

Abrechnung

Hinweise für die Abrechnung

Dauer- bzw. Akutdiagnosen

Nach den gesetzlichen Bestimmungen gemäß § 295 SGB V sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen verpflichtet, in den Abrechnungsunterlagen und für die Arbeitsunfähigkeitszeiten Diagnosen aufzuzeichnen und zu übermitteln. Dabei sind die Diagnosen nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebenen deutschen Fassung (ICD-10-GM) zu verschlüsseln.

Im Rahmen der Abrechnung sind gemäß § 295 (1) SGB V die Diagnosen zu übermitteln, die für den Patienten im entsprechenden Quartal relevant waren. Es sind also ausschließlich Diagnosen zu übertragen, welche die Definition einer Behandlungsdiagnose erfüllen, d. h. ein Bezug zu den erbrachten Leistungen des Abrechnungsquartals muss vorhanden sein. Dies sind sämtliche Akutdiagnosen, welche im entsprechenden Quartal behandelt wurden und Dauerdiagnosen, wenn sie die Definition einer Behandlungsdiagnose erfüllen.

Anwendung Ersatzverfahren

Das Ersatzverfahren gemäß Anlage 4a „Vereinbarung zum Inhalt und zur An-

wendung der elektronischen Gesundheitskarte“ BMV-Ä kommt zum Einsatz, wenn die eGK nicht verwendet werden kann. Dies kann der Fall sein, wenn

- der Versicherte darauf hinweist, dass sich die zuständige Krankenkasse oder der Versichertenstatus geändert hat, die Karte dies aber noch nicht berücksichtigt,
- die Karte defekt ist,
- das Kartenterminal oder der Drucker defekt ist,
- die Karte nicht benutzt werden kann, weil für Hausbesuche kein entsprechendes Gerät zur Verfügung steht und keine bereits in der Arztpraxis mit den Daten der elektronischen Gesundheitskarte/Krankenversichertenkarte vorgefertigten Formulare verwendet werden können.

Kann bei einer Notfallbehandlung die eGK nicht vorgelegt werden oder ist sie ungültig, kann die Abrechnung ebenfalls im Ersatzverfahren durchgeführt werden.

Die für die Abrechnung im Ersatzverfahren notwendigen Daten des Patienten sind auf Grund der Unterlagen in der Patientenstammdatei oder den Angaben des Versicherten oder anderer Auskunftspersonen zu erheben.

Im Fall eines Kassenwechsels ist die neue Krankenklasse berechtigt, dem Versicherten übergangsweise, bis er eine eGK erhält, eine zeitlich befristete Ersatzbescheinigung auszustellen. Diese stellt einen gültigen Anspruchsnachweis dar. Die Patientenstammdaten sind in diesem Sonderfall von der Ersatzbescheinigung manuell in die Abrechnungssoftware zu übernehmen.

Kann der Patient keine gültige eGK oder gültige Ersatzbescheinigung (Anspruchsnachweis) vorlegen, darf frühestens nach Ablauf von zehn Tagen eine Privatvergütung verlangt werden. Hiervon ausgenommen sind Notfallbehandlungen, bei denen das Ersatzverfahren angewandt werden darf. Die Privatvergütung ist zurückzuzahlen, wenn der Versicherte bis zum Ende des Quartals eine zum Zeitpunkt der Behandlung gültige eGK oder eine gültige Ersatzbescheinigung (Anspruchsnachweis) vorlegt.

Ausführliche Informationen zu diesem Thema finden Sie im Internetauftritt der KV Sachsen unter www.kvsachsen.de → Mitglieder → Abrechnung → EDV in der Arztpraxis sowie auf der Homepage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter der Adresse www.kbv.de → Service → Praxis-IT → Elektronische Gesundheitskarte → Die eGK in der Praxis.

– Abrechnung/eng-silb –