

RLV und QZV - Eine Idee und ihre Auswirkungen

1. Einführung

Bundesweit wurden die Regelleistungsvolumina zum 01.01.2009 in Deutschland eingeführt. Bis zu diesem Zeitpunkt hatten die Kassenärztlichen Vereinigungen grundverschiedene Regelungsinstrumentarien, um die Honorare der Ärzte zu budgetieren. Während einige Kassenärztliche Vereinigungen bereits frühzeitig auf die Regelleistungsvolumina und deren Systematik im unterschiedlichen Umfang zurückgriffen, verblieben andere Kassenärztlichen Vereinigungen bei den Individualbudgets.

Nicht zuletzt durch den Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses in der Sitzung vom 27./28.08.2008 wurden die Grundlagen für ein bundesweit einheitliches Vergütungssystem gelegt, das zum 01.01.2009 in Kraft trat. Für diejenigen, die bereits Erfahrungen mit dem Regelleistungsvolumen bei den betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen gemacht hatten, war es nicht überraschend, dass es zu erheblichen Honorarverwerfungen kam. In der Folge regte sich sehr schnell der Widerstand der Ärzteschaft, was darin gipfelte, dass die regionale Regelungskompetenz der Gesamtvertragsparteien im Honorarverteilungsvertrag durch den Bewertungsausschuss erweitert wurde. In der Konsequenz wurden in unterschiedlichem Umfang in den jeweiligen KV-Bezirken Möglichkeiten vorgesehen, Ausgleichzahlungen auf die sich ergebenden Honorare zu gewähren, um eine Kontinuität der Einkommenssituation der betroffenen Ärzte mehr oder weniger erfolgreich zu gewährleisten.

Flankierend korrigierte man auch systematische Erwägungen:

Im ersten Quartal 2009 waren beispielsweise fachübergreifende Gemeinschaftspraxen insofern bevorzugt, da es für die Regelleistungsvolumina nicht auf die Behandlungsfälle ankam, sondern stattdessen auf die Arztfälle abgestellt wurde. Dies führte dazu, dass in fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften oder medizinischen Versorgungszentren ein Patient, der bei mehreren Ärzten behandelt wurde, mehrere RLV-relevante Fälle auslöste. Dies führte zwangsläufig zu einer erheblichen Fallzahlsteigerung. In der Konsequenz ging man ab dem 3. Quartal 2009 wieder zu der alten Systematik über, dass maßgeblich nur die Behandlungsfälle sind. Da ein Behandlungsfall als Behandlung eines Patienten in der Praxis oder der Berufsausübungsgemeinschaft bzw. dem MVZ betrachtet wird, konnte derselbe Patient in einer Praxis nicht mehrere Fälle begründen.

Dies hatte erhebliche Auswirkungen auch auf die Planung verschiedener Praxen, die aus diesen Effekten deutliche Umsatzzunahmen ableiten wollten. Die häufig allein aus dem Grund der Optimierung der Honorarabrechnung gestalteten Berufsausübungsgemeinschaften oder medizinischen Versorgungszentren verloren einen Großteil ihres Anreizes.

2. Fallwertaufschläge für Berufsausübungsgemeinschaften

Da man durchaus eine Förderungswürdigkeit der Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischer Versorgungszentren annahm und andererseits die fehlende Möglichkeit kompensieren wollte, den Patienten, der sich bei mehreren Ärzten in Behandlung befindet, mehrfach abzurechnen, führte man sogenannte Fallwertaufschläge ein. Diese sehen bis zum 30.06.2011 vor, dass fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaften einen Aufschlag in Höhe von 10 % erhalten. Fachübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinische Versorgungszentren erhalten darüber hinaus in Abhängigkeit von der Anzahl der verschiedenen Fachrichtungen einen Aufschlag. Bei den ersten sechs Fachrichtungen in einer Berufsausübungsgemeinschaft bzw. einem MVZ erhält diese einen Aufschlag in Höhe von 5 % je Fachrichtung. Für die siebte bis zehnte Fachrichtung gibt es einen weiteren Aufschlag von jeweils 2,5 %. Der Aufschlag ist insgesamt auf 40 % begrenzt.

Da grundsätzlich auch überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften in den Genuss dieses Fallwertaufschlages kamen, führte dies häufig zu der Empfehlung überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften mit anderen Fachrichtungen zu gründen, um in den Genuss dieser

Fallwertaufschläge zu kommen. Dabei trat häufig in der Praxis die gemeinsame Berufsausübung in den Hintergrund, was einige Zulassungsausschüsse in erheblichem Maße veranlasste, medizinische und behandlingstechnische Versorgungskonzepte bei der Beantragung derartiger überörtlicher Konstrukte einzufordern.

Diese Systematik besteht bis zum Ende des 2. Quartals 2011. Mit Wirkung zum 01.07.2011 hat der Bewertungsausschuss wiederum auch bezüglich der Fallwertaufschläge eine vollkommene Neuregelung vorgenommen. Künftig ist der Fallwertaufschlag nicht mehr von der Anzahl der Fachrichtungen abhängig, sondern vom Kooperationsgrad. Der Kooperationsgrad bestimmt sich danach, wie viele gemeinsame Patienten in einer Berufsausübungsgemeinschaft behandelt werden. Bei einem Kooperationsgrad von weniger als 10 % ist regelmäßig kein Aufschlag mehr vorgesehen. Interessanterweise hat man dabei die Möglichkeit geregelt, dass auch in einer 2er-Berufsausübungsgemeinschaft bei Vorliegen eines entsprechend hohen Kooperationsgrades Fallwertaufschläge in Höhe von bis zu 40 % in Betracht kommen.

Letztendlich bleibt diesbezüglich festzuhalten, dass das Abstellen auf den Kooperationsgrad durchaus konsequent ist, da die Aufschläge letztlich kompensieren sollen, dass gewisse Abrechnungsmöglichkeiten in einer Berufsausübungsgemeinschaft bzw. einem MVZ gegenüber beispielsweise einer Praxisgemeinschaft eingeschränkt sind. So können bestimmte Ziffern nur ein Mal in Ansatz gebracht werden, wie zum Beispiel die Versichertenpauschale. Durch die bisherige Regelungssystematik, dass der Grad der Zusammenarbeit letztlich nach erfolgter Zulassung irrelevant für die Abrechnung war, wurden diejenigen Konstrukte begünstigt, die möglichst wenig gemeinsame Patienten behandeln und streng genommen dem Leitbild einer Berufsausübungsgemeinschaft oder eines Medizinischen Versorgungszentrums am Wenigsten entsprechen.

3. Sinn der Regelleistungsvolumina

Zielsetzung der Regelleistungsvolumen nach der Intention des Gesetzgebers war, den Arztpraxen eine Planungssicherheit zu geben und diese in die Lage zu versetzen, bereits im Zeitpunkt der Leistungserbringung zu wissen, welche Vergütung sich aus den erbrachten Leistungen ergibt. Um dieses Ziel umsetzen zu können, wurden die Kassenärztlichen Vereinigungen durch den Gesetzgeber in § 87 b Abs. 5 SGB V verpflichtet, die Zuweisung der Regelleistungsvolumina vier Wochen vor Beginn der Geltungsdauer des Regelleistungsvolumen den Ärzten zu übermitteln. Teilweise ist diese Vorgabe von den Kassenärztlichen Vereinigungen jedoch nicht umgesetzt worden, was nach der gesetzlichen Regelung gemäß § 87 b abs. 5 Satz 4 SGB V dazu führt, dass das bisherige Regelleistungsvolumen der Arztpraxis vorläufig fort gilt. Derzeit beschäftigen sich die Gerichte mit der Frage, was konkret daraus abzuleiten ist, wenn eine Kassenärztlichen Vereinigung nicht rechtzeitig das Regelleistungsvolumen der Arztpraxis übermittelt. Nach diesseitiger Einschätzung ist zwar rückwirkend ein höheres Regelleistungsvolumen zu berücksichtigen, das die bisherigen Regelleistungsvolumina überschreitet. Ein gegenüber dem Vorquartal geringeres Regelleistungsvolumen ist jedoch nicht mehr zu berücksichtigen. Dies folgt aus der Regelung im § 87 b Absatz 5 Satz 5 SGB V, der wie folgt lautet:

*„Zahlungsansprüche aus einem zu einem späteren Zeitpunkt zugewiesenen **höheren** Regelleistungsvolumen sind rückwirkend zu erfüllen.“*

Allerdings muss man realistisch sagen, dass die Planungssicherheit bezogen auf ein einzelnes Quartal sicherlich nicht ausreicht, um eine adäquate unternehmerische Ausgestaltung des Praxisbetriebes zu gewährleisten.

Allein durch die zuvor dargelegten kurzfristigen Änderungen der RLV-Systematik mit zunächst bundeseinheitlichen Vorgaben, nachfolgend Übergabe von Regelungskompetenzen auf KV-Ebene und stetigen Wandel der Systematik ist das Ziel einer nachhaltigen Praxisplanung auch nach der Einführung der Regelleistungsvolumen überhaupt nicht gewährleistet.

4. Fallwertentwicklung

Festzustellen ist vielmehr, dass zunächst die Vergütung im Rahmen der Regelleistungsvolumina in Gestalt der Fallwerte deutlich rückläufig waren, da von der Regelungssystematik zunächst aus der Gesamtvergütung heraus die Leistungen vergütet wurden, die nicht in das Regelleistungsvolumen fallen. Aus diesem Grund mussten vor Ermittlung der entsprechenden Fallwerte im Rahmen der Regelleistungsvolumen derartige Vorwegleistungen herausgerechnet werden. Dies führte zu erheblichen Fallwertverlusten, so dass der Fallwert gelegentlich niedriger war als der Grundkomplex der jeweiligen Fachrichtung. Dadurch führten faktisch die Regelleistungsvolumina dazu, dass ein Arzt eine Pauschale erhält, die letztendlich die gesamte Leistung abbildet, sofern zumindest keine Leistungen erbracht werden, die grundsätzlich nicht in das Regelleistungsvolumen fallen.

Die Leistungen, die nicht mehr von Regelleistungsvolumen umfasst werden, aber auch nicht zu festen Punktwerten vergütet werden, sind dann mit dem verbleibenden Anteilen der Gesamtvergütung zu entgelten. Dies führte dazu, dass die Leistungen quotiert vergütet wurden und teilweise eine Vergütung in Höhe von nur 5- 15 % tatsächlich ausgezahlt wurde, sofern das Regelleistungsvolumen überschritten war.

Das damit eine kostendeckende Leistungserbringung kaum möglich ist, liegt auf der Hand.

5. QZV

Im dritten Quartal 2010 führte man darüber hinaus qualitätsgebundene Zusatzvolumina ein, da augenfällig war, dass durch die Regelleistungsvolumina diejenigen Praxen begünstigt wurden, die lediglich das Grundspektrum anboten. Für hochqualifizierte Ärzte bestanden hingegen kaum noch Anreize ihre Qualifikationen auszuprägen und diese in der niedergelassenen Praxis anzubieten, da sich diese Leistungen letztlich im Regelleistungsvolumen vollkommen unzureichend abbildeten.

Da jedoch auch bei den qualitätsgebundenen Zusatzvolumina keineswegs eine nachhaltige Kontinuität gegeben ist, sondern dieser vielmehr eingeführt und wieder abgeschafft werden, ohne dass nachzuvollziehen ist, aus welchen Gründen dies erfolgt, ist die Planungssicherheit insofern auch deutlich eingeschränkt.

Darüber hinaus machen die QZV häufig den Eindruck, dass bestimmte Fachverbände durchsetzungstärker sind, wohingegen medizinisch auch sinnvolle Zusatzqualifikationen bei anderen Fachgruppen vollkommen unberücksichtigt bleiben. Hierin kann man deutlich eine systemische Schwäche sehen.

6. Praxisbesonderheiten

Zusammenfassend stellt sich natürlich die Frage, inwiefern man in Zeiten von RLV und QZV seine Praxis ausrichten soll. Eines bleibt festzuhalten: Praxen, die sich „perfekt“ an die Regelungssystematik angepasst haben und ihre Budgets nicht ausschöpfen, haben auch in etwai- gen Prozessen keine nennenswerten Möglichkeiten, Sonderanträge zustellen und diese durchzusetzen. Der Bewertungsausschuss und die ihm folgenden Kassenärztlichen Vereinigungen haben diverse Möglichkeiten vorgesehen, bei Vorliegen von Praxisbesonderheiten, Krankheit von Ärzten, nicht erfolgte Nachbesetzung von Zulassung usw. Sonderregelungen zu gewährleisten. Dies setzte jedoch regelmäßig voraus, dass die Regelleistungsvolumina ohne derartige Sonderanträge nicht ausreichen, um die Leistungen des Arztes adäquat zu vergüten.

7. Verhältnis RLV-Bescheid und Honorarbescheid

Ferner muss man sich die Frage stellen, welches Verhältnis die Regelleistungsvolumenzuweisung zu dem Honorarbescheid hat. Die Praxis bei den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen ist diesbezüglich durchaus unterschiedlich und auch im Laufe der Zeit einem Wandel unterworfen.

Einige Kassenärztliche Vereinigungen gingen von Anfang an dazu über, die Zuweisung der Regelleistungsvolumina nicht mit Rechtsbehelfsbelehrungen zu versehen, sodass auch im Rahmen eines Widerspruch gegen den Honorarbescheid auch über die dem Honorarbescheid zugrunde liegende Budgetierung „diskutiert“ werden konnte. Andere Kassenärztliche Vereinigungen haben von Anfang an die Zuweisung als formellen Bescheid ausgestaltet und mit einer Rechtsbehelfsbelehrung versehen, sodass eine Arzt verpflichtet war, gegen den RLV-Bescheid innerhalb eines Monats Widerspruch einzulegen. Wurde ein solcher Widerspruch nicht eingelegt, konnte man nachträglich kaum noch über die dem Regelleistungsvolumenbescheid zugrundeliegenden Faktoren diskutieren, da insofern Bestandskraft gegeben war.

Teilweise haben die Kassenärztlichen Vereinigungen diese Praxis geändert und auf die Rechtsbehelfsbelehrung verzichtet, sodass nunmehr nicht mehr zwingend geboten ist, einzeln gegen den RVL-Zuweisungsbescheid vorzugehen. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass man nicht umhinkommt, jeden einzelnen RLV-Zuweisungsbescheid in Augenschein zu nehmen und diesbezüglich zu prüfen. Sicherheitshalber empfiehlt sich die Einlegung eines Widerspruchs. Beachten Sie bitte, dass die Einlegung des Widerspruchs per E-Mail nach wie vor nicht ausreichend ist.

8. Sinnhaftigkeit von Widersprüchen

Die Vergangenheit hat gezeigt, dass im Zeitpunkt der Erstellung der Honorarbescheide und im Zeitpunkt des Zugangs der entsprechenden Bescheide häufig nicht nachvollziehbar ist, ob die Berechnungsgrundlagen der Bescheide zutreffend sind. Für die hessische Kassenärztlichen Vereinigung hat das Bundessozialgericht im letzten Jahr mehrere Urteile gesprochen, das bestimmte Leistungen in das Regelleistungsvolumen einbezogen waren, die an sich nicht budgetiert zu vergüten waren. Dies war im Zeitpunkt des Zugangs der Honorarbescheide überhaupt nicht abzusehen.

Auch aus diesem Grund empfiehlt sich die Einlegung des Widerspruchs gegen die Honorarbescheide. Ohne Einlegung von Rechtsmitteln ist nicht zu gewährleisten, dass man an etwaigen Entscheidungen in der Zukunft partizipieren kann.

Für die weitergehende Aufstellung der Praxis erscheint es wenig zielführend, wenn sich die Ausrichtung an den aktuellen Abrechnungsgefligkeiten orientiert, da deren Halbwertszeit derart überschaubar ist, dass die Maßnahmen erst greifen, wenn sich die Systematik wieder grundlegend verändert hat.

9. Fazit

Abschließend lässt sich ein Resümee ziehen: Trotz aller Reformbemühungen der Vergangenheit ist eine wesentliche Variable in der Abrechnung die Fallzahl. Dies ist die einzige Stellschraube an der sich nachhaltig eine Erweiterung der Budgets anknüpfen lässt. Ob dies im Einzelfall zielführend und mit der Intention des Praxisführers zu vereinbaren ist, bleibt dem Einzelfall überlassen. Gut beraten ist in jedem Fall, wer sich über die aktuellen Entwicklungen informiert und daraus nicht einen fortwährenden Anpassungsaktionismus ableitet.