

# **V e r f a h r e n s o r d n u n g**

## **der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern**

### **zur Durchführung von Plausibilitätsprüfungen gemäß § 106 a Abs. 2 SGB V**

#### **i.V.m. den „Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungsprüfungen der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen“ (Verfahrensordnung Plausibilitätsprüfung)**

Auf der Grundlage von § 106 a Abs. 2 SGB V i.V.m. § 13 der „Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungsprüfungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen“ regelt diese Verfahrensordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern das Verfahren der Plausibilitätsprüfung und das Verfahren der Prüfung der sich aus der Plausibilitätsprüfung ergebenden Abrechnungsauffälligkeiten. Ziel dieser Verfahrensordnung ist die Gewährleistung eines ordnungsgemäßen und transparenten Verfahrensablaufs.

## **I. Gegenstand und Anwendungsbereich der Verfahrensordnung**

### **§ 1**

#### **Gegenstand der Plausibilitätsprüfung**

(1) Die Kassenärztliche Vereinigung stellt die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte von Amts wegen fest; dazu gehört auch die arztbezogene Prüfung der Abrechnung auf Plausibilität sowie die Prüfung der abgerechneten Sachkosten.

(2) Die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung zielt auf die Feststellung, ob die abgerechneten Leistungen rechtlich ordnungsgemäß, also ohne Verstoß gegen gesetzliche, vertragliche oder satzungsrechtliche Bestimmungen erbracht worden sind. Die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung erstreckt sich demgegenüber nicht auf die Prüfung der Wirtschaftlichkeit oder Unwirtschaftlichkeit der Leistungserbringung.

(3) Die Plausibilitätsprüfung ist Bestandteil der Prüfung auf Rechtmäßigkeit der Abrechnung und stellt ein Verfahren dar, mit dessen Hilfe aufgrund bestimmter Anhaltspunkte und vergleichender Betrachtungen die rechtliche Fehlerhaftigkeit ärztlicher Abrechnungen vermutet werden kann. 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.

(4) Ergibt die Plausibilitätsprüfung einen Anhaltspunkt dafür, dass der Arzt die Leistungen in einem unwirtschaftlichen Ausmaß erbracht hat, veranlasst die Kassenärztliche Vereinigung die Einleitung eines Verfahrens der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V.

## **§ 2 Anwendungsbereich**

Diese Verfahrensordnung findet 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.

## **§ 3 Anlass für sachlich-rechnerische Richtigstellungen**

(1) Zielrichtung der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit ist die rechtliche Ordnungsmäßigkeit der Leistungsabrechnung.

(2) Rechtlich nicht ordnungsgemäß sind insbesondere Abrechnungen in folgenden Fällen:

- fehlende Berechtigung zur Leistungsabrechnung,
- Abrechnung nicht oder nicht vollständig erbrachter Leistungen,
- Abrechnung von Leistungen, welche unter Verstoß gegen das Gebot der persönlichen Leistungserbringung erbracht worden sind,
- Ansatz der falschen Gebührennummer,
- Nichtbeachtung der vertraglich vereinbarten Abrechnungsbestimmungen,
- Abrechnung fachfremder Tätigkeit,
- Fehlen der fachlichen und apparativen Voraussetzungen (einheitliche Qualifikationserfordernisse),

- Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen, wenn die Leistungserbringung die erforderliche Teilnahme an Maßnahmen der Qualitätssicherung voraussetzt,
- Nichteinhaltung des Überweisungsauftrages zur Auftragsleistung,
- fehlende ICD- und/oder OPS-Codierung.

## **II. Verfahrensarten**

### **§ 4**

#### **Arten der Plausibilitätsprüfung**

Plausibilitätsprüfungen werden von der Kassenärztlichen Vereinigung als regelhafte Plausibilitätsprüfungen, als Stichprobenprüfungen und als anlassbezogene Prüfungen durchgeführt.

### **§ 5**

#### **Regelhafte Plausibilitätsprüfung**

(1) Die regelhafte Plausibilitätsprüfung wird quartalsweise von Amts wegen durchgeführt und erstreckt sich auf die Feststellung von Abrechnungsauffälligkeiten durch Überprüfung des Umfangs der abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand (Prüfung nach Zeitprofilen). Hierbei sind die im Anhang 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab in der jeweils gültigen Fassung aufgeführten Prüfzeiten für die ärztlichen Leistungen zugrunde zu legen. Der Vorstand kann beschließen, im regelhaften Prüfverfahren weitere Aufgreifkriterien (z.B. Patientenidentität bei Praxisgemeinschaften) anzuwenden, soweit dazu Veranlassung besteht.

(2) Beträgt bei Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten die auf der Grundlage der Prüfzeiten ermittelte arbeitstägliche Zeit bei Tageszeitprofilen an mindestens 3 Tagen im Quartal mehr als 12 Stunden oder im Quartalszeitprofil mehr als 780 Stunden, so liegt eine Abrechnungsauffälligkeit vor. In diesen Fällen ist eine weitere Überprüfung gemäß § 12 vorzunehmen. Dasselbe gilt bei ermächtigten Ärzten, ermächtigten Instituten und ermächtigten Krankenhäusern, wenn die arbeitstägliche Zeit an mindestens drei Tagen mehr als 12 Stunden im Tageszeitprofil oder im Quartalsprofil mehr als 156 Stunden beträgt.

(3) Für fachgruppengleiche Gemeinschaftspraxen und Praxen mit angestellten Ärzten gilt Abs. 3 entsprechend, wobei die Obergrenze für das Tageszeit- bzw. Quartalszeitprofil multipliziert wird mit der Anzahl der in der Praxis tätigen Vertragsärzte oder angestellten Ärzte im Umfang ihrer Tätigkeit.

(4) Für fachgruppenübergreifende Gemeinschaftspraxen und medizinische Versorgungszentren gilt Abs. 3, wobei die arztbezogene Überprüfung des Umfangs der abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den Zeitaufwand auf der Grundlage der Kennzeichnungspflicht gemäß § 44 Abs. 6 Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. § 34 Abs. 12 Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen erfolgt.

## § 6 Stichprobenprüfungen

(1) Neben der regelhaften Plausibilitätsprüfung führt die Kassenärztliche Vereinigung Stichprobenprüfungen durch, die mindestens 2 v.H. der abrechnenden Ärzte im Quartal umfassen. Die Ziehung der Stichprobe erfolgt nach dem Zufallsprinzip durch die Kassenärztliche Vereinigung.

(2) Vor der Durchführung der Stichprobenprüfung bestimmt der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung deren Zielrichtung und Zielgruppen sowie die Aufgreifkriterien.

(3) Als Zielrichtungen im Rahmen einer Stichprobenprüfung können insbesondere bestimmt werden:

- Prüfung einzelner Gebührenordnungsnummern des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes hinsichtlich der Erfüllung des Inhalts der jeweiligen Leistungslegende,
- Abrechnung fachfremder Leistungen,
- Nichtberücksichtigung der Mindestzeiten zur Erbringung mindestzeitgebundener Leistungen,
- Inkompatibilität zwischen angegebenen Diagnosen und abgerechneten Leistungen,
- auffällige Leistungskombinationen,
- unerklärliche Mengenentwicklungen (z.B. Fallzahlvermehrung und Leistungsausweitung bei Notdienstleistungen, Leistungen außerhalb der Sprechstundenzeiten, Leistungsentwicklung innerhalb einer Fachgruppe),
- häufige Verteilung nicht nebeneinander abrechenbarer Leistungen auf kurz nacheinander folgende Tage (oder Uhrzeitangaben),
- stereotype Indikationsstellung,
- Abrechnung probatorischer Sitzungen in ganz erheblichem Umfang ohne anschließende Psychotherapie,
- sehr häufige Überführung von Kurzzeit- in Langzeittherapien,
- Überschreitung des Überweisungsumfangs bei Auftragsleistungen.

(4) Als Zielgruppen im Rahmen der Stichprobenprüfung kommen insbesondere in Betracht:

- die Gesamtheit der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten,
- Fachgruppenmerkmale,
- verschiedene Versorgungsbereiche (z.B. Haus-/Facharzt),
- Schwerpunkt- und/oder Zusatzbezeichnungen.

(5) Die festgelegten Aufgreifkriterien müssen ihrer Eigenart nach Schlussfolgerungen auf das Vorliegen einer rechtlich fehlerhaften Abrechnung (Abrechnungsauffälligkeit)

zulassen. Als Aufgreifkriterien im Rahmen der Stichprobenprüfung kommen insbesondere in Betracht:

- Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts bei einzelnen Leistungen oder Leistungskomplexen
- Häufigkeit der Abrechnung einzelner Gebührenordnungspositionen in Bezug auf die Zahl der Behandlungsfälle,
- Überschreitung eines bestimmten Zeitumfangs bei einzelnen Gebührenordnungsnummern des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes,
- Abrechnung probatorischer Sitzungen in einer bestimmten Häufigkeit bezogen auf die Zahl der Behandlungsfälle,
- Überführung von Kurzzeit- in Langzeittherapien in einer bestimmten Häufigkeit bezogen auf die Zahl der Behandlungsfälle,
- bestimmte Kombinationen von Gebührenordnungsnummern des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (ggf. in einer bestimmten Häufigkeit),
- Bei Praxisgemeinschaften: Umfang der Patientenidentität (vgl. Abs. 7),
- Bei der Prüfung der abgerechneten Sachkosten: Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts in einem bestimmten Umfang (vgl. Abs. 9).

(6) Der Vorstand kann bei seinen Festlegungen Empfehlungen des Plausibilitätsausschusses berücksichtigen. Im übrigen ist darauf zu achten, dass eine gleichmäßige Einbeziehung aller Fachgruppen im Rahmen der Stichprobenprüfungen erfolgt.

(7) Im Rahmen der Stichprobenprüfung sind auch die Abrechnungen von Ärzten, welche untereinander in einer Praxisgemeinschaft verbunden sind, hinsichtlich des Anteils identischer Patienten zu überprüfen, sofern dies nicht bereits im Rahmen der regelhaften Prüfung (vgl. § 5 Abs. 1) erfolgt. Eine Abrechnungsauffälligkeit hinsichtlich des Anteils identischer Patienten ist zu vermuten, wenn die nachstehend genannten Grenzwerte überschritten worden sind:

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

(8) Im Rahmen der Stichprobenprüfung ist darüber hinaus zu prüfen, ob bei medizinischen Versorgungszentren und in Einrichtungen nach § 311 SGB V die für die angestellten Ärzte genehmigten Arbeitszeiten eingehalten worden sind.

(9) Im Rahmen der Stichprobenprüfung erfolgt ferner eine Überprüfung der geltend gemachten Kosten für Materialien, die gemäß der Allgemeinen Bestimmungen des EBM nicht in den berechnungsfähigen Leistungen enthalten sind und auch nicht über Sprechstundenbedarf bezogen werden können und über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werden. Die Plausibilitätsprüfung 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.

## **§ 7**

### **Anlassbezogene Plausibilitätsprüfungen**

(1) Bei konkreten Hinweisen und Verdachtsmomenten führt die Kassenärztliche Vereinigung eine anlassbezogene Plausibilitätsprüfung außerhalb der regulären Prüfungen durch.

(2) Voraussetzung für die Durchführung einer anlassbezogenen Plausibilitätsprüfung ist das Vorliegen ausreichender und konkreter Hinweise auf Abrechnungsauffälligkeiten. Hinweisen wird nachgegangen, wenn die Verdachtsmomente schriftlich oder persönlich vorgetragen werden. Darüber hinaus sind die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen sowie deren Mitgliedskassen nach Maßgabe des Vertrages gemäß § 106 a Abs. 5 SGB V berechtigt, gezielte Prüfungen durch die Kassenärztliche Vereinigung zu beantragen.

(3) Über die Durchführung anlassbezogener Plausibilitätsprüfungen entscheidet der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern unter Beachtung des Gleichheitsgrundsatzes im Einzelfall.

(4) Das Verfahren einer anlassbezogenen Plausibilitätsprüfung kann nicht mehr eingeleitet werden, wenn der Sachverhalt länger als 16 Abrechnungsquartale zurückliegt, es sei denn, die vorliegenden Hinweise und Verdachtsmomente begründen den Verdacht des Abrechnungsbetruges. Ist ein Sachverhalt bereits gewürdigt worden, soll er nicht erneut zum Gegenstand einer anlassbezogenen Plausibilitätsprüfung gemacht werden, es sei denn, dass Umstände bekannt geworden sind, die auch in Kenntnis des damaligen Prüfungsergebnisses eine erneute Prüfung erforderlich erscheinen lassen.

## **III. Prüfungsunterlagen**

### **§ 8**

#### **Unterlagen für die regelhafte Plausibilitätsprüfung**

Für die Durchführung der regelhaften Plausibilitätsprüfung erstellt die Kassenärztliche Vereinigung auf der Grundlage der für das jeweilige Abrechnungsquartal gültigen EBM-Vorgaben für jeden Tag der ärztlichen Tätigkeit ein Tageszeitprofil und ein Quartalszeitprofil. Bei der Erstellung der Zeitprofile bleiben Leistungen im organisierten Notfalldienst, Leistungen aus der unvorhergesehenen Inanspruchnahme des Vertragsarztes außerhalb der Sprechstundenzeiten und bei Unterbrechung der Sprechstunde mit Verlassen der Praxis sowie - bei Belegärzten - Visiten außer Betracht. Ebenfalls außer Betracht bleiben solche Leistungen, die nach Maßgabe des EBM keinem Tageszeitprofil unterliegen.

**§ 9****Unterlagen für weitere Plausibilitätsprüfungen**

(1) Für den Fall, dass die regelhafte Plausibilitätskontrolle Abrechnungsauffälligkeiten ergeben hat sowie im Zusammenhang mit der Durchführung von Stichprobenprüfungen und anlassbezogenen Prüfungen werden als regelmäßige Prüfunterlagen neben den Zeitprofilen gemäß § 8 die jeweiligen Honorarabrechnungsbescheide des in die Prüfung einbezogenen Vertragsarztes einschließlich der dazugehörigen Anlagen (Statistiken, vergleichende Übersichten) herangezogen. Darüber hinaus können die Abrechnungsscheine zu den einzelnen Behandlungsfällen herangezogen und ggf. über mehrere Quartale patientenbezogen zusammengeführt werden.

(2) Ferner können dem Plausibilitätsausschuss auf Anforderung weitere Abrechnungsunterlagen des in die Prüfung einbezogenen Vertragsarztes zur Verfügung gestellt werden, soweit dies für den konkreten Prüfungsgegenstand erforderlich ist.

**IV. Zuständigkeit****§ 10****Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigung**

(1) Die Durchführung der Plausibilitätsprüfung gemäß § 106 a Abs. 2 SGB V obliegt der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern.

(2) Über die als Ergebnis einer durchgeführten Plausibilitätsprüfung zu ergreifenden Maßnahmen entscheidet der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung.

**§ 11****Plausibilitätsausschüsse**

(1) Der Vorstand errichtet zur Erarbeitung der für seine Entscheidungen notwendigen Grundlagen Plausibilitätsausschüsse in der erforderlichen Zahl.

(2) Die Plausibilitätsausschüsse werden jeweils mit zwei Vertragsärzten besetzt. Die Benennung der Mitglieder der Plausibilitätsausschüsse sowie die Benennung von stellvertretenden Mitgliedern in der erforderlichen Zahl erfolgt durch den Vorstand jeweils für eine Amtsperiode. Die Amtsperiode der Plausibilitätsausschüsse entspricht der Amtsperiode der Vertreterversammlung. Die Ausschussmitglieder bleiben so lange im Amt, bis ihre Nachfolger benannt sind. Die Mitglieder der Plausibilitätsausschüsse können aus wichtigem Grund durch den Vorstand abberufen werden.

(3) Die Mitglieder der Ausschüsse sind zu strikter Verschwiegenheit verpflichtet und dürfen personenbezogene Daten, die ihnen bei der Ausübung ihrer Tätigkeit zur Kenntnis gelangen, nicht unbefugt offenbaren. Dies gilt auch für die Zeit nach Beendigung ihrer Tätigkeit im Plausibilitätsausschuss.

(4) Die Mitglieder der Ausschüsse dürfen bei der Prüfung ihrer eigenen Praxistätigkeit oder der ärztlichen Tätigkeit eines Verwandten im Sinne des § 16 Abs. 5 SGB X nicht mitwirken. Gleiches gilt für die Partner einer Praxisgemeinschaft oder einer Gemeinschaftspraxis einschließlich zugelassener Einrichtungen und Medizinischer Versorgungszentren. Im übrigen gelten für die Ausschussmitglieder die allgemeinen Regeln zum Ausschluss von Personen und zur Besorgnis der Befähigung gemäß §§ 16 f. SGB X.

(5) Die Plausibilitätsausschüsse haben die Aufgabe, bei festgestellten Abrechnungsauffälligkeiten die Prüfungen gemäß § 12 durchzuführen sowie die Entscheidungsunterlagen nach Maßgabe von § 12 Abs. 5 für den Vorstand zu erstellen. Sie werden bei ihrer Arbeit von der für die Plausibilitätsprüfung zuständigen Abteilung der Kassenärztlichen Vereinigung unterstützt.

(6) Die Sitzungen der Plausibilitätsausschüsse sind nicht öffentlich; über sie ist ein Protokoll zu fertigen. An den Sitzungen der Plausibilitätsausschüsse nehmen die für die Durchführung der Plausibilitätsprüfungen zuständigen Mitarbeiter der KVMV teil. Weitere Mitarbeiter der Geschäftsstelle der KVMV (Mitarbeiter der Abrechnungsabteilung, Juristen, Medizinische Berater) sowie Sachverständige können bei Bedarf ebenfalls an den Sitzungen teilnehmen. Das für die Plausibilitätsprüfung zuständige Vorstandsmitglied kann an den Sitzungen des Plausibilitätsausschusses teilnehmen; es wirkt nicht bei der Aufbereitung der Prüfunterlagen und der Erstellung des Prüfberichtes mit.

(7) Grundsätzlich findet das Verfahren vor den Plausibilitätsausschüssen schriftlich statt; eine persönliche Anhörung des betroffenen Arztes durch die Plausibilitätsausschüsse ist nach Maßgabe von § 13 Abs. 3 möglich.

## **V. Verfahrensablauf**

### **§ 12**

#### **Durchführung weiterer Prüfungen bei Abrechnungsauffälligkeiten**

(1) Ergeben die Plausibilitätsprüfungen nach den §§ 5 ff. Abrechnungsauffälligkeiten, so führt die Kassenärztliche Vereinigung weitere Prüfungen durch.

(2) Die weiteren Überprüfungen obliegen den Plausibilitätsausschüssen und haben zum Ziel, mit Hilfe ergänzender Tatsachenfeststellungen und Bewertungen unter Berücksichtigung der Merkmale gemäß § 12 Abs. 3 der Richtlinien von KBV und Spitzenverbänden festzustellen, ob gegen die rechtliche Ordnungsmäßigkeit verstoßen worden ist.

(3) Die Plausibilitätsausschüsse treffen ihre Feststellungen auf der Grundlage der Prüfunterlagen gemäß Abschnitt III. sowie auf der Grundlage eines von der zuständigen Abteilung der Kassenärztlichen Vereinigung erstellten Prüfberichts, der insbesondere folgende Fragestellungen dokumentiert:

- Auffälligkeiten in der Abrechnung nach Maßgabe der Aufgreifkriterien,
- vermutete Höhe einer erforderlichen Honorarberichtigung aus den festgestellten Auffälligkeiten und deren Berechnungsgrundlage, soweit bestimmbar,
- festgestellte ordnungsgemäße Abrechnung bei zunächst vermuteter Unplausibilität,
- Empfehlung zur persönlichen Anhörung,
- Beteiligte an der Vorprüfung und zugezogene Unterlagen.

(4) Auf der Grundlage der Prüfunterlagen sowie des Prüfberichtes erfolgt eine Beratung in den Sitzungen der Plausibilitätsausschüsse. Soweit erforderlich, können die Plausibilitätsausschüsse weitere Abrechnungsquartale in die Prüfungen mit einbeziehen.

(5) Kommen die Plausibilitätsausschüsse im Rahmen ihrer Beratungen zu dem Ergebnis, dass Unplausibilitäten vorliegen, ist dies im Sitzungsprotokoll zu dokumentieren. Der betroffene Vertragsarzt ist im Anschluss über das Ergebnis der Sitzung zu informieren. Ihm ist Gelegenheit zu einer Stellungnahme hinsichtlich der Feststellungen der Plausibilitätsausschüsse zu geben. Liegt die Stellungnahme des betroffenen Vertragsarztes vor, berät der Plausibilitätsausschuss erneut über den Sachverhalt und erstellt eine Entscheidungsgrundlage für den Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung, welche die festgestellten und umstrittenen Abrechnungsverstöße sowie die Höhe des Schadens, Einlassungen des betroffenen Arztes aufführen und die zu ergreifenden Maßnahmen vorschlagen soll.

(6) Stellen die Plausibilitätsausschüsse fest, dass keine Unplausibilitäten bestehen und eine ordnungsgemäße Abrechnung des betroffenen Arztes vorliegt, so teilen sie dies dem Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung mit der Empfehlung, das Prüfverfahren einzustellen, mit.

### **§ 13**

#### **Information und Anhörung des betroffenen Vertragsarztes**

(1) Haben die Plausibilitätsprüfungen nach den §§ 5 ff. Abrechnungsauffälligkeiten ergeben, so wird der betroffene Vertragsarzt darüber informiert, dass eine Prüfung seiner Abrechnung durch die Plausibilitätsausschüsse erfolgt.

(2) Im Anschluss an die Beratungen in den Plausibilitätsausschüssen ist dem betroffenen Vertragsarzt Gelegenheit zu einer schriftlichen Stellungnahme zu geben, soweit die Plausibilitätsausschüsse Unplausibilitäten festgestellt haben. Stellen die Plausibilitätsausschüsse fest, dass keine Unplausibilitäten vorliegen, so ist der Vertragsarzt nach entsprechender Entscheidung durch den Vorstand über die Beendigung des Prüfverfahrens zu informieren.

(3) Soweit dies im Rahmen der Prüfungen erforderlich erscheint, können die Plausibilitätsausschüsse den betroffenen Vertragsarzt auch persönlich anhören. Dem Verlangen des Vertragsarztes nach einer persönlichen Anhörung durch den Plausibilitätsausschuss soll in der Regel entsprochen werden.

## **VI. Ergebnis und Maßnahmen**

### **§ 14**

#### **Ergebnis der Plausibilitätsprüfungen**

(1) Als Ergebnis der Plausibilitätsprüfungen stellt der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung fest, ob und in welchem Umfang die geprüfte Abrechnung nicht rechtmäßig abgerechnete Leistungen beinhaltet und entscheidet über die zu treffenden Maßnahmen gemäß § 15.

(2) Bei seinen Entscheidungen legt der Vorstand die von den Plausibilitätsausschüssen gemäß § 12 Abs. 5 erstellten Entscheidungsunterlagen zugrunde. Der Vorstand kann die Plausibilitätsausschüsse mit der Durchführung weiterer Ermittlungen beauftragen, sofern er dies für erforderlich hält.

### **§ 15**

#### **Maßnahmen**

Folgende Maßnahmen kommen als Ergebnis einer Plausibilitätsprüfung in Betracht:

- Einstellung des Prüfverfahrens, soweit keine Unplausibilitäten festgestellt werden konnten,
- Durchführung einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung der Honorarabrechnung(en) bei festgestellten Abrechnungsverstößen,
- Beantragung der Durchführung einer Abrechnungsprüfung durch die Krankenkassen,
- Stellung eines Antrages auf Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäß § 106 SGB V bei festgestellter Unwirtschaftlichkeit der Honorarabrechnung(en),
- Durchführung eines Plausibilitätsgesprächs gemäß § 16 in geeigneten Fällen,
- Einleitung eines Disziplinarverfahrens bei festgestellten Verstößen gegen vertragsärztliche Pflichten,
- Einschaltung der bei der Kassenärztlichen Vereinigung und bei den Krankenkassen gemäß § 81a bzw. § 197a SGB V errichteten Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen,
- Erstattung einer Strafanzeige, soweit nach den Feststellungen im Rahmen der Plausibilitätsprüfung der hinreichende Tatverdacht eines Abrechnungsbetruges besteht,
- Beantragung einer Entziehung der vertragsärztlichen Zulassung, soweit im Rahmen der Plausibilitätsprüfungen festgestellt worden ist, dass die in § 95 Abs. 6 SGB V genannten Voraussetzungen hierfür vorliegen.

## **§ 16** **Durchführung von Plausibilitätsgesprächen**

(1) Hat die Plausibilitätsprüfung die Feststellung nicht rechtmäßig abgerechneter Leistungen ergeben, kann der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung in geeigneten Fällen mit dem betroffenen Vertragsarzt ein Plausibilitätsgespräch mit dem Ziel der Herbeiführung eines Schadensausgleichs führen. Ein geeigneter Fall zur Durchführung eines Plausibilitätsgesprächs liegt insbesondere dann vor, wenn der betroffene Vertragsarzt im Rahmen der Plausibilitätsprüfungen Abrechnungsverstöße eingeräumt und seine Bereitschaft zur Schadenswiedergutmachung erkennen lassen hat.

(2) Plausibilitätsgespräche werden in Anwesenheit des zuständigen Vorstandsmitglieds, eines Vertreters der Plausibilitätsausschüsse sowie Vertretern der Verwaltung zum Zwecke der Protokollführung durchgeführt. Soweit dies aufgrund besonderer Fallgestaltung im Einzelfall notwendig erscheint, sind Plausibilitätsgespräche darüber hinaus in Anwesenheit eines Volljuristen durchzuführen.

(3) Kann im Rahmen des Plausibilitätsgesprächs mit dem betroffenen Vertragsarzt kein Einvernehmen hinsichtlich des vorzunehmenden Schadensausgleichs erzielt werden, entscheidet der Vorstand im Anschluss über die zu treffenden Maßnahmen gemäß § 15.

## **VII. Inkrafttreten und Übergangsvorschriften**

### **§ 17** **Inkrafttreten**

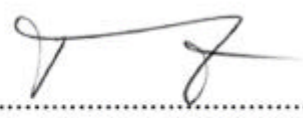
(1) Diese Verfahrensordnung tritt zum 1. April 2005 in Kraft.

(2) Die Verfahrensordnung findet Anwendung auf alle ab dem 2. Quartal 2005 abgerechneten Leistungen. Eine Plausibilitätsprüfung der bis zum 31. März 2005 abgerechneten Leistungen erfolgt nach Maßgabe der im „Statut über Plausibilitätskontrolle“ gemäß Beschluss der Vertreterversammlung vom 24. November 2001 getroffenen Regelungen.

Schwerin, 03. August 2005



Dr. med. Wolfgang Eckert  
1. Vorsitzender



Dr. med. Dietrich Thierfelder  
2. Vorsitzender