

Erklärung zur Quartalsabrechnung/.....

1. Allgemeiner Teil

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

- Die auf den beiliegenden Abrechnungsscheinen sowie (ggf.) auf den Abrechnungsdatenträgern in Rechnung gestellten Leistungen sind von mir/uns persönlich oder aufgrund meiner/unserer fachlichen Überwachung bzw. Anordnung unter meiner/unserer Verantwortung erbracht worden.
- Die Abrechnung enthält nur Leistungen, die durch den Knappschaftsarzt als Vertragspartner im Knappschaftsarztsystem erbracht worden sind.

Für die sachliche Richtigkeit der berechneten Leistungen bin ich/sind wir persönlich verantwortlich.

- Die zur Abrechnung eingereichten Leistungen sind nach den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen erbracht worden und waren notwendig.
- Für alle von mir/uns zur Abrechnung eingereichten genehmigungspflichtigen Leistungen
 - erfülle(n) ich/wir die Qualifikation nach den Bestimmungen des BMÄ,
 - habe(n) ich/wir mit Herrn/Frau eine entsprechend qualifizierte nicht-ärztliche(n) Therapeut(in) zur Durchführung der Leistungen eingesetzt.
- Bei der Erbringung der zur Abrechnung kommenden Laborleistungen wurden die Richtlinien der Bundesärztekammer zur (externen und internen) Qualitätssicherung von mir/uns bzw. meiner/unserer Laborgemeinschaft beachtet.
- Die in § 25 Absatz 2 SGB V sowie in den Gesundheitsuntersuchungsrichtlinien vorgeschriebenen Zeitabstände in denen Patienten Anspruch auf eine Früherkennungsuntersuchung haben, sind beachtet worden. Dies betrifft die Leistungen der Kapitel 1.7.1 und 1.7.2 des EBM. Die abgerechneten Leistungen sind unter Beachtung der Richtlinien des Gemeinsamen Bewertungsausschusses durchgeführt worden.

Sofern die Patienten die geforderte Praxisgebühr nicht entrichtet haben, erfolgte eine entsprechende Zahlungserinnerung an den jeweils betroffenen Patienten.

Das durch die Krankenkasse bewilligte Leistungskontingent für antragspflichtige psycho- und verhaltenstherapeutische Leistungen ist nicht überschritten worden.

2. Ergänzende Erklärung- nur für EDV-Anwender -

- Meine/Unsere EDV-gestützte Quartalsabrechnung entspricht den allgemeinen gültigen Abrechnungsbestimmungen der Knappschaft. 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 Überweisungsscheine liegen in der Praxis vor und werden vier Quartale aufbewahrt.

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)

(Name)

erbracht worden.

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 Sie gegenüber den früheren Abrechnungen keine / nachfolgende Veränderungen ergeben:

1) Neu Wegfall

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

LANR BSNR NBSNR

Grund

2) Neu Wegfall

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

LANR BSNR NBSNR

Grund

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift und Stempel des Knappschaftsarztes/der Knappschaftsärzte)

Einzureichen bei der Knappschaft, Referat KV/PV - Büro 3 -, 66104 Saarbrücken, mit der vierteljährlichen Abrechnung.

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)

(Unterschrift)

(Datum)

--

(Arztstempel)