

Vereinbarung zur Abrechnungsprüfung  
nach § 106a Absatz 5 SGB V

über Inhalt und Durchführung der Abrechnungsprüfungen  
nach § 106a Absätze 2 und 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 **IKK classic** (handelnd als Landesverband)

der **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als  
Landwirtschaftliche Krankenkasse**

der **Knappschaft** - Regionaldirektion München -

und

den **Ersatzkassen**

**Techniker Krankenkasse (TK)**

**BARMER GEK**

**DAK-Gesundheit**

**Kaufmännische Krankenkasse - KKH**

**Handelskrankenkasse (hkk)**

**HEK - Hanseatische Krankenkasse**

Gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

**Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),**

vertreten durch den Leiter der vdek - Landesvertretung Bayern

(nachstehend als „**kassenseitige Vertragspartner**“ bezeichnet)

Inhaltsverzeichnis.....	2
<b>§ 1 Begriffsbestimmung</b> .....	4
Abschnitt A.....	4
Abrechnungsprüfungen durch die KVB nach § 106a Absatz 2 SGB V.....	4
<b>§ 2 Prüfungen der Rechtmäßigkeit der Abrechnungen</b> .....	4
<b>§ 3 Inhalt und Durchführung der Plausibilitätsprüfung</b> .....	4
<b>§ 4 Wirtschaftlichkeitsprüfungen</b> .....	5
Abschnitt B.....	5
Abrechnungsprüfung durch die Krankenkassen nach § 106a Abs. 3 SGB V .....	5
<b>§ 5 Prüfung des Bestehens und des Umfangs der Leistungspflicht</b> .....	5
<b>§ 6 Diagnosebezogene Prüfung der abgerechneten Leistungen</b> .....	5
<b>§ 7 Prüfung der vertragsärztlichen Inanspruchnahme („Doktor-Hopping“)</b> .....	6
<b>§ 8 Wirtschaftlichkeitsprüfung</b> .....	6
<b>§ 9 Prüfung der Sachkosten</b> .....	6
<b>§ 10 Beauftragung</b> .....	6
<b>§ 11 Art der Prüfungen</b> .....	6
<b>§ 12 Informationspflicht der kassenseitigen Vertragspartner</b> .....	7
Abschnitt C.....	7
Antragsverfahren nach § 106a Abs. 4 SGB V.....	7
<b>§ 13 Antragsverfahren der KVB auf Durchführung gezielter Prüfungen der Krankenkassen</b> .....	7
<b>§ 14 Antragsverfahren der Krankenkassen auf Durchführung gezielter Prüfungen der KVB</b> .....	8
Bildung einer gemeinsamen Kommission „Abrechnungsprüfung“ aus Vertretern der KVB und Vertretern der Krankenkassen/Landesverbände.....	10
<b>§ 15 Bildung einer gemeinsamen Kommission „Abrechnungsprüfung“</b> .....	10
<b>§ 16 Aufgaben der Kommission</b> .....	10
<b>§ 17 Geschäftsstelle</b> .....	11
Abschnitt E.....	12
Abwicklung von festgestellten Rückzahlungsansprüchen .....	12
<b>§ 18 Vollzug der Berichtigungsansprüche</b> .....	12

<b>§ 19 Sonderregelungen .....</b>	<b>12</b>
Abschnitt F .....	14
Schlussbestimmungen, Inkrafttreten und Kündigung.....	14
<b>§ 20 Salvatorische Klausel .....</b>	<b>14</b>
<b>§ 21 Inkrafttreten.....</b>	<b>14</b>
<b>§ 22 Kündigung.....</b>	<b>14</b>
Protokollnotizen.....	15

## **§ 1 Begriffsbestimmung**

<sup>1</sup>Als „an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Einrichtungen“ im Sinne von § 106a SGB V gelten Vertragsärzte, zugelassene psychologische Psychotherapeuten, zugelassene Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren, ermächtigte Ärzte, ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen sowie Berufsausübungsgemeinschaften und Teilberufsausübungsgemeinschaften aus diesen Gruppen (im Folgenden Vertragsarzt genannt). <sup>2</sup>Als Vertragsarzt im Sinne dieser Vereinbarung gelten auch am Notdienst teilnehmende Ärzte und Ärzte im Rahmen der Versorgung von Notfällen, nicht jedoch Einrichtungen nach § 117 SGB V, Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V, Sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V sowie Medizinische Behandlungszentren nach § 119c SGB V. <sup>3</sup>Soweit in dieser Vereinbarung der Begriff „ärztlich“ verwendet wird, gilt dieser Begriff entsprechend für vorgenannte Psychotherapeuten.

## **Abschnitt A**

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

## **§ 2 Prüfungen der Rechtmäßigkeit der Abrechnungen**

<sup>1</sup>Die KVB prüft die Rechtmäßigkeit der vertragsärztlichen Abrechnungen inkl. der Sachkosten anhand der in § 3 Abs. 1, 2 und 2a der Richtlinien gem. § 106a Abs. 6 SGB V (nachfolgend immer als Richtlinien bezeichnet) sowie der in den §§ 4, 5, 6, 7, 8, 8a, 11, 11a und 12 der Richtlinien gemachten Vorgaben. <sup>2</sup>Die KVB führt eine erweiterte regelhafte Prüfung nach § 9 der Richtlinien durch. <sup>3</sup>Die Stichprobenprüfung findet statt, soweit hierüber eine Abstimmung gem. § 16 Abs. 1 erfolgt.

## **§ 3 Inhalt und Durchführung der Plausibilitätsprüfung**

<sup>1</sup>Für den Inhalt und die Durchführung der in § 7 der Richtlinien genannten Plausibilitätsprüfung gelten die in Anlage 1 vereinbarten Regelungen. <sup>2</sup>Aufgreifkriterien zur Durchführung der Plausibilitätsprüfung und Prüfungsgegenstände können durch die KVB quartalsweise bei fachgruppenspezifischen Auffälligkeiten angepasst werden, soweit dies nicht durch Absprache in der Kommission (Abschnitt D) ausgeschlossen ist. Änderungen der Aufgreifkriterien werden den Vertragspartnern unverzüglich mitgeteilt.

## **§ 4 Wirtschaftlichkeitsprüfungen**

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

## **Abschnitt B**

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

## **§ 5 Prüfung des Bestehens und des Umfangs der Leistungspflicht**

- (1) Die Krankenkassen prüfen die Abrechnung darauf, ob zum Zeitpunkt der Behandlung eine Leistungspflicht bestand (vgl. Protokollnotiz 1).
- (2) 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.
- (3) Die Krankenkassen prüfen die Abrechnungen - ggf. quartalsübergreifend - auf Einhaltung des Umfangs ihrer Leistungspflicht insbesondere bei im Einzelfall genehmigungspflichtigen Leistungen.

## **§ 6 Diagnosebezogene Prüfung der abgerechneten Leistungen**

<sup>1</sup>Die Krankenkassen prüfen die Plausibilität von Art und Umfang der abgerechneten Leistungen in Bezug auf die angegebenen Diagnosen. <sup>2</sup>Hierzu gelten die Regelungen des § 17 Abs. 1 der Richtlinien.

## **§ 7 Prüfung der vertragsärztlichen 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 Vertragsärzten 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 D können hierfür abweichende Kriterien vereinbart werden.

## **§ 8 Wirtschaftlichkeitsprüfung**

In den Fällen der §§ 6 bis 7 kann eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V durch eine Krankenkasse oder durch einen kassenseitigen Vertragspartner beantragt werden (vgl. § 106a Abs. 4 Satz 3 SGB V).

## **§ 9 Prüfung der Sachkosten**

Die Krankenkassen prüfen die direkt mit ihnen abgerechneten Sachkosten.

## **§ 10 Beauftragung**

Die Krankenkassen können die Prüfung gem. §§ 6 und 7 durch die KVB oder Dritte durchführen lassen, sofern datenschutzrechtliche Bestimmungen dem nicht entgegenstehen.

## **§ 11 Art der Prüfungen**

Die Prüfungen werden regelhaft durchgeführt für die

- Leistungspflicht (§ 16 Abs. 1 Ziffer 1 der Richtlinien),
- Arztinanspruchnahme (§ 16 Abs. 1 Ziffer 3 der Richtlinien)

und als Stichprobe nach dem Zufallsprinzip für

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

## **§ 12 Informationspflicht der kassenseitigen Vertragspartner**

Die kassenseitigen Vertragspartner unterrichten sich gegenseitig über Fehlerhaftigkeit oder Unplausibilitäten insbesondere in folgenden Fällen:

- bei Leistungen, die nach dem Tod der Versicherten abgerechnet wurden (§ 5 Abs. 2 a)
- bei Leistungen, die während einer stationären Behandlung abgerechnet wurden (§ 5 Abs. 2 b)
- bei Leistungen, die in Bezug auf die angegebenen Diagnosen unplausibel sind (§ 6)
- bei Ringüberweisungen (§ 7 Abs. 2)

## **Abschnitt C**

### **Antragsverfahren nach § 106a Abs. 4 SGB V**

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

- (1) <sup>1</sup>Die KVB kann gem. § 106a Abs. 4 SGB V in begründeten Fällen Prüfungen durch die Krankenkassen nach § 106a Abs. 3 SGB V beantragen. <sup>2</sup>Hierfür hat die KVB einen entsprechenden Antrag über das vereinbarte Antragsformular gem. Anlage 3a bei der jeweiligen Krankenkasse einzureichen. <sup>3</sup>Der Antrag ist zu begründen und spätestens 12 Monate nach Vorliegen der korrekten und vollständigen Abrechnungsunterlagen (EFN-Daten, Rechnungsbrief und Formblatt 3) bei der jeweiligen Krankenkasse zu stellen.
- (2) <sup>1</sup>Gegen einen die KVB belastenden Bescheid der Krankenkasse kann die KVB Widerspruch bei der jeweiligen Krankenkasse erheben. <sup>2</sup>Der Widerspruch ist innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe des Bescheids bei der jeweiligen Krankenkasse schriftlich

oder zur Niederschrift zu erheben. <sup>3</sup>Der Widerspruch soll innerhalb eines Monats nach Ablauf der Widerspruchsfrist schriftlich begründet werden. <sup>4</sup>Nach Ablauf dieser Frist kann auch ohne Vorliegen einer Begründung über den Widerspruch entschieden werden.

- (3) Die Entscheidung über den Widerspruch ist der KVB gegenüber schriftlich bekannt zu geben. Das Widerspruchsverfahren gilt als Vorverfahren im Sinne des § 78 SGG.

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

- (1) <sup>1</sup>Die Krankenkassen oder die kassenseitigen Vertragspartner können in begründeten Fällen gezielte Prüfungen durch die KVB nach § 106a Abs. 2 SGB V beantragen. <sup>2</sup>Der Antrag ist innerhalb von 12 Monaten nach Eingang der korrekten und vollständigen Abrechnungsunterlagen (EFN-Daten, Rechnungsbrief und Formblatt 3) zu stellen. <sup>3</sup>Für die Berechnung der Frist gilt § 19 Abs. 2 der Anlage 6 des BMV-Ä. <sup>4</sup>Satz 3 gilt nicht, wenn sich zu einem späteren Zeitpunkt herausstellt, dass die Datenlieferung der KVB in nicht unerheblichem Maße unvollständig oder fehlerhaft war und die KVB eine berichtigte Datenlieferung vornimmt. <sup>5</sup>Für die Antragstellung haben die Krankenkassen oder die kassenseitigen Vertragspartner einen entsprechenden Antrag gem. Anlage 3b bei der KVB einzureichen. <sup>6</sup>§ 27 SGB X gilt entsprechend. <sup>7</sup>Anträge können nur gestellt werden, sofern pro Vertragsarzt und Krankenkasse pro Quartal ein Betrag in Höhe von 15 € erreicht wird.
- (2) Sofern eine Krankenkasse eine Anrechnung gem. § 106a Abs. 4 Satz 4 SGB V beabsichtigt, informiert sie die KVB hierüber unter Angabe der betroffenen Anträge und der sich daraus ergebenden Beträge schriftlich mit einer Frist von mindestens 10 Arbeitstagen.
- (3) <sup>1</sup>Stellen die Krankenkassen oder die kassenseitigen Vertragspartner oder die KVB im Zusammenhang mit Anträgen nach Absatz 1 fest, dass ein einheitlicher Sachverhalt bei mehreren Vertragsärzten in größerem Ausmaß auftritt, kann die gemeinsame Kommission „Abrechnungsprüfung“ darüber informiert werden, welche gem. § 16 das Weitere veranlasst. <sup>2</sup>Erfolgt durch Beschluss der gemeinsamen Kommission „Abrechnungsprüfung“ eine Globalprüfung, ist für die betroffenen Quartale bzgl. des einheitlichen Sachverhalts eine Antragstellung ausgeschlossen. <sup>3</sup>Einigen sich die Mitglieder der gemeinsamen Kommission „Abrechnungsprüfung“ nicht auf die Durchführung einer Globalprüfung oder wird diese vorzeitig beendet, verbleibt es bei der Bearbeitung der gestellten Einzelanträge. <sup>4</sup>In diesen Fällen sind die Einzelanträge binnen 6 Monaten nach Beschluss der

gemeinsamen Kommission „Abrechnungsprüfung“ zu bearbeiten. <sup>5</sup>Eine Globalprüfung ist eine Prüfung, die durch die KVB für alle Praxen durchgeführt wird, welche die durch die gemeinsame Kommission „Abrechnungsprüfung“ festgelegten Auswahlkriterien erfüllen. <sup>6</sup>In den Beschlüssen der gemeinsamen Kommission „Abrechnungsprüfung“ sind Regelungen zu treffen, wie die Erstattungsbeträge ermittelt und wie sie an die Krankenkassen zurückgeführt werden. <sup>7</sup>Soweit erforderlich enthalten die jeweiligen Beschlüsse der gemeinsamen Kommission „Abrechnungsprüfung“ die notwendigen Beauftragungen durch die Krankenkassen.

- (4) <sup>1</sup>Ein Antrag auf gezielte Prüfungen auf Plausibilität gem. § 5 der Richtlinien ist zu begründen. <sup>2</sup>Absatz 1 Satz 5 und 6 finden keine Anwendung.
- (5) <sup>1</sup>Falls die KVB dem Antrag einer Krankenkasse oder eines kassenseitigen Vertragspartners nicht oder nur teilweise entspricht, bescheidet die KVB den Antrag der Krankenkasse oder eines kassenseitigen Vertragspartners mit Verwaltungsakt. <sup>2</sup>Gegen einen die Krankenkassen oder den zugehörigen kassenseitigen Vertragspartner belastenden Bescheid der KVB können die Krankenkassen oder der zugehörige kassenseitige Vertragspartner Widerspruch bei der KVB erheben. <sup>3</sup>Falls die KVB einem Antrag entspricht oder teilweise entspricht, wird die antragstellende Krankenkasse oder der antragstellende kassenseitige Vertragspartner über die Durchführung der Prüfung und das Ergebnis informiert.
- (6) <sup>1</sup>Der Widerspruch ist innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe des Bescheids bei der KVB schriftlich oder zur Niederschrift zu erheben. <sup>2</sup>Der Widerspruch soll innerhalb eines Monats nach Ablauf der Widerspruchsfrist schriftlich begründet werden. <sup>3</sup>Nach Ablauf dieser Frist kann auch ohne Vorliegen einer Begründung über den Widerspruch entschieden werden.
- (7) Die Entscheidung über den Widerspruch ist dem Widerspruchsführer gegenüber schriftlich bekannt zu geben. Das Widerspruchsverfahren gilt als Vorverfahren im Sinne des § 78 SGG.
- (8) <sup>1</sup>Für den Fall einer sozialgerichtlichen Auseinandersetzung zwischen Vertragsarzt und KVB über Fragen der sachlichen und rechnerischen Richtigkeit gem. § 6 der Richtlinien binden rechtskräftige Entscheidungen oder gerichtliche Vergleiche auch die betroffene Krankenkasse. <sup>2</sup>Für den Fall einer sozialgerichtlichen Auseinandersetzung zwischen Vertragsarzt und KVB aus Globalprüfungen gem. § 16 Abs. 4 Satz 3 binden rechtskräftige Entscheidungen oder gerichtliche Vergleiche auch alle Krankenkassen und kassenseitigen Vertragspartner. <sup>3</sup>Die KVB informiert die betroffenen Krankenkassen bzw. den betroffenen kassenseitigen Vertragspartner soweit sie beschwert sind.

## **Abschnitt D**

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

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

- (1) <sup>1</sup>Die KVB und die kassenseitigen Vertragspartner haben eine gemeinsame Kommission zur Abstimmung der Vorgehensweise zur Erfüllung der ihnen aus den Richtlinien übertragenen Abrechnungsprüfungen gebildet. <sup>2</sup>Die gemeinsame Kommission berät auch die Ergebnisse und stimmt mögliche Maßnahmen ab.
- (2) <sup>1</sup>Die Kommission setzt sich paritätisch aus von der KVB berufenen und von der Kassen-  
seite berufenen Vertretern zusammen. <sup>2</sup>Die Kommission besteht aus zwölf Mitgliedern;  
für jedes Mitglied werden Stellvertreter bestellt. <sup>3</sup>Die Kommission wählt jährlich aus ihren  
Reihen einen alternierenden Vorsitzenden.
- (3) <sup>1</sup>Die Kommission ist beschlussfähig, wenn mindestens die Hälfte ihrer Mitglieder in pari-  
tätischer Besetzung vertreten ist; sie beschließt mit einfacher Stimmenmehrheit. <sup>2</sup>Findet  
ein Beschluss keine Stimmenmehrheit, gilt die Beschlussvorlage als abgelehnt. <sup>3</sup>Für Sit-  
zungen der Kommission können die Mitglieder der KVB und der kassenseitigen Ver-  
tragspartner durch Erklärung in Textform, die dem alternierenden Vorsitzenden vorzule-  
gen ist, einem anderen Mitglied Vollmacht erteilen. <sup>4</sup>Hierbei können Stimmrechte durch  
Erklärung in Textform auch auf weniger als sechs Vertreter übertragen werden.
- (4) Die Sitzungen der Kommission finden in der Regel vierteljährlich statt.

#### **§ 16 Aufgaben der Kommission**

- (1) Die Mitglieder der Kommission stimmen Prüfungsgegenstände hinsichtlich deren Priori-  
tät 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) Die Unterrichtungspflichten nach § 13 Abs. 3 und § 18 der Richtlinien werden gemäß § 21 Abs. 3 der Richtlinien durch einen Informationsaustausch in der gemeinsamen Kommission „Abrechnungsprüfung“ ersetzt.
- (4) <sup>1</sup>Die Kommission hat die Aufgabe gemäß § 21 Abs. 1 und 2 der Richtlinien 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. <sup>2</sup>Dabei sollen Einzelfälle nur in Ausnahmefällen behandelt werden. <sup>3</sup>Die Kommission kann eine Globalprüfung im Sinne des § 14 Abs. 3 Satz 4 beschließen. <sup>4</sup>Die Ergebnisse werden protokolliert. <sup>5</sup>Die Protokolle sind allen Vertragspartnern zuzuleiten.
- (5) Die Kommission wird auch auf Verlangen eines Vertragspartners tätig.

## **§ 17 Geschäftsstelle**

- (1) Die Geschäftsstelle der Kommission ist bei der KVB eingerichtet. Kosten werden 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 § 16 genannten Aufgaben, hinausgehende Aufgaben übernehmen soll, sind über deren Besetzung und deren Geschäftsstelle neue Regelungen zu treffen.

## **Abschnitt E**

### **Abwicklung von festgestellten Rückzahlungsansprüchen**

#### **§ 18 Vollzug der Berichtigungsansprüche**

- (1) Die KVB erfüllt fällige Forderungen der Krankenkassen aus Abrechnungsprüfungen (Forderungen aus EGV-Leistungen) unverzüglich nach bestandskräftigem oder rechtskräftigem Abschluss der Verfahren.
- (2) <sup>1</sup>Sofern Rückzahlungsansprüche der Krankenkassen (Forderungen aus EGV-Leistungen) aus Honorarkürzungen aufgrund von Schätzungen (Plausibilitätsprüfungen gem. § 7 der Richtlinien und ggf. Globalprüfungen gem. § 16 Abs. 4 Satz 3) bestehen, werden diese an die betroffenen Krankenkassen bzw. gegebenenfalls an den jeweiligen Landesverband, verteilt. <sup>2</sup>Basis für die Aufteilung auf die einzelnen Krankenkassen ist der Anteil je Krankenkasse am Volumen der Leistungen außerhalb MGV gemäß KT-Viewer (bereichseigen) des die Kürzung betreffenden Quartals; abhängig vom Sachverhalt erfolgt hierbei die Aufteilung nach EGV-Gesamtanteilen oder EGV-GOP-Anteilen. <sup>3</sup>Für sachliche-rechnerische Richtigstellungen gem. § 14 gilt Abs. 1 mit der Maßgabe, dass die Verrechnung mit Lieferung des Formblattes 3 in einem der folgenden Quartalen erfolgt.
- (3) Die KVB verrechnet die Forderungen aus Abs.1, soweit möglich, mit Honoraransprüchen des Vertragsarztes auf dem Honorarkonto des Vertragsarztes.

#### **§ 19 Sonderregelungen**

- (1) <sup>1</sup>Kann die KVB einen Bescheid an die ihr vom Vertragsarzt genannte Adresse nicht zustellen, stellt sie eine einmalige Anfrage beim Einwohnermeldeamt. <sup>2</sup>Kann die neue Adresse ermittelt werden, unternimmt die KVB einen erneuten Zustellungsversuch. <sup>3</sup>Kann keine neue Adresse ermittelt werden oder kann der Bescheid nochmals nicht zugestellt werden, wird das Verfahren mit Wirkung für die Krankenkassen eingestellt.
- (2) <sup>1</sup>Ist ein Vertragsarzt, bei dem sich die Rückforderung gegen seine Einzelpraxis richtet, verstorben, wird das Verfahren eingestellt, wenn der an die Krankenkassen auszufahrende Rückforderungsbetrag 500,00 € nicht übersteigt. <sup>2</sup>Übersteigt der an die Krankenkassen auszufahrende Rückzahlungsbetrag 500,00 €, wird der Bescheid an den oder die Rechtsnachfolger zugestellt. <sup>3</sup>Abs. 1 gilt entsprechend.

- (3) <sup>1</sup>Richtet sich die Rückforderung gegen eine Berufsausübungsgemeinschaft, bei der ein oder mehrere Praxispartner verstorben sind, so wird der Bescheid zusätzlich zur Zustellung an die Berufsausübungsgemeinschaft selbst an den oder die verbliebenen Praxispartner zugestellt. <sup>2</sup>Sind alle Praxispartner verstorben, gilt Abs. 2 entsprechend. <sup>3</sup>Abs. 1 gilt entsprechend.
- (4) <sup>1</sup>Kann der Vertragsarzt die Rückzahlung nicht ohne Gefährdung der Praxisexistenz leisten, trifft die KVB mit dem Vertragsarzt auch mit Wirkung für die Krankenkassen eine Vereinbarung über Ratenzahlungen, soweit die Dauer der Rückzahlung nicht 16 Quartale überschreitet. <sup>2</sup>Falls 16 Quartale überschritten werden, entscheidet die Kommission „Abrechnungsprüfung“ über die Verbindlichkeit der Ratenzahlungsvereinbarung für die Krankenkassen. <sup>3</sup>Die KVB informiert die kassenseitigen Vertragspartner vierteljährlich über alle abgeschlossenen Ratenvereinbarungen. <sup>4</sup>Zinsen aus dem Forderungsbetrag werden nicht geltend gemacht.

## **Abschnitt F**

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

#### **§ 20 Salvatorische Klausel**

<sup>1</sup>Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder nach Vertragsschluss unwirksam werden, so wird dadurch die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. <sup>2</sup>An die Stelle der unwirksamen Bestimmung soll diejenige wirksame Regelung treten, deren Wirkungen der Zielsetzung möglichst nahe kommen, die die Vertragsparteien mit der unwirksamen Bestimmung verfolgt haben.

#### **§ 21 Inkrafttreten**

<sup>1</sup>Diese Vereinbarung einschließlich der Anlagen tritt zum 01.07.2016 in Kraft und gilt ab dem Abrechnungsquartal 3/2016. <sup>2</sup>Die neue Vereinbarung gem. § 106a Abs. 5 SGB V ersetzt die alte Vereinbarung gem. § 106a Abs. 5 SGB V vom 14.10.2009. <sup>3</sup>Ab dem 01.01.2017 wird die vorliegende Vereinbarung unter folgendem Namen fortgeführt: Vereinbarung zur Abrechnungsprüfung nach § 106d Absatz 5 SGB V über Inhalt und Durchführung der Abrechnungsprüfungen nach § 106d Absätze 2 und 3 SGB V. Verweise in dieser Vereinbarung auf § 106a SGB V gelten ab 01.01.2017 als Verweise auf § 106d SGB V.

#### **§ 22 Kündigung**

Diese Vereinbarung kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres, frühestens jedoch zum 31.12.2017, schriftlich gekündigt werden.

## Protokollnotizen

### Protokollnotiz 1: Zu § 5 Abs. 1:

Die Vertragspartner sind sich nicht einig, ob in den Fällen, in denen keine eGK/Krankenversicherungskarte eingelesen wurde und sich unter den angegebenen Daten keine Versicherten identifizieren lassen, ein Antrag über § 48 Abs. 3 BMV-Ä oder über § 106a Abs. 4 i.V.m. Abs. 2 SGB V zu stellen ist. Die Vertragspartner werden die Regelung anpassen, sobald sich die Rechtslage gerichtlich oder über den Gesetzgeber geklärt hat.

### Protokollnotiz 2: Zu § 14 Abs. 1:

Die Vertragspartner stimmen überein, dass von der Antragsfrist nach § 14 Abs. 1 in besonderen Fällen nach einvernehmlicher Abstimmung zwischen Antragsteller und KVB abgewichen werden kann und sich in diesen Fällen die KVB nicht auf die Frist nach § 14 Abs. 1 beruft.

Anlagen 1 und 2

München, den 14.04.2016

gez.	gez.
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns - Körperschaft des öffentlichen Rechts - Vorsitzender des Vorstandes	AOK Bayern - Die Gesundheitskasse - Körperschaft des öffentlichen Rechts -  gez.
	BKK Landesverband Bayern - Körperschaft des öffentlichen Rechts -  gez.
	IKK classic - Körperschaft des öffentlichen Rechts -  gez.
	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als landwirtschaftliche Kranken- kasse  gez.
	Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Landesvertretung Bayern Der Leiter der Landesvertretung  gez.
	Knappschaft - Regionaldirektion München -

## **Anlage 1 zur Vereinbarung nach § 106a Abs. 5 SGB V:**

**Regelungen zur Durchführung der Plausibilitätsprüfung  
nach § 3 der Vereinbarung  
durch die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns**

## **Inhalt**

Inhalt .....	18
A) Einleitung des Verfahrens .....	19
§ 1    Prüfung von Amts wegen .....	19
B) Aufgreifkriterien .....	19
§ 2    Allgemeines zu den Aufgreifkriterien .....	19
I.    Aufgreifkriterium „Zeit“ .....	20
§ 3    Zeitvolumen .....	20
§ 4    Quartalsarbeitszeiten .....	20
§ 5    Tagesarbeitszeit .....	20
§ 6    Durchführung weiterer Prüfungen .....	20
§ 7    Zu berücksichtigende Besonderheiten .....	20
II.   Aufgreifkriterium „Gemeinsame Patienten“ .....	21
§ 8    Auffälligkeiten .....	21
§ 9    Bei der Prüfung zu berücksichtigende Besonderheiten .....	21
III.  Aufgreifkriterium „Stichprobe“ .....	22
§ 10   Stichprobenprüfung .....	22
IV.   Sonstige Auffälligkeiten .....	22
§ 11   Sonstige Auffälligkeiten / Meldungen von Dritten .....	22
C) Durchführung des Verfahrens .....	23
§ 12   Verfahrensgliederung .....	23
§ 13   Vorprüfung .....	23
§ 14   Weiterführende Prüfung und Prüfungsumfang .....	23
§ 15   Information des betroffenen Mitgliedes und rechtliches Gehör .....	23
§ 16   Ermittlung der Rückforderungen und Geringfügigkeitsgrenze .....	24
§ 17   Maßnahmen bei weiter bestehender Implausibilität .....	25
§ 18   Widerspruchsverfahren .....	25
D) Einleitung weiterer Verfahren .....	26
§ 19   Mögliche weitere Verfahren; Disziplinarverfahren .....	26
§ 20   Antrag auf Entzug der Zulassung .....	26
§ 21   Mitteilung an die Staatsanwaltschaft oder Verwaltungsbehörde .....	26
§ 22   Meldung an den Ärztlichen Bezirksverband / Psychotherapeutenkammer ...	26

## **A) Einleitung des Verfahrens**

### **§ 1 Prüfung von Amts wegen**

- (1) <sup>1</sup>Die Plausibilitätskontrolle nach § 3 der Vereinbarung ist als Prüfung der Abrechnungen auf Rechtmäßigkeit von Amts wegen durch die Kassenärztliche Vereinigung im Rahmen Ihrer Zuständigkeit nach § 106a Abs. 2 SGB V durchzuführen. <sup>2</sup>Sie erfolgt nach Anwendung eines auf der Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes, des Honorarverteilungsvertrags und der geltenden Abrechnungsbestimmungen entwickelten EDV-gestützten Regelwerkes.
- (2) Die Prüfung von Amts wegen richtet sich nach den in §§ 7- 12 der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Inhalt und Durchführung der Abrechnungsprüfungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen genannten Kriterien.

## **B) Aufgreifkriterien**

### **§ 2 Allgemeines zu den Aufgreifkriterien**

- (1) <sup>1</sup>Um eine Plausibilitätsprüfung als erweiterte regelhafte Prüfung - § 9 der Bundesrichtlinien - verwaltungsökonomisch und rechtssicher betreiben zu können, ist deren Einleitung vom Vorliegen geeigneter Aufgreifkriterien abhängig. <sup>2</sup>Die Aufgreifkriterien sind nicht nur den gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben, sondern insbesondere auch den Veränderungen im Rahmen der jeweils zugrunde liegenden Gebührenordnung bzw. den Veränderungen im Abrechnungsverhalten der Ärzte unterworfen und werden dahingehend regelmäßig überarbeitet.
- (2) Die individuellen Grenzwerte, bei denen eines der nachfolgend genannten Aufgreifkriterien erfüllt ist, werden für jede Fachgruppe festgelegt.
- (3) <sup>1</sup>Eine Plausibilitätskontrolle ist vorzunehmen, wenn eines der nachfolgenden Aufgreifkriterien erfüllt ist. <sup>2</sup>Es kann auch vorgesehen werden, dass erst das Erfüllen mehrerer Aufgreifkriterien eine Prüfung auslöst, wenn dies für die für die Konkretisierung der Aufgreifsituation zweckdienlich ist.

## **I. Aufgreifkriterium „Zeit“**

### **§ 3 Zeitvolumen**

<sup>1</sup>Bei jeder eingereichten Honorarabrechnung (Honoraranforderung) wird für jede Praxis (Haupt-BSNR und alle Neben-BSNR zusammengefasst) eine Zeitauswertung für ausgewählte, persönlich zu erbringende ambulante und belegärztliche Leistungen an GKV-Versicherten vorgenommen. <sup>2</sup>Leistungen, die Bestandteil regionaler Verträge sind, werden zeitlich erfasst und berücksichtigt, wenn ihr Leistungsinhalt dem einer Leistung des EBM vollständig entspricht.

### **§ 4 Quartalsarbeitszeiten**

<sup>1</sup>Bei jeder eingereichten Honorarabrechnung werden die Leistungen auf Plausibilität geprüft. <sup>2</sup>Die Ermittlung der zu prüfenden Praxen erfolgt gem. §§ 8 und 8a der Richtlinie gemäß § 106a Abs. 6 Satz 1 SGB V (Bundesrichtlinie).

### **§ 5 Tagesarbeitszeit**

Bei jeder eingereichten Honorarabrechnung gilt die Abrechnung als auffällig, wenn das in § 8 Abs. 3 bzw. 4 der Bundesrichtlinie genannte Aufgreifkriterium erfüllt ist.

### **§ 6 Durchführung weiterer Prüfungen**

Ergeben die Prüfungen Abrechnungsauffälligkeiten, werden weitere Prüfungen gem. § 12 der Bundesrichtlinie durchgeführt.

### **§ 7 Zu berücksichtigende Besonderheiten**

- (1) Insbesondere die in der Praxisorganisation, Praxis- und/oder Patientenstruktur sowie in der Person des Arztes liegenden Umstände sind bei der Prüfung zu berücksichtigen.
- (2) Arbeitszeiten an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen sind durch Anrechnung der ausgewiesenen tatsächlichen Zeitwerte für die an diesen Tagen erbrachten Leistungen zu berücksichtigen.

- (3) <sup>1</sup>Leistungen im organisierten Notfalldienst, die auf Muster 19 der Vordruckvereinbarung abgerechnet werden, Leistungen aus der unvorhergesehenen Inanspruchnahme des Vertragsarztes außerhalb der Sprechstundenzeiten und bei Unterbrechung der Sprechstunde mit Verlassen der Praxis sowie - bei Belegärzten - Visiten sind zu berücksichtigen.
- (4) Vertreterfälle gemäß Muster 19 der Vordruckvereinbarung werden mit dem tatsächlich entstandenen Zeitaufwand berücksichtigt.
- (5) <sup>1</sup>Weiterbildungsassistenten werden unter Berücksichtigung des Beschäftigungsgrades und des -zeitraumes, zunächst pauschal mit max. 400 Stunden angerechnet. <sup>2</sup>Bei der Prüfung auffälliger Praxen sind hinsichtlich der Anrechnung eines Weiterbildungsassistenten dessen konkreter Tätigkeitsumfang und der konkrete Zeitraum der Beschäftigung zu berücksichtigen.

## **II. Aufgreifkriterium „Gemeinsame Patienten“**

### **§ 8 Auffälligkeiten**

<sup>1</sup>Auffällig sind Praxismgemeinschaften und Praxen mit identischen Adressen bei denen der Anteil der gemeinsamen Patienten entsprechend der nachstehend aufgeführten Grenzwerte überschritten wurde:

- (a) 20% Patientenidentität – auf die abrechnenden Praxen bezogen – bei versorgungsbereichsidentischen Praxen
- (b) 30% Patientenidentität – auf die abrechnenden Praxen bezogen – bei versorgungsbereichsübergreifenden Praxen

<sup>2</sup>Die Prüfung der danach auffälligen Praxen kann sich auf eine Stichprobe beschränken.

### **§ 9 Bei der Prüfung zu berücksichtigende Besonderheiten**

- (1) Als belastend sind zu bewerten:
- hohe Zahl gleicher Behandlungstage, insbesondere mit gleichen Leistungen
  - hoher Anteil gemeinsamer Originalfälle unter Berücksichtigung des Leistungsspektrums
  - unzureichendes Sprechstundenangebot in zumindest einer der beteiligten Praxen
  - Abrechnung von Vertreterscheinen bei stundenweiser Abwesenheit
  - falsche Scheinkennzeichnung
  - hohe Zahl gleicher Einlesedaten der Versichertenkarte
- (2) Als entlastend sind zu bewerten:

- hohe Zahl berechtigter Vertretungsfälle (§ 32 Abs. 1 Ärzte-ZV)
- stark unterschiedliches Leistungsspektrum
- besondere Genehmigungen
- Überweisungen zur Auftragsleistung
- Notfälle

### **III. Aufgreifkriterium „Stichprobe“**

#### **§ 10 Stichprobenprüfung**

Die Stichprobenprüfung wird auf den abgestimmten Umfang reduziert (vgl. Abschnitt A § 1 Satz 3 der Vereinbarung nach § 106a Abs. 5 SGB V).

### **IV. Sonstige Auffälligkeiten**

#### **§ 11 Sonstige Auffälligkeiten / Meldungen von Dritten**

Eine Prüfung gem. § 20 der Richtlinien kann u. a. erfolgen bei

- identischen Einlesedaten in erheblichem Umfang
- Abrechnung nicht oder nicht vollständig erbrachter Leistungen
- Verstoß gegen das Gebot der persönlichen Leistungserbringung
- fehlende Berechtigung zur Leistungsabrechnung
- Leistungssplitting
- Nichteinhaltung des Überweisungsauftrags
- Abrechnung anderer als die tatsächlich erbrachten Leistungen (Leistungslegende nicht erfüllt)
- Auffälligkeiten aufgrund von Hinweisen oder Meldungen von Dritten
- Auffälligkeiten aus Wirtschaftlichkeitsprüfung
- Sonstige Auffälligkeiten in der Abrechnung, zB. regelmäßige Leistungsketten.

## **C) Durchführung des Verfahrens**

### **§ 12 Verfahrensgliederung**

- (1) Die Prüfung findet in zwei Stufen statt. Ziel der Prüfung auf der ersten Stufe (sog. Vorprüfung) ist es, den Sachverhalt mit allen der KVB intern zur Verfügung stehenden Mitteln soweit aufzuklären, dass eine aussagekräftige Bewertung der Abrechnung möglich wird.
- (2) Ergeben sich bei der internen Vorprüfung Unstimmigkeiten, ist als zweite Stufe ein formelles Plausibilitätsverfahren zu eröffnen.

### **§ 13 Vorprüfung**

- (1) Die KVB prüft jede nach den ausgewiesenen Aufgreifkriterien auffällige Abrechnung, bzw. nach sonstigen definierten Prüfaufträgen auffällige Abrechnungen.
- (2) Ergibt diese Vorprüfung keine Beanstandungen, kann die Abrechnung anerkannt und der Fall abgeschlossen werden.

### **§ 14 Weiterführende Prüfung und Prüfungsumfang**

- (1) Ergibt die Vorprüfung gem. der Verfahrensordnung der KVB gem. § 13 der Richtlinien, dass Abrechnungsverstöße und/oder vertragsärztliche Pflichtverletzungen mit großer Wahrscheinlichkeit vorliegen wird ein formelles Prüfverfahren eingeleitet.
- (2) Das betroffene Mitglied ist zu informieren und der Fall in die Verfahrensdokumentation aufzunehmen.
- (3) In das Prüfverfahren sind alle Quartale einzubeziehen, in denen konkrete Anhaltspunkte für die gleichen Verstöße vorliegen.

### **§ 15 Information des betroffenen Mitgliedes und rechtliches Gehör**

- (1) Der betroffene Vertragsarzt wird nach Feststellung vorliegender Auffälligkeiten, rechtzeitig schriftlich von der zuständigen Stelle über die Einleitung und den Gegenstand der Plausibilitätsprüfung informiert.

- (2) 1Gleichzeitig ist dem betroffenen Vertragsarzt Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.  
2Hierzu ist auf Wunsch Akteneinsicht zu gewähren.
- (3) Nach Eingang der schriftlichen Stellungnahme werden die vom Vertragsarzt vorgetragenen Umstände und Argumente geprüft.
- (4) Die KVB kann vom Vertragsarzt nach § 295 Abs. 1 Nrn. 2 und 3 SGB V bzw. nach § 295 Abs. 1a SGB V Unterlagen anfordern, soweit für die Prüfung erforderlich.
- (5) 1Bei verbleibenden Zweifeln an der Plausibilität der Abrechnung kommen darüber hinaus als weitergehende Maßnahmen zur Klärung des Sachverhaltes u.a. in Betracht:
- Sachverständigengutachten
  - Abgabe an eine andere Stelle (z. B. Prüfungsstelle Ärzte Bayern für eine Wirtschaftlichkeitsprüfung)
  - Einschaltung der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen/Einschaltung der Staatsanwaltschaft (bei fortbestehendem Verdacht auf ein strafrechtlich relevantes Verhalten)
- (6) 1Werden die festgestellten Auffälligkeiten in einem schriftlichen Bericht nach der Verfahrensordnung der KVB gem. § 13 der Richtlinien als plausibel erklärt, ist die Prüfung zu beenden. 2Anschließend wird das betroffene Mitglied schriftlich über die Beendigung der Prüfung informiert.
- (7) 1Bleibt aus Sicht der KVB weiterer Klärungsbedarf, ist das betroffene Mitglied zu einem nicht öffentlichen Plausibilitätsgespräch einzuladen. 2In diesem Gespräch sind, soweit möglich, die Auffälligkeiten und der sich daraus ergebende Verdacht auf Abrechnungsverstöße und/oder vertragsärztliche Pflichtverletzungen umfassend aufzuklären und - soweit möglich - auch die Höhe der daraus resultierenden Honorarberichtigung zu ermitteln. 3Es ist über das Gespräch ein Protokoll zu erstellen, in dem die wesentlichen Sachverhalte und ggf. konträre Auffassungen dargestellt werden.

## **§ 16 Ermittlung der Rückforderungen und Geringfügigkeitsgrenze**

- (1) 1Für die Berechnung der Rückforderung aufgrund sachlich-rechnerischer Richtigstellung im Falle von Budgetierungen bleibt die durchschnittliche praxisindividuelle Leistungsbeurteilung (Punktwert oder Eurobetrag) maßgebend, die sich auf der Grundlage des vom Arzt in Ansatz gebrachten Leistungsvolumens ergeben hat. 2Es erfolgt keine Neuberechnung des Leistungswerts auf der Grundlage des korrigierten Leistungsvolumens. 3Eine andere Berechnungsweise kann in Ausnahmefällen zur Vermeidung eines Verstoßes gegen den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz erfolgen.

- (2) Bei der Ermittlung des finanziellen Gesamtschadens sind alle Maßnahmen zu berücksichtigen, die in den Honoraranspruch des betroffenen Mitglieds eingreifen (vgl. auch BSG v. 15.11.2003, Az.: B 6 Ka 55/02 R). Dies sind insbesondere
- Kürzungsmaßnahmen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung
  - Kürzungsmaßnahmen aus Richtigstellungsbescheiden
- (3) <sup>1</sup>Die Ermittlung des Rückforderungsbetrages ist bei grob fahrlässiger oder vorsätzlicher Falschabrechnung auch durch eine fundierte Schätzung, z.B. auf der Basis einer Hochrechnung möglich, soweit eine genaue Berechnung nicht oder nur mit nicht vertretbarem Aufwand möglich ist. <sup>2</sup>Im Falle der Schätzung sind die entsprechenden Berechnungsgrundlagen sowie der Rechenweg darzulegen.
- (4) Stellt sich im Verlauf der Prüfung heraus, dass die Verwaltungskosten für die Durchführung des Verfahrens den verursachten finanziellen Schaden deutlich übersteigen, kann aus verwaltungsökonomischen Gründen auf eine Rückforderung verzichtet und das Prüfverfahren eingestellt werden; das ist in der Regel bei einer festgestellten Gesamtschadenshöhe von bis zu 500,00 € je Quartal der Fall.
- (5) Eine Einstellung wegen Geringfügigkeit oder aus Gründen der Verwaltungsökonomie hat keine Auswirkungen auf eine mögliche Berücksichtigung im Rahmen disziplinarrechtlicher Antragstellungen und Maßnahmen.

## **§ 17 Maßnahmen bei weiter bestehender Implausibilität**

<sup>1</sup>Soweit bestehende Zweifel an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung nicht ausgeräumt werden können, ist die eingereichte Abrechnung nicht anzuerkennen. <sup>2</sup>Zu Unrecht gezahlte Honorare werden zurückgefordert.

## **§ 18 Widerspruchsverfahren**

- (1) Gegen einen sie belastenden Bescheid der KVB können die Vertragsärzte Widerspruch zum Widerspruchsausschuss bei der KVB erheben.
- (2) <sup>1</sup>Der Widerspruch ist innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe des Bescheids bei der KVB schriftlich oder zur Niederschrift zu erheben. <sup>2</sup>Der Widerspruch soll innerhalb eines Monats nach Ablauf der Widerspruchsfrist schriftlich begründet werden. <sup>3</sup>Nach Ablauf dieser Frist kann auch ohne Vorliegen einer Begründung über den Widerspruch entschieden werden.

## **D) Einleitung weiterer Verfahren**

### **§ 19 Mögliche weitere Verfahren; Disziplinarverfahren**

- (1) Neben der Bereinigung des entstandenen finanziellen Schadens ist zu prüfen, ob weitergehende Maßnahmen angezeigt sind, um das betroffene Mitglied künftig zu einer ordnungsgemäßen Abrechnung anzuhalten und/oder die vorliegenden Abrechnungsverstöße disziplinar-, berufs- und/oder strafrechtlich zu ahnden.
- (2) Ein Disziplinarverfahren kann auch dann beantragt werden, wenn ein finanzieller Schaden nicht vorliegt, die Durchführung jedoch dringend erforderlich erscheint, um das Mitglied künftig zur Einhaltung der vertragsärztlichen Regelungen anzuhalten.
- (3) Eine Disziplinarmaßnahme kann nur gegen einen Arzt beantragt werden, der schuldhaft eine Pflichtverletzung begangen hat und der Disziplinargewalt der KVB unterliegt.

### **§ 20 Antrag auf Entzug der Zulassung**

Hat sich im Rahmen der Prüfung herausgestellt, dass Pflichtverletzungen oder Verstöße gegen vertragsärztliche Regelungen vorliegen, aus denen sich die Ungeeignetheit zur weiteren Teilnahme an der Vertragsärztlichen Versorgung ergibt, beantragt die KVB bei dem Mitglied den Entzug der Zulassung.

### **§ 21 Mitteilung an die Staatsanwaltschaft oder Verwaltungsbehörde**

Bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen des § 81a Abs. 4 SGB V erfolgt eine Unterrichtung der Staatsanwaltschaft.

### **§ 22 Meldung an den Ärztlichen Bezirksverband / Psychotherapeutenkammer**

Wurden bei der Prüfung Umstände oder Verstöße festgestellt, die eine Verletzung von Berufspflichten begründen könnten, ist ferner zu prüfen, ob der/die zuständige ärztliche Bezirksverband/Psychotherapeutenkammer zu informieren ist.

## **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. Als „an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Einrichtungen“ im Sinne § 106a SGB V gelten Vertragsärzte, psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren, ermächtigte Ärzte, ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen sowie Berufsausübungsgemeinschaften und Teilberufsausübungsgemeinschaften aus diesen Gruppen (im folgenden Vertragsärzte genannt).

Als Vertragsärzte im Sinne dieser Vereinbarung gelten nicht Einrichtungen nach § 117 SGB V, Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V, Sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V sowie Medizinische Behandlungszentren nach § 119c SGB V. Soweit in dieser Vereinbarung der Begriff „ärztlich“ verwendet wird, gilt dieser Begriff entsprechend für vorgenannte Psychotherapeuten.

**§ 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)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.

§ 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 Datenträgeraustausch 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 § 7 der Vereinbarung.

## **§ 5**

### **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.

## **§ 6**

### **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 Krankenkassen 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> <b>(zu § 2 Muster-VO)</b>	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> <b>(zu § 3 Muster-VO)</b>	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> <b>(zu § 4 Muster-VO)</b>	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>5. Sachkosten</b> <b>(zu § 5 Muster-VO)</b>	Art	Vergütung/Diagnosedaten
	Anzahl	Vergütung/Diagnosedaten
	Preis	Preisspannen

**Anlage 3a zur Vereinbarung nach § 106a Abs. 5 SGB V:**

**Anlage 3 a zur Vereinbarung gem. § 106 a Abs. 5 SGB V**

**Antrag der KVB auf Durchführung gezielter Prüfungen durch die Krankenkassen**

Empfänger:

\_\_\_\_\_  
(Name der Krankenkasse)

\_\_\_\_\_  
(Adresse der Krankenkasse)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kassen-Nr.:

\_\_\_\_\_

Quartal:

\_\_\_\_\_

Datum:

\_\_\_\_\_

Gezielte Prüfungen

☐

hinsichtlich des Bestehens und des Umfangs der Leistungspflicht

☐

der Plausibilität von Art und Umfang der für die Behandlung eines Versicherten abgerechneten Leistungen in Bezug auf die angegebenen Diagnose

☐

der Plausibilität der Zahl der vom Versicherten in Anspruch genommenen Vertragsärzte, unter Berücksichtigung ihrer Fachgruppenzugehörigkeit

Bei BSNR (9stellig) \_\_\_\_\_

Begründung des Antrages auf gezielte Prüfungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bearbeitungsergebnis der Krankenkassen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Anlage 3b zur Vereinbarung nach § 106a Abs. 5 SGB V:**



Anlage 3 b zur Vereinbarung gem. § 106a Abs. 5 SGB V										
Antrag auf sachlich-rechnerische Richtigstellung der Abrechnung										
Antragsteller:	<Name der Krankenkasse>		Antragsempfänger:		KVB					
	<Adresse der Krankenkasse>									
			Quartal		<Format JJJQQQ angeben>					
			Datum:		<Antragsdatum Format TT.MM.JJJJ>					
Kassen-Nr.:	<5-stellige Kassennummer>									
Sachverhalt/Thema <kurze Sachverhaltsangabe. Wenn ein Thema/Sachverhalt mit einer größeren Anzahl von BSNR betroffen ist, dann für diesen Sachverhalt ein gesondertes Registerblatt verwenden mit den betroffenen BSNR>										
BSNR (9-stellig)	Versichertennummer eGK	Nachname Patient	Vorname Patient	Geburtsdatum Patient (tt.mm.jjj)	GOP-Nr.	Behandlungstag oder -zeitraum (tt.mm.jjj)	Grund der Absetzung/Antragstellung	Zusatzinformationen / elektron. Unterlagen	Anforderung in EUR	Bearbeitungsergebnis KVB
								Gesamt	0,00	