

MB 60 AV 01/17 Merkblatt zum Thema¹


Verordnungen regresssicher gestalten

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 die einzelne Ärztin heruntergerechnet wurden. Es handelt sich um die Verordnungsdurchschnitte ihrer Fachgruppe je Quartal. Die Werte werden dabei gestaffelt nach Altersgruppen ermittelt.

Richtgrößen sind zwar Quartalswerte, ihre Prüfungen erfolgen aber bezogen auf ein Kalenderjahr. Richtgrößen sind Durchschnittsgrößen für die Obergrenze von Arznei- bzw. Heilmittelausgaben je Patientin und Kalenderjahr. Sie stellen für die Kassenärzte keine absolute Ausgabengrenze für das laufende Jahr dar: Je mehr Patienten die Praxis 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 und Praxisbesonderheiten

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 und 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 betrifft. Daher sollten beide Gruppen intensiv miteinander arbeiten, um Lösungen zu finden.

¹ Wir wollen Ihnen das Lesen erleichtern. Deshalb verwenden wir bei den Personenbezeichnungen in der Einzahl die weibliche, in der Mehrzahl die männliche Form. Gemeint sind selbstverständlich immer Menschen beiderlei Geschlechts.

• **Was bedeutet Wirtschaftlichkeit?**

Durch das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V) wird der Anspruch der gesetzlich Versicherten auf Krankenbehandlung (§ 27 SGB V) eingeschränkt. Die sog. WANZ-Regel hat vier Eckpunkte:

- **Wirtschaftlichkeit** = die günstigste Kosten-Nutzen-Relation ③
- **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

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 (sensomotorisch-perzeptive Behandlung) und das optionale Heilmittel B (psychisch-funktionelle Behandlung). Beispiele:

<i>Indikations-Schlüssel</i>	<i>Diagnose</i>	<i>Leitsymptomatik</i>	<i>Heilmittel</i>
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: BVB und LHM

1. Besondere Verordnungsbedarfe (BVB)

Im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung können BVB (ehemals Praxisbesonderheiten) geltend gemacht werden. Zusätzlich gibt es (laut Rahmenvorgabe für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen) auch individuelle Praxisbesonderheiten. Die Details sind von KV zu KV verschieden und werden 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.

Besondere Verordnungsbedarfe haben mit der individuellen Situation der jeweiligen Praxis nichts zu tun, sondern werden im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung anerkannt und geben der Ärztin mehr Planungssicherheit. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband haben sich auf eine Liste über Diagnosen verständigt, die bundesweit als Praxisbesonderheiten gelten. Die 1. Änderungsvereinbarung zu den Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen tritt zum 1. Januar 2017 in Kraft. Diese bundesweite Diagnoseliste löst die bislang bestehende bundesweite Liste zu den Praxisbesonderheiten ab. Der Katalog kann jedoch auf Landesebene um weitere anzuerkennende BVB ergänzt werden.

→ So funktioniert es:

Diesen Diagnosen ist der jeweilige ICD 10-Code (in einigen Fällen auch zwei, mit einer zusätzlichen Angabe der Grunderkrankung) sowie die Diagnosegruppe/der Indikationsschlüssel der Heilmittel-Richtlinie (Heilmittelkatalog) zugeordnet. Die Ärztin muss beide Angaben auf den Verordnungsvordruck auftragen, damit bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen die Verordnung als Praxisbesonderheit identifiziert werden kann und die Kosten nach § 106b SGB V 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 Liste finden Sie auf der Homepage der KBV: http://www.kbv.de/html/1150_21338.php

2. Langfristiger Heilmittelbedarf (LHM)

Seit der Überarbeitung der Heilmittel-Richtlinie (HMR) zum 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 § 8a der HMR (neu seit 1. Januar 2017) eingefügte Regelung sieht vor, dass sich die Beeinträchtigungen aus der ärztlichen Begründung bzw. Diagnosestellung ergeben sollen und die Genehmigung für mindestens ein Jahr lang gelten soll.

Seit 01.01.2012 ist in § 32 Abs. 1a SGB V die Bestimmung der HMR auf eine ausdrückliche gesetzliche Grundlage gestellt. Damit verknüpft sind weitere Neuregelungen in § 84 Abs. 8 Satz 6 (Berechnung von Richtgrößen) sowie § 106b Abs. 4 SGB V (Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen). **Somit unterliegen langfristig genehmigte Heilmittelverordnungen nicht mehr der Wirtschaftlichkeitsprüfung** der Vertragsärzte. 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 eine **Anlage 2 zur HMR** erstellt, die eine Liste mit Diagnosen enthält, bei denen ein langfristiger Heilmittelbedarf besteht. Diese Liste ist jedoch nicht abschließend, so dass Patienten im Falle einer anderen, vergleichbar schwerwiegenden Krankheit auf jeden Fall einen Antrag auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs stellen können.

Die HMR samt der Anlagen sowie ein Merkblatt für Patienten finden Sie auf der Homepage des G-BA: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/12/>

→ So funktioniert es:

a) **Diagnose ist gelistet (Anlage 2, Langfristiger Heilmittelbedarf)**

Stellt die Vertragsärztin fest, dass bei Patienten ein langfristiger Heilmittelbedarf bei Vorliegen einer in der Anlage gelisteten Diagnose besteht, ist kein Antrag auf Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung erforderlich. Denn für Verordnungen gemäß der Liste gilt die Genehmigung der Krankenkasse automatisch als erteilt – die Verordnung muss dann den betreffenden ICD 10-Code aus der Liste enthalten.

Wichtig! Auch bei Krankenkassen, die das Genehmigungsverfahren (§ 8 Absatz 4 Heilm-RL) durchführen, ist kein Antrag auf langfristige Genehmigung erforderlich.


Achtung! Bei Verordnungen mit einer gelisteten Diagnose ist darüber hinaus ein Antrag auf Genehmigung nicht erforderlich (§ 8a Absatz 8).

b) **Antragsverfahren im Einzelfall bei nicht gelisteten Diagnosen:**

Stellt die Vertragsärztin fest, dass bei Patienten ein langfristiger Heilmittelbedarf aufgrund einer nicht in der Anlage gelisteten Diagnose vorliegt, können diese bei ihrer Krankenkasse eine langfristige Genehmigung einer notwendigen langfristigen Heilmittelbehandlung beantragen. Diese kommt dann in Betracht, wenn Schwere und

Dauerhaftigkeit der Schädigungen mit den in der Anlage aufgeführten Diagnosen vergleichbar sind.

Die Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung ersetzt keine Heilmittelverordnung – es ist weiterhin eine Verordnung außerhalb des Regelfalls notwendig. Die verordnende Vertragsärztin legt die Verordnungsmenge und –frequenz so fest, dass mindestens eine ärztliche Untersuchung innerhalb von 12 Wochen gewährleistet ist.

 MB 14 b AV – Langfristige Genehmigungen

Weitere Veröffentlichungen des DVE zum Thema:

- Broschüre „Rund um die Ergotherapie-Verordnung – Muster 18, BVB, LHM“
- Mini-Flyer Heilmittel-Richtlinie
- Kontrollfolie Verordnung

Sie erhalten diese Materialien kostenpflichtig im DVE SHOP: online unter <https://www.dve.info/service/dve-shop.html> oder Anruf unter 07248-9181-92 (vormittags außer Mittwoch) oder E-Mail an shop@dve.info.

2017 – Wege zur extrabudgetären Verordnung

BVB: Besondere Verordnungsbedarfe

LHM: Langfristiger Heilmittelbedarf

Möglichkeit 1

Möglichkeit 2

bundesweite Liste
mit Diagnosen
→ Anhang 1¹
→ strukturiert nach ICD-10

bundesweite Liste
mit Diagnosen
→ Anlage 2 Heilm-RL des G-BA²
→ strukturiert nach ICD-10

Antrag auf langfristige
Genehmigung bei nicht
gelisteten Diagnosen

zu tun:

zu tun:

zu tun:

1. Ausstellen einer Verordnung
(Erst-, Folgeverordnung,
Verordnung außerhalb des
Regelfalls)

1. Ausstellen einer Verordnung
außerhalb des Regelfalls
→ immer möglich, auch ohne
Durchlaufen des Regelfalls
(§ 8a Heilm-RL)

1. Ausstellen einer Verordnung
außerhalb des Regelfalls
→ nach Durchlaufen des
Regelfalls

2. passenden ICD-10-Code (ggf.
zwei) auf der Verordnung
auftragen

2. passenden ICD-10-Code auf
der Verordnung auftragen

2. Antrag durch **Patientin/Patient**
→ bei allen Krankenkassen

→ automatisch langfristig
genehmigt

→ Genehmigung wird erteilt

3. ICD-10-Code/s wird/werden
vom Leistungserbringer an
die Krankenkasse übermittelt

3. ICD-10-Code wird vom
Leistungserbringer an die
Krankenkasse übermittelt

3. langfristige Genehmigung
wird bei Kasse hinterlegt

4. extrabudgetäre Anerkennung
nach §§ 84 Absatz 8, 106b
Absatz 2 SGB V im Rahmen
einer Wirtschaftlichkeits-
prüfung

4. unmittelbare extrabudgetäre Anerkennung als längerfristiger
Heilmittelbedarf nach §§ 32 Absatz 1a, 84 Absatz 8, 106b Absatz 4
SGB V



Broschüre des DVE: Rund um die Ergotherapie-Verordnung – Muster 18, BVB, LHM
Anfordern unter Tel: 07248-9181-0 oder per E-Mail an info@dve.info

1 Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen, vom 30.11.2015

2 Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie (Heilm-RL): Anpassung der Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf, vom 19.05.2016