

# Abrechnungsbestimmungen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Stand vom 30. November 2024

Abrechnungsbestimmungen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns vom 02.03.2005 (Bayerischer Staatsanzeiger Nr. 12 vom 24.03.2005) gültig ab 01.04.2005, anwendbar auf Abrechnungsfälle ab Quartal 2/2005

Geändert durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 17.03.2007 (Bayerischer Staatsanzeiger Nr. 12 vom 23.03.2007) gültig ab 01.04.2007, anwendbar auf Abrechnungsfälle ab Quartal 1/2007

Geändert durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 25.04.2009 (Bayerischer Staatsanzeiger Nr. 20 vom 15.05.2009) gültig ab 01.04.2009, anwendbar auf Abrechnungsfälle ab Quartal 2/2009

Geändert durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 14.07.2010 (Bayerischer Staatsanzeiger Nr. 30 vom 30.07.2010) gültig ab 01.07.2010, anwendbar auf Abrechnungsfälle ab Quartal 2/2010

Geändert durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 02.04.2011 (Bayerischer Staatsanzeiger Nr. 17 vom 29.04.2011) gültig ab 01.07.2011, anwendbar auf Abrechnungsfälle ab Quartal 2/2011

Geändert durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 26.11.2011 (Bayerischer Staatsanzeiger Nr. 3 vom 20.01.2012) gültig ab 01.07.2011, anwendbar auf Abrechnungsfälle ab Quartal 3/2012

Geändert durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 23.11.2012 (Bayerischer Staatsanzeiger Nr. 50 vom 14.12.2012) gültig ab 01.01.2013, anwendbar auf Abrechnungsfälle ab Quartal 3/2012

Geändert durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 05.06.2013 (Bayerischer Staatsanzeiger Nr. 24 vom 14.06.2013) gültig ab 01.07.2013

Geändert durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 21.11.2015 (Bayerischer Staatsanzeiger Nr. 48 vom 27.11.2015) gültig ab 01.01.2016

Geändert durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 10.03.2018 (Bayerischer Staatsanzeiger Nr. 11 vom 16.03.2018) gültig ab 01.04.2018, anwendbar auf Abrechnungsfälle ab Quartal 2/2018

Geändert durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 26.11.2022 (Online-Bekanntmachung unter der Internetadresse der KVB vom 02.12.2022 und Bekanntmachungshinweis im Bayerischen Staatsanzeiger Nr. 48 vom 02.12.2022) gültig ab 01.10.2022

Zuletzt geändert durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 22.11.2024 (Online-Bekanntmachung unter der Internetadresse der KVB vom 29.11.2024 und Bekanntmachungshinweis im Bayerischen Staatsanzeiger Nr. 48 vom 29.11.2024) gültig ab 30.11.2024, anwendbar auf Abrechnungsfälle ab Quartal 4/2024

### Inhaltsverzeichnis

§ 1	Geltungsbereich	5
§ 2	Einreichung der Abrechnung	5
§ 2a	Abrechnungsfähige Leistungen	6
§ 2b	Sonderregelung Abrechnung Notärzte	7
§ 3	Fristen für die Einreichung der Abrechnung	7
§ 4	Prüfung der Abrechnung	7
§ 4a	Honorarbescheid	8
§ 5	Abschlags- und Restzahlungen, Verrechnungen und Einbehalte	8
§ 6	Beiträge, Gebühren und Nutzungsentgelte	9
§ 7	Kennzeichnung ärztlicher Leistungen	9
§ 8	Verwendung der Arztnummer (LANR), Betriebsstättennummer (BSNR) und Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR)	10
§ 9	Inkrafttreten	10

#### § 1 Geltungsbereich

- (1) ¹Diese Abrechnungsbestimmungen gelten für alle im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) zugelassenen Ärzte¹, Psychotherapeuten, medizinischen Versorgungszentren (MVZ), ermächtigten Ärzte und ermächtigten Einrichtungen sowie Eigeneinrichtungen nach § 105 Absatz 1c und 5 SGB V. ²Diese Abrechnungsbestimmungen sind auch zu beachten, wenn Leistungen gemäß § 15 Absatz 1 Sätze 2 und 3 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) erbracht und abgerechnet werden.
- (2) Diese Abrechnungsbestimmungen finden auch Anwendung, soweit durch nicht in Absatz 1 genannte Ärzte, Therapeuten oder Einrichtungen Leistungen abgerechnet werden, die der vertragsärztlichen Versorgung zuzurechnen sind.
- (3) Alle vorstehend unter Absatz 1 und 2 genannten Ärzte, Therapeuten und Einrichtungen werden im Folgenden als "Ärzte" bezeichnet, sofern nichts Abweichendes geregelt ist.

#### § 2 Einreichung der Abrechnung

- (1) <sup>1</sup>Die Honorarforderung für die in § 2a genannten abrechnungsfähigen Leistungen ist vom Arzt kalendervierteljährlich bei der vom Vorstand der KVB bestimmten Stelle geltend zu machen. 
  <sup>2</sup>Die für die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen notwendigen Angaben sind der KVB nach Maßgabe der Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (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. <sup>3</sup>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.
- (2) ¹Mit der Abrechnung ist die in § 35 Absatz 2 Satz 3 BMV-Ä vorgesehene Sammelerklärung einzureichen. ²Hierbei sind die dem Arzt für das jeweilige Quartal von der KVB zur Verfügung gestellten Vordrucke zu verwenden. ³Mit der Sammelerklärung bestätigt der Arzt die Vollständigkeit und Richtigkeit der abgerechneten Leistungen.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Gender-Hinweis: Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird in diesen Abrechnungsbestimmungen nur eine Form der Personenbezeichnung verwendet. Hiermit sind auch alle anderen Formen gemeint. Damit soll weder eine Wertung noch eine Diskriminierung mit Bezug zum Geschlecht oder zur persönlichen Identität zum Ausdruck gebracht werden.

- (3) ¹Werden Leistungen durch eine Berufsausübungsgemeinschaft abgerechnet, ist die Unterzeichnung der Sammelerklärung durch alle Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft erforderlich. ²Werden Leistungen durch ein MVZ abgerechnet, ist die Sammelerklärung durch den ärztlichen Leiter und durch den Vertretungsberechtigten des MVZ zu unterschreiben. ³Im Falle einer kooperativen Leitung eines MVZ gemäß § 95 Absatz 1 Satz 4 SGB V ist die Unterschrift der für das MVZ benannten kooperativen Leiter und die Unterschrift des Vertretungsberechtigten des MVZ erforderlich. ⁴Bei ermächtigten Einrichtungen sowie bei Krankenhäusern, die ambulante Notfall-Leistungen erbracht haben, ist die Sammelerklärung vom ärztlichen Leiter der Einrichtung und dem Vertretungsberechtigten der Einrichtung zu unterschreiben. ⁵Im Falle der Weiterführung einer Praxis gemäß § 4 Absatz 3 BMV-Ä ist die Unterschrift des die Praxis weiterführenden Arztes und die Unterschrift des oder der Erben erforderlich.
- (4) Für weitere, nicht bereits durch Absatz 2 und 3 erfasste, Konstellationen ist jeweils die Unterschrift des für die Leistungserbringung Verantwortlichen und des Vertretungsberechtigten erforderlich.

#### § 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. BMV-Ä, Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM), Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Verträge auf Bundesebene und Landesebene).
- <sup>1</sup>Leistungen, die von Nicht-Vertragsärzten in Notfällen erbracht wurden, sind in gleicher Weise wie für Vertragsärzte abrechnungsfähig. <sup>2</sup>Ambulante Notfall-Leistungen, die in Krankenhäusern erbracht werden, sind dabei nur durch das jeweilige Krankenhaus abrechnungsfähig.
- (3) <sup>1</sup>Bei der Leistungserbringung und -abrechnung sind die Ärzte an die sich aus der Weiterbildungsordnung ergebenden Fachgebietsgrenzen gebunden. <sup>2</sup>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, werden durch die KVB nur honoriert, wenn die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind.
- (5) Ärzte, Psychotherapeuten und Einrichtungen, die zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt sind, können nur in dem Umfang der Ermächtigung tätig werden und abrechnen.
- (6) Soweit Versicherte aufgrund von Vorschriften des SGB V Zuzahlungen an den Arzt 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) <sup>1</sup>Die Abrechnungen sind unter Beachtung der dafür geltenden Regelungen innerhalb der von der KVB festgesetzten Fristen einzureichen. <sup>2</sup>Eine Fristverlängerung ist vor Fristablauf in begründeten Ausnahmefällen auf Antrag möglich. <sup>3</sup>Der Antrag ist bei der nach § 2 Absatz 1 Satz 1 bestimmten Stelle einzureichen.
- (2) Reicht der Arzt 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) <sup>1</sup>Eine nachträgliche Berichtigung oder Ergänzung eines bereits eingereichten Behandlungsfalles ist unbeschadet der Absätze 1 und 2 durch den Arzt innerhalb eines Monats nach Ablauf der von der KVB zur Einreichung der Abrechnung festgesetzten Frist zulässig. <sup>2</sup>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 Arztes darstellen würde.
- (4) <sup>1</sup>Die Abrechnung von Behandlungsfällen ist nach Ablauf von neun Monaten, vom Ende des Quartals angerechnet, in dem die Leistungen erbracht worden sind, ausgeschlossen. <sup>2</sup>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) <sup>1</sup>Die KVB überprüft die Honorarforderungen der Ärzte unbeschadet des Nachprüfungsrechts der Krankenkassen auf rechnerische und sachliche Richtigkeit nach Maßgabe der bestehenden Regelungen. <sup>2</sup>Berichtigungen werden dem Arzt mitgeteilt.
- <sup>1</sup>Ein Anspruch auf Honorierung besteht nur für die nach §§ 106 bis 106d SGB V geprüften und anerkannten Honorarforderungen. <sup>2</sup>Für Leistungen, die nicht nach den gesetzlichen, vertraglichen sowie satzungsgemäßen Bestimmungen erbracht sind, besteht kein Anspruch auf Vergütung.

#### § 4a Honorarbescheid

<sup>1</sup>Die Arztpraxis im Sinne von § 1a Nr. 18 BMV-Ä sowie die im Bereich der KVB ermächtigten Ärzte, ermächtigten Einrichtungen, Eigeneinrichtungen und die in § 1 Absatz 2 Genannten erhalten einen rechtsmittelfähigen Honorarbescheid über die für sie durchgeführte Honorarabrechnung. <sup>2</sup>Abweichend hiervon erhält eine Laborgemeinschaft 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, einen rechtsmittelfähigen Abrechnungsbescheid und einen Nachweis über die vom Arzt veranlassten Analysekosten.

#### § 5 Abschlags- und Restzahlungen, Verrechnungen und Einbehalte

- (1) <sup>1</sup>Auf das zu erwartende Vierteljahreshonorar werden durch die KVB an die unter § 1 Absatz 1 Genannten sowie an Krankenhäuser, Laborgemeinschaften und Notärzte monatliche Abschlagszahlungen geleistet. <sup>2</sup>Der Vorstand kann darüber hinaus weitere Ärzte, Therapeuten und Einrichtungen bestimmen, denen Abschlagszahlungen geleistet werden können. <sup>3</sup>Die Höhe und die Termine der Abschlagszahlungen nach Satz 1 und 2 richten sich nach den Beschlüssen des Vorstandes der KVB.
- (2) Der nach § 2 Absatz 1 Satz 1 bestimmten Stelle sind rechtzeitig alle Umstände mitzuteilen, die die Höhe des zu erwartenden Honorars wesentlich beeinflussen können.
- (3) Werden der KVB besondere Umstände (z.B. wesentliche Veränderungen des Honorars des Arztes) bekannt, kann die KVB die Höhe der Abschlagszahlungen erhöhen, vermindern oder die Abschlagszahlungen einstellen.
- (4) Bei Ärzten, deren Abrechnung nach Ablauf der nach § 3 Absatz 1 festgesetzten Frist bzw. Verlängerungsfrist bei der nach § 2 Absatz 1 Satz 1 bestimmten Stelle nicht vorliegt, kann die KVB weitere Zahlungen bis zum Eingang der Abrechnungsunterlagen aussetzen.
- (5) <sup>1</sup>Neu an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte melden für die ersten zwei Quartale ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit monatlich die jeweils vorliegende Zahl von Behandlungsfällen. <sup>2</sup>Abweichend hiervon melden neu an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende psychologische Psychotherapeuten für die ersten zwei Quartale ihrer Tätigkeit monatlich die Häufigkeit der relevanten abzurechnenden Gebührenordnungspositionen. <sup>3</sup>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) ¹Die KVB ist berechtigt, diejenigen Beträge von Zahlungen an den Arzt abzusetzen, auf die von dritter Seite ein gesetzlicher Anspruch geltend gemacht werden kann, die von dem Arzt abgetreten oder von Dritten gepfändet worden sind. ²Ist die Gläubigerstellung bezüglich der Honorarforderung strittig, kann die KVB den strittigen Betrag bis zur rechtskräftigen Klärung zurückbehalten oder hinterlegen.
- (8) <sup>1</sup>Unbeschadet der geleisteten Abschlagszahlungen sowie der Restzahlung wird die Honorarforderung des Arztes 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.

<sup>2</sup>Bis dahin sind alle Zahlungen der KVB an die Ärzte jederzeit aufrechnungsfähige und ggf. vom Arzt zurückzuzahlende Vorschüsse und steht der erteilte Honorarbescheid unter dem Vorbehalt eines vollständigen oder teilweisen Widerrufs und der Neufestsetzung des Honorars.

- (9) ¹Bei Nichtausübung oder Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit sowie bei begründetem Verdacht von Falschabrechnungen setzt die KVB weitere Zahlungen an den Arzt bzw. dessen Rechtsnachfolger ganz oder teilweise so lange aus, bis festgestellt ist, ob Berichtigungen aus Prüfverfahren nach §§ 106 bis 106d SGB V oder Schadensersatzforderungen nach den vertraglichen Regelungen angemeldet worden sind. ²Ist 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 Arzt bzw. dessen Rechtsnachfolger durchzuführen. ³Liegen konkrete Anhaltspunkte vor, dass die Voraussetzungen für die Gewährung einer Förderung der KVB, insbesondere zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung, nicht oder nicht mehr vorliegen, gelten die Sätze 1 und 2 entsprechend.
- (10) Bei Überzahlungen, Rückforderungen und Schadensersatzforderungen kann die KVB den festgestellten Betrag sofort mit Ansprüchen des Arztes verrechnen oder zum unverzüglichen Ausgleich zurückverlangen.

#### § 6 Beiträge, Gebühren und Nutzungsentgelte

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

#### § 7 Kennzeichnung ärztlicher Leistungen

<sup>1</sup>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 einzelne Ärzte festzulegen, soweit es für eine ordnungsgemäße Abrechnung erforderlich ist. <sup>2</sup>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) ¹Der Arzt verwendet bei der Abrechnung die ihm nach den jeweils gültigen Regelungen des BMV-Ä und der Richtlinien der KBV gemäß § 75 Absatz 7 SGB V von der KVB zugeteilte Arztnummer (LANR) sowie Betriebsstättennummer (BSNR) bzw. Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR). ²Dabei 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.