

Vereinbarung über die Prüfung der Abrechnung auf Rechtmäßigkeit durch Plausibilitätskontrollen

zwischen

- der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN)
Berliner Allee 22, 30175 Hannover
im Folgenden: KVN

sowie

den Landesverbänden der Krankenkassen:

- der AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen,
Hildesheimer Str. 273, 30519 Hannover
- dem BKK Landesverband Mitte,
Siebstraße 4, 30171 Hannover
- die Vereinigte IKK,
Vahrenwalder Str. 4, 30165 Hannover
(in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes nach § 207 Abs. 4a
SGB V)
- der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Niedersachsen-Bremen,
(in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes nach § 36 KVLG
1989)
Im Haspelfelde 24, 30173 Hannover
- der Knappschaft, Regionaldirektion Hannover,
Siemensstraße 7, 30173 Hannover

und

den Ersatzkassen:

- Barmer GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)
- KKH-Allianz (Ersatzkasse)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Niedersachsen

Präambel

Diese Vereinbarung dient gemäß § 106a Absatz 5 SGB V dem Ziel, die Prüfung der Abrechnungen auf Rechtmäßigkeit durch Plausibilitätskontrollen der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN), insbesondere auf der Grundlage von Stichproben, zu ermöglichen. Die Bundesrichtlinie gemäß § 106a Absatz 6 SGB V ist Bestandteil dieser Vereinbarung.

Diese Vereinbarung gilt als Bestandteil des jeweils gültigen Gesamtvertrages zwischen der KVN und den einzelnen Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Verbänden der Ersatzkassen.

Inhaltsverzeichnis:

I.	Prüfungen durch die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen	2
§ 1	Durchführung von Plausibilitätskontrollen	2
§ 2	Abrechnungsauffälligkeiten	3
§ 3	Prüfung aufgrund konkreter Hinweise und Verdachtsmomente	5
§ 4	Maßnahmen der KVN nach § 106a Absatz 5 Satz 2 SGB V	5
II.	Prüfungen durch die Krankenkassen	6
§ 5	Zuständigkeit	6
§ 6	Prüfungsinhalt	6
§ 7	Unplausibilitäten nach § 6 Abs. 1 Nrn. 2 und 3	7
§ 8	Information der Kassenärztlichen Vereinigung	8
III.	Gemeinsame Vorschriften	9
§ 9	Antragsverfahren	9
§ 10	Inkrafttreten und Kündigung	11
Anlage 1	13
Anlage 2	15
Anlage 3	16

I. Prüfungen durch die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen

§ 1 Durchführung von Plausibilitätskontrollen

- (1) Zur Prüfung der Abrechnung ihrer Mitglieder führt die KVN regelmäßige Plausibilitätskontrollen durch. Die konkreten Einzelheiten der Plausibilitätskontrollen ergeben sich aus § 2 und der Anlage 1 zu dieser Vereinbarung.

- (2) Die Prüfung der Plausibilität der Honorarabrechnung der Mitglieder erfolgt
- bei Abrechnungsauffälligkeiten (§ 2),
 - bei konkreten Hinweisen und Verdachtsmomenten (§ 3),
 - auf der Grundlage von Stichproben (Anlage) und
 - bei neu zugelassenen/neu ermächtigten Mitgliedern im 1. vollständigen Abrechnungsquartal.
- (3) Die KVN unterrichtet die Vertragspartner über die Ergebnisse der Prüfungen im Rahmen des § 12 der Verfahrensordnung zur Durchführung der Plausibilitätskontrollen nach § 75 Abs. 1 und § 106a Absatz 5 SGB V, soweit sie Fälle festgestellter Unplausibilität und daraus erfolgter sachlich-rechnerischer Berichtigung betreffen. Es erfolgt auch eine Unterrichtung über die ggf. darüber hinaus eingeleiteten Maßnahmen. Für die Unterrichtung wird die Ergebnisübersicht der Anlage 3 verwendet.
- (4) Die KVN verbucht Gut- und Lastschriften für die Krankenkassen, die sich aus sachlich-rechnerischen Berichtigungen infolge der Prüfungen ergeben, in der nächsterreichbaren Formblatt 3-Abrechnung.
- (5) Die Krankenkasse wird auf begründeten Antrag der KVN im Rahmen der Plausibilitätskontrolle Patientenbefragungen gemäß § 51 Abs. 3 EKV bzw. § 60 Abs. 3 BMV-Ä durchführen und die KVN über das Ergebnis der Befragung unterrichten.

§ 2 Abrechnungsauffälligkeiten

- (1) Abrechnungsauffälligkeiten können sich ergeben aus der routinemäßigen Überprüfung der Abrechnung.
- (2) Bei der Überprüfung des Umfangs der abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand gelten folgende Aufgreifkriterien, deren Erfüllung eine Abrechnungsauffälligkeit begründet:
- Für alle Abrechnungen der Mitglieder erfolgt die Unterlegung der je Tag bzw. Quartal angeschriebenen Gebührenordnungs-Nummern mit den im Anhang 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab in der jeweils gültigen

Fassung aufgeführten Prüfzeiten bzw. den darüber hinaus gehenden weiteren KVN-intern festgelegten Prüfzeiten für die ärztlichen Leistungen. Bei der Ermittlung der Zeitprofile bleiben Leistungen im organisierten Notfalldienst, die auf Muster 19 abgerechnet werden, Leistungen aus der unvorhergesehenen Inanspruchnahme des Mitgliedes 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.

Es wird die Summe der insgesamt erbrachten Stunden / Minuten je Tag summarisch berechnet. Für jeden Tag wird ermittelt, ob insgesamt bei den Tageszeitprofilen an mindestens drei Tagen im Quartal 12 Stunden überschritten werden. Bei der Ermittlung der 12 Stunden bleiben diejenigen Zeiten unberücksichtigt, die auf die Vergütung quartalsbezogener Vergütungsnummern entfallen. Bei Überschreitung der Grenze erfolgen weitere Überprüfungen.

Darüber hinaus werden auch die Zeiten gezählt, die auf die Vergütung quartals-bezogener Vergütungsnummern entfallen. Beträgt der aus den o.g. und den zusätzlich zu berücksichtigenden quartalsbezogenen Zeiten ermittelte arbeits-/tägliche Durchschnittswert mehr als 12 Stunden (780 Stunden im Quartal), erfolgen weitere Überprüfungen.

Dasselbe gilt bei ermächtigten Ärzten, ermächtigten Instituten und ermächtigten Krankenhäusern, wenn die arbeitstägliche Zeit an mindestens drei Tagen im Quartal 12 Stunden oder im Quartalsprofil 2,4 Stunden (156 Stunden im Quartal) überschreitet.

- (3) Für fachgruppengleiche Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten gilt Absatz 2 entsprechend. Hierbei wird die Obergrenze für das Tageszeitprofil bzw. Quartalszeitprofil mit der Anzahl der in der Praxis tätigen Vertragsärzte oder angestellten Ärzte im Umfang ihrer Tätigkeit multipliziert. Die Abrechnungen sind auch daraufhin zu prüfen, ob

die für die angestellten Ärzte genehmigten Arbeitszeiten eingehalten worden sind.

- (4) Für fachgruppenübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinische Versorgungszentren gelten Absätze 2 und 3 entsprechend. Hierbei erfolgt 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.
- (5) Eine Abrechnungsauffälligkeit innerhalb von Praxisgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren wird angenommen, wenn in Praxisgemeinschaften der Anteil gemeinsamer Patienten nicht plausibel ist. Dies ist der Fall bei
 - a) 20 % Patientenidentität bei
 - (teil-)gebietsgleichen/versorgungsbereichsidentischen Praxen
 - gebietsübergreifenden/versorgungsbereichsidentischen Praxen
 - b) 30 % Patientenidentität bei
 - gebietsgleichen/versorgungsbereichsübergreifenden Praxen
 - gebietsübergreifenden/versorgungsbereichsübergreifenden Praxen
- (6) Die KVN prüft die über sie abgerechneten Sachkosten auf Vorlage einer entsprechenden Rechnung.

§ 3 Maßnahmen der KVN nach § 106a Absatz 5 Satz 2 SGB V

Die KVN ergreift im Fall von Verstößen gegen Abrechnungsbestimmungen, einer Überschreitung der Zeitrahmen nach § 2 Abs. 2 sowie des Nichtbestehens einer Leistungspflicht der Krankenkassen, soweit dies dem Leistungserbringer bekannt sein musste, unter folgenden Maßnahmen, wobei in einem Fall auch mehrere Maßnahmen getroffen werden können:

1. die Honorarkorrektur
2. den Antrag auf Einleitung eines Disziplinarverfahrens,
3. eine Mitteilung an die Ärzte-/Psychotherapeutenkammer zwecks Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens,
4. die Einleitung eines Verfahrens zur Entziehung der Zulassung,
5. eine Mitteilung an den Beauftragten zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen
6. eine Mitteilung an die für den Entzug der Approbation zuständigen Behörde.
7. ein Antrag auf Einleitung eines Prüfverfahrens nach § 106 SGB V.

II. Prüfungen durch die Krankenkassen

§ 4 Zuständigkeit

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

§ 5 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 (vgl. Anlage 2),
 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.

§ 6 Unplausibilitäten nach § 5 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 Diagnosedokumentation,
4. Prüfung der Plausibilität von Art, Häufigkeit und Struktur der Leistungen sowie der Diagnosedokumentation 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.

Die Prüfung richtet sich nach den Kodierrichtlinien gemäß § 295 Absatz 3 Satz 2 SGB V in der jeweils geltenden Fassung.

- (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) 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.

§ 7 Information der Kassenärztlichen Vereinigung

- (1) Die Krankenkassen unterrichten die Kassenärztliche Vereinigung über die Ergebnisse der Prüfungen nach § 5 Abs. 1, soweit sie Feststellungen über Fehlerhaftigkeit oder Unplausibilität enthalten. Bevor sie Prüfergebnisse gegenüber Dritten - mit Ausnahme der Prüfungseinrichtungen nach § 106 SGB V - verwerfen, geben sie der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen Gelegenheit zur Stellungnahme. Für die Unterrichtung wird die Ergebnisübersicht der Anlage 3 verwendet.
- (2) Die Krankenkassen oder ihre Verbände informieren die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen über konkrete Hinweise und Verdachtsmomente im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung aufgrund eigener Recherchen und Ermittlungen vor Veröffentlichung in geeigneter Weise.

III. Gemeinsame Vorschriften

§ 8 Antragsverfahren

- (1) Die Krankenkassen können, sofern dazu Veranlassung besteht, gezielte Prüfungen durch die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen beantragen, Die Krankenkassen können ihre Verbände beauftragen, die Anträge zu stellen. Anträge werden von der KVN nur bearbeitet, sofern der Antragsgegenstand pro Arzt und Quartal mindestens 50,00€ je Krankenkasse oder 250,00€ GKV-weit beträgt. Ob der Betrag von 250,00€ GKV-weit erreicht ist, stellt die KVN durch Zusammenführung aller Anträge je Arzt und Quartal nach Ablauf der Antragsfrist (§ 8 Abs. 4) fest. Eine Addition verschiedener Antragsgegenstände für einen Arzt im selben Prüfquartal ist zulässig.
- (2) Bei festgestellter Unplausibilität wegen der Art und des Umfangs der für die Behandlung eines Versicherten abgerechneten Leistungen in Bezug auf die angegebene Diagnose können die Krankenkassen oder ihre Verbände 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.
- (3) Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen kann, sofern dazu Veranlassung besteht, gezielte Prüfungen durch die Krankenkassen beantragen, sofern der Antragsgegenstand pro Arzt, Quartal und Krankenkasse mindestens 50,00€ beträgt. Eine Addition verschiedener Antragsgegenstände für einen Arzt im selben Prüfquartal ist zulässig. Bei festgestellter Unplausibilität kann die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V beantragen.
- (4) Anträge nach Absätzen 1 und 3 können nur innerhalb von 4 Quartalen nach erfolgter Abrechnung (d. h. Zugang der Einzelfallnachweise als EFN-Datensatz sowie etwaiger Korrekturmeldungen) gestellt werden.

- (5) Der Antrag (nach Absatz 1 oder 3) muss auf die Durchführung gezielter Prüfungen gerichtet sein und einen konkreten Vorwurf (Prüfungsgegenstand), das bzw. die entsprechenden Quartale, den betroffenen Vertragsarzt / Vertragspsychotherapeuten sowie die ggf. vorhandenen Beweismittel benennen. Der Antrag ist an die jeweiligen Krankenkassen oder an die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen bzw. deren zuständigen Bezirksstellen zu richten.
- (6) Die Anträge sind nach Gesetz und Recht abzuarbeiten. Sie werden innerhalb einer Frist von 2 Quartalen nach Ablauf der Antragsfrist (§ 8 Abs. 4) bearbeitet.
- (7) Form und Format der Anträge und der Ergebnismitteilungen richten sich nach Anlage 3.

§ 9 Prüfung aufgrund konkreter Hinweise und Verdachtsmomente

- (1) Außerhalb der regulären Prüfung wird eine Abrechnung geprüft, wenn ausreichende und konkrete Hinweise dahingehend bestehen, dass die Abrechnung nicht plausibel ist.
- (2) Hinweisen wird nachgegangen, wenn die Verdachtsmomente schriftlich oder persönlich vorgetragen werden.
- (3) Anonyme Anzeigen sind zu beachten, wenn der erhobene Vorwurf eine Verletzung vertragsärztlicher Pflichten hinreichend konkretisiert.

§ 10 Vertragskommission

Die Vertragspartner bilden eine Vertragskommission.

§ 11 Übergangsregelung

Abweichend von § 8 gelten übergangsweise folgende Fristen:

- (1) Antragsfrist (§ 8 Absatz 4)
 - (a) Für Abrechnungen (Einzelfallnachweise in Form des EFN-Datensatzes), die den Kassen bis zum 31.12.2009 zugegangen sind, können die Anträge innerhalb von 8 Quartalen gestellt werden.
 - (b) Für Abrechnungen (Einzelfallnachweise in Form des EFN-Datensatzes), die den Kassen bis zum 31.12.2010 zugegangen sind, können die Anträge innerhalb von 6 Quartalen gestellt werden.
- (2) Bearbeitungsfrist (§ 8 Absatz 6)
 - (a) Anträge, die bis zum 31.12.2009 zugegangen sind, werden innerhalb von 4 Quartalen nach Antragseingang bearbeitet.
 - (b) Anträge, die bis zum 31.12.2010 zugegangen sind, werden innerhalb von 3 Quartalen nach Antragseingang bearbeitet.

§ 12 Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt mit Wirkung zum 01.01.2010 in Kraft. Abweichend davon gilt § 8 Abs. 1 Sätze 3 bis 5 und § 8 Abs. 7 erst für Anträge, die ab dem 01.01.2011 eingehen.
- (2) Diese Vereinbarung kann von jedem einzelnen Vertragspartner mit Wirkung für sich, mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden, ohne dass sich die Kündigung eines Verbandes auf die übrigen Verbände auswirkt. Die Kündigung ist allen Vertragspartnern anzuzeigen.

Hannover, den 15.10.2010

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen

AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen

BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Niedersachsen

Vereinigte IKK
(in Wahrnehmung der Aufgaben eines
Landesverbandes nach § 207 Abs. 4a SGB V)

Landwirtschaftliche Krankenkasse Nieder-
sachsen-Bremen (in Wahrnehmung der
Aufgaben eines Landesverbandes nach
§ 36 KVLG 1989)

Knappschaft – Regionaldirektion Hannover

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Der Leiter der vdek-Landesvertretung
Niedersachsen

Anlage 1

Die Prüfung auf Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnung in der vertragsärztlichen Versorgung durch die KVN bezieht sich auf die nachfolgend dargestellten Kriterien:

Inhalt der Prüfung	Zielgruppe
Prüfung genehmigungspflichtiger Leistungen bei Urlaub des leistungsberechtigten Partners einer Gemeinschaftspraxis	Mitglieder in Gemeinschaftspraxen
<ul style="list-style-type: none"> • Prüfung von Überweisungsringen • Überschreitung des Umfangs von Überweisungen • Prüfung der Überweisungen von Laborleistungen und eigenen Laborleistungen (insbesondere bei erheblicher Überschreitung des Laborbudgets) • Prüfung von Präventionsleistungen • Quartalsübergreifende Auffälligkeiten • Kalendarische Prüfung (Abgleich der Wochentage mit der Leistungserbringung) • Überprüfung auf fehlende Behandlungsdaten • Abrechnung von postoperativen Behandlungen • Prüfung von Simultaneingriffen • Sonstige Auffälligkeiten 	Alle Mitglieder
Zusammenführung ambulanter und belegärztlicher Abrechnungen	Belegärzte
Abgleich der Notfalldienstzeiten mit den Angaben aus der Sammelerklärung	Alle Mitglieder
Prüfung des Umfangs der je Tag abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand	Alle Mitglieder
Überprüfung inplausibler Abrechnungsziffern im Einzelleistungsnachweis	Alle Mitglieder

Inhalt der Prüfung	Zielgruppe
Vorlage der Erklärung gem. der vertraglichen Anmerkungen zum Kapitel 1.5	Alle Mitglieder, die diese EBM Position abrechnen
Genehmigungen von Substitutionsbehandlungen	Alle Mitglieder, die EBM-Nrn. 01950 bis 01952
Prüfung der Veränderung der Praxistätigkeit	Alle Mitglieder, mit neu eingestellten Weiterbildungsassistenten
Einhaltung der Ermächtigungskataloge	Ermächtigte Ärzte
Überprüfung der Plausibilität des Umfanges der persönlichen Leistungserbringung	Ermächtigte Ärzte
Doppelbetreuung von Patienten in Praxisgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren (§ 2 Abs. 6)	Praxisgemeinschaften/Medizinische Versorgungszentren
Männerbehandlung durch Gynäkologen	Gynäkologen
Erwachsenenbehandlung durch Kinderärzte	Kinderärzte
Genehmigte psychotherapeutische Sitzungen im Anerkennungsbescheid	Leistungserbringer der genehmigungspflichtigen Psychotherapie
Auftragsüberschreitungen	Neu zugelassene / neu ermächtigte Ärzte
<ul style="list-style-type: none"> Überprüfung auf fehlende Behandlungsdaten 	Neu zugelassene/ neu ermächtigte Ärzte
<ul style="list-style-type: none"> Prüfung abgerechneter Sachkosten 	
<ul style="list-style-type: none"> Prüfung der GOP 86518 nach der Onkologievereinbarung 	onkologisch verantwortliche Ärzte

Anlage 2

Die Prüfung auf Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnung in der vertragsärztlichen Versorgung durch die Krankenkassen bezieht sich auf die nachfolgend dargestellten Kriterien:

Inhalt der Prüfung	Zielgruppe
• Prüfung von Präventionsleistungen Versichertenbezogene Auffälligkeiten	
Genehmigungen von Substitutionsbehandlungen	Alle Versicherten
Künstliche Befruchtung	Alle Versicherten
Genehmigte psychotherapeutische Sitzungen im Anerkennungsbescheid	Leistungserbringer der genehmigungspflichtigen Psychotherapie

Anlage 3

VKNR:		09412	Name:				BKK Musterkasse Niedersachsen				Prüfgegenstand:			diverse Prüfungen		
Bezirks- stelle (1. Praxis)	BSNR / Arzt-Nr. (1. Praxis)	LANR (1. Praxis)	Vers.-Nr.	Vers.-Name	Vers.- Vorname	Vers.-Geb.- Datum	GO-Nr.	€Bewert- ung	Häufigkeit beanstandete GO-Nr.	extra- budgetäre Leistung	Abrech- nungs- Quartal	Behand- lungsdatum				
09	091910800	123456701	123456789012	Mustermann	Martin	01.01.1945	01740	10,15 €	1	ja	2008-3	07.07.2008				
09	091910800	123456701	123456789015	Mustermann	Maria	02.02.1945	01740	10,15 €	1	ja	2008-3	07.07.2008				
07	078011100	123456701	156784646546	Mustermüller	Matthias	03.03.1980	01732	30,98 €	1	ja	2008-4	11.11.2008				
07	078011100	123456701	646576546545	Mustermüller	Martina	04.04.1960	01732	12,00 €	1	ja	2008-4	12.12.2008				
10	1081200	123456701	546546454564	Musterschmidt	Max	05.05.1980	03115	1,20 €	1	nein	2007-4	10.12.2007				
10	1081300	123456701	409570347580	Musterschmidt	Marianne	06.06.1973	03111	15,00 €	1	nein	2007-4	03.10.2007				
06	0632901	123456701	409743890709	Mustermeier	Michael	07.07.1954	01791	20,00 €	1	ja	2008-1	22.02.2008				
07	0716111	123456701	498754389789	Musterschulz	Miriam	08.08.1970	30791	12,00 €	1	ja	2007-4	11.10.2007				
08	0810111	123456701	149874979879	Musterweber	Michaela	09.09.1960	01730	12,00 €	1	ja	2008-2	23.04.2008				
09	091041200	123456701	134097989088	Musterfrau	Margarete	10.10.1975	01770	80,00 €	1	ja	2008-3	17.07.2008				
09	091041200	123456701	134097989088	Mustermeier	Miriam	11.11.1981	01770	80,00 €	1	ja	2008-3	17.07.2008				
Begründung des Antrags / Prüfgegenstand				weiteres Quartal	weiteres Beh.-Datum	1. Praxis: Scheinart (Text)	ÜW von BSNR/ Arzt-Nr.	2. Praxis: Bezirks- stelle	2. Praxis: BSNR / Arzt-Nr.	2. Praxis: LANR	2. Praxis: Beh.-Datum					
GO-Nr. vom gleichen Arzt häufiger als erlaubt abgerechnet				2006-1	22.02.2006											
Altersbedingung für Abrechnung dieser GO-Nr. nicht erfüllt																
Altersbedingung für Abrechnung dieser GO-Nr. nicht erfüllt																
GO-Nr. vom gleichen Arzt häufiger als erlaubt abgerechnet				2007-4	13.11.2007											
GO-Nr. häufiger am Tag abgerechnet als erlaubt																
GO-Nr. im Behandlungsfall häufiger abgerechnet als erlaubt				2007-4	10.11.2007											
GO-Nr. im Krankheitsfall häufiger abgerechnet als erlaubt				2007-4	24.12.2007											
keine für die Leistung erforderliche Diagnose angegeben																
Geschlechtsangabe und Vorname passen nicht zur GO-Nr.																
Betreuung einer Schwangeren durch 2 Ärzte im Quartal						Eigene Leistungen		10	101011100		03.08.2008					
Betreuung einer Schwangeren durch 2 Ärzte im Quartal						Eigene Leistungen		10	101011100		03.08.2008					

2. Praxis: Scheinart (Text)	ÜW von BSNR/ Arzt-Nr.	Prüfergebnis KV	Begründung durch KV	Berücksich- tigung im FB3
		abgelehnt	Zeitabstand korrekt	4/2009
		abgelehnt	Altersbedingung erfüllt	4/2009
		stattgegeben	-	4/2009
		abgelehnt	Zeitabstand korrekt	4/2009
		stattgegeben	-	4/2009
		stattgegeben	-	4/2009
		stattgegeben	-	4/2009
		abgelehnt	M40.05	4/2009
		abgelehnt	weiblicher Vorname	4/2009
Mit-/Weiterbehandlung	091041203	stattgegeben	-	4/2009
Vertreterfälle		stattgegeben	-	4/2009