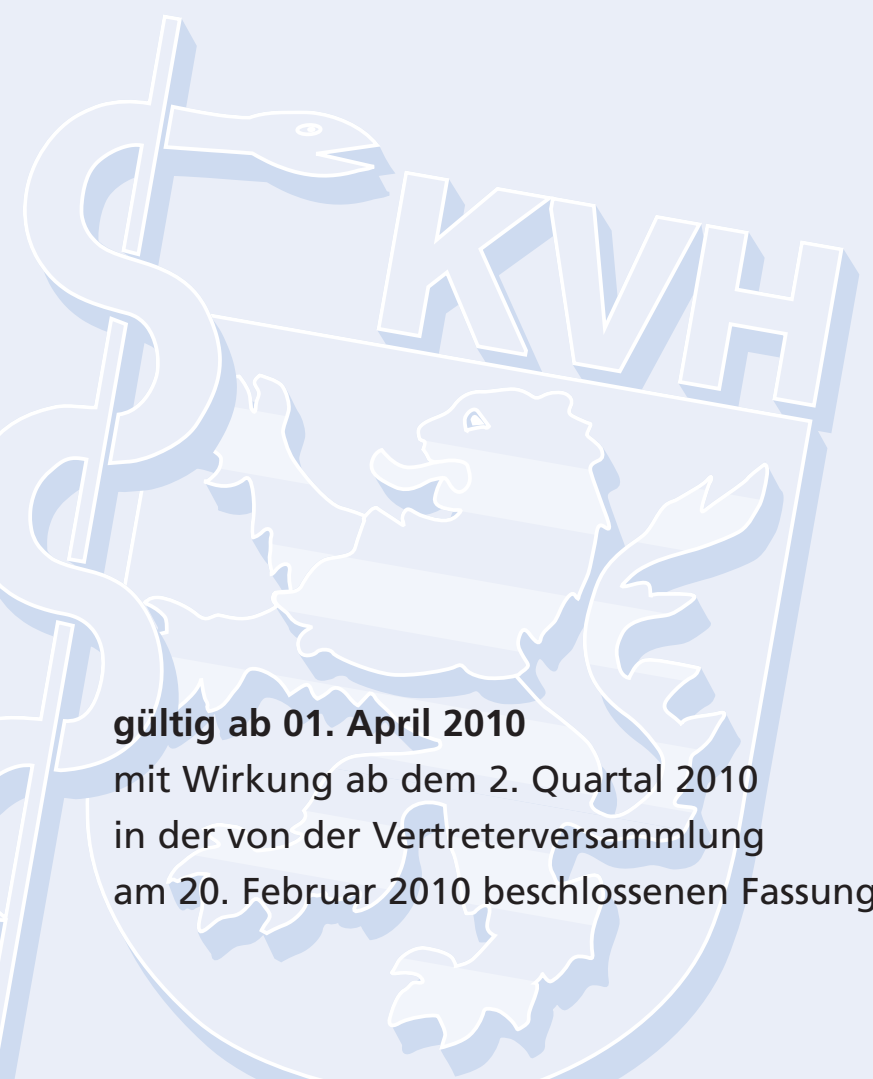




Abrechnungsrichtlinien der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen



gültig ab 01. April 2010
mit Wirkung ab dem 2. Quartal 2010
in der von der Vertreterversammlung
am 20. Februar 2010 beschlossenen Fassung

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen versteht sich als Dienstleistungsorganisation für ihre Mitglieder. Mit zu den wichtigsten Aufgaben zählt die Erstellung der Honorarabrechnung für die durchgeführten Leistungen. Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen sieht es als oberste Pflicht und Aufgabe an, die

Honorarabrechnung kompetent und für ihre Mitglieder zeitnah, verständlich und nachvollziehbar zu erbringen. In diesem Sinne beschließt die Vertreterversammlung die Abrechnungsrichtlinien mit der Auflage, diese jährlich den aktuellen Bedürfnissen anzupassen.

Präambel

Diese Abrechnungsrichtlinien regeln die Einzelheiten der Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen. Sie sind für alle im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen zugelassenen Vertragsärzte, psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Medizinischen Versorgungszentren, angestellten Ärzte sowie die ermächtigten Ärzte, psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen und die in Notfällen in Anspruch genommenen Ärzte, die nicht an der vertragsärztlichen

Versorgung teilnehmen sowie die Laborgemeinschaften verbindlich.

Wird im Folgenden von Ärzten gesprochen, gelten die hiermit verbundenen Regelungen gleichermaßen für die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Sofern für die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – im Folgenden auch als Psychotherapeuten bezeichnet – spezielle Regelungen gelten, ist dies explizit erwähnt.

§ 1 Abrechnung von Leistungen

1. Abrechnungsfähig sind die vom Arzt bzw. Psychotherapeut persönlich und die unter seiner Überwachung und Verantwortung von Hilfspersonen erbrachten Leistungen. Jeder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt bzw. Psychotherapeut ist verpflichtet, die vertragsärztliche Tätigkeit persönlich auszuüben. Persönliche Leistungen sind auch ärztliche bzw. psychotherapeutische Leistungen durch genehmigte Assistenten sowie angestellte Ärzte bzw. angestellte Psychotherapeuten gemäß § 95 Abs. 9 und Abs. 9a SGB V i.V.m. § 32b Ärzte-ZV, soweit sie dem Praxisinhaber als Eigenleistung zugeordnet werden können. Persönliche Leistungen sind ferner Hilfeleistungen nichtärztlicher Mitarbeiter, die der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt bzw. Psychotherapeut, ein angestellter Arzt bzw. ein angestellter Psychotherapeut oder ein genehmigter Assistent, anordnet und fachlich überwacht, wenn der nicht-ärztliche Mitarbeiter zur Erbringung der jeweiligen Hilfeleistung qualifiziert ist.

Die so erbrachten Leistungen sind von dem für die Leistungserbringung persönlich verantwortlichen Arzt oder Psychotherapeut nach Maßgabe der Bestimmungen der Bundesmantelverträge und des EBM zu kennzeichnen.

2. Für Leistungen von Ärzten, die im Rahmen einer Ermächtigung gemäß den Bestimmungen der Bundesmantelverträge oder der §§ 31 und 31a Ärzte-ZV erbracht werden, gilt – vorbehaltlich abweichender vertragsärztlicher Regeln – der vorstehende Abs. 1 entsprechend. Insbesondere dürfen ermächtigte Krankenhausärzte, die auf Grund einer Ermächtigung zur persönlichen Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt sind, Leistungen, die von anderen Ärzten erbracht worden sind, nicht abrechnen.

3. Während der stationären Behandlung eines Patienten können grundsätzlich ambulante Leistungen nicht abgerechnet werden. Dies gilt auch für ein Gespräch mit Angehörigen über den in stationärer Behandlung befindlichen Patienten. Leistungen, die in der Regel mit einer sich unmittelbar anschließenden stationären Aufnahme verbunden sind, können grundsätzlich nicht als ambulante Leistungen abgerechnet werden. Gleiches gilt für ambulant erbrachte Leistungen, die Bestandteil stationärer Fallpauschalen sind.

4. Soweit auf Grund von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, von Verträgen zwischen den Partnern der Bundesmantelverträge oder der Ge-

samtverträge, von Bestimmungen der KBV sowie von Beschlüssen des Vorstandes der KV Hessen für bestimmte vertragsärztliche Leistungen Abrechnungsvoraussetzungen definiert sind, bedarf die Abrechnung der jeweiligen Leistungen der vorherigen Genehmigung durch die KV Hessen.

5. Ärztliche und psychotherapeutische Leistungen, die nicht nach den gesetzlichen, vertraglichen und satzungsgemäßen Bestimmungen und Richtlinien

erbracht worden sind, gehören nicht zur vertragsärztlichen Versorgung und dürfen deshalb nicht als solche abgerechnet werden. Wird im Rahmen der Qualitätssicherung nachträglich festgestellt, dass die abgerechneten Leistungen nicht in den vorgenannten Bestimmungen und Richtlinien entsprechen, so können diese Leistungen nachträglich von der Abrechnung ausgeschlossen und die Abrechnung berichtigt werden.

§ 2 Rechnungslegung

1. Die erbrachten vertragsärztlichen Leistungen und Kostenerstattungen sind kalendervierteljährlich für jeden Behandlungsfall auf den zwischen den Partnern der Bundesmantelverträge vereinbarten Abrechnungsvordrucken, bei Verwendung maschinell verwertbarer Datenträger, entsprechend den hierfür vorgesehenen Satzarten, bei der KV Hessen einzureichen.

2. Abrechnungszeitraum ist das Kalendervierteljahr (Quartal).

3. Bei der Rechnungslegung sind die Grundsätze der Weiterbildungsordnung in der jeweils gültigen Fassung zu beachten, wonach Ärzte, die eine Gebietsbezeichnung führen, grundsätzlich nur in die-

sem Gebiet und Ärzte, die eine Teilgebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung führen, im Wesentlichen nur in diesem Teilgebiet bzw. Schwerpunkt tätig werden dürfen. Für an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Psychotherapeuten finden diese Vorgaben entsprechend Anwendung.

Wenn die eingereichten Behandlungsfälle eindeutig erkennen lassen, dass sie nicht dem Fachgebiet des behandelnden Arztes zuzuordnen sind, können diese ausnahmsweise mit bis zu 3 % der Gesamtfallzahl in die Abrechnung einbezogen werden, soweit die entsprechenden Leistungen nach den Vorgaben des EBM für die betreffenden Fachgruppen abrechnungsfähig sind.

§ 3 Abgabe/Fristen

1. Abgabe der Quartalsabrechnung

Die Abrechnungsunterlagen sind vollständig, spätestens 10 Tage nach Ende des Abrechnungsquartals bei der KV Hessen einzureichen.

Die KV Hessen kann gestatten, dass ein Arzt bzw. Psychotherapeut innerhalb der ersten 6 Wochen nach Ende eines Abrechnungsquartals seine bereits eingereichten Abrechnungsunterlagen berichtigt. Die Berichtigung ist schriftlich zu beantragen. Sie kann in allen Geschäftsräumen der KV Hessen in Anwesenheit eines Bevollmächtigten der KV Hessen erfolgen.

In begründeten Einzelfällen kann die KV Hessen auf Antrag, soweit die Bearbeitung der Abrechnung nicht beeinträchtigt wird, eine nachträgliche Berichtigung der Abrechnungsunterlagen über den Zeitraum von 6 Wochen hinaus gestatten.

Sofern einzelne Betriebsstättenabrechnungen nach Ablauf der ersten sechs Wochen nach Ende eines Abrechnungsquartals eingereicht werden, so

können diese Betriebsstättenabrechnungen noch in der laufenden Abrechnung berücksichtigt werden, soweit die Bearbeitung der Abrechnung nicht beeinträchtigt wird und über diese Betriebsstätte in der Vergangenheit regelmäßig abgerechnet wurde.

Kann die Betriebsstättenabrechnung nicht in der laufenden Abrechnung berücksichtigt werden, so wird diese in einem Folgequartal bearbeitet, soweit über diese Betriebsstätte in der Vergangenheit regelmäßig abgerechnet wurde und der hierauf beruhende Honoraranspruch noch nicht verwirkt ist.

Mit der Abgabe der Behandlungsausweise und ggf. eines maschinell verwertbaren Datenträgers bestätigen der Arzt bzw. Psychotherapeut oder bei einer Berufsausübungsgemeinschaft die Ärzte bzw. Psychotherapeuten in einer Sammelerklärung/ Quartalerklärung, dass die zur Abrechnung eingereichten Leistungen nach den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen erbracht worden sind, notwendig

waren und die eingereichte Abrechnung sachlich richtig und vollständig ist. Bei Medizinischen Versorgungszentren hat zusätzlich der Träger des Zentrums oder eine von ihm beauftragte Person die entsprechende Erklärung abzugeben.

Wird die Abrechnung eines ermächtigten Krankenhausarztes vom Krankenhausträger gemäß § 120 Abs. 1 SGB V erstellt, so haben Krankenhausträger und ermächtigter Krankenhausarzt die vorgenannte Erklärung abzugeben. Für die Abrechnung ärztlich geleiteter Einrichtungen bzw. psychologischer Ausbildungsinstitute haben der Träger und der (ärztliche) Leiter dieser Einrichtung, die in Satz 1 genannte Erklärung abzugeben.

Die Mitglieder einer Laborgemeinschaft können ein Mitglied zur Unterzeichnung der Sammelerklärung bevollmächtigen.

2. Verspätete Abgabe der Quartalsabrechnung

Für verspätet eingereichte Abrechnungen besteht kein Anspruch auf Bearbeitung in der laufenden Abrechnung. Wird die Abrechnung quartalsversetzt bearbeitet, werden die Regelungen des ursprünglichen Abrechnungsquartals angewandt.

Für Abrechnungen, die ohne hinreichende Begründung verspätet oder unvollständig eingereicht werden, werden zur Deckung der hiermit verbundenen zusätzlichen Verwaltungskosten über den allgemeinen Verwaltungskostensatz hinaus, für jeden Tag der Fristüberschreitung 50,00 EUR erhoben. Dieser Abzug wird auf max. 2.500,00 EUR bzw. höchstens 10 % des gesamten abgerechneten Nettohonorars begrenzt.

3. Verlust des Abrechnungsanspruchs

Abrechnungsunterlagen, die nicht innerhalb von 12 Monaten nach dem in § 3 Nr. 1 vorgeschriebenen Abgabetermin eingereicht werden, sind von der Abrechnung ausgeschlossen. Hierauf beruhende Honoraransprüche sind verwirkt. In begründenden, nicht vom Arzt zu vertretenden Einzelfällen kann der Vorstand der KV Hessen Ausnahmen zulassen.

Abrechnungsunterlagen, die nicht den gesetzlichen oder vertraglichen Grundlagen entsprechen, sind von der laufenden Abrechnung ausgeschlossen. Sie werden zur Korrektur an die Praxis zurückgereicht. Hierdurch werden keine neuen Fristen nach § 3 in Gang gesetzt.

§ 4 Besondere Abrechnungsbestimmungen

Der Vorstand der KV Hessen kann die Anerkennung von qualitätsgesicherten Leistungen

auch von der Teilnahme an einem Online-Qualitätssicherungsverfahren abhängig machen.

§ 5 Abschlagszahlung und Restzahlung

1. Auf die Honorarforderungen des zugelassenen Arztes bzw. Psychotherapeuten werden monatliche Abschlagszahlungen geleistet, deren Höhe sich an der zu erwartenden Honorargutschrift orientieren. Die Restzahlung erfolgt unmittelbar nach Fertigstellung

der Arbeiten an der jeweiligen Quartalsabrechnung.

2. Einzelheiten zur Ermittlung der Höhe der Abschlagszahlungen sowie zu den Zahlungsmodalitäten regelt der Vorstand der KV Hessen.

§ 6 Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen in dieser Abrechnungsrichtlinie ganz oder teilweise nicht rechtswirksam sein oder werden, wird dadurch die Geltung der übrigen Bestimmungen nicht berührt.

An die Stelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmungen soll eine Regelung treten, die dem Willen des Normgebers sowie dem Sinn und Zweck entspricht.

§ 7 Inkrafttreten

Diese Abrechnungsrichtlinien der KV Hessen treten zum 01. April 2010 mit Wirkung für die

Quartalsabrechnung II/2010 in Kraft.