

VON HAUSARZT ZU HAUSARZT



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

Das Ende der „Schweinegrippe“

— Die Ausrufung der Pandemiestufe 6 für die Influenza A/H1N1 (sog. Schweinegrippe) durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) führte dazu, dass die Partner der Bundesmantelverträge die Aufnahme der bundeseinheitlichen Vergütungsziffern 88740 (Nukleinsäurenachweis mittels Amplifikationsverfahren, [PCR] auf A/H1N1) und 88741 (Schnelltest auf Influenza Typ A/B) befristet bis zum 31.12.2010 eingeführt hatten. Gleichzeitig wurden durch den Bewertungsausschuss Empfehlungen zur Finanzierung der Diagnostik bei konkreten Verdachtsfällen der Infektion mit A/H1N1 übermittelt.

Am 10.8.2010 hat die WHO die Pandemie A/H1N1 für beendet erklärt. Damit entfällt der Tatbestand für den nicht vorhersehbaren Behandlungsbedarf. Die Durchführungsempfehlung wurde deshalb dahingehend abgeändert, dass diese Finanzierungsvereinbarung vorzeitig mit Wirkung zum 11.8.2010 beendet wird.

MMW Kommentar

Die Berechnungsfähigkeit der genannten bundeseinheitlichen Vergütungsziffern endet zwar erst zum 30.9.2010. Der Bewertungsausschuss hat jedoch empfohlen, nach dem 10.8.2010 abgerechnete Leistungen im Zusammenhang mit der „Schweineinfluenza“ nur noch innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu finanzieren. Die ursprünglich extrabudgetäre Vergütung z.B. auch von weiteren EBM-Leistungen endet damit bereits ab diesem Zeitpunkt.

Weiterbildungsassistenten erhalten eigene Nummer

— Zum 1. Januar 2010 wurde die Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin neu strukturiert. U. a. konnte die finanzielle Unterstützung des Arztes/der Ärztin in Weiterbildung im ambulanten Bereich den Gegebenheiten im stationären Bereich angeglichen werden.

Im Rahmen dieser neuen Vereinbarungen wurde auch beschlossen, dass jeder Arzt in Weiterbildung mit Beginn der Förderung eine eindeutige, bundesweit gültige Nummer zum Zwecke der Administration der Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin erhält. Die Vergabe der Arztnummer an den Arzt in Weiterbildung erfolgt nunmehr auf der Basis der lebenslangen Arztnummer (LANR). Als Grundlage dient die Systematik zur Vergabe der Arzt- und Betriebsstättennummern nach der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Die Ziffern eins bis sieben werden durch die Kassenärztliche Vereinigung vergeben und zwar über den Arztnummerngenerator der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Die Ziffern 8 und 9 sind bundeseinheitlich.

MMW Kommentar

Die bundeseinheitliche Identifizierung ist notwendig, um bei der Datenübertragung und Datenverarbeitung in den KVen und der KBV die Verwendung dieser speziellen Arztnummer reglementieren zu können. Die Regelung betrifft Weiterbildungen, die in der Zeit ab dem 1. Januar 2010 im ambulanten Bereich begonnen wurden.

Wird die Weiterbildung zunächst im stationären Bereich begonnen, erfolgt aber auch die Ausgabe einer lebenslangen Arztnummer durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung. Diese Arztnummer wird allerdings nicht in die sog. VDX-Daten aufgenommen, da eine Kennzeichnung von erbrachten Leistungen durch die Arztnummer des Arztes in Weiterbildung ausgeschlossen ist. Bei Plausibilitätsprüfungen nach Zeitvorgaben hingegen ist eine Berücksichtigung der Tätigkeit von Weiterbildungsassistenten in der Praxis auf diesem Weg möglich.

Kampf um die Honorarverteilung 2011 wird zur Farce

— Die Auflage im Entwurf des Gesetzes zur GKV-Finanzierung 2011 und 2012 (GKV-FinG), eine sogenannte asymmetrische Verteilung der Honorarzuwächse im Jahr 2011 vorzunehmen, stößt auf unterschiedliche Reaktionen in den KVen. Während die Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) der neuen Bundesländer sich durch die neuen Verteilmechanismen benachteiligt sieht, lobt die KV Schleswig-Holstein den Ansatz, da sie durch die geplante Umverteilung zusammen mit den KVen in Ba-

den-Württemberg, Nordrhein und Westfalen-Lippe massiv finanziell profitieren würde.

Das Gerangel ist längst zum Politikum geworden. Weil sich prominente Politiker ohne einen objektiv messbaren Hintergrund für eine finanzielle Bevorzugung insbesondere der KVen in Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen einsetzen, versuchen nun auch die übrigen KV-Führungen, ihre Bundes- und Landespolitiker zu mobilisieren. In einem offenen Brief an die Ministerpräsidenten

der Länder warnten die KVen Brandenburg, Thüringen, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern davor, dass das geplante Gesetz die „Schere zwischen Ost- und Westvergütung“ weiter auseinander treibe.

So sei geplant, die neuen Bundesländer von den Vergütungserhöhungen durch manipulative Anteilszuweisungen abzukoppeln, obgleich das ärztliche Honorar in den neuen Bundesländern schon heute bei weitem nicht dem notwendigen Maß entspreche. Die KV Schleswig-Holstein hingegen unterstützt die geplante asymmetrische Verteilung der Honorarzuwächse und reagierte in einem Schreiben mit Empörung auf die Versuche der KV Bayerns (KVB) die neue Verteilungsmatik zu verhindern.

Neuen Bundesländern vorab ein zusätzlicher Anteil von 200 Mio. Euro zugesprochen und im Nachgang ein Zuschlag für einige KVen beschlossen.

Die Umsetzung erfolgte über eine Quotierung des regionalen Leistungsbedarfs – die sog. HVV-Quote. Dabei wurden KVen mit hohem Leistungsbedarf abgewertet, um andere KVen mit niedrigem Leistungsbedarf zu stützen.

Die jetzt vorgesehene asymmetrische Verteilung verfolgt genau den gegenteiligen Ansatz und geht von einem bundesdurchschnittlichen Leistungsbedarf aus, auf den gestützt werden soll und der damit erneut die KVen begünstigen würde, die bereits 2009 eine höhere Zuteilung erhielten. Um dem erwähnten politischen

Lobbyismus Rechnung zu tragen, wurden bei den Beschlussanträgen für den Bewertungsausschuss allerdings komplizierte und kaum nachvollziehbare Faktoren hinzugezogen, die zwar dem ursprünglichen Ziel näher kommen, aber dabei nicht alle „Verlierer-KVen“ aus dem Jahr 2009 berücksichtigen.

Grundübel bei der Betrachtung ist dabei, dass die unterschiedliche Leistungsdichte in den einzelnen KVen völlig unberücksichtigt bleibt. Dies gilt insbesondere für den hohen Anteil an stationären Leistungen, die in südwestlichen KVen ambulant, z.B. in östlichen KVen aber weiterhin in Krankenhäusern und damit außerhalb der ambulanten Versorgungsebene erbracht werden.

MMW Kommentar

Eigentlich sollte die gesetzlich geforderte asymmetrische Honorarverteilung sicherstellen, dass KVen, die bei der letzten Honorarreform besonders schlecht abgeschnitten haben, in den kommenden Jahren von der jährlichen Erhöhung der Gesamtvergütung stärker als andere KVen profitieren. Das ist nach den von der Kasenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vorgelegten Ansätzen aber nicht möglich, denn 2009 wurden die Anteile an der Gesamtvergütung auf die einzelnen KVen ohne entsprechenden gesetzlichen Auftrag nach ganz anderen Kriterien verteilt.

Obgleich der Gesetzgeber damals als Grundlage der Verteilung das Volumen der abgerechneten Punkte (Leistungsbedarf) 2008 zugrunde gelegt hatte, kam es auf Initiative des Bewertungsausschusses zu einer asymmetrischen Verteilung der Gelder. Mangels vollständiger Zahlen aus dem Jahr 2008 wurde der Leistungsbedarf 2007 zugrunde gelegt, den

