

MB 60 AV 12/12 Merkblatt zum Thema

Regresssicher verordnen

Die Ausgangssituation

Die Richtgröße für Arznei-, Verband- und Heilmittel dient der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei der Verordnung. Richtgrößen sind festgelegte Werte für Arznei- und Verbandmittel einerseits sowie für Heilmittel andererseits, die auf den einzelnen Arzt heruntergerechnet wurden. Es handelt sich um die Verordnungsdurchschnitte seiner Fachgruppe je Quartal. Die Werte für Mitglieder/Familienangehörige (M/F) sowie für Rentner (R) werden dabei getrennt ermittelt.

Richtgrößen sind zwar Quartalswerte, ihre Prüfungen erfolgen aber bezogen auf ein Kalenderjahr. Richtgrößen sind Durchschnittsgrößen für die Obergrenze von Arznei- bzw. Heilmittelausgaben je Patient und Kalenderjahr. Sie stellen für den Kassenarzt keine absolute Ausgabengrenze für das laufende Jahr dar: Je mehr Patienten er hat, umso höher ist sie. Richtgrößen sind auch keine begrenzenden Beträge für die Versorgung einzelner Patienten.

Die Einhaltung der Richtgrößen wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen, in einem gemeinsamen Prüfungsausschuss, durch Wirtschaftlichkeitsprüfungen überwacht.

 MB 30 AV – Richtgrößen

Die Reaktion

Erste Möglichkeit: Ärzte werden verständlicherweise verärgert und vielleicht auch verunsichert, wenn die Regressgefahr wie ein Damokles-Schwert über der Praxis schwebt. Sie möchten sich dann informieren, um das Risiko zu vermindern sowie für sich und die Patienten Möglichkeiten zu finden. *Zweiter Weg:* Einige wiederum reagieren genervt und frustriert – sie erwarten von der Politik (ihrer KV, der GKV) Aktivitäten, haben aber wenig Interesse an Informationen und verweigern im Einzelfall auch die standesgemäße Versorgung der Patienten.

Eine dritte Möglichkeit: Regressgefahr ist ein Problem, das Ärzte und Therapeuten zusammen angeht. Daher sollten beide Gruppen intensiv miteinander arbeiten, um Lösungen zu finden.

- **Was bedeutet Wirtschaftlichkeit?**

Durch das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V) wird der Anspruch der gesetzlich Versicherten auf Krankenbehandlung (§ 27 SGB V) eingeschränkt.

Die vier Eckpunkte sind wie folgt:

- ausreichende Leistung = es darf nicht etwas Geringeres ausreichen
- Maß des Notwendigen = verbietet ein Übermaß nach Art und Umfang ①
- Zweckmäßigkeit = Übereinstimmung von Wirkung und Behandlungsziel ②
- Wirtschaftlichkeit = die günstigste Kosten-Nutzen-Relation ③

In vielen Fällen müssen Ärzte den Spagat machen zwischen

sozialer Notwendigkeit ↔ medizinischer Indikation
eigenem medizinischem Anspruch ↔ betriebswirtschaftlicher Risiko-Minimierung

Basis der Wirtschaftlichkeit: die Heilmittel-Richtlinie (HMR)

① Notwendigkeit: Diagnosegruppen

Die HMR teilt die Diagnosen in Diagnosegruppen ein, bei denen ein Heilmittel verordnet werden sollte: SB sind Erkrankungen des Stütz- und Bewegungssystems, EN des Nervensystems und PS sind Psychische Störungen (für die Ergotherapie). Somit stellt die HMR eine Positivliste dar! Aufzählungen mit Beispielen geben Sicherheit, ob der vorliegende Befund in eine der Diagnosegruppen der HMR fällt – diese Listen sind aber nicht abschließend, sondern nur beispielhaft!

② Zweckmäßigkeit: Leitsymptomatik

Mit der Beschreibung der Fähigkeitsstörungen und Einschränkungen verknüpft die HMR die Zuordnung zum passenden Heilmittel und innerhalb der Heilmittel zur passenden Methode. In den nachfolgenden Beispielen wäre das vorrangige Heilmittel üblicherweise A 1 (sensorisch-perzeptive Behandlung) und das optionale Heilmittel B (psychisch-funktionelle Behandlung). Beispiele:

Indikations-Schlüssel	Diagnose	Leitsymptomatik	Heilmittel
EN 1	Entwicklungsstörung	Einschränkung in der Beweglichkeit, Geschicklichkeit	A 1: sensomotorisch-perzeptiv A 2: motorisch-funktionell A 3: Hirnleistungstraining B: psychisch-funktionell
EN 2	Apoplex	Einschränkung in der Selbstversorgung und Alltagsbewältigung	A 1: sensomotorisch-perzeptiv A 2: motorisch-funktionell A 3: Hirnleistungstraining B: psychisch-funktionell

③ Wirtschaftlichkeit: Regelfall

In der HMR ist für jede Diagnosegruppe ein Regelfall definiert. Dieser geht von der Vorstellung aus, dass mit dem der Indikation zugeordneten Heilmittel und den entsprechenden Verordnungsmengen typischerweise das Ziel erreicht werden kann. Somit können Ärzte, die Ergotherapie mengenmäßig entsprechend des Regelfalls verordnen, die Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise belegen. Die HMR gilt (§ 92 SGB V) nicht nur unmittelbar für die verschreibenden Ärzte, sondern auch für die Krankenkassen, so dass diese bei Prüfungen an die „Vorab-Entscheidung“ der HMR gebunden sind.

Zudem differenziert die HMR (nicht in jeder Diagnosegruppe) zwischen vorrangigen (A) und optionalen (B) Heilmitteln: Das optionale Heilmittel darf nur dann verordnet werden, wenn das vorrangige aus Gründen, die in der Person des Patienten liegen, nicht möglich ist. Beispiele:

<i>Indikations-Schlüssel</i>	<i>Diagnose</i>	<i>Anzahl pro Regelfall</i>	<i>Heilmittel</i>
EN1	Entwicklungsstörung	bis zu 60 Einheiten	A 1: sensomotorisch-perzeptiv A 2: motorisch-funktionell A 3: Hirnleistungstraining B: psychisch-funktionell
EN 2	Apoplex	bis zu 40 Einheiten	A 1: sensomotorisch-perzeptiv A 2: motorisch-funktionell A 3: Hirnleistungstraining B: psychisch-funktionell

Am Beispiel des Diagnoseschlüssels EN1 wäre vorrangiges Heilmittel A1, A2 oder A3. Lässt sich mit dem aufgeführten vorrangigen Heilmittel das gewünschte Therapieziel (voraussichtlich) nicht erreichen, kann der behandelnde Arzt auch das optionale Heilmittel (in diesem Fall B) verordnen. Bei einer möglichen Wirtschaftlichkeitsprüfung wird dann vom gemeinsamen Prüfungsausschuss der Krankenkassen und der KV in jedem Einzelfall überprüft, ob nicht auch ein vorrangiges Heilmittel ausreichend gewesen wäre.

Orientierung durch Heilmittel-Richtlinien-Urteil

Dass die HMR rechtsverbindliche Vorgaben für die als wirtschaftlich angesehene Verordnungsweise darstellt, hat das Bundessozialgericht bestätigt und dazu schon in 2006 ein interessantes Urteil gefällt:

In dem Urteil (Az: B 6 KA 7/06 R) äußerte sich das BSG klar zu einer verbindlichen Regelung der Heilmittel-Richtlinie: „Derartige Vorgaben schützen – wenn sie beachtet werden – den Vertragsarzt davor, in großem und möglicherweise Existenz bedrohendem Umfang für Verordnungen in Regress genommen zu werden, die sich im Nachhinein als unwirtschaftlich erweisen.“

Von dieser Aussage profitieren die Patienten und der verordnende Arzt gleichermaßen, auch wenn das BSG keine 100%-ige Sicherheit gibt: Da die Heilmittel-Richtlinie eine Konkretisierung des Anspruchs auf Versorgung mit einem Heilmittel darstellen, können sich beide Seiten, Arzt wie Patient, auf die Geltung der Heilmittel-Richtlinie berufen.

Wege zur extrabudgetären Verordnung

1. Praxisbesonderheiten

Im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung können Praxisbesonderheiten geltend gemacht werden. Grundsätzlich gibt es **Vorab-Praxisbesonderheiten** und **individuelle Praxisbesonderheiten**. Die Details sind von KV zu KV verschieden und jeweils vertraglich geregelt –

in der Prüf- oder der Heilmittelvereinbarung. Diese Vereinbarungen finden Sie auf den Homepages der jeweiligen KV – geben Sie bitte den Suchbegriff „Heilmittel“ ein.

Eine **individuelle Praxisbesonderheit** im Sinne der Richtgrößenvereinbarung liegt in einer Arztpraxis dann vor, wenn eine überdurchschnittlich hohe Zahl von Patienten eine besonders kostenintensive Behandlung benötigt. Grund für eine Praxisbesonderheit kann zum Beispiel eine Zusatzqualifikation sein, die mehr Patienten mit bestimmten schweren Krankheitsbildern in diese Praxis führt oder auch der individuelle Standort der Praxis, der eine besondere Patienten-Klientel mit sich bringt, beispielsweise ein Kurort. Die Einzelheiten sind in den Verträgen geregelt, die zwischen den Krankenkassen und der KV bestehen.

Vorab-Praxisbesonderheiten haben mit der individuellen Situation der jeweiligen Praxis nichts zu tun, sondern werden „vorab“ berücksichtigt und geben dem Arzt mehr Planungssicherheit. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband haben sich auf eine Liste über Diagnosen verständigt, die bundesweit als Praxisbesonderheiten gelten. Diesen Diagnosen ist der jeweilige ICD 10-Code sowie die Diagnosegruppe/der Indikationsschlüssel der Heilmittel-Richtlinie (Heilmittelkatalog) zugeordnet. Die Ärztin/der Arzt muss beide Codes auf den Verordnungsvordruck auftragen, damit bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen die Verordnung als Praxisbesonderheit identifiziert werden kann und die Kosten nach § 106 SGB V als „besonders“ anerkannt werden und damit aus dem Budget fallen. Selbstverständlich ist auch bei weiteren Diagnosen eine Verordnung von Ergotherapie möglich, so wie es die Heilm-RL vorsieht.

Die Vereinbarung über Praxisbesonderheiten für Heilmittel nach § 84 Abs. 8 Satz 3 SGB V unter Berücksichtigung des langfristigen Heilmittelbedarfs gemäß § 32 Abs. 1a SGB V tritt zum 1. Januar 2013 in Kraft. Diese bundesweite Diagnoseliste löst die bislang bestehenden Vereinbarungen zu Praxisbesonderheiten auf regionaler Ebene ab. Der Katalog kann jedoch auf Landesebene um weitere anzuerkennende Praxisbesonderheiten ergänzt werden.

Die Liste der Praxisbesonderheiten finden Sie hier: <http://www.dve.info/praxen/heilmittelrichtlinie.html>

2. Langfristige Genehmigungen


Seit der neuen Heilmittel-Richtlinie (HMR) vom 01.07.2011 können Menschen mit schweren und langfristigen funktionellen/strukturellen Schädigungen (z.B. neurologische Erkrankungen oder Behinderungen) künftig eine langfristige Genehmigung von Heilmittelbehandlungen von ihrer gesetzlichen Krankenkasse bekommen. Die in § 8 Abs. 5 der HMR eingefügte Regelung sieht vor, dass sich die Beeinträchtigungen aus der Begründung des Arztes ergeben sollen und die Genehmigung für mindestens ein Jahr lang gelten soll.

Das zum 01.01.2012 in Kraft getretene Versorgungsstrukturgesetz (VStG) stellt in § 32 Abs. 1a SGB V die Bestimmung der HMR nunmehr auf eine ausdrückliche gesetzliche Grundlage. Damit verknüpft sind weitere Neuregelungen in § 84 Abs. 8 Satz 6 (Berechnung von Richtgrößen) sowie § 106 Abs. 2 Satz 18 SGB V (Wirtschaftlichkeitsfiktion). Somit unterliegen langfristig genehmigte Heilmittelverordnungen **nicht mehr der Wirtschaftlichkeitsprü-**

fung des Vertragsarztes. Ferner sind die auf diese Verordnungen entfallenden Kosten bei der Vereinbarung von Richtgrößen nach § 84 Abs. 6 SGB V zu berücksichtigen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat ein **Merkblatt zur „Genehmigung langfristiger Heilmittelbehandlungen** nach § 32 Abs. 1a SGB V in Verbindung mit § 8 Abs. 5 Heilmittel-Richtlinie“ erstellt, das ausführliche Erläuterungen zum langfristigen Heilmittelbedarf enthält sowie eine Liste mit Diagnosen, bei denen ein langfristiger Heilmittelbedarf besteht. Diese Liste ist jedoch nicht abschließend, so dass Patienten im Falle einer anderen, vergleichbar schwerwiegenden Krankheit ebenfalls einen Antrag auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs stellen können.

Das Merkblatt finden Sie zum Download auf der Homepage des DVE unter <http://www.dve.info/praxen/heilmittel-richtlinie.html> . Sie können dieses auch gerne in der Geschäftsstelle des DVE anfordern.

 MB 14 b AV – Langfristige Genehmigungen

Weitere Veröffentlichungen des DVE zum Thema:

- Broschüre „Richtiges Ausstellen der Heilmittelverordnung“
- Broschüre „Längerfristiger Heilmittelbedarf – per Antragsverfahren zur extrabudgetären Verordnung“.
- Broschüre „Vereinbarung über Praxisbesonderheiten für Ergotherapie – Patientinnen und Patienten mit chronischen bzw. schweren Erkrankungen extrabudgetär versorgen“
- Mini-Flyer Heilmittel-Richtlinie
- Kontrollfolie Verordnung

Sie erhalten diese Materialien kostenpflichtig im Ergoshop, Anruf unter 07248-9181-92 (vormittags außer Mittwoch) oder E-Mail an shop@dve.info genügt.