



Kassenabrechnung

Leserforum: Sind Verluste beim Labor vorprogrammiert?

Ein Leser fragt: „In Ausgabe 1/2013 des RheumaGuide haben Sie über die Änderungen der Laborvergütung ab dem 1. April 2013 berichtet. In dem Beitrag haben Sie mit beispielhaften Berechnungen dargelegt, dass sich für Rheumatologen durch die Änderung der Zählweise (statt bisher „Arztfall“ ab 1. April 2013 „Behandlungsfall“) bei der Vergütung des Wirtschaftlichkeitsbonus „Labor“ – insbesondere für Gemeinschaftspraxen – erhebliche Honorarverluste ab dem II. Quartal 2013 ergeben werden. Neben zahlreichen anderen Honorarminderungen, die wir in den vergangenen Jahren hinnehmen mussten, sind wir bestrebt, weitere Honorarverluste zu vermeiden. Können wir den in dem Beitrag skizzierten Honorarverlusten entgegenwirken?“

Die Abstufungsquote „Q“

Als erstes ist darauf hinzuweisen, dass Laborleistungen im 1. Halbjahr 2013 gemäß den Vorgaben der KBV mit der Abstufungsquote „Q“ in Höhe von 89,18 Prozent vergütet werden. Wenn Sie Laborleistungen selbst in der Praxis erbringen und über die KV abrechnen, erhalten Sie gegenüber den im EBM ausgewiesenen Beträgen eine geminderte Vergütung. Die Bestimmung des C-reaktiven Protein (CRP) zum Beispiel, wird statt der im EBM ausgewiesenen 4,90 nur mit 4,37 Euro vergütet. Ausgenommen von der Minderung bleiben – wie bisher auch – zehn in der rheumatologischen Praxis weniger relevante Laboruntersuchungen (Akutlabor), und zwar die nach den EBM-Nrn. 32025 bis 32027, 32035 bis 32039, 32097 und 32150.

Der Wirtschaftlichkeitsbonus

Neben der Abstufungsquote „Q“, die es mit anderen Prozentsätzen bereits in den Quartalen III und IV 2012 gab, ist die wesentliche Neuerung zum 1. April 2013 die Wechselwirkung zwischen den Ausnahmekennziffern 32005 bis 32023 und der Vergütung des Wirtschaftlichkeitsbonus. In Fällen, in denen eine der Ausnahmekennziffern angegeben wird,

wird der Wirtschaftlichkeitsbonus Labor nicht vergütet, so zum Beispiel, wenn sie bei einem Rheumatiker die Ausnahmekennziffer 32023 angeben.

Beachten Sie: Auch als Rheumatologe können Sie die anderen Kennziffern angeben, auch wenn Sie in die Behandlung der entsprechenden Erkrankung primär nicht eingebunden sind, zum Beispiel die Nr. 32022 bei Diabetikern.

Bestehen bleibt zusätzlich die bisherige Regelung, dass für Fälle, in denen eine Ausnahmekennziffer angegeben wird, kein Laborbudget gewährt wird. Für Rheumatologen für das Allgemeinlabor für Allgemein-Versicherte sind dies 60 Punkte, für Rentner 80 Punkte sowie für das Speziallabor 310 Punkte für Allgemein-Versicherte und 300 Punkte für Rentner – jeweils je Behandlungsfall.

Der Wirtschaftlichkeitsbonus wird Rheumatologen mit 130 Punkten vergütet, das entspricht – mit dem neuen Orientierungspunktwert für 2013 in Höhe von 3,5363 Cent – 4,60 Euro je Fall.

Folgerungen für die Praxis

In Fällen, in denen die Angabe einer der Ausnahmekennziffern 32005 bis

32023 berechtigt wäre, sollte diese, wenn keine oder nur wenige Laborleistungen im Laufe des Quartals erbracht werden, nicht angegeben werden, damit die Vergütung des Wirtschaftlichkeitsbonus Labor erhalten bleibt und die Punkte für das Laborbudget gewährt werden.

Beispiel

Bei einem Patienten mit einer Rheumaerkrankung (Ausnahmekennziffer 32023) werden im Laufe des Quartals nur einmal ein kleines Blutbild nach Nr. 32120 (0,50 Euro), eine mechanisierte Zählung der weißen Blutkörperchen nach Nr. 32121 (0,60 Euro) und eine Bestimmung des Rheumafaktors nach Nr. 32460 (4,20 Euro) durchgeführt – zusammen somit Laborbestimmungen aus dem Allgemeinlabor in Höhe von 1,10 Euro und in Höhe von 4,20 Euro aus dem Speziallabor.

Die in Euro bewerteten Laborbestimmungen des Allgemeinlabors werden zur Anrechnung auf das Laborbudget, das in Punkten gewährt wird, mit dem Faktor 26,6 umgerechnet, bei Speziallaborleistungen mit dem Faktor 28,6.

Im vorliegenden Fall würden somit 29,26 Punkte auf das Allgemein-Laborbudget angerechnet, 120,12 Punkte auf das Speziallaborbudget und somit für beide Laborbereiche weniger Punkte als beim Weglassen der Kennziffer für das Laborbudget gewährt würden.

Wird die Ausnahmekennziffer angegeben, entfällt außerdem der Wirtschaftlichkeitsbonus mit 130 Punkten. Und der wird nach wie vor ungeschmälert ohne Mengenbegrenzung (außerhalb RLV/QZV usw.) für alle Behandlungsfälle vergütet.

Fazit: Manche Rheumatologen überschreiten das Laborbudget im Laufe des Quartals nicht. Für sie ist es unerheblich, ob für einen Fall weitere Punkte für das Laborbudget gewährt werden oder nicht. Da bei Angabe einer Ausnahmekennziffer die Vergütung des



Wirtschaftlichkeitsbonus entfällt, sollte auf die Angabe einer an sich berechtigten Ausnahmekennziffer in Fällen mit wenig Laborleistungen (bzw. wenn das Laborbudget (noch) nicht ausgefüllt ist) verzichtet werden.

Praxishinweis: Geben Sie nur in Fällen mit vielen Laborleistungen eine Ausnahmekennziffer an und auch nur dann, wenn die Obergrenze Ihres Laborbudgets erreicht oder schon überschritten ist.

Gemeinschaftspraxen

Eine weitere Neuerung zur Vergütung des Wirtschaftlichkeitsbonus Labor betrifft vornehmlich Gemeinschaftspraxen. Ab dem II. Quartal 2013 wird der Wirtschaftlichkeitsbonus „Labor“ nur noch je Behandlungsfall vergütet, bisher je Arztfall. Für Einzelpraxen ist das weniger relevant, da hier die Zahl der Arztfälle der Zahl der Behandlungsfälle entspricht. Nicht so in Gemeinschaftspraxen: Wird ein Patient von zwei Ärzten einer Gemeinschaftspraxis im Laufe des Quartals behandelt, resultieren daraus zwei Arztfälle aber nur ein Behandlungsfall. Gemeinschaftspraxen, in denen viele Patienten von mehreren Ärzten der Gemeinschaftspraxis im Laufe des Quartals behandelt werden, müssen somit hinsichtlich der Vergütung des Laborbonus mit Verlusten rechnen.

Beispiel

Hat zum Beispiel eine Gemeinschaftspraxis im Quartal 2.300 Arztfälle, wobei 400 Patienten von verschiedenen Ärzten der Gemeinschaftspraxis behandelt werden, resultieren daraus nur 1.900 Behandlungsfälle.

Der Laborbonus wird nur noch für die 1.900 Behandlungsfälle gewährt. Dies entspricht gegenüber der bisherigen Vergütungssituation einem Verlust von 1.840 Euro (400 x Bonus in Höhe von 4,60 Euro).

Werden Ausnahmekennziffern (32005 bis 32023) angegeben, wird für diese Fälle zudem kein Laborbonus (und auch kein Laborbudget) gewährt, die Honorarverluste würden dann noch höher ausfallen.

Wettbewerbsrecht

Lockerungen im Heilmittelwerberecht: Neue Möglichkeiten der Werbung für Ärzte

von RA, FA Medizinrecht Rainer Hellweg, Hannover, www.spkt.de

Das ärztliche Berufsrecht sieht feste Spielregeln für die Patientenkommunikation vor. Maßgeblich für die Werbung durch Ärzte ist aber auch das Heilmittelwerbegesetz (HWG), es betrifft vor allem die Publikumswerbung. Durch eine Gesetzesreform Ende 2012 haben sich die Spielräume für unternehmerisch denkende Ärzte vergrößert. Welche neuen Möglichkeiten sich für Ärzte ergeben, zeigt der folgende Beitrag auf.

1. Werbung mit Veröffentlichungen

Bislang untersagte das Gesetz eine Werbung „mit Gutachten, Zeugnissen, wissenschaftlichen oder fachlichen Veröffentlichungen“. Dieses Verbot ist nunmehr entfallen. Grundsätzlich können jetzt vom Arzt verfasste Fachbücher den Patienten in der Werbung vorgestellt werden.

Praxishinweis: Wenn Sie zum Beispiel ein Buch oder einen Fachartikel publiziert haben, können Sie in der Patientenkommunikation darauf verweisen.

2. Werbung mit Empfehlungen

Während früher mit fachlichen Empfehlungen oder ärztlicher Prüfung gar nicht geworben werden durfte, sind nach der gesetzlichen Neuregelung nur noch solche Empfehlungen unzulässig, die von Ärzten oder Wissenschaftlern erteilt werden und tatsächlich zum Arzneimittelverbrauch anregen können. Zum Beispiel im Rahmen eines Hinweises auf positive Testergebnisse eines Medikaments ist aber das Attribut „ärztlich geprüft“ oder „fachlich getestet“ nicht mehr per se verboten.

3. Krankengeschichten, Bild Darstellungen und Fachbegriffe

Gelockert wurde das Verbot der Werbung mit Krankengeschichten. Solches ist nunmehr grundsätzlich zulässig. Auch Bilder von Veränderungen des menschlichen Körpers durch Krankheiten können gezeigt werden. Die Grenze liegt da, wo die Art und Weise der Darstel-

lung missbräuchlich, abstoßend oder irreführend ist oder die Patienten zu einer falschen Selbstdiagnose verleiten kann.

Praxishinweis: Diese Lockerung gilt jedoch nicht für operative plastisch-chirurgische Eingriffe. Hier bleibt eine vergleichende Darstellung des Aussehens prä- und postoperativ verboten. Mit „Vorher-Nachher-Bildern“ kann also weiterhin nicht geworben werden.

4. Kittelverbot

Ersatzlos gestrichen wurde die Vorschrift, wonach früher Personen in ärztlicher Berufskleidung nicht werben durften. Somit können nunmehr auch als solche auftretende Ärzte/Zahnärzte in der Werbung Empfehlungen für Heilmittel aussprechen.

5. Nutzen von Fachsprache

Aufgrund europarechtlicher Vorgaben wurde die – ohnehin kaum nachvollziehbare – Vorschrift gestrichen, wonach fremd- und fachsprachliche Bezeichnungen außerhalb des allgemeinen deutschen Sprachgebrauches in der Werbung nicht auftauchen dürften. Somit kann der Arzt in der Patientenkommunikation nunmehr Fachbegriffe verwenden, solange hieraus keine Irreführung gegenüber dem Patienten resultiert.

Beachten Sie: Weiterhin gilt die Grenze, dass anpreisende, irreführende oder vergleichende Werbung berufswidrig und damit unzulässig ist.



Fibromyalgie

Rund 2 % der Deutschen leiden unter Fibromyalgie – viele davon unerkant?

Etwa jeder 50. Deutsche leidet nach einer aktuellen Querschnittserhebung bei knapp 2.500 Erwachsenen aus der Allgemeinbevölkerung unter Fibromyalgie, Frauen nur geringfügig häufiger als Männer (2,4 % vs. 1,8 %). Die Prävalenz nahm mit dem Alter der Studienteilnehmer zu.

Die Diagnose für eine Fibromyalgie wurde nach den Kriterien des American College of Rheumatology (ACR) aus dem Jahr 2010 gestellt: Wegweisend sind chronische diffuse Schmerzen in Verbindung mit Fatigue, Schlafstörungen und kognitiven Problemen sowie vielfältigen somatischen Beschwerden. Nach Angaben der Autoren hat sich in der Studie bestätigt, dass es sich bei der Fibromyalgie um eine komplexe Erkrankung mit einem ganzen Spektrum an Beschwerden handelt. Fast 40 % der Fibromyalgie-Patienten erfüllten die Kriterien für eine körperliche Symptomstörung, beurteilt nach der „Polysymptomatic Distress Scale“ (PSD) und dem „Patient Health Questionnaire“ (PHQ).

US-Wissenschaftler haben in einer Erhebung bei Bewohnern des Olmsted County eine fast dreifach höhere Fibromyalgie-Prävalenz als in der deutschen Studie ermittelt. Von den rund 830 Personen, die an der Erhebung teilnahmen, erfüllten 44 (5,3 %) die ACR-Kriterien für eine Fibromyalgie. Aber nur einer Minderheit, nämlich zwölf Studienteilnehmern, war die Erkrankung bereits bekannt. Insbesondere bei Männern mit Symptomen einer Fibromyalgie war die Erkrankung häufig nicht diagnostiziert, schreiben die Autoren.

Quellen: Wolfe F et al.: Fibromyalgie prevalence, somatic symptom reporting, and the dimensionality of polysymptomatic distress: Results from a survey of the general population. *Arthritis Care &*

Research 2013, published online February 19, doi: 10.1002/acr.21931

Vincent A et al.: Prevalence of fibromyalgia: A population-based study in Olmsted County, Minnesota, utilizing the Rochester Epidemiology project. *Arthritis Care & Research* 2012, published online November 30, doi: 10.1002/acr.21896

Rheumatoide Arthritis

Opioide schaden langfristig bei RA-Patienten vermutlich mehr als sie nutzen

Es gibt bisher nur wenige Daten zur langfristigen Schmerztherapie mit Opioiden bei Patienten mit Rheumatoider Arthritis. Australische Wissenschaftler raten zum zurückhaltenden Einsatz dieser Substanzen, insbesondere von starken Opioiden. „Bei den meisten Patienten ist es unwahrscheinlich, dass bei einer längerfristigen Therapie, auch mit schwachen Opioiden, der Nutzen größer ist als der Schaden“, schreiben sie und erinnern an Daten eines aktuellen Cochrane-Reviews. Ausgewertet wurden Ergebnisse von elf randomisierten klinischen Studien, überwiegend mit schwachen Opioiden wie Tramadol und Tilidin zur Schmerztherapie von RA-Patienten.

Ein Vorteil der Opiodtherapie im Vergleich zu den Kontrollgruppen wurde nur in wenigen Studien und in der Regel auch nur kurzfristig dokumentiert, betonen die Autoren. Keine Studie hatte einen Beobachtungszeitraum länger als sechs Wochen. Die Rate unerwünschter Wirkungen war in den Opioid-Gruppen rund vierfach höher als in den Placebo-Gruppen. Fast jeder fünfte Studienteilnehmer, der mit Opioiden behandelt wurde, musste die Therapie wegen Nebenwirkungen abbrechen.

Quelle: Whittle S et al.: Opioid Analgesics for Rheumatoid Arthritis Pain. *JAMA* 2013; 309(5): 485-486

Gicht

Niedrig dosiertes ASS fördert Gichtattacken

Die Einnahme von niedrig dosierter Acetylsalicylsäure (ASS) fördert bei Gichtpatienten offenbar das Risiko für Gichtattacken.

In einer US-Studie bei 724 Patienten wurde die Häufigkeit von Gichtanfällen im Verlauf eines Jahres dokumentiert. 40 % der Studienteilnehmer nahmen im Studienzeitraum ASS in einer Tagesdosis ≤ 325 mg ein. Wer an zwei Tagen hintereinander ASS eingenommen hatte, hatte ein um rund 80 % höheres Risiko für einen Gichtanfall als Personen, die kein ASS einnahmen. Die Gefahr von Gichtanfällen war umso höher, je niedriger die eingenommene ASS-Dosis war. Die gleichzeitige Einnahme von Allopurinol hob den schädlichen Einfluss von ASS auf. Die Studienautoren aus Boston raten dazu, bei Gichtpatienten, die zur KHK-Prophylaxe langfristig niedrig dosiert ASS einnehmen, die Therapie zur Vermeidung von Gichtattacken stets mit Harnsäuresenkern zu kombinieren.

Quelle: Zhang Y et al.: Low-dose aspirin use and recurrent gout attacks. *Ann Rheum Dis* 2013, published online January 23

IWW
INSTITUT

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.

