

FALLZÄHLUNG ALS RLV-GRUNDLAGE

Kooperationszuschlag mit Pferdefuß

Seit dem dritten Quartal 2009 ist statt des Arztfalles der Behandlungsfall wieder Grundlage der RLV-Zuweisung. Diese Umstellung macht ÜBAGs attraktiv, entzieht aber andererseits den wirklich kooperierenden Praxen massiv Honorarmittel.

Der Wechsel der Zählsystematik erhielt besondere Sprengkraft, als jüngst im bayerischen KV-Wahlkampf die auffälligen Gründungen ortsübergreifender Berufsausübungsgemeinschaften (ÜBAGs) öffentlich wurden. Begründet wurde der Wechsel seitens der KBV mit der ebenso wagen wie gewagten Behauptung, kooperative Versorger würden durch medizinisch nicht gerechtfertigte interne Überweisungen einen massiven Fallzahlanstieg verursachen und damit für alle Ärzte den Punktwert destabilisieren. Den Beweis für diese Behauptung blieben die Kassenärztlichen Vereinigungen bis heute schuldig. Im Gegenteil, eine beim Institut der Bewertungsausschusses (Inba) in

Auftrag gegebene, aber nie veröffentlichte Auswertung der Fallzahldynamik ergab, dass die Ursachen für den Anstieg quantitativ eher bei den Einzelpraxen zu suchen ist. Wenn 60.000 Einzelärzte ihre Fallzahl um jeweils ein bis zwei Prozent erhöhen, hat das naturgemäß stärkere Auswirkungen, als bei 1.000 MVZ. Für beide Entwicklungen gibt es gute Gründe, die mit mißbräuchlicher Honoraroptimierung wenig zu tun haben.

Der BMVZ hatte entsprechend bereits im Vorfeld des Änderungsbeschlusses auf die Untauglichkeit der Fallzahlumstellung als Mittel zur Erreichung stabiler Fallwerte hingewiesen. Insgesamt war schon vor Inkrafttreten der neuen Fall-

zählungssystematik klar zu erkennen, dass die Gewährung eines pauschalen Zuschlags, der als alleiniges Zumesungskriterium die Zahl der in einer Praxis vertretenen Fachrichtungen zur Grundlage hat, der Realität aus systematischen Gründen nicht gerecht werden kann. Die am vermuteten Durchschnitt orientierte Zuschlagsregelung konnte und kann die durch die Behandlungsfallzählung bedingten RLV-Verluste gar nicht ausgleichen und musste damit Honorarverwerfungen in beide Richtungen provozieren. Es ist daher kein Zufall, dass die Praxen, bei denen der durch die erhöhte Kooperationsintensität entstehende tatsächliche Mehraufwand durch die gewährte Zuschlagspauschale adäquat ausgeglichen wird, nach Berechnungen des BMVZ, die durch das Inba bestätigt wurden, am kleinsten ist, während die große Mehrheit der Praxen zu den Verlierern oder Gewinnern zählt.

Vor allem intensiv kooperierende Einrichtungen haben aufgrund der speziellen und unausgewogenen Steuerungswirkung des Kooperationszuschlages in der Folge massive Einbrüche beim zugewiesenen RLV erlitten. Auf der anderen Seite dieser Entwicklung stehen die eigen gegründeten ÜBAGs, die ganz offen die gebotene Lücke in der Honorarsystematik nutzen. Das kann man moralisch verwerflich finden. Fehlverhalten ist allerdings zuvorderst dem Bewertungsausschuss vorzuhalten, der diese massive Fehlsteuerung durch falsche Honoraranreize erst ermöglicht hat. Unberechtigte Honorarzuschläge auf der einen Seite, Praxen mit einer hohen internen Kooperationsdichte, die Einbußen bei der RLV-Zuweisung verkraften müssen, auf der anderen Seite: Die Fehlsteuerung erfolgte von Beginn an doppelt und gleichzeitig in gegensätzlicher Hinsicht.



Der BMVZ hat in seiner Stellungnahme vom 17. April 2009 entsprechend prophezeit: "Ohne arztbezogene Berechnungsgrundlage rücken für die ärztliche Honorierung Kriterien in den Vordergrund, die mit der eigentlich erbrachten Leistung nicht, oder nur sekundär, in Verbindung stehen. (...) Tatsächlich unterstützt die von der KBV aktuell vorgeschlagene Regelung eine Entwicklung, bei der ... vor allem die nach betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten optimierte Konstellation mehrerer Fachrichtungen unter einem juristischen Dach besonders gefördert würde. (...) Zugespitzt betrachtet, unterstützt der KBV-Vorschlag die Bildung von Kooperatio-

Neue Versorgungsformen dürfen nicht über direkte und indirekte Honorarnachteile diskreditiert werden!

nen, die ... jedoch möglichst wenig gemeinsame Fälle haben. (...) Angesichts dieser Anreize muss damit gerechnet werden, dass 'Schein-Kooperationen' gegründet werden, um die Aufschläge in Anspruch nehmen zu können."

Die **eigentliche Frage** ist also, weshalb die KV-Oberer derzeit so tun, als hätten sie die Entwicklungen überrascht. Wenn Dr. Andreas Köhler, KBV-Vorsitzender mit einem Hauch von Selbstkritik zu Protokoll gibt, "dass wir den Zuschlag nicht an die Gegebenheiten verschiedener Arztgruppen koppeln dürfen, sondern an die realiter behandelten gemeinsamen Fälle," und Dr. Axel Munte, bayerischer KV-Chef, sich beeilt festzustellen, dass er

'keineswegs untätig geblieben sei, als der Verdacht aufgekommen sei, dass einige Kollegen die BAG scheinbar allein deshalb gründeten, um in den Genuss eines Zuschlages von 5 Prozent je beteiligter Arztgruppe zu kommen,' ist nicht ganz klar, ob man eher in Lachen oder in Tränen ausbrechen soll. Immerhin ist initiiert von der KBV die Behandlungsfallzählung inzwischen durch vier Folgebeschlüsse des Bewertungsausschusses per Federstrich von den ursprünglichen vier Quartalen auf sieben Quartale Geltungsdauer ausgedehnt worden.

Aber eines hat die in Bayern ausgelöste Debatte erreicht: Es kann als relativ sicher gelten, dass zum 1. April 2011 die bestehende Behandlungsfallzählung mit den Zuschlagspauschalen einem Zuweisungssystem weichen muss, dass die RLV – statt Strukturvorhaltung zu belohnen – wieder mit Bindung an die Kooperationsintensität einer Praxis zuweist. Idealerweise sollte dabei die Arztfallzählung wieder aufgegriffen werden, da sie nicht nur funktionell und strukturübergreifend leistungsadäquat, sondern mit den bestehenden Prüf- und Kontrollinstrumenten auch umsetz- und kontrollierbar ist. Gerade vor dem Hintergrund der allgemeinen demographischen und finanziellen Entwicklungen im Gesundheitswesen dürfen neue Versorgungsformen nicht länger etwa über direkte und indirekte Honorarnachteile diskreditiert werden.

Dipl. pol. Susanne Müller, Geschäftsführerin des BMVZ, Berlin, eMail: s.mueller@bmvz.de ■



BMVZ-KONGRESS

MVZ live im Dialog

Die Rechtsprechung hat reelle Konsequenzen für den Arbeitsalltag im MVZ.

Kontinuierlich wachsende Teilnehmerzahlen beim Kongress des Bundesverbandes Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e.V. (BMVZ) zeigen das rege Interesse an den aktuellen Themen zum MVZ. Beim diesjährigen 4. Kongress in Berlin waren weit über 200 Teilnehmer im Auditorium.

Zur aktuellen Rechtsprechung im MVZ referierte Rechtsanwalt Jörn Schroeder-Printzen, Potsdam. Er stellte beispielsweise klar, dass der Ärztliche Leiter im MVZ zwar für sämtliche medizinischen Fragen verantwortlich ist, nicht aber die ausschließliche Verantwortung für die Abrechnung trägt. Diese liege beim MVZ selbst. Desweiteren muss der Ärztliche Leiter – neben seiner Leitungsfunktion – durch persönliche Behandlung von Versicherten an der vertragsärztlichen Leistungserbringung im MVZ mitwirken.

Zur Kündigung betonte Schroeder-Printzen: Sieht ein Arbeitsvertrag vor, dass ein angestellter Arzt zugunsten seiner Anstellung im MVZ auf seinen Vertragsarztsitz verzichtet, scheidet ein finanzieller Ausgleich bei Kündigung des Arbeitsverhältnisses aus.

Die Dokumentations-CD des Kongresses – inklusive Tonmitschnitt – können Sie in der Geschäftsstelle käuflich erwerben (www.bmvz.de)

Manfred Falkenberg, eMail: manfred.falkenberg@mi-verlag.de ■

MVZ-KOMPAKT

Einmaleins der Fallzählung

- Der Arztfall ist definiert als Kontakt eines Patienten mit *einem* Arzt.
- der Behandlungsfall ist der Kontakt mit *einer* Arztpraxis innerhalb eines Quartals.
- Da in der Einzelpraxis beides grundsätzlich zusammenfällt, wirkt sich dies nur auf Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ aus: Es kommt teils zu deutlichen Honorarabschlägen, da die Zahl der Behandlungsfälle in einer ko-

- operativen Arztgemeinschaft geringer ist als die der Arztfälle.
- Dieser Effekt ist umso größer, je stärker die Ärzte einer Praxis Patienten fachübergreifend behandeln. Die geänderte Fallzählung trifft daher insbesondere Ärzte, die intensiv kooperieren.
- Die pauschalen RLV-Zuschläge (5 % je in der Praxis vertretener Fachrichtung) können diese Einbußen meist nicht ausgleichen.