

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, K. d. ö. R., Berlin

und

**der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband),
K. d. ö. R., Berlin,**

vereinbaren nachstehende

Richtlinien

**zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen gemäß § 106d Abs. 6 SGB V
(Abrechnungsprüfungs-Richtlinien)**

**In der Fassung der zum 1. Oktober 2020 in Kraft getretenen Regelungen*
Stand 20.05.2020**

* §§ 9 Abs. 1a, 12 Abs. 3 Nr. 3 sowie Protokollnotizen 1 und 2 gültig ab Abrechnungsquartal 3/2019,
Inkrafttreten 19.12.2019

Inhaltsverzeichnis

I.	Anwendungsbereich und Begriffsbestimmungen	3
	§ 1 Anwendungsbereich	3
	§ 2 Zuständigkeiten	4
	§ 3 Gegenstand der Abrechnungsprüfung	4
	§ 4 Gegenstand der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit	4
	§ 5 Gegenstand und Ziel der Plausibilitätsprüfung	4
II.	Die Prüfungen durch die Kassenärztliche Vereinigung	5
	§ 6 Anlässe der sachlich-rechnerischen Richtigstellung	5
	§ 7 Plausibilitätsprüfung	6
	§ 8 Überprüfung des Umfangs der abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den Zeitaufwand	6
	§ 9 Erweiterte regelhafte Prüfungen	7
	§ 10 Plausibilitätsprüfung bei Patientenidentitäten	7
	§ 11 Plausibilitätsprüfung bei KV-bereichsübergreifender Berufsausübung, bei Ermächtigung gemäß § 24 Ärzte-ZV oder in einer Berufsausübungsgemeinschaft	8
	§ 12 Durchführung einer Plausibilitätsprüfung bei Abrechnungsauffälligkeiten .	10
	§ 13 Verfahren	11
III.	Die Prüfungen durch die Krankenkassen	12
	§ 14 Gesetzlicher Auftrag	12
	§ 15 Zuständigkeit	12
	§ 16 Prüfungsinhalt	12
	§ 17 Unplausibilitäten nach § 16 Abs. 1 Nr. 2 und 3	13
	§ 18 Information der Kassenärztlichen Vereinigung	14
IV.	Gemeinsame Vorschriften	15
	§ 19 Antragsverfahren	15
	§ 20 Prüfung aufgrund konkreter Hinweise und Verdachtsmomente	16
	§ 21 Gemeinsame Bewertung von Prüfungsergebnissen	16
V.	Inkrafttreten und Übergangsvorschriften	17
	§ 22 Inkrafttreten und Übergangsvorschriften	17
	§ 23 Kündigung	17

Anlage 1: Elektronisches Regelwerk

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband vereinbaren gemäß § 106d Abs. 6 Satz 1 SGB V die nachfolgenden Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen:

I. Anwendungsbereich und Begriffsbestimmungen

§ 1

Anwendungsbereich

- (1) Die Richtlinien finden 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 Einrichtungen nach § 311 SGB V, 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) Soweit in den nachstehenden Richtlinien Prüfungen der Abrechnung zugrunde gelegt werden, beziehen sich diese Prüfungen jeweils individuell auf Leistungen abrechnender Vertragsärzte oder Vertragspsychotherapeuten sowie auf Leistungen angestellter Ärzte oder Psychotherapeuten in Arztpraxen oder medizinischen Versorgungszentren, welche unter einer lebenslangen Arztnummer abgerechnet werden (sog. Arztbezug).
- (3) Die Richtlinien finden keine Anwendung auf die Prüfung der Abrechnungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Einrichtungen, deren Leistungen unmittelbar von den Krankenkassen vergütet werden (§ 116b: Ambulante spezialfachärztliche Versorgung; § 117 Abs. 2 und 3 SGB V: Hochschulambulanzen an psychologischen Universitätsinstituten und Ambulanzen an Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG; § 120 Abs. 2 Satz 1 SGB V: Hochschulambulanzen, psychiatrische Institutsambulanzen, sozialpädiatrische Zentren und medizinische Behandlungszentren). Vertragliche Regelungen zur Abrechnung und Prüfung durch Kassenärztliche Vereinigungen bleiben unberührt.
- (4) Absatz 3 gilt auch insoweit, als ärztliche Leistungen auf der Grundlage von Einzelverträgen nach Maßgabe der §§ 73b sowie 140a 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.
- (5) Sofern der Vertragsarzt an verschiedenen Betriebsstätten und/oder Nebenbetriebsstätten tätig ist, wird für die Beurteilung der Behandlungs- und Verordnungsweise seine Tätigkeit an allen Betriebsstätten einbezogen, auch wenn er im Status der Zulassung und der Ermächtigung nach § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV tätig ist. Bei der Tätigkeit im Rahmen eines Anstellungsverhältnisses ist eine Beurteilung der Behandlungs- und Verordnungsweise der anstellenden Arztpraxis bzw. des medizinischen Versorgungszentrums vorzunehmen.

§ 2 Zuständigkeiten

- (1) Die Kassenärztliche Vereinigung ist zuständig für die in § 106d Abs. 2 SGB V vorgesehene Durchführung der Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit und die darauf bezogene Plausibilitätsprüfung.
- (2) Bei einer Berufsausübung, welche den Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung überschreitet (sog. KV-übergreifende Berufsausübung), gilt § 11 Abs. 2 für die Bestimmung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen.
- (3) Die Krankenkassen sind zuständig für die in § 106d 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) In Fällen einer KV-übergreifenden Berufsausübung gilt ergänzend § 11.
- (4) Gegenstand der Abrechnungsprüfungen der Krankenkassen sind die in § 106d Abs. 3 SGB V genannten Sachverhalte nach Maßgabe der §§ 14 ff. dieser Richtlinien.

§ 4 Gegenstand der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit

- (1) Die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung zielt auf die Feststellung ab, 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 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) Gibt die Plausibilitätsprüfung Anlass für die Annahme, dass der Arzt die Leistungen in einem unwirtschaftlichen Ausmaß erbracht hat, kann die Kassenärztliche Vereinigung die Einleitung eines Verfahrens der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106a SGB V veranlassen.
- (4) Für die Plausibilitätsprüfung der Krankenkasse nach § 106d Abs. 3 Nr. 2 und Nr. 3 SGB V gilt § 17 dieser Richtlinie.

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 Fachgebietes erbracht worden ist.
- (2) Rechtlich nicht ordnungsgemäß sind insbesondere Abrechnungen in folgenden Fällen:
 1. Fehlende Berechtigung zur Leistungsabrechnung,
 2. Abrechnung nicht oder nicht vollständig erbrachter Leistungen,
 3. Abrechnung von Leistungen, welche unter Verstoß gegen das Gebot der persönlichen Leistungserbringung erbracht worden sind,
 4. Ansatz der falschen Gebührenordnungspositionen,
 5. Nichtbeachtung der vertraglich vereinbarten Abrechnungsbestimmungen,
 6. Abrechnung fachfremder Tätigkeit,
 7. Fehlen der fachlichen und apparativen Voraussetzungen (einheitliche Qualifikationserfordernisse),
 8. Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen, wenn die Leistungserbringung die erfolgreiche Teilnahme an Maßnahmen der Qualitätssicherung voraussetzt,
 9. Nichteinhaltung des Überweisungsauftrags zur Auftragsleistung,
 10. Fehlende ICD- und/oder OPS-Kodierung.

§ 7 Plausibilitätsprüfung

- (1) Plausibilitätsprüfungen werden von der Kassenärztlichen Vereinigung als regelhafte (Absatz 2), als ergänzende Plausibilitätsprüfungen (Absatz 3) und als anlassbezogene Prüfungen (Absatz 4) 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) Bei konkreten Hinweisen und Verdachtsmomenten (§ 20) führt die Kassenärztliche Vereinigung eine anlassbezogene Plausibilitätsprüfung durch.
- (5) Die Plausibilitätsprüfung bei geltend gemachten Kosten für Materialien, die gemäß Nr. 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes 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 ist zu beachten.

§ 8 Überprüfung des Umfangs der abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den Zeitaufwand

- (1) Für die Feststellung der Abrechnungsauffälligkeiten 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) Unabhängig vom Tätigkeitsort wird für alle unter der lebenslangen Arztnummer angeforderten Leistungen bei Vertragsärzten, -therapeuten, angestellten Ärzten und Therapeuten, bei ermächtigten Ärzten, bei ermächtigten Instituten und ermächtigten Krankenhäusern gleichrangig ein Tageszeitprofil und ein Quartalszeitprofil ermittelt.
- (3) 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, unverzüglich nach Bestellung durchzuführende dringende Besuche 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.

- (4) Beträgt bei Vertragsärzten und -therapeuten mit einem vollen Versorgungsauftrag bzw. bei in Vollzeit angestellten Ärzten 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. Ein reduzierter Umfang des Versorgungsauftrages bzw. des Tätigkeitsumfangs des angestellten Arztes bzw. Therapeuten ist anteilig zu berücksichtigen. Satz 1 gilt entsprechend 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.
- (5) Bei Tätigkeit in unterschiedlichem Status erfolgt die Prüfung jeweils für den entsprechenden Status nach Maßgabe der in den Absätzen 1 bis 4 geltenden Regelungen. Die Prüfergebnisse der unterschiedlichen Tätigkeiten sind zusammenzuführen.
- (6) Abweichend von Abs. 2 kann für Berufsausübungsgemeinschaften und Arztpraxen mit angestellten Ärzten/Therapeuten und medizinische Versorgungszentren die Obergrenze für das Tageszeit- bzw. Quartalszeitprofil nach Abs. 4 multipliziert werden mit der Anzahl der in der Arztpraxis tätigen Ärzte bzw. Therapeuten im Umfang ihrer Tätigkeit unabhängig vom Status.

§ 9

Erweiterte regelhafte Prüfungen

- (1) Ergänzend zu § 7 Abs. 2 kann sich die Prüfung der Zeitprofile für Ärzte/Therapeuten mit reduziertem Versorgungsauftrag bzw. reduziertem Tätigkeitsumfang auf mögliche Fälle unzulässiger Fallzahlmehrerung erstrecken.
- (1a) Eine Abrechnungsauffälligkeit ist zu vermuten, wenn in einer Arztpraxis in einer Arztgruppe der Anteil der Fälle mit Abrechnung der GOP 03008 und 04008 den Wert von 15 % überschreitet.
- (2) Die Kassenärztliche Vereinigung kann im regelhaften Prüfverfahren weitere Aufgreifkriterien anwenden, um die Plausibilität der Abrechnung zu prüfen.

§ 10

Plausibilitätsprüfung bei Patientenidentitäten

- (1) Die Abrechnungen von Ärzten können unplausibel sein, wenn bestimmte Grenzwerte des Anteils identischer Patienten überschritten worden sind. Die Prüfungen nach Absatz 2 und Absatz 3 können insbesondere stichprobenartig oder anlassbezogen erfolgen.
- (2) Eine Abrechnungsauffälligkeit ist zu vermuten, wenn die nachstehenden Grenzwerte zumindest bei einer der beteiligten Praxen überschritten werden:
 - 1. 20% Patientenidentität – auf die abrechnenden Praxen bezogen – bei fachgruppengleichen Praxen;
 - 2. 30% Patientenidentität – auf die abrechnenden Praxen bezogen – bei fachgruppenübergreifenden Praxen.
- (3) Die Prüfungen nach Absätzen 1 und 2 können als gemeinschaftliche Prüfung der Kassenärztlichen Vereinigung und der Vertragspartner nach § 106d Abs. 5 durchgeführt werden.

- (4) Bei festgestellten Auffälligkeiten in der gemeinschaftlichen Prüfung stellen die Krankenkassen die versichertenbezogenen Daten zur Verfügung, welche die Kassenärztliche Vereinigung zur Durchführung der Plausibilitätsprüfung benötigt. Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen beauftragen sich wechselseitig mit der Verarbeitung der notwendigen Daten auf der Grundlage der beiderseitigen Prüfungskompetenz des § 106d Abs. 1 SGB V.

§ 11

Plausibilitätsprüfung bei KV-bereichsübergreifender Berufsausübung, bei Ermächtigung gemäß § 24 Ärzte-ZV oder in einer Berufsausübungsgemeinschaft

- (1) In den Fällen einer KV-übergreifenden Berufsausübung erfolgt die Prüfung nach Maßgabe der folgenden Vorschriften. Eine KV-übergreifende Tätigkeit liegt vor, wenn der Arzt
1. gleichzeitig als Vertragsarzt mit zwei Teilzulassungen gemäß § 19a Ärzte-ZV oder als Vertragsarzt und gemäß § 24 Ärzte-ZV ermächtigter Arzt an einem weiteren Tätigkeitsort (Zweigpraxis) in Bereichen von mindestens zwei Kassenärztlichen Vereinigungen tätig ist; das gleiche gilt für ein medizinisches Versorgungszentrum, wenn es in Bereichen von mindestens zwei Kassenärztlichen Vereinigungen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt;
 2. als Beteiligter einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig ist, deren Vertragsarztsitze (Orte der Zulassung) in Bereichen von mindestens zwei Kassenärztlichen Vereinigungen gelegen sind (§ 33 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV);
 3. als Vertragsarzt an seinem Vertragsarztsitz und als Beteiligter einer Berufsausübungsgemeinschaft oder Teilberufsausübungsgemeinschaft (§ 33 Abs. 2 Satz 3 Ärzte-ZV) an einem weiteren Tätigkeitsort im Bereich einer weiteren Kassenärztlichen Vereinigung tätig ist;
 4. als zugelassener Vertragsarzt gleichzeitig als angestellter Arzt in einer Arztpraxis und/oder einem medizinischen Versorgungszentrum im Bereich einer weiteren Kassenärztlichen Vereinigung tätig ist;
 5. als angestellter Arzt in einer Arztpraxis und/oder einem medizinischen Versorgungszentrum in Bereichen von mindestens zwei Kassenärztlichen Vereinigungen tätig ist.
- (2) Für die nachstehenden Regelungen sind folgende Begriffsbestimmungen maßgeblich:
1. **Beteiligte Kassenärztliche Vereinigungen:**
Alle Kassenärztliche Vereinigungen einschließlich der in Nr. 2 genannten zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich Vertragsarztsitze einer Berufsausübungsgemeinschaft gelegen sind; beteiligte Kassenärztliche Vereinigungen sind auch die Kassenärztlichen Vereinigungen, in deren Bereichen derselbe Vertragsarzt an seinem Vertragsarztsitz und einem weiteren Tätigkeitsort mit Ermächtigungsstatus gemäß § 24 Ärzte-ZV

tätig ist; das gleiche gilt für entsprechende Tätigkeitsformen von medizinischen Versorgungszentren.

2. Zuständige Kassenärztliche Vereinigung:

Zuständige Kassenärztliche Vereinigung ist die Kassenärztliche Vereinigung, welche bei KV-übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften – auch Teilleistungsgemeinschaften – von der Berufsausübungsgemeinschaft für einen ihrer Vertragsarztsitze als Verwaltungs-Kassenärztliche Vereinigung gemäß § 33 Abs. 3 Satz 2 und 3 Ärzte-ZV gewählt worden ist (Hauptsitz-KV). Im Fall des § 11 Abs. 1 Nr. 1 ist zuständige Kassenärztliche Vereinigung die Kassenärztliche Vereinigung des Vertragsarztsitzes. In den Fällen des § 11 Abs. 1 Nrn. 4 und 5 verständigen sich die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen auf die zuständige Kassenärztliche Vereinigung.

- (3) Für das für die Prüfung anwendbare Recht und das Verfahren der sachlich-rechnerischen Berichtigung (Plausibilitätsprüfung) durch die Kassenärztliche Vereinigung gilt Folgendes: Die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen jeweils die sachlich-rechnerische Richtigkeit für ihren Bereich nach den für sie geltenden Vorschriften. Nach Erlass der unter Vorbehalt stehenden Honorarbescheide führen die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die Abrechnungsdaten zusammen. Die zuständige Kassenärztliche Vereinigung führt nach einem bundeseinheitlichen Maßstab eine zusammenfassende Prüfung gemäß § 106d SGB V durch. Ergibt diese Prüfung Veranlassung zu einer Überprüfung der abgerechneten vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Leistungen aller beteiligten Ärzte oder Psychotherapeuten, wirken die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung bei der Aufklärung des Sachverhaltes zusammen. Ergeben sich Unrichtigkeiten, heben die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, wenn und soweit erforderlich, für ihren Bereich die Vorbehaltsbescheide auf und erlassen nach eventuellen Korrekturen neue Honorarbescheide.
- (4) Ergänzend zu § 6 kann sich die Prüfung auf folgende Sachverhalte erstrecken:
1. mögliche Fälle unzulässiger Fallzahlmehrung
 2. Beachtung der für den Ort der Leistungserbringung geltenden Voraussetzungen zur Abrechnung genehmigungsbedürftiger ärztlicher Leistungen durch die beteiligten Ärzte (vgl. § 8 der „KV-übergreifende Berufsausübungs-Richtlinie“).

§ 12

Durchführung einer Plausibilitätsprüfung bei Abrechnungsauffälligkeiten

- (1) Ergeben die Plausibilitätsprüfungen nach §§ 8 bis 10 Abrechnungsauffälligkeiten, so führt die Kassenärztliche Vereinigung weitere Prüfungen durch.
- (2) Die weiteren Überprüfungen haben zum Ziel, mit Hilfe 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 können insbesondere berücksichtigt werden:
 - a. die Beschäftigung eines genehmigten Assistenten (differenziert nach Art des Assistenten),
 - b. Job-Sharing,
 - c. berechnete Vertreterfälle (§§ 32, 32a Ärzte-ZV) gemäß Muster 19 der Vordruckvereinbarung,
 - d. quartalsbezogene Pauschalen,
 - e. überdurchschnittliche Fallzahl, fachliche Spezialisierung etc.
 2. Bei einem erhöhten Anteil gemeinsamer Patienten können insbesondere berücksichtigt werden:
 - a. berechnete Vertreterfälle (§§ 32, 32a Ärzte-ZV) gemäß Muster 19 der Vordruckvereinbarung,
 - b. berechnete Überweisungen (§ 24 BMV-Ä),
 - c. Notfälle.
 3. Bei einem auffällig hohen Anteil der Fälle mit Abrechnung der GOP 03008 und 04008 können insbesondere berücksichtigt werden:
 - a. fachliche Spezialisierung,
 - b. Betreuung eines besonderen Patientenkontexts.

§ 13 Verfahren

- (1) Die Kassenärztliche Vereinigung regelt das Verfahren der Plausibilitätsprüfung und das Verfahren der Prüfung der sich aus der Plausibilitätsprüfung ergebenden Abrechnungsauffälligkeiten in einer Verfahrensordnung.
- (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:
 - a. Auffälligkeiten in der Abrechnung nach Maßgabe der Aufgreifkriterien,
 - b. vermutete Höhe einer erforderlichen Honorarberichtigung aus den festgestellten Auffälligkeiten und deren Berechnungsgrundlage, soweit bestimmbar,
 - c. festgestellte ordnungsgemäße Abrechnung bei zunächst vermuteter Unplausibilität,
 - d. Empfehlung zur persönlichen Anhörung,
 - e. 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 aufführen und Maßnahmen vorschlagen soll.

Im Übrigen enthält das Verfahren einen Stufenaufbau von der Ermittlung, über Beratung im Prüfungsgremium, 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 Ersatzkassen nach § 106d 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.

III. Die Prüfungen durch die Krankenkassen

§ 14 Gesetzlicher Auftrag

Die Prüfung der Abrechnung in der ärztlichen Versorgung auf Rechtmäßigkeit und Plausibilität durch die Krankenkassen erfolgt im Rahmen ihrer Zuständigkeit von Amts wegen.

§ 15 Zuständigkeit

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

§ 16 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.
- (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;
 4. die Feststellung, ob gleichzeitig ambulante / belegärztliche und stationäre Leistungen (insbesondere bei Notfallbehandlungen im Krankenhaus und anschließender stationärer Aufnahme) ungerechtfertigt abgerechnet worden sind.
- (3) Die Krankenkassen prüfen die über sie abgerechneten Sachkosten.
- (4) Soweit die Krankenkassen Verträge nach §§ 73b und 140a SGB V abgeschlossen haben, deren Vertragspartner nicht die Kassenärztlichen Vereinigungen sind, können Krankenkassen die zuständige Kassenärztliche Vereinigung über Art und Umfang der im Rahmen dieser Verträge abgerechneten Leistungen des jeweiligen Vertragsarztes informieren, damit die Prüfung durch die Kassenärztliche Vereinigung durch Berücksichtigung dieser Informationen zu einem validen Ergebnis gebracht werden kann. Entsprechendes gilt für Leistungen nach § 116b SGB V.

§ 17
Unplausibilitäten nach § 16 Abs. 1 Nr. 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 § 106a SGB V beantragen. Das gleiche 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.

§ 18

Information der Kassenärztlichen Vereinigung

- (1) Die Krankenkassen unterrichten die Kassenärztliche Vereinigung über die Durchführung der Prüfungen nach § 16 Abs. 1 und deren Ergebnisse, soweit sie Feststellungen über Fehlerhaftigkeit oder Unplausibilität enthalten.
- (2) Bevor sie Prüfergebnisse gegenüber Dritten verwerfen, geben sie der Kassenärztlichen Vereinigung Gelegenheit zur Stellungnahme.
- (3) Für die Unterrichtung über fehlerhafte Abrechnungen, die durch Prüfungen nach § 16 Abs. 1 Nr.1 festgestellt wurden, ist das elektronisch gestützte Regelwerk (Anlage 1) zu verwenden.
- (4) Für die Unterrichtung nach Abs. 3 gelten die folgenden Grundsätze:
 1. Eine Übermittlung der Prüfergebnisse erfolgt nur, wenn die zu korrigierenden Leistungen je Betriebsstättennummer, Quartal und Krankenkasse eine Bagatellgrenze in Höhe von 30 € je Datenübermittlung übersteigt.
 2. Der gegenseitige Datenaustausch erfolgt über sFTP-Server der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung.
 3. Die Fehlerhaftigkeit ist durch vollständige Eintragungen in das elektronisch gestützte Regelwerk darzustellen. Die Eintragungen müssen in Inhalt und Umfang geeignet sein, dass das Prüfergebnis ohne weitere Sachverhaltsermittlung der Kassenärztlichen Vereinigung in einen Bescheid umgesetzt werden kann.
 4. Soweit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachverhalte bekannt sind, die zu einer Rechtswidrigkeit des Bescheides führen können, kann die Kassenärztliche Vereinigung dies der Krankenkasse mitteilen. Die Krankenkasse kann hierzu innerhalb von 4 Wochen schriftlich Stellung nehmen. Vor einer Rückmeldung der Krankenkasse oder Fristablauf nach Satz 2 erfolgt keine Umsetzung.
 5. Bei der Korrespondenz ist das elektronisch gestützte Regelwerk zu verwenden. Soweit die Krankenkasse einen Dienstleister einsetzt, erteilt sie damit diesem gleichzeitig eine Empfangsbevollmächtigung für die Entgegennahme der Bescheide.
 6. Ein Prüfergebnis muss von einer Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber dem Arzt dann nicht umgesetzt werden, wenn Vertrauensschutzgesichtspunkte dem Erlass eines Bescheides entgegenstehen. Gleiches gilt in den Fällen, in denen eine Umsetzung des Prüfergebnisses zu einem offensichtlich rechtswidrigen Bescheid führen würde.
 7. Im Fall eines Gerichtsverfahrens sind Kosten des Verfahrens, die der Kassenärztlichen Vereinigung in der Kostengrundsatzentscheidung auferlegt worden sind, von der Krankenkasse zur Hälfte zu erstatten, wenn das Gericht das Prüfergebnis der Krankenkasse als rechtswidrig angesehen hat. Eigene Kosten der Kassenärztlichen Vereinigung sind nicht zu erstatten. Die Sätze 1 und 2 finden nur auf Rechtsstreitigkeiten Anwendung, die durch

rechtskräftige Urteile beendet wurden und bei denen die Krankenkasse zum Verfahren beigeladen war und ihr keine Kosten auferlegt wurden.

8. Die Datenübermittlung der Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen soll innerhalb von 13 Monaten nach Versand des Honorarbescheides erfolgen. Das Datum des Versands des Honorarbescheides wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung quartalsweise zusammen mit dem Rechnungsbrief an die Krankenkassen übermittelt. Bei unterschiedlichen Versanddaten ist das früheste Versanddatum zu übermitteln. Bei verspäteter Datenübermittlung ist seitens der Krankenkasse eine Begründung anzugeben.
- (5) Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln den Krankenkassen die Korrekturen durch elektronische Rückmeldung über das elektronisch gestützte Regelwerk. Dies gilt auch für Fälle des Abs. 4 Nr. 6. Eine Schriftform des Bescheides gegenüber der Krankenkasse ist nicht erforderlich.
- (6) Macht eine Krankenkasse geltend, dass der Vertragsarzt sie auf den Abrechnungsunterlagen fälschlicherweise als Kostenträger angegeben hat, so ist weitere Voraussetzung für die Umsetzung des Prüfergebnisses durch die Kassenärztliche Vereinigung, dass die Krankenkasse versichert, dass der zuständige Kostenträger durch eigene kasseninterne Ermittlungen nicht festgestellt werden kann.

Lag der Leistungserbringung eine eingelesene elektronische Gesundheitskarte zugrunde, erfolgt keine Umsetzung des Prüfergebnisses, wenn die Angabe des unzuständigen Kostenträgers nicht im Verantwortungsbereich des Vertragsarztes lag.

IV. Gemeinsame Vorschriften

§ 19 Antragsverfahren

- (1) Für das Antragsverfahren nach § 106d Abs. 4 Satz 1 SGB V gelten die nachfolgenden Grundsätze:
 1. Für die Antragstellung ist das elektronisch gestützte Regelwerk (Anlage 1) zu verwenden.
 2. Der gegenseitige Datenaustausch erfolgt über sFTP-Server der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung.
 3. Die Vorgaben der Anlage 1 sind zu beachten.
 4. Eine Prüfung erfolgt nur, wenn glaubhaft gemacht wird, dass die zu korrigierenden Leistungen je Betriebsstättennummer, Quartal und Krankenkasse eine Bagatellgrenze in Höhe von 30 € je Datenübermittlung übersteigen.
 5. Die Kassenärztlichen Vereinigungen bescheiden die Anträge durch Rückmeldung über das elektronisch gestützte Regelwerk. Eine Schriftform ist nicht erforderlich. Soweit die Krankenkasse einen Dienstleister einsetzt, erteilt sie damit diesem gleichzeitig eine Empfangsbevollmächtigung für die Entgegennahme der Bescheide.

6. Die Datenübermittlung der Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen soll innerhalb von 15 Monaten nach Versand des Honorarbescheides erfolgen. Das Datum des Versands des Honorarbescheides wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung quartalsweise zusammen mit dem Rechnungsbrief an die Krankenkassen übermittelt. Bei unterschiedlichen Versanddaten ist das früheste Versanddatum zu übermitteln. Bei verspäteter Datenübermittlung ist seitens der Krankenkasse eine Begründung anzugeben.
- (2) Das Nähere zur Umsetzung von § 106d Abs. 4 Sätze 1 und 2 können die Vertragspartner der Vereinbarungen gem. § 106d Abs. 5 SGB V regeln.

§ 20

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 Abrechnungsauffälligkeiten bestehen.
- (2) Hinweisen wird nachgegangen, wenn die Verdachtsmomente schriftlich oder persönlich vorgetragen werden. Die Landesverbände der Krankenkassen und die 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.

§ 21

Gemeinsame Bewertung von Prüfungsergebnissen

- (1) Zur Durchführung der gegenseitigen Unterrichtung und Abstimmung möglicher Maßnahmen (z. B. Hinweise, Beratungen, Berichtigungen, Disziplinarmaßnahmen, Anträge auf Wirtschaftlichkeitsprüfung) kann die Kassenärztliche Vereinigung mit ihren Vertragspartnern nach § 106d Abs. 5 SGB V eine

Gemeinsame Beratungskommission

„Abrechnungsprüfung“

bilden. Die Zusammensetzung regeln die Vertragspartner.

- (2) Der Kommission kann die Aufgabe übertragen werden, 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) Bei Einrichtung einer solchen Kommission können die Verträge nach § 106d Abs. 5 SGB V vorsehen, dass die Unterrichtungspflichten nach § 13 Abs. 3 und § 18 der Richtlinien durch Informationsaustausch in der Kommission ersetzt werden.

V. Inkrafttreten und Übergangsvorschriften

§ 22

Inkrafttreten und Übergangsvorschriften

- (1) Diese Richtlinien einschließlich der Anlage 1 treten zum 1. April 2018 in Kraft. Gleichzeitig treten die Richtlinien nach § 106a SGB V in der ab 1. Juli 2008 geltenden Fassung außer Kraft.
- (2) Die Richtlinien sind unabhängig vom Abrechnungsquartal auf die nach ihrem Inkrafttreten gestellten Prüfmitteilungen und -anträge der Krankenkassen anzuwenden. Die Anlage 1 ist – mit Ausnahme der Nr. 5 (Satzbeschreibung – Satzart ER106d) - unabhängig vom Abrechnungsquartal auf Prüfmitteilungen und -anträge der Krankenkassen ab dem 1. Januar 2019 anzuwenden; Anlage 1 Nr. 5 ist unabhängig vom Abrechnungsquartal auf Prüfmitteilungen und -anträge der Krankenkassen ab dem 1. Januar 2020 anzuwenden. Abweichend hiervon können Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen jeweils individuell vereinbaren, dass die Anlage 1 oder Teile davon bereits vor dem 1. Januar 2019 bzw. 1. Januar 2020 angewandt wird. Für vor dem Inkrafttreten der Richtlinien gestellte Prüfmitteilungen und –anträge gilt die bisherige Fassung der Richtlinien nach § 106a SGB V fort.
- (3) Abweichend von Absatz 1 ist § 8 auch auf solche Verfahren anzuwenden, die am 31. Dezember 2014 noch nicht rechtskräftig abgeschlossen waren. Die §§ 8 und 8a der Richtlinien nach § 106a SGB V in der ab 1. Juli 2008 geltenden Fassung finden auf diese Verfahren keine Anwendung.
- (4) Die Veröffentlichung der Richtlinien erfolgt durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den GKV-Spitzenverband.
- (5) Die Vereinbarungspartner sehen auch eine geeignete Veröffentlichung in ihren Internetauftritten vor.

§ 23

Kündigung

- (1) Diese Richtlinien können von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband mit einer Frist von sechs Monaten zum Jahresende, frühestens jedoch zum 31. Dezember 2019, gekündigt werden.
- (2) Im Fall einer Kündigung gelten die Regelungen dieser Richtlinie bis zum Inkrafttreten einer Neufassung vorläufig fort.

Protokollnotizen

1. Protokollnotiz zu § 3

Bis eine technisch automatisierte Zusetzung der Zuschläge für die von der Termin-Service-Stelle (TSS) vermittelten Fälle erfolgt, erfolgt die Plausibilisierung der extra-budgetären Vergütung der von der TSS vermittelten Fälle aus den Abrechnungsdaten je Arztpraxis (BSNR) mit Daten aus der TSS über den Abgleich der Anzahl der vermittelten Patienten einerseits und der abgerechneten Zuschläge andererseits. Das Ergebnis je Arztpraxis ist den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen von der Kassenärztlichen Vereinigung 5 Monate nach Quartalsende in der Satzart PLAUSTSS ab dem 3. Quartal 2019 zur Verfügung zu stellen. Die Umsetzung der Datenübermittlung ist in der Technischen Anlage zum Vertrag über den Datenaustausch (Anlage 6 BMV-Ä) geregelt.

2. Protokollnotiz zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 439. Sitzung Teil B, Nr. 1

Bei den folgenden TSVG-Konstellationen gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 439. Sitzung Teil B, Nr. 1

- Hausarzt-Vermittlungsfall beim Facharzt und
- TSS-Terminfall sowie
- TSS-Akutfall

ist bei der Prüfung gegebenenfalls zu berücksichtigen, dass die Vermittlung im Quartal vor der Behandlung stattgefunden haben kann.

3. Protokollnotiz zu §§ 18 Abs. 4 Nr. 8 und 19 Abs. 1 Nr. 6

a. Die Partner der Abrechnungsprüfungs-Richtlinien sind sich einig, dass die Fristregelungen dazu dienen, der Kassenärztlichen Vereinigung eine Bearbeitung innerhalb der zweijährigen Ausschlussfrist nach § 106d Abs. 5 Satz 3 SGB V zu ermöglichen. Die Nichteinhaltung der Frist darf nicht zu einem automatischen Ausschluss der Annahme der Lieferung führen. Sie gehen zudem davon aus, dass eine Fristüberschreitung bei der Datenübermittlung durch die Krankenkassen nicht der Regelfall ist. Der Ausnahmefall ist deshalb zu begründen.

b. Soweit die Ausschlussfrist nach § 106d Abs. 5 Satz 3 SGB V Quartale betrifft, deren Rechnungsbrief an die Krankenkassen vor Abschluss dieser Vereinbarung übermittelt wurde und daher die Übermittlung eines Versanddatums nicht erfolgte (vgl. §§ 18 Abs. 4 Nr. 8, Satz 2 und 3, 19 Abs. 1 Nr. 6, Satz 2 und 3), ist das Versanddatum den Krankenkassen zeitnah zur Verfügung zu stellen.