



Innovationssprung in der Mammadiagnostik

Gesundheitspolitik

Kostenerstattung in unterversorgten Regionen

Für eine grundlegende Korrektur der Honorierung von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten hat sich der FDP-Bundestagsabgeordnete Lars Lindemann ausgesprochen.

Er schlägt vor, die Vergütung für die Behandlung von gesetzlich Krankenversicherten in unterversorgten Gebieten vom Sachleistungs- auf ein Kostenerstattungsprinzip auf Basis der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) umzustellen. Zielmüsseintransparentesundnachvollziehbares

PKV mit erheblichen Beitragssteigerungen

Privatversicherte müssen sich laut einem Zeitungsbericht zum Jahreswechsel auf deutlich höhere Beitragssteigerungen einstellen als die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen (GKV).

Nach neuesten Berechnungen steigen die Beiträge in der Privaten Krankenversicherung (PKV) zum Jahreswechsel im Durchschnitt um sieben Prozent an. Die Beitragssteigerung in der PKV ist deshalb so groß, weil die Kosten bei den Privaten viel stärker als in der GKV steigen. Eine Steigerung von sieben Prozent beim Neugeschäft ist die bislang höchste ermittelte jährliche

Vergütungsverfahren sein, das alle erbrachten Leistungen sachgerecht abbilde. Eine entsprechende Reform würde nach Lindemanns Ansicht auch eine Bedarfsplanung wie in der gegenwärtigen Form überflüssig machen. Durch einen kleinteiligeren Ansatz Lücken zu schließen, werde nicht funktionieren: „Das Problem wird nicht gelöst, indem man es kleinteiliger darstellt, sondern indem man seine Ursachen bekämpft“, so der Abgeordnete. „Gesundheitsversorgung muss schlicht attraktiver werden.“

Branchensteigerung. Schließlich hat die durchschnittliche Steigerung der Beiträge über die vergangenen zehn Jahre nur knapp fünf Prozent betragen.

Grundlage für die Berechnung sind mehr als 3.000 Tarife für private Krankenvollversicherungen. Ein Sprecher des Verbands der Privaten Krankenversicherungen wollte die Berechnungen auf Anfrage nicht kommentieren. Er verwies darauf, dass es bei vielen Kunden lange keine Beitragserhöhung gegeben habe. Ab einem bestimmten Grad der Kostensteigerung seien die Versicherer gesetzlich gezwungen zu erhöhen.

VRNZ-News 1.11

Kostenerstattung in unterversorgten Regionen

PKV mit erheblichen Beitragssteigerungen

Hausarzt führt die KV Bayerns KV Baden-Württemberg gegen staatliche Honorarverteilung

Darmspiegelung vermittelt Krebschutz im gesamten Dickdarm

PET ermöglicht genaue Alzheimer Diagnostik

MVZ in Regensburg mit neuartiger digitaler Mammographie

Der Kooperationsgrad: Tückisch für Radiologen

Haus- / fachärztliche Bereitschaftspauschale Nr. 01435

Sehr geehrte Kolleginnen, werte Kollegen,

aktuell geistern Meldungen über die hohe Anzahl an MR- und CT-Untersuchungen durch die Presse. Neben Meldungen in der Tagesschau hat z.B. der Nordbayerische Kurier eine DPA-Meldung veröffentlicht, in der die Anschaffungskosten eines Kernspintomographen mit 750.000 Euro einer Vergütung für eine Untersuchung von 700 Euro gegenüber gestellt werden. Sie wissen so gut wie ich dass diese Zahlen absolut unrealistisch sind. Im GKV-Bereich erlösen wir nicht einmal 20% dieser Vergütung!

In Bayern lassen die Ergebnisse der KV-Wahlen eine Neuausrichtung erwarten. Neuer Vorstandsvorsitzender wurde Dr. Wolfgang Krombholz, ein Hausarzt. Ihm stehen zwei Fachärzte zur Seite. Frau Enger ist dabei eine vehemente Verfechterin der Kostenerstattung. Wenn diese mit einem festen Punktwert verknüpft wäre hätten wir wenigsten eine Kalkulationsgrundlage. Punktwertabsenkungen treffen unser Fach wegen des hohen Fixkostenblocks bekanntlich weit überproportional. Ob sich Kollegin Enger mit ihrer Forderung durchsetzen kann bleibt abzuwarten.

Ihr Ulrich Neumaier

— Hausarzt führt die KV Bayerns

22.01.201 An der Spitze der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns steht seit Samstag ein Hausarzt: Dr. Wolfgang Krombholz setzte sich bei der konstituierenden Vertreterversammlung mit 33 Stimmen gegen den Münchener Pädiater Dr. Bernd Simon durch, teilte die KV in München mit.



Dr. Wolfgang Krombholz

Krombholz, der auch im Vorstand des Hausärzterverbandes im

Freistaat ist, bekannte sich nach der Wahl zum System der Kollektivverträge. Als vorrangiges Ziel seiner künftigen Arbeit wolle er jedoch Strukturen schaffen, „in denen Kollektivvertrag und Selektivverträge einander sinnvoll ergänzen“, hieß es. Zudem wolle er die KV mitgliederfreundlicher gestalten.

Weitere Vorstände sind der Augenarzt Dr. Petro Schmelz aus Bad Kissingen und die Internistin Dr. Ilka Enger aus Neutraubling. Schmelz kündigte an, die KV wieder stärker in den Regionen zu verankern. Enger warb nach der Wahl für „intelligente“ Modelle der Kostenerstattung, „da nur diese die Freiberuflichkeit der Ärzte dauerhaft erhalten könnten“.

Für die personelle Runderneuerung in der KV-Spitze hatte bei der konstituierenden Vertreterversammlung eine Koalition aus Vertretern des Bayerischen Hausärzterverbandes (BHÄV), des Bayerischen Facharztverbandes (BFAV) und der Facharzt-Allianz Bayern gesorgt.

Krombholz, der vor vier Wochen die Nachfolge von Dr. Wolfgang Hoppenthaller nach dessen Rücktritt als BHÄV-Vorsitzender angetreten hatte, wurde mit 32 von 36 abgegebenen Stimmen zum neuen KVB-Vorsitzenden gewählt. Für den Bayerischen Hausärzterverband bedeutet die Wahl von Wolfgang Krombholz in den KV-Vorstand indes, dass er einen neuen Vorsitzenden braucht.

— KV Baden-Württemberg gegen staatliche Honorarverteilung

Gegen die Forderung des bayerischen Gesundheitsministers Markus Söder (CSU), die Arzthonorare künftig von der Bundesregierung durch Rechtsverordnung festzulegen, hat sich die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) gewandt.

„Ich freue mich, dass der bayerische Gesundheitsminister erkannt hat, dass die derzeitige Honorarverteilung ungerecht ist und zu erheblichen Verwerfungen zwischen den Fachgruppen geführt hat. Aber ich kann nicht erkennen, wie sich irgendetwas ändern würde, wenn nun die Bundesregierung durch Rechtsverordnung die Arzthonorare festlegen würde“, sagte der KV-Vorstandsvorsitzende Norbert Metke heute in Stuttgart.

Die Probleme der ungenügenden ärztlichen Honorierung seien nicht durch die Selbstverwaltung bedingt, sondern durch ein „perfides, alleine durch den Gesetzgeber zu verantwortendes Regelsystem“, so der KV-Vorsitzende. Anstatt sich um die optimale Versorgung der Patienten zu kümmern, befänden sich die Ärzte in einem System, in dem Ängste zum Beispiel vor Regressen den Alltag bestimmten.

Das Problem der Mittelknappheit in der gesetzlichen Krankenversicherung ist laut Metke die Unfähigkeit der

Politik der vergangenen 20 Jahre, die GKV von ihrer allein lohn- und gehaltsabhängigen Basis zu lösen, und sie durch eine Abgabe auf alle erwirtschafteten Gewinne zu finanzieren.



Dr. Norbert Metke

Darmspiegelung vermittelt Krebschutz im gesamten Dickdarm

Die endoskopische Untersuchung des Colon bei gleichzeitiger Entfernung der Polypen senkt das Krebsrisiko auch im rechten Teil des Darms um mehr als 50 Prozent.

Die Darmspiegelung vermittelt daher einen sehr guten Schutz vor Darmkrebs. Das berichtet eine Arbeitsgruppe aus dem Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ).

In den vergangenen Jahren hatten mehrere Wissenschaftler den Verdacht geäußert, dass bei der endoskopischen Untersuchung des Dickdarms hauptsächlich Krebsvorstufen im linken absteigenden Teil des Darms entdeckt werden. Hier entstehen auch die meisten Malignome. Die Studienergebnisse ließen befürchten, dass die Koloskopie zu so gut wie keiner Risikosenkung für ein Karzinom im Bereich des Colon transversum und des Colon ascendens führt. Mit ihrer aktuellen Studie prüften die Forscher daher, ob die endoskopische Untersuchung des gesamten

Dickdarms gegenüber der Sigmoidoskopie überhaupt Vorteile bringt.

Sie befragten in ihrer Studie 1.688 Darmkrebspatienten nach zurückliegenden Darmspiegelungen und deren ärztlichen Befunden in den zehn Jahren vor der Diagnosestellung. Die gleichen Informationen wurden auch von 1.932 gesunden Kontrollpersonen erbeten. Aus den Ergebnissen errechneten die Epidemiologen, dass eine vorangegangene Darmspiegelung, bei der entdeckte Polypen gleichzeitig entfernt wurden, das Gesamtrisiko für bösartigen Dickdarmkrebs um 77 Prozent senkt. Danach analysierten die Wissenschaftler separat die Risikoreduktion für die einzelnen Abschnitte des Colons: Für das C. descendens fiel die protektive Wirkung mit 84 Prozent besonders deutlich aus. Aber auch im rechten Dickdarm war die Krebsrate bei den Befragten mit vorangegangener Darmspiegelung um 56 Prozent geringer als bei denjenigen Teilnehmern, die sich keiner endoskopische Vorsorgeuntersuchung unterzogen hatten.

PET ermöglicht genaue Alzheimer Diagnostik

19.01.2011 Die Positronen-Emissions-Tomographie (PET) könnte der erste offiziell zugelassene nichtinvasive Test zur bildgebenden Diagnose des Morbus Alzheimer werden.

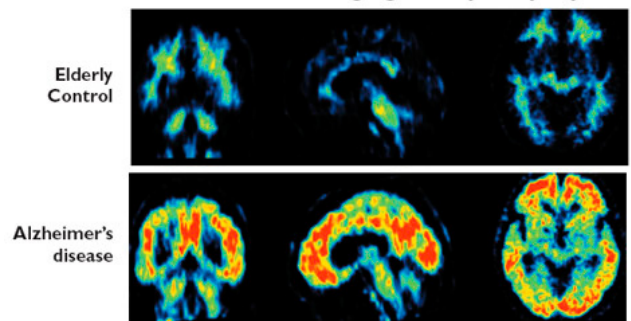
Die US-Zulassungsbehörde FDA berät gegenwärtig über das Verfahren, das sich in der jüngsten Studie im Amerikanischen Ärzteblatt (JAMA 2011; 305: 261-266) als zuverlässig erwiesen hat. Die Plaques, die für den Untergang von Nervenzellen beim Morbus Alzheimer verantwortlich sind, lassen sich mit Florbetapir F18 markieren. Die bisherigen Tests verliefen so vielversprechend, dass der Pharmakonzern Eli Lilly inzwischen in den USA die Zulassung beantragt hat. Die Chancen für eine Empfehlung werden hoch eingeschätzt, da die Florbetapir F18-PET die Krankheit offenbar zuverlässig diagnostiziert.

Hospiz-Bewohner mit einer geschätzten Lebenserwartung von weniger als 6 Monaten hatten sich bereit erklärt, ihr Gehirn nach dem Tod histologisch untersuchen zu lassen. An den ersten sechs Patienten wurde ein Untersuchungsprotokoll für die PET erarbeitet, das dann an den 29 anderen Patienten validiert wurde. Bei insgesamt 15 der 29 Patienten wurde nach dem Tod durch eine

histologische Untersuchung des Gehirns die Diagnose eines Morbus Alzheimers gestellt. Die PET, die im Durchschnitt 99 Tage vor dem Tod der Patienten durchgeführt wurde, stimmte in 28 von 29 Fällen mit der postmortalen Diagnose überein.

Außerdem hatte die PET auch die Menge und die Ausbreitung der Plaques im Gehirn relativ gut vorhergesagt. Der Test ermöglicht mithin nicht nur eine Diagnose, er kann auch den Schweregrad objektivieren. Zur Kontrolle wurden 74 gesunde ältere Personen untersucht. Bei ihnen wurden, wie erwartet, keine PET-Signale auf Amyloid-Ablagerungen gefunden.

¹⁸F-AV-45 PET imaging of amyloid plaque

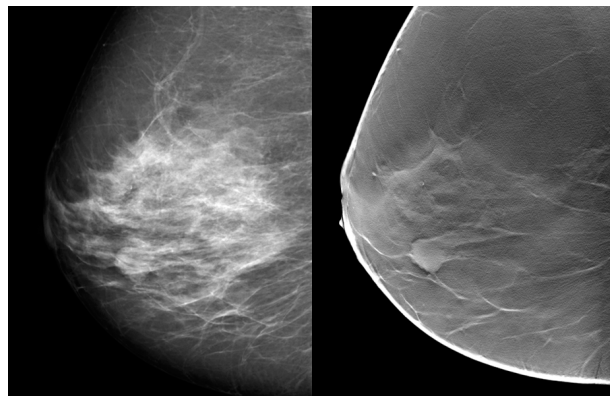


Tomosynthese - Ein neues Zusatzverfahren in der Mammographie

06.01.2011 Untersuchungen mit einem neuartigen digitalen Mammographiegerät sowie einem digitalen bildgestützten Brustbiopsiesystem bietet die Klinik und Poliklinik für Diagnostische Radiologie in Leipzig an.

Die innovative Technologie bietet die Möglichkeit, zusätzlich oder anstelle der üblichen Mammographie digitale Schichtaufnahmen von einem Millimeter Dicke anzufertigen. Mit der neuen sogenannten Tomosynthese könnten Ärzte bösartige Tumoren und andere Befunde 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 Thomas Kahn, Direktor der Klinik. Die Ärzte werden bei ihren Auswertungen von einer assistierenden computerbasierten Bildauswertung unterstützt, die Mikrokalk und Verdichtungen in der Brust erkennt.

Übrigens: Das MVZ Dr. Neumaier & Kollegen in Regensburg bietet die Tomographie bereits seit fast einem Jahr mit Erfolg an.



links: normale digitale Mammographie
rechts: hochauflösende 3D-Tomosynthese

Radiologische Praxis

Der Kooperationsgrad: Tückisch für Radiologen

Der Bewertungsausschuss hat beschlossen, die Systematik der Zuschlagsregelungen zu den Regelleistungsvolumen (RLV) für Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) und damit für radiologische Gemeinschaftspraxen mit Wirkung ab 1.7.2011 zu ändern. Für folgende Konstellationen in radiologischen Gemeinschaftspraxen (GP) ergeben sich damit ab 1.7.2011 Änderungen:

1. Fachgleiche BAG (Gemeinschaftspraxis), nicht standortübergreifend

Sind nur Ärzte einer Fachgruppe (Radiologen) in einer Gemeinschaftspraxis an ein und demselben Standort tätig, ändert sich nichts: Der RLV-Zuschlag beträgt weiterhin 10 %, unabhängig davon, in welchem Umfang Patienten gemeinsam behandelt werden.

2. Fachgleiche BAG (Gemeinschaftspraxis), standortübergreifend

Für Berufsausübungsgemeinschaften (Gemeinschaftspraxen) mit mehreren Standorten – und das ist bei vielen Radiologen der Fall – wird der Zuschlag auf das RLV in Abhängigkeit von dem Kooperationsgrad gewährt, abhängig also von der Anzahl der gemeinsam behandelten Patienten. Der Bewertungsausschuss hat zur Berechnung des Kooperationsgrades folgende Formel festgelegt: Summe der Arztfälle geteilt durch Summe der Behandlungsfälle minus 1.

Beispiel:

Eine überörtliche radiologische Gemeinschaftspraxis mit zwei Radiologen hat im Vorjahresquartal 3.000 Behandlungsfälle abgerechnet. Arzt A hat 1.900 Arztfälle, Arzt B 1.500 Arztfälle, insgesamt hat die Praxis also 3.400 Arztfälle, weil Patienten von beiden Ärzten behandelt wurden. Nach der Formel zur Berechnung des Kooperationsgrades beträgt dieser 13,3 %.

Für die Höhe des RLV-Zuschlags in % ist der prozentuale Kooperationsgrad gem. der nachfolgenden Tabelle maßgeblich:

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

Der maximale RLV-Zuschlag beträgt nach wie vor 40 %

3. Fachübergreifende BAG (Gemeinschaftspraxis), standortgleich oder standortübergreifend
Sind verschiedene Fachärzte, so z.B. Radiologen und Nuklearmediziner in einer Gemeinschaftspraxis tätig, richtet sich der prozentuale Aufschlag auf das RLV ebenfalls nach dem Kooperationsgrad im Vorjahresquartal. Auch hier wird der Kooperationsgrad nach obiger Formel errechnet.
Zu den qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) gibt es bis auf weiteres keine Zuschläge. Der Bewertungsausschuss hat es aber den KVen freigestellt, auf regionaler Ebene Zuschläge zu den QZV zu vereinbaren. Ob und in welchem Umfang dies für Radiologen der Fall sein wird, ist derzeit nicht absehbar.

Fazit für Radiologen

Für Radiologen kann sich die neue Regelung der RLV-Zuschläge unter Umständen negativ auswirken. Patienten, die zum Radiologen überwiesen werden, haben häufig nur einen Arzt-Patienten-Kontakt, so dass in Gemeinschaftspraxen eine Behandlung durch mehrere Ärzte der Gemeinschaftspraxis im Gegensatz zur Behandlung in anderen Gemeinschaftspraxen relativ selten der Fall ist. Daraus ergibt sich ein sehr niedriger Kooperationsgrad, so z.B. in einer Gemeinschaftspraxis eines Radiologen mit einem Nuklearmediziner.

Haus- / fachärztliche Bereitschaftspauschale Nr. 01435

Die Abrechnung der haus-/fachärztlichen Bereitschaftspauschale Nr. 01435 EBM ist zwar mit einigen Tücken verbunden, kommt aber auch für Radiologen häufiger in Frage, als dies prima vista den Anschein hat.

Laut Leistungslegende ist die Nr. 01435 berechnungsfähig für die telefonische Beratung eines Patienten oder für einen anderen mittelbaren Arzt-Patienten-Kontakt, so z.B. mit Angehörigen eines Patienten. Für direkte persönliche Arzt-Patienten-Kontakte ist diese Position nicht berechnungsfähig. Die Nr. 01435 kann nicht berechnet werden, wenn ein Radiologe bei demselben Patienten in demselben Quartal eine Konsiliarpauschale nach den Nrn. 24210 bis 24212 abgerechnet hat bzw. ein Nuklearmediziner eine Konsiliarpauschale nach Nr. 17210.

Allerdings ist die Berechnung der Nr. 01435 nur dann ausgeschlossen, wenn die Konsiliarpauschale in demselben Arztfall, d.h. von demselben Arzt, berechnet wird. Da Radiologen überwiegend in Gemeinschaftspraxen tätig sind, kommt es regelmäßig vor, dass weitere Kontaktaufnahmen im Quartal mit einem anderen Arzt der Gemeinschaftspraxis erfolgen. Dann ist die Nr. 01435 berechnungsfähig.

Die auf den ersten Blick verwirrenden Abrechnungsausschlüsse der Nr. 01435 werden nachfolgend an Beispielen erläutert.

Beispiel 1:

Ein Patient wurde in einer radiologischen Gemeinschaftspraxis behandelt. Nach Beendigung der Behandlung

Erfreulich ist, dass in den meisten KVen die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen bei den Radiologen überwiegend über die QZV erfolgt, die von der Neuregelung nicht betroffen sind. Der RLV-Fallwert, auf den der Zuschlag gewährt wird, beträgt in den meisten Fällen nur ca. 5,- €.

Aber: In einigen KVen wurden in die RLV zahlreiche Leistungen integriert, so dass sich in diesen KVen RLV-Fallwerte von 40,-€, 70,-€ oder mehr ergeben. Das ist z.B. in den KVen Baden-Württemberg, Brandenburg und Bremen der Fall. Abzuwarten bleibt, ob für radiologische Gemeinschaftspraxen hinsichtlich der neuen Zuschlagsregelung auf das RLV ein Sonderweg möglich sein wird, da diese Facharztgruppe aufgrund der überweisungsabhängigen Behandlung jeweils bei den meisten Patienten nur einen Arzt-Patienten-Kontakt hat und somit der Kooperationsgrad zwangsläufig sehr niedrig ausfallen muss.

Außerdem: Der Kooperationsgrad für 2011 wird anhand der in den Quartalen des Jahres 2010 gemeinsam behandelten Patienten ermittelt. Eine nachträgliche „Aufbesserung“ ist also nicht möglich. Um für 2012 – falls es bei dieser RLV-Zuschlagsregelung bleibt – eine möglichst hohen Kooperationsgrad zu erzielen, ist es für BAG's somit wichtig, dass möglichst viele Patienten von mehreren Ärzten in der Praxis behandelt werden.

(z.B. Erstellung einer Röntgenaufnahme) ruft der Patient noch einmal in der Praxis an, etwa weil er noch Fragen bzw. Probleme nach der durchgeführten Untersuchung hat. Die telefonische Beratung erfolgt durch einen anderen Arzt der Gemeinschaftspraxis als den, der die Untersuchung durchgeführt und die Konsiliarpauschale berechnet hat: Nr. 01435 ist durch den weiteren Arzt unter seiner Arztnummer berechnungsfähig.

Beispiel 2:

Nach einer Röntgenuntersuchung bittet eine Bezugsperson des untersuchten Patienten in der Praxis um eine Beratung bzw. ruft in der Praxis an, etwa weil es dem untersuchten Patienten nicht gut geht. Die Beratung der Bezugsperson erfolgt durch einen anderen Arzt der Gemeinschaftspraxis als den, der die Untersuchung durchgeführt und die Konsiliarpauschale berechnet hat: Nr. 01435 ist berechnungsfähig.

Beispiel 3:

Ein Patient ruft im Folgequartal in der Praxis an, ohne persönlich vorstellig zu werden, weil er eine Beratung zu einer durchgeführten Untersuchung wünscht: Nr. 01435 ist berechnungsfähig, vorausgesetzt, bei dem Patienten wird im Laufe des Quartals keine Konsiliarpauschale abgerechnet.

Hinweis: Ursprünglich war die Berechnung der Nr. 01435 befristet bis zum 31.12.2010. Der Bewertungsausschuss hat die Befristung aufgehoben, so dass auch für Radiologen diese Position weiterhin berechnungsfähig ist.



VRNZ | Geschäftsstelle
Bahnhofstraße 24 · 93047 Regensburg
Tel. 0941/59588-0 · Fax. 0941/59588-50
eMail: u.neumaier@radiologie-regensburg.de

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. Manfred Albring
Layout: albring&albring pharmaceutical relations GmbH www.albring.com
Bildnachweis: Siemens Pressebilder; Süddeutsche Zeitung; KV Baden Württemberg; Medgaget Archives; Siemens Healthcare News