

bvvp-Mitglieder-Info:

Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Der Gesetzgeber hat durch die Vorgaben des TSVG die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen neu geregelt. Im Folgenden werden die Änderungen dargelegt, aber auch erläutert, warum es Wirtschaftlichkeitsprüfungen gibt, wie diese vollzogen werden und worauf man achten muss, um nicht von Regressforderungen bedroht zu werden.

Die Grundlage: Das Wirtschaftlichkeitsgebot

Im Interesse der Kosten- und Leistungsmengenregulation innerhalb der gesetzlichen Krankenversorgung gilt ein sogenanntes Wirtschaftlichkeitsgebot für Leistungen, die zulasten der gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden. Als Grundlage dient die in § 12, Absatz 1 SGB V formulierte Forderung, dass die Leistungen

„... ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“

Aufgeführt werden hier die sogenannten WANZ-Kriterien, die die Leistungen erfüllen müssen.

Wirtschaftlich: Die Leistung wird mit einem möglichst geringen Aufwand an Kosten erbracht. Bei bestehenden Alternativen muss der Vertragsarzt die kostengünstigste Möglichkeit wählen. Stehen dem Arzt bei einer bestimmten Indikation für eine als notwendig erkannte Therapie mehrere gleich wirksame und dem Patienten zuträgliche Alternativen zur Verfügung, soll der Vertragsarzt die „kostengünstigste“ Möglichkeit wählen. Ein Mehr an diagnostischem oder therapeutischem Aufwand ist nur dann wirtschaftlich, wenn dem auch ein Mehr an Nutzen und Erfolg gegenübersteht.

Ausreichend: Die Intensität der Behandlung entspricht der Art und Schwere der Krankheit des Patienten und berücksichtigt den Stand der medizinischen Erkenntnisse.

Notwendig: ... ist alles, worauf der Arzt bei der Behandlung eines Patienten nicht verzichten darf, damit diese ausreichend ist.

Zweckmäßig: Die Leistung ist geeignet, im Rahmen der anerkannten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten den angestrebten Heilerfolg zu erzielen. Fehlt es also an der Qualität oder Wirksamkeit der Behandlung oder wird der allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse nicht berücksichtigt, so ist die

Behandlung nicht ausreichend und auch nicht zweckmäßig. Hier geht es also zum Beispiel um die sogenannte evidenzbasierte Medizin.

Wer ist für Prüfungen zuständig?

Die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots wird von Wirtschaftlichkeitsprüfungen kontrolliert, die in § 106 des SGB V verankert sind. (1) Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen überwachen die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch Beratungen und Prüfungen.

Und § 106c SGB V „Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen“: (1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen bilden jeweils eine gemeinsame Prüfungsstelle und einen gemeinsamen Beschwerdeausschuss. Die Überwachung unterliegt also der Selbstverwaltung, die im jeweiligen regionalen KV-Bezirk die sogenannte ARGE WP (Arbeitsgemeinschaft Wirtschaftlichkeitsprüfung) eingerichtet haben. Diese ist die Trägerin der Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen, bestehend aus einer Gemeinsamen Prüfungsstelle und einem Gemeinsamen Beschwerdeausschuss. In diesen Gremien sitzen im Falle der Prüfung psychotherapeutischer Leistungen auch immer PsychotherapeutInnen als ExpertInnen.

<https://www.gpe-bw.de/grundlagen-des-pruefwesens/arbeitsgemeinschaft-wirtschaftlichkeitspruefung/>

Bis Anfang 2019 waren grundsätzlich zwei Arten der Wirtschaftlichkeitsprüfung gesetzlich vorgeschrieben: Die Auffälligkeitsprüfung, die sich an Durchschnittswerten orientierte, und die Zufälligkeitsprüfung als Einzelfallprüfung. Die Einleitung eines Prüfverfahrens fand entweder statt bei Überschreitung des vereinbarten Richtgrößenvolumens (Auffälligkeitsprüfung) oder durch Auswahl durch den Zufallsgenerator (Stichprobenziehung von mindestens 2 Prozent der ÄrztInnen/PsychotherapeutInnen je Quartal).

Änderungen durch TSVG-Vorgaben

Die bisher von Amts wegen vorgesehene Zufälligkeitsprüfung wird durch eine Prüfung auf begründeten Antrag ersetzt. Hintergrund ist der mit der Zufälligkeitsprüfung verbundene hohe bürokratische Aufwand bei nur geringem Nutzen. Die bisherige Richtlinienkompetenz im Rahmen der Zufälligkeitsprüfung fällt weg, es muss also immer eine Auffälligkeit vorliegen. Auf begründeten Antrag einer einzelnen Krankenkasse, mehrerer Krankenkassen gemeinsam oder der Kassenärztlichen Vereinigung kann eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit bei der Prüfungsstelle erfolgen. Eine Prüfung auf Antrag erfolgt im Wege einer Einzelfallprüfung.

Außerdem wird laut Gesetz die Frist der Einleitung eines Prüfverfahrens verkürzt von bisher vier Jahren auf zwei Jahre ab Erlass des Honorarbescheides.

Die KBV und der GKV-Spitzenverband vereinbaren zur Prüfung auf begründeten Antrag Rahmenempfehlungen. Diese Rahmenempfehlungen sind bei den Vereinbarungen auf Landesebene zu berücksichtigen. Auf Landesebene können die Rahmenempfehlungen ergänzt werden durch Prüfungen nach Durchschnittswerten oder anderer arztbezogener Prüfungsarten.

Die Prüfungen gemäß § 106a Abs. 1 Satz 1 SGB V können das zur Abrechnung vorgelegte Leistungsvolumen einschließlich Sachkosten umfassen, aber auch Überweisungen sowie sonstige veranlasste ärztliche Leistungen, insbesondere aufwendige medizinisch-technische Leistungen. Die Einbeziehung weiterer Leistungen können die Vertragspartner auf Landesebene vereinbaren.

Verdacht auf Unwirtschaftlichkeit muss gegeben sein

Konkret muss ein Antrag die betroffene Praxis, den Prüfgegenstand und den Abrechnungszeitraum bezeichnen und einen ausreichenden Verdacht auf Unwirtschaftlichkeit nahelegen. Der Antrag ist schriftlich zu begründen. Eine statistische Abweichung vom Durchschnitt einer Vergleichsgruppe allein reicht für eine Begründung nicht aus.

Die Begründung soll nach dem Willen des Gesetzgebers folgende Sachverhalte am Beispiel einzelner Patienten enthalten:

- a) Verdacht auf fehlende medizinische Notwendigkeit der Leistungen (Fehlindikation),
- b) Verdacht auf fehlende Eignung der Leistungen zur Erreichung des therapeutischen oder diagnostischen Ziels (Ineffektivität),
- c) Verdacht auf mangelnde Übereinstimmung der Leistungen mit den anerkannten Kriterien für ihre fachgerechte Erbringung (Qualitätsmangel), insbesondere in Bezug auf die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses enthaltenen Vorgaben,
- d) Verdacht auf Unangemessenheit der durch die Leistungen verursachten Kosten im Hinblick auf das Behandlungsziel.

Die VertragspartnerInnen auf Landesebene legen die Zahl der je Quartal höchstens zu prüfenden ÄrztInnen/PsychotherapeutInnen in einer Kassenärztlichen Vereinigung fest. Außerdem legen sie als Kriterien zur Unterscheidung Praxisbesonderheiten fest, die sich aus besonderen Standort- und Strukturmerkmalen der BehandlerInnen oder bei besonderen Behandlungsfällen ergeben. Die Praxisbesonderheiten sind vor Durchführung der Prüfungen als besonderer Versorgungsbedarf durch die Prüfungsstellen anzuerkennen.

Ein begründeter Antrag soll bei der Prüfungsstelle innerhalb von 14 Monaten nach Erlass des Honorarbescheides eingereicht werden.

Plausibilitätsprüfungen sind wichtiger als Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Grundsätzlich muss angemerkt werden, dass auch nach Ansicht der Krankenkassen die Prüfung auf begründeten Antrag im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen künftig keine große Rolle mehr spielen wird. Die möglichen Anträge im Bereich der Abrechnungsprüfung (Plausibilitätsprüfung: Wurden die Leistungen, die abgerechnet wurden, auch tatsächlich erbracht) werden als weitaus gewichtiger angesehen. Die Ergebnisse der Prüfung der Wirtschaftlichkeit können

Veranlassung geben, genau eine solche Prüfung gemäß § 106d SGB V durchzuführen.

Bei den PsychotherapeutInnen sichert das Antrags und Gutachterverfahren bei der genehmigungspflichtigen Psychotherapie, dass eine Psychotherapie unter Beachtung der WANZ-Kriterien im Vorab genehmigt wird und damit nachträgliche Überprüfungen der Wirtschaftlichkeit entfallen. Dies gilt durch den Genehmigungsvorbehalt auch für die vom Gutachterverfahren befreiten Kurzzeittherapien. Leistungen, die auch bisher schon einer Wirtschaftlichkeitsprüfung unterzogen werden konnten, sind die beiden neuen Leistungen „Psychotherapeutische Sprechstunde“ und „Akutbehandlung“, die nicht vorab genehmigt sind, die Probatorik und die Gesprächsziffern. In Zukunft wird die Gruppenpsychotherapie zwar keinem Gutachterverfahren mehr unterzogen, aber immer noch einem Antrags- und Genehmigungsverfahren, was weiterhin die nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfung ausschließt.

Den Wirtschaftlichkeitsprüfungen unterliegen auch die für die Psychologischen und Kinder- und Jugendlichen-PsychotherapeutInnen neu hinzugekommenen Befugnisse der Verordnung von psychotherapeutischer Rehabilitation, Krankentransporten, Krankenhausbehandlungen sowie Soziotherapie. Sollte aus einem der oben genannten Anlässe ein Prüfverfahren eingeleitet werden, muss die von der Prüfstelle aufgegriffene Praxis die Wirtschaftlichkeit belegen.

Ablauf und mögliche Folgen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung

Gegebenenfalls wird Akteneinsicht genommen. Für die Prüfung der nicht vorab genehmigten Leistungen können dann PatientInnenakten gesichtet, Behandlungspläne kontrolliert und Verordnungen überprüft werden im Hinblick auf ihre Wirtschaftlichkeit. Eine sorgfältige Dokumentation, die insbesondere die Indikation für die Leistungen darstellt, ist folglich wichtig. Dazu gehört auch eine nachvollziehbare Diagnosestellung.

Bei einer Prüfung werden alle Bereiche der vertragsärztlichen Tätigkeit einbezogen. Maßgeblich sind die von einer zentralen Prüfungsstelle erarbeiteten für die Prüfung relevanten Richtlinien, die der Transparenz und Einheitlichkeit dienen sollen. Die Prüfungsstelle ermittelt dann, „ob eine schuldhafte Verletzung vertragsärztlicher Pflichten zur Verursachung des dem Prüfverfahren zu Grunde liegenden Schadensereignisses geführt hat und die schuldhafte Verletzung in einem kausalen Zusammenhang zum entstandenen Schaden steht“.

Mögliche Konsequenzen sind neben einer Beratung dann Honorarkürzungen, Regressforderungen für verordnete Leistungen und Regress nach Feststellung eines Schadens dem Grunde und der Höhe nach.

Es ist wichtig, zu unterscheiden zwischen den Abrechnungsmöglichkeiten des EBM und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit. So können pro Krankheitsfall (innerhalb von 4 Quartalen) jeweils 24 Akutziffern oder 6 (KJP 10) Psychotherapeutische Sprechstunden abgerechnet werden.

Was zu beachten ist

Es kann aber keinesfalls davon ausgegangen werden, dass das, was im EBM abgerechnet werden kann, insbesondere auf bestimmte Vorgaben des Zeitraums wie Behandlungs- oder Krankheitsfall, auch automatisch einer Wirtschaftlichkeitsprüfung standhält.

Als Beispiele für problematische Konstellationen können folgende Fälle dienen:

- Nach der Psychotherapeutischen Sprechstunde wird grundsätzlich zunächst eine Akutbehandlung durchgeführt.
- Eine Praxis führt ausschließlich Akutbehandlungen durch und schöpft nicht das gesamte Behandlungsspektrum aus.
- Die Akutbehandlung wird genutzt, weil man sich nach der KZT den Bericht an den Gutachter sparen möchte.
- Die Akutbehandlung wird genutzt, um die zwei Jahre bis zu Beantragung einer neuen Psychotherapie zu überbrücken.
- Die Psychotherapeutische Sprechstunde wird genutzt, um die Zeit bis zur Bewilligung einer Langzeittherapie mit Gutachterverfahren zu überbrücken.
- Psychotherapeutische Sprechstunden werden ergänzend zu den Gesprächsziffern genutzt, um die 2-Jahres-Frist zu überbrücken.

Wichtig ist, dass man das, was man indiziert und abrechnet, auch inhaltlich und unter Beachtung der WANZ-Regeln begründen kann und gut dokumentiert. Man sollte dabei beachten, welche Inhalte die Richtlinie für die jeweiligen Leistungen vorgibt. Dies würde für die oben genannten Beispiele eher schwierig werden. Daher sind diese Konstellationen von Regress-Forderungen bedroht, wenn Wirtschaftlichkeitsprüfungen stattfinden.

Es soll an dieser Stelle aber auch darauf hingewiesen werden, dass manche Vorschriften der Richtlinie auch nicht immer einer Wirtschaftlichkeitsprüfung standhalten würden. So ist zum Beispiel inhaltlich nicht zu begründen, warum man bei einem Patienten in Intervallbehandlung immer wieder probatorische Sitzungen zur Überprüfung der Passung des Verfahrens und der therapeutischen Beziehung durchführen muss.

Und sicherlich würden auch die Terminservicestellen, die Patientinnen und Patienten gegebenenfalls an mehrere Psychotherapeuten vermitteln sollen (erste Klärung, Akutbehandlung und nun auch anschließende Richtlinien-therapie), mit wiederholten Psychotherapeutischen Sprechstunden zur Indikationsstellung und zeitintensivem neuem Beziehungsaufbau zu Beginn, eine Prüfung schwerlich bestehen.

So würde man sich denn wünschen, dass neue Ideen zur Verschleierung von Bedarfsplanungsdefiziten selbst erstmal eine WANZ-Prüfung durchlaufen müssen.

Für den bvvp:

Ulrike Böker
Mitglied des Bundesvorstands
Stand: 20.02.2020

Quellen:

„Wegweiser Wirtschaftlichkeitsprüfung“, 2013, KVBW

Quellen §§ SGB V:

§ 106 Wirtschaftlichkeitsprüfung

Sind die Leistungen nach den WANZ-Kriterien erbracht worden?

§ 106a Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen

Plausibilitätsprüfung: Sind die Leistungen, die abgerechnet wurde, auch tatsächlich erbracht worden?

§ 106d Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung