

ABRECHNUNGSRICHTLINIEN DER KVBW

DIE NACHSTEHENDEN REGELUNGEN GELTEN FÜR ALLE LEISTUNGSERBRINGER, NACHSTEHEND VERTRAGSÄRZTE GENANNT, DIE IM ABRECHNUNGSVERKEHR MIT DER KVBW STEHEN.

STAND JULI 2009

§ 1 Gebührenordnungen und Behandlungsausweise

1. Für die Abrechnung sind die gesetzlichen und vertraglichen Gebührenregelungen maßgebend. Abweichungen und Ergänzungen müssen gesondert vereinbart und bekannt gemacht werden.
2. Die Honorarabrechnungen der Vertragsärzte sind auf den in der Vordruckvereinbarung festgelegten Behandlungsausweisen zu erstellen. Bei Abrechnung über Datenträger erfolgt die Abrechnung mit einer von der KBV zertifizierten Software unter Einsatz des aktuellen KBV-Prüfmoduls.

§ 2 Abrechnungsprüfung

1. Die KV BW prüft die eingereichten Abrechnungen in formaler Hinsicht. Bei dieser Prüfung ist u. a. darauf zu achten, ob
 - a. aufgrund der Zulassung oder Ermächtigung sowie ggf. besonderer Genehmigungen/Berechtigungen/Anerkennung ein Recht besteht und in welchem Umfang, bei der KV BW Vergütungsansprüche geltend zu machen,
 - b. die Bestimmungen der Verträge mit den Kostenträgern und der Gebührenordnungen beachtet und die richtigen Gebührenordnungsnummern angesetzt worden sind,
 - c. die von der Vertreterversammlung der KV BW beschlossenen Vorschriften und Richtlinien, die vom Vorstand der KV BW beschlossenen Abrechnungsbestimmungen, die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen sowie die der Kassenärztlichen Bundesvereinigung beachtet worden sind.
2. Bei der Überweisung zur Ausführung von Zielaufträgen sind die Leistungen durch den zuweisenden Arzt nach Art und Umfang zu definieren. Der Vertragsarzt ist an den Auftrag gebunden und darf nur die in Auftrag gegebenen Leistungen in Ansatz bringen. Ist der Zielauftrag unzureichend beschrieben, so ist der den Auftrag ausführende Arzt gehalten, zur Abklärung beim zuweisenden Arzt rückzufragen und einen entsprechenden Vermerk auf dem Überweisungsschein anzubringen, damit genau ersichtlich ist, welche Leistungen ausgeführt werden sollen.

Ergibt sich in Ausnahmefällen aus der Besonderheit des Falles die Notwendigkeit zur Überschreitung des erteilten Auftrages, so ist dies vom Vertragsarzt auf dem Überweisungsschein besonders zu begründen. Unbegründet in Ansatz gebrachte Leistungen, die über den erteilten Auftrag hinausgehen, werden nicht honoriert.

3. Die KV BW ist berechtigt, ggf. Richtigstellungen an den Abrechnungen vorzunehmen. Die Entscheidungen der KV BW sind dem abrechnenden Vertragsarzt mitzuteilen, sofern die Abrechnung zu seinen Ungunsten geändert wird.

§ 3 Abrechnungs-, Verjährungs- und Ausschlussfristen

1. Um einen geordneten Abrechnungsverkehr zu gewährleisten, ist es notwendig, die Abrechnungen vollständig zum bekannt gegebenen Termin einzureichen. Ausnahmen von der Einhaltung dieses Termins können nur auf rechtzeitig vorher gestellten und begründeten Antrag gewährt werden. Bei einer Terminüberschreitung ist § 4 maßgeblich; § 4 gilt auch für den Fall, dass ein erheblicher Teil der Behandlungsfälle verspätet eingereicht wird. Für das Nachreichen von einzelnen Behandlungsfällen gilt Nr. 2. Für das Nachreichen gesamter Abrechnungen gilt § 4 Nr. 2.
2. Soweit zum Zeitpunkt der Einreichung der Abrechnungen maximal zehn Abrechnungsscheine noch nicht vorliegen oder vergessen wurden, sind sie den Abrechnungsunterlagen des folgenden Kalendervierteljahres beizufügen. Diese Abrechnungsscheine werden mit den Bestimmungen (insbesondere der Gebührenordnung) abgerechnet, die für das Kalendervierteljahr gelten, mit dem die Abrechnungsscheine nachgereicht wurden. Werden mehr als 10 Abrechnungsscheine nachgereicht, können von der abrechnenden Praxis 10 zu vergütende Scheine benannt werden.
3. Eine nachträgliche Berichtigung oder Ergänzung unvollständiger eingereicherter Behandlungsfälle ist unzulässig. Im Fall, dass die eingereichten Abrechnungen objektiv erkennbar unzutreffend waren, können Ausnahmen beantragt werden.
4. Die vertraglichen Verjährungs- bzw. Ausschlussfristen für die Abrechnung von Leistungen sind zu beachten. Damit die KV BW die Möglichkeit der noch fristgerechten Bearbeitung verspäteter Abrechnungen vor ihrer Verjährung bzw. ihrem Ausschluss hat, endet die Möglichkeit der Abrechnung von Leistungen einschließlich Kostenersatz bei der KV BW vier Quartale nach Ablauf des Kalendervierteljahres, das auf das Leistungsvierteljahr folgt.

§ 4 Folgen bei Fristversäumnis

1. Bei Überschreiten der Abrechnungsfristen gem. § 3 Nr. 1 wird ein Abzug vom Honorar des Vertragsarztes vorgenommen. Der Abzug beträgt 100,00 € für jede vollendete Kalenderwoche, um die der Einsendetermin überschritten wurde. Der Abzug wird durch eine schriftliche Mitteilung ersetzt, wenn die Überschreitung der Abrechnungsfrist erstmalig nach Beginn der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung eingetreten ist.
Bis zum Eingang der ausstehenden Abrechnung werden keine weiteren Abschlagszahlungen geleistet.
2. Abrechnungsunterlagen, die so spät eingehen, dass sie bei der laufenden Abrechnung keine Berücksichtigung mehr finden können, werden unbeschadet des Abzuges nach Nr. 1 bis zum nächsten Abrechnungsquartal zurückgestellt. § 3 Nr. 2 Satz 2 gilt entsprechend. Der Abzug nach Nr. 1 erhöht sich um 1.000,00 €.

§ 5 Abrechnungsbestimmungen

1. Verantwortlichkeit für die Abrechnung

Für die Richtigkeit und Vollständigkeit der vertragsärztlichen Abrechnung ist der Vertragsarzt verantwortlich. Dies gilt auch dann, wenn der Vertragsarzt Mitarbeiter in der Praxis mit der Eintragung der Leistungen auf den Abrechnungsbelegen bzw. mit der Erfassung im PC beauftragt. Es bedarf dann genauer Anweisungen des Vertragsarztes gegenüber dem Praxispersonal und zugleich einer stichprobenartigen Überprüfung, ob die erbrachten Leistungen ordnungsgemäß auf die Abrechnungsbelege / Datensätze übertragen wurden.

2. Sammelerklärung

Der Vertragsarzt muss in jedem Quartal die Sammelerklärung ausfüllen und unterschreiben.

3. Diagnoseangaben

Eine sachgerechte Prüfung der abgerechneten Leistungen erfordert insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit, dass die Notwendigkeit der eingetragenen Leistungen aus den Diagnoseangaben ersichtlich ist. Dabei sind auch Verdachtsdiagnosen, die sich nicht bestätigt haben, zur Erklärung der abgerechneten Leistungen ggf. anzugeben.

Die Diagnosen bzw. Verdachtsdiagnosen müssen auf den Abrechnungsbelegen und auf den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen nach der ICD-10 SGB V verschlüsselt werden.

4. Kennzeichnungspflicht

Für Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ gilt eine Kennzeichnungspflicht für die erbrachten Leistungen nach den jeweils geltenden bundesweiten Bestimmungen.

5. Selbstbewertung

Es ist nicht zulässig, für eine Leistung die nicht Bestandteil des EBM ist, eine Selbstbewertung oder analoge Bewertung vorzunehmen.

6. Angaben auf dem Abrechnungsschein/Datensatz

Auf dem Abrechnungsschein (Muster 5) muss gekennzeichnet werden, ob es sich um eine ambulante oder belegärztliche Behandlung handelt, ferner ist bei Unfällen und Unfallfolgen das zutreffende Kästchen anzukreuzen. Sofern die Abrechnung als Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie oder für die genehmigte Psychotherapie erfolgt, muss dies durch Ankreuzen des betreffenden Feldes kenntlich gemacht werden. Bei Überweisungen (Muster 6) und Laborauftragsüberweisungen (Muster 10 und 10A) hat der überweisende Arzt die zutreffende Leistungsart zu kennzeichnen (kurativ, präventiv, Sonst. Hilfen, beleg-ärztliche Behandlung).

7. Angaben auf Überweisungsscheinen

Bei EDV-Abrechnung sind alle Informationen von den Überweisungsscheinen (Vordrucke Muster 6, 10 und 10A) auf den Abrechnungsdatenträger zu übernehmen.

8. Abrechnungsschein für Notfalldienst, Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung

Nach den Bundesmantelverträgen Primär- und Ersatzkassen Anlage 2 (Vordruckvereinbarung) und den dazu ergangenen Erläuterungen ist für die Abrechnung der Leistungen im ärztlichen Notfalldienst und bei Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung das Muster 19 zu verwenden. Eine Umgehung dieser Vorschrift, indem in diesen Fällen „Original“-Abrechnungsscheine angelegt oder Überweisungsscheine angefordert werden, ist nicht zulässig.

Beim Ausfüllen des Abrechnungsscheines für ärztlichen Notfalldienst/Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung (Vordruck Muster 19) sollen die Angaben vollständig und so lesbar eingetragen werden, dass der weiterbehandelnde Arzt sich aus dem Teil 2 (gelb) ausreichend über die erfolgte Behandlung informieren kann.

Zu dieser Information gehören, soweit sich dies nicht aus der Diagnose bzw. den eingetragenen Leistungen ergibt, Angaben über den Befund bzw. die veranlassten Maßnahmen sowie ggf. über die verordneten Medikamente. Es ist unzulässig, die Informationen an den weiterbehandelnden Arzt dadurch einzuschränken, indem die auf Teil a) (rosa) eingetragenen Leistungen nicht durchgeschrieben werden.

Auf der Sammelerklärung müssen die Tage angegeben werden, an denen der Vertragsarzt am organisierten Notfalldienst teilgenommen hat.

9. Keine ambulante Abrechnung bei stationärer Behandlung

Während des stationären Aufenthaltes eines Patienten können keine Leistungen ambulant abgerechnet werden. Auch eine Arzneimittelverordnung oder die Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung durch den Hausarzt während der stationären Behandlung des Patienten ist nicht gestattet.

10. Belegärztliche Vertretung

Wird von einem Belegarzt ein an demselben Krankenhaus tätiger Belegarzt der gleichen Arztgruppe im Vertretungs- oder Notfall zur Mitbehandlung hinzugezogen, gilt dies als Vertretung nach den Vertreter-Richtlinien der KV BW. Dies bedeutet, dass die Abrechnung der im Vertretungsfall erbrachten Leistungen – wie im Fall der Vertretung in der eigenen Praxis – durch den vertretenen Belegarzt selbst und nicht durch den Vertreter zu erfolgen hat.

11. Schwangerschaftsbetreuung

Die Leistung für die Schwangerschaftsbetreuung nach Nr. 01770 EBM umfasst auch die Ultraschallüberwachung nach den Mutterschafts-Richtlinien. Deshalb können nur solche Vertragsärzte die Schwangerschaftsbetreuung durchführen, die ein Sonographiegerät und die entsprechende Sonographiegenehmigung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge besitzen. Der Überweisungsweg ist ausgeschlossen.

12. Psychotherapie

Bei Abrechnung von genehmigungspflichtiger Psychotherapie sind die Anerkennungsbescheide mit der Abrechnung bei der KV BW einzureichen. In der Abrechnungsdatei sind die Felder „anerkannte Psychotherapie“, „Datum des Anerkennungsbescheides“, „Antragsdatum Anerkennungsbescheid“, „Bewilligte Leistung“ und „Anzahl bewilligter Leistungen“ (Feldkennungen 4234 bis 4246) auszufüllen.

13. Materialkosten

Soweit neben den Gebührenordnungsnummern Kosten geltend gemacht werden, sind nur die tatsächlich für den einzelnen Patienten entstandenen Kosten berechnungsfähig. Rabatte in Geld oder Naturalrabatte, Boni, Rückverrechnungen o. ä. müssen vom Rechnungsbetrag abgesetzt werden. Die Originalrechnung ist mit der Abrechnung einzureichen.

14. Qualitätskontrolle

Die Abrechnung von Laborleistungen, die der internen und/oder externen Qualitätssicherung unterliegen, setzt voraus, dass die interne Qualitätssicherung durchgeführt und/oder ein Zertifikat über die erfolgreiche Teilnahme an einem entsprechenden Ringversuch vorliegt.

15. Untersuchungsart bei Laborleistungen

Bei einigen Laborleistungen des Kapitels O III BMÄ/E-GO ist die Art der Untersuchung anzugeben (z.B. zur Nr. 32182).

16. Uhrzeitangaben

Sofern an demselben Tage zeitlich getrennt mehrere Arzt-Patienten-Kontakte stattfinden, sind die Uhrzeitangaben für beide Inanspruchnahmen erforderlich.

17. Kennzeichnung von Leistungen des EBM mit Buchstaben

Die Zuordnung von Leistungen zu bestimmten Honorartöpfen und die korrekte Beregelung von Leistungen erfordert unter bestimmten Voraussetzungen eine Kennzeichnung mit Buchstaben entsprechend dem Katalog der codierten Zusatznummern der KBV in der jeweils aktuellen Fassung. Die Kennzeichnung erfolgt direkt hinter der Leistung in Großbuchstaben.

- a. Kinderärztliche Versichertenpauschalen bei Kinderärzten mit Schwerpunkt bzw. Zusatzweiterbildung bei fachärztlicher Behandlung ohne Leistungen aus 4.4 oder 4.5 EBM mit **S**
- b. Besonders geförderte ambulante Operationen mit **K**
- c. Leistungen im direkten Zusammenhang mit einer künstlichen Befruchtung mit **X**
- d. Krankengymnastik, Bäder und Massagen, wenn Patient von Zuzahlungen befreit ist mit **A**
- e. Leistungen im Rahmen von Mutterschaftsvorsorge bei Vertretung mit **V**
- f. Nrn. 01734 bis 01743 bei Männern mit **M**
- g. Nrn. 32035 bis 32039 als Einzelbestimmung im Akut- bzw. Notfall mit **A**
- h. Nrn. 32137 bis 32148 in den ersten beiden Quartalen der Substitution mit **S**
- i. Nrn. 32056 bis 32087 soweit Untersuchungen nicht im Serum, sondern in einem anderen Körpermaterial (z.B. Urin) erfolgen, mit **A**

18. Einzureichende Unterlagen

Mit der Quartalsabrechnung sind folgende Unterlagen einzureichen:

- Sammelerklärung
- bei EDV-Abrechnung
 - o - Abrechnungsdatenträger oder Abrechnung online bzw. mit D2D
 - o - Behandlungsausweise der Kostenträger, die keine Versichertenkarte ausgeben
- bei manueller Abrechnung
 - o - alle Behandlungsausweise
 - o - Fallzusammenstellung
- Notfalldienstmeldung (BD Freiburg) *)
- Rechnungsnachweise für abgerechnete Kosten *)
- Anerkennungsbescheide Psychotherapie *)
- Dokumentation Hautkrebs-Screening *)
- Versandliste Hautkrebs-Screening *)
- Dokumentation Koloskopie (elektronisch) *)
- Dokumentation Dialyse (Datenträger) *)

*) sofern entsprechende Leistungen abgerechnet werden

§ 6 Abschlagszahlungen, Schlusszahlung

1. Die mit der KV BW im Abrechnungsverkehr stehenden Leistungserbringer haben jeweils am Schluss des ersten, zweiten und dritten Monats eines Kalendervierteljahres Anspruch auf eine Abschlagszahlung für dieses Leistungsvierteljahr. In der Regel erfolgt die Auszahlung der Abschlagszahlung zum 25. des Monats (bei Wochenende und Feiertagen am darauf folgenden Werktag).
2. Die Abschlagszahlungen werden mit 25 % aus der Gesamtsumme der Vergütungen (abzüglich Praxisgebühren und Verwaltungskosten) des vergleichbaren Quartals des Vorjahres berechnet. Bei neuen, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer ist die Fallzahl Bemessungsgrundlage. Sobald ein vollständiges Vierteljahr als Abrechnungsergebnis vorliegt, ist dieses für die Ermittlung heranzuziehen. Der Vorstand ist ermächtigt, den jeweils zur Anwendung gelangenden Abschlagszahlungsprozentsatz unter sonstiger zu berücksichtigender Veränderungen festzusetzen.
3. Die Schlusszahlung für das betreffende Leistungsvierteljahr erfolgt nach Eingang der entsprechenden Schlusszahlungen der Kostenträger für dieses Vierteljahr.

4. Die KV BW ist berechtigt, bei den Leistungserbringern, deren Abrechnung des vorhergehenden Kalendervierteljahres unentschuldigt nicht vorliegt, die Abschlagszahlungen bis zur Einreichung der Abrechnungsunterlagen zurückzuhalten. Ebenso können Abschlagszahlungen gemindert oder ganz ausgesetzt werden, wenn eine Reduzierung der Quartalsvergütung aufgrund von Honorarberichtigungen / Korrekturen zu erwarten sind.
5. Die Leistungserbringer sind verpflichtet, der KV BW alle Umstände rechtzeitig mitzuteilen, die auf die Höhe des Honorars und der Abschlagszahlungen von Einfluss sind, z. B. Ausfall der Praxistätigkeit durch Krankheit, Urlaub oder ähnliches. Die KV BW ist berechtigt, die Abschlagszahlungen entsprechend anzupassen; dies gilt auch dann, wenn der KV BW Umstände im Sinne von Satz 1 ohne Mitteilung der Leistungserbringer bekannt werden.
6. Bei wesentlichen Überzahlungen kann die KV BW den überzahlten Betrag sofort mit fälligen Ansprüchen des Leistungserbringers verrechnen oder zum unverzüglichen Ausgleich zurückverlangen.
7. Bei wesentlicher Zunahme der vertragsärztlichen Leistungen gegenüber dem für die Abschlagszahlungen maßgebenden Kalendervierteljahr kann der Leistungserbringer eine angemessene Erhöhung der Abschlagszahlungen beantragen.
8. Werden gegen einen Leistungserbringer Schadensersatzansprüche glaubhaft geltend gemacht, so können Zahlungen bis zur Klärung des Sachverhaltes ganz oder teilweise zurückbehalten werden. Dies gilt auch in Fällen der Anklageerhebung durch die Staatsanwaltschaft oder bei dringendem Tatverdacht aufgrund staatsanwaltschaftlicher Ermittlungen.
9. Bei Bekanntgabe der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit ist festzustellen, ob noch Verfahren anhängig sind, aus denen sich Rückforderungen der KV BW oder Erstattungsansprüche der Kostenträger ergeben können. Ist dies der Fall, so kann die Auszahlung weiterer Vergütungen in Höhe der geltend gemachten Gegenforderungen bis zum rechtskräftigen Abschluss der anhängigen Verfahren von einer Sicherheitsleistung abhängig gemacht werden.
10. Verrechnungen, die nur einzelne Teilnehmer einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder eines MVZ betreffen, können mit dem Honorar der BAG bzw. des MVZ vorgenommen werden.