



# KBV KOMPAKT

Gesundheitspolitischer Newsletter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung  
vom 4. August 2010

## Aus Berlin

---

### Das GKV-Änderungsgesetz ist nun rechtskräftig

Im August ist das „Gesetz zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften“ (GKV-Änderungsgesetz) in Kraft getreten.

Somit wird auch der erste Teil des Arzneimittelsparpakets rechtskräftig. Das Gesetz sieht unter anderem folgende Änderungen vor: Der Herstellerabschlag steigt für Arzneimittel ohne Festbetrag auf 16 Prozent. Zuvor lag dieser bei sechs Prozent. Zudem gibt es einen Preisstopp für alle Arzneimittel, die von den Krankenkassen bezahlt werden.

Eine Lücke im Gesetz des Bundesgesundheitsministeriums erlaubt den Pharmaunternehmen jedoch, den Zwangsrabatt von 16 Prozent zu umgehen. Experten berichteten, dass einige Unternehmen im Juli die Preise für Arzneimittel angehoben haben, um sie dann im August wieder zu senken. Laut Gesetz wird dieses Vorgehen als Preissenkung bewertet, obwohl die Preise tatsächlich nicht gesunken sind. „Solche Trickereien der Pharmaindustrie, die allein die GKV-Beitragszahler belasten, müssen konsequent verhindert werden. Wir gehen davon aus, dass das Bundesgesundheitsministerium diese Gesetzeslücke umgehend schließt“, so Dr. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankensicherung (GKV).

Mit dem neuen Gesetz tritt unter anderem auch der Online-Abgleich in Kraft: Krankenkassen müssen den Ärzten, Zahnärzten und Krankenhäusern Online-Dienste anbieten. Ärzte sollen damit die Gültigkeit der Versichertendaten überprüfen und auf der elektronischen Gesundheitskarte aktualisieren. Den Stammdatenabgleich sollen Mediziner jeweils beim ersten Patientenkontakt im Quartal durchführen. Die Online-Anbindung der Praxis-EDV soll aber für alle Vertragsärzte freiwillig bleiben. ([Deutsches Ärzteblatt, 30. Juli](#), [Pressemitteilung des GKV-Spitzenverbandes, 3. August](#), Agenturmeldung, 3. August)

### SPD: Spezialeinheiten sollen gegen Abrechnungsbetrug vorgehen

Die SPD hat die Bundesregierung aufgefordert, die Berichtspflicht der Krankenkassen über Falschabrechnungen zu verschärfen. „Wir wollen, dass die Berichte standardisiert und bei einer zentralen Stelle zusammengefasst werden. Außerdem sollen sie öffentlich zugänglich sein“, schlug die Vorsitzende des Gesundheitsausschusses, Carola Reimann (SPD), vor. Ermittelt der Staatsanwalt, sollten die Namen von Kliniken, Ärzten und Apothekern veröffentlicht werden, so Reimann. Schon jetzt müssen die gesetzlichen Krankenkassen in einem Turnus von zwei Jahren der Politik einen Bericht über Abrechnungsbetrug vorlegen. Reimann bemängelte jedoch, dass diese Berichte sehr unterschiedlich ausfallen. Sie forderte außerdem die Länder auf, Spezialeinheiten in den Staatsanwaltschaften zu gründen. Diese könnten gezielt dem Abrechnungsbetrug nachgehen. Nach der Sommerpause will die SPD-Fraktion einen entsprechenden Antrag im Bundestag einbringen. (Agenturmeldung, 31. Juli)

### Bahr fordert Arztrechnung für Versicherte

„Die Wahl der Kostenerstattung durch die Versicherten soll attraktiver werden“, das hat Daniel Bahr (FDP), Parlamentarischer Staatssekretär im Gesundheitsministerium, gesagt. Deshalb will er im Herbst ein neues Gesetz vorlegen. Für gesetzlich Versicherte soll es dann leichter werden, vom Arzt eine Rechnung zu bekommen. Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen können zwar schon jetzt eine Rechnung verlangen. Doch die bürokratischen Hürden sind hierbei so hoch, dass

weniger als ein Prozent der Versicherten eine Abrechnung anfordern. Zudem berechnen die Krankenkassen hohe Abzüge für ihren Verwaltungsaufwand. (Agenturmeldung, 1. August)

## Aus KBV und KVen

---

### **KV-on: Kooperation mit Krankenhäusern**

Der Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. Andreas Köhler, erläutert im Thema der Woche, was er von den Vorschlägen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) hält, was das für die Niedergelassenen bedeutet und wie sich die KBV Kooperationen vorstellt. Die DKG hatte Vorschläge zu einer Reform der ambulanten Versorgung erarbeitet. Kernpunkt ist die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlungen. ([Videopodcast auf KV-on, dem Web-TV der Kassenärztlichen Vereinigungen, 30. Juli](#))

### **Ost-KVen kritisieren Forderungen zu Honoraränderungen aus Baden-Württemberg**

„Die Ärzte in den neuen Bundesländern leisten hervorragende Arbeit, die ihnen 20 Jahre lang mit Abzügen beim Honorar zwischen zehn und 40 Prozent, in Einzelfällen noch darüber, belohnt wurde. Nach wie vor stehen für die Versorgung der Menschen in Baden-Württemberg pro Versichertem erheblich höhere Finanzmittel zur Verfügung als in den neuen Bundesländern, in denen wesentlich mehr ältere und kränkere Patienten behandelt werden müssen. Angesichts dieser Tatsache von einer Gefährdung der Versorgung zu sprechen, kann deshalb nicht wirklich ernst genommen werden.“ So hat Dr. Hans-Joachim Helming, Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Brandenburg und Sprecher der Arbeitsgemeinschaft der Ost-KVen auf die Forderung der Landesregierung Baden-Württemberg nach mehr regionaler Kompetenz bei der vertragsärztlichen Honorarverteilung reagiert. Weiter wies Helming darauf hin, dass „eine Schuldzuweisung allein in Richtung KBV vollkommen deplatziert“ sei. „Sie zeugt entweder von Inkompetenz oder von vorsätzlich falscher Schuldzuweisung“, so Helming. ([Pressemitteilung der Arbeitsgemeinschaft der Ost-KVen, 29. Juli](#))

### **Bremer Hausmodell bleibt**

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Bremen darf das Bremer Hausarztmodell weiterführen. Das hat das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen entschieden und die Beschwerde des Hausärzterverbandes Bremen gegen das Urteil des Bundeskartellamts zurückgewiesen. „Wir müssen das Honorar aus diesem Vertrag für 2010 nun nicht mehr von den teilnehmenden Hausärzten zurückfordern. Dies wäre die unmittelbare Konsequenz gewesen, hätte der Hausärzterverband mit seiner grotesken Beschwerde Erfolg vor Gericht gehabt“, sagte Günter Scherer, stellvertretender Vorsitzender der KV. Bei einem Erfolg der Beschwerde hätte die KV Honorar in Höhe von 800.000 Euro von den Hausärzten zurückfordern müssen. Im Bremer Hausarztmodell sind 93 Prozent aller Allgemeinmediziner und Internisten sowie mehr als 99.000 Patienten eingeschrieben. ([Pressemitteilung des KV Bremen, 29. Juli](#))

### **KV Nordrhein für weitere drei Jahre rezertifiziert**

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Nordrhein hat im Juli als erste und einzige KV bundesweit wieder in allen Geschäftsbereichen ihre Rezertifizierung nach der DIN EN ISO-Norm 9001:2008 von der Deutschen Gesellschaft zur Zertifizierung von Managementsystemen. Diese Norm legt Anforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem fest, die besonders für Organisationen geeignet sind, die mit ihren Dienstleistungen die Anforderungen der Kunden erfüllen und die Kundenzufriedenheit erhöhen wollen. Die Rezertifizierung gilt für weitere drei Jahre. ([Pressemitteilung der KV Nordrhein, 28. Juli](#))

### **KV Westfalen-Lippe: Prämie für Einstieg in das KV-Safenet**

Alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten, die bis zum Ende des Jahres in das KV-SafeNet einsteigen, bekommen von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Westfalen-Lippe eine

Förderung von 200 bis zu 400 Euro. „Ich kann unsere Ärzte und Psychotherapeuten nur dazu aufrufen, dieses Angebot wahrzunehmen. Die Online-Abrechnung erleichtert viele Arbeitsschritte des Praxisalltages. Zudem stehen dem Vertragsarzt- oder Psychotherapeuten alle weiteren Online-Dienste der KV Westfalen-Lippe zur Verfügung. Dadurch befreien wir unsere Mitglieder noch mehr von überflüssiger Bürokratie“, sagte Dr. Thomas Kriedel, Vorstandsmitglied der KV. Rechtliche Grundlage für die zukünftig verpflichtende Online-Abrechnung ist eine Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die zum 1. Januar 2011 in Kraft tritt. ([Pressemitteilung der KV Westfalen-Lippe, 30. Juli](#))

## Aus den Verbänden

---

### BDI kritisiert Vertragsmonopol des Hausärzterverbandes

„Der Paragraph 73b muss neu definiert werden in Hinsicht auf die Arztgruppen, die an der hausärztlichen Versorgung tatsächlich teilnehmen. Wir brauchen in der Versorgung einen Vertragswettbewerb, ohne das einzelne Teilnehmer bevorzugt werden.“ Das hat Dr. Wolfgang Wesiack, Präsident des Berufsverband Deutscher Internisten (BDI), gefordert.

Wesiack kritisierte, dass die Reformen der schwarz-gelben Regierung in die falsche Richtung gehen, da sie das Vertragsmonopol des Hausärzterverbandes nicht beseitigen. Er erinnerte daran, dass ohne hausärztliche Internisten die hausärztliche Versorgung nicht realisierbar ist. Hausärzte der Fachrichtung Inneren Medizin müssten deshalb in den Vertragskonzepten mitberücksichtigt werden. ([Pressemitteilung des BDI, 3. August](#))

### Verband der Kinderärzte kritisiert das Hausarztmodell

Das Hausarztmodell sei teuer für die gesetzlichen Krankenkassen und weise keine bessere Versorgung nach. So kritisierte der Präsident des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte, Dr. Wolfram Hartmann, das Modell, nach dem Hausärzte eine Pauschale von bis zu 65 Euro im Jahr für die bei ihnen eingeschriebenen Kinder erhalten, ohne dass sie den jungen Patienten überhaupt sehen. „Wir wissen, dass zum Beispiel in Bayern mehr als 200 000 Kinder in Hausarztverträge eingeschrieben sind, oft bei Ärzten, die Kinder sonst nicht komplett betreuen“, sagte Hartmann. Dadurch würden nicht vorhandene Leistungen vergütet und unnötige Ausgaben in Millionenhöhe gemacht. (Agenturmeldung, 31. Juli)

### GKV-Spitzenverband setzt sich für Innovationszentren ein

Mehr Innovationszentren in Deutschland haben Dr. Bernhard Egger, Leiter der Abteilung Medizin beim Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), und seine Kollegin Dr. Mechthild Schmedders in einem Grundsatzpapier zur Gesundheits- und Versorgungsforschung gefordert. Der GKV-Spitzenverband steht dafür ein, dass alle gesetzlich Versicherten gleichermaßen vom medizinischen Fortschritt profitieren. Medizinische Innovationen sollen so schnell wie möglich allen Versicherten zur Verfügung stehen. Die Bedingung: Der patientenrelevante Nutzen der Innovationen muss vor der flächendeckenden Einführung belegt sein. Nur dann sei die Finanzierung durch die Solidargemeinschaft gerechtfertigt. Innovationen gehören an spezialisierte Innovationszentren, die diese Verfahren in Studien erforschen und verlässliche Aussagen zum Nutzen des Verfahrens ermöglichen. Wenn ein Nutznachweis vorliegt, sollten sie flächendeckend eingesetzt werden. Das böte Patienten die Sicherheit, mit bestmöglichen Verfahren behandelt zu werden und würde unnötige Ausgaben im Gesundheitswesen vermeiden, so der GKV-Spitzenverband. ([Pressemitteilung des GKV-Spitzenverbands, 30. Juli](#))

### Kinderbetreuungskosten steuerlich absetzen

Im neuen Merkblatt „Kinderbetreuungskosten steuerlich absetzen“ informiert der NAV-Virchow-Bund über die Regelungen der Gesetzgeber zur finanziellen Entlastung der Familien. Darin wird aufgeschlüsselt, welche Voraussetzungen Doppelverdiener, Alleinverdiener-Paare und Alleinerziehende erfüllen müssen, um Betreuungskosten steuerlich geltend machen zu können.

Überdies wird erläutert, welche Arten der Kinderbetreuung das Steuerrecht anerkennt und wie die Kosten in der Steuererklärung nachgewiesen werden müssen. Auch die Möglichkeit eines Arbeitgeberzuschusses zur Betreuung von Kindern wird erörtert. ([Pressemitteilung des NAV-Virchow-Bund, 4. August](#))

### **Neue Partnerschaft zwischen Hausärzteverband und Krankenkasse für den Gartenbau**

Die Krankenkasse für den Gartenbau hat mit dem Hausärzteverband einen Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung für ihre Versicherten abgeschlossen. Damit hofft die Krankenkasse auf eine optimale Versorgung ihrer Versicherten. Auch die Hausärzte in Deutschland begrüßen die neue Vertragspartnerschaft. Neben der hausärztlichen Versorgung der aktiven Mitglieder durch den Hausarzt als erstem Ansprechpartner, wurde auch auf die Bedürfnisse der immer älter werdenden Versicherten wert gelegt. ([Pressemitteilung des Hausärzteverbands, 4. August](#))

### **TK veröffentlicht Gesundheitsreport 2009**

Knapp die Hälfte der Erwerbstätigen in Deutschland war im Jahr 2009 mindestens einmal krankgeschrieben. Nach Angaben des aktuellen Gesundheitsreports der Techniker Krankenkasse (TK) dauerte eine Krankschreibung im Durchschnitt 11,9 Tage, 0,3 Tage länger als im Jahr zuvor. Neben Krebserkrankungen und Herzinfarkten dauern vor allem Krankschreibungen aufgrund von Bandscheibenbeschwerden und psychischen Erkrankungen sehr lange. Dauert eine Krankschreibung länger als sechs Wochen, haben sozialversicherungspflichtig Beschäftigte und ALG-I-Empfänger Anspruch auf Krankengeld von ihrer Krankenkasse. Laut TK sind zwar nur 4,5 Prozent der Krankschreibungsfälle mit Krankengeld verbunden, diese machen jedoch fast 46 Prozent aller Krankschreibungstage aus. ([Pressemitteilungen der TK, 30. Juli](#))

## **Aus der Welt**

---

### **Informationen zu verfügbaren Arzneimitteln per SMS**

Im Rahmen des Bachelor-Projektes „Healthcare Education for Africa“ haben Studenten des Potsdamer Hasso-Plattner-Instituts (HPI) für Softwaresystemtechnik eine neue Software entwickelt. Mit dem Programm sollen Patienten in Entwicklungsländern unnötige Arztwege und die damit verbundenen Kosten erspart werden.

Das neue System „Sendinel“ informiert Patienten mit einer SMS oder einem automatischen Anruf, wann bestellte Medikamente oder Laborwerte verfügbar sind. Nach Angaben des HPI sei „Sendinel“ bereits in ländlichen Teilen Südafrikas getestet worden und werde dort auch eingesetzt. ([Ärzte Zeitung, 3. August](#))

## **Außerdem**

---

### **Manager für neue Versorgungs- und Kooperationsformen im Gesundheitswesen gesucht**

Der 14. Managementkurs der Health Care Akademie beginnt am 30. Oktober in Düsseldorf. Der Kurs für neue Versorgungs- und Kooperationsformen im Gesundheitswesen richtet sich an Niedergelassene, Apotheker sowie an Gesundheitsnetzwerker aus anderen Berufen des Gesundheitswesens. Die Teilnehmer bekommen das Zertifikat eines „Managers für moderne Versorgungs- und Kooperationsformen im Gesundheitswesen“ verliehen.

Der Managementkurs umfasst acht Wochenenden. Die Mediziner bekommen von der Ärztekammer Nordrhein 120 Fortbildungspunkte anerkannt. Die Health Care Akademie ist eine Gründung der Bundesärztekammer, Kassenärztlichen Bundesvereinigung und Deutschen Apotheker- und Ärztebank. Interessierte können sich auf der Website der [Health Care Akademie](#) für den Kurs anmelden. ([Pressemitteilung der Health Care Akademie, 2. August](#))

**KOMPAKT- Zahl der Woche: 27.844**

Im Mai wurden zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung 27.844 unterschiedliche Generikapackungen abgerechnet. Darunter sind 607 patentfreie und generisch verfügbare Wirkstoffe erfasst. ([Pressemitteilung Pro Generika, 4. August](#))

**Aus dem Terminkalender**

---

- |                            |   |
|----------------------------|---|
| 11.08.10                   | Vertreterversammlung der KV Sachsen-Anhalt<br>Magdeburg, 15.30 Uhr  |
| 16.08.10 –<br>27.08.10     | Wahl der Vertreterversammlung<br>KV Thüringen   |
| 26.08.10                   | Vertreterversammlung der KV Berlin+<br>Berlin, 20 Uhr   |
| 16.08.10 –<br>09.09.10     | Wahl der Vertreterversammlung<br>KV Sachsen-Anhalt  |
| 18.08.2010                 | Vertreterversammlung der KV Saarland<br>Saarbrücken , 16 Uhr  |
| 27.08.2010 –<br>29.08.2010 | Klausurtagung der VV der KV Hessen<br>Berlin, 15.30   |
| 08.09.2010                 | Wahl der Vertreterversammlung<br>KV Nordrhein   |
| 17.09.2010                 | <a href="#">4. BMVZ-Kongress</a><br>Berlin  |
| 25.09.10                   | <a href="#">Kooperationstagung „Demenz – Strategien für eine gemeinsame Versorgung“</a><br>Berlin, 10 – 16.30 Uhr |

**Aus der Presse**

---

**Köhler kritisiert DKG-Konzept**

Der Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. Andreas Köhler, hat das Konzept der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zur Reform der ambulanten ärztlichen Versorgung kritisiert. Seiner Meinung nach habe die DKG eine große Chance vertan. „Im Kern geht es um nichts anderes als die Interessen der Krankenhäuser im Hinblick auf eine Öffnung für die ambulante Versorgung“, so Köhler. Das Konzept sei nicht zukunftsweisend.

„Das wird nur gehen, wenn wir uns endlich entschließen, kooperativ mit den Krankenhäusern zusammenzuarbeiten“, erklärte er weiter. Der KBV-Chef fordert stattdessen eine Kooperation auf gleicher Augenhöhe, die die Sektorengrenze in beiden Richtungen überwindet. (Facharzt.de, 2. August)

### KBV und KVen geben Präventionsflyer heraus

Mit dem Flyer „Der Vorsorge-Checker – Ihr persönliches Präventionsprogramm“ wollen die KBV und die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) auf Früherkennungsuntersuchungen und Präventionsangebote aufmerksam machen. Darüber berichtet die Ärzte Zeitung. Im Faltblatt sind Informationen zu Vorsorgeuntersuchungen für die unterschiedlichen Alterstufen, die von gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden, Impfungen etc zu finden.

Der Flyer ist das erste Projekt der Präventionsinitiative der KBV und der KVen, die ihn ihren Mitgliedern anbieten. „Das Angebot ist bei den Ärzten auf eine sehr gute Resonanz gestoßen, der Flyer wurde in großen Mengen angefordert. Aus unserer Sicht ist das eine wirklich gute Initiative der KBV“, sagte der Sprecher der KV Westfalen-Lippe, Andreas Daniel. (Ärzte Zeitung, 29. Juli)

Redaktion:

Dezernat Kommunikation der KBV

Tel: 030 / 4005 – 2203

Fax: 030 / 4005 – 27 2203

E-Mail: [imohr@kbv.de](mailto:imohr@kbv.de), [agromes@kbv.de](mailto: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>