



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

KBV KOMPAKT

Newsletter vom 17. Dezember 2008

Aus Berlin

Gesundheitsfonds bleibt weiter umstritten

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) hat den für Januar 2009 geplanten Gesundheitsfonds erneut verteidigt. Im Gespräch mit der „Aachener Zeitung“ sagte sie, der Fonds Sorge für eine gerechtere Verteilung der Versichertengelder. Es soll den Kassen mehr Geld zur Verfügung stehen, die höhere Kosten durch viele alte und kranke Mitglieder haben. „Wenn alle die gleichen Ärzte, Therapien und Medikamente in Anspruch nehmen können, ist es auch richtig, wenn sie den gleichen Prozentsatz ihres Einkommens für die Gesundheitsversorgung aufbringen“, erklärte sie. Zudem wären die Beiträge aus ihrer Sicht auch ohne den Fonds gestiegen, allerdings ungleichmäßiger verteilt.

Zuvor hatte der bayerische Gesundheitsminister Markus Söder (CSU) Widerstand gegen den Fonds angekündigt. Er bedeute den ersten Schritt in die Staatsmedizin und verursache außerdem große Einkommensverluste bei Ärzten in Süddeutschland. Die CSU werde im Bundestagswahlkampf 2009 ein eigenes Gesundheitssystem-Modell vorlegen, sagte er. Dies soll ehrlichen Wettbewerb, freie Arztwahl, Therapiefreiheit und eine verlässliche Finanzierung beinhalten. (Agenturmeldung, 14. und 15. Dezember)

FDP-Fraktion fordert Aufschub für elektronische Gesundheitskarte

Die FDP-Fraktion hat einen Aufschub für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) gefordert. Sie nannte das bisherige Konzept unzureichend. Unabhängige Sicherheitsexperten müssten die Datensicherheit überprüfen, heißt es in einem entsprechenden Antrag der Liberalen. Grundsätzlich begrüße die FDP die Perspektiven, die die Telematik im Gesundheitswesen biete, sie sehe jedoch auch die Gefahren bei der Übermittlung und Speicherung sensibler Gesundheitsdaten. Die Einführung der eGK dürfe daher nicht übereilt erfolgen. Insbesondere dürften weder Kostenträger noch staatliche Stellen, Industrieunternehmen oder andere Dritte Zugriff auf sensible Gesundheitsdaten haben. Die Versicherten müssten zudem die Verfügungsgewalt über ihre Daten haben und behalten. Sie sollten selbst entscheiden können, ob sie ihre Gesundheitsdaten auf zentralen Servern speichern lassen wollen oder nicht. ([Heute im Bundestag, 11. Dezember](#))

Unterdessen haben die ersten Ärzte im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNO) ein Lesegerät für die eGK erhalten. In den ersten beiden Quartalen 2009 soll Nordrhein-Westfalen flächendeckend mit Lesegeräten beliefert werden. Dann könnten auch die neun Millionen Versicherten des Bundeslandes ihre eGK erhalten. (mehr dazu siehe „Aus KBV und KVen“)

Weitergabe von Patientendaten zur Abrechnung ist unzulässig

Krankenhäuser und Vertragsärzte dürfen Patientendaten nicht an private Dienstleister zur Erstellung der Leistungsabrechnung weitergeben. Das geht aus einem Urteil des Bundessozialgerichts in Kassel vom 10. Dezember hervor. Die Regelung gilt auch, wenn die Patienten Einwilligungserklärungen unterzeichnet haben. In der Begründung heißt es, die Weitergabe der Daten ist derzeit nach den Bestimmungen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zugelassen. Sie ist deshalb unzulässig, auch wenn die Patienten in die Datenweitergabe formal eingewilligt haben. Damit sich die Leistungserbringer auf die Entscheidung des Bundessozialgerichts einstellen können, hat das Gericht eine Übergangsregelung getroffen. Leistungen, die bis zum 30. Juni 2009 erbracht werden, müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) trotzdem vergüten. Im konkreten Fall hatte eine KV im Jahr 2005 die Vergütung der von privaten Dienstleistern erstellten Abrechnungen für Notfallbehandlungen abgelehnt. ([Medieninformation des Bundessozialgerichts, 10. Dezember](#))

Fast 200.000 Menschen in Deutschland 2007 ohne Krankenversicherung

Knapp 200.000 Menschen in Deutschland waren im Jahr 2007 nicht krankenversichert. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) mitteilte, hatten durchschnittlich 196.000 Personen keine Krankenversicherung oder sonstigen Anspruch auf Krankenversorgung. Damit waren 0,2 Prozent der Gesamtbevölkerung ohne Krankenversicherungsschutz. Etwa zwei Drittel waren Männer. Unter den Personen ohne Krankenversicherungsschutz waren 82.000 Erwerbstätige.

Seit dem 1. April 2007 besteht in Deutschland eine Krankenversicherungspflicht. Ab diesem Zeitpunkt bis zum Jahresende 2007 meldeten die gesetzlichen Krankenkassen 69.000, bis November 2008 95.500 Wiedereintritte. Einen Vertrag mit einer privaten Krankenversicherung schlossen bis zum Jahresende 2007 3.000, bis November 2008 5.000 Personen ab. ([Pressemitteilung des Statistischen Bundesamts, 11. Dezember](#) / Agenturmeldung, 11. Dezember)

Aus KBV und KVen

Müller befürwortet EU-Richtlinie, warnt jedoch vor Qualitätsverlust

„Patienten und Ärzte können von einem klaren Rechtsrahmen bei grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen deutlich profitieren.“ Das hat Dr. Carl-Heinz Müller, Vorstand der KBV, anlässlich einer Diskussionsveranstaltung in Brüssel gesagt. In der dortigen Bayerischen Vertretung erörterten die Teilnehmer das Thema „Die Zukunft des Gesundheitsmarktes in Europa: Neue Chancen für Patienten und Dienstleister?“. Die Kommission der Europäischen Union (EU) will den europäischen Gesundheitsmarkt öffnen und Patienten innerhalb einer europaweiten Gesundheitsversorgung rechtlich absichern. Transparenz, Bürgernähe und Rechtssicherheit befürwortet auch die KBV, doch rundum zufrieden zeigte sich Müller mit dem Vorhaben dennoch nicht: In europäischen Standards für die Gesundheitsversorgungssysteme sieht der KBV-Vorstand einen Eingriff in die Kompetenz der Mitgliedsstaaten. Insbesondere die Qualität und Sicherheit der in Deutschland hochwertigen medizinischen Behandlung würden so gefährdet werden. Der KBV-Vorstand betonte: „Für uns als Vertreter der niedergelassenen deutschen Ärzte ist eine Absenkung der bestehenden hohen Standards nicht akzeptabel.“ Die KBV hat dazu ein Positionspapier veröffentlicht. Dieses ist online unter folgender Adresse abrufbar: <http://www.kbv.de/14009.html>. ([Pressemitteilung der KBV, 17. Dezember](#))

Erstes Lesegerät für elektronische Gesundheitskarten installiert

„In einigen Jahren wird die Nutzung der elektronischen Gesundheitskarten (eGK) selbstverständlich sein.“ Das hat Dr. Walter Döllinger, Staatssekretär im Gesundheitsministerium, in Düren gesagt. Hier wurde das erste eGK-Lesegerät in einer Arztpraxis überreicht. „Die Ärzte und Zahnärzte in Nordrhein und mit kurzem Abstand auch in Westfalen werden in Zukunft die ersten sein, die neue Anwendungen wie den elektronischen Arztbrief, die Arzneimitteldokumentation, den Notfalldatensatz oder das elektronische Rezept nutzen können“, sagte der Staatssekretär. Die Kassenärztliche und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein sowie die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen haben angekündigt, dass in den ersten beiden Quartalen 2009 die Lesegeräte in der gesamten Region ausgeliefert werden. Neun Millionen Versicherte im Rheinland können dann die eGK erhalten. „Damit baut Nordrhein-Westfalen seine

Spitzenposition bei der Einführung von Telematik-Anwendungen im Gesundheitswesen weiter aus“, so Döllinger. Auf Dauer sei es das Ziel, dass jeder Bürger in Nordrhein-Westfalen elektronische Gesundheits- und Patientenakten freiwillig nutzen kann. Mit der eGK wird der Versicherte auf seine persönliche Gesundheitsakte und damit beispielsweise auf seine Vital- und Laborwerte, den Mutter- oder Röntgenpass, den Impfpass sowie Angaben zu vorhandenen Allergien zugreifen können. ([Pressemitteilung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, 11. Dezember](#))

Misstrauensantrag gegen KV-Chef mit großer Mehrheit zurückgewiesen

Einzelne Hausärzte sind mit ihren Rücktrittsforderungen gegen den Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL), Dr. Ulrich Thamer, gescheitert. Die meisten Delegierten der Vertreterversammlung stimmten für den 1. Vorsitzenden. Lediglich acht von 50 Mitgliedern unterstützten ein Misstrauensvotum. „Ich werte dies als positives Votum für die Arbeit des gesamten Vorstandes“, resümiert Thamer den klaren Vertrauensbeweis des westfälischen Ärztesparlamentes und ergänzte: „Wir werden uns weiterhin mit aller Kraft für den Erhalt kollektiver Verträge mit den Krankenkassen einsetzen, Wir wollen gute Arbeitsverhältnisse und angemessene Einkommen für alle Ärzte und Psychotherapeuten erreichen und nicht nur für einzelne Gruppen.“ ([Pressemitteilung der KVWL, 15. Dezember](#))

Schiedsspruch beschließt bayerische Honorarvergütung im Jahr 2009

Auch in der vierten Verhandlungsrunde vor dem Landesschiedsamt am 12. Dezember ist es zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) und den Landesverbänden der Krankenkassen zu keiner Einigung gekommen. Erst ein Schiedsspruch setzte den Schlusspunkt unter den seit Wochen andauernden Verhandlungsmarathon. Demzufolge wird es in Bayern über die Bundesvorgaben hinaus keine Sondervereinbarungen geben, entsprechende Anträge der KVB wurden abgelehnt. Obwohl die gesetzlichen Bundesvorgaben ausdrücklich vorsehen, dass die medizinisch notwendige Versorgung mit Hilfe regionaler Regelungen zu sichern ist, hat das Schiedsamt diese Vorgabe nicht berücksichtigt. „Dieser undifferenzierte Schiedsspruch missachtet jegliche Versorgungsnotwendigkeiten. Wir sind entsetzt“, so der Vorstandsvorsitzende der KVB, Dr. Axel Munte. Denn trotz des rechnerischen Honorarplus für Bayern kommt es nach ersten Analysen der KVB zu erheblichen Umverteilungen zwischen einzelnen Ärzten und Arztgruppen. „Für einige Fachgruppen zeichnen sich Einbrüche ab, die viele Praxen existenziell gefährden. Die flächendeckende Versorgung der bayerischen Patienten könnte dadurch in einigen Bereichen extrem beeinträchtigt werden“, so Munte. Die Entscheidung des Landesschiedsamts setzt die Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses ohne Abweichungen in Bayern um. Alle ambulanten Leistungen in Bayern werden damit ab 2009 mit dem bundeseinheitlichen Orientierungspunktwert von 3,5001 Cent vergütet. Auch die qualitätsgesicherten Strukturverträge gibt es nicht mehr. Das führt beispielsweise für fachinternistische sowie belegärztliche Leistungen, Hausbesuche und Bereitschaftsdienste zu einem Vergütungsrückgang von bis zu dreißig Prozent gegenüber 2008. Für diese besonders betroffenen Leistungen Zuschläge festzulegen – wie in vielen Bundesländern geschehen – hat das Schiedsamt abgelehnt. „Nur wenige der betroffenen Praxen werden in der Lage sein, solche Vergütungseinbrüche kurzfristig auszugleichen“, meinte der erste stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KVB, Dr. Gabriel Schmidt. Die KVB muss nun kurzfristig auf Grundlage des Beschlusses des Schiedsamts die Berechnungen für die praxisindividuellen Regelleistungsvolumen beenden und wird in dieser Woche die entsprechenden Bescheide verschicken. ([Pressemitteilung der KVB, 15. Dezember](#))

Ambulante Aidsbehandlung in Berlin gesichert

Die ambulante medizinische Versorgung von Aidspatienten in Berlin ist gesichert. Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin hat erreicht, dass die Krankenkassen im ersten Quartal 2009 die Behandlung aller an der Immunschwächekrankheit Leidenden finanziell fördern müssen. Die Krankenkassen wollten ursprünglich nur einen Teil der Behandlungen fördern. Dies hätte bedeutet, dass rund ein Drittel der Patienten nicht mehr ausreichend versorgt gewesen wäre. Nach der jetzt erzielten Einigung erhalten niedergelassene Haus- und Fachärzte für jeden Aidspatienten 45 Euro im ersten Quartal 2009. Das unter der Moderation von Gesundheitssenatorin Katrin Lompscher entwickelte Vertragsangebot der Krankenkassen sah dagegen einen Zuschlag nur für Hausarztpraxen vor, die mehr als 100 Aidskranke behandeln. Außerdem sollte die Pauschale nur noch einmalig je Patient und nicht wie gewohnt auch für jeden weiter behandelnden Arzt bezahlt werden. Auch hier konnte sich der KV-Vorstand mit Hinweis auf den großen Versorgungsumfang der häufig an multiplen Erkrankungen leidenden Aidskranken durchsetzen. In Berlin werden rund

20 Prozent der in Deutschland mit HIV infizierten Menschen medizinisch versorgt. Ab April 2009 ist eine bundesweite Lösung zur Förderung ambulanter Aidsbehandlungen geplant. ([Pressemitteilung der KV Berlin, 11. Dezember](#))

KVH und Krankenkassen stellen Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln für 2009 sicher

Die Arzneimittelobergrenze für das Bundesland Hessen haben die Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KVH) und Krankenkassenverbände verhandelt. Sie haben sich auf eine Summe von 1,81 Milliarden Euro für das kommende Jahr geeinigt. Der Betrag steht allen niedergelassenen hessischen Ärzten zusammen für die Verordnung von Arzneimitteln zur Verfügung. Der Richtgrößwert für die einzelne Praxis steigt – entsprechend der Bundesrahmenvorgabe – um 6,6 Prozent. Damit ist die Versorgung der Patienten auf hohem Niveau gesichert. „Wir begrüßen die vereinbarte erhebliche Steigerung, denn damit erreichen wir eine realistische Obergrenze, die die erforderlichen Verordnungen und wirtschaftlich durchgeführten Therapien berücksichtigt“, resümierten die Vorstandsvorsitzenden der KVH, Dr. Margita Bert und Dr. Gerd W. Zimmermann. Für den Heilmittelbereich einigten sich die KVH und die Krankenkassen darauf, die Ausgabenobergrenze für 2009 ebenfalls zu erhöhen. Sie soll um insgesamt 2,9 Prozent im Vergleich zu 2008 steigen, die Richtgrößen um 1,9 Prozent. Die Vertragspartner sind sich einig, dass mit diesen Ergebnissen für das kommende Jahr ausreichend Mittel für die Heil- und Arzneimittelversorgung sowie für alle nötigen Therapien zur Verfügung stehen. ([Pressemitteilung der Krankenkassenverbände in Hessen und der KV Hessen, 16. Dezember](#))

Vergütung für Disease-Management-Programme 2009 gesichert

Nach langen Verhandlungen haben sich die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) mit den Krankenkassen darauf geeinigt, dass die Disease-Management-Programme (DMP) für chronische Erkrankungen in Schleswig-Holstein erst einmal weiter laufen wie bisher. Die KVSH hat für das Jahr 2009 mit allen Primärkassen eine Ergänzungsvereinbarung zu den DMP-Verträgen für alle Diagnosen (Diabetes Typ 1 und Typ 2, koronare Herzerkrankungen, Asthma, chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen und Brustkrebs) geschlossen. Die Leistungen werden demnach zu den bisherigen Konditionen vergütet. Die Ersatzkassen haben diese Ergänzungsvereinbarung zwar nicht unterschrieben, die bestehenden DMP-Verträge aber auch nicht gekündigt. Somit ändert sich bei den Ersatzkassen zumindest im 1. Quartal nichts. ([Pressemitteilung der KVSH, 16. Dezember](#))

Aus den Verbänden

Bundesärztekammer lehnt zügigen Online-Rollout ab

Die Bundesärztekammer (BÄK) will einem zügigen Online-Rollout der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) nicht zustimmen. Fachliche und grundsätzliche Fragen seien noch nicht geklärt, sagte der Hauptgeschäftsführer der BÄK, Prof. Christoph Fuchs. „Weder die aus den bisherigen Tests zu ziehenden Schlüsse noch die Folgen des Online-Rollouts für die sieben Testregionen und die dort Betroffenen konnten bislang auch nur ansatzweise durch die Länder, die Testregionen oder die Öffentlichkeit beraten werden“, monierte Fuchs. Er bezog sich damit auf die Entscheidung der Gesellschafterversammlung der gematik, die eGK im Echtbetrieb mit Online-Funktionen schrittweise einzuführen. Die Betreibergesellschaft Gematik bereitet derzeit im Rahmen eines Strategiewechsels den sogenannten Online-Rollout der eGK vor. Der Online-Rollout sieht vor, zügig nach Ausgabe der neuen Karten in Nordrhein-Westfalen und der anschließenden schrittweisen Einführung der eGK im gesamten Bundesgebiet auch mit der Online-Anbindung der Leistungs- und Kostenträger zu beginnen. Neben dem Online-Abgleich der Versichertenstammdaten soll auch die Punkt-zu-Punkt-Kommunikation unter den Ärzten ausgebaut werden (zum Beispiel per elektronischem Arztbrief). ([Pressemitteilung der BÄK, 16. Dezember](#))

Marburger Bund fordert für Ärzte an Universitätskliniken rund 9 Prozent mehr Gehalt

Die Ärztegewerkschaft Marburger Bund (MB) hat die Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TdL) zu Tarifverhandlungen aufgefordert und verlangt für die Ärzte an Universitätskliniken im Schnitt rund neun Prozent mehr Gehalt. Als weitere Ziele nannte der MB eine umgehende Anhebung der Ostgehälter auf Westniveau und eine deutliche Erhöhung der Zeitzuschläge für Überstunden,

Samstags- und Nachtarbeit. „Im nationalen und internationalen Vergleich schneiden die Uniärzte ausgesprochen schlecht ab. Ihre Einkommen stagnieren seit 2003“, erklärte der 1. Vorsitzende des MB, Rudolf Henke. Die TdL wies die Forderungen zurück. Der MB verlange tatsächliche Lohnsteigerungen von mehr als 13 Prozent, in den neuen Bundesländern sogar von bis zu 30 Prozent, teilte die Tariftgemeinschaft mit. Seit 2006 hätten sich die Arbeitsbedingung für die Ärzte an Universitätskliniken stark verbessert. ([Pressemitteilung des MB, 15. Dezember](#) / Agenturmeldung, 15. Dezember)

Zehn Jahre Psychotherapeutengesetz

Als Meilenstein in der Versorgung psychisch kranker Versicherter wertet die Bundespsychotherapeutenkammer die Einführung des Psychotherapeutengesetzes vor zehn Jahren. „Das Gesetz hat es möglich gemacht, dass wir heute ein flächendeckendes Netz an hochqualifizierten Psychotherapeuten haben“, erklärte der Kammerpräsident, Prof. Rainer Richter, in Berlin. Das Gesetz sei ein großer Fortschritt, es würden aber noch immer Engpässe in der Versorgung bestehen. „Das Psychotherapie-Angebot ist nicht ausreichend und die Praxen sind schon heute überlastet. Patienten müssen viel zu lange auf eine Therapie warten“, sagte Monika Konitzer, die Vizepräsidentin der Bundespsychotherapeutenkammer. Sie forderte, Akutsprechstunden und Kriseninterventionen möglich zu machen. Außerdem plädierte sie dafür, dass künftig auch eine längerfristige Psychotherapie für chronisch Kranke zugelassen sein soll. Das Psychotherapeutengesetz trat zum 1. Januar 1999 in Kraft. Seitdem können Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Mitglied in einer Kassenärztlichen Vereinigung werden und selbstständig zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung behandeln. ([Pressemitteilung der Bundespsychotherapeutenkammer, 11. Dezember](#))

Aus der Welt

Europäisches Parlament bekräftigt: Bereitschaftsdienst ist Arbeitszeit

Mit großer Mehrheit hat das Europa-Parlament festgestellt, dass der Bereitschaftsdienst grundsätzlich zur Arbeitszeit gehört. Es steht lediglich im Ermessen nationaler Gesetzgeber oder der Tarifvertragsparteien, hiervon eng umgrenzte Ausnahmen zuzulassen. Damit konnte der Versuch von Europäischer Kommission und Ministerrat vorerst abgewehrt werden, den Arbeitsschutz bei Bereitschaftsdiensten für Ärzte und Krankenschwestern zu verwässern. Nach der Änderung des deutschen Arbeitszeitgesetzes im Jahre 2003 und dem erfolgreichen Abschluss von Tarifverträgen für Ärzte durch die Ärztegewerkschaft Marburger Bund gibt es auf der Basis dieser Beschlüsse keine Änderungen in Deutschland. „Es freut uns, dass die Abgeordneten mit so großer Mehrheit den Beschäftigten in den Krankenhäusern den Rücken stärken. Das Votum des Parlaments ist ein klares Signal an die Europäische Kommission und den Ministerrat, den Arbeitsschutz nicht anzutasten: Bereitschaftsdienst ist Arbeitszeit. Daran darf nun nicht mehr gerüttelt werden“, sagte der Vizepräsident der Bundesärztekammer, Dr. Frank Ulrich Montgomery. Der EU-Ministerrat steht jetzt vor der Entscheidung, entweder den Standpunkt des Parlamentes anzuerkennen oder den Vermittlungsausschuss anzurufen. Im Vermittlungsausschuss hat das Parlament durch seinen Beschluss eine starke Ausgangsposition. ([Pressemitteilung der BÄK, 17. Dezember](#))

Weit mehr gefälschte Arzneimittel als befürchtet an EU-Grenzen

Vor dem Hintergrund der neuesten Zahlen zu Arzneimittelfälschungen an den Grenzen der Europäischen Union (EU) warnen die Apotheker ausdrücklich vor einem Kauf von Arzneimitteln im Internet. Die EU-Kommission teilte im Rahmen der Aktion Medi-Fake jetzt mit, dass in nur zwei Monaten etwa 34 Millionen gefälschte Tabletten beschlagnahmt wurden. Dieses Ergebnis übertraf bei weitem alle vorherigen. „Es ist höchste Zeit, dass der Versandhandel mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln verboten wird. Erst durch das generelle Verbot würde Verbrauchern klar, dass jeder Bezug außerhalb einer deutschen Apotheke ein hohes Risiko birgt“, so Magdalene Linz, Präsidentin der Bundesapothekerkammer. „Es werden nicht nur Lifestyle-Medikamente gefälscht, sondern alles, was Geld bringt“ warnte Linz. Nach Angaben der Zollbehörden wurden unter

anderem Antibiotika, Krebs- und Malariamedikamente, Cholesterinsenker, Schmerzmittel und potenzsteigernde Medikamente gefälscht. ([Pressemitteilung der ABDA, 17. Dezember](#))

Außerdem

Neues Info-Heft zum Thema Bluthochdruck erschienen

Bluthochdruck (Hypertonie) ist das Thema des neuen Heftes der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE). Es enthält auf rund 30 Seiten Informationen zu Krankheitsbild, Verbreitung, Risikofaktoren, Vorbeugung, Behandlung, Inanspruchnahme ärztlicher oder präventiver Leistungen sowie zu den Kosten. Bluthochdruck ist zu einer Volkskrankheit geworden. Bei der jüngsten telefonischen Gesundheitsbefragung des Robert Koch-Institutes (RKI) gab mehr als die Hälfte der Befragten über 65 Jahren an, dass der Arzt schon einmal bei ihnen Bluthochdruck festgestellt hat. Das GBE-Heft „Hypertonie“ können Interessierte auf den Internetseiten des [RKI](#) abrufen. ([Pressemitteilung des RKI, 16. Dezember](#))

Verweildauer in Krankenhäusern auf Tiefststand

Die Verweildauer der Krankenhauspatienten in Deutschland ist in den vergangenen Jahren stark zurückgegangen. Sie sank von 14 Tagen im Jahr 1991 auf einen neuen Tiefststand von 8,3 Tagen im Jahr 2007, wie das Statistische Bundesamt mitteilte. Die Zahl der Kliniken ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich zurückgegangen. Gab es 1991 noch 2.411 Einrichtungen in Deutschland, lag ihre Zahl im Jahr 2007 bei nur noch 2.087. Seit 1991 stieg der Anteil der privaten Einrichtungen ständig und hat sich bis 2007 auf insgesamt 30 Prozent (620 Einrichtungen) verdoppelt. Im gleichen Zeitraum ging die Zahl der öffentlichen Krankenhäuser von 46 auf 32 Prozent zurück. Die restlichen 38 Prozent der Kliniken befanden sich 2007 in freigemeinnütziger Trägerschaft. Deutliche Strukturverschiebungen gab es auch beim Krankenhauspersonal. Waren zum Beispiel im Jahr 1991 rund 95.000 Vollzeitkräfte im ärztlichen Dienst tätig, stieg diese Zahl bis 2007 auf 126.000 Vollzeitkräfte. Eine gegenläufige Entwicklung ist beim nichtärztlichen Dienst zu verzeichnen: Hier ging die Anzahl der Vollzeitkräfte um 13 Prozent auf 679.000 zurück. ([Pressemitteilung des Statistischen Bundesamts, 10. Dezember](#))

KOMPAKT-Zahl der Woche: 196.000

Etwa 196.000 Menschen in Deutschland waren Anfang 2007 ohne Krankenversicherungsschutz, wie das Statistische Bundesamt mitteilte. Seit der Einführung der Versicherungspflicht am 1. April 2007 haben sich 95.500 Personen wieder bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert.

Aus dem Terminkalender

- | | |
|------------|---|
| 12.01.2009 | „Messbarkeit der "de facto"-Compliance kardiovaskulärer Leitlinien und ihrer Determinanten“
Spreestadt-Forum zur Gesundheitsversorgung in Europa
Berlin, 18 Uhr |
| 17.01.08 | Sonder-Vertreterversammlung der KV Rheinland-Pfalz
Mainz, 11 Uhr |

- 19.01.08 [„Sind Fragen zu einer ethisch angemessenen Versorgung ein sinnvoller Ansatz zu einer Systembetrachtung?“](#)
Spreestadt-Forum zur Gesundheitsversorgung in Europa
Berlin, 18 Uhr
- 07.02.08 Vertreterversammlung der KV Westfalen-Lippe
Münster, 10 Uhr
- 11.02.08 Vertreterversammlung der KV Baden-Württemberg
Stuttgart, 14 Uhr
- 25.04.08 Vertreterversammlung der KV Bayerns
München, 9 Uhr

Redaktion:

Dezernat Kommunikation der KBV

Tel: 030 / 4005 – 2208

Fax: 030 / 4005 – 27 2208

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

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