

VON HAUSARZT ZU HAUSARZT



Dr. Gerd W. Zimmermann

Facharzt für
Allgemeinmedizin
Kapellenstraße 9,
D-65719 Hofheim

Neue Ultraschallvereinbarung

— Einzelne Hersteller von Sonografiegeräten propagieren zur Zeit, dass im Rahmen der neuen Sonografievereinbarungen Softwareupdates notwendig wären. In Rundschreiben wird auch behauptet, dass die aktuelle Ultraschallvereinbarung zum 1. April 2010 in Kraft getreten sei und solche Anpassungen dringend notwendig mache.

MMW Kommentar

Fakt ist, dass die neue Vereinbarung bereits zum 1.4.2009 gültig wurde und Übergangsfristen zur apparativen Ausstattung für in Betrieb befindliche Geräte vorsieht. Diese laufen ab dem Datum des Inkrafttretens für vier Jahre, also bis zum 31. März 2013. Dementsprechend müssen erst und spätestens bis zu diesem Zeitpunkt die neuen Anforderungen an die apparative Ausstattung erfüllt werden. Die Ultraschallvereinbarung definiert im § 10 Abs. 4, dass aus der Bilddokumentation Patientenidentität, Untersuchungsdatum, Praxisidentifikation und weitere Angaben nach Anlage III Nr. 6 hervorgehen müssen. Dies bedeutet aber nicht, dass alle erforderlichen Angaben notwendigerweise auf dem Bild gedruckt sein müssen. Sie sind nur so zu dokumentieren, dass die Patienten- und Praxiszuordnung ohne Verwechslungsgefahr möglich ist. Das Fehlen von Gerätenamen, Untersuchungsfrequenz, Geburtsdatum des Patienten und Name des Untersuchers auf den Bildern führt deshalb nicht, wie behauptet, zu einem Widerruf der entsprechenden Genehmigung.

Ambulante Kodierrichtlinien – nur ein Bürokratiemonster?

— In einer 21-seitigen Broschüre propagiert zur Zeit die KBV die neuen „Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR)“, die bereits ab 1.1.2011 in Kraft treten sollen. Ähnlich wie schon die Einführung des ICD 10 im Jahr 1996 stößt diese neuerliche Bürokratisierung der vertragsärztlichen Tätigkeit aber bereits in Vorfeld auf eine kritische Ablehnung in der Gesamtärzteschaft. Trotzdem wird die Umsetzung der AKR von der KBV vorangetrieben, weil durch die Einführung einer morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zum 1.1.2009 und eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs unter den Kassen (Morbi-RSA) man dort die Honorarentwicklung in der ambulanten Versorgung in Abhängigkeit von der schnellen Einführung der AKR sieht.

Nach Auffassung der KBV wird mit den AKR nicht nur die Morbidität der Patienten exakt abgebildet, sondern auch das Tätigkeitsspektrum der Praxis. Dabei wird eingeräumt, dass die Umsetzung zeitintensiv ist, denn die AKR bestehen aus einem allgemeinen und einem speziellen Teil.

Der allgemeine Teil enthält fachbereichsübergreifende Vorgaben zum Kodieren. Dort wird z.B. unterschieden zwischen einer Behandlungsdiagnose, Zusatzkennzeichen und der Kodierung einer Verordnung ohne Arzt-Patienten-Kontakt. Im speziellen Teil der Kodierrichtlinien werden dann konkrete Regelungen für ausgewählte komplexe Krankheitsbilder dargestellt. Insgesamt müssen sich die Vertragsärztinnen und -ärzte mit 59 Codebereichen auseinandersetzen.

MMW Kommentar

Selbst die KBV räumt ein, dass in der Einführungsphase die Umstellung für etliche Praxen einen zusätzlichen Auf-

wand bedeuten wird. Begründet wird der Aufwand damit, dass die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten ihre Behandlungsdiagnosen richtig kodieren müssen, da nur dann die KBV die Morbiditätsentwicklung gegenüber den Kassen nachweisen und die finanziellen Mittel für die Versorgung der Versicherten einfordern kann.

Angesichts der von der Politik verfügbaren Spargesetze, die für die niedergelassenen Ärzte eine Nullrunde zum Gegenstand haben, fragt man sich, ob die KBV mit solchen Maßnahmen taktisch gut beraten ist. Im hausärztlichen Bereich könnte diese Taktik unabsehbare Folgen haben. Während für den fachärztlichen und stationären Bereich die Orientierung der Honorierung an einer Morbiditätsentwicklung sinnvoll sein könnte, ist die Ausrichtung der hausärztlichen Vergütung an solchen Kodierrichtlinien und einem daraus resultierenden Morbi-RSA kontraproduktiv.

Kritisch zu betrachten ist sowohl die fortwährende Erweiterung des Diagnoseschlüssels, als auch die vom Gesetzgeber festgelegte Verpflichtung zur endständigen Verschlüsselung. Allein schon die Reliabilität der ICD-10-Kodierung kann deshalb in der Allgemeinmedizin als nicht ausreichend angesehen werden. Ziel einer an die Besonderheiten der Hausarztmedizin angepassten Qualitätssicherung und Diagnosekodierung muss deshalb ein für die hausärztliche Tätigkeit eigenständiges Kodiersystem sein, das der eigentlichen Zielsetzung der Hausarztmedizin, dem Verhindern von Erkrankungen, Rechnung trägt. Dies erfordert nicht nur eine Abtrennung der hausärztlichen Vergütung von der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, sondern auch eine vom Morbi-RSA unabhängige finanzielle Ausstattung.