

Abrechnungsrichtlinien KV HB

gültig ab 19. November 2024

Präambel

Diese Abrechnungsrichtlinien regeln die näheren Einzelheiten zur Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen. Sie sind für alle über die KV HB abrechnenden Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und ärztlich geleiteten Einrichtungen verbindlich.

In der vorliegenden Richtlinie wird durchgängig die männliche Form benutzt. Im Sinne des Gleichbehandlungsgesetzes sind diese Bezeichnungen als nicht geschlechtsspezifisch zu betrachten. Wird im Folgenden von Ärzten gesprochen, gelten die hiermit verbundenen Regelungen gleichermaßen für die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

§ 1

Abrechnung von Leistungen

1. Abrechnungsfähig sind die vom Arzt persönlich – hierzu gehören auch die Leistungen eines Vertreters oder genehmigten Assistenten - und, soweit zulässig, die unter seiner Überwachung und Verantwortung von fachlich qualifizierten nichtärztlichen Hilfspersonen erbrachten Leistungen.
2. Der Arzt hat seiner Abrechnung eine Erklärung des Inhalts beizufügen, dass die abgerechneten Leistungen gemäß Absatz 1 erbracht worden sind und die Abrechnung vollständig und sachlich richtig ist. Mit dieser Erklärung sind zugleich die weiteren erforderlichen schriftlichen Erklärungen zur Vertretung, zu Qualitätssicherungsmaßnahmen, zur elektronischen Abrechnung, zu den Laborrichtlinien der KBV, zu den Bundesbehandlungsscheinen gemäß § 20 BVG sowie ggf. weitere notwendige Erklärungen abzugeben.

Bei Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und bei Krankenhäusern ist die Unterschrift des ärztlichen Leiters bzw. eines leitenden Arztes erforderlich. Im Falle einer kurzfristigen Verhinderung des nichtärztlichen Geschäftsführers im Einzelfall zulässig, wenn dieser im Vorfeld durch den Betreiber gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen schriftlich benannt worden ist.

3. Abrechnungsfähig sind alle zur vertragsärztlichen Versorgung gehörenden Leistungen.
Dies gilt nicht für
- a) quantitative klinisch-chemische Laboratoriumsuntersuchungen, sofern die Richtigkeit der Analysen nach den Methoden der geforderten statistischen Qualitätskontrolle (interne Qualitätssicherung) und/oder durch die Teilnahme an Ringversuchen nicht mit positivem Ergebnis nachgewiesen wurde oder Laboratoriumsuntersuchungen, für die kein Zertifikat aufgrund der Durchführungsbestimmungen zur Qualitätssicherung von Laborleistungen in der jeweils gültigen Fassung vorgelegt wird (externe Qualitätssicherung)
 - b) fachfremde Leistungen - außer bei einer Notfallbehandlung - gemäß den Bestimmungen der jeweils geltenden Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Bremen
 - c) Leistungen, soweit zu deren Durchführung eine Genehmigung erforderlich ist, diese aber nicht vorliegt
 - d) Leistungen ermächtigter Ärzte außerhalb des genehmigten Leistungskataloges
 - e) die von ermächtigten Krankenhausärzten ambulant ausgeführten ärztlichen Leistungen, wenn der Patient am selben Tag wegen derselben Krankheit in die stationäre Behandlung desselben Krankenhauses aufgenommen wird.
4. Der Nachweis der vom Arzt erbrachten vertragsärztlichen Leistungen erfolgt durch Eintragungen der Gebührenordnungspositionen des EBM in der jeweils gültigen Fassung und des Behandlungstages in die Abrechnungsdatei. Des Weiteren sind zur Begründung der geltend gemachten Honorarforderung die Diagnosen gem. ICD-Verschlüsselung und Begründungen zu einzelnen Leistungen, soweit der EBM sie erfordert bzw. nach Vorgabe durch die KV HB, anzugeben.
5. Nicht abrechnungsfähig sind ferner die gemäß Bundesmantelvertrag (BMV-Ä) und Arzt-/Ersatzkassenvertrag nicht zur vertragsärztlichen Versorgung gehörenden Leistungen.
Dies gilt insbesondere für
- a) Schul-, Reihen-, Einstellungs-, Eignungs- und Tauglichkeitsuntersuchungen (einschl. Sporttauglichkeit), auch wenn sie für bestimmte Betätigungen für Angehörige bestimmter Berufsgruppen vorgeschrieben sind, betriebsgebundene Tätigkeit von Betriebsärzten oder Werksärzten.
 - b) Schutzimpfungen, soweit deren Vergütung nicht mit den Krankenkassen vereinbart ist
 - c) Gesundheitsbescheinigungen jeder Art
 - d) die Ausstellung von Bescheinigungen und Erstellung von Berichten, welche die Krankenkasse oder der Medizinische Dienst zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben oder welche die Versicherten für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts nicht benötigen (z. B. sonstige Bescheinigungen für den Arbeitgeber, für Privatversicherungen, für andere Leistungsträger, Leichenschauschein)
 - e) Untersuchungen und Zeugnisse im Privatauftrag des Versicherten
 - f) Leistungen, für die ein Träger der Unfall-, der Rentenversicherung, der Sozialhilfe oder ein anderer Träger (z. B. Versorgungsbehörde) zuständig ist.
 - g) Leistungen, soweit sie Bestandteil von Betreuungsverträgen mit Heimen sind

- h) Leistungen für Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die im Rahmen der stationären Behandlung erbracht werden.
- i) Leistungen einer zeitlich begrenzten vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus (§ 115 b SGB V)
- j) ambulante Operationen im Krankenhaus (§ 115 b SGB V).

§ 2

Abrechnungsunterlagen und Rechnungslegung

1. Die Abrechnung erfolgt vierteljährlich.
2. Als Abrechnungsbeleg dienen die Behandlungsausweise (Abrechnungsschein, Überweisungsschein, Notfall- und Vertreterschein). Dabei sind die Vordruckvereinbarungen, die Bundesmantelverträge und die Abrechnungshinweise der KV HB zu beachten. Für die Abrechnungen gelten darüber hinaus die Richtlinien zur elektronischen Abrechnung (KVDT) in der jeweils gültigen Fassung.
3. Wird im laufenden Behandlungsquartal eine Berufsausübungsgemeinschaft (im Weiteren BAG) gegründet oder erweitert und wird ein Patient, der vor der Gründung oder Erweiterung der BAG in demselben Quartal schon von demselben Arzt bzw. von Ärzten der bisherigen BAG behandelt worden ist, auch nach der Gründung bzw. Erweiterung der BAG von demselben Arzt bzw. von Ärzten der bisherigen BAG behandelt, so handelt es sich um einen einheitlichen Behandlungsfall im Sinne der Bundesmantelverträge. Die ärztlichen Leistungen, die an demselben Patienten nach Bildung oder Erweiterung der BAG in demselben Quartal erbracht werden, sind daher noch unter der Betriebsstättennummer abzurechnen, die vor Bildung bzw. Erweiterung der BAG für den behandelnden Arzt vergeben war.
4. Wird im laufenden Behandlungsquartal eine BAG (teilweise) aufgelöst und wird ein Patient, der vor der (teilweisen) Auflösung der BAG in demselben Quartal schon von Ärzten der bisherigen BAG behandelt worden ist, auch nach der (teilweisen) Auflösung von einem Arzt der bisherigen BAG behandelt, so handelt es sich um einen einheitlichen Behandlungsfall im Sinne der Bundesmantelverträge. Die ärztlichen Leistungen, die an demselben Patienten nach (teilweiser) Auflösung der BAG in demselben Quartal erbracht werden, sind daher noch unter der Betriebsstättennummer abzurechnen, die vor der (teilweisen) Auflösung der BAG für diese vergeben waren.
5. Ein einheitlicher Behandlungsfall liegt auch dann vor, wenn sich der Versichertenstatus während des Quartals ändert. Es wird der Versichertenstatus bei der Abrechnung zugrunde gelegt, der bei Quartalsbeginn besteht.
6. Ein gegebenenfalls erforderlicher zivilrechtlicher Ausgleich unter den Partnern der BAG bleibt unberührt.
7. Die unter 5. bis 6. aufgeführten Bestimmungen gelten gleichermaßen für Ärzte in Einzelpraxen mit angestellten Ärzten gem. § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V i.V.m. den Bedarfsplanungs-Richtlinien Ärzte (BPR-Ä), Abschnitt 6 und Medizinischen Versorgungszentren.

§ 3

Abgabe der Abrechnungsunterlagen (Fristen)

1. Die Abrechnungsunterlagen sind nach Ablauf des Kalendervierteljahres, spätestens jedoch bis zu den jeweils im Landesrundsreiben der KV HB bekannt gegebenen Terminen einzureichen. Anträge auf Fristverlängerung sind mit Begründung an die KV HB zu richten.
2. Bei nicht genehmigter Überschreitung der zur Einreichung gesetzten Frist kann zur Deckung des vermehrten Verwaltungsaufwandes als Nachbearbeitungsgebühr ein Abzug von der Honorargutschrift vorgenommen werden.

Der Honorarabzug beträgt bei nichtbegründeter Terminüberschreitung 5 % der Honorargutschrift. Liegen die Abrechnungsunterlagen einen Monat nach Ablauf der Abgabefrist nicht vor, erhöht sich der Honorarabzug auf 10 %. Außerdem werden diese Unterlagen bis zur Abrechnung des nächsten Vierteljahres zurückgestellt. In diesem Fall werden bereits geleistete Abschlagszahlungen mit den Zahlungen für das nächste Vierteljahr verrechnet.

3. Gegen den Honorarabzug nach Punkt 2. kann binnen eines Monats nach Zugang Widerspruch eingelegt werden. Widerspruchsstelle ist der Vorstand der KV HB.
4. Die Einreichung und Abrechnung von Behandlungsfällen nach Ablauf eines Jahres - vom Ende des Kalendervierteljahres an gerechnet, indem sie erbracht worden sind - ist ausgeschlossen. Behandlungsfälle aus den Vorquartalen sind mit der laufenden Abrechnung abzugeben und werden unter den Bestimmungen, in dem sie zur Abrechnung eingereicht werden, vergütet. Aufgrund von Veränderungen in der Vergütungssystematik kann von der Bestimmung der Vergütung nach den aktuell geltenden Bestimmungen abgewichen werden. Hierüber entscheidet der Vorstand. Eine nachträgliche Abrechnung von einzelnen Leistungen bzw. von Begründung zu einzelnen Leistungen für Patienten, die bereits im Vorquartal als ein Behandlungsfall abgerechnet wurden, ist nicht zulässig.

Eine Korrektur der Abrechnung ist nur in begründeten Fällen innerhalb des ersten Monats des folgenden Abrechnungsquartals möglich.

In darüber hinaus gelagerten Fällen entscheidet der Vorstand über eine Korrektur der Abrechnung.

§ 4

Wegegebühren

Im Rahmen von Besuchsleistungen wird ein(e) Wegegeld/-pauschale gemäß Vereinbarung mit den Landesverbänden der Krankenkassen vergütet.

§ 5 Besondere Kosten

1. Besondere Kosten gem. Abschnitt 7.3 Allgemeine Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes können nur berechnet werden, wenn ihre Abrechnung nicht über Sprechstundenbedarf oder Einzelverordnung erfolgen kann. Die Kosten sind je Behandlungsausweis über einen Einzelbeleg nachzuweisen.
2. Abrechnungsfähige Kosten werden, soweit der Einheitliche Bewertungsmaßstab keine Regelung vorsieht, nach Maßgabe der Gesamtverträge erstattet, ansonsten in ihrer tatsächlichen Höhe.

§ 6 Prüfung der Abrechnung

Die Abrechnung eines Arztes wird nach Maßgabe der gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen sowie der Vorschriften der Honorarvereinbarung und dieser Abrechnungsrichtlinie sachlich-rechnerisch richtiggestellt. Der Arzt erhält als Bestandteil des Abrechnungsbescheides hierüber eine Mitteilung.

Werden grundsätzliche Fehler bei der Abrechnung der Leistungen im Rahmen der sachlich-rechnerischen Prüfung festgestellt, insbesondere einer fehlerhaften Anwendung des EBM, wird der Arzt von der KV HB darüber hinaus durch ein beratendes Gespräch darauf aufmerksam gemacht.

Die Abrechnungen werden ferner hinsichtlich ihrer Plausibilität aufgrund der jeweils gültigen Vereinbarung zur Durchführung von Plausibilitätsprüfungen gem. § 106a Abs. 5 i.V.m. § 75 Abs. 1 SGB V geprüft.

§ 7 Rechnungsnachweise und Honorarzahlungen

1. Der Arzt erhält vierteljährlich von der KV HB einen Abrechnungsbescheid über die für ihn durchgeführten Honorarabrechnungen. Aus diesem Abrechnungsbescheid und seinen Anlagen muss ersichtlich sein:
 - die anerkannte Honorarforderung,
 - die Verwaltungskosten,
 - sonstige von der Vertreterversammlung genehmigte Abzüge,
 - die Honorargutschrift,
 - die geleisteten Abschlagszahlungen und Verrechnungsbeträge,
 - Honorarkürzung gem. § 95 d Abs. 3 Satz 4 ff. SGB V,
 - die Restzahlung.
2. Der Anspruch des Arztes gegen die KV HB auf Vergütung ihrer Leistungen für die vertragsärztliche Versorgung wird fällig, wenn der Anspruch gemäß Punkt 1 festgestellt und das Ergebnis rechtswirksam geworden ist.

3. Zur vorläufigen Abgeltung seiner Leistungen erhält der Arzt für den laufenden Monat auf seine Gesamtleistung eine aufrechnungsfähige und ggf. rückzahlungspflichtige Abschlagszahlung, sofern ein Gesamthonorar von mehr als 2.000,00 Euro zu erwarten ist. Die Zahlungstermine ergeben sich aus dem veröffentlichten Jahresterminplan der KV HB.

Die Höhe der jeweiligen Abschlagszahlung beträgt 24 Prozent des Durchschnitts der Honorargutschriften der letzten vier abgerechneten Quartale.

Für die Ärzte, die ihre Praxis neu beginnen, werden die Abschlagszahlungen von der KV HB in angemessener Höhe bis zu 72 % des zu erwartenden Honorars geleistet.

Ändern sich die bei der Festsetzung der Abschlagszahlungen zu Grunde liegenden Voraussetzungen wesentlich, kann der Vorstand der KV HB für einen begrenzten Zeitraum die Abschlagszahlungen entsprechend neu festsetzen.

Nimmt ein Arzt an einem Selektivvertrag teil, erfolgt unverzüglich nach Bereinigung der Gesamtvergütung durch die Krankenkasse eine Neufestsetzung seiner Abschlagszahlungen.

4. Etwaige Abschlagszahlungen an Krankenhäuser und Institute richten sich nach den getroffenen Vereinbarungen.
5. Die Schlussrechnung und die Zahlung des Restbetrages erfolgen unverzüglich nach Abschluss der Abrechnungsarbeiten für die Honorarverteilung. Überzahlungen sind innerhalb eines Monats nach Aufforderung zurückzuzahlen.
6. Die Ärzte haben der KV HB alle Umstände rechtzeitig mitzuteilen, die auf die Höhe der Abschlagszahlungen Einfluss haben können, insbesondere ein Ausfall der Praxistätigkeit, z. B. durch Krankheit, Urlaub usw.. Mit dieser Regelung sollen Rückforderungen durch Überzahlungen vermieden werden.
7. Gegen den Abrechnungsbescheid kann der Arzt innerhalb eines Monats nach Zugang schriftlich Widerspruch bei der KV HB einlegen. Der Widerspruch ist zu begründen. Über den Widerspruch entscheidet, sofern nicht eine sofortige Abhilfe möglich ist, der Vorstand der KV HB. Für die Bearbeitung eines Widerspruches wird, soweit dieser nicht erfolgreich war, eine Gebühr nach der Gebührenordnung der KV Bremen erhoben.
8. Der Anspruch des Arztes auf Vergütung seiner vertragsärztlichen Leistungen wird fällig, nachdem Berichtigungen sowie entsprechende Maßnahmen der Honorarvereinbarung durchgeführt und rechtswirksam geworden sind. Bis zu diesem Zeitpunkt sind die Zahlungen an die Ärzte aufrechnungsfähig und ggf. rückzahlungspflichtige Abschlagszahlungen. Auch nach Eintritt der Bestandskraft des Abrechnungsbescheides kann die KV HB Berichtigungen bzw. Honorarneufestsetzungen vornehmen, die sich bei der Prüfung der Abrechnung auf sachliche, rechnerische und gebührenordnungsmäßige Richtigkeit oder bei sonstigen Feststellungen ergeben.
9. Bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit (Tod, Wegzug, Verzicht, Aufgabe der Praxis, Entziehung der Zulassung) oder Ruhen der Tätigkeit können weitere Zahlungen an den Arzt bzw. dessen Erben ganz oder teilweise ausgesetzt werden, wenn Honorarkürzungs-, Regress-, Berichtigungs- oder Erstattungsverfahren anhängig sind oder nach den gesamtvertraglichen Bestimmungen noch eingeleitet werden können. Gleiches gilt bei bereits eingetretenen oder drohenden Veränderungen der Praxiszusammensetzung (Auflösung einer Berufsausübungsgemeinschaft, eines MVZ etc.).

Die Einbehaltung kann durch Stellung einer Bankbürgschaft abgewendet werden.

§ 8

Geringfügigkeitsgrenze

Bei sachlich-rechnerischen Berichtigungen, einschließlich Kosten (u. a. Leistungen Kapitel 40 EBM, DMP-Pauschalen), werden keine Lastschriften vorgenommen, wenn pro Praxis / pro Quartal der Betrag unter 50,00 € liegt.

§ 9

Inkrafttreten

Diese Abrechnungsrichtlinien wurden in der Vorstandssitzung der KV HB am 20.12.2011 beschlossen und treten mit sofortiger Wirkung; insbesondere für Zahlungen der KVHB in Kraft.