



Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung

Ulrike Böker, Stephanie Tessmer-Petzendorfer

Stand: November 2020

Inhalt

(1)	Inhalt und Zweck des Wirtschaftlichkeitsgebotes.....	1
(2)	Organisation und Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfungen	3
(3)	Prüfgegenstände und Prüfmethoden in der Wirtschaftlichkeitsprüfung	4
(4)	Ablauf und Durchführung des Prüfverfahrens	5
(5)	Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.....	6
(6)	Abgrenzung der Wirtschaftlichkeitsprüfung zur Abrechnungsprüfung gem. § 106d SGB V.....	9
(7)	Quellen:	10
(8)	Abdruck von Auszügen aus dem SGB V:.....	10

(1) Inhalt und Zweck des Wirtschaftlichkeitsgebotes

Zur Kosten- und Leistungsmengenregulation innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie zur Gewährleistung ihrer Funktionsfähigkeit gibt es ein sogenanntes Wirtschaftlichkeitsgebot für Leistungen, die zulasten der gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden. Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten sind bei psychotherapeutischen Leistungen und bei Verordnungen bzw. veranlassten Leistungen an dieses Wirtschaftlichkeitsgebot gebunden. Als Grundlage dient die in § 12 Absatz 1 SGB V formulierte Forderung, dass die Leistungen in der vertragspsychotherapeutischen und vertragsärztlichen Versorgung „...*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.“

Dieses Wirtschaftlichkeitsgebot bestimmt den Inhalt der GKV-Leistungen und grenzt sie ein. Der Gesetzgeber gewährt den Versicherten einen individuellen Anspruch auf Gesundheitsversorgung unter Beachtung des medizinisch-technischen Standes der Wissenschaft. Gleichzeitig begrenzt er die medizinischen Leistungen unter Berücksichtigung des Solidarinteresses der Versichertengemeinschaft. Welche medizinischen Leistungen in welchem Umfang zu Lasten der GKV zu gewähren sind, legt der Gesetzgeber fest. Andere medizinische Leistungen kann der Versicherte zwar wählen, muss die Kosten dann aber selbst tragen.

Es unterliegt grundsätzlich das gesamte Leistungs- und Ordnungsverhalten der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Für Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten bedeutet das, sie dürfen nur solche Leistungen zulasten der GKV erbringen, verordnen oder veranlassen, die zur Heilung oder Linderung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Diese vier Kriterien („WANZ-Kriterien“) werden im Folgenden weiter ausgeführt.

Wirtschaftlich:

Die Leistung wird mit einem möglichst geringen Aufwand an Kosten erbracht. Bei bestehenden Alternativen müssen Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten Kosten und Nutzen gegeneinander abwägen. Dabei sind nicht nur wirtschaftliche, sondern auch medizinische Aspekte zu berücksichtigen, wie bspw. die Nachhaltigkeit eines Heilerfolges (JurisPK-SG/Engelhard V § 12 Rn 107). Stehen bei einer bestimmten Indikation für eine als notwendig erkannte Therapie mehrere gleich wirksame und der Patientin/dem Patienten zuträgliche Alternativen zur Verfügung, sollen Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten 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 der Patientin/ des Patienten und berücksichtigt den Stand der medizinischen Erkenntnisse. Die Leistung muss als Mindeststandard nach Umfang und Qualität hinreichende Chancen für einen Heilerfolg bieten (Eichenhofer et al., SGB V, § 12 Rn 14).

Notwendig:

... ist alles, worauf Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten bei der Behandlung einer Patientin/ eines Patienten nicht verzichten dürfen, damit diese ausreichend ist.

Zweckmäßig:

Die Leistung ist objektiv 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 z.B. um die sogenannte evidenzbasierte Medizin.

Für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit von Leistungen sind die „WANZ-Kriterien“ nicht isoliert voneinander zu betrachten, sondern diese spielen immer zusammen. Einer besonderen Bedeutung in der Konkretisierung des Inhaltes dieser unbestimmten Rechtsbegriffe kommt dabei der sozialgerichtlichen Rechtsprechung zu. Auch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sind von besonderer Relevanz, da sie für bestimmte Leistungen das Wirtschaftlichkeitsgebot konkretisieren.

(2) Organisation und Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots wird von Wirtschaftlichkeitsprüfungen kontrolliert, deren Grundsätze in §§ 106 bis 106c SGB V verankert sind.

Den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen wird gesetzlich die Aufgabe zugewiesen, die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung zu überwachen. Diesen Grundsatz normiert § 106 Abs. 1 SGB V: *„Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen überwachen die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch Beratungen und Prüfungen“*. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung ist also eine Aufgabe, die von Gesetzes wegen durchzuführen ist. Die Vorstandsmitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassenverbände können persönlich haften, wenn Prüfungen nicht oder nicht ordnungsgemäß durchgeführt werden. Nähere Einzelheiten zum Inhalt und zur Durchführung der Beratungen und Prüfungen sind zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen regional vereinbart (regionale Prüfvereinbarungen).

§ 106a SGB normiert, dass grundsätzlich alle vertragspsychotherapeutischen Leistungen der Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegen. Hierbei geht es also um die Behandlungsweise, sprich hier könnte eine Überprüfung des angewandten Verfahrens erfolgen. Diese wird regelmäßig im Wege der anlassbezogenen Auffälligkeitsprüfung durchgeführt. Wenn dies in der regionalen Prüfverordnung vereinbart ist, können aber auch Prüfungen nach Durchschnittswerten oder anderen arztbezogene Prüfungsarten stattfinden.

§ 106b SGB V normiert, dass auch vertragsärztlich und vertragspsychotherapeutisch verordnete und veranlasste Leistungen Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung sind. Das betrifft insbesondere Verordnungen von Leistungen zur psychotherapeutischen Rehabilitation, Verordnungen von Krankentransporten oder Verordnungen von Soziotherapien. Auch hier ist die anlassbezogene Auffälligkeitsprüfung gesetzlich nunmehr als vorrangige Prüfart vorgesehen, welche jedoch durch die regionalen Prüfvereinbarungen um weitere Prüfmethoden ergänzt werden kann (bspw. statistische Prüfmethoden). Dagegen ist die Verordnung von Krankenhausbehandlung von der Wirtschaftlichkeitsprüfung ausdrücklich ausgenommen (§ 106b Abs. 4 Nr. 3 SGB V), da eine solche Verordnung das aufnehmende Krankenhaus nicht bindet (§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V).

§ 106c SGB V regelt die Zuständigkeit für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen, nämlich die Einrichtung der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen als gemeinsame Prüfinstanzen der Landesverbände der Krankenkassenverbände und der Kassenärztlichen Vereinigungen: *„Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen bilden jeweils eine gemeinsame Prüfungsstelle und einen gemeinsamen Beschwerdeausschuss.“*

Die Überwachung der Wirtschaftlichkeit von Leistungen und Verordnungen unterliegt also der Selbstverwaltung als gemeinsame Aufgabe, die im jeweiligen regionalen KV-Bezirk die sogenannte ARGE WP (Arbeitsgemeinschaft Wirtschaftlichkeitsprüfung) eingerichtet haben. Diese ist die Trägerin der Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen (GPE). In diesen paritätisch besetzten Gremien beraten und beschließen Vertreter und Vertreterinnen der Krankenkassenverbände und der Kassenärztlichen Vereinigung, im Falle der Wirtschaftlichkeitsprüfung psychotherapeutischer Leistungen auch immer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Experten.

Das Prüfverfahren der GPE ist reguliert und wird im Kapitel 4 ausführlich dargestellt. Näheres zu den GPE kann unter folgendem Link nachgelesen werden:

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

(3) Prüfgegenstände und Prüfmethoden in der Wirtschaftlichkeitsprüfung

Grundsätzlich wird - mit Ausnahme von genehmigungspflichtigen Leistungen - die Wirtschaftlichkeit immer im Nachhinein, also nach erbrachter Leistung geprüft.

Bis vor einigen Jahren waren grundsätzlich zwei Arten der Wirtschaftlichkeitsprüfung gesetzlich vorgeschrieben und von Amts wegen durchzuführen: Die Richtgrößen- bzw. Auffälligkeitsprüfung und die Zufallsprüfung. Die Richtgrößen- bzw. Auffälligkeitsprüfung wurde im konkreten Einzelfall eingeleitet, wenn das Abrechnungs- bzw. Ordnungsverhalten im Verhältnis zu einer vereinbarten Richtgröße eine auffällige Überschreitung zeigte (Richtgrößenprüfung). Die Zufälligkeitsprüfung fand als Einzelfallprüfung nach Auswahl durch den Zufallsgenerator (Stichprobenziehung von mindestens 2 % der Ärzte/Psychotherapeuten je Quartal) statt, wobei die gesamte Abrechnung der ermittelten Stichprobe auf unwirtschaftliches Handeln untersucht wurde.

Bereits mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) wurde ab dem 1. Januar 2017 die bis dahin als Regelprüfmethode vorgesehene Richtgrößenprüfung abgelöst und die Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung insgesamt neu geordnet und stärker regionalisiert. Durch das Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) hat der Gesetzgeber anschließend die Wirtschaftlichkeitsprüfung vertragspsychotherapeutischer und vertragsärztlicher Leistungen abermals vereinfacht. Die bisher von Amts wegen vorgesehene Zufälligkeitsprüfung wurde abgeschafft und durch eine Prüfung im Einzelfall auf begründeten Antrag ersetzt (anlassbezogene Auffälligkeitsprüfung). Hintergrund dieser Änderungen war der mit der Zufälligkeitsprüfung verbundene hohe bürokratische Aufwand bei nur geringem Nutzen.

Eine Prüfung kann sich auf die Behandlungsleistungen und auf die Verordnung von Arzneimitteln, Heilmitteln oder Hilfsmitteln bei einzelnen Patientinnen und Patienten beziehen, es muss also immer eine Auffälligkeit im Abrechnungs- oder Ordnungsverhalten festgestellt worden sein. Daneben können, wie bereits dargestellt, in den Prüfvereinbarungen verschiedene Prüfarten als Prüfmethode regional vereinbart werden (bspw. statistische Vergleichsprüfungen). Außerdem wurden die Ausschlussfristen für die Festsetzung einer Nachforderung oder einer Honorarkürzung abgesenkt. Diese Sanktionen können regelmäßig nur noch innerhalb einer Ausschlussfrist von zwei Jahren ab Erlass des Honorarbescheides, bei

Verordnungen nur noch innerhalb von zwei Jahren ab dem Schluss des Kalenderjahres, in dem die Verordnung erfolgte, festgesetzt werden.

Die neue im TSVG verankerte Differenzschadensberechnung senkt zudem die Regresssummen. Künftig müssen bei Nachforderungen (Arzneimittel- und Heilmittel-Verordnungen, § 106b SGB V) nicht mehr die gesamten Kosten der als unwirtschaftlich erachteten Leistung erstattet werden, sondern nur noch der Differenzbetrag zwischen tatsächlich verordneter unwirtschaftlicher Leistung und wirtschaftlicher Leistung.

Wie bereits ausgeführt, legen nun §§ 106 bis 106c SGB V die wesentlichen Bestimmungen für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen fest. Diese werden durch einheitliche Rahmenvorgaben der KBV und des GKV-Spitzenverbandes auf Bundesebene (gem. § 106b Abs. 2 SGB V) und vor allem durch die regionalen Prüfvereinbarungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassenverbände konkretisiert. Die regionalen Prüfvereinbarungen haben durch die Novellierungen im GKV-VSG und im TSVG besondere Bedeutung erhalten, denn der Gesetzgeber hat somit der Selbstverwaltung mehr eigene Entscheidungsbefugnisse überlassen und diese folglich gestärkt. So legen die Rahmenvorgaben der KBV und des GKV-Spitzenverbandes lediglich bundeseinheitlich gültige Mindeststandards für die Wirtschaftlichkeitsprüfung verordneter Leistungen fest, welche für die regionalen Prüfvereinbarungen bindend sind. Darüber hinaus sind die Krankenkassenverbände und die Kassenärztlichen Vereinigungen aber frei, wie sie in den regionalen Prüfvereinbarungen die Wirtschaftlichkeitsprüfungen ausgestalten. Folglich kann es in den einzelnen Bundesländern Unterschiede in den Prüfmethoden geben, sodass bspw. die Prüfungen regional als Prüfungen nach Durchschnittswerten oder anderer arztbezogener Prüfungsarten ausgestaltet sein können.

In Baden-Württemberg gilt die zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg und den Krankenkassenverbänden geschlossene Prüfvereinbarung über Inhalt und Durchführung der Beratung und der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung: <https://www.kvbawue.de/praxis/vertraege-recht/vertraege-von-a-z/wirtschaftlichkeit-plausibilitaet/>, ergänzt durch die Prüfrichtlinien.

Anmerkung: Die Prüfvereinbarung wurde bisher nicht angepasst an die neuen Vorgaben des TSVG. Sollten in der Prüfvereinbarung deshalb Vorgaben zu finden sein, die veraltet sind, wie z.B. die Zufälligkeitsprüfung, dann haben diese keine Gültigkeit mehr, sondern die gesetzlichen Vorgaben der Bundesebene sind anzuwenden.

(4) Ablauf und Durchführung des Prüfverfahrens

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

Wie bereits dargestellt, erfolgt die Prüfung grundsätzlich im Wege der anlassbezogenen Auffälligkeitsprüfung auf begründeten Antrag einzelner oder mehrere Krankenkassen gemeinsam oder der KV.

Ein begründeter Antrag soll bei der Prüfungsstelle innerhalb von 14 Monaten nach Erlass des Honorarbescheides eingereicht werden. Konkret muss ein schriftlich begründeter Antrag die

betroffene Praxis, den Prüfgegenstand und den Abrechnungszeitraum bezeichnen und einen ausreichenden Verdacht auf Unwirtschaftlichkeit nahelegen. Eine statistische Abweichung vom Durchschnitt einer Vergleichsgruppe allein reicht für eine Begründung nicht aus. Die Begründung soll 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 Vertragspartner auf Landesebene legen die Zahl der je Quartal höchstens zu prüfenden Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten in einer Vereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung fest. Außerdem legen sie als Kriterien zur Unterscheidung Praxisbesonderheiten fest, die sich aus besonderen Standort- und Strukturmerkmalen des Arztes oder bei besonderen Behandlungsfällen ergeben. Die Praxisbesonderheiten sind vor Durchführung der Prüfungen als besonderer Versorgungsbedarf durch die Prüfungsstellen anzuerkennen. Darüber hinaus haben die Leistungserbringer die Möglichkeit, individuelle Praxisbesonderheiten im Rahmen eines konkreten Prüfverfahrens substantiiert darzulegen.

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 hat die Aufgabe, die Daten aufzubereiten, von Amts wegen neutral den Sachverhalt zu ermitteln und sodann unter Beachtung der regionalen Vereinbarungen zu entscheiden, ob ein Verstoß gegen Wirtschaftlichkeitsgebot vorliegt oder nicht. Falls ein Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot festgestellt wird, ordnet die Prüfungsstelle an, welche Maßnahmen zu treffen sind. Für das Verwaltungsverfahren gelten neben §§ 106 ff. SGB V die Bestimmungen des SGB X.

Dem geprüften Leistungserbringer kann die Obliegenheit treffen, an der Aufklärung mitzuwirken und bspw. zu seiner Entlastung Teile der Behandlungsdokumentationen auf Aufforderung vorzulegen.

(5) Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Bei den Psychotherapeuten 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. Auch die Gruppenpsychotherapie wird zwar grundsätzlich keinem Gutachterverfahren mehr unterzogen, aber immer noch einem Antrags- und Genehmigungsverfahren, was weiterhin die nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfung ausschließt.

Leistungen, die einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106a SGB V unterzogen werden können, sind die beiden neuen Leistungen „Psychotherapeutische Sprechstunde“ und „Akutbehandlung“, die nicht vorab genehmigt sind, die Probatorik und die Gesprächsziffern.

Für diesen Bereich der vertragspsychotherapeutischen Leistungen (Behandlungsweise, § 106a SGB V) erfolgt die Wirtschaftlichkeitsprüfung insbesondere in Form der Einzelfallprüfung auf Antrag. Dies bedeutet, dass im Einzelfall nach erbrachter Leistung ein Gutachterverfahren im Nachhinein angewandt wird, bei dem ein Experte des Prüfungsausschusses die WANZ-Kriterien anlegt. Hierbei wird auf Basis der Diagnose der vorgenommene Behandlungsumfang überprüft (Becker/Kingreen, SGB V, § 106 Rn. 15). Daneben können Prüfungen nach Durchschnittswerten und Stichprobenprüfungen erfolgen, wenn diese in den regionalen Prüfvereinbarungen normiert sind. Die Einzelfallprüfungen werden nur auf einen schriftlich begründeten Antrag der KV, einer Krankenkasse oder mehrerer Krankenkassen gemeinsam. Die Prüfung nach Durchschnittswerten findet grundsätzlich nur auf Antrag der KV anhand statistischer Vergleichswerte in Einzelfällen statt. Für psychotherapeutische Leistungen gibt es derzeit keine konkreten Normierungen, und diese sind auch für die Zukunft nur schwer in sinnvoller Weise vorstellbar.

Auch für den Bereich der psychotherapeutisch verordneten bzw. veranlassten Leistungen (§ 106b SGB V) erfolgt die Wirtschaftlichkeitsprüfung im Einzelfall auf Antrag. Das bedeutet, die Prüfung wird nur durch einen schriftlich begründeten Antrag der KV, einer Krankenkasse oder mehrerer Krankenkassen gemeinsam eingeleitet.

Den Wirtschaftlichkeitsprüfungen unterliegen somit grundsätzlich auch die für die Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten neu hinzugekommenen Befugnisse der Verordnung von psychotherapeutischer Rehabilitation, Krankentransporten digitalen Gesundheitsanwendungen, psychiatrischer häuslicher Krankenpflege sowie Soziotherapie. Allerdings ist dies insofern nicht relevant, als diese Befugnisse entweder vorab genehmigungspflichtig sind (bspw. Soziotherapie, psychiatrische häusliche Krankenpflege) oder von anderer Stelle gegengeprüft werden (bspw. Reha- oder Krankenhausbehandlung).

Relevant hingegen ist die neue Befugnis der Verordnung von Ergotherapie. Diese fällt unter die Heilmittelverordnung. Für jede Diagnosegruppe ist im Heilmittelkatalog eine orientierende Behandlungsmenge sowie eine Höchstmenge je Verordnung aufgeführt. Sollte diese Menge überschritten sein, kann eine Prüfung mit anschließenden Regressforderungen erfolgen.

Die weiteren vorgesehenen Prüfarten haben für die Verordnung durch Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten kaum praktische Bedeutung und sind vor allem für Vertragsärztinnen und -ärzte relevant.

Wichtig: Es kann keinesfalls davon ausgegangen werden, dass das, was im EBM abgerechnet werden kann, insbesondere auf bestimmte Vorgaben des Zeitraums, wie Behandlungs- oder Krankheitsfall oder Aneinanderreihung bestimmter Leistungen, auch einer Wirtschaftlichkeitsprüfung automatisch standhält. Als Beispiele dienen folgende Konstellationen, die einer Wirtschaftlichkeitsprüfung unterzogen werden könnten:

- Nach der Psychotherapeutischen Sprechstunde wird grundsätzlich zunächst eine Akutbehandlung durchgeführt.
- Eine Praxis führt ausschließlich Akutbehandlungen durch und nicht das gesamte Behandlungsspektrum.

- Die Akutbehandlung wird als Therapieverlängerung genutzt, weil die Höchstgrenze erreicht wurde.
- Die Akutbehandlung wird genutzt, weil man sich nach der KZT 2 den Bericht an den Gutachter sparen will.
- 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, gut dokumentiert und dabei beachtet, welche Inhalte die Richtlinie für die jeweiligen Leistungen vorgibt. Dies wird in den oben genannten Beispielen eher schwierig sein. Damit sind diese Konstellationen bedroht von Regressforderungen, wenn Wirtschaftlichkeitsprüfungen stattfinden.

Bei der psychotherapeutische Akutbehandlung als eine der betroffenen Leistungen könnte für die Kassen sowohl ein Einzelfall ein Prüfanlass sein, da die Akutbehandlung gegenüber der Kasse anzeigepflichtig ist, als auch Mengenauffälligkeiten, wenn mehrere Versicherte der Kasse in der Praxis behandelt werden. Gegen solche Prüfungen würden andererseits die krankheitsfallbezogenen Mengenbegrenzungen des EBM, die Anrechnung auf die KZT 1 gemäß der Psychotherapie-Richtlinie und eben die Anzeigepflicht sprechen. Die Kasse hätte die Möglichkeit, unmittelbar nach der Anzeige zumindest formale Unstimmigkeiten festzustellen und zu intervenieren, wie z.B. bei gleichzeitiger Behandlung bei einem anderen Psychotherapeuten. Ein Anlass für die nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfung im Einzelfall könnte dann die unmittelbare Erbringung direkt nach einer KZT 2 sein.

Bei der zweiten Variante der Mengenauffälligkeiten würde zunächst in der Abrechnungs- bzw. Plausibilitätsprüfung überprüft, wenn z.B. alle PatientInnen der Praxis Akutfälle wären. Voraussetzung wäre hier jedoch eine weitere Auffälligkeit als Anlass zur Prüfung. Allein statistische Vergleiche mit der Prüfgruppe würden hier nicht ausreichen. Die Wahrscheinlichkeit von Wirtschaftlichkeitsprüfungen ist somit eher gering, jedoch im Einzelfall auch nicht ausgeschlossen.

Sollte ein Prüfverfahren eingeleitet werden, muss die von der Prüfstelle aufgegriffene Praxis die Wirtschaftlichkeit begründen. Die Vertragspsychotherapeutin oder der Vertragspsychotherapeut, deren bzw. dessen Honorarabrechnung oder Verordnung überprüft wird, ist Adressatin bzw. Adressat etwaiger Maßnahmen der Prüfungsstelle. Es erfolgt immer eine Anhörung, bevor die Prüfungsstelle eine Entscheidung mittels Prüfbescheids trifft. Neben der betroffenen Vertragspsychotherapeutin oder dem Vertragspsychotherapeuten werden auch die KV und die Krankenkasse angehört, die eigene Stellungnahme abgeben können. Können begünstigende Sachverhaltsangaben nur durch Mitwirkung der Vertragspsychotherapeutin oder des Vertragspsychotherapeuten aufgeklärt werden, so besteht ausnahmsweise eine Mitwirkungsobliegenheit der Vertragspsychotherapeutin oder des Vertragspsychotherapeuten, welche/r die begünstigenden Tatsachen für sich gelten lassen will.

Gegebenenfalls wird Akteneinsicht genommen. Für die Prüfung der nicht vorab genehmigten Leistungen können dann Patientenakten 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.

Kommt die Prüfungsstelle zum Ergebnis, dass eine psychotherapeutische Leistung oder Verordnung gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat, so kann sie im Prüfbescheid folgende Maßnahmen festsetzen: gezielte Beratungen, Honorarrückforderungen bzw. Honorarkürzungen und Honorarregresse; wobei die Beratungen den anderen Maßnahmen grundsätzlich vorausgehen sollen. Beratungen kommen nur ausnahmsweise dann nicht als Sanktion in Betracht, wenn die Unwirtschaftlichkeit ein erhebliches Ausmaß annimmt oder andere gravierende Mängel vorliegen (bspw. ein Heil- oder Hilfsmittel war dem Grunde nach schon nicht verordnungsfähig, Becker/Kingreen, SGB V, § 106 Rn. 5). Ein Verschulden ist grundsätzlich keine Voraussetzung für die Festlegung einer Maßnahme. Die betroffenen Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten können gegen Sanktionen den Beschwerdeausschuss anrufen bzw. Klage beim Sozialgericht einlegen.

Grundsätzlich muss angemerkt werden, dass auch nach Ansicht der Krankenkassen die Prüfung auf begründeten Antrag im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung vertragspsychotherapeutischer und vertragsärztlicher Leistungen künftig keine große Rolle mehr spielen wird. Die möglichen Anträge im Bereich der sachlich-rechnerischen Richtigkeit und Plausibilitätsprüfung (wurden die Leistungen, die abgerechnet wurden, tatsächlich erbracht und sind diese nach den EBM-Bestimmungen abrechnungsfähig) werden als weitaus gewichtiger angesehen. Die Ergebnisse der Prüfung der Wirtschaftlichkeit können Veranlassung geben, genau eine solche Prüfung durchzuführen.

(6) Abgrenzung der Wirtschaftlichkeitsprüfung zur Abrechnungsprüfung gem. § 106d SGB V

Von der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu unterscheiden sind die Abrechnungsmöglichkeiten des EBM und die sachlich-rechnerische Richtigstellung im Falle des Abweichens von den Vorgaben des EBM (§ 106d Abs. 2 S. 1 Hs. 1 SGB V). Bei der sachlich-rechnerischen Abrechnungsprüfung wird die Abrechnungsfähigkeit der vertragspsychotherapeutischen Leistungen geprüft, also deren Übereinstimmung mit den Abrechnungsbestimmungen (G-BA Richtlinien, EBM usw.). Es würde beispielsweise im Wege der sachlich-rechnerischen Richtigstellung eine Abrechnungskorrektur erfolgen, wenn eine Leistung häufiger in der Abrechnung angesetzt wurde, als dies nach den Bestimmungen des EBM zugelassen ist. So können pro Krankheitsfall (innerhalb von 4 Quartalen) jeweils bis zu 24 Akutziffern oder bis zu 6 (bei KJP: 10) Psychotherapeutische Sprechstunden abgerechnet werden. Werden mehr Leistungen abgerechnet, so würden diese Leistungen im Wege der sachlich-rechnerischen Berichtigung aus der Abrechnung gestrichen werden. In der Regel melden aber die Abrechnungsprogramme solche Abweichungen, sodass dann schon vor Einreichen der Abrechnung entsprechende Korrekturen stattfinden können.

Weiterhin ist die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Plausibilitätsprüfung (§ 106d Abs. 2 S. 1 Hs. 2, S. 2 bis 9 SGB V) abzugrenzen. So wird in der Plausibilitätsprüfung von der KV die Häufigkeit der Umfang der abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand geprüft, umso Abrechnungsunregelmäßigkeiten festzustellen. Hier geht es also um die Frage, ob Leistungen, die abgerechnet wurden, auch tatsächlich erbracht worden sind.

So gibt es die Plausibilitätsgrenze für die Gesamtmenge an Leistungen, die für einen vollen Sitz 780 Zeitstunden im Quartal und für einen halben Sitz 390 Zeitstunden veranschlagen. Einzelsitzungen gehen hier mit 70 Minuten ein. Die tagesbezogenen Plausibilitätsgrenze geht dann von einer Auffälligkeit aus, wenn an mehr als drei Tagen im Quartal mehr als 12 Stunden abgerechnet worden sind. Bei Überschreitungen kann die KV nachfragen, ob die Leistungen tatsächlich erbracht worden sind.

Demgegenüber werden im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung grundsätzlich nur abrechnungsfähige vertragspsychotherapeutische Leistungen dahingehend geprüft, ob diese gemäß § 12 SGB V ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Werden im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung sachliche oder rechnerische Unrichtigkeiten festgestellt oder gibt es Anhaltspunkte, dass diese vorliegen könnten, wird der Vorgang zur Prüfung an die Kassenärztliche Vereinigung abgegeben und das Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren zunächst ausgesetzt, sofern es sich nicht um Richtigstellungen von untergeordneter Bedeutung handelt.

(7) Quellen:

„Wegweiser Wirtschaftlichkeitsprüfung“, 2013, KVBW

Eichenhofer/von Koppenfels-Spies/Wenner: SGB V Gesetzliche Krankenversicherung, Kommentar“, 3. Auflage, Luchterhand Verlag 2018.

Becker/Kingreen (hrsg.): SGB V Gesetzliche Krankenversicherung, Kommentar, 7. Auflage, C.H. Beck Verlag 2020

(8) Abdruck von Auszügen aus dem SGB V:

§ 106 Wirtschaftlichkeitsprüfung

(1) Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen überwachen die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch Beratungen und Prüfungen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich und die Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbaren Inhalt und Durchführung der Beratungen und Prüfungen nach Absatz 2 sowie die Voraussetzungen für Einzelfallprüfungen. Die Vertragspartner können die Prüfungsstelle mit der Prüfung ärztlich verordneter Leistungen in der ambulanten Versorgung außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung beauftragen und tragen die Kosten. Die Krankenkassen übermitteln der Prüfungsstelle die Daten der in der ambulanten Versorgung außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung verordneten Leistungen; dabei sind zusätzlich die Zahl der Behandlungsfälle und eine Zuordnung der verordneten Leistungen zum Datum der Behandlung zu übermitteln. Die §§ 296 und 297 gelten entsprechend.

(2) Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung wird von der Prüfungsstelle nach § 106c geprüft durch

- 1. arztbezogene Prüfungen ärztlicher Leistungen nach § 106a,*
- 2. arztbezogene Prüfungen ärztlich verordneter Leistungen nach § 106b.*

Die Prüfungen werden auf der Grundlage der Daten durchgeführt, die der Prüfungsstelle nach § 106c gemäß § 296 Absatz 1, 2 und 4 sowie § 297 Absatz 2 übermittelt werden. Hat die Prüfungsstelle Zweifel an der Richtigkeit der übermittelten Daten, ermittelt sie die Datengrundlagen für die Prüfung aus einer

Stichprobe der abgerechneten Behandlungsfälle des Arztes und rechnet die so ermittelten Teildaten nach einem statistisch zulässigen Verfahren auf die Grundgesamtheit der Arztpraxis hoch.

(3) Die Prüfungsstelle nach § 106c bereitet die für die Prüfungen nach Absatz 2 erforderlichen Daten und sonstigen Unterlagen auf, trifft Feststellungen zu den für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit wesentlichen Sachverhalten und entscheidet unter Beachtung der Vereinbarungen nach den §§ 106a und 106b, ob der Vertragsarzt, der ermächtigte Arzt oder die ermächtigte Einrichtung gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat und welche Maßnahmen zu treffen sind. Eine Maßnahme kann insbesondere auch die Festsetzung einer Nachforderung oder einer Kürzung sein. Die Festsetzung einer Nachforderung oder einer Kürzung muss für ärztliche Leistungen innerhalb von zwei Jahren ab Erlass des Honorarbescheides und für ärztlich verordnete Leistungen innerhalb von zwei Jahren ab dem Schluss des Kalenderjahres, in dem die Leistungen verordnet worden sind, erfolgen; § 45 Absatz 2 des Ersten Buches gilt entsprechend. Gezielte Beratungen sollen weiteren Maßnahmen in der Regel vorangehen. Die Prüfungsstelle berät die Vertragsärzte auf der Grundlage von Übersichten über die von ihnen im Zeitraum eines Jahres oder in einem kürzeren Zeitraum erbrachten, verordneten oder veranlassten Leistungen über Fragen der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung.

(4) Werden Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht in dem vorgesehenen Umfang oder nicht entsprechend den für ihre Durchführung geltenden Vorgaben durchgeführt, haften die zuständigen Vorstandsmitglieder der Krankenkassenverbände und Kassenärztlichen Vereinigungen für eine ordnungsgemäße Umsetzung. Können Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht in dem vorgesehenen Umfang oder nicht entsprechend den für ihre Durchführung geltenden Vorgaben durchgeführt werden, weil die erforderlichen Daten nach den §§ 296 und 297 nicht oder nicht im vorgesehenen Umfang oder nicht fristgerecht übermittelt worden sind, haften die zuständigen Vorstandsmitglieder der Krankenkassen oder der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die zuständige Aufsichtsbehörde hat nach Anhörung der Vorstandsmitglieder und der jeweils entsandten Vertreter im Ausschuss den Verwaltungsrat oder die Vertreterversammlung zu veranlassen, das Vorstandsmitglied auf Ersatz des aus der Pflichtverletzung entstandenen Schadens in Anspruch zu nehmen, falls der Verwaltungsrat oder die Vertreterversammlung das Regressverfahren nicht bereits von sich aus eingeleitet hat.

§ 106a Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen

(1) Die Wirtschaftlichkeit der erbrachten ärztlichen Leistungen kann auf begründeten Antrag einer einzelnen Krankenkasse, mehrerer Krankenkassen gemeinsam oder der Kassenärztlichen Vereinigung arztbezogen durch die jeweilige Prüfungsstelle nach § 106c geprüft werden. Die Prüfung kann neben dem zur Abrechnung vorgelegten Leistungsvolumen auch Überweisungen sowie sonstige veranlasste ärztliche Leistungen, insbesondere aufwändige medizinisch-technische Leistungen umfassen; honorarwirksame Begrenzungsregelungen haben keinen Einfluss auf die Prüfungen.

(2) Veranlassung für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Absatz 1 besteht insbesondere

- 1. bei begründetem Verdacht auf fehlende medizinische Notwendigkeit der Leistungen (Fehlindikation),*
- 2. bei begründetem Verdacht auf fehlende Eignung der Leistungen zur Erreichung des therapeutischen oder diagnostischen Ziels (Ineffektivität),*
- 3. bei begründetem 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,*
- 4. bei begründetem Verdacht auf Unangemessenheit der durch die Leistungen verursachten Kosten im Hinblick auf das Behandlungsziel oder*
- 5. bei begründetem Verdacht, dass Leistungen des Zahnersatzes und der Kieferorthopädie unvereinbar mit dem Heil- und Kostenplan sind.*

(3) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren bis zum 30. November 2019 das Nähere zu den Voraussetzungen nach Absatz 2 in Rahmenempfehlungen. Die Rahmenempfehlungen sind bei den Vereinbarungen nach § 106 Absatz 1 Satz 2 zu berücksichtigen.

(4) Die in § 106 Absatz 1 Satz 2 genannten Vertragspartner können über die Prüfung nach Absatz 1 hinaus Prüfungen ärztlicher Leistungen nach Durchschnittswerten oder andere arztbezogene Prüfungsarten vereinbaren. Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 oder Absatz 3 getroffen (Unterversorgung), dürfen bei Ärzten der betroffenen Arztgruppe keine Prüfungen nach Durchschnittswerten durchgeführt werden. In den Vereinbarungen nach § 106 Absatz 1 Satz 2 sind die Zahl der je Quartal höchstens zu prüfenden Ärzte in einer Kassenärztlichen Vereinigung sowie im Rahmen der Prüfungen nach Absatz 1 und der Prüfungen nach Satz 1 als Kriterien zur Unterscheidung Praxisbesonderheiten festzulegen, die sich aus besonderen Standort- und Strukturmerkmalen des Leistungserbringers oder bei besonderen Behandlungsfällen ergeben. Die Praxisbesonderheiten sind vor Durchführung der Prüfungen als besonderer Versorgungsbedarf durch die Prüfungsstellen anzuerkennen; dies gilt insbesondere auch bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit von Besuchsleistungen.

§ 106b Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen

(1) Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit ärztlich verordneten Leistungen wird ab dem 1. Januar 2017 anhand von Vereinbarungen geprüft, die von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zu treffen sind. Auf Grundlage dieser Vereinbarungen können Nachforderungen wegen unwirtschaftlicher Verordnungsweise nach § 106 Absatz 3 festgelegt werden. In den Vereinbarungen müssen Regelungen zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen in allen Bereichen ärztlich verordneter Leistungen enthalten sein. Die Vereinbarungen nach Satz 1 gelten für Leistungen, die ab dem 1. Januar 2017 verordnet werden.

(1a) Bei Verordnungen saisonaler Grippeimpfstoffe gilt eine angemessene Überschreitung der Menge gegenüber den tatsächlich erbrachten Impfungen grundsätzlich nicht als unwirtschaftlich. Bei Verordnungen saisonaler Grippeimpfstoffe in der Impfsaison 2020/2021 gilt eine Überschreitung der Menge von bis zu 30 Prozent gegenüber den tatsächlich erbrachten Impfungen nicht als unwirtschaftlich. Das Nähere ist in den Vereinbarungen nach Absatz 1 Satz 1 zu regeln.

(1b) Muss für ein Arzneimittel auf Grund eines Arzneimittelrückrufs oder einer von der zuständigen Behörde bekannt gemachten Einschränkung der Verwendbarkeit erneut ein Arzneimittel verordnet werden, ist die erneute Verordnung des Arzneimittels oder eines vergleichbaren Arzneimittels bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 als Praxisbesonderheit zu berücksichtigen.

(2) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren einheitliche Rahmenvorgaben für die Prüfungen nach Absatz 1. Darin ist insbesondere festzulegen, in welchem Umfang Wirtschaftlichkeitsprüfungen mindestens durchgeführt werden sollen. Festzulegen ist auch ein Verfahren, das sicherstellt, dass individuelle Beratungen bei statistischen Prüfungen der Ärztinnen und Ärzte der Festsetzung einer Nachforderung bei erstmaliger Auffälligkeit vorgehen; dies gilt nicht für Einzelfallprüfungen. Die Vereinbarungspartner nach Satz 1 legen zudem besondere Ordnungsbedarfe für die Verordnung von Heilmitteln fest, die bei den Prüfungen nach Absatz 1 anzuerkennen sind. Die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 können darüber hinaus weitere anzuerkennende besondere Ordnungsbedarfe vereinbaren. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 erstmalig bis zum 31. Oktober 2015 nicht zustande, entscheidet das zuständige Schiedsamt gemäß § 89.

(2a) Nachforderungen nach Absatz 1 Satz 2 sind auf die Differenz der Kosten zwischen der wirtschaftlichen und der tatsächlich ärztlich verordneten Leistung zu begrenzen. Etwaige Einsparungen begründen keinen Anspruch zugunsten des verordnenden Arztes. Das Nähere wird in den einheitlichen Rahmenvorgaben nach Absatz 2 vereinbart.

(3) Sofern Vereinbarungen nach Absatz 1 bis zum 31. Juli 2016 ganz oder teilweise nicht zustande kommen, wird der Vertragsinhalt durch das zuständige Schiedsamt gemäß § 89 festgesetzt. Bis zu einer Vereinbarung nach Absatz 1 gelten die Regelungen in den §§ 84, 106, 296 und 297 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung fort.

(4) Wirtschaftlichkeitsprüfungen unterliegen nicht:

1. *Verordnungen von Heilmitteln für Versicherte mit langfristigem Behandlungsbedarf nach § 32 Absatz 1a;*
2. *Verordnungen von Arzneimitteln, für die der Arzt einem Vertrag nach § 130a Absatz 8 beigetreten ist; die Krankenkasse übermittelt der Prüfungsstelle die notwendigen Angaben, insbesondere die Arzneimittelkennzeichen, die teilnehmenden Ärzte und die Laufzeit der Verträge;*
3. *Verordnungen von Krankenhausbehandlung oder Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7;*
4. *Verordnungen von Heilmitteln nach § 73 Absatz 11 Satz 1.*

(5) § 130b Absatz 2 und § 130c Absatz 4 bleiben unberührt.

§ 106c 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. Der Beschwerdeausschuss besteht aus Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden. Die Amtsdauer beträgt zwei Jahre. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. Über den Vorsitzenden, dessen Stellvertreter sowie den Sitz des Beschwerdeausschusses sollen sich die Vertragspartner nach Satz 1 einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, beruft die Aufsichtsbehörde nach Absatz 5 im Benehmen mit den Vertragspartnern nach Satz 1 den Vorsitzenden und dessen Stellvertreter und entscheidet über den Sitz des Beschwerdeausschusses.

(2) Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss nehmen ihre Aufgaben jeweils eigenverantwortlich wahr; der Beschwerdeausschuss wird bei der Erfüllung seiner laufenden Geschäfte von der Prüfungsstelle organisatorisch unterstützt. Die Prüfungsstelle wird bei der Kassenärztlichen Vereinigung, einem Landesverband der Krankenkassen oder bei einer bereits bestehenden Arbeitsgemeinschaft im Land errichtet. Über die Errichtung, den Sitz und den Leiter der Prüfungsstelle einigen sich die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1; sie einigen sich auf Vorschlag des Leiters jährlich bis zum 30. November über die personelle, sachliche sowie finanzielle Ausstattung der Prüfungsstelle für das folgende Kalenderjahr. Der Leiter führt die laufenden Verwaltungsgeschäfte der Prüfungsstelle und gestaltet die innere Organisation so, dass sie den besonderen Anforderungen des Datenschutzes nach den Artikeln 24, 25 und 32 der Verordnung (EU) 679/2016 gerecht wird. Kommt eine Einigung nach den Sätzen 2 und 3 nicht zustande, entscheidet die Aufsichtsbehörde nach Absatz 5. Die Kosten der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses tragen die Kassenärztliche Vereinigung und die beteiligten Krankenkassen je zur Hälfte. Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere zur Geschäftsführung der Prüfungsstellen und der Beschwerdeausschüsse einschließlich der Entschädigung der Vorsitzenden der Ausschüsse und zu den Pflichten der von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartnern entsandten Vertreter. Die Rechtsverordnung kann auch die Voraussetzungen und das Verfahren zur Verhängung von Maßnahmen gegen Mitglieder der Ausschüsse bestimmen, die ihre Pflichten nach diesem Gesetzbuch nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllen.

(3) Gegen die Entscheidungen der Prüfungsstelle können die betroffenen Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen, die Krankenkassen, die betroffenen Landesverbände der Krankenkassen sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen die Beschwerdeausschüsse anrufen. Die Anrufung hat aufschiebende Wirkung. Für das Verfahren sind § 84 Absatz 1 und § 85 Absatz 3 des Sozialgerichtsgesetzes anzuwenden. Das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss gilt als Vorverfahren im Sinne des § 78 des Sozialgerichtsgesetzes. Die Klage gegen eine vom Beschwerdeausschuss festgesetzte Maßnahme hat keine aufschiebende Wirkung. Abweichend von Satz 1 findet in Fällen der Festsetzung einer Ausgleichspflicht für den Mehraufwand bei Leistungen, die durch das Gesetz oder durch die Richtlinien nach § 92 ausgeschlossen sind, eine Anrufung des Beschwerdeausschusses nicht statt.

(4) Die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 können mit Zustimmung der für sie zuständigen Aufsichtsbehörde die gemeinsame Bildung einer Prüfungsstelle und eines Beschwerdeausschusses über den Bereich eines Landes oder einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung hinaus vereinbaren. Die

Aufsicht über eine für den Bereich mehrerer Länder tätige Prüfungsstelle und einen für den Bereich mehrerer Länder tätigen Beschwerdeausschuss führt die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes, in dem der Ausschuss oder die Stelle ihren Sitz hat. Die Aufsicht ist im Benehmen mit den zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der beteiligten Länder wahrzunehmen.

(5) Die Aufsicht über die Prüfungsstellen und Beschwerdeausschüsse führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Die Prüfungsstellen und die Beschwerdeausschüsse erstellen einmal jährlich eine Übersicht über die Zahl der durchgeführten Beratungen und Prüfungen sowie die von ihnen festgesetzten Maßnahmen. Die Übersicht ist der Aufsichtsbehörde vorzulegen.

§ 106d Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung

(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 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen fest; dazu gehört auch die arztbezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität, auf Einhaltung der Vorgaben nach § 295 Absatz 4 Satz 3 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 Arztes; Vertragsärzte und angestellte Ärzte sind entsprechend des jeweiligen Versorgungsauftrages gleich zu behandeln. 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 jeweils 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 die Ersatzkassen unverzüglich über die Durchführung der Prüfungen und deren Ergebnisse. 9Satz 2 gilt auch für Verfahren, die am 31. Dezember 2014 noch nicht rechtskräftig abgeschlossen waren.

(3) Die Krankenkassen prüfen die Abrechnungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen 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 Ärzte, 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 ärztlicher Leistungen beantragen; dies gilt für die Kassenärztliche Vereinigung bei festgestellter Unplausibilität nach Absatz 2 entsprechend. Wird ein Antrag nach Satz 1 von der Kassenärztlichen Vereinigung nicht innerhalb von sechs Monaten bearbeitet, kann die Krankenkasse einen Betrag in Höhe der sich unter Zugrundelegung des Antrags ergebenden Honorarberichtigung auf die zu zahlende Gesamtvergütung anrechnen.

(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. Die Maßnahmen, die aus den Prüfungen nach den Absätzen 2 bis 4 folgen, müssen innerhalb von zwei Jahren ab Erlass des Honorarbescheides festgesetzt werden; § 45 Absatz 2 des Ersten Buches gilt entsprechend. Der Inhalt der Richtlinien nach Absatz 6 ist Bestandteil der Vereinbarungen.

(6) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen nach den Absätzen 2 und 3 einschließlich der Voraussetzungen für die Einhaltung der Ausschlussfrist nach Absatz 5 Satz 3 und des Einsatzes eines elektronisch gestützten Regelwerks; 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 Stande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb einer von ihm gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Richtlinien erlassen.