



Überraschung von der KBV: Ein neues Prüfwesen!

Wirtschaftlichkeit -- Autor: G. W. Zimmermann

Sie sind ein Dorn im Fleische der Vertragsärzte: die Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Kürzlich hat der Gesetzgeber verfügt, dass nicht mehr jedes Quartal 2% der Ärzte per Zufall geprüft werden. Stattdessen hat die KBV nun viele neue Regeln vorgestellt.



**Dr. med.
Gerd W. Zimmermann**
Facharzt für
Allgemeinmedizin
Kapellenstr. 9
D-65719 Hofheim

Grund für die Reform ist das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) von Mai 2019, mit dem die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen im § 106a SGB V neu geregelt wurde. Die bisher von Amts wegen vorgesehene Zufälligkeitsprüfung, für die jedes Quartal eine Stichprobe von mindestens 2% der Ärzte gezogen wurde, wird durch eine Prüfung „auf begründeten Antrag“ ersetzt. Als Hintergrund nennt die KBV den hohen bürokratischen Aufwand bei geringem Nutzen.

Da die bisherige Richtlinienkompetenz der Bundesebene weggefallen ist, haben KBV und GKV-Spitzenverband Rahmenempfehlungen vereinbart. Sie treten am Tag nach der Unterzeichnung in Kraft und müssen danach von den Regional-KVen in die jeweiligen Prüfvereinbarungen eingefügt werden.

MMW-Kommentar:

Bemerkenswert ist zunächst, dass die KBV trotz der sicherlich hohen Arbeitsbelastung im Rahmen der Coronavirus-Pandemie Zeit gefunden hat, sich mit

der Ausgestaltung der Drangsalierungsinstrumente zu beschäftigen. Belastet werden durch die Prüfungen nach wie vor die Vertragsärzte „an der Front“. Die Frage darf erlaubt sein, ob dies in diesen schweren Zeiten unbedingt notwendig war.

Schaut man sich die Eckpunkte der Rahmenempfehlung genauer an, fällt auf, dass sich auch in Zukunft nicht allzu viel ändert. Denn die Vereinbarung von Prüfungen nach Durchschnittswerten oder anderer arztbezogener Prüfungsarten sind überhaupt nicht Gegenstand der Rahmenempfehlungen. Das bedeutet, dass die Hauptlast der Prüfungen für die Praxen unverändert bestehen bleibt. Wer mit einzelnen Leistungen bzw. Leistungsgruppen oder auch mit der Gesamtheit seiner Leistungen über dem sogenannten Fachgruppenschnitt liegt, muss weiterhin mit Honorarregressen rechnen!

Zusätzlich zu dem zur Abrechnung vorgelegten Leistungsvolumen einschließlich Sachkosten können jetzt weitere Prüfungen durchgeführt werden. Dies betrifft die Überweisungen eines Arztes sowie sons-

tige veranlasste ärztliche Leistungen, insbesondere aufwändige medizinisch-technische.

Anträge auf eine Wirtschaftlichkeitsprüfung können von einzelnen oder mehreren Krankenkassen oder von der jeweiligen KV bei der („unabhängigen“) Prüfungsstelle gestellt werden. Eine solche Prüfung auf Antrag wird dann stets als Einzelfallprüfung durchgeführt.

Eine statistische Abweichung vom Durchschnitt der Vergleichsgruppe ist als Prüfungsauslöser nicht erforderlich. Es genügt die Darstellung von Sachverhalten am Beispiel einzelner Patienten, die einen Verdacht auf Unwirtschaftlichkeit nahelegen! Auslöser könnten demnach sein:

- Verdacht auf fehlende medizinische Notwendigkeit der Leistungen (Fehlindikation),
- Verdacht auf fehlende Eignung der Leistungen zur Erreichung des therapeutischen oder diagnostischen Ziels (Ineffektivität),

- Verdacht auf mangelnde Übereinstimmung der Leistungen mit den anerkannten Kriterien für ihre fachgerechte Erbringung (Qualitätsmangel), besonders mit Blick auf die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA),

- Verdacht auf Unangemessenheit der durch die Leistungen verursachten Kosten im Hinblick auf das Behandlungsziel.

Man muss kein Prophet sein, um vorauszusagen, welche zusätzlichen Belastungen dieser Prüfmechanismus nach sich zieht – insbesondere für die Ärzte in der Basisversorgung. Man muss sich künftig auf der Grundlage der „Denke“ von Kassenfunktionären genau überlegen, welche Leistungen man an einem Patienten erbringt oder veranlasst. Insbesondere die Veranlassung dürfte hier von besonderer Bedeutung sein, denn ein Regress für angeblich unnötig in Auftrag gegebene CT-, MRT- oder Laboruntersuchungen kann teuer werden.

Videosprechstunde seit 1. April ohne Limit

Um persönliche Kontakte in der Coronavirus-Pandemie zu minimieren, ist die Sprechstunde per Video ein wichtiges Instrument. Einige Begrenzungen im EBM wurden deshalb nun ausgesetzt.

Im Oktober 2019 wurden in den EBM Regelungen für die Behandlung per Videosprechstunde aufgenommen. Dabei wurde in den Allgemeinen Bestimmungen in Nr. 4.3.1 eine doppelte Obergrenze von 20% eingeführt: Absatz 5 Nr. 6 legt sie für den Anteil der Video-Behandlungsfälle an allen Behandlungsfällen je Vertragsarzt fest, Abs. 6 regelt, dass ein Arzt nur ein Fünftel seiner EBM-Nrn. im Rahmen einer Videosprechstunde abrechnen kann.

KBV und GKV-Spitzenverband haben sich nun im Bewertungsausschuss darauf geeinigt, dass diese Obergrenzen zunächst begrenzt auf das 2. Quartal 2020 nicht mehr eingehalten werden müssen. Der Bewertungsausschuss wird spätestens zum 31. Mai 2020 prüfen, ob diese Maßnahme zur Stützung von Videosprechstunden weiterhin erforderlich ist und verlängert werden sollte.

MMW-Kommentar

Dieser Beschluss soll natürlich die Möglichkeiten erweitern, persönliche Arzt-Patienten-Kontakte durch Videosprechstunden zu ersetzen. Mitten in der aktuellen Pandemie des neuartigen Coronavirus

SARS-CoV-2 ist das sicherlich ein logischer Schritt. Allerdings gelten bei der Durchführung von Videosprechstunden und -fallkonferenzen weiterhin die Regelungen in der Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag für Ärzte. Die dort definierten Anforderungen an die technische Ausstattung und die Art der Durchführung müssen somit weiterhin eingehalten werden.



Dank moderner Technik kann er viele Patienten aus der Ferne beraten.