

# **Verfahrensordnung der KVH zur Durchführung von Plausibilitätsprüfungen**

Inhalt:

Präambel

§ 1 Gegenstand der Plausibilitätsprüfung

§ 2 Zuständigkeit

§ 3 Verfahrensarten der Plausibilitätsprüfung

§ 4 Durchführung eines Plausibilitätsprüfverfahrens bei Abrechnungsauffälligkeiten

§ 5 Dokumentation der Plausibilitätsprüfung

§ 6 Ergebnis und Beendigung der Plausibilitätsprüfungen

§ 7 Weitergehende Maßnahmen

§ 8 Verschwiegenheit und Befangenheit

§ 9 Inkrafttreten

# **Verfahrensordnung der KVH zur Durchführung von Plausibilitätsprüfungen**

## **Präambel**

Diese Verfahrensordnung regelt den Inhalt und die Durchführung der Verfahren der Plausibilitätsprüfungen auf Grundlage der Vereinbarung über die Abrechnung in der vertragsärztlichen Versorgung (im Folgenden: Vereinbarung nach § 106a SGB V) sowie der Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungsprüfungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen gem. § 106a Abs. 6 SGB V (im Folgenden: Richtlinien nach § 106a SGB V).

Die Vorschriften dieser Verfahrensordnung gelten für alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte. Sie beziehen sich entsprechend auch auf Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie ermächtigte Ärzte, zugelassene Medizinische Versorgungszentren und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen. Sie gelten auch für Leistungen, die unmittelbar von den Krankenkassen vergütet werden, sofern dies entsprechende Vereinbarungen zwischen der KVH und den Landesverbänden der Krankenkassen vorsehen.

Mit der Bezeichnung „Arzt“ sind in der Verfahrensordnung alle o. g. aufgezählten Teilnehmer benannt.

## **§ 1 Gegenstand der Plausibilitätsprüfung**

Die Plausibilitätsprüfungen stellen Verfahren dar, mit deren Hilfe aufgrund bestimmter Anhaltspunkte und vergleichender Betrachtungen Abrechnungsauffälligkeiten aufgefunden werden können. Sie werden von Amts wegen und im Rahmen der sachlich-rechnerischen Berichtigung durchgeführt.

## **§ 2 Zuständigkeit**

Zuständig für die Durchführung der Plausibilitätsprüfungen ist der Bereich Honorar der KVH.

## **§ 3 Verfahrensarten der Plausibilitätsprüfung**

1. Die Plausibilitätsprüfung wird als Teil der sachlich-rechnerischen Prüfung der Abrechnung von Amts wegen im jeweiligen Abrechnungsquartal durchgeführt. Damit wird auch den sich aus § 106a SGB V ergebenden Erfordernissen Rechnung getragen.
2. Im Rahmen der regelhaften sowie der erweiterten Plausibilitätsprüfung erfolgt zunächst durch Anwendung eines auf der Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes und der geltenden Abrechnungsbestimmungen entwickelten EDV-gestützten Regelwerk als

Prüfraster zur Erkennung von Abrechnungsauffälligkeiten in der Abrechnung des Arztes  
\* (Anlage 1).

3. Über die in Punkt 2 durchgeführten Plausibilitätsprüfung hinaus werden ergänzend in Form von Stichprobenprüfung nach einem Zufallsprinzip mindestens 2% Ärzte ausgewählt, deren Abrechnungen auf Plausibilität überprüft werden sollen. Die Auswahl erfolgt durch ein von der KVH eingesetztes EDV Programm mit individuellen Aufgreifkriterien der jeweiligen Fachgruppe (Anlage 2).
4. Eine anlassbezogene Plausibilitätsprüfung erfolgt sofern konkrete Hinweise und ausreichende Verdachtsmomente auf Abrechnungsauffälligkeiten vorliegen. Diese können auch schriftlich oder zur Niederschrift von Krankenkassen oder anderen Dritten vorgetragen werden.

#### **§ 4 Durchführung eines Plausibilitätsprüfverfahrens bei Abrechnungsauffälligkeiten**

Im Rahmen dieser Prüfung werden alle Sachverhalte berücksichtigt, welche die Abrechnungsauffälligkeiten erklären können. Kommt man bei der Prüfung zu dem Ergebnis, dass die Abrechnungsauffälligkeiten weithin bestehen so wird das Prüfungsverfahren stufenweise wie folgt weitergeführt:

- Der Arzt wird aufgefordert, die Auffälligkeiten seiner Abrechnung, ggf. unter Beifügung von Unterlagen, schriftlich zu erläutern.
- Der Arzt kann zu einem persönlichen Gespräch eingeladen werden und ist auf die Möglichkeit hinzuweisen, einen Rechtsbeistand zu dem Gespräch hinzuzuziehen. In dem Gespräch sind die Auffälligkeiten und die sich daraus ergebene Vermutung der Implausibilität soweit wie möglich aufzuklären und bei einem einvernehmlich festgestellten Abrechnungsfehler auch die Höhe der daraus resultierenden Honorarberichtigung sowie deren Regulierung zu klären. In jedem Fall ist ein Protokoll des Gesprächs zu erstellen. Wird die Abrechnungsauffälligkeit ggf. im Rahmen des persönlichen Gespräches ausgeräumt, ist die Plausibilitätsprüfung beendet.
- Trägt der Arzt nicht schriftlich bzw. Im persönlichen Gespräch zur Klärung der Abrechnungsauffälligkeiten bei, erfolgt eine Entscheidung nach Aktenlage.
- Erscheint eine geprüfte Abrechnung nach Feststellung der von Amts wegen zu ermittelnden Umstände plausibel, ist die Plausibilitätsprüfung mit einem Vermerk abzuschließen.
- Der Arzt erhält über das Ergebnis eine schriftliche Mitteilung.

Bei Hinweisen auf Abrechnungsauffälligkeiten sind im Rahmen der sachlich-rechnerischen Prüfung der Abrechnung von dem/der zuständigen Sachbearbeiter/in der zuständigen Abteilung die Prüfergebnisse zu dokumentieren.

## **§ 5 Dokumentation der Plausibilitätsprüfung**

Das Ergebnis der Prüfung nach § 4 wird dokumentiert und enthält folgende Feststellungen:

- Auffälligkeiten in der Abrechnung nach Maßgabe der Aufgreifkriterien;
- Vermutete Höhe einer erforderlichen Honorarberichtigung aus den festgestellten Auffälligkeiten und deren Berechnungsgrundlage;
- Angaben zu einem möglichen Verschulden des Arztes;
- Ggf. Protokoll des persönlichen Gespräches und/oder schriftliche Stellungnahme des Arztes
- Ergebnis der Plausibilitätsprüfung in Form der schriftlichen Mitteilung an den Arzt

## **§ 6 Ergebnis und Beendigung der Plausibilitätsprüfungen**

Erscheint eine geprüfte Abrechnung nach Feststellung der von Amts wegen zu ermittelnden Abrechnungsauffälligkeiten weiterhin implausibel, erfolgt die Durchführung einer sachlich-rechnerische Richtigstellung der Honorarabrechnung(en) nach Anlage 4.

## **§ 7 Weitergehende Maßnahmen**

Neben der sachlich-rechnerischen Berichtigung kann die zuständige Abteilung dem Vorstand in Form einer Vorstandsvorlage im Einzelfall die Einleitung weiterer Maßnahmen empfehlen.

Zu möglichen weiteren Maßnahmen zählen:

- Die Einleitung eines Disziplinarverfahrens,
- der Antrag auf Entziehung der Zulassung,
- die Mitteilung/Anzeige bei den Strafverfolgungsbehörden (§ 5 der Vereinbarung nach § 106a SGB V)
- Einbeziehung des Beauftragten nach § 81a SGB V
- die Mitteilung/Anzeige bei der Ärztekammer,
- der Antrag auf Einleitung eines Verfahrens der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach §106 SGB V.

## **§ 8 Verschwiegenheit und Befangenheit**

Die unmittelbar mit der Plausibilitätsprüfung befassten Mitarbeiter sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Es ist sicherzustellen, dass die zusammengestellten Unterlagen nur für die unmittelbar mit der Prüfung befassten Beteiligten zugänglich sind.

Die unmittelbar mit der Plausibilitätsprüfung befassten Mitarbeiter sind verpflichtet, dem Bereichsleiter Honorar Gründe mitzuteilen, aus denen sich ein Ausschluss von der Mitwirkung am Verwaltungsverfahren gegen einen bestimmten Arzt ergeben könnten (z. B. Patient/in).

Der Bereichsleiter entscheidet über einen Ausschluss von der weiteren Mitwirkung am Verfahren wegen Befangenheit. Die Entscheidung nebst Gründen ist zu protokollieren.

### **§ 9 In-Kraft-Treten der Verfahrensordnung**

Diese Verfahrensordnung tritt am 01.06.2015 in Kraft. Sie ist erstmals für die Abrechnung des Quartals 2 /2015 anzuwenden.

## **Anlage 1**

### **Regelmäßige Überprüfung (§3 Abs. 2)**

Durch EDV-gestütztes Regelwerk als Prüfraster werden die Abrechnungen vollständig auf alle sich aus den Allgemeinen Bestimmungen des EBM hervorgehende Bedingungen, gesetzliche Bestimmungen und hochrichterliche Rechtsprechung geprüft.

### **Erweiterte Überprüfung (§3 Abs. 2)**

Tageszeitprofil:

- Ein Aufgreifkriterium für eine Auffälligkeit besteht, wenn an mindestens 3 Tagen im Quartal eine Zeitdauer von 12 Stunden je lebenslanger Arztnummer überschritten bzw. nach Tätigkeitsumfang (50%= 6 Stunden, 25%= 3 Stunden) wird.
- In ein Tagesprofil sind nur Leistungen einzurechnen, die in Anhang 3 zum EBM als für ein Tagesprofil geeignet gekennzeichnet sind.
- Ein Aufgreifkriterium für eine Auffälligkeit besteht, wenn ein Arzt/Therapeut, eine Einrichtung gem. § 311 Abs. 2 SGB V oder ein Medizinisches Versorgungszentrum je Arzt im Quartal eine Zeitdauer von 780 Stunden überschreitet bzw. nach Tätigkeitsumfang (50%= 390 Stunden, 25%= 195 Stunden), wenn ein ermächtigter Krankenhausarzt, ein ermächtigtes Institut oder Krankenhaus je Arzt im Quartal eine Zeitdauer von 156 Stunden überschreitet.
- In ein Quartalsprofil sind nur Leistungen einzurechnen, die in Anhang 3 zum EBM als für ein Quartalsprofil geeignet gekennzeichnet sind.
- Sofern der Arzt an verschiedenen Betriebsstätten und/oder Nebenbetriebsstätten tätig ist, wird für die Beurteilung seine Tätigkeit an allen Betriebsstätten einbezogen.
- Für Ärzte in einem Anstellungsverhältnis gilt das Gesagte entsprechend.

Fallzahlentwicklung:

- Bei einer Steigerung der Arztfallzahl um mehr als 20% zum Vorjahresquartal.
- Bei der Abrechnung von Vertreterfällen (Anteil von mehr als 15% an der Gesamtfallzahl der Praxis).
- Bei der Abrechnung von Notfällen –Scheinuntergruppe 41- um mehr als 20% zum Vorjahresquartal.

Statistische Auffälligkeiten:

- Bei einer Steigerung der Honoraranforderung um mehr als 25% zum Vorjahresquartal.
- Bei einer Steigerung von Leistungspositionen um mehr als 25 % zum Vorjahresquartal.

Bei Ärzten, welche in einer Praxisgemeinschaft verbunden sind, erfolgt eine Prüfung der zur Abrechnung eingereichten Leistungen hinsichtlich des Anteils an identischen Patienten.

- 20 % Patientenidentität bei versorgungsbereichsidentischen Praxisgemeinschaften,
- 30 % Patientenidentität bei versorgungsbereichsübergreifenden Praxisgemeinschaften.

## Anlage 2

### Stichprobenprüfung (§ 3 Abs. 3)

- Im Rahmen der Stichprobenprüfung erfolgt 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.
- Fachgruppen die ausschließlich Auftragsleistungen durchführen (Radiologen, Laborärzte, Pathologen) werden auf die Vollständigkeit der Auftragserfüllung bzw. auf Auftragsüberschreitung überprüft.

## Anlage 3

### Entlastungstatbestände

1. Bei erhöhtem Zeitaufkommen sind **insbesondere** zu berücksichtigen:
  - die Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten/in
  - Notdienst
  - Zeiten nach Praxisabwesenheit (Krankheit/Urlaub), soweit kein Vertreter in der Praxis eingesetzt wird
2. Bei Fallzahlsteigerungen sind **insbesondere** zu berücksichtigen:
  - Umfeld der Praxis (z. B. Tod/Vertretung eines Kollegen, Neubaugebiet)
  - saisonale Schwankungen
  - erweiterte Qualifikation des Arztes/ Anschaffung neuer Geräte
  - sonstige Änderungen des Leistungsspektrums

## Anlage 4

### Sachlich-rechnerische Richtigstellung

Bei festgestellten Implausibilitäten erfolgt eine Korrektur der betroffenen Abrechnung. Der Umfang der Korrektur wird im Einzelfall festgelegt.

Für nachstehende Sachverhalte ergibt sich eine Korrektur wie folgt:

1. Die Auffälligkeit besteht, wenn an mindestens 3 Tagen im Quartal eine Zeitdauer von 12 Stunden je lebenslanger Arztnummer überschritten wurde und dies auf die Implausibilität einer Gebührenordnungsposition zurückzuführen ist.
  - An den Tagen an denen eine Zeitdauer von mehr als 12 Stunden vorliegt, wird die in Rede stehende GOP insgesamt von der Abrechnung ausgenommen.
2. Die Auffälligkeit besteht, weil ein Arzt/Therapeut, eine Einrichtung gem. § 311 Abs. 2 SGB V oder ein Medizinisches Versorgungszentrum im Quartal eine Zeitdauer von 780 Stunden auf Grund der Abrechnung einer Gebührenordnungsposition überschreitet.
  - Es erfolgt eine Ermittlung der durchschnittlichen Häufigkeit der auslösenden Gebührenordnungsposition in der betreffenden Arztgruppe. Die auslösende Gebührenordnungsposition, die über die durchschnittliche Häufigkeit der Arztgruppe hinaus abgerechnet wurde, wird von der Abrechnung ausgenommen.
3. Die Auffälligkeit besteht, weil in einer Praxisgemeinschaft/ Berufsausübungsgemeinschaft/ MVZ eine versorgungsbereichsidentischen Patientenidentität von 20% vorliegt und die Prüfung hat ergeben, dass es sich um eine systematische Doppelabrechnung handelt.
  - Es erfolgt eine Streichung aller abgerechneten Gebührenordnungspositionen der nachgewiesenen identischen Patienten bei allen teilnehmenden Ärzten.
4. Die Auffälligkeit besteht, weil die Auftragsleistungen überschritten wurden.
  - Die Leistungen die nicht in Auftrag gegeben wurden werden von der Abrechnung ausgenommen.

Bei der Feststellung von Auffälligkeiten, die nicht in Punkt 1 bis 4 enthalten sind, erfolgt eine sachlich-rechnerische Richtigstellung entsprechend des Sachverhaltes nach Ermessen der KVH. Des Weiteren werden diese Sachverhalte und die Art der durchgeführten rechnerischen Berichtigung in Anlage 4 aufgenommen.