

KVS



KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SACHSEN  
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

## **Abrechnungsordnung (AbrO)**

mit Wirkung ab 1. Oktober 2014  
in der Fassung  
vom 17. September 2014

## **Kurzinformation über wesentliche Änderungen der Abrechnungsordnung**

### Verankerung der Kennzeichnungspflicht eines Überweisers in den fachärztlichen Versorgungsbereich in § 1 Abs. 2 ab 1. Oktober 2014

Die Kennzeichnungspflicht eines Überweisers in den fachärztlichen Versorgungsbereich ist unverzichtbar für den Betrieb des ServiceTelefon Terminvermittlung, das noch im Jahr 2014 in Betrieb genommen wird.

Das ServiceTelefon Terminvermittlung vermittelt Facharzttermine binnen vier Wochen nur, wenn

- eine Überweisung (Mit-/Weiterbehandlung) an einen Facharzt vorliegt,
- entsprechende Eigenbemühungen des Patienten vorliegen und
- die medizinische Notwendigkeit für die zeitnahe Behandlung vom Überweisungsaussteller bestätigt wurde.

Ohne die entsprechende Kennzeichnung ist es der Terminvermittlungsstelle nicht möglich, die medizinische Erforderlichkeit einer fachärztlichen Behandlung binnen einer Frist von vier Wochen einschätzen zu können.

Die Bestätigung der medizinischen Notwendigkeit einer zeitnahen Behandlung im fachärztlichen Versorgungsbereich durch den Überweisungsaussteller hat durch folgende Kennzeichnung zu erfolgen:

Buchstabe A = unverzügliche Behandlung erforderlich (Gewachsene Strukturen sollen beibehalten werden; Vermittlung eines Termins durch Vermittlungsstelle nur im Ausnahmefall.)

Buchstabe B = Behandlung binnen vier Wochen erforderlich

Buchstabe C = Behandlung binnen vier Wochen nicht erforderlich

Für den Aufwand der Kennzeichnung für hausärztliche Überweisungsaussteller werden die Mittel für die Vorhaltepauschale durch zusätzliche Kassenmittel aufgestockt; ebenso werden die Mittel aller fachärztlichen Vergleichsgruppen durch zusätzliche Kassenmittel aufgestockt. Die eingesetzten Finanzmittel belaufen sich ab dem 4. Quartal 2014 in einer Höhe von ca. 1,2 Mio. EURO je Versorgungsbereich und Quartal.

Aus den genannten Gründen wird die Pflicht zur Kennzeichnung durch einen Überweisungsaussteller in den fachärztlichen Versorgungsbereich in der Abrechnungsordnung verankert. Die genauen Einzelheiten für die Durchführung der Kennzeichnungspflicht wird der Vorstand zeitnah mitteilen.

### In-Kraft-Treten (§ 8)

Die Änderung tritt am 1. Oktober 2014 in Kraft (§ 8).

### **Beilage zu den KVS-Mitteilungen 10/2014**

## Inhaltsverzeichnis

		Seite
§ 1	Honorarabrechnung	4
§ 2	Verspätet eingereichte Abrechnungen	4
§ 2a	Online-Abrechnung	5
§ 2b	Gebühren bei Verstößen gegen die Abrechnungsordnung	6
§ 2c	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V)	6
§ 3	Abschlagszahlungen	7
§ 4	Honorarbescheid	7
§ 5	Rückforderungsansprüche wegen Richtgrößenprüfungen	9
§ 6	Besondere Kostenträger und freiwillige Aufgaben	10
§ 7	Umlagen	11
§ 8	Inkrafttreten	12

## § 1 Honorarabrechnung

- (1) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen und anderen Leistungserbringer müssen ihren Honoraranspruch im Rahmen der Honorarverteilung nach den Vorschriften des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) durch Vorlage einer Abrechnung bei der KV Sachsen geltend machen. Abrechnungszeitraum ist das Kalendervierteljahr.
- (2) Die Abrechnung ist nach den vertraglichen Regelungen und den von der KV Sachsen erlassenen Abrechnungsbestimmungen zu erstellen und bei der jeweils für den Sitz der Praxis/Einrichtung zuständigen Bezirksgeschäftsstelle zu den von der KV Sachsen bestimmten Terminen einzureichen. Erfolgt die Abrechnung nach Einzelleistungen, so ist sie auf der Grundlage des jeweils gültigen Leistungsverzeichnisses zu erstellen. Sachkosten müssen quartalsgleich mit der dazugehörigen Leistungserbringung geltend gemacht werden.

Ein Überweisungsaussteller an einen Arzt des fachärztlichen Versorgungsbereiches (Mit-/Weiterbehandlung) hat die Dringlichkeit der Behandlungsbedürftigkeit nach vom Vorstand erlassenen Vorgaben auf der Überweisung zu kennzeichnen.

- (3) Abrechnungsfähig sind
  - Leistungen, die die vertragsärztliche Versorgung umfassen,
  - Leistungen, die durch besondere Vereinbarung geregelt sind,
  - Kosten für Materialien, die gemäß Kapitel 7.3 der Allgemeine Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) nicht in den berechnungsfähigen Leistungen enthalten sind und auch nicht über Sprechstundenbedarf bezogen werden können, soweit sie über die KV Sachsen geltend gemacht werden.
- (4) Für den zugelassenen oder ermächtigten Arzt bzw. Leistungserbringer sind nur die von ihm persönlich sowie die von seinem Vertreter erbrachten Leistungen abrechenbar.

## § 2 Verspätet eingereichte Abrechnungen

- (1) Nachtragsfälle werden mit den Preisen der sächsischen Gebührenordnung des aktuellen Quartals unter Beachtung des betroffenen individuellen Regelleistungsvolumens des aktuellen Quartals vergütet.

- (2) Nachtragsfälle für ein Quartal sind spätestens an dem von der KV Sachsen für das Folgequartal bestimmten Termin einzureichen. Andernfalls ist die Abrechnung ausgeschlossen.
- (3) Wird der Abrechnungstermin ohne ausreichenden Grund um mehr als einen Monat überschritten, sind nach diesem Zeitpunkt fällige Abschlagszahlungen (§ 3) bis zur Einreichung der Abrechnung zurückzustellen.

## **§ 2a Online-Abrechnung**

Die Übermittlung der Abrechnungsdaten hat grundsätzlich gemäß den „Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für den Einsatz von IT-Systemen in der Arztpraxis zum Zwecke der Abrechnung gemäß § 295 Abs. 4 SGB V“ leitungsgebunden elektronisch (online) zu erfolgen. Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung, die die Abrechnungsdaten bis einschließlich des 3. Quartals 2013 mindestens einmal online übermittelt haben, sowie ab dem 3. Quartal 2013 neu an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer haben die Abrechnungsdaten online zu übermitteln.

Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung, die die Abrechnungsdaten des 3. Quartals 2013 noch nicht online übermittelt haben, können auf freiwilliger Basis damit beginnen, die Übermittlung der Abrechnungsdaten nach Satz 1 bei Vorliegen der Voraussetzungen vorzunehmen. Sofern mit der Online-Übermittlung der Abrechnungsdaten begonnen wurde, hat die Übermittlung der Abrechnungsdaten auch künftig online zu erfolgen.

Für die Online-Übermittlung der Abrechnungsdaten gelten die Bestimmungen dieser Abrechnungsordnung mit folgenden Maßgaben:

- a) Für die Übermittlung der Abrechnungsunterlagen ist das von der KV Sachsen eingerichtete Abrechnungsportal innerhalb der von der KV Sachsen für dieses Verfahren festgesetzten Termine zu nutzen.
- b) Die Unterlagen gelten als bei der KV Sachsen eingereicht, wenn dem Arzt die ordnungsgemäße Übermittlung der Unterlagen durch das Abrechnungsportal elektronisch bestätigt wurde und die Sammelerklärung eingereicht ist.
- c) Soweit neben der Online-Übermittlung von Abrechnungsunterlagen die Übermittlung von weiteren Unterlagen in Papierform erforderlich ist, sind diese bei der zuständigen Bezirksgeschäftsstelle innerhalb der von der KV Sachsen für das Online-Abrechnungsverfahren festgesetzten Termine einzureichen.

- d) Im Übrigen gelten für das Online-Abrechnungsverfahren die von der KV Sachsen für dieses Verfahren zusätzlich erlassenen Festlegungen.

Das Nähere wird durch den Vorstand der KV Sachsen festgesetzt.

### **§ 2b**

#### **Gebühren bei Verstößen gegen die Abrechnungsordnung**

- (1) Wird die Abrechnung eines gesamten Quartals ohne ausreichenden Grund erst nach dem von der KV Sachsen bestimmten Termin eingereicht, kann bei erstmaliger Fristüberschreitung ein Abzug vorgenommen werden.

Der Abzug beträgt bei Fristüberschreitung ab zwei Wochen 2 %, bei Fristüberschreitung ab 4 Wochen 4 % und bei Fristüberschreitung ab sechs Wochen 6 % zusätzlich zu den Verwaltungskosten. Im Wiederholungsfall sind die beschriebenen Abzüge grundsätzlich vorzunehmen.

- (2) Werden Abrechnungen unter verschiedenen Abgabeformen, welche unterschiedlichen Verwaltungskostensätzen unterliegen, eingereicht, so gilt immer der höchste Verwaltungskostensatz.

### **§ 2c**

#### **Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V)**

- (1) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen und andere Leistungserbringer können die KV Sachsen mit der Abrechnung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gemäß § 116b Abs. 6 SGB V beauftragen. Die Beauftragung ist gegenüber der KV Sachsen schriftlich anzuzeigen. Das Ende der Beauftragung muss spätestens am Ende eines Quartals mit Wirkung für das Folgequartal erklärt werden.
- (2) Die Abrechnung gegenüber den Krankenkassen wird von der KV Sachsen entsprechend den für die ASV geltenden gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen durchgeführt. Die Vergütung der Leistungen der ASV richtet sich nach den für die ASV geltenden Gebührenpositionen.
- (3) Regelmäßig erbrachte Leistungen der ASV können bei der Bemessung der Abschlagszahlungen nach § 3 berücksichtigt werden.

- (4) Im Übrigen gelten die Vorschriften dieser Abrechnungsordnung für die Abrechnung von ASV-Leistungen sowie die Festsetzung von Umlagen nach § 7 entsprechend.
- (5) Das Nähere zur Abrechnung von ASV-Leistungen regelt der Vorstand.

### **§ 3 Abschlagszahlungen**

- (1) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen und anderen Leistungserbringer erhalten auf ihre zu erwartenden Honorarforderungen für den vorhergehenden Monat Abschlagszahlungen.
- (2) Zahlungszeitpunkt und Höhe der Abschlagszahlungen setzt der Vorstand der KV Sachsen unter Berücksichtigung der vertraglichen Regelungen über die von den Krankenkassen an die KV Sachsen zu leistenden Abschlagszahlungen fest.
- (3) Die für ein Quartal geleisteten Abschlagszahlungen sind mit dem für dieses Quartal festgestellten Honoraranspruch zu verrechnen. Überzahlungen werden sofort zurückgefordert bzw. können in den Folgequartalen verrechnet werden.
- (4) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen und anderen Leistungserbringer sind verpflichtet, der KV Sachsen alle Umstände rechtzeitig mitzuteilen, die auf den Honoraranspruch und seine Höhe von Einfluss sind. Dies gilt insbesondere für die Aufgabe der Praxis oder einen vorübergehenden Praxisausfall.
- (5) Steht der Zeitpunkt des Endes der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung bereits fest, können die Abschlagszahlungen zur Vermeidung von Überzahlungen in angemessener Zeit vor dem Ende eingestellt werden.
- (6) Werden gegen einen Arzt, Einrichtung oder anderen Leistungserbringer Schadensersatzforderungen glaubhaft geltend gemacht, können Abschlagszahlungen bis zur Klärung des Anspruches ganz oder teilweise zurückbehalten werden.

### **§ 4 Honorarbescheid**

- (1) Der Honoraranspruch wird durch den Honorarbescheid festgesetzt.
- (2) Mit dem Honorarbescheid erhält der Arzt, die Einrichtung oder der andere Leistungserbringer Nachweise über die anerkannten Leistungen. Aus diesen Unterlagen müssen ersichtlich sein:

- die geleisteten Abschlagszahlungen und Verrechnungsbeträge (z. B. aus sachlich-rechnerischen Richtigstellungen, Honorarkürzungen und Regressen aus der Wirtschaftlichkeitsprüfung, Schadensersatz- und Honorarrückerstattungsforderungen, Umlagen, einbehaltene Praxisgebühr) und
  - die Restzahlungen.
- (3) In die Honorarverteilung nach den Vorschriften des HVM können Honorarforderungen nur einbezogen werden, soweit sie im Rahmen der Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit, auf Plausibilität und auf Wirtschaftlichkeit anerkannt worden sind oder wenn eine solche Prüfung nicht veranlasst wurde.

Der Honorarbescheid enthält daher nur eine vorläufige Festsetzung des Honorars und steht unter dem Vorbehalt einer Abänderung zugunsten oder zu Lasten des Arztes, der Einrichtung oder des anderen Leistungserbringers durch nachfolgende Entscheidungen im Rahmen der in Satz 1 genannten Prüfungsverfahren.

Bescheide aus solchen Prüfverfahren, die eine Berichtigung bzw. Kürzung der Honoraranforderungen vornehmen oder wieder aufheben, stellen unmittelbare Änderungen der Honorarfestsetzung im Honorarbescheid dar.

Der Vorbehalt nach Satz 2 endet mit dem Ablauf der vertraglichen Ablaufristen für die Einleitung der Prüfverfahren. Im Falle der Antragstellung endet der Vorbehalt nach Satz 2 mit dem bestandskräftigen Abschluss oder der sonst wirkungsvollen Beendigung des Prüfverfahrens. Solange der Honorarbescheid unter dem Abänderungsvorbehalt steht, bleiben Zahlungen aufgrund des Bescheides aufrechenbare bzw. rückzahlungspflichtige Vorschüsse. Der Honorarbescheid hat auf die vorstehenden Regelungen hinzuweisen und ist unter dem Vorbehalt nach Satz 2 und 4 zu erlassen.

- (4) Werden gegen einen Arzt, eine Einrichtung oder einen anderen Leistungserbringer Schadensersatzforderungen glaubhaft geltend gemacht, können Restzahlungen bis zur Klärung des Anspruchs ganz oder teilweise zurückbehalten werden.
- (5) Bei Beendigung der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung bzw. einem Praxiswechsel können Restzahlungen zur Absicherung von Ansprüchen aus Berichtigungen der sachlich-rechnerischen Richtigstellung, aus Prüfverfahren oder wegen Schadensersatzforderungen nach den vertraglichen Regelungen ganz oder teilweise zurückbehalten werden. Dies gilt nicht, falls bei einem Praxiswechsel die neue Praxis eine Übernahmeerklärung für eventuell bestehende Ansprüche abgibt.



## § 5

### Rückforderungsansprüche wegen Richtgrößenprüfungen

- (1) Die Rückforderungsansprüche, die der KV Sachsen wegen Entscheidungen der Prüfungsstelle oder des Beschwerdeausschusses im Zusammenhang mit der Auffälligkeitsprüfung (Richtgrößenprüfung) und der dadurch bewirkten Verminderung der Gesamtvergütungen gemäß § 106 Abs. 5c SGB V zustehen, werden mit den Honoraransprüchen des betroffenen Arztes, der Einrichtung oder des anderen Leistungserbringers verrechnet. Der Vergütungsanspruch des an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers verringert sich in Höhe des durch den Prüfungsausschuss angeordneten Regressbetrages, soweit hiergegen kein Widerspruch eingelegt wurde, bzw. in Höhe des durch den Beschwerdeausschuss festgelegten Regressbetrages..

Die nächsterreichbaren Zahlungen an die betroffenen Ärzte werden entsprechend vermindert. Soweit keine Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung mehr besteht, werden die Forderungen der KV Sachsen im Wege der Vollstreckung beigetrieben.

Der betroffene Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung kann im Falle der durch die Forderung bewirkten nachweislichen wirtschaftlichen Gefährdung Stundung oder Erlass nach Maßgabe von § 76 Abs. 2 Nr. 1 und 3 SGB IV sowie der nachfolgenden Vorschriften beantragen.

- (2) Stundung:

Eine Stundung – vorrangig eine Teilstundung – kommt nur in Betracht, wenn die sofortige Einziehung mit erheblichen Härten für den Betroffenen verbunden wäre (erhebliche Härten sind insbesondere dann anzunehmen, wenn der Betroffene sich aufgrund ungünstiger wirtschaftlicher Verhältnisse vorübergehend in ernsthaften Zahlungsschwierigkeiten befindet oder im Falle der sofortigen Einziehung in diese geraten würde)

und

der Anspruch durch die Stundung nicht gefährdet wird (eine Gefährdung ist insbesondere dann anzunehmen, wenn sich die ernsthaften Zahlungsschwierigkeiten als längerfristig abzeichnen).

Die Stundung wird in der Regel nur gegen Sicherheitsleistung gewährt. Von der Sicherheitsleistung wird nicht abgesehen, wenn Zweifel an der Erfüllung der Zahlungsverpflichtung bestehen. Als Sicherheitsleistung kommt insbesondere die Vorlage einer Bankbürgschaft in Frage.

Die Stundung wird gegen Verzinsung in Höhe des um 5 Prozentpunkte erhöhten Basiszinssatzes gewährt (§§ 247, 288 Abs. 1 BGB).

Die Stundung endet spätestens mit dem Wegfall der Umstände, die eine erhebliche Härte für den Betroffenen bewirkt haben.

Die Entscheidung über eine Stundung trifft der Vorstand.

(3) Erlass:

Vom Erlass wird nur Gebrauch gemacht, wenn eine Stundung nicht durchführbar ist.

Ein Erlass – vorrangig ein Teilerlass – kommt nur in Betracht, wenn die Einziehung nach Lage des einzelnen Falles für den betroffenen Leistungserbringer eine besondere Härte bedeuten würde (die besondere Härte bezieht sich ausschließlich auf die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse des Betroffenen, insbesondere aufgrund einer unverschuldeten wirtschaftlichen Notlage, wobei die Weiterverfolgung des Anspruchs zu einer Existenzvernichtung führen würde)

und

wenn die Interessen der Vertragsärzte gewahrt bleiben. Letzteres ist insbesondere dann der Fall, wenn feststeht, dass die Einziehung keinen Erfolg haben wird oder die Kosten der Einziehung außer Verhältnis zur Höhe des Anspruches der KV Sachsen stehen.

Die Entscheidung über den Erlass trifft der Vorstand auf Empfehlung des Hauptausschusses.

## § 6

### **Besondere Kostenträger und freiwillige Aufgaben**

- (1) Die Honorierung von Leistungen für besondere Kostenträger (Sozialämter, Bundesgrenzschutz, etc.) erfolgt auf der Basis der gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen.

Die Finanzierung der Durchführung von Abrechnungen von Leistungen außerhalb der GKV bzw. für Nichtmitglieder richtet sich nach den entsprechenden vertraglichen Regelungen. Wurden solche nicht getroffen, gelten die Regelungen dieser Abrechnungsordnung.

- (2) Die Vergütung der psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpädiatrischen Zentren richtet sich nach den hierzu geschlossenen Vereinbarungen.
- (3) Die zur Teilnahme am kassenärztlichen Bereitschaftsdienst in Bereitschaftspraxen, die von der KV Sachsen betrieben werden, verpflichteten Ärzte erhalten für erbrachte ärztliche Leistungen eine Vergütung je Stunde. Die Höhe der Vergütung je Stunde richtet sich nach den zur Verfügung stehenden Mitteln, die sich aus der Honorierung der Bereitschaftspraxis abzüglich der in der ärztlichen Bereitschaftspraxis angefallenen Kosten ergeben. Die Höhe der Vergütung je Stunde wird unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Mittel vom Vorstand der KV Sachsen festgesetzt. Nicht verbrauchte Mittel verbleiben in einem separaten Fonds.
- (4) Zur Finanzierung der Fahrdienste im organisierten kassenärztlichen Bereitschaftsdienst können diejenigen Wegepauschalen, welche von Leistungserbringern, denen ein solcher Fahrdienst zur Verfügung steht, geltend gemacht werden, einbehalten werden.

## § 7 Umlagen

- (1) Die KV Sachsen erhebt zur Durchführung ihrer gesetzlichen und satzungsmäßigen Aufgaben von ihren Mitgliedern bzw. von den bei ihr Abrechnenden Kostenteile vom festgesetzten Honorar (Umlagen).
- (2) Unabhängig davon kann gemäß § 17 Absätze 1 und 3 der Satzung ein honorarunabhängiger fester Mindestbetrag von Mitgliedern der KV Sachsen bzw. von ermächtigten Fachwissenschaftlern der Medizin, ermächtigten Instituten, ermächtigten Fachzahnärzten, außerhalb des Krankenhausbereiches Ermächtigten und weniger als halbtags beschäftigten angestellten Ärzten und Psychotherapeuten bestimmt werden.
- (3) Nach Maßgabe der Satzung können weitere Sonderkostenumlagen erhoben werden.
- (4) Hierzu gelten folgende Maßgaben:
  - a) Die Höhe der Umlagen – differenziert nach PC-Abrechnern, Manuell-Abrechnern sowie Online-Abrechnern richtet sich nach einem gesonderten Beschluss der Vertreterversammlung. Die Festsetzung von Umlagen für bestimmte Leistungen und Sachkosten aufgrund Bundesregelung und gesamtvertraglichen Vereinbarungen bleiben unberührt.

- b) Mindestbeträge werden erstmals für den Fall erhoben, dass sich die über die KV Sachsen abgerechnete quartalsbezogene Gesamtvergütung im Vergleich zum Vorjahresquartal um mehr als 3 % verringert hat oder diese Verringerung begründet zu erwarten ist und diese Minderung ursächlich Folge von Verträgen und deren Abwicklung außerhalb der KV Sachsen ist. Die Feststellung einer entsprechenden Gesamtvergütungs-minderung wird vom Vorstand getroffen. Die Erhebung von Mindestbeträgen erfolgt ab dem der Feststellung nach Satz 2 folgenden Quartal. Über die in der Folge notwendige Höhe der Umlage beschließt die Vertreterversammlung zum gleichen Zeitpunkt.

Die Höhe der Mindestbeträge beträgt:

im ersten Jahr nach Einführung der Regelung,  
je Verpflichteten und Quartal 100 €

im zweiten Jahr nach Einführung der Regelung,  
je Verpflichteten und Quartal 200 €

im dritten und allen weiteren Folgejahren  
nach Einführung der Regelung,  
je Verpflichteten und Quartal 300 €

Von halbtags oder weniger beschäftigten angestellten Ärzten und Psychotherapeuten bis zu einem Tätigkeitsumfang in Höhe von 0,5 sowie von ermächtigten Krankenhausärzten wird ein Mindestbetrag in Höhe von 50 % der angegebenen Beträge erhoben. Bei ermächtigten Instituten wird der Mindestbetrag je Institut und Quartal erhoben.

## **§ 8 Inkrafttreten**

Diese Abrechnungsordnung in der Fassung vom 17. September 2014 tritt am 1. Oktober 2014 in Kraft und ersetzt die Abrechnungsordnung vom 14. Mai 2014.