

Abrechnungsrichtlinien der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen gültig ab 01.04.2012

- gemäß § 11 Absatz 4 (i) der Satzung der KV Thüringen -

§ 1 Geltungsbereich

- (1) Die Abrechnungsrichtlinien regeln Art und Umfang des Nachweises der von Ärzten im Sinne von Abs. 2 erbrachten vertragsärztlichen Leistungen als Grundlage der Verteilung der Gesamtvergütung der Primär- und Ersatzkassen.
- (2) Ärzte im Sinne dieser Abrechnungsrichtlinien sind die im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen zugelassenen und persönlich ermächtigten Ärzte/Psychologischen Psychotherapeuten, zugelassene Ärzte gemäß § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V (Job-Sharing), ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin, in Notfällen in Anspruch genommene Nicht-Vertragsärzte, zugelassene Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V sowie medizinische Versorgungszentren gemäß § 95 Abs. 1 SGB V und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen, angestellte Ärzte sowie in Notfällen in Anspruch genommene nicht ermächtigte Krankenhäuser. Als Laborärzte im Sinne dieser Richtlinien gelten auch Fachwissenschaftler der Medizin.
- (3) Die Abrechnungsrichtlinien gelten sinngemäß für die Abrechnung von Leistungen auf Grund von Verträgen mit anderen als in Abs. 1 genannten Kostenträgern, sofern mit diesen nichts anderes vereinbart ist.

§ 2 Information des Arztes durch die KV Thüringen

Die KV Thüringen informiert die Ärzte regelmäßig in KV-Rundschreiben über die mit der Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen zusammenhängenden Fragen. Werden grundsätzliche Fehler bei der Abrechnung der Leistungen, insbesondere bei der Anwendung der Gebührenordnungspositionen, festgestellt, hat die KV Thüringen den Arzt hierauf aufmerksam zu machen und ihn möglichst zu beraten.

§ 3 Abrechnungsfähige und nichtabrechnungsfähige Leistungen

- (1) Der Arzt kann nur solche vertragsärztlichen Leistungen bei der KV Thüringen abrechnen, die er persönlich erbracht hat - hierzu gehören auch die Leistungen eines Vertreters oder genehmigten Assistenten oder angestellten Arztes - oder die auf Anordnung des Vertragsarztes von nichtärztlichem Hilfspersonal mit den laut EBM für einzelne Gebührenordnungspositionen vorgegebenen zusätzlichen fachlichen Voraussetzungen (z. B. Abschlüsse Masseur, Krankengymnastik, Physiotherapie) unter seiner Aufsicht und Verantwortung erbracht worden sind.

Delegationsfähige Leistungen, die von nichtärztlichen Hilfskräften durchgeführt werden, dürfen nur berechnet und vergütet werden, wenn sie unter der verantwortlichen Leitung des Arztes erbracht worden sind.

Krankenhausärzte, die aufgrund einer Ermächtigung zur persönlichen Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt sind, dürfen Leistungen, die von anderen Ärzten erbracht worden sind, nicht berechnen. Berechnungsfähig sind von Vertretern ausgeführte Leistungen nur dann, wenn die ermächtigten Krankenhausärzte für die Dauer der Vertreterbeschäftigung auch für ihre Krankenhaustätigkeit nicht zur Verfügung stehen.

Für Leistungen von sonstigen Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen, die aufgrund einer Ermächtigung des Bundesmantelvertrages-Ärzte bzw. Arzt-/Ersatzkassenvertrages erbracht werden, gelten - vorbehaltlich abweichender vertraglicher Regelungen - die vorgenannten Bestimmungen entsprechend.

Während der stationären ärztlichen Behandlung eines Patienten können ambulante Leistungen grundsätzlich nicht abgerechnet werden. Dies gilt auch für ein Gespräch mit Angehörigen über den in stationärer Behandlung befindlichen Patienten.

- (2) Nicht vergütungsfähig sind Leistungen, die gemäß § 12 SGB V für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig bzw. unwirtschaftlich sind.

(3) Zu den nichtabrechnungsfähigen Leistungen zählen weiterhin:

1. Leistungen, für die die Krankenkassen nicht leistungspflichtig sind bzw. deren Sicherstellung anderen Leistungserbringern obliegt (gemäß § 3 BMV-Ärzte bzw. § 2 AEV). Dazu gehören insbesondere:
 - a) Bescheinigungen für Arbeitgeber und Behörden mit Ausnahme der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nach Entgeltfortzahlungsgesetz;
 - b) Einstellungs-, Reihen-, Eignungs- und Tauglichkeitsuntersuchungen, betriebsgebundene Tätigkeit von Betriebsärzten;
 - c) Schutzimpfungen, soweit sie nicht von den Krankenkassen vergütet werden;
 - d) Gesundheitsbescheinigungen jeder Art;
 - e) Todesbescheinigungen;
 - f) Untersuchungen und Gesundheitszeugnisse im Privatauftrag des Versicherten;
 - g) Leistungen für andere Kostenträger (z. B. Medizinischer Dienst, Gesundheitsamt, Renten- und Unfallversicherungsträger);
 - h) Behandlungen von Unfallverletzten und Berufskranken zu Lasten der gesetzlichen Unfallversicherungsträger (z. B. BG-Verfahren);
 - i) ärztliche Behandlung von Gefangenen in Justizvollzugsanstalten (Ausnahme: Notfälle gemäß § 75 Abs. 4 SGB V);
 - j) Leistungen, soweit sie Bestandteil von Verträgen mit Partnern ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung sind (z. B. Betreuungsleistungen in Heimen, Kooperationen mit Sanitätshäusern);
 - k) Leistungen auf Veranlassung des Krankenhauses im Rahmen der stationären Behandlung;
2. Leistungen, die den gültigen Bestimmungen, Ordnungen und Richtlinien der KV Thüringen widersprechen, dazu zählen:
 - a) Leistungen ermächtigter Ärzte außerhalb des ausgesprochenen Leistungskataloges;
 - b) die von ermächtigten Krankenhausärzten und von ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen gemäß §§ 31, 31 a Ärzte-Zulassungsverordnung ambulant ausgeführten vertragsärztlichen Leistungen, wenn der Kranke an demselben Tag wegen derselben Krankheit in die stationäre Behandlung desselben Krankenhauses genommen wird. Ausgenommen davon sind Leistungen nach § 5, Abs. 3.
 - c) Leistungen von Ärzten in nicht genehmigten Zweigpraxen bzw. außerhalb des ausgesprochenen Leistungskataloges für den Ort der Zweigpraxis;
 - d) Leistungen von Ärzten außerhalb des Leistungskataloges der Sonderbedarfszulassung, wenn entsprechend Beschluss des Zulassungsausschusses für Ärzte in Thüringen die Zulassung nach dem Ausnahmetatbestand Nr. 24 der Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte erfolgte;
 - e) Leistungen, die auf Verträgen basieren, die außerhalb des Wirkungskreises der KV Thüringen geschlossen wurden und deren Vergütung nicht über die KV Thüringen zu Stande kommt. Hierzu zählen insbesondere Verträge zur Integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V.

§ 4 Umgang mit Überweisungs-/ Anforderungsscheinen

- (1) Eine Überweisung kann grundsätzlich nur der Arzt veranlassen, dem eine gültige Versichertenkarte oder ein gültiger Behandlungsausweis vorliegt. Der überweisende Arzt ist verpflichtet, auf dem

Überweisungsschein zu kennzeichnen, welche Art der Überweisung vorliegt (Auftragsleistungen, Konsiliaruntersuchung, Mit-/Weiterbehandlung). Die Überweisung soll nicht auf den Namen eines bestimmten Vertragsarztes, sondern auf die Gebiets-, Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnung ausgestellt werden, in deren Bereich die Überweisung ausgeführt werden soll. Eine namentliche Überweisung kann zur Durchführung bestimmter Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden an hierfür ermächtigte Ärzte bzw. ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen erfolgen.

- (2) Der auf Grund einer Überweisung tätig werdende Arzt kann, ausgenommen bei Definitionsaufträgen, eine weitere Überweisung nur im Rahmen des ihm erteilten Auftrages vornehmen, sofern er anders den ihm erteilten Auftrag nicht erfüllen kann.
- (3) Beauftragt der behandelnde Arzt einen anderen Arzt mit der Ausführung bestimmter diagnostischer oder therapeutischer Leistungen (Definitionsauftrag), so hat er Art und Umfang dieser Leistungen auf dem Überweisungsvordruck genau zu bezeichnen. Der auf Überweisung tätige Arzt ist in diesem Fall an den im Überweisungsvordruck festgelegten Auftrag gebunden und darf bei der Abrechnung nur diese Auftragsleistungen in Ansatz bringen. Ergibt sich in Ausnahmefällen aus der Besonderheit des Falles die Notwendigkeit zur Überschreitung des erteilten Auftrages, dann ist dies vom ausführenden Arzt - möglichst nach Rücksprache und im Einvernehmen mit dem überweisenden Arzt - auf dem Überweisungsvordruck zu dokumentieren. Unbegründete Gebührenordnungspositionen, die über den erteilten Auftrag hinaus gehen, werden nicht honoriert.
- (4) Bei Aufträgen zur Durchführung von nach Art und Umfang konkret definierten Leistungen ist die Befundmitteilung nicht gesondert berechnungsfähig.
- (5) Grundsätzlich ist eine Überweisung nur an einen Arzt einer anderen Arztgruppe zulässig. Überweisungen an einen anderen Arzt derselben Arztgruppe sind, vorbehaltlich abweichender Regelungen im Gesamtvertrag, nur zulässig zur
 - Inanspruchnahme besonderer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die vom behandelnden Vertragsarzt nicht erbracht werden,
 - Übernahme der Behandlung durch einen anderen Vertragsarzt bei Wechsel des Aufenthaltsortes des Kranken,
 - Fortsetzung einer abgebrochenen Behandlung.
- (6) Der überweisende Arzt hat dem auf Überweisung tätig werdenden Vertragsarzt, soweit es für die Durchführung der Überweisung erforderlich ist, von den bisher erhobenen Befunden und/oder getroffenen Behandlungsmaßnahmen Kenntnis zu geben. Der aufgrund der Überweisung tätig gewordene Vertragsarzt hat seinerseits den weiterbehandelnden Vertragsarzt über die von ihm erhobenen Befunde und Behandlungsmaßnahmen zu unterrichten, soweit es für die Weiterbehandlung durch den überweisenden Arzt erforderlich ist.
- (7a) Überweisungen zur Durchführung von Leistungen des Kap. 32 EBM und von entsprechenden Laboratoriumsmedizinischen Leistungen der Kap. 1.7 und 11.3 EBM sind nur als Auftragsleistung zulässig. Hierfür ist der Vordruck Muster 10 zu verwenden.
- (7b) Laborleistungen, die in der Laborgemeinschaft erbracht werden sollen, sind mittels Muster 10A anzufordern.
- (7c) Die Arztnummer und Betriebsstättennummer des ursprünglichen Veranlassers ist bei Weiterüberweisung eines Muster 10-Auftrages im dafür vorgesehenen Feld anzugeben.
- (7d) Die Abrechnungspositionen zur Kennzeichnung der Krankheitsfälle gemäß Präambel des Kapitels 32.2 EBM Nr. 6 sind bei der Ausstellung der Vordrucke Muster 10 und Muster 10A anzugeben.
- (8) Überweisungen an Vertragszahnärzte sind nicht zulässig.
- (9) Eine von einem Vertragszahnarzt ausgestellte formlose Überweisung an einen ausschließlich auftragnehmenden Vertragsarzt gemäß § 13 Absatz 4 BMV-Ärzte und § 7 Abs. 4 Ersatzkassen-Vertrag gilt als Behandlungsausweis im Sinne dieses Vertrages. Der Vertragsarzt rechnet seine Gebührenordnungspositionen auf einem Überweisungsschein ab, dem die formlose Überweisung des Vertragszahnarztes beizufügen ist.

§ 5 Besonderheiten bei der Abrechnung der Leistungen durch ermächtigte Krankenhausärzte/ ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen

- (1) Die an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ermächtigten Krankenhausärzte dürfen nur solche Leistungen abrechnen, die sie persönlich erbracht haben oder die auf ihre Anordnung von nichtärztlichen Hilfspersonen unter ihrer Aufsicht und Verantwortung durchgeführt worden sind. Leistungsart und Leistungsumfang der ermächtigten Krankenhausärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen sind durch den von den Zulassungsinstanzen beschlossenen Ermächtigungskatalog bestimmt.
- (2) Auf Grund der von einem Vertragsarzt ausgestellten Verordnung über Krankenhausbehandlung dürfen ambulante vertragsärztliche Leistungen durch den ermächtigten Krankenhausarzt nicht abgerechnet werden. Ergibt die Untersuchung, die der ermächtigte Krankenhausarzt auf Grund der Verordnung von Krankenhauspflge durchführt, dass keine stationäre Behandlung erforderlich ist, kann die Leistung im Rahmen des Ermächtigungsumfanges des Krankenhausarztes nur dann auf einem Überweisungsschein abgerechnet werden, wenn der behandelnde Vertragsarzt vorher der ambulanten Behandlung zustimmt und einen Überweisungsschein mit einem Definitionsauftrag oder zur Weiterbehandlung durch einen ermächtigten Krankenhausarzt ausstellt.
- (3) Ergibt die Untersuchung, die der ermächtigte Krankenhausarzt aufgrund eines Überweisungsscheines durchgeführt hat, dass der Patient am selben Tage stationär aufgenommen werden muss, so kann er die ambulant erbrachten Leistungen auf dem Überweisungsschein abrechnen. Dies gilt nicht, wenn der ermächtigte Krankenhausarzt ohne nähere Untersuchung feststellt, dass sofortige Krankenhausaufnahme erforderlich ist. Wird der ermächtigte Krankenhausarzt zulässigerweise von dem Patienten direkt in Anspruch genommen, ist ein ambulanter Behandlungsschein zu verwenden.
- (4) Wird der ermächtigte Krankenhausarzt ohne Verordnung von Krankenhauspflge und ohne Überweisungsschein im Notfall tätig, so können die erbrachten ambulanten Leistungen in besonderen Fällen auf einem Notfallschein abgerechnet werden, sofern der Versicherte nicht am selben Tage im Krankenhaus aufgenommen wird.

§ 6 Abrechnung der Leistungen im Rahmen des organisierten Notdienstes

- (1) Leistungen im Rahmen eines vom Vorstand der KV Thüringen genehmigten Notdienstes können von den Ärzten unter Verwendung der in der Vordruckvereinbarung der Bundesmantelverträge festgelegten Vordrucke in Rechnung gestellt werden.
- (2) Werden zur Durchführung des organisierten Notdienstes - beispielsweise bei Hinzuziehung von Nichtvertragsärzten - zusätzliche Mittel benötigt, so sind diese grundsätzlich von den Ärzten aufzubringen, für deren Praxisbereich der Notdienst durchgeführt wird. Sonderregelungen im Rahmen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung bleiben hiervon unberührt.
- (3) Wird in den Notdienstzeiten vom diensthabenden Arzt ein eigener Patient im Notfall behandelt, kann der ursprüngliche Behandlungsschein verwendet werden und dieser Notdienst-Kontakt wird durch die Abrechnungsposition 99030 kenntlich gemacht.
- (4) Auf der Sammelerklärung sind die Tage des organisierten Notdienstes vom Arzt einzutragen. Dabei sind auch Tage anzugeben, in denen der Arzt Kollegen/innen im NFD vertreten hat. Definition Tag: Der gesamte Tag an dem der Dienst begann, inklusive die bis in den darauffolgenden Tag hineinreichende Zeit.

Der Arzt bestätigt mit der Unterschrift auf der Sammelerklärung ausdrücklich, dass die von ihm abgerechneten Leistungen für den organisierten Notdienst in dem Zeitraum erfolgten, in dem der Arzt bei der KV Thüringen laut Notdienstplan des Notdienstbeauftragten zum organisierten Notdienst eingeteilt war.

§ 7 Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen

Werden Leistungen zur Abrechnung gebracht, für die besondere Nachweise gelten, sind diese nur bei Vorlage der Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung berechnungsfähig.

§ 8 Abrechnungsvordrucke

- (1) Abrechnungsvordrucke sind Abrechnungsscheine (Muster 5), Überweisungsscheine (Muster 6), Notfall-/ Vertretungsscheine (Muster 19), Überweisungsscheine für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10) und Anforderungen für Laboratoriumsuntersuchungen bei Laborgemeinschaften (Muster 10A). Weitere Abrechnungsvordrucke sind die sonstigen von den Partnern der BMV vereinbarten Abrechnungsvordrucke (Vordruckvereinbarung) sowie Abrechnungsscheine der Besonderen Kostenträger.
- (2) Das Erstellen von Formularen mittels Blankoformularbedruckung (BFB) ist gemäß den vom Vorstand der KV Thüringen beschlossenen Richtlinien zur Blankoformularbedruckung gemäß Anlage 3 dieser Abrechnungsrichtlinien möglich.

§ 9 Leistungsabrechnung

- (1) Der Nachweis der vom Arzt erbrachten vertragsärztlichen Leistungen erfolgt durch korrekte Angabe der Gebührenordnungsposition, des Behandlungstages und der Diagnose(n). Bei ausschließlich papierhafter Abrechnung sind die Abrechnungsbelege deutlich lesbar auszufüllen.
- (2) Die abgerechneten Gebührenordnungspositionen sind mit LANR und BSNR eindeutig hinsichtlich Leistungserbringer und Leistungsort zu kennzeichnen.
- (2a) Gemäß den Regelungen der Bundesmantelverträge genehmigt die KV Thüringen aus Praktikabilitätsgründen den konventionell abrechnenden Einzelpraxen ohne angestellte tätige Ärzte, die nur in einer Betriebsstätte tätig sind, längstens bis zur flächendeckenden Einführung der elektronischen Gesundheitskarte/ Pflicht zur leitungsgebundenen Abrechnung bei der Abrechnung und Verordnung auf die Verwendung der Arztnummer zu verzichten.

Alle anderen Vordrucke (z. B. Überweisungsscheine) können von den in Satz 1 genannten konventionell abrechnenden Einzelpraxen nur noch handschriftlich, nach den gültigen Vorschriften der Vordruckvereinbarung erstellt werden.

- (3) Eine Gebührenordnungsposition ist nur berechnungsfähig, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht worden ist. Kann der Arzt eine erforderliche Leistung nach den GOP 01410 - 01412, 01414 oder 01415 EBM aus Gründen, die nicht in seiner Person, sondern in der des Kranken oder in der Besonderheit des Falles liegen, nicht beenden, so hat er zur Berechnung einer angemessenen Vergütung neben der Gebührenordnungsposition den Zusatz "UV" (unvollständig) anzugeben und die Abrechnung zu begründen. Wegepauschalen sind zusätzlich nach den gesamtvertraglichen Regelungen berechnungsfähig.
- (4) Bei mehreren Inanspruchnahmen desselben Patienten an demselben Tage sind die Gebührenordnungspositionen entsprechend der zeitlichen Abfolge für jede Arzt-Patienten-Begegnung mittels Uhrzeitangaben zu begründen. Dies gilt ebenso für Kontakte mit Praxispersonal.
- (5) Soweit der EBM für eine Mehrzahl gleicher Gebührenordnungspositionen (Serien) Höchstbeträge/ Höchstwerte enthält, sind die Gebührenordnungspositionen für die Einzelleistungen und ggf. die Häufigkeit der Gebührenordnungsposition anzugeben. Die Abrechnung von Höchstbeträgen/ Höchstwerten ist unzulässig.
- (6) Die Vergütung von Schutzimpfungen erfolgt auf der Basis der aktuellen Honorarvereinbarung mit den Landesverbänden der Krankenkassen.
- (7) Bei der Abrechnung von Laborleistungen ist darauf zu achten, dass
 - die Abrechnungspositionen zur Kennzeichnung von Krankheiten nach Nr. 6 der Präambel zu Kap. 32.2 EBM anzugeben sind,
 - der Zuschlag nach der GOP 32089 EBM nicht durch Laborärzte abrechenbar ist,
 - für die Weiterleitung des zu untersuchenden Körpermaterials an einen anderen Laborarzt Kosten nicht abrechenbar sind,
 - die Leistungen nach den GOP 32035 - 32039 EBM bei Erbringen im Akut- bzw. Notfall im Eigenlabor mit „A“ gekennzeichnet werden.
- (8) Ist der Versicherte in einem Quartal nacheinander bei verschiedenen Kassen versichert gewesen, so sind die Leistungen jeweils zu Lasten der Krankenkassen abzurechnen, bei denen die Versiche-

zung während der Behandlung bestanden hat. Erfolgte innerhalb eines Quartals ein Wechsel des Versichertenstatus, ist der Status am Anfang des Quartals relevant.

- (9) Der Arzt hat bei der Abrechnung darauf zu achten, dass eine Übereinstimmung zwischen abgerechneten Leistungen und den angegebenen Diagnosen besteht. Die Diagnosen sind gemäß ICD-10-GM zu verschlüsseln.

Unter Berücksichtigung des ICD-10-GM, Punkt 2 der Anleitung zur Verschlüsselung, sind die Fachrichtungen Radiologie, Zytologie, Pathologie, Nuklearmedizin und Labormedizin von der Verschlüsselungspflicht bei der Abrechnung von Leistungen befreit bzw. können den Ersatzwert UUU verwenden, wenn es sich um Überweisungen zu Auftragsleistungen handelt.

Eine Auftragsüberweisung erfordert im Feld „Auftrag/Diagnose/Verdacht“ zwingend die Angabe der Diagnose und des Auftrages, um dem Auftrag ausführenden Arzt die Verschlüsselung des ICD-10-GM zu ermöglichen.

Zusätzlich kann aus Gründen der Kollegialität die Schlüsselnummer der Diagnose angegeben werden, damit diese vom Auftrag ausführenden Arzt verwendet werden kann.

- (10) Bei der Abrechnung von Dialyseleistungen sind von dem Vertragsarzt auf dem Behandlungsfall die internistischen und Dialyseleistungen sowie die Dialysesachkosten zu vermerken.
- (11) Erfolgt ein Kurzbericht über das Ergebnis einer Patientenuntersuchung auf vereinbarten Formularen, z. B. auf dem Notfall-/Vertreterschein „Muster 19“, ist hierfür nicht die GOP 01600 oder 01601 EBM, aber auch keine weitere Gebühr für einen Brief ärztlichen Inhaltes abrechnungsfähig.
- (12) Ein Ganzkörperstatus entsprechend den GOP 13250 oder 27310 EBM ist im Notfall grundsätzlich nicht abrechenbar.
- (13) Wurden im Behandlungsfall die GOP 01711 bis 01719, 01730 bis 01732 oder 31010 bis 31013 EBM bereits abgerechnet, ist das Abrechnen eines Ganzkörperstatus nach den GOP 13250 oder 27310 EBM im gleichen Behandlungsfall besonders zu begründen.
- (14) Ambulante und belegärztliche Behandlung eines Patienten in demselben Quartal zählen jeweils als ein Behandlungsfall.
- (15) Bei zuzahlungsbefreiten Versicherten werden die Leistungen der physikalischen Therapie (GOP 30300, 30301, 30400, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421 EBM) mit einem „A“ gekennzeichnet (z. B. 30300A)
- (16) Die Abrechnung von Pathologen, speziell Zytologen, kann als konventionelle Abrechnung, abweichend von den in § 14 genannten Sortierkriterien, nach den Gebührenordnungspositionen pro Kasse sortiert bei der KV Thüringen eingereicht werden.
- (17) Bei der Abrechnung der GOP 01100 – 01102 EBM sind diese mit der Uhrzeitangabe zu versehen. Ärzte, die an Samstagen zwischen 07:00 und 14:00 Uhr Sprechstundentätigkeit verrichten und diese der KV Thüringen gemeldet haben, sind in dieser Zeitspanne von der Angabe der Uhrzeit zur GOP 01102 EBM entbunden.
- (18) Bei Abrechnung der GOP 01210, 01214, 01216 und 01218 EBM ist jeweils die Uhrzeitangabe erforderlich. Die Uhrzeitangabe entspricht dem Beginn des Arzt-Patienten-Kontaktes.
- (19) Eine Splittung von Arzt-, Betriebsstätten- oder Behandlungsfällen ist unzulässig.
- (20) Leistungen, die in 2 Einheiten erbracht werden können, sind mit einem C für Teil 1 und einem D für Teil 2 zu kennzeichnen (betreffende GOP: 35150, 35200, 35220, 35221 EBM). Werden die Leistungen in einem Teil erbracht, ist keine Kennzeichnung vorzunehmen.
- (21) Liegt eine Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung radiologischer Leistungen nur im Rahmen der Notfalldiagnostik vor, sind diese Leistungen unter Verwendung des Notfallscheines (Muster 19) abrechnungsfähig. Eine Vergütung auf Überweisungsscheinen erfolgt bei eindeutiger Kommentierung (NF) hinter der GOP im Leistungsfeld.

- (22) Ambulante postoperative Leistungen nach kurativ-stationären (belegärztlichen) Eingriffen sind nach den Gebührenordnungspositionen des EBM außerhalb der Abschnitte 31.4 oder 36 EBM mittels Scheinart „belegärztliche Mitbehandlung“ (KVDT-Feld: Scheinuntergruppe 26) abzurechnen.
- (23) Leistungen der Mutterschaftsvorsorge, die bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung erbracht werden, sind nach den kurativen Gebührenordnungspositionen (GOP 32540 – 32556 und 33044 EBM) berechnungsfähig und mit einem V zu kennzeichnen (z. B. GOP 32540V).
- (24) Die berechnungsfähige Zeitdauer bei Erbringung der Leistung nach GOP 01416 EBM endet mit der Übergabe des Patienten an die stationäre Einrichtung.
- (25) Werden neben präventiven oder kurativen Koloskopien Leistungen mit bildgebenden Verfahren erbracht, die mit der Koloskopie nicht im Zusammenhang stehen, sind diese Leistungen unter Angabe einer besonderen Begründung zusätzlich berechnungsfähig.
- (26) Folgende GOP werden von der KV Thüringen entsprechend den Abrechnungsbestimmungen des EBM automatisch zugesetzt:
- 08230 „Zuschlag Reproduktionsmedizin“
 - 08231 „Zusatzpauschale Geburtshilfe“.

Der Arzt muss diese GOP nicht in Ansatz bringen, um einen Vergütungsanspruch zu erlangen. Unabhängig davon bleibt die bisherige automatische Zusetzung des Wirtschaftlichkeitsbonus und der Labor-Grundpauschale entsprechend den gültigen EBM-Regelungen bestehen.

- (27) Werden ambulante Operationen erbracht und abgerechnet, sind vom Operateur deutliche Vermerke über Operationsbeginn und Operationsende in den OP-Protokollen vorzunehmen. Im Falle einer Prüfung und Klärung von Sachverhalten sind die Protokolle auf Anforderung der KV Thüringen vorzulegen.

Bei der Abrechnung von Simultaneingriffen (zusätzliche, vom Haupteingriff unterschiedliche Diagnose und gesonderter operativer Zugangsweg) ist für diese zur GOP die Schnitt-Naht-Zeit in Minuten anzugeben.

§ 9a Berichtigungsmöglichkeit der Quartalsabrechnung

- (1) Die unter § 1 (2) benannten Ärzte erhalten die Möglichkeit, ihre Quartalsabrechnung in der laufenden Abrechnungsbearbeitung zu korrigieren. Dazu erhalten die Ärzte eine patientenbezogene Aufstellung der von der KV Thüringen durchgeführten Korrekturen (Vorab-Information). Nach Zugang dieser Vorab-Information haben die Ärzte die Möglichkeit, innerhalb 1 Woche schriftlich ihre Korrekturwünsche an die KV Thüringen zu senden.
- (2) Bei fristgerechtem Eingang des schriftlichen Korrekturwunsches werden diese Angaben in die laufende Quartalsabrechnung eingearbeitet.
- (3) Verfristet eingegangene Korrekturwünsche finden über die eigentliche Frist hinaus nur Berücksichtigung, wenn die Verfristung auf Grund der Abwesenheit der Praxis (Krankheit, Urlaub, Weiterbildung) zu Stande kam. Diese muss der KV Thüringen entsprechend § 32 Abs. 1 der Ärzte-ZV vor Beginn einer über eine Woche dauernden Abwesenheit mitgeteilt werden.

§ 10 Abrechnung belegärztlicher Leistungen

- (1) Die belegärztlich erbrachten Leistungen sind auf dem vereinbarten Abrechnungsformular (Muster 5/6) abzurechnen. Im Übrigen gelten für die Abrechnung der belegärztlichen Leistungen die Bestimmungen über die Abrechnung ambulanter vertragsärztlicher Leistungen sinngemäß.
- (2) Die Voraussetzungen für die Abrechnung belegärztlicher Leistungen sind erfüllt, wenn
- a) das Krankenhaus gemäß § 108 SGB V zur Krankenbehandlung zugelassen ist,
 - b) die Krankenkasse Krankenhausbehandlung oder stationäre Entbindung gewährt,

- c) stationäre ärztliche Behandlung (belegärztliche Behandlung) nach dem zwischen der Krankenkasse und dem Krankenhaus bestehenden Rechtsverhältnis nicht aus dem Pflegesatz abzugelten sind und
 - d) der Vertragsarzt gemäß § 39 BMV-Ä bzw. § 31 AEV als Belegarzt für dieses Krankenhaus anerkannt ist.
- (3) Leistungen, die der Belegarzt am Tage der stationären Aufnahme des Patienten erbringt, gehören zur stationären Behandlung, auch wenn die Leistungen in der Praxis (Sprechstunde des Belegarztes) erbracht werden. Ergibt jedoch die Untersuchung, dass keine stationäre Behandlung erforderlich ist, kann die Leistung nur dann auf einem Überweisungsschein abgerechnet werden, wenn der überweisende Arzt vorher der ambulanten Behandlung zustimmt und er einen Überweisungsschein ausstellt.
 - (4) Ergibt die Untersuchung, die der Belegarzt auf Grund eines Überweisungsscheines durchgeführt hat, dass der Versicherte am selben Tage stationär aufgenommen werden muss, so steht dieses einer Abrechnung der ambulant erbrachten Leistungen auf dem Überweisungsschein nicht entgegen. Dies gilt nicht, wenn der Belegarzt bereits ohne nähere Untersuchung feststellt, dass sofortige Krankenhausaufnahme notwendig ist.
 - (5) Wird der Belegarzt ohne Krankenseinweisung und ohne Überweisungsschein, z. B. im Notfall tätig, so rechnet er seine Leistungen im Rahmen der stationären Behandlung ab, wenn der Patient noch am selben Tage stationär aufgenommen wird. Bei dringenden Hausbesuchen können diese Leistungen ambulant vergütet werden.
 - (6) Soweit im Krankenhaus tätige Belegärzte verschiedener Gebiete denselben Patienten zu gleicher Zeit stationär behandeln, rechnet jeder dieser Belegärzte seine Leistungen im Rahmen der stationären Behandlung ab.
 - (7) Wird ein Patient neben einer stationär behandlungsbedürftigen Erkrankung von einem anderen als einem Belegarzt wegen einer anderen Erkrankung, die üblicherweise ambulant versorgt wird, im Krankenhaus behandelt, so sind diese Leistungen als ambulante Leistungen abzurechnen.
 - (8) Wird von einem Belegarzt für die Auftragsleistung, die Mitbehandlung, für ein Konsilium oder zur Narkose ein zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigter Arzt hinzugezogen, kann dieser die Leistung auf einem vom Belegarzt ausgestellten und stationär gekennzeichnetem Überweisungsschein abrechnen. Nimmt der hinzugezogene Arzt nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teil, wird die Vergütung von einem Belegarzt berechnet. Dies gilt nur, wenn die Leistungen nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen (§ 2 Abs. 1 BPfIV) gehören.
 - (9) Stationäre belegärztliche Behandlung ist auch dann ein eigenständiger Behandlungsfall, wenn in demselben Quartal ambulante Behandlung durch denselben Belegarzt erfolgt.

§ 11 Abrechnung und Nachweis von Kosten

Für die Erstattung von notwendigen Telefonkosten im Zusammenhang mit einer erforderlichen stationären Krankenhausbehandlung sind die tatsächlich entstandenen Kosten und die stationäre Einrichtung zu vermerken. Zur Abrechnung steht die Abrechnungsposition 80230 mit der entsprechenden Abrechnungshäufigkeit zur Geltendmachung der Kosten dieses Telefonats zur Verfügung.

§ 12 Einreichung der Abrechnungsunterlagen

- (1) Die Abrechnungsunterlagen sind nach Ablauf eines jeden Quartals zu den im KV-Rundschreiben jeweils bekanntgegebenen Terminen bei der KV Thüringen einzureichen.
- (2) Eingereichte Teile von Abrechnungen bilden in ihrer Gesamtheit eine Einheit und gelten als eine Quartalsabrechnung.
- (3) Soweit Abrechnungsvordrucke einzureichen sind, sind diese mit dem Vertragsarztstempel zu versehen .
- (4) Sammelerklärung:

Für jede Quartalsabrechnung ist eine Abrechnungs-Sammelerklärung gemäß Anlage 5 dieser Richtlinie einzureichen.

Mit der Unterschrift auf der Sammelerklärung bestätigt der Arzt, dass entsprechend der bundesmantelvertraglichen Regelungen die Krankenversichertenkarte/ elektronische Gesundheitskarte im betreffenden Quartal vorgelegen hat, wenn kein vom Versicherten unterschriebener Abrechnungsschein vorlag. Im Weiteren ersetzt die Unterschrift des Arztes auf der Sammelerklärung die Unterschrift auf den einzelnen Behandlungsscheinen bei notwendiger Vorlage.

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

Bei nicht ordnungsgemäßer Beantwortung der Frage zur Erbringung von Auftragsleistungen Labor werden diese Leistungen dem Wirtschaftlichkeitsbonus des Ausstellers der Sammelerklärung zugeordnet.

- (5) Wird die Abrechnung eines ermächtigten Krankenhausarztes vom Krankenhausträger gemäß § 120 Abs. 1 SGB V erstellt, so haben Krankenhäuser und ermächtigter Krankenhausarzt die vorgenannte Sammelerklärung abzugeben. Bei ärztlich geleiteten Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V sowie bei medizinischen Versorgungszentren gem. § 95 Abs. 1 SGB V ist von allen an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Ärzten bzw. in deren Auftrag vom Träger der Einrichtung die Erklärung abzugeben.
- (6) Den Abrechnungsunterlagen ist zusätzlich beizufügen:
 - a) bei konventionellen Abrechnungen ein ausgefüllter Fallzahlbogen nach einem von der KV Thüringen aufgestellten Muster, bei elektronischer Abrechnung für jedes eingereichte Teil der Abrechnungsdaten die Fallstatistik des KBV-Prüfmoduls;
 - b) zusätzlich geforderte Erklärungen bei speziellen Abrechnungen, z. B. bei Anspruch auf Kostenersatz für den ärztlichen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten, wenn dieser durch Assistenzärzte des Krankenhauses durchgeführt wird.

§ 13 Aufbewahrungsvorschriften

Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte haben Befunde, die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen, einschließlich des Tages der Behandlung, in geeigneter Weise zu dokumentieren und unbeschadet anderer Bestimmungen mindestens 10 Jahre aufzubewahren. Können die abgerechneten Leistungen nicht durch ausreichende Aufzeichnungen belegt werden, so kann der Umfang der erbrachten Leistungen geschätzt werden.

Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte haben Überweisungsscheine mindestens 4 Jahre nach Bekanntgabe des Honorarbescheides für das Quartal, für das die Überweisung ausgestellt wurde, aufzubewahren und auf Verlangen vorzulegen. Diese Regelung gilt analog für Überweisungsscheine für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10), für Anforderungen für Laboratoriumsuntersuchungen bei Laborgemeinschaften (Muster 10A) sowie für Abrechnungsscheine des Bundesamtes für den Zivildienst und der Bundeswehr.

§ 14 Ordnungsvorschriften

- (1) Berechnungsfähig sind nur solche Leistungen, denen eine im Zeitraum der Behandlung gültige Krankenversichertenkarte bzw. ein anderer gültiger Behandlungsausweis zugrunde liegt.
- (2) Die zwingend einzureichenden Abrechnungsunterlagen der elektronisch abrechnenden Ärzte sind nach den Vorgaben des KBV-Prüfmoduls sortiert einzureichen. Gegebenenfalls einzureichende Überweisungsscheine (Muster 6 und 10), Anforderungsscheine (Muster 10A) und/ oder Abrechnungsscheine der Bundeswehr/ des Zivildienstes können von elektronisch abrechnenden Ärzten unsortiert als separates Scheinpaket beigefügt werden. Dazu sind die Überweisungsscheine abzustempeln und Klammern zu entfernen.

Die Abrechnungsunterlagen der konventionell abrechnenden Ärzte sind nach Kassenart, innerhalb der einzelnen Kassen nach Versichertengruppen und jede Kasse alphabetisch nach dem Versichertenamen sortiert einzureichen. Für jede Kasse ist ein Kassenleitblatt auszufüllen.

Entsprechen eingereichte Abrechnungen nicht den genannten Sortierkriterien, ist die KV berechtigt, diese Abrechnungsbelege zurückzuweisen.

Die ärztlich erbrachten Leistungen sind tageweise und chronologisch einzutragen.

- (3) Ist die Bearbeitung der Quartalsabrechnung und insbesondere die Prüfung der Leistungen durch die KV Thüringen durch Umstände erschwert, die der Arzt zu vertreten hat (z. B. Überweisung mit fehlerhaften und/ oder fehlenden Angaben des überweisenden Arztes, Dateneintrag der erbrachten Leistungen nicht tageweise und chronologisch vorgenommen, fehlende Zusatzangaben), bleibt die eingereichten Quartalsabrechnung zunächst unberücksichtigt. Die KV Thüringen gibt dem Arzt die Quartalsabrechnung mit aufklärendem Hinweis, ggf. unter Terminsetzung für eine erneute Einreichung, zurück.
- (4) Die Regelung, dass auf die Einreichung der Abrechnungsscheine für ambulante und belegärztliche Behandlung und für Notfall-/Vertreterbehandlungen verzichtet werden kann, trifft unter den folgenden Voraussetzungen zu:
- Die Versicherungskarte muss bei persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt mindestens einmal im Quartal in die EDV-Anlage eingelesen werden, damit für den Patienten ein Einlesedatum im Behandlungsfall erscheint.
 - Sogenannte „Erstabrechner“ reichen vor der ersten Quartalsabrechnung eine elektronische Probeabrechnung ein
 - Folgende Behandlungsbelege sind unbedingter Bestandteil der Abrechnungsunterlagen:
 - a) Primär- und Ersatzkassen:
 - Behandlungsscheine mit direktem Arzt-Patienten-Kontakt (Muster 5 und Muster 19) **ohne** Einlesedatum. Diese müssen vom Patienten grundsätzlich unterschrieben sein.
 - b) Besondere Kostenträger – **mit** Versicherungskarte (Bundespolizei, Postbeamte A, FAMK)
 - Hier greift die die gleiche Regelung wie bei den Primär- und Ersatzkassen.
 - c) Besondere Kostenträger, außer Bundeswehr, Zivildienst – **ohne** Versicherungskarte (Polizei, Feuerwehr, JVA-Notfall, SVA (ausländische KK), Sozialamt, Asylbewerber, ggf. BVG/ BVFG/ BEG):
 - Alle Behandlungsscheine (Muster 5, 6, 10 und 19/ Originalscheine des Kostenträgers) - da **ohne** Einlesedatum -, wobei die Muster 5 und 19 grundsätzlich vom Patienten unterschrieben sein müssen.
 - d) Muster 10A, Behandlungsscheine des Bundesamtes für Zivildienst und der Bundeswehr gelten nicht als unbedingter Bestandteil der Abrechnungsunterlagen und verbleiben in den Praxen/ Laborgemeinschaften.
- (5) Geht die Abrechnung eines Arztes ohne eine hinreichende Begründung nicht fristgemäß oder unvollständig ein, können die laufenden Vorauszahlungen gesperrt und die Abrechnung bis zum nächsten Abrechnungstermin zurückgestellt werden. Für jeden Tag, um den der Termin für die Einreichung der Abrechnung überschritten wird, kann der Vorstand der KV Thüringen als Abgeltung für den zusätzlichen Verwaltungsaufwand einen Honorarabzug von 25,00 €, höchstens jedoch insgesamt 1.000,00 €, beschließen.
- (6) Werden die Abrechnungsunterlagen nicht innerhalb von 12 Monaten nach dem vorgeschriebenen Einreichungstermin vorgelegt, so sind die Honoraranforderungen verwirkt. In begründeten Ausnahmefällen kann der Vorstand eine verspätete Abrechnung zulassen.
- (7) Die Vergütung von einzelnen Vorquartalsfällen erfolgt grundsätzlich nach den Regelungen, die im Abrechnungszeitraum des Bearbeitungsquartals gelten.
- (8) Die Vergütung von kompletten Vorquartalsabrechnungen erfolgt grundsätzlich nach den Regelungen, die im tatsächlichen Leistungszeitraum galten.