



B H I

Bundesverband Hausärztlicher Internisten e.V. (BHI)

Verband Berliner Hausarztinternisten - VBHI

c/o Dr. Detlef Bothe • Oldenburger Str. 47 • 10551 Berlin ☎ 396 14 50 Fax 396 84 81 • Email: vbhi@dr-bothe.de

Info 4/2014 des VBHI

Landgericht weist Anklage gegen den KV-Vorstand ab

Das Landgericht Berlin hat die Anklage gegen die drei Vorstände zurückgewiesen. Zwar wird das objektive Vorliegen des Tatbestandes der Untreue bejaht, das Gericht geht aber davon aus, dass sich der erforderliche Vorsatz nicht nachweisen lassen wird. Gegen diese Entscheidung hat die Staatsanwaltschaft Beschwerde eingelegt, so dass demnächst das Kammergericht entscheiden wird.

Honorarabschluss 2015

Für Unzufriedenheit hat auch der Honorarabschluss mit den Kassen für 2015 gesorgt. Um magere 1,4% steigt der Orientierungspunktwert von 10,13 auf 10,2718 Ct, das liegt knapp unter der Inflationsrate. Das kostet die Kassen 462 Mio. Euro. Zusätzliche 132 Mio. Euro erhalten die Fachärzte für ihre Grundversorgung, der gleiche Betrag steht zur Verfügung für die Beschäftigung von nicht-ärztlichen Praxisassistentinnen (z. B. VERAH).

In den regionalen Verhandlungen mit den Kassen für 2015 kommt nun noch die Veränderung der Morbidität hinzu, und da sieht es in Berlin sehr schlecht aus. Die Berliner scheinen (dank unserer Bemühungen?) gesünder geworden zu sein, das Institut des Bewertungsausschusses hat für Berlin eine Veränderungsrate von minus 0,166 % errechnet! Schlechter kodiert werden die Berliner Vertragsärzte ja wohl nicht haben, obwohl hier sicher noch Nachholbedarf besteht. Die Brandenburger haben +1,3911%, in Mecklenburg-Vorpommern stieg die Morbidität sogar um 1,5916% .

Warum ist richtiges Codieren so wichtig?

Als großer Erfolg der Honorarreform 2009 wird die Rückverlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen gewertet (anstatt der zuvor geübten Praxis der Fortschreibung historischer Kopfpauschalen). Dafür muss diese Morbidität bzw. deren Veränderung aber auch berechnet werden. Das ist die Aufgabe des Instituts des Bewertungsausschusses, das jährlich die Veränderungsrate der Morbidität berechnet, und diese Rate bildet die Grundlage für die regionalen Honorarverhandlungen. Dies findet in einem sehr komplizierten Berechnungsverfahren statt, in der neben anderen Daten wie z. B. die Bevölkerungsentwicklung u. a. die verschlüsselten ICD-10-Diagnosen mit eingehen. Aber leider nicht alle! Berücksichtigt werden nur gesicherte, endstellige Diagnosen, mit R beginnende Codes werden z. B. nicht voll berechnet und die Wertigkeit von Diagnosen wird unterschiedlich gewichtet. Dieses Verfahren ist höchst undurchschaubar, aber leider doch von großer Bedeutung.

Wegen der schlechten Morbiraten geht den Berliner Ärzten viel Geld verloren, Kraffel spricht von ca. 5 Millionen im Jahr mit kumulativem Effekt: Minus 5 Mio. 2013, in 2014 fehlen dann die 5 Mio aus 2013 und die 5 Mio für 2014, usw. Die am Widerstand der Ärzte gescheiterte Einführung der Ambulanten Kodierrichtlinien sollte hier Abhilfe schaffen, und manche wünschen sich aus diesem Grunde immer noch ihre Einführung.

Tatsächlich aber ist korrekte Kodierung ein wichtiger Beitrag zur Erfassung der Morbidität. Auch wenn es lästig ist: kodieren Sie endständig und möglichst präzise. Sichern Sie Ihre Diagnosen ("G"), überlegen Sie, ob Sie statt .9 = *nicht näher bezeichnet* ihre Diagnose nicht doch präzisieren können. Ist es wirklich ein nicht näher bezeichneter Grippaler Infekt (J06.9) oder vielleicht doch eine akute Laryngopharyngitis (J06.0) oder Laryngotracheitis (J04.2) Ist der Diabetes wirklich ohne Komplikationen (z. B. E11.90), oder besteht eine Mikro- oder Makroangiopathie, haben Sie an eine Polyneuropathie gedacht. Hat Ihr Patient

nur einen Hypertonus (I10.00G, nicht I10.90G) oder gar eine Hypertensive Herzkrankheit? Sie sollen Ihre Patienten nicht kränker machen als sie sind, aber bilden Sie die Krankheit richtig ab

EBM-Reform

Ob die zweite Stufe der EBM-Reform im hausärztlichen Bereich zum 1. Januar 2015 kommt erscheint zur Zeit eher fraglich. Die Finanzierung technischer Leistungen sollte ja auf eine solide betriebswirtschaftliche Basis gestellt werden. Will man aber nicht nur wieder vorhandenes Geld umverteilen werden dazu zusätzliche Mittel von den Kassen benötigt, und es scheint überhaupt nicht klar zu sein, ob die Kassen dazu bereit sind.

Zur Diskussion steht auch die Gesprächsleistung: überlegt wird ein neues "sozialmedizinisches Gespräch", aber auch, ob das in der Legende geforderte "lebensverändernd" bei der jetzigen Gesprächsziffer gestrichen werden kann. Hatten die Kassen angeblich zugesagt, bei "lebensverändernd" nicht nachzufragen ist nun zu hören, dass die Kassen in einzelnen KV-Bezirken schon Rückforderungen erhoben hätten, weil die abgerechneten Gespräche nicht bei lebensverändernden Erkrankungen erfolgt seien.

Sonstiges

Deutlich gesunken sind die **RLV-Fallwerte für das 4. Quartal 2014**. Kraffel führt dies auf einen Fallzahlanstieg zurück, außerdem habe im Vorjahresquartal mehr Geld (aus zurückliegenden Quartalen) zur Verfügung gestanden.

Auch der **Punktwert** für die neuen **Geriatrieleistungen** ist mittlerweile verfallen. Lag dieser im 4. Quartal 2013 noch über 18 Cent, liegt er jetzt nur noch bei mageren 5 Cent. Das zur Verfügung gestellte Geld für diese- vor allem von der Politik gewünschte Leistung - reicht also vorne und hinten nicht, der hohe Punktwert für das 4. Quartal 2013 dürfte darauf zurückzuführen sein, dass die Kassen schon mit Beginn des Jahres 2013 dafür gezahlt habe, die KV also hohe Mittel zur Verfügung hatte. Nun ist die traurige Realität wieder hergestellt.

Im Sommer haben die Wahlen zur **Delegiertenversammlung des BDA** stattgefunden. Mit knapper Mehrheit konnte sich der bisherige Verbandschef Wolfgang Kreischer gegen Gabriele Stempor durchsetzen.

Die Sommerpause ist vorbei, die nächste öffentliche Vertreterversammlung tagt am 18. September 2014 in der KV.

Ihr

Detlef Bothe