

HARTMANN



Regressen sind vermeidbar

Wie Sie Ihre Wirtschaftlichkeit
nachweisen und damit Regress-
forderungen vermeiden



Ihre Verpflichtung zu einer wirtschaftlichen Behandlung

Im Rahmen des Sachleistungsprinzips sind Sie als Vertragsarzt verpflichtet, Ihre Behandlung unter dem Gebot der Wirtschaftlichkeit zu erbringen.

Was aber heißt das in der Praxis?

Hier gilt es, vier Grundsätze bei der Versorgung und Verordnung zu beachten:

■ **Ausreichend:**

Die Leistungen müssen dem Einzelfall angepasst hinreichende Chancen auf Heilung bieten, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und dem medizinischen/technischen Fortschritt genügen.

■ **Zweckmäßigkeit:**

Die Leistungen müssen objektiv geeignet sein, sowie Art und Schwere der Erkrankung entsprechen, um den angestrebten Heilerfolg erzielen zu können.

■ **Notwendigkeit:**

Als „notwendig“ gelten Leistungen, die mindestens erforderlich sind, um im Einzelfall zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit unentbehrlich, unverzichtbar oder unvermeidlich sind.

■ **Wirtschaftlichkeit:**

Die Leistungen sind so gewählt, dass sie im Vergleich zu alternativen Behandlungsoptionen ein günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen und damit das Behandlungsziel mit einem effizienten Leistungseinsatz erreicht wird.

Sind diese Kriterien erfüllt, liegen Ihre Verordnungen in der Nähe des Durchschnitts, gehen die Krankenkassen im Regelfall von der Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots aus.

Was passiert bei Abweichungen?

Weichen Ihre Zahlen aber von diesen üblichen Werten ab, kann dies zu einer Prüfung Ihrer Verordnungen führen, die von der gemeinsamen Prüfstelle der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigung durchgeführt wird. Wird dabei festgestellt, dass Sie nicht nach dem Gebot der Wirtschaftlichkeit gehandelt haben, kann dies eine Regressforderung seitens der Krankenkassen zur Folge haben.

Gesetzliche Grundlage

Die Maßstäbe für die Einordnung von GKV-Leistungen – ausreichend, zweckmäßig, notwendig und wirtschaftlich – sind in **§ 12 SGB V** definiert.

Werden Abweichungen vermutet, werden die Rahmenvorgaben nach **§ 106 Abs. 2 SGB V** die Grundlage für die Vereinbarungen gemäß **§ 106b Abs. 1 SGB V** zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen herangezogen.

Bei einer Prüfung werden alle Leistungen von der Verordnung von Arzneimitteln oder Heilmitteln über den Sprechstundenbedarf und die Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit bis zur Verordnung von Hilfsmitteln etc. untersucht.

Was man tun kann, um Regresse zu vermeiden

Es muss aber erst gar nicht zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Regressen kommen. Hier einige Tipps, wie Sie vorbeugen.

Die Behandlung richtig dokumentieren

Die Dokumentation ist ein wichtiger Bestandteil der Qualitätssicherung. Sie hat das Ziel, die Ergebnisqualität zu verbessern und dient als Kriterium für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen.

Bei einer Prüfung zur Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots muss eine ordnungsgemäße Dokumentation vorgelegt werden. Diese muss so detailliert sein, dass sie von Kollegen der gleichen Fachrichtung mühelos nachvollzogen werden kann.

Dokumentiert werden müssen:

- Befunde
- Behandlungsmaßnahmen
- Veranlasste Leistungen
- Zeitraum der Behandlung

Auch die **Wunddokumentation** ist Teil der ärztlichen Dokumentation und dient darüber hinaus als Nachweis für durchgeführte Maßnahmen und erbrachte Leistungen. Sie erlaubt eine Nachverfolgung der Veränderung des Wundzustands, der Häufigkeit der Verbandwechsel sowie des An- und Absetzens einer antibiotischen Therapie.

Eventuelle Besonderheiten richtig begründen

Nicht jede Praxis ist gleich und so können spezifische Besonderheiten dazu führen, dass Behandlungen aufwändiger und damit teurer sind.

Die **Abweichungen** können zum einen **bei individuellen Behandlungen** auftreten, wenn die Gründe also beim Patienten liegen. Dann sind diese Fälle unter Angabe aller notwendigen Daten darzulegen. Dazu gehören die Versichertennummer, der Patientennamen, sein Geburtsdatum sowie der ICD-Schlüssel der Diagnose, außerdem die verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel. Dabei sollten die Mengen und Kosten exakt aufgeführt werden.

Abweichungen zum Durchschnitt können aber auch durch **Besonderheiten der Praxis** begründet werden. Hier nur eine kleine Auswahl:

- Hat sich die Praxis auf besondere Behandlungen spezialisiert?
- Wurde sie gerade erst eröffnet?
- Oder wurde das Leistungsspektrum durch neue Geräte oder Qualifikationen erweitert?
- Gibt es aus dem Standort besondere Faktoren, also z. B. aus der Demografie des Einzugsgebiets oder anderen örtlichen Gegebenheiten?
- Wurden besonders viele Patienten zur Praxis überwiesen?
- Oder besonders viele ambulante Operationen durchgeführt

Wirtschaftlichkeitsprüfung

In einem ersten Schritt kann eine Wirtschaftlichkeitsprüfung vorgenommen werden. Dies ist beispielsweise möglich, wenn ein konkreter Fall in einem dieser Fälle vorliegt:

- Wenn das verordnete Produkt bei einer zulassungsüberschreitenden Anwendung eingesetzt wird (Off-Label-Use).
- Bei der Verordnung von Produkten, die nicht in der regionalen Sprechstundenbedarfsvereinbarung gelistet sind.
- Wenn das Verhältnis der verordneten Produkte und der Behandlungsfälle unverhältnismäßig zueinander ist.
- Bei der Verordnung von Produkten, die nicht in die Leistungspflicht der GKV fallen.
- Oder wenn die Vorgaben der jeweiligen KV bezüglich des Verordnungsvolumens überschritten werden (z. B. Durchschnittswerte, Richtgrößen).

Wird eine Wirtschaftlichkeitsprüfung für Ihre Praxis angeordnet, beachten Sie bitte einige wichtige Dinge:

- Checken Sie den Prüfantrag auf formale Kriterien.
- Nehmen Sie ggf. die Hilfe eines Experten (z. B. Fachanwalt) in Anspruch und beantragen Sie Akteneinsicht.
- Die Frist zur Stellungnahme kann auf Antrag verlängert werden.
- Legen Sie die zuvor erwähnten Praxisbesonderheiten dar, bereiten Sie Ihre Stellungnahme vor und legen Sie ggf. Einzelfälle samt dazugehöriger Unterlagen bei.
- Eine persönliche Anhörung ist auf Antrag ebenfalls möglich.

Sobald Ihre Stellungnahme eingegangen ist und geprüft wurde, erlässt die KV gegebenenfalls eine **Regressforderung**.

Fragen & Antworten zur Wirtschaftlichkeitsprüfung

Welche Arten der Regressandrohung gibt es?

Grundsätzlich ist zwischen einer Auffälligkeitsprüfung (statistische Prüfung) und einer Einzelfallprüfung zu unterscheiden. Auffälligkeitsprüfungen finden bei einer Überschreitung des Verordnungsvolumens in Relation zu den ärztlichen Kollegen innerhalb der jeweiligen Arztgruppe statt. Einzelfallprüfungen können auf Antrag der Krankenkasse vorgenommen werden, wenn z. B. ein nicht erstattungsfähiges SSB-Produkt verordnet wird.

Welche Zeiträume werden geprüft?

Bei Einzelverordnungen wird immer ein Kalenderjahr geprüft. Im Fall von SSB wird das jeweilige Quartal geprüft, in dem die auffällige Verordnung getätigt wurde.

Wann verjähren Regressforderungen?

Seit dem 01.01.2019 gilt, dass alle Leistungen und Verordnungen innerhalb von zwei Jahren einer Wirtschaftlichkeitsprüfung unterzogen werden können.

Können Praxisbesonderheiten vereinbart werden?

Praxisbesonderheiten können im Hinblick auf die Ausrichtung der Praxis (z. B. die Einführung von Wundsprechstunden) beantragt werden. Diese sind bei Prüfverfahren zu berücksichtigen. Zusätzlich kann der Arzt der KV individuelle Besonderheiten (z. B. die Behandlung weniger besonders kostenintensiver Fälle) melden und im Rahmen der Prüfung geltend machen.

Wann gilt der Grundsatz „Beratung vor Regress“?

Bei erstmaliger Auffälligkeit in der statistischen Prüfung (eine Verjährung erfolgt nach 5 Jahren) muss zuerst eine individuelle Beratung erfolgen, bevor weitere Maßnahmen und Sanktionen eingeleitet werden. Die Individuelle Beratung kann sowohl schriftlich als auch mündlich erfolgen. Diese wird von der jeweiligen Prüfstelle entweder angeboten oder verpflichtend terminiert.

Regressforderung

Wurden bei der Prüfung Verstöße gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot durch unwirtschaftliche Verordnungen festgestellt, muss der Arzt mit Regressen rechnen. Nachforderungen werden dabei auf die Differenz der Kosten zwischen der wirtschaftlichen und der tatsächlichen Leistung begrenzt. Diese Differenz macht den Umfang der Regresssumme aus.

Welches sind die notwendigen Schritte bei einer Regressandrohung?

Wenn keine Verjährung vorliegt und ggf. eine Beratung stattgefunden hat, müssen Sie innerhalb einer vorgegebenen Frist, die im Regelfall einen Monat beträgt, folgendes erledigen:

- Prüfen Sie den Regressbescheid genau.
- Greifen Sie auch fachliche Beratung zurück.
- Geben Sie eine schriftliche Stellungnahme bezüglich aller zu beanstandenden Punkte ab. Dazu werden Sie von der Prüfstelle aufgefordert.
- Beantragen Sie ggf. formlos eine Fristverlängerung bei Ihrer Prüfstelle und legen Sie fristgerecht Widerspruch ein.
- Setzen Sie in Abhängigkeit von den Ursachen des Regresses eine detaillierte Regress-Begründung für Ihre Verordnungen auf.
- Nutzen Sie für Ihre Begründung beispielsweise die vier Verordnungs-Grundsätze, wie „Ausreichend“, „Zweckmäßigkeit“, „Notwendigkeit“, „Wirtschaftlichkeit“ oder die vorgenommene Fotodokumentation oder verweisen Sie auf Ihre bei der KV angemeldete Praxisbesonderheit.
- Treten Sie möglichst persönlich bei einer mündlichen Verhandlung des Beschwerdeausschusses auf.
- Sollte vor dem Ausschuss ein Vergleich angeboten werden, nehmen Sie diesen nur unter Widerrufsvorbehalt an.

- Eine eventuelle Klage gegen den Bescheid muss beim zuständigen Sozialgericht innerhalb eines Monats eingereicht werden.

Wer führt die Prüfung durch?

Die Prüfungen werden von einer eigenständigen Institution durchgeführt, der „Gemeinsamen Prüfstelle“. Darüber hinaus gibt es noch eine weitere Prüfungsinstanz, den „Gemeinsamen Beschwerdeausschuss“. Die Institutionen werden gemeinsam von der Kassenärztlichen Vereinigung und den Landesverbänden der Krankenkassen finanziert. Sie sind häufig im Haus der Kassenärztlichen Vereinigung untergebracht, aber rechtlich eigenständig. Die Gemeinsame Prüfstelle und der Gemeinsame Beschwerdeausschuss führen die entsprechenden Verfahren durch. Die geprüften Ärzte, die KV und die Krankenkassen sind Beteiligte des Prüfverfahrens, die ebenso wie der Arzt gegen getroffene Entscheidungen mit Rechtsmitteln einlegen können.