

Standort Rheinland

Im Schlag 2
51427 Bergisch Gladbach
Fon + 49. 22 04. 58 87 00
Fax + 49. 22 04. 58 87 10

Standort Rhein-Main

Silostraße 1
65929 Frankfurt
Fon + 49. 69. 9 36 23 20 00
Fax + 49. 69. 9 36 23 20 10

info@impulsunternehmensberatung.de
www.impulsunternehmensberatung.de

QZV versus Praxisbesonderheiten

Alles paletti!?

Eines kann man sicher sagen: Seit der mit dem 3. Quartal 2010 eingeführten QZV (Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen) Systematik gleicht die Honorarverteilung in Deutschland wieder einem Flickenteppich. Das Verhandlungsmandat über die Details der Honorarverteilung liegt, nachdem die KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) für die Quartale 1/2009 bis 2/2010 für eine kurze Zeit das Ruder übernommen hatte, seither wieder bei den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen.

Vorreiter für die eingeführten QZV´s dürfte das „Hamburger Modell“ gewesen sein, welches – speziell für radiologische und nuklearmedizinische Berufsausübungsgemeinschaften konzipiert – dafür sorgte, dass sich die Höhe eines Regelleistungsvolumens nicht ausschließlich nach der Genehmigungslage eines Radiologen richtete, sondern auch nach dessen individuellen Leistungsspektrum.

Die RLV und QZV Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigungen für die Quartale 3/2010 und 4/2010 haben gezeigt, dass sich die KVen an den Definitionen für die QZV größtenteils gehalten haben. Erhebliche Abweichungen sind jedoch bei der Ermittlung der QZV festzustellen. Hier ein paar Beispiele:

- **Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL)**

Die KVWL ermittelt – wie im übrigen alle anderen betrachteten KVen auch – die QZV arztindividuell. Sie legt dabei die abgerechneten Leistungen (= Honoraranforderung) je QZV aus dem Vorjahresquartal zugrunde und quotiert dieses absolute Volumen mit einer „arztgruppenspezifischen Quote“. Diese Quote richtet sich – je QZV – nach dem zur Verfügung stehenden Honorar und lag für die Quartale 3/2010 und 4/2010 zwischen ca. 70% bis ca. 80%. Die KVWL verzichtet damit auf jeglichen Fallzahlbezug und bildet, da sie die absoluten und arztindividuellen Honoraranforderungen zugrunde legt, vorhandene Praxisbesonderheiten grundsätzlich direkt ab.

- **Kassenärztliche Vereinigung Bayern (KVB)**

Die KVB wendet bei der Ermittlung der QZV den „Leistungsfallbezug“ an und muss daher für jedes einzelne QZV einen durchschnittlichen Fallwert zugrunde legen. Aus der Multiplikation der Fallwerte und der Fallzahlen errechnet sich schließlich das QZV.

Beispiel: Der Fallwert für das QZV MRT lag im Quartal 4/2009 bei 109,08 Euro (ohne: MRT Mamma und MRT Angio). Wenn ein Radiologe im Vorjahresquartal bei 500 Patienten MRT Leistungen berechnet hat, beträgt im Quartal 4/2010 das QZV 54.540 Euro (500 Fälle x 109,08 Euro).

Wenn bei dem gleichen Patienten z. B. noch eine CT Leistung berechnet wurde, wird dieser „Fall“ zweimal gezählt (einmal als MRT-Fall und einmal als CT-Fall). Wenn ein zweiter Radiologe der Berufsausübungsgemeinschaft bei diesem Patienten eine weitere MRT Untersuchung in diesem Quartal berechnet hat, wird der Fall ein drittes mal gezählt (MRT-Fall von Radiologe A, CT-Fall von Radiologe A und MRT-Fall von Radiologe B).

- **Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KVNO)**

Die KVNO berechnet die QZV ebenfalls auf der Grundlage von Leistungsfällen. Im Gegensatz zu der KVB spielt es bei der KVNO jedoch keine Rolle, ob der Patient ggf. von zwei Radiologen behandelt wurde. Das führt im Ergebnis dazu, dass für einen Patienten auch dann nur ein QZV Fall zugrunde gelegt wird, wenn im Laufe des Vorjahresquartals von zwei Radiologen z. B. MRT Leistungen berechnet wurden.

- **Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KVH)**

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen teilt die QZV auf der Grundlage von „Behandlungsfällen“ zu. Diese Systematik unterscheidet sich ganz wesentlich von der Berechnung auf der Grundlage von Leistungsfällen.

Bei dem Behandlungsfallbezug genügt es (theoretisch), dass ein Radiologe im Ausgangsquartal eine (!) MRT Leistung berechnet hat. In diesem Fall wird dem Radiologen im aktuellen Quartal ein „volles“ QZV für MRT Leistungen zur Verfügung gestellt. Das bedeutet, dass ein Radiologe mit insgesamt 1.000 Fällen und davon einer MRT-Untersuchung ein ebenso hohes QZV erhält wie ein Radiologe mit insgesamt 1.000 Fällen und davon 500 Fällen mit MRT Leistungen, da für bei-

de Radiologen das QZV für MRT Leistungen auf der Grundlage von 1.000 Fällen ermittelt wird.

Es wird deutlich, dass es für die Beantragung von Praxisbesonderheiten, die letztlich zu einer Erhöhung der QZV führen sollte, keine einheitliche und über alle Bundesländer identische Rezeptur geben kann. Dafür werden die QZV schlichtweg zu unterschiedlich ermittelt.

Wann gilt eine Praxisbesonderheit als begründet?

Verkompliziert wird die Angelegenheit dadurch, dass jede KV für sich selbst festlegen kann, wie eine Praxisbesonderheit zu definieren ist bzw. wann eine solche vorliegt. In der Regel wird eine Praxisbesonderheit durch eine Abweichung zum Fachgruppendurchschnitt festgestellt. Im Bereich der KV Hessen gilt eine Praxisbesonderheit als begründet, wenn eine Leistung bzw. bestimmte Leistungen mehr als 20% im Vergleich zur Fachgruppe abgerechnet wird.

Im Bereich der KV Nordrhein gilt hingegen eine Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30% oder bei einzelnen Leistungen eine Überschreitung von regelmäßig 200% des Fachgruppendurchschnitts als zunächst begründet. Für den Bereich der KV Bayern waren entsprechende Regelungen zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses noch nicht bekannt.

Feststellung von Praxisbesonderheiten

Die Feststellung von Praxisbesonderheiten anhand von Überschreitungen der praxisindividuellen Abrechnungsdaten im Vergleich zu den Fachgruppenwerten hört sich zunächst recht banal an.

Einschlägig für die Ermittlung von Praxisbesonderheiten ist oft die Frequenz- bzw. Häufigkeitsstatistik, die als Anlage zu jedem Honorarbescheid beigefügt sein sollte. In der Regel werden in diesen Übersichten die Abweichungen je Leistung zur Fachgruppe prozentual dargestellt.

Hier ist bei einigen KVen Vorsicht geboten, wie das folgende Beispiel der KV Nordrhein zeigen wird:

Eine Praxis bestehend aus fünf Radiologen und zwei Nuklearmediziner rechnet pro Quartal ca. 7.000 Fälle ab, wobei der Einfachheit halber pro Kopf eine gleichmäßige Fallzahlverteilung unterstellt sowie von der Annahme ausgegangen wird, dass die Radiologen und die Nuklearmediziner in allen Fällen die Konsiliarpauschalen abrechnen.

Die KV Nordrhein ermittelt zunächst aus einer reinen statistischen Betrachtung heraus die Anzahl der Leistungen „auf 100 Fälle“. Sie trennt dabei aber nicht die Fälle in die Fachbereiche Radiologie und Nuklearmedizin, was zu folgenden verzerrten Ergebnissen führt:

Bei den Nuklearmediziner wird ausgewiesen, dass sie statistisch gesehen auf 100 Fällen nur ca. 30 nuklearmedizinische Grundpauschalen berechnet haben sollen. Ebenso wird die Auswertung bei den Radiologen „verfälscht“, da bei Ihnen – stets ausgehend von dem vorstehenden Beispiel – nur rund 70 Konsiliarpauschalen auf 100 Fällen ausgewiesen werden. Dieser Effekt, der auf jede andere berechnete Leistung der Praxis übertragbar ist, kann zu folgenschweren Fehlinterpretationen führen – auf Seiten der Antragsteller und auf Seiten der Kassenärztlichen Vereinigung.

Es wäre korrekt, wenn alle KVen für jede Fachgruppe eine isolierte Häufigkeits- bzw. Frequenzstatistik erstellen würde. Da jede berechnete Leistung mit einer LANR (lebenslangen Arztnummer) gekennzeichnet ist, dürfte dies eigentlich keine besondere Herausforderung für eine Kassenärztliche Vereinigung darstellen.

Jedenfalls ist es im Rahmen eines Antrags- oder Widerspruchsverfahrens notwendig, sich – ggf. nach Rücksprache bei der KV – über diese Effekte bewusst zu sein.

Feststellung von Praxisbesonderheiten – auch ohne Statistiken der KV

Die Honorarunterlagen der KVen bieten (unter Beachtung der o. g. Abstriche) bereits eine gute Grundlage, um bestimmte Praxisbesonderheiten herauszuarbeiten.

Allerdings ist es gerade im Bereich der Radiologie und Nuklearmedizin oft sehr schwer, anhand der Gebührenordnungspositionen (GOP) Praxisbesonderheiten gegenüber der KV geltend zu machen.

Vielmehr ist es regelhaft so, dass die radiologischen Praxen die ihnen zugeteilten QZV zum Teil deutlich überschreiten. Die Überschreitung eines QZV allein begründet aber noch keine Praxisbesonderheit und die Frequenztabellen der KVen lassen oft keine Besonderheiten erkennen.

Häufig ist es so, dass ein erhöhter Behandlungsbedarf bei bestimmten Patientengruppen entsteht, wobei die Gründe ganz unterschiedlich sein können. Z. B. kann eine Praxisbesonderheit dann vorliegen, wenn eine Praxis in der Nähe eines onkologischen Zentrums liegt. Die besondere Behandlungsintensität der onkologischen Patienten ist aus den Statistiken der KV nicht zu erkennen, da dort nur die Summe der berechneten GOP ausgewiesen wird. Eine andere Art der Praxisbesonderheit können die CT gesteuerten Interventionen darstellen, da die Patienten die Praxis regelhaft mehrmals im Quartal aufsuchen und einen vielfach höheren Behandlungsbedarf auslösen.

Mit Ausnahme der Regelungen im Bereich der KV Westfalen-Lippe wird der besondere Versorgungsbedarf für diese Patienten z. B. in den KVen Bayern, Nordrhein und Hessen nicht adäquat abgebildet.

Für die isolierte Darstellung der vorgenannten und vieler weiterer denkbarer Praxisbesonderheiten sind also weitergehende Informationen notwendig, als die KV in ihren Honorarunterlagen regelhaft ausweist.

Die geeignete Informationsquelle kann in diesen Fällen das Radiologieinformationssystem (RIS) sein. Dort sind sämtliche berechnete Leistungen gespeichert und können z. B. nach Zuweisern und/oder Radiologen (jede Leistung ist mit der LANR gekennzeichnet) gefiltert und isoliert dargestellt werden. Über verschiedene Sortier- und Filterkriterien kann man sich die Daten anzeigen zu lassen, die für die Begründung einer Praxisbesonderheit notwendig sind.

Nur am Rande sei angemerkt, dass im RIS noch viele weitere Informationen hinterlegt sind (z. B. bezüglich Geräteauslastungen bzw. -kapazitäten oder auch Zuweiserinformationen).

QZV versus Praxisbesonderheiten - Alles paletti!?

Durch den Leistungsfallbezug bilden z. B. die KVen Nordrhein und Bayern die Leistungsstrukturen radiologischer und nuklearmedizinischer Praxen deutlich besser ab, als dies noch bis zum 2. Quartal 2010 der Fall war.

Dennoch kann es – wie die vorstehenden Ausführungen zeigen – im Einzelfall notwendig sein, Praxisbesonderheiten im Rahmen eines Antrags- oder Widerspruchsverfahrens gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung geltend zu machen.

Neben den im Rahmen dieses Artikels thematisierten Praxisbesonderheiten aufgrund praxisindividueller Leistungsstrukturen sind noch weitere Begründungen für ein Antrags- oder Widerspruchsverfahren möglich; u. a. aufgrund geänderter Praxisstrukturen, urlaubs- und krankheitsbedingte Abwesenheiten im Ausgangsquartal, Leistungsverlagerungen aus umliegenden Praxen in die eigene Praxis und (leider) auch Fehler der Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der arztbezogenen Zuteilung der zahlreichen QVZ.

Der Autor

Dipl.-Betriebswirt Bernd Dreßler ist Partner der impuls Praxis- und Unternehmensberatung Käsbach, Reitz, Dreßler in Frankfurt und Bergisch-Gladbach und war bis 2008 stellvertretender Geschäftsführer des Bereichs Abrechnung der KV Hessen.

impuls Praxis- und Unternehmensberatung

Käsbach • Reitz • Dreßler

Standort Rheinland

Im Schlag 2

51427 Bergisch Gladbach

Fon + 49. 22 04. 58 87 00

Fax + 49. 22 04. 58 87 10

Standort Rhein-Main

Silostraße 1

65929 Frankfurt

Fon + 49. 69. 9 36 23 20 00

Fax + 49. 69. 9 36 23 20 10

Stand: 14.10.2010