

## Ausgabe 2 | Juli 2010

Kommende Kongresstermine Seite 2

### GESUNDHEITSPOLITIK

Koalition einigt sich auf Eckpunkte für eine Gesundheitsreform Seite 1

Breite Kritik an den Gesundheitsplänen der Koalition Seite 1

Weitere Sparvorschläge angekündigt Seite 2

20 Medikamente verursachen 20 Prozent der Arzneimittelkosten Seite 2

### RADIOLOGIE – kurz & bündig

Mamma-Ca: Schonendere Begleittherapien bei Lumpektomie Seite 2

Nach fünf Jahren: Positive Bilanz für Mammographie-Screening Seite 3

Hybrid-Bildgebung auf dem Vormarsch Seite 3

Neuer Radiotracer zur Frühdiagnose des M. Alzheimer Seite 4

Beckenfrakturen häufig übersehen Seite 4

### ARZTHONORAR

RLV und QZV: Jede KV mit eigener Beschlussfassung Seite 5

RLV-Problem Seite 5

Honorarvergleich vorher/nachher Seite 5

Praxisbesonderheiten Seite 6

Fazit Seite 6

Jetzt auch für Radiologen: Praxisbudgets ahoi! Seite 6

## GESUNDHEITSPOLITIK

### Koalition einigt sich auf Eckpunkte für eine Gesundheitsreform

Nach monatelangem Streit hat sich die schwarz-gelbe Koalition auf Eckpunkte eines Reformpakets für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) verständigt. Die Versichertenbeiträge steigen und eine Sparrunde für Ärzte ist vorgesehen.

Das Reformpaket sieht eine Anhebung des GKV-Beitragssatzes von 14,9 auf 15,5 Prozent vor. Dadurch erwartet sich die Koalition Mehreinnahmen von sechs Milliarden Euro. Arbeitnehmer und Arbeitgeber teilen sich die Erhöhung. Nach dieser Erhöhung werde der Arbeitgeberanteil bei 7,3 Prozent festgeschrieben, sagte Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) in Berlin. Alle künftigen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen würden "in die Zusatzbeiträge hineingehen".

Die Obergrenze für den Zusatzbeitrag, die derzeit bei einem Prozent des Bruttolohns liegt, soll fallen. Die Kassen sollten künftig selber entscheiden, wie viel Zusatzbeitrag sie erheben. "Wir mischen uns da nicht mehr ein", so Rösler. Für Geringverdiener und Rentner gebe es einen Sozialausgleich.

Darüber hinaus plant die Koalition Einsparungen bei Krankenkassen, Kliniken, Ärzten und Pharma. Im Jahr 2011 belaufe sich das Einsparvolumen auf 3,5 Milliarden Euro. Im Folgejahr steige die Summe auf vier Milliarden Euro. Der größte Brocken entfällt auf die Pharmaindustrie. Die Koalition sieht sich zum Handeln gezwungen,

da AOK, DAK & Co. im nächsten Jahr ein Defizit von elf Milliarden Euro blüht. "Die kurzfristige Finanzierungsfrage für 2011 haben wir gelöst", betonte Rösler. Die Opposition geißelte die Pläne als völlig unzureichend.

### Breite Kritik an den Gesundheitsplänen der Koalition

Nachdem die Koalition ihre Eckpunkte für eine Gesundheitsreform vorgestellt hat, haben Opposition und Sozialverbände das Konzept weiter scharf kritisiert. Während einer hitzig geführten Aktuellen Fragestunde im Deutschen Bundestag sagte die SPD-Gesundheitsexpertin Marlies Volkmer: „Die Zusatzbeiträge sind die Kopfpauschale, und zwar ohne Sozialausgleich, denn der ist das Papier nicht wert, auf dem er geschrieben steht.“ Die Arbeitgeber müssten sich künftig nicht mehr an den steigenden Kosten im Gesundheitswesen beteiligen. Stattdessen müssten „dramatische Summen“ allein von den Versicherten gestemmt werden. Es gebe nun auch keinen Anreiz mehr, steigende Kosten überhaupt im Zaum zu halten. Denn mit dieser Reform sei „der Deckel vom Topf“. „Und warum bleiben die Leistungserbringer bei den Einsparungen außen vor?“, fragte Volkmer im Hinblick auf die geplanten Zuwachsbeschränkungen bei Ärzten und Krankenhäusern.

„Ob es nun Zusatzbeiträge heißt oder Kopfpauschale, ist völlig egal“, kritisierte Birgit Bender von den Grünen. Es sei ein System der wachsenden Zusatzbeiträge angelegt worden, bei gleichzeitigem Einfrieren des Arbeit-

geberanteils: „Dieser Ausstieg aus dem Solidarsystem ist der falsche Weg.“ Vertreter der Regierungskoalition verteidigten hingegen ihr Konzept. „Die Gefahr von einem Elf-Milliarden-Euro-Defizit im kommenden Jahr ist gebannt“, erklärte der FDP-Gesundheitsexperte Heinz Lanfermann. „Wir haben mit einem sich selbst regulierenden System die Einnahmeseite auf Dauer stabilisiert.“ Der gesundheitspolitische Sprecher der CDU/CSU-Fraktion, Jens Spahn, sprach von einem „fairen Paket“, bei dem auch die Arbeitgeber durch die Anhebung des Arbeitgeberanteils auf 7,3 Prozent mit im Boot seien.

Und der CSU-Gesundheitsexperte Johannes Singhammer erklärte, durch die Reform werde es nun zu keiner Pleitewelle von Krankenkassen kommen. Widerstand gegen die Reformpläne kündigte das Bündnis „Köpfe gegen Kopfpauschale“ an, das vom Deutschen Gewerkschaftsbund (DGB) ins Leben gerufen wurde.

### Weitere Sparvorschläge angekündigt

Nach der Einigung auf höhere Krankenkassenbeiträge will das Bundesgesundheitsministerium über weitere Sparmaßnahmen die Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung verbessern. Staatssekretär Daniel Bahr (FDP) sagte in einem Interview am 7. Juli, es gebe im System „noch viele Effizienzreserven“.

So müsse das Zusammenspiel von stationärer und ambulanter Versorgung zukünftig besser werden und außerdem brauche es mehr Anreize für gesundheitsbewusstes Verhalten. Bahr wies darauf hin, dass auch im Bereich der Krankenhäuser mehr gespart werden könne. Da die Krankenhausplanung aber in den Händen der Bundesländer liege, die sich heftig gegen Einsparungen gewehrt hätten, seien hier „nur schrittweise“ Ergebnisse zu

## Kommende Kongresstermine

24. - 25. September 2010  
Universität Frankfurt/Main

**FISI – 11. Frankfurter Interdisziplinäres Symposium für Innovative Diagnostik und Therapie**

7. - 9. Oktober 2010  
Köln, Gürzenich

**neuroRAD – Jahrestagung der DGNR 2010**

7. - 9. Oktober 2010  
Linz, Design Center

**Österreichisch-Bayerischer Röntgenkongress 2010**

erreichen. Bahr sagte, bis 2014 sei zwar die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung gesichert und es würden keine zusätzlichen Steuerzuschüsse benötigt. Dies nehme die Politik „nicht aus der Pflicht, weiter auf die Kosten zu achten“. Er bestritt darüber hinaus, dass Geringverdiener und Rentner durch die geplante Reform überfordert werden. Schließlich betrage die zusätzliche Belastung nicht mehr als zwei Prozent des Einkommens.

### 20 Medikamente verursachen 20 Prozent der Arzneimittelkosten

20 Medikamente verursachen ein Fünftel der Arzneimittelausgaben. Das belegt der Arzneimittel-Report 2010, den die Barmer/GEK am 16. Juni in Berlin vorstellte. Neue Arzneimittel gegen Rheuma, Krebs, Asthma oder multiple Sklerose erhöhten die Ausgaben der Krankenkassen beträchtlich. Der Arzneimittel-Report 2010 verzeichnete Steigerungsraten von bis zu 25 Prozent bei den 20 Top-Medikamenten. Der durchschnittliche Ausgabenzuwachs für Arzneimittel lag bei sechs Prozent. Barmer-GEK-Vor-

stand Rolf-Ulrich Schlenker warnte eindringlich vor einer Überforderung der gesetzlichen Krankenversicherungen aufgrund der hohen Medikamentenpreise.

„Warum verlangen die Pharmafirmen beispielsweise für das Krebsmittel Glivec in Großbritannien nur 1.800 Euro, in Deutschland aber 2.800 Euro? Durch Innovationsargumente sind solche Preisunterschiede jedenfalls nicht gedeckt“, sagte Schlenker. Von den rund 3,7 Milliarden Euro Arzneimittelkosten der Barmer/GEK für 2009 entfallen rund 20 Prozent oder 700 Millionen Euro auf die Top-20-Präparate. Auf Platz eins und zwei finden sich zwei neue Rheumamittel mit Ausgabensprüngen um bis zu 25 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Auf Platz drei bis fünf liegen Präparate gegen multiple Sklerose mit einem Ausgabenanstieg von zwölf bis 24 Prozent. Für das Krebsmittel Glivec, wurde allein eine Steigerung von 17 Prozent verzeichnet.

## RADIOLOGIE KURZ & BÜNDIG

### Mamma-Ca: Schonendere Begleittherapien bei Lumpektomie

Zwei auf der Jahrestagung der American Society of Clinical Oncology in Chicago vorgestellte Studien könnten die Behandlung des Mammafrühkarzinoms für die betroffenen Frauen wesentlich schonender machen.

In einer Studie wurden den Patientinnen durch eine intraoperative Radiotherapie spätere Bestrahlungstermine erspart. In der anderen Studie verzichteten die Chirurgen nach einer positiven Sentinel-Biopsie auf eine radikale axilläre Lymphadenektomie. Die Behandlungsergebnisse des Mammafrühkarzinoms haben sich in den letz-

ten Jahrzehnten verbessert. Heute wird zumeist auf eine totale Mastektomie zugunsten der brusterhaltenden Lumpektomie verzichtet. Dafür müssen die Frauen sich einer postoperativen Radiotherapie unterziehen. Sie soll eventuell bei der Operation nicht entfernte Tumornester in der Brustdrüse zerstören. Die drei bis sieben Wochen dauernde Radiotherapie stelle für viele Frauen jedoch eine Belastung dar, vor allem, wenn sie berufstätig sind. Und bei älteren Frauen seien die Bestrahlungen häufig gar nicht durchführbar, berichtet eine Gruppe vom University College London. Sie schlägt als Alternative eine gezielte intraoperative Radiotherapie vor. Dabei wird unmittelbar nach der Lumpektomie das Operationsgebiet bestrahlt. Dabei werden nur oberflächliche Gewebeschichten erfasst. Da aber 90 Prozent aller Lokalrezidive auf den Quadranten des Primärtumors entfallen, muss die Beschränkung der Bestrahlung auf das Operationsgebiet nicht unbedingt die Prognose der Patientinnen verschlechtern, hoffen die Autoren. Allerdings ist bekannt, dass das Mammakarzinom in der Frühphase Satelliten in anderen Quadranten haben kann, die aber möglicherweise durch die adjuvante Chemotherapie erfasst werden. Diese Hypothese musste wissenschaftlich geprüft werden. Sie war Gegenstand des „targeted intraoperative radiotherapy trial“ oder TARGIT-Studie, an der an 28 Zentren in 9 Ländern (darunter Deutschland) 2.232 Patientinnen teilnahmen. Die Frauen waren im Durchschnitt 63 Jahre alt, und 86 Prozent der Tumoren waren kleiner als 2 cm. Die Patientinnen wurden auf eine intraoperative oder eine postoperative Radiotherapie randomisiert. Von den 996 Patientinnen, die eine gezielte intraoperative Radiotherapie erhalten hatten, entwickelten in den ersten vier Jahren nur 6 ein Lokalrezidiv. Zu berücksichtigen ist, dass bei 142 der 996 Frauen auf die intraoperative Radio-

therapie später noch eine postoperative folgte, weil der Befund der Randschnitte positiv war oder bei einer Nachuntersuchung weitere Krebsherde entdeckt wurden.

Die gezielte intraoperative Radiotherapie erspart den Patientinnen nicht nur viele Wege zu den postoperativen Bestrahlungsterminen, sie war auch besser verträglich. Zu einer schweren Radiotoxizität (Radiation Therapy Oncology Group grade 3) kam es nur bei sechs Patientinnen (0,5 Prozent) gegenüber 23 Patienten (2,1 Prozent) unter der postoperativen Bestrahlung, wie aus der Publikation im Lancet (Juli 2010) hervorgeht.

### Nach fünf Jahren: Positive Bilanz für Mammographie-Screening

**E**in positives Fazit hat die Kooperationsgemeinschaft Mammographie nach fünf Jahren Screening in Deutschland gezogen. Etwa 9,2 Millionen Frauen seien bis Dezember 2009 bundesweit zum Mammographie-Screening eingeladen worden. Am Programm teilgenommen hätten circa 4,9 Millionen. Damit sei mehr als jede zweite Frau dem Angebot zur Früherkennung von Brustkrebs gefolgt. „Bei der Bekämpfung von Brustkrebs haben wir in den letzten Jahren große Fortschritte erzielt“, sagte Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) anlässlich einer Festveranstaltung in Berlin. Er betonte, dies sei ein guter Anfang, „aber wir müssen noch mehr Frauen überzeugen. Überzeugen durch Information und Aufklärung.“

„Mit dem Mammographie-Screening kann Brustkrebs so frühzeitig erkannt werden, dass Frauen beste Chancen für eine Heilung haben“, sagte Wolfgang Aubke, Beiratsvorsitzender der Kooperationsgemeinschaft Mammographie. Mehr als drei Viertel der Frauen, bei denen Brustkrebs im Rahmen des Mammographie-Screenings

entdeckt werde, hätten noch keine befallenen Lymphknoten und keine Metastasen entwickelt. Neben den besseren Heilungschancen profitierten sie von einer weniger belastenden und meistens brusterhaltenden Therapie. „In Deutschland gab es noch nie eine qualitativ so hochwertige und zuverlässige Brustkrebsfrüherkennung wie das Mammographie-Screening-Programm“, so Aubke. Im April 2005 starteten in Deutschland die ersten Screening-Einheiten im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms. Anfang 2009 nahm die letzte von insgesamt 94 Screening-Einheiten ihren Betrieb auf.

### Hybrid-Bildgebung auf dem Vormarsch

**H**ybrid-Bildgebung - z.B. PET/CT - vereint die Vorteile sich ergänzender Methoden im gleichen Untersuchungsgang. Durch Hybrid-Bildgebung steigt die Qualität, daher sind solche Verfahren bei vielen Fragestellungen Goldstandard. PET/CT zum Beispiel, die Kombination aus Positronenemissionstomografie (PET) und CT, wird in der Diagnostik bei Tumorpatienten immer wichtiger. Dennoch hinkt die Entwicklung in Deutschland dem internationalen Trend hinterher, sagen Nuklearmediziner. Durch PET mit dem Positronenstrahler FDG (Fluor-18-markierte Glukose) lässt sich der gesteigerte Zuckerstoffwechsel in Tumorzellen darstellen. Die Kombination mit einer Ganzkörper-CT ermöglicht zudem eine exakte morphologische Zuordnung.

Eine Analyse von Daten aus 41.000 PET/CT-Untersuchungen in 1.300 US-amerikanischen Kliniken hat belegt: Bekommen Tumor-Patienten zum Staging oder Re-Staging nach Therapie anstelle einer CT eine PET/CT, so ändert sich durch die gewonnenen Zusatzinformationen bei etwa jedem dritten Patienten die Therapieplanung. Das gelte bei fast allen unter-

suchten Tumorarten. Unnötige Operationen, z.B. bei Patienten mit Fernmetastasen, die durch die CT allein nicht entdeckt werden, lassen sich so vermeiden.

Eine PET/CT-Untersuchung kostet etwa 1.300 Euro. Paradoxaerweise lassen sich damit die Gesamtkosten senken, etwa wenn sich eine geplante Operation oder Chemotherapie durch eine PET/CT als unnötig erweisen sollte. Denn zu den Regelleistungen der GKV gehört bislang lediglich die PET/CT zur Diagnostik bei unklaren Lungenrundherden und zum Staging bei Bronchial-Ca. Dafür hatte der gemeinsame Bundesausschuss (GBA) bereits 2005 grünes Licht gegeben. Britische Kollegen etwa haben in einer Studie 161 Patienten mit Verdacht auf ein Lungenkarzinom, mit konventioneller CT und PET/CT untersucht. Ergebnis: In der PET/CT waren bei 25 Patienten (16 Prozent) Metastasen sichtbar, die mit CT allein nicht identifizierbar waren. Beim Lymphknotenbefall lag die PET/CT bei 78 Prozent der Patienten richtig, die alleinige CT nur bei 65 Prozent.

Bei anderen Tumorarten werden die Kosten nur nach vorheriger Einzelfallprüfung übernommen. Zum Staging bei Lymphomen etwa stehe die Aufnahme in den GKV-Regelleistungskatalog noch aus. Schon 2004 konnten Nuklearmediziner der Uniklinik Essen in einer Studie mit 27 Patienten in der Lymphom-Erstdiagnostik eine Sensitivität von 93 Prozent für die PET/CT belegen. Bei alleiniger CT-Diagnostik lag die Sensitivität bei 78 Prozent, mit PET allein bei 86 Prozent. Die Spezifität betrug für die PET/CT 96, für CT allein 61 und für PET allein 78 Prozent.

Dänische Onkologen haben zudem den Nutzen der PET/CT zur Bewertung des Ansprechens auf eine Chemotherapie bei Lymphom-Patienten untersucht. Eine Kontrolle per PET/CT nach zwei Therapiezyklen hilft dabei zu unterscheiden, bei welchen Patienten weitere Zyklen erspart werden

können und bei welchen Patienten die Behandlung intensiviert werden muss.

### Neuer Radiotracer zur Frühdiagnose des M. Alzheimer

US-Forscher haben einen neuen Radiotracer für die Positronen-Emissions-Tomographie (PET) gefunden, der eine Alzheimer-Demenz erkennen kann. Lange Zeit war eine exakte Diagnose des Morbus Alzheimer erst post mortem durch den Pathologen möglich. Dabei zeigt sich dann immer wieder, dass selbst versierte Kliniker die Erkrankung nicht von anderen Demenzformen unterscheiden können. Seit einiger Zeit gibt es mit „BIB“ einen Tracer für die PET: BIB markiert dabei die Beta-Amyloid-Moleküle, deren Ablagerung in den Hirnzellen die Alzheimer-Demenz auslöst.

Da der Tracer BIB eine Halbwertszeit von nur 20 Minuten hat, ist die Anwendung für die meisten Kliniken nicht möglich. Wissenschaftler von der Universität Philadelphia haben jetzt einen langlebigeren Tracer entwickelt: Florbetapir F18 hat eine Halbwertszeit von 110 Minuten.

Er bindet wie BIB am Beta-Amyloid und konnte in einer ersten Studie im Journal of Nuclear Medicine (2010; 51: 913-920) sicher zwischen der Alzheimer-Demenz und gesunden Menschen unterscheiden. Die Untersuchung dauert 90 Minuten: Dabei kommt es zu einer allmählichen Anreicherung im Precuneus sowie im Frontal- und Temporallappen.

Die Wissenschaftler haben inzwischen ein eigenes Unternehmen (Avid Radiopharmaceuticals) gegründet, das auch eine Zulassung des Test bei der FDA erreichen will. Interessant wäre der Test allerdings erst, wenn es gelänge, die Erkrankung auch im Frühstadium zu erkennen.

Amyloid-Ablagerungen gibt es beim

Morbus Alzheimer nicht nur im Gehirn, sondern auch in der Retina des Auges, wie Forscher vom Maxine Dunitz Neurosurgical Institute in Los Angeles herausgefunden haben. Die Ablagerungen waren post mortem bei Patienten mit fortgeschrittenem Morbus Alzheimer, in einigen Fällen aber auch bei Menschen im Frühstadium der Erkrankung nachweisbar.

Bei gentechnisch konditionierten Mäusen, einem tierexperimentellen Modell des Morbus Alzheimer, konnten sie auch von außen mikroskopisch direkt beobachtet werden. Dazu wurde den Mäusen zuvor der Farbstoff Curcumin intravenös injiziert. Er gelangt über den Blutkreislauf in die Retina und lagert sich in den Läsionen ab. Die Untersuchung ist nicht invasiv und bei den Mäusen bestand eine gute Korrelation mit den Veränderungen im Gehirn, wie die Forscher in NeuroImage berichten. Da Curcumin bereits in der Lebensmittelindustrie als Farbstoff breit eingesetzt wird, dürfte der Test die toxikologischen Studien ohne allzu großen Aufwand durchlaufen.

### Beckenfrakturen häufig übersehen

Konventionelle Röntgenaufnahmen können bei Traumatpatienten Knochenverletzungen von Becken oder Hüfte nicht sicher ausschließen. In einer retrospektiven Studie im American Journal of Roentgenology (2010; 194: 1054-1060) wurde ein Drittel aller Frakturen übersehen.

Die Studie umfasst 92 Patienten einer Notfallaufnahme der Duke Universität in Durham/North Carolina, die über Schmerzen im Bereich von Hüfte oder Becken klagten. Bei allen wurde zunächst eine konventionelle radiologische Diagnostik durchgeführt. Zwei Radiologen konnten bei 13 dieser Patienten keine Fraktur entdecken, doch die folgende kernspintomographische Bildgebung ergab, dass bei 13 dieser

Patienten 23 Frakturen vorlagen. Umgekehrt konnte die kernspintomographische Diagnose den Verdacht einer Fraktur, der aufgrund der Röntgenaufnahmen geäußert wurde, bei 11 Patienten nicht bestätigen. Und bei den anderen Patienten mit Frakturen im Röntgenbild wurden auf den kernspintomographischen Aufnahmen 12 weitere Beckenfrakturen entdeckt. Die Autoren um Charles Spritzer raten deshalb, bei einem begründeten Verdacht auf eine Fraktur im Becken- oder Hüftbereich stets eine Kernspintomographie durchzuführen.

## ARZTHONORAR

### RLV und QZV: Jede KV mit eigener Beschlussfassung

Der Bewertungsausschuss hat in seinem Beschluss zur Bildung von Regelleistungsvoluma (RLV) und Qualitätsgebundenen Zusatzvolumina (QZV) ab dem 3. Quartal 2010 nur ein grobes Schema vorgegeben und den KVen eine Vielzahl von Gestaltungsmöglichkeiten eingeräumt. So können die KVen zusätzliche QZV bilden oder auch mehrere QZV zusammenfassen, ggf. können sie zunächst auch ganz auf die Bildung von QZV verzichten, eine Möglichkeit, von der einige KVen Gebrauch gemacht haben.

Wie nicht anders zu erwarten, haben die KVen regional die unterschiedlichsten Regeln zur Einführung der QZV beschlossen. Eine Vorgabe des Bewertungsausschusses wurde allerdings in allen KVen, die QZV beschlossen haben, übernommen: Das RLV und die QZV sind beliebig untereinander verrechnungsfähig, Über- und Unterschreitungen werden gegenseitig verrechnet.

Die unterschiedlichen Beschlüsse zur Einführung der QZV in den einzelnen KVen machen es unmöglich, einen tabellarischen Vergleich zu erstellen, in

welchem Umfang den Radiologen z.B. CT-Leistungen in der einen oder anderen KV vergütet werden. Während einzelne KVen sich eng an die Beschlussvorgabe des Bewertungsausschusses gehalten und bis zu 8 QZV für Radiologen beschlossen haben (z.B. KV Sachsen-Anhalt), führen andere KVen die bisherige RLV-Systematik nahezu unverändert fort. So hat z.B. die KV Saarland für die bisher freien, außerhalb der RLV berechnungsfähigen Leistungen insgesamt nur ein QZV gebildet, welches auf der Basis der in 2008 abgerechneten Leistungen praxisindividuell berechnet wird. Andere KVen „quotieren“ die radiologischen QZV arztgruppenspezifisch (z.B. KV-Westfalen-Lippe). Auf der Basis des für radiologische Leistungen zur Verfügung stehenden Honorarvolumens im Vergleich zur tatsächlichen Leistungsanforderung wird in der KV-WL eine arztgruppenspezifische Quote gebildet. Dem einzelnen Radiologen wird in der KV-WL von der individuellen Leistungsanforderung des 3. Quartals 2009 nur eine bestimmte Quote als Volumen für das 3. Quartal 2010 zur Verfügung gestellt. Je nach QZV ist diese Quote in der KV-WL unterschiedlich, für CT-Leistungen beträgt sie z.B. 73,52 Prozent, für die interventionelle (angiologische) Radiologie dagegen liegt sie mit 93,41 Prozent deutlich höher. Dem einzelnen Arzt wird max. eine bestimmte Quote von der Leistungsanforderung aus dem Vorjahresvergleichsquartal vergütet. Dabei handelt es sich um die vom Arzt im Vergleichsquartal 2009 angeforderte Leistungsmenge, nicht um die tatsächliche Vergütung, denn auch im Vorjahresvergleichsquartal wurden den Radiologen nicht alle angeforderten Leistungen vollständig vergütet.

### RLV-Problem:

Die meisten Radiologen sind in Berufsausübungsgemeinschaften (Gemeinschaftspraxen oder MVZ) niedergelassen. Diesen wird bekanntlich ein Zuschlag von 10 bis maximal 40 Prozent auf das RLV gewährt, Radiologen jedoch zumeist nur 10 Prozent, weil in radiologischen Gemeinschaftspraxen überwiegend nur eine Fachgruppe vertreten ist. Sind 3 verschiedene Fachgruppen in einer radiologischen Gemeinschaftspraxis tätig, würde der Zuschlag 15 Prozent betragen, bei 4 Arztgruppen 20 Prozent usw. - eine Kombination, die unter der Konstellation eines MVZ durchaus möglich ist.

Aber: Der Zuschlag, zumeist in Höhe von 10 Prozent, wird nur auf das RLV gewährt. Die RLV-Fallwerte sind aber in nahezu allen KVen deutlich niedriger als in den Vorquartalen, da jetzt mehrere Leistungsbereiche, die vorher unter das RLV fielen, in die QZV fallen. In KVen mit einem sehr niedrigen RLV-Fallwert, so z.B. in Niedersachsen oder Westfalen-Lippe, kann das für Gemeinschaftspraxen mit hohen Fallzahlen gegenüber den Vorquartalen einen deutlichen Honorarverlust ausmachen.

### Honorarvergleich vorher/nachher

Bei all den komplizierten Regelungen zu den RLV und QZV in den verschiedenen KVen interessiert den einzelnen Radiologen im Wesentlichen, mit welchem Honorar im 3. Quartal 2010 im Vergleich zum 3. Quartal 2009 gerechnet werden kann. Ein Vergleich ist jeweils nur mit dem entsprechenden Vorjahresquartal sinnvoll, da von Quartal zu Quartal im Laufe eines Jahres deutliche saisonale Honorarschwankungen festzustellen sind. Zur Durchführung eines entspre-

chenden Vergleichs ist zunächst festzustellen, für welche Leistungen für das 3. Quartal 2010 ein RLV bzw. QZV in der jeweiligen KV beschlossen ist. Dann ist zu ermitteln, welches Honorar im 3. Quartal 2009 für die jetzt in das RLV und in die QZV fallenden Leistungen vergütet wurde. Diesem Betrag ist die Summe aus dem RLV und den QZV für das 3. Quartal 2010 gegenüber zu stellen.

Bei der Ermittlung des Vergleichshonorars aus dem 3. Quartal 2009 sind diejenigen Bereiche heraus zu rechnen, die im 3. Quartal 2010 außerhalb der RLV vergütet werden, so insbesondere die präventive Mammographie, Laborleistungen, Notfalleistungen und die Kostenpauschalen. Auch Vergütungen aufgrund besonderer regionaler Verträge sind dabei zu berücksichtigen.

Auf diesem Wege kann relativ genau ermittelt werden, ob das im 3. Quartal 2010 zu erwartende Honorar dem des 3. Quartals 2009 entspricht bzw. ob Verluste oder vielleicht auch Gewinne zu verzeichnen sind.

## Praxisbesonderheiten

Nach wie vor besteht die Möglichkeit, für bestimmte Leistungsbereiche einen Antrag auf Anerkennung als Praxisbesonderheit bei der KV zu stellen.

Beispiel: Interventionell (angiologisch) tätige Radiologen rechnen auch die praxisklinische Betreuung nach den Nrn. 01530 und 01531 EBM ab. Der Beschluss des Bewertungsausschusses sieht für diese Leistungen kein QZV vor. Die nach Nr. 01530 und 01531 abgerechneten Betreuungen nach angiologischen Interventionen fallen in das RLV, welches von den betroffenen Ärzten dann schnell überschritten wird. Für solche Leistungsbereiche, insbesondere für solche, in denen nur wenige Radiologen tätig sind, sollte bei der KV ein Antrag auf

Praxisbesonderheit gestellt werden. Am besten ist dabei der Antrag mit „Zahlenmaterial“ zu untermauern, mit dem belegt wird, dass mit einer bestimmten Anzahl angiologischer Interventionen das RLV deutlich (am besten Angabe von Prozentzahlen) überschritten wird.

Ähnliches gilt für andere spezielle Leistungsbereiche: So fällt z.B. die durchleuchtungsgestützte Intervention an der Wirbelsäule nach Nr. 34503 in das QZV „Radiologische Leistungen“, welches bei häufiger Erbringung dieser speziellen Leistung leicht überschritten wird. Ein weiteres Beispiel wären die CT-gesteuerten Interventionen nach Nr. 34502, die in das CT-QZV fallen.

## Fazit

Der Bewertungsausschuss hat den KVen bei der Bildung des RLV und der QZV ab dem 3. Quartal 2010 weitgehend freie Hand gelassen. Dieses Angebot haben die KVen angenommen. Dadurch gleichen die Vergütungsregeln in den KVen einem Flickenteppich, ein Vergleich der Vergütungsanteile von KV zu KV für bestimmte Leistungsbereiche ist nicht möglich. Von einer Vereinheitlichung der Abrechnung hat sich die Selbstverwaltung damit noch weiter als bisher entfernt.

## Jetzt auch für Radiologen: Praxisbudgets ahoi!

Für die meisten Facharztgruppen sind Praxisbudgets ein alter Hut, seit Jahren werden sie damit gegängelt. Radiologen blieben davon bisher in den meisten KVen verschont, für nur auf Überweisung tätige Ärzte schienen Budgetierungen nicht geeignet, was nicht nachzuvollziehen ist, bestimmen doch die Überweiser im

wesentlichen den Leistungsumfang. Die RLV und QZV sind nichts anderes als ein Praxisbudget und zwar ein individuelles. Nur – das Wort „Budget“ ist in der KBV ein Unwort. Hatte man sich dort doch schon vor Jahren die Abschaffung der Budgetierungen auf die Fahnen geschrieben. Lediglich neu ist der Berechnungsmodus: Fallwerte der Arztgruppe (für RLV und QZV) werden mit den individuellen Fallzahlen des einzelnen Arztes multipliziert, fertig ist das Praxisbudget. Mit welchen Leistungen dieses Budget bis zur Budgetgrenze aufgefüllt wird, ist unerheblich.

### 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.