

## **Stellungnahme über eine Anschlussregelung ab dem II. Quartal 2010 bezüglich der Fallzählung als RLV-Berechnungsgrundlage**

---

- 1. Sachlage**
  - 2. Entwicklung der RLV in 2009**
    - 2.1. Allgemeine Analysen
    - 2.2. Übersicht Praxisbeispiele
    - 2.3. Erläuterung Beispielgewinnung und -berechnung
  - 3. Auswertung der realen Praxisbeispiele**
    - 3.1. Praxen mit RLV-Verlusten
    - 3.2. Praxen mit Mehrausgleich
    - 3.3. Praxen mit adäquatem Ausgleich
  - 4. Fazit**
  - 5. Vorschläge für eine arztfallbasierte Vergütung**
- 

### **Zusammenfassung**

*Mit der Änderung der Fallzählung vom Arzt- auf den Behandlungsfall war seitens des Bewertungsausschusses geplant, eine Stabilisierung der sinkenden Fallwerte zu erreichen. Angesichts der über das zweite Halbjahr 2009 fortschreitenden und sich auch für I/2010 weiter abzeichnenden drastischen Fallwertensenkungen über alle Regionen und fast alle Fachrichtungen hinweg, muss dieses Vorhaben jedoch als gescheitert gelten.*

*Dieser Befund war zu erwarten. Der BMVZ hat bereits im Vorfeld des Änderungsbeschlusses vom 20. April 2009 auf die Untauglichkeit der Fallzahlumstellung als Mittel zur Erreichung stabiler Fallwerte hingewiesen. Weder wurde somit das eigentliche Ziel der Fallwertstabilisierung erreicht, noch ist davon auszugehen, dass den in Einzelpraxis niedergelassenen Ärzten durch diese Umstellung mehr Honorar zur Verfügung steht.*

*Hochproblematisch ist jedoch die durch die andersartigen Zuweisungsparameter als 'Nebeneffekt' erzeugte Steuerungswirkung der Behandlungsfallzählung. Denn innerhalb des Bereiches kooperativ tätiger Versorger wird seit ihrer Einführung durch das pauschale Zuschlagssystem eine massive Honorarumverteilung verursacht.*

*Aufgrund der speziellen und unausgewogenen Steuerungswirkung des allein an die Zahl der vorgehaltenen Fachrichtungen gekoppelten Kooperationszuschlages erleiden vor allem intensiv kooperierende Einrichtungen massive Einbrüche beim zugewiesenen RLV. Davon betroffene Einrichtungen - MVZ ebenso wie Gemeinschaftspraxen - haben in der Regel eine Größe von 3 bis 6 Ärzten und liegen im Falle der MVZ überdurchschnittlich oft in vertragsärztlicher Trägerschaft. Die Honorareinbrüche bei nahezu gleicher Versorgungsleistung sind hier so gravierend, dass sie eine Bedrohung für die wirtschaftliche Existenz darstellen, wenn die Behandlungsfallzählung als Grundlage der RLV-Berechnung fortgesetzt wird.*

*Mittelfristig wird dadurch vor allem die effiziente Versorgung chronisch Kranker und multimorbider Versicherter, die immer häufiger gezielt in solchen Zentren erfolgt, wieder in Frage gestellt und die bisherige Förderung von Ärztekooperationen ad absurdum geführt. Vor diesem Hintergrund fordert der BMVZ mit nachfolgend ausführlicher Begründung bei gleichzeitiger Modifikation der Richtlinie nach § 106a SGB V die Rückkehr zur Arztfallzählung.*

## **1. Sachlage**

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat in seiner Sitzung vom 27. und 28. August 2008 gemäß den Vorgaben des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes einen Beschluss zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung getroffen und dabei als Grundlage der RLV-Zuweisungen ab I/2009 die Zählung der kurativ-ambulanten Arztfälle festgelegt. Damit galt seit Januar 2009 der sogenannte Arztfall (§ 21 Abs. 1b BMV-Ä):

*Als Arztfall werden alle Leistungen bei einem Versicherten bezeichnet, welche durch denselben Arzt unabhängig vom vertragsarztrechtlichen Status in der vertragsärztlichen Versorgung in demselben Kalendervierteljahr und unabhängig von der Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte zulasten derselben Krankenkasse erbracht werden.*

Mittels Änderungsbeschluss vom 20. April 2009 hat der Bewertungsausschuss jedoch die Fallzählung bereits mit Wirkung zum 1. Juli 2009 geändert und nun als für Regelleistungsvolumen relevante Fälle nur noch auf die kurativ-ambulanten Behandlungsfälle abgestellt. Seitdem gilt der Behandlungsfall (§ 1 Abs. 1 BMV-Ä):

*Die gesamte von derselben Arztpraxis (Vertragsarzt, Vertragspsychotherapeut, Berufsausübungsgemeinschaft, Medizinisches Versorgungszentrum) innerhalb desselben Kalendervierteljahres an demselben Versicherten ambulant zulasten derselben Krankenkasse vorgenommene Behandlung gilt jeweils als Behandlungsfall.*

Begründet wurde die Fallzahländerung mit einem angeblich sich vor allem in MVZ und Berufsausübungsgemeinschaften abzeichnenden deutlichen Anstieg der Anzahl der Arztfälle, wofür der Beleg bis heute noch aussteht. Dennoch wurde 'zur Vermeidung der sich hieraus ergebenden Konsequenz eines vorgeblich insbesondere für Einzelpraxen und besonders spezialisierte Ärzte nachteiligen sukzessiven Verfalls der Fallwerte im RLV' die Fallzählung zu Lasten der kooperativen Versorger auf den Behandlungsfall umgestellt.

Zum 'Ausgleich' der Nachteile beschloss der Bewertungsausschuss für Gemeinschaftspraxen, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten eine Zuschlagsregelung, nach der die Regelleistungsvolumen dieser Einrichtungen je beteiligter Fachgruppe pauschal um 5% für maximal sechs Fachgruppen bzw. Schwerpunkte, sowie um weitere 2,5% für die Beteiligung der siebten bis zehnten Fachgruppe - maximal also um insgesamt 40% - erhöht werden.

Somit zählt ab dem III. Quartal 2009 nicht mehr, wie im ersten Halbjahr 2009, der Arztfall, sondern der Behandlungsfall plus Zuschlagsregelung, wobei sich Auswirkungen durch diese Umstellung bei allen Praxisstrukturen, ausgenommen Einzelpraxen – in denen Arzt- und Behandlungsfall identisch sind - ergeben.

Der Unterschied stellt sich wie folgt dar:

*In einer Praxis z.B. aus zwei Hausärzten und einem Orthopäden wird der Patient von beiden Fachgruppen behandelt. Im 1. und 2. Quartal 2009 löste diese doppelte ärztliche Tätigkeit adäquat zur erbrachten Leistung zwei Honorare – sowohl in Form des hausärztlichen als auch des orthopädischen Fallwertes - aus. Ab dem III. Quartal 2009 wird die Behandlung desselben Patienten unabhängig vom realen Umfang der Mehrfachinanspruchnahme fachunterschiedlicher Ärzte einer Kooperation in Form eines anteilig zugeordneten Fallwertes zuzüglich des zehnpromzentigen Aufschlages für zwei in der Struktur vorgehaltene Fachgruppen vergütet. Zwei Einzelärzte derselben Fachgruppen, die diesen Patienten behandeln, erhalten dagegen nach wie vor jeweils den Fallwert ihrer Fachgruppe.*

Diese Regelung sollte vorerst bis zum 31.12.2009 gelten; wurde aber mit Beschluss vom 22. September 2009 bereits um ein weiteres Quartal bis zum 31. März 2010 verlängert. Eine Anschlussregelung hinsichtlich der Fallzählung ist jedoch sowohl laut Änderungs- als auch laut Fortschreibungsbeschluss verbindlich an die Auswertung der Entwicklung der Fallzahlen ab dem 1. Quartal 2008 bis einschließlich des 1. Quartal 2009 bzw. weiterer verfügbarer Zahlen gekoppelt. Die für die Vorlage der Daten und die Auswertung der Fallzahlstatistik gesetzten Fristen (31.8.2009 und 30.11.2009) ließ die KBV, bzw. das Institut des Bewertungsausschusses jedoch zweimal ergebnislos und ohne stichhaltige Begründung verstreichen.

Es ist daher zu befürchten, dass analog zum Fortschreibungsbeschluss vom 22. September 2009 seitens der KBV mit Verweis auf die fehlende statistische Grundlage auf eine nochmalige Verlängerung der Regelung gedrängt wird, womit eine fragwürdigen bis heute nicht nachgewiesen Begründung eingefürte Regelung weiter verlängert. Dieses Vorgehen ist weder tragbar noch sachgerecht. Nach wie vor liegt keinerlei Beleg für den behaupteten ursächlichen Zusammenhang, mit dem die benachteiligende Änderung begründet wurde, vor; werden gleichzeitig aber kooperative Versorger durch die nicht leistungsadäquaten Honorarregelungen in ihrer Existenz bedroht.

Eine Übersicht und Analyse, wie und mit welcher unterschiedlichen Erscheinungsformen sich die Änderung der Fallzahlzählungssystematik im Einzelnen auf die verschiedenen kooperativen Strukturen auswirkt, finden Sie – ergänzt durch konstruktive Vorschläge zu einer alternativen Gestaltung der RLV-Zuweisung - anhand von zwanzig Echtbeispielen im Folgenden.

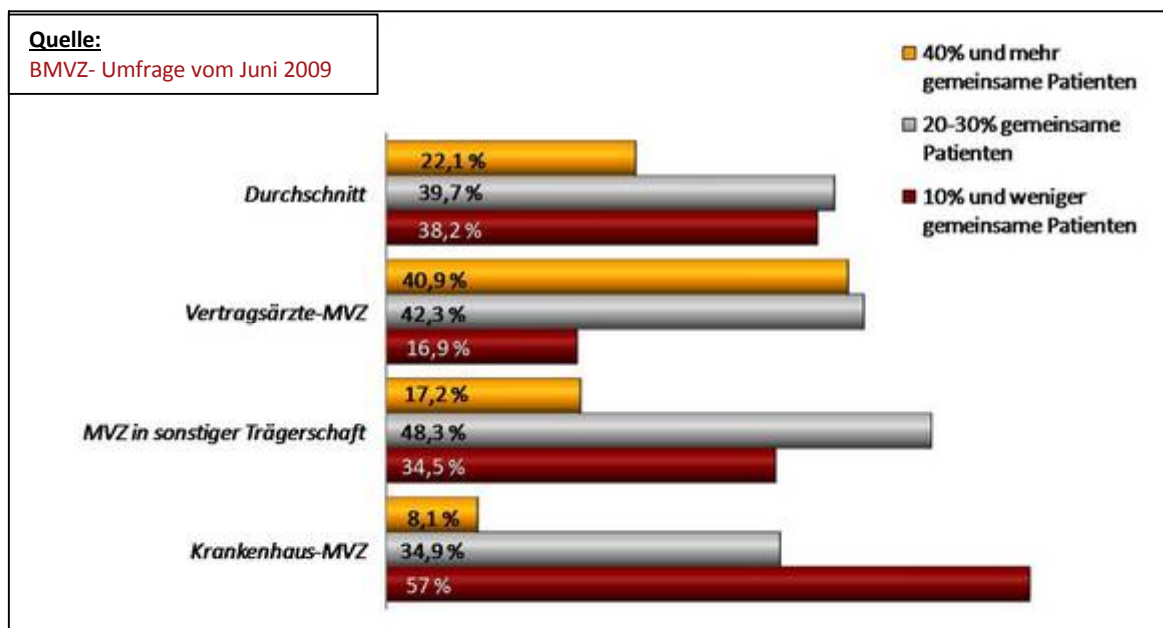
## **2. Entwicklung der RLV in 2009**

### **2.1. Allgemeine Analysen**

Bereits in der Stellungnahme vom 18. April 2009 hat der BMVZ auf die ursächliche Abhängigkeit zwischen dem Anteil gemeinsamer Patienten einer kooperativen Struktur und dem Grad der Betroffenheit einer Praxis durch Kürzungen beim zugewiesenen Praxis-RLV hingewiesen. Um so

größer die Zahl gemeinsamer Fälle einer Praxis ist – so die begründete Annahme – um so stärker wird die RLV-relevante Fallzahl und damit das Regelleistungsvolumen einer Praxis durch die Behandlungsfallzählung reduziert. In der Konsequenz war anzunehmen, dass insbesondere fachübergreifende Praxen, die rund um einen medizinischen Schwerpunkt (z.B. bezogen auf ein bestimmtes Krankheitsbild) integrativ organisiert sind, stark von Honorareinbrüchen betroffen sein würden, während wenig kooperierenden Praxen pauschal nicht durch Leistung begründete Honoraraufschläge zugewiesen würden.

Statistisch zu erfassen, wie hoch der Grad der Kooperationsintensität in den MVZ wirklich ist, war daher eines der Ziele einer Umfrage des BMVZ unter allen MVZ im Sommer 2009. Bezüglich der Einstufung der MVZ nach ihrem Anteil gemeinsamer Patienten hat die Auswertung der Antworten ergeben, dass knapp zwei Fünftel aller MVZ lediglich über 10 Prozent und weniger an Patienten, die im Quartal mehr als einen Arzt der Einrichtung aufsuchen, verfügen, während etwas mehr als ein Fünftel der Medizinischen Versorgungszentren Kooperationsraten von über 40 Prozent aufweist. Die übrigen zwei Fünftel bilden demnach mit einem Anteil gemeinsamer Patienten von 20 bis 30 Prozent den Durchschnitt (Vgl. den obersten Balkensatz der nachfolgenden Grafik).



Aus dieser Verteilung war abzuleiten, dass zwischen einem Drittel und zwei Fünftel aller MVZ (d.h. zwischen 30 und 40%) durch die Umstellung der Fallzählung im dritten und vierten Quartal 2009 mit Honorarmehreinnahmen rechnen konnten. Diese Praxen profitieren von den pauschal gewährten Zuschlägen für den Kooperationsmehraufwand, der in diesen Fällen jedoch nicht oder kaum vorhanden ist. Die restlichen gut 60 Prozent der MVZ sind im Umkehrschluss – je nach Praxisstruktur, die hier im Einzelfall betrachtet werden muss - als Praxen ohne besondere

Auswirkungen, bzw. als Verlierer der Umstellung einzustufen, da bei ihnen die Reduktion der RLV - relevanten Fälle im besten Fall in etwa adäquat, im Regelfall aber nur unzureichend durch den pauschalen Aufschlag ausgeglichen wird.

Signifikant war in diesem Zusammenhang der Unterschied zwischen den MVZ verschiedener Trägerschaften. Da gerade die vertragsärztlich getragenen MVZ zu über 80 Prozent eine hohe Kooperationsintensität aufweisen (*Vgl. den zweiten Balkensatz der Grafik von Seite 4*), ist bei ihnen konsequenterweise auch mit den größten Honorareinbußen zu rechnen. Statistisch sind dagegen die von Krankenhäusern getragenen MVZ, die insgesamt angaben, zu weit mehr als der Hälfte (57 %) über deutlich unterdurchschnittliche Kooperationsraten von maximal 10 Prozent zu verfügen (*Vgl. den untersten Balkensatz der Grafik von Seite 4*), von den negativen Folgen der Umstellung der Fallzählung wesentlich weniger betroffen. Tendenziell sind im Bereich der Krankenhaus-MVZ daher die meisten Gewinner der Fallzählungsumstellung zu vermuten.

In der Tat lässt sich nachweisen, dass Krankenhaus-MVZ, als statistische Gruppe, durch die Umstellung eher Mehreinnahmen verzeichnen konnten, während insbesondere ärztlich getragene MVZ mit abgestimmten fachübergreifenden Behandlungskonzepten von der Umstellung durch Einbrüche beim zugewiesenen Praxis-RLV existenziell betroffen sind. Die Honorareinbußen erreichen hier beim Übergang vom zweiten auf das dritte Quartal in der Spitze 45 Prozent. (*Vgl. die tabellarische Übersicht unter 2.3. 'Übersicht Praxisbeispiele' auf Seite 6*)

Die im Detail in den Anhängen vorgelegten nach dem Zufallsprinzip ausgewählten Fallbeispiele belegen - insbesondere in der überblicksartigen Zusammenstellung (*Ausschnitt folgend sowie Anhang A*) - all diese seit Frühjahr vom BMVZ befürchteten und angemahnten Zusammenhänge und damit auch die als bedenklich eingestuften Konsequenzen und Auswirkungen auf die weitere Entwicklung der MVZ-Landschaft. Um diesen als für die künftige Versorgungslandschaft gefährlich angesehenen Entwicklungen entgegenzutreten, hat der BMVZ unter Punkt 5 dieser Stellungnahme mögliche Alternativen einer strukturübergreifend leistungsgerechten Vergütung erarbeitet.

## **2.2. Übersicht Praxisbeispiele**

Die folgende Aufstellung, ein Auszug der Übersicht aus *Anhang A*, illustriert überblicksartig die jeweils spezifischen Auswirkungen der Änderung der Fallzählung auf die Regelleistungsvolumina der zwanzig Beispielpraxen beim Übergang vom zweiten auf das dritte Quartal 2009. Farblich hervorgehoben ist dabei - um die Auswirkungen der Fallzählungsänderung isoliert zu verdeutlichen -

die Dynamik der RLV unter rechnerischer Bereinigung um die allgemeinen Fallwerteffekte. Zur vergleichenden Orientierung ist daneben in der äußeren rechten Spalte jeweils die Entwicklung der absoluten Praxis-RLV zueinander ins Verhältnis gesetzt (*zugewiesene Summe im 3. Quartal laut Bescheid Im Verhältnis zur RLV-Zuweisung 2. Quartal laut Bescheid*).

**LEGENDE zur Übersicht der RLV-Entwicklung**

7%	Realbeispiel mit Mehreinnahmen von > + 5 %
-15%	Realbeispiel mit RLV-Reduzierungen von > - 5 %
4%	Realbeispiel mit Verwerfung zwischen -5 und +5%

Praxiskennzahlen und Fallnummer			Vergleich der RLV-Dynamik zwischen dem 3. und dem 2. Quartal		
1	Anzahl Ärzte	Anzahl Fachrichtungen	Entwicklung der RLV- Fallzahlen der Praxis	Entwicklung des um den Fallwerteffekt bereinigten RLV	zum Vergleich: Entwicklung des RLV absolut, d.h. inklusive der durch praxisindividuelle Fallwertschwankungen bedingten Veränderungen
1	2	2	2%	12%	7%
2	3	2	-18%	-12%	-16%
3	3	2	6%	19%	-2%
4	4	2	-50%	-45%	-44%
5	4	2	-44%	-39%	-35%
6	4	2	-30%	-23%	-18%
7	5	3	4%	16%	9%
8	5	3	-7%	6%	36%
9	5	3	-1%	13%	2%
10	5	5	-14%	5%	-5%
11	6	2	-33%	-26%	-26%
12	6	2	1%	11%	15%
13	6	2	-38%	-32%	-27%
14	6	3	-25%	-21%	-23%
15	6	3	-30%	-26%	-30%
16	6	4	5%	24%	15%
17	8	6	-22%	0%	-5%
18	9	4	-9%	-2%	1%
19	10	4	-29%	-13%	-11%
20	11	5/6	-29%	-5%	8%

Anhand der Farbskala von Rot (*Verlierer*) über Gelb nach Grün (*Gewinner*) zeigt sich, dass bereits dieser kleine Ausschnitt aus dem realen MVZ-Geschehen die ganze Bandbreite der durch die Fahlzahlzählungsänderungen angeschobenen Verwerfungen widerspiegelt. Die Sortierung der Einrichtungen nach Praxisgröße (*gekennzeichnet durch Anzahl Ärzte und Anzahl Fachrichtungen*) zeigt dabei, dass es keinen klaren Zusammenhang zwischen der MVZ-Größe an sich und der RLV-Effekte gibt.

Vielmehr zeigen die Beispiele die ganze individuelle Komplexität der jeweiligen Einrichtung, die sich aus der spezifischen Fachgruppenkonstellation und dem Grad der zwischenärztlichen Kooperationsintensität ergibt. Aus diesem Grund ist in *Anhang B* für jedes Praxisbeispiel auf jeweils einer Seite eine komprimierte, aber bis auf die beteiligten Ärzte heruntergebrochene Übersicht über die maßgeblichen Praxiskennzahlen und die RLV-Entwicklung beigefügt. In *Anhang A* finden Sie dagegen die obige Darstellung ergänzt um die Entwicklung im vierten Quartal 2009 als erweiterten Überblick.

Bei aller Individualität der Beispiele zeigt ein Blick auf die Vielgestaltigkeit der Kennzahlen und Fächerkombinationen, dass diese im Umfang eher kleine Übersicht dennoch stellvertretend für die Gesamtzahl der MVZ und fachübergreifenden Praxen stehen kann und in ihren Aussagen repräsentativ ist. Der Trend der Entwicklungen gemäß der Honorarbeschlüsse vom 20. April 2009 geht aus ihnen klar erkennbar hervor. (Vgl. 3.1. bis 3.3. *Auswertung der Praxisbeispiele* und 4. *Fazit*)

### **2.3. Erläuterung zur Beispielgewinnung und -berechnung**

Basis der Beispielsammlung war die Bitte des Verbandes an Mitglieder, aber auch an weitere verbundene Gemeinschaftspraxen und MVZ, dem Verband jeweils die RLV-Bescheide der Quartale I bis IV/2009 zur Verfügung zu stellen, wobei den Einrichtungen von vornherein bei der Verarbeitung und Weitergabe dieser betriebswirtschaftlich sensiblen Praxiskennzahlen Anonymität zugesichert wurde. Um dem Datenschutzinteresse der MVZ und Gemeinschaftspraxen zu entsprechen, sind die relevanten Informationen für diese Stellungnahme ausschließlich in einer anonymisierten Darstellung aufbereitet. Der BMVZ versichert jedoch, jeweils über die Kopien der Honorar- bzw. RLV-Bescheide zu verfügen und die relevanten Daten genau widergegeben zu haben.

Datenquelle sind jeweils die Bescheide, bzw. Benachrichtigungen der KVen an die Praxis oder das MVZ über das errechnete Regelleistungsvolumen für die Quartale I bis IV/2009. Da diese seit dem III. Quartal 2009 nur noch die Behandlungsfälle und nicht mehr alle Arztfälle ausweisen, können dabei keine Daten zur Arztfallentwicklung vorgelegt werden. Für die vorgelegten Praxisbeispiele gilt

jedoch, dass sie – bis auf die normalen Quartalsschwankungen – eine über den Jahresverlauf 2009 weitgehend kontinuierliche Zahl an Arzt-Patientenkontakten aufweisen. Nicht verwendet wurden dagegen eingesandte Praxisbeispiele, die die Grundvoraussetzungen für einen aussagekräftigen Vergleich – d.h. kontinuierlich in etwa die gleiche Zahl an Arztfällen je Quartal bei gleichem Leistungsspektrum - offensichtlich nicht erfüllten. Das betraf vor allem MVZ, die sich noch im Aufbau befinden, die also über das Jahr 2009 eine stark dynamische Fachgruppenkonstellation aufwiesen oder durch Neu- und Jungpraxenregelungen größeren Schwankungen bei den angerechneten Arztkontakten unterlagen.

In einigen Regionen wurden die RLV-Benachrichtigungen für das vierte Quartal nicht flächendeckend verschickt, so dass hier diese Kennzahlen fehlen und der Vergleich des vierten mit dem zweiten Quartal unterbleiben muss.

Da neben der Änderung der Fallzählungsgrundlage auch die allgemeine Fallzahlentwicklung, die Fachgruppenzusammensetzung der Praxis sowie die Entwicklung des regional- und arztgruppenspezifischen Fallwertes großen Einfluss auf die Höhe der zugewiesenen Praxis-RLV haben, ist der Blick allein auf die Dynamik der RLV in ihrer absoluten Höhe nicht aussagekräftig. Ziel war daher, die durch die Änderung der Fallzählung hervorgerufenen Effekte soweit zu isolieren, dass eine belastbare Aussage über deren Wirkung getroffen werden kann. Da der Vergleich der Dynamik des bereinigten RLV mit der des absoluten RLV derselben Praxis (*siehe die Übersicht auf Seite 6*) verdeutlicht, dass die regional - und fachgruppenabhängigen Auswirkungen der teils massiven Fallwertschwankungen geeignet sind, die eigentlichen Effekte der Umstellung der Fallzählung zu maskieren bzw. zu über- oder untertreiben, ist dieses Vorgehen sinnvoll.

Zu diesem Zweck wurde zum Einen durch die Bildung eines - analog zur arztbezogenen Zuordnung der Behandlungsfälle nach den Beschlüssen vom 20.4.2009 - nach Arztanteilen gewichteten Mittelwertes jeweils für jede Praxis und jedes Quartal der individuelle Fallwert ermittelt. Zum Anderen wurden die Verwerfungen der Regelleistungsvolumina auf dieser Basis ergänzend zum absoluten Vergleich unter Herausrechnung der praxisspezifischen Fallwerteffekte verglichen.

Wie sich dieses sogenannte '*um den Fallwerteffekt bereinigte RLV*' ergibt, ist im Detail dem mit den entsprechenden Erläuterungen versehenen, fiktiven Musterbeispiel auf Seite 1 des *Anhang B* zu entnehmen. Grob betrachtet, ergibt sich das bereinigte RLV, zu dem in obiger Übersicht die Veränderung in Prozent in der farbigen Spalte dargestellt sind, aus dem Verhältnis des absoluten



Quartals-RLV abzüglich des praxis- und quartalsindividuellen Fallwerteffektes zum RLV des Vergleichsquartals. Der praxisindividuelle Fallwerteffekt stellt sich wiederum als Produkt aus der Fallzahl des Vergleichsquartals und der praxis- und quartalsindividuellen Fallwertdifferenz bezogen auf den Fallwert des zweiten Quartals einer Praxis dar. (Vgl. Seite 1 Anhang B).

### **3. Auswertung der realen Praxisbeispiele**

Ein Blick in *Anhang A*, den erweiterten Überblicksvergleich über die RLV-Dynamik im dritten und vierten Quartal – jeweils in bezug auf das zweite Quartal - zeigt, dass die Zuordnung in die Kategorien *Praxen mit adäquatem Ausgleich*, *Praxen mit Mehrausgleich* und *Praxen mit RLV-Verlusten* nicht bei allen Praxen über beide Quartale konsistent ist. Während alle 'Verliererpraxen' über beide betrachteten Quartale 'Verlierer' bleiben, gibt es in den beiden anderen Gruppen einzelne Wechsel. Diese Dynamik ist zu beachten, wenngleich im Folgenden der Zuordnung gemäß den Entwicklungen im dritten Quartal gefolgt wird.

Wie die Entwicklung der absoluten RLV zeigt, ist dabei aber zu berücksichtigen, dass die Verwerfungen durch die Fallwertschwankungen auch bei den nach Bereinigung eigentlich nicht zu den 'Verlierern' zählenden Praxen zu deutlichen realen RLV-Verlusten führen können (Vgl. die Beispiele 3, 10 und 17 gemäß Übersicht auf Seite 6). In Betrachtung der Gesamtsituation kooperativer Versorger darf dieser Aspekt nicht vernachlässigt werden. Grundsätzlich gilt, dass alle MVZ und Gemeinschaftspraxen unter sinkenden Fallwerten in gleicher Weise wie Einzelpraxen leiden – dass hier also ein besonderer Leidensdruck der Einzelärzte nicht gegeben ist.

#### **3.1. Praxen mit RLV-Verlusten**

Im Einzelnen handelt es sich bei den im Überblick von Seite 6 rot markierten Konstellationen um:

- ein Gelenkzentrum mit Schwerpunkt auf Schmerztherapie
- fünf Grundversorgungszentren aus mehreren, größtenteils spezialisierten Hausärzten (u. A. Diabetologie, Psychosomatik, Kardiologie) und kooperierenden Fachärzten
- eine Schwerpunktpraxis für Gynäkologie, Hormonbehandlung und Kinderwunschtherapie
- ein hausärztliches Familienzentrum in Kombination mit einem Chirurgen
- ein kardiologisches Schwerpunktzentrum

Die Gemeinsamkeit der Praxen dieser Gruppe liegt vor allem darin, dass die jeweils beteiligten Ärzte ihre Patienten gezielt interdisziplinär und kollegial betreuen. Die Umstellung der Fallzählung führte hier entsprechend zu einer spürbaren Reduktion der Zahl der RLV - relevanten Fälle bei gleichzeitig unverändert hohem Kooperationsaufwand.

Für diese Praxen ist dabei vor dem Hintergrund der Behandlungsfallzählung – neben den allgemeinen Verwerfungen - zusätzlich problematisch, dass Subspezialisierungen innerhalb des Hausarztbereiches sowie teils bei nicht speziell definierten Schwerpunkten innerhalb einer fachärztlichen Arztgruppe bei der Höhe des gewährten Zuschlages unberücksichtigt bleiben. Damit wirkt sich bei ihnen der Unterschied zwischen der Arztfallzählung, bei der die Fachgruppenzuordnung wegen der arztgenauen Erfassung der Fälle grundsätzlich keine Rolle spielt, und der Behandlungsfallzählung besonders belastend aus.

Der Unterschied zu den Praxen, bei denen der Ausgleich adäquat erfolgt, liegt damit nicht darin, dass weniger, bzw. in kleinerem Maßstab fachübergreifend zusammengearbeitet wird, sondern einfach in dem Umstand, dass die praxisindividuelle Fachgruppenzusammenstellung – unabhängig davon, ob sie medizinisch sinnvoll ist - in Hinblick auf das pauschale Zuschlagskriterium keine Basis für eine ausreichende Kompensation des rechnerischen Fallzahlverlustes bietet.

### **3.2. Praxen mit Mehrausgleich**

Im Einzelnen handelt es sich bei den im Überblick von Seite 6 grün markierten Konstellationen um:

- ein pädiatrisches Zentrum, in denen Subspezialisten (Kinderneurologe, Kinderdiabetologe, ect.) Patienten fast ausschließlich in ihrem jeweiligen Spezialgebiet betreuen
- zwei psychiatrische Zentren, die mit Allgemein- bzw. Innerer Medizin arbeiten
- vier MVZ unterschiedlicher Größe und verschiedenster Fachkonstellationen mit wenigen arztübergreifenden Patientenkontakten

Die auffälligste Gemeinsamkeit der Einrichtungen dieser Gruppe ist, dass die Zahl der RLV relevanten Fälle im dritten Quartal entweder höher lag als im Vorquartal oder sich die Reduktion zumindest im einstelligen Bereich bewegte und damit – im Ausmaß abhängig von der Zahl der kombinierten Fächer – durch den pauschalen Aufschlag mehr als ausgeglichen wurde.

Für die Steigerung, bzw. das Gleichbleiben der Zahl der RLV -relevanten Fälle trotz Umstellung der Zählsystematik gibt es plausible Erklärungen, deren Effekte sich bei den vorgestellten Beispielen auch gegenseitig verstärkt haben können. Zum Einen gibt es MVZ, die aufgrund der Fächerkonstellation oder wegen bestehender Absprachen mit den umliegend tätigen Kollegen Patienten gerade nicht fachübergreifend behandeln und daher prinzipiell einen eher geringen Kooperationsaufwand haben. Soweit es sich zum Anderen um Praxen handelt, die sich im Aufbau befinden, ist davon unabhängig eine Steigerung der Fallzahlen nur natürlich und kann dabei die Effekte der Fallreduktion um die kooperativ betreuten Patienten maskieren.

### **3.3. Praxen mit adäquatem Ausgleich**

Im Einzelnen handelt es sich bei den im Überblick von Seite 6 gelb markierten Konstellationen um:

- zwei grundversorgende Facharztzentren
- ein auf Schmerztherapie spezialisiertes Zentrum mit hohem Hausarztanteil
- ein auf Wirbelsäulenerkrankungen spezialisiertes Zentrum aus Haus- und Fachärzten

Ähnlich wie die 'Verliererpraxen' (3.1. *Praxen mit RLV-Verlusten*) sind diese Einrichtungen konzeptionell ganz bewusst auf die fach- und arztübergreifende Behandlung komplexer Krankheitsbilder hin angelegt. In der Behandlung der Patienten folgt aus diesem Konzept, dass die Zahl der Behandlungsfälle und die Menge der Arztfälle teils weit auseinanderklaffen und damit die Zahl der RLV - relevanten Fälle mit Änderung der Fallzählung deutlich absinkt.

Im Unterschied zu den 'Verlierer'-Praxen stellen die MVZ dieser Gruppe jedoch im Minimum eine Konstellation aus vier Fachgruppen dar, wodurch derzeit ein Aufschlag von mindestens 20 % auf das zuvor berechnete RLV verbunden ist. Diesen Praxen ist damit gemeinsam, dass sie unabhängig von der Zahl der in ihnen tätigen Ärzte, eine vergleichsweise hohe Fachgruppenvielfalt anbieten und damit nach der seit dem 20.4.2009 bestehenden Systematik einen höheren Ausgleich in Anspruch nehmen können. Im Umkehrschluss folgt der zynische Befund, dass die 'Verlierer'-Praxen vor allem auch deshalb zu solchen werden, weil die Fächerkombination medizinisch, und nicht auf das jetzige Honorarsystem hin abgestimmt gewählt wurde.

## **4. Fazit**

Die Detailanalyse der RLV – insbesondere nach der klarstellenden Bereinigung um die ausgesprochen uneinheitlichen Auswirkungen der Fallwertschwankungen - zeigt sehr deutlich, dass die Gewährung eines pauschalen Zuschlags, der als Zumessungskriterium die Zahl der in einer Praxis vertretenen Fachrichtungen zur Grundlage hat, der Realität nicht gerecht wird. Gerade die Unterschiedlichkeit der Beispiele veranschaulicht hier - trotz ihrer gemessen an der Gesamtzahl aller MVZ verhältnismäßig kleinen Zahl - wie ungleichmäßig eine am vermuteten Durchschnitt orientierte Zuschlagsregelung durch die Behandlungsfallzählung bedingte RLV-Verluste ausgleicht und damit Honorarverwerfungen in beide Richtungen provoziert.

Es ist kein Zufall, dass gerade die Gruppe derjenigen Praxen, bei denen der durch die erhöhte Kooperationsintensität entstehende tatsächliche Mehraufwand durch die gewährte

Zuschlagspauschale annähernd adäquat ausgeglichen wird (4 der 20 Beispielpraxen), am kleinsten ist, während sich die große Mehrheit der Praxen zu den Verlieren (9 der 20 Beispielpraxen) oder Gewinnern (7 der 20 Beispielpraxen) zählen lassen müssen.

Etwa ein Drittel der MVZ – so eine bereits seit April 2009 vorgetragene und durch die Beispiele bestätigte Prognose des Verbandes – erhält Zuschläge und damit Mehreinnahmen in einer Höhe, die über den Anteil der Mehrfachkontakte der Praxis deutlich hinausgehen. In diesem Bereich findet eine massive Fehlsteuerung durch falsche Honoraranreize statt, während auf der anderen Seite Praxen mit einer hohen internen Kooperationsdichte Einbußen bei der RLV-Zuweisung von bis zu 50% ihres vorherigen RLV-Budgets verkraften müssen. Die Fehlsteuerung erfolgt damit doppelt und gleichzeitig in gegensätzlicher Hinsicht.

Kooperationsintensive Praxen – die sich nachweislich deutlich häufiger im vertragsärztlichen Bereich finden lassen als unter den MVZ mit stationären Trägern - überlegen verstärkt, einzelne Vertragsarztsitze aus dem MVZ herauszulösen bzw. sich als gemeinsame Struktur ganz aufzulösen. Realität ist, dass besonders Ärzte, die wegen medizinisch sinnvoll aufeinander abgestimmter interner Behandlungsabläufe über mehrere Fachrichtungen einen großen Teil ihrer Zuweisungen zwischen den Fachgruppen innerhalb des MVZ oder der Gemeinschaftspraxis generieren, deutlich stärker von Honorarabschlägen betroffen sind, als Praxen ohne derartige Zuweisungsbeziehungen. Hierbei generell das Betreiben von medizinisch nicht begründeten 'Ringüberweisungen' zur Honorarvermehrung zu unterstellen, ist dabei absolut kein sachgerechtes Argument.

Da keinerlei inhaltliche Prüfung der einrichtungsinternen Zusammenarbeit stattfindet und die RLV-Kürzung durch die Behandlungsfallzählung ebenso wie die Zuweisung der Zuschläge pauschal erfolgt, werden solche Praxen – wie vor allem die Beispiele der 'Verlierergruppe' teils drastisch zeigen – existenziell getroffen und in ihrer materiellen Grundlage bedroht. Gegenüber gleichartigen Praxen, die am selben Standort jeweils einzeln und voneinander unabhängig niedergelassen arbeiten würden, werden sie massiv benachteiligt.

Zusammenfassend ist die bereits im Frühjahr 2009 angemahnte Feststellung, dass die Umstellung der Fallzählung als Grundlage der RLV-Zuweisung vor allem die politisch geförderten und gesamtgesellschaftlich besonders sinnvollen, integrativ organisierten MVZ erheblich schädigt und gefährdet, mit aller Vehemenz zu wiederholen. Insbesondere die effiziente Versorgung chronisch kranker Patienten, die häufig gezielt solche fachübergreifenden Behandlungszentren aufsuchen, wird damit

mittel- und langfristig wieder in Frage gestellt.

Gerade vor dem Hintergrund der allgemeinen demographischen und finanziellen Entwicklungen im Gesundheitswesen dürfen neue Versorgungsformen nicht länger in derartiger Weise diskreditiert werden. Es ist im Gegenteil von erheblicher Bedeutung, dass kooperative Strukturen in ihrer Bedeutung für die Zukunft der Gesundheitsversorgung eine angemessene Anerkennung finden. Eine leistungsadäquate Vergütung kooperativ erbrachter Tätigkeit ist dafür erste Voraussetzung.

Entsprechend haben unterschiedliche Verfahren zur Honorarberechnung für Einzelpraxen und Nicht-Einzelpraxen, bzw. Berechnungsverfahren mit selektiven Wirkungen auf die eine oder andere Praxisstruktur keine Daseinsberechtigung. Der Ansatz des Bewertungsausschusses vom August 2008, die tatsächlich erbrachte ärztliche Leistung strukturunabhängig gleich zu honorieren, ist daher sachgerecht. Da die Arztfallzählung insbesondere auch funktionell und mit den bestehenden Prüf- und Kontrollinstrumenten umsetz- und kontrollierbar ist, sollte sie deshalb weiterverfolgt werden. (*Vgl. den folgenden Abschnitt*)

## **5. Vorschläge für eine arztfallbasierte Vergütung**

Angegebene Ursache für die im Frühjahr 2009 nach einem Wirkzeitraum von kaum mehr als einem Quartal erfolgte Rückumstellung der Fallzählung vom Arztfall auf den Behandlungsfall war seitens der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Angst vor einer massiven Fallzahlsteigerung, die spürbare Fallwertverluste mit sich bringen würde. Vor diesem Hintergrund wurde den kooperativ-tätigen Versorgern auferlegt, durch die automatische Reduktion der gemeinsamen Fälle auf reine Behandlungsfälle, die Fallwerte für alle ambulant tätigen Ärzte zu stabilisieren. Aus einer vermuteten überdurchschnittlichen Fallzahlentwicklung in MVZ und Gemeinschaftspraxen und dem teils deutlichen Absinken der Fallwerte über alle Strukturen wurde damit argumentativ ein Ursache-Wirk-Zusammenhang hergestellt, der seit Januar 2009 ständig wiederholt wird, bis heute aber nicht durch die Auswertung der realen Fallzahlentwicklung belegt wurde.

Im Gegenteil: Durch die reale Entwicklung, etwa durch die sich abzeichnende weitere flächendeckende Absenkung der Fallwerte im I. Quartal 2010, wird dieses Argument deutlich widerlegt. Der RLV-Fallwertverlust hat völlig andere Ursachen. Gerade deshalb ist die Stabilisierung des Fallwertes aber von so großer und grundlegender Bedeutung für alle ambulanten Versorger, dass unabhängig von der berechtigten Infragestellung der KBV-These die Verhinderung weiterer

Fallwertverluste ein zentrales Anliegen jeder Anpassung der Honorarregelungen sein muss. Das sieht der BMVZ nicht anders als die KBV.

Dieses Anliegen kann mit den Mitteln der Arztfallzählung durchgesetzt werden, wenn gleichzeitig alle bei den KVen bis dato vorhandenen und anwendbaren Prüfmechanismen nach § 106a SGB V in Verbindung mit der auf der Bundesebene vereinbarten Richtlinie nach § 106a SGB V eingesetzt werden, um über strukturunabhängige Plausibilitätskontrollen der eingereichten Abrechnungen implausible Fallzahlsteigerungen - sei es zwischen Ärzten einer Praxis, zwischen niedergelassenen Kollegen oder zwischen Kooperationen und Einzelärzten – zu hinterfragen und gegebenenfalls mit Konsequenzen zu belegen.

Ein solches Prüfgebaren der KVen würde dabei nicht einmal die Etablierung neuer Kontrollverfahren erfordern, sondern lediglich den umfassenden Einsatz der längst bestehenden Möglichkeiten voraussetzen. Gleichzeitig würde jedoch mit der Arztfallzählung als RLV-Berechnungsgrundlage eine leistungsgerechtere und damit transparentere Art der Honorarzuweisung zur Basis der RLV, die zudem ohne notwendige zusätzliche Regelungen, respektive ohne pauschaler und Honorarverwerfungen produzierender Aufschläge, auskäme.


Mit anderen Worten: Das Verfahren der Arztfallzählung ist einfacher, übersichtlicher sowie gerechter als die Behandlungsfallzählung und bei umfassendem Einsatz strukturübergreifender Kontrollen und Plausibilitätsprüfungen gleichermaßen auch geeignet, 'schwarze Schafe' herauszufiltern und die Fallzahlen damit – soweit mit den Mitteln der Fallzählung möglich - stabil zu halten.

In Anlehnung an die bereits praktizierten Kontrollen und Eingreifmechanismen bei der Überwachung und Kontrolle des Anteils gemeinsamer Patienten in Gemeinschaftspraxen – bei denen 20% bzw. 30% Patienten-Überschneidungen als erklärungsbedürftig gelten - könnte künftig bei gleichzeitiger Orientierung der RLV-Berechnung auf den Arztfall ein einheitlicher Prozentsatz von 30 % gemeinsamer Patienten je Arztpaar innerhalb einer Struktur als Auffälligkeit gelten, die regelhaft hinterfragt werden sollte. Die 30 Prozent als Änderungsvorschlag der Richtlinie nach § 106a SGB V ergeben sich dabei aus den unter dem Punkt '*Allgemeine Analysen*' dargestellten durchschnittlichen Kooperationsraten von MVZ. Analog zu besagter Prüfregelung bei Gemeinschaftspraxen würde eine derart erkannte Praxisauffälligkeit zunächst eine Aufforderung, die überdurchschnittlich hohen Kooperationsraten zu begründen, auslösen.


Um dies abschließend zusammenzufassen: Eine Rückkehr zur Arztfallzählung fördert die Anrechnungstransparenz und ist für die Erreichung des Ziel stabiler Fallwerte unschädlich, wenn über die ausgiebige Nutzung bereits bestehender Prüfinstrumente und unter Nutzung der über die lebenslange Arztnummer gegebenen arztbezogenen Kontrollmöglichkeiten analog zur jetzigen Prüfrege lung bei Gemeinschaftspraxen umfassend und strukturübergreifend auffällige, nicht medizinisch notwendige Behandlungsketten über mehre Fachärzte aufgedeckt und mit Konsequenzen belegt werden.

Daneben ist auch aus gesundheitspolitischer Sicht die Rückkehr zur Arztfallzählung bei gleichzeitiger Modifikation der Richtlinie nach § 106a SGB V sinnvoll. Zum Einen würde dadurch die Problematik der Fallzählung aus der Diskussion der Honorarverteilung herausgenommen, was den Vorteil hätte, dass damit eine gewisse Entschlackung dieser Diskussion ermöglicht würde. Auch würde unter Berücksichtigung der höheren Transparenz der Abrechnung derart gewährleistet sein, dass nur die sich tatsächlich nicht ordnungsgemäß verhaltenden Ärzte einen Honorarverlust im Rahmen der Plausibilitätsprüfung erleiden,.

Zum Anderen würde über diesen Weg wegen der oben dargestellten Zusammenhänge implizit eine Stärkung insbesondere der MVZ, die ärztlicherseits gegründet und betrieben werden, erreicht. Unter Berücksichtigung der Koalitionsvereinbarung der jetzigen Regierung ist dieses Ziel sicherlich im besonderen Maße unterstützenswert.



Dr. Bernd Köppl  
(Vorstandsvorsitzender)



Susanne Müller  
(Geschäftsführerin)