäkologen, Haut- und HNO-Ärzte erwirtschafteten Überschüsse um 70.000 Euro. Augen- und Kinderärzte sowie hausärztliche Internisten lagen leicht darüber.

Die Krankenkassen überwiesen 23 Milliarden Euro an die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Damit stiegen die Überweisungen im Vergleich zum Vorjahr um sieben Prozent. Die Zusatzeinnahmen in Höhe von 1,5 Milliarden Euro wurden regional unterschiedlich verteilt.

Dr. Andreas Köhler, der Vorstandsvorsitzende der KBV, begründete die Einkommenssteigerung mit dem Nachholbedarf der ärztlichen Vergütung der vergangenen Jahre. Dieser Bedarf ist nach Meinung Köhlers immer noch nicht gedeckt. Er erklärte, dass zwei Milliarden Euro zusätzlich investiert werden müssten, um die wachsende Nachfrage und die Kosten abzudecken. Die Krankenkassen und die Kassenärzte verhandeln noch bis Ende August über die Weiterentwicklung des ärztlichen Honorars. ([Frankfurter Allgemeine Zeitung, 15. Juli](#))

Redaktion:

Dezernat Kommunikation der KBV

Tel: 030 / 4005 – 2203

Fax: 030 / 4005 – 27 2203

E-Mail: 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>