

ABRECHNUNGSANWEISUNG

der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt

§ 1

Rechtsgrundlage/Bindungswirkung

Die nachfolgende Abrechnungsanweisung ist auf der Grundlage der Satzung der KVSA in ihrer jeweils geltenden Fassung für alle im Bereich der KVSA vertragsärztliche Leistung Erbringende bindend.

Grundlagen der Abrechnung sind die Regelungen des SGB V sowie weiterer untergesetzlicher Normen, wie z. B. die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, der Bundesmantelvertrag, die Gesamtverträge, Vorgaben der KBV.

§ 2

Vertragsärztliche Leistungserbringer

1. Vertragsärztliche Leistungen gemäß § 1 erbringen:
 - a) niedergelassene Vertragsärzte (Haus- und Fachärzte),
 - b) niedergelassene psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachpsychotherapeuten für Erwachsene sowie Fachpsychotherapeuten für Kinder- und Jugendliche,
 - c) zugelassene Polikliniken, Ambulatorien und Arztpraxen gem. § 402 SGB V, Medizinische Versorgungszentren gem. § 95 SGB V,
 - d) unbefristet nach Bundesmantelvertrag ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin,
 - e) Berufsausübungsgemeinschaften der Leistungserbringer nach a) bis d), einschließlich der mit eigener Abrechnungsbefugnis versehenen Laborgemeinschaften nach Bundesmantelvertrag,
 - f) Eigeneinrichtungen gemäß § 105 Abs. 1 c und Abs. 5 Satz 1 SGB V,
 - g) ermächtigte Ärzte, ermächtigte psychologische Psychotherapeuten, ermächtigte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, ermächtigte Fachpsychotherapeuten für Erwachsene sowie ermächtigte Fachpsychotherapeuten für Kinder- und Jugendliche
 - h) befristet nach Bundesmantelvertrag ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin,
 - i) ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen und ermächtigte psychotherapeutische Einrichtungen sowie Fachambulanzen mit Dispensaireauftrag,
 - j) Nichtvertragsärzte oder Krankenhäuser, die ambulante Notfalleleistungen erbringen,
 - k) bei a) - f) angestellte Ärzte und Psychotherapeuten, Vertreter und Assistenten,
 - l) Krankenhäuser, die vertragsärztliche Leistungen auf Vermittlung der Terminservice-stelle der KVSA erbringen,
 - m) Nichtvertragsärzte und Krankenhäuser, die Leistungen gem. § 27b SGB V (Zweitmeinungsverfahren) und gem. § 37c SGB V (außerklinische Intensivpflege) erbringen,
 - n) Krankenhäuser, die Leistungen gem. § 367 SGB V (Telekonsilien) erbringen.

Nur die unter a) bis j), l), m) und n) Aufgeführten können einen unmittelbaren Honoraranspruch gegenüber der KVSA aufgrund ihrer vertragsärztlichen Leistungserbringung geltend machen und werden insofern im Folgenden einheitlich als Abrechnungsbe-rechtigte bezeichnet.

§ 3 Grundlage der Abrechnung

1. Der Abrechnungszeitraum umfasst jeweils ein Quartal.
2. Es können nur vertragsärztliche Leistungen gegenüber der KVSA abgerechnet werden, die dem Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung auf der Grundlage des Bundesmantelvertrages entsprechen.

Die vertragsärztliche Leistungserbringung von im Sinne der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte/ZV) ordnungsgemäß einbezogenen persönlichen Vertretern, Assistenten, angestellten Ärzten und angestellten Psychotherapeuten gilt als persönliche Leistungen der Abrechnungsberechtigten.

3. Die Abrechnung fachgebietsfremder Leistungen ist, von Leistungen im Rahmen der ambulanten Notfallbehandlung abgesehen, grundsätzlich nicht möglich. Kinderärzte können bis zu 1 v. H. ihrer Behandlungsfälle fachfremd erbringen und abrechnen.
4. Nur rechtmäßig erbrachte Leistungen führen zu einer Abrechnungsfähigkeit. So sind die einschlägigen Regelungen des Vertragsarztrechts zu beachten. Soweit in Richtlinien, Verträgen der KBV, in Beschlüssen des Bewertungsausschusses, in Beschlüssen bzw. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie in Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V, in Verträgen der KVSA, in Richtlinien oder Beschlüssen der Vertreterversammlung oder Beschlüssen des Vorstandes der KVSA für die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Nachweis einer bestimmten Qualifikation sowie besondere Regelungen vorgeschrieben sind, können diese Leistungen nur bei Vorliegen der Voraussetzungen erbracht und abgerechnet werden. Dies gilt auch für die ambulante Notfallversorgung.

§ 4 Einreichung der Abrechnung

1. Die Abrechnungsberechtigten reichen ihre Abrechnung und sonstigen Abrechnungsunterlagen nach Abschluss des Abrechnungsquartals unter Beifügung der unterzeichneten Sammelerklärung elektronisch leitungsgelinkt bei der KVSA ein. Liegt keine ordnungsgemäße und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllte und nach den Vorgaben der KVSA elektronisch signierte Sammelerklärung vor, besteht kein Anspruch auf Honorarzahung. Bei gemeinschaftlicher Berufsausübung muss jeder Praxispartner die Sammelerklärung elektronisch signieren. Bei einem Medizinischen Versorgungszentrum oder ärztlich geleiteten Einrichtungen ist die Sammelerklärung vom ärztlichen Leiter oder für Eigeneinrichtungen von einem in diesem Sinne Bevollmächtigten elektronisch zu signieren. Die Abgabe der Abrechnung gegenüber der KVSA erfolgt als Gesamtdatei inklusive aller der Praxis zugehörigen Nebenbetriebsstätten- oder Betriebsstätten bezogen als Datei je (Neben-)Betriebsstätte. Je Abrechnungsdatei sind in den dafür vorgesehenen Feldern sowohl alle in der jeweiligen Abrechnungsdatei relevanten (Neben-)Betriebsstätten als auch alle dort tätigen Ärzte einschließlich LANR aufzulisten.
2. Die KVSA teilt vor Quartalsende die Einreichungstermine für die Abrechnungsunterlagen per Rundschreiben, über die Zeitschrift "PRO", offizielles Mitteilungsblatt der KVSA, oder über die Internetseite der KVSA mit.
3. Reicht ein Abrechnender die Abrechnung nicht bis zum festgesetzten Termin ein, kann der Vorstand der KVSA dem Abrechnenden bei unbegründeter verspäteter Abgabe als Abgeltung für zusätzlichen Verwaltungsaufwand einen zusätzlichen Verwaltungskostensatz von 3 v. H. des Quartalshonorars der verspätet eingereichten Abrechnung auferlegen.

4. Es besteht kein Anspruch auf Abrechnung von Leistungen und sonstigen Abrechnungsunterlagen, wenn diese später als 3 Monate nach Ablauf der Termine gemäß Ziffer 2 eingereicht werden. Nachgereichte Abrechnungsdatensätze werden i. d. Regel der Abrechnung des durch die KVSA zu bearbeitenden Quartals zugeordnet.
5. Das Risiko des Transports sonstiger Abrechnungsunterlagen bis zur KVSA trägt der Abrechnende.
6. In Papierform eingereichte Dokumente/Unterlagen sind mit dem Vertragsarztstempel zu versehen. Unvollständig, falsch, unleserlich oder sonst in nicht verarbeitbarer Weise ausgefüllte oder nicht dem aktuellen Stand des EBM entsprechende Abrechnungen und Abrechnungsunterlagen kann die KVSA durch Rücksendung von der Abrechnung zurückweisen. Auf eine Berücksichtigung der vom Abrechnenden korrigierten und wieder an die KVSA übermittelten Abrechnungen und/oder Abrechnungsunterlagen bei der Honorierung der Leistungen des Einreichungsquartals hat der Abrechnungsberechtigte keinen Anspruch. Liegt keine (vollständige) elektronisch signierte Sammelerklärung vor, kann die Abrechnung abgewiesen werden.
- 6a. Wird die Abrechnung durch Umstände erschwert, die der Abrechnende zu vertreten hat, so ist die KVSA berechtigt, als Abgeltung für den zusätzlichen Verwaltungsaufwand einen zusätzlichen Verwaltungskostensatz in Höhe von 3 v. H. des Quartalshonorars zu erheben.
7. Die nachträgliche Berichtigung unvollständiger Abrechnungsdaten oder sonstiger Abrechnungsunterlagen durch den Abrechnenden ist nach Einreichung der Abrechnung bis maximal 8 Wochen nach dem Termin gem. Ziffer 2 möglich.
8. Der Vorstand der KVSA ist berechtigt, gegebenenfalls zusätzlich zu den im EBM oder in anderen vertraglichen Regelungen enthaltenen Abrechnungsbestimmungen für einzelne Leistungen bzw. für spezifische Sachverhalte eine Begründungs- oder Kennzeichnungspflicht verbindlich für alle oder einzelne Abrechnungsberechtigte und deren Angestellte festzulegen. Dies gilt auch für die Kennzeichnungspflicht in Fällen des unvorhersehbaren Anstiegs der Morbidität.
9. Bei der Verordnung von Arznei-, Verband- sowie Heil- und Hilfsmitteln ist jeder Arzt einer versorgungsbereichs- und fachgruppengleichen Berufsausübungsgemeinschaft, der nur an einem Ort tätig ist, unabhängig von der gemäß § 37 a Abs. 1 BMV-Ä angegebenen Arztnummer, unterschriebenberechtigt.

§ 5 Prüfung der Abrechnung

1. Die KVSA prüft die Abrechnungen auf sachlich-rechnerische Richtigkeit und Plausibilität und berichtigt gegebenenfalls die Honoraranforderungen gegenüber dem Abrechnungsberechtigten in einem rechtsmittelfähigen Bescheid.

2. Eine Wirtschaftlichkeitsprüfung der vertragsärztlichen Versorgung gem. § 106 ff. SGB V wird von der Prüfungsstelle bzw. Beschwerdeausschuss auf der Grundlage der jeweils gültigen Prüfvereinbarung durchgeführt. Von den Prüfungsgremien festgestellte Kürzungs- und Regressbeträge werden der KVSA übermittelt und in einem Honorarbescheid, der nach der Prüfung ergeht, ausgewiesen und vom Restzahlungsbetrag abgezogen oder dem Rückzahlungsbetrag zugeschlagen, soweit nicht Widerspruch oder Klage aufschiebende Wirkung entfalten. Die in der Wirtschaftlichkeitsprüfung einbehaltenen Kürzungsbeträge werden dem jeweiligen Versorgungsbereichsanteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) gutgeschrieben.
3. Aufgrund von Plausibilitätsprüfungen im Sinne von § 106d SGB V sowie Verfahren zur Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Maßgabe der Prüfvereinbarung einbehaltene Honoraranteile bleiben bei der Honorarverteilung im aktuellen Quartal unberücksichtigt und werden dem jeweiligen Versorgungsbereichsanteil der MGV des HVM zugeführt. Der Ausgleich von Honorarberichtigungen erfolgt als Verrechnung in dem nach Vorliegen der Ergebnisse der Prüfverfahren folgenden Honorarbescheid.
4. Bei nicht abgeschlossenen Verfahren der Überprüfung der Abrechnung kann der Vorstand einen Honorareinbehalt in Höhe der geschätzten Berichtigungssumme beschließen. Der Beschluss wird dem oder den Abrechnungsberechtigten mittels rechtsmittelfähigem Bescheid bekannt gegeben.

§ 6

Honorarauszahlung/Abschlagszahlung und Restzahlung

1. Der Honoraranspruch des Abrechnungsberechtigten ergibt sich quartalsweise nach Abzug der von der Vertreterversammlung festgelegten Verwaltungskosten gemäß der Satzung auf die jeweils vergüteten Leistungen und Kosten auf der Grundlage der jeweils wirksamen regionalen Euro-Gebührenordnung und ggf. pauschal gezahlter Vergütungen sowie dem HVM der KVSA. Die Fälligkeit des Honoraranspruchs der Abrechnungsberechtigten ergibt sich aus § 5 Abs. 4 der Satzung, sodass alle Zahlungen an die Abrechnungsberechtigten, wie monatliche Abschläge nach Abs. 2 und 3 sowie die sogenannte Restzahlung, jederzeit aufrechnungsfähige und ggf. zurückzuzahlende Vorschüsse sind. Jeder Honorarbescheid steht folglich unter dem Vorbehalt einer vollständigen oder teilweisen Berichtigung und der Neufestsetzung des Honorars.
2. Sofern der Abrechnungsberechtigte gem. § 2 Abs. 1 a) bis f) mindestens vier Quartale an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, besteht ein Anspruch auf monatliche Abschläge jeweils spätestens zum Monatsende in Höhe von 25 v. H. des Quartalsdurchschnitts des zuletzt abgerechneten Kalenderjahres. In begründeten Einzelfällen kann von der Höhe der monatlichen Abschlagszahlungen abgewichen werden.
3. Abrechnungsberechtigte gem. § 2 Abs. 1 a) - f), die ihre Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beginnen, erhalten in den ersten vier Quartalen monatliche Abschlagszahlungen in angemessener Höhe auf der Grundlage der von ihnen bis zum 20. des jeweiligen Monats erfolgten Fallzahlmeldung.
4. Wesentliche Veränderungen des Honorars berechtigen die KVSA zur Erhöhung, Verminderung als auch Einstellung der Abschlagszahlungen. Dies gilt auch dann, wenn die Quartalsabrechnung nicht, nicht fristgerecht oder nicht regelmäßig eingereicht wird oder wenn ein Insolvenzverfahren anhängig ist. Bei Beendigung, vorübergehender Beendigung, zu erwartender Beendigung oder zu erwartender vorübergehender Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit kann die KVSA weitere Zahlungen an den Abrechnungsberechtigten bzw. an dessen Erben ganz oder teilweise aussetzen, wenn mit Honorarneufestsetzung (z. B. aufgrund der §§ 106 ff. SGB V, d.h. Richtigstellungen und/oder Regressen zu rechnen ist).

Als Fälle einer wahrscheinlich zu erwartenden Beendigung oder zu erwartenden vorübergehenden Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit gelten insbesondere folgende Konstellationen:

- es ist ein Verfahren auf Ruhen der Approbation gemäß § 6 der Bundesärzteordnung anhängig,
- es ist ein Verfahren auf Rücknahme oder Widerruf der Approbation gemäß § 8 der Bundesärzteordnung anhängig,
- es ist ein Verfahren auf Ruhen der Zulassung gemäß § 95 Abs. 5 SGB V und § 26 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte oder nach § 81 Abs. 5 SGB V in Verbindung mit den Vorschriften der Disziplinarordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt anhängig,
- es ist ein Verfahren auf Entziehung der Zulassung gemäß § 95 Abs. 6 SGB V und § 27 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte anhängig, oder
- es ist ein Verfahren auf Feststellung der Beendigung der Zulassung gemäß § 95 Abs. 7 SGB V und § 28 Abs. 1 Satz 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte anhängig.

Diese Regelung gilt entsprechend für zugelassene Einrichtungen nach § 402 SGB V, die Eigeneinrichtungen gemäß § 105 Abs. 1c und Abs. 5 Satz 1 SGB V, Medizinische Versorgungszentren und die dort angestellten Ärzte und Psychotherapeuten sowie im Falle der Anstellung von Ärzten und Psychotherapeuten bei Vertragsärzten und in ermächtigten Einrichtungen. Über die ganz oder teilweise Aussetzung von Abschlagszahlungen aufgrund einer wahrscheinlich zu erwartenden Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit beschließt der Vorstand. Der Beschluss des Vorstandes wird dem oder den Abrechnungsberechtigten mittels rechtsmittelfähigem Bescheid bekannt gegeben.

5. Nach Erstellung der Quartalsabrechnung durch die KVSA erhält der Abrechnungsberechtigte einen Honorarbescheid einschließlich Anlagen als Nachweis der von der KVSA vergüteten Leistungen. Abweichend hiervon erhalten Laborgemeinschaften nach Erstellung der Quartalsabrechnung durch die KVSA eine Sachkostenabrechnung.

§ 7 Vergütung

1. Für die Vergütung stehen die von den Krankenkassen mit Versicherten in Sachsen-Anhalt entrichtete MGV, die außerhalb der MGV durch die Kostenträger zu leistenden, und die im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs erhaltenen Zahlungen zur Verfügung.
2. Die von den Krankenkassen zu zahlenden Sicherstellungszuschläge und die Mittel des Strukturfonds nach § 105 SGB V unterliegen nicht der Honorarverteilung gem. § 87 b SGB V. Die Zahlungen erfolgen zusätzlich zur Gesamtvergütung.
3. Die der Verteilung unterliegende Gesamtvergütung wird nach Abzug der jeweiligen Verwaltungskosten und der Rückstellungen und nach Berücksichtigung der Vorwegabzüge an die Ärzte unverändert weitergeleitet, soweit der HVM der KVSA oder Verträge mit Kostenträgern keine abweichenden Regelungen enthalten.

4. Vergütungen für Leistungen, die im Rahmen besonderer, ggf. nicht für alle Krankenkassen gültige, Verträge vereinbart worden sind (z. B. Modellvorhaben, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung, Vereinbarungen über strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten und Verträge zur integrierten bzw. besonderen Versorgung), werden nach den jeweiligen vertraglichen Regelungen unter Abzug der jeweils geltenden Verwaltungskosten vergütet.
5. Belegärztliche Leistungen gem. § 121 SGB V werden wie vertragsärztliche Leistungen honoriert, sofern gesamtvertragliche Regelungen und andere rechtsverbindliche Vorschriften dem nicht entgegenstehen.
6. Nach den Regelungen des § 95d SGB V ist jeder an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligte Arzt/Psychotherapeut verpflichtet, den Nachweis über 250 Fortbildungspunkte innerhalb eines Zeitraums von fünf Jahren durch Vorlage eines Fortbildungszertifikates zu erbringen. Aufgrund der Regelungen des § 95d Abs. 3, 4, 5 SGB V muss arzt-/therapeutenbezogen eine Honorarkürzung erfolgen, wenn die Fortbildungsverpflichtung nicht erfüllt wird. Die Honorarkürzung erfolgt arzt-/therapeutenbezogen unabhängig von der Art der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Für diese Ärzte/Psychotherapeuten wird das Honorar unter Zugrundelegung der LANR ermittelt. Das Honorar wird für die ersten 4 Quartale, die auf den Nachweiszeitraum folgen, um 10 %, ab dem darauf folgenden Quartal um 25 % gekürzt. Die Honorarkürzung endet nach Ablauf des Quartals, in dem der vollständige Nachweis der Fortbildungsverpflichtung erbracht wird.

Das zu kürzende Honorarvolumen ergibt sich durch prozentualen Abzug vom Quartalshonorar aus vertragsärztlicher/-psychotherapeutischer Versorgung (nur GKV-Leistungen ohne sonstige Kostenträger, ohne Erstattung für die Sachkosten, Kap. 32 und 40 des EBM, ohne Honorar aus gesonderten Verträgen zwischen den Kostenträgern und der KVSA, ohne die pauschale Vergütung im Rahmen der Sozialpsychiatrievereinbarung, ohne die Kostenerstattung zur Finanzierung der Telematikinfrastruktur (TI), ohne Honorar aus der Ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, ohne Hybrid-DRG Honorar) nach Honorarverteilung und vor Abzug der Verwaltungskosten und sonstigen Kosten. Die Honorarkürzung bezieht sich auf das Honorar der LANR des Arztes/Therapeuten, der die Fortbildungsverpflichtung nicht erfüllt hat. Bei Kooperationen, Anstellungen oder Einrichtungen, die durch die Zulassungsgremien bzw. die KVSA ermächtigt oder genehmigt wurden, erfolgt die Honorarkürzung damit nur für das Honorar des Arztes/Therapeuten, der die Fortbildungsverpflichtung nicht erfüllt hat. Die arzt-/psychotherapeutenbezogene Honorarermittlung bezieht sich für betreffende Ärzte/Psychotherapeuten auf alle Betriebsstättennummern, unter denen der betreffende Arzt/Psychotherapeut tätig ist.
7. Gemäß § 291b Abs. 5 SGB V haben die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen bei der erstmaligen Inanspruchnahme von Leistungen durch einen Versicherten im Quartal die Leistungspflicht der Krankenkassen sowie die Aktualität der Daten der elektronischen Gesundheitskarte in einem online-Abgleich (VSDM) durchzuführen. Den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Einrichtungen, die diese Prüfung nicht durchführen und/oder die weiteren gesetzlichen Verpflichtungen, bezogen auf Anwendungen der TI nicht erfüllen, ist das Honorar aus vertragsärztlichen Leistungen entsprechend der für das jeweilige Abrechnungsquartal gesetzlich festgelegten Höhe pauschal für den zutreffenden Zeitraum dieser Nichterfüllung zu kürzen. Das zu kürzende Honorarvolumen ergibt sich durch prozentualen Abzug vom Quartalshonorar aus vertragsärztlicher/-psychotherapeutischer Versorgung (nur GKV-Leistungen ohne sonstige Kostenträger, ohne Erstattung für die Kosten Kap. 32 und 40 des EBM, ohne Honorar aus gesonderten Verträgen zwischen den Kostenträgern und der KVSA, ohne Vergütung der Leistungen aus dem Bereitschaftsdienst, ohne die pauschale Vergütung im Rahmen der Sozialpsychiatrievereinbarung, ohne die Kostenerstattung zur Finanzierung der TI, ohne Honorar aus der Ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, ohne Hybrid-DRG Honorar) nach Honorarverteilung und vor Abzug der Verwaltungskosten und sonstigen Kosten.

§ 8 Vergütung sonstiger Leistungen

1. Die Vergütung von ärztlichen Leistungen, die bei Patienten, die den Sonstigen Kostenträgern zuzuordnen sind, erbracht wurden, erfolgt nach den jeweils geltenden Verträgen unter Anwendung des EBM in seiner jeweils gültigen Fassung, § 6 Abs. 1 gilt entsprechend.
2. Auf alle sonstigen über die KVSA abgerechneten Leistungen und Kosten erhebt die KVSA die durch die Vertreterversammlung festgelegten Verwaltungskosten im Sinne von § 6 Absatz 1 Satz 1.

§ 9 Finanzierung der Telematik-Infrastruktur (TI)

1. Gemäß § 378 SGB V erfolgt eine Finanzierung der TI für an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer in Form von monatlichen Pauschalen (TI-Pauschale).
2. Voraussetzung für die Zahlung der TI-Pauschale ist der Anschluss an die TI. Der aus der Abrechnungsdatei ermittelte erstmalige VSDM gilt als Nachweis des Anschlusses an die TI. Praxen ohne Arzt-Patienten-Kontakt erklären den Anschluss gegenüber der KVSA schriftlich.
3. Für die Bemessung der Höhe der TI-Pauschalen ist neben der Anbindung an die TI die Selbsterklärung über die zur Verfügung stehenden einsatzbereiten TI-Anwendungen in der jeweils aktuellen Version notwendig. Diese ist nach der Installation der jeweiligen TI-Anwendung über das KVSAonline Portal je Leistungsort abzugeben. Der Nachweis der TI-Anwendungen für die Berücksichtigung im Abrechnungsquartal kann bis zum 10. des 3. auf das Abrechnungsquartal folgenden Monats auf dem KVSAonline Portal erbracht werden. Die Nachweise gelten ab dem Abrechnungsquartal.
4. Die monatlich ermittelten TI-Pauschalen werden mit der Restzahlung ohne Abzug von Verwaltungskosten ausgezahlt.

§ 10 Inkrafttreten

Diese Abrechnungsanweisung tritt nach satzungsgemäßer Bekanntgabe am 1. Juli 2026 in Kraft und ersetzt die Fassung vom 1. Januar 2025.

Ausgefertigt:

Magdeburg, den 20. Mai 2026

Dipl.-Med. Andreas Petri
Vorsitzender der Vertreterversammlung
der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt