

KNAPPSCHAFT
Fachteam Abrechnung für Knappschaftsärzte

Abrechnungsbedingungen
für eine
vertrags- und ordnungsgemäße
Abrechnung der Knappschaftsärzte
mit der KNAPPSCHAFT

Richtlinien
für den Datenträgeraustausch (DTA)
der Knappschaftsärzte
mit der
KNAPPSCHAFT

Stand: November 2025

I. Erstellung der Abrechnung

1. Abrechnungsbelege (Datensatz)

Abrechnung der ärztlichen Leistungen

Der Knappschaftsarzt ist grundsätzlich verpflichtet, die Daten der ihm vorgelegten Krankenversichertenkarte (KV-Karte) auf die Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung maschinell unter Verwendung der entsprechenden Geräte (Drucker, Lesegerät) zu übertragen.

Von diesem Grundsatz sind die Fälle im Ersatzverfahren, z. B. Behandlung im organisierten Notfalldienst oder bei defekter Hardware, ausgenommen. In diesem Fall sind im Personalienfeld der Name der Krankenkasse, der Name und Vorname, die Adresse, das Geburtsdatum, die Versicherungsnummer, der Versichertenstatus sowie die Statusergänzung des Patienten anzugeben.

Für jeden Behandlungsfall im Quartal ist ein Abrechnungsschein, Überweisungs-/Belegarzt-, Notfall bzw. Vertretungsschein erforderlich. Diagnose und Leistungen sind auf dem Abrechnungsbeleg einzutragen.

2. Berechnung der Leistungen

a) Abrechnungsfähige Leistungen

Abrechnungsfähig sind die vom Arzt persönlich, von seinem Urlaubs-, Krankheitsvertreter oder von seinem genehmigten Assistenten bzw. Vertreter, von einem angestellten Arzt, Arzt im Praktikum oder von seinem nichtärztlichen Hilfspersonal aufgrund seiner Anordnung sowie seiner fachlichen Überwachung bzw. der Anordnung und fachlichen Überwachung seines angestellten Arztes, Assistenten bzw. Vertreters unter seiner Verantwortung erbrachten Leistungen.

b) Eintragung der Leistungen

Abrechnungsgrundlage ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab für kassenärztliche Leistungen (EBM) in seiner jeweils geltenden Fassung unter Berücksichtigung der mit den Knappschaftsarztverbänden einvernehmlich vereinbarten Regelungen.

c) Sachliche und rechnerische Richtigkeit

Die von Ihnen eingereichten Abrechnungsbelege werden, soweit Fehler erkennbar sind, sachlich und rechnerisch richtiggestellt (z. B. bei unrichtiger Anwendung der Gebührenordnung). Eine besondere Mitteilung über die einzelnen Berichtigungen unterbleibt, wenn zwingende Bestimmungen der Gebührenordnung nicht beachtet wurden.

Die sachliche Richtigkeit der berechneten Leistungen ist mit der Erklärung zur Vierteljahresabrechnung zu bescheinigen. Die Vorlage des unterschriebenen Vordrucks ist Abrechnungsvoraussetzung.

Bei der Abrechnung von Leistungen durch Gemeinschaftspraxen ist der Vordruck von allen der Gemeinschaftspraxis angehörenden Vertragsärzten zu unterzeichnen. Von dieser Vorgabe kann abgesehen werden, wenn der die Erklärung unterzeichnende Vertragsarzt eine Vertretungsbefugnis für den oder die nicht unter-

zeichnenden Partner der Gemeinschaftspraxis nachweist. In diesen Fällen ist bitte die LANR des/der Unterzeichner(s) mit anzugeben.

d) Kennzeichnung von Leistungen

Voraussetzung für die Abrechnung von vertragsärztlichen Leistungen ist die arztbezogene Leistungskennzeichnung durch den Arzt, der die Leistungen erbracht hat und abgerechnet, unter Angabe

- seiner lebenslangen Arztnummer (LANR) sowie
- der Betriebs- oder ggf. Nebenbetriebsstättennummer (BSNR / NBSNR).

II. Meldung von Schadensfällen

Die Mitglieder und deren familienversicherte Angehörige der knappschaftlichen Krankenversicherung haben Anspruch auf Krankenpflege in der Regel auch dann, wenn die Erkrankung oder Verletzung durch einen Verkehrs- oder sonstigen Unfall oder durch eine von einem Dritten verursachte sonstige Körperbeschädigung hervorgerufen wurde. Die KNAPPSCHAFT kann einen etwaigen privat- bzw. versicherungsrechtlichen Anspruch auf Ersatz ihrer Aufwendungen nur feststellen und verfolgen, wenn ihr solche Schadensfälle bekannt werden. Nach aller Erfahrung ist der sicherste Weg hierzu die Meldung des Schadensfalles durch den behandelnden Arzt an die Krankenkasse, und zwar unabhängig von den Eintragungen auf dem Abrechnungsbeleg.

Wir bitten Sie deshalb, der zuständigen Geschäfts-/Verwaltungsstelle der KNAPPSCHAFT alle Behandlungsfälle zu melden, die Ihrer Ansicht nach oder aufgrund von Aussagen des Erkrankten oder Verletzten auf schädigende Ereignisse zurückzuführen sind, für die ein Dritter (z. B. Privatperson, Versicherungsgesellschaft, Behörde) verantwortlich gemacht werden kann bzw. einzutreten hat.

III. Voraussetzung zur Teilnahme an der Abrechnung mittels Datenträger

Generelle Voraussetzung für die Teilnahme an der Abrechnung auf Datenträgern ist der Einsatz eines von der Kassensärztlichen Bundesvereinigung für den Austausch von Abrechnungsdatenträgern nach den Richtlinien der KBV-Prüfstelle geprüften Praxiscomputer-Systems. Ein zur Abrechnung auf Datenträgern geprüftes System muss in der Arztpraxis zu Beginn des jeweiligen Quartals installiert sein, für das auf Datenträgern abgerechnet werden soll.

Wir weisen darauf hin, dass für alle Knappschaftsärzte mit EDV-gestützter Quartalsabrechnung die KVDT Satzbeschreibung Gültigkeit hat.

Die Datenträgerabrechnung muss mit dem KBV-Prüfmodul und dem KBV-Kryptomodul in der aktuellen Version überprüft werden.

Das Abrechnungsverfahren ist nur möglich, wenn folgendes beachtet wird:

- Die jeweils gültige **sechsstellige Knappschaftsarztnummer** - diese ist Ihrer Honorarmitteilung für die Quartalsabrechnung bzw. der Mitteilung über die monatliche Honorarvorauszahlung zu entnehmen - ist auf dem für die KNAPPSCHAFT einzureichenden Datenträger einzutragen.
- Die **"Z0199"** (Sortierkriterium für die Abrechnung mit der KNAPPSCHAFT) stellen Sie bitte dieser Knappschaftsarztnummer voran.

- Die noch vorhandene letzte freie Stelle am Ende dieses Feldes füllen Sie bitte mit einer "0" auf
-

Beispiel:

Z0199	4 0444 0	0
Sortierkriterien	Kn.-Arzt-Nr.	Füller

Sollten Ihre Programmversionen lediglich eine siebenstellige Arztnummer vorsehen, bitten wir Sie dafür Sorge zu tragen, dass künftig die Abrechnungsnummer **zwölfstellig** ausgewiesen wird.

1. Abrechnungsarten

Auf Datenträgern können Behandlungs- oder Überweisungsfälle, Notfall- und Vertretungsfälle, Zuweisungen (gezielte Leistungsaufträge) sowie Belegarztfälle übermittelt werden. Hierbei weisen wir besonders darauf hin, dass bei ambulanter und stationärer Behandlung eines Patienten in demselben Behandlungsquartal zwei Datensätze (ein ambulanter und ein stationärer) vorhanden sein müssen.

Für Abrechnungsfälle, die mit Hilfe der KV-Karte erstellt wurden, müssen EDV-Anwender keine Abrechnungsbelege mehr bei uns einreichen. Voraussetzung hierfür ist, dass ein nicht veränderbares Einlesedatum der KV-Karte im jeweiligen Quartal festgehalten und Bestandteil der in der Abrechnung zu prüfenden Daten wird.

Für Knappschaftsärzte, die unmittelbar in Anspruch genommen werden können, sind die Überweisungsscheine in der Arztpraxis über einen Zeitraum von vier Quartalen aufzubewahren. In diesem Fall hat der abrechnende Arzt in der Vierteljahreserklärung zu bestätigen, dass erteilte Aufträge nicht überschritten wurden.

2. Sortierung der Datensätze sowie der Abrechnungsbelege

Alle Abrechnungsbelege werden nach Versichertengruppen sortiert, und zwar:

a) Ambulante ärztliche Leistungen

Abrechnungs-/Überweisungsscheine	Mitglieder	(M)
Abrechnungs-/Überweisungsscheine	Familienangehörige	(F)
Abrechnungs-/Überweisungsscheine	Rentner/Familienangehörige	(R)
Abrechnungsscheine für Notfalldienst, Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung	Mitglieder	(M)
Abrechnungsscheine für Notfalldienst, Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung	Familienangehörige	(F)
Abrechnungsscheine für Notfalldienst, Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung	Rentner/Familienangehörige	(R)
Zuweisungen (gezielte Leistungsaufträge)	Mitglieder	(M)
Zuweisungen (gezielte Leistungsaufträge)	Familienangehörige	(F)
Zuweisungen (gezielte Leistungsaufträge)	Rentner/Familienangehörige	(R)

b) Stationäre belegärztliche Leistungen

Abrechnungsschein für belegärztliche Behandlung	Mitglieder	(M)
Abrechnungsschein für belegärztliche Behandlung	Familienangehörige	(F)
Abrechnungsschein für belegärztliche Behandlung	Rentner/Familienangehörige	(R)

Innerhalb jeder Versichertengruppe sind die Abrechnungsbelege alphabetisch zu sortieren.

Die Datensätze auf dem Datenträger werden vom KBV-Programm entsprechend unserer Vorgaben nach den Versichertengruppen aufbereitet. Dadurch ist es zwingend erforderlich, die Datensatzbeschreibung für die Zuordnung der Scheinarten und Behandlungsarten - siehe Beispiele - gemäß den KBV-Richtlinien zu beachten, damit eine vertragsgerechte Honorierung erfolgen kann.

Beispiele:

<i>Scheinart</i>	<i>Behandlungsart</i>
Abrechnungsschein	-
Überweisungsschein	Mitbehandlung/Weiterbehandlung/ andere Gründe
Überweisungsschein	Auftrag (Zuweisung/gezielter Leistungsauftrag)
Notfall- bzw. Vertretungsschein	Vertretung
Notfall- bzw. Vertretungsschein	Notfall
Notfall- bzw. Vertretungsschein	ärztlicher Notfalldienst

3. Erfassung von Begründungen, Organ-, Uhrzeitangaben und Multiplikatoren

Verschiedene Abrechnungsnummern erfordern laut EBM Begründungen, Organ- oder Uhrzeitangaben. Diese Zusätze müssen von Ihnen entsprechend Ihrer Programmversion in die dafür vorgesehenen Felder eingegeben werden, um eine korrekte Abrechnung der Leistungen zu garantieren.

4. Datenträger

Entsprechend der bundeseinheitlichen Datensatzbeschreibung KVDT werden als Datenträger Disketten (**Größe 3½ Zoll**), CD-Rom und DVD akzeptiert.

Die Datenträger enthalten Kennsätze und Inhaltsverzeichnisse zum jeweils übermittelten Abrechnungspaket. Die Dateninhalte werden in der Abrechnungsstelle maschinell weiterverarbeitet.

Eine Übermittlung der Abrechnungsdaten per E-Mail und per USB-Stick ist nicht möglich.

5. Datensicherung

Die Abrechnung muss mindestens noch ein Vierteljahr nach Erstellung ganz oder teilweise wiederholt werden können.

Bereits abgerechnete Fälle müssen bei der Datenträgerabrechnung im System korrigiert und erneut abgerechnet werden können für den Fall, dass die KNAPPSCHAFT dem Knappschaftsarzt einzelne Abrechnungsbelege zur Klärung zurücksendet.

Vor dem Versand der Abrechnungsdatenträger ist eine Sicherungskopie zu erstellen, um die Abrechnungsdaten - falls notwendig - erneut kurzfristig der KNAPPSCHAFT übermitteln zu können.

Die Sicherungskopie muss acht Quartale in Ihrer Praxis aufbewahrt werden.

Ferner ist vor Einsendung des Datenträgers eine Überprüfung durch ein aktuelles Virenprogramm zwingend erforderlich, da ein vireninfiltrierter Datenträger eine Verarbeitung unmöglich macht und den Verarbeitungslauf hemmt.

6. Einlieferung der Datenträger

Die Datenträger sind mit Aufklebern, die folgende Angaben enthalten müssen, zu versehen:

- Knappschaftsarztname
- Knappschaftsarzt Nummer (kann ggf. von der KNAPPSCHAFT eingetragen werden)
- Laufende Nummer (bei zwei und mehr Datenträgern)
- Quartal

Die Abrechnung ist der Honorarstelle der KNAPPSCHAFT, Fachteam Abrechnung für Knappschaftsärzte, 44781 Bochum, bis zum 20. des auf das Quartalsende folgenden Monats einzureichen.

In diesem Zusammenhang weisen wir ausdrücklich darauf hin, dass aus logistischen Gründen die persönliche Abgabe Ihrer Abrechnungsunterlagen ausschließlich beim Empfang im Verwaltungsgebäude Knappschaftstraße 1, 44799 Bochum, - montags bis freitags in der Zeit von 8.00 Uhr bis 18.00 Uhr - möglich ist.

Das Risiko des Verlustes oder der Beschädigung der Datenträger bis hin zum Eingang bei der KNAPPSCHAFT sowie das Risiko der Nichtverwertbarkeit der eingereichten Datenträger trägt der Knappschaftsarzt.

Um das Risiko der Beschädigung gering zu halten, sind die Datenträger den Abrechnungsunterlagen schreibgeschützt und in geeigneten Schutzbehältnissen beizufügen.

IV. Portalabrechnung für Knappschaftsärzte aus dem Bereich der KVWL

Zugang zum Knappschaftsportal über das KV-Safenet

Für Knappschaftsärzte aus dem Bereich der KVWL ist es verpflichtend, die Abrechnung über das KV-Safenet hochzuladen. Hierzu werden für die Anmeldung im KV-Safenet die bereits von der KVWL bekannten Zugangsdaten benötigt.

Um auf das Knappschaftsportal zu gelangen, klicken Sie auf das Rote Logo in Ihrer Übersicht. Es erscheint nun die Oberfläche „Abrechnung Hochladen“.

Abrechnung hochladen

Um die Abrechnung hochzuladen muss die knappschaftliche Abrechnung auf dem Computer ausgewählt werden. Die Datei muss das gleiche Format und den gleichen Dateinamen vorweisen, wie es bei der Abrechnung über einen Datenträger wie z.B. der CD üblich ist.

Die Datei wird nun über das KV-Safenet verschlüsselt in unser System übertragen und kann von der KNAPPSCHAFT weiterverarbeitet werden.

V. Portalabrechnung für Knappschaftsärzte aus dem Bereich der KVNO / KVSaar

Abrechnungsmöglichkeiten für Knappschaftsärzte aus dem Bereich der KV Nordrhein und Saarland

Für Knappschaftsärzte aus dem Bereich der KVNO und KVSaar besteht die Möglichkeit, ihre Abrechnung über eine eigens eingerichtete Seite der KVWL in Zusammenarbeit mit der KNAPPSCHAFT hochzuladen.

Zugang zur Internetseite der KVWL

Um auf die Internetseite der KVWL zugreifen zu können, muss zunächst ein Verbindungstunnel zwischen der KVNO / KVSaar und der KVWL hergestellt werden. Dies geschieht durch den Aufruf des KV-Safenets mit den bekannten Zugangsdaten. Dieser Tunnel stellt ein „sicheres Netz der KVen“ zur Verfügung.

Anmeldung

Nach der Anmeldung im Safenet der KVNO / KVSaar kann im Internetbrowser die folgende Adresse eingegeben werden, um auf das Anmeldeportal der KVWL zuzugreifen:

<https://kbs.kvwl.kv-safenet.de/>

Benötigte Anmeldedaten

Für den Zugang zum Portal sind Anmeldedaten erforderlich. Diese erhalten Sie mit einem Schreiben von uns. Nachdem Sie das generierte Einmalpasswort verwendet haben, ist es erforderlich, ein neues Passwort zu erstellen.

Abrechnung hochladen

Nach erfolgreicher Anmeldung erhalten Sie Zugriff auf die Übersicht, in der Sie Ihre Abrechnung bei der KNAPPSCHAFT hochladen können. Klicken Sie dazu auf die Oberfläche „Abrechnung hochladen“.

Um die Abrechnung hochzuladen, müssen Sie die knappschaftliche Abrechnung auf Ihrem Computer auswählen. Die Datei muss dabei das gleiche Format und denselben Dateinamen haben, wie es bei der Abrechnung über einen Datenträger (z.B. eine CD) üblich ist.

Die Datei wird nun sicher über das KV-Safenet verschlüsselt an unser System übertragen und kann anschließend von der KNAPPSCHAFT weiterverarbeitet werden.

Ausschluss von Portalabrechnungen für bestimmte Knappschaftsärzte

Knappschaftsärzte, die in ihrer Praxis die Möglichkeit nutzen, die KVNO / KVSaar-Abrechnung mittels e- oder s-Token einzureichen, sind von der Nutzung der Internetseite <https://kbs.kvwl.kv-safenet.de/> ausgeschlossen. Dies liegt daran, dass hier der benötigte Verbindungstunnel zur KVWL nicht hergestellt werden kann.

Jede andere Möglichkeit zur Abgabe der KV-Abrechnung, die nicht über das KV-Safenet erfolgt, ist ebenfalls technisch ausgeschlossen. Die Abrechnung muss in diesem Fall weiterhin wie üblich per Datenträger eingereicht werden.

Generelle Hinweise zur Abrechnung

I. Abrechnung von Laborleistungen

Das Muster 10A ist ausschließlich für Laboruntersuchungen des Abschnitts 32.2 EBM in der Laborgemeinschaft zu verwenden.

Bei Veranlassung von Laboruntersuchungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3 bei einer Laborarztpraxis ist der Überweisungsschein Muster 10 zu verwenden.

Der Knappschaftsarzt identifiziert die entsprechenden Fälle als "Knappschaftsfälle", indem er in das Feld für die Ausnahmeindikation (Feld-Kennziffer) die Pseudo-Kennziffer 87777 einträgt. Wie bei allen anderen Kennziffer-Fällen in der vertragsärztlichen Abrechnung werden Fall und Leistungen damit in der Weiterverarbeitung nicht gegen den vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsbonus gerechnet. Für die Laborgemeinschaft bzw. den Vertragsarzt (Nicht-Knappschaftsarzt), der dieses mit 87777 gekennzeichnete Muster 10 bzw. 10A erhält und die Laborleistungen erbringt, ändert sich nichts.

Bei der Abrechnung sollten Sie darauf achten, dass Sie die Ausnahmetatbestände nach den Gebührensnummern 32005 bis 32024 EBM (z. B. Diabetes mellitus) in Ihre Abrechnung übernehmen, damit der Wirtschaftlichkeitsbonus korrekt ermittelt werden kann.

II. Dokumentation von Früherkennungsuntersuchungen

Nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennungsuntersuchungen sind die Untersuchungen und Ergebnisse auf den entsprechenden Berichtsvordrucken (Dokumentationsbögen) vollständig aufzuzeichnen und 5 Jahre in der Praxis aufzubewahren.

Ab dem 01.07.2008 müssen Sie die Dokumentation von Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (z. B. Krebsfrüherkennungs-, Kinderfrüherkennungs- oder die Gesundheitsuntersuchungen ab 35 Jahren) nicht mehr einreichen.

Die Dokumentation muss allerdings weiterhin erstellt und in der Praxis archiviert werden.

III. Verordnung von Arzneimitteln mit hohem Suchtpotential

Seitens der knappschaftlichen Krankenversicherung werden vermehrt Prüfungen hinsichtlich der Verordnung von Arzneimitteln mit hohem Suchtpotential durchgeführt.

Bei auffälligen Versicherten werden die verordnenden Ärzte von der knappschaftlichen Krankenversicherung - Knappschaftsärzte von uns - angeschrieben, um sie über die verordnete Menge von Arzneimitteln mit hohem Suchtpotential zu informieren. Nicht selten sind dabei Versicherte aufgefallen, die am Substitutionsprogramm „Methadon“ teilnehmen. Außerdem werden die betroffenen Ärzte darum gebeten, anhand der beigelegten Rezeptimages zu prüfen, ob die Verordnungen tatsächlich von ihnen ausgestellt wurden, um Rezeptfälschungen zu identifizieren.

Ziel dieser Anschreiben ist, einen unkontrollierten Konsum dieser Arzneimittel - insbesondere bei „Ärztehopping“ - einzudämmen und ggf. ein Substitutionsprogramm nicht weiterhin zu behindern sowie den Versicherten vor sich selbst zu schützen.

Wir bitten Sie daher um besondere Aufmerksamkeit bei der Verordnung von Arzneimitteln mit hohem Suchtpotential.

VI. Akupunkturleistungen

Die Leistungen der Körperakupunktur nach den Gebührenordnungspositionen 30790 und 30791 EBM sind ausschließlich bei den folgenden Indikationen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung berechnungsfähig:

- chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule
- chronische Schmerzen eines oder beider Kniegelenke

Eine Vergütung der Akupunkturleistungen kann in den Fällen nicht erfolgen, in denen keine Diagnose angegeben wird, die die Durchführung der Körperakupunktur bei den beiden zugelassenen Indikationen begründet. Dies gilt auch, wenn die Angabe der ICD-Diagnose zu unspezifisch ist (z. B. Rückenschmerzen).

In Fällen, in denen keine Diagnose aus dem Katalog angegeben wird, erfolgt keine Anerkennung der GOP 30790 bzw. 30791 EBM. Diese Leistungen werden ersatzlos gestrichen.

VII. Vertreterpauschale bei Hausärzten ab dem 01.04.2015

Mit Wirkung vom 01.04.2015 sind die Versichertenpauschalen nach den GOP 03010 und 04010 aus dem EBM gestrichen worden. Hausärzte erhalten somit sowohl bei fachgleichen Überweisungen bzw. bei Behandlungen im Vertretungsfall die volle Versichertenpauschale (VP).

Im Einvernehmen mit dem Bundesverband der Knappschaftsärzte e. V., haben wir uns darauf verständigt, diese Regelung im Knappschaftsarztsystem nicht umzusetzen. Mit Einführung des sogenannten Hausarzt-EBM zum 01.10.2013 wurde die Vergütung der VP abgesenkt, da neue Positionen hinzukamen, die neben der VP nunmehr abgerechnet werden konnten. So wurde die VP beispielsweise um die Gesprächsleistung bereinigt, die gesondert nach der GOP 03230/04230 EBM abgerechnet werden kann.

Im Knappschaftsarztsystem erhalten Sie weiterhin die VP in Höhe des bis zum 01.10.2013 gültigen EBM, die, das oben genannte Beispiel aufgreifend, weiterhin die Gesprächsleistung umfasst. Folglich wird im Knappschaftsarztsystem bislang auch eine höhere „hälftige“ VP für Vertretungsfälle vergütet.

Um Ihnen die Abrechnung nicht zu erschweren, können Sie auch im Knappschaftsarztsystem bei Vertretungsfällen die GOP 03000/04000 EBM wie im KV-Bereich ansetzen; an Hand der Scheinart „Vertreterfall“ wird erkannt, dass in diesen Fällen GOP 03000/04000 EBM in die bisherige GOP 03010/04010 EBM umgewandelt werden muss; dies erfolgt durch unsere auswertende Stelle. Lediglich bei Überweisungen der gleichen Fachrichtung bitten wir Sie darum, die GOP 03010/04010 EBM einzusetzen.

VIII. Einsatz von nichtärztlichen Praxisassistentinnen

Mit Wirkung vom 3. Quartal 2016 wurden die bisherigen GOP 40240 und 40260 EBM in die neuen GOP 38100 (7,93 Euro) und 38105 (4,07 Euro) EBM umgewandelt.

Die zeitgleich in den EBM eingeführte GOP 38200 und 38205 EBM für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten (NäPA), wurde für das Knappschaftsarztsystem nicht übernommen. Hintergrund ist, dass es für Knappschaftsärzte bereits eine - zugleich auch vereinfachte - Form der Anerkennung einer Praxisassistentin gibt. Die Abrechnung erfolgt bisher und auch weiterhin mit der Symbolnummer 40240B bzw. 40260B. Galt diese Möglichkeit bislang nur für Hausärzte, so können nunmehr auch Knappschaftsfachärzte Leistungen einer NäPA abrechnen.

Die seinerzeit im EBM bereits existierende GOP 40240 („Kostenpauschale einschließlich Wegekosten für das Aufsuchen eines Kranken durch einen vom behandelnden Arzt beauftragten Mitarbeiter der Arztpraxis mit abgeschlossener Ausbildung in einem nichtärztlichen Heilberuf zur Verrichtung medizinisch notwendiger delegierbarer Leistungen“) die mit 5,10 Euro vergütet wurde, wurde auf 10,20 Euro erhöht, wenn der Knappschaftshausarzt eine qualifizierte Mitarbeiterin benannte, die über eine mindestens fünfjährige Berufserfahrung sowie über zwei medizinische Zusatzqualifikationen verfügte.

Sollten Sie zu dem Kreis der Ärzte gehören, die eine Praxisassistentin beschäftigen und bereits seitens Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung eine entsprechende Genehmigung erhalten haben, bitten wir um Übersendung einer Kopie der Genehmigung. Gleichwohl bitten wir Sie, zukünftig die SNR 40240B bzw. 40260B für den Besuch Ihrer Mitarbeiterin zu verwenden.

Den Nachweis der mindestens fünfjährigen Berufsausbildung sowie über zwei medizinische Zusatzqualifikationen brauchen Sie uns derzeit nicht zu übersenden. Es genügt die einmalige Meldung mit dem beiliegenden Meldeformular. Mit der Erklärung zur Quartalsabrechnung bestätigen Sie uns die Richtigkeit der Abrechnung; gleichwohl behalten wir uns die Vorlage entsprechender Nachweise in Ausnahmefällen vor.

IX. DMP-Verträge

Die zwischen der KNAPPSCHAFT und den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) geschlossenen DMP-Verträge gelten auch für die Knappschaftsärzte, die an diesen Verträgen teilnehmen. Die Abrechnung dieser Leistungen bedarf der Vorlage der Genehmigung durch die KV.

X. Strukturvertrag Diabetes

Der zwischen der KNAPPSCHAFT und den KV Westfalen-Lippe und KV Nordrhein geschlossene Strukturvertrag „Diabetes“ gilt auch für die Knappschaftshausärzte des jeweiligen KV-Bereiches, die an diesem Vertrag in Ihrer Eigenschaft einer diabetologischen Schwerpunktpraxis teilnehmen.

Sollten darüber hinaus noch Fragen zur Abrechnung bestehen, stehen wir Ihnen unter folgenden Telefonnummern zur Verfügung:

KNAPPSCHAFT Bochum

Fachteam Abrechnung für Knappschaftsärzte -		0234 304-
Fachteamleiterin	Michaela Wackerow	-19300
<u>Sachbearbeitung:</u>	Claudia Beck	-19303
	Frank Cendrowski	-19308
	Kim Robin Grzesiek	-19304
	Tanja Illgner	-19306
	Patrick Klemm	-19305
	Simone Zimmermann	-19302

Serviceseite für Knappschaftsärzte im Internet

Auf der Homepage der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (www.kbs.de) haben sie unter der Rubrik „Wir für Sie“ → „Knappschaftsärzte“ die Möglichkeit einige Formulare für die Praxisführung (z.B. Erklärung zur Quartalsabrechnung) sowie einer Auflistung der Ansprechpartner in unserem Haus für die Angelegenheiten der Honorarabrechnung und Zulassung/Versorgung zu downloaden.

Direkter Link:

www.kbs.de/DE/Services/FuerKnappschaftsaerzte/fuerKnappschaftsaerzte_node.html