



Kassenabrechnung

EBM-Reform – Beschlüsse und offene Fragen

Mit Ausnahme einer Beschlussfassung zur „Währungsreform“ konnte bisher zwischen KBV und Krankenkassen kein Einvernehmen bezüglich der EBM-Reform 2013/2014 erzielt werden. Mit dem nachfolgenden Beitrag erhalten Sie einen Überblick über den aktuellen Sachstand.

Fachärztliche Grundpauschale zum 1. Juli 2013

Bestandteil des Honorarkompromisses für 2013 ist bekanntlich die Zahlung eines Betrages von 250 Mio. Euro durch die Krankenkassen. Etwa die Hälfte dieses Betrages ist für die Förderung der fachärztlichen Grundversorgung bestimmt.

Zwar besteht ein weitgehender Konsens zwischen KBV und Krankenkassen hinsichtlich der Einführung einer fachärztlichen Grundpauschale zum 1. Juli 2013. Die Details der Förderung sind jedoch noch unklar, ebenso die Höhe des Förderbetrages insgesamt. Die KBV möchte nämlich den Betrag von ca. 125 Mio. Euro durch Einsparungen bei den Dialysesachkosten, die Absenkung von bestimmten Laborparametern und die Abwertung humangenetischer Leistungen aufstocken. Mit einer Beschlussfassung im Laufe des Monats Juni ist jedoch zu rechnen.

„Währungsreform“ zum 1. Oktober

Die ursprünglich zum 1. Juli 2013 vorgesehene Angleichung von kalkulatorischem Punktwert und Orientierungswert wurde auf den 1. Oktober 2013 verschoben. Der Bewertungsausschuss hat weiter beschlossen, den Orientierungswert und den kalkulatorischen Punktwert statt auf 5,11 Cent nunmehr auf 10 Cent festzusetzen. Zu diesem

Zweck werden die derzeitigen Punktzahlen im EBM mit einem Anpassungsfaktor, der sich aus der Division des bisherigen Orientierungswertes in Höhe von 3,5363 Cent und 10 Cent ergibt, multipliziert und neu festgelegt.

Beispiel

Die rheumatologische Zusatzpauschale nach Nr. 13700 ist derzeit im EBM mit 540 Punkten bewertet. Dies entspricht bei einem Orientierungswert von 3,5363 Cent einem Betrag von 19,10 Euro. Zum 1. Oktober 2013 beträgt die Bewertung dieser Leistung 191 Punkte (540 Punkte x 3,5363 : 10). Dies entspricht dann einem Betrag von 19,10 Euro.

Auf dieser Basis soll dann zum geplanten Termin des zweiten EBM-Reformschritts am 1. Juli 2014 eine Anpassung der Kalkulationszeiten und der Praxiskosten vorgenommen werden.

Baustelle Hausarzt-EBM

Keine Verständigung konnte bisher über die Weiterentwicklung des Hausarzt-EBM erzielt werden. Ob das KBV-Konzept zur Weiterentwicklung des EBM im hausärztlichen Bereich noch zum 1. Oktober 2013 erfolgt, ist nach derzeitigem Stand ebenfalls völlig offen. Dies auch deshalb, weil im Juli 2013 die Verhandlungen über die Anpassung des Orientierungswertes für 2014 beginnen werden. Das Gesetz sieht nämlich vor, dass der für 2014 geltende Orientierungswert vom Bewertungsausschuss bis zum 31. August 2013 zu beschließen ist.

Vergütungsrecht

Angabe des Zahlungsziels reicht nicht aus, Schuldner muss auch belehrt werden

Um Patienten in Zahlungsverzug zu setzen, müssen Rechnungen einen bestimmten Hinweis enthalten. Die aktuelle Rechtslage haben noch nicht alle privatärztlichen Abrechnungsstellen bzw. Rechnungsersteller umgesetzt. Nachfolgend wird aufgezeigt, wie Sie Ihre Forderungen sicher durchsetzen.

Einfache Zahlungsfrist genügt nicht

Der Bundesgerichtshof hat bereits mit Urteil vom 25. Oktober 2007 klargestellt, dass ein Verzug des Schuldners nicht nur durch die einseitige Bestimmung eines Zahlungsziels in der Rechnung ohne Belehrung des Verbrauchers begründet werden kann (Az: III ZR 91/07). Formulierungen in den Rechnungen wie „Bitte den Rechnungsbetrag bis zum ... ausgleichen“ oder „Die Überweisung ist bis zum ... auf das angegebene Konto zu leisten“ sind somit nicht hinreichend.

Damit der Patient als Verbraucher durch die erteilte Rechnung in Verzug gesetzt werden kann, ist eine Verbraucherbelehrung gemäß § 286 Abs. 3 Satz 1 BGB erforderlich. Den dortigen Anforderungen würde zum Beispiel folgender Hinweis am Ende der Rechnung genügen:

Musterformulierung

„Der Rechnungsbetrag ist mit Zugang der Rechnung fällig. Wir weisen gemäß § 286 Abs. 3 BGB darauf hin, dass Sie auch ohne Mahnung automatisch in Verzug geraten, wenn Sie den Rechnungsbetrag nicht innerhalb von 30 Tagen nach Fälligkeit und Zugang bezahlen.“



Zulassungsrecht

Zulassungsrecht zum 1. Januar 2013 geändert: Entschädigung statt Praxisnachfolge?

von Rosemarie Sailer, LL.M. Medizinrecht, Köln, www.kanzlei-wbk.de

Am 1. Januar 2013 ist eine Änderung der Bedarfsplanungsrichtlinie in Kraft getreten. Diese Änderung hat auf bereits zugelassene Ärzte in der Regel keine unmittelbaren Auswirkungen. Eine wesentliche Veränderung, die für Ärzte, die einen Nachfolger für ihre Praxis suchen, auch mit erheblichen finanziellen Nachteilen verbunden sein kann, bringt jedoch die ebenfalls seit dem 1. Januar 2013 geltende gesetzliche Neuregelung des Zulassungsrechts. Beide Neuregelungen verfolgen das Ziel, in gesperrten Planungsbereichen Überversorgung abzubauen und langfristig eine ausgewogenere räumliche Verteilung von Vertragsärzten zu erreichen.

Nachbesetzungsverfahren nicht mehr garantiert

Bislang musste der zuständige Zulassungsausschuss auf Antrag eines niedergelassenen Vertragsarztes ein Nachbesetzungsverfahren auch in gesperrten Planungsbereichen durchführen. Es galt somit ein Bestandsschutz für diese Praxen. Der neue § 103 Abs. 3 a SGB V sieht demgegenüber etwas ganz anderes vor: Endet nämlich die Zulassung eines Vertragsarztes in zulassungsbeschränkten Planungsbereichen durch Tod, Verzicht oder Entziehung und soll die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden, haben der Vertragsarzt oder seine Erben einen Antrag beim Zulassungsausschuss auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens zu stellen.

Liegt dem Zulassungsausschuss ein solcher Antrag vor, kann dieser nach Prüfung auch abgelehnt werden, wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist – was regelmäßig in gesperrten Planungsbereichen der Fall sein dürfte. Wird gegen eine Nachbesetzung entschieden, hat die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) den Vertragsarzt bzw. die Erben zu entschädigen, und zwar in Höhe des Verkehrswerts der Praxis.

Recht auf Nachbesetzungsverfahren nur in Ausnahmefällen

Eine Ausnahme gilt nur dann, wenn die Praxis fortgeführt wird durch

- einen direkten Erben,
- einen angestellten Arzt des bisherigen Vertragsarztes oder
- einen Vertragsarzt, mit dem die Praxis gemeinsam betrieben wurde.

In diesen Fällen muss weiterhin ein Nachbesetzungsverfahren durchgeführt werden. Darüber hinaus muss der Zulassungsausschuss bei seiner Prüfung grundsätzlich auch wirtschaftliche Gesichtspunkte berücksichtigen, etwa wenn ein Vertragsarztsitz innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft nachbesetzt werden soll.

In allen anderen Fällen gilt: Hatten Praxen bisher in gesperrten Planungsbereichen Bestandsschutz, beschränkt sich dieser durch die Neuregelung nun nur noch auf die vermögensrechtliche Komponente. Mit der Erstattung des Verkehrswerts der Praxis kann jedoch eine erhebliche Vermögenseinbuße einhergehen. Denn nach welcher Methode die Berechnung zu erfolgen hat, sagt die Neuregelung nicht. Der KV steht bezüglich des unbestimmten Begriffs „Verkehrswert“ damit ein großer Ermessensspielraum zu, der gerichtlich nicht voll überprüfbar ist.


KV könnte den Preis drücken

Dass die KVen voraussichtlich versuchen werden, den Preis für den Arztsitz zu drücken, zeigt die Entstehungsgeschichte des neuen § 103 Abs. 3 a SGB V:

Im Regierungsentwurf war zunächst ein Vorkaufsrecht der KV an der Arztstelle vorgesehen. Es sollte wie gehabt ein Nachbesetzungsverfahren durchgeführt werden. Der KV sollte dann das Recht zustehen, in den Kaufvertrag anstelle des Nachfolgers einzutreten. Zahlen wollte die KV allerdings auch nur höchstens den Verkehrswert der Praxis. Das Vorkaufsrecht kann jedoch nur zu den Bedingungen ausgeübt werden, die der Verkäufer mit dem Käufer vereinbart hat, was also die Zahlung des mit dem Nachfolger vereinbarten Preises bedeutet hätte. Wohl aus diesem Grund wurde in der nunmehr geltenden Neuregelung die Zuständigkeit des Zulassungsausschusses vorverlagert, so dass dieser bereits das Ausschreibungsverfahren verhindern kann.

Fazit

Mit den gesetzlichen Neuregelungen werden die unternehmerischen Gestaltungsmöglichkeiten für Rheumatologen erheblich eingeschränkt. Auch die neue Bedarfsplanungsrichtlinie kann vor diesem Hintergrund für bereits niedergelassene Ärzte relevant werden: Wer sich plötzlich in einem gesperrten Planungsbereich wiederfindet, muss nun bei Aufgabe der Praxis befürchten, weit weniger zu bekommen als die Praxis tatsächlich „wert“ ist.



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 (RA)

Männer mit wenig Testosteron haben erhöhtes RA-Risiko

Geschlechtshormone spielen bei der Pathogenese der RA vermutlich eine Rolle, da mehr Frauen als Männer erkranken. Schwedische Wissenschaftler haben nun in einer Fall-Kontroll-Studie nachgewiesen, dass niedrige Testosteronspiegel bei Männern mit einem erhöhten RA-Risiko korrelieren. Untersucht wurden Serumproben von 104 RA-Patienten, knapp drei Viertel davon RF-positiv, und 174 Kontrollpersonen. Je niedriger der Testosteronspiegel der Studienteilnehmer war, desto höher war ihr RA-Risiko. Besonders deutlich war der Zusammenhang bei RA-Patienten, die RF-negativ waren. Die Daten legen nach Angaben der Autoren nahe, dass Hormonveränderungen dem Beginn einer RA vorausgehen könnten und den RA-Phänotyp mitbestimmen.

Quelle: Pikwer M et al.: Association between testosterone levels and risk of future rheumatoid arthritis in men: a population-based case-control study. Ann Rheum Dis 2013, published online April 3

Rheumatoide Arthritis (RA)

TNF-alpha-Blocker mit erhöhtem Risiko für invasive Melanome assoziiert

Schwedische Registerdaten haben den Verdacht bestätigt, dass eine Therapie mit TNF-alpha-Blockern das Risiko eines invasiven Melanoms erhöhen könnte. Die Risikoerhöhung betrug im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung 50 %, war aber in absoluten Zahlen sehr gering: Pro 100.000 Behandlungsjahren ist mit 20 zusätzlichen Fällen eines invasiven Melanoms zu rechnen. Insgesamt war das Krebsrisiko unter TNF-Blockern nicht erhöht. Unter Patienten mit RA, die nicht mit Biologika behandelt wurden, war weder das Krebs- noch das Risiko für ein invasives Melanom erhöht.

Nach Daten einer weiteren US-Studie fördert eine Therapie mit TNF-Blockern nicht das Risiko für das Auftreten einer Herpes-zoster-Erkrankung. Bei der Studie wurden Daten von knapp 60.000 RA-Patienten ausgewertet, bei denen neu eine Therapie mit einem TNF-Blocker oder einem konventionellen Basistherapie begonnen worden war.

Quellen: Raaschou P et al.: Rheumatoid arthritis, anti-tumour necrosis factor therapy, and risk of malignant melanoma: nationwide population based prospective cohort study from Sweden. BMJ 2013; 346: f1939 und Winthrop K et al.: Association Between the Initiation of Anti-Tumor Necrosis Factor Therapy and the Risk of Herpes Zoster. JAMA 2013; 309(9): 887-895

Fibromyalgie

Mäßiger Alkoholkonsum – günstig für Patienten mit Fibromyalgie?

Patienten mit Fibromyalgie, die wenig oder moderat Alkohol trinken, haben nach dem Ergebnis einer US-Studie weniger Symptome und eine höhere Lebensqualität als Abstinenzler. Mögliche Einflussfaktoren wurden bei der Analyse herausgerechnet. In der Studie wurden Daten von rund 950 Patienten mit Fibromyalgie untersucht, die im Mittel 49 Jahre alt und meist weiblich waren. Knapp 60 % von ihnen tranken nach eigenen Angaben keinen Alkohol, rund ein Drittel konsumierten wenig Alkohol (höchstens drei Drinks pro Woche), jeweils 3 % hatten einen moderaten (4-7 Drinks pro Woche) bzw. einen starken Alkoholkonsum (mehr als 7 Drinks pro Woche). Insgesamt waren die Symptomatik und die Lebensqualität von Patienten mitmäßigem Alkoholkonsum am besten. Beim paarweisen Vergleich der vier Gruppen schnitten Patienten mit geringem und moderatem Alkoholkonsum besser ab als Abstinenzler. Die Autoren haben außer der Beeinflussung von Stimmung und Stress durch Alkohol sogar eine

mögliche biochemische Erklärung für die günstige Wirkung parat: Alkohol verstärkte die Freisetzung des Neurotransmitters GABA, der im Gehirn von Fibromyalgie-Patienten reduziert sei.

Quelle: Kim C et al.: Association between alcohol consumption and symptom severity and quality of life in patients with fibromyalgia. Arthritis Research & Therapy 2013, 15: R42

Schmerztherapie

Opioide werden bei Bewegungsschmerzen zunehmend häufig eingesetzt

Laut Versicherungsdaten der AOK Hessen stieg der Anteil der mit Opioiden behandelten Patienten im Zeitraum 2000 bis 2010 um 37 % (von 3,3 % auf 4,5 % der Versicherten). 15 % des Zuwachses sind nach Angaben der Autoren allein auf die demographische Entwicklung und die stetig steigende Zahl älterer Patienten zurückzuführen. Hochgerechnet auf die deutsche Wohnbevölkerung nahm die Zahl der mit Opioiden behandelten Personen von 2,7 auf 3,7 Mio. zu. Besonders deutlich stiegen im Zeitraum 2000 bis 2010 die Tagesdosen je Opioidempfänger, nämlich um mehr als 50 %. Der Anteil der Versicherten mit einer Langzeit-Opioidtherapie (> 90 Tage) hat sich fast verdoppelt (von 4,3 % auf 7,5 %). Den Krankenkassendaten zufolge sind aktuell mehr als drei Viertel der Opioidempfänger Patienten mit Nicht-Tumorschmerzen. Die meisten werden mit Präparaten der WHO-Stufe 2 behandelt; es gibt aber einen deutlichen Zuwachs bei der Therapie mit WHO-Stufe 3-Opioiden, insbesondere bei Nicht-Tumorpatienten. Die Behandlungsprävalenz mit retardierten Stufe-3-Präparaten inklusive Pflaster hat sich fast vervierfacht.

Quelle: Schubert I, Ihle P, Sabatowski R: Increase in opiate prescription in Germany between 2000 and 2010 – a study based on insurance data. Dtsch Arztebl Int 2013; 110(4): 45-51