



BHI-NEWSLETTER

MÄRZ 2021

CORONA-PANDEMIE

Mittlerweile routiniert versorgen wir Hausärzte weiter unsere Patienten in der Grundversorgung und stemmen uns gleichzeitig in unseren Infektsprechstunden gegen die Pandemie. Zunehmend aufwendig wird die ausufernde Aufklärungsarbeit bei völlig verunsicherten Patienten in Bezug auf potentielle Impfnebenwirkungen. Hier hat das öffentlich-rechtliche Fernsehen auf ganzer Linie versagt. Notwendig wären kurze tägliche Informationsendungen vor den Hauptnachrichten. Stattdessen wird auch mit der 100. Talkshow Verunsicherung geschürt.

Bürokratie und Abrechnungsvorschriften sind weiterhin nicht pragmatisch gedacht. Statt einen COVID-Code mit V.a., gesichert, ausgeschlossen zu codieren, müssen wir 4-6 Codes kombinieren zusätzlich zu redundanten Abrechnungsziffern. Warum es allerdings bis heute keine Abrechnungsziffer für den Antigenschnelltest anlog zu anderen POC-Tests wie z.B. für den CRP-Test gibt, ist nicht nachvollziehbar. Stattdessen steigen jetzt kommerzielle Testanbieter zunehmend im großen Stil in das Geschäft mit kostenlosen Schnelltests ein.

Ab April sollen dann auf Drängen der KBV endlich auch die Hausarztpraxen gegen Covid-19 impfen. Wer sich allerdings in der Praxis bereits entsprechende organisatorische Gedanken gemacht hat, wie unter strengen gesetzlichen Priorisierungsregeln die Impfungen durchgeführt werden sollen, wird schnell erkennen, dass es richtig war, zunächst nur in den Impfzentren zu impfen. Wirklich effektiv und mit Massenwirkung kann die Impfung in der Praxis nur durchgeführt werden, wenn die Priorisierung fällt. Solange aber in einzelnen Bundesländern gerade mal 50% der über 80-ig-Jährigen geimpft sind, kann man bei weiterhin begrenztem Impfstoff vor einer voreiligen Beendigung der Priorisierung nur warnen. Immerhin ermöglichen wenigstens die Dokumentationsvorgaben der KBV auch eine schlanke Dokumentation bei Impfung und Aufklärung. Ob es allerdings wirklich notwendig war, pro Impfstoff drei verschiedene Abrechnungsziffern abhängig von der Gruppenzugehörigkeit der Patienten zu erstellen, ist doch fraglich.

Digitalisierung

Die Pandemie hat gezeigt, was viele schon seit Jahren vermuteten, in Sachen Digitalisierung hat Deutschland in den letzten 10 Jahren den Fortschritt verschlafen. Die Defizite sind enorm. Israel zeigt wie mittels technisch digitalisierter Krankenkassen eine bevölkerungsweite Impf-Kampagne schnell und effektiv durchgeführt werden kann. Wir können am Ende des Jahres immerhin eine AU digital an die Kasse übertragen, wenn wir weiterhin eine Kopie drucken, wenn der Konnektor funktioniert und wenn wir nicht unsere Pin für den elektronischen Heilberufsausweis verlegt haben. Fortschritte in der Digitalisierung in der ambulanten Medizin sind sicher dringend notwendig, aber sie müssen leicht und intuitiv einsetzbar sein und unsere Arbeit vereinfachen, nicht verkomplizieren. Ob die Lösungen, die dieses Jahr mit erneuter Verzögerung über die Praxen ausgerollt werden sollen, diese Erwartungen erfüllen werden, ist mehr als fraglich. Dass Gematik weiter federführend bei der Umsetzung bleibt, lässt angesichts der geringen Innovationskraft dieser Organisation in den letzten Jahren wenig Gutes hoffen. Mit dem Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG) hat das Gesundheitsministerium jetzt nach kurzer Zeit bereits das 2. Gesetz zur Digitalisierung in der Medizin in den Bundestag eingebracht. Der Gesetzentwurf ist ca. 150 Seiten lang, und ich war auch nach mehrfachem Lesen nicht in der Lage zu beurteilen, ob die Regelungen praktikabel und hilfreich sein werden. Dass allerdings die Finanzierung von Gesundheits-Apps durch die Kassen noch weiter gefördert wird, bevor diese überhaupt in Ihrer Effektivität überprüft wurden, halte ich für einen falschen Schwerpunkt. Auch mag ein telemedizinischer Notdienst die bestehende Versorgung sinnvoll ergänzen, wird aber sicherlich nicht der digitale Meilenstein sein. Der entscheidende Punkt wird die praktische Umsetzung der digitalen Patientenakte sein. Kommen hier unkomplizierte Lösungen mit funktionierenden Hardwarekomponenten ohne überbordende Datenschutzmechanismen oder verzetteln wir uns weiter mit Pin-pads und Kartenlesegeräten. Angesichts der problematischen Erfahrungen mit der Telematikanwendung zum Krankenkassenabgleich sollten weitere Anwendungen in der Fläche erst ausgerollt werden, wenn sie sich in Modellversuchen bezüglich Funktionalität und Praktikabilität bewährt haben. Neben der erheblichen Belastung durch die Corona-Pandemie können wir dieses Jahr keine weiteren Verwerfungen wegen schlecht funktionierender Digitalisierungsprojekte gebrauchen.

Und sonst

Die Krankenkassen haben die, erst kürzlich beschlossene Erleichterung bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung gekündigt. Eine nette Geste in Zeiten, wo die Ärzte alles geben, um die Pandemie zu bekämpfen. Jetzt sollen die Ärzte wieder die gesamte Regresssumme zahlen und nicht nur die verursachten Mehrkosten.

In eigener Sache

Wir halten weiterhin daran fest, enger mit dem BDI gemeinsam für die hausärztlichen Internisten einzustehen. Ein gemeinsames Werbeprojekt für unseren Beruf für Assistenzärzte in den Kliniken ist angedacht. Da die neue Weiterbildungsordnung eine hausärztliche Niederlassung für reine Fachinternisten nicht mehr zulässt, sollte dringend dafür geworben werden, zunächst die internistische Facharztausbildung ohne Schwerpunkt zu erwerben.

Auf der BHI-Homepage haben wir einen Blog eingerichtet. Hier soll Ihnen die Möglichkeit gegeben werden, aktuelle Themen zu diskutieren oder Anregungen auszutauschen. Ich würde mich freuen, wenn das Angebot genutzt würde.

Zum Schluss bleibt der erneute Appell an alle unsere Mitglieder, wenden Sie sich mit Fragen, Anregungen oder Beschwerden jederzeit via Mail an den BHI.

Bleiben Sie gesund.



Dr. Kai Schorn

Vorsitzender BHI