

Änderungen/Ergänzungen der Honorarabrechnungsordnung (HAO) der KVSH durch Beschluss der Abgeordnetenversammlung am 17. Juni 2020

In der HAO werden in der Überschrift zu § 3 ein Komma und das Wort „Vertretungen“ angefügt.

In § 3 Ziff. 1. wird nach dem 3. Satz („Vertretungen, auch von angestellten Ärzten sind (tageweise) in der Quartalssammelerklärung (früher: grüne Erklärung) nach § 7.2 zu dokumentieren sowie gem. § 17 Abs. 3 BMV-Ä unverzüglich durch Eingabe in ein von der KVSH bekanntgegebenes Web-Erfassungsportal mitzuteilen.“) folgender Satz eingefügt:

„Die Mitteilung besteht in Beachtung des Absprachegebots nach § 17 Abs. 3 Satz 3 BMV-Ä aus der Mitteilung des Vertretenen und der Bestätigung des Vertreters bzw. aus korrespondierenden Mitteilungen von Vertretenem und Vertreter.“

Honorarabrechnungsordnung

(HAO)

der KVSH

vom 19. November 2014
mit Änderungen vom 18. November 2015 und
17. Juni 2020

Honorarabrechnungsordnung

der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein

(in der Fassung des Beschlusses der Abgeordnetenversammlung vom
17. Juni 2020)

§ 1 Geltungsbereich

1. Diese Honorarabrechnungsordnung (HAO) gilt für die im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein zugelassenen Vertragsärzte und Psychotherapeuten, Medizinischen Versorgungszentren (MVZs), die ermächtigten Ärzte und ermächtigten Einrichtungen, Laborgemeinschaften sowie nach Entscheidung, Maßgabe und Ausgestaltung durch den Vorstand der KVSH für Einrichtungen nach § 105 Abs. 1 und 5 SGB V. Sie findet auch Anwendung auf die Abrechnung von Notfalleistungen außerhalb des vertragsärztlichen Notdienstes, die von Nichtvertragsärzten oder Krankenhäusern erbracht werden.
2. Die vorstehend genannten Ärzte, Psychotherapeuten, MVZs und Einrichtungen werden im Folgenden als „Vertragsärzte“ bezeichnet.
3. 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), von der KVSH geschlossene Sonderverträge einschließlich sich ggf. hieraus ergebender KV-spezifischer Pseudoabrechnungsziffern sowie die einschlägigen KBV-Richtlinien 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 arzt- und leistungsbezogen mit der lebenslangen Arztnummer (LANR) und Betriebsstättennummer (BSNR) bzw. Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR) zu kennzeichnen.
 - b) Notfalleistungen, die von Nichtvertragsärzten 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 und der HAO entscheidet der Vorstand.
5. Abrechnungshinweise erfolgen in Rundschreiben oder im Nordlicht oder im Internetauftritt der KVSH. Auf eine Veröffentlichung im Internetauftritt ist im Nordlicht oder in Rundschreiben hinzuweisen.

§ 3 Berechnungsfähigkeit der Leistungen, Vertretungen

1. Berechnungsfähig sind nur die vom Vertragsarzt oder von seinem nichtärztlichen Hilfspersonal unter seiner Verantwortung und – soweit gefordert – fachlichen Überwachung ausgeführten Leistungen. Leistungen von Vertretern, genehmigten Assistenten und angestellten Ärzten darf der Arzt nur berechnen, wenn die in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in ihrer jeweils geltenden Fassung genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Vertretungen, auch von angestellten Ärzten sind (tageweise) in der „Quartalssammelerklärung“ (früher: „grüne Erklärung“) nach § 7.2 zu dokumentieren sowie gemäß § 17 Abs. 3 BMV-Ä unverzüglich durch Eingabe in ein von der KVSH bekannt gegebenes Web-Erfassungsportal mitzuteilen. Die Mitteilung besteht in Beachtung des Absprachegebots nach § 17 Abs. 3 Satz 3 BMV-Ä aus der Mitteilung des Vertretenen und der Bestätigung des Vertreters bzw. aus korrespondierenden Mitteilungen von Vertretenem und Vertreter. 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 Notfalleistungen und Leistungen im vertragsärztlichen Notdienst
 - regelmäßige fachfremde Leistungen,
 - Leistungen ermächtigter Ärzte außerhalb des Ermächtigungsrahmens,
 - Leistungen, mit denen der 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 Krankenversichertenkarte und Behandlungsausweis

1. Honorarforderungen dürfen nur aufgrund einer gültigen Krankenversichertenkarte und/oder eines von der Krankenkasse oder einem sonstigen Kostenträger ausgestellten Behandlungsausweises geltend gemacht werden. Von Vertragsärzten im Ersatzverfahren ausgestellte Behandlungsscheine, Überweisungsscheine, Belegarztscheine und Vertreterscheine bzw. Notfallbehandlungsscheine stehen diesem gleich.
2. Leistungen, die ein Vertragsarzt in seiner eigenen Praxis in Vertretung eines anderen Vertragsarztes ausführt (Urlaub, Krankheit, Fortbildung und Wehrübung) werden ausschließlich mit Muster 19a (Vertreterschein) abgerechnet.

§ 7 Rechnungslegung

1. Die Abrechnung der vertragsärztlichen Honorarforderungen erfolgt quartalsweise leitungsgebunden elektronisch unter Beachtung der Vorgaben der nach § 295 Abs. 4 SGB V durch die KBV erlassenen Richtlinie über die Anwendung von IT-Systemen in der Arztpraxis zum Zwecke der Abrechnung in der jeweils im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten aktuellen Version.
2. Der Vertragsarzt hat für den Fall, dass er nicht die einzelnen Abrechnungsscheine unterschreibt, nach § 35 Abs. 2 Satz 3 BMV-Ä eine persönlich zu unterzeichnende Quartalsammelerklärung abzugeben, dessen 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 Erklärung erfolgt quartalsweise durch das Ausfüllen eines von der KVSH einzurichtenden und bekanntzugebenden Web-Formulars. Das ausgefüllte Web-Formular ist innerhalb der Frist nach Ziffer 4. entweder qualifiziert elektronisch signiert oder persönlich unterzeichnet und mit dem Praxisstempel versehen an die KVSH zu übermitteln.
3. Die Quartalsammelerklärung ist persönlich vom Vertragsarzt, bei Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) von jedem Praxispartner, bei ermächtigten Einrichtungen und Laborgemeinschaften vom jeweiligen Leiter zu unterzeichnen bzw. gemäß Ziffer 2. Satz 2 zu signieren. In den für MVZ geltenden Sammelerklärungen gemäß Ziffer 2. hat der ärztliche Leiter in der von ihm zu unterzeichnenden Sammelerklärung zu erklären, dass sämtliche angestellten Leistungserbringer des MVZ ihre zur Abrechnung gebrachten Leistungen persönlich und sachlich-rechnerisch richtig erbracht haben. Den Unterzeichnungspflichtigen bei Einrichtungen nach § 105 Abs. 1 und 5 SGB V bestimmt der Vorstand der KVSH.
4. Die Abrechnungsunterlagen sind einschließlich derjenigen sämtlicher Nebenbetriebsstätten unter Angabe der arzt- und leistungsbezogen gekennzeichneten Gebührenordnungsnummern jeweils bis zum 15. des ersten Vierteljahresmonats für das abgelaufene Vierteljahr bei der KVSH einzureichen. Fristverlängerungen für die Einreichung können nur ausnahmsweise und schriftlich und nur auf begründeten und schriftlichen Antrag gewährt werden; Verlängerungsanträge müssen bei der Abrechnungsabteilung bzw. bei der vom Vorstand bestimmten Abrechnungsstelle vor Ablauf der Frist nach Satz 1 gestellt werden.
5. 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. Für ausschließlich im Auftrag tätige Vertragsärzte nach den Allgemeinen Bestimmungen unter 2.1.5 des EBM kann, wenn an anderer Stelle im EBM nichts anderes bestimmt wird, anstelle der ICD-Codierung, und nur in diesen Fällen, der Ersatzwert "UUU" eingetragen werden. Im Übrigen können zytologisch und histologisch tätige

Ärzte in diesen Fällen ebenfalls anstelle der ICD-Codierung den Ersatzwert „UUU“ angeben. Gleiches gilt für Auftragsleistungen, die ohne Arzt-Patienten-Kontakt von Ärzten erbracht werden.

6. Bei seiner Abrechnung hat der Vertragsarzt 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.
7. Die rechtsgültige anspruchrelevante Einreichung der Abrechnungsunterlagen gemäß Ziffer 4. ist gekennzeichnet durch die Abgabe der Quartalsammelerklärung auf dem Web-Formular nach Ziffer 2. Satz 3 und 4.

Der Vorstand kann ein Verfahren einrichten, das dem Vertragsarzt vor dieser Einreichung die Möglichkeit zu einer Vorabprüfung bietet (eAbrechnungsscheck).
8.
 - a) Innerhalb von 10 Tagen nach Ablauf der Frist gemäß Ziffer 4. kann schriftlich eine nachträgliche Berichtigung oder Ergänzung der Abrechnungsunterlagen beantragt werden. Ziffer 10. findet Anwendung.

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 Arzt die Abrechnung von Gebührenpositionen oder Behandlungsfällen zurück, die er 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.
9. Soweit einzelne Behandlungsausweise dem Arzt zur Quartalsabrechnung innerhalb der Frist gem. Ziffer 4. Satz 1 noch nicht vorliegen, sind sie von ihm mit der nächsten Quartalsabrechnung nachzureichen.

10. Wird die Quartalsabrechnung nicht fristgerecht gem. Ziffer 4. S. 1 bzw. nicht innerhalb einer gewährten Fristverlängerung gemäß Ziffer 4. Satz 2 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 Ziffer 8.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 der Arzt 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.
11. Der Anspruch auf nachträgliche Abrechnung besteht längstens bis zu einem Jahr nach dem dafür maßgeblichen Abgabetermin gemäß Ziffer 4. Satz 1 (zzgl. Fristverlängerung). Später eingereichte Honorarforderungen sind verwirkt.
Für Job-Sharing-Praxen verbleibt es aufgrund der Notwendigkeit zur quartalsweisen Prüfung auf Einhaltung der Punktzahlobergrenzen dabei, dass eine Fristverlängerung (Ziffer 4. Satz 2) nicht möglich ist.

§ 8 Arztübergreifende Leistungserbringung

In Fällen, in denen mehrere 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 des Arztes daraufhin, ob die einschlägigen gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen sowie die Vorschriften dieser Abrechnungsordnung beachtet wurden und stellt die Abrechnungsunterlagen gegebenenfalls richtig. Sachliche oder rechnerische Berichtigungen aufgrund dieser Vorschriften sind dem Arzt entsprechend § 11 Ziffer 1. mitzuteilen. Dies gilt auch für beantragte und zulässige Korrekturen gemäß § 7 Ziffer 8.a). Über Berichtigungen, die aufgrund von Bestimmungen der Gebührenordnung, der Bundesmantelverträge, der Abrechnungsordnung und/oder des HVM erforderlich sind, soll der Vertragsarzt 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 eines Vertragsarztes entsteht dem Grunde nach mit der Vorlage der Abrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein gemäß § 7. Die Forderung besteht in der Höhe, wie sie nach Prüfungen auf Richtigkeit, auf Wirtschaftlichkeit und auf Feststellung eines sonstigen Schadens festgestellt wurde. Bis zu diesem Zeitpunkt steht der Honorarbescheid unter Vorbehalt; Zahlungen der KVSH an den Vertragsarzt 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.
3. Für anlaufende und auslaufende Praxen können besondere Regelungen getroffen werden.
4. Bei Eröffnung der Praxis werden die monatlichen Teilzahlungen unter Berücksichtigung des zu erwartenden Praxisumfanges nach pflichtgemäßem Ermessen festgesetzt.

§ 11 Honorarbescheid

1. Der Honorarbescheid ergeht gegenüber der Praxis bzw. der die Abrechnung einreichenden Stelle (z. B. MVZ, Laborgemeinschaft, Krankenhaus), nicht gegenüber dem einzelnen Arzt. Die Praxis erhält von der KV einen mit einer Rechtsbehelfsbelehrung versehenen Honorarbescheid. Dieser umfasst mindestens 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 Ziffer 2. genannte Geringfügigkeitsgrenze überschreiten.
2. Gegen den Honorarbescheid kann innerhalb eines Monats nach Zugang Widerspruch bei der KV eingelegt werden. Der Widerspruch bedarf der Schriftform und soll eine Begründung enthalten. Über den Widerspruch entscheidet der Vorstand der KV als Widerspruchsstelle gemäß § 85 Abs. 2 Nr. 2 SGG. Das Verfahren vor dem Vorstand gilt als Vorverfahren gem. §§ 77 ff. SGG.
 3. Das Recht der KV, auch mindestens bis zu vier Jahren nach Eintritt der Bindungswirkung des Honorarbescheides (§ 77 Sozialgerichtsgesetz) Berichtigungen vorzunehmen, die sich bei einer nachgehenden Prüfung der Abrechnung auf sachliche, rechnerische und gebührenordnungsmäßige Richtigkeit ergeben, bleibt unberührt.
 4. Zusätzlich zum Honorarbescheid nach § 11 Ziffer 1. kann von den Mitgliedern einer Praxis, entsprechend dem auf dem Bescheid angegebenen Praxisstatus gemeinsam eine nach NBSNR, LANR oder Scheinuntergruppe getrennte Honorarmitteilung beantragt werden. Der von sämtlichen Praxismitgliedern zu unterzeichnende Antrag hat schriftlich zu erfolgen und ist gültig bis auf Widerruf. Der Widerruf ist ebenfalls von sämtlichen Praxismitgliedern zu unterschreiben. Diese getrennte Honorarmitteilung ist kein Bescheid. Einwände gegen die Honorarabrechnung sind nur im Wege eines von allen Praxismitgliedern zu unterschreibenden Widerspruchs gegen den Honorarbescheid der Praxis zulässig. 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.