

## Vertragsarztrecht

# Die 11 wichtigsten Regeln zur Abwehr von Honorarkürzungen

Seit der Gesetzgeber 2017 die Prüfverfahren wieder in die Hände der regionalen Vertragspartner gelegt hat, ist ein relativ bunter Flickenteppich an Prüfmethoden entstanden, der nicht nur die Anwälte herausfordert, sondern auch für den einzelnen Arzt manchmal unüberschaubar erscheint. Darüber hinaus halten sich die Prüfungsgremien vielerorts nicht immer an das aktuelle Prüfrecht und beachten auch nicht immer die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG). Mit der nachfolgenden Liste geben wir Ihnen eine erste Handhabe, um Honorarkürzungen zu vermeiden, indem Sie Ihre Rechte im Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung kennen und vor allem wissen, wie diese wahrzunehmen sind.

von RA, FA MedR Dr. Tobias Scholl-Eickmann, Dortmund und RAin, FAin MedR Dr. Anna Kirchhefer-Lauber, LL.M., Münster, [kanzlei-am-aerztehaus.de](http://kanzlei-am-aerztehaus.de)

### Regel Nr. 1: Wirtschaftlichkeitsprüfung oder sachlich-rechnerische Richtigstellung/Plausibilitätsprüfung?

Zuerst sollten Sie sich vergewissern, um welche Art der Prüfung es sich handelt. Das Recht der Wirtschaftlichkeitsprüfungen sieht als Maßnahmen für ein nicht vertrags- bzw. gesetzeskonformes Verhalten von Vertragsärzten deren

- Beratung sowie
- die Festsetzung von Regressen vor.

#### Merke

Wirtschaftlichkeitsprüfungen werden von der Prüfungsstelle bzw. im Widerspruchsverfahren von dem Beschwerdeausschuss (§ 106c SGB V; dieser besteht aus der gleichen Zahl von Vertreter der Krankenkassen und der kassenärztliche Vereinigung (KV) sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden) durchgeführt. Die KV hat keine Befugnis zur Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Vom Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfung durch Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss zu unterscheiden ist

- die sachlich-rechnerische Richtigstellung einerseits
- bzw. die Plausibilitätsprüfung andererseits.

In diesen Verfahren wird nicht „die Wirtschaftlichkeit“, sondern die Rechtmäßigkeit der Abrechnungen überprüft. Dazu gehört die rechtlich ordnungsgemäße Leistungserbringung und die formalrichtige Abrechnung der erbrachten Leistungen und der geltend gemachten Sachkosten. Für diese Verfahren ist die KV zuständig.

### Regel Nr. 2: Rechtzeitige Bescheidung eines Prüfverfahrens?

Regressive für ärztliche Leistungen (z. B. aufgrund einer Wirtschaftlichkeitsprüfung des Honorars) müssen innerhalb von zwei Jahren ab Erlass des Honorarbescheids festgesetzt werden. Bei Regressen für ärztlich verordnete Leistungen (z. B. Heilmittelverordnungen) muss dieses innerhalb von zwei Jahren ab dem Schluss des Kalenderjahrs erfolgen, in dem die Verordnung vorgenommen wurde. Der entsprechende Bescheid hat dem Arzt innerhalb dieser Zwei-Jahres-Frist zuzugehen. Achten Sie deshalb auf das Eingangsdatum des Bescheids.

Allerdings gelten die Zwei-Jahres-Fristen erst seit dem Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) im Jahr 2019. Für ältere Prüfverfahren greift noch das ältere Fristenregime von i. d. R. vier Jahren.

Für das Jahr 2019 müssen die Bescheide der Prüfungsstelle demnach nach der hier vertretenen Auffassung für ärztlich verordnete Leistungen bis zum 31.12.2021 zugegangen sein.

Für ärztliche Leistungen ist auf die Zustellung des Honorarbescheids abzustellen, sodass ein Regress für das Quartal II/2019 binnen zwei Jahren ab der Zustellung des Abrechnungsbescheids für das Quartal II/2019 – i. d. R. erfolgt dies Ende Oktober 2019 – festgesetzt werden muss, somit bis Ende Oktober 2021. Für die Prüfung nach Durchschnittswerten gilt die gleiche Zwei-Jahres-Vorgabe.

### Merke

Sollte der Bescheid nach Ablauf dieser Fristen zugehen, kann der Arzt den Einwand der Verjährung erheben.

### Regel Nr. 3: Prüfantrag sorgfältig analysieren

Mit dem Schreiben der Prüfungsstelle erhalten Sie Kenntnis von der Einleitung des Prüfverfahrens. Gleichzeitig wird Ihnen rechtliches Gehör gewährt, d. h. Sie werden aufgefordert, zu den „Vorwürfen“ binnen einer bestimmten Frist Stellung zu nehmen.

Hat Ihnen die Geschäftsstelle eine als zu kurz empfundene Stellungnahmefrist gesetzt, sollten Sie umgehend eine angemessene Fristverlängerung beantragen. Im Rahmen des ordnungsgemäßen Anhörungsrechts steht Ihnen eine ausreichend lange Stellungnahmefrist zu, die sich im Einzelfall am Prüfungsumfang zu orientieren hat. Die neuen Rahmenvorgaben für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen (Stand: 05.10.2020) sieht insoweit eine Fristeinräumung von mindestens sechs Wochen vor.

### Praxistipp

Ist ein erheblicher Prüfaufwand absehbar, droht eine nicht unerhebliche Honorarkürzung oder liegt eine Aneinanderreihung von Prüfverfahren verschiedener Quartale vor, sollten Sie einen versierten Rechtsanwalt hinzuziehen, damit grundlegende Fehler von vornherein vermieden werden.

### Regel Nr. 4: Praxisindividuelle Stellungnahme vorbereiten

Die häufigste Prüfmethode ist die Prüfung nach Durchschnittswerten, auch statistische Vergleichsprüfung genannt.

Im Rahmen dieser Prüfmethode werden die Praxisabrechnungswerte bestimmten KV-Vergleichspraxen gegenübergestellt. Zu unterscheiden sind Vergleiche

- der Praxisabrechnungswerte insgesamt (Fallwertvergleich),
- der einzelnen Leistungsgruppen (Spartenvergleich) oder
- der einzelne Leistungsziffern (Ziffernvergleich).

Von besonderer Bedeutung für die Rechtfertigung der eigenen Abrechnungswerte sind bestehende Praxisbesonderheiten. Einige der Praxisbesonderheiten lassen sich mithilfe der Abrechnungsstatistik belegen oder begründen zumindest eine Anscheinsvermutung. Dabei kann man auch die Vor- und Nachquartale mit in die Untersuchung einbeziehen, die einen Schwerpunkt ggf. drastischer aufzeigen als das eigentliche Quartal.

Das Ermitteln einer Praxisbesonderheit gelingt meist über die akribische Prüfung aller zur Verfügung stehenden Statistiken. Vielleicht ist Ihnen aber auch bekannt, dass Sie ein vom Durchschnitt der Fachgruppe abweichendes Patientenkli-

entel betreuen, z. B. sehr viele bettlägerige Patienten mit offenen Wunden bzw. Dekubituskrankungen. Dann müssen sie umfangreiche Ausführungen zu der sich aus der Atypik der Zusammensetzung des Patientenkontextes ergebenden Verordnungsnotwendigkeiten am Einzelfall machen (beachten Sie dazu Regel 4).

### Regel Nr. 5: Praxisbesonderheiten vortragen und nachweisen

Leider hat die Rechtsprechung sehr hohe Anforderungen an die Darlegung von Praxisbesonderheiten aufgestellt. So müssen Ärzte im Verfahren der Richtgrößenprüfung Arznei- oder Heilmittel u. a. vortragen (vgl. hierzu Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 05.03.2014, Az. L 3 KA 14/12):

- „Bei wie vielen Patienten genau“: Fallzahlen und Anteil an gesamten Patienten in der Praxis in Prozent vortragen.
- „Aufgrund welchen Erfordernisses im Einzelnen“: Die Patienten anhand ihrer ICD-klassifizierten Diagnose zu einer Gruppe zusammenfassen. Diese Gruppe stellt dann logischerweise gleichzeitig im Einzelfall den Grund für und das Erfordernis der Therapie dar.
- „Welche Medikamente benötigt wurden“: Bei dem Vortrag, welche Medikamente benötigt wurden, kann anstelle der Präparatsnamen mit der anatomisch-therapeutisch-chemischen (ATC) Klassifikation gearbeitet werden, damit alle Präparate, die zur Therapie der besonderen Gesundheitsstörung benötigt werden – unabhängig von dem jeweiligen Hersteller – erfasst werden können.
- „Aus welchen Gründen sich dann insoweit Abweichungen, nämlich eine besondere Patientenstruktur im Vergleich zu den Praxen seiner Fachgruppe, ergeben“: Vergleich des Anteils der Patienten mit bestimmten Gesundheitsstörungen in der Praxis mit dem durchschnittlichen Anteil der Patienten mit dieser Gesundheitsstörung in den Praxen der Fachgruppe. Die Abweichungen sind prozentual angegeben.

### Praxistipp

Einwände, die der Arzt erst im gerichtlichen Verfahren vorbringt, obwohl es ihm oblegen hätte, diese schon den Prüfungsgremien gegenüber zu erheben, können unberücksichtigt bleiben, weil der Arzt nicht berechtigt ist, das Prüfverfahren zu unterlaufen und die den Prüfungsgremien vorbehaltene Prüfung in das gerichtliche Verfahren zu verlagern. Das bedeutet, dass Sie bereits im Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren Ihre Argumente besonders sorgfältig zusammentragen sollten, weil sie u. U. später nicht mehr damit gehört werden.

### Regel Nr. 6: Widerspruch und mündliche Verhandlung

Das Verfahren ist i. d. R. zweistufig. Im ersten Schritt gibt es ein schriftliches Stellungnahmeverfahren. Wenn die Prüfungsstelle trotz Stellungnahme des Arztes eine negative Entscheidung trifft, haben Sie die Möglichkeit, innerhalb von einem Monat hiergegen Widerspruch einzulegen. Dies können Sie auch zunächst zur Wahrung der Frist ohne Begründung tun. Falls Sie aus Ihrer Sicht schon alles Erhebliche im Rahmen der schriftlichen Stellungnahme vorgetragen haben, ziehen Sie einen Fachanwalt für Medizinrecht zu Rate. Die Anforderungen an die Begründung und Darlegung in diesen Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind sehr hoch. Vielleicht lag es nur an der Art und Tiefe der Darstellung, dass Ihre Argumentation nicht verfangen hat.

Beantragen Sie im Rahmen des Widerspruchsverfahrens unbedingt die persönliche Anhörung vor dem Beschwerdeausschuss. Dort können Sie dann gezielt das kollegiale Fachgespräch mit den ärztlichen Ausschussmitgliedern suchen und den Beschwerdeausschuss besser von der Wirtschaftlichkeit der Leistungen überzeugen.

### Praxistipp

Die Beschwerdeausschüsse sind zwar paritätisch mit Vertretern von Ärzten und Kostenträgern besetzt und sollen sachlich den Sachverhalt aufklären. Dennoch stellt sich die mündliche Verhandlung sehr häufig als Stresssituation für die Ärzte heraus. Sie sollten daher entweder einen sachkundigen Kollegen oder einen fachkundigen Rechtsanwalt als Bevollmächtigten mit in die Prüfung nehmen.

### Regel Nr. 7: Argumentieren mit dem BSG

Der fachkundige Rechtsanwalt wird Ihre Ausführungen aus dem Stellungnahmeverfahren vor dem Hintergrund seiner Kenntnisse der Rechtsprechung des BSG auf diesem Gebiet noch erheblich ausweiten können. Hierbei geht es oft um das Hinterfragen des methodischen oder rechnerischen Vorgehens der Prüfungsgremien bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit.

Ein relevantes Thema ist beispielsweise im Rahmen der Durchschnitts- und Richtgrößenprüfung immer wieder die Frage, ob die herangezogene Vergleichsgruppe tauglich ist, insbesondere wenn in der Vergleichsgruppe Ärzte unterschiedlicher Fachgruppen vereinigt sind, die teils sehr unterschiedliche Leistungsspektren haben und entsprechend unterschiedliche Versorgungsnotwendigkeiten aufweisen („Inhomogenität der Fachgruppe“). Zu dieser Problematik gibt es einschlägige Rechtsprechung. Ein Hinweis auf ein „passendes Urteil“ kann vielleicht auch in Ihrem Fall die entscheidende Wende in der Beurteilung durch den Beschwerdeausschuss verursachen.

### Regel Nr. 8: Transparenz der Daten fordern

Im Bereich der Schadensermittlung, d. h. Feststellung des Nettoergesses, aber auch in anderen Bereichen, z. B. beim Errechnen der Richtgrößen etc. besteht eine erhebliche Datenintransparenz. Die Gerichte sind immer weniger gewillt, die von den Vertragspartnern, den KVen und den Prüfungsgremien präsentierten Daten als unumstößliche Wahrheit zu übernehmen.

### Praxistipp

Es lohnt sich daher bereits im Verwaltungsverfahren, Daten, deren Erstellung und Berechnung nicht nachvollziehbar sind, die aber zur Grundlage der Entscheidung des Prüfungsgremium gemacht werden, infrage zu stellen. Dies können Sie tun, indem Sie direkte Fragen formulieren, z. B. wie setzt sich die Vergleichsgruppe zusammen? Wie viele Praxen sind einbezogen worden? Wie viele Praxen der Fachgruppe erbringen diese Leistung überhaupt?

Dies gilt umso mehr, als dass sich das BSG jüngst im Rahmen der Vergleichsgruppenbildung mit der Datentransparenz beschäftigt und sie bei den Hinweis- und Begründungspflichten der Prüfungsgremien verankert hat.

### Regel Nr. 9: Berufen Sie sich auf den Grundsatz „Beratung vor Regress“

Es gilt weiterhin der Grundsatz „Beratung vor Regress“. § 106b Abs. 2 SGB V enthält die Vorgabe, dass bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen ein Verfahren festzulegen ist, das sicherstellt, dass individuelle Beratungen bei statistischen Prüfungen der Ärztinnen und Ärzte der Festsetzung einer Nachforderung bei erstmaliger Auffälligkeit vorgehen.

### Merke

Diese Privilegierung nach dem Prinzip „Beratung vor Regress“ gilt weder für Einzelfallprüfungen noch für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen.

Die Rahmenvereinbarung entwickelt den Grundsatz „Beratung vor Regress“ jedoch noch weiter. Zwar erfolgt keine sogenannte „Nullstellung“ der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Allerdings bringt die Rahmenvereinbarung einige wesentliche Verbesserungen.

Unverändert gilt, dass bei einer erstmaligen Auffälligkeit im Rahmen einer statistischen Prüfung eine individuelle Beratung durchgeführt wird. Diese kann auch schriftlich erfolgen. Eine „erstmalige Auffälligkeit“ liegt vor, wenn bisher weder eine individuelle Beratung im Sinne der neuen Rahmenvorgaben noch – nach derzeitiger Rechtslage – ein Regress bzw. eine Beratung bei Überschreitung der Richtgröße um mehr als 25 Prozent erfolgt ist.

### Merke

Neu ist in diesem Zusammenhang die „Verjährungsregelung“: Wenn die individuelle Beratung bzw. der Regress länger als fünf Jahre zurückliegen, liegt erneut eine „erstmalige Auffälligkeit“ vor. In diesem Fall gilt wieder der Grundsatz „Beratung vor Regress“ – also eine Art „Nullstellung“ nach Bewährungsfrist!

#### **Regel Nr. 10: Bei Erfolg die Kosten des Verfahrens geltend machen**

Beantragen Sie beim Beschwerdeausschuss die Entscheidung über die Kostentragungspflicht und über die Notwendigkeit der Hinzuziehung eines Rechtsanwalts im Beschwerdeverfahren. So muss der Beschwerdeausschuss im Falle Ihres Obsiegens die Kosten für einen von Ihnen beauftragten Rechtsanwalt tragen!

#### **Regel Nr. 11: Entscheidung des Beschwerdeausschusses kritisch überprüfen und Fristen beachten**

Bei kritischer Überprüfung der Bescheide der Beschwerdeausschüsse fällt auf, dass sowohl das formale als auch das materielle Prüfungsrecht bisweilen nicht eingehalten wird. So finden sich regelhaft vorformulierte Textbausteine, die eine kritische Auseinandersetzung mit den vorgetragenen Sach- und Rechtsargumenten des Vertragsarztes vermissen lassen und insoweit die Entscheidung nicht begründen (können).

Achten Sie auch bei den Bescheiden des Beschwerdeausschusses auf die Fristen: Der schriftliche Beschluss muss Ihnen innerhalb von fünf Monaten nach Beschlussverkündung zugestellt werden. Missachtet der Beschwerdeausschuss diese Frist, führt dies zwingend zur Rechtswidrigkeit des Beschlusses. Die Bescheide des Beschwerdeausschusses sind innerhalb von einem Monat mit der Klage vor dem Sozialgericht angreifbar.

**Wichtiger Hinweis:** Der Inhalt ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Redaktion prüft ihn regelmäßig und passt ihn gegebenenfalls an. Gleichwohl schließen wir Haftung und Gewähr aus, da die Materie komplex ist und sich ständig wandelt.

**Haben Sie noch Fragen?** Schreiben Sie uns: [kontakt@iww.de](mailto:kontakt@iww.de)