

Man kann die zusätzliche Vergütung für wichtige Leistungen durchaus mitnehmen. Die Patienten werden besser versorgt, und die Praxis kann ihre Expertise im Rahmen der DMP in der Behandlung chronischer Krankheiten einbringen.

Tab. 1 Wichtige extrabudgetäre Leistungen in der Hausarztpraxis

Leistung	EBM	Euro
Gesundheitsuntersuchung (Check-up)	01 732	38,90
Hautkrebsvorsorge*	01 745	30,19
Hautkrebsvorsorge beim Check-up*	01 746	24,94
Krebsvorsorge beim Mann	01 731	17,18
Beratung Früherkennung kolorektales Karzinom	01 740	13,84
Beratung über Organ- und Gewebespenden	01 480	7,76
Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche	01 711 ff.	meist 47,97
Schutzimpfungen, Reiseimpfungen (Informationen: www.g-ba.de/richtlinien/60)		
Leistungen im Rahmen von Disease-Management-Programmen (DMP)*		

* für diese Leistungen ist eine Genehmigung der KV erforderlich

MMW-Kommentar

In meinen Gesprächen sehe ich sehr oft, dass gerade die Vorsorgeziffern wenig genutzt oder gar nicht bekannt sind. Das führt zu deutlichen Lücken bei den Einnahmen. In manchen KV-Regionen kämpfen Hausärztinnen und Hausärzte immer noch mit der Budgetierung – da sind die Vorsorgeziffern ein extrem wichtiges Mittel, um überhaupt wirtschaftlich zu bleiben. Die Alternative, mit einem hohen Durchsatz an Patienten „Masse“ zu machen, ist leider auch verbreitet, hilft aber am Ende weder den Patienten noch der Praxis. **Tab. 1** fasst die wichtigsten extrabudgetären Leistungen zusammen.

Honorarpolitisch ist eine der wichtigsten Forderungen, die Budgetierung der Gesprächsziffer 03 230 EBM zu beenden. Diese kann pro fünf Minuten einmal angesetzt werden und wäre eigentlich eine Position, die den in vielen Fällen hohen Gesprächsaufwand adäquat vergüten könnte. Leider gibt es hier eine Begrenzung auf 50% der Arztfälle im Quartal. Das bedeutet einfach überschlagen, dass pro Arztfall 2,5 Minuten bezahlte Gesprächszeit zur Verfügung stehen. Dass das realitätsfern ist, kann man auf den ersten Blick erkennen. ■

DiGA kämpfen mit Startschwierigkeiten

Kassenreport: Nur 600.000 Verordnungen seit 2020

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) sind laut dem Arztreport der Krankenkasse Barmer noch lange nicht in der Versorgung angekommen. Die Abbruchquote der Versicherten sei sehr hoch – weshalb ein 14-tägiger Testzeitraum sinnvoll sei.

600.000 Apps auf Rezept wurden den Berechnungen der Barmer zufolge seit der Einführung im Herbst 2020 verordnet. „Damit bleiben die DiGA deutlich hinter den Erwartungen zurück“, kommentierte Kassenchef Christoph Straub. Der jährliche Barmer Arztreport basiert auf Routinedaten sowie Umfragen unter 1.700 Patienten und 600 Ärzten und Psychotherapeuten.

44% der Behandelnden haben dem Report nach noch nie DiGA verordnet. Ein Drittel bescheinigte sich selbst einen schlechten Kenntnisstand zum Thema. Immerhin sind 47% der Ärzte der Meinung, dass eine DiGA die Behandlung häufig oder sehr häufig sinnvoll unterstützt. Mehr als ein Drittel aller DiGA-

Verordnungen erfolgte durch Hausärztinnen und Hausärzte.

Unter den befragten Versicherten nutzte mehr als ein Drittel die DiGA nicht über die vorgesehene Anwendungsdauer von 90 Tagen. Straub plädiert daher für einen Testzeitraum von 14 Tagen. Kerstin Mitternacht ■



Noch selten: Zufriedene DiGA-Nutzerin.