

Abrechnungsrichtlinie der KV Hessen

gültig ab 1. Juli 2016

Abrechnungsrichtlinie der KV Hessen

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 Abrechnungsrichtlinie mit der Auflage, diese regelmäßig den aktuellen Bedürfnissen anzupassen.

Präambel

Diese Abrechnungsrichtlinie regelt die Einzelheiten der Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen. Sie sind für alle im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen zugelassenen Vertragsärzte¹, Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Medizinischen Versorgungszentren, angestellten Ärzte sowie ermächtigten Ärzte, ermächtigten Psychologischen Psychotherapeuten, ermächtigten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten², ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen sowie Laborgemeinschaften verbindlich. Sie gelten auch für in Notfällen in Anspruch genommene Ärzte, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, in Notfällen in Anspruch genommene Krankenhäuser sowie Leistungserbringer, die im Rahmen von § 75 Abs. 1a und 1b SGB V tätig werden, verbindlich.

§ 1 Abrechnung von Leistungen

1. Abrechnungsfähig sind die vom Arzt bzw. Psychotherapeuten 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 nach § 32 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV), 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 nichtärztliche Mitarbeiter zur Erbringung der jeweiligen Hilfeleistung qualifiziert ist. Die erbrachten Leistungen sind von dem für die Leistungserbringung persönlich verantwortlichen Arzt oder Psychotherapeuten nach Maßgabe der Bestimmungen des Bundesmantelvertrages (BMV-Ä) und des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zu kennzeichnen.
2. Für Leistungen von Ärzten, die im Rahmen einer Ermächtigung gemäß den Bestimmungen des BMV-Ä oder der §§ 31 und 31a Ärzte-ZV erbracht werden, gilt – vorbehaltlich abweichender vertragsärztlicher Regeln – die vorstehende Nr.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.

¹ In der vorliegenden Richtlinie wird durchgängig die männliche Form benutzt. Im Sinne des Gleichbehandlungsgesetzes sind diese Bezeichnungen nicht als geschlechtsspezifisch zu betrachten.

² Wird in der vorliegenden Richtlinie von Psychotherapeuten gesprochen, gelten die hiermit verbundenen Regelungen gleichermaßen für die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Sofern für die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten spezielle Regelungen gelten, ist dies explizit erwähnt.

3. Während der stationären Behandlung eines Patienten können grundsätzlich keine ambulanten Leistungen 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 des BMV-Ä oder der Gesamtverträge, von Bestimmungen der KBV sowie von Beschlüssen des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen für bestimmte vertragsärztliche Leistungen Abrechnungsvoraussetzungen definiert sind, bedarf die Abrechnung der jeweiligen Leistungen der vorherigen Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung 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 Prüfung der Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnung sowie der Qualitätssicherung nachträglich festgestellt, dass die abgerechneten Leistungen nicht den vorgenannten Bestimmungen und Richtlinien entsprechen, so können diese Leistungen nachträglich von der Abrechnung ausgeschlossen und die Abrechnung berichtigt werden.

§ 2 Abgabe, Fristen und Rechnungslegung

1. Die Abrechnung erbrachter vertragsärztlicher Leistungen und Kosten erfolgt kalendervierteljährlich für jeden Behandlungsfall als Onlineabrechnung entsprechend der Richtlinie der KBV für den Einsatz von IT-Systemen in der Arztpraxis zum Zweck der Abrechnung. Nach § 1 Abs. 1 S. 3 Richtlinie der KBV für den Einsatz von IT-Systemen in der Arztpraxis zum Zweck der Abrechnung gemäß § 295 Abs. 4 SGB V ist es verpflichtend die Abrechnung online einzureichen und dies im sicheren Netz der KVen durchzuführen. Die Abrechnung der vertragsärztlich erbrachten Leistungen ist über einen KV-SafeNet³ Anschluss an die Kassenärztliche Vereinigung Hessen zu übermitteln.
2. Abrechnungszeitraum ist das Kalendervierteljahr (Quartal).
3. Die Abrechnungsunterlagen sind vollständig, spätestens 10 Tage nach Ende des Abrechnungsquartals bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen einzureichen. Die Kassenärztliche Vereinigung 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. In begründeten Einzelfällen kann die Kassenärztliche Vereinigung Hessen auf Antrag, soweit die Bearbeitung der Abrechnung nicht beeinträchtigt wird, eine nachträgliche Berichtigung der Abrechnungsunterlagen über den Zeitraum von 6 Wochen hinaus gestatten.
4. 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.

³ Bitte beachten Sie, dass KV-SafeNet nicht mit der Firma SafeNet, Inc., USA, in firmenmäßiger oder vertraglicher Verbindung steht.

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.

5. 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.

6. Abrechnungsunterlagen, die nicht innerhalb von 12 Monaten nach dem in § 2 Nr. 3 vorgeschriebenen Abgabetermin eingereicht werden, sind von der Abrechnung ausgeschlossen. Hierauf beruhende Honoraransprüche sind verwirkt. In begründeten, nicht vom Arzt bzw. Psychotherapeuten zu vertretenden Einzelfällen kann der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen Ausnahmen zulassen.

Abrechnungsunterlagen, die nicht den gesetzlichen oder vertraglichen Grundlagen sowie den Abrechnungsvorgaben der Kassenärztliche Vereinigung Hessen entsprechen, sind von der laufenden Abrechnung ausgeschlossen. Sie werden zur Korrektur an die Praxis zurückgereicht. Hierdurch werden keine neuen Fristen nach § 2 in Gang gesetzt.

7. Bei der Rechnungslegung sind die Grundsätze der Weiterbildungsordnung in der jeweils gültigen Fassung zu beachten, wonach Ärzte, die eine Gebietsbezeichnung führen, grundsätzlich nur in diesem 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 Erklärung zur Quartalsabrechnung

1. Im Rahmen der Abgabe der Abrechnung bestätigt der Arzt bzw. Psychotherapeut mit der Erklärung zur Quartalsabrechnung, 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.
2. Bei Medizinischen Versorgungszentren hat zusätzlich der ärztliche Leiter sowie der Träger des Zentrums die entsprechende Erklärung abzugeben.
3. 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 jeweilige (ärztliche) Leiter dieser Einrichtung, die in Nr. 1 Satz 1 genannte Erklärung abzugeben.

Bei Laborgemeinschaften oder Gemeinschaftspraxen müssen jeweils alle Mitglieder die Erklärung abgeben. Es besteht jedoch die Möglichkeit, einzelne Personen der Laborgemeinschaft oder der

Gemeinschaftspraxis zu bevollmächtigen (§ 164 BGB), um die entsprechende Erklärung abzugeben. Die Vollmacht ist gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen nachzuweisen.

§ 4 Besondere Abrechnungsbestimmungen

Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung 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 Kassenärztlichen Vereinigung Hessen.

§ 6 Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen 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 Abrechnungsrichtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen tritt zum 1. Juli 2016 mit Wirkung für die Quartalsabrechnung III/2016 in Kraft.