



### EBM

## Änderungen beim Wirtschaftlichkeitsbonus Labor ab April

Zum 1. April 2013 treten weitreichende Änderungen beim Wirtschaftlichkeitsbonus Labor – EBM-Nr. 32001 – in Kraft. Darauf haben sich KBV und Krankenkassen vor kurzem verständigt. Nachfolgend informieren wir über die Details.

### Der Wirtschaftlichkeitsbonus

Der Wirtschaftlichkeitsbonus Labor ist eine der wenigen Leistungen, die außerhalb von Mengenbegrenzungen mit dem Orientierungswert von 3,5363 Cent vergütet wird. Er beträgt in 2013 (unter der Voraussetzung, dass die Budgets für allgemeine und spezielle Laboruntersuchungen nicht überschritten werden) für Facharztinternisten mit Schwerpunkt Rheumatologie 130 Punkte bzw. 4,60 Euro je Arztfall.

Eine rheumatologische Gemeinschaftspraxis mit beispielsweise 2.400 Arztfällen kann somit einen Wirtschaftlichkeitsbonus von bis zu 11.040 Euro erhalten. Durch die nachfolgend skizzierten Änderungen wird sich dieser Betrag jedoch deutlich reduzieren.

### Keine Berücksichtigung von Fällen mit Ausnahmekennziffer

Die wichtigste Änderung betrifft Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften gleichermaßen:

- Fälle und Laborkosten mit Ansatz der entsprechenden Ausnahmekennziffer (EBM-Nrn. 32005 bis 32023) werden zwar bei der Berechnung der Laborbudgets nicht berücksichtigt, bei der Fallzählung für den Wirtschaftlichkeitsbonus jedoch mitgezählt.
- Ab Quartal 2/2013 wird für die Fälle mit Ausnahmekennziffer kein Wirtschaftlichkeitsbonus mehr gewährt.

**Beispiel:** Ein Rheumatologe in Einzelpraxis rechnet 1.000 Arztfälle ab. Davon hat er 600 Fälle mit einer Ausnahmekennziffer gekennzeichnet. Die Laborbudgets werden nicht überschritten. Sein Wirtschaftlichkeitsbonus beträgt im Quartal 1/2013 noch 4.600 Euro. Ab Quartal 2/2013 werden die 600 Arztfälle mit Ausnahmekennziffer nicht mehr berücksichtigt. Sein Wirtschaftlichkeitsbonus beträgt dann nur noch 1.840 Euro – 2.760 Euro weniger.

### Berufsausübungsgemeinschaften

Die zweite Änderung betrifft nur Berufsausübungsgemeinschaften (BAG):

- Der Wirtschaftlichkeitsbonus und die Laborbudgets wurden bisher arzt- und arztfallbezogen berechnet. Bezugsgröße für diese Berechnungen ist ab Quartal 2/2013 jedoch – wie schon bis einschließlich Quartal 3/2008 – der Behandlungsfall.

**Beispiel:** Eine aus zwei Rheumatologen bestehende BAG rechnet 2.000 Behandlungsfälle (davon 1.200 Fälle mit Ausnahmekennziffer) ab. Die Arztfallzahl beider Ärzte beträgt 2.400. Die Laborbudgets werden nicht überschritten. Der Wirtschaftlichkeitsbonus dieser BAG beträgt im Quartal 1/2013 noch 11.040 Euro (2.400 Arztfälle à 4,60 Euro). Ab Quartal 2/2013 werden für den Wirtschaftlichkeitsbonus nur noch 800 Behandlungsfälle berücksichtigt. Der Wirtschaftlichkeitsbonus beträgt dann nur noch höchstens 3.680 Euro – 7.360 Euro weniger.

- Durch die Berechnung der Laborbudgets je Behandlungsfall werden nun auch die Budgetgrenzen wesentlich früher erreicht.

**Beispiel:** In einer aus zwei Rheumatologen bestehende BAG rechnet Arzt A 400 Arztfälle (ohne Fälle mit Ausnahmekennziffer) ab, davon 200 Allgemeinversicherte und 200 Rentner. Arzt B rechnet 550 Arztfälle ab, davon 300 Allgemeinversicherte und 250 Rentner. Die Behandlungsfallzahl der Praxis (ohne Ausnahmekennziffer) beträgt 750, davon 400 Allgemeinversicherte und 350 Rentner. Das Laborbudget für allgemeine Laboruntersuchungen beträgt für Allgemeinversicherte 60 Punkte, für Rentner 80 Punkte. Daraus errechnet sich im Quartal 1/2013 für Arzt A ein Laborbudget von 28.000 Punkten, für Arzt B von 38.000 Punkten. Dies sind zusammen 66.000 Punkte. Ab Quartal 2/2013 beträgt das Laborbudget der Praxis unter Zugrundelegung derselben Ausgangsdaten nur noch 52.000 Punkte – 14.000 Punkte weniger!

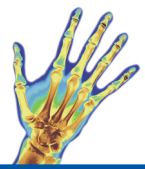
### Fachverschiedene BAG

In fachverschiedenen BAG erfolgt die Berechnung sowohl des Wirtschaftlichkeitsbonus als auch der Laborbudgets auf Basis der anteiligen Fallzahlen der in der BAG vertretenen Ärzte.

**Beispiel:** Eine aus einem Rheumatologen und einem Facharztinternisten ohne Schwerpunkt bestehende BAG rechnet 800 Behandlungsfälle (ohne Fälle mit Ausnahmekennziffer) ab. Die Arztfallzahl des Rheumatologen beträgt 400, die des Facharztinternisten ohne Schwerpunkt 600. Der Wirtschaftlichkeitsbonus der Praxis beträgt dann 82 Punkte je Behandlungsfall (Rheumatologe: 40 % von 130 Punkten; Internist ohne Schwerpunkt: 60 % von 50 Punkten). Entsprechend werden dann auch die Laborbudgets der Praxis für allgemeine und spezielle Laboruntersuchungen berechnet.

### Fazit

Durch die Neuregelung müssen sich diejenigen Rheumatologen, die ihre Laborbudgets bisher nicht überschritten haben, auf deutliche Honorareinbußen einstellen. Berufsausübungsgemeinschaften sind durch die Umstellung der Berechnungen auf den Behandlungsfall besonders betroffen.



**Kassenabrechnung**

**Keine fachärztliche Grundpauschale für Rheumatologen**

In der Ausgabe Nr. 4/2012 hatten wir bereits kurz über die zusätzlichen Zahlungen der Krankenkassen für 2013 zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung berichtet.

Von den insgesamt zur Verfügung gestellten 250 Mio. Euro entfallen bundesweit ca. 126 Mio. Euro auf den fachärztlichen Bereich.

In dem von der Vertreterversammlung der KBV am 7. Dezember 2012 beschlossenen Konzept werden die fachärztlichen Internisten ohne Schwerpunkt der Gruppe der fachärztlichen Grundversorger zugeordnet, nicht aber die fachärztlichen Internisten mit Schwerpunkt. Damit würden die Rheumatologen nicht von den zusätzlichen Zahlungen der Krankenkassen profitieren.

Darüber hinaus plant die KBV, den auf den fachärztlichen Bereich entfallenden Krankenkassenanteil durch Umverteilungsmaßnahmen um ca. 400 Mio. Euro auf etwa 525 Mio. Euro aufzustocken. Diese zusätzlichen 400 Mio. Euro zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung sollen – ggf. in mehreren Stufen bis Ende 2015 – im Wesentlichen von den Arztgruppen, die nicht der fachärztlichen Grundversorgung zugeordnet werden, aufgebracht werden. Nach ersten Berechnungen der KBV führen diese Maßnahmen für die Fachgruppe der Rheumatologen zu einem Honorarverlust von ca. 2,4 Prozent.

Die Vertreterversammlung hat den Vorstand der KBV beauftragt, dieses Konzept im 1. Quartal 2013 mit den Krankenkassen zu verhandeln. Gleichzeitig soll das Konzept anhand von Simulationsrechnungen weiter validiert werden. Wir werden über den weiteren Fortgang berichten.

**EBM**

**EBM-Reform – Was kommt auf Rheumatologen zu?**

Die angekündigte große EBM-Reform ist Bestandteil der Einigung zwischen KBV und Krankenkassen über das Honorarpaket für das Jahr 2013 (siehe auch Ausgabe 4/2012). Die weitreichenden Änderungen werden in mehreren Schritten vollzogen.

**Änderungen zum 1. Juli 2013**

Neben der Einführung eines Zuschlags zur fachärztlichen Grundversorgung (siehe nebenstehenden Beitrag) ist zum 1. Juli 2013 eine sogenannte „Währungsreform“ vorgesehen. Gemeint ist damit die Angleichung des Orientierungswertes an den kalkulatorischen Punktwert im EBM von ca. 5,11 Cent. Da diese Angleichung „ausgabenneutral“ erfolgen soll, müssen zwangsläufig die Punktzahlen der Leistungen im EBM entsprechend abgewertet werden.

**Beispiel:** Die rheumatologische Funktionsdiagnostik nach EBM-Nr. 13701 ist derzeit im EBM mit 455 Punkten bewertet. Bei einem Orientierungswert von 3,5363 Cent in 2013 entspricht dies nach der Euro-Gebührenordnung einem Betrag von 16,09 Euro. Bei einer Angleichung an den kalkulatorischen Punktwert von 5,11 Cent müsste die Punktzahl dieser Leistung auf ca. 315 Punkte abgewertet werden. Der sich daraus ergebende Betrag entspricht dann dem bisherigen Betrag der Euro-Gebührenordnung.

**Die weiteren Schritte**

Die Bewertung der Leistungen soll zwar weiterhin auf betriebswirtschaftlicher Basis mit dem Standardbewertungssystem kalkuliert werden, getrennt für den ärztlichen und den technischen Leistungsanteil. Über den technischen Leistungsanteil sollen künftig aber nur noch die variablen Kosten vergütet werden. Die Fixkosten sollen nur fallbezogen bis zu einer bestimmten Anzahl von Untersuchungen im Quartal berechnungsfähig sein. Ferner sollen die Grundpauschalen nach Behandlungsanlässen differenziert werden. Dabei soll unterschieden werden zwischen Patienten, die erstmals diagnostiziert und behandelt werden, und Patienten, bei denen eine begonnene Be-

handlung fortgeführt wird. In diesem Zusammenhang soll auch geprüft werden, ob und ggf. welche besonders förderungswürdigen Leistungen, deren Erbringung nicht angemessen über Pauschalen abgebildet werden kann, als Einzelleistungen ausgegliedert werden können.

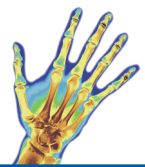
Die gesamten Änderungen sollen vom Bewertungsausschuss bis zum 31. März 2014 beschlossen werden und zum 1. Juli 2014 in Kraft treten.

**EBM**

**Deutlich niedrigere Vergütung für Laboruntersuchungen in 2013**

In Ausgabe Nr. 2/2012 hatten wir ausführlich über die neuen Vergütungsregelungen für Laboruntersuchungen berichtet. Danach werden die meisten allgemeinen Laboruntersuchungen des Abschnitts 32.2 EBM sowie die speziellen Laboruntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM nur noch mit einer bundesweit einheitlichen Abstaffelungsquote vergütet. Darüber hinaus gibt es in vielen KVen für die von „Nichtlaborärzten“, also auch die von Rheumatologen, abgerechneten speziellen Laboruntersuchungen ein Budget auf der Basis von Fallzahlen und einem Referenz-Fallwert von 40 Euro. Die Vergütungsquote für Laboruntersuchungen beträgt im Quartal 4/2012 immerhin noch 95,36 Prozent. Für das erste Halbjahr 2013 wurde die Vergütungsquote von der KBV auf nur noch 89,18 Prozent festgelegt. Von der Abstaffelung nicht betroffen sind unverändert die für Rheumatologen wenig relevanten allgemeinen Laboruntersuchungen nach den EBM-Nrn. 32025 bis 32027, 32035 bis 32039, 32097 und 32150.





## Gicht

### Neue Empfehlungen zur Prävention und Therapie von Hyperurikämie und akuter Gichtarthritis

Das American College of Rheumatology (ACR) in den USA hat jetzt neue Empfehlungen zum Management der Gicht veröffentlicht, die auf Literaturdaten basieren.

In **Teil 1** geht es um nicht-pharmakologische und pharmakologische Maßnahmen bei Hyperurikämie. Pharmakologische Empfehlungen sind u.a.:

- Xanthin-Oxidase-Hemmer wie Allopurinol sind Medikamente der ersten Wahl zur Senkung des Harnsäurespiegels. Das Ziel: Werte < 6 mg/dl.
- Die Anfangsdosis von Allopurinol wird ≤ 100 mg täglich empfohlen, dann schrittweise Erhöhung der Erhaltungsdosis bis auf Werte ≥ 300 mg.
- Werden unter der Monotherapie die Harnsäure-Zielwerte nicht erreicht, sollte eine Kombinationstherapie erfolgen.

In **Teil 2** geht es um Therapie und antiinflammatorische Prophylaxe bei Patienten mit akuter Gichtarthritis:

- Orales Colchizin oder niedrig-dosierte NSAR sind Medikamente der ersten Wahl.
- Nach Auftreten der Gichtattacke sollte mit der antientzündlichen Pharmakotherapie innerhalb von 24 Stunden begonnen werden. Optionen sind NSAR, Kortikosteroide, orales Colchizin und in schweren Fällen Kombinationen dieser Substanzen.
- Während der akuten Gichtattacke sollte die harnsäuresenkende Therapie ohne Unterbrechung fortgesetzt werden.

**Quellen:** Khanna D et al.: 2012 American College of Rheumatology guidelines for management of gout. **Part 1:** Systematic nonpharmacologic and pharmacologic therapeutic approaches to hyperuricemia. *Arthritis Care & Research* 2012; 64(10): 1431-1446. **Part 2:** Therapy and antiinflammatory prophylaxis

of acute gouty arthritis. *Arthritis Care & Research* 2012; 64(10): 1447-1461

## Meta-Analyse

### Nach Gelenkersatz: Outcome von Patienten mit RA schlechter als bei Arthrose

Patienten mit rheumatoider Arthritis (RA) entwickeln nach der Implantation einer Totalendoprothese (TEP) mehr Komplikationen als Arthrosepatienten. Dies ist das Ergebnis einer systematischen Untersuchung und Meta-Analyse der Daten von 40 Studien zu einer primären TEP des Hüft- oder des Kniegelenks bei RA- (n = 2.842) und Arthrosepatienten (n = 61.861), die in den Jahren 1990 bis 2011 veröffentlicht worden sind. Bei RA-Patienten mit Hüft-TEP war das Risiko einer Dislokation mehr als zweifach höher als bei Arthrose-Patienten. Nach Ansicht der Autoren könnte dies möglicherweise auf eine stärkere Schädigung des Weichteilgewebes bei der Implantation zurückzuführen sein. Außerdem gab es bei RA-Patienten Hinweise für ein bis zu 10-fach erhöhtes Risiko für Infektionen sowie für frühzeitige Revisionen nach Implantation einer Knie-TEP. Keine Unterschiede zwischen RA- und Arthrosepatienten fanden sich bei der Revisionsrate zu späteren Zeitpunkten, der 90-Tage-Mortalität und der Häufigkeit thromboembolischer Komplikationen. Bei der Analyse waren Einflussfaktoren wie Alter, Geschlecht und Begleiterkrankungen berücksichtigt. Das Infektionsrisiko nach Knie-TEP war insbesondere bei RA-Patienten mit verlängerter Op-Dauer erhöht. Eine Korrelation zwischen Infektionsrisiko und präoperativ-systemischer Kortikosteroidanwendung bzw. Absetzen einer Behandlung mit Biologicals vor der Op konnte nicht festgestellt werden.

**Quelle:** Ravi B et al: A systematic review and meta-analysis comparing complications following total joint arthroplasty for rheumatoid arthritis versus for osteoarthritis. *Arthritis & Rheumatism* 2012; 64(12): 3839-3849

## Langzeitstudie

### Bei Rheumafaktor-positiven Patienten ist das RA-Risiko drastisch erhöht

Der Nachweis von Rheumafaktor zählt zu den Klassifikationskriterien von Patienten mit Rheumatoider Arthritis (RA); allerdings ist bisher nicht eindeutig geklärt, in welchem Maße bei Seropositivität das RA-Risiko erhöht ist. Dänische Forscher haben nun die hohe Bedeutung des Tests für das RA-Risiko in einer Langzeitstudie mit einem Follow-up bis zu 28 Jahren belegt: Das relative Erkrankungsrisiko ist bei erhöhtem Rheumafaktor bis zu 26-fach erhöht, das absolute Erkrankungsrisiko in einem 10-Jahreszeitraum wird um bis zu 32 Prozent erhöht. In der Studie wurden Daten von rund 9.700 Dänen im Alter ab 20 Jahren ausgewertet, von denen 183 im Untersuchungszeitraum eine RA entwickelten. Je höher die RF-Serumspiegel waren, desto höher war auch das kumulative RA-Risiko. Das höchste absolute 10-Jahres-Erkrankungsrisiko hatten Frauen im Alter von 50-69 Jahren mit RF-Spiegeln > 100 IU/ml. Erhöht war das Erkrankungsrisiko ab Spiegeln ≥ 25 IU/ml.

**Quelle:** Nordestgaard BG et al.: Elevated rheumatoid factor and long term risk of rheumatoid arthritis: a prospective cohort study. *BMJ* 2012; 345: e5244

## 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 (Stellv. 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.

