

Knappschaftsarzt-Nr.: 

--	--	--	--	--	--

Fallzahlen: 

--	--	--	--

Stand: August 2020

## Erklärung zur Quartalsabrechnung ..../20.....

### 1. Allgemeiner Teil

Mit meiner/unsere(r) Unterschrift bestätige(n) ich/wir die Richtigkeit der nachstehenden Angaben:

- Die auf den beiliegenden Abrechnungsdatenträgern in Rechnung gestellten Leistungen sind von mir/uns persönlich oder aufgrund meiner/unsere(r) fachlichen Überwachung bzw. Anordnung unter meiner/unsere(r) Verantwortung erbracht worden.
- Die Abrechnungsdatensätze sind sachlich richtig und vollständig und enthalten nur Leistungen, die durch den Knappschaftsarzt als Vertragspartner im Knappschaftsarztsystem erbracht worden sind. Die maßgeblichen Regelungen und Bestimmungen, besonders die des Sozialgesetzbuches V, des Bundesmantelvertrages (BMV-Ä), des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), der Anlage A und B zum Knappschaftsarztvertrag sowie der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in der jeweils gültigen Fassung wurden beachtet.
- Für alle qualitätsgebundenen Leistungen liegen die erforderlichen Genehmigungen bzw. Nachweise vor.
- Alle Leistungen wurden an für alle beteiligten Ärzte genehmigten Standorten ausgeführt.
- Qualitätssicherungsmaßnahmen zu abgerechneten Laboruntersuchungen wurden entsprechend der geltenden Bestimmungen durchgeführt.
- Für die sachliche Richtigkeit der berechneten Leistungen bin ich/sind wir persönlich verantwortlich.
- Das durch die Krankenkasse bewilligte Leistungskontingent für antragspflichtige psycho- und verhaltenstherapeutische Leistungen ist nicht überschritten worden.

### 2. Ergänzende Erklärung

- Meine/Unsere EDV-gestützte Quartalsabrechnung entspricht den allgemeinen gültigen Abrechnungsbestimmungen der KNAPPSCHAFT. Die eingesetzte Software ist zertifiziert. Durch entsprechende organisatorische und technische Maßnahmen ist eine Erfassung jeder einzelnen Leistung zur Abrechnung erst nach deren vollständiger Erbringung unter Beachtung des Grundsatzes von Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgt. Die von der KBV geprüfte und freigegebene Version wurde zur Erstellung der Datenträgerabrechnung angewendet. Sofern im Ausnahmefall ein mit EDV-beschrifteter Beleg manuell geändert wurde, bestätige(n) ich/wir die Richtigkeit der Korrektur bzw. Ergänzung.
- Im laufenden Quartal muss die Versichertenkarte vorgelegen haben. Die Daten der Versichertenkarte sind mittels eines zugelassenen/zertifizierten Lesegerätes in die Praxis/EDV übernommen worden. Eine manuelle Korrektur des Einlesedatums ist nicht erfolgt.
- Diagnose- oder symptomorientierte Abrechnungsautomatismen haben keine Anwendung gefunden. Ebenso erfolgte keine automatische Zusetzung einer oder mehrerer Abrechnungsziffern oder eine Ersetzung von Gebührenordnungsziffern durch andere, welche nicht erbracht wurden.
- Ferner bestätige(n) ich/wir, dass die erteilten Auftragsleistungen von mir/uns nicht überschritten wurden.
- Die Überweisungs- Notfall - Vertretungsscheine und im Ersatzverfahren ausgestellte Scheine liegen in der Praxis vor und werden vier Quartale aufbewahrt und der KNAPPSCHAFT auf Anforderung zur Verfügung gestellt.

### 3. Verordnungsvordrucke

Die Vordrucke für die kassenärztliche Versorgung (Arzneiverordnungen, Überweisungsscheine etc.), die auch im Knappschaftsarztssystem gültig sind, wurden von mir/uns ausschließlich mit den gültigen Betriebsstättennummern (BSNR, NBSNR) und lebenslangen Arztnummern (LANR) versehen.

### 4. Assistent, angestellter Arzt, Vertreter

Ich/wir habe(n) eine(n) angestellten(n) Arzt/Ärztin oder genehmigte(n) Assistent(in) beschäftigt:

- ja (bitte Anlage beachten)  
 nein

Ich/wir bin/sind bei der Behandlung meiner/unserer Knappschaftspatienten vertreten worden:

- ja (bitte Anlage beachten)  
 nein

### 5. Nicht ärztliche Praxisassistentin

Soweit ich/wir eine nicht ärztliche Praxisassistentin mit der Verrichtung medizinisch notwendiger, delegierbarer Leistungen beauftrage(n), bestätige(n) ich/wir, dass die geforderten Voraussetzungen vorliegen.

### 6. Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge/Ambulante Operationen

(Kapitel 31 und 36 EBM)

Anästhesiologische Leistungen sind von

Histologische Untersuchungen sind von

\_\_\_\_\_  
(Name)  
erbracht worden.

\_\_\_\_\_  
(Name)

Soweit andere Ärzte an der Erbringung von Leistungen nach **GNRN 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01857, 01910, 01911, 31501 bis 31507, 36501 bis 36507, 36861, 36867, 36881 bis 36884 EBM** beteiligt gewesen sind, besteht eine Vereinbarung, dass ich/wir diese Leistungen alleine abrechne(n).

### 7. Veränderungshinweis zu LANR bzw. BSNR/NBSNR

Bezogen auf die aktuelle Abrechnung haben sich gegenüber den früheren Abrechnungen  
 keine /  nachfolgende Veränderungen ergeben:

1)  Neu  Wegfall

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

LANR  BSNR  NBSNR

\_\_\_\_\_  
Grund

2)  Neu  Wegfall

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

LANR  BSNR  NBSNR

\_\_\_\_\_  
Grund

### 8. Ausblick auf künftige Praxisführung

Vorsorglich wird darauf hingewiesen, dass insbesondere personelle und räumliche Veränderungen der Genehmigung durch die KNAPPSCHAFT bedürfen. Informationen diesbezüglich erhalten Sie unter der Rufnummer 0234 304-12211 bzw. -12212.

Es sind  keine /  nachfolgende Veränderungen beabsichtigt:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie, dass die Punkte 4-7 zwingend auszufüllen sind.

Die Erklärung ist vollständig ausgefüllt worden. Nicht benötigte Felder sind von mir/uns durchgestrichen worden.

In einer Berufsausübungsgemeinschaft unterschreibt jeder Praxispartner die Erklärung.

Sofern **nicht alle Mitglieder einer Berufsausübungsgemeinschaft unterzeichnen**, versichert/versichern der/die Unterzeichner die Bevollmächtigung zur Abgabe der Erklärung für alle Mitglieder. In diesen Fällen ist bitte die LANR des/der Unterzeichner(s) mit anzugeben.

1. 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
.....

2. 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
.....

3. 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
.....

4. 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
.....

(persönliche Unterschrift(en) des Knappschaftsarztes/der Knappschaftsärzte)

(LANR)

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Arztpraxisstempel)

---

Einzureichen bei der KNAPPSCHAFT, Fachteam Abrechnung für Knappschaftsärzte, Knappschaftstr. 1, 44799 Bochum, mit der vierteljährlichen Abrechnung oder per Telefax an die 0234/304-19395.

## Anlage zur Erklärung

### Quartalsabrechnung ..../.....

➤ **Ich/wir habe(n) als angestellten Arzt beschäftigt:**

\_\_\_\_\_ in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

(Name des Arztes)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(LANR)

\_\_\_\_\_ in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

(Name des Arztes)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(LANR)

\_\_\_\_\_ in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

(Name des Arztes)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(LANR)

➤ **Ich/wir habe(n) als genehmigten Assistenten beschäftigt:**

\_\_\_\_\_ in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

(Name des Assistenten)

\_\_\_\_\_ in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

(Name des Assistenten)

\_\_\_\_\_ in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

(Name des Assistenten)

➤ **In meiner/unserer Praxis bin ich/sind wir vertreten worden:**

\_\_\_\_\_ in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

(Name des Vertreters)

\_\_\_\_\_ in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

(Name des Vertreters)

\_\_\_\_\_ in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

(Name des Vertreters)

➤ **Die Praxis war in den folgenden Zeiträumen geschlossen:**

\_\_\_\_\_ in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

(Grund der Schließung)

\_\_\_\_\_ in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

(Grund der Schließung)

\_\_\_\_\_ in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

(Grund der Schließung)

➤  **Die Praxis war nicht geschlossen.**