

dringend behoben werden. Probates und entsprechend bereits erprobtes Mittel dafür ist die Rückkehr zur Arztfallzählung oder – als Kompromisslösung – der vom Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung in die Honorarverhandlungen eingebrachte Arztgruppenfall, bei dem Elemente von Arzt- und Behandlungsfallzählung kombiniert werden, um eine strukturübergreifend gerechte Honorierung zu erreichen.

Förderung von Kooperationen ist ein wichtiges Thema – dies in erster Linie aber für die Politik, die weiter daran arbeiten muss, verlässliche Rahmenbedingungen zu schaffen, in denen sich MVZ und andere moderne Versorgungsstrukturen so gestalten lassen, dass Patienten und Ärzte darin eine Zukunft haben. Beim Honorar dagegen geht es nicht um Förderung: Ziel ist hier, eine für MVZ und fachübergreifende Gemeinschaftspraxen gegenüber den Ein-

zelpraxen gleichartige Honorierung zu erreichen und die aktuell tagtägliche Abstrafung tatsächlicher arztübergreifender Kooperation durch permanente Honorarabschläge durch eine solche zu ersetzen.

Anschrift der Verfasserin:
Susanne Müller
Bundesverband MVZ
Schumannstraße 18
10117 Berlin
E-Mail: s.mueller@bmz.de

Rüdiger Brauer

Einheitlicher Bewertungsmaßstab – uneinheitliches Honorar

■ Regionale Unterschiede in der Honorarverteilung für MVZ und BAG

Mit dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) sollten, wie der Name sagt, die ärztlichen Leistungen einheitlich bewertet werden. Bewertung ist jedoch häufig etwas anderes als Honorierung. Bei jeder EBM-Reform, so auch im Fall der aktuellen bei den Hausärzten, wird häufig über Inhalt und Bewertung einzelner Ziffern kontrovers diskutiert. Mindestens genauso wichtig ist aber, wie die Leistungen vergütet werden.

Seit seiner Einführung werden im EBM die Leistungen in Punkten bewertet und dies tatsächlich auch deutschlandweit einheitlich. Die Regelungen, nach denen aus Punkten Euro werden, sind jedoch in jeder Kassenärztlichen Vereinigung (KV) unterschiedlich. Selbst in Zeiten mit einer einigermaßen einheitlichen Grundregelung, wie ab 1996/1997 bis 2003 sowie zwischen 2009 und 2011, gab es immer mehr oder weniger relevante Unterschiede in der Honorarberechnung zwischen den einzelnen KVen. Von 2003 bis 2008 gab es 16 Bundesländer, 17 KVen und 17 Varianten, das ärztliche Honorar zu berechnen.

Dann gab es ab 2009 wieder eine Zeit, in der die Honorarregelungen in den Grundzügen einigermaßen einheitlich waren. Ab 2011 drifteten die Regelungen der einzelnen KVen wieder stark auseinander. Sollte es jemals tatsächlich das Ziel gegeben haben, ärztliche Leistungen in jeder KV einheitlich zu vergüten, so kommt man jetzt immer weiter davon ab. Manche KVen, wie Rheinland-Pfalz und Thüringen, haben in der Zwischenzeit ein grundsätzlich anderes Vergütungssystem eingeführt, welches aber deswegen nicht schlechter sein muss. Zumindest werden hier einige der im folgenden Artikel angesprochenen Probleme von vornherein vermieden.

■ Beispiele für Unterschiede

Als wichtiges Unterscheidungsmerkmal ist der Fallwert zu nennen, also der Euro-Wert, der mit der Patientenzahl multipliziert das Budget für die Grundleistungen darstellt. Dieser Wert schwankt von KV zu KV. Tabelle 1 zeigt einige Beispiele für Hausärzte und Orthopäden aus dem dritten Quartal 2013.

Die KVen in Hamburg und Schleswig-Holstein haben – ähnlich wie Thüringen und Rheinland-Pfalz schon zuvor – ab dem vierten

Quartal 2013 ein neues Budgetierungssystem ohne Regelleistungsvolumen (RLV)-Fallwerte eingeführt.

Zusätzlich zu den aufgeführten Unterschieden gibt es die Schwierigkeit, dass die einzelnen KVen unterschiedliche zusätzliche Budgets für Qualifikationsgebundene Leistungen (Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen, QZV) und eine abweichende Definition von Leistungen haben, die keiner Budgetierung unterliegen (freie Leistungen).

So sind zum Beispiel in Hessen die je nach Arzt umsatzstarken Leistungen der Psychosomatik bei Hausärzten eine freie Leistung außerhalb des Budgets. In Berlin gibt es dafür ein QZV (Zusatzbudget) und in Hamburg sind die Leistungen im Regelleistungsvolumen enthalten.

Honorarverteilungsmaßstab

Im Honorarverteilungsmaßstab legt jede KV für sich fest, wie die Gelder von den Krankenkassen an die Ärzte verteilt werden. Zwar gibt es einige bundeseinheitliche Vorgaben, vor allem zur Aufteilung der Honorare auf die einzelnen Fachgruppen. Bei der Verteilung auf die einzelnen Praxen können die KVen jedoch individuelle Regelungen festlegen.

Besonderheiten für kooperative Strukturen

Im Fall Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) und Fachübergreifender Gemeinschaftspraxen, die zu den sogenannten ärztlichen Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) zählen, kommen neben den genannten Problemen noch die speziellen Berechnungsregelungen für Praxen, in denen mehrere Ärzte gemeinschaftlich tätig sind, hinzu.

Die wichtigste Grundregel lautet: Für die Berechnung der RLV und damit für die Honorierung zählt der Patient nur ein Mal pro MVZ oder BAG, egal von wie vielen Ärzten der Praxis der Patient

im Quartal behandelt wurde. Die Aufteilung der Patienten auf die einzelnen Ärzte erfolgt dabei nicht nach Erstkontakt oder nach Abrechnungsschwerpunkt, sondern schematisch nach Anteilen der Arztfälle der Ärzte eines MVZ oder einer BAG an der Gesamtsumme der Arztfälle. Es handelt sich also um eine reine Summenbetrachtung.

Es ist daher häufig betriebswirtschaftlich nachteilig, wenn der Patient im gleichen Quartal von mehr als einem Arzt des MVZ oder der BAG behandelt wird. Eine „Förderung der gemeinschaftlichen Berufsausübung“ kann man daraus kaum ableiten.

Fallwerte

Neben dem Fallwert für das Regelleistungsvolumen gibt es je nach KV und Fachgruppe unterschiedliche Listen mit zusätzlichen Budgets für besondere Leistungen, zum Beispiel Sonografie, Psychosomatik (als qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen bezeichnet).

Als (Teil-)Lösung wurde ein Aufschlag auf den Fallwert, zunächst anhand der Anzahl der Arztgruppen, dann ab dem dritten Quartal 2011 anhand des Kooperationsgrades eingeführt. Dieser wird berechnet, indem die Summe der Arztfälle durch die Behandlungsfallzahl geteilt wird (Tab. 2).

Für den Kooperationsgrad gab es ab 1. Juli 2011 eine bundeseinheitliche Tabelle, nach der ein prozentualer Zuschlag auf das RLV berechnet wurde. Diese wurde, wie die Formel zur Kooperationsgradberechnung zum ersten Quartal 2011 nochmals angepasst. Danach wurde beginnend bei zehn Prozent – darunter wurde kein Aufschlag gezahlt – und bis zu einer Höhe von maximal 40 Prozent in fünf Schritten ein Aufschlag ins RLV einberechnet, der zum Beispiel bei einem Kooperationsgrad von zehn bis 14,9 Prozent zehn Prozent betrug, bei 15 bis 19,9 Prozent 15 Prozent und so weiter.

Da der Wert auf je volle fünf Prozent abgerundet wird, kann sich nie das gleiche RLV wie in Konstellationen entsprechender Einzelpraxen ergeben.

Von dieser im EBM einheitlich vorgegebenen Tabelle – und auch von anderen Verteilungsregelungen – durften die KVen nach der am GKV-Versorgungsstrukturgesetz orientierten Honorarreform ab dem ersten Quartal 2012 wieder abweichen, was die meisten KVen auch getan haben.

So ergeben sich aktuell, das heißt im dritten Quartal 2013 bei einem Kooperationsgrad von 42,2 Prozent je nach KV die Zuschläge aus Tabelle 3.

Ärzte aus Rheinland-Pfalz und Thüringen, (sowie ab dem vierten

Fallwert der KVen im Vergleich			
	KV	Hausärzte	Orthopäden
1	Baden-Württemberg	46,37 €	29,09 €
2	Berlin	41,13 €	27,32 €
3	Brandenburg	41,20 €	24,12 €
4	Bremen	38,48 €	34,69 €
5	Hamburg	33,36 €	24,69 €
6	Hessen	40,55 €	(-)
7	Nordrhein	38,58 €	23,24 €
8	Saarland	42,51 €	33,34 €
9	Sachsen-Anhalt	2,54 €	25,10 € ^{*1}
10	Schleswig-Holstein	38,49 €	24,78 € ^{*2}
11	Mecklenburg-Vorp.	(-)	(-)
KVen mit Fallwerten je Altersgruppe, Durchschnittswerte			
10	Bayern	43,86 €	22,56 € ^{*3}
11	Niedersachsen	42,05 €	(-)
12	Sachsen	40,90 €	19,92 € ^{*4}
13	Westfalen-Lippe	35,77 €	31,43 € ^{*5}
14	Rheinland-Pfalz	(-) anders System	
15	Thüringen:	(-) anders System	

Tab. 1

Erläuterung:

(-): Werte liegen nicht vor

^{*1} Versichertenpauschalen sind freie Leistung

^{*2} mittlerer RLV/QZV-Fallwert für Orthopäden = 38,54

^{*3} Orientierungswerte aus 1/2013

^{*4} mittlerer RLV/QZV-Fallwert für Orthopäden = 31,37

^{*5} Orientierungswerte, -5 % möglich.

Berechnung des Kooperationsgrades
am Beispiel für eine Praxis mit drei Ärzten (zwei Hausärzte, ein Facharzt)

	Arztfälle
Arzt A	1 326
Arzt B	1 232
Arzt C	1 080
Summe	3 638
Summe Arztfälle:	3 798
geteilt durch Behandlungsfallzahl Praxis:	2 562
Ergibt laut EBM einen Kooperationsgrad von	42,0 Prozent

Tab. 2

Quartal 2013 Schleswig-Holstein und Hamburg) können sich bei diesem Thema zumindest wegen der komplexen Berechnung zurücklehnen. In diesen KVen wer-

den die Budgets der Praxis grundsätzlich nach der angeforderten Leistungsmenge im Vorjahr berechnet. Zuschläge oder Ähnliches braucht man dabei nicht, da einfach die Summe der Leistungen aller Ärzte zählt.

Der bundesweite Vergleich

Im Ergebnis der siebzehn regionalen Honorarverteilungsmaßstäbe ergeben sich für die Ärzte bei gleicher Leistung zum Einen teils völlig unterschiedliche Wege der Abrechnung, zum Anderen aber auch signifikante Unterschiede beim Honorar.

Um diesbezüglich trotz des dynamischen Honorarsystems zumindest einen Augenblicksvergleich zu erhalten, wurde das Honorar einer fachübergreifenden Praxis mit zwei Hausärzten und einem fachärztlichen Internisten nach den Honorarberechnungsre-

Zuschläge je KV bei einem Kooperationsgrad von 42,2 Prozent

KV	Zuschlag auf RLV	Hnweise
Baden-Württemberg	20%	
Bayern	40%	
Berlin	40%	
Brandenburg	10%	je Fachgruppe max. 5%
Bremen	10%	
Hamburg	10%	jetzt grundsätzlich anderes System
Hessen	10%	
MVP	20%	
Niedersachsen	20%	
Nordrhein	10%	
Rheinland-Pfalz	anderes System	
Saarland	10%	
Sachsen	10%	
Sachsen-Anhalt	10%	
Schleswig-Holstein	10%	jetzt grundsätzlich anderes System
Thüringen	anderes System	
Westfalen-Lippe	16%	(tatsächlich sechzehn Prozent ab 4/2013)

Tab. 3

MVZ sind wie andere Praxen

Grundsätzlich unterliegen Medizinische Versorgungszentren denselben Honorar- und Abrechnungsbestimmungen wie Einzelpraxen. Einige der allgemeinen Abrechnungsregelungen entfalten jedoch selektive Wirkung auf ärztliche Kooperationen. MVZ und die strukturell vergleichbaren fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen rechnen entsprechend gleich ab. Es gibt keine spezifischen Besonderheiten bei der Abrechnung/Vergütung, insbesondere keine Förderung für MVZ oder Ähnliche, die nicht ebenso für kooperativ tätige Vertragsärzte gilt.

Fallzählung

Die Festlegung der Fallzählung ist Basis der Vergütung. Seit Juli 2009 gilt laut Einheitlichem Bewertungsmaßstab der Behandlungsfall als Regelleistungsvolumen-Berechnungsgrundlage. Beim Behandlungsfall wird der Patient je Quartal grundsätzlich nur einmal pro Praxis gezählt, egal wie viele Ärzte der Praxis, als welche das gesamt MVZ definiert ist, behandelt haben. Es kann also pro Patient pro Praxis bei einem Behandlungsfall mehrere Arztfälle geben, wenn der Patient im selben Quartal innerhalb des MVZ oder der Berufsausübungsgemeinschaft zu mehreren Ärzten oder Fachrichtungen Kontakt hat.

gelungen der einzelnen KVen für das erste Quartal 2013 berechnet. Um etwaige Veränderungen der Scheinzahlen, die je nach KV Auswirkungen auf das Honorar haben können, zu berücksichtigen, wurde das RLV und die QZV für alle KVen nach den Scheinzahlen des aktuellen Quartals berechnet. Die Praxis hat 1643 hausärztliche und 867 fachärztliche RLV-Fälle sowie einen Kooperationsgrad von über 40 Prozent. Tabelle 4 zeigt das sich daraus ergebende Honorar je nach KV.

Der Unterschied beim Honorar zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Wert liegt bei rund 63 068 Euro oder 44,4 Prozent – bei identischen Leistungen.

Dies liegt im Wesentlichen an zwei Faktoren:

- Dem Fallwert für Hausärzte, zwischen 31,96 Euro pro Fall und 43,58 Euro pro Fall
- Dem unterschiedlich hohen Zuschlag für den Kooperationsgrad zwischen zehn Prozent und 40 Prozent.

Budget ist nicht Honorar

Das Budget (Regelleistungsvolumen) stellt nur den Maximalbetrag dar, bis zu dem bestimmte abgerechneten Leistungen voll vergütet werden. Wird das Budget unterschritten, wird nur die angeforderte Leistungsmenge vergütet, bei einer Überschreitung wird die Überschreitung nur mit einer je nach Quartal wechselnden Quote vergütet. Daneben gibt es noch unbudgetierte Leistungen.

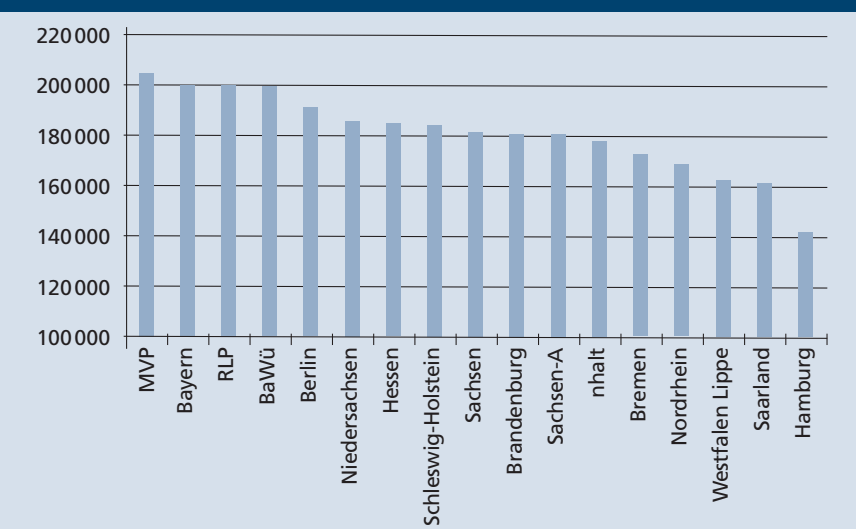
Letzterer ist auch bei anderen Praxiskonstellationen ein entscheidender Faktor der Honorarberechnung. Tabelle 5 zeigt die Zuschläge auf das RLV, nach KV geordnet nach absteigendem Gesamthonorar.

Es gibt einen Zusammenhang zwischen hohem Honorar und Aufschlag auf das RLV wegen eines hohen Kooperationsgrades. Jedoch gibt es wie erwähnt, noch weitere Einflussfaktoren, die je nach Praxiskonstellation unterschiedliche Auswirkungen haben.

■ **Exkurs: Verrechnung der RLV zwischen Ärzten**

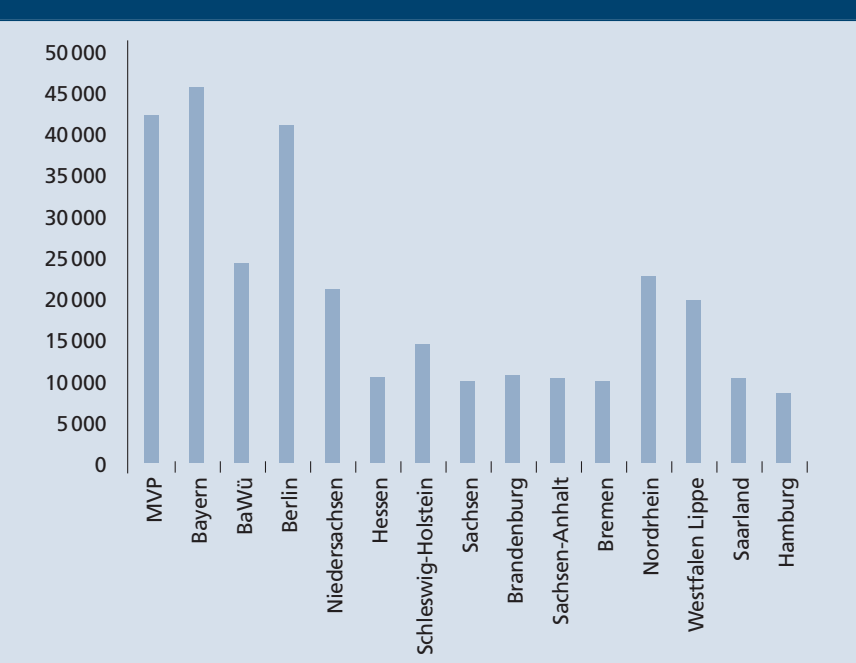
Die genannten Honorarsummen beruhen auf einer Abrechnung aus dem ersten Quartal 2013. Einige KVen sind inzwischen dazu übergegangen, die Budgets für Hausärzte und Fachärzte komplett zu trennen. Genauer gesagt wird nicht die Berechnung getrennt, hier wird weiterhin der Patient nur einmal pro Praxis berücksichtigt, sondern es findet keine Verrechnung mehr von Budgetüber- und -unterschreitungen zwischen Hausärzten und Fachärzten statt. Bisher konnte eine Unterschreitung der Budgets zum Beispiel bei den Hausärzten mit einer Überschreitung bei den Fachärzten verrechnet werden, das heißt, der Arzt mit der Überschreitung geriet nicht in die Honorarab-

Honorar einer Praxis mit 1 643 hausärztlichen, 867 fachärztlichen RLV-Fällen und einem Kooperationsgrad von über 40 Prozent je nach Bundesland



Tab. 4

Zuschläge auf das RLV, nach KV geordnet nach absteigendem Gesamthonorar



Anmerkung: Rheinland-Pfalz und Thüringen haben wegen der unterschiedlichen Honorarsystematik keinen vergleichbaren Zuschlag.

Tab. 5

stufung. Ab jetzt tritt ein weitgehender Verlust ein, da die Überschreitung nur noch abgestuft mit dem entsprechenden Restpunktwert vergütet wird. Innerhalb des Versorgungsbereichs ist ein Ausgleich von Budgetunter- oder -überschreitungen jedoch in den meisten KVen nach wie vor möglich.

■ **Angleichung der Vergütung nicht in Sicht**

Je nach KV ergeben sich unterschiedliche Regelungen zur Honorarberechnung, die trotz identischer Leistungen der Ärzte auch zu erheblichen Unterschieden im Honorar führen. Die Entwicklung der vergangenen Jahre hat gezeigt, dass die Hoffnung auf eine Anglei-

chung der Vergütungsregeln sich nicht erfüllen wird. Ganz im Gegenteil – die Divergenz wird mit der regionalen Weiterentwicklung der Honorarverteilung eher noch zunehmen.

Für die Planung und das Controlling eines MVZ oder einer BAG bedeutet dies, dass regionale Be-

sonderheiten der Honorarberechnung intensiv geprüft und deren Veränderung verfolgt werden müssen. Die Ausführungen mögen allerdings auch verdeutlichen, dass eine gewisse, im Einzelfall sogar eklatante, finanzielle Planungsunsicherheit für MVZ und BAG besteht, die der flächendeckenden,

wohnnahen Versorgung einer alternden Bevölkerung nicht gerade förderlich erscheint.

Anschrift des Verfassers:
Rüdiger Brauer
AAC GmbH
Kurfürstendamm 207–208
10719 Berlin
E-Mail: brauer@aac-gmbh.de

Dr. Harald Katzberg

Wie konnte das passieren?

In seiner Sitzung vom 25. September 2013 beschloss der Bewertungsausschuss, dass mit unmittelbarer Wirkung zum 1. Oktober eine Reihe von Ausschlüssen zur Abrechnung der hausärztlichen Vorhaltegebühr (EBM 03040) und der Chronikerpauschale (EBM 03200) in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gelockert werden. So werden nun diese beiden Pauschalen in MVZ dem Hausarzt selbst dann vergütet, wenn eine der in den Leistungslegenden genannten Ausschlussziffern vom fachärztlichen Praxispartner abgerechnet worden ist.

Die ursprüngliche Beschlussfassung aus der Sitzung vom 27. Juni 2013 sah dagegen noch einen Ausschluss „im Behandlungsfall“ vor. Jedem auch nur einigermaßen mit der Sprache und den Spielregeln des Systems Vertrauten musste mit der damaligen Beschlussfassung sofort klar sein, dass hier eine eklatante Benachteiligung der Hausärzte in fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen und MVZ vorlag – dennoch brachte unsere unmittelbare Reaktion an alle Beteiligten (Kassenärztliche Bundesvereinigung, KBV, Spitzenverband der Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, betroffene Berufsverbände) höchst unterschiedliche Reaktionen hervor, von „... so gewollt ..“, ungläubigem Staunen, Nicht-Reaktion bis hin zu der Zusage „... wir werden dafür sorgen, dass das verändert wird ...“.

Nun ist also eine Woche vor Beginn des Quartals reagiert worden. Zwar nicht so, wie wir uns das ge-

wünscht hätten (Ausschluss im „Arztfall“ und damit echte Gleichstellung des Hausarztes in Einzelpraxis mit dem Hausarzt in einer Berufsausübungsgemeinschaft), aber immerhin ein Schritt in die richtige Richtung.

Was sich als Fazit konstatieren lässt, ist die Tatsache, dass in den entscheidenden Gremien immer noch primär an den Arzt in einer Einzelpraxis als alleinigen Träger der ambulanten Versorgung gedacht wird. Dass der Anteil der Ärzte in kooperativen Einrichtungen (Gemeinschaftspraxen und MVZ) kontinuierlich wächst und damit adäquate Lösungen sowohl im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, als auch in der Honorarverteilung gefunden werden müssen, wird dabei ignoriert.

Es macht aber für solche Einrichtungen oft einen gewaltigen Unterschied aus, ob sich Regelungen auf den Behandlungs-, Arzt-, Regelleistungsvolumen- oder Hausarztfall beziehen. Hier wird von der KBV, aber auch vom GKV-Spitzenverband, mit einer gewissen Lässigkeit gern mal das Ziel der Honorargerechtigkeit aus den Augen verloren (böse Absicht sei hier keinem unterstellt...).

Im Übrigen: Bei der Pauschale für die Förderung der fachärztlichen Grundversorgung, die auch ab 1. Oktober 2013 honorarrelevant eingeführt wurde, liegt eine analoge, fehlerhafte Systematik vor (Ausschluss im Behandlungsfall und nicht im Arztfall). Leider ist hier keine Änderung in Sicht, da die KBV an

ihrem Standpunkt festhält, dass „bei der medizinischen Notwendigkeit einer fachübergreifenden Behandlung von Patienten eher komplexe Krankheitsbilder vorliegen, weswegen die darin begründeten kooperativ durchgeführten Behandlungen selten zu fachärztlichen Grundversorgung zählen“. Was allerdings zum Beispiel die gynäkologische Grundversorgung mit dem Besuch beim Kardiologen, einem Sehtest oder einem gebrochenen Bein zu tun hat, bleibt offen.

Mehrere Arztkontakte innerhalb einer Praxis können eine komplexe, gemeinsam behandelte Krankheit anzeigen, stehen aber vor allem in grundversorgend tätigen MVZ oft nebeneinander. In jedem Fall ist ein darauf begründeter Ausschluss von Honorarleistungen willkürlich und entsprechend sachlich nicht begründbar.

Die Ausschlüsse setzen damit schlichtweg falsche Anreize und führen im Zweifelsfall zur Auslagerung der ärztlichen Grundversorgung aus Kooperationen beziehungsweise zu deren Auflösung und Umgründung in Einzelpraxen. Beides widerspricht der SGB V-Vorgabe, Kooperationen mindestens angemessen zu berücksichtigen, und der Tatsache, dass Ärzte sich zunehmend in Kooperationen zusammenschließen wollen.

Anschrift des Verfassers:
Dr. Harald Katzberg
Bundesverband MVZ
Schumannstraße 18
10117 Berlin
E-Mail: h.katzberg@bmvz.de