

Abrechnungsanweisung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt

beschlossen von der Vertreterversammlung am 2. Juni 2004, geändert von der Vertreterversammlung am 26. Januar 2005, am 7. September 2007 und am 28. Mai 2008

§ 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.

§ 2 Grundlage der Abrechnung

1. Der Abrechnungszeitraum umfasst jeweils ein Quartal.
2. Vertragsärztliche Leistungen gemäß § 1 erbringen:
 - a) niedergelassene Vertragsärzte (Haus- und Fachärzte),
 - b) niedergelassene psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,
 - c) zugelassene Polikliniken, Ambulatorien und Arztpraxen gem. § 311 Abs. 2 SGB V, medizinischen Versorgungszentren gem. § 95 SGB V,
 - d) unbefristet nach den Bundesmantelverträgen ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin,
 - e) Berufsausübungsgemeinschaften der Leistungserbringer nach a) bis d), einschließlich der mit eigener Abrechnungsbefugnis versehenen Laborgemeinschaften nach den Bundesmantelverträgen,
 - f) ermächtigte Ärzte, ermächtigte psychologische Psychotherapeuten, ermächtigte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,
 - g) befristet nach den Bundesmantelverträgen ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin,
 - h) ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen und ermächtigte psychotherapeutische Einrichtungen sowie Fachambulanzen mit Dispensaireauftrag,
 - i) Nichtvertragsärzte oder Krankenhäuser, die ambulante Notfallleistungen erbringen,
 - j) bei a) - e) angestellte Ärzte und Psychotherapeuten, Vertreter und Assistenten.

Nur die unter a) bis i) Aufgeführten können einen unmittelbaren Honoraranspruch gegenüber der KVSA aufgrund ihrer vertragsärztlichen Leistungserbringung geltend machen und werden insofern im folgenden einheitlich als Abrechnungsberechtigte bezeichnet.

§ 3 Grundlage der Abrechnung

1. Es können nur vertragsärztliche Leistungen gegenüber der KVSA abgerechnet werden, die dem Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung auf der Grundlage der Bundesmantelverträge entsprechen. Die vertragsärztliche Leistungserbringung von im Sinne der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte/ZV) ordnungsgemäß einbezogenen Vertreter, Assistenten und angestellten Ärzte gelten als persönliche Leistungen der Abrechnungsberechtigten.

2. 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.
3. Nur rechtmäßig erbrachte Leistungen führen zu einer Abrechnungsfähigkeit. So sind die einschlägigen Regelungen des Vertragsarztrechts zu beachten. Soweit in Richtlinien und Verträgen der KBV, in Beschlüssen des Bewertungsausschusses, in Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie in Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V, in Verträgen der KVSA, in Richtlinien 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 bei der KVSA ein. Liegt keine ordnungsgemäß und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllte und unterschriebene oder nach den Vorgaben der KVSA elektronisch signierte Sammelerklärung vor, besteht kein Anspruch auf Honorarzahlung. Bei gemeinschaftlicher Berufsausübung muss jeder Praxispartner die Sammelerklärung unterzeichnen.
2. Die KVSA teilt vor Quartalsende die Einreichungstermine für die Abrechnungsunterlagen per Rundschreiben oder über die Zeitschrift "PRO", offizielles Mitteilungsblatt der KVSA, mit.
3. Reicht ein Abrechnender die Behandlungsausweise/Abrechnungsscheine nicht bis zum letzten 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 Behandlungsausweisen und sonstigen Abrechnungsunterlagen, wenn diese später als 12 Monate nach Ablauf der Termine gemäß Ziff. 2 eingereicht werden. Abrechnungsscheine aus den Quartalen vor der Einführung des EBM 2008 können letztmalig mit der Quartalsabrechnung für das 1. Quartal 2008 bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt zwecks Vergütung eingereicht werden.
5. Das Risiko des Transports der Behandlungsausweise und sonstiger Abrechnungsunterlagen bis zur KVSA trägt der Abrechnende.
6. Unvollständig, falsch, unleserlich oder sonst in nicht verarbeitbarer Weise ausgefüllte oder nicht dem aktuellen Stand des EBM entsprechende Abrechnungsunterlagen kann die KVSA durch Rücksendung von der Abrechnung zurückweisen. Auf eine Berücksichtigung der vom Abrechnenden korrigierten und wieder an die KVSA zurückgesandten Abrechnungsunterlagen bei der Honorierung der Leistungen des Einreichungsquartals hat der Abrechnungsberechtigte keinen Anspruch.
7. Die nachträgliche Berichtigung unvollständiger Behandlungsausweise oder sonstiger Abrechnungsunterlagen durch den Abrechnenden ist nach Einreichung der Abrechnungsunterlagen nur solange möglich, soweit die sachlich-rechnerische Berichtigung der Abrechnung des betreffenden Quartals durch die KVSA für den jeweiligen Arzt noch nicht abgeschlossen ist.

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.
9. Bei der Verordnung von Verband-, Arznei-, sowie Heil- und Hilfsmitteln ist vom Arzt einer versorgungsbereichs- und/oder arztgruppenübergreifenden Gemeinschaftspraxis, eines Medizinischen Versorgungszentrums oder einer Einrichtung gemäß § 311 Abs. 2 SGB V ein Vertragsarztstempel der Praxis bzw. des Medizinischen Versorgungszentrums bzw. der Einrichtung zu verwenden, in dem zusätzlich der Name des verordnenden Arztes enthalten ist, oder der Name des verordnenden Arztes ist zusätzlich auf der Verordnung anzugeben.

§ 5 Prüfung der Abrechnung

1. Die KVSA prüft die Abrechnungen auf sachlich-rechnerische Richtigkeit und Plausibilität und berichtet gegebenenfalls die Honoraranforderungen gegenüber dem Abrechnenden in einem rechtsmittelfähigen Bescheid.
2. Eine Wirtschaftlichkeitsprüfung der vertragsärztlichen Versorgung gem. § 106 SGB V wird auf der Grundlage der jeweils gültigen Prüfvereinbarung durchgeführt. Von den Prüfungsgremien festgestellte Kürzungs- und Regressbeträge werden 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 Rückstellungsfonds nach dem jeweils geltenden Honorarverteilungsvertrag gutgeschrieben.
3. Aufgrund von Plausibilitätsprüfungen im Sinne von § 106 a SGB V sowie Verfahren zur Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Maßgabe der Prüfvereinbarung einbehaltene Honoraranteile bleiben bei der Honorarverteilung im aktuellen Quartal unberücksichtigt und werden mit den Rückstellungen des Honorarverteilungsvertrages verrechnet. 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.

§ 6 Honorarauszahlung/Abschlagszahlung und Restzahlung

1. Der Honoraranspruch des Abrechnungsberechtigten ergibt sich quartalsweise nach Abzug der von der Vertreterversammlung festgelegten Beiträge gemäß der Satzung auf die jeweils vergüteten Leistungen und Kosten auf der Grundlage des jeweils wirksamen Honorarverteilungsvertrages und des geltenden EBM.

Die Fälligkeit des Honoraranspruchs der Abrechnungsberechtigten ergibt sich aus § 5 Abs. 4 Satz 2 der Satzung, so dass alle Zahlungen an die Abrechnungsberechtigten, wie monatliche Abschläge nach Absatz 3, sowie die sogenannte Restzahlung jederzeit aufrechnungsfähige und ggf. zurückzuzahlende Vorschüsse sind. Jeder Honorarbescheid steht folglich unter dem Vorbehalt eines vollständigen oder teilweisen Widerrufs und der Neufestsetzung des Honorars.

2. Sofern der Abrechnungsberechtigte gem. § 2 Abs. 1 a) bis e) mindestens vier Quartale an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, besteht ein Anspruch auf monatliche Abschläge jeweils spätestens zum Monatsende in Höhe von 22 v. H. des Quartalsdurchschnitts des zuletzt abgerechneten Kalenderjahres.
3. Abrechnungsberechtigte gem. § 2 Abs. 1 a) - e), 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. Bei 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, 106 a SGB V und sachlich-rechnerischen Richtigstellung) und/oder Regressen zu rechnen ist.
5. Nach Erstellung der Quartalsabrechnung durch die KVSA erhält der Abrechnungsberechtigte einen Honorarbescheid einschließlich Anlagen als Nachweis der von der KVSA vergüteten Leistungen.

§ 7 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 Absatz 1 gilt entsprechend.
2. Soweit für Leistungen der Sonstigen Kostenträger aufgrund gesetzlicher oder sonstiger Regelungen der Ersatzkassenpunktwert zu Grunde zu legen ist, werden diese Leistungen entsprechend dem rechnerischen Punktwert der Ersatzkassen des jeweiligen Vorquartals vergütet. Soweit für die Leistungen der Sonstigen Kostenträger aufgrund gesetzlicher oder sonstiger Regelungen der Punktwert der Ortskrankenkassen zugrunde zu legen ist, erfolgt die Vergütung entsprechend dem rechnerischen Punktwert der AOK Sachsen-Anhalt aus dem jeweiligen Vorquartal.
3. Auf alle sonstigen über die KVSA abgerechneten Leistungen und Kosten erhebt die KVSA die durch die Vertreterversammlung festgelegten Beiträge im Sinne von § 6 Absatz 1 Satz 1.

§ 8 In-Kraft-Treten

Diese Abrechnungsanweisung tritt am 1. Juli 2008 in Kraft.

Ausgefertigt:

Magdeburg, den 28. Mai 2008

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