

Zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)**

und

der **AOK Rheinland/Hamburg** - Die Gesundheitskasse  
zugleich für die Knappschaft,

dem **BKK – Landesverband NORD**,

der **Innungskrankenkasse Hamburg**,

der **See-Krankenkasse**,

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

dem **AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg**,  
vertreten durch die Landesvertretung Hamburg,

**und der Krankenkasse für den Gartenbau**,  
handelnd als Landesverband für die landwirtschaftliche Krankenversicherung

wird gemäß § 106a Abs. 5 SGB V folgende Vereinbarung über die Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung geschlossen:

### **Präambel**

Der gesetzgeberische Auftrag zur Prüfung der Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung richtet sich gemäß § 106 a Abs. 1 SGB V an die Kassenärztliche Vereinigung und an die Krankenkassen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen haben dazu nach § 106 a Abs. 6 SGB V Richtlinien erlassen.

Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg und die Verbände der Krankenkassen in Hamburg 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. Die von jedem Vertragspartner eigenständig durchzuführenden Verfahrensabschnitte regeln die Vertragspartner in eigenen Verfahrensordnungen.

Zur Beratung der Prüfergebnisse sowie zur Abstimmung möglicher Maßnahmen bilden die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg und die Verbände der Krankenkassen in Hamburg eine Gemeinsame Beratungskommission Abrechnungsprüfung. Die endgültige Entscheidungsfindung bleibt dem für die jeweilige Prüfung verantwortlichen Vertragspartner vorbehalten.

## **§ 1 Anwendungsbereich**

Dieser Vertrag findet Anwendung für die Prüfung der Abrechnungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ärztlich geleiteten Einrichtungen und medizinischer Versorgungszentren (im folgenden Vertragsärzte genannt). Er gibt die Rahmenbedingungen für Umfang und Art der Prüfungen vor und nimmt Bezug auf die von den Vertragspartnern gemäß Gesetz und Richtlinien der KBV und der Spitzenverbände der Krankenkassen zu treffenden verwaltungsrechtlichen Regelungen.

## **A Prüfungen durch die KVH**

### **§ 2 Sachlich/rechnerische Richtigstellung**

Die Abrechnungen der Vertragsärzte werden von der KVH nach Maßgabe der gesetzlichen, vertraglichen<sup>1</sup> und satzungsrechtlichen<sup>2</sup> Bestimmungen sachlich/rechnerisch richtiggestellt. Die Überprüfung der sachlichen und rechnerischen Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte umfasst die Überprüfung der rechtlich ordnungsgemäßen Leistungserbringung und die formal richtige Abrechnung der erbrachten Leistungen und der geltend gemachten Sachkosten. Bestandteil dieser Prüfung ist die Prüfung auf Plausibilität nach § 3 dieser Vereinbarung.

### **§ 3 Plausibilitätsprüfungen**

(1) Im Rahmen der regelhaften Plausibilitätsprüfung wird der Umfang der abgerechneten Leistungen der Vertragsärzte nach § 1 im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand (Zeitprofile) überprüft. Die KVH erstellt die Zeitprofile gemäß den im Anhang 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab in der jeweils gültigen Fassung aufgeführten Prüfzeiten für die ärztlichen Leistungen sowie den Bestimmungen der Richtlinien der KBV und der Spitzenverbände der Krankenkassen und den Plausibilitätsrichtlinien der KVH (Verfahrensordnung nach § 13 Abs. 1 der Richtlinien der KBV und Spitzenverbände der Krankenkassen).

(2) Außerhalb der regelhaften Prüfung kann eine Abrechnung geprüft werden, wenn ausreichende und konkrete Hinweise auf Abrechnungsauffälligkeiten bestehen. Das Nähere ist in den Plausibilitätsrichtlinien der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg geregelt.

(3) 2 % der abrechnenden Ärzte im Quartal werden im Rahmen einer Stichprobenprüfung überprüft. Zielrichtung, Zielgruppen sowie Aufgreifkriterien sind in den Plausibilitätsrichtlinien der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg geregelt.

(4) Plausibilitätsprüfungen bei Praxismgemeinschaften werden stichprobenhaft – insbesondere auch in Bezug auf Anteile identischer Patienten – sowie bei MVZ stichprobenhaft in Bezug auf die Einhaltung der für die angestellten Ärzte genehmigten Arbeitszeiten überprüft. Die Größe der Stichprobe bestimmt die KVH nach Bedarf und eigenem Ermessen. Die Stichprobe beträgt jedoch mindestens 10 % bei den Praxismgemeinschaften. Das Nähere ist in den Plausibilitätsrichtlinien der KVH geregelt.

(5) Die Prüfung nach Abs. 4 in Bezug auf die Anteile identischer Patienten kann unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen von den Vertragspartnern gemeinschaftlich durchge-

---

<sup>1</sup> Z.B. Richtlinien der KBV und SpIK zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungsprüfungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen

<sup>2</sup> Z.B. Ergänzende Abrechnungsbestimmungen der KVH

führt werden. Die jeweilige Krankenkasse oder deren Verband kann die KVH gegen Aufwandsentschädigung mit der Verarbeitung der notwendigen Daten beauftragen und/oder in einer gesonderten Vereinbarung mit der KVH regeln. Die KVH ist berechtigt, diesen Auftrag abzulehnen. Die Vereinbarung muss Regelungen zu Art und Umfang der Prüfungen, zu Datenlieferungen und -formaten, Fristen sowie zur Aufwandsentschädigung enthalten.

#### **§ 4 Information durch die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg**

(1) Die KVH unterrichtet die Verbände der Krankenkassen unverzüglich schriftlich über die Durchführung der Prüfungen nach § 3 den Abs. 1 bis 4 soweit Unplausibilitäten festgestellt wurden und hieraus sachlich-rechnerische Berichtigungen erfolgt sind oder sonstige vertragsarztrechtliche oder rechtliche Maßnahmen im Sinne von § 9 dieser Vereinbarung ergriffen worden sind. Dieser Informationspflicht kann im Rahmen einer Sitzung der Gemeinsamen Beratungskommission nach § 9 dieser Vereinbarung nachgekommen werden.

(2) Die KVH unterrichtet die Verbände der Krankenkassen unverzüglich schriftlich über konkrete Hinweise und Verdachtsmomente auch aufgrund eigener Recherchen und Ermittlungen außerhalb der regulären Prüfungen bevor weitere Maßnahmen – insbesondere Veröffentlichungen – ergriffen werden. Dieser Informationspflicht kann auch im Rahmen einer Sitzung der Gemeinsamen Beratungskommission nach § 9 nachgekommen werden.

#### **§ 5 Maßnahmen nach Abrechnungsprüfungen**

Mögliche Maßnahmen der KVH für den Fall von festgestellten Verstößen gegen Abrechnungsbestimmungen, bei Überschreitung von Zeitprofilen oder bei dem Vertragsarzt bekannten Nichtbestehen einer Leistungspflicht der Krankenkassen können u.a. Honorarberichtigungen, Disziplinarverfahren, Zulassungsentzug oder Mitteilung / Anzeige bei den Strafverfolgungsbehörden sein. Diese Maßnahmen richten sich nach den einschlägigen vertragsarztrechtlichen, vertraglichen und satzungsrechtlichen Vorschriften sowie Verwaltungsvorschriften der KVH.

### **B Prüfungen durch die Krankenkassen**

#### **§ 6 Prüfungen durch die Krankenkassen**

(1) Die Abrechnungen der Vertragsärzte werden von den Krankenkassen nach Maßgabe der gesetzlichen, vertraglichen und satzungsrechtlichen Bestimmungen insbesondere auch versichertenbezogen geprüft. Das Nähere ist in den Verfahrensordnungen der Krankenkassen zur Abrechnungsprüfung geregelt (§ 15 Abs. 2 der Richtlinien der KBV und der Spitzenverbände der Krankenkassen).

(2) Die Krankenkassen prüfen die Abrechnungen der Vertragsärzte insbesondere hinsichtlich

1. des Bestehens und des Umfangs ihrer Leistungspflicht,
2. Plausibilität der abgerechneten Leistungen in Bezug auf die Diagnose/Befund,
3. Plausibilität der Zahl der in Anspruch genommenen Vertragsärzte,
4. der vom Versicherten zu leistenden Zuzahlung.

Das Nähere ist in den Verfahrensordnungen der Krankenkassen zur Abrechnungsprüfung geregelt (§ 15 Abs. 2 der Richtlinien der KBV und der Spitzenverbände der Krankenkassen).

(3) Die Krankenkassen prüfen im Rahmen ihrer Verfahrensordnung auch, ob ärztliche Leistungen auf der Grundlage von Einzelverträgen nach Maßgabe der §§ 140 a ff. SGB V und daneben

im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung über die KVH abgerechnet wurden (Vermeidung von Doppelabrechnungen). Ergeben sich Anhaltspunkte für missbräuchliches Verhalten, so werden die Vertragspartner auch gemeinsam eine Lösung für die Gewähr der künftigen Rechtmäßigkeit der Abrechnungen finden. In derartigen Fällen wird das Vorgehen in der Beratungskommission nach § 9 abgestimmt.

(4) Die Krankenkassen können die KVH mit den Prüfungen nach Abs. 2 Nr. 2 und 3 durch entsprechende Vereinbarungen beauftragen. Die jeweilige Krankenkasse oder deren Verband kann die KVH gegen Aufwandsentschädigung mit der Verarbeitung der notwendigen Daten beauftragen und/oder das Verfahren in einer gesonderten Vereinbarung mit der KVH regeln. Die KVH ist berechtigt, diesen Auftrag abzulehnen. Die Vereinbarung muss Regelungen zu Art und Umfang der Prüfungen, zur Datenlieferung, zu Datenformaten, Fristen sowie zur Aufwandsentschädigung enthalten. Die Vereinbarung soll auch das Verfahren der Folgerungen bei festgestellten Unplausibilitäten enthalten.

## **§ 7 Information durch die Verbände der Krankenkassen**

(1) Ergeben sich Feststellungen über Fehlerhaftigkeit oder Unplausibilität im Rahmen der Prüfungen nach § 6 werden die Verbände der Krankenkassen von ihren Mitgliedskassen informiert. Die Verbände der Krankenkassen informieren die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg unverzüglich schriftlich über die Ergebnisse und geben dieser Gelegenheit zur Stellungnahme. Der Informationspflicht der Verbände kann auch im Rahmen einer Sitzung der Gemeinsamen Beratungskommission nachgekommen werden.

(2) Die Verbände der Krankenkassen sowie deren Mitglieder informieren die KVH unverzüglich schriftlich über konkrete Hinweise und Verdachtsmomente auch aufgrund eigener Recherchen und Ermittlungen außerhalb der regulären Prüfungen, bevor weitere Maßnahmen – insbesondere Veröffentlichungen – ergriffen werden. Dieser Informationspflicht kann auch im Rahmen einer Sitzung der Gemeinsamen Beratungskommission nach § 9 nachgekommen werden.

## **8 Maßnahmen der Krankenkassen**

Bei festgestellten Verstößen von Versicherten oder ehemaligen Versicherten oder von Vertragsärzten gemäß § 1 gegen sozialrechtliche, sonstige gesetzliche oder satzungsrechtliche Regelungen werden die Krankenkassen, die ihnen im Rahmen des Gesetzes und der Satzung zur Verfügung stehenden Maßnahmen ergreifen, um diese Vorkommnisse für die Zukunft zu verhindern und ggf. Schadenersatz zu erlangen.

## **C Gemeinsame Vorschriften**

### **§ 9 Gemeinsame Beratungskommission „Abrechnungsprüfung“**

Zur Durchführung der gegenseitigen Unterrichtung sowie Abstimmung und Empfehlung möglicher Maßnahmen wird eine gemeinsame Beratungskommission „Abrechnungsprüfung“ eingerichtet. Die Kommission ist mit mindestens 2 Vertretern der Verbände der Krankenkassen und mit mindestens 2 Vertretern der KVH paritätisch besetzt. Die Beratungskommission soll medizinischen, abrechnungstechnischen und juristischen Sachverstand vereinen. Die Vertragspartner stellen hierfür geeignete Mitglieder zur Verfügung. Das Nähere ist in einer Geschäftsordnung der Beratungskommission zu regeln. Die Geschäftsordnung soll auch verbindliche Regelungen über die Formate und Fristen von gegenseitigen Datenlieferungen zwischen den Partnern der Verein-

barung sowie zur schriftlichen Dokumentation der Kommissionsarbeit enthalten. Die Geschäftsordnung wird den Vertragspartnern von der Beratungskommission bekannt gegeben.

### **§ 10 Antragsverfahren**

(1) Die Krankenkassen oder ihre Verbände sind berechtigt, einen Antrag auf Überprüfung der arztbezogenen Abrechnung auf Plausibilität bei der KVH zu stellen. Der Antrag muss den zu überprüfenden Zeitraum, die substantiierten Gründe und den Anlass für die Überprüfung enthalten. Ihm sind alle zur Beurteilung erforderlichen Unterlagen beizufügen. Er hat auch Angaben zur vermuteten Schadenshöhe zu enthalten. Der Antrag ist nur zulässig, wenn glaubhaft gemacht wird, dass die Leistungen je Praxis und Quartal die Bagatellgrenze in Höhe von 50,00 Euro übersteigen. Der Antrag ist innerhalb von zwei Jahren nach Ablauf des zu überprüfenden Quartals zu stellen. Die vertragsarztrechtlichen Regelungen und/oder die Rechtsprechung zur Bestandskraft von Honorarabrechnungen und zur Verjährung von Honorarrückforderungsansprüchen sowie Vertrauensschutz sind bei Prüfungszeiträumen von mehr als einem Quartal bereits bei Antragsstellung zu beachten.

(2) Die KVH kann, sofern dazu Veranlassung besteht, eine Prüfung durch die Krankenkassen nach § 106a Abs. 3 SGB V beantragen.

(3) Die Antragsverfahren nach den Absätzen 1 und 2 werden in einem nicht förmlichen Verfahren durchgeführt. Rechtsmittel gegen die Ablehnung eines Antrages sind nicht gegeben.

### **§ 11 Schlussbestimmungen**

(1) Diese Vereinbarung tritt zum 01.04.2005 in Kraft und kann erstmalig auf die Abrechnung des 1. Quartals 2007 angewendet werden.

(2) Prüfungen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit und darauf bezogene Plausibilitätsprüfungen durch die KVH bis zum Inkrafttreten dieser Vereinbarung, richten sich nach den bis zu diesem Zeitpunkt vereinbarten Vorschriften sowie der Verfahrensordnung zur Durchführung von Plausibilitätsprüfungen in der KVH vom 01.01.2002.

(3) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner in Gänze oder in Teilen jeweils mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende mit eingeschriebenem Brief gekündigt werden.

(4) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages nichtig oder unwirksam sein oder werden durch gesetzliche Regelungen ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragsparteien unverzüglich über notwendige Neuregelungen. Das gleiche gilt für den Fall, dass der Vertrag eine Regelungslücke aufweisen sollte.

Hamburg, den 30.11.2006