

Abrechnungsprüfungen

Merkmale

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind gemäß § 106d SGB V gesetzlich verpflichtet, die Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung zu prüfen (Abs. 1). Sie haben hierbei die Aufgabe, die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen festzustellen (Abs. 2). Dies beinhaltet insbesondere die Prüfung, ob die abgerechneten Leistungen rechtlich ordnungsgemäß, also ohne Verstoß gegen gesetzliche, vertragliche oder satzungsrechtliche Bestimmungen, erbracht worden sind.

Die Krankenkassen prüfen die Abrechnungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen insbesondere hinsichtlich des Bestehens und des Umfangs ihrer Leistungspflicht und unterrichten die Kassenärztlichen Vereinigungen unverzüglich über die Durchführung ihrer Prüfungen und deren Ergebnisse (Abs. 3). Sofern sie Sachverhalte nicht selbst prüfen können, können die Krankenkassen oder ihre Verbände gezielte Prüfungen durch die Kassenärztliche Vereinigung beantragen; diese Anträge sind innerhalb von 6 Monaten zu bearbeiten (Abs. 4).

Prüfergebnisse der Krankenkassen

Die Prüfergebnisse nach § 106d Abs. 3 SGB V sind nach höchstrichterlicher Rechtsprechung für die KVBW bindend. D. h. die KVBW muss ohne die Möglichkeit einer Gegenprüfung die Ergebnisse umsetzen und die von den Krankenkassen festgestellten Berichtigungen gegenüber den Vertragsärzten durchsetzen (s. hierzu Urteile des Bundessozialgerichts vom 23.03.2016 – B 6 KA 8/15 R und B 6 KA 14/15 R). Darüber hinaus hat das Bundessozialgericht entschieden, dass selbst dann, wenn in einer Vereinbarung mit den Krankenkassen eine Frist für die Übermittlung der Prüfergebnisse vereinbart ist, diese unbeachtlich ist. Eine Krankenkasse kann deshalb innerhalb einer Ausschlussfrist von 2 Jahren nach Erhalt eines Honorarbescheids für die betreffende Abrechnung noch Korrekturen verlangen.

Die Berichtigungen erfolgen durch die KVBW in Form eines Berichtigungsbescheides, in dem die betroffenen Abrechnungsquartale, die betroffenen Behandlungsfälle und/oder Leistungen (regelmäßig in einer Anlage) aufgeführt werden. Der jeweilige Berichtigungsgrund wird durch Kennzeichnungen bzw. Erläuterungen ersichtlich.

Nur beispielhaft aufgeführt, wesentliche Berichtigungsgründe: Abrechnung eines Behandlungsfalles für einen unzuständigen Kostenträger; Abrechnung von DMP-Leistungen ohne gültige Dokumentation und/oder Teilnahme des Versicherten; Abrechnung von Präventionsleistungen außerhalb der festgelegten Intervalle; Mehrfachabrechnung von Leistungen durch mehrere Ärzte, die nur ein Arzt abrechnen darf.

Die Erfahrung zeigt, dass die Prüfergebnisse nicht immer korrekt sind. In diesem Fall bietet es sich an, entsprechend der Rechtsbehelfsbelehrung des Berichtigungsbescheides innerhalb eines Monats Widerspruch einzulegen. Die KVBW unterstützt hierbei gerne.

Die Umsetzung erfolgt im Rahmen von maschinellen Korrekturläufen für die betroffenen Quartalsabrechnungen. Die so ermittelten Berichtigungssummen werden dann im nächstmöglichen Buchungsquartal nacherfasst und sind im Rahmen Ihrer Honorarabrechnung mit Quartalsangabe ausgewiesen.

Prüfanträge der Krankenkassen

Die Krankenkassen oder ihre Verbände können nach § 106d Abs. 4 SGB V gezielte Prüfungen bei der KVBW beantragen. Auch hier gelten die oben aufgeführten Punkte sinngemäß. Falls die KVBW nicht intern die Sachverhalte prüfen kann, werden Stellungnahmen der betroffenen Praxen zu den übermittelten Auffälligkeiten eingeholt. Aufgrund der vorgegebenen Bearbeitungszeit ist es unbedingt erforderlich, dass die Stellungnahme innerhalb der im Anschreiben aufgeführten Frist abgegeben wird. Ansonsten müsste nach Aktenlage entschieden werden. Wird nämlich nicht innerhalb der Bearbeitungsfrist von 6 Monaten das Prüfergebnis der Krankenkasse mitgeteilt, kann diese die gesamte Antragssumme mit der Gesamtvergütung verrechnen (Abs. 4 Satz 4).

Plausibilitätsprüfungen

Gezielte Prüfanträge können auch in Plausibilitätsprüfungen münden. Vgl. hierzu das gesonderte Merkblatt „Plausibilitätsprüfung“.

Widerspruchsverfahren

Sollten Sie mit der/den von der/den Krankenkasse(n) veranlassten Berichtigungen Ihrer Abrechnung(en) nicht einverstanden sein, ist die Durchführung eines Widerspruchsverfahrens zwingend erforderlich. Nur dann besteht die Möglichkeit, die Angaben der Krankenkassen zu überprüfen.

Der hierzu notwendige Widerspruch muss innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe des Bescheids schriftlich, d. h. mit eigenhändiger Unterschrift des Vertragsarztes, oder zur Niederschrift bei der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart, erhoben werden.

Ansprechpartner:

Abrechnungsberatung, Telefon **0711 7875-3397** oder E-Mail an abrechnungsberatung@kvbawue.de