

**Vereinbarung**

**zur Durchführung von Plausibilitätsprüfungen  
nach § 106a Abs.5 i.V.m. § 75 Abs.1 SGB V**

**zwischen**

**der AOK Bremen/Bremerhaven, zugleich für die  
Knappschaft, Verwaltungsstelle Hannover/Seekrankenkasse**

**dem BKK Landesverband Niedersachsen-Bremen,  
dem IKK Landesverband Sachsen-Anhalt  
-Geschäftsbereich Bremen-**

**zugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau, handelnd als  
Landesverband für die Landwirtschaftliche Krankenversicherung in  
Bremen**

**dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK)  
- vertreten durch die Landesvertretung Bremen -**

**dem -AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.  
- vertreten durch die Landesvertretung Bremen -**

**-nachstehend Verbände genannt -**

**und**

**der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen**

**- nachstehend "KV HB" genannt -**

Präambel	3
<b>Teil A – Abrechnungsprüfung durch die KVHB ( § 106a Abs.2 SGB V)</b>	
§ 1 – Anlässe der Plausibilitätsprüfung	4
§ 2 – Auffälligkeitsprüfung	4
§ 3 – Stichprobenprüfung	5
§ 4 – Anlassbezogene Prüfung	6
<b>Teil B – Abrechnungsprüfung durch die Krankenkassen ( § 106a Abs.3 SGB V)</b>	
§ 5 – Anlässe der Plausibilitätsprüfung	6
§ 6 – Prüfung des Bestehens der Leistungspflicht	7
§ 7 – Prüfung des Umfangs der Leistungspflicht	7
§ 8 – Prüfung der Plausibilität der Abrechnung	7
§ 9 – Prüfung der Plausibilität der ärztlichen Inanspruchnahme	8
§ 10 – Zuzahlungsprüfung	8
§ 11 – Prüfung der Sachkosten	8
§ 12 – Beauftragung	8
<b>Teil C – Gemeinsames Prüfverfahren</b>	
<b>Abschnitt I – Organisation</b>	
§ 13 – Gemeinsame Beratungskommission	9
§ 14 – Verschwiegenheitspflicht und Ausschlussgründe	10
<b>Abschnitt II – Prüfung</b>	
§ 15 – Zuständigkeiten	10
§ 16 – Vorprüfung	11
§ 17 – Durchführung der Prüfung	12
§ 18 – Weitergehende Prüfung	13
§ 19 – Vorbereitung der Entscheidung	14
§ 20 – Daten	15
§ 21 – Kosten	15
§ 22 – Salvatorische Klausel	15
§ 23 – Inkrafttreten und Kündigung	16
Anlage 1	17
Protokollnotiz	18

## Präambel

Nach § 106 a SGB V obliegt die Prüfung der Rechtmäßigkeit und der Plausibilität der vertragsärztlichen Abrechnungen (Abrechnungsprüfung) den Kassenärztlichen Vereinigungen (Abs. 2) und den Krankenkassen (Abs. 3). Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen haben dazu nach § 106 a Abs. 6 SGB V Richtlinien erlassen (DÄ 2004, S. A 2555 ff.), im Folgenden „Richtlinien“ genannt.

KV HB und die Verbände setzen mit dieser Vereinbarung die gesetzliche Pflicht nach § 106 a Abs. 5 SGB V um, auf Landesebene gemeinsam und einheitlich die Durchführung der Abrechnungsprüfung zu konkretisieren. Die Richtlinien sind Bestandteil dieser Vereinbarung.

Ziel dieser Vereinbarung ist insbesondere die Gewährleistung eines ordnungsgemäßen Verfahrens der gemeinsamen Prüfung sowie die Transparenz des Verfahrens gegenüber den Vertragsärzten, den Krankenkassen, der Justiz und den gesetzlich versicherten Personen.

Diese Vereinbarung regelt Rahmenvorgaben zum Inhalt der von den Vertragspartnern durchgeführten Prüfungen und die gemeinsamen Verfahrensabschnitte der Plausibilitätsprüfung. Die Beratung und die Abstimmung der Ergebnisse erfolgt in einer gemeinsamen Beratungskommission aus KV HB – und Vertretern der Verbände.

Die endgültige Entscheidungsfindung bleibt dem für die jeweilige Prüfung verantwortlichen Vertragspartner vorbehalten.

Die von jedem Vertragspartner eigenständig durchzuführenden Verfahrensabschnitte regeln die Vertragspartner in eigenen Verfahrensordnungen.

Soweit sich diese Vereinbarung auf Vertragsärzte bezieht, gilt sie für Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen sowie Medizinische Versorgungszentren und dort tätige Ärzte entsprechend, soweit nicht ausdrücklich Abweichendes geregelt ist.

## **Teil A – Prüfung durch die KV HB ( § 106a Abs.2 SGB V)**

### **§ 1**

#### **Anlässe der Plausibilitätsprüfung**

- (1) Die Plausibilitätsprüfung wird als Teil der sachlich-rechnerischen Prüfung aller vertragsärztlichen Abrechnungen einschließlich der Sachkosten von Amts wegen quartalsweise durchgeführt. Sie umfasst die rechtlich ordnungsgemäße Leistungserbringung und die formal richtige Abrechnung nach den in den §§ 3 bis 13 festgelegten Kriterien der Richtlinien.
- (2) Sie erfolgt u.a.
  - als regelhafte Auffälligkeitsprüfung ( § 2)
  - als ergänzende Plausibilitätsprüfung ( § 2 Abs. 4 )
  - auf der Grundlage von Stichproben ( § 3)
  - bei konkreten Hinweisen und Verdachtsmomenten ( § 4)
- (3) Festgestellte Unplausibilitäten aus der Prüfung nach Abs. (2) werden an die Beratungskommission und an die jeweiligen Verbände gem. Teil C dieser Vereinbarung weitergeleitet.

### **§ 2**

#### **Auffälligkeitsprüfung**

- (1) Die Ermittlung von Abrechnungsauffälligkeiten erfolgt zunächst durch Anwendung eines auf der Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), des Honorarverteilungsmaßstabes und der geltenden Abrechnungsbestimmungen entwickelten EDV-gestützten Regelwerkes als Prüfraster zur Erkennung von Unplausibilitäten. Der Inhalt dieser Prüfung richtet sich nach § 7 Abs. 2, 6 und § 8 der Richtlinie sowie Anhang 3 des EBM.
- (2) Neben den Prüfungen nach Abs. 1 führt die KVHB – soweit möglich- eine erweiterte regelhafte Prüfung aller vertragsärztlichen Abrechnungen nach § 9 der Richtlinien durch (vgl. Anlage 1 „Mögliche Aufgreifkriterien/Prüfinhalte“).
- (3) Weitere Prüf- und Aufgreifkriterien und ergänzende Maßnahmen sind in der Verfahrensordnung der KVHB aufgeführt.

- (4) Ergibt die regelhafte Plausibilitätsprüfung nach § 2 Abs. 1-3 Abrechnungsauffälligkeiten, werden ergänzende Plausibilitätsprüfungen nach § 12 der Richtlinien durchgeführt.
- (5) Sämtliche vorangehenden Verweise auf Rechtsregelungen beziehen sich auf die jeweils gültige Fassung der Regelung.

### **§ 3 Stichprobenprüfung**

- (1) Die KV HB ermittelt Stichproben für die Zufälligkeitsprüfungen nach § 10 der Richtlinien. Vor Durchführung der Stichprobenprüfung werden deren Zielrichtung und Zielgruppen sowie die Aufgreifkriterien bestimmt. Dafür kommen insbesondere folgende Prüfthemen in Betracht:
- a) Überprüfung von Überweisungsringen
  - b) Überprüfung der Überweisungshäufigkeit zu Großgeräteleistungen
  - c) Überschreitung des Umfangs von Überweisungen
  - d) Überprüfung der Überweisungen von Laborleistungen und eigenen Laborleistungen (insbesondere bei erheblicher Überschreitung des Laborbudgets)
  - e) Überprüfung der Präventionsleistungen
  - f) Fallzahlentwicklungen
  - g) Quartalsübergreifende Auffälligkeiten
  - h) auffällige Veränderungen im Vergleich der Quartale (Vertikalvergleich)
  - i) Versichertenbezogene Auffälligkeiten
  - j) sonstige Auffälligkeiten
  - k) kalendarische Prüfung (Abgleich der Wochentage mit den Tagen der Leistungserbringung)
  - l) häufiger Wechsel der Abrechnungsnummer
- (2) Je Abrechnungsquartal werden nach einem Zufallsprinzip mindestens 2 % der Vertragsarztpraxen, deren Abrechnungen auf Plausibilität überprüft werden sollen, ausgewählt, soweit in besonderen Vereinbarungen mit den Verbänden nichts anderes geregelt ist. Die Auswahl erfolgt durch ein spezielles EDV-Programm.
- (3) Die Prüfung nach § 2 Abs. 2 durch die KV HB kann die Stichprobenprüfung einschränken oder ersetzen. Hierfür ist das Einvernehmen der Vertragspartner erforderlich.

#### **§ 4 Anlassbezogene Prüfung**

- (1) Eine Abrechnung wird entsprechend der Verfahrensordnung der KVHB geprüft, wenn die Verdachtsmomente schriftlich oder persönlich vorgetragen werden und ausreichende und konkrete Anhaltspunkte die Abrechnung unplausibel erscheinen lassen.
- (2) Anonymen Anzeigen wird nach pflichtgemäßem Ermessen nachgegangen, vorausgesetzt die Sachverhaltsschilderung begründet einen konkreten Verdacht auf einen Abrechnungsverstoß.

#### **Teil B – Prüfung durch die Krankenkassen ( § 106a Abs.3 SGB V)**

#### **§ 5**

#### **Anlässe der Plausibilitätsprüfung**

- (1) Die Prüfungen beziehen sich auf:
  - Leistungspflicht ( § 16 Abs. 1 Ziffer 1 Richtlinien ),
  - Ärztliche Inanspruchnahme ( § 16 Abs. 1 Ziffer 3 Richtlinien ),
  - Zuzahlung ( § 16 Abs. 1 Ziffer 4 Richtlinien ),
  - Diagnosen ( § 16 Abs. 1 Ziffer 2 Richtlinien),
  - Sachkosten ( § 16 Abs. 3 Richtlinien )
- (2) Ob die Prüfung regelhaft oder stichprobenartig erfolgt, bleibt der jeweiligen Krankenkasse vorbehalten. Die Krankenkassen regeln diese Frage in ihrer Verfahrensordnung.
- (3) Unbeschadet der rechnerischen und sachlichen Prüfung der Abrechnung nach Teil A können die Krankenkassen nach § 34 Abs. 5 EKV/§ 45 BMV-Ä Anträge auf sachliche und rechnerische Berichtigung stellen. Die Anträge sind von der KVHB - soweit möglich - innerhalb von 3 Monaten abschließend zu bearbeiten. Ergänzend wird auf die gesamtvertraglichen Regelungen verwiesen.
- (4) Die Krankenkassen benachrichtigen deren Verbände und unterrichten die KVHB, die übrigen Verbände und die Beratungskommission arztbezogen über die Durchführung von Prüfungen gem. § 16 der Richtlinien und deren Ergebnisse, soweit sie Feststellungen über Unplausibilität oder Fehler enthalten.

**§ 6****Prüfung des Bestehens der Leistungspflicht**

- (1) Die Krankenkassen prüfen die Abrechnung darauf, ob zum Zeitpunkt der Behandlung ein Versicherungsverhältnis bestand.
- (2) Fälle, in denen zum Zeitpunkt der Leistungsanspruchnahme kein Versicherungsverhältnis feststellbar ist, werden Gegenstand der sachlich- rechnerischen Prüfung gemäß § 5 Abs. 3.
- (3) Die Krankenkassen prüfen Quartalsweise Abrechnungsdaten auf Leistungen,
  - a. die nach dem Tod der Versicherten abgerechnet wurden.
  - b. die während einer stationären Behandlung abgerechnet wurden,
  - c. die in die Leistungspflicht eines anderen Kostenträgers fallen.

**§ 7****Prüfung des Umfangs der Leistungspflicht**

Die Krankenkassen prüfen Abrechnungen auf Einhaltung des Umfangs der Leistungspflicht, insbesondere bei genehmigungspflichtigen Leistungen.

**§ 8****Prüfung der Plausibilität der Abrechnung**

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

### **§ 9 Prüfung der Plausibilität der ärztlichen Inanspruchnahme**

- (1) Die Krankenkassen prüfen die Abrechnungen der Vertragsärzte hinsichtlich der Plausibilität der Zahl der vom Versicherten in Anspruch genommenen Vertragsärzte unter Berücksichtigung ihrer Fachgruppenzugehörigkeit. Als Kriterium für eine Auffälligkeit ist eine Inanspruchnahme von mehr als vier Ärzten derselben Fachrichtung in einem Quartal anzusehen. Dies gilt entsprechend auch für die mehr als viermalige Inanspruchnahme von mehreren Vertragsärzten, die durch wechselseitige Zuweisung veranlasst wurde (Ringüberweisung).
- (2) In den Fällen der §§ 7 und 8 kann als Maßnahme die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V durch die Krankenkassen oder ihren Verband beantragt werden (vgl. § 106 a Abs. 4 Satz 3 SGB V).

### **§ 10 Zuzahlungsprüfung**

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

### **§ 11 Prüfung der Sachkosten**

Die direkt mit den Krankenkassen abgerechneten Sachkosten werden geprüft.

### **§ 12 Beauftragung**

Die Krankenkassen können die Prüfungen durch Dritte durchführen lassen.

### **Teil C – Gemeinsames Prüfverfahren**

Die Vertragspartner bilden eine Gemeinsame Beratungskommission. Die Beratungskommission prüft für die Vertragspartner die regelhaft auffälligen Abrechnungen, die per Stichprobe ausgewählten Abrechnungen und die anlassbezogen zu prüfenden Abrechnungen, welche nach Teil A und Teil B der Vereinbarung in Betracht kommen.

Ferner hat die Beratungskommission die Aufgabe, eine möglichst einvernehmliche Bewertung der durchgeführten Plausibilitätsprüfungen und eine Abstimmung der zu treffenden Maßnahmen herbeizuführen.

Durch die Bildung der Gemeinsamen Beratungskommission werden die gegenseitigen Unterrichtungspflichten nach § 13 Abs. 3 und § 18 der Richtlinien ersetzt.

#### **§ 13 Gemeinsame Beratungskommission**

- (1) Die Beratungskommission setzt sich zusammen aus **4** Vertretern der KV HB und **4** Vertretern der Verbände. Die Vertragspartner benennen Stellvertreter in ausreichender Anzahl.
- (2) Die Beratungskommissionsmitglieder und ihre Stellvertreter werden von der entsendenden Vertragspartei benannt.
- (3) Die Amtsperiode der Beratungskommission beträgt 2 Jahre. Die erste Amtsperiode endet abweichend hiervon am 31.12.2007. Die Beratungskommissionsmitglieder und ihre Stellvertreter bleiben solange im Amt, bis ihre Nachfolger benannt sind.
- (4) Die Beratungskommissionsmitglieder und ihre Stellvertreter können von der entsendenden Vertragspartei abberufen werden. Gleichzeitig sind für den Rest der Amtsperiode Nachfolger zu benennen.
- (5) Die Beratungskommission wählt aus ihrer Mitte einen Vorsitzenden. In jährlichem Wechsel nehmen diese Funktion ein Vertragsarzt und ein Verbandsvertreter wahr.
- (6) Die Beratungskommission ist beschlussfähig, wenn mindestens jeweils **2** der benannten Mitglieder der KV HB und der Verbände anwesend sind. Eine schriftliche Abstimmung ist ausgeschlossen.

- (7) Die Beratungskommission beschließt mit einfacher Stimmenmehrheit. Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden.
- (8) Die Sitzungen der Beratungskommission sind nicht öffentlich. Die Sitzungen finden grundsätzlich im Hause der KV HB statt. Über sie ist ein Protokoll zu fertigen, welches den Vertragspartnern zur Verfügung gestellt wird.
- (9) Bei der Durchführung sowie der Vor- und Nachbereitung der Sitzungen wird die Beratungskommission von KVHB- und Krankenkassenmitarbeitern unterstützt, welche an den Sitzungen teilnehmen.

## **§ 14**

### **Verschwiegenheitspflicht und Ausschlussgründe**

- (1) Die an der Plausibilitätsprüfung beteiligten Beratungskommissionsmitglieder, KVHB- und Krankenkassenmitarbeiter und ggf. Sachverständige sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Ausgenommen hiervon sind Auskünfte, zu denen die vorgenannten Beteiligten gesetzlich verpflichtet sind, oder bei denen eine Erlaubnis zur Auskunftserteilung besteht. Es ist sicherzustellen, dass die für eine Plausibilitätsprüfung zusammengestellten Unterlagen nur für die unmittelbar mit der Prüfung befassten Beteiligten zugänglich sind.
- (2) Die zur Verschwiegenheit Verpflichteten sind hierüber vor Aufnahme Ihrer Tätigkeit von der KVHB zu belehren.
- (3) Jedes Mitglied der Beratungskommission ist verpflichtet, der entsendenden Stelle Gründe mitzuteilen, aus denen sich ein Ausschluss von der Mitwirkung am Verwaltungsverfahren gegen einen bestimmten Vertragsarzt gemäß § 16 SGB X oder eine Besorgnis der Befangenheit gemäß § 17 SGB X ergeben können.

## **§ 15**

### **Zuständigkeiten**

- (1) Soweit sich aus den Prüfungen gem. § 1 Abs. (2) und § 5 Abs. (1) Hinweise auf Unplausibilitäten ergeben, entscheidet die Beratungskommission darüber, ob diese einen hinreichenden Verdacht begründen, führt ggf. eine Prüfung durch und schlägt eine Entscheidung vor.

- (2) Die Entscheidungen über Konsequenzen aus Plausibilitätsprüfungen betreffend die KVHB aufgrund des § 1 Abs. (2) trifft das nach der Verfahrensordnung der KVHB zuständige Gremium auf der Grundlage des Entscheidungsvorschlags der Beratungskommission.
- (3) Die Entscheidungen über Konsequenzen aus Plausibilitätsüberprüfungen aufgrund des § 5 Abs. (2) trifft die hinweisgebende Krankenkasse auf Grundlage des Entscheidungsvorschlags der Beratungskommission.
- (4) Die Beratungskommission wird jeweils von den Entscheidungen der Vertragspartner in Kenntnis gesetzt. Bei Abweichung vom Entscheidungsvorschlag sind die Gründe hierfür zu benennen.

## **§ 16**

### **Vorprüfung**

- (1) Die KVHB führt im Auftrag der Beratungskommission zunächst eine Vorprüfung der festgestellten Unplausibilitäten gem. § 1 Abs. (2) und § 5 Abs. (1) durch. Das Ergebnis dokumentiert sie in einem Prüfbericht. Der Prüfbericht hat folgenden Inhalt:
  - Auffälligkeiten in der Abrechnung nach Maßgabe der Aufgreifkriterien;
  - Tag und Beteiligte an der Vorprüfung; zugezogene Unterlagen;
  - Ggf. Empfehlung zur persönlichen Anhörung;
  - Angaben zu einem möglichen Verschulden des Arztes;
  - Festgestellte ordnungsgemäße Abrechnung bei zunächst vermuteter Unplausibilität;
  - Vermutete Höhe einer erforderlichen Honorarberichtigung aus den festgestellten Auffälligkeiten und deren Berechnungsgrundlage;
  - Stellungnahme zur Frage, ob die Staatsanwaltschaft einzuschalten ist;
  - Welche weiteren Maßnahmen einzuleiten sind.
- (2) Kommt die Beratungskommission zu der Überzeugung, dass keine Anhaltspunkte für ein schuldhaftes Verhalten des Vertragsarztes bestehen, sind die Vertragspartner und die hinweisgebenden Krankenkassen über dieses Prüfergebnis und die maßgeblichen Gründe zu informieren.
- (3) Schließt sich die KV HB und die hinweisgebende Krankenkasse dem Votum an, wird die Prüfung durch Beschlüsse der zuständigen Gremien beendet. Ggf. ist dem betroffenen

Vertragsarzt mitzuteilen, dass eine sachlich-rechnerische Richtigstellung oder Wirtschaftlichkeitsprüfung erfolgt.

## **§ 17**

### **Durchführung der Prüfung**

- (1) Bei festgestellter Auffälligkeit nach Abschluss der Vorprüfung ist der betroffene Vertragsarzt erstmals über Art und Inhalt der konstatierten Unplausibilität zu informieren. Ihm ist Gelegenheit zur schriftlichen Stellungnahme innerhalb von 4 Wochen zu gegeben. Hierfür wird ihm Einsicht in den erstellten Prüfbericht und die vorliegenden Unterlagen gewährt. Im Fall der Einsichtnahme durch den Vertragsarzt sind Vorkehrungen zu Beweissicherungszwecken (z. B. durch Kopieren der Unterlagen) zu treffen.

Eine Informationspflicht an den betroffenen Vertragsarzt entfällt in den Fällen, in denen die KVHB nach Abschluss der Vorprüfung zu dem Ergebnis kommt, dass eine sofortige Abgabe an die Staatsanwaltschaft oder an die Stellen gem. § 81 a und §197 a SGB V notwendig ist.

- (2) Hält die Beratungskommission nach Beratung über die Stellungnahme oder nach Fristablauf ein Gespräch für erforderlich, lädt der Ausschussvorsitzende dazu ein.
- (3) Bei der Einladung zu dem Gespräch ist der Vertragsarzt darauf hinzuweisen, dass er einen Rechtsbeistand sowie einen Fachvertreter seines Vertrauens hinzuziehen kann. Letzterer darf nicht Mitglied oder Stellvertretendes Mitglied der Beratungskommission sein.
- (4) In dem Gespräch sind die Auffälligkeiten und die sich daraus ergebende Vermutung der Unplausibilität soweit wie möglich aufzuklären und bei einem einvernehmlich festgestellten Abrechnungsfehler auch die Höhe der daraus resultierenden Honorarberichtigung sowie deren Regulierung zu klären.

(5) Über das Gespräch ist ein Gesprächsprotokoll zu fertigen, aus dem insbesondere hervorgehen:

- die Beteiligten des Gesprächs;
- die Einlassungen des Mitglieds auf die ihm vorgehaltenen Auffälligkeiten;
- dabei geklärte Sachverhalte;
- ungeklärt gebliebene Sachverhalte;
- das Ergebnis.

Das Gesprächsprotokoll ist dem betroffenen Vertragsarzt zur Kenntnisnahme zuzusenden, wobei die Erfordernisse des Schutzes von Daten Dritter zu beachten sind.

(6) Wirkt der betroffene Vertragsarzt an der Klärung des Sachverhaltes und der Schadenregulierung nicht mit, übergibt die Beratungskommission den Prüfbericht zusammen mit einer schriftlichen Empfehlung an die Vertragspartner und an die jeweils hinweisgebenden Krankenkassen.

(7) Kommt die Beratungskommission zu der Überzeugung, dass keine Anhaltspunkte für ein schuldhaftes Verhalten des Vertragsarztes bestehen, sind die Vertragspartner und die hinweisgebenden Krankenkassen über dieses Prüfergebnis und die maßgeblichen Gründe zu informieren. Erfolgen keine Einwände durch die zuständigen Gremien, wird die Prüfung durch Beschluss des zuständigen Gremiums beendet. Ggf. ist dem betroffenen Vertragsarzt mitzuteilen, dass eine sachlich-rechnerische Richtigstellung oder Wirtschaftlichkeitsprüfung erfolgt.

## **§ 18 Weitergehende Prüfung**

(1) Bei verbleibenden Zweifeln über weitere Maßnahmen kommen für die Beratungskommission zur Klärung des Sachverhaltes noch folgende Möglichkeiten in Betracht:

- Einsicht in die Patientenakte;
- Sachverständigengutachten;
- Praxisbegehung;
- Patientenbefragung;
- Anhörung weiterer Personen;
- Abgabe an ein anderes Gremium (z. B. Wirtschaftlichkeitsprüfung);
- Abgabe an die Beauftragten nach § 81 a und § 197 a SGB V;
- Abgabe an die Staatsanwaltschaft.

- (2) Falls erforderlich sind, je nach dem Stand der Ermittlungen, mit dem Vertragsarzt weiterführende Gespräche nach § 17 zu führen.
- (3) Kommt die Beratungskommission zu der Überzeugung, dass keine Anhaltspunkte für ein schuldhaftes Verhalten des Vertragsarztes bestehen, so ist dies in einem Abschlussprotokoll festzuhalten. Die jeweils zuständigen Gremien sind über das Prüfergebnis und die maßgebenden Gründe zu informieren. Erfolgen keine Einwände, ist dem betroffenen Vertragsarzt mitzuteilen, dass der Vorgang abgeschlossen ist und ggf. eine sachlich-rechnerische Richtigstellung oder Wirtschaftlichkeitsprüfung erfolgt.

### **§ 19 Vorbereitung der Entscheidung**

- (1) Ist der Sachverhalt hinreichend geklärt, sind in einer Beschlussvorlage für die zuständigen Gremien auf der Grundlage der gesamten Prüferunterlagen und Prüfergebnisse ein Sachstandsbericht und ein Entscheidungsvorschlag durch die Beratungskommission zu erstellen, welcher eine möglichst einvernehmliche Bewertung der Plausibilitätsprüfungen und eine Abstimmung der zu treffenden Maßnahmen enthalten sollte.
- (2) Daraus muss hervorgehen:
  - der festgestellte Sachverhalt unter Angabe unstrittiger oder strittig gebliebener Vorgänge;
  - die dabei aus Sicht der Beratungskommission festgestellten Abrechnungsverstöße und die Einlassung des Vertragsarztes dazu, ihn besonders belastende oder entlastende Umstände einschließlich einer Aussage zur Schuld;
  - bei bestrittenen Abrechnungsverstößen, die für die Meinungsbildung der Beratungskommission tragenden Beweismittel und deren Bewertung;
  - Angaben zur Höhe des Schadens und bei bestrittener Schadenshöhe Begründung der durch die Beratungskommission festgestellten Schadenshöhe bzw. Grundlagen und Bandbreiten für eine notwendige Schätzung;
  - Bereitschaft des Vertragsarztes zum vollen oder partiellen Schadensausgleich, ggf. mit Stundungs- oder Ratenzahlungsersuchen;
  - Entscheidungsvorschlag der Beratungskommission:
    - bezogen auf die Honorarkorrektur;
    - bezogen auf den Antrag eines Disziplinarverfahrens;

- bezogen auf eine Mitteilung an die Ärztekammer zwecks Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens;
- bezogen auf die Einleitung eines Verfahrens zur Entziehung der Kassenzulassung;
- bezogen auf eine Mitteilung an die zur Entziehung der Approbation zuständige Behörde;
- bezogen auf die Einleitung eines Verfahrens nach § 106 SGB V;
- bezogen auf eine Mitteilung an die Beauftragten nach § 81 a und § 197 a SGB V;
- bezogen auf eine Mitteilung an die Staatsanwaltschaft;

## **§ 20**

### **Daten**

Die Vertragspartner streben hinsichtlich der festgestellten Unplausibilitäten einheitliche Ergebnisberichte an, die der Beratungskommission zur Beratung zur Verfügung gestellt werden. Weiterhin ist hinsichtlich der Datenbereitstellung und Datenzusammenführung eine einvernehmliche Lösung zu vereinbaren.

## **§ 21**

### **Kosten**

Die hinsichtlich der Entsendung von Vertretern in die Beratungskommission anfallenden Kosten trägt jede Vertragspartei selbst.

## **§ 22**

### **Salvatorische Klausel**

Sollte eine Bestimmung dieser Vereinbarung unwirksam sein, berührt dies nicht die Gültigkeit der Vereinbarung insgesamt. Die Vertragspartner treffen in diesem Fall zeitnah eine Regelung, die vom Sinn und Zweck dieser Vereinbarung am nächsten kommt.

### **§ 23 Inkrafttreten und Kündigung**

Diese Vereinbarung zur Durchführung von Plausibilitätsprüfungen nach § 106a Abs. 5 i.V.m. § 75 Abs. 1 SGB V tritt am **01.04.2005** in Kraft und wird durch das entsprechende Bekanntmachungsmedium veröffentlicht. Soweit bereits Verfahren über vermutete oder festgestellte Unplausibilitäten seitens der KVHB anhängig waren, sind sie nach den Grundsetzen der zum damaligen Zeitpunkt gültigen Plausibilitätsverfahrensordnung der KVHB abzuwickeln.

Diese Vereinbarung kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres schriftlich gekündigt werden. Bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung gilt im Kündigungsfall diese Vereinbarung weiter.

**Anlage 1 zu § 2 Abs. 2 Mögliche Aufgreifkriterien/ Prüfungsinhalte für die Erweiterung der regelhaften Prüfung**

<b>Mögliches Aufgreifkriterium/ Prüfungsinhalt</b>	<b>Zielgruppe</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auffällige Veränderungen im Vergleich der Quartale (Vertikalvergleich)</li> </ul>	Vertragsärzte
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zusammenführung ambulanter und belegärztlicher Abrechnungen</li> </ul>	Belegärzte
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abgleich der Notfalldienstzeiten</li> </ul>	Vertragsärzte
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Überprüfung unplausibler Abrechnungsziffern im Einzelleistungsnachweis</li> </ul>	Vertragsärzte
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prüfung genehmigungspflichtiger Leistungen bei Urlaub des leistungsberechtigten Partners einer Gemeinschaftspraxis</li> </ul>	Vertragsärzte in Gemeinschaftspraxen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prüfung der Überweisungshäufigkeit zu Großgeräteleistungen</li> <li>• Prüfung der Überweisungen von Laborleistungen und eigenen Laborleistungen (insbesondere bei erheblicher Überschreitung des Laborbudgets)</li> <li>• Fallzahlentwicklung</li> <li>• Quartalsübergreifende Auffälligkeiten</li> <li>• Kalendarische Prüfung (Abgleich der Wochentage mit der Leistungserbringung)</li> <li>• Häufiger Wechsel der Arztabrechnungsnummer</li> </ul>	Vertragsärzte
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Überprüfung vom EBM-begründeten Dokumentationen</li> </ul>	Vertragsärzte, die diese EBM Positionen abrechnen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prüfung der Veränderung der Praxistätigkeit</li> </ul>	Alle Vertragsärzte, mit neu eingestellten Weiterbildungsassistenten
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doppelbetreuung von Patienten in Praxisgemeinschaften</li> </ul>	Praxisgemeinschaften
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Genehmigte psychotherapeutische Sitzungen im Anerkennungsbescheid</li> </ul>	Psychotherapeuten und psychotherapeutisch tätige Ärzte
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intensive Prüfung bei neu zugelassenen Ärzten</li> </ul>	Neu zugelassene/ neu ermächtigte Ärzte
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fehlende Dokumentationsbögen bei ausgewählten Präventionsleistungen</li> </ul>	Vertragsärzte
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Überprüfung der Berichtspflicht (eigentlich Regelprüfung)</li> </ul>	Vertragsärzte
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einhaltung behandlungsfall- bzw. krankheitsfallbezogener Abrechnungen</li> </ul>	Vertragsärzte

**Protokollnotiz zu § 21 der Vereinbarung zur Durchführung von Plausibilitätsprüfungen  
nach § 106 a Abs. 5 i.V.m. § 75 Abs. 1 SGB V**

Die Vertragsparteien sind sich darüber einig, dass zunächst für die Vorbereitungen der Beratungskommissionssitzungen und die damit verbundenen Personal- und Sachkosten keine Kosten seitens der KVHB geltend gemacht werden. Sollte sich jedoch der Aufwand für die Personal-/ Sachkosten etc. im Zusammenhang mit der Durchführung der Beratungskommissionssitzungen und den damit anfallenden Vor- und Nachbereitungen verändern, verpflichten sich die Vertragspartner über die Kosten eine neue Vereinbarung zu treffen.