

**Vereinbarung zur Abrechnungsprüfung  
nach § 106a Absatz 5 SGB V**

über Inhalt und Durchführung der Abrechnungsprüfungen  
nach § 106a Absatz 2 und Absatz 3 SGB V

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns  
(nachstehend als „KVB“ bezeichnet)

und

der AOK Bayern - Die Gesundheitskasse  
- handelnd als Landesverband -

dem BKK Landesverband Bayern,

der SIGNAL IDUNA IKK  
- handelnd als Landesverband -

dem Funktionellen Landesverband der Landwirtschaftlichen  
Krankenkassen und Pflegekassen in Bayern,

der Knappschaft  
- Regionaldirektion München -,

und

den Ersatzkassen

- Barmer Ersatzkasse

- Techniker Krankenkasse

- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)
- KKH-Allianz (Ersatzkasse)
- Gmünder Ersatzkasse (GEK)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- Hamburg Münchener Krankenkasse
- hkk

Gemeinsamer Bevollmächtigter der Ersatzkassen  
mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),  
vertreten durch den Leiter der vdek - Landesvertretung Bayern

## **Präambel**

Zum 01.01.2004 wurde die Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung vom Gesetzgeber durch das Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) neu geregelt.

Danach obliegt die Abrechnungsprüfung den Kassenärztlichen Vereinigungen in dem von § 106a Absatz 2 SGB V vorgegebenen Umfang und den Krankenkassen nach Maßgabe des § 106a Absatz 3 SGB V.

Zu dieser so gegliederten Abrechnungsprüfung wurden nach § 106a Absatz 6 SGB V zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungsprüfungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen vereinbart (im Folgenden „Bundesrichtlinien“). Diese wurden im Dt. Ärzteblatt vom 17.09.2004, S. A 2555 veröffentlicht.

Die auf Grund der Änderungen durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz neu gefassten Bundesrichtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbandes sind zum 01.07.2008 in Kraft getreten (Dt. Ärzteblatt vom 12.09.2008, S. A 1925 ff.).

Gemäß § 106a Absatz 5 SGB V ist auf Landesebene zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen eine Vereinbarung über Inhalt und Durchführung der Abrechnungsprüfungen zu schließen.

Die Bundesrichtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbandes sind gemäß § 106a Absatz 5 Satz 3 SGB V Bestandteil dieser Vereinbarung.

Diese Vereinbarung findet unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorgaben durch die prüfende Stelle Anwendung auf die Prüfung der Abrechnungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten (zugelassene und ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten) sowie der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ärztlich geleiteten Einrichtungen (zugelassene Medizinische Versorgungszentren, zugelassene Einrichtungen nach § 311 SGB V, zugelassene Krankenhäuser, ermächtigte ärztlich

geleitete Einrichtungen). Soweit sich die nachfolgenden Bestimmungen auf Ärzte und ärztliche Leistungen beziehen, schließen sie auch Psychotherapeuten und psychotherapeutische Leistungen ein.

Soweit in der Vereinbarung Prüfungen von Abrechnungen zugrunde gelegt werden, beziehen sich diese Prüfungen jeweils individuell auf Leistungen abrechnender Vertragsärzte oder Vertragspsychotherapeuten sowie auf Leistungen angestellter Ärzte oder Psychotherapeuten in Arztpraxen oder Medizinischen Versorgungszentren, welche unter einer Arztnummer abgerechnet werden (sog. Arztbezug).

Sofern der Vertragsarzt an verschiedenen Betriebsstätten und/oder Nebenbetriebsstätten tätig ist, wird für die Beurteilung der Behandlungs- und Ordnungsweise seine Tätigkeit an allen Betriebsstätten einbezogen, auch wenn er im Status der Zulassung und der Ermächtigung nach § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV tätig ist. Bei der Tätigkeit im Rahmen eines Anstellungsverhältnisses ist eine Beurteilung der Behandlungs- und Ordnungsweise der anstellenden Arztpraxis bzw. des Medizinischen Versorgungszentrums vorzunehmen.

Soweit nichts anderes vereinbart ist, findet diese Vereinbarung keine Anwendung auf die Prüfung der Abrechnungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Einrichtungen, deren Leistungen unmittelbar von den Krankenkassen vergütet werden (§ 120 Abs. 2 Satz 1 SGB V: Hochschulambulanzen, psychiatrische Institutsambulanzen und Sozialpädiatrische Zentren; § 117 Abs. 2 SGB V: Hochschulambulanzen an psychologischen Universitätsinstituten und Ambulanzen an Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG).

Diese Abrechnungen wie auch die auf der Grundlage von Sonderrechtsbeziehungen direkt mit den Krankenkassen abgerechneten Leistungen der Vertragsärzte werden außerhalb dieser Vereinbarung geprüft. Die Prüfung der Rechtmäßigkeit der Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen in Abgrenzung zu den in Sonderrechtsbeziehungen erbrachten Leistungen ist dadurch nicht ausgeschlossen, auch wenn diese nicht über die KVB abgerechnet werden (z.B. §§ 73b und 73c, § 140a ff. SGB V).

In den Fällen einer KV-übergreifenden Berufsausübung erfolgt die Prüfung nach Maßgabe der folgenden Vorschriften. Eine KV-übergreifende Tätigkeit liegt vor, wenn der Arzt

1. gleichzeitig als Vertragsarzt mit zwei Zulassungen gemäß § 19 a Ärzte-ZV oder gemäß § 24 Ärzte-ZV ermächtigter Arzt an einem weiteren Tätigkeitsort ( Zweigpraxis) in Bereichen von mindestens zwei Kassenärztlichen Vereinigungen tätig ist; das Gleiche gilt für ein Medizinisches Versorgungszentrum, wenn es in Bereichen von mindestens zwei Kassenärztlichen Vereinigungen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt.
2. als Beteiligter einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig ist, deren Vertragsarztsitze (Ort der Zulassung) in Bereichen von mindestens zwei Kassenärztlichen Vereinigungen gelegen sind (§ 33 Abs. 2 Satz 1 und 6 Ärzte -ZV).
3. als Vertragsarzt an seinem Vertragarztsitz und als Beteiligter einer Berufsausübungsgemeinschaft oder Teilberufsausübungsgemeinschaft (§ 33 Abs. 2 Satz 3 Ärzte-ZV) an einem weiteren Tätigkeitsort im Bereich einer weiteren Kassenärztlichen Vereinigung tätig ist
4. als zugelassener Vertragsarzt gleichzeitig als angestellter Arzt in einer Arztpraxis und/oder einem Medizinischen Versorgungszentrum im Bereich einer weiteren Kassenärztlichen Vereinigung tätig ist
5. als angestellter Arzt in einer Arztpraxis und/oder einem Medizinischen Versorgungszentrum in Bereichen von mindestens zwei Kassenärztlichen Vereinigungen tätig ist.

Bei einer Berufsausübung, welche den Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung überschreitet (KV-bereichsübergreifende Berufsausübung), gilt § 11a Abs. 2 der Bundesrichtli-

nien in der Fassung vom 01.07.2008 für die Bestimmung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen.

## **Abschnitt A**

### **Abrechnungsprüfungen durch die KVB nach § 106a Absatz 2 SGB V**

#### **§ 1**

#### **Prüfungen der Rechtmäßigkeit der Abrechnungen**

Die KVB prüft die Rechtmäßigkeit der vertragsärztlichen Abrechnungen incl. der Sachkosten anhand der in § 3 Abs. 1, 2 und 2a der Bundesrichtlinie sowie der in den §§ 4, 5, 6, 7, 8, 8a, 11, 11a und 12 der Bundesrichtlinien gemachten Vorgaben.

Die KVB führt eine erweiterte regelhafte Prüfung nach § 9 der Bundesrichtlinien durch. Die Stichprobenprüfung findet statt, soweit hierüber eine Abstimmung gem. § 17 Abs. 1 erfolgt.

#### **§ 2**

#### **Inhalt und Durchführung der Plausibilitätsprüfung**

Für den Inhalt und die Durchführung der in § 7 der Bundesrichtlinien genannten Plausibilitätsprüfung gelten die in Anlage 1 vereinbarten Regelungen.

Aufgreifkriterien zur Durchführung der Plausibilitätsprüfung und Prüfungsgegenstände können durch die KVB quartalsweise fachgruppenspezifischen Auffälligkeiten angepasst werden, soweit dies nicht durch Absprache in der Kommission (Abschnitt C) ausgeschlossen ist. Änderungen der Aufgreifkriterien werden den Vertragspartnern unverzüglich mitgeteilt.

#### **§ 3**

#### **Wirtschaftlichkeitsprüfungen**

Ergibt eine Plausibilitätsprüfung Anhaltspunkte dafür, dass der Arzt Leistungen in einem unwirtschaftlichen Ausmaß erbracht hat, so veranlasst die KVB nach Maßgabe der Vereinbarung gem. § 106a Abs. 4 Satz 3, 2. Halbsatz i. V. m. § 106a Abs. 2 SGB V die Einleitung eines Verfahrens nach § 106 SGB V.

#### **§ 4**

#### **Antragsverfahren der KVB auf Durchführung gezielter Prüfungen der Krankenkassen**

Die KVB kann in begründeten Fällen Prüfungen durch die Krankenkassen nach § 106a Abs. 3 SGB V beantragen.

Hierfür hat die KVB einen entsprechenden Antrag bei der zuständigen Krankenkasse einzureichen. Der Antrag ist spätestens 12 Monate nach Ablauf des Abrechnungsquartals zu stellen.

## **Abschnitt B**

### **Abrechnungsprüfung durch die Krankenkassen (§ 106a Abs. 3 SGB V)**

#### **§ 5**

##### **Sachlich-rechnerische Prüfung der Abrechnung**

Die Krankenkassen oder ihre Verbände können in begründeten Fällen gezielte Prüfungen durch die KVB nach § 106a Abs. 2 SGB V innerhalb der in den Gesamtverträgen genannten Fristen (Antragsfristen für sachlich rechnerische Richtigstellungen) beantragen.

#### **§ 6**

##### **Prüfung des Bestehens der Leistungspflicht**

- (1) Die Krankenkassen prüfen die Abrechnung darauf, ob zum Zeitpunkt der Behandlung eine Leistungspflicht bestand.
- (2) In den Fällen, in denen keine Krankenversichertenkarte eingelesen wurde und sich unter den angegebenen Daten keine Versicherten identifizieren lassen, können die Krankenkassen bei der KVB eine Prüfung im Rahmen der sachlich-rechnerischen Berichtigung beantragen.
- (3) Die Krankenkassen prüfen quartalsweise Abrechnungsdaten auf Leistungen,
  - a) die nach dem Tod der Versicherten abgerechnet wurden,
  - b) die während einer stationären Behandlung abgerechnet wurden,
  - c) die in die Leistungspflicht eines anderen Kostenträgers fallen.

## **§ 7**

### **Prüfung des Umfangs der Leistungspflicht**

Die Krankenkassen prüfen die Abrechnungen - ggf. quartalsübergreifend - auf Einhaltung des Umfangs ihrer Leistungspflicht insbesondere bei genehmigungspflichtigen Leistungen.

## **§ 8**

### **Prüfung der Plausibilität der Abrechnung**

Die Krankenkassen prüfen die Plausibilität von Art und Umfang der abgerechneten Leistungen in Bezug auf die angegebenen Diagnosen. Hierzu gelten die Regelungen des § 17 Abs. 1 der Bundesrichtlinien. Bis zur Entwicklung einer konkreten Handlungsempfehlung findet eine Einzelfallprüfung statt. Anerkannte Leitlinien – insbesondere aus Disease-Management-Projekten - können berücksichtigt werden.

## **§ 9**

### **Prüfung der Plausibilität der ärztlichen Inanspruchnahme („Doktor-Hopping“)**

- (1) Die Krankenkassen prüfen die Abrechnungen der Vertragsärzte hinsichtlich der Plausibilität der Zahl der vom Versicherten in Anspruch genommenen Vertragsärzte unter Berücksichtigung ihrer Fachgruppenzugehörigkeit.
- (2) Als Kriterium für eine Auffälligkeit ist eine Inanspruchnahme von mehr als vier Ärzten derselben Fachrichtung in einem Quartal anzusehen. Dies gilt entsprechend auch für die mehr als viermalige Inanspruchnahme von mehreren Vertragsärzten, die durch wechselseitige Zuweisung veranlasst wurde (Ringüberweisung). In der Kommission nach Abschnitt C können hierfür abweichende Kriterien vereinbart werden.

## **§ 10**

### **Wirtschaftlichkeitsprüfung**

In den Fällen der §§ 8 bis 9 kann eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V durch die Krankenkassen oder ihren Landesverband beantragt werden (vgl. § 106a Abs. 4 Satz 3 SGB V).

## **§ 11**

### **Zuzahlungsprüfung**

Die Krankenkassen prüfen die Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V gemäß § 16 Abs. 1 Ziffer 4 der Bundesrichtlinien.

## **§ 12**

### **Prüfung der Sachkosten**

Die direkt mit den Krankenkassen abgerechneten Sachkosten werden geprüft.

## **§ 13**

### **Beauftragung**

Die Krankenkassen können die Prüfung durch die KVB oder Dritte durchführen lassen, sofern datenschutzrechtliche Bestimmungen dem nicht entgegenstehen.

## **§ 14**

### **Art der Prüfungen**

Die Prüfungen werden regelhaft durchgeführt für die

- Leistungspflicht (§ 16 Abs. 1 Ziffer 1 der Bundesrichtlinien),
- Arztinanspruchnahme (§ 16 Abs. 1 Ziffer 3 der Bundesrichtlinien)
- Zuzahlung (§ 16 Abs. 1 Ziffer 4 der Bundesrichtlinien)

und als Stichprobe nach dem Zufallsprinzip für

- Diagnosen (§ 16 Abs. 1 Ziffer 2 der Bundesrichtlinien)
- Sachkosten (§ 16 Abs. 3 der Bundesrichtlinien)

## **§ 15**

### **Informationspflicht der Krankenkassen**

Die AOK Bayern, der BKK Landesverband in Bayern, die Knappschaft, Regionaldirektion München, der Funktionelle Landesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen und Pflegekassen in Bayern, die Signal Iduna IKK und die Ersatzkassen unterrichten sich gegenseitig über Fehlerhaftigkeit oder Unplausibilitäten insbesondere in folgenden Fällen:

- bei Leistungen, die nach dem Tod der Versicherten abgerechnet wurden (§ 6 Abs. 3 a)
- bei Leistungen, die während einer stationären Behandlung abgerechnet wurden (§ 6 Abs. 3 b)
- bei Leistungen, die in Bezug auf die angegebenen Diagnosen unplausibel sind (§ 8)
- bei Ringüberweisungen (§ 9 Abs. 2)

## **Abschnitt C**

### **Bildung einer gemeinsamen Kommission „Abrechnungsprüfung“ aus Vertretern der KVB und Vertretern der Krankenkassen/Landesverbände**

## **§ 16**

### **Bildung einer gemeinsamen Kommission „Abrechnungsprüfung“**

- (1) Die KVB und Krankenkassen/Landesverbände haben eine gemeinsame Kommission zur Abstimmung der Vorgehensweise zur Erfüllung der ihnen aus den Bundesrichtlinien übertragenen Abrechnungsprüfungen gebildet. Die gemeinsame Kommission berät auch die Ergebnisse und stimmt mögliche Maßnahmen ab.
- (2) Die Kommission setzt sich paritätisch aus von der KVB berufenen und von der Kassenseite berufenen Vertretern zusammen.  
Die Kommission besteht aus acht Mitgliedern; für jedes Mitglied werden Stellvertreter bestellt.  
Die Kommission wählt jährlich aus ihren Reihen einen alternierenden Vorsitzenden.
- (3) Die Kommission ist beschlussfähig, wenn mindestens die Hälfte ihrer Mitglieder in paritätischer Besetzung anwesend ist; sie beschließt mit einfacher Stimmenmehrheit. Findet ein Beschluss keine Stimmenmehrheit, gilt die Beschlussvorlage als abgelehnt.  
Für Sitzungen der Kommission können die Mitglieder der KVB und der Krankenkassen durch schriftliche Erklärung, die dem alternierenden Vorsitzenden vorzulegen ist, einem anderen Mitglied Vollmacht erteilen. Hierbei können Stimmrechte durch schriftliche Erklärung auch auf weniger als vier Vertreter übertragen werden.
- (4) Die Sitzungen der Kommission finden in der Regel vierteljährlich, mindestens jedoch 2 mal im Kalenderjahr statt.

## **§ 17**

### **Aufgaben der Kommission**

- (1) Die Mitglieder der Kommission stimmen Prüfungsgegenstände hinsichtlich deren Priorität und deren Prüfungsumfang ab.
- (2) Die Mitglieder der Kommission legen die Vorgehensweise hinsichtlich der nach Absatz 1 abgestimmten Prüfgegenstände fest (insbesondere zu verwendende Daten, Beginn und voraussichtliches Ende der Prüfung; Anzahl einzubeziehender Quartale, usw.).
- (3) Der Geschäftsstelle der Kommission sind schriftlich quartalsweise die Informationen aus § 13 Abs. 3 und § 18 der Bundesrichtlinien zu übermitteln. Die Geschäftsstelle der Kommission fasst die Informationen zusammen und bringt sie in die nächste Sitzung der Kommission ein.

Diese Übermittlung an die Kommission ersetzt die gegenseitigen Unterrichtungspflichten der KVB und der Krankenkassen gemäß § 21 Abs. 3 der Bundesrichtlinien.

- (4) Die Kommission hat die Aufgabe gemäß § 21 Abs. 1 und 2 der Bundesrichtlinien eine möglichst einvernehmliche Bewertung der Ergebnisse von Plausibilitätsprüfungen und eine Empfehlung der zu treffenden Maßnahmen (z.B. Hinweise, Beratungen, Berichtigungen, Disziplinarverfahren, Anträge auf Wirtschaftlichkeitsprüfung, Information der Stelle nach § 81 a bzw. § 197 a SGB V) an die jeweiligen Vertragspartner zu geben. Dabei sollen Einzelfälle nur in Ausnahmefällen behandelt werden. Die Ergebnisse werden protokolliert. Die Protokolle sind allen Vertragspartnern zuzuleiten.
- (5) Die Kommission wird auch auf Verlangen eines Vertragspartners tätig.

## **§ 18**

### **Geschäftsstelle**

- (1) Die Geschäftsstelle der Kommission wurde bei der KVB eingerichtet. Kosten werden gegenseitig nicht geltend gemacht.
- (2) Die Geschäftsstelle lädt die Mitglieder der Kommission zu den Sitzungen.
- (3) Die Geschäftsstelle erstellt in Abstimmung mit den Vertragspartnern einheitliche Muster für Ergebnisberichte und Beratungsunterlagen, die der Kommission zur Beratung zur Verfügung gestellt werden.
- (4) Sofern die Kommission weitere, über die in § 17 genannten hinausgehende Aufgaben übernehmen soll, sind über deren Besetzung und deren Geschäftsstelle neue Regelungen zu treffen.

## **Abschnitt D**

### **Leistungen aus Sonderrechtsbeziehungen**

#### **§ 19**

##### **Leistungen aus Sonderrechtsbeziehungen**

- (1) Die Vertragspartner sind sich einig, dass die von den Krankenkassen im Rahmen von Prüfungen der Leistungen aus Sonderrechtsbeziehungen nach §§ 140 a ff SGB V festgestellten Vergütungsberichtigungen ausschließlich für IV-Projekte verwendet werden und insoweit sichergestellt ist, dass die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns nicht doppelt aus der Anschubfinanzierung nach § 140 d SGB V belastet wird.
- (2) Soweit die Krankenkassen bzw. Landesverbände Verträge nach §§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V abgeschlossen haben, deren Vertragspartner nicht die Kassenärztlichen Vereinigungen sind, können die Krankenkassen bzw. die Landesverbände die zuständige Kassenärztliche Vereinigung über Art und Umfang der im Rahmen dieser Verträge abgerechneten Leistungen des jeweiligen Vertragsarztes informieren, damit die Prüfung durch die Kassenärztliche Vereinigung durch Berücksichtigung dieser Informationen zu einem validen Ergebnis gebracht werden kann.

## **Abschnitt E**

### **Schlussbestimmungen, Inkrafttreten und Kündigung**

#### **§ 20 Salvatorische Klausel**

Sind einzelne Regelungen ganz oder teilweise unwirksam, so bleibt die Vereinbarung im übrigen wirksam, die Vertragspartner verpflichten sich zu einer ggf. notwendigen Ersatzregelung.

Soweit einzelne Regelungen unwirksam oder lückenhaft sind, gelten die gesetzlichen Bestimmungen, die Bestimmungen der Bundesrichtlinien sowie die gesamtvertraglichen Regelungen.


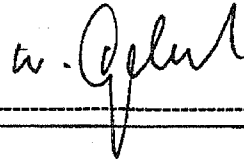
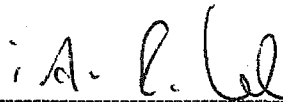
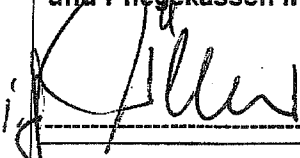
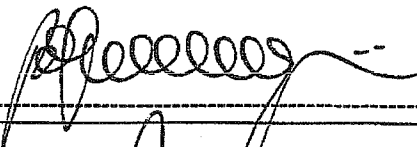
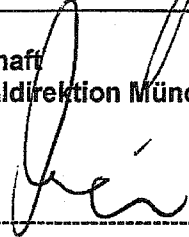
#### **§ 21 Inkrafttreten**

Die Vereinbarung nach § 106a Absatz 5 SGB V einschließlich der Anlagen tritt zum 15.10.2009 in Kraft und gilt ab dem Abrechnungsquartal 3/2008.

#### **§ 22 Kündigung**

Diese Vereinbarung kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres, frühestens zum 31.12.2010, gekündigt werden.

München, den 14.10.2009

<b>Kassenärztliche Vereinigung Bayerns</b> - Körperschaft des öffentlichen Rechts -	<b>AOK Bayern - Die Gesundheitskasse</b> - Körperschaft des öffentlichen Rechts -
 ----- Dr. med. Axel Munte Vorsitzender des Vorstandes	-----
	<b>BKK Landesverband Bayern</b> - Körperschaft des öffentlichen Rechts -  -----
	<b>SIGNAL IDUNA IKK</b> - Körperschaft des öffentlichen Rechts -  -----
	<b>Funktioneller Landesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen und Pflegekassen in Bayern</b>  -----
	<b>Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Landesvertretung Bayern Der Leiter der Landesvertretung</b>  -----
	<b>Knappschaft - Regionaldirektion München -</b>  -----