



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 4/2013 des VBHI

Mitgliederversammlung wählt Vorstand neu

Am 24. September hat die MVV des Verband Berliner Hausarztinternisten stattgefunden. Auch der Vorstand wurde neu gewählt. Bestätigt wurden Detlef Bothe als Vorsitzender, Caroline Neubert als Kassenspartenleiterin, Thomas Busch als Schriftführer und Jürgen David als Beisitzer. Uli Piltz, Mitbegründer des VBHI teilte mit, dass er in Zukunft etwas kürzer treten möchte und kandidierte nicht erneut. An seine Stelle des stellvertretenden Vorsitzenden wählte die MVV den Kollegen Mathias Coordt. Er gehörte zu den Mitbegründern des LV Mecklenburg-Vorpommern des BHI und siedelte vor fünf Jahren nach Berlin um. Seine berufspolitische Heimat fand er zunächst im BDA, auf dessen Liste er auch in die Vertreterversammlung der KV Berlin gewählt wurde. Enttäuscht über die Politik des BDA wurde er dann Mitglied im VBHI. Neben der VV ist er auch im Beratenden Fachausschuss Hausärzte und im Honorarverteilungsausschuss vertreten. Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit.

EBM 2013

Hauptthema des Abends waren Vorstellung und Diskussion des **Hausarzt-EBM 2013**, über den wir schon im letzten Info berichtet hatten.

Von breiter Zustimmung zum neuen EBM kann man ja nicht gerade sprechen. Zahlreiche KVen lehnen die Veränderungen ab, auch unser Bundesverband hat in einem Schreiben an den KV-Vorstand Nachbesserungen gefordert.

Im Einzelnen fordert der BHI:

- die Aufhebung der Budgetierung der neuen Gesprächsleistung
- Abrechnungsmöglichkeit der Gespräche auch bei nicht lebensverändernden Erkrankungen
- Überprüfung der Bewertung der Versichertenpauschalen, insbesondere die geringe Bewertung der Altersklasse der 19-54-Jährigen, etwa im Vergleich zu den Jugendlichen
- Abrechnung der hausärztlichen Strukturpauschale auch bei Urlaubsvertretungen und Überweisungen innerhalb des hausärztlichen Versorgungsbereichs
- Rückkehr zur bisherigen Definition chronisch Kranker bei der Abrechnung der Chronikerziffern

Der beratenden Fachausschuss der KV Berlin hatte eine Resolution ähnlichen Inhalts in die KV-VV eingebracht, die von der VV auch verabschiedet wurde.

Die Forderung nach **Nachbesserung des EBM** wurde so laut, dass letzte Woche eine Sonder-VV der KBV getagt hat, in der es um Nachbesserungen und die Forderung ging, die Einführung des neuen EBM auszusetzen. Die von uns kritisierten Punkte sollen mit den Kassen nachverhandelt werden. Möglich erscheinen nach Aussage der KBV-Vorsitzenden Feldmann eine Anhebung des Gesprächsbudgets, eine Neustrukturierung der Vertreterpauschalen. Die in der Neudefinition chronisch krank formulierte Bedingung, dass in den letzten drei Quartalen Behandlung *in derselben Praxis* stattgefunden haben muss, steht zur Disposition. Die KBV-VV hat beschlossen, dass eine Aussetzung des EBM 2014 zur Diskussion steht, können die genannten Punkte nicht zum 30.11.13 erfolgreich mit den Kassen nachverhandelt werden.

Bei allen Diskussionen, Simulationen etc. darf aber nicht vergessen werden, dass eine Praxis **nur dann Honorarverluste realisiert, wenn sie ihr RLV**, an den ja nicht geändert wurde, **nicht ausschöpft**.

Als einzige "freie" Leistung bleibt ja nur die Chronikerziffer, die KBV geht davon aus, dass diese künftig etwa 20% mehr als bisher angesetzt wird. Ihr Gesprächsbudget werden Sie ja wohl ausschöpfen, was übrigens "lebensverändernd" ist, ist nicht definiert, das entscheiden Arzt und Patient. Die Chronikerziffer kann auch schon bei einem einzigen Arzt-Patienten-Kontakt angesetzt werden, und es gibt keine Liste von ICD-Diagnosen für diese Ziffer!

Von vielen Kollegen wurde gefragt, wie es mit den neuen geriatrischen Leistungen ist. Der hausärztliche-geriatrische Betreuungskomplex nach Ziffer 03362 kann ja nur abgerechnet werden, wenn zuvor ein geriatrisches Assessment nach der Ziffer 03360 erfolgt ist, so steht es im EBM. Somit stellt sich die Frage, ob ein zuvor erfolgtes Assessment nach der bisherigen Ziffer 03240 des alten EBM auch ausreichend ist. Diese Frage wurde auch im beratenden Fachausschuss diskutiert, und Kraffel hat daraufhin gesagt, man werde dies akzeptieren. Wir werden aber nochmals schriftlich bei der KV nachfragen.

Aus der Vertreterversammlung

Wurde die Resolution zur Nachbesserung des EBM noch von der VV verabschiedet, sorgte dann jedoch eine fachärztliche Mehrheit gegen die Stimmen der Hausärzte dafür, dass eine vom ber. Fachausschuss eingebrachte Änderung der Honorarverteilungsmaßstabs an den Honorarverteilungsausschuss überwiesen wurde. Die Hausärzte wollten, dass Praxen, die durch den neuen EBM Honorarverluste von mehr als 10% erlitten hätten, aus dem hausärztlichen Topf gestützt werden. Um den HVV noch rechtzeitig zu ändern, hätte dies an diesem Tag verabschiedet werden müssen, das wollten die Fachärzte jedoch nicht, obwohl es sie gar nicht tangiert.

Mit Erstaunen mussten die Vertreter auch zur Kenntnis nehmen, dass die Kollegin Margret Stennes, von der VV gewählte Delegierte in die KBV-VV, sich nicht an die gerade verabschiedete Resolution der VV zur Nachbesserung des EBM gebunden fühlte.

Mit Erleichterung wurde von den meisten aufgenommen, dass die VV mit klarer Mehrheit eine **Gehaltserhöhung des Vorstandes** (als Kompensation für die zurückgezählten, unrechtmäßig kassierten Übergangsgelder) **abgelehnt** hat. Damit dürfte diese Affäre nun hoffentlich beendet sein.

Einmal mehr vertagten die Vertreter die Beschlussfassung zur geplanten Satzungsänderung.

HzV-Vertrag des BDA mit den Berliner Ersatzkassen

BDA und Hausärztliche Vertragsgemeinschaft (HÄVG) haben mit der Barmer, der DAK, KKH und HEK einen Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung abgeschlossen (Näheres unter <http://www.hausaerzteverband.de/cms/Vertragsunterlagen.925.0.html>). Wenn man auf das augenblickliche EBM-Theater schaut könnte man schon hoffen, dass diese Verträge eine Alternative seien.

Wie auch der HzV-Vertrag mit AOK und IKK wird die Teilnahme an bestimmte Eingangsvoraussetzungen gebunden, u. a. Nutzung einer Vertragssoftware, moderne IT-Ausstattung, Berechtigung für Psychosomatik ebenso wie für das Ausfüllen von REHA-Anträgen (Muster 60, Kurs notwendig). Neben den Pauschalen gibt es nur wenige Einzelleistungen, die Technik ist in den Pauschalen enthalten (für Sonografie gibt es einen Aufschlag von 8 Euro/Jahr), Impfungen, Labor, Check-up 35 sind auch in den Pauschalen mit drin. Es gibt drei gestaffelte Chronikeraufschläge (€ 10.00 - 55.00) für in einer 82 Seiten langen Liste hinterlegte ICD-Diagnosen (zu denen erstaunlicherweise auch die bakterielle Pneumonie gehört?).

Uns erscheint auch dieser Vertrag nicht als wirkliche Alternative (s. auch unsere vorherigen Infos zum AOK-Vertrag)

Ihr

Detlef Bothe