

Abrechnungsrichtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW)

Beschlüsse der Vertreterversammlung der KVBW vom 21. April 2010, 5. Dezember 2012, 6. Februar 2013, 4. Dezember 2013, 25. Februar 2015, 11. Juli 2018 und 7. April 2020, gültig ab 1. April 2020

Präambel

Die nachstehenden Regelungen gelten für alle Ärzte*, Psychotherapeuten und sonstigen Leistungserbringer, nachstehend Vertragsärzte genannt, die im Abrechnungsverkehr mit der KVBW stehen. Von den nachfolgenden Bestimmungen kann – auf Antrag – im Einzelfall zugunsten des Vertragsarztes durch Entscheidung des Vorstandes der KVBW abgewichen werden, wenn aufgrund eines Versehens oder sonstigen nicht vorsätzlichen Fehlers, insbesondere eines EDV-Fehlers einer Praxis eine unverhältnismäßige Härte für den Vertragsarzt eintreten würde.

§ 1 Gebührenordnungen und Übermittlung der Abrechnung

- (1) Für die Abrechnung sind die gesetzlichen und vertraglichen Regelungen maßgebend. Abweichungen und Ergänzungen müssen gesondert vereinbart und bekannt gemacht werden.
- (2) Die Abrechnung vertragsärztlicher oder -psychotherapeutischer Leistungen erfolgt gegenüber der KVBW mittels EDV. Die Übermittlung der Abrechnungsdaten hat grundsätzlich leitungsgebunden elektronisch zu erfolgen. Bei anderer Übermittlung kann eine Aufwandspauschale in Höhe von 1.000 Euro je Abrechnung vom Honorar der Praxis abgezogen werden. Ausnahmen davon erfordern die Genehmigung der Geschäftsführung. Im Widerspruchsverfahren entscheidet der Vorstand.
- (3) Der Vertragsarzt hat für die Abrechnung der Leistungen eine von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierte Software unter Einsatz des aktuellen KBV-Prüfmoduls zu verwenden. Im Rahmen seiner Dokumentationspflicht hat der Vertragsarzt eine Sicherungskopie seiner Abrechnungsdatei 16 Quartale aufzubewahren.

§ 2 Abrechnungsprüfung

- (1) Die KVBW prüft die eingereichten Abrechnungen in formaler Hinsicht. Bei dieser Prüfung ist unter anderem darauf zu achten, ob
 - a) aufgrund der Zulassung oder Ermächtigung sowie ggf. besonderer Genehmigungen/Berechtigungen/Anerkennung ein Recht besteht, bei der KVBW Vergütungsansprüche geltend zu machen und in welchem Umfang,

* Auf Grund der besseren Lesbarkeit wird in der Richtlinie die männliche Form benutzt, dies bedeutet jedoch grundsätzlich, dass immer auch die weibliche Form gemeint ist.

- b) die Bestimmungen der Verträge mit den Kostenträgern und der Gebührenordnungen beachtet und die richtigen Gebührenordnungspositionen angesetzt worden sind,
 - c) die von der Vertreterversammlung der KVBW beschlossenen Vorschriften und Richtlinien, die vom Vorstand der KVBW beschlossenen Abrechnungsbestimmungen, die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses 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 KVBW ist berechtigt, ggf. Richtigstellungen an den Abrechnungen vorzunehmen. Die Entscheidungen der KVBW sind dem abrechnenden Vertragsarzt mitzuteilen.

§ 3 Abrechnungs-, Verjährungs- und Ausschlussfristen

- (1) Um einen geordneten Abrechnungsverkehr zu gewährleisten, ist es notwendig, die Abrechnungen vollständig zum bekannt gegebenen Termin einzureichen. Bei einer Terminüberschreitung ist § 4 maßgeblich. Überschreitungen des Abgabetermins um mehr als zwei Wochen können nur auf rechtzeitig vorher gestellten und begründeten schriftlichen Antrag gewährt werden. In jedem Fall sind die vertraglichen Verjährungs- bzw. Ausschlussfristen für die Abrechnung von Leistungen zu beachten. Damit die KVBW 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 KVBW vier Quartale nach Ablauf des Kalendervierteljahres, in dem die Leistungen erbracht worden sind.
- (2) Nach Ablauf des Termins zur Einreichung der Abrechnungen können maximal zehn Abrechnungsscheine nachgereicht werden. Sie sind den Abrechnungsunterlagen des folgenden Kalendervierteljahres beizufügen. Ausgeschlossen ist jedoch die Nachreichung von Abrechnungsscheinen aus organisiertem Notfalldienst, sofern für den betreffenden Notfalldienst im Ausgangsquartal eine Förderung gemäß § 10 Abs. 1 NFD-O gewährt wurde.

Die Begrenzung auf maximal zehn Abrechnungsscheine gilt – auf Antrag – ausnahmsweise nicht, wenn die betreffenden Behandlungsfälle aufgrund eines Versehens oder sonstigen nicht vorsätzlichen Fehlers, insbesondere eines EDV-Fehlers der Praxis nicht rechtzeitig abgerechnet wurden und die Zurückweisung der Behandlungsfälle einen unverhältnismäßigen Eingriff in das Recht des Vertragsarztes auf Honorierung seiner Leistungen darstellen würde.

- (3) Eine nachträgliche Berichtigung oder Ergänzung bereits eingereicherter Behandlungsfälle ist unzulässig. Eine Ausnahme hiervon kommt – auf Antrag – nur dann in Betracht, wenn die eingereichte Abrechnung objektiv erkennbar unzutreffend war, der Abrechnungsausschluss einen unverhältnismäßigen

Eingriff in den Vergütungsanspruch des Vertragsarztes darstellen würde und keine Förderung für den betreffenden Notfalldienst gemäß § 10 Abs. 1 NFD-O gewährt wurde.

§ 4 Folgen bei Fristversäumnis

- (1) Bei Überschreiten des Termins zur Einreichung der Abrechnungen gem. § 3 Nr. 1 von mehr als zwei Wochen wird ein Abzug vom Honorar des Vertragsarztes vorgenommen. Der Abzug beträgt 100 Euro für jede vollendete Kalenderwoche, um die der Einsendetermin überschritten wurde. Der Abzug wird durch eine schriftliche Mitteilung ersetzt, wenn die Überschreitung des Termins zur Einreichung der Abrechnungen 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. Die Abrechnung erfolgt nach den Bestimmungen desjenigen Quartals, in dem die Leistungen erbracht worden sind. Der Abzug nach Nr. 1 erhöht sich um zusätzlich 1.000 Euro. Die Höhe der Abzüge dieses Paragraphen umfassen maximal 25% des Honoraranspruchs im jeweiligen Quartal.

§ 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 betraut. 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.

Für die Abrechnung von Notfalldienstleistungen in Notfallpraxen erklärt der jeweils diensttuende Arzt die Verantwortlichkeit für die Abrechnung und die Einhaltung der Abrechnungsbestimmungen gegenüber der Notfallpraxis auf Vordruck der KVBW.

- (2) **Sammelerklärung**
Der Vertragsarzt muss in jedem Quartal die Sammelerklärung vollständig ausfüllen und unterschreiben. In der Sammelerklärung zur Quartalsabrechnung gemäß § 35 Abs. 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte bestätigt der Vertragsarzt gegenüber der KVBW, dass durch entsprechende organisatorische und technische Maßnahmen eine Erfassung jeder einzelnen Leistung zur Abrechnung erst nach deren vollständiger Erbringung erfolgt ist und ausschließlich eine zertifizierte Softwareversion Anwendung gefunden hat.
- (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 den jeweils gültigen gesetzlichen Vorgaben und Richtlinien verschlüsselt werden.

(4) Kennzeichnungspflicht

Die Leistungen sind nach den jeweils geltenden Vorschriften von dem Vertragsarzt zu kennzeichnen, welcher die Leistungen erbracht hat. Notfalleleistungen in Notfallpraxen ohne Kennzeichnung mittels LANR des Vertragsarztes können nicht anerkannt und vergütet werden.

(5) Selbstbewertung

Der EBM und die vertraglichen Regelungen stellen die vertragsärztlich berechnungsfähigen Leistungen abschließend dar. Analogansätze von vertragsärztlichen Gebührenordnungspositionen i. S. des § 6 Abs. 2 GOÄ sind daher ausgeschlossen.

(6) Angaben auf Überweisungsscheinen

Alle Informationen von den Überweisungsscheinen sind in die Abrechnungsdaten zu übernehmen.

Während des stationären Aufenthaltes eines Patienten in der Hauptabteilung eines Krankenhauses dürfen Leistungen, die in den Versorgungsauftrag des Krankenhauses fallen, nicht vertragsärztlich abgerechnet werden. Auch eine Arzneimittelverordnung oder die Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung durch den Hausarzt während der stationären Behandlung des Patienten ist nicht gestattet.

(7) (Belegärztliche) Vertretung

Wird für einen Belegarzt ein an demselben Krankenhaus tätiger Belegarzt der gleichen Arztgruppe im Vertretungsfall tätig, gilt dies als Vertretung im Sinne der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte. Die Abrechnung der im Vertretungsfall erbrachten Leistungen erfolgt – wie im Fall der Vertretung in der eigenen Praxis – durch den vertretenen Arzt und nicht durch den Vertreter.

(8) Leistungen im organisierten Notfalldienst

Notfalldienstleistungen auf Muster 19a der Vordruckvereinbarung (Scheinart 41) können immer nur dann als solche anerkannt und gemäß den Regelungen des HVM vergütet werden, wenn für den betreffenden Arzt (LANR) eine Dienstverpflichtung über die Dienstplanerstellungsoftware (BD-Online) nachgewiesen ist.

Für die Zuordnung eines Notfallscheines zu einem Notfalldienst sind die Notfallpauschalen und die GOP 99999 mit Uhrzeitangabe zu versehen. Dabei ist bei der Behandlung desselben Patienten in unterschiedlichen Notfalldiensten gemäß BD-Online jeweils ein gesonderter Notfallschein anzulegen („Dienstfall“).

Zur Ermittlung des Betrages, der in Notfallpraxen für den Verbrauch an Sprechstundenbedarf im Rahmen der Behandlung von Privatpatienten/BG-Patienten anfällt und mit dem Honorar des jeweils diensttuenden Arztes verrechnet wird, hat der diensttuende Arzt je Dienst (Sitz- oder Fahrdienst) einen „Pseudo“-Abrechnungsfall unter Verwendung des Musters 19a der Vordruckvereinbarung anzulegen. Auf diesem Notfallschein hat der diensttuende Arzt die Pseudo-GOP 99909 je behandeltem Privatpatient/BG-Patient abzurechnen. Dieser Notfallschein muss die Angabe seiner Personalien (Angabe von Vorname, Name, Geburtsdatum und PLZ), des Kostenträgers AOK BW, des ICD Z02 und der Uhrzeit des Dienstbeginns enthalten.

Voraussetzung für die Gewährung der Förderung gemäß den Regelungen der NFD-O ist die

Abrechnung mindestens einer durchgeführten Leistung im organisierten Notfalldienst je Dienst auf Muster 19a der Vordruckvereinbarung (Scheinart 41). Sollte während des gesamten Dienstes keine Inanspruchnahme des diensttuenden Arztes durch GKV-Patienten erfolgen, ist dieser verpflichtet, als Voraussetzung für die Gewährung der Förderung einen „Pseudo“-Abrechnungsfall unter Verwendung des Muster 19a der Vordruckvereinbarung anzulegen. Die Erstellung eines solchen „Pseudo“-Abrechnungsfalles ist auch notwendig bei Inanspruchnahme ausschließlich durch Versicherte Sonstige Kostenträger (SKT) und Privatpatienten. Auf diesem Notfallschein sind seine Personalien (Angabe von Vorname, Name, Geburtsdatum und PLZ), der Kostenträger AOK BW, die GOP 99999 mit ICD Z02 und der Uhrzeit des Dienstbeginns anzugeben. Ohne die Erstellung eines solchen „Pseudo“-Abrechnungsfalles entfällt der Anspruch auf Förderung gemäß den Regelungen der NFD-O.

(9) 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.

(10) Notfälle

Im Rahmen der Notfallbehandlung und des organisierten Notfalldienstes können unbeschadet der Regelungen des EBM ausschließlich solche Leistungen abgerechnet oder beauftragt werden, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der Erkrankung oder Verletzung stehen und mit Behandlungsrelevanz taggleich zur Diagnostik und Therapie des Notfalls erforderlich sind. Der Vorstand wird ermächtigt, eine entsprechende Liste von Leistungen zu beschließen.

(11) Vorstandsermächtigung

Der Vorstand wird ermächtigt, nähere Bestimmungen zur Einreichung von Abrechnungsunterlagen, zum Ausfüllen von Vordrucken und zur Kennzeichnung von Leistungen zu erlassen. Änderungen der Bestimmungen der Absätze 10 und 11, die ausschließlich aufgrund geänderter gesetzlicher oder vertraglicher Rahmenbedingungen erforderlich sind, können vom zuständigen Geschäftsführer vorgenommen werden.

§ 6 Abschlagszahlungen, Schlusszahlung

- (1) Die mit der KVBW im Abrechnungsverkehr stehenden Vertragsärzte haben jeweils am Schluss des ersten, zweiten und dritten Monats eines Kalendervierteljahres Anspruch auf eine Abschlagszahlung für dieses Leistungsquartal. In der Regel erfolgt die Auszahlung der Abschlagszahlung zum 25. des Monats (bei Wochenende und Feiertagen am darauffolgenden Werktag).
- (2) Die Abschlagszahlungen werden mit 25 % aus der Gesamtsumme der Vergütungen (abzüglich Verwaltungskosten, Umlagen) des vergleichbaren Quartals des Vorjahres berechnet. Diese werden bei Teilnahme an Selektivverträgen gemäß § 73b oder § 73c SGB V entsprechend den in der KVBW gültigen Regelungen zur Bereinigung angepasst. Der Vorstand wird ermächtigt, den Abschlagszahlungsprozentsatz beim Auftreten unvorhergesehener außergewöhnlicher Veränderungen abweichend festzusetzen. Bei neuen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzten ist die Fallzahl und Gebührennummernstatistik Bemessungsgrundlage für die Höhe der Abschlagszahlungen. Sobald ein vollständiges Vierteljahr als Abrechnungsergebnis vorliegt, ist dieses für die Ermittlung heranzuziehen.
- (3) Die Schlusszahlung für das betreffende Leistungsquartal erfolgt nach Eingang der entsprechenden Schlusszahlungen der Kostenträger für dieses Quartal.

- (4) Die KVBW ist berechtigt, bei den Vertragsärzten, deren Abrechnung des vorhergehenden Kalender- vierteljahres unentschuldigt nicht vorliegt, die Abschlagszahlungen bis zur Einreichung der Abrech- nungsunterlagen zurückzuhalten. Ebenso können Abschlagszahlungen gemindert werden, wenn eine Reduzierung der Quartalsvergütung aufgrund von Honorarberichtigungen/Korrekturen/sonstigen Er- stattungsansprüchen zu erwarten ist.
- (5) Die Vertragsärzte sind verpflichtet, der KVBW 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, geplante Aufgabe der Praxistätigkeit (z. B. Ausschreibung), etc. Die KVBW ist berechtigt, die Abschlagszahlungen entsprechend anzupassen; dies gilt auch dann, wenn der KVBW Umstände im Sinne von Satz 1 ohne Mitteilung der Vertragsärzte bekannt werden oder aus sonstigen Gründen das Honorar rückläufig ist.
- (6) Bei wesentlicher Zunahme der vertragsärztlichen Leistungen gegenüber dem für die Abschlagszahlun- gen maßgebenden Kalendervierteljahr kann der Vertragsarzt eine angemessene Erhöhung der Ab- schlagszahlungen beantragen.
- (7) Bei Überzahlungen kann die KVBW den überzahlten Betrag sofort mit fälligen Ansprüchen des Ver- tragsarztes verrechnen oder zum unverzüglichen Ausgleich zurückverlangen.
- (8) Werden gegen einen Vertragsarzt Erstattungs- oder Schadensersatzansprüche glaubhaft geltend ge- macht, können zur Sicherung dieser Ansprüche Zahlungen bis zur Klärung des Sachverhaltes zurück- behalten werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn gegen den Vertragsarzt ein Verfahren auf Entzie- hung der Zulassung anhängig ist sowie in Fällen der Anklageerhebung durch die Staatsanwaltschaft oder bei dringendem Tatverdacht aufgrund staatsanwaltschaftlicher Ermittlungen.
- (9) Bei bekannt werden der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit bzw. einer bevorstehenden Ein- stellung des Praxisbetriebs ist festzustellen, ob noch Verfahren anhängig sind, aus denen sich Rückfor- derungen der KVBW oder Erstattungsansprüche der Kostenträger ergeben können. Ist dies der Fall, so können weitere Zahlungen bis zum bestandskräftigen bzw. rechtskräftigen Abschluss der anhängi- gen Verfahren zurückbehalten werden bzw. die Auszahlung weiterer Vergütungen von einer Sicher- heitsleistung abhängig gemacht werden.
- (10) Die Abtretung von Honorarforderungen eines Vertragsarztes ist insoweit ausgeschlossen, als (gege- benenfalls auch künftige) Rückzahlungsforderungen der KVBW gegenüber dem Vertragsarzt beste- hen.
- (11) Änderungen der Bankverbindung während des laufenden Abrechnungsverkehrs zwischen der KVBW und dem Vertragsarzt sind der KVBW zeitnah mitzuteilen.

§ 7 Abschlagszahlungen, Schlusszahlungen für am organisierten Notfalldienst teilnehmende Nichtvertragsärzte in Notfallpraxen (einschließlich Fahrdienst)

- (1) Nichtvertragsärzte, die Leistungen in Notfallpraxen (einschließlich Fahrdienst) erbringen, haben An- spruch auf eine monatliche Abschlagszahlung für dieses Leistungsquartal. In der Regel erfolgt die Auszahlung der Abschlagszahlung zum 20. des darauffolgenden Monats (bei Wochenenden und Feier- tagen am darauffolgenden Werktag) für den zurückliegenden Monat.

- (2) Die Höhe der monatlichen Abschlagszahlung ermittelt sich auf Basis der nach dem Statut zur NFD-Ordnung gewährten Förderung. Zur Auszahlung kommen 90 % dieser Förderung, sofern der ermittelte Auszahlungsbetrag über 250 Euro liegt. Der Vorstand wird ermächtigt, den Abschlagszahlungsprozentsatz bei Auftreten besonderer Umstände abweichend festzulegen.
- (3) Die Schlusszahlung für das Honorar im Notfalldienst im betreffenden Leistungsvierteljahr erfolgt zusammen mit der Schlusszahlung der GKV-SKT-Abrechnung, nach Eingang der entsprechenden Schlusszahlung der Kostenträger für dieses Vierteljahr.
- (4) Die KVBW ist berechtigt bei Nichtvertragsärzten, deren Abrechnung des vorhergehenden Kalenderjahres verschuldet nicht vorliegt, die laufenden Abschlagszahlungen zurückzubehalten.
- (5) Bei Überzahlungen kann die KVBW den überzahlten Betrag sofort mit Ansprüchen verrechnen oder zum unverzüglichen Ausgleich zurückverlangen.
- (6) Werden gegen einen Nichtvertragsarzt Erstattungs- oder Schadensersatzansprüche glaubhaft geltend gemacht, können zur Sicherung dieser Ansprüche Zahlungen bis zur Klärung des Sachverhalts zurückbehalten werden.