

Anleitung zur EDV-Abrechnung

Stand Januar 2011

Voraussetzungen für die EDV-Abrechnung

Voraussetzung für elektronische Abrechnung ist der Einsatz eines von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für den Austausch von Abrechnungsdaten nach den Richtlinien der KBV-Prüfstelle geprüften Praxisverwaltungssystems (PVS). Diese Richtlinien werden von der KBV den betreffenden PVS-Herstellern zur Verfügung gestellt unter:

- <http://www.kbv.de/ita/update.html>

Da in jeder eingereichten Abrechnungsdatei zusätzlich zu den Daten der Betriebsstätte auch die KBV-Prüfnummer des eingesetzten PVS abgespeichert ist, verzichtet die KV RLP auf ein Anzeigeverfahren um keinen bürokratischen Mehraufwand zu betreiben. Das zum Einsatz kommende PVS ist dann zertifiziert wenn es in der Liste "Zertifizierte Software KVDT der KBV" hinterlegt ist. Die Auflistung finden Sie unter:

- http://www.kbv.de/ita/register_N.html

ONLINEABRECHNUNG

Laut Vorstandsbeschluss der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 14. Juli 2009 wird die Online-Abrechnung ab dem 1. Januar 2011 – beginnend mit den Abrechnungsdaten des 1. Quartals 2011- Pflicht.

Einreichungswege für die Onlineabrechnung

über den geschützten Mitgliederbereich der KV RLP (KV-SafeNet* oder Smartcard)

Mehr dazu unter:

- <http://www.kv-rlp.de/mitglieder/beratung-service/edv-in-der-praxis.html>

LEISTUNGSERFASSUNG

Der Nachweis der vom Arzt erbrachten vertragsärztlichen Leistungen erfolgt durch korrekte Angabe der EBM-Gebührenordnungsposition, des Behandlungstages und der Diagnose(n). Die abgerechneten Leistungen müssen mit der LANR und BSNR hinsichtlich Leistungserbringer und Leistungsort gekennzeichnet werden.

Bei mehrfachen Inanspruchnahmen durch einen gleichen Patienten in verschiedenen Sitzungen am selben Tag müssen die Gebührenordnungspositionen entsprechend der zeitlichen Abfolge für jeden Arzt-Patienten-Kontakt durch entsprechende Uhrzeitangabe begründet werden. Hierzu wird ein weiterer Behandlungstag mit demselben Datum (= KVDT-Feldkennung 5000) erzeugt. Die Uhrzeitangabe erfolgt in der KVDT-Feldkennung 5006. Diese Regelung der Tagtrennung gilt auch dann, wenn für jede dieser Behandlungen ein separater Behandlungsausweis angelegt wurde (z. B. vormittags Originalschein oder Überweisung / abends Notfallschein)

Hinweis: Ob in diesen Fällen in der Arztpraxis die Erfassung eines Tagesdatums erforderlich ist oder mit Kürzeln gearbeitet werden muss, die die Duplizierung des Tagesdatums pro Kontakt auslösen, kann nur mit dem entsprechenden Softwarebetreuer geklärt werden.

AMBULANTE KODIERRICHTLINIEN

Die Kodierung muss unter Anwendung des jeweils gültigen Schlüssels nach § 295 SGB V, derzeit die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsprobleme in ihrer deutschen Modifikation (ICD-10-GM Version 2011), erfolgen. Um eine korrekte und einheitliche Verschlüsselung der behandelten Krankheiten zu gewährleisten, wurde im § 295 SGB V die Einführung eines verbindlichen Regelwerkes (Kodierrichtlinien) vorgeschrieben.

Die Partner der Bundesmantelverträge haben die Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) mit der vorliegenden Version 2011 ab dem 1. Januar 2011 deutschlandweit und verbindlich in Kraft gesetzt.

Auf der Homepage der KBV finden Sie unter folgender Adresse zum Thema "richtig kodieren" neben den Ambulanten Kodierrichtlinien auch ausführliche Informationen zum Herunterladen.

- <http://www.kbv.de/kodieren/kodieren.html>

DIAGNOSENVERSCHLÜSSELUNG NACH ICD 10-SGB V

Grundsätzlich gilt, dass ausschließlich Behandlungsdiagnosen in der Abrechnung verschlüsselt werden müssen.

Behandlungsdiagnosen sind Diagnosen inkl. des zugehörigen Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit, für die im abzurechnenden Quartal Leistungen erbracht wurden.

Zwingend nach ICD 10 kodierte Diagnosen sind erforderlich auf:

- allen Abrechnungsunterlagen (Originalschein, Überweisungen, Notfall- / Vertreterscheine usw.)
- Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (auf dem Teil, den die Krankenkasse erhält).

Unverschlüsselte Diagnosenangabe erfolgt

- bei Überweisungen und Laboraufträgen (im Feld "Auftrag / Diagnose / Verdacht")
- auf Krankenhauseinweisungen
- in Arztbriefen, Unfallberichten, in der eigenen Patientendokumentation usw.

Angaben zur Diagnosesicherheit und Seitenlokalisierung müssen in den dafür vorgesehenen Feldern erfasst werden.

Obligate Angabe

Diagnosesicherheit

- V Verdachtsdiagnose
- G gesicherte Diagnose
- A ausgeschlossene Diagnose
- Z (symptomloser) Zustand nach der betreffenden Diagnose

Fakultative Angabe

Seitenlokalisierung

- L links
- R rechts
- B beiderseits.

Zur Eingabe beachten Sie bitte die Vorgaben Ihrer Softwarefirma.

Im Feld "Diagnosenerläuterung" können spezifizierte Angaben (im Klartext) zum ICD 10-Code gemacht werden.

Bei Auftragsleistungen, für deren Durchführung nicht unbedingt und primär die Kenntnis oder Stellung von Behandlungsdiagnosen erforderlich ist, sind insbesondere Radiologen, Zytologen, Pathologen, Nuklearmediziner und Labormediziner nicht zur Verschlüsselung nach der ICD-10-GM verpflichtet. Ersatzweise können diese Fachgruppen den Code UUU eintragen.

STAMMDATEN

Die Stammdaten müssen mit den Daten der Versichertenkarte verglichen oder anhand der Eintragung auf dem Behandlungsschein überprüft werden.

ÜBERWEISUNGEN

Bei Überweisungen muss die Scheinuntergruppe, d. h. die Differenzierung, die vom überweisenden Arzt vorgenommen wurde, übernommen werden (z. B. "Mit- / Weiterbehandlung", "Auftrag" usw.).

Die angegebenen Auftragstexte müssen unverändert in den Datensatz übertragen werden.

Generell müssen alle Einträge der Überweisung (auch die Angaben des Personalienfeldes) erfasst und übermittelt werden. Die Betriebsstättennummer (BSNR) und die lebenslange Arztnummer (LANR) des überweisenden Arztes ist vom Überweisungsschein zu übernehmen. Nach einer ambulanten Operation nach § 115 b im Krankenhaus muss in das Feld "Überweisung durch andere Ärzte" (Feldkennung 4219) "Krankenhaus" eingetragen werden.

LABORAUFRÄGE

Bei Laboratoriumsuntersuchungen als Auftrag darf lediglich die Scheinart "Überweisungs- / Abrechnungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung" (Scheinuntergruppe 27) verwendet werden. Laborgemeinschaften legen grundsätzlich die Scheinuntergruppe 28 für den Auftrag auf Muster 10a an.

Falls die im EBM festgesetzten Ausnahmeindikationen erfüllt sind, muss die entsprechende Kennziffer in dem dafür vorgesehenen Feld angegeben werden (Kennziffer darf bei dieser Scheinuntergruppe nicht im Leistungsfeld erfasst werden!).

Die Betriebsstättennummer (BSNR) und die lebenslange Arztnummer (LANR) des überweisenden Arztes müssen vom Überweisungsschein übernommen werden. Falls es sich um einen nicht zugelassenen Arzt handelt, geben Sie bitte im Feld "Überweisung durch andere Ärzte" (Feldkennung 4219) "Bundeswehrarzt", "Zahnarzt", "Krankenhaus" usw. ein.

Bei Weiterüberweisung ist jeder überweisende Arzt verpflichtet, die Betriebsstättennummer des Erstveranlassers zu übertragen.

NOTFALLDIENST

Die Scheinart "ärztlicher Notfalldienst" (Scheinuntergruppe 41) darf lediglich bei Behandlungen im organisierten Notfalldienst

- samstags, 7 Uhr bis montags, 7 Uhr
- mittwochs, 14 Uhr bis donnerstags, 7 Uhr
- an Feiertagen vom Vorabend, 20 Uhr bis zum Tag nach dem Feiertag 7, Uhr
- sowie am 24. Dezember und 31. Dezember jeweils ab 7 Uhr (wenn dieser ein Werktag ist)

angelegt werden.

In allen übrigen Fällen, z. B. am Wochenende außerhalb des organisierten Notfalldienstes, bei Notfallbehandlungen an Werktagen außerhalb der regulären Sprechstunde usw., muss die Scheinart "Notfall" (Scheinuntergruppe 43) angelegt werden.

ERSATZVERFAHREN

Je Patient muss einmal im Quartal - möglichst bei dem ersten Arzt-Patienten-Kontakt - die Krankenversichertenkarte (KVK) eingesehen werden.

Das Ersatzverfahren kann nur in den folgenden Fällen angewendet werden:

1. Der Versicherte weist darauf hin, dass sich die zuständige Krankenkasse oder der Versichertenstatus geändert hat, was die KVK aber noch nicht berücksichtigt.
2. keine KVK, jedoch Vorlage eines Originalbehandlungsausweises der Krankenkasse oder eines quartalsaktuellen Überweisungsscheines
3. Die KVK ist defekt.
4. Das Lesegerät ist defekt.
5. Die KVK kann nicht eingesehen werden, weil im Rahmen eines Hausbesuches kein entsprechendes Einlesegerät zur Verfügung steht.
6. Im Rahmen einer Notfallbehandlung liegt keine KVK vor.
7. Es hat kein persönlicher Arzt-Patientenkontakt stattgefunden.

Bei Anwendung des Ersatzverfahrens muss die Scheinart "ambulante Behandlung" (Krankenschein, Scheinuntergruppe 00) angegeben werden.

Nachfolgend beschriebenes Verfahren gilt für die Punkte 1-6 bei persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt:

Neben der Anlage des Falles in der Praxisverwaltungssoftware muss dieser Schein (Muster 5) mit den Patientenstammdaten zusätzlich ausgedruckt werden. Auf diesem erstellten Abrechnungsschein muss der Versicherte in dem vorgesehenen Feld durch seine Unterschrift bestätigen, dass die angegebenen Daten korrekt sind. Dieser Abrechnungsschein muss bei den Patientenunterlagen 4 Quartale aufbewahrt werden. Dies gilt nicht, wenn der Patient mit einem gültigen Überweisungsschein in Ihrer Praxis war, oder der Patient bzw. ein gesetzlicher Vertreter oder Vormund nicht in der Lage ist, den Schein zu unterschreiben (hier sollte eine entsprechende Dokumentation in den Patientenunterlagen erfolgen). Im Falle einer Stichprobenprüfung wegen fehlender KVK-Einlesedaten wird dieser Schein zur Prüfung von der KV RLP angefordert.

Punkt 7:

In diesem Fall erkennt die KV RLP anhand der abgerechneten Leistungen, dass kein persönlicher Arzt- Patienten- Kontakt stattgefunden hat. Das zu den Nummern 1-5 beschriebene Verfahren entfällt.

WEGEGELDREGELUNG

Der Vertragsarzt erhält für jeden Besuch nach den GOP 01410, 01411, 01412 oder 01415 sowie für die erste Visite nach der GOP 01414 einmal je Visitentag eine Wegepauschale entsprechend der vertraglichen Regelungen zu den Pauschalerstattungen. Bei Berechnung von mehr als einem Besuch und / oder mehr als einer Visite pro Tag bei demselben Patienten muss eine Begründung (Uhrzeitangabe) angegeben werden. Dies gilt nicht für Visiten am Operationstag und / oder an dem auf die Operation folgenden Tag. Es gibt keine Unterscheidung bei Primär- bzw. Ersatzkassen.

Bei Besuchen am Tage innerhalb des Kernbereichs wird durch die KV automatisch die Wegegeldpauschale zugefügt (GOP 40220). Bei Besuchen außerhalb des Kernbereiches muss hinter jedem Besuch die jeweilige Wegepauschale eingetragen werden. (Zuordnung siehe Seite 8)

GOP	Leistungsbeschreibung	Vergütung
40220	Pauschale für Besuche im Kernbereich, bis zu 2 km, Tag *	3,20 €
40222	Pauschale f. Besuche im Randbereich, 2 km bis zu 5 km, Tag*	6,30 €
40224	Pauschale für Besuche im Fernbereich, mehr als 5 km, Tag *	9,20 €
40226	Pauschale für Besuche im Kernbereich, bis zu 2 km, Nacht **	6,30 €
40228	Pauschale für Besuche im Randbereich, 2 km bis zu 5 km, Nacht **	9,80 €
40230	Pauschale f. Besuche im Fernbereich, mehr als 5 km, Nacht **	13,20 €
40190	Wegepauschale für Besuche in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen bei Tage*	10,70 €
40192	Wegepauschale für Besuche in einem Bereich jenseits eines Radius von 10 km als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen bei Nacht**	14,80 €

* Tag = 19-7 Uhr

** Nacht = 7-19 Uhr

Gleiches gilt für das Aufsuchen des Patienten nach GOP 05230 EBM.

GENEHMIGTE PSYCHOTHERAPIE (GOP 35200-35225 EBM)

Im Rahmen der genehmigten Psychotherapie (GOP 35200-35225) muss das Datum des Anerkennungsbescheides in dem dafür vorgesehenen Feld (Feldkennung 4235) erfasst werden. Die Kopie des Anerkennungsbescheides (Muster 7a/b) muss der Abrechnung nicht mehr beigefügt werden. (Die Aufbewahrungspflicht in der Praxis beträgt 10 Jahre.)

Neben dem vorhandenen Feld „Datum des Anerkennungsbescheides“ (Feldkennung 4235) müssen die nachfolgenden Felder mit den entsprechenden Informationen in der Abrechnung befüllt sein:

Feldkennung	Feldbezeichnung	Erläuterung
4244	Bewilligte Leistung	GOP bewilligte Leistung (z. B. 35200)
4245	Anzahl bewilligter Leistungen	Anzahl der bewilligten Leistung (z. B. 25)
4246	Anzahl abgerechneter Leistungen	Anzahl insgesamt abgerechneter Leistungen inkl. der Behandlung(en) aus dem jetzigen Abrechnungsquartal (z. B. 14)

Auch im Rahmen der Psychotherapie müssen die Diagnosen gemäß ICD (ab 1. Januar 2011 gemäß Ambulante Kodierrichtlinien) verschlüsselt werden.

Bei Vorlage eines Überweisungsscheins zur Mit- / Weiterbehandlung muss darauf geachtet werden, dass in Ihrem Praxisverwaltungssystem die Scheinuntergruppe "24" für den Überweisungsschein angewählt wird. Alle Angaben des überweisenden Arztes müssen von der Überweisungsschein-Vorderseite vollständig erfasst und auf dem Datensatz gespeichert werden.

BUCHSTABENZUSÄTZE

Sofern Gebührenordnungspositionen mit Buchstaben erfasst werden, erfolgt die Übermittlung des Zusatzes unmittelbar hinter der jeweiligen Leistung in Form von Großbuchstaben (z. B. 01741M).

BETRIEBSSTÄTTENUMMER UND LEBENSLANGE ARZTNUMMER

Vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Leistungen müssen persönlich und örtlich zugeordnet werden.

Zu diesem Zweck haben alle vertragsärztlich tätigen Ärzte und Psychotherapeuten Lebenslange Arztnummern (LANR), Betriebsstättennummern (BSNR) bzw. Nebenbetriebsstättennummern (NBSNR) erhalten.

Durch die Eingabe der in einem persönlichen Anschreiben mitgeteilten Nummern in Ihr Praxisverwaltungssystem (je Arzt) wird sichergestellt, dass alle erbrachten Leistungen, Verordnungen, Überweisungen und Dokumentationen sowohl mit der Lebenslangen Arztnummer als auch mit der Betriebsstättennummer gekennzeichnet werden.

AMBULANTE ODER BELEGÄRZTLICHE OPERATIONEN DER KAPITEL 31.2 UND 36

Bei Abrechnung einer Operation der Kapitel 31.2 oder 36 müssen folgende Daten in den hierfür eigens geschaffenen Feldern angegeben werden:

- Operationsschlüssel (OPS) aus Anhang 2 zum EBM
- Gesamt-Schnitt-Naht-Zeit, bei Simultaneingriffen und bei Berechnung eines Zuschlags zu einer OP der "7er Kategorie"
- Angabe der Komplikation (ICD-Codes, siehe Nr. 5 der Präambel zum Anhang 2)

Bei Berechnung eines Zuschlags für einen Simultaneingriff ist die Angabe einer zusätzlichen, zum Haupteingriff unterschiedlichen Diagnose (ICD-Code) und eines zusätzlichen OPS erforderlich.

POSTOPERATIVE BEHANDLUNGSKOMPLEXE (GOP 31600 FÜR HAUSÄRZTE UND GOP 31601-31731 FÜR FACHÄRZTE)

1. Postoperative Behandlung nach belegärztlicher Operation

Die postoperativen Behandlungskomplexe des Abschnitts 31.4 sind nicht berechnungsfähig, wenn die Operation belegärztlich erfolgte. Hierfür können stattdessen die entsprechenden Einzelleistungen des EBM abgerechnet werden.

2. Postoperative Behandlung nach ambulanter Operation

Abrechnung vom Operateur oder auf dessen Überweisung

Die postoperativen Behandlungskomplexe können entweder vom Operateur selbst oder auf dessen Überweisung abgerechnet werden. Das heißt, der weiterbehandelnde Arzt kann diese Leistungen ausschließlich auf einem Überweisungsschein abrechnen.

Wurden bei einem Patienten im Quartal bereits Leistungen auf einem anderen Schein abgerechnet, muss der Überweisungsschein zusätzlich angelegt werden.

Angaben bei Abrechnung auf Überweisung des Operateurs

Werden die Leistungen auf Überweisung des Operateurs auf einem Überweisungsschein abgerechnet müssen folgende Daten angegeben werden:

- Die Betriebsstättennummer und Lebenslange Arztnummer des überweisenden Arztes.
- Das Datum der Operation im Feld "OP-Datum"

ANÄSTHESIEN DER KAPITEL 31.5 UND 36.5.3

Bei Abrechnung einer Anästhesie des Kapitels 31.5 oder 36.5.3 muss die Gesamt-Schnitt-Naht-Zeit (bei Berechnung eines Zuschlags zu einer OP der "7er Kategorie" und bei Simultaneingriffen) in dem dafür vorgesehenen Feld angegeben werden.

Bei Berechnung eines Zuschlags für einen Simultaneingriff ist die Angabe einer zusätzlichen, zum Haupteingriff unterschiedlichen Diagnose (ICD-Code) und eines zusätzlichen OPS erforderlich. Im Zusammenhang mit belegärztlichen Operationen sind ausschließlich Anästhesien des Abschnitts 36.5.3 berechnungsfähig.

ABRECHNUNG VON KV RLP SPEZIFISCHEN ABRECHNUNGSNUMMERN

Bevor eine Erfassung solcher Positionen möglich ist, muss die entsprechende Abrechnungsnummer im Gebührennummern-Stamm des Praxisverwaltungssystem (sofern noch nicht vorhanden) ergänzt und definiert werden. Erst nach manueller Aufnahme kann die KV RLP spezifische Abrechnungsnummer – wie alle anderen Leistungsziffern – in der Abrechnung erfasst werden.

- <http://www.kv-rlp.de/info-center/info-center/abrechnung.html>

DURCHFÜHRUNG DER ELEKTRONISCHEN ABRECHNUNG

Der Einsatz des KVDT-Prüfmoduls und des Kryptomoduls für die Datenträgerabrechnung ist in der jeweils gültigen Version Pflicht.

Sollten gravierende Mängel bestehen, wie z. B.

- Datenträgern nicht lesbar (meistens defekt oder Formatierungsfehler)
- der (die) Fehler des KBV-Prüfmoduls wurde(n) nicht korrigiert
- Nichtbeachtung der gültigen Datensatzbeschreibung

ist die Erstellung neuer Abrechnungsdatenträgern erforderlich.

BESCHRIFTUNG DER DATENTRÄGER

Auf jedem Datenträger muss ein Etikett angebracht werden, das folgende Angaben enthält:

- Praxisstempel oder BSNR und Praxisname
- Abrechnungsquartal
- laufende Nummer der Datenträger (bei Folgedatenträgern) oder bei Datenträgern gleichen Inhalts die Angabe "ORIGINAL" bzw. "KOPIE"

SICHERUNGSKOPIE

Vor dem Versand der Abrechnungsdatenträgern an die KV muss eine Sicherungskopie erstellt werden, um die Abrechnungsdaten ggf. erneut kurzfristig übermitteln zu können.

Im Rahmen seiner Dokumentationspflicht muss der Arzt eine Sicherungskopie seiner Abrechnungsdatei 16 Quartale aufbewahren.

EINREICHUNG DER DATENTRÄGER

Das Risiko des Verlustes oder der Beschädigung der Datenträger bis zu deren Eingang bei der KV, sowie das Risiko der Nichtverwertbarkeit der eingereichten Datenträgern trägt der Arzt. Um das Risiko der Beschädigung gering zu halten, sollten die Datenträger in geeigneten Schutzhüllen den Abrechnungsunterlagen beigelegt werden.

EINREICHUNG VON BEHANDLUNGSSCHEINEN

Für die in der elektronischen Abrechnungsdatei enthaltenen Datensätze müssen folgende Behandlungsausweise der Sammelerklärung (Abrechnungsunterlagen) beigelegt werden:

- Behandlungsausweise der Sonstigen Kostenträger sofern für diese keine Versichertenkarte bereits eingeführt und deren Notfall- und Vertreterscheine. (siehe Kapitel 5 "Sonstige Kostenträger" oder unter <http://www.kv-rlp.de/info-center/info-center/abrechnung.html>)

ABGABE VON LISTEN

Eine Abgabe von Sortier- oder Patientenlisten, Fallzahlstatistiken, Ausdrucken des Prüfmoduls usw. ist nicht notwendig.

AUFBEWAHRUNGSFRISTEN DER BEHANDLUNGSSCHEINE

- Behandlungsausweis der Gesetzlichen Krankenversicherung
- Überweisungen,
- die im Ersatzverfahren ausgestellten Abrechnungsscheine sowie
- Belege nach Muster 19 A (z. B. Notfalldienstschein)

müssen vier Quartale nach Abrechnungserstellung in geeigneter Weise in der Praxis aufbewahrt werden.

Belege nach Muster 19 C sind zu Dokumentationszwecken 10 Jahre aufzubewahren.

SAMMELERKLÄRUNG

Für jede Quartalsabrechnung muss eine Abrechnungs-Sammelerklärung eingereicht werden. Sie wird im Mitteilungsblatt der KV RLP "KV Praxis" quartalsbezogen veröffentlicht und heraustrennbar allen Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten bereit gestellt.

- <http://www.kv-rlp.de/info-center/info-center/publikationen/kv-praxis.html>

Weitere Möglichkeit des Downloads unter:

- <http://www.kv-rlp.de/info-center/info-center/abrechnung.html>

Mit der Unterschrift auf der Sammelerklärung bestätigt der Arzt, dass entsprechend den bundesmantelvertraglichen Regelungen die Krankenversichertenkarte im betreffenden Quartal vorgelegen hat. Im Weiteren ersetzt die Unterschrift des Arztes auf der Sammelerklärung die Unterschrift auf den einzelnen Behandlungsscheinen bei notwendiger Vorlage. In Berufsausübungsgemeinschaften müssen alle Ärzte die Sammelerklärung unterschreiben.

Die Vergütung der Leistungen der Quartalsabrechnung erfolgt nur bei Vorlage einer ordnungsgemäß ausgefüllten Sammelerklärung.

ABGABETERMIN

Die Abrechnung muss spätestens zum 8. Kalendertag des ersten Monats nach Abschluss des Abrechnungsquartals abgegeben werden. (§3 der Abrechnungsordnung der KV RLP siehe Seite 14). Der konkrete Termin wird jeweils in "KV Praxis" unter "KV Praxis Kompakt" bekannt gegeben.

Checkliste Abrechnungsbearbeitung

Rahmenbedingungen

- Abrechnungsordnung der KV RLP und aktuelle EBM-Beschlüsse beachten. Maßgeblich sind die Veröffentlichungen im Deutschen Ärzteblatt.
- Aktuelle Abrechnungshinweise im Mitteilungsblatt KV Praxis der KV RLP berücksichtigen
- Pseudoabrechnungsnummer-Übersicht der KV RLP beachten
- Abrechnung fristgerecht abgeben

Allgemeines

- Nur Leistungen abrechnen, für die eine Genehmigung vorliegt bzw. die in der Präambel des jeweiligen Fachkapitels aufgezählt sind
- Auftragsleistungen dürfen ausschließlich im Rahmen des Auftrags abgerechnet werden
- Ermächtigte Krankenhausärzte sind an den Umfang der Ermächtigung gebunden
- Grund- oder Versichertenpauschalen sind nur einmal im Behandlungsfall abzurechnen
- Altersvoraussetzungen und Untersuchungsintervalle bei Früherkennungsmaßnahmen beachten
- Vor Abgabe der Abrechnung muss geprüft werden, ob alle Krankenversichertenkarten bzw. Behandlungsausweise vorliegen. Bitte beachten: Abrechnungsscheine, die im "Ersatzverfahren" erstellt wurden, sind vom Versicherten zu unterschreiben

Methode

- Gebührenordnungspositionen direkt nach der Behandlung eintragen
- Eintragungen in chronologischer Reihenfolge vornehmen

Angaben

- Prüfen, ob die korrekte Scheinuntergruppe gewählt wurde
- Kontrollieren, ob die entsprechende Ausnahmekennziffer für die nicht gezahlte Praxisgebühr eingetragen wurde
- Bei mehrfachen Arzt-Patienten-Kontakten jeweils die Uhrzeiten angeben und dabei die Funktion "Tagtrennung" nutzen (siehe Seite 4 "Leistungserfassung")
- Falls gefordert hinter den GOP die "Art der Untersuchung" oder Begründung angeben
- ICD-10 Diagnosen gemäß Kodierrichtlinien eintragen
- Korrekte OPS-Code bei Operationen eintragen