



KBV KOMPAKT

Gesundheitspolitischer Newsletter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
vom 20. Juli 2011

Aus Berlin

Pharmaindustrie und Kassen nehmen vorerst weiter an Expertenrunden teil

Der Vorschlag des Bundesgesundheitsministeriums (BMG), Vertreter von Pharmaunternehmen und Krankenkassen nicht länger an Beratergremien des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte teilnehmen zu lassen, ist vorerst gestoppt. „Wir haben entsprechende Vorschläge schubladisiert, weil wir sie nicht für sinnvoll halten“, sagte der stellvertretende Vorsitzende der CDU/CSU-Bundestagsfraktion Johannes Singhammer (CSU). Über mögliche Änderungen könne zu einem späteren Zeitpunkt diskutiert werden, so Singhammer.

Derzeit nehmen Vertreter der Pharmaindustrie und der Kassen an verschiedenen Ausschüssen teil und können beispielsweise Empfehlungen abgeben, ob ein Medikament als apotheken- oder verschreibungspflichtig eingestuft werden soll. In einem Papier des BMG hieß es zunächst, dass nur noch Ärzte und Pharmakologen an diesen Expertenrunden teilnehmen sollten, da dies der europäischen Praxis entspreche. (Financial Times, 15. Juli; Handelsblatt, 15. Juli)

CSU und BÄK: Potential deutscher Fachkräfte besser ausschöpfen

Die CSU und die Bundesärztekammer (BÄK) haben die Anwerbung von Fachkräften aus dem Ausland kritisiert. CSU-Parteichef Horst Seehofer sprach sich dafür aus, dass die Bundesagentur für Arbeit sich vielmehr auf den Abbau der Langzeitarbeitslosigkeit und die Beschäftigung älterer Arbeitnehmer konzentrieren solle. BÄK-Präsident Dr. Frank-Ulrich Montgomery mahnte an, dass sich das Problem des Ärztemangels allein durch ausländische Mediziner nicht lösen lasse. „Nicht nur, dass diese Ärzte in ihren Herkunftsländern fehlen, mangelnde Sprachkenntnisse können zu enormen Qualitätsverlusten und Missverständnissen in der Patientenbehandlung führen“, warnte er. „Wir müssen deshalb hier in Deutschland aus- und weiterbilden“, fügte Montgomery hinzu.

Die Bundesregierung hatte zuvor ein Konzept zur Anwerbung von Fachkräften vorgestellt. Demnach soll unter anderem die Vorrangprüfung für Ärzte aus Nicht-EU-Ländern wegfallen. ([Die Welt, 19. Juli](#))

Gesetzentwurf: Einfachere ambulante Erprobung neuer Behandlungsmethoden

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) soll ein neues Instrument zur Bewertung von Behandlungs- und Untersuchungsmethoden bekommen, deren Nutzen noch nicht ausreichend belegt ist. Diese Neuerung soll Teil des Versorgungsstrukturgesetzes sein, das 2012 in Kraft treten soll. Demnach sollen ausgewählte Mediziner innovative Methoden zeitlich begrenzt anwenden dürfen, selbst wenn der Nutzen noch nicht hinreichend nachgewiesen wurde. „Ein frühzeitiger Ausschluss wegen unzureichender Evidenz konnte bisher dazu führen, dass innovative Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in Deutschland in der Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung nicht erbracht werden konnten“, argumentiert die Regierung. ([Heute im Bundestag, 20. Juli](#))

Offenlegung der Kassenfinanzen – Bußgelder für Vorstände bei Rechtsverstoß

Gesetzliche Krankenkassen sollen künftig ihre Finanzen offenlegen. Das geht aus einem Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums zum Versorgungsstrukturgesetz hervor. Zudem drohen den Kassen Bußgelder, wenn sie ältere und kranke Versicherte abwimmeln. Die schwarz-gelbe Bundesregierung möchte dies mit einer Änderung im Sozialgesetzbuch erreichen. Geplant ist, dass Kassen bei jedem Gesetzesverstoß 50.000 Euro zahlen müssen. Mit der Änderung sollen auch Kassenvorstände persönlich regressfähig werden, „wenn sie von Falschberatungen gewusst haben oder hätten wissen können“. Zudem müssen das Bundesversicherungsamt und die Länder ab dem kommenden Jahr allen Verdachtsfällen nachgehen. Nach Medienberichten blieb die Ahndung bislang oftmals aus, da die Behörden einen Ermessensspielraum hatten.

In diesem Zusammenhang forderte die SPD von der Bundesregierung, „die willkürliche Begrenzung“ des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) auf 50 bis 80 Krankheiten abzuschaffen. Momentan sei es für Krankenkassen aus ökonomischen Gründen sinnvoll, Versicherte nach gesundheitlichen Risiken zu beurteilen und gegebenenfalls nicht aufzunehmen.

Hintergrund der geplanten Gesetzesänderungen ist die Insolvenz der City BKK. Die Krankenkasse musste diesen Sommer schließen, nachdem sie in eine finanzielle Schieflage geraten war und Zusatzbeiträge erhoben hatte. Vor allem ältere Mitglieder der City BKK hatten laut Medienberichten Schwierigkeiten, zu anderen Krankenkassen zu wechseln, da sie oftmals abgewimmelt wurden. (Agenturmeldung, 14. Juli; Handelsblatt 20. Juli; [Heute im Bundestag, 20. Juli](#))

Linksfraktion fordert mehr Transparenz bei Bewilligung von Mutter-/Vater-Kind-Kuren

Die Fraktion Die Linke will die Bewilligungspraxis der gesetzlichen Krankenkassen für Mutter-/Vater-Kind-Kuren transparenter machen. Die Entscheidungskriterien sollen vereinheitlicht und präzisiert werden, heißt es in einem Antrag. Die Abgeordneten forderten außerdem, eine regelmäßige Prüfung der Krankenkassen hinsichtlich der tatsächlichen Bewilligung dieser Pflichtleistung sicherzustellen und die Einhaltung der rechtlichen Vorschriften bei der Entscheidung über Anträge zu gewährleisten. Die Linksfraktion verweist auf einen Prüfbericht des Bundesrechnungshofes, in dem gravierende Mängel bei der Bewilligungspraxis, etwa die Ungleichbehandlung von Versicherten, benannt worden seien. Auch der Gesundheitsausschuss zeigte sich im Juni unzufrieden mit der Gewährung dieser Kuren. ([Heute im Bundestag, 19. Juli](#))

Aus KBV und KVen

Den Markt für Arzt-Software öffnen

Die KBV fordert mehr Kompetenzen, um für Praxisverwaltungssysteme (PVS) Vorgaben erlassen und prüfen zu dürfen. „Der Markt der Praxisverwaltungssysteme hat in bestimmten Bereichen versagt. Vielfach setzen die Hersteller Maßgaben einfach nicht um, seien es Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, Verträge der KBV oder der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Insbesondere gegenüber strukturiertem Datenaustausch zu anderen EDV-Systemen müssen wir mittlerweile eine komplette Verweigerungshaltung konstatieren. PVS werden außerdem oft eingesetzt, um das ärztliche Verhalten vor dem Hintergrund wirtschaftlicher Interessen Dritter zu manipulieren“, sagte der Vorstand der KBV, Dr. Carl-Heinz Müller. Er fordert den Gesetzgeber deshalb auf, drei Neuregelungen in das geplante Versorgungsstrukturgesetz aufzunehmen. „Wir fordern eine Zertifizierungskompetenz für PVS, das Recht, verbindliche Vorgaben für die Kompatibilität von PVS zu anderen EDV-Systemen zu erlassen, sowie die Kompetenz, Software für Niedergelassene zu entwickeln und kostenlos abzugeben“, erklärte Müller. Kritik kommt vom Bundesverband Gesundheits-IT. Dieser weist die Vorwürfe in einer Stellungnahme zurück und kritisiert die Forderungen der KBV als Suche nach neuen Geschäftsfeldern. ([Pressemitteilung der KBV, 13. Juli](#); [Stellungnahme Bundesverband Gesundheits-IT, 18. Juli](#))

KV-on: Transparenz bei Anwendungsbeobachtungen

Anwendungsbeobachtungen sollen helfen, mögliche Risiken und Nebenwirkungen eines Arzneimittels zu erfassen. Dr. Carl-Heinz Müller, Vorstand der KBV, fordert hierfür mehr Transparenz und gibt niedergelassenen Ärzten auf [KV-on](#) Tipps, was sie bei Anwendungsbeobachtungen berücksichtigen sollten, um nicht ungewollt für Pharmaunternehmen zu werben. ([Videopodcast, 15. Juli](#))

Langfristige Sicherung des Notfalldienstes in Baden-Württemberg

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Baden-Württemberg hat mit allen Kassen vereinbart, Notfallpraxen an Krankenhäusern und weitere Versorgungsschwerpunkte zu fördern. Für den KV-Vorstand zeigt sich eine klare Tendenz für die Zukunft des Notfalldienstes: „In den vergangenen Jahren hat sich ein eindeutiger Trend hin zu zentralen Notfallpraxen an Krankenhäusern gezeigt. Wir können damit zum einen die Dienstbelastung für die Ärzte senken und andererseits die Kompetenzen mit den Krankenhäusern bündeln. Das bedeutet, dass die medizinischen Einrichtungen des Krankenhauses mit genutzt werden, etwa Patienten schnell und ohne Zeitverzug zum Röntgen gebracht werden können. Für die Krankenhäuser haben die Notfallpraxen den Vorteil, dass deren Notfallambulanz entlastet wird. Aus diesem Grund haben wir in aller Regel sehr gute Kooperationen mit den Krankenhäusern etwa dahingehend, dass diese uns die Räumlichkeiten mietfrei zur Verfügung stellen.“ Über weitere Maßnahmen zur Unterstützung des Notfalldienstes führt die KV derzeit mit den Kassen Gespräche. ([Pressemitteilung der KV Baden-Württemberg, 19. Juli](#))

Ambulante spezialärztliche Versorgung im Kreuzfeuer der Kritik

Die Diskussion um die im geplanten Versorgungsstrukturgesetz vorgesehene ambulante spezialärztliche Versorgung ist im vollen Gang. So stellte der gesundheitspolitische Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Jens Spahn, die Ausgestaltung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Disposition. Er halte es für denkbar, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Krankenkassen die Rahmenbedingungen in dreiseitigen Verträgen regeln. Der Grund: Festlegungen des G-BA seien nicht vor 2014 zu erwarten.

In einem gemeinsamen Positionspapier äußerten alle KVen, außer Berlin, konkrete Kritik in zehn Punkten. Einhellig fordern sie den Gesetzgeber zu Korrekturen auf. Beispielsweise verlangen sie eine Abrechnung via KV, Einzelleistungsvergütung bei gleicher Honorierung ärztlicher Tätigkeit in beiden Sektoren sowie die Eingrenzung auf seltene Erkrankungen. (Ärzteblatt [14. Juli](#) und [19. Juli](#))

Aus den Verbänden

NAV-Virchow-Bund: Umfrage der AOK hat keine Aussagekraft

Als „Auftragsstudie ohne Aussagekraft“ hat der Bundesvorsitzende des NAV-Virchow-Bundes, Dr. Dirk Heinrich, eine Umfrage der AOK zu Wartezeiten bei niedergelassenen Fachärzten bezeichnet. Der Umfrage zufolge müssen gesetzlich Krankenversicherte länger auf einen Termin warten als Privatpatienten. Heinrich sprach von einer nicht repräsentativen Untersuchung und einer Momentaufnahme, die das strategische Ziel der Kassen offenlege, die ambulanten Fachärzte abzuschaffen und die fachärztliche Versorgung ausschließlich in Krankenhäusern vorzuhalten. Er verwies auf andere Gutachten mit völlig konträren Ergebnissen. So klagten laut einer repräsentativen Umfrage der KBV im vergangenen Jahr lediglich acht Prozent aller Versicherten über zu lange Wartezeiten bei der Terminvergabe.

Die Fraktion Die Linke fordert indes Veränderungen an dem geplanten Patientenrechtegesetz. Ist ein Arzt aus Auslastungsgründen nicht in der Lage, einen Patienten zeitnah zu behandeln, habe er die Vermittlung eines Arztes in zumutbarer Erreichbarkeit durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) zu initiieren, fordert die Fraktion. „Kann die KV im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages in angemessener Zeit keine Behandlung anbieten, ist sie mit Sanktionen

zu belegen“, heißt es weiter. ([Pressemitteilung des NAV-Virchow-Bundes, 18. Juli](#); [Heute im Bundestag, 20. Juli](#))

BÄK lehnt Kassenbeitragssenkung und Gewerbesteuerpflicht für Ärzte ab

Eine Erhöhung des Beitrags zur gesetzlichen Krankenversicherung hält der Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), Dr. Frank Ulrich Montgomery, für unausweichlich. Diskussionen über Beitragssenkungen kritisierte er. „Die Hauptgründe für höhere Ausgaben sind der medizinische Fortschritt und die steigende Zahl älterer Patienten“, begründete Montgomery. Zudem sprach er sich für eine Erhöhung der Honorare für Niedergelassenen aus, die in den letzten 30 Jahren bis zu 50 Prozent an Kaufkraft verloren hätten.

Der Vizepräsident der BÄK, Dr. Max Kaplan, wies indes Forderungen zurück, auch niedergelassene Ärzte sollten Gewerbesteuer zahlen. „Ein Arzt ist kein Kaufmann“, sagte Kaplan. Er warnte davor, dass Ärzte nicht mehr frei in ihren Entscheidungen wären und bei den Behandlungen zu sehr profitorientiert denken müssten. Eine Gewerbesteuerpflicht führe zu Preiskämpfen und gefährde das Vertrauensverhältnis zwischen dem Arzt und seinen Patienten, so Kaplan. (Agenturmeldung, 20. Juli; [Pressemitteilung der BÄK, 18. Juli](#))

ZI startet bundesweite Befragung zu Praxiskosten

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) befragt auch dieses Jahr Vertragsärzte und -psychotherapeuten zu den Kosten- und Versorgungsstrukturen ihrer Praxen. Einen entsprechenden Fragebogen schickt das ZI ab dem 25. Juli bundesweit an rund 30.000 Vertragsärzte und -psychotherapeuten, die bis zum 30. Oktober Zeit haben, die Fragen zu beantworten. Die Ergebnisse fließen in die Honorarverhandlungen ein und unterstützen die Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes.

Im vergangenen Jahr hat das ZI erstmals eine solche Befragung durchgeführt. Rund 4.700 Ärzte und Psychotherapeuten haben daran teilgenommen. „Wir sind dabei, ein Praxis-Panel mit mindestens 7.000 Teilnehmern aufzubauen, die möglichst über Jahre hinweg Auskunft erteilen, und in dem alle Fachgruppen und Regionen vertreten sind“, erläutert ZI-Geschäftsführer Dr. Dominik Graf von Stillfried. Mit dem repräsentativen Panel lasse sich nachweisen, wie sich die Praxiskosten von Jahr zu Jahr entwickeln und welche regionalen Unterschiede bestehen. Die Informationen sind erforderlich, um Honorarforderungen der Ärzteschaft gegenüber den Krankenkassen durchsetzen zu können. Teilnehmer der Befragung erhalten eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 200 Euro. Die Annahme der ausgefüllten Fragebögen erfolgt durch einen unabhängigen Treuhänder, sodass Datenschutz und Anonymität gewahrt sind. ([Informationen des ZI](#))

Bayrischer Hausärzteverband und AOK finden keinen gemeinsamen Nenner

Im Streit zwischen dem Bayerischen Hausärzteverband (BHÄV) und der AOK Bayern ist keine Einigung absehbar. Die AOK habe ein neues Angebot vorgelegt, das die Finanzierung von Hausarztverträgen über Einsparungen bei Arzneimittelverordnungen vorsehe, so der BHÄV-Vorsitzende Dieter Geis. Da die Arzneimittelkosten stark angestiegen seien, hält er diesen Vorschlag für keine gangbare Lösung. AOK und Ersatzkassen hatten Ende 2010 die Hausarztverträge gekündigt. Sie reagierten damit auf die Androhung der Mediziner, geschlossen aus dem Kassensystem auszusteigen. Als erste Ersatzkasse in Bayern hatte die Techniker Krankenkasse 2011 wieder einen Hausarztvertrag mit dem BHÄV unterzeichnet. ([Agenturmeldung, 13. Juli](#))

Aus der Welt

Italien: Parlament verabschiedet Gesetz zu Sterbehilfe und Patientenverfügungen

Die italienische Abgeordnetenversammlung hat nach zweijähriger Diskussion ein Gesetz über Patientenverfügungen und Sterbehilfe verabschiedet. Demnach dürfen Patientenverfügungen nur zur Anwendung kommen, wenn ein Patient im Koma liegt. Des Weiteren darf auf künstliche

Ernährung und Wasserzufuhr auch auf ausdrücklichen Willen des Patienten nicht verzichtet werden. Lebensverlängernde Maßnahmen müssen dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit und den Zielen der Behandlung entsprechen. Jede Form von Sterbehilfe ist laut Gesetz verboten. Dem Gesetz muss noch der Senat zustimmen, welcher den Gesetzentwurf bereits im März 2009 gebilligt hatte. Aufgrund einiger Änderungen durch die Abgeordnetenversammlung ist jedoch eine erneute Vorlage erforderlich. ([Deutsches Ärzteblatt, 13. Juli](#))

Außerdem

Neuer Verbund will Geschlechterperspektive in Forschungsalltag integrieren

Mit Geschlechteraspekten in der gesundheitswissenschaftlichen und medizinischen Forschung beschäftigt sich ein neu gegründeter Forschungsverbund. Mitglieder sind das Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin sowie die Universitätskliniken Essen und Münster. Ziel der Wissenschaftler ist es, in verschiedenen Forschungsbereichen, wie Epidemiologie und Neurowissenschaften, Konzepte und Methoden zu entwickeln, die die Geschlechterperspektive berücksichtigen.

Der Verbund besteht aus mehreren Teilprojekten. Das Projekt „Epi goes Gender“ am Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin beispielsweise will bestehende Leitlinien im Hinblick auf Geschlechteraspekte besser in die epidemiologische Praxis umsetzen. Im Teilprojekt „Geschlechter-sensible Konzepte in der Genetik/Tumorforschung“ am Essener Universitätsklinikum geht es unter anderem um die biologischen Grundlagen der geschlechtsspezifischen Ursachen von Schilddrüsentumoren, die drei- bis neunmal häufiger bei Frauen als bei Männern auftreten. ([Deutsches Ärzteblatt, 14. Juli](#))

KOMPAKT- Zahl der Woche: 200 Millionen

Um Ärzte in unterversorgte Gebiete zu locken, will Gesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) finanzielle Anreize von rund 200 Millionen Euro bereitstellen. Dies geht aus dem aktuellen Entwurf des geplanten Versorgungsstrukturgesetzes hervor, wie die Ärzte Zeitung berichtet. ([Ärzte Zeitung, 16. Juli](#))

Aus der Presse

Ärzte lehnen Kassenvorstoß zum Abbau von 12.000 Arztsitzen ab

Die Versorgung in Deutschland wird massiv leiden, wenn 12.000 freiwerdende Arztsitze nicht neu besetzt werden. Das hat der Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. Andreas Köhler, gesagt und weist eine entsprechende Forderung des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zurück, berichtet das Deutsche Ärzteblatt.

„Wir erleben doch in Deutschland derzeit einen zunehmenden Arztmangel bei gleichzeitig steigendem Versorgungsbedarf. Immer mehr Menschen werden immer älter und brauchen eine gute ambulante Versorgung“, sagte der KBV-Chef. Köhler reagierte damit auf das Gutachten „Der Aufkauf von Arztpraxen als Instrument zum Abbau der regionalen Ungleichverteilung in der vertragsärztlichen Versorgung“ im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes.

Die Gutachter kommen zu dem Ergebnis, dass fast 12.000 Ärzte aus der vertragsärztlichen Versorgung ausscheiden könnten, ohne dass der Versorgungsgrad in einer Region unter 130 Prozent sinkt. Nach der heutigen Bedarfsplanung gilt ein Planungsbereich ab einem

Versorgungsgrad von 110 Prozent als überversorgt. Köhler gibt zu bedenken, dass die von den Krankenkassen kritisierte Überversorgung häufig nicht den tatsächlichen Bedarf abbilde. In Großstädten versorgten Mediziner immer öfter auch Patienten aus angrenzenden Gebieten mit. Deshalb müsse zuerst geprüft werden, ob es eine echte oder nur eine rechnerische Überversorgung gebe. Alles andere gehe zulasten der Patientenversorgung. ([Deutsches Ärzteblatt, 8. Juli](#))

Aus dem Terminkalender

- 20.07.11 [Informationsveranstaltung des Kompetenzzentrums Patientensicherheit und der Kassenärztlichen Vereinigungen](#)
Stuttgart, 15.30-18 Uhr
- 25.08.11 Vertreterversammlung der KV Berlin
Berlin, 20 Uhr
- 27.-28.8.11 Klausurtagung der Vertreterversammlung der KV Hessen
Bingen, 10 Uhr

Redaktion:

Dezernat Kommunikation der KBV

Tel: 030 / 40 05 – 22 03

Fax: 030 / 40 05 – 27 22 03

E-Mail: agromes@kbv.de; dvohburger@kbv.de; atietjen@kbv.de; hfuegemann@kbv.de; agraumann@kbv.de

Redaktionsschluss von KBV kompakt ist mittwochs um 13 Uhr.

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