



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

KBV *KOMPAKT*

Newsletter vom 16. Dezember 2009

Aus Berlin

Defizit des Gesundheitsfonds größer als erwartet / enorme Kosten durch Zusatzbeiträge

Mit einem Fehlbetrag von weiteren 2,1 Milliarden Euro aus dem laufenden Jahr startet der Gesundheitsfonds in das Jahr 2010. Unabhängig davon erwarten Experten für das kommende Jahr ohnehin ein Defizit von vier Milliarden Euro, das größtenteils von den Versicherten über Zusatzbeiträge beglichen werden muss. Dieser Betrag ergebe sich laut Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung infolge notwendiger Ausgaben für die Versorgung. Das Minus von 2,1 Milliarden Euro sei dagegen konjunkturbedingt.

Das künftige Erheben von Zusatzbeiträgen verursache einen enormen bürokratischen Aufwand. Darauf wiesen mehrere Kassenvertreter hin. Laut Bundesverband der Betriebskrankenkassen entstünden somit Bürokratiekosten von bis zu einer Milliarde Euro. (Agenturmeldung, 11. Dezember)

Rösler will Entkopplung der Gesundheitskosten von Lohnzusatzkosten

Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) will die Kosten für das Gesundheitswesen von den Lohnzusatzkosten trennen, indem er einkommensunabhängige Beiträge einführt. Eine Regierungskommission soll mit der Umsetzung beauftragt werden. Rösler machte deutlich, am solidarischen Ausgleich zwischen Arm und Reich festhalten zu wollen. Dieser Ausgleich sei jedoch im Steuersystem am besten aufgehoben, sagte er. Der Übergang zu den Pauschalen soll, so der Minister, schrittweise erfolgen. Daher würden auch keine „Milliardenbeträge“ als Sozialausgleich benötigt. Das für 2010 zu erwartende Defizit von 7,9 Milliarden Euro in der Krankenversicherung habe die Vorgängerregierung zu verantworten, argumentierte Rösler. Ein weiteres Ziel der Bundesregierung ist es nach Aussage des Ministers, die Pflegeversicherung „zukunftsicher“ zu machen. Dazu soll eine kapitalgedeckte Zusatzversicherung dienen. Gelöst werden müsse zudem auch das Problem der elektronischen Gesundheitskarte. ([Heute im Bundestag, 16. Dezember](#))

Aus KBV und KVen

Gesetz stärkt die Alterssicherung von Vertragsärzten in Hessen

Alle Einkünfte, die Vertragsärzte in Hessen für die Versorgung gesetzlich Versicherter erzielen, müssen der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Hessen offengelegt und der Erweiterten Honorarverteilung (EHV) unterworfen werden. Dies gilt auch für Honorare aus Selektivverträgen. Ein entsprechendes Gesetz hat der hessische Landtag verabschiedet. „Wir sind sehr zufrieden, dass wir nun für die Alterssicherung unserer ärztlichen Mitglieder ein stabiles gesetzliches Fundament haben“, zeigen sich die Vorstandsvorsitzenden der KV Hessen, Dr. Margita Bert und Dr. Gerd W. Zimmermann, erfreut. Bei der EHV handelt es sich um ein hessenspezifisches

Umlageverfahren, das prozentuale Anteile des Honorars aus vertragsärztlicher Tätigkeit einbehält und als Altersrente an ehemalige Vertragsärzte und deren Hinterbliebene verteilt. Durch verschiedene Klagen war in der jüngsten Vergangenheit die Rechtmäßigkeit des Gesetzes in Frage gestellt worden. Das Bundessozialgericht hatte im Juli 2008 die Auffassung der KV Hessen bestätigt und dem Land Hessen aufgetragen, für eine gesetzliche Klarstellung zu sorgen. ([Pressemitteilung der KV Hessen, 10. Dezember](#))

Initiative für eine bessere Versorgung in Pflegeheimen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) wollen die Versorgung älterer Menschen in Pflegeheimen verbessern. Eine entsprechende Initiative zielt auf den Abschluss eines bundesweiten Versorgungskonzeptes für Pflegeheime ab. Dieses sieht vor, dass Hausärzte die Basis der Pflegeheimversorgung bilden und dass die flächendeckende Versorgung von Heimbewohnern hauptsächlich durch niedergelassene Ärzte gewährleistet wird. Außerdem sollten dem Versorgungskonzept zufolge verschiedene Kooperationsformen von niedergelassenen Ärzten als Alternative zum angestellten Heimarzt-Modell bevorzugt umgesetzt werden.

„Die Versorgung in Pflegeheimen gehört zu den größten Herausforderungen, vor denen wir Ärzte gemeinsam mit der Politik stehen“, erläuterte der Vorstand der KV Bayerns, Dr. Gabriel Schmidt, die Beweggründe für die Initiative. Er wies darauf hin, dass „die demografische Entwicklung in Deutschland neue zukunftstaugliche Konzepte für die Alten- und Pflegeheimversorgung erfordert. Im Jahr 2020 wird jeder Dritte 60 Jahre oder älter sein, und die Zahl der Pflegebedürftigen steigt seit Jahren kontinuierlich.“ Schmidts Forderung lautet deshalb: „Wir brauchen endlich eine bundesweite Lösung zur Verbesserung der Pflegeheimversorgung!“ ([Pressemitteilung der KV Bayerns, 10. Dezember](#))

KV Westfalen-Lippe fordert politische Unterstützung der Landesregierung

Im Streit um die Honorarverteilung fordert die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Westfalen-Lippe den nordrhein-westfälischen Ministerpräsidenten Jürgen Rüttgers (CDU) auf, zu intervenieren. „Wir fordern eine neue, gerechte Verteilung der zur Verfügung stehenden Mittel zwischen den Ländern. Es kann und darf nicht sein, dass die Behandlung eines Diabetes in Dortmund deutlich schlechter honoriert wird als in Augsburg“, betonte der 1. Vorsitzende der KV Westfalen-Lippe, Dr. Ulrich Thamer. Denn obwohl der Krankenversicherungsbeitrag für alle gesetzlich Versicherten einheitlich ist und der Gesundheitsfonds die Gelder bundesweit verteilt, werden die Behandlungen in den Arztpraxen regional unterschiedlich honoriert. So bekämen die Vertragsärzte in Nordrhein-Westfalen weniger als ihre Kollegen beispielsweise in Bayern. Der Landesregierung müssten die Konsequenzen klar sein: „Welcher junge Arzt oder Psychotherapeut will noch in unserem Land eine Praxis übernehmen, wenn er in Bayern für die gleiche Arbeit ein Drittel mehr verdienen kann?“, fragt Thamer und fordert: „Gleiches Geld für gleiche Arbeit!“ ([Pressemitteilung der KV Westfalen-Lippe, 14. Dezember](#))

Aus den Verbänden

ABDA wirbt für Kundenkarte

Um Wechselwirkungen zu erkennen und sie in Zusammenarbeit mit dem Arzt möglichst zu umgehen wirbt die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) für Apotheken-Kundenkarten. Viele Apotheken böten ihren Stammkunden diesen Service kostenlos an, der sich besonders für ältere und chronisch kranke Patienten eigne. „Je mehr Wirkstoffe eingenommen werden, desto größer ist das Risiko von Wechselwirkungen. Die Medikation sollte deshalb möglichst vollständig erfasst werden, also alle verordneten Arzneimittel und die komplette Selbstmedikation beinhalten“, sagte Friedemann Schmidt, Vizepräsident der ABDA. Die in der Apotheke gespeicherten Daten unterliegen dem Datenschutz. Sofern der Patient einwilligt, kann der Apotheker mit dem Arzt über mögliche Wechselwirkungen sprechen. Denn Medikamente könnten ihre Wirkungen oder Nebenwirkungen wechselseitig verstärken, aber auch schwächen. „Wenn der Apotheker die komplette Medikation kennt, kann er einen individuellen Tagesplan erstellen“, so Schmidt. ([Pressemitteilung der ABDA, 15. Dezember](#))

Krankenkassen: Pflicht zum Abschluss von Hausarztverträgen abschaffen

Die designierte Vorstandsvorsitzende der Barmer/Gmünder Ersatzkasse, Birgit Fischer, hat sich gegen die Pflicht der Kassen ausgesprochen, Hausarztverträge nach Paragraph 73b des Fünften Sozialgesetzbuches abzuschließen. „Hier sehe ich für die gesetzlichen Kassen ein Einsparpotenzial von mehr als einer Milliarde Euro jährlich, ohne dass die Versicherten einen Nachteil hätten“, betonte Fischer gegenüber der Rheinischen Post. Eine größere Vertragsfreiheit würde es den Kassen ermöglichen, ihre Versicherten optimal zu versorgen und selbst Kosten zu sparen. ([Deutsches Ärzteblatt, 14. Dezember](#))

Anspruch auf Hebammenleistung

Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und die Berufsverbände der Hebammen haben sich zum 1. Januar 2010 auf eine neue Hebammen-Vergütungsvereinbarung zum Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach Paragraph 134a Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) geeinigt. Zum 1. März 2010 erfolgt voraussichtlich eine weitere Anpassung, da die Vertragspartner derzeit an einer Umstrukturierung der Wegegeldpositionen und an der Berechnung der Auswirkung der gestiegenen Haftpflichtversicherungskosten auf die Gebührenpositionen bei Geburten arbeiten.

In der Reichsversicherungsordnung ist festgeschrieben, dass GKV-Versicherte Anspruch auf Hebammenhilfe bei Schwangerschaft und Mutterschaft haben. Die konkrete Ausgestaltung der Versorgung wird über einen Vertrag nach Paragraph 134a SGB V geregelt. Seit 1. Juli 2008 müssen Anpassungen des Vertrages durch den GKV-Spitzenverband und die Berufsverbände der Hebammen erfolgen. Zum 1. Juli 2008 hat die Schiedsstelle eine Preisanpassung festgelegt. Zum 31. Dezember 2009 hatten die Verbände der Hebammen die Hebammen-Vergütungsvereinbarung fristgerecht gekündigt. ([Mitteilung des GKV-Spitzenverband, 14. Dezember](#))

Blutzuckerselbstmessung: Nutzen für nicht insulinpflichtige Patienten nicht belegt

Der Nutzen der Blutzuckerselbstmessung bei Diabetikern ist in einigen Fällen umstritten. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) konnte keinen Beleg dafür finden, dass nicht insulinpflichtige Typ-2-Diabetiker von einer solchen Messung profitieren. Es ist zudem nicht bekannt, ob der Blut- oder Urintest einen Vorteil bietet. Als Grund für die unklaren Erkenntnisse nennt das Institut eine niedrige Anzahl von Studien mit kurzen Laufzeiten, die zudem wichtige Aspekte nicht berücksichtigen. Die Blutzuckermessung ist bei Patienten, die Insulin spritzen müssen, ein etabliertes Verfahren. Unklar ist jedoch, ob auch Menschen mit Typ-2-Diabetes, die ohne Insulin auskommen, von einer Blutzuckerselbstmessung profitieren. Der Gemeinsame Bundesausschuss hatte deshalb das IQWiG beauftragt, den für Patienten relevanten Nutzen der Urin- und Blutzuckerselbstmessung bei der Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 ohne Insulin zu bewerten. ([Pressemitteilung des IQWiG, 14. Dezember](#))

Ärzeschaft will sich an Bestandsaufnahme des eGK-Projekts beteiligen

Die Bundesärztekammer (BÄK) will sich an der Bestandsaufnahme und Weiterentwicklung des Projekts elektronische Gesundheitskarte (eGK) beteiligen. Der Vorsitzende des Ausschusses Telematik der BÄK, Dr. Franz-Joseph Bartmann, erklärte: „Wir müssen wegkommen von der technik- und politikgetriebenen Diskussion und wieder die medizinischen Anwendungen in den Fokus nehmen, die der Patientenversorgung dienen.“ Die Telematikinfrastruktur soll den Anforderungen des Praxisalltags gerecht werden und für neue, insbesondere telemedizinische Anwendungen wie Telemonitoring und Telekonsultation erweiterbar sein. Zurzeit lässt die Architektur solche Anwendungen nicht zu. Jede neue Anwendung soll zudem ausreichend getestet werden. „Die Neuausrichtung muss die Zielsetzung verfolgen, die behandlungsrelevanten Daten eines Patienten wie Arztbriefe oder Befunde auf hoch sicheren Wegen immer an dem Ort verfügbar zu haben, an dem der Patient das Gesundheitssystem in Anspruch nehmen muss“, erklärte Bartmann. Das würde für mehr Vertrauen und Akzeptanz auch bei der Ärzteschaft sorgen und auch der Qualität der Patientenversorgung zugute kommen, sagte er. ([Pressemitteilung der BÄK, 15. Dezember](#))

Ärzte und Pflegeheime wollen Kooperation verbessern

Die Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und Pflegeheimen bei der Versorgung von Heimpatienten wollen die Bundesärztekammer (BÄK) und der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) verbessern. Sie haben deshalb eine Vereinbarung zur weiteren Verbesserung der medizinischen Versorgung geschlossen. Darin sind kurzfristig umsetzbare

Maßnahmen für eine effektive Kooperation genannt wie abgestimmte Arztbesuche, Bereitschaftsdienste möglichst an allen Wochentagen sowie von Heimpersonal begleitete Facharztbesuche. Einen zentralen Ansatzpunkt sehen BÄK und bpa in verbindlichen Absprachen zwischen den regelmäßig besuchenden Hausärzten und den Pflegefachkräften. Hiervon würden Ärzte und Pflegefachkräfte zum Wohle des Patienten profitieren. Mit den vorgeschlagenen Maßnahmen ließen sich auch für Patienten belastende Notfall-Krankenseinweisungen an Wochenenden vermeiden, betonen die Organisationen. ([Gemeinsame Pressemitteilung von BÄK und bpa, 14. Dezember](#))

Aus der Welt

Neue-Influenza-Welle ebbt in Westeuropa ab

In Westeuropa ist die Zahl der Neuansteckungen mit der Neuen Influenza (sogenannte Schweinegrippe) zurückgegangen. Nach Einschätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat somit die Erkrankungswelle in dieser Region ihren Höhepunkt überschritten. WHO-Sprecher Gregory Hartl warnte jedoch davor zu glauben, das Schlimmste sei vorbei. „Die Grippe kommt in Wellen. So ist in Deutschland also derzeit wohl nur eine Welle überstanden, weitere können aber folgen“, sagte Hartl. Er teilte mit, dass die Zahl der Ansteckungen in Nordeuropa jedoch hoch bleibt und die Grippe derzeit nach Osten zieht. Man müsse abwarten, welchen Einfluss die derzeit kalte Witterung in Mitteleuropa auf diese Entwicklung habe, erklärte der WHO-Sprecher. (Agenturmeldung, 15. Dezember)

Außerdem

Medikamente beeinträchtigen sich gegenseitig

Die medikamentöse Behandlung älterer Menschen verläuft nicht ohne Probleme. Das besagt eine aktuelle Studie der Ruhr-Universität Bochum. So werden Patienten „mit wilden Mischungen von Wirkstoffen behandelt, die sich teils in ihrer Wirkung gegenseitig aufheben und teils Wechselwirkungen hervorrufen können, über die man kaum Kenntnisse hat“, betonte der Altersmediziner Ulrich Thiem. Als ein Beispiel nannte er Schmerzmittel gegen Arthrose. Diese mögen zwar gegen die Krankheit helfen, doch beeinflussen sie andererseits die Nierenfunktion. Dadurch steigt der Blutdruck des Patienten, was aber gerade durch die Einnahme anderer Medikamente verhindert werden soll. Um solche Wechselwirkungen zu verhindern, plädierte Thiem dafür, dass zuerst jene Leiden behandelt werden sollten, die für den Patienten besonders belastend seien. „Ein 80-jähriger Patient mit Bluthochdruck und Arthrose wünscht sich erfahrungsgemäß zuallererst, seinen Alltag weiterhin alleine bewältigen zu können. Dafür braucht er Schmerzmittel. Ob er Bluthochdruck hat, der auf mehrere Jahre hinaus sein Schlaganfallrisiko erhöht, ist ihm nicht so wichtig“, meinte Thiem. An der Befragung nahmen etwa 2.500 Menschen über 70 Jahre teil. (Agenturmeldung, 15. Dezember)

KOMPAKT- Zahl der Woche: 70.011.508

Insgesamt 70.011.508 Menschen waren in Deutschland am Stichtag 1. Juli 2009 gesetzlich krankenversichert. Zehn Jahre zuvor hatten die gesetzlichen Krankenkassen noch 71.385.107 Mitglieder und mitversicherte Familienangehörige. Gravierender sank die Zahl der Versicherten abzüglich der Rentner. Waren es im Jahr 1999 noch 54.751.347, beträgt die Zahl der Versicherten ohne Rentenanspruch aktuell 51.886.272. ([Statistisches Bundesamt, 11. Dezember](#))

Aus dem Terminkalender

| | |
|--------------|---|
| 11.01.10 | Spreestadt-Forum zur Gesundheitsversorgung in Europa Berlin, 18-20 Uhr |
| 18.01.10 | Spreestadt-Forum zur Gesundheitsversorgung in Europa Berlin, 18-20 Uhr |
| 25.01.10 | Spreestadt-Forum zur Gesundheitsversorgung in Europa Berlin, 18-20 Uhr |
| 01.02.10 | Spreestadt-Forum zur Gesundheitsversorgung in Europa Berlin, 18-20 Uhr |
| 12.-13.03.10 | 6. Mitteldeutsche Fortbildungstage für Ärztinnen und Ärzte Leipzig |
| 29.-31.03.10 | KBV Messe – Versorgungsinnovation 2010 Berlin |

Aus der Presse

Mehr Geld für die ärztliche Weiterbildung und neue Ideen für die Gesundheitskarte

„Wer in seiner Praxis junge Allgemeinärzte weiterbildet, darf diese ab 2010 mit einem Gehalt auf Klinikniveau erfreuen. Der jeweils hälftig von Kassen und Kassenärztlicher Vereinigung (KV) getragene Förderzuschuss wird für eine Vollzeitstelle auf 3.500 Euro im Monat aufgestockt.“ So beschreibt die Medical Tribune die jüngsten Verhandlungsergebnisse zwischen der KBV und dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die darauf abzielen, die ambulante medizinische Versorgung in ländlichen Regionen zu sichern. Diesem Ziel folge auch der Vorschlag des Vorstandsvorsitzenden der KBV, Dr. Andreas Köhler, die Versorgungsplanung kleinräumiger und sektorübergreifend auszugestalten. Ein weiteres Thema auf der VV war die Bereinigung der Gesamtvergütung. Hier vertrat Köhler die Ansicht, dass Ärzte, die im Rahmen von hausarztzentrierten Versorgungsverträgen bezahlt werden, nicht auch noch für dieselben Leistungen Honorar der KV erhalten sollten. Darüber hinaus berichtet die Medical Tribune von neuen Ideen der KBV für die elektronische Gesundheitskarte (eGK). So könne sich Vorstand Dr. Carl-Heinz Müller vorstellen, dass die Online-Anbindung der Praxen ausschließlich über die Kartenlesegeräte erfolgen könnte – ähnlich wie bei EC-Kartenterminals. Außerdem wäre es denkbar, den Zuzahlungsstatus des Versicherten und die Zahlung der Praxisgebühr auf der eGK zu vermerken, um Bürokratie abzubauen, so Müller. (Medical Tribune, 11. Dezember)

KBV-Chef will Hausärzte finanziell und organisatorisch stärken

Anlässlich der Diskussionen über die Bereinigung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung zugunsten von Selektivverträgen geht KBV-Chef Dr. Andreas Köhler auf die Hausärzte zu. Auf der Vertreterversammlung seiner Organisation Anfang Dezember in Berlin kündigte er an, dass Hausärzte mehr Kompetenzen erhalten und finanziell gestärkt werden sollen. In Zukunft könnten sie rein hausärztliche Angelegenheiten unter dem Dach einer Kassenärztlichen Vereinigung eigenständig regeln dürfen. Zu übergreifenden Themen müsse aber weiterhin gemeinsam entschieden werden, so Köhler. Im Hinblick auf die Honorarverteilung sagte er: „Wir werden noch in diesem Jahr im Bewertungsausschuss Beschlüsse fassen, die vor allem die Regelversorgung stützen.“ So sollen unter anderem die Leistungen außerhalb der Regelleistungsvolumen als „qualitätsgebundenes Zusatzvolumen gesteuert“ werden. Vorgesehen ist auch, die Vergütung dauerhaft stabil in einen haus- und einen fachärztlichen Teil zu trennen. Auch der Fremdkassen-Zahlungsausgleich würde nach Leistungen im hausärztlichen oder im fachärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet. Darüber hinaus kündigte der KBV-Chef eine Überarbeitung der Gebührenordnung an: „Grundlage ist eine grundsätzliche Rückkehr zur Einzelleistungsvergütung“.

Vereinfachend dargestellt würde sich das Honorar dann aus vier Komponenten zusammensetzen: einer Strukturpauschale für fixe Kosten, einer Aufwandspauschale für variable Kosten, dem Arztlohn und Qualitätszuschlägen. Die Bezahlung von belegärztlichen Leistungen, ambulanten Operationen und stationärsersetzenden Leistungen soll der im Klinikbereich angeglichen werden. ([Deutsches Ärzteblatt, 11. Dezember](#))

Redaktion:

Dezernat Kommunikation der KBV

Tel: 030 / 4005 – 2207

Fax: 030 / 4005 – 27 2203

E-Mail: fknoeppke@kbv.de, agraumann@kbv.de, mspierings@kbv.de, njahnz@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>