

VON HAUSARZT ZU HAUSARZT



Dr. Gerd W. Zimmermann
 Facharzt für
 Allgemeinmedizin
 Kapellenstraße 9,
 D-65719 Hofheim

Verbände dürfen wieder berechnet werden

Bei der Berechnung eines Verbandes über die Grund- bzw. Versicherungspauschalen waren bisher Schnell- und Sprühverbände, Augenklappen, Ohrenklappen, Dreiecktücher, vorgefertigte Wundklebepflaster oder Halskrawattenfertigverbände ausgeschlossen. Nach einem aktuellen Beschluss des Bewertungsausschusses ist dies ab dem 1.7.2010 nunmehr möglich.

MMW Kommentar

Die Neuregelung ist – wie so oft bei solchen Entscheidungen – missverständlich und bedarf der Erläuterung. Sie bedeutet, dass die bisherige Regelung, nach der Verbände jeder Art über die Versicherungspauschale berechnet werden können, ausgenommen die erwähnten Verbände, nicht mehr gilt. Die genannten Verbände waren nämlich aufgrund der bisherigen Regelung nicht etwa gesondert, sondern überhaupt nicht berechnungsfähig. Das ändert sich nun mit dem Beschluss zum 1.7.2010. Im Extremfall bedeutet das, dass eine Versichertenpauschale auch dann berechnet werden kann, wenn im Behandlungsfall ausschließlich einer der bisher ausgeschlossenen Verbände angelegt wird. Voraussetzung ist lediglich, dass dies durch den Arzt/die Ärztin selbst oder unter deren Aufsicht erfolgt.

EBM-Reform zum 1.7.2010: Der Blindflug geht weiter!

Der Bewertungsausschuss hat erneut keinen Beschluss zur Neustrukturierung der RLV-Systematik und zur Trennung der Gesamtvergütung gefasst. Die Kassenseite erklärte, dass sie sich angesichts fehlender Datengrundlagen außerstande sähe, schon jetzt hierzu zu beschließen. Die Entscheidung soll nun am 26.3.2010 fallen. Die KBV hat bereits vorsorglich den Erweiterten Bewertungsausschuss als Schlichtungsgremium für diesen Tag angerufen.

MMW Kommentar

Streng genommen muss man bei dieser Entscheidung ausnahmsweise den Kassen ein Kompliment machen. Sie legen auf das Wert, was man eigentlich von der ärztlichen Selbstverwaltung erwarten würde – Sorgfalt. Die geplanten Änderungen zum 1.7.2010 haben schließlich zwei grundlegende Entscheidungen zum Gegenstand: Einerseits sollen die gravierenden Fehler bei den honorarverteilenden Elementen der Reform vom 1.1.2009 beseitigt werden, andererseits will man die Trennung der Gesamtvergütung in einen haus- und einen fachärztlichen Anteil auf eine neue Grundlage stellen, die auch noch auf Dauer gelten soll.

Hier wird eine Neuberechnung auf der Basis des 1. Halbjahres 2009 vorgenommen, obgleich jedem mathematischen Laien klar sein muss, dass eine – noch dazu auf Dauer ausgerichtete – Regelung, die eine Morbiditätsentwicklung widerspiegeln soll, mindestens einen Zeitraum von einem Jahr umfassen muss, um auch nur annähernd objektiv zu sein. Erste Berechnungen zu den Auswirkungen dieses neuen Trennungsfaktors zeigen dann auch, dass in vielen KVen die Hausärzte die Verlierer sein werden.

Gelassen können das die Hausärzte in den KVen sehen, in denen bereits Hausarztverträge außerhalb des KV-Systems abgeschlossen wurden. Dort ist die Trennung vollzogen, ohne dass es nachträglich noch zu Verwerfungen kommen kann. Probleme könnte es hingegen in den KVen geben, die ihre Hausarztverträge an das KV-Honorar angebunden haben.

Hier ist es möglich, dass der gesamte Gewinn über diese sog. Add-on-Verträge durch die negativen Auswirkungen des neuen Trennungsfaktors wieder verloren geht.

