



KV-Honorar 2015

Förderung der rheumatologischen Grundversorgung ab 1. Januar 2015 – Die Details

Im Rahmen der Honorarverhandlungen 2015 haben sich die Krankenkassen bekanntlich verpflichtet, für den fachärztlichen Versorgungsbereich bundesweit 132 Mio. Euro zu zahlen. Dieser Betrag ist zweckgebunden für einen Zuschlag zur Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) zu verwenden und wird extrabudgetär, also ohne Mengengrenzung, vergütet. Darüber hinaus wurde vereinbart, dass ab 2015 auch Facharztinternisten mit Schwerpunkt eine solche Pauschale erhalten.

Diese Vorgabe haben KBV und Krankenkassen jetzt umgesetzt. Alle Facharztinternisten mit Schwerpunkt erhalten ab 1. Januar 2015 einheitlich eine PFG in gleicher Höhe wie Facharztinternisten ohne Schwerpunkt, nämlich 41 Punkte je PFG-Fall. Dieser Zuschlag wird innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) gezahlt; Die Höhe der Vergütung ist abhängig von den regionalen Verteilungsregelungen. In den meisten KVen wird die PFG mit dem Orientierungswert (2015: 10,2718 Cent) vergütet.

Die PFG für die Rheumatologen

Die PFG für die Rheumatologen wird von der KV unter der neuen EBM-Nr. 13694 in den betreffenden Behandlungsfällen (s. unten) automatisch zugesetzt. Darüber hinaus erhalten alle für die PFG anspruchsberechtigten Fachgruppen ab 1. Januar 2015 einen festen Zuschlag zur PFG in Höhe von 26,7 Prozent der jeweiligen PFG.

Ausgehend von der Bewertung der PFG für Rheumatologen in Höhe von 41 Punkten beträgt der Zuschlag zur PFG 11 Punkte. Die Vergütung dieses Zuschlags erfolgt extrabudgetär und damit in voller Höhe.

Der Zuschlag wird unter der neuen EBM-Nr. 13696 ebenfalls automatisch von der KV in den entsprechenden Fällen zugesetzt.

Die Behandlungsfälle für die PFG und den Zuschlag

Facharztinternisten mit Schwerpunkt, also auch Rheumatologen, erhalten die PFG und den Zuschlag zur PFG nur in Behandlungsfällen, in denen ausschließlich die rheumatologische Grundpauschale (EBM-Nr. 13690 bis 13692) und/oder der – automatisch von der KV zugesetzte – Wirtschaftlichkeitsbonus Labor (EBM-Nr. 32001) abgerechnet wird. Damit sind die Ausschlussregelungen für Rheumatologen wesentlich weiter gefasst als für Facharztinternisten ohne Schwerpunkt. Diese erhalten die PFG und den entsprechenden Zuschlag beispielsweise auch

in Behandlungsfällen, in denen sie eine Gelenk-Sonographie (EBM-Nr. 33050) bzw. Punktion (EBM-Nr. 02341) durchführen. Diese Leistungen sind nämlich nicht im Ausschlusskatalog der Facharztinternisten ohne Schwerpunkt (im Anhang 3 zum EBM gekennzeichnete Leistungen) enthalten. Die Abrechnung der PFG durch Rheumatologen dürfte sich daher auf wenige Fälle beschränken.

Eine weitere Einschränkung betrifft die in Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) mit Ärzten anderer Fachgruppen tätigen Rheumatologen: Rechnet ein anderer Arzt dieser BAG auf dem Behandlungsschein eine Leistung ab, erhält der Rheumatologe auch dann keine PFG (und den entsprechenden Zuschlag), wenn er nur die rheumatologische Grundpauschale abrechnet. Die Abrechnungsvoraussetzung für die rheumatologische PFG und den Zuschlag – ausschließliche Abrechnung der rheumatologischen Grundpauschale und gegebenenfalls Wirtschaftlichkeitsbonus Labor – bezieht sich nämlich nicht auf den Arztfall, sondern auf den Behandlungsfall.

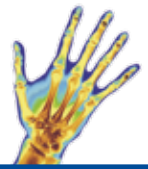
Es bleibt abzuwarten, ob durch den Bewertungsausschuss in diesem Punkt noch eine Nachbesserung erfolgt.

PFG und PFG-Zuschlag für Rheumatologen ab 1.1.2015

EBM-Nr.	Legende (Kurzfassung)	Punkte (Euro)
13694	Zuschlag für die rheumatologische Grundversorgung	41 (4,21*)
13696	Zuschlag zur Nr. 13694	11 (1,13**)

* Bewertung mit Orientierungswert von 10,2718 Cent; die tatsächliche Vergütung ist abhängig von den regionalen Honorarverteilungsregelungen.

** Bewertung mit Orientierungswert von 10,2718 Cent; extrabudgetäre Vergütung.



Verordnung

Heilmittel bei Rheuma regresssicher verordnen

von Silke Jäger, Fachjournalistin Gesundheitswesen, www.silke-jaeger.de

Eine leitliniengerechte Therapie bei rheumatoider Arthritis schließt eine angemessene Versorgung mit Physio- und Ergotherapie ein. Viele Rheumapatienten müssen jedoch darauf verzichten, weil Ärzte aus Angst vor einem Regress Heilmittel zu zurückhaltend verordnen. Wie eine regresssichere Heilmittelverordnung aussieht, erfahren Sie in diesem Beitrag.

Therapie erhält Funktionen

Rheumapatienten profitieren von konservativen Therapieformen, wie Physio- und Ergotherapie, denn sie tragen dazu bei, die Funktionalität der Gelenke zu erhalten. Rheumatologen sollten deshalb nicht nur auf die pharmakologische Therapie setzen, sondern Heilmittel in den Therapieplan integrieren. Nach Aussage des Sprechers der Kommission Pharmakotherapie der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh), Prof. Dr. Klaus Krüger, erhalten jedoch nur ca. 20 Prozent der Rheumapatienten physikalische Therapie und nur ca. drei Prozent Ergotherapie. Dies sei nach Ansicht Krügers auf die Angst vor Regressen zurückzuführen. Weitere Gründe für die Zurückhaltung bei der Verordnung von Heilmitteln können sein:

- Das Wissen um den indikationsbezogenen Nutzen von Physio- und Ergotherapie fehlt. Es bestehen Vorurteile bezüglich dieser Therapien.
- Physio- und Ergotherapie werden häufig als reine Reha-Maßnahmen eingeschätzt.
- Viele Ärzte konzentrieren sich auf die pharmakologischen Therapieformen.
- Die Verordnung von Heilmitteln ist relativ kompliziert.

Häufige Fehler bei Verordnungen

Wie Heilmittel zu verordnen sind, richtet sich nach den Regelungen des Heilmittelkatalogs. Diese Regeln sind jedoch relativ kompliziert, sodass Therapeuten häufig mit fehlerhaften Rezepten zu tun haben, die von den Krankenkas-

sen nicht vergütet werden. Mittlerweile versuchen viele Therapeuten Absetzungen von Verordnungen zu vermeiden, indem sie ein Rezeptprüfverfahren in die Praxisabläufe integrieren. Fallen Fehler auf den Verordnungen auf, geben Therapeuten diese Verordnungen zurück an die Arztpraxis, um sie korrigieren zu lassen. Das stört jedoch die Abläufe in Arztpraxen und führt gegebenenfalls dazu, dass Heilmittel seltener verordnet werden. Typische Fehler beim Ausstellen von Heilmittelverordnungen für Rheumapatienten sind:

- Das verordnete Heilmittel entspricht nicht dem Heilmittelkatalog.
- Die verordnete Menge entspricht nicht den Vorgaben des Heilmittelkatalogs.
- Die Angabe zur Erst- und Folgeverordnung ist fehlerhaft.
- Der Indikationsschlüssel ist falsch.
- Die Diagnose fehlt oder ist nicht mit einer Indikation begründet.
- Die Leitsymptomatik fehlt.
- Bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls fehlt die medizinische Begründung.

Praxishinweis

Der Referentenentwurf für das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz sieht vor, dass ab August 2016 nur noch Praxissoftware genutzt werden darf, die eine heilmittelrichtlinienkonforme Verordnung unter Berücksichtigung der Praxisbesonderheiten gewährleisten kann. Ob der Vorschlag im Entwurf in dieser Form auch im späteren Gesetzestext enthalten sein wird, bleibt abzuwarten.

Korrekt verordnen

Gemäß des Heilmittelkatalogs kommen für die rheumatologische Praxis folgende Diagnosegruppen infrage:

- Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparats
- Erkrankungen der inneren Organe
- Chronisches Schmerzsyndrom

Um den Aufwand zu reduzieren, empfiehlt es sich, ein Dutzend Standardverordnungen anzulegen. Die meisten Programme zur Praxisorganisation bieten Vorformulierungen an. Besonderes Augenmerk sollte man auf den Fehler „Überschreitung der Gesamtverordnungsmenge für den Regelfall“ legen. Dabei ist es wichtig, zwischen Erst- und Folgeverordnungen zu unterscheiden. Außerdem wichtig: Empfehlungen für die Therapiefrequenz.

Beispiele

Bei einem **Patienten mit Gonarthrose** soll Krankengymnastik mit kombinierter Kältetherapie verordnet werden mit dem Ziel, die Entzündung zu hemmen und die Beweglichkeit zu erhalten bzw. zu verbessern. Mögliche Indikationsschlüssel und Frequenzen sind:

- Bei kurzfristigem Therapiebedarf: EX1 6 KG, einmal pro Woche
- Bei mittelfristigem Therapiebedarf: EX2 maximal 3-mal 6 KG, 2-mal pro Woche
- Bei langfristigem Therapiebedarf: EX3 maximal 30 Einheiten, davon jeweils maximal 10 Einheiten für Massagetechniken und standardisierte Heilmittelkombinationen, mindestens 2-mal pro Woche

Bei einer **Patientin mit MCP-Schwellungen** im Anfangsstadium einer rheumatoiden Arthritis sollen Gelenkschutzmaßnahmen und Maßnahmen zur Entzündungshemmung durchgeführt werden. Mögliche Indikationsschlüssel und Frequenzen für eine ergotherapeutische Verordnung sind:



- Bei kurzfristigem Therapiebedarf: SB 4 10 ET, einmal pro Woche
- Bei langfristigem Therapiebedarf: SB 5, maximal 20 Einheiten, mindestens einmal pro Woche

Praxishinweis

Ein Wechsel der Diagnosegruppe ist nur aufsteigend möglich, die bereits erfolgte Verordnungsmenge der niedrigeren Diagnosegruppe (zum Beispiel B. SB-4 bzw. EX-1 und EX-2) muss auf die Gesamtverordnungsmenge angerechnet werden.

Wer das korrekte Verordnen üben möchte, kann die Multiple-Choice-Aufgaben der AOK nutzen. Sie finden sie unter www.aok-gesundheitspartner.de > Arzt und Praxis > Praxiswissen Quickcheck. Hier gibt es derzeit noch drei weitere Lernprogramme für Ärzte und Praxisteams

Checkliste „Heilmittelverordnung“

- Ist der Indikationsschlüssel vermerkt?
- Entspricht die Gesamtverordnungsmenge dem Regelfall?
- Wurde nach der vorherigen Regelfallverordnung eine 12-wöchige Therapiepause eingehalten?
- Entspricht die Anzahl der Behandlungen pro Rezept den Vorgaben (6-mal Physio-, 10-mal Ergotherapie)?
- Sind maximal zwei Heilmittel auf einem Rezept vermerkt (ein vorrangiges, ein optionales)?

Bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls:

- Verlangt die Kasse des Patienten eine Genehmigung?
- Ist die Verordnung medizinisch begründet?
- Ist die Verordnungsmenge so bemessen, dass nach 12 Wochen eine Entscheidung über weitere Verordnungen möglich ist?

Forschung

Hohe Rehospitalisierungsraten bei SLE-Patienten

Patienten mit systemischem Lupus Erythematoses (SLE), die in der Klinik behandelt werden mussten, haben im Vergleich zu anderen Patienten mit chronischen Erkrankungen eine der höchsten Rehospitalisierungsraten. Laut neuen US-Daten muss rund jeder sechste Patient innerhalb von 30 Tagen erneut in die Klinik. Ausgewertet wurden Daten von knapp 32.000 SLE-Patienten, die in den Jahren 2008 und 2009 stationär behandelt wurden. Mehr als 9.000 Patienten (17 Prozent) mussten bereits im ersten Monat nach der Entlassung erneut wegen ihrer Erkrankung in die Klinik. Vor allem wurden Patienten mit Lupusnephritis, mit Serositis und Thrombozytopenie erneut in die Klinik aufgenommen. Solche schweren Organbeteiligungen lagen gehäuft bei jüngeren Patienten vor. Denn das Alter korrelierte überraschenderweise invers mit der Häufigkeit von Rehospitalisierungen.

QUELLE

- Yazdany J et al.: Thirty-Day Hospital Readmissions in Systemic Lupus Erythematosus: Predictors and Hospital- and State-Level Variation. *Arthritis & Rheumatology* 2014; 66(10): 2828-2836

RABBIT-Register

Biologikatherapie scheint auch bei RA-Patienten mit zurückliegender Krebserkrankung sicher

Biologika zur Therapie bei Rheumatoider Arthritis (RA) standen bereits im Verdacht, möglicherweise das Krebsrisiko geringfügig zu erhöhen. Bis auf ein möglicherweise leicht erhöhtes Hautkrebsrisiko (2 zusätzliche Melanome pro 10.000 Patientenjahre unter TNF-alpha-Blockern) wurde das Krebsrisiko anhand von Registerdaten weitgehend ausgeschlossen. Dennoch wer-

den Biologika besonders zurückhaltend bei RA-Patienten mit Krebsanamnese eingesetzt. Neue Daten aus dem deutschen RABBIT-Register zu 367 RA-Patienten mit etwa 3-7 Jahre zurückliegender Krebserkrankung, sowohl mit soliden Tumoren als auch Lymphomen, geben jetzt mehr Sicherheit. Die Rate von Krebsrezidiven bei Patienten, die mit Rituximab oder anderen TNF-Inhibitoren oder mit synthetischen DMARDs behandelt wurden (jeweils etwa ein Drittel), unterschied sich nicht und lag bei etwa 3-6 pro 100 Patientenjahre. RA-Patienten haben per se ein erhöhtes Krebsrisiko, betonte Dr. Anja Strangfeld aus Berlin, Autorin der Studie, beim deutschen Rheumatologenkongress im September 2014 in Düsseldorf. Die Patienten sollten das jährliche Hautkrebs-Screening sowie andere Krebsfrüherkennungsuntersuchungen wahrnehmen.

QUELLE

- 42. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh), 17.-20. September 2014, Düsseldorf, Dr. Anja Strangfeld, Berlin

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.

