

## Ausgabe 1 | Januar 2012

### Gesundheitspolitik

	Seite
Versorgungsstrukturgesetz passiert den Bundestag	1
Eckpunkte zur Pflegereform	2
Deutlichere Anreize für Organspende im Transplantationsgesetz erforderlich	2
GOÄ-Novelle noch vor der nächsten Bundestagswahl?	3

### Radiologie – kurz & bündig

Informationsdefizite über Leistungsspektrum der Radiologen	3
Mammographie ab dem 40. Lebensjahr?	4
Veränderte Hirnstrukturen bei Adipositas	4
Ocrelizumab mit erfolgversprechenden Ergebnissen bei Multipler Sklerose	4
Durchbruch bei der Frühdiagnostik des Morbus Alzheimer	5
Computergestützte Diagnostik von Brustkrebsbiopsien	5

### Arzthonorar

Aspekte zum Versorgungsstrukturgesetz	6
Aktuelle Reaktionen auf das Gesetzgebungsvorhaben	6

## GESUNDHEITSPOLITIK

### Versorgungsstrukturgesetz passiert den Bundestag

Mit den Stimmen der Koalitionsfraktionen hat der Bundestag gegen das Votum der Opposition das GKV-Versorgungsstrukturgesetz verabschiedet. Obwohl die SPD-Fraktion angekündigt, dass die sozialdemokratisch geführten Länder dem Gesetz im Bundesrat widersprechen wollen, wird das Gesetz voraussichtlich zum 1. Januar 2012 in Kraft treten können, da die notwendige Zwei-Drittel-Mehrheit an Gegenstimmen im Bundesrat nicht zustande kommt.

#### Die wichtigsten Regelungen im Überblick:

- Finanzielle Anreize für Ärzte in unterversorgten Regionen: Sie sollen

mehr verdienen dürfen als ihre Kollegen in Großstädten. Dafür sind 200 Millionen Euro vorgesehen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen zudem mit Mitteln aus einem gemeinsam mit den Kassen finanzierten Strukturfonds die Niederlassung von Medizinern in unterversorgten Regionen finanziell unterstützen können. Die Budgetierungsregelungen für Ärzte in unterversorgten Gebieten können aufgehoben werden. Auf Regresse kann verzichtet werden.

- Ärzte sollen Beruf und Familie besser miteinander vereinbaren können. Die Residenzpflicht wird aufgehoben. Ärztinnen können sich nach einer Geburt statt sechs künftig zwölf Monate vertreten lassen. Zur Entlastung der Hausärzte sollen die Krankenhäuser vermehrt in Notfalldienste einbezogen werden.
- Die Überversorgung in Großstädten soll abgebaut werden. Dazu können die Kassenärztlichen Vereinigungen Arztsitze aufkaufen und auf diese Weise „vom Markt nehmen“. Auch soll die ärztliche Bedarfsplanung stärker auf die örtlichen Gegebenheiten ausgerichtet werden. Die Planungsbezirke werden flexibler zugeschnitten. Die Bedarfsplanung soll von Versorgungsforschung begleitet werden.
- Schrittweise eingeführt werden soll eine ambulante spezialärztliche Versorgung. Hierfür sollen Ärzte aus Kliniken und der ambulanten Versorgung zugelassen werden, wenn sie die fachlichen Voraussetzungen erfüllen. Normalerweise sollen die

Ärzte direkt mit den Kassen abrechnen, Vertragsärzte können auch die KV in Anspruch nehmen. Ambulante Operationen werden von diesem neuen Leistungssektor nicht erfasst, weil vor allem die Länder Leistungs- und Kostenausweitungen befürchten.

- Wenn sich überhaupt kein niederlassungsbereiter Arzt für eine Region findet, sind auch mobile Praxen möglich. Sie könnten unter Regie der Kommunen nach festem Fahrplan die Dörfer abfahren. Bestimmte ärztliche Tätigkeiten sollen auch Schwestern oder Pfleger übernehmen.
- Die möglichen Trägerschaften von Medizinischen Versorgungszentren werden eingeschränkt. Normalerweise sollen nur Ärzte als Träger zugelassen werden, nur in Ausnahmefällen Krankenhäuser.
- Die Krankenkassen erhalten etwas mehr Spielraum, ihre Satzungsleistungen zu erweitern. Sie sollen auch an sich ausgeschlossene rezeptfreie Arzneimittel in ihren Leistungskatalog aufnehmen können. Bei anderen Leistungen ist dies möglich, wenn der Bundesausschuss sie nicht zuvor ausgeschlossen hat.
- Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden stärker in die Pflicht genommen, damit unangemessene Wartezeiten vor allem bei Fachärzten vermieden werden.
- Wer dringend einen Arzt braucht, soll ihn künftig schneller finden: Über die bundesweit einheitliche Notdienst-Nummer **116 117**.

Mit dem Versorgungsstrukturgesetz soll einem absehbaren Mangel an Ärzten vor allem in strukturschwachen Gebieten entgegengewirkt werden. Ob das Gesetz effektiv ist, ist umstritten. Primär richten sich seine Vorschriften an die Selbstverwaltung der Krankenkassen und der Ärzte, wobei auch die Länder im Rahmen ihrer Zuständigkeit für die regionale Infrastruktur stärkere Beteiligungsrechte erhalten. Vom Zusammenwirken dieser Institutionen bei der Schaffung von Anreizen und Organisationen und den Reaktionen der Ärzte darauf hängt es ab, ob sich das Niederlassungsverhalten der Mediziner zugunsten ländlicher Räume verändert.

Die KBV und die Bundesärztekammer begrüßten das neue Gesetz. Der Hausärzteverband und ein Teil der Krankenkassen sehen darin keinen Fortschritt. Vor allem die Restriktionen für Selektivverträge bleiben bestehen. Deren Inhalte und Konditionen bemessen sich an dem Kollektivvertragsstandard und müssen von den regionalen Aufsichten genehmigt werden.

### Eckpunkte zur Pflegereform

Gegenwärtig sind in Deutschland 2,4 Millionen Menschen pflegebedürftig, und von einer weiterhin stark steigenden Tendenz für die nächsten vier Jahrzehnte muss ausgegangen werden. Darüber hinaus sind 1,4 Millionen Menschen an Demenz erkrankt, die bisher aufgrund fehlender körperlicher Defizite keinen Anspruch auf eine Pflegeversicherung haben. Die Bundesregierung will jetzt die Situation der Demenzkranken verbessern und zur Finanzierung 1 Milliarde Euro zur Verfügung stellen. Dies soll über eine Anhebung des Beitragssatzes um 0,1 Prozentpunkte zum 1. Januar 2013 ermöglicht werden, und die Pflegekassen dadurch Mehreinnahmen von 1,1 Milliarden Euro erhalten. Für die Versicherten bedeutet das einen

## Kommende Kongresstermine

11. – 14. Januar 2012  
Garmisch-Partenkirchen  
**7. Internationales Symposium  
Mehrschicht CT**

1. – 05. März 2012  
Wien  
**European Congress  
of Radiology – ECR 2012**

16. – 19. Mai 2012  
CCH Hamburg  
**93. Deutscher  
Röntgenkongress**

Anstieg der Unterstützung von maximal 3,82 Euro im Monat.

Was nach wie vor fehlt, ist ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff, denn in der bisherigen Pflegeversicherung werden nur körperliche Beeinträchtigungen berücksichtigt. Erst wenn auch seelisch-geistige Beeinträchtigungen zählen, haben Demenzkranke einen Zugang zur Leistung aus der gesetzlichen Pflegeversicherung. Nach Aussagen von Gesundheitsminister Bahr sollen die Arbeiten an dem Pflegebedürftigkeitsbegriff noch in dieser Legislaturperiode abgeschlossen werden.

Bei der SPD stieß dieser Zeitplan auf heftige Kritik. Obwohl bisher schon mehrere Gutachten zur Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vorlägen, werde durch die Erstellung eines weiteren Gutachtens das Problem auf die lange Bank geschoben. Selbst jetzt vorgesehene geringe Leistungsverbesserungen würden frühestens im Jahr 2013 umgesetzt.

Ob die geplanten 1,1 Milliarden Euro überhaupt kostendeckend sind, sei aber mehr als zweifelhaft. Der Beirat zur Pflegeversicherung hatte bereits im Jahr 2009 berechnet, dass eine verbesserte Betreuung von Demenzkranken und ihrer pflegenden Angehörigen ein Kostenvolumen von mindestens 4 Milliarden Euro benötige.

Allein 3 Milliarden Euro seien nach Meinung des Sozialverbands VdK erforderlich, um die häusliche Pflege der Demenzkranken finanziell zu unterstützen.

Der SPD-Gesundheitsexperte, Prof. Karl Lauterbach, sprach sogar von einem Defizit von 5 Milliarden Euro im Pflegesystem. Die Eckpunkte zur Reform der Pflegeversicherung sei nicht mehr als die Skizze eines Reformchens.

### Deutlichere Anreize für Organspende im Transplantationsgesetz erforderlich

Die Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (DGGÖ) hat in einer Stellungnahme die so genannte Entscheidungslösung befürwortet, die allerdings noch ergänzt werden müsse, um ein höheres Organspendenaufkommen zu erreichen. Die alleinige Entscheidungslösung soll die Bürger mit sanftem Druck dazu bewegen, eine ausdrückliche Erklärung entweder für oder gegen eine Organspende abzugeben. Nach Ansicht des DGGÖ-Vorstands besteht damit für den Bürger kein Anreiz, seine Organe zu spenden.

Diesem fehlenden Anreiz möchte die DGGÖ mit einem Bonus-Malus-System begegnen. So sollen Bürger, die selbst zum Spenden bereit sind, einen Bonus bekommen, falls sie selbst erkranken und ein Spenderorgan benötigen. Sie würden damit auf der Warteliste für Transplantationen automatisch weiter nach oben rücken. Umgekehrt würden Personen, die eine Organentnahme nach ihrem Tod ablehnen, einen Malus erhalten und somit bei einer späteren Transplantation erst später berücksichtigt werden.

Neben der Bonus-Malus-Regelung schlägt die DGGÖ vor, ein bundesweites Spendenregister einzurichten.

Darin sollen dann sowohl alle positiven als auch alle negativen Erklärungen zur Spendenbereitschaft erfasst werden. So könne das Krankenhaus, wenn bei einem Patienten der Hirntod festgestellt worden sei, direkt beim Spendenregister anfragen, ob der Verstorbene Organspender sei. Eine solche Vorgehensweise erspare die sonst für alle Angehörigen belastenden Gespräche.

Im Juni 2011 hatten sich die Gesundheitsminister der Länder für die sogenannte Entscheidungslösung ausgesprochen und die Bundesregierung erklärt, eine schnelle Lösung umsetzen zu wollen. In Deutschland sterben jedes Jahr über 1.000 Menschen, weil sie nicht rechtzeitig ein Spenderorgan erhalten. Mit 15,9 Organspenden pro einer Million Einwohner liegt Deutschland im internationalen Vergleich im hinteren Mittelfeld.

### GOÄ-Novelle noch vor der nächsten Bundestagswahl?

Es sind noch knapp zwei Jahre bis zur Wahl des nächsten Bundestages. Die gegenwärtige parteipolitische Ausgangssituation lässt im Gesundheitswesen wohl eher eine Entwicklung in Richtung einer Beendigung der Zwei-Klassen-Medizin erwarten, als dass der Status quo erhalten bleibt. Zumindest hat der SPD-Parteitag Anfang Dezember dies als ein Ziel für eine Gesundheitsreform in der nächsten Legislaturperiode festgelegt.

Inzwischen hat auch Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr die Ärzteschaft davor gewarnt, sich zu sperren, gemeinsam mit der privaten Krankenversicherung (PKV) die Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) noch vor der nächsten Wahl zum Abschluss zu bringen. Die Bundesärztekammer (BÄK) erwartet jetzt, dass die längst überfällige Novellierung der GOÄ bis zum Herbst 2013 erreicht

werden kann. Die Zielsetzungen für die Verhandlungen zwischen der PKV und der BÄK sind in hohem Maße problembehaftet. Einerseits plädiert die PKV für eine Öffnungsklausel und Selektivverträge, konnte diese Forderungen allerdings bei der GOZ-Reform nicht durchsetzen, weil Ärzte und Zahnärzte heftigsten Widerstand leisteten. Andererseits mussten die Zahnärzte dann den Kompromiss von konstanten Punktwerten bei der neuen Gebührenordnung hinnehmen. Jetzt will die BÄK in den Verhandlungen mit der PKV eine Kalkulation erreichen, bei der schon der Einfachsatz „robust“ ist – was immer das heißen mag.

Für die Ärzte steht mit dieser Reform viel (Geld) auf dem Spiel. Kann die neue GOÄ in dieser Legislaturperiode nicht mehr verabschiedet werden, dann könnte eine anders zusammengesetzte Regierungskoalition auch eine Angleichung der GOÄ zum EBM in Angriff nehmen.

## RADIOLOGIE – KURZ UND BÜNDIG

### Informationsdefizite über Leistungsspektrum der Radiologen

Obwohl Radiologen in Deutschland einen ausgezeichneten Ruf haben, die strahleneinsetzende Medizin zwar hoch geschätzt und für wichtig erachtet wird, wissen Bürger und Patienten kaum etwas genaueres über das Leistungsspektrum der Radiologen, Strahlentherapeuten und Nuklearmediziner. Dies ist das ernüchternde Ergebnis einer bevölkerungsrepräsentativen Umfrage, die das ifas-Institut im vergangenen Herbst durchgeführt hat. So zeigte die Befragung, dass nur 37 Prozent aller Befragten wussten, dass Radiologen Röntgenaufnahmen erstellen. In nur 13 Prozent wurden Schnittbildverfah-

ren, wie die Computertomographie oder die Magnet-Resonanz-Tomographie – mit dem Radiologen in Verbindung gebracht.

Auf der anderen Seite genießen medizinische Großgeräte in der Bevölkerung eine hohe Akzeptanz und mehr als 90 Prozent sind der Ansicht, dass hierdurch schmerzfreie Untersuchungen und eine genauere Diagnose möglich werden. Nur 18 Prozent aller Befragten gaben an, Angst vor Strahlung zu haben, während für 75 Prozent eine mögliche Strahlenbelastung kein Thema war.

Ein Punkt, der besondere Beachtung verdient, ist der Arzt-Patienten-Kontakt. 70 Prozent der Befragten wünschten eine bessere Aufklärung hinsichtlich Nutzen und Risiko der Untersuchung. 83 Prozent gaben an, dass ihnen das Arzt-Patienten-Gespräch im Rahmen der Untersuchung besonders wichtig ist. So berichteten nur 39 Prozent der Befragten, dass der Radiologe den Befund mit ihnen besprochen hätte.

Aus diesen Aussagen können folgende Schlussfolgerungen gezogen werden:

- Die Radiologie wird als ärztliche Disziplin wahrgenommen und hoch geschätzt. Dabei wird die Großgerätemedizin als sinnvoll bewertet.
- Das Bild der radiologischen Leistung ist in der Öffentlichkeit eher diffus. Es gibt kein exaktes Wissen über das vielfältige Leistungsspektrum des Radiologen (des Nuklearmediziners, des Strahlentherapeuten).
- Der Patient erwartet vom Radiologen die ärztliche Aufklärung und Beratung. Insbesondere erwartet er vom Radiologen, dass dieser ihm als Arzt gegenüber tritt.

Die Deutsche Röntgengesellschaft hat jetzt ein Informationsangebot zusammengestellt, in dem die verschiedenen Untersuchungs- und Behandlungsverfahren von Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie vorgestellt werden. Unter [www.bendergruppe.de](http://www.medizin-</a></p>
</div>
<div data-bbox=)

[mit-durchblick.de](http://mit-durchblick.de) finden sich ausgezeichnete Darstellungen über die Arbeit und das Leistungsspektrum des Radiologen und die verschiedenen Bildgebungsmethoden. Dieser Internetauftritt wird durch weitere Broschüren und eine eindrucksvolle Serie über radiologische Bildwelten in Plakatform ergänzt.

## Mammographie ab dem 40. Lebensjahr?

Die Mammographie in Deutschland wird erst ab dem 50. Lebensjahr empfohlen, weil die höhere Dichte der Brustdrüse die Früherkennung eines Mammakarzinoms erschweren kann. Frauen, die bereits ab dem 40. Lebensjahr mit dem Mammographie-Screening beginnen, müssen in vielen Fällen mit einem falsch positiven Befund rechnen, der sie mit dem Stress und den Ängsten einer Nachbefundung aussetzt. Hierzu hat eine Forschergruppe von der Universität von San Francisco beeindruckendes Zahlenmaterial aus einer Kohortenstudie vorgelegt, in die die Erfahrungen des Breast Cancer Surveillance Consortium einfließen, das seit 1994 170.000 Mammographien durchgeführt hat. Zu diesem Zeitpunkt wurde in den USA das Mammographie-Screening schon ab dem 40. Lebensjahr empfohlen.

So kam es beispielsweise bei den Frauen, die ab dem 40. Lebensjahr am Screening teilnahmen, schon bei der ersten Untersuchung bei 16,3 Prozent zu einem falsch positiven Befund. In jedem 6. Fall – dies entspricht 2,5 Prozent des Gesamtkollektivs – wurde eine Biopsie vorgenommen, nach der sich bei der histologischen Untersuchung der Verdacht auf ein Mammakarzinom nicht bestätigen ließ.

Da bei weiteren Mammographien Vergleiche mit vorausgegangenen Röntgenaufnahmen möglich sind, verrin-

gerte sich die Zahl falsch positiver Befunde auf 9,6 Prozent. Insgesamt, und das ist bemerkenswert, wurden aber über den Verlauf von 10 Jahren 61,3 Prozent der Frauen einer erneuten Befundung ausgesetzt und bei 7 Prozent eine Biopsie vorgenommen. Eine ähnlich hohe Rate von falsch positiven Befunden und Biopsien wurde auch bei Frauen ermittelt, die das Mammographie-Screening erst mit dem 50. Lebensjahr begonnen hatten. Da das Mammographie-Screening ab dem 40. Lebensjahr nach dem gegenwärtigen wissenschaftlichen Erkenntnisstand keinen Vorteil bringt, erspart die Verlegung des Beginns der Vorsorgeuntersuchung auf das 50. Lebensjahr eine Dekade, in der durch falsch positive Befunde psychisch außerordentlich belastende Situationen für die Frauen ausgelöst werden können.

## Veränderte Hirnstrukturen bei Adipositas

Es ist hinlänglich bekannt, dass Menschen mit deutlichem Übergewicht in der Regel auch ein auffälliges Essverhalten zeigen. Jetzt haben Wissenschaftler des Max-Planck-Instituts für Kognitions- und Neurowissenschaften mit Hilfe der Bildgebung durch MRT-Untersuchungen zeigen können, dass eine starke Adipositas auch mit Veränderung in bestimmten Hirnarealen einhergeht.

Dabei zeigen sich in Bereichen des Gehirns, die an der Bewertung von Belohnungsreizen und an der Steuerung des Energiehaushaltes beteiligt sind, im Vergleich zu normalgewichtigen Personen deutliche morphologische Veränderungen. Beim Vergleich dieser Hirnareale fanden die Wissenschaftler nicht allein Unterschiede zwischen schlanken und adipösen Personen, sondern auch deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Möglicherweise können diese Befunde

zukünftig Erklärung dafür geben, warum Frauen leichter Übergewicht entwickeln als Männer. Spekulativ wäre es jedoch, daraus heute schon Hypothesen zu entwickeln, wie Verhaltenstherapien zur Änderung von Essgewohnheiten effektiver gestaltet werden können. Dazu müsste erst einmal geklärt werden, ob die veränderten Hirnareale Ursache oder Folgen des gesteigerten Essverhaltens sind.

## Ocrelizumab mit erfolgversprechenden Ergebnissen bei Multipler Sklerose

In der renommierten britischen Medizinzeitschrift Lancet wurden kürzlich die Ergebnisse einer klinischen Studie publiziert, die in einer Untersuchung an 218 Patienten mit Multipler Sklerose aus 20 Ländern klare Hinweise dafür erbrachten, dass der humanisierte monoklonale Antikörper Ocrelizumab die klinischen Schübe und die krankheitsbedingten entzündlichen Läsionen im ZNS deutlich reduzieren kann.

Bisher galt die Hypothese, dass die Entzündungsherde bei Multipler Sklerose in erster Linie durch T-Lymphozyten ausgelöst werden, die für zelluläre Immunreaktionen verantwortlich sind. Neuere Ergebnisse der MS-Forschung deuten jedoch darauf hin, dass B-Zellen, die für Antikörper ausgelöste Immunreaktionen verantwortlich sind, die ursächlichen Verursacher für die pathologischen Immunmechanismen bei der Erkrankung sind. Ein internationales Team unter der Leitung von Prof. Ludwig Kappos von der Universität Basel hat den neuen monoklonalen Antikörper Ocrelizumab (Hoffmann-La Roche Ltd. Basel), der selektiv CD-20 positive B-Zellen vermindert, bei schubförmig verlaufender multipler Sklerose in einer Phase II-Studie eingesetzt.

In dieser placebokontrollierten Studie wurden Wirksamkeit und Verträglichkeit von Ocrelizumab in 2 Dosierungen

geprüft. Dabei verminderte Ocrelizumab sowohl die Anzahl der bei monatlichen MRT-Untersuchungen nachweisbaren entzündlichen Läsionen im ZNS um 90 Prozent und die Schubhäufigkeit um mehr als 80 Prozent gegenüber der Placebogruppe. Auch gegenüber einer Vergleichsgruppe, die mit Interferon Beta-1A behandelt worden war, ergaben sich deutliche Vorteile. Schwere Nebenwirkungen waren selten und in allen Therapiegruppen in ähnlicher Häufigkeit zu beobachten. Daraus schließen die Untersucher, dass Ocrelizumab im Hinblick auf entzündliche Multiple Sklerose-Herde und klinische Schübe gegenüber den gegenwärtigen Behandlungsmethoden und anderen in der Entwicklung befindlichen Substanzen deutliche Vorteile aufweist.

Ocrelizumab soll jetzt in einer längeren Phase III-Studie mit höheren Patientenzahlen im Hinblick auf die Langzeitverträglichkeit und die Progression der Erkrankung für das Zulassungsverfahren geprüft werden.

### Durchbruch bei der Frühdiagnostik des Morbus Alzheimer

In den meisten Fällen wird der Morbus Alzheimer erst dann diagnostiziert, wenn bereits erhebliche Defizite des Kurzzeitgedächtnisses offensichtlich sind. Wissenschaftler der Technischen Universität Darmstadt haben kürzlich über ein neues diagnostisches Verfahren berichtet, dass eine sehr frühzeitige Diagnostik der Krankheit ermöglichen soll. Mit dieser Technik können in der Nasenschleimhaut Aggregate des sogenannten Tau-Proteins nachgewiesen werden, die sich schon mehrere Jahre vor dem klinischen Ausbruch der Erkrankung nachweisen lassen.

Bisher konnten diese Tau-Protein-Ab lagerungen in Hirnzellen und in der

Retina nachgewiesen werden. Man versuchte daher, mit Fluoreszenzfarbstoffen die Tau-Proteine in der Retina im Rahmen einer Augenhintergrunduntersuchung nachzuweisen. Dabei stellte sich jedoch häufig heraus, dass in vielen Fällen keine direkte Korrelation zwischen der Schwere der Erkrankung und der Stärke der Protein-Aggregate in der Retina bestand. Bei dem Testverfahren, das von den Darmstädter Forschern entwickelt wurde, konnte eindeutig gezeigt werden, dass eine direkte Korrelation zwischen der Menge der visualisierten Tau-Protein-Aggregate der Nasenschleimhaut der Patienten und der Anreicherung des Tau-Proteins im Gehirn besteht.

Eine Untersuchung der Nasenschleimhaut ermöglicht damit genauere prädiktive Aussagen als ein Scan der Netzhaut im Hinblick auf das Stadium der Erkrankung. Den diagnostischen Farbindikator kann man entweder als Tablette einnehmen oder mit einem Nasenspray applizieren. Danach kann mit Hilfe eines Lichtendoskops der Nachweis der Tau-Protein-Aggregate in der Nasenschleimhaut vorgenommen werden. Es bleibt jedoch abzuwarten, wie sich das neue Testverfahren bei der breiten Anwendung bewähren wird.

### Computergestützte Diagnostik von Brustkrebsbiopsien

Für die histologische Diagnostik von Brustkrebspräparaten im Hinblick auf die Kategorie und die Prognose des Tumors werden seit mehr als 80 Jahren bestimmte Kriterien herangezogen. Hierzu gehören beispielsweise tubenähnliche Zellen, die morphologische Varianz der Zellkerne am äußeren epithelialen Rand des Tumors sowie die Häufigkeit von Mitosen. Wissenschaftler der Stanford Univer-

sität berichten jetzt im Journal of Translational Medicine über ein computergestütztes System zur histologischen Beurteilung von Brustkrebspräparaten, das Aussagen zur Kategorisierung des Tumors und seiner Prognose ermöglichen soll. Hierzu haben sie den gegenwärtigen Erkenntnisstand der Brustkrebshistologie in Algorithmen für eine Software transferiert. Hierbei werden die mit einer hohen Auflösung gescannten Bilder von Brustkrebspräparaten von der neu entwickelten Software auf über 6.400 spezifische Merkmale analysiert. In die Bewertung werden nicht nur die Merkmale des Tumorgewebes selbst einbezogen, sondern ebenfalls die Feinstruktur des umgebenden Bindegewebes. Dazu werden atypische und polyploide Zellkerne sowie die Korrelation zwischen Zellvolumen und Volumen des Zellkerns berücksichtigt.

Die tatsächliche Genauigkeit und prognostische Qualität der neu entwickelten digitalen Diagnostik wurde anschließend an 248 schon früher von Pathologen bewerteten Brustkrebsproben des Niederländischen Krebsinstituts überprüft. Von diesen histologischen Präparaten war zusätzlich bekannt, ob die Patientinnen 5 Jahre nach der Behandlung überlebten. Die computergestützte histologische Diagnostik war dabei sogar in der Lage, charakteristische Merkmale zu erfassen, die einen kürzeren Überlebenszeitraum prognostizieren konnten. Insgesamt erzielte die neue Software prognostische Aussagen, die sich sehr gut mit der Realität deckten und erwies sich in 70 Prozent der Beurteilung als fehlerfrei. Damit zeigt die neue Methode zur computergestützten Kategorisierung und Prognose von Brustkrebskarzinomen eine vielversprechende Vorgehensweise mit erheblichem Zukunftspotential.

## ARZTHONORAR

### Aspekte zum Versorgungsstrukturgesetz

Ende des Jahres 2011 soll (mal wieder) ein Gesetzgebungsverfahren umgesetzt werden: Das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (Versorgungsstrukturgesetz). Wenn auch die endgültige Fassung des Versorgungsstrukturgesetzes noch nicht vorliegt, ist dennoch davon auszugehen, dass die in den bisherigen Entwürfen vorliegenden Formulierungen weitgehend umgesetzt werden. Das Versorgungsstrukturgesetz soll Ende Dezember 2011 beschlossen werden und Anfang 2012 in Kraft treten. Da keine Zustimmungspflicht des Bundesrates besteht, ist davon auszugehen, dass der vorgesehene Zeitplan eingehalten wird.

Das Versorgungsstrukturgesetz wird auch für die Abrechnung der erbrachten vertragsärztlichen Leistungen bzw. für deren Vergütung einige Änderungen beinhalten.

#### Wesentliche Inhalte

Mit dem Versorgungsstrukturgesetz sollen die durch das vorangegangene Gesetz – das GKV-Finanzierungsgesetz – eingeführten Mengenbegrenzungen für extrabudgetäre Leistungen, wie z.B. ambulante Operationen, aufgehoben werden. Radiologen sind davon weniger betroffen, da diese Facharztgruppe kaum Leistungen aus den Bereichen abrechnet, die von den Krankenkassen außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) zusätzlich bezahlt werden. Alle präventiven Leistungen – und dazu gehört die für Radiologen wichtige präventive Mammographie – werden weiterhin von den Krankenkassen gesondert ohne Mengenbegrenzungen vergütet. Von den Leistungen, die von den Krankenkassen extra außerhalb der MGV bezahlt werden, sind für Radiologen im gewissen Umfang nur die

Strahlentherapie und ggf. die Vakuumstanzbiopsie von Bedeutung. Für diese Leistungsbereiche könnte es ggf. neue Regelungen geben.

Der für die Vergütung ärztlicher Leistungen wichtigste Punkt des Versorgungsstrukturgesetzes ist die geplante Aufhebung der zwingenden Vorgabe zur Bildung von Regelleistungsvolumina (RLV) zur Mengenbegrenzung der abgerechneten Leistungen. Den KVen soll es künftig freigestellt sein, weiterhin Regelleistungsvolumina (und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen) auf der Basis der Beschlussfassung des Bewertungsausschusses zur Berechnung dieser Mengenbegrenzungen zu beschließen. Den KVen wäre es dann allerdings freigestellt, ob und welche Maßnahmen zur Mengenbegrenzung sie in ihren Honorarverteilungsverträgen beschließen. Da das Versorgungsstrukturgesetz erst Ende Dezember 2011 beschlossen wird, ist davon auszugehen, dass die KVen in den ersten Quartalen des Jahres 2012 wohl kaum auf eine neue Systematik zur Mengenbegrenzung der abgerechneten Leistungen umstellen können. Wie aus den KVen zu erfahren ist, wird es somit voraussichtlich zumindest in den beiden ersten Quartalen 2012 bei der bisherigen Systematik der RLV und QZV bleiben.

Was danach in den KVen an Regelungen zur Mengenbegrenzung der abgerechneten Leistungen beschlossen wird, ist vorab schwerlich abzuschätzen. Denkbar ist eine Rückkehr zu den früheren Praxisbudgets, zu individuellen Praxisbudgets oder sonstigen Mengenbegrenzungsregelungen.

### Aktuelle Reaktionen auf das Gesetzgebungsvorhaben

Die Erfahrung der vergangenen Jahre, wenn nicht gar Jahrzehnte, lehrt, dass bei der Festlegung von Abrechnungsobergrenzen immer frü-

here Abrechnungsergebnisse der einzelnen Facharztgruppen zugrunde gelegt wurden. Wurden z.B. in einer KV individuelle Praxisbudgets beschlossen, richtete sich die Vergütungsobergrenze der einzelnen Praxis nach dem Abrechnungsvolumen, welches in Vorquartalen zur Abrechnung gebracht wurde. Da derzeit nicht abschätzbar ist, welche KVen welche Abrechnungsobergrenzen im Laufe des Jahres 2012 beschließen werden, ist unbedingt zu empfehlen, alle erbrachten Leistungen abzurechnen und nicht aufgrund der derzeit bestehenden engen Abrechnungsobergrenzen in Form der RLV und QZV freiwillige Minderungen der eingereichten abgerechneten Leistungen vorzunehmen. Denn eins steht fest: In irgendeiner Form wird es auch dann, wenn die RLV und QZV nicht mehr verpflichtend von den KVen beibehalten werden müssen, Abrechnungs- bzw. Vergütungsobergrenzen geben. Bisher hat sich dabei immer bewahrheitet, dass sich freiwillige Abrechnungsbegrenzungen bei der Festlegung von Abrechnungsobergrenzen durch die KVen negativ ausgewirkt haben.

#### 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<sup>®</sup> gibt nicht in jedem Fall die Meinung der b.e.imaging gmbh wieder.