

## Pressetext

Autor: Hans-Jörg Waibel, AOK-Bundesverband

### Wirtschaftlichkeitsprüfung beim Arzt

## Wer zahlt die Manuelle Lymphdrainage wirklich?

**Die Manuelle Lymphdrainage (MLD) der Extremitäten, des Kopfes und/oder des Rumpfes einschließlich der ggf. erforderlichen Kompressionsbandagierung zur entstauenden Behandlung bei Ödemen verschiedener Ursachen ist ein verordnungsfähiges Heilmittel. Die Verordnungsmöglichkeiten der MLD sind, wie von anderen Heilmitteln auch, in der Heilmittel-Richtlinie (HM-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geregelt. Die HM-RL ist gemäß § 91 Abs.6 SGB V sowohl für Ärzte, Therapeuten, Krankenkassen als auch für Versicherte verbindlich. Sie gibt vor, unter welchen Voraussetzungen Heilmittel durch Ärzte verordnet werden und von Therapeuten erbracht werden können. So gehört die MLD zu den Maßnahmen der Physikalischen Therapie, für deren Erbringung der Therapeut spezielle Qualifikationen, die über die im Rahmen der Berufsausbildung erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten hinausgehen, nachweisen muss.**

Weiterhin nennt die HM-RL im Heilmittelkatalog Indikationen (z.B. Lymphabflussstörungen) und Leitsymptomatiken (z.B. Schmerzen, Funktions-, Belastungsstörungen durch lokale Schwellung), bei denen zur Erreichung bestimmter Therapieziele (z.B. Schmerzreduktion durch Reduzierung von Schwellung und Reizung) eine Heilmittelbehandlung infrage kommt. Zudem legt sie die im Regelfall zur Erreichung des Therapieziels erforderlichen Verordnungsmengen fest. Reichen diese nicht aus, um das Therapieziel zu erreichen, ist auch eine Verordnung außerhalb des Regelfalls möglich, welche ärztlich begründet und ggf. von der Krankenkasse genehmigt werden muss. Ärztlich verordnete Heilmittel gehören somit zum Leistungsspektrum der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV). Versicherte der GKV erhalten Heilmittel demnach grundsätzlich im Sachleistungsprinzip aus den Mitteln der Versichertengemeinschaft und müssen für diese nicht selbst aufkommen. Eine Ausnahme stellen die gesetzlich festgelegten Zuzahlungen gemäß § 61 SGB V dar, welche bis zur Belastungsgrenze nach § 62 SGB V von den Versicherten getragen werden müssen. Dies bedeutet im Fall einer Heilmittelverordnung, dass Versicherte pro Verordnung 10% der Heilmittelkosten sowie 10 Euro je Verordnung selbst tragen.

Für die Heilmittelbehandlungen ihrer Versicherten investiert die GKV seit Jahren immer mehr Geld. Die Ausgaben für Heilmittel stiegen im Zeitraum 2010 bis 2015 von 4,6 Mrd. Euro um 31 % auf über 6 Mrd. Euro an. Im gleichen Zeitraum stiegen die Ausgaben der MLD um 44% von 486 Mio. Euro auf ca. 700 Mio. Euro. Die Ausgaben für Heilmittelbehandlungen und insbesondere für die MLD zählen somit zu den dynamischsten und am stärksten ansteigenden Leistungsbereichen der GKV.

Damit die finanziellen Ressourcen der Versichertengemeinschaft der GKV auch sachgerecht eingesetzt werden, beinhaltet § 12 SGB V das Wirtschaftlichkeitsgebot. Dieses besagt, dass Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Damit das Wirtschaftlichkeitsgebot auch umgesetzt wird, hat der Gesetzgeber verschiedene Instrumente vorgesehen. Hierzu gehören die Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei Ärzten. Diese werden von einer unabhängigen Prüfungsstelle durchgeführt. Es gibt unterschiedliche Möglichkeiten die Wirtschaftlichkeit der Ärzte zu überprüfen. Die, auch durch die öffentliche Budgetdiskussion, bekannteste Art der Wirtschaftlichkeitsprüfung ist die Richtgrößenprüfung die sowohl im Arznei- wie auch im Heilmittelbereich durchgeführt wird. Unter einer Richtgröße versteht man einen vereinbarten Wert (in Euro), welcher dem Arzt je Patient, auch wenn dieser keine Heilmitteltherapie benötigt, für die Verordnung von Heilmitteln theoretisch zur Verfügung steht. Aus der Richtgröße und der Anzahl aller Patienten seiner Praxis errechnet sich das Richtgrößenvolumen

(oftmals auch als „Budget“ bezeichnet). Die Richtgrößen werden zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen (also den Vertretern der Ärzteschaft) vereinbart und den Ärzten vorab bekannt gegeben. Die Prüfungsstellen kontrollieren jährlich von Amts wegen, also automatisch, welche Ärzte ihr Richtgrößenvolumen überschritten haben. Damit nicht jede Überschreitung sofort zu finanziellen Konsequenzen beim Arzt führt, gibt es unterschiedliche gesetzlich festgelegte Mechanismen:

- Erst Überschreitungen des Richtgrößenvolumens um mehr als 25% führen zu finanziellen Konsequenzen beim Arzt.
- Wird ein Arzt erstmalig auffällig, gilt der Grundsatz „Beratung vor Regress“. Der auffällig gewordene Arzt erhält zunächst nur eine Beratung über eine wirtschaftliche Verordnungsweise und muss den eigentlich fälligen Regressbetrag nicht erstatten. Anschließend gilt für die ersten beiden Jahre ein Erstattungshöchstbetrag von 25.000 Euro.
- In der Heilmittelversorgung gibt es die Regelungen zu „bundeseinheitlichen Praxisbesonderheiten“ nach § 84 Abs.8 SGB V und „langfristigen Heilmittelbedarfen“ nach § 32 Abs. 1a i.V.m. § 106 Abs.2 Satz 18 SGB V. Diese führen dazu, dass Heilmittelverordnungen aufgrund bestimmter Diagnosen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung unberücksichtigt bleiben bzw. gar nicht erst einbezogen werden. So gilt beispielsweise die Verordnung von MLD bei der Neurodystrophie als bundeseinheitliche Praxisbesonderheit. Ein langfristiger Heilmittelbedarf besteht bei Lymphödemen Stadium III/Elephantiasis, der Nachbehandlung von bösartigen Neubildungen und bei Hereditären Lymphödemem.
- Weiterhin hat der Arzt die Möglichkeit im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahrens weitere (entlastende) Sachverhalte (z.B. die Tätigkeit als Schwerpunktpraxis oder die Versorgung von Patienten in Pflegeheimen) darzustellen, die von der Prüfungsstelle zusätzlich berücksichtigt werden können.

So kann es vorkommen, dass in einem Bundesland zunächst eine größere Anzahl von Ärzten auffällig wird und folglich von den Prüfungsstellen angeschrieben werden. Dies führt dann zu vermehrten öffentlichen Diskussionen über Sinn und Zweck der Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Allerdings wird am Ende der Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren in der Regel nur ein geringer Teil der zunächst auffällig gewordenen Ärzte von den Prüfungsstellen mit Maßnahmen belegt, bei welchen es sich aufgrund der oben genannten Ausnahmeregelungen in den wenigsten Fällen um monetäre Sanktionen in Form von Regresszahlungen handelt.

Weitere gängige Prüfmethode sind die Einzelfallprüfung oder die Prüfung auf einen sogenannten „sonstigen Schaden“. Hier wird die Prüfungsstelle nicht von sich aus aktiv, sondern nur auf Antrag z.B. einer Krankenkasse. Dieser wird in der Regel dann gestellt, wenn eine Krankenkasse bei einem Arzt eine unwirtschaftliche oder nicht richtlinienkonforme Verordnungsweise vermutet. Die Krankenkasse hat ihren Verdacht gegenüber der Prüfungsstelle zu begründen. Auf Basis des Antrages und der Stellungnahme des Arztes entscheidet die Prüfungsstelle über ggf. notwendige Maßnahmen. Dies kann dazu führen, dass der Arzt die Kosten für die jeweilige(n) nicht regelkonforme(n) Verordnung(en) der Krankenkasse ausgleichen muss.

Zudem wird jedes Quartal eine Zufälligkeitsprüfung durchgeführt. Hierbei werden maximal 2% der niedergelassenen Vertragsärzte im Rahmen einer Stichprobenprüfung ermittelt. Im Rahmen der Zufälligkeitsprüfung kann auch die Heilmittelversorgung als Prüfungsgegenstand einbezogen werden.

Ab dem Jahr 2017 gibt es aufgrund gesetzlicher Änderungen keine bundesgesetzliche Vorschrift mehr, die eine Richtgrößenprüfung im Arznei- und Heilmittelbereich verbindlich vorschreibt. Alternativ gibt der Gesetzgeber der regionalen Ebene (den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen) vor, dass Regelungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung vereinbart werden müssen, verzichtet aber zukünftig auf die Vorgabe einer bestimmten Prüfmethode. Aus diesem Grund ist es sehr wahrscheinlich, dass zukünftig sehr unterschiedliche Prüfungen im Heilmittelbereich durchgeführt werden.

**Fazit: Grundsätzlich bezahlt die jeweilige Krankenkasse die zur Behandlung von Lymphödemem medizinisch notwendige Manuelle Lymphdrainage aus dem Beitragsaufkommen der Versicherten. Der Patient leistet hierzu die Zuzahlungen gemäß den gesetzlichen Bestimmungen. In Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen kann es im Einzelfall dazu kommen, dass der Arzt in Form einer Regresszahlung den Krankenkassen den aus einer unwirtschaftlichen Verordnung resultierenden Schaden ganz oder teilweise ersetzen muss. Diese Einnahmen sind allerdings so gering, dass die für die Finanzierung der Heilmittelversorgung vernachlässigt werden können.**

*(1088 Wörter)*

Pressekontakt:  
Sandra Hahn  
Geschäftsführende Leitung  
Lymphologicum® – Deutsches Netzwerk Lymphologie e.V.  
Nordring 29 · 65719 Hofheim  
Tel: 06192 - 9 75 97 31  
Fax: 06192 - 9 75 97 41  
info@lymphologicum.de  
www.lymphologicum.de