

Von Hausarzt zu Hausarzt

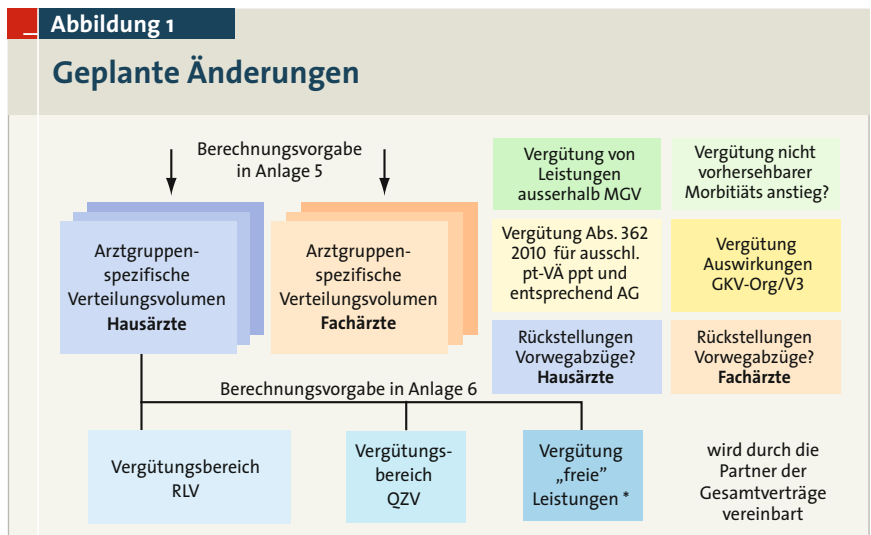
Aktuelle MMW-Tipps & News für Ihre Praxis

Neue vertragsärztliche Vergütung (NVV): Scheitert die Reform der Reform?

— Die Verhandlungen im Bewertungsausschuss zur Berechnung und Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen am 21. Dezember 2009 sind gescheitert. Die Kassenseite hatte weiteren Klärungsbedarf zu den Auswirkungen des Beschlusstwurfs der Ärzteseite angemeldet und das Inkraftsetzen der neuen Regelungen erst zum 1. Juli 2010 gefordert. Die Kassenzentrale Bundesvereinigung (KBV) hatte daraufhin den Erweiterten Bewertungsausschuss angerufen.

In der nachfolgenden Sitzung fand allerdings weder der Beschlusstwurf der Kassenseite noch derjenige der Ärzteseite die notwendige Stimmenmehrheit. Nach Auffassung der KBV ist eine Umstellung der RLV-Systematik zum 1. April 2010 damit voraussichtlich nicht mehr erreichbar.

MMW-Kommentar: Gegenstand der Verhandlungen war eine Änderung der Verteilungssystematik innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV). Nachdem klar war, dass es trotz der Anhebung der Vergütung zum



1.1.2009 nicht möglich ist, ein unbegrenztes Wachstum von Leistungen außerhalb der Regelleistungsvolumen (RLV) zu einem festen Punktwert zu garantieren, war man dazu übergegangen, auch hier ein Quotierungsverfahren einzuführen. Das wollen die Kassen offensichtlich blockieren, um ihren Versicherten weiterhin diese Leistungen scheinbar unbegrenzt anbieten zu können. Die KBV hat

die Geschäftsführung des Bewertungsausschusses zur schnellstmöglichen Anberaumung einer Sitzung des (Erweiterten) Bewertungsausschusses aufgefordert, damit weitere Verfahren zur Umstellung der RLV-Systematik beschlossen werden können.

Hilfsmittel ab 2010 nur noch nach Vertrag

— Bereits mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde die Hilfsmittelversorgung stärker wettbewerblich ausgerichtet. Die nach altem Recht zur Versorgung der Versicherten berechtigende Zulassung wurde abgeschafft. Hilfsmittel dürfen an Versicherte deshalb nur noch auf der Grundlage von Verträgen abgegeben werden.

Für Leistungserbringer, die am 31. März 2007 über eine Zulassung nach § 126 SGB V in der zu diesem Zeitpunkt geltenden

Fassung verfügten, gab es eine Übergangsfrist, während der die betreffenden Leistungserbringer noch versorgungsrechtlich waren.

Diese Übergangsfrist endete am 31. Dezember 2009. Seit dem 1. Januar 2010 kann deshalb auch die Versorgung der Versicherten durch Leistungserbringer, die übergangsweise noch versorgungsberechtigt waren, nur noch auf der Grundlage von Verträgen mit den Krankenkassen erfolgen.

MMW-Kommentar: Damit kommt auf den niedergelassenen Arzt in dieser Hinsicht im neuen Jahr erneut ein Diskussionsanlass mit dem Patienten oder seinen Angehörigen zu. Oft verlangen diese nämlich bestimmte Hilfsmittel von definierten Herstellern, was nunmehr eindeutig nicht mehr möglich ist. Auch wenn es – hoffentlich auch weiterhin – bei Hilfsmitteln keine Richtgrößen- oder sonstige Wirtschaftlichkeitsprüfung gibt, sollte dies von Anfang an beachtet werden.