



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

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

Gültig ab 1/2011

Version 1.06

Datum 28.07.2011

Stand: 28. Juli 2011 (letzte Änderungen durch Beschluss des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 15. August 2011, in Kraft getreten am 1. Januar 2011).

INHALTSVERZEICHNIS

1	<u>FESTLEGUNGEN ZUR DURCHFÜHRUNG DES FKZ</u>	6
1.1	Zuständigkeit der Kostenträgerabrechnung	6
1.1.1	Bereichseigene Krankenkassen	6
1.1.2	Zuständigkeit für Versicherte mit Wohnort außerhalb des Bundesgebietes	6
1.1.3	Vertragsärzte	6
1.2	Behandlung von Fällen bereichsfremder Krankenkassen.....	6
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	7
1.3.4	Leistungen bei Anerkennung der zahlungspflichtigen KV	8
1.3.5	Definition des Leistungsbedarfs	8
1.4	Gesetzlich vorgeschriebene Abschläge	8
1.5	Verrechnungsbeträge / durchlaufende Posten	8
1.6	Zuzahlungsbeträge	9
1.7	Nachgereichte Abrechnungen	9
2	<u>ERMITTLUNG DER HÖHE DER VERGÜTUNGSBETRÄGE</u>	9
2.1	Vergütung der Leistungen nach 1.3.1 bis 1.3.4.....	9
2.2	Vergütung für Verrechnungsbeträge/durchlaufende Posten (1.5), Zuzahlungsbeträge (1.6) und Vorquartalsberichtigungen (5.1)	10
3	<u>DATENÜBERMITTLUNG</u>	11
3.1	Datenübermittlung – KVen an KBV	11
3.2	Datenclearing der Fremdfälle – KBV an KVen.....	11
3.3	Datenübermittlung der Zahlungsbeträge – KVen an KBV	11
3.4	Clearingverfahren.....	11
4	<u>ÜBERSCHREITUNG DER DATENLIEFERUNGSTERMINE</u>	13
5	<u>BERICHTIGUNGSVERFAHREN</u>	13
5.1	Nachträgliche Berichtigungen	13

<u>6</u>	<u>VERPFLICHTUNG ZU ABSCHLAGSZAHLUNGEN</u>	<u>14</u>
<u>7</u>	<u>INKRAFTTRETEN DER RICHTLINIE</u>	<u>14</u>

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, für die die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den für ihren Bezirk zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Gesamtverträge gemäß § 83 SGB V über die vertragsärztliche Versorgung der Mitglieder mit Wohnort in ihrem Bezirk einschließlich der mitversicherten Familienangehörigen zu schließen haben.

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, Laborgemeinschaften 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 die Forderungen aus der Abrechnung bereichsfremder Krankenkassen gemäß dieser Richtlinie an die nach 1.1 zuständige KV.

Die zuständige KV nach 1.1 vergütet die Forderungen 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 sowie bundeseinheitlich modifizierte 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 eine Zusammenfassung mehrerer Leistungen des EBM zu einer neuen Leistung vor, kann diese nach Umwandlung in Leistungen des EBM geltend gemacht werden.

(2) Leistungen des EBM, die im Rahmen belegärztlicher Behandlung erbracht wurden, können in der Höhe, 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
- Sachkosten für Blutreinigungs- und Apherese-Verfahren, soweit diese keine Leistungen des EBM darstellen
- Kosten gemäß 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM
- Pauschalen und Kosten von Krankenhäusern, Medizinaluntersuchungsämtern, medizinisch-diagnostischen Instituten sowie sonstigen ärztlich geleiteten Einrichtungen und Institutionen
- Leistungen aus Verträgen der Arbeitsgemeinschaft „Vertragskoordination“ der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
- Leistungen aus mit Kassenärztlichen Vereinigungen abgeschlossenen Verträgen nach § 73b, 73c SGB V und § 140a SGB V

1.3.4 Leistungen bei Anerkennung der zahlungspflichtigen KV

(1) Sofern in der KV des Vertragsarztes abweichend von 1.3.1 bis 1.3.3 Leistungen 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 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 vorgeschriebene Abschläge

Gesetzlich vorgeschriebene 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. 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.

2 Ermittlung der Höhe der Vergütungsbeträge

2.1 Vergütung der Leistungen nach 1.3.1 bis 1.3.4

(1) Sofern sich im Folgenden die Vergütungen für Leistungen auf die regionale Euro-Gebührenordnung beziehen, sind neben den Leistungen des EBM auch Leistungen eingeschlossen, die regional zwischen den Gesamtvertragspartnern vereinbart wurden.

(2) Die Höhe der Vergütung der Leistungen nach 1.3.1 bis 1.3.4 innerhalb und außerhalb (einschließlich der von an Selektivverträgen teilnehmenden Versicherten im Kollektivvertrag in Anspruch genommenen bereinigten Leistungen) der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ergibt sich aus der Bewertung mit den Preisen der für den abrechnenden Vertragsarzt gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung, soweit in den Absätzen 3 und 6 nichts Abweichendes geregelt ist.

(3) Wird eine Leistung nach 1.3.1 bis 1.3.3 gemäß der gesamtvertraglichen Regelung in der zahlungspflichtigen KV innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung von der Krankenkasse vergütet und übersteigt oder unterschreitet die Summe der von den Vertragsärzten aus dem eigenen Bereich und den Vertragsärzten aus fremden KV-Bereichen innerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung abgerechneten Leistungen, bewertet mit den Preisen der jeweils gültigen Euro-Gebührenordnungen, den für das Abrechnungsquartal mit der Krankenkasse vereinbarten Zahlbetrag der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, erfolgt zur Festlegung der Vergütung eine Quotierung des von der

zahlungsfordernden KV nach Absatz 2 ermittelten Vergütungsbetrages durch die zahlungspflichtige KV.

(4) Die Quotierung nach Absatz 3 erfolgt durch Multiplikation der Vergütung nach Absatz 2 mit dem Quotienten aus der Division des für das Abrechnungsquartal mit der Krankenkasse vereinbarten Zahlbetrages der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (Dividend) und der Summe der von den Vertragsärzten aus dem eigenen Bereich und den Vertragsärzten aus fremden KV-Bereichen innerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung abgerechneten Leistungen, bewertet mit den Preisen der jeweils gültigen regionalen Euro-Gebührenordnungen (Divisor).

(5) Die Vergütungen für Vorgangspositionen sind bei der Ermittlung des Quotienten nach Absatz 4 zu berücksichtigen, soweit Sie von der zahlungspflichtigen bzw. zahlungsfordernden KV dem Bereich der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zugeordnet wurden.

(6) Wird eine Leistung nach 1.3.4 gemäß der gesamtvertraglichen Regelung in der zahlungsfordernden KV innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung von der Krankenkasse vergütet, finden - ungeachtet den gesamtvertraglichen Regelungen in der zahlungspflichtigen KV - die Regelungen nach den Absätzen 3 und 4 auf die nach Absatz 2 für diese Leistung übermittelte Vergütung analog Anwendung.

(7) Unterliegt eine Leistung nach 1.3.1 bis 1.3.3 in der zahlungspflichtigen KV den Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung der vertragsärztlichen Leistungen nach § 87d Abs. 4 SGB V, erfolgt zur Festlegung der Vergütung eine Quotierung des von der zahlungsfordernden KV nach Absatz 2 ermittelten Vergütungsbetrages durch die zahlungspflichtige KV mit einer Quote von 98 Prozent.

2.2 Vergütung für Verrechnungsbeträge/durchlaufende Posten (1.5), Zuzahlungsbeträge (1.6) und Vorquartalsberichtigungen (5.1)

(1) Für Vergütungen für Verrechnungsbeträge/durchlaufende Posten (1.5), Zuzahlungsbeträge (1.6) und Vorquartalsberichtigungen (5.1) besteht die Verpflichtung zur Vergütung in Höhe der Zahlungsforderung, soweit nachfolgend nichts Abweichendes geregelt ist.

(2) Für Vorquartalsberichtigungen (5.1), die von der zahlungsfordernden KV dem Bereich der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zugeordnet wurden, erfolgt zur Festlegung der Vergütung eine Quotierung des von der zahlungsfordernden KV ermittelten Vergütungsbetrages durch die zahlungspflichtige KV. Für die Quotierung der Vergütung ist der nach 2.1 ermittelte Quotient anzuwenden.

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 deren Preise nach der für den abrechnenden Vertragsarzt gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung sowie die Vorgangspositionen nach 1.5, 1.6 und 5.1 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

(1) Die zahlungspflichtigen KVen übermitteln der KBV die ermittelten Zahlungsbeträge gegenüber fremden KV-Bereichen (CLR) sowie die FKZ-Vergütungsaufstellung (F12).

(2) Der späteste Termin für den Eingang der Zahlungsbeträge (CLR) und der FKZ-Vergütungsaufstellung (F12) bei der KBV ist der 15. Arbeitstag nach Eingang der Daten gemäß 3.2.

(3) 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 (F12) 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 (F20) 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 „Vergütung, Gebührenordnung und Morbiditätsorientierung“
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 ab dem Quartal 1/2009 in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen mit mindestens einer ihrer Datenlieferungen die vorgegebenen Termine nach Punkt 3 überschreiten, entrichten eine Verzugsgebühr in Höhe von 10 EUR je Mitglied der KV (Basis Abrechnungsstatistik der KBV, Summe zugelassene Vertragsärzte des Quartals, für das zuletzt das Überschreiten des Datenliefertermins festgestellt wurde) 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 zugelassene Vertragsärzte des Quartals, für das zuletzt das Überschreiten des Datenliefertermins festgestellt wurde) quartalsweise ausgezahlt. Der Einzug der Verzugsgebühr erfolgt über das Lastschriftverfahren.

5 Berichtigungsverfahren

5.1 Nachträgliche Berichtigungen

- (1) Nachträgliche Berichtigungen erfolgen, um
 - rechnerische Berichtigungen durchzuführenund
 - Irrläufer zu korrigieren.
- (2) Die Verrechnung der nachträglichen Berichtigungen erfolgt mit dem nächstmöglichen Quartal unter den Vorgangspositionen der Vorquartals-Berichtigungen für
 - rechnerische Berichtigungen
 - durchgeführte bzw. zurückgenommene Prüfungsmaßnahmen
 - Korrektur von Irrläufern.
- (3) Nachträgliche Veränderungen der Gesamtvergütung sind nicht zu korrigieren.

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. 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.