

Information der KVBB	Abrechnungsordnung (AO)	7. <hr/> 1/13
-------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

ABRECHNUNGSORDNUNG DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNG BRANDENBURG (AO)

beschlossen von der Vertreterversammlung am 25.03.2011

gültig ab: 25.03.2011

7. <hr/> 2/13	Abrechnungsordnung (AO)	Information der KVBB
-------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

Inhaltsverzeichnis

Präambel.....	3
1. Gebührenordnung.....	3
2. Bestimmungen für die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen.....	3
2.1 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung.....	3
2.2 Schwerpunkte und Genehmigungen.....	5
2.3 Persönliche Leistungserbringung und persönliche Leitung	5
2.4 Sonstige Abrechnungsregelungen	6
2.5 Abrechnung von Laborleistungen.....	7
2.6 Abrechnung mittels EDV	8
2.7 Ordnungsvorschriften	8
2.8 Einzureichende Unterlagen.....	10
3. Honorarzahlungen.....	10
3.1 Ermittlung und Prüfung der Honoraranforderung	10
3.2 Abschlagszahlungen	11
3.3 Verwaltungskosten	12
3.4 Honorarbescheid	13

Anlage Abrechnungsbedingungen

Information der KVBB	Abrechnungsordnung (AO)	7. <hr/> 3/13
-------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

Präambel

Auf der Grundlage der §§ 28, 32, 85, 87, 87 a–c, 106a, 135 und 295 SGB V sowie des Bundesmantelvertrages - Ärzte (BMV-Ä) als Rahmenvertrag für die vertragsärztliche Versorgung von Versicherten der Primärkassen bzw. des Bundesmantelvertrages Ärzte-/Ersatzkassen (EKV) als Rahmenvertrag für die vertragsärztliche Versorgung von Versicherten der Ersatzkassen, den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 92 SGB V, den Verträgen auf Bundes- bzw. Landesebene insbesondere zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung für besondere Personengruppen (SKT), der Ärzte-Zulassungsverordnung (Ä-ZV), der Vereinbarung zur Gesamtvergütung und zu arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen (M-GV/A-RLV-Vertrag), der gem. § 87a Abs. 2 SGB V erstellten Euro-Gebührenordnung für das Land Brandenburg und des Sicherstellungsstatutes der KVBB beschließt die Vertreterversammlung die Abrechnungsordnung der KVBB.

Über die Auslegung sowie den Inhalt der Anlage der Abrechnungsordnung (Abrechnungsbedingungen) entscheidet der Vorstand.

1. Gebührenordnung

- (1) Als verbindliche Gebührenordnung ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich des Symbolnummernverzeichnisses der KVBB gem. Anlage 3 in den jeweiligen gültigen Fassungen anzuwenden. Vergütet werden die vertragsärztlichen Leistungen auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Gebührenordnung.
- (2) Leistungen, die in der Gebührenordnung nicht enthalten sind und vertraglich nicht vereinbart wurden, sind nicht abrechnungsfähig.
- (3) Die Abrechnung und Vergütung von Leistungen für besondere Kostenträger (z. B. Sozialämter, Bundespolizei, etc.) erfolgt auf Basis der gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen insbesondere landesspezifischer Regelungen zur Honorarverteilung.

2. Bestimmungen für die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen

2.1 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

- (1) Voraussetzung für die Abrechnung von Leistungen gem. der Gebührenordnung gegenüber der KVBB ist die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Land Brandenburg. Die Abrechnung KV-bereichsübergreifender Praxen regelt sich nach der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über die Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung bei einer den Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung übergreifenden Berufsausübung (KV-übergreifende Berufsausübungs-Richtlinie).

7. <hr/> 4/13	Abrechnungsordnung (AO)	Information der KVBB
-------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

- (2) Zur ärztlichen Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gehören auch die in Notfällen ambulant ausgeführten ärztlichen Leistungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute, Krankenhäuser und Notfallambulanzen.
- (3) Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung gem. Abs. 1 und 2 werden im Folgenden als Beteiligte bezeichnet. Als Vertragsärzte im Sinne der Abrechnungsordnung gelten niedergelassene Vertragsärzte, Ärzte gem. § 24 Absatz 3 Satz 3 Ärzte-ZV, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, ermächtigte Ärzte, Fachwissenschaftler der Medizin, Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 Absatz 2 SGB V, ermächtigte Einrichtungen, in Notfällen in Anspruch genommene nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute, Krankenhäuser und Notfallambulanzen. Die Abrechnungsordnung gilt darüber hinaus für angestellte Ärzte, sofern nicht etwas anderes vorgesehen ist oder Abweichendes aus der Besonderheit deren Tätigkeit folgt.

Information der KVBB	Abrechnungsordnung (AO)	7. <hr/> 5/13
-------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

2.2 Schwerpunkte und Genehmigungen

- (1) Grundsätzlich können nur solche vertragsärztlichen Leistungen abgerechnet werden, die zum Fachgebiet bzw. zu dem entsprechenden Schwerpunkt oder der Zusatzbezeichnung gem. Zulassung zur ärztlichen Versorgung i.V.m. der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Brandenburg gehören. Für angestellte Ärzte gilt Satz 1 entsprechend.
- (2) Die vertragsärztliche Tätigkeit ermächtigter Ärzte, psychologischer Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, ärztlich geleiteter Einrichtungen und Fachwissenschaftler der Medizin ist auf den erteilten Ermächtigungsumfang und Ermächtigungszeitraum beschränkt.
- (3) Leistungen, die einer besonderen Genehmigungspflicht unterliegen bzw. anzeigepflichtig sind, sind unter Berücksichtigung von Abs. 1 und 2 nur abrechnungsfähig, wenn von der KVBB vorher eine entsprechende Genehmigung erteilt wurde bzw. der Anzeigepflicht entsprochen worden ist. Die Übersicht zu den anzeige- und genehmigungspflichtigen Leistungen wird von der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg im Internet bereitgestellt (www.kvbb.de).
- (4) Anträge auf Genehmigung können von einem Vertragsarzt, einem Vertragspsychotherapeut, einem Fachwissenschaftler der Medizin, einem ermächtigten Arzt, einem Medizinischen Versorgungszentrum, einer Einrichtung nach § 311 Abs. 2 SGB V oder einer Berufsausübungsgemeinschaft gestellt werden. Werden Leistungen in einer Vertragsarztpraxis, einem Medizinischen Versorgungszentrum oder einer Einrichtung nach § 311 Abs. 2 SGB V durch angestellte Ärzte abgerechnet, ist es ausreichend, dass nur der angestellte Arzt die fachliche Voraussetzung erfüllt.
- (5) Sollen die entsprechenden Leistungen im Bereich einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung erbracht werden, ist grundsätzlich für jeden Ort der vertragsärztlichen Tätigkeit in den Bereichen der beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen eine entsprechende Genehmigung durch die beteiligte Kassenärztliche Vereinigung erforderlich. Soweit eine Kassenärztliche Vereinigung eine Genehmigung erteilt hat, gilt der Nachweis über die fachliche Befähigung gegenüber der KVBB grundsätzlich als geführt (dies gilt nicht bei betriebsstättenbezogenen Anforderungen).

2.3 Persönliche Leistungserbringung und persönliche Leitung

- (1) Abrechnungsfähig sind Leistungen, die gem. der geltenden Regelungen zur persönlichen Leistungserbringung in § 15 BMV-Ä bzw. § 14 EKV bzw. im Rahmen der persönlichen Leitung der Vertragsarztpraxis bei angestellten Ärzten gemäß § 14a BMV-Ä bzw. § 14 EKV erbracht wurden. Die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen ist ferner nur möglich, wenn der Leistungsanspruch des Versicherten gem. § 13 BMV-Ä bzw. § 7 EKV nachgewiesen ist.

7.	Abrechnungsordnung (AO)	Information der KVBB
6/13		

- (2) Leistungen von Vertretern, Assistenten oder angestellten Ärzten sind nur dann abrechnungsfähig, wenn die Voraussetzungen für die Beschäftigung von Vertretern und Assistenten nach den §§ 32 bzw. 32a Ä-ZV erfüllt bzw. sofern die Genehmigung zur Anstellung eines Arztes nach § 32b Ä-ZV vorliegt.
- (3) Für die Abwesenheit aus der Praxis und die Vertretung gelten die Bestimmungen im Abschnitt I Teil F des Sicherstellungsstatuts.

2.4 Sonstige Abrechnungsregelungen

- (1) Sofern Behandlungen abgerechnet werden, bei denen das Ersatzverfahren gemäß den §§ 19 Abs. 1 Satz 2 BMV-Ä, 23 Abs. 1 Satz 2 EKV angewandt wurde, sind die Voraussetzungen unter denen dieses Verfahren durchgeführt werden darf zu beachten.
- (2) Erteilte Aufträge dürfen nicht überschritten werden und sind unter Beachtung der Vorgaben der §§ 24 BMV-Ä/ 27 EKV auszuführen.
- (3) Leistungen im organisierten Bereitschaftsdienst, im Rahmen von Notfällen oder Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung sind ausschließlich auf dem vorgesehenen Vordruck gemäß Anlage 2 BMV-Ä bzw. EKV Muster 19 abzurechnen.
- (3a) Nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute, Krankenhäuser, Rettungsstellen und Notfallambulanzen im Sinne des Teils F Abschnitt I. Ziffer 2.5.2. des Beschlusses des Bewertungsausschusses aus der 218. Sitzung am 26. März 2010 haben im Rahmen der Abrechnung für jede ambulant erbrachte ärztliche Leistung die Uhrzeit der Inanspruchnahme anzugeben.
- (4) Die in § 25 Abs. 1 und 2 SGB V in Verbindung mit den Gesundheitsuntersuchungs- und den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien vorgeschriebenen Zeitabstände, in denen Patienten Anspruch auf eine Früherkennungsuntersuchung haben, sind zu beachten. Dies gilt auch für die übrigen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, in denen Fristen zur Durchführung der betreffenden Leistungen festgelegt sind. Die abgerechneten Leistungen sind unter Beachtung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durchzuführen. Das durch die Krankenkassen bewilligte Leistungskontingent für antragspflichtige psycho- und verhaltenstherapeutische Leistungen darf nicht überschritten werden.
- (5) Insofern Leistungen zur Abrechnung gelangen, bei denen mehrere Ärzte und/oder Psychotherapeuten zusammengewirkt haben, hat der Abrechnende mit den Beteiligten eine Vereinbarung darüber zu treffen, wonach die Berechnung allein von ihm erfolgt. Soweit Leistungen zur Abrechnung gelangen, bei deren Erbringung im Arztfall weitere Praxen mitgewirkt haben, hat die abrechnende Praxis mit diesen eine Vereinbarung zu treffen, wonach die Berechnung der Leistungen allein von dieser erfolgt.

Information der KVBB	Abrechnungsordnung (AO)	7. <hr/> 7/13
-------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

- (6) Soweit Kosten nach Kapitel I.7.3. EBM zur Abrechnung gebracht werden, sind die Bestimmungen der §§ 44 Abs. 5 BMV-Ä/ 13 Abs. 5 EKV einzuhalten.
- (7) Die Symbolnummern 80044 bzw. 80045 dürfen nur dann angesetzt werden, wenn eine entsprechende Zahlungserinnerung zur Entrichtung der Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V (Praxisgebühr) an den jeweils betroffenen Patienten erfolgte.

2.5 Abrechnung von Laborleistungen

- (1) Laborleistungen gemäß Kapitel 32 EBM sowie die entsprechenden Leistungen gemäß Abschnitt II EBM sind persönlich zu erbringen bzw. nach den Regelungen der §§ 25 BMV-Ä/ 28 EKV zu beziehen. Die aktuelle Mitgliedschaft in einer Laborgemeinschaft ist der KVBB mitzuteilen. Die internen und externen Qualitätssicherungsmaßnahmen sind unter Beachtung der gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben durchzuführen.
- (2) Die übrigen in der vertragsärztlichen Versorgung existierenden gesetzlichen und untergesetzlichen Normen gelten entsprechend, insbesondere die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Umsetzung des Kostennachweises gemäß den §§ 25 Abs. 3 BMV-Ä bzw. 28 Abs. 3 EKV erlassene Verfahrensrichtlinie gemäß § 75 Abs. 7 Nr. 1 SGB V.
- (3) Laborgemeinschaften haben die über sie bezogenen Leistungen ihrer Mitglieder direkt mit der KVBB abzurechnen. Mit der Abgabe der Abrechnung ist von der Laborgemeinschaft eine Vierteljahreserklärung bei der KVBB abzugeben, die auszufüllen und von einem zur Vertretung der Laborgemeinschaft Berechtigten zu unterzeichnen ist. Die Vertretungsberechtigung ist der KVBB schriftlich nachzuweisen. Ebenfalls einzureichen sind von der Laborgemeinschaft die nach den Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Verfahren zur Qualitätssicherung gemäß § 75 Abs. 7 SGB V erforderlichen Zertifikate.
- (4) Für die von Laborgemeinschaften zur Vergütung eingereichten Abrechnungen finden die vertraglichen Bestimmungen zur Honorarverteilung entsprechende Anwendung. Die KVBB erteilt der Laborgemeinschaft über die abgerechneten Analysekosten einen rechtsbehelfsfähigen Bescheid und zahlt die sich aus der Abrechnung ergebenden Kostenerstattungsbeträge für die Laborgemeinschaftsmitglieder mit befreiender Wirkung an die Laborgemeinschaft. Für die Durchführung der Abrechnung werden Verwaltungskosten in der für die Mitglieder geltenden Höhe erhoben.
- (5) Sofern von der Laborgemeinschaft Erstattungsbeträge zurückgefordert werden, erteilt die KVBB hierüber einen rechtsbehelfsfähigen Bescheid. § 45 BMV/Ä bzw. § 34 Abs. 4 EKV und § 85 Abs. 4 Satz 9 SGB V finden entsprechende Anwendung.

7. 8/13	Abrechnungsordnung (AO)	Information der KVBB
-------------------	------------------------------------	-------------------------------------

2.6 Abrechnung mittels EDV

- (1) Die für die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen notwendigen Abrechnungsdaten sind der KVBB gem. § 295 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien der KBV für den Einsatz von IT-Systemen in der Arztpraxis im Wege elektronischer Datenübertragung zu übermitteln. Dazu stehen mehrere Übertragungswege zur Verfügung, nähere Einzelheiten werden auf der Webseite der KVBB (www.kvbb.de) veröffentlicht. § 42 BMV-Ä bzw. § 35 EKV bleiben davon unberührt.
- (2) Im Rahmen der Dokumentationspflicht ist eine Sicherungskopie der Abrechnungsdatei 16 Quartale aufzubewahren.

2.7 Ordnungsvorschriften

- (1) Die Vergütung der Leistungen erfolgt auf der Grundlage der Bestimmungen des Quartals, in dem sie abgerechnet werden. Die Abrechnung ist vollständig und quartalsgerecht zu den von der KVBB festgesetzten und veröffentlichten Terminen einzureichen. Als nicht vollständig und quartalsgerecht gilt eine Abrechnung, wenn etwa 30 v. H. der Behandlungsfälle nicht quartalsgleich abgerechnet werden oder wenn Begleitunterlagen, insbesondere die Vierteljahreserklärung, fehlen.

Von diesem Anteil ausgenommen sind Abrechnungsunterlagen, die zur Korrektur von der KVBB zurück gesandt werden. Maßgeblich für die Rechtzeitigkeit des Einreichens (persönlich, per Kurier oder Versand) der Unterlagen ist der Eingang bei der KVBB.

- (2) Anträge auf Verlängerung der Abgabefrist sind vor Fristablauf mit schriftlicher Begründung an die KVBB zu richten.
- (3) Folgen nicht genehmigter Überschreitung der zur Einreichung gesetzten Frist werden in der Gebührensatzung der KVBB geregelt.
- (4) Bei nicht genehmigter Überschreitung der zur Einreichung gesetzten Frist werden Abrechnungen nur dann bei der Honorarverteilung im aktuellen Quartal berücksichtigt, sofern die für die KVBB geltenden vertraglich vereinbarten Fristen dem nicht entgegenstehen. In diesem Fall werden die Abrechnungen bei nicht genehmigter Fristüberschreitung erst im Folgequartal bei der Honorarverteilung berücksichtigt und vergütet. Außerdem können die Abschlagszahlungen eingestellt werden.
- (5) Von der Honorierung ausgeschlossen ist die Abrechnung von Behandlungsfällen, die nach Ablauf eines Jahres (vom Ende des Kalendervierteljahres an gerechnet, in dem sie erbracht worden sind) bei der KVBB eingereicht werden. Einzelne Leistungen sind grundsätzlich nicht gesondert abrechnungsfähig. Dies betrifft nicht Leistungen, deren Vergütung sich ausschließlich auf aus rückwirkend in Kraft getretenen Verträgen ergibt sowie Leistungen, deren Vergütung abweichend geregelt ist. Dies können Leistungen aufgrund der Vereinbarung von Modellvorhaben (§§ 63, 64 SGB V), des Abschlusses von Strukturverträgen (§

Information der KVBB	Abrechnungsordnung (AO)	7. <hr/> 9/13
-------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

73a SGB V), von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V) bzw. der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung gemäß § 73c SGB V, von strukturierten Behandlungsprogrammen bei chronischen Krankheiten (§§ 137f-g SGB V) und der integrierten Versorgung gemäß den §§ 140ff. SGB V sein.

7. <hr/> 10/13	Abrechnungsordnung (AO)	Information der KVBB
--------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

2.8 Einzureichende Unterlagen

- (1) Mit der Abrechnung ist eine Sammelerklärung abzugeben, mit der die Richtigkeit der Abrechnung insgesamt bestätigt und die Einhaltung der vertragsärztlichen Pflichten erklärt wird (Vierteljahreserklärung). Die Erklärung ist mit Stempel und Unterschrift(en) der Praxisinhaber bzw. in MVZ und Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V die Unterschrift des ärztlichen Leiters und aller dort tätigen zugelassenen Ärzte und Psychotherapeuten zur Abrechnung einzureichen. Gleiches gilt für die auf der Grundlage einer Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte.
- (2) Die gem. den vertraglichen Regelungen einzureichende Dokumentation muss den jeweiligen Ausfüllvorschriften entsprechen.
- (3) Weitere Regelungen zu den einzureichenden Unterlagen sind den Abrechnungsbedingungen zu entnehmen.

3. Honorarzahlungen

3.1 Ermittlung und Prüfung der Honoraranforderung

- (1) Voraussetzung für die Berücksichtigung von auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) abgerechneten vertragsärztlichen Leistungen bei der Honorarverteilung ist der Nachweis des Arztes über Art und Umfang der Durchführung diagnostischer bzw. therapeutischer ärztlicher Maßnahmen entsprechend Punkt 2 sowie den gesetzlichen und vertraglichen Regelungen.
- (2) Die abgerechneten vertragsärztlichen Leistungen werden nach Maßgabe des EBM sachlich-rechnerisch richtig gestellt.
- (3) Honorarberichtigungen aufgrund von Abrechnungsprüfungen nach § 106a SGB V sowie Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 SGB V bleiben, sofern nicht anders vereinbart, bei der Honorarverteilung im aktuellen Quartal unberücksichtigt und werden unbeschadet möglicher Vereinbarungen im Einzelfall ausgewiesen.
- (4) Bei nicht abgeschlossenen Verfahren der Überprüfung der Abrechnung kann der Vorstand die Erteilung des Honorarbescheides aussetzen, einen Honorareinbehalt festlegen und eine geminderte Zahlung gewähren.
- (5) An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten haben gem. § 95d SGB V alle fünf Jahre gegenüber der KVBB den Nachweis zu erbringen, dass sie in dem zurückliegenden Fünfjahreszeitraum ihrer Fortbildungspflicht nachgekommen sind. Liegt der Fortbildungsnachweis nicht oder nicht vollständig vor, ist die KVBB verpflichtet, das zu zahlende Honorar gem. der gesetzlichen Vorgaben zu kürzen. Die Honorarkürzung endet nach Ablauf des Quartals, in dem der vollständige Fortbildungsnachweis erbracht wird.

Information der KVBB	Abrechnungsordnung (AO)	7. <hr/> 11/13
-------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

- (6) Sofern Leistungen aufgrund der Vereinbarung von Modellvorhaben (§§ 63, 64 SGB V), des Abschlusses von Strukturverträgen (§ 73a SGB V), von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V) bzw. der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung gemäß § 73c SGB V, von strukturierten Behandlungsprogrammen bei chronischen Krankheiten (§§ 137f-g SGB V) und der integrierten Versorgung gemäß den §§ 140ff. SGB V bei der KV Brandenburg abzurechnen sind, erfolgt die Abrechnung und Ermittlung der Vergütungsansprüche auf der Grundlage der insofern vereinbarten vertraglichen Bestimmungen.

3.2 Abschlagszahlungen

- (1) Niedergelassene Vertragsärzte, Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V, Medizinische Versorgungszentren nach § 95 SGB V, Fachwissenschaftler der Medizin und psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erhalten unter Berücksichtigung der mit den Krankenkassen vertraglich vereinbarten Zahlungsweise eine monatliche Abschlagszahlung zeitnah nach Eingang der Abschlagszahlungen seitens der Krankenkassen.
- (2) Die Abschlagszahlung soll 20 - 30 v.H. der zu erwartenden Honorarzahlung betragen. Bei der Berechnung werden Praxisgebühreinnahmen und Beiträge gemäß § 3 Abs. 3 der Satzung berücksichtigt. Soweit bei der Ermittlung die Honorarzahlungen vergangener Quartale herangezogen werden, ist der Durchschnitt der Honorarzahlungen der letzten vier verfügbaren Quartale zugrunde zu legen. Der Vorstand ist berechtigt, in begründeten Fällen hiervon abweichende Regelungen zu treffen.
- (3) Abschlagszahlungen auf gesonderte Vergütungen gem. Abschnitt 3.1 Abs. 6 bedürfen eines Nachweises der Anspruchsberechtigung im jeweils aktuellen Quartal, sofern diese nicht von den Regelungen des Absatzes 2 erfasst werden. Ihre Höhe ist durch den Vorstand gesondert zu beschließen.
- (4) Innerhalb der ersten beiden Jahre nach Praxisgründung kann der Vorstand eine von Abs. 2 abweichende Höhe der Abschlagszahlungen nach den Umständen des Einzelfalles ggf. unter Berücksichtigung des Arztgruppendurchschnittes festsetzen.
- (5) Dem Sachgebiet Arztkontokorrent der KVBB sind alle Umstände umgehend mitzuteilen, die auf die Höhe der Abschlagszahlungen von Einfluss sind (z.B. Krankheit, Schwangerschaft, Ende der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung). Bei Überzahlungen ist die KVBB zur Rückforderung oder zur Verrechnung mit nachfolgenden Zahlungen verpflichtet.

7. 12/13	Abrechnungsordnung (AO)	Information der KVBB
--------------------	------------------------------------	-------------------------------------

3.3 Beiträge

- (1) Die Höhe der von der KV zu erhebenden Verwaltungskosten (Beiträge) wird von der Vertreterversammlung gemäß § 3 Abs. 3 Satzung beschlossen. Die von der Vertreterversammlung beschlossenen Beiträge werden von dem sich nach M-GV/A-RLV-Vertrag bzw. gemäß den jeweils geltenden Vereinbarungen mit sonstigen Kostenträgern ermittelten Vergütungsanspruch abgezogen. Besteht kein solcher Vergütungsanspruch gegenüber der KVBB sind die Beiträge 2 Wochen nach in Rechnungsstellung fällig.
- (2) Für angestellte Ärzte/ Psychotherapeuten, die beitragspflichtig sind, ist Beitragsschuldner der anstellende Arzt/Psychotherapeut bzw. die zugelassene Einrichtung.
- (3) Auf Sachkosten für Dialyseleistungen wird eine Verwaltungskostenumlage in Höhe von 0,2 v.H. auf der Grundlage von § 15 der Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV erhoben.
- (4) Sofern für Leistungen aufgrund der Vereinbarung von Modellvorhaben (§§ 63, 64 SGB V), des Abschlusses von Strukturverträgen (§ 73a SGB V), von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V) bzw. der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung gemäß § 73c SGB V, von strukturierten Behandlungsprogrammen bei chronischen Krankheiten (§§ 137f-g SGB V) und der integrierten Versorgung gemäß den §§ 140ff. SGB V, die über die KV Brandenburg abgerechnet werden, abweichende Kostenumlagen festgelegt wurden, kommen diese zur Anwendung. Andernfalls gilt Absatz 1 Ziffer 3.3, sofern der Vorstand keine hiervon abweichende Festlegung trifft und der Vertreterversammlung zur Beschlussfassung vorlegt.
- (5) Insofern die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen im Rahmen von Vertrags- und Versorgungsformen gem. Abschnitt 3.1 Abs. 6 nicht über die KVBB erfolgt, können abweichende Regelungen zur Zahlung von Verwaltungskosten nach Art und Umfang des bei der KVBB verbleibenden Verwaltungsaufwandes festgelegt werden, soweit dieser nicht bereits durch die Gebührensatzung der KVBB abgegolten ist.
- (6) Zuzahlungen gem. § 28 Abs. 4 und § 32 Abs. 2 SGB V verbleiben in der Praxis des behandelnden Arztes bzw. psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und sind vom gem. M-GV/A-RLV-Vertrag ermittelten Vergütungsanspruch für das jeweilige Quartal in Abzug zu bringen. Voraussetzung für den Wegfall der Verrechnung der Zuzahlung gem. § 28 Abs. 4 SGB V mit dem Vergütungsanspruch ist, dass die vom behandelnden Arzt bzw. psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und der KVBB durchzuführenden Erinnerungs-, Mahnverfahren sowie eingeleitete Vollstreckungsmaßnahmen *) erfolglos geblieben sind.

**) soweit auf Bundesebene keine anderen Regularien beschlossen werden*

Information der KVBB	Abrechnungsordnung (AO)	7. <hr/> 13/13
-------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

3.4 Honorarbescheid

- (1) Je Abrechnungszeitraum (Quartal) wird von der KVBB ein Nachweis über die abgerechneten und vergüteten Leistungen erstellt. Der Honorarbescheid wird unter Vorbehalt erteilt. Der Anspruch auf Vergütung der Leistungen wird fällig, wenn er nach erfolgter Prüfung festgestellt und das Ergebnis rechtswirksam geworden ist. Die geleisteten Zahlungen sind bis zur endgültigen Feststellung der Gesamtvergütung und dem Abschluss ggf. durchgeführter Berichtigungs- / Prüfungs- und Neuberechnungsverfahren aufrechnungsfähige und gegebenenfalls rückzahlungspflichtige Abschlagszahlungen. Zahlungen gem. Abschnitt 3.1 Abs. 6 können für den Fall, dass zugrunde liegende Vereinbarungen nicht fortgeführt werden können, nicht ausreichend Finanzmittel zur Verfügung stehen oder sozialgerichtliche Entscheidungen der Umsetzung entgegenstehen, zurückgefordert werden.
- (2) Werden gegen einen Beteiligten Schadensersatz- oder Rückforderungsansprüche glaubhaft geltend gemacht, so können durch Vorstandsbeschluss Abschlags- oder Restzahlungen bis zur Klärung des Sachverhaltes ganz oder teilweise zurückbehalten werden.
- (3) Rückforderungsansprüche der KV Brandenburg bzw. Schadensersatzansprüche, welche aus Entscheidungen der Prüfungsstelle oder des Beschwerdeausschusses im Ergebnis von Prüfungen nach § 106 SGB V bzw. der Prüfvereinbarung bestehen, werden zu Lasten der Honoraransprüche des betroffenen Vertragsarztes verrechnet.

Endet die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, können durch Vorstandsbeschluss weitere Zahlungen ganz oder teilweise solange ausgesetzt werden, bis festgestellt ist, ob Prüfverfahren anhängig sind oder Schadensersatzforderungen oder Rückforderungsansprüche für Zeiträume, in denen an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen wurde, zu erwarten bzw. geltend gemacht worden sind.