

Honorarabrechnungsordnung

(HAO)

**der Kassenärztlichen Vereinigung
Schleswig-Holstein
(KVSH)**

vom 19. November 2014
mit Änderungen vom 18. November 2015,
17. Juni 2020 und 23. Februar 2024

§ 1 Geltungsbereich

1. Diese Honorarabrechnungsordnung (HAO) gilt für die im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein zugelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Medizinischen Versorgungszentren (MVZs), die ermächtigten Ärztinnen und Ärzte und ermächtigten Einrichtungen, Laborgemeinschaften sowie nach Entscheidung, Maßgabe und Ausgestaltung durch den Vorstand der KVSH für Einrichtungen nach § 105 Abs. 1 und 5 Sozialgesetzbuch V (SGB V). Sie findet auch Anwendung auf die Abrechnung von Notfalleleistungen außerhalb des vertragsärztlichen Notdienstes, die von Nichtvertragsärztinnen und -ärzten oder Krankenhäusern erbracht werden, sowie für die Leistungsabrechnung gemäß der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (AKI-RL), sofern nicht schon in Satz 1 genannt.
2. Die Bestimmungen der HAO finden Anwendung auf die Abrechnung gegenüber gesetzlichen Krankenkassen, soweit nicht vertraglich abweichende Regelungen vereinbart sind. Sie gelten entsprechend für die Abrechnung gegenüber „Sonstigen Kostenträgern“.

§ 2 Grundlagen

1. Die einschlägigen Vorschriften des SGB V, der Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), die maßgeblichen Richtlinien sowie die von der KVSH geschlossenen Sonderverträge einschließlich sich ggf. hieraus ergebender KV-spezifischer Pseudoabrechnungsziffern sind für die Abrechnung verbindlich.
2. Leistungen, die im EBM nicht enthalten sind und auch nicht vertraglich vereinbart wurden, sind nicht abrechnungsfähig.
3.
 - a) Die abgerechneten Leistungen sind jeweils arzt- und leistungsbezogen mit der lebenslangen Arztnummer (LANR) und Betriebsstättennummer (BSNR) bzw. Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR) zu kennzeichnen.
 - b) Notfalleleistungen, die von Nichtvertragsärztinnen und -ärzten oder Krankenhäusern zur Abrechnung eingereicht werden, sind mit der Uhrzeit der Inanspruchnahme zu versehen.
 - c) Im vertragsärztlichen Notdienst erbrachte Leistungen sind über die BSNR der jeweiligen eingerichteten Anlaufpraxis abzurechnen und ebenfalls mit der Uhrzeit der Inanspruchnahme zu versehen.
 - d) Der Vorstand kann darüber hinausgehende Kennzeichnungspflichten festlegen bzw. die Kennzeichnungspflicht abweichend regeln.
4. Über Auslegungsfragen des EBM, der vertraglichen Regelungen und der HAO entscheidet der Vorstand.
5. Abrechnungshinweise erfolgen in Rundschreiben, im „Nordlicht“ oder im Internetauftritt der KVSH.

§ 3 Berechnungsfähigkeit der Leistungen, Vertretungen

1. Berechnungsfähig sind nur die von Vertragsärztinnen und -ärzten und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder die unter Beachtung der Delegationsvoraussetzungen durch nichtärztliches Hilfspersonal ausgeführte Leistungen. Leistungen von Vertreterinnen und Vertretern, genehmigten Assistentinnen und Assistenten und angestellten Ärztinnen und Ärzten dürfen nur berechnet werden, wenn die in der Ärzte-ZV in ihrer jeweils geltenden Fassung genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Vertretungen, auch von angestellten Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind tageweise in der Sammelerklärung nach § 7 Nr. 2 zu dokumentieren sowie gemäß § 17 Abs. 3 BMV-Ä unverzüglich durch Eingabe in ein von der KVSH eingerichtetes Web-Erfassungsportal mitzuteilen. Die Mitteilung besteht in Beachtung des Absprachegebots nach § 17 Abs. 3 Satz 3 BMV-Ä. Das Nähere regelt ggf. der Vorstand.
2. Leistungen, deren Vergütung von der Erfüllung besonderer Voraussetzungen (z. B. Vorliegen einer Genehmigung, Abgabe bestimmter Erklärungen, Ringversuchszertifikate) abhängig sind, sind nur berechnungsfähig, wenn die entsprechenden Voraussetzungen taggleich erfüllt waren oder sind.
3. Nicht berechnungsfähig sind mit Ausnahme von Notfalleleistungen und Leistungen im vertragsärztlichen Notdienst unter anderem:
 - regelmäßige fachfremde Leistungen,
 - Leistungen ermächtigter Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten außerhalb des Ermächtigungsrahmens,
 - Leistungen, mit denen der von der überweisenden Ärztin/vom überweisenden Arzt erteilte Auftrag überschritten wird.

§ 4 Berechnung von Honorarforderungen aus belegärztlicher Tätigkeit

Soweit und solange die Bewertung belegärztlicher Leistungen im EBM und/oder in den Gesamtverträgen geregelt ist, gelten die dortigen Regelungen.

§ 5 Wegegebühren

Für die Wegegeldabrechnung gelten die gesamtvertraglichen Regelungen.

§ 6 Elektronische Gesundheitskarte (eGK) und Behandlungsausweis

1. Honorarforderungen dürfen nur aufgrund einer gültigen eGK und/oder eines von der Krankenkasse oder einem sonstigen Kostenträger ausgestellten Behandlungsausweises geltend gemacht werden. Von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Ersatzverfahren ausgestellte Behandlungsscheine, Überweisungsscheine, Belegarztscheine und Vertreterscheine bzw. Notfallbehandlungsscheine stehen diesem gleich.

2. Leistungen, die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in eigener Praxis in Vertretung anderer Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ausführen (z.B. Urlaub, Krankheit, Schwangerschaft, Fortbildung oder Wehrübung), werden ausschließlich mit Muster 19a (Vertreterschein) abgerechnet.

§ 7 Rechnungslegung

1. Die Abrechnung der vertragsärztlichen Honorarforderungen erfolgt quartalsweise elektronisch unter Beachtung der Vorgaben, der nach § 295 Abs. 4 SGB V durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) erlassenen Richtlinie über die Anwendung von IT-Systemen in der Arztpraxis zum Zwecke der Abrechnung in der jeweils aktuellen Version.
2. Ein Abrechnungs- und Auszahlungsanspruch besteht nur bei der Einhaltung sämtlicher nach Maßgabe dieser Honorarabrechnungsordnung bestimmter Anforderungen der eingereichten Abrechnungsunterlagen. Diese sind jeweils bis zum 15. des ersten Vierteljahresmonats für das zuvor abgelaufene Vierteljahr bei der KVSH einzureichen.
 - a) Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie sämtliche unter § 1 Ziffer 1 genannten zur Abrechnung Berechtigten haben für den Fall, dass nicht die einzelnen Abrechnungsscheine unterschrieben werden, nach § 35 Abs. 2 Satz 3 BMV-Ä eine persönlich zu unterzeichnende Quartalssammelerklärung abzugeben, deren im Benehmen mit den Krankenkassenverbänden festgelegter Inhalt von der KVSH bekannt gegeben wird. Eine Unterschrift kann auch durch eine qualifiziert elektronische Signatur gemäß Signaturgesetz erfolgen. Die Abgabe der Quartalssammelerklärung erfolgt quartalsweise durch das Ausfüllen eines von der KVSH einzurichtenden und bekanntzugebenden Web-Formulars. Dieses ist innerhalb der vorgenannten Frist entweder qualifiziert elektronisch signiert oder persönlich unterzeichnet und mit dem Praxisstempel versehen an die KVSH zu übermitteln.
 - b) Die rechtsgültige anspruchrelevante Einreichung der Abrechnungsunterlagen hat gemäß Nr. 2 durch die Abgabe der Quartalssammelerklärung auf dem Web-Formular nach Nr. 2a zu erfolgen.

Die Sammelerklärung ist persönlich von der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt, der Psychotherapeutin/dem Psychotherapeuten, bei Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) von jeder Praxispartnerin/jedem Praxispartner, bei ermächtigten Einrichtungen und Laborgemeinschaften von der ärztlichen Leiterin/dem ärztlichen Leiter oder in begründeten Ausnahmefällen durch eine zur Unterzeichnung berechtigten Person zu unterzeichnen bzw. gemäß Nr. 2a zu signieren.

Die ärztliche Leiterin/der ärztliche Leiter eines MVZ erklärt in der von ihr/ihm zu unterzeichnenden Quartalssammelerklärung, dass sämtliche angestellte Leistungserbringer/-innen des MVZ ihre zur Abrechnung gebrachten Leistungen persönlich und sachlich-rechnerisch richtig erbracht haben. Die Unterzeichnungspflichtigen bei Einrichtungen nach § 105 Abs. 1 und 5 SGB V bestimmt der Vorstand der KVSH.

- c) Die Abrechnungsdateien müssen die zur Begründung der Honorarforderung erforderlichen Angaben (wie z. B. ICD-10 verschlüsselte Diagnosen, Art der Untersuchung bei bestimmten Laborleistungen, Uhrzeitkennzeichnung) enthalten.

Gemäß den Kodiervorgaben nach § 295 Abs. 4 SGB V und § 57 a BMV-Ä kann in den nachfolgend aufgeführten Konstellationen anstelle des jeweils spezifischen Diagnoseschlüssels nach ICD-10-GM regelhaft im Sinne eines Ersatzwertes der ICD-10-Kode „Z01.7 G Laboruntersuchung“ angegeben werden:

- Für Arztfälle in einer Arztpraxis, in denen in-vitro-diagnostische Untersuchungen der Abschnitte 11.4, 19.3, 19.4, 32.2, 32.3 EBM oder entsprechende Untersuchungen im Abschnitt 1.7 oder 8.5 des EBM ohne unmittelbaren Arzt-Patienten-Kontakt durchgeführt werden, es sei denn, im EBM sind für die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen speziellere Regelungen getroffen.
- Fallunabhängig für Fachärztinnen/Fachärzte für Pathologie, für Neuropathologie, für Laboratoriumsmedizin sowie für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie.

Soweit von diesen Ärztinnen/Ärzten anhand der durchgeführten Diagnostik eine spezifische Diagnose gestellt werden kann, ist diese zu kodieren.

3. Bei ihrer Abrechnung haben Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie sämtliche Abrechnungsberechtigte nach § 1 Ziffer 1 dafür zu sorgen, dass
- a) durch entsprechende organisatorische und technische Maßnahmen eine Erfassung jeder einzelnen Leistung erst nach deren vollständigen Erbringung unter Beachtung des Grundsatzes von Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgt und ausschließlich die durch die KBV zertifizierte Software-Version Anwendung findet,
 - b) diagnose- und symptomorientierte Abrechnungsautomatismen keine Verwendung finden,
 - c) programmierte Abrechnungsregeln, die nur auf die erbrachte Leistung angewendet werden dürfen und einer Überprüfung zugänglich zu machen sind, den jeweils gültigen Bestimmungen des EBM und des HVM entsprechen,
 - d) ein programmiertes unzulässiges Hinzufügen der neben dem Gebührenansatz für die erbrachte Leistung abrechnungsfähigen Gebührennummer oder deren Ersetzung durch eine anders bewertete Gebührennummer nicht stattfindet,
 - e) die Dateien zur Quartalsabrechnung unter Einsatz eines von der KBV herausgegebenen Prüfprogramms (KBV-Prüfmodul) in der jeweils gültigen Version erzeugt werden.
4. Der Vorstand kann ein Verfahren (eAbrechnungsscheck) einrichten, das Vertragsärztinnen und Vertragsärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie weiteren Abrechnungsberechtigten nach § 1 Ziffer 1 vor Einreichung der Abrechnungsdateien die Möglichkeit zu einer Vorabprüfung bis zu dem unter § 7 Nr. 2 genannten Zeitpunkt bietet. Näheres regelt der Vorstand.
5. Korrekturen eingereicherter Abrechnungsdaten sind nur unter folgenden Bedingungen zulässig:

- a) Innerhalb von 10 Tagen nach Ablauf der Frist gemäß Nr. 2 kann schriftlich eine nachträgliche Berichtigung oder Ergänzung der Abrechnungsunterlagen beantragt werden.
Im Übrigen kann auf schriftlichen Antrag unter der Voraussetzung eines unverhältnismäßigen Eingriffs in den Vergütungsanspruch eine nachträgliche Berichtigung oder Ergänzung durchgeführt werden, wenn die eingereichte Abrechnung von vornherein erkennbar objektiv unzutreffend war. Näheres hierzu regelt ggf. der Vorstand.
- b) Infolge eines zu begründenden Abrechnungsirrtums kann die Abrechnung einzelner Gebührenordnungspositionen oder Behandlungsfälle zurückgezogen werden.
Zieht der/die zur Abrechnung Berechtigte die Abrechnung von Gebührenordnungspositionen oder Behandlungsfällen zurück, die er/sie sowohl gegenüber der KV als auch im Rahmen von Sonderverträgen gemäß §§ 63 ff., 73b, 73c oder 140a ff. SGB V gegenüber den Vertragspartnern der Sonderverträge abgerechnet hat, besteht kein Anspruch auf Streichung bzw. Korrektur der entsprechenden Leistungen, sofern die KV an diesen Sonderverträgen nicht beteiligt ist.
6. Fristverlängerungen für die Einreichung können nur ausnahmsweise und nur auf begründeten und schriftlichen Antrag gewährt werden. Anträge auf Fristverlängerung müssen bei der Abrechnungsabteilung bzw. bei der vom Vorstand bestimmten Abrechnungsstelle vor Ablauf der Frist nach Nr. 2 gestellt werden.
7. Werden die Abrechnungsdaten nicht fristgerecht gem. Nr. 2. bzw. nicht innerhalb einer gewährten Fristverlängerung eingereicht, so erfolgt für jeden Tag der Überschreitung des Abgabetermins eine Minderung des Honoraranspruchs um ein Promille. Dabei darf die Minderung 35 % des ermittelten Gesamthonorars nicht übersteigen. Für einen Überschreitungszeitraum von 4 Wochen ist der Kürzungsbetrag zudem auf insgesamt 500,- € begrenzt. Gleiches gilt entsprechend für den Zeitraum, bis zu dem ein Antrag nach Nr. 5.a) eingegangen ist. Die Berechnung der Säumnisgebühren erfolgt zeitgleich mit der Honorarabrechnung und wird auf einer gesonderten Anlage ausgewiesen. Die Säumnisgebühren können ganz oder teilweise erlassen werden, wenn die/der Verantwortliche nachweist, ohne Verschulden die Abrechnung verspätet eingereicht oder eine Fristverlängerung nicht rechtzeitig beantragt zu haben. Seitens der KVSH kann die Durchführung der Abrechnung auf das Folgequartal verschoben werden.
8. Soweit einzelne Behandlungsausweise der Ärztin/dem Arzt, der Psychotherapeutin/dem Psychotherapeuten bzw. den weiteren Abrechnungsberechtigten nach § 1 Ziffer 1 zur Quartalsabrechnung innerhalb der Frist gem. Nr. 2 noch nicht vorliegen, sind sie mit der nächsten Quartalsabrechnung nachzureichen.
9. Der Anspruch auf nachträgliche Abrechnung besteht längstens bis zu einem Jahr nach dem Abgabetermin gemäß Nr. 2. Später eingereichte Honorarforderungen sind verwirkt.

§ 8 Arztübergreifende Leistungserbringung

In Fällen, in denen mehrere Ärztinnen/Ärzte zulässigerweise an einer Behandlungsleistung beteiligt sind, werden Honorarforderungen nicht berücksichtigt, wenn die hierfür im EBM vorgesehenen übereinstimmenden Erklärungen auf Anforderung nicht bis zum Ende des auf den Abrechnungszeitraum folgenden Quartals eingereicht worden sind.

§ 9 Sachlich-rechnerische Honorarprüfung

1. Die vom Vorstand bestimmte Abrechnungsstelle überprüft die Abrechnungsunterlagen der zur Abrechnung nach § 1 Ziffer 1 Berechtigten daraufhin, ob die einschlägigen gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen sowie die Vorschriften dieser Honorarabrechnungsordnung beachtet wurden und stellt die Abrechnungsunterlagen gegebenenfalls richtig. Sachliche oder rechnerische Berichtigungen aufgrund dieser Vorschriften sind den Verantwortlichen entsprechend § 11 Nr. 1 mitzuteilen. Dies gilt auch für beantragte und zulässige Korrekturen gemäß § 7 Nr. 5a. Über Berichtigungen sollen die Berechtigten nach § 1 Ziffer 1 gesondert informiert werden, wenn es sich um ein systematisches Fehlverständnis der Gebührenordnung handelt.
2. Die vorgenannten Mitteilungen erfolgen nicht, wenn nicht die gesamtvertraglich vereinbarte Geringfügigkeitsgrenze erreicht ist.

§ 10 Zahlungen

1. Die Honoraranforderung einer/eines nach § 1 Ziffer 1 Abrechnungsberechtigten entsteht dem Grunde nach mit der Vorlage der Abrechnungsdaten gemäß § 7 bei der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein. Die Forderung besteht in der Höhe, wie sie nach Prüfungen auf Richtigkeit, auf Plausibilität sowie auf Wirtschaftlichkeit und auf Feststellung eines sonstigen Schadens festgestellt wurde. Bis zu diesem Zeitpunkt steht die Honorarabrechnung unter Vorbehalt; Zahlungen der KVSH an die Vertragsärztin/den Vertragsarzt, die Psychotherapeutin/den Psychotherapeuten sowie andere Berechtigte gem. § 1 Ziffer 1 bleiben bis dahin aufrechnungsfähige und ggf. rückzahlungspflichtige Vorschüsse.
2. Auf das zu erwartende Vierteljahreshonorar werden monatliche Vorauszahlungen geleistet; im Übrigen gilt unter dem Vorbehalt abweichender Regelungen durch den Vorstand Folgendes:
 - a) Die Vorauszahlungen betragen in der Regel 1/16 des Gesamthonorars der letzten vier fertiggestellten Vierteljahresabrechnungen.
 - b) Die Verrechnung der monatlichen Vorauszahlungen erfolgt postnumerando, d. h., dass die in einem Monat geleistete Vorauszahlung abrechnungsmäßig für den vorangegangenen Monat verrechnet wird.
 - c) Die Restzahlung erfolgt im vierten Monat nach Ablauf des Abrechnungsvierteljahres unverzüglich nach Abschluss der Abrechnungsarbeiten und Eingang der Zahlungen seitens der Kostenträger.

- d) Für länger als einen Monat dauernde Krankheit können die Vorauszahlungen reduziert oder bis zur Wiederaufnahme der Praxistätigkeit eingestellt werden, wenn die Praxis nicht durch einen eigenen Vertreter fortgeführt wird.
- e) Wird keine Quartalsabrechnung eingereicht, werden unbeschadet der Regelung unter d) die Vorauszahlungen eingestellt bis erneut Abrechnungen eingereicht werden und eventuell eingetretene Überzahlungen ausgeglichen sind.
- f) Die Einstellung der monatlichen Honorarvorauszahlung kann auch erfolgen, wenn eine Honorarüberzahlung aus anderen Gründen eingetreten ist, oder wenn eine Honorarüberzahlung droht.
- g) Für anlaufende und auslaufende Praxen können besondere Regelungen getroffen werden. Bei Eröffnung der Praxis werden die monatlichen Teilzahlungen unter Berücksichtigung des zu erwartenden Praxisumfanges nach pflichtgemäßem Ermessen festgesetzt.

§ 11 Honorarbescheid

1. Der Honorarbescheid wird an Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die weiteren Abrechnungsberechtigten nach § 1 Ziffer 1 entweder per Post übersandt oder – bei Vorliegen einer Einwilligungserklärung - als elektronischer Honorarbescheid im Mitgliederportal zum Abruf bereitgestellt. Das Nähere zum elektronischen Honorarbescheid, insbesondere zur Einwilligung, Benachrichtigung und zum Abruf ergibt sich aus den gesetzlichen Bestimmungen. Das Nähere regelt der Vorstand.

Der Honorarbescheid umfasst zusätzlich folgende Inhalte:

- eine gegliederte Anzahlstatistik der zu Lasten der GKV anerkannten Leistungen,
 - eine detaillierte und mit Erläuterungen versehene Aufgliederung der im Rahmen der sachlich-rechnerischen Korrektur vorgenommenen Ab- und Zusetzungen gegenüber der eingereichten Abrechnung, sofern die Korrekturen die in § 9 Nr. 2 genannte Geringfügigkeitsgrenze überschreiten.
2. Gegen den Honorarbescheid kann innerhalb eines Monats nach Zugang Widerspruch bei der KVSH eingelegt werden. Über den Widerspruch entscheidet der Vorstand der KVSH als Widerspruchsstelle gemäß § 85 Abs. 2 Nr. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG). Das Verfahren vor dem Vorstand gilt als Vorverfahren gem. §§ 77 ff. SGG.
 3. Das Recht der KVSH, nachträgliche Berichtigungen des Honorarbescheides nach den gesetzlichen Vorschriften vorzunehmen, bleibt unberührt.
 4. Zusätzlich zum Honorarbescheid nach § 11 Nr. 1 kann von den Mitgliedern einer Praxis, entsprechend dem auf dem Honorarbescheid angegebenen Praxisstatus gemeinsam eine nach NBSNR, LANR oder Scheinuntergruppe getrennte Honorarmitteilung beantragt werden. Der von sämtlichen Praxismitgliedern zu stellende Antrag hat schriftlich zu erfolgen und ist gültig bis auf Widerruf. Diese getrennte Honorarmitteilung ist kein Bescheid. Für die Honorarermittlung wird getrennt nach NBSNR, LANR oder Scheinuntergruppe je eine Gebühr in Höhe von 65 Euro erhoben und auf dem Honorarkonto der Praxis belastet.