



KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG SACHSEN

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Verfahrensordnung

**über den Inhalt und die Durchführung der Plausibilitätsprüfungen
gemäß § 106d Abs. 2 SGB V**

in der Fassung vom 13.05.2020

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SACHSEN

Präambel

Der Inhalt der „Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen nach § 106d Abs. 6 SGB V“ 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, angestellte 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. Die in dieser Verfahrensordnung verwendeten Personenbezeichnungen gelten jeweils auch in ihrer weiblichen Form.
- (1a) Soweit in den nachstehenden Bestimmungen dieser Verfahrensordnung Prüfungen der Abrechnung zugrunde gelegt werden, beziehen sich diese Prüfungen jeweils individuell auf Leistungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten, auf Leistungen angestellter Ärzte oder Psychotherapeuten in Arztpraxen oder Medizinischen Versorgungszentren, Ärzte oder Psychotherapeuten in Einrichtungen nach § 311 SGB V sowie persönlich ermächtigte Ärzte, welche unter einer lebenslangen 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 Kassenärztliche Vereinigung (KV) Sachsen bleiben unberührt.
- (3) Absatz 2 gilt auch insoweit, als ärztliche Leistungen auf der Grundlage von Einzelverträgen nach Maßgabe der §§ 73b sowie 140a 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 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) tätig ist. Bei der Tätigkeit im Rahmen eines Anstellungsverhältnisses ist eine Beurteilung der Abrechnung des Arztes oder Psychotherapeuten in der anstellenden Arztpraxis bzw. dem Medizinischen Versorgungszentrum vorzunehmen.

§ 2 Plausibilitätsprüfung, sachlich-rechnerische Richtigstellung und Wirtschaftlichkeitsprüfung

- (1) Ausgangspunkt einer Plausibilitätsprüfung ist die vermutete rechtliche Fehlerhaftigkeit ärztlicher Abrechnungen. 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 im Sinne 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 erbracht und/oder 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 „Richtlinie zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen nach § 106d SGB V“ genannten Fällen erbracht worden ist. Dies gilt insbesondere 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 Qualifikationsanfordernisse),
- 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, beantragt der Plausibilitätsausschuss bzw. die Bezirksgeschäftsstelle gemäß § 9 dieser Verfahrensordnung die Einleitung eines Verfahrens der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach §§ 106a bis c SGB V.

§ 3

Arten der Plausibilitätsprüfungen

Plausibilitätsprüfungen werden als

- regelhafte Plausibilitätsprüfungen nach § 4,
- Plausibilitätsprüfung bei Auffälligkeiten im Rahmen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) nach § 5,
- Prüfungen auf Patientenidentität nach § 6,
- anlassbezogene Prüfungen aufgrund konkreter Hinweise und Verdachtsmomente nach § 7 durchgeführt.

Die Plausibilitätsprüfungen nach den §§ 4 bis 6 werden je Quartal durchgeführt. Plausibilitätsprüfungen nach § 7 werden bei konkreten Hinweisen auf Beschluss des Vorstandes oder des Geschäftsführers der Bezirksgeschäftsstelle durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Prüfungen sind zu dokumentieren.

§ 3a

Plausibilitätsprüfung bei KV-übergreifender Berufsausübung

Die zuständige KV führt nach einem bundeseinheitlichen Maßstab eine zusammenfassende Prüfung gemäß § 106d SGB V in Verbindung mit § 11 der Richtlinie zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen nach § 106d SGB V durch. Ergibt diese Prüfung Veranlassung zu einer Überprüfung der abgerechneten vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Leistungen aller beteiligten Ärzte oder Psychotherapeuten, wirken die beteiligten KVen mit der zuständigen KV 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 gemäß Prüfzeiten Anhang 3 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes [EBM]). In die Prüfung werden weiterhin Prüfzeiten für Leistungen, welche über gesonderte vertragliche Regelungen außerhalb des EBM vereinbart sind, einbezogen. 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 Zeitprofile gelten folgende Maßgaben:

Es werden ein Tageszeitprofil und ein Quartalszeitprofil ermittelt. Die Ermittlung dieser Zeitprofile erfolgt für Ärzte mit einer individuellen lebenslangen Arztnummer (LANR) auf Basis der abgerechneten und auf Übereinstimmung mit den Bestimmungen des EBM sowie den Sonderverträgen geprüften Leistungen der Gesetzlichen Krankversicherung unter Einbeziehung von Sonderkostenträgern. Unberücksichtigt bleiben Abrechnungen ohne arztindividuelle LANR (beispielsweise 9999999), Leistungen im Notfall und im organisierten kassenärztlichen Bereitschaftsdienst.

(2) Als abrechnungsauffällig, mit der Folge der Einleitung der erweiterten regelhaften Plausibilitätsprüfung, gelten folgende Kriterien:

a) Vertragsärzte und -psychotherapeuten mit vollem Versorgungsauftrag

Tageszeitprofil: arbeitstägliche Zeit an mindestens drei Tagen im Quartal mehr als 12 Stunden

Quartalszeitprofil: mehr als 780 Stunden

Ein reduzierter Umfang des Versorgungsauftrages ist anteilig im Quartalszeitprofil zu berücksichtigen.

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 mit vollem Versorgungsauftrag 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.

- (3) Für zugelassene Ärzte und Psychotherapeuten in Einzelpraxen, Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren sowie für die dort angestellten Ärzte oder Assistenten gelten folgende Regelungen:
- a) Die Prüfung erfolgt grundsätzlich je individueller LANR und gemäß dem Umfang der Tätigkeit des Arztes. Der Umfang der Tätigkeit wird bei der Prüfung nur im Quartalszeitprofil berücksichtigt. Ein reduzierter Tätigkeitsumfang des angestellten Arztes bzw. Therapeuten ist anteilig im Quartalszeitprofil zu berücksichtigen. Die Prüfung der Zeitprofile für Ärzte mit reduziertem Versorgungsauftrag bzw. reduziertem Tätigkeitsumfang angestellter Ärzte kann sich ebenfalls auf mögliche Fälle unzulässiger Fallzahlmehrerung erstrecken.
 - b) Ärzte in Weiterbildung, Sicherstellungs- und Entlastungsassistenten werden hinsichtlich des Umfangs ihrer Tätigkeit nicht berücksichtigt.
- (4) Bei Tätigkeit an mehreren Betriebsstätten/Nebenbetriebsstätten erfolgt die Prüfung des Arztes oder Psychotherapeuten 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 der Beschränkung des Versorgungsauftrages auf die Hälfte nach § 19a Ärzte-ZV wird für die Tätigkeit des Vertragsarztes ein Quartalszeitprofil, für das die Zeiten nach Absatz 2 Punkt a) halbiert werden und ein Tageszeitprofil 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

Plausibilitätsprüfung bei Auffälligkeiten im Rahmen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG)

Eine Abrechnungsauffälligkeit ist zu vermuten, wenn in einer Arztpraxis in einer Arztgruppe der Anteil der Fälle mit Abrechnung der Gebührenordnungspositionen (GOPen) 03008 (Zuschlag Terminvermittlung Facharzt zu Versichertenpauschale GOP 03000) und 04008 (Zuschlag Terminvermittlung Facharzt zu Versichertenpauschale GOP 04000) den Wert von 15 % überschreitet.

Bei einem auffällig hohen Anteil der Fälle mit Abrechnung der GOPen 03008 und 04008 können insbesondere berücksichtigt werden:

- a. fachliche Spezialisierung,
- b. Betreuung einer besonderen Patientenklientel.

§ 6

Plausibilitätsprüfung bei Patientenidentitäten

Die Abrechnungen von Ärzten können auffällig sein, wenn bestimmte Grenzwerte des Anteils identischer Patienten überschritten worden sind.

Eine Abrechnungsauffälligkeit ist zu vermuten, wenn die nachstehenden Grenzwerte zumindest bei einer der beteiligten Praxen überschritten worden sind:

- 20 % Patientenidentität - auf die abrechnende Praxis bezogen - bei fachgruppengleichen Praxen,
- 30 % Patientenidentität - auf die abrechnende Praxis bezogen - bei fachgruppenübergreifenden Praxen.

§ 7

Anlassbezogene Plausibilitätsprüfungen aufgrund konkreter Hinweise und Verdachtsmomente

Außerhalb der Prüfungen gemäß §§ 4 bzw. 6 wird eine Abrechnung in der vertragsärztlichen Versorgung geprüft, wenn ausreichende und konkrete Hinweise auf Abrechnungsauffälligkeiten bestehen. Hinweisen wird nachgegangen, wenn die Verdachtsmomente schriftlich oder persönlich vorgetragen werden. Die Einleitung des Prüfverfahrens erfolgt auf Entscheidung des Vorstandes oder des Geschäftsführers der Bezirksgeschäftsstelle.

§ 8

Erweiterte regelhafte Plausibilitätsprüfung

Ergeben die Plausibilitätsprüfungen gemäß den §§ 4 bis 7 Abrechnungsauffälligkeiten, wird die erweiterte regelhafte Plausibilitätsprüfung durchgeführt. Diese hat das Ziel, mithilfe ergänzender Tatsachenfeststellungen und Bewertungen festzustellen, ob gegen die rechtliche Ordnungsmäßigkeit der Leistungsabrechnung verstoßen worden ist oder nicht.

Im Rahmen dieser Prüfungen berücksichtigt die KV Sachsen auch die nachstehenden Feststellungen und Umstände, um zu prüfen, ob die Abrechnungsauffälligkeiten sich zugunsten des Arztes erklären lassen. Im Einzelnen können folgende Sachverhalte geprüft werden:

- a) Beschäftigung eines genehmigten Assistenten (differenziert nach Art des Assistenten),
- b) Job-Sharing,
- c) berechnete Vertreterfälle (§§ 32, 32a Ärzte-ZV) gemäß Muster 19 der Vordruckvereinbarung,
- d) quartalsbezogene Pauschalen,
- e) überdurchschnittliche Fallzahl, fachliche Spezialisierung etc.,
- f) Notfälle und Fälle im Rahmen des organisierten kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes,
- g) Anteil nicht zeitbewerteter Leistungen,
- h) berechnete Überweisungen (§ 24 BMV-Ä),

Die Ergebnisse der erweiterten regelhaften Plausibilitätsprüfung sind zu dokumentieren, soweit eine ordnungsgemäße Abrechnung bei zunächst vermuteter Abrechnungsauffälligkeit festgestellt wurde.

Bleiben Abrechnungen auch nach Durchführung der erweiterten regelhaften Plausibilitätsprüfung gemäß § 8 auffällig, so wird die Prüfung gemäß § 9 weitergeführt.

§ 9

Durchführung und Verfahren der Plausibilitätsprüfung

Zuständig für die Durchführung der Prüfungen nach den §§ 4 bis 8 sind die Bezirksgeschäftsstellen. Diese stellen die nötigen Ermittlungen an und stellen die Prüfunterlagen zusammen.

Die Prüfunterlagen beinhalten die Auffälligkeiten in der Abrechnung nach Maßgabe der Aufgreifkriterien und ggf. im Rahmen der erweiterten regelhaften Prüfung gemäß § 8 festgestellte Sachverhalte und hinzugezogene Unterlagen.

Bleiben Abrechnungen nach Durchführung der erweiterten regelhaften Plausibilitätsprüfung gemäß § 8 auffällig, ist der betroffene Arzt zur schriftlichen Stellungnahme aufzufordern. Dazu ist der betroffene Arzt über den wesentlichen Inhalt der ermittelten Auffälligkeiten schriftlich zu informieren. Ihm ist ein Zeitraum von 10 Arbeitstagen für die schriftliche Stellungnahme einzuräumen. Das Verfahren kann nach Ablauf dieser Frist auch ohne erfolgte schriftliche Stellungnahme des betroffenen Arztes entschieden werden.

Nach Vorliegen der Stellungnahme bzw. nach Ablauf der Frist erfolgt die abschließende Prüfung durch die Bezirksgeschäftsstelle. Die festgestellten Abrechnungsverstöße, das Prüfergebnis sowie ggf. weitere einzuleitende Maßnahmen werden in einer Prüffakte dokumentiert. Die Entscheidung zum Verfahren trifft grundsätzlich der Plausibilitätsausschuss, es sei denn, die Verwaltung kann das Verfahren abschließend entscheiden.

Kommt die Bezirksgeschäftsstelle bzw. 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. Die Information über die Einstellung des Verfahrens ist dem betroffenen Arzt zu übermitteln.

Kommt die Bezirksgeschäftsstelle bzw. der Plausibilitätsausschuss zu der Entscheidung, dass ein Verstoß gegen die rechtliche Ordnungsmäßigkeit der Abrechnung vorliegt, erfolgt eine Honorarkorrektur. Der Ausweis der Honorarkorrektur erfolgt in der Regel im Honorarbescheid des zu prüfenden Quartals. Die Prüfmitteilung ist als Anlage zum Honorarbescheid zu übermitteln.

Ist keine quartalsgleiche Prüfung möglich, wird die Honorarrückforderung unter Aufhebung des Honorarbescheides des betreffenden Prüfquartals in einem Prüfbescheid mitgeteilt. Die Honorarrückforderung wird vollständig eingezogen. Für eine mögliche Stundung bzw. einen Erlass der Honorarrückforderung gelten die jeweiligen gesetzlichen Regelungen. Einzelheiten regelt der Vorstand der KV Sachsen.

Der Widerspruch des Arztes gegen die Honorarkorrektur/Honorarrückforderung wird vom Vorstand entschieden. In diesem Fall wird die vollständige Prüfsakte an den Vorstand übermittelt. Zuvor erfolgt eine Abhilfeprüfung durch die Bezirksgeschäftsstelle.

Die Bezirksgeschäftsstelle bzw. der Plausibilitätsausschuss kann dem Vorstand weitere einzuleitende Maßnahmen vorschlagen. Diesbezügliche Maßnahmen wären:

1. Weitergabe an den Disziplinarausschuss der jeweiligen Bezirksgeschäftsstelle der KV Sachsen,
2. Weitergabe an die Prüfungsstelle nach § 106c SGB V zur Einleitung von Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren,
3. Weitergabe an die Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach § 81a SGB V,
4. Weitergabe an die Staatsanwaltschaft.

§ 10

Plausibilitätsausschüsse

Bedarf es zum Abschluss der erweiterten regelhaften Plausibilitätsprüfung des ärztlichen Sachverständigen, wird die weitere Prüfung an den zuständigen Plausibilitätsausschuss gemäß § 10 abgegeben.

Es wird bei den Bezirksgeschäftsstellen je ein Plausibilitätsausschuss gebildet. Auf Vorschlag durch die Regionalausschüsse der Bezirksgeschäftsstellen erfolgt die Berufung durch den Vorstand. Weiterhin können Gutachter zur Unterstützung des Plausibilitätsausschusses herangezogen werden. Mitglieder/Gutachter des Plausibilitätsausschusses sollen grundsätzlich Mitglied der KV Sachsen sein.

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 der jeweilige Plausibilitätsausschuss endgültig.

Der Plausibilitätsausschuss wählt einen Vorsitzenden und einen stellvertretenden Vorsitzenden.

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

Der Plausibilitätsausschuss ist nur beschlussfähig, wenn der Vorsitzende oder der stellvertretende Vorsitzende und mindestens zwei Mitglieder anwesend sind und kein anwesendes Mitglied befangen ist. Ist ein Einberufen des Plausibilitätsausschusses nicht möglich oder aus wichtigen anderen Gründen unvertretbar, ist die Entscheidungsfindung und Beschlussfassung in jeder geeigneten Form nach Entscheidung des Vorsitzenden des Plausibilitätsausschusses möglich.

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

Gutachter, 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 können weitere Informationen im Rahmen der erweiterten regelhaften Plausibilitätsprüfung anfordern.

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.

Die Mitglieder des Plausibilitätsausschusses haben Anspruch auf Entschädigung nach der Reisekosten- und Sitzungsgeldregelung für ehrenamtlich tätige Ärzte der KV Sachsen. Die Amtsperiode der Mitglieder der Plausibilitätsausschüsse richtet sich nach der Legislaturperiode der Organe der KV Sachsen.

§ 11

Information der Krankenkassen und der Prüfungsstelle nach § 106c SGB V

Die KV Sachsen unterrichtet die Landesverbände und -vertretungen sächsischer Krankenkassen über die Durchführung von Prüfungen und deren Ergebnisse, soweit sie Fälle festgestellter Unplausibilität und daraus erfolgter sachlich-rechnerischer Berichtigung betreffen.

Die Prüfungsstelle nach § 106c SGB V wird über die Ergebnisse der von ihr initiierten Verfahren zur Plausibilitätsprüfung informiert.

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

§ 12

Inkrafttreten

Diese Verfahrensordnung tritt am 1. Januar 2021 in Kraft und ersetzt die Verfahrensordnung vom 15. Mai 2019.