

## **Sammelpetition 07/00372/6**

### **Kassenarztwesen/Regressbesetzung**

#### **Beschlussempfehlung: Der Petition kann nicht abgeholfen werden.**

Die Petentin begehrt die Regressabsetzung für ihre Fachärztin für Neurologie und weitere Ärzte / Ärztinnen.

Die Petentin kritisiert mit ihrer Petition, dass ihre Fachärztin für Neurologie betreffende Verfahren der Plausibilitätsprüfung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KVS) und die sich daraus ergebenden Honorarrückforderungen. Die Rückforderungen betreffen den Zeitraum der Abrechnungsquartale IV/2012 bis IV/2015. Die Petentin gibt an, dass dieses Verfahren der KVS die Ärztin vor die Entscheidung stellen würde, gegebenenfalls ihre Praxis schließen zu müssen.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind laut § 106d Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) gesetzlich verpflichtet, die Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung zu prüfen. In diesem Zusammenhang haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen festzustellen. Zu dieser Prüfung der Abrechnung auf ihre sachlich-rechnerische Richtigkeit gehört auch die Plausibilitätsprüfung nach § 106d Absatz 2 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V. Gegenstand der Plausibilitätsprüfung ist die Schlüssigkeit der Menge der abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand des Arztes bzw. der Ärztin.

Diese Plausibilitätsprüfungen der Kassenärztlichen Vereinigungen werden auf der Grundlage dezidierter rechtlicher Vorgaben durchgeführt. Die Grundlage bildet dabei die „Richtlinie zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen nach § 106d SGB V“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) in der jeweils gültigen Fassung, welche die beiden vorgenannten Institutionen nach § 106 d Absatz 6 Satz 1 SGB V miteinander vereinbaren, die sog. Abrechnungsprüfungs-Richtlinie. Auf der Basis dieser – für die Kassenärztlichen Vereinigungen bindenden – Abrechnungsprüfungs-Richtlinie leitet sich die Verfahrensordnung über den Inhalt und die Durchführung der Plausibilitätsprüfung gemäß § 106d Absatz 2 SGB V der KVS ab.

Im Rahmen der Honorarrückforderungen von Haus- und Fachärzten/Haus- und Fachärztinnen hat die KVS kraft bundesrechtlicher Vorgaben mithin einen nur begrenzten Gestaltungsspielraum. Eine Abrechnungsprüfung, die sich als begründet erweist, löst einen Erstattungsanspruch binnen einer grundsätzlichen vierjährigen Ausschlussfrist i. S. v. § 50 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 4 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) ab Bekanntgabe des zuvor erlassenen Honorarbescheides aus, die sog. Regresszahlungen. Die Durchsetzung erfolgt im Wege eines Honoraränderungs- und Honorarrückforderungsbescheids. Dieser gesetzliche Prüfauftrag stellt eine gesetzlich verpflichtende Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung dar und steht mithin nicht in deren Ermessen.

Entsprechend den rechtlichen Vorgaben der vorgenannten Abrechnungsprüfungs-Richtlinie ist gemäß § 8 Absatz 4 Satz 1 ein Aufgreifkriterium, ob der Vertragsarzt/die

Vertragsärztin mit einem vollen Versorgungsauftrag angibt, an mindestens drei Tagen im Quartal mehr als zwölf Stunden oder im Quartal mehr als 780 Stunden gearbeitet zu haben. Ausschlaggebend ist dabei, dass die für die Erbringung der ärztlichen Leistung in Anspruch genommene und mithin durch die Kassenärztliche Vereinigung festzustellende Arbeitszeit sich adäquat aus den Abrechnungsgebührenpositionen des sog. Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) ergibt.

Der EBM bildet somit die Grundlage für die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen. Dieser gilt bundeseinheitlich und wird vom Bewertungsausschuss erstellt, der sich aus Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbandes zusammensetzt. Er definiert den Wert einer ärztlichen Leistung dahingehend, dass er für alle ärztlich zu erbringenden Leistungen des GKV-Systems eigens einen dazugehörigen Zeitaufwand als Richtwert festsetzt. Nach Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes lässt sich das Zeitprofil grundsätzlich so errechnen, weil den Abrechnungsziffern des EBM exakte Prüfzeiten zugeordnet sind, die ausweisen, wie viel Zeit ein(e) erfahrene(r), geübte(r) und zügig arbeitende(r) Arzt/Ärztin für die Leistungserbringung auf ein Kollektiv relativ pflegeleichter Patientinnen und Patienten bezogen, mindestens benötigt. Dies bedeutet in der praktischen Umsetzung, dass der ärztliche Zeitbedarf durch den Leistungserbringer eine bestimmte Größe haben muss, um einen bestimmten „Preis“ als vollständigen Honoraranspruch für eine EBM-Zifferleistung zu erreichen. Das ist die Größe, die der EBM für die bestimmte erbrachte ärztliche Leistung beziffert. Verbringt der Arzt bzw. die Ärztin jedoch weniger Zeit an dem Patienten bzw. der Patientin, als die im EBM hinterlegte Kalkulationszeit zuordnet, bedeutet dies konsequenterweise, dass er nicht den vollständigen Honoraranspruch für sich geltend machen kann. Vielmehr ist die im EBM festgelegte Zeitspanne als Abrechnungsvoraussetzung auf die tatsächlich zeitlich durchgeführte Leistungserbringung am Patienten bzw. der Patientin und der damit einhergehende Vergütungsanspruch des Arztes/der Ärztin anzupassen. Vor diesem Hintergrund sieht der Bundesgesetzgeber die Prüfung der vertragsärztlichen Leistungsabrechnungen als ein notwendiges Instrument zur Begrenzung des finanziellen Risikos einer ausufernden und unkontrollierbaren Mengenausweitung zu Lasten der festgelegten Gesamtvergütung.

In diesem Zusammenhang dient das Prüfverfahren der Plausibilitätsprüfung nach § 106d Absatz 2 Satz 1 SGB V der Beweiserhebung und Feststellung, ob insbesondere die sich aus den Zeitprofilen ergebenden Auffälligkeiten auf einer fehlerhaften Abrechnung beruhen oder sich plausibel erklären lassen. Dabei berücksichtigt die KVS unter anderem die Versorgungssituation in einer Region bereits dergestalt, dass eine hohe Fallzahl per se nicht zu einer Honorar-Rückforderung führt. Vielmehr greifen im Zuge der erweiterten regelhaften Prüfung von der KVS berücksichtigte Mechanismen, mit denen ermittelt wird, ob sich die Überschreitungen der Zeitprofile zugunsten des ärztlichen Leistungserbringers anlässlich von Praxis-Besonderheiten, der Anzahl versorgter Patientinnen und Patienten und/oder wegen der Lage der Praxis plausibilisieren lassen. Es muss aber auch dann gewährleistet sein, dass in diesen Fällen die abgerechnete Leistung korrekt und vollständig gegenüber den Patientinnen und Patienten erbracht wird. Dies ist nicht nur ein Anspruch, den jede Patientin und jeder Patient für sich innehat, sondern auch ein Anspruch der anderen an der ärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern, die ihren Patientinnen und Patienten die aus dem EBM hinterlegten Kalkulationszeit vollumfänglich

zukommen lassen und in der Folge eine begrenztere Fallzahl an Patientinnen und Patienten versorgen können.

Soweit die Petentin den Eindruck hat, dass die nach § 106d SGB V bedingten Honorarrückforderungen seitens der KVS eine Herabwürdigung der Arbeit und Leistungen von Ärzten und Ärztinnen darstellen, ist Folgendes anzumerken:

Weder dem Gesetzgeber noch gar der KVS geht es bei der Plausibilitätsprüfung um die Bestrafung von engagierten Ärzten und Ärztinnen. Sie sollen selbstverständlich alle medizinischen Leistungen erbringen können, ohne befürchten zu müssen, in Regress genommen zu werden. Durch die Prüfung soll vielmehr sichergestellt werden, dass sich die Menge der erbrachten Leistungen mit dem ihnen zugrundeliegenden Zeitaufwand in einem Rahmen bewegt, der im Hinblick auf die tatsächliche Ausführung der Leistung gegenüber dem Versicherten pro Arbeitstag oder pro Quartal nachvollziehbar ist. In den vergangenen Jahren hat es immer wieder Diskussionen über ärztlich abgerechnete Leistungsvolumina gegeben, die in adäquater Qualität allerdings nur bei lebensfremd hohen Arbeitszeiten hätten erbracht werden können. Die Prüfung der Leistungsabrechnung ist vor diesem Hintergrund ein notwendiges Instrument zur Begrenzung des finanziellen Risikos einer Mengenausweitung der abgerechneten Leistungen über das medizinisch Notwendige hinaus. Es ist vielmehr ein zentrales gesundheitspolitisches Erfordernis, um eine dauerhafte Sicherung der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit unseres Sozialversicherungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewährleisten und auf diesem Wege zum einen eine solide Bezahlung aller vertragsärztlichen Leistungserbringer sowie zum anderen die medizinisch erforderliche Behandlung aller Patientinnen und Patienten sicherzustellen.

Der hier zugrundeliegenden Angelegenheit der Fachärztin kann auf diesem Wege nicht abgeholfen werden. Als Adressat des Honorarrückforderungsbescheides steht es der betroffenen Ärztin offen, diese Entscheidung der Selbstverwaltung in einem Gerichtsverfahren überprüfen lassen. Von diesem Recht hat die Ärztin Gebrauch gemacht.

Der Petition kann nicht abgeholfen werden.