

Aufklärung zur Vermeidung von Regressansprüchen

Regress verordneter Leistungen

Allgemeines

Alle Leistungen innerhalb der GKV unterliegen einem generellen Wirtschaftlichkeitsgebot. Nähere Ausführungen für die niedergelassenen Ärzte und deren verordneter Leistungen, z. B. von Hilfs-, Verband- und Arzneimitteln können § 12 SGB V, § 106 SGB V, § 106b SGB V entnommen werden.

Grundsätze für die Bewertung einer verordneten Leistung nach § 12 SGB V sind die Eignung, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit:

- „Ausreichend“: Die verordnete Leistung muss dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinisch-technischen Entwicklungen und den Erfordernissen des konkreten Einzelfalls – passend zu Art und Schwere der Erkrankung - entsprechen.
- „Zweckmäßigkeit“: Die verordnete Leistung muss objektiv geeignet sein, um den angestrebten Heilerfolg zu erzielen.
- „Wirtschaftlichkeit“: Das Behandlungsziel muss mit effizientem Leistungseinsatz erreicht werden.
- „Notwendigkeit“: Als „notwendig“ gelten die verordneten Leistungen, die mindestens erforderlich sind, um den Therapieerfolg einer Behandlung zu sichern.

Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

Ursachen für Regresse

Wirtschaftlichkeitsprüfungen und daraus mögliche folgende Regresse können eingeleitet werden, wenn

- die Verordnungen nicht den o. g. Grundsätzen entsprechen, bspw. bei
 - > Verordnungen, die im Off-Label-Use, also außerhalb der Zulassung, vorgenommen werden
 - > Produkten, die nicht in der SSB-Vereinbarung gelistet sind, vom Arzt aber verordnet wurden
 - > Fällen, wenn das Verhältnis zwischen verordneten Produkten und Behandlungsfällen unverhältnismäßig ist
- die vereinbarten Vorgaben der jeweiligen KV (Durchschnittswerte, Richtgrößen) überschritten werden
- die verordneten Produkte nicht in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung fallen

Richtig verordnen – Regressen vorbeugen

Jede Verordnung muss unter Beachtung der Vorgaben der jeweiligen KV nach § 106b SGB V in den Prüfvereinbarungen (z. B. Durchschnittswerte, Zielvereinbarungen, Richtgrößen etc.) erfolgen. Sollte die KV darüber hinaus weitere Instrumente zur Mengensteuerung z. B. hinsichtlich der Verordnung von Verbandmitteln erstellt haben, sind diese zu beachten.

Folgendes ist zu berücksichtigen:

- Bestehende medizinische Standards und Leitlinien müssen bei der Versorgung berücksichtigt werden, u. a. bzgl. der Auswahl der Versorgung und der Dauer und Anwendung der Leistung.
- Sprechstundenbedarfsvereinbarungen und Arzneimittelrichtlinien sind für die Verordnung maßgeblich.
- Für die Nachweisführung bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung sollten Behandlungen entsprechend dokumentiert werden.

Aufklärung zur Vermeidung von Regressansprüchen

Besonderheiten bei der patientenbezogenen Verordnung von Verbandmitteln

Verbandmittel sind verordnungs- und erstattungsfähig nach § 31 SGB V. Sie zählen zu den Medizinprodukten; die Verordnungsregelungen für Arzneimittel gelten für diese daher nicht.

Der Arzt wählt die für die Therapie notwendigen und geeigneten Verbandmittel aus und verordnet diese auf Muster 16-Rezept. Verbandmittel können produktbezogen unter Angabe der PZN rezeptiert werden. Dabei unterliegen Verbandmittel nicht der Substitution, die Aut-idem-Regelung und auch Importquoten gelten hier nicht. Für kostenintensive Behandlungsfälle besteht ggf. die Möglichkeit Praxisbesonderheiten bei der KV zu beantragen. Grundsätzlich sollten die begründeten Verordnungen – inkl. der Diagnose – lückenlos dokumentiert werden.

Besonderheiten bei der Verordnung von Sprechstundenbedarf

Sprechstundenbedarf (SSB) ist für die Versorgung von mehr als einem Berechtigten in Akut- und Notfällen in der Praxis vorgesehen. Alle planbaren Versorgungen sollten über patientenbezogene Verordnungen erfolgen. Bei der Verordnung von SSB sind die regionalen Sprechstundenbedarfsvereinbarungen zu beachten. Diese regeln u. a. die als SSB verordnungsfähigen Produkte (auch in Abgrenzung zum Praxisbedarf) und enthalten Hinweise zur wirtschaftlichen Verordnungsweise.

Rahmenbedingungen für Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Die Rahmenbedingungen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind im Bundesmantelvertrag geregelt und werden auf Landesebene in den Prüfvereinbarungen der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen konkretisiert. Diesen sind bspw. mögliche Maßnahmen bei Überschreitung von vereinbarten Mengenvolumina zu entnehmen.

Die für Sie zutreffende Prüfvereinbarung entnehmen Sie bitte der Homepage Ihrer jeweiligen KV.

Nach Anpassung der §§ 106a, 106b SGB V in 2019 finden Auffälligkeitsprüfungen bei max. 2 % der Fachgruppe statt. Die Festsetzung einer Nachforderung oder einer Kürzung muss für ärztliche Leistungen innerhalb von zwei Jahren ab Erlass des Honorarbescheides und für ärztlich verordnete Leistungen innerhalb von zwei Jahren ab dem Schluss des Kalenderjahres, in dem die Leistungen verordnet worden sind, erfolgen (§ 106 Abs. 3 Satz 3 SGB V). Zufälligkeitsprüfungen sind nicht mehr vorgesehen.

Bei erstmaliger Auffälligkeit gilt der Grundsatz „Beratung vor Regress“. Ab wann eine Auffälligkeit vorliegt ist ebenfalls den regionalen Prüfvereinbarungen zu entnehmen.

Was passiert, wenn es passiert ist?

Wer führt die Prüfung durch?

Die Gemeinsame Prüfstelle und der Gemeinsame Beschwerdeausschuss führen das Verfahren durch. Die geprüften Ärzte, die KV und die Krankenkassen sind Beteiligte des Prüfverfahrens, die ebenso wie der Arzt missliebige Entscheidungen mit Rechtsmitteln angreifen können.

Welche Prüfverfahren gibt es?

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung im engeren Sinne umfasst einerseits die Überprüfung der Honorarabrechnung, andererseits aber auch die vertragsärztlichen Verordnungen. Hierzu zählen wie beschrieben insbesondere die Verordnung von Arzneimitteln, Verbandmitteln, Heilmitteln und Sprechstundenbedarf.

Prüfungsarten:

- Bei der Auffälligkeitsprüfung wird die Abweichung zu Vorgaben überprüft. Sie ist das häufigste Prüfverfahren.
- Bei den sonstigen Prüfungen wird im Einzelfall untersucht, ob möglicherweise gegen Verordnungsausschlüsse oder andere Vorgaben des Vertragsarztrechts verstoßen wurde. Diese Verfahren werden auch unter dem Begriff „Sonstiger Schaden“ zusammengefasst.

Aufklärung zur Vermeidung von Regressansprüchen

Was muss ich über das Verfahren wissen?

Mit Einleitung des Prüfverfahrens wird die Prüfstelle zunächst eine Vorabprüfung auf Praxisbesonderheiten vornehmen. Hierzu greift die Prüfungsstelle auch auf alle vom Arzt dazu eingereichten Unterlagen zurück. Ergibt die Vorabprüfung keine Praxisbesonderheiten, wird die Prüfstelle den Arzt darüber informieren, dass ein Prüfverfahren eingeleitet wurde und ihn auffordern, eine schriftliche Stellungnahme abzugeben.

Was ist bei der Aufforderung zur Stellungnahme zu beachten?

Die Frist zur Stellungnahme ist oft relativ kurz gesetzt. Ist abzusehen, dass die Frist nicht gehalten werden kann, ist eine Fristverlängerung formlos bei der Prüfstelle zu beantragen.

Wann soll ich in den Widerspruch gehen?

Wer als betroffener Arzt mit der Entscheidung der Prüfstelle nicht einverstanden ist, sollte Widerspruch einlegen. Dies empfiehlt sich beispielsweise auch dann, wenn Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die zugrunde gelegten Daten nicht korrekt sind.

Wichtig: Die einmonatige Widerspruchsfrist ist zwingend!

Auf einen Blick: Wie Sie sich vor Regressen am besten schützen

- Praxisbesonderheiten erkennen, dokumentieren und rechtzeitig anzeigen
- Es muss so dokumentiert werden, dass am Ende eines Verordnungszeitraumes (Quartal oder Jahr) die genannten Praxisbesonderheiten mit den jeweiligen Verordnungen und Patientennamen einschließlich Geburtsdaten und Kassenzugehörigkeit belegbar sind.

Eine konzeptionell gut überlegte und organisatorisch kontrollierte Dokumentation ist die sicherste Prophylaxe und Verteidigung in einem Prüfverfahren!