

Jetzt anmelden!



www.Internisten-im-Netz.de

ISSN 1863-9216

BDI  **aktuell**

Mitgliederzeitung Berufsverband Deutscher Internisten BDI e.V. • www.bdi.de Nr. 12 • Dezember 2009

Inhalt

48. Bayerischer Internistenkongress

Hoffnung und Skepsis

Auch bei der berufspolitischen Informations- und Diskussionsveranstaltung beim Bayerischen Internistentag am 7. November ging es um den Umbau der Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl. Die Erwartungen der Referenten schwankten zwischen Hoffnung und Skepsis.

Seite 4

Zu- und Abschläge bei Über- und Unterversorgung

Die neue Welt ab 2010

Ab 1. Januar werden für neu niedergelassene Ärzte Zu- und Abschläge auf den regionalen Punktwert vorgenommen. Ab 2011 werden auch „Altpraxen“ nach einem gestaffelten Punktwert je nach Versorgungsgrad honoriert.

Seite 6



Was ist neu im DRG-System 2010?

Neuerungen im ICD-10-GM

Wie jedes Jahr erfolgten auch für 2010 Änderungen im ICD-10-GM-Katalog bzw. OPS-Katalog und in den Deutschen Kodierrichtlinien, um den Anforderungen an das G-DRG-System gerecht zu werden. Der Artikel stellt die wesentlichen Neuerungen im ICD-10-GM dar.

Seite 10

Impressum

Seite 15

Der Koalitionsvertrag der neuen Regierung

Startschuss für Reformen – aber wann?

Die Diskussion über die Gesundheitspolitik ist auch nach der Unterschrift unter die Koalitionsvereinbarung noch nicht beendet. Man hat sich darauf geeinigt, zunächst alles so zu belassen, wie es ist, um dann möglichst nach 2010 zu einer umfassenden Gesundheitsreform zu kommen. Man findet im Koalitionsvertrag dazu wenig Konkretes. Hinzu kommt noch der generelle Finanzierungsvorbehalt als mögliches Reformhindernis.

Zankapfel der Koalitionsvereinbarungen bleibt der Gesundheitsfonds. Diese Konstruktion war ein Kompromiss zwischen CDU und SPD in der alten großen Koalition und ein wichtiger

Schritt in Richtung Bürgerversicherung und Einheitskasse, genauso wie es sich die SPD langfristig vorstellte. Die FDP als neuer Koalitionspartner der CDU legte großen Wert darauf, den Gesundheitsfonds als typisches Beispiel für den Weg in die Staatsmedizin rückgängig zu machen. Mit Rücksicht auf die Bundeskanzlerin, die mit zu den Architekten des Gesundheitsfonds zählt, lässt man die Überschrift bestehen, reformiert aber wichtige Teile des Fonds. In der Koalitionsvereinbarung hat man sich dazu aber noch nicht konkret geäußert und wird dies – wie viele andere Probleme – einer noch zu gründenden Arbeitsgruppe übertragen.

Lesen Sie weiter auf Seite 3



Start frei für eine neue Gesundheitsreform. Aber wann diese tatsächlich kommen wird, ist noch unklar.

Foto: creative collection

Die neue Onkologievereinbarung

Ein Scherbenhaufen

Seit 1994 bestand eine vertragliche Vereinbarung zwischen der KBV und den Verbänden der Angestellten- und Arbeiter-Ersatzkassen über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung – die so genannte Onkologie-Vereinbarung. Diese war in den Mantelverträgen niedergelegt und wurde auf regionaler KV-Ebene umgesetzt. Die Primärkassen hatten sich grundsätzlich angeschlossen, aber in eigenen regional unterschiedlichen Verträgen. Doch vor einem Jahr kündigten die Krankenkassen diese Vereinbarung. Eine neue Onkologievereinbarung wurde ausgehandelt. Zurück bleibt ein Scherbenhaufen.

Über die Anträge der Vertragsärzte zur Teilnahme an dieser Vereinbarung entschieden die Vorstände der KVen nach Empfehlung der dortigen Onkologiekommissionen. In diesen Kommissionen arbeiteten die verschiedenen Arztgruppen, in der Regel internistische Hämato-Onkologen, Gynäkologen und Urolo-

gen, zusammen und erarbeiteten die Entscheidungsempfehlungen.

• Kündigung der Vereinbarung

Für den Mehraufwand in der Leistungserbringung erhielten die an dieser Vereinbarung teilnehmenden Vertragsärzte eine Kostenerstattung in festen Euro-Beträgen, die während der insgesamt fast 15-jährigen Laufzeit in der Höhe unverändert geblieben waren. Die Zusammenarbeit der Fachgruppen zum Wohle der ambulanten Versorgung der an Krebs erkrankten Patienten war erfolgreich. Doch zum 31. Dezember 2008 erfolgte kassenseitig die Kündigung der Vereinbarungen. Eine Begründung wurde offiziell nicht gegeben. Aber letztlich wollten die Kassen einfach nur Geld sparen. Sie mussten nämlich davon ausgehen, dass ab Januar 2009 im Rahmen der „Neuen Vertragsärztlichen Vergütung“ höhere Zahlungen innerhalb der sogenannten morbiditätsorientierten Gesamtvergütung zu leisten waren.

Lesen Sie weiter auf Seite 2

Honorarpolitik

2010 als Fortsetzung von 2009

Mit Spannung hat die Vertragsärzteschaft die Honorarverhandlung für das Jahr 2010 erwartet. Wie inzwischen üblich, hatten sich die Vertragspartner im Vorfeld nicht einigen können, sodass der Erweiterte Bewertungsausschuss als Schiedsamt tätig werden musste. Was ist bei diesem Gremium für 2010 im Vergleich zu 2009 herausgekommen? Haben sich die Erwartungen auf eine Korrektur des zu niedrigen Punktwertes von 3,5 Cent erfüllt? Wird endlich der vermehrte Morbidität mit zusätzlicher Finanzierung im ambulanten Bereich Rechnung getragen?

Die Verhandlungen waren erschwert durch die öffentliche Diskussion über die Mehreinnahmen der Vertragsärzte und die sehr unglückliche Argumentation der Körperschaft KBV und der Berufsverbände in dieser Frage. Die Verhandlungsposition der Ärzte war in diesem Erweiterten Bewertungsausschuss unter diesen Vorgaben sicherlich nicht herausragend.

Lesen Sie weiter auf Seite 6

Ambulante Versorgung im Krankenhaus

Kollegiale integrierte Versorgung oder kommerzielle Konkurrenz um jeden Preis?

Sind Sie noch Arzt oder schon Betriebswirt? Fühlen Sie sich noch als hippokratischer Begleiter mit Heilsauftrag oder bereits als qualitätsgesicherter Dienstleister mit umschriebenem Zielauftrag? In einer Zeit der ärztlichen Unterversorgung in Flächengebieten sowie Überalterung der Ärzteschaft mit Nachwuchsproblematik bräuchten wir uns um unsere Zukunft, Daseinsberechtigung und Existenzsicherung keine Sorgen zu machen, suggeriert uns die Fachpresse. Doch in Ballungsgebieten und Großstädten stellt sich die Problematik im Alltag für niedergelassene Fachärzte in der Realität ganz anders dar.

Seitdem der Gesetzgeber ganz bewusst und vorsätzlich durch die Optionen des GKV-Wettbewerbs-Stärkungsgesetzes (GWG) die gesetzlichen Grundlagen für einen existenzbedrohenden Verdrängungswettbewerb im Gesundheitswesen geschaffen hat, ist in Ballungszentren eine konkurrenzorientierte aggressive Expansionsstrategie zu beobachten.

Lesen Sie weiter auf Seite 8