

Abrechnungsrichtlinien der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen gültig ab 01.01.2022

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

§ 1 Geltungsbereich

- (1) Die Abrechnungsrichtlinien ergänzen die geltenden Regelungen und Vereinbarungen auf Bundes- und Landesebene in Bezug auf die vertragsärztliche Leistungsabrechnung.
- (2) Ärzte im Sinne dieser Abrechnungsrichtlinien sind alle Leistungserbringer, die an der Honorarverteilung der KV Thüringen teilnehmen.
- (3) Die Abrechnungsrichtlinien gelten für die Abrechnung gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen. Sie gelten auch für die Besonderen und Sonstigen Kostenträger, die über die KV Thüringen abzurechnen sind, soweit nichts anderes geregelt ist.

§ 2 Information des Arztes durch die KV Thüringen

Die KV Thüringen informiert die Ärzte regelmäßig über die satzungsmäßigen Mitgliedermedien. Werden Fehler bei der Abrechnung der Leistungen festgestellt, hat die KV Thüringen den Arzt hierüber zu informieren.

§ 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 in der Praxis, genehmigter Assistenten oder Ärzte in Weiterbildung - oder die auf Anordnung des Vertragsarztes von nichtärztlichem Praxispersonal mit den laut EBM für einzelne Gebührenordnungspositionen vorgegebenen zusätzlichen fachlichen Voraussetzungen (z. B. Massagen, Krankengymnastik) bzw. unter Beachtung der Anlagen 8 oder 24 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte unter seiner fachlichen Aufsicht und Verantwortung erbracht worden sind.

Delegationsfähige Leistungen von nichtärztlichem Praxispersonal dürfen nicht durchgeführt werden, wenn der Arzt ganztägig nicht ärztlich tätig ist (z. B. Urlaub oder Krankheit).

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 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.

- (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 insbesondere:
 1. Leistungen, für die die Krankenkassen nicht leistungspflichtig sind bzw. deren Sicherstellung anderen Leistungserbringern obliegt.
 2. Leistungen, die den gültigen Bestimmungen, Ordnungen und Richtlinien der KV Thüringen widersprechen, dazu zählen insbesondere:
 - a) Leistungen ermächtigter Ärzte außerhalb des ausgesprochenen Leistungskataloges;

- b) die von ermächtigten Krankenhausärzten und von ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen gemäß §§ 31, 31a 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, z. B. Verträge zur Integrierten Versorgung nach § 140a SGB V.

§ 4 Umgang mit Überweisungsscheinen

- (1) Es gelten die Regelungen des Bundesmantelvertrag-Ärzte. Insbesondere ist darauf zu achten, dass die Überweisung nicht auf den Namen eines bestimmten Vertragsarztes, sondern auf die Gebiets-, Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnung ausgestellt wird. 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 Auftragsleistungen, eine weitere Überweisung vornehmen.
- (3) Beauftragt der behandelnde Arzt einen anderen Arzt mit der Ausführung bestimmter diagnostischer oder therapeutischer Leistungen (Auftrag), 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 - nach Rücksprache und im Einvernehmen mit dem überweisenden Arzt - auf dem Überweisungsvordruck und in der Patientenakte zu dokumentieren. Unbegründete Gebührenordnungspositionen, die über den erteilten Auftrag hinaus gehen, werden nicht honoriert.
- (4) 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.

§ 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 Krankenhauspflege 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 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 Krankenhauspflege 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 Bereitschaftsdienstes

- (1) Leistungen im Rahmen des Bereitschaftsdienstes können von den Ärzten unter Verwendung der in der Vordruckvereinbarung des Bundesmantelvertrag-Ärzte festgelegten Vordrucke in Rechnung gestellt werden.
- (2) Wird im Bereitschaftsdienst vom diensthabenden Arzt ein eigener Patient im Notfall behandelt, kann der ursprüngliche Behandlungsschein verwendet werden und der Kontakt im Bereitschaftsdienst wird durch die Abrechnungsposition 99030 kenntlich gemacht.
- (3) Auf der Sammelerklärung sind die Tage des Bereitschaftsdienstes vom Arzt anzugeben. Dabei sind auch Tage anzugeben, in denen der Arzt Kollegen/innen im Bereitschaftsdienst vertreten hat.
Definition Tag: Der Tag an dem der Dienst begann, ggf. 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 Bereitschaftsdienst in dem Zeitraum erfolgten, in dem der Arzt bei der KV Thüringen laut Bereitschaftsdienstplan des Bereitschaftsdienstobmanns zum Bereitschaftsdienst 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) Die zu Abrechnungszwecken zu verwendenden Abrechnungsvordrucke sind in der Anlage 2 (Vordruck-Vereinbarung) zum Bundesmantelvertrag-Ärzte geregelt. Weitere Abrechnungsvordrucke sind die Abrechnungsscheine der Besonderen oder Sonstigen 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.
- (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 Patienten 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 von 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 Impfvereinbarung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen.
- (7) Bei der Abrechnung von Laborleistungen ist darauf zu achten, dass
 - die Abrechnungspositionen zur Kennzeichnung von Untersuchungsindikationen nach Nr. 6 der Präambel zu Kap. 32.1 EBM ausschließlich in der Abrechnung der beziehenden, eigenerbringenden oder veranlassenden Arztpraxis anzugeben sind,
 - der Zuschlag nach der GOP 32089 EBM nicht durch Laborärzte bzw. Laborgemeinschaften 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 Versicherung während der Behandlung bestanden hat.
- (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.

Eine Auftragsüberweisung erfordert im Feld „Auftrag/Diagnose/Verdacht“ die Angabe der Diagnose und des Auftrages, um dem Auftrag ausführenden Arzt die Verschlüsselung mittels 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 ist darauf zu achten, dass neben den internistischen und Dialyseleistungen auch die Dialysesachkosten erfasst werden.
- (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 abrechnungsfähig.
- (12) Ein Ganzkörperstatus entsprechend den GOP 13250 oder 27310 EBM ist im Notfall/ Bereitschaftsdienst grundsätzlich nicht abrechenbar.
- (13) Wurden im Behandlungsfall die GOP 01711 bis 01719, 01731 bis 01732, 01760, 01761 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) Die 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) Bei der Abrechnung der GOP 01100 und 01101 EBM sind diese mit der Uhrzeitangabe zu versehen.
- (17) Bei Abrechnung der GOP 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216 und 01218 EBM ist jeweils die Uhrzeitangabe erforderlich. Die Uhrzeitangabe entspricht dem Beginn des Arzt-Patienten-Kontaktes.
- (18) Eine Splittung von Arzt-, Betriebsstätten- oder Behandlungsfällen ist unzulässig.
- (19) 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) der Gebührenordnungsposition als Begründungstext.
- (20) Leistungen der Mutterschaftsvorsorge, die bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung erbracht werden, sind nach den kurativen Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig und mit einem V zu kennzeichnen (z. B. GOP 33044V).
- (21) Die berechnungsfähige Zeitdauer bei Erbringung der Leistung nach GOP 01416 EBM endet mit der Übergabe des Patienten an die stationäre Einrichtung.
- (22) 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.
- (23) 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.
- (24) Die KV Thüringen setzt Gebührenordnungspositionen des EBM von Amts wegen zu, wenn das in einer Anmerkung zur betreffenden GOP explizit so bestimmt ist. Das betrifft insbesondere folgende Gebührenordnungspositionen:
- Laborgrundpauschale (GOP 01700, 01701, 12220, 12225)
 - Vorhaltepauschale (GOP 03040/ 04040)
 - Zuschlag Reproduktionsmedizin (GOP 08230)
 - Zusatzpauschale Geburtshilfe (GOP 08231)
 - Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung gemäß Nr. 4.3.8 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM
 - Wirtschaftlichkeitsbonus GOP 32001

Hingegen werden Gebührenordnungspositionen von der KV Thüringen nicht zugesetzt, wenn die Zusetzung lediglich als Kann-Vorgabe in der Anmerkung zur betreffenden GOP bestimmt ist.

Die Zuschläge für Kurzzeittherapie nach GOP 35591 bis 35599 können nicht durch die KV Thüringen zugesetzt werden.

Die Zuschläge für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1 oder 4.3.10.2 können nicht durch die KV Thüringen zugesetzt werden.

- (25) Werden ambulante Operationen erbracht und abgerechnet, sind vom Operateur deutliche Vermerke zu Operationsbeginn und Operationsende als Uhrzeitangabe 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 Gebührenordnungsposition die gesonderte Schnitt-Naht-Zeit des Simultaneingriffs in Minuten anzugeben.

- (26) Die Abrechnung der GOP 40100 ist grundsätzlich als alleinige Leistung im Zusammenhang mit einem Einsendeauftrag bei Weitersendung des Untersuchungsmaterials an eine andere Praxis zu-

lässig. Die einzige Ausnahme gilt für Fälle, in denen das zu untersuchende Material nicht auswertbar ist. Für diese Ausnahmefälle ist eine entsprechende Begründung in der Quartalsabrechnung 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 Abrechnungsförmular (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 als Belegarzt für dieses Krankenhaus anerkannt ist.
- (3) Leistungen, die der Belegarzt am Tage der stationären Aufnahme des Patienten erbringt, gehören zur stationären Behandlung dieses Belegarztes, 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.
- (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 BpflV) 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

Kosten, die nicht in den berechnungsfähigen Leistungen enthalten sind, können wie folgt geltend gemacht werden:

- Sprechstundenbedarf gemäß Sprechstundenbedarfsvereinbarung oder
- Einzelverordnung gemäß den Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses oder
- Abrechnung über Sachkostenpauschalen gemäß Kapitel 40 EBM oder
- Abrechnung der Sachkosten über die KV Thüringen oder direkt mit der Krankenkasse gemäß der Anlage 3 der Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen.

§ 12 Einreichung der Abrechnungsunterlagen

- (1) Die Abrechnungsunterlagen sind nach Ablauf eines jeden Quartals zu den 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 (alt)* bzw. 4 (neu)* dieser Richtlinie einzureichen. 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.

*) Zusendung durch die KV Thüringen, einmal jährlich

- (5) Wird die Abrechnung eines ermächtigten Krankenhausarztes vom Krankenhausträger gemäß § 120 Abs. 1 SGB V erstellt, so hat der ermächtigte 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 ärztlichen Leiter der Einrichtung die Erklärung abzugeben.
- (6) Den Abrechnungsunterlagen ist 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 zusätzlich beizufügen.

§ 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 nach Abschluss der Behandlung 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 zwei 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 oder 10C), für Anforderungen für Laboratoriumsuntersuchungen bei Laborgemeinschaften (Muster 10A) sowie für Abrechnungsscheine der Bundeswehr.

§ 14 Ordnungsvorschriften

- (1) Berechnungsfähig sind nur solche Leistungen, denen eine im Zeitraum der Behandlung gültige elektronische Gesundheitskarte bzw. ein anderer gültiger Versicherungsnachweis zugrunde liegt.
- (2) Die zwingend einzureichenden Abrechnungsunterlagen der elektronisch abrechnenden Ärzte sind nach den Vorgaben des KBV-Prüfmoduls sortiert einzureichen. Gegebenenfalls einzureichende Überweisungsscheine (Muster 6,10 oder 10C), Anforderungsscheine (Muster 10A) und/ oder Abrechnungsscheine der Bundeswehr 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 Versichertennamen 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 kann die eingereichte Quartalsabrechnung zunächst unberücksichtigt bleiben. Dazu zählen insbesondere:
 - Überweisungsscheine mit fehlerhaften und/ oder fehlenden Angaben des überweisenden Arztes,
 - fehlerhafte oder fehlende Zuordnung der LANR und/ oder BSNR zu abgerechneten Gebührenordnungspositionen,
 - fehlende erforderliche Zusatzangaben zu Gebührenordnungspositionen.

Die KV Thüringen hat die Möglichkeit, abweichend von den Regelungen des § 9a dem Arzt die Quartalsabrechnung mit aufklärendem Hinweis und unter Terminsetzung für eine erneute Einreichung zurückzugeben.

- (4) Die Regelung, dass auf die Einreichung der Abrechnungsscheine für ambulante und belegärztliche Behandlungen und für Notfall-/Vertreterbehandlungen verzichtet werden kann, trifft zu, wenn die elektronische Gesundheitskarte (eGK) bei persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt mindestens einmal im Quartal in die EDV-Anlage eingelesen wurde, damit für den Patienten ein Einlesedatum im Behandlungsfall erscheint.

Alle Behandlungsscheine (Muster 5 und Muster 19) mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt und **ohne** Einlesedatum der eGK müssen zur Quartalsabrechnung eingereicht werden. Dies gilt auch für die Behandlungsscheine der Sonstigen oder Besonderen Kostenträger bei fehlendem Einlesedatum der eGK.

- (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 € je Tag, 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.