

Dezernat VIII.2.4

**Abrechnungsbedingungen**  
**für eine**  
**vertrags- und ordnungsgemäße**  
**Abrechnung der Knappschaftsärzte**  
**mit der Knappschaft**

**Richtlinien für den Datenträgeraustausch (DTA) der Knappschaftsärzte mit der Knappschaft**

7. Auflage

Dezernat VIII.2.4

**Richtlinien**  
**für den**  
**Datenträgeraustausch (DTA)**  
**der Knappschaftsärzte**  
**mit der**  
**Knappschaft**

## I. Erstellung der Abrechnung

### 1. Abrechnungsbelege

#### Abrechnung der ärztlichen Leistungen

Der Knappschaftsarzt ist grundsätzlich verpflichtet, die Daten der ihm vorgelegten Krankenversichertenkarte (KV-Karte) auf die Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung maschinell unter Verwendung der entsprechenden Geräte (Drucker, Lesegerät) zu übertragen.

Von diesem Grundsatz sind die Fälle im Ersatzverfahren, z. B. Behandlung im organisierten Notfalldienst oder bei defekter Hardware, ausgenommen. In diesem Fall sind im Personalienfeld der Name der Krankenkasse, der Name und Vorname, die Adresse, das Geburtsdatum, die Versicherungsnummer, der Versichertenstatus sowie die Statusergänzung (früher Ost-West-Kennzeichnung) des Patienten anzugeben.

Für jeden Behandlungsfall im Quartal ist ein Abrechnungsschein, Überweisungs-/Belegarzt-, Notfall bzw. Vertretungsschein erforderlich. Diagnose und Leistungen sind auf dem Abrechnungsbeleg einzutragen.

### 2. Berechnung der Leistungen

#### a) Abrechnungsfähige Leistungen

Abrechnungsfähig sind die vom Arzt persönlich, von seinem Urlaubs-, Krankheitsvertreter oder von seinem genehmigten Assistenten bzw. Vertreter, von einem angestellten Arzt, Arzt im Praktikum oder von seinem nichtärztlichen Hilfspersonal aufgrund seiner Anordnung sowie seiner fachlichen Überwachung bzw. der Anordnung und fachlichen Überwachung seines angestellten Arztes, Assistenten bzw. Vertreters unter seiner Verantwortung erbrachten Leistungen.

#### b) Eintragung der Leistungen

Abrechnungsgrundlage ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab für kassenärztliche Leistungen (EBM) in seiner jeweils geltenden Fassung unter Berücksichtigung der mit den Knappschaftsarztverbänden einvernehmlich vereinbarten Regelungen.

#### c) Sachliche und rechnerische Richtigkeit

Die von Ihnen eingereichten Abrechnungsbelege werden, soweit Fehler erkennbar sind, sachlich und rechnerisch richtiggestellt (z. B. bei unrichtiger Anwendung der Gebührenordnung). Eine besondere Mitteilung über die einzelnen Berichtigungen unterbleibt, wenn zwingende Bestimmungen der Gebührenordnung nicht beachtet wurden.

Die sachliche Richtigkeit der berechneten Leistungen ist mit der Erklärung zur Vierteljahresabrechnung zu bescheinigen und mit Stempel und Unterschrift des Arztes versehen der Abrechnung beizufügen.

## II. Meldung von Schadensfällen

Die Mitglieder und deren familienversicherte Angehörige der knappschaftlichen Krankenversicherung haben Anspruch auf Krankenpflege in der Regel auch dann, wenn die Erkrankung oder Verletzung durch einen Verkehrs- oder sonstigen Unfall oder durch eine von einem Dritten verursachte sonstige Körperbeschädigung hervorgerufen wurde. Die Knappschaft kann einen etwaigen privat- bzw. versicherungsrechtlichen Anspruch auf Ersatz ihrer Aufwendungen nur feststellen und verfolgen, wenn ihr solche Schadensfälle bekannt werden. Nach aller Erfahrung ist der sicherste Weg hierzu die Meldung des Schadensfalles durch den behandelnden Arzt an die Krankenkasse, und zwar unabhängig von den Eintragungen auf dem Abrechnungs- oder Überweisungsschein.

**Wir bitten Sie deshalb, der zuständigen Geschäfts-/Verwaltungsstelle der Knappschaft alle Behandlungsfälle zu melden, die Ihrer Ansicht nach oder aufgrund von Aussagen des Erkrankten oder Verletzten auf schädigende Ereignisse zurückzuführen sind, für die ein Dritter (z. B. Privatperson, Versicherungsgesellschaft, Behörde) verantwortlich gemacht werden kann bzw. einzutreten hat.**

**Zur Mitteilung an die Geschäfts-/Verwaltungsstelle verwenden Sie bitte den eigens dafür erstellten Vordruck 1 75 20.**

## III. Voraussetzung zur Teilnahme an der Abrechnung mittels Datenträger

Generelle Voraussetzung für die Teilnahme an der Abrechnung auf Datenträgern ist der Einsatz eines von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für den Austausch von Abrechnungsdatenträgern nach den Richtlinien der KBV-Prüfstelle geprüften Praxiscomputer-Systems. Ein zur Abrechnung auf Datenträgern geprüftes System muss in der Arztpraxis zu Beginn des jeweiligen Quartals installiert sein, für das auf Datenträgern abgerechnet werden soll.

Wir weisen darauf hin, dass für alle Knappschaftsärzte mit EDV-gestützter Quartalsabrechnung die KVDT Satzbeschreibung Gültigkeit hat.

Die Datenträgerabrechnung muss mit dem KBV-Prüfmodul und dem KBV-Kryptomodul in der aktuellen Version überprüft werden.

Das Abrechnungsverfahren ist nur möglich, wenn folgendes beachtet wird:

- Die jeweils gültige **sechsstellige Knappschaftsarztnummer** - diese ist Ihrer Honorarmitteilung für die Quartalsabrechnung bzw. der Mitteilung über die monatliche Honorarvorauszahlung zu entnehmen - ist auf dem für die Knappschaft einzureichenden Datenträger einzutragen.
- Die "99" (Sortierkriterium für die Abrechnung mit der Knappschaft) stellen Sie bitte dieser Knappschaftsarztnummer voran.
- Die noch vorhandene letzte freie Stelle am Ende dieses Feldes füllen Sie bitte mit einer "0" auf

### Beispiel:

99	4 0444 0	0
Sortierkriterien	Kn.-Arzt-Nr.	Füller

Sollten Ihre Programmversionen lediglich eine siebenstellige Arztnummer vorsehen, bitten wir Sie dafür Sorge zu tragen, dass künftig die Abrechnungsnummer **neunstellig** ausgewiesen wird.

## 1. Abrechnungsarten

Auf Datenträgern können Behandlungs- oder Überweisungsfälle, Notfall- und Vertretungsfälle, Zuweisungen (gezielte Leistungsaufträge) sowie Belegarztfälle übermittelt werden. Hierbei weisen wir besonders darauf hin, dass bei ambulanter und stationärer Behandlung eines Patienten in demselben Behandlungsquartal zwei Datensätze (ein ambulanter und ein stationärer) vorhanden sein müssen.

Für Abrechnungsfälle, die mit Hilfe der KV-Karte erstellt wurden, müssen EDV-Anwender keine Abrechnungsbelege mehr bei uns einreichen. Voraussetzung hierfür ist, dass ein nicht veränderbares Einlesedatum der KV-Karte im jeweiligen Quartal festgehalten und Bestandteil der in der Abrechnung zu prüfenden Daten wird.

Für Knappschaftsärzte, die unmittelbar in Anspruch genommen werden können, sind die Überweisungsscheine in der Arztpraxis über einen Zeitraum von vier Quartalen aufzubewahren. In diesem Fall hat der abrechnende Arzt in der Vierteljahreserklärung zu bestätigen, dass erteilte Aufträge nicht überschritten wurden.

## 2. Sortierung der Datensätze sowie der Abrechnungsbelege

**- Unbedingt beachten, da sonst eine vertragsgerechte Honorierung nicht gewährleistet werden kann. -**

Alle Abrechnungsbelege werden nach Versichertengruppen sortiert, und zwar:

### a) Ambulante ärztliche Leistungen

Abrechnungs-/Überweisungsscheine	Mitglieder	(M)
Abrechnungs-/Überweisungsscheine	Familienangehörige	(F)
Abrechnungs-/Überweisungsscheine	Rentner/Familienangehörige	(R)
Abrechnungsscheine für Notfalldienst, Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung	Mitglieder	(M)
Abrechnungsscheine für Notfalldienst, Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung	Familienangehörige	(F)
Abrechnungsscheine für Notfalldienst, Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung	Rentner/Familienangehörige	(R)
Zuweisungen (gezielte Leistungsaufträge)	Mitglieder	(M)
Zuweisungen (gezielte Leistungsaufträge)	Familienangehörige	(F)
Zuweisungen (gezielte Leistungsaufträge)	Rentner/Familienangehörige	(R)

### b) Stationäre belegärztliche Leistungen

Abrechnungsschein für belegärztliche Behandlung	Mitglieder	(M)
Abrechnungsschein für belegärztliche Behandlung	Familienangehörige	(F)
Abrechnungsschein für belegärztliche Behandlung	Rentner/Familienangehörige	(R)

Innerhalb jeder Versichertengruppe sind die Abrechnungsbelege alphabetisch zu sortieren.

Die Datensätze auf dem Datenträger werden vom KBV-Programm entsprechend unserer Vorgaben nach den Versichertengruppen aufbereitet. Dadurch ist es zwingend erforderlich, die Datensatzbeschreibung für die Zuordnung der Scheinarten und Behandlungsarten - siehe Beispiele - gemäß den KBV-Richtlinien zu beachten, damit eine vertragsgerechte Honorierung erfolgen kann.

Beispiele:

<i>Scheinart</i>	<i>Behandlungsart</i>
Abrechnungsschein	-
Überweisungsschein	Mitbehandlung/Weiterbehandlung/ andere Gründe
Überweisungsschein	Auftrag (Zuweisung/gezielter Leistungsauftrag)
Notfall- bzw. Vertretungsschein	Vertretung
Notfall- bzw. Vertretungsschein	Notfall
Notfall- bzw. Vertretungsschein	ärztlicher Notfalldienst

### 3. Erfassung von Begründungen, Organ-, Uhrzeitangaben und Multiplikatoren

Verschiedene Abrechnungsnummern erfordern laut EBM Begründungen, Organ- oder Uhrzeitangaben. Diese Zusätze müssen von Ihnen entsprechend Ihrer Programmversion in die dafür vorgesehenen Felder eingegeben werden, um eine korrekte Abrechnung der Leistungen zu garantieren.

### 4. Datenträger

Entsprechend der bundeseinheitlichen Datensatzbeschreibung KVDT werden als Datenträger Disketten (**Größe 3½ Zoll**) und CD-Rom akzeptiert

Die Datenträger enthalten Kennsätze und Inhaltsverzeichnisse zum jeweils übermittelten Abrechnungspaket. Die Dateninhalte werden in der Abrechnungsstelle maschinell weiterverarbeitet.

**Eine Übermittlung der Abrechnungsdaten per E-Mail ist derzeit noch nicht möglich.**

### 5. Datensicherung

**Die Abrechnung muss mindestens noch ein Vierteljahr nach Erstellung ganz oder teilweise wiederholt werden können.**

Bereits abgerechnete Fälle müssen bei der Datenträgerabrechnung im System korrigiert und erneut abgerechnet werden können für den Fall, dass die Knappschaft dem Knappschaftsarzt einzelne Abrechnungsbelege zur Klärung zurücksendet.

Vor dem Versand der Abrechnungsdatenträger ist eine Sicherungskopie zu erstellen, um die Abrechnungsdaten - falls notwendig - erneut kurzfristig der Knappschaft übermitteln zu können.

Die Sicherungskopie muss acht Quartale in Ihrer Praxis aufbewahrt werden.

**Ferner ist vor Einsendung des Datenträgers eine Überprüfung durch ein aktuelles Virenprogramm zwingend erforderlich, da ein virenfizierter Datenträger eine Verarbeitung unmöglich macht und den Verarbeitungslauf hemmt.**

## **6. Einlieferung der Datenträger**

Die Datenträger sind mit Aufklebern, die folgende Angaben enthalten müssen, zu versehen:

- Knappschaftsarztname
- Knappschaftsarzt Nummer (kann ggf. von der Knappschaft eingetragen werden)
- Laufende Nummer (bei zwei und mehr Datenträgern)
- Quartal

Die Abrechnung ist der Honorarstelle der Knappschaft, Dezernat VIII.2.4, 44781 Bochum, bei Frachtsendungen: Knappschaft, Dezernat VIII.2.4, Knappschaftstraße 1, 44799 Bochum, bis zum 20. des auf das Quartalsende folgenden Monats einzureichen.

In diesem Zusammenhang weisen wir ausdrücklich darauf hin, dass aus logistischen Gründen die persönliche Abgabe Ihrer Abrechnungsunterlagen ausschließlich beim Empfang im Verwaltungsgebäude Knappschaftstraße 1, 44799 Bochum, - montags bis freitags in der Zeit von 8.00 Uhr bis 18.00 Uhr - möglich ist.

**Das Risiko des Verlustes oder der Beschädigung der Datenträger bis hin zum Eingang bei der Knappschaft sowie das Risiko der Nichtverwertbarkeit der eingereichten Datenträger trägt der Knappschaftsarzt.**

Um das Risiko der Beschädigung gering zu halten, sind die Datenträger den Abrechnungsunterlagen schreibgeschützt und in geeigneten Schutzbehältnissen beizufügen.

Bei versehentlicher Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung erhebt die Knappschaft für die dadurch bedingte Umrechnung die entstehenden Verwaltungskosten.

## **Generelle Hinweise zur Abrechnung**

### **I. Abrechnung von Laborleistungen**

Das Muster 10A ist ausschließlich für Laboruntersuchungen des Abschnitts 32.2 EBM in der Laborgemeinschaft zu verwenden.

Bei Veranlassung von Laboruntersuchungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3 bei einer Laborarztpraxis ist der Überweisungsschein Muster 10 zu verwenden.

**Der Knappschaftsarzt identifiziert die entsprechenden Fälle als "Knappschaftsfälle", indem er in das Feld für die Ausnahmeindikation (Feld-Kennziffer) die Pseudo-Kennziffer 87777 einträgt.** Wie bei allen anderen Kennziffer-Fällen in der vertragsärztlichen Abrechnung werden Fall und Leistungen damit in der Weiterverarbeitung nicht gegen den vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsbonus gerechnet. Für die Laborgemeinschaft bzw. den Vertragsarzt (Nicht-Knappschaftsarzt), der dieses mit 87777 gekennzeichnete Muster 10 bzw. 10A erhält und die Laborleistungen erbringt, ändert sich nichts.

Bei der Abrechnung sollten Sie darauf achten, dass Sie die Ausnahmetatbestände nach den Gebührensnummern 32005 bis 32023 EBM (z. B. Diabetes mellitus) in Ihre Abrechnung übernehmen, damit der Wirtschaftlichkeitsbonus korrekt ermittelt werden kann.

## **II. Dokumentation von Früherkennungsuntersuchungen**

Nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennungsuntersuchungen sind die Untersuchungen und Ergebnisse auf den entsprechenden Berichtsvordrucken (Dokumentationsbögen) vollständig aufzuzeichnen und 5 Jahre in der Praxis aufzubewahren.

Ab dem 01.07.2008 müssen Sie die Dokumentation von Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (z. B. Krebsfrüherkennungs-, Kinderfrüherkennungs- oder die Gesundheitsuntersuchungen ab 35 Jahren) nicht mehr einreichen.

Die Dokumentation muss allerdings weiterhin erstellt und in der Praxis archiviert werden.

## **III. Verordnung von Arzneimitteln mit hohem Suchtpotential**

Seitens der knappschaftlichen Krankenversicherung werden vermehrt Prüfungen hinsichtlich der Verordnung von Arzneimitteln mit hohem Suchtpotential durchgeführt.

Bei auffälligen Versicherten werden die verordnenden Ärzte von der knappschaftlichen Krankenversicherung - Knappschaftsärzte von uns - angeschrieben, um sie über die verordnete Menge von Arzneimitteln mit hohem Suchtpotential zu informieren. Nicht selten sind dabei Versicherte aufgefallen, die am Substitutionsprogramm „Methadon“ teilnehmen. Außerdem werden die betroffenen Ärzte darum gebeten, anhand der beigelegten Rezeptimages zu prüfen, ob die Verordnungen tatsächlich von ihnen ausgestellt wurden, um Rezeptfälschungen zu identifizieren.

Ziel dieser Anschreiben ist, einen unkontrollierten Konsum dieser Arzneimittel - insbesondere bei „Ärzt hopping“ - einzudämmen und ggf. ein Substitutionsprogramm nicht weiterhin zu behindern sowie den Versicherten vor sich selbst zu schützen.

Wir bitten Sie daher um besondere Aufmerksamkeit bei der Verordnung von Arzneimitteln mit hohem Suchtpotential.



#### **IV. Akupunkturleistungen**

Die Leistungen der Körperakupunktur nach den Gebührenordnungspositionen 30790 und 30791 EBM sind ausschließlich bei den folgenden Indikationen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung berechnungsfähig:

- chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule
- chronische Schmerzen eines oder beider Kniegelenke

Eine Vergütung der Akupunkturleistungen kann in den Fällen nicht erfolgen, in denen keine Diagnose angegeben wird, die die Durchführung der Körperakupunktur bei den beiden zugelassenen Indikationen begründet. Dies gilt auch, wenn die Angabe der ICD-Diagnose zu unspezifisch ist (z. B. Rückenschmerzen).

Die als Anlage beigefügte Liste der ICD-Diagnosen gilt als Rahmenempfehlung.

In Fällen, in denen keine Diagnose aus dem Katalog angegeben wird, erfolgt keine Anerkennung der GOP 30790 bzw. 30791 EBM. Diese Leistungen werden ersatzlos gestrichen.

#### **V. Vertreterpauschale bei Hausärzten ab dem 01.04.2015**

Mit Wirkung vom 01.04.2015 sind die Versichertenpauschalen nach den GOP 03010 und 04010 aus dem EBM gestrichen worden. Hausärzte erhalten somit sowohl bei fachgleichen Überweisungen bzw. bei Behandlungen im Vertretungsfall die volle Versichertenpauschale (VP).

Im Einvernehmen mit dem Bundesverband der Knappschaftsärzte e. V., haben wir uns darauf verständigt, diese Regelung im Knappschaftsarztsystem nicht umzusetzen. Mit Einführung des sogenannten Hausarzt-EBM zum 01.10.2013 wurde die Vergütung der VP abgesenkt, da neue Positionen hinzukamen, die neben der VP nunmehr abgerechnet werden konnten. So wurde die VP beispielsweise um die Gesprächsleistung bereinigt, die gesondert nach der GOP 03230/04230 EBM abgerechnet werden kann.

Im Knappschaftsarztsystem erhalten Sie weiterhin die VP in Höhe des bis zum 01.10.2013 gültigen EBM, die, das oben genannte Beispiel aufgreifend, weiterhin die Gesprächsleistung umfasst. Folglich wird im Knappschaftsarztsystem bislang auch eine höhere „hälftige“ VP für Vertretungsfälle vergütet.

Um Ihnen die Abrechnung nicht zu erschweren, können Sie auch im Knappschaftsarztsystem bei Vertretungsfällen die GOP 03000/04000 EBM wie im KV-Bereich ansetzen; an Hand der Scheinart „Vertreterfall“ wird erkannt, dass in diesen Fällen GOP 03000/04000 EBM in die bisherige GOP 03010/04010 EBM umgewandelt werden muss; dies erfolgt durch unsere auswertende Stelle. Lediglich bei Überweisungen der gleichen Fachrichtung bitten wir Sie darum, die GOP 03010/04010 EBM einzusetzen.

Sollten darüber hinaus noch Fragen zur Abrechnung bestehen, stehen wir Ihnen unter folgenden Telefonnummern zur Verfügung:

Knappschaft Bochum

*Abrechnung mit Knappschaftsärzten*

Dezernat VIII.2 - Arbeitsabschnitt 4 -

0234 304-

Abschnittsleiterin **Susanne Reinhold** -87240

Generelle Sachbearbeitung: **Michaela Wackerow** -87241

Sachbearbeitung: **Claudia Beck** -87242

**Frank Cendrowski** -87243

**Helga Geiermann** -87244

**Gabriele Nowak** -87245

**Marion Schmidt-Wimmelmann** -87246

**Simone Stach** -87247