

RADIOLOGEN-VERBAND: KBV / KVB: FALSCH ZAHLEN OFFENBAREN BETRIEBSWIRTSCHAFTLICHEN UNVERSTAND DER DRES. KÖHLER/MUNTE

Überlegungen zu Praxen mit überdurchschnittlich hohem Investitionsanteil am Honorar

Einige Anmerkungen zum **betriebswirtschaftlichen Unverstand der KBV und KVB-Führungskräfte**, verantwortlich insbesondere Dr. Köhler und Dr. Munte, im Konzert mit den Krankenkassen und der Politik, dokumentiert in den Entscheidungen des Bewertungsausschusses (BA):

Ich schlage als Vorstandsmitglied im Radiologen-Verband bzw. in Radiologen-Verbänden und in Radiologen-Verbänden/-Netzen einen **Interessenverbund zur Durchsetzung einer betriebswirtschaftlich orientierten Differenzierung der Kassenärztlich tätigen Berufsgruppen gegen die, den betriebswirtschaftlichen Unverstand bei den Führungskräften in der KBV und KVB offenbarenden Beschlüsse der „Reform der Honorar-Reform“** vor.

Der nachgewiesene betriebswirtschaftliche Unverstand und die damit verbundene politische Ignoranz **muss** von den Betroffenen natürlich **verschleiert werden** - sonst würden die genannten Führungskräfte von Ihren hochdotierten (> 250.000 € pro Jahr ohne wirtschaftliches Risiko, weil = Gehalt) Positionssesseln fliegen.

Die **Verschleierung besteht** in den offensichtlichen, - wir unterstellen inzwischen - **bewußt vorgenommenen Falschmeldungen** über angeblich „viel verdienende Ärzte oder Arztgruppen“, wie sie seitens der genannten Verantwortlichen gezielt unter die Kollegenschaft gestreut werden. Zielvariable ist auch die unmoralische Erzeugung von Neid.

Bewußt **ignoriert wird** dabei **der Bedeutungsunterschied von Verdienst und Gewinn**, sowie der Unterschied von **Umsatz und Gewinn**.

Beispielsweise macht ALDI einen viel größeren Umsatz als EDEKA, was aber nicht heißen muss, dass der Gewinn (pro Investor oder Kapitalanleger oder personengeführtem Unternehmer) größer sein muss.

Ein anderes Beispiel im Vergleich: DELL und Apple.

Dies zu unterscheiden bedarf eines **unternehmerischen Grundverständnisses**, welches die hier angesprochenen Führungskräfte entweder nicht besitzen oder es mindestens - sofern es doch vorhanden ist - dann aber bewußt ignorieren. Letzteres würde die Frage nach sich ziehen, warum sie das mit welchem Ziel tun.

Dumm ist dieses Verhalten in jedem Fall, weil die hochinvestiven Fachgebiete wie Radiologie und Kardiologie wegen der hohen Investitionsanteile einen stetig relativ hohen Umsatz generieren. Und auf diesen Umsatz wird die Berechnung der KV-Verwaltungskosten bezogen, von denen die hochdotierten Gehälter dieser KV-Führungskräfte bezahlt werden.

Die hier angesprochenen Kollegen (z.B. Kardiologen, Radiologen, Nephrologen) müssen für die **hochspezialisierten Geräte Investitionen** mit hohem Wartungskosten-Anteil pro Jahr pro Gerät > 50.000 €, die IT-lastige Infrastruktur wegen Datenvorhaltung, hohe Stromkosten (> 50.000 € bei je ein MRT und CT und Rö) und hochspezialisiertes, kostenintensives Fachpersonal vorhalten.

Der Anteil der lfd. Investitionen/Kosten am Gesamt-Umsatz beträgt im Mittel ca. 75 - 80 % (Dies entspricht nicht dem Gewinn !!!).

Die **Finanzierung** der im Durchschnitt bei 800.000 € liegenden Investitionen (Laufzeit 5 - 8 Jahre) muss zu wenigstens 80% **durch Eigenkapital besichert** werden, ansonsten gibt es seit Basel II und nun Basel III kein Geld von den Banken.

Das bedeutet, das **unternehmerische Risiko** ist **um ein Vielfaches höher** als im Durchschnitt der Facharztpraxen. Unumstritten ist, dass Risiko Geld kostet. Dieses Geld (Kapital - hier = Eigenkapital) muss als **Eigenkapital-Grundstock** (über die Honorare) verdient werden, um die genannten Investitionen und Geräte-Betriebskosten bedienen zu können. Die Zurechnung dieses unternehmerisch wirksamen „Gewinn“-Anteils zum Honorar oder „Gewinn des Arztes“ ist völliger Unsinn und wiederum Bestandteil der Verschleierungstaktik, da es sich um unternehmerisch gebundenes Kapital handelt. Der „**Investitions-Anteil am Honorar pro Leistung**“ kann sich von Praxis zu Praxis im Wesentlichen nur durch die Auslastung eines Großgerätes unterscheiden.

Die **Auslastung des Groß-Gerätes** wird jedoch durch ein völlig absurd gewordenes und realitätsfernes **KA-Zulassungsrecht gesteuert - wiederum erzeugt von den oben genannten Funktionären, die offensichtlich den Grundzusammenhang zu den Betriebskosten ignorieren.**

Warum können ggf. die Betriebskosten pro Untersuchung über die Geräteauslastung in der Radiologie nicht gesenkt werden?

1. Die Mengensteuerung erfolgt über RLV/QZV mit Deckelung der Menge auf niedrigstem Niveau

Unterdeckung der Betriebskosten durch sogenanntes „Honorar“, d.h. von „Honorar = Honorierung der ärztlichen Leistung“ kann schon deshalb nicht gesprochen werden, weil der pro Leistungsfall (MRT, CT) pro Patient pro Quartal und das RLV pro Pat. pro Quartal von der KV gezahlte Betrag bereits die Betriebskosten **einer einzigen** MRT-, CT- oder Röntgen-Untersuchung nicht deckt.

Ganz zu schweigen von mehreren Untersuchungen pro Pat. pro Quartal.

Einzelheiten hierzu s.u.

2. Radiologie wird nur auf Zuweisung der Patienten von Hausärzten und Fachärzten tätig.

D.h., die Radiologen können die Menge der Untersuchungen pro Gerät nicht beeinflussen, allenfalls durch Senkung der Gerätezahl.

In der Praxis spielt das allenfalls beim CT eine Rolle, da diese Untersuchung seltener angefordert wird - die Qualitätsansprüche der Versicherten/Zuweiser jedoch steigen (und damit die Kosten).

3. Die aktuelle Bedarfsplanung der KBV/KVB entlarvt die medienwirksame Ankündigung von Köhler und Munte im Konzert mit Politik und Kassen:

„Wir stehen für den Erhalt einer wohnortnahen, flächendeckenden Versorgung!“ als Lüge!

Tatsache ist, dass städtische Ballungs-Räume extrem überversorgt sind, ländliche Versorgungsgebiete im Vergleich dazu (KA-Sitz pro Einwohner) für diese investiven FA-Gruppen exorbitant unterversorgt sind.

Ein Beispiel zur verfehlten Strukturpolitik im Zulassungsrecht der Herren Köhler und Munte über mehrere Jahrzehnte s.u. im Anhang (2).

4. Die Kompensation der Betriebskosten-Unterdeckung findet ausschließlich und auch dort nur teilweise in den städtischen Ballungsgebieten statt!

Die Honorare von Privat-Patienten und - sofern vorhanden - von Klinik-Kooperationen sollen die defizitär bezahlten GKV-Leistungen ausgleichen.

Der **verschleierte Zahlungstransfer** für Radiologische Leistungen von **PKV nach GKV** bzw. von **Krankenhauskooperation nach GKV** hat inzwischen die Dimension eines Faktors 5-10 für MRT- und CT-Untersuchungen und einen Faktor bis zu 100 für Röntgen-Untersuchungen!

Neueste (alte) Untersuchungen zum Transfer von PKV-Honoraren zu GKV-Honoraren von Prof. Wasem entsprechen mit Umsetzung der Beschlüsse des BA zumindest für die Radiologie nicht der Wahrheit!

Auch für die Radiologen in Bayern gilt:

Trotz mehrfacher und mantra-artig vorgetragenen Bitten und Aufforderungen gegenüber der KVB, „ihre Zahlen offen offenzulegen“, ist diese bislang diesem berechtigten Anliegen nicht nachgekommen.

Warum?

Verschleiert wurde die **Situation der Radiologie in Bayern** insbesondere durch eine unsachgemäße Zusammenlegung der Honorare der Fachgruppe der Strahlentherapeuten mit den Fachgruppen Radiologie/Nuklearmedizin, wodurch die Honorare angeblich z.B. im Quartal 1/2009 nach Einführung der RLV „bei den Radiologen“ um 0.6 % gestiegen seien. In den Zahlen der KVB wird dann nach Zusammenlegung der 3 Fachgruppen unzulässig von „Radiologen“ gesprochen, obwohl dort die Strahlentherapeuten enthalten sind. Und die Honorare der Strahlentherapeuten sind in der gleichen Zeit wegen der überwiegenden Abrechnung ihrer Leistungen als in der Menge steigerungsfähige „freie Leistungen“ um mehr als 100% gestiegen.

Durch die Zusammenlegung der 3 Fachgruppen ist demnach - ob bewußt oder unbewußt - in jedem Fall wesentlich der durchschnittliche Verlust von 14% in der Radiologie trotz 5%-Stützung verschleiert worden.

Die gleiche Verschleierungs-Systematik kommt für die völlig intransparente Vermischung von Honoraren mit Sachkosten (hier Kontrastmittelkosten) zum Tragen, die ebenso wie bei den Kardiologen „durchlaufende Posten“ sind!

Völlig „irre“ und unsachgemäß ist die unterschiedliche Bezahlung (Honorierung) der Radiologen z.B. im Vergleich mit Chirurgen oder Urologen bei der Erbringung von Leistungen im Röntgen:

Ein Radiologe erhält für eine Pyelographie 5,66 Euro.

Ein Urologe 33,15 Euro.

Ein Radiologe erhält für eine Röntgenuntersuchung 5,66 €.

Ein Chirurg mit Röntgenschein erhält für die gleiche Untersuchung 11 €.

Ein Nuklearmediziner erhält für eine nuklearmedizinische Untersuchung 33,46.

Ein Internist mit angiologischer Teilgebietsbezeichnung für die gleiche Leistung 161,56 Euro.

Dieser krankhafte Unsinn einer Reform der Honorar-Reform kann mit gesundem Menschenverstand nicht mehr nachvollzogen und schon gar nicht mehr vermittelt werden.

Deshalb:

1. **Interessensverbund gegen die durch betriebswirtschaftlichen Unverstand der Führungskräfte in der KBV und KVB**
2. **Abwahl der Vorstände**
3. **Durchsetzen einer Korrektur**
4. **Aufklärung über tatsächliche betriebswirtschaftliche Zusammenhänge**
5. **Differenzierung der Berufsgruppen (Fachgruppen): Herstellung eines Modalitäten- und Betriebskosten-Bezugs für hochinvestive und damit gezwungenermaßen stärker unternehmerisch tätige Ärzte**
6. **Aufklärung auch gegenüber dem statistischen Bundesamt, da deren undifferenzierte Statistik über angebliche „Gewinne der Ärzte“ zur Verschleierungs-Taktik beiträgt**

Dr. Matthias Boos

Facharzt für Diagnostische Radiologie

M.A. Management von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen

1. Vorstand Radiologienetz Bayern, Vorstandsmitglied BDR, Landesverband Bayern

Anhang:

(1) Kommentierung der RLV/QZV-Bescheide der KVB für Radiologen in Bayern

Rahmenbedingung:

- „die Anbindung an die Grundlohnsumme - wie von den Kassen gefordert - soll wieder Einzug in die ärztliche Gebührenordnung finden....“.
- „Der **Punktwert wird bei 3,5048 festgezurr - laut BMG-Semantik 'stabilisiert'** - und die extrabudgetären Leistungen außerhalb der Morbiditätsvergütung - bisher einzige freie Leistungen - werden gedeckelt“
- Die Radiologie in Bayern hatte bis Einführung der QZV praktisch keine freien Leistungen, die bis 30.06.2010 nicht gedeckelt waren (außer ca. 5 % MRA).

Die amtlichen Bescheide von Dr. Munte (KVB) und seinen MA verordnen die im Folgenden dargestellte Situation (betr. die 3 Haupt-Leistungen der Radiologie). Die Berechnung für die Radiologie ist dabei unabhängig von örtlichen Gegebenheiten relativ einfach, weil erstens das Leistungsspektrum begrenzt und damit überschaubar ist und zweitens die angegebenen Werte für alle gelten alle Betroffenen im Wesentlichen die gleichen Investitionen vorhalten müssen.

1. MRT

QZV = 108,47 €

Durchschnittliche Punktsumme lt. EBM einer MRT-Untersuchung (mit oder ohne KM) = 4.174 \pm 146,10 € (gerechnet bei OPW 0,035 €)

➔ **Mindest-Unterschreitung/Unterdeckung des OPW = 37,63 € / pro Untersuchung**

\pm -25,76 % oder

erstatteter **realer Punktwert = 2,58 cent**

2. CT

QZV = 62,40 €

Durchschnittliche Punktsumme lt. EBM einer CT-Untersuchung (mit oder ohne KM) = 2.818 \pm 98,64 € (gerechnet bei OPW 0,035 €)

➔ **Mindest-Unterschreitung/Unterdeckung des OPW = 36,24 € / pro Untersuchung**

\pm -36,73 % oder

erstatteter **realer Punktwert = 2,22 cent**

3. Röntgen

Für Röntgen kein QZV - es gibt nur noch einen Rest, das RLV der Radiologen in Bayern - zugeteilt für die Leistungen, die noch übrig bleiben: Röntgen

RLV = 5,66 €

abzüglich der Konsiliarpauschale =

verbleiben für alle Röntgen-Untersuchungen pro Patient und pro Quartal = 0,42 bis 1,25 € (Immer vorausgesetzt, der Patient kommt nur einmal im Quartal zum Röntgen!)

Durchschnittliche Punktzahl pro Röntgen-Untersuchung:

429 Punkte \pm 15,01 € (gerechnet bei OPW 0,035 €)

→ **Mindest-Unterschreitung/Unterdeckung des OPW = 14,61 € bis 13,58 € / pro Untersuchung**

\pm 98,5 % bis 91,6 % oder

erstatteter **realer Punktwert = 0,099 cent bis 0,29 cent**

Die Bedingungen gelten **bei absoluter Mengengrenzung auf der Basis von anerkannten Mengengerüsten in 2008.**

Es kann kein Ausgleich durch Mehruntersuchungen zur Reduzierung der Untersuchungs-Stückkosten erfolgen.

Zusammenfassung:

Ein Punktwert im MRT von 2,58 cent, im CT von 2,22 Cent und für das Röntgen zwischen 0,099 und 0,29 cent (nicht € !!).

Auch das statistische Bundesamt weist "Gewinne in den radiologischen Praxen" in beneidenswerter Höhe aus. Defacto aber können diese „Gewinne“ systematisch bedingt nicht entstehen, denn es entstehen durch die Reform der Honorar-Reform

Defizite von

- **Minus 25,76 % im MRT,**
- **Minus 36,73 % im CT**
- **und Minus 91,6 bis 98,5 % im Röntgen**

sind auch nicht mehr ausgleichbar (durch PKV und Krankenhausversorgung)!

(2) Beispiel zur verfehlten Strukturpolitik im Zulassungsrecht

Zula-Bereich Ingolstadt: 6 KA-Sitze Radiologie + 1 KA-Sitz aus dem LK Pfaffenhofen „übergeholter Sitz“

Zula-Bereich Landkreis Pfaffenhofen: 1 KA-Sitz Radiologie

Zula-Bereich Neuburg/Schrobenhausen: 2 KA-Sitze Radiologie

Zula-Bereich Kösching: 1 KA-Sitz

Zula-Bereich Kelheim: 1 KA-Sitz

Alle hier genannte LK haben ein Versorgungsgebiet zwischen 100.000 und 120.000 Einw., der Bereich IN: 140.000 Einwohner.

Fazit:

Systematisch benachteiligt werden in der Versorgung ca. 450.000 Einwohner in ländlichen Gebieten gegenüber den 140.000 Einwohnern in Ingolstadt!

Dies geschieht durch die völlig verfehlte Politik von Hr. Dr. Köhler im Konzert mit Hr. Dr. Munte.

PS:

das Buschtelefon bedankt sich für die Überlassung zur Veröffentlichung dieser Stellungnahme bei Dr. Boos