



Inhalt

Rabattverträge Ohne Software aufgeschmissen

Kein Mensch, weder Arzt noch Apotheker, kann den Dschungel der Rabattverträge für Arzneimittel noch durchschauen. Mehr über eine neue Rekordmarke der Bürokratie im Gesundheitswesen lesen Sie auf

Seite 7

Rauchen und pneumologische Erkrankungen Positive Effekte der Tabak- entwöhnung

30 % der Deutschen sind Raucher – und etwa die Hälfte der regelmäßigen Raucher stirbt an den Folgen des Tabakkonsums. Dabei ist die Tabakentwöhnung eine der effektivsten medizinischen Interventionen.

Seite 10

Im Wandel und doch nicht beachtet Epidemiologie der Listeriose in Deutschland

In den letzten beiden Jahren ist die Zahl der gemeldeten Listeriosefälle um mehr als das Doppelte angestiegen. 20–30 % der Erkrankten sterben an dieser Infektion. Grund genug, einen genaueren Blick auf den Erreger und die Krankheit zu werfen.

Seite 12

Diabetes mellitus Typ 2 Sind Depressive stärker gefährdet?

Eine erhöhte Depressivität kann nach aktuellen Studien als unabhängiger Risikofaktor für einen Typ-2-Diabetes gelten.

Seite 15

Impressum

Seite 15

KBV-Vertreterversammlung Handlungsfähigkeit demonstriert

Das GKV-WSG hat das KV-System zwar entscheidend geschwächt und dem Konkurrenzkampf mit Verbänden, in erster Linie dem Deutschen Hausärzterverband, ausgesetzt. Aber der Keim der Spaltung, der Anfang Juli im Misstrauensvotum gegen den KBV-Vize Ulrich Weigeldt und dessen anschließendem Rücktritt gipfelte, wirkt schon sehr viel länger.

Im Grunde geht es immer um das Geld. Beim diesjährigen Bayerischen Hausärztetag Anfang Juli in Würzburg fasste der BHÄV-Landesvorsitzende Dr. Wolfgang Hoppenthaler die ganze Wut und den Frust der Hausärzte in wenigen Sätzen zusammen:

- „Seit 25 Jahren finanzieren wir Hausärzte mit unseren Honoraren die Technisierung der ambulanten Medizin.“
- „Seit 15 Jahren blockiert die Körperschaft die Einführung eines hausarztzentrierten Versorgungssystems.“
- „Mit jedem EBM entzog man uns Tätigkeitsfelder. Ich erinnere an die Phlebologie, Proktologie etc.“
- „Im EBM 2000plus wurden wir unter Federführung des derzeitigen Vorstands-

vorsitzenden der KBV ... durch eine extrem falsche Kostenberechnung um unser Honorar gebracht.“

Die von der Rot-Grünen Koalition 1998 eingeführte Honorarrentrennung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Topf hat die Spaltung der KV bzw. KBV nur oberflächlich verhindert. Intern wurde und wird erbittert um das eigene Verhandlungsmandat der Hausärzte in Honorar- und weiteren Vertragsangelegenheiten gestritten. Spätestens 2009 mit der Einführung der morbiditätsorientierten Vergütung wird der Sprung nicht mehr zu kitten sein. Die Politik will offensichtlich das System der Kassenärztlichen Vereinigungen zerschlagen,

wie das GKV-WSG zeigt. Selektivverträge sollen das Kollektivvertragssystem der KVen ersetzen, Einkaufsmodelle für die Krankenkassen sind das Ziel. Viele Ärzterverbände haben bereits eine eigene Infrastruktur aufgebaut, um selbstständig mit den Kassen Verträge auszuhandeln; der Deutsche Hausärzterverband bzw. dessen Hausärztliche Vertragsgemeinschaft ist damit am weitesten vorangekommen.

Lesen Sie weiter
auf Seite 3



Der neu gewählte Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Carl-Heinz Müller, Facharzt für Allgemeinmedizin aus Rheinland-Pfalz.

Neue (Muster-)Weiterbildungsordnung Vor der Umsetzung in den Landesärztekammern

Der 110. Deutsche Ärztetag hat die Innere Medizin auf unser unnachgiebiges Drängen hin wieder in die Muster-Weiterbildungsordnung (M-WBO) unter 12.2 aufgenommen. Sehr hilfreich war dabei die klare Haltung der Europäischen Union, die eine einheitliche Regelung für Deutschland forderte. Unser Argument, dass mit der M-WBO 2003 der Internist in Deutschland abgeschafft worden sei, wurde jetzt von der EU bestätigt.

Durch die Muster-Weiterbildungsordnung 2003 sind im Bereich der Allgemeinmedizin und der Inneren Medizin die bis dahin gesonderten Weiterbildungen zum Facharzt für Allgemeinmedizin sowie zum Facharzt für Innere Medizin entfallen und durch die Weiterbildung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin ersetzt worden. Diese Änderung der M-WBO hatten 12 der 17 Landesärztekammern übernommen.

Fünf Länder sahen in ihrer WBO weiter einen Facharzt für Innere Medizin vor, z. T. als „Facharzt für Innere Medizin“, z. T. als „Facharzt für Innere Medizin / gesamte Innere Medizin“ oder mit dem Schwerpunkt „Gesamte Innere Medizin“. Nach Ablauf der Übergangszeit, innerhalb derer der „Facharzt für Innere Medizin“ nach „altem Recht“ noch erworben werden kann, wäre eine Bundeseinheitlichkeit in Bezug auf den Facharzttitel für allgemeine Innere Medizin nicht mehr gegeben. Dies hätte zur Folge gehabt, dass die Notifizierung auf der Grundlage der EU-Anerkennungsrichtlinien zurückgenommen werden müsste und eine automatische gegenseitige Anerkennung für Innere Medizin nicht mehr möglich gewesen wäre. Damit wäre also der FA für Innere Medizin endgültig abgeschafft gewesen. Von EU-Seite wurde darauf hingewiesen, dass bei Wiedereinführung des FA für allgemeine Innere Medizin sich dieser deutlich vom FA für Innere und Allgemeinmedizin unterscheiden müsste.

Lesen Sie weiter
auf Seite 8

Zum Gastkommentar von Prof. Dr. Karl Lauterbach

Zahlreiche Leserbriefe

Seit Anfang 2007 hat die Redaktion von BDI aktuell Meinungsträger im Gesundheitswesen gebeten, in einem „Gastkommentar“ zu bestimmten Themen Stellung zu nehmen. Indem man sich in BDI aktuell auch mit Meinungen außerhalb des Verbandes auseinandersetzt, soll die innerverbandliche Diskussion belebt werden. Der Gastkommentar wird ausdrücklich als solcher gekennzeichnet und gibt nicht die Meinung der Redaktion wieder.

Es war zu erwarten, dass der Kommentar von Prof. Karl Lauterbach in BDI aktuell 7/07 sehr viele Widersprüche auslösen würde. Tatsächlich sind zahlreiche Leserbriefe und Kommentare beim BDI eingegangen. Deshalb hat auch das Präsidium des BDI auf den Gastkommentar von Prof. Lauterbach reagiert. Auf Seite 2 können Sie die Stellungnahme des BDI-Präsidenten Dr. Wolfgang Wesiack lesen. Stellvertretend für die Leserzuschriften ist auch ein Leserbrief abgedruckt.

Diese Reaktionen von Seiten des BDI wurden bewusst nicht in derselben Ausgabe wie der Gastkommentar veröffentlicht. Die Serie „Gastkommentare“ in BDI aktuell wird fortgesetzt – Leserbriefe zu den Kommentaren sind herzlich willkommen!

HFS

Privatleistung versus GKV-Leistung

Kostenerstattung – wann und wie?

Will ein GKV-Versicherter Leistungen wie ein Privatpatient in Anspruch nehmen oder ein Vertragsarzt Leistungen privat anbieten, so ist dies nur unter bestimmten Voraussetzungen möglich. Sich über diese Voraussetzungen einen Überblick zu verschaffen, ist – wie immer in Deutschland und insbesondere im Gesundheitswesen – nicht leicht.

Betrachten wir zunächst die Versichertenseite. Hierfür finden wir die einschlägige Rechtsgrundlage in § 13 Sozialgesetzbuch V (SGB V). Eine Krankenkasse ist zur Kostenerstattung verpflichtet, wenn sie eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte und dem Versicherten für selbst beschaffte Leistungen Kosten entstanden sind. Ebenso sind Versicherte grundsätzlich berechtigt, Leistungserbringer in anderen EU-Staaten im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen.

Lesen Sie weiter
auf Seite 5