

RICHTLINIE

der

Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen

für die Abrechnung

auf maschinell verwertbaren Datenträgern

und

die manuelle Abrechnung

Gültig ab 01.07.2008

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SACHSEN

VORWORT

Die Richtlinie für die Abrechnung mittels datenverarbeitungstechnischem Abrechnungsverfahren bzw. manuellem Abrechnungsverfahren beinhaltet die in der KV Sachsen getroffenen Regelungen zur einheitlichen Durchführung der Quartalsabrechnungen.

Diese Richtlinie berücksichtigt die bundesweit geltenden vertraglichen Vereinbarungen des Bundesmantelvertrages-Ärzte (§§ 42, 43 BMV-Ä) sowie des Bundesmantelvertrages-Ärzte/Ersatzkassen (§§ 35, 36 EKV), sowie die Richtlinie für den Einsatz von IT-Systemen in der Arztpraxis.

Für manuelle Abrechnungsverfahren sind die gesetzlichen Vorgaben in § 295 SGB V und die dazu getroffenen Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Auslaufen dieses Verfahrens zu berücksichtigen.

Die Richtlinie tritt zum

01.07.2008
(ab Abrechnungsquartal 3/2008)

in Kraft.

Sie ersetzt die Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen für die Abrechnung auf maschinell verwertbaren Datenträgern und die manuelle Abrechnung vom 01. Juli 2004.

Neben der grundsätzlich geltenden Richtlinie sind ggf. bezirksgeschäftsstelleninterne Hinweise zur Einreichung der Quartalsabrechnung zu beachten.

Solche Hinweise sind den jeweiligen Publikationen der Bezirksgeschäftsstellen als Beilage zu Rundschreiben der KV Sachsen zu entnehmen.

Beilage zu den KVS-Mitteilungen 7-8/2008

INHALT

1.	Datenverarbeitungstechnisches Abrechnungsverfahren (DAV)	4
1.1.	Voraussetzung	4
1.2.	Anzeigeverfahren	4
1.3.	Datenträger	4
1.3.1.	Arten, Beschriftung und Anforderungen	4
1.3.2.	Spezielle Hinweise zu Datenfeldern	5
1.4.	Online-Abrechnung	6
1.5.	Einreichung von Abrechnungsbelegen beim Datenverarbeitungstechnischen Abrechnungsverfahren (DAV)	6
1.6.	Sonstige Kostenträger	7
1.7.	Aufbewahrungsfristen	8
1.8.	Besonderheiten des Datenverarbeitungstechnisches Abrechnungsverfahrens (DAV)	8
1.8.1.	Sonderfestlegungen zu Medizinischen Versorgungszentren (MVZ)	8
1.8.2.	Abrechnung von Leistungen in der Betriebsstätte und Nebenbetriebsstätte	8
1.8.3.	Abrechnung von Leistungen bei arztpraxisübergreifender Tätigkeit	9
1.8.4.	Notararztwagenabrechnung	9
1.9.	Verwendung Mobile Lesegeräte	9
2.	Blankoformularbedruckung (BFB)	9
2.1.	Voraussetzungen	9
2.2.	Antrags- und Genehmigungsverfahren	10
3.	Manuelles Abrechnungsverfahren	10
3.1	Voraussetzungen	10
3.2	Antrags- und Genehmigungsverfahren gemäß § 3 der Richtlinie für den Einsatz von IT-Systemen in der Arztpraxis	10
3.3	Anforderungen	11
3.4	Ausfüllen der Behandlungsausweise	11
3.5	Einreichung/Sortierung der Behandlungsausweise	12

1. Datenverarbeitungstechnisches Abrechnungsverfahren (DAV)

1.1. Voraussetzung

Voraussetzung für die Teilnahme an der Abrechnung mittels Datenträger ist der Einsatz eines von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geprüften und mit einer gültigen Prüfnummer versehenen Systems.

Zusätzlich sind die Bestimmungen der folgenden Abschnitte zu befolgen, die dem derzeitigen Stand entsprechen und bei denen Änderungen aufgrund gesetzlicher, vertraglicher oder technischer Gegebenheiten eintreten können.

1.2. Anzeigeverfahren

Anzeige

Für die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen mittels Datenträger ist die Anzeige bei der zuständigen KVS-Bezirksgeschäftsstelle erforderlich. Der Vertragsarzt hat für die Abrechnung der Leistungen und die Übertragung der Daten eine von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf Basis der jeweiligen Anforderungskataloge zertifizierte Software zu verwenden. Jede zertifizierte Software bzw. jedes zertifizierte Softwaremodul erhält eine Prüfnummer.

Testabrechnung

Die Testabrechnung stellt ein besonderes Angebot der Bezirksgeschäftsstellen zur Sicherung eines fehlerfreien Beginns mit einem Datenverarbeitungstechnischen Abrechnungsverfahren (DAV) dar.

Dafür werden Testdatenträger im laufenden Behandlungsquartal bei der zuständigen KVS-Bezirksgeschäftsstelle ohne die zugehörigen Krankenscheine eingereicht. Sie enthalten eine Teilabrechnung von mindestens 10 Behandlungstagen des laufenden Behandlungsquartals.

Über das Ergebnis der Prüfung der Testabrechnung wird schriftlich informiert.

1.3. Datenträger

1.3.1. Arten, Beschriftung und Anforderungen

Arten der Datenträger

Im Rahmen des Datenverarbeitungstechnischen Abrechnungsverfahrens (DAV) dürfen nur folgende Datenträger verwendet werden:

- Disketten
- CD
- DVD

Beschriftung der Datenträger

Für die Honorarabrechnung sind auf den eingereichten Datenträgern folgende Angaben aufzubringen:

- Kassenarztstempel (bei CD/DVD auf CD-/DVD-Hülle; Lebenslange Arztnummer und Betriebsstättennummer bzw. Nebenbetriebsstättennummer auf CD/DVD aufbringen)
- Abrechnungsquartal
- Dateiname laut Datensatzbeschreibung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
- laufende Nummer der Diskette, CD bzw. DVD

Anforderungen an den Datenträger

Der Datenträger muss den von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorgegebenen Anforderungen („Datensatzbeschreibungen und Anforderungen an die Datenqualität“) in der jeweiligen gültigen Version entsprechen. Zur Prüfung des Datenträgers ist das im Quartal gültige KVDT-Prüfmodul und zur Verschlüsselung das gültige Kryptomodul vor der Einreichung anzuwenden. Zur Abrechnungsabgabe ist ein Ausdruck des Prüfprotokolls und die Fallzahlaufstellung einzureichen.

Das Risiko des Verlustes, der Beschädigung oder sonstiger Mängel der Datenträger trägt bis zur Übernahme durch die KVS-Bezirksgeschäftsstelle der Arzt.

Werden schwerwiegende Mängel bzw. Viren bei oder nach der Übernahme festgestellt, erhält der Arzt den Datenträger zur Korrektur zurück bzw. es muss eine neue Abrechnung eingereicht werden.

Im Rahmen seiner Dokumentationspflicht hat der Arzt eine Sicherungskopie seines Abrechnungsdatenträgers zu erstellen und diese 16 Quartale aufzubewahren.

1.3.2. Spezielle Hinweise zu Datenfeldern

Scheinuntergruppe

Werden Notfall-/Vertreterleistungen abgerechnet, so ist zur entsprechenden Scheinart die zugehörige Scheinuntergruppe (KVDT-Feld 4239) anzulegen. Bei Notfall-/Vertreterleistungen ist zwischen nachfolgenden Scheinuntergruppen zu unterscheiden:

- 41 = ärztlicher Notfalldienst (organisierter kassenärztlicher Bereitschaftsdienst)
- 42 = Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung
- 43 = Notfall (außerhalb organisierter kassenärztlicher Bereitschaftsdienst)
- 45 = Notarztwagen
- 46 = zentraler Notfalldienst (von der KV Sachsen organisierter zentraler Fahrdienst)

Überweisende Arztnummer

Werden Überweisungsscheine abgerechnet, die von Teilnehmern an der vertragsärztlichen Versorgung stammen, welche keine LANR erhalten, ist als überweisende Arztnummer in der Feldkennung 4241 (LANR Erstveranlasser) bzw. in der Feldkennung

4242 (LANR des Überweisers) der Ersatzwert „999999900“ als LANR (lebenslange Arztnummer) zu verwenden. Abweichend davon wurde speziell für jene Ärzte deren Zulassung zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Richtlinie erloschen ist, so dass sie keine lebenslange Arztnummer mehr erhalten, die aber zeitlich befristet noch Abrechnungsdaten nachreichen dürfen, der Ersatzwert „888888800“ als LANR (lebenslange Arztnummer) vereinbart. Dieser Ersatzwert ist ebenfalls in der Feldkennung 4241 bzw. 4242 anzugeben.

Bei einer Überweisung von einem Arzt aus dem nicht vertragsärztlichen Bereich (z.B. Zahnarzt) ist in der Feldkennung 4219 die Arztkennung oder als überweisende Arztnummer ebenfalls der Ersatzwert „999999900“ anzugeben.

Diagnosen

Es sind im Datensatz nur diejenigen Diagnosen zu vermerken, die im Abrechnungsquartal Grundlage für die Behandlung des Patienten bzw. für die Verordnungen waren. Dauerdiagnosen und chronische Zustände, die keine Leistungen und/oder Verordnungen ausgelöst haben, dürfen aus Gründen des Datenschutzes nicht übermittelt werden (siehe ICD-10-GM-in der jeweils gültigen Fassung - Anleitung zur Verschlüsselung).

Scheinarten

Ergeben sich für denselben Patienten innerhalb eines Behandlungsquartals mehrere Zugangsarten (Original, Notfall/Notfalldienst, Überweisungsscheine und/oder Scheine ambulantes Operieren) ist für jede Zugangsart ein eigener Datensatz anzulegen. Erfolgt die Inanspruchnahme als Notfall ist pro Arzt-Patienten-Kontakt ein gesonderter Notfallschein (-datensatz) anzulegen.

1.4. Online-Abrechnung

Die KV Sachsen bietet interessierten Vertragsärzten/-therapeuten die Möglichkeit der Online-Abrechnung über das D2D-System. D2D („Doctor-to-Doctor“) eine Telematik-Plattform der Kassenärztlichen Vereinigungen und dient dem sicheren Transfer von im Gesundheitswesen üblichen Dokumentarten. Sie ist eine Ergänzung zur Praxissoftware und muss für eine Anwendung vom Softwarehaus in das bestehende Praxissystem integriert werden.

Nähere Informationen hierzu gibt es auf der D2D-Webseite („www.d2d.de“), bei dem Praxissoftwareanbieter oder in der KVS Landesgeschäftsstelle unter der Telefonnummer 0351/82 90-701.

1.5. Einreichung von Abrechnungsbelegen beim Datenverarbeitungstechnischen Abrechnungsverfahren (DAV)

Grundsätzlich ist zum Anlegen eines Datensatzes die eingeleseene Krankenversichertenkarte erforderlich. Das nicht veränderbare Einlesedatum der Krankenversichertenkarte entbindet von der Einreichung des Abrechnungsbeleges

Eine Ausnahme bilden die nachfolgend genannten Sonderfälle. Hier sind im Rahmen des Datenverarbeitungstechnischen Abrechnungsverfahrens (DAV) zum Abrechnungsdatenträger zusätzlich Abrechnungsbelege einzureichen.

- Besondere Kostenträger, sofern keine Krankenversichertenkarte (KVK) eingeleistet wurde
- Zentraler Fahrdienst
- Notarztwagen
- Ersatzverfahren gemäß der Definition des Bundesmantelvertrages-Ärzte (§ 20 BMV-Ä) bzw. des Bundesmantelvertrages-Ärzte/Ersatzkassen (§ 24 EKV)

Alle einzureichenden Abrechnungsbelege sind mit dem Vertragsarztstempel zu versehen. Bei Notarztwagenscheinen ist zusätzlich die Unterschrift des Notarztes erforderlich.

Über die Form und die Sortierung der einzureichenden Abrechnungsbelege informiert die zuständige KVS-Bezirksgeschäftsstelle.

Überweisungsscheine (Muster 6, Muster 7, Muster 10/10a) sind auf Verlangen für Stichprobenprüfungen der Einhaltung von Überweisungsaufträgen bzw. zur Prüfung besonderer vertraglicher Regelungen bei Aufforderung der KVS Bezirksgeschäftsstelle zur Verfügung zu stellen.

1.6. Sonstige Kostenträger

Kostenträgerabrechnungsbereich

Bei der Abrechnung der Sonstigen Kostenträger ist zur Unterscheidung der einzelnen Kostenträger ein zweistelliger Kostenträgerabrechnungsbereich (KVDT-Feld 4106) anzugeben.

- 00 = Primärabrechnung
- 01 = Sozialversicherungsabkommen (SVA)
- 02 = Bundesversorgungsgesetz (BVG)
- 03 = Bundesentschädigungsgesetz (BEG)
- 07 = Bundesvertriebenengesetz (BVFG)

Personenkreis

Für die im Vertrag für BVG, BEG und BVFG festgelegten Personenkreise sind in der Datensatzbeschreibung des KVDT gesonderte Eintragungen im Feld Personenkreis (KVDT-Feld 4123) möglich.

- 01 = Beschädigter
- 02 = Schwerbeschädigter
- 03 = Angehöriger
- 04 = Hinterbliebener
- 05 = Pflegeperson
- 07 = ärztl. Versorgung
- 12 = Verfolgte

Für die Bundeswehr, den Bundesgrenzschutz und den Zivildienst sind folgende Eintragungen im Feld Personenkreis bzw. Untersuchungskategorie (KVDT-Feld 4123) möglich.

- 06 = Tauglichkeitsuntersuchung
- 07 = ärztliche Versorgung
- 08 = Bewerber
- 09 = Erstuntersuchung
- 10 = Nachuntersuchung
- 11 = Ergänzungsuntersuchung

1.7. Aufbewahrungsfristen

Gemäß § 10 Abs. 5 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer sind ärztliche Aufzeichnungen mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach anderen gesetzlichen Vorschriften eine andere Aufbewahrungsfrist besteht.

Gesonderte Fristen gelten wie folgt:

- Sicherungskopien der Quartalsabrechnung: 16 Quartale
- Überweisungsscheine: mindestens 4 Quartale (Ausnahme: Bei in der Praxis eingescannten Überweisungsscheinen ist eine Aufbewahrung dieser Scheine nicht notwendig, vorausgesetzt die Scheine können bei einer evtl. Anforderung für besondere Prüfungen ausgedruckt werden). Dies gilt auch für eingescannte Überweisungsscheine in der KVS.

Grundsätzlich bedarf die Dokumentation auf elektronischen Datenträgern besonderer Sicherungsmaßnahmen, um deren Vernichtung, unbefugte Veränderung oder Verwendung zu verhindern.

1.8. Besonderheiten des Datenverarbeitungstechnischen Abrechnungsverfahrens (DAV)

1.8.1. Sonderfestlegungen zu Medizinischen Versorgungszentren (MVZ)

MVZ werden abrechnungstechnisch als eine wirtschaftliche Einheit behandelt. Daraus ergibt sich die Verpflichtung, die Abrechnung in einer Gesamtdatei (ggf. je Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte) einzureichen.

1.8.2. Abrechnung von Leistungen in der Betriebsstätte und Nebenbetriebsstätte

In Praxen, die neben ihrer Betriebsstätte über Nebenbetriebsstätten verfügen, kann die Abrechnung je Betriebsstätte/Nebenbetriebsstättennummer eingereicht werden. Um eine reibungslose Abrechnungsbearbeitung zu gewährleisten, empfiehlt die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen jedoch eine gesamthafte Abrechnung unter der Betriebsstättennummer des Praxissitzes einzureichen. Sofern eine Abrechnung pro Betriebsstätte/ Nebenbetriebsstätte eingereicht wird, sollte die Einreichung einzelner Abrechnungen in unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang erfolgen.

1.8.3. Abrechnung von Leistungen bei arztpraxisübergreifender Tätigkeit

Ärzte, die über mehrere Zulassungen in verschiedenen Praxen verfügen, rechnen die Leistungen über die Betriebsstättennummer ab, in der die Leistung erbracht wurde.

1.8.4. Notarzwagenabrechnung

Die Abrechnung der Notarzwagenscheine von niedergelassenen Ärzten erfolgt unter einer gesonderten Betriebsstättennummer.

Die Einreichung ist wie folgt möglich:

- Abrechnung auf einem gesonderten Datenträger unter der Betriebsstättennummer des Notarztes.
- Manuelle Abrechnung (notwendig bei GP- oder MVZ-Teilnehmern)

1.9. Verwendung Mobiler Lesegeräte

Die Übernahme der Daten der Krankenversichertenkarte ist gemäß der -Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für den Zweck von IT-Systemen in der Arztpraxis zum Zweck der Abrechnung gemäß § 295 Abs. 4 SGB V- auch über ein mobiles Lesegerät erlaubt. Dazu muss ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifiziertes Lesegerät verwandt werden. Dieses muss sicherstellen, dass die Daten der ausgelesenen Krankenversichertenkarten vom mobilen Lesegerät automatisch gelöscht werden. Die quartalsübergreifende Speicherung von ausgelesenen Daten einer Krankenversichertenkarte bei Nutzung mobiler Lesegeräte ist nicht zulässig.

2. Blankoformularbedruckung (BFB)

2.1. Voraussetzungen

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen das Verfahren der Blankoformularbedruckung bundesmantelvertraglich vereinbart.

Die Vorschriften zur Blankoformularbedruckung (BFB) finden sich im Bundesmantelvertrag-Ärzte (§§ 34, 42 BMV-Ä) und im Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen (§ 6 EKV). Die Einzelheiten des Blankoformularbedruckungsverfahrens sind in der Anlage 2a des BMV (Vordruckvereinbarung für Blankoformularbedruckung) niedergelegt.

Gleichzeitig ist die Einhaltung der „Vereinbarung über den Druck von Vordrucken für die vertragsärztliche Versorgung und die Lieferung an die an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen im Freistaat Sachsen sowie an die Bezirksgeschäftsstellen der KV Sachsen“ für die Nutzung der Blankoformularbedruckung Voraussetzung.

Es können nur von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierte Systeme mit den jeweils in die Zertifizierung einbezogenen Formularmustern zum Einsatz kommen.

Die Formulare müssen bei Nutzung des Blankoformularbedruckungsverfahrens unter Verwendung eines geeigneten Laserdruckers (Non-Impact-Drucker) auf Blankoformularpapier erstellt werden.

2.2. Antrags- und Genehmigungsverfahren

Antragstellung

Die Nutzung des Blankoformularbedruckungsverfahrens ist fakultativ und nicht als Komponente des Datenverarbeitungstechnischen Abrechnungsverfahrens (DAV) verbindlich.

Vor der Nutzung des Blankoformularbedruckungsverfahrens ist ein Antrag auf Genehmigung bei der zuständigen KVS-Bezirksgeschäftsstelle zu stellen.

Eine Genehmigung zur Nutzung des Blankoformularbedruckungsverfahrens kann ausschließlich der mittels EDV abrechnende Arzt oder Psychotherapeut erhalten.

Genehmigung

Sobald alle Voraussetzungen für eine einwandfreie Durchführung des Blankoformularbedruckungsverfahrens vorliegen, erhält der Arzt durch seine KVS-Bezirksgeschäftsstelle eine diesbezügliche Genehmigung.

Die Genehmigung erfolgt widerruflich und ist an den Einsatz der jeweiligen Softwareversion, insbesondere auch an die in die Genehmigung einbezogenen Formularmuster, gebunden.

3. Manuelles Abrechnungsverfahren

3.1. Voraussetzungen

Nach § 295 Absatz 4 SGB V haben alle Vertragsärzte seit dem 01.07.2004 zum Zwecke der Abrechnung ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifiziertes Praxisverwaltungssystem einzusetzen.

Gemäß § 3 der Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für den Einsatz von IT-Systemen in der Arztpraxis, können Vertragsärzte ihre Kassenärztliche Vereinigung längstens bis zum 31. Dezember 2008 beauftragen, das maschinelle Einlesen der Abrechnung durchzuführen. Die Vertragsärzte, die das 63. Lebensjahr überschritten haben, können ihre Kassenärztliche Vereinigung längstens bis zur flächendeckenden Einführung der Gesundheitskarte nach § 291a SGB V beauftragen, das maschinelle Einlesen der Abrechnung durchzuführen.

3.2. Antrags- und Genehmigungsverfahren gemäß § 3 der Richtlinie für den Einsatz von IT-Systemen in der Arztpraxis

Antragstellung

Konventionell abrechnende Ärzte können, sofern sie die Kriterien gemäß § 3 erfüllen, der für sie zuständigen KVS-Bezirksgeschäftsstelle einen Auftrag zum maschinellen Einlesen ihrer Abrechnung erteilen. Der Vordruck ist über die zuständige KVS-Bezirksgeschäftsstelle zu beziehen.

Genehmigung

Die KVS-Bezirksgeschäftsstelle entscheidet über den Antrag.

3.3. Anforderungen

An die Aufträge für ein maschinelles Einlesen der Abrechnung werden folgende Bedingungen gestellt:

- Bei den eingereichten Belegen darf es sich ausschließlich um vereinbarte Muster lt. geltender Vordruckvereinbarung und gültige Vordrucke so genannter besonderer Kostenträger handeln.
- Die Ausfüllung der Belege hat nach den geltenden Ausfüllvorschriften der Vordruckvereinbarung vollständig in den dafür vorgesehenen Feldern bzw. Spalten zu erfolgen.
- Alle Eintragungen in den Abrechnungsunterlagen haben eindeutig lesbar zu sein, die Daten der Krankenversichertenkarte sind vollständig und bei Verwendung eines Druckers zeilen- und spaltengerecht auszudrucken.
- Sofern ein System zur maschinellen Beleglesung im Einsatz ist, sind die Ausfüllhinweise der KVS-Bezirksgeschäftsstelle zu beachten. Eintragungen dürfen nur in den dafür vorgesehenen Spalten und in der vorgegebenen Reihenfolge vorgenommen werden.

3.4. Ausfüllen der Behandlungsausweise

Die Abrechnungsscheine sind gemäß den unter Punkt 3.3 genannten Anforderungen auszufüllen.

Jeder Abrechnungsschein ist mit dem Vertragsarztstempel zu versehen (§ 35 Abs. 2 BMV-Ä).

Die Unterschrift des abrechnenden Arztes/Therapeuten auf dem einzelnen der kassenärztlichen Vereinigung zu übermittelnden Abrechnungsschein kann entfallen, da eine Sammelerklärung abzugeben ist.

Die Behandlungsausweise müssen gemäß § 295 Abs. 1 und 2 SGB V folgende Angaben enthalten:

- Name der Krankenkasse/VKNR/Wohnortkennzeichen
- Name, Vorname des Versicherten
- Geb.-Datum des Versicherten
- Geschlecht des Versicherten
- Anschrift des Versicherten (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)
- IK der Krankenkasse
- Versichertennummer
- Versichertenstatus/Statusergänzung
- Arztnummer (lebenslange Arztnummer)
- Betriebsstättennummer/Nebenbetriebsstättennummer

-
- In Überweisungsfällen die Arztnummer (lebenslange Arztnummer) des überweisenden Arztes
 - Gültigkeit der Krankenversichertenkarte (KVK)
 - Einlesedatum der Krankenversichertenkarte (KVK)
 - Art der Inanspruchnahme
 - Art der Behandlung
 - Diagnosen (verschlüsselt nach ICD-10-GM-in der jeweils gültigen Fassung)
 - Tag der Behandlung
 - Abgerechnete Gebührenordnungsnummern

Bei Berufsausübungsgemeinschaften sind die abgerechneten Leistungen durch die LANR und die Betriebsstättennummer/Nebenbetriebsstättennummer des Arztes, der die Leistung erbracht hat, zu kennzeichnen. Komplexleistungen bei deren Erbringung mehrere Ärzte mitwirken, erfolgt die Berechnung und demzufolge auch die Kennzeichnung durch denjenigen Vertragsarzt/-therapeuten von dem die Vollständigkeit des Leistungsinhaltes erreicht worden ist. Dies gilt nicht bei Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen, diese sind beim ersten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Behandlungsfall zu berechnen und demzufolge von dem Vertragsarzt/-therapeuten zu kennzeichnen, bei dem dieser Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat.

Bei der Leistungserbringung in Praxen mit mehreren Betriebsstätten, ist bei der Behandlung von Patienten in mehreren Betriebsstätten, je Betriebsstätte ein Abrechnungsschein anzulegen.

Es sind nur diejenigen Diagnosen zu vermerken, die im Abrechnungsquartal Grundlage für die Behandlung des Patienten bzw. für die Verordnungen waren.

Bei anerkannter Psychotherapie ist im Diagnosenfeld des Abrechnungsscheines (Muster 5) und des Überweisungsscheines (Muster 6) das Datum des Anerkennungsbescheides erforderlich.

Der Behandlungstag und die Gebührenordnungsnummern sind in die dafür vorgesehenen Spalten fortlaufend einzutragen.

Alle abrechnungsrelevanten Ergänzungen zu Gebührenordnungsnummern sind in Klammern vorzunehmen.

3.5. Einreichung/Sortierung der Behandlungsausweise

Die KVS-Bezirksgeschäftsstelle kann zusätzliche Einreichungsvorschriften festlegen.

Über die Form der Scheineinreichung und die Sortierreihenfolge informiert die zuständige KVS-Bezirksgeschäftsstelle.