



EBM

Neu ab Quartal 3/2012: Budget für spezielle Laboruntersuchungen

In Ausgabe 1/2012 des RheumaGuides hatten wir bereits über die Änderungen der Vergütungsregelungen für selbst erbrachte Laborleistungen ab dem Quartal 3/2012 berichtet. Inzwischen sind die Details dieser Neuregelung bekannt und von einigen KVen bereits in die Honorarverteilungsmaßstäbe übernommen worden. Zusammenfassend gilt ab Quartal 3/2012 – in einigen KVen (z.B. Rheinland-Pfalz) erst ab Quartal 4/2012 – folgende Regelung.

Quotierte Vergütung für Leistungen des Allgemeinlabors

Künftig wird auch für allgemeine Laboruntersuchungen des Abschnitts 32.2 EBM eine bundesweit geltende Abstufungsquote ermittelt, mit der die Leistungen des Allgemeinlabors vergütet werden. Diese beträgt im Quartal 3/2012 lediglich 93,11 Prozent.

Von der Quotierung ausgenommen sind lediglich die für Rheumatologen wenig relevanten Laboruntersuchungen nach den Nrn. 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150. Diese werden zu den im EBM genannten Preisen vergütet.

Fallwertbezogene Budgetierung des Speziallabors

Für die von „Nichtlaborärzten“, also auch die von Rheumatologen abgerechneten speziellen Laboruntersuchungen gibt es künftig ein Budget auf der Basis von Fallzahlen und sogenannten Referenz-Fallwerten. Der Referenzfallwert für Rheumatologen wurde auf 40 Euro festgelegt. Das Budget für spezielle Laboruntersuchungen errechnet sich aus der Multiplikation dieses Fallwertes mit der Zahl der Behandlungsfälle im aktuellen Abrechnungsquartal.

Beispiel: Ein Rheumatologe rechnet im Quartal 3/2012 insgesamt 800 Behandlungsfälle und Spezial-Laboruntersuchungen im Wert von 50.000 Euro ab. Sein Budget für das Speziallabor beträgt 32.000 Euro (800 Fälle à 40 Euro). Dieser Betrag wird mit der jeweils geltenden Abstufungsquote multipliziert und ergibt die Vergütung für das Speziallabor. Im Quartal 3/2012 wären dies bei einer Abstufungsquote von 93,11 Prozent nur 29.795,20 Euro.

Die das Budget übersteigenden Leistungen des Speziallabors von über 20.000 Euro würden in dem Beispielfall nicht vergütet!

Für Rheumatologen, die ihr Budget deutlich überschreiten, können jedoch Ausnahmeregelungen getroffen werden. Die Vorgaben der KBV sehen vor, dass die KV auf Antrag im Einzelfall das Budget erweitern oder auch aussetzen kann.

Praxishinweis

Rheumatologen, die ihr Budget erkennbar überschreiten werden, sollten bereits jetzt einen Antrag bei ihrer KV auf Erweiterung bzw. Aussetzung des Budgets stellen. Dies gilt auch für Rheumatologen, die Überweisungen für Speziallaboruntersuchungen erhalten. Auch diese Fälle und die damit verbundenen Leistungen werden nämlich in die Budgetberechnungen einbezogen.

Sehr geehrte Frau Doktor,
sehr geehrter Herr Doktor,

nach Auffassung des BDRh benachteiligt die nebenstehend erläuterte Laborquotierung Rheumatologen „in eklatanter Weise“. Dr. med. Edmund Edelmann, 1. Vorsitzender des BDRh, führt diesbezüglich aus: „Seit Jahren kommen aus der KBV immer wieder Signale und Vorstöße, dem spezifischen Labor in der Durchführung von Nicht-Laborärzten die wirtschaftliche Grundlage zu entziehen.“ Ziel der KBV könne nur sein, „das Labor als eigenständige fachärztliche Leistung unwirtschaftlich zu machen und damit dessen Abschaffung zu betreiben“. Laut Edelmann sei es „absehbar, dass die Fallwert-bezogene Mengengrenzung in erster Linie nur die Umsatzsituation der Laborärzte bessern wird. Die erforderliche Labordiagnostik, die die jeweilige Fallpauschale übersteigt, wird zu einer vermehrten Zuweisung an die Laborärzte führen. [...] In der Gesamtlaborvergütung führt dies absehbar über die Zunahme der abgerechneten Grundpauschalen (mit einem Plus von 50 % versehen) und der Versandkostenpauschalen der Laborärzte zu mehr Leistungsanforderungen und damit letztendlich zu einer Verschärfung der Quotierung“. Auch sei „der zeitliche Rahmen für die Einführung der Begrenzungsvorgaben zu kurz, um adäquat auf eine massive und anhaltende Honorarkürzung im Labor reagieren zu können.“

Sein Fazit: „Es sollte im langfristigen Interesse der deutschen Ärzteschaft, aber auch der Krankenkassen und der Politik sein, das Labor als ärztliche Leistung zu erhalten und es nicht zunehmend Laborkonzernen zu übereignen, die vonseiten der ausländischen Mehrheitseigner nicht primär das Wohl des deutschen Gesundheitswesens im Fokus haben dürften.“ Der BDRh hat 2 Rechtsgutachten bezüglich des Laborbeschlusses in Auftrag gegeben. Beide Rechtsgutachten beurteilten die KBV-Laborvorgabe als in vielfacher Hinsicht rechtswidrig.

Die gesamte Stellungnahme des BDRh finden Sie unter www.bdrh.de.

Eine nutzbringende Lektüre wünscht Ihnen

Dr. Stephan Voß, Stv. Chefredakteur



Arztrecht

Beharrliche Falschabrechnung kann teuer werden

Mit kürzlich veröffentlichtem Urteil vom 5. Oktober 2011 (Az: L 12 KA 56/08) hat das Bayerische Landessozialgericht (LSG) den gegen einen Arzt erlassenen Disziplinarbescheid, in dem ihm eine Geldbuße von 10.000 Euro auferlegt wurde, für rechtmäßig erklärt. Es ging um den Vorwurf einer wiederholt fehlerhaften Abrechnung, wobei der Arzt seine Abrechnung transparent gemacht und seine Rechtsauffassung vehement vertreten hatte. Die Entscheidung lässt Rückschlüsse zu, wie Ärzte bei Abrechnungstreitigkeiten vorgehen sollten und wann disziplinarische Konsequenzen zu erwarten sind.

Dem Urteilsfall lag ein jahrelanger Streit über die Abrechenbarkeit eines dermatologischen Testverfahrens zugrunde. Nach mehrfachen Plausibilitätsprüfungen und Honorarberichtigungen leitete die KV schließlich ein Disziplinarverfahren gegen den Arzt ein. Dieser beharrte während der ganzen Zeit auf seiner Auffassung und rechnete immer wieder die höher bewertete Gebührenziffer ab. Diese Beharrlichkeit kostet ihn nunmehr 10.000 Euro – das LSG bestätigte die Auffassung der KV. Aufgrund der mehrfach erfolgten Hinweise der KV zu seiner fehlerhaften Abrechnung sei von grober Fahrlässigkeit auszugehen. Die Geldbuße sei daher rechtmäßig und auch angemessen.

Praxishinweis: Der Fall zeigt, dass sich bei fortdauernden Streitigkeiten mit der KV über einzelne Abrechnungsziffern unbedingt eine möglichst zeitnahe juristische Klärung empfiehlt. In jedem Fall sollte kein Arzt einfach „auf stur schalten“, da dies disziplinarrechtliche Konsequenzen haben kann. Wenn zu Unrecht Honorarberichtigungen durch die KV erfolgen und Regresse verhängt werden, kann hiergegen der Rechtsweg beschritten werden.

Privatliquidation

Abrechnung der Kapillarmikroskopie nach der GOÄ

von Dr. med. Bernhard Kleinken, Pulheim

Die Kapillarmikroskopie ist keine IGe-Leistung (IGeL). Zwar gibt es die Nr. 654 des alten EBM nicht mehr, sie ist aber im „Verzeichnis nicht gesondert berechnungsfähiger Leistungen“ des EBM enthalten. Sie ist in den neuen EBM-Leistungen (Pauschalen) aufgegangen. Bei Privatpatienten ist die Kapillarmikroskopie jedoch eine gesondert berechnungsfähige Leistung.

Analogabrechnung erforderlich

Eine direkt für die Kapillarmikroskopie zutreffende Ziffer enthält die GOÄ nicht. Somit ist eine Analogabrechnung erforderlich. Dafür wird die Nr. 750 GOÄ (Dermatoskopie, 2,3-fach 16,09 Euro, 3,5-fach 24,48 Euro) herangezogen. Diese ist einmal pro Sitzung berechenbar.

Bei Abrechnung mit höherem Faktor als 2,3-fach muss in der Rechnung eine Begründung gegeben werden. Dies kann z.B. „erschwerter Beurteilbarkeit bei Einblutungen“ oder „besonders umfangreiche Untersuchung“ bei Untersuchung überdurchschnittlich vieler Kapillaren sein.

Bitte achten Sie darauf, dass bei Analogabrechnung in der Rechnung zunächst die tatsächlich erbrachte Leistung (hier: Kapillarmikroskopie) angeführt werden muss und dann erst die Nr. 750 GOÄ mit „analog“ (oder ähnlicher Kennzeichnung) und den üblichen weiteren Angaben wie Kurzbezeichnung, Faktor, Betrag. Damit erspart man sich mögliche Nachfragen von Kostenträgern, die bei Nicht-Dermatologen manchmal bezweifeln, ob eine Dermatoskopie erfolgt sei.

Erfolgt die Kapillarmikroskopie unter Verwendung einer digitalen Bildverarbeitung, könnte man zusätzlich die Nr. 5298 GOÄ (Zuschlag bei digitaler Radiographie) analog berechnen. Damit übertrüge man eine Abrechnungsempfehlung der Bundesärztekammer zur digitalen Bildverarbeitung bei Gastroskopien (Deutsches Ärzteblatt vom 18.1.2002). Der Zuschlag beträgt aber nur 25 Prozent des Einfachsatzes der

Nr. 750 GOÄ, somit 1,75 Euro. Zudem rufen „Analogien einer Analogie“ häufig Widersprüche von Kostenträgern hervor. Aus diesem Grund ist auch von einer Übertragung der Bundesärztekammer-Empfehlung zur Analogabrechnung der Videodokumentation von Muttermalen mit der Nr. 612 GOÄ (Deutsches Ärzteblatt vom 10.9.1999) abzuraten.

Zulässig ist, den besonderen Aufwand der Verwendung des Video-Mikroskops als Begründung für den 3,5-fachen Faktor zur Nr. 750 GOÄ heranzuziehen und somit einen Mehrerlös von 8,39 Euro zu erzielen. Die Begründung könnte zum Beispiel lauten „aufwendigere Untersuchung bei Digitalmikroskopie“.

Dokumentationen nicht abrechenbar

Befunddokumentationen, auch solche mit Fotos und/oder Beurteilungsbögen, sind in der GOÄ keine eigenständig berechenbaren Leistungen.

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 StR 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.



Rheumatoide Arthritis

Kardiovaskuläres Risiko von RA-Patienten unter TNF-alpha-Blockern verringert

Das bei RA-Patienten rund 1,5-fach erhöhte KHK-Risiko ist nach einer aktuellen Datenanalyse bei insgesamt mehr als 100.000 Patienten aus den USA unter einer Therapie mit Tumornekrosefaktor (TNF)-alpha-Hemmern deutlich verringert.

Pro sechs Monaten Therapie verringerte sich das Risiko für kardiovaskuläre Komplikationen (Herzinfarkt, Schlaganfall, instabile Angina oder Herzinsuffizienz) signifikant um 13 Prozent, berichtete Dr. Michael Nurmohamed aus Reade in den Niederlanden beim europäischen Rheumatologenkongress (EULAR) in Berlin. Das Herzinfarkt-Risiko war um 20 Prozent verringert – jeweils im Vergleich zu Patienten, die mit Methotrexat oder einem anderen Basistherapeutikum (DMARDs) behandelt wurden.

Die Beobachtungszeit betrug 75.000 Patientenjahre; in dieser Zeit hatten 1.743 Patienten (1,6 Prozent) eine kardiovaskuläre Komplikation. Die kardioprotektive Wirkung einer anti-TNF-Therapie zeigte sich mit zunehmender Studiendauer immer deutlicher: Im ersten Jahr betrug die Risikominderung 24 Prozent, nach zwei Jahren 42 Prozent und nach drei Jahren 56 Prozent.

Neuigkeiten gab es beim EULAR auch zum Infektionsrisiko unter einer TNF-Blockade. Laut einer Meta-Analyse der Daten von 22 Artikeln und 28 Kongress-Abstracts, veröffentlicht zwischen 2006 und 2010, ist unter TNF-Blockern das Risiko einer Herpes-zoster-Erkrankung um 75 Prozent höher als bei einer Therapie mit traditionellen DMARDs. Die Autoren empfehlen ein Monitoring der Patienten auf Frühzeichen eines Herpes zoster, eventuell auch eine Impfung gegen das Varicella-zoster-Virus.

Quellen

Jahreskongress der European League Against Rheumatism (EULAR), 6. - 9. Juni 2012, Berlin, Dr. Michael Nurmohamed, Reade/NL, Abstract OP0002, Helene Che, Lapeyroie/F, Abstract THU0368

Rheumatoide Arthritis (RA)

Frühe Remission einer RA korreliert mit verringerter Mortalität

Bei Patienten mit Rheumatoider Arthritis (RA) sollte möglichst frühzeitig mit der Therapie begonnen werden und das Ziel eine Remission sein. Neue, beim europäischen Rheumatologenkongress in Berlin vorgestellte Studiendaten unterstreichen die hohe Bedeutung dieser Therapiestrategie: Bei frühzeitiger Remission ist die Mortalität der Patienten deutlich verringert.

Laut Daten des seit 1990 geführten britischen Norfolk-Registers bei insgesamt 2.770 Patienten ist bei Patienten mit einer Krankheitsremission im ersten Jahr nach RA-Diagnose die Langzeit-Mortalität um 39 Prozent geringer als bei Patienten ohne Remission in den ersten drei Therapiejahren. Wurde hingegen erst im zweiten oder dritten Jahr eine Remission erreicht, war der Zusammenhang nicht mehr signifikant.

Daten des deutschen RABBIT-Registers bei rund 8.600 RA-Patienten verdeutlichen den prognostisch günstigen Effekt einer intensiven RA-Therapie mit Biologika. Während unter traditionellen DMARDs die Mortalitätsrate bei 20,6 pro 1.000 Patientenjahre betrug, lag diese Rate bei Therapie mit TNF-alpha-Blockern nur bei 10,6 und unter Rituximab bei 12,7 pro 1.000 Patientenjahre, berichtete Dr. Joachim Listing aus Berlin.

Insgesamt ist die Lebenserwartung von RA-Patienten den Daten zufolge um 2,2 Jahre geringer als in der Gesamtbevölkerung, abhängig von der Krank-

heitskontrolle. Patienten mit moderater Krankheitsaktivität (DAS28-Score < 4,1) hatten eine normale Lebenserwartung, während Personen mit höherer Krankheitsaktivität (DAS28 ≥ 4,1) um 5,6 Jahre (Frauen) bzw. 4,8 Jahre früher starben als Kontrollpersonen.

Quellen

- Jahreskongress der European League Against Rheumatism (EULAR), 6. - 9. Juni 2012, Berlin, Dr. CA Scire, Manchester, Abstract OP0126
- Dr. Joachim Listing, Berlin, Abstract OP 0047

Morbus Bechterew

Neue Biomarker zur Prognoseabschätzung bei Bechterew-Patienten

Wissenschaftler der Charité in Berlin haben fünf Biomarker des Knochen- und Knorpelstoffwechsels identifiziert, die sich bei Risikopatienten mit Morbus Bechterew (Spondylitis ankylosans, SpA) zur Verlaufsbeobachtung eignen könnten: Auf einen progressiven Verlauf wiesen erhöhte Serumspiegel von MMP3 (Matrixmetalloproteinase), PIINP (N-Propeptid), BMP 2 (knochenbildungsanregendes Protein), VEGF (vaskulärer endothelialer Wachstumsfaktor) sowie erniedrigte Serumspiegel von OPG (Osteoprotegerin) hin.

Insgesamt wurden in der zweijährigen Verlaufsbeobachtung bei 64 SpA-Patienten, bei denen bereits zu Beginn röntgenologisch Schäden der Wirbelsäule nachweisbar waren (Syndesmophyten), 18 Biomarker untersucht, berichtete Dr. Denis Poddubnyy beim europäischen Kardiologenkongress in Berlin. Bei 26 Patienten war der Verlauf der Erkrankung in zwei Jahren progressiv, bei 38 stabil.

Quelle

Jahreskongress der European League Against Rheumatism (EULAR), 6. - 9. Juni 2012, Berlin, Dr. Denis Poddubnyy, Berlin, Abstract OP0091