

Jetzt anmelden!



www.Internisten-im-Netz.de

ISSN 1863-9216

BDI  **aktuell**

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

Nr. 1 • Januar 2010

Inhalt

BDI fordert Neuregelung der belegärztlichen Versorgung Zwei Resolutionen und ein Brief

Ob ambulant oder stationär – es muss das Prinzip gelten: Gleiche Leistung, gleicher Preis, gleiche Qualität. Der BDI macht sich mit zwei einstimmig verabschiedeten Resolutionen für die Anliegen der Belegärzte stark.

Seite 3

Symposium der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht Auf dem Weg zu „P4P“

Am 19. November 2009 hat sich die Deutsche Gesellschaft für Kassenarztrecht in Berlin auf dem Symposium „Sektorübergreifende Qualitätssicherung in der GKV“ mit der im Wettbewerbsstärkungsgesetz neu definierten sektorübergreifenden Qualitätssicherung beschäftigt.

Seite 6

BDI-Landverbände Fortbildungen in Berlin und Hessen

Der Berliner BDI-Landesverband berichtet von einer Veranstaltung, bei der des „internistischen Mauerfalls“ gedacht wurde. Darüber hinaus lesen Sie einen ausführlichen Bericht über den 42. Hessischen Internistentag.

Seite 6 bzw. 7



Was ist neu im DRG-System 2010? OPS-Katalog und Deutsche Kodierrichtlinien

Im zweiten Teil des Artikels finden Sie die Neuerungen im OPS-Katalog sowie die Änderungen in den Deutschen Kodierrichtlinien.

Seite 10

Impressum

Seite 15

Das Zweitmeinungsverfahren

Neues von der Bürokratiefront

Die Indikation für bestimmte – in der Regel sehr teure – Medikamente wird nach einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über ein sogenanntes Zweitmeinungsverfahren geregelt. Der folgende Beitrag befasst sich mit der Frage, wer für die Folgen der Behandlung medizinisch verantwortlich ist: Der verordnende Arzt oder der Arzt, der für die Zweitmeinung vorgesehen ist?

Wie in Deutschland üblich, gibt es perfekte bürokratische Vorgaben für die Umsetzung des Zweitmeinungsverfahrens. Als erstes Indikationsgebiet ist die Behandlung der primär pulmonalen Hypertonie betroffen. Stellt ein behandelnder Arzt die Indikation für eine sol-

che medikamentöse Behandlung, so wird diese von einem weiteren Arzt nach Aktenlage überprüft. Er stellt fest, ob die Diagnose ausreichend gesichert ist und ob die Indikation für die teure Medikation nachvollziehbar gestellt ist. Aber welcher der beiden Ärzte haftet dann für die Arzneimittelverordnung? Überlagert wird das Gerangel um die Zuständigkeit noch durch die Aut-ident-Regel. Dadurch kommt auch der Apotheker ins Spiel. Der Aufwand für dieses Verfahren ist wohl bewusst so umfangreich gewählt worden, um bürokratische Hürden für die Verordnung dieser teuren Medikation aufzubauen. Es handelt sich somit wieder um einen Vorgang, der unter der Rubrik Kostendämpfung abgelegt werden muss.

Lesen Sie weiter
auf Seite 4



Nach dem Willen des Gemeinsamen Bundesausschusses soll bei der Verordnung sehr teurer Medikamente die Meinung eines weiteren Arztes eingeholt werden. Aber was passiert, wenn die beiden Ärzte nicht einer Meinung sind?

Kommentar

Ist die geplante Kopfpauschale wirklich ungerecht?

Im Koalitionsvertrag der christlich-liberalen Regierung ist vorgesehen, den Beitrag der Arbeitnehmer zur gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr vollständig nach Lohn oder Gehalt, sondern zu einem noch zu definierenden Anteil pauschaliert zu berechnen und für Versicherte mit niedrigem Einkommen einen Zuschuss aus Steuermitteln zu gewähren. Mit dem Totschlagargument „dann zahlt die Sekretärin den gleichen Beitrag wie der Chef – und das ist ungerecht“ wird von Seiten der Opposition, Teilen der Krankenkassen, den Gewerkschaften, dem Sozialverband Volkssolidarität – und auch wieder einmal von der CSU – versucht, eine sinnvolle und auch notwendige Debatte zu erschlagen und sich nicht auf eine rationale Analyse, sondern auf platte, populistische Emotionen zu verlassen.

Lesen Sie weiter
auf Seite 2

Gesundheitspolitik Schwarz-gelber Paradigmenwandel in der Gesundheitspolitik

Der neue Gesundheitsminister Dr. med. Philipp Rösler hat seine Jungferrede im deutschen Bundestag gehalten. Er hat dabei vor allem bei der Opposition massive, vor allem emotionale Reaktionen ausgelöst. SPD, Grüne und Linke haben versucht, über die geplante Neuordnung der Finanzierung des Gesundheitswesens dem neuen Gesundheitsminister das Etikett der sozialen Kälte anzuhängen.

Auslöser dieser handfesten Vorwürfe war seine Bemerkung, dass sich im Gegensatz zum Steuersystem das Gesundheitswesen nicht als Umverteilungsinstrument für die sogenannte soziale Gerechtigkeit eignet. Dabei hat die schwarz-gelbe Koalition klargestellt, dass diese Vorwürfe alleine deshalb ungerechtfertigt sind, weil durch die teilweise Steuerfinanzierung des Systems der Besserverdienende ohnehin mehr zur Kasse gebeten wird. Auch wird offensichtlich über eine zusätzliche Abgabenart des Gesundheitswesens nachgedacht. Dazu passt die Anmerkung von Dr. Rösler: Für CDU, CSU und FDP enden Solidarität und Gerechtigkeit eben nicht bei einer Beitragsbemessungsgrenze von 3.750 €.

Lesen Sie weiter
auf Seite 2

Selektivverträge

Die AOK auf dem Weg zum Hausarztmodell

Dr. Herbert Reichelt, Vorsitzender des Vorstandes des AOK-Bundesverbandes, hat sich zu den Hausarztverträgen nach § 73 b geäußert. Wie bereits in der Vergangenheit, scheint er kein Verfechter der gesetzlichen Regelung zu sein, die den Hausärzterverband begünstigt.

Sein Interesse liegt mehr in einer Kopplung von Verträgen nach § 73 b mit Hausärzten und § 73 c mit Fachärzten, etwa nach dem Modell des Kardiologenvertrages in Baden-Württemberg.

Auf den ersten Blick klingt dieses Vorgehen vernünftig, bezieht es doch die gesamte Vertragsärzteschaft in das selektive Kontrahieren ein und begünstigt nicht die Gruppe der Hausärzte alleine. Bei genauer Betrachtung wird aber der Pferdefuß sichtbar. Durch die

Kopplung von 73 b- und 73 c-Verträgen gelingt es der Krankenkasse, das lupenreine Hausarztmodell mit Überweisungsvorbehalt einzuführen. Die Patienten, die sich in 73 b-Verträge einschreiben, sind zwar formal auf eine Überweisung beim Facharztbesuch angewiesen, dies wird aber nicht kontrolliert, sodass sich am Verhalten der Patienten nur wenig geändert hat. Sie gehen weiter nach Zahlen von 10 € auch ohne Überweisungsschein zum Facharzt. Erst durch eine Kopplung der 73 b- und 73 c-Verträge wird das lupenreine Geldgebermodell mit allen Folgen für Patienten und Fachärzte umgesetzt werden können.

Die AOK scheint bereit zu sein, auf diesem Wege die seitherige freie Arztwahl ihrer Versicherten einzuschränken.

HFS