



### Kassenabrechnung

## Fachärztliche Grundversorgung: Fachinternistische Rheumatologen erhalten keine Förderung

Mit Beschluss vom 27. Juni und mit Wirkung ab 1. Oktober 2013 hat der Bewertungsausschuss nach langen Verhandlungen endlich die Details der Förderung der fachärztlichen Grundversorgung festgelegt. Wie befürchtet wurden in diesem Beschluss die Fachärzte für Innere Medizin **mit Schwerpunkt**, also auch die Facharztinternisten mit Schwerpunkt Rheumatologie, nicht der fachärztlichen Grundversorgung zugeordnet. Die KBV konnte sich mit ihrem Vorschlag, dass grundsätzlich Ärzte aller Fachgebiete gefördert werden, wenn sie ausschließlich Basisleistungen ihres jeweiligen Fachgebiets erbringen, nicht durchsetzen.

### Zuschlag zu den Grundpauschalen für Internisten ohne Schwerpunkt

Die Internisten des fachärztlichen Versorgungsbereichs **ohne Schwerpunkt** gehören zu den fachärztlichen Grundversorgern; von ihnen werden auch Leistungen im Rahmen der Versorgung von Patienten mit Rheumaerkrankungen erbracht. Die Förderung der allgemeinen internistischen Grundversorgung erfolgt durch einen Zuschlag zu den Grundpauschalen nach den EBM-Nrn. 13210 bis 13212. Die EBM-Nr für die neue Zuschlagsposition und deren Bewertung wurden wie folgt festgelegt (gültig ab 1.10.2013):

EBM-Nr.	Legende	Punkte (Euro)
13220	Zuschlag für die allgemeine internistische Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmungen 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212	36 (3,60)*

\*Hinweis: Ab dem 1.10.2013 ist der Punktwert auf 10 Cent festgelegt

### Berechnungsausschlüsse für den Zuschlag (K.O.-Katalog)

Der Zuschlag zur allgemeinen internistischen Grundversorgung – bezeichnet

als „PFG“ (Pauschale fachärztliche Grundversorgung) – wird nicht für jeden Behandlungsfall mit Abrechnung einer Grundpauschale gewährt. Der Beschluss benennt einen umfangreichen Katalog von Leistungen (EBM-Leistungspositionen), die nicht der fachärztlichen Grundversorgung zugerechnet werden. Diese Leistungen werden in Anhang 3 zum EBM (Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes gemäß § 87 Abs. 2 S. 1 SGB V in Verbindung mit § 106a Abs. 2 SGB V) mit „PFG nein“ gekennzeichnet.

**Wichtig:** Wird im Behandlungsfall eine Leistung aus diesem „K.O.-Katalog“ abgerechnet, wird in diesem Behandlungsfall der Zuschlag zur Grundversorgung nicht gewährt. Dies gilt auch in Berufsausübungsgemeinschaften (BAG – Gemeinschaftspraxen, MVZ). Rechnet ein Arzt einer BAG eine Leistung aus dem K.O.-Katalog ab, entfällt für alle Ärzte der BAG in diesem Behandlungsfall der Zuschlag zur Grundversorgung und zwar unabhängig davon, ob die anderen Ärzte auch Leistungen aus dem K.O.-Katalog abrechnen oder nicht.

Für Internisten des fachärztlichen Versorgungsbereichs ohne Schwerpunkt enthält dieser K.O.-Katalog im Wesentlichen folgende Leistungen (EBM-Nrn.) bzw. Leistungsbereiche:

- Praxisklinische Betreuung 01510 bis 01512
- Arterielle Blutentnahme/Injektion 02330, 02331
- Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung 13250
- Bei Definitionsauftrag berechnungsfähige Leistungen 13251 bis 13260
- Alle Leistungspositionen der internistischen Schwerpunktkapitel 13.3 EBM, ausgenommen die Grundpauschalen
- Alle Spezial-Laboruntersuchungen des Abschnitts 32.3
- Echokardiographien ohne/mit Belastung 33020-33023, 33031, 33032
- Doppler-Sonographien 33060 bis 33064
- Duplex-Sonographien 33070 bis 33075

Damit dürfte sich ein Verzicht auf das Führen der Schwerpunktbezeichnung für Facharztinternisten mit dem Schwerpunkt Rheumatologie nicht lohnen.

### Vergütung des Zuschlags

Die Bewertung des neuen Zuschlags nach Nr. 13220 (36 Punkte bzw. 3,60 Euro) erlaubt nur bedingt eine Aussage zur Höhe der Vergütung in Euro. Dem Vernehmen nach sollen die regionalen KVen durch eine Vorgabe der KBV verpflichtet werden, für die „PFG“ einen eigenständigen Honorartopf zu bilden. Dieser Honorartopf besteht aus den anteiligen 126 Mio. Euro, die von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden, den auf den fachärztlichen Bereich entfallenden Einsparungen durch die Änderungen beim Wirtschaftlichkeitsbonus Labor, den Einsparungen durch die Absenkung der Dialyse-Sachkostenpauschalen und der auf den fachärztlichen Bereich entfallenden – regional unterschiedlichen – morbiditätsbedingten Er-



höhung der Gesamtvergütung in 2013. Es ist deshalb einzukalkulieren, dass die Zuschläge letztendlich quotiert vergütet werden und die Vergütungsquote regional unterschiedlich ausfallen kann.

### Fazit

Facharztinternisten mit Schwerpunkt Rheumatologie sind durch diesen Beschluss in dreierlei Hinsicht benachteiligt: Zum einen sind sie generell von der Förderung der fachärztlichen Grundversorgung ausgeschlossen. Zum anderen fließen die Einsparungen aus den Änderungen beim Wirtschaftlichkeitsbonus Labor, von denen Rheumatologen besonders betroffen sind (siehe RheumaGuide 1/2013), nicht in den Honorarpotopf der Rheumatologen zurück. Schließlich wird ihnen zumindest im 4. Quartal die morbiditätsbedingte Erhöhung der Gesamtvergütung vorenthalten.

Den **Beschluss** finden Sie unter [www.institut-des-bewertungsausschusses.de](http://www.institut-des-bewertungsausschusses.de), Rubrik „Bewertungsausschuss, Beschlüsse 2013“.

### Kassenabrechnung

## Vergütungsquote für Laboruntersuchungen im 2. Halbjahr 2013

Die Vergütungsquote für Laboruntersuchungen wurde von der KBV für das 2. Halbjahr 2013 mit 91,81 Prozent festgesetzt. Die Quote ist damit etwas höher als im 1. Halbjahr 2013 mit 89,18 Prozent. Mit Ausnahme der für Rheumatologen wenig relevanten allgemeinen Laboruntersuchungen nach den EBM-Nrn. 32025 bis 32027, 32035 bis 32039, 32097 und 32150 werden also in den Quartalen 3 und 4/2013 die von Rheumatologen abgerechneten allgemeinen und speziellen Laboruntersuchungen mit 91,81 Prozent der Kostensätze des EBM vergütet. Die Vergütungsquote von 91,81 Prozent ist auch auf den Referenzfallwert von 40 Euro für spezielle Laboruntersuchungen anzuwenden. Der Referenzfallwert beträgt daher im 2. Halbjahr 2013 nur 36,72 Euro.

### Arbeitsrecht

## Maßregelungskündigung ist unwirksam

von RA, FA für MedR, Wirtschaftsmediator Dr. Tobias Scholl-Eickmann, Dortmund, [www.kanzlei-am-aerztehaus.de](http://www.kanzlei-am-aerztehaus.de)

Mit Urteil vom 28. November 2012 hat das Arbeitsgericht (ArbG) Bonn die Kündigung einer Arzthelferin für unwirksam erklärt, weil eine unzulässige Maßregelung im Sinne des § 612a BGB zugrundelag (Az: 5 Ca 1834/12 EU).

### Der Fall

Die Arzthelferin war bereits seit 1978 bei Dr. I angestellt. Anfang 2012 übernahm Dr. H die Praxis. Bis dahin war die Helferin mit 11 Wochenarbeitsstunden bei einem Entgelt von etwa 890 Euro beschäftigt. Im Juni 2012 teilte Dr. H ihr mit, die Wochenarbeitszeit bei gleichbleibender Vergütung auf 16 Stunden zu erhöhen. Nach urlaubsbedingter Praxis-schließung teilte die Arzthelferin mit, sie sei mit der Änderung grundsätzlich einverstanden, es seien aber die Fristen für eine Änderungskündigung einzuhalten, wonach die Änderung erst zum Februar 2013 greifen könne. Sie sei jedoch bereit, eine Umsetzung bereits zum November 2012 mitzutragen. Am 24. Juli 2012 kündigte Dr. H das Arbeitsverhältnis zum nächstmöglichen Termin.

### Die Entscheidung

Nach Ansicht des ArbG Bonn stellt die Kündigung eine unzulässige Maßregelung im Sinne des § 612a BGB dar. Danach darf der Arbeitgeber einen Arbeitnehmer nicht benachteiligen, weil dieser in zulässiger Weise seine Rechte ausübt. Die Kündigung ist dabei aber nur dann unwirksam, wenn die Rechtsausübung für die Kündigung das wesentliche Motiv gewesen ist. Hier hat die Arzthelferin einen Sachverhalt vorgetragen, der einen unmittelbaren Zusammenhang zwischen der Kündigung und einer vorangegangenen zulässigen Rechtsaus-

übung indiziert: Die Kündigung erfolgte zeitlich kurz nach dem Schreiben der Arzthelferin, mit dem sie in zulässiger Weise von ihren Rechten Gebrauch machte. Es oblag nunmehr Dr. H, gegebenenfalls andere Gründe für die Kündigung anzuführen. Dieses habe er aber nicht getan.

**Praxishinweis:** Das Urteil sollten Arbeitgeber wie auch Arbeitnehmer ernst nehmen. Ein verständiger Arbeitgeber wird sachgerecht und überlegt reagieren, wenn ein Arbeitnehmer seine zulässigen Rechte im Arbeitsverhältnis höflich, aber bestimmt verfolgt. Eine Sanktion – erfasst sind insoweit nicht nur Kündigungen, sondern zum Beispiel auch Diensteteilungen, Urlaubs- und/oder Fortbildungsgewährung, Nebentätigkeitserlaubnis etc. – wird einer rechtlichen Prüfung jedenfalls dann nicht standhalten, wenn der Zusammenhang zwischen der zulässigen Rechts wahrnehmung und der sanktionierenden Reaktion offensichtlich ist.

### Rheumatoide Arthritis

## Therapieadhärenz bei RA-Patienten aus niedrigen sozialen Schichten sehr schlecht

Patienten mit Rheumatoider Arthritis (RA), insbesondere solche aus niedrigen sozialen Schichten (geringe Schulbildung, Jahreseinkommen von unter 20.000 US-Dollar), haben eine geringe Therapieadhärenz. Dies gefährdet den möglichen Therapieerfolg deutlich, wie eine Studie an der Universität von Texas (einmal mehr) zeigt. Nur jeder fünfte der 107 Studienteilnehmer erreichte bei der Einnahme von konventionellen Basistherapeutika (DMARDs) wie Methotrexat eine durchschnittliche Therapieadhärenz, nahm also mindestens 80 Prozent der verordneten Dosierungen ein. Insgesamt wurden bei DMARDs nur 64 Prozent der Verordnungen und bei Prednison 70 Prozent eingenommen.

Bei Patienten mit guter Therapieadhärenz war die Krankheitsaktivität im Verlauf von zwei Jahren deutlich geringer als bei Patienten mit schlechter Com-



pliance (DAS28 3,3 vs. 4,1,  $p=0,02$ ). Auch die radiologischen Befunde waren bei Patienten mit niedriger Therapieadhärenz sowohl zu Beginn der Studie als auch nach zwölf Monaten schlechter.

**Quelle:** Waimann C et al.: Electronic Monitoring of Oral Therapies in Ethnically Diverse and Economically Disadvantaged Patients With Rheumatoid Arthritis: Consequences of Low Adherence. *Arthritis & Rheumatism* 2013, published online May 31

## Gicht

### Vitamin C hat bei Gichtpatienten keinen Einfluss auf die Harnsäurespiegel

Bei Gesunden hat eine hohe Einnahme von Vitamin C günstigen Einfluss auf die Harnsäurespiegel. Dieser Effekt kann allerdings nach dem Ergebnis einer kleinen neuseeländischen Studie nicht bei Gichtpatienten mit Harnsäurewerten  $> 6$  mg/dl Serum erreicht werden.

Bei 20 Patienten, die über acht Wochen eine Vitamin C-Supplementierung in einer Dosis von 500 mg täglich erhielten, wurde keine klinisch signifikante Harnsäuresenkende Wirkung beobachtet – weder bei Patienten, die noch keine medikamentöse Therapie erhielten noch bei Patienten, die bereits mit Allopurinol behandelt wurden. Die Ascorbinspiegel im Plasma waren hingegen unter der Supplementierung deutlich gestiegen.

In den Vergleichsgruppen ohne Vitamin C-Supplementierung wurden durch Beginn einer Therapie mit Allopurinol bzw. durch eine Dosiserhöhung die Harnsäurespiegel gesenkt: um 0,23 mg/dl bei Therapiebeginn mit Allopurinol (bis zu 100 mg täglich) und um 1,9 mg/dl bei Dosiserhöhung.

**Quelle:** Stamp LK et al.: Clinically Insignificant Effect of Supplemental Vitamin C on Serum Urate in Patients With Gout: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Arthritis & Rheumatism* 2013, published online May 30

## Rheumatoide Arthritis

### DMARD-Kombi nach MTX-Versagen genauso effizient wie Biologikum

Was ist der beste therapeutische Folgeschritt bei Patienten mit Rheumatoider Arthritis (RA), wenn das in der Regel initial eingesetzte Methotrexat (MTX) nicht ausreicht? Daten einer neuen US-Studie unterstützen die Strategie, zunächst eine Kombinationstherapie mit mehreren konventionellen Basistherapeutika (DMARDs) auszuprobieren, bevor ein Biologikum eingesetzt wird. Dieses Konzept wird in der aktuellen Therapieleitlinie der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie aus dem Jahr 2012 nach wie vor empfohlen; die amerikanischen Kollegen (American College of Rheumatology) plädieren hingegen in dieser Situation für den frühzeitigen Einsatz eines Biologikums, in der Regel ein TNF-alpha-Hemmer.

In der randomisierten Studie bei insgesamt 353 RA-Patienten, bei denen MTX nicht ausreichte, war eine Tripeltherapie aus MTX, Sulfasalazin und Hydroxychloroquin über 48 Wochen genauso effizient wie die Kombinationstherapie von Etanercept plus MTX. Die Studienteilnehmer waren im Mittel 57 Jahre alt und hatten trotz Behandlung mit MTX (im Mittel 20 mg pro Woche über mindestens 12 Wochen) eine hohe Krankheitsaktivität (DAS28 im Mittel 5,8). Wenn sich der DAS28 nach 24-wöchiger Therapie mit der Tripeltherapie oder Etanercept plus MTX nicht um mindestens 1,2 Punkte gebessert hatte, wurden die Therapieregime getauscht. Hauptendpunkt war der DAS28 nach 48 Wochen.

Beim primären Endpunkt, wie auch bei den Schmerzen und der Lebensqualität der Patienten nach 48 Wochen, gab es keine eindeutigen Vorteile für eine Therapiestrategie. Der DAS28 hatte sich unter der Tripeltherapie um 2,1 Punkte, unter MTX plus Etanercept um 2,3 Punkte verbessert. Auch bei der radiologischen Progression gab es nur tendenzielle Vorteile für die TNF-Blocker-Gruppe (Sharp-Score  $+0,29$  vs.  $+0,54$ ,  $p=0,43$ ). Nebenwirkungen wurden bei rund drei Viertel der Behandelten in beiden Gruppen registriert; 5 % (Tripeltherapie) bzw. 2 % (Etanercept+MTX) mussten deshalb die Therapie abbrechen. Gastrointestinale Störungen waren unter der Tripeltherapie häufiger,

Infektionen und Hauterscheinungen unter dem Biologikum.

Die Kommentatoren der Studie wünschen sich für die Zukunft Biomarker, anhand derer sich die Ansprechraten für eine spezifische Therapie nach MTX-Versagen abschätzen ließen. Das würde die Wahl erleichtern, aber natürlich auch wieder die Kosten erhöhen.

**Quellen:** O`Dell JR et al.: Therapies for Active Rheumatoid Arthritis after Methotrexate Failure. *N Eng J Med* 2013, published online June 11, doi: 10.1056/NEJMoa1303006 und Bathon J, McMahon, D: Making Rational Treatment Decisions in Rheumatoid Arthritis When Methotrexate Fails. *N Eng J Med* 2013, published online June 11, doi: 10.1056/NEJMe1306381

## 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.

