



Kassenärztliche  
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

**Richtlinie**  
**der Kassenärztlichen Bundesvereinigung**  
**zur Durchführung des**  
**bundeseinheitlichen Zahlungsausgleichsverfahrens**  
**(Fremdkassenzahlungsausgleich)**  
**mit den Kassenärztlichen Vereinigungen**

**Gültig ab 2/2005**

Version 1.01

Datum 20.03.2006

Stand: 1. April 2005 (letzte Änderungen durch Beschluss des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 20. März 2006, in Kraft getreten am 1. April 2005).

## INHALTSVERZEICHNIS

<b>1</b>	<b><u>FESTLEGUNGEN ZUR DURCHFÜHRUNG DES FKZ</u></b>	<b>6</b>
1.1	Zuständigkeit der Kostenträgerabrechnung .....	6
1.1.1	Bereichseigene Krankenkassen .....	6
1.1.2	Zuständigkeit für Versicherte mit Wohnort außerhalb des Bundesgebietes .....	7
1.1.3	Vertragsärzte .....	7
1.2	Behandlung von Fällen bereichsfremder Krankenkassen.....	7
1.3	Im FKZ-Verfahren berechnungsfähige Leistungen .....	7
1.3.1	Leistungen des EBM .....	7
1.3.2	Modifikation von Leistungen des EBM .....	7
1.3.3	Leistungen regionaler Vereinbarungen der zahlungsfordernden KV .....	8
1.3.4	Leistungen bei Anerkennung der zahlungspflichtigen KV .....	8
1.3.5	Definition des Leistungsbedarfs .....	8
1.4	Gesetzlich vorgeschriebenen Abschläge .....	8
1.5	Verrechnungsbeträge / durchlaufende Posten .....	9
1.6	Zuzahlungsbeträge .....	9
1.7	Nachgereichte Abrechnungen .....	9
1.8	Nachtragsfälle aus den Quartalen bis einschließlich 1/2005.....	10
<b>2</b>	<b><u>ERMITTLUNG DER HÖHE DER VERGÜTUNGSBETRÄGE</u></b>	<b>11</b>
2.1	Vergütung der Leistungen nach 1.3.1 und 1.3.2 .....	11
2.1.1	Vergütung des in EUR bewerteten Leistungsbedarfs .....	11
2.1.2	Vergütung des in Punktzahlen bewerteten Leistungsbedarfs .....	11
2.1.2.1	<i>Grundsatz</i> .....	11
2.1.2.2	<i>Ermittlung des zur Vergütung heranzuziehenden FKZ-Punktwertes</i> .....	11
2.2	Vergütung der Leistungen nach 1.3.3 und 1.3.4 .....	12
2.2.1	Zahlungsforderungen für in Punktzahlen bewerteten Leistungsbedarf.....	13
2.2.2	Zahlungsforderungen für in EUR bewerteten Leistungsbedarf .....	13
2.3	Vergütung für Vorgangspositionen nach 1.5, 1.6 und 1.8 .....	13
<b>3</b>	<b><u>DATENÜBERMITTLUNG</u></b>	<b>14</b>
3.1	Datenübermittlung – KVen an KBV .....	14
3.2	Datenclearing der Fremdfälle – KBV an KVen.....	14
3.3	Datenübermittlung der Zahlungsbeträge – KVen an KBV .....	14

3.4	Clearingverfahren.....	14
<b>4</b>	<b><u>ÜBERSCHREITUNG DER DATENLIEFERUNGSTERMINE</u></b>	<b>16</b>
<b>5</b>	<b><u>BERICHTIGUNGSVERFAHREN</u></b>	<b>17</b>
5.1	Nachträgliche Berichtigungen .....	17
5.2	Nachträgliche Verrechnungen .....	17
<b>6</b>	<b><u>VERPFLICHTUNG ZU ABSCHLAGSZAHLUNGEN</u></b>	<b>18</b>
<b>7</b>	<b><u>INKRAFTTRETEN DER RICHTLINIE</u></b>	<b>19</b>

Der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat gemäß § 75 Abs. 7 Nr. 2 SGB V am 19. September 2005 die folgende Richtlinie zur Durchführung des bundeseinheitlichen Zahlungsausgleichsverfahrens mit den Kassenärztlichen Vereinigungen beschlossen.

## 1 Festlegungen zur Durchführung des FKZ

### 1.1 Zuständigkeit der Kostenträgerabrechnung

Die KV ist für die Durchführung der Abrechnung gegenüber den bereichseigenen Krankenkassen gemäß § 83 SGB V zuständig, unabhängig davon, ob es sich um Leistungen der Vertragsärzte des eigenen KV-Bereichs oder um Leistungen der Vertragsärzte fremder KV-Bereiche handelt.

#### 1.1.1 Bereichseigene Krankenkassen

Existiert für eine Krankenkasse eine gesonderte Vertragskassennummer (VKNR), gilt diese Krankenkasse als eigenständige Krankenkasse im Sinne dieser Richtlinie.

Als bereichseigene Krankenkassen gelten Krankenkassen im Sinne des § 83 SGB V. Dies umfasst:

- Primärkassen,
  - deren Kassensitz im eigenen KV-Bereich liegtund
  - deren Bereich gemäß ihrer Satzung auf den eigenen KV-Bereich beschränkt ist (keine Erstreckung auf fremde KV-Bereiche)
- Primärkassen,
  - deren Bereich sich gemäß ihrer Satzung auf mehrere KV-Bereiche erstrecktund
  - die durch Anhang 1 der Anlage 14 oder 16 BMV-Ä den Status als Wohnortprinzip-Kasse führenund
  - die Mitglieder mit Wohnort im eigenen KV-Bereich haben
- bundesunmittelbare Ersatzkassen, die Mitglieder mit Wohnort im eigenen KV-Bereich haben
- Primärkassen und nicht bundesunmittelbare Ersatzkassen,
  - für die gemäß § 82 Abs. 3 SGB V von § 83 Satz 1 SGB V und § 85 Abs. 1 SGB V abweichende Verfahren zur Vereinbarung der Gesamtverträge und zur Entrichtung der Gesamtvergütung vereinbart wurdenund
  - deren Kassensitz im eigenen KV-Bereich liegt

### **1.1.2 Zuständigkeit für Versicherte mit Wohnort außerhalb des Bundesgebietes**

Für die Durchführung der Abrechnung gegenüber den Krankenkassen für Versicherte mit Wohnort außerhalb des Bundesgebietes ist die KV zuständig, in deren KV-Bereich die Krankenkassen ihren Sitz haben.

### **1.1.3 Vertragsärzte**

Soweit in dieser Richtlinie als Normadressaten „Vertragsärzte“ genannt sind, sind auch Vertragsärztinnen, Psychologische Psychotherapeutinnen, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie andere Leistungserbringer, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, umfasst.

## **1.2 Behandlung von Fällen bereichsfremder Krankenkassen**

Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte rechnen ihre Leistungen mit der für sie zuständigen KV ab.

Die KV des an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarztes übermittelt Forderungen zu Leistungsbedarf oder Zahlungsbeträgen bereichsfremder Krankenkassen an die nach 1.1 zuständige KV.

Die zuständige KV nach 1.1 vergütet die Anforderungen nach den Festlegungen dieser Richtlinie an die KV des an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarztes.

## **1.3 Im FKZ-Verfahren berechnungsfähige Leistungen**

Sofern im Folgenden Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) bezeichnet sind, sind hiermit auch die vertraglich vereinbarten Leistungen der Kapitel 32 und 40 eingeschlossen.

### **1.3.1 Leistungen des EBM**

Leistungen des EBM sind in der jeweils gültigen Fassung im FKZ-Verfahren berechnungsfähig.

### **1.3.2 Modifikation von Leistungen des EBM**

(1) Sieht die regionale Vereinbarung der zahlungsfordernden KV für eine Leistung des EBM eine vom EBM abweichende Leistungsbewertung und/oder Bewertungseinheit vor, kann diese Leistung - bei Fehlen einer Anerkennungsvereinbarung - nur mit der im EBM vorgesehenen Leistungsbewertung geltend gemacht werden.

(2) Sieht die regionale Vereinbarung der zahlungsfordernden KV eine Zusammenfassung mehrerer Leistungen des EBM zu einer neuen Leistung vor, kann diese nach Umwandlung in Leistungen des EBM bzw. Leistungen des Abschnitts 1.3.3 mit der dort vorgesehenen Leistungsbewertung geltend gemacht werden.

(3) Leistungen des EBM, die im Rahmen belegärztlicher Behandlung erbracht wurden, können in der Höhe (Leistungsbedarf), wie sie im Bereich der zahlungsfordernden Kassenärztlichen Vereinigung vereinbart sind, geltend gemacht werden.

### **1.3.3 Leistungen regionaler Vereinbarungen der zahlungsfordernden KV**

Die folgenden Leistungen aus regionalen Vereinbarungen der zahlungsfordernden KV sind im FKZ-Verfahren berechnungsfähig:

- Leistungen zur onkologischen Versorgung
- Leistungen zur diabetologischen Versorgung
- Leistungen zur Durchführung von Schutzimpfungen
- Leistungen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie)
- Leistungen zur Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f SGB V (Disease-Management-Programme)
- Wegegelder und Wegepauschalen, soweit diese keine Leistungen des EBM darstellen
- Leistungen des Mammographie-Screenings (Kap. 1.7.3 des EBM zzgl. Kosten des Kap. 40)
- Sachkosten für Blutreinigungs- und Apherese-Verfahren, soweit diese keine Leistungen des EBM darstellen Kosten gemäß den Allgemeinen Bestimmungen 7.3 des EBM
- Pauschalen und Kosten von Krankenhäusern, Medizinaluntersuchungsämtern, Medizinischdiagnostische Instituten sowie sonstigen ärztlich geleiteten Einrichtungen und Institutionen

### **1.3.4 Leistungen bei Anerkennung der zahlungspflichtigen KV**

(1) Sofern in der KV des Vertragsarztes Leistungen bzw. Vergütungen von Leistungen abweichend von 1.3.1 bis 1.3.3 vereinbart wurden, dürfen solche Leistungen nur dann und insoweit geltend gemacht werden, sofern die zahlungspflichtige KV ausdrücklich damit einverstanden ist (Anerkennung). Die Anerkennung bedarf der Schriftform.

(2) Unterliegt die Krankenkasse der Vereinbarung gemäß Anlage 15 oder 17 BMV-Ä, bedarf es keiner gesonderten Anerkennung der zahlungspflichtigen KV.

### **1.3.5 Definition des Leistungsbedarfs**

Die KVen übermitteln der KBV für jede Krankenkasse fremder KV-Bereiche den Leistungsbedarf gemäß der Definition in der Inhaltsbeschreibung des Formblatt 3.

## **1.4 Gesetzlich vorgeschriebenen Abschläge**

Gesetzlich vorgeschriebenen Abschläge sind bei der Ermittlung des Leistungsbedarfs zu berücksichtigen.

## 1.5 Verrechnungsbeträge / durchlaufende Posten

Forderungen für Verrechnungen bzw. durchlaufende Posten können geltend gemacht werden, sofern die Vorgangspositionen für

- Psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 SGB V)
- Sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V)
- Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V)
- Ambulanzen an Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG, deren Ausbildungen nicht an Hochschulen vermittelt werden
- Arzneimittelregresse
- Regresse für veranlasste Leistungen
- Sachkosten- und Sprechstundenbedarfsanteile
- Regresse aus Richtgrößenprüfung

dies vorsehen.

## 1.6 Zuzahlungsbeträge

Zuzahlungsbeträge müssen berücksichtigt werden, sofern die Vorgangspositionen für

- Zahlungseingang gem. § 18 Abs. 1 bzw. 4 BMV-Ä (analog EKV) (Alle vom Leistungserbringer einbehaltenen Zuzahlungsbeträge nach § 28 Abs. 4 SGB V)
- Zahlungseingang gem. § 18 Abs. 1 bzw. 4 BMV-Ä (analog EKV) (Alle von der KV im weiteren Zahlungseinzug einbehaltenen Zuzahlungen nach § 28 Abs. 4 SGB V)
- Kostenerstattung gem. § 18 Abs. 5 Satz 5 BMV-Ä (analog EKV) (Erstattung der nachgewiesenen Gerichtskosten zuzüglich einer Pauschale gemäß bundesmantelvertraglicher Regelungen bis einschl. 4/2004)
- Kostenerstattung gem. § 18 Abs. 4 Satz 3 BMV-Ä (analog EKV) (Erstattung der dem Vertragsarzt entstandenen Portokosten gemäß bundesmantelvertraglicher Regelungen ab 1/2005)
- Zuzahlung Heil- und Hilfsmittel

dies vorsehen.

## 1.7 Nachgereichte Abrechnungen

Der Leistungsbedarf nachgereichter Abrechnungen aus Vorquartalen (Nachtragsfälle) ist in das jeweils aktuelle Abrechnungsquartal aufzunehmen.

### **1.8 Nachtragsfälle aus den Quartalen bis einschließlich 1/2005**

Nachtragsfälle aus den Quartalen bis einschließlich 1/2005 können in die Vorgangsposition für

- Leistungen aus Nachtragsfällen nach EBM96 aufgenommen werden.

## 2 Ermittlung der Höhe der Vergütungsbeträge

### 2.1 Vergütung der Leistungen nach 1.3.1 und 1.3.2

Die Vergütung der Leistungen nach 1.3.1 und 1.3.2 erfolgt je Krankenkasse durch die für die Krankenkasse zuständige KV.

#### 2.1.1 Vergütung des in EUR bewerteten Leistungsbedarfs

Der in EUR bewertete Leistungsbedarf der Leistungen nach 1.3.1 und 1.3.2 ist unter Verwendung einer Quote von 100 Prozent zu vergüten.

#### 2.1.2 Vergütung des in Punktzahlen bewerteten Leistungsbedarfs

##### 2.1.2.1 Grundsatz

Der in Punktzahlen bewertete Leistungsbedarf der Leistungen nach 1.3.1 und 1.3.2 ist unter Verwendung des FKZ-Punktwertes nach 2.1.2.2 zu vergüten.

##### 2.1.2.2 Ermittlung des zur Vergütung heranzuziehenden FKZ-Punktwertes

###### 2.1.2.2.1 Relevanter Leistungsbedarf

Der zur Ermittlung des FKZ-Punktwertes relevante Leistungsbedarf ergibt sich aus der Summe des in Punktzahlen bewerteten Leistungsbedarfs nach 1.3.1 und 1.3.2 der Vertragsärzte aus dem eigenen Bereich und der Vertragsärzte aus fremden KV-Bereichen für das aktuelle Quartal.

Der Leistungsbedarf der Vorgangsposition für

- die Korrektur des Leistungsbedarfs auf Grund quartalsgleicher Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung

ist zu berücksichtigen.

###### 2.1.2.2.2 Relevante Vergütung

###### a) Vergütung

Die Vergütung setzt sich zusammen aus

- der Gesamtvergütung nach § 85 Abs. 2 Satz 2 SGB V,
- zuzüglich der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen bei der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit nach § 85 Abs. 2a SGB V,
- zuzüglich der Vergütung nichtärztlicher Dialyseleistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 85 Abs. 3a Satz 4 SGB V.

**b) Ausgangsbetrag**

Der Ausgangsbetrag zur Berechnung des FKZ-Punktwertes setzt sich zusammen aus der Vergütung nach a),

- abzüglich der Vergütungsbeträge für Leistungen regionaler Vereinbarungen der zahlungsfordernden KV nach 1.3.3 gemäß 2.2,
- abzüglich der Vergütungsbeträge für Leistungen bei Anerkennung der zahlungspflichtigen KV nach 1.3.4 gemäß 2.2,
- abzüglich der Vergütungsbeträge für in EUR bewertete Leistungen nach 1.3.1 und 1.3.2 gemäß 2.1.1,
- abzüglich der Vergütungsbeträge für Nachtragsfälle aus den Quartalen bis einschließlich 1/2005 nach 1.8 gemäß 2.3,
- abzüglich der Vergütungsbeträge für nachträgliche Berichtigungen nach 5.1,
- abzüglich der Verwaltungskostenbeiträge der Ersatzkassen,
- abzüglich anerkannter Kostenerstattungen aus Vorquartalen nach § 13 Abs. 2 SGB V.

**c) Relevanter Anteil der Vergütung**

Der relevante Anteil der Vergütung zur Berechnung des FKZ-Punktwertes beträgt 99 Prozent des Ausgangsbetrages nach b).

d) Von der Krankenkasse einbehaltene Beträge zur Förderung der integrierten Versorgung nach § 140d Abs. 1 SGB V führen nicht zur Minderung der Vergütung nach a).

e) Nach vier Abrechnungsquartalen wird die Ermittlung des relevanten Anteils der Vergütung nach c) sowie die Nichtberücksichtigung der Beträge nach d) überprüft.

**2.1.2.2.3 Berechnung des FKZ-Punktwertes**

Der FKZ-Punktwert wird durch Division des relevanten Anteils der Vergütung (2.1.2.2.2 c) durch den relevanten Leistungsbedarf (2.1.2.2.1) gebildet.

**2.2 Vergütung der Leistungen nach 1.3.3 und 1.3.4**

Die Berechnung der Vergütung der Leistungen nach 1.3.3 und 1.3.4 erfolgt je Krankenkasse durch die zahlungsfordernde KV. Die Zahlungsforderung besteht in der Höhe des nach 2.2.1 bzw. 2.2.2 ermittelten Vergütungsbetrages.

### **2.2.1 Zahlungsforderungen für in Punktzahlen bewerteten Leistungsbedarf**

Der Vergütungsbetrag des in Punktzahlen bewerteten Leistungsbedarfs der Leistungen nach 1.3.3 und 1.3.4 ist je Krankenkasse von der zahlungsfordernden KV nach Anwendung des in der jeweils gültigen Vergütungsvereinbarung festgelegten Punktwertes zu fordern.

### **2.2.2 Zahlungsforderungen für in EUR bewerteten Leistungsbedarf**

Der Vergütungsbetrag des in EUR bewerteten Leistungsbedarfs der Leistungen nach 1.3.3 und 1.3.4 ist von der zahlungsfordernden KV nach Anwendung einer Quote von 100 Prozent zu fordern.

### **2.3 Vergütung für Vorgangspositionen nach 1.5, 1.6 und 1.8**

Für Verrechnungsbeträge / durchlaufende Posten (1.5), Zuzahlungsbeträge (1.6) und Nachtragsfälle aus den Quartalen bis einschließlich 1/2005 (1.8) besteht die Verpflichtung zur Vergütung in Höhe der Zahlungsforderung.

## 3 Datenübermittlung

### 3.1 Datenübermittlung – KVen an KBV

Das Zahlungsausgleichsverfahren gemäß dieser Richtlinie erfolgt quartalsbezogen.

Die KVen übermitteln der KBV für jede Krankenkasse die Leistungen (1.3) und Zahlungsforderungen (2.2) bis zum

- 01.08. des selben Jahres für das erste Quartal,
- 01.11. des selben Jahres für das zweite Quartal,
- 01.02. des folgenden Jahres für das dritte Quartal,
- 01.05. des folgenden Jahres für das vierte Quartal.

Näheres regelt die jeweils gültige Richtlinie Datenaustausch.

### 3.2 Datenclearing der Fremdfälle – KBV an KVen

Die KBV ordnet die Behandlungsfälle für bereichsfremde Krankenkassen aus den gemäß 3.1 übermittelten Dateien aller KVen der für die Krankenkasse zuständigen KV zu und übermittelt diese an die jeweilige KV. Der späteste Termin für den Eingang der Dateien bei den KVen ist der fünfte Arbeitstag nach Eingang der Dateien gemäß 3.1.

Näheres regelt die jeweils gültige Richtlinie Datenaustausch.

### 3.3 Datenübermittlung der Zahlungsbeträge – KVen an KBV

Die zahlungspflichtigen KVen übermitteln der KBV die ermittelten Zahlungsbeträge gegenüber fremden KV-Bereichen, getrennt nach Primär- und Ersatzkassen sowie die FKZ-Vergütungsaufstellung.

Der späteste Termin für den Eingang der Zahlungsbeträge und der FKZ-Vergütungsaufstellung bei der KBV ist der 10. Arbeitstag nach Eingang der Daten gemäß 3.2.

Näheres regelt die jeweils gültige Richtlinie Datenaustausch.

### 3.4 Clearingverfahren

(1) Die KBV saldiert die von den zahlungspflichtigen KVen nach 3.3 übermittelten Zahlungsbeträge unter Berücksichtigung der bereits geleisteten Abschlagszahlungen und ermittelt den auszugleichenden Gut- bzw. Lastschriftsbetrag.

(2) Die KBV ordnet die Inhalte aus den gemäß 3.3 übermittelten FKZ-Vergütungsaufstellungen aller KVen den zahlungsfordernden KVen zu und übermittelt diese an die jeweilige KV.

(3) Die KBV übermittelt je zahlungspflichtiger KV das Buchungsjournal. Der späteste Termin für die Übermittlung des Buchungsjournals an die KVen und deren Rechenzentren ist der 10. Arbeitstag nach Eingang der Daten gemäß 3.3.

Der späteste Termin für den Eingang der übermittelten FKZ-Vergütungsaufstellungen gemäß 3.4 (2) bei den KVen ist der 10. Arbeitstag nach Eingang der Dateien gemäß 3.3.

Näheres regelt die jeweils gültige Richtlinie Datenaustausch.

(4) Der Wertstellungstermin im Anschreiben der KBV an die KVen ist bindend für die Verrechnung.

Lastschriften werden im Lastschrifteneinzugsverfahren durchgeführt.

(5) Die Abwicklung des finanziellen Zahlungsausgleichs zwischen allen beteiligten KVen erfolgt im Clearingverfahren über die

Kassenärztliche Bundesvereinigung  
Dezernat 3 „Gebührenordnung und Vergütung“  
Herbert-Lewin-Platz 2  
10623 Berlin

als zentrale Verrechnungsstelle.

(6) Jede KV teilt der KBV die Bankverbindung mit, über die der Zahlungsverkehr abgewickelt werden soll.

Die Bankverbindung enthält folgende Angaben:

- Name der Bank
- Kontonummer
- Bankleitzahl

Der KBV ist für diese Bankverbindung eine Einzugsermächtigung zu erteilen.

Änderungen sind jeweils einen Monat vor dem nächsten Zahlungstermin der KBV mitzuteilen.

## 4 Überschreitung der Datenlieferungstermine

(1) KVen, die mit ihrer Datenlieferung die vorgegebenen Termine nach Punkt 3 überschreiten, entrichten zur pauschalen Abgeltung von Mehraufwand und Verzugschäden eine Verzugsgebühr in Höhe von 10 EUR je Mitglied der KV (Basis Abrechnungsstatistik der KBV, Summe Vertragsärzte des Abrechnungsquartals der Überschreitung des Datenliefertermins) an die KBV.

(2) Die Verzugsgebühr erhöht sich ab der zweiten Woche für jede angefangene weitere Woche Verzug jeweils um 50 Prozent der Höhe der Verzugsgebühr nach (1).

(3) Ausschlaggebend ist der Termin des Eingangs vollständiger und formal korrekter Daten im Sinne der jeweils gültigen Richtlinie Datenaustausch. Hierzu wird ein Eingangsprotokoll angelegt.

(4) Der je KV aufgelaufene Betrag wird an die übrigen KVen nach der Verteilung ihrer Mitglieder (Basis Abrechnungsstatistik der KBV, Summe Vertragsärzte des Abrechnungsquartals der Überschreitung des Datenliefertermins) quartalsweise ausgezahlt. Der Einzug der Verzugsgebühr erfolgt über das Lastschriftverfahren.

(5) In begründeten Fällen kann der Vorstand der KBV die Zahlung der Verzugsgebühr ganz oder teilweise erlassen.

## 5 Berichtigungsverfahren

### 5.1 Nachträgliche Berichtigungen

(1) Nachträgliche Berichtigungen erfolgen, um

- rechnerische Berichtigungen durchzuführen und
- Irrläufer zu korrigieren.

(2) Die Verrechnung der nachträglichen Berichtigungen erfolgt mit dem nächstmöglichen Quartal unter der Vorgangsposition für

- Vorquartals-Berichtigungen für rechnerische Berichtigung, durchgeführte bzw. zurückgenommene Prüfungsmaßnahme, oder Korrektur eines Irrläufers.

### 5.2 Nachträgliche Verrechnungen

Sollte zu den in 3.3 genannten Terminen kein endgültiger Punktwert ermittelt werden können, hat die zahlungspflichtige KV die Bewertung des Leistungsbedarfs zunächst mit vorläufigen Punktwerten durchzuführen.

Nach Vorliegen des endgültigen Punktwertes hat die zahlungspflichtige KV

- unverzüglich eine nachträgliche Berechnung mit den Differenz-Punktwerten durchzuführen und die Ergebnisse in das nächstfolgende Clearingverfahren als Nachvergütung einfließen zu lassen

oder

- sämtliche Beträge, die im Nachhinein bekannt werden, im nächstfolgenden Abrechnungsquartal zu verrechnen.

Gleiches gilt bei nachträglichen Veränderungen der Gesamtvergütung.

Näheres regelt die jeweils gültige Richtlinie Datenaustausch.

## 6 Verpflichtung zu Abschlagszahlungen

Bei einer Nettoverbindlichkeit (Zahlungsverbindlichkeiten abzüglich Zahlungsforderungen) im letzten Abrechnungsquartal besteht eine Verpflichtung zur monatlichen Abschlagszahlung in Höhe von 30 Prozent der Nettoverbindlichkeit. Nachträgliche Verrechnungen nach 5.2 sind bei der Ermittlung der Nettoverbindlichkeit nicht zu berücksichtigen. Bei Fusionen/Sitzverlegungen von Krankenkassen sollen Sonderregelungen getroffen werden.

Die KBV stellt die Höhe der Nettoverbindlichkeit je KV fest und führt ein monatliches Clearing durch.

Die Abschlagszahlungen werden je Abrechnungsquartal und KV von der KBV auf Basis des zuletzt durchgeführten Clearingverfahrens jeweils neu ermittelt. Die KBV übermittelt den KVen spätestens drei Wochen vor dem Fälligkeitstermin der ersten Abschlagszahlung ein Buchungsjournal, aus dem der Saldo zwischen Forderungen und Verbindlichkeiten gegenüber den KVen hervorgeht.

Als Verrechnungstermin für die drei Abschlagszahlungen wird festgelegt:

- Erste Abschlagszahlung: 10. des zweiten Monats des jeweiligen Abrechnungsquartals
- Zweite Abschlagszahlung: 10. des dritten Monats des jeweiligen Abrechnungsquartals
- Dritte Abschlagszahlung: 10. des ersten Monats nach Ende des jeweiligen Abrechnungsquartals

Sofern die genannten Termine auf einen Samstag, Sonntag oder Feiertag fallen, gilt der nächstfolgende Werktag als Termin.

Jede KV teilt der KBV die Bankverbindung mit, über die der Zahlungsverkehr abgewickelt werden soll.

Die Bankverbindung enthält folgende Angaben:

- Name der Bank
- Kontonummer
- Bankleitzahl

Der KBV ist für diese Bankverbindung eine Einzugsermächtigung zu erteilen.

Änderungen sind jeweils einen Monat vor dem nächsten Zahlungstermin der ersten Abschlagszahlung der KBV mitzuteilen.

## 7 Inkrafttreten der Richtlinie

- (1) Diese Richtlinie tritt am 19. September 2005 mit Wirkung ab dem 2. Quartal 2005 in Kraft.
- (2) Die KBV und die KVen beobachten den Verlauf der nach dieser Richtlinie durchgeführten Abrechnungen und passen die Richtlinie an gegebenenfalls eintretende Veränderungen an.