

Beschreibung der Rechnungslegung

I. Abrechnungsregelungen zwischen dem Vertragsarzt und den Kassenärztlichen Vereinigungen

1. Die Erbringung und Abrechnung der Leistungen nach dem Vertrag erfolgt auf der Basis einer jeweils von der Einrichtung erstellten und autorisierten Patienten-Namensliste, die dem jeweiligen Arzt als Abrechnungsgrundlage gegenüber seiner Kassenärztlichen Vereinigung dient.
2. Folgende Leistungen nach Anlage 1 werden über jeweils separate Patienten-Namenslisten erbracht und abgerechnet:
 - a. Freiwillige Erstuntersuchung
 - b. Impfungen
 - c. Tbc-Ausschluss
 - d. Röntgen des knöchernen Thorax in einer Ebene.
3. Sofern bei Kindern unter 15 Jahren und Schwangeren ein Interferon-Gamma-Test auf Veranlassung des die Eingangsuntersuchungen durchführenden Arztes erbracht werden muss, stellt dieser einen Überweisungsschein nach Muster 10 aus und übersendet diesen mit dem Untersuchungsmaterial an einen Facharzt für Laboratoriumsmedizin. Die Mitteilung über das Ergebnis dieser Untersuchung erfolgt an den überweisenden Arzt, dieser informiert die Einrichtung.
4. Die Abrechnung des Interferon-Gamma-Testes erfolgt nach der EBM-Nr. 32670 im Rahmen der kurativen Abrechnung durch den Facharzt für Laboratoriumsmedizin über die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung gegenüber der Bezirksregierung, die als Kostenträger auf dem Muster 10 vermerkt wurde.
5. Die Erbringung der Leistung nach Nr. 2 d wird durch einen Arzt mit der Genehmigung seiner Kassenärztlichen Vereinigung zur Durchführung dieser Röntgenleistung erbracht.
6. Seitens des Arztes kann eine Abrechnung der Leistungen nach Anlage 1 ausschließlich über die für ihn zuständige KV gegenüber der Bezirksregierung, die für die Einrichtung regional zuständig ist, erfolgen.
7. Die Patienten-Namenslisten für Leistungen nach Anlage 1 werden durch den die Leistung erbringenden Arzt quartalsweise nach den jeweils gültigen Einreichungsterminen für die Quartalsabrechnung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung eingereicht. Bestandteil der Abrechnung ist gleichfalls eine zu unterzeichnende Erklärung des Arztes zur Leistungserbringung und Abrechnung (Anlage 3).

Wichtig:

Es erfolgt somit keine Übernahme der Patientendaten in die Praxisverwaltungssysteme.

8. Die Vergütung an den Arzt erfolgt zu den üblichen Zahlungsterminen der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung, spätestens zum Ende des 4. Monats nach Quartalsende und wird separat auf dem Honorarbescheid ausgewiesen bzw. durch einen für diesen Vertrag eigenständigen Bescheid.

II. Abrechnungsregelungen zwischen dem Kostenträger und den Kassenärztlichen Vereinigungen

1. Die Kassenärztliche Vereinigung erstellt für die jeweilige Bezirksregierung eine Quartalsabrechnung über die Häufigkeiten der jeweils abgerechneten Leistungen der bis zum Einreichungstermin vorliegenden Patienten-Namenslisten. Die erbrachten Leistungen werden in ihrer Häufigkeit mit der jeweils vereinbarten Vergütung multipliziert und stellen die Honoraranforderung für die durchgeführten Leistungen dar.
2. Die Kassenärztlichen Vereinigungen weisen in ihrer Rechnungsstellung Leistungen, die in Einrichtungen des Landes, und Leistungen, die im Auftrag einer Kommune erfolgt sind, differenziert aus.