

Abrechnungsrichtlinien der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL)

Präambel

Diese Abrechnungsrichtlinien legen auf der Grundlage von § 87b SGB V i. V. m. § 9 Abs. 1 Ziff. 5 f Satzung der KVWL die bei der Abrechnung von Leistungen über die KVWL einzuhaltenden Form-, Frist- und sonstigen Erfordernisse fest.

Sie gelten für alle zugelassenen Ärzte¹, Psychologischen Psychotherapeuten und Medizinische Versorgungszentren (MVZ), ermächtigten Ärzte, in Vertragsarztpraxen und MVZ angestellten Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten, sowie für ärztlich geleitete Einrichtungen². Sie sind auch für die Abrechnung von Leistungen in Notfällen in Anspruch genommener Nicht-Vertragsärzte und nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Einrichtungen/Krankenhäusern verbindlich.

§ 1

Abrechnungszeitraum und Einreichung der Abrechnung

1. Abrechnungszeitraum ist das Kalendervierteljahr (Quartal).
2. Die Abrechnung ist nach den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)³ leitungsgebunden elektronisch zu übermitteln. Die Abrechnung umfasst die Abrechnungsdaten, die abrechnungsbegründenden Daten einschließlich der Dokumentationen und der Qualitätsindikatoren sowie ggf. ergänzende Daten/Anforderungen nach der vom Vorstand der KVWL erlassenen Richtlinie zur IT-gestützten Quartalsabrechnung (IT-Richtlinie KVWL)⁴.
3. Der Vertragsarzt kann die Rückmeldungen der Prüfprotokolle im KV-Mitgliederportal einsehen und die Abrechnungsdaten ggf. entsprechend korrigieren.

§ 2

Abrechnungsfähige Leistungen

1. Abrechnungsfähig sind nur die vom Vertragsarzt persönlich erbrachten Leistungen sowie Leistungen, die zulässigerweise von ärztlichen und nichtärztlichen Hilfspersonen unter seiner Überwachung und Verantwortung erbracht worden sind.
2. Abrechnungsfähig sind nur Leistungen, die Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung nach §§ 73 Abs. 2, 87 Abs. 1 SGB V i. V. m. §§ 2 und 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) sind oder im Rahmen von Verträgen mit den regionalen Landesverbänden der Krankenkassen als abrechnungsfähig vereinbart sind.

¹ Der Begriff Ärzte und Psychotherapeuten wird hier geschlechtsneutral verwendet.

² Im Folgenden alle als „Vertragsarzt“ bezeichnet.

³ Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für den Einsatz von IT-Systemen in der Arztpraxis zum Zweck der Abrechnung gemäß § 295 Abs. 4 SGB V.

⁴ Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Abrechnungsrichtlinien der KVWL vom Vorstand noch nicht erlassen.

3. Der Vertragsarzt kann die von Vertretern und Assistenten ausgeführten Leistungen nur abrechnen, wenn die in den §§ 32, 32a Ärzte-ZV genannten Voraussetzungen erfüllt waren.
4. Die Abrechnungsfähigkeit der Leistungen setzt zudem voraus, dass sie in Übereinstimmung mit dem für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Regelwerk (z. B. SGB V, ergänzende untergesetzliche Normen, BMV-Ä, EBM, Verträge/Normen und Vorgaben der KVWL) erbracht worden sind.

§ 3

Kennzeichnung von Leistungen

Voraussetzung für die Abrechnung von vertragsärztlichen Leistungen ist die arztbezogene Leistungskennzeichnung durch den Arzt, der die Leistungen erbracht hat und abrechnet, unter Angabe

- seiner lebenslangen Arztnummer (LANR) sowie
- der Betriebs- oder ggf. Nebenbetriebsstättennummer (BSNR/NBSNR).

Etwas anderes gilt nur, wenn der Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung keine LANR erhalten hat. In diesen Fällen ist anstelle der LANR der LANR-Ersatzwert zu verwenden.

§ 4

Formale Abrechnungsvoraussetzungen

1. Die Diagnosen sind nach den gesetzlichen Bestimmungen mit Diagnose- sowie ggf. Operations- und Prozedurenschlüsseln zu kodieren (§ 295 Abs. 1 SGB V). Diese Angaben gehören nach den Vorgaben im EBM zur Vollständigkeit der Leistungserbringung (vgl. z. B. Ziffer 2.1 Allgemeinen Bestimmungen EBM) und sind Voraussetzung für Berechnungsfähigkeit der Gebührenordnungspositionen (GOP).
2. In Überweisungsfällen sind die nach § 24 BMV-Ärzte erforderlichen Angaben in die Abrechnungsdaten zu übernehmen.
3. Für die Abrechnung belegärztlicher Leistungen nach § 121 SGB V gelten die mit den Verbänden der Krankenkassen getroffenen Vereinbarungen.
4. Für die Abrechnung sind die Abrechnungshinweise der KVWL sowie die Vordruckvereinbarung nach Anlage 2 BMV-Ä verbindlich.

§ 5

Besondere Abrechnungsbestimmungen

1. Werden quartalsübergreifend Laborleistungen aus einem Körpermaterial bestimmt, sind sämtliche Laborbestimmungen erst in dem Quartal und unter dem Datum abzurechnen, an dem die letzte(n) Einzelbestimmung(en) erfolgt ist bzw. sind.

2. Haben mehrere Ärzte an der Erbringung eines Leistungskomplexes mitgewirkt, ist dieser von dem Vertragsarzt abzurechnen, der den zeitlich letzten Leistungsbestandteil erbracht hat.
3. Von einem Vertragszahnarzt ausgestellte Überweisungen, kennzeichnet der die Leistung abrechnende Vertragsarzt im Leistungsfeld mit der Symbolnummer (SNR) 90911.
4. Für die Abrechnung von Wegegebühren gelten die mit den Verbänden der Krankenkassen getroffenen Vereinbarungen.
5. Kosten können ausschließlich nach den im EBM vorgesehenen Kostenpauschalen oder nach den mit den Verbänden der Krankenkassen getroffenen Vereinbarungen abgerechnet werden.

§ 6

Abrechnung von Leistungen bei Urlaubs- und Krankheitsvertretung, in Notfällen und im zentral organisierten Notfalldienst

1. Erbringt ein Arzt in seiner eigenen Praxis Leistungen in Vertretung eines zuerst in Anspruch genommenen Vertragsarztes, weil dieser z. B. durch Krankheit oder Urlaub verhindert ist, rechnet der Vertreter diese Leistungen als Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung ab.
2. Wird ein Arzt vertretungsweise in der Praxis des vertretenen Arztes tätig, rechnet der vertretene Arzt die vom Vertreter erbrachten und dokumentierten Leistungen – in Abweichung von § 3 – unter Angabe seiner LANR ab.
3. Zudem gelten für die Vertretung folgende Voraussetzungen:
 - Eine Vertretung ist nur innerhalb desselben Versorgungsbereiches möglich.
 - Der Vertreter muss über eine abgeschlossene Facharztweiterbildung in dem Zulassungsfachgebiet des Vertretenen verfügen; qualifikationsgebundene Leistungen darf er nur erbringen, wenn er entsprechend qualifiziert ist und über die ggf. erforderlichen (Abrechnungs-)Genehmigungen verfügt.
 - Nicht vertragsärztlich tätige Ärzte müssen die erforderlichen Qualifikationen über Testate einer Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen.
3. Lässt sich ein Vertragsarzt im ärztlichen Notfalldienst durch einen Nichtvertragsarzt vertreten, rechnet der vertretene Vertragsarzt die vom Nichtvertragsarzt erbrachten Notfalleistungen über seine eigene LANR ab.
4. Wird für einen Belegarzt ein an demselben Krankenhaus tätiger Belegarzt der gleichen Fachgruppe im Vertretungsfall tätig, gilt dies als Vertretung im Sinne der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte. Die Abrechnung der im Vertretungsfall erbrachten Leistungen erfolgt, wie im Fall der Vertretung in der Praxis des Vertretenen (Abs. 2).

§ 7

Erklärung zur Vierteljahresabrechnung

1. Der Vertragsarzt hat gegenüber der KVWL auf dem der Abrechnung beizufügenden Vordruck „Erklärung zur Vierteljahresabrechnung“ (§ 35 Abs. 2 BMV-Ä) schriftlich zu bestätigen, dass die zur Abrechnung gestellten Leistungen unter Beachtung der Vorgaben nach § 2 Abs. 1 tatsächlich erbracht worden sind und die Abrechnung sachlich-rechnerisch richtig ist. Die Vorlage des unterschriebenen Vordrucks „Erklärung zur Vierteljahresabrechnung“ ist Abrechnungsvoraussetzung.
2. Bei der Abrechnung von Leistungen durch Gemeinschaftspraxen ist der Vordruck von allen der Gemeinschaftspraxis angehörenden Vertragsärzten zu unterzeichnen. Von dieser Vorgabe kann abgesehen werden, wenn der die Erklärung unterzeichnende Vertragsarzt eine Vertretungsbefugnis für den oder die nicht unterzeichnenden Partner der Gemeinschaftspraxis nachweist. Bei der Abrechnung von Medizinischen Versorgungszentren in Rechtsform einer GmbH ist die Sammelerklärung von dem gesetzlich bestimmten Vertreter oder von einer hierzu gesondert bevollmächtigten Person abzugeben.
3. Der Vordruck „Erklärung zur Vierteljahresabrechnung“ ist in seiner jeweils gültigen Fassung zu verwenden. Der Vorstand der KVWL ist berechtigt, den Wortlaut im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen (vgl. § 35 Abs. 3 BMV-Ä) inhaltlich anzupassen, sofern dies für die Sicherstellung einer sachlich richtigen Abrechnung erforderlich ist.

§ 8

Mitteilungspflichten

1. Der Vertragsarzt ist verpflichtet, wesentliche Änderungen der tatsächlichen Verhältnisse, die dem Erlass eines begünstigenden Verwaltungsakts mit Dauerwirkung zugrunde gelegen haben und durch die die Voraussetzungen für den Erlass des Verwaltungsaktes ganz oder teilweise entfallen, der KVWL unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Zu den begünstigenden Verwaltungsakten mit Dauerwirkung zählen insbesondere Abrechnungsgenehmigungen für bestimmte vertragsärztliche Leistungen oder die Bewilligung von Ausnahmen wie z. B. der Anerkennung von Praxisbesonderheiten bei der Honorarfestsetzung.
2. Der Vertragsarzt ist verpflichtet, unverzüglich alle Umstände mitzuteilen, die sich auf das zu erwartende Honorar - im Vergleich zum Vorjahresquartalshonorar - mindernd auswirken (z. B. Praxisschließung, Erkrankungen, nennenswerter Fallzahlrückgang, Einschreibung von Patienten in bereinigungspflichtige Selektivverträge), um Honorarüberzahlungen durch überhöhte Abschlagszahlungen zu vermeiden.
3. Erfüllt der Vertragsarzt seine Mitteilungspflichten nicht, kann dies mit einem Disziplinarverfahren geahndet werden. Zudem können Honorarüberzahlungen mit den anstehenden Abschlags- oder Restzahlungen vollständig verrechnet werden, bis die Überzahlungen ausgeglichen sind.

§ 9

Abgabefrist für die Abrechnung

1. Der Vertragsarzt hat die Abrechnungsdaten einschließlich der erforderlichen Abrechnungsunterlagen zu der von der KVWL festgesetzten und bekanntgegebenen Abgabefrist zu übermitteln. Die Abgabefrist kann auf Antrag in begründeten Ausnahmefällen verlängert werden. Der Antrag ist schriftlich vor Ablauf der Abgabefrist zu stellen. Zur Begründung sind die Hinderungsgründe im Einzelnen darzulegen.
2. Wird die Abrechnung nicht innerhalb der Abgabefrist bzw. der verlängerten Frist nach Abs. 1 Satz 2 eingereicht, kann die KVWL zur Deckung des mit der Bearbeitung einer verspäteten Abrechnung verbundenen höheren Aufwandes zusätzliche Verwaltungskosten erheben. Diese betragen pauschaliert 0,1 % des Gesamthonorars (inkl. Kosten) für jeden Kalendertag der Fristüberschreitung, mindestens jedoch 50,00 Euro, höchstens jedoch insgesamt 10 % des Gesamthonorars.
3. Bei nicht fristgerechter Abgabe der Abrechnung ist die KVWL berechtigt, die Höhe der Abschlagszahlungen neu festzusetzen bzw. sie ganz auszusetzen.
4. Behandlungsfälle, die noch nicht mit der Abrechnung des entsprechenden Leistungsquartals übermittelt worden sind, sind spätestens mit den Abrechnungsdaten des übernächsten Quartals zu einzureichen. Eine spätere Abrechnung ist ausgeschlossen.
5. Für nachträglich eingereichte Behandlungsfälle innerhalb der in Abs. 4 genannten Frist gilt Folgendes:
 - Innerhalb der Abgabefrist für die Abrechnung nachgereichte Behandlungsfälle werden der Abrechnung quartalsgleich zugeordnet.
 - Nach Ablauf der Abgabefrist eingereichte Behandlungsfälle werden der zum Abgabezeitpunkt laufenden Quartalsabrechnung zugeordnet und in dieser Quartalsabrechnung ausgewiesen (quartalsversetzt).
 - Es gelten die für das jeweilige Einreichungsquartal geltenden Abrechnungs- und Honorarverteilungsbestimmungen.
6. Eine Ergänzung oder nachträgliche Berichtigung bereits zur Abrechnung eingereichter Behandlungsfälle ist ausgeschlossen.
7. Abrechnungsdaten, die von der KVWL technisch nicht zu verarbeiten sind oder als „Testabrechnung“ übermittelt werden, gelten als nicht eingereicht.

§ 10

Prüfung der Abrechnung

1. Die vom Vertragsarzt eingereichte Abrechnung wird grundsätzlich quartalsgleich auf sachlich-rechnerische Richtigkeit geprüft und wenn notwendig berichtigt. Darüber hinaus können sachlich-rechnerische Berichtigungen der Abrechnung rückwirkend bis zu 4 Jahre nach Bekanntgabe des entsprechenden Abrechnungsbescheides vorgenommen werden. Weitergehende Berichtigungsmöglichkeiten nach § 45 Abs. 2 S. 3 SGB X bleiben unberührt.

2. Der Vertragsarzt erhält über die Berichtigung seiner Abrechnung einen rechtsmittelfähigen Bescheid. Dies gilt nicht, wenn die Berichtigung auf Ausschlussbestimmungen des EBM oder spezialvertraglichen Regelungen (z. B. Belegarztvertrag) beruht oder der Wert der Berichtigung insgesamt geringer als 50,00 Euro – berechnet auf der Grundlage der Euro-Gebührenordnung - ist. In diesen Fällen erfolgt der Nachweis über die dem Abrechnungsbescheid beigefügten oder elektronisch abrufbaren Honorarunterlagen.
3. Die Überwachung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung wird nach der Vereinbarung zur Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V durchgeführt.

§11

Abrechnungsnachweise und Honorarzahlungen

1. Die KVWL setzt nach Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit und unter Berücksichtigung der Entscheidungen der Wirtschaftlichkeitsprüfungsgremien nach § 106 SGB V das Honorar fest. Die Festsetzung steht unter dem Vorbehalt weiterer nachträglicher sachlich-rechnerischer Berichtigungen insbesondere im Rahmen der Plausibilitätskontrolle sowie weiterer Maßnahmen der Prüfungseinrichtungen.
2. Der Honoraranspruch des Vertragsarztes wird erst fällig, wenn diese Berichtigungen und Maßnahmen der Prüfungsgremien durchgeführt und rechtswirksam geworden sind. Bis zu diesem Zeitpunkt sind die Zahlungen an den Vertragsarzt aufrechnungsfähige und ggf. rückzahlungspflichtige Abschlagszahlungen.
3. Der Vertragsarzt erhält über das festgesetzte Honorar nach Abzug der Beiträge bzw. Gebühren i. S. v. § 24 Abs. 2 und 3 der Satzung für jeden Abrechnungszeitraum, d. h. jedes Quartal, einen Abrechnungsbescheid (Kontoauszug in Verbindung mit den Nachweisen über die Abrechnung), aus dem die Abschlags- und Restzahlungen sowie die Verrechnungen ersichtlich sind. Zudem erhält er eine Honorarübersicht, die erkennen lässt, aus welchen Leistungsbereichen sich das Gesamthonorar zusammensetzt. Es können weitere detailliertere Nachweise zur Abrechnung, wie z. B. Häufigkeitsstatistiken, ggfs. auch über das Mitgliederportal der KVWL zur Verfügung gestellt werden.
4. Unter Berücksichtigung der mit den Krankenkassen vertraglich vereinbarten Zahlungsweise erhält der Vertragsarzt monatliche Abschlagszahlungen, die in der Regel je 25 % der Nettohonorargutschrift des entsprechenden Vorjahresquartals betragen. Die Höhe der Abschlagszahlungen an Krankenhäuser, Polikliniken und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen kann abweichend geregelt werden
5. Bei neu zugelassenen Vertragsärzten oder Statuswechseln bzw. Änderungen in der personellen Zusammensetzung einer Berufsausübungsgemeinschaft oder eines MVZs setzt die KVWL die Höhe der Abschlagszahlung - in Abweichung von dem Grundsatz nach Abs. 4 - angemessen fest. Satz 1 gilt entsprechend, wenn das Vorjahresquartalshonorar wegen Veränderungen i. S. v. § 8 Abs. 2 als Bezugsgröße für die Abschlagszahlungen ungeeignet ist.

6. Die Restzahlung erfolgt unmittelbar nach Fertigstellung des Abrechnungsbescheides nach Abs. 3. Ist eine endgültige Honorarfestsetzung – generell oder im Einzelfall – nicht möglich, wird eine weitere Abschlagszahlung geleistet.
7. Bei Überzahlungen ist die KVWL zur Verrechnung mit den nächsten Zahlungen verpflichtet.
8. Der Vorstand ist berechtigt, zur vorläufigen Sicherung von zu erwartenden oder festgestellten Ansprüchen aus Rückforderungs-/Wirtschaftlichkeitsprüf- oder Schadensersatzverfahren Honorare des Vertragsarztes in angemessener Höhe einzubehalten. Der Vertragsarzt oder seine Erben können die Einbehaltung durch eine Sicherheitsleistung (Bankbürgschaft etc.) abwenden.
9. Erhalten Vertragsärzte während eines laufenden Quartals aufgrund eines zulassungsrechtlichen Statuswechsels eine neue Betriebsstätten- und/oder Honorarnummer, werden die Vergütungsregelungen mit Quartalsbezug für jeden an eine Honorarnummer gekoppelten Zeitraum (je Status) quartalsanteilig angewandt und ausgewiesen. Im Falle der Änderung der BSNR sind darüber hinaus für jede BSNR getrennte Abrechnungen einzureichen.
10. Bei der Honorarfestsetzung von Leistungen ermächtigter Krankenhausärzte ist § 120 Abs. 1 S. 3 SGB V zu beachten.

§ 12 Inkrafttreten

Die Abrechnungsrichtlinien treten mit Wirkung zum 01.01.2015 in Kraft.