

Regelleistungsvolumen – Wurde den Radiologen Geld vorenthalten?

Die seit dem 1. Januar 2009 geltende neue Honorarsystematik hat zu zahlreichen Diskussionen und Verunsicherungen in den Praxen geführt, da die versprochenen Honorarzuwächse bei vielen Praxen nicht angekommen sind.

Seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen wird gerne darauf verwiesen, dass neben dem RLV zusätzliche Leistungen außerhalb des RLV und somit außerhalb einer Mengenbegrenzung zum Orientierungswert von 3,5001 Cent abgerechnet werden können. Der bloße Vergleich der in der Vergangenheit vergüteten Honorare mit dem RLV-Honorar sei deswegen nicht sachgerecht.

RLV und andere Leistungen

Diese Aussage ist grundsätzlich zutreffend, wobei jedoch verkannt wird, dass radiologisch-nuklearmedizinische Praxen im Durchschnitt mehr als 90 % ihrer Leistungen über das RLV abrechnen. Mit Ausnahme der Sachkosten werden regelhaft nur Leistungen der MRT-Angiographie quasi extrabudgetär vergütet. Die Höhe der RLV sowie deren Berechnung sind aus Sicht der Praxen nicht nachvollziehbar. Dies liegt zum einen daran, dass der vom Erweiterten Bewertungsausschuss beschlossene Berechnungsweg und die Berechnungsformeln sehr komplex sind, zum anderen sind die KVen oftmals nicht bereit, die „Karten offen auf den Tisch zu legen“ und die Honorarströme transparent zu machen. Dieses Verhalten führt zu einem weiteren Verlust der Glaubwürdigkeit und schürt Misstrauen.

Abrechnungs-Check

Wir wollen deswegen die neue Vergütungssystematik aus verschiedenen Blickwinkeln betrachten und die RLV-Berechnungen kritisch hinterfragen. So können wir weitere Aspekte für eine sachliche Diskussion und auch für die Auseinandersetzung mit der KV aufzeigen. Beginnen möchten wir mit einem Thema, das auf den ersten Blick recht wenig mit den RLV für die Radiologen zu tun haben scheint. Eine detaillierte Betrachtung zeigt jedoch das Gegenteil.

Laborgemeinschaften

Es geht um die seit dem 1. Oktober 2008 für Laborgemeinschaften vorgeschriebene Direktabrechnung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen. Bis zum 3. Quartal 2008 erfolgte die Abrechnung der von Laborgemeinschaften erbrachten Laborleistungen durch den jeweils beauftragenden Arzt und somit jeweils zu Lasten des Versorgungsbereiches, dem der Arzt zugeordnet war. Seit dem 4. Quartal 2008 rechnen die Laborgemeinschaften ihre Leistungen direkt mit der KV ab. Das jedenfalls sieht die Beschlusslage des Bewertungsausschusses vor. Die Laborgemeinschaften sind dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet. Dies bedeutet, dass die vom Hausarzt bei der Laborgemeinschaft in Auftrag gegebene Laborleistung bis zum 3. Quartal 2008 vom Hausarzt selbst und somit zu Lasten des hausärztlichen Versorgungsbereiches abgerechnet wurde und ab dem 4. Quartal 2008 von der Laborgemeinschaft und somit zu Lasten des fachärztlichen Versorgungsbereiches abgerechnet werden soll.

Hausarzt-/Facharzt-Verteilung

Bei der Ermittlung der den RLV zuzuordnenden Honoraranteilen für den hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich (für die Zeit ab 1/09) sowie bei der Berechnung des „Trennungsfaktors“ **müsste** dieser Sachverhalt berücksichtigt werden. Die ehemaligen Laborvergütungen im hausärztlichen Bereich (Laborkostenerstattungen) wären insofern zwingend dem fachärztlichen Versorgungsbereich zuzurechnen, da die Laborkosten nunmehr zu dessen Lasten abgerechnet werden. Die Beschlussfassung des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahre 2009 berücksichtigt jedoch die zum 1. Oktober 2008 in Kraft getretene Laborreform zur Abrechnung der Laborgemeinschaften nicht. Es ist fraglich, ob die KVen diesen Zusammenhang bei der Aufteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in den hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich (Berechnung des Trennungsfaktors) berücksichtigt haben. Nach den uns vorliegenden Informationen haben einige KVen keine entsprechende Bereinigungen vorgenommen, was sich aber letztlich nur im Wege des Widerspruchs- und ggf. Klageverfahrens abschließend klären lässt. Bis dahin ist zu vermuten, dass die RLV vieler Praxen zu gering bemessen worden sind.

Übrigens: Der Bewertungsausschuss hat die beschriebene Problemlage mittlerweile aufgegriffen und mit Wirkung zum 1. Januar 2010 beschlossen, dass die Vertragspartner auf regionaler Ebene (KVen und Krankenkassen) Regelungen zu treffen haben, die aus der Umstellung der Laborabrechnungen resultierende Verwerfungen ausgleichen. In den nächsten Ausgaben werden wir weitere Sachverhalte im Detail aufarbeiten und Ihnen vorstellen.

Torsten Reitz

Dipl.-Betriebswirt

impuls Praxis- und Unternehmensberatung

Käsbach · Reitz · Dreßler

www.impulsunternehmensberatung.de