

Anlage 1 zur Vereinbarung nach § 106a Abs. 5 SGB V:

**Regelungen
zur Durchführung der Plausibilitätsprüfung
nach § 106a Absatz 2 SGB V durch die Kassenärztliche
Vereinigung Bayerns**

1. Allgemeines

Prüfung von Amts wegen

Die Plausibilitätskontrolle ist als Prüfung der Abrechnungen auf Rechtmäßigkeit von Amts wegen durch die Kassenärztliche Vereinigung im Rahmen Ihrer Zuständigkeit nach § 106a Abs. 2 SGB V durchzuführen. Sie erfolgt nach Anwendung eines auf der Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes, des Honorarverteilungsvertrags und der geltenden Abrechnungsbestimmungen entwickelten EDV-gestützten Regelwerkes.

Die Prüfung von Amts wegen richtet sich - unabhängig von einer anlassbezogenen Prüfung - nach den in §§ 7- 12 der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Inhalt und Durchführung der Abrechnungsprüfungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen genannten Kriterien.

2. Aufgreifkriterien

Um eine Plausibilitätsprüfung als erweiterte regelhafte Prüfung - § 9 der Bundesrichtlinien - verwaltungsökonomisch und rechtssicher betreiben zu können, ist deren Einleitung vom Vorliegen geeigneter Aufgreifkriterien abhängig. Die Aufgreifkriterien sind nicht nur den gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben, sondern insbesondere auch den Veränderungen im Rahmen der jeweils zugrunde liegenden Gebührenordnung bzw. den Veränderungen im Abrechnungsverhaltens der Ärzte unterworfen und werden dahingehend regelmäßig überarbeitet.

Die individuellen Grenzwerte, bei denen eines der nachfolgend genannten Aufgreifkriterien erfüllt ist, werden für jede Fachgruppe festgelegt.

Eine Plausibilitätskontrolle ist vorzunehmen, wenn eines der nachfolgenden Aufgreifkriterien erfüllt ist. Es kann auch vorgesehen werden, dass erst das Erfüllen mehrerer Aufgreifkriterien eine Prüfung auslöst, wenn dies für die Trennschärfe der Kriterien zweckdienlich ist.

2.1 Zeitvolumen

Bei jeder eingereichten Honorarabrechnung (Honoraranforderung) wird für jedes einzelne Mitglied und jeden ansonsten tätigen Arzt, dem eine LANR zugeteilt worden ist, eine Zeitauswertung für ausgewählte, persönlich zu erbringende ambulante und belegärztliche Leistungen an GKV-Versicherten vorgenommen. Diese erfolgt anhand der jeweils zum Zeitpunkt der Anforderung der Liste Quartalsarbeitszeit gültigen - im Anhang 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgeführten - Prüfzeiten. Maßgeblich für die Beurteilung ist die für die zu prüfenden Quartale jeweils gültige Fassung.

2.1.1 Quartalsarbeitszeiten

Bei jeder eingereichten Honorarabrechnung (Honoraranforderung) werden für jedes einzelne Mitglied und jeden ansonsten tätigen Arzt, dem eine LANR zugeteilt worden ist, die Leistungen auf Plausibilität geprüft, wenn bei der Zeitauswertung eine auffällig hohe Stundenzahl (>780 Stunden pro Vertragsarzt bzw. >156 Stunden bei ermächtigten Krankenhausärzten) im Quartal festgestellt wird.

Bei in Teilzeit tätigen Ärzten ist dabei der Faktor des insgesamt genehmigten Tätigkeitsumfanges anzuwenden.

2.1.2 Tagesarbeitszeit

Bei jeder eingereichten Honorarabrechnung (Honoraranforderung) gilt die Tätigkeit jedes einzelnen Mitglieds und jedes ansonsten tätigen Arztes, dem eine LANR zugeteilt worden ist, als auffällig, wenn an einer bestimmten Anzahl von Tagen Leistungen abgerechnet werden, die einem auffällig hohen Zeitaufwand pro Tag (>12 Stunden an mindestens 3 Tagen im Quartal) entsprechen.

2.1.3 Zeiterfassung

- (a) Für die Beurteilung der persönlichen Arbeitszeit eines Arztes sind sämtliche einer lebenslangen Arztnummer (LANR) zuzuordnenden Zeiten maßgeblich. Dies gilt sowohl für die Erfassung der Quartals- als auch der Tagesarbeitszeit.
- (b) In Kooperationen erfolgt die arztbezogene Überprüfung des Umfangs der abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den Zeitaufwand auf der Grundlage der Kennzeichnungspflicht nach § 44 Absatz 6 BMV-Ä bzw. § 34 Absatz 12 EKV-Ä.

2.1.4 Zu berücksichtigende Besonderheiten

- (a) Arbeitszeiten an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen sind durch Anrechnung der ausgewiesenen tatsächlichen Zeitwerte für die an diesen Tagen erbrachten Leistungen zu berücksichtigen.
- (b) 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 sowie - bei Belegärzten - Visiten. Anhang 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab kennzeichnet darüber hinaus die behandlungsfall- und krankheitsfallbezogenen ärztlichen Leistungen, die nicht dem Tageszeitprofil unterliegen.
- (c) Weiterbildungsassistenten und Vertreterfälle gemäß Muster 19 der Vordruckvereinbarung werden mit dem tatsächlich entstandenen Zeitaufwand berücksichtigt.

2.2 Praxismgemeinschaften/Praxen mit identischen Adressen

2.2.1 Auffälligkeiten

Auffällig sind Praxen bei denen der Anteil der gemeinsamen Patienten entsprechend der nachstehend aufgeführten Grenzwerte überschritten wurde:

- (a) 20% Patientenidentität – auf die abrechnenden Praxen bezogen – bei versorgungsbereichsidentischen Praxen
- (b) 30% Patientenidentität – auf die abrechnenden Praxen bezogen – bei versorgungsbereichsübergreifenden Praxen

Die Prüfung der danach auffälligen Praxen kann sich auf eine Stichprobe beschränken.

2.2.2 Zu berücksichtigende Besonderheiten

- (a) Als belastend sind zu bewerten:
 - hohe Zahl gleicher Behandlungstage, insbesondere mit gleichen Leistungen
 - hoher Anteil gemeinsamer Originalfälle unter Berücksichtigung des Leistungsspektrums
 - unzureichendes Sprechstundenangebot in zumindest einer der beteiligten Praxen
 - Abrechnung von Vertreterscheinen bei stundenweiser Abwesenheit
 - falsche Scheinkennzeichnung
 - hohe Zahl gleicher Einlesedaten der Versichertenkarte
- (b) Als entlastend sind zu werten:
 - hohe Zahl berechtigter Vertretungsfälle (§ 32 Abs. 1 Ärzte-ZV)
 - stark unterschiedliches Leistungsspektrum
 - besondere Genehmigungen
 - Überweisungen zur Auftragsleistung
 - Notfälle

2.3 Stichprobenprüfung

Die Stichprobenprüfung wird auf den abgestimmten Umfang reduziert (vgl. Abschnitt A § 1 Satz 3 der Vereinbarung nach § 106a Abs. 5 SGB V).

2.4 Sonstige Auffälligkeiten/ Meldungen der Prüfungseinrichtungen

Aufgrund der regelhaften Prüfung gem. § 106a Abs. 2 SGB V bzw. im Hinblick auf sonstige Auffälligkeiten kann eine Prüfung erfolgen u. a. bei

- identischen Einlesedaten in erheblichem Umfang
- Abrechnung nicht oder nicht vollständig erbrachter Leistungen
- Verstoß gegen das Gebot der persönlichen Leistungserbringung
- fehlende Berechtigung zur Leistungsabrechnung
- Leistungssplitting
- Nichteinhaltung des Überweisungsauftrags
- Abrechnung anderer als die tatsächlich erbrachten Leistungen (Leistungslegende nicht erfüllt)
- Auffälligkeiten aus Wirtschaftlichkeitsprüfung
- von Analyseteams festgestellten Auffälligkeiten

3. Ermittlung des verursachten Schadens und Geringfügigkeitsgrenze

- (a) Bei der Ermittlung des finanziellen Gesamtschadens sind alle Maßnahmen zu berücksichtigen, die in den Honoraranspruch des betroffenen Mitglieds eingreifen (vgl. auch BSG v. 15.11.2003, Az.: B 6 Ka 55/02 R). Dies sind insbesondere
 - Honorarbegrenzende Regelungen (z.B. RLV)
 - Kürzungsmaßnahmen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung
- (b) Die Ermittlung des verursachten Schadens ist zunächst auch durch eine fundierte Schätzung, z. B. auf der Basis einer Hochrechnung möglich, soweit eine genaue Berechnung nicht oder nur mit nicht vertretbarem Aufwand möglich ist. Der Kasernenärztlichen Vereinigung wird von den Gerichten insoweit ein weites Schätzungsermessen zugestanden. Im Falle der Schätzung sind die entsprechenden Berechnungsgrundlagen sowie der Rechenweg darzulegen.
- (c) Stellt sich im Verlauf der Prüfung heraus, dass die Verwaltungskosten für die Durchführung des Verfahrens den verursachten finanziellen Schaden deutlich übersteigen, kann aus verwaltungsökonomischen Gründen auf eine Rückforderung verzichtet und das Prüfverfahren eingestellt werden; das ist in der Regel bei einer festgestellten Gesamtschadenshöhe von bis zu 500,-- € je Quartal der Fall.

Eine Einstellung wegen Geringfügigkeit oder aus Gründen der Verwaltungsökonomie hat keine Auswirkungen auf eine mögliche Beantragung disziplinarrechtlicher Maßnahmen.

4. Maßnahmen bei weiter bestehender Implausibilität/ bestehender Plausibilität

Soweit bestehende Zweifel an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung nicht ausgeräumt werden können, ist die eingereichte Abrechnung nicht anzuerkennen. Zu Unrecht gezahlte Honorare werden zurückgefordert. Im weiteren ist wie folgt zu verfahren:

4.1 Einleitung weiterer Verfahren

Neben der Bereinigung des entstandenen finanziellen Schadens ist zu prüfen, ob weitergehende Maßnahmen angezeigt sind, um das betroffene Mitglied künftig zu einer ordnungsgemäßen Abrechnung anzuhalten und/oder die vorliegenden Abrechnungsverstöße disziplinar-, berufs- und/oder strafrechtlich zu ahnden.

4.2 Disziplinarverfahren

Das Disziplinarverfahren dient der Prävention vertragsärztlichen Fehlverhaltens und somit von Verstößen, die die Funktionsfähigkeit des vertragsärztlichen Systems betreffen.

Ein Disziplinarverfahren kann auch dann beantragt werden, wenn ein finanzieller Schaden nicht vorliegt, die Durchführung jedoch dringend erforderlich erscheint, um das Mitglied künftig zur Einhaltung der vertragsärztlichen Regelungen anzuhalten.

4.3 Antrag auf Entzug der Zulassung

Hat sich im Rahmen der Prüfung herausgestellt, dass Pflichtverletzungen oder Verstöße gegen vertragsärztliche Regelungen vorliegen, die derart schwer wiegen, dass sie die Geeignetheit des Mitglieds zur weiteren Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nachhaltig in Frage stellen, beantragt die KVB den Entzug der Zulassung. Der unabhängige Zulassungsausschuss entscheidet als Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung unter Würdigung aller Umstände des Einzelfalles. Etwaige Vorgaben der Kommission „Abrechnungsprüfung“ (vgl. Abschnitt C § 17 Abs. 4 der Vereinbarung nach § 106a Abs. 5 SGB V) sind dabei zu berücksichtigen.

4.4 Mitteilung an die Staatsanwaltschaft oder Verwaltungsbehörde

Neben dem Verstoß gegen Regelungen, die das Innenverhältnis zwischen Mitglied und KV betreffen, können im Einzelfall auch Verstöße gegen Vorschriften vorliegen, deren Ahndung im öffentlichen Interesse liegt und deshalb der Strafgerichtsbarkeit oder der zuständigen Verwaltungsbehörde obliegt. Dies ist insbesondere bei Verstößen gegen Normen des Strafgesetzbuches der Fall. Eine Unterrichtung der Staatsanwaltschaft erfolgt nach Maßgabe des § 81a Abs. 4 SGB V.

Etwaige Vorgaben der Kommission „Abrechnungsprüfung“ (vgl. Abschnitt C § 17 Abs. 4 der Vereinbarung nach § 106a Abs. 5 SGB V) sind dabei zu berücksichtigen.

4.5 Meldung an den Ärztlichen Bezirksverband / Psychotherapeutenkammer

Wurden bei der Prüfung Umstände oder Verstöße festgestellt, die eine Verletzung ärztlicher Berufspflichten begründen könnten, ist ferner zu prüfen, ob der/die zuständige ärztliche Bezirksverband/Psychotherapeutenkammer zu informieren ist. Dieser/diese übt dann ggf. sein/ihr Rügerecht aus oder beantragt die Durchführung eines berufsgerichtlichen Verfahrens. Näheres regelt das Heilberufekammergesetz. Dabei sind die Bestimmungen des Datenschutzes zu beachten.