

Inhalt

**Wahltarife in der GKV
 Mehr Risiko als Chance?**

Im Zuge des GKV-WSG haben die Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, ihren Versicherten Wahltarife anzubieten. Was für die Versicherten jedoch mit günstigeren Tarifen und mehr Wahlmöglichkeiten verbunden ist, ist der PKV und den Verbraucherschützern ein Dorn im Auge.

Seite 2

**Was sind die Konsequenzen?
 (Wieder)einführung des
 Facharztes für Innere Medizin**

Auf dem 110. Deutschen Ärztetag ist der Facharzt für Innere Medizin – der internistische Generalist – mit einer Mehrheit von nahezu 2/3 der Stimmen wieder eingeführt worden. Lesen Sie, wie BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack diese Entscheidung bewertet.

Seite 8

**Wahl des Therapie-Regimes
 Indikationen zur Insulin-
 therapie bei Typ-2-Diabetes**

Blutzuckertagesprofil, Alter, Diabetesdauer, persönliche Fähigkeiten, Lebensumstände, Compliance und individuelles Therapieziel, ... bei der Wahl des Therapie-Regimes und des Insulintyps spielen viele Kriterien eine Rolle.

Seite 10

**Diagnostik und Therapie
 Akuter Myokardinfarkt mit
 kardiogenem Schock**

Die häufigste Ursache des kardiogenen Schocks ist mit etwa 70 % der akute Myokardinfarkt; die Sterblichkeit des infarktbedingten Schocks liegt bei 50–70 %. Die Prognose ist damit besser als noch vor einigen Jahren – aber noch lange nicht gut genug.

Seite 12

Impressum

Seite 15

EBM 2008

**Ein weiteres Kapitel der
 endlosen Geschichte**

Das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) und das Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) haben die Folgen des EBM 2000 plus seit dem zweiten Quartal 2005 analysiert. Wie immer im System der Kassenärztlichen Vereinigung ging es dabei nicht ums Geld, sondern um die Ermittlung des angeforderten Leistungsbedarfs in Punkten. Auch wenn die meisten Vertragsärzte zurzeit mit einer eher degressiven „Gehaltszahlung“ durch die KVen konfrontiert sind, interessant sind diese Zahlen dennoch, weil man Informationen über nicht bezahlte Leistungen erhalten kann.

Ausgewertet wurden die Quartale II/05 bis I/06. Die Punktzahlanforderungen sind insgesamt um 8,5 Prozent gestiegen. Besonders groß war der Anstieg im hausärztlichen Bereich mit 13,5 Prozent bei den Allgemeinärzten und 12,5 Prozent bei den hausärztlich tätigen Internisten. Demgegenüber haben die

Fachärzte im Schnitt eher weniger abgerechnet. Es darf spekuliert werden, ob dies an der unterschiedlichen Systematik des hausärztlichen und fachärztlichen Kapitels liegt – Betreuungs- versus Komplexpauschalen. Man hat beim ZI und WIdO den Eindruck, dass die Kalkulationszeiten bei bestimmten Gruppen nicht stimmig sind – zu hoch bei Orthopäden, Gynäkologen und Neurologen und zu niedrig bei den Urologen und den fachärztlichen Internisten. Vielleicht nimmt man nach diesem Bericht die offensichtlich berechtigten Klagen des BDI über falsche Kalkulationen im EBM 2000 plus endlich ernst. Die Ergebnisse haben – um es zu wiederholen – akademischen Charakter. Dem angeforderten Mehrbedarf stehen keine zusätzlichen Kassenfinanzen gegenüber und die Honorarverteilungsmaßstäbe haben die Differenzen via Punktwert und Fachgruppentöpfe zusätzlich plattgemacht, so dass der Vertragsarzt seine Mehranforderungen nicht im Portemonnaie zu sehen bekommt.

Lesen Sie weiter
 auf Seite 4

Votum gegen die Einheitskasse

Glückliche Schweiz

In Deutschland nähert man sich schleichend der Einheitskrankenkasse. Der erste Schritt ist die Neuorganisation der Spitzenverbände. Im Mai hat sich das neue Gremium etabliert. Viele befürchten, dass damit das Ende der Krankenkassenvielfalt in Deutschland eingeleitet wird und dass am Ende der Wegstrecke eine staatlich kontrollierte Einheitskasse steht. In unserem Nachbarland Schweiz hat man die Frage nach der Einheitskasse einer Volksabstimmung zugänglich gemacht. 45 Prozent der Schweizer haben sich an der Abstimmung beteiligt, was für Schweizer Verhältnisse eher hoch ist. Davon haben 71,2 Prozent klar entschieden, dass sie

eine Einheitskasse ablehnen und weiterhin einer Kassenvielfalt das Wort reden. Vielleicht sollte man auch in Deutschland einer Volksabstimmung über diese Frage anstreben bevor sich eine Einheitskasse etabliert hat?

HFS



Glückliche Schweiz – nicht nur ein Urlaubsparadies für Wanderer, sondern auch weitsichtig in Bezug auf die Krankenversicherung. Eine Einheitsversicherung – wie in Deutschland offensichtlich geplant – wurde von den Eidgenossen mit großer Mehrheit abgelehnt.

**Strukturierte Behandlungs-
 programme**

**DMP-Ziele werden
 nur unvollkommen
 erreicht**

Die Disease-Management-Programme (DMP) werden höchst unterschiedlich bewertet. Während die Krankenkassen die Qualität in höchsten Tönen loben, sehen Vertreter der Ärzteschaft, aber auch Ökonomen erhebliche Qualitätsdefizite.

Beim 113. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin Mitte April 2007 in Wiesbaden bescheinigte der Leiter der Ärztlichen Zentralstelle für Qualitätssicherung (ÄZQ) den DMP starke Qualitäts-Defizite, weil sie durch politischen Druck vorangepeitscht worden sind. Sie werden „als Instrument der Risikoverteilung zwischen den Krankenkassen missbraucht“. Die Ärzteschaft setzt den DMP die Nationalen Versorgungsleitlinien als Instrument einer Qualitätsverbesserung in der Versorgung chronisch Kranker entgegen. Diese werden von der Bundesärztekammer, der Arbeitsgemeinschaft medizinisch-wissenschaftlicher Fachgesellschaften (AWMF) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung herausgegeben.

Lesen Sie weiter
 auf Seite 3

**Das geplante Gesetz zur
 Patientenverfügung**

**Mehr Autonomie
 durch eine gesetzliche
 Regelung?**

Die Angst vor einer seelenlosen Apparatemedizin sitzt tief. Fast die Hälfte aller Deutschen misstraut der Ärzteschaft, wenn es um ihre letzten Stunden geht. Patientenverfügungen sollen Abhilfe schaffen und mit Gesetzeskraft ein selbstbestimmtes Sterben garantieren. Doch der Gesetzgeber tut sich schwer mit diesem Vorhaben.

Der Befund ist gravierend. In einer vom SPIEGEL in Auftrag gegebenen, repräsentativen Umfrage misstrauten 44 % der Befragten den Ärzten, wenn es um ein menschenwürdiges Lebensende ging. Das Sterben in der Klinik heißt für viele „an Schläuchen hängen“ und einer seelenlosen, anonymen Medizin ausgesetzt sein. Die Patientenverfügung, Mitte der 90er Jahre entwickelt, verstand sich als Antwort auf diese Ängste. Die Idee ist einleuchtend: Der Patient legt in gesunden Zeiten einfach selbst fest, was passieren soll, wenn er krankheitsbedingt nicht mehr entscheiden kann. Jeder kann dann selbst bestimmen, ob er im Fall der Fälle wirklich eine PEG-Sonde bekommt und, ob noch reanimiert werden darf. So weit die Theorie.

Lesen Sie weiter auf Seite 6