

Sachlich-rechnerische Berichtigung

Erst die RLVs, dann die QZVs und jetzt auch noch die Kürzung

Seit der Einführung der Regelleistungsvolumina (RLV) haben viele Ärzte ihre Praxisorganisation an diese Budgets angepasst und entsprechend optimiert. Häufig war insbesondere nach der Einführung der qualitätsgebundenen Zusatzvolumina (QZV) festzustellen, dass diese nicht vollumfänglich ausgeschöpft werden konnten. In anderen Fällen wurde zur Ausschöpfung der eingeräumten Budgets die Leistung deutlich in diesen Bereichen ausgeweitet. Diese Tendenz war insbesondere in den KV-Bezirken festzustellen, in denen eine Verrechnung der unterschiedlichen QZV untereinander nicht möglich war. Allmählich machen sich die Konsequenzen dergestalt bemerkbar, dass Kassenärztliche Vereinigungen in den Prüfverfahren der so genannten sachlich-rechnerischen Richtigstellung das Abrechnungsverhalten überprüfen und daraus Rückforderungen ableiten. Der nachfolgende Artikel soll einen Überblick über das Prüfverfahren geben:

Was ist die sachlich-rechnerische Berichtigung?

Der Gesetzgeber hat in § 106a SGB V die gesetzliche Grundlage für die Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung geschaffen. Gegenstand dieses Verfahrens ist die Prüfung der Leistungserbringung im Hinblick auf die Konformität der abgerechneten Leistungen mit den vertragsärztlichen Vorgaben und der tatsächlichen Leistungserbringung. Insofern stellt die Plausibilitätsprüfung eine spezielle Form der sachlich-rechnerischen Berichtigung dar.

Gegenstand der Prüfung ist gemäß § 6 Abs. 2 der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungsprüfung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen („Abrechnungsprüfungs-RiLi“) insbesondere die

- fehlende Berechtigung zur Leistungsabrechnung,
- Abrechnung nicht oder nicht vollständig erbrachter Leistung,
- Abrechnung von Leistungen, welche unter Verstoß gegen das Gebot der persönlichen Leistungserbringung erbracht worden sind,
- Ansatz der falschen Nummer,
- Nichtbeachtung der vertraglich vereinbarten Bestimmungen,
- Abrechnung fachfremder Tätigkeit,
- Fehlen der fachlichen und apparativen Voraussetzungen (einheitliche Qualifikationserfordernisse),
- Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen, wenn die Leistungserbringung die erfolgreiche Teilnahme an Maßnahmen der Qualitätssicherung voraussetzt,
- Nichteinhaltung des Überweisungsauftragsauftrags Leistung,
- fehlende ICD- und/oder OPS-Kodierung.

Der Katalog ist keineswegs abschließend, was durch die Formulierung „insbesondere“ zum Ausdruck gebracht wird.

Wer führt die sachlich-rechnerische Berichtigung durch?

Der Gesetzgeber hat sowohl die Kassenärztliche Vereinigungen als auch die Krankenkassen zur Durchführung der Prüfungen vorgesehen, § 106a Abs. 2, 3 SGB V. Regelmäßig werden die Prüfungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführt. Da jedoch bei bestimmten Fragestellungen die Datengrundlage bei den Krankenkassen besser als bei den kassenärztlichen Vereinigungen ist, hat der Gesetzgeber bezüglich folgender Fallgruppen den Krankenkassen die Prüfungskompetenz zugestanden:

1. Bestehen und Umfang der Leistungspflicht der Krankenkasse,

2. Plausibilität von Art und Umfang der für die Behandlung eines Versicherten abgerechneten Leistungen in Bezug auf die angegebene Diagnose,
3. Plausibilität der Zahl vom Versicherten in Anspruch genommener Vertragsärzte unter Berücksichtigung ihrer Fachgruppenzugehörigkeit,
4. Beachtung des Verfahrens zur Zahlung der Praxisgebühr.

Dieser Katalog ist wiederum nach der eindeutigen Formulierung in § 106 a SGB V nicht enumerativ.

Neben diesen regelmäßig zur Durchführung der sachlich-rechnerischen Berichtigung Berufenen hat das Bundessozialgericht den Gremien der Wirtschaftlichkeitsprüfung (Prüfungsstellen) eine so genannte Annexkompetenz dahingehend eingeräumt, dass diese sachlich-rechnerische Richtigstellungen durchführen können, die neben der eigentlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung von untergeordneter Bedeutung sind. Es stellt sich im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen häufig die Frage, ob eine festgestellte sachlich-rechnerische Richtigstellung noch von untergeordneter Bedeutung ist oder derart gravierend auch im Verhältnis zu den infrage stehenden Unwirtschaftlichkeiten ist, dass ein eigenes Prüfverfahren durch die kassenärztliche Vereinigung bzw. die Krankenkassen initiiert werden müsste.

Was wird regelmäßig im Rahmen der sachlich-rechnerischen Berichtigung geprüft?

1. Neben den typischen Prüfungsinhalten, die Gegenstand der durch die Krankenkassen geführten Verfahren sind, ist die weitaus häufigste Prüfung die sogenannte Plausibilitätsprüfung. Gegenstand dieser Prüfungen ist, ob die Leistungen gegebenenfalls nicht erbracht, nicht entsprechend dem vorgeschriebenen Leistungsinhalt erbracht oder nicht persönlich erbracht wurden. Die Prüfung knüpft dabei im Regelfall an die so genannten Zeitprofile an. Dieses Vorgehen verdeutlicht, dass aus einem großen Leistungsumfang bereits die Vermutung hergeleitet wird, dass „etwas mit dem Abrechnung nicht stimmen könne“.

Im Anhang 3 zum Erweiterten Bewertungsmaßstab (EBM) sind Prüfzeiten aufgeführt, die für die einzelnen Leistungen Zeitintervalle vorgegeben, die entweder im Tageszeitprofil oder im Quartalszeitprofil zu berücksichtigen sind. Durch die Abrechnung der entsprechenden Leistungsziffern lassen sich anhand dieser Vorgaben rechnerische Tätigkeitszeiten für den jeweiligen Vertragsarzt ermitteln. Überschreiten diese das in § 8 Abs. 3 Abrechnungsprüfungs-RiLi vorgesehene Maß, wird regelmäßig von einer Implausibilität ausgegangen und eine Plausibilitätsprüfung aufgrund von Abrechnungsauffälligkeiten durchgeführt. Eine solche Auffälligkeit liegt vor, wenn

- an mindestens drei Tagen in Quartal mehr als 12 h im Tageszeitprofil, bzw.
- mehr als 780 h im Quartalszeitprofil

rechnerisch gearbeitet wird.

2. Des Weiteren wird häufig bei Praxisgemeinschaften geprüft, ob der Anteil gemeinsamer Patienten erhöht ist. Die Rechtsprechung hat insofern die Kriterien für die Annahme einer so genannten "verdeckten Gemeinschaftspraxis" verfeinert und gelangt nach diesseitiger Einschätzung viel zu leicht zu der Annahme einer verdeckten Gemeinschaftspraxis. Allein aus dem Grad der gemeinsamen Behandlung von Patienten resultiert mithin bereits der Umstand, dass eine nicht verdeckte Gemeinschaftspraxis vorliegt. Berücksichtigt man die erheblichen Konsequenzen, die sich aus dem Betrieb einer Gemeinschaftspraxis (Berufsausübungsgemeinschaft) ergeben, ist diese Schlussfolgerung nicht sachgerecht: gemeinsame Haftung für Behandlungsfehler, Regelungsnotwendigkeit der Gewinnverteilung, gemeinsamer Praxiswert, gemeinsame Verantwortung bei Regressen gegenüber Kassenärztlichen Vereinigungen, Prüfungsstellen und Krankenkassen, usw. Vor diesem Hintergrund sollte bei der Annahme einer Gemeinschaftspraxis auch berücksichtigt werden, aus welchem Grund man sich

nicht für eine solche entschieden hat und wie auch die Gesellschafter miteinander umgehen und das Binnenverhältnis regeln. Dies alles spielt bei der Frage der sachlich-rechnerischen Berichtigung nahezu keine Rolle.

Zielsetzung der Honorarberichtigung ist es, die betroffenen Ärzte nicht dahingehend zu bevorzugen, dass aus der formellen Ausgestaltung als Praxisgemeinschaft Vorteile entstehen. Diese könnten beispielsweise darin bestehen, dass bestimmte Abrechnungsziffern in einer Gemeinschaftspraxis nicht mehrfach in Ansatz gebracht werden könnten, wohingegen aufgrund der abrechnungstechnischen Trennung bei Praxisgemeinschaften eine mehrfache Abrechnung von Leistungsziffern möglich ist. Nachdem ursprünglich vor allem die Konstellationen problematisch waren, in denen Gemeinschaftspraxis in Praxisgemeinschaft umgewandelt wurden, sind die Grundsätze mittlerweile auf alle Kooperationsformen übertragen worden, in denen eine hohe Patientenidentität besteht. § 11 Abrechnungsprüfungs-RiLi geht von einer Abrechnungsauffälligkeit aus, sobald bei versorgungsbereichsidentischen Praxen 20 % und bei versorgungsbereichsübergreifenden Praxen 30 % Patientenidentität besteht. Es ist allerdings zu berücksichtigen, dass es sich insofern um ein Aufgreifkriterium handelt, dass einer weiteren Überprüfung zugeführt werden muss.

In der Praxis bereiten derartige Konstellation erhebliche Schwierigkeiten, da die Rechtsprechung auch eine dahingehende Organisation der Praxisgemeinschaft als problematisch erachtet, in der aufgrund von regelmäßigen Urlaubszeiten und damit einhergehenden Vertretungen die kontinuierliche Versorgung der Patienten letztendlich nur gemeinsam möglich ist.

3. Eine weitere Variante, die in der Vergangenheit zu Problemen führte, sind die sogenannten Scheingesellschaften, bei denen mehrere Vertragsärzte in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig sind und als Gesellschafter vom Zulassungsausschuss geführt werden. Die zivilrechtlichen Regelungen, die letztendlich der vertragsärztlichen Tätigkeit den organisatorischen Rahmen geben, schränken bei den Konstellation der Scheingesellschafter die unternehmerische Qualität derart weitgehend ein, dass diese letztendlich nicht als Gesellschafter im vertragsärztlichen Sinn gesehen werden können. Dies führt zu der Konsequenz, dass die Tätigkeiten dieser Scheingesellschafter letztendlich in einem Status erbracht werden, der nicht dem Genehmigungsstatus entspricht. Der tatsächliche rechtliche Status mag zwar grundsätzlich zulässig sein, ist jedoch mangels statusbegründender Genehmigung nicht vorhanden. Da eine nachträgliche Genehmigung beispielsweise als Angestellter nicht in Betracht kommt, sind sämtliche Leistungen des Scheingesellschafters nicht abrechenbar gewesen. Dies kann zu erheblichen Honorarrückforderungen im Rahmen der Prüfverfahren führen. Darüber hinaus drohen den Beteiligten neben Disziplinarmaßnahmen auch strafrechtliche Sanktionen, da dieses Verhalten gegebenenfalls auch als Abrechnungsbetrug qualifiziert werden kann.

Dementsprechend hat das Bundessozialgericht (Leitsatz des BSG-Urteil vom 23.6.2010, Az. B 6 KA 7/09 R) klare Aussagen getroffen:

„Ein Vertragsarzt übt seine Tätigkeit nicht in „freier Praxis“ aus, wenn er weder das wirtschaftliche Risiko der Praxis (mit)trägt noch am Wert der Praxis beteiligt ist.“

Ferner hat es sich mit Kriterien auseinandergesetzt, die unerlässlich für die Gesellschafterstellung eines Vertragsarztes sind:

- Tragung eines wirtschaftlichen Risikos,
- Beteiligung am (Miss)Erfolg der Praxis,
- Freiheit der Ausgestaltung der Tätigkeit,
- Weisungsbefugnisse gegenüber Mitarbeitern,
- Beteiligung an Beschlussfassungen der Gesellschafterversammlung.

Es ist daraus nicht abzuleiten, dass alle Gesellschafter gleichberechtigt sein müssen. Der Ausschluss oder auch nur die erhebliche Einschränkung einzelner Aspekte kann aber zur Annahme einer Scheingesellschafterstellung führen.

Wie wird geprüft?

§ 7 Abrechnungsprüfungs-RiLi sieht vor, dass die Plausibilitätsprüfungen durch die kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführt werden. Dabei sind folgende Plausibilitätsprüfungen zu unterscheiden:

- Regelhafte Plausibilitätsprüfung,
- ergänzende Plausibilitätsprüfung,
- Stichprobenprüfung,
- anlassbezogene Prüfung.

Wie die Prüfung konkret abläuft ist gemäß § 13 Abrechnungsprüfungs-RiLi in die Regelungskompetenz der Kassenärztlichen Vereinigung gestellt. Regelmäßig werden die Prüfunterlagen durch die Kassenärztliche Vereinigung aufbereitet, dem Prüfungsgremium zur Verfügung gestellt und mit einem Prüfbericht versehen. Im Rahmen des Prüfverfahrens wird dem betroffenen Arzt Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben und auf dieser Grundlage eine Entscheidungsvorlage erstellt.

Von der Möglichkeit zur Stellungnahme sollte der Vertragsarzt in jedem Fall Gebrauch machen, um etwaige Besonderheiten oder Gegebenheiten darzustellen und dadurch die aus den statistischen Daten häufig resultierende Auffälligkeit zu erklären.

Was wird zurückgefordert?

Stellt die kassenärztliche Vereinigung bzw. stellen die Krankenkassen fest, dass ein Korrekturbedarf besteht, wird der entsprechende Honoraranteil gekürzt. Bei der Kürzung ist nach der Rechtsprechung nicht vollumfänglich zu berücksichtigen, dass gegebenenfalls bestimmte Leistungen aufgrund von Budgetregelungen ohnehin nicht oder nur teilweise vergütet wurden. Demgemäß steht es den Gremien zu, Pauschalierungen dergestalt vorzunehmen, dass die Kürzungen in dem Verhältnis vorgenommen werden, in dem auch die tatsächliche Vergütung zu den Honoraranforderungen steht.

Beispiel:

En Vertragsarzt hat im Prüfzeitraum ein Honorar in Höhe von 250.000 € angefordert. Aufgrund von Budgetierungsregelungen ist ihm tatsächlich ein Honorar in Höhe von 200.000 € ausgezahlt worden. Es wird ein Regressbetrag festgestellt in Höhe von 50.000 €. Dieser ist nunmehr um ein Fünftel zu reduzieren, so dass der zu zahlende Regress sich auf 40.000 € beläuft.

Was kann man gegen den Regress unternehmen?

Gegen den Regressbescheid ist regelmäßig binnen eines Monats nach Zugang des Bescheides Widerspruch einzulegen. Der Widerspruch darf nicht allein per E-Mail eingelegt werden, sondern bedarf der Schriftform.

Zu berücksichtigen ist, dass im Widerspruchsverfahren der Vertragsarzt grundsätzlich möglichst umfassend vortragen sollte, da er zur Mitwirkung an diesem Verfahren verpflichtet ist und teilweise die Sozialgerichte bei nicht ausreichender Mitwirkung im gerichtlichen Verfahren erstmals vorgetragene Argumente nicht mehr berücksichtigen.

Wird ein Widerspruchsbescheid erlassen, ist wiederum binnen eines Monats nach Zugang des Widerspruchsbescheides Klage bei dem zuständigen Sozialgericht zu erheben.

Es empfiehlt sich daher, auf dem Bescheid den tatsächlichen Eingang zu vermerken, insbesondere wenn zwischen dem Datum des Bescheids und dem Zugang mehr als drei Tage liegen.

Diese Informationen wurden zusammengestellt von unserem GBB-Partner:

Stefan Rohpeter
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht
Health Care Manager



Querallee 38
34119 Kassel

Telefon: 0561/60285820
Telefax: 0561/60285818
E-Mail: rohpete@medizinrechtskanzlei.net
Internet: www.medizinrechtskanzlei.net