

MB 30 AV 12/12 Merkblatt zum Thema

Richtgrößen und Praxisbesonderheiten

- **Richtgrößen**

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) verhandeln jährlich mit den Landesverbänden der Krankenkassen ein Gesamtausgabenvolumen in ihrem KV-Bezirk. In der Regel wird sich bei den Verhandlungen auf Richtgrößen geeinigt; gesetzliche Grundlage ist § 84 Abs. 6 SGB V.

In den Rahmenvorgaben für das **Jahr 2013** wurde festgelegt, dass für alle KVen, welche das vereinbarte Ausgabenvolumen 2011 überschritten haben, ihre tatsächlichen Ausgaben als neues Volumen für 2013 angesetzt werden. Für Kassenärztliche Vereinigungen, in denen das Volumen 2011 unterschritten bzw. nicht ausgeschöpft wurde, gilt für 2013 das fürs Vorjahr vereinbarte Volumen. Da in den meisten KVen die Ausgaben regelmäßig zum Teil deutlich höher ausfallen als ursprünglich vereinbart, wird erwartet, dass die Vereinbarung zu spürbaren Verbesserungen in der Heilmittelversorgung führt.

Es gibt aber auch KV-Bezirke, in denen zwar ein Gesamtausgabenvolumen aber keine Richtgrößen vereinbart werden (für 2012 z.B. Bayern). Dort kann es trotzdem zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen kommen – diese orientieren sich an den Durchschnittswerten der jeweiligen Arztgruppe und den Ausgaben vergangener Jahre.

Als „Ausgabe“ erfasst werden alle Leistungen, die aufgrund einer Verordnung erbracht werden und zu den Heilmitteln gem. § 32 SGB V zählen. Verordnet der Arzt z. B. 10 Behandlungseinheiten Hirnleistungstraining als Hausbesuch, so werden unter den Ausgaben sowohl die Therapie als auch die Kosten für den Hausbesuch erfasst.

Die Richtgrößen sind Werte für die Obergrenze von Heilmittelausgaben je Patient pro Quartal. Sie sollen dem Arzt eine Planungssicherheit im Ausgabenverhalten für Heilmittel (aber auch für Arznei- und Verbandmittel) geben. Die Richtgrößen werden nach Facharztgruppen aufgestellt, eine Unterscheidung wird in der Regel zwischen Versicherten und Mitversicherten (Familienversicherten) sowie Rentnern getroffen (MF/R). Sollte ein Facharzt in der Tabelle nicht erwähnt sein, bedeutet dies, dass er keinen Richtgrößen unterliegt.

Beispiel:

RG (M/F) Kinderarzt: 23,63 Euro pro Fall und Quartal (KV Nordrhein 2012)
angenommene 1.000 Fälle: 23.630,00 Euro für **Heilmittel** zur Verfügung

Diese Summe wird allgemein als das „Budget“ des Arztes bezeichnet.

Berechnung nach arztgruppenspezifischen Durchschnittswerten

Werden (generell oder für eine Arztgruppe) keine Richtgrößen vereinbart, und es kommt zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen, werden die durchschnittlichen Ausgaben pro Arzt innerhalb

einer KV als Berechnungsgrundlage genommen. Nachteil: Ärzte, die wenig oder keine Heilmittel verordnen, senken den Durchschnitt. Dies hat dann unmittelbare Auswirkungen auf die Regresshöhe und zukünftige Heilmittelvolumen.

Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Ein Prüfungsausschuss, bestehend aus Mitgliedern der Krankenkassen und der KV, prüft in gesetzlich festgelegten Abständen rückwirkend die Ausgaben für Heilmittel der Ärzte für den jeweiligen KV-Bezirk. So wurden zum Beispiel im Jahr 2007 rückwirkend die Heilmittelausgaben für 2005 geprüft.

Der Verlauf einer solchen Prüfung soll hier vereinfacht dargestellt werden: Der Prüfungsausschuss stellt fest, welche Ärzte höhere Ausgaben als vorgesehen für Heilmittel erbracht haben. Sollte eine Überschreitung festgestellt werden, erhalten diejenigen Ärzte vom Prüfungsausschuss ein „Warnschreiben“, auch „Verfahrensvorbereitende Meldung“ genannt. In diesem wird die Gesamtsumme an Heilmittelausgaben des Arztes für einen bestimmten Zeitraum genannt. Dies ist aber nicht die Summe, die evtl. als Regress zurückgefordert wird.

Bei einer Überschreitung von 15 % erhält der Arzt eine Beratung zum Umgang mit den Richtgrößen. Erst bei einer Überschreitung von 25 % wird der Arzt zu einer Regresszahlung aufgefordert. Er erhält zu diesem Zeitpunkt auch die Möglichkeit, individuelle Praxisbesonderheiten geltend zu machen. Der Prüfungsausschuss entscheidet dann darüber, ob diese individuellen Praxisbesonderheiten des Arztes anerkannt werden und die Summe der Regressforderung entsprechend gekürzt wird.

Mit in Kraft treten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes Anfang 2012 wurde der Grundsatz „**Beratung vor Regress**“ gesetzlich normiert. Daher hat bei erstmaligen Überschreitungen des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 % eine individuelle Beratung zu erfolgen (§ 106 Abs. 5 a und e SGB V). Weiter heißt es, dass ein Erstattungsbetrag erst bei künftigen Überschreitungen erstmals für den Prüfzeitraum nach der Beratung, festgesetzt werden kann. Diese nunmehr gesetzlich normierte Regelung gilt nicht ausschließlich für Neuregresse, sondern auch für solche, die bis zum jetzigen Zeitpunkt nicht bestandskräftig geworden sind.

Heilmittelvereinbarung

Die Krankenkassen und KV verhandeln die Rahmenvorgaben für das folgende Jahr. „Darin enthalten ist [...] das Ausgabenvolumen für die insgesamt von den Vertragsärzten veranlassten Heilmittel sowie auf die Einhaltung dieses Volumens ausgerichtete Maßnahmen (z. B. Information und Beratung). Ziel dieser Vereinbarung ist es, auf eine sowohl bedarfsgerechte und wirtschaftliche als auch qualitätsgesicherte Heilmittelversorgung hinzuwirken.“ (Auszug HM-Vereinbarung KV Nordrhein)

- **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>

- **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 Wirtschaftlichkeitsprüfung 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
MB 60 AV – Regresssicher verordnen

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.

Wege zur extrabudgetären Verordnung

Praxisbesonderheiten

bundesweite Liste
mit Diagnosen
→ Anlage 1
→ strukturiert nach ICD-10

zu tun:

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

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

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

4. extrabudgetäre Anerken-
nung als Praxisbesonderheit
nach § 84 Absatz 8 SGB V im
Rahmen einer Wirtschaftlich-
keitsprüfung

Broschüre des DVE:
Vereinbarung über
Praxisbesonderheiten

Langfristiger Heilmittelbedarf

bundesweite Liste mit Diagnosen
→ Anlage 2/Merkblatt des G-BA
→ strukturiert nach ICD-10

zu tun:

1. Ausstellen einer Verordnung außer-
halb des Regelfalls
→ immer möglich nach Erläuterung
des G-BA, auch ohne Durchlaufen
des Regelfalls

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

entweder:
Kasse verzichtet
auf Genehmi-
gungsverfahren

→ automatisch
langfristig ge-
nehmigt

3. ICD-10-Code wird vom Lei-
stungserbrin-
ger an die
Krankenkasse
übermittelt

oder:
Kasse führt
Genehmigungs-
verfahren durch

→ Antrag auf
langfristige
Genehmigung

3. langfristige
Genehmigung wird
bei Kasse
hinterlegt

4. unmittelbare extrabudgetäre Anerkennung als längerfristiger Heilmittelbedarf nach §§ 32 Absatz 1a, 84 Absatz 8, 106 Absatz 2 SGB V

Broschüre des DVE:
Längerfristiger Heilmittelbedarf

Antrag auf langfristige
Genehmigung bei nicht
gelisteten Diagnosen

zu tun:

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

2. Antrag **durch Patient** bei
allen Krankenkassen möglich

3. langfristige Genehmigung
wird bei Kasse hinterlegt