

Ergänzende Abrechnungsbestimmungen
der
Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg
vom 12. Juni 2008
in der Fassung vom 19. November 2009

§ 1

Abrechnungsfristen

(1) Die Abrechnungsunterlagen (Datenträger und/oder Behandlungsausweise) sind von der Arztpraxis vierteljährlich bis zu den von der KVH bekannt gegebenen Abgabeterminen bei der KVH einzureichen.

Arztpraxis im Sinne dieser Bestimmungen ist der zugelassene oder ermächtigte Arzt, der zugelassene oder ermächtigte Psychotherapeut, das zugelassene Medizinische Versorgungszentrum und die ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung, sofern bei dieser eine Honorarabrechnung durch die KVH erfolgt. Der Begriff der Arztpraxis schließt Nebenbetriebsstätten ein. Sind die genannten Leistungserbringer Mitglied einer Berufsausübungsgemeinschaft, ist die Arztpraxis die Berufsausübungsgemeinschaft.

Bei einer KV –übergreifenden Berufsausübung gelten diese Bestimmungen für die über die KVH abgerechneten Leistungen und Kosten.

Honorar im Sinne dieser Bestimmungen ist die Vergütung für die abgerechneten Leistungen sowie die abgerechneten Kosten einer Arztpraxis.

(2) Fristverlängerungen können nur ausnahmsweise und auf schriftlich begründeten Antrag gewährt werden; Verlängerungsanträge sind vor Ablauf der Frist zu stellen

(3) Bei Abrechnungen, die nicht fristgemäß eingereicht werden, wird für jeden über die Frist nach Absatz 1 oder 2 hinausgehenden Kalendertag eine Versäumnisgebühr von 20,-- Euro erhoben. Die Versäumnisgebühr darf 50 % des abgerechneten Gesamthonorars nicht übersteigen; sie kann ganz oder teilweise erlassen werden, wenn die Arztpraxis nachweist, dass sie ohne Verschulden die Abrechnung verspätet eingereicht oder eine Fristverlängerung nicht rechtzeitig beantragt hat. Die Abrechnung kann seitens der KVH auf das Folgequartal verschoben werden.

(4) Solange Abrechnungen über die Frist nach Absatz 1 oder 2 hinaus nicht eingereicht werden, können fällige Zahlungen ganz oder teilweise gesperrt werden.

(5) Der Anspruch auf Abrechnung von Leistungen und/oder Kosten verjährt in einem Jahr. Die Verjährung beginnt mit Ablauf des Abrechnungsquartals, in dem die Leistung erbracht wurde und/oder die Kosten entstanden sind.

(6) Behandlungsfälle, die erst im Nachgang zur Abrechnung eingereicht werden, werden mit dem nächstmöglichen Abrechnungsquartal abgerechnet. Es gilt die Verjährungsfrist des Abs. 5.

§ 2

Abrechnung durch die Arztpraxis

(1) Die abrechnungsfähigen Leistungen sind in den Abrechnungsunterlagen mit den Gebührenordnungspositionen des EBM einzutragen. Dazu gelten die vertraglichen Bestimmungen sowie die vom Vorstand der KVH erlassenen Anschreibevorschriften.

(2) Zur Abrechnung sind die Abrechnungsunterlagen nach den Anweisungen der KVH zusammenzustellen. Sie müssen alle zur Begründung der geltend gemachten Honorarforderung erforderlichen Angaben enthalten; das gilt insbesondere für Diagnoseangaben und sonstige Angaben zu einzelnen Leistungen. Die erforderlichen schriftlichen Erklärungen sind der Abrechnung beizufügen.

(3) Der KVH eingereichte Abrechnungsunterlagen können von der Arztpraxis nicht zurückgefordert werden.

(4) Die Arztpraxis hat zusammen mit den Abrechnungsunterlagen die Abrechnungssammelerklärung gem. § 35 Abs. 2 BMV-Ä/ § 34 Abs. 1 BMV-EK als Voraussetzung für die Entstehung eines Honoraranspruchs gegenüber der KVH abzugeben. Bei Medizinischen Versorgungszentren, ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen und Berufsausübungsgemeinschaften ist die Abrechnungssammelerklärung von dem gesetzlichen oder vertraglich bestimmten Vertreter abzugeben. Sie kann auch von einer hierzu gesondert bevollmächtigten Person unterzeichnet werden.

§ 3

Beschränkungen und Ausschlüsse für die Abrechnung

(1) Leistungen von Vertragsärzten, die mit einer Gebietsbezeichnung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, sind grundsätzlich nur insoweit abrechnungsfähig, als sie in das Gebiet des betreffenden Vertragsarztes fallen. Leistungen von Vertragsärzten, die mit einer Schwerpunktbezeichnung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, sind nur insoweit abrechnungsfähig, als sie in den Schwerpunkt des betreffenden Vertragsarztes fallen. Werden ausnahmsweise Leistungen außerhalb des Gebietes oder Schwerpunktes erforderlich, so sind sie höchstens in 5 % der Fälle des Vertragsarztes abrechnungsfähig.

(2) Leistungen von Vertragsärzten, die als Ärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Nuklearmedizin, Pathologie, Radiologische Diagnostik bzw. Radiologie, Strahlentherapie und Transfusionsmedizin an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, können nur auf Überweisung abgerechnet werden. Im übrigen gilt § 13 Abs. 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. § 7 Abs. 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen.

(3) Leistungen, für deren Durchführung besondere Qualifikationserfordernisse Voraussetzung sind, sind erst nach Erteilung der entsprechenden Genehmigung durch die KVH abrechnungsfähig.

§ 4

Sachlich/rechnerische Richtigstellung, Begrenzung, Prüfung

(1) Die Abrechnung der Arztpraxis wird von der KVH nach Maßgabe der gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen sowie dieser Vorschriften sachlich/rechnerisch richtiggestellt.

(2) Über Berichtigungen, die die Vierteljahresabrechnung einer Arztpraxis insgesamt mit mehr als 300 Punkten oder bei Kosten mit mehr als 10,00 Euro belasten, erhält die Arztpraxis einen Berichtigungsbescheid. Ein Berichtigungsbescheid ist jedoch nicht erforderlich, wenn die Arztpraxis mit der Berichtigung ihrer Abrechnung einverstanden ist oder die Berichtigung vorzunehmen war, weil zwingende Bestimmungen des EBM, des VM oder der Verträge mit den Kostenträgern die Abrechnung bestimmter Leistungen generell oder neben anderen bestimmten Leistungen ausschließen. Über Berichtigungen, die aufgrund zwingender Bestimmungen der Gebührenordnung, der Bundesmantelverträge und des Verteilungsmaßstabes erforderlich sind, soll die Arztpraxis informiert werden, wenn es sich um grundsätzliche Fehlanwendungen des EBM handelt.

(3) Sachlich-rechnerische Fehler in der Abrechnung einer Arztpraxis, die erst nach Bekanntgabe des jeweiligen Abrechnungsbescheides festgestellt werden, können innerhalb einer Frist von vier Jahren nach Bekanntgabe des Abrechnungsbescheides berichtigt werden. Die Berichtigung muss innerhalb eines Jahres seit erstmaliger Feststellung des Abrechnungsfehlers erfolgen.

Wird in einem Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V bestandskräftig festgestellt, dass eine Beanstandung die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Honorarabrechnung betrifft, wird die Frist des Satzes 1 für eine durch die KVH vorzunehmende Berichtigung durch den Bescheid der Prüfungsstelle bis zur bestandskräftigen Feststellung der Unzuständigkeit der Prüfungseinrichtung gehemmt.

Bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Falschabrechnung gilt entsprechend § 199 BGB eine Verjährungsfrist von 10 Jahren nach Bekanntgabe des jeweiligen Abrechnungsbescheides.

Der Rückforderungsbetrag kann aufgrund einer Hochrechnung festgesetzt werden, wenn für diese ausreichend sichere Grundlagen festgestellt werden.

Wurde in einzelnen Behandlungsfällen nachgewiesen, dass die Abrechnungssammelklärung vorsätzlich oder grob fahrlässig falsch abgegeben wurde, kann der Honoraranspruch aufgrund einer Schätzung festgesetzt werden.

(4) Leistungen, die der Qualitätsprüfung unterliegen, können von der Abrechnung ausgeschlossen werden, wenn eine Begutachtung durch die zuständige Kommission ergibt, dass sie der nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft zu fordernden Qualität nicht genügen. Die Regelungen nach Abs. 3 S. 1 und 2 gelten entsprechend.

§ 5

Honorarverrechnungskonten

Über die hausärztlichen, fachärztlichen und psychotherapeutischen Honorarverrechnungskonten sind z.B. verspätet eingereichte Honorarforderungen, nachträgliche sachlich/rechnerische Berichtigungen, Berichtigungen wegen Unzuständigkeit des Kostenträgers und Honorarkürzungen aufgrund von Beschlüssen der Prüfungseinrichtung nach § 106 SGB V abzuwickeln.

§ 6

Zahlungen

(1) Die KVH leistet monatliche Abschlagszahlungen an die Arztpraxen zu folgenden Terminen:

für Januar	am 23.01. eines Jahres,
für Februar	am 07.03. eines Jahres,
für März	am 23.03. eines Jahres,
für April	am 23.04. eines Jahres,
für Mai	am 07.06. eines Jahres,
für Juni	am 23.06. eines Jahres,
für Juli	am 23.07. eines Jahres,
für August	am 07.09. eines Jahres,
für September	am 23.09. eines Jahres,
für Oktober	am 23.10. eines Jahres,
für November	am 07.12. eines Jahres,
für Dezember	am 21.12. eines Jahres.

Die Zahlungen betragen 25% des zu erwartenden Quartalsumsatzes und sind aufrechnungsfähige und ggf. rückzahlungspflichtige Vorschüsse auf den Honoraranspruch für das Abrechnungsquartal.

(2) Bei neu gegründeten Arztpraxen ist eine angemessene Abschlagszahlung im Wege der Schätzung zu ermitteln.

(3) Bei wesentlicher Zunahme der vertragsärztlichen Leistungen gegenüber dem für die Abschlagszahlung maßgebenden Kalendervierteljahr kann die Arztpraxis eine Erhöhung der Abschlagszahlung beantragen. Bei zu erwartenden wesentlichen Umsatzminderungen der Arztpraxis ist die KVH berechtigt, die Abschlagszahlungen entsprechend zu senken. Die Arztpraxis ist hiervon rechtzeitig zu unterrichten.

(4) Bei Nichtausübung oder Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit sowie bei begründetem Verdacht von Falschabrechnungen oder grob unwirtschaftlicher Abrechnung kann die KVH weitere Zahlungen ganz oder teilweise zurückstellen, bis feststeht, ob noch Honorarrückforderungen erfolgen.

(5) Die Arztpraxis ist verpflichtet, der KVH alle Umstände rechtzeitig mitzuteilen, die von Einfluss auf die Höhe des Honorars sind, z.B. längerer Ausfall der Praxistätigkeit.

(6) Die Restzahlung erfolgt nach Fertigstellung der Gesamtabrechnung durch die KVH unter Berücksichtigung des Verwaltungskostenabzuges zu folgenden Terminen:

- für das 1. Vierteljahr am 23.08. des Jahres,
- für das 2. Vierteljahr am 23.11. des Jahres,
- für das 3. Vierteljahr am 22.02. des darauffolgenden Jahres,
- für das 4. Vierteljahr am 23.05. des darauffolgenden Jahres.

Der Vorstand der KVH kann mit Zustimmung des Beirates in Ausnahmefällen für ein Quartal einen abweichenden Termin festsetzen.

§ 7

Honoraranspruch

(1) Die KVH erlässt über die zur Abrechnung eingereichten Leistungen und Kosten einen Abrechnungsbescheid gegenüber der Arztpraxis. Die Arztpraxis ist Inhaber des mit dem Abrechnungsbescheid konkretisierten Honoraranspruchs.

Wird eine Berufsausübungsgemeinschaft in einer gem. § 33 Ärzte-ZV genehmigten geänderten Zusammensetzung fortgeführt, gilt die Fortführung auch im vertragsarztrechtlichen Verhältnis gegenüber der KVH.

(2) Unbeschadet der Zahlungstermine nach § 6 Absatz 1 und 6 werden die Forderungen einer Arztpraxis mit Erlass des Abrechnungsbescheides fällig.

(3) Forderungen der KVH aus Honorarberichtigungen, Schadensersatzansprüchen oder Erstattungsansprüchen werden mit deren Bekanntgabe gegenüber der Arztpraxis fällig. Rückforderungsansprüche der KVH aus § 106 SGB V sind mit Rechnungslegung der Prüfungsstelle gegenüber der KVH fällig.

Die Forderungen können mit Honorarforderungen der Arztpraxis gegen die KVH verrechnet werden.

(4) Besteht vor Erlass des Abrechnungsbescheides der begründete Verdacht einer Falschabrechnung oder grob unwirtschaftlichen Abrechnung, kann die KVH den Abrechnungsbescheid bis zum bestandskräftigen Abschluss durchzuführender Berichtigungs- und Prüfverfahren aussetzen und durch eine vorläufige Honorarmitteilung ersetzen. Für die Fälligkeit des Honoraranspruches gilt Abs. 2.

§ 8

Honorarkürzung nach § 95 d SGB V

(1) Der Honoraranspruch der Arztpraxis gemäß § 7 wird bei nicht oder nicht vollständig erbrachtem Fortbildungsnachweis für die ersten vier Quartale, die auf den Fünfjahreszeitraum nach § 95 d Abs. 3 SGB V folgen, um 10 vom Hundert gekürzt, ab dem darauf fol-

genden Quartal um 25 vom Hundert.

(2) Die Honorarkürzung beginnt mit dem Honorarbescheid für das erste auf den Fünfjahreszeitraum folgende Quartal. Sie endet nach Ablauf des Quartals, in dem der vollständige Fortbildungsnachweis erbracht wird. Maßgeblich für Beginn und Ende der Honorarkürzung ist der Zeitpunkt der anerkannten Fortbildungsmaßnahme.

(3) Die Honorarkürzung bezieht sich auf die mit dem Honorarbescheid abgerechnete Vergütung für vertragsärztliche Tätigkeit im Umfang des § 2 BMV-Ä / § 2 EKV. Vergütungen aus den Kapiteln 32 und 40 EBM, Kostenerstattungen für gesondert abrechnungsfähige Materialien (§ 44 Abs. 5 BMV / § 13 Abs. 5 EKV) sowie sonstige vereinbarte Kostenpauschalen unterliegen keiner Kürzung.

(4) Bei gemeinsamer Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit, bei Medizinischen Versorgungszentren und bei Arztpraxen mit angestellten Ärzten bzw. Psychotherapeuten wird die Kürzung des Honoraranspruchs der Arztpraxis gemäß § 7 über eine Kürzung des Honoraranteils desjenigen Arztes bzw. Psychotherapeuten ermittelt, der den Fortbildungsnachweis nicht oder nicht vollständig erbracht hat. Die Zuordnung der Leistungen zur Ermittlung des Honoraranteils erfolgt mittels der zur Kennzeichnung der Leistungen angegebenen Arztnummer (LANR). Soweit eine solche Zuordnung nicht möglich ist, erfolgt die anteilige Ermittlung entsprechend der Anzahl der Ärzte der Praxis bzw. der in der Praxis beschäftigten Angestellten unter Berücksichtigung des Umfangs der Tätigkeit lt. Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid.

(5) Bei nachträglichen Änderungen des Honoraranspruches gegenüber der Festsetzung im Honorarbescheid wird eine entsprechende Korrektur der Honorarkürzung nach § 95d SGB V vorgenommen. Dies gilt auch für Honorarkürzungen durch die Prüfungseinrichtung nach § 106 SGB V. Verordnungs- und Schadensregresse nach §§ 47 – 50 BMV / §§ 43 – 46 EKV wirken sich auf die Honorarkürzung nach § 95d SGB V nicht aus.

§ 9

Inkrafttreten

Diese Bestimmungen treten mit Veröffentlichung in Kraft.
§ 8 neue Fassung gilt für Honorarabrechnungen ab dem Quartal 3/09.

Anschreibevorschriften
des Vorstandes
gemäß § 2 Absatz 1 der
Ergänzenden Abrechnungsbestimmungen
der KVH

I Grundsätze

1. Die Abrechnungen sind in Übereinstimmung mit den Aufzeichnungen sorgfältig und leserlich zu erstellen.
2. Alle Eintragungen auf den Behandlungsausweisen sind ausschließlich in blauer oder schwarzer Farbe vorzunehmen
3. Die Verwendung von Stempeln, mit denen katalogartig mehrere mögliche Diagnosen und/oder Gebührenordnungspositionen auf die Behandlungsausweise aufgedruckt und im Einzelfall durch Kennzeichnung ausgewählt werden, ist für die Abrechnung unzulässig.
4. Die Verwendung von Aufklebern ist nur auf dem Anforderungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen bei Laborgemeinschaften (Muster 10a) in dem dort vorgesehenen Umfang zulässig. Ansonsten ist die Verwendung jeder Art von Aufklebern auf Behandlungsausweisen unzulässig.
5. Auf den Behandlungsausweisen sind alle Diagnosen zu vermerken, die im Abrechnungsquartal Grundlage für die Behandlung des Arztes waren. Die Angaben sind so vollständig zu machen, dass sie eine Beurteilung der sachlichen Richtigkeit der Abrechnung ermöglichen.
6. Bei Überweisungen zu Auftragsleistungen sind die Leistungen unter Angabe der Diagnose oder Verdachtsdiagnose nach Art und Umfang, bei Laborleistungen grundsätzlich ergänzt um die Angabe der EBM-Gebührenordnungsposition oder der Leistungslegende oder des Untersuchungszieles genau zu definieren.
7. Ergänzende Angaben zu einer Gebührenordnungsposition sind nur dann zu machen, wenn es im EBM verlangt wird. Angaben sind nach Möglichkeit abzukürzen. Nicht allgemein gebräuchliche Abkürzungen reichen als Angaben nicht aus.

II Allgemeines

1. Bei maschinenlesbaren Formularen steht bei handschriftlicher Eintragung pro Zeichen genau ein Kästchen zur Verfügung, bei maschinenschriftlicher Eintragung reicht ein feldgenaues Ausfüllen aus.
Datumsfelder bestehen aus 2x2 Kästchen, Leistungsfelder bestehen aus 6 Kästchen.
2. Die Behandlungsausweise werden spaltenweise ausgefüllt. Eine Spalte besteht aus mehreren Zeilen mit je einem Datumsfeld und je einem Leistungsfeld bzw. je zwei Leistungsfeldern.
3. Bei Datumsangaben ist, soweit erforderlich, eine führende Null einzutragen (z.B. 07 07; 14 04; 06 12). Datumsangaben sind immer nur für einen neuen Kalendertag erforderlich.
4. Die eingetragenen Gebührenordnungspositionen sind jeweils einzeln in die Leistungsfelder linksbündig einzutragen
5. Versehentliche Fehleintragungen sind bei ihrer Korrektur einfach durchzustreichen. Die richtigen Angaben sind in das nächste Leistungsfeld einzutragen.
6. Zusätzliche, nach dem EBM oder diesen Anschreibevorschriften erforderliche Angaben, z.B. Art der Untersuchung, Organe u.a., sind in Klammern zu setzen.
7. Mehrere gleiche Gebührenordnungspositionen an einem Behandlungstag sind nicht einzeln einzutragen. Die Häufigkeit des Ansatzes ist in Klammern in das nächste sechsstellige Feld nach der Gebührenordnungsnummer einzutragen, z.B. (X10).
8. Bei mehrfachen Arzt-Patient-Kontakten an einem Tag ist zu jeder Inanspruchnahme die Uhrzeit in Klammern in das nächste Leistungsfeld nach der Gebührenordnungspositionen einzutragen. Uhrzeiten sind immer vierstellig ohne Trennzeichen zwischen Stunden und Minuten anzugeben, z.B. 8 Uhr 30: (0830), 16 Uhr: (1600).
9. Werden auf dem Behandlungsausweis Kosten in €-Beträgen geltend gemacht, so sind die Materialien einzeln mit den tatsächlich dafür entstandenen Kosten unter Berücksichtigung etwaiger Rabatte in Klammern anzugeben, z.B. (21,27 Euro) (Herzkatheter).
10. Ist der Platz auf dem Behandlungsausweis erschöpft, so ist ein weiterer anzulegen. Die Verwendung der Rückseite ist unzulässig. Auf der Rückseite geschriebene Angaben gelten als nicht vorgenommen.
Auf einem Folgeschein sind im Versichertenfeld mindestens folgende Angaben einzutragen: Name der Kasse, Name/Vorname, Geburtsdatum des Patienten, Versichertenstatus.
Mehrere Abrechnungsscheine für einen Patienten sind einzeln und ungeheftet zur Abrechnung einzureichen.

III Abrechnungsschein und Überweisungs-/ Abrechnungsschein (Muster 5/6)

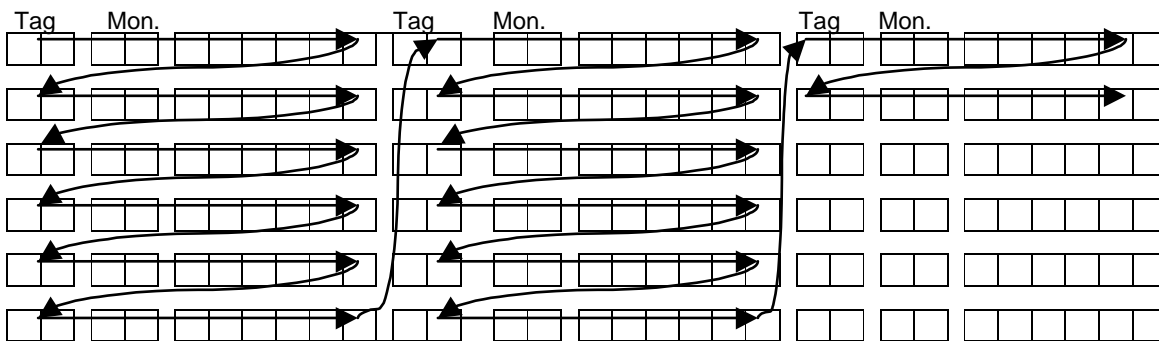
1. Die Behandlungsausweise werden spaltenweise ausgefüllt. Der Abrechnungsschein (Muster 5) hat 2 Spalten. Eine Spalte besteht aus mehreren Zeilen mit je einem Datumfeld und je zwei Leistungsfeldern.

Das Diagramm zeigt zwei Spalten für die Ausfüllung des Abrechnungsscheins. Die linke Spalte ist mit 'Tag' und 'Mon.' beschriftet, die rechte Spalte mit 'Tag'. Jede Spalte besteht aus sechs Zeilen, die jeweils ein Datumfeld (Tag und Monat) und zwei Leistungsfelder umfassen. Pfeile verdeutlichen die Reihenfolge der Ausfüllung: von links nach rechts in jeder Zeile und von oben nach unten in jeder Spalte.

2. Der Überweisungsempfänger darf Eintragungen nur in dem mit "Diagnosen (ggf. Abrechnungsbegründungen)" überschriebenen weißen Teil des Überweisungsscheines vornehmen.
3. Ist bei einer Überweisung zu Auftragsleistungen der Auftrag unzureichend beschrieben oder ergibt sich bei der Durchführung des Auftrags die Notwendigkeit weiterer Leistungen, so hat der Überweisungsempfänger die Zustimmung zur Auftragserweiterung vom Auftraggeber grundsätzlich **vor** Ausführung der weiteren Leistungen einzuholen. Die Begründung für die Auftragserweiterung und die Zustimmung des Auftraggebers sind mit Datum der Zustimmung gem. Nr. 2 auf dem Überweisungsschein in Klammern einzutragen.

IV Überweisungs-/Abrechnungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10)

- Die Behandlungsausweise werden spaltenweise ausgefüllt. Der Abrechnungsschein (Muster 10) hat 3 Spalten. Eine Spalte besteht aus mehreren Zeilen mit je einem Datumfeld und einem Leistungsfeld.



- Ist bei einer Überweisung zu Laborauftragsleistungen der Auftrag unzureichend beschrieben oder ergibt sich bei der Durchführung des Auftrags die Notwendigkeit weiterer Leistungen, so hat der Überweisungsempfänger die Zustimmung zur Auftragerweiterung vom Auftraggeber grundsätzlich **vor** Ausführung der weiteren Leistungen einzuholen. Die Begründung für die Auftragerweiterung und die Zustimmung des Auftraggebers sind mit Datum der Zustimmung in dem nächsten Leistungsfeld in Klammern einzutragen.

V Abrechnung mittels EDV

Abrechnungen mittels Praxis-EDV erfolgen nach der Anlage 1, welche Bestandteil dieser Anschreibevorschriften ist.

VI Besondere Bestimmungen

- Laboruntersuchungen sind an dem Tag der Entnahme des Körpermaterials auf dem Behandlungsausweis anzuschreiben, wenn die Entnahme durch den Arzt erfolgt, der auch die Laborleistung erbringt; wird das gleiche Körpermaterial an zwei aufeinanderfolgenden Tagen entnommen und fallen die Untersuchungen unter Höchstwerte des Kapitels 32 des EBM, so gilt für die Abrechnung der erste Entnahmetag.

Werden die Laboruntersuchungen nicht durch den Arzt durchgeführt, der die Materialentnahme vornimmt, so sind diese Leistungen an dem Tag anzuschreiben, an dem sie vollständig erbracht wurden.

- Arbeiten bei der ambulanten postoperativen und tagesklinischen Betreuung mehrere Ärzte zusammen, so sind bei der Abrechnung der Betreuungsleistungen die Namen der anderen beteiligten Ärzte anzugeben. Der Name oder die Arztnummer sind in dem nächsten sechsstelligen Feld nach der Gebührenordnungsnummer beginnend, in Klammern einzutragen.

VII Beispiele

Abrechnungsschein (Muster 5)

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	Abrechnungsschein		05	
Techniker Krankenkasse 74605							<input checked="" type="checkbox"/> ambulante Behandlung	<input type="checkbox"/> belegärztliche Behandlung	<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen	
Name, Vorname des Versicherten Mustermann Christiane							Quartal 3 99		<input type="checkbox"/> Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie	<input type="checkbox"/> anerkannte Psychotherapie
geb. am 12.02.60							Lfd. Nr. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
Kassen-Nr. 1577500							Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen / bei Psychotherapie: Datum des Anerkennungsbescheides			
Versicherten-Nr. 1202606789							Lumbago, unklares Exanthem			
Status 1000 1							zB allerg. Reaktion auf Erdb			
Vertragsarzt-Nr. 021999999							eeren, hochfieberiger Infekt			
VK gültig bis 03/00										
Datum 13.08.99										

Tag	Mon.	Tag	Mon.	Tag	Mon.	Tag	Mon.	Tag	Mon.	Tag	Mon.
07	07	1		25			7	13	4		
		10		7	1	03	09	2		25	
		7	1	3	4			7	1	3	4
08	07	2				06	09	2			
14	07	3	4	5		(x10)					
		2									
15	07	2									
17	07	2		10							
31	08	2		(0830)							
		26		(1100)							

Mutmaßlicher Tag der Entbindung <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Stationäre belegärztliche Behandlung Tag Monat Tag Monat von <input type="text"/> <input type="text"/> bis <input type="text"/> <input type="text"/>
Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.
Datum _____ Unterschrift _____
Stempel des Vertragsarztes/Therapeuten

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schlägerunfällen

Muster 5 (7.1999)

Überweisungs-/Abrechnungsschein (Muster 6)

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	Überweisungs-/Abrechnungsschein			06	
Techniker Krankenkasse							74605		<input checked="" type="checkbox"/> Kurativ <input type="checkbox"/> Präventiv <input type="checkbox"/> Sonst. Hilfen <input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung		
Name, Vorname des Versicherten									Quartal 3		99
Mustermann											
Christiane							geb. am				
Mustergasse 12							12.02.60				
22158 Musterort											
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.			Status						
1577500		1202606789			1000 1						
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis			Datum						
020499999		03/00			13.08.99						
Unfall Unfallfolgen							AU bis		Lfd. Nr.		
Überweisung an											
Ausführung von Auftragsleistungen							Konsiliaruntersuchung		Mit-/Weiterbehandlung		
Auftrag (bitte auch wichtige Befunde/Medikation angeben)/Diagnose/Verdacht											
Op grauer Star											
Diagnosen (ggf. Abrechnungsbegründungen)											
g r a u e r S t a r											
Tag Mon. Tag Mon.											
10		08		17		1					
				1353		(D4278)					
				,63)		(Lins)e)					
		2		451							
12		08		2							
Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen											
							Muster 6 (7.1999)		Vertragsarztstempel des abrechnenden Arztes		

Paul Abrechts Verlag, 22950 Lüneburg

Überweisungs-/Abrechnungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistungen (Muster 10)

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	Überweisungs-/Abrechnungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung		10																																																																																																				
Techniker Krankenkasse 74605																																																																																																													
Name, Vorname des Versicherten Mustermann Christiane							geb. am 12.02.60		Quartal 3 99																																																																																																				
Kassen-Nr. 22158 Musterort							Vertragsarzt-Nr. 1577500		Lfd. Nr. <input type="text"/>																																																																																																				
Vertragsarzt-Nr. 1202606789							VK gültig bis 1000 1		Datum 13.08.99																																																																																																				
022699999							03/00		13.08.99																																																																																																				
<input checked="" type="checkbox"/> Kurativ <input type="checkbox"/> Präventiv <input type="checkbox"/> Sonst. Hilfen <input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung							Eintrag nur bei Weiterüberweisung Vertragsarzt-Nr. des Erstveranlassers: <input type="text"/>																																																																																																						
<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen							Auftragsnummer des Labors: <input type="text"/>																																																																																																						
							ggf. Kennziffer <input type="radio"/> I./II. <input type="text"/> <input type="radio"/> III. <input type="text"/>																																																																																																						
Auftrag (Diagnose/Verdachtsdiagnose und auch wichtige Befunde/Medikation angeben)																																																																																																													
Dysurie, Makrohämaturie																																																																																																													
Urinkultur auf grampos. gramneg.																																																																																																													
Keime, ggf. Antibiotogr.																																																																																																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Tag</th><th>Mon.</th><th>Tag</th><th>Mon.</th><th>Tag</th><th>Mon.</th><th>Tag</th><th>Mon.</th><th>Tag</th><th>Mon.</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12</td><td>08</td><td>46</td><td>90</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td></td><td></td><td>47</td><td>25</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td></td><td></td><td>47</td><td>24</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td></td><td></td><td>47</td><td>34</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td></td><td></td><td>71</td><td>03</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>										Tag	Mon.	Tag	Mon.	Tag	Mon.	Tag	Mon.	Tag	Mon.	12	08	46	90									47	25									47	24									47	34									71	03																																														
Tag	Mon.	Tag	Mon.	Tag	Mon.	Tag	Mon.	Tag	Mon.																																																																																																				
12	08	46	90																																																																																																										
		47	25																																																																																																										
		47	24																																																																																																										
		47	34																																																																																																										
		71	03																																																																																																										
Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen							Muster 10 (7.1999)																																																																																																						
							Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt																																																																																																						
							Vertragsarztstempel abrechnender Arzt																																																																																																						

Paul Albrechts Verlag, 22950 Lufensee

Anlage 1

der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg
für die vertragsärztliche Abrechnung mittels Datenträger
vom 12. Juni 2008

Inhaltsübersicht

- 1. Voraussetzung für die Abrechnung mittels EDV**
- 2. Datenträger**
- 3. Datenpakete**
- 4. Scheinarten und Scheinuntergruppen (Feld 4239)**
- 5. Kostenträgerabrechnungsbereich (KTAB)**
- 6. Leistungsdaten**
 - a) Sachkosten**
 - b) Wegepauschale**
 - c) Tagtrennung**
- 7. Einzureichende Behandlungsausweise**
- 8. Sortierung der einzureichenden Behandlungsausweise**
- 9. Abgabe der Abrechnungsunterlagen in der KVH**
- 10. Sicherheitskopien**

1. Voraussetzung für die Abrechnung mittels EDV

Die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen mittels EDV auf maschinell verwertbaren Datenträgern ist möglich, wenn die eingesetzte Software von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifiziert ist und die KVH den Mitgliedern eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung erteilt hat.

Die EDV-gestützte Quartalsabrechnung hat auf Basis der KVDT-Datensatzbeschreibung in der jeweils gültigen Version zu erfolgen.

2. Datenträger

Als Datenträger sind Diskette und CD-ROM zulässig.

Die Abrechnungsdisketten müssen unter MS-DOS formatiert sein und folgendes Format besitzen:

Größe	Diskettenart	Format	Sektoren	Spuren
3 ½ Zoll	HD (High Density)	1,44 MB	18	80 x 2

3. Datenpakete

Für alle Kostenträger (Vertragskrankenkassen, Sonstige Kostenträger) ist ein gemeinsamer Datenträger zu erstellen, bei umfangreichen Abrechnungen sind ggf. Folgedisketten erforderlich.

4. Scheinarten und Scheinuntergruppen (Feld 4239)

Folgende sind im Rahmen des Datenträger austausches zulässig:

- Ambulante Behandlung (Satzart 0101)
- Überweisung (Satzart 0102)
- Belegärztliche Behandlung (Satzart 0103)
- Notfalldienst /Vertretung /Notfall (Satzart 0104)

Kennzeichnung des Überweisungsscheins aus dem fachärztlichen Dienst der Notfallpraxen in Altona und Farmsen:

- Scheinuntergruppe „24“ (Mit- und Weiterbehandlung)
- Eingabe der codierten Zusatznummer „99506“ im Leistungsfeld hinter der Datumsangabe

Zuordnung der Scheinuntergruppe bei Notfalldienst /Vertretung /Notfall:

Scheinuntergruppe 42 = Urlaubs- und Krankheitsvertretung

Scheinuntergruppe 43 = Notdienst in der sprechstundfreien Zeit /Notdienst im Krankenhaus

Scheinuntergruppe 44 = Taxinotdienst

5. Kostenträgerabrechnungsbereich (KTAB)

In einigen Fällen bedarf es zur eindeutigen Kostenträgerzuordnung einer besonderen Kennzeichnung im Kostenträgerabrechnungsbereich (Feld 4106) – dies trifft für Auslandsabkommen (SVA), Versorgungsberechtigte (KOV, BVG, BVFG, BEG), Sozialbehörde (SHT) und Asylstellen (AS) zu. Da die Praxisprogramme u. U. spezifische Schlüsseldefinitionen verlangen, sollten Sie sich bei Ihrem zuständigen Softwarebetreuer über die korrekte Eingabe dieses Feldes informieren.

6. Leistungsdaten

a) Sachkosten

Bei der Dateneingabe im Leistungsbereich ist darauf zu achten, dass eine korrekte Feldzuordnung der Daten erfolgt, so dass Leistungszusätze, wie z. B. Sachkosten oder Uhrzeitangaben, auch in den entsprechend definierten Feldern später im Abrechnungsdatensatz abgelegt werden. Bei der Eingabe von Sachkosten ist eine vorangestellte Pseudo-Gebühren-Nummer erforderlich, falls an einem Behandlungstag ausschließlich Sachkosten oder Sachkosten ohne Bezug zu einer Gebührennummer abgerechnet werden sollen. Im Bereich der KV Hamburg sind für diesen Zweck die Nummern 99811, 99811 a-z, 99812 und 99812 a-z vorgegeben. Bei der Nutzung einer Pseudoziffer ist die zusätzliche Erfassung eines Multiplikators nicht möglich.

b) Wegepauschale

Eine Abrechnung der Wegegelder nach Kilometern oder Zonen gibt es in Hamburg nicht. Stattdessen sind die entsprechenden GO-Positionen für Wegepauschalen in Ansatz zu bringen.

c) Tagtrennung

Bei Mehrfachkonsultationen an einem Behandlungstag muss eine sogenannte Tagtrennung mit jeweiliger Angabe der Uhrzeit hinter der ersten Gebührenordnungsposition durchgeführt werden.

Da die Eingabevorschriften bei den verschiedenen Programmen sehr unterschiedlich sind, ist es ratsam, sich beim Softwarehaus über die korrekte Erfassung zu erkundigen.

7. Einzureichende Behandlungsausweise

Praxen, die mittels Datenträger abrechnen, können weitgehend auf die Abgabe von Behandlungsausweisen verzichten. Diese verbleiben in der Praxis und sind 4 Quartale aufzubewahren. Dies gilt auch für Kostenübernahmebelege bei Schwangerschaftsabbrüchen. Zur Abrechnung müssen neben dem Abrechnungsdatenträger noch folgende Behandlungsausweise in der KVH abgegeben werden:

- Bundeswehr
 - Behörde für Inneres, Zivildienst
 - Bundesgrenzschutz
 - Versorgungsberechtigte (KOV, BVG, BVFG, BEG)
 - Auslandsabkommen
 - Sozialbehörde
- } Falls der Patient vom Kostenträger keine Krankenversicherungskarte erhalten hat

8. Sortierung der einzureichenden Behandlungsausweise

Die Behandlungsausweise sind entsprechend der vom Praxiscomputer erstellten Sortierliste zu sortieren.

9. Abgabe der Abrechnungsunterlagen in der KVH

Die Abrechnung muss bis zum Abgabetermin fristgerecht in der KV eingereicht werden. Die Abgabe der Abrechnungsdatenträger sollte erst nach einem fehlerfreien Prüflauf des KBV-Prüfmoduls erfolgen.

Die EDV-gestützte Abrechnung besteht neben den üblichen Erklärungen und Bestätigungen aus:

- Abrechnungsdatenträger(n)
- den noch einzureichenden Behandlungsausweisen (siehe Punkt 7)
- der vom Computer erstellten Fallzahlenliste, die an die unausgefüllten und gestempelten KVH-Fallzettel angeheftet werden
- Bestätigung zur Abrechnung („Quittung“)

10. Sicherheitskopien

Vor Abgabe der Abrechnungsunterlagen in der KVH ist in der Praxis eine Sicherheitskopie des Abrechnungsdatenträgers zu erstellen, um notfalls die Abrechnungsdaten der KVH erneut übermitteln zu können. Darüber hinaus sind die Abrechnungsdaten eines Quartals insgesamt zu sichern, um im Bedarfsfall einen erneuten Abrechnungslauf durchführen zu können. Die Sicherheitskopie der Abrechnungsdatei muss nach den gültigen Bundesmantelverträgen 16 Quartale aufbewahrt werden.