

**Richtlinien
gemäß § 106 a SGB V**

Inhaltsverzeichnis:

I. Anwendungsbereich und Begriffsbestimmungen	3
§ 1 Anwendungsbereich	3
§ 2 Zuständigkeiten.....	4
§ 3 Gegenstand der Abrechnungsprüfung	4
§ 4 Gegenstand der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit	4
§ 5 Gegenstand und Ziel der Plausibilitätsprüfung	4
II. Die Prüfungen durch die Kassenärztliche Vereinigung.....	5
§ 6 Anlässe der sachlich-rechnerischen Richtigstellung	5
§ 7 Plausibilitätsprüfung.....	5
§ 8 Überprüfung des Umfangs der abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den Zeitaufwand	6
§ 8 a Zeitprofile in Arztpraxen und Medizinischen Versorgungszentren mit angestellten Ärzten	7
§ 9 Erweiterte regelhafte Prüfungen	7
§ 10 Stichprobenprüfungen.....	8
§ 11 Plausibilitätsprüfung bei Praxisgemeinschaften	8
§ 11 a Plausibilitätsprüfung bei KV-bereichsübergreifender Berufsausübung, bei Ermächtigung gemäß § 24 Ärzte-ZV oder in einer Berufsausübungsgemeinschaft..	8
§ 12 Durchführung einer Plausibilitätsprüfung bei Abrechnungsauffälligkeiten.....	10
§ 13 Verfahren	10
III. Die Prüfungen durch die Krankenkassen	11
§ 14 Gesetzlicher Auftrag	11
§ 15 Zuständigkeit.....	11
§ 16 Prüfungsinhalt.....	12
§ 17 Unplausibilitäten nach § 16 Abs. 1 Nr. 2 und 3	12
§ 18 Information der Kassenärztlichen Vereinigung	13
IV. Gemeinsame Vorschriften.....	13
§ 19 Antragsverfahren	13
§ 20 Prüfung aufgrund konkreter Hinweise und Verdachtsmomente.....	13
§ 21 Gemeinsame Bewertung von Prüfungsergebnissen	14
V. Inkrafttreten und Übergangsvorschriften	14
§ 22.....	14
Protokollnotiz:	15

Gemäß § 106 a Abs. 6 Satz 1 SGB V vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband die nachfolgenden Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen nach § 106 a Abs. 2 SGB V (Abrechnungsprüfung der Kassenärztlichen Vereinigung) sowie nach § 106 a Abs. 3 SGB V (Abrechnungsprüfung der Krankenkassen):

I. Anwendungsbereich und Begriffsbestimmungen

§ 1 Anwendungsbereich

- (1) Die Richtlinien finden 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.
 - (1a) Soweit in den nachstehenden Richtlinien Prüfungen der Abrechnung 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).
- (2) Die Richtlinien finden 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). Vertragliche Regelungen zur Abrechnung und Prüfung durch Kassenärztliche Vereinigungen bleiben unberührt.
- (3) Absatz 2 gilt auch insoweit, als ärztliche Leistungen auf der Grundlage von Einzelverträgen nach Maßgabe der §§ 73 b und 73 c sowie 140 a ff. SGB V mit den Krankenkassen abgerechnet werden. Die Prüfung der Rechtmäßigkeit der Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen in Abgrenzung zu den in den Sonderrechtsbeziehungen erbrachten Leistungen der Vertragsärzte ist dadurch nicht ausgeschlossen.
- (4) 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.

§ 2 Zuständigkeiten

- (1) Die Kassenärztliche Vereinigung ist zuständig für die in § 106 a Abs. 2 SGB V vorgesehene Durchführung der Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit und die darauf bezogene Plausibilitätsprüfung.
- (1a) Bei einer Berufsausübung, welche den Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung überschreitet (KV-übergreifende Berufsausübung), gilt § 11 a Abs. 2 für die Bestimmung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen.
- (2) Die Krankenkassen sind zuständig für die in § 106 a Abs. 3 SGB V vorgesehenen Abrechnungsprüfungen und Plausibilitätsprüfungen.

§ 3 Gegenstand der Abrechnungsprüfung

- (1) Gegenstand der Abrechnungsprüfung ist die Rechtmäßigkeit der Abrechnungen. Die Rechtmäßigkeit der Abrechnung umfasst die rechtlich ordnungsgemäße Leistungserbringung und die formal richtige Abrechnung der erbrachten Leistungen und der geltend gemachten Sachkosten.
- (2) Die Prüfung der Rechtmäßigkeit der Abrechnung wird bei der Kassenärztlichen Vereinigung im Verfahren der sachlich-rechnerischen Richtigkeitsprüfung durchgeführt (§ 4). Bestandteil dieser Prüfung ist die Plausibilitätsprüfung in dem in § 7 geregelten Umfang.
- (2a) In Fällen einer KV-übergreifenden Berufsausübung gilt ergänzend § 11 a.
- (3) Gegenstand der Abrechnungsprüfungen der Krankenkassen sind die in § 106 a Abs. 3 SGB V genannten Sachverhalte nach Maßgabe der §§ 14 ff. dieser Richtlinien.

§ 4 Gegenstand der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit

- (1) Die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung zielt auf die Feststellung ab, ob die abgerechneten Leistungen rechtlich ordnungsgemäß, also ohne Verstoß gegen gesetzliche, vertragliche oder satzungsrechtliche Bestimmungen, erbracht worden sind.
- (2) Die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung erstreckt sich nicht auf die Prüfung der Wirtschaftlichkeit oder Unwirtschaftlichkeit der Leistungserbringung.

§ 5 Gegenstand und Ziel der Plausibilitätsprüfung

- (1) Die Plausibilitätsprüfung stellt ein Verfahren dar, mit dessen Hilfe aufgrund bestimmter Anhaltspunkte und vergleichender Betrachtungen die rechtliche Fehlerhaftigkeit ärztlicher Abrechnungen vermutet werden kann. Anhaltspunkte für eine solche Vermutung sind Abrechnungsauffälligkeiten. Abrechnungsauffälligkeiten sind durch die Anwendung der Aufgreifkriterien mit sonstigen Erkenntnissen aus Art und Menge der abgerechneten ärztlichen Leistungen zu gewinnende Indizien, welche es wahrscheinlich machen, dass eine fehlerhafte Leistungserbringung im Sinne des § 6 zugrunde liegt.
- (2) Die Plausibilitätsprüfung allein ersetzt nicht das Verfahren der sachlich-rechnerischen Richtigstellung. Erst wenn die Kassenärztliche Vereinigung aufgrund der Plausibilitätsprüfung allein oder in Verbindung mit weiteren Feststellungen zu dem Ergebnis kommt, dass die Leistungen fehlerhaft abgerechnet worden sind, führt die Kassenärztliche Vereinigung ein Verfahren der sachlich-

rechnerischen Richtigstellung durch. Auch die Krankenkasse kann Folgerungen aus einer Plausibilitätsprüfung erst ziehen, wenn sich daraus die Fehlerhaftigkeit der Abrechnung ergibt.

- (3) Ergibt die Plausibilitätsprüfung einen Anhaltspunkt dafür, dass der Arzt die Leistungen in einem unwirtschaftlichen Ausmaß erbracht hat, veranlasst die Kassenärztliche Vereinigung die Einleitung eines Verfahrens der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V. Bei der Regelung von Antragsfristen in Vereinbarungen nach § 106 Abs. 3 SGB V ist vorzusehen, dass diese nicht für Anträge nach Satz 1 gelten.
- (4) Für die Plausibilitätsprüfung der Krankenkasse nach § 106 a Abs. 3 Nr. 2 und Nr. 3 SGB V gilt § 17 dieser Richtlinien.

II. Die Prüfungen durch die Kassenärztliche Vereinigung

§ 6 Anlässe der sachlich-rechnerischen Richtigstellung

- (1) Zielrichtung der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit ist die rechtliche Ordnungsmäßigkeit der Leistungsabrechnung. Verstöße können zum Beispiel darin liegen, dass die Leistung überhaupt nicht, nicht in vollem Umfang, ohne die zur Leistungsabrechnung erforderliche spezielle Genehmigung oder unter Überschreitung des Fachgebietes erbracht worden ist.
- (2) Rechtlich nicht ordnungsgemäß sind insbesondere Abrechnungen in folgenden Fällen:
 - Fehlende Berechtigung zur Leistungsabrechnung,
 - Abrechnung nicht oder nicht vollständig erbrachter Leistungen,
 - Abrechnung von Leistungen, welche unter Verstoß gegen das Gebot der persönlichen Leistungserbringung erbracht worden sind,
 - Ansatz der falschen Gebührennummer,
 - Nichtbeachtung der vertraglich vereinbarten Abrechnungsbestimmungen,
 - Abrechnung fachfremder Tätigkeit,
 - Fehlen der fachlichen und apparativen Voraussetzungen (einheitliche Qualifikationserfordernisse),
 - Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen, wenn die Leistungserbringung die erfolgreiche Teilnahme an Maßnahmen der Qualitätssicherung voraussetzt,
 - Nichteinhaltung des Überweisungsauftrags zur Auftragsleistung,
 - Fehlende ICD- und/oder OPS-Kodierung.

§ 7 Plausibilitätsprüfung

- (1) Plausibilitätsprüfungen werden von der Kassenärztlichen Vereinigung als regelhafte (Absatz 2), als ergänzende Plausibilitätsprüfungen (Absatz 3), als Stichprobenprüfungen (Absatz 4) und als anlassbezogene Prüfungen (Absatz 5) durchgeführt.
- (2) Die regelhafte Plausibilitätsprüfung erstreckt sich auf die Feststellung von Abrechnungsauffälligkeiten (§ 5 Abs. 1 Satz 3) durch Überprüfung des Um-

fangs der abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand (Prüfung nach Zeitprofilen [§ 8]). Die regelhafte Prüfung kann nach Maßgabe des § 9 erweitert werden.

- (3) Ergibt die regelhafte Plausibilitätsprüfung Abrechnungsauffälligkeiten, werden ergänzende Plausibilitätsprüfungen nach Maßgabe des § 12 Abs. 1 durchgeführt.
- (4) Die Kassenärztliche Vereinigung bestimmt nach Maßgabe des § 10 für jedes Quartal die Zielrichtung und die Zielgruppen von Stichproben, durch welche nach einem Zufallsprinzip bei einer bestimmten Zahl von Ärzten zusätzlich die Abrechnungen auf Abrechnungsauffälligkeiten geprüft werden.
- (5) Bei konkreten Hinweisen und Verdachtsmomenten (§ 20) führt die Kassenärztliche Vereinigung eine anlassbezogene Plausibilitätsprüfung durch.
- (6) Die Plausibilitätsprüfung bei geltend gemachten Kosten für Materialien, die gemäß Nr. 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM nicht in den berechnungsfähigen Leistungen enthalten sind und auch nicht über den Sprechstundenbedarf bezogen werden können und über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werden, bezieht sich, soweit möglich, insbesondere auf den Zusammenhang zwischen den verwendeten Sachmitteln und deren Indikationsbereich sowie auf die Menge der abgerechneten Sachkosten. Die Prüfung erfolgt durch vergleichende Betrachtung der Arztpraxis mit dem Durchschnitt der Arztgruppe. Sie kann stichprobenartig durchgeführt werden. § 5 Abs. 3 Satz 1 ist zu beachten.

§ 8 Überprüfung des Umfangs der abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den Zeitaufwand

- (1) Für die Prüfung nach § 7 Abs. 2 zugrunde zu legen sind die im Anhang 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab in der jeweils gültigen Fassung aufgeführten Prüfzeiten für die ärztlichen Leistungen.
- (2) Für jeden Tag der ärztlichen Tätigkeit wird im Hinblick auf die angeforderten Leistungen bei Vertragsärzten, -therapeuten, bei ermächtigten Ärzten, bei ermächtigten Instituten und ermächtigten Krankenhäusern gleichrangig ein Tageszeitprofil und ein Quartalszeitprofil ermittelt. Bei der Ermittlung der Zeitprofile bleiben 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, unverzüglich nach Bestellung durchzuführende dringende Besuche sowie – bei Belegärzten – Visiten außer Betracht. Anhang 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab kennzeichnet darüber hinaus die behandlungsfall- und krankheitsfallbezogenen ärztlichen Leistungen, die nicht dem Tageszeitprofil unterliegen.
- (3) Beträgt bei Vertragsärzten und -therapeuten die auf der Grundlage der Prüfzeiten ermittelte arbeitstägliche Zeit bei Tageszeitprofilen an mindestens drei Tagen im Quartal mehr als zwölf Stunden oder im Quartalszeitprofil mehr als 780 Stunden, erfolgen weitere Überprüfungen nach § 12. Das gleiche gilt bei ermächtigten Ärzten, ermächtigten Instituten und ermächtigten Krankenhäusern, wenn die arbeitstägliche Zeit an mindestens drei Tagen mehr als zwölf Stunden im Tageszeitprofil oder im Quartalsprofil mehr als 156 Stunden beträgt.

- (4) Für fachgruppengleiche Berufsausübungsgemeinschaften und Arztpraxen mit angestellten Ärzten sowie fachgruppenübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinische Versorgungszentren gilt Absatz 3 entsprechend, wobei die Obergrenze für das Tageszeit- bzw. Quartalszeitprofil multipliziert wird mit der Anzahl der in der Arztpraxis tätigen Vertragsärzte oder angestellten Ärzte im Umfang ihrer Tätigkeit.
- (5) In Ergänzung zu den §§ 6 – 8 gelten bei der Beschäftigung angestellter Ärzte bei Tätigkeit an mehreren Orten, bei Tätigkeit in unterschiedlichem Status sowie bei Tätigkeit aufgrund einer Teilzulassung die nachstehenden Regelungen:

§ 8 a Zeitprofile in Arztpraxen und Medizinischen Versorgungszentren mit angestellten Ärzten

- (1) Ergänzend zu § 8 kann das Tageszeitprofil bei Beschäftigung angestellter Ärzte in Arztpraxen und Medizinischen Versorgungszentren arbeitstäglich unter Berücksichtigung der durch den Zulassungsausschuss genehmigten Arbeitszeiten berechnet werden. Bei arbeitstäglich unterschiedlichen Arbeitszeiten wird ein Quartalsprofil erstellt, welchem die durchschnittliche Arbeitszeit des Quartals zugrunde zu legen ist.
- (2) Bei angestellten Ärzten kann die Abrechnung der Arztpraxis auch daraufhin geprüft werden, ob die für die angestellten Ärzte genehmigten Arbeitszeiten eingehalten worden sind.
- (3) Für die Prüfung der Arztpraxen mit angestelltem Arzt oder angestellten Ärzten gilt § 8 Abs. 3 mit der Maßgabe, dass bei angestellten Ärzten die in § 8 Abs. 3 genannten Obergrenzen mit einem Faktor multipliziert werden, der aus der Zahl der angestellten Ärzte unter Berücksichtigung ihrer Arbeitszeit gebildet wird.
- (4) Bei Tätigkeit an mehreren Betriebsstätten/Nebenbetriebsstätten im selben Status erfolgt die Prüfung auf der Grundlage der Prüfzeiten nach § 8 Abs. 2 und Abs. 3 in der Zusammenfassung aller Betriebsstätten/Nebenbetriebsstätten. Bei Tätigkeit an mehreren Betriebsstätten in unterschiedlichem Status erfolgt die Prüfung jeweils für den entsprechenden Status nach Maßgabe der dafür geltenden Regelungen. Die Prüfungsergebnisse der unterschiedlichen Tätigkeiten sind zusammenzuführen.
- (5) Bei Teilzulassung nach § 19 a Ärzte-ZV wird für die Tätigkeit des Vertragsarztes ein Quartalsprofil, für das die Zeiten nach § 8 Abs. 3 halbiert werden und ein Tagesprofil in Höhe von zwölf Stunden, gebildet. Erfolgt neben der Vertragsarztstätigkeit noch eine weitere Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung in einem anderen Status als angestellter Arzt in einer Arztpraxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum, unterliegt die dortige Tätigkeit einer gesonderten Prüfung entsprechend den für die Arztpraxis oder das Medizinische Versorgungszentrum geltenden Regelungen. Die Prüfungsergebnisse der unterschiedlichen Tätigkeiten sind zusammenzuführen.

§ 9 Erweiterte regelhafte Prüfungen

- (1) Ergänzend zu § 6 kann sich die Prüfung der Zeitprofile angestellter Ärzte auf mögliche Fälle unzulässiger Fallzahlmehrung erstrecken.
- (2) Die Kassenärztliche Vereinigung kann im regelhaften Prüfverfahren weitere Aufgreifkriterien anwenden, um die Plausibilität der Abrechnung zu prüfen.

§ 10 Stichprobenprüfungen

- (1) Die Kassenärztliche Vereinigung führt Stichprobenprüfungen durch, die mindestens zwei vom Hundert der abrechnenden Ärzte im Quartal umfassen. Sie bestimmt vor der Durchführung der Stichprobenprüfung deren Zielrichtung und Zielgruppen sowie die Aufgreifkriterien.
- (2) Sofern die Kassenärztliche Vereinigung erweiterte Plausibilitätsprüfungen in Anwendung des § 9 durchführt, kann sie im Einvernehmen mit den Vertragspartnern nach § 106 a Abs. 5 SGB V von Stichproben absehen oder ihren Umfang einschränken.

§ 11 Plausibilitätsprüfung bei Praxisgemeinschaften

- (1) Die Abrechnungen von Ärzten, welche untereinander in einer Praxisgemeinschaft verbunden sind, können unplausibel sein, wenn bestimmte Grenzwerte des Anteils identischer Patienten überschritten worden sind. Die Prüfungen nach Absatz 2 und Absatz 3 können auf eine Stichprobe beschränkt werden.
- (2) Eine Abrechnungsauffälligkeit ist zu vermuten, wenn die nachstehenden Grenzwerte überschritten worden sind:
 - a) 20% Patientenidentität – auf die abrechnenden Praxen bezogen – bei versorgungsbereichsidentischen Praxen;
 - b) 30% Patientenidentität – auf die abrechnenden Praxen bezogen – bei versorgungsbereichsübergreifenden Praxen.
- (3) Die Prüfungen nach Absätzen 1 und 2 können als gemeinschaftliche Prüfung der Kassenärztlichen Vereinigung und der Vertragspartner nach § 106 a Abs. 5 durchgeführt werden.
- (4) Die Prüfung kann auch auf Ärzte erstreckt werden, welche nicht in Organisationsgemeinschaften verbunden sind. Bei festgestellten Auffälligkeiten in der gemeinschaftlichen Prüfung stellen die Krankenkassen die versichertenbezogenen Daten zur Verfügung, welche die Kassenärztliche Vereinigung zur Durchführung der Plausibilitätsprüfung benötigt. Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen beauftragen sich wechselseitig mit der Verarbeitung der notwendigen Daten auf der Grundlage der beiderseitigen Prüfungskompetenz des § 106 a Abs. 1 SGB V.

§ 11 a Plausibilitätsprüfung bei KV-bereichsübergreifender Berufsausübung, bei Ermächtigung gemäß § 24 Ärzte-ZV oder in einer Berufsausübungsgemeinschaft

- (1) 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 (Orte der Zulassung) in Bereichen von mindestens zwei Kassenärztlichen Vereinigungen gelegen sind (§ 33 Abs. 2 Satz 1 und 6 Ärzte-ZV¹)
 3. als Vertragsarzt an seinem Vertragsarztsitz und als Beteiligter einer Berufsausübungsgemeinschaft oder Teilberufsausübungsgemeinschaft (§ 33 Abs. 2 Satz 3 Ärzte-ZV²) 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.
- (2) Für die nachstehenden Regelungen sind folgende Begriffsbestimmungen maßgeblich:
1. Beteiligte Kassenärztliche Vereinigungen:

Alle Kassenärztliche Vereinigungen einschließlich der in Nr. 2 genannten zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich Vertragsarztsitze einer Berufsausübungsgemeinschaft gelegen sind; beteiligte Kassenärztliche Vereinigungen sind auch die Kassenärztlichen Vereinigungen, in deren Bereichen derselbe Vertragsarzt an seinem Vertragsarztsitz und einem weiteren Tätigkeitsort mit Ermächtigungsstatus gemäß § 24 Ärzte-ZV tätig ist; das gleiche gilt für entsprechende Tätigkeitsformen von Medizinischen Versorgungszentren.
 2. Zuständige Kassenärztliche Vereinigung:

Zuständige Kassenärztliche Vereinigung ist die Kassenärztliche Vereinigung, welche bei KV-übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften – auch Teilleistungsgemeinschaften – von der Berufsausübungsgemeinschaft für einen ihrer Vertragsarztsitze als Verwaltungs-Kassenärztliche Vereinigung gemäß § 33 Abs. 3 Satz 2 und 3 Ärzte-ZV gewählt worden ist (Hauptsitz-KV). Im Fall des § 11 a Abs. 1 Nr. 1 ist zuständige Kassenärztliche Vereinigung die Kassenärztliche Vereinigung des Vertragsarztsitzes. In den Fällen des § 11 a Abs. 1 Nrn. 4 und 5 verständigen sich die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen auf die zuständige Kassenärztliche Vereinigung.
- (3) Für das für die Prüfung anwendbare Recht und das Verfahren der sachlich-rechnerischen Berichtigung (Plausibilitätsprüfung) durch die Kassenärztliche Vereinigung gilt Folgendes: Die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen jeweils die sachlich-rechnerische Richtigkeit für ihren Bereich nach den für sie geltenden Vorschriften. Nach Erlass der unter Vorbehalt stehenden Honorarbescheide führen die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die Abrechnungsdaten zusammen. Die zuständige Kassenärztliche Vereinigung führt nach einem bundeseinheitli-

¹ i.d.F. des VändG vom 22.12.2006 (BGBl. I S. 3439 ff.)

² i.d.F. des VÄndG vom 22.12.2006 (BGBl. I S. 3439 ff.)

chen Maßstab eine zusammenfassende Prüfung gemäß § 106 a SGB V durch. Ergibt diese Prüfung Veranlassung zu einer Überprüfung der abgerechneten vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Leistungen aller beteiligten Ärzte oder Psychotherapeuten, wirken die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung bei der Aufklärung des Sachverhaltes zusammen. Ergeben sich Unrichtigkeiten, heben die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, wenn und soweit erforderlich, für ihren Bereich die Vorbehaltsbescheide auf und erlassen nach eventuellen Korrekturen neue Honorarbescheide.

- (4) Ergänzend zu § 6 kann sich die Prüfung auf folgende Sachverhalte erstrecken:
 1. mögliche Fälle unzulässiger Fallzahlmehrung
 2. Beachtung der für den Ort der Leistungserbringung geltenden Voraussetzungen zur Abrechnung genehmigungsbedürftiger ärztlicher Leistungen durch die beteiligten Ärzte (vgl. § 8 der „KV-übergreifende Berufsausübungs-Richtlinie“).

§ 12 Durchführung einer Plausibilitätsprüfung bei Abrechnungsauffälligkeiten

- (1) Ergeben die Plausibilitätsprüfungen nach §§ 8 bis 11 Abrechnungsauffälligkeiten, so führt die Kassenärztliche Vereinigung weitere Prüfungen durch.
- (2) Die weiteren Überprüfungen haben zum Ziel, mit Hilfe ergänzender Tatsachenfeststellungen und Bewertungen unter Berücksichtigung der Merkmale nach Absatz 3 festzustellen, ob gegen die rechtliche Ordnungsmäßigkeit nach § 6 verstoßen worden ist oder nicht.
- (3) Im Rahmen dieser Prüfungen berücksichtigt die Kassenärztliche Vereinigung auch die nachstehenden Feststellungen und Umstände, um zu prüfen, ob die Abrechnungsauffälligkeiten sich zugunsten des Arztes erklären lassen. Im Einzelnen können folgende Sachverhalte geprüft werden:
 1. Bei einem erhöhten Stundenaufkommen sind insbesondere zu berücksichtigen:
 - a. die Beschäftigung eines Assistenten (differenziert nach Art des Assistenten)
 - b. Job-Sharing
 - c. Vertreterfälle gemäß Muster 19 der Vordruckvereinbarung
 2. Bei einem erhöhten Anteil gemeinsamer Patienten in Praxisgemeinschaften sind insbesondere zu berücksichtigen:
 - a. Vertreterfälle gemäß Muster 19 der Vordruckvereinbarung
 - b. Überweisungen zur Auftragsleistung
 - c. Notfälle.

§ 13 Verfahren

- (1) Die Kassenärztliche Vereinigung regelt das Verfahren der Plausibilitätsprüfung und das Verfahren der Prüfung der sich aus der Plausibilitätsprüfung ergebenden Abrechnungsauffälligkeiten in einer Verfahrensordnung.
- (2) Die Verfahrensordnung soll folgende Regelungen vorsehen:

1. Aufbereitung der Prüfunterlagen
2. Umfang der dem Prüfungsgremium zur Verfügung zu stellenden Prüfungsunterlagen
3. Erstellen eines Prüfberichts, der insbesondere folgende Feststellungen dokumentieren soll:
 - Auffälligkeiten in der Abrechnung nach Maßgabe der Aufgreifkriterien
 - vermutete Höhe einer erforderlichen Honorarberichtigung aus den festgestellten Auffälligkeiten und deren Berechnungsgrundlage, soweit bestimmbar
 - festgestellte ordnungsgemäße Abrechnung bei zunächst vermuteter Unplausibilität
 - Empfehlung zur persönlichen Anhörung
 - Beteiligte an der Vorprüfung und zugezogene Unterlagen.
4. Verfahren der Anhörung des betroffenen Arztes und Wahrung des Datenschutzes
5. Erstellung einer Entscheidungsunterlage durch das Prüfungsgremium für die in der Kassenärztlichen Vereinigung maßgebliche Entscheidungsinstanz, welche die festgestellten und umstrittenen Abrechnungsverstöße sowie die Höhe des Schadens, Einlassungen des betroffenen Arztes aufführen und Maßnahmen vorschlagen soll.

Im Übrigen enthält das Verfahren einen Stufenaufbau von der Ermittlung, über Beratung im Ausschuss, Anhörung des Betroffenen, Entwicklung der Empfehlungen, Entscheidung des Vorstandes oder der zuständigen Stelle der Kassenärztlichen Vereinigung, welche Maßnahme zu ergreifen ist. In die Verfahrensordnung sind auch Regelungen zur Befangenheit und zum Schriftlichkeitsprinzip aufzunehmen.

- (3) Die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen nach § 106 a Abs. 5 SGB V über die Durchführung von Prüfungen und deren Ergebnisse, soweit sie Fälle festgestellter Unplausibilität und daraus erfolgter sachlich-rechnerischer Berichtigung betreffen. Sie unterrichtet auch über gegebenenfalls weitere Maßnahmen, die ergriffen worden sind.

III. Die Prüfungen durch die Krankenkassen

§ 14 Gesetzlicher Auftrag

Die Prüfung der Abrechnung in der ärztlichen Versorgung auf Rechtmäßigkeit und Plausibilität durch die Krankenkassen erfolgt im Rahmen ihrer Zuständigkeit von Amts wegen.

§ 15 Zuständigkeit

- (1) Die Krankenkasse kann die Prüfung auf den Verband übertragen.
- (2) Die Krankenkassen regeln das Verfahren der Abrechnungsprüfung in einer Verfahrensordnung.

§ 16 Prüfungsinhalt

- (1) Die Prüfung der Abrechnung im Anwendungsbereich nach § 1 Abs. 1 durch die Krankenkassen erfolgt insbesondere hinsichtlich
 1. des Bestehens und des Umfangs der Leistungspflicht der Krankenkasse,
 2. der Plausibilität von Art und Umfang der für die Behandlung eines Versicherten abgerechneten Leistungen in Bezug auf die angegebene Diagnose,
 3. der Plausibilität der Zahl der vom Versicherten in Anspruch genommenen Vertragsärzte unter Berücksichtigung ihrer Fachgruppenzugehörigkeit,
 4. der vom Versicherten an den Arzt zu zahlenden Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V und der Beachtung des damit verbundenen Verfahrens nach § 43 b Abs. 2 SGB V.
- (2) Die Prüfungen nach Absatz 1 Nr. 1 betreffen:
 1. die Feststellung der Leistungspflicht aufgrund des Versicherungsstatus
 2. die Feststellung der Leistungspflicht im Hinblick auf die Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers
 3. die Feststellung der Voraussetzungen der Leistungspflicht bei Maßnahmen der Krankheitsfrüherkennung und bei Leistungen, welche einer Genehmigung der Krankenkassen bedürfen.
- (3) Die Krankenkassen prüfen die über sie abgerechneten Sachkosten.
- (4) Soweit die Krankenkassen Verträge nach §§ 73 b, 73 c und 140 a ff. abgeschlossen haben, deren Vertragspartner nicht die Kassenärztlichen Vereinigungen sind, können Krankenkassen 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.

§ 17 Unplausibilitäten nach § 16 Abs. 1 Nr. 2 und 3

- (1) Die Plausibilität von Art und Umfang der für die Behandlung eines Versicherten abgerechneten Leistungen in Bezug auf die angegebene Diagnose wird überprüft durch Feststellung von Auffälligkeiten, die sich insbesondere auf folgende Sachverhalte beziehen können:
 1. Prüfung der angegebenen Diagnosen bei Leistungen mit Diagnosebezug
 2. Prüfung von Art und Umfang der abgerechneten Leistungen bei Diagnosen bzw. Krankheitsbildern, für die es evidenzbasierte Leitlinien gibt, die das diagnostische und therapeutische Vorgehen beschreiben. Der hausärztliche oder fachärztliche Versorgungsauftrag und das Gebiet bzw. der Schwerpunkt, mit dem der Vertragsarzt zur Versorgung zugelassen ist, sind dabei zu beachten,
 3. Prüfung der quartalsübergreifenden Plausibilität der Diagnosendokumentation
 4. Prüfung der Plausibilität von Art, Häufigkeit und Struktur der Leistungen sowie der Diagnosendokumentation bezogen auf das Gebiet, mit dem der Vertragsarzt zur Versorgung zugelassen ist, auch quartalsübergreifend

5. Prüfung der Plausibilität der angegebenen Diagnose durch Vergleich mit Arzneimittelverordnungen.
- (2) 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.
- (3) Die Krankenkassen legen Art und Umfang der von ihnen durchgeführten Prüfungen nach den Absätzen 1 und 2 fest. Die Prüfungen können regelhaft oder als Stichprobenprüfungen erfolgen. Stichprobenprüfungen sind nach dem Zufallsprinzip durchzuführen.
- (4) Bei festgestellter Unplausibilität wegen der Art und des Umfangs der für die Behandlung eines Versicherten abgerechneten Leistungen in Bezug auf die angegebene Diagnose kann die Krankenkasse oder ihr Verband eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V beantragen. Das gleiche 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.
- (5) Die Krankenkassen können vorsehen, dass die Prüfungen nach den Absätzen 1 und 2 im Auftrag der Krankenkassen durch die Kassenärztliche Vereinigung oder gegebenenfalls anderen Dritten durchgeführt werden. Sie treffen insoweit eine entsprechende Vereinbarung, welche die Art und Weise der Prüfung festlegt. Sie regeln auch das Verfahren der Folgerungen bei festgestellten Unplausibilitäten. Die Zuständigkeit der Krankenkassen zur Veranlassung entsprechender Maßnahmen bleibt unberührt.

§ 18 Information der Kassenärztlichen Vereinigung

Die Krankenkassen unterrichten die Kassenärztliche Vereinigung über die Durchführung der Prüfungen nach § 16 Abs. 1 und deren Ergebnisse, soweit sie Feststellungen über Fehlerhaftigkeit oder Unplausibilität enthalten. Bevor sie Prüfergebnisse gegenüber Dritten verwerten, geben sie der Kassenärztlichen Vereinigung Gelegenheit zur Stellungnahme.

IV. Gemeinsame Vorschriften

§ 19 Antragsverfahren

Das Verfahren der gegenseitigen Beantragungen gezielter Prüfungen (§ 106a Abs. 4 SGB V) regeln die Vertragspartner der Vereinbarungen nach § 106 a Abs. 5 SGB V.

§ 20 Prüfung aufgrund konkreter Hinweise und Verdachtsmomente

- (1) Außerhalb der regulären Prüfungen wird eine Abrechnung in der vertragsärztlichen Versorgung geprüft, wenn ausreichende und konkrete Hinweise auf Abrechnungsauffälligkeiten bestehen.
- (2) Hinweisen wird nachgegangen, wenn die Verdachtsmomente schriftlich oder

persönlich vorgetragen werden. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen sowie deren Mitgliedskassen informieren die Kassenärztlichen Vereinigungen in geeigneter Weise über konkrete Hinweise und Verdachtsmomente im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung aufgrund eigener Recherchen und Ermittlungen, bevor sie weitere Maßnahmen ergreifen. Dies gilt auch vor einer beabsichtigten Veröffentlichung.

§ 21 Gemeinsame Bewertung von Prüfungsergebnissen

- (1) Zur Durchführung der gegenseitigen Unterrichtung und Abstimmung möglicher Maßnahmen (z. B. Hinweise, Beratungen, Berichtungen, Disziplinarmaßnahmen, Anträge auf Wirtschaftlichkeitsprüfung) kann die Kassenärztliche Vereinigung mit ihren Vertragspartnern nach § 106 a Abs. 5 SGB V eine

Gemeinsame Beratungskommission „Abrechnungsprüfung“

bilden. Die Zusammensetzung regeln die Vertragspartner.

- (2) Der Kommission kann die Aufgabe übertragen werden, eine möglichst einvernehmliche Bewertung der Ergebnisse von Plausibilitätsprüfungen der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen in solchen Fällen herbeizuführen, in denen von der Kassenärztlichen Vereinigung oder einer Krankenkasse Unplausibilität festgestellt worden ist.
- (3) Bei Einrichtung einer solchen Kommission können die Verträge nach § 106a Abs. 5 SGB V vorsehen, dass die Unterrichtungspflichten nach § 13 Abs. 3 und § 18 der Richtlinien durch Informationsaustausch in der Kommission ersetzt werden.

V. Inkrafttreten und Übergangsvorschriften

§ 22

- (1) Die geänderten Richtlinien treten nach ihrer gemeinsamen Veröffentlichung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den GKV-Spitzenverband zum 1. Juli 2008 in Kraft.
- (2) Die Veröffentlichung erfolgt nach Ablauf der Beanstandungsfrist nach § 106 a Abs. 6 Satz 3 SGB V durch Angabe des gemeinsam festgelegten Veröffentlichungszeitpunktes durch Rundschreiben der KBV an die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie durch Rundschreiben des GVK-Spitzenverbandes an seine Mitglieder.
- (3) Die Vereinbarungspartner sehen auch eine geeignete Veröffentlichung in ihren Internetpräsentationen vor.
- (4) Prüfungen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit und darauf bezogene Plausibilitätsprüfungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen für Zeiten bis zum Inkrafttreten der Verträge nach § 106 a Abs. 5 SGB V erfolgen nach den bis zu diesem Zeitpunkt vereinbarten oder beschlossenen Vorschriften.

Protokollnotiz:

- (1) Im Hinblick auf die veränderte Struktur des seit dem 1. Januar 2008 gültigen EBM (Pauschalenbildung), durch welche die Aussagefähigkeit der vorhandenen Instrumente der Plausibilitätsprüfung nur noch eingeschränkt gegeben ist, werden die Vertragspartner eine Anpassung der Richtlinien hinsichtlich der Festlegung geeigneter Prüfkriterien vornehmen.
- (2) Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die Anpassung der Richtlinien unter Berücksichtigung von Erkenntnissen der Analyse der Plausibilitätsprüfung sowie nach dem Vorliegen der Ergebnisse der „Wissenschaftlichen Begleitung zur Einführung des EBM 2008“ (Modul 1 und 2) vorgenommen wird. Dies erfolgt vorbehaltlich weiterer Regelungen, die sich ggf. aus den weiteren Erkenntnissen der „Wissenschaftlichen Begleitung zur Einführung des EBM 2008“ (Modul 3) ergeben.