

MVZ im Abseits

Wird Nicht-Kooperation gefördert?

Immer wieder geraten insbesondere Medizinischen Versorgungszentren am Krankenhaus ins Blickfeld, wenn davon geredet, was nicht perfekt läuft in der ambulanten Gesundheitsversorgung. Dabei wird von der einen Seite gern die regelhafte Erbringung ambulanter Leistungen am Krankenhaus grundsätzlich als falscher Weg infrage gestellt, von der anderen dagegen eingefordert, dass Krankenhäuser insbesondere in ländlichen Gebieten ihrer Bedeutung als zentraler Gesundheitsversorger der Region doch endlich umfassend nachkommen sollten.

Selten fällt in diesem Zusammenhang der Blick darauf, welche äußeren Umstände es den Krankenhäusern selbst bei Interesse und gutem Willen erschweren, sektorenübergreifend tätig zu sein. Die ambulante Welt unterscheidet sich sowohl bei den rechtlichen Rahmenbedingungen als auch bei der Honorierung eklatant vom stationären Sektor. Dazu kommt, dass – anders als im Krankenhaus – die ambulante Betreuung der Patienten auf den Einzelarzt fokussiert und kooperativ erbrachte Leistungen von den zuständigen Gremien immer noch eher als Bedrohung des Arztberufes im Allgemeinen und des niedergelassenen Einzelarztes im Speziellen, denn als Chance zu mehr Pluralität im Gesundheitswesen verstanden wird. Im Ergebnis lässt die notwendige Modernisierung des rechtlichen und betriebswirtschaftlichen Rahmens der ambulanten Leistungserbringung in vielen Punkten nach wie vor auf sich warten.

Förderung von Kooperationen: Theorie trifft Realität

Seit mit dem GKV-Modernisierungsgesetz Medizinische Versorgungszentren (MVZ) in der ambulanten Versorgung etabliert wurden, stehen in diesen Strukturen tätige Ärzte mit den niedergelassenen Vertragsärzten im Wettbewerb um das von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zu verteilende und bekanntermaßen allgemein zu knapp bemessene Gesamthonorar. In dieser Perspektive findet dementsprechend seit 2004 zusätzlich zu den grundlegenden Honorarstreitigkeiten zwischen den Fachrichtungen auch ein permanenter Verteilungskampf zwischen den verschiedenen Versorgungsstrukturen statt.

In dieser Auseinandersetzung sind die MVZ doppelt gehandicapt: Zum Einen werden sie als „die Neuen“ von den Ärzten in Niederlassung, die in der ärztlichen Selbstverwaltung mit überlegender Mehrheit bestimmend sind, grundsätzlich mit Argwohn betrachtet. Zum Anderen steht der Durchsetzung ihrer berechtigten Interessen im Weg, dass das Gesundheitsministerium unter Ulla Schmidt die MVZ jener Zeit unter dem Label „Förderung von Kooperationen“ in die Versorgungslandschaft brachte. Obwohl es dabei nie um Honorarvorteile ging, wird seit dem oft automatisch unterstellt, dass MVZ Mehr-Honorar erhalten und gegenüber Ärzten in Einzelpraxis bevorzugt, eben gefördert würden. Scheinbar unwiderlegbares Indiz dafür ist der sogenannte Kooperationszuschlag, den MVZ und Gemeinschaftspraxen aktuell als Aufschlag auf ihr Regelleistungsvolumen erhalten.

Kooperationszuschlag vs. unvollständiger Nachteilsausgleich
Politik und selbstverständlich auch Gesundheitspolitik ist immer auch ein Kampf um Worte und deren Interpretationshoheit. Das gilt für den Begriff des MVZ selbst, der 2003 in gewollter Abgrenzung zum ostdeutschen Gesundheitszentrum

neu erfunden wurde; natürlich aber auch für alles, was mit dem ärztlichen Honorar zusammenhängt.

Man muss sich dabei immer darüber im Klaren bleiben, dass Worte in der politischen Auseinandersetzung häufig bereits eine Beurteilung des benannten Sachverhalts enthalten oder, als Teil der benannten Sache, falsche Fährten legen. Zufall ist das nicht: Geschickt gewählte Worte wecken Gefühle und Assoziationen die häufig mangels Zeit und Verständnis für die Zusammenhänge die eigentliche Sachbedeutung überlagern.

Womit wir beim Kooperationszuschlag wären. Der Begriff – selbstverständlich gezielt gewählt – suggeriert die Förderung von und den Mehrwert für MVZ schon im Wortlaut. Dahinter steht real jedoch eine komplexe Honorarausgleichsformel, deren Notwendigkeit sich aus im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) festgeschriebenen Honorardiskriminierungen kooperativ tätiger Praxen ergibt. Es handelt sich damit gerade nicht um einen Zuschlag im Wortsinne, sondern um einen Nachteilsausgleich, der in den meisten Fällen auch noch unvollständig erfolgt. Erst der Gesamtblick auf den EBM lässt hier die komplexen Zusammenhänge erahnen. Wer nur auf den Kooperationszuschlag schaut, schaut entsprechend eindeutig zu kurz – das „Wort“ erzählt hier nur die halbe Geschichte.

■ Bedeutung der Fallzählung

Mit Einführung der Regelleistungsvolumen(RLV)-Abrechnungssystematik im Januar 2009 wurde strukturübergreifend, das heißt auch für MVZ und Gemeinschaftspraxen (Berufsausübungsgemeinschaften, BAG), der sogenannte Arztfall zur Grundlage der Honorarabrechnung. Diese Entwicklung wurde kurz darauf zurückgenommen, als zum Juli 2009 die RLV-Berechnungsgrundlage auf den „Behandlungsfall“ umgestellt wurde.

Während sich durch diese Umstellung bei den Einzelpraxen nichts änderte, weil dort ein Arztfall – definiert als Arzt-Patienten-Kontakt je Quartal – prinzipiell identisch mit dem Behandlungsfall ist, führte die Änderung durch die von der Zahl der beteiligten Ärzte völlig unabhängige Definition eines MVZ oder einer BAG als **eine** Praxis zur strukturellen Benachteiligung solcher Kooperationsformen. Hintergrund ist die im Bundesmantelvertrag der Ärzte hinterlegte Deutung des Behandlungsfalls als Summe aller Arztkontakte, die von den Ärzten derselben Praxis innerhalb eines Quartals an einem Patienten erbracht werden (Abb. 1).

In Anerkennung der dadurch bedingten und teils erheblichen Honorarabzüge bei der Leistungsabrechnung kooperativ arbeitender Arztgemeinschaften wurde der sogenannte Kooperationszuschlag als

Aus Arztfall wird Behandlungsfall (Kurzversion)

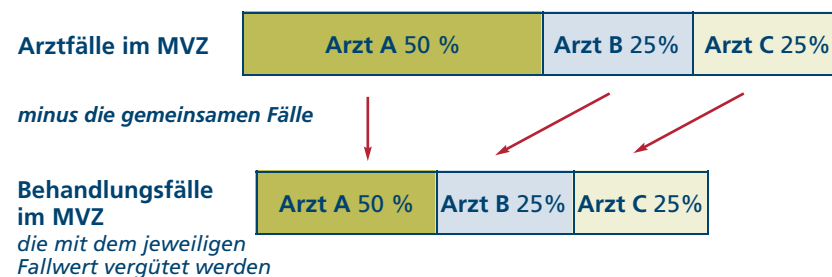


Abb. 1

Korrektiv, das genau diese Honorarbenachteiligungen ausgleichen sollte, eingeführt.

Dessen Zuschlagssystematik wurde dabei zum Juli 2011 von der wenig zielführenden Strukturorientierung – pauschaler Zuschlag nach Anzahl der vorgehaltenen Fachrichtungen – die seit Juli 2009 galt, in eine echte Kooperationsorientierung mittels rechnerischer Annäherung an den tatsächlichen Kooperationsgrad einer Praxis auf Basis der Arztfälle überführt. Obwohl dadurch einige Fehler und Fehlanreize aus 2009 behoben wurden, blieb die grundlegend fehlerhafte Konstruktion einer Fallzählung, die explizit Gemeinschaftstrukturen benachteiligt, bestehen.

Gemeinsam war beiden Zuschlagskonzepten, dass sie den BAG und MVZ ermöglichten, die bei ihnen durch die selektive Wirkung der Behandlungsfallzählung entstandenen Honorarabzüge ge-

stuft bis zu einer Maximalhöhe von 40 Prozent auszugleichen. Während somit die Behandlungsfallzählung für sich genommen bis heute bewirkt, dass ärztliche Kooperation in Form gemeinschaftlicher Patientenbehandlung innerhalb einer Praxis unwirtschaftlich wird – zwei Arztkontakte gleich ein Behandlungsfall gleich nur ein Honorar – sorgt der Kooperationszuschlag für einen gewissen Ausgleich, der zwar durch seine Systematik grundsätzlich unvollständig ist, dennoch aber eine Lösung darstellte, die als Kompromiss akzeptiert werden musste und konnte.

■ Kooperationszuschlag und Behandlungsfallzählung gehören zusammen

Vor diesem Hintergrund kommt der vom Bewertungsausschuss aufgestellten Zuschlagstabelle, die für Praxen mit entsprechendem Kooperationsgrad zwischen zehn

und 40 Prozent Kooperationszuschlag vorsieht, für viele MVZ existenzielle Bedeutung zu. Dies gilt im Besonderen für BAG und MVZ mit hohem Kooperationsgrad wie zum Beispiel Diabetes- oder Rückenzentren oder multidisziplinäre HIV- und Onkologieschwerpunktpraxen. Diese sind – solange die Behandlungsfallzählung als RLV-Berechnungsgrundlage gilt – auf den sogenannten Kooperationszuschlag in angemessener Höhe angewiesen, um überhaupt wirtschaftlich tätig sein zu können. Dabei geht es in dieser Perspektive nicht um möglichst hohe Praxisüberschüsse, sondern ausschließlich um die Frage der strukturübergreifend leistungsgerechten Honorierung der ärztlichen Tätigkeit.

Deshalb stellt der Kooperationszuschlag als auf die Behandlungsfallzählung bezogener Nachteilsausgleich keine Förderung oder Mehrhonorierung, sondern die

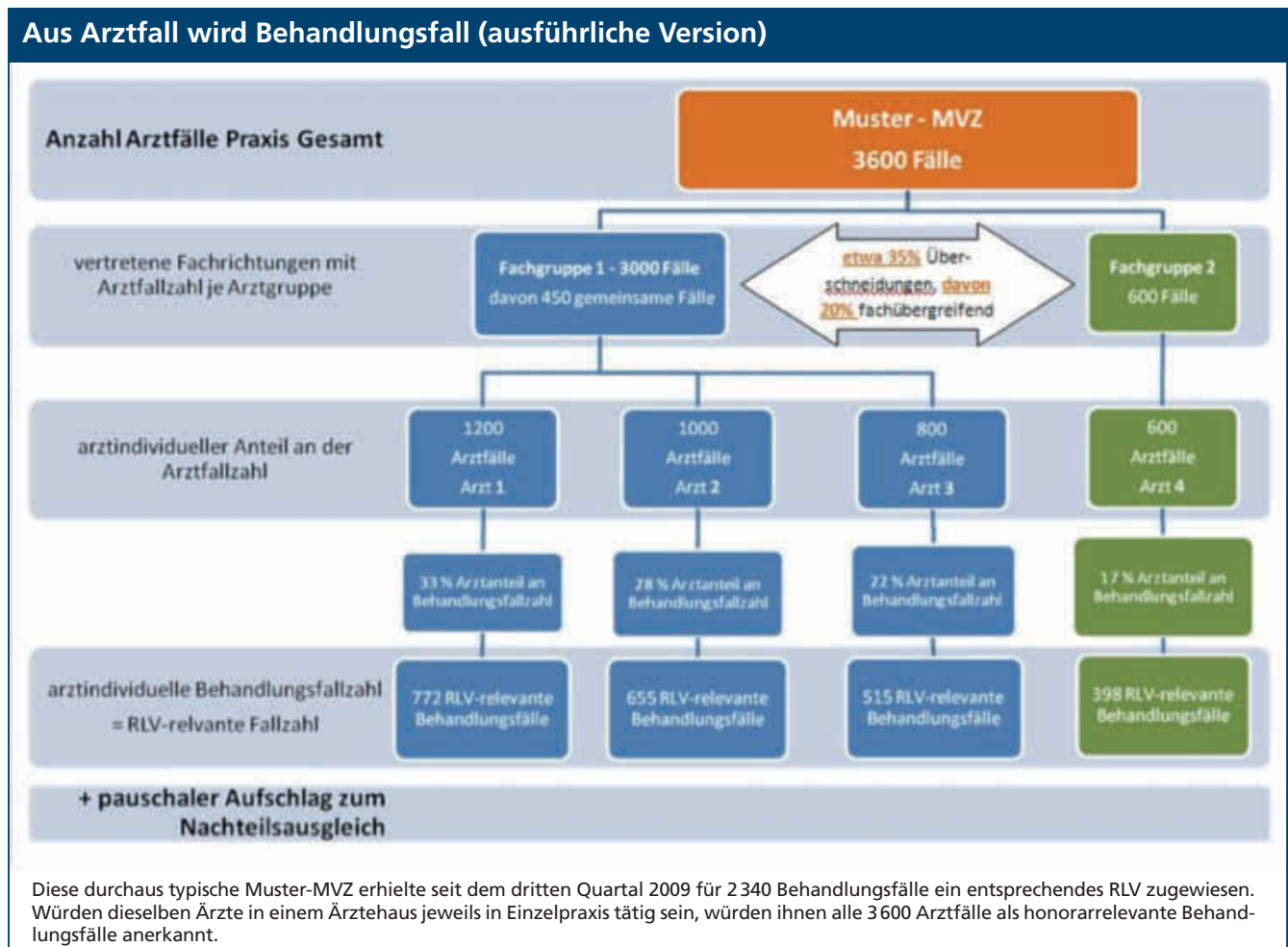


Abb. 2

Schließung einer strukturbedingten Honorarlücke dar. Seine Betrachtung darf entsprechend nicht unabhängig von den Abzügen durch die Behandlungsfallzählung erfolgen (Abb. 2).

■ Normative Vorgaben

Die Verteilung des Gesamthonorars ist Aufgabe der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Seitens des Gesetzgebers bestehen daher lediglich Rahmenvorgaben. Auf Basis dieser Vorgaben in § 87 SGB V wird mit bundesweiter Geltung vom Bewertungsausschuss, also in Verhandlung zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Krankenkassen, der EBM als einheitlicher Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen festgelegt. Daneben sind vom Gesetzgeber in § 87 b SGB V die allgemeine Zielrichtung sowie einzelne bei der Vergütung der Ärzte besonders zu berücksichtigende Umstände bestimmt.

Mit Gesetzesrang wird dabei in § 87 b Absatz 2 Satz 2 SGB V definiert, dass „der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen angemessen Rechnung getragen werden“ muss.

Korrespondierend wird in § 87 hinsichtlich der EBM-Vorgaben bestimmt, dass die „im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen der fachärztlichen Versorgung arztgruppenspezifisch **und** unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen als Grund- und Zusatzpauschalen abgebildet werden sollen“ sowie, dass „für die Versorgung im Rahmen von kooperativen Versorgungsformen spezifische Fallpauschalen festzulegen sind, die dem fallbezogenen Zusammenwirken von Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen in diesen Versorgungsformen Rechnung tragen“. Dahinter steht und stand zu keinem Zeitpunkt eine besonders festgeschriebene Förderung solcher Kooperationen. Vielmehr geht es der Legislative um die Berücksichtigung der Tatsache, dass sich die Erbringung ärztlicher Leistungen im Team oder in Kooperationen strukturell von der

Regionale Ausgleichszuschläge	
KV-Region	Kooperationszuschlag seit III/2012
KV Sachsen	pauschal 5 % – maximal 10 % bei höherem Kooperationsgrad
KV Hamburg	pauschal 10 %
KV Hessen	
KV Saarland	
KV Sachsen-Anhalt	
KV Schleswig-Holstein	
KV Bremen	maximal 15 %, bei zusätzlicher Begrenzung auf 5% je vertretene Fachgruppe
KV Nordrhein	pauschal 10 % + ggf. Hälfte des darüber hinausgehenden Faktors (maximal 20 %)
KV Baden-Württemberg	maximal 20 %
KV Niedersachsen	
KV Westfalen-Lippe	
KV Brandenburg	maximal 40 % bei zusätzlicher Begrenzung auf 5% je vertretene Fachgruppe
KV Bayern	maximal 40 %
KV Berlin	
KV Mecklenburg-Vorpommern	
KV Rheinland-Pfalz	Abweichung von der RLV-Systematik, daher kein Zuschlag
KV Thüringen	

klassischen Leistungserbringung in der Einzelpraxis unterscheidet und daher bei den Honorarregelungen gesondert berücksichtigt werden muss.

Die Umsetzung durch die Selbstverwaltung erfolgt dem entgegen strukturblind: Mit dem RLV-Prinzip wurden ab 2009 arztbezogene Budgets eingeführt, die in MVZ und BAG zu einem gemeinsamen Praxisbudget zusammengezogen werden. Eine gesonderte Berücksichtigung der kooperativen Leistungserbringung erfolgt darüber hinaus nicht. Soweit Behandlungsfall und Kooperationszuschlag als „angemessene Berücksichtigung“ verstanden werden sollte, muss betont werden, dass es sich dabei um eine ausschließlich nachteilige Berücksichtigung handelt, die die tatsächlich gelebte ärztliche Kooperation in MVZ und BAG quasi unter betriebswirtschaftliche Strafe stellt.

Zusätzlich problematisch ist die tatsächliche regionale Umsetzung der bundeseinheitlichen Vorgaben.

■ Regionale Umsetzung

Der EBM wird regional in für alle Ärzte und Praxen einer KV-Region verbindliche Honorarverteilungsmaßstäbe, die konkret regeln, wer welches Honorar für welche Leistung bekommt, umgesetzt. Zu diesem Zweck erlässt die KBV in regelmäßiger Aktualisierung *Vorgaben gemäß § 87 b Absatz 4 SGB V zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen*. Diese Durchführungsbestimmungen sehen seit dem Juli 2011 und bis heute vor, dass – bei Vorliegen eines entsprechenden Kooperationsgrades – der Kooperationszuschlag beginnend bei zehn Prozent in sieben um jeweils fünf Prozent steigende Stufen bis zu einer Maximalhöhe von 40 Prozent gewährt wird. Den-

noch wird seit dem dritten Quartal 2012 in lediglich drei der siebzehn KVen den Kooperationen der Ausgleichszuschlag nach dieser Vorgabe gewährt (Tab.) – ein Umstand, der teils existenzielle Wirkung für die kooperativen Versorger der betreffenden anderen vierzehn KVen hat. Denn, um es noch einmal zu verdeutlichen, es geht bei dem Zuschlag nicht um eine zusätzliche Förderung, sondern um einen Ausgleich für diejenigen Honorarbeträge, die den Kooperationen von der Grundvergütung der erbrachten ärztlichen Leistungen aufgrund der Behandlungsfallzählung vorenthalten werden.

Sieben der KVen sind zu einem vom tatsächlichen Kooperationsgrad einer Praxis weitgehend unabhängigen Pauschalensystem übergegangen, wodurch gleich zwei Fehlanreize gesetzt werden: Tatsächliche intensive Kooperation zwischen den Ärzten wird einerseits nicht honoriert, sondern abgestraft, andererseits profitieren pauschal auch diejenigen MVZ und BAG, die gar nicht oder nur sehr wenig kooperieren. Zwei KVen haben die aktuelle Kooperationsgradformel mit der früheren Strukturorientierung verknüpft und gewähren – ohne dass sich dafür eine sachliche Begründung finden lässt – MVZ mit nur zwei Fachrichtungen bei gleicher Kooperationsintensität weniger Zuschlag als größeren Einrichtungen. Drei weitere kapfen die maximale Zuschlagshöhe willkürlich bei 20 Prozent.

Insgesamt ist in 2012 bei identischer Ausgangslage ein nicht akzeptabler Flickenteppich entstanden, der in regionaler Betrachtung, aber auch in der Perspektive MVZ zu Einzelarzt dem Grundsatz „gleiches Honorar für gleiche Leistung“ eklatant zuwiderläuft. Es ist an dieser Stelle ein Hohn, der von den Ärzten im MVZ auch so empfunden wird, wenn ihnen in diesem Zusammenhang regelmäßig die angebliche Förderung der MVZ-Struktur durch Gesetzgeber und Selbstverwaltung vorgehalten wird.

■ **Behandlungsfall als Grundproblem auch der aktuellen EBM-Reform**

Kern der Problematik ist die Behandlungsfallzählung, der schon wegen ihrer Definition die Andersbehandlung ärztlicher Kooperationen immanent ist. Allein ihre Existenz macht das komplizierte Zuschlagsverfahren für Kooperationen, das zu chronischen Streitereien und Widersprüchen führen muss, überhaupt erst notwendig. Änderungen des RLV-Systems müssten entsprechend an der Fallzählung ansetzen, um zu mehr Transparenz und Gleichbehandlung zu kommen.

Leider gehen die aktuellen EBM-Entwicklungen eher in die entgegengesetzte Richtung: Die Behandlungsfallzählung wird mit der EBM-Reform 2013 nicht nur manifestiert, sondern auch als Begründung für noch weitergehende Honorarbeschränkungen ärztlicher Kooperationen herangezogen. So werden auch die neuen Vorhaltepauschalen der Haus- und Fachärzte auf den Behandlungsfall bezogen, wobei die besondere Relevanz darin liegt, dass diese teils sehr honorarrelevanten Ziffern nur angesetzt werden können, wenn nicht gleichzeitig Leistungen von den äußerst umfangreichen Ausschlusslisten erbracht werden. Der Unterschied, ob diese Ausschlüsse auf den einzelnen Arzt oder – wie durch die Behandlungsfallorientierung geschehen – auf die gesamte Praxis, also das komplette MVZ bezogen wird, liegt dabei auf der Hand.

Zwar gab es in letzter Minute zumindest eine Nachbesserung bei den hausärztlichen Vorhaltepauschalen, die nun nur noch innerhalb des Versorgungsbereichs behandlungsfallbezogen betrachtet werden. Aber innerhalb der fachärztlichen Versorgung und wenn mehrere Hausärzte im MVZ an der Behandlung beteiligt sind, bleibt das Problem bestehen: Das Festhalten an der Orientierung der neuen Gebührenordnungspositionen auf den Behandlungsfall führt in MVZ und Gemeinschaftspraxen dazu, dass die Erbringung einer Aus-

schlussleistung durch einen Arzt zum Ausschluss der Ansetzung der Vorhalte-Gebührenordnungsposition bei allen beteiligten MVZ-Ärzten führt, auch wenn diese selbst alle Bedingungen der Ansetzung erfüllen. Dieser Effekt steigert sich dabei noch zusätzlich in Kooperationen, in denen Patienten mehr als zwei Ärzte aufsuchen, da das geschilderte Grundproblem in diesen Fällen mehrmals im selben Behandlungsfall auftritt und die Honorarverluste entsprechend kumulieren.

Mit Äußerung vom 16. September 2013 zeigt sich die KBV über ihren Pressesprecher diesbezüglich unschuldig. Sie geht davon aus, dass es sich „nicht mehr um Grundversorgung handelt, sobald einer der beteiligten Fachärzte eine spezielle Leistung erbringt. Der Patient wird im MVZ als ein Fall betrachtet. Folglich kann auch die PFG nicht abgerechnet werden“, und verschweigt dabei wohlweislich, dass maßgeblich sie es war, die die Behandlungsfallzählung 2009 eingeführt hat und vor allem, dass sie auch Macht und Möglichkeit hätte, das System entsprechend zu ändern. Es gehört schon eine gewisse Dreistigkeit dazu, jetzt diese zusätzliche Honorardiskriminierung von Kooperationen bei der Pauschale zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung einfach auf das vorgebliche unverrückbare Faktum des Behandlungsfalls zu schieben.

■ **Förderung von Kooperationen: Theorie vs. Realität**

Im Ergebnis führt die Behandlungsfallzählung dazu, dass Ärzten heutzutage betriebswirtschaftlich von der Kooperationsgründung abgeraten werden muss, da der Grundsatz „Gleiches Geld für gleiche Leistung“ hier gegenüber der Einzelpraxis oder dem Ärztehaus außer Kraft gesetzt ist. Diese unvermeidliche Schlussfolgerung ist jedoch weder im Sinne des Gesetzgebers, noch der Patienten oder der Wirtschaftlichkeit des Gesamtsystems. Deshalb muss das Grundproblem, das systematisch bei der der Abrechnung zugrunde liegenden Behandlungsfallzählung besteht,