



Online-Datenbank

"Versorgungslandkarte" der Deutschen Rheuma-Liga

Einfach und schnell Rheuma-Spezialisten finden – diesen Service bietet die neu gestaltete „Versorgungslandkarte“ (www.versorgungslandkarte.de) der Deutschen Rheuma-Liga. Die Online-Datenbank umfasst Adressen von internistischen und orthopädischen Rheumatologen, Kliniken, Rehabilitationseinrichtungen und Rheumazentren. Verzeichnet sind außerdem Physio- und Ergotherapeuten sowie Psychologen. Eltern rheumakrankter Kinder erhalten Informationen zu Kinder- und Jugendrheumatologen, Kinderkliniken und Physiotherapeuten mit einer Fortbildung im Bereich Kinderreumatologie.

In der Datenbank können Nutzer nach ihrem Rheuma-Spezialisten vor Ort oder in einem bestimmten Bundesland suchen und den Umkreis eingrenzen. Wer sehen möchte, wo die Ergebnisse geografisch liegen, kann sie sich auch auf einer virtuellen Landkarte anschauen. Jeder Treffer enthält neben den Kontaktdaten des Rheuma-Spezialisten weitere Informationen, beispielsweise zu speziellen Angeboten, Kostenträgern, Weiterbildungen und Krankheitsbildern. Von A wie Akupressur bis Y wie Yoga: Die Auswahlliste der Therapieangebote ist lang. Bei der Suche nach Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen können zusätzlich bis zu zwei Therapieangebote angeklickt werden.

Die Aufnahme von Rheuma-Spezialisten in die Datenbank ist freiwillig und kostenfrei. Voraussetzung für die Registrierung ist, dass die Qualitätsstandards der Rheuma-Liga eingehalten werden – sie sind im Internet nachlesbar.

Studie

RA: Intensivierung konventioneller DMARDs ist eine Alternative zu Biologika

Eine intensive Kombinationstherapie mit konventionellen DMARDs (Basistherapeutika) bot Patienten mit Rheumatoider Arthritis (RA) in einer britischen Studie über ein Jahr gesehen einen ähnlichen klinischen Nutzen wie eine Biologikatherapie zu deutlich geringeren Kosten. In der Multicenterstudie bei insgesamt 214 RA-Patienten mit hoher Krankheitsaktivität war die konservativere Therapiestrategie einer Behandlung mit TNF-alpha-Blockern über ein Jahr gesehen nicht unterlegen.

Alle Teilnehmer hatten zu Beginn trotz Behandlung mit Methotrexat (MTX) und mindestens einem anderen DMARD einen DAS28-Score $> 5,1$. Nach den britischen NICE-Kriterien ist damit die Indikation für TNF-alpha-Blocker erfüllt. Bei der Hälfte der Teilnehmer wurde die Biologikatherapie begonnen, meistens mit Adalimumab, bei den übrigen die konventionelle DMARD-Therapie intensiviert. Initial wurden die meisten Patienten mit MTX plus dem Basistherapeutikum Leflunomid behandelt. Wenn nach sechs Monaten die Krankheitsaktivität nicht um mehr als 1,2 Punkte abgenommen hatte, wurde in der konventionellen Gruppe ebenfalls die Therapie mit TNF-alpha-Blockern begonnen und in der Vergleichsgruppe ein anderes Biologikum eingesetzt.

Mit beiden Strategien wurden innerhalb eines Jahres körperliche Beeinträchtigungen der Patienten, beurteilt mit dem HAQ-Score, deutlich verringert, tendenziell sogar stärker bei den

länger konventionell Behandelten. Bei $< 50\%$ der Patienten unter DMARD-Kombinationen mussten nach sechs Monaten Biologika eingesetzt werden.

QUELLE

- Scott DL et al.: Tumour necrosis factor inhibitors versus combination intensive therapy with conventional disease modifying anti-rheumatic drugs in established rheumatoid arthritis: TACIT non-inferiority randomised controlled trial. *BMJ* 2015; 350: h1046

Meta-Analyse

Lungentoxizität von Methotrexat (MTX) geringer als angenommen?

In etlichen Beobachtungsstudien bei Patienten mit chronisch-entzündlichen Erkrankungen ist eine Therapie mit MTX bereits mit Lungenproblemen assoziiert worden, darunter gefürchtete interstitielle Lungenerkrankungen. Eine aktuelle Meta-Analyse der Daten von insgesamt 1.640 Erwachsenen mit Psoriasis-Arthritis, Psoriasis oder entzündlichen Darmerkrankungen, von denen die Hälfte mit MTX behandelt wurde, hat dieses Risiko nicht bestätigt.

Studien bei Patienten mit Rheumatoider Arthritis (RA) wurden nicht berücksichtigt, so die Autoren, weil eine RA pulmonale Manifestationen haben kann. Die Wissenschaftler wollen aufgrund von Limitationen der Meta-Analyse aber nicht ausschließen, dass unter MTX ein kleines, aber klinisch sehr relevantes Risiko für vermehrte Lungenkomplikationen bestehen könnte. Die Studien liefen über 16 - 52 Wochen. In diesem Zeitraum wurden 500 respiratorische Komplikationen dokumentiert,



meist Atemwegsinfektionen und Nasopharyngitiden. Unter MTX war weder die Rate infektiöser noch nichtinfektiöser Lungenkomplikationen höher als in den Vergleichsgruppen.

QUELLE

- Conway R et al.: Methotrexate use and risk of lung disease in psoriasis, psoriatic arthritis, and inflammatory bowel disease: systematic literature review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2015; 350: h1269

Studie

Senioren mit Rückenschmerzen: Frühe Bildgebung ohne Einfluss auf Prognose

Eine frühe Bildgebung wird insbesondere bei jüngeren Patienten mit Rückenschmerzen sehr kritisch gesehen. US-Wissenschaftler haben nun in einer Studie auch bei älteren Patienten nachgewiesen, dass eine frühe Bildgebung keinen Einfluss auf die Prognose der Patienten im Verlauf eines Jahres hat. An der Studie nahmen insgesamt mehr als 5.200 Rückenschmerz-Patienten im Alter ab 65 Jahren ohne Radikulopathie teil. Bei rund 1.170 von ihnen wurden frühzeitig Röntgenuntersuchungen vorgenommen, bei weiteren 350 frühzeitig ein MRT oder eine CT-Untersuchung. Bei Schmerzen und körperlichen Beeinträchtigungen ein Jahr später gab es keine Unterschiede zwischen Patienten ohne oder mit früher Bildgebung, betonen die Autoren.

Ihr Fazit: Ohne Radikulopathie sei der Stellenwert einer frühen Bildgebung auch bei älteren Rückenschmerz-Patienten unklar.

QUELLE

- Jarvik J et al.: Association of Early Imaging for Back Pain With Clinical Outcomes in Older Adults. *JAMA* 2015; 313(11): 1143-1153

GOÄ

Zuschlag A beim Hausbesuch nicht nur am Mittwochnachmittag

Es kommt häufig vor, dass neben einem Hausbesuch (zum Beispiel Nr. 50 GOÄ) eine berechenbare Leistung erbracht wird, zu der außerhalb der Sprechstunde der Zuschlag A berechnet werden kann (zum Beispiel Nr. 7 GOÄ). Diese häufige Berechnung des Zuschlags A beim Hausbesuch (Nr. 50 GOÄ) ist manchem ein Ärgernis. Man möchte, dass die Berechnung nur am Mittwochnachmittag erlaubt sei – so ist es zum Beispiel im GOÄ-Ratgeber des Deutschen Ärzteblatts (DÄB) vom 18. Juli 2011 zu lesen. Dort spricht man von „üblichen Sprechstundenzeiten“ und nimmt davon nur den Mittwochnachmittag aus.

„Sprechstunde“ ist aber nur die auf dem Praxisschild angekündigte Zeit, in der der Arzt für Patienten in den eigenen Praxisräumen (oder denen einer Notdienstpraxis) erreichbar ist. Sie umfasst aber auch die Zeit, in der aus organisatorischen Gründen (nicht wegen Dringlichkeit) vor der Sprechstunde einbestellte Patienten in der Praxis behandelt werden und die Zeit, bis der letzte Patient aus der Sprechstunde die Praxis verlässt. Dass „Sprechstunde“ nicht mit „üblichen Sprechstundenzeiten“ gleichgesetzt werden darf, zeigt auch ein Blick in § 17 Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte; hier heißt es: Sprechstunden „nach Vereinbarung“ dürfen zusätzlich angegeben werden.

Die GOÄ spricht beim Zuschlag A ausdrücklich von der „Sprechstunde“. Auch der Gebührenordnungsausschuss der BÄK beschränkt seine Empfehlung nicht auf den Mittwochnachmittag. Im Beschluss (im DÄB vom 13.3.1996) heißt es „außerhalb der Sprechstunde (z.B. Beispiel am Mittwochnachmittag.“ Man beachte: „z.B.“.

Auch kein Argument gegen die Berechenbarkeit des Zuschlags A, zum Beispiel in der Sprechstundefreien Zeit über Mittag, ist, dass der Zuschlag A nicht für eine höhere Honorierung des Hausbesuchs gedacht sei. Hier wird ja nicht der Hausbesuch höher bewertet, sondern die anlässlich des Hausbesuchs erbrachte und neben der Nr. 50 GOÄ berechenbare Leistung (zum Beispiel die

Nr. 7 GOÄ). Nicht umsonst wird der Zuschlag A in der Rechnung nicht nach der Nr. 50 GOÄ angeführt, sondern nach der zuschlagsfähigen Leistung. Für die zur Unzeit oder bei besonderer Dringlichkeit erfolgten Hausbesuche selber sind die Zuschläge E ff. der GOÄ zuständig, neben denen die Zuschläge A ff. nicht berechnet werden können.

GOÄ

Punktionen und Injektionen in derselben Sitzung

Wird neben einer Punktionsleistung (zum Beispiel Nr. 301 GOÄ) eine Injektionsleistung (zum Beispiel Nr. 253 GOÄ) berechnet, wird das oft moniert. Kostenträger berufen sich auf die allgemeine Bestimmung vor dem Abschnitt C III (Punktionen) der GOÄ. Dort heißt es „Zum Inhalt der Leistungen für Punktionen gehören die damit im Zusammenhang stehenden Injektionen“. Nicht immer muss man sich damit abfinden. Die Formulierung „damit im Zusammenhang stehenden“ ist nicht auf einen Zeitraum bezogen wie die meist verwendete Formulierung „nicht neben“. Die hier gewählte Formulierung gilt sachbezogen auf die Punktionsleistung. Die Bestimmung greift also nur für Leistungen, die nach erfolgtem Einstich für die Punktion durch dieselbe Kanüle erfolgen. Erfolgt die Einbringung eines Medikamentes aber durch gesonderten Einstich, ist sie eigenständig berechenbar.



Patientenversorgung

ASV – kein rasanter Start

von Sonja Froschauer und Dr. med. Axel Munte, Bundesverband ambulante spezialfachärztliche Versorgung e.V. (BV ASV), München

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) bietet eine Grundlage für die langersehnte sektorenübergreifende Versorgung und setzt dabei auf Qualifikationsmerkmale als zentrale Zugangsvoraussetzung, wobei identische Bedingungen für Vertragsärzte und Krankenhäuser gelten. Ein weiteres Ziel ist die Förderung von interdisziplinärer und intersektoraler Kooperation.

Im 2. Hj. 2015 Konkretisierungen auch in der Rheumatologie

Für erste Krankheitsbilder wurden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bereits sogenannte Konkretisierungen verabschiedet. Sie sind seit 2014 zur Tuberkulose und zu gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle in Kraft. Im Januar 2015 hat der G-BA Konkretisierungen zum Marfan-Syndrom und zu gynäkologischen Tumoren beschlossen, die noch nicht in Kraft getreten sind.

Die Arbeit an den Konkretisierungen für rheumatologische Erkrankungen hat bereits begonnen, sodass mit einer Beschlussfassung in der zweiten Jahreshälfte 2015 zu rechnen ist. Der Berufsverband der niedergelassenen Rheumatologen hat einen Entwurf für die Konkretisierungen beim G-BA eingereicht. Ob dieser übernommen wird, ist derzeit noch offen.

Extrabudgetäre Vergütung

Die Konkretisierungen umfassen neben den Teilnahmeanforderungen auch den Katalog der in der ASV abrechenbaren Leistungen, den sogenannten Behandlungsumfang. Die Vergütung der ASV-Leistungen erfolgt zunächst nach EBM mit den Werten der jeweils zutreffenden regionalen Euro-Gebührenordnung. Leistungen des Behandlungsumfanges, die nicht Teil des EBM sind, können übergangsweise nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) mit festgelegten Steigerungsfaktoren abgerechnet werden. Die ASV-Leistungen werden direkt durch die Kranken-

kassen vergütet, das heißt stets extrabudgetär als Einzelleistungen.

Bisher wenig ASV-Teams

Um an der ASV teilnehmen zu können, müssen interdisziplinäre Teams anzeigen bei den Erweiterten Landesausschüssen (eLA) einreichen. Die Zahl der derzeit vorliegenden Anzeigen ist nicht transparent. Bereits ASV-berechtigte Teams werden im ASV-Verzeichnis bei der ASV-Serviceestelle (www.asv-serviceestelle.de) aufgeführt, sofern sie einer Veröffentlichung zustimmen. Dort sind aktuell acht Teams für GI-Tumoren sowie sechs Teams für TBC zu finden. Durch die zeitliche Verzögerung zwischen der ASV-Berechtigung und der Veröffentlichung ist die Zahl der derzeit schon berechtigten Teams wohl höher. Die noch vergleichsweise geringe Zahl an ASV-Teams ist auf verschiedene Gründe zurückzuführen:

- Die Vorbereitung der ASV-Teilnahme ist zeitaufwendig (oft sechs bis neun Monate). So muss ein interdisziplinäres Team aus teilweise bis zu 19 Fachgruppen gebildet und vertraglich fixiert werden. Zusätzlich zur umfangreichen Teilnahmeanzeige müssen weitere Nachweise wie Zeugnisse beim eLA eingereicht werden.
- In den meisten Fällen werden durch den eLA Unterlagen nachgefordert, da die Anzeige unvollständig ist. In diesem Fall wird die zweimonatige Prüffrist unterbrochen, bis die Unterlagen eingegangen sind.

- In den ersten Entwürfen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes war vorgesehen, Berechtigungen von Krankenhäusern nach § 116b SGB V alter Fassung dauerhaft zu erhalten. Damit war für Kliniken mit Alt-Berechtigungen keinerlei Anlass mehr gegeben, eine ASV-Teilnahme anzustreben.

Fazit

Der träge Start ist letztlich auf die Komplexität der Regelungen zurückzuführen, auch wenn die ASV durch den Gesetzgeber eigentlich als „deregulierter“ Versorgungsbereich angelegt war. Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wird hier nur partiell Erleichterungen bringen, indem u.a. die Alt-Berechtigung auf drei Jahre befristet und die Einschränkung auf „schwere Verlaufsformen“ bei onkologischen und rheumatologischen Erkrankungen gestrichen werden soll. Diese Befristung sowie Ausweitung der ASV auf eine größere Patientengruppe könnte letztlich mehr Vertragsärzte und Kliniken motivieren, sich der Herausforderung einer ASV-Teilnahme zu stellen, und so Schwung in den neuen Versorgungsbereich bringen.

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

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

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.

