

Anlage 1 zu Teil A des HVM: Abrechnungsanweisung

A. Allgemeine Regelungen für die Abrechnung

§ 1 Geltungsbereich

Diese Abrechnungsanweisung gilt für die Abrechnung von Leistungen für folgende Kostenträger

- Primärkassen
- Ersatzkassen
- Sonstige Kostenträger, die über die KVN abgerechnet werden.

Darüber hinaus gilt diese Abrechnungsanweisung auch für durch den Honorarverteilungsmaßstab nicht erfasste sonstige Kostenträger, mit denen nach EBM abgerechnet wird, sofern mit dem jeweiligen sonstigen Kostenträger nichts anderes vereinbart ist.

§ 2 Abrechnungsbestimmungen in anderen Rechtsgrundlagen

Es gelten die einschlägigen Regelungen des SGB V, des BMV-Ä und der Gesamtverträge zwischen der KVN und den Landesverbänden der niedersächsischen Krankenkassen sowie der vdek, Landesvertretung Niedersachsen.

§ 3 Teilnahme an der Honorarverteilung

Es gelten die Regelungen zu § 1 des Teil A.

§ 4 Voraussetzung zur Leistungsabrechnung

Es gelten die Regelungen zu § 2 Abs. 4 des Teil A.

§ 5 Abzurechnende Leistungen

Alle vertragsärztlichen Leistungen gem. EBM, BMÄ und E-GO werden über die KVN abgerechnet. Hierzu zählen auch die sonstigen zur vertragsärztlichen Versorgung gehörenden Leistungen (Entschädigungen/Erstattungen u. ä.).

§ 6 Prüfung der vertragsärztlichen Leistungen

Es gelten die Regelungen zu § 5 des Teil A.

§ 7 Organisationsleistungen im Bereitschaftsdienst

Im Bereitschaftsdienst, der von der KVN organisiert wird, nimmt die KVN für Organisationsleistungen Abzüge von den Wegeentschädigungen vor:

- a) Die KVN zieht den Betrag der Wegeentschädigung ab, der über den einfachen Satz hinaus gegenüber den Kostenträgern berechnet wird, wenn sie die zentrale Notrufeinrichtung betreibt oder finanziert und der Arzt für die Besuche sein eigenes Fahrzeug benutzt.
- b) Wenn die KVN auch die Bereitstellung der Besuchsfahrzeuge finanziert, zieht sie den vollen Betrag der von den Kostenträgern gezahlten Wegeentschädigung ab.

§ 8 Auszahlung der Vergütung

(1) Der Anspruch des Arztes und der anderen an der Honorarverteilung Teilnehmenden gegen die Kassenärztliche Vereinigung auf Vergütung ihrer Leistungen für die vertragsärztliche Versorgung wird fällig, wenn der Anspruch gem. § 5 Abs. 3 Teil A festgestellt und das Ergebnis rechtswirksam geworden ist.

(2) Zur vorläufigen teilweisen Abgeltung ihrer Leistungen erhalten zugelassene Vertragsärzte und ermächtigte Ärzte für den laufenden Monat jeweils bis zum 24. des laufenden Monats auf ihre Gesamtleistung eine aufrechnungsfähige und ggf. rückzahlungspflichtige Abschlagszahlung. Diese beträgt im ersten und dritten Monat des Quartals bis zu 25%, im zweiten Monat des Quartals bis zu 37% des Durchschnitts ihrer im letzten Kalenderjahr abgerechneten Honorargutschriften. Bei der Abschlagsfestsetzung für das Jahr 2021 werden keine Reduzierungen der bisherigen Abschlagshöhe vorgenommen, die auf pandemiebedingte Honorarrückgänge in den Basisquartalen zurückzuführen sind. Fällt der 24. auf einen Samstag, Sonntag oder Feiertag, so kann die Zahlung bis zum nächstfolgenden Werktag erfolgen.

(3) Für die zugelassenen Vertragsärzte, die ihre Praxis neu beginnen, werden die Abschlagszahlungen von der KVN in angemessener Höhe geleistet.

Liegen Honorargutschriften für das letzte Kalenderjahr nicht vor, so ist der Durchschnitt der Honorargutschriften der letzten vier, drei bzw. zwei Quartale bzw. die Honorargutschrift des letzten Quartals für die Berechnung der Abschlagszahlung zugrunde zu legen.

Die Zahlungen erfolgen abzüglich etwaiger dem Arztkonto belasteter Beträge.

(3a) Bei wesentlichen Änderungen der Fallzahl-, Punktzahl- oder Honorarentwicklung des Arztes kann die KVN die Abschläge an die aktuelle Entwicklung anpassen.

(3b) Im Einzelfall können auf Antrag des Mitglieds Zahlungstermine individuell vorgezogen werden, wenn die Praxis eine vorübergehende Notlage nachweist und ein individuelles Beratungsangebot innerhalb einer angemessenen Frist wahrnimmt.

(4) Etwaige Abschlagszahlungen an Krankenhäuser, Polikliniken und ermächtigte (ärztlich geleitete) Einrichtungen richten sich nach den getroffenen Vereinbarungen.

(5) Die Schlussrechnung und die Zahlung des Restbetrages erfolgt bis zum 15. des auf das Quartal der Leistung folgenden vierten Monats. Überzahlungen sind mit der Restzahlung für das Folgequartal zu verrechnen. Reicht diese Restzahlung nicht für die Verrechnung aus, so hat die KVN Anspruch auf Erstattung der verbliebenen Überzahlung durch Reduzierung des nächsten Abschlags für den zweiten Quartalsmonat. Bei fehlender Verrechnungsmöglichkeit hat die KVN Anspruch auf Rückzahlung des überzahlten Betrages innerhalb eines Monats nach Aufforderung.

(6) Fällige Erstattungsbeträge aufgrund der Überprüfung der Leistungen für die vertragsärztliche Versorgung, insbesondere gem. §§ 106 bis 106d, 136 SGB V sowie fällige Schadensersatzforderungen infolge schuldhafter Verletzung vertragsärztlicher Pflichten (§§ 48, 49 und 52 BMV-Ä), kann die KVN mit den nach Abs. (2) bis (5) zu zahlenden Beträgen aufrechnen.

(7) Bei der Durchführung von Zahlungen für die Leistungen ermächtigter Krankenhausärzte ist § 120 Abs. 1 Satz 3 SGB V zu beachten.

(8) Von den abgerechneten Leistungen gem. § 5 Teil A der Ärzte und der anderen an der Honorarverteilung Teilnehmenden werden die von der Vertreterversammlung beschlossenen Prozentsätze für Verwaltungskosten, für einen von der KVN eingerichteten ärztlichen Bereitschaftsdienst und für eine Sicherstellungsumlage ggf. in Abzug gebracht.

§ 9 Rechnungslegung

Die KVN übermittelt jedem an der Honorarverteilung Teilnehmenden nach Fertigstellung der Quartalsabrechnung eine gegliederte Abrechnung über die Vergütung für das jeweilige Quartal. Die Einzelheiten der gegliederten Abrechnung beschließt der Vorstand der KVN.

B. Spezielle Regelungen für die Abrechnung

§ 10 Beratung der Ärzte

Die KVN informiert die Ärzte in geeigneter Weise (z. B. Rundschreiben der KVN) regelmäßig über alle mit der Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen zusammenhängenden Fragen. Zur Vermeidung von Fehlern bei der Abrechnung der Leistungen hat der Arzt die Möglichkeit, am AbrechnungsCheck der KVN teilzunehmen und sich beraten zu lassen. Eine Beratung ist auch für jeden erstmals in Niedersachsen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt vor Beginn seiner vertragsärztlichen Tätigkeit und nach Vorliegen der Abrechnung und der Verordnungen für das erste Vierteljahr seiner Tätigkeit durchzuführen. Der Arzt ist zur Teilnahme an dieser erstmaligen Beratung verpflichtet.

§ 11 Persönliche Leistungserbringung

Es gelten § 32 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) sowie § 15 BMV-Ä.

Wird ein von der KVN genehmigter Assistent im Sinne von § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV in der Praxis des ihn anstellenden Arztes tätig, rechnet der anstellende Arzt dessen Leistungen über seine eigene Vertragsarzt Nummer (LANR) ab. Bis zum 31.03.2019 ausgesprochene Genehmigungen bleiben für die Genehmigungszeit von Satz 2 unberührt.

§ 12 Abrechnung durch ermächtigte Krankenhausärzte

(1) Die Bestimmungen des Dreiseitigen Vertrages zu § 115 Abs. 2 Nr. 4 SGB V über die prä- und poststationäre Behandlung sind zu beachten. Aufgrund einer ausgestellten Verordnung von Krankenhausbehandlung (§ 26 BMV-Ä) dürfen ambulante vertragsärztliche Leistungen durch den ermächtigten Krankenhausarzt nicht abgerechnet werden.

(2) Leistungen (einschließlich Aufnahmeuntersuchungen) am Aufnahmetag und Aufnahmeuntersuchungen an anderen Tagen, die im Krankenhaus von einem an diesem Krankenhaus tätigen, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt oder einer zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtung erbracht werden, sind nicht abrechnungsfähig.

§ 13 Leistungen bei Urlaubs- und Krankheitsvertretung, in Notfällen und im organisierten Bereitschaftsdienst

(1) Wird ein Arzt in Vertretung eines zuerst in Anspruch genommenen, z.B. durch Krankheit oder Urlaub verhinderten, Arztes tätig, so rechnet der Vertreter die Leistungen mittels eines Abrechnungsscheines für Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung ab. Wird ein Arzt in der Praxis des vertretenen Arztes tätig, rechnet der vertretene Arzt die Leistungen ab.

(2) Bei der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen in Notfällen und im Rahmen des organisierten Bereitschaftsdienstes rechnet der die Notfall-/Bereitschaftsdienstleistungen erbringende Arzt diese mittels eines Abrechnungsscheines für den ärztlichen Notfalldienst ab. Lässt sich ein Vertragsarzt im ärztlichen Notfalldienst durch einen Nichtvertragsarzt vertreten, so rechnet der vertretene Vertragsarzt die vom Nichtvertragsarzt erbrachten Bereitschaftsdienstleistungen über seine eigene Vertragsarzt Nummer ab. Abweichend von Satz 2 kann die KVN einen Nichtvertragsarzt, der die Voraussetzungen für die Eintragung ins Arztregister erfüllt und regelmäßig Vertretungsaufgaben im organisierten Bereitschaftsdienst wahrnimmt, auf Antrag die eigenständige Abrechnung der Vertretungsleistungen zubilligen. Voraussetzung ist, dass sich der Nichtvertragsarzt durch schriftliche Erklärung gegenüber der KVN sämtlichen vertragsärztlichen Regelungen unterwirft.

(3) Der nach den Abs. (1) und (2) tätig gewordene Arzt ist verpflichtet, dem behandelnden Arzt unverzüglich, bei Bereitschaftsdienstfällen an dem auf die Bereitschaftsdienstbehandlung folgenden Wochentag, von seiner ärztlichen Tätigkeit Mitteilung zu machen. Dies geschieht durch Übermittlung der Zweitschrift des von ihm ausgestellten Abrechnungsscheines für ärztlichen Notfalldienst oder für Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung (jeweils unter Angabe der Befunde). In dringenden Fällen ist eine telefonische Vorab-Benachrichtigung erforderlich.

§ 14 Besuchs- und Wegegebühren

Unbeschadet der Regelungen des EBM und der gesamtvertraglichen Regelungen können Besuchs- und Wegegebühren eines Kinderarztes zur Durchführung einer Untersuchung nach Nr. 01712 EBM im Belegkrankenhaus an demselben Tag nur 1x berechnet werden, auch wenn bei mehreren Kindern eine Früherkennungsuntersuchung durchgeführt wird.

§ 15 Ausfüllen der Behandlungsausweise/Abrechnungsscheine

(1) Das Ausfüllen der Behandlungsausweise erfolgt mit einer zertifizierten Software nach der KBV-Richtlinie für den Einsatz von IT-Systemen gem. § 295 Abs. 4 SGB V.

(2) Ärzte in den nachstehenden Arten von Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) sind auch dann verpflichtet, eine nach Gebietsbezeichnung/geführter Teilgebietsbezeichnung/hausärztlicher oder fachärztlicher Zugehörigkeit/regulärer Zulassung oder Sonderbedarfszulassung differenzierte Abrechnung vorzulegen, wenn der Zulassungsausschuss im Zulassungsbeschluss keine entsprechende Auflage erteilt hat. Bei den BAG handelt es sich um fachübergreifende BAG, fachverbindende BAG zwischen Ärzten mit denselben Gebieten - wobei jedoch mindes-

tens ein Arzt eine Teilgebietsbezeichnung führt bzw. unterschiedliche Teilgebietsbezeichnungen geführt werden und/oder zwischen Ärzten mit denselben Gebieten, wobei jedoch mindestens ein Arzt eine Sonderbedarfszulassung hat, sowie um fachverbindende BAG, in denen Hausärzte und Fachärzte tätig sind. Dies gilt entsprechend für Vertragsärzte, die sowohl für ein Gebiet aus dem hausärztlichen als auch für ein Gebiet aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugelassen sind.

(3) Bei mehreren Inanspruchnahmen des Arztes an demselben Tag sind die Leistungen für die zweite und jede weitere Arzt-Patienten-Begegnung mit der Uhrzeitangabe zu versehen.

(4) Soweit der EBM für Katalog-Leistungen Höchstwerte enthält, sind die Nummern des EBM und ggf. die Häufigkeit der Einzelleistungen anzugeben.

(5) Werden in Akut- bzw. Notfällen Leistungen nach den Nummern 32035 bis 32039 EBM als Einzelbestimmungen im Eigenlabor erbracht, sind diese Leistungen mit „A“ zu kennzeichnen.

(6) Ist der Versicherte in einem Quartal nacheinander bei verschiedenen Kassen versichert gewesen, so sind die Leistungen jeweils auf dem Behandlungsausweis/Abrechnungsschein der Kasse abzurechnen, bei der die Versicherung während der Behandlung bestanden hat.

(7) Bei einem Konsilium sind die Namen der Ärzte, die hieran teilgenommen haben, auf dem Behandlungsausweis/Abrechnungsschein zu vermerken. Bei Hinzuziehung zur Assistenz oder Anästhesie gilt dies nur dann, wenn der hinzugezogene Arzt die Leistungen nicht selbst abrechnen kann.

(8) Die Behandlungsausweise/Abrechnungsscheine müssen vom Arzt mit dem von der KVN ausgegebenen Vertragsarztstempel versehen werden.

§ 16 Änderungen der Praxiskonstellation während des laufenden Behandlungsquartals

(1) Ändert sich im laufenden Behandlungsquartal die Zusammensetzung einer bestehenden Praxis durch Weggang oder Zugang eines Arztes oder ändert sich der Status, die Fachgruppe oder der Schwerpunkt eines Arztes und wird ein Patient in dieser Praxis sowohl vor als auch nach der Änderung behandelt, entsteht kein neuer Behandlungsfall. Durch die Weiterverwendung der bereits vergebenen Betriebsstättennummern ist die korrekte Zählung der Behandlungsfälle gewährleistet.

(2) Erfordert die Praxiskonstellationsänderung im laufenden Behandlungsquartal aus abrechnungstechnischen Gründen und zur Gewährleistung der korrekten Fallzählung die Vergabe einer neuen Betriebsstättennummer für eine Praxis oder einen weiteren Tätigkeitsort und wird ein Patient, der schon vor dem Wechsel der Betriebsstättennummer von einem oder mehreren Ärzten dieser Praxis bzw. dieses Tätigkeitsortes behandelt wurde, auch nach der Konstellationsänderung von demselben Arzt bzw. von Ärzten der bisherigen Praxis bzw. des bisherigen Tätigkeitsortes behandelt, dann sind die ärztlichen Leistungen, die an diesem Patienten nach dem Wechsel in demselben Quartal erbracht werden, noch unter der Betriebsstättennummer abzurechnen, die vor dem Wechsel für die Praxis bzw. den Tätigkeitsort gegolten hat. Das trifft u.a. zu bei Umzug einer Praxis bzw. eines seiner weiteren Tätigkeitsorte in einen anderen Zulassungsbezirk, bei Beendigung einer Praxismgemeinschaft und Fortführung als örtliche Berufsausübungsgemeinschaft, bei Beendigung einer örtlichen Berufsausübungsgemeinschaft und Fortführung als Praxismgemeinschaft oder bei Fusion zweier Praxen zu einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft unter Beibehaltung der Tätigkeitsorte der durch die Fusion abgegebenen Praxis.

(3) Ein gegebenenfalls erforderlicher zivilrechtlicher Ausgleich unter den Partnern einer Berufsausübungsgemeinschaft bleibt unberührt.

(4) Die Regelungen der Abs. (1) bis (3) gelten entsprechend für Teilberufsausübungsgemeinschaftspraxen.

§ 17 Führen von Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen

Der Arzt ist verpflichtet, Änderungen im Hinblick auf das Führen von Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen der KVN zu melden. Änderungen werden abrechnungstechnisch zum Quartal nach Bekanntgabe gegenüber der KVN wirksam.

§ 18 Abrechnung vertragsärztlicher stationärer Leistungen

(1) Die vertragsärztlichen stationären Leistungen sind auf Abrechnungsscheinen bei belegärztlicher Behandlung abzurechnen. Werden von einem Belegarzt in einem Abrechnungsfall sowohl ambulante als auch stationäre Leistungen erbracht, so hat sich der Belegarzt für die vertragsärztliche stationäre Behandlung einen separaten Abrechnungsschein bei belegärztlicher Behandlung selbst auszustellen.

(2) Die Ärzte rechnen ihre bei vertragsärztlicher stationärer Krankenhausbehandlung erbrachten Leistungen vierteljährlich bei der KVN ab.

§ 19 Abrechnung und Nachweis von Kosten

(1) Es gelten die Regelungen des EBM und der Gesamtverträge.

(2) Der Arzt ist verpflichtet, auf Anforderung durch die KVN für in tatsächlicher Höhe abrechnungsfähige Kosten den Kostennachweis durch Rechnungsvorlage und ggf. weitere notwendige Unterlagen zu führen.

§ 20 Einreichung der Behandlungsausweise/Abrechnungsscheine bei der KVN

(1) Die Quartalsabrechnung sowie die dazugehörenden Unterlagen und Dokumentationen sind nach den Vorgaben der vom Vorstand zu erlassenden „Verfahrensanweisung zur Abgabe der Quartalsabrechnung“ zu dem im niedersächsischen Ärzteblatt oder durch Rundschreiben der KVN jeweils bekannt gegebenen Termin bei der KVN einzureichen. Bei Vorliegen eines besonderen durch den Arzt nicht zu verantwortenden Grundes kann dem Arzt auf Antrag eine Fristverlängerung längstens bis zum 15. des zweiten auf das Abrechnungsquartal folgenden Monats gewährt werden. Kann der Arzt bis zum 15. des zweiten auf das Abrechnungsquartal folgenden Monats keine vollständige Quartalsabrechnung einreichen, entscheidet die KVN über eine Abrechnung im Folgequartal.

(2) Reicht der Arzt die vollständige Quartalsabrechnung nicht bis zu dem festgesetzten Termin nach Absatz (1) ein, berechnet die KVN bei der zweiten und dritten in Folge verspäteten eingereichten Quartalsabrechnung als Abgeltung für zusätzlichen Verwaltungsaufwand eine Gebühr von 5 Prozent. Ab der vierten verspäteten Einreichung in Folge berechnet sie eine Gebühr von 10 Prozent des Honorarwertes. Die Möglichkeit der Einleitung disziplinarrechtlicher Maßnahmen im Einzelfall bleibt unberührt. Der verspäteten Einreichung gleichgesetzt ist die

vom Arzt zu vertretende Einreichung nicht zu verarbeitender Dateien. Im Einzelfall kann die KVN auf Antrag bei Vorliegen eines berechtigten Grundes davon absehen.

(3) Der Quartalsabrechnung ist eine vom Arzt unterschriebene Sammelerklärung beizufügen, dass die abgerechneten Leistungen von ihm persönlich oder auf seine Anordnung und unter seiner Aufsicht und Verantwortung erbracht worden sind und die Abrechnung sachlich richtig und vollständig ist (s. Beiblatt 1).

(4) Für die Abrechnung der Leistungen durch die KVN werden nur solche Behandlungsausweise/Abrechnungsscheine berücksichtigt, die im Zeitraum der Behandlung gültig gewesen und vom Arzt vollständig und nach den Vorgaben der „Verfahrensanweisung zur Abgabe der Quartalsabrechnung“ ausgefüllt worden sind.

(5) Ist die Bearbeitung der vom Arzt eingereichten Quartalsabrechnung durch Umstände erschwert, die der Arzt zu verantworten hat (fehlende oder nicht zu verarbeitende Daten bzw. Angaben), bleibt die Quartalsabrechnung oder bleiben einzelne Behandlungsfälle zunächst unberücksichtigt. Die KVN wendet sich mit aufklärenden Hinweisen zur Beseitigung des Fehlers an den Arzt. Erfolgt eine Beseitigung der Verarbeitungshindernisse nicht bis zum 15. des zweiten auf das Abrechnungsquartal folgenden Monats, besteht kein Anspruch auf Vergütung im laufenden Abrechnungsquartal. Die Bearbeitung der vom Arzt eingereichten Behandlungsausweise/Abrechnungsscheine gilt insbesondere auch dann als durch Umstände erschwert, die der Arzt zu vertreten hat, wenn die Arztnummer des überweisenden Arztes und/oder andere notwendige Angaben nicht ordnungsgemäß vermerkt sind.

(6) Unabhängig von der Teilnahme am AbrechnungsCheck gem. § 21 sind nachträgliche Berichtigungen unvollständiger Behandlungsausweise/ Abrechnungsscheine an der Quartalsabrechnung schriftlich mit Vertragsarztstempel und Unterschrift versehen bis zum 15. des zweiten auf das Abrechnungsquartal folgenden Monats mitzuteilen. Ein Anspruch auf Berücksichtigung innerhalb dieser Quartalsabrechnung besteht nicht. Im begründeten Einzelfall (z.B. bei überdurchschnittlichem Änderungsumfang) können der Arzt oder die KVN eine Neueinreichung der Abrechnungsdatei verlangen. Hierzu ist eine neue Sammelerklärung bei der KVN einzureichen.

(7) Eine nachträgliche Einreichung oder Berichtigung an der Quartalsabrechnung kann im begründeten Einzelfall auf schriftlichen mit Vertragsarztstempel und Unterschrift versehenen Antrag/Widerspruch gegenüber der KVN erfolgen, sofern diese aus Gründen erforderlich ist, die nicht im Verantwortungsbereich des Arztes liegen und das Berichtigungsvolumen voraussichtlich 1.000 Euro überschreitet. In diesem Fall beträgt die Berichtigungsfrist 12 Monate nach dem in (1) festgesetzten Termin.

(8) Einzelne Behandlungsfälle des Arztes sowie komplette Quartalsabrechnungen bleiben für die Honorarverteilung unberücksichtigt, wenn sie später als 12 Monate nach dem in Absatz (1) festgesetzten Termin bei der KVN eingereicht werden.

§ 21 AbrechnungsCheck

Die Teilnahme am AbrechnungsCheck, im Rahmen der technischen und personellen Möglichkeit der KVN, ist bei fristgerechter online-Einreichung der Abrechnungsdatei mit Angabe einer gültigen E-Mail-Adresse und Bestätigung der Nutzungsbedingungen sowie der Zusendung der dazugehörigen Unterlagen und Dokumentationen möglich.

Die Teilnahme ist freiwillig und nur einmalig innerhalb der KVN gesetzten Bearbeitungsfrist möglich. Eine Verlängerung der Bearbeitungsfrist ist grundsätzlich nicht möglich. Dies gilt auch bei technischen Problemen seitens der KVN und bei genehmigter Fristverlängerung nach § 20 Absatz (1).

Dem Arzt wird die Korrekturmöglichkeit im AbrechnungsCheck per E-Mail an die angegebene E-Mail-Adresse mitgeteilt. Unter Wahrung der angegebenen Frist hat der Arzt die Möglichkeit, über den AbrechnungsCheck Änderungen an der eingereichten Abrechnung vorzunehmen oder eine neu erstellte Abrechnungsdatei einzureichen. Die Verantwortung für die Richtigkeit der vorgenommenen Änderungen obliegt dem Arzt. Nimmt der Arzt im Rahmen des AbrechnungsChecks Änderungen bei der bereits eingereichten Quartalsabrechnung vor, so ist die „Ergänzung zur Sammelerklärung“ (Beiblatt 2 [Ergänzung zur Sammelerklärung]) vollständig ausgefüllt, unterschrieben und mit dem Vertragsarztstempel versehen einzureichen.

Bei Einreichen einer neuen Abrechnungsdatei ersetzt diese die vorherige Abrechnungsdatei und ist eine neue vollständig ausgefüllte, unterschriebene und mit dem Vertragsarztstempel versehene Sammelerklärung einzureichen.

§ 22 Monatliche Fallzahlmeldung

Die Ärzte sind verpflichtet, der KVN jeweils bis zum 10. des Folgemonats die Anzahl der im Vormonat erreichten Behandlungsfälle im Sinne der Bundesmantelverträge in der Unterteilung nach M, F, R und Gesamt zu melden. Nähere Vorgaben werden mit Rundschreiben der KVN bekannt gegeben.

6. Zur Beschäftigung eines Assistenten^{2,3} erkläre(n) ich/wir Folgendes:

Anzahl beschäftigte(r) Assistent(en):

LANR oder Name(n) des (der) Assistenten^{2,3}:

Empty grid for LANR or name of assistants.

Assistententätigkeit: vom [] bis [] vom [] bis [] vom [] bis [] vom [] bis []

7. Bereitschaftsdienstteilnahme

An den folgenden Tagen habe(n) ich/wir im Bereitschaftsdienstbezirk meiner/unsere(r) Praxis am mit der Bezirksstelle abgestimmten organisierten Bereitschaftsdienst teilgenommen bzw. mich/uns hierbei vertreten lassen:

1. Quartalsmonat⁴ calendar grid with days 1-31.

2. Quartalsmonat⁴ calendar grid with days 1-31.

3. Quartalsmonat⁴ calendar grid with days 1-31.

8. Abrechnung von Laborleistungen

Die Qualitätssicherung (interne und externe Maßnahmen) bei Laborleistungen wird entsprechend den geltenden Bestimmungen durchgeführt.

Ich/Wir bin/sind Mitglieder der Laborgemeinschaft (BSNR) für die GKV-Leistungsabrechnung

Empty grid for BSNR membership.

Ich/wir erkläre(n), dass die von mir/uns über Muster 10 A bezogenen und von der Laborgemeinschaft abzurechnenden Analysekosten nicht Bestandteil meiner/unsere(r) Abrechnung sind.

Ich/Wir erbringe(n) zertifizierte Leistungen gemäß Abschnitt 32.2 EBM in dem zertifizierten Labor der Praxis

BSNR:

9. Datentechnisches Abrechnungsverfahren/Arzneimittelmodul

Ich/Wir bestätige(n), dass ich/wir die Bestimmungen der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für den Einsatz von IT-Systemen in der Arzt-Praxis zum Zweck der Abrechnung gemäß § 295 Abs. 4 SGB V in der jeweils gültigen Fassung, die Bestimmungen der Bundesmantelverträge zur Nutzung von Datenverarbeitungssystemen in der Arztpraxis und die Verfahrensweisung der KVN "Vertragsärztliche Übermittlung der Abrechnungsdaten auf maschinenlesbaren elektronischen Medien" kenne(n) und diese von mir/uns beachtet und eingehalten werden. Insbesondere bestätige ich/wir, dass durch entsprechende organisatorische und technische Maßnahmen eine Erfassung jeder einzelnen Leistung zur Abrechnung erst nach deren vollständiger Erbringung erfolgt ist und ausschließlich eine zertifizierte Softwareversion in der für dieses Abrechnungsquartal gültigen Version Anwendung gefunden hat.

Sofern ich/wir ein Arzneimittelmodul und/oder ein Heilmittelmodul einsetze(n), habe(n) ich/wir die entsprechende(n) KBV-Prüfnummer(n) mittels KVDT übertragen.

10. Praxisklinische Betreuung und Nachsorge/Postoperative Überwachung/Belegärztliche Strukturpauschalen

Soweit andere Ärzte an der Erbringung von Leistungen nach den GOP 01510-01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01857, 01910, 01911, 05350, 31501-31507, 36501-36507, 36861, 36867 und 36881-36884 beteiligt gewesen sind, besteht eine Vereinbarung, dass ich/wir diese Leistungen alleine abrechne(n). In den Fällen, in denen bei der Leistungserbringung in demselben Arztfall mehrere Arztpraxen mitgewirkt haben, bestätige(n) ich/wir, dass ich/wir mit den anderen Arztpraxen eine Vereinbarung getroffen haben, wonach nur ich/wir in den jeweiligen Fällen diese Leistungen abrechne(n).

11. Zusätzlich erforderliche Angaben für einen finanziellen Ausgleich aufgrund der COVID-19-Pandemie

Die folgenden Angaben sind für die Prüfung, ob ein Anspruch auf Ausgleichszahlungen gem. Nr. 18 Teil B HVM besteht, erforderlich:

- Ich/Wir bestätige(n), dass ich/wir meinem/unserem Versorgungsauftrag in diesem Quartal nachgekommen bin/sind, soweit es mir/uns aufgrund der durch die Covid-19-Pandemie verursachten Umstände möglich war.

- Ich/Wir bestätige(n), dass der dieses Quartal aufgetretene Fallzahlrückgang aufgrund einer geringeren Patienteninanspruchnahme Folge der Covid-19-Pandemie und nicht in meiner Person liegend begründet ist (z. B. zusätzlicher Urlaub, Krankheit). Ich/wir bestätigen ferner, dass keine nicht pandemiebedingte von mir/uns veranlasste Reduzierung der Praxiszeiten oder vorübergehende Praxisschließung stattgefunden hat.

- Ich/Wir habe(n) Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz oder finanzielle Hilfen aufgrund anderer Anspruchsgrundlagen (wie z.B. Soforthilfe bei der N-Bank, Kurzarbeitergeld, etc.) im Zusammenhang mit der Covid-19 Pandemie beantragt.

Ich/Wir haben folgende diesbezügliche Anträge gestellt:

Art des beantragten finanziellen Ausgleichs	Antrag bereits beschieden?	Finanzieller Ausgleich bewilligt?

Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, die KVN zeitnah über den Ausgang des/der Antragsverfahren(s) zu unterrichten.

Ich/Wir bin/sind mir/uns bewusst, dass die Abgabe unrichtiger Angaben in dieser Erklärung einen Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten darstellt, der unter Umständen strafrechtliche und berufsrechtliche Konsequenzen - bis zum Entzug der vertragsärztlichen Zulassung - zur Folge haben kann.

(Ort)

(Datum) TTMMJJJJ

(Unterschrift⁵ und Vertragsarztstempel²)

² Sollte der Platz nicht ausreichen, bitte einen weiteren Bogen ausfüllen.

³ Auf die §§ 32 und 32a Ärzte-ZV wird verwiesen.

⁴ Die jeweiligen Tage der Vertretung in dem Monat sind anzukreuzen.

⁵ Bei Berufsausübungsgemeinschaften und bei MVZ sind die Unterschriften/ist die Unterschrift sämtlicher in der Praxis tätigen zugelassenen Vertragsärzte bzw. einer vertretungsberechtigten Person erforderlich. Bei ermächtigten Institutionen bzw. einer Krankenhausambulanz erfolgt die Unterschrift durch eine den Rechtsträger vertretungsberechtigte Person.

Beiblatt 2 zur Abrechnungsanweisung



Ergänzung zur Sammelerklärung

HBSNR/Name

Quartal: X/20XX

KVN-Abrechnungszentrum
- AbrechnungsCheck Sammelerklärung -
Postfach 3145
30031 Hannover

Ergänzung zur Sammelerklärung -Korrekturauftrag im Rahmen des AbrechnungsChecks

Ich/Wir bestätige(n) die Richtigkeit der von mir/uns im Rahmen des AbrechnungsChecks gemachten Angaben und erkläre(n), dass mir/uns bewusst ist, dass die im Rahmen des AbrechnungsChecks vorgenommenen Änderungen von der bereits abgegebenen Abrechnungssammelerklärung erfasst werden, sodass auch die Abgabe unrichtiger Angaben im Rahmen des AbrechnungsChecks einen Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten darstellt.

Datum

Vertragsarztstempel/Unterschrift(en)