

**Deutsche Gesellschaft
für
Gerontopsychiatrie
und
-psychotherapie e.V**



Informationen über Praxisbesonderheiten

Oktober 2001

Vorbemerkung:

Zur Zeit leben in Deutschland schätzungsweise 1,3 bis 1,5 Millionen Menschen, die an dementiellen Erkrankungen leiden.

Bedingt durch die Veränderung der Bevölkerungsstruktur ist in den nächsten Jahren und Jahrzehnten mit einer weiteren Zunahme zu rechnen

So wird bis zum Jahr 2010 eine Zunahme der Erkrankten um rund 30 Prozent erwartet. Bis zum Jahr 2030 kommt es nach der neuen Bevölkerungsschätzung des Statistischen Bundesamtes zu einer Zunahme der über 65-jährigen um 50%.

Demenzen sind hinsichtlich ihrer Schwere mit Krebserkrankungen vergleichbar.

Bislang werden 80 Prozent der Erkrankten zu Hause durch Angehörige gepflegt und durch niedergelassene Ärzte versorgt.

Schätzungsweise 60% der Erkrankungen sind Demenzen vom Alzheimer-Typ, ca. 30% sind vaskulär bedingt, ca. 10% sind Mischformen zwischen Alzheimer und vaskulärer Form.

Die verbleibenden rund 10% sind sekundäre Demenzen, die auf Grund anderer Ursachen entstehen.

Die sehr komplexe Krankheitsentstehung benötigt zwangsläufig ein sehr differenziertes diagnostisches und therapeutisches Vorgehen

Die Therapie der Demenz erfordert einen umfassenden, ganzheitlichen Ansatz.(siehe: DGGPP: Empfehlungen zur Therapie dementieller Erkrankungen)

Ziel der Therapie ist es daß Fortschreiten der Erkrankung möglichst lange zu verhindern und die Alltagskompetenzen der Erkrankten über einen längeren Zeitraum zu erhalten.

Eine Demenztherapie entspricht dem Auftrag des SGBV §27,1:

"Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern."

Zusätzlich führt eine Therapie zu Kosteneinsparungen – aber in einem anderen Budget des SGB V, etwa durch spätere Einweisung ins Pflegeheim.

Dem niedergelassenen Arzt kommt in der Betreuung von Demenzpatienten eine Schlüsselfunktion zu.

Dabei ist er je nach dem Stadium der Erkrankung mit einer Vielzahl von Aufgaben konfrontiert u.a.

- Diagnosestellung
- Therapieplanerstellung
- Regelmäßige Therapiekontrollen
- Angehörigen–Beratung
- Pflegeplanerstellung
- Koordination der nichtärztlichen Therapeuten
 - Krankengymnasten
 - Logopäden
 - Ergotherapeuten
 - Pflegedienst
- Heil– und Hilfsmittel
- Kontakt zum Sozialamt
- Beratung über Pflegeversicherung
- Unterstützung bei der Begutachtung durch MDK
- Kurzzeitpflege
- Heimunterbringung

Uvam

Die Praxisbesonderheit "Demenz"

Die obige Auflistung macht deutlich, wie hoch der koordinatorische, diagnostische und medikamentöse Aufwand ist um eine erfolgreiche Demenztherapie durchzuführen.

Im Gegensatz zu anderen Erkrankungen, etwa Diabetes, wird dieses aber bislang noch nicht als Praxisbesonderheit anerkannt.

Die folgenden Ratschläge und Informationen sind deshalb als Unterstützung im Rahmen eines langwierigen auch mit Widerständen behafteten Weges zu sehen.

Die vielfache Anerkennung der Praxisbesonderheit "Demenz" stellt jedoch eine wichtige Weichenstellung für unsere Zukunft dar.

Als Praxisbesonderheiten gelten Eigenschaften der Patienten bzw. Erkrankungen, die deutlich von der Durchschnittspraxis der Vergleichsgruppe abweichen.

Das heißt Praxisbesonderheiten werden durch das Patientenkollektiv und nicht durch Praxiseigenschaften wie technische Ausstattung bestimmt. Erst, wenn sich gehäuft besondere Patientengruppen, nach Art und Schwere der Erkrankung, in der Praxis einfinden, wird dieser Umstand zu einer Praxisbesonderheit. Es ist deshalb von entscheidender Bedeutung zur Regressprophylaxe/Regressabwehr, seine Praxisbesonderheiten zu kennen, zu dokumentieren und den Prüfungsgremien nachzuweisen. Dies sollte man unabhängig von eventuellen Prüfungen tun.

Die Sozialgerichte bis hin zum Bundessozialgericht haben sich in der Vergangenheit vielfach mit der Frage der Praxisbesonderheiten beschäftigen müssen.

Folgende Fallgruppen wurden anerkannt:

- Besondere Patientengruppen
- Besondere Diagnosen/Methoden
- Anfängerpraxis unter bestimmten Umständen

- Besondere Patientengruppen/

Ein besonderes Patienten Klientel kann abweichend von der Fachgruppe u.a. vorliegen, wenn

1. ein überdurchschnittliche Häufung von Patienten mit chronischen Erkrankungen vorhanden ist,
2. überdurchschnittlich viele alte und pflegebedürftige Patienten in der Praxis existieren,
3. ein überdurchschnittlich hoher Anteil von zuzahlungsbefreiten Patienten mit Auswirkung auf die Nettokosten vorhanden ist.

Die vorgenannte Aufzählung ist nur beispielhaft. Sie gilt gleichermaßen bei teuren Einzelfällen oder im Falle eines Praxisschwerpunktes (z.B. Diabetiker, Psychoekranken, MS-Patienten).

Voraussetzung ist, dass die gewählten Therapien medizinisch gesichert, indiziert und notwendig sind.

Es gibt weder gesetzliche Vorgaben noch Gerichtsurteile, die als Richtschnur verwendbar für die Frage wären, ab welcher Patientenzahl eine Praxisbesonderheit anzunehmen wäre. Wichtig ist deshalb, dass der Arzt ein Bewusstsein für die Problematik entwickelt, die Kosten frühzeitig berechnet und darlegt.

Empfehlung:

Ab dem 4- bis 5-fachen des durchschnittlichen Verordnungsvolumens (ermittelt aus den Richtgrößen für Rentner und Allgemeinversicherte in der typischen Verteilung) sollten diese als teure Einzelfälle bei der KV angemeldet werden.

- Besondere Diagnosen und Methoden

Primär ist die technische Ausstattung einer Praxis keine Besonderheit. Wenn aber dieses besondere Leistungsangebot über einen längeren Zeitraum zu einer vom Durchschnitt abweichenden besonderen Patientenstruktur geführt hat (s. oben), wird es zur Praxisbesonderheit.

Vorsorglich sollte man derartige Besonderheiten der KV melden und diese ersuchen, sie zum Bestandteil der Praxisunterlagen zu machen. Eine derartige Mitteilung muß von der KV beachtet werden (§ 20 Abs. 3 SGB X), auch wenn einige Kven derartige Mitteilungen des Arztes nicht annehmen wollen.

Für eine frühzeitige Begründung gibt es zwei Möglichkeiten:

- **das Diagnosefeld auf der Rückseite des Krankenscheins bzw. das Feld der EDV-Abrechnung**
- **ein prophylaktische Deklaration zusammen mit der Quartalsabrechnung.**

Es ist anzuraten, das Patienten Klientel nach Patientengruppen, Indikationsgruppen etc. zu differenzieren, um so schnell und sicher im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung reagieren zu können. Eine solche Patientenstrukturanalyse ist im Ernstfall ein entscheidender Vorteil.

Zwar gibt es aufgrund regionaler Besonderheiten Abweichungen, die letztlich zu einer gewissen Unsicherheit führen. So weichen etwa die Prüfvereinbarungen der Kven voneinander ab, und es besteht ein Ermessensspielraum der Prüfungsgremien im Falle der Anerkennung von Praxisbesonderheiten.

Kostenintensive Praxisbesonderheiten sollten der jeweiligen KV bereits vor einem Prüfverfahren mitgeteilt werden ungeachtet dessen, ob die Verordnungsrichtgrößen überschritten sind oder nicht.

Abschließend soll in diesem Zusammenhang noch auf den Umstand der Anfängerpraxis im Sinne einer Praxisbesonderheit hingewiesen werden. Im allgemeinen werden in den ersten 4 Quartalen nach Praxiseröffnung keine Wirtschaftlichkeitsprüfungen durchgeführt. Hier soll bei Hinweis auf Unwirtschaftlichkeit eine Beratung vor Regress erfolgen.

Der Grund ist, dass die Entwicklung einer neuen Praxis bezüglich der Patientenzahlen und des Verordnungsvolumens starke Schwankungen aufweist, die bei zunächst immer neuen Patienten nicht steuerbar ist.

Kompensatorische Einsparungen

Neben den Praxisbesonderheiten können auch kompensatorische Einsparungen geltend gemacht werden, wenn sich ein kausaler Zusammenhang zwischen Einsparungen und dem erhöhten Verordnungsvolumen herstellen lässt, was allerdings oft schwierig ist und vielfach im Prüfungsverfahren auch nicht anerkannt wird. Ein typisches Beispiel ist die Vermeidung teurer stationärer Behandlungen durch eine aufwendige ambulante Therapie.

Derartige Besonderheiten sind

- Nachweis von weniger Krankenhauseinweisungen
- weniger Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen
- weniger Überweisungen zum Facharzt

Auch derartige Fälle sollte man der KV mit entsprechenden Datenmaterial frühzeitig, d.h. vor eventuellen Prüfverfahren mitteilen.

Dokumentation von Praxisbesonderheiten

Grundsätzlich gilt, dass Praxisbesonderheiten konkret und schriftlich der KV gegenüber nachgewiesen werden müssen.

Sie – der Arzt – sind im Zweifelsfall beweispflichtig, das heißt, Sie müssen die Mehrkosten Ihrer Praxisbesonderheiten begründen und nach Möglichkeit auch berechnen. Dies sollte unabhängig von einem drohenden Prüfverfahren erfolgen, weil Sie dieses durch Ihre Meldungen im Vorfeld abwehren können.

Es ist erforderlich, die Praxisbesonderheiten nicht nur pauschal zu behaupten, sondern exakt zu belegen und den Mehraufwand nachzuweisen, was meist wegen nicht vorhandener Daten der Vergleichsgruppen nicht gelingt. Das Bundessozialgericht spricht hierbei von einem sog. Mehrkostenfeststellungsverfahren. Hier sollten Sie die Prüfungsgremien aktiv dazu auffordern am Verfahren mitzuwirken.

Keine Rolle spielt bei den Prüfverfahren eine für die Patientenbetreuung erforderliche, ggf. erhöhte persönliche Zuwendung des Arztes, sein Engagement sowie seine überdurchschnittliche Erfahrung und ggf. (siehe oben) die Ausstattung der Praxis.

Diese Punkte sind für das Arzt-/Patientenverhältnis von entscheidender Bedeutung, aber rechtlich im Prüfverfahren nicht relevant.

Nur durch die Zahlen und Fakten und ggf. Analysen erhärteten Aussagen zur Abweichung der Verordnungskosten Ihrer Praxis von der Durchschnittspraxis Ihrer Fachgruppe führt zur Anerkennung einer Praxisbesonderheit und damit zur Verhinderung von Regressen.

Sollte der Beschwerdeausschuss Ihrem substantiierten und durch eine entsprechende Dokumentation untermauerten Sachvortrag nicht folgen und die Anerkennung der Praxisbesonderheiten ablehnen, sollte dies ein Anlass sein, die eigene Argumentation nochmals zu überprüfen.

Bleiben Sie bei der Überzeugung, eine relevante Praxisbesonderheit vorgetragen zu haben, dann sollten Sie unter Beachtung der Monatsfrist Klage vor dem Sozialgericht erheben.

Seit dem 1.1.200 gilt bekanntlich der **ICD-10**. Auch in diesem Zusammenhang ist die Dokumentation von entscheidender Bedeutung, da der ICD-10 unvollständig ist. Zum Schutze sollte man eine erweiterte Dokumentation vornehmen, das heißt auch Nebenwirkungen, Unverträglichkeiten, diagnostische Abstufungen etc. dokumentieren.

Dies bedeutet zwar eine weitere Erhöhung des Verwaltungsaufwandes, ist aber in der Prüfsituation in der es u.a. um viel Geld und persönliche Zufriedenheit geht eine wertvolle argumentative Hilfe.

Der Inhalt dieser Broschüre ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Sollten Sie Verbesserungsvorschläge haben so senden Sie diese bitte an:

DGGPP e.V.
Prof. R.D.Hirsch
Rheinische Kliniken
Kaiser-Karl-Ring 20
53111 Bonn

Die DGGPP e.V. schließt Haftung und Gewähr aus.

Danksagung:

Die Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie e.V. bedankt sich bei Herrn Rechtsanwalt Michael Wüstefeld, Köln; für die Überlassung der juristischen Texte sowie bei dem m Kollegen Bernd Zimmer, Wuppertal, für die fachliche Beratung.

Kontaktadresse:

DGGPP
Prof. R.D.Hirsch
Rheinische Kliniken
Kaiser-Karl-Ring 20
53111 Bonn

Internet: www.dggpp.de

Copyright:

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychiatrie e.V