



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

KBV KOMPAKT

Newsletter vom 22. Dezember 2009

Aus Berlin

Rösler hält an Zusatzbeiträgen von einem Prozent fest

Forderungen aus der CDU nach einer höheren Grenze für Zusatzbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung hat Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler (FDP) klar abgelehnt. „Die Ein-Prozent-Klausel wird bleiben“, sagte er dem Tagesspiegel und schloss zugleich Leistungskürzungen für die gesetzlich Krankenversicherten bei der geplanten Gesundheitsreform aus. „Es geht darum, für 70 Millionen gesetzlich Versicherte ein vernünftiges, faires System hinzubekommen. Daher ist es falsch, die Zusatzbeiträge ohne Sozialausgleich zu erhöhen“, erklärte Rösler. Seine Partei habe mit der Union vereinbart, das Gesundheitssystem „nur auf Grundlage des bestehenden Leistungskataloges“ ändern zu wollen. Mehr Klarheit über die geplante Gesundheitsreform soll es Mitte kommenden Jahres geben. Laut Koalitionsvertrag sind vom Einkommen unabhängige Pauschalbeiträge, ein Ausgleich aus Steuermitteln für Ärmere und ein Einfrieren des Arbeitgeberanteils geplant. Die neuen Regeln sollen ab 2011 greifen. (Agenturmeldung, 20. Dezember)

Rösler: keine Rezepte auf der elektronischen Gesundheitskarte

Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler (FDP) hat Details über den zunächst eingeschränkten Einsatz der neuen elektronischen Gesundheitskarte (eGK) in Deutschland bekanntgegeben. Vorerst gestoppt sei der Plan, mit der eGK Rezepte elektronisch abzuwickeln. Auch die elektronische Patientenakte wurde mit einem Moratorium belegt. „Ich möchte, dass die Industrie erst einmal nachweist, dass die gespeicherten Daten technisch sicher sind“, sagte Rösler. Das Ministerium hatte Ende November die zunächst schrittweise Einführung der seit längerem geplanten eGK angekündigt. Die Koalition hatte zwischenzeitlich mit ihrer Ankündigung, das Projekt prüfen zu wollen, Verunsicherung bei den Krankenkassen ausgelöst. Es ist noch unklar, wann die eGK nach der Pilotregion Nordrhein bundesweit eingeführt wird. (Agenturmeldung, 18. Dezember)

Bundesrat stimmt Neuregelungen der Haftungsfragen bei Kasseninsolvenz zu

Der Bundesrat hat Neuregelungen zu Haftungsfragen bei Kasseninsolvenz zugestimmt. Laut dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) gelten ab dem 1. Januar 2010 einheitliche Schließungs- und Insolvenzregeln für bundesweit und regional tätige Krankenkassen. Die Verordnung zur Aufteilung und Geltendmachung der Haftungsbeträge durch den Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenkassen bei Insolvenz oder Schließung einer Krankenkasse legt die rechnerischen und technischen Kriterien fest, nach denen sich der Spitzenverband im Haftungsfall bei seinen Mitgliedschaften refinanziert. Danach werden die Haftungsbeträge auf die Krankenkassen der betroffenen Kassenart nach der Zahl ihrer Mitglieder aufgeteilt. Überschreitet der Haftungsbetrag den Wert von 2,5 Prozent des Gesamtbetrages der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, wird

der überschüssige Betrag auf die Krankenkassen der anderen Kassenarten aufgeteilt. Die Refinanzierung muss gegebenenfalls durch die Erhebung von monatlichen Zusatzbeiträgen aufgebracht werden, die – je nachdem, welche Kassenart betroffen ist – unterschiedliche Höhen erreichen können. ([Pressemitteilung des BMG, 18. Dezember](#))

Aus KBV und KVen

Köhler: Verweigerung hätte Chaos bedeutet

Der von der KBV und dem Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenkassen gebildete Erweiterte Bewertungsausschuss (EBA) hat unter Vermittlung des Schlichters ein Verfahren zur Honorarberechnung ärztlicher Leistungen unter Berücksichtigung sogenannter Selektivverträge beschlossen. „Wir als KBV haben uns für diesen Kompromiss eingesetzt, damit die Honorarvereinbarung unter geordneten Bedingungen stattfinden und ein Chaos verhindert werden kann“, erklärte Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der KBV. „Wir hoffen, dass dieser Beschluss noch rechtzeitig für die anstehenden Schiedsverfahren gekommen ist“, fügte er hinzu.

Als Folge der Bereinigung darf der Fallwert des Regelleistungsvolumens (RLV) der jeweiligen Arztgruppe um maximal 2,5 Prozent steigen oder sinken. Wenn dieser Schwellenwert überschritten wird, soll der darüber hinausgehende Mehrbetrag ausschließlich von denjenigen Ärzten geschultert werden, die an Selektivverträgen teilnehmen. Bei dem auf die gesamte Arztgruppe zu verteilenden Bereinigungsbetrag handelt es sich um Leistungen, die nicht eindeutig Ärzten zuzuordnen sind, die an einem Selektivvertrag teilnehmen. Grundsätzlich gilt: Ärzte, die ihre Patienten im Selektivvertrag versorgen, erhalten für diese kein Honorar mehr über das Regelleistungsvolumen. Die Vergütung erfolgt über den Selektivvertrag. Das RLV wird deshalb um die Leistungen reduziert, die diese Patienten vor der Einschreibung in einen Selektivvertrag in der Praxis in Anspruch genommen haben. ([KBV-Pressemitteilung, 16. Dezember](#))

VV der KV Niedersachsen fordert grundlegende Änderung der Honorierung

Eine grundlegende Änderung der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Honorierung haben die Vertreterversammlung (VV) und der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Niedersachsen auf ihrer Sitzung gefordert. In einer einstimmig verabschiedeten Resolution heißt es: „Das aktuelle Honorarsystem und die geplanten Änderungen im kommenden Jahr sind den rund 13.600 Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten in Niedersachsen nicht mehr zu vermitteln. Die KV stößt zunehmend an Grenzen, für jedes Mitglied die Honorarentwicklung darzustellen und die Ermittlung des Regelleistungsvolumens zu kommunizieren. Die zentralen Ziele der Honorarreform 2009 – Transparenz und eine gute, planbare Vergütung aller Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten – sind gescheitert. Das aktuelle Honorarsystem ist am Ende. Es ist auch nicht mehr reformierbar. Kleine Kurskorrekturen am Vergütungssystem schaffen nur neue Ungerechtigkeiten. Es muss ein komplett neues Vergütungssystem her. In Zukunft muss es wieder möglich sein, dass die KV regionale Besonderheiten in das Honorarsystem einfließen lassen kann.“ ([Pressemitteilung der KV Niedersachsen, 17. Dezember](#))

Aus den Verbänden

Leistungserbringer fordern bessere Zusammenarbeit mit der gematik

Die Arbeitsweise der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (gematik) müsse die Interessen ihrer Gesellschafter künftig besser berücksichtigen sowie gegebenenfalls unterschiedliche Positionen zusammenführen und Alternativen bilden. Das fordern die Spitzenorganisationen der Leistungserbringer in einem Eckpunktepapier zur Neuausrichtung der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und der Telematikinfrastruktur. In der Vergangenheit sei die Zusammenarbeit unbefriedigend gewesen, da die Gesellschafter nicht ausreichend in die Arbeit der gematik eingebunden wurden. „Der Aufbau der Telematikinfrastruktur war zu wenig von dem Ziel getragen, auch einen medizinischen Mehrwert für Patienten und Leistungserbringer zu schaffen“, heißt es in dem Papier. Daher müssten medizinische

Anwendungen stärker in den Vordergrund rücken. „Die Gestaltungshoheit für neue Anwendungen und deren Einführung liegt bei der Selbstverwaltung“, betonen die KBV, die Bundesärztekammer (BÄK), die Bundeszahnärztekammer, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, der Deutsche Apothekerverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Die Spitzenorganisationen fordern die konzeptionelle Verantwortung für neue Anwendungen und die direkte fachliche Steuerung der gematik: „Grundsätzlich muss die gematik ein Selbstverständnis als Dienstleister der Gesellschafter entwickeln und aktiv zur Kompromissfindung beitragen.“ Die Rolle des Bundesgesundheitsministeriums müsse sich auf die Wahrnehmung der Rechtsaufsicht beschränken, so die Verbände in ihrer Stellungnahme. ([Pressemitteilung der BÄK, 21. Dezember](#))

Hilfsappell der Privatkrankenkassen an Rösler

Die privaten Krankenkassen haben an Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler (FDP) appelliert, auch in ihrem Bereich gesetzliche Grundlagen für Einsparungen bei Ärzteonoraren und anderen Ausgaben zu schaffen. „Wir können unsere Versicherten nicht immer wieder aufs Neue mit heftigen Beitragserhöhungen belasten“, sagte der Direktor des Verbandes der privaten Krankenversicherung (PKV), Volker Leienbach. Die PKV habe in den vergangenen zehn Jahren im Schnitt Kostensteigerungen zwischen sechs und sieben Prozent pro Jahr verkräften müssen. Die PKV könne bisher aus kartellrechtlichen Gründen mit den Leistungsanbietern, also zum Beispiel mit Ärzten oder Krankenhäusern, nicht über Preise, Mengen und Qualität verhandeln, so Leienbach. Daher benötige der Verband ein generelles Verhandlungsmandat, wie es die gesetzliche Krankenversicherung habe. Benötigt werde zumindest eine Öffnungsklausel bei der Gebührenordnung für Ärzte, um von den dort aufgeführten Sätzen abweichen zu können, so der PKV-Chef. (Agenturmeldung, 19. Dezember)

Erste Nationale Versorgungsleitlinie zur chronischen Herzinsuffizienz

Das Programm für Nationale Versorgungsleitlinien hat die erste Versorgungsleitlinie für chronische Herzinsuffizienz vorgestellt. Sie umfasst das gesamte Krankheitsspektrum. Neben Empfehlungen zu Diagnostik und Therapie finden auch Bereiche wie Komorbidität, multimorbide und geriatrische Patienten oder psychosoziale Aspekte ihre Berücksichtigung. Weiterhin gibt es einen Abschnitt zur Versorgungskoordination, in dem Nahtstellen der Versorgung identifiziert und definiert werden. Herzinsuffizienz (Herzschwäche) gehört in Deutschland zu den häufigsten Erkrankungen. Nach Angaben des statistischen Bundesamtes steht die Diagnose bei Frauen an erster und bei Männern an vierter Stelle als Grund für einen Krankenhausaufenthalt. Die Nationalen Versorgungsleitlinien werden seit 2006 von der KBV, der Bundesärztekammer und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften getragen. Seit 2006 haben die Experten zu 16 Themenbereichen das aktuelle medizinische Wissen systematisch aufbereitet. 127 Empfehlungen und Statements wurden auf dieser Grundlage ausgesprochen. ([Pressemitteilung des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin, 17. Dezember](#))

Aus der Welt

US-Senat stimmt für Gesundheitsreform

US-Präsident Barack Obamas Gesundheitsreform steht kurz vor der Verabschiedung. Mit 60 zu 40 Stimmen setzten sich die demokratischen Senatoren gegen die Republikaner durch. Damit steht das Reformpaket vor der abschließenden Abstimmung im Senat. Ausschlaggebend für die Stimmenmehrheit von 60 Prozent war, dass die Kosten für Schwangerschaftsabbrüche künftig nicht mehr vom Staat übernommen werden sollen. Das US-Repräsentantenhaus beschloss bereits Anfang November einen eigenen Gesetzestext für eine Gesundheitsreform. Dieser Entwurf muss mit dem Gesetzestext abgeglichen werden, den der Senat bis Ende des Jahres beschließt. Daraufhin müssen beide Kammern erneut über den überarbeiteten Text abstimmen. Erst dann könnte Obama die Reform in Kraft setzen. Ziel der Reform ist unter anderem, die bislang mehr als 30 Millionen Amerikaner ohne Krankenversicherung zu versichern. Außerdem soll es den Versicherungen künftig nicht mehr möglich sein, Patienten die Kostenübernahme aufgrund bestehender Krankheiten zu verweigern. ([Deutsches Ärzteblatt, 21. Dezember](#))

Außerdem

Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes: Bundeszentrale berät

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) informiert Schwangere über das Leben mit einem behinderten Kind. Das Informationsmaterial erhalten die Betroffenen bei ihrem behandelnden Arzt. Nach dem neuen Schwangerschaftskonfliktgesetz, das am 1. Januar in Kraft tritt, müssen Ärzte nach einer auffälligen Pränataldiagnostik über das Leben mit einem geistig oder körperlich behinderten Kind und das Leben von Menschen mit geistiger oder körperlicher Behinderung informieren. Die BZgA will den Eltern helfen, mit der Diagnose umzugehen und informiert unter anderem darüber, wo sie in dieser schweren Situation konkrete Hilfe erhalten können. Sie erhalten Kontaktadressen von Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen sowie Behindertenverbänden und Verbänden von Eltern behinderter Kinder. ([Pressemitteilung der BZgA, 16. Dezember](#))

Ratgeber für Patienten mit Prostatakrebs

Ein neuer Patientenratgeber zum lokal begrenzten Prostatakarzinom soll betroffene Männer dabei unterstützen, eine angemessene Therapieentscheidung zu treffen und damit ihre Therapie aktiv mitzugestalten. Der laienverständliche Ratgeber ist im Rahmen des Leitlinienprogramms Onkologie erschienen und beruht auf dem besten derzeit verfügbaren medizinischen Wissen. Basis ist die neue ärztliche S3-Leitlinie zu Früherkennung, Diagnose und Therapie des Prostatakarzinoms. Prostatakrebs gehört zu den häufigsten Krebserkrankungen bei Männern: Bei jedem fünften Mann über 50 wird heute ein Prostatakarzinom diagnostiziert. Durch die demografische Entwicklung wird die Anzahl der Erkrankungen deutlich zunehmen.

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) betreute die Publikation und übernahm die Redaktion des Ratgebers. Er steht auf der Website des ÄZQ zum kostenlosen Download zur Verfügung. ([Pressemitteilung des ÄZQ, 17. Dezember](#))

KOMPAKT- Zahl der Woche: 4,5

Die Zahl der Auszubildenden Medizinischen Fachangestellten ist um 4,5 Prozent gesunken. Der zahlenmäßig größte Ausbildungsberuf verzeichnet im Jahr 2009 bundesweit 14.282 Neuverträge. Das sind 670 Verträge weniger als im Vorjahr. Der Bundesverband der Freien Berufe sieht die Gründe dafür in den Problemen mit der Einführung des Gesundheitsfonds und die Verunsicherung aufgrund der Honorarreform. Insgesamt erfreue sich der Ausbildungsberuf zur Medizinischen Fachangestellten aber nach wie vor größter Beliebtheit und liegt weiter unter den Top Fünf der von jungen Frauen am häufigsten gewählten Ausbildungsberufe, resümierte der Verband. ([Pressemitteilung des Bundesverbandes der Freien Berufe, 17. 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

Verschiedene Maßnahmen sollen hausärztlichen Nachwuchs in die Provinz bringen

Viele Vertreter der Ärzte und Krankenkassen fordern, die Bedarfsplanung zu reformieren, um dem Ärztemangel auf dem Land besser begegnen zu können. Deutlich kleinere Planungsbezirke könnten verhindern, dass sich Ärzte vorwiegend in attraktiven Orten niederlassen. Zudem fehlt in der Bedarfsplanung ein demografischer Faktor, bei dem die Alterung der Bevölkerung und die der Ärzte eingerechnet wird. Des Weiteren sind die Planungen für den ambulanten und stationären Sektor getrennt. Fraglich ist aber, ob eine Reform der Bedarfsplanung die fehlenden Hausärzte aufs Land locken kann. Zahlreiche finanzielle Anreize, günstige Kredite und Studienbeihilfen sollen dabei helfen. So zahlen die Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassen den Weiterbildungsassistenten in der Hausarztpraxis ab dem 1. Januar des kommenden Jahres 3.400 Euro, statt wie bislang 2.040 Euro pro Monat. Koordinierungsstellen sollen künftig den Ablauf der Weiterbildung organisieren. ([Ärzte Zeitung, 22. Dezember](#))

KBV will Bürokratie abbauen

Damit unnötige, überzogene und unpraktikable Regelungen gar nicht erst entstehen, hat die KBV ein Referat für Regulierungsfragen eingerichtet. Ansprechpartner, die bei der Bearbeitung abteilungsübergreifender Anliegen helfen, sorgen zudem für mehr Kundenorientierung im täglichen Verwaltungsgeschäft. Zugleich versucht die KBV, den Gemeinsamen Bundesausschuss und den Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für das Thema Bürokratieabbau zu sensibilisieren. Die Ergebnisse einer Bürokratiekostenmessung wurden in den Normenkontrollrat beim Kanzleramt eingebracht. Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Westfalen-Lippe bemüht sich darum, das Ausmaß der Verwaltung mit Daten zu belegen. Dazu untersucht sie die Kosten, die allein die GKV-Abrechnung in den Praxen verursacht. Als Initiator der ersten Bürokratiekostenmessung in Arztpraxen hat sich die KV für eine Verschlinkung der Verwaltungsabläufe ausgesprochen. Weiterhin will die KV künftig die teils uneinheitlichen Abläufe bei den Vorsorgeuntersuchungen sowie den Aufwand beim Einzug der Praxisgebühr stärker ins Visier nehmen. Vorgesehen ist auch, Formulare besser in die Praxissoftware zu integrieren und Doppeldokumentationen überflüssig zu machen. ([Ärzte Zeitung, 22. Dezember](#))

Redaktion:
Dezernat Kommunikation der KBV
Tel: 030 / 4005 – 2207
Fax: 030 / 4005 – 27 2203
E-Mail: fknoeppke@kbv.de, mspierings@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>