

<b>Information der KVBB</b>	<b>Abrechnungsordnung (AO)</b>	<b>7.</b> <hr/> <b>1/11</b>
-------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

# **ABRECHNUNGSORDNUNG DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNG BRANDENBURG (AO)**

beschlossen von der Vertreterversammlung am 22.03.2013

gültig ab: 01.04.2013

<b>7.</b> <hr/> 2/11	<b>Abrechnungsordnung (AO)</b>	<b>Information der KVBB</b>
-------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

### Inhaltsverzeichnis

Präambel.....	3
1. Gebührenordnung.....	3
2. Bestimmungen für die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen.....	4
2.1 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung.....	4
2.2 Schwerpunkte und Genehmigungen.....	4
2.3 Persönliche Leistungserbringung und persönliche Leitung .....	5
2.4 Sonstige Abrechnungsregelungen .....	5
2.5 Abrechnung von Laborleistungen.....	6
2.6 Abrechnung mittels EDV .....	7
2.7 Ordnungsvorschriften .....	7
2.8 Einzureichende Unterlagen.....	8
3. Honorarzahlungen.....	8
3.1 Ermittlung und Prüfung der Honoraranforderung .....	8
3.2 Abschlagszahlungen .....	9
3.3 Verwaltungskosten .....	10
3.4 Honorarbescheid .....	10

Anlage      Abrechnungsbedingungen

<b>Information der KVBB</b>	<b>Abrechnungsordnung (AO)</b>	<b>7.</b> <hr/> <b>3/11</b>
-------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

## **Präambel**

Auf der Grundlage der §§ 28, 32, 85, 87, 87 a–c, 106, 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, den Regelungen zur Honorarverteilung, 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.

Die Abrechnungsordnung gilt entsprechend für Vereinbarungen von Modellvorhaben (§§ 63, 64 SGB V), für Strukturverträge (§ 73a SGB V), Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V) bzw. der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (§ 73c SGB V), Vereinbarungen von strukturierten Behandlungsprogrammen bei chronischen Krankheiten (§§ 137f-g SGB V) und zur integrierten Versorgung gemäß den §§ 140a ff. SGB V sowie sonstiger abgeschlossener Verträge, sofern in diesen nicht Abweichendes geregelt ist.

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

## **1. Gebührenordnung**

- (1) Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich des Symbolnummernverzeichnisses der KVBB in der jeweils gültigen Fassung ist anzuwenden. Vergütet werden die vertragsärztlichen Leistungen auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Gebührenordnung und der gesonderten vertraglichen Regelungen.
- (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.

<b>7.</b> <hr/> 4/11	<b>Abrechnungsordnung (AO)</b>	<b>Information der KVBB</b>
-------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

## **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).
- (2) Die Abrechnungsordnung gilt für Vertragsärzte. Als Vertragsärzte im Sinne dieser Abrechnungsordnung gelten niedergelassene Vertragsärzte, psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, ermächtigte Ärzte, Fachwissenschaftler der Medizin, Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 Absatz 2 SGB V, Einrichtungen gemäß § 105 SGB V, Berufsausübungsgemeinschaften, 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.

### **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. anzeigespflichtig 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 KVBB im Internet bereitgestellt ([www.kvbb.de](http://www.kvbb.de)).
- (4) Anträge auf Genehmigung können von einem Vertragsarzt gestellt werden. Werden Leistungen durch angestellte Ärzte abgerechnet, ist es ausreichend, dass nur der angestellte Arzt die fachliche Voraussetzung erfüllt.

<b>Information der KVBB</b>	<b>Abrechnungsordnung (AO)</b>	<b>7.</b> <hr/> <b>5/11</b>
-------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

- (5) Für die Teilnahme an Verträgen nach §§ 73 a-c SGB V, die keiner besonderen ärztlichen Befähigung bedürfen, wird mit der Abrechnung der entsprechenden spezifischen Leistungen die Teilnahme am Vertrag und die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzung erklärt, sofern die entsprechenden Verträge nichts Abweichendes regeln.
- (6) Sollen die entsprechenden Leistungen im Bereich einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung durchgeführt 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.
- (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) Lässt sich der Vertragsarzt länger als eine Woche vertreten, so muss er dies unverzüglich der KVBB mitteilen. Vertreter sind der KVBB namentlich zu benennen. Zusätzlich ist der KVBB vom Arzt jede Vertretung und deren Dauer spätestens mit der Vierteljahreserklärung anzuzeigen.

### **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.

<b>7.</b> <hr/> 6/11	<b>Abrechnungsordnung (AO)</b>	<b>Information der KVBB</b>
-------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

- (3a) Nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute, Krankenhäuser, Rettungsstellen und Notfallambulanzen 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) Sofern 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 denen 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.
- (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) Zuzahlungen gem. § 32 Abs. 2 SGB V verbleiben in der Praxis des behandelnden Vertragsarztes und sind vom ermittelten Vergütungsanspruch für das jeweilige Quartal in Abzug zu bringen.\*

## **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

---

\* Zu 2.4 Abs. 7:

Mit Wegfall der Praxisgebühr wurden Satz 2 und 3 gestrichen. Die Bestimmung gilt für die Abrechnung nach 2.7 Abs. 5 von Vorquartalsfällen aus 2012 weiter. Der Nachweis der Zahlungsaufforderung ist auf Verlangen der KVBB zur Verfügung zu stellen.

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

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 vorzuweisen sind von der Laborgemeinschaft die nach den Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (Rili-BÄK) erforderlichen Zertifikate. Der Nachweis gegenüber der KVBB ist elektronisch mittels des Erfassungsmoduls der Praxissoftware zu übermitteln.
- (4) 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 §§ 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V finden entsprechende Anwendung.

## **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](http://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.

<b>7.</b> <hr/> 8/11	<b>Abrechnungsordnung (AO)</b>	<b>Information der KVBB</b>
-------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

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.

## **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 des vertretungsbefugten Geschäftsführers, 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. Honorarzahungen**

### **3.1 Ermittlung und Prüfung der Honoraranforderung**

<b>Information der KVBB</b>	<b>Abrechnungsordnung (AO)</b>	<b>7.</b> <hr/> <b>9/11</b>
-------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

- (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.

### **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 Honorarzahung betragen. Bei der Berechnung werden Beiträge gemäß § 3 Abs. 3 der Satzung berücksichtigt. Soweit bei der Ermittlung die Honorarzahungen vergangener Quartale herangezogen werden, ist der Durchschnitt der Honorarzahungen der letzten vier verfügbaren Quartale zugrunde zu legen. Der Vorstand ist berechtigt, in begründeten Fällen hiervon abweichende Regelungen zu treffen.
- (3) 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.

<b>7.</b> <hr/> 10/11	<b>Abrechnungsordnung (AO)</b>	<b>Information der KVBB</b>
--------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

- (4) 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.

### **3.3 Beiträge**

- (1) Die Höhe der von der KVBB zu erhebenden Beiträge zur Deckung der Verwaltungskosten wird von der Vertreterversammlung gemäß § 3 Abs. 3 Satzung beschlossen. Die von der Vertreterversammlung beschlossenen Beiträge werden vom ermittelten Vergütungsanspruch des Vertragsarztes abgezogen. Besteht kein solcher Vergütungsanspruch gegenüber der KVBB, sind die Beiträge einen Monat nach Rechnungslegung fällig.
- (2) Für angestellte Ärzte/ Psychotherapeuten, die beitragspflichtig sind, ist Beitragsschuldner der anstellende Arzt/Psychotherapeut bzw. die zugelassene Einrichtung.
- (3) Sofern in den Gesamtverträgen keine andere Regelung getroffen ist, wird auf Sachkosten für Dialyseleistungen von nichtärztlichen Leistungserbringern i. S. d. § 126 Abs. 3 eine Verwaltungskostenumlage gem. § 15 Abs. 3 der Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV erhoben.
- (4) Sofern die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen im Rahmen von besonderen Vertrags- und Versorgungsformen nicht über die KVBB erfolgt, können abweichende Regelungen zur Zahlung von Beiträgen zu den Verwaltungskosten nach Art und Umfang des bei der KVBB verbleibenden Verwaltungsaufwandes festgelegt werden, soweit dieser nicht bereits durch die Gebührensatzung der KVBB abgegolten ist.
- (5) Die Verwaltungskosten, welche auf das mit Honorarbescheid festgesetzten Honorar erhoben wurden, werden für Rückforderungen aus nachträglichen sachlich-rechnerischen Richtigstellungen, welche der Vertragsarzt zu vertreten hat, nicht zurück erstattet.

### **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. Darüber hinaus können Zahlungen außerhalb der Verträge zur Gesamtvergütung für den Fall, dass zugrunde liegende Vereinbarungen nicht fortgeführt werden können, nicht

<b>Information der KVBB</b>	<b>Abrechnungsordnung (AO)</b>	<b>7.</b> _____ 11/11
-------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------

ausreichend Finanzmittel zur Verfügung stehen oder sozialgerichtliche Entscheidungen der Umsetzung entgegenstehen, zurückgefordert werden.

- (2) Werden gegen einen Vertragsarzt 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 KVBB 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.
- (4) 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.
- (5) Weist der Honorarbescheid/Kontoauszug ein Schuldsaldo aus, ist der Saldobetrag sofort fällig und spätestens einen Monat nach Versand des Honorarbescheides zurückzuzahlen.