

Vereinbarung
über die Prüfung der Abrechnung auf Rechtmäßigkeit
durch Plausibilitätskontrollen
gemäß § 106a Abs. 5 SGB V

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz

im folgenden „**Kassenärztliche Vereinigung**“ genannt

einerseits

sowie

der AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz, Eisenberg,

dem BKK Landesverband Rheinland-Pfalz und Saarland, Mainz,

der Innungskrankenkasse Südwest-Plus, Mainz,

der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland, Speyer,

der Krankenkasse für den Gartenbau, vertreten durch die Landwirtschaftliche Krankenkasse,

der Bundesknappschaft, Bochum,

dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg,

vertreten durch die Landesvertretung Rheinland-Pfalz, Mainz,

dem AEV -Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.-, Siegburg,

vertreten durch die Landesvertretung Rheinland-Pfalz, Mainz

im folgenden „**Krankenkassenverbände**“ genannt,

andererseits

Präambel

Nach § 106a SGB V obliegt die Prüfung der Rechtmäßigkeit und der Plausibilität der vertragsärztlichen Abrechnungen (Abrechnungsprüfung) den Kassenärztlichen Vereinigungen (§106a Abs. 2 SGB V) und den Krankenkassen (§ 106a Abs. 3 SGB V). Diese Vereinbarung konkretisiert gemäß § 106a Abs. 5 SGB V die Durchführung der Abrechnungsprüfung durch die Vertragspartner.

Die Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungsprüfungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen in ihrer jeweils aktuellsten Fassung sind Bestandteil dieser Vereinbarung.

I. Anwendungsbereich und Begriffsbestimmungen

§ 1

Anwendungsbereich

- (1) Die Vereinbarung findet 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 Krankenhäuser, ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen). Soweit sich die nachfolgenden Bestimmungen auf Ärzte und ärztliche Leistungen beziehen, schließen sie auch Psychotherapeuten und psychotherapeutische Leistungen ein.
- (2) Die Vereinbarung 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 §§ 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.

§ 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.
- (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.
- (3) Gegenstand der Abrechnungsprüfungen der Krankenkassen sind die in § 106 a Abs. 3 SGB V genannten Sachverhalte nach Maßgabe der §§ 14 ff. dieser Vereinbarung.

§ 4

Gegenstand der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit

- (1) Die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung zielt auf die Feststellung, 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. Für die Einleitung der Wirtschaftlichkeitsprüfung aufgrund von Ergebnissen der Plausibilitätsprüfung finden die Antragsfristen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung nach der Prüfvereinbarung gemäß § 106 Abs. 3 SGB V keine Anwendung.
- (4) Für die Plausibilitätsprüfung der Krankenkasse nach § 106 a Abs. 3 Nr. 2 und Nr. 3 SGB V gilt § 17 dieser Vereinbarung.

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 Fachgebiets 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 Umfangs 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 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. Dasselbe 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 Gemeinschaftspraxen und Praxen mit angestellten Ärzten gilt Absatz 3 entsprechend, wobei die Obergrenze für das Tageszeit bzw. Quartalszeitprofil multipliziert wird mit der Anzahl der in der Praxis tätigen Vertragsärzte oder angestellten Ärzte im Umfang ihrer Tätigkeit. Der Umfang der Tätigkeit ist bei zugelassenen und angestellten Ärzten, welche die Voraussetzungen des § 3 Abs. 2 Ärzte-ZV erfüllen, mit dem Faktor 1, bei allen anderen (Weiterbildungsassistenten) mit dem Faktor 0,5 anzunehmen. Bei Teilzeittätigkeit verringert sich der jeweilige Faktor entsprechend.
- (5) Für fachgruppenübergreifende Gemeinschaftspraxen und Medizinische Versorgungszentren gilt Absatz 3, wobei die arztbezogene Überprüfung des Umfangs der abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den Zeitaufwand auf der Grundlage der Kennzeichnungspflicht gemäß § 44 Absatz 6 BMV-Ä bzw. § 34 Absatz 12 EKV erfolgt.

§ 9

Erweiterte regelhafte Prüfungen

Die Kassenärztliche Vereinigung kann im regelhaften Prüfverfahren weitere Aufgreifkriterien anwenden, um die Plausibilität der Abrechnung zu prüfen. Die Krankenkassenverbände können Aufgreifkriterien für das erweiterte Prüfverfahren vorschlagen.

§ 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, die mindestens zwei vom Hundert der abrechnenden Ärzte im Quartal umfassen, wird eine Stichprobenprüfung nicht durchgeführt.
- (3) Sofern die Kassenärztliche Vereinigung erweiterte Plausibilitätsprüfungen in Anwendung des § 9 durchführt und Abs. 2 nicht einschlägig ist, 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 und Medizinischen Versorgungszentren

- (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) Bei Medizinischen Versorgungszentren sind die Abrechnungen, auch daraufhin zu prüfen, ob die für die angestellten Ärzte genehmigten Arbeitszeiten eingehalten worden sind.
- (4) Die Prüfungen nach Absätzen 1 und 2 können auch auf Ärzte erstreckt werden, welche nicht in Organisationsgemeinschaften verbunden sind.

§ 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, mithilfe 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 angestellten Praxisarztes oder Assistenten (differenziert nach Art des Assistenten gemäß § 8 Abs. 4)
 - 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 Abrech-

nungsauffälligkeiten in einer Verfahrensordnung. Die jeweils gültige Verfahrensordnung wird den Krankenkassenverbänden zur Kenntnis gebracht.

- (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 auführen 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. Die laufende Unterrichtung erfolgt in der Gemeinsamen Beratungskommission „Abrechnungsprüfung“ nach § 21. Die schriftliche Unterrichtung erfolgt nach Erstellung der Bescheide an die Krankenkassenverbände.

III. Die Prüfungen durch die Krankenkassen

§ 14

Gesetzlicher Auftrag, Zuständigkeit

- (1) Die Prüfung der Abrechnung in der ärztlichen Versorgung auf Rechtmäßigkeit und Plausibilität durch die Krankenkassen erfolgt im Rahmen ihrer Zuständigkeit gemäß § 106a Abs. 3 SGB V.
- (2) Die Krankenkasse kann die Prüfung auf den Verband übertragen.
- (3) Die Krankenkassen regeln das Verfahren der Abrechnungsprüfung in einer Verfahrensordnung. Die jeweils gültige Verfahrensordnung wird der Kassenärztlichen Vereinigung zur Kenntnis gebracht.

§ 15

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 Versicherungsverhältnis,
 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.

§ 16

Unplausibilitäten nach § 15 Abs. 1 Nrn. 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. 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.
- (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.

§ 17

Information der Kassenärztlichen Vereinigung

Die Krankenkassen unterrichten die Kassenärztliche Vereinigung über die Durchführung der Prüfungen nach § 15 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. Die laufende Unterrichtung erfolgt in der Gemeinsamen Beratungskommission „Abrechnungsprüfung“ nach § 20. Bei festgestellter Unplausibilität erfolgt zudem eine schriftliche Unterrichtung an die Kassenärztliche Vereinigung.

IV. Gemeinsame Vorschriften

§ 18

Antragsverfahren

- (1) Auf Antrag einer Krankenkasse führt die Kassenärztliche Vereinigung eine anlassbezogene Prüfung (§ 7 Abs. 5) durch. Der Antrag kann nur gestellt werden, wenn ausreichend konkrete Hinweise und Verdachtsmomente in einem Verfahren nach § 15 ermittelt wurden. Der Antrag ist schriftlich, spätestens 6 Kalendermonate nach Kenntnis der Unplausibilität zu stellen und kann nur für solche Quartale gestellt werden, für die die Daten gemäß § 304 Abs. 1 SGB V noch nicht zu löschen waren.
- (2) Auf Antrag der Kassenärztlichen Vereinigung führt die Krankenkasse eine Prüfung (§ 15) durch. Der Antrag kann nur gestellt werden, wenn ausreichend konkrete Hinweise und Verdachtsmomente in einem Verfahren nach § 7 ermittelt wurden. Der Antrag ist schriftlich, spätestens 6 Kalendermonate nach Kenntnis der Unplausibilität zu stellen und kann nur für solche Quartale gestellt werden, für die die Daten gemäß § 304 Abs. 1 SGB V noch nicht zu löschen waren.

§ 19

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 Abrechnungsfälligkeiten 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.

§ 20

Gemeinsame Bewertung von Prüfungsergebnissen

- (1) Zur Durchführung der gegenseitigen Unterrichtung und Abstimmung möglicher Maßnahmen (z. B. Hinweise, Beratungen, Berichtigungen, Disziplinarmaßnahmen, Anträge auf Wirtschaftlichkeitsprüfung) bilden die Vertragspartner eine

Gemeinsame Beratungskommission „Abrechnungsprüfung“.

Die Gemeinsame Beratungskommission ist paritätisch mit je 3 Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen zu besetzen.

- (2) Der Kommission hat die Aufgabe, 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) Der Informationsaustausch nach den § 13 Abs. 3 und § 17 erfolgt in der Kommission.
- (4) Die Kommission gibt sich eine Geschäftsordnung.

V. Schlussbestimmungen

§ 21

Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung rechtsunwirksam sein oder werden, so folgt daraus nicht die Rechtsunwirksamkeit der gesamten Vereinbarung. Es erfolgt eine Anpassung der unwirksamen Bestimmung an die gesetzliche Vorschrift, die dem Willen der Vertragspartner am nächsten kommt.

§ 22

In-Kraft-Treten und Übergangsvorschriften

- (1) Die Vereinbarung tritt zum 1. 4. 2005 in Kraft.
- (2) Die Veröffentlichung erfolgt durch Rundschreiben der Kassenärztlichen Vereinigung an Ihre Mitglieder sowie durch Rundschreiben der Krankenkassenverbände jeweils an ihre Mitglieder.
- (3) Die Vereinbarungspartner sehen auch eine geeignete Veröffentlichung in ihren Internet-Präsentationen vor.
- (4) Die Vereinbarungspartner verständigen sich darauf, bei Änderung der Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungsprüfungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen diese Vereinbarung anzupassen.
- (5) Prüfungen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit und darauf bezogene Plausibilitätsprüfungen durch die Kassenärztlichen Vereinigung für Zeiten bis zum In-Kraft-Treten dieses Vertrages erfolgen nach den bis zu diesem Zeitpunkt vereinbarten oder beschlossenen Vorschriften.
- (6) Diese Vereinbarung kann schriftlich mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres, erstmalig zum 31.12.2006 gekündigt werden.

Mainz, Eisenberg, Speyer, Bochum, 05.12.2005

Kassenärztliche Vereinigung
Rheinland-Pfalz

AOK - Die Gesundheitskasse
in Rheinland-Pfalz

Dr. med. C.-H. Müller
Vorstandsvorsitzender

Walter Bockemühl
Vorstandsvorsitzender

IKK Südwest-Plus

BKK-Landesverband Rheinland-
Pfalz und Saarland

Frank Spaniol
Vorstandsvorsitzender

Axel Benz
Vorstandsvorsitzender

Knappschaft-Bahn-See

Rolf Stadié
Direktor

LKK Hessen, Rheinland-Pfalz
und Saarland

Herbert Schmitt
Stv. Hauptgeschäftsführer

AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.
Landesvertretung Rheinland-Pfalz

Armin Lang
Leiter der Landesvertretung

Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.
Landesvertretung Rheinland-Pfalz

Armin Lang
Leiter der Landesvertretung