

Vermerk über die Richtgrößenprüfung in Hamburg:

Hamburger Ärzte erhalten derzeit Post von der Gemeinsamen Prüfstelle der Ärzte und Krankenkassen in Hamburg.

In diesen Anschreiben geht es noch nicht um Regresse selbst, sondern um eine gesetzlich vorgesehene Vorabprüfung.

Diese Vorabprüfung und das gesamte Regressprüfungsverfahren sind gesetzlich geregelt und werden in Hamburg durch die Prüfvereinbarung ergänzt.

Entscheidend in Hamburg ist, dass gemäß § 6 der Prüfvereinbarung Überschreitungen von mehr als 25 % des Richtgrößenvolumens durch Praxisbesonderheiten und/oder kompensatorische Einsparungen durch den Arzt erklärt werden müssen. Den betroffenen Arzt trifft hierfür im Zweifelsfall die Beweislast.

In Hamburg gibt es weder in den Richtgrößenvereinbarungen noch in den Prüfvereinbarungen gesondert ausgewiesene Praxisbesonderheiten.

Nachteil: Die Ärzte müssen entsprechende Besonderheiten selbst vortragen.

Vorteil: Es gibt per se keine Ausschlüsse bei den Praxisbesonderheiten.

Die „gelisteten“ Praxisbesonderheiten aus anderen KV-Bereichen können hierzu in der Begründung und Aufarbeitung je Praxis herangezogen werden.

Es ist aber darauf zu achten, dass die betroffenen Ärzte und/oder die Berater nicht zu allgemeinen Begründungen greifen.

Zur Definition der Praxisbesonderheiten:

In seiner Entscheidung vom 06.09.2000 hat das Bundessozialgericht (BSG) schon grundsätzlich festgestellt, Praxisbesonderheiten seien

„ aus der Zusammensetzung der Patienten herrührende Umstände, die sich auf das Behandlungsverhalten des Arztes auswirken und in den Praxen der Vergleichsgruppe nicht in entsprechender Weise anzutreffen sind. Die betroffene Praxis muss sich nach der Zusammensetzung der Patienten und

hinsichtlich der schwerpunktmäßig zu behandelnden Gesundheitsstörungen vom typischen Zuschnitt der Vergleichsgruppe unterscheiden.“

Ständige Rechtsprechung des BSG – zuletzt BSG-Urteil vom 23.02.2005 (B 6 KA 79/03)

Nach der Rechtsprechung gelten die folgenden Voraussetzungen für die Anerkennung einer Praxisbesonderheit beim betroffenen Arzt:

- Die **Leistungen** müssen entweder ihrer Art nach für die Arztpraxen der Vergleichsgruppe **atypisch** sein
- oder die Leistungen müssen angesichts ihrer **Abrechnungshäufigkeit** so wesentlich über dem Fachgruppendurchschnitt liegen, dass allein die **große Zahl** einen Schwerpunkt belegt und damit im Ergebnis ein (spezifisches) **Qualitätsmerkmal** der betreffenden Arztpraxis darstellt.

Am Ende dieses Vermerkes wurde eine Übersicht von anerkannten Praxisbesonderheiten aus Rechtsprechung und Richtgrößenvereinbarungen zusammengestellt.

Ergänzende Hinweise:

- Neben der Prüfung von Praxisbesonderheiten für die eigene Praxis muss die erste Prüfung sein, ob man in die „richtige“ Fachgruppe eingestuft wurde.
- Es ist weiter wichtig, dass der Arzt bzw. der Berater überprüft, ob das statische Zahlenmaterial „richtig“ erfasst wurde (Gab es die Patienten wirklich in der Praxis, sind die erfassten Zahlen tatsächlich aus dem geprüften Jahr?)
- Wurde nach dem Heilmittelkatalog verordnet? Wenn ja, muss das BSG-Urteil vom 29.11.2006 (Az: B 6 KA 7/06 R) zwingend in das Prüfverfahren eingearbeitet werden.

Die Entscheidung des BSG kann so verstanden werden, dass einem Arzt bei Beachtung der Heilmittelrichtlinien (HMR) bei der Verordnungsmenge per se kein unwirtschaftliches Ordnungsverhalten vorgeworfen werden kann.

Zitat:

„. Umso wichtiger sind eindeutige Vorgaben der im Regelfall als wirtschaftlich angesehenen Verordnungsmengen für die Erstverordnung und für eventuelle Wiederholungsverordnungen. 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. Ohne verbindliche Konkretisierungen des Wirtschaftlichkeitsgebotes gerade im Bereich der Verordnung von Heilmitteln fällt es dem Vertragsarzt erfahrungsgemäß schwer, gegenüber dem Versicherten eine wirtschaftliche Ordnungsweise durchzusetzen.“

Hamburg im Dezember 2008

RA Heino T. Schumacher

Kanzlei Schumacher & Schumacher

www.Gesundesrecht.de

Telefon: (0 40) 46 07 15 88 (ZVK-Beratungs-Hotline)

Beispiele von Praxisbesonderheiten (aus der Rechtsprechung):

- Ausrichtung der Praxis auf **besondere**, wissenschaftlich anerkannte medizinische **Untersuchungs- und Behandlungsmethoden**
(Hinweis des Verfassers:
Hier sind auch Leitlinien der Fachgesellschaften etc. mit einzubeziehen)
- -besondere Praxisausstattung, soweit diese sich auf die Zusammensetzung des Krankengutes und die Behandlung dieses Krankengutes auswirkt.
- Besonderheiten in der Zusammensetzung der Patientenschaft innerhalb der Praxis, z.B.
 - hoher Rentneranteil
 - Behandlung von Kindern und Jugendlichen
 - hoher Anteil an Überweisungsfällen
 - onkologisch ausgerichtete Praxis etc.

- **nachgewiesene** Behandlung besonders **schwieriger** Fälle
- Erbringung aller für die Diagnostik und Therapie erforderlichen Leistungen in eigener Praxis, während die Fachgruppe diese Leistungen an andere Ärzte überweist oder entsprechende Verordnungen ausstellt

Beispiele von Praxisbesonderheiten (aus einzelnen KV-Bereichen)

(diese können in Hamburg einen Anhaltspunkt für die eigene Stellungnahme geben – sie ersetzen aber nicht die Stellungnahme selbst!)

KV-Bereich Nordrhein (2008)

Symbolnummer	Praxisbesonderheit Heilmittel
90950	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD für die ersten 2 Monate nach chirurgisch-orthopädischen Operationen
90951	Manuelle Lymphdrainage für die ersten 2 Monate nach chirurgisch-orthopädischen Operationen

Für Kinder und Jugendliche:

Symbolnummer	Praxisbesonderheit Heilmittel
90952	Maßnahmen der Ergotherapie bei Hemiparese, spastischer Di- und Tetraplegie
90953	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei Hemiparese, spastischer Di- und Tetraplegie
90954	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei Hemiparese, spastischer Di- und Tetraplegie
90955	Maßnahmen der Ergotherapie bei komplexen zerebralen Dysfunktionen bei Krankheiten der ICD-10-Codierungen: G10, G11, G12, G13, G80, zerebralen Anfallsleiden oder neurodegenerativen bzw. metabolischen bzw. muskulären Systemerkrankungen
90956	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei komplexen zerebralen Dysfunktionen bei Krankheiten der ICD 10-Codierungen: G10, G11, G12, G13, G80, zerebralen Anfallsleiden oder neurodegenerativen bzw. metabolischen bzw. muskulären Systemerkrankungen
90957	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei komplexen zerebralen Dysfunktionen bei Krankheiten der ICD 10-Codierungen: G10, G11, G12, G13, G80, zerebralen Anfallsleiden oder neurodegenerativen bzw. metabolischen bzw. muskulären Systemerkrankungen
90958	Maßnahmen der Ergotherapie bei

schweren/tiefgreifenden Entwicklungsstörungen nach ICD-10-Codierungen F80.0 bis F80.3, F82, F83, F84

90959	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei schweren/tiefgreifenden Entwicklungsstörungen nach ICD-10 Codierungen F80.0 bis F80.3, F82, F83, F84
90960	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei schweren/tiefgreifenden Entwicklungsstörungen nach ICD-10 Codierungen F80.0 bis F80.3, F82, F83, F84
90967	Maßnahmen der Ergotherapie bei erworbener und/oder angeborener schwerer geistiger und/oder körperlicher Behinderung, Mehrfachbehinderung
90968	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei erworbener und/oder angeborener schwerer geistiger und/oder körperlicher Behinderung, Mehrfachbehinderung
90969	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei erworbener und/oder angeborener schwerer geistiger und/oder körperlicher Behinderung, Mehrfachbehinderung
90970	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei Mukoviszidose
90981	Maßnahmen der Ergotherapie bei palliativmedizinischer Betreuung
90982	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei palliativmedizinischer Betreuung
90983	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei palliativmedizinischer Betreuung

Für Erwachsene:

Symbolnummer Praxisbesonderheit Heilmittel

90971	Maßnahmen der Ergotherapie bei angeborenen oder erworbenen Plegien/Paresen, zentral oder peripher (z. B. Zerebralparese, Plexusparesen, Muskeldystrophie, kongenitale Kontrakturen)
90972	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei angeborenen oder erworbenen Plegien/Paresen, zentral oder peripher (z. B. Zerebralparese, Plexusparesen, Muskeldystrophie, kongenitale Kontrakturen)
90973	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei angeborenen oder erworbenen Plegien/Paresen, zentral oder peripher (z. B. Zerebralparese, Plexusparesen, Muskeldystrophie, kongenitale Kontrakturen)
90974	Maßnahmen der Ergotherapie bei schweren neurologischen Erkrankungen wie z. B. amyotrophische Lateralsklerose

	(ALS); Wachkomapatienten; Multiple Sklerose; M. Parkinson nur nach den ICD-10-Codierungen G20.1, G20.2, G21; Apoplexie für den Zeitraum eines Jahres nach auslösendem Ereignis
90975	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei schweren neurologischen Erkrankungen wie z. B. amyotrophische Lateralsklerose (ALS); Wachkomapatienten; Multiple Sklerose; M. Parkinson nur nach den ICD-10 Codierungen G20.1, G20.2, G21; Apoplexie für den Zeitraum eines Jahres nach auslösendem Ereignis
90976	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei schweren neurologischen Erkrankungen wie z. B. amyotrophische Lateralsklerose (ALS); Wachkomapatienten; Multiple Sklerose; M. Parkinson nur nach den ICD-10 Codierungen G20.1, G20.2, G21; Apoplexie für den Zeitraum eines Jahres nach auslösendem Ereignis
90977	Manuelle Lymphdrainage bei einer chronischen Lymphabfluss-Störung, aufgrund einer onkologischen Erkrankung

KV-Bereich Nordrhein 2006

Therapie

3.1 Maßnahmen der Ergotherapie

3.2 Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

3.3 Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD

3.4 Manuelle Lymphdrainage (MLD)

bei folgenden Indikationen:

Indikationen

Zu 3.1 bis 3.3 **für Kinder und Jugendliche** mit folgenden Indikationen:

- Hemiparesen, spastische Di- oder Tetraplegie,
- Komplexe zerebrale Dysfunktion bei Krankheiten der ICD-10-Codierungen: G10, G11, G12, G13, G80, zerebrale Anfallsleiden oder neurodegenerative bzw. metabolisch bzw. muskuläre Systemerkrankung
- Schwere/tiefgreifende Entwicklungsstörungen nach ICD-10-Codierungen F80, F82, F83, F84.0 bis F84.3, F84.5
- ADHS mit motorischen Störungen gemäß ICD-10-Codierung F84.4
- Chronische Psychose (Manie, Depression, Schizophrenie)
- Erworbene und/oder angeborene schwere geistige und/oder körperliche Behinderung, Mehrfachbehinderung
- Palliativmedizinische Betreuung

zu 3.3 **für Kinder und Jugendliche** mit folgender Indikation:

- Mucoviszidose

zu 3.1 bis 3.3 **für erwachsene Patienten** mit folgenden Indikationen:

- alle Formen angeborener oder erworbener Paresen, zentral oder peripher (z. B. infantile Zerebralparese, Plexusparesen,

Muskeldystrophie, kongenitale Kontrakturen)
nach den ICD-10-Codierungen G71, G80 bis G82, Q68.8
- schwere neurologische Erkrankungen wie z. B.
amyotrophische Lateralsklerose (ALS);
Wachkomapatienten; Multiple Sklerose, sofern eine
arzneiliche Therapie nach der Ausnahmesymbolziffer
90903 erfolgt; M. Parkinson nach den ICD-10-
Codierungen G20.1, G20.2, G21; Apoplexie für den
Zeitraum eines Jahres nach auslösendem Ereignis
zu 3.3 und 3.4 Maßnahmen der Physikalischen Therapie und manuelle
Lymphdrainage für die ersten 2 Monate nach chirurgisch-orthopädischen
Eingriffen
zu 3.4 Manuelle Lymphdrainage für die ersten 12 Monate bei einem
gestörten Lymphabfluss aufgrund einer onkologischen Erkrankung

KV-Bereich Schleswig-Holstein (2006)

§ 7 Abs. 7 erhält folgende Fassung:

Bei der Richtgrößenprüfung Heilmittel haben die Prüfungsgremien die auf folgende Indikationen entfallenden Verordnungskosten in jedem Fall als Praxisbesonderheit („absolute Praxisbesonderheiten“) zu berücksichtigen:

- Lymphabflussstörungen infolge onkologischer Erkrankungen in den ersten 12 Monaten,

Ergänzung zur Prüfvereinbarung gem. § 106 SGB V

- postoperativ in den ersten 2 Monaten auftretende komplexe Schädigungen oder Funktionsstörungen der Stütz- und Bewegungsorgane

- Multiple Sklerose in fortgeschrittenem Stadium,

- Apoplex,

- Hemiparese, spastische Di- oder Tetraplegie,

- schwere körperliche Behinderung bei Kindern.

c) § 7 Abs. 8 erhält folgende Fassung:

Bei der Richtgrößenprüfung Heilmittel haben die Prüfungsgremien die auf folgende Indikationen entfallenden Verordnungskosten als Praxisbesonderheit zu berücksichtigen (sofern diese nicht bereits als „absolute Praxisbesonderheit“ herausgerechnet wurden), wenn nachgewiesen wird, dass eine der Anzahl nach gegenüber dem Fachgruppendurchschnitt erhöhte Anzahl von Patienten mit diesen Indikationen behandelt wurde („relative Praxisbesonderheiten“):

- komplexe zerebrale Dysfunktion bei Krankheiten der ICD-10-

Codierungen: G10, G11, G12, G13, G80, zerebrale Anfallsleiden oder neurodegenerative bzw. metabolische bzw. muskuläre Systemerkrankungen,

- angeborene oder erworbene Paresen, zentral oder peripher (z.B.

Zerebralparese, Plexusparese) gem. ICD-10-Codierung G71, G80 bis G82, Q68.8

- schwere, tiefgreifende Entwicklungsstörungen bei Krankheiten der ICD-10-Codierungen: F80, F82, F83, F84.0 bis F84.3, F84.5,

- ADHS mit motorischen Störungen gem. ICD-10 Codierung F84.4,

- Mukoviszidose,

- erworbene und/ oder angeborene schwere geistige Behinderung,

- schwere neurologische Erkrankungen wie z.B. ALS, Wachkomapatienten, M. Parkinson,
- palliativmedizinische Betreuung,
- Autismus.

KV-Bereich Schleswig-Holstein (2008)

Vereinbarung 2008 in SH

Praxisbesonderheiten

(1) Die im Rahmen von DMP gesondert entstandenen Verordnungskosten sind bislang nicht gesondert erfasst worden und fließen aus diesem Grund in die Berechnung der Richtgrößen ein. Die Vertragspartner vereinbarten, dass leitlinienkonforme Verordnungen entsprechend der von der Risikostrukturausgleichsverordnung gesetzten Rahmenbedingungen für DMP-Patienten als Praxisbesonderheit zu berücksichtigen sind.

(2) Bei der Richtgrößenprüfung Heilmittel sind die auf folgende Indikationen entfallenden Verordnungskosten in jedem Fall als Praxisbesonderheit („absolute Praxisbesonderheiten“) zu berücksichtigen:

- Lymphabflussstörungen infolge onkologischer Erkrankungen in den ersten 12 Monaten,
- postoperativ in den ersten 2 Monaten auftretende komplexe Schädigungen oder Funktionsstörungen der Stütz- und Bewegungsorgane,
- Multiple Sklerose in fortgeschrittenem Stadium,
- Apoplex,
- Hemiparese, spastische Di- oder Tetraplegie,
- schwere körperliche Behinderung bei Kindern.

(3) Bei der Richtgrößenprüfung Heilmittel sind die auf folgende Indikationen entfallenden Verordnungskosten als Praxisbesonderheit zu berücksichtigen (sofern diese nicht bereits als „absolute Praxisbesonderheit“ herausgerechnet wurden), wenn nachgewiesen wird, dass eine der Anzahl nach gegenüber dem Fachgruppendurchschnitt erhöhte Anzahl von Patienten mit diesen Indikationen behandelt wurde („relative Praxisbesonderheiten“):

- komplexe zerebrale Dysfunktion bei Krankheiten der ICD-10-Codierungen: G10, G11, G12, G13, G80, zerebrale Anfallsleiden oder neurodegenerative bzw. metabolische bzw. muskuläre Systemerkrankungen,
- angeborene oder erworbene Paresen, zentral oder peripher (z. B. Zerebralparese, Plexusparese) gem. ICD-10-Codierung G71, G80 bis G82, Q68.8,
- schwere, tiefgreifende Entwicklungsstörungen bei Krankheiten der ICD-10-Codierungen: F80, F82, F83, F84.0 bis F84.3, F84.5,
- ADHS mit motorischen Störungen gem. ICD-10 Codierung F84.4,
- Mukoviszidose,
- erworbene und/oder angeborene schwere geistige Behinderung,
- schwere neurologische Erkrankungen wie z. B. ALS, Wachkomapatienten,
- M. Parkinson,
- palliativmedizinische Betreuung,
- Autismus.

Heilmittel-Verordnungen, die mit „Frühförderung“ gekennzeichnet sind, sind für die Zeiträume von der Prüfung herauszunehmen, in denen keine regionale Vereinbarung nach §§ 30 ff SGB IX in Verbindung mit der Frühförderverordnung vom 24.06.2003 abgeschlossen ist. Kennzeichnend für die Frühförderung ist die Notwendigkeit heilpädagogischer Maßnahmen.