

MedTech ambulant № 02/10

16. Juni 2010; Auflage: 1040 Stück

Besonderheiten und Neuerungen ab 1. Juli 2010 bei ambulanten Leistungen

Ambulante Leistungen nach § 116 b SGB V

Neben dem Ambulanten Operieren hat das Krankenhaus weitere Möglichkeiten an der ambulanten Versorgung teilzunehmen, z. B. mit der Versorgung von seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf sowie mit der Erbringung hochspezialisierter Leistungen. Das Krankenhaus teilt den Krankenkassen die von ihm ambulant erbringbaren Leistungen mit. Die Abrechnung erfolgt seit 1. Januar 2009 nach EBM direkt mit den Krankenkassen. Die Vergütung der hier anfallenden Sachkosten erfolgt analog zum niedergelassenen Bereich. Entsprechende Anträge hierzu sind auch von den zuständigen Aufsichtsbehörden der Länder (Gesundheitsministerien) zu genehmigen, wobei die Versorgungssituation bezüglich dieser Erkrankungen im Bereich der niedergelassenen Ärzte beachtet werden soll.

Aktuelles: Enterale Ernährung

Die Arzneimittelrichtlinie in der Fassung vom 1. April 2009, Kapitel I §§ 18 ff. bleibt gültig. Trink- und Sondennahrung ist weiterhin erstattungsfähig. Weitere Informationen zu diesem Thema finden Sie im BVMed-Infoflyer "Erstattung enterale Ernährungstherapie" unter www.bvmed.de/publikationen/Infokarten_Merkblaetter/.

Neue Kampagne des BVMed

Mit ihrer Innovationskraft entwickeln MedTech-Unternehmen Produkte und Verfahren mit dem Ziel, Menschen zu helfen. Medizinprodukte müssen sich dabei am komplexesten Mechanismus der Natur messen lassen: dem menschlichen Körper. Der BVMed verdeutlicht mit seiner aktuellen Kampagne "Der Mensch als Maßstab. Medizintechnologie" die Wertigkeit, Innovationskraft und Faszination von Medizintechnologien.

Unter www.massstab-mensch.de erfahren Sie mehr über innovative Medizintechnologien und die Informationskampagne. Dort kann auch das Magazin "Medizin & Technologie" kostenfrei heruntergeladen werden.

Vorschau

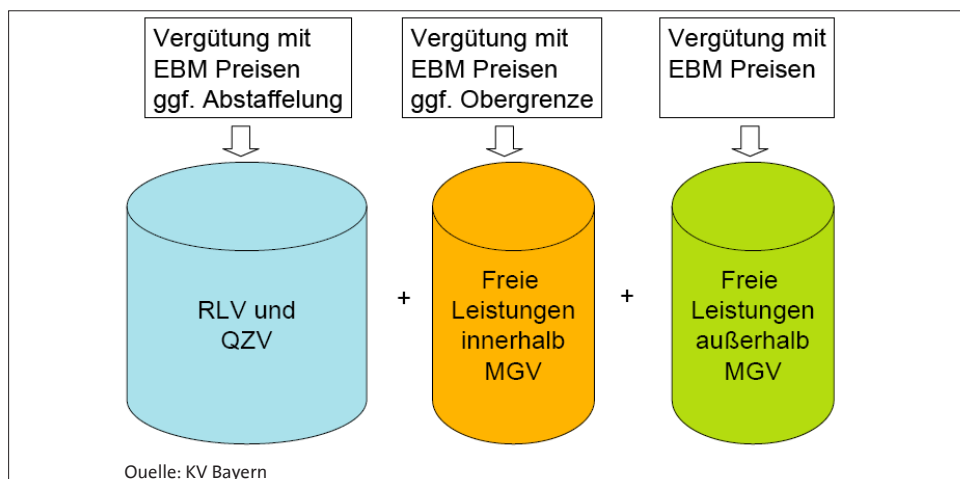
In der nächsten Ausgabe dieses Newsletters informieren wir Sie über die Rechte und Pflichten bei der Verordnung von Hilfsmitteln.

Neuerungen in der vertragsärztlichen Vergütung

1. Maßnahmen zur Stabilisierung des RLV

Der Bewertungsausschuss hat wesentliche Änderungen zur Stärkung der Basisversorgung in der Honorarsystematik des niedergelassenen Arztes beschlossen. Vom 1. Juli 2010 an werden aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) zunächst die Regelleistungsvolumen (RLV) finanziert und erst danach die Vergütungen für bislang freie Leistungen wie Akupunktur, dringende Hausbesuche oder die Nachsorge bestimmt. Zur Steuerung dieser Leistungen werden außerdem qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) eingeführt. Anspruch auf ein QZV hat ein Arzt dann, wenn er im Vorjahresquartal mindestens einmal eine Leistung aus dem QZV abgerechnet hat. Die Folge wird sein, dass

Ärzte, die ihren Umsatz vor allem über das RLV erzielen, von den höheren RLV-Fallwerten profitieren werden. Ärzte, die bisher viele freie Leistungen abgerechnet haben, werden im Gegenzug Einbußen erleiden. Die Leistungen von RLV und QZV sind frei untereinander verrechenbar. D. h. Unterschreitungen in einem Bereich können mit Überschreitungen im anderen Bereich verrechnet werden. Leistungen wie Vorsorgeuntersuchungen oder ambulante Operationen, die die Krankenkassen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlen, sind von der neuen Regelung nicht betroffen. Nähere Informationen unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de (Siehe: **Beschlüsse**).



2. Trennung der Facharzt- und Hausarztvergütung

Der Bewertungsausschuss hat zudem eine Trennung der hausärztlichen und fachärztlichen Vergütung zum 1. Juli 2010 beschlossen. Diese sollen künftig auch getrennt weiterentwickelt werden. Außerdem erhält jede Facharztgruppe ihr eigenes Honorarvolumen. Mengenausweitungen können damit nicht mehr zu Lasten anderer Arztgruppen gehen.

Die Zuschlagsregelung bei Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ bleibt zunächst bis zum 1. Januar 2011 unverändert. Künftig wird jede KV für Laborleistungen, Antrags- und Genehmigungsrichtlinien Psychotherapie sowie Leistungen im organisierten Notfalldienst eigene Finanztöpfe bilden und diese Leistungen im Voraus abbezahlen.

Kodierrichtlinien

Die Kodierung der Diagnosen nach der ICD-10 in der jeweils gültigen deutschen Version ist seit zehn Jahren Pflicht für Vertragsärzte. Mit der Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs ist die korrekte Verschlüsselung der Diagnosen auch im ambulanten Bereich in den Fokus strategischer Überlegungen bei den Krankenkassen gerückt. Da sich die Vergütung der Ärzte auch an der Entwicklung der Morbidität der Versicherten ausrichtet, ist die richtige Kodierung aber auch für die Ärzte von großer Bedeutung.

Nun haben sich die KBV und der GKV-Spitzenverband auf Richtlinien zur Kodierung der Diagnosen geeinigt. Die Anwendung der Richtlinien stellt für die Ärzte einen erheblichen Mehraufwand in der Kodierung dar und wird den Ermessensspielraum für Ärzte bei der Diagnosenverschlüsselung deutlich einschränken. Um dennoch eine reibungslose Einführung zu erreichen, soll sich die Richtlinie ab 1. Juli 2010 zunächst in Bayern einem Praxistest unterziehen. Von Januar 2011 an gelten die Richtlinien dann für alle Ärzte.