

Mandantenbrief

Fallwerte zum ersten Quartal 2010 abermals gesunken, freie Leistungen werden gedeckelt

Seit Einführung des EBM 2009 sind die Fallwerte, die zur Berechnung des RLV dienen, einem stetigen Verfall unterworfen. So auch erneut im ersten Quartal 2010. Dabei ist nicht weniger, sondern sogar mehr Geld im System: Bisher sind ca. 3,4 Milliarden € Mehreinnahmen geflossen, am Anfang Februar wurden für 2010 nochmals mehr als 3 Milliarden € gebilligt.

Dass trotzdem die Fallwerte sinken, liegt an einfachen mathematischen Zusammenhängen:

In der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung steht eine bestimmte Menge Geld zur Verfügung und dies eben auch für freie Leistungen wie Psychosomatik, dringende Besuche, Koloskopien etc. Und eben diese Leistungen werden seit Einführung des EBM 2009 vermehrt abgerechnet, teilweise mit inflationärer Tendenz. Dieser Trend ist bundesweit identisch und wird verstärkt durch deutlich gestiegene Abrechnungen im Bereich der psychotherapeutischen Leistungen. Es lässt sich erahnen, welche Maßnahme diese weitere Kostensteigerung verursacht hat: Die ehemals im RLV enthaltenen Gesprächsziffern, u.a. 21220, sind ab 01.07.2009 freie Leistungen, die neben dem RLV abgerechnet werden können, und seit dem verstärkt kodiert werden.

Geht man nun davon aus, dass die Menge Geld konstant ist und die Kosten für freie Leistungen steigen, verwundert es nicht, dass die Fallwerte sinken müssen, weil dafür weniger Geld im Topf ist.

Ein weiteres Phänomen, insbesondere in den neuen Bundesländern, wird mit Verzögerung spätestens ab dem zweiten Quartal die angespannte Situation verschärfen. Getreu dem Motto, dass Investitionen zu mehr Umsatz führen können, sind die Fallzahlen teilweise erheblich angestiegen. Auch hier greift eine einfache mathematische Formel: Verfügbares Geld geteilt durch Fallzahlen ist gleich Fallwert.

Heißt also, dass steigende Fallzahlen niedrigere Fallwerte bedeuten. Gekniffen sind diejenigen Ärzte, die den Fallzahlurbo nicht angeworfen haben. Die anderen werden evtl. annähernd die gleichen RLV erhalten, allerdings mit erheblicher Mehrarbeit. Auch dies wird nicht lange funktionieren.

Freie Leistungen mit Volumenbegrenzung

Schon lange im Gespräch, wird die KBV die Fallwerte und damit das RLV zu stabilisieren versuchen. Grundsätzlich wird auch über eine Angleichung der Fallwerte nachgedacht, da die Unterschiede in den Fallwerten je nach KV-Region bis zu 35% ausmachen können, wohlgemerkt für einen gleich kranken oder gesunden Patienten. Hier sind überwiegend die alten Bundesländer betroffen.

Dies soll nicht heißen, dass hier die Honorare nicht gestiegen sind. Es hat nur eine Umverteilung stattgefunden, von der insbesondere präventiv tätige Ärzte sowie einige Facharztgruppen profitierten – mit teilweise erheblichen Gewinnzuwächsen.

Auch die beliebte Methode, durch Umgründung in eine GP, ein MVZ oder Hinzunahme eines Arztes das RLV für acht Quartale auf Basis der Kontrollgruppenfallzahl teilweise zu verdoppeln, führt zu sinkenden Fallwerten, wenn auch bei weitem nicht so stark wie durch die Zunahme der freien Leistungen um ca. 14 Prozent.

Planungssicherheit und berechenbare RLV stehen im Vordergrund der Überlegungen der KBV. Eine Methode: Die Deckelung der freien Leistungen innerhalb bestimmter, fachgruppenspezifischer Töpfe. Dabei werden die abgerechneten Leistungen am Quartalsende von den KVen aufsummiert und dann nach den errechneten Verhältnissen auf die Ärzte verteilt. Der Euro-EBM wird auf diese Weise wieder ausgehebelt und die KBV befindet sich auf bestem Weg zum alten, floatenden Punktwert. Nur die Benennung, Berechnung und Zahlungsmodalitäten ändern sich.

Was insbesondere die KVen der neuen Bundesländer schon länger vollziehen, wurde in der KV Nordrhein seit dem vierten Quartal 2009 auch umgesetzt – eben jene Deckelung der freien Leistungen, deren bundesweite Umsetzung noch aussteht. Die regionalen KVen müssen aus Not schneller handeln und haben die Regelung überwiegend schon längst umgesetzt.

Dass dabei aber auch wieder Ausnahmen gemacht werden und so das ganze System verkompliziert und aus Sicht der Ärzte ungerecht wird, zeigt folgendes Beispiel:

Die Begrenzung der ausufernd kodierten Fallziffer 21220, der sogenannten Gesprächsziffer, sollte bei der KV Nordrhein rückwirkend für das vierte Quartal 2009 gedeckelt, die Verluste für den einzelnen Arzt aber auf maximal 15% begrenzt werden. Auf Protest des BVDN wurde diese Regelung kurzfristig gekippt – eine neue Regelung wird für das dritte Quartal 2010 erwartet. Das Geld wird an anderer Stelle fehlen...

Avisierte Änderungen zum zweiten Quartal 2010 bleiben aus

Geplant war, dass der Bewertungsausschuss im Dezember 2009 einen richtungsweisenden Beschluss zu weiteren Änderungen in der RLV-Systematik fassen wird.

Neben der Überprüfung der Zuschlagsregelung für Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten (Was pro Jahr mehrere 10.000 Euro Zusatzeinnahmen je nach Größe ausmachen kann und bei der sich der einzeln tätige Arzt fragt, was in einer Berufsausübungsgemeinschaft denn soviel aufwändiger sei, schließlich bediene man sich dieses Instruments doch zur Kostensenkung und Effizienzsteigerung) stand auf der Tagesordnung, für die innerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung, aber außerhalb der RLV zu vergütenden Leistungen (freie Leistungen) Fallwertzuschläge einzuführen.

Die notwendigen und bereits diskutierten Mengenbegrenzungen wurden zwar als sinnvoll erachtet, aber KBV und Kassenvertreter konnten sich im Bewertungsausschuss nicht auf entsprechende Verfahrensweisen einigen. Und damit ist die angekündigte, gerechtere Änderung in der RLV-Systematik für das zweite Quartal vom Tisch.

Bleibt der Blick auf das dritte Quartal:

Die KBV möchte zukünftig für nahezu alle freien Leistungen außerhalb des RLV zu vergütenden Leistungen - ausgenommen Prävention, Labor und Notfalldienst - qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) einführen und die dort verfügbare Geldmenge einschränken.

Zusatzvolumen soll es dann nicht nur für die bisherigen Fallwertzuschläge wie Sonografie, Kleinchirurgie und Psychosomatik, sondern beispielsweise auch für die besondere Inanspruchnahme, dringende Besuche, Empfängnisregelung und Akupunktur geben. Die Zahl der Zusatzvolumen wird signifikant ansteigen und damit der Abrechnungsaufwand. Denn: Die Zusatzvolumen werden bis zu einer noch festzulegenden, individuellen Grenze in voller Höhe bezahlt, dann abgestaffelt wie jetzt schon die überschießenden Leistungen aus dem Bereich RLV.

In weiten Teilen entspricht diese Konzeption den früheren Praxis- und Zusatzbudgets. Derartige Zusatzbudgets gab es in der Vergangenheit bereits für viele Fachgruppen.

Immerhin wird dadurch die Planungssicherheit für den einzelnen Arzt höher, wenn gleichzeitig aber signifikante Fallzahlsteigerungsmöglichkeiten, die sich erst ein Jahr später auswirken, unterbunden werden.

Ihr Steuerberater berät Sie kompetent

Neben höherer Planungssicherheit bleibt allerdings noch genügend Gestaltungsspielraum zur Steigerung des Umsatzes. Dass die allseits beliebte Beratungsmethode der Privatpatientengewinnung und IGeL-Einführung für viele Ärzte aus regio-

nalen Besonderheiten oder Konkurrenzdruck wenig Sinn macht, wenn diese Maßnahmen nicht individuell geplant und durch Ertrags-/Aufwandsmodelle sauber durchgerechnet werden, ist hinlänglich bekannt. Fragen Sie Ihren spezialisierten Steuerberater und lassen Sie sich zu Direktverträgen, DMP-Verträgen etc. und deren tatsächliche Auswirkungen auf Ihren Umsatz beraten.