

# **Abrechnungsrichtlinie**

**der**

**Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern**

**in der Beschlussfassung  
der Vertreterversammlung der  
Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern  
vom 21. November 2015**

## § 1

### Anwendungsbereich

1. Die Richtlinie findet Anwendung für die von den zugelassenen und ermächtigten Ärzten/Psychotherapeuten, den ermächtigten Fachwissenschaftlern für Medizin, den zugelassenen Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V, den ermächtigten (ärztlich geleiteten) Einrichtungen, den zugelassenen medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 SGB V abgerechneten Leistungen und Sachkosten, sowie von den Nicht-Vertragsärzten, Nicht-Vertragspsychotherapeuten und Krankenhäusern für die Behandlung von Notfällen gegenüber der KVMV im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung abgerechneten Leistungen und Sachkosten. Für die Vergütung dieser Leistungen und Sachkosten wird der jeweils gültige Honorarverteilungsmaßstab (HVM) angewendet.
2. Die Bestimmungen dieser Richtlinie finden entsprechende Anwendung auf die sonstigen Kostenträger, soweit nicht in den entsprechenden Verträgen abweichende Regelungen vereinbart sind.

## § 2

### Grundlagen

1. Die Voraussetzung für die Berücksichtigung der Leistungen bei der Abrechnung ist der Nachweis des Arztes/Psychotherapeuten über Art und Umfang seiner erbrachten vertragsärztlichen Leistungen. Diesen Leistungsnachweis hat er für jedes Kalendervierteljahr pro Behandlungsfall bei der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) einzureichen. Die Leistungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ärztlich geleiteten Einrichtungen im Sinne von § 311 Abs. 2 SGB V sind als Einzelleistungen nachzuweisen. Soweit sonstige ärztlich geleitete Einrichtungen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, erfolgt der Leistungsnachweis nach den getroffenen vertraglichen Vereinbarungen. Grundlage für die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen und Verteilung der Gesamtvergütung an die Ärzte/Psychotherapeuten ist - sofern nachstehend nicht abweichend geregelt - der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) gemäß § 87 Abs. 1 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.
2. Die KVMV informiert die an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden nach § 1 der Abrechnungsrichtlinie in geeigneter Weise über alle mit der Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen zusammenhängenden Fragen.
3. Über die Auslegung der Regelungen dieser Richtlinie entscheidet der Vorstand der KVMV. Er ist ermächtigt, in dringenden Fällen vorläufige Regelungen zu treffen.

---

### § 3

#### Berechnungsfähige Leistungen

1. Berechnungsfähig sind nur die vom Arzt/Psychotherapeuten selbst oder von seinem nichtärztlichen Hilfspersonal unter seiner Verantwortung und fachlichen Überwachung ausgeführten Verrichtungen. Leistungen von Vertretern, genehmigten Assistenten und angestellten Ärzten/Psychotherapeuten darf der Arzt/Psychotherapeut nur berechnen, wenn die in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in ihrer jeweils gültigen Fassung genannten Voraussetzungen erfüllt sind (Krankheit, Urlaub, Fortbildung, Wehrübung, von der KVMV genehmigte Vertretung oder Assistenz sowie vom Zulassungsausschuss genehmigter angestellter Arzt/Psychotherapeut).
2. Ziffer 1 gilt ebenfalls für ermächtigte Ärzte/Psychotherapeuten im Hinblick darauf, dass die Ermächtigung an die Person des Arztes/Psychotherapeuten gebunden ist und, abgesehen von den Fällen der Ziffer 1 Satz 2, nicht auf andere Ärzte/Psychotherapeuten (z. B. Oberärzte, Assistenzärzte des Krankenhauses) übertragbar ist. Des Weiteren ist jeder in zugelassenen Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V, den ermächtigten (ärztlich geleiteten) Einrichtungen und den zugelassenen medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 SGB V Tätige verpflichtet, sich in seiner vertragsärztlichen Tätigkeit auf sein Fachgebiet zu beschränken.
3. Leistungen, deren Vergütung von der Erfüllung bestimmter Voraussetzungen (z. B. Vorliegen einer Genehmigung, Abgabe bestimmter Erklärungen, Ringversuchszertifikate, Qualitätssicherungsmaßnahmen) abhängig sind, werden durch die KVMV nur honoriert, wenn die jeweilige Person die spezifischen Voraussetzungen gegenüber der KVMV nachgewiesen hat. Die gegenseitige Vertretung ist nur unter Beachtung des Vorstehenden möglich.
4. Die Ausführungen von Elektro-Encephalogrammen und deren Honorierung ist auf die Ärzte für Neurologie und Psychiatrie, die Fachärzte für Nervenheilkunde, Ärzte für Neurochirurgie, die Ärzte für Neurologie, die Fachärzte für Kinder und Jugendpsychiatrie, die Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und die Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie beschränkt. Ärzte für Kinderheilkunde können Elektro-Encephalogramme ausführen und berechnen, wenn sie die dafür erforderliche Qualifikation nachweisen.
5. Chirotherapeutische Leistungen nach den Nrn. 30200 und 30201 EBM dürfen nur von Ärzten abgerechnet werden, die berechtigt sind, die Zusatzbezeichnung "Chirotherapie" zu führen, einen entsprechenden Nachweis bei der KVMV vorgelegt haben sowie voll umfänglich für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen sind, es sei denn, diese Leistungen sind ausdrücklich Bestandteil der Sonderbedarfszulassung bzw. Ermächtigung.

- 
6. Mutterschaftsvorsorgeleistungen dürfen nur Ärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe berechnen sowie Allgemeinärzte bzw. Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung (ÄoG). Die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen im Rahmen der Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (§ 196 RVO) erfolgt nach Maßgabe der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in ihrer jeweils gültigen Fassung.
- 7.a) Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Frauen dürfen Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Fachärzte für Chirurgie durchführen. Die Leistung nach Nr. 01730 ist von Vertragsärzten im hausärztlichen Versorgungsbereich berechnungsfähig, wenn sie eine mindestens einjährige Weiterbildung im Gebiet der Frauenheilkunde und Geburtshilfe nachweisen können oder wenn entsprechende Leistungen bereits vor dem 31.12.2002 durchgeführt und abgerechnet wurden.
- b) Maßnahmen zur Früherkennung bei Männern dürfen Ärzte für Chirurgie, Urologie, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Allgemeinärzte bzw. Prakt. Ärzte und ÄoG durchführen.
- c) Maßnahmen zur Früherkennung von Hautkrebserkrankungen dürfen ab 1.7.2008 hausärztlich tätige Fachärzte für Allgemeinmedizin, Internisten, Praktische Ärzte, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung und Fachärzte für Haut und Geschlechtskrankheiten durchführen.
- d) Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten dürfen Ärzte für Innere Medizin, Allgemeinärzte bzw. Prakt. Ärzte und ÄoG durchführen.
- e) Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern können Ärzte für Kinderheilkunde, Allgemeinärzte bzw. praktische Ärzte und ÄoG durchführen. Ärzte für Orthopädie und Ärzte für Neurologie und Psychiatrie nur dann, wenn sie die Voraussetzungen für die Durchführung des gesamten Untersuchungsprogramms nach den Richtlinien gemäß Buchstabe e) nachweisen.
- f) Schutzimpfungen (mit Ausnahme der Gelbfieberimpfung) bei Personen ab Beginn des 10. Lebensjahres dürfen alle Ärzte durchführen. Kinderärzte, Kinderchirurgen, Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte sowie Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst können Schutzimpfungen in allen Altersgruppen vornehmen. Im Verletzungsfall dürfen Tetanus-/Diphtherie-, Pertussis-Schutzimpfungen sowie die postexpositionelle Tollwutimmunprophylaxe in allen Altersgruppen von allen Ärzten durchgeführt werden. Voraussetzung zur Abrechnung der Schutzimpfungen ist ein gültiges Impfzertifikat, dass mit einem von einer Ärztekammer anerkannten Grundkurs bzw. Refresherkurs „Impfen“ erworben wird und eine Gültigkeit von fünf Jahren besitzt.

- g) Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in ihrer jeweils gültigen Fassung sind für alle an der Durchführung der Früherkennungsmaßnahmen beteiligten Ärzte verbindlich.
8. Leistungen im Rahmen Sonstiger Hilfen (ärztliche Maßnahmen zur Empfängnisregelung, zur Sterilisation und zum Schwangerschaftsabbruch) dürfen diejenigen Ärzte abrechnen, die die vorgesehenen Leistungen aufgrund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen erbringen können, nach der ärztlichen Berufsordnung dazu berechtigt sind und über die erforderlichen Einrichtungen verfügen. Die Leistungen nach den Nrn. 01821, 01822 und 01828 sind von Vertragsärzten im hausärztlichen Versorgungsbereich berechnungsfähig, wenn sie eine mindestens einjährige Weiterbildung im Gebiet der Frauenheilkunde und Geburtshilfe nachweisen können oder wenn entsprechende Leistungen bereits vor dem 31.12.2002 durchgeführt und abgerechnet wurden.  
Die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über Sonstige Hilfen in ihrer jeweils gültigen Fassung sind für die an der Durchführung dieser Maßnahmen beteiligten Ärzte verbindlich.
9. Arzneimittel, Verbandmittel, Materialien, Instrumente, Gegenstände und Stoffe, die nach der Anwendung verbraucht sind oder die der Kranke zur weiteren Verwendung erhält, sowie Einmalinfusionsbestecke, Einmalinfusionskatheter, Einmalinfusionsnadeln und Einmalbiopsienadeln, deren Kosten gemäß Punkt 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM nicht in den berechnungsfähigen Leistungen enthalten sind, müssen als Sprechstundenbedarf angefordert werden, wenn sie in der Sprechstundenbedarfsvereinbarung aufgeführt sind. In allen anderen Fällen erfolgt die Verordnung auf den Namen des Versicherten.
10. Die Leistungen der CT-gesteuerten schmerztherapeutischen Intervention bei akutem oder chronischem Schmerz nach der GOP 34504 können in der Fachgruppe der Neurochirurgen entsprechend den Kautelen des EBM oder einer spezifischen ärztekammerseitigen Anerkennung der Qualifikation erbracht werden. Für letztgenannte Gruppe wird die Selbstzuweisung auf 25 % der Gesamthäufigkeit der GOP beschränkt, da die Leistungserbringung kammerseitig auf den Einzelfall begrenzt ist.

#### § 4

##### **Nichtberechnungsfähige Leistungen**

1. Verrichtungen, für die ein Leistungsanspruch an die gesetzliche Krankenversicherung nicht besteht (BMV-Ä, BMV-ÄE), sind nicht berechnungsfähig. Hierzu zählen insbesondere
- a) Reihen- und Einstellungsuntersuchungen in Betrieben sowie Untersuchungen und Behandlungen aus betriebsärztlicher Tätigkeit sowie sportärztlicher Tätigkeit,

- b) Schutzimpfungen, für die mit den Krankenkassen keine Honorarvereinbarung getroffen ist,
  - c) badeärztliche Behandlung,
  - d) Atteste und Untersuchungen zum Zwecke der Einleitung eines Heil- oder Rentenverfahrens für alle Kostenträger, außer, wenn die Krankenkassen selbst die Kostenträger sind,
  - e) Untersuchungen und Zeugnisse im Privatinteresse des Versicherten,
  - f) Bescheinigungen für Arbeitgeber und Behörden,
  - g) Leistungen im Auftrage des Medizinischen Dienstes sowie der Berufsgenossenschaften und anderer Einrichtungen, sofern nicht vertragliche Regelungen entgegenstehen,
  - h) Leistungen im Auftrage der Geschlechtskrankenfürsorge und Tuberkulose.
2. Nicht abrechnungsfähig sind außerdem - mit Ausnahme von Erste-Hilfe-Leistungen in dringenden Fällen -
- a) fachfremde Leistungen,
  - b) Leistungen ermächtigter Ärzte/Psychotherapeuten und Einrichtungen außerhalb des Ermächtigungsrahmens,
  - c) Leistungen, mit denen der vom überweisenden Arzt/Psychotherapeuten erteilte Auftrag überschritten wird.

## § 5

### **Berechnung von Honorarforderungen aus belegärztlicher Tätigkeit**

1. Belegärztliche Behandlung in Krankenhäusern und Privatkliniken ist nur insoweit berechnungsfähig, wie sie nicht durch den Pflegesatz an das Krankenhaus bzw. die Privatklinik vergütet wird.
2. Die belegärztliche Tätigkeit hat die Anerkennung als Belegarzt zur Voraussetzung. Das Anerkennungsverfahren als Belegarzt richtet sich nach den Bundesmantelverträgen in ihrer jeweils gültigen Fassung.
3. Die Abrechnung und Vergütung belegärztlicher Leistungen richtet sich nach den Bundesmantelverträgen und den auf der Grundlage dieser Bestimmungen geschlossenen vertraglichen Vereinbarungen in ihrer jeweils gültigen Fassung.
4. Für den Leistungsnachweis gilt § 2 Ziffer 1 dieser Richtlinie entsprechend.

## § 6

### Behandlungsausweis

1. Leistungen und Sachkosten dürfen nur aufgrund eines nach Vorlage einer gültigen Krankenversichertenkarte ausgestellten Behandlungsausweises geltend gemacht werden. Von Vertragsärzten ausgestellte Konsiliarberichte\*, Überweisungsscheine, Belegarztscheine und Vertreterscheine bzw. Notfallbehandlungsscheine stehen diesen gleich.

\*(Bericht gem. § 28 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 92 Abs. 6 a SGB V in der Fassung des Artikels 2 des PsychThG)

2. Verrichtungen, die ein Arzt/Psychotherapeut in seiner eigenen Praxis in Vertretung eines anderen Arztes/Psychotherapeuten ausführt (Notfallbereitschaftsdienst, Urlaub, Krankheit, Fortbildung und Wehrübung) werden ausschließlich mit dem besonderen Vertreterschein abgerechnet. Der Vertreterschein wird von dem vertretenden Arzt/Psychotherapeuten ausgestellt und abgerechnet.

## § 7

### Rechnungslegung

1. Die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen und Sachkosten erfolgt quartalsweise.
2. Die Leistungen und Sachkosten sind durch Angabe der Gebührenordnungsnummern auf dem Abrechnungsschein, dem Datenträger beziehungsweise als Onlineabrechnung nach den ADT-Bestimmungen der KVMV geltend zu machen und unter Verwendung der vorgesehenen Rechnungseinganglisten jeweils bis zum 10. des ersten Vierteljahresmonats für das abgelaufene Vierteljahr bei der Abrechnungsstelle einzureichen. Die Abrechnungsausweise beziehungsweise die Datenträger nach Satz 1 müssen die zur Begründung der Leistungen und Sachkosten erforderlichen Angaben (Diagnosen, Art der Untersuchung bei bestimmten Laborleistungen) enthalten.
3. Der Arzt/Psychotherapeut, bei medizinischen Versorgungszentren der Vertretungsbefugte, ist verpflichtet, der KVMV für jedes Abrechnungsvierteljahr schriftlich zu erklären, dass die Abrechnung den Anforderungen des § 3 dieser Richtlinie entspricht und sachlich richtig ist sowie zu bestätigen, dass die interne und gegebenenfalls externe Qualitätssicherung bei Laborleistungen durchgeführt wurde. Für versorgungsbereichs- und/oder fachgruppenübergreifende Gemeinschaftspraxen, medizinische Versorgungszentren und Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V ist durch Kennzeichnung aller Leistungen auf dem

- 
- Kranken- und/oder Überweisungsschein eindeutig hervorzuheben, welche Person die abgerechneten Leistungen bei welcher Diagnose jeweils erbracht hat. Die Kennzeichnung ist dabei sowohl bei manueller als auch bei der Abrechnung mit EDV hinter jeder Leistung zu dokumentieren.
4. Bei der KVMV abgelieferte Abrechnungsunterlagen können weder korrigiert noch zurückgefordert werden, es sei denn, es wird auf die Abrechnung einzelner Gebührenpositionen oder Behandlungsfälle aufgrund irrtümlicher Liquidation verzichtet.
  5. Werden Nachweise über die Auswertung der Honorarforderung für einzelne Behandlungsfälle gewünscht, so kann die KVMV dazu besondere Auflagen für die Rechnungslegung erteilen.
  6. Werden die Abrechnungsunterlagen ganz oder teilweise nicht fristgerecht abgeliefert, hat dies die Sperrung der monatlichen Abschlagszahlung zur Folge. Für jeden Tag der Überschreitung des Einreichtermins erfolgt zur Deckung des vermehrten Verwaltungsaufwandes eine Einbehaltung von 1 Promille des Umsatzes. Diese Einbehaltung entfällt, wenn auf begründeten Antrag Fristverlängerung erteilt wurde.  
Verspätet eingereichte Abrechnungen werden im Folgequartal bei der Abrechnung berücksichtigt.
  7. Die Leistungen und Sachkosten eingereicherter Abrechnungen, hierzu zählen auch einzelne Behandlungsfälle aus Vorquartalen werden zu den Bedingungen des zur Abrechnung anstehenden Quartals abgerechnet und vergütet. Separat eingereichte Vorquartalsabrechnungen werden zu den Bedingungen des jeweiligen Vorquartals abgerechnet und vergütet. Abrechnungsunterlagen werden längstens bis zu einem Jahr nach dem dafür maßgeblichen Einreichtermin entgegengenommen. Später geltend gemachte Leistungen und Sachkosten sind verwirkt. Verspätet eingereichte Abrechnungen werden im Folgequartal bei der Abrechnung berücksichtigt. In besonders gelagerten Härtefällen kann der Vorstand der KVMV eine Ausnahmeregelung zugestehen.
  8. Da die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte bzw. Psychotherapeuten, Institute und Krankenhäuser die Notfalleleistungen der Gebührenordnungspositionen 01210 bis 01219 nur berechnen dürfen, wenn die Erkrankung des Patienten auf Grund ihrer Beschaffenheit einer sofortigen Maßnahme bedarf und die Versorgung durch einen Vertragsarzt entsprechend § 76 SGB V nicht möglich und/oder auf Grund der Umstände nicht vertretbar ist, ist zur Begründung der abgerechneten Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01210, 01214, 01216 und 01218 durch diese Leistungserbringer zusätzlich zu den Regelungen in § 7 die Uhrzeit der Leistungserbringung anzugeben.

## § 8

### Honorarprüfung

1. Die KVMV überprüft die Abrechnungsunterlagen der an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden (§ 1) daraufhin, ob die einschlägigen gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen sowie die Vorschriften dieser Richtlinie und des HVM in ihren jeweils gültigen Fassungen beachtet wurden und stellt die Abrechnungsunterlagen gegebenenfalls richtig. Sachliche und rechnerische Berichtigungen aufgrund dieser Vorschriften sind den Beteiligten nach § 1 dieser Richtlinie bekannt zu geben.  
Über Berichtigungen, die aufgrund zwingender Bestimmungen der Gebührenordnung, der Bundesmantelverträge, dieser Richtlinie und des HVM erforderlich sind, sollen die an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden (§ 1) informiert werden, wenn es sich um grundsätzliche Fehlanwendungen der Gebührenordnung handelt. Über Widersprüche gegen sachliche oder rechnerische Berichtigungen entscheidet der Vorstand der KVMV.
2. Die nach rechnerischer und gebührenordnungsgemäßer Berichtigung gestellten Honoraranforderungen der an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden (§ 1) sind gemäß § 106 in Verbindung mit § 296 und § 297 SGB V von den Prüfungsgremien nach Maßgabe der einschlägigen Vorschriften der Bundesmantelverträge, des Gesamtvertrages einschließlich Prüfvereinbarung sowie der Satzung der KVMV unter Berücksichtigung der Gesamttätigkeit der an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden (§ 1) und aller anzuerkennenden Praxisbesonderheiten auf die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Behandlungsweise zu überprüfen. Soweit Unwirtschaftlichkeit festgestellt wird, können Honorarkürzungen auch in Form prozentualer Abstriche an der Honorarforderung für einzelne oder sämtliche Leistungen oder Leistungsgruppen der an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden (§ 1) vorgenommen werden. Honorarberichtigungen, auch solche im Sinne von § 83 Abs. 2 SGB V, bleiben hiervon unberührt.
3. Honorarkürzungen aus einem Abrechnungsquartal können auch nachträglich mit den von den an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden (§ 1) in späteren Abrechnungsquartalen erworbenen Honoraransprüchen in einem angemessenen Zeitraum verrechnet werden.

## § 9

### Ausnahmeregelung

1. Da die Auswirkungen dieser Richtlinie, der EBM-Regelungen und der Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und der KBV nicht in allen Einzelheiten vorhersehbar sind, wird der Vorstand der KVMV beauftragt, gegebenenfalls angemessene Korrekturmaßnahmen zu

beschließen, um ungerechtfertigte Auswirkungen zu verhindern oder abzuschwächen, soweit es sich nicht um von den Ärzten/Psychotherapeuten zu vertretende Fehlanwendungen des EBM handelt. Über die Maßnahmen entscheidet der Vorstand der KVMV; er unterrichtet anschließend die Vertreterversammlung hierüber.

2. Die Zuständigkeit des Vorstandes der KVMV schließt auch den Regelungsbedarf mit ein, der sich aus den Besonderheiten der Zusammensetzung von Gemeinschaftspraxen sowie aus dem Statuswechsel von Ärzten im Zusammenhang mit der Abrechnung ergeben kann.

## **§ 10**

### **Zahlungen**

1. Die Honorarforderung eines zugelassenen Arztes/Psychotherapeuten entsteht mit der Vorlage der Abrechnung bei der KVMV gemäß § 7 dieser Richtlinie.
2. Auf das zu erwartende Vierteljahreshonorar werden zugelassenen Ärzten/Psychotherapeuten aufrechnungsfähige und gegebenenfalls rückzahlungspflichtige monatliche Vorauszahlungen (Abschlagszahlungen) geleistet. Sie betragen grundsätzlich 25 Prozent des Durchschnitts der letzten vier Quartalsabrechnungen.
3. Für ein medizinisches Versorgungszentrum (MVZ), das in der Organisationsform einer juristischen Person des Privatrechts betrieben wird, werden Abschlagszahlungen nach Ziffer 2 geleistet, wenn deren Gesellschafter ausschließlich natürliche Personen sind und diese zur Sicherung von Forderungen der Krankenkassen und der KVMV selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen abgegeben haben. Sind bei einem MVZ, das in der Organisationsform einer juristischen Person des Privatrechts betrieben wird, die Gesellschafter nicht ausschließlich natürliche Personen, leistet die KVMV Abschlagszahlungen, wenn das MVZ zur Sicherung von Forderungen der KVMV und der Krankenkassen aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit eine selbstschuldnerische Bürgschaft einer Bank, die im Gebiet der Europäischen Union ansässig ist, in Höhe von fünf Abschlagszahlungen beigebracht hat. Für die Berechnung der Höhe einer Abschlagszahlung gilt Ziffer 2 entsprechend. Die Abschlagszahlung ist dabei maximal auf die Höhe des monatlichen Abschlages, der der bestehenden Bankbürgschaft zu Grunde liegt, zu begrenzen. Eine Überprüfung der erforderlichen Höhe bzw. Anpassung der Bankbürgschaft erfolgt nach Abschluss der Abrechnung eines jeden Quartals. Über die Modalitäten der Anpassung der Bürgschaftshöhe entscheidet der Vorstand der KVMV.
4. Die für das jeweilige Quartal geleisteten Abschlagszahlungen sind mit dem für dieses Quartal festgestellten Honoraranspruch zu verrechnen. Überzahlungen können sofort zurückgefordert oder in den Folgequartalen verrechnet werden.

5. 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.
6. Für anlaufende und auslaufende Praxen können besondere Regelungen getroffen werden.
7. Bei Eröffnung der Praxis setzt die KVMV die monatlichen Teilzahlungen unter Berücksichtigung des zu erwartenden Praxisumfanges nach ihrem Ermessen fest.
8. Die Restzahlung erfolgt im vierten Monat nach Ablauf des Abrechnungsvierteljahres unverzüglich nach Abschluss der Abrechnungsarbeiten und Eingang der Zahlungen seitens der Kostenträger.
9. Von den Zahlungen an die an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden (§ 1) werden die von der Vertreterversammlung beschlossenen Verwaltungskosten (vom Hundert-Satz oder Festsatz oder Kombination aus beidem) in Abzug gebracht.
10. Bei Beendigung der ärztlichen/psychotherapeutischen Tätigkeit ist festzustellen, ob bei den Prüfungseinrichtungen und/oder Sozialgerichten noch Verfahren anhängig sind, aus denen sich Rückforderungen der KVMV oder Erstattungsansprüche der Krankenkassen ergeben können. Ist dies der Fall, so kann die Auszahlung weiterer Honorare in Höhe der geltend gemachten Gegenforderungen bis zum rechtskräftigen Abschluss der anhängigen Verfahren ausgesetzt oder von einer Sicherheitsleistung abhängig gemacht werden.
11. Bei Ärzten/Psychotherapeuten, über deren Vermögen ein (vorläufiges) Insolvenzverfahren eröffnet worden ist, kann die Restzahlung ausgesetzt werden, bis die jeweilige Honorarabrechnung abschließend hinsichtlich ihrer sachlich-rechnerischen Richtigkeit und hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Behandlungsweise überprüft worden ist. Anstelle der Aussetzung der Restzahlung ist auch eine Abschlagszahlung im Hinblick auf die zu erwartende Restzahlung möglich.

## **§ 11**

### **Abrechnungsbescheid**

1. Der Arzt/Psychotherapeut erhält von der KVMV einen Abrechnungsbescheid mit Rechtsbehelfsbelehrung über die für ihn durchgeführte Honorarabrechnung.
2. Gegen den Abrechnungsbescheid kann innerhalb eines Monats nach Zugang Widerspruch bei der KVMV eingelegt werden. Der Widerspruch ist schriftlich oder zur Niederschrift mit Angabe von Gründen beim Vorstand der KVMV

einulegen. Über den Widerspruch entscheidet der Vorstand der KVMV. Das Verfahren vor dem Vorstand der KVMV gilt als Vorverfahren gemäß §§ 77 ff. SGG.

3. Da die Auswirkungen des HVM auf Grundlage des EBM nicht in Gänze absehbar sind, werden die Honorarbescheide ggf. unter den Vorbehalt einer nachträglichen Aufhebung gestellt.
4. Im Übrigen bleibt das Recht der KVMV, auch nach Eintritt der Bindungswirkung des Abrechnungsbescheides (§ 77 SGG) Berichtigungen vorzunehmen, die sich bei der Prüfung der Abrechnung durch die Krankenkasse auf sachliche, rechnerische und gebührenordnungsmäßige Richtigkeit ergeben, unberührt.

## **§ 12**

### **Inkrafttreten**

Die Abrechnungsrichtlinie tritt für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung der KVMV mit Bekanntmachung nach § 20 der Satzung der KVMV in Kraft.

Schwerin, den 21. November 2015

Dipl.-Med. Torsten Lange  
Vorsitzender der Vertreterversammlung  
der KVMV

