Kassenärztliche Vereinigung Bremen

Eingangsstempel KV Bremen

per E-Mail an abrechnung@kvhb.de oder
Upload in Ihrem Mitgliederportal unter
https://onlineerfassung.kvhb.kv-safenet.de/

Arztstempel (Bitte nicht vergessen)

Erklärung zur Quartalsabrechnung

Erklärung zur Kassenabrechnung gem. § 1 Punkt 2. der Abrechnungs-Richtlinien KVHB, §§ 14 ff., 15 ff., 29 und 30 BMV-Ä

Quartal: 1 Jahr: 2024

Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass die von mir in Rechnung gestellten Leistungen vollständig, sachlich richtig und von mir persönlich oder von einem genehmigten Assistenten oder von nichtärztlichen Mitarbeitern unter meiner Aufsicht und Verantwortung bzw. von einem Vertreter ausgeführt wurden. Für die Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen liegen die entsprechenden Genehmigungen vor. Die Voraussetzungen zur Erbringung fakultativer Leistungsinhalte sind gegeben.

Ich bestätige ausdrücklich die Richtigkeit der Angaben in den beiliegenden Bundesbehandlungsscheinen, die für den Kostenersatz nach § 20 des Bundesversorgungsgesetzes rechtserheblich sind. Weiterhin bestätige ich, dass ich für die Richtigkeit der für die Behandlung berechneten Leistungen persönlich die Verantwortung trage.

Abwesenheits-/Vertretermeldung

☐ Ich wurde vertreten in meiner Praxis

vom _____ bis _____ durch Frau/Herrn _____

vom _____ bis _____ durch Frau/Herrn _____

☐ Ich wurde vertreten von Vertragsärzten außerhalb meiner Praxis

vom _____ bis _____ durch Frau/Herrn _____

vom _____ bis _____ durch Frau/Herrn _____

☐ Ich habe selbst vertreten

vom _____ bis _____ Frau/Herrn _____

vom _____ bis _____ Frau/Herrn _____

Ich habe mich davon überzeugt, dass mein Vertreter die in § 32 der Ärzte-ZV vorgegebene Qualifikation (er ist selbst Vertragsarzt / er erfüllt die Voraussetzungen für die Eintragung in das Arztregister) hat.

Praxisassistenten

☐ Als genehmigter Praxisassistent war in meiner Praxis tätig

vom _____ bis _____ Frau/Herr _____

Erklärung zur Praxisgemeinschaft gem. § 33 Abs. 1, Satz 2 Ärzte-ZV

☐ Ich bestätige hiermit, dass ich meine vertragsärztliche Tätigkeit in einer Praxisgemeinschaft ausgeübt habe

vom _____ bis _____ mit Frau/Herrn _____

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich zur Verordnung von Arzneimitteln ausschließlich eine zertifizierte Arzneimittel- Datenbank und Software-Version eingesetzt habe (§ 73 Abs. 8 SGB V).

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich zur Verordnung von Heilmitteln (z.B. Physiotherapie) ausschließlich eine zertifizierte Software-Version eingesetzt habe (§ 73 Abs. 8 SGB V).

Mit meiner Unterschrift bestätige ich alle mich betreffenden umseitigen Abrechnungsgrundsätze zur Quartalsabrechnung beachtet zu haben.

Datum _____ Unterschrift des Arztes / Psychologischen Psychotherapeuten _____

Abrechnungsgrundsätze zur vorseitigen Quartalserklärung

Abrechnung von Kosten gem. § 44 BMV-Ä

Die von mir unter Beifügung der Originalrechnung abgerechneten Kosten sind nach Abzug aller Vergünstigungen (Rückvergütung, Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligungen usw. mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten) erfolgt.

Abrechnung von ermächtigten Ärzten im Rahmen von Ermächtigungen gem. § 32a Ärzte-ZV

Die im Ermächtigungsbeschluss bestimmte vertragsärztliche Tätigkeit wurde von mir persönlich ausgeübt. Soweit ein Vertreter beschäftigt wurde, verfügt dieser über dieselbe Gebietsbezeichnung.

Abrechnung von Leistungen nach Kap. 31.3, 31.4, 36.3 EBM sowie nach GOP 01857, 01910, 01911 und 05350 EBM und nach Abschnitt 5.4 EBM und belegärztlich konservativer Bereich nach Kap. 36.6 EBM (postoperativer Überwachungs- und Behandlungskomplexe) oder nach Abschnitt 34.7 EBM (PET und PET/CT)

Bei der Abrechnung der Leistungen nach dem Kap. 31.3 und/oder Kap. 31.4, 36.3 und 36.6 EBM sowie nach GOP 01857, 01910, 01911 und 05350 EBM und nach Abschnitt 5.4 EBM oder aus dem Abschnitt 34.7 EBM erfolgte im Vorfeld eine Abstimmung mit den zusätzlich beteiligten Ärzten. Die Abrechnung erfolgt ausschließlich durch mich.

Abrechnung der Zusatzpauschalen für Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten nach Kap. 30.10 EBM

Bei der Abrechnung der Leistungen nach dem Kap. 30.10 erfolgte im Vorfeld eine Abstimmung mit den zusätzlich beteiligten Ärzten. Als behandlungsführender Schwerpunktarzt erfolgt die Abrechnung ausschließlich durch mich.

Abrechnung neurophysiologischer Übungsbehandlung u. physikalischer Therapie gem. Präambel Kap. 30.3 und 30.4 EBM

Diese Leistungen erbringe ich persönlich bzw. werden von einem nichtärztlichen Mitarbeiter auf meine Veranlassung und meiner ärztlichen Verantwortung erbracht. Ich versichere, dass die notwendigen Qualifikationsvoraussetzungen im vollen Umfang erfüllt sind.

Qualitätssicherung Labor gem. Richtlinien BÄK und Durchführungsbestimmungen KVHB

Die erforderlichen Maßnahmen zur Qualitätssicherung wurden - einschl. der internen Präzisions- und Richtigkeitskontrollen - durchgeführt.

Abrechnung mittels EDV gem. den KBV-Richtlinien „Einsatz von IT-Systemen in der Arztpraxis“ gemäß § 295 Abs. 4 SGB V und den Richtlinien der KVHB zur Abrechnung mittels Datenträgern

Durch entsprechende organisatorische und technische Maßnahmen erfolgte eine Erfassung jeder einzelnen Leistung zur Abrechnung erst nach deren vollständigen Erbringung. Ich versichere, dass ausschließlich die genehmigte Programmversion Anwendung gefunden hat. Die mit einer Laborgemeinschaft ausgetauschten patientenbezogene Labor- und Leistungsdaten erfolgte durch eine von der KBV zertifizierte Software auf Basis der LDT-Labordatenträger-Schnittstelle nach § 1 Abs. 6 der KBV-Richtlinien.

Abrechnungsvoraussetzung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen nach GOP 03060-03065 EBM, Kennzeichnung selektivvertragliche Behandlungsfälle mit Pseudo-GOP 88194 (Präambel 3.2.1.2 EBM)

Sofern ich an Selektivverträgen gem. § 73 b SGB V (HzV-Verträge) und/oder an einem Vertrag zur knappschaftsärztlichen Versorgung teilnehme, habe ich die Behandlungsfälle (mit Kennzeichnung Pseudo-GOP 88194 als alleinige Leistung), in denen ausschließlich selektivvertragliche Leistungen erbracht wurden, mit der Quartalsabrechnung eingereicht.

Abrechnung von elektronischen Arztbriefen (Richtlinie Elektronischer Arztbrief gem. § 291f SGB V)

Elektronischer Arztbrief: Die Übertragung des elektronischen Arztbriefes erfolgt mit einem dafür zertifizierten Praxisverwaltungssystem, welches die Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erfüllt, über verschlüsselte Datenverbindungen (KV-SafeNet).
Signierter elektronischer Arztbrief: Die Anforderungen an den elektronischen Arztbrief werden erfüllt und zur Signatur wird ein elektronischer Heilberufeausweis eingesetzt. Beim Empfang kann die Gültigkeit der Signatur geprüft werden.

Abrechnung der Mitbetreuung eines Patienten bei Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

Die GOP 37400 wurde nur bei Patienten berechnet, die durch einen Berater gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V in einem Pflegeheim oder einer Einrichtung der Eingliederungshilfe betreut werden.

Abrechnung von Leistungen im Rahmen des Vertrages zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V für die Diagnose Diabetes mellitus Typ 2 als koordinierende Ärztin/koordinierender Arzt gem. § 3 Abs. 2

Bei der Abrechnung von Leistungen im Rahmen des Strukturierten Behandlungsprogrammes (DMP) des o.g. Vertrages als koordinierende Ärztin/koordinierender Arzt gem. §3 Abs. 2 habe ich bei jedem Patienten die Dokumentations- und Betreuungsleistungen entsprechend der Vorgaben nach § 1 Abs. 1 und § 4 Abs. 1 der Anlage 2 der Vergütungsvereinbarung DMP DM1 und DM2 erbracht.