

# Homogene Sünden - und andere Fälle

## - codiert oder lieber transcodiert ?

Wenn schon RLV sein müssen (und das ist mE der Sündenfall), dann ist eine Unterteilung in U1 bis Ux durchaus vorzuziehen.

Die einzelnen Fachgruppen sind inhomogen.

Alle über einen Kamm zu scheren macht wenig Sinn.

Je mehr Untergruppen dabei, desto besser.

(Letztlich stellen Individualbudgets, die die meisten KVen haben, lediglich RLVs mit maximal großer Untergruppenzahl dar).

Der Sündenfall ist hier die Verwendung des Transcodierungstools für die Bildung der Untergruppen.

Das ist im Verfahren zwar vorgeschrieben, das Tool ist jedoch fehlerhaft.

So etwas muss jetzt intern geklärt und anschließend geregelt werden.

### Einspruch:

**Die Klasseneinteilung taugt nur für die Tonne!**

*Die einzelnen Fachgruppen sind inhomogen. Alle über einen Kamm zu scheren macht wenig Sinn.*

Da kann ich nur uneingeschränkt zustimmen, alle über einen Kamm zu scheren macht wenig Sinn. Der eine Arzt erbringt kostenintensivere Leistungen, der andere arbeitet als „Landarzt“ viel mehr Stunden und der dritte ist fast jedes Wochenende als Belegarzt im Einsatz. Um dies abzubilden, hatte die KBV versucht, einen betriebswirtschaftlichen EBM zu schaffen. Leistungen die mehr kosten, sollten auch besser honoriert werden. Hätte man das hinbekommen, dass jede einzelne Leistung auch kostendeckend honoriert worden wäre, dann hätte man die perfekte Lösung gehabt.

Wenn man aber jede einzelne Leistung gemäß ihrem Ressourceneinsatz gerecht honoriert hätte, und das war das Ziel des EBM (damals gab es sogar noch die Differenzierung in AL und TL), **wozu benötigt man dann noch weitere steuernde Eingriffe?** Als "Begrenzungsinstrumentarium" hätten die Plausibilitätszeiten völlig ausgereicht.

Man hätte es sich so einfach machen können, die optimale Lösung lag auf der Hand. Trotzdem wollte man partout die Klasseneinteilung.

*Je mehr Untergruppen dabei, desto besser. (Letztlich stellen Individualbudgets, die die meisten KVen haben, lediglich RLVs mit maximal großer Untergruppenzahl dar).*

Stimmt – und für diese Individualbudgets gibt es keinerlei ökonomische Rechtfertigung. Wenn Patienten zu einem Arzt kommen um behandelt zu werden, dann wird der Patient behandelt und dafür gibt es eine Bezahlung. Was hat ein „Individualbudget“ mit der Anzahl oder Morbidität der Patienten zu tun? Nichts?

Stimmt, und deswegen ist ein Individualbudget nichts anderes als Besitzstandswahrung für „Alteingesessene“.

*Der Sündenfall ist hier die Verwendung des Transcodierungstools für die Bildung der Untergruppen.*

*Das ist im Verfahren zwar vorgeschrieben, das Tool ist jedoch fehlerhaft.*

Das habe ich deutlich anders verstanden. Das Transcodierungstool hat nach meinem Verständnis nichts mit der Bildung der Untergruppen zu tun. Über die Bildung der Untergruppen steht im HVV so gut wie nichts drin. Je mehr die KVN dazu veröffentlichen würde, um so mehr käme sie in Erklärungsnot. Die Bildung von Untergruppen nach den Kriterien und mit den Grenzen ist Willkür pur. Solch eine Vorgehensweise nannte man früher "nach Gutsherrenart".

*So etwas muss jetzt intern geklärt und anschließend geregelt werden. Lautes Geschrei hilft da nichts.*

Eine KV, die einen Monat nach offizieller Kenntnisnahme des Problems noch nicht sagen kann, was Sache ist, die soll „intern klären und regeln“?

Lautes Geschrei hilft nichts, da stimme ich zu.

Aber Fachkompetenz würde eine unglaubliche Hilfe darstellen.

Franz-Josef Müller

<http://www.freie-aerzteschaft.de>

### Sie haben völlig recht

Jede Budgetierung ist böse.

Da sind wir uns so einig wie nur irgend etwas.

Aber im Ernstfall finde ich 3 Untergruppen besser als eine.

### Mensch ...

... wie oft soll ich es Ihnen noch sagen:;

- reden Sie möglichst nur dann, wenn Sie auch eine Ahnung haben, wovon Sie reden!

Oder können Sie hier und heute erklären, wo der Fehler der KBV liegt?

### Was ist ein Transcodierungstool?

### Was ist an besagtem Transcodierungstool falsch?

### Wo steht ( im Verfahren ) geschrieben, dass ein sog. Transcodierungstool vorgeschrieben ist?

### Was würde sich in Hannover ändern, wenn ein anderes Transcodierungstool benutzt würde?

### Was haben die Fallzahlenbegrenzungen in den von Ihnen offensichtlich auch angestrebten Untergruppen mit dem Transcodierungstool zu tun?

### Warum überhaupt fallzahlgetaktete RLVina???

Ich unterstelle einmal, dass es zur Zeit in Deutschland KV-intern und extern maximal drei, vier Experten gibt, die überhaupt eine Idee davon haben, was rechnerisch die Umsetzung der EBM-Veränderungen auf die RLVina bedeuten: - Sie gehören mit Sicherheit genauso wenig dazu wie Herr G. oder gar wie die Niete im Referat für Gebührenfragen in Berlin.

Nur wird daraus keine Konsequenz gezogen: die Niete bleibt ebenso wie der, der die Niete ausgesucht hat, und das schon zum 2. mal hintereinander, - die 2. Niete....

Und der EBM bleibt, wie er ist, zusammengepuscht und himrissig, und die RLVina bleiben oder kommen wie geplant, und die Vergütung bleibt gedeckelt und budgetiert auch über 2007 hinaus - wie jeder weiss -

- und Sie bleiben, weiles ja immer jemanden geben muss, der sagen kann:

*"...So etwas muss jetzt intern geklärt und anschließend geregelt werden. Lautes Geschrei hilft da nichts."*

Herr ---, es sind immer die Ihresgleichen, die Jahr für Jahr intern klären und klären und die Scheisse zu verantworten haben, die jetzt beispielsweise meine Kollegen in Niedersachsen ausschlabbern dürfen!

Herr ----, es sind ohne wenn und aber immer die Ihresgleichen, die in den KVen oder in der KV Jahr für Jahr sich einen Dreck kümmern, wenn einmal lautstark geschrien wird und auf offensichtliche Ungerechtigkeiten oder Fehler hingewiesen wird, die KV-intern zu verantworten sind, - ohne dass irgendwelche Konsequenzen gezogen werden.

Nochmals: reden Sie nur über Dinge, die Sie verstehen. Und sollten Sie verstanden haben, wo der Fehler bei den UG und den besagten TC-tools liegt, dann reden Sie darüber - und handeln Sie!

Sie sind KV-Vize: - wer sonst sollte in der Lage sein, Konsequenzen zu fordern oder zu ziehen!

### Die Einteilung in Untergruppen gehört in Niedersachsen so schnell wie möglich abgeschafft - ohne wenn und aber!

### Genauso, wie 1996 der bösartige Deiter'sche HVM in Nordrhein rückwirkend von der VV ausgesetzt werden musste!

### Für die Fachgruppe der Anaesthesie muss die Einteilung in Untergruppen allein schon wegen der mit keiner anderen FG vergleichbaren Leistungsdynamik als Erbringer von Sekundärleistungen mit sofortiger Wirkung ausgesetzt werden!

Mer erhobenem Haupt -

Ihr Christian Henatsch!

PS: nennen Sie mir bitte einen einzigen Grund dafür, dass in Niedersachsen seit dem 1. April eine Standard-Narkose

von 30 Minuten bei einem

**Standard-Eingriff wie Phimose**

**in U1 mit 75 € vergütet wird,**

**in U3 hingegen mit 150 €?**

### Wer hat hier keine Ahnung?

### Was ist ein Transcodierungstool?

Das ist ein Programm der KBV mit dessen Hilfe eine Abrechnung nach EBM 97 (eigentlich 2003 aber na ja) in den EBM 2000+ umgeschrieben wird.

Was ist an besagtem Transcodierungstool falsch?

**Einige Leistungen werden nicht korrekt transcodiert.**

**Beispielsweise die 80er Zuschläge und belegärztliches Operieren.**

Wo steht ( im Verfahren ) geschrieben, dass ein sog. Transcodierungstool vorgeschrieben ist?

**Im Beschluß des Bewertungsausschusses.**

Was würde sich in Hannover ändern, wenn ein anderes Transcodierungstool benutzt würde?

**Der eine oder andere Arzt wird sich plötzlich in einer anderen (passenderen) Untergruppe wiederfinden.**

Was haben die Fallzahlenbegrenzungen in den von Ihnen offensichtlich auch angestrebten Untergruppen mit dem Transcodierungstool zu tun?

**Die Einteilung in die Untergruppen hat nach der persönlichen Abrechnung des Arztes**

**TRANSKODIERT IN DEN EBM 2000+ zu erfolgen.**

Warum überhaupt fallzahlgetaktete RLVina???

**Weil das der Beschluss des Bewertungsausschusses vorsieht, wenn man vor das Schiedsamt muss.**

### Was hat das Transcodierungstool mit den Untergruppen zu tun?

Mit dem Transcodierungstool wurde ein Übergang vom alten zu neuem EBM annäherungsweise zu vollziehen versucht.

Wäre eine Folge des Transcodierungstools die Unterklasseneinteilung, dann hätte sich auch in anderen KVen eine solche finden lassen müssen - oder nicht?

Es gab in verschiedenen KVen unterschiedliche Verfahren, mit denen unterschiedliche Parameter pro Arzt festgezogen wurden. Das reicht von Sachsen mit den Punktmengenvolumina (PMV) über Nordrhein (Individualbudgets) und Rheinhessen (keinerlei Fallzahlwachstumsbeschränkung) bis zum Durchschnitt (wachsen) bis zu Niedersachsen (Einteilung in drei Klassen nach Gutsherrenart). Was auch immer das ursprüngliche Ziel gewesen sein mag - es kann bei der Unterschiedlichkeit der Lösungen nicht in allen KVen erreicht worden sein.

Entweder gab es also keine verbindliche Vorgabe oder ein Teil der Lösungen verstößt gegen Vorgaben.

Dessen ungeachtet gilt weiterhin mein Statement:

**Eine Leistungsmengenbegrenzung ist nur plausibel, wenn man sich eine zeitgetaktete Steuerung vornimmt.**

**Alle andere läuft auf die Gutsherrenmethode hinaus.**

**Ärzte in Klassen einteilen und unterschiedliche Klassen unterschiedliche Fallpunktzahlen zugestehen**

**- das ist Willkür.**

Ich warte noch auf den Ersten der mir erklären will, dass jemand mit niedriger Fallpunktzahl ja doch auch viel mehr Patienten behandeln darf (manchmal wenigstens). An der Stelle würde ich meine Zurückhaltung vermutlich aufgeben und mein übliches "suboptimal" durch "von Tuten und Blasen keine Ahnung" substituieren. Ob sich jemand die Blöße geben wird?

Franz-Josef Müller

<http://www.freie-aerzteschaft.de>

### Ahnung wovon und warum denn auch?

*"Es gibt absolut keinen Grund dafür, dass Gutverdiener in einer privaten Versicherung viel günstiger wegkommen als in der gesetzlichen Pflegeversicherung - und das bei absolut gleichen Leistungen", sagte Gesundheitsministerin Ulla Schmidt dem SPIEGEL. "Solch künstliche Unterscheidungen müssten aufgelöst werden, am besten noch vor der Bundestagswahl 2006."*

<http://www.spiegel.de/spiegel/0,1518,354068,00.htm>

Im Prinzip eine Art "**Gleichbehandlungsgrundsatz**", der von der Ministerin in diesem Fall eingefordert wird.

**Die Einteilung in die Untergruppen hat nach der persönlichen Abrechnung des Arztes TRANSKODIERT IN DEN EBM 2000+ zu erfolgen.**

**Warum überhaupt fallzahlgetaktete RLVina???**

**Weil das der Beschluss des Bewertungsausschusses vorsieht, wenn man vor das Schiedsamt muss.**

Kann das Schiedsamt "**Gleichbehandlungsgrundsätze**" für "nicht zielführend" erklären und dabei Beschlüsse des Bewertungsausschusses, wenn sie dem Grundsatz gefolgt wären, für "nicht rechtens" erklären?

### Das Schiedsamt kann das nicht, oder??

Der Bewertungsausschuss hat **vom Gesetzgeber den Auftrag bekommen**, einen Beschluss zu machen.

**Das Schiedsamt hat den Auftrag, diesen Beschluss umzusetzen.**

Es kann sich nicht wesentlich darüber hinwegsetzen.

Der Gleichheitsgrundsatz sagt ja nicht aus, dass alle gleich zu behandeln sind.

Unterschiedliches ist auch unterschiedlich, gleiches ist gleich zu behandeln.

Die Frage ist somit, ob der Bewertungsausschuss einen Beschluss gefasst hat, in dem gleiche Kollegen unterschiedlich bewertet werden.

Jetzt wird es interessant, denn eigentlich sah der Bewertungsausschuss genau das vor.

Alle Augenärzte zB sollten das gleiche Punktvolumen pro Patient bekommen.

Besonderheiten, wie sie früher durch Zusatzbudgets zum Ausdruck kamen, gibt es jetzt nicht.

Dem hat sich das Schiedsamt entgegengestellt.

Somit stellen sich ja plötzlich zwei Fragen:

**1) War es rechtens, daß das Schiedsamt entgegen der Vorgabe Untergruppen gebildet hat, also den Beschluss des Bewertungsausschusses missachtet hat?**

**2) Ist der Gleichbehandlungsgrundsatz eher gegen Untergruppen oder ohnehin?**

### "Der Gleichheitsgrundsatz ..."

*.... sagt ja nicht aus, dass alle gleich zu behandeln sind. Unterschiedliches ist auch unterschiedlich, gleiches ist gleich zu behandeln.*

*Die Frage ist somit, ob der Bewertungsausschuss einen Beschluss gefasst hat, in dem gleiche Kollegen unterschiedlich bewertet werden.*

Auch auf die Gefahr hin, dass ich mich zum x-ten Mal wiederhole [das tue ich sicherlich, aber ich versuche es in andere Worte zu fassen :-)], möchte ich an dem Punkt der "Gleichheit" anknüpfen.

Wenn alles gleich wäre, dann würde man die gleiche pro Fall über alle Fachgruppen hinweg einen identischen Betrag an die Vertragsärzte ausschütten. Gesamthonorar dividiert durch die gesamte Fallzahl ergäbe das Honorar pro Fall.

Das würde nur unter der Voraussetzung passen, dass alle den gleichen Aufwand (Material, Investitionen, Zeit- und Personaleinsatz, Mieten, Versicherungen ....) hätten. Da dies nicht zutrifft, hat man erst einmal unterschiedliche Fachgruppen geschaffen. Die Bildung der Gruppen erfolgte nach dem Grundsatz: Zu allen anderen Fachgruppen so heterogen wie möglich, nach innen so homogen wie möglich.

Innerhalb einer Fachgruppe gibt es jedoch völlig unterschiedliche Leistungen. Ausgehend von der Standarduntersuchung, die bei jedem Arzt anfällt, bis über kurze Kontrollbesuche oder die Ausstellung eines Wiederholungsrezeptes, dürfte dies bei jedem einzelnen Arzt innerhalb der Fachgruppe gleich sein. **Da sich aber der Aufwand für eine Standarduntersuchung vom Wiederholungsrezept unterscheidet, hat man diese Leistungen unterschiedlich bewertet (das "Tool" dazu lautet: EBM).**

Neben den Untersuchungen, die "jeder" Arzt einer Fachgruppe durchführt, gibt es auch Untersuchungen, die nur spezialisierte Ärzte durchführen. Da eine ambulante OP mehr Ressourceneinsatz verlangt als das Ausstellen eines Wiederholungsrezeptes, gibt es für die ambulante OP eben eine entsprechend höhere Bewertung. Würden die Bewertungen untereinander stimmen, und dass sie stimmen, dafür steht "eigentlich" der EBM, dann passt die ganze Sache.

Während ein Arzt ambulant operiert (Dauer: 40 Minuten), kann ein anderer Arzt an vier Patienten eine Standarduntersuchung erbringen (Dauer: 40 Minuten).

Warum die lange Vorrede?

**Ganz einfach, mit der Bewertung einzelner Leistungen werden alle Leistungen "normiert". Sind die Leistungen normiert, so kann man sie miteinander vergleichen - vorausgesetzt natürlich, das Normierungskriterium ist korrekt gewählt. Das ist der Sinn und Zweck von Normieren.**

Insgesamt gibt es zwei Normierungskriterien: Im EBM ist es die Anzahl der Punkte, je höherwertiger die Leistung um so mehr Punkte gibt es. Mit diesem Normierungskriterium soll sichergestellt werden, dass der jeweilige Ressourceneinsatz auch korrekt vergütet wird.

Das zweite Normierungskriterium ist die Zeit bzw. der Zeiteinsatz. Damit sollen sichergestellt werden, dass jeder Patient den verdienten Aufwand bekommt, als er eigentlich abrechnen kann. Die Plausibilitätszeiten haben genau den Effekt, keiner darf "über den Durst" abrechnen.

Ab jetzt wird es tricky.

Obwohl es die Normierungskriterien gibt, kommt gemäß Ihren Ausführungen der Bewertungsausschuss auf die Idee, die Punktvolumina pro Patient gleich hoch anzusetzen. Das kann nicht passen, wie soll ein Arzt ohne sehr hohem Ressourceneinsatz (Spezialausrüstung für XYZ) mit dem gleichen Punktvolumen auskommen wie ein Arzt ohne Spezialausrüstung - das geht nicht. Hier hat das Schiedsamt richtig gehandelt, als es einschränkt.

Allerdings hat das Schiedsamt dann einen ungefähr vergleichbar großen Fehler begangen, wie der Bewertungsausschuss. Das ist zwar Brauch, das an der Stelle zur Verfügung stand (und auch sehr sinnvoll gewesen wäre), wurde nicht genommen: der Zeitverbraucher.

Hätte das Schiedsamt festgelegt, dass beispielsweise alle Ärzte nur 40.000 Minuten zur Verfügung hätten, dann wäre automatisch jeder Arzt auf das korrekte Honorar gekommen. Ein Arzt mit früheren Zusatzbudgets hätte in der Zeit eben 120% Umsatz gemacht und ein Arzt ohne Zusatzbudgets hätte eben nur 100% des Umsatzes erzielt.

Das wäre logisch und plausibel gewesen.

Wenn man die **realen** Honorardifferenzen zwischen Ärzten mit und ohne Zusatzbudgets hätte übernehmen wollen, dann hätte man die **ausgezählten und nicht die angeforderten** Punkte nehmen müssen.

Der neue EBM ist zeitbasiert aufgebaut, der Ressourcenverbrauch (AL und TL) ist pro Zeiteinheit bemessen worden. Entweder hätte man dem Arzt sein individuelles Punktmengenvolumen (siehe Sachsen) zubilligen müssen, mit der Gefahr der Fallzahlbeschränkung, oder aber man hätte den Ärzten Zeitbudgets zur Verfügung stellen müssen. Von mir aus auch eine beliebige Kombination oder noch andere Kriterien.

### Aber die Einteilung in Untergruppen ist ökonomisch unhaltbar.

### Das ist keine Gleichbehandlung, das ist Diskriminierung.

Franz-Josef Müller

<http://www.freie-aerzteschaft.de>