

Kranker oder der Prävention? Dieses nicht aufzulösende Dilemma dürfte ein Grund dafür gewesen sein, warum der

Morbi-RSA

Etwa die Hälfte der Mittel aus dem Gesundheitsfonds wird aufgrund der Morbidität der Versicherten verteilt, dieser Mechanismus heißt morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). Sehr vereinfacht gesagt, je nachdem wie krank ein Versicherter ist, erhält seine Krankenkasse mehr oder weniger Geld aus dem Fonds. Die Morbidität eines Versicherten erfasst der behandelnde Arzt als ICD-Kode. 80 ausgewählte Krankheiten werden bei dem Finanzausgleich unter den Kassen derzeit besonders berücksichtigt (morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich): Es ist für eine Kasse beispielsweise attraktiver, wenn ein chronisches LWS-Syndrom als chronisches Schmerzsyndrom verschlüsselt wird. Die ärztliche Versorgung dieses Patienten verändert sich dadurch aber nicht.

Gesetzgeber 2012 die Ambulante Kodierrichtlinie wieder aus dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz [11] gestrichen hat. Auch die KBV hat 2016, nach einem Gutachten zur Diagnosegenauigkeit, erneut die AKR abgelehnt [12]. Zudem verbessert eine präzisere Kodierung nicht die Versorgung der Patienten. Erschwerend kommt hinzu, dass selbst der BVA-Beirat nicht überzeugt ist, dass eine AKR „manipulative Einflussnahme

auf die Kodierung (...) grundsätzlich verhindern könne“. Man muss also fragen: Welchen Nutzen hätte eine AKR dann noch? Sie würde lediglich dazu führen, dass die Kassenbürokratie für niedergelassene Ärzte zunimmt – dagegen müssen wir uns wehren!

*Dr. Uwe Popert, Dr. Christoph Claus
Fachärzte für Allgemeinmedizin*

*Interessenkonflikt: Beide Autoren sind Hausärzte in der vertragsärztlichen Versorgung.
Literatur im Onlineartikel auf www.derhausarzt.eu*

FAZIT

- Ambulante Kodierrichtlinien (AKR) sind wieder in der Diskussion – vor allem Krankenkassen und der Beirat des Bundesversicherungsamts erhoffen sich davon, dass die Gelder im Gesundheitswesen gemäß der Morbidität der Versicherten besser verteilt werden können.
- Für eine erhöhte Präzision der Kodierung ist erheblicher Aufwand der Ärzte nötig. Die Verwendung einer AKR verdreifacht den Zeitaufwand pro Kode. Diese Zeit muss an anderer Stelle eingespart werden – die Politik muss benennen, wo.
- Eine Liste von hausarzttypischen Diagnosen (ICPC-2) könnte eine zeitsparende Alternative zur AKR sein.

Länder

Hausärztetag Sachsen diskutiert: Politik muss Partner der Ärzte sein

Schulterschluss mit der Politik, ein positives Bild des eigenen Berufs und ein Überdenken vorhandener Strukturen: Bei einer Diskussion auf dem Hausärztetag Sachsen haben Experten und Ärzte gemeinsam neue Perspektiven für die Nachwuchsgewinnung aufgezeigt. Im Gespräch auf Augenhöhe konnten Hausärzte in lockerer Runde ihre Fragen an die Vertreter aus Verband und Gesundheitspolitik herantragen.

Deutlich wurde dabei: Die Motivation, den Beruf zu ergreifen, muss von den Ärzten vermittelt werden – die Motivation zu bleiben durch von

der Politik geschaffene Rahmenbedingungen. So sei die Niederlassung gerade in ländlichen Gebieten ohne die entsprechende Infrastruktur nicht attraktiv, appellierte Ingrid Dänschel, Fortbildungsbeauftragte des Hausärzterverbands Sachsen und stellvertretende Bundesvorsitzende, an die Politik. „Ohne einen Breitbandausbau wird es auch keine Digitalisierung geben.“ Weiteres Beispiel: die Weiterbildung. Steffen Heidenreich, Vorsitzender des Sächsischen Hausärzterverbandes, setzt auf Weiterbildungsverbände, um den steigenden Bedarf im Land zu decken.



Gleichzeitig wurden im Gespräch aber Missstände an Unis deutlich: So fehlten Professoren zum Besetzen neu geschaffener Lehrstühle. Treten Probleme im Kleinen auf – ein Arzt berichtete etwa vom fehlenden Winterdienst auf der einzigen Zufahrtsstraße zu seiner Praxis –, ermunterte Kammer-Vizepräsidentin Petra Albrecht, direkt

an die Politik auf Landkreis-Ebene heranzutreten. „Meist finden sich für den Einzelfall Lösungen.“ Eberhard Mehl, Hauptgeschäftsführer des Deutschen Hausärzterverbandes, betonte darüber hinaus die Wichtigkeit der HZV-Verträge für die Nachwuchsgewinnung. In Sachsen nehmen mittlerweile 575 Ärzte und 80.000 Patienten teil. (jk)



Telemedizin kann Attraktivität der Praxis steigern

Wenn Ärzte offen für telemedizinische Neuerungen sind, so kann das auch die Attraktivität als Arbeitgeber steigern. Dieses Argument brachte Dr. Thomas Aßmann, Initiator der Tele-VERAH, beim Tag der Allgemeinmedizin in Frankfurt am Main in die Diskussion um die Digitalisierung ein. Er beobachtete, dass Medizinische Fachangestellte (MFA) durch das Aufkommen neuer Berufsbilder wie dem Physician Assistant oft verunsichert seien. „Eine zusätzliche Qualifikation kann mehr Selbstbewusstsein geben“, zeigte sich Aßmann überzeugt. Auch sei das An-

gebot ein Pluspunkt bei der Suche nach neuen qualifizierten Mitarbeiterinnen. Tele-VERAH sind mit einem Technik-Rucksack der Firma Vitaphone ausgestattet und besuchen Patienten daheim, während der Hausarzt über eine Videokonferenz zugeschaltet wird. Der Rucksack kostet pro Quar-

tal 195 Euro. Sechs BKKen unterstützen bereits, Verhandlungen mit Kassen in Hessen, Thüringen und Baden-Württemberg stehen laut Aßmann kurz vor einem positiven Abschluss. Als nächste Stufe stellt er Tele-Fallkonferenzen mit Facharzt-Kollegen in Aussicht. Professor Ferdinand Gerlach, Direktor des Frankfurter Instituts für Allgemeinmedizin, zeigte sich überzeugt, dass die telemedizinische Entwicklung künftig an Geschwindigkeit gewinnt. „Ich gehe davon aus, dass E-Health deutlich Fahrt aufnehmen wird“, sagte er in Frankfurt. (jk)



So sieht der Einsatz der Tele-VERAH in der Praxis aus:
<https://hausarzt.link/kdqSC>

Kontakt zur Praxis ist bedeutend

Es ist der direkte Kontakt zum Hausarzt, der angehende Mediziner für die Allgemeinmedizin begeistert. Das wurde beim Hausärztag Rheinland-Pfalz einmal mehr deutlich. „Während meines ersten Praktikums hat mich das starke Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient nachhaltig beeindruckt“, erzählte Jonas Hofmann-Eifler, Arzt in Weiterbildung, dort. Auch Medizinstudent Andreas Prüm-Wolf unterstrich die Bedeutung des Praxiskontakts: „In den Medien wird oft ein düsteres Bild vermittelt: Da erzählen Ärzte mitunter, sie könnten

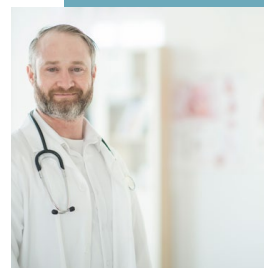
sich die Niederlassung nur dank einer gewissen Zahl Privatpatienten leisten. Das schreckt ab!“ Der Blick in den realen Alltag ändere dieses Bild oft schnell. Für ihre deutlichen Worte fanden die angehenden Allgemeinmediziner mehrfach Zustimmung und Applaus. Sowohl in Sachen Vergütung als auch Bürokratieabbau sieht Hofmann-Eifler Chancen in der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV). Ulrich Weigeldt, Bundesvorsitzender des Deutschen Hausärztever-



bandes, und Landesgesundheitsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthaler (SPD) unterstrichen das: „Ich erwarte von der nächsten Bundesregierung, dass sie die Vorteile der HZV anerkennt und dieses Zukunftsmodell weiterführt“, betonte die Ministerin. Die AOK Rheinland-Pfalz / Saarland führt den bestehenden HZV-Vertrag um drei Jahre fort. Das haben Vorstandsvorsitzende Dr. Irmgard Stippler und Hausärzteverbands-Chef Dr. Burkhard Zwerenz in Mainz besiegelt. (jvb)

Nordosten: Minister will Hausärzten helfen

In Mecklenburg-Vorpommern will Gesundheitsminister Harry Glawe (CDU) den Hausärzten zur Seite stehen. So



will er sich bei den Ersatzkassen dafür einsetzen, dass sie endlich Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) abschließen, kündigte er beim Hausärztag Mit-

te November in Rostock an. Vor allem der Verband der Ersatzkassen (vdek) habe in den Verhandlungen gemauert, daher spreche der Hausärzteverband nun direkt mit den einzelnen Ersatzkassen, erklärte Stefan Zutz, Vorsitzender des Landeshausärzteverbandes.

Unterstützen will Glawe die Hausärzte auch in ihrer Forderung, den Einsatz von besonders qualifizierten Medizinischen Fachangestellten wie VERAH oder NÄPA ausreichend zu finanzieren. Da im kommenden Jahr die Abrechnungsbestimmungen geändert werden, fürchten die Hausärzte, dass in Mecklenburg-Vorpommern dann nur noch die Hälfte der bisher gezahlten 2,4 Millionen Euro ankommen. Darüber hinaus fordert der Hausärzteverband in seiner einstimmig verabschiedeten Resolution, eine Zersplitterung der hausärztlichen Tätigkeit, etwa durch ausufernde Qualifikationsnachweise, zu verhindern. Positiv sehen die Hausärzte das Kompetenzzentrum für die Weiterbildung Allgemeinmedizin, das bereits im Mai 2016 an den Universitäten Rostock und Greifswald gestartet ist. (jvb)