

### Ausgabe 1 | März 2011

#### Gesundheitspolitik

	Seite
Radiologie: Ungesunde Verhältnisse	1
Ärzte begrüßen Aufschub für die Kodierrichtlinien	1
Telemedizin: Nutzen für die Versorgung muss belegt sein	2
Deutliche Ablehnung für eine Öffnung der Gebührenordnung	3

#### Radiologie – kurz & bündig

FDA-Zulassung für ersten MRT-kompatiblen Herzschrittmacher	3
Durchbruch bei der Alzheimer-Diagnostik	3
Innovationssprung bei der digitalen Mammografie	4

#### Arzthonorar

Gewinnerzielung mit Pauschalen statthaft?	4
Periradikuläre Therapien (PRT) bei Privatpatienten	4
Änderung des Zuschlags auf das RLV für Gemeinschaftspraxen zum 1. Juli 2011	5
Kein Zuschlag auf die QZV	6
Resümee	6

## GESUNDHEITSPOLITIK

### Radiologie: Ungesunde Verhältnisse

Die vertragsärztlichen Honorarformen seit 2000 haben nicht verhindert, dass - konstantes - Privat-honorar und sinkendes GKV-Honorar in der Radiologie immer weiter auseinanderdriften. Das führt inzwischen zu einer ungesunden Quersubventionierung der Kassenmedizin.

Als "Ausdruck der medizinischen Leistungsfähigkeit der Krankenkassen" wertete es Barmer GEK-Vorstand Ulrich Schlenker bei der Vorstellung des "Arzt-Reports", dass Deutschland mit der Zahl der MRT-Untersuchungen weltweit an der Spitze liegt. Doch das Selbstlob des Kassenchefs hat einen Makel: Die medizinischen Innovationen, die durch die Kernspintomografie möglich geworden sind - keine Strahlenbelastung, Ersatz teils

aufwändiger, risikoreicher und für den Patienten belastender Untersuchungen wie konventionelle Angio- und Myelografie oder Kniearthroskopie - werden in der vertragsärztlichen Versorgung seit Jahr und Tag aus einer gedeckelten Gesamtvergütung finanziert. Das Honorar für die einzelne Leistung selbst ist permanent gesunken, liegt weit unter den von der KBV als kostendeckend errechneten Sätzen und hat sich meilenweit vom Privathonorar entfernt.

So ärgern sich denn auch die Ärzte des Verbundes Radiologisch-Nuklearmedizinischer Zentren (VRNZ), in dem 29 Großpraxen mit rund 200 Fachärzten in Bayern organisiert sind, über die mediale Wirkung des Barmer GEK-Reports, der primär die Mengenentwicklungen für MRT und CT beschreibt, ohne jedoch eine tiefer greifende medizinische und ökonomische Analyse zu liefern.

**Tatsache ist:** Der starke Ausbau von bildgebender Diagnostik, insbesondere MRT in der ambulanten Medizin, hat auch andere, risikoreichere und teurere Methoden teilweise verdrängt. Dabei kommt es zu Leistungsverlagerungen vom Krankenhaus in die ambulante Medizin. Bei der Errechnung der Gesamthonorare wird das nicht berücksichtigt.

Bei der recht häufigen Kooperation von Radiologen und Krankenhäusern gibt es grundsätzlich zwei Möglichkeiten. Die Klinik nimmt einen Patienten stationär auf und delegiert beispielsweise ein MRT an einen niedergelassenen Radiologen. Dem wird die Leistung zum GOÄ-Einfach-

satz (244 Euro) aus der Klinik-DRG vergütet. Um diese DRG-Kürzung zu vermeiden, vereinbaren Kliniken gern bei Radiologen prästationär einen Termin - mit der Weisung an Patienten, sich vom Hausarzt eine Überweisung zu holen. Die Vergütung erfolgt dann aus dem gedeckelten KV-Honorar. Und der ist seit Jahren unter Druck.

Lag die bei zehn Pfennig kalkulierte Vergütung für ein LWS-MRT im Jahr 2000 noch bei 203 Euro, so kam die KBV auf ein kostendeckendes Honorar beim EBM 2008 von 175 Euro - bei einem Punktwert von 5,11 Cent. Da der jedoch nie erreicht wurde, hatten die Bayern einen Strukturvertrag, der zu einer Vergütung von 155,34 Euro führte. Der Strukturvertrag wurde mit dem EBM 2009 obsolet. Danach hätten die Radiologen für ein LWS-MRT 120,21 Euro bekommen, wenn der Orientierungspunktwert hätte gehalten werden können.

Tatsächlich ergab sich in Bayern ein Regelleistungsvolumen von knapp 69 Euro. In Reaktion darauf erfand die KBV die QZV, aus denen den Radiologen 102,21 Euro zugewiesen wurden - mit der Folge, dass das RLV auf kärgliche 5,66 Euro zusammenschnurrte.

10.02.2011 Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der Ärzte-Zeitung

### Ärzte begrüßen Aufschub für die Kodierrichtlinien

Die Zusage von Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP), die Einführung der Ambulanten Ko-

dierrichtlinien (AKR) um ein halbes Jahr zu verschieben, ist von Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen und Ärzteverbänden mit großer Erleichterung aufgenommen worden.

Damit gewinnen die Ärzte Zeit, die Anwendung der AKR im Praxisalltag zu vereinfachen und zu optimieren. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung kann die Zeit nutzen, das hausärztliche Versorgungsspektrum angemessen abzubilden. Außerdem kann die Zeit für eine grundlegende Anpassung an die einzelnen ärztlichen Facharztgruppen genutzt werden. Dabei ist eine wesentliche Voraussetzung, dass künftig eine detaillierte Dokumentation für die Patientenmorbidity entwickelt wird.

Der Medi-Vorsitzende Werner Baumgärtner kommentierte: „Die zeitliche Verschiebung allein löst das Problem für die Praxen allerdings nicht. Entscheidend ist, eine einfache und praktikable Lösung zu finden, welche die ambulante Morbidity in den Praxen abbildet“.

### Telemedizin: Nutzen für die Versorgung muss belegt sein

Auf dem Symposium „Telemedizin und Versorgungsforschung“ in Berlin betonte der Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, Christoph Fuchs, dass Telemedizin nicht die Ärztin oder den Arzt vor Ort ersetzen könne. Die Telemedizin unterstütze insbesondere die Kommunikation bei der Diagnostik und Versorgung unter Überbrückung einer räumlichen oder auch zeitlichen Distanz zwischen Arzt, Apotheker und Patienten oder zwischen zwei sich konsultierenden Ärzten.

Eine wissenschaftliche Untersuchung der Auswirkungen von telemedizinischen Anwendungen müsse sich deshalb in erster Linie auf Versorgungsaspekte beziehen. Dabei seien neben

## Kommende Kongresstermine

5. – 7. April 2011  
Messe Berlin  
**conHIT 2011**  
[www.conhit.de](http://www.conhit.de)

1. – 4. Juni 2011  
CCH Hamburg  
**92. Deutscher Röntgenkongress**  
[www.roentgenkongress.de](http://www.roentgenkongress.de)

den technischen Fragen zum Datenschutz und zur Effizienz der Telemedizin auch Fragestellungen wie „Welchen Einfluss hat die Telemedizin auf das Arzt-Patienten-Verhältnis?“, „Wie beeinflusst die Telemedizin die Arbeitswelt des Arztes?“ zu klären.

Professor Peter Scriba, Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer, forderte deshalb zu mehr Studien zur Telemedizin in der Praxis auf: „Wir müssen die Perspektive der Versorgungsforschung in die Telemedizin hereinbringen und auch die Qualität der Versorgung betrachten.“

Dazu muss vor allem die Infrastruktur verbessert werden und eine regelmäßige Datenerhebung sowie vor allem eine bessere Vernetzung mit schon vorhandenen Informationen gesichert werden. Hier könnten Versorgungsdaten der Krankenkassen wichtige Impulse für die Versorgungsforschung geben.

Die Referenten stellten während des Symposiums ein breites Spektrum an telemedizinischen Einsatzfeldern dar: Von der Teleradiologie über die Telepathologie bis hin zur neurologischen Begutachtung von Schlaganfallpatienten innerhalb eines telemedizinischen Netzwerks. Telemedizin stellt somit keine neue Therapiemethode dar. „Telemedizin ist vielmehr ein Instrument, mit dem wir eine evidenzbasierte Therapie ohne Qualitätsverlust dort hinbringen können, wo kein Experte vor Ort ist“, erklärte Professor Heinrich Audebert, Leiter der Klinik für Neurologie und klinische Neurophysiologie an der Charité.

## Deutliche Ablehnung für eine Öffnung der Gebührenordnung

Nach Überzeugung der Bundesärztekammer sind die niedergelassenen Ärzte in Deutschland dagegen, ihre amtliche Gebührenordnung zu öffnen und damit individuelle Preisabsprachen zwischen Ärzten und privaten Krankenkassen zuzulassen.

Die BÄK widersprach damit einer Behauptung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV). In der Darstellung der PKV wurde berichtet, dass eine Mehrzahl der Ärzte eine solche GOÄ-Öffnung begrüßen würde und beruft sich dabei auf eine Umfrage unter 200 Ärzten. „Hierbei handelt es sich um einen durchschaubaren Schachzug der PKV, mit dem Versuch, die Ärzteschaft zu spalten“, sagte Theodor Windhorst, Vorsitzender des Ausschusses Gebührenordnung der BÄK.

Damit solle der Eindruck erzeugt werden, dass die Mehrheit der deutschen Ärzte bereit sei, sich auf freie Preisverhandlungen mit der PKV jenseits der GOÄ einzulassen.

Die von der PKV initiierte Emnid-Studie basiert auf einer Befragung von lediglich 200 praktischen Ärzten und Allgemeinmedizinern sowie Internisten über das gesamte Bundesgebiet. Bei nur 200 befragten Ärzten von einer absoluten Mehrheit der Ärzteschaft zu sprechen, sei absolut grotesk“, kritisierte Windhorst.

Die Frage nach der Bereitschaft, auch über Preise mit sich verhandeln zu lassen, habe Emnid den Ärzten zudem nur sehr verklausuliert gestellt. Sie lautete: „Da die staatliche Gebührenordnung kaum Abweichungen zulässt, können Verträge zwischen den Ärzten und der privaten Krankenversicherung nur durch sogenannte Öffnungsklauseln ermöglicht werden. Sind Sie dafür oder dagegen, dass durch eine Öff-

nungsklausel in Zukunft solche Verträge ermöglicht werden?". Dennoch hätten nur 114 der befragten 200 Ärzte sie mit „ja“ beantwortet.

Windhorst rät daher den niedergelassenen Ärzten dringend davon ab, sich auf freie Preisverhandlungen jenseits der GOÄ einzulassen, denn ein Preisdiktat durch die privaten Krankenversicherungen gegenüber den einzelnen Ärzten sei vorprogrammiert und gefährde die Aufrechterhaltung der Versorgungsqualität für die Patienten.

Vertreter der zwendungsintensiven Medizin, wie Hausärzte und Internisten, können sich Preisvereinbarungen außerhalb der derzeit noch gültigen GOÄ vorstellen, weil die GOÄ in diesem Bereich besonders veraltet und unterbewertet sei.

Allein durch eine Öffnungsklausel können diese Probleme nicht beseitigt werden. Vielmehr sei eine grundlegende Neufassung der GOÄ auf Basis der bereits vorliegenden Vorschläge der BÄK dringend erforderlich.

## RADIOLOGIE – kurz & bündig

### FDA-Zulassung für ersten MRT-kompatiblen Herzschrittmacher

Die FDA hat erstmals einen Herzschrittmacher der Firma Medtronic zugelassen, mit dem sich Patienten ohne Risiko im MRT untersuchen lassen können.

Starke Magnetfelder bei der MRT-Untersuchung können gravierende Funktionsstörungen in Herzschrittmachern oder implantierbaren Cardioverter-Defibrillatoren (ICD) auslösen. Dabei kann es nicht nur zu Störungen der Software, sondern auch zu Über-

hitzungen und einem damit verbundenem Totalsausfall der Geräte kommen. Nach Einschätzung der FDA-Experten kann jeder zweite Träger eines Herzschrittmachers in seinem Leben einmal in eine klinische Situation kommen, in der eine MRT-Untersuchung dringend erforderlich wäre. Ein MRT-kompatibler Herzschrittmacher hätte daher einen beträchtlichen Zusatznutzen und würde deshalb eine große Bedarfslücke füllen.

Die US-Firma Medtronic hat inzwischen eine Zulassung für einen MRT-kompatiblen Schrittmacher bekommen. Das Gerät muss vor der Untersuchung mit einer Kernspintomographie in einen Spezialmodus geschaltet werden. Dadurch kann eine vollständige Abschirmung gegen starke elektromagnetische Felder erreicht werden.

Die Zulassung basiert auf einer klinischen Studie, bei der 464 Träger des neuen Schrittmachers in zwei Kollektive randomisiert wurden, bei der die Hälfte der Patienten kernspintomografischen Untersuchungen unterzogen wurden. Dabei war es bei keinem der 211 Herzschrittmacher-Träger zu Funktionsstörungen oder Nebenwirkungen gekommen.

Medtronic ist zwar die erste Firma, die für ein derartiges Gerät eine Zulassung für den US-Markt bekommen hat, inzwischen haben jedoch auch die Konkurrenten Boston Scientific und St. Jude Medical die baldige Einreichung ihrer Zulassungsunterlagen bei der FDA angekündigt.

### Durchbruch bei der Alzheimer-Diagnostik

Die präzise prämortale Diagnostik des Morbus Alzheimer war für die Ärzte bisher eine Aufgabe, die mit vielen Schwierigkeiten verbunden war. Die Positronen-Emissions-Tomographie (PET) könnte jetzt der erste offiziell zugelassene nicht-invasive Test zur prämortalen Diagnostik des Mor-

bus Alzheimer werden.

Ein Expertengremium der US-Zulassungsbehörde FDA hat Ende Januar über ein neues nicht-invasives Verfahren zur prämortalen Diagnostik des Morbus Alzheimer, das sich in einer kürzlich erschienenen Studie im Amerikanischen Ärzteblatt (JAMA 2011; 305: 261-266) als zuverlässig erwiesen hat, ein positives Votum zur Zulassung abgegeben.

Die Plaques, die aus fehlerhaft gefalteten Beta-Amyloid-(A $\beta$ -)Peptiden bestehen und den Untergang von Nervenzellen beim Morbus Alzheimer verursachen, lassen sich mit dem neuen Radiotracer Florbetapir F18 im PET darstellen. Das US-Pharmaunternehmen Eli Lilly hat in den USA die Zulassung beantragt. Die Chancen für eine endgültige Zulassung durch die FDA werden hoch eingeschätzt, da die Florbetapir F18-PET die Krankheit offenbar zuverlässig diagnostiziert.

In der zulassungsrelevanten Studie hatten 35 Patienten eines Pflegeheims mit einer geschätzten Lebenserwartung von weniger als 6 Monaten sich bereit erklärt, ihr Gehirn nach dem Tod histologisch untersuchen zu lassen. Die PET, die ca. drei Monate vor dem Tod der Patienten durchgeführt wurde, stimmte in 28 von 29 Fällen mit der postmortalen Diagnose überein. Zusätzlich hatte die PET auch die Menge und die Ausbreitung der Plaques im Gehirn relativ gut vorhergesagt. Der Test ermöglicht somit nicht nur die Diagnose, er kann auch den Schweregrad der Erkrankung objektivieren. Zur Kontrolle wurden 74 gesunde Probanden untersucht. Bei ihnen wurden, wie erwartet, keine PET-Signale auf Amyloid-Ablagerungen gefunden.

Der PET-Test wird damit erstmals vor dem Tod eine nicht-invasive Diagnose des Morbus Alzheimer durch ein bildgebendes Verfahren ermöglichen.

## Innovationssprung bei der digitalen Mammografie

Die derzeit wichtigste Neuerung im Bereich der Mammographie ist die digitale Tomografie der Brust. Hinter dieser Innovation steht eine bildgebende Untersuchung, bei der die Brust zunächst aus verschiedenen Winkeln mammografisch erfasst wird. Die dabei gewonnenen digitalen Röntgenbilder werden in einem zweiten Schritt mit einer entsprechenden Software zu einem dreidimensionalen Bild zusammengesetzt. „Mithilfe solcher Aufnahmen lassen sich Volumen und Größe eines Tumors wesentlich genauer bestimmen als mit der einfachen Mammografie“, erläuterte der Oberarzt am Institut für Diagnostische Radiologie der Universitätsfrauenklinik Erlangen, Professor Dr. Schultz-Wendtland. Zumindest zur Abklärung bei bereits bestehendem Befund scheint sich das neue Verfahren demnach zu eignen.

Das neue Verfahren bietet die Möglichkeit, zusätzlich oder anstelle der üblichen Mammographieaufnahmen digitale Schichtaufnahmen von einem Millimeter Dicke anzufertigen. Im Gegensatz zur Mammographie entstehen aussagekräftigere Bilder, da die Brust aus verschiedenen Winkeln untersucht werde. Mit der neuen sogenannten Tomosynthese könnten Ärzte bösartige Tumoren früher und besser erkennen und genauer beurteilen. „Erste klinische Studien weisen auf eine Erhöhung der Diagnosesicherheit hin. Weitere Studien sind erforderlich, um das Potenzial der neuen Technik umfassend zu beurteilen“, sagte Professor Dr. Thomas Kahn, Direktor der Klinik und Poliklinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie in Leipzig. Die Ärzte würden bei ihren Auswertungen von einer assistierenden computerbasierten Bildauswertung unterstützt, die auch Mikrokalk und andere Verdichtungen

in der Brust erkennt. Bei Abklärung unsicherer Befunde können sich zukünftig Mammografie, Sonographie, MRT und Tomosynthese in idealer Weise ergänzen.

Inzwischen wird die Tomosynthese nicht nur in Leipzig sondern auch in einigen Universitätskliniken und mehreren radiologischen Großpraxen mit Erfolg angeboten.

## ARZTHONORAR

### Gewinnerzielung mit Pauschalen statthaft?

Bestimmte Aufwendungen des Arztes bei der Durchführung ärztlicher Leistungen werden nach dem EBM nicht mit dem Orientierungspunktwert, sondern mit festgelegten Euro-Beträgen vergütet, so z.B. Portokosten, Kosten für Laboruntersuchungen und Kosten für Radionuklide.

Aus Anfragen von niedergelassenen Radiologen geht hervor, dass teilweise Unklarheiten bestehen, wie zu verfahren ist, wenn die mit Kostenpauschalen vergüteten Aufwendungen in der Praxis kostengünstiger erbracht werden können und somit für den Radiologen eine Gewinnspanne entsteht. Das kann z.B. der Fall sein, wenn Röntgenaufnahmen verschickt werden (Nr. 40140 bewertet mit 5,10 €) und für den Versand tatsächlich geringere Kosten anfallen, so z.B. wenn Röntgenaufnahmen von geringerem Format auf dem normalen Postweg verschickt werden.

Insbesondere ergibt sich die Frage zur Handhabung von Differenzbeträgen für Radiologen bei der Durchführung szintigraphischer Untersuchungen hinsichtlich der Kosten für Radionuklide. Können die Radionuklide kostengünstiger beschafft werden als im EBM ausgewiesen, kann die Differenz als „Gewinn“ verbucht werden. Die Kostenpauschalen sind ausdrück-

lich so bemessen, dass in der Regel die Beschaffungskosten unter den im EBM ausgewiesenen Euro-Beträgen liegen, dies deshalb, weil dem Radiologen außer den Beschaffungskosten zusätzliche Kosten durch Lagerung, Aufarbeitung usw. der Radionuklide in der Praxis entstehen.

Dasselbe gilt in den KVen, in denen für Röntgenkontrastmittel Pauschalen vereinbart sind, auch hier sind „Gewinnspannen“ als Ausgleich für diejenigen Kosten anzusehen, die zusätzlich zu den reinen Beschaffungskosten entstehen.

**Grundsatz:** Bei der Abrechnung von Pauschalen des EBM ist es unerheblich, welche Kosten dem Arzt tatsächlich entstehen, Differenzen können als „Gewinn“ verbucht werden. Allerdings können dann, wenn tatsächlich höhere Kosten entstehen als mit den Pauschalen abgedeckt sind, die überschüssigen Kosten nicht zusätzlich geltend gemacht werden.

### Periradikuläre Therapien (PRT) bei Privatpatienten

Radiologen führen zunehmend periradikuläre Therapien (PRT) zur Schmerzbehandlung mittels wirbelsäulennaher Injektionsbehandlungen durch. Überwiegend erfolgen diese Behandlungen unter Steuerung mittels CT.

Im vertragsärztlichen Bereich ist für diese Leistung die Nr. 34502 EBM (2790 Punkte/97,78 €) abzurechnen. Im EBM beinhaltet die Leistungsposition Nr. 34502 sowohl die CT-Steuerung als auch die pharmakotherapeutischen Applikationen sowie eine Überwachung von mindestens 30 Minuten.

In der GOÄ findet sich keine entsprechende Komplexposition, so dass bei privater Liquidation die einzelnen

Schritte bei Durchführung einer PRT zu berechnen sind. Insbesondere dazu, welche GOÄ-Positionen für die Injektionsbehandlung berechnungsfähig sind, gibt es unterschiedliche Auffassungen.

Da die PRT in unterschiedlichen Modifikationen durchgeführt werden kann, ergeben sich dadurch auch unterschiedliche Vorgaben für die Abrechnung.

**Infiltration eines Medikaments:** Wird nur ein Arzneimittel, z.B. ein Kortikoid, appliziert, ist die Nr. 255 der GOÄ für die perineurale Infiltration einer Nervenwurzel abzurechnen. Werden mehrere Nervenwurzeln infiltriert, ist die Nr. 255 GOÄ entsprechend mehrfach berechnungsfähig.

Erfolgt die Injektion, z.B. eines Kortikoids, epidural-perineural, ist dafür die Nr. 256 der GOÄ abzurechnen, ebenfalls bei mehreren verschiedenen Injektionen entsprechend mehrfach. Für die Lokalanästhesie des Stichkanals kann zusätzlich die Nr. 490 der GOÄ zur Abrechnung kommen.

**Applikation eines Lokalanästhetikums:** Wird die PRT unter Zusatz eines Lokalanästhetikums durchgeführt, ist für die perineurale Anästhesie einer Spinalnervenwurzel die Nr. 476 der GOÄ abzurechnen, erfolgen mehrere Injektionen in verschiedenen Etagen, ist die Nr. 476 entsprechend häufig berechnungsfähig.

Erfolgt die Applikation des Lokalanästhetikums epidural-perineural, ist dafür die Nr. 470 bzw. die Nr. 471 der GOÄ abzurechnen, abhängig von der Zeitdauer. Die epidurale-perineurale Injektion nach Nr. 470 bzw. Nr. 471 ist in der Regel nur einmal pro Behandlung zu berechnen.

**Zuschläge:** Bei ambulanter Durchführung ist zusätzlich zur Nr. 476 der Zuschlag Nr. 446 GOÄ abzurechnen, zusätzlich zu Nr. 470 der Zuschlag Nr.

447. Die Zuschläge können nur einmal je Sitzung abgerechnet werden.

**CT-Steuerung:** Die CT-Steuerung zur Durchführung einer PRT ist nach Nr. 5378 abzurechnen, für ergänzende Serien bzw. für die computergesteuerte Analyse mit nachfolgender 3D-Rekonstruktion kann ggf. der Zuschlag Nr. 5377 abgerechnet werden.

### Änderung des Zuschlags auf das RLV für Gemeinschaftspraxen zum 1. Juli 2011

Auf das Regelleistungsvolumen (RLV) wird Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) – so werden Gemeinschaftspraxen im Bürokratendeutsch der KVen bezeichnet – ein Zuschlag gewährt, dessen Höhe bislang im wesentlichen davon abhängig ist, wie viele verschiedene Facharztgruppen in einer BAG gemeinsam die vertragsärztliche Tätigkeit ausüben. Der Bewertungsausschuss hat mit Wirkung ab 1.7.2011 für die Gewährung der Zuschläge auf das RLV Änderungen beschlossen, die auch für radiologische Gemeinschaftspraxen erhebliche Auswirkungen haben. Die Höhe des Zuschlags auf das RLV ist künftig nicht mehr abhängig von der Zahl der beteiligten Facharztgruppen, sondern vielmehr von dem sog. Kooperationsgrad in der Gemeinschaftspraxis. Die Höhe des Kooperationsgrades in % drückt aus, wie viele Patienten von mehreren Ärzten der Gemeinschaftspraxis innerhalb eines Quartals behandelt werden. Der Kooperationsgrad errechnet sich nach folgender Formel:

$$\left( \frac{\text{RLV-relevante Arztfallzahl der Arztpraxis im Vorjahresquartal}}{\text{Zahl der Behandlungsfälle im Vorjahresquartal insgesamt}} - 1 \right) \times 100$$

Die Beschlussfassung des Bewertungsausschusses zur Änderung der Zu-

schlagsregelungen für das RLV wird nachfolgend für die verschiedenen Konstellationen einer Gemeinschaftspraxis erläutert:

#### **Gemeinschaftspraxis, nicht standortübergreifend, ausschließlich Ärzte einer Facharztgruppe (Radiologen):**

Für diese Konstellation ändert sich nichts. Wie bisher wird dieser Gemeinschaftspraxis, unabhängig von der Zahl der beteiligten fachgleichen Ärzte, ein Zuschlag von 10 % auf das RLV gewährt.

#### **Gemeinschaftspraxis, nur Ärzte einer Facharztgruppe (Radiologen), aber mehrere Standorte:**

Gemeinschaftspraxen können ihre vertragsärztliche Tätigkeit auch an mehreren Standorten ausüben. Das ist gerade bei Radiologen häufiger der Fall. Für diese Praxen wird der Zuschlag in Höhe von 10% auf das RLV nur noch dann gewährt, wenn ein Kooperationsgrad von mindestens 10% im Vorjahresquartal erreicht wurde.

**Beispiel:** Radiologen einer Gemeinschaftspraxis mit mehreren Standorten haben im Vorjahresquartal insgesamt gemeinsam 4.000 Patienten (Behandlungsfälle) abgerechnet. Von den beteiligten vier Ärzten hat Arzt A 1.100 Fälle, Arzt B 1.200 Fälle, Arzt C 1.300 Fälle und Arzt D 1.400 Fälle abgerechnet. Damit ist die Arztfallzahl mit insgesamt 5.000 deutlich höher als die Behandlungsfallzahl, weil ein Teil der Patienten von mehreren Ärzten der Gemeinschaftspraxis behandelt wurde. Nach der Formel zur Berechnung des Kooperationsgrades beträgt dieser 25 %, die Praxis erhält dementsprechend einen Zuschlag in Höhe von 10% auf das RLV.

#### **Gemeinschaftspraxis, verschiedene Facharztgruppen, (z.B. Radiologen und Nuklearmediziner), an demselben oder an mehreren Standorten:**

Wird die vertragsärztliche Tätigkeit von verschiedenen Facharztgruppen

in einer Gemeinschaftspraxis ausgeübt, wird der prozentuale Aufschlag auf das RLV ebenfalls nur nach dem Kooperationsgrad gewährt.

## Kein Zuschlag auf die QZV

Der Bewertungsausschuss hat keine Zuschlagsregelung für die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) in Analogie der Zuschlagsregelung für die RLV beschlossen. Allerdings ist es den KVen freigestellt, eigenständig Zuschlagsregelungen für die QZV zu vereinbaren.

In Anbetracht der angespannten Honorarsituation in den KVen dürfte es jedoch mehr als fraglich sein, ob Zuschlagsregelungen für die QZV in den KVen beschlossen werden, weil die dafür erforderlichen zusätzlichen Finanzmittel aus der Gesamtvergütung aller Ärzte abgezweigt werden müssten.

## Resümee

Die geänderte Zuschlagsregelung hat für Radiologen einige Tücken. Sind z.B. zwei facharztgleiche Radiologen in einer Gemeinschaftspraxis niedergelassen, wird ein Zuschlag von 10% bei standortgleicher Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit automatisch – wie bisher – gewährt. Ist aber in dieser Gemeinschaftspraxis zusätzlich ein Nuklearmediziner niedergelassen, handelt es sich um eine fachgruppenübergreifende Gemeinschaftspraxis, für die der Zuschlag auf das RLV abhängig vom Kooperationsgrad gewährt wird.

**Für Radiologen in Gemeinschaftspraxen mit mehreren Facharztgruppen** ist die neue Regelung überwiegend nachteilig, da die meisten Patienten nur einen Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal haben und somit eine Behandlung durch mehrere Ärzte der Gemeinschaftspraxis in der Regel nicht

erfolgt mit der Folge, dass der Kooperationsgrad sehr niedrig ausfällt, weil die Zahl der Arztfälle nicht wesentlich höher ist als die Zahl der Behandlungsfälle der Praxis insgesamt und sich somit bei Errechnung nach der Formel ein sehr geringer Kooperationsgrad ergibt.

Die Höhe des Zuschlags auf das RLV ist abhängig von dem Prozentsatz des Kooperationsgrades.

Bei einem Kooperationsgrad von 0 bis 10 % wird kein Zuschlag auf das RLV gewährt, bei 10 bis 15% ein 10%iger Aufschlag, bei 15 bis 20% ein 15%iger Aufschlag usw. bis zu einem Kooperationsgrad von mehr als 40% mit 40% Aufschlag, womit gleichzeitig die Höchstgrenze für die Zuschlagsregelung erreicht ist.

### Die neue Zuschlagsregelung wirkt sich in den verschiedenen KVen sehr unterschiedlich aus:

Abhängig davon, wie hoch der RLV-Fallwert ausgewiesen ist, fällt auch der prozentuale Zuschlag auf das RLV entsprechend hoch oder niedrig aus. In den meisten KVen werden die typischen, von Radiologen erbrachten Leistungen über die QZV vergütet, die nicht in die Zuschlagsregelung einbezogen sind. In diesen KVen fällt der RLV-Fallwert niedrig aus, der prozentuale Zuschlag wirkt sich nur mäßig aus. In einigen KVen wurden allerdings zahlreiche Leistungen den RLV zugeordnet, so in einigen KVen CT- oder auch MRT-Leistungen. In diesen KVen beträgt der RLV-Fallwert teilweise 50 € und mehr, mit der Folge, dass sich hier ein Zuschlag auf das RLV von 10, 15 oder 20% erheblich beim Honorar bemerkbar macht.

**Weiterer Nachteil:** Der Kooperationsgrad für das laufende Jahr wird anhand der abgerechneten Fälle des Vorjahresvergleichs quartals ermittelt. Somit kann für das laufende Quartal eine Beeinflussung des Kooperationsgrades nicht mehr erfolgen. Radiologen in

Gemeinschaftspraxen und insbesondere diejenigen, die in Gemeinschaftspraxen mit mehreren Facharztgruppen niedergelassen sind bzw. in Gemeinschaftspraxen mit mehreren Standorten, sollten daher im laufenden Quartal darauf achten, dass möglichst viele Patienten von verschiedenen Kollegen im laufenden Quartal behandelt werden. Die Möglichkeit dazu ergibt sich insbesondere dann, wenn Patienten mehrere Arzt-Patienten-Kontakte im Laufe des Quartals haben. Auf diese Weise würde dann im Folgejahr der Kooperationsgrad höher ausfallen und ein höherer Zuschlag auf das RLV gewährt, vorausgesetzt natürlich, die jetzigen Zuschlagsregelungen für das RLV bleiben erhalten.

#### IMPRESSUM

##### Herausgeber:

Dr. Timo Bender  
b.e.imaging gmbh  
Dr.-Rudolf-Eberle-Str. 8-10 · 76534 Baden-Baden

##### Redaktion:

Dr. med. Manfred Albring  
(verantwortlich)  
albring & albring  
pharmaceutical relations GmbH  
Warnauer Pfad 3 · 13503 Berlin

##### Layout:

Atelier für Gestaltung · Mike Göhringer  
76530 Baden-Baden

##### Hinweis:

Der Inhalt des Informationsservices ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel in der in ihm behandelten Rechtsmaterie machen es jedoch notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. VISIONupdate® gibt nicht in jedem Fall die Meinung der b.e.imaging gmbh wieder.