

Vereinbarung

nach § 106d Abs. 5 SGB V zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung in der Fassung vom 01.01.2019

zwischen der
Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg,
Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart

- nachfolgend „KVBW“ genannt -

und der
AOK Baden-Württemberg, Hauptverwaltung,
Presselstraße 19, 70191 Stuttgart

den
Ersatzkassen

- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH
- Handelskrankenkasse (hkk)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin,
vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg,
Christophstraße 7, 70178 Stuttgart,

dem
BKK Landesverband Süd, Regionaldirektion Baden-Württemberg,
Stuttgarter Straße 105, 70806 Kornwestheim

der
IKK classic,
Geschäftsstelle Dresden, Tannenstraße 4b, 01099 Dresden

der
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
als **Landwirtschaftliche Krankenkasse,**
Weißensteinstraße 70 - 72, 34131 Kassel

der
KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion München, Friedrichstraße 19, 80801 München,

- nachfolgend „Verbände“ genannt -

Inhaltsverzeichnis

Präambel

Teil A Prüfungen durch die KVBW (§ 106d Abs. 2 SGB V)

§ 1	Prüfung der Rechtmäßigkeit der Abrechnungen	3
§ 2	Inhalt und Durchführung der Plausibilitätsprüfung	3
§ 3	Wirtschaftlichkeitsprüfungen	4

Teil B Abrechnungsprüfungen durch die Krankenkassen (§ 106d Abs. 3 SGB V)

§ 4	Prüfung der Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnung	4
§ 5	Prüfung des Bestehens und des Umfangs der Leistungspflicht	5
§ 6	Beauftragung / Information	5

Teil C Antragsverfahren nach § 106d Abs. 4 SGB V

§ 7	Antragsstellung	6
§ 8	Anrechnung	6

Teil D Gemeinsame Beratungskommission

§ 9	Gemeinsame Beratungskommission „Abrechnungsprüfung“	6
§ 10	Aufgaben der Beratungskommission	7

Teil E Allgemeine Bestimmungen

§ 11	Prüfergebnisse	8
§ 12	Daten	8
§ 13	Salvatorische Klausel	8
§ 14	Inkrafttreten und Kündigung	8

Präambel

Die KVBW und die Verbände treffen die nachfolgende Vereinbarung auf Basis des § 106d Abs. 5 SGB V. Die Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen nach § 106d Abs. 6 SGB V (Richtlinien) in der jeweils gültigen Fassung sind Bestandteil dieser Vereinbarung. Bei Änderung der Richtlinien stimmen sich die Vertragspartner über notwendigen Änderungsbedarf dieser Vereinbarung ab.

Zur Abrechnungsprüfung durch die KVBW und die Krankenkassen werden nachfolgende Regelungen getroffen zur Umsetzung der Prüfungen der KVBW nach § 106d Abs. 2 SGB V (Teil A), zur Durchführung und Umsetzung der Prüfungen der Krankenkassen nach § 106d Abs. 3 SGB V (Teil B) und zur Durchführung des Antragsverfahrens nach § 106d Abs. 4 SGB V (Teil C). Es wird eine Gemeinsame Beratungskommission „Abrechnungsprüfung“ (nachfolgend Beratungskommission genannt) gebildet (Teil D). Allgemeine Regelungen zu Umsetzung der Prüfergebnisse werden u.a. in Teil E festgelegt.

Der Begriff Richtlinien steht jeweils für die Richtlinien zur Abrechnungsprüfung gemäß § 106d Abs. 6 SGB V. Der Anwendungsbereich der Vereinbarung für die „an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen“ im Sinne von § 106d SGB V (im Folgenden Vertragsärzte genannt) entspricht dem Anwendungsbereich von § 1 der Richtlinien. Soweit in dieser Vereinbarung der Begriff „ärztlich“ verwendet wird, gilt dieser Begriff entsprechend für Psychotherapeuten. Die vorgenannten Regelungen gelten entsprechend für Prüfungen bei Betreuten

- die im Ausland krankenversichert sind (bei Bestehen bilateraler Verträge zwischen der Bundesrepublik Deutschland und dem entsprechenden Ausland),
- die im Europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz krankenversichert sind,
- nach bzw. gemäß dem Bundesversorgungsgesetz.

Teil A

Prüfungen durch die KVBW (§ 106d Abs. 2 SGB V)

§ 1

Prüfung der Rechtmäßigkeit der Abrechnungen

- (1) Die KVBW prüft von Amts wegen die Abrechnung der Vertragsärzte einschließlich der über sie abgerechneten Sachkosten und stellt die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnung fest. Dazu gehört auch die Prüfung der Abrechnung auf Plausibilität. Die Prüfungen erfolgen anhand der in § 3 Abs. 1, 2 und 2a der Richtlinie sowie der in den §§ 4 bis 12 der Richtlinien gemachten Vorgaben, ergänzt durch untenstehende Regelungen.
- (2) Die Information der Verbände über die Durchführung von Prüfungen und deren Ergebnisse gemäß § 13 Abs. 3 der Richtlinien, soweit sie Fälle festgestellter Implausibilität und daraus erfolgter sachlich-rechnerischer Berichtigung betreffen, erfolgt in der Beratungskommission nach § 9. Die KVBW unterrichtet auch über gegebenenfalls weitere Maßnahmen, die ergriffen worden sind.

§ 2

Inhalt und Durchführung der Plausibilitätsprüfung

- (1) Für den Inhalt und die Durchführung der in § 7 der Richtlinien genannten Plausibilitätsprüfung gelten die in den Richtlinien festgelegten Regelungen. Der Vorstand der KVBW kann Aufgreifkriterien zur Durchführung der Plausibilitätsprüfung und Prüfgegenstände quartalsweise bei fachgruppenspezifischen Auffälligkeiten anpassen.
- (2) Im Rahmen der Prüfung von fachgruppengleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Arztpraxen mit angestellten Ärzten/Therapeuten sowie fachgruppenübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften

und Medizinischen Versorgungszentren werden praxisbezogene Auffälligkeitsgrenzen verwendet. Der Vorstand der KVBW kann bei Bedarf arztbezogene Prüfungen beschließen. Darüber hinaus legt er je nach Art und Umfang der angestellten Ärzte/Therapeuten Faktoren fest, mit denen sie tagesbezogen bzw. quartalsbezogen berücksichtigt werden.

- (3) Zur Durchführung der Plausibilitätsprüfungen wendet die KVBW die nach § 13 Abs. 1 der Richtlinien zu erstellende Verfahrensordnung an.

§ 3 Wirtschaftlichkeitsprüfungen

- (1) Ergibt eine Abrechnungsprüfung Anhaltspunkte dafür, dass der Vertragsarzt Leistungen in einem unwirtschaftlichen Ausmaß erbracht hat, kann die KVBW gemäß § 106d Abs. 4 Satz 3, 2. Halbsatz SGB V einen Antrag auf Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106a SGB V stellen.
- (2) Die Anträge können innerhalb von 12 Monaten nach dem Ende des Abrechnungsquartals gestellt werden.

Teil B Abrechnungsprüfung durch die Krankenkassen (§ 106d Abs. 3 SGB V)

§ 4 Prüfung der Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnung

- (1) Die Krankenkassen prüfen gemäß §§ 14 bis 17 der Richtlinien die Rechtmäßigkeit und die Plausibilität der nach der Gebührenordnung in der jeweils geltenden Fassung abgerechneten vertragsärztlichen Leistungen inklusive der über sie abgerechneten Sachkosten unter Anwendung der nach § 15 Abs. 2 der Richtlinien zu erstellenden Verfahrensordnung.
- (2) Sie unterrichten die KVBW über die Ergebnisse der Prüfungen nach § 16 Abs. 1 der Richtlinien und können bei festgestellter Implausibilität nach § 16 Abs. 1 Ziffer 2 oder 3 der Richtlinien in Verbindung mit § 17 Abs. 4 der Richtlinien einen Antrag auf Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106a SGB V stellen.
- (3) Die Unterrichtung erfolgt mittels des bundeseinheitlichen Regelwerks nach § 18 in Verbindung mit Anlage 1 der Richtlinien. Insbesondere übermittelt die Krankenkasse Prüfergebnisse nur, wenn die jeweils festgelegte Bagatellgrenze je Datenübermittlung nach § 18 Abs. 4 Ziffer 1 der Richtlinien überschritten ist.
Ergänzungen zu den bundesweit gültigen Prüfocodes der Richtlinie für (neue) Prüfsachverhalte sind vor Übermittlung von Prüfergebnissen mit der KVBW zu vereinbaren.
- (4) Ist die Datenqualität einer Datenlieferung in mehr als 20% der Datensätze nicht korrekt, d.h. nicht entsprechend der übermittelten Abrechnungsdaten der KVBW bzw. den Vorgaben der Anlage 1 der Richtlinien, ist die KVBW berechtigt, die komplette Lieferung zurückzuweisen.

§ 5 Prüfung des Bestehens und des Umfangs der Leistungspflicht

- (1) Die Krankenkassen prüfen die Abrechnung darauf, ob und inwieweit zum Zeitpunkt der Behandlung eine Leistungspflicht bestand.
- (2) Die Krankenkassen prüfen quartalsweise ihre Leistungspflicht
 - a) für Leistungen aufgrund des Versicherungsstatus,
 - b) für Leistungen, die nach dem Tod der Versicherten abgerechnet wurden
 - c) für Leistungen, die in die Leistungspflicht eines anderen Kostenträgers fallen,
 - d) für Leistungen der Krankheitsfrüherkennung,
 - e) für Leistungen, die einer Genehmigung der Krankenkasse bedürfen
 - f) für Leistungen, die gleichzeitig ambulant / belegärztlich und stationär abgerechnet wurden. Insbesondere gilt dies auch bei Notfallbehandlungen im Krankenhaus und anschließender stationärer Aufnahme.
- (3) Bei Prüfungen nach § 5 Abs. 2 Ziffer b ist zu berücksichtigen, dass nach dem Tod eines Versicherten noch Leistungen abgerechnet werden können, die keinen Arzt-Patienten-Kontakt erfordern.
- (4) Die Krankenkassen prüfen die Abrechnungen – ggf. auch quartalsübergreifend – auf Einhaltung des Umfangs ihrer Leistungspflicht bei Leistungen, die einer Genehmigung der Krankenkassen bedürfen (§ 5 Abs. 2 Ziffer e). Der Quartalsbezug ist bei Abrechnungsgenehmigungen zu beachten. Die von einem Leistungserbringer im Vorfeld einer Genehmigung (auf eigenes Risiko) erbrachten Leistungen sollten beim Vorliegen der weiteren Voraussetzungen nachträglich genehmigt werden. Erfolgt die Aufnahme neuer Leistungen in die Gebührenordnung, die von bestehenden Genehmigungen erfasst sein können, erfolgt eine Abstimmung in der Beratungskommission, inwieweit die bestehenden Genehmigungen hierfür weiterhin Gültigkeit besitzen.

§ 6 Beratung und Information

- (1) Die Krankenkassen können die Prüfungen durch die KVBW oder durch Dritte durchführen lassen.
- (2) Soweit die Krankenkassen Verträge nach §§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V abgeschlossen haben, deren Vertragspartner nicht die KVBW ist, können sie die KVBW über Art und Umfang der im Rahmen dieser Verträge abgerechneten Leistungen des jeweiligen Vertragsarztes informieren, damit die Prüfung durch die KVBW durch Berücksichtigung dieser Informationen zu einem validen Ergebnis gebracht werden kann. Entsprechendes gilt für Leistungen nach § 116b SGB V.
- (3) Ergeben sich im Rahmen von Plausibilitätsprüfungen Auffälligkeiten, die nur mittels entsprechender Daten aufgeklärt werden können, leisten die Krankenkassen Amtshilfe.

Teil C **Antragsverfahren nach § 106d Abs. 4 SGB V**

§ 7 **Antragstellung**

- (1) Prüfungen nach § 106d Abs. 4 Sätze 1 und 2 SGB V sollten durch die Vertragspartner und die Krankenkassen innerhalb von sechs Monaten nach Lieferung sämtlicher Daten gemäß § 1 Abs. 2 Anlage 6 BMV-Ä für den KV-Bereich Baden-Württemberg beantragt werden.
- (2) Für die Antragstellung ist das elektronisch gestützte Regelwerk gemäß § 19 bzw. Anlage 1 der Richtlinien zu verwenden. Der Datenaustausch erfolgt über sFTP-Server. Die Anträge sind gezielt zu stellen und durch vollständige Eintragungen in das elektronisch gestützte Regelwerk zu begründen; es sind alle Unterlagen gemäß Anlage 1 der Richtlinie beizufügen. Insbesondere sind nur dann Anträge zu stellen, wenn die jeweils festgelegte Bagatellgrenze je Datenübermittlung nach § 19 Abs. 1 Ziffer 4 der Richtlinien überschritten ist.
- (3) Anträge die außerhalb der definierten Prüfgegenstände eingereicht werden, sind vorab zwischen Krankenkasse und KVBW abzustimmen. Insbesondere sind für neue Prüfgegenstände vorab neue Prüfcodes zu vereinbaren.
- (4) Der Antragsteller ist innerhalb von sechs Monaten nach Antragsingang über das Ergebnis der Prüfung zu informieren. Die KVBW bescheidet die Anträge durch elektronische Rückmeldung über das elektronisch gestützte Regelwerk. Eine Schriftform ist nicht erforderlich. Gegen die Entscheidung kann binnen eines Monats Widerspruch eingelegt werden.

§ 8 **Anrechnung**

- (1) Wird ein Antrag nach § 7 von der KVBW nicht innerhalb von sechs Monaten bearbeitet, kann die Krankenkasse einen Betrag in Höhe der sich unter Zugrundelegung des Antrags ergebenden Honorarberichtigung auf die zu zahlende Gesamtvergütung anrechnen. Ein Antrag gilt als bearbeitet, wenn er die Voraussetzungen des § 7 Abs. 4 erfüllt. Die Anrechnungsfrist beginnt mit Zugang des Antrags, welcher die Voraussetzungen des § 7 Abs. 2 erfüllt.
- (2) Nach Ablauf der Anrechnungsfrist kann die antragstellende Krankenkasse durch vorherige schriftliche Mitteilung unter Darlegung der Gründe gegenüber der KVBW einen Betrag in Höhe der sich unter Zugrundelegung des Antrags ergebenden Honorarberichtigung auf die zu zahlende Gesamtvergütung anrechnen.

Teil D **Gemeinsame Beratungskommission**

§ 9 **Gemeinsame Beratungskommission „Abrechnungsprüfung“**

- (1) Die KVBW und die Verbände bilden gemäß § 21 der Richtlinien eine Gemeinsame Beratungskommission „Abrechnungsprüfung“ (Beratungskommission genannt) und richten hierfür bei der KVBW eine Geschäftsstelle ein. Die Beratungskommission tritt möglichst einmal im Quartal – ansonsten bei Bedarf – zu einer gemeinsamen Sitzung zusammen.
- (2) Die Beratungskommission wird paritätisch mit jeweils fünf Vertretern der KVBW und der Verbände bzw. Krankenkassen besetzt. Die Kommission ist beschlussfähig, wenn die Mehrheit ihrer Mitglieder

Vereinbarung zur Durchführung der Abrechnungsprüfung

in paritätischer Besetzung anwesend ist. Beschlüsse werden mit einfacher Mehrheit gefasst und protokolliert. Wird keine Mehrheit erreicht, gilt dies als Ablehnung. Sind bei einer Sitzung der Beratungskommission mehr Vertreter der KVBW als der Krankenkassen oder umgekehrt anwesend, sind so viele Mitglieder der Gruppe, die mit mehr Mitgliedern vertreten ist, bei der Abstimmung nicht stimmberechtigt bis die erforderliche paritätische Besetzung hergestellt ist. Die Mitglieder der Gruppe bestimmen welche(s) ihrer Mitglieder an der Abstimmung nicht teilnimmt / teilnehmen. Stimmrechtsübertragungen sind möglich.

- (3) Die Geschäftsstelle hat insbesondere folgende Aufgaben:
- a) Abstimmung der Termine für die Sitzungen,
 - b) Einladung der KVBW und der Verbände bzw. Krankenkassen zu Sitzungen,
 - c) Organisation der Sitzungen und Aufbereitung der Sitzungsunterlagen,
 - d) Protokollierung der Beschlüsse,
 - e) Weiterleitung der Beschlüsse an die KVBW und die Verbände bzw. Krankenkassen.
- (4) Die Kosten für die Teilnahme der Vertreter an den gemeinsamen Sitzungen trägt die jeweils entsendende Organisation. Die Kosten für die Tätigkeit der Geschäftsstelle und die Durchführung der gemeinsamen Sitzungen werden von der KVBW und den Verbänden bzw. Krankenkassen je zur Hälfte getragen. Die Geschäftsstelle erstellt hierzu kalenderjährlich eine Kostenrechnung zur Beschlussfassung in der Beratungskommission. Die Verbände bzw. Krankenkassen zahlen den auf sie entfallenden Kostenanteil nach KM6-Mitgliedern des Vorjahres (Stichtag: 01. Juli) binnen zehn Tagen nach Eingang der Rechnung an die KVBW.

§ 10 Aufgaben der Beratungskommission

- (1) Die Beratungskommission hat insbesondere folgende Aufgaben:
- a) Beratung der übermittelten Ergebnisse zu Prüfungen nach dieser Vereinbarung,
 - b) Einvernehmliche Bewertung der übermittelten Ergebnisse,
 - c) Bewertung grundsätzlicher Sachverhalte zu Prüfungen nach dieser Vereinbarung und zu neuen Leistungen der Gebührenordnung,
 - d) ggf. Festlegung einheitlicher Prüfcodes für den Bereich der KVBW,
 - e) Abgabe von Empfehlungen zu möglichen weitergehenden Maßnahmen durch die Vertragspartner bzw. die Krankenkassen,
 - f) Festlegung ggf. ergänzender Abrechnungsprüfungen
 - g) Beschluss zur Kostenrechnung gemäß § 9 Abs. 4.

Teil E **Allgemeine Bestimmungen**

§ II **Prüfergebnisse**

- (1) Die Umsetzung der Prüfergebnisse nach § 106d Abs. 3 SGB V erfolgt durch sachlich-rechnerische Richtigstellung der Abrechnung des Vertragsarztes und Aufrechnung gegen seine Honorarforderung. Ein Zahlungsanspruch der Krankenkasse gegenüber der KVBW setzt eine bestandskräftige Feststellung der Honorarberichtigung voraus. Die KVBW kann im Falle von sozialgerichtlichen Verfahren vorab Zahlungen leisten. Diese sind ggf. wieder zurück zu gewähren.
- (2) Entsprechendes gilt für die Umsetzung der Prüfergebnisse nach § 106d Abs. 4 SGB V oder nach Plausibilitätsprüfungen gemäß § 106d Abs. 2 SGB V.
- (3) Hat ein Vertragsarzt vorsätzlich oder grob fahrlässig gegen Abrechnungsbestimmungen verstoßen oder die Zeitrahmen nach § 8 der Richtlinien überschritten oder das Nichtbestehen einer Leistungspflicht der Krankenkasse missachtet, hat die KVBW neben einer Korrektur weitergehende Maßnahmen zu treffen (z.B. Disziplinarverfahren, Antrag auf Entziehung der Zulassung, Information der Stelle nach § 81a bzw. § 197a SGB V).
- (4) Die Krankenkassen machen ihre Ansprüche aus den Prüfergebnissen und sonstige Schadensersatzansprüche gegenüber der KVBW und nicht gegenüber dem Vertragsarzt geltend.
- (5) Soweit eine Aufrechnung entsprechend § 11 Abs. 4 nicht möglich ist, weil Honorarforderungen des Vertragsarztes gegen die KVBW nicht mehr bestehen, tritt die KVBW den Anspruch an die Krankenkasse zur unmittelbaren Einziehung ab. Im Einzelfall können Kulanzregelungen (z.B. bei Tod des Vertragsarztes) mit der Krankenkasse vereinbart werden.

§ I2 **Daten**

- (1) Zur Durchführung der Prüfungen nach dieser Vereinbarung verwenden die KVBW und die Krankenkassen die nach Anlage 6 BMV-Ä für den Abrechnungsverkehr vereinbarten Daten.
- (2) Die Vertragspartner sind sich einig, dass für die Prüfung praxis- und quartalsübergreifender versicherterbezogener Abrechnungsbestimmungen in Anlehnung an § 285 Abs. 2 SGB V auch bei der KVBW personenbezogene Daten gespeichert und verwendet werden.

§ I3 **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 dem Sinn und Zweck dieser Vereinbarung am nächsten kommt.

§ I4 **Inkrafttreten und Kündigung**

- (1) Diese Vereinbarung tritt mit Wirkung zum 01. Januar 2019 in Kraft. Sie gilt für alle zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgeschlossenen Prüfverfahren. Ansonsten gelten die Gültigkeitsregeln der Richtlinien nach § 106d Abs. 6 SGB V.

- (2) Diese Vereinbarung kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von sechs Monaten zum Quartalsende gekündigt werden
- (3) Alle bis zum Ende der Kündigungsfrist vorliegenden Anträge werden abgearbeitet, soweit nicht eine gesonderte Vereinbarung getroffen wird.