



IN DIESER AUSGABE:

- SpiFa-Forderung: Ein Frontalangriff
- Termine des Landesverbandes
- Pflegegrade aus der Sicht des Gutachters
- Online-Enzyklopädie für Hausärzte

SPiFA WILL TRENNUNG HAUSARZT / GEBIETSARZT AUFHEBEN

von Dr. Frank Stüven

Der Spitzenverband der Fachärzte (SpiFa) hat an die neue KBV-Führung die Forderung gerichtet, dass „(...) es einer strukturierten Neuordnung der Trennungsbeschlüsse zwischen haus- und fachärztlichem Versorgungsauftrag sowie einer Neudefinition der Versorgungsebenen bedarf.“

2002 wurde eine Trennung zwischen dem hausärztlichen und dem gebietsärztlichen Honorar gezogen. Bis dahin hatte jede Leistungsausweitung der Gebietsärzte unser Honorar geschmälert. Das ist auch der Hauptgrund für unsere weit unterdurchschnittlichen hausärztlichen Fallwerte in Hamburg: Schon vor 2002 gab es viele besonders „innovative“ Gebietsärzte (Eigendarstellung der Genannten) und unser Topf war ziemlich leer, als die Trennung endlich kam. Und die allerletzte Röhre, durch die unser Geld in Richtung Gebietsärzte verschwand, soll erst in diesem Jahr mit der Laborreform gestopft werden.

Diese Trennung stellt der SpiFa jetzt zur Disposition. Das werten wir als Frontalangriff. Die „Neudefinition der Versorgungsebene“ ist ein alter und schlechter Witz aus der Ära Köhler, dem Ex-KBV Chef.

Die international gängige Klassifizierung ist *Primärebene* (Hausärzte und Kinderärzte – und wir allein!), *Sekundärebene* (Gebietsärzte) und *Tertiärebene* (Krankenhäuser). Nun will der SpiFa aus der Sekundärebene zwei neue Formen: Die wohnortnahe fachärztliche Versorgung (womit er nicht etwa uns Hausärzte meint, sondern alle Gebietsärzte, die die Grundversorgung ihres Gebiets leisten) sowie die spezialisierte fachärztliche Versorgungsebene. Das müssen dann die Teilgebietsärzte sein (Orthopäde für rechtes oder linkes Knie, Internist für Herzrhythmusstörung, aber nicht für KHK). Letztere sollen dann neue Gelder bekommen, dafür auch der Ausbau der ambulanten spezialärztlichen Versorgung (ASV). Und die anderen sollen mit uns aus einem Topf bezahlt werden.

Liebe Gebietsärztinnen und Gebietsärzte, wenn Ihnen Ihr Fach zu klein und daher zu öde ist, können wir das gut verstehen. Wir freuen uns darauf, mit Ihnen die Primärversorgung zu leisten. Dafür gibt es klare Weiterbildungscurricula, die nur wenige Jahre dauern und für Quereinsteiger eine tolle Möglichkeit bieten, zum Hausarzt aufzusteigen. Finanziell wird das für die meisten von Ihnen zwar ein Abstieg sein, da unser Topf einfach viel zu klein ist, aber Erfüllung im Beruf ist doch wichtiger!

Falls Sie sich zu unserem Bedauern jedoch entscheiden, weiter ausschließlich in ihrem Gebiet die Patienten zu versorgen, so raten wir Ihnen, sich von den Teilgebietsärzten mit ihren Superspezialisierungen nicht weiter die Butter vom Brot nehmen zu lassen. Und sagen Sie Ihren Funktionären, dass Sie nicht Grundversorger sind, sondern Gebietsarzt und für eine Arbeit als Primärarzt nicht zur Verfügung stehen! Das wahrt die Friedenslinie. Die Träume des SpiFa sicher nicht.

TERMINE: RADELN UND TAGEN



21. Juni:
Midsommer-
Radtour. Wir ver-

lagern den Stammtisch ins Freie und laden ein zum moderaten Radeln an der Norderelbe mit Picknick. Treffpunkt S-Bahn Rothenburgsort um 16 h. Um Anmeldung wird gebeten.



5. Juli:
Eine zeitgemäße
Satzung wün-
schen wir uns,
die etwa die Be-

lange angestellter Ärztinnen berücksichtigt. Für eine Satzungsänderung war auf der heutigen Mitgliederversammlung nicht die nötige Mehrheit anwesend, so dass wir Sie erneut persönlich einladen.



**DAS PORTAL FÜR STELLENANGEBOTE UND PRA-
XISNACHFOLGE – FÜR MITGLIEDER KOSTENFREI**

AUS „PFLEGESTUFEN“ WERDEN „PFLEGEGRAD“

von Dr. Michael Ippen

Seit Januar 2017 wird ein wichtiger Teil des Pflege-
stärkungsgesetzes umgesetzt. Nach jahrelangen Ver-
handlungen, Vorbereitungen und Probeläufen sind
jetzt sowohl die Begutachtungsverfahren von MDK
oder Medicproof grundlegend verändert als auch die
Höhe der Leistungen verbessert worden. Diese gehen
von 125 € (Pflegegrad 1) bis 901 € (Pflegegrad 5) für
die pflegenden Angehörigen (sog. Sachleistungen)
bzw. von 689 € (Grad 2) bis 1.995 € (Grad 5), wenn die
Pflege von einem Pflegedienst geleistet wird.

Die Überleitung von den alten Pflegestufen in die
neuen Pflegegrade geschieht automatisch, es müssen

keine Anträge gestellt werden, es wird keine(r) finan-
ziell schlechter gestellt. Eine bisherige „Stufe 1“ wird
ezwa zum „Grad 2“; bei gleichzeitiger „eingeschränk-
ter Alltagskompetenz“ geschieht die automatische
Umwandlung in den „Pflegegrad 3“ – und damit eine
deutliche Erhöhung des Pflegegeldes bzw. der Pflege-
sachleistung.

Falls die Stufe 1 schon länger bestand und über die
Jahre kognitive Einschränkungen hinzugekommen
sind, könnte sich so ein Antrag auf Neu-Begutachtung
 lohnen. Es genügt, wenn hierfür die Angehörigen bzw.
der Pflegedienst bei der Krankenkasse anrufen. Ein
ärztliches Attest ist hierfür ausdrücklich nicht erfor-
derlich. Der/die GutachterIn freut sich jedoch bei um-
fangreicher Vorgeschichte über eine Kopie des letzten
(aussagefähigen) Krankenhausberichtes.

Meine ersten Erfahrungen als Gutachter mit dem
„Neuen Begutachtungs-Assessment“ sind deutlich
positiv: Wir müssen nicht mehr die „Minuten zählen“,
die eine Hilfe beim Waschen, Anziehen usw. benötigt.
Stattdessen haben wir insgesamt 64 Items, mit denen
die noch/nicht mehr vorhandenen Ressourcen des
Patienten in 6 verschiedenen Bereichen abgefragt
werden: Mobilität, Kognitive/Kommunikative Fähig-
keiten, Psychische Problemlagen/Auffälligkeiten,
Selbstversorgungsfähigkeiten, Bewältigung krankheits-
bedingter Belastungen und schließlich Gestaltung des
Alltagslebens / Möglichkeiten der sozialen Kontakte.
Insbesondere der Hilfe- und Unterstützungsbedarf bei
(beginnender) Demenz wird so viel besser bei der
Einstufung berücksichtigt als bisher.

Pflegebett, Windeln, Toilettenstuhl – Rezept vom Hausarzt erforderlich ???

Im Kollegenkreise gibt es dazu unterschiedliche In-
formationen. Auch ein Anruf bei der KV hilft nicht
weiter: Verwiesen wird lediglich auf ein „gemeinsa-
mes Rundschreiben der Krankenkassen“. Wer Zeit und
Lust zum Durcharbeiten der 52 Seiten hat, wird dann
endlich belohnt mit diesem Hinweis: *Grundlage für
einen Leistungsantrag für ein Hilfsmittel ist in der Re-
gel eine vertragsärztliche Verordnung. Im Bereich der
Pflegeversicherung ist eine ärztliche Verordnung als
Voraussetzung für die Abgabe eines Pflegehilfsmit-
tels durch die Pflegekasse nicht vorgesehen. Es ist
jedoch in der Regel erforderlich, dass eine Pflegefach-
kraft oder der Medizinische Dienst der Krankenkassen
(MDK) die Notwendigkeit des Pflegehilfsmittels fest-*

stellt. „**Pflegehilfsmittel**“, für die also (nach Feststellung einer Pflegebedürftigkeit!) kein Rezept gefordert ist, sind vor allem Inkontinenzartikel, Rollatoren und Rollstühle, Pflegebetten – also alle Dinge, die für die Pflege notwendig sind oder diese erleichtern. Der Angehörige bzw. Pflegedienst ruft einfach bei der Kranken- bzw. Pflegekasse an und sagt, was gebraucht wird. Bei teureren Angelegenheiten (etwa Einbau einer ebenerdigen Dusche) wird diese erneut einen Gutachter schicken.

Hiervon abzugrenzen sind Hilfsmittel wie Orthesen, Prothesen, Inhalations- und Absauggeräte, aber auch Verbandsmaterial oder ein (Elektro-)Rollstuhl zur selbständigen Fortbewegung. Dafür ist die Kranken- und nicht die Pflegeversicherung zuständig – und die benötigt ein Rezept von uns!

Weitere Informationen:

<http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegestaerkungsgesetze/faq-psg.html>

Neuer Verah-Kurs ab August 2017

Block I 28.08.-30.08.2017

Block II 16.10.-19.10.2017

Block III 06.11.-09.11.2017

Anmeldung unter www.verah.de

ONLINE-ENZYKLOPÄDIE FÜR HAUSÄRZTE

von Dr. Hans-Otto Wagner

DEXIMED heißt die umfassende und unabhängig Online-Enzyklopädie speziell für Hausärzte, die nun online ist.

Deximed bildet den neuesten Stand der gesamten Hausarztmedizin ab, ist strukturiert wie ein Handbuch, aber umfangreicher und kontinuierlich aktualisiert, und liefert auch zu kritischen Themen umfassendes und verlässliches Wissen.

Verlässlichkeit der Informationen: Die evidenzbasierten, im norwegischen Original seit langem bewährten Fachartikel wurden von einem Team von Allgemeinärzten an die deutschen Verhältnissen angepasst und mit unseren Leitlinien abgeglichen.

Vollständige Unabhängigkeit der Informationen:

Deximed ist rein nutzerfinanziert und frei von offener oder versteckter Werbung. Dahinter steht kein

Pharmaunternehmen, sondern mit der Verlagsgruppe Bonnier ein Zeitungs- und Buchverlag (in Deutschland z. B. Piper, Carlsen) ohne jegliche sekundären Interessen.

Teilbarkeit der Informationen mit Patienten: Zu den meisten Themen gibt es Parallelartikel in patientengerechter Sprache, die unmittelbar zur Kommunikation mit Patienten genutzt oder als Mail versandt werden können.

Die **DEGAM** ist Gründungspartner von Deximed. Zur Wahrung der Unabhängigkeit und Qualität ist entsprechend der Kooperationsvereinbarung mit der DEGAM ein unabhängiger wissenschaftlicher Beirat eingerichtet worden.

Mitglieder des Hausärztesverbandes erhalten einen Sonderpreis von € 180 (statt regulär € 210) pro Jahr.



„In der Hektik meines Praxisalltags lohnt sich immer ein schneller Blick in Deximed: ohne Umwege eine zielgenaue und unabhängige Antwort“

H.-O. Wagner

Weitere Infos unter <https://deximed.de>

Ansprechpartner im Institut für Allgemeinmedizin am UKE

Katharina Dahl k.dahl@uke.de und **Dr. med. Hans-Otto Wagner** h.wagner@uke.de



Herausgeber: Vorstand:

Dr. Frank Stüven, Gregor Brinckmann (als Schriftführer V.i.S.d.P)

Redaktion: Nicole Bongard

Hausärztesverband Hamburg e.V. | Osterbekstr. 90 c

22083 Hamburg | Telefon 040-69 70 24 77