

# **Prüfvereinbarung**

**zwischen**

**der AOK Bremen/Bremerhaven, zugleich für die Seekrankenkasse**

**dem BKK Landesverband Niedersachsen-Bremen, zugleich für die Knappschaft,  
Verwaltungsstelle Hannover**

**dem IKK-Landesverband Sachsen-Anhalt – Geschäftsbereich Bremen –  
zugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau, handelnd als Landesverband für die  
Landwirtschaftliche Krankenversicherung in Bremen**

**dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK)**

**- vertreten durch die Landesvertretung Bremen -**

**dem AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.**

**- vertreten durch die Landesvertretung Bremen -**

**- nachstehend "Verbände" genannt -**

**und**

**der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen**

**- nachstehend "KVHB" genannt -**

über das Verfahren zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch die Prüfungsstelle und den Beschwerdeausschuss (Prüfungseinrichtungen)

## **Inhaltsverzeichnis:**

### **Abschnitt I Allgemeine Regelungen**

§ 1 Grundsätze und Geltungsbereich

### **Abschnitt II Organisation der Prüfung**

§ 2 Prüfungseinrichtungen

§ 3 Prüfungsstelle

§ 4 Obliegenheiten der Vertragspartner

§ 5 Verfahren bei der Prüfungsstelle

§ 6 Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss

§ 7 Prüfungsarten

§ 8 Prüfunterlagen

§ 9 Beratung in erforderlichen Fällen

### **Abschnitt III Verfahren bei Überschreitung vereinbarter Richtgrößen**

§ 10 Einleitung des Prüfverfahrens

§ 11 Durchführung der Richtgrößenprüfung

### **Abschnitt IV Prüfung auf der Grundlage von Stichproben (Zufälligkeitsprüfung)**

§ 12 Einleitung des Prüfverfahrens

§ 13 Maßnahmen bei der Stichprobenprüfung

### **Abschnitt V Prüfung ärztlicher Behandlungsweise und ärztlich verordneter Leistungen (Verordnungsweise) nach Durchschnittswerten**

§ 14 Einleitung des Prüfverfahrens bei der Prüfung der ärztlichen Behandlungsweise

§ 15 Maßnahmen bei der Prüfung der ärztlichen Behandlungsweise

§ 16 Einleitung des Prüfverfahrens bei der Prüfung der Verordnungsweise

§ 17 Maßnahmen bei der Prüfung der ärztlichen Verordnungsweise

### **Abschnitt VI Prüfung in Einzelfällen**

§ 18 Einleitung des Prüfverfahrens

§ 19 Maßnahmen bei der Prüfung in Einzelfällen

### **Abschnitt VII Feststellung eines sonstigen Schadens**

§ 20 Einleitung des Prüfverfahrens

§ 21 Maßnahmen bei der Feststellung eines sonstigen Schadens

### **Abschnitt VIII Anrechnung, Kosten und In-Kraft-Treten**

§ 22 Ausschlussgründe und Anrechnung bei verschiedenen Verfahren

§ 23 Kosten

§ 24 Salvatorische Klausel

§ 25 In-Kraft-Treten und Kündigung

## **Anlagen**

**Die in dieser Übersicht aufgeführten Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages.**

Anlage 1	:	Datensatzbeschreibung Arzneimittel gem. § 8 Abs. 2
Anlage 2	:	Datensatzbeschreibung Heilmittel gem. § 8 Abs. 2
Anlage 3	:	Gliederung der Leistungssparten
Anlage 4	:	Gesamtübersicht zur Prüfung
Anlage 5	:	Frequenztafel
Anlage 6	:	Fachgruppen
Anlage 7	:	Arzneimittelstatistik
Anlage 8	:	Heilmittelstatistik
Anlage 9	:	Berechnungsmodus zur Feststellung von Überschreitungen
Anlage 10	:	Prüfkriterien
Anlage 11	:	Verfahrensregelung
Anlage 12	:	Kosten
Anlage 13	:	Tätigkeitsbericht

### **Abschnitt I**

#### **Allgemeine Regelungen**

##### **§ 1**

#### **Grundsätze und Geltungsbereich**

- (1) Die Krankenkassen und die KVHB überwachen gem. § 106 Abs.1 SGB V die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung im Lande Bremen durch Beratungen und Prüfungen. Dafür bilden sie nach § 106 Abs. 4 SGB V Prüfungseinrichtungen als autonome Organe der gemeinsamen Selbstverwaltung.
- (2) Der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Abs. 1 unterliegen: Vertragsärzte - auch soweit sie belegärztlich tätig sind (§ 106 Abs.6)-, psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, ermächtigte Krankenhausärzte (§ 116 SGB V), ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen (§§ 117 und 119 a SGB V) sowie zugelassene medizinische Versorgungszentren (§ 95 SGB V); im Folgenden „Arzt“ genannt.
- (3) Verfahrensbeteiligte vor den Prüfungseinrichtungen sind in die Prüfung einbezogene Ärzte, die KVHB, die Verbände der Krankenkassen und alle Krankenkassen, für deren Versicherte der Arzt Leistungen abgerechnet oder verordnet hat.

### **Abschnitt II**

#### **Organisation der Prüfung**

##### **§ 2**

#### **Prüfungseinrichtungen**

- (1) Zur Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung bilden die Vertragspartner eine gemeinsame Prüfungsstelle und einen gemeinsamen Beschwerdeausschuss. Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss nehmen ihre Aufgaben jeweils eigenverantwortlich wahr.
- (2) Zur Unterstützung der Prüfungsstelle wird ein Fachbeirat gebildet.

- (3) Der Beschwerdeausschuss wird paritätisch mit je vier Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen sowie einem unparteiischen Vorsitzenden besetzt.
- (4) Über den unparteiischen Vorsitzenden sowie seinen Stellvertreter einigen sich die Vertragsparteien. Kommt eine Einigung nicht zustande, gilt § 106 Abs. 4 SGB V.
- (5) Alle Ausschussmitglieder einschließlich des Vorsitzenden haben Stellvertreter in ausreichender Zahl. Die Mitglieder und deren Stellvertreter werden von den entsendenden Vertragspartnern benannt. Diese können während der Amtsperiode die von ihnen bestellten Mitglieder oder Stellvertreter durch Neubestellung anderer Mitglieder oder Stellvertreter ersetzen. Über die Besetzung unterrichten sich die Vertragspartner gegenseitig sowie die Prüfungsstelle.
- (6) Die Amtsdauer der Mitglieder des Beschwerdeausschusses beträgt zwei Jahre. Sie bleiben nach Ablauf der Amtsdauer im Amt, bis eine neue Besetzung erfolgt ist. Die erste Amtsperiode beginnt mit In-Kraft-Treten dieser Prüfvereinbarung am 01.01.2008.
- (7) Ein ärztliches Mitglied darf bei der Prüfung seiner eigenen vertragsärztlichen Tätigkeit oder eines Angehörigen im Sinne von § 16 Abs. 5 SGB X nicht mitwirken. Das gilt sinngemäß auch für die Tätigkeit in einer Berufsausübungsgemeinschaft, Praxismgemeinschaft, ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtung oder einem Medizinischen Versorgungszentrum.
- (8) Mitglieder des Beschwerdeausschusses dürfen an solchen Verfahren nicht mitwirken, an denen sie bereits als Mitglied des Prüfungsausschusses (§ 106 SGB V i.d.F. vor dem 01.01.2008) mitgewirkt haben.
- (9) Mitglieder, stellvertretende Mitglieder und Mitarbeiter der Prüfungseinrichtungen können nicht als Beistand an Prüfverfahren mitwirken. Dies gilt auch für ehemalige Mitglieder und stellvertretende Mitglieder sowie Mitarbeiter, soweit sie an dem jeweiligen Beschluss mitgewirkt haben.
- (10) Die Mitglieder der Prüfungseinrichtungen und alle übrigen Mitwirkenden sind bei der Ausübung ihres Amtes an Weisungen nicht gebunden. Die Mitglieder der Prüfungseinrichtungen und alle übrigen Mitwirkenden haben - mit Ausnahme der gefassten Beschlüsse - (auch nach Ausscheiden aus dem Amt) über alle Umstände, die ihnen aus ihrer Tätigkeit in den Prüfungseinrichtungen bekannt werden, Stillschweigen zu bewahren.
- (11) Der Beschwerdeausschuss ist nur beschlussfähig, wenn in der Sitzung der unparteiische Vorsitzende und jeweils mindestens zwei Vertreter der KVHB und der Krankenkassen anwesend sind.
- (12) Die Sitzungen des Beschwerdeausschusses sind nicht öffentlich. Die Anwesenheit der Protokollführung und vom Beschwerdeausschuss hinzugezogener Personen ist gestattet.
- (13) Auf Beschluss der Prüfungseinrichtungen können sachkundige Personen als Berater hinzugezogen werden.
- (14) Die Einzelheiten des Geschäftsablaufs sind in den Geschäftsordnungen der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses geregelt.
- (15) Der Leiter der Prüfungsstelle und der Vorsitzende des Beschwerdeausschusses vertreten die jeweilige Prüfungseinrichtung gerichtlich und außergerichtlich.

### **§ 3**

#### **Prüfungsstelle**

- (1) Die gemeinsame Prüfungsstelle nach § 106 Abs. 4 SGB V als selbständige organisatorische Einheit wird bei der KVHB errichtet, die eine ordnungsgemäße organisatorische Trennung der Prüfungsstelle von den übrigen Bereichen der KVHB gewährleistet.
- (2) Die Prüfungsstelle prüft die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung auf schriftlichen Antrag, sofern sie nicht von Amts wegen tätig wird. Sie führt ein laufendes Verzeichnis über die eröffneten Prüfungsverfahren und den Verfahrensstand. Ferner unterstützt sie den Beschwerdeausschuss organisatorisch bei der Erfüllung seiner laufenden Geschäfte. Insbesondere führt sie Listen der Widerspruchs- und Klageverfahren und deren Ergebnisse. Hieraus erstellt sie einen standardisierten Tätigkeitsbericht gemäß Anlage 13. Diesen Tätigkeitsbericht stellt sie den Vertragspartnern quartalsweise zur Verfügung.
- (3) Die Auswahl der Mitarbeiter für die Prüfungsstelle nach § 106 Abs. 4 SGB V nehmen die Vertragspartner einvernehmlich vor.

Die Mitarbeiter der Prüfungsstelle sind bei der KVHB unter Beachtung der folgenden Vorgaben angestellt und unterstehen ihr disziplinarrechtlich. Die Prüfungsstellenmitarbeiter nehmen ihre Aufgaben eigenverantwortlich wahr. Soweit sie Geschäftsaufgaben für den Beschwerdeausschuss übernehmen, unterliegen sie dessen fachlicher Weisung. Ihre Neutralität und Weisungsungebundenheit gegenüber der KVHB ist durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen.

### **§ 4**

#### **Obliegenheiten der Vertragspartner**

- (1) Die Vertragspartner einigen sich auf den Leiter der Prüfungsstelle.
- (2) Die Vertragspartner einigen sich auf Vorschlag des Leiters jährlich bis zum 30.11. über die personelle, sachliche sowie finanzielle Ausstattung der Prüfungsstelle für das folgende Kalenderjahr.

### **§ 5**

#### **Verfahren bei der Prüfungsstelle**

- (1) Die Prüfungsstelle prüft, ob der Arzt gegen das Wirtschaftlichkeitsverbot verstoßen hat und entscheidet, welche Maßnahmen zu treffen sind.
- (2) Die Prüfung beinhaltet insbesondere:
  - a) ob die von den Ärzten abgerechneten oder veranlassten Leistungen den gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmungen über die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit entsprechen,
  - b) ob die Verordnungstätigkeit der Ärzte (Arznei- und Heilmittel sowie Sprechstundenbedarf) den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen über die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit entspricht,

- c) ob, ggf. in welcher Höhe, ein Arzt den Krankenkassen infolge schuldhafter Verletzung vertragsärztlicher Pflichten einen sonstigen Schaden zu ersetzen hat.
- (3) Das Verfahren vor der Prüfungsstelle ist schriftlich. Sie fordert zur Vorbereitung ihrer Entscheidung unter angemessener Fristsetzung die Beteiligten zur schriftlichen Stellungnahme auf mit dem Hinweis, dass alle relevanten Tatbestände dargelegt werden sollen. Dabei wird dem Arzt aufgezeigt, welche zur Rechtfertigung einer Überschreitung relevanten Tatsachen grundsätzlich in Betracht kommen und wie sie möglichst aussagekräftig dargestellt werden können. Soweit dennoch keine oder eine nicht aussagefähige Stellungnahme abgegeben wird und auch aus den sonstigen Unterlagen keine quantifizierbaren Praxisbesonderheiten oder sonstige Rechtfertigungsgründe ersichtlich sind, setzt die Prüfungsstelle einen Regress nach pflichtgemäßem Ermessen fest.
- (4) Die Entscheidungen der Prüfungsstelle werden im Bescheid schriftlich begründet, mit einer Rechtsbehelfsbelehrung versehen und vom Leiter der Prüfungsstelle unterzeichnet.

Abweichend hiervon können einzelne sachliche oder rechnerische Mängel in der Abrechnung, die gelegentlich bei einer Wirtschaftlichkeitsprüfung festgestellt werden, von der Prüfungsstelle richtig gestellt werden. Werden umfangreiche Mängel festgestellt, gibt die Prüfungsstelle die Abrechnung an die KVHB zur Prüfung zurück. Soweit erforderlich, wird bis zur Richtigstellung der Abrechnung das Prüfverfahren ausgesetzt. Der entsprechende Sachverhalt ist in der Niederschrift festzuhalten. Die KVHB verpflichtet sich, ihre Prüfung so rechtzeitig abzuschließen, dass die Prüfungsstelle über die Wirtschaftlichkeit fristgerecht entscheiden kann.

- (5) Die Bescheide werden dem betroffenen Arzt, der KVHB den Verbänden sowie in Fällen des Abs. 2 c auch der betreffenden Krankenkasse zugestellt.
- (6) Gegen den Bescheid der Prüfungsstelle können die Beteiligten gem. Abs. 5 innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe schriftlich oder zur Niederschrift bei der Prüfungsstelle Widerspruch einlegen. Der Widerspruch soll innerhalb von weiteren sechs Wochen schriftlich begründet werden.
- (7) Abweichend hiervon findet in Fällen der Festsetzung einer Ausgleichspflicht für den Mehraufwand bei Leistungen, die durch das Gesetz oder die Richtlinien nach § 92 SGB V ausgeschlossen sind („sonstiger Schaden“), ein Vorverfahren nicht statt.
- (8) Die Beteiligten gem. Abs. 5 werden von der Prüfungsstelle über den Eingang eines Widerspruchs innerhalb eines Monats informiert. Sie haben das Recht, die gesamten Unterlagen eines Prüfverfahrens in den Räumen der Prüfungsstelle einzusehen.

## **§ 6**

### **Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss**

- (1) Für das Verfahren gilt grundsätzlich § 5 entsprechend.
- (2) Der Vorsitzende des Beschwerdeausschusses kann einzelne Verfahrensbeteiligte mit einer Frist von mindestens 2 Wochen zu dem festgelegten Sitzungstermin einladen, sofern es der Sachaufklärung dienlich erscheint. Mit ihrer schriftlichen Begründung können der Beschwerdeführer sowie ggf. weitere Verfahrensbeteiligte ihre Teilnahme

an der Sitzung erklären. In diesem Fall sind diese sowie ggf. weitere Verfahrensbeteiligte zu der Sitzung einzuladen. Bei Nichterscheinen der Geladenen kann auch ohne ihre Anwesenheit entschieden werden, wenn in der Einladung darauf hingewiesen wurde. Eine Vertretung in der persönlichen Anhörung des Arztes ist ausgeschlossen; der Arzt kann jedoch einen Beistand hinzuziehen. Die Aufwendungen für die Hinzuziehung des rechtlichen Beistandes werden dem Widerspruchsführer nach Maßgabe des § 63 SGB X erstattet, wenn der Widerspruch erfolgreich ist und die Hinzuziehung des Beistandes notwendig war. Hierüber entscheidet der Beschwerdeausschuss. Für einen Bevollmächtigten, der nicht nach einem Gebührengesetz abrechnen darf, kann insoweit keine Erstattung erfolgen.

- (3) Die Sitzung des Beschwerdeausschusses soll spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Eingang des Widerspruchs beim Beschwerdeausschuss stattfinden.
- (4) Die Verbände und die KVHB erhalten zur Kenntnisnahme die Sitzungseinladung mit der Tagesordnung.
- (5) Das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss gilt als Vorverfahren im Sinne des § 78 SGG.

## **§ 7**

### **Prüfungsarten**

- (1) Die Prüfungsstelle prüft arztbezogen die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch
  - a) Prüfung bei Überschreitung vereinbarter Richtgrößen (Abschnitt III),
  - b) Prüfung auf der Grundlage von Stichproben (Abschnitt IV),
  - c) Prüfung ärztlicher Behandlungsweise und ärztlich verordneter Leistungen (Verordnungsweise) nach Durchschnittswerten (Abschnitt V),
  - d) Prüfung im Einzelfall (Abschnitt VI),
  - e) Feststellung eines sonstigen Schadens (Abschnitt VII).

Die Prüfungen gem. Buchstaben a und b sind die vorrangig durchzuführenden Prüfungsarten.

Prüfungen einer arztbezogenen Wirtschaftlichkeit nach Prüfungsarten gem. Buchstaben a) bis e), die einen gleichen Prüfungszeitraum sowie gleiche Sachverhalte betreffen, schließen sich gegenseitig aus.

- (2) In den Prüfungsverfahren nach Abs. 1, Buchstabe b-c ist die Wirtschaftlichkeit der gesamten Tätigkeit des Arztes zu berücksichtigen. Hierbei sind die bis zum Zeitpunkt der Eröffnung des Prüfungsverfahrens vorliegenden Daten über veranlasste und verordnete Leistungen - ggf. aus Vorquartalen – beizuziehen.

Dies gilt für Prüfverfahren nach Abs. 1 Buchstabe b) auch für Angaben über die Häufigkeit und die Art der vom zu prüfenden Arzt ausgestellten sowie entgegengenommenen Überweisungen, der Krankenhauseinweisungen und der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit, sobald die Erfassung dieser Daten von den Partnern der Prüfvereinbarung durchgeführt wird.

- (3) Für die Einleitung von Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren gilt eine Geringfügigkeitsgrenze von 50,- EUR je Arzt und je Quartal. Prüfmaßnahmen unter 50,- EUR werden nicht realisiert; stattdessen wird der Arzt beraten. Satz 1 gilt nicht für Ansprüche auf

Schadenersatz nach Prüfung gem. Abs.1 Buchstabe e) wegen der Verordnung von Leistungen, die nicht zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden dürfen; hier gilt eine Geringfügigkeitsgrenze von 25,60 EUR je Arzt, Krankenkasse und Quartal.

## § 8

### Prüfunterlagen

- (1) Die KVHB und die Verbände übermitteln der Prüfungsstelle Daten für die Wirtschaftlichkeitsprüfung entsprechend §§ 296 und 297 SGB V. Für Form, Inhalt und Einzelheiten der Datenübermittlung ist der Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen maßgebend.
- (2) Für die Richtgrößenprüfung gem. § 7 Abs. 1 Buchstabe a) stellen die Vertragspartner die Daten bis zum 31.08. des folgenden Jahres zur Verfügung. Dieses sind für die KVHB die folgenden arztbezogenen Daten :
  - Bezeichnung und Wert der anzuwendenden Richtgrößen
  - Fallzahlen getrennt nach Mitgliedern / Familienangehörigen sowie Rentnern

Die Verbände stellen die Daten für die Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln sowie Heilmitteln auf maschinell verwertbaren Datenträgern zur Verfügung.

- (3) Für die Durchführung der Richtgrößenprüfung gem. § 7 Abs. 1 Buchstabe a) werden die von den Verbänden gem. Anlagen 1 und 2 zur Verfügung gestellten Daten von der Prüfungsstelle herangezogen.
- (4) Die KVHB erstellt Statistiken für die Prüfungen gem. § 7 Abs. 1 Buchstabe b) und c):
  - Die durch die KVHB sachlich und rechnerisch sowie nach § 106 a SGB V auf Plausibilität geprüften Leistungen des einzelnen Arztes, getrennt nach ambulanter Behandlung und stationärer Behandlung, werden in Leistungssparten aufgliedert. Die Gliederung der Leistungssparten ergibt sich aus **Anlage 3**.
  - Aus den Quartalsabrechnungen der im Bereich der KVHB tätigen Ärzte erstellt die KVHB getrennt nach ambulanten kurativen ärztlichen Leistungen und stationären belegärztlichen Leistungen Gesamtübersichten sowie Frequenztabellen des einzelnen Arztes und der Fachgruppen nach Maßgabe der **Anlagen 4 und 5**.

Eine Fachgruppe ist grundsätzlich eine an den Gebieten der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Bremen orientierte Arztgruppe. Die Bildung der Fachgruppen und Untergruppen erfolgt im Einvernehmen mit den Verbänden und ergibt sich aus der **Anlage 6**.

- (5) Im Fall einer Durchschnittsprüfung gem. § 7 Abs. 1 Buchstabe c stellen die Verbände der Prüfungsstelle spätestens 6 Monate nach Abschluss des Abrechnungszeitraumes auf maschinell verwertbaren Datenträgern bezogen auf den einzelnen Arzt im Vergleich zur Fachgruppe folgende Angaben zur Verfügung:
- statistische Unterlagen über die von den Ärzten zu ihren Lasten verordneten Arzneimittel (**Anlage 7**)
  - statistische Unterlagen über die von den Ärzten zu ihren Lasten verordneten Heilmittel (**Anlage 8**)
  - statistische Unterlagen zu den Feststellungen zur Arbeitsunfähigkeit sowie die Daten über die Verordnungen von Krankenhausbehandlungen entsprechend dem Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen
- (6) Die Prüfungsstelle führt für jeden Arzt eine Prüfkarte, auf der neben besonderen Qualifikationen des Arztes folgende Angaben zu machen sind:
- Punktzahl-Anforderung gesamt, je Fall und je Leistungssparte,
  - Fallzahlen, aufgeteilt in Versichertengruppen,
  - Maßnahme(n) der Prüfungseinrichtungen,
  - weitere Angaben, soweit sie der Prüfungsstelle vorliegen.

Die Verbände und die KVHB haben das Recht, die Prüfkarten einzusehen und von ihnen Abschriften oder Ablichtungen anzufertigen.

## **§ 9**

### **Beratung in erforderlichen Fällen**

- (1) In erforderlichen Fällen berät die Prüfungsstelle die Ärzte auf der Grundlage von Übersichten über die von ihnen erbrachten, verordneten oder veranlassten Leistungen über Fragen der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung.
- (2) Eine Beratung soll erfolgen, wenn
- a) der Arzt erstmalig im Zusammenhang mit seiner Honoraranforderung, der Verordnung von Arznei-, Verband- und Heilmitteln oder veranlassten Leistungen das Wirtschaftlichkeitsgebot überschreitet;
  - b) aufgrund der Umstände des Einzelfalls zu erwarten ist, dass eine Beratung für die Sicherung der Wirtschaftlichkeit der Ordnungsweise in Zukunft Erfolg versprechend ist.

Die gezielten Beratungen sollen in der Regel weiteren Maßnahmen voran gehen.

- (3) Die Beratung kann schriftlich oder mündlich durch ein individuelles Informationsgespräch durchgeführt werden. Über die Art der Durchführung entscheidet die Prüfungsstelle. Bei Pflichtberatungen ist das Ergebnis des Beratungsgesprächs zu dokumentieren.

### Abschnitt III

## Verfahren bei Überschreitung vereinbarter Richtgrößen

### § 10

#### Einleitung des Prüfverfahrens

- (1) Die Einleitung des Verfahrens erfolgt von Amts wegen, sobald ein Arzt das für seine Praxis ermittelte Richtgrößenvolumen für Arznei- und Verbandmittel bzw. Heilmittel um mehr als 15 Prozent überschreitet.
- (2) Die Prüfungsstelle berät den Arzt in Bezug auf seine verordneten Leistungen über Fragen der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung, wenn dieser das für seine Praxis ermittelte Richtgrößenvolumen um mehr als 15 Prozent überschreitet. Dies erfolgt nicht, wenn die Prüfungsstelle in einer Vorabprüfung aufgrund der vorliegenden Daten davon ausgehen muss, dass die Überschreitung in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten begründet ist.
- (3) Überschreitet der Arzt die Richtgröße um mehr als 25% wird die Prüfung gem. § 11 durchgeführt.

### § 11

#### Durchführung der Richtgrößenprüfung

- (1) Der Arzt hat den sich durch die Überschreitung um 25 % ergebenen Mehraufwand zu erstatten, soweit diese nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist. Der Berechnungsmodus zur Feststellung einer möglichen Überschreitung einer Richtgröße durch den Arzt ergibt sich aus **Anlage 9** zu dieser Vereinbarung.
- (2) Stellt die Prüfungsstelle eine über die vorgenannten Interventionsgrenzen hinausgehende Überschreitung des für den Arzt geltenden Richtgrößenvolumens fest, die nicht durch bereits bekannte Praxisbesonderheiten erklärbar sind, wird dem Arzt Gelegenheit gegeben, innerhalb eines Monats die Höhe der von ihm veranlassten (Brutto-) Ausgaben zu begründen.
- (3) Dabei ist den besonderen Versorgungsverhältnissen einer Praxis, die mit einem erhöhten Versorgungsaufwand verbunden sind, angemessen Rechnung zu tragen. Dazu gehört auch die Versorgung von Disease-Management-Patienten, soweit die entsprechenden Anlagen zu den Medizinischen Versorgungsverhältnissen der jeweiligen Vereinbarungen der Vertragspartner nach § 73a SGB V zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V beachtet werden und die Arzneimittel zur Erreichung der Therapieziele notwendig sind. Soweit zutreffend, ist auch ein im Verhältnis zur Arztgruppe abweichender Anteil zuzahlungsbefreiter Patienten zu berücksichtigen.
- (4) Die in der entsprechenden Anlage zu der jeweils geltenden Richtgrößenvereinbarung genannten Voraussetzungen für die Anerkennung besonderer Versorgungsverhältnisse als Praxisbesonderheit im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung sind zu berücksichtigen. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit ist dabei auf die unter Berücksichtigung der Preise und der Verordnungsart und -menge wirtschaftliche Versorgung begrenzt. Andere Praxisbesonderheiten sind dann zu berücksichtigen, wenn besondere Erkrankungen zu versorgen waren, die der Art und/oder der Anzahl nach von Erkrankungen abweichen, die üblicherweise in Praxen der entsprechenden Fachgruppe vorkommen.

- (5) Für die Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten durch die Prüfungsstelle ist die Angabe des Arztes notwendig, bei welchen Patienten über welche Zeiträume Therapien aus den betreffenden Indikationsgebieten angewandt wurden. .
- (6) Bei der Feststellung der sich im Falle des Absatzes 1 Satz 1 ergebenden Ausgleichsverpflichtung sind die veranlassten Nettoausgaben des Arztes, ggf. getrennt nach Mitgliedern/Familienangehörigen und Rentnern, um die Nettokosten der vom Prüfungsausschuss anerkannten Praxisbesonderheiten zu vermindern. Die Ausgleichsverpflichtung nach Satz 1 ergibt sich aus Anlage 9 zu dieser Vereinbarung. Zusätzlich sind dabei die Rabatte nach § 130 a Abs. 8 SGB V angemessen zu berücksichtigen.

#### **Abschnitt IV**

#### **Prüfung auf der Grundlage von Stichproben (Zufälligkeitsprüfung)**

#### **§ 12**

#### **Einleitung des Prüfverfahrens**

- (1) Die Prüfung auf der Grundlage von Stichproben gem. § 106 Abs. 2 Nr. 2 SGB V erfolgt von Amts wegen.
- (2) Die Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Behandlungs- und Ordnungsweise nach § 106 Abs. 2 SGB V wird auf der Grundlage einer arzt- und versichertenbezogenen Stichprobe geprüft. Die Stichprobe umfasst mindestens 2 v. H. der in diesem Quartal bei der KVHB abrechnenden Ärzte.
- (3) Die KVHB ermittelt die Stichprobe per EDV-gestütztem Zufallsgenerator.
- (4) In die Stichprobenprüfung sollen keine Ärzte einbezogen werden,
  - die innerhalb der letzten 4 Quartale mit gleichem Prüfinhalt in eine Stichprobe einbezogen waren,
  - die erst weniger als vier Quartalsabrechnungen vorgelegt haben,
- (5) Der einer Prüfung zugrunde zu legende Zeitraum beträgt mindestens ein Jahr.
- (6) Als Prüfungsmethoden in der Zufälligkeitsprüfung kommen in Betracht:
  - Die Einzelfallprüfung und die repräsentative Einzelfallprüfung nach Maßgabe vorher festgelegter Prüfungsgegenstände.
  - Bei Vorliegen von arztgruppenbezogenen Datenauswertungen und ausreichend großer Zahl an Ärzten/Psychotherapeuten in der Vergleichsarztgruppe eine statistische Durchschnittsprüfung
- (7) Prüfungsgegenstände sind
  - Prüfung der in der Gebührenordnung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes abgebildeten ärztlichen Leistungen
  - Prüfung von veranlassten Leistungen, insbesondere von aufwändigen Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten
  - Prüfung der Durchführung von Leistungen durch den Überweisungsempfänger
  - Prüfungen ärztlicher Verordnungen von Arzneimitteln und Heilmitteln
  - Prüfung der Feststellung von Arbeitsunfähigkeit und Krankenhauseinweisungen.

- (8) Die Prüfungsstelle wählt geeignete Prüfkriterien gemäß **Anlage 10** aus, um für die konkrete Bewertung der Beurteilungskriterien Anhaltspunkte zu haben.
- (9) Honorarwirksame Begrenzungsregelungen haben keinen Einfluss auf die Prüfung.
- (10) Für die Prüfung der Feststellung von Arbeitsunfähigkeit nach Abs. 7 wird der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) gem. § 275 1 b SGB V beteiligt. Der MDK teilt sein Ergebnis der stichprobenartigen Überprüfung dem Prüfungsausschuss zeitnah mit.
- (11) Im Übrigen gelten die Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Inhalt und zur Durchführung der Zufälligkeitsprüfungen gemäß § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung (im folgenden Richtlinien) als unmittelbarer Bestandteil dieser Vereinbarung.
- (12) Die Vertragspartner konkretisieren in einer Verfahrensregelung zur Abstimmung der Prüfungsziele zwischen Vertragspartnern und Prüfungsstelle (**Anlage 11**) die Richtlinien.

### **§ 13**

#### **Maßnahmen bei der Stichprobenprüfung**

- (1) Stellt die Prüfungsstelle bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung fest, dass eine Unwirtschaftlichkeit nicht gegeben ist oder dass Ausschlussstatbestände zur Durchführung einer Stichprobenprüfung vorliegen, wird die Prüfung eingestellt.
- (2) Stellt die Prüfungsstelle Auffälligkeiten fest, wird das Prüfverfahren weitergeführt.
- (3) Die Prüfungsstelle informiert den Arzt über das Ergebnis der Prüfung.
- (4) Die Prüfungsstelle trifft bei festgestellter Unwirtschaftlichkeit eine Entscheidung über eine Prüfmaßnahme (z.B. Honorarkürzungen, Regresse oder Beratung). Bei erstmalig im Rahmen einer Stichprobenprüfung festgestellter Unwirtschaftlichkeit soll einer Beratung gem. § 9 der Vorzug gegeben werden.
- (5) Im Falle festgestellter Unwirtschaftlichkeit bestimmt die Prüfungsstelle den zu berechnenden Mehraufwand.
- (6) Ist ein Arzt innerhalb des Zeitraums der Stichprobenprüfung in ein Prüfverfahren wegen Richtgrößenüberschreitung oder wegen Prüfung der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten einbezogen, wird die Stichprobenprüfung hinsichtlich dieser Prüfungsgegenstände und für den geprüften Zeitraum ausgeschlossen. Im Übrigen sind Sachverhalte, die bereits Gegenstand einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nach einer anderen Prüfungsmethode oder einer Abrechnungs- oder Qualitätsprüfung gewesen sind, nicht erneut zu prüfen.

## **Abschnitt V**

### **Prüfung ärztlicher Behandlungsweise und ärztlich verordneter Leistungen (Verordnungsweise) nach Durchschnittswerten**

#### **§ 14**

##### **Einleitung des Prüfverfahrens bei der Prüfung der ärztlichen Behandlungsweise**

- (1) Die Prüfung der ärztlichen Behandlungsweise nach Durchschnittswerten erfolgt ausschließlich dann, wenn eine Zufälligkeitprüfung aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen nicht durchgeführt werden kann. Die Einleitung des Prüfverfahrens erfolgt in diesem Fall von Amts wegen.
- (2) Die KV HB legt den Verbänden unverzüglich nach Erstellung der Abrechnungsunterlagen fachgruppenweise die Prüflisten und Frequenztabellen nach § 8 Abs. 5 vor.
- (3) Unter Berücksichtigung von Abs. 1 soll die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Behandlungsweise in der Regel durchgeführt werden für
  - Ärzte, deren mittlerer Gesamtfallwert den gewichteten mittleren Fallwert der Vergleichsgruppe um mehr als 150 % der Standardabweichung (Streuwert) überschreitet (Mittlerer Fallwert der Vergleichsgruppe ist die Summe der mittleren Fallkosten der Ärzte innerhalb einer Vergleichsgruppe dividiert durch die Zahl der Ärzte der Vergleichsgruppe), oder
  - Ärzte, bei denen der Fallwert für einzelne Leistungen den Fallwert der Ärzte der Vergleichsgruppe, welche ebenfalls die Leistung abrechnen, um mehr als 250 % der Standardabweichung (Streuwert) überschreitet.
- (4) Neben der Überschreitung des Vergleichswertes der Vergleichsgruppe ist ein hoher Grad der Homogenität der Leistungsstruktur der nach § 8 Abs. 5 gebildeten Vergleichsgruppe bei der Auswahl zu berücksichtigen. Damit kann auch die Auswahl von Honorarabrechnungen zur Prüfung erfolgen, welche die Kriterien nach Abs. 3 nicht erreichen.

#### **§ 15**

##### **Maßnahmen bei der Prüfung der ärztlichen Behandlungsweise**

- (1) Wird eine Prüfung der ärztlichen Behandlungsweise durchgeführt, so entscheidet die Prüfungsstelle darüber, ob die Honorarabrechnungen des Arztes dem Gebot einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse wirtschaftlichen Behandlungsweise entspricht. Sie hat hierbei die nachstehenden Maßstäbe und Grundsätze zu beachten.
- (2) Die Prüfungsstelle hat Praxisbesonderheiten und/oder kompensatorische Einsparungen mit ursächlichem Zusammenhang zu berücksichtigen. Sie sind insbesondere dann anzunehmen, wenn bereits in den vorangegangenen vier Quartalen im Rahmen von Prüfverfahren festgestellt wurde, dass entsprechende Überschreitungen gerechtfertigt waren.
- (3) Die Prüfungsstelle hat vorrangig zu prüfen, ob gezielte schriftliche oder mündliche Beratungen des Arztes durch die Prüfungsstelle oder die KV HB ausreichend sind. Im Rahmen dieser Beurteilung ist zugunsten des Arztes zu berücksichtigen, wenn

Unwirtschaftlichkeit erstmals nach Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit festgestellt wird.

- (4) Die Prüfungsstelle kann eine auf einer Schätzung beruhende Kürzung der Honoraranforderung des Arztes ohne Angabe von Beispielen vornehmen, wenn die durchschnittliche Honoraranforderung des Arztes je Behandlungsfall in einem offensichtlichen Missverhältnis zu den Durchschnittswerten seiner Vergleichsgruppe liegt.
- (5) Die Prüfungsstelle kann eine auf einer Schätzung beruhende Kürzung der Honoraranforderung vornehmen, wenn die durchschnittliche Honoraranforderung eines Arztes je Behandlungsfall den Durchschnittswert seiner Vergleichsgruppe in einem Umfang überschreitet, der eine unwirtschaftliche Behandlungsweise vermuten lässt, ohne dass bereits ein offensichtliches Missverhältnis vorliegt, die Unwirtschaftlichkeit sich aber durch die einzelfallbezogene Prüfung der Behandlungsweise anhand einer ausreichenden Zahl genügend beleuchteter beispielhafter Fälle, die für die Gesamtabrechnung des Arztes repräsentativ sein müssen, nachweisen lässt. Das sich hieraus ergebende quantifizierbare Ausmaß der Unwirtschaftlichkeit bildet die Grundlage der Schätzung einer Honorarkürzung die im Bescheid nachvollziehbar zu begründen ist.
- (6) Kürzungen nach den Absätzen 3) und 4) sind auch dann zulässig, wenn die durchschnittliche Honoraranforderung eines Arztes je Behandlungsfall nur bei einzelnen Leistungen die Durchschnittswerte seiner Vergleichsgruppe erheblich übersteigt.
- (7) Kürzungen nach den Absätzen 3) - 5) sind insoweit nicht zulässig, als ein Mehraufwand durch Einsparungen bei anderen Leistungen bzw. in anderen Kostenbereichen in ursächlichem Zusammenhang ausgeglichen wird. Entsprechendes gilt, soweit ein Mehraufwand gegenüber den Durchschnittswerten der Vergleichsgruppe des Arztes durch Besonderheiten seiner Praxis gerechtfertigt ist. Praxisbesonderheiten sind insoweit zu berücksichtigen, als sie aus den vorliegenden Unterlagen erkennbar oder in anderer Weise nachgewiesen sind.
- (8) Die Prüfungsstelle fasst seinen Beschluss unter Würdigung aller ihr bekannten Umstände. Kürzungen können sich auf das Honorar für einzelne Leistungen und in Ausnahmefällen auch auf das Gesamthonorar des Arztes beziehen.
- (9) Entsprechend § 106 Abs. 5 Satz 2 SGB V ist in jedem Fall zu prüfen, ob das Antragsziel auch mit einer gezielten Beratung des Arztes erreicht werden kann.

## **§ 16**

### **Einleitung des Prüfverfahrens bei der Prüfung der Verordnungsweise**

- (1) Die Prüfung der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten erfolgt ausschließlich dann, wenn eine Prüfung auf Überschreitung der vereinbarten Richtgröße aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen nicht durchgeführt werden kann. Die Einleitung des Prüfverfahrens erfolgt in diesem Fall von Amts wegen.
- (2) Dabei wird die statistische Vergleichsbetrachtung der arithmetischen Durchschnittswerte (Arzneimittel und Heilmittel) des Arztes mit seiner Vergleichsgruppe vorgenommen. Die Vergleichswerte sind getrennt nach allgemeiner Krankenversicherung (AKV) und Krankenversicherung der Rentner (KVdR) zu bilden, wobei zur Ermittlung des Gesamtfallwertes zusätzlich eine Gewichtung vorzunehmen ist. Dabei ist die gewichtete Abweichung die Differenz zwischen der tatsächlichen Verordnungskostensumme des einzelnen Arztes und der Verordnungskostensumme, die sich ergibt, wenn die Fallzahlen des einzelnen Arztes - getrennt nach AKV und KVdR - mit dem durchschnittlichen Aufwand der Vergleichsgruppe multipliziert und diese Ergebnisse addiert werden. Die gewichtete Abweichung wird in % ausgewiesen.

- (3) Unter Berücksichtigung von Abs. 1 soll die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise in der Regel durchgeführt werden für
1. Ärzte, deren Fallwert den entsprechenden gewichteten Fallwert der Vergleichsgruppe um mehr als 30 % überschreitet, oder
  2. Ärzte, deren Fallwert in der AKV oder KVdR den entsprechenden Fallwert der Vergleichsgruppe um mehr als 50 % überschreitet.

## **§ 17**

### **Maßnahmen bei der Prüfung der ärztlichen Verordnungsweise**

- (1) Wird eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten durchgeführt, so stellt die Prüfungsstelle fest, ob Unwirtschaftlichkeit vorliegt und entscheidet unter Berücksichtigung des § 9 über die gebotenen Maßnahmen.
- (2) Hält die Prüfungsstelle einen Regress für geboten, so hat sie nach folgenden Grundsätzen zu verfahren:
  - a) Steht die durchschnittliche Höhe der gewichteten Verordnungskosten oder der Verordnungskosten in der AKV oder KVdR je Behandlungsfall des Arztes in einem offensichtlichen Missverhältnis zu den entsprechenden Durchschnittswerten der Vergleichsgruppe, setzt die Prüfungsstelle einen auf einer Schätzung beruhenden Regress fest.
  - b) Die Prüfungsstelle setzt einen auf einer Schätzung beruhenden Regress fest, wenn die durchschnittliche Höhe der Verordnungskosten des Arztes je Behandlungsfall den Durchschnittswert der Vergleichsgruppe in einem Umfang überschreitet, der Unwirtschaftlichkeit vermuten lässt, ohne dass bereits ein offensichtliches Missverhältnis vorliegt, die Unwirtschaftlichkeit sich aber durch eine einzelfallbezogene Prüfung der Verordnungsweise anhand einer genügend beleuchteten Zahl von repräsentativen Beispielen nachweisen lässt. Das sich hieraus ergebende quantifizierbare Ausmaß der Unwirtschaftlichkeit bildet die Grundlage der Schätzung für den Regress.
  - c) Regresse nach den Nummern 1 und 2 sind insoweit nicht zulässig, als ein Mehraufwand durch ursächlich mit der Überschreitung zusammenhängende Einsparungen in anderen Kostenbereichen ausgeglichen wird. Entsprechendes gilt, soweit ein Mehraufwand gegenüber den Durchschnittswerten der Vergleichsgruppe des Arztes durch Praxisbesonderheiten gerechtfertigt ist. Einsparungen und Praxisbesonderheiten sind insoweit zu berücksichtigen, als sie aus den vorliegenden Unterlagen erkennbar oder in anderer Weise nachgewiesen sind.
- (3) Ergibt die Prüfung nur eine Unwirtschaftlichkeit in einzelnen Verordnungsfällen, beschränkt sich die Höhe des Regresses auf den tatsächlich festgestellten unwirtschaftlichen Mehraufwand in diesen Verordnungsfällen.

**Abschnitt VI**  
**Prüfung in Einzelfällen**  
**§ 18**  
**Einleitung des Prüfverfahrens**

- (1) Die Einzelfallprüfung der Behandlungs- und/oder der Verordnungsweise eines Arztes kann von einer Krankenkasse bzw. den Verbänden oder der KVHB beantragt werden, wenn eine Einbeziehung in die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 7 Abs. 1 Buchstaben a – c im gleichen Abrechnungszeitraum jeweils nicht erfolgen kann und sonstige Auffälligkeiten eine unwirtschaftliche Behandlungs- oder Verordnungsweise vermuten lassen. Bei deutlichen Hinweisen auf Unwirtschaftlichkeiten ist die Prüfung zu beantragen. Im Antrag ist der Prüfgegenstand verbindlich festzusetzen.
- (2) Derartige Anträge sind qualifiziert zu begründen und können nur innerhalb einer Frist von 12 Monaten nach Ablauf des zu prüfenden Quartals gestellt werden. Ausgenommen hiervon sind Anträge auf unwirtschaftliche Verordnungsweise von Arznei – und Heilmitteln für die Richtgrößen vereinbart wurden. Diese Anträge können innerhalb einer Frist von 12 Monaten nach Ablauf des Kalenderjahres, in das das zu prüfende Quartal fällt, gestellt werden. Sie sollen erst im 4. Quartal des jeweiligen Folgejahres bei der Prüfungsstelle eingereicht werden.
- (3) Die Prüfung bezieht sich auf alle Fälle oder auf einen repräsentativen Anteil.

**§ 19**  
**Maßnahmen bei der Prüfung in Einzelfällen**

Die Prüfungsstelle entscheidet unter Beachtung der in der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze im Einzelfall und legt bei Feststellung einer Unwirtschaftlichkeit die Maßnahmen fest (z.B. gezielte Beratung, Erstattungsbetrag).

**Abschnitt VII**  
**Feststellung eines sonstigen Schadens**

**§ 20**  
**Einleitung des Prüfverfahrens**

- (1) Die Prüfungsstelle hat auf begründete Antragstellung einer Krankenkasse bzw. der Verbände auch den sonstigen Schaden festzustellen, den der Arzt der Krankenkasse infolge schuldhafter Verletzung seiner vertragsärztlichen Pflichten verursacht hat. Unter den Begriff des sonstigen Schadens fallen insbesondere
  - Ansprüche auf Schadenersatz im Einzelfall wegen Verordnung von Leistungen, die nicht zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden dürfen,
  - unrichtige Ausstellung von Bescheinigungen nach § 73 Abs. 2 Nr. 9 SGB V.

- (2) Derartige Anträge können nur innerhalb einer Frist von 12 Monaten nach Ablauf des Quartals gestellt werden, in dem die Krankenkasse von der Entstehung des Schadens Kenntnis erlangt hat oder Kenntnis hätte erlangen können.
- (3) Der Antrag muss neben der Begründung den geltend gemachten Schaden beziffern.
- (4) Sofern in den Bundesmantelverträgen abweichende Regelungen vereinbart sind, gelten diese.

## **§ 21**

### **Maßnahmen bei der Feststellung eines sonstigen Schadens**

- (1) Die Prüfungsstelle entscheidet darüber, ob und in welcher Höhe den Krankenkassen durch Verschulden des Arztes ein zu ersetzender Schaden entstanden ist. Lässt sich die Höhe des Schadens nicht eindeutig bestimmen, legt die Prüfungsstelle einen angemessenen Schadensersatz durch Schätzung fest.
- (2) Die Prüfungsstelle kann auf den Schadenersatzanspruch einen Vorteilsausgleich anrechnen, wenn feststeht, dass der Arzt anstelle der ausgeschlossenen Leistung eine andere zulässige Leistung verordnet hätte.

## **Abschnitt VIII**

### **Anrechnung, Kosten und In-Kraft-Treten**

## **§ 22**

### **Ausschlussgründe und Anrechnung bei verschiedenen Verfahren**

- (1) Auf Regresse bzw. Kürzungen werden die Regresse bzw. Kürzungen aus vorangegangenen Wirtschaftlichkeitsprüfungen für den gleichen Prüfzeitraum und das gleiche Prüfthema angerechnet.
- (2) Leistungen, die in der Plausibilitätsprüfung bestands- bzw. rechtskräftig gekürzt wurden, gelten auch in der Wirtschaftlichkeitsprüfung als nicht erbracht. Ist eine entsprechende Bereinigung aufgrund laufender Verfahren nicht möglich, werden die Erstattungsforderungen miteinander verrechnet.

## **§ 23**

### **Kosten**

- (1) Die Kosten der Prüfungsstelle sowie die mit der Tätigkeit des Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses und seines Stellvertreters verbundenen Kosten, tragen die KVHB und die Verbände je zur Hälfte nach Maßgabe der **Anlage 12** dieser Prüfvereinbarung.
- (2) Der Kostenanteil der einzelnen Verbände bemisst sich nach einem Mitgliederanteil entsprechend KM 6 des Vorjahres. Der VdAK/AEV ist von Kostenerstattungen für die Wirtschaftlichkeitsprüfung befreit, solange die pauschale Kostenerstattung gilt. Das Weitere regeln die Verbände untereinander.

## § 24

### Salvatorische Klausel

Sollten sich einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung als unwirksam erweisen, gelten die übrigen Bestimmungen fort. Anstelle der unwirksamen Bestimmung werden die Vertragspartner eine Regelung vereinbaren, die der unwirksamen Bestimmung in ihrer Zielsetzung am nächsten kommt.

## § 25

### In-Kraft-Treten und Kündigung

- (1) Diese Prüfvereinbarung tritt am 01.01.2008 in Kraft. Gleichzeitig treten außer Kraft :
  - die Prüfvereinbarung zwischen der KVHB und den Landesverbänden der Krankenkassen vom 01.04.2006 sowie alle hierzu später vereinbarten Änderungen und Ergänzungen.
- (2) Die Vereinbarung kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung gilt im Kündigungsfall diese Vereinbarung weiter.

Bremen, den

---

Kassenärztliche Vereinigung Bremen  
(KVHB)

---

AOK Bremen/Bremerhaven  
zugleich für die Seekrankenkasse

---

BKK Landesverband Niedersachsen-Bremen  
zugleich für die Knappschaft, Verwaltungsstelle  
Hannover

---

IKK-Landesverband Sachsen-Anhalt  
-Geschäftsbereich Bremen - zugleich für die  
Krankenkasse für den Gartenbau, handelnd als  
Landesverband für die Landwirtschaftliche  
Krankenversicherung in Bremen

---

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.  
- vertreten durch die Landesvertretung Bremen -

---

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.  
- vertreten durch die Landesvertretung Bremen -