



Auch 2020 warten viele Aufgaben

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

zum Jahreswechsel erhalten Sie zum ersten Mal unsere hävnews; das nächste gedruckte Hausärzte-Info erscheint dann Anfang März 2020. Bitte merken Sie sich schon jetzt für das kommende Jahr den 20. und 21. März vor. An diesen beiden Tagen findet in Frankfurt der 12. Hausärztetag Hessen mit vielen interessanten Fortbildungen und Diskussionen statt.

So erfreulich das zu Ende gehende Jahr für den Hausärzteverband Hessen war, so zahlreich sind die Aufgaben, die ab dem kommenden Jahr auf uns warten. Dies liegt an der Gesetzesflut, mit der Bundesgesund-

heitsminister Jens Spahn (CDU) uns überzieht. Ob Notdienst-Neuerungen, EBM-Reform (S. 3) oder weitere Digitalisierung – der agile Münsterländer sorgt für Druck auf vielen Kanälen. Glücklicherweise sind wir dank eines tollen Teams gut für diese Herausforderungen gewappnet (S. 2). Sehr erfreulich ist schon jetzt, dass die Anpassungen in der HZV weit gediehen und so gut wie sicher ist, dass die bundesweiten HZV-Verträge den Ansprüchen der Aufsicht genügen (S. 7). Auch das Telearzt-Modul in der HZV wird nun finanziell gefördert (S. 9).

Top-Meldungen

Die Homöopathie hat es leider nicht in unsere neue Weiterbildungsordnung geschafft. Verantwortlich dafür waren der Marburger Bund und die Facharzt-Liste in der DV der Landesärztekammer. ► [Seite 4](#)

Bürokratieabbau wäre so einfach – wenn im Zuge der EBM-Reform die fünfstelligen

Zahlenkolonnen durch dreistellige ersetzt worden wären. Aber wir vom Hausärzteverband Hessen geben nicht auf. ► [Seite 5](#)

Die Digitalisierung im Gesundheitssystem kollidiert mit dem Gebot der ärztlichen Schweigepflicht. Zudem stehen die Kosten für die TI in keinem Verhältnis zum Nutzen. ► [Seite 10](#)



Ein Jahr mit vielen Herausforderungen

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

unser agiler Bundesgesundheitsminister Jens Spahn überzieht uns derzeit mit einer noch nie da gewesenen Gesetzesflut. Ob es sich um das noch nicht einmal vollständig umgesetzte TSVG handelt oder um die neue Versorgungssituation im ärztlichen Bereitschaftsdienst oder um das neue Psychotherapeutengesetz – all dies wurde in diesem Jahr gesetzlich initiiert und erfordert eine massive Anpassung der KV-Strukturen.

Die Notdienste im KV-System (116117 – die Elfen, die helfen...) werden nächstes Jahr mit den Terminservicestellen zusammengeschaltet. Zusätzlich müssen die KVen einen neuen und aus ärztlicher Sicht nicht sinnvollen EBM umsetzen.

Spahn hat den Gesetzes-Turbo eingelegt

Nicht zu vergessen die Digitalisierung: die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) sowie das eRezept werden kommen. Allerdings nicht so, wie es sich ein Laie denkt, denn die KBV und der GKV-Spitzenverband finden die Papierform „als digitales Medium“ ausreichend! Hier liegt aus unserer Sicht dringender Handlungsbedarf vor. Es kann doch nicht sein, dass die Digitalisierung allen nutzt, nur den Praxen nicht, in denen sie zu einer Mehrbelastung führt, was mehr Arbeitszeit oder/und ein finanzielles Engagement notwendig macht.

Die Liste kann nahezu unbegrenzt fortgesetzt

werden. Aus der Sicht unseres Verbandes sind die Anpassungen der HZV-Verträge der wichtigste Punkt. In der Landesärztekammer wurde gerade die Musterweiterbildungsordnung (MWO) diskutiert, womit ebenfalls Veränderungen verbunden sind. Es gibt also wahrlich genug Arbeit für uns alle.

Vielen Dank an alle Mitstreiter/innen!

Ich möchte an dieser Stelle den Kolleginnen und Kollegen des Landesvorstandes, den Bezirksvorsitzenden, den Mitgliedern in der KV-Vertreterversammlung und in der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer herzlich für Ihre geleistete Arbeit danken. Nur durch ihr Engagement sind die oben angerissenen Themen in unserem Sinn zu bearbeiten.

Ein besonderer Dank gebührt unserem KV-Vorstand Dr. Eckhard Starke. Zudem danke ich speziell Wolf Eckert und Dr. Stefan Grenz für Ihre hervorragende Arbeit bei der Steuerung der Arzneimittelmodule (AOK und VAG) und bei den in diesem Jahr sehr erfolgreich gestarteten Pharmakotherapiekreisen.

Ein großer Dank geht auch an Esther Tchapmi Pousseu und Dr. Saloua Dillmann für die Arbeit der Geschäftsstelle und in der in diesem Jahr gegründeten Servicegesellschaft (HSGH). Ohne die beiden Damen wären wir nicht handlungsfähig.

Ich wünsche Ihnen Allen ein besinnliches Weihnachtsfest, einen guten Rutsch ins Jahr 2020 und für das nächste Jahr weiterhin viel Erfolg.

Armin Beck

EBM-Reform: Das reicht einfach nicht!

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ist gesetzlich gezwungen, bis zum 1. April 2020 einen überarbeiteten EBM vorzulegen. Wie Sie alle wissen, ist eine EBM-Reform nur im Übereinkommen mit dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen möglich.

Sprechende Medizin soll profitieren, ...

Wichtigster Inhalt dieser Reform ist die Besserstellung der sprechenden Medizin. Per se ist das keine schlechte Sache, aber zu unserem Leidwesen gilt – Sie ahnten es sicher schon – das Gebot der Punktsummen-Neutralität. Das bedeutet nichts anderes als: Wenn eine Leistung besser honoriert wird, muss eine andere schlechter gestellt werden. Folglich trifft es die techniklastigen Facharztgruppen wie Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie sehr hart, aber auch im hausärztlichen Bereich sind durch die EBM-Reform Verwerfungen abzusehen. So sollen die Leistungen zum problemorientierten Gespräch (GOP 03230) sowie zur Psychosomatik (GOP 35100 und 35110) aufgewertet werden.

... dafür bluten die technischen Leistungen

Dies geschieht allerdings zu Lasten der aus Versorgungsgesichtspunkten sehr sinnvollen hausärztlichen Technik. Dazu gehören Sono-

graphie, Langzeit-Blutdruckmessung, Langzeit-EKG, Belastungs-EKG, Lungenfunktion usw. Die abschließende Bewertung steht zwar noch aus; es ist aber zu befürchten, dass die zu verwendenden Batterien mehr kosten als die entsprechende Leistung an Vergütung bringt. Auch die geplante Abwertung der Sonographie-Leistungen ist nicht sinnvoll. Da zudem das so gesparte Geld nicht ausreicht, müssen auch die Beträge für die Ordination gekürzt werden.

Hausbesuche: Ohne mehr Geld geht's nicht!

Zusätzlich will der Spitzenverband die Gelegenheit nutzen, die Hausbesuche besser zu honorieren – natürlich, ohne einen Euro dafür zu zahlen! Auch hier sollen Gelder aus dem Bereich der GOP 0300x genutzt werden. Die Krankenkassen wollen sich also aus der für sie leidigen Diskussion um die weitaus zu geringe Bewertung des Hausbesuches (GOP 01410) herausstellen, ohne selbst Geld dafür zur Verfügung zu stellen. Eine dringend notwendige bessere Honorierung des Hausbesuches ohne neues Geld ist völlig intolerabel! Die Hausärzte in der KBV haben dieses Ansinnen klar zurückgewiesen. Die endgültige Entscheidung muss nun im erweiterten Bewertungsausschuss getroffen werden. Wir halten Sie auf dem Laufenden. *Armin Beck*

Neue Kontonummer? Schreiben Sie uns!

Anfang März 2020 wird bei den Mitgliedern, die uns eine Einzugsermächtigung erteilt haben, der Mitgliedsbeitrag per Lastschrift eingezogen. Falls sich Ihre Kontonummer geändert hat oder bis dahin ändern wird, bitten wir Sie, uns die neue Kontonummer der Geschäftsstelle schriftlich bis zum 15. Februar 2020 mitzuteilen. Sie erreichen uns per E-Mail unter info@hausaezte-hessen.de. Bitte achten Sie auf ausreichende Kontodeckung. Nur

so können wir unnötige Kosten vermeiden. Bitte buchen Sie bei einer Abbuchung von einem alten Konto nicht selbst zurück, sondern bitten Sie mit einer Erklärung um Rückbuchung. Seit dem 01. Januar 2019 zahlen angestellte Ärztinnen und Ärzte nur noch 150 statt wie bisher 300 Euro jährlich. Hierfür ist ein jährlicher Nachweis erforderlich, der ebenfalls bis zum 15. Februar bei der Geschäftsstelle eingehen muss. *Esther Tchapmi-Pousseu*



WBO: Aus für Homöopathie in Hessen!

Bei der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen Ende November gab es aus Sicht von uns Hausarzt(inn)en zwei unschöne Entscheidungen. Eigentlich sollte vor allem über eine bundeseinheitliche Weiterbildungsordnung (WBO) in Hessen abgestimmt werden, doch die Einheitlichkeit wurde durch zwei Anträge vereitelt: erstens durch den Antrag auf Aufnahme der Zusatzbezeichnung „ambulante Geriatrie“ in die hessische Version der WBO, und zweitens durch den Antrag zur Abschaffung der Zusatzbezeichnung „Homöopathie“, den der hessische Marburger Bund mit Vehemenz in die Versammlung einbrachte. Beide Anträge konnten sich in der Delegiertenversammlung gegen den Widerstand der hausärztlichen Vertreterinnen und Vertreter durchsetzen (siehe Kasten).

Hausärzte wurden überstimmt

Zur Homöopathie: Wir hausärztliche Delegierte in Hessen wollten unseren Kolleginnen und Kollegen, die gern homöopathisch therapieren möchten, und den Patienten, die gerne homöopathisch von einem Arzt bzw. einer Ärztin behandelt werden wollen, den Rücken stärken. Dies ist uns aber gegen die Tendenzen beim Marburger Bund, der vor allem angestellte Ärzte vertritt, und gegen die anderen Teilgebietsärzte, die meist keine homöopathische Behandlung anbieten, leider nicht gelungen. Darüber hinaus hatten wir als Hausärzte das Interesse, eine bundeseinheitliche WBO ein-

zuführen, in der auch die Homöopathie enthalten ist. Damit wollten wir verhindern, dass das Angebot in der Weiterbildungsordnung in Hessen eingeschränkt wird und interessierte Ärzte eventuell in andere Bundesländer ausweichen – eine schlechte Entwicklung im Zuge des voranschreitenden Hausärztemangels auch in Hessen.

Die ebenfalls beschlossene Aufnahme der Zusatzbezeichnung „ambulante Geriatrie“ ist aus hausärztlicher Sicht komplett überflüssig. Sie ist nichts weiter als eine Nischenweiterbildung für Teilgebietsärzte, die an der hausärztlichen geriatrischen Versorgung teilhaben möchten. Die fachärztliche stationäre Geriatrie-Zusatzbezeichnung bleibt unberührt davon in der neuen hessischen Weiterbildungsordnung analog zur Muster-WBO bestehen.

Jutta Willert-Jacob

80 Sitze in der Delegiertenversammlung

Wenn die „Fachärztinnen und Fachärzte Hessen“ sowie der Marburger Bund sich einig sind und gemeinsam etwas blockieren wollen, haben die Vorschläge der anderen Listen in der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) keine Chance mehr. Der Grund: Die „Fachärzte“ haben 20 Sitze, der Marburger Bund hat 24. Alle anderen Fraktionen kommen zusammen auf 36 Sitze.



EBM: Raus aus dem Ziffernlabyrinth!

Die EBM-Ziffern werden auch nach der anstehenden EBM-Reform fünfstellig bleiben. Damit wurde die Chance zum Abbau der unsäglichen Zahlenkolonnen verpasst. Doch wir geben nicht auf: Eine Arbeitsgruppe des Hausärzterverbandes Hessen will ein schlankes EBM-Modell entwickeln und auf dem Weg durch die Gremien bis zur KBV zu führen. Aber der Reihe nach!

Die Älteren von uns werden sich vermutlich noch an die Vorgänger des derzeitigen Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) erinnern. Damals war es möglich, die komplette hausärztliche Versorgung in ein- bis maximal dreistelligen Gebührenordnungspositionen (GOP) abzubilden. Der tägliche Dokumentationsaufwand war entsprechend gering.

EBM: Anachronistische Zifferneingabe

Man hätte annehmen können, dass die Einführung von Computern in den Arztpraxen zu einer weiteren Vereinfachung der täglichen Arbeit hätte führen sollen. Stattdessen wurden die Ärzte in Deutschland bei der Einführung des neuen EBM im Jahr 2005 von der Umstellung auf durchgängig fünfstellige Abrechnungsziffern überrascht. Hintergrund war die seitens der KBV offensichtlich zu statistischen Zwecken gewünschte Trennung der EBM-Kapitel nach Arztgruppen. Dies führte dazu, dass alle EBM-Ziffern auf fünf Stellen „anschwellen“, wobei die ersten zwei Ziffern lediglich einen Hinweis auf die Arztgruppe geben. Seit-

her tippen in den Arztpraxen in Deutschland hunderttausende eifrige Hände täglich klaglos fünfstellige Zahlenkolonnen in die Praxis-EDV ein.

In einer Zeit hochmoderner Praxisverwaltungssysteme (PVS) erscheint es anachronistisch, jede einzelne Leistung durchweg fünfstellig eingeben zu müssen, nur damit die Arztgruppe des abrechnenden Arztes anhand der ersten beiden Ziffern identifiziert werden kann. Es wäre bedeutend einfacher, wenn man diese beiden Ziffern generell in der PVS voreinstellen und danach nur die jeweilige GOP mit maximal drei Stellen eingeben könnte bzw. müsste.

Erhebliches Potenzial für Vereinfachung

Noch weiter gedacht sollte es zudem möglich sein, auch eine Eingabe von ein- oder zweistelligen EBM-Positionen durch automatische Ergänzung mit vorangestellten Nullen durch die PVS auf ein dreistelliges Format zu bringen. So würde z.B. die Eingabe der GOP 03000 durch die Eingabe einer einzigen „0“ möglich. Diese würde durch die automatische Ergänzung auf eine dreistellige Eingabe im PVS mit „000“ angezeigt und durch die voreingestellte Arztgruppenangabe bei der Abrechnung auf die fünfstellige „03000“ ergänzt, die derzeit jedes Mal komplett eingegeben werden muss. Man könnte sich bei einer derartigen EBM-Neuentwicklung auch überlegen, ... *(Fortsetzung nächste Seite)*

(Fortsetzung von Seite 5)

... die häufigsten in den jeweiligen Fachgruppen genutzten Abrechnungspositionen mit den einstelligen GOP 1 bis 9 zu belegen, um den Eingabeaufwand zu minimieren. Es dürfte kaum eine ärztliche Fachgruppe geben, die mehr als 1000 GOP zur Abrechnung ihrer Arbeit benötigen. Für den hausärztlichen Bereich wären maximal 999 GOP, die die dreistellige Eingabe ja böte, allemal ausreichend.

Drei Ziffern – das wäre Bürokratie-Abbau!

Die von unterschiedlichen Fachgruppen abrechenbaren GOPs, wie z.B. Hausbesuche / Eigenlabor, könnten innerhalb jeder Fachgruppe eine eigene (im Optimalfall natürlich dieselbe) dreistellige Ziffer erhalten und bei Bedarf von der KV in eine gemeinsame Statistik überführt werden. Die vorgeschlagenen Änderungen würden für uns alle eine erhebliche Zeitersparnis bringen, was in Zeiten knapper werdender Ressourcen nicht unwichtig erscheint. Zudem könnte sie das Auftreten von Erkrankungen, die typisch sind für Bildschirm-

arbeitsplätze – wie Tendovaginitiden und Fingergelenkspolyarthrosen – für Praxismitarbeiterinnen und -inhaber hinauszögern oder sogar verhindern. Nicht zuletzt wäre sie ein schönes Beispiel für den seitens der KBV angestrebten Bürokratie-Abbau in den Arztpraxen.

HÄV Hessen arbeitet an Vereinfachung

Derzeit wird zwar ein neuer EBM entwickelt, der 2020 in Kraft treten soll – eine Änderung der Abrechnungssystematik ist darin jedoch ausdrücklich nicht vorgesehen. Diese Chance wurde leider vertan!

Doch vielleicht ist nicht jede Hoffnung verloren: Der Hausärzterverband Hessen hat eine Arbeitsgruppe gebildet, die sich der exemplarischen Entwicklung eines gemäß den obigen Regeln funktionierenden EBMs für den hausärztlichen Bereich widmet.

Es ist geplant, diesen EBM auf dem Weg durch die Gremien bis zur KBV zu führen. Vielleicht kann auf diese Weise für die Zukunft eine anwenderfreundlichere Lösung gefunden werden.

Dr. Jürgen Burdinski

**12. Hausärztetag Hessen**

20./21. März 2020

HSGH Hausärztliche Servicegesellschaft Hessen –
die Wirtschaftsgesellschaft des Hausärzterverband Hessen e.V.



HZV-Anpassung: Wir kommen gut voran

Die Hausarztzentrierte Versorgung befindet sich gerade im Umbruch. Dahinter steht das Bundesversicherungsamt (BVA), dem alle bundesweit tätigen Krankenkassen unterstehen: „Kein Geld für Diagnosekodierung“, hat das BVA nach der Aussage des Vorsitzenden der Techniker Krankenkasse (TK), Jens Baas, in der „Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung“ als Losung ausgegeben.

In einem aufsehenerregenden Artikel hatte Baas im Oktober 2016 gesagt, dass seine und andere Krankenkassen die Ärzte dazu drängen würden, möglichst viele Diagnosen zu stellen, weil die Krankenkassen auf diese Weise mehr Geld aus dem Risikostrukturausgleich bekämen.

Zunächst fokussierte das BVA auf die Strukturverträge der KVen, von denen es 2017/18 sehr viele gab. Danach gerieten die Selektivverträge ins Visier. Auch hier gibt das BVA vor, dass eine wie auch immer geartete Honorierung aufgrund der Diagnosestellung nicht rechtskonform ist. In der Folge wurden alle Verträge der Krankenkassen überprüft, die dem BVA unterstehen. Die AOK Hessen gehört nicht dazu.

Wichtig und interessant für uns Hausärzte: Die bundesweit tätigen Krankenkassen, die sich vor einigen Jahren noch vehement gegen die HZV-Verträge gewehrt hatten, haben sich jetzt

unisono für den Fortbestand der Verträge ausgesprochen. Für alle Verträge wurden bezüglich der Diagnosen (mit vertragspezifischen P3-Beschreibungen) in den vergangenen Monaten Übergangsregelungen getroffen.

Unser Verhandlungsteam ist erfolgreich

Zudem haben wir ein Verhandlungsteam für den Bund gebildet – dazu gehören die Landesvorsitzenden von Bayern, Westfalen und Hessen sowie die Schriftführerin unseres Bundesverbandes –, die mit den bundesweit tätigen Krankenkassen die Weiterentwicklung der jeweiligen Verträge verhandeln. So steht der neue TK-Vertrag kurz vor dem Abschluss. Mit den Krankenkassen des vdek gibt es eine Übergangsregelung. Und die Verträge mit den Betriebskrankenkassen sind im Fall der GWQ bereits verhandelt oder werden es gerade noch (VAG, Spektrum K).

Die HZV-Verträge mit der AOK unterliegen, wie erwähnt, nicht den Regulierungen des Bundesversicherungsamtes. Für Hessen wurde der AOK-Vertrag gemeinsam mit dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration im Mai 2018 angepasst. Sobald (weitere) vertragliche Anpassungen schriftlich fixiert sind, werden wir Sie über alle erfolgten Neuerungen informieren.

Armin Beck

Übergangsregel für TK & Co greift jetzt

In Kürze wird Ihr Honorar aus den HZV-Verträgen mit der Techniker Krankenkasse (TK) und den anderen Ersatzkassen für das dritte Quartal 2019 ausbezahlt. Dabei greift erstmals die neue Vergütungssystematik für die Betreuung der chronisch kranken Patienten. Wie berichtet, wurde die Umstellung erforderlich, nachdem einzelne Kassen auf Druck des Bundesversicherungsamtes außerordentliche Teilkündigungen ausgesprochen hatten. Die Übergangslösungen im Sinne einer „einheitlichen Chronikerpauschale“ führen zu einer deutli-

chen Vereinfachung der Abrechnung: Die Zuschläge für Multimorbidität entfallen, die Einschränkung auf bestimmte chronische Erkrankungen ist aufgehoben. Somit kann für mehr Patienten als bisher eine P3 abgerechnet werden. Das Honorarvolumen wurde insgesamt gesichert. Gleichwohl kann es praxisindividuell wegen der beschriebenen Änderungen zu Abweichungen nach oben oder unten kommen. Die durchschnittliche Vergütung liegt aber weiterhin signifikant über dem Niveau der Regelversorgung.

HÄVGAG



Videosprechstunde: ein Selbstversuch

Die digitalen Anwendungen kommen nach und nach in der Praxis an. Seit Juli 2017 können wir Video-Sprechstunden über die gesetzlichen Krankenkassen abrechnen und mit den Änderungen, die 2019 gekommen sind, auch breit einsetzen. Nach vielen Diskussionen um den Nutzen der Videosprechstunde innerhalb des Hausärzteverbandes habe ich mich an einen Selbstversuch gewagt.

Die technischen Voraussetzungen: Für die Videosprechstunde haben Vertragsärzte derzeit die Wahl zwischen sechs von der KBV zertifizierten Dienstleistern. Bei einem von diesen muss man sich (kostenpflichtig) anmelden und dies der KV-Hessen schriftlich mitteilen. An technischer Ausstattung werden benötigt: ein Laptop mit Kamera, Mikrofon und Lautsprecher, um die Videosprechstunde vom PVS zu trennen sowie eine Internetverbindung. Der Dienstleister stellt die Verbindung her und sorgt dafür, dass die Übertragung reibungslos und vor allem sicher verläuft.

Die Videosprechstunde buchen: Über den Dienstleister können die Patienten eine Sprechstunde per Video buchen, meist über einen Online-Terminkalender. Die Praxis kann die Zeiten für die Videosprechstunden selbst bestimmen. Die Patienten buchen den Termin online, bekommen eine Bestätigungsmail mit einem Link und einer TAN. Kurz vor dem Termin müssen die Patienten dann über den Link die Verbindung zur Internetseite des Dienstleisters aufbauen. Dazu benötigen die Patienten entweder dieselbe Ausstattung wie der

Arzt oder können – und das ist meist bequemer – ihr Smartphone verwenden. Der Arzt kann sich über dieselbe Internetseite einwählen und sieht dann, ob der Patient sich im digitalen Wartezimmer befindet. In diesem Fall wird mit einem Klick die Verbindung aufgebaut und die Videosprechstunde kann beginnen.

Die Anfragen der Patienten: Die ersten Patienten, die sich bei uns für die Videosprechstunde interessiert haben, waren einfach nur neugierig. Das ist zwar trivial, doch dadurch konnten auch wir uns ohne großen Druck mit der Technik vertraut machen. Einen medizinischen Nutzen haben die ersten Kontakte nicht gebracht. Gut nutzen ließ sich die Videosprechstunde für Angelegenheiten, die auch ohne Untersuchung in der Sprechstunde erledigt werden können – z.B. für Befundberichte oder Nachfragen, wie gut eine neue Therapie vertragen wird.

Mit der Zeit kamen anspruchsvollere Anfragen hinzu, etwa leichte Erkältungsbeschwerden oder Durchfallerkrankungen, für die es keiner Untersuchung bedarf. Auch eine erstmalig ausgestellte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) für drei Tage kann so ausgestellt werden. Bei Folge-AU müssen sich die Patienten aber nochmals persönlich in der Arztpraxis vorstellen. Mittlerweile wird das Angebot gut angenommen und von den Patienten meist auch bewusst gewählt. Für meine Migräne-Patienten bietet die Online-Videosprechstunde ebenfalls eine gute Hilfestellung, wie ich erfahren habe. ... *(Fortsetzung nächste Seite)*

(Fortsetzung von Seite 9)

... Am meisten überrascht war ich im Lauf der Zeit, dass ich die zusätzliche Ebene der Bildinformation zunehmend wertschätze. Den Patienten sehen zu können, macht die Beratung der oben genannten Fälle deutlich einfacher als die Beratung am Telefon.

Die Kostenerstattung: Bis jetzt hat sich die Videosprechstunde noch nicht ausgezahlt, die Fallzahlen sind gering, und immer wieder kommt es vor, dass der Praxisablauf die vor-

gesehene Präsenz des Arztes in der Videosprechstunde sabotiert. Zum Glück warten meine Patienten auch in der Videosprechstunde auf mich – allerdings nicht länger als zehn Minuten.

Abrechnen kann man ein breites Spektrum an Leistungen, das für Interessierte durchaus seinen Reiz haben, aber nicht auf große Resonanz stoßen dürfte. Mehr Informationen finden Sie auf https://www.kbv.de/html/1150_42530.php – dann weiter unten auf „Übersicht zur Vergütung“ klicken. **Christian Sommerbrodt**

HZV: Telearzt-Modul in Hessen kommt

Was lange währt, wird endlich gut: Das Hessische Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) fördert im Rahmen des Telearzt-Moduls die HZV-Praxen in Hessen über zwei Jahre mit insgesamt 500.000 Euro – und zwar für alle Krankenkassen. Das wurde Ende November in Wiesbaden beschlossen. Nach dem Auslaufen der Förderung wird das Modul bis zum 31. Dezember 2022 durch die Krankenkassen fortgeführt.

Im Jahr 2020 werden wir als Hausärzterverband Hessen beginnen, die Online-Schulung der VERAHs freizuschalten. Praxen, die an der Hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen, können sich für einen sogenannten Telemedizin-Rucksack bewerben. Die entsprechende Abrechnungsordnung, die für den Geldfluss zur Praxis sorgt, wird den Anlagen 3 der Abrechnung in den HZV-Verträgen beiliegen. Das

Modul wird intermittierend evaluiert. Dieses Projekt wird bundesweit das größte telemedizinische Modul mit Hausbesuch der VERAH bei Patienten mit chronischen Erkrankungen, Mobilitätseinschränkungen sowie chronischen Wunden inklusive einer zertifizierten Videosprechstunde mit den Praxen sein.

Leider hat sich das Projekt, das bereits 2018 starten sollte, länger verzögert, als wir glaubten. Zunächst ging es darum, dass sich neben der AOK, die sich sehr schnell dazu bereit erklärt hatte, noch andere Krankenkassen anschließen sollten. Das war ein dickes Brett, das wir bohren mussten, aber zuletzt waren wir erfolgreich. Dann kamen die Neuwahl des Hessischen Landtags im Herbst 2018 und die schwierige Regierungsbildung hinzu. Im Anschluss daran musste sich der neue Minister Kai Klose in sein Amt einfinden. **Armin Beck**

Impressum

Hausärzterverband Hessen e.V.

Hofheimer Str. 16a
65795 Hattersheim

Telefon: 061 90/9 74 34 70

Telefax: 061 90/9 74 34 79

E-Mail: info@hausaeerzte-hessen.de

Internet: www.hausaeerzte-hessen.de

Redaktion:

Armin Beck (V.i.S.d.P.),
Hauptstr. 65-67, 65719 Hofheim

Michael Thomas Knoll,
Postfach 1165, 35419 Lich

Jürgen Lutz Text+Consult,
Kurt-Frenzel-Str. 24, 63743 Aschaffenburg

(Fortsetzung von Seite 10)

... § 9 (4) der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 26. März 2019 vor. Ich habe Medizin studiert und nicht Elektrotechnik oder Informatik. Über Pech, Pannen und kriminelle Machenschaften in der digitalen Welt, auch gesundheitsbezogen, kann man sich in den Medien ausreichend informieren. Einzelheiten können wir uns hier sparen.

Nötige Sicherheit nicht zu gewährleisten

Nach meinem aktuellen Kenntnisstand sind die Erfordernisse meines Praxisrechners für den Alltagsgebrauch – darunter Fernwartung, Programm-Updates, Telebanking, Rechnungslegung, Patientenkontakte, Laborübermittlung usw. – wie auch für die Sicherheit der Patientendaten – praxisinterne Dateien, externe, patienten-eigene Datenträger und Datenübermittlung in das „sichere“ System der Infrastruktur der Krankenkassen, KVen, Krankenhäuser, Apotheken, Sanitätshäuser, Podologen etc. – nicht auf einen Nenner zu bringen. Somit scheint die Problemstellung, nämlich die erforderlichen Funktionen praktikabel mit der angemessenen Datensicherheit zu vereinbaren, eine bislang unerfüllbare Aufgabe.

Der mündige Patient mag seine Unterlagen ins Netz stellen, wie es ihm beliebt. Die Entscheidung hierüber ist und bleibt in seiner Verantwortung. Meine althergebrachten Papierunterlagen werden nach zehn Jahren vernichtet und auf ewig gelöscht. Soweit meine Verantwortung. Das Internet vergisst nichts!

2. Kosten-Nutzen-Relation: Für die Bewältigung der mathematischen Herausforderungen meiner Praxis genügt mir eine Strichliste; die Beherrschung der vier Grundrechenarten erwies sich hin und wieder schon mal als von Vorteil. Nichtsdestotrotz habe ich in den vergangenen 20 Jahren um die 30.000 Euro in pure Verwaltungstechnik investieren müssen (Hardware, Software, Service, Gebühren).

Sinnloser Aufwand durch Digitalisierung

Die sogenannte „Entbürokratisierung durch das papierlose Büro“ hat definitiv eine Sinnumkehr erfahren. Der sinnlose Aufwand im All-

tag wurde immer immenser und ist ohne Digitaltechnik nicht mehr beherrschbar: Für das Ausstellen einer einfachen Krankengymnastikverordnung braucht man einen Computer, die Gebrauchsanweisung für das Formular hat Buchformat! Weitere Beispiele ließen sich in epischer Breite präsentieren...

Normalerweise finden die positiven Ergebnisse aus Wissenschaft und Technik den Zugang zum Markt wie von selbst, ohne Subvention und Strafzahlungen. Man denke an die Entwicklungen in der Radiologie (dank der Technik immer kleinere Apparaturen mit stets kürzeren Untersuchungszeiten, geringerer Strahlenbelastung, größerem Auflösungsvermögen), im Laborbereich, in der Gastroenterologie oder Chirurgie. Das alles ohne Strafen!

Mehr Subventionen fürs Cloud Gaming

Vor einigen Wochen fand in Köln „Gamescom“, die größte Fachmesse für Computerspiele, statt. Anlässlich dieser Nachrichtenmeldung vernahm ich Töne der Unzufriedenheit darüber, daß die 50 Millionen Euro als jährliche Förderung der digitalen Spieleentwicklung (!) im Haushaltsplan für 2020 nicht enthalten seien; im zuständigen Bundesverkehrsministerium würden die Mittel anderweitig, wohl im Zusammenhang mit der PKW-Maut, gebraucht. Im Vereinigten Königreich, in Frankreich und in Irland würden die Spiele mehr gefördert, dies würde zu einem Wettbewerbsnachteil für die deutschen Entwickler führen...

Sollen wir „alles Mögliche“ auch machen?

Unser digitalaffiner Gesundheitsminister täte gut daran, statt Gesundheits-Apps und immer komplexere Verwaltungsprozesse (!) für teures Geld zu generieren, lieber noch mehr die Sportvereine zu unterstützen, den Schwimmunterricht vorzuschreiben und den Schulsport zu fördern, damit Jung und Alt mehr Zeit in der frischen Luft verbringen. Cloud Gaming ist ungesund!

Zum Schluss bleibt die eigentliche Frage, woran wir uns in der Digitalen Welt orientieren und halten sollen? An der Machbarkeit des Möglichen oder am Pfad des vertretbar Notwendigen?

Michael Andor

Lieferengpässe: Schuld hat die Politik!

Kennen Sie „HausArzt“, das Patientenmagazin? Für kleines Geld können wir Hausärzte in dieser Zeitschrift unseren Patienten Gesundheitstipps geben und Öffentlichkeitsarbeit für unsere Anliegen machen. Als Beispiel drucken wir die jüngste Kolumne zu den Lieferengpässen bei Arzneimitteln, die im Januar erscheinen wird. Dieses Thema bewegt, wie Sie wissen, aus gutem Grund viele unserer Patienten. Nutzen Sie das Heft und abonnieren Sie es für Ihre Praxis! Mehr Infos finden Sie unter www.hausarzt-patientenmagazin.de

Liebe Patientinnen, liebe Patienten,

immer öfter bekommen Patienten in den Apotheken nicht das Medikament, das ihnen von ihrem Hausarzt verschrieben wurde. Dieses Ärgernis behindert nicht nur die Arbeit in den Praxen, sondern – und das ist viel wichtiger! – es beeinträchtigt die medikamentöse Versorgung der Patienten. Der Grund sind oft Lieferprobleme von Pharmafirmen, die in Fernost oder Indien produzieren lassen.

Vielleicht haben Sie es schon am eigenen Leib erfahren: Ihr Hausarzt oder ihre Hausärztin haben Ihnen ein Medikament entsprechend Ihren gesundheitlichen Erfordernissen verordnet. Sie verlassen daraufhin die Praxis mit dem Rezept, gehen in die nächstgelegene Apotheke und erfahren dort, dass das Präparat derzeit nicht lieferbar ist. Verwirrt kehren Sie in die Praxis zurück, wo weder Ihr Hausarzt noch die medizinischen Fachangestellten von dem Lieferengpass informiert worden sind.

Nun startet im Hintergrund ein regelrechter Kommunikations-Marathon. Denn bevor die Apotheke eine alternative Packungsgröße oder Tablettenstärke ausgeben bzw. ein neues Medikament bestellen kann, muss sie Rücksprache mit der Praxis halten. Daraufhin muss die Verordnung geändert und an die Apotheke geschickt werden. Dann erst kann das neue Medikament bestellt und eventuell per Boten an den Patienten geliefert werden. Vor allem ältere Patienten sind von einer Umstellung überfordert. Wenn die Packung anders aussieht

und die Tabletten eine andere Form oder Farbe haben, kann es leicht zu Fehleinnahmen kommen – und damit zu gesundheitlichen Problemen, die schlimmstenfalls lebensbedrohlich sein können! Derzeit sollen knapp 200 Medikamente nicht lieferbar sein – zum Beispiel Blutdrucksenker, Schmerzmittel, Impfstoffe und Antidepressiva.

Verantwortlich für den Mangel sind die Sparmaßnahmen der Gesundheitspolitik sowie die Strategien der Pharmakonzerne. Noch vor einigen Jahren war Deutschland die Apotheke der Welt. Doch durch politische Einsparungen, Zusammenlegungen von Firmen sowie Auslagerung ganzer Produktionszweige hauptsächlich nach China und Indien werden viele Arzneimittel nicht mehr in Deutschland oder Europa gefertigt. Wir sind deshalb von Lieferketten aus dem Ausland abhängig. Da die multinationalen Konzerne weltweit tätig sind, verkaufen sie ihre Medikamente in jene Länder, in denen sie die höchsten Preise bzw. höhere Preise erzielen können als in Deutschland. Das führt dann bei uns zu den erwähnten Lieferengpässen.

Beschweren Sie sich bei den Politikern!

Die bittere Wahrheit lautet also: Es ist die vom Spitzenverband der Krankenkassen und von der Politik gebetsmühlenhaft eingeforderte und umgesetzte Sparpolitik, die uns hierzulande die Lieferengpässe bei den Medikamenten beschert. An dieser Situation können weder wir Hausärzte noch Ihr Apotheker etwas ändern. Bitte haben Sie dafür Verständnis!

Doch eine Möglichkeit gibt es: Wenn sich sehr viele Menschen über Lieferengpässe beschweren, wird die Politik (hoffentlich) reagieren. Wenden Sie sich dazu am besten per E-Mail an den Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags und tun Sie dort Ihren Unmut kund! Sie erreichen dessen Vorsitzenden Erwin Rüdell (CDU) unter erwin.rueddel@bundestag.de, den stellvertretenden Vorsitzenden Harald Weinberg (DIE LINKE) unter harald.weinberg@bundestag.de. **Armin Beck**