

Perspektiven, Projekte und Post-Papier Retaxfragen & e-Verordnung

BV Med Akademie
13.05.2025 (online)

Vorab ein Tipp für alle, die sich selbst intensiver mit der Abrechnung nach § 302 SGB V beschäftigen wollen:

Sehr lesenswert (auch in Bezug auf organisatorische Besonderheiten der einzelnen Kassenarten):

[GKV-Spitzenverband](#)



Informationen
zum elektronischen Abrechnungsverfahren
mit den gesetzlichen Krankenkassen
beim Datenaustausch
im Abrechnungsverfahren
nach § 302 SGB V

Stand: 06.01.2025

Die Herausforderung: Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts

Das BSG hat in seiner Rechtsprechung zum Abrechnungsrecht den Grundsatz der streng formalen Betrachtungsweise entwickelt und gefestigt. Dieser Grundsatz hat für Leistungserbringer große praktische Bedeutung, da jeder Formfehler zum vollständigen Vergütungsausschluss (sog. Nullretaxation) führen kann.

Beispiele:

- BSG, Urteile Az. B1 KR 49/12 R und B1 KR 5/13

Entsprechend enthalten viele Verträge heute Klauseln, die klarstellen, dass kein Anspruch auf Vergütung besteht, wenn nicht alle Anforderungen aus dem Gesetz bzw. den Verträgen erfüllt wurden.

Welche Herausforderungen bestehen in der Praxis?

Rolle des Leistungserbringers - Leistungsberechtigung

- Unternehmen (IK-Nummer) präqualifiziert
 - PQ für den betreffenden Versorgungsbereich (PQ-Kriterienkatalog)
 - PG noch gültig/aktuell (fachlicher Leiter, Firmierung, Adresse usw.)
- Unternehmen (IK-Nummer) Vertragspartner der Krankenkasse?
- Ggf.: Personelle Anforderungen eingehalten (z. B. Fortbildung des versorgenden Personals bzw. Fachliche Eignung der Handelnden (z. B. Heilmittel))

Welche Herausforderungen bestehen in der Praxis?

Leistungsanspruch des Versicherten

- Liegt eine Verordnung vor?
 - Richtiges Muster
 - Komplette ausgefüllt/unterzeichnet
 - Diagnose (Hilfsmittel)
 - Feld „7“ (Hilfsmittel)
 - ggf. auch Änderungen bestätigt durch ärztliche Unterschrift im Korrekturfall
- Wurde eine ggf. erforderliche Genehmigung eingeholt?
- Wurde beraten / die Beratung dokumentiert („hinreichende Auswahl“/Mehrkosten) und ggf. die Auswahl (Erhebungsbögen) schriftlich festgehalten?
- Wurde eingewiesen (ggf. dokumentiert) und der Empfang quittiert (nicht im Voraus!)?

Welche Herausforderungen bestehen in der Praxis?

Formale Anforderungen

- Stimmen die angegebenen Daten, z. B.
 - LEGS
 - Hilfsmittelnummer
- Stimmt der angegebene Preis?
- Wurde der Befreiungsausweis (Zuzahlung) geprüft und die Zuzahlung richtig erhoben?
- Liegen alle Begleitdokumente (Beratung, Einweisung, Empfang usw.) vor und wurden sie unterzeichnet (von den richtigen Personen)?

Häufige Beanstandungsfälle:

Zuzahlungsbefreiung fehlt

Falscher Preis

Genehmigung fehlt

Kein Vertragspartner / fehlende PQ

Fehlende Empfangsbestätigung

Fehlende Originalverordnung

Reaktion LE:

Nachberechnung/Ausbuchen

Ggf. Ausbuchung Differenz

Genehmigung nachholen (-)

Prüfen / ggf. widersprechen

Nachreichen + 2. Abrechnung

DauerVO?

Der Koalitionsvertrag der neuen Regierung: Ein „Silberstreif“ am Horizont?

Unter der Überschrift „Bürokratieabbau im Gesundheitswesen“ steht in Zeile 3503 ff:

Anspruch des Versicherten – formale Anforderungen

„Wir führen eine Bagatellgrenze von 300 Euro bei der Regressprüfung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte ein. Entsprechende Regelungen werden wir auch für andere Leistungserbringerinnen und -erbringer treffen. Die Verschreibung und Abrechnung von Heil- und Hilfsmitteln gegenüber den Krankenkassen vereinfachen wir wesentlich. Wir senken die Prüfquote bei Krankenhäusern erheblich. Das Prüfergebnis der Stichproben wird sodann auf 100 Prozent hochgerechnet. Ist eine Prüfung regelhaft nicht auffällig, sind die Prüffrequenzen anzupassen. Die Aufgaben der Kontrollinstanzen in der Pflege (Medizinischer Dienst und Heimaufsicht) verschränken wir und bauen Doppelstrukturen ab. Krankenkassen verpflichten wir, vollständig gemeinsame Vertrags- und Verwaltungsprozesse zu entwickeln.“

Empfehlungen

- Analysieren Sie die Gründe, die zu Beanstandungen bei Abrechnungen führen
- Ermitteln Sie die Ursachen für die häufigsten bzw. teuersten Beanstandungen und stellen Sie Fehlerquellen ab
- Buchen Sie Bagatellfälle aus
- Legen Sie mehr Wert auf die Startphase von neuen Verträgen (wer hier Zeit investiert, hat bei der Umsetzung weniger Probleme)

Kann man auf „Papier“ verzichten, indem man die Unterlagen digitalisiert?

- Achtung: Die Richtlinien zu § 302 SGB V sprechen noch von „Urbelegen“ - solange das nicht verändert wird, muss grundsätzlich Papier bewegt werden
- Ausnahme: Krankenkassen verzichten in Verträgen auf die Vorlage von Dokumenten oder akzeptieren elektronische Unterlagen

Wie gehen Krankenkassen damit um? Ansätze für Erleichterungen

- Dauerverordnungen – Dauergenehmigungen
- Keine Folgeverordnungen bei Fallpauschalen
- Empfangsbestätigung durch Sendungsnachweis Lieferdienst
- Übermittlung Genehmigungsdaten statt Genehmigung

Dennoch herausfordernd: Es muss für jeden Vertrag im Einzelnen geprüft werden, ob die Kasse solche Erleichterungen ermöglicht und wie sie konkret gestaltet sind

d. h. Verträge von 94 Kassen x 54 Produktgruppen (HMV)

Kann man auf „Papier“ verzichten, indem man Unterlagen digitalisiert?

- Viele Krankenkassen akzeptieren digital erstellte und archivierte Dokumente oder Empfangsbestätigungen durch alternative Nachweise (digitale Unterschriften/Zustellnachweise)
- Kann auch die Original-Verordnung eingescannt und damit ersetzt werden?
 - Die AOKen verfolgen schon lange das sog. „Image-Link-Verfahren“
 - Das BAS (Bundesamt für soziale Sicherung) war lange Zeit der Auffassung, dass das ersetzende Scannen von ärztlichen Verordnungen nicht zulässig sei (siehe [Ersetzendes Scannen - www.bundesamtsozialesicherung.de](https://www.bundesamtsozialesicherung.de))
 - Diese Auffassung hat das BAS inzwischen korrigiert (Stand: Oktober 2024), siehe https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Krankenversicherung/PDK2/PDK/20240429LeitfadenEKDig_Version6.1.1.pdf

Damit dürfte künftig unabhängig von der Einführung der eVO das Erfordernis der Übermittlung der Original-Verordnung an Krankenkassen in Papierform entfallen (soweit dies auch vertraglich umgesetzt wird)

Nicht zu vergessen: TI, eVO & Co. ... da kommt was auf uns zu:

Interessant ... die gematik zeigt keine Daten mehr auf ihren Schaubildern

Langfristige Roadmap zur Weiterentwicklung E-Rezept

Seit 2024

Verschreibungspflichtige Arzneimittel für gesetzlich Versicherte

Freiwillige Nutzung für:

- Selbstzahler-Rezepte für gesetzlich Versicherte (auch für nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel)
- Direktzuweisung für Zytostatika-Verordnungen
- Privat Versicherte (je nach Verfügbarkeit der digitalen Identität)

- Häusliche Krankenpflege
- Außerklinische Intensivpflege

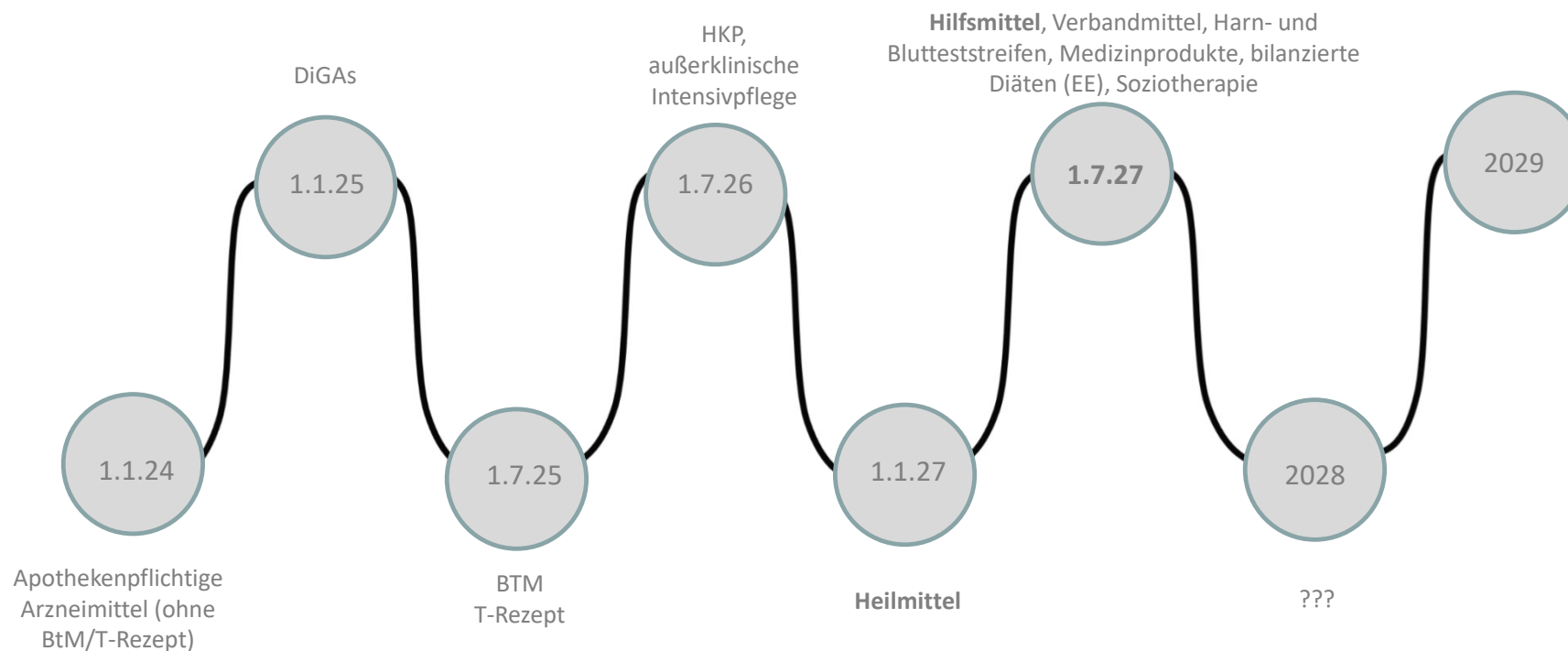


- Digitale Gesundheitsanwendung
- Betäubungsmittelrezepte
- T-Rezepte

- Heilmittel
- Soziotherapie
- Hilfsmittel
- Verbandmittel (nach § 31 Abs. 1 Satz 1)
- Harn- und Blutteststreifen (nach § 31 Abs. 1 Satz 1)
- Medizinprodukte (nach § 31 Abs. 1)
- Bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung (nach § 31 Abs. 1 Satz 5)

gematik

Das SGB V geht i. S. „verpflichtende Nutzung der eVO“ im Moment noch von folgender Timeline aus:



Was gilt es bis 2027 noch zu erledigen?

- Ausgabe der Ausweise (eGBR Münster/Handwerksammern) (noch offen: Nur für die Institution oder auch für Gesundheitsberufeangehörige?) – Umsetzung startet gerade erst ...
- Klärung der Frage: Auf welche „Legitimation“ wird zurückgegriffen (PQ oder Verträge)?
- Vergütungsvereinbarung nach § 380 SGB V für die Technik (Verhandlung GKV-SV)
- Spezifikation für eVO Hilfsmittel (derzeit: 2 Modellprojekte)
- Klärung: Zugriff auf ePA?

Klar dürfte sein:

Die eVO kann Prozesse verschlanken und vereinheitlichen (wenn es entsprechend umgesetzt wird).

Glauben wir an 2027? Wohl eher nicht

Herzlichen Dank
für Ihr Aufmerksamkeit!!!

Rechtsanwältin
Bettina Hertkorn-Ketterer

Röckesbergstrasse 2
53227 Bonn

Tel: +49 228 908 750 83
Mobil: +49 171 547 0097
mail@kanzlei-hertkorn.de