

Bundesministerium für Gesundheit
Herr Minister Hermann Gröhe
Friedrichstraße 108
10117 Berlin

Sehr geehrter Herr Gröhe,

aufgrund der hohen Relevanz für den praktischen Versorgungsalltag möchten wir Sie nachfolgend über ein wesentliches Detail der Honorierung kooperativ erbrachter ärztlicher Leistungen informieren, das unseres Erachtens dringend einer bundeseinheitlichen Regelung durch die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen bedarf.

Als den für die Aufsicht zuständigen Minister bitten wir Sie um aktive Kenntnisnahme. Gern stehen wir für Rückfragen oder ein Hintergrundgespräch zur Verfügung.

Im Zusammenhang mit der EBM-Änderung vom April 2009 – *der Umstellung der Grundlage der RLV-Berechnung vom Arztfall auf den heute noch geltenden Behandlungsfall* - sind gleichzeitig 'Kooperationszuschläge' als Nachteilsausgleich für die fallzahlungsbedingten Honorarverluste der fachübergreifenden BAG und MVZ eingeführt worden. Diese sogenannten 'Zuschläge' waren bundeseinheitlich in ihrer Höhe zuerst an die Anzahl der Fachgruppen und ab 2011 an den tatsächlichen Kooperationsgrad innerhalb der BAG/des MVZ gebunden.

Der BMVZ hat ab 2011 die in langwierigen Verhandlungen mit den Partnern der Gemeinsamen Selbstverwaltung gefundene einheitliche Regelung unterstützt, die in Abhängigkeit vom tatsächlichen Kooperationsgrad einer Praxis einen in der Höhe gestaffelten Nachteilsausgleich zwischen 10 und 40 % vorsah, obwohl in vielen Fällen auch dadurch keine vollständige Kompensation der Honorarverluste erreicht werden konnte.

Leider hat dieser Kompromiss nicht lange gehalten, weil die mit dem VStG erfolgte 'Regionalisierung' der Honorarverteilung seit 2012 erneut zu einer gravierenden Benachteiligung – teilweise hinter den schon überwundenen vorherigen Zustand zurück – geführt hat.

Denn seit dem ist die mit dem 1. Quartal 2011 in Kraft getretene bundeseinheitliche Umsetzung der Regelungen zum sogenannten Kooperationszuschlag (*Vgl. Teil D der Vorgaben gemäß § 87 b Absatz 4 SGB V zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen*) in das Ermessen der einzelnen KVen gestellt worden. In der Konsequenz ist sehr schnell die Mehrheit aller KVen durch Anpassung des regionalen HVM von den noch heute von KBV und GKV-Spitzenverband vorgesehenen Regelungen abgewichen.

Folge ist ein bunter Flickenteppich an Ausgleichregelungen, der sich im Detail wie auf der folgenden Seite wiedergegeben, darstellt. Zusammenfassend ergibt sich folgendes Bild:

- a) **8 KVen** haben die maximale Zuschlagshöhe auf Werte zwischen 10 und 20 % abgesenkt

- b) **2 KVen** kombinieren die Zuschlagsregelung nach Kooperationsintensität mit der bis 2011 geltenden Stafflung je Fachgruppe, was MVZ mit wenigen Fachgruppen zusätzlich benachteiligt
- c) **4 KVen** verwenden zur Messung der Kooperationsintensität das Vorjahresquartal als Bezugspunkt
 Eine Bedingung, die - aufgrund der Dynamik vieler MVZ in ihrer Zusammensetzung - die aktuelle Kooperationsintensität häufig falsch widerspiegelt.
- d) **7 KVen** gewähren einen Kooperationszuschlag überhaupt erst, wenn mindestens 10 % Kooperationsgrad erreicht wird
 - Eine Bedingung, die im Übrigen bei Gemeinschaftspraxen, die bundesweit pauschal 10 % RLV-Zuschlag erhalten, nicht gilt.

Regionale Ausgleichzuschläge Stand 4. Quartal 2015	
KV - Region	Höhe des Nachteilsausgleichs (HVM-Vorgaben zum Kooperationszuschlag)
KV Sachsen	Pauschal 5 % - maximal 10%, wenn höherer Kooperationsgrad nachgewiesen
KV Hessen	Pauschal 10 % , wenn höherer Kooperationsgrad nachgewiesen
KV Niedersachsen	Pauschal 10 % , wenn höherer Kooperationsgrad im <i>Vorjahresquartal</i> nachgewiesen
KV Sachsen-Anhalt	Pauschal 10 %
KV Nordrhein	Pauschal 10 %
KV Bremen	Maximal 15 % , bei zusätzlicher Begrenzung auf 5 % je vertretener Fachgruppe
KV Baden-Württemberg	Maximal 20 % , wenn im <i>Vorjahresquartal</i> mindestens 10 % Kooperationsgrad nachgewiesen
KV Westfalen-Lippe	Maximal 20 % , wenn mindestens 10 % Kooperationsgrad nachgewiesen & abweichend für Hausärzte bis zu 32 %
KV Brandenburg	Maximal 40 % bei zusätzlicher Begrenzung auf 5 % je vertretener Fachgruppe
KV Bayerns	Maximal 40 % , wenn Kooperationsgrad von mindestens 10 % im <i>Vorjahresquartal</i> nachgewiesen
KV Berlin	Maximal 40 % , wenn Kooperationsgrad von mindestens 10 % im <i>Vorjahresquartal</i> nachgewiesen
KV Mecklenburg-Vorpommern	Maximal 40 % , wenn Kooperationsgrad von mindestens 10 % nachgewiesen
KV Hamburg, KV Rheinland-Pfalz, KV Saarland, KV Schleswig-Holstein, KV Thüringen	Abweichung von der RLV-Systematik, daher kein RLV-Zuschlag- aber regelhaft 10 % pauschaler Aufschlag auf das individuelle Praxispunktvolumen/Praxisbudget

Im Ergebnis ist die ursprünglich als einheitlicher 'Nachteilsausgleich' eingeführte Zuschlagsregelung durch die Regionalisierung der Honorarverantwortung weitgehend außer Kraft gesetzt worden.

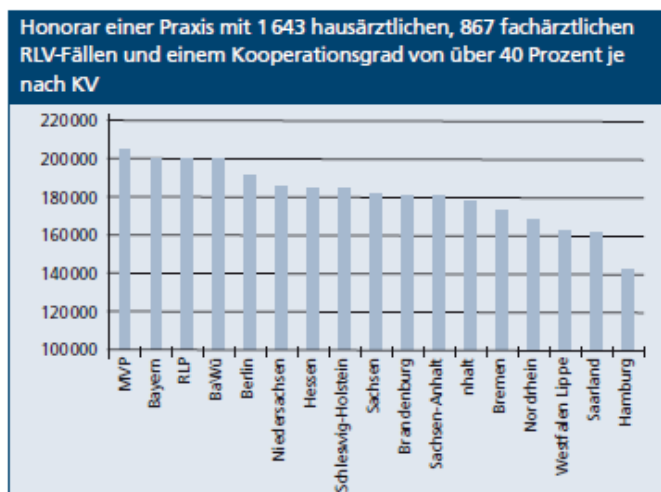
Dadurch kommt es einerseits in den meisten KVen zu einer teils erheblichen strukturellen Minderhonorierung von durch MVZ-Ärzten erbrachten Leistungen. Und zwar besonders bei denen, die intensiv eine fachübergreifende medizinische Kooperation für ihre Patienten vorhalten und praktizieren.

Zum Anderen ergeben sich daraus zwischen gleichartigen Praxen in verschiedenen KV-Bezirken dermaßen große Einkommensunterschiede, dass diese nicht mehr als übliche, bzw. hinnehmbare föderale Abweichung gewertet werden können.

Der Grundsatz 'Gleiches Honorar für gleiche Leistung' wird damit durch die derzeitige Regelungslage doppelt – d.h. sowohl in der Perspektive zwischen Einzelpraxis und MVZ sowie in der Perspektive eines MVZ der einen KV-Region gegenüber der eines gleichartigen MVZ eines anderen KV-Bezirktes - eklatant verletzt.

Zur Illustration der föderal bedingten Einkommensunterschiede möchten wir auf die nebenstehende Darstellung verweisen, deren Grundlage die Honorarsimulation ein und desselben MVZ in den verschiedenen KV-Regionen ist.

Die Berechnung basiert auf den Echtdaten eines MVZ aus zwei Hausärzten und einem Fachinternisten und den HVM des Jahres 2013. Es wird dabei sehr deutlich, dass die Honorardifferenz zwischen den KVen mit dem theoretisch höchsten (> 200 Tsd. €) und niedrigsten Quartalsumsatz aus GKV-Erlösen (~ 140 Tsd. €) von rund 60 Tausend Euro die zulässige föderale Spannweite deutlich überschreitet. An dieser Situation, zu der die Höhe des in der jeweiligen Region gewährten Kooperationszuschlages maßgeblich beiträgt (*nicht ohne Grund stehen M-V, Berlin & Bayern im oberen Umsatzdrittel*) - hat sich mit Stand 2016 wenig verändert.



Tab. 4

Arzt und Krankenhaus 11/2013



Die Problematik der Behandlungsfallzählung als RLV-Grundlage, bzw. des Kooperationszuschlages bedarf daher im Zuge der Weiterentwicklung des EBM dringlich einer neuen einheitlichen Regelung.

Besonders vor dem Hintergrund der durch das VSG ausgelösten Gründungswelle fachgleicher MVZ erhält die Frage des Umgangs mit MVZ in der Leistungsabrechnung und Honorierung eine zusätzliche Aktualität und quantitative Brisanz.

Die geschilderte strukturelle Benachteiligung von kooperativ tätigen Praxen kann im Rahmen der anstehenden EBM-Novellierung anerkannt und durch kleinere Änderungen behoben werden, ohne dass es zu einer medizinisch unbegründeten Aufblähung der Fallzahlen kommt.

In die notwendige Debatte möchten wir daher – neben der Feststellung, dass diese Frage dringend einer bundeseinheitlichen Regelung bedarf – folgenden Vorschlag einbringen:

Im Beschlusstil F der Beschlüsse des Bewertungsausschusses und/oder dem BMV-Ä wird der Fachgruppenfall neu aufgenommen und der Behandlungsfall als RLV-Berechnungsgrundlage dadurch abgelöst.

Definition:

„Als Fachgruppenfall werden alle Leistungen bei einem Versicherten bezeichnet, welche durch Ärzte derselben Arztgruppe in derselben Arztpraxis innerhalb desselben Kalendervierteljahres unabhängig vom vertragsärztlichen Status ambulant zu Lasten derselben Krankenkasse und unabhängig von der Betriebstätte/ Nebenbetriebsstätte erbracht werden.

Als Arztgruppe gemäß Satz 1 gelten alle Ärzte einer Arztpraxis, die dieselbe Facharztbezeichnung führen. Fachärzte mit derselben Facharztbezeichnung, jedoch mit unterschiedlicher Schwerpunktbezeichnung bilden jeweils eine eigene Arztgruppe. Die Behandlung durch Fachärzte, die der hausärztlichen Arztgruppe gemäß § 101 Abs. 5 SGB V angehören, bilden eine Arztgruppe.

Die Partner der Gesamtverträge können weitere Differenzierungen bei der Definition der Arztgruppe gemäß Satz 2 vornehmen. Dies gilt insbesondere für unterschiedliche Schwerpunkte der Versorgung (z.B. diabetologische Schwerpunktpraxis).“

Folgen

- 1) *Dadurch ändert sich in einer **Einzelpraxis** nichts, d.h. hier bleibt faktisch der Arztfall die Grundlage für die Berechnung des RLV und der Vergütung.*
- 2) *Auch in **fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaften** tritt keine Änderung ein, sie erhalten wie bisher den bedingungslosen 10-prozentigen Pauschalzuschlag.*
- 3) *Die **fachübergreifenden BAG/MVZ** erfahren damit eine grundsätzliche Gleichbehandlung bei der RLV-Berechnung und der Vergütung und werden nicht weiter durch die sehr unterschiedlichen regionalen HVM doppelt schlechter gestellt.*

Eine künstliche, nicht durch echte fachübergreifende Versorgungsleistung begründete Fallvermehrung tritt nicht ein. Denn, ist eine Fachgruppe in der BAG/MVZ durch mehrere Ärzte besetzt, erfolgt bei einem praxisinternen Arztwechsel des Versicherten im Quartal über den Fachgruppenfall keine doppelte Zählung der Fälle. Sondern es kommt hier lediglich für die Fachgruppe der 10-prozentige Zuschlag wie unter 2) zum Ansatz. Und dies auch nur, wenn die Praxis in der Fachgruppe über einen Arztstellenumfang im Bedarfsplanungssinne von mindestens 1,25 verfügt.

Die sehr unterschiedlichen und in ihrer Berechnung sehr komplexen Nachteilsausgleichsregelungen in den HVM können als Zuschläge für fachübergreifende BAG/MVZ vollständig entfallen.

Es bliebe nur die für alle geltende pauschale 10%-Regelung für fachgleiche Gemeinschaftspraxen und fachgleiche Teile ansonsten fachübergreifender MVZ/BAG.

Dadurch würde die Berechnung der RLV und der Vergütung erheblich vereinfacht, transparenter und strukturübergreifend nachvollziehbar.

Wir bitten um Berücksichtigung dieser Vorschläge und sind gerne bereit, diese mit Ihnen zu besprechen und die dargestellten Hintergründe zu diskutieren.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Bernd Köppl (Vorstandsvorsitzender BMVZ)