

## Merkblatt: Plausibilitätsprüfung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind gemäß § 106d SGB V (bis 31.12.2016: § 106a SGB V) gesetzlich verpflichtet, die Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung zu prüfen.

Die Plausibilitätsprüfung stellt ein Verfahren dar, mit dessen Hilfe aufgrund bestimmter Anhaltspunkte und vergleichender Betrachtungen die rechtliche Fehlerhaftigkeit ärztlicher Abrechnungen vermutet werden kann. Sie 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.

Einzelheiten zu den Prüfungen ergeben sich aus den auf Bundesebene vereinbarten Richtlinien zur Abrechnungsprüfung, der entsprechenden Vereinbarung auf Landesebene mit den Parteien der Gesamtverträge und der Verfahrensordnung zur Durchführung von Plausibilitätsprüfungen der KVBW.

Danach erfolgen Plausibilitätsprüfungen regelhaft, d. h. grundsätzlich für jedes Quartal, bei bestimmten Auffälligkeiten (z. B. Prüfungen nach Zeitprofilen). Darüber hinaus erfolgen Prüfungen aufgrund von Hinweisen in Einzelfällen. Für die Prüfungen zuständig ist der jeweils in den Bezirksdirektionen eingerichtete Plausibilitätsausschuss bzw. dessen Geschäftsstelle.

### Prüfungen nach Zeitprofilen

Der Gesetzgeber hat u. a. bestimmt: „Gegenstand der arztbezogenen Plausibilitätsprüfung ist insbesondere der Umfang der je Tag abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand des Vertragsarztes. Bei der Prüfung nach Satz 2 ist ein Zeitrahmen für das pro Tag höchstens abrechenbare Leistungsvolumen zugrunde zu legen; zusätzlich können Zeitrahmen für die in längeren Zeitperioden höchstens abrechenbaren Leistungsvolumina zugrunde gelegt werden.“ (§ 106d Abs. 2 Satz 2 und 3 SGB V).

Aufgrund dessen wurden für die ärztlichen Leistungen im EBM (Anlage 3) Prüfzeiten festgelegt. Je nach Leistung bzw. Gebühr erfolgt entweder mangels Geeignetheit keine Zeitangabe oder eine Zeitangabe bei einer quartalsbezogenen Komplexleistung über das Quartal (Quartalszeit) oder eine Angabe für den Tag der Leistungserbringung (Tageszeit – Berücksichtigung zusätzlich in der Quartalszeit).

Als Auffälligkeit gilt, wenn die auf der Grundlage der Prüfzeiten ermittelte Zeit bei Tageszeitprofilen an mindestens drei Tagen im Quartal mehr als zwölf Stunden oder im Quartalszeitprofil mehr als 780 Stunden je Arzt resultiert. Entsprechendes gilt für ermächtigte Ärzte mit der Maßgabe, dass bereits ein Quartalsprofil von mehr als 156 Stunden als auffällig gewertet wird.

In Berufsausübungsgemeinschaften, Arztpraxen mit angestellten Ärzten und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) werden die Obergrenzen nach der Zahl der dort tätigen Ärzte bzw. nach dem Umfang ihrer Tätigkeit bestimmt. Bei Tätigkeiten an mehreren Orten, bei Tätigkeit in unterschiedlichem Status sowie bei Tätigkeit aufgrund einer Teilzulassung bestehen Besonderheiten. Grundsätzlich gilt, dass die Prüfergebnisse bzw. -zeiten zusammengeführt werden. Dies gilt auch bei KV-übergreifender Berufsausübung.

Der Vorstand der KVBW hat hinsichtlich der Berücksichtigung von (in Vollzeit tätigen) Assistenten nachfolgende Faktoren beschlossen.

## Berücksichtigung von (in Vollzeit tätigen) Assistenten

Zeitprofilfaktoren (bei vollem Versorgungsauftrag)	Tagesprofil	Quartalsprofil
Jobsharing (Partner und Assistenten)	100 %	100 %
Weiterbildungsassistenten nach § 2 Nr. 1 und 3 der Assistenten-Richtlinie	50 %	50 %
Ausbildungsassistenten nach § 2 Nr. 2 und 4 der Assistenten-Richtlinie	50 %	50 %
Sicherstellungsassistenten	100 %	50 %
Angestellte Ärzte	100 %	100 %

Sicherstellungsassistenten werden im Tagesprofil mit dem Faktor 1,0 und im Quartalsprofil mit dem Faktor 0,5 (zusätzlich) berücksichtigt.

### Beispiel (Einzelpraxis mit einem Assistenten):

Tagesprofil:    Aufgreifgrenze bei 12 Stunden   + (12 x 2,0)   = 24 Std.

Quartalsprofil: Aufgreifgrenze bei 780 Stunden + (780 x 1,5) = 1170 Std.

Weiterbildung- und Ausbildungsassistenten werden sowohl im Tagesprofil als auch im Quartalsprofil mit dem Faktor 0,5 (zusätzlich) berücksichtigt.

### Beispiel (Einzelpraxis mit einem Assistenten):

Tagesprofil:    Aufgreifgrenze bei 12 Stunden   + (12 x 1,5)   = 18 Std.

Quartalsprofil: Aufgreifgrenze bei 780 Stunden + (780 x 1,5) = 1170 Std.

Diese Regelungen gelten bei anteiligem Versorgungsauftrag im Quartalsprofil entsprechend nur anteilig. Für Weiterbildungs- und Ausbildungsassistenten gilt dies auch für das Tagesprofil. Bei Sicherstellungs-assistenten aus Gründen einer geplanten Kooperation kann nach der ersten Auffälligkeitsprüfung der Faktor im Quartalsprofil mit 100 % berücksichtigt werden.

Für angestellte Ärzte, die vom Zulassungsausschuss eine konkrete wöchentliche Arbeitszeit vorgegeben bekommen, können nach der ersten Auffälligkeitsprüfung diese Zeiten für das Quartal hochgerechnet und überprüft werden.

Diese Zeitgrenzen stellen lediglich ein Aufgreifkriterium und kein Zeitbudget mit automatischer Kürzung dar. Die KVBW kann oftmals durch eine interne Überprüfung die Zeiten plausibilisieren. Nur, wenn dies nicht der Fall ist, wird in der Praxis nachgefragt. Auch hierdurch klären sich oft die Fragestellungen. Nur bei der Feststellung von Abrechnungsfehlern erfolgen Hinweise oder eine Korrektur der Abrechnung.

## Prüfungen aufgrund von Hinweisen

Prüfungen aufgrund von Hinweisen erfolgen, wenn diese so ausreichend und konkret sind, dass eine Implausibilität der Abrechnung gegeben ist. Anonyme Anzeigen werden nur dann aufgegriffen, wenn der erhobene Vorwurf eine Verletzung vertragsärztlicher Pflichten hinreichend konkretisiert. Ob dies jeweils gegeben ist, entscheidet der zuständige Plausibilitätsausschuss.

## Prüfung bei Praxisgemeinschaften u. a.

Die Abrechnungen von Ärzten, welche untereinander in einer Praxisgemeinschaft verbunden sind, können unplausibel sein, wenn bestimmte Grenzwerte des Anteils identischer Patienten überschritten worden sind. Nach den Richtlinien zur Abrechnungsprüfung ist eine Abrechnungsauffälligkeit zu vermuten, wenn die nachstehenden Grenzwerte überschritten worden sind:

- 20 Prozent Patientenidentität – auf die abrechnenden Praxen bezogen  
– bei fachgruppengleichen Praxen,
- 30 Prozent Patientenidentität – auf die abrechnenden Praxen bezogen  
– bei fachgruppenübergreifenden Praxen.

Dies bedeutet, dass eine Auffälligkeit bereits dann vorliegt, wenn in einer der beteiligten Praxen der Grenzwert überschritten ist.

### Beispiel:

Praxis A hat 1.000 Fälle, Praxis B 200 Fälle. 100 Patienten werden in beiden Praxen behandelt. Für Praxis A sind dies 10 Prozent der Behandlungsfälle, für Praxis B jedoch 50 Prozent der Behandlungsfälle. Dies bedeutet, dass die gemeinsame Behandlung der beiden Praxen überprüft wird.

Eine entsprechende Prüfung kann sich auch auf Ärzte erstrecken, welche nicht in Praxisgemeinschaft oder sonstiger Organisationsgemeinschaft verbunden sind, sondern lediglich in räumlicher Nähe arbeiten. Berechtigte Vertreterfälle und/oder berechtigte Überweisungsfälle untereinander werden bei den Prüfungen berücksichtigt. Werden solche Fälle jedoch gezielt genützt, um Fallzahlen zu erhöhen, können ein Missbrauch der Kooperationsform angenommen und Korrekturen durchgeführt werden. Dies kann z. B. der Fall sein, wenn Vertretungen routinemäßig immer an den gleichen Wochentagen stattfinden oder z. B. immer an Mittwoch- /Freitagnachmittagen.

## Verfahren bei einer Plausibilitätsprüfung

Die Prüfungen werden zunächst von der Geschäftsstelle des jeweils zuständigen Plausibilitätsausschusses durchgeführt.

Es werden die für den jeweiligen Prüffall erforderlichen Daten oder Unterlagen beigezogen. Insbesondere werden auch von Amts wegen zur Entlastung des Vertragsarztes dienende Umstände ermittelt, die zur Erfüllung eines Aufgreifkriteriums bzw. einer Auffälligkeit geführt haben können.

Erst wenn die Implausibilitäten durch die interne Prüfung nicht ausgeräumt werden können, werden weitere Sachverhaltsermittlungen durchgeführt. Der zuständige Ausschuss kann zum Beispiel den Vertragsarzt auffordern, die Plausibilität seiner Abrechnung, ggf. unter Beifügung von Unterlagen, schriftlich oder mündlich zu erläutern. Muss der Plausibilitätsausschuss bei verbleibenden Implausibilitäten oder der Feststellung einer nicht

korrekten Abrechnung schließlich dennoch über eine sachlich-rechnerische Berichtigung entscheiden, so bleibt dem Mitglied die Möglichkeit, den Berichtigungsbescheid in einem Widerspruchsverfahren noch einmal überprüfen zu lassen.

### Ihre Ansprechpartner:

Abrechnungsberatung: Tel. 0711 7875-3397

E-Mail: [abrechnungsberatung@kvbawue.de](mailto:abrechnungsberatung@kvbawue.de)