

### Kassenabrechnung

#### **Vergütungsquote für Laboruntersuchungen im 1. Halbjahr 2015**

Die Vergütungsquote für Laboruntersuchungen wurde von der KBV für das 1. Halbjahr 2015 mit 91,58 Prozent festgesetzt. Sie entspricht damit der Vergütungsquote im 1. Halbjahr 2014.

Mit Ausnahme der für Rheumatologen wenig relevanten allgemeinen Laboruntersuchungen nach den EBM-Nrn. 32025 bis 32027, 32035 bis 32039, 32097 und 32150 werden also in den Quartalen 1/2015 und 2/2015 die von Rheumatologen abgerechneten allgemeinen und speziellen Laboruntersuchungen nur mit 91,58 Prozent der Kostensätze des EBM vergütet.

Die Vergütungsquote von 91,58 % ist auch auf den Referenzfallwert von 40,00 Euro für spezielle Laboruntersuchungen von Rheumatologen anzuwenden. Der Referenzfallwert beträgt daher im 1. Halbjahr 2015 36,63 Euro.

### Kassenabrechnung

#### **Laboruntersuchungen vorerst nicht auf Kern des Fachgebietes beschränkt**

§ 25 Bundesmantelvertrag sieht vor, dass Laborleistungen nur noch an Fachärzte überwiesen werden dürfen, bei denen Laborleistungen zum Kern des Fachgebietes gehören. Ursprünglich war vorgesehen, die Prüfung, welche Laborleistungen zum Kern des Fachgebietes gehören, zu 1. Januar 2015 abzuschließen. Diese Frist wurde jetzt auf den 1. Januar 2016 verlängert.

### Heilmittel

#### **Bewegung: Funktionstraining bei Rheuma die 1. Wahl**

von Silke Jäger, Fachjournalistin Gesundheitswesen ([www.silke-jaeger.de](http://www.silke-jaeger.de))

Rheumapatienten brauchen regelmäßige Bewegungsübungen, um Funktionseinschränkungen der Gelenke vorzubeugen. Doch nicht jede Form von Bewegung ist für sie empfehlenswert. Die Teilnahme an allgemeinen Bewegungs- und Fitnesskursen, zum Beispiel in Fitnessstudios, ist für viele Patienten nicht geeignet. Schnell kommt es zu Überforderungen und vermeidbaren Schmerzen. Ärzte haben deshalb die Möglichkeit, Rheumapatienten ein spezielles Funktionstraining zu verordnen.

#### **Spezielle Bewegungsprogramme vs. allgemeine Bewegung**

Allgemeine Bewegungsprogramme bergen für Rheumapatienten nach Ansicht der Vizepräsidentin der Deutschen Rheuma-Liga, Rotraut Schmale-Grede, Risiken: „Häufig steht bei solchen allgemeinen Ausdauer- und Kräftigungsübungen die sportliche Leistung im Vordergrund. Rheumakranke können aufgrund ihrer Schmerzen und Bewegungseinschränkungen oft nicht mithalten“. Deshalb brechen viele Rheumakranke die Teilnahme vorzeitig ab und sind anschließend aus Angst vor Schmerzen schwerer zu motivieren, spezielle Bewegungsprogramme einzuhalten.

„Dabei können Betroffene viel selbst dafür tun, um ein bestmögliches Leben mit ihrer Erkrankung zu führen“, meint Schmale-Grede. Die Teilnahme an Funktionstrainingsgruppen, in denen die Patienten unter anderem angeleitet werden, Eigenübungen zu Hause korrekt durchzuführen, werden deshalb von der Rheuma-Liga empfohlen. Schmale-Grede weist darauf hin, dass Ärzte ihren Rheumapatienten ein spezielles Funktionstraining verordnen können.

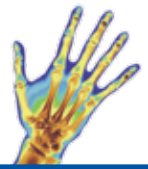
#### **Funktionstraining verordnen**

Trainingsgruppen für Rheumapatienten sollten nach der Rahmenvereinbarung für Rehabilitationssport und Funktionstraining bestimmte Qualitätsstandards erfüllen. Funktionstraining ist demnach eine ergänzende Leistung zur Rehabilitation. Sie wird vom Arzt verordnet und muss durch den zuständigen Träger der Rehabilitation genehmigt werden. Die Verordnung erfolgt auf dem Verordnungsvordruck Muster 56.

**Praxishinweis:** Es muss zwischen Rehabilitationssport und Funktionstraining unterschieden werden. Funktionstraining wird nicht auf die Richtgrößen bei der Heilmittelverordnung angerechnet.

#### **Inhalte des Funktionstrainings**

Funktionstraining wird in Gruppen bis zu 15 Teilnehmern durchgeführt. Die Trainingsgruppen werden von Physio- oder Ergotherapeuten mit spezieller Zusatzausbildung geleitet, die auf die Bedürfnisse und individuellen Einschränkungen der Rheumapatienten Rücksicht nehmen. Sie sind in der Lage, alternative Bewegungsübungen anzubieten, falls Patienten aufgrund



von starken Schmerzen oder Bewegungseinschränkungen Schwierigkeiten mit einer Übung haben. Weiterhin stellen sie individuelle Heimübungsprogramme zusammen, leiten die korrekte Durchführung an und kontrollieren regelmäßig, ob die Übungen richtig gemacht werden. Somit unterstützen sie die Patienten dabei, gezielte Übungen in den Alltag zu integrieren.

Funktionstraining besteht nicht nur aus bewegungstherapeutischen Übungen, auch Gelenkschutzmaßnahmen, die Einübung von technischen Hilfen und der gelenkgerechte Umgang mit Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens sind Bestandteil des Trainings, das in der Regel ein- oder zweimal wöchentlich stattfindet.

### Ziele des Funktionstrainings

Das durch geschulte Ergo- und Physiotherapeuten angebotene Funktionstraining hat mehrere Ziele:

- Erhalt und die Verbesserung von Gelenkfunktionen
- Hinauszögern von Funktionsverlusten der Muskeln und Gelenke
- Schmerzlinderung
- Bewegungsverbesserung
- Hilfe zur Selbsthilfe

### Formen des Funktionstrainings

Funktionstraining wird in zwei Formen angeboten: als Warmwassergymnastik und als Trockengymnastik. Der Arzt entscheidet mit der Verordnung, an welcher Form die Rheumapatienten teilnehmen sollen. „Vielen Betroffenen fällt Bewegung im warmen Wasser dank des Auftriebs zwar leichter“, weiß Rotraut Schmale-Grede. Es gibt jedoch auch Argumente für die Trockengymnastik, zum Beispiel, wenn kein geeignetes Bewegungsbad in der Nähe ist: Die Übungen können effektiver sein, besser korrigiert werden und sie lassen sich leichter in ein Heimübungsprogramm aufnehmen.

### Wirtschaftlichkeitsprüfung

## Kein Anspruch bereits regressierter Ärzte auf „Beratung vor Regress“

von RAin Dr. Anna Lauber, [www.kanzlei-am-aerztehaus.de](http://www.kanzlei-am-aerztehaus.de), Münster und RA Nico Gottwald, Sindelfingen, [www.rpmed.de](http://www.rpmed.de)

Das Bundessozialgericht (BSG) hat in einem Urteil vom 25. Oktober 2014 keine vollständige „Nullstellung“ der Richtgrößenprüfung aufgrund des 2012 eingeführten Grundsatzes „Beratung vor Regress“ vorgenommen. Das bedeutet: Bei Vertragsärzten, gegen die bereits einmal ein Richtgrößenregress ausgesprochen wurde, greift die Regelung nicht. Vertragsärzte, die ihre Richtgrößen bislang noch nicht – durch die Prüfungsgremien förmlich festgestellt – um mehr als 25 Prozent überschritten haben, können sich hingegen auf die Regelung berufen (Az. B 6 KA 8/14 sowie B 6 KA 3/14).

### Die Fälle

Ein hausärztlicher Internist aus dem KV-Bezirk Nordrhein sowie ein Orthopäde aus Baden-Württemberg wandten sich gegen Regressbescheide, die Mitte 2012 durch den jeweiligen Beschwerdeausschuss für die Prüffahre 2009 bzw. 2008 festgesetzt worden waren.

Anfang 2012 hatte der Gesetzgeber § 106 Abs. 5e S. 1 SGB V eingefügt, wonach bei erstmaliger Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 Prozent vor dem Ausspruch eines Regresses eine individuelle Beratung erfolgen müsse. Am 26. Oktober 2012 und somit nach Ausspruch der Regresse in den beiden Fällen stellte der Gesetzgeber ergänzend in Satz 7 der Regelung klar, dass der Grundsatz „Beratung vor Regress“ auch für Verfahren gilt, die am 1. Januar 2012 noch nicht abgeschlossen waren.

Die Ärzte beriefen sich darauf und hielten die Bescheide daher für rechtswidrig.

### Die Entscheidungen

Dem folgte das BSG nicht. Die Regelung des Gesetzgebers vom 26. Oktober 2012 sei keine „Klarstellung“, sondern eine Neuregelung, die erst ab diesem Zeitpunkt gelte. Zudem könne der Orthopäde sich auch nicht auf die Regelung berufen, da er 2008 nicht „erstmalig“ seine Richtgrößen um mehr als 25 Prozent überschritten habe. Es erfolge keine „Nullstellung“ der Wirtschaftlichkeitsprüfung ab 2012. Vielmehr entfalle die „Erstmaligkeit“ und damit der Beratungsvorrang, wenn ein Vertragsarzt – durch die Prüfungsgremien förmlich festgestellt – sein Richtgrößenvolumen um mehr als 25 Prozent überschritten habe.

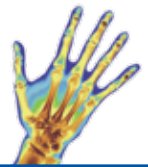
Soweit den Krankenkassen ab dem 26. Oktober 2012 durch die Rückwirkung der Neuregelung auf zurückliegende Prüfzeiträume etwaige Regresse entgingen, sei dies rechtlich nicht zu beanstanden. Die Kassen besäßen hier keine schutzwürdige Rechtsposition.

### Fazit

Das BSG hat die von vielen Ärzten erhoffte „Nullstellung“ verneint und somit der Ansicht eine Absage erteilt, dass es regressmäßig ab 2012 einen völligen Neubeginn gegeben hat, wonach bei einem Regress immer zunächst eine Beratung erfolgen müsse. Eine vollständige Bewertung der Auswirkungen des Urteils wird erst möglich sein, wenn die Urteilsgründe vorliegen – so etwa die Frage, ob mit „förmlicher Feststellung“ die Rechtskraft gemeint ist.

### rheumaguide.de

Alle bisher erschienenen Beiträge des RheumaGuide finden Sie im **Volltextarchiv** unter [www.rheumaguide.de](http://www.rheumaguide.de).



## Rheumatoide Arthritis (RA)

### Partizipative Therapieentscheidung – laut EULAR oberstes Gebot beim RA-Management

Die European League Against Rheumatism (EULAR) hat Ende 2013 ihre Therapieempfehlungen zum Management einer RA aktualisiert. Von dem 33-köpfigen Expertengremium aus elf europäischen Ländern werden nach einem Literaturupdate seither neben drei übergeordneten Therapieprinzipien 14 spezifische Therapieempfehlungen genannt. Oberstes Gebot ist es, die Patienten an der Entscheidung über die Behandlung zu beteiligen. Hervorgehoben wird außerdem die Rolle der Rheumatologen als primäre Ansprechpartner für RA-Patienten sowie die individuellen medizinischen und sozialen Kosten, die es bei der Therapie zu berücksichtigen gilt. Hier die wichtigsten der 14 spezifischen Therapieempfehlungen:

- Mit der Therapie mit DMARDs sollte so früh wie möglich nach Diagnose einer RA begonnen werden.
- Therapieziel ist bei jedem Patienten das Erreichen einer Remission oder zumindest einer niedrigen Krankheitsaktivität. Werden diese Ziele nicht innerhalb von 6 Monaten erreicht (bisher 3 Monate), sollte ein Wechsel der Behandlung erfolgen.
- Methotrexat ist das Medikament der ersten Wahl; gibt es Kontraindikationen, wird anstelle von MTX Sulfasalazin oder Leflunomid empfohlen. Bei DMARD-naiven Patienten kann auch bereits initial eine Kombinationstherapie mit synthetischen DMARDs erfolgen.
- Eine Therapie mit niedrig-dosierten Glukokortikoiden (bis 7,5 mg Prednisolonäquivalent täglich) sollte initial über eine Dauer von bis zu 6 Monaten erwogen werden; dann sollten die Substanzen ausgeschlichen werden.

- Bei Patienten, die auf MTX und/oder weitere Therapiestrategien mit synthetischen DMARDs nicht ansprechen, sollte ein Biologikum in Kombination mit MTX eingesetzt werden. Reicht dies nicht aus, sollte das Biologikum gewechselt werden.
- Formuliert wurde auch eine Therapie-Deeskalationsstrategie bei Patienten in stabiler Remission (6-12 Monate) nach Absetzen von Glukokortikoiden: zunächst das Biologikum ausschleichen, dann in Absprache mit den Patienten evtl. vorsichtig die Dosis des synthetischen DMARD reduzieren.

#### QUELLE:

- Smolen S et al.: EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update. Ann Rheum Dis 2013, published online October 25

## Chronikerversorgung

### DMP-Programm auch für Rheumatoide Arthritis?

Strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme – DMP) gibt es derzeit für insgesamt 7 chronische Erkrankungen, unter anderem Diabetes mellitus, COPD und koronare Herzkrankheit.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat im August 2014 weitere für DMP-Programme in Betracht kommende Krankheitsbilder ausgewählt, unter anderem die rheumatoide Arthritis. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) wurde jetzt mit einer aktuellen Leitlinienrecherche beauftragt. Der Endbericht hierzu soll bis zum 31. März 2016 vorliegen. In Abhängigkeit von den Ergebnissen wird der G-BA dann über die Entwicklung eines strukturierter Behandlungsprogramms für diese Erkrankung entscheiden.

## Rheumatoide Arthritis (RA)

### BMI von RA-Patienten korreliert mit Remissionsdauer

Starkes Über-, aber auch Untergewicht, ist laut Daten einer kanadischen Studie bei insgesamt 944 Patienten mit RA mit einer schlechten Prognose verbunden. Patienten mit Übergewicht, insbesondere mit Adipositas (BMI > 30), hatten mehr Schmerzen und schlechtere Funktionsscores als Normalgewichtige (BMI 20 - < 25). Die Chance für anhaltende Remissionen (DAS28-Score < 2,6) im Verlauf der dreijährigen Studie war bei Übergewichtigen um 25 Prozent, bei Patienten mit schwerer Adipositas um 50 - 64 Prozent reduziert. Auch bei Untergewichtigen hielten Remissionen weniger lange an, aber nur 15 Patienten hatten einen BMI < 18,5. Patienten mit hohem BMI hatten insgesamt mehr Entzündungszeichen, berichtete Goodman.

#### QUELLE

- Jahrestagung der American College of Rheumatology (ACR), 14.-19. November 2014, Boston, Dr. Susan Goodman, New York

## Impressum



### Herausgeber und Verlag

IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH & Co. KG  
Niederlassung: Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen  
Telefon: 02596 922-0, Telefax: 02596 922-99  
Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg  
E-Mail: [info@rheumaguide.de](mailto:info@rheumaguide.de)

### Redaktion

RAin, FAin StR Franziska David (Chefredakteurin),  
Dr. Stephan Voß M.A. (Stv. Chefredakteur, verantwortlich)

### Lieferung

Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose Serviceleistung der

### Hexal AG

Industriestraße 25, 83607 Holzkirchen  
Telefon: 08024 908-0, Telefax: 08024 908-1290  
E-Mail: [service@hexal.com](mailto:service@hexal.com)

### Hinweis

Alle Rechte am Inhalt liegen beim Verlag. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugsweise nur nach schriftlicher Zustimmung des Verlags erlaubt. Der Inhalt dieses Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der behandelten Themen machen es notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Der Nutzer ist nicht von seiner Verpflichtung entbunden, seine Therapieentscheidungen und Verordnungen in eigener Verantwortung zu treffen. Dieser Informationsdienst gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Hexal AG wieder.

