

## **Abrechnungsbestimmungen der KVB gültig ab 1. April 2005**

geändert durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 17.03.2007,  
geändert durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 25.04.2009,  
geändert durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 14.07.2010,  
geändert durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 02.04.2011,  
geändert durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 26.11.2011,  
geändert durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 23.11.2012,  
geändert durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 05.06.2013,  
geändert durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 21.11.2015,  
geändert durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 10.03.2018  
zuletzt geändert durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 26.11.2022  
gültig ab 01.10.2022 (so anwendbar auf Abrechnungsfälle ab Quartal 4/2022)

Die Vertreterversammlung der KVB erlässt folgende Abrechnungsbestimmungen:

### **§ 1 Geltungsbereich**

- (1) Diese Abrechnungsbestimmungen gelten für alle im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zugelassenen Vertragsärzte<sup>1</sup> und Psychotherapeuten<sup>1</sup>, Medizinischen Versorgungszentren, ermächtigten Ärzte<sup>1</sup> und ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen sowie Eigeneinrichtungen der KVB nach § 105 Absatz 1 Satz 2 SGB V. Diese Abrechnungsbestimmungen sind auch zu beachten, wenn Leistungen gemäß § 15 Absatz 1 Sätze 2 und 3 BMV-Ä abgerechnet werden.
- (2) Diese Abrechnungsbestimmungen finden auch Anwendung auf die Abrechnung von
  - Laborleistungen, deren Teil 3 (§ 25 Absatz 1 BMV-Ä) aus Laborgemeinschaften bezogen und gemäß § 25 Absatz 3 Satz 2 BMV-Ä abgerechnet wurden,
  - Notfall-Leistungen, die von Krankenhäusern oder Ärzten, die nicht zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt sind, erbracht werden,
  - Notfall-Leistungen, die von Krankenhäusern und Ärzten, die allein zu diesem Zweck gemäß § 75 Absatz 1b SGB V an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, erbracht werden, sowie

<sup>1</sup> In den gesamten Abrechnungsbestimmungen gelten alle Bezeichnungen in gleicher Weise für Vertragsärztinnen, Psychotherapeutinnen und ermächtigte Ärztinnen.

- Leistungen von zugelassenen Krankenhäusern (§ 108 SGB V), die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, soweit diese in den Fällen des § 76 Absatz 1a SGB V in Anspruch genommen werden.

(3) Alle vorstehend genannten Ärzte, Therapeuten und Einrichtungen werden im Folgenden als „Vertragsärzte“ bezeichnet.

## **§ 2 Einreichung der Abrechnung**

Die Honorarforderung für die in § 2a genannten abrechnungsfähigen Leistungen ist vom Vertragsarzt kalendervierteljährlich bei der vom Vorstand der KVB bestimmten Stelle geltend zu machen. Die für die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen notwendigen Angaben sind der KVB nach Maßgabe der Richtlinien der KBV für den Einsatz von IT-Systemen in der Arztpraxis zum Zwecke der Abrechnung gemäß § 295 Abs. 4 SGB V in der jeweils geltenden Fassung zu übermitteln. Hierbei sind die Abrechnungen unter Beachtung der dafür geltenden Regelungen (z.B. Beschlüsse des Vorstandes der KVB, vertragliche Regelungen mit den Krankenkassen oder deren Verbänden) einzureichen.

### **§ 2a Abrechnungsfähige Leistungen**

- (1) Abrechnungsfähig sind nur Leistungen, die zur vertragsärztlichen Versorgung gehören und auf der Grundlage der für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Bestimmungen erbracht worden sind (insbes. Bundesmantelvertrag-Ärzte, Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen, Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Verträge auf Bundesebene und Landesebene).
- (2) Leistungen, die von Nicht-Vertragsärzten in Notfällen erbracht wurden, sind in gleicher Weise wie für Vertragsärzte abrechnungsfähig. Ambulante Notfall-Leistungen, die in Krankenhäusern erbracht werden, sind dabei nur durch das jeweilige Krankenhaus abrechnungsfähig.
- (3) Bei der Leistungserbringung und -abrechnung sind die Vertragsärzte an die sich aus der Weiterbildungsordnung ergebenden Fachgebietsgrenzen gebunden. Dies gilt nicht für die Behandlung von Notfällen.
- (4) Leistungen, deren Vergütung von der Erfüllung bestimmter Voraussetzungen (z. B. Vorliegen einer Genehmigung, Abgabe bestimmter Erklärungen) abhängig ist, wer-

den durch die KVB nur honoriert, wenn die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind.

- (5) Vertragsärzte und ärztlich geleitete Einrichtungen, die zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt sind, können nur in dem Umfang der ausgesprochenen Ermächtigung tätig werden und abrechnen.
- (6) Soweit Versicherte aufgrund von Vorschriften des SGB V Zuzahlungen an den Vertragsarzt leisten, sind diese Zuzahlungsbeträge mit dem anerkannten Honorar zu verrechnen.

## **§ 2b Sonderregelung Abrechnung Notärzte**

Der Vorstand wird ermächtigt für die Abrechnung der Notarztleistungen von § 2 und § 2a abweichende Regelungen zu treffen.

## **§ 3 Fristen für die Einreichung der Abrechnung**

- (1) Die Abrechnungen sind unter Beachtung der dafür geltenden Regelungen innerhalb der von der KVB festgesetzten Fristen einzureichen. Eine Fristverlängerung ist vor Fristablauf in begründeten Ausnahmefällen auf Antrag möglich. Der Antrag ist bei der nach § 2 Satz 1 bestimmten Stelle einzureichen.
- (2) Reicht der Vertragsarzt seine Behandlungsfälle ganz oder teilweise später als nach den von der KVB gemäß Absatz 1 Satz 1 festgesetzten Einreichungsfristen zur Abrechnung ein, besteht kein Anspruch auf Bearbeitung im laufenden Quartal.
- (3) Eine nachträgliche Berichtigung oder Ergänzung eines bereits eingereichten Behandlungsfalles ist unbeschadet der Absätze 1 und 2 durch den Vertragsarzt innerhalb eines Monats nach Ablauf der von der KVB zur Einreichung der Abrechnung festgesetzten Frist zulässig. Ausnahmsweise kann die Abrechnung noch nach dem Ende dieser Frist berichtigt oder ergänzt werden, wenn dies
  - innerhalb eines Monats nach Erhalt des Honorarbescheides und der Richtigstellungsmitteilung beantragt wird,
  - die eingereichte Abrechnung objektiv erkennbar unzutreffend ist und
  - die Nichtvergütung der betroffenen Leistungen einen Honorarverlust zur Folge hätte, der einen unverhältnismäßigen Eingriff in den Vergütungsanspruch des Vertragsarztes darstellen würde.

- (4) Die Abrechnung von Behandlungsfällen ist nach Ablauf von neun Monaten, vom Ende des Quartals an gerechnet, in dem die Leistungen erbracht worden sind, ausgeschlossen. Abweichend hiervon ist die Abrechnung von Behandlungsfällen im Notarztdienst mit Ablauf des Quartals ausgeschlossen, das auf das Quartal folgt, in dem die Leistungen erbracht worden sind.

#### **§ 4 Prüfung der Abrechnung**

- (1) Die KVB überprüft die Honorarforderungen der Vertragsärzte - unbeschadet des Nachprüfungsrechts der Krankenkassen - auf rechnerische und sachliche Richtigkeit nach Maßgabe der bestehenden Regelungen. Berichtigungen werden dem Vertragsarzt mitgeteilt.
- (2) Ein Anspruch auf Honorierung besteht nur für die nach §§ 106 bis 106d SGB V geprüften und anerkannten Honorarforderungen. Für Leistungen, die nicht nach den gesetzlichen, vertraglichen sowie satzungsgemäßen Bestimmungen erbracht sind, besteht kein Anspruch auf Vergütung.

#### **§ 4a Honorarbescheid**

Die Arztpraxis (Vertragsarztpraxis oder Vertragspsychotherapeutenpraxis) im Sinne von § 1a Nr. 18 BMV-Ä einschließlich der im Bereich der KVB ermächtigten Ärzte und ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen und Eigeneinrichtungen der KVB sowie die in § 1 Absatz 2 in den Spiegelstrichen 2 bis 4 Genannten erhalten einen rechtsmittelfähigen Honorarbescheid über die für sie durchgeführte Honorarabrechnung. Über Laborleistungen, deren Teil 3 (§ 25 Absatz 1 BMV-Ä) aus Laborgemeinschaften bezogen und die gemäß § 25 Absatz 3 Satz 2 BMV-Ä abgerechnet wurden, erhält die Laborgemeinschaft einen rechtsmittelfähigen Abrechnungsbescheid und einen Nachweis über die vom Vertragsarzt veranlassten Analysekosten.

#### **§ 5 Abschlags- und Restzahlungen**

- (1) Auf das zu erwartende Vierteljahreshonorar werden durch die KVB an die unter § 1 Absatz 1 Genannten sowie an die Notärzte monatliche Abschlagszahlungen geleistet. Die Höhe und die Termine der Abschlagszahlungen richten sich nach den Beschlüssen des Vorstandes der KVB.

- (2) Der nach § 2 Satz 1 bestimmten Stelle sind rechtzeitig alle Umstände mitzuteilen, die die Höhe des zu erwartenden Honorars wesentlich beeinflussen.
- (3) Werden der KVB besondere Umstände (z.B. wesentliche Veränderungen des Honorars des Vertragsarztes) bekannt, kann die KVB die Höhe der Abschlagszahlungen erhöhen, vermindern oder die Abschlagszahlungen einstellen.
- (4) Bei Vertragsärzten, deren Abrechnung nach Ablauf der nach § 3 Absatz 1 festgesetzten Frist bzw. Verlängerungsfrist bei der nach § 2 Satz 1 bestimmten Stelle nicht vorliegt, kann die KVB weitere Zahlungen bis zum Eingang der Abrechnungsunterlagen aussetzen.
- (5) Neu an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärzte melden für die ersten zwei Quartale ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit monatlich die jeweils vorliegende Zahl von Behandlungsausweisen. Die monatlichen Abschlagszahlungen werden nach Maßgabe eines Beschlusses des Vorstandes der KVB auf der Grundlage dieser Meldungen berechnet.
- (6) Die Restzahlung erfolgt unverzüglich nach Eingang der Restzahlungen der Kostenträger.
- (7) Die KVB ist berechtigt, diejenigen Beträge von Zahlungen an den Vertragsarzt abzusetzen, auf die von dritter Seite ein gesetzlicher Anspruch geltend gemacht werden kann, die von dem Vertragsarzt abgetreten oder von Dritten gepfändet worden sind. Ist die Gläubigerstellung bezüglich der Honorarforderung strittig, kann die KVB den strittigen Betrag bis zur rechtskräftigen Klärung zurückbehalten oder hinterlegen.

- (8) Unbeschadet der geleisteten Abschlagszahlungen sowie der Restzahlung wird die Honorarforderung des Vertragsarztes erst fällig, wenn
- a) die in Verträgen geregelten Antragsfristen der Krankenkassen für die Überprüfung der Abrechnung abgelaufen sind und/oder
  - b) evtl. erforderliche Berichtigungs- und Prüfverfahren für die Beteiligten bindend abgeschlossen sind.

Bis dahin sind alle Zahlungen der KVB an die Vertragsärzte jederzeit aufrechnungsfähige und ggf. vom Vertragsarzt zurückzuzahlende Vorschüsse und steht der erteilte Honorarbescheid unter dem Vorbehalt eines vollständigen oder teilweisen Widerrufs und der Neufestsetzung des Honorars.

- (9) Bei Überzahlungen, Rückforderungen und Schadensersatzforderungen kann die KVB den festgestellten Betrag sofort mit Ansprüchen des Vertragsarztes verrechnen oder zum unverzüglichen Ausgleich zurückverlangen.
- (10) Bei Nichtausübung oder Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit sowie bei begründetem Verdacht von Falschabrechnungen setzt die KVB weitere Zahlungen an den Vertragsarzt bzw. dessen Erben ganz oder teilweise solange aus bis festgestellt ist, ob Berichtigungen aus Prüfverfahren nach §§ 106 bis 106d SGB V oder Schadensersatzforderungen nach den vertraglichen Regelungen angemeldet worden sind. Ist dies der Fall, so hat die KVB den rechtswirksamen Abschluss der Prüfverfahren oder eine etwaige Feststellung einer Schadensersatzforderung im Rahmen der vertraglichen Regelungen abzuwarten und nach dem Ergebnis dieser Verfahren die Abrechnung mit dem Vertragsarzt bzw. dessen Erben durchzuführen.

## **§ 6 Beiträge, Gebühren und Nutzungsentgelte**

Von den Zahlungen an den Vertragsarzt werden die Beiträge (Verwaltungskostenanteile / Umlagen) und evtl. anfallende Gebühren sowie Nutzungsentgelte (§ 24 Satzung der KVB) einbehalten.

## **§ 7 Kennzeichnung ärztlicher Leistungen**

Der Vorstand der KVB ist berechtigt, gegebenenfalls zusätzlich zu den im EBM oder in anderen vertraglichen oder gesetzlichen Regelungen enthaltenen Abrechnungsbestimmungen für einzelne Leistungen eine Kennzeichnungspflicht verbindlich für alle oder ein-

zelle Vertragsärzte festzulegen, soweit es für eine ordnungsgemäße Abrechnung erforderlich ist. Die Erfüllung der Kennzeichnungspflicht ist dann Voraussetzung dafür, dass die von der jeweiligen Praxis zur Abrechnung gebrachten Leistungen vergütet werden.

## **§ 8 Verwendung der Arztnummer (LANR), Betriebsstättennummer (BSNR) und Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR)**

- (1) Der Vertragsarzt verwendet bei der Abrechnung die ihm nach den jeweils gültigen Regelungen des Bundesmantelvertrags-Ärzte und der Richtlinien der KBV gemäß § 75 Abs. 7 SGB V von der KVB zugeteilte Arztnummer (LANR) sowie Betriebsstättennummer (BSNR) bzw. Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR). Dabei sind sämtliche vertragsärztlichen Leistungen unter Angabe der Arztnummer (LANR) des Leistungserbringers sowie aufgeschlüsselt nach Betriebsstätten (BSNR) und Nebenbetriebsstätten (NBSNR) zu kennzeichnen.
- (2) Die Analysekosten gemäß dem Anhang zu Kapitel 32.2 des EBM, die durch eine Laborgemeinschaft gegenüber der KVB abgerechnet werden, sind unter Angabe der Arztnummer (LANR) und aufgeschlüsselt nach Betriebsstätten (BSNR) und Nebenbetriebsstätten (NBSNR) des anweisenden Arztes sowie unter Verwendung der Betriebsstättennummer (BSNR) der Laborgemeinschaft zu kennzeichnen.

## **§ 9 Inkrafttreten**

Diese Abrechnungsbestimmungen der KVB treten am 1. April 2005 in Kraft und sind erstmals auf die Abrechnungsfälle des 2. Quartals 2005 anzuwenden.<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Diese Bestimmung betrifft das In-Kraft-Treten der Abrechnungsbestimmungen in der ursprünglichen Fassung vom 1. April 2005 (Beschluss der Vertreterversammlung vom 02.03.2005). Der Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens der späteren Änderungen ergibt sich aus den jeweiligen Änderungsbeschlüssen.