

Versorgungspauschalen der NRW-Bürger dauerhaft auf niedrigstem Niveau festsetzen.

Die vorgesehene „Pseudo“-Konvergenzregelung der KBV greife nur bei echten Honorarzuwächsen in dem jeweiligen Jahr. Die in den KBV-Fonds eingezahlten Mittel wären niemals ausreichend, eine echte Konvergenz zwischen den Bundesländern zu erzielen, da die Differenzen der Versorgungspauschalen zwischen den regionalen KVen jetzt schon größer sind als jede optimistische Berechnung der KBV ausgleichen könnte. Das Aktionsbündnis fordert den neuen Bundesgesundheitsminister auf, diesem Konvergenzkonzept nicht zuzustimmen. Untermauert wird das Schreiben mit dem Hinweis, dass Nordrhein-Westfalen die (politische) Heimat des neuen Gesundheitsministers ist.

MMW Kommentar

In der Tat ist der Beschluss der KBV-Vertreterversammlung ein Kompromiss, der festlegt, dass in den Jahren 2013 bis 2015 von möglichen Honorarzuwächsen der KVen 0,5 Prozentpunkte in eine Art KV-Fonds fließen, der dann nach einem noch festzulegenden Schlüssel an die „bedürftigen“ KVen rückverteilt wird. Die so resultierenden regionalen Honorarvolumina sollen ab 2016 dann die Basis für die weitere, regional individuell verhandelbare Honorarentwicklung sein. Die Aktion des Bündnisses ist vom Grundsatz her gerechtfertigt, verwechselt aber leider Ursache und Wirkung. Das Honorarproblem in Nordrhein-Westfalen ist die Folge einer jahrelangen freiwilligen Zwangsbudgetierung des Honorarvolumens auf einen Punktwert von 10 Pfennigen. Weniger Leistung führte

so zu einem trotzdem hohen Honorarniveau. Nach dem Wechsel zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung 2009 war die Strategie dann aber nicht nur obsolet, sondern rückwirkend gesehen auch noch falsch. Die eigentlichen Profiteure dieses Vergütungsprinzips waren die Kassen in NRW, und hier liegt dann auch der Denkfehler beim Vorstoß des Aktionsbündnisses: Das Konvergenzvolumen darf nicht von den Honoraren der Ärzte in anderen KVen abgezweigt, sondern muss von den regionalen Kassen in NRW aufgebracht werden. Der logischere Weg der Problemlösung wäre deshalb, überhaupt keine Konvergenz durchzuführen und die genannten Forderungen an die Adresse der Kassen zu richten.

Die Tücken der neuen Heilmittelrichtlinien

— Nach fünfjähriger Beratungsdauer hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine Neufassung der Heilmittelrichtlinien beschlossen. Neu geregelt wird unter anderem das Genehmigungsverfahren für behinderte Patienten. Musste bislang vor jeder Verordnung eine Genehmigung erteilt werden, kann ab dem 1. Juli der Patient für ein Jahr in den Status einer Schwerbehinderung gesetzt werden, der ihn für diesen Zeitraum von allen Genehmigungsverfahren befreit.

Die Regelung trägt insbesondere den Fällen Rechnung, in denen der Behandlungsbedarf mit Heilmitteln für einen längeren Zeitraum feststeht und wenn hinsichtlich des Krankheitsstatus des Versicherten keine Veränderung der Notwendigkeit einer Therapie mit Heilmitteln zu erwarten ist. Am Genehmigungsverfahren wird ansonsten jedoch grundsätzlich festgehalten. Eine Krankenkasse hat jedoch weiterhin die Möglichkeit, auf die Durchführung des Genehmigungsverfahrens zu verzichten.

MMW Kommentar

Interessant ist in diesem Zusammenhang die Sichtweise des G-BA zur Frage der Wirtschaftlichkeit der Verordnung. Dieser vertritt die Auffassung, dass ein solcher Verzicht der Kasse als Genehmigung zu werten ist. Die ausdrücklich oder durch Verzicht auf das Genehmigungsverfahren generell erteilte Genehmigung einer Verordnungsmöglichkeit zulasten der Krankenkassen über den Regelfall hinaus bezieht sich nach Auffassung des G-BA aber nur auf den jeweiligen Versicherten, dem hierdurch ein Leistungsanspruch gegenüber seiner Krankenkasse bestätigt wird.

Die Genehmigung bzw. der Verzicht auf die Genehmigung hat aber keine unmittelbaren Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 SGB V. Hier gilt weiterhin das Prinzip der Praxisbesonderheit. Der Rechtsprechung des BSG zu Folge ist eine Konzentration der Behandlung von Personen mit schwerwiegenden Behinderungen und

hohem Behandlungsbedarf der typische Fall einer anzuerkennenden Praxisbesonderheit. Das BSG nimmt Bezug auf die Zusammensetzung der Patientenklitel einer Arztpraxis, die in den Praxen der Vergleichsgruppe nicht in entsprechender Weise anzutreffen sind. Inwieweit sich die Zusammensetzung der Patientenklitel einer Arztpraxis von anderen unterscheidet, kann lt. G-BA jedoch nicht vorab, sondern nur im Nachhinein festgestellt werden. Vor diesem Hintergrund wird eine Vorab-Anerkennung als Praxisbesonderheit ausgeschlossen.

Diese Sichtweise des G-BA und wohl auch der Sozialgerichte gilt es zu beachten. Wer glaubt vor Regressen geschützt zu sein, wenn er sich streng an die Verordnungszahlen des Heilmittelkataloges hält, irrt. Ausschlaggebend ist vielmehr, ob man mehr Patienten mit hohen Verordnungsmengen hat als die Vergleichsgruppe.