

**Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 106a Abs. 5 SGB V:**

**Regelungen zur Durchführung der Prüfung  
nach § 106a Abs. 3 SGB V  
durch die Krankenkassen**

**Musterverfahrensordnung (Muster-VO)**  
**für die Prüfung durch die Krankenkassen**  
**gemäß § 106a Abs. 3 SGB V**  
**i. V. m. § 15 Abs. 2**  
**der Richtlinien der KBV**  
**und des GKV-Spitzenverbandes**  
**zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungsprüfungen**  
**der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen**  
**gemäß § 106a Abs. 6 Satz 1 SGB V**

**§ 1**  
**Gesetzlicher Auftrag**

Gemäß § 106a Abs. 3 SGB V prüft die Krankenkasse in eigener Zuständigkeit die Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung (zugelassene und ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten sowie die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Einrichtungen, im Folgenden Vertragsärzte genannt, gemäß § 1 Abs. 1 der Richtlinien der KBV und des GKV-Spitzenverbandes, im Folgenden Richtlinien genannt).

**§ 2**  
**Prüfung des Bestehens und des Umfangs der Leistungspflicht**

(1) Inhalt

Diese Prüfung umfasst insbesondere die Abrechnungen der Vertragsärzte hinsichtlich:

1. des generellen Bestehens der Leistungspflicht, d.h.
  - 1.1. der Feststellung des Bestehens eines Versicherungsverhältnisses zum Zeitpunkt der Behandlung
  - 1.2. der Feststellung der Leistungspflicht im Hinblick auf die Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers
  - 1.3. des Ausschlusses von Doppelabrechnungen in verschiedenen Sektoren (ambulant/stationär)

2. des Umfangs der Leistungspflicht, d.h.

- 2.1. der Feststellung der Voraussetzungen der Leistungspflicht bei Maßnahmen der Krankheitsfrüherkennung und Mutterschaftsvorsorge (z.B. Altersgrenze bei Gesundheitsuntersuchungen)
- 2.2. und bei Leistungen, welche einer Genehmigung durch die Krankenkasse bedürfen (z. B. künstliche Befruchtung oder psychotherapeutische Leistungen gemäß Kapitel 35.2 EBM)
- 2.3. des Ausschlusses von Abrechnungen nach dem Sachleistungsprinzip bei Versicherten, die Kostenerstattung gewählt haben

(2) Datenbasis

Grundlage der einheitlichen Prüfung sind die Versichertendaten:

1. Beginn der Mitgliedschaft
2. Ende der Mitgliedschaft
3. Geburtsdatum
4. Anschrift
5. Status (DMP, Ausland, Sozialhilfe...)
6. Kennzeichen für Geschlecht
7. Zeitraum stationärer Behandlung
8. Leistungszeitraum anderer Kostenträger

(3) Umfang

Die Prüfung erfolgt quartalsweise bzw. ggf. leistungsspezifisch quartalsübergreifend (sofern sich die EBM-Ziffern auf den Krankheitsfall beziehen) anhand der gesamten Abrechnungsdaten.

### **§ 3**

#### **Prüfung der Plausibilität von Art und Umfang der abgerechneten Leistungen in Bezug auf die angegebene Diagnose**

(1) Inhalt

Die Plausibilität von Art und Umfang der für die Behandlung eines Versicherten abgerechneten Leistungen in Bezug auf die angegebene Diagnose wird überprüft durch die Feststellung von Auffälligkeiten, die sich insbesondere auf folgende Sachverhalte beziehen können:

1. Prüfung der angegebenen Diagnose bei Leistungen mit Diagnosebezug,

2. sowie ggf. ergänzend die Prüfung der Plausibilität der angegebenen Diagnose durch Vergleich mit den Arzneimittelverordnungen.
3. § 52 Absatz 2 SGB V - Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden (Folgeerkrankung bei medizinisch nicht indizierter ästhetischer Operation, Tätowierung oder Piercing) unter Angabe der Diagnose mit ICD-10-Kennung: U69.10.

## (2) Datenbasis

Grundlage der Prüfungen sind

1. die abgerechneten Leistungen und Diagnosen nach den EFN-Datensätzen gemäß Datenträgers Austausch sowie kassenindividuell definierte Kriterien.
2. die von den zu prüfenden Ärzten und Einrichtungen verordneten Arzneimittel nach § 300 SGB V.
3. Stammdaten
  - EBM
  - ICD 10
  - ATC-Code

## (3) Umfang

Die Prüfungen erfolgen quartalsweise bzw. ggf. quartalsübergreifend anhand der geprüften Abrechnungsdaten als Stichprobenprüfung. Stichprobenprüfungen sind nach dem Zufallsprinzip durchzuführen.

# **§ 4**

## **Prüfung der Plausibilität der Zahl der vom Versicherten in Anspruch genommenen Vertragsärzte unter Berücksichtigung ihrer Fachgruppenzugehörigkeit**

### (1) Inhalt

Die Plausibilität der parallelen Inanspruchnahme mehrerer Vertragsärzte wird überprüft durch die Feststellung von Auffälligkeiten insbesondere hinsichtlich folgender Sachverhalte:

1. Häufigkeit der Inanspruchnahme von Ärzten derselben Fachrichtung durch den Versicherten,
2. Häufigkeit der durch wechselseitige Zuweisung veranlassten Inanspruchnahme mehrerer Vertragsärzte

## (2) Datenbasis

Grundlage der Prüfungen sind die Einzelfallnachweise.

## (3) Umfang

Die Prüfungen nach Abs. 1 erfolgen nach Maßgabe des § 9 der Vereinbarung.

# **§ 5**

## **Prüfung der vom Versicherten an den Arzt zu zahlenden Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V unter Beachtung des damit verbundenen Verfahrens nach § 43b Abs. 2 SGB V**

### (1) Inhalt

Die Krankenkasse prüft die Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V.

### (2) Datenbasis

Grundlage der Prüfungen sind die Einzelfallnachweise.

### (3) Umfang

Die Prüfung erfolgt quartalsweise anhand der geprüften Abrechnungsdaten.

# **§ 6**

## **Prüfung von Art, Umfang und Plausibilität der direkt gegenüber der Krankenkasse abgerechneten Sachkosten**

### (1) Inhalt

Die Krankenkasse prüft die über sie direkt abgerechneten Sachkosten.

### (2) Datenbasis

Grundlage der Prüfungen sind

1. die Einzelfallnachweise
2. die Daten der Sachkostenrechnungen

### (3) Umfang

Die Prüfungen erfolgen als Stichprobenprüfung. Stichprobenprüfungen erfolgen nach dem Zufallsprinzip.

## **§ 7**

### **Allgemeine Regelungen**

#### (1) Zusammenführung von Daten

Zur Erhöhung der Aussagefähigkeit können die Daten unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen kassenartenübergreifend zusammengeführt werden.

#### (2) Daten aus Verträgen mit anderen Vertragspartnern

Soweit die Krankenkassen Verträge nach §§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V abgeschlossen haben, deren Vertragspartner nicht die KVB ist, können die Krankenkassen die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns über Art und Umfang der im Rahmen dieser Verträge abgerechneten Leistungen des jeweiligen Vertragsarztes informieren (§ 16 Absatz 4 der Bundesrichtlinien).

#### (3) Prüfbericht

Über die durchgeführten Prüfungen, deren Ergebnisse und insbesondere die festgestellten Unplausibilitäten erstellt die Krankenkasse einen Prüfbericht.

#### (4) Wirtschaftlichkeitsprüfung

Bei festgestellter Unplausibilität wegen der Art und des Umfangs der für die Behandlung eines Versicherten abgerechneten Leistungen in Bezug auf die Diagnose kann die Krankenkasse oder ihr Verband eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V beantragen. Dasselbe gilt bei Unplausibilität hinsichtlich der Zahl der vom Versicherten in Anspruch genommenen Vertragsärzte unter Berücksichtigung ihrer Fachgruppenzugehörigkeit, wenn die Krankenkasse eine versicherteninitiierte unkoordinierte Mehrfachinanspruchnahme ausschließen kann.

## Aufgreifkriterien der fünf Prüfkomplexe

Prüffeld	Prüfgegenstand	Prüfung gegen
<b>1. Leistungspflicht</b> (zu § 2 Muster-VO)	Dauer des Versichertenverhältnisses	Abrechnungszeitraum (EFN)
	Abrechnungszeitraum ambulant (EFN)	Abrechnungszeitraum stationär (§ 301 SGB V)
	Vergütung/Diagnosedaten gesamt	Sozialhilfeempfänger (Status 4); Wahl der Kostenerstattung; Unfallkennzeichen
	Vergütung bei Maßnahmen der künstlichen Befruchtung	Art und Anzahl der anrechenbaren Maßnahmen aus vergangenen Abrechnungszeiträumen; Genehmigung der Kasse
	Vergütung bei antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen	Genehmigungsumfang der Kasse
	Vergütung bei Krebsfrüherkennung/Gesundheits-/Kinderuntersuchung	Anspruchsberechtigung nach Anzahl pro Zeiteinheit, Alter, Geschlecht
	Vergütung bei Substitution	Anzeige nach § 7 Abs. 2 der Methadon-Richtlinien; Mehrfachsubstitution
<b>2. Diagnosen</b> (zu § 3 Muster-VO)	EBM-Nummern	Diagnose
	EFN-Daten	Arzneimitteldaten
	Leistungsbeteiligung nach § 52 Abs. 2 SGB V	ICD-10-Kennung U69.10
<b>3. Anzahl in Anspruch genommener Vertragsärzte</b> (zu § 4 Muster-VO)	EFN-Daten	Anzahl in Anspruch genommener Vertragsärzte derselben Fachgruppe (>4)
	Überweisungen zur Mit-/Weiterbehandlung	Ringüberweisungen = Anzahl identischer Zuweiser (unabhängig von Fachgruppe) über mehrere Abrechnungsquartale hinweg; Anzahl in Anspruch genommener Vertragsärzte derselben Fachgruppe (>4)
<b>4. Praxisgebühr</b> (zu § 5 Muster-VO)	Nichtzahlung (Pseudo-Nrn.)	Befreiungstatbestand
	Zuzahlungspflichtige abzüglich Zuzahlungspflichtige ohne geleistete Zahlung	Verrechnung mit der Gesamtvergütung pro KV laut FB 3 neu (vgl. Kap. 5.1.1 der Formblatt 3- Inhaltsbeschreibung ab dem 2. Quartal 2005)
<b>5. Sachkosten</b> (zu § 6 Muster-VO)	Art	Vergütung/Diagnosedaten
	Anzahl	Vergütung/Diagnosedaten
	Preis	Preisspannen