

Jetzt anmelden!



www.Internisten-im-Netz.de

ISSN 1863-9216

BDI aktuell

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

Nr. 10 • Oktober 2008

Inhalt

Gastkommentar

Gesundheitskultur vs. Gesundheitswirtschaft

Im Mittelpunkt eines funktionierenden Gesundheitswesens muss der kranke Mensch stehen, fordert Bundesärztekammer-Präsident Jörg-Dietrich Hoppe in seinem Gastkommentar. Das Gesundheitswesen sei keine Gesundheitswirtschaft.

Seite 4

Hausarzt-Vertrag in Baden-Württemberg

Von A wie Arzneimitteltherapie bis V wie Vergütung

Der hausarztzentrierte Versorgungsvertrag in Baden-Württemberg startet am 1. Oktober 2008. Der BDI informiert Sie umfassend über diesen Vertrag: Über die Vergütung, die Vertragsphilosophie bezüglich der Arzneimitteltherapie und die Qualitätskontrolle.

Seite 6

Kasuistik

Milzruptur nach Koloskopie

Die Koloskopie ist ein exzellentes diagnostisches und Therapeutisches Standardverfahren mit extrem geringer Komplikationsrate. Eine Milzruptur nach Koloskopie ist eine seltene, potenziell jedoch vital bedrohliche Komplikation.

Seite 10

Herzinsuffizienz

Primärdiagnostik in Klinik und Praxis

Die Diagnose „Herzinsuffizienz“ gründet sich auf Symptomen wie Ruhe- und Belastungs-dyspnoe und dem Nachweis einer kardialen Dysfunktion. Im Einzelfall hängt die Vorgehensweise auch von Lebensalter, Geschlecht, Risikokonstellation und Komorbidität ab.

Seite 11

Impressum

Seite 14

Honorarreform: 2,5 Milliarden € zusätzlich

Ein Schritt in die richtige Richtung

Mehr als 2,5 Milliarden Euro – so lautet die überraschende Botschaft – stehen ab 2009 den Vertragsärzten in Deutschland zusätzlich zur Verfügung. Für sich betrachtet eine Riesensumme. Die KBV hatte 4,5 Milliarden gefordert, die Kassen hätten am liebsten nicht mehr als seither bezahlt. Der Schlichter Prof. Dr.

Jürgen Wasem hat den Ausschlag gegeben: Mit seiner Hilfe ist die Entscheidung für den Kompromiss gefallen. Man darf davon ausgehen, dass er sich vorher Rückendeckung beim Ministerium geholt hat. Ohne dessen Jawort hätte er gegen den geballten Widerstand der Krankenkassen kaum diese Summe durchsetzen können.

Der KBV darf man zu dieser Entwicklung gratulieren – sie ist doch kein Papiertiger, wenn es um Honorarverhandlungen geht. Die Entscheidung muss im Licht der praktischen Vorgaben – Ausgabenobergrenze der Kassen, Gesundheitsfonds, bundesweiter fester Orientierungspunkt für vertragsärztliche Leis-

tungen und Mengenbegrenzung über Regelleistungsvolumina – analysiert werden.

Die gute Nachricht zuerst: Die Krankenkassen können und dürfen mehr Geld für die Vertragsärzte ausgeben. Der Gesundheitsfonds muss erhöht werden, der bundeseinheitliche Beitragssatz dürfte nach Schätzungen um

0,25 Prozentpunkte belastet werden. Dies sollte dem Beitragszahler eine qualitativ hochwertige ambulante Versorgung auch wert sein. Der bundeseinheitliche Orientierungspunkt dürfte im Vergleich zu 2008 steigen. Im Vergleich zu 2007 aber wohl nicht, hat doch der neue EBM zu einer Steigerung der Punktzahlen von etwa 10 % durch die mehr als angemessene Erhöhung der Kalkulationsgrundlage geführt.

Die 2,5 Milliarden machen eben genau auch 10 % der Gesamtvergütung aus.

Lesen Sie weiter auf Seite 2



Die Honorarreform ist ein Schritt in die richtige Richtung, doch ein Berg von Problemen muss erst noch bezwungen werden: Der Teufel steckt wie immer im Detail

Bayerischer Landeswahlkampf

Kampf der Monopole

Die bayerische Landesregierung, vor allem ihr Ministerpräsident Beckstein und die CSU mit ihrem Vorsitzenden Huber, stehen in einem wichtigen Landtagswahlkampf, der auch große bundespolitische Bedeutung hat. Die Ärzte sind dort eine wichtige Zielgruppe. Einmal möchte man sie trotz ihrer eher geringen Wählerzahl nicht verlieren, zum anderen weiß man, dass Ärzte – gewollt oder ungewollt – auch beim Bürger politischen Einfluss ausüben können.

Die Aktion des Hausärztesverbandes mit dem Korbmodell ist zwar fehlgeschlagen, ihr Vorsitzender Hoppenthaler hat dabei aber ein großes Echo in der Öffentlichkeit erreicht. Viele Bürger haben bemerkt, dass es bei der gesundheitspolitischen Diskussion ans Eingemachte geht. Ihre Versorgung steht auf dem Spiel.

Offensichtlich hat sich der Ministerpräsident selbst der Sache angenommen, ohne dass man ihn als ausgewiesenen Kenner unseres verzwickten Gesundheitssystems bezeichnen kann. Um die Hausärzte zu befrieden, hat er einen mit heißer Nadel geschriebenen Gesetzentwurf eingebracht, der den Störenfried Hoppenthaler mit seinem Verband zufrieden stellen soll.

In der Vorlage sollen die Krankenkassen verpflichtet werden, mit Berufsverbänden – er meint sicher den Hausärztesverband – Honorarverträge nach § 73b SGB über die hausarztzentrierte Versorgung abzuschließen, wenn sie einen Organisationsgrad von 50 % erreichen. In der hausärztlichen Versorgung etabliert der Gesetzentwurf diesen Verband als Zusatz-KV. Die Verpflichtung zum Vertragsabschluss führt damit ein weiteres Vertragsmonopol ein.

Lesen Sie weiter auf Seite 3

GKV-WSG und die Folgen

Der Basistarif ist kein PKV-Tarif

Für die private Krankenversicherung bringt das GKV-WSG die weitestreichenden Folgen. Die Neuregelungen der Gesundheitsreform bedeuten eine Verschlechterung der Rahmenbedingungen für die PKV, verbunden mit erheblichen Wettbewerbsnachteilen gegenüber der GKV. Klar ist: Der Basistarif ist kein normaler PKV-Tarif; für ihn gilt nur der restriktive Leistungskatalog der GKV.

Die ersten Auswirkungen lassen sich bereits an konkreten Zahlen ablesen, heißt es im Rechenschaftsbericht der privaten Krankenversicherung 2007. In dem vergangenen Jahr ist der Nettozugang zur PKV mit 59 900 Personen um fast 50 % gegenüber dem Vorjahr zurückgegangen – eine direkte Folge der erschwerten Wechselbedingungen, die für gesetzlich versicherte Angestellte seit dem 2. Februar 2007 gelten.

Die dreijährige Wartezeit an der Versicherungspflichtgrenze schränkt den Zugang von Arbeitnehmern in die PKV erheblich ein. Dies ist eine deutliche Wettbewerbsverzerrung zugunsten der GKV.

Lesen Sie weiter auf Seite 5

Individuelle Gesundheitsleistungen aus Sicht des WIdO

IGeL erfreuen sich steigender Nachfrage

Die gesetzlichen Krankenkassen sehen das Angebot von individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) mit Argwohn. Unter den Ärzten ist die Akzeptanz zwiespältig, und bei den Patienten wächst die Nachfrage, wie eine aktuelle WIdO-Umfrage zeigt.

Jeder vierte GKV-Versicherte (26,7 %) hat im Laufe der letzten zwölf Monate in einer Arztpraxis sog. „Individuelle Gesundheitsleistungen“ (IGeL) angeboten bzw. in Rechnung gestellt bekommen (zahnärztliche Leistungen ausgenommen). Die aktuellen Zahlen, so Geschäftsführer Jürgen Klauber vom Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WIdO), sind im Vergleich zum Vorjahr erneut leicht gestiegen. Insgesamt werde mit IGeL – hochgerechnet – aktuell ein Umsatz von rund einer Milliarde Euro erzielt. Dies sind Ergebnisse einer aktuellen Analyse zur Entwicklung im IGeL-Markt. Sie basiert auf einer bundesweiten telefonischen Befragung von 3000 gesetzlich Krankenversicherten im Zeitraum Juni/Juli 2008.

Lesen Sie weiter auf Seite 8