



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

KBV KOMPAKT

Newsletter vom 10. Dezember 2009

Aus Berlin

Gemeinsamer Aufruf zur Impfung gegen die Neue Grippe

Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler (FDP) hat zum zweiten Spitzengespräch zur Impfung und Impfbereitschaft gegen die Neue Grippe (sogenannte Schweinegrippe) Vertreter maßgeblicher medizinischer Verbände und Fachgesellschaften eingeladen – unter ihnen der KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Andreas Köhler und der KBV-Vorstand Dr. Carl-Heinz Müller. „Wir sind uns einig, dass die Impfung gegen die Neue Grippe richtig, notwendig und jedem zu empfehlen ist“ fasste Rösler das Ergebnis der Diskussion zusammen. „Influenzaerkrankungen verlaufen erfahrungsgemäß in Wellen, daher kann eine Gefährdung der Bevölkerung weiterhin nicht ausgeschlossen werden“, mahnte er. Müller erklärte zum Impfgipfel: „Die KBV fordert alle Bürger auf, sich – falls noch nicht geschehen – impfen zu lassen. Das gleiche gilt auch für die Ärztinnen und Ärzte in den Praxen. Nutzen Sie die Chance – ein kleiner Pieks mit großer Schutzwirkung. Gegenüber des Bundshaushaltsausschusses erklärte Rösler, dass durch die Schweinegrippeimpfung dem Bund keine Kosten entstehen, weil die Länder grundsätzlich für die Impfung zuständig sind. Diese hätten insgesamt 50 Millionen Dosen des Impfstoffes bestellt. Die Kosten für die Impfung würden pro Person mit 28 Euro veranschlagt. Davon würden 9 Euro für den Impfstoff und fünf Euro für die Impfung aufgewendet werden. Insgesamt würden somit die Kosten für die Impfung 1 Milliarde Euro betragen, die die Krankenversicherungen bezahlen müssten. Die Länder tragen lediglich die Kosten für die nicht verwendeten Dosen. Für diese restlichen Impfungen gebe es allerdings bereits ausländische Interessenten, etwa die Ukraine. ([Pressemitteilung des Bundesgesundheitsministeriums, 7. Dezember](#), [KBV-Pressemitteilung, 7. Dezember](#), [Heute im Bundestag, 3. Dezember](#))

Neuer Abteilungsleiter und Pressesprecher im Bundesgesundheitsministerium

Das Bundeskabinett hat dem Vorschlag des Bundesgesundheitsministers Dr. Philipp Rösler (FDP) zugestimmt, Dr. Ulrich Orlowski zum Abteilungsleiter im Bereich Krankenversicherung und Pflegeversicherung zu ernennen und Christian Lipicki zum neuen Leiter der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zu berufen. Orlowski übernimmt die Abteilungsleitung in der kommenden Woche. Lipicki ist derzeit Sprecher beim Bundesverband Deutscher Banken und tritt seine neue Funktion zum 1. Januar 2010 an. ([Pressemitteilung des BMG, 9. Dezember](#))

Experten schätzen Defizit der Krankenkassen auf vier Milliarden Euro

Ein Schätzerkreis für die Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hat den Kassen für 2010 ein Defizit von vier Milliarden Euro prognostiziert. Anfang Oktober schätzte das Gremium den Fehlbetrag auf etwa 7,5 Milliarden Euro. Die Bundesregierung hatte den Kassen zu diesem Zeitpunkt einen Zuschuss aus Steuermitteln zugesagt, der um 3,9 Milliarden auf 15,7 Milliarden Euro aufgestockt wurde. Die noch fehlenden Mittel müssen die einzelnen Kassen über

Zusatzbeiträge ihrer Mitglieder ausgleichen. Vor diesem Hintergrund wurde vermehrt gefordert, die Ausgaben des Gesundheitssystems zu drosseln. Die Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, Dr. Doris Pfeiffer, mahnte: „Sich allein auf die Einnahmenseite zu konzentrieren, wird nicht reichen. In den für Beitragszahler schwierigen Zeiten kann es nicht sein, dass die Einnahmen von Pharmaindustrie, Ärzten und Krankenhäusern ungebremst steigen.“ (Agenturmeldung, 9. Dezember, [Pressemitteilung des GKV-Spitzenverbandes, 9. Dezember](#))

Aus KBV und KVen

KBV-Chef über erreichte Ziele und zukünftige Herausforderungen

Als „grundsätzlich positiv“ lobte der Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. Andreas Köhler, die im Koalitionsvertrag formulierten gesundheitspolitischen Ziele der neuen Bundesregierung während der KBV-Vertreterversammlung am 4. Dezember in Berlin. Wesentliche Forderungen der Organisation seien dort berücksichtigt, etwa die Absage an ein zentralistisch gesteuertes System, der Erhalt der ärztlichen Freiberuflichkeit und des Leistungskataloges sowie die Teilhabe aller Versicherten an einer qualitativ hochwertigen, wohnortnahen Versorgung – unabhängig von Einkommen und sozialem Status. Allerdings kritisierte er den Fortbestand der Regelung zur hausarztzentrierten Versorgung. Das faktische Monopol des Hausärzteverbandes auf entsprechende Verträge widerspreche fundamental dem geforderten Wettbewerb im Gesundheitswesen. Deshalb betonte Köhler: „Für uns bleibt es die zentrale Forderung an die Bundesregierung: Dieser Paragraf muss dringend geändert werden!“

Bezüglich der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung forderte Köhler eine modernere Bedarfsplanung. Diese sollte sektorübergreifend ausgestaltet sein, den Behandlungsbedarf der Wohnbevölkerung kleinräumig messen und daraus den Versorgungsbedarf sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich abbilden. Dazu schlug er die Gründung von Regionalverbänden in jedem Bundesland vor, die die Versorgungsplanung koordinieren. ([KBV-Pressemitteilung, 4. Dezember](#))

Durchbruch bei Verhandlungen sichert hausärztliche Versorgung

Gute Aussichten für die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland: Angehende Allgemeinmediziner, die später als Hausarzt arbeiten wollen, erhalten ab Januar ein höheres Honorar von in der Regel 4.080 Euro. Darüber berichtete der Vorstand der KBV, Dr. Carl-Heinz Müller, auf der Vertreterversammlung seiner Organisation am 4. Dezember in Berlin: „Die Gespräche mit dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft waren schwierig, aber heute kann ich sagen: Die Finanzierung ist gesichert, die strukturellen Verbesserungen sind angestoßen, und wir haben für die kommenden Jahre wenigstens in diesem Bereich Planungssicherheit.“ Erfreut zeigte sich der KBV-Vorstand über die von der neuen Bundesregierung angekündigte Neuordnung der Arzneimittelversorgung: „Der Vertragsarzt ist zukünftig grundsätzlich nur noch für die indikationsgerechte Auswahl des Wirkstoffes und der Verordnungsmenge verantwortlich, eine Preis- und Kostenverantwortung besteht nicht mehr.“

Als problematisch beurteilte er den Stand der Dinge bei der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Denn nach wie vor gebe es keine flächendeckenden und ausreichenden Versorgungsstrukturen. In diesem Zusammenhang merkte Müller an: „Die von den Krankenkassen für SAPV gebuchten Ausgaben betragen für das erste Halbjahr 2009 3,5 Millionen Euro. Eingeplant hatte die Regierung 240 Millionen Euro für 2009!“ Als Grund für diese geringen Ausgaben nannte er die wettbewerbliche Ausrichtung des entsprechenden Gesetzes. Dies sei ein schwerer Konstruktionsfehler. Die KBV werde deshalb weiter im Sinne der Versicherten auf eine Regelung im Kollektivvertrag dringen. ([KBV-Pressemitteilung, 4. Dezember](#))

KV Bremen fördert Einstieg ins KV-SafeNet

In Bremen erhalten Ärzte und Psychotherapeuten noch bis zum 30. September 2010 einen finanziellen Bonus, wenn sie sich an das KV-SafeNet anschließen. Das hat die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Bremen im Dezember beschlossen. Die Förderrichtlinie sieht einen Betrag von 300 Euro für den Anschluss und die erste Online-Abrechnung sowie weitere 300 Euro für die zweite Abrechnung über das KV-SafeNet vor. „Mit dem Bonus wollen wir es unseren Mitgliedern leichter machen, die Technik-Hürde zu nehmen. Denn die

Zukunft der Arzt-Kommunikation ist elektronisch und KV-SafeNet die sicherste IT-Struktur“, erklärte der Vorstandsvorsitzende der KVHB, Dr. Till Spiro.

Das KV-SafeNet der KBV und der KVen ist ein virtuelles privates Netzwerk, in dem Ärzte und Psychotherapeuten untereinander als auch mit den KVen und anderen medizinischen Einrichtungen dank modernster Sicherheitstechnologie Daten austauschen können. Darüber hinaus bietet die Plattform verschiedene Dienste, die den Ärzten die Arbeit erleichtern sollen. Dazu gehört beispielsweise die Online-Abrechnung. Während diese derzeit noch freiwillig ist, wird sie ab Januar 2011 für alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten verbindlich sein. ([Pressemitteilung der KV Bremen, 9. Dezember](#))

Zurzeit nutzen mehr als 10.000 Ärzte Doctor to Doctor

Mehr als 10.000 Nutzer waren Ende November bei Doctor to Doctor (D2D) registriert. Von ihnen stammen rund 3.300 aus dem Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein, etwa 2.500 aus der KV Bayerns und 2.000 aus der KV Baden-Württemberg. D2D ist eine Anwendung im KV-SafeNet, mit der Ärzte ihre Abrechnungen online an die KVen übermitteln oder Arztbriefe versenden können. Wichtige Nutzungsmöglichkeiten sind beispielsweise auch die Dokumentation von Disease Management Programmen und das elektronische Hautkrebsscreening. Damit gilt D2D als bedeutende Einrichtung der Telematik im deutschen Gesundheitswesen. ([Pressemitteilung der KV Nordrhein, 7. Dezember](#))

KV Nordrhein senkt Verwaltungskostensatz

Arztpraxen in Nordrhein müssen im kommenden Jahr geringere Verwaltungskosten als in diesem Jahr bezahlen. Vor allem die übergroße Mehrheit der IT-Anwender profitiert. Denn Praxen, die mit Hilfe von IT abrechnen, zahlen dann einen Verwaltungskostensatz von 2,6 Prozent. Das sind 0,2 Prozent weniger als in 2009. Für diejenigen, die zusätzlich noch ihre Gesamtaufstellung digital signieren, sinken die Kosten sogar auf 2,4 Prozent. „Das ist ein Erfolg unserer wirtschaftlichen Arbeitsweise“, meinte Bernd Brautmeier, Hauptgeschäftsführer und zukünftiger Vorstand der KV Nordrhein. Für alle anderen Praxen, die nach wie vor manuell abrechnen wollen, beträgt der Satz unverändert 3,5 Prozent. ([Pressemitteilung der KV Nordrhein, 9. Dezember](#))

Mehr Psychotherapeuten für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Bayern

In Bayern soll das Versorgungsangebot für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen verbessert werden. So sind in jedem Planungsbereich 20 Prozent der Zulassungsmöglichkeiten auf dem Gebiet der Psychotherapie jenen Psychotherapeuten und psychotherapeutisch tätigen Ärzten vorbehalten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln. „Damit erfährt die ambulante psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen eine dringend notwendige Aufwertung. Verschiedenste Faktoren wie soziale Ungleichheiten und permanenter Leistungsdruck erhöhen den Bedarf an qualifizierter Behandlung und Unterstützung der jungen Menschen“, sagte der zweite stellvertretende Vorstandsvorsitzende und Bereichsvorstand Psychotherapie der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Bayerns, Rudi Bittner. Mit dieser Regelung setzt Bayern als erstes Bundesland einen Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie hinsichtlich der Quotenregelung in der psychotherapeutischen Versorgung schrittweise um. ([Pressemitteilung der KV Bayerns, 7. Dezember](#))

Aus den Verbänden

KBV-Vorstandsvorsitzender stärkt den Psychosomatikern den Rücken

Auf der Jahrestagung des Berufsverbandes der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Deutschlands (BPM) hat Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der KBV, die Psychomatiker aufgefordert ihre Bedeutung für die Versorgung in der Öffentlichkeit und in der Selbstverwaltung offensiv zu vertreten und sagte seine Unterstützung zu. Er habe die Anliegen des Berufsverbandes stets überzeugend gefunden. Allerdings habe es in der Vergangenheit in der Selbstverwaltung an gebührendem Rückhalt gemangelt, betonte Köhler. Insbesondere die Möglichkeiten zur Nutzung der psychosomatischen Gebührensätze im Erweiterten Bewertungsmaßstab (EBM), die ohne den BPM gar nicht eingeführt worden wären, sollten zum

Nachweis psychosomatischer Behandlungen genutzt werden. ([Pressemitteilung des BPM, 1. Dezember](#))

Apotheker und Bundesärztekammer verurteilen Medikamentenfälscher

Die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) und die Bundesärztekammer (BÄK) unterstützen die europäische Linie für einen stärkeren Schutz gegen gefälschte Medikamente. EU-Kommissar Günther Verheugen zufolge gingen den Zollbehörden in nur zwei Monaten mehr als 34 Millionen gefälschte Medikamente ins Netz. „Fälscher nehmen den Tod von Menschen billigend in Kauf, um ihren Profit zu optimieren“, sagte ABDA-Präsident Heinz-Günter Wolf. Problematisch ist nach Ansicht der ABDA die mangelhafte Kontrolle der Internetversender, insbesondere der ausländischen Anbieter. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Vizepräsident der Bundesärztekammer, kommentierte ebenfalls die Warnungen der EU-Kommissionen vor Arzneimittelfälschungen: „Es muss alles getan werden, um die Fälschung von Arzneimitteln und den Import von gefälschten Arzneimitteln zu unterbinden.“ Er lehnte es allerdings ab, das Werbeverbot für rezeptpflichtige Arzneimittel zu lockern, wie es das EU-Maßnahmenpaket vorsieht. ([Pressemitteilung der ABDA, 7. Dezember](#), [Pressemitteilung der BÄK, 8. Dezember](#))

Ärzte der Deutschen Rentenversicherung streiken

Der Marburger Bund (MB) hat die Ärzte der Deutschen Rentenversicherung (DRV) zum Streik aufgerufen. Die Ärztegewerkschaft protestiert gegen die Arbeitssituationen, Tarifbedingungen, Personalmangel und Unterbezahlung in den sozialmedizinischen Diensten und in den Reha-Kliniken der DRV. So verdiene ein Facharzt in einer DRV-Klinik rund 14 Prozent weniger als ein Kollege in einem kommunalen Krankenhaus. Der MB fordert eine Gleichstellung mit Ärzten an kommunalen Krankenhäusern. „Sollten die Arbeitgeber bei ihrer sturen Haltung bleiben, werden wir die Streiks in den kommenden Wochen intensivieren“, kündigte der zweite Vorsitzende des MB, Dr. Andreas Botzlar, bei der Kundgebung in Berlin an. Zuvor waren die Verhandlungen mit den Arbeitgebern der DRV gescheitert. Bei sämtlichen Streikmaßnahmen werde jedoch kein Patient gefährdet und eine Notfallversorgung stets sichergestellt, betonte Botzlar. ([Pressemitteilung des MB, 8. Dezember](#))

Privatversicherer warnt vor Beitragserhöhungen

Privat Krankenversicherte müssen sich nach geplanten Beitragsanhebungen ihrer Versicherungen zukünftig auf weitere Erhöhungen einstellen. „Man wird mit einer gewissen Regelmäßigkeit Beitragserhöhungen nicht vermeiden können, wenn wir nicht stärkere Instrumente an die Hand bekommen, Einfluss auf die Kosten zu nehmen“, warnte der Vorstandschef der Deutschen Krankenversicherung (DKV), Günter Dibbern, kürzlich im Berliner Tagesspiegel. Seiner Meinung nach sollten vor allem die Ärzte zurückstecken. „Es kann nicht dauerhaft so weiter gehen, dass wir in der ambulanten Versorgung mehr als das Doppelte bezahlen müssen als die gesetzlichen Kassen“, so Dibbern. Zwar seien die privaten Versicherer auch weiterhin bereit, für besseren Service zu zahlen, allerdings gebe es auch Grenzen. Deshalb wollen die privaten Krankenversicherer bei der Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte Öffnungsklauseln für ihre Branche erreichen. (Agenturmeldung, 6. Dezember)

IQWiG-Chef ordnet Überprüfung von Unterlagen seines Instituts an

Nach einem Bericht der Frankfurter Allgemeinen Zeitung hat der Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Professor Peter Sawicki, eine Wirtschaftsprüfungsgesellschaft damit beauftragt, Unterlagen des Instituts „im Rahmen einer Sonderprüfung“ zu kontrollieren. Als Grund nannte die Zeitung, dass der kaufmännische Geschäftsführer des IQWiG Sawicki zuvor informiert haben soll, „dass er die Möglichkeit sieht, dass es in der Vergangenheit Fehler unter anderem bei verschiedenen Abrechnungen, Lieferungen und Vertragsabschlüssen gegeben haben könnte“. Nach Bekanntwerden der Überprüfung soll es ein „Krisengespräch“ zwischen dem Vorstand und Sawicki gegeben haben. Andererseits gibt es Spekulationen, dass die schwarz-gelbe Bundesregierung den Leiter des IQWiG nach Auslaufen seines Vertrages 2010 ersetzen wolle. Nach entsprechenden Berichten sagte der Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses, Dr. Rainer Hess, der Tageszeitung: „Meine Befürchtung ist, dass bei einer Abberufung der Eindruck entsteht, Sawicki werde auf Druck der Industrie von der Politik abgelöst.“ Rückendeckung kam auch von den Gesundheitsexperten von SPD und Grünen, Karl Lauterbach und Birgitt Bender. Sawicki selbst sagte, er stehe weiterhin zur Verfügung. (Agenturmeldung, 9. Dezember)

Aus der Welt

EU-Kommission warnt vor gefälschten Arzneimitteln

Bei gezielten Zollkontrollen in allen Mitgliedsländern hat die Europäische Union (EU) innerhalb von nur zwei Monaten allein 34 Millionen gefälschte Tabletten sichergestellt. „Das hat alle Befürchtungen übertroffen“, sagte der EU-Industriekommissar Günter Verheugen. Es gehe vor allem um Antibiotika, Krebs- und Malariamedikamente, cholesterinsenkende Arzneien sowie Schmerzmittel und Viagra. warnte Verheugen. Er will mit seiner Warnung Bewegung in die festgefahrenen Verhandlungen um neue EU-Gesetze für den Pharmasektor bringen. Der Streitpunkt bei den EU-Richtlinien und Verordnungen ist, ob und wie die Pharmaindustrie die Patienten direkt informieren darf und möglicherweise das Werbeverbot aufheben könnte. Ziel sei, dass der Weg eines Arzneimittels von der Herstellung bis zum Verkauf anhand von etwa Barcodes zurückverfolgt werden könne. (Agenturmeldung, 7. Dezember)

Außerdem

Gesundheitswirtschaft auf dem Weg zur Leitbranche für die Gesamtwirtschaft

Die Gesundheitsbranche wird zur Schlüsselbranche. Das hat der Gesundheitsforscher Josef Hilbert vom Gelsenkirchener Institut für Arbeit und Technik auf dem 3. Kommunikationskongress der Gesundheitswirtschaft in Hamburg gesagt. Die Branche sei der größte Sektor der deutschen Volkswirtschaft: Über fünf Millionen Beschäftigte und damit jeder zehnte Beschäftigte arbeitet im Gesundheitswesen. Jährlich beläuft sich dessen Volumen auf 280 Milliarden Euro. Politiker und Öffentlichkeit hätten jedoch den Wandel der Gesundheitswirtschaft vom Kostenfaktor zum volkswirtschaftlichen Nutzenstifter bislang noch nicht verinnerlicht, resümierte Hilbert. Die Gesundheitswirtschaft brauche eine Modernisierung. Die Innovations- und die Kommunikationsfähigkeit der Anbieter von Dienstleistungen, Geräten und Waren auf dem Gesundheitsmarkt müsse deutlich besser werden, lautete die Einschätzung des Gesundheitsforschers. ([Deutsches Ärzteblatt, 9. Dezember](#))

KOMPAKT- Zahl der Woche: 1,5

Statistisch gesehen sind in Deutschland 1,5 Allgemeinmediziner für durchschnittlich 1.000 Bundesbürger zuständig. Die Facharzttrate beträgt zwei pro 1.000 Einwohner. Das ergab eine Studie der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD).

Aus dem Terminkalender

- | | |
|----------|---|
| 12.12.09 | Vertreterversammlung der KV Westfalen-Lippe
Dortmund, 10 Uhr |
| 14.12.09 | Spreestadt-Forum zur Gesundheitsversorgung in Europa
Berlin, 18-20 Uhr |
| 16.12.09 | Vertreterversammlung der KV Saarland
Saarbrücken, 15 Uhr |

11.01.10	Spreestadt-Forum zur Gesundheitsversorgung in Europa Berlin, 18-20 Uhr
29.-31.03.10	KBV Messe – Versorgungsinnovation 2010 Berlin

Aus der Presse

KVen und Kassen heben Vergütung von Weiterbildungsassistenten in Hausarztpraxen an

Wie der KBV-Vorstand, Dr. Carl-Heinz Müller, auf der Vertreterversammlung der KBV am Freitag in Berlin angekündigt hat, erhalten Ärzte in Weiterbildung zum Allgemeinmediziner ab 2010 monatlich 3500 Euro, statt derzeit 2040 Euro. Darauf hatten sich zuvor die KBV, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung geeinigt. Müller hofft, dass Praxischefs diese Summe um einen Eigenanteil von etwa 600 Euro aufstocken. In unterversorgten Gebieten würden die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und Kassen diesen Betrag übernehmen.

Der Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. Andreas Köhler, forderte auf der Versammlung die Bundesregierung zudem auf, das „faktische Monopol“ des Deutschen Hausärztesverbandes bei Hausarztverträgen nach Paragraf 73 b des Fünften Sozialgesetzbuches abzuschaffen, zumal es keinen Beleg für eine bessere oder kostengünstigere Versorgung durch Selektivverträge gebe. Weiterhin will er eine 50-prozentige Hausarztquote in den Gremien von KBV und KVen einführen. Mit den Kassen will Köhler zum 1. April 2010 eine endgültige Trennung der haus- und fachärztlichen Vergütung verhandeln. Außerdem forderte er eine Reform der Bedarfsplanung. (Ärzte Zeitung, 7 Dezember)

Ärzte, Patienten und Kassen wollen Praxisgebühr abschaffen

„So wie die Praxisgebühr jetzt ausgestaltet ist, mit den vielen Befreiungen, verliert sie ihre Steuerungswirkung. So wie sie jetzt ist, kann man sie auch gleich fallenlassen.“ Das hat der Vorsitzende der KBV, Dr. Andreas Köhler gesagt. Er stimmte damit dem Patientenbeauftragten der Regierung, Wolfgang Zöller (CDU/CSU), zu, der den Verzicht auf die Praxisgebühr von zehn Euro pro Quartal angeregt hatte. Gesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) will die Gebühr zwar nicht abschaffen, hegt aber ebenfalls Zweifel daran, dass die Prämie eine große Steuerungswirkung entfalte. Im internationalen Vergleich liegen die Deutschen mit 19 Arztbesuchen je Patient an der Spitze. Daran habe die Prämie nichts geändert. Der Präsident des Sozialverbands Deutschland, Adolf Bauer, resümierte: „Das Ziel, überflüssige Arztbesuche zu vermeiden und damit die gesetzliche Krankenversicherung zu entlasten, konnte mit der Praxisgebühr nicht erreicht werden.“ Stattdessen stelle die Gebühr für einkommensschwache Menschen eine Hürde dar, notwendige Arztbesuche wahrzunehmen. Seitens des Spitzenverbands der gesetzlichen Krankenversicherung hieß es, dass die Gebühr von Anfang an auch als Finanzinstrument konzipiert war und geklärt werde müsse, wie die wegfallenden 1,5 Milliarden Euro Einnahmen gegenfinanziert werden sollten, wenn die Praxisgebühr abgeschafft würde. (Frankfurter Allgemeine Zeitung, 5. Dezember)

Neues Zulassungsverfahren für Ärzte gefordert

Angesichts eines drohenden Mangels an Ärzten insbesondere in ländlichen Gebieten schlägt der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Andreas Köhler, eine Änderung des Zulassungsverfahrens für niedergelassene Ärzte vor. So sollte ein Arzt nur noch dort eine Praxis eröffnen dürfen, wo der Zulassungsausschuss ihm eine freie Stelle anbietet. Das sagte Köhler kürzlich in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung. Zwar gab er zu, dass dies ein „sehr rigides Instrument“ sei, doch andererseits sähe er keine Möglichkeit, die flächendeckende medizinische Versorgung auch in der Zukunft zu gewährleisten. Bei der Verteilung der Arztsitze sollten ferner auch Patientenvertreter und die Landespolitik mitwirken, denn „die Verteilung kann man nur noch gemeinsam lösen“, betonte Köhler. Bislang sind die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) gemeinsam mit den Krankenkassen für die Zulassung niedergelassener Ärzte verantwortlich. Allerdings, so kündigte Köhler auch an, werde es trotz Bemühungen der KBV, Ärzte aufs Land zu schicken, nicht mehr in jedem Dorf einen Hausarzt und in jeder Kreisstadt einen Facharzt geben können. Deshalb sollten Gemeinden in ländlichen Regionen Arztstationen einrichten, in denen Ärzte aus umliegenden Praxen oder Medizinischen Versorgungszentren stunden- oder tageweise

Patienten behandelten. Ungeachtet dieser Neuregelungen müsse jedoch die Finanzierung der ambulanten Behandlung weiterhin in Händen der KV bleiben. (Frankfurter Allgemeine Zeitung, 4. Dezember)

„Ein gutes Gefühl, wieder gehört zu werden“

Kurz vor der Vertreterversammlung (VV) an diesem Freitag bekräftigte der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) seine Zufriedenheit mit dem neuen Bundesgesundheitsminister, Philipp Rösler (FDP). Man habe wieder das Gefühl, Ernst genommen zu werden, sagte der KBV-Vorstandsvorsitzende, Dr. Andreas Köhler, in der Ärzte Zeitung. So hätte der Gesundheitsminister in gemeinsamen Gesprächen die Kritik der KBV an den Selektivverträgen geteilt, die Krankenkassen mit dem Hausärzteverband abschließen dürfen. Allerdings, schränkte Köhler mit Verweis auf den Koalitionsvertrag der schwarz-gelben Regierung ein, würde sich daran so schnell nichts ändern. Deshalb wolle er den Hausärzten entsprechend der tatsächlichen Versorgungsstruktur mehr Mandate in der VV einräumen. Über eine entsprechende Quotenregelung sollen die Mitglieder heute abstimmen. Zu den weiteren Vorhaben des KBV-Vorstandes gehören auch die Festschreibung der Honorartrennung für Haus- und Fachärzte sowie eine stärkere Regionalisierung bei der Honorarverteilung. In Hinblick auf die Quotenregelung in den Arzneimittel-Rahmenvereinbarungen zwischen KBV und Krankenkassen verteidigte Vorstandsmitglied Dr. Carl-Heinz Müller das Vorgehen. Derartige Daten basierten auf realen Verordnungen in den KV-Bereichen. Von einer Rationierung könne keine Rede sein. Müller: „Selbstverständlich behält der Arzt die Therapiehoheit.“ (Ärzte Zeitung, 3. Dezember)

Redaktion:

Dezernat Kommunikation der KBV

Tel: 030 / 4005 – 2207

Fax: 030 / 4005 – 27 2203

E-Mail: fknoeppke@kbv.de, agraumann@kbv.de

Redaktionsschluss von KBV kompakt ist mittwochs 13 Uhr.

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