

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)

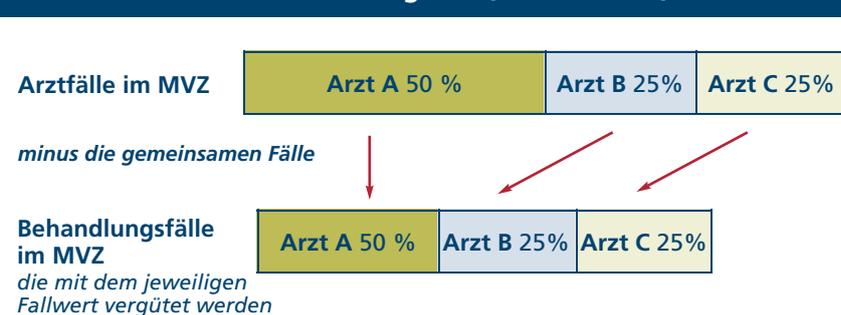


Abb. 1

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

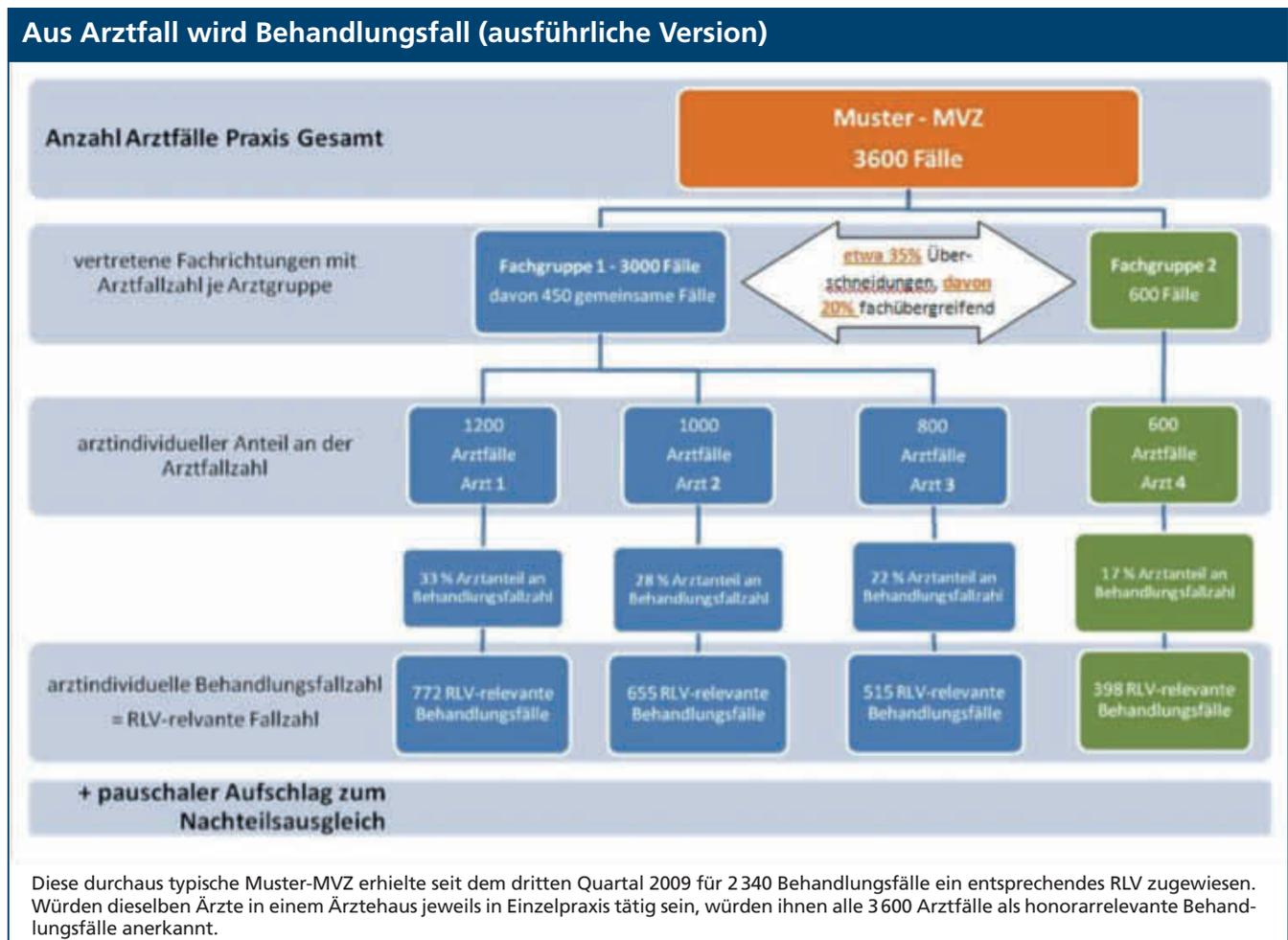


Abb. 2

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,

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@bmvez.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.

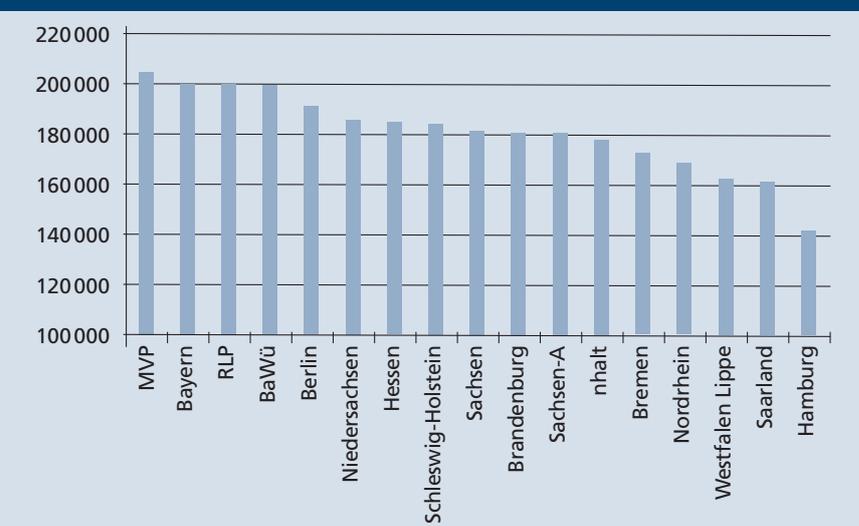
Letzterer ist auch bei anderen Praxiskonstellationen ein entscheidender Faktor der Honorarberechnung. Tabelle 5 zeigt die Zuschläge auf das RLV, nach KV geordnet nach absteigendem Gesamthonorar.

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

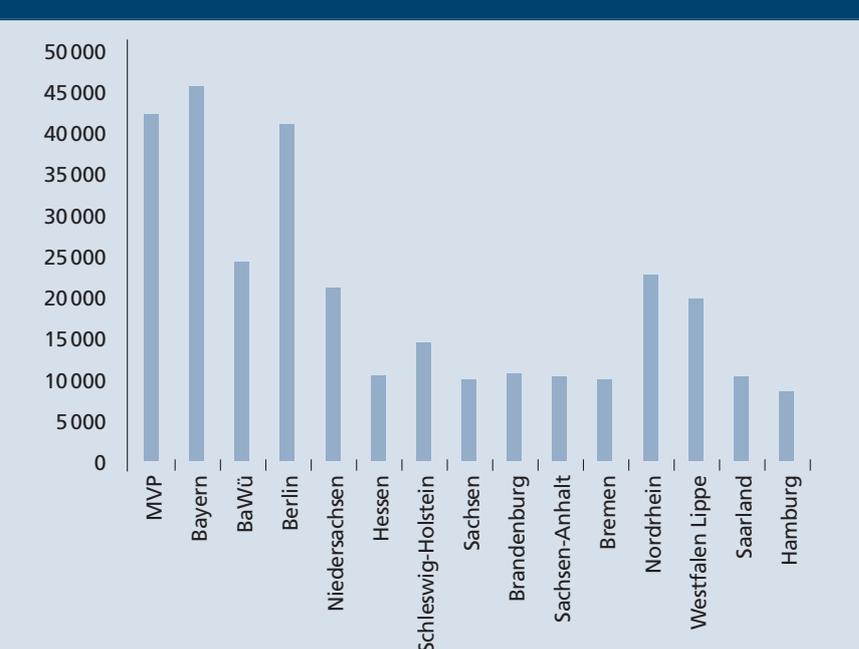
Die genannten Honorarsummen beruhen auf einer Abrechnung aus dem ersten Quartal 2013. Einige KVen sind inzwischen dazu übergegangen, die Budgets für Hausärzte und Fachärzte komplett zu trennen. Genauer gesagt wird nicht die Berechnung getrennt, hier wird weiterhin der Patient nur einmal pro Praxis berücksichtigt, 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

MVZ im Kontext eines dynamisierten Gesundheitsmarktes

Die Medizin gerät in einen immer stärkeren Widerspruch zwischen Wissenschaft und Ökonomie. In der Konsequenz wird – insbesondere bei Kassenvertretern – nicht mehr über Therapieoptimierung, sondern primär von Kostendämpfung und Rationierung gesprochen. Wenn man Rationierung in einem weiten Sinn als das Vorenthalten medizinischer Leistungen und innovativer Medikamente definiert und zugleich fordert, dass zumindest ein großer Teil dieser Rationierung mithilfe von Kosteneffektivitätsanalysen durch Ärzte bei der Behandlung in die Wege geleitet werden sollte, dann trifft dies die Ärzte in ihrem selbstbestimmten und zunächst nur dem Patienten verantwortlichen Handeln ins Mark. Nicht mehr die nach wissenschaftlicher Erkenntnis wirksamste Therapie soll für den individuellen Patienten zum Einsatz kommen, vielmehr sollen die Ärzte diejenige Behandlungsstrategie wählen, die in erster Linie wirtschaftlich, zweckmäßig und ausreichend ist.

Wenn aber die „nur“ ausreichenden Behandlungen weiterhin im Vordergrund stehen, dann fragt man sich natürlich, welche Behandlungs- und wirtschaftlichen Einschränkungen die noch weiter anstehenden Reformen uns bringen. Sicher ist auf jeden Fall: Auch die nächsten Reformen werden im Wesentlichen nur umverteilen – vielleicht mit Vorteilen für die Einen, auf jeden Fall aber auch immer mit Nachteilen für viele Andere, wie sich gerade wieder bei den Beschlüssen zum neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) feststellen lässt.

Als kaufmännischer Leiter eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) erlebe ich „hautnah“ jeden Tag die Folgen der jeweiligen Gesundheitsreformen. Abgesehen von betriebswirtschaftlichen Nachteilen für MVZ in Hessen, ist es für diese Art der ambulanten Versorgung kaum noch möglich, Ärzte anzustellen, da die KVen im Allgemei-

nen und die KV Hessen im Speziellen inzwischen Bearbeitungszeiten bei der Zulassung für sich in Anspruch nehmen, die in der Praxis unzumutbar sind. Vor allem sind diese, soweit mir bekannt, durch keine gesetzliche Grundlage gedeckt und die einzige Möglichkeit dagegen vorzugehen, ist der Klageweg.

Ein weiteres Problem ist seit 2012 die Übertragung der Verantwortung für die Abrechnungsbestimmungen der erbrachten ärztlichen Leistungen auf die regionalen KVen. Neben der damit verbundenen Grundproblematik von 17 verschiedenen Honorarverteilungsmaßstäben für dieselbe Behandlung bedeutet dies im Falle der KV Hessen, dass der Nachteilsausgleich (Zuschlag für Berufsausübungsgemeinschaften, BAG) bei den in einem MVZ durch die Politik gewollt vorkommenden Inanspruchnahmen verschiedener Ärzte und Fachgruppen durch denselben Patienten bei der „Fallzählweise – Arztfall/Behandlungsfall“ auf maximal zehn Prozent begrenzt wurde. Das bedeutet in unserem MVZ mit rund 25 Prozent Kooperationsgrad, dass etwa 15 Prozent der erbrachten Leistungen im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht als Fälle anerkannt und damit auch im Budget des Regelleistungsvolumens (RLV) und der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) nicht berücksichtigt, also letztlich nicht vergütet werden. Hinzu kommen Ausschlusskriterien der Leistungsabrechnung im EBM, wenn Patienten am selben Tag zu verschiedenen Indikationen in verschiedenen Fachbereichen im MVZ behandelt werden.

Wie soll bei solcher Abrechnungssystematik ein ausgeglichenes Ergebnis für ein MVZ erwirtschaftet werden, zumal – auch dies wieder ein Nachteil der MVZ und Gemeinschaftspraxen – diese Möglichkeit bei Einzelpraxen durch die unterschiedlichen Betriebsstättennummern möglich ist? Wie soll vor allem in der Folge solcher durch die Selbstverwaltung festgelegten

handfesten materiellen „Ungerechtigkeiten“ die ambulante ärztliche Versorgung in fünf oder zehn Jahren aufrecht erhalten werden?

Es kann für die ambulante Versorgung kaum sinnvoll sein, dass aufgrund der Honorarverteilung aus ökonomischer Sicht Fachbereiche (zum Beispiel konservative Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde) nicht mehr aufrechterhalten werden können und die fachliche Zusammensetzung in einem MVZ nur noch nach den kostenstellenspezifischen Möglichkeiten einer positiven Ergebniserzielung erfolgt.

Ärzte als einer der entscheidenden „Produktionsfaktoren“ im Gesundheitswesen verursachen direkt rund 26 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben und indirekt etwa 70 Prozent als Folge ihrer Entscheidungen – in dem von mir vertretenen MVZ durch die fachübergreifende Betreuung der Patienten allerdings erheblich weniger! Darüber hinaus haben Studien einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit von Ärzten und dem „Outcome“ der Patientenversorgung ergeben. Dies können wir klar bestätigen, da die Ärzte in unserem Haus durch die weitgehende Freistellung vom teilweise „bürokratischen Unsinn“ sowie durch die enge Abstimmung mit den ärztlichen Kollegen im MVZ im Sinne eines Case Managements den Patienten immer ganzheitlich betrachten, und damit auch signifikant weniger Krankenhauseinweisungen verbunden sind.

Dies interessiert die Krankenkassen aber wiederum überhaupt nicht, da über die weitgehend pauschalierte Vergütung Patienten auch fünf Mal und darüber hinaus die Praxen aufsuchen können, ohne dass sich die Honorierung der ärztlichen Leistung erhöht. Im Gegenteil, die Ärzte müssen auch noch Nachteile bei der Plausibilitätsprüfung befürchten, wenn in solchen Fällen von Mehrfachin-

Hintergrund Zulassungspraxis

Sechs Wochen vor der Zulassungsausschusssitzung müssen dem Ausschuss alle relevanten Unterlagen zur Verfügung gestellt werden, damit der Arzt im Folgequartal zur Abrechnung von GKV-Leistungen zugelassen wird.

Versäumt man diesen Termin, weil zum Beispiel noch nicht alle Unterlagen (zum Beispiel amtlich beglaubigte Geburts-, Approbations- oder Facharzturkunde von aus dem europäischen Ausland angestellten Ärzten) herbeigeschafft werden konnten, wird die Zulassung erst im übernächsten Quartal genehmigt. Im besten Fall wartet man also 1,5 Monate oder im schlechtesten Fall rund 4,5 Monate auf die Zulassung. Dies ist bei der derzeitigen Arbeitsmarktlage aber kaum möglich, da kein Arzt 4,5 Monate auf eine Anstellung wartet. Was bleibt einem MVZ also übrig: Die Anstellung erfolgt sofort, da man froh ist überhaupt einen geeigneten Arzt gefunden zu haben. Womit man dann bei der betriebswirtschaftlichen Seite wäre. Zwei bis vier Monate Gehaltszahlungen ohne ärztliche Leistungen im GKV-System (rund 85 Prozent der möglichen gesamt abzurechnenden Leistungen) abrechnen zu können – das ist Realität für MVZ und Praxen, die Ärzte anstellen wollen.

spruchnahmen Patienten durch verschiedene Ärzte derselben Fachrichtung behandelt werden, da die im EBM hinterlegten Prüfzeiten nicht nur häufig deutlich zu hoch angesetzt, sondern auch gegenüber der kooperativen Leistungserbringung schlichtweg blind sind. In diesem Zusammenhang sind die Plausibilitätsprüfungen insgesamt zu hinterfragen.

Über alles gesehen hängt die Krise der modernen Medizin meiner Erfahrung nach damit zusammen, dass sie sich heute – durch viele, sicher nicht uneigennützig Interessenten getriggert – mehr als Markt und weniger als soziale Erregenschaft versteht oder verstanden werden soll.

Damit befindet sich die Gesundheitspolitik auf einem verhängnisvollen Weg. Daher gilt es vor allem jetzt, so jedenfalls meine gesundheitspolitische Bilanz, die Fremdbestimmung des Arztberufes und damit zusammenhängend vor allem auch der MVZ durch eine immer stärkere Kostenbelastung bei stagnierenden oder sogar reduzierten Honoraren und durch die mit einer enormen „bürokratischen Eigendynamik“ agierenden Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zu stoppen. Andernfalls wird der ambulanten Gesundheitsversorgung durch niedergelassene Einzelpraxen, BAG und MVZ künftig zunehmend nur noch der Status eines Erfüllungshelfen von vertragsschließenden Zweiten und Dritten zugebilligt werden. MVZ und größere BAG sind **die** ambulante Gesundheits-

versorgung der Zukunft und müssen sich daher über ihre Fachverbände (Bundesverband Medizinische Versorgungszentren, BMVZ) stärker in die „politische Wahrnehmung“ einbringen.

Wir leben in einer Zeit, in der die Politik selbst nicht die Verantwortung für die gesundheitliche Fürsorge der Bürger übernehmen möchte. Für die Politik ist es das Einfachste, die Frage nach der Art, dem Aufwand und der Notwendigkeit dieser Fürsorge unbeantwortet zu lassen und es stattdessen dem Markt beziehungsweise den sogenannten Selbstverwaltungsorganen zu überlassen, wo welche Gesundheitsversorgung wie stattfindet.

Die häufig 60 Jahre und älteren Delegierten in den Vertreterversammlungen der „ärztlichen Selbstverwaltung KV“ schauen aber in der Regel in erster Linie aus dem Blickwinkel des kurz vor der Pensionierung stehenden niedergelassenen ärztlichen Kollegen in der Einzelpraxis und lassen die Gesamtperspektive auf die Versorgung allzu häufig vermissen. Neben der Einsicht in die Notwendigkeit fehlt hier leider meist auch die Fantasie, den Arztberuf kooperativ zu denken und die darin liegenden Chancen zu erkennen. Ergebnis ist, dass die KVen als Vertreter aller Ärzte, einschließlich der MVZ, allzu häufig eine Politik zulasten angestellter Ärzte und ärztlicher Kooperationen betreiben.

An dieser Stelle muss die Politik lenkend eingreifen und in der kommenden Legislaturperiode Gesetze schaffen, die es den Gemeinschafts-

praxen und MVZ ermöglicht, bei gegenüber Einzelpraxen gleicher Vergütung die ambulante Versorgung sicherzustellen. Es ist zwar einfacher, die Frage nach der Art, dem Aufwand und der Notwendigkeit der ärztlichen Versorgung dem Markt oder der nach wie vor auf die Einzelpraxis fixierten Selbstverwaltung zu überlassen –

Hintergrundbeispiel Plausibilitätsprüfung

Der offizielle Honorarbericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung benennt für die Fachgruppe der Internisten mit Schwerpunkt Angiologie folgende Honorarumsätze für das zweite Quartal 2012 als Bundesdurchschnitt (Seite 20 des Berichts): Honorarumsatz je Arzt: 63 787 Euro
Honorarumsatz je Behandlungsfall: 65,72 Euro

Daraus abgeleitet ergibt sich also eine durchschnittliche Behandlungsfallzahl je Arzt von 970 Fällen je Arzt.

Wenn man nun die Mindestabrechnung je Fall (Grundpauschale 13291 beziehungsweise 13292; Zusatzpauschale Angiologie 13300), die in der Praxis immer und in jedem Fall abgerechnet wird, mit ihren jeweiligen Prüfzeiten (17/18 Minuten und 36 Minuten) betrachtet und alle anderen Leistungen, die der Arzt darüber hinaus abrechnet, vernachlässigt, erhält man eine Mindest-Prüfzeit je Behandlungsfall von $17 + 36 = 53$ Minuten.

Multipliziert mit der durchschnittlichen Fallzahl ergibt sich für den durchschnittlichen Angiologen mit minimalster Abrechnung eine Quartalsprüfzeit von 51 410 Minuten.

Das entspräche 856 Stunden Quartalsarbeitszeit – wobei die Kassenärztliche Vereinigung (KV) ab 780 Stunden grundsätzlich eine Implausibilität der abgerechneten Leistungen unterstellt. Einige KVen weichen von diesen 780 Stunden ab und orientieren sich an der Quartalsprüfsumme der Bundesprüfrichtlinie für angestellte Ärzte in Höhe von 520 Stunden.

dass dies aber keine Lösung für die Versorgungsprobleme sein kann,, die künftig auf uns warten, haben die vergangenen Jahre gezeigt.

Anschrift des Verfassers:

Claus Eßmann
Medikum Kassel
Kurfürstenstraße 10
34117 Kassel
E-Mail: essmann@medikum-kassel.de

Abrechnung besondere Kooperationen: MVZ und integrierte Versorgung

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind an deutschen Krankenhausstandorten selbstverständlich geworden, ebenso das Bewusstsein stationärer Träger um die Bedeutung solcher Einrichtungen für den eigenen Standort. Niedergelassenen Kollegen im Wettbewerb mit den Trägern von klinischen MVZ wird immer klarer, dass Praxisnachfolgen häufig nur noch unter Integration stationärer Träger bewältigt werden können.

Unabhängig von den auf der Hand liegenden Vorteilen der Krankenhausnahen ambulanten Versorgung für die Patienten, sind unter anderem hohe investive Kosten bei großen vorbestehenden Investitionsstaus eine Ursache für diese Entwicklung. Ein hohes unternehmerisches Risiko, hohe Übernahmepreise, gemessen an hohen vorbestehenden Umsätzen sind die Klassiker bei diesen Übernahmeobjekten. Es handelt sich dann um langjährig optimierte Betriebe mit Leistungskennzahlen, die ein einzelner Unternehmer gar nicht mehr bewältigen kann.

Klinische Träger können solche komplexen Übernahmen deshalb bewältigen, weil sie zum Einen auf entsprechendes Personal zurückgreifen können und sich zum Anderen die erheblichen Anfangsinvestitionen durch die zu erwartenden Synergieeffekte zwischen Krankenhaus und MVZ rechtfertigen.

Häufig präsentieren sich solche Gründungen schließlich aber überraschend umsatzschwach, sind durch hohe Gründungskosten zusätzlich belastet, nicht zuletzt durch vertragsärztlich „fremde“ stationäre Kostenumlagen oder Konzernvorgaben.

■ Was kann die integrierte Versorgung für das MVZ leisten?

MVZ können, wenn die übernommenen Fachrichtungen die Schwer-

punkte des Krankenhauses sinnvoll ergänzen, dauerhaft positive Patientenbeziehungen zum MVZ- oder Krankenhausstandort fördern und damit relevante „Problemlöser“ sein. Problematisch ist dabei die Amortisierung der durch die Erwartung späterer Synergien begründeten hohen Übernahmekosten. Dies gelingt besser im Setting geeigneter Direktverträge mit den Kostenträgern selbst.

Umsätze, die sonst beim Träger über die Abrechnung von DRG generiert werden, können im Rahmen von integrierten Versorgungs(IV)-Verträgen im Sinne der notwendigen Amortisation der Gründungskosten des Fachbereichs verursachergerecht im MVZ zugeordnet werden, da die Vertragsärzte im MVZ Vertragspartner sind. Eine adäquate und faire Erlöszuordnung über Vereinbarungen zu Nutzungsentgelten, Personal-, und Sachkosten ist dann eine ausschließlich trägerintern zu lösende Aufgabe und folgt unternehmensinternen Maximen.

Alternativ zu einer solchen Vorgehensweise werden heute oft noch honorarärztliche Ansätze genutzt. Das ausgreifende Honorararztwesen stößt jedoch bei Anwendung im klinischen MVZ an seine Grenzen und ist nach innen schwer vermittelbar, stört es doch rasch Befindlichkeiten, wenn aus pekuniären Gründen in die aus der gemeinsamen Patientenbetreuung erwachsenen Kooperationen zwischen Krankenhausärzten und ambulanten Zuweisern eingegriffen wird.

Neben den ökonomischen Vorteilen: Integrierte Versorgungsverträge sind die ordnungspolitisch einzige korrekte Lösung, sieht doch das SGB V Honorararztssysteme in der Lesart einer quasi belegärztlichen Leistungserbringung, nur mit „Einschränkungen“ vor.

Weitere Vorgaben, die sonst ein Problem darstellen, sind in der klinischen Trägerschaft eines MVZ bereits gelöst: In der Regel besteht ein einfacher Zugang zu stationären Betten. Ärztliche Expertise und ein in Krankenhaushöhe vorselektiertes, besonderes Patientenkontingent („kränkere Patienten“) sind ideal kombiniert.

Hintergrund ist, dass das ambulante Vergütungssystem in seiner heutigen Philosophie und Granularität kaum mehr Spielraum für die Abbildung fortgeschrittener oder spezialisierter Krankheitsbilder zulässt, wenn die Patienten in der ambulanten Betreuung verbleiben sollen. An dieser Stelle füllt die enge Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und klinischem MVZ eine Versorgungslücke, die insbesondere Patienten mit speziellen Krankheiten und/oder schweren Verläufen betrifft.

Komplexe Zweitmeinungskonzepte in Zusammenwirken mit vertragsärztlichen und stationären Komponenten lassen hier vielversprechende Ansätze erkennen und werden in ihrer neuesten Generation vom Bundesversicherungsamt mitgetragen.

Optimierte Einkaufsbedingungen und an den Behandlungsfall adjustierte stationäre Übernachtungsmöglichkeiten, über die inzwischen fast alle klinischen Träger verfügen, machen die MVZ, wenn sie über geeignete vertragsärztliche Zulassungen und entsprechend spezialisierte ärztliche Mitarbeiter verfügen, erst recht zu optimalen Partnern in der integrierten Versorgung.

Da sich die ökonomischen Zwänge der deutschen Gesundheitsversorgung nicht wegreden lassen und entsprechend für den klinischen Träger fraglos die Budgetarithmetik des DRG-Wesens mit den gefürchteten Mindererlösen ei-

ne hohe Priorität hat, wird zwischen Klinik und klinischem MVZ eine klare Triage der Patienten und Fälle hinsichtlich der adäquaten Abrechnung notwendig. Hier können die Kliniken, die inzwischen über ein, im Vergleich zum ambulanten Bereich leistungsfähiges Kontroll- und Steuerungssystem aus Ärzten und Controllern verfü-

gen, im Rahmen eines IV-Vertrags diese Erfahrungen auf den ambulanten Sektor übertragen, sodass hier fallgenau und kostenbewusst gearbeitet werden kann.

Fehlerhafte Anreize in den ambulanten und stationären Vergütungssystemen sollten damit aus Sicht des Patienten und der ärztlichen Kollegen besser beherrschbar sein.

Anschrift der Verfasser:
Dr. Gunther Werthmann,
Bernd Helmsauer
Managementgesellschaft für Direktverträge
im Gesundheitswesen GmbH
Am Plärrer 35
90443 Nürnberg
E-Mail: werthmann@helmsauer-gruppe.de,
helmsauer@helmsauer-gruppe.de

Dr. Bernd Köppl

Was sollte die neue Regierung für MVZ verändern?

Für Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und ärztliche Kooperationen war die zurückliegende Legislaturperiode eine verlorene Zeit. Wenig wurde modernisiert, es kam schleichend zu Verschlechterungen der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen und zu rechtlichen Diskriminierungen.

Die Etablierung moderner Versorgungsstrukturen wird durch die historisch bedingte Orientierung der meisten rechtlichen Rahmenbedingungen auf die klassische Einzelarztpraxis behindert, obwohl es 2013 gut 2 000 MVZ und mehr als 20 000 angestellte Ärzte in der ambulanten Medizin gibt. Auf diese dramatische Veränderung, die von den Patienten gut angenommen wird, hat der Gesetzgeber bisher nicht reagiert.

So wird der Arbeitsalltag in MVZ und Gemeinschaftspraxen mit angestellten Ärzten durch schwerwiegende und bisher ungelöste zulasungsrechtliche Probleme belastet.

Eine rechtliche Abstimmung zwischen der „Philosophie“ des Zulassungsrechts (für den Arzt als selbstständigen Freiberufler) und des Arbeitsrechts (für angestellte Ärzte) ist daher überfällig.

Dadurch wird bis heute das enorme Potenzial der neuen Versorgungsformen, insbesondere für die ländlichen Regionen mit ärztlicher Unterversorgung nicht genutzt, sondern es bestehen kleinliche bürokratische Hürden, teils wurden Benachteiligungen bei der Zulassung von MVZ sogar neu eingeführt.

Die einzelnen Themen und Problemstellungen lassen sich dabei zu drei Themengruppen zusammenfassen, zu denen der Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Integrierte Versorgung einen detaillierten Katalog über den notwendigen Novellierungsbedarf erarbeitet hat:

- Abbau rechtlicher Diskriminierungen und bürokratischer

Hürden im SGB V und den untergesetzlichen Normen

- Regelungen zur Vereinbarkeit des Zulassungsrechts für angestellte Ärzte mit den Vorschriften des Arbeits- und Sozialrechts
- Gleicher Lohn für gleiche Arbeit: Gleichstellung der ärztlichen Kooperationen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab und bei der Honorarverteilung, zum Beispiel bei der Fallzahlzählung und den Plausibilitätsprüfungen

Es gibt also viel zu tun – und es kostet kein Geld!

Anschrift des Verfassers:
Dr. Bernd Köppl
Bundesverband MVZ
Schumannstraße 18
10117 Berlin
E-Mail: b.koeppel@bmvz.de