

Verfahrensordnung
über
den Inhalt und die Durchführung der Plausibilitätsprüfungen
gemäß § 106a Abs. 2 SGB V
i. d. F. vom 11. Mai 2011

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SACHSEN

Kurzinformation über wesentliche Änderungen der Verfahrensordnung durch die Vertreterversammlung der KV Sachsen am 11. Mai 2011

Änderungen zum 1. Juli 2011:

- Änderung in § 4 Absatz 3, Punkt b) und § 8:

Bezüglich der Berücksichtigung der Ärzte in Weiterbildung wurde in der regelhaften Plausibilitätsprüfung (§ 4 Abs. 3, Punkt b)) der bisherige Faktor von 0,3 auf 0 abgesenkt.

Zukünftig wird die Festlegung des Faktors für Ärzte in Weiterbildung im Rahmen der ergänzenden Plausibilitätsprüfung in Abhängigkeit von der insgesamt bereits abgeleiteten Weiterbildungszeit erfolgen, weshalb der Arzt in Weiterbildung als zusätzlicher Anstrich in § 8 übernommen wurde.

- Änderungen in § 10:

Im teilweise neu formulierten § 10 „Plausibilitätsausschüsse“ wird nun getrennt zwischen der Berufung der Mitglieder des Plausibilitätsausschusses und der Beschlussfähigkeit des Plausibilitätsausschusses. Neu ist dabei die Formulierung, dass in der Regel 12 Ärzte in den Plausibilitätsausschuss zu berufen sind, wobei Ärzte als Synonym auch für Psychotherapeuten steht (siehe § 1 Abs. 1 der Verfahrensordnung), sowie dass Sachverständige berufen werden können. Auf eine explizite Vertreterregelung wird dabei verzichtet, ebenso auf eine Berufung von Mitarbeitern aus der Verwaltung, was in den letzten Amtszeiten ohnehin nicht erfolgte. Bezüglich der Beschlussfähigkeit gilt die alte Regelung fort.

- Änderung in § 11:

Im § 11 „Verfahren vor dem Plausibilitätsausschuss“ wurde klargestellt, dass sich die Einziehung der Regresssumme auf 10% des Umsatzes der betroffenen Praxis bzw. Berufsausübungsgemeinschaft bezieht.

- Änderungen in der Anlage 1:

Die Anlage 1 der Verfahrensordnung wird aufgrund neuer oder geänderter regionaler Verträge bzw. Vereinbarungen um neue Leistungen erweitert. Weiterhin wird die Anlage 1 aufgrund von Änderungen im EBM bzw. in regionalen Verträgen bzw. Vereinbarungen redaktionell angepasst. Abrechnungsnummern von beendeten regionalen Verträgen bzw. Vereinbarungen wurden aus der Anlage 1 entfernt.

Präambel

Der Inhalt der „Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungsprüfungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils gültigen Fassung ist Bestandteil dieser Verfahrensordnung.

§ 1

Anwendungsbereich

- (1) Die Bestimmungen dieser Verfahrensordnung 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 Abs. 2 SGB V und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen). Soweit sich die nachfolgenden Bestimmungen auf Ärzte und ärztliche Leistungen beziehen, schließen sie auch Psychotherapeuten und psychotherapeutische Leistungen bzw. Leistungen der oben genannten Einrichtungen ein.
 - (1a) Soweit in den nachstehenden Bestimmungen dieser Verfahrensordnung 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 Arztnummer abgerechnet werden (sog. Arztbezug).
- (2) Die Bestimmungen dieser Verfahrensordnung finden keine Anwendung auf die Prüfung der Abrechnungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Einrichtungen, deren Leistungen unmittelbar von den Krankenkassen vergütet werden (§ 120 Abs. 2 Satz 1 SGB V: Hochschulambulanzen, psychiatrische Institutsambulanzen und Sozialpädiatrische Zentren; § 117 Abs. 2 SGB V: Hochschulambulanzen an psychologischen Universitätsinstituten und Ambulanzen an Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG). Vertragliche Regelungen zur Abrechnung und Prüfung durch die KV Sachsen bleiben unberührt.
- (3) Absatz 2 gilt auch insoweit, als ärztliche Leistungen auf der Grundlage von Einzelverträgen nach Maßgabe der §§ 73b und 73c sowie 140a ff. 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.
- (4) Sofern der Vertragsarzt an verschiedenen Betriebsstätten und/oder Nebenbetriebsstätten tätig ist, wird für die Beurteilung der Abrechnung 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 Abrechnung der anstellenden Arztpraxis bzw. des Medizinischen Versorgungszentrums vorzunehmen.

§ 2

Plausibilitätsprüfung, sachlich-rechnerische Richtigstellung und Wirtschaftlichkeitsprüfung

- (1) Aufgrund einer Plausibilitätsprüfung kann die rechtliche Fehlerhaftigkeit ärztlicher Abrechnungen vermutet werden. Anhaltspunkte für eine solche Vermutung sind Abrechnungsauffälligkeiten. Abrechnungsauffälligkeiten sind durch die Anwendung der in dieser Verfahrensordnung definierten Aufgreifkriterien mit sonstigen Erkenntnissen aus Art und Menge der abgerechneten ärztlichen Leistungen zu gewinnende Indizien, welche es wahrscheinlich machen, dass eine fehlerhafte Leistungserbringung i. S. des Absatzes 2 zugrunde liegt.
- (2) Eine sachlich-rechnerische Richtigstellung (also eine Richtigstellung der ärztlichen Abrechnung aufgrund von Verstößen gegen gesetzliche, vertragliche oder satzungsrechtliche Bestimmungen) erfolgt, wenn die KV Sachsen aufgrund der Plausibilitätsprüfung allein oder in Verbindung mit weiteren Feststellungen zu dem Ergebnis kommt, dass die Leistungen rechtlich nicht ordnungsgemäß abgerechnet worden sind.

Eine nicht ordnungsgemäße Abrechnung liegt insbesondere dann vor, wenn die abgerechnete Leistung überhaupt nicht, nicht in vollem Umfang, ohne die zur Leistungserbringung erforderliche spezielle Genehmigung, unter Überschreitung des Fachgebiets oder den weiteren in § 6 Abs. 2 der „Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbandes zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungsprüfungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen“ genannten Fällen erbracht worden ist. Eine nicht ordnungsgemäße Abrechnung liegt insbesondere in folgenden Fällen vor:

- Fehlende Berechtigung zur Leistungsabrechnung,
 - Abrechnung nicht oder nicht vollständig erbrachter Leistungen,
 - Abrechnung von Leistungen unter Verstoß gegen das Gebot der persönlichen Leistungserbringung,
 - Ansatz der falschen Gebührenordnungsnummer,
 - Nichtbeachtung der vertraglich vereinbarten Abrechnungsbestimmungen,
 - Abrechnung fachfremder Leistungen,
 - Fehlen der fachlichen und apparativen Voraussetzungen (einheitliche Qualifikationserfordernisse),
 - Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen, wenn die Leistungserbringung die erfolgreiche Teilnahme an Maßnahmen der Qualitätssicherung voraussetzt,
 - Nichteinhaltung des Überweisungsauftrags zur Auftragsleistung,
 - Fehlende ICD- und/oder OPS-Kodierung.
- (3) Die Plausibilitätsprüfung und das Verfahren der sachlich-rechnerischen Richtigstellung erstrecken sich nicht auf die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung. Erbringt die Plausibilitätsprüfung einen Anhaltspunkt dafür, dass der Arzt die Leistungen in einem unwirtschaftlichen Ausmaß erbracht hat, veranlasst der Plausibilitätsausschuss gemäß § 11 dieser Verfahrensordnung die Einleitung eines Verfahrens der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V.

§ 3 Plausibilitätsprüfungen

Plausibilitätsprüfungen werden als

- regelhafte Plausibilitätsprüfungen nach § 4,
- Stichprobenprüfungen nach den §§ 5 und 6,
- anlassbezogene Prüfungen aufgrund konkreter Hinweise und Verdachtsmomente nach § 7 durchgeführt.

Die Plausibilitätsprüfung nach dem § 4 wird je Quartal durchgeführt. Die Plausibilitätsprüfungen nach den §§ 5 und 6 werden auf Beschluss des Vorstandes durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Prüfungen sind zu dokumentieren.

§ 3a Plausibilitätsprüfung bei KV-übergreifender Berufsausübung

Die zuständige Kassenärztliche Vereinigung führt nach einem bundeseinheitlichen Maßstab eine zusammenfassende Prüfung gemäß § 106a 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.

§ 4 Regelhafte Plausibilitätsprüfungen

- (1) Die regelhafte Plausibilitätsprüfung erstreckt sich auf die Feststellung von Abrechnungsauffälligkeiten durch Überprüfung des Umfangs der abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand (Prüfung nach Zeitprofilen). In die Prüfung werden weiterhin Prüfzeiten für Leistungen, welche über gesonderte vertragliche Regelungen außerhalb des EBM vereinbart sind, einbezogen. Über die Prüfzeiten dieser Leistungen wird die KV Sachsen vor Einbeziehung in die Prüfung informieren. Die Prüfzeiten für Leistungen der gesonderten vertraglichen Regelungen sind in Anlage 1 festgesetzt, soweit deren Leistungsinhalte von den Leistungsbeschreibungen des EBM abweichen. Die Prüfzeiten für Leistungen von gesondert vereinbarten vertraglichen Regelungen, deren Leistungsinhalte mit denen des EBM identisch sind, richten sich nach Anhang 3 des EBM.

Für die Prüfung sind die im Anhang 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in der jeweils gültigen Fassung sowie die in Anlage 1 aufgeführten Prüfzeiten für die ärztlichen Leistungen zu Grunde zu legen.

Hierbei gelten folgende Maßgaben:

Es wird gleichrangig ein Tageszeitprofil und ein Quartalszeitprofil ermittelt.

Die Ermittlung dieser Zeitprofile erfolgt auf Basis der abgerechneten und auf Übereinstimmung mit den Bestimmungen des EBM geprüften Daten der GKV unter Einbeziehung von Sonderkostenträgern, dabei bleiben folgende Leistungen außer Betracht:

- Leistungen im organisierten kassenärztlichen Bereitschaftsdienst, die auf Muster 19 der Vordruckvereinbarung abgerechnet werden,
 - Leistungen, die laut Anhang 3 zum EBM sowie laut Anlage 1 keine Prüfzeit beinhalten
(u. a. die unvorhergesehene Inanspruchnahme des Vertragsarztes außerhalb der Sprechstundenzeiten und bei Unterbrechung der Sprechstunde mit Verlassen der Praxis, unverzüglich nach Bestellung durchzuführende dringende Besuche sowie bei Belegärzten die Visiten),
 - Leistungen, die laut Anhang 3 zum EBM sowie laut Anlage 1 für die Anwendung von Tageszeitprofilen als nicht geeignet gekennzeichnet sind.
- (2) Als abrechnungsauffällig, mit der Folge der Einleitung der ergänzenden Plausibilitätsprüfung, gelten folgende Resultate:
- a) Vertragsärzte und -therapeuten
 - Tageszeitprofil: arbeitstägliche Zeit an mindestens drei Tagen im Quartal mehr als 12 Stunden
 - Quartalszeitprofil: mehr als 780 Stunden
 - Bei hälftigem Versorgungsauftrag oder hälftigem Ruhen eines vollen Versorgungsauftrages wird die Auffälligkeitsgrenze für das Quartalszeitprofil halbiert.
 - b) Ermächtigte Ärzte
 - Tageszeitprofil: arbeitstägliche Zeit an mindestens drei Tagen im Quartal mehr als 12 Stunden
 - Quartalszeitprofil: mehr als 156 Stunden
 - c) Ermächtigte Krankenhausärzte, die aufgrund von akutem Sicherstellungsbedarf eine Ermächtigung erhalten haben, die dem Umfang eines niedergelassenen Arztes entspricht
 - Tageszeitprofil: arbeitstägliche Zeit an mindestens drei Tagen im Quartal mehr als 12 Stunden
 - Quartalszeitprofil: mehr als 780 Stunden
 - d) Leistungserbringer mit Sonderstatus, die eine Ermächtigung im Rahmen einer Vollzeitbeschäftigung erhalten haben
 - Tageszeitprofil: arbeitstägliche Zeit an mindestens drei Tagen im Quartal mehr als 12 Stunden
 - Quartalszeitprofil: mehr als 780 Stunden
 - e) KfH Dialysezentren, je Arzt mit Versorgungsauftrag
 - Tageszeitprofil: arbeitstägliche Zeit an mindestens drei Tagen im Quartal mehr als 12 Stunden
 - Quartalszeitprofil: mehr als 780 Stunden

- f) Notfallambulanzen
- Tageszeitprofil: arbeitstägliche Zeit an mindestens drei Tagen im Quartal mehr als 24 Stunden
- Quartalszeitprofil: 2.208 Stunden (92 Arbeitstage x 24 Stunden)
- (3) Für Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten oder Assistenten gelten folgende Regelungen:
- a) Für fachgruppengleiche Berufsausübungsgemeinschaften und Arztpraxen mit angestellten Ärzten sowie fachgruppenübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinische Versorgungszentren gilt Absatz 2 Punkt a) entsprechend, wobei die Obergrenze für das Tageszeit- bzw. Quartalszeitprofil multipliziert wird mit der Anzahl der in der Arztpraxis tätigen Vertragsärzte oder angestellten Ärzte im Umfang ihrer Tätigkeit.
- b) Assistenten werden hinsichtlich des Umfangs ihrer Tätigkeit wie folgt berücksichtigt:
- Ärzte in Weiterbildung Faktor 0
 - Sicherstellungsassistenten Faktor 0
 - Entlastungsassistenten Faktor 0
- (4) Bei Tätigkeit an mehreren Betriebsstätten/Nebenbetriebsstätten im selben Status erfolgt die Prüfung auf der Grundlage der Prüfzeiten nach Absatz 2 in der Zusammenfassung aller Betriebsstätten/Nebenbetriebsstätten. Bei Tätigkeit an mehreren Betriebsstätten in unterschiedlichem Status erfolgt die Prüfung jeweils für den entsprechenden Status nach Maßgabe der dafür geltenden Regelungen. Die Prüfungsergebnisse der unterschiedlichen Tätigkeiten sind zusammenzuführen.
- (5) Bei Teilzulassung nach § 19a Ärzte-ZV wird für die Tätigkeit des Vertragsarztes ein Quartalsprofil, für das die Zeiten nach Absatz 2 Punkt a) halbiert werden und ein Tagesprofil in Höhe von 12 Stunden, gebildet. Erfolgt neben der Vertragsarztstätigkeit noch eine weitere Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung in einem anderen Status als angestellter Arzt in einer Arztpraxis oder einem Medizinischem Versorgungszentrum, unterliegt die dortige Tätigkeit einer gesonderten Prüfung entsprechend den für die Arztpraxis oder das Medizinische Versorgungszentrum geltenden Regelungen. Die Prüfungsergebnisse der unterschiedlichen Tätigkeiten sind zusammenzuführen.

§ 5 Stichprobenprüfung

Auf Beschluss des Vorstandes werden Stichprobenprüfungen durchgeführt, die mindestens zwei vom Hundert der abrechnenden Ärzte umfassen.

Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen bestimmt vor der Stichprobenprüfung deren Zielrichtung und Zielgruppen sowie die Aufgreifkriterien.

§ 6 Stichprobenprüfungen bei Praxisgemeinschaften

Praxisgemeinschaften werden durch Stichprobenprüfungen überprüft, die zwei v. H. der abrechnenden Praxisgemeinschaften umfassen.

Als abrechnungsauffällig, mit der Folge der Einleitung der ergänzenden Plausibilitätsprüfung, gelten folgende Resultate:

- 20 % Patientenidentität – auf die abrechnenden Praxen bezogen – bei versorgungsbereichsidentischen Praxen,
- 30 % Patientenidentität – auf die abrechnenden Praxen bezogen – bei versorgungsbereichsübergreifenden Praxen.

§ 7 Anlassbezogene Plausibilitätsprüfungen aufgrund konkreter Hinweise und Verdachtsmomente

Außerhalb der regulären Prüfungen wird eine Abrechnung überprüft, wenn ausreichende und konkrete Hinweise auf Abrechnungsauffälligkeiten bestehen. Hinweisen wird nachgegangen, wenn die Verdachtsmomente schriftlich vorgetragen werden.

§ 8 Ergänzende Plausibilitätsprüfung

Ergeben die Plausibilitätsprüfungen gemäß den §§ 4 bis 7 Abrechnungsauffälligkeiten - im Hinblick auf die Prüfung nach § 4 unter Berücksichtigung des in den neuen Bundesländern geringeren Anteils von Privatversicherten -, wird die ergänzende Plausibilitätsprüfung durchgeführt. Diese hat das Ziel, mithilfe ergänzender Tatsachenfeststellungen und Bewertungen festzustellen, ob gegen die rechtliche Ordnungsmäßigkeit der Leistungsabrechnung verstoßen worden ist.

Im Rahmen dieser Prüfung berücksichtigt die KV Sachsen insbesondere die folgenden Feststellungen und Umstände:

- Fälle im Rahmen des organisierten kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes gemäß Muster 19 der Vordruckvereinbarung,
- Vertreterfälle gemäß Muster 19 der Vordruckvereinbarung,
- den Anteil nicht zeitbewerteter Leistungen,
- Überweisungsverhalten,
- Sachkostenprüfung,
- Ärzte in Weiterbildung (nur für die Dauer der Mindest-Weiterbildungszeit).

Die Ergebnisse der ergänzenden Plausibilitätsprüfung sind zu dokumentieren, soweit eine ordnungsgemäße Abrechnung bei zunächst vermuteter Unplausibilität festgestellt wurde. Näheres wird in Durchführungsvorschriften geregelt.

Bleiben Abrechnungen auch nach Durchführung der Ergänzenden Plausibilitätsprüfung gemäß § 8 auffällig, so wird die weitere Prüfung an den Plausibilitätsausschuss gemäß § 11 abgegeben.

§ 9

Durchführung der Plausibilitätsprüfung

Zuständig für die Durchführung der Prüfungen nach den §§ 4 bis 8 sind die Bezirksgeschäftsstellen. Diese stellen die nötigen Ermittlungen an, stellen die Prüfunterlagen zusammen und übergeben diese mit einem Entscheidungsvorschlag an den jeweiligen Plausibilitätsausschuss.

Die Prüfunterlagen beinhalten insbesondere:

- Auffälligkeiten in der Abrechnung nach Maßgabe der Aufgreifkriterien,
- Vermutete Höhe einer erforderlichen Honorarberichtigung aus den festgestellten Auffälligkeiten und deren Berechnungsgrundlage, soweit bestimmbar,
- Empfehlung zur persönlichen Anhörung,
- Beteiligte an der Vorprüfung und zugezogene Unterlagen.

Näheres wird in Durchführungsvorschriften geregelt.

§ 10

Plausibilitätsausschüsse

Zuständig für die Feststellung von Abrechnungsverstößen, der Höhe des Schadens und die Anordnung der sachlich-rechnerischen Richtigstellung ist der Plausibilitätsausschuss.

Zur Durchführung seiner Aufgaben wird bei den Bezirksgeschäftsstellen je ein Plausibilitätsausschuss gebildet. Auf Vorschlag durch die Regionalausschüsse der Bezirksgeschäftsstellen erfolgt die Berufung durch den Vorstand. In der Regel werden 12 Ärzte als Mitglieder je Plausibilitätsausschuss berufen. Weiterhin können Sachverständige zur Unterstützung des Plausibilitätsausschusses berufen werden.

Die Mitglieder sowie die Sachverständigen des Plausibilitätsausschusses sind zu strikter Verschwiegenheit verpflichtet.

Der Plausibilitätsausschuss wählt einen Vorsitzenden und einen stellvertretenden Vorsitzenden für eine Amtsperiode.

Der Plausibilitätsausschuss ist nur beschlussfähig, wenn der Vorsitzende oder der stellvertretende Vorsitzende und mindestens zwei Mitglieder anwesend sind und kein anwesendes Mitglied nach § 13 befangen ist. Weiterhin muss mindestens ein Mitglied das Fachgebiet des zu prüfenden Arztes vertreten. Ist kein Arzt aus dem Fachgebiet des zu prüfenden Arztes als Mitglied des Plausibilitätsausschusses verfügbar, so ist der Plausibilitätsausschuss auch dann beschlussfähig, wenn ein Sachverständiger, der das Fachgebiet des zu prüfenden Arztes vertritt, schriftlich oder mündlich angehört wurde. Der Plausibilitätsausschuss entscheidet mit einfacher Stimmenmehrheit.

Der Vorsitzende oder bei dessen Verhinderung der stellvertretende Vorsitzende legt die Sitzungstermine des Plausibilitätsausschusses fest. Den betreffenden Ausschussmitgliedern werden die Prüfunterlagen spätestens zwei Wochen vor dem Sitzungstermin zugestellt.

Der Vorsitzende oder bei dessen Verhinderung der stellvertretende Vorsitzende kann weitere Ermittlungen im Rahmen der ergänzenden Plausibilitätsprüfung anordnen.

Die Mitglieder des Plausibilitätsausschusses haben Anspruch auf Entschädigung nach der Reisekosten- und Sitzungsgeldregelung für ehrenamtlich tätige Ärzte der KV Sachsen.

Die Amtszeit der Mitglieder der Plausibilitätsausschüsse richtet sich nach der Amtszeit der Organe der KV Sachsen.

§ 11

Verfahren vor dem Plausibilitätsausschuss

Vor der Entscheidung des Plausibilitätsausschusses ist der betroffene Arzt anzuhören. Das Verfahren der Anhörung wird in der Regel schriftlich durchgeführt. Der betroffene Arzt ist über den wesentlichen Inhalt der erhobenen Vorwürfe schriftlich zu informieren und ein Zeitraum von einem Monat für die schriftliche Stellungnahme einzuräumen. Der Plausibilitätsausschuss kann nach Ablauf dieser Frist auch ohne erfolgte Stellungnahme des betroffenen Arztes entscheiden.

Der Vorsitzende oder bei dessen Verhinderung der stellvertretende Vorsitzende des Plausibilitätsausschusses kann die mündliche Anhörung anordnen. An einer mündlichen Anhörung ist mindestens ein Mitglied des Plausibilitätsausschusses oder ein Sachverständiger, welcher das Fachgebiet des zu prüfenden Arztes vertritt, beteiligt. Im Falle der mündlichen Anhörung ist ein Gesprächsprotokoll anzufertigen.

Kommt der Plausibilitätsausschuss zu der Entscheidung, dass keine Verstöße gegen die rechtliche Ordnungsmäßigkeit der Leistungserbringung vorliegen oder bestehen begründete Zweifel an einem solchen Verstoß, so wird das Verfahren eingestellt. Der Einstellungsbeschluss ist dem betroffenen Arzt zu übermitteln.

Kommt der Plausibilitätsausschuss zur Entscheidung, dass ein Verstoß gegen die rechtliche Ordnungsmäßigkeit der Abrechnung vorliegt, ermittelt der Plausibilitätsausschuss – unter Berücksichtigung von Leistungsbegrenzungen aufgrund von HVM-Regelungen – die Schadenshöhe und ordnet ggf. die sachlich-rechnerische Richtigstellung der Abrechnung des betroffenen Arztes, unter Aufhebung/Änderung des Honorarbescheides des betreffenden Prüfquartals, in einem Prüfbescheid an. Im Prüfbescheid wird der Schadensbetrag ausgewiesen und begründet.

Die Regresssumme wird vollständig eingezogen; hierbei ist die Einziehung der Regresssumme auf 10 % des Umsatzes der betroffenen Praxis bzw. Berufsausübungsgemeinschaft pro Quartal beschränkt und wird bis zur Einziehung der vollständigen Regresssumme in mehreren Quartalen durchgeführt.

Die Beschlüsse des Plausibilitätsausschusses nebst den wesentlichen Entscheidungsgründen werden protokolliert.

Der Widerspruch des Arztes gegen den Prüfbescheid wird vom Vorstand entschieden. In diesem Fall werden die Prüffakten vom Plausibilitätsausschuss an den Vorstand übermittelt. Bis zum Abschluss des Widerspruchsverfahrens ist die sofortige Vollziehung des Kürzungsbetrages gegenüber dem Vertragsarzt ausgesetzt.

Der Plausibilitätsausschuss kann dem Vorstand weitere einzuleitende Maßnahmen vorschlagen.

§ 12

Information der Krankenkassen und Prüfungsgremien nach § 106 SGB V

Die KV Sachsen unterrichtet die Landesverbände und -vertretungen sächsischer Krankenkassen und die Prüfungsgremien nach § 106 SGB V über die Durchführung von Prüfungen und deren

Ergebnisse, soweit sie Fälle festgestellter Unplausibilität und daraus erfolgter sachlich-rechnerischer Berichtigung betreffen.

Die KV Sachsen unterrichtet gegebenenfalls auch über weitere Maßnahmen, die ergriffen worden sind.

§ 13

Ausschluss und Ablehnung von Mitgliedern

- (1) Für den Ausschluss von Mitgliedern des Plausibilitätsausschusses gelten die Ausschlussgründe des § 16 SGB X.
- (2) Ein Mitglied des Plausibilitätsausschusses kann wegen Besorgnis der Befangenheit abgelehnt werden. Über den Ablehnungsantrag entscheidet das jeweilige Gremium endgültig.
- (3) Ist der zuständige Plausibilitätsausschuss aufgrund der Befangenheit des Vorsitzenden und des stellvertretenden Vorsitzenden nicht beschlussfähig, dann entscheidet der Vorstand über die Abgabe des Verfahrens an einen anderen Plausibilitätsausschuss im Bereich der KV Sachsen.
Kann ein Verfahren vor dem Plausibilitätsausschuss aufgrund von Befangenheit nicht zu Ende geführt werden, entscheidet der Vorstand in diesem Verfahren.

§ 14

Übergangsregelung

Die den Zeitraum vor dem 1. April 2005 betreffenden Verfahren werden auf der Grundlage der Verfahrensordnung vom 4. Oktober 2001 entschieden. Die den Zeitraum vom 1. April bis 30. Juni 2005 betreffenden Verfahren werden auf der Grundlage der Verfahrensordnung vom 21. März 2005 entschieden. Die den Zeitraum ab 1. Juli 2005 betreffenden Verfahren werden auf der Grundlage der ab diesem Zeitraum geltenden Verfahrensordnung in der jeweils gültigen Fassung entschieden.

§ 15

In-Kraft-Treten

Die Erweiterungen der Anlage 1 treten zum 1. Juli 2011 in Kraft; § 3a tritt nach Bekanntgabe des dort genannten bundeseinheitlichen Maßstabes in Kraft; im Übrigen tritt diese Verfahrensordnung am 1. Juli 2011 in Kraft und ersetzt die Verfahrensordnung vom 23. Oktober 2010.