

Ausgabe 3 | Juli 2011

Gesundheitspolitik

	Seite
Zunehmender Widerstand gegen spezialärztliche Versorgung	1
Beanstandungsrecht bei Selektivverträgen in der Kritik	1
Heftiger Streit um Folgekosten des Versorgungsgesetzes	2
Rhönkliniken weiter im Aufwind	2

Radiologie – kurz & bündig

Warnung vor Thermographieuntersuchungen der Brust	3
Therapiekontrolle der rheumatoiden Arthritis mit MRT	3
Neupositionierung der Niederfeld-MRT?	3

Arzthonorar

Fall auf Fall: Der Krankheitsfall, der Behandlungsfall, der RLV-relevante Fall, der Arztfall, der RLV-relevante Arztfall	4
--	---

GESUNDHEITSPOLITIK

Zunehmender Widerstand gegen spezialärztliche Versorgung

Nach der Stellungnahme einer Reihe von Kassenärztlichen Vereinigungen hat jetzt ebenfalls der Berufsverband der niedergelassenen Chirurgen erhebliche Bedenken gegen die im Referentenentwurf des Versorgungsstrukturgesetzes formulierte neue spezialärztliche Versorgungsebene vorgetragen.

Danach könne die Einführung einer weiteren ambulanten Versorgungsebene die Versorgungslandschaft erheblich und nachhaltig verändern. So könnten große Teile der ambulanten fachärztlichen Versorgung, die bisher untrennbar miteinander verbunden seien, durch das neue Gesetz auseinander dividiert werden. Außerdem werde durch die zu befürchtende weitere Öffnung der Krankenhäuser ein

heftiger Verdrängungswettbewerb zu Lasten der niedergelassenen Fachärzte ausgelöst. Das bisher vorgelegte Gesetzesvorhaben konterkariere bei der spezialärztlichen Versorgung das Prinzip einer gleichberechtigten Kooperation zwischen ambulantem und stationärem Sektor. So seien niedergelassene Fachärzte ohnehin einem sehr hohen Qualitätsstandard verpflichtet, während nach dem jetzigen Stand des Gesetzentwurfs spezialärztliche Leistungen im Krankenhaus auch von Ärzten in der Facharztausbildung erbracht werden können.

Die geplante Honorierung der spezialärztlichen Versorgung stößt ebenfalls auf erhebliche Verärgerung. Niedergelassene Fachärzte müssten alle Investitionen für die Einrichtung und Ausstattung ihrer Praxis mit eigenen Finanzmitteln oder Fremdkapital bereitstellen, während in Kliniken Räumlichkeiten und Geräte genutzt werden könnten, die mit Mitteln der öffentlichen Haushalte subventioniert würden. Der bisher im Gesetzentwurf vorgesehene Investitionsabschlag von 5% für die im stationären Bereich erbrachten Leistungen könne gegenüber der Honorierung für niedergelassene Fachärzte dieses offensichtliche Ungleichgewicht nicht einmal annähernd kompensieren.

Erheblichen Unmut verursacht auch die im Gesetzesentwurf vorgesehene Maßgabe, nach der ausschließlich der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) über die Zugangsberechtigung von niedergelassenen Fachärzten zu dem neuen Versorgungsbereich entscheiden soll. In diesem Kontext wird die Vermutung geäußert, dass unter

dem Druck politischer Einsparungsziele viele Vertragsärzte im ambulanten Bereich durch den G-BA von der spezialärztlichen Versorgung ausgeschlossen werden könnten. Zugangsqualifikationen für Fachärzte müssten deshalb von der Bundesärztekammer festgelegt werden, da in deren Bereich auch die Kontrolle für die Qualität der fachärztlichen Weiterbildung festgelegt sei. Dem G-BA als politisch gesteuerte Institution eine derartige Machtfülle einzuräumen, sei grundsätzlich zu hinterfragen.

Beanstandungsrecht bei Selektivverträgen in der Kritik

In dem Versorgungsstrukturgesetz sollen zukünftig die Länder ein Überprüfungs- und Beanstandungsrecht für Selektivverträge in der haus- und fachärztlichen Versorgung erhalten. Danach müssen alle zukünftig abgeschlossenen Selektivverträge zuerst dem Bundesversicherungsamt (BVA) vorgelegt werden. Bei allen Bundesländern, die in die Verträge einbezogen werden, fragt dann das Amt nach, ob gegen einen Vertragsabschluss Bedenken vorliegen.

Diese Vorgehensweise hat der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Barmer-GEK, Rolf-Ulrich Schlenker, deutlich kritisiert. Damit würden den Krankenkassen das noch einzige Wettbewerbsfeld entzogen werden, in dem sie noch ohne formale Regulierung Spielraum hätten. Dies sei quasi der Tod der integrierten Versorgung. Schlenker sprach sich gleichzeitig auch gegen eine Aufhebung der ambulan-

ten Kodierrichtlinien aus. Morbiditätsveränderungen könnten dadurch nicht mehr präzise und zeitgerecht abgebildet werden. Als Folge davon könnten dann zukünftig auch die ärztlichen Honorare nicht mehr exakt berechnet werden.

Heftiger Streit um Folgekosten des Versorgungsgesetzes

Die von der schwarz-gelben Koalition vorgesehenen Änderungen in der Honorarsystematik für Vertragsärzte – u.a. soll in unterversorgten Gebieten dem Ärztemangel dadurch entgegengewirkt werden, dass auf Mengenbegrenzungen verzichtet wird – haben zu einer heftigen Debatte zwischen der Koalition und den Krankenkassen geführt. Die Krankenkassen sehen jetzt Zusatzausgaben von bis zu 3 Milliarden Euro und unterstellen ein „Geschenk an die Ärzte“. Sie fordern stattdessen ein Maßnahmenpaket zum wirksamen Abbau der Überversorgung.

Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr hingegen beziffert die Mehrkosten, die für die vertragsärztliche Versorgung in ärztlich unterversorgten Gebieten durch die Aufhebung von Mengenbegrenzungsmaßnahmen entstehen, nur auf 300 Millionen Euro. Viel größeres Ungemach als von den Krankenkassen droht dem Gesundheitsminister aus den eigenen Reihen. Anfang Juli hatte Bundesfinanzminister Wolfgang Schäuble den Referentenentwurf in einem 17-seitigen Vermerk in allen wesentlichen Punkten verworfen. Dabei war das Hauptargument, die Mehrkosten seien weder beziffert noch gegenfinanziert. In Teilen wurde der Gesetzentwurf lt. Ärztezeitung sogar als „unverantwortlich“ bewertet. Nach dem bisherigen Plan der Regierung soll das Kabinett Anfang August über den Gesetzentwurf beraten. Spekulationen, der Zeitplan werde

Kommende Kongresstermine

10. – 14. September 2011
CMM München
CIRSE 2011
www.cirse.org

30. September – 01. Oktober 2011
Frankfurt

12. Frankfurter Interdisziplinäres Symposium für innovative Diagnostik und Therapie (FISI)

jetzt gefährdet sein, wies das Bundesgesundheitsministerium jedoch zurück. Es wird spannend werden, zu sehen, wie viele Änderungen der Referentenentwurf noch bis zur Vorlage im Kabinett aufweisen wird.

Rhönkliniken weiter im Aufwind

Der Vorstandsvorsitzende der Rhönkliniken AG, Wolfgang Pföhler, konnte auf der Hauptversammlung Anfang Juni erneut über eine erfreuliche Geschäftsentwicklung berichten. 2010 sei die Zahl der Patienten des privaten Klinikbetreibers mit 2 Millionen über 13% gegenüber 2009 gestiegen. Durch internes Wachstum sei allein eine Steigerung von 7,1% der Patientenzahlen erreicht worden, die zusätzlichen 6,3% seien auf die Akquisitionen neuer Kliniken zurückzuführen. Gegenüber dem Vorjahr konnte ein Umsatzplus von 8,4% erreicht werden. Noch stärker war der Konzerngewinn, der mit 145,1 Millionen Euro eine Steigerung von 10,2% aufwies. Als Prognose für das laufende Geschäftsjahr nannte Pföhler einen Anstieg des Gewinns auf 160 Millionen Euro und verband dies mit dem Hinweis auf eine „freie Kreditlinie“ von 400 Millionen Euro, die für weitere Akquisitionen bereit stünden.

Nach der Ankündigung von Pföhler hat sich das Rhönklinikum für die Zukunft darauf ausgerichtet, von einem

privaten Klinikbetreiber auch zu einem kompetitiven Leistungserbringer in der ambulanten Gesundheitsversorgung zu werden. Dies sei ein strategischer Schwerpunkt für die Unternehmensentwicklung in den kommenden Jahren.

Gegenwärtig und in dem vergangenen Geschäftsjahr hätten bereits Fachkliniken für Altersmedizin und Netzwerke für die Kombination von stationärer und ambulanter Versorgung im Fokus der Akquisitionen gestanden. Hinzu seien noch die Facharzt-MVZ gekommen. In diesem Marktsegment habe das Rhönklinikum Anfang des Jahres eine Mehrheitsbeteiligung an einem augenärztlichen MVZ mit 10 augenchirurgischen Facharztsitzen erworben. Dieses augenärztliche Facharztangebot soll noch in diesem Jahr an 3 weiteren Standorten in Nordrhein-Westfalen sowie an den Kliniken mit augenärztlichen Abteilungen zügig ausgebaut werden. Hierbei handele es sich um eine strategische Investition, da sich nach Meinung von Pföhler die Ophthalmologie zu einem Fachgebiet entwickeln wird, das sich fast ausschließlich zu einer Domäne der ambulanten Medizin ausrichten wird.

Insgesamt ist der Anteil der MVZ-Sparte am Gesamtumsatz des Konzerns noch stark unterrepräsentiert. Die 33 MVZ des Rhönklinikums erwirtschaften mit 22,3 Millionen Euro nicht einmal 1% des Gesamtumsatzes.

Bei den anderen Mitbewerbern aus dem Bereich der privaten Klinikbetreiber sieht es aber auch nicht viel besser aus. So betreiben Helios 23 MVZ, Sana 12 und Asklepios 19. Angesichts der bisher erkennbaren Lesart des Versorgungsstrukturgesetzes muss nach wie vor offen bleiben, wie sich die Akquisition von MVZ für private Klinikbetreiber in den nächsten Jahren entwickeln wird.

RADIOLOGIE – KURZ & BÜNDIG

Warnung vor Thermographieuntersuchungen der Brust

In den letzten Jahren hat eine Reihe von Leistungsanbietern im amerikanischen Gesundheitswesen in Internetauftritten und Broschüren verstärkt die thermographische Untersuchung der Brust als Ersatz für eine Mammographie beworben. Dabei wurde die Thermographie als berührungsfreie Untersuchungsmethode (ohne Kompression der Brust), die ohne die Strahlenbelastung der Mammographie durchgeführt werden kann, beworben. In dem Werbematerial heißt es: Durch die Infrarotdiagnostik könne durch Darstellung der Stoffwechselaktivität und Durchblutung der Brustdrüse eine besonders frühe Diagnose von Tumoren erreicht werden. Dem gegenüber können beim Mammographie-Screening Karzinome erst dann erkannt werden, wenn es bereits zu Kalkeinlagerungen in das Tumorgewebe gekommen sei. Zusätzlich wurde in der Werbung angemerkt, dass sich durch die Kompression der Brustdrüse bei der Mammographie Krebszellen von einem Tumor ablösen und sich anschließend in anderen Organen ausbreiten könnten.

Diese fragwürdige Werbung hat die FDA veranlasst, in konzertierter Aktion mit der American Cancer Society, dem Center of Disease Control und Prevention und dem National Cancer Institute eine Stellungnahme und einen Warning Letter an die Verursacher der Werbung heraus zu geben. In diesem Schreiben heißt es: „Die Thermographie ist kein Ersatz für das Mammographie-Screening und sollte auf keinen Fall für die Brustkrebsdiagnostik eingesetzt werden. Der FDA sind keine wissenschaftlichen Daten bekannt, die belegen, dass Thermographiegeräte bei alleiniger Nutzung als Screening-

methode zur Diagnose des frühen Brustkrebses oder anderer Erkrankungen der Brust geeignet wären. Die FDA und die medizinischen Fachgesellschaften haben erhebliche Bedenken, dass Frauen durch eine thermographische Untersuchung von dem wissenschaftlich evaluierten Mammographie-Screening abgehalten werden könnten und hierdurch eine rechtzeitige Diagnose eines Mammakarzinoms verzögert werden kann.“

Therapiekontrolle der rheumatoiden Arthritis mit MRT

Für Patienten mit Erkrankungen des entzündlich-rheumatischen Formenkreises, die nicht mehr zufriedenstellend mit dem klassischen Instrumentarium der Arzneimitteltherapie (Nicht-steroidale Antirheumatika, Glukokortikoide und Disease-modifying antirheumatic drugs – DMARDs) behandelt werden können, stehen seit ca. 10 Jahren sogenannte Biological DMARDs zur Verfügung.

Dabei handelt es sich um monoklonale Antikörper, die den TNF-alpha Rezeptor blockieren sowie den gentechnisch hergestellten löslichen TNF-alpha Rezeptor. Diese werden auch in Kurzform Biologicals genannt und können direkt die proinflammatorischen Zytokine bei Kollagenosen blockieren. Die am häufigsten eingesetzten Substanzen sind Infliximab und Etanercept. Mittels MRT und gleichzeitiger Applikation von Kontrastmitteln wurde in einer Reihe von klinischen Studien geprüft, inwieweit die Entzündungsaktivitäten gehemmt wurden, und so eine Progression der Erkrankung vermindert werden kann. So konnte beispielsweise bei Patienten mit ankylosierender Spondylitis, bei denen die klassische Therapie nicht mehr zufriedenstellend war und erstmals Biologicals eingesetzt wurden, schon zwei Wochen nach Beginn der

Therapie mit Etanercept bzw. Infliximab ein deutlicher Rückgang der Entzündungszeichen nachgewiesen werden. Die Reduktion der Entzündung im MRT zeigte gleichzeitig eine ausgezeichnete Korrelation mit dem Rückgang der klinischen Symptome und den in der Labordiagnostik bestimmten erhöhten Biomarkern. Für die MRT-Diagnostik bietet sich somit ein neues Indikationsgebiet für die Frühdiagnostik, das Therapie-Monitoring und das Scoring bei entzündlich rheumatischen Erkrankungen an. Es zeichnet sich ab, dass die MRT-Untersuchung ein genaueres und individuelleres Monitoring als die klinische Symptomatik und Labordiagnostik erwarten lässt.

Neupositionierung der Niederfeld-MRT?

Sogenannte Hochfeldkernspintomographen arbeiten aktuell üblicherweise mit Magnetfeldstärken von 1-3 Tesla und sind aus einer Spule aufgebaut. Als Niederfeldkernspintomographen werden Geräte mit einer Magnetfeldstärke von 0,1 bis 0,5 Tesla bezeichnet und bestehen aus einem Permanentmagneten.*

Obwohl die dedizierten Niederfeld-MRT-Systeme schon seit Jahren verfügbar sind, wurden sie nur sehr zögerlich in der Radiologie eingesetzt. Der Hauptgrund dafür dürfte die Meinung sein, dass die Qualität dieser Gerätetechnik nicht befriedigend sei. In den letzten Jahren ist die Niederfeld-MRT jedoch erheblich weiter entwickelt worden und weist z.B. in der Gelenkdiagnostik Leistungseigenschaften auf, die denen der Hochfeldsysteme so nahe kommen, dass Unterschiede in der Bildqualität nur noch schwer zu erkennen sind. Neue Imaging-Plattformen verfügen über 3D-Steady-State Sequenzen, neue fettunterdrückende Sequenzen und Spezialsequenzen zur Beurteilung des Knorpels. Diese neuen Ausstattungs-

merkmale werfen die Frage auf, ob es aus wirtschaftlichen Gründen noch gerechtfertigt ist, kleine Gelenke in einem Ganzkörperhochfeld-MRT-System zu untersuchen, da in der Regel die Kosten für die Hochfelddiagnostik höher sind als die Vergütung.

In einer aktuellen Stellungnahme kommt die Kommission „Bildgebende Verfahren“ der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie zu folgendem Fazit: „Die Niederfeld-MRT-Technologie stellt aufgrund der bekannten Vorteile (z.B. hoher Patientenkomfort, kostengünstige Anschaffungs- und Betriebskosten, geringer Platzbedarf, einfachere Durchführung) eine große Bereicherung im diagnostischen Armentarium für den Rheumatologen dar. Indikationen für den Einsatz der MRT-Diagnostik liegen insbesondere bei der Frühdiagnostik von Synovialitis-Ödem und Erosionen. Der Stellenwert der MRT-Diagnostik – hier am Beispiel der Niederfeld-MRT – wird daher in den kommenden Jahren steigen.

Ein erhebliches Hindernis für die baldige Marktdurchdringung der Niederfeld-MRT ist in der Tatsache zu sehen, dass die Untersuchungsmethode für die Anwendung der GKV (noch) nicht zugelassen ist. Niederfeld-MRT-Untersuchungen können jedoch von Radiologen und von entsprechend geschulten Rheumatologen im PKV-Bereich durchgeführt werden. Die Honorierung pro Niederfeld-MRT-Untersuchung bei der PKV liegt bei ca. 475 € (ohne Kontrastmittelkosten).

*Quelle: Vergleich der Wertigkeit der Niederfeld-MRT und der Projektionsradiographie für die Diagnose von Hand- und Handgelenksverletzungen. Dissertation. Ruth Falb, Institut für Klinische Radiologie der Universität München, 2010, Seite 28

ARZTHONORAR

Fall auf Fall: Der Krankheitsfall, der Behandlungsfall, der RLV-relevante Fall, der Arztfall, der RLV-relevante Arztfall

In der täglichen Praxis geht der Radiologe davon aus, dass mit der Behandlung eines Patienten und der Abrechnung der erbrachten Leistungen allgemein ein „Fall“ generiert wird. Die Bürokratie der Selbstverwaltung hat aber eine äußerst subtile Differenzierung der Fälle vorgenommen, die für die Abrechnung bzw. Vergütung auch der von Radiologen erbrachten Leistungen einige Bedeutung hat. Nachfolgend werden deshalb die möglichen Fallkonstellationen dargestellt mit Erläuterungen der für Radiologen wichtigen Aspekte.

Der Krankheitsfall

Ein Krankheitsfall beinhaltet alle bei einem Patienten im Zeitraum eines Jahres erbrachten Leistungen, auch in Gemeinschaftspraxen, wenn mehrere Ärzte in die Behandlung eines Patienten einbezogen sind. Im EBM sind einige Leistungspositionen in der Berechnungshäufigkeit auf einmal im Krankheitsfall begrenzt. Für Radiologen ist diese Begrenzungsregelung für die Abrechnung radiologischer Leistungen ohne Bedeutung.

Der Behandlungsfall

Ein Behandlungsfall beinhaltet alle bei einem Patienten im Laufe eines Quartals durch einen Arzt (eine Praxis) erbrachten Leistungen. Auch in Gemeinschaftspraxen liegt nur ein Behandlungsfall vor, wenn mehrere Ärzte der Gemeinschaftspraxis im Laufe eines Quartals denselben Patienten behandeln. Für Radiologen ist der Behandlungsfall vornehmlich für die Berechnung der Konsiliarpauschalen nach den Nrn. 24210 bis 24212 von Bedeutung, da diese Positionen nur einmal im Behandlungsfall bei einem Patienten berechnet werden können, auch in Gemeinschaftspraxen. Das-

selbe gilt für Nuklearmediziner für die Konsiliarpauschale Nr. 17210.

Aber: Sind in einer Gemeinschaftspraxis sowohl Radiologen als auch Nuklearmediziner tätig, kann bei der Behandlung desselben Patienten im Laufe des Quartals der Nuklearmediziner die Konsiliarpauschale Nr. 17210 und der Radiologe eine der Konsiliarpauschalen 24210 bis 24212, je nach Alter des Patienten, abrechnen.

Der RLV-relevante Behandlungsfall

Während der Krankheits- und Behandlungsfall schon seit Jahren definiert sind, wurde mit der Einführung der Regelleistungsvolumen eine zusätzliche Fallart generiert: Der RLV-relevante Behandlungsfall.

Ein RLV-relevanter Behandlungsfall umfasst alle Leistungen des RLV, die bei einem Patienten im Laufe eines Quartals erbracht und abgerechnet werden, auch in Gemeinschaftspraxen. Die Beachtung der Definition ist von Bedeutung, weil u.U. die Gesamtfallzahl der Praxis deutlich höher liegen kann als die Zahl der RLV-relevanten Fälle. Werden nämlich bei einem Patienten ausschließlich Leistungen abgerechnet, die nicht zum RLV (oder den QZV) gehören, resultiert daraus zwar ein Behandlungsfall, aber kein RLV-relevanter Behandlungsfall. Werden z.B. bei einer Patientin ausschließlich Leistungen der präventiven Mammographie erbracht und damit Leistungen, die nicht zum RLV gehören, liegt kein RLV-relevanter Fall vor mit der Folge, dass dieser Fall nicht für die Berechnung des RLV-Honorarvolumens berücksichtigt wird, weil sich das RLV-Honorarvolumen durch Multiplikation des RLV-Fallwertes mit der RLV-relevanten Fallzahl ergibt.

Der Arztfall

Ein Arztfall beinhaltet alle von einem Arzt unter dessen Arztnummer abgerechneten Leistungen bei demselben Patienten innerhalb eines Quartals.

Daraus ergibt sich, dass ein Behandlungsfall in einer Gemeinschaftspraxis mehrere Arztfälle ergeben kann.

Beispiel: In einer radiologischen Gemeinschaftspraxis wird ein Patient zunächst von Arzt A behandelt, der die Konsiliarpauschale und ggf. zusätzlich Röntgenleistungen abrechnet. Eine weitere Konsultation in demselben Quartal erfolgt durch Arzt B der Gemeinschaftspraxis, der seinerseits z.B. sonographische Leistungen oder weitere radiologische Leistungen bei dem Patienten erbringt. Arzt A und Arzt B rechnen die erbrachten Leistungen jeweils unter ihrer Arztnummer ab, insgesamt liegt somit ein Behandlungsfall, aber zwei Arztfälle vor.

Der RLV-relevante Arztfall

Die jüngste Kreation zur Definition verschiedener Fälle ist der RLV-relevante Arztfall. In Analogie zum RLV-relevanten Behandlungsfall beinhaltet ein RLV-relevanter Arztfall alle Leistungen des RLV (und der QZV), die von einem Arzt im Laufe eines Quartals unter seiner Arztnummer bei einem Patienten abgerechnet werden.

Im Umkehrschluss liegt somit auch nur dann ein RLV-relevanter Arztfall vor, wenn ein Arzt unter seiner Arztnummer Leistungen aus dem RLV bzw. einem QZV im Laufe des Quartals abrechnet.

Für Radiologen, die überwiegend in Gemeinschaftspraxen tätig sind, ist die Unterscheidung zwischen Arztfall und RLV-relevantem Arztfall von eminenter Bedeutung, weil zur Errechnung des Kooperationsgrades und damit zur Gewährung des Zuschlags auf das Regelleistungsvolumen (RLV) nur die RLV-relevante Arztfallzahl berücksichtigt wird.

Für die Gewährung des Zuschlags auf das RLV ist ab dem 3. Quartal 2011 der Kooperationsgrad – die Zahl der von mehreren Ärzten der Gemein-

schaftspraxis behandelten Patienten – ausschlaggebend. Der Kooperationsgrad wird nach folgender Formel berechnet:

Summe der RLV-relevanten Arztfälle der Praxis geteilt durch die Summe der RLV-relevanten Behandlungsfälle, minus 1, mal 100.

Wichtig: Sind in einer Gemeinschaftspraxis mit nur einem Standort ausschließlich Radiologen tätig, wird der Kooperationsgrad von 10 % angesetzt, unabhängig von der Zahl der gemeinsam behandelten Patienten und auch unabhängig von der Zahl der beteiligten Radiologen.

Der Zuschlag zum RLV in Abhängigkeit vom Kooperationsgrad wird angewendet bei Gemeinschaftspraxen mit mehreren Standorten (auch bei fachgleichen Gemeinschaftspraxen) sowie bei allen Gemeinschaftspraxen mit Beteiligung verschiedener Facharztgruppen, so z.B. bei Gemeinschaftspraxen zwischen Radiologen und Nuklearmedizinern.

Beispiel: Eine Gemeinschaftspraxis eines Radiologen mit einem Nuklearmediziner hat 2.000 RLV-relevante Behandlungsfälle. Der Radiologe hat 1.500 RLV-relevante Arztfälle, der Nuklearmediziner 800. Diese GP hat somit zusammen 2.300 RLV-relevante Arztfälle und damit deutlich mehr als Behandlungsfälle, weil ein Teil der Patienten von beiden Ärzten behandelt wurde.

Für den Kooperationsgrad in Prozent ergibt sich:

$2.300 \text{ geteilt durch } 2.000 = 1,15 \rightarrow 1,15 - 1 = 0,15 \times 100 = 15\%$

Die Praxis hat einen Kooperationsgrad von 15%, es wird ein RLV-Zuschlag von 15% gewährt.

Kooperationsgrad in %	RLV-Zuschlag in %
0 bis unter 10	0
10 bis unter 15	10
15 bis unter 20	15
20 bis unter 25	20
25 bis unter 30	25
30 bis unter 35	30
35 bis unter 40	35
Über 40	40

Um einen möglichst hohen Zuschlag auf das RLV in Gemeinschaftspraxen zu erzielen, ist somit darauf zu achten, dass die RLV-relevante Arztfallzahl möglichst hoch ausfällt. RLV-relevante Arztfälle haben einige Tücken: Werden von einem Arzt unter seiner Arztnummer keine Leistungen aus dem RLV bzw. den QZV abgerechnet, liegt zwar ein Arztfall, aber kein RLV-relevanter Arztfall vor. Das ist der Fall, wenn ein Arzt unter seiner Arztnummer z.B. nur Leistungen der präventiven Mammographie abrechnet, ausschließlich Laborleistungen (z.B. RIA's), nur Kostenpauschalen aus Kapitel 40 des EBM oder nur strahlentherapeutische Leistungen.

Wichtig: Relativ häufig ergibt sich in Gemeinschaftspraxen die Konstellation, dass zunächst ein Arzt konsultiert wird, der eine Konsiliarpauschale und ggf. weiter erbrachte Leistungen abrechnet. Bei einem späteren Kontakt mit demselben Patienten in demselben Quartal erbringt ein weiterer Arzt z.B. lediglich eine Beratung, für die sich für den zweiten in Anspruch genommenen Arzt keine Abrechnungsmöglichkeit nach dem EBM ergibt, weil alle Beratungen im Laufe eines Quartals mit der Berechnung der Konsiliarpauschale abgegolten sind. Viele KVen haben für diese Konstellation eine besondere Symbolnummer eingeführt, die von dem weiteren in Anspruch genommenen Arzt oder Gemeinschaftspraxis unter seiner Arztnummer berechnet wird. In anderen KVen, bei denen keine derartige Sym-

bolnummer vereinbart wurde, wird empfohlen, dass weiter in Anspruch genommene Ärzte einer Gemeinschaftspraxis den Wirtschaftlichkeitsbonus Labor Nr. 32001 notieren, um so den zusätzlichen Arztfall zu dokumentieren. Hintergrund dafür ist, dass die Praxis-EDV in der Regel einen Arztkontakt unter alleiniger Angabe des Behandlungsdatums nicht annimmt, sondern nur dann, wenn zusätzlich eine Abrechnungsposition eingegeben wird.

Werden keine weiteren Leistungen abgerechnet, handelt es sich bei diesen Fällen zwar um Arztfälle, aber nicht um RLV-relevante Arztfälle, sie werden bei der Ermittlung des Kooperationsgrades nicht berücksichtigt.

Fazit

Die Zuschläge zum Regelleistungsvolumen sind insbesondere in den KVen von Bedeutung, in denen der RLV-Fallwert relativ hoch ausfällt, weil Leistungsbereiche, für die in anderen KVen gesonderte QZV gebildet wurden, in die RLV integriert sind. So haben die KVen Baden-Württemberg, Brandenburg, Bremen, Rheinland-Pfalz, Saar und Thüringen relativ hohe RLV-Fallwerte, während die KVen Bayern, Berlin, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe im Vergleich zu den anderen niedrigere RLV-Fallwerte haben, weil in diesen KVen größere Leistungsbereiche über QZV vergütet werden.

Aber: Der Bewertungsausschuss hat es den KVen freigestellt, auch für die QZV Zuschläge in Abhängigkeit vom Kooperationsgrad zu gewähren. Jeder Radiologe sollte somit darauf achten, ob in seiner KV auch Zuschläge für QZV gewährt werden.

Im Laufe eines jeden Quartals ist somit in fachgleichen Gemeinschaftspraxen mit mehreren Standorten sowie in allen Gemeinschaftspraxen mit verschiedenen Facharztgruppen darauf zu achten, dass bei mehrfachen Konsultationen eines Patienten im Laufe des Quartals und Behandlung durch verschiedene Ärzte der Gemeinschaftspraxen jeder der in Anspruch genommenen Ärzte RLV-relevante Leistungen unter seiner Arztnummer abrechnet. Das können radiologische Leistungen, sonographische Leistungen, nuklearmedizinische Leistungen usw. sein, aber auch Leistungen, die von Radiologen primär nicht berücksichtigt werden, nämlich der Verwaltungskomplex Nr. 01430 und die Bereitschaftspauschale Nr. 01435.

Der Verwaltungskomplex Nr. 01430 kann z.B. berechnet werden, wenn auf Anordnung eines Arztes der Gemeinschaftspraxis Anordnungen durch das Praxispersonal an Patienten weitergegeben werden, wenn Überweisungsscheine oder Rezepte ausgestellt werden. Die Berechnung des Verwaltungskomplexes Nr. 01430 ist nur in demselben Arztfall von einer Berechnung neben einer Konsiliarpauschale ausgeschlossen, so dass in einer Gemeinschaftspraxis z.B. Arzt A eine Konsiliarpauschale berechnen kann und Arzt B den Verwaltungskomplex Nr. 01430, woraus für Arzt B ein RLV-relevanter Arztfall resultiert.

Dasselbe gilt für die Bereitschaftspauschale Nr. 01435, wenn ein weiterer Arzt der Gemeinschaftspraxis telefonisch von einem Patienten in Anspruch genommen wird oder einen mittelbaren Kontakt (mit Angehörigen des Patienten) hat und damit die Nr. 01435 berechnet, die ebenfalls nur in demselben Arztfall neben der Berechnung einer Konsiliarpauschale ausgeschlossen ist.

Die Beachtung der verschiedenen Fallkonstellationen ist somit auch in

radiologischen Praxen, insbesondere für Gemeinschaftspraxen, wichtig, da hiervon das RLV-Honorarvolumen insgesamt und der Zuschlag auf das RLV nach dem Kooperationsgrad abhängig sind.

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.