



Hausarzt in Bremen

Die Zeitung für die Hausärztin und den Hausarzt



April 2013

Hausarzt gesucht ! Selbstbewusst und solidarisch

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

die Welt dreht sich weiter, ein EBM geht, der nächste kommt, das unsägliche Verwalten der Praxisgebühr ist Geschichte. Die Fallzahlen steigen, Honorar erhalten Sie für ihre Mehrarbeit (i.d.R.) im Kollektivvertrag dafür nicht bzw. erst, wenn Sie im nächsten Jahr das dann um max. 2% erhöhte Regelleistungsvolumen erneut mit Leistungen füllen. Aus Kassensicht irgendwie toll! Mich wundert, dass nicht intensiver von uns nach den – doch vorhandenen - Alternativen gegriffen wird.

Bei unseren HzV Verträgen mit Techniker-Krankenkasse bzw. BARMER, DAK, KKH und HEK bekommen Sie jeden Fall bezahlt! Ohne Fallzahlzuwachsbegrenzung, ohne Budgetierung, ohne Quotierung. Sie erhalten feste Eurobeträge, z.B. 20 Euro für jede Psychosomatische Intervention. Zum Vergleich: in unserer KV Abrechnung stehen dafür 7,50€, das entspricht einem Stundensatz von 30€. Natürlich ist (dieses) Geld nicht alles. Auch kann die KVHB das Geld nicht drucken. Dennoch müsste hier mehr „passieren“. Die von der KBV geplanten Veränderungen im EBM werden jedenfalls keine Besserung bringen- nur mehr Hamsterrad und „Weiterqualifizierungskurse“ für uns Hausärzte.

Passieren muss auch etwas im Ärztlichen Bereitschaftsdienst. Denn auch hier „gehen die Ärzte aus“. Aufgrund zunehmenden Mangels an freiwillig dienenden (Haus)Ärzten wird die KV wohl zum 3. Quartal wieder die Dienstpflicht jedes Vertragsarztes ausrufen. Dabei sind die Einnahmen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst im 1. Quartal um ca. 20 % angestiegen(ca. 10% erhöhte Fallzahl plus Fallpauschalenerhöhung durch die Kassen um 10%). **Deshalb fordert der Bremer Hausärzteverband auch eine Anhebung der Dienstpauschalen.** In unserer Umfrage zum Thema Bereitschaftsdienst sehen dies 95% der antwortenden Kolleginnen und Kollegen ebenso. 50% fordern eine 10%ige Erhöhung, und 35% sogar eine 20%ige Erhöhung der Vergütungen.

Es ist unverständlich, dass diese Mehreinnahmen den Verwaltungshaushalt der KV stützen sollen und nicht (zumindest teilweise) an die weitergegeben wird, die an Feiertagen und nachts die Versorgung sicherstellen!

Gemeinsam sollten wir nach Lösungen und Wegen suchen. Deshalb laden wir Sie ein zur

**Mitgliederversammlung des Bremer Hausärzteverbandes am
Mittwoch 22.Mai 2013 um 19 Uhr im Fortbildungszentrum der Ärztekammer,
Klinikum Bremen Mitte (alte HNO-Klinik), anschließend ab 20 Uhr
Berufspolitische Diskussion zur Zukunft des Hausarztes in Bremen**



Ihr Hans-Michael Mühlenfeld

Neues aus dem „EBM-Labor“ der KBV: Laborreform

Sämtliche angeblichen Honorarsteigerungen im Kollektivvertrag der letzten Zeit sind samt und sonders im **Rahmen der Vorwegabzüge** vor allem im Labortopf verschwunden. Jetzt wird ein neuer KBV-Anschlag auf die Hausarztpraxen folgen, von dem insbesondere die Versorgerpraxen multimorbider Menschen und Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) betroffen sein werden.

Pro Hausarztpraxis in Bremen bedeuten schon diese Änderungen bei den Vorwegabzügen einen Verlust von einigen hundert Euro. Was genau also geschieht in unseren Praxen ab dem 1. April 2014 ?

Die Honorarsystematik der Laborvergütung (Grundbeitrag Labor) wird vom Arztfall auf den Behandlungsfall umgestellt. Das bedeutet folgendes:

Wenn bislang ein Patient im selben Quartal von zwei Ärzten einer BAG behandelt wurde, so entstanden damit zwei Arztfälle, welche jeweils den **Laborbonus in Höhe von 1,78€** auslösten. Nach der neuen Regelung ergibt sich lediglich **nur noch ein Gesamt-Behandlungsfall**, welcher den Bonus auslöst.

Ebenfalls **keinen Laborbonus** und auch kein Laborbudget erhalten wir künftig **für die Patienten, die mit einer Ausnahmekennziffer (nach EBM 32005 bis 32023)** versehen werden.

Bisher löste jeder Arztfall 48 Laborpunkte aus. Aus der Summe aller Arztfälle berechnete sich das Laborpunktekonto. Multipliziert mit dem Punktwert von 3,5 Cent ergab sich dann die Summe, welche der Praxis im Laborbereich zur Verfügung stand. Wurde das Konto nicht überschritten, so kam die volle Summe Laborbonus zur Auszahlung. Überschreitungen wurden abgezogen. Gerade die Versorgung unserer multimorbiden Patienten mit entsprechendem Laboraufwand ist von diesen neuen Regelungen betroffen.

Überschlagsweise können Sie davon ausgehen, dass **Ihre Verluste sich in einer Einzelpraxis bezogen auf 1000 Scheine bei etwa 3000€ pro Jahr bewegen werden. Bei einer BAG** müssen Sie mit **etwa 30-40 Prozent höheren Verlusten** rechnen. So erleben wir jetzt einen **weiteren finanziellen Verlust und Transfer von Honorar aus dem hausärztlichen in den spezialärztlichen Bereich!** **Hinzu kommt, dass etwaige Überschüsse aus dem Grundbetrag Labor einseitig dem spezialärztlichen Grundbeitrag gutgeschrieben werden sollen, Verluste aber den Labortopf für alle schmälern!**

Damit nicht genug, wird parallel dazu versucht, vor der beschlossenen festen Trennung der hausärztlichen und spezialärztlichen Honorartöpfe im Rahmen der Vorwegabzüge noch mehr Geld aus dem Hausarzttopf ab zu ziehen. So erteilte die KBV just einen „Auftrag zur Identifizierung von geeigneten Indikatoren für Leistungsverlagerungen zwischen dem haus- und fachärztlichen Basisbetrag, der so erfüllt wird, dass die Ergebnisse bis zum 31. Dezember 2013 umgesetzt werden können“.

So haben sich z.B. die Behandlungsfälle mit Einführung des EBM 2008, der ja das Hamsterrad beenden sollte, allein **im Verwaltungsbereich der KVHB** vom Jahre 2008 auf das Jahr 2009 um **+ 13,8 %** erhöht ! Wenn also spezialärztliche Behandlungsfälle weiter zunehmen, dann wird dies sicher einer der Leistungsverlagerungsindikatoren sein, und damit – nach KBV-Denke - Einfluss haben auf die Honorartrennung. Das ist die altbewährte Taktik des Kollektivvertrags, ein hausärztlicher Schelm, wer Böses dabei denkt! Es wird hohe Zeit, die Verhältnisse zu ändern! Die Hausarztverträge bieten uns die einzige Chance dazu! JW

Neue U10 und J2 nur für Kinderärzte in Bremen abrechnungsfähig

Kennen Sie schon die neue U10 und die neue Vorsorge für Jugendliche J2? Sie sollen sie als Hausarzt auch gar nicht kennen lernen. Das meinen jedenfalls AOK und KV Bremen, die die Vergütung dafür ausschließlich mit den Kinderärzten vereinbart haben. Die Kindervorsorgen U1-9 dürfen wir durchführen und auch die J1 bei jüngeren Jugendlichen. Wo bleibt der Sinn? Zumal die meisten Jugendlichen im J2-Alter von 16-17 Jahren meist ohnehin schon vom Allgemeinarzt versorgt werden. Wir können in diesem Vertrag nicht viel mehr als effektive Lobby-Arbeit erkennen und eine Ohrfeige der AOK Bremen für die Bremer Hausärzte und ihre jugendlichen Patienten im Land Bremen HMM



Allgemeinärztliche Weiterbildung sollen die Hausärzte in Bremen selbst zahlen

Unsere Bemühungen die Weiterbildung Allgemeinmedizin zu fördern scheinen auf fruchtbaren Boden gefallen zu sein. Zumindest leicht scheint die Zahl der Ärzte in Weiterbildung in Bremen anzusteigen. Vielen Dank an die Protagonisten der Verbundweiterbildung!

Nachdem bundesweit die Zahl der abgeschlossenen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin von 4000 im Jahr 2005 auf 1200 im Jahr 2009 gefallen ist und gleichzeitig z.B. im Land Bremen 28% der Allgemeinärzte 60 Jahre oder älter sind, wurde auf Bundesebene die Förderung der Weiterbildung bekräftigt, angehoben und sogar eine Mindestzahl zwischen Kassen, Bundesärztekammer und Kassenärztlichen Bundesvereinigung vereinbart.

Anders leider in Bremen:

Hier wurde von der KVHB zunächst die Förderstellenzahl von 20 auf 18 reduziert (2010), dann wurde, nach Ausschöpfung des Kontingents, vom KV Vorstand erklärt, dass es darüber hinaus keine Förderung geben würde. Erst nach massiver Intervention des Verbandes bei der Ärztekammer, der Behörde und auf Bundesebene wurde auch bei den in Bremen Verantwortlichen deutlich, dass Antragssteller einen Rechtsanspruch auf eine Förderung haben!

Nach dem im beratenden Fachausschuss Hausärzte eine positive Meinungsbildung zur Erweiterung des Förderkontingentes konsentiert worden war, kam es dann auf Intervention des Fachausschusses Fachärzte und des KV-Hauptausschusses zu einem Beschlussvorschlag in der Vertreterversammlung vom 12.03.13, der zwar eine Anhebung der Förderstellen auf 28 vorschlug, jedoch die Finanzierung der weiteren 10 Stellen allein aus dem Honoraranteil der Hausärzte vorsieht.

Dieses Vorgehen ist bundesweit besonders! Sowohl auf KBV Ebene wie auch in den Regionen wurde die Förderung immer als gemeinschaftliche Aufgabe (Pflicht) der gesamter Vertragsärzteschaft angesehen. Und auch bei der geplanten Trennung des Honorar auf Bundesebene ist geplant, die Förderung als Vorwegabzug, also vor Trennung durchzuführen. In Bremen wird es nun anderes kommen, Hausärzte bezahlen die Weiterbildung ihres Nachwuchses selber! Während Spezialisten ihren Nachwuchs in den Kliniken weiterbilden lassen.

Dass diese Forderung der Spezialisten sich durchsetzen konnten ist ja noch nachvollziehbar, dass aber Anne Nethe und Thomas Liebsch (u.a. auch als Hauptausschussmitglieder) diese Regelung unterstützen ist traurig. So haben nur Hausärzterverbandsvertreter und Birgit Lorenz (Irene Suschko-Kück war nicht anwesend) gegen dieses Vorgehen gestimmt.

Wie man sich so eklatant gegen die Interessen der eigenen Fachgruppe stellen kann erscheint mir unbegreiflich! Und ist wie gesagt bundesweit ziemlich außergewöhnlich! HMM

Die HzV-„Klebchen“ sind da

Die HÄVG stellt jedem HzV Arzt kostenlos 100 „Versichertenkartenaufkleber“ zur Verfügung. Die Aufkleber können Sie auf den Versichertenkarten ihrer HzV Patienten anbringen. Damit sind HzV- Patienten gekennzeichnet und können z.B. im Vertretungsfall besser identifiziert werden. Auch wird dadurch die Patientenbindung erhöht.



Die Aufkleber können zu den Geschäftszeiten in der Geschäftsstelle abgeholt werden, oder Sie fordern diese per Post dort an.

Hausarzt in Bremen

Pauschale Streichung der Praxisgebühr = gesundheitspolitisches Eigentor

Allein mit der Grippewelle ist das nicht zu erklären: Um 17,8 (!) Prozent ist die Anzahl der Rezepte im Januar 2013 im Vergleich zum Dezember 2012 gestiegen, meldet die Kaufmännische Krankenkasse.

Im Vergleich zum Januar 2012 ist dies noch ein Anstieg von 8,6 Prozent je Versichertem, was allein für die KKH höhere Kosten von 66,5 Millionen Euro bedeutet. Dieses Einzelbeispiel bestätigt unsere Warnungen, die Praxisgebühr pauschal zu streichen. Gerade die Patienten sind dabei die leidtragenden. Dem Ärztehopping wurde wieder Tür und Tor geöffnet. Damit vergrößert sich auch das Risiko für die Patienten, dass unabgestimmte Parallelbehandlungen den Therapieerfolg beeinträchtigen oder ein unkontrollierter Medikamenten-Mix sogar die Gesundheit gefährdet. Die Frage nach der zentralen Steuerungsfunktion des Hausarztes stellt sich immer deutlicher. Raten Sie deshalb Ihren Patienten, sich vor jedem Facharztbesuch einen Überweisungsschein ausstellen zu lassen. Der Überweisungsschein ist übrigens ein Dokument, das der Aufbewahrungspflicht unterliegt und nicht einfach vernichtet werden darf! Als weitere Option sollten Sie bei Bedarf nicht Weiter/Mitbehandlung sondern „Konsiliarbehandlung“ ankreuzen. Zudem sollten wir, wann immer möglich und sinnvoll, Befunde mitgeben und /oder Fragestellungen formulieren. HMM

Die Verordnung von Flunitrazepam kann Ihre Approbation gefährden

Verordnen Sie Flunitrazepam (Rohypnol / Generika) an Patienten, von denen Sie nicht sicher ausschließen können, dass Sie drogenabhängig sind oder dieses Medikament an Drogenabhängige weiter geben, kann Ihnen das die berufliche Existenz kosten!

Nein, das ist keine leere Drohung, sondern harte Realität für eine Bremer Hausarztkollegin, für die die Gesundheitsbehörde im März „das Ruhen der Approbation mit sofortiger Wirkung“ angeordnet hat. Das heißt, sie darf ab sofort keinerlei ärztliche oder Praxistätigkeit mehr ausüben, bis die Vorwürfe gerichtlich geklärt sind. Wer weiß, wie lange Gerichte für die Klärung solcher Sachverhalte üblicherweise brauchen, kann sich vorstellen, was das bedeutet. Ich nenne es Berufsverbot aufgrund einer Vorverurteilung. Wenn das Gericht den Vorwürfen der Behörde nicht folgt, wer kommt dann für den materiellen und emotionalen Schaden auf, den die Kollegin erlitten hat? Einstweilige Verfügung? Ja natürlich, aber auch die dauert im „Eilverfahren“ oft drei Monate.

Ich kenne nicht die Details der Vorwürfe, auf deren Basis die Behörde ein solch existenzvernichtendes Verfahren durchzieht. Ich weiß aber „amtlich bestätigt“, dass es keinerlei Vorwarnung oder „gelbe Karte“ für die Kollegin gab, und sie buchstäblich „aus allen Wolken fiel“. Diese Kollegin sei eine Gefahr für das Leben ihrer Patienten, schreibt die Behörde sinngemäß. Ob hier etwas verwechselt wird? Hat die Kollegin arglose Menschen drogenabhängig gemacht? Ich denke eher, sie waren es schon. Vielleicht hatte sie zu wenig Rückgrat, sich deren Forderungen ausreichend zu widersetzen. (Was ja auch nicht immer leicht ist, denn kaum ein Mensch kann glaubhaftere Lügengeschichten als ein Junkie. Wir Hausärzte haben ja zumeist die „Berufskrankheit“, unseren Patienten erst einmal zu vertrauen). Dennoch: Wären nicht andere Maßnahmen ausreichend gewesen – z.B. ein Verbot, Benzodiazepine zu rezeptieren? Ich meine: Hier wurde das Kind mit dem Bad ausgeschüttet.

Mein Resumee:

- Verordnen Sie kein Flunitrazepam (und falls im Ausnahmefall doch nur korrekt auf Btm-Rezept)
- Verweisen Sie drogenabhängige Patienten zur Behandlung an Ärzte, die im Umgang mit ihnen kompetent sind



- Verweisen Sie drogenabhängige Patienten an die einschlägigen Drogenberatungsstellen und an das Gesundheitsamt AH

Meinung 1: Kann der Hausarzt suchtkranke Patienten effektiv therapieren?

In anderen Ländern regeln überwiegend staatliche Stellen die Abgabe von Suchtstoffen an Medikamenten- und Drogen-Abhängige. In Deutschland hat die Politik den Hausärzten diese Rolle zugeschanzt. Wir Hausärzte können Drogenprobleme leider nur selten lösen. Haben Sie jemals versucht, eine 70jährige, seit 40 Jahren Oxazepam-abhängige Patientin in einer Bremer oder sonstigen Klinik zur Herunterdosierung unterzubringen?

Ich meine: Drogenpolitik ist staatliche und nicht hausärztliche Aufgabe und empfehle folgendes Vorgehen:

- Verordnen Sie auch keine anderen Benzodiazepine regelmäßig (auch nicht auf Privatrezept) - denn es ist immer schwierig, eine länger als 4-6 Wochen andauernde Behandlung medizinisch zu begründen.
- Verweisen Sie benzo-abhängige Patienten zur Herunterdosierung an kompetente Neurologen / Psychiater oder weisen Sie sie in die einschlägigen psychiatrischen Fachabteilungen ein
- Falls Kollegen oder Kliniken die Behandlung ablehnen fragen Sie nach, warum. Lassen Sie sich die Ablehnungsgründe schriftlich geben und dokumentieren Sie diese in der Krankenakte AH

Meinung 2: Behandlung von Benzodiazepin-Abhängigen bleibt hausärztliche Kompetenz

Ich bin der Auffassung, dass die Betreuung suchtkranker Menschen auch in Zukunft zu den hausärztlichen Grundkompetenzen gehört. Das Problem beginnt schon bei der Definition einer Sucht. Warum sollten wir in der Lage sein, Menschen mit Ess- oder Alkoholsucht zu behandeln – solche mit einer Benzodiazepin-Abhängigkeit aber nicht? Sind Neuro-Psychiater besser dazu in der Lage als wir? Wie gut sind sie erreichbar?

In den vorgeschlagenen Verweisungen der entsprechenden Patienten an staatliche Stellen oder Neuropsychiater sehe ich einen – vor dem Hintergrund des Falles der Flunitrazepam verordnenden Kollegin verständlichen – Abwehrmechanismus. Ich meine: Süchte sind Bestandteil des Lebens sehr vieler Menschen. Auch Hausärzte können ihren Patienten beim Ausstieg aus ihrer Benzodiazepin-Abhängigkeit helfen. Meinem Kollegen und mir ist das nicht nur in einem Fall gelungen.

Im Einzelfall helfen hier keine starren Regeln, sondern die gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient. Wenn die über 80-jährige Patientin auf Verordnung eines Benzodiazepins, das sie schon seit Jahrzehnten von meinem Vorgänger rezeptiert bekam, besteht, hielte ich es für anmaßend, ihr die Verordnung strikt vorzuenthalten. Die Verordnung auf einem Privatrezept begreife ich dabei als Hürde, mit der ich der Patientin gegenüber zum Ausdruck bringe, dass ich nicht einverstanden bin – „wenn Sie das Mittel unbedingt gegen meinen ärztlichen Rat einnehmen wollen, dann bezahlen Sie es bitte selbst“. GE



Berliner Gesundheitspreis für die Bremer Akademie für hausärztliche Fortbildung!



In den Vorverhandlungen für den leider immer noch nicht in Kraft getretenen Vertrag des Hausärzterverbandes mit der AOK Bremen hatten Mitglieder des Reflexionsteams des Bremer Hausärzterverbandes ein Konzept entwickelt, wie die Gesundheitsuntersuchung weiter entwickelt werden könnte.

Wir befürchteten eine sinnlose Ausweitung von Leistungen, wenn wir auch bei 18-35 Jährigen – und bei über 70-Jährigen jährlich das Cholesterin messen würden, um die Ziffer 01732 abrechnen zu können.

Unser alternatives Konzept sieht nicht vorrangig eine körperliche, Labor- oder apparative Untersuchung vor, sondern den Einsatz von Problem-Fragebögen bei den 3 Altersgruppen 18-34, 35-69 und 70+. Die gemeinsame Bearbeitung dieser Fragebögen führt zur einer Priorisierung von Problemen. Für deren Bearbeitung haben wir einen umfangreichen „Werkzeugkasten“ mit Entscheidungshilfen, Patienteninformationen, Leitlinien, Adressen mit Hilfsangeboten etc.. erstellt, der auf der Homepage des Hausärzterverbandes zum freien Download steht unter <http://www.hausaerzterverband-bremen.de/Bremer-Vorsorgeuntersuchung.526.0.html>

Vorrangig die evidenzbasierten Hilfs-Tools aus diesem Werkzeugkasten hatten wir im Sinn, als wir uns um den Berliner Gesundheitspreis 2013 bewarben. Denn das Motto hieß: „Wie kommt Wissen in die Praxis?“

Jürgen Biesewig, Günther Egidi und Guido Schmiemann nahmen am 19.3.2013 im Beisein der Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium Widmann-Mauz einen Scheck in Höhe von 7.500 € für ihre Arbeit in Empfang.

In ihrer Laudatio erwähnte die Referatsleiterin beim Gemeinsamen Bundesausschuss Klakow-Franck, dass unsere Arbeit genau zu einem Zeitpunkt bekannt wurde, in dem man ohnehin an eine Überarbeitung der Gesundheitsuntersuchung nach §25 SGB V denkt.

Wir werden uns dafür einsetzen, dass man diesen Paragraphen nicht einfach so verändert, sondern dass zunächst im kontrollierten Vergleich untersucht wird, wie zufrieden die Patienten mit dem von uns erarbeiteten Instrument sind – und auch, ob sein Einsatz Nebenwirkungen zeigt.

Übrigens: Die Durchführung der neuen Bremer GU ist bereits seit dem 1.1.2013 Bestandteil des Hausarztvertrages mit Barmer-GEK, DAK, HEK und KKH!

GE

