

## **Erläuterung zur Fallzählung als RLV-Grundlage und bezüglich der Veränderungen in 2011**

- **Sachlage / Zusammenhang**
  - **Problematik des Behandlungsfalls – Seite 2**
  - **Interessenlage des BMVZ – Seite 3**
  - **Details der Neuregelung ab Juli 2011– Seite 4**
  - **Erste Bewertung der Neuregelung– Seite 5**
- 

Nachdem seit ihrer Einführung zum III. Quartal 2009 die Anwendung der Behandlungsfallzählung als RLV-Grundlage – in Ersetzung des Arztfalles - viermal per Federstrichbeschluss verlängert worden war, musste noch vor Jahresende eine Regelung für die RLV-Zuweisung ab 1. April 2011 beschlossen werden. Kassen und KBV im konnten sich im Vorfeld jedoch nicht auf ein gemeinsames Vorgehen einigen, so dass der Ausgang der Bewertungsausschusssitzung vom 22. Dezember 2010 bis zum Schluss offen blieb – und dabei auch eine unbefristete Verlängerung der gegenwärtigen Regelung im Raum stand.

Diese war vom BMVZ – angesichts der damit verbundenen, benachteiligenden Regelung für intensiv kooperierende MVZ und der gleichzeitig versorgungspolitisch fehlerhaft gesetzten Anreize – seit ihrer Einführung vehement angegriffen worden. Zusätzliches Potential erhielt die Verbandskritik durch die öffentliche Debatte über die zunehmenden Gründungen ortsübergreifender Berufsausübungsgemeinschaften, deren Strukturen teils den Verdacht nahe legten, dass hier von kaum miteinander kooperierenden Praxen ohne Leistungszusammenhang ausschließlich die Zuschlagspauschalen in Anspruch genommen werden sollten (*Details dazu auf Seite 2*).

Eine der Grundlagen der Fallzählungsdiskussionen im Bewertungsausschuss war bis dato ein vom BMVZ im Sommer eingebrachtes Modell gewesen, das Elemente der Arztfallzählung mit Elementen der Behandlungsfallzählung zu einer neuen Zuweisungsmethode verband, die die fehlerhaften Honoraranreize und die dadurch produzierten Honorarverwerfungen in weitgehend leistungsadäquater Weise behoben hätte (*Details dazu auf Seite 3*). Letztlich fand dieser Vorschlag beim Beschluss jedoch keine Berücksichtigung.

Stattdessen wurde auf der Sitzung vom 22.12.2010 die gegenwärtige Behandlungsfallzählung, bzw. die damit verbundene Gewährung pauschaler Zuschläge vom Bewertungsausschuss mit Wirkung zum 1. Juli 2011 modifiziert. Diesem Beschluss ist immanent, dass die gegenwärtige Regelung um ein weiteres Quartal auf das gesamte erste Halbjahr 2011 erstreckt wird (*Details dazu auf den Seiten 4ff*).

## **Problematik des Behandlungsfalls mit an der Fachgruppenvielfalt orientierter Zuschlagsgewährung**

---

Die im April 2009 erfolgte Änderung der Grundlage der RLV-Zuweisung vom Arzt- auf den Behandlungsfall hat aus strukturellen Gründen eine selektive Wirkung ausschließlich auf MVZ und Gemeinschaftspraxen. Primär war seitens des Bewertungsausschusses mit dieser Umstellung geplant, eine Stabilisierung der sinkenden Fallwerte zu erreichen. Dieses eigentliche Ziel wurde und konnte dabei jedoch nicht erreicht werden, da – wie durch die Studie des Institut des Bewertungsausschusses über die Fallzahldynamik der Jahre 2008 und 2009 inzwischen bestätigt wurde - die Ursachen für den Fallzahlanstieg eher bei den Einzelpraxen zu suchen sind; Stabilisierungsmaßnahmen also dort ansetzen müssten.

Der BMVZ hatte entsprechend bereits im Vorfeld des Änderungsbeschlusses vom 20. April 2009 davor gewarnt, dass - unabhängig vom behaupteten Ziel der Fallwertstabilisierung - durch das mit der Umstellung zum Nachteilsausgleich eingeführte pauschale Zuschlagssystem massive Honorarumverteilungen innerhalb des Bereiches der kooperativen Versorger verursacht würden. In der Folge haben aufgrund der speziellen und unausgewogenen Steuerungswirkung des allein an die Zahl der vorgehaltenen Fachrichtungen gekoppelten Kooperationszuschlages vor allem gut funktionierende, bewusst arztübergreifend kooperierende Einrichtungen teils massive Einbrüche beim zugewiesenen RLV erlitten.

Gleichzeitig kamen Praxisstrukturen in den Genuss der pauschal anhand der Zahl der beteiligten Fachrichtungen gewährten Kooperationszuschläge, die die kooperative Struktur zwar theoretisch vorhalten, entsprechende ärztliche Leistungen indes nicht oder nur marginal erbracht haben. Die Fehlsteuerung erfolgte somit von Beginn an doppelt und gleichzeitig in gegensätzlicher Hinsicht: Strukturvorhaltung ohne adäquate Leistungserbringung wurde belohnt; echte kooperative Leistungserbringung innerhalb einer Struktur dafür durch Abzüge, die häufig die Höhe der gewährten Zuschläge übersteigen, bestraft.

## Interessenlage des BMVZ

Systematisch betrachtet ist der Arztfall als RLV-Grundlage die strukturübergreifend sinnvollste Lösung der Fallzählung. Da hierbei die Honorierung der ärztlichen Tätigkeit ausschließlich und in jeder Struktur gleichförmig anhand der arztbezogen tatsächlich erbrachten Leistung erfolgt, ist die Arztfallzählung eine vollkommen leistungsadäquate Form der Honorarzuweisung. Dennoch wurde eine Wiedereinführung der Arztfallzählung vom Bewertungsausschuss von vornherein ausgeschlossen. Jede andere Regelung kann aus Sicht des BMVZ jedoch nur eine Zwischenlösung sein – die Rückkehr zum Arztfall bleibt deshalb unverändert Forderung des Verbandes.

Um dennoch die beiden oben skizzierten und sich in ihrer Fehlsteuerung gegenseitig verstärkenden Honorarumverteilungsmechanismen der *'Behandlungsfallzählung mit pauschal an der Fachgruppenvielfalt orientiertem Zuschlagssystem'* zu beenden, wurde vom BMVZ der *'Arztgruppenfall'* in die Fallzählungsdebatte eingebracht. Der Arztgruppenfall hätte praktisch bedeutet, dass fachübergreifende Kooperation grundsätzlich wie bei der Arztfallzählung honoriert würde, während fach- bzw. schwerpunktgleiche Kooperation analog zum Vorgehen bei der Behandlungsfallzählung (inkl. Zuschlägen) betrachtet würde.

In Einzelpraxen sowie in Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen keine Arztgruppe mehrfach vertreten ist, wäre damit die Zahl der Arztgruppen-Fälle stets gleich der Zahl der Arztfälle. In Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen eine oder mehrere Arztgruppe mehrfach vertreten ist, wäre dagegen die Zahl der Arztgruppen-Fälle stets kleiner der Zahl der Arztfälle geblieben, da arztübergreifend, aber fachgruppen- bzw. schwerpunktintern behandelte Patienten je Quartal stets nur einen Arztgruppenfall ausgelöst hätten. Zum Ausgleich enthielt der Vorschlag in Fällen fachgleicher Gemeinschaften (*gleich, ob singulär als niedergelassene Gemeinschaftspraxis oder, ob als Fachbereich innerhalb eines MVZs*) analog zu den bisherigen EBM-Regelungen pauschale Zuschläge auf RLV und QZV der betroffenen Fachgruppen.

In erster Linie hätte sich damit die Honorarzuweisung nicht länger nach der vorgehaltenen Struktur gerichtet, sondern wäre wieder anhand der tatsächlich am und für den Patienten erbrachten ärztlichen Leistung erfolgt. Statt diesen Vorschlag aufzugreifen, hielt man im Bewertungsausschuss aber am Behandlungsfall fest. Jedoch konnte der BMVZ zumindest eine Modifikation des Zuschlagssystems durchsetzen.

## Details der Neuregelung

- Die gegenwärtige Regelung wird in ihrer Geltung um ein zusätzliches Quartal bis zum 30. Juni 2011 unverändert verlängert.
- Der Behandlungsfall wird auch darüberhinaus in der bisherigen Definition beibehalten. Eine Veränderung erfolgt ausschließlich beim Bemessungskriterium der pauschalen Zuschläge.
- Anstelle einer Fachrichtungsorientierung wird ab Juli nunmehr der Kooperationsgrad bei der Zuschlagsverteilung berücksichtigt. Hierbei wurde die Obergrenze von 40% bei der Zuschlagsgewährung beibehalten.
- Der Kooperationsgrad wurde als Quotient aus Arztfällen und Behandlungsfällen einer Praxis des jeweiligen Vorjahresquartals definiert. Aus mathematischen Gründen erfolgt im Zusammenhang mit der Quotientenbildung, die stets ein Ergebnis von  $\geq 1$  ergibt, der Abzug von '1' um den 'Kooperationsgrad' (KG) als zweistellige Verhältniszahl zu ermitteln.

$$\text{KG in \%} = 100 \times \left( (-1) + \frac{\text{Summe der Arztfälle des Vorjahresquartals}}{\text{Summe der Behandlungsfälle des Vorjahresquartals}} \right)$$

*Kooperationsgrad (KG) je Abrechnungsquartal in Prozent*

*= ((Summe Arztfälle (AF) im Vorjahresquartal / Summe Behandlungsfälle (BHF) im Vorjahresquartal) - 1) \* 100.*

- In Abhängigkeit von der so erhaltenen Verhältniszahl werden bei der RLV-Zuweisung in Fünferschritten pauschal zwischen 10 und 40 % Aufschlag auf jeden Behandlungsfall der Praxis gewährt. Ist der errechnete Kooperationsgrad jedoch in einem Quartal kleiner als 10% wird keinerlei Aufschlag gewährt.
- Ein Ausgleich, bzw. eine schrittweise Anpassung für Praxen, die bisher (hohe) Zuschläge erhalten haben und dann deutlich weniger, bzw. keine Zuschläge mehr erhalten, ist nicht vorgesehen.
- Die Zuweisung folgt bei fachübergreifenden Praxen ausnahmslos dem nebenstehenden Schema und kann bei derselben Struktur wegen des jeweiligen Bezuges auf das Vorjahresquartal schwanken.
- Fachgleiche Gemeinschaftspraxen und ebensolche Praxen mit angestellten Ärzten erhalten dagegen grundsätzlich pauschal einen Aufschlag von 10%.

Tabelle: Anpassungsfaktoren in Prozent	
Kooperationsgrad (KG) in Prozent	Anpassungsfaktor in Prozent
0 bis unter 10	0
10 bis unter 15	10
15 bis unter 20	15
20 bis unter 25	20
25 bis unter 30	25
30 bis unter 35	30
35 bis unter 40	35
40 und größer	40

## **Erste Bewertung der Neuregelung**

Der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 22.12.2010 zur Neuregelung der EBM-Fallzahlzählung und den entsprechenden Zuschlägen als Grundlage der RLV-Zuweisung greift nicht den BMVZ Vorschlag des 'Arztgruppenfalls' auf. Stattdessen wird weiterhin an der Behandlungsfallzählung festgehalten. Nur die Systematik der Berechnung der zum Ausgleich der durch die selektive Wirkung der Behandlungsfallzählung auf Kooperationen bedingten Honorareinbußen gewährten Zuschläge wird geändert.

Durch die Zuschlagsmodifizierung wird insgesamt nicht mehr, bzw. nur wenig mehr Honorarvolumen zugunsten der Kooperationen verteilt. Entsprechend ergeben sich die einrichtungsbezogenen Veränderungen aus der neuerlichen Umverteilungswirkung der Zuschläge innerhalb der Gruppe der kooperativen Versorger. Das geänderte Zuweisungskriterium der Zuschlagspauschalen führt somit zu Auswirkungen auf die Höhe der RLV der MVZ, von denen fast jede Einrichtung – in der ein oder anderen Richtung - betroffen sein wird.

Die vom Verband kritisierten Honorarverwerfungen werden damit in der summarischen Betrachtung teils korrigiert, gleichwohl auch weiterhin viele MVZ eine arztfalladäquate Vergütungshöhe nicht erreichen werden.

## **Auswirkungen**

Die bisher am stärksten negativ betroffenen kleinen MVZ (2 bis 3 Fachgruppen) mit hohem Kooperationsgrad werden besser gestellt als bisher. Da die Zuschläge jedoch weiterhin den Wert von 40 % nicht überschreiten, bleibt die grundsätzliche Gerechtigkeitslücke bei der Honorarzuweisung gegenüber der ursprünglichen, bis II/2009 geltenden RLV-Zuweisung auf Arztfallbasis bestehen. Praxen mit einem Kooperationsgrad der 40% allerdings nicht übersteigt, erhalten eine annähernd arztfalladäquate Honorierung.

Für MVZ mit mittleren Kooperationsgrad und mehreren Fachgruppen ändert sich durch die neue Berechnung in der Summe tendenziell wenig, da sich die unterschiedlichen Zuweisungskriterien hier ausgleichen.

Für MVZ mit vielen Fachgruppen und geringen Kooperationsgrad (z.B. auch bei ortsübergreifenden BAGs) wirkt die neue Berechnungsgrundlage der Zuschlagspauschalen negativ. Bisher gewährte Zuschläge, denen kein Äquivalent durch kooperative Leistungen in gleichem Verhältnis entgegenstand, entfallen ersatzlos.

Kaum kooperierende MVZ – egal welcher Größe – erhalten ab Juli 2011 gar keine Zuschläge mehr, da deren Gewährung bei fachübergreifenden Gemeinschaften an das Kriterium eines nachgewiesenen Kooperationsgrades von mindestens 10 Prozent gekoppelt wurde.

### **Kritik**

Unabhängig von der Grundforderung nach Rückkehr zum Arztfall - an dem sich jede Zwischenlösung messen lassen muss – enthält die Neuregelung der Zuschlagsgewährung weiterhin allbekannte Fehler, bzw. produziert neue Probleme.

- 1) Auch weiterhin werden die Zuschläge nicht auf die QZV begerechnet. Dies ist eine klare Benachteiligung der Kooperationen. Der Beschluss vom 22.12.2010 enthält hierzu einen an das Institut des Bewertungsausschusses gerichteten Überprüfungsauftrag.
- 2) Kritisch muss auch die Benachteiligung der MVZ gegenüber den fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaften gesehen werden. Fachgleiche Gemeinschaftspraxen erhalten nach neuer Regelung unabhängig vom Kooperationsgrad einen 10-prozentigen Zuschlag, während in einem MVZ (oder einer fachübergreifenden BAG) der Zuschlag erst ab einem Kooperationsgrad von 10% gewährt wird. Allerdings kann in diesen Fällen der Zuschlag in Anhängigkeit vom Kooperationsgrad bis auf 40% ansteigen, was für fachgleiche Gemeinschaftspraxen ausgeschlossen wurde.
- 3) Durch den Bezug der Zuschlagsgewährung auf das jeweilige Vorjahresquartal erweitern sich bei Neu- und Jungpraxen die bisher schon bekannten Probleme bei der RLV-Zuweisung auf die Zuschläge.

### **Und nicht zuletzt:**

- 4) Für die nochmalige Fortsetzung der gegenwärtigen Regelung um ein zusätzliches Quartal gibt es keinerlei objektive, bzw. stichhaltige Begründung. Es handelt sich dabei im Gesamten bereits um die fünfte Verlängerung per Federstrich.

Die Chance, schnellstmöglich, d.h. mit Wirkung zum 1.4.2011, eine Änderung zu beschließen, wurde bewusst nicht ergriffen.