

Jetzt anmelden!



www.Internisten-im-Netz.de

ISSN 1863-9216

BDI  **aktuell**

Mitgliederzeitung Berufsverband Deutscher Internisten BDI e.V. • www.bdi.de

Nr. 4 • April 2008

Inhalt

Der Gastkommentar

Brauchen wir noch eine KV?

In der Reihe „Gastkommentar“ beantwortet der Vorsitzende des VdAK/AEV, Thomas Ballast, die Frage, wie eine KV der Zukunft seiner Meinung nach aussehen sollte.

Seite 4

Als Facharzt in die USA

Guten Chancen in unterversorgten Gebieten

Wer bereit ist, abseits der großen Städte tätig zu sein, hat auch als Deutscher mit amerikanischem Facharzttitel gute Chancen, im „Land der unbegrenzten Möglichkeiten“ arbeiten zu können. Kleiner Wermutstropfen für deutsche Fachärzte: Ihr Facharzttitel wird in den USA nicht anerkannt.

Seite 8

Diagnostik und Therapie

Thyreoiditis

Der Oberbegriff Thyreoiditis umfasst alle entzündlichen Veränderungen der Schilddrüse. Die gängige Einteilung in akute, subakute und chronische Formen erscheint jedoch heute zu eng.

Seite 10

Patienten mit Hypertonie in der kardiologischen Praxis

Ergebnisse des Snapshot-Hypertonie-Registers

Jeder dritte Patient in einer Hausarztpraxis leidet an arterieller Hypertonie. In einem Projekt des Bundesverbandes Niedergelassener Kardiologen (BNK e.V.) wurden Patienten mit arterieller Hypertonie in kardiologischen Facharztpraxen erfasst und charakterisiert.

Seite 12

Impressum

Seite 14

EBM 2008

Ein wesentlicher Baustein einer umfassenden Vergütungsreform

Bei der Diskussion über den EBM wird immer wieder vergessen, dass es sich dabei nicht um eine Gebührenordnung im üblichen Sinne handelt. Hauptaufgabe des EBM ist, den ambulanten Leistungskatalog zu definieren. All das, was im EBM niedergeschrieben ist, kann auch abgerechnet werden. Alle Leistungen, die hier nicht definiert sind, können auch nicht gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen geltend gemacht werden.

Während eine Gebührenordnung letzten Endes auf Eurobeträgen basiert, handelt es sich beim EBM nur um eine Bewertungsrelation zwischen Leistungen. Der Erweiterte Bewertungsmaßstab ist deshalb eingebettet in das Wirkprinzip unseres Gesundheitswesens, das einnahmeorientiert

tierte Ausgabenpolitik heißt. Dieses Prinzip ist von Norbert Blüm definiert und von Horst Seehofer durch die Einführung der Fallpauschalen in die Tat umgesetzt worden. An diesem Prinzip hat die jetzige Bundesregierung nichts verändert. Es werden sich somit auch in Zukunft die Ausgaben der Krankenkassen nicht am medizinischen Bedarf, sondern an den ökonomischen Vorgaben orientieren.

Es wird damit auch weiter ein Budget geben – wie in der Politik üblich wird mit neuen Begriffen hantiert, um zunächst einen falschen Eindruck zu erwecken. Das Budget wird in Zukunft im ambulanten Bereich durch eine Ausgabenobergrenze der Krankenkassen bundesweit und im stationären Bereich durch eine entsprechende Vorgabe landesweit ersetzt.



Bild: Creative Collection

Auch mit dem EBM 2008 wird die Budgetschraube nicht gelockert. Es wird weiter ein Budget geben, aber wie üblich agiert die Politik mit neuen Begriffen, um den gegenteiligen Eindruck zu erwecken.

Lesen Sie weiter auf Seite 3

Gesundheitsreform

Der lange Marsch zur Einheitskasse

Die gesetzlichen Vorgaben der Gesundheitsreform halten die Leistungserbringer in Atem, gleichgültig, ob es sich um Vertragsärzte, Krankenhäuser oder Apotheken handelt. Alle sind mit den Folgen beschäftigt, die ihnen diese Gesetzgebung beschert hat. Die Gefahr besteht darin, dass sich bei dem Leistungserbringer der Blickwinkel so verengt, dass man die große politische Linie, die in diesen gesetzlichen Vorgaben steckt, leicht übersieht: den Weg zur Einheitskasse.

Zwischendurch lohnt es sich deshalb, über die entscheidenden Punkte unseres Gesundheitswesens nachzudenken. Dabei geht es hauptsächlich um drei Fragen:

- Wer finanziert in Zukunft unser Gesundheitswesen?
- Wer übernimmt die Verteilung der eingegangenen Gelder?
- Nach welchem ordnungspolitischen Prinzip werden sie verteilt?

Bei der ersten Frage ist die politische Antwort noch völlig offen. Der Gesundheitsfonds, der von der Großen Koalition beschlossen wurde und nach Meinung unserer Bundeskanzlerin auch umgesetzt werden soll, ist der halbe Weg zum Konzept der SPD, nämlich zur Bürgerversicherung.

Mit diesem Prinzip Gesundheitsfonds hat man sich schon sehr weit von dem seitherigen Versicherungsprinzip einer gesetzlichen Krankenversicherung entfernt und ist auf dem Weg zu einer Finanzierung über eine Pseudosteuer. Die Beiträge werden nicht mehr als Prämie eingezogen, sondern richten sich wie die Steuer nach dem Einkommen des Bürgers. Wenn die CDU in dieser Frage nicht massiv gegensteuert, wird die Politik auf diesem Weg zwangsläufig weiter gehen.

Lesen Sie weiter auf Seite 2

Der Verfall der Fallwerts Wo bleibt das Geld in der ambulanten Versorgung?

Die Vertragsarztkollegen klagen. Nach ihrer Meinung steht dem ambulanten System immer weniger Geld zur Verfügung. Folge sei eine heimliche Rationierung und die Unterfinanzierung der Praxen. Die Krankenkassen behaupten demgegenüber, dass sie Jahr für Jahr mehr in die ambulante Versorgung bezahlt hätten, mindestens die Grundlohnsumentensteigerungen. Die Erhöhungen seien zwar nicht berauschend, die Klagen der Ärzte aber unberechtigt. Wer hat Recht? Wahrscheinlich beide: Kassen und Ärzte.

Der leichte Anstieg der Ausgaben für die ambulante Versorgung reicht nicht aus, die gleichzeitig auftretende Erhöhung der Morbidität in unserer Bevölkerung abzubilden. Alle Kundigen im Gesundheitswesen wissen um diesen Umstand, auch wenn er mangels eines verwertbaren Morbiditätsindex leider zahlenmäßig nicht belegt werden kann.

Lesen Sie weiter auf Seite 5

Gesundheitsfonds

Endlich mehr Geld im System

Der Gesundheitsfonds steht vor der Tür. Dieses Konstrukt hat die Große Koalition als Kompromiss geboren. Viele Insider haben ihn von Anfang an als faul bezeichnet, weil er versucht, zwei völlig gegensätzliche Positionen zu vereinen: ein am Versicherungsprinzip orientiertes Prämiensystem der CDU/CSU und eine Bürgerversicherung der SPD, die über eine Pseudosteuer finanziert werden soll.

Viele fürchten, dass außer einer weiter überbordenden Bürokratie bei dem Gesundheitsfonds nichts herauskommt. Besonders aufgeregt waren die sogenannten Versorgerkassen, die viele Alte und Kranke in ihren Reihen versichert haben. Sie fürchteten, dass sie mit dem im Gesundheitsfonds festgelegten Einheitsbeitrag nicht auskommen und deshalb Zusatzprämien erheben müssen – ruinös in einem System, in dem der Beitrag den Wettbewerb bestimmt.

Lesen Sie weiter auf Seite 2