

# Mandantenbrief

## **70 = 100 - Wie hoch ist mein Budget wirklich?**

Freie Zeitpotentiale durch optimierte Abrechnung

### **Die Situation**

Es geht um die Vergütung der Vertragsärzte. Das System dürfte allen bekannt sein. Die gesetzlichen Krankenkassen überweisen den Kassenerztlichen Vereinigungen der jeweiligen Länder Kopfpauschalen für jedes Ihrer Mitglieder. Berechnungsgrundlage ist ein Durchschnittswert aus dem Jahre 1991, der jährlich angepasst wird. Transparent ist dieser Vorgang dennoch nicht. Eines jedoch ist klar: Die KVen verteilen dieses überwiesene Geld auf ihre Vertragsärzte. Dafür hat jedes Land einen HVM Honorarverteilungsmaßstab (oder HVV Honorarverteilungsvertrag) entwickelt. Diese unterscheiden sich zwar, letztendlich läuft es aber immer auf dieselbe Struktur hinaus.

Jeder Leistung ist bundeseinheitlich ein Punktwert zugeordnet gemäß dem EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab). Da die Geldmenge der KVen begrenzt ist – sprich der „gedeckelte“ Topf – und nur eine endliche Menge der erbrachten ärztlichen Leistungen vergüten kann, werden in den jeweiligen HVMn die arztgruppenbezogenen Regelleistungsvolumina zur Ermittlung der Punktebudgets jeder einzelnen Praxis verwendet.

Also: In jedem Bundesland unterschiedlich, aber grundsätzlich gleich:

Ein Teil der erbrachten Leistungen jedes Arztes werden zu einem festen Punktwert (4,xx Cent) abgerechnet, ein weiterer Teil wird zu einem „schlechten“ Punktwert vergütet und ein Teil der Leistungen (oberhalb des Budgets) werden zu einem nicht nennenswerten Punktwert abgerechnet.

### **Neuerung in der Aufteilung des Gesamtvolumens**

Am Beispiel Schleswig-Holstein soll hier deutlich gemacht werden, was die Politik eigentlich mit den neuen Ergänzungsvereinbarungen zum HVM bezweckt und bezwecken will. Zwingend musste auf die neue Gesundheitsreform reagiert werden.

Das so genannte Mehrleistungsvolumen wollen wir hier nicht betrachten (Alles was über dem individuellen Gesamtvolumen (iGV) erbracht wird). Denn ein Punktwert von 0,1x Cent und weniger kann nur zur wirtschaftlichen Verschlechterung einer Praxis führen.

Ab dem 2. Quartal 2007 werden die 100% (iGV) in 3 Volumina eingeteilt. Vor diesem Zeitpunkt bestand es aus Kern- und Konvergenzvolumen (70% / 30%). Kürzungen des Budgets bezogen sich

immer auf die 100%, was bedeutet, dass auch das Kernvolumen unter einer Kürzung des Budgets gelitten hat.

Die Aufteilung des individuellen Gesamtvolumens (iGV) ist nun wie folgt aufgeteilt:

70% = Kernvolumen

25% = Konvergenzvolumen

5% = Zugewinnvolumen

Diese Aufteilung wird jedes Quartal neu hergestellt. Das Zugewinnvolumen wird nach einem komplizierten Ranking-System unter den Ärzten verteilt, die ihr Kernvolumen überschreiten. Die Praxis mit der höchsten Überschreitung bekommt 1% Zuwachs zum iGV, und so wird es weiter verteilt.

Praxen, die ihr Kernvolumen unterschreiten, werden um  $\frac{1}{4}$  der Unterschreitung für das Folgequartal des nächsten Jahres gekürzt. Diese Regelungen findet man genauer in der 7. Ergänzungsvereinbarung zum HVM der KVSH.

### 3 Fragen zur neuen Abrechnung

Hier möchten wir Ihnen die drei wesentlichen Fragen zur Abrechnung beantworten:

#### 1. *Was passiert, wenn in einer Praxis „auf Teufel komm raus“ gearbeitet wird; das iGV um 30% überschritten wird?*

Hat man also 130% erbracht, werden nur 70% im wirtschaftlich sinnvollen Kernvolumen voll vergütet, 25% im Konvergenzvo-

lumen zu ca. 1,8 Cent, 5% des Zugewinnvolumens werden zunächst gar nicht berücksichtigt und 30% Mehrleistungen zum Punktwert von 0,18 Cent vergütet. Im nächsten Schritt wird das „Ranking“ vielleicht dafür sorgen, dass diese Praxis 1% mehr Kernvolumen zugesprochen bekommt!

Eine Überschreitung würde sich also erst kalkulierbar lohnen, wenn die Praxis sukzessive ihr Kernvolumen um 5% steigern konnte, da dann theoretisch der vorherige Abzug des Zugewinnvolumens ausgeglichen werden konnte.

#### 2. *Was passiert wenn eine Praxis 100% Ihres iGV erbringt (die hochgelobte Punktlandung)?*

70% Kernvolumen bleibt, und wird „gut“ vergütet. 25% Konvergenzvolumen werden „schlecht“ vergütet – die Praxis wird nicht im Ranking an der „Zugewinnverteilung“ teilhaben. Also wird diese Praxis mit ihrer Punktlandung finanziell eher eine kleine Bruchlandung machen.

#### 3. *Was passiert, wenn eine Praxis genau ihr Kernvolumen von 70% erfüllt?*

Und das ist neu: Das Kernvolumen bleibt so wie es ist! Das heißt diese Praxis arbeitet ausschließlich im rentablen Be-

reich der Vergütung und das Kernvolumen wird nicht gekürzt!

### **Zeit und Leistung besser nutzen**

Aus den zuvor aufgeführten Beispielen ergibt sich für Ihre Praxis nun die Frage, wie Sie derzeit arbeiten und wie sie in Zukunft arbeiten möchten. Geht man z.B. davon aus, dass Sie unter voller zeitlicher Belastung ihr KV-Volumen regelmäßig ausschöpfen oder überschreiten, so erzielen Sie mit ca. 30% ihrer Arbeitszeit unterdurchschnittliche oder gar keine Einnahmen. Anders eingesetzt könnte ihre Zeit deutlich gewinnbringender (im geldlichen oder persönlichen Sinn) eingesetzt werden, z.B.:

- ✓ Die Praxis besser zu organisieren
- ✓ Zeit für Patienten haben
- ✓ Zeit für genau die Medizin haben, die Sie anbieten wollen
- ✓ Zeit für Fortbildung, Spezialisierung, Medizinisches Alleinstellungsmerkmal aufbauen etc.
- ✓ Zeit für Mitarbeitergespräche
- ✓ Oder aber einfach - FREIZEIT!

Die Präferenzen setzt jeder selbst. Aber eines ist klar. Der sog. Grenznutzen jeder zusätzlich erbrachten Arztstunde über dem Kernvolumen ist äußerst gering.

**70% ist 100%** in diesem Sinne.

In Zusammenarbeit mit GBB-Partner Jan Ackermann, FP Management für Ärzte und Zahnärzte, Rendsburg