



ABRECHNUNGSORDNUNG

(AbrO)

der

Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -

mit Wirkung ab 1. Januar 2020

in der Fassung

vom 29. November 2019

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen

Kurzinformation über die wesentlichen Änderungen der Abrechnungsordnung

Die Vertreterversammlung am 29. November 2019 hat eine Bestimmung in die Abrechnungsordnung aufgenommen, wonach ein Verstoß gegen die Bestimmung der Bereitschaftsdienstordnung, die die Übernahme von mehreren zeitgleich stattfindenden Bereitschaftsdiensten durch einen Arzt ausschließt, Konsequenzen für die Honorierung dieser Leistungen hat. In diesem Fall entfällt der Honoraranspruch inklusive Garantiehonorar für sämtliche in diesem Zeitraum geleisteten Dienste. Gleiches gilt bei einem Verstoß gegen die Bestimmungen nach § 6a Abs. 1 der Abrechnungsordnung, wonach Leistungen des Bereitschaftsdienstarztes im Hausbesuchsdienst unter Angabe der BSNR und LANR geltend zu machen sind. In einer Bereitschaftsdienstpraxis erbrachte Leistungen sind unter Angabe der BSNR der Bereitschaftsdienstpraxis und der LANR des Bereitschaftsdienstarztes abzurechnen.

Die Änderung wurde durch Aufnahme eines neuen Absatzes 4 in § 6b der Abrechnungsordnung vorgenommen.

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Honorarabrechnung
- § 2 Verspätet eingereichte Abrechnungen
 - § 2a Online-Abrechnung
 - § 2b Gebühren bei Verstößen gegen die Abrechnungsordnung
 - § 2c Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V)
- § 3 Abschlagszahlungen
- § 4 Honorarbescheid
- § 5 (nicht besetzt)
- § 6 Besondere Kostenträger und freiwillige Aufgaben
 - § 6a Abrechnung von Leistungen im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst
 - § 6b Vergütung und Finanzierung des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes
- § 7 Umlagen
- § 8 Inkrafttreten

§ 1

Honorarabrechnung

- (1) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen und anderen Leistungserbringer müssen ihren Honoraranspruch im Rahmen der Honorarverteilung nach den Vorschriften des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) durch Vorlage einer Abrechnung bei der KV Sachsen geltend machen. Abrechnungszeitraum ist das Kalendervierteljahr.
- (2) Die Abrechnung ist nach den vertraglichen Regelungen und den von der KV Sachsen erlassenen Abrechnungsbestimmungen zu erstellen und bei der jeweils für den Sitz der Praxis/Einrichtung zuständigen Bezirksgeschäftsstelle zu den von der KV Sachsen bestimmten Terminen einzureichen. Erfolgt die Abrechnung nach Einzelleistungen, so ist sie auf der Grundlage des jeweils gültigen Leistungsverzeichnisses zu erstellen. Sachkosten müssen quartalsgleich mit der dazugehörigen Leistungserbringung geltend gemacht werden.

Ein Überweisungsaussteller an einen Arzt des fachärztlichen Versorgungsbereiches (Mit-/ Weiterbehandlung) hat die Dringlichkeit der Behandlungsbedürftigkeit nach vom Vorstand erlassenen Vorgaben auf der Überweisung zu kennzeichnen.

- (3) Abrechnungsfähig sind
 - Leistungen, die die vertragsärztliche Versorgung umfassen,
 - Leistungen, die durch besondere Vereinbarung geregelt sind,
 - Kosten für Materialien, die gemäß Kapitel 7.3 der Allgemeine Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) nicht in den berechnungsfähigen Leistungen enthalten sind und auch nicht über Sprechstundenbedarf bezogen werden können, soweit sie über die KV Sachsen geltend gemacht werden.
- (4) Für den zugelassenen oder ermächtigten Arzt bzw. Leistungserbringer sind nur die von ihm persönlich sowie die von seinem Vertreter erbrachten Leistungen abrechenbar.

§ 2

Verspätet eingereichte Abrechnungen

- (1) Nachtragsfälle werden mit den Preisen der sächsischen Gebührenordnung des aktuellen Quartals unter Beachtung des betroffenen individuellen Regelleistungsvolumens des aktuellen Quartals vergütet.
- (2) Nachtragsfälle für ein Quartal sind spätestens an dem von der KV Sachsen für das Folgequartal bestimmten Termin einzureichen. Andernfalls ist die Abrechnung ausgeschlossen.
- (3) Wird der Abrechnungstermin ohne ausreichenden Grund um mehr als einen Monat überschritten, sind nach diesem Zeitpunkt fällige Abschlagszahlungen (§ 3) bis zur Einreichung der Abrechnung zurückzustellen.

§ 2a

Online-Abrechnung

Die Übermittlung der Abrechnungsdaten hat grundsätzlich gemäß den "Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für den Einsatz von IT-Systemen in der Arztpraxis zum Zwecke der Abrechnung gemäß § 295 Abs. 4 SGB V" leitungsgebunden elektronisch (online) zu erfolgen.

Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung, die die Abrechnungsdaten bis einschließlich des 3. Quartals 2013 mindestens einmal online übermittelt haben, sowie ab dem 3. Quartal 2013 neu an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer haben die Abrechnungsdaten online zu übermitteln.

Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung, die die Abrechnungsdaten des 3. Quartals 2013 noch nicht online übermittelt haben, können auf freiwilliger Basis damit beginnen, die Übermittlung der Abrechnungsdaten nach Satz 1 bei Vorliegen der Voraussetzungen vorzunehmen. Sofern mit der Online-Übermittlung der Abrechnungsdaten begonnen wurde, hat die Übermittlung der Abrechnungsdaten auch künftig online zu erfolgen.

Für die Online-Übermittlung der Abrechnungsdaten gelten die Bestimmungen dieser Abrechnungsordnung mit folgenden Maßgaben:

- a) Für die Übermittlung der Abrechnungsunterlagen ist das von der KV Sachsen eingerichtete Abrechnungsportal innerhalb der von der KV Sachsen für dieses Verfahren festgesetzten Termine zu nutzen.
- b) Die Unterlagen gelten als bei der KV Sachsen eingereicht, wenn dem Arzt die ordnungsgemäße Übermittlung der Unterlagen durch das Abrechnungsportal elektronisch bestätigt wurde und die Sammelerklärung eingereicht ist.
- c) Soweit neben der Online-Übermittlung von Abrechnungsunterlagen die Übermittlung von weiteren Unterlagen in Papierform erforderlich ist, sind diese bei der zuständigen Bezirksgeschäftsstelle innerhalb der von der KV Sachsen für das Online-Abrechnungsverfahren festgesetzten Termine einzureichen.
- d) Im Übrigen gelten für das Online-Abrechnungsverfahren die von der KV Sachsen für dieses Verfahren zusätzlich erlassenen Festlegungen.

Das Nähere wird durch den Vorstand der KV Sachsen festgesetzt.

§ 2b

Gebühren bei Verstößen gegen die Abrechnungsordnung

- (1) Die Abrechnung eines Quartals gilt als fristgemäß eingereicht, wenn die Abrechnungsdatei(en) für alle Leistungsorte, die vollständig unterschriebene Erklärung zur Abrechnung sowie alle weiteren rechnungsbegründenden Unterlagen und Dokumentationen vorliegen.

Werden die Abrechnungsdatei(en) und die rechtskräftig unterschriebene/signierte Erklärung zur Abrechnung eines Quartals ohne ausreichenden Grund nicht binnen 14 Tagen nach dem von der KV bestimmten Termin eingereicht, wird bei Fristüberschreitung ein Abzug zusätzlich zu den Umlagen nach § 7 vorgenommen.

Die Abrechnung eines Quartals gilt auch dann als nicht fristgemäß eingereicht, wenn die komplette(n) Abrechnungsdatei(en) ohne ausreichenden Grund erst als Nachtragsabrechnung im Folgequartal eingereicht wird/werden.

Der zusätzliche Abzug bei Fristüberschreitung beträgt 4%.

- (2) Werden Abrechnungen unter verschiedenen Abgabeformen, welche unterschiedlichen Verwaltungskostensätzen unterliegen, eingereicht, so gilt immer der höchste Umlagensatz.

§ 2c

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V)

- (1) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen und andere Leistungserbringer können die KV Sachsen mit der Abrechnung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gemäß § 116b Abs. 6 SGB V beauftragen. Die Beauftragung ist gegenüber der KV Sachsen schriftlich anzuzeigen. Das Ende der Beauftragung muss spätestens am Ende eines Quartals mit Wirkung für das Folgequartal erklärt werden.
- (2) Die Abrechnung gegenüber den Krankenkassen wird von der KV Sachsen entsprechend den für die ASV geltenden gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen durchgeführt. Die Vergütung der Leistungen der ASV richtet sich nach den für die ASV geltenden Gebührenpositionen.
- (3) Regelmäßig erbrachte Leistungen der ASV können bei der Bemessung der Abschlagszahlungen nach § 3 berücksichtigt werden.
- (4) Die Festsetzung der Höhe des angemessenen Kostensatzes für die Abrechnung von ASV-Leistungen gemäß § 116b SGB V erfolgt durch den Vorstand.
- (5) Das Nähere zur Abrechnung von ASV-Leistungen regelt der Vorstand.

§ 3 Abschlagszahlungen

- (1) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen und anderen Leistungserbringer erhalten auf ihre zu erwartenden Honorarforderungen für den vorhergehenden Monat Abschlagszahlungen.
- (2) Zahlungszeitpunkt und Höhe der Abschlagszahlungen setzt der Vorstand der KV Sachsen unter Berücksichtigung der vertraglichen Regelungen über die von den Krankenkassen an die KV Sachsen zu leistenden Abschlagszahlungen fest.
- (3) Die für ein Quartal geleisteten Abschlagszahlungen sind mit dem für dieses Quartal festgestellten Honoraranspruch zu verrechnen. Überzahlungen werden sofort zurückgefordert bzw. können in den Folgequartalen verrechnet werden.
- (4) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen und anderen Leistungserbringer sind verpflichtet, der KV Sachsen alle Umstände rechtzeitig mitzuteilen, die auf den Honoraranspruch und seine Höhe von Einfluss sind. Dies gilt insbesondere für die Aufgabe der Praxis oder einen vorübergehenden Praxisausfall.
- (5) Steht der Zeitpunkt des Endes der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung bereits fest, können die Abschlagszahlungen zur Vermeidung von Überzahlungen in angemessener Zeit vor dem Ende eingestellt werden.
- (6) Werden gegen einen Arzt, Einrichtung oder anderen Leistungserbringer Schadensersatzforderungen glaubhaft geltend gemacht oder wurde im Rahmen der Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigstellung oder auf Plausibilität eine Berichtigung bzw. Kürzung der Honoraranforderung vorgenommen, können Abschlagszahlungen bis zur Klärung des Anspruches ganz oder teilweise zurückbehalten werden.

§ 4 Honorarbescheid

- (1) Der Honoraranspruch wird durch den Honorarbescheid festgesetzt.
- (2) Mit dem Honorarbescheid erhält der Arzt, die Einrichtung oder der andere Leistungserbringer Nachweise über die anerkannten Leistungen. Aus diesen Unterlagen müssen ersichtlich sein:
 - die geleisteten Abschlagszahlungen und Verrechnungsbeträge (z. B. aus sachlich-rechnerischen Richtigstellungen, Honorarkürzungen und Regressen aus der Wirtschaftlichkeitsprüfung, Schadensersatz- und Honorarrückerstattungsforderungen, Umlagen, einbehaltene Praxisgebühr) und
 - die Restzahlungen.
- (3) In die Honorarverteilung nach den Vorschriften des HVM können Honorarforderungen nur einbezogen werden, soweit sie im Rahmen der Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit, auf Plausibilität und auf Wirtschaftlichkeit anerkannt worden sind oder wenn eine solche Prüfung nicht veranlasst wurde.

Der Honorarbescheid enthält daher nur eine vorläufige Festsetzung des Honorars und steht unter dem Vorbehalt einer Abänderung zugunsten oder zu Lasten des Arztes, der Einrichtung oder des anderen Leistungserbringers durch nachfolgende Entscheidungen im Rahmen der in Satz 1 genannten Prüfungsverfahren.

Bescheide aus solchen Prüfverfahren, die eine Berichtigung bzw. Kürzung der Honorarforderungen vornehmen oder wieder aufheben, stellen unmittelbare Änderungen der Honorarfestsetzung im Honorarbescheid dar.

Der Vorbehalt nach Satz 2 endet mit dem Ablauf der vertraglichen Ablauffristen für die Einleitung der Prüfverfahren. Im Falle der Antragstellung endet der Vorbehalt nach Satz 2 mit dem bestandskräftigen Abschluss oder der sonst wirksamen Beendigung des Prüfverfahrens.

Solange der Honorarbescheid unter dem Abänderungsvorbehalt steht, bleiben Zahlungen aufgrund des Bescheides aufrechenbare bzw. rückzahlungspflichtige Vorschüsse. Der Honorarbescheid hat auf die vorstehenden Regelungen hinzuweisen und ist unter dem Vorbehalt nach Satz 2 und 4 zu erlassen.

- (4) Werden gegen einen Arzt, eine Einrichtung oder einen anderen Leistungserbringer Schadensersatzforderungen glaubhaft geltend gemacht oder wurde im Rahmen der Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigstellung oder auf Plausibilität eine Berichtigung bzw. Kürzung der Honoraranforderung vorgenommen, können Restzahlungen bis zur Klärung des Anspruchs ganz oder teilweise zurückbehalten werden.
- (5) Bei Beendigung der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung bzw. einem Praxiswechsel können Restzahlungen zur Absicherung von Ansprüchen aus Berichtigungen der sachlich-rechnerischen Richtigstellung, aus Prüfverfahren oder wegen Schadensersatzforderungen nach den vertraglichen Regelungen ganz oder teilweise zurückbehalten werden. Dies gilt nicht, falls bei einem Praxiswechsel die neue Praxis eine Übernahmeverklärung für eventuell bestehende Ansprüche abgibt.

§ 5

(nicht besetzt)

§ 6

Besondere Kostenträger und freiwillige Aufgaben

- (1) Die Honorierung von Leistungen für besondere Kostenträger (Sozialämter, Bundesgrenzschutz, etc.) erfolgt auf der Basis der gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen.
Die Finanzierung der Durchführung von Abrechnungen von Leistungen außerhalb der GKV bzw. für Nichtmitglieder richtet sich nach den entsprechenden vertraglichen Regelungen. Wurden solche nicht getroffen, gelten die Regelungen dieser Abrechnungsordnung.
- (2) Die Vergütung der psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpädiatrischen Zentren richtet sich nach den hierzu geschlossenen Vereinbarungen.

§ 6a

Abrechnung von Leistungen im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst

- (1) Die im Rahmen des Bereitschaftsdienstes nach der Bereitschaftsdienstordnung erbrachten ärztlichen Leistungen werden vom Bereitschaftsdienstarzt wie folgt abgerechnet:
 - a) Leistungen im Hausbesuchsdienst sind unter Angabe der BSNR und der LANR des zum Dienst eingeteilten Bereitschaftsdienstarztes im Rahmen der Quartalsabrechnung geltend zu machen.
 - b) Leistungen aus der Bereitschaftspraxis sind unter Angabe der BSNR der Bereitschaftspraxis und der LANR des zum Dienst eingeteilten Bereitschaftsdienstarztes geltend zu machen. Für die Quartalsabrechnung erfolgt die Zuordnung der Leistungen zur BSNR des Arztes durch die KV Sachsen.
- (2) Von den zur Abrechnung eingereichten Leistungen und dem daraus ermittelten Vergütungsanspruch erfolgt ein Betriebskostenabzug gemäß den Vorgaben in § 6b Abs. 3.

§ 6b

Vergütung und Finanzierung des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes

- (1) Für nach der Bereitschaftsdienstordnung in der Fassung vom 11. November 2015 am Bereitschaftsdienst teilnehmende Ärzte gilt folgende Regelung:

Die zur Teilnahme am kassenärztlichen Bereitschaftsdienst in Bereitschaftspraxen, die von der KV Sachsen betrieben werden, verpflichteten Ärzte erhalten für erbrachte ärztliche Leistungen eine Vergütung je Stunde.

Die Höhe der Vergütung je Stunde richtet sich nach den zur Verfügung stehenden Mitteln, die sich aus der Honorierung der Bereitschaftspraxis abzüglich der in der ärztlichen Bereitschaftspraxis angefallenen Kosten ergeben. Die Höhe der Vergütung je Stunde wird unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Mittel vom Vorstand der KV Sachsen festgesetzt. Nicht verbrauchte Mittel verbleiben in einem separaten Fonds.

- (2) Zur Finanzierung der Fahrdienste im organisierten kassenärztlichen Bereitschaftsdienst werden diejenigen Wegepauschalen, welche von Leistungserbringern, denen ein solcher Fahrdienst zur Verfügung steht, geltend gemacht werden, einbehalten.
- (3) Von dem über den in § 3 Abs. 2 Satz 1 HVM genannten Garantiehonorar hinausgehende Vergütungsanteil wird ein Betriebskostenanteil einbehalten, soweit es sich um einen Honoraranspruch aus der Tätigkeit in einer von der KV Sachsen betriebenen Bereitschaftspraxis gemäß Bereitschaftsdienstordnung handelt. Der Betriebskostenanteil findet zur Finanzierung der Kosten der Betriebsstrukturen im organisierten kassenärztlichen Bereitschaftsdienst Anwendung. Die Höhe des Anteils richtet sich nach einem gesonderten Beschluss der Vertreterversammlung.

Die Regelung nach Absatz 3 gilt nicht für nach der Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstordnung in der Fassung vom 11. November 2015 am Bereitschaftsdienst teilnehmende Ärzte. Für diese Ärzte gilt die Regelung gemäß § 6b Abs. 1.

- (4) Im Falle eines Verstoßes gegen die Regelungen gemäß § 9 Abs. 7 der BdO in der jeweils aktuellen Fassung erfolgt eine Streichung der in den Diensten erbrachten Leistungen. Ebenso entfällt die Gewährung eines Garantiehonorars für diese Dienste. Gleiches gilt bei einem Verstoß gegen die Vorschriften des § 6a Abs. 1.

§ 7 Umlagen

- (1) Die KV Sachsen erhebt zur Durchführung ihrer gesetzlichen und satzungsmäßigen Aufgaben von ihren Mitgliedern bzw. von den bei ihr Abrechnenden Kostenanteile ~~vom~~ von dem nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung oder anderen Prüfungen festgesetzten Honorar (Umlagen). Nachträgliche Honorarkürzungen eines beschiedenen Quartals aus Verfahren der Prüfung der Plausibilität der Abrechnung oder anderen Prüfungen bleiben insoweit unberücksichtigt.
- (2) Unabhängig davon kann gemäß § 17 Absätze 1 und 3 der Satzung ein honorarunabhängiger fester Mindestbetrag von Mitgliedern der KV Sachsen bzw. von ermächtigten Fachwissenschaftlern der Medizin, ermächtigten Instituten, ermächtigten Fachzahnärzten, außerhalb des Krankenhausbereiches Ermächtigten und weniger als halbtags beschäftigten angestellten Ärzten und Psychotherapeuten bestimmt werden.
- (3) Nach Maßgabe der Satzung können weitere Sonderkostenumlagen erhoben werden.
- (4) Hierzu gelten folgende Maßgaben:
 - a) Die Höhe der Umlagen – differenziert nach DTA-Abrechnern, Manuell-Abrechnern, Online-Abrechnern sowie Online-Proaktiv-Abrechnern - richtet sich nach einem gesonderten Beschluss der Vertreterversammlung. Die Festsetzung von Umlagen für bestimmte Leistungen und Sachkosten aufgrund Bundesregelung und gesamtvertraglichen Vereinbarungen bleiben unberührt.
 - b) Mindestbeträge werden erstmals für den Fall erhoben, dass sich die über die KV Sachsen abgerechnete quartalsbezogene Gesamtvergütung im Vergleich zum Vorjahresquartal um mehr als 3 % verringert hat oder diese Verringerung begründet zu erwarten ist und diese Minderung ursächlich Folge von Verträgen und deren Abwicklung außerhalb der KV Sachsen ist. Die Feststellung einer entsprechenden Gesamtvergütungsminderung wird vom Vorstand getroffen. Die Erhebung von Mindestbe-

trägen erfolgt ab dem der Feststellung nach Satz 2 folgenden Quartal. Über die in der Folge notwendige Höhe der Umlage beschließt die Vertreterversammlung zum gleichen Zeitpunkt.

Die Höhe der Mindestbeträge beträgt:

im ersten Jahr nach Einführung der Regelung, je Verpflichteten und Quartal	100 €
im zweiten Jahr nach Einführung der Regelung, je Verpflichteten und Quartal	200 €
im dritten und allen weiteren Folgejahren nach Einführung der Regelung, je Verpflichteten und Quartal	300 €

Von halbtags oder weniger beschäftigten angestellten Ärzten und Psychotherapeuten bis zu einem Tätigkeitsumfang in Höhe von 0,5 sowie von ermächtigten Krankenhausärzten wird ein Mindestbetrag in Höhe von 50 % der angegebenen Beträge erhoben. Bei ermächtigten Instituten wird der Mindestbetrag je Institut und Quartal erhoben.

- c) Es wird eine allgemeine Bereitschaftsdienstumlage bestehend aus einem Fixbetrag je Quartal und Arzt und einer prozentualen Umlage auf das Honorar nach Absatz 1 ausgenommen bei zugelassenen Psychologischen Psychotherapeuten sowie nichtärztlichen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erhoben. Die Festsetzung von Umlagen für bestimmte Leistungen und Sachkosten aufgrund Bundesregelungen und gesamtvertraglichen Vereinbarungen bleibt unberührt. Die Höhe der Umlage und des Fixbetrages richtet sich nach einem gesonderten Beschluss der Vertreterversammlung.

Von zugelassenen Ärzten mit halbem Versorgungsauftrag wird neben der prozentualen Umlage 50 % des von der Vertreterversammlung beschlossenen Fixbetrages erhoben.

In Praxen oder Medizinischen Versorgungszentren wird die Höhe des Fixbetrages je angestellten Arzt mit dem Faktor des Beschäftigungsumfangs multipliziert. Der Beschäftigungsumfang richtet sich nach der Entscheidung der Zulassungsgremien.

Für zugelassene Psychologische Psychotherapeuten sowie nichtärztliche Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wird eine prozentuale Umlage, berechnet auf Basis des zur Finanzierung der Kosten des Bereitschaftsdienstes notwendigen allgemeinen (durchschnittlichen) Umlagesatzes, erhoben. Die Höhe der Umlage richtet sich nach einem gesonderten Beschluss der Vertreterversammlung.

- (5) Für Nachvergütungen gilt die Differenzierung der Umlagen gemäß Absatz 4 sowie deren festgesetzte Höhe im Buchungsquartal. § 2b bleibt hiervon unberührt.

§ 8

Inkrafttreten

Diese Abrechnungsordnung in der Fassung vom 29. November 2019 tritt am 1. Januar 2020 in Kraft und ersetzt die Abrechnungsordnung vom 16. November 2018.

Die §§ 3 Abs. 6, 4 Abs. 4 und 7 Abs. 1 gelten für alle bis 30. Juni 2016 nicht abgeschlossenen Verfahren.