



ZI-Praxis-Panel

Wirtschaftliche Eckdaten für Rheumatologen

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) hat am 9. März eine Untersuchung zur wirtschaftlichen Situation von Arztpraxen in den Jahren 2006 bis 2008 veröffentlicht. An der Erhebung haben insgesamt über 4.000 Arztpraxen teilgenommen, darunter 26 Praxen von fachärztlichen Internisten mit Schwerpunkt Rheumatologie. Für repräsentative Aussagen ist dies zwar eine geringe Grundgesamtheit. Da diese Daten jedoch öffentlich sind und in der Diskussion über die Einkommenssituation von Praxen immer wieder herangezogen werden, fassen wir nachfolgend die wesentlichen Ergebnisse des Jahres 2008 zusammen.

Einnahmen überdurchschnittlich

Sowohl die Einnahmen als auch die Aufwendungen von rheumatologischen Praxen liegen erwartungsgemäß über dem Durchschnitt aller an der Umfrage teilnehmenden Arztpraxen. Überraschend ist der vergleichsweise niedrige Anteil an Einnahmen aus Privatliquidation mit lediglich 11,9 Prozent. Auf der Ausgabenseite ist der Personalkostenanteil mit 38,6 Prozent vergleichsweise gering, der Aufwand für Material und Labor überdurchschnittlich hoch.

Der ausgewiesene Jahresüberschuss beträgt im Mittel 178.944 Euro und liegt um ca. 45 Prozent über dem Durchschnitt aller Praxen.

Die Wochenarbeitszeit wurde von allen teilnehmenden Praxen mit durchschnittlich 52 Wochenstunden angegeben. Davon entfielen allerdings lediglich 73 Prozent bzw. 38 Stunden auf patientenbezogene Tätigkeiten. Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit von Rheumatologen ist demgegenüber mit 56 Stunden deutlich höher, der Anteil an patientenbezogener Tätigkeit mit 36 Stunden leicht niedriger. Allerdings basieren diese Werte nur auf Angaben von sieben rheumatologischen Praxen.

Die vollständige Untersuchung mit vielen weiteren interessanten Details finden Sie im Internet unter www.zi.de (unter „Zipp-Jahresbericht“).

	Internistische Rheumatologen	Alle Praxen
Mittlere Einnahmen je Arzt	348.903 Euro	254.614 Euro
• Anteil GKV	81,8 %	77,3 %
• Anteil PKV	11,9 %	19,1 %
• Anteil Sonstige	6,3 %	3,6 %
Mittlere Aufwendungen je Arzt	169.959 Euro	131.444 Euro
• Personalaufwand	38,6 %	44,9 %
• Material/Labor	23,1 %	6,9 %
• Raumkosten	10,6 %	11,9 %
• Abschreibungen	6,6 %	7,2 %
• Sonstiges	21,1 %	29,1 %
Jahresüberschuss je Arzt	178.944 Euro	123.170 Euro

Sehr geehrte Frau Doktor,
sehr geehrter Herr Doktor,

mit dieser ersten Ausgabe des „RheumaGuide“ startet Hexal einen neuen kostenlosen Service speziell für Rheumatologen. Der „RheumaGuide“ versorgt Sie regelmäßig mit aktuellen und praxisnahen Informationen **von unabhängigen Autoren**, die den Bereich der Rheumatologie betreffen.

Wir möchten Sie mit dem „RheumaGuide“ im Praxisalltag unterstützen und einen Beitrag zu Ihrem Praxiserfolg leisten. Der „RheumaGuide“ lebt aber natürlich auch vom aktiven Dialog mit Ihnen. Daher freuen wir uns über Ihr Feedback, Ihre Anregungen und auch Ihre Kritik. Wenn Sie Fragen zur Berichterstattung haben, beantwortet Ihnen die Redaktion des IWW-Instituts diese gern. Die Anschrift finden Sie im Impressum auf der letzten Seite.

Eine stets interessante und nutzbringende Lektüre wünscht Ihnen

Dr. Stephan Voß
Stv. Chefredakteur

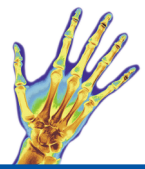
EBM

Neue Vergütungsregelungen für Laborleistungen

Rheumatologen müssen sich wieder auf neue Vergütungsregelungen für selbst abgerechnete Laboruntersuchungen einstellen. Diese beruhen auf Vorgaben der KBV, die von den regionalen KVen umzusetzen sind. Es folgt eine Chronologie dieser Regelungen.

Die Regelung bis Quartal 1/2012

Seit dem Quartal 3/2010 wurden Laborleistungen des Kapitels 32 aus einem gesondert berechneten Honorarkontingent vergütet. Bei Überschreitung erfolgte in den meisten KVen eine quo-



tierte Vergütung der Euro-Beträge für die Leistungen des Allgemeinlabors und für spezielle Laborleistungen. So wurden beispielsweise im Quartal 3/2011 Laboruntersuchungen in Hamburg nur mit einer Quote von 91,2 Prozent, in Bayern mit 96,9 Prozent und in Berlin mit 94,2 Prozent vergütet.

Die Regelung im Quartal 2/2012

Die Kostenerstattungen für allgemeine Laboruntersuchungen gemäß Abschnitt 32.2 EBM werden ungekürzt mit den im EBM ausgewiesenen Euro-Beträgen vergütet. Für die speziellen Laboruntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM legt die KBV eine bundesweit geltende Abstaffelungsquote fest. Diese gilt allerdings nur für Laborärzte. Für die von „Nichtlaborärzten“, also auch für die von Rheumatologen abgerechneten speziellen Laboruntersuchungen, bestimmt die jeweils zuständige KV die Vergütungsquote. Diese darf jedoch die für Laborärzte festgelegte Abstaffelungsquote (99,99 Prozent im Quartal 2/2012) nicht überschreiten.

Die Regelung ab Quartal 3/2012

Von wenigen Laborparametern abgesehen wird für allgemeine Laboruntersuchungen des Abschnitts 32.2 EBM eine bundesweit geltende Abstaffelungsquote ermittelt. Diese beträgt dem Vernehmen nach im Quartal 3/2012 ca. 93 Prozent. Für die von „Nichtlaborärzten“ abgerechneten speziellen Laboruntersuchungen gibt es künftig ein Budget auf der Basis von Fallzahlen und sogenannten Referenz-Fallwerten. Über die Details dieser erst vor kurzem beschlossenen Regelung werden wir in der nächsten Ausgabe ausführlich berichten.

Nach der Vorgabe der KBV sollen diese neuen Vergütungsregelungen grundsätzlich ab dem Quartal 3/2012 gelten. KVen, die diese Vorgaben so kurzfristig nicht umsetzen können, müssen die Regelungen spätestens zum Quartal 4/2012 anwenden. Achten Sie daher auf die entsprechenden Mitteilungen Ihrer KV.

Strafrecht

Abrechnungsbetrug eines privat-liquidierenden Arztes

von RA Dr. Carsten Wegner, FA für Strafrecht, Kanzlei Krause & Kollegen, Berlin

Ein strafrechtlicher Schaden kann auch dann gegeben sein, wenn insgesamt betrachtet eine Leistung vorliegt, die dem Patienten zugutekommt (Urteil des Bundesgerichtshofs [BGH] vom 25.1.2012, Az: 1 StR 45/11).

Sachverhalt

Der angeklagte Arzt A. gab u.a. Speziallaborleistungen bei einem Labor in Auftrag, wo die Proben seinen Wünschen entsprechend beprobt wurden. Die Ergebnisse wurden ihm per Datenfernübertragung übermittelt. Die erbrachten Leistungen des Laborarztes wurden von diesem nicht gegenüber den Patienten geltend gemacht. Vielmehr wurde dem A. die Laborleistung zu einem niedrigen Betrag in Rechnung gestellt. A. rechnete sodann gegenüber Privatpatienten die durchgeführten Untersuchungen als eigene ab, regelmäßig unter Geltendmachung des Standard-Erhöpfungsfaktors nach § 5 Abs. 4 GOÄ.

Entscheidungsgründe

Der BGH bestätigt die erfolgte Verurteilung wegen Betrugs nach § 263 Strafgesetzbuch, weil A. die abgerechneten Leistungen nicht selbst erbracht hat. Es entspricht laut BGH gefestigter Rechtsprechung zum Abrechnungsbetrug bei Vertragsärzten, dass derjenige, der Leistungen abrechnet, in juristischer Hinsicht nicht nur behauptet, dass er zur

Abrechnung befugt ist, sondern dass auch die Voraussetzungen der der Abrechnung zugrunde liegenden Rechtsvorschriften eingehalten wurden.

Dies gilt nach Ansicht des BGH auch für privat liquidierende Ärzte: Die Patienten hätten darauf vertraut, dass die Rechnungen des Arztes korrekt erstellt wurden und an die Rechtmäßigkeit der Abrechnung geglaubt. Umgekehrt gilt folglich: Wer eine Leistung einfordert, bringt damit zugleich das Bestehen des zugrunde liegenden Anspruchs – hier also die Abrechnungsfähigkeit der in Rechnung gestellten ärztlichen Leistung – zum Ausdruck.

Praxishinweis

Ärzten sollte bewusst sein, dass die Strafsenate des BGH in Abrechnungsfragen eine sehr formale – also strenge – Betrachtungsweise anstellen. Es ist insofern auch nicht relevant, dass dem Patienten im Gesamtkontext eine Behandlungsleistung zugeflossen und ihm insgesamt rechnerisch kein Schaden entstanden ist. Auch dass eine erneute Behandlung an sich unsinnig wäre, ändert an dieser formalen Betrachtungsweise nichts.

Polymyalgia rheumatica (PMR)

Neue Klassifikationskriterien für PMR

Eine PMR kann schwierig zu diagnostizieren sein, da typische Symptome wie Gelenkschmerzen, Fieber oder periphere Ödeme auch bei vielen anderen Erkrankungen auftreten. Es gibt bisher keine standardisierten Klassifikationskriterien. Eine Arbeitsgruppe der European League against Rheumatism (EULAR) und des American College of Rheumatism (ACR) hat nun anhand der Daten einer prospektiven Kohortenstudie einen Scoring-Algorithmus entwickelt, der die frühzeitige Identifizierung von PMR-Patienten erleichtern soll. An der sechsmonatigen Studie nahmen 128 Patienten mit neu diagnostizierter PMR aufgrund der obligaten Kriterien (Alter über 50 Jahre, beidseitige Schulterschmerzen und anomale BSG oder anomales C-reaktives Protein) teil. Die Kontrollgruppe stellten 184 Patienten mit PMR-ähnlicher Symptomatik, die aber von anderen Erkrankungen wie RA oder Rotatorenmanschettensyndrom herrührten.



Nach der Konstellation weiterer Symptome wurde folgender Scoring-Algorithmus aufgestellt:

- Morgensteifigkeit > 45 Minuten (zwei Punkte)
- Hüftschmerz oder eingeschränkte Beweglichkeit der Hüfte (ein Punkt)
- Kein Nachweis von Rheumafaktor oder Antikörpern gegen zitrullinierte Peptide (zwei Punkte)
- Keine weiteren Gelenkschmerzen außer Schulter- und Hüftschmerzen (ein Punkt).

Ein Score ≥ 4 Punkte wies mit einer Sensitivität von 68 Prozent und mit ei-

ner Spezifität von 78 Prozent auf eine PMR hin.

Die Spezifität eines solchen Scores war mit 88 Prozent noch höher bei der Unterscheidung von PMR-Patienten von Patienten mit vermutlich nicht-entzündlich bedingten Schulter-schmerzen, etwas geringer allerdings bei der Unterscheidung von PMR- und RA-Patienten (65 Prozent).

Quelle: Dasgupta B et al.: 2012 Provisional classification criteria for polymyalgia rheumatica: A European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology collaborative initiative. *Arthritis & Rheumatism* 2012, published online March 2

Psoriasis-Arthritis

Zehn Empfehlungen zum PsA-Management

Die European League Against Rheumatism (EULAR) hat nach einem systematischen Literatur-Review zehn Empfehlungen zum Management von Patienten mit Psoriasis-Arthritis (PsA) veröffentlicht:

Zehn Empfehlungen zum PsA-Management

1. Zur Linderung von muskuloskeletalen Beschwerden bei PsA können NSAR eingesetzt werden.
2. Bei Patienten mit aktiver Erkrankung sollten frühzeitig DMARDs (Disease-modifying drugs) wie Methotrexat (MTX), Sulfasalazin und Leflunomid zum Einsatz kommen.
3. Liegt eine klinisch relevante Psoriasis vor, sollten Substanzen bevorzugt werden, die auch die Hautsymptome verbessern, etwa MTX.
4. Lokale Injektionen von Glukokortikoiden sollten als adjuvante Therapie erachtet werden; systemische Steroide sollten zurückhaltend und in der niedrigsten effektiven Dosis eingesetzt werden.
5. Patienten mit aktiver Erkrankung, die auf mindestens einen synthetischen DMARD nicht genügend angesprochen haben (drei bis sechs Monate Therapie), sollten einen TNF-Blocker erhalten.
6. TNF-Blocker kommen infrage bei Patienten mit aktiver Enthesitis oder Dactylitis, die ungenügend auf NSAR oder Steroidinjektionen ansprechen.
7. TNF-Blocker können erwogen werden bei Patienten mit aktiver, vorwiegend axialer Erkrankung, die nicht genügend auf NSAR ansprechen.
8. In Ausnahmefällen kommt eine TNF-Blockade auch bei DMARD-naiven Patienten mit sehr aktiver Erkrankung infrage.
9. Bei Patienten, die auf einen TNF-Blocker nicht genügend ansprechen, sollte auf eine andere Substanz der Klasse gewechselt werden.
10. Bei Anpassungen der Therapie sollten außer der Krankheitsaktivität auch Komorbiditäten und Sicherheitsfragen berücksichtigt werden.

Quelle: Emery P et al.: European League Against Rheumatism recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies. *Ann Rheum Dis* 2012; 71(1): 4-12

Rheumatoide Arthritis (RA)

Kombination von MTX plus Prednison erhöht Ansprechraten bei früher RA

Das Therapieziel bei Patienten mit früher RA ist eine Krankheitsremission bzw. zumindest eine gute Kontrolle der Erkrankung. Dieses Ziel scheint durch eine frühzeitige Kombination des Basistherapeutikums Methotrexat (MTX) mit Prednison besser erreicht werden zu können als durch eine MTX-Monotherapie alleine. Das legen die Daten einer prospektiven Multicenterstudie in den Niederlanden über zwei Jahre bei insgesamt 236 Patienten mit früher RA (Krankheitsdauer < ein Jahr) nahe.

Bei allen Endpunkten – Reduktion der Krankheitsaktivität, Dauer der Remission, Vermeidung körperlicher Behinderungen und Therapieintensivierungen mit Ciclosporin oder einem Biologikum – schnitten die kombiniert mit MTX und Prednison behandelten Patienten besser ab. Bei der Verträglichkeit gab es keine Unterschiede zur MTX-Monotherapie. Alle Studienteilnehmer wurden engmaschig überwacht mit monatlichen Therapieanpassungen bei Bedarf.

Quelle: Bakker MF et al.: Low-Dose Prednisone Inclusion in a Methotrexate-Based, Tight Control Strategy for Early Rheumatoid Arthritis. *Ann Intern Med* 2012; 156(5): 329-339

Impressum



Herausgeber und Verlag

IWW Institut für Wirtschaftspublizistik
Verlag Steuern Recht Wirtschaft GmbH & Co. KG
Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen
Telefon: 02596 922-0, Telefax: 02596 922-99
E-Mail: info@rheumaguide.de

Redaktion

Dr. Stephan Voß (Siv. Chefredakteur, verantwortlich),
RA, FA SIR Franziska David (Chefredakteurin)

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

Hinweis

Der Inhalt des Informationsdienstes 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. Der Rheumaguide gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Hexal AG wieder.