



EBM

Einigung im Honorarstreit: Bis zu 4 Prozent mehr in 2013

Überraschende Wende im Honorarstreit: KBV und Krankenkassen haben am 9. Oktober 2012 ihren Streit über die Höhe des Honorars für vertragsärztliche Leistungen im Jahre 2013 beigelegt. Der Kompromiss sieht eine Steigerung der Gesamtvergütung im kommenden Jahr um 1,15 bis 1,27 Mrd. Euro vor. Dies entspricht einer Erhöhung um bis zu 4 Prozent. Die Ergebnisse – soweit sie für Rheumatologen relevant sind – fassen wir nachfolgend zusammen.

Orientierungswert

KBV und Krankenkassen konnten sich im August 2012 im Bewertungsausschuss nicht auf eine Anpassung des Orientierungswerts von derzeit 3,5048 Cent verständigen. Der Forderung der KBV nach einer Erhöhung des Orientierungswerts um ca. 11 Prozent (entspricht ca. 3,5 Mrd. Euro) stand die Forderung der Krankenkassen nach einer Absenkung des Orientierungswerts um ca. 7,2 % (entspricht ca. 2,2 Mrd. Euro) gegenüber. Daher musste der um unparteiische Mitglieder ergänzte Erweiterte Bewertungsausschuss entscheiden.

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat sodann am 30. August 2012 eine Erhöhung des Orientierungswerts für das Jahr 2013 um 0,9 % auf 3,5363 Cent beschlossen. Nachdem sich die Krankenkassen am 9. Oktober 2012 zu zusätzlichen Zahlungen und strukturellen Verbesserungen bereit erklärt hatten, hat die KBV jetzt im Gegenzug den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses akzeptiert. Für 2013 bleibt es somit dem Orientierungswert von 3,5363 Cent. Die KBV wird ihre gegen den Schlichterspruch vorsorglich eingelegte Klage zurücknehmen.

Erhöhung der MGV um 250 Mio. Euro

Für das Jahr 2013 stellen die Krankenkassen zusätzlich 250 Mio. Euro für die

morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) zur Verfügung. Dieser Betrag soll im hausärztlichen Bereich zur Förderung der geriatrischen und palliativmedizinischen Versorgung sowie der Versorgung von Kindern mit chronischen Erkrankungen und/oder Behinderungen und im fachärztlichen Versorgungsbereich zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung verwendet werden. Die Details dieser Förderung sollen in den kommenden Wochen festgelegt werden. Wir werden darüber zu gegebener Zeit berichten.

Morbiditätsbedingte Erhöhung der MGV

Eine weitere Erhöhung der MGV resultiert aus der Entwicklung der Morbidität (Behandlungsdiagnosen) und der Demographie (Alter und Geschlecht). Der Bewertungsausschuss hat hierzu Empfehlungen an die regionalen KVen und Krankenkassen gegeben, die bei den Verhandlungen für 2013 zu berücksichtigen sind.

Danach beträgt die aus den Behandlungsdiagnosen resultierende Veränderungsrate zwischen 0,1061 Prozent (Bayern) und 2,6931 Prozent (Sachsen-Anhalt), die aus der Demographie resultierende Veränderungsrate zwischen 0,1411 Prozent (Hamburg) und 0,8315 Prozent (Brandenburg).

Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen

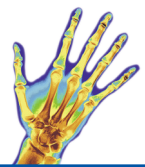
Der Bewertungsausschuss hat Kriterien beschlossen, nach denen die regionalen KVen mit den Krankenkassen Zuschläge auf den Orientierungswert für besonders förderungswürdige Leistungen bzw. besonders förderungswürdige Leistungserbringer vereinbaren können.

Danach können einzelne Leistungen gefördert werden, wenn dadurch im Sinne der Verbesserung der Ergebnisqualität der Behandlungserfolg gesteigert wird. Ferner sind im hausärztlichen Bereich Zuschläge auf den Orientierungswert bei Behandlung von Patienten mit mindestens drei chronischen Erkrankungen möglich.

Ausbudgetierung der Psychotherapie

Die psychotherapeutischen Leistungen der Abschnitte 35.1 und 35.2 des EBM sind bisher Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die überproportionale Steigerung dieser Leistungen in den vergangenen Jahren hat dazu geführt, dass diese Leistungen in nicht unerheblichem Umfang von den Fachärzten mitfinanziert wurden.

Der Honorarkompromiss sieht vor, dass ab 2013 die antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen des Abschnitts 35.1 EBM für alle Arztgruppen sowie die probatorischen Sitzungen (EBM-Nr. 35150) der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung herausgenommen und von den Krankenkassen extrabudgetär vergütet werden. Damit übernehmen die Krankenkassen – wie seit langem gefordert – das Mengenrisiko für diesen Bereich.



Verständigung über eine EBM-Reform zum 31. März 2014

Abschließend haben sich KBV und Krankenkassen auch auf eine umfassende

Reform des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) verständigt. Diese soll bis zum 31. März 2014 abgeschlossen sein. Auch hierüber werden wir noch im Detail berichten.

Fall im Laufe des Quartals keine Laborleistungen abgerechnet werden. Deswegen sollte in derartigen Fällen auf die Angabe einer Kennziffer verzichtet werden, und zwar sowohl auf dem eigenen Behandlungsausweis als auch bei Überweisungen an Laborgemeinschaften bzw. Laborärzte. Eine Verpflichtung zur Angabe der Kennziffern gibt es nicht.

Kassenabrechnung

Laborbonus und Ausnahmekennziffer

Nachdem wir in Ausgabe 3/2012 des RheumaGuide über die Budgets bei der Abrechnung von Laborleistungen berichtet haben, erreichten uns zu diesem Problemkreis einige Anfragen. Für Rheumatologen gibt es bei der Abrechnung von Laborleistungen de facto zwei Budgetgrenzen, einmal nach dem EBM und einmal in Form des kürzlich eingeführten Referenz-Fallwertes für Speziallaborleistungen. Die Anfragen bezogen sich insbesondere auf die Angabe der Ausnahmekennziffern 32005 bis 32023 und deren Bedeutung für den Wirtschaftlichkeitsbonus „Labor“ sowie auf das Budget nach dem Referenz-Fallwert. Hinterfragt wurde auch, ob die Ausnahmekennziffern 32005 bis 32023 bei Patienten mit den entsprechenden Erkrankungen verpflichtend anzugeben sind.

Werden in nur geringfügigem Umfang Laborleistungen abgerechnet, so zum Beispiel nur CRP nach Nr. 32128 EBM, sollte ebenfalls auf die Angabe einer Ausnahmekennziffer verzichtet werden. Bei dem mit 1,15 Euro bewerteten CRP würden mit dem Umrechnungsfaktor 26,6 für das Allgemeinlabor 30,59 Punkte auf das Laborbudget mit den allgemeinen Laborleistungen angerechnet, das Budget für das Allgemeinlabor beträgt dem gegenüber pro Fall 60 bzw. 80 Punkte. Somit ist es in derartigen Fällen besser, keine Kennziffer anzugeben, da mehr Punkte für das Laborbudget gutgeschrieben werden als bei Angabe einer Kennziffer durch den Wegfall des Laborbudgets für diesen Fall verloren gingen.

Ausnahmekennziffern und Wirtschaftlichkeitsbonus

Alle Laborleistungen, die von Rheumatologen in ihrer Praxis bzw. von Laborgemeinschaften oder per Überweisung an einen Laborarzt erbracht werden, werden auf das Laborbudget nach dem EBM angerechnet. Keine Anrechnung auf das EBM-Laborbudget erfolgt, wenn eine der Ausnahmekennziffern 32005 bis 32023 angegeben wird. Wichtig ist, dabei darauf zu achten, dass die Ausnahmekennziffer sowohl auf dem eigenen Behandlungsausweis als auch bei Überweisungen an die Laborgemeinschaft bzw. an den Laborarzt angegeben wird. Bei letzteren wird die Angabe der Ausnahmekennziffern häufig nicht beachtet.

überschritten wird. Rheumatologen steht für das Allgemeinlabor für Allgemeinversicherte eine Punktzahl von 60, für Rentner von 80 Punkten zur Verfügung, im Speziallaborbereich (Kap. 32.3 EBM) sind es für Allgemeinversicherte 310 Punkte, für Rentner 300 Punkte je Fall.

Aber: Gemäß der Präambel zu den Allgemeinen Laboruntersuchungen unter 32.2.6 des EBM bzw. der Präambel zu den Speziallaborleistungen unter 32.3.7 werden diejenigen Fälle, bei denen Ausnahmekennziffern nach den Nrn. 32005 bis 32023 vermerkt sind, nicht berücksichtigt, d.h. für die so gekennzeichneten Fälle gibt es kein Laborbudget – die in diesen Fällen abgerechneten Laborleistungen werden nicht auf das Laborbudget angerechnet. Daraus ergibt sich folgende Empfehlung für die Praxis:

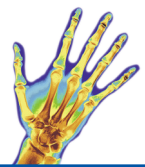
Hinweis: Wie bereits in Ausgabe 3/2012 berichtet, werden die Ausnahmekennziffern bei der Ermittlung des Budgets nach dem Referenz-Fallwert nicht berücksichtigt. In dieses Budget werden alle in der Praxis erbrachten und über die KV abgerechneten Speziallaborleistungen einbezogen, nicht dagegen Speziallaborleistungen, die an Laborärzte überwiesen werden.

Rheumatologen erhalten den Wirtschaftlichkeitsbonus „Labor“ mit 130 Punkten (4,56 Euro je Fall bei einem Punktwert von 3,5048 Cent) vergütet. Bei 800 Fällen einer Praxis wären das immerhin 3.648 Euro.

Auch Rheumatologen behandeln Patienten, bei denen im Laufe des Quartals keine oder nur sehr wenige, gering bewertete Laborleistungen erbracht werden. Liegt eine Erkrankung vor, die zur Angabe einer der Kennziffern 32005 bis 32023 berechtigt und wird eine dieser Kennziffern angegeben, gibt es für diesen Fall kein Laborbudget. Das gilt auch, wenn in dem entsprechenden

Fazit

Bei der Abrechnung bzw. Veranlassung von Laborleistungen sollte in jedem Fall erwogen werden, ob mit den abgerechneten Laborleistungen eine geringere Punktzahl auf das EBM-Laborbudget angerechnet wird als die Rheumatologen für das Allgemeinlabor einerseits bzw. für das Speziallabor andererseits zur Verfügung steht. Werden weniger Laborleistungen abgerechnet, sollte keine Kennziffer angegeben werden.



Arthrose

Gewichtsreduktion verringert Knorpelabbau

Übergewicht zählt zu den Risikofaktoren für die Entwicklung einer Kniegelenksarthrose. Australische Forscher konnten jetzt belegen, dass durch eine erfolgreiche Gewichtsreduktion um mindestens 7 Prozent der sukzessive Verlust des Kniegelenkknorpels zumindest im medialen Bereich gebremst werden kann.

An der Studie nahmen 111 adipöse Erwachsene teil (Body-Maß-Index im Schnitt 36,6 kg/m²). Sie waren im Mittel 52 Jahre alt, knapp ein Drittel hatten eine klinisch gesicherte Kniegelenksarthrose. Rund 40 Prozent der Studienteilnehmer erhielten zur Gewichtsreduktion in einem laparoskopischen Eingriff ein Magenband, die übrigen stellten unter ärztlicher Anleitung ihre Ernährung um und wurden angehalten, körperlich aktiver zu sein.

Mit zunehmendem Gewichtsverlust der Studienteilnehmer – im Mittel nahmen sie im Verlauf von zwölf Monaten um 9,3 kg ab – verlangsamte sich der in einem Jahr per Kernspin gemessene Verlust an Knorpeldicke im medialen Kniegelenk kontinuierlich; kein Einfluss wurde hingegen auf die Knorpeldicke im lateralen Bereich festgestellt. Auch die Knorpelqualität war im medialen Kompartiment umso besser, je mehr Gewicht die Patienten verloren hatten.

Fazit der Autoren

Durch eine langfristige erfolgreiche Gewichtsreduktion um mindestens 7 Prozent können stark Übergewichtige den Verlust der Knorpeldicke im Kniegelenk bremsen und die Knorpelqualität verbessern. Dies könnte auch die Notwendigkeit eines Kniegelenkersatzes hinauszögern.

Quelle: March L et al.: Weight loss in obese people has structure-modifying effects on medial but not on lateral kneearticular cartilage. Ann Rheum Dis 2012; 71: 26-32

Rheumatoide Arthritis

Intrazelluläre Blockade der Janus-Kinasen: neues therapeutisches Wirkprinzip

Neue Wirkstoffe zur Therapie von Patienten mit Rheumatoider Arthritis (RA) zielen darauf ab, intrazelluläre Signalwege zu blockieren, die die Entzündung unterhalten. Am weitesten fortgeschritten sind Studien zu Tofacitinib, einem oralen Hemmstoff der Janus-Kinasen (JAK). Mit der Zulassung des neuen Medikaments wird 2013 gerechnet.

Tofacitinib ist kein Biologikum, sondern ein small molecule, das zwei bis drei Größenordnungen kleiner ist. Es blockiert intrazellulär vor allem die JAK 1 und JAK 3 und unterdrückt die Signaltransduktion einer ganzen Reihe von Zytokinen, durch die Entzündungsreaktionen bei RA vermittelt werden, darunter die Interleukine 2, 4 und 6. In klinischen Studien wurden weltweit bereits rund 4.000 erwachsene Patienten mit mittelschwerer bzw. schwerer aktiver RA mit Tofacitinib (5 mg oder 10 mg zweimal täglich) behandelt, sowohl als Monotherapie als auch in Kombination mit DMARDs (disease modifying antirheumatic drugs).

In zwei jetzt veröffentlichten Phase-III-Studien wurde die Wirksamkeit von Tofacitinib als Monotherapie und in Kombination mit Methotrexat belegt. Die Substanz war ähnlich wirksam wie der TNF-Blocker Adalimumab. Die ACR-20-Ansprechraten nach drei Monaten Monotherapie betragen 60 (5 mg) und 66 Prozent (10 mg vs. 27 Prozent Placebo), bei der Kombitherapie lagen sie bei rund 52 Prozent nach sechs Monaten. Auch der Funktionsscore HAQ und die Krankheitsaktivität verbesserten sich. Häufigste Nebenwirkungen waren Kopfschmerzen und obere Atemwegsinfekte; schwere Infektionen traten bei rund 1 Prozent der Behandelten auf. Die Therapie ist mit einem Anstieg von LDL- und HDL-Cholesterin und einem Abfall der Neutrophilen assoziiert.

Quellen: Fleischmann R et al.: Placebo-Controlled Trial of Tofacitinib Monotherapy in Rheumatoid Arthritis. N Engl J Med 2012; 367: 495-507
van Vollenhoven RF et al.: Tofacitinib or Adalimumab versus Placebo in Rheumatoid Arthritis. N Engl J Med 2012; 367: 508-519

Rheumatoide Arthritis

Moderater Alkoholkonsum senkt das RA-Risiko

Offenbar hat moderater Alkoholkonsum auch einen günstigen Einfluss auf das Risiko, eine Rheumatoide Arthritis zu entwickeln. Darauf deuten zumindest schwedische Daten bei Frauen hin. Im Rahmen einer großen Mammographie-Kohortenstudie mit mehr als 34.000 Frauen und einem Follow-up von rund 226.000 Personenjahren wurde der Alkoholkonsum, der mit einem Fragebogen erhoben wurde, mit dem Auftreten einer RA abgeglichen. Frauen, die pro Woche mehr als vier Drinks (à rund 15 g Ethanol) zu sich nahmen, hatten ein um rund 37 Prozent geringeres Erkrankungsrisiko als Frauen, die nur einen Drink zu sich nahmen. Die Art des Alkohols spielte dabei keine Rolle.

Quelle: Wolk A et al.: Long term alcohol intake and risk of rheumatoid arthritis in women: a population based cohort study. BMJ 2012; 345: e4230

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.