

Zur Durchführung von Plausibilitätsprüfungen am Beispiel Nordrhein

Inhalte des Vortrags

1. Struktur des § 106 a SGB V/ zentrale Regelungen
2. Ablauf am Beispiel Nordrhein/ aktuelle Themen
3. Ausblick
4. Gesetzestext

1. Struktur des § 106 a SGB V/ allg. Regelungen

Abs. 1 SGB V, Prüfauftrag

- an KV'en und Krankenkassen
- Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnungen

Abs. 2 , Aufgabe der KV

- sachliche- u. rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen
- auch arztbezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität
- „insbesondere“ Zeitaufwand, Zeitrahmen wird durch KBV-Richtlinie vorgegeben
- Ausgangspunkt ist angefordertes Punktzahlvolumen
- Bericht an Kassen

Abs. 3, Aufgabe der Krankenkassen

- Bestehen und Umfang der Leistungspflicht
- Bezug von Leistung und Diagnose
- Anzahl der in Anspruch genommenen Ärzte
- Bericht an die KV`en

Abs. 4, gezielte Prüfungen

- bei Veranlassung
- jeweils auf Antrag der Beteiligten
- ggf. Abgabe zur Wirtschaftlichkeitsprüfung an die Prüfungsgremien

Abs. 5, Landesvereinbarung zu Inhalt und Durchführung

Abs. 6, Richtlinie auf Bundesebene durch KBV und Spitzenverband der Krankenkassen, hier insbesondere Zeitvorgaben

siehe jeweilige Regelung (www.kbv.de; www.kvno.de)



Abs. 7, Verweis auf die Regelung nach § 106 Abs. 4b SGB V

- Vorstandshaftung!



Zusammenfassung der Regelungskette

- Gesetzliche Regelung § 106 a SBG V
- Richtlinie auf Bundesebene
- Vereinbarungen auf Landesebene
- Verfahrensordnung als interne Vorgabe für die KV Nordrhein
- weitere Regelungen, z.B. Satzung, Disziplinarordnung

2. Ablauf am Beispiel Nordrhein/ aktuelle Themen

Durchgeführte Prüfarten

Zeitliche Prüfung wird regelhaft (jede Abrechnung, jedes Quartal) EDV-gestützt durch die Bezirksstellen durchgeführt, statistische Prüfung von Daten

- zeitl. Auffälligkeiten werden gemeldet, dann manuelle Prüfung (Personenanzahl/Praxiskonstellation, Vertreterfälle, erkennbare Spezialisierung der Praxis
- bei weiter bestehender Unklarheit Anfrage an Arzt
- Gesetz hebt diese Prüfung hervor, Praxisprogramme können aber davor schützen!

Gezielte/anlassbezogene Prüfung

- auf Anregung von Kassen oder Dritten
- Vorstandsbeschlüsse, z.B. Prüfung von Ermächtigten oder zu einzelnen Leistungen
- Überschneidung mit Bereich der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (§ 81a SGB V)
- Besonderheit: Vorabinstrument **Auswahlverfahren**

Vorgehen/ Konsequenzen

- Ermittlung/ Aufklärung des Sachverhalts
- Feststellung einer korrekten oder fehlerhaften Abrechnung
- Korrektur, Möglichkeiten von Vereinbarung bis zum Aufhebungs- u. Rückforderungsbescheid
- Ggf. Einleitung von Disziplinarverfahren, Antrag auf Zulassungsentziehung, Strafverfahren)

Schadensermittlung („Regressrisiko“)

- „Unabhängig von honorarwirksamen Begrenzungsregelungen“- nach Regelwerk
- je nach Maßnahme (z.B. Fälle streichen, Durchschnitt der Fachgruppe, prozentuale Kürzung)
- Verjährung: 4 Jahre nach Erlass des Abrechnungsbescheides

aktuelle Themen

- Facettendenerivation Nr. 31131 EBM
- hohe Fallzahl bei Ermächtigten, persönliche Leistungserbringung
- postoperative Betreuung durch Anästhesist und Operateur (Präambel 31.3.1 EBM)
- ambulante Abrechnung bei stationärem Aufenthalt

- Nrn. 31101 und 31102 EBM, maligner Befund erforderlich
- Nr. 01772 nach Nr. 01770 EBM-Mutterschaftsrichtlinie beachten!
- Nr. 01822 EBM Beratung/ Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung bei 50- bis 80-jährigen Patientinnen

3. Ausblick

- Prüfung des Bereichs durch die Aufsicht im Frühjahr 2013
- Anmerkungen im Prüfbericht zur Vereinbarung auf Landesebene (redaktionell und zum Inhalt der Regelungen)
- Strukturen der zeitlichen Plausibilitätsprüfung werden durch die Aufsicht hinterfragt

§ 106a SGB V

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen prüfen die Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung.

(2) Die Kassenärztliche Vereinigung stellt die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte fest; dazu gehört auch die artbezogene

Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität sowie die Prüfung der abgerechneten Sachkosten. Gegenstand der arztbezogenen Plausibilitätsprüfung ist insbesondere der Umfang der je Tag abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand des Vertragsarztes. Bei der Prüfung nach Satz 2 ist ein Zeitrahmen für das pro Tag höchstens abrechenbare Leistungsvolumen zu Grunde zu legen; zusätzlich können Zeitrahmen

für die in längeren Zeitperioden höchstens abrechenbaren Leistungsvolumina zu Grunde gelegt werden. Soweit Angaben zum Zeitaufwand nach § 87 Abs. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz bestimmt sind, sind diese bei den Prüfungen nach Satz 2 zu Grunde zu legen. Satz 2 bis 4 gilt nicht für die vertragszahnärztliche Versorgung. Bei den Prüfungen ist von dem durch den Vertragsarzt

angeforderten Punktzahlvolumen unabhängig von honorarwirksamen Begrenzungsregelungen auszugehen. Soweit es für den jeweiligen Prüfungsgegenstand erforderlich ist, sind die Abrechnungen vorangegangener Abrechnungszeiträume in die Prüfung einzubeziehen. Die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet die in Absatz 5 genannten Verbände der Krankenkassen

sowie der Ersatzkassen unverzüglich über die Durchführung der Prüfungen und deren Ergebnisse.
(3) Die Krankenkassen prüfen die Abrechnungen der Vertragsärzte insbesondere hinsichtlich

1.
des Bestehens und des Umfangs ihrer Leistungspflicht,

2.

der Plausibilität von Art und Umfang der für die Behandlung eines Versicherten abgerechneten Leistungen in Bezug auf die angegebene Diagnose, bei zahnärztlichen Leistungen in Bezug auf die angegebenen Befunde,

3.

der Plausibilität der Zahl der vom Versicherten in Anspruch genommenen Vertragsärzte, unter Berücksichtigung ihrer Fachgruppenzugehörigkeit.
Sie unterrichten die Kassenärztlichen Vereinigungen unverzüglich über die Durchführung der Prüfungen und deren Ergebnisse.

(4) Die Krankenkassen oder ihre Verbände können, sofern dazu Veranlassung besteht, gezielte Prüfungen durch die Kassenärztliche Vereinigung nach Absatz 2 beantragen. Die Kassenärztliche Vereinigung kann, sofern dazu Veranlassung besteht, Prüfungen durch die Krankenkassen nach Absatz 3 beantragen. Bei festgestellter Unplausibilität nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 2 oder 3

kann die Krankenkasse oder ihr Verband eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 beantragen; dies gilt für die Kassenärztliche Vereinigung bei festgestellter Unplausibilität nach Absatz 2 entsprechend.

(5) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren Inhalt und Durchführung

der Prüfungen nach den Absätzen 2 bis 4. In den Vereinbarungen sind auch Maßnahmen für den Fall von Verstößen gegen Abrechnungsbestimmungen, einer Überschreitung der Zeitrahmen nach Absatz 2 Satz 3 sowie des Nichtbestehens einer Leistungspflicht der Krankenkassen, soweit dies dem Leistungserbringer bekannt sein musste, vorzusehen. Der Inhalt der Richtlinien nach Absatz 6 ist Bestandteil der Vereinbarungen.

(6) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren erstmalig bis zum 30. Juni 2004 Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen nach den Absätzen 2 und 3; die Richtlinien enthalten insbesondere Vorgaben zu den Kriterien nach Absatz 2 Satz 2 und 3. Die Richtlinien sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Es kann sie innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Kommen die Richtlinien nicht zu

Stände oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb einer von ihm gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Richtlinien erlassen.