

Verfahrensordnung
über
den Inhalt und die Durchführung der Plausibilitätsprüfungen
gemäß § 106a Abs. 2 SGB V
i. d. F. vom 26. November 2008

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SACHSEN

Kurzinformation über wesentliche Änderungen der Verfahrensordnung durch die Vertreterversammlung der KV Sachsen am 26. November 2008

1. Änderungen zum 1. Januar 2008:

- Änderung, Streichung und Neuaufnahme von Leistungen in der Anlage 1:

Die Anlage 1 der Verfahrensordnung wird um Impfleistungen gemäß Schutzimpfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss sowie nach den regionalen Impfvereinbarungen erweitert. Weiterhin wird die Anlage 1 aufgrund der Änderungen des EBM zum 1. Januar 2008 zum Teil bei den Prüfzeiten und redaktionell angepasst. Bei folgenden Leistungen werden die Prüfzeiten geändert: Nrn. 92100C, 99170, 99190Q und 99320C.

2. Änderungen zum 3. März 2008:

- In § 11 wird nach Satz 14 ein neuer Satz 15 eingefügt:

Aufgrund der Komplexität der Verfahren und des daraus resultierenden zeitlichen Versatzes zwischen der Bescheiderteilung des Plausibilitätsausschusses und der Entscheidung des Vorstandes im Widerspruchsverfahren sowie ggf. abweichender Entscheidungen der beiden Instanzen wird der aus dem Verfahren resultierende Kürzungsbetrag erst nach Abschluss des Widerspruchsverfahrens eingezogen.

3. Änderungen zum 1. Juli 2008:

- Änderungen in Präambel, § 1 Abs. 3 Satz 1, § 2 Abs. 2 Satz 2, § 4 Abs. 1 Satz 8, § 4 Abs. 3, § 6 und § 10 Satz 4,

- Neuaufnahme eines § 3a sowie eines Abs. 4 und Abs. 5 in § 4:

Bei den Änderungen handelt es sich um redaktionelle und inhaltliche Anpassungen resultierend aus den geänderten „Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungsprüfungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbandes. Diese betreffen in erster Linie die Vorgaben aus der Umsetzung des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes.

- Änderungen in § 3:

Aussetzung des stringenten Quartalsbezugs der Stichprobenprüfung. Bei klar definierten Kriterien kann auch nach diesen Änderungen, auf Beschluss des Vorstandes, eine oder mehrere Stichprobenprüfungen durchgeführt werden.

- In § 10 wird nach Satz 5 ein neuer Satz 6 eingefügt:

Diese Änderung ist in erster Linie der Tatsache geschuldet, dass insbesondere in Prüfverfahren gegen Ärzte aus kleinen Fachgruppen Schwierigkeiten dahingehend auftreten, einen entsprechenden Vertragsarzt aus dieser Fachgruppe in den Plausibilitätsausschuss zu berufen.

- Neuaufnahme von Leistungen in der Anlage 1:

Die Anlage 1 der Verfahrensordnung wird aufgrund neuer oder geänderter regionaler Vereinbarungen um neue Leistungen erweitert. Im Einzelnen handelt es sich um folgende Verträge bzw. Vereinbarungen: Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung, Verträge über die besondere ambulante ärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen, Übergangsvereinbarungen zur Vergütung der intravitrealen Injektion mit Lucentis und Macugen (IVI), Onkologievereinbarung mit der AOK Plus, Diabetesvereinbarung Sachsen, Verträge zum Hautscreening, DMP Diabetes mellitus Typ 2, DMP Diabetes mellitus Typ 1, DMP Koronare Herzkrankheit, DMP Asthma bronchiale, DMP Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen.

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 psychotherapeutischen Leistungen bzw. Leistungen der oben genannten Einrichtungen ein.
- (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.

§ 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

Regelmäßige Plausibilitätsprüfungen

- (1) Die regelmäßige 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 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 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 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 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 einer niedergelassenen Praxis 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:
 - Weiterbildungsassistenten Faktor 0,3 (nur für die Dauer der Mindest-Weiterbildungszeit)
 - 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

Die Ergebnisse der ergänzenden Plausibilitätsprüfung sind zu dokumentieren, soweit eine ordnungsgemäße Abrechnung bei zunächst vermuteter Unplausibilität festgestellt wurde. Die Dokumentationen sind der Landesgeschäftsstelle der KV Sachsen je Quartal zu übermitteln. 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.

Der Plausibilitätsausschuss besteht aus drei Mitgliedern, mindestens aus zwei Vertragsärzten, wobei mindestens einer der Vertragsärzte das Fachgebiet des zu prüfenden Arztes vertritt. Stellvertreter sind in ausreichender Zahl zu benennen. Ist kein Vertragsarzt aus dem Fachgebiet des zu prüfenden Arztes als Mitglied des Plausibilitätsausschusses berufen, so ist der Plausibilitätsausschuss auch dann beschlussfähig, wenn ein Sachverständiger, der das Fachgebiet des zu prüfenden Arztes vertritt, hinzugezogen wird. Die Mitglieder des Plausibilitätsausschusses sind zu strikter Verschwiegenheit verpflichtet.

Der Plausibilitätsausschuss wählt einen Vorsitzenden für eine Amtsperiode.

Der Ausschuss ist nur beschlussfähig, wenn der Vorsitzende und zwei Mitglieder anwesend sind. Der Ausschuss entscheidet mit einfacher Stimmenmehrheit.

Der Vorsitzende legt die Sitzungstermine des Plausibilitätsausschusses fest. Den betreffenden Ausschussmitgliedern werden die Prüfunterlagen spätestens zwei Wochen vor dem Sitzungstermin zugestellt.

Der Vorsitzende kann weitere Ermittlungen im Rahmen der ergänzenden Plausibilitätsprüfung anordnen.

Die Mitglieder des Plausibilitätsausschusses haben Anspruch auf Entschädigung nach den Grundsätzen 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 des Arztes einzuräumen. Der Ausschuss kann nach Ablauf dieser Frist auch ohne erfolgte Stellungnahme des betroffenen Arztes entscheiden.

Der Vorsitzende des Plausibilitätsausschusses kann die mündliche Anhörung anordnen. 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 Ausschuss – 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 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 Ausschuss 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

Für den Ausschluss von Mitgliedern des Plausibilitätsausschusses gelten die Ausschlussgründe des § 16 SGB X.

Ein Mitglied des Plausibilitätsausschusses kann wegen Besorgnis der Befangenheit abgelehnt werden. Über den Ablehnungsantrag entscheidet das jeweilige Gremium endgültig.

§ 14

Übergangsregelung

Die auf der Grundlage der Verfahrensordnung vom 4. Oktober 2001 errichteten Plausibilitätsausschüsse bleiben bis zum dort vorgesehenen Ende der Amtszeit am 31. Dezember 2005 im Amt. In Folge werden die Mitglieder der Plausibilitätsausschüsse gemäß § 10 berufen.

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

§ 11 Satz 15 tritt rückwirkend zum 3. März 2008 in Kraft; die Änderungen in der Anlage 1 sowie Erweiterungen der Anlage 1 um Impfleistungen gemäß Schutzimpfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss sowie nach den regionalen Impfvereinbarungen treten rückwirkend zum 1. Januar 2008 in Kraft; die übrigen Erweiterungen der Anlage 1 treten zum 1. Juli 2008 in Kraft; § 3a tritt nach Bekanntgabe des dort genannten bundeseinheitlichen Maßstabes in Kraft; im Übrigen tritt diese Verfahrensordnung am 1. Juli 2008 in Kraft und ersetzt die Verfahrensordnung vom 11. Mai 2007.