

# Die Position der TK

## Vertragsärztliche Abrechnungsdaten schneller verfügbar machen

Mai 2021

Die Corona-Pandemie hat einmal mehr gezeigt, wie wichtig die zeitnahe Verfügbarkeit von Daten zur Beurteilung des Leistungsgeschehens, der Abrechnungsvolumina und auch bei der Unterstützung von Kundenanliegen sowie bei gesamtgesellschaftlichen Problemstellungen ist.

**Im Bereich der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sind aussagekräftige Abrechnungsdaten bei den Kassen aber erst sechs Monate nach Quartalsende verfügbar. Dies bedeutet, dass im Zweifel bis zu neun Monate zwischen erbrachter Leistung und der Dokumentation bei der Krankenkasse vergehen.**

In der Zwischenzeit herrscht Unklarheit über die tatsächlichen Ausgaben, das Leistungsgeschehen und die existierenden (akuten) Krankheitsbilder der Versicherten. In der Folge sind beispielsweise Anfragen zu Krankengeld, Rehabilitationsmaßnahmen, Bonusprogrammen und vielen anderen Versorgungsthemen nur nach zusätzlicher Rückfrage möglich.

Die Finanzplanung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist ebenfalls stark eingeschränkt, da nur Prognosen auf der Basis von weit zurückliegenden Daten möglich sind.

Gleichzeitig gab es in der Ärzteschaft in den letzten 20 Jahren massive strukturelle, prozessuale und technische Veränderungen. Demgegenüber haben sich aber die Prozesse und die verfügbaren Daten für die GKV nur geringfügig angepasst.

### Lösung

Die Dauer bis zur Übermittlung der Abrechnungsdaten muss deutlich reduziert werden. Mögliche Lösungsansätze mit unterschiedlicher Eingriffstiefe in das aktuelle Vergütungssystem werden nachfolgend beschrieben.

### Rechtsgrundlagen

Die Übermittlung der vertragsärztlichen Abrechnungsdaten ist grundsätzlich in § 295 SGB V geregelt. Für Abrechnungen über die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) insbesondere im Absatz 2.

Der Paragraph regelt nur die grundlegenden zu übermittelnden Inhalte und den Quartalsbezug. Näheres wird auf die Partner des Bundesmantelvertrags Ärzte (BMV-Ä) übertragen (Absatz 3). Im BMV-Ä werden die näheren Bestimmungen in der Anlage 6 - Vertrag über den Datenaustausch (DAVtr) geregelt, auf welche § 55 BMV-Ä verweist. Der § 1 eben dieser Anlage benennt im Absatz 5 die Lieferfristen für die Einzelfallnachweise (EFN) mit maximal fünf Monaten nach Quartalsende und in Absatz 6 für die Formblätter 3 (FB3) sowie bereichsfremde Einzelfallnachweise mit maximal sechs Monaten nach Quartalsende. Die EFN enthalten alle notwendigen Informationen zum Leistungsgeschehen auf Versicherten-/Arzt-/Praxis-Ebene. Die FB3 zeigen die Vergütungsbeträge auf verschiedenen Aggregationsebenen ohne jeglichen Personenbezug.

### Vorschlag 1 - Verkürzung der aktuellen Fristen auf maximal drei Monate nach Quartalsende

In den entsprechenden rechtlichen und vertraglichen Vorgaben könnten die Lieferfristen einfach verkürzt werden. Die dort enthaltene Fristenregelung existiert seit dem Einführen des Datenaustauschs am 2.9.1994, eine freivertragliche Anpassung mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ist vermutlich nicht zu verhandeln. Eine Vorgabe des Gesetzgebers wäre sehr wahrscheinlich notwendig.

Im Vergleich mit dem Zeitpunkt der Festlegung der immer noch geltenden Lieferfristen kann diese Fristreduzierung inhaltlich mit den heutigen technischen Möglichkeiten begründet werden. Bei der Festsetzung der sechs Monate waren Papierabrechnungen durch die Ärztinnen und Ärzte durchaus noch üblich. Der daraus resultierende Aufwand der Aufbereitung war sehr hoch. Die Notwendigkeit, Daten sechs Monate aufzubereiten, existiert heute aufgrund fortgeschrittener Digitalisierung und technischer Programmlösungen für die Abrechnung durch Ärztinnen und Ärzte und in den KVen nicht mehr.

Einer deutlichen Verkürzung des Zeitraums auf maximal drei Monate sollte die Vertragsärzteschaft keine zwingende und schlüssige Argumentation entgegensetzen können. **Zumal uns zwischenzeitlich Informationen darüber vorliegen, dass die Vertragsärztinnen und -ärzte selbst bereits spätestens drei Monate nach Quartalsende ihre Endabrechnung erhalten und dieser Abrechnungslauf komplett getrennt vom Datenlauf für die Kassen erfolgt.**

Zudem nutzt auch die KBV die Leistungsdaten, indem sie deutlich früher Auswertungsergebnisse über das Versorgungsgeschehen veröffentlicht, zum Beispiel aktuell die Berichte zur Inanspruchnahme während der Corona-Pandemie.

### Vorschlag 2 - Entkoppelung der Leistungsdaten (EFN) von den Abrechnungsdaten (FB3)

Die zeitliche Übermittlung der Abrechnungsdaten von den Ärztinnen und Ärzten an die KVen ist ebenso vorgegeben wie der Übermittlungsweg an die Krankenkassen. Es wäre den KVen also möglich, die von den Ärztinnen und Ärzten eingereichten Leistungsdaten zunächst direkt an die Krankenkassen weiterzureichen, ohne diese zu bearbeiten und Vergütungsinformation daraus zu erstellen.

In diesem Fall würden dann sicherlich noch einige Informationen fehlen, wie üblicherweise durch die KVen direkt zugesetzte Ziffern und bereits dort vorgenommene sachlich-rechnerische Prüfungen sowie weitere Prüfungen, beispielsweise nach § 106d Abs. 2 SGB V. Es wäre denkbar, diese noch nicht 100 Prozent exakten "Rohdaten" zunächst zu übermitteln und mit einem späteren Abrechnungslauf dann die korrigierten und um Rechnungsbeträge ergänzten vollständigen Daten zu übertragen.

Setzt man die Übermittlungsfrist auf beispielsweise vier Wochen nach Quartalsende, könnten die KVen eine erste Aufbereitung der Daten und Ergänzungen der von ihr vorzunehmenden Abrechnungsziffern bereits einfließen lassen. Technisch müssen die Systeme heutzutage dazu in der Lage sein.

Bei dieser Lösung hat man zunächst zeitnah einen Überblick über das Leistungsgeschehen und kann, sowohl auf die einzelnen Versicherten als auch die GKV als Ganzes gesehen, wesentlich früher als aktuell mit verlässlichen Informationen arbeiten.

Die Korrekturen und Ergänzungen der KVen im Rahmen der Erstellung der Abrechnung verfeinern dann die Daten und ergänzen die monetäre Komponente. Es ist nicht zu erwarten, dass regelhaft in sehr großem Umfang Verwerfungen zwischen Erstlieferung der Rohdaten und Korrekturlieferung mit den Abrechnungsdaten entstehen.

### Vorschlag 3 - "taggleiche" Übermittlung von Abrechnungsdaten

Datenbereitstellungen, die bereits im laufenden Quartal beginnen, sind im aktuellen Vergütungssystem nicht darstellbar. Dies liegt zum einen an der Funktionsweise der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) und zum anderen an der Logik des Einheitlicher Bewertungsmaßstabs (EBM). Dieser enthält vielfach Quartalspauschalen, die an das Kalendervierteljahr geknüpft sind

und Zuschläge, die erst nach Vorliegen der vollständigen Abrechnungen zugesetzt werden können.

Je nach Eingriffstiefe in das bestehende Abrechnungssystem wären frühere Abrechnungen beziehungsweise Datenübermittlungen möglich. Vergleichbar zum Krankenhausbereich und quasi als laufende Einzelfallübermittlung tatsächlich quasi taggleich könnten Informationen fließen, wenn eine Einzelleistungsvergütung ohne nachträgliche Anpassungen oder Honorarverteilungen erfolgt. Dies würde eine komplette Neugestaltung des Vergütungssystems bedeuten. Für heutige bereits existierende Einzelleistungen wäre ein solches System allerdings auch bereits denkbar und anwendbar. Die Ärztinnen und Ärzte müssten taggleich an die KVen melden und diese die Informationen nach (automatisierter Erst-) Prüfung weiterleiten. Die entsprechenden Daten wären theoretisch innerhalb weniger Tage verfügbar.

Eine Art Zwischenlösung wäre das Loslösen von festen Quartalen zu Zeitquartalen. Damit einhergehend könnte die Datenübermittlung ebenfalls von Termin- zu Permanentlieferungen wechseln. Dieses System scheint aber mit Budgetierungen, die nachträgliche Vergütungsanpassungen bedingen, nicht vereinbar. Pauschalierte Systeme würden hingegen dieser Art der Datenübermittlung nicht grundsätzlich im Wege stehen, wie man am System der Diagnosis Related Groups (DRG) sieht.

### **Fazit:**

#### **Datenlieferfristen deutlich verkürzen**

Die bestehenden zeitlichen Vorgaben für Datenlieferungen zum ärztlichen Leistungsgeschehen sind antiquiert. Eine deutliche Verkürzung ist notwendig, sachgerecht und auch technologisch umsetzbar.

Es sollte der Idealfall der taggleichen oder zumindest zeitnahen Datenübermittlung angestrebt werden. Die Kommunikationswege des DRG-Systems können dafür ein Vorbild sein. Für eine derart radikale Verkürzung der Lieferzeiten sind Änderungen des Vergütungssystems notwendig. Weder der Einheitliche Bewertungsmaßstab noch die Vergütungsregeln zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und gesetzlichen Krankenkassen sind aktuell für zeitnahe Übermittlung von Einzelfällen geeignet.

Die Umsetzung der "taggleichen" Lieferung wirft daher auch Fragen nach neuen Regelungen für Ausgabenbegrenzungen und die zukünftige Rolle der KVen im Abrechnungsprozess auf, die dann parallel gelöst werden müssen.

Sollte aufgrund dieses absehbaren Aufwands für die Variante "taggleich" keine realistische Umsetzungschance gesehen werden, kann dennoch auch beim bestehenden System eine Verkürzung der zeitlichen Abläufe problemlos umgesetzt werden. Keinesfalls kann eine Datenlieferung länger als drei Monate dauern. Eine zeitnahe nur grob von den KVen geprüfte und konsolidierte Erstlieferung maximal vier Wochen nach Quartalsende und gegebenenfalls um weitere Abrechnungsinformationen ergänzte spätere Korrekturlieferungen (maximal nach drei Monaten) sind dabei zu bevorzugen.

Generell müssen unabhängig von der Fristfrage, die Regelungen zu Korrekturlieferungen gesetzlich geregelt werden. Die bisherigen vertraglichen Lösungen veranlassen viele KVen bisher nicht dazu, diese Daten zu liefern. Aufgrund dieser Verweigerungshaltung der KVen führt dies am Ende oft zu fehlerhaften oder unzureichenden Abrechnungsgrundlagen. Der GKV fehlen geeignete Druckmittel, um dies zu vermeiden.

#### **Umfangreiche Vorteile einer früheren Datenlieferung für alle Beteiligten**

Neben der bloßen Möglichkeit Daten früher liefern zu können, ist dies auch auf mehreren Ebenen geboten und bietet **vielfältige Vorteile**:

- früherer Überblick über Ausgaben und Entwicklungen des Vertragsarztbereichs, dies schließt die regelhaft notwendige Evaluierung neuer Leistungen und Versorgungsangebote ein,

- dadurch mehr Planungssicherheit und frühzeitige Möglichkeiten Leistungsgeschehen zu überprüfen und gegebenenfalls zu steuern,
- schnelleres und aussagekräftigeres Reagieren auf Anfragen aus Politik und Medien oder, wie aktuell, bei besonderen Versorgungssituationen, zeitnahe Entscheidungen datenbasiert zu unterstützen,
- damit einhergehend, kann der Gesetzgeber / die Politik wesentlich frühzeitiger auf Basis valider Informationen tätig werden,
- bessere Grundlagen für Verhandlungen und Weiterentwicklung des Systems,
- weniger Bürokratie für Ärztinnen und Ärzte, da bei früherer Datenverfügbarkeit zusätzliche Kassenanfragen für eine Reihe von Versorgungsthemen entfallen könnten,
- bessere Versorgung und Service für Versicherte aus demselben Grund (Rückfrage- und Zeitersparnis, da Informationen für Anträge aus anderen Themenfeldern bereits vorliegen). Die TK ist frühzeitiger in der Lage Leistungsfälle zu identifizieren und zu steuern/unterstützen - zum Beispiel bei
  - Diagnosen zu potenziell langfristiger Arbeitsunfähigkeit oder
  - Diagnosen bei denen Anträge für Folgeleistungen wahrscheinlich sind,
  - Angebote für Schwangerschaft und Mutterschaft,
  - Unterstützung durch Maßnahmen bei Früherkennung und Rehabilitation sowie bei
  - Bonusangeboten der TK.
- die Versicherten können sich zeitnah einen aktuelleren Stand über Ihren Gesundheitszustand verschaffen und dies mit den Möglichkeiten digitaler Angebote verbinden.

Techniker Krankenkasse  
 Büro Berlin  
 Luisenstraße 46, 10117 Berlin  
 Tel. 030 - 28 88 47-10  
[berlin-gesundheitspolitik@tk.de](mailto:berlin-gesundheitspolitik@tk.de)