

ANFORDERUNGSKATALOG KVDT

[KBV_ITA_VGEX_ANFORDERUNGSKATALOG_KVDT]

KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG
DEZERNAT DIGITALISIERUNG UND IT
IT IN DER ARZTPRAXIS

28. MAI 2025

VERSION: 6.01

DOKUMENTENSTATUS: IN KRAFT

INHALT

ABBILDUNGSVERZEICHNIS	6
TABELLENVERZEICHNIS	7
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	8
1 EINLEITUNG	11
1.1 Zielbestimmung	11
1.2 Pflichtfunktionen und optionale Funktionen der Software	11
1.3 Angaben zur Datenübermittlung	12
1.4 Begriffe „Vertragsärzte“ und „Vertragspsychotherapeuten“	12
2 VERTRAGSÄRZTLICHE ABRECHNUNG (ADT)	13
2.1 Allgemeine Vorgaben	13
2.1.1 Weitere verbindliche Dokumente	13
2.1.2 Vollständigkeit der Eingabe aller Stamm- und Bewegungsdaten	13
2.1.3 Systemdatum, Vordatieren	13
2.1.4 Ersatzwerte	14
2.1.5 Benutzer- und Betriebsstättenverwaltung	15
2.1.6 Einsatz eines zertifizierten Arzneimittelverordnungssystems gemäß Arzneimittelwirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG)	23
1.1.2 Onlineabrechnungsdienste der KVen	23
2.1.7 Erfassung von Datumsangaben	24
2.1.8 Vorbelegung der Gebührenordnung	25
2.2 Patientenstammdaten erfassen und verarbeiten	25
2.2.2 Patientenstammdaten über das Einlesen einer Versichertenkarte erfassen	26
2.2.2.1 Einsatz von mobilen und stationären Terminals	26
2.2.2.2 Krankenversichertenkarte als Berechtigungsnachweis zur Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen ab 01.01.2015 ungültig	27
2.2.2.3 "Amtliche" Felder	30
2.2.2.4 Das WOP-Kennzeichen	32
2.2.2.5 Name des Kostenträgers von der Versichertenkarte	32
2.2.2.6 Einlesedatum	33
2.2.2.7 Überprüfung der Leistungspflicht des Kostenträgers	35
2.2.2.8 Übernahme der Versichertendaten in die Patientenstammdaten	36
2.2.2.9 Übertragung der Zulassungsnummer des mobilen Lesegerätes in ein Abrechnungssystem	37
2.2.2.10 Übertragung Prüfnachweis nach VSDM-Aktualisierung	37
2.2.2.11 Kennzeichnung eines Patienten als „gebührenfrei“	39
2.2.2.12 Speichern von Patientendaten im PVS	40
2.2.3 Einsatz der universellen KT-Stammdatei (ehd)	40
2.2.3.1 Zuordnung des Kostenträgers (VKNR, IK und Krankenkassename)	40
2.2.3.2 Abgleich der Versichertendaten	48
2.2.3.3 Besonderheiten bei Kostenträgerabrechnungsbereich (FK 4106) / Versichertenkarten mit Angaben zu einer Besonderen Personengruppen (FK 4131)	49
2.2.4 Patientenstammdaten "manuell" erfassen	50
2.2.4.1 Definition Ersatzverfahren	50

2.2.4.2	Suchhilfen IK / Identifizierung eines KT-Stammsatzes	56
2.2.4.3	Geburtsdatum mit besonderem Wertebereich	57
2.2.5	Besonderheiten bei Versicherten der Sonstigen Kostenträger	58
2.2.5.1	Zusatzangaben	58
2.2.5.2	Bundesweit gültiger Sonstiger Kostenträger	58
2.2.6	Postleitzahl des Wohnsitzes des Patienten (bei Ersatzverfahren)	60
2.2.7	Geschlecht des Patienten	61
2.2.8	Fiktive Versicherte	62
2.3	Abrechnungsfunktionen bei den Satzarten 010x	62
2.3.1	Behandlungen auf Grundlage des Terminservice- und Versorgungsgesetzes	63
2.3.2	Abrechnungsvorbereitende Funktionen	73
2.3.3	Quartalsübergang	73
2.3.4	Besondere Personengruppen-, Kassen- u. Statuswechsel	74
2.3.5	Änderung von amtlichen Versichertendaten	76
2.3.5.1	Änderung von amtlichen Versichertendaten	76
2.3.5.2	Namens- und/oder Adressänderungen abweichend von der Versichertekarte	77
2.3.6	Besonderheiten beim „Überweisungsschein“ (Muster 6, 10 bzw. 39)	77
2.3.7	Leistungsdokumentation	82
2.3.7.1	Behandlungstag / GNR	82
2.3.7.2	Begründungstexte / GNR	82
2.3.7.3	Abrechnungsbegründungen bei Berechnung genetischer Untersuchungen	83
2.3.7.4	Abrechnungsbegründungen bei Berechnung von Besuchen	95
2.3.7.5	Leistungskette	96
2.3.7.6	Tagtrennung	97
2.3.7.7	Leistungskennzeichnung	98
2.3.7.8	Beregelung	99
2.3.7.9	Chargennummer / GOP	99
2.3.7.10	Implantateregister	100
2.3.8	Card für Privatversicherte	101
2.3.9	Patientenquittung	101
2.3.9.1	Anforderungen zur Patientenquittung	101
2.3.9.2	Muster für eine Patientenquittung	106
2.3.10	Besonderheiten des aktuell gültigen EBM	107
2.3.10.1	Simultaneingriffe bei Operationsleistungen (Kapitel 31.2 und 36.2)	107
2.3.10.2	Doppelfunktion der OP-Schlüssel als Abrechnungsbegründung und zur Dokumentation nach § 295 SGB V	108
2.3.10.3	Erforderlicher ICD-Code	110
2.3.10.4	Überweisung bei Betreuungsleistungen (Kapitel 31.4)	110
2.3.10.5	Abrechnung von Betreuungsleistungen	110
2.3.11	Besonderheiten bei der Psychotherapie	111
2.3.11.1	Angabe von Leistungen	111
2.3.11.2	Kombinationsbehandlung durch zwei Psychotherapeuten	111
2.3.11.3	Kombinationsbehandlung in einer psychotherapeutischen Berufsausübungsgemeinschaft	112
2.3.11.4	Vergütungssystematik der psychotherapeutischen Gruppentherapie	112
2.3.11.5	Berechnung Tagesprofil	113
2.3.11.6	Ausdruck der Muster PTV 3 und PTV 10	114
2.3.11.7	Beendigungsmeldung für Psychotherapie	115
2.3.12	Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung	123
2.3.13	Suche im Patientenstamm	124
2.4	Erfassung von „Pseudo-Behandlungsfällen“ mit der GOP 88194 für die Berechnung der GOPen 03060, 03062, 03063 / Nicht-ärztliche Praxisassistenten (NäPa)	124
2.5	Übermittlung der „Ringversuchszertifikate“	125

2.5.1	Einsatzbereich	125
2.5.2	Vertragliche Grundlage	125
2.5.3	Technische Umsetzung	125
2.5.4	Einsatzpflicht	126
2.5.5	RV-Teilnahmepflicht	126
2.5.6	Abfrage zur Patientennahen Sofortdiagnostik (pnSD) mittels Verwendung von unit-use-Reagenzien (uu)	127
2.5.7	Auswahl der betriebsstättenindividuellen RV-Analyte	128
2.5.8	Kennzeichnung der Zertifikate je Material-Analyt-GOP-Kombination bzw. alternative Kennzeichnung pnSD/uu	129
2.5.9	Controlling-Funktionen	130
2.5.10	Elektronische Übertragung	130
2.6	ASV-Abrechnung	130
2.6.1	Vertragliche Grundlage	130
2.7	Unterstützung im Rahmen der digitalen Übermittlung der Überweisung (Muster 6)	132
3	KURÄRZTLICHE ABRECHNUNG (KADT)	137
4	ABRECHNUNG VON SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHEN (SADT)	139
5	ABRECHNUNG VON HYBRID-DRGS	142
6	PROGRAMME DER KBV	148
6.1	KVDT-Prüfmodul, KBV-Kryptomodul	148
7	STAMMDATEIEN DER KBV	150
7.1	Kostenträger-Stammdaten (SDKT) (EHD-Format)	150
7.1.1	Verbindlichkeit und Gültigkeit der SDKT	150
7.1.2	Temporäre Erweiterung	151
7.1.2.1	Temporäre Erweiterung durch den Anwender	151
7.1.2.2	Temporäre Erweiterung durch den Softwareverantwortlichen	151
7.2	KV-Spezifika-Stammdaten (SDKV)	152
7.2.1	Verbindlichkeit und Gültigkeit der SDKV	152
7.2.2	Besondere Funktionen	153
7.2.2.1	Hinweise zur Satzart „kvx3“ (SKT-Abrechnungs-Zusatzangaben)	153
7.3	Arztverzeichnis-Stammdaten (SDAV)	155
7.4	PLZ-Stammdaten der KBV	155
7.5	GO-Stammdaten	156
7.5.1	Zielbestimmung	156
7.5.2	Lieferung der Stammdaten durch die jeweilige KV	156
7.5.3	Geltungsbereich	156
7.5.4	Einsatzpflicht	156
7.5.5	Umgang mit der EBM-Stammdaten	157
7.5.6	Anwendung der EBM-Stammdaten	158
7.5.6.1	Abrechnungsunterstützung	160
7.5.7	Bedingungen und Auswirkungen der Prüffunktionen /Prüfmechanismen	161
7.6	Operationen- und Prozedurenschlüsselstammdaten (SDOPS)	161
7.6.1	Integration der OPS-Stammdaten	161
7.6.2	Funktionale Anforderungen/ Anwendung der OPS-Stammdaten	163

8	BEDRUCKUNG VON VERTRAGSÄRZTLICHEN FORMULAREN	165
8.1	Bedruckung des Personalienfeldes	165
2	REFERENZIERTE DOKUMENTE	166

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Überweisungsschein für Überweisungsaufträge der Bundeswehr (Satzart 0102/0104)	59
Abbildung 2: Überweisungsschein zur Feststellung der Wehrdienstfähigkeit (Musterung) (Satzart 0102)	60
Abbildung 3: Patientenquittung, Stand: 2. Quartal 2017	106

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1 – Ersatzwerte	14
Tabelle 2 – Einlesen einer KVK in Abhängigkeit von der VKNR-Seriennummer und KTAB	27
Tabelle 3 – Einlesen einer KVK in Abhängigkeit von der VKNR-Seriennummer	28
Tabelle 4 – „Amtliche“ Felder	31
Tabelle 5 – Datenangaben im Ersatzverfahren / „manuelle“ Erfassung von Versichertendaten	53
Tabelle 6 – Zuordnung sonstiger Kostenträger „Bundeswehr“	59
Tabelle 7 - Abrechnungsrelevante Änderungen von amtlichen Versichertendaten im Quartal	77
Tabelle 8 - Abrechnungsbegründungen bei Berechnung genetischer Untersuchungen, Übersicht zu den Anforderungen KP2-612 bis KP2-618	95
Tabelle 9 - Abrechnungsbegründungen bei Berechnung von Besuchen	96
Tabelle 10 - Orientierungswerte in Cent	102
Tabelle 11 – Inhalt und Layout der Patientenquittung	105
Tabelle 12 – Beispiel Simultaneingriff	107
Tabelle 13 – Erinnerungsfunktion: Hinweise auf die Angabe der Pseudo-GOP 88130 bzw. 88131	116
Tabelle 14 - Defaultwerte für RV-Zertifikate in Abhängigkeit der pnSD/uu-Info	129
Tabelle 15 - Plausibilitätsprüfungen der Kennziffer-SA im PVS	140
Tabelle 16 – ADT-Anforderungen für die Abrechnung von Hybrid-DRGs	142

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abkürzung	Langform
AQ	Abrechnungsquartal
APK	Arzt-Patienten-Kontakt
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
ASV	Ambulante spezialärztliche Versorgung
ASV-AV	Vereinbarung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie die erforderlichen Vordrucke für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung
BSNR	Betriebsstättennummer
eGK	elektronische Gesundheitskarte
ePA	elektronische Patientenakte
FK	Feldkennung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GNR	Gebührennummer
GO	Gebührenordnung
GOP	Gebührenordnungsposition
GOS	Gebührenordnungsstammdaten
GSNZ	Gesamt-Schnitt-Naht-Zeit
IK	9-stellige, numerische Krankenkassensummer
KTAB	Kostenträger-Abrechnungsbereich
KT	Kostenträger
KT-Stammdaten	Kostenträger-Stammdaten
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVK	Krankenversichertenkarte
LANR	Lebenslange Arztnummer
Lkz	Leistungskennzeichen
PQ	Patientenquittung
PStG	Personenstandsgesetz
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
SA	Satzart
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SDEBM	StammDatei für den EBM

SKT	Sonstige Kostenträger
SNZ	Schnitt-Naht-Zeit
TSS	Terminservicestelle
VDT	VersichertenDatenTemplate
VSDM	Versichertenstammdatenmanagement
VKNR	5-stellige Kassennummer
VKNR-KTAB-Kombination	Kombination von Abrechnungs-VKNR und Kostenträger-Abrechnungsbereich

DOKUMENTENHISTORIE

Die Änderungen vom 31.01.2025 (Version 5.80), 13.03.2025 (Version 5.81), 15.05.2025 (Version 6.00) und 28.05.2025 (Version 6.01) treten zum 3. Quartal 2025 in Kraft.

Version	Datum	Autor	Änderung	Begründung	Seite
6.01	28.05.2025	KBV	<ul style="list-style-type: none"> › Korrektur der Anforderung KP2-622 und KP2-623 (blau markiert) › Erläuterung zur Schlüsseltabelle aufgenommen (blau markiert) 	Fachlicher Korrektur beim Umgang der Werte	85, 86 84
6.00	15.05.2025	KBV	<ul style="list-style-type: none"> › Verwendung eines neuen Layouts › Wiederaufnahme KP2-941 inkl. Anpassungen › Anpassung der Anforderungen KP2-966 und KP2-967 › KP2-513 Redaktionelle Anpassung der Anforderung › Aufnahme einer Kapitelbeschreibung zu 2.3.7.3 › Anpassung der Anforderung P2-67 – neuer Wert für FK 0225 möglich › Aufnahme der Anforderung KP8-07 › Umkategorisierung und Umbenennung der Anforderung P2-505 in KP2-514 › Umkategorisierung von P2-557 zu KP2-557 › Umkategorisierung von P2-500 zu KP2-500 › Redaktionelle Anpassungen der Anforderung P2-150 › Aktualisierung der Anforderung P2-820 und K2-860 › Verbesserung der Regelungen des Kapitels 2.3.7.3 (grün markiert) › Klarstellung der Patientenquittung bei Hybrid-DRG-Leistungen 	Alle 111 118, 119 68 83 17 146 63 76 62 34 101, 103 83, 85, 86 142	
5.81	13.03.2025	KBV	<ul style="list-style-type: none"> › Aufnahme der Anforderung KP2-404 › Aufnahme der Anforderung KP2-405 › Redaktionelle Korrektur der Kapitelbeschreibung 2.2.3.1 	Einführung des eEB-Verfahrens	53 54 50
5.80	31.01.2025	KBV	<ul style="list-style-type: none"> › Anpassung der Anforderung P2-40 › Anpassung des Kapitels 2.3.7.3 	Streichung der OMIM-Kodierung	14 83

1 EINLEITUNG

1.1 ZIELBESTIMMUNG

Dieser Anforderungskatalog gilt für Software für Vertragsarztpraxen zur Erstellung des KVDT¹.

Vertragsärzte sollen durch das Softwareprodukt in die Lage versetzt werden, den quartalsweisen Abrechnungsverkehr mit ihrer Kassenärztlichen Vereinigung abwickeln sowie vertragsärztliche Formulare korrekt bedrucken zu können. Abrechnungssoftware² muss vor ihrem Einsatz durch die KBV zugelassen werden.

1.2 PFlichtFUNKTIONEN UND OPTIONALE FUNKTIONEN DER SOFTWARE

Pflichtfunktionen müssen in der Anwendungssoftware implementiert sein.

Konditionale Pflichtfunktionen müssen implementiert werden, wenn alle genannten Bedingungen zu dieser Funktion erfüllt sind.

Optionale Funktionen können implementiert werden, wenn alle genannten Bedingungen zu dieser Funktion erfüllt sind.

Die Realisierung aller Pflichtfunktionen, der implementierten optionalen Funktionen sowie der konditionalen Pflichtfunktionen ist im Rahmen des Gutachterverfahrens nachzuweisen.

Weitere Funktionen sind zulässig, sofern sie nicht im Widerspruch zu den im Anforderungskatalog getroffenen Vorgaben und gesetzlichen Regelungen stehen.

Vorschriftsmäßigkeit

Geprüft wird vertragskonformes Funktionieren der Abrechnungsprogramme im Sinne der gültigen Abrechnungsvorschriften.

Pflichtfunktionen sind wie folgt gekennzeichnet:

PFlichtFUNKTION DATENPAKET	
Eindeutige Ident-Nummer Pn-nn z.B. P2-05	Funktionsbezeichnung

Konditionale Pflichtfunktionen sind wie folgt gekennzeichnet:

KONDITIONALE PFlichtFUNKTION DATENPAKET	
Eindeutige Ident-Nummer KPn-nn z.B. KP2-97	Funktionsbezeichnung

Optionale Funktionen sind wie folgt gekennzeichnet:

OPTIONALE FUNKTION DATENPAKET	
Eindeutige Ident-Nummer Kn-nn z.B. K2-60	Funktionsbezeichnung

¹ KVDT (= Kassenärztliche Vereinigung DatenTransfer) ermöglicht die gebündelte Übertragung von (Kurärztlichen) Abrechnungsdaten (ADT und KADT), sowie von Daten, die im Rahmen der "Abrechnung von Schwangerschaftsabbrüchen" (SADT) dokumentiert werden.

² Abrechnungssoftware im Sinne des KBV-Prüfverfahrens sind alle Programme oder Programmteile zum Zwecke der Eingabe, Weiterverarbeitung oder Ausgabe von Daten, die im Rahmen der vertragsärztlichen Abrechnung benötigt werden.

1.3 ANGABEN ZUR DATENÜBERMITTLUNG

Die in diesem Katalog angegebenen Feldkennungen für den Abrechnungsdatensatz beziehen sich auf die Datensatzbeschreibung des KV Datentransfers (KVDT).

Sofern ein anderer Standard der elektronischen Abrechnung bspw. für die Direktabrechnung gemäß §§ 115b, 116b und 120 Abs. 3 SGB V zutrifft, gelten die entsprechenden Anforderungen für die dort definierten gleichbedeutenden Datenfelder analog.

1.4 BEGRIFFE „VERTRAGSÄRZTE“ UND „VERTRAGSPSYCHOTHERAPEUTEN“

Die Begriffe „Vertragsärzte“ und „Vertragspsychotherapeuten“ ergeben sich aus dem Wortlaut des § 295 Abs. 1 SGB V. Aus Vereinfachungsgründen werden in diesem Dokument ausschließlich diese Begriffe auch für die weiteren unter § 295 Abs. 4 SGB V genannten Ärzte und Psychotherapeuten verwendet.

2 VERTRAGSÄRZTLICHE ABRECHNUNG (ADT)

Grundsatz

Soweit nicht nachfolgend abweichend beschrieben, gelten die für manuelle Abrechnung erlassenen Vorschriften auch bei EDV-Einsatz.

2.1 ALLGEMEINE VORGABEN

2.1.1 Weitere verbindliche Dokumente

PFLICHTFUNKTION ADT	
P2-05	Anforderungskatalog zur Anwendung der ICD-10-GM

Die Software setzt die Anforderungen bzgl. Anwendung der ICD-10-GM korrekt um.

Begründung:

Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten sind gemäß § 295, Abs. 1 SGB V, Satz 1, 2, 3 zum Kodieren nach ICD-10-GM verpflichtet.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software setzt alle erforderlichen Anforderungen des Anforderungskataloges „Anforderungskatalog zur Anwendung der ICD-10-GM“, vgl. [[KBV_ITA_VGEX_Anforderungskatalog_ICD-10](#)] um.

PFLICHTFUNKTION ADT	
P2-06	Anforderungskatalog Formularbedruckung

Der „Anforderungskatalog Formularbedruckung“

[[KBV_ITA_VGEX_Anforderungskatalog_Formularbedruckung](#)] gilt verbindlich für Software für Vertragsarztpraxen (PVS), welche zur Erstellung der vertragsärztlichen Abrechnung zugelassen ist.

2.1.2 Vollständigkeit der Eingabe aller Stamm- und Bewegungsdaten

PFLICHTFUNKTION ADT	
P2-10	Vollständigkeit der Eingabe aller Stamm- und Bewegungsdaten

Die Bedieneroberfläche der Abrechnungssoftware muss eine lückenlose und korrekte Eingabe aller in den Datensatzbeschreibungen abrechnungsrelevanten Stamm- und Bewegungsdaten ermöglichen.

2.1.3 Systemdatum, Vordatieren

PFLICHTFUNKTION ADT	
P2-20	Systemdatum

Das Systemdatum ist grundsätzlich über das Betriebssystem vorgegeben. Eine Änderung des Systemdatums durch den Anwender verstößt gegen die Grundsätze ordnungsgemäßer Datenverarbeitung. Die Bereitstellung einer Funktion in der Anwendungssoftware, die eine Veränderung des Systemdatums ermöglicht, ist unzulässig.

Anmerkung:

Jeder Anwender mit den Rechten eines Systemadministrators besitzt die Möglichkeit zur Veränderung des Systemdatums. Vor diesem Hintergrund wird nicht erwartet, dass das Systemdatum durch den Arzt unveränderbar sein muss. Diese Forderung wäre jenseits der praktischen Realität und würde den Einsatz eines durch die Funkuhr gespeisten Zeitmoduls im Praxiscomputer voraussetzen. Vielmehr wird Wert darauf gelegt, dass nicht an diversen Stellen der Anwendungssoftware Funktionen zur Änderung des Systemdatums angeboten werden, die von jedem Benutzer nach Belieben aktiviert werden können. Normalerweise sollte eine Datumsänderung ausschließlich auf Betriebssystemebene möglich sein und zwar nur für entsprechend autorisierte Personen.

PFLICHTFUNKTION ADT

P2-30

Vordatieren

Die Abrechnungssoftware muss sicherstellen, dass über das Systemdatum hinaus **vordatierte GNRn** und ICD-10-GM-Codes nicht erfasst werden können. Zusätzlich zur Fehlermeldung muss die Abrechnungssoftware derartige Eingaben verweigern.

2.1.4 Ersatzwerte

PFLICHTFUNKTION ADT

P2-40

Ersatzwerte

Ein **Ersatzwert** ist ein Feldinhalt, der nur dann zu übertragen ist, wenn tatsächlich **kein** Wert für ein in der Tabelle aufgeführtes Muss-Feld in der Praxis vorliegt. Der Ersatzwert ist nicht mit einem **Defaultwert** zu verwechseln. Ersatzwerte für die u. a. Felder sind in Kapitel 7 „Feldverzeichnis“ der KVDT-Datensatzbeschreibung [KBV_ITA_VGEX_Datensatzbeschreibung_KVDT] definiert.

Die in der **Tabelle 1** genannten Felder dürfen **nicht** standardmäßig - d.h. nicht automatisch ohne Einzelbestätigung - mit den Ersatzwerten belegt werden.

FELDER

Bezeichnung	FK
Geburtsdatum	3103
Überweisung von anderen Ärzten	4219
Überweisung an	4220
Weiterbehandelnder Arzt	4243
LANR des Erstveranlassers	4241
LANR des Überweisers	4242
LANR des Vertragsarztes/Vertragspsychotherapeuten	5099
OMIM-G-Kode des untersuchten Gens	5070
OMIM-P-Kode (Art der Erkrankung)	5071
HGNC-Gensymbol	5077

Tabelle 1 – Ersatzwerte

Hinweis zu Feld „ICD-10-GM-Code“

Die Verwendungsmöglichkeit des bisherigen Ersatzwertes „UUU“ als Inhalt des Feld 6001 (ICD-Code) endete gemäß Anlage 6 BMV-Ä zum 31.12.2019. Eine in den BMV-Ä aufgenommene Neuregelung sieht vor, dass anstelle des jeweils krankheitsspezifischen Diagnoseschlüssels nach ICD-10-GM nicht mehr „UUU“, sondern der ICD-Kode „Z01.7 Laboruntersuchung“ im Sinne eines Ersatzwertes angegeben werden kann.

Die KVDT-Abrechnungssoftware, welche für die Abrechnung gemäß §57a (2) BMV-Ä³ eingesetzt wird, darf ab dem 01.01.2020 anstelle eines krankheitsspezifischen Diagnoseschlüssels nach ICD-10-GM auch die standardmäßige Übertragung des ICD-10-GM-Kodes „Z01.7“ (= Laboruntersuchung), im Sinne eines Ersatz-/Defaultwertes, im Feld „ICD-Code“ (FK 6001) unterstützen, vgl.

[KBV_ITA_VGEX_Anforderungskatalog_ICD-10], KP10-350 (Befreiung von der Verschlüsselungspflicht mit einem krankheitsspezifischen Diagnoseschlüssel nach ICD-10-GM).

2.1.5 Benutzer- und Betriebsstättenverwaltung

PFLECHTFUNKTION ADT	
P2-51	Benutzer-/Rechteverwaltung

Ein PVS muss eine Benutzer- und Rechteverwaltung realisieren, sodass im Rahmen der KV-Abrechnung alle Leistungen jeweils einem Leistungsort und einem Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeuten zugeordnet werden können.

PFLECHTFUNKTION ADT	
P2-52	Betriebsstättenverwaltung

Ein PVS muss je Betriebsstättennummer alle in dieser Betriebsstätte tätigen Ärzte mit Angabe der LANR verwalten und diese Informationen im Rahmen der KV-Abrechnung im besa-Datensatz gemäß KVDT-Datensatzbeschreibung [KBV_ITA_VGEX_Datensatzbeschreibung_KVDT] übermitteln. Wird ein PVS an mehreren Standorten betrieben (mobil oder vernetzt), ist neben der Benutzeranmeldung darüber hinaus eine Betriebsstättenzuordnung zu realisieren.

PFLECHTFUNKTION ADT	
P2-53	Teil-/ Betriebsstättenabrechnung

Standardmäßig erfolgt die Abrechnung betriebsstättenbezogen. Der Dateiname der KVDT-Abrechnungsdatei wird aus der Betriebsstättennummer (FK 0201, besa-Datensatz) gebildet (siehe KVDT-Datensatzbeschreibung [KBV_ITA_VGEX_Datensatzbeschreibung_KVDT]).

³ §57a BMV-Ä, (2):

In den nachfolgend aufgeführten Konstellationen kann anstelle des jeweils spezifischen Diagnoseschlüssels nach ICD-10-GM regelhaft im Sinne eines Ersatzwertes der ICD-10-Kode Z01.7 Laboruntersuchung angegeben werden:

1. Für Arztfälle in einer Arztpraxis, in denen in-vitro-diagnostische Untersuchungen der Abschnitte 11.4, 19.3, 19.4, 32.2, 32.3 EBM oder entsprechende Untersuchungen im Abschnitt 1.7 oder 8.5 des EBM ohne unmittelbaren Arzt-Patienten-Kontakt durchgeführt werden, es sei denn, im EBM sind für die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen speziellere Regelungen getroffen.
2. Fallunabhängig für Fachärzte für Pathologie, Fachärzte für Neuropathologie, Fachärzte für Laboratoriumsmedizin sowie Fachärzte für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie.

Hinweis:

Abweichend von dem Standardfall kann die Software dem Anwender den Export von Teilabrechnungen auf Grundlage weiterer Kriterien wie beispielsweise nach der LANR (FK 5099), nach GOPen (FK 5001), VKNR+KTAB-Kombination usw. ermöglichen

OPTIONALE FUNKTION ADT	
K2-60	Gesamtabrechnung über mehrere Betriebsstätten

Eine Gesamtabrechnung über mehrere Betriebsstätten ist unter folgenden Voraussetzungen zulässig:

1. Alle gemeinsam abrechnenden Betriebsstätten setzen die gleiche PVS ein,
2. Im besa-Datensatz sind sowohl alle in der Abrechnung relevanten Betriebsstätten inkl. der dort jeweils tätigen Ärzte mit LANR aufgelistet.

Dabei ist es unerheblich, ob die Gesamt-Abrechnungsdatei aus einer zentralen Datenbasis heraus erzeugt wurde oder aber die Datenpakete aus den einzelnen Abrechnungsdateien der Betriebsstätten zusammengeführt worden sind.

Die Gesamt-Abrechnungsdatei setzt sich aus der Betriebsstättennummer der abrechnungserzeugenden / zusammenführenden Betriebsstätte (= Absender) zusammen.

PFLICHTFUNKTION ADT	
P2-65	Pseudoarztnummern für die Lebenslange Arztnummer (LANR)

Die Software muss dem Anwender die Möglichkeit bieten eine Pseudoarztnummer zu verwenden.

Begründung:

Vertragliche Grundlage dieser Anforderung ist die Richtlinie der KBV nach § 75 Absatz 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebs- sowie der Praxisnetznummern in Verbindung mit der Anlage 6 BMV-Ä (Vertrag über den Datenaustausch), § 4 „Art und Inhalt der Daten der Weiteren Leistungserbringer“.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software muss dem Anwender die Möglichkeit bieten, die Pseudoarztnummer „999999900“ zu erfassen und zu speichern.
2. Im Rahmen der ADT-Abrechnung muss die Software fähig sein, die Pseudoarztnummer in den Feldern 4241, 4242 und 5099 zu übertragen.
3. Die Software muss bei der Bedruckung vertragsärztlicher Formulare in diesen Fällen die Pseudoarztnummer verwenden können.

Hinweis:

Ergänzend ist die Funktion P2-40 zu beachten.

PFLICHTFUNKTION ADT	
P2-66	Übertragung der kompatibilitätsrelevanten Anteile der Produkttypversion des Konnektors

Die Software muss die Übertragung der „kompatibilitätsrelevanten Anteile der Produkttypversion des Konnektors“ in die ADT-Abrechnung ermöglichen.

Begründung:

Das Vorhalten und die bedarfsweise Nutzung eines Konnektors in einer Vertragsarztpraxis entsprechend einer bestimmten Produkttypversion stellt eine notwendige Voraussetzung für die Erstattung der

Pauschalen gemäß Anlage 32 BMV-Ä durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung dar, welche diesen nachzuweisen ist. Darüber hinaus haben nach § 341 Absatz 6 SGB V die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer gegenüber den jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen, dass sie über die für den Zugriff auf die elektronische Patientenakte erforderlichen Komponenten und Dienste verfügen. Mit der Übertragung der „Produkttypversion des Konnektors“ in die ADT-Abrechnung wird den Kassenärztlichen Vereinigungen eine einfache Möglichkeit der Prüfung dieser Voraussetzung und zum Erhalt dieses Nachweises zur Verfügung gestellt.

Grundlagen:

Die Produkttypversion des Konnektors kennzeichnet die Version des Produkttyps Konnektor der Telematikinfrastruktur, deren kompatibilitätsrelevanten Anteile über die Außenschnittstelle der Basisanwendung Dienstverzeichnisdienst erfasst werden können [gematik Spezifikation Konnektor]. Im Antwortdokument dieses Dienstes sind die kompatibilitätsrelevanten Anteile der Produkttypversion des Konnektors im Element *<ProductTypeVersion>* der Produktinformation enthalten, welche eine Kurzbeschreibung des Konnektormodells darstellt und mittels des XML-Schemas „ProductInformation.xsd“ beschrieben wird [gematik Übergreifende Spezifikation Operations und Maintenance]. Weitere Informationen zur Produkttypversion entnehmen Sie den Spezifikationen auf der Webseite der gematik.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software muss die kompatibilitätsrelevanten Anteile der Produkttypversion des in einer (Neben-) Betriebsstätte betriebenen Konnektors in die Abrechnung übernehmen und in Feld FK 0224 im Betriebsstättendaten-Datensatz („besa“) pro Betriebsstättennummer bzw. Krankenhaus-IK in der KVDT-Datei speichern, falls diese Information über die Außenschnittstelle abrufbar ist.
 - a) Der innerhalb des Abrechnungsquartals in Tagesschritten aktuellste verfügbare Wert muss übernommen werden.
 - b) Falls in einer (Neben-)Betriebsstätte mehr als ein Konnektor betrieben wird, müssen die kompatibilitätsrelevanten Anteile der Produkttypversion mit dem zahlenmäßig höchsten Wert übernommen werden.
2. Die Software ermöglicht es dem Anwender nicht, die kompatibilitätsrelevanten Anteile der Produkttypversion manuell zu erfassen.

PFLECHTFUNKTION ADT	
P2-67	Übertragung des Nachweises zur Unterstützung von TI-Fachanwendungen und der Ausstattung mit TI-Komponenten

Die Software muss die Übertragung eines Nachweises zur Unterstützung der Funktionsmerkmale von TI-Fachanwendungen bzw. der Ausstattung mit TI-Komponenten durch ein in der Betriebsstätte zur Verfügung stehendes Primärsystem in die ADT-Abrechnung ermöglichen.

Begründung:

Damit die zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) die Festlegungen zur Auszahlung der TI-Pauschalen aus der „Festlegung des Vereinbarungsinhalts durch das Bundesministerium für Gesundheit gemäß § 378 Absatz 2 Satz 2 in Verbindung mit Absatz 3 und 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)“ sicherstellen können, ist es notwendig, dass im Rahmen der Abrechnung die notwendigen Informationen aus den Praxen übermittelt werden.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software muss grundsätzlich bei der ADT-Abrechnung die TI-Fachanwendung / TI-Komponente (FK 0225) mit den Werten „eRezept“ (1), „NFDM“ (3), „eMP“ (4), „KIM“ (5), „eAU“ (6), „eArztbrief“ (7), „Kartenterminal“ (8), „SMC-B“ (9), „eHBA“ (10) und „eVDGA“ (12) automatisch vorbelegen und es dem Anwender ermöglichen, diese vor der Übernahme in die ADT-Abrechnung zur Kenntnis zu nehmen.

2. Die Software muss die Informationen, ob ein in der Betriebsstätte zur Verfügung stehendes Primärsystem die Funktionsmerkmale der TI-Fachanwendungen eRezept, NFDM, eMP, KIM, eAU, eArztbrief und eVDGA unterstützt sowie ob in der Betriebsstätte mindestens ein Kartenterminal, mindestens eine SMC-B und mindestens ein eHBA verfügbar ist, jeweils im Feld FK 0226 (Systemunterstützung / Ausstattung der Praxis) automatisch vorbelegen und es dem Anwender ermöglichen, diese vor der Übernahme in die ADT-Abrechnung zur Kenntnis zu nehmen.
 - a) Die innerhalb des Abrechnungsquartals in Tagesschritten aktuelle verfügbare Information muss vorbelegt werden.
 - b) Falls die Software keine Unterstützung der jeweiligen TI-Fachanwendung anbietet bzw. die Betriebsstätte nicht mit der jeweiligen TI-Komponente ausgestattet ist (FK 0226 = 0) und im Vorquartal für die gleiche Betriebsstättennummer bzw. Krankenhaus-IK der Wert „ja“ (1) in der ADT-Abrechnung erfasst worden ist, muss der Wert „ja“ (1) vorbelegt werden.
 - c) Falls die Software keine Unterstützung der jeweiligen TI-Fachanwendung anbietet bzw. die Betriebsstätte nicht mit der jeweiligen TI-Komponente ausgestattet ist (FK 0226 = 0) und im Vorquartal für die gleiche Betriebsstättennummer bzw. Krankenhaus-IK der Wert „nein“ (0) oder kein Wert in der ADT-Abrechnung erfasst worden ist, muss der Wert „nein“ (0) vorbelegt werden.
 - d) Wenn ein Anwender die Ausprägungen (Kombination FK 0225 und 0226) zu den Funktionsmerkmalen der TI-Fachanwendung / TI-Komponente nicht aktiv zur Kenntnis genommen hat und sich diese Ausprägungen im Gegensatz zu den übermittelten Werten der Abrechnung des vorangegangenen Quartals geändert haben, dann weist die Software den Anwender auf diese Änderungen vor der Übertragung des ADT-Abrechnungsdatensatzes hin.
3. Die Software ermöglicht es dem Anwender nicht, die gemäß Akzeptanzkriterium 1. vorbelegten Werte der TI-Fachanwendung / TI-Komponente (FK 0225) vor der Speicherung der Daten im Betriebsstättendaten-Datensatz („besa“) pro Betriebsstättennummer bzw. Krankenhaus-IK in der KVDT-Datei anzupassen.
4. Die Software muss es dem Anwender ermöglichen, die gemäß Akzeptanzkriterium 2. vorbelegten Werte der Systemunterstützung / Ausstattung der Praxis (FK 0226) vor der Speicherung der Daten im Betriebsstättendaten-Datensatz („besa“) pro Betriebsstättennummer bzw. Krankenhaus-IK in der KVDT-Datei anzupassen.
5. Die Software muss die Informationen, ob ein in der Betriebsstätte zur Verfügung stehendes Primärsystem die Funktionsmerkmale der TI-Fachanwendung ePA unterstützt, zur spezifischen Erfassung automatisch vorbelegen und es dem Anwender ermöglichen, diese vor der Übernahme in die ADT-Abrechnung zur Kenntnis zu nehmen und **anzupassen**.
 - a) Als mögliche Werte für die Unterstützung sind die Ausprägungen für „keine ePA Unterstützung“, „Unterstützung von ePA Stufe 1“, „Unterstützung von ePA Stufe 2“ und „Unterstützung von ePA Stufe 3 (ePA4all)“ zu verwenden.
 - b) Die innerhalb des Abrechnungsquartals in Tagesschritten aktuelle verfügbare Information muss vorbelegt werden.
 - c) Falls die Software keine Unterstützung der TI-Fachanwendung ePA anbietet, dann übernimmt die Software die Auswahl des Anwenders aus dem Vorquartal.
 - i. Sofern kein Wert aus dem Vorquartal bekannt ist, belegt die Software „keine ePA Unterstützung“ vor.
 - d) Wenn ein Anwender die Angabe zum Funktionsmerkmale der TI-Fachanwendung ePA nicht aktiv zur Kenntnis genommen hat und sich die Ausprägung im Gegensatz zum übermittelten Wert der Abrechnung des vorangegangenen Quartals geändert hat, dann weist die Software den Anwender auf die Änderung vor der Übertragung des ADT-Abrechnungsdatensatzes hin.
6. Die Software überträgt pro Betriebsstättennummer bzw. Krankenhaus-IK die aus Akzeptanzkriterium 5. ermittelten Werte wie folgt in die Abrechnung:
 - a) Entweder „keine ePA Unterstützung“:
 - i. FK 0225 = **110**

ii. FK 0226 = 0

b) Oder „Unterstützung von ePA Stufe 1“

i. FK 0225 = 0

ii. FK 0226 = 1

c) Oder „Unterstützung von ePA Stufe 2“

i. FK 0225 = 2

ii. FK 0226 = 1

d) Oder „Unterstützung von ePA Stufe 3 (ePA4all)“

i. FK 0225 = 11

ii. FK 0226 = 1

Hinweis:

Die Vorbelegung bzw. Anpassung der Feldkennungen kann einzeln pro Betriebsstättennummer bzw. Krankenhaus-IK oder für eine Gruppe von Betriebsstättennummern bzw. Krankenhaus-IK gesammelt erfolgen, die z.B. von der Software nach technischen und/oder durch den Anwender nach administrativen Gesichtspunkten zusammengestellt werden.

Da sich das Feld 0226 gemäß den Vorgaben der KVDT-Datensatzbeschreibung eine Hierarchiestufe tiefer direkt unterhalb des Feldes 0225 befindet, bilden die bedingten Pflichtfelder 0225 und 0226 immer ein Paar. Gemäß den Akzeptanzkriterien 1., 2., 5. und 6. müssen pro Betriebsstätte zehn elf Paare in der Abrechnung übertragen werden, wobei das Feld 0225 des einen Paars den Wert „ePA Stufe 1“ (0) oder „ePA Stufe 2“ (2) oder „ePA Stufe 3“ und das Feld 0225 der anderen neun zehn Paare die Werte „eRezept“ (1), „NFDM“ (3), „eMP“ (4), „KIM“ (5), „eAU“ (6), „eArztbrief“ (7), „Kartenterminal“ (8), „SMC-B“ (9), „eHBA“ (10), „ePA Stufe 3“ (11) bzw. „eVDGA“ (12) aufweisen muss.

Die nachfolgenden drei Beispiele demonstrieren die Unterstützung der TI-Fachanwendungen mit der Belegung der Felder 0225 und 0226 für eine Betriebsstätte.

Beispiel 1:

FK	Wert
0225	112
0226	1
0225	1
0226	1
0225	3
0226	1
0225	4
0226	1
0225	5
0226	1
0225	6
0226	1
0225	7
0226	1
0225	8
0226	1
0225	9
0226	1
0225	10
0226	1
0225	12
0226	1

Beispiel 2:

FK	Wert
0225	110
0226	0
0225	1
0226	0
0225	3
0226	1
0225	4
0226	0
0225	5
0226	1
0225	6
0226	0
0225	7
0226	1
0225	8
0226	1
0225	9
0226	1
0225	10
0226	1
0225	12
0226	0

Beispiel 3:

FK	Wert
0225	11
0226	1
0225	1
0226	0
0225	3
0226	1
0225	4
0226	0
0225	5
0226	1
0225	6
0226	1
0225	7
0226	0
0225	8
0226	1
0225	9
0226	1
0225	10
0226	1
0225	12
0226	1

Erläuterung der Wertepaare aus den Beispielen 1 bis 3:

ePA Stufe 3 2 – ja

ePA Stufe 3 – nein (keine Unterstützung)

ePA Stufe 3 - ja

eRezept – ja

eRezept – nein

eRezept - nein

NFDM – ja

NFDM – ja

NFDM - ja

eMP – ja

eMP – nein

eMP – nein

KIM – ja

KIM – ja

KIM - ja

eAU – ja

eAU – nein

eAU - ja

eArztbrief – ja

eArztbrief – ja

eArztbrief – nein

Kartenterminal - ja

Kartenterminal - ja

Kartenterminal - ja

SMC-B – ja

SMC-B – ja

SMC-B - ja

eHBA – ja

eHBA – ja

eHBA – ja

eVDGA – ja

eVDGA – nein

eVDGA – ja

PFLICHTFUNKTION ADT

P2-68

Übertragung des Ablaufdatums des Konnektorzertifikats und Anzeige von Gerätezertifikaten

Die Software muss dem Anwender das Ablaufdatum des im Konnektor gespeicherten Zertifikats anzeigen und dieses Datum in der ADT-Abrechnung übertragen.

Begründung:

Die Kassenärztlichen Vereinigungen können mit dieser Information die Praxen im Zusammenhang mit dem Ablauf des Konnektorzertifikats durch geeignete Maßnahmen unterstützen.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software setzt die Anforderung A_22917, A_22918 sowie A_13533-01 nach den Vorgaben der gematik [gematik Implementierungsleitfaden Primärsysteme Telematikinfrastruktur] um.
2. Die Software liest aus dem in einer (Neben-)Betriebsstätte eingesetzten Konnektor das Ablaufdatum des Konnektorzertifikats aus und überträgt das Datum im Feld FK 0227 („Ablaufdatum des Konnektorzertifikats“).

Hinweis:

Es kann vorkommen, dass in einer (Neben-)Betriebsstätte mehr als ein Konnektor vorhanden ist. Es sollte bei der Übertragung in der Abrechnung der Konnektor ausgewählt werden, der dem Akzeptanzkriterium 1 b) der Anforderung P2-66 entspricht. Wenn alle in einer (Neben-)Betriebsstätte vorhandenen Konnektoren die gleichen kompatibilitätsrelevanten Anteile der Produkttypversion aufweisen, dann überträgt die Software das früheste Ablaufdatum. Die Anzeige sollte die Ablaufdaten aller vorhandenen Konnektoren übersichtlich darstellen.

PFLICHTFUNKTION ADT

P2-69

Übertragung des Produktnamens des Konnektors

Die Software muss dem Anwender den Produktnamen des Konnektors anzeigen und diese Information in der ADT-Abrechnung übertragen.

Begründung:

Die Kassenärztlichen Vereinigungen können mit dieser Information die Praxen durch geeignete Maßnahmen unterstützen.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software muss den Produktnamen des in einer (Neben-)Betriebsstätte betriebenen Konnektors in die Abrechnung übernehmen und in Feld FK 0228 im Betriebsstättendaten-Datensatz („besa“) pro Betriebsstättennummer bzw. Krankenhaus-IK in der KVDT-Datei speichern, falls diese Information über die Außenschnittstelle abrufbar ist.
 - a) Der innerhalb des Abrechnungsquartals in Tagesschritten aktuellste verfügbare Wert muss übernommen werden.
 - b) Falls in einer (Neben-)Betriebsstätte mehr als ein Konnektor betrieben wird, muss der Produktnname eines Konnektors mit dem zahlenmäßig höchsten Wert der Produkttypversion übernommen werden.
2. Die Software ermöglicht es dem Anwender nicht, den Produktnamen des Konnektors manuell zu erfassen.

Grundlagen:

Der Produktname des Konnektors kennzeichnet den Namen des Produkts mit dem Produkttyp Konnektor der Telematikinfrastruktur, der über die Außenschnittstelle der Basisanwendung Dienstverzeichnisdienst erfasst werden können [gematik Spezifikation Konnektor]. Im Antwortdokument dieses Dienstes ist der

Produktname des Konnektors im Element <ProductName> der Produktinformation enthalten, welche eine Kurzbeschreibung des Konnektormodells darstellt und mittels des XML Schemas „ProductInformation.xsd“ beschrieben wird [gematik Übergreifende Spezifikation Operations und Maintenance].

Hinweis:

Es kann vorkommen, dass in einer Betriebsstätte mehr als ein Konnektor vorhanden ist. Es sollte bei der Übertragung in der Abrechnung der Konnektor ausgewählt werden, der dem Akzeptanzkriterium 1 b) der Anforderung P2-66 entspricht. Die Anzeige sollte die Produktnamen aller vorhandenen Konnektoren übersichtlich darstellen.

Falls die Zeichenanzahl des Produktnamens des Konnektors größer ist als die maximale Länge des Felds FK 0228, ist der Produktname bei der Übernahme auf mehrere Feldinstanzen aufzuteilen.

PFlichtfunktion ADT	
P2-70	Eindeutigkeit der LANR pro (N)BSNR

Die Software muss sicherstellen, dass eine LANR pro (N)BSNR in der ADT-, SADT- und KADT-Abrechnung nur einmal übertragen wird.

Begründung:

Wenn eine LANR pro (N)BSNR in der Abrechnung mehrmals bspw. mit unterschiedlich Arztnamen übertragen wird, kann es zu Ablehnungen der Abrechnungsdaten seitens der KVen kommen.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software muss sicherstellen, dass bei der ADT-, SADT- und KADT-Abrechnung in den Feldpaaren 0201/0212 des besa-Datensatzes die LANR (FK 0212) nur einmal pro BSNR (FK 0201) vorkommen darf.

Hinweis:

Diese Anforderung regelt lediglich die Übertragung der LANRs im besa-Datensatz der ADT-, SADT- und KADT-Abrechnung und stellt keine Vorgabe zur Stammdatenpflege in der Software dar.

Es ist daher weiterhin zulässig, dass bspw. Weiterbildungsassistenten einem verantwortlichen Arzt in der Stammdatenpflege zugeordnet werden, damit Leistungen, die der Weiterbildungsassistent erbringt, dem verantwortlichen Arzt in der Abrechnung zugeordnet werden können.

PFlichtfunktion ADT	
P2-71	Eindeutigkeit (N)BSNR

Die Software muss sicherstellen, dass eine (N)BSNR in der ADT-, SADT- und KADT-Abrechnung im Besa-Datensatz nur einmal übertragen wird.

Begründung:

Da unter einer (N)BSNR im Besa-Datensatz mehrere in der (N)BSNR tätige Ärzte angegebenen werden können, ist die mehrfache Übertragung der (N)BSNR im Besa-Datensatz nicht notwendig.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software muss sicherstellen, dass bei der ADT-, SADT- und KADT-Abrechnung eine BSNR nur einmal in der Feldkennung 0201 des besa-Datensatzes vorkommt.

2.1.6 Einsatz eines zertifizierten Arzneimittelverordnungssystems gemäß Arzneimittelwirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG)

Mit Wirkung ab 01.07.2008 wird in der ambulanten Versorgung, sofern Verordnungen mittels datenbankgestützter Software vorgenommen werden, der Einsatz eines zertifizierten Arzneimittelverordnungssystems (AVS) gemäß AVWG vorausgesetzt.

Für die Abrechnungssoftware gelten in diesem Zusammenhang folgende Anforderungen:

PFLICHTFUNKTION ADT

P2-80	Erfassung und Übertragung der AMV-Prüfnummer
--------------	--

Die Abrechnungssoftware

1. muss gegenüber dem Anwender den Einsatz einer AMV zertifizierten Software abfragen und die Erfassung der KBV-Prüfnummer der AMV zertifizierten Software zwecks Übertragung mittels KVDT (FK 9250) ermöglichen **oder**
2. überträgt die KBV-Prüfnummer des AVS automatisiert mittels KVDT (FK 9250), sofern dies möglich ist.

1.1.2 Onlineabrechnungsdienste der KVen

PFLICHTFUNKTION ADT

P2-95	Speicherort der verschlüsselten Abrechnungsdatei
--------------	--

Der Anwender muss, um die Onlineabrechnungsmöglichkeiten der KVen leichter nutzen zu können, durch das Softwarehaus bzw. System folgendermaßen unterstützt werden:

1. Alle Dokumentationen zum PVS, z. B. Anwenderhandbuch, Online-Hilfe, müssen um die Information ergänzt werden, an welcher Stelle im Dateisystem die verschlüsselte KVDT-Abrechnungsdatei gespeichert wird.
2. Der Anwender muss darüber hinaus systemseitig durch die Bereitstellung einer Funktion zum Auffinden der verschlüsselten Abrechnungsdatei im Dateisystem unterstützt werden. Diese Funktion sollte den Anwender bestmöglich unterstützen, z. B. direkt zur Abrechnungsdatei führen bzw. einen Aufruf eines Dateiexplorers mit korrekt voreingestelltem Pfad bzw. eines Links ermöglichen. Ausreichend wäre allerdings auch eine „Funktion“, die es dem Anwender ermöglicht, direkt auf die entsprechende Information gemäß a) der Online-Hilfe zuzugreifen.

PFLICHTFUNKTION ADT

P2-96	1-Click-Abrechnung auf Basis von KV-Connect
--------------	---

Die Software muss dem Anwender eine Funktion für die Übertragung der Onlineabrechnung auf Basis von KV-Connect bereitstellen.

Begründung:

Seit dem 01.07.2013 besteht eine verbindliche Umsetzungspflicht der PVS-gestützten "1-Click-Abrechnung" auf der Basis von KV-Connect.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software stellt dem Anwender zur Abrechnung ab dem ersten Quartals 2017 die Funktionen gemäß der folgenden Anforderungsdokumente bereit:
 - a) „Spezifikation KV-Connect Anwendungsdienst 1-Click-Abrechnung“ in der stets aktuellen Version [[Spezifikation_1-Click](#)].

PFLICHTFUNKTION ADT

KP2-97

1ClickAbrechnung auf Basis von KIM

Die Software muss dem Anwender eine Funktion für die Übertragung der Onlineabrechnung auf Basis von KIM bereitstellen.

Begründung:

Mit der Abrechnung des ersten Quartals 2024 kann 1Click über KIM zur Übermittlung der Abrechnung verwendet werden, sofern die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung das Verfahren unterstützt.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software stellt dem Anwender zur Abrechnung ab dem ersten Quartals 2024 die Funktionen gemäß des folgenden Anforderungsdokumentes bereit:
 - a) „1ClickAbrechnung V2.1“ in der stets aktuellen Version [[Spezifikation_1Click_KIM](#)].
2. Die Software muss das Bestätigungsverfahrens der gematik gemäß [[gematik Implementierungsleitfaden Primärsysteme Telematikinfrastruktur](#)] erfolgreich durchgeführt werden und als Nachweis muss das Bestätigungsschreiben - Bestätigung der Konformität des Primärsystems zur Konnektorschnittstelle: Funktionsumfang KIM – bei der KBV im Rahmen der Zertifizierung „1ClickAbrechnung“ eingereicht werden.

Bedingung:

1. Bis zum 31. Januar 2025 ist die Umsetzung dieser Anforderung für Softwaresysteme freiwillig.

2. Ab dem 1. Februar 2025 ist die Umsetzung dieser Anforderung für Softwaresysteme verpflichtend.

Hinweis:

Der Nachweis für die Umsetzung der Anforderung KP2-97 erfolgt im Rahmen des Zulassungsverfahrens 1ClickAbrechnung und ist auch Voraussetzung der freiwilligen Umsetzung und Auslieferung bis zum 30. September 2024.

2.1.7 Erfassung von Datumsangaben

PFLICHTFUNKTION ADT

P2-98

Erfassung von Datumsangaben (Felder mit Feldtyp „d“ und FK 4125/4233)

Die Software muss die vom Anwender eingegebenen Datumsangaben auf Gültigkeit prüfen. Ungültige Datumsangaben werden vom Softwaresystem abgewiesen.

Begründung:

Inkorrekte Datumsangaben führen zu Problemen im Abrechnungsprozess.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software erlaubt dem Anwender ausschließlich die Erfassung von gültigen Datumsangaben.
2. Die Software überträgt mit der Abrechnung das vom Anwender angegebene Datum im Format JJJJMMTT unter Beachtung des Wertebereichs in den entsprechenden Feldern.
3. Anforderungen (1) und (2) gelten auch für die Felder FK 4125 (Gültigkeitszeitraum von ... bis) und FK 4233 (Stationäre Behandlung von ... bis...), es gilt allerdings das Datumsformat JJJJMMTTJJJJMMTT.

Beispiel:

Eingabe

Abrechnungsdatei

Falsch: 29.02.2015 20150229
Falsch: 32.06.2015 20150632
Falsch: 31.04.2015 20150431
Korrekt: 02.02.2015 20150202

2.1.8 Vorbelegung der Gebührenordnung

PFLICHTFUNKTION ADT	
P2-99	Vorbelegung der Gebührenordnung (Feld 4121)

Die Software muss eine automatische Vorbelegung der vom Anwender zu erfassenden Angabe der Gebührenordnung (FK 4121) durchführen.

Begründung:

Inkorrekte Angaben der Gebührenordnung führen zu Problemen im Abrechnungsprozess. Die erfasste Gebührenordnung muss derjenigen entsprechen, welche dem Kostenträger zugeordnet ist, zu dessen Lasten die abgerechneten Leistungen in Anspruch genommen werden. Die Vorbelegung mit dem entsprechenden Wert aus der Kostenträger-Stammdaten unterstützt die Anwender bei der Erfassung der korrekten Angaben.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software muss grundsätzlich bei der ADT-Abrechnung die Gebührenordnung (FK 4121) automatisch vorbelegen. Es muss der Wert des Attributs /kostentraeger/gebuehrenordnung/@v⁴ des Kostenträgers vorgelegt werden, dessen Attribut /kostentraeger/@v der ermittelten Abrechnungs-VKNR (FK 4104) entspricht.
2. Die Software ermöglicht es dem Anwender nicht, den vorbelegten Wert der Gebührenordnung (FK 4121) vor der Übernahme der Daten des Abrechnungsdatensatzes in die ADT-Abrechnung anzupassen.

2.2 PATIENTENSTAMMDATEN ERFASSEN UND VERARBEITEN

Dieses Kapitel beschreibt die Vorgaben zur Verarbeitung von Patientenstammdaten:

- a) wenn die Eingabe von Patientenstammdaten über das Einlesen einer KVK oder eGK (**im Folgenden Versichertenkarte**) erfolgt,
- b) wenn die Eingabe von Patientenstammdaten nicht über das Einlesen einer Versichertenkarte erfolgt, sondern (z.B. von einem Behandlungsausweis) manuell über Tastatur oder über Scanner oder über ein anderes Eingabemedium erfolgt.

Daten eines Versichertendatensatzes:

Persönliche Versichertendaten:

- Geburtsdatum
- Vorname
- Name
- Geschlecht
- Vorsatzwort
- Namenszusatz
- Titel
- Versichertennummer bzw. Versicherten_ID

Straßenadresse:

- PLZ
- Ort
- Straße
- Hausnummer
- Anschriftenzusatz
- Wohnsitzlaendercode

Postfachadresse:

- PostfachPLZ

⁴ Die XPath-Ausdrücke beziehen sich in dem Kapitel 2.1.9 auf die Elemente der Kostenträger-Stammdaten.

- Kostentraegername
- Kostentraegerkennung

- PostfachOrt
- Postfach
- PostfachWohnsitzlaendercode

Geschützte Versichertendaten:

- Besondere Personengruppe
- DMP_Kennzeichnung

Allgemeine Versichertendaten:

- Versichertenart
- WOP(-Kennzeichen)
- Versicherungsschutz Beginn (JJJJMMTT)
- Versicherungsschutz Ende (JJJJMMTT)

Detaillierte Informationen über die technischen Einzelheiten der Daten der KV entnehmen Sie bitte dem „**Merkblatt Krankenversichertenkarte**“.

Informationen zu den Daten der eGK sind auf der Webseite der gematik zu finden.

Die Daten einer Versichertenkarte können in das Personalienfeld eines Behandlungsausweises gedruckt werden (z.B. Überweisungsschein). Liegt keine Versichertenkarte vor (z.B. bei Einsendepraxen), sind die gedruckten Versichertendaten des Behandlungsausweises Grundlage für die weitere Verarbeitung.

2.2.2 Patientenstammdaten über das Einlesen einer Versichertenkarte erfassen

2.2.2.1 Einsatz von mobilen und stationären Terminals

Beide Kartentypen (eGK und KV) können durch die mobilen und stationären Terminals verarbeitet und die Datensätze mittels RS232-, LAN- oder USB-Schnittstelle an das Abrechnungssystem übergeben werden. Ein PVS muss daher mindestens eine der genannten Schnittstellen unterstützen.

Die Datensätze der KV müssen für die weitere Verarbeitung im Rahmen der KV-Abrechnung in die eGK-Struktur konvertiert werden.

Als Hilfestellung für die notwendige Konvertierung wird eine „**Mappingtabelle_KV**“ [**KBV_ITA_VGEX_Mapping_KV**] zur Verfügung gestellt.

Die Bedruckung des Personalienfeldes aller vertragsärztlichen Formulare erfolgt gemäß den Bedruckungsvorschriften in Kapitel „**Bedruckung des Personalienfeldes**“ in der „**Mappingtabelle_KV**“ [**KBV_ITA_VGEX_Mapping_KV**].

Im Folgenden seien einige Schlüsselfunktionen für die Verarbeitung der Versichertenkarten-Datensätze definiert:

KONDITIONALE PFlichtfunktion ADT	
KP2-100	Einsatz zertifizierter Lesegeräte

Alle Terminals müssen auf Anforderung an jedes Abrechnungssystem in mindestens einer Schnittstelle (RS232, LAN, USB) angebunden werden können.

Bedingung:

Ausgenommen von der Umsetzung dieser Anforderung sind Softwaresysteme ohne APK.

2.2.2.2 Krankenversichertenkarte als Berechtigungsnachweis zur Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen ab 01.01.2015 ungültig

Gemäß Anlage 4a BMV-Ä (Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte, § 4 Einführung der elektronischen Gesundheitskarte) verliert die Krankenversichertenkarte (KVK) - unabhängig vom aufgedruckten Gültigkeitsdatum der KVK - endgültig zum Jahresende 2014 ihre Funktion als Berechtigungsnachweis zur Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen von Versicherten gesetzlicher Krankenkassen.

Ab dem 1. Januar 2015 gilt für gesetzlich Krankenversicherte nur noch die elektronische Gesundheitskarte als Berechtigungsnachweis zur Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen.

Unbenommen davon sind für Versicherte der Sonstigen Kostenträger weiterhin Krankenversichertenkarten als Berechtigungsnachweis zur Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen zulässig.

Nachfolgend eine Auflistung der eindeutigen Unterscheidungsmerkmale der Kostenträgerarten anhand der Abrechnungs-VKNR (FK 4104) und des Kostenträger-Abrechnungsbereichs (KTAB, FK 4106):

Kostenträger der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV):

- › Es gilt: Die Seriennummer der VKNR (3. - 5. Stelle des Feldes 4104) ist immer < 800 und der Kostenträger-Abrechnungsbereich ist immer = 00 (Primärabrechnung).
- › Die Krankenversichertenkarten der Versicherten dieser Kostenträger sind ab 01.01.2015 **ungültig**.

Sonstige Kostenträger (SKT):

Wir unterscheiden im Rahmen der Abrechnung:

- › **“originäre” Sonstige Kostenträger** (z.B. JVA, Bundeswehr, Feuerwehr, Sozialämter) als eigenständige Kassen mit eindeutigem VKNR-Seriennummern-Kontingent:
 - Es gilt: Die Seriennummer der VKNR ist immer ≥ 800 und Kostenträger-Abrechnungsbereich kann 00 - 09 sein.
 - Die Krankenversichertenkarten der Versicherten dieser Kostenträger sind über den 01.01.2015 hinaus **gültig**.
 - **Beispiel:**
Postbeamtenkrankenkasse, VKNR 61850
- › Zum anderen können **GKV-Kostenträger** als „**aushelfende Kassen**“ aufgrund vertraglicher Bestimmungen (auf KV-Ebene) als „Sonstige“ (Besondere) Kostenträger auftreten:
 - Es gilt: Die Seriennummer der VKNR ist immer < 800 und der Kostenträger-Abrechnungsbereich immer ungleich 00.
 - Die Krankenversichertenkarten der Versicherten dieser Kostenträger sind ab 01.01.2015 **ungültig**.
 - Beispiel: Kostenträger IKK Nord, Abrechnung erfolgt im Rahmen des Sozialversicherungsabkommens (SVA), VKNR: **01310**, Seriennummern-Kontingent 301 - 399 (= Kassenart „Innungskrankenkassen (IKK)“) **und** Kostenträger-Abrechnungsbereich: **01** (= Kennzeichen für Sozialversicherungsabkommen)

Zusammenfassung Einlesen einer KVK:

3. - 5. Stelle der VKNR / KTAB		
	=00	=!00
≥ 800	KVK gültig	KVK gültig
< 800	KVK ungültig	KVK ungültig

Tabelle 2 – Einlesen einer KVK in Abhängigkeit von der VKNR-Seriennummer und KTAB

KONDITIONALE PFLECHTFUNKTION ADT

KP2-101

Krankenversichertenkarte als Berechtigungsnachweis zur Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen ungültig – Ausnahmeregelung für „originäre“ Sonstige Kostenträger (VKNR-Seriennummer 3.-5. Stelle ≥ 800)

Die Software stellt sicher, dass das Einlesen einer Krankenversichertenkarte (KVK) bei gesetzlich Versicherten mit einer Fehlermeldung abgelehnt wird.

Begründung:

Seit dem 1. Januar 2015 gilt ausschließlich die elektronische Gesundheitskarte als Berechtigungsnachweis für die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen bei gesetzlich Versicherten und löst damit die KVK ab.

Akzeptanzkriterium:

1. Das System muss das Einlesen der KVK bei gesetzlich Versicherten mit einer Fehlermeldung ablehnen, wenn die Stellen 3 - 5 des Feldes 4104⁵ < 800 .
 - a) Eine automatische Weiterverarbeitung der abgelehnten Daten erfolgt nicht.
 - b) Der Anwender hat die Möglichkeit in eigenem Ermessen und in Kenntnis möglicher Regressforderungen, zum Zwecke der Abrechnung und Bedruckung, die Kartendaten manuell im PVS zu erfassen (siehe KP2-102). Die Behandlung und Abrechnung erfolgt dabei unter Beachtung der Anlage 4a BMV-Ä (Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte).
2. Das System muss das Einlesen und die automatische Weiterverarbeitung der KVK bei „originären“ Sonstigen Kostenträger unterstützen, wenn die Stellen 3 - 5 des Feldes 4104 ≥ 800 und der Inhalt des Feldes 4106 (KTAB) = 00 - 09 ist.

Bedingung:

Ausgenommen von der Umsetzung dieser Anforderung sind Softwaresysteme ohne APK.

Hinweis:

Diese Anforderungen gelten auch bei der Übernahme von Versichertenkarten-Datensätzen aus einem mobilen Kartenterminal.

ZUSAMMENFASSUNG

3. - 5. Stelle der VKNR / KTAB	Einlesen der KVK	Manuelle Erfassung
≥ 800 (KTAB = 00 bis 09)	KVK gültig. Das Einlesen der KVK muss dem Anwender erlaubt werden.	Die manuelle Erfassung der Daten muss dem Anwender ermöglicht werden. Die Behandlung und Abrechnung erfolgen im Ermessen des Arztes.
< 800 (KTAB = 00 bis 09)	KVK ungültig. Das Einlesen der KVK muss mit einer Fehlermeldung (s. KP2-101) abgelehnt werden.	Die manuelle Erfassung der Daten muss dem Anwender ermöglicht werden. Die Behandlung und Abrechnung erfolgen im Ermessen des Arztes.

Tabelle 3 – Einlesen einer KVK in Abhängigkeit von der VKNR-Seriennummer

⁵ Hinweis: Die VKNR muss über die KT-Stammdaten aus dem IK der Versichertenkarte abgeleitet/ermittelt werden.

Wird im Folgenden der Begriff KVK verwendet, so sind stets nur die KVK von „originären“ Sonstigen Kostenträgern gemeint.

Zum 1. Januar 2025 wird die Heilfürsorge der Bundespolizei für erste Mitglieder eGKs gemäß dem Schema für gesetzlich Versicherte ausgeben. Somit darf von der Software das Einlesen von eGKs für einen Versicherten eines Sonstigen Kostenträgers nicht verhindert werden.

KONDITIONALE PFlichtfunktion ADT	
KP2-102	Kartendaten der abgelehnten Krankenversichertenkarte werden in kopierbarer Form angezeigt

Die Software ermöglicht dem Anwender das Anzeigen der Kartendaten einer abgelehnten Krankenversichertenkarte (entsprechend KP2-101) in „kopierbarer“ Form.

Begründung:

Der Anwender muss die Möglichkeit haben sich die abgelehnten Kartendaten in „kopierbarer“ Form anzuzeigen, um beispielsweise Datenverluste nach der Übernahme von Versichertenkarten-Datensätzen aus einem mobilen Kartenterminal zu vermeiden.

Akzeptanzkriterium:

1. Mit Ablehnung der Krankenversichertenkarte entsprechend KP2-101 kann sich der Anwender die abgelehnten Kartendaten in „kopierbarer“ Form anzeigen lassen. Eine automatische Übernahme der Kartendaten ins „Ersatzverfahren“ (gemäß Abschnitt 2.2.3.1 Definition Ersatzverfahren) ist nicht erlaubt.
2. Ein „Einlesedatum“ gemäß P2-140 darf in diesem Fall nicht erzeugt werden.

Bedingung:

Ausgenommen von der Umsetzung dieser Anforderung sind Softwaresysteme ohne APK.

PFlichtfunktion ADT	
P2-105	Konvertierung der KVK-Daten in eGK-/KVDT-konforme Strukturen

Die Software muss die Datenfelder der Krankenversichertenkarte (KVK) für die weitere Bearbeitung im Rahmen der Abrechnung gemäß den Anforderungen der Mappingtabelle_KVK⁶ transformieren.

Begründung:

Vertragliche Grundlage dieser Anforderung sind die Anlage 4a BMV-Ä sowie die Technische Anlage zu Anlage 4a (BMV-Ä).

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software muss alle erforderlichen Anforderungen gemäß der Mappingtabelle_KVK in der jeweils aktuellen Version umsetzen, vgl. [KBV_ITA_VGEX_Mapping_KVK].

Hinweis:

Für die weitere Verarbeitung und die darauf aufsetzenden weiteren Pflichtfunktionen wird davon ausgegangen, dass jeweils ein valider eGK-Datensatz gemäß Mappingtabelle_KVK, sei es durch das Einlesen einer eGK oder durch die korrekte Konvertierung der KVK-Datenfelder, vorliegt.

Unabhängig davon, ob die Daten originär von einer eingelesenen eGK stammen oder durch Einlesen und anschließende Konvertierung einer KVK erzeugt wurden, wird im Folgenden – soweit möglich - der Begriff „Versichertenkarte“ verwendet.

⁶ Enthält die zwischen KBV und GKV-Spitzenverband abgestimmten Konvertierungsvorgaben.

KONDITIONALE PFLECHTFUNKTION ADT

KP2-121	Übertragung eGK-Daten bei Versicherten der BPol
---------	---

Die Software muss sicherstellen, dass sobald für einen Versicherten der Bundespolizei Heilfürsorge (BPol) eine eGK eingelesen wurde, keine weiteren veralteten KVks mehr eingelesen werden können.

Begründung:

Der Kostenträger Bundespolizei Heilfürsorge plant die alten KVks durch aktuelle eGKs zu ersetzen.

Akzeptanzkriterium:

1. Wenn für einen Versicherten der BPol (VKNR = 74860) erstmalig eine eGK eingelesen wurde, dann lehnt die Software zukünftig das Einlesen einer veralteten KV (auch für die VKNR 27860) im laufenden Quartal sowie allen weiteren Quartalen ab und weist den Anwender darauf hin, dass der Versicherte bereits eine eGK besitzt.

Bedingung:

Ausgenommen von der Umsetzung dieser Anforderung sind Softwaresysteme ohne APK.

Hinweis:

Im Rahmen der eGK-Ausgabe hat die BPol die neue VKNR = 74860 eingeführt, bis zum vollständigen Austausch aller KVks innerhalb eines Übergangszeitraums bleibt in der Kostenträgerstammdatei auch die VKNR 27860 gültig.

2.2.2.3 "Amtliche" Felder

PFLECHTFUNKTION ADT

P2-120	Verarbeitung und Anzeige der Versichertendaten nach dem Einlesen einer Versichertenskarte
--------	---

Falls Versichertendatensätze von einer Versichertenskarte eingelesen werden, muss das System die Daten der Versichertenskarte im selben Quartal als "amtliche" Daten behandeln. Diese Daten müssen unverändert gespeichert und mit der Abrechnung übertragen werden.

Begründung:

Durch eine Änderung von eingelesenen Versichertendatensätzen einer gültigen Versichertenskarte, könnte es im weiteren Abrechnungsprozess zu Ablehnungen des Abrechnungsdatensatzes durch die Krankenkassen kommen.

Akzeptanzkriterium:

1. Nach dem erfolgreichen Einlesen eines Versichertendatensatzes von einer Versichertenskarte gemäß den Vorgaben der „Technischen Anlage zur Anlage 4a“ und dem Erzeugen eines Einlesedatums gemäß der Anforderung P2-140 haben die nachfolgenden Daten einer Versichertenskarte "amtlichen" Charakter:

„AMTLICHE“ FELDER				
Persönliche Versichertendaten	Geschützte Versichertendaten	Straßenadresse	Postfachadresse	Allgemeine Versichertendaten
Geburtsdatum	Besondere Personengruppe	PLZ	PostfachPLZ	Versichertentart
Vorname	DMP_Kennzeichnung	Ort	PostfachOrt	WOP (-Kennzeichen)
Name		Straße	Postfach	Versicherungsschutz Beginn (JJJMMTT)
Geschlecht		Hausnummer	PostfachWohnsitzlaendercode	Versicherungsschutz Ende (JJJMMTT)
Vorsatzwort		Anschriftenzusatz		
Namenszusatz		Wohnsitzlaendercode		
Titel				
Versichertenummer bzw. Versicherten_ID				
Kostentraegername				
Kostentraegerkennung				

Tabelle 4 – „Amtliche“ Felder

- a) Im Rahmen des Einlesevorganges müssen die folgenden Anforderungen beachtet werden:
- P2-105
 - P2-135
 - P2-136
 - P2-170
 - KP2-310
 - P2-470 (Ausnahme der „Amtlichkeit“ beim Einlesen einer KVK für die Angabe des Geschlechts)
 - Vorgaben des Kapitels „2.2.2.1 Zuordnung des Kostenträgers (VKNR, IK und Krankenkassename)“

- Die Software muss die Felder mit „amtlichem“ Charakter unverändert und patientenbezogen anzeigen, speichern und mit der Abrechnung übertragen.
 - Die Software muss bedienungs- und programmtechnisch eine Änderung der Felder mit amtlichem Charakter ausschließen.
- Die "Amtlichkeit" der in Tabelle 4 aufgeführten Daten gilt bis zum Ablauf des Quartals, in dem die Versichertenkarte eingelesen wurde.
- Falls ein erfolgreicher Einlesevorgang einer Versichertenkarte stattgefunden hat, muss die Software die automatische Übernahme der Versichertendaten ins Ersatzverfahren (gemäß Abschnitt 2.2.3.1 **Definition Ersatzverfahren**) zum Zwecke der Datenänderung unterbinden.

Hinweis:

Für Akzeptanzkriterium (2) gilt:

Auch wenn die Patientendaten nicht mehr aktuell sind, müssen diese ohne Änderung in der Abrechnung übertragen werden.

Bei der Bedruckung von vertragsärztlichen Formularen ist zu beachten, welche Adressdaten für die Bedruckung zu verwenden sind. Es wird unterschieden zwischen Überweisungs- und Abrechnungsscheinen

und den übrigen vertragsärztlichen Formularen (siehe P7-81 / P7-82, „Anforderungskatalog Formularbedruckung“ [[KBV_ITA_VGEX_Anforderungskatalog_Formularbedruckung](#)]).

Beachten Sie bitte auch die Anforderungen [P2-140](#), [P2-150](#), [KP2-557](#) und [P2-558](#).

2.2.2.4 Das WOP-Kennzeichen

PFLECHTFUNKTION ADT	
P2-135	Übernahme des WOP-Kennzeichens von der Versichertenkarte

Die Software muss die Transformationsvorschriften für das WOP(-Kennzeichen) gemäß den Anforderungen der „Technischen Anlage zur Anlage 4a“ einhalten und dem Anwender die manuelle Erfassung eines WOP-Kennzeichens ermöglichen.

Begründung:

Vertragliche Grundlage dieser Anforderung sind die Anlage 4a BMV-Ä sowie die Technische Anlage zu Anlage 4a (BMV-Ä).

Das WOP darf zur Vermeidung von Fehlzuweisungen nicht programmtechnisch bestimmt werden.

Akzeptanzkriterium:

1. Falls eine Krankenversichertenkarte (KVK) eingelesen wird, muss die Software den Inhalt des Feldes „VKNR/WOP“ (Objekttag ‚8F‘) entsprechend den Vorgaben der „Technischen Anlage zur Anlage 4a“ [[KBV_ITA_VGEX_Mapping_KVK](#)] transformieren und im Feld 3116 übertragen. (vgl. auch [P2-105](#)).
 - a) Wenn kein WOP-Kennzeichen auf der KVK codiert ist, dann wird das Feld 3116 nicht übertragen.
2. Falls eine eGK eingelesen wird, muss die Software den Inhalt des Elements . . ./WOP entsprechend den Vorgaben der „Technischen Anlage zur Anlage 4a“ in das Feld 3116 übernehmen. (vgl. auch [P2-105](#))
3. Die Software muss dem Anwender im Rahmen der manuellen Erfassung die Möglichkeit bieten, das WOP-Kennzeichen manuell zu erfassen. (vgl. auch [P2-400](#))
 - a) Die Software belegt das Eingabefeld des WOP-Kennzeichens nicht vor (beispielsweise anhand der PLZ des Versicherten).
4. Die Software muss das vom Anwender erfasste WOP-Kennzeichen im Feld 3116 übertragen.

Hinweis:

Aufgrund von Speicherplatzproblemen erfolgte auf der Krankenversichertenkarte eine Doppelbelegung des VKNR-Feldes (Objekttag ‚8F‘, VKNR bzw. WOP-Kennzeichen), sodass alternativ auch ein Wohnort-Kennzeichen (WOP) im Format 000nn (nn = KV-Bereich) enthalten sein kann.

2.2.2.5 Name des Kostenträgers von der Versichertenkarte

PFLECHTFUNKTION ADT	
P2-136	Name des Kostenträgers von der Versichertenkarte

Die Software muss die Transformationsvorschriften für den Namen des Kostenträgers gemäß den Anforderungen der „Technischen Anlage zur Anlage 4a“ einhalten.

Begründung:

Die vertragliche Grundlage dieser Anforderung sind die Anlage 4a BMV-Ä sowie die Technische Anlage zu Anlage 4a (BMV-Ä).

Akzeptanzkriterium:

1. Falls eine KVK eingelesen wird, muss die Software den Inhalt des Feldes „KrankenKassenName“ (Objekttag „80‘) entsprechend den Vorgaben der „Technischen Anlage zur Anlage 4a“ [KBV_ITA_VGEX_Mapping_KVK] in das Feld 4134 übernehmen. (vgl. auch P2-105)
2. Falls eine eGK eingelesen wird, muss die Software den Inhalt des Elements . . . /Name entsprechend den Vorgaben der „Technischen Anlage zur Anlage 4a“ in das Feld 4134 übernehmen unter Beachtung der nachfolgenden Prioritätenregelung:
 - › **Priorität 1:**
Inhalt von Element
UC_AllgemeineVersicherungsdatenXML/Versicherter/Versicherungsschutz/Kostentraeger/AbrechnenderKostentraeger/Name
 - › **Priorität 2:**
Inhalt von Element
UC_AllgemeineVersicherungsdatenXML/Versicherter/Versicherungsschutz/Kostentraeger/Name (vgl. auch P2-105)
3. Die Software darf den Kostenträgernamen von der Versichertenkarte nicht zur Bedruckung von vertragsärztlichen Formularen verwenden, sondern muss die Regelungen der Anforderungen P2-210, P2-220, P2-260 oder P2-270 beachten.
4. Die Software ermöglicht es dem Anwender nicht, diese Daten im Rahmen der manuellen Erfassung zu erfassen.

Hinweis:

Das KVDT-Feld 4134 („Kostentraegername“) kann in einer Satzart 010x nur vorhanden sein, wenn tatsächlich eine Versichertenkarte eingelesen wurde.

Der Kostenträgername muss beim Einlesen einer Versichertenkarte immer - unabhängig von der Scheinuntergruppe - übertragen werden. Die Funktionen P2-120 und P2-136 haben Vorrang vor Kontext-Regel 777 der **KVDT-Datensatzbeschreibung**.

Die Einschränkung auf bestimmte Scheinuntergruppen in der Regel 777 resultiert aus der Anforderung P2-140 (8).

2.2.2.6 Einlesedatum

PFlichtfunktion ADT	
P2-140	„Einlesedatum“ erzeugen, anzeigen und speichern
<ol style="list-style-type: none">1. Im Anschluss an einen erfolgreichen Lesevorgang einer Versichertenkarte durch ein stationäres Lesegerät wird vom Betriebssystem automatisch ein Systemdatum bereitgestellt.2. Das Systemdatum darf nur bei einem erfolgreichen Einlesevorgang einer Versichertenkarte erzeugt, angezeigt und weiterverarbeitet werden.3. Das Systemdatum wird als „Einlesedatum“ der Versichertenkarte (= „letzter Einlesetag der Versichertenkarte im Quartal“, FK 4109) am Bildschirm angezeigt.4. Das Einlesedatum hat "amtlichen Charakter" und ist ein Lesefeld. Es darf dem Anwender nicht möglich sein, dieses Feld zu verändern.5. Das Einlesedatum darf nur unter den o.a. Bedingungen in die Patientenstammdaten übernommen und gespeichert werden.6. Für die Abrechnung wird das Einlesedatum im Feld „Letzter Einlesetag der Versichertenkarte im Quartal“ (FK 4109 des (x)ADT-Datenpaketes) gespeichert.	

7. Es darf **keine Möglichkeit** bestehen, das Einlesedatum zu generieren oder manuell einzugeben, wenn die Eingabe von Versichertendaten manuell über Tastatur (z.B. beim Ersatzverfahren), über Scanner oder über ein anderes Eingabemedium erfolgt.
8. Wird mittels Satzart 8215 „Auftrag“ (LDT 3) das Feld 4109 „letzter Einlesetag der Versichertenkarte im Quartal“ in die Patientendokumentation eines Abrechnungssystems importiert, darf es dem Anwender nicht möglich sein, den Inhalt des Feldes 4109 zu verändern.
9. Nach der Übernahme des Versichertenkarten-Datensatzes aus einem **mobilen Kartenterminal** (Rückgabecode 9500 oder 9501 bei RESET_CT) wird das **Einlesedatum** nicht durch das Systemdatum bereitgestellt, sondern aus dem Datenobjekt Einlesedatum (tag ,91') übernommen, wie auch die **Zulassungsnummer** des mobilen Kartenterminals aus dem Datenobjekt Zulassungsnummer (tag ,92')⁷, vgl. Kapitel „Mobiles Einsatzszenario“ gemäß „Mappingtabelle_KVK“ “[KBV_ITA_VGEX_Mapping_KVK] und auch P2-180.

PFLICHTFUNKTION ADT

P2-150	Legitimation von Leistungen im laufenden Quartal mittels Einlesedatum
--------	---

Falls in einem Quartal mehrere Arzt-Patienten-Kontakte stattfinden und kein Wechsel der Besonderen Personengruppe nach P2-535 oder Kassenwechsel nach P2-530 oder Versichertenartwechsel nach P2-540 vorliegt, muss die Software den letzten Einlesetag der Versichertenkarte im Quartal (FK 4109) automatisch anpassen.

Begründung:

Zur Kennzeichnung, ob im Rahmen der Behandlung zum Nachweis der Anspruchsberechtigung gemäß § 13 BMV-Ä eine elektronische Gesundheitskarte vorgelegt und eingelesen wurde, muss das **Einlesedatum im Rahmen der Abrechnung übermittelt werden**. Akzeptanzkriterium:

1. Falls im laufenden Quartal Leistungen für denselben Versicherten, von demselben Arzt erbracht werden, kein Wechsel der Besonderen Personengruppe nach P2-535 oder Kassenwechsel nach P2-530 oder Versichertenartwechsel nach P2-540 vorliegt und **kein Einlesedatum** zu den Satzarten 010x vorhanden ist, dann muss die Software beim Einlesen der Versichertenkarte im laufenden Quartal das Einlesedatum in alle Satzarten des ADT-Datenpaketes "010x" in die FK 4109 befüllen und übertragen.
2. Falls im laufenden Quartal Leistungen für denselben Versicherten, von demselben Arzt erbracht werden, kein Wechsel der Besonderen Personengruppe nach P2-535 oder Kassenwechsel nach P2-530 oder Versichertenartwechsel nach P2-540 vorliegt und **ein Einlesedatum** zu den Satzarten 010x bereits vorhanden ist, dann muss die Software beim Einlesen der Versichertenkarte im laufenden Quartal die FK 4109 für alle Satzarten des ADT-Datenpaketes "010x" mit dem neuen Einlesedatum überschreiben und übertragen.
3. Der Einlesetag (FK 4109) von ADT-Datenpaketen "010x" aus den Vorquartalen darf von der Software nicht angepasst werden.

Hinweise:

1. Beachten Sie bitte auch die Vorgaben zum Besondere Personengruppen- (P2-535), Kassen- (P2-530) und Versichertenartwechsel (P2-540) sowie die Vorgaben zur Änderung von amtlichen Versichertendaten unter Kapitel 2.3.5.
2. Der Versichertennachweis wird unter o. a. Voraussetzungen mit einem im laufenden Quartal erzeugten Einlesedatum erbracht. Der „letzte Einlesetag der Versichertenkarte im Quartal“ legitimiert daher automatisch alle Leistungen im laufenden Quartal.

⁷ Zusätzlich zum VDT/VSD wird durch mobile Kartenterminals ein Steckdatum der Karte als auch die Zulassungsnummer des Terminals übertragen. Daran kann neben dem Rückgabecode implizit auf ein mobiles Kartenterminal geschlossen werden.

Leistungen des laufenden Quartals seien für denselben Versicherten, von demselben Arzt und zu demselben Kostenträger⁸ erbracht. Dann gilt:

- 1. Ist kein Einlesedatum zu den Satzarten 010x vorhanden, dann muss beim Einlesen der Versichertenkarte im laufenden Quartal das Einlesedatum automatisch in alle Satzarten des ADT Datenpaketes „010x“ unter FK 4109 kopiert werden.**
- 2. Wenn dieselbe Versichertenkarte desselben Versicherten von demselben Arzt im Laufe des Leistungsquartals nochmals eingelesen wird, dann muss ein bereits vorhandenes Einlesedatum im laufenden Quartal in allen betreffenden Satzarten des ADT Datenpaketes „010x“ automatisch überschrieben werden.**

Anmerkung:

Der **Versichertennachweis** wird unter o. a. Voraussetzungen mit einem im laufenden Quartal erzeugten Einlesedatum erbracht. Der „letzte Einlesetag der Versichertenkarte im Quartal“ legitimiert daher automatisch alle Leistungen im laufenden Quartal.

10. Achtung: (1), (2) gelten nicht für „Vorquartalsfälle“.

Anmerkung:

Beachten Sie bitte auch die Vorgaben zum Besondere Personengruppen-, Kassen- und Status-Wechsel sowie die Vorgaben zur Änderung von amtlichen Versichertendaten unter [Kapitel 2.3.5](#).

2.2.2.7 Überprüfung der Leistungspflicht des Kostenträgers

PFLICHTFUNKTION ADT

P2-166 Überprüfung der Leistungspflicht des Kostenträgers

Die Abrechnungssoftware muss beim Einlesen einer Versichertenkarte die Leistungspflicht des Kostenträgers durch Überprüfung des "Versicherungsschutzes" (eGK: Elemente //Versicherungsschutz/Beginn bzw. //Versicherungsschutz/Ende bzw. KVK: Objekttag ,8D' „GültigkeitsDatum“) sicherstellen. Hierbei sind grundsätzlich folgende Fälle zu unterscheiden:

Fall 1)

Beim Einlesen der Daten einer eGK gilt:

- a) Falls das Einlesedatum (FK 4109) >= VersicherungsschutzBeginn und - sofern ein entsprechendes Element auf der eGK vorhanden ist - <= VersicherungsschutzEnde, dann gilt:
Diese Karte ist gültig. Das Einlesen der Daten dieser Versichertenkarte muss möglich sein. Eine Abrechnung von Leistungen und die Bedruckung vertragsärztlicher Formulare sind zulässig.
- b) Falls das Einlesedatum (FK 4109) < VersicherungsschutzBeginn oder - sofern ein entsprechendes Element auf der eGK vorhanden ist - > VersicherungsschutzEnde, dann gilt:
Das Einlesen der Daten dieser Versichertenkarte muss mit einer entsprechenden Fehlermeldung abgelehnt werden. Diese Karte ist ungültig.

Fall 2)

Beim Einlesen der Daten einer KVK⁹ gilt:

Es muss eine Transformation des KVK-Feldes, Objekttag ,8D', „GültigkeitsDatum“ im Format "MMJJ" in die Form "JJJJMMTT" erfolgen, wobei TT = letzter möglicher Tag des Monats und JJJJ = Verkettung ('20',JJ).

⁸ Ein Kostenträger wird eindeutig identifiziert über eine Kombination von Abrechnungs-VKNR und Kostenträger-Abrechnungsbereich (= VKNR-KTAB-Kombination)

⁹ vgl. Kapitel [2.2.1.3](#)

Diese Angabe muss dann unter der FK 4110 („VersicherungsschutzEnde“) in der ADT-Abrechnung übertragen werden, vgl. „Mappingtabelle_KVK“ [KBV_ITA_VGEX_Mapping_KVK]

- a) Falls das Einlesedatum (FK 4109) <= VersicherungsschutzEnde, dann gilt: Das Einlesen der Daten dieser Versichertenkarte muss möglich sein. Diese Karte ist gültig. Eine Abrechnung von Leistungen und die Bedruckung vertragsärztlicher Formulare sind zulässig.
- b) Falls das Einlesedatum (FK 4109) > VersicherungsschutzEnde, dann gilt: Das Einlesen der Daten dieser Versichertenkarte muss mit einer entsprechenden Fehlermeldung abgelehnt werden. Diese Karte ist ungültig.

Fall 1) und Fall 2)

Diese Anforderungen gelten auch bei der Übernahme von Versichertenkarten-Datensätzen aus einem mobilen Kartenterminal.

Fall 1) (b) und Fall 2) (b)

Eine direkte Weiterverarbeitung der Daten der Versichertenkarte zum Zwecke der ADT-Abrechnung und Bedruckung vertragsärztlicher Formulare zu Lasten dieses Kostenträgers ist **nicht** zulässig.

Mit Ablehnung der Versichertenkarte muss der Anwender die Möglichkeit erhalten, sich die abgelehnten Kartendaten in „kopierbarer Form“ gemäß KP2-102 anzeigen zu lassen.¹⁰ Ein „Einlesedatum“ gemäß P2-140 darf nicht erzeugt werden.

Die Behandlung und Abrechnung erfolgt im Ermessen des Arztes unter Beachtung der Anlage 4a BMV-Ä („Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte“).

2.2.2.8 Übernahme der Versichertendaten in die Patientenstammdaten

PFlichtfunktion ADT	
P2-170	Übernahme der eingelesenen Daten in die Patientenstammdaten

Wurden die für das laufende Quartal gültigen Abrechnungsinformationen der Versichertenkarte eingelesen, müssen die entsprechenden Daten in die Patientenstammdaten übernommen werden können.

Dabei muss die Software sicherstellen, dass dem Anwender nach dem Lesen der eGK mittels Konnektor und vor der Übernahme der Versichertendaten die vollständigen Änderungen im Vergleich zu bereits vorhandenen Patientenstammdaten angezeigt werden, siehe Anforderung „VSDM-A_2538 PS: Anzeige Delta VSD“ aus dem Implementierungsleitfaden der gematik.

☒ VSDM-A_2538 PS: Anzeige Delta VSD

Das Primärsystem SOLL dem Benutzer nach dem Lesen der VSD von der eGK und vor der Übernahme/Speicherung geänderte VSD im Vergleich zu bereits vorhandenen Patientenstammdaten anzeigen.☒

Begründung:

In Anlage 4a des BMV-Ä Anhang 1, Nr. 1.5 ist definiert, dass nur Daten von Karten übernommen werden müssen, wenn die Feldausprägungen der „Technischen Anlage zur Anlage 4a“ entsprechen.

¹⁰ Um beispielsweise Datenverluste nach der Übernahme von Versichertenkarten-Datensätzen aus einem mobilen Kartenterminal zu vermeiden. Eine automatische Übernahme ins „Ersatzverfahren“ ist nicht vorgesehen.

2.2.2.9 Übertragung der Zulassungsnummer des mobilen Lesegerätes in ein Abrechnungssystem

PFlichtfunktion ADT	
P2-180	Übertragung der Zulassungsnummer des mobilen Lesegerätes in ein Abrechnungssystem (KVDT)
<ol style="list-style-type: none">Werden die Versichertenkarten-Daten durch ein mobiles Lesegerät (Rückgabecode 9500 oder 9501 bei RESET_CT¹¹) in ein Abrechnungssystem übertragen, muss die Zulassungsnummer des mobilen Kartenterminals (tag „92“ des erweiterten VDT¹²) in der jeweiligen Satzart 010x des KVDT übertragen werden (FK 4108), vgl. auch P2-140 (9) bzw. Kapitel „Mobiles Einsatzszenario“ gemäß „Mappingtabelle_KVK“ [KBV_ITA_VGEX_Mapping_KVK].Ist bereits eine Zulassungsnummer vorhanden, wird diese durch die aktuell zu übertragene Zulassungsnummer überschrieben (nur eine Zulassungsnummer pro Datensatz „010x“).Die Software muss, wenn dieselbe Versichertenkarte derselben Kasse desselben Versicherten von demselben Arzt im laufenden Quartal beim 1. APK über ein mobiles Lesegerät eingelesen wurde, und dann bei einem weiteren APK nochmals über ein stationäres Lesegerät eingelesen wird, das bereits vorhandene Einlesedatum (Feld FK 4109) in der jeweiligen Satzart „010x“ überschreiben (vgl. auch P2-150). Die Software überträgt mit der Abrechnung nicht das Feld FK 4108 („Zulassungsnummer“).	

2.2.2.10 Übertragung Prüfungsnachweis nach VSDM-Aktualisierung

Konditionale Pflichtfunktion ADT	
KP2-185	Übertragung Prüfungsnachweis nach VSDM-Aktualisierung

Die Software muss die Übertragung des „Prüfungsnachweises nach VSDM-Aktualisierung“ in die ADT-Abrechnung ermöglichen.

Begründung:

Der „Prüfungsnachweis nach VSDM-Aktualisierung“ wird für den Vertragsarzt / Vertragspsychotherapeuten bei durchgeführter Onlineprüfung und –aktualisierung erzeugt. Die Bereitstellung des Nachweises der Durchführung der Onlineaktualisierung auf der eGK (= „Prüfungsnachweis“) regelt § 291 Absatz 2b SGB V. Die Angabe und Übermittlung des Prüfungsnachweises als Bestandteil der zu übermittelten Abrechnungsunterlagen an die zuständige KV ist in § 295 SGB V geregelt.

Grundlagen:

Der Prüfungsnachweis ist ein Datensatz, der bei einer durchgeföhrten Onlineprüfung und –aktualisierung auf der eGK gespeichert und dem PVS übergeben wird. Der Prüfungsnachweis wird auf der eGK in der Datei EF.PN abgelegt. Im Prüfungsnachweis können die folgenden Inhalte abgebildet werden:

- Timestamp
- Ergebnis der Onlineprüfung und –aktualisierung
- Error-Code (Rückgabewert)
- Prüfziffer des Fachdienstes

Weitere Informationen zum Prüfnachweis entnehmen Sie der Webseite der gematik.

¹¹ Rückgabecode „9501“: Mobile Kartenterminals im Rahmen des „Online-Produktivbetriebs“, sonstiger alter Rückgabecode „9500“ von mobilen Kartenterminals.

¹² VDT = VersichertenDatenTemplate

Akzeptanzkriterium:

1. Falls eine eGK eingelesen und eine Onlineprüfung durchgeführt wurde (entsprechend ist eine aktuelle Datei EF.PN auf der eGK vorhanden), muss die Software den Prüfungsnachweis in die Abrechnung übernehmen und speichern.

Hinweis:

Der Prüfungsnachweis ist mit einem nur dem Anwender bekannten symmetrischen Schlüssel verschlüsselt. Es darf nur der Prüfungsnachweis, für den durch den Anwender eine Aktualisierung erfolgte, in das PVS übernommen werden. Damit der Prüfungsnachweis gelesen werden kann, muss bei der Kommunikation mit dem Konnektor das Flag „Prüfnachweis lesen“ gesetzt sein.

2. Die Software darf den Prüfungsnachweis nicht übertragen, wenn die Daten von einem mobilen Kartenterminal übernommen werden.
3. Sollte beim Einlesen im Quartal ein Prüfungsnachweis zurückgegeben werden, der den Status 1 oder 2 besitzt, wird bei allen weiteren Einlesevorgängen zwar eine Online-Prüfung und ggf. eine Aktualisierung der VSD durchgeführt werden, jedoch wird kein weiterer Prüfungsnachweis - betrifft die Feldkennungen 3010, 3011, 3012 und 3013 - in die Abrechnung übernommen.
4. Falls beim ersten Einlesen im Quartal ein Prüfungsnachweis zurückgegeben wird, der den Status 3 bis 6 hat, wird beim nächsten Einlesevorgang eine Online-Prüfung und ggf. Aktualisierung der VSD durchgeführt werden. Wenn der neue Prüfungsnachweis den Status 1 oder 2 hat, dann wird der bereits vorhandene Prüfungsnachweis - betrifft die Feldkennungen 3010, 3011, 3012 und 3013 im aktuellen Quartal - in der Abrechnung überschrieben.
5. Die Software überträgt den Prüfungsnachweis wie folgt mit der Abrechnung im jeweiligen Datensatz „010x“:
 - a) Inhalt von Element /PN/TS in Feld FK 3010 („Datum und Uhrzeit der Onlineprüfung und -aktualisierung (Timestamp)“)
 - b) Inhalt von Element /PN/E in Feld FK 3011 („Ergebnis der Onlineprüfung und -aktualisierung“)
 - c) Inhalt von Element /PN/EC in Feld FK 3012 („Error-Code“)
 - d) Inhalt von Element /PN/PZ in Feld FK 3013 („Prüfziffer des Fachdienstes“), wobei die Software sicherstellen muss, dass die base64-codierte Prüfziffer ohne Zeilenumbruch („CR“ und „LF“) als Feldinhalt übertragen wird.¹³
6. Der letzte angeforderte Prüfungsnachweis – gemäß der Akzeptanzkriterien 3 und 4 - muss in allen Datensätzen „010x“ des laufenden Quartals patientenbezogen übernommen und übertragen werden. Die Software ermöglicht es dem Anwender nicht, diese Daten im Rahmen der manuellen Erfassung zu erfassen.

Anmerkung:

Dies bedeutet, dass im Rahmen der Falltrennung durch Besondere Personengruppe-, Kassen- und Statuswechsel (siehe [Kapitel 2.3.4 Besondere Personengruppen-, Kassen- und Statuswechsel](#)) immer der gleiche Prüfungsnachweis pro Patient und Quartal übertragen wird.

7. Da die Kommunikation zwischen PVS und Konnektor die Voraussetzung für die Übertragung des Prüfnachweises ist, muss der Nachweis des erfolgreich durchlaufenen Bestätigungsverfahrens der gematik - Bestätigung der Konformität des Primärsystems zur Konnektorschnittstelle für den Funktionsumfang VSDM eingereicht werden.

Bedingung:

Ausgenommen von der Umsetzung dieser Anforderung sind Softwaresysteme ohne APK.

¹³ vgl. Kapitel „Zeichensatz“ in [[KBV_ITA_VGEX_Datensatzbeschreibung_KVDT](#)]

2.2.2.11 Kennzeichnung eines Patienten als „gebührenfrei“

KONDITIONALE PFLECHTFUNKTION ADT	
KP2-190	Überprüfung der Zuzahlungsbefreiung nach Jahreswechsel

Die Software stellt sicher, dass die Zuzahlungsbefreiung für einen Patienten spätestens nach erfolgtem Jahreswechsel systemseitig gelöscht wird.

Begründung:

Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen müssen sich an den Ausgaben für ihre Gesundheit in Form von Zuzahlungen beteiligen. Wenn die Zuzahlungen die persönliche Belastungsgrenze erreicht haben, erfolgt eine Zuzahlungsbefreiung für das laufende Jahr. Dies ist vom Arzt auf den entsprechenden Verordnungsformularen zu kennzeichnen.

Akzeptanzkriterium:

1. Hat ein Patient den Nachweis für die Zuzahlungsbefreiung erbracht und wird dies innerhalb des PVS als „gebührenfrei“ verwaltet, wird spätestens nach erfolgtem Jahreswechsel die Kennzeichnung „gebührenfrei“ systemseitig für den Patienten gelöscht.

Bedingung:

Ausgenommen von der Umsetzung dieser Anforderung sind Softwaresysteme ohne APK.

KONDITIONALE PFLECHTFUNKTION ADT	
KP2-191	Automatische Zuzahlungsbefreiung für Kinder und Jugendliche

Die Software stellt sicher, dass gesetzlich versicherte Patienten unter 18 Jahren im System, mit Ausnahme von Muster 4 (Verordnung einer Krankenbeförderung), automatisch als „gebührenfrei“ verwaltet werden.

Begründung:

Für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren liegt keine Zuzahlungspflicht vor. Deshalb können Patienten unter 18 Jahren automatisch als „gebührenfrei“ gekennzeichnet werden. Eine Ausnahme bilden Fahrkosten. Hier sind Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren nicht automatisch von Zuzahlungen zu befreien.

Akzeptanzkriterium:

1. Patienten unter 18 Jahren werden im PVS automatisch als „gebührenfrei“ verwaltet.
 - a) Dabei ist zu berücksichtigen, dass die automatische Zuzahlungsbefreiung zu Beginn des Quartals endet, in welchem der Patient das 18. Lebensjahr vollendet hat. (Gilt für GKV-Kassen mit 3.-5. Stelle der VKNR < 800)
2. Bei Eintritt des Patienten in die Zuzahlungspflicht wird der Anwender vom PVS über die Änderung informiert.
3. In Muster 4 muss der Anwender explizit angeben, ob eine Zuzahlungsbefreiung für den Patienten vorliegt bzw. nicht vorliegt.

Bedingung:

Ausgenommen von der Umsetzung dieser Anforderung sind Softwaresysteme ohne APK.

2.2.2.12 Speichern von Patientendaten im PVS

KONDITIONALE PFlichtfunktion ADT	
KP2-195	Trennung der Patientendaten des ambulanten und stationären Bereichs

Abrechnungssoftware, die im ambulanten und im stationären Bereich eingesetzt werden kann, muss sicherstellen, dass Patientenstammdaten im stationären und ambulanten Bereich getrennt voneinander verarbeitet werden.

Erläuterung:

Wird die Abrechnung im stationären Bereich durchgeführt, muss für die Direktabrechnung mit der Krankenkasse immer das Hauptkassen-IK der Krankenkasse und nicht das von der Versichertenkarte eingelesene IK (gemäß [P2-200 \(4\)](#)) herangezogen werden. Für die KV-Abrechnung im ambulanten Bereich muss das gemäß „Mappingtabelle KVK“ [[KBV_ITA_VGEX_Mapping_KVK](#)] interpretierte IK von der Versichertenkarte verwendet werden.

Der Hintergrund dieser Anforderung ist die Unterscheidung in die Bereiche Direktabrechnung mit der Krankenkasse (z. B. für stationäre Leistungen und Leistungen des ambulanten Operierens am Krankenhaus nach § 115b SGB V etc.) und der KV-Abrechnung.

Beispiel:

Wenn ein Patient im stationären Bereich behandelt wurde und dort seine Versichertenkarte eingelesen und die Daten in der Abrechnungssoftware verarbeitet wurden, der Patient aber später im ambulanten Bereich weiterbehandelt wird, dann muss die Versichertenkarte erneut eingelesen und die Daten müssen separat verarbeitet werden.

2.2.3 Einsatz der universellen KT-Stammdaten (ehd)

2.2.3.1 Zuordnung des Kostenträgers (VKNR, IK und Krankenkassename)

2.2.2.1.1 IK als Suchschlüssel

PFlichtfunktion ADT	
P2-200	IK als Suchschlüssel für einen Kostenträger
<ol style="list-style-type: none">Die 9-stellige Krankenkassenummer (IK) der Versichertenkarte¹⁴ muss als Suchschlüssel für einen Kostenträger verwendet werden, unabhängig davon, ob<ol style="list-style-type: none">das IK über die Versichertenkarte eingelesenoder (z.B. im Ersatzverfahren) manuell erfasst wird (siehe P2-410).Ist das IK (unter Element /kostentraeger/ik_liste/ik/@v) in der KT-Stammdaten¹⁵ vorhanden, dann muss ein Kostenträger-Stammsatz (/kostentraeger/@v der KT-Stammdaten(=VKNR)) eindeutig identifiziert werden können.Die VKNR von der Krankenversichertenkarte darf nicht für die Abrechnung verwendet werden.Wenn ein Element ////AbrechnenderKostentraeger/Kostentraegerkennung auf der eGK existiert, muss verpflichtend dieses IK als Suchschlüssel für einen Kostenträger (vgl. „Mappingtabelle_KVK“ [KBV_ITA_VGEX_Mapping_KVK]) und für die weitere Verarbeitung und Bedruckung der vertragsärztlichen Formulare gemäß der nachfolgenden Fallunterscheidungen verwendet werden.	

¹⁴ Ein Institutionskennzeichen besteht grundsätzlich aus einer neunstelligen Ziffernfolge. Auf der KVK wird ein um die Stellen 1-2 gekürztes 7-stelliges IK (Stellen 3-9 des IK) verwendet. Auf der eGK wird ein 9-stelliges IK verwendet., vgl. Mappingtabelle_KVK [[KBV_ITA_VGEX_Mapping_KVK](#)]

¹⁵ Im Folgenden ist die jeweils aktuell gültige KT-Stammdaten gemeint.

Darüber hinaus gelten folgende FALLUNTERSCHIEDUNGEN:

2.2.2.1.2 IK ist gültig

PFlichtfunktion ADT	
P2-210	FALL 1 - IK ist gültig
› IK _x sei ein IK von der Versichertenkarte und unter Element /kostentraeger/ik_liste/ik/@V in der KT-Stammdaten vorhanden	
› LQ sei Leistungsquartal	
› Der KV-Bereich des jeweiligen Anwenders sei nicht als Inhalt von /kostentraeger/unz_kv_geltungsbereich_liste/unz_kv_geltungsbereich/@V (nicht zulässiger KV-Geltungsbereich) definiert	
› KTAB _y sei ein dem Patienten zuzuordnender KT-Abrechnungsbereich	

Falls

LQ liegt innerhalb von/kostentraeger/gueltigkeit/@V **und von** /kostentraeger/ik_liste/ik/gueltigkeit¹⁶@V **und von** /kostentraeger/kt_abrechnungsbereich_liste/ kt_abrechnungsbereich/gueltigkeit/@V

dann gilt:

1. Der über das IK identifizierte Kostenträger ist mit KTAB_y abrechenbar.
2. IK_x muss als eindeutiger Schlüssel zur Identifikation des Kostenträgers verwendet werden.
3. Im Hinblick auf die ADT-Abrechnung muss über die KT-Stammdaten der KBV aus dem IK der Versichertenkarte (kostentraeger/ik_liste/ik/@V) die zugehörige **Abrechnungs-VKRN** (/kostentraeger/@V) abgeleitet werden, unter der die ADT-Abrechnung (FK 4104 des ADT-Datenpakets) erfolgt.
4. Das IK_x muss **patientenbezogen** gespeichert werden.
5. Der aus der KT-Stammdaten abgeleitete „Kassenname zur Bedruckung“ (/kostentraeger/kt_abrechnungsbereich_liste/kt_abrechnungsbereich/bedruckungsname/@V) **muss** zur Bedruckung vertragsärztlicher Formulare verwendet werden.

Hinweis:

Der Kostenträgername von der Versichertenkarte, der unter der FK 4134 in der ADT-Abrechnung übertragen wird, **darf** zur Bedruckung vertragsärztlicher Formulare **grundsätzlich nicht** verwendet werden!

Vgl. auch Funktion P2-136 „Name des Kostenträgers von der Versichertenkarte“ **und** Funktion „P2-220 (FALL 2 - Aufnehmender Kostenträger, Fusion)“, Ziffer (4).

2.2.2.1.3 Aufnehmender Kostenträger, Fusion

PFlichtfunktion ADT	
P2-220	FALL 2 - Aufnehmender Kostenträger, Fusion
› IK _x sei ein IK von der Versichertenkarte und unter Element /kostentraeger/ik_liste/ik/@V in der KT-Stammdaten vorhanden	

¹⁶ a) Die XPath-Ausdrücke beziehen sich in dem Kapitel 2.1.9 auf die Elemente der Kostenträger-Stammdaten.

b) Gültigkeitsangaben werden als Zeitraum (von..bis) definiert, wobei das Enddatum nur bei beendeten oder fusionierten Kassen gesetzt ist und der Intervall ansonsten offen definiert ist, vgl. [KBV_ITA_VGEX_Schnittstelle_SDKT]

c) Es handelt sich hierbei um ein optionales Element.

- › LQ sei Leistungsquartal
- › KTAB_y sei ein dem Patienten zuzuordnender KT-Abrechnungsbereich

Falls

LQ liegt oberhalb des Gültigkeitszeitraumes /kostentraeger/gueltigkeit/@V **und** /kostentraeger/existenzbeendigung/@V="F"

dann gilt:

1. Der Kostenträger ist fusioniert. Der aufnehmende Kostenträger ist durch /kostentraeger/existenzbeendigung/aufnehmender_kostentraeger/@V mit dem entsprechenden Datensatz verlinkt.
2. Die Abrechnungsfähigkeit des aufnehmenden Kostenträgers mit KTAB_y muss durch Weiterverarbeitung analog zu „Fall 1 – IK ist gültig“ (siehe Funktion P2-210) überprüft werden. Es gelten die KTAB des **aufnehmenden** Kostenträgers. Für die Weiterverarbeitung sind dementsprechend die Eigenschaften des aufnehmenden Kostenträges relevant.
3. Für die ADT-Abrechnung gilt unter Berücksichtigung von Ziffer (2):
 - a) "VKNR" des aufnehmenden (neuen) Kostenträgers ist zu verwenden.
 - b) "IK" des ursprünglichen¹⁷ (alten) Kostenträgers ist zu verwenden.
 - c) Sofern eine Versichertenkarte eingelesen wurde, gilt zusätzlich Funktion P2-136 „Name des Kostenträgers von der Versichertenkarte“.
4. Für die Bedruckung der vertragsärztlichen Formulare gilt unter Berücksichtigung von Ziffer (2):
 - a) "Kassenname zur Bedruckung" des aufnehmenden (neuen) Kostenträgers ist zu verwenden.
 - b) "IK" des ursprünglichen¹⁷ (alten) Kostenträgers ist zu verwenden.

BEISPIEL FUSION

ursprünglicher Kostenträger	aufnehmender Kostenträger
<pre>... <kostentraeger V="13407"> <gueltigkeit V="1975-07-21..2010-06-30"/> ... <bezeichnung> <name V="BKK DER PARTNER"/> <sortierungsname V="PARTNER"/> <kurzname V="BKK DER PARTNER"/> <suchname V="BKK DER PARTNER"/> </bezeichnung> <kostentraegergruppe V="04" S="1.2.276.0.76.5.240"/> <ik_liste> <ik V="102522653" R="abrechnungs_ik"/> </ik_liste> <existenzbeendigung V="F"> <letztes_quartal V="20102"/> <aufnehmender_kostentraeger V="49402"/> </existenzbeendigung> ... <kt_abrechnungsbereich_liste> <kt_abrechnungsbereich V="00" S="1.2.276.0.76.5.239"> <bedruckungsname V="BKK DER PARTNER"/> </kt_abrechnungsbereich>... </kostentraeger></pre>	<pre>... <kostentraeger V="49402"> <gueltigkeit V="1975-07-21.."/> ... <bezeichnung> <name V="pronova BKK"/> <sortierungsname V="pronova BKK"/> <kurzname V="pronova BKK"/> <suchname V="pronova BKK"/> </bezeichnung> <kostentraegergruppe V="04" S="1.2.276.0.76.5.240"/> <ik_liste> <ik V="106431685"/> ... </ik> </ik_liste> ... <kt_abrechnungsbereich_liste> <kt_abrechnungsbereich V="00" S="1.2.276.0.76.5.239"> <bedruckungsname V="pronova BKK"/> </kt_abrechnungsbereich> ... </kostentraeger></pre>

¹⁷ "ursprünglicher Kostenträger" ist der Kostenträger, der aufgenommen wurde

Versichertenkarte:

IK: 102522653

In die KVDT-Abrechnungsdatei wird übertragen:

IK (FK 4111): 102522653

VKNR (FK 4104): 49402

Kostentraegername (von der Versichertenkarte (FK 4134)): BKK DER PARTNER

Für die Bedruckung wird verwendet:

IK: 102522653

Kassename: pronova BKK (für bspw. KTAB="00")

Beispiel Fusionskette:

Ist der aufnehmende Kostenträger wiederum selbst beendet und besitzt einen aufnehmenden Kostenträger, spricht man von einer sog. "Fusionskette". Systemseitig wird dann das Ende der Fusionskette ermittelt, bis keine Existenzbeendigung mehr durch Fusion angezeigt wird.

BEISPIEL FUSIONSKETTE		
ursprüngl. KT	1. aufn. KT	2. aufn. KT
<pre> <kostentraeger V="61402"> <gueltigkeit V="1994-01-01..2002-12-31"/> ... <ik_liste> <ik V="109920865"/> <ik V="109932095"/> <ik V="109932131"/> <ik V="109932186"/> <ik V="109932222"/> <ik V="109932346"/> <ik V="109934985"> <gueltigkeit V="2000-01-01.."/> </ik> <ik V="109934996"> <gueltigkeit V="2000-01-01.."/> </ik> <ik V="109936590"> <gueltigkeit V="2000-01-01.."/> </ik> <ik V="109939003"> R="abrechnungs_ik" <ik V="109939014"/> <ik V="109939025"/> <ik V="109939036"/> ... </ik_liste> <existenzbeendigung V="F"> <letztes_quartal V="20024"/> <aufnehmender_kostentraeger V="07423"/> </existenzbeendigung> ... </kostentraeger> </pre>	<pre> <kostentraeger V="07423"> <gueltigkeit V="1973-07-21..2016-12-31"/> ... <ik_liste> <ik V="101022837"/> <ik R="abrechnungs_ik" V="101939006"> <gueltigkeit V="2003-01-01.."/> </ik> <ik V="109991304"> <gueltigkeit V="2003-04-01.."/> </ik> </ik_liste> <existenzbeendigung V="F"> <letztes_quartal V="20164"/> <aufnehmender_kostentraeger V="72601"/> </existenzbeendigung> ... </kostentraeger> </pre>	<pre> <kostentraeger V="72601"> <gueltigkeit V="1975-01-01.."/> ... <ik_liste> <ik R="abrechnungs_ik" V="104940005"> <gueltigkeit V="2018-01-01.."/> </ik> <ik V="109580001"/> <ik V="109580012"> <gueltigkeit V="2012-07-01.."/> </ik> <ik V="109780003"/> </ik_liste> ... <kt_abrechnungsbereich_liste> <kt_abrechnungsbereich S="1.2.276.0.76.5.239" V="00"> <bedruckungsname V="BARMER"/> </kt_abrechnungsbereich> ... </kt_abrechnungsbereich_liste> </kostentraeger> </pre>

Versichertenkarte:

IK: 109920865

In die KVDT-Abrechnungsdatei wird übertragen:

IK (FK 4111): 109920865

VKNR (FK 4104): 72601

Kostentraegername (von der Versichertenkarte (FK 4134)): DIE BKK POST

Für die Bedruckung wird verwendet:

IK: 109920865

Kassenname: BARMER (für bspw. KTAB="00")

2.2.2.1.4 Kostenträger aufgelöst

PFLICHTFUNKTION ADT	
P2-230	FALL 3 - Kostenträger aufgelöst

Die Software muss die Gültigkeit eines Kostenträgers (konkret: die mögliche Auflösung eines Kostenträgers) überprüfen.

Begründung:

Diese Anforderung resultiert aus § 11, Absatz 1 und 2 der Anlage 6 BMV-Ä (Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern).

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software prüft nach den folgenden Bedingungen:

- a) IK_x sei ein IK von der Versichertenkarte und unter Element /kostentraeger/ik_liste/ik/@V in der KT-Stammdaten vorhanden
- b) LQ sei Leistungsquartal

Falls

- die Gültigkeit des Kostenträgers unter /kostentraeger/gueltigkeit/@V abgelaufen **und** der Kostenträger aufgelöst ist /kostentraeger/existenzbeendigung/@V="A", **dann** ist das letzte abrechenbare Quartal des Kostenträgers unter /kostentraeger/existenzbeendigung/letztes_quartal/@V definiert.

Wenn LQ oberhalb des letzten abrechenbaren Quartals liegt, **dann gilt:**

- 2. Systemseitig erfolgt eine **Fehlermeldung**, dass dieser Kostenträger aufgelöst ist.
- 3. Die Software unterstützt keine direkte Weiterverarbeitung zum Zwecke der ADT-Abrechnung zu Lasten dieses Kostenträgers.
- 4. Die Software unterstützt nicht die Bedruckung vertragsärztlicher Formulare zu Lasten dieses Kostenträgers bzw. den Ausdruck von BFB-Formularen.

2.2.2.1.5 IK ungültig

PFLICHTFUNKTION ADT	
P2-260	FALL 6 - IK ungültig/abgelaufen

- › IK_x sei ein IK von der Versichertenkarte und unter Element /kostentraeger/ik_liste/ik/@V in der KT-Stammdaten vorhanden
- › LQ sei Leistungsquartal

Falls

LQ liegt oberhalb des Gültigkeitszeitraumes /kostentraeger/ik_liste/ik/gueltigkeit@V
dann gilt:

1. Systemseitig erfolgt ein **WARNHINWEIS**, dass das vorliegende IK auf der Versichertenkarte ungültig ist.
2. Falls der Anwender dennoch mit dem ungültigen IK abrechnen möchte, muss das Abrechnungssystem dies ermöglichen. Hierbei muss die Abrechnungsfähigkeit des Kostenträgers mit dem zuzuordnenden KT-Abrechnungsbereich analog zu den Verarbeitungs routinen gemäß „FALL 1 – IK ist gültig“ (siehe Funktion **P2-210**) überprüft werden.

2.2.2.1.6 Kostenträger nicht in KV zulässig

PFLICHTFUNKTION ADT

P2-265 **FALL 7 - Kostenträger nicht in KV zulässig**

Die Software muss die Gültigkeit eines Kostenträgers in dem, für die Arztpraxis maßgeblichen, KV-Bereich überprüfen.

Begründung:

Diese Anforderung resultiert aus Regelungen durch regionale Verträge zwischen einem der Kostenträger und der/den Kassenärztlichen Vereinigung(en).

Aufgrund dieser regionalen Verträge kann ein Kostenträger lediglich in einem (oder mehreren) KV-Bereich(en), und nicht grundsätzlich bundesweit abgerechnet werden.

Bei diesen Kostenträgern wird der/die „nicht zulässige(n) KV-Geltungsbereich(e)“ im Element „///unz_kv_geltungsbereich“ der Kostenträger-Stammdaten explizit angegeben. Dies kann vor allem im Bereich der Sonstigen Kostenträger (SKT) vorkommen.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software prüft nach den folgenden Bedingungen:
 - a) IK_x sei ein IK von der Versichertenkarte und unter Element /kostentraeger/ik_liste/ik/@V in der KT-Stammdaten vorhanden.

Falls

der für die Arztpraxis maßgebliche KV-Bereich unter /kostentraeger/unz_kv_geltungsbereich_liste/unz_kv_geltungsbereich/@V aufgeführt ist,

dann gilt:

2. Systemseitig erfolgt eine **Fehlermeldung**, dass eine Abrechnung mit dem Kostenträger in dem unter kostentraeger/unz_kv_geltungsbereich_liste/ unz_kv_geltungsbereich/@V aufgeführten KV-Bereich unzulässig ist.
3. Die Software unterstützt keine direkte Weiterverarbeitung zum Zwecke der ADT-Abrechnung zu Lasten dieses Kostenträgers.
4. Die Software unterstützt nicht die Bedruckung vertragsärztlicher Formulare zu Lasten dieses Kostenträgers bzw. den Ausdruck von BFB-Formularen.

2.2.2.1.7 Unbekanntes IK - temporäre Erweiterung KT-Stammdaten

PFLICHTFUNKTION ADT	
P2-270	FALL 8 - unbekanntes IK

IK_x sei ein IK von der Versichertenkarte und nicht in der KT-Stammdaten vorhanden (d.h. IK_x entspricht keinem IK unter Element /kostentraeger/ik_liste/ik/@V in der KT-Stammdaten).

Dann gilt:

1. Systemseitig erfolgt ein **WARNHINWEIS** mit der Aufforderung, sich mit der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung in Verbindung zu setzen.

2. Temporärer Stammsatz:

Auf Basis der auf der vorgelegten Versichertenkarte vorhandenen bzw. zusätzlich von der Kassenärztlichen Vereinigung übermittelten Informationen werden die erforderlichen Angaben zu dem betreffenden Kostenträger

- a) manuell als **temporärer KT-Stammsatz** angelegt
- b) oder zu einem bestehenden Stammsatz das entsprechende **IK ergänzt**.

Anmerkung:

Bei dem „unbekannten“ IK handelt es sich vermutlich um einen neuen Kostenträger.

für 2 a) gilt:

PFLICHTFUNKTION ADT	
P2-275	Temporäre Datensätze zur KT-Stammdaten

Neue Kostenträger müssen als temporäre Kostenträger-Stammsätze der KT-Stammdaten /Datenbank hinzugefügt werden können.

1. Erforderliche Angaben für die Abrechnung sind neben dem gültigen IK
 - a) **Abrechnungs-VKNR** (/kostentraeger/@V)
 - b) **KT-Abrechnungsbereich**
(/kostentraeger/kt_abrechnungsbereich_liste/kt_abrechnungsbereich/@V)
 - c) **Kassename zur Bedruckung**
(/kostentraeger/kt_abrechnungsbereich_liste/kt_abrechnungsbereich/bedruckung_name/@V)
 - d) **Gebührenordnung** (/kostentraeger/gebuehrenordnung/@V)
2. Weitere Angaben zu dem manuell erzeugten Kostenträgersatz sind darüber hinaus notwendig, wenn der Anwender im gleichen Leistungsquartal den Kostenträger nochmals über eine Suche (z.B. über den Kassensuchnamen /kostentraeger/bezeichnung/suchname/@V und Ortssuchnamen /kostentraeger/ortssuchname_liste/ortssuchname/@V über die KT-Stammdaten ausfindig machen möchte.
3. Bei manueller Eingabe der Abrechnungs-VKNR müssen systemseitig folgende Prüfungen durchgeführt werden:
 - a) Länge: 5-stellig
 - b) Typ: numerisch
 - c) Format-Regel: 017
4. Temporäre Datensätze zur KT-Stammdaten **aus dem Vorquartal** dürfen der neuen KT-Stammdaten automatisch zugeordnet werden, wenn die entsprechenden IKs der temporären Datensätze im Update zur neuen KT-Stammdaten **nicht** enthalten sind.

5. Der Anwender muss die Möglichkeit haben, temporäre Stammsätze zu verändern bzw. KTAB's zu ergänzen
6. Wenn ein temporär angelegtes IK zur KT-Stammdaten des Anwenders nicht in der Folgeversion der KT-Stammdaten enthalten ist, darf dieses IK der neuen KT-Stammdaten automatisch zugeordnet werden.

für 2 b) gilt:

OPTIONALE FUNKTION ADT	
K2-276	bestehende KT-Stammsätze erweitern
1. Ist die zu einem „unbekannten IK“ von der Kassenärztlichen Vereinigung übermittelte Abrechnungs-VNKR bereits in der amtlichen KT-Stammdaten vorhanden, dann darf dieses IK dem entsprechenden Stammsatz in der amtlichen KT-Stammdaten zusammen mit dem zugehörigen KT-Abrechnungsbereich hinzugefügt werden.	
P2-285	FALL 10 - KT-Abrechnungsbereich aufgelöst
Die Software muss die Gültigkeit eines Kostenträgers (konkret: die Gültigkeit eines Kostenträger-Abrechnungsbereichs zum vorliegenden Kostenträger) überprüfen.	

2.2.2.1.8 KT-Abrechnungsbereich aufgelöst

PFLICHTFUNKTION ADT	
P2-285	FALL 10 - KT-Abrechnungsbereich aufgelöst

Die Software muss die Gültigkeit eines Kostenträgers (konkret: die Gültigkeit eines Kostenträger-Abrechnungsbereichs zum vorliegenden Kostenträger) überprüfen.

Begründung:

Diese Anforderung resultiert aus vertraglichen Regelungen zwischen einem der Kostenträger und der/den Kassenärztlichen Vereinigung(en).

Der Kostenträger-Abrechnungsbereich gibt die vertragliche Vereinbarung oder gesetzliche Regelung an, auf dessen Basis eine Abrechnung vollzogen werden soll.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software prüft nach den folgenden Bedingungen:
 - a) IK_x sei ein IK von der Versichertenkarte und unter /kostentraeger/ik_liste/ik/@V in der KT-Stammdaten vorhanden
 - b) LQ sei Leistungsquartal
 - c) KTAB_y sei ein dem Patienten zuzuordnender KT-Abrechnungsbereich und es existiere ein Gültigkeitsquartal des KT-Abrechnungsbereichs /kostentraeger/kt_abrechnungsbereich_liste/kt_abrechnungsbereich/gueltigkeit/@V.

Falls

LQ liegt oberhalb des Gültigkeitszeitraumes

/kostentraeger/kt_abrechnungsbereich_liste/kt_abrechnungsbereich/gueltigkeit/@V

dann gilt:

2. Systemseitig erfolgt eine **Fehlermeldung**, dass der Kostenträger-Abrechnungsbereich zum vorliegenden Kostenträger nicht mehr gültig ist.
3. Die Software unterstützt keine direkte Weiterverarbeitung zum Zwecke der ADT-Abrechnung zu Lasten dieses Kostenträgers mit diesem KT-Abrechnungsbereich.

4. Die Software unterstützt nicht die Bedruckung vertragsärztlicher Formulare zu Lasten dieses Kostenträgers mit diesem KT-Abrechnungsbereich bzw. den Ausdruck von BFB-Formularen.

2.2.3.2 Abgleich der Versichertendaten

KONDITIONALE PFlichtfunktion ADT	
KP2-300	Abgleich der Versichertendaten beim Einlesen

Die Software stellt beim Einlesen der Versichertenskarte durch den Abgleich mit bereits gespeicherten Patientendaten systemseitig sicher, dass eine korrekte Identifikation erfolgt. Es dürfen weder Stammsätze doppelt angelegt noch unbewusst überschrieben werden.

Begründung:

Ein Abgleich der Versichertendaten mit bereits gespeicherten Patientendaten ist beim Einlesen der Versichertenskarte notwendig, um

- › eine vorhandene Patientenstammdaten zu einem Patienten zu identifizieren
- › redundante Patientenstammdaten zu einem Patienten zu vermeiden
- › eine bereits vorhandene Patientenstammdaten nicht unbewusst zu überschreiben

Akzeptanzkriterium:

1. Beim Einlesen der Versichertenskarte stellt die Software durch den Abgleich mit bereits gespeicherten Patientendaten systemseitig
 - a) die Identifikation einer bereits vorhandenen Patientenstammdaten zum Patienten,
 - b) die Vermeidung von redundanten Patientenstammdaten zu einem Patienten sowie
 - c) die Vermeidung von fälschlicherweise Überschreibungen von Patientenstammdaten sicher.

Bedingung:

Ausgenommen von der Umsetzung dieser Anforderung sind Softwaresysteme ohne APK.

Hinweis:

Die folgende Suchstrategie wird zur Identifikation von bereits vorhandenen Patientendaten empfohlen:

1. IK, Versicherten-ID bzw. Versichertennummer, wenn nicht vorhanden oder nicht eindeutig...¹⁸
2. Name¹⁹, Vorname²⁰, Geburtsdatum, wenn nicht vorhanden ...
3. Anwenderorientierte Auswahlverfahren (Auswahlfenster)

KONDITIONALE PFlichtfunktion ADT	
KP2-310	Abgleich der Versichertendaten nach Kassenwechsel

Die Software stellt beim Kassenwechsel (vgl. P2-530) eines im System vorhandenen Patienten sicher, dass unmittelbar nach dem Einlesen der neuen Versichertenskarte der Anwender auf den Kassenwechsel hingewiesen wird.

¹⁸ Falls eine eGK eingelesen wird, ist es ausreichend, als erstes Suchkriterium lediglich die Versicherten_ID (aus Element/Versicherten_ID) - ohne IK - zu verwenden.

¹⁹ Dabei sind Umlaute gleich zu behandeln, d.h. ü = ue.

²⁰ Dabei sind Umlaute gleich zu behandeln, d.h. ü = ue.

Begründung:

Der Anwender ist über den Kassenwechsel des bereits im System vorhandenen Versicherten zu informieren, sodass im Rahmen der Abgleichroutine Angaben von Feldern nicht unbewusst überschrieben werden.

Akzeptanzkriterium:

1. Bei einem Kassenwechsel eines im System vorhandenen Patienten wird unmittelbar nach dem Einlesen der neuen Versichertenkarte
 - a) der Anwender, durch einen Warnhinweis, auf den Kassenwechsel hingewiesen
 - b) jedes einzelne Feld – definiert in der [KBV_ITA_VGEX_Mapping_KVK] – der Versichertenkarte wird mit den Bestandsdaten im PVS abgeglichen. Bei Abweichungen der Daten sind die Unterschiede feldspezifisch in der Stammdatenmaske anzuzeigen.

Bedingung:

Ausgenommen von der Umsetzung dieser Anforderung sind Softwaresysteme ohne APK.

2.2.3.3 Besonderheiten bei Kostenträgerabrechnungsbereich (FK 4106) / Versichertenkarten mit Angaben zu einer Besonderen Personengruppen (FK 4131)

PFLICHTFUNKTION ADT	
P2-320	Setzen des Kostenträgerabrechnungsbereiches (KTAB; FK 4106) in Abhängigkeit von der Besonderen Personengruppe (FK 4131)

Das System muss den Anwender, abhängig von der eingelesenen bzw. erfassten Besonderen Personengruppe bei der Auswahl des KTABs unterstützen.

Begründung:

Die Behandlung der durch eine Besondere Personengruppe gekennzeichneten Patienten führt zu spezifischen Vergütungs- und/oder Abrechnungsregelungen.

Akzeptanzkriterium:

1. Das System muss bei Kennzeichnungen der besonderen Personengruppen (FK 4131)²³ sicherstellen, dass der KTAB (FK 4106) nur eine bestimmte Werteausprägung besitzen darf:
 - a) Falls der Inhalt der FK 4131 = "00" ist, dann kann der Inhalt der FK 4106 einer der erlaubten Werte "00", "01", "02", "03", "04", "05", "06", "07", "08" oder „09“ sein.
 - b) Falls der Inhalt der FK 4131 = „04“ ist, dann muss der Inhalt der FK 4106 entweder „00“ oder „09“ sein.
 - c) Falls der Inhalt der FK 4131 = „06“ ist, dann muss der Inhalt der FK 4106 entweder „02“ oder „09“ sein.
 - d) Falls der Inhalt der FK 4131 = „07“ oder „08“ ist, dann muss der Inhalt der FK 4106 entweder „01“ oder „09“ sein.
2. Eine automatische Vorbelegung des Inhaltes der FK 4106 durch das System **ist möglich**:
 - a) Falls der Inhalt der FK 4131 = „00“ ist, dann muss bei einer automatischen Vorbelegung der FK 4106 der Inhalt gleich „00“ sein.
 - b) Falls der Inhalt der FK 4131 = „04“ ist, dann muss bei einer automatischen Vorbelegung der FK 4106 der Inhalt gleich "00" sein.
 - c) Falls der Inhalt der FK 4131 = "06" ist, dann muss bei einer automatischen Vorbelegung der FK 4106 der Inhalt gleich "02" sein.

- d) Falls der Inhalt der FK 4131 = "07" oder "08", dann muss bei einer automatischen Vorbelegung der FK 4106 der Inhalt gleich "01" sein.
3. Eine automatische Vorbelegung des Inhaltes zu FK 4106 durch das System **ist erforderlich**:
 - a) Falls der Inhalt der FK 4131 = "09" ist, dann muss eine automatische Vorbelegung der FK 4106 mit dem Inhalt gleich "00" erfolgen. 4. Der Anwender muss die Möglichkeit haben die nach Akzeptanzkriterium 2 und 3 vorbelegten Werte zu ändern.

PFLICHTFUNKTION ADT	
P2-325	Hinweis bei Besonderer Personengruppe „09“

Die Software muss den Anwender über den eingeschränkten Leistungsanspruch der Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 AsylbLG informieren.

Begründung:

§§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) regeln den Umfang von Gesundheitsleistungen für Asylbewerber. Der Umfang von Gesundheitsleistungen von Asylbewerbern (Anspruchsberechtigte mit weniger als 15 Monaten Aufenthaltsdauer) und gesetzlich-krankenversicherten (GKV)-Patienten unterscheidet sich, und sollte bei der Leistungserbringung vom Anwender beachtet werden.

Akzeptanzkriterium:

1. Falls eine eGK mit der besonderen Personengruppe „09“ eingelesen (nach erfolgtem Mapping laut der „Technischen Anlage zur Anlage 4a“ [[KBV_ITA_VGEX_Mapping_KVK](#)]) wird, muss die Software den Anwender unmittelbar auf die Beachtung des eingeschränkten Leistungsanspruchs der Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 AsylbLG hinweisen.
2. Dies gilt auch, wenn die Daten von einem mobilen Kartenterminal in ein PVS übernommen werden.
3. Der Anwender soll auch bei der manuellen Erfassung entsprechender Fälle analog (1) informiert werden.
4. Der Anwender muss die Funktion deaktivieren können, standardmäßig soll diese Funktion aktiviert sein.
5. Der Hinweis darf den Workflow des Arztes nicht unterbrechen.

2.2.4 Patientenstammdaten "manuell" erfassen

Neben dem Einlesen einer Versichertenkarte existieren weitere Möglichkeiten, Patientenstammdaten zu erfassen, z.B.:

- › Patientenstammdaten manuell über Tastatur eingeben (z.B. bei Versicherten der Sonstigen Kostenträger ohne KVK oder bei Muster 85),
- › gedruckte Patientenstammdaten (z.B. Überweisungsschein im Labor) scannen und interpretieren.

2.2.4.1 Definition Ersatzverfahren

Das Ersatzverfahren ist eine besondere Form der "manuellen" Erfassung von Patientenstammdaten und wird wie folgt definiert²¹:

Ersatzverfahren liegt vor, wenn

²¹ sinngemäß laut Anlage 4a BMV-Ä (Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte), Anhang 1, 2.4 Anlage 4 BMV-Ä/EKV (Vereinbarung zur Gestaltung und zum Inhalt der Krankenversichertenkarte) und Anlage 6 BMV-Ä (Datenaustausch)

- › der Arzt noch nicht am VSDM nach Punkt 1.3 (der Anlage 4a BMV-Ä, Anhang 1) teilnimmt und der Versicherte darauf hinweist, dass sich die zuständige Krankenkasse, die Versichertenart oder die Besondere Personengruppe geändert hat, die Karte dies aber noch nicht berücksichtigt,
- › die Karte defekt ist,
- › eine für das Einlesen der Karte erforderliche Komponente defekt ist,
- › die Karte nicht benutzt werden kann, weil für Haus- und Heimbesuche kein entsprechendes Gerät zur Verfügung steht und keine bereits in der Arztpraxis mit den Daten der elektronischen Gesundheitskarte vorgefertigten Formulare verwendet werden können oder
- › die VSDs von der eGK falsch sind und nicht übernommen werden müssen (Anlage 4a BMV-Ä, Anhang 1, Punkt 1.5).
- › bei einer Untersuchung oder Behandlung eines Patienten bis zum vollendeten 3. Lebensmonat noch keine eGK vorgelegt werden kann (Anlage 4a BMV-Ä, Anhang 1, Punkt 2.8).
- › die elektronische Ersatzbescheinigung (eEB) (Anlage 4a BMV-Ä, Anhang 1 Punkt 2.9), aufgrund der nicht Vorlage der erforderlichen Karte, zum Einsatz kam.

Im Ersatzverfahren sind sinngemäß nach Punkt 2.5 der Anlage 4a BMV-Ä, Anhang 1 mindestens folgende Angaben zu erfassen und im Rahmen der ADT-Abrechnung zu übertragen:

- › 2.5.1 IK (FK 4111).
- › 2.5.2 Vorname (FK 3102), Name (FK 3101), Geburtsdatum (FK 3103)
- › 2.5.3 Versichertenart (FK 3108)
- › 2.5.4 PLZ (FK 3112) oder PostfachPLZ (FK 3121)
- › 2.5.5 nach Möglichkeit Versicherten-ID (FK 3119). Beziehungsweise bei Sonstigen Kostenträgern die Versichertenummer (FK 3105), vgl. **KP2-101**

Diese eingeschränkte Erfassung und Übertragung von Versichertendaten im Rahmen der Abrechnung ist ausschließlich im Ersatzverfahren erlaubt.

Zudem können die Daten im Ersatzverfahren verwendet werden, wenn die im Rahmen des VSDM bereitgestellten Daten nicht den Felddefinitionen und Ausprägungen in Nummer 2.2.1 der Technischen Anlage zu Anlage 4a BMV-Ä entsprechen.

Ansonsten gilt grundsätzlich unabhängig vom Erfassungsverfahren, dass alle vorhandenen Versichertendaten umfassend und unverändert in ein Abrechnungssystem zu übernehmen und im Rahmen der Abrechnung zu übertragen sind.

PFlichtfunktion ADT	
P2-400	„Ersatzverfahren“ anwenden bzw. Versichertendaten „manuell“ erfassen

Die Software muss beim Ersatzverfahren und in allen Fällen, in denen keine Versichertenummer vorgelegt wird oder werden kann, die Eingabe, Speicherung und Übertragung sämtlicher vorhandener Versichertendaten in die Abrechnung ermöglichen.

Begründung:

Gemäß „Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für den Einsatz von IT-Systemen in der Arztpraxis zum Zweck der Abrechnung gemäß § 295 Abs. 4 SGB V“, § 1 Datenverarbeitungstechnisches Abrechnungsverfahren, Absatz 1 müssen alle für die Abrechnung relevanten Daten elektronisch übertragen werden können.

Rechtsgrundlage im Rahmen der „Auftrags- und Konsiliaruntersuchung“²² ist des Weiteren Anlage 4a BMV-Ä, Anhang 1, Punkt 3 sowie im Rahmen der „Datenübernahme ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt“²³ Anlage 4a BMV-Ä, Anhang 1, Punkt 4.

Rechtsgrundlagen für ein Ersatzverfahren sind Anlage 4a BMV-Ä, Anhang 1, Punkte 2.4 und 2.5 sowie Anlage 4a BMV-Ä, Anhang 1, Punkt 2.3.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software stellt dem Anwender alle Erfassungsfelder zur Verfügung. Diese sind:

Bezeichnung	FK gem. ADT	Mindestangabe
Namenszusatz	3100	
Vorsatzwort	3120	
Name	3101	X
Vorname	3102	X
Geburtsdatum	3103	X
Titel	3104	
Versichertennummer (nur zulässig bei Sonstigen Kostenträgern, vgl. KP2-101)	3105	
Versicherten_ID	3119	
VersicherungsschutzEnde	4110	
Kostentraegerkennung	4111	X
WOP ²⁴	3116	
DMP-Kennzeichnung	4132	X (vgl. P2-402)
BesonderePersonengruppe	4131	X (vgl. P2-401)
Versichertenart	3108	X
Geschlecht	3110	X
Straßenadresse:		
Straße	3107	
PLZ	3112	X ²⁵
Ort	3113	
Hausnummer	3109	
Wohnsitzlaendercode	3114	
Postfachadresse:		

²² Behandlung ohne Arzt-Patienten-Kontakt (z.B. Laborüberweisung)

²³ Behandlung eines dem Arzt bereits bekannten Versicherten ohne persönlichen Kontakt (z.B. telemedizinische Arzt-Patientenkontakte

²⁴ vgl. Kapitel 2.2.5 Postleitzahl des Wohnsitzes des Patienten (bei Ersatzverfahren), P2-460 (Existenzprüfung über PLZ-Stammdatei der KBV)

²⁵ Es ist ausreichend, wenn entweder die PLZ der Straßenadresse oder die PLZ der Postfachadresse vorhanden ist.

PostfachPLZ	3121	X ²⁵
PostfachOrt	3122	
Postfach	3123	
PostfachWohnsitzlaendercode	3124	
Sonstige Kostenträger ohne Versichertenkarte:		
Personenkreis/Untersuchungskategorie	4123	
SKT-Zusatzangaben	4124	
SKT-Bemerkungen	4126	

Tabelle 5 – Datenangaben im Ersatzverfahren / „manuelle“ Erfassung von Versichertendaten

2. Die Software stellt sicher, dass die in **Tabelle 5** genannten Mindestangaben vom Anwender erfasst werden.
3. Die Software weist mit einem Hinweis den Anwender daraufhin, alle in **Tabelle 5** genannten Daten erfasst werden können und sofern vorhanden erfasst werden sollen. Die Hinweisgabe soll ohne Unterbrechung des Workflows erfolgen.
4. Die Software überträgt die vom Anwender erfassten Versichertendaten gemäß **Tabelle 5** in die Abrechnung

Hinweis:

Für die Weiterverarbeitung der o.a. Daten gelten - mit Ausnahme der Restriktionen zur "Amtlichkeit" - grundsätzlich die gleichen Vorgaben, wie sie auch bei einem Einlesevorgang über ein Kartenterminal beachtet werden müssen.

Die eingeschränkte Erfassung und Übertragung von Versichertendaten im Rahmen der ADT-Abrechnung, die das Ersatzverfahren erlaubt, findet keine Anwendung im Rahmen der „manuellen“ Erfassung eines Nachweises zur berechtigten Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen (z.B. Laborüberweisung, Muster 85). In diesen Fällen ist immer eine Vollerfassung der Versichertendaten des Personalienfeldes durch den Anwender erforderlich.

Der Hinweis in Akzeptanzkriterium 3. kann bspw. in Form eines einzelnen Hinwestextes erfolgen oder in einer anderen passenden Form.

KONDITIONALE PFlichtfunktion ADT	
KP2-404	Unterstützung des Empfangs einer elektronischen Ersatzbescheinigung (eEB) von Krankenkassen

Die Software muss den Empfang einer eEB von Krankenkassen gemäß den Regelungen der Technischen Anlage eEB unterstützen.

Begründung:

Der Gesetzgeber hat im Zuge der Anpassung des § 291 Absatz 9 SGB V festgelegt, dass eine versicherte Person, die bei dem ersten Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal keine elektronische Gesundheitskarte vorlegen kann, ersatzweise einen Nachweis der Berechtigung zum Leistungsanspruch über eine von ihrer Krankenkasse angebotene Benutzeroberfläche elektronisch anfordern kann.

Die Vertragspartner des Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) haben entsprechende Regelungen getroffen, welche das Verfahren zur Übermittlung der Ersatzbescheinigung in elektronischer Form ermöglichen – kurz elektronischen Ersatzbescheinigung (eEB). Die allgemeinen Vorgaben hierzu sind in den Anlagen 4a und 4b BMV-Ä enthalten.

Grundsätzlich sieht das Verfahren vor, dass Versicherte über die App ihrer Krankenkasse die Übermittlung der Versichertendaten (nach § 291a Abs. 2 und 3 SGB V) an eine ausgewählte Praxis veranlassen können. Die Krankenkassen übermitteln die Daten nach Anforderung als (FHIR-)Datensatz unmittelbar über die sichere Kommunikation im Medizinwesen (KIM) an die ausgewählte Arztpraxis.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software stellt dem Anwender die Funktionen gemäß der Technischen Anlage eEB [TA_eEB] zur Verfügung.

Bedingung:

Ausgenommen von der Umsetzung dieser Anforderung sind Softwaresysteme ohne APK.

Hinweis:

Die Regelungen gemäß der Technischen Anlage eEB können ab sofort eingesetzt werden und müssen spätestens ab Juli 2025 in den Arztpraxen zur Verfügung stehen.

KONDITIONALE PFlichtfunktion ADT

KP2-405	Abrechnung von Leistungen mit der elektronischen Ersatzbescheinigung (eEB) als Versicherungsnachweis
---------	--

Bei der Übernahme der Versichertendaten aus einer eEB muss die Software den Wert 1 in das Feld „eEB vorhanden“ (FK 4112) übertragen.

Begründung:

Die Feldkennung 4112 in der Abrechnung dient zur Nachvollziehbarkeit der eEB als Quelle der Versichertendaten.

Akzeptanzkriterium:

1. Wenn die Versichertendaten aus einer eEB übernommen werden, dann kennzeichnet die Software den jeweiligen Datensatz der Abrechnung mit dem Wert 1 in der FK 4112.
2. Wenn die Versichertendaten nicht aus einer eEB übernommen werden, muss die Software sicherstellen, dass die FK 4112 nicht in dem jeweiligen Datensatz der Abrechnung übertragen wird.

Bedingung:

Ausgenommen von der Umsetzung dieser Anforderung sind Softwaresysteme ohne APK.

PFLICHTFUNKTION ADT

P2-401	„Defaultwert“ Besondere Personengruppe im Rahmen des Ersatzverfahrens
--------	---

Im Rahmen des Ersatzverfahrens wird für die Besondere Personengruppe der Defaultwert „00“ übertragen.

Begründung:

Da die Übertragung der Besonderen Personengruppe seit dem 1. Juli 2018 verpflichtend ist, soll der Anwender bei der Erfassung im Ersatzverfahren unterstützt werden.

Erfolgt nach einem Kassenwechsel die Erfassung im Ersatzverfahren (z.B. weil die neue eGK noch nicht zugestellt wurde), muss – unabhängig von der Belegung des Feldes bei der alten Kasse – die Vorbelegung mit dem Defaultwert „00“ erfolgen.

Akzeptanzkriterium:

1. Im Rahmen des Ersatzverfahrens wird die Besonderen Personengruppe (FK 4131) wie folgt vorbelegt:
 - a) Wenn für den Patienten in der Software bereits ein Wert vorhanden ist (bspw. aus dem Vorquartal), dann wird das Eingabefeld der Besonderen Personengruppe mit dem bereits vorhandenen Wert vorbelegt.
 - b) Wenn für den Patienten in der Software kein Wert oder der Patient noch nicht in der Software vorhanden ist oder bei gleichzeitigem Kassenwechsel (vgl. P2-530), dann wird die Besondere Personengruppe mit dem Defaultwert „00“ für die Abrechnung vorbelegt (eine Anzeige im Eingabefeld ist nicht zwingend erforderlich).
2. Der Anwender kann im Rahmen des Ersatzverfahrens den vorbelegten Wert überschreiben.
3. Wenn der Anwender im Rahmen der Dateneingabe keine Besondere Personengruppe eingibt, dann überträgt die Software entweder vorrangig den bereits bekannten Wert oder den Defaultwert „00“ in der FK 4131 in der Abrechnung.

PFLICHTFUNKTION ADT

P2-402	„Defaultwert“ DMP-Kennzeichen im Rahmen des Ersatzverfahrens
---------------	--

Im Rahmen des Ersatzverfahrens wird für das DMP-Kennzeichen der Defaultwert „00“ übertragen.

Begründung:

Da die Übertragung des DMP-Kennzeichens seit dem 1. Juli 2018 verpflichtend ist soll der Anwender bei der Erfassung im Ersatzverfahren unterstützt werden.

Erfolgt nach einem Kassenwechsel die Erfassung im Ersatzverfahren (z.B. weil die neue eGK noch nicht zugestellt wurde), muss – unabhängig von der Belegung des Feldes bei der alten Kasse – die Vorbelegung mit dem Defaultwert „00“ erfolgen.

Akzeptanzkriterium:

1. Im Rahmen des Ersatzverfahrens wird das DMP-Kennzeichen (FK 4132) wie folgt vorbelegt:
 - a) Wenn für den Patienten in der Software bereits ein Wert vorhanden ist (bspw. aus dem Vorquartal), dann wird das Eingabefeld des DMP-Kennzeichens mit dem bereits vorhandenen Wert vorbelegt.
 - b) Wenn für den Patienten in der Software kein Wert oder der Patient noch nicht in der Software vorhanden ist oder bei gleichzeitigem Kassenwechsel (vgl. P2-530), dann wird das DMP-Kennzeichen mit dem Defaultwert „00“ für die Abrechnung vorbelegt (eine Anzeige im Eingabefeld ist nicht zwingend erforderlich).
2. Der Anwender kann im Rahmen des Ersatzverfahrens den vorbelegten Wert überschreiben.
3. Wenn der Anwender im Rahmen der Dateneingabe kein DMP-Kennzeichen eingibt, dann überträgt die Software entweder vorrangig den bereits bekannten Wert oder den Defaultwert „00“ in der FK 4132 in der Abrechnung.

PFLICHTFUNKTION ADT

P2-403	Nähere Informationen zur DMP-Kennzeichnung
---------------	--

Das System muss sicherstellen, dass dem Anwender die Bedeutung zu den Werten der DMP-Kennzeichnung im Feld FK 4132 zur Verfügung gestellt werden.

Begründung:

Der Anwender soll bei der Identifikation der DMPs, in denen ein Versicherter ggf. eingeschrieben ist, unterstützt werden.

Akzeptanzkriterium:

1. Der Anwender muss die Möglichkeit haben, sich die Bedeutung eines DMP-Kennzeichens anzeigen zu lassen.

Hinweis:

Unter https://applications.kbv.de/S_KBV_DMP.xhtml werden alle zulässigen DMP-Kennzeichen sowie deren Bedeutung veröffentlicht.

Softwarehersteller können mit der Anzeige des Wertes auch immer die Bedeutung mit anzeigen.

2.2.4.2 Suchhilfen IK / Identifizierung eines KT-Stammsatzes

PFLICHTFUNKTION ADT	
P2-410	Identifizierung eines KT-Stammsatzes und Weiterverarbeitung im Rahmen der manuellen Erfassung bzw. im Ersatzverfahren

Die Software unterstützt den Anwender im Rahmen der manuellen Erfassung bzw. im Ersatzverfahren bei der Identifikation eines Kostenträgers in der Kostenträger-Stammdaten.

Begründung:

Diese Anforderung resultiert aus § 1 der Anlage 6 BMV-Ä (Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern). Der Anwender muss einen Kostenträger in der Kostenträger-Stammdaten zur Überprüfung der Abrechnungsfähigkeit dieses Kostenträgers identifizieren können.

Akzeptanzkriterium:

1. Falls ein IK zur Identifikation eines Kostenträgers vorliegt, muss die Software dem Anwender die Möglichkeit bieten, über die manuelle Eingabe dieses IKs einen Kostenträger in der KT-Stammdaten zu identifizieren (vgl. auch P2-200).
2. Die Software stellt dem Anwender darüber hinaus weitere Suchkriterien wie VKNR, Kassename, Kassensuchname und/oder Ortssuchname zur Identifikation eines Kostenträgers in der KT-Stammdaten zur Verfügung.
3. Falls ein Kostenträger identifiziert werden konnte, muss die Software zur Überprüfung der Abrechnungsfähigkeit dieses Kostenträgers mit einem KT-Abrechnungsbereich und für die Verarbeitung des Kassennamens und der VKNR alle Vorgaben und Fallunterscheidungen gemäß Kapitel 2.2.2.1 umsetzen.

PFLICHTFUNKTION ADT	
P2-420	Programmierte Suchhilfen zur Identifikation eines Kostenträgers bei Nichtvorlage eines IK

Die Software unterstützt den Anwender im Rahmen der manuellen Erfassung bzw. im Ersatzverfahren bei der Suche und Auswahl des korrekten Kostenträgers.

Begründung:

Aufgrund der hohen Anzahl von möglichen Kostenträgern für die Abrechnung muss der Anwender bei Auswahl eines Kostenträgers unterstützt werden, um mögliche Abrechnungsprobleme zu verhindern.

Akzeptanzkriterium:

1. Liegt **kein** IK zur Identifikation eines Kostenträgers vor, dann gilt:

a) Der Anwender muss **mindestens** die Möglichkeit haben über

- den „Kassensuchnamen“ laut der KT-Stammdaten (XML-Element: /kostentraeger/bezeichnung/suchname/@v) **und/oder**
 - den „Ortssuchnamen“ laut der KT-Stammdaten (XML-Element: /kostentraeger/ortssuchname_liste/ortssuchname/@v) **oder**
 - der 5-stelligen VKNR einen Kostenträger
- zu suchen.

b) Enthält der von dem Anwender ausgewählte Kostenträger mehrere gültige IKs

(/kostentraeger/ik_liste/ik/@v), so ist stets das sogenannte „Abrechnungs-IK“ zur Abrechnung bzw. zur Bedruckung der vertragsärztlichen Formulare zu verwenden (Das XML-Element enthält das Attribut R="abrechnungs_ik")

Hinweis:

Diese Vorgabe gilt nicht, wenn vom Anwender ein IK im Rahmen der Identifizierung eines KT-Stammsatzes gemäß **P2-410** manuell erfasst wurde!

c) Ist ein Kostenträger vom Anwender ausgewählt, dann gelten zur Überprüfung der Abrechnungsfähigkeit eines Kostenträgers mit einem KT-Abrechnungsbereich und für die Verarbeitung des Kassennamens und der VKNR die Vorgaben und Fallunterscheidungen gemäß **Kapitel 2.2.2.1**.

Hinweis:

In den Datensätzen der von der KBV ausgelieferten KT-Stammdaten können vom Softwareverantwortlichen oder von der Praxis spezielle Suchfelder ergänzt werden, die das schnelle Auffinden eines Kostenträgers zusätzlich erleichtern.

Hinweis zur Verwendung des Kostenträgers mit der VKNR 38825

Für die Arzneimittelrezepte (Muster 16) für den Bezug von Corona-Impfstoffen durch die Arztpraxen ist der Kostenträger „Bundesamt für Soziale Sicherung“ (VKNR 38825) zu verwenden, ab dem 1. Juli 2021 muss das IK 103609999 (besitzt das Attribut R="abrechnungs_ik") zur Bedruckung verwendet werden.

2.2.4.3 Geburtsdatum mit besonderem Wertebereich

Ein Geburtsdatum kann außerhalb des üblichen Datumsformats liegen; daher gilt:

PFLICHTFUNKTION ADT	
P2-430	Geburtsdatum mit besonderem Wertebereich

Ein Geburtsdatum muss mit seinem definierten Wertebereich vollständig erfasst und verarbeitet werden können.

Wertebereich FK 3103 (Geburtsdatum) im KVDT: JJJJMMTT, JJJJMM00, JJJJ0000, 00000000

2.2.5 Besonderheiten bei Versicherten der Sonstigen Kostenträger

2.2.5.1 Zusatzangaben

PFLICHTFUNKTION ADT

P2-440 Sonstige Kostenträger im ADT

Die von der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung geforderten Zusatzangaben bei der Abrechnung Sonstiger Kostenträger - gemäß Satzart „kvx3“ der KV-Spezifika-Stammdaten - müssen vom Anwender verwendet (erfasst und übertragen) werden können.

Anmerkung:

Für die Handhabung der sonstigen Kostenträger in der ADT-Abrechnung gibt es **keine bundeseinheitlichen Regelungen**. Beispielsweise gibt es spezielle Sonstige Kostenträger, die nicht bundesweit, sondern nur in einer Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet werden dürfen.

Allgemeine Abrechnungsvorgaben zu einem Sonstigen Kostenträger werden mit dem jeweiligen Kostenträger-Stammsatz festgelegt. Jede Kassenärztliche Vereinigung definiert ihre zusätzlich erforderlichen Abrechnungsinformationen in einer KV-Spezifika-Stammdaten (SDKV).

2.2.5.2 Bundesweit gültiger Sonstiger Kostenträger

Für den nachfolgend definierten bundesweit gültigen Sonstigen Kostenträger wurde vertraglich eine **verbindliche** elektronische Abrechnung mittels KVDT/ADT vereinbart. Für diesen SKT gelten besondere Anforderungen/Hinweise, die nachfolgend definiert sind.

2.2.4.2.1 Sonstiger Kostenträger „Bundeswehr“

PFLICHTFUNKTION ADT

P2-452 Sonstiger Kostenträger „Bundeswehr“

Näheres ist geregelt im „Vertrag über die ärztliche Versorgung von Soldaten der Bundeswehr / Untersuchungen zur Durchführung der allgemeinen Wehrpflicht sowie Untersuchungen zur Vorbereitung von Personalentscheidungen und betriebs- und fürsorgeärztliche Untersuchungen“ zwischen Bundesministerium der Verteidigung / KBV. Den Vertrag finden Sie beispielsweise unter <http://www.kbv.de/html/93.php>

Im Zusammenhang mit der elektronischen Abrechnung des bundesweit gültigen SKT Bundeswehr ist folgendes zu beachten:

1. Die Zuordnung der Kostenträger muss manuell erfolgen. Je nach Typ des Behandlungsscheins (Überweisungsschein für Überweisungsaufträge der Bundeswehr (Vordruck San/Bw/0217) oder Überweisungsschein zur Feststellung der Wehrdienstfähigkeit (Vordruck San/Bw/0117)) muss die Behandlung zu Lasten folgender Kostenträger erfolgen:

Behandlungsscheintyp	Kostenträger
Überweisungsschein für Überweisungsaufträge der Bundeswehr (§ 75 Abs. 3 SGB V)	VKNR: 79868 Suchname: BA für PM der Bundeswehr, Ref. I 2.3.5 Kurzname: BUNDESWEHR
Überweisungsschein zur Feststellung der Wehrdienstfähigkeit (WE) (§ 75 Abs. 3 SGB V)	VKNR: 79869 Suchname: BA für PM der Bundeswehr, Ref. I 2.3.5

Tabelle 6 – Zuordnung sonstiger Kostenträger „Bundeswehr“

2. Die „Personenkennziffer“ ist gemäß den Einstellungen der KV-Spezifika (kvx3) als SKT-Zusatzangabe unter der FK 4124 (SKT-Zusatzangaben) zu erfassen und zu übertragen. Die „Personenkennziffer“ muss dem Format „TTMMJJaaaaaa“ entsprechen. Gemäß §3 Überweisungsverfahren, Absatz (5) des o.g. Vertrages dürfen Vertragsärzte seit 1. Januar 2013 Überweisungen für Laborleistungen, zytologische Leistungen und Röntgenleistungen, sowie für anästhesiologische Leistungen im Rahmen ambulanter Operationen ausstellen. Eine sonstige Weiterüberweisung an einen anderen Vertragsarzt oder Vertragspsychotherapeuten ist außerhalb des Notfalls nicht ohne weiteres zulässig, vgl. §3 Überweisungsverfahren.

In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass die „Personenkennziffer“ gemäß P7-45 „Ausdruck Inhalt des Feldes 4124 (SKT-Zusatzangaben)“, „Anforderungskatalog Formularbedruckung“ [KBV_ITA_VGEX_Anforderungskatalog_Formularbedruckung] grundsätzlich im Format „TTMMJJaaaaaa“ im Feld „Versicherten-Nr.“ des Personalienfeldes auszudrucken ist.

3. Gemäß den Einstellungen der KV-Spezifika (kvx3) ist ggf. eine „Abweichende Gültigkeitsdauer“ zu erfassen und unter der FK 4125 (Gültigkeitszeitraum von ... bis ...) zu übertragen.
4. Nachfolgend verkleinerte Darstellungen der vereinbarten Formulare:

Deutsche Bundeswehr		Überweisungsschein für Überweisungsaufträge der Bundeswehr (§ 75 Abs. 3 SGB V)	
1 Personenkennziffer		Gültig ab Ausstellungsdatum bis Ende des Ild. Kalendervierteljahres, sofern nicht nachstehend oder durch besondere Mitteilung ein anderer Zeitraum bestimmt wird, jedoch nicht über das Ild. Kalendervierteljahr hinaus.	
Name, Vorname, Dienstgrad		Abweichende Gültigkeitsdauer vom (Datum) bis (Datum)	
Truppenteil/Dienststelle, Ort		Voraussichtl. Diensterende	
2 Überweisung an Herrn/Frau Dr. _____ Facharzt für _____		Verlängerung	
Anschrift (Straße, HausNr., PLZ, Ort)		Verlängerung möglichstens durch zw-Angehörige(n) oder Dritte(n) verursacht Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
3 Diagnose/Symptome/Verdacht auf _____			
4 Überweisung a) <input type="checkbox"/> zur Durchführung folgender diagnostischer Leistung(en) (Auftragseileitung) / <input type="checkbox"/> zur Ergänzung des Untersuchungsauftrages vom (Datum)			
b) <input type="checkbox"/> zur Konsiliaruntersuchung c) <input type="checkbox"/> zur Mitbehandlung d) <input type="checkbox"/> zur Notfallversorgung (Akutversorgung) wegen Fall 3 e) <input type="checkbox"/> zur ambul. Operation in der Arztlpraxis			
f) Ich bitte um schriftliche Äußerung auf der Rückseite der 2. Ausfertigung (schwarz) nach Nr. 72 EBM <input type="checkbox"/> Nr. 73 EBM <input type="checkbox"/> Nr. 75 EBM <input type="checkbox"/> Brief ärztl. Inhalts <input type="checkbox"/> Nr. 78 EBM - Ausführl. Arztlbrief über Kurze Beschreibung Krankheilsbericht Brief ärztl. Inhalts Internist/neurolog./psychiatr. Untersuchung			
5 Ich bitte um Übersendung der Ihnen vorliegenden Befunde zu o.a. Diagnose (Fall 3).			
Stempel des Arztes der Bundeswehr, Telefon		Ort, Datum Unterschrift, Dienstgrad/Arbeitsbezeichnung des zuständigen Arztes der Bundeswehr	
San/Bwt/02/17/94/V		Verteiler: 1. Aust. (blau) = Arzt zur Abrechnung 2. Aust. (schwarz) = Rückantwort (- G-Karte) 3. Aust. (grün) = Beleg für überweisenden Arzt der Bundeswehr	
VeraNr 7530-12-199-7149		– Ohne Unterschrift ungültig –	
Der Vordruck ist auf dem Nachschubweg anzufordern.			

Abbildung 1: Überweisungsschein für Überweisungsaufträge der Bundeswehr (Satzart 0102/0104)

Deutsche Bundeswehr		Überweisungsschein	
		zur Feststellung der Wehrdienstfähigkeit (<u>§ 75 Abs. 3 SGB V</u>)	
		WE	Gültig ab Ausstellungsdatum bis zum Abschluß der Untersuchung.
1. Personenkennziffer		Ggf. erforderliche Beratungen und Behandlungen können nicht aufgrund dieser Überweisung und nicht zu Lasten der Wehrersatzbehörde durchgeführt werden. – Eine Weiterüberweisung an andere berechtigte Ärzte bedarf der vorherigen Zustimmung und der Ausstellung eines weiteren Überweisungsscheines durch den Arzt der Wehrersatzbehörde.	
Name, Vorname		Abweichende Gültigkeitsdauer bis (Datum)	
Anschrift (Straße, HausNr, PLZ, Ort)			
2. Überweisung an Herrn/Frau Dr.		Arzt für (Gebietsbezeichnung)	
Anschrift (Straße, HausNr, PLZ, Ort)		Herr	
3. Diagnose/Symptome/Verdacht auf		Muster	
4. Überweisung zur			
<input type="checkbox"/> Durchführung folgender diagnostischer Leistung(en) (Auftragsleistung) / <input type="checkbox"/> Ergänzung des Untersuchungsauftrages vom _____			
Ich bitte um schriftliche Äußerung auf der Rückseite der 2. Ausfertigung (schwarz) nach			
<input type="checkbox"/> Nr 73 E-GO Krankheitsbericht		<input type="checkbox"/> Nr 75 E-GO Brief ärztlichen Inhalts	
5. Ich bitte um Übersendung Ihnen vorliegender Befunde zu o.ä. Diagnose (Feld 3).			
Stempel der Wehrersatzbehörde, Telefon		Ort, Datum	Verteiler: 1. Ausfg (violett) = Arzt zur Abrechnung 2. Ausfg (schwarz) = Rückantwort 3. Ausfg (grün) = Beleg für überweisenden Arzt d. Wehrersatzbehörde
San/Bw/0117/88/V Verschr 7530-12-312-0781		Ohne Unterschrift ungültig.	
Der Vordruck ist auf dem Nachschubweg anzulordnen.			

Abbildung 2: Überweisungsschein zur Feststellung der Wehrdienstfähigkeit (Musterung) (Satzart 0102)

2.2.6 Postleitzahl des Wohnsitzes des Patienten (bei Ersatzverfahren)

PFlichtfunktion ADT	
P2-460	Existenzprüfung über PLZ-Stammdaten der KBV bei KTAB=00

Die in das Feld 3112 und/oder 3121 zu übertragende Postleitzahl des Patienten muss auf Existenz gegen die **PLZ-Stammdaten der KBV** nur dann geprüft werden, wenn die Postleitzahl manuell durch **Ersatzverfahren** erfasst wurde; der ADT-Abrechnungsdatensatz also kein Einlesedatum (FK 4109) enthält und zusätzlich der Kostenträger-Abrechnungsbereich (KTAB, FK 4106) **mit „00“ definiert** ist.

Liegt ein Ersatzverfahren vor und ist somit eine Existenzprüfung erforderlich, ist folgende Fallunterscheidung zu beachten:

Fall a)

Falls die in der Abrechnungssoftware vorliegende Postleitzahl des Patienten in der PLZ-Stammdaten (Referenzierung Feld 0150) **existiert**, muss diese in das Feld 3112 bzw. 3121 des ADT-Abrechnungsdatensatzes übernommen werden. Die Existenzprüfung erfolgt unabhängig davon, ob es sich um eine ausländische Postleitzahl handelt oder nicht.²⁶

Fall b)

Falls die in der Abrechnungssoftware vorliegende Postleitzahl des Patienten in der PLZ-Stammdaten (Referenzierung Feld 0150) **nicht existiert**, dann

1. muss ein Warnhinweis erfolgen, dass diese vorliegende Postleitzahl des Patienten nicht in der PLZ-Stammdaten existiert und entsprechend geändert werden muss.
2. darf die vorliegende Postleitzahl nicht in den ADT-Abrechnungsdatensatz übertragen werden.
3. muss der Anwender eine geeignete Korrektur nach folgender Maßgabe vornehmen:
 - a) Wohnt der Patient im Inland, muss eine dem Patienten zugehörige Postleitzahl in den ADT-Abrechnungsdatensätzen übertragen werden, die in der PLZ-Stammdaten der KBV existiert.

²⁶ Es reicht also, wenn die als 5-stellige numerische Ziffernkette erfasste Postleitzahl des Patienten in der SDPLZ existiert.

Falls keine „gültige“ PLZ ermittelt werden kann, dann wird in den ADT-Abrechnungsdatensatz in das Feld 3112 bzw. 3121 (PLZ/PostfachPLZ) die Postleitzahl des Praxissitzes des behandelnden Arztes (Inhalt Feld 0215, Satzart „besa“) übernommen.

Hinweis:

Sofern eine „neu vergebene“ Postleitzahl des Patienten vorliegt, die noch nicht in der PLZ-Stammdaten²⁷ enthalten ist und die Postleitzahl des Praxissitzes des behandelnden Arztes ebenfalls dieser neuen Postleitzahl, dann muss die „alte“ Postleitzahl des Standortes²⁸ in das Feld 3112 bzw. 3121 übernommen werden. In diesem Fall ist es ausreichend, wenn die Software den Anwender entsprechend darauf hinweist und der Anwender die „alte“ PLZ manuell erfasst.

- b) Wohnt der Patient im Ausland²⁹, dann wird in den ADT-Abrechnungsdatensatz in das Feld 3112 (PLZ) als Postleitzahl-Dummy fünfmal die Neun (99999) geschrieben. (Die ausländische Postleitzahl des Patienten wird also in diesem Fall durch 99999 ersetzt.)

Hinweis:

Dieser Ersatzwert dient ausschließlich Abrechnungszwecken, die tatsächliche PLZ des Patienten muss gespeichert werden.

Wichtiger Hinweis:

Die Postleitzahl, die im Rahmen des Wohnortprinzips in den ADT-Abrechnungsdatensatz übernommen wird, ist eine reine Verwaltungsinformation.

D.h. der Arzt muss NICHT in seiner medizinischen Patientendokumentation die PLZ des Patienten (z.B. für den Briefversand oder noch schlimmer: für den Notfall) komplett durch eine Pseudonummer ersetzen. Die Anwendungssoftware muss sicherstellen, dass in diesen Fällen in der Patientendokumentation (= Karteikarte) die reale PLZ des Patienten gespeichert ist. Diese reale Postleitzahl ist auch bei dem Ausdruck des Personalienfeldes von vertragsärztlichen Formularen zu verwenden.

2.2.7 Geschlecht des Patienten

PFLICHTFUNKTION ADT	
P2-470	Geschlecht (FK 3110)

Die Software muss die Transformationsvorschriften für das Geschlecht gemäß den Anforderungen der „Technischen Anlage zur Anlage 4a“ einhalten und dem Anwender die manuelle Erfassung einer Geschlechtsangabe ermöglichen.

Begründung:

Die vertragliche Grundlage dieser Anforderung sind die Anlage 4a BMV-Ä sowie die „Technische Anlage zu Anlage 4a“ (BMV-Ä).

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software belegt das Eingabefeld des Geschlechts (Feld 3110) nicht mit einem Defaultwert vor.
 - a) Eine automatisierte Bestimmung des Geschlechts anhand des Vornamen oder weiterer identifizierender Merkmale kann von der Software als Unterstützung des Anwenders durchgeführt werden. Der Anwender muss jederzeit die Möglichkeit haben den vorgeschlagenen Wert überschreiben zu können.

²⁷ aufgrund unterschiedlicher Datenlieferungszyklen der Post bzw. KBV

²⁸ Dies gilt auch, wenn die Praxis beispielsweise neu eröffnet wurde.

²⁹ z.B. wenn ein entsprechender Wohnsitzländercode angegeben worden ist.

2. Falls eine eGK eingelesen wird, muss die Software den Inhalt des Elements . . . //Geschlecht entsprechend den Vorgaben der „Technischen Anlage zur Anlage 4a“ [[KBV_ITA_VGEX_Mapping_KVK](#)] in das Feld 3110 übernehmen. (vgl. auch [P2-105](#))
3. Falls eine KVK eingelesen wird muss die Software vom Anwender die Eingabe einer Geschlechtsangabe fordern.
4. Im Rahmen der manuellen Erfassung bzw. beim Ersatzverfahren, muss die Software vom Anwender die Eingabe einer Geschlechtsangabe fordern.
5. Die Software muss das vom Anwender erfasste Geschlecht im Feld 3110 übertragen.

2.2.8 Fiktive Versicherte

OPTIONALE FUNKTION ADT	
K2-480	Unterbindung der Übernahme von Daten fiktiver Versicherter

Damit Anwender die Möglichkeiten haben, neue Funktionen in der Software oder allgemein das Verhalten der Software zu testen, muss der Anwender die Möglichkeiten haben, fiktive Versicherte zu hinterlegen. Für fiktive Versicherte ist eine Abrechnung von Leistungen zu unterbinden.

Begründung:

Krankenkassen, welche bspw. den Praxen für Anbindungstests von TI-Fachanwendungen im Wirkbetrieb Daten von fiktiven Versicherten zur Verfügung stellen, erwarten, dass für diese fiktiven Versicherten keine realen vertragsärztliche Leistungen abgerechnet werden. Um sicherzustellen, dass eine versehentliche Abrechnung von Leistungen für fiktive Versicherte nicht erfolgt, soll die Software die Übernahme von Abrechnungsdaten fiktiver Versicherter in die ADT-Abrechnungsdatensätze unterbinden.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software muss dem Anwender bei der manuellen Erfassung von Patientenstammdaten die Möglichkeit bieten, diese Daten als fiktiv zu kennzeichnen.
 - a) Mit den als fiktiv gekennzeichneten Versicherten können alle Funktionen der Software genutzt werden.
2. Die Software muss die Übernahme von erfassten Leistungen für fiktive Versicherte in die ADT-Abrechnungsdatensätze im Rahmen der KV-Abrechnung automatisch unterbinden, ohne eine Bestätigung des Anwenders einzuholen.

2.3 ABRECHNUNGSFUNKTIONEN BEI DEN SATZARTEN 010X

KONDITIONALE PFlichtfunktion ADT	
KP2-500	Angabe der abzurechnenden „Satzarten 010x“ bzw. der "Scheinuntergruppe" beim erstmaligen Kontakt im Quartal

Beim **erstmaligen Einlesen der Versichertenkarte** eines Versicherten im Quartal **muss** das System die **Eingabe der abzurechnenden „Satzart 010x“ bzw. der „Scheinuntergruppe“** verlangen. Dies kann entweder im direkten Zusammenhang mit dem Einlesevorgang oder beim ersten Erfassen von abrechnungsrelevanten Daten erfolgen.

Bedingung:

Ausgenommen von der Umsetzung dieser Anforderung sind Softwaresysteme ohne APK.

KONDITIONALE PFlichtfunktion ADT

P2-505
KP2-514

Ambulante Behandlung (Satzart 0101 mit Scheinuntergruppe 00) bei SKT-Versicherten ohne Versichertenkarte

SKT-Versicherte ohne Versichertenkarte:

Die Abrechnungssoftware muss sicherstellen,

dass zu einem SKT-Versicherten ohne Versichertenkarte (VKNR-Seriennummer 3.-5.Stelle >= 800 oder KTAB ≠ 00) die Satzart 0101 mit der Scheinuntergruppe 00 (Satzart „Ambulante Behandlung“) mehrfach im selben Quartal angelegt werden kann, wobei dann gilt, dass bei jeder Anlage einer entsprechenden Satzart der Zeitraum der Gültigkeit des Abrechnungsscheines in FK 4125 (Gültigkeitszeitraum von...bis...) erfasst und übertragen werden muss, sofern die Information über die Gültigkeit vorhanden ist.

Begründung:

SKT-Versicherte ohne Versichertenkarte (z.B. Sozialamt) erhalten unter Umständen in einem Quartal mehrere papiere Behandlungsausweise mit Angabe einer eingeschränkten Gültigkeit. Für jeden Behandlungsausweis muss jeweils ein separater Abrechnungsdatensatz angelegt werden können.

Bedingung:

Ausgenommen von der Umsetzung dieser Anforderung sind Softwaresysteme ohne APK.

2.3.1 Behandlungen auf Grundlage des Terminservice- und Versorgungsgesetzes

Seit Anfang 2016 bieten die Kassenärztlichen Vereinigungen den Service der Terminservicestelle (TSS) an. Dies hatte die Bundesregierung mit dem Versorgungsstärkungsgesetz festgelegt. Die Terminservicestelle der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung vor Ort unterstützt Patienten mit berechtigtem Vermittlungswunsch dabei, so schnell wie möglich (maximal 4 Wochen) einen Termin beim Facharzt oder Psychotherapeuten zu vereinbaren.

Das im Mai 2019 in Kraft getretene Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) sieht für Behandlungen, die aufgrund einer Terminvermittlung durch die TSS oder einen Hausarzt zustande gekommen sind, eine Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vor. Aus diesem Grund wurde bereits zum 1. Quartal 2019 eine besondere Scheinkennzeichnung mit den Feldern 4103 und 4105 eingeführt.

Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens sind weitere Konstellationen hinzugekommen, die ebenfalls eine Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch die Krankenkassen auslösen und daher einer gesonderten Kennzeichnung bedürfen. Dies betrifft zum einen die Behandlung von Neupatienten und zum anderen die Behandlung im Rahmen von offenen Sprechstunden.

Infolge der inhaltlichen Erweiterung der Scheinkennzeichnung wurden die Felder 4103 und 4105 mit Wirkung zum 3. Quartal 2019 umbenannt:

- › Feld 4103 – „Vermittlungs-/Kontaktart“ (bis zum 2. Quartal 2019 „Vermittlungsart“)
- › Feld 4105 – „Ergänzende Informationen zur Vermittlungs-/Kontaktart“ (bis zum 2. Quartal 2019 „Ergänzende Informationen zur Vermittlungsart“)

Wir empfehlen, dass im Softwareprodukt zur Erfassung durch die Arztpraxen vorgegebene Feld 4103 analog der Datensatzbeschreibung als „Vermittlungs-/Kontaktart“ zu benennen. Im Zusammenhang mit der Umsetzung der Regelungen des TSVG wurden auch die KVDT-Anforderungen P2-501 und KP2-502/503 im KVDT-Anforderungskatalog aufgenommen. Ergänzt wird die Umsetzung der Regelungen des TSVG ab dem 3. Quartal 2019 durch die KVDT-Anforderungen KP2-504/505/506/507/508/509.

Das bisherige Recht und das TSVG sehen für die im Feld 4103 zu kennzeichnenden Konstellationen voneinander abweichende Zeitpunkte des Inkrafttretens vor:

- › Ab dem 11. Mai 2019 wird die Kennzeichnung für die Behandlungen aufgrund der durch die TSS vermittelten Termine („TSS-Terminfall“, Vermittlungs-/Kontaktart Code „1“) für die entsprechende extrabudgetäre Vergütung gesetzt.
- › Für Fachärzte sieht das TSVG ab dem 11. Mai 2019 eine gesonderte Vergütung von Leistungen vor, wenn der Behandlungstermin zuvor von einem Hausarzt vermittelt wurde („HA-Vermittlungsfall“, Code „3“).
- › Die Vergütung von Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund einer Terminvermittlung von Akutfällen nach einem Ersteinschätzungsverfahren durch die TSS erfolgte spätestens ab dem 1. Januar 2020, konnte jedoch in Abhängigkeit von der Umsetzung durch die regionale Kassenärztliche Vereinigung bereits vorher erfolgen („TSS-Akutfall“, Code „2“).
- › Die Regelungen zur Vergütung für die Behandlung von Neupatienten oder Patienten, die mindestens seit zwei Jahren nicht in der Arztpraxis behandelt wurden, traten mit Wirkung zum 1. September 2019 in Kraft, sodass eine Kennzeichnung ab dem 3. Quartal 2019 vorzusehen war („Neupatient“, Code „5“). Da mit dem am 20. Oktober 2022 beschlossenen GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) die extrabudgetäre Vergütung von vertragsärztlichen Leistungen gegenüber den „Neupatienten“ für Vertragsärzte abgeschafft wird, entfällt diese Kennzeichnung ab dem 1. Januar 2023.

Ebenfalls zum 1. September 2019 traten die Vergütungsregelungen zur Behandlung im Rahmen von bis zu fünf offenen Sprechstunden in Kraft, sodass auch hierfür eine Kennzeichnung ab dem 3. Quartal 2019 vorgesehen ist („Offene Sprechstunde“, Code „4“).

Über die TSS können auch nicht dringliche Termine vermittelt werden, z.B. wenn der Termin vom Versicherten über den eTerminservice der KV gebucht wird, keine Überweisung mit dringendem Vermittlungscode vorliegt, bei verschiebbaren Routineuntersuchungen oder in Fällen von Bagatellerkrankungen (sogenannter „TSS-Routine-Termin“, Code „6“).

Das Feld 4105 (Ergänzende Informationen zur Vermittlungs-/Kontaktart) dient zur Übermittlung weiterer Angaben im Zusammenhang mit der Terminvermittlung. Derzeit existieren keine bundesweit gültigen Vorgaben für eine verpflichtende Belegung des Feldes 4105. Gegebenenfalls bestehen hierzu jedoch regionale Vorgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Während die Fachärzte im Fall einer Terminvermittlung durch einen Hausarzt ab dem 11. Mai 2019 von einer Vergütung der von ihnen durchgeführten Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung profitieren („HA-Vermittlungsfall“), wird die Vermittlungstätigkeit des Hausarztes erst ab dem 1. September 2019 mittels eines Zuschlages vergütet. Die Abrechnung des Zuschlags erfolgt mittels der spezifischen Gebührenordnungsposition 03008 und 04008 des EBM. Voraussetzung für die Vergütung des Zuschlags ist die Angabe der Betriebsstättennummer des Facharztes, bei dem der Termin vermittelt wurde. Hierfür wurde ab dem 3. Quartal 2019 ein neues KVDT-Feld 5003 „(N)BSNR des vermittelten Facharztes“ aufgenommen, sodass die Information der Betriebsstättennummer des Facharztes direkt dem Zuschlag zugeordnet werden kann.

PFLICHTFUNKTION ADT	
P2-501	Anlage weiterer Datensätze „010x“ im Quartal zu demselben Patienten

Die Software muss es dem Anwender ermöglichen bei Bedarf weitere beliebige Datensätze 010x mit gleicher und/oder abweichender Satzart, Scheinuntergruppe anzulegen, auch wenn der Patient im laufenden Quartal bereits erfasst wurde.

Begründung:

Aufgrund der gesonderten Vergütung für Behandlungen infolge von Terminvermittlungen bzw. besonderer Konstellation (bspw. offene Sprechstunden) gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V (i. d. F. des TSVG und GKV-FinStG) sind die abgerechneten Leistungen scheinbezogen zu kennzeichnen.

Akzeptanzkriterium:

1. Der Anwender hat die Möglichkeit für einen Patienten im laufenden Quartal bei Bedarf weitere beliebige Datensätze 010x mit gleicher und/oder abweichender Satzart, Scheinuntergruppe im System zu erfassen.
2. Sofern erneut die Versichertenkarte eingelesen wird, muss ein bereits vorhandenes Einlesedatum in allen Datensätzen 010x des laufenden Quartals aktualisiert werden (vgl. P2-150)

KONDITIONALE PFLECHTFUNKTION ADT

KP2-502	Kennzeichnung der „Satzarten 010x“ bzw. "Scheinuntergruppe" mit der Vermittlungs-/Kontaktart
----------------	--

Die Software muss dem Anwender die Möglichkeit geben, bei der Anlage einer weiteren „Satzart“ bzw. „Scheinuntergruppe“ gemäß P2-501 die Vermittlungs-/Kontaktart anzugeben.

Begründung:

Aufgrund der gesonderten Vergütung für Behandlungen infolge von Terminvermittlungen bzw. besonderer Konstellation (bspw. offene Sprechstunden) gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V (i. d. F. des TSVG und GKV-FinStG) sind die abgerechneten Leistungen scheinbezogen zu kennzeichnen.

Akzeptanzkriterium:

1. Der Anwender hat die Möglichkeit bei der Anlage einer „Satzart“ bzw. „Scheinuntergruppe“ die Vermittlungs-/Kontaktart (FK 4103) auszuwählen.
 - a) Wenn der Anwender eine Vermittlungs-/Kontaktart auswählt, dann überträgt das System in der Abrechnung diese Information in der Feldkennung 4103.
 - b) Dieses Feld darf nicht automatisch vorbelegt werden.

Bedingung:

Ausgenommen von der Umsetzung dieser Anforderung sind Softwaresysteme ohne APK.

KONDITIONALE PFLECHTFUNKTION ADT

KP2-503	Ergänzende Information zur Vermittlungs-/Kontaktart
----------------	---

Die Software muss dem Anwender die Möglichkeit geben, bei der Angabe der Vermittlungs-/Kontaktart ergänzende Informationen als Freitext zu übertragen.

Begründung:

Aufgrund der gesonderten Vergütung für Behandlungen infolge von Terminvermittlungen bzw. besonderer Konstellation (bspw. offene Sprechstunden) gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V (i. d. F. des TSVG und GKV-FinStG) sind die abgerechneten Leistungen scheinbezogen zu kennzeichnen.

Akzeptanzkriterium:

1. Der Anwender hat bei der Angabe der Vermittlungs-/Kontaktart (FK 4103) die Möglichkeit ergänzende Informationen in der FK 4105 in der Abrechnung zu übertragen.

Bedingung:

Ausgenommen von der Umsetzung dieser Anforderung sind Softwaresysteme ohne APK.

KONDITIONALE PFLECHTFUNKTION ADT

KP2-504

Nachweis der Umsetzung der Funktionen TSS-Vermittlungscode

Die Software muss dem Anwender die Funktionen auf Basis der Kapitel 2 „Umsetzung der Spezifikation – Vermittlungscode“ und 3 „Umsetzung der Bedruckung“ des Anforderungskataloges eTerminservice bereitstellen.

Begründung:

Aufgrund der gesonderten Vergütung für Behandlungen infolge von Terminvermittlungen durch die TSS sind die abgerechneten Leistungen scheinbezogen zu kennzeichnen und die relevanten Informationen nach den definierten Vorgaben zu übertragen.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software muss die Funktionen gemäß den Kapiteln 2 „Umsetzung der Spezifikation – Vermittlungscode“ und 3 „Umsetzung der Bedruckung“ des Anforderungsdokumentes „Anforderungskatalog eTerminservice“ in der Version 2.0.7 [[KBV_ITA_VGEX_Anforderungskatalog_TSS](#)] umsetzen und dem Anwender im Rahmen der Ausstellung von Überweisungen (auf Muster 6 und PTV 11) bereitstellen.

Bedingung:

Die Umsetzungspflicht besteht für alle Systeme mit Arzt-Patienten-Kontakt und Unterstützung der Bedruckung des Personalienfeldes.

KONDITIONALE PFLECHTFUNKTION ADT

KP2-505

Nachweis der Umsetzung der Funktionen 116117 Terminservice Vermittlungscode

Die Software muss dem Anwender die Funktionen auf Basis der Kapitel 2 „Umsetzung der Spezifikation – 116117 Terminservice Vermittlungscode“ und 3 „Umsetzung der Bedruckung“ des Anforderungskataloges Terminservice bereitstellen.

Begründung:

Aufgrund der gesonderten Vergütung für Behandlungen infolge von Terminvermittlungen durch die Terminservice sind die abgerechneten Leistungen scheinbezogen zu kennzeichnen und die relevanten Informationen nach den definierten Vorgaben zu übertragen.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software muss die Funktionen gemäß den Kapiteln 2 „Umsetzung der Spezifikation 116117 Terminservice Vermittlungscode“ und 3 „Umsetzung der Bedruckung“ des Anforderungsdokumentes „Anforderungskatalog Terminservice“ in der Version 3.0.0 [[KBV_ITA_VGEX_Anforderungskatalog_TSS](#)] umsetzen und dem Anwender im Rahmen der Ausstellung von Überweisungen (auf Muster 6 und PTV 11) bereitstellen.
2. Die Software muss das Audit für die Anwendung „116117 Terminservice Vermittlungscode“ bei der kv.digital erfolgreich abgeschlossen haben. Als Nachweis muss das Audit-Zertifikat bei der KBV im Rahmen des Zertifizierungsverfahrens „116117 Terminservice Vermittlungscode“ eingereicht werden.

Bedingung:

1. **Bis zum 30. September 2025** muss die Umsetzung laut Akzeptanzkriterium 2 und die Erbringung des Nachweises erfolgreich abgeschlossen sein.
2. Umsetzungspflicht besteht für alle Systeme mit Arzt-Patienten-Kontakt und Unterstützung der Bedruckung des Personalienfeldes.

Hinweis:

Die Erbringung der Nachweise gemäß Akzeptanzkriterium 2 erfolgt im Rahmen des anstehenden Zertifizierungsverfahrens bzw. Audits **ab Februar 2025**.

Die neuen Terminservice-Schnittstellen, „116117 Terminservice Vermittlungscode“ und „116117 Terminservice Abrechnungsinformation“ können **ab dem 1. April 2025** produktiv verwendet werden.

OPTIONALE FUNKTION ADT	
K2-511	Nachweis der Umsetzung der Funktionen TSS-Abrechnungsinformation (KV-Connect)

Die Software kann dem Anwender die Funktionen auf Basis des Kapitels 4 „Umsetzung der Spezifikation – TSS-Abrechnungsinformation“ des Anforderungskataloges [KBV_ITA_VGEX_Anforderungskatalog_TSS] bereitstellen.

Begründung:

Aufgrund der gesonderten Vergütung für Behandlungen infolge von Terminvermittlungen durch die TSS sind die abgerechneten Leistungen scheinbezogen zu kennzeichnen und die relevanten Informationen nach den definierten Vorgaben zu übertragen.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software muss die Funktionen gemäß Kapitel 4 „Umsetzung der Spezifikation – TSS-Abrechnungsinformation“ des Anforderungsdokumentes „Anforderungskatalog eTerminservice“ in der Version 2.0.7 [KBV_ITA_VGEX_Anforderungskatalog_TSS] umsetzen und dem Anwender im Rahmen der Erfassung von Patienten, beim Praxismanagement sowie bei der Abrechnung bereitstellen.
2. Die Software muss die Umsetzung der Funktionalitäten im Rahmen des KBV Zertifizierungsverfahrens „TSS-Abrechnungsinformation“ nachweisen.

Hinweis:

Eine Umsetzung ist nur für Systeme mit Arzt-Patienten-Kontakt sinnvoll.

OPTIONALE FUNKTION ADT	
K2-512	Nachweis der Umsetzung der Funktionen TSS-Abrechnungsinformation

Die Software kann dem Anwender die Funktionen auf Basis des Kapitels 4 „Umsetzung der Spezifikation – 116117 Terminservice TSS-Abrechnungsinformation“ des Anforderungskataloges Terminservice bereitstellen.

Begründung:

Aufgrund der gesonderten Vergütung für Behandlungen infolge von Terminvermittlungen durch die Terminservice sind die abgerechneten Leistungen scheinbezogen zu kennzeichnen und die relevanten Informationen nach den definierten Vorgaben zu übertragen.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software muss die Funktionen gemäß Kapitel 4 „Umsetzung der Spezifikation – 116117 Terminservice Abrechnungsinformation“ des Anforderungsdokumentes „Anforderungskatalog Terminservice“ in der Version 3.0.0 [KBV_ITA_VGEX_Anforderungskatalog_TSS] umsetzen und dem Anwender im Rahmen der Erfassung von Patienten, beim Praxismanagement sowie bei der Abrechnung bereitstellen.
2. Die Software muss die Umsetzung der Funktionalitäten im Rahmen des KBV Zertifizierungsverfahrens „116117 Terminservice Abrechnungsinformation“ nachweisen.

3. Die Software muss das Audit für die Anwendung „116117 Terminservice Abrechnungsinformation“ bei der kv.digital erfolgreich abgeschlossen haben. Als Nachweis muss das Audit-Zertifikat bei der KBV im Rahmen des Zertifizierungsverfahrens „116117 Terminservice Abrechnungsinformation“ eingereicht werden.

Bedingung:

Bis zum 30. September 2025 muss die Umsetzung laut Akzeptanzkriterium 2 und die Erbringung des Nachweises erfolgreich abgeschlossen sein, **sofern** die Software die genannten Funktionen bereitstellt.

Hinweis:

Die Erbringung der Nachweise gemäß Akzeptanzkriterium 2 erfolgt im Rahmen des anstehenden Zertifizierungsverfahrens bzw. Audits **ab Februar 2025**.

Die neuen Terminservice-Schnittstellen, „116117 Terminservice Vermittlungscode“ und „116117 Terminservice Abrechnungsinformation“ können **ab dem 1. April 2025** produktiv verwendet werden.

Eine Umsetzung ist nur für Systeme mit Arzt-Patienten-Kontakt sinnvoll.

KONDITIONALE PFlichtfunktion ADT

KP2-512	Befüllung der Datenfelder für TSS-Abrechnungsinformationen
----------------	--

Die Software muss dem Anwender die manuelle Möglichkeit zur Befüllung der TSS-Felder in der Abrechnung bieten.

Begründung:

Aufgrund der gesonderten Vergütung für Behandlungen infolge von Terminvermittlungen sind die abgerechneten Leistungen scheinbezogen zu kennzeichnen und die relevanten Informationen nach den definierten Vorgaben zu übertragen.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software stellt sicher, dass der Anwender die KVDT-Feldkennungen 4103, 4114 und 4115 manuell befüllen kann.

Bedingung:

Die Umsetzungspflicht besteht für alle Systeme mit Arzt-Patienten-Kontakt.

KONDITIONALE PFlichtfunktion ADT

KP2-513	Auswahl/Vorschlag zeitgestaffelter Zuschläge aufgrund vermittelter Termine
----------------	--

Ist ein Arzt-Patienten-Kontakt aufgrund einer Terminvermittlung zustande gekommen, muss die Software dem Anwender den zeitgestaffelten Zuschlag (nach Altersklassen und Zeitfristen unterschieden) zur Übernahme in die Abrechnung vorschlagen, sofern vom Anwender die relevanten Informationen erfasst wurden.

Begründung:

Um den Anwender bei der Abrechnung zu unterstützen, soll ihm anhand vorliegender Informationen zur Vermittlungs-/Kontaktart (FK 4103), dem Tag der Terminvermittlung (FK 4115) und dem Leistungstag (FK 5000) der passende zeitgestaffelte Zuschlag angezeigt/vorgeschlagen werden.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software ermöglicht die automatische Zuordnung des zeitgestaffelten Zuschlags (einer GOP) nach Altersklassen und Zeitfristen und schlägt dem Anwender die Übernahme des zeitgestaffelten Zuschlags in die Abrechnung anhand des folgenden Algorithmus/Entscheidungsbaums vor:
 - a) Die zeitgestaffelten Zuschläge müssen in der GO-Stammdatenbank, die für den Anwender zuständigen KV, die Kennzeichnung zum Setzen durch die Praxis (SDEBM XML-Element `../kv/kennzeichen/arztpraxis/@V = true`) haben.
2. Wenn ein Schein eines Patienten als TSS-Akutfall (FK 4103 gleich 2) gekennzeichnet ist und der Tag der Terminvermittlung (FK 4115) vorliegt und die Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschale (VP/GP/KP) gesetzt ist, dann muss die Software folgendes zur Übernahme vorschlagen:
 - a) Wenn FK 5000 minus FK 4115 kleiner gleich 1 **Kalendertag** ist, dann wird der Schein um den Zuschlag mit dem Zusatzkennzeichen A ergänzt.
 - b) Wenn FK 5000 minus FK 4115 größer 1 **Kalendertag** ist, dann erhält der Anwender die folgende Warnmeldung:
 - i. Warnmeldung: „*Der Patient wurde nicht am aktuellen Tag oder Folgetag behandelt und ist folglich nicht als TSS-Akutfall kennzeichnbar.*“
3. Wenn ein Schein eines Patienten als TSS-Terminfall, HA-Vermittlungsfall oder Routine-Termin (FK 4103 gleich 1, 3 oder 6) gekennzeichnet ist und der Tag der Terminvermittlung (FK 4115) vorliegt und die Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschale (VP/GP/KP) gesetzt ist, dann muss die Software folgendes zur Übernahme vorschlagen:
 - a) Wenn FK 5000 minus FK 4115 kleiner **gleich 4 Kalendertage** ist, dann wird der Schein um den zeitgestaffelten Zuschlag mit dem Zusatzkennzeichen B ergänzt.
 - b) Wenn FK 5000 minus FK 4115 größer 4 **Kalendertage** und kleiner **gleich 14 Kalendertage** ist, dann wird der Schein um den zeitgestaffelten Zuschlag mit dem Zusatzkennzeichen C ergänzt.
 - c) Wenn FK 5000 minus FK 4115 größer 14 **Kalendertage** und kleiner **gleich 35 Kalendertage** ist, dann wird der Schein um den zeitgestaffelten Zuschlag mit dem Zusatzkennzeichen D ergänzt.
 - d) Wenn FK 5000 minus FK 4115 größer 35 **Kalendertage** ist, dann erhält der Anwender die folgende Warnmeldung:
 - i. Warnmeldung: „*Es ist kein zeitgestaffelter Zuschlag mehr abrechenbar, da die 35-Kalendertage-Frist verstrichen ist.*“
4. Die Software muss dem Anwender die Möglichkeit bieten, die Übernahme des zeitgestaffelten Zuschlags in die Abrechnung zu bestätigen.
 - a) Der vorgeschlagene zeitgestaffelte Zuschlag kann vom Anwender immer übersteuert werden.

Bedingung:

Die Umsetzungspflicht besteht für alle Systeme mit Arzt-Patienten-Kontakt.

Hinweis:

Die Funktion KP2-513 muss nicht im unmittelbaren Nachgang einer Terminzuordnung durchlaufen werden, sondern kann vielmehr nach dem Setzen der Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschale (VP/GP/KP) erfolgen. Die Leistungen der VP/GP/KP können anhand der EBM-Stammdatenbanken programmatisch daran erkannt werden, dass die Gebührennummer der entsprechenden VP/GP/KP in der Grundleistungsliste (SDEBM XML-Element `../gnr/regel/grundleistungen_liste/..`) der Zuschlagsleistungen für Terminvermittlung enthalten ist. Diese Zuschlagsleistungen können anhand des Vorkommens des Begriffs „TSS-Terminvermittlung“ im Kurztext identifiziert werden (SDEBM XML-Element `../gnr/allgemein/legende/kurztext/..`). Bei der Auswahl der passenden Zuschlagsleistung ist ggf. die Altersklasse des Patienten gemäß Anforderung P6-804 zu berücksichtigen.

Beispiel HA-Vermittlungsfall:

Erfasste FK	Wert	Erläuterung
4103	3 (HA-Vermittlungsfall)	
4115	9. März 2023 (Tag der Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit)	
5000	16. März 2023	
5001	10211 (Hautärztliche Grundpauschale 6. bis 59. Lebensjahr)	
Ergänzte FK		
5001	10911C	Die GNR 10211 ist in der Grundleistungsliste folgender Leistungen enthalten: 10215, 10220, 10227 und 10228, 10228A bis 10228H. Die GNR 10228(X) stellen Zuschlagsleistungen für Terminvermittlungen dar. Die GNR 10228C wird ausgewählt, da die Behandlung 7 Kalendertage nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit erfolgt. Unter Berücksichtigung der Altersklasse des Patienten wird der Schein um den Zuschlag 10911C ergänzt.

Beispiel TSS-Terminfall:

Erfasste FK	Wert	Erläuterung
4103	1 (TSS-Terminfall)	
4115	9. März 2023	
5000	30. März 2023	
5001	25214 (Konsiliarpauschale nach strahlentherapeutischer Behandlung)	
Ergänzte FK		
5001	25230D	Die GNR 25214 ist in der Grundleistungsliste folgender Leistungen enthalten: 01434, 01444, 01450, 01640, 01641, 01670, 25215, 25230, 25230A bis 25230H und 37302. Die GNR 25230(X) stellen Zuschlagsleistungen für Terminvermittlung dar. Die GNR 25230D wird ausgewählt, da die Behandlung 21 Kalendertage nach der Vermittlung erfolgt.

Finden im Behandlungsfall ausschließlich Arzt-Patienten-Kontakte im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä statt, dann können vom Anwender anstelle der Zusatzkennzeichen A, B, C und D die Kennzeichen E, F, G, H gesetzt werden (4.3.1 Absatz 5 Nr. 2 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM). Dieser Fall muss gemäß 4.3.1 Absatz 5 Nr. 5 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung zusätzlich mit der GOP 88220 gekennzeichnet werden. Die Software kann dem Anwender geeignete Möglichkeiten zur Unterstützung anbieten.

KONDITIONALE PFLECHTFUNKTION ADT

KP2-511	Übertragung der Betriebsstättennummer als Begründung zu einer GOP bei der Vermittlung eines Termines durch den Hausarzt bei einem Facharzt
---------	--

Die Software muss dem Anwender die Möglichkeit bieten, bei der Vermittlung eines Termines zu einem Facharzt die Betriebsstättennummer dieses Facharztes als Begründung zu einer GOP zu übertragen.

Begründung:

Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sind verpflichtet bei der Abrechnung von Leistungen für die Vermittlung eines aus medizinisch dringend erforderlichen Behandlungstermins die Arztnummer des Facharztes, bei dem der Termin vermittelt wurde, zu übermitteln (vgl. § 295 Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V). Die Operationalisierung erfolgt mittels spezifischer Gebührenordnungspositionen des EBM und der Angabe der Betriebsstättennummer des Facharztes, bei dem der Termin vermittelt wurde.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software bietet dem Anwender im Rahmen der Vermittlung eines Termes zu einem Facharzt die Möglichkeit, die Betriebsstättennummer dieses Facharztes als Begründung zu einer GOP in die Abrechnung zu übertragen.
2. Die Software muss es dem Anwender ermöglichen
 - a) die Betriebsstättennummer als Freitext einzugeben oder
 - b) die Betriebsstättennummer als Suchergebnis zu kopieren und einzufügen, zum Beispiel von der Kollegensuche unter URL <https://kollegensuche.kv-safenet.de/pages/index.xhtml> oder
 - c) die Betriebsstättennummer aus den Daten nach KP2-508 zu übernehmen.
3. Die Software überträgt die angegebene Betriebsstättennummer in die Abrechnung in Feld 5003.

Bedingung:

Ausgenommen von der Umsetzung dieser Anforderung sind Softwaresysteme ohne APK.

OPTIONALE FUNKTION ADT

K2-506	Anbindung des Webservice-Kollegensuche
---------------	--

Die Software kann dem Anwender die Funktionen auf Basis des KBV-Webservices „Kollegensuche“ im Rahmen der Arztsuche zur Verfügung stellen.

Begründung:

Ärzte sollen bei der Suche nach anderen Ärzten unterstützt werden. Hierzu stellt die KBV den Webservice „Kollegensuche“ bereit, der dazu verwendet werden kann.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software verwendet den Webservice-Kollegensuche gemäß dem Dokument:
 - „Webservice-Kollegensuche der KBV“ in der stets aktuellen Version [KBV_ITA_VGEX_SST_Kollegensuche]
2. Die Software erfüllt die folgenden Anforderungen:
 - KP2-507
 - KP2-508
 - KP2-509

KONDITIONALE PFLECHTFUNKTION ADT

KP2-507	Suchfunktion für die Kollegensuche
----------------	------------------------------------

Die Software stellt dem Anwender Suchfunktionen auf Grundlage der Daten in der „Kollegensuche“ zur Verfügung.

Begründung:

Ärzte sollen bei der Suche nach anderen Ärzten unterstützt werden. Hierzu stellt die KBV den Webservice „Kollegensuche“ bereit, der dazu verwendet werden kann.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software bietet dem Anwender mindestens die in Kapitel 6 „Festlegungen für das PVS“ des Dokumentes [KBV_ITA_VGEX_SST_Kollegensuche] genannten Suchfunktionen.
2. Die Software muss dem Anwender die Suchergebnisse in geeigneter Weise anzeigen.
 - a) Die Software muss dem Anwender die Möglichkeit bieten, sich alle Informationen zu einem Datensatz anzeigen zu lassen.

Bedingung:

Die Anforderung K2-506 wurde umgesetzt.

KONDITIONALE PFLECHTFUNKTION ADT

KP2-508	Übernahme von Daten in die Abrechnung
----------------	---------------------------------------

Die Software ermöglicht dem Anwender eine Betriebsstättennummer aus einem Suchergebnis in der „Kollegensuche“ in die Abrechnung zu übernehmen.

Begründung:

Ärzte sollen bei der Suche nach anderen Ärzten unterstützt werden. Hierzu stellt die KBV den Webservice „Kollegensuche“ bereit, der dazu verwendet werden kann.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software muss es dem Anwender ermöglichen, die Betriebsstättennummer aus einem Datensatz des Suchergebnisses per KP2-507 bzw. aus der Favoritenliste per KP2-509 in der Abrechnung als Begründung zu einer GOP gemäß KP2-511 anzugeben.

Bedingung:

Die Anforderung K2-506 wurde umgesetzt.

KONDITIONALE PFLECHTFUNKTION ADT

KP2-509	Anlegen einer Favoritenliste
----------------	------------------------------

Die Software muss dem Anwender das Anlegen einer Favoritenliste ermöglichen. In der Favoritenliste muss der Anwender die Möglichkeit haben, auf die wesentlichen Daten zur Terminvermittlung zuzugreifen.

Begründung:

Ärzte sollen bei der Suche nach anderen Ärzten unterstützt werden. Hierzu stellt die KBV den Webservice „Kollegensuche“ bereit, der dazu verwendet werden kann.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software muss dem Anwender die Anlage einer „Favoritenliste“ ermöglichen.
2. Die Software muss dem Anwender die Möglichkeit bieten, einzelne Datensätze des Suchergebnisses auf Basis der Anforderung KP2-507 als Favorit zu markieren.

Bedingung:

Die Anforderung K2-506 wurde umgesetzt.

2.3.2 Abrechnungsvorbereitende Funktionen

PFLICHTFUNKTION ADT

P2-510	Abrechnungsvorbereitung
--------	-------------------------

Folgende abrechnungsvorbereitende Funktionen muss die Abrechnungssoftware enthalten:

1. Die Durchführung von **Probeabrechnungen** ist für den Anwender jederzeit möglich.
2. Die Erstellung von **Tageskontrolllisten** ist für den Anwender jederzeit möglich.
Tageskontrollisten beinhalten eine Übersicht über Arzt-Patientenkontakte an einem Kalendertag mit Angaben zu den Patientenpersonalien, den erbrachten Leistungen und den Diagnosen.
3. Der Anwender muss die Möglichkeit haben, seine **Abrechnung schrittweise** - bzw. auf das gesamte Quartal verteilt – **richtig zustellen**.

2.3.3 Quartalsübergang

PFLICHTFUNKTION ADT

P2-520	Quartalsübergang
--------	------------------

Die Abrechnungssoftware muss beim Quartalsübergang die folgenden Bedingungen erfüllen:

1. Das abgelaufene Quartal muss auch im Folgequartal abzurechnen sein.
2. Ein Weiterarbeiten muss im aktuellen Quartal, bevor das Vorquartal abgeschlossen ist, für den Anwender jederzeit möglich sein.
3. Alle Daten zu den Satzarten „010x“ - insbesondere das Datum "letzter Einlesetag der Versichertenkarte im Quartal" - sind mehrfach zu halten, falls die Dateneingabe für das neue Quartal schon stattfindet und die Abrechnung des alten Quartals noch nicht erstellt wurde.

PFLICHTFUNKTION ADT

P2-521	Abrechenbarkeit von „Nachzügler“-Fällen
--------	---

Das System muss dem Anwender die Möglichkeit bieten in die Abrechnung eines Quartals die Behandlungsfälle aus einem Vorquartal abzurechnen.

Begründung:

Zu nachträglichen Abrechnungen von Behandlungsfällen aus vorherigen Quartalen, müssen Anwender die Möglichkeiten haben diese Behandlungsfälle in eine aktuelle Abrechnung zu integrieren.

Akzeptanzkriterium:

1. Das System ermöglicht dem Anwender die Abrechnung von Behandlungsfällen aus einem Vorquartal (sogenannte „Nachzüglerfälle“) in der aktuellen Abrechnung (die Quartalsangabe der FK 4101 ist kleiner als die Quartalsangabe der FK 9204).

2.3.4 Besondere Personengruppen-, Kassen- u. Statuswechsel

PFLICHTFUNKTION ADT	
P2-530	Kassenwechsel im Quartal

Falls sich im laufenden Quartal die Kombination von Abrechnungs-VKNR (FK 4104) und Kostenträger-Abrechnungsbereich (KTAB) (FK 4106) eines Patienten ändert, muss die Software automatisch einen neuen Datensatz „010x“ für die Abrechnung anlegen.

Begründung:

Die Kombination von VKNR und KTAB identifiziert einen Kostenträger eindeutig.

Akzeptanzkriterium:

1. Falls sich die VKNR (FK 4104)-KTAB (FK 4106)-Kombination eines Patienten im laufenden Quartal ändert, muss die Software einen weiteren Datensatz „010x“ erzeugen.
 - a) Die Software darf keinen neuen Datensatz „010x“ anlegen, wenn sich nur die Kostenträgerkennung (FK 4111), jedoch nicht auch gleichzeitig die Abrechnungs-VKNR ändert.
2. Die Software kann den Anwender über die Neuanlage eines Datensatzes „010x“ informieren.
3. Bei der Anlage des neuen Datensatzes aufgrund eines Kassenwechsels darf keine Änderungen des bereits vorhandenen Einlesedatums der Versichertenkarte (FK 4109) mehr stattfinden. Eine Aktualisierung des Einlesedatums findet nur noch für den neusten Datensatz statt.
 - a) Die Software muss das Einlesedatum für die jeweiligen Fälle „datensatzgetreu“ (ggf. mehrfach) speichern und übertragen (vgl. P2-150).

Hinweis:

Nach dieser Vorgabe muss es möglich sein, dass für denselben Patienten in demselben Quartal zu einer Betriebsstätte/Arztnummer mehrere Kostenträger abrechenbar sind.

Beispiel:

Fall 1)

Altes IK: 105180009

Alte VKNR: 72601

Neues IK: 104940005

Neue VKNR: 72601

→ **Kein weiterer** Datensatz "010x" notwendig.

Fall 2)

Altes IK: 101580004

Alte VKNR: 72601

Neues IK: 108077500

Neue VKNR: 02605

→ **Weiterer** Datensatz "010x" notwendig.

PFLICHTFUNKTION ADT**P2-535**

Besondere Personengruppen - Wechsel im Quartal

Falls sich im laufenden Quartal die Besondere Personengruppe (FK 4131) desselben Patienten derselben Kasse ändert, muss die Software automatisch einen neuen Datensatz „010x“ für die Abrechnung anlegen.

Begründung:

Die Behandlung der durch eine Besondere Personengruppe (FK 4131) gekennzeichneten Patienten führt grundsätzlich zu spezifischen Vergütungs- und/oder Abrechnungsregelungen ab dem Zeitpunkt des Bekanntwerdens der Zugehörigkeit zu der jeweiligen Besonderen Personengruppe (FK 4131), sodass eine Trennung der Abrechnungsdaten erforderlich ist.

Akzeptanzkriterium:

1. Falls sich die Besondere Personengruppe (FK 4131) eines Patienten im laufenden Quartal ändert, muss die Software einen weiteren Datensatz „010x“ erzeugen.
2. Die Software kann den Anwender über die Neuanlage eines Datensatzes „010x“ informieren.
3. Bei der Anlage des neuen Datensatzes aufgrund der Änderung der Besonderen Personengruppe darf keine Änderungen des bereits vorhandenen Einlesedatums der Versichertenkarte (FK 4109) mehr stattfinden. Eine Aktualisierung des Einlesedatums findet nur noch für den neusten Datensatz statt.
 - a) Die Software muss das Einlesedatum für die jeweiligen Fälle „datensatzgetreu“ (ggf. mehrfach) speichern und übertragen (vgl. P2-150).

PFLICHTFUNKTION ADT**P2-540**

Statuswechsel im Quartal

Falls sich im laufenden Quartal die Versichertenart (FK 3108) desselben Patienten derselben Kasse ändert, muss die Software automatisch einen neuen Datensatz „010x“ für die Abrechnung anlegen.

Begründung:

Gemäß § 21 Absatz 1 Satz 4 BMV-Ä ist im Fall eines Wechsels der Versichertenart im Quartal die Versichertenart bei der Abrechnung zugrunde zu legen, die bei Quartalsbeginn besteht. Zur Dokumentation des Wechsels der Versichertenart erfolgt eine Trennung der Datensätze.

Akzeptanzkriterium:

1. Falls sich die Versichertenart (FK 3108) eines Patienten im laufenden Quartal ändert, muss die Software einen weiteren Datensatz „010x“ erzeugen.
2. Das System kann den Anwender über die Neuanlage eines Datensatzes „010x“ informieren.
3. Bei der Anlage des neuen Datensatzes aufgrund der Änderung der Versichertenart darf keine Änderungen des bereits vorhandenen Einlesedatums der Versichertenkarte (FK 4109) mehr stattfinden. Eine Aktualisierung des Einlesedatums findet nur noch für den neusten Datensatz statt.
 - a) Die Software muss das Einlesedatum für die jeweiligen Fälle „datensatzgetreu“ (ggf. mehrfach) speichern und übertragen (vgl. P2-150).

PFLICHTFUNKTION ADT

P2-556 Änderung (bzw. weiteres) Abrechnungsgebiet im Quartal

Falls im laufenden Quartal bei demselben Patienten derselben Kasse eine Kennzeichnung mit einem weiteren Abrechnungsgebiet (FK 4122) notwendig wird, muss die Software automatisch einen neuen Datensatz „010x“ für die Abrechnung anlegen.

Begründung:

Mit der Kennzeichnung des Abrechnungsgebietes werden die abgerechneten Leistungen aufgrund spezifischer vertraglicher oder gesetzlicher Anforderungen zusammengefasst und können so der Arztpraxis gesondert vergütet bzw. den Krankenkassen in Rechnung gestellt werden.

Akzeptanzkriterium:

1. Falls bei einem Patienten im laufenden Quartal eine Kennzeichnung mit einem weiteren Abrechnungsgebiet (FK 4122) notwendig wird, muss die Software einen weiteren Datensatz „010x“ erzeugen.
2. Das System kann den Anwender über die Neuanlage eines Datensatzes „010x“ informieren.
3. Falls die Versichertenkarte erneut eingelesen wird, muss ein bereits vorhandenes Einlesedatum in allen Datensätzen „010x“ mit unterschiedlichem Abrechnungsgebiet des laufenden Quartals aktualisiert werden (vgl. P2-150).

2.3.5 Änderung von amtlichen Versichertendaten

Die amtlichen Daten von der Versichertenkarte sind für die Abrechnung zu verwenden.

Für die Arztpraxis sind dagegen diejenigen Daten interessant, unter der ein Patient erreichbar ist.

Für die PVS empfiehlt es sich daher, u.U. zwei Datensätze zu verwalten: z.B. die amtliche Versichertenkarten-Adresse und die reale Wohnadresse des Versicherten.

2.3.5.1 Änderung von amtlichen Versichertendaten

KONDITIONALE PFLICHTFUNKTION ADT

KP2-557 Abrechnungsrelevante Änderungen von amtlichen Versichertendaten im Quartal

Ändern sich im laufenden Quartal bei demselben Patienten auf der Versichertenkarte die amtlichen Versichertendaten des Geburtsdatums, des Geschlechts, des Namens oder der Adresse, dann müssen die Änderungen für die Abrechnung übernommen werden.

Begründung:

Änderungen von Melderegisterdaten von Versicherten führen zu Anpassungen der amtlichen Versichertendaten auf den Versicherungskarten. Entweder werden für die Versicherten neue Versichertenkarten ausgestellt oder die Versichertendaten werden durch das Online-VSDM auf der eGK aktualisiert.

Akzeptanzkriterium:

1. Das System muss die amtlichen Felder gemäß Tabelle 4 von der Versichertenkarte unverändert übernehmen.
2. Falls im laufenden Quartal bei demselben Patienten die Besondere Personengruppe, die Kasse und der Versichertentyp unverändert bleibt, muss das System Änderungen der amtlichen Felder 3103, 3102, 3101, 3110, 3120, 3100, 3104, 3121, 3122, 3123, 3124, 3112, 3113, 3107, 3109, 3115 und 3114 aufgrund einer Namens-, Geschlechts-, Geburtsdatums- oder Adressänderung beim Einlesen der

Versichertenkarte automatisch in alle vorhandenen Datensätze „010x“ des laufenden Quartals übernehmen, d.h. es darf automatisch kein neuer Datensatz „010x“ angelegt werden.

3. Wenn die automatische Datenübernahme nach Punkt 2 erfolgt, muss das System das Einlesedatum in allen Datensätzen „010x“ des **laufenden** Quartals aktualisieren.

Hinweis:

Ereignis	Laufendes Quartal	Vorquartale
Änderungen der amtlichen Versichertendaten wegen Namens-/Geschlechts-/Geburtsdatums-/Adresswechsel	Alle Datensätze „010x“ inkl. Einlesedatum aktualisieren	Quartalstreue Datenhaltung (P2-520)
Änderungen der amtlichen Versichertendaten wegen Namens-/Geschlechts-/Geburtsdatums-/Adresswechsel bei gleichzeitigem Besondere Personengruppen-, Kassen- bzw. Statuswechsel	Keine Aktualisierung bereits vorhandener Datensätze (P2-530 bis P2-540)	Quartalstreue Datenhaltung (P2-520)

Tabelle 7 - Abrechnungsrelevante Änderungen von amtlichen Versichertendaten im Quartal

Bedingung:

Ausgenommen von der Umsetzung dieser Anforderung sind Softwaresysteme ohne APK.

2.3.5.2 Namens- und/oder Adressänderungen abweichend von der Versichertenkarte

PFlichtfunktion ADT	
P2-558	Praxisrelevante Namens- und Adressänderungen

Ergeben sich für einen Patienten Namens- und /oder Adressänderungen im Quartal, die von den Angaben auf der Versichertenkarte abweichen, müssen diese Namens- und Adressdaten separat in der PVS verwaltet werden und dürfen nicht zum Zwecke der Abrechnung übertragen werden.

2.3.6 Besonderheiten beim „Überweisungsschein“ (Muster 6, 10 bzw. 39)

Konditionale Pflichtfunktion ADT	
KP2-560	„Auftrag“ (Feld FK 4205) bei Muster 6 und Muster 10

Die Software muss dem Anwender die Eingabe, Speicherung und Übertragung des „originären Auftragstextes“ des überweisenden Arztes aus den Zeilen „Auftrag“ der Muster 6 und Muster 10 ermöglichen.

Begründung:

Gemäß „Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für den Einsatz von IT-Systemen in der Arztpraxis zum Zweck der Abrechnung gemäß § 295 Abs. 4 SGB V“, § 1 Datenverarbeitungstechnisches Abrechnungsverfahren, Absatz 1 müssen alle für die Abrechnung relevanten Daten elektronisch übertragen werden können.

Gemäß „Erläuterungen zur Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung“, vgl. [3], Muster 6, Punkt 8. bzw. Muster 10, Punkt 13. darf der den Auftrag ausführende Arzt nur die Leistungen durchführen, die unter „Auftrag“ angegeben sind.

Rechtsgrundlage ist des Weiteren § 297 Abs. 2 SGB V.

Akzeptanzkriterium:

1. Falls eine Überweisung nach Muster 6 mit markiertem Ankreuzfeld „Ausführung von Auftragsleistungen“ (= Satzart 0102 mit Scheinuntergruppe 21) oder nach Muster 10 (= Satzart 0102 mit Scheinuntergruppe 27) erfasst wird, muss die Software vom Anwender, die Übernahme des originären Auftragstextes des überweisenden Arztes aus den Zeilen „Auftrag“ des jeweiligen Musters fordern.
2. Die Software überträgt mit der Abrechnung den vom Anwender angegebenen Auftragstext im Feld FK 4205 (Auftrag).
3. Die Software belegt das Erfassungsfeld nicht mit einem Defaultwert (wie z.B. „Laboruntersuchung“) vor bzw. überträgt mit der Abrechnung nicht standardmäßig einen Defaultwert (wie z.B. „Laboruntersuchung“).
4. Falls eine Überweisung nach Muster 6 mit einer von (1) abweichenden Scheinuntergruppe erfasst wird, muss die Software dem Anwender die Erfassung eines ggf. vorhandenen Auftragstextes ebenfalls ermöglichen. Eine Übertragung durch die Software erfolgt analog (2).
5. Falls mittels der Satzart 8215 „Auftrag“ (LDT 3) Auftragsinformationen in die Software importiert werden, darf die Software, den Inhalt automatisch ins Feld FK 4205 (KVDT) mit der Abrechnung übertragen.
6. Die Software darf den Anwender mittels Auswahllisten als Eingabehilfe unter folgenden Bedingungen unterstützen:
 - a) Die Software muss es dem Anwender ermöglichen, diese Auswahllisten zu pflegen.
 - b) Das sichtbare Erfassungsfeld ist zunächst leer, es wird kein voreingestellter Wert angezeigt.
 - c) Ein aus einer Auswahlliste übernommener Eintrag muss durch den Anwender jederzeit änderbar sein.

Bedingung:

Die Umsetzungspflicht besteht für alle Systeme, die den ADT-Datensatz „Überweisung“ (Satzart 0102) unterstützen.

KONDITIONALE PFLECHTFUNKTION ADT	
KP2-561	„Auftrag“ (Feld FK 4205) bei Muster 39

Die Software muss dem Anwender die Eingabe, Speicherung und Übertragung des „originären Auftragstextes“ des überweisenden Gynäkologen aus dem Bereich „Auftrag“ des Musters 39³⁰ ermöglichen.

Begründung:

Am 1. Januar 2020 ist das organisierte Programm zur Früherkennung von Zervix-Karzinomen gestartet. Die Grundlage bildet die Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL). Die differenzierte (Teil-)Beauftragung (konkret: Zytologie oder KO-Test oder HPV-Test) im Primärscreening oder in der Abklärungsdiagnostik überträgt der überweisende Gynäkologe im Bereich Auftrag auf dem Musters 39.

Auftrag
(Bitte beachten Sie die Ausfüllhinweise für verschiedene Beauftragungsszenarien)

<input type="checkbox"/> Primär-screening	<input type="checkbox"/> Abklärungs-diagnostik
<input type="checkbox"/> Zytologie	<input type="checkbox"/> HPV-Test
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ko-Testung (Zyt.+HPV)

³⁰ Relevanter Auszug aus Muster 39:

Akzeptanzkriterium:

1. Falls ein Muster 39 (= Satzart 0102 mit Scheinuntergruppe 21) vom Anwender erfasst wird, soll die Software vom Anwender die Übernahme der Auftragsinformationen des überweisenden Gynäkologen aus dem Bereich „Auftrag“ des Musters 39 fordern.
 - a) Die Software fordert den Anwender im Rahmen der händischen Erfassung auf die folgenden Informationen einzugeben oder auszuwählen:
 - i. Erstens für die „Abrechnungsart“:
 - P = für Primärscreening
 - A = für Abklärungsdiagnostik
 - ii. Zweitens für den „Auftrag“
 - Ztyo = zytologische Untersuchung
 - HPV = HPV-Test
 - KoTest = Ko-Test
- Die Software setzt kombiniert die beiden Informationen mit einem Bindestrich „-“ zur Übertragung in die Abrechnung im Feld FK 4205 (bspw. „P-HPV“)
- b) Die Software kann dem Anwender auch die direkte Erfassung der Wert P-HPV, P-Ztyo, P-KoTest, A-HPV, A-Ztyo oder A-KoTest ermöglichen
2. Die Software belegt das Erfassungsfeld nicht mit einem Defaultwert (wie z.B. „Zytologische Untersuchung“) vor bzw. überträgt mit der Abrechnung nicht standardmäßig einen Defaultwert (wie z.B. „Zytologische Untersuchung“).
3. Falls mittels der Satzart 8215 „Auftrag“ (LDT 3) Auftragsinformationen in die Software importiert werden, darf die Software den Inhalt aus den Feldern FK 8630 und FK 8629 des Objektes „Obj_0034 (Obj_Krebsfrueherkennung Zervix-Karzinom (Muster 39))“ verbunden mit einem Bindestrich „-“ automatisch in das Feld FK 4205 (KVDT) übernehmen und mit der Abrechnung übertragen.

Bedingung:

Die Umsetzungspflicht besteht für alle Systeme, die den ADT-Datensatz „Überweisung“ (Satzart 0102) unterstützen.

KONDITIONALE PFLECHTFUNKTION ADT

KP2-562	„Ausstellungsdatum“ (FK 4102) bei Muster 10 und 10A
---------	---

Im Fall einer Überweisung für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen mittels Muster 10 oder einer Laborüberweisung mittels Muster 10a, muss im Rahmen der Abrechnung das Ausstellungsdatum im Feld 4102 im Abrechnungsdatensatz übertragen werden.

Begründung:

Zur zeitlichen Zuordnung des Behandlungsfalls im Laborclearing ist es erforderlich, dass das Ausstellungsdatum (FK 4102) bei Muster 10 und Muster 10A übertragen wird.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software fordert den Anwender dazu auf im Rahmen von Aufträgen zur in-vitro-Diagnostik das Ausstellungsdatum vom jeweiligen Muster zu erfassen.
2. Die Software muss im Rahmen der Erfassung prüfen, dass das Ausstellungsdatum kleiner gleich dem Systemdatum ist.
 - a) Wenn das Ausstellungsdatum größer als das Systemdatum ist, dann weist die Software die Eingabe mit einer Fehlermeldung ab.
3. Die Software überträgt das Ausstellungsdatum im Feld 4102 im Rahmen der Abrechnung.

Bedingung:

Die Umsetzungspflicht besteht für alle Systeme, die den ADT-Datensatz „Überweisung“ (Satzart 0102) unterstützen.

Hinweis:

Bei der Übermittlung eines Laborauftrages mittels LDT 3, kann als Ausstellungsdatum (FK 4102 im KVDT) der Wert aus der Feldkennung 8213 (Timestamp_Erstellung_Untersuchungsanforderung) im Objekt Auftragsinformation aus LDT 3 entnommen.

KONDITIONALE PFLECHTFUNKTION ADT	
KP2-565	„Behandlungstag bei IVD-Leistungen“ (Feld FK 4214) bei Muster 10, 10A und 39

Im Fall einer Überweisung in-vitro-diagnostischer Leistungen (IVD-Leistungen) mittels Muster 10 oder 39, soll im Rahmen der Abrechnung der Behandlungstag bei IVD-Leistungen im Feld FK 4214 („Behandlungstag bei IVD-Leistungen“) im Abrechnungsdatensatz übertragen werden. Die Regelung gilt entsprechend für bezogene Leistungen nach Abschnitt 32.2 EBM mittels Muster 10A.

Begründung:

Nach den Allgemeinen Bestimmungen 3.8.5 des EBM gilt für in-vitro-diagnostische Leistungen der Tag der Probenentnahme als Behandlungstag. Für die Anwendung von Abrechnungsbestimmungen (z. B. „einmal je Behandlungstag“) ist somit - unabhängig vom Tag, an dem alle obligaten Leistungsinhalte vollständig durchgeführt wurden (Leistungstag) - auf den Tag der Probenentnahme abzustellen.

Wird die Laborleistung vom behandelnden Arzt im Praxislabor selbst durchgeführt, entspricht der Leistungstag in der Regel dem Behandlungstag. Bei veranlassten in-vitro-diagnostischen Leistungen liegt der Leistungstag in der Regel ein bis mehrere teilweise voneinander abweichende Tage nach dem Tag der Probennahme durch den behandelnden Arzt.

Akzeptanzkriterium:

1. Falls eine Überweisung nach den folgenden Kriterien erfasst wird
 - a) Muster 10 (= Satzart 0102 mit Scheinuntergruppe 27) oder
 - b) Muster 10A (= Satzart 0102 mit Scheinuntergruppe 28) oder
 - c) Muster 39a (= Satzart 0102 mit Scheinuntergruppe 21)

muss die Software vom Anwender die Übernahme des Behandlungstages des Überweisers anfordern, falls sie diesen nicht bei der Erfassung des Behandlungstages gemäß den Anforderungskriterien (3) und (4) unterstützt.
2. Die Software überträgt mit der Abrechnung den vom Anwender erfassten Behandlungstag im Feld FK 4214.
3. Der Wert des Behandlungstages bei IVD-Leistungen muss bei einer automatischen Erfassung durch die Software entweder dem Probenentnahmedatum oder dem Ausstellungsdatum der Überweisung oder dem Probeneingangsdatum in der Einsendepraxis entsprechen. Dabei gilt die folgende Priorität:
 1. Probenentnahmedatum
 2. sofern das Probenentnahmedatum nicht bekannt ist:
 - a) Entweder das Ausstellungsdatum
 - b) Oder das Probeneingangsdatum.
4. Die Software kann die Erfassung des Behandlungstages bei IVD-Leistungen wie folgt unterstützen:
 - a) Falls ein Probenentnahmedatum zu einer Überweisung nach Akzeptanzkriterium 1 bekannt ist, kann die Software das Probenentnahmedatum für den Anwender wie folgt automatisch erfassen und im Feld FK 4214 („Behandlungstag bei IVD-Leistungen“) mit der Abrechnung übertragen:

- i. Falls die Auftragsinformationen mittels der Satzart 8215 „Auftrag“ (LDT 3) in die Software importiert werden und in der Satzart 8215 das Feld FK 8219 (Timestamp_Materialabnahme_entnahme) im Objekt Obj_Material (Obj_0037) vorhanden ist, kann der Wert des Feldes FK 7278 (Datum des Timestamp) im Objekt Obj_Timestamp (Obj_0054) erfasst und übertragen werden.
 - ii. Falls die Auftragsinformationen mittels der BFB-Formulare 10/E oder 10L/E oder 10A/E erfolgt, kann der Behandlungstag aus dem Barcodefeld „Abnahmedatum“ erfasst und übernommen werden:
 - Muster 10/E Barcodfeld 38
 - Muster 10L/E Barcodfeld 38
 - Muster 10A/E Barcodfeld 36
 - iii. Falls die Übernahme der Auftragsinformationen mittels der digitalen Muster 10 oder 10A erfolgt, kann der Wert des Behandlungstages aus dem Feld 8219_Abnahmedatum erfasst und übertragen werden.
- b) Falls kein Probenentnahmedatum zu einer Überweisung vorhanden ist, kann die Software das Ausstellungsdatum statt dem Probeneingangsdatum für den Anwender wie folgt automatisch erfassen und im Feld FK 4214 („Behandlungstag bei IVD-Leistungen“) mit der Abrechnung übertragen:
- i. Falls die Auftragsinformationen mittels der Satzart 8215 „Auftrag“ (LDT 3) in die Software importiert werden und in der Satzart 8215 das Feld FK 8213 (Timestamp_Erstellung_Untersuchungsanforderung) im Objekt Obj_Auftragsinformation (Obj_0013) zur Verfügung steht, kann der Wert des Feldes FK 7278 (Datum des Timestamp) im Objekt Obj_Timestamp (Obj_0054) erfasst und übertragen werden.
 - ii. Falls die Übernahme der Auftragsinformationen mittels der BFB-Formulare 10/E oder 10L/E oder 10A/E oder 39a/E erfolgt, kann der Wert des Behandlungstages aus dem Barcodfeld des Ausstellungsdatums erfasst und übertragen werden:
 - Muster 10/E Barcodfeld 20
 - Muster 10L/E Barcodfeld 20
 - Muster 10A/E Barcodfeld 18
 - Muster 39a/E Barcodfeld 18
 - Falls die Übernahme der Auftragsinformationen mittels der digitalen Muster 10 oder 10A oder 39a erfolgt, kann der Wert des Behandlungstages aus dem Feld 4102_Ausstellungsdatum erfasst und übertragen werden.
- c) Falls kein Probenentnahmedatum zu einer Überweisung vorhanden ist, kann die Software das Probeneingangsdatum statt dem Ausstellungsdatum für den Anwender automatisch erfassen und im Feld FK 4214 („Behandlungstag bei IVD-Leistungen“) mit der Abrechnung übertragen.
5. Der Anwender muss bei der automatischen Übernahme des Datums für das Feld FK 4214 die Möglichkeit haben, dieses Datum anzupassen.
 6. Sofern die Erfassung des Datums für das Feld FK 4214 manuell vom Anwender vorgenommen wird, zeigt die Software dem Anwender die Prioritäten nach Akzeptanzkriterium 3 an.

Bedingung:

Die Umsetzungspflicht besteht für alle Systeme, die den ADT-Datensatz „Überweisung“ (Satzart 0102) unterstützen.

KONDITIONALE PFLECHTFUNKTION ADT

KP2-570 Mehrere Überweisungsscheine desselben Patienten

Liegen mehrere Überweisungsscheine desselben Patienten für dasselbe Quartal vor, dann müssen separate Abrechnungsdatensätze angelegt werden können.

Bedingung:

Die Umsetzungspflicht besteht für alle Systeme, die den ADT-Datensatz „Überweisung“ (Satzart 0102) unterstützen.

2.3.7 Leistungsdokumentation

2.3.7.1 Behandlungstag / GNR

PFLECHTFUNKTION ADT

P2-600 Anordnung Behandlungstag und GNR

1. Alle Behandlungstage müssen innerhalb eines Datensatzes „010x“ aufsteigend sortiert werden.
2. Alle Gebührennummern **eines** Behandlungstages müssen nach dem Leistungstag (FK 5000) jeweils als separates Feld unter der Feldkennung 5001 (Gebührennummer) angeordnet werden.

2.3.7.2 Begründungstexte / GNR

PFLECHTFUNKTION ADT

P2-610 Zuordnung von Begründungstexten zu GNRn

1. Für die Zuordnung von Begründungstexten zu GNRn gilt:
 - a) Jeder beliebigen Gebührennummer müssen eine oder mehrere Begründungstexte zugeordnet werden können.
 - b) Begründungstexte müssen unter der jeweils vorgeschriebenen Feldkennung übertragen werden können.
 - c) Das Abrechnungssystem muss dem Anwender eine Differenzierung der Begründungsarten bei der Leistungserfassung ermöglichen.
 - d) Alle Begründungstexte müssen mit der jeweiligen Feldkennung jeweils „hinter“ der entsprechenden GNR abgespeichert werden.
2. Für das Feld mit der FK 5012 „Sachkosten/Materialkosten in Cent“ gilt zusätzlich:
 - a) Enthält der Behandlungstag (FK 5000) keine GNR (FK 5001), muss der FK 5012 aus formalen Gründen die **Pseudo-Gebührennummer „88999“** (FK 5001) vorangehen, wenn nicht eine abweichende Regelung zur Pseudo-GNR unter den Feldkennungen 9410/9411 der KV-Spezifika-Stammdaten definiert ist.
 - b) Einige KV-Verträge verlangen bei der Abrechnung von Sachkosten vor jeder FK 5012 generell, auch wenn der Behandlungstag eine Gebührennummer enthält, eine der speziellen Pseudo-Gebührennummern für Kosten (FK 5001), welche unter der Feldkennung 9410 in der KV-Spezifika-Stammdaten hinterlegt sind.
3. Wird die über die KV-Spezifika-Stammdaten definierte KV-spezifische Vorgabe zu Punkt 2.b) zur Pseudo-Gebührennummer vom Anwender nicht beachtet, so muss
 - a) entweder ein entsprechender **Warnhinweis** unter Verwendung der Angaben aus den Feldkennungen 9410/9411 der KV-Spezifika-Stammdaten ausgegeben

- b) oder die spezielle **Pseudo-Gebührennummer automatisch** übertragen werden, welche als einzige Pseudo-GNR unter der Feldkennung 9410 in der KV-Spezifika-Stammdaten hinterlegt ist, falls nicht der FK 5012 eine Gebührennummer vorangeht, zu der in der EBM-Stammdaten
`../gnr_zusatzangaben/gnr_zusatzangaben_liste/gnr_zusatzangabe/@V="5012"`
hinterlegt ist.

Hinweis:

Im Rahmen einer ASV-Abrechnung gelten auch die Anforderungen des Kapitels 3.6.5.1 „Abrechnung von ASV-Leistungen, die nicht Bestandteil des EBM sind“ aus [KBV_ITA_VGEX_Datensatzbeschreibung_KVDT]. Die Funktion **P2-610 2. b)** gilt nicht, falls die FK 5012 im Rahmen der ASV-Abrechnung zur Übertragung von GOÄ-Preisen verwendet wird.

PFLICHTFUNKTION ADT	
P21-015	Erfassung und Übertragung der Angaben „Name Hersteller/ Lieferant“ im Feld 5074 und „Artikel-/ Modellnummer“ im Feld 5075 zu den Sachkosten im Feld 5012

Die Software muss die Erfassung und Übertragung der Angaben „Name Hersteller/ Lieferant“ im Feld 5074 und „Artikel-/ Modellnummer“ im Feld 5075 zu den Sachkosten im Feld 5012 in der ADT-Abrechnung ermöglichen.

Begründung:

Gemäß der ASV-Abrechnungsvereinbarung müssen die bis zum 31.12.2019 angefallenen Sachkosten um die Angaben „Name Hersteller/ Lieferant“ und „Artikel-/ Modellnummer“ erweitert werden. Ab dem 01.01.2020 können die Angaben freiwillig im Rahmen der ASV-Abrechnung erfolgen. Ab dem 01.04.2021 kann eine Belegung der Felder auch ohne ASV-Bezug erfolgen.

Akzeptanzkriterium:

1. Im Rahmen der ADT-Abrechnung muss der Anwender die Möglichkeit haben, bei vorhandenen Sachkosten, diese durch die Angaben „Name Hersteller/ Lieferant“ im Feld 5074 und „Artikel-/ Modellnummer“ im Feld 5075 näher zu spezifizieren.
2. In der ADT-Abrechnung können zusätzlich zu den vorhandenen Sachkosten (FK 5012) und der Sachkostenbezeichnung (FK 5011) die Felder 5074 (Name Hersteller/ Lieferant) und 5075 (Artikel-/ Modellnummer) entsprechend der KVDT-Datensatzbeschreibung übertragen werden.

Hinweis:

Im Feld 5074 ist grundsätzlich der Name des Herstellers zu übertragen. Ist der Name des Herstellers auf der Rechnung nicht angegeben bzw. nicht bekannt, ist der Name des Lieferanten anzugeben.

2.3.7.3 Abrechnungsbegründungen bei Berechnung genetischer Untersuchungen

Für alle humangenetischen Leistungen, die gemäß den EBM-Abrechnungsbestimmungen die Angabe eines HGNC-Gensymbols und/oder der Art der Erkrankung erfordern und ab dem 3. Quartal 2025 durchgeführt und abgerechnet werden, gilt die Verpflichtung zur Verwendung der HGNC-Kodierung. Diese Regelung gilt auch für die Abrechnung von humangenetischen Leistungen als „Nachzüglerfällen“ aus vorherigen Quartalen. Sollten beispielsweise humangenetische Leistungen vor dem 01.07.2025 erbracht und erst mit der Abrechnung im dritten Quartal 2025 abgerechnet werden, müssen diese Leistungen ebenfalls mit HGNC kodiert werden. Dies ergibt sich daraus, dass in der KVDT-Datensatzbeschreibung die Feldkennungen für OMIM-Kodierung gestrichen wurden.

Die online Bereitstellung älterer OMIM-Stammdaten nach dem 01.07.2025 ist zu unterbinden.

KONDITIONALE PFLECHTFUNKTION ADT

KP2-621

Einsatz der HGNC-Schlüsseltabelle zur Kodierung von genetischen Leistungen

Gemäß den EBM-Abrechnungsbestimmungen zu genetischen Leistungen müssen im Rahmen der Abrechnung diese mit HGNC-Gensymbolen kodiert werden.

Begründung:

Die Anforderung resultiert aus den EBM-Abrechnungsbestimmungen zu genetischen Leistungen.

Akzeptanzkriterium:

1. Das Softwaresystem muss die Daten der HGNC-Schlüsseltabelle (OID) im System vorhalten.
2. Der Anwender muss die Möglichkeit haben, nach einem HGNC-Gensymbol zu suchen und ggf. den gewählten Wert als Abrechnungsbegründung leistungsbezogen zu einer GOP automatisch in das Feld 5077 (HGNC-Gensymbol) zu übernehmen.
3. Das Softwaresystem muss das vom Anwender eingegebene HGNC-Gensymbol während der Eingabe (Echtzeitprüfung) auf Existenz gegen die Werte der HGNC-Schlüsseltabellen (Element /key/@DN) prüfen.
 - a) Falls das zu dokumentierende HGNC-Gensymbol **nicht** in der Schlüsseltabelle enthalten ist, gilt folgendes:
 - i. Systemseitig erfolgt ein Warnhinweis, dass das eingegebene HGNC-Gensymbol nicht in der Schlüsseltabelle existiert.
 - ii. In diesem Fall muss das Softwaresystem sicherstellen, dass der Ersatzwert „999999“ im jeweiligen KVDT-Feld 5077 übertragen wird.
 - iii. Beim Eintrag des Ersatzwertes „999999“ in Feld 5077 muss der Anwender im Feld 5078 (Gen-Name) einen Freitext zur Bezeichnung des Gens angeben.
 - b) Falls das dokumentierte HGNC-Gensymbol in der Schlüsseltabelle enthalten ist, darf der Anwender **nicht** die Möglichkeit haben das Feld 5078 zu befüllen.
4. Die Software überträgt mit der Abrechnung das vom Anwender zu einer Leistung angegebene „HGNC-Gensymbol“ im Feld 5077.
5. Die Software überträgt mit der Abrechnung den vom Anwender zu einer Leistung angegebene „Gen-Name“ im Feld 5078, sofern ein Wert vorhanden ist.
6. Falls in der [EBM-Stammdaten] zu einer GOP unter
 - .../gnr_zusatzangaben/gnr_zusatzangaben_liste/gnr_zusatzangabe der Wert V="5077" (HGNC-Gensymbole) hinterlegt ist und das HGNC-Gensymbol als Begründungstyp ausgewählt wird, muss das Softwaresystem folgendes sicherstellen:
 - a) Das Softwaresystem muss vom Anwender die Angabe mindestens eines HGNC-Gensymbols fordern.
7. Der Vertragsarzt bzw. der PVS-Hersteller hat keine Möglichkeit die Schlüsseltabelle, um zusätzliche HGNC-Symbole zu erweitern.

Bedingung:

Ausgenommen von der Umsetzung dieser Anforderung ist Software, die ausschließlich für die Abrechnung von Laborgemeinschafts-Leistungen aus dem EBM-Abschnitt 32.2 verwendet wird (gemäß § 25 Abs. 2 und 3 BMV-Ä).

Software, die diesem Kriterium unterliegt, unterstützt ausschließlich die Abrechnung der Satzart 0102 mit der Scheinuntergruppe 28.

Erläuterung der HGNC-Schlüsseltabelle:

Die HGNC-Schlüsseltabelle beinhaltet eine Vielzahl von Schlüssel-Wert-Paaren.

Die Attribute des XML-Elementes key haben die folgende Bedeutung:

- V = Dieses Attribut enthält die ID des Eintrages. Eine ID kann wie folgt aufgebaut sein:
 - o HGNC:[XXXXX] = Dies entspricht der originären HGNC-ID.
Der Ausdruck [XXXXX] kann eine beliebig lange numerische Zeichenfolge sein.
 - o KBV:[XXXXX]::[XXXXX] = Dies entspricht der von der KBV vergebenen ID des Eintrags,
welche die KBV ergänzt hat.
Die Ausdrücke [XXXXX] entsprechen dem Zahlenwert der HGNC-ID.
 - o KBV:999999 = ID des Ersatzwertes
- DN = Dieses Attribut gibt immer ein Gen an. Dabei ist zu beachten, dass es sich entweder um ein einzelnes Gen oder um ein Fusionsgen handeln kann.
Der Inhalt ist wie folgt aufgebaut:
 - o Ein einzelnes Gen: Eine beliebige Zeichenfolge
 - o Ein Fusionsgen: Zwei beliebige Zeichenfolgen (Abbildung von Genen gemäß HGNC-Nomenklatur) mit dem Trennzeichen „::“ gemäß HGNC-Konvention zur Kennzeichnung eines Fusionsgens.
 - o Ersatzwert: 999999
- S = Der Inhalt dieses Attributes ist die OID (1.2.276.0.76.3.1.1.5.2.117) der Schlüsseltabelle.
- SV = Der Inhalt dieses Attributes ist die Versionsnummer der Schlüsseltabelle. Mit jeder Aktualisierung der Schlüsseltabelle wird die Versionsnummer angepasst.

KONDITIONALE PFlichtfunktion ADT

KP2-622 Definition und Verwaltung von HGNC-Gensymbol-Ketten

Das Softwaresystem ermöglicht dem Anwender die Erfassung, Verwaltung und den Einsatz von HGNC-Gensymbol-Ketten. HGNC-Gensymbol-Ketten sind mehrere zu einer Gruppe zusammengefasste HGNC-Gensymbole.

Begründung:

Durch die Verwendung von HGNC-Gensymbol-Ketten soll der Aufwand der Abrechnungsdokumentation für umfangreiche genetische Untersuchungen verringert werden.

Akzeptanzkriterium:

1. Jede HGNC-Gensymbol-Kette muss einen eindeutigen Identifikator besitzen.
2. HGNC-Gensymbol-Ketten sind im Softwaresystem Patientenunabhängig anzulegen.
3. Bei der Anlage von HGNC-Gensymbol-Ketten dürfen nur gültige HGNC-Gensymbole laut der aktuellen HGNC-Schlüsseltabelle verwendet werden.
 - a) d.h., das Softwaresystem muss die vom Anwender eingegebenen bzw. ausgewählten HGNC-Gensymbole, während der Eingabe bzw. Auswahl, für die HGNC-Gensymbol-Kette auf Existenz in der HGNC-Schlüsseltabelle überprüfen (Echtzeitprüfung). Die HGNC-Gensymbole müssen einem Wert der Datei (Element /key/@DN) entsprechen.
4. Der Anwender hat im Softwaresystem die Möglichkeit sich alle definierten HGNC-Gensymbol-Ketten anzeigen zu lassen.
5. Der Anwender hat im Softwaresystem die Möglichkeit eigen definierte HGNC-Gensymbol-Ketten oder von der KBV bereitgestellte HGNC-Gensymbol-Ketten zu bearbeiten:
 - a) weitere HGNC-Gensymbole zu einer definierten HGNC-Gensymbol-Kette hinzufügen,
 - b) HGNC-Gensymbole aus einer Kette entfernen oder
 - c) die gesamte HGNC-Gensymbol-Kette entfernen.

6. Im Rahmen des Quartalswechsels bzw. beim Einspielen einer neuen HGNC-Schlüsseltabelle muss das Softwaresystem automatisch alle definierten HGNC-Gensymbol-Ketten daraufhin überprüfen, dass nur gültige HGNC-Gensymbole verwendet werden.
- a) Wenn das Softwaresystem feststellt, dass einzelne HGNC-Gensymbole einer Kette laut der HGNC-Schlüsseltabelle nicht mehr gültig sind, dann muss der Anwender aufgefordert werden die HGNC-Gensymbol-Kette zu aktualisieren.

KONDITIONALE PFlichtfunktion ADT

KP2-623

Verwendung von HGNC-Gensymbol-Ketten zur Abrechnungsdokumentation

Das Softwaresystem bietet dem Anwender die Möglichkeit definierte HGNC-Gensymbol-Ketten im Rahmen der Leistungsdokumentation einzusetzen.

Begründung:

Durch die Verwendung von HGNC-Gensymbol-Ketten soll der Aufwand der Abrechnungsdokumentation für umfangreiche genetische Untersuchungen verringert werden.

Akzeptanzkriterium:

1. Es dürfen nur HGNC-Gensymbol-Ketten verwendet werden, welche gemäß der Anforderung KP2-622 definiert wurden oder Teil der HGNC-Schlüsseltabelle sind.
2. Der Anwender muss eine HGNC-Gensymbol-Kette zu einer abzurechnenden GOP zuordnen können. Das Softwaresystem muss die einzelnen enthaltenen HGNC-Gensymbole automatisch in je ein Feld 5077 übertragen.
3. Nach Übernahme einer HGNC-Gensymbol-Kette in die Leistungsdokumentation hat der Anwender die Möglichkeit zu einer abzurechnenden GOP weitere HGNC-Gensymbole (gemäß der Anforderung KP2-621) und/oder weitere HGNC-Gensymbol-Ketten zu ergänzen.

KONDITIONALE PFlichtfunktion ADT

KP2-624

Erfassung der Art der Erkrankung

Das Softwaresystem bietet dem Anwender die Möglichkeit, die Art der Erkrankung im Rahmen der Leistungsdokumentation zu erfassen und mit der Abrechnung zu übertragen.

Begründung:

Die Anforderung resultiert aus den EBM-Abrechnungsbestimmungen für die GOpen 11233, 11511 bis 11513, 11516 bis 11518, 11521, 11522, 19421 und 19424, 19451 bis 19453 und 19456.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software ermöglicht dem Anwender im Rahmen der Leistungsdokumentation die Angabe der „Art der Erkrankung“ (FK 5079) als Freitext.
2. Die Software überträgt mit der Abrechnung, die vom Anwender zu einer Leistung angegebene „Art der Erkrankung“ im Feld 5079.
3. Falls der Anwender mehrere Einträge (Anzahl >1) zur „Art der Erkrankung“ vornimmt, muss das Feld 5079 ebenfalls mehrfach (Anzahl > 1) in die Abrechnungsdatei übertragen werden.

KONDITIONALE PFLECHTFUNKTION ADT

KP2-611

Einsatz der OMIM-Stammdaten zur Kodierung von genetischen Leistungen

Gemäß den EBM-Abrechnungsbestimmungen zu genetischen Leistungen müssen diese Leistungen mit OMIM-Kodes kodiert werden. Zum Zwecke der Kodierung muss die OMIM-Stammdaten von Softwaresystemen eingesetzt werden.

Begründung:

Die Anforderungen resultieren aus den EBM-Abrechnungsbestimmungen zu genetischen Leistungen.

Akzeptanzkriterium:

1. Das Softwaresystem muss die Daten der Datei 74EJJQnn.omim.JJJJ-MM-TT.csv im System vorhalten.
2. Der Anwender muss mindestens die Möglichkeit haben, entweder über die Eingabe eines OMIM-G-Kodes oder über die Eingabe des OMIM-P-Kodes zu suchen und ggf. den gewählten Wert als Abrechnungsbegründung zu einer GOP automatisch in Feld 5070 (OMIM-G-Kode des untersuchten Gens) bzw. 5071 (OMIM-P-Kode für die Art der Erkrankung) zu übernehmen.
3. Das Softwaresystem muss die vom Anwender eingegebenen OMIM-Kodes während der Eingabe (Echtzeitprüfung) auf Existenz gegen die Datei 74EJJQnn.omim.JJJJ-MM-TT.csv³¹, überprüfen. Die OMIM-Kodes müssen einem Wert der Datei (Spalten „OMIM-G“ bzw. „OMIM-P“) entsprechen.
4. Falls die zu dokumentierten OMIM-Kodes nicht in der Datei enthalten sind, gilt folgendes:
 - a) Systemseitig erfolgt ein Warnhinweis, dass dieser bzw. diese OMIM-Kodes nicht in der Datei existieren. In diesem Fall muss das Softwaresystem sicherstellen, dass der Ersatzwert „999999“ im jeweiligen KVDT-Feld 5070 bzw. 5071 übertragen wird.
 - b) Beim Eintrag des jeweiligen Ersatzwertes „999999“ muss der Anwender im Feld 5072 (Gen-Namen) [bei einem OMIM-G (Feld 5070)] bzw. in Feld 5073 (Art der Erkrankung) [bei einem OMIM-P (Feld 5071)] einen Freitext als Bezeichnung angeben.
5. Die Software überträgt mit der Abrechnung den vom Anwender zu einer Leistung angegebenen „OMIM-G-Kode des untersuchten Gens“ im Feld 5070.
6. Die Software überträgt mit der Abrechnung wenn vorhanden den vom Anwender zu einer Leistung angegebenen „Gen-Namen“ im Feld 5072.
 - a) Wenn ein OMIM-G-Kode (FK 5070) ungleich 999999 erfasst wird, dann kann der Gen-Name aus der OMIM-Stammdaten in das Feld 5072 unverändert und automatisch übernommen werden. Für den Anwender darf nicht die Möglichkeit bestehen, diesen Wert zu ändern. Die Übertragung des Feldes 5072 in die Abrechnung ist optional.
 - b) Wenn ein OMIM-G-Kode (FK 5070) gleich 999999 erfasst wird, dann ist der „Gen-Name“ ein Freitext. In diesem Fall ist die Übertragung des Feldes 5072 in die Abrechnung verpflichtend.
7. Die Software überträgt mit der Abrechnung den vom Anwender zu einer Leistung angegebenen „OMIM-P-Kode (Art der Erkrankung)“ im Feld 5071.
8. Die Software überträgt mit der Abrechnung wenn vorhanden die vom Anwender zu einer Leistung angegebene „Art der Erkrankung“ im Feld 5073.
 - a) Wenn ein OMIM-P-Kode (FK 5071) ungleich 999999 erfasst wird, dann kann die „Art der Erkrankung“ aus der OMIM-Stammdaten in das Feld 5073 unverändert und automatisch übernommen werden. Für den Anwender darf nicht die Möglichkeit bestehen, diesen Wert zu ändern. Die Übertragung des Feldes 5073 in die Abrechnung ist optional.

³¹ Hinweis: Diese Stammdatentabelle stellt einen Auszug aus der OMIM-Datenbank dar und enthält im Wesentlichen diejenigen OMIM-G-Kodes, denen in der OMIM-Datenbank auch Phänotypen (Art der Erkrankung) zugeordnet sind. Im Rahmen der regelmäßigen Updates wird die Stammdatentabelle mit den Anforderungen der vertragsärztlichen Leistung abgeglichen und weiterentwickelt.

- b) Wenn ein OMIM-P-Kode (FK 5071) gleich 999999 erfasst wird, dann ist der „Art der Erkrankung“ ein Freitext. In diesem Fall ist die Übertragung des Feldes 5073 in die Abrechnung verpflichtend.
9. Der Vertragsarzt bzw. der PVS-Hersteller hat keine Möglichkeit die Stammdatentabelle um zusätzliche OMIM-Kodes zu erweitern.
10. Einmal im Quartal muss dem Anwender gemäß Lizenzvertrag zur Nutzung der OMIM-Daten der Copyright-Hinweis aus der Spalte „Lizenztext“ (vsl. ersten Datenzeile) der OMIM-Stammdatei wortgetreu angezeigt werden.

Bedingung:

Ausgenommen von der Umsetzung dieser Anforderung ist Software, die ausschließlich für die Abrechnung von Laborgemeinschafts-Leistungen aus dem EBM-Abschnitt 32.2 verwendet wird (gemäß § 25 Abs. 2 und 3 BMV-Ä).

Software, die diesem Kriterium unterliegt, unterstützt ausschließlich die Abrechnung der Satzart 0102 mit der Scheinuntergruppe 28.

KONDITIONALE PFLECHTFUNKTION ADT

KP2-619 Definition und Verwaltung von OMIM-G-Ketten

Das Softwaresystem ermöglicht dem Anwender die Erfassung, Verwaltung und den Einsatz von OMIM-G-Ketten. OMIM-G-Ketten sind mehrere zu einer Gruppe zusammengefasste OMIM-G-Kodes.

Begründung:

Durch die Verwendung von OMIM-G-Ketten soll der Aufwand der Abrechnungsdokumentation für umfangreiche genetische Untersuchungen verringert werden.

Akzeptanzkriterium:

1. Jede OMIM-G-Kette muss einen eindeutigen Identifikator besitzen.
2. OMIM-G-Ketten sind im Softwaresystem Patientenunabhängig anzulegen.
3. Bei der Anlage von OMIM-G-Ketten dürfen nur gültige OMIM-G-Kodes laut der aktuellen Datei 74EJJQnn.omim.JJJJ-MM-TT.csv verwendet werden:
d.h. das Softwaresystem muss die vom Anwender eingegebenen bzw. ausgewählten OMIM-G-Kodes, während der Eingabe bzw. Auswahl, für die OMIM-G-Kette auf Existenz gegen die Datei 74EJJQnn.omim.JJJJ-MM-TT.csv überprüfen (Echtzeitprüfung). Die OMIM-G-Kodes müssen einem Wert der Datei (Spalten „OMIM-G“) entsprechen.
4. Der Anwender hat im Softwaresystem die Möglichkeit alle definierten OMIM-G-Ketten anzuzeigen.
5. Der Anwender hat im Softwaresystem die Möglichkeit definierte OMIM-G-Ketten zu bearbeiten, d.h. er kann weitere OMIM-G-Kodes zu einer definierten OMIM-G-Kette hinzufügen, OMIM-G-Kodes aus der OMIM-G-Kette entfernen oder die OMIM-G-Kette entfernen.
6. Im Rahmen des Quartalswechsels bzw. beim Einspielen einer neuen Datei 74EJJQnn.omim.JJJJ-MM-TT.csv muss das Softwaresystem automatisch alle definierten OMIM-G-Ketten daraufhin überprüfen, dass nur gültige OMIM-G-Kodes verwendet werden.

Wenn das Softwaresystem feststellt, dass einzelne OMIM-G-Kodes einer Kette laut der Datei 74EJJQnn.omim.JJJJ-MM-TT.csv nicht mehr gültig sind, dann muss der Anwender aufgefordert werden die OMIM-G-Kette zu aktualisieren.

KONDITIONALE PFLECHTFUNKTION ADT

KP2-620

Verwendung von OMIM-G-Ketten zur Abrechnungsdokumentation

Das Softwaresystem bietet dem Anwender die Möglichkeit definierte OMIM-G Ketten im Rahmen der Leistungsdokumentation zu verwenden.

Begründung:

Durch die Verwendung von OMIM-G Ketten soll der Aufwand der Abrechnungsdokumentation für umfangreiche genetische Untersuchungen verringert werden.

Akzeptanzkriterium:

1. Es dürfen nur OMIM-G Ketten verwendet werden, welche nach den Anforderungen KP2-619 definiert wurden.
2. Der Anwender muss eine OMIM-G Kette zu den entsprechenden GOPen zuordnen können. Das System muss dann die enthaltenen OMIM-G Codes in den dafür vorgesehenen Feldern 5070 übertragen.
3. Nach Übernahme einer OMIM-G Kette in die Leistungsdokumentation hat der Anwender die Möglichkeit weitere OMIM-G Codes (nach der Anforderung KP2-611) und OMIM-G Ketten zu ergänzen.

Hinweis:

Diese Anforderung gilt für die Funktionen KP2-614 und KP2-615

KONDITIONALE PFLECHTFUNKTION ADT

KP2-612

Übermittlung des OMIM-P-Codes der Art der Erkrankung zur Abrechnungstransparenz für die GOP 11233[G-alpha]

Die Software muss die Angabe der Art der Erkrankung (FK 5079) zur GOP 11233[G-alpha] ermöglichen.

Begründung:

Gemäß EBM-Abrechnungsbestimmungen zu der GOP 11233[G-alpha] ist die „Art der Erkrankung“ anzugeben.

Akzeptanzkriterium:

Es gelten alle Vorgaben der Funktion KP2-624 die Akzeptanzkriterien 1 – 4 und 7 – 10 der Funktion unter Beachtung der folgenden Kriterien:

1. Die Software muss vom Anwender bei der Erfassung der GOP 11233[G-alpha] im Rahmen der Leistungsdokumentation genau eine Angabe eines „OMIM-P-Codes eine Angabe „Art der Erkrankung““ (5071 FK 5079) fordern.
2. Die Software überträgt mit der Abrechnung für die Leistung GOP 11233[G-alpha] den die zur Leistung vom Anwender angegebene „OMIM-P-Code („Art der Erkrankung““) im Feld FK 5071-5079.
3. Die Software überträgt mit der Abrechnung für die Leistung GOP 11233[G-alpha] die vom Anwender angegebene „Art der Erkrankung“ als Freitext im Feld FK 5073.
4. Die Software überträgt mit der Abrechnung für die Leistung GOP 11233[G-alpha] nicht das Feld die Felder FK 5070-FK 5077 und FK 5072.

Beispiel:

Nachfolgend mögliche Datenkonstellationen und entsprechende Auszüge aus dem jeweiligen Datensatz:

Konstellation 1:

...5001 11233

...5005 08

...5079 obligat: Art der Erkrankung

KONDITIONALE PFlichtfunktion ADT

KP2-613	Übermittlung von HGNC-Gensymbol OMIM-Kodes und der Art der Erkrankung zur Abrechnungstransparenz für die GOPen 11511[G-alpha], 11512[G-alpha], 11516[G-alpha] bis 11518[G-alpha] und 11521[G-alpha] ³²
----------------	---

Die Software muss die Angabe des HGNC-Gensymbols (FK 5077) und die Art der Erkrankung (FK 5079) zu den GOPen 11511[G-alpha], 11512[G-alpha], 11516[G-alpha] bis 11518[G-alpha] und 11521[G-alpha] ermöglichen.

Begründung:

Die Berechnung der GOPen 11511, 11512, 11516 bis 11518 und 11521 setzt die Begründung, die die Art der Erkrankung enthält, und die Angabe der Art der Untersuchung (HGNC-Gensymbol) voraus.

Gemäß EBM-Abrechnungsbestimmungen zu den GOPen 11511[G-alpha], 11512[G-alpha], 11516[G-alpha] bis 11518[G-alpha] und 11521[G-alpha] ist die „Art der Untersuchung (Gennummer, Genname nach OMIM)“ und die „Art der Erkrankung (Phänotyp)“ anzugeben.

Akzeptanzkriterium:

Es gelten alle Vorgaben der Funktion KP2-611, KP2-621 und KP2-624 unter Beachtung der folgenden Kriterien:

1. Das Softwaresystem muss vom Anwender bei der Erfassung der o.g. GOPen im Rahmen der Leistungsdokumentation genau eine Angabe eines HGNC-Gensymbols (FK 5077), „OMIM-G-Kodes des untersuchten Gens“ (FK 5070) und eines „OMIM-P-Kodes für die einer „Art der Erkrankung“ (FK 5079 5071) fordern. Der Anwender darf nicht die Möglichkeit haben mehrere OMIM-P- bzw. OMIM-G-Kodes HGNC-Gensymbole bzw. mehrere Angaben zur „Art der Erkrankung“ für eine Leistungsnummer zu erfassen und in die Abrechnung zu übertragen.

Beispiele:

Nachfolgend sind mögliche Datenkonstellationen dargestellt:

Konstellation 1:

...5001 11511

...5005 08

...5077 A1BG (HGNC-Gensymbol)

³² abrechenbar ab 01.07.2016 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V mit Wirkung zum 1. Juli 2016

...5079 obligat: Art der Erkrankung

Konstellation 2:

...5001 11511

...5005 03

...5077 999999 (Ersatzwert)

...5078 obligat: Gen-Name

...5079 obligat: Art der Erkrankung

KONDITIONALE PFLECHTFUNKTION ADT

KP2-614 Übermittlung von HGNC-Gensymbol OMIM-Kodes und der Art der Erkrankung zur Abrechnungstransparenz für die GOPen 11513[G-alpha] und 11522[G-alpha]

Die Software muss die Angabe des HGNC-Gensymbols (FK 5077) und die Art der Erkrankung (FK 5079) OMIM-G-Kodes (FK 5070) und des OMIM-P-Kodes (FK 5071) zu den GOPen, 11513[G-alpha] und 11522[G-alpha] ermöglichen.

Begründung:

Die Berechnung der GOPen 11513 und 11522 setzt die Begründung, die die Art der Erkrankung enthält, und die Angabe der Art der Untersuchung (HGNC-Gensymbol) voraus.

Gemäß EBM-Abrechnungsbestimmungen zu den GOPen 11513[G-alpha] und 11522[G-alpha] sind die „Art der Untersuchung (Gennummer, Genname nach OMIM)“ und die „Art der Erkrankung (Phänotyp)“ anzugeben.

Akzeptanzkriterium:

Es gelten alle Vorgaben der Funktion KP2-611, KP2-621 und KP2-624 unter Beachtung der folgenden Kriterien:

1. Das Softwaresystem muss vom Anwender bei der Erfassung der GOPen 11513[G-alpha] und 11522[G-alpha] im Rahmen der Leistungsdokumentation **mindestens** eine Angabe eines „HGNC-Gensymbols“ (FK 5077) „OMIM-G-Kodes des untersuchten Gens“ (FK 5070) und eine Angabe „OMIM-P-Kodes für die Art der Erkrankung“ (FK 5071) der „Art der Erkrankung“ (FK 5079) fordern.
 - a) Der Anwender kann zu den genannten GOPen auch mehrere HGNC-Gensymbole und mehrere Angaben zur „Art der Erkrankung“ angegeben/eintragen.
 - b) Werden mehrere Angaben zur „Art der Erkrankung“ eingetragen, so muss das Softwaresystem das Feld 5079 mehrfach in die Abrechnungsdatei übertragen.
2. Für die Eintragung von mehreren OMIM-G-Kodes HGNC-Gensymbolen zu den genannten GOPen können OMIM-G HGNC-Gensymbol-Ketten nach der Funktion KP2-623 KP2-620 verwendet werden.

Beispiele:

Nachfolgend sind mögliche Datenkonstellationen dargestellt (nicht als abschließend zu betrachten):

Konstellation 1:

...5001 11513
 ...5005 08
 ...5077 A1CF (HGNC-Gensymbol)
 ...5077 A2M (HGNC-Gensymbol)
 ...5079 obligat: Art der Erkrankung
 ...5079 obligat: Art der Erkrankung

Konstellation 2:

...5001 11513
 ...5005 03
 ...5077 999999 (Ersatzwert)
 ...5078 obligat: Gen-Name
 ...5079 obligat: Art der Erkrankung

KONDITIONALE PFlichtfunktion ADT

KP2-615	Übermittlung von HGNC-Gensymbol OMIM-Kodes und der Art der Erkrankung und eines ICD-10-GM-Kodes zur Abrechnungstransparenz für die GOPen 19424[G-alpha], 19453[G-alpha] und 19456[G-alpha]
----------------	--

Die Software muss die Angabe des HGNC-Gensymbols (FK 5077), der Art der Erkrankung (FK 5079) OMIM-G-Kodes (FK 5070), des OMIM-P-Kodes (FK 5071) und die Angabe eines gültigen ICD-10-GM-Kodes (FK 6001) zu den GOPen 19424[G-alpha], 19453[G-alpha] und 19456[G-alpha] ermöglichen.

Begründung:

Gemäß EBM-Abrechnungsbestimmungen zu den GOPen 19424[G-alpha], 19453[G-alpha] und 19456[G-alpha] sind die „Art der Untersuchung (Gensymbol nach HGNC)“ und die „Art der Erkrankung gemäß der Kodierung nach ICD-10-GM“ anzugeben, die „Art der Erkrankung“ kann angegeben werden.

Akzeptanzkriterium:

Es gelten alle Vorgaben der Funktionen KP2-611 KP2-621, KP2-624 und KP2-618 unter Beachtung der folgenden Kriterien:

- Das Softwaresystem muss vom Anwender bei der Erfassung der GOPen 19424[G-alpha], 19453[G-alpha] und 19456[G-alpha] im Rahmen der Leistungsdokumentation **mindestens** eine Angabe des „HGNC-Gensymbols“ (FK 5077) „OMIM-G-Kode des untersuchten Gens“ (FK 5070) fordern. Der Anwender kann zu den genannten GOPen auch mehrere „HGNC-Gensymbole (FK 5077) OMIM-G-Kodes eintragen.
- Bei den GOPen 19424[G-alpha], 19453[G-alpha] und 19456[G-alpha] muss nicht zwingend der „OMIM-P-Kode für die Art der Erkrankung“ (FK 5071) die „Art der Erkrankung“ (FK 5079) erfasst werden. Jedoch muss dem Anwender die Erfassung **eines oder mehreren „OMIM-P-Kodes“ einer oder mehrere „Arten der Erkrankungen“ möglich sein.**
- Für die Eintragung von mehreren HGNC-Gensymbolen zu den genannten GOPen können HGNC-Gensymbol-Ketten nach der Funktionen KP2-623 verwendet werden. Für die Eintragung von mehreren OMIM-G-Kodes zu den genannten GOPen können OMIM-G-Ketten nach der Funktionen KP2-620 verwendet werden.

Beispiel:

Nachfolgend sind mögliche Datenkonstellationen dargestellt (nicht als abschließend zu betrachten):

Konstellation 1:

...5001 19424
...5005 08
...5077 BRAF (HGNC-Gensymbol)
...5077 KBV:999999 (Ersatzwert)
...5078 obligat: Gen-Name
...5079 optional: Art der Erkrankung
...5079 optional: Art der Erkrankung
...
...6001 obligat: ICD-10-GM-Kode
...6003 obligat G

Konstellation 2:

...5001 19453
...5005 03
...5077 999999 (Ersatzwert)
...5078 obligat: Gen-Name
...5077 999999 (Ersatzwert)
...5078 obligat: Gen-Name
...5079 optional: Art der Erkrankung
...
...6001 obligat: ICD-10-GM-Kode
...6003 obligat: G

KONDITIONALE PFICHTFUNKTION ADT

KP2-616	Übermittlung von HGNC-Gensymbol OMIM-Kodes und der Art der Erkrankung und eines ICD-10-GM-Kodes zur Abrechnungstransparenz für die GOPen 19421[G-alpha], 19451[G-alpha] und 19452[G-alpha]
----------------	--

Die Software muss die Angabe „Art der Untersuchung (Gennummer, Genname nach OMIM)“ HGNC-Gensymbol (FK 5077), die Angabe „Art der Erkrankung“ (Phänotyp FK 5079) und die Angabe eines gültigen ICD-10-GM-Kodes (FK 6001) zu den GOPen 19421[G-alpha], 19451[G-alpha] und 19452[G-alpha] ermöglichen.

Begründung:

Gemäß EBM-Abrechnungsbestimmungen zu den GOPen 19421[G-alpha], 19451[G-alpha], und 19452[G-alpha] sind die „Art der Untersuchung (HGNC-Gensymbol Gennummer, Genname nach OMIM) und die „Art der Erkrankung gemäß der Kodierung nach ICD-10-GM“ anzugeben, die „Art der Erkrankung“ kann angegeben werden.

Akzeptanzkriterium:

Es gelten alle Vorgaben der Funktionen KP2-611 KP2-621, KP2-624 und KP2-618 unter Beachtung der folgenden Kriterien:

1. Das Softwaresystem muss vom Anwender bei der Erfassung der GOPen 19421[G-alpha], 19451[G-alpha] und 19452[G-alpha] im Rahmen der Leistungsdokumentation genau eine Angabe „OMIM-G-Kode des untersuchten Gens“ des HGNC-Gensymbols (FK 5077 5070) fordern.
2. Bei den GOPen 19421[G-alpha], 19451[G-alpha] und 19452[G-alpha] muss nicht zwingend der „OMIM-P-Kode für die Art der Erkrankung“ (FK 5071) die „Art der Erkrankung“ (FK 5079) erfasst der „Art der Erkrankung“ ermöglicht werden. Jedoch muss dem Anwender die Erfassung eines „OMIM-P-Kodes“ der „Art der Erkrankung“ möglich sein ermöglicht werden.

KONDITIONALE PFLECHTFUNKTION ADT

KP2-617	Übermittlung eines ICD-10-GM-Kodes zur Abrechnungstransparenz für die GOPen 11302[G-alpha], 11303[G-alpha], 19402[G-alpha], 32901[G-alpha], 32902[G-alpha], 32904[G-alpha], 32906[G-alpha], 32908[G-alpha], 32910[G-alpha], 32911[G-alpha], 32915[G-alpha], 32916[G-alpha], 32917[G-alpha] und 32918[G-alpha]
---------	---

Die Software muss die Angabe einer „Art der Erkrankung gemäß der Kodierung nach ICD-10-GM“ zu den GOPen 11302[G-alpha], 11303[G-alpha], 19402[G-alpha], 32901[G-alpha], 32902[G-alpha], 32904[G-alpha], 32906[G-alpha], 32908[G-alpha], 32910[G-alpha], 32911[G-alpha], 32915[G-alpha], 32916[G-alpha], 32917[G-alpha] und 32918[G-alpha] ermöglichen.

Begründung:

Gemäß EBM-Abrechnungsbestimmungen zu den GOPen 11302[G-alpha], 11303[G-alpha], 19402[G-alpha], 32901[G-alpha], 32902[G-alpha], 32904[G-alpha], 32906[G-alpha], 32908[G-alpha], 32910[G-alpha], 32911[G-alpha], 32915[G-alpha], 32916[G-alpha], 32917[G-alpha] und 32918[G-alpha] ist die „Art der Erkrankung gemäß der Kodierung nach ICD-10-GM“ anzugeben.

Akzeptanzkriterium:

1. Es gelten alle Vorgaben der Funktion KP2-618.
2. Die Software überträgt mit der Abrechnung für die Leistung der o.g. GOPen nicht die Felder FK 5070 und FK 5070 5077 und FK 5072 sowie nicht die Felder FK 5071 und FK 5073-FK 5079.

KONDITIONALE PFLECHTFUNKTION ADT

KP2-618	Übermittlung eines ICD-10-GM-Kodes zur Abrechnungstransparenz für die Funktionen KP2-615, KP2-616 und KP2-617
---------	---

Die Software muss die Angabe einer „Art der Erkrankung gemäß der Kodierung nach ICD-10-GM“ zu den GOPen 11302[G-alpha], 11303[G-alpha], 19402[G-alpha], 19421[G-alpha], 19424[G-alpha], 19451[G-alpha], 19452[G-alpha], 19453[G-alpha], 19456[G-alpha], 32901[G-alpha], 32902[G-alpha], 32904[G-alpha], 32906[G-alpha], 32908[G-alpha], 32910[G-alpha], 32911[G-alpha], 32915[G-alpha], 32916[G-alpha], 32917[G-alpha] und 32918[G-alpha] ermöglichen.

Begründung:

Gemäß EBM-Abrechnungsbestimmungen zu den GOPen 11302[G-alpha], 11303[G-alpha], 19402[G-alpha], 19421[G-alpha], 19424[G-alpha], 19451[G-alpha], 19452[G-alpha], 19453[G-alpha], 19456[G-alpha], 32901[G-alpha], 32902[G-alpha], 32904[G-alpha], 32906[G-alpha], 32908[G-alpha], 32910[G-alpha], 32911[G-alpha], 32915[G-alpha], 32916[G-alpha], 32917[G-alpha] und 32918[G-alpha] ist die „Art der Erkrankung gemäß der Kodierung nach ICD-10-GM“ anzugeben.

Akzeptanzkriterium:

1. Das Softwaresystem muss vom Anwender bei der Erfassung der o.g. GOPen im Rahmen der Leistungsdokumentation die Angabe eines gültigen „ICD-10-GM-Kodes“ (ungleich dem ICD-10-GM-Kode „Z01.7“) mit der „Diagnosesicherheit“ fordern.
2. Die Software überträgt mit der Abrechnung für die o.g. Leistungen den vom Anwender angegebenen „ICD-10-GM-Kode“ im Feld 6001 und die „Diagnosesicherheit“ im Feld 6003.

ÜBERSICHT ZU DEN ANFORDERUNGEN KP2-612, KP2-613, KP2-614, KP2-615, KP2-616, KP2-617, KP2-618				
GOP	OMIM-P-Kode Art der Erkrankung	OMIM-G-Kode HGNC-Gensymbol	ICD-10-GM-Kode	Funktion
11233	jeweils genau eine Angabe	Keine Übertragung	Keine Besonderheit	KP2-612
11511, 11512, 11516, 11517, 11518, 11521	jeweils genau eine Angabe	jeweils genau eine Angabe	Keine Besonderheit	KP2-613
11513, 11522	mindestens eine Angabe	mindestens eine Angabe	Keine Besonderheit	KP2-614
19424, 19453, 19456	optionale Angabe	mindestens eine Angabe	mindestens eine Angabe eines gültigen ICD-10-GM	KP2-615 (KP2-618)
19421, 19451, 19452	genau eine optionale Angabe	jeweils genau eine Angabe	mindestens eine Angabe eines gültigen ICD-10-GM	KP2-616 (KP2-618)
11302, 11303, 19402, 32901, 32902, 32904, 32906, 32908, 32910, 32911, 32915, 32916, 32917, 32918	Keine Übertragung	Keine Übertragung	mindestens eine Angabe eines gültigen ICD-10-GM	KP2-617 (KP2-618)

Tabelle 8 - Abrechnungsbegründungen bei Berechnung genetischer Untersuchungen, Übersicht zu den Anforderungen KP2-612 bis KP2-618

2.3.7.4 Abrechnungsbegründungen bei Berechnung von Besuchen

KONDITIONALE PFLECHTFUNKTION ADT	
KP2-625	Abrechnungsbegründungen bei Berechnung von Besuchen außerhalb der Arztpraxis

Die Software ermöglicht dem Anwender die Erfassung von Abrechnungsbegründungen im Rahmen der Leistungsdokumentation von Besuchen außerhalb der Arztpraxis.

Begründung:

Bei einem (Haus-)Besuch eines Versicherten durch den Anwender ist die Abrechnung von zusätzlichem „Wegegeld“ möglich.

Um „Wegegeld“ vergütet zu bekommen, ist entweder die Angabe einer Zone, der einfachen Entfernung in Kilometern oder des Besuchsortes bzw. die Angabe einer KV-spezifischen Gebührennummer im Rahmen der Abrechnung durch den Anwender erforderlich.

Konkret obliegt dies der Regelungshoheit der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software stellt dem Anwender entsprechende Eingabefelder zur Erfassung der Informationen bei Besuchen außerhalb der Arztpraxis zur Verfügung. Diese sind:

Bezeichnung	ADT-Feldkennung
Doppelkilometer (DKM)	5008
Besuchsort bei Hausbesuchen	5017
Zone bei Besuchen	5018

Tabelle 9 - Abrechnungsbegründungen bei Berechnung von Besuchen

2. Die Software überträgt die vom Anwender erfassten Angaben gemäß **Tabelle 9** im Rahmen der Abrechnung.

Bedingung:

Ausgenommen von der Umsetzung dieser Anforderung sind Softwaresysteme ohne APK.

2.3.7.5 Leistungskette

OPTIONALE FUNKTION ADT	
K2-620	Leistungskette

Der Einsatz von Leistungsketten zum Zwecke der Abrechnung ist unter folgenden Bedingungen zulässig:

Jede GNR einer Kette kann erst **nach Einzelquittierung** durch den Anwender in die Abrechnung übernommen werden. Dies gilt für alle Formen der Dateneingabe (z. B. Beleglesung, Digitalisierbrett, Tastatur, Scanner) bzw. auch bei der programmierten Beregelung.

Eine Leistungskette liegt vor,

- › wenn mit einer Aktion der Leistungsdokumentation eines Patienten mehrere GNRn zugewiesen werden können;
- › wenn mit einer Aktion mehreren Patienten-Leistungsdokumentationen eine oder mehrere GNRn zugewiesen werden können.

Ausnahme:

Hier von ausgenommen sind die Pflichtfunktion(en) P50-01, P50-02 und P50-03 des Anforderungskataloges [**KBV_ITA_VGEX_ANFORDERUNGSKATALOG_EARZTBRIEF**].

Anmerkung für Einsendepraxen

Eine Einzelquittierung von Leistungen einer Leistungskette bei Einsendepraxen ist dann erbracht, wenn die abzurechnende Gebührennummer durch ein abrechnungsrelevantes Resultat belegt wird.

Abrechnungsrelevante Resultate sind:

- › manuell erfasste oder online eingespeiste Messwerte,
- › manuell erfasste oder zu bestätigende vordefinierte Ergebnisse in Textform,
- › manuell erfasste oder zu bestätigende vordefinierte abrechnungssteuernde Zeichen als Bestätigung einer erbrachten Leistung.

2.3.7.6 Tagtrennung

PFLICHTFUNKTION ADT	
P2-630	Tagtrennung

Folgen nach einem ersten Arzt-Patientenkontakt an demselben Behandlungstag weitere Arzt-Patientenkontakte, entscheidet der Anwender nach den Bestimmungen des EBM, ob eine **Tagtrennung** durchzuführen ist.

Für die Funktion „Tagtrennung“ gilt:

1. Eine automatische „Tagtrennung“ durch das Abrechnungssystem ist **nicht** zulässig, vielmehr muss das Abrechnungssystem dem Anwender eine explizite Funktion „TAGTRENNUNG“ anbieten.
2. Wird eine Tagtrennung durchgeführt, muss ein weiterer Behandlungstag mit demselben Datum (FK 5000) und allen im Rahmen dieses Arzt-Patientenkontaktes erbrachten Gebührennummern übertragen werden.
3. Wird eine Tagtrennung durchgeführt, so muss das Abrechnungssystem sicherstellen, dass
 - a) für die **erste GNR** des **ersten** Arzt-Patientenkontaktes eine Uhrzeit (FK 5006) nachgetragen werden kann,
 - b) für **weitere** Arzt-Patientenkontakte die Angabe einer Uhrzeit (FK 5006) zur jeweils **ersten GNR** erfolgen **muss**.
4. Wird die über die KV-Spezifika-Stammdaten definierte KV-spezifische Vorgabe zu Punkt 3.a) zur Tagtrennung vom Anwender nicht beachtet, so muss ein **Warnhinweis** ausgegeben werden.
5. Wird die Vorgabe zu Punkt 3.b) zur Tagtrennung vom Anwender nicht beachtet, so muss eine **Fehlermeldung** ausgegeben werden.

Beispielhafter Auszug aus einem Datensatz

```
...
... 5000 20160106 Behandlungstag
... 5001 01210erste GNR des ersten Arzt-Patientenkontaktes
... 5006 1100 Uhrzeitangabe
...5098 ...
...5099 ...
... 5001 ...
... 5005 ...
```

```

...5098 ...
...5099 ...
... 5000 20160106 Behandlungstag
... 5001 01214 erste GNR des zweiten Arzt-Patientenkontakte
... 5006 1300 Uhrzeitangabe
...5098 ...
...5099 ...
... 5001 ...
...5098 ...
...5099 ...
... 5000 20160106 Behandlungstag
... 5001 01214 erste GNR des dritten Arzt-Patientenkontakte
... 5006 1800 Uhrzeitangabe
...5098 ...
...5099 ...
... 5001 ...
...5098 ...
...5099 ...
...

```

2.3.7.7 Leistungskennzeichnung

PFlichtfunktion ADT	
P2-641	Kennzeichnung von Leistungen

Die Software muss dem Anwender die Kennzeichnung von GOPen im Rahmen der Leistungsdokumentation mit einer „(Neben-) Betriebsstättennummer des Ortes der Leistungserbringung“ (BSNR) und mit einer „Lebenslangen Arztnummer des Leistungserbringens“ (LANR) ermöglichen.

Begründung:

In Umsetzung des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes muss jede abgerechnete Leistung mit der „(Neben-) Betriebsstättennummer des Ortes der Leistungserbringung“ und der „Lebenslangen Arztnummer des Leistungserbringers“ gekennzeichnet werden.

Im Rahmen der ASV-Abrechnung durch Krankenhausärzte kann die Arzt-Kennzeichnung mit einer „Pseudo-LANR für Krankenhausärzte“ erfolgen, vgl. § 2 Nr. 25 ASV-AV i. V. m. Anlage 3 ASV-AV.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software muss dem Anwender ermöglichen die GOPen, die im Rahmen der Leistungsdokumentation erfasst wurden, mit einer Betriebsstättennummer und einer Lebenslangen Arztnummer zu kennzeichnen.

2. Die Software überträgt mit der Abrechnung die zur GOP angegebene (Neben-) Betriebsstättennummer in Feld FK 5098 und die LANR in Feld FK 5099 oder die Pseudo-LANR in Feld 5101.

2.3.7.8 Beregelung

OPTIONALE FUNKTION ADT	
K2-650	Programmierte Beregelung

Abrechnungsbestimmungen die Gebührenordnung dürfen programmiertechnisch umgesetzt werden (z.B. Nicht-Nebeneinander-Berechnung von Positionen, u.ä.). Als systemseitige Reaktion auf erkannte Fehler dürfen:

1. Fehlermeldungen ausgegeben werden,
2. fehlerhaft angesetzte GNR eliminiert werden,
3. GNRn im Rahmen der programmierten Beregelung automatisch ersetzt oder hinzugefügt werden. Dabei sind die Vorgaben für die Handhabung von Leistungsketten zu beachten.

Der abrechnende Arzt trägt stets die Verantwortung für die korrekte Anwendung der Gebührenordnung.

2.3.7.9 Chargennummer / GOP

KONDITIONALE PFlichtfunktion ADT	
KP2-651	Übertragung der Chargennummer bei Schutzimpfungen gegen SARS-CoV-2

Bei der Übermittlung der GOPen für die Erbringung einer Schutzimpfung gegen SARS-CoV-2 muss zu jeder erbrachten GOP die Chargennummer der Impfdosis erfasst und übermittelt werden.

Begründung:

Gemäß § 13 Abs. 5 Nr. 10 Infektionsschutzgesetz - IfSG muss zu jeder Schutzimpfung gegen SARS-CoV-2 die Chargennummer von den Kassenärztlichen Vereinigung an das Robert Koch-Institut übermittelt werden.

Akzeptanzkriterium:

1. Das Softwaresystem muss vom Anwender bei der Erfassung einer GOP (in FK 5001) im Rahmen der Leistungsdokumentation die Angabe der „Chargennummer“ (FK 5010) fordern, wenn zu der GOP in der EBM-Stammdatei
.../gnr_zusatzangaben/gnr_zusatzangaben_liste/gnr_zusatzangabe/@V="5010"
hinterlegt ist.
2. Das Softwaresystem muss dem Anwender die Erfassung der „Chargennummer“ (FK 5010) auch bei nicht unter Akzeptanzkriterium 1 genannten GOPen (in FK 5001) ermöglichen.

Bedingung:

Ausgenommen von der Umsetzung dieser Anforderung sind Softwaresysteme ohne APK.

Hinweis:

Softwaresysteme können ihre Anwender bei der Erfassung von Chargennummern durch geeignete Maßnahmen wie bspw. Einstellen von Etiketten, Barcodes oder die mehrfache Verwendung von erfassten Chargennummern unterstützen.

2.3.7.10 Implantateregister

KONDITIONALE PFlichtfunktion ADT	
KP2-652	Erfassung und Übertragung der Information zum Implantateregister nach erfolgreicher Eintragung eines eingesetzten Implantats im Implantateregister des BMGs

Die Software muss es dem Anwender ermöglichen, zu einem eingesetzten Implantat die Melde-ID, den „Hash-String“ sowie den „Hash-Wert“ der Meldebestätigung des Implantateregisters nach erfolgreicher Eintragung im Implantateregister leistungsbezogen in der Abrechnung zu übertragen.

Begründung:

Im Implantateregistergesetz (IRegG) sowie in der Implantateregister-Betriebsverordnung (IRe-gBV) ist festgelegt, dass Gesundheitseinrichtungen nach einer implantatbezogenen Maßnahme dem Implantateregister die Daten übermitteln müssen. Die Arztpraxen müssen als Nachweis für diese Meldung in der Abrechnung die Melde-ID, den „Hash-String“ sowie den „Hash-Wert“ der Meldebestätigung des Implantateregisters übertragen.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software muss dem Anwender die Möglichkeit bieten, eine oder mehrere „Melde-IDs“ inkl. des jeweiligen „Hash-Strings“ und „Hash-Wertes“ aus der Meldebestätigung des Implantateregisters leistungsbezogen zu erfassen.
2. Das Softwaresystem muss vom Anwender bei der Erfassung einer GOP (in FK 5001) im Rahmen der Leistungsdokumentation die Angabe der „Melde-ID Implantateregister“ (FK 5050) fordern, wenn zu der GOP in der EBM-Stammdatei
.../gnr_zusatzangaben/gnr_zusatzangaben_liste/gnr_zusatzangabe/@V="5050" hinterlegt ist.
3. Das Softwaresystem muss vom Anwender bei der Erfassung einer GOP (in FK 5001) im Rahmen der Leistungsdokumentation die Angabe des „Hash-Strings Implantateregister“ (FK 5051) fordern, wenn zu der GOP in der EBM-Stammdatei
.../gnr_zusatzangaben/gnr_zusatzangaben_liste/gnr_zusatzangabe/@V="5051" hinterlegt ist.
4. Das Softwaresystem muss vom Anwender bei der Erfassung einer GOP (in FK 5001) im Rahmen der Leistungsdokumentation die Angabe des „Hash-Wertes Implantateregister“ (FK 5052) fordern, wenn zu der GOP in der EBM-Stammdatei
.../gnr_zusatzangaben/gnr_zusatzangaben_liste/gnr_zusatzangabe/@V="5052" hinterlegt ist.
5. Die Software kann die Anwender ergänzend zu Akzeptanzkriterium 1 und unter Berücksichtigung der Akzeptanzkriterien 2, 3 und 4 bei der Erfassung dahingehend unterstützen, dass sie die „Melde-IDs“ inkl. des jeweiligen „Hash-Strings“ und „Hash-Werte“ nach der Meldung einer implantatbezogenen Maßnahme aus der Meldebestätigung des Implantateregisters automatisch in die Felder „Melde-ID Implantateregister“ (FK 5050), „Hash-String Implantateregister“ (FK 5051) und „Hash-Wert Implantateregister“ (FK 5052) übernimmt.
 - a) Wenn eine automatische Erfassung erfolgt ist, dann kann die Software die manuelle Anpassung der automatisch übernommenen Werte unterbinden.
6. Die Software überträgt die „Melde-ID der Meldebestätigung des Implantateregisters“ in der Abrechnung in der Feldkennung 5050.
 - a) Wenn der Anwender mehr als eine Melde-ID erfasst, dann überträgt die Software jede Melde-ID in einer separaten Feldkennung 5050 in der Abrechnung.
 - b) Die Software stellt sicher, dass zu jeder Melde-ID (FK 5050) auch die Kindelemente „Hash-String Implantateregister“ (FK 5051) und „Hash-Wert Implantateregister“ (FK 5052) übertragen werden.
7. Die Software überträgt den „Hash-String der Meldebestätigung des Implantateregisters“ in der Abrechnung in der Feldkennung 5051.

8. Die Software überträgt den „Hash-Wert der Meldebestätigung des Implantateregisters“ in der Abrechnung in der Feldkennung 5052.

Bedingung:

Ausgenommen von der Umsetzung dieser Anforderung sind Softwaresysteme ohne APK.

Hinweis:

Die technischen Informationen zur Anbindung an das Implantateregister hat das BMG unter folgendem Link veröffentlicht: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/implantateregister-deutschland/technische-spezifikation.html>.

Sofern ab dem ersten Quartal 2025 Nachzüglerfälle aus dem Jahr 2023/2024 abgerechnet werden sollen und dafür die Übertragung der Daten des Implantateregisters fachlich notwendig ist, müssen die Daten in der ab dem ersten Quartal 2025 gültigen Struktur übertragen werden.

2.3.8 Card für Privatversicherte

PFLICHTFUNKTION ADT	
P2-790	PKV-Card – Ausschluss für die GKV ³³ -Abrechnung
1. Unmittelbar nach dem Einlesen einer „Card für Privatversicherte“ muss systemseitig ein Hinweis erfolgen, dass eine Privatversicherung vorliegt.	
2.	Die eingelesenen Daten einer „Card für Privatversicherte“ dürfen nicht in die Verarbeitungsroutinen zur KVDT-Abrechnung einfließen.

Hinweis:

Eine PKV-Card ist bei den KVK-Speicherkarten an den mit Nullen gefüllten Datenfeldern für die VKNR und das IK erkennbar.

Eine PKV-Card ist bei einer eGK am Inhalt des Informationselements Version_XML des Containers EF.StatusVD erkennbar [gematik Speicherstrukturen der eGK für die Fachanwendung VSDM], dass die Versichertenstammdaten-Schema-Version enthält.

2.3.9 Patientenquittung

2.3.9.1 Anforderungen zur Patientenquittung

Die Einführung einer Patientenquittung wurde im Rahmen des GMG durch die Änderung des § 305 (2) SGBV zum 1.1.2004 durch den Gesetzgeber beschlossen. Die Vertragsärzte sind damit verpflichtet, Patientenquittungen auf Wunsch des Patienten zu erstellen. Zu diesem Zweck wurden patientenverständliche Leistungstexte definiert, die in der EBM-Stammdaten unter dem tag ‚quittungstext‘ zu finden sind. Beachten Sie auch die Vorgaben zum Einsatz der GO-Stammdaten (SDEBM).

Folgende Anforderungen werden an die Patientenquittung gestellt:

PFLICHTFUNKTION ADT	
P2-820	Leistungsaufstellung
1. Auf der Patientenquittung werden diejenigen Leistungen aufgeführt, die der Arzt für die eigene Abrechnung ansetzt.	
a)	Der Anwender muss die Möglichkeit haben einzelne Leistungen abzuwählen

³³ GKV = Gesetzliche Krankenversicherung

2. Es werden nur die Leistungen auf der Patientenquittung ausgedruckt, die in der SDEBM enthalten und bewertet sind.
3. Auftragsleistungen (Leistungen, die der Arzt „beauftragt“, beispielsweise mittels Muster 10A) werden nicht berücksichtigt,
4. Wurden Leistungen mehrfach erbracht, können diese durch einen Multiplikator zur Gebührenziffer gekennzeichnet werden.

PFLICHTFUNKTION ADT	
P2-830	Arztgruppenspezifischer Punktwert

Die Software muss dem Anwender die Erfassung und Verwaltung des Punktwertes zur Berechnung des voraussichtlichen Arzthonorars auf der Patientenquittung ermöglichen.

Begründung:

Vertragliche Grundlage ist § 305 (2) SGB V.

Der Punktwert dient als Grundlage zur Berechnung des voraussichtlichen Arzthonorars auf der Patientenquittung gemäß P2-890. Im Normalfall entspricht der Punktwert dem Orientierungswert.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software belegt das Erfassungsfeld mit dem aktuell gültigen Orientierungswert als Defaultwert automatisch vor.

Orientierungswert in Cent	gültig ab
3,5048	01.01.2012
3,5363	01.01.2013
10	01.10.2013
10,13	01.01.2014
10,2718	01.01.2015
10,4631	01.01.2016
10,5300	01.01.2017
10,6543	01.01.2018
10,8226	01.01.2019
10,9871	01.01.2020
11,1244	01.01.2021
11,2662	01.01.2022
11,4915	01.01.2023
11,9339	01.01.2024
12,3934	01.01.2025

Tabelle 10 - Orientierungswerte in Cent

5. Die Software muss es dem Anwender ermöglichen, den Inhalt dieses Feldes zu verändern.

Hinweis:

Ist eine GOP nur in Euro bewertet, ist dieser Eurowert zu verwenden.

PFLICHTFUNKTION ADT	
P2-840	Quotierung; Anteil der nicht vergüteten Leistungen in %

Aufgrund der Regelungen zur Verhinderung der übermäßigen Ausdehnung seiner Tätigkeit bekommt der Arzt in der Regel nur einen Teil der erbrachten Leistungen vergütet. Auch dieser Sachverhalt soll auf der Patientenquittung abgebildet werden können.

Konfigurierbarkeit:

Der Arzt kann dazu einen Erfahrungswert aus den letzten Quartalen angeben. Dieser Wert muss vom PVS verwaltet werden und muss bei der Berechnung des Arzthonorars Berücksichtigung finden.

Für den Fall, dass der Arzt keine Quotierung angibt, soll auf der Patientenquittung unterhalb des ersten Absatzes der folgende (Standard-)Text positioniert werden:

- “Der untenstehende Betrag für die von mir erbrachten ärztlichen Leistungen wird wegen der Begrenzung der Finanzmittel der Krankenkassen gegebenenfalls nur zum Teil an mich ausbezahlt. Die Bezahlung wird im Nachhinein von der Krankenkasse soweit vermindert, dass das von Ihrer Krankenkasse zur Verfügung gestellte Geld ausreicht.”*

Für den Fall, dass der Arzt eine Quote angibt (z.B. 5%), soll auf der Patientenquittung der Textblock (1) durch den folgenden Textblock ersetzt werden; die Quote wird dabei in den Text eingearbeitet (hier: X):

- “Der untenstehende Betrag für die von mir erbrachten ärztlichen Leistungen wird wegen der Begrenzung der Finanzmittel der Krankenkassen gegebenenfalls nur zum Teil an mich ausbezahlt. Die Bezahlung wird im Nachhinein von der Krankenkasse um X % vermindert, damit das von Ihrer Krankenkasse zur Verfügung gestellte Geld ausreicht.”*

OPTIONALE FUNKTION ADT	
K2-855	Editierbarkeit der Erläuterungstexte und Überschriften

Grundsätzlich ist es dem Arzt erlaubt, in Teilen von den Standardformulierungen abzuweichen, sofern die PVS eine entsprechende Funktionalität zur Verfügung stellt.

OPTIONALE FUNKTION ADT	
K2-860	Tagesbezogene Patientenquittung

1. Unmittelbar nach oder während eines Arzt-Patienten-Kontaktes erfolgt eine Leistungsaufstellung der soeben erbrachten Leistungen mittels einer Patientenquittung (tagesbezogen).
 - a) Der Anwender muss die Möglichkeit haben einzelne Leistungen abzuwählen
2. Diese Leistungsaufstellung kann auch alle bisher im Quartal erbrachten Leistungen kumulieren (scheingebunden).

PFLICHTFUNKTION ADT**P2-870**Quartalsbezogene Patientenquittung³⁴

Falls mit dem Patienten der Versand einer Quartalsquittung vereinbart wird, muss die Software dem Anwender die Möglichkeit zur Kennzeichnung eines Behandlungsfalls für den Quittungsversand bieten. Die Software muss eine Funktionalität anbieten, die den sequenziellen Ausdruck aller gekennzeichneten Quartalsquittungen am Quartalsende automatisiert ermöglicht.

Hinweis:

Zur Unterstützung des Praxispersonals kann optimalerweise der Einzug der Versandkosten und der Aufwandspauschale gemäß § 305 Abs. 2 SGB V in Höhe von 1 Euro zuzüglich Versandkosten dokumentiert werden.

PFLICHTFUNKTION ADT**P2-880**

Zeilenlänge der Leistungslegenden

Aufgrund der Tabellenform ist die Zeilenlänge der Leistungslegenden auf max. 40 Zeichen beschränkt (siehe Abbildung 3).

Ist die Leistungslegende länger als 40 Zeichen, muss ein Zeilenumbruch erfolgen.

PFLICHTFUNKTION ADT**P2-890**

Inhalt und Layout der Patientenquittung

Eine einheitliche Gestaltung der Patientenquittung wird angestrebt. Folgende Informationen und Layoutvorgaben muss die Patientenquittung realisieren:

Betreff / Feldname	Erläuterung / Vorgabe / Formel
Papierformat	DIN A4
Schriftart	Beliebige Monospace-Schriften
Schriftgröße	12 CPI
Zeilenabstand	Einzelig
Adressfeld	Struktur und Position der Patientenadresse nach DIN 5008
Kassenname	Kassenname zur Bedruckung (siehe KTS)
Versichertennummer	
Absender	Praxisadresse / Arztstempel
Ausstellungsdatum	Tagesdatum
Betreff	Leistungs- und Kosteninformation
Erläuternder Text	Liebe Patientin, lieber Patient, zu Ihrer Information erhalten Sie nachstehend eine Aufstellung über die ärztlichen Leistungen, die für Sie im unten genannten Zeitraum erbracht wurden, und über die Behandlungskosten, die

³⁴ Gesetzliche Mindestanforderung

	als ärztliches Honorar voraussichtlich geltend gemacht werden können. Die Behandlungskosten sind durch Zahlungen Ihrer Krankenkasse abgegolten. Dies ist keine Rechnung.
Text zur Quotierung (Standardtext)	Der untenstehende Betrag für die von mir erbrachten ärztlichen Leistungen wird wegen der Begrenzung der Finanzmittel der Krankenkassen gegebenenfalls nur zum Teil an mich ausbezahlt. Die Bezahlung wird im Nachhinein von der Krankenkasse soweit vermindert, dass das von Ihrer Krankenkasse zur Verfügung gestellte Geld ausreicht.
oder bei Eingabe von X:	
Text zur Quotierung (Quote bekannt)	Der untenstehende Betrag für die von mir erbrachten ärztlichen Leistungen wird wegen der Begrenzung der Finanzmittel der Krankenkassen gegebenenfalls nur zum Teil an mich ausbezahlt. Die Bezahlung wird im Nachhinein von der Krankenkasse um X % vermindert, damit das von Ihrer Krankenkasse zur Verfügung gestellte Geld ausreicht.
Behandlungszeitraum	Behandlungsdatum oder Behandlungsquartal
Punktwert	(gemäß P2-830)
Leistungsaufstellung	In Tabellenform: Tag / GNR / Kurzbeschreibung / Punkte / Honorar Ausnahmen: Bei EBM-Leistungen, bei welchen keine Punkte in der GO-Stammdaten hinterlegt sind, kann der Eintrag in der Spalte Punkte weggelassen oder durch „-“ ersetzt werden. Wenn in der Patientenquittung nur EBM-Leistungen enthalten sind, für welche keine Punkte in der GO-Stammdaten hinterlegt sind, kann alternativ auch die folgende Tabellenform verwendet werden: Tag / GNR / Kurzbeschreibung / Honorar
Summenzeile	Kosten für ärztliche Leistungen in €
Erstattung durch Ihre Krankenkasse in €	K * (100% - X) mit X = Anteil der nicht vergüteten Leistungen K = Kosten für ärztliche Leistungen in €
Fußnoten	(siehe Beispiel)
Seitennummerierung	Fortlaufend
Bei Folgeseiten	Name und Ausstellungsdatum in Kopfzeile

Tabelle 11 – Inhalt und Layout der Patientenquittung

2.3.9.2 Muster für eine Patientenquittung

Dr. med. K. Mustermann • Teststraße 3 • 12345 Teststadt	Platz für Logo /Vertragsarztstempel			
Herrn Hans Testmann Teststraße 10 12345 Teststadt				
DAK Testkasse Teststadt				
Versicherten-Nr.: 123456789012				
15.05.2017				
Leistungs- und Kosteninformation¹				
<p>Liebe Patientin, lieber Patient,</p> <p>zu Ihrer Information erhalten Sie nachstehend eine Aufstellung über die ärztlichen Leistungen, die für Sie im unten genannten Zeitraum erbracht wurden, und über die Behandlungskosten, die als ärztliches Honorar voraussichtlich geltend gemacht werden können. Die Behandlungskosten sind durch Zahlungen Ihrer Krankenkasse abgegolten. Dies ist keine Rechnung.</p> <p>Der untenstehende Betrag für die von mir erbrachten ärztlichen Leistungen wird wegen der Begrenzung der Finanzmittel der Krankenkassen gegebenenfalls nur zum Teil an mich ausbezahlt. Die Bezahlung wird im Nachhinein von der Krankenkasse um 5 % vermindert, damit das von Ihrer Krankenkasse zur Verfügung gestellte Geld ausreicht.</p> <p>Behandlungszeitraum: April bis Juni 2017 (2. Quartal 2017) (bei Tagesquittung hier nur Behandlungsdatum angeben)</p> <p>Punktwert: 10,53 Cent (kaufmännische Rundung)</p>				
Tag	GNR	Kurzbeschreibung	Punkte	Honorar in €
02.05.2017	06211	Behandlungskomplex vom 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	127	13,37
	06333	Binokulare Untersuchung des gesamten Augenhintergrundes	51	5,37
15.05.2017	06310	Fortlaufende Tonometrie	88	9,27
Kosten für ärztliche Leistungen in €			28,01	
			=====	
Erstattung durch Ihre Krankenkasse in €			26,61	

Abbildung 3: Patientenquittung, Stand: 2. Quartal 2017

¹ „Patientenquittung“

2.3.10 Besonderheiten des aktuell gültigen EBM

2.3.10.1 Simultaneingriffe bei Operationsleistungen (Kapitel 31.2 und 36.2)

OPTIONALE FUNKTION ADT	
K2-900	Höchstbewertete Leistung, Gesamt-Schnitt-Naht-Zeit, Zuschläge

Bei Simultaneingriffen ist nach den Vorgaben des EBM nur die höchstbewertete Leistung abzurechnen. Weitere Eingriffe werden durch die GSNZ³⁵ (FK 5037) und durch die Abrechnung von Zeitzuschlägen berücksichtigt.

Die PVS kann dem Arzt **zur Unterstützung** die höchstbewertete Leistung zur Abrechnung anbieten. Die Zeitzuschläge berechnen sich dann aus der Differenz zwischen der GSNZ und der tatsächlichen SNZ des Haupteingriffs.

Für die Abrechnung müssen **beide Angaben**, die GSNZ und die Zuschlagleistung(en), übertragen werden.

Beispiel:

Folgende Eingriffe sind vorgenommen worden:

OPS	Kategorie	Kalkulatorische Schnitt-Naht-Zeit [min]	Tatsächliche Schnitt-Naht-Zeit [min]	EBM-Ziffer
5-791.g5	D4	60	30	31134
5-791.g8	D4	60		31134
5-791.gh	D3	45		31133

Tabelle 12 – Beispiel Simultaneingriff

Die GSNZ hat beispielsweise 135 min betragen. Abzüglich der SNZ des Haupteingriffes ergeben sich 105 min, die zusätzlich als Zeitzuschläge (7×31138) abgerechnet werden können ($7 \times 15\text{min} = 105\text{min}$).

Um zu kennzeichnen, dass es sich um einen Simultaneingriff handelt, sind in der Abrechnung zu der höchstbewerteten Leistung die erfolgten OP-Eingriffe durch die entsprechenden OP-Schlüssel zu dokumentieren, die GSNZ anzugeben und die Anzahl der Zeitzuschläge abzurechnen.

³⁵ GSNZ = Gesamt-Schnitt-Naht-Zeit

KVDT-Auszug:

5000...
5001 31134
5035 5-791.g5
5041 L
5035 5-791.g8
5041 R
5035 5-791.gh
5041 B
5037 135
5098 123456789
5099 999999900
5001 31138
5005 7
...

2.3.10.2 Doppelfunktion der OP-Schlüssel als Abrechnungsbegründung und zur Dokumentation nach § 295 SGB V

KONDITIONALE PFlichtfunktion ADT

KP2-910	OP-Schlüssel als Abrechnungsbegründung – Echtzeitprüfung
----------------	--

Falls OP-Leistungen der Kapitel 31.2 bzw. 36.2 des EBM als GOP (GOP; FK 5001) erfasst werden, muss das System die Angabe von OP-Schlüsseln (OPS-Code; FK 5035) als Abrechnungsbegründung verlangen.

Für Dokumentationszwecke und auch als Abrechnungsbegründung muss zu den OP-Leistungen des Kapitel 31.2 bzw. 36.2 des EBM i.d.R. die Angabe von OP-Schlüsseln erfolgen.

Begründung:

Für Leistungen des ambulanten Operierens gilt per Gesetz seit dem 01.04.2005 der Operationen und Prozedurenschlüssel in der jeweils gültigen Fassung auch für den ambulanten Bereich und muss zu Dokumentations- und Abrechnungszwecken angewendet werden.

Akzeptanzkriterium:

Falls in der [EBM-Stammdaten] zu einer GOP unter .../gnr_zusatzangaben/gnr_zusatzangaben_liste/gnr_zusatzangabe der Wert v="5035" (OP-Schlüssel) hinterlegt ist und der OPS-Code als Begründungstyp ausgewählt wird, muss das System folgendes sicherstellen:

1. Das System muss vom Anwender die Angabe eines OPS-Codes fordern.
2. Das System muss den eingegebenen OPS-Code auf Korrektheit überprüfen und in der Abrechnungsdatei unter der **FK 5035** übertragen.

- a) Ob ein OPS-Code als Abrechnungsbegründung einer GOP gilt, wird durch die Zuordnung eines OPS-Codes zu einer GOP in der [EBM-Stammdaten] unter `.../begründungen_liste/ops_liste` determiniert.
 - b) Falls der vom Anwender eingegebene OPS-Code in der [EBM-Stammdaten] mit einer Seitenlokalisierung definiert ist³⁶ (unter `.../begründungen_liste/ops_liste/.../ops/seite`), muss das System vom Anwender die Angabe der Seitenlokalisierung fordern.
Dabei muss das System dem Anwender die entsprechenden Seitenlokalisierungen zur Auswahl vorschlagen. Das System überträgt die Angabe der Seitenlokalisation in der FK 5041.
3. Falls keiner vom Anwender erfassten OPS-Codes in der [EBM-Stammdaten] der GOP zugeordnet (vgl. Akzeptanzkriterium 2 a)) ist, muss das System einen entsprechenden Hinweis anzeigen.
- a) Das System muss eine Übernahme des/der OPS-Codes in die Abrechnungsdatei in FK 5035 nach dem Hinweis trotzdem ermöglichen.
 - b) Falls der OPS-Code 5-983 zusätzlich zu den laut der [EBM-Stammdaten] definierten OPS-Codes für eine Leistungsziffer angegeben wird, muss das System auf die Anzeige eines Hinweises verzichten.

Bedingung:

Ausgenommen von der Umsetzung dieser Anforderung sind Softwaresysteme ohne APK.

Hinweise:

Die in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zur Abrechnung einer Leistung als Abrechnungsbegründung angebbaren OPS-Codes sind in der GOS durch die Hinterlegung der entsprechenden OPS-Codes ersichtlich.

Bei Simultaneingriffen müssen OPS-Codes für alle erfolgten Eingriffe dokumentiert werden.

Unbenommen davon sind alle aktuell gültigen OPS-Codes in der OPS-Stammdaten [SDOPS] der KBV bereitgestellt und können von Ärzten grundsätzlich zur Dokumentation und Abrechnung einer Leistung angegeben werden.

KONDITIONALE PFlichtfunktion ADT

KP2-912	GNR-Begründung als Alternative zum OPS
----------------	--

Anstelle der Leistungen der Kleinchirurgie, können auch die höherbewerteten Kategorie-1-Leistungen des Kapitels 31.2 bzw. 36.2 abgerechnet werden, wenn diese Leistungen in Narkose bei Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr erbracht werden.

Da für die Begründung der Kategorie-1-Leistungen in diesen Fällen kein OPS zugrunde liegt, muss ein Abrechnungssystem sicherstellen, dass diese alternativ mit der GNR der Kleinchirurgie begründet und mittels FK 5036 in die Abrechnung übertragen werden kann.

Hinweis:

In der GOS ist dieser Sachverhalt bei den relevanten Kategorie-1-Leistungen durch die Zusatzbedingung "5036" (Begründungs-GNR) abgebildet, wobei die zulässigen Ziffern der Kleinchirurgie, die als Begründung verwendet werden können, unter der Begründungs-Liste aufgeführt sind.

Bedingung:

Ausgenommen von der Umsetzung dieser Anforderung sind Softwaresysteme ohne APK.

³⁶ Erläuterung: In der [EBM-Stammdaten] sind nur diejenigen OPS mit Seitenlokalisierung angegeben, bei denen die Seitenlokalisierung ausschlaggebend für die Kategorie-Zuordnung und damit für die Verknüpfung zur EBM-Leistung ist. Beispielsweise ist der höhere Aufwand bei einigen beidseitigen Eingriffen durch eine höhere Kategorie-Zuordnung berücksichtigt. Eine generelle Verknüpfung der OP-Schlüssel mit der Seitenlokalisierung lässt sich abgesehen von den 116 Ausnahmen in der [EBM-Stammdaten] nur aus der erweiterten OPS-Schlüsseltabelle ableiten.

2.3.10.3 Erforderlicher ICD-Code

PFLICHTFUNKTION ADT

P2-920	ICD-Code als Abrechnungsbegründung
--------	------------------------------------

Sofern zu einer EBM-Leistung die ICD-Klassifikation durch die GO-Stammdaten explizit gefordert wird, muss das Abrechnungssystem bei der Erfassung der Leistung prüfen, ob die geforderte Diagnose in den FK 6001 oder 3673 existiert und ggf. einen Warnhinweis anzeigen, der die geforderten ICD-Codes erwähnt. Wenn keiner der geforderten ICD-Codes eingegeben wird, darf die Eingabe der EBM-Ziffer nicht abgewiesen werden.

Begründung:

Um den Anwender bei der Planung und Abrechnung von Leistungen zu unterstützen, die nur bei Begründung durch mindestens eine bestimmte Behandlungsdiagnose berechnungsfähig sind, weist die Software den Anwender bei der Erfassung auf die Liste der begründungsfähigen Diagnosen hin.

Akzeptanzkriterium:

1. Falls der Anwender eine EBM-Leistung mit einer Gebührennummer erfasst, zu der in der EBM-Stammdaten eine aktive Liste von begründungsfähigen Diagnosen (SDEBM XML-Element `.../gnr/bedingung/begruendungen_liste/icd_liste` mit `.../gnr/bedingung/begruendungen_liste/icd_liste/@V='true'`) hinterlegt ist und falls keiner der in der Liste enthaltenen ICD-10-GM-Kodes für die Abrechnungsfelder „ICD-Code“ oder „Dauerdiagnose (ICD-Code)“ (FK 6001 bzw. 3673) erfasst wird, muss die Abrechnungssoftware dem Anwender einen Warnhinweis mit dem Inhalt dieser Liste anzeigen, dass die Leistung nur bei Begründung durch mindestens einer dieser Behandlungsdiagnosen berechnungsfähig ist.
2. Die Software muss dem Anwender im durch Akzeptanzkriterium 1. beschriebenen Fall die Möglichkeit zur Erfassung der EBM-Leistung geben, falls dieser nicht mindestens einen der ICD-10-GM-Kodes aus der Liste der begründungsfähigen Diagnosen für die Abrechnungsfelder „ICD-Code“ oder „Dauerdiagnose (ICD-Code)“ (FK 6001 bzw. 3673) erfasst hat.

2.3.10.4 Überweisung bei Betreuungsleistungen (Kapitel 31.4)

OPTIONALE FUNKTION ADT

K2-930	OP-Datum und Betreuungsleistung als Auftrag
--------	---

Sollen Betreuungsleistungen per Überweisung erbracht werden, muss für den weiterbehandelnden Arzt das OP-Datum in das vorgesehene Feld (auf dem Überweisungsschein!) und die genaue Leistungsziffer der Betreuungsleistung als Auftrag angegeben werden.

Die PVS kann hierbei unterstützend tätig werden.

2.3.10.5 Abrechnung von Betreuungsleistungen

OPTIONALE FUNKTION ADT

K2-940	Abrechnung von Betreuungsleistungen
--------	-------------------------------------

Für die Abrechnung von Betreuungsleistungen aus Kapitel 31.4 gelten folgende Vorgaben:

1. Betreuungsleistungen sind innerhalb von 21 Tagen nur einmal berechnungsfähig.
2. Als Abrechnungsbegründung ist das OP-Datum unter der FK 5034 anzugeben.

2.3.11 Besonderheiten bei der Psychotherapie

2.3.11.1 Angabe von Leistungen

KONDITIONALE PFlichtfunktion ADT	
KP2-941	Angaben von Leistungen in einer Psychotherapie

Die Software muss dem Anwender im Rahmen der Abrechnung von Psychotherapie-Leistungen die Möglichkeit geben, neben den Abrechnungsdaten zusätzliche Daten der Psychotherapie-Leistungen zu übertragen.

Begründung:

Der Anwender muss die Möglichkeit haben, die Abrechnungsdaten zu Psychotherapie-Leistungen in den vorgegebenen Feldern zu erfassen und zu übertragen.

Akzeptanzkriterium:

1. Der Anwender hat im Rahmen der Abrechnung von Psychotherapie-Leistungen die Möglichkeit die Felder 4234, 4235, 4236, 4247, 4250, 4251, 4252, 4253, 4254, 4255, 4256 und 4257 wie in der [KBV_ITA_VGEX_Datensatzbeschreibung_KVDT] definiert, zu übertragen.

Bedingung:

Ausgenommen von der Umsetzung dieser Anforderung sind Softwaresysteme ohne APK.

2.3.11.2 Kombinationsbehandlung durch zwei Psychotherapeuten

KONDITIONALE PFlichtfunktion ADT	
KP2-942	Spezifizierung der Kombinationsbehandlung durch zwei Psychotherapeuten

Die Software stellt bei einer Kombinationsbehandlung durch zwei Psychotherapeuten im Rahmen der Psychotherapie sicher, dass der Anwender die Kombinationsbehandlung explizit als „Einzeltherapie-Anteil bei Durchführung durch zwei Psychotherapeuten“ (FK 4251 = 3) oder als „Gruppentherapie-Anteil bei Durchführung durch zwei Psychotherapeuten“ (FK 4251 = 4) spezifiziert.

Begründung:

Aufgrund der Änderung von Vorgaben der Anlage 1 des BMV-Ä (Psychotherapie-Vereinbarung) und Überarbeitung des Musters PTV 2, muss der Anwender im Rahmen der Kombinationsbehandlung durch zwei Psychotherapeuten seinen Anteil entweder als „Einzeltherapie-Anteil“ oder als „Gruppentherapie-Anteil“ bestimmen.

Akzeptanzkriterium:

1. Bei der Dokumentation der Kombinationsbehandlung durch zwei Psychotherapeuten muss der Anwender explizit angeben, ob es sich bei seinem Anteil der Kombinationsbehandlung um
 - a) „Einzeltherapie-Anteil bei Durchführung durch zwei Psychotherapeuten“ (FK 4251 = 3)
 - b) oder „Gruppentherapie-Anteil bei Durchführung durch zwei Psychotherapeuten“ (FK 4251 = 4) handelt.

Bedingung:

Ausgenommen von der Umsetzung dieser Anforderung sind Softwaresysteme ohne APK.

2.3.11.3 Kombinationsbehandlung in einer psychotherapeutischen Berufsausübungsgemeinschaft

KONDITIONALE PFlichtfunktion ADT	
KP2-943	Kombinationsbehandlung durch zwei Psychotherapeuten in einer psychotherapeutischen Berufsausübungsgemeinschaft

Die Software stellt sicher, dass bei Kombinationsbehandlung durch zwei Psychotherapeuten in einer psychotherapeutischen Berufsausübungsgemeinschaft das LANR-Feld mit der FK 4299 im Psychotherapie-Informationsblock (ab Feld 4235 bis einschließlich 4257) übertragen wird.

Begründung:

Bei der Ausführung einer Kombinationsbehandlung durch zwei Psychotherapeuten in einer psychotherapeutischen Berufsausübungsgemeinschaft kann ohne die explizite Angabe der jeweiligen LANR im Psychotherapie-Informationsblock die Zuordnung der abgerechneten GOPen zu den Psychotherapeuten nicht sichergestellt werden.

Akzeptanzkriterium:

- Bei der Kombinationsbehandlung durch zwei Psychotherapeuten in einer psychotherapeutischen Berufsausübungsgemeinschaft wird das LANR-Feld mit der FK 4299 im Psychotherapie-Informationsblock übertragen.

Bedingung:

Ausgenommen von der Umsetzung dieser Anforderung sind Softwaresysteme ohne APK.

2.3.11.4 Vergütungssystematik der psychotherapeutischen Gruppentherapie

KONDITIONALE PFlichtfunktion ADT	
KP2-944	Übertragung der psychotherapeutischen Gruppentherapie

Die Software stellt sicher, dass bei der Bewilligung einer beantragten Psychotherapie mit den GOPen 3550X, 3551X, 3552X, 3553X, 3554X, 3555X, 3570X und 3571X die jeweiligen tatsächlichen GOPen laut EBM in der Abrechnung in das Feld 4253 (Bewilligte GOP für den Versicherten) bzw. das Feld 4256 (Bewilligte GOP für die Bezugsperson) übernommen werden.

Begründung:

Die Höhe der Bewertung richtet sich nach der Anzahl der Teilnehmer. Infolgedessen gibt es für jedes Psychotherapieverfahren als Gruppentherapie jeweils sieben GOPen für die Kurzzeittherapie und sieben GOPen für die Langzeittherapie. Sobald ein Psychotherapieverfahren für die Kurzzeittherapie oder die Langzeittherapie bewilligt wird, sind die dazugehörigen sieben GOPen ebenso bewilligt.

Akzeptanzkriterium:

- Wenn eine Psychotherapie mit den GOPen 3550X, 3551X, 3552X, 3553X, 3554X, 3555X, 3570X oder 3571X beantragt und bewilligt wurde, wird im Rahmen der Abrechnung aus diesen genannten GOPen, durch das Einsetzen der möglichen Teilnehmeranzahl 3, 4, 5, 6, 7, 8 und 9 für die Variable X, jeweils sieben GOPen erstellt, die automatisch im Feld 4253 (Bewilligte GOP für den Versicherten) bzw. im Feld 4256 (Bewilligte GOP für die Bezugsperson) übertragen werden.
- Der Anwender kann die als Default eingestellte automatische Übernahme deaktivieren.
- Der Anwender kann manuell aus den möglichen sieben GOPen für das jeweils bewilligte Verfahren die zu übernehmenden GOPen auswählen.
- Der Anwender hat die Möglichkeit bereits eingetragene GOPen zu bearbeiten (GOP streichen bzw. hinzufügen).

Beispiel:

Szenario 1) Automatische Übernahme der GOPen für das Verfahren **ohne** Anwendereingriff

- › Psychotherapeut beantragt die Gruppenleistung 3550X für den Versicherten.
- › Bei der Bewilligung der Gruppenleistung 3550X werden automatisch die GOPen 35503, 35504, 35505, 35506, 35507, 35508 und 35509 im Feld 4253 übertragen.

Szenario 2) Automatische Übernahme der GOPen für das Verfahren **mit** Anwendereingriff

- › Der Anwender beantragt die Gruppenleistung 3550X für den Versicherten.
- › Die Gruppenleistung 3550X für den Versicherten wird bewilligt.
- › Der Anwender deaktiviert die als Default eingestellte automatische Übernahme.
- › Im Rahmen der Abrechnung werden dem Anwender die möglichen GOPen 35503, 35504, 35505, 35506, 35507, 35508 und 35509 für die bewilligte Gruppenleistung 3550X angezeigt.
- › Der Anwender wählt manuell die GOPen 35508 und 35509 aus.
- › Die GOPen 35508 und 35509 werden im Feld 4253 übertragen.

Bedingung:

Ausgenommen von der Umsetzung dieser Anforderung sind Softwaresysteme ohne APK.

2.3.11.5 Berechnung Tagesprofil

OPTIONALE FUNKTION ADT	
K2-947	Berechnung Tagesprofil

Falls die Software dem Anwender die Möglichkeit bietet Tagesprofile zu erstellen, muss gemäß den Angaben im Anhang 3 des EBM zu den psychotherapeutischen Leistungen 30931[G-alpha], 30932[G-alpha], 35140[G-alpha], 35141[G-alpha], 35150[G-alpha], 35151[G-alpha], 35152[G-alpha], 35401[G-alpha], 35402[G-alpha], 35405[G-alpha], 35411[G-alpha], 35412[G-alpha], 35415[G-alpha], 35421[G-alpha], 35422[G-alpha], 35425[G-alpha], 35431[G-alpha], 35432[G-alpha] und 35435[G-alpha] als Berechnungsgrundlage nicht die Prüfzeit (in Minuten), sondern die Kalkulationszeit (in Minuten) gemäß Anhang 3 zum EBM verwendet werden.

Begründung:

Diese Anforderung resultiert aus den Angaben des Anhang 3 des EBM zu den betroffenen psychotherapeutischen Leistungen (vgl. Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 439. Sitzung am 19. Juni 2019 zur Änderung des EBM mit Wirkung zum 1. Juli 2019).

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software verwendet bei der Erstellung eines Tagesprofils bei den GOPen 30931[G-alpha], 30932[G-alpha], 35140[G-alpha], 35141[G-alpha], 35150[G-alpha], 35151[G-alpha], 35152[G-alpha], 35401[G-alpha], 35402[G-alpha], 35405[G-alpha], 35411[G-alpha], 35412[G-alpha], 35415[G-alpha], 35421[G-alpha], 35422[G-alpha], 35425[G-alpha], 35431[G-alpha], 35432[G-alpha] und 35435[G-alpha] als Prüfzeit die Kalkulationszeit (in Minuten) gemäß Anhang 3 zum EBM.

Hinweis:

Für die Erstellung eines Quartalsprofils muss als Berechnungsgrundlage regelgerecht die Prüfzeit zu den o.g. GOPen verwendet werden. In der EBM-Stammdaten ist sowohl die Prüfzeit im Element //pruefzeit/@V als auch die Kalkulationszeit im Element //zeitbedarf_liste/zeit/@V vorhanden.

2.3.11.6 Ausdruck der Muster PTV 3 und PTV 10

KONDITIONALE PFlichtfunktion ADT	
KP2-960	Aufruf des Musters PTV 3

Die Software ermöglicht den Aufruf der PDF-Vorlage für Muster „PTV 3“ direkt aus dem System.

Begründung:

Der Anwender muss die Möglichkeit haben das Dokument über die Software aufzurufen und zu drucken.

Akzeptanzkriterium:

1. Der Anwender kann bei Bedarf die PDF-Vorlage des Musters „PTV 3“ [[EXT_ITA_AHEX_PTV3](#)] direkt aus der Software aufrufen.

Bedingung:

Ausgenommen von der Umsetzung dieser Anforderung sind Softwaresysteme ohne APK.

KONDITIONALE PFlichtfunktion ADT	
KP2-961	Ausdruck des Musters PTV 3

Die Software ermöglicht den Ausdruck der PDF-Vorlage Muster „PTV 3“.

Begründung:

Der Anwender muss die Möglichkeit haben das Dokument über die Software aufzurufen und zu drucken.

Akzeptanzkriterium:

1. Der Anwender kann die PDF-Vorlage des Musters „PTV 3“ [[EXT_ITA_AHEX_PTV3](#)] direkt aus dem System drucken.

Bedingung:

Ausgenommen von der Umsetzung dieser Anforderung sind Softwaresysteme ohne APK.

KONDITIONALE PFlichtfunktion ADT	
KP2-962	Aufruf des Musters PTV 10

Die Software ermöglicht den Aufruf der PDF-Vorlage für Muster „PTV 10“ direkt aus dem System.

Begründung:

Der Anwender muss die Möglichkeit haben das Dokument über die Software aufzurufen und zu drucken.

Akzeptanzkriterium:

1. Der Anwender kann bei Bedarf die PDF-Vorlage des Musters „PTV 10“ [[EXT_ITA_AHEX_PTV10](#)] direkt aus der Software aufrufen.

Bedingung:

Ausgenommen von der Umsetzung dieser Anforderung sind Softwaresysteme ohne APK.

KONDITIONALE PFLECHTFUNKTION ADT

KP2-963 Ausdruck des Musters PTV 10

Die Software ermöglicht den Ausdruck der PDF-Vorlage Muster „PTV 10“.

Begründung:

- Der Anwender muss die Möglichkeit haben das Dokument über die Software aufzurufen und zu drucken.

Akzeptanzkriterium:

Der Anwender kann die PDF-Vorlage des Musters „PTV 10“ [[EXT_ITA_AHEX_PTV10](#)] direkt aus dem System drucken.

Bedingung:

Ausgenommen von der Umsetzung dieser Anforderung sind Softwaresysteme ohne APK.

2.3.11.7 Beendigungsmeldung für Psychotherapie

Gemäß § 17 Absatz 7 Psychotherapie-Vereinbarung ist der Psychotherapeut verpflichtet, die Beendigung der Richtlinientherapie anzuzeigen. Hierzu muss der Anwender die Pseudo-GOPen 88130 oder 88131 über die Quartalsabrechnung übermitteln:

- › Pseudo-GOP 88130:
Kennzeichnung für Beendigung einer Psychotherapie nach § 15 Psychotherapie-Richtlinie **ohne** anschließende Rezidivprophylaxe
- › Pseudo-GOP 88131:
Kennzeichnung für Beendigung einer Psychotherapie nach § 15 Psychotherapie-Richtlinie **mit** anschließender Rezidivprophylaxe.

Die Übermittlung muss nach § 17 Absatz 7 der Psychotherapie-Vereinbarung „unverzüglich“, also in dem Quartal erfolgen, in dem das Therapieende liegt. Die Pseudo-GOP muss dem Datum zugeordnet werden, an dem die letzte Therapieeinheit (Stunde) stattgefunden hat.

Kann ein Therapieende noch nicht sicher abgesehen werden, ist eine Übermittlung der Kennzeichnung auch in den zwei darauffolgenden Quartalen zulässig.

Wird eine Psychotherapie länger als 6 Monate unterbrochen ist nach § 17 Absatz 6 Psychotherapie-Vereinbarung weiterhin eine formlose Begründung der Therapiepause an die Krankenkasse erforderlich. Die Übermittlung der Kennzeichnung erfolgt in diesem Fall dann (nach der Wiederaufnahme der Behandlung) mit der regulären Beendigung der Psychotherapie.

Nachfolgend einige beispielhafte Behandlungskonstellationen für eine unverzügliche Übermittlung der Kennzeichnung:

- Ein/e Patient/in beendet die Psychotherapie in Absprache mit der/dem Psychotherapeuten/in regulär im 2. Quartal eines Jahres; das Therapiekontingent wird vollständig ausgeschöpft; es wird keine Rezidivprophylaxe vereinbart. → Übertragung der Pseudo-GOP 88130 mit der Abrechnung für das 2. Quartal.
- Ein/e Patient/in beendet die Psychotherapie in Absprache mit der/dem Psychotherapeuten/in regulär im 2. Quartal eines Jahres nach der 55. von 60 bewilligten Stunden; es wird eine Rezidivprophylaxe für die Reststunden vereinbart (Reststunden, in diesem Beispiel: 5, können innerhalb von 2 Jahren nach Therapieende durchgeführt werden). → Übertragung der Pseudo-GOP 88131 mit der Abrechnung für das 2. Quartal dieses Jahres.

Nachfolgend einige beispielhafte Behandlungskonstellationen für eine spätere Übermittlung der Kennzeichnung in einem darauffolgenden Quartal:

- c) Ein/e Patient/in bricht die Psychotherapie ohne Absprache mit der/dem Psychotherapeut/in kurz vor Ende des 2. Quartals ab, es besteht ein Restkontingent → Übertragung von 88130 oder 88131 im 3. oder spätestens 4. Quartal dieses Jahres (Für den Fall der Wiederaufnahme der Psychotherapie durch die Patientin / den Patienten erfolgt die Meldung nach regulärer Beendigung wie in Beispiel a).
- d) Ein/e Patient/in beendet die Psychotherapie in Absprache mit der/dem Psychotherapeut/in kurz vor Ende des 2. Quartals, es besteht ein Restkontingent; es wird keine Rezidivprophylaxe, aber die Möglichkeit vereinbart, sich vor dem Ablauf von 6 Monaten zu melden → Übertragung eines „Pseudo-Behandlungsfalles“ mit der GOP der 88130 oder 88131 im 4. Quartal (Für den Fall der Wiederaufnahme der Psychotherapie durch die Patientin / den Patienten erfolgt die Meldung nach regulärer Beendigung wie in Beispiel a).

Die nachfolgend aufgeführten beispielhaften Behandlungskonstellationen erfordern **keine Übermittlung** einer Kennzeichnung mittels der Pseudo-GOPen 88130 oder 88131 über die Quartalsabrechnung:

- e) Eine Rezidivprophylaxe wird beendet → Weder Übertragung der Pseudo-GOP 88130 noch 88131 mit der Abrechnung erforderlich.
- f) Eine Psychotherapie wird aus demselben Behandlungsanlass weitergeführt bzw. soll weitergeführt werden (z. B. mit Kurzzeittherapie 2 oder mit Langzeittherapie aufgrund eines Umwandlungs- oder Fortführungsantrags) → Weder Übertragung der Pseudo-GOP 88130 noch 88131 mit der Abrechnung erforderlich. Die Übermittlung erfolgt erst mit der regulären (vollständigen) Beendigung der Psychotherapie.

Die Software soll den Psychotherapeuten auf die Verpflichtung zur Anzeige des „Therapieendes“ erinnern, indem sie zu bestimmten Zeitpunkten auf die mögliche Übermittlung einer Kennzeichnung über die Quartalsabrechnung mittels der Pseudo-GOPen 88130 und/oder 88131 hinweist. Die nachfolgende Tabelle 13 gibt eine Übersicht darüber, unter welchen Bedingungen diese Hinweise bzgl. der jeweiligen GOP gegeben werden sollen.

Hinweis auf Pseudo-GOP	Anzahl vergangener Quartale ohne APK	Zeitpunkt der Hinweisgabe	Restkontingent vorhanden	Anforderungsfunktion
88130	³⁷	Leistungserfassung	Nein	KP2-965
88130	0	Abrechnungserstellung	Nein	KP2-965
88130	1 und 2	Abrechnungserstellung	Nein	KP2-966
88130 und 88131	2 und mehr	Abrechnungserstellung	Ja	KP2-967
88131	³⁷	Leistungserfassung von Rezidivprophylaxe	³⁸	KP2-968
88131	0	Abrechnungserstellung	Ja	KP2-970
88131	1	Abrechnungserstellung	Ja	KP2-971

Tabelle 13 – Erinnerungsfunktion: Hinweise auf die Angabe der Pseudo-GOP 88130 bzw. 88131

Diese Erinnerungsfunktion ist allgemein davon abhängig, ob ein Restkontingent besteht, in welchem Quartal der letzte APK stattfand und ob eine Leistung erfasst wurde. Weitere spezifische Bedingungen und

³⁷ Die Anzahl der vergangenen Quartale ohne APK ist für die Erinnerungsfunktion unerheblich, falls die Hinweisgabe während der Leistungserfassung erfolgt.

³⁸ Die Höhe des Restkontingents nach der Leistungserfassung ist für die Erinnerungsfunktion gemäß KP2-968 unerheblich

Details sind in den Anforderungsfunktionen KP2-965, KP2-966, KP2-967, KP2-968, KP2-970 sowie KP2-971 beschrieben.

KONDITIONALE PFlichtfunktion ADT	
KP2-964	Berechnung des aktuell bestehenden quartalsübergreifenden Restkontingents einer bewilligten Psychotherapie

Um den Psychotherapeuten bei der Erfassung und Übertragung einer Beendigungsmeldung mit der Pseudo-GOP 88130 bzw. 88131 über die Quartalsabrechnung zu unterstützen, muss die Software das aktuell bestehende quartalsübergreifende Restkontingent einer bewilligten Psychotherapie berechnen können.

Begründung:

Diese Anforderung resultiert aus § 17 Abs. 7 der Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 BMV-Ä).

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software muss unmittelbar nach der Leistungserfassung und bei der Abrechnungserstellung das aktuell bestehende quartalsübergreifende Restkontingent einer bewilligten Psychotherapie berechnen.
2. Die Software muss dem Anwender die Möglichkeit bieten, bereits in Vorquartalen abgerechnete Leistungen, welche von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nicht akzeptiert worden sind, zu kennzeichnen, damit sie von weiteren Berechnungen des Restkontingents ausgeschlossen werden.

Bedingung:

Ausgenommen von der Umsetzung dieser Anforderung sind Softwaresysteme ohne APK.

Hinweis:

Das aktuell bestehende Restkontingent einer bewilligten Psychotherapie wird quartalsübergreifend berechnet. Es bildet sich aus der Differenz zwischen dem bewilligten Kontingent psychotherapeutischer Leistungen als Anzahl in Summe bewilligter Therapieeinheiten und den tatsächlich geleisteten Therapieeinheiten als Anzahl in Summe abgerechneter Gebührenordnungspositionen. Eine Gebührenordnungsposition entspricht im Regelfall einer Therapieeinheit. Bei Gruppentherapiesitzungen von weniger als 100 Minuten aber mindestens 50 Minuten Dauer (hälftige Sitzungen), die anhand entsprechender bundeseinheitlich kodierter Zusatzkennzeichen gekennzeichnet sind, entsprechen zwei gekennzeichnete Gebührenordnungspositionen einer Therapieeinheit. Diese hälftigen Leistungen können daran erkannt werden, dass die Punktzahl der entsprechenden GOP mit Buchstaben-Suffix genau der Hälfte der Punktzahl der Basis-GOP ohne Buchstaben-Suffix entspricht. Das Kontingent ist unabhängig davon, ob Einzeltherapie, Gruppentherapie oder eine der Kombinationsbehandlungen durchgeführt wird. Die Berücksichtigung einer abgerechneten Gebührenordnungsposition erfolgt unabhängig von der zeitlichen Reihenfolge von Leistung und deren Bewilligung durch die Krankenkasse.

KONDITIONALE PFlichtfunktion ADT	
KP2-965	Erinnerungsfunktion bei bewilligter Psychotherapie <u>ohne</u> Restkontingent im laufenden Quartal

Falls im laufenden Quartal unmittelbar nach der Leistungserfassung kein Restkontingent zu der bewilligten Psychotherapie besteht, muss die Software den Anwender auf die Angabe der Pseudo-GOP 88130 hinweisen.

Begründung:

Diese Anforderung resultiert aus § 17 Abs. 7 der Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 BMV-Ä).

Akzeptanzkriterium:

1. Falls im laufenden Quartal unmittelbar nach der Leistungserfassung kein Restkontingent zu der bewilligten Psychotherapie besteht, muss die Software den Anwender auf die Angabe der Pseudo-GOP 88130 hinweisen.
3. Die Software überträgt mit der ADT-Abrechnung die vom Anwender angegebene Pseudo-GOP 88130 im Feld 5001.
4. Die Software muss bei Psychotherapien analog 1., bei denen keine Pseudo-GOP 88130 eingetragen ist, mindestens im Rahmen der Abrechnungserstellung an die Erfassung und Übermittlung einer „Beendigungsmeldung mit der Pseudo-GOP 88130“ erinnern.
5. Die Software muss dem Anwender ermöglichen, auf eine Übertragung einer „Beendigungsmeldung mit der Pseudo-GOP 88130“ im laufenden Quartal zu verzichten, falls mindestens eine der folgenden Bedingungen erfüllt ist:
 - a) Ein Folgeantrag für die Fortführung der Psychotherapie wurde bzw. wird gestellt.
 - b) Die Psychotherapie wird länger als 6 Monate unterbrochen und eine formlose Begründung für die Unterbrechung nach § 17 Absatz 6 Psychotherapievereinbarung an die Krankenkasse übermittelt. Die Software stellt dem Anwender eine Möglichkeit zur Verfügung dies in der Patientendokumentation zu hinterlegen.

Bedingung:

Ausgenommen von der Umsetzung dieser Anforderung sind Softwaresysteme ohne APK.

KONDITIONALE PFlichtFUNKTION ADT	
KP2-966	Erinnerungsfunktion bei bewilligter Psychotherapie ohne Restkontingent aus einem Vorquartal

Falls aus einem Vorquartal eine bewilligte Psychotherapie ohne Restkontingent und ohne Übermittlung einer Pseudo-GOP 88130 bzw. 88131 besteht, soll die Software den Anwender in den zwei nachfolgenden Quartalen auf die Angabe der Pseudo-GOP 88130 hinweisen.

Begründung:

Diese Anforderung resultiert aus § 17 Abs. 7 der Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 BMV-Ä).

Akzeptanzkriterium:

1. Falls aus einem Vorquartal eine bewilligte Psychotherapie ohne Restkontingent und ohne Übermittlung einer Pseudo-GOP 88130 bzw. 88131 oder ohne eine Kennzeichnung nach Akzeptanzkriterium (4) besteht, muss die Software den Anwender **mindestens spätestens** im Rahmen der Abrechnungserstellung für jeweils zwei nachfolgende Quartale auf die Angabe der Pseudo-GOP 88130 hinweisen, **sofern die Pseudo-GOP im laufenden Quartal noch nicht erfasst worden ist.**
 - a) Dem Anwender sollen nur bewilligte Psychotherapien ohne Restkontingent ab dem 01.01.2020 angezeigt werden.
2. Die Software muss es dem Anwender bei bestehender Psychotherapie gemäß 1. ermöglichen, einen sogenannten „Pseudo-Behandlungsfall“ zur alleinigen Übertragung der Pseudo-GOP 88130 bzw. 88131 zu erfassen und im Rahmen der ADT-Abrechnung zu übertragen.
 - a) Wenn der Patient in dem entsprechenden Quartal nicht in der Praxis war und auch keinen Kontakt mit der Praxis hatte, dann muss die Anlage dennoch möglich sein.
 - i. In diesem Fall darf nur die Pseudo-GOP 88130 oder 88131 übertragen werden.
 - ii. In diesem Fall soll der Anwender darauf hingewiesen werden, dass der ICD-10-GM-Kode aus dem letzten Behandlungsfall zur Kodierung dieses Falles verwendet werden kann.

3. Wenn keine Versichertenkarte eingelesen wurde, soll die Software den Anwender durch die automatische Übernahme der Versichertendaten aus dem Patientenstamm in den Datensatz nach (2) unterstützen.
 - a) Die Software übernimmt kein Einlesedatum.
 - b) Die Software übernimmt keine Daten, die das Einlesen einer Versichertenkarte bedingen (Felder FKen 3006, 3010, 3011, 3012, 3013 sowie 4134).
4. Die Software muss dem Anwender ermöglichen, auf eine Übertragung einer „Beendigungsmitteilung mit der Pseudo-GOP 88130 bzw. 88131“ aus einem Vorquartal zu verzichten, falls mindestens eine der folgenden Bedingungen erfüllt ist:
 - a) Ein Folgeantrag für die Fortführung der Psychotherapie wurde bzw. wird gestellt.
 - b) Die Psychotherapie wird länger als 6 Monate unterbrochen und eine formlose Begründung für die Unterbrechnung nach § 17 Absatz 6 Psychotherapie-Vereinbarung an die Krankenkasse übermittelt. Die Software stellt dem Anwender eine Möglichkeit zur Verfügung dies in der Patientendokumentation zu hinterlegen.

Bedingung:

Ausgenommen von der Umsetzung dieser Anforderung sind Softwaresysteme ohne APK.

KONDITIONALE PFlichtfunktion ADT

KP2-967	Erinnerungsfunktion bei bewilligter Psychotherapie mit Restkontingent und ohne APK seit zwei Quartalen
---------	--

Falls eine bewilligte Psychotherapie mit Restkontingent besteht und kein APK seit zwei Quartalen stattgefunden hat, muss die Software den Anwender auf die Angabe der Pseudo-GOP 88130 bzw. 88131 hinweisen.

Begründung:

Diese Anforderung resultiert aus § 17 Abs. 7 der Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 BMV-Ä).

Akzeptanzkriterium:

1. Falls zu einer bestehenden bewilligten Psychotherapie mit Restkontingent seit mindestens zwei Quartalen kein APK stattgefunden hat, soll die Software den Anwender jedes Quartal **mindestens spätestens** im Rahmen der Abrechnungserstellung auf die Angabe der Pseudo-GOP 88130 bzw. 88131 hinweisen, **sofern die Pseudo-GOP im laufenden Quartal noch nicht erfasst worden ist.**
 - a) Dem Anwender sollen nur bewilligte Psychotherapie mit Restkontingent angezeigt werden.
2. Es gelten die Akzeptanzkriterien 2, 3 und 4 der Funktion **KP2-966**.

Bedingung:

Ausgenommen von der Umsetzung dieser Anforderung sind Softwaresysteme ohne APK.

KONDITIONALE PFlichtfunktion ADT

KP2-968	Hinweis bei Abrechnung einer Richtlinientherapie als Rezidivprophylaxe bei fehlender Beendigungsmitteilung nach Pseudo-GOP 88131
---------	--

Falls der Anwender im Rahmen der Leistungsdokumentation einer bewilligten Psychotherapie eine GOP zur Rezidivprophylaxe erfasst und im Behandlungsverlauf keine Pseudo-GOP 88131 übermittelt wurde, muss die Software den Anwender auf die fehlende „Beendigungsmitteilung mit der Pseudo-GOP 88131“ hinweisen.

Begründung:

Diese Anforderung resultiert aus § 17 Abs. 7 der Psychotherapie-Vereinbarung i. V. m. § 20 Abs. 3 und 6 Psychotherapie-Vereinbarung.

Akzeptanzkriterium:

1. Falls der Anwender im Rahmen der Leistungsdokumentation einer bewilligten Psychotherapie eine GOP zur Rezidivprophylaxe (siehe [KBV_ITA_AHEX_Codierungstabelle_PT_Rezidiv]) erfasst und im Behandlungsverlauf keine Pseudo-GOP 88131 übermittelt wurde, weist die Software den Anwender unmittelbar auf diesen Sachverhalt hin und ermöglicht eine Dokumentation der GOP 88131.

Hinweistext:

„Achtung: Sie möchten eine Richtlinientherapie als Rezidivprophylaxe durchführen/abrechnen. Voraussetzung hierfür ist eine Beendigungsmeldung für die Richtlinientherapie mit Pseudo-GOP 88131 (§ 17 Abs.7 Psychotherapie-Vereinbarung). Es wurde im bisherigen Behandlungsverlauf keine Beendigung mit der Pseudo-GOP 88131 übermittelt.“

Bedingung:

Ausgenommen von der Umsetzung dieser Anforderung sind Softwaresysteme ohne APK.

OPTIONALE FUNKTION ADT	
K2-969	Erstellung und Ausdruck von Listen bewilligter Psychotherapien mit fehlender Beendigungsmeldung mit der Pseudo-GOP 88130 bzw. 88131

Die Software kann dem Anwender die Möglichkeit bieten, Listen bewilligter Psychotherapien mit fehlender Beendigungsmeldung mit der Pseudo-GOP 88130 bzw. 88131 jeweils analog des Akzeptanzkriteriums 1. der Funktionen KP2-965, KP2-966, KP2-967, KP2-968, KP2-970 und KP2-971 zu erstellen und zu drucken.

Begründung:

Der Anwender soll die Möglichkeit haben, Listen bewilligter Psychotherapien mit fehlender Beendigungsmeldung mit der Pseudo-GOP 88130 bzw. 88131 zu erstellen und zu drucken.

Akzeptanzkriterium:

1. Der Anwender kann Listen bewilligter Psychotherapien mit fehlender Beendigungsmeldung jeweils analog des Akzeptanzkriteriums (1) der Funktionen KP2-965, KP2-966, KP2-967, KP2-968, KP2-970 und KP2-971 erstellen und ausdrucken.

KONDITIONALE PFLECHTFUNKTION ADT	
KP2-970	Erinnerungsfunktion bei bewilligter Psychotherapie mit Restkontingent und APK im Abrechnungsquartal

Falls für eine bewilligte Psychotherapie Leistungen erfasst wurden und am Quartalsende ein Restkontingent zu der bewilligten Psychotherapie besteht und sich eine Rezidivprophylaxe anschließen kann, soll die Software den Anwender auf die Angabe der Pseudo-GOP 88131 hinweisen.

Begründung:

Diese Anforderung resultiert aus § 17 Abs. 7 der Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 BMV-Ä).

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software muss den Anwender mindestens im Rahmen der Abrechnungserstellung auf die mögliche Erfassung und Übermittlung einer „Beendigungsmeldung mit der Pseudo-GOP 88131“ hinweisen, falls

- b) die Dauer der bereits durchgeführten Behandlung mindestens 40 Therapieeinheiten beträgt³⁹ und
 - c) im Abrechnungsquartal für eine bewilligte Psychotherapie Leistungen erfasst wurden und
 - d) keine Pseudo-GOP 88130 bzw. 88131 erfasst worden ist und
 - e) die Psychotherapie nicht unterbrochen ist.⁴⁰
2. Die Software kann die Hinweisgabe gemäß Akzeptanzkriterium 1. von weiteren u. g. Kriterien abhängig machen.
 3. Die Software überträgt mit der ADT-Abrechnung die vom Anwender angegebene Pseudo-GOP 88130 bzw. 88131 im Feld 5001.

Kriterium:

Die Software kann folgende Kriterien benutzen (gemäß Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie)), um zu entscheiden, ob sich eine Rezidivprophylaxe anschließen kann:

1. Angabe in den Patientendaten, ob eine Rezidivprophylaxe nach dem Abschluss der Langzeittherapie durchgeführt werden soll
2. Behandlungsdauer der Psychotherapie (vgl. Psychotherapie-Richtlinie, §14 (3), Satz 1, 2)³⁹
3. Alter des Versicherten (vgl. Psychotherapie-Richtlinie, §1 (4), Satz 1)⁴¹
4. Vorliegen einer geistigen Behinderung des Versicherten (vgl. Psychotherapie-Richtlinie, §1 (4), Satz 5)³⁹
5. Höhe des Restkontingents (vgl. Psychotherapie-Richtlinie, §14 (3), Satz 1, 2)³⁹

Bedingung:

Ausgenommen von der Umsetzung dieser Anforderung sind Softwaresysteme ohne APK.

KONDITIONALE PFLECHTFUNKTION ADT	
KP2-971	Erinnerungsfunktion bei bewilligter Psychotherapie mit Restkontingent aus einem Vorquartal

Falls aus einem Vorquartal eine bewilligte Psychotherapie mit Restkontingent ohne Übermittlung einer Pseudo-GOP 88130 bzw. 88131 besteht und sich eine Rezidivprophylaxe anschließen kann, soll die Software den Anwender im nachfolgenden therapiefreien Quartal auf die Angabe der Pseudo-GOP 88131 hinweisen.

Begründung:

Diese Anforderung resultiert aus § 17 Abs. 7 der Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 BMV-Ä).

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software muss mindestens im Rahmen der Abrechnungserstellung auf die mögliche Erfassung und Übermittlung einer „Beendigungsmitteilung mit der Pseudo-GOP 88131“ hinweisen, falls

³⁹ Psychotherapie-Richtlinie § 14 Rezidivprophylaxe, (3):

- 1 Bei einer Behandlungsdauer von 40 oder mehr Stunden können maximal 8 Stunden und bei einer Behandlungsdauer von 60 oder mehr Stunden maximal 16 Stunden für die Rezidivprophylaxe genutzt werden.
- 2 Bei Kindern und Jugendlichen können im Falle der Hinzuziehung von relevanten Bezugspersonen bei einer Behandlungsdauer von 40 oder mehr Stunden maximal 10 Stunden und bei einer Behandlungsdauer von 60 oder mehr Stunden maximal 20 Stunden für die Rezidivprophylaxe genutzt werden.
- 3 Satz 2 gilt entsprechend für die Behandlung von Menschen mit einer geistigen Behinderung.
- 4 Sie sind Bestandteil des bewilligten Gesamtkontingents.
- 5 Die Beantragung einer alleinigen Rezidivprophylaxe ist nicht zulässig.

⁴⁰ vgl. Angabemöglichkeit „Die Psychotherapie wird länger als 6 Monate unterbrochen und eine formlose Begründung für die Unterbrechung nach § 17 Absatz 6 Psychotherapie-Vereinbarung an die Krankenkasse übermittelt.“ In KP2-965, KP2-966, KP2-967.

⁴¹ § 1 Psychotherapie als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), (4), Satz 1:

- 1 Im Sinne dieser Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. ...

- a) die Dauer der bereits durchgeführten Behandlung mindestens 40 Therapieeinheiten beträgt³⁹ und
 - b) die letzte Leistung für diese bewilligte Psychotherapie im Vorquartal erfasst worden ist und
 - c) die Pseudo-GOP 88130 bzw. 88131 noch nicht übermittelt oder erfasst worden ist oder keine Kennzeichnung gemäß KP2-966 Akzeptanzkriterium 4. erfolgte und
 - d) die Psychotherapie nicht unterbrochen ist.⁴²
2. Die Software kann die Hinweisgabe gemäß Akzeptanzkriterium 1. von weiteren u.g. Kriterien abhängig machen.
3. Es gelten die Akzeptanzkriterien 2. und 3. und 4. der Funktion **KP2-966**.

Kriterium:

Die Software kann folgende Kriterien benutzen (gemäß Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie)), um zu entscheiden, ob sich eine Rezidivprophylaxe anschließen kann:

1. Angabe in den Patientendaten, ob eine Rezidivprophylaxe nach dem Abschluss der Langzeittherapie durchgeführt werden soll
2. Behandlungsdauer der Psychotherapie (vgl. Psychotherapie-Richtlinie, §14 (3), Satz 1, 2)³⁹
3. Alter des Versicherten (vgl. Psychotherapie-Richtlinie, §1 (4), Satz 1)⁴¹
4. Vorliegen einer geistigen Behinderung des Versicherten (vgl. Psychotherapie-Richtlinie, §1 (4), Satz 5)³⁹
5. Höhe des Restkontingents (vgl. Psychotherapie-Richtlinie, §14 (3), Satz 1, 2)³⁹

Bedingung:

Ausgenommen von der Umsetzung dieser Anforderung sind Softwaresysteme ohne APK.

KONDITIONALE PFLECHTFUNKTION ADT

KP2-972	Erfassung einer Unterbrechung einer laufenden bewilligten Psychotherapie
----------------	--

Falls eine laufende bewilligte Psychotherapie unterbrochen wird, soll die Software dem Anwender die Möglichkeit bieten, diese Information zu erfassen und im System zu speichern.

Begründung:

Diese Anforderung resultiert aus § 10 Abs. 6 und 7 der Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 BMV-Ä).

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software muss dem Anwender die Möglichkeit bieten, das Startdatum der Unterbrechung einer laufenden bewilligten Psychotherapie und das Vorliegen einer formlosen Begründung an die Krankenkasse gemäß § 17 Absatz 6 der Psychotherapie-Vereinbarung zu erfassen und im System zu speichern.
2. Die Software muss dem Anwender die Möglichkeit bieten, das Enddatum der Unterbrechung einer laufenden bewilligten Psychotherapie zu erfassen und im System zu speichern.

Bedingung:

Ausgenommen von der Umsetzung dieser Anforderung sind Softwaresysteme ohne APK.

⁴² vgl. Angabemöglichkeit „Die Psychotherapie wird länger als 6 Monate unterbrochen und eine formlose Begründung für die Unterbrechnung nach § 17 Absatz 6 Psychotherapie-Vereinbarung an die Krankenkasse übermittelt.“ In **KP2-965**, **KP2-966**, **KP2-967**.

2.3.12 Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Zum Nachweis der Kostenübernahme einer medizinischen Leistung für eine im EU-bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Person bedarf es der Vorlage der Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder der Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) sowie der Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung (https://update.kbv.de/ita-update/Abrechnung/EXT_ITA_AHEX_Erklaerung_EHIC_PEB.pdf).

KONDITIONALE PFLECHTFUNKTION ADT

KP2-945	Aufruf der Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung
---------	---

Die Software ermöglicht den Aufruf der PDF-Vorlage für die „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ direkt aus dem System.

Begründung:

Der Anwender muss die Möglichkeit haben das Dokument über die Software aufzurufen und zu drucken.

Akzeptanzkriterium:

1. Der Anwender kann bei Bedarf die PDF-Vorlage (https://update.kbv.de/ita-update/Abrechnung/EXT_ITA_AHEX_Erklaerung_EHIC_PEB.pdf in der Version 1.2024) der „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ direkt aus der Software aufrufen.

Bedingung:

Ausgenommen von der Umsetzung dieser Anforderung sind Softwaresysteme ohne APK.

KONDITIONALE PFLECHTFUNKTION ADT

KP2-946	Ausdruck der Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung
---------	---

Die Software ermöglicht den Ausdruck der PDF-Vorlage „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ sowohl im Ganzen als auch in Teilen.

Begründung:

Der Anwender muss die Möglichkeit haben das Dokument über die Software aufzurufen und zu drucken.

Akzeptanzkriterium:

1. Der Anwender kann
 - a) die PDF-Vorlage der „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ im Ganzen **oder**
 - b) auch Teile der PDF-Vorlagedirekt aus dem System drucken.
2. Die Software druckt auf jeder einzelnen Seite der Patientenerklärung unter den Vertragsarztstempel die ADT-Prüfnummer (PRF.NR.) aus dem Verfahren KVDT an die Position:

Ab hier von der Praxis auszufüllen.

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Die Identität der Patientin / des Patienten wurde anhand eines offiziellen Ausweisdokuments geprüft.

Hinweis an die Praxis: Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden. Die Stempelung der Kopie des Anspruchsnachweises ist nicht erforderlich.

Datum

Arztstempel / ärztliche Unterschrift

PRFNR. (1.2024)

- a) Die Prüfnummer muss an der definierten Position in Arial, Schriftgröße 5 aufgedruckt werden.

Bedingung:

Ausgenommen von der Umsetzung dieser Anforderung sind Softwaresysteme ohne APK.

Hinweis:

Das Formular „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ ist gemäß der Anlage 20 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte ([Vereinbarung zur Anwendung der Europäischen Krankenversicherungskarte](#)) ausschließlich mittels zertifizierter Software und eines Druckers vom Vertragsarzt selbst in der Praxis zu erzeugen.

2.3.13 Suche im Patientenstamm

PFLICHTFUNKTION ADT	
P2-948	Suche im Patientenstamm

Die Software muss dem Anwender eine Funktion zur Suche und Identifikation bereits vorhandener Patientenstammdaten im Patientenstamm anbieten.

Begründung:

Aus Datenschutzgründen kann es im Rahmen der KV-Arzt-Kommunikation vorkommen, dass kein Patientenname, sondern beispielsweise nur die Versicherten-ID verwendet wird.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software muss dem Anwender die Möglichkeit bieten, über die Eingabe mindestens folgender Suchkriterien bereits vorhandene Patienten im Patientenstamm zu suchen:
 - a) Versicherten-ID
 - b) Versichertennummer
 - c) SKT-Zusatzangabe
 - d) Geburtsdatum.

Hinweis:

Die Verwendung von weiteren Suchkriterien, wie beispielsweise Nachname, Vorname usw., kann weiterhin dem Anwender angeboten werden.

2.4 ERFASSUNG VON „PSEUDO-BEHANDLUNGSFÄLLEN“ MIT DER GOP 88194 FÜR DIE BERECHNUNG DER GOPEN 03060, 03062, 03063 / NICHT-ÄRZTLICHE PRAXISASSISTENTEN (NÄPA)

KONDITIONALE PFLICHTFUNKTION ADT	
KP2-950	„Pseudo-Behandlungsfälle“ mit der GOP 88194 ⁴³ für die Berechnung der GOpen 03060, 03062 und 03063

Die Software muss die Erfassung und Übermittlung von „Pseudo-Behandlungsfällen“ mit der GOP 88194 im Rahmen der ADT-Abrechnung für selektivvertragliche / knappschaftsärztliche Behandlungsfälle ermöglichen.

Begründung:

Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 03060, 03062 und 03063 durch Ärzte, die an einem Vertrag zur knappschaftsärztlichen Versorgung und/oder an einem Selektivvertrag gemäß § 73b SGB V (HzV-Verträge) teilnehmen, ist der Nachweis aller selektivvertraglichen/knappschaftsärztlichen

⁴³ Kodierte Zusatznummer zur Kennzeichnung von selektivvertraglichen / knappschaftsärztlichen Behandlungsfällen gemäß Nr. 11 der Präambel 3.1

Behandlungsfälle gemäß Nr. 11 der Präambel 3.1 im Quartal gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung anhand der GOP 88194; vgl. Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM), Kapitel 3.2.1.2.
Versorgungsbereichsspezifische Vorhaltung, ärztlich angeordnete Hilfeleistungen, Punkt 2.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software muss es dem Anwender ermöglichen, für jeden selektivvertraglichen / knappschaftsärztlichen Behandlungsfall, welcher unmittelbar mit dem Kostenträger abgerechnet wird, einen „Pseudo-Behandlungsfall“ als weiteren Datensatz 010x im Rahmen der ADT-Abrechnung des laufenden Quartals zu erfassen und zu übertragen.

Bedingung:

Ausgenommen von der Umsetzung dieser Anforderung ist Software, die die Abrechnung von selektivvertraglichen / knappschaftsärztlichen Behandlungsfällen grundsätzlich nicht unterstützt.

2.5 ÜBERMITTLUNG DER „RINGVERSUCHSZERTIFIKATE“

2.5.1 Einsatzbereich

Betroffen von dieser Regelung sind Vertragsarztpraxen, die Laborleistungen selbst erbringen und abrechnen und somit potenziell RV-teilnahmepflichtig sind sowie alle in diesem Zusammenhang zum Einsatz kommenden ambulanten Abrechnungssysteme.

2.5.2 Vertragliche Grundlage

Grundlage für die Erfassung der Ringversuchs-Zertifikate ist der § 25 Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä), Absatz 7:

„Die Abrechnung von Laborleistungen setzt die Erfüllung der Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen gemäß Teil A und B1 sowie ggf. ergänzender Regelungen der Partner der Bundesmantelverträge zur externen Qualitätssicherung von Laborleistungen und den quartalsweisen Nachweis der erfolgreichen Teilnahme an der externen Qualitätssicherung durch die Betriebsstätte voraus.“

Sofern für eine Gebührenordnungsposition der Nachweis aus verschiedenen Materialien (z.B. Serum, Urin, Liquor) möglich ist und für diese Materialien unterschiedliche Ringversuche durchgeführt werden, wird in einer Erklärung bestätigt, dass die Gebührenordnungsposition nur für das Material berechnet wird, für das ein gültiger Nachweis einer erfolgreichen Ringversuchsteilnahme vorliegt.

Der Nachweis ist elektronisch an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zu übermitteln.“

Die Änderung tritt am 1. Januar 2011 in Kraft.

2.5.3 Technische Umsetzung

Die Bestimmung der relevanten Analyte als auch die Erfassung der RV-relevanten Zertifikate sollte weitgehend interaktiv über eine Abfragemaske im Praxisverwaltungssystem (PVS) erfolgen und ist je Betriebstätte zu realisieren. Um den Aufwand für den einzelnen Anwender möglichst gering zu halten, sind zunächst die Randbedingungen zu definieren, um die Auswahl der möglichen Analyte für den Anwender weitgehend zu vereinfachen und mittels Plausibilitätstests gegen die Leistungsdokumentation auch zu unterstützen.

Im Folgenden werden die für die Erfassung notwendigen Anforderungen beschrieben.

2.5.4 Einsatzpflicht

PFLICHTFUNKTION ADT / RVSA

P20-010	Funktion zur Verwaltung von Ringversuchszertifikaten
---------	--

Jede Abrechnungssoftware, die für die Abrechnung von Laborleistungen gemäß Schlüsseltabelle [S_NVV_RV_ZERTIFIKAT, OID 1.2.276.0.76.3.1.1.5.2.22] verwendet werden könnte, muss eine Funktion anbieten, die es dem Anwender ermöglicht, (mit Unterstützung der über die Schlüsseltabelle verknüpften GOP) die RV-relevanten Analyte zu erfassen und die jeweiligen Zertifikate verwalten zu können.

Hinweis:

Die initiale Erfassung könnte bspw. angetriggert werden, sofern in der Abrechnung Laborleistungen gemäß Schlüsseltabelle [S_NVV_RV_ZERTIFIKAT, OID 1.2.276.0.76.3.1.1.5.2.22] identifiziert werden oder noch keine oder veraltete Informationen zu den RV-Zertifikaten vorliegen (bspw. Reminderfunktion).

2.5.5 RV-Teilnahmepflicht

Grundsätzlich ist jede Praxis RV-teilnahmepflichtig, die RV-relevante Analyte untersucht bzw. entsprechende Analysen erbringt und dementsprechend Laborleistungen abrechnet.

PFLICHTFUNKTION ADT / RVSA

P20-020	Abklärung einer möglichen RV-Teilnahmepflicht mittels Abfrage/Konfiguration/Prüfung der Leistungsdokumentation bzgl. Laborleistungen
---------	--

Die gesicherte RV-Teilnahmepflicht lässt sich erst aus der Gesamtheit der Angaben zu den eingesetzten Materialien, der zu untersuchenden Analyte, unter Einbeziehung der teilweisen oder ausschließlichen Verwendung von unit-use-Reagenzien, als auch den tatsächlich abgerechneten Laborleistungen ableiten.

In erster Instanz ist somit abzuklären, ob überhaupt Laborleistungen gemäß der Schlüsseltabelle [S_NVV_RV_ZERTIFIKAT, OID 1.2.276.0.76.3.1.1.5.2.22] abgerechnet werden, aus denen sich eine evtl. RV-Teilnahmepflicht ergeben könnte.

Zu diesem Zweck soll **automatisiert** gegen die Abrechnung geparsst werden, ob potenziell RV-relevante Laborleistungen abgerechnet werden. Sofern dies der Fall ist, sind spätestens im Rahmen der Abrechnung zum Quartalsende die weiteren Parameter gemäß den Funktionen P20-021 bis P20-070 zu dokumentieren.

Alternativ oder zusätzlich soll die Möglichkeit bestehen, die Angabe, ob Laborleistungen in der Betriebsstätte abgerechnet werden, direkt und interaktiv einstellen zu können (am besten per Konfiguration).

Die dokumentierten Parameter sind dauerhaft und editierbar zu speichern und mit dem RVSA-Datensatz im Rahmen der Abrechnung zu übermitteln.

Hinweis:

In Folgequartalen muss, sofern sich an dem Leistungsspektrum nichts ändert, keine Änderung an der Konfiguration vorgenommen werden. Es schadet aber nichts, die Einstellungen einmal im Quartal hochzuladen und zu bestätigen.

Erläuterung:

Werden grundsätzlich keine Laborleistungen abgerechnet, sind keine weiteren Parameter notwendig.

PFLICHTFUNKTION ADT / RVSA

P20-021

RV-relevante Materialien (Filterkriterium)

In einem weiteren Schritt sind die RV-relevanten Materialien [S_NVV_RV_MATERIAL, OID 1.2.276.0.76.3.1.1.5.2.21] zu bestimmen.

Es muss ein Dialog/Konfigurationsmöglichkeit/Auswahl möglich sein, unter dem betriebsstättenindividuell die RV-relevanten Materialien, die zum Zwecke der Erbringung von Laboruntersuchungen Verwendung finden, ausgewählt werden können.

Die Auswahl der Materialien muss dauerhaft gespeichert werden und jederzeit editierbar sein.

Erläuterung:

Die Angabe zu den verwendeten RV-Materialien erfüllt zwei Zwecke:

1. Zur Bestätigung einer evtl. RV-Teilnahmepflicht mittels Auswahl mindestens eines RV-relevanten Materials und
2. Eingrenzung der potenziell möglichen Analyt-GOP-Kombinationen in der Betriebsstätte für die folgende Analyt-Auswahl (Filter).

Bedingt durch die Struktur des EBM ist es möglich, dass ggf. dokumentierte Laborleistungen, die mit RV-relevanten Analysen verknüpft sein könnten, grundsätzlich auch auf Basis anderer, nicht RV-relevanten Materialien, erbracht worden sind. Die Angabe, ob überhaupt RV-relevante Materialien verwendet wurden, kann daher bereits Aufschluss über die grundsätzliche RV-Teilnahmepflicht geben und könnte daher auch bereits mit der Eingangsfrage, ob grundsätzlich auch Laborleistungen abgerechnet werden, kombiniert werden.

2.5.6 Abfrage zur Patientennahen Sofortdiagnostik (pnSD) mittels Verwendung von unit-use-Reagenzien (uu)

Bei ausschließlicher (oder teilweiser) Verwendung von unit-use-Reagenzien im Rahmen der patientennahen Sofortdiagnostik sind die in diesem Zusammenhang erbrachten Analysen RV-befreit (d.h. es ist kein Zertifikat notwendig, siehe Erfassung/Verwaltung der Zertifikate).

Bei Einsatz sogenannter „unit-use-Reagenzien“ ist zu beachten, dass die in diesem Zusammenhang verwendeten Geräte zu spezifizieren sind.

KONDITIONALE PFLICHTFUNKTION ADT / RVSA

KP20-030

Verwendung von unit-use-Reagenzien im Rahmen einer patientennahen Sofortdiagnostik (pnSD/uu)

Sofern die Abrechnungssoftware bei Fachgruppen zum Einsatz kommt, die potenziell pnSD/uu verwenden können, gilt diese Funktion verpflichtend.

Es muss ein Dialog/Konfigurationsmöglichkeit existieren, unter dem der Sachverhalt zur Verwendung von unit-use-Reagenzien (nein, ausschließlich, teilweise) in der Praxis dokumentiert und dauerhaft gespeichert werden kann und editierbar ist.

Erläuterung:

Die Realisierung dieser Funktion ist u.U. bei reinen LIS irrelevant und muss dann auch nicht zwingend realisiert werden (daher als konditionale Pflichtfunktion realisiert). Im RVSA-Datensatz ist dann das Feld FK 0301 standardmäßig mit dem Inhalt „0“ zu übertragen.

KONDITIONALE PFLECHTFUNKTION ADT / RVSA

KP20-031	Erfassung Gerätetyp und Hersteller bei pnSD/uu
----------	--

Wird der Einsatz von pnSD/uu unter KP20-030 bestätigt, muss die Erfassung mind. eines Gerätetyps und inkl. der Angabe des Herstellers erzwungen werden. Prinzipiell muss auch die Angabe mehrerer Geräte unterstützt werden.

Die Angaben sind dauerhaft und editierbar zu speichern.

2.5.7 Auswahl der betriebsstättenindividuellen RV-Analyte

PFLECHTFUNKTION ADT / RVSA

P20-040	Betriebsstättenindividuelle RV-Analyte
---------	--

Auf Basis der verwendeten Materialien ist eine darauf zugeschnittene Auswahl der potentiell relevanten RV-Analyte zu ermöglichen, die betriebsstättenindividuell erbracht werden.

Die Auswahl der Analyt-GOP-Kombinationen ist dauerhaft und editierbar zu speichern.

Hinweis:

Sofern eine Tabellenansicht zur Auswahl der Analyte gewählt wird, kann die Anforderung zur Abfrage der RV-Materialien gemäß P20-021 bspw. auch so umgesetzt werden, indem ein Material-Filter angeboten wird und der Anwender per Benutzerführung auf diesen Filter gelenkt wird.

Erläuterung:

Die gemäß Schlüsseltabelle mit den RV-relevanten Analyten verknüpften GOP können bedingt durch die Struktur des EBM zusätzlich mit anderen, nicht RV-relevanten Analyten und/oder Materialien verknüpft sein. Die Zuordnung ist hier nicht eindeutig möglich. Somit sind im Ergebnis der Plausibilisierung nur vage Hinweise auf zu vermutende Implausibilitäten oder unvollständige Angaben möglich. Für die jeweilige Entscheidung/Auswahl ist daher stets eine Interaktion durch den Anwender notwendig und wenig automatisierbar.

PFLECHTFUNKTION ADT / RVSA

P20-041	Validierung der RV-Analyte mittels Abgleich mit bereits dokumentierten und abzurechnenden Laborleistungen
---------	---

Zur Validierung der betriebsstättenindividuellen Analyte soll ein Abgleich mit der Leistungsdokumentation möglich sein. Dabei soll die Abrechnung (Achtung: betriebsstättenbezogen!) auf potenzielle GOP gepasst werden, die gemäß Schlüsseltabelle [S_NVV_RV_ZERTIFIKAT, OID 1.2.276.0.76.3.1.1.5.2.22] mit RV-Analyten verknüpft sind. Die somit potenziell relevanten Analyte sind unter Berücksichtigung der zuvor getroffenen Angaben zu den verwendeten RV-Materialien farblich hervorzuheben (nicht zu verwechseln mit einer Vorbelegung!).

Hinweis:

Analog zur Validierung der RV-Analyte gegen die Leistungsdokumentation kann dieselbe Funktionalität genutzt werden, um den Anwender bei der Auswahl der Analyte zu unterstützen. Somit wäre es möglich, grundsätzlich vor der Markierung der relevanten Analyte eine Validierung gegen die Leistungsdokumentation durchzuführen, um potenziell relevante Analyte farblich hervorzuheben und den Anwender somit auf die wahrscheinlichsten Analyte zu lenken.

Dieses „Vorschlagsverfahren“ bietet sich insbesondere gegen Quartalsende an, wenn die Leistungsdokumentation das gesamte Leistungsspektrum abbildet. Praktisch könnte das Leistungsspektrum mit zusätzlichen Informationen aus Vorquartalen erfasst werden.

Erläuterung:

Die farbliche Hervorhebung darf auf keinen Fall so interpretiert werden können, dass dies als Fehler erkannt wird; es soll nur eine visuelle Unterstützung darstellen. Die GOP können grundsätzlich auch mit beliebig anderen, nicht RV-relevanten Materialien kombinierbar sein und könnten daher auch ohne RV-Zertifikat legitim abgerechnet werden.

2.5.8 Kennzeichnung der Zertifikate je Material-Analyt-GOP-Kombination bzw. alternative Kennzeichnung pnSD/uu

PFLICHTFUNKTION ADT / RVSA	
P20-050	Kennzeichnung der RV-Zertifikate bzw. pnSD/uu als Alternative

Auf Basis der betriebsstättenindividuellen Material-Analyt-GOP-Kombinationen ist eine weitere Funktionalität zu implementieren, sodass jeweils eine Angabe zum Vorhandensein des RV-Zertifikates verwaltet werden kann – bspw. als Optionsfeld – mit folgenden Ausprägungen:

- a) Zertifikat vorhanden
- b) Zertifikat nicht vorhanden
- c) pnSD/uu

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die zur Erbringung der Analysen erforderlichen RV-Zertifikate vorliegen, sodass alle Analysen mit dem Defaultwert „Zertifikat vorhanden“ vorbelegt sind und einmalig zu bestätigen sind.

Daneben soll es möglich sein, dass auch die anderen Ausprägungen „Zertifikat nicht vorhanden“ als auch „pnSD/uu“ mit einer Aktion gesamthaft für alle Analysen übernommen werden können.

Ferner muss es möglich sein, einzelne Zertifikate abweichend zu einer gesamthaften Markierung einzeln zu kennzeichnen.

Die betriebsstättenindividuellen RV-Zertifikate sind dauerhaft und editierbar zu speichern.

In Abhängigkeit von der Ausprägung der FK 0301 (siehe KP20-030) sind die RV-Zertifikate (FK 0305) mit folgenden Defaultwerten zu belegen:

pnSD/uu-Info (FK 0301)		Defaultwert für RV-Zertifikat (FK 0305)	
Code	Bedeutung	Code	Bedeutung
0	kein pnSD/uu	1	Zertifikat vorhanden
1	ausschließlich pnSD/uu	2	pnSD/uu-Analyse
2	teilweise pnSD/uu	1	Zertifikat vorhanden

Tabelle 14 - Defaultwerte für RV-Zertifikate in Abhängigkeit der pnSD/uu-Info

Beispiel:

Das unit-use-Kriterium wurde mit „teilweise“ angegeben. Alle relevanten RV-Analyte sind zunächst mit „Zertifikat vorhanden“ markiert. Für drei Analyte führt die Praxis jedoch unit-use-Analysen durch und es liegt kein Zertifikat für diese Analyte vor. Die entsprechenden Analyte sind durch den Anwender auf „pnSD/uu“ zu setzen.

2.5.9 Controlling-Funktionen

PFLICHTFUNKTION ADT / RVSA	
P20-060	Zertifikatsübersicht

An exponierter Stelle, z.B. in Zusammenhang mit einer evtl. bereits realisierten Abrechnungsstatistik o. ä., soll der Anwender explizit über eine Statistik mit mindestens folgenden Inhalten verfügen können:

- a) betriebsstättenindividuelle Material-Analyt-Kombinationen, für die jeweils ein Zertifikat vorliegt,
- b) betriebsstättenindividuelle Material-Analyt-Kombinationen, für die jeweils kein Zertifikat vorliegt,
- c) betriebsstättenindividuelle Material-Analyt-Kombinationen, die ausschließlich im Rahmen pnSD/uu⁴⁴ untersucht werden,
- d) andere Material-Analyt-Kombinationen, die in der Betriebsstätte offensichtlich nicht untersucht werden.

OPTIONALE FUNKTION ADT / RVSA	
K20-061	Druckfunktion der Zertifikatsübersicht

Optional können die Inhalte aus P20-060 ausgedruckt werden.

2.5.10 Elektronische Übertragung

PFLICHTFUNKTION ADT / RVSA	
P20-070	Übertragung des RVSA-Datensatzes (KVDT)

Im Rahmen der Abrechnung und Erzeugung der KVDT-Abrechnungsdatei (ADT) ist der RVSA-Datensatz gemäß den Vorgaben der KVDT-Datensatzbeschreibung [[KBV_ITA_VGEX_Datensatzbeschreibung_KVDT](#)] zu generieren.

2.6 ASV-ABRECHNUNG

2.6.1 Vertragliche Grundlage

Vertragliche Grundlage für die ASV-Abrechnung ist § 6, Absatz 3 der „Vereinbarung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie die erforderlichen Vordrucke für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV-AV)“ zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung:

„Das Nähere zu den technischen Vorgaben für die Praxisverwaltungssystemhersteller für die Abrechnung von ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden

⁴⁴ pnSD/uu = patientennahe Sofortdiagnostik mittels unit-use

ASV-Berechtigten bei Beauftragung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 1 SGB V regelt die KBV.

Die Vereinbarung finden Sie unter der URL: <https://www.kbv.de/html/asv.php>.

PFLICHTFUNKTION ADT / ASV-ABRECHNUNG	
P21-001	Realisierungspflicht ASV-Abrechnung

Die Software muss die Erfassung, Speicherung und Übermittlung von Leistungen im Rahmen der ASV ermöglichen.

Begründung:

Vertragliche Grundlage ist § 6, Absatz 3 der ASV-AV in Verbindung mit § 116b, Absatz 6, Satz 12 SGB V.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software muss es dem Anwender ermöglichen, Leistungen im Rahmen der ASV zu erfassen und zu speichern.
2. Die Software überträgt Leistungen, welche im Rahmen der ASV erfasst wurden, in den Abrechnungsdatensatz nach den Vorgaben des Abschnitts „Integration der ASV-Abrechnung in das ADT-Datenpaket“ aus [KBV_ITA_VGEX_Datensatzbeschreibung_KVDT].
3. Die Software beachtet bei der Bedruckung vertragsärztlicher Formulare die Vorschriften des Abschnitts „Ambulante spezialärztliche Versorgung (ASV)“ aus [KBV_ITA_VGEX_Anforderungskatalog_Formularbedruckung].

Hinweis:

Das Institut des Bewertungsausschusses veröffentlicht auf seiner Webseite unter <https://institut-ba.de/service/asvabrechnung.html> maschinell verarbeitbare Listen (bspw. CSV-Dateien), welche die abrechnungsfähigen Leistungen der ASV abbilden. Diese Dateien basieren auf den Appendizes, in denen der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) den Behandlungsumfang für jede ASV-Indikation definiert.

PFLICHTFUNKTION ADT / ASV-ABRECHNUNG	
P21-005	Anlage und Verwaltung von ASV-Teamnummer(n)

Die Software muss dem Anwender die Anlage und Verwaltung seiner ASV-Teamnummer(n) in den Betriebsstätten-Stammdaten ermöglichen.

Begründung:

Vertragliche Grundlage ist § 6, Absatz 3 der ASV-AV in Verbindung mit § 116b, Absatz 6, Satz 12 SGB V.

Ein Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeut kann Mitglied in mehreren ASV-Teams sein und muss somit ggf. mehrere ASV-Teamnummern anlegen und verwalten können.

Des Weiteren können mehrere Vertragsärzte/Vertragspsychotherapeuten einer Betriebsstätte Mitglied in einem oder mehreren ASV-Teams sein.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software muss es jedem Anwender ermöglichen, seine ASV-Teamnummer(n) in den Betriebsstätten-Stammdaten anzulegen und zu verwalten.
2. Die Software überträgt mit der Abrechnung die vom Anwender angegebene(n) ASV-Teamnummer(n) im Feld FK 0222 (ASV-Teamnummer) im „Betriebsstättendaten-Datensatz („besa“) der KVDT-Datei.

PFLICHTFUNKTION ADT / ASV-ABRECHNUNG

P21-010	Kennzeichnung von GOPen mit einer ASV-Teamnummer
---------	--

Die Software muss dem Anwender die Kennzeichnung von GOPen im Rahmen der Leistungsdokumentation mit einer ASV-Teamnummer ermöglichen.

Begründung:

Vertragliche Grundlage ist § 6, Absatz 3 der ASV-AV in Verbindung mit § 116b, Absatz 6, Satz 12 SGB V.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software muss es dem Anwender ermöglichen, GOPen, die der Anwender im Rahmen der Leistungsdokumentation erfasst, mit einer definierten ASV-Teamnummer zu kennzeichnen.
2. Die Software überträgt mit der Abrechnung die zur GOP angegebene ASV-Teamnummer in Feld FK 5100 (ASV-Teamnummer des Vertragsarztes).

2.7 UNTERSTÜTZUNG IM RAHMEN DER DIGITALEN ÜBERMITTLUNG DER ÜBERWEISUNG (MUSTER 6)

OPTIONALE FUNKTION DIGITALES MUSTER 6: ÜBERWEISUNGSSCHEIN

K26-01	Umfang der Umsetzung des elektronischen Auftrags mittels des digitalen Musters 6 in der Arzt-zu-Arzt-Kommunikation
--------	--

Zur Umsetzung des elektronischen Auftrags digitales Muster 6 in der Arzt-zu-Arzt-Kommunikation sind von der Software alle das digitale Muster 6 in der Arzt-zu-Arzt-Kommunikation betreffenden Anforderungen zu realisieren, sofern sich die Software-Hersteller für die freiwillige Umsetzung entscheiden.

Begründung:

Die Umsetzung des digitalen Musters 6 in der Arzt-zu-Arzt-Kommunikation ergibt sich aus der Kombination mehrerer Anforderungen. Die Anforderung K26-01 bündelt diese.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software muss folgende Anforderungen erfüllen:
 - a) K26-02
 - b) K26-03
 - c) K26-04
 - d) K26-05
 - e) K26-06
 - f) K26-07
 - g) K26-08

OPTIONALE FUNKTION DIGITALES MUSTER 6: ÜBERWEISUNGSSCHEIN

K26-02	Automatisierte Befüllung des digitalen Musters 6 in der Arzt-zu-Arzt-Kommunikation
--------	--

Bei der Erstellung des elektronischen Auftrags befüllt die Software das digitale Muster automatisiert.

Begründung:

Um den Arzt in seiner Arbeit zu unterstützen, muss das System die Daten für die Erstellung des elektronischen Auftrags automatisiert in das digitale Muster übernehmen.

Akzeptanzkriterium:

1. Bei der Erstellung des elektronischen Auftrags entsprechend Anforderung K26-03 muss die Software die Felder des digitalen Musters automatisch befüllen.
2. Vor der automatisierten Befüllung werden dem Arzt die Daten angezeigt und er hat die Möglichkeit, die Daten zu ändern. Ausgenommen von dieser Änderungsmöglichkeit sind die Daten der Versichertenkarte (siehe Auflistung „Daten eines Versichertendatensatzes“ im Kapitel 2.2).
3. Der Anwender darf die PDF-Datei des digitalen Musters nicht manuell befüllen.

OPTIONALE FUNKTION DIGITALES MUSTER 6: ÜBERWEISUNGSSCHEIN

K26-03	Erstellen des digitalen Musters 6 in der Arzt-zu-Arzt-Kommunikation
--------	---

Die Software muss zur Beauftragung in der Arzt-zu-Arzt-Kommunikation nach den Vorgaben des BMV-Ä (siehe: e: [KBV_BMV-Ä]), der Anlage 2b des BMV-Ä (siehe: [KBV_BMVÄ_Anlage_2b]) sowie des technischen Handbuchs digitale Vordrucke (siehe: [KBV_ITA_VGEX_Technisches_Handbuch_DiMus]) ein digitales Muster 6 erstellen.

Begründung:

Die Vordruck-Vereinbarung digitale Vordrucke (Anlage 2b BMV-Ä) sowie die Vereinbarung Telekonsil (Anlage 31a BMV-Ä) regeln die Anforderungen an die elektronische Beauftragung des radiologischen Telekonsils sowie die Anforderungen an den Überweisungsschein von Arzt zu Arzt als solchen.

Akzeptanzkriterium:

1. Das System erstellt nach den Vorgaben des technischen Handbuchs digitale Vordrucke [KBV_ITA_VGEX_Technisches_Handbuch_DiMus] das digitale Muster 6 im Rahmen der Arzt-zu-Arzt-Kommunikation. Dies umfasst insbesondere:
 - a) Bei der Erstellung des Musters 6 werden alle benötigten PDF-Formularfelder entsprechend den Vorgaben aus dem Kapitel „2.10 Formularfelder“ sowie dem Kapitel „3.1.2 Formularfelder digitales Muster 6“ befüllt. Dabei werden auch die Vorgaben zu den Eigenschaften der PDF-Formularfelder, wie im technischen Handbuch beschrieben, eingehalten.
 - b) Die Hinweise zur Dateibenennung sind entsprechend Kapitel „2.5 Dateinamen“ zu berücksichtigen.
 - c) Die auf dem Muster notwendige digitale Signatur entspricht den Vorgaben aus Kapitel „2.7 Qualifizierte elektronische Signatur“.
 - d) Die KBV-Prüfnummer ist entsprechend Kapitel „2.10.7 KBV-Prüfnummer“ auf dem digitalen Muster 6 aufgebracht.
 - e) Das Datei-Format des digitalen Musters wurde nicht verändert und entspricht dem PDF/A-2a Format. Die Vorgaben aus Kapitel „2.8 (Datei-) Format der digitalen Muster (PDF/A-2a)“ wurden eingehalten.
 - f) Die Werte der Metadaten des digitalen Musters 6 entsprechend Tabelle 2 des Kapitels „2.9 Metadaten“ wurden nicht geändert.
 - g) Die Werte der Metadaten entsprechend Tabelle 1 des Kapitels „2.9 Metadaten“ wurden im Rahmen der Befüllung des Personalienfeldes mit den jeweiligen Werten befüllt.

OPTIONALE FUNKTION DIGITALES MUSTER 6: ÜBERWEISUNGSSCHEIN

K26-04	Senden des digitalen Musters 6 in der Arzt-zu-Arzt-Kommunikation (Musters 6)
--------	--

Die Software muss dem Anwender eine Funktion bieten, so dass dieser das nach Anforderung K26-03 erstellte digitale Muster über einen sicheren Übertragungsweg versenden kann.

Begründung:

Um den Arzt in seiner Arbeit adäquat zu unterstützen und die sensiblen Daten vor unberechtigten Zugriff zu schützen, muss das System dem Anwender die Übertragung des digitalen Musters über einen sicheren Übertragungsweg ermöglichen.

Akzeptanzkriterium:

1. Dem Anwender wird es ermöglicht, das erstellte digitale Muster auf einem sicheren Übertragungsweg (siehe K26-05) zu versenden.
2. Eine entsprechende Umsetzung dieser Funktion hat der Software-Hersteller im Rahmen der ergänzenden Erklärung bestätigt.

OPTIONALE FUNKTION DIGITALES MUSTER 6: ÜBERWEISUNGSSCHEIN

K26-05	Verwendung eines sicheren Übertragungsweges für das digitale Muster 6 in der Arzt-zu-Arzt-Kommunikation (Musters 6)
--------	---

Die Software darf zur Übertragung des digitalen Musters 6 in der Arzt-zu-Arzt-Kommunikation nur den sicheren Übertragungswege KIM nutzen.

Begründung:

Im BMV-Ä sind für die Übermittlung von digitalen Mustern nur Übertragungswege zulässig, welche die Anforderungen aus §3 Nummer 1 der Anlage 2b des BMV-Ä erfüllen. Damit darf die Software auch nur solche Übertragungswege integrieren und dem Vertragsarzt zur Nutzung anbieten.

Akzeptanzkriterium:

1. Das Softwaresystem muss für den Versand und Empfang des digitalen Musters 6 im PDF/A-Standard den Fachdienst KIM der Telematikinfrastruktur einsetzen.

Hinweis:

Es wird empfohlen die Spezifikation der KIM Anwendung „DiMus“ [[DiMus](#)] der kv.digital umzusetzen.

OPTIONALE FUNKTION DIGITALES MUSTER 6: ÜBERWEISUNGSSCHEIN

K26-06	Empfang des elektronischen Auftrags digitale Muster 6 in der Arzt-zu-Arzt-Kommunikation
--------	---

Die Software muss dem Anwender eine Funktion bieten, so dass dieser ein digitales Muster über einen sicheren Übertragungsweg empfangen kann. Das empfangene digitale Muster 6 erfüllt die Vorgaben des technischen Handbuchs digitale Vordrucke (siehe: [[KBV_ITA_VGEX_Technisches_Handbuch_DiMus](#)])

Begründung:

Um den Arzt in seiner Arbeit adäquat zu unterstützen, muss das System dem Anwender den Empfang des digitalen Musters über einen sicheren Übertragungsweg ermöglichen.

Akzeptanzkriterium:

1. Dem Anwender wird es ermöglicht, ein digitales Muster 6 über den sicheren Übertragungsweg (siehe K26-05) zu empfangen.
2. Eine entsprechende Umsetzung dieser Funktion hat der Softwarehersteller im Rahmen der ergänzenden Erklärung bestätigt.

OPTIONALE FUNKTION DIGITALES MUSTER 6: ÜBERWEISUNGSSCHEIN

K26-07	Auslesen des empfangenen elektronischen Auftrags für das digitale Muster 6 in der Arzt-zu-Arzt-Kommunikation
--------	--

Die Software muss in der Lage sein, aus dem nach K26-06 empfangenen digitalen Muster 6 in der Arzt-zu-Arzt-Kommunikation die Daten entsprechend den Vorgaben des technischen Handbuchs digitale Muster (siehe: [KBV_ITA_VGEX_Technisches_Handbuch_DiMus]) auszulesen.

Begründung:

Um den Arzt in seiner Arbeit zu unterstützen, muss das System die Inhalte aus dem empfangenen Muster zur weiteren Verwendung korrekt auslesen können.

Akzeptanzkriterium:

1. Das System liest aus dem empfangenen digitalen Auftrag die Inhalte entsprechend den Vorgaben des technischen Handbuchs digitale Vordrucke [KBV_ITA_VGEX_Technisches_Handbuch_DiMus]. Dies umfasst insbesondere:
 - a) Die qualifizierte elektronische Signatur des Musters wird entsprechend Kapitel „2.7 Qualifizierte elektronische Signatur“ geprüft.
 - b) Alle benötigten PDF-Formularfelder werden entsprechend den Vorgaben aus dem Kapitel „2.10 Formularfelder“ sowie dem Kapitel „3.1.2 Formularfelder digitales Muster 6“ des Dokumentes ausgelesen.
 - c) Alle benötigten Metadaten werden entsprechend den Vorgaben aus Kapitel „2.9 Metadaten“ sowie dem Kapitel „3.1.1 Metadaten digitales Muster 6“ ausgelesen.
 - d) Die Hinweise zur Dateibenennung sind entsprechend Kapitel „2.5 Dateinamen“ des Dokumentes berücksichtigt.

OPTIONALE FUNKTION DIGITALES MUSTER 6: ÜBERWEISUNGSSCHEIN

K26-08	Verarbeitung der ausgelesenen Daten des empfangenen digitalen Musters 6 in der Arzt-zu-Arzt-Kommunikation
--------	---

Die Software übernimmt die Daten aus dem digitalen Muster automatisiert ins System und verarbeitet sie wie im Akzeptanzkriterium dargestellt.

Begründung:

Um den Arzt in seiner Arbeit zu unterstützen, muss das System die Inhalte aus dem empfangenen Muster korrekt verarbeiten.

Akzeptanzkriterium:

Das System übernimmt die Daten des digitalen Musters fallgetreu (siehe KP2-570) in die Abrechnung. Dies bedeutet:

1. Dem Anwender wird die Möglichkeit gegeben, einen neuen Abrechnungsfall (im ADT-Datenpaket mit der Satzart 0102) anzulegen.
2. In diesem Abrechnungsfall wird kein Einlesedatum erzeugt.
3. Die Versichertendaten sowie die weiteren Daten des digitalen Musters werden automatisiert in den Abrechnungsfall übernommen. Dabei gelten die sich aus der KVDT-Datensatzbeschreibung ableitenden Regelungen, so dass die Datenübernahme bei digitalen Mustern unter denselben Regeln abläuft wie die Datenübernahme bei Papiermustern.
4. Die Daten des digitalen Musters, für die keine Übernahmeregelung aus der KVDT-Datensatzbeschreibung vorliegt, werden automatisiert und fallbezogen an die entsprechende Stelle im

System übernommen. Es gelten dabei die Übernahmeregelungen aus Datenübernahme von Papiermustern.

5. Die übernommenen Daten sind für den Anwender jederzeit änderbar.

3 KURÄRZTLICHE ABRECHNUNG (KADT)

Mit der Satzart 0109 (Kurärztliche Behandlung) des KADT-Datenpaketes wird eine „KADT“-Abrechnung auf Basis des Formulars „Kurarztschein – Behandlungsausweis für kurärztliche Behandlung“ gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung unter Beachtung der Angaben der jeweils aktuell gültigen KV-Spezifika-Stammdaten der **KV Westfalen-Lippe** möglich.

Mit der vollständigen Realisierung der Satzart 0109 des KADT-Datenpaketes ergibt sich auch die Notwendigkeit der korrekten Online-Anbindung von Versicherten-Kartenlesegeräten.

Es gelten die Vorgaben der Kapitel 1, 2, 3, 5, 6 und 7 mit folgenden Ausnahmen:

1. Kapitel 2.2.7 mit Ausnahme der **Kapitel 2.3.2** (Abrechnungsvorbereitende Funktionen) und **Kapitel 2.3.7.1** (Behandlungstag/GNR)
2. Kapitel 7.5 (GO-Stammdaten);
3. Kapitel „Muster 1 (Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung)“, Kapitel „Besonderheiten bei Arbeitsunfällen“, „Anforderungskatalog Formularbedruckung“
[KBV_ITA_VGEX_Anforderungskatalog_Formularbedruckung]
4. alle Funktionen, welche die Abrechnung „Sonstiger Kostenträger“ betreffen.

Erläuterungen zum Quartalsbezug

Eine ambulante Kur unterscheidet sich in einem Punkt wesentlich von der vertragsärztlichen Quartalsabrechnung: Ein Quartalswechsel innerhalb der Kur hat keine Auswirkungen. Weder muss die Versichertenkarte erneut eingelesen werden, noch sind an die Angabe „Letzter Einlesetag der Versichertenkarte im Quartal“ (FK 4109) Einschränkungen zu knüpfen. Das Feld „Quartal“ (FK 4101) ist im Abrechnungsdatensatz nicht vorhanden.

Eine ambulante Kur wird abgerechnet,

- › wenn sie beendet ist und
- › noch nicht abgerechnet wurde.

Beispiel:

Anreisetag: 20.9.2011

Abreisetag: 10.10.2011

Abrechnung dieser Kur erfolgt vollständig im Abrechnungsquartal 4/2011.

Zusätzlich gilt:

PFLICHTFUNKTION KADT	
P2.6-10	Ausschluss Sonstiger Kostenträger

Soll eine Kurärztliche Abrechnung über einen Sonstigen Kostenträger abgewickelt werden, dann gilt:

1. Systemseitig erfolgt ein **WARNHINWEIS**, dass eine Abrechnung mit Sonstigen Kostenträger mittels KVDT nicht möglich ist.

Hinweis:

Die Kurärztliche Abrechnung erfolgt dann direkt mit dem Kostenträger.

2. Eine Weiterverarbeitung zum Zwecke der KADT-Abrechnung darf mit Sonstigen Kostenträgern **nicht möglich sein**.
3. Eine Bedruckung von vertragsärztlichen Formularen muss mit Sonstigen Kostenträgern **möglich** sein.

PFLICHTFUNKTION KADT**P2.6-20**Leistungsdokumentation mittels Pseudo-Gebührennummer 00001U

Bedingt durch die Pauschalierung der Kurärztlichen Abrechnung werden keine Leistungen abgerechnet.

Der Nachweis über die erfolgten Behandlungen erfolgt durch die Dokumentation der Leistungstage, jeweils unter Angabe der Pseudo-Ziffer „**00001U**“.

Hinweis:

Auch interkurrente Erkrankungen, Sachkosten etc. sind durch die Pauschalierung berücksichtigt.

PFLICHTFUNKTION KADT**P2.6-30**KV-Spezifika-Stammdaten der KV Westfalen-Lippe bei Kurärztlicher Abrechnung

Dem Anwender müssen die für die Abrechnung kurärztlicher Leistungen relevanten Angaben der jeweils gültigen KV-Spezifika-Stammdaten der **KV Westfalen-Lippe** zur Verfügung stehen.

4 ABRECHNUNG VON SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHEN (SADT)

Für die Abrechnung von Schwangerschaftsabbrüchen nach dem Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz (SFHÄndG) gibt es keine bundeseinheitliche Regelung. Die Abrechnungsregelung von Schwangerschaftsabbrüchen im Rahmen des definierten SADT-Datenpaketes ist NRW-spezifisch und ist für die Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe identisch.

Ausgangslage:

1. Die Patientin legt der Ärztin/dem Arzt eine Kostenübernahmebescheinigung von einer gesetzlichen Krankenkasse vor; dabei kann es sich um eine Krankenkasse handeln, bei der sie nicht GKV-krankenversichert ist.
2. Die Kostenübernahmebescheinigung enthält die Personalien der Patientin und eine sogenannte Fall-Kennziffer.
3. Die Personalien der Patientin dürfen aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht für Abrechnungszwecke an die KV übermittelt werden. Stattdessen wird die o. g. – **maximal 27-stellige** – Fall-Kennziffer übertragen.
4. Leistungen für Patientinnen mit Wohnsitz außerhalb von NRW sind direkt mit der Krankenkasse abzurechnen.
5. Wird für die Patientin im Rahmen dieser Behandlung eine Überweisung ausgestellt (i.d.R. an den Anästhesisten), darf im Personalienfeld des Vordrucks nur die Fall-Kennziffer wiedergegeben werden.

OPTIONALE FUNKTION SADT

K4-10	Abzurechnende Satzarten
-------	-------------------------

Die Abrechnung von Leistungen zum Schwangerschaftsabbruch erfolgt ausschließlich mit folgenden Satzarten:

1. Mit Satzart „sad1“ werden abgerechnet: die ambulant erbrachten Leistungen des Operateurs
2. Mit Satzart „sad2“ werden abgerechnet:
 - a) Leistungen des Anästhesisten, welcher auf Überweisung des Operateurs tätig wird.
 - b) Leistungen des Gynäkologen, an den der Operateur zur Kontrolluntersuchung überwiesen hat.
3. Mit Satzart „sad3“ werden abgerechnet: belegärztliche Leistungen.

OPTIONALE FUNKTION SADT

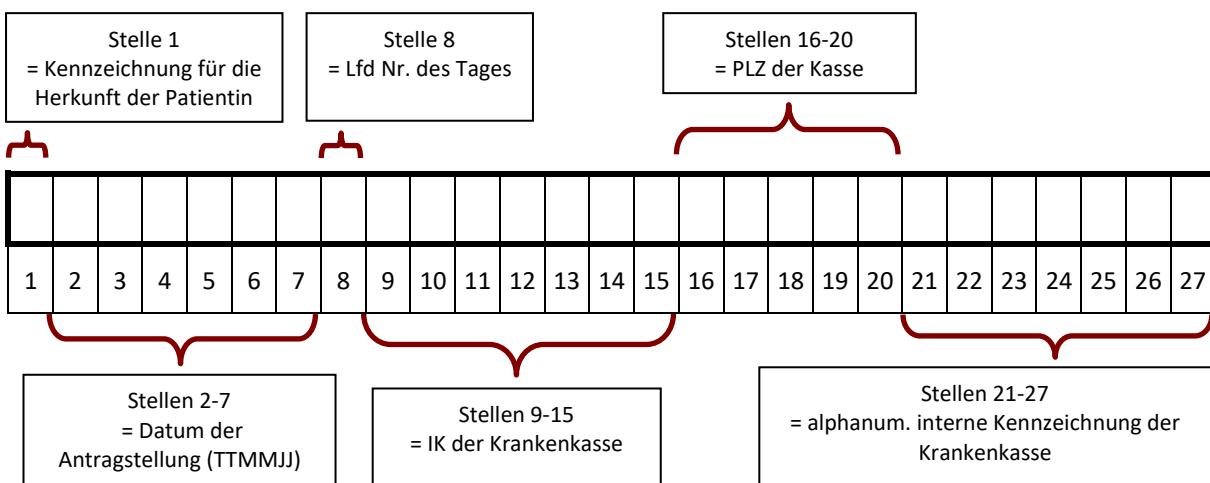
K4-20	Plausibilitätsprüfungen der Kennziffer-SA im PVS
-------	--

1. Bei unplausiblen Eingaben müssen **Warnhinweise** ausgegeben werden. Die Plausibilitätsprüfung erfolgt auf Basis nachfolgender Tabelle:

Stelle(n) der Kennziffer	Bedeutung	Prüfungen
1	Kennzeichnung für die Herkunft der Patientin 1 = NRW 0 = andere Bundesländer	Falls Inhalt der 1. Stelle = 0, ist der Fall direkt mit der zuständigen Krankenkasse abzurechnen
2-7	Datum der Antragstellung bei der Krankenkasse	Prüfung auf Datumsformat, gültiges Format ist TTMMJJ

		Datum der Antragstellung \leq 1. Leistungstag
8	Laufende Nr. des Tages	Wertebereich: 1, 2..., 9
9-15	IK der Krankenkasse	Prüfung über KT-Stammdaten
16-20	PLZ der ausstellenden Krankenkasse	Prüfung über PLZ-Stammdaten
21-27	Alphanumerische interne Kennzeichnung der Krankenkasse	1 – 7-stellig

Tabelle 15 - Plausibilitätsprüfungen der Kennziffer-SA im PVS



6. Es muss allerdings möglich sein, auch eine unplausible Kennziffer zu speichern, wenn der Anwender die Eingabe bestätigt.

OPTIONALE FUNKTION SADT

K4-30 Ableitung der VKNR aus dem IK

Die zu speichernde VKNR wird abgeleitet aus dem in der Kennziffer-SA (9-15te Stelle) enthaltenen IK. Hierbei gelten die zutreffenden Vorgaben nach [Kapitel 2.2.2.1](#).

OPTIONALE FUNKTION SADT

K4-40 Bedruckung

Die Bedruckung des Personalienfeldes des vertragsärztlichen Vordrucks 6 (Überweisungsschein) erfolgt pseudonymisiert durch Angabe der Kennziffer-SA. Die Kennziffer-SA muss in die Druckzeile 2 (Feld: Nachname) des Personalienfeldes gedruckt werden.

Beispiel – Bedruckung des Personalienfeldes:

Krankenkasse bzw. Kostenträger BKK für Testfälle
Name, Vorname des Versicherten 11010141952870253840123456 <small>geb. am</small>
Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status 109528702
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum 123456789 123456499 10.10.14

Hinweis zur Blankoformularbedruckung:

Im Rahmen der Blankoformularbedruckung entfällt der Barcode.

OPTIONALE FUNKTION SADT

K4-50	Speicherung der Personalien der Patientin
--------------	---

Für die eigene Behandlungsdokumentation müssen die Personalien der Patientin gespeichert werden, falls die Dokumentation ausschließlich elektronisch im PVS erfolgt.

OPTIONALE FUNKTION SADT

K4-60	Automatische und manuelle Zuordnung des Kostenträgers
--------------	---

Es gelten die zutreffenden Vorgaben nach **Kapitel 2.2.2.1** mit folgender Fallunterscheidung:

1. Bei plausiblen Kennziffern wird die zu speichernde VKNR abgeleitet aus dem in der Kennziffer-SA (9-15te Stelle) enthaltenen IK.
7. Bei unplausibler Kennziffer lässt sich der Kostenträger nicht automatisch ableiten.
Der Anwender muss daher die Möglichkeit haben, den Kostenträger manuell zuzuordnen

Hinweis:

Kasse ist dann manuell aus dem Berechtigungsschein zu übernehmen.

5 ABRECHNUNG VON HYBRID-DRGS

Die Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-V) des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) wurde Ende 2023 veröffentlicht und zum 1. Januar 2024 in Kraft gesetzt.

Die Software setzt mindestens die genannten ADT-Anforderungen für die Abrechnung von Hybrid-DRGs um:

Anforderungsnummer	Anforderungsname	Bemerkung
P2-05	Anforderungskatalog zur Anwendung der ICD-10-GM	Ausnahmen siehe KP8-02
P2-20	Systemdatum	
P2-30	Vordatieren	
P2-40	Ersatzwerte	
P2-51	Benutzer-/Rechteverwaltung	
P2-95	Speicherort der verschlüsselten Abrechnungsdatei	
P2-98	Erfassung von Datumsangaben (Felder mit Feldtyp „d“ und FKen 4125/4233)	
Alle Anforderungen des Kapitels 2.2.1		Ausgenommen sind die Vorgaben des Kapitels 2.2.1.11
Alle Anforderungen der Kapitel 2.2.2 & 2.2.3 & 2.2.4 & 2.2.5 & 2.2.6		
Alle Anforderungen des Kapitels 2.3.9 Patientenquittung		Anstatt der in den Anforderungen definierten EBM-Ziffern, muss im Zusammenhang mit Hybrid-DRG Leistungen die verfügbaren Information gemäß der Stammdaten SDHDRG verwendet werden.
P5-10	Einsatzpflicht des KVDT-Prüfmoduls und KBV-Kryptomoduls	
P5-30	Zugang zur unverschlüsselten Abrechnungsdatei	
Alle Anforderungen des Kapitels 7.1		
Alle Anforderungen des Kapitels 7.6		

Tabelle 16 – ADT-Anforderungen für die Abrechnung von Hybrid-DRGs

KONDITIONALE PFlichtfunktion HYBRID-DRG

KP8-01 Unterstützung der Satzart HDRG der KVDT-Datensatzbeschreibung

Die Software unterstützt die Eingabe/Befüllung der in der Satzart HDRG definierten Datenfelder gemäß der definierten Struktur.

Begründung:

Die Software muss dem Anwender die Möglichkeit bieten, eine Datei zur Abrechnung zu erzeugen, welche den Vorgaben der Satzart HDRG entspricht.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software unterstützt die händische Eingabe, der in der Satzart HDRG definierten Felder bzw. deren automatische Befüllung, sofern Datenfelder automatisch gefüllt (z.B. Übernahme von Daten aus eingelesenen Karten oder durch Übernahme aus Stammdaten) werden können.
 - a) Die Einhaltung der Regeln und Kardinalitäten wird von der Software sichergestellt.

Bedingung:

Umsetzung der Abrechnung von Hybrid-DRGs gemäß der Satzart HDRG.

KONDITIONALE PFlichtfunktion HYBRID-DRG

KP8-02 Verschlüsselung von Haupt-/ und Nebendiagnose

Die Software muss sicherstellen, dass bei der Eingabe/Auswahl der ICD-10-GM-Kodes der Hauptdiagnose (FK 6009) und/ oder der Nebendiagnose (FK 6011) zur Abrechnung von Hybrid-DRG nur endständige ICD-10-GM-Kodes verwendet werden. Des Weiteren muss mindestens ein Primärkode verwendet werden.

Begründung:

Gemäß Verschlüsselungsanleitung der ICD-10-GM ist so spezifisch wie möglich zu kodieren. Dabei sind die endständigen (terminalen) Schlüsselnummern der ICD-10-GM zu verwenden. Eine Ausnahme gibt es für die Kodierung im Zusammenhang mit den Hybrid-DRG nicht.

Gemäß Verschlüsselungsanleitung der ICD-10-GM und den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) (D012 Mehrfachkodierung) müssen Sekundärkodes mit den sog. Primärkodes kombiniert werden und können nicht alleinstehen.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software stellt sicher, dass der eingegebene ICD-10-GM-Kode für die Hauptdiagnose (6009) und/oder Nebendiagnose(n) (6011) in der ICD-10-GM-Stammdaten (das XML-Element .. /diagnosen_liste/diagnose/icd-code/@v) existiert.
2. Die Software stellt sicher, dass bei der kodierten Hauptdiagnose und/oder Nebendiagnosen mindestens ein Primärkode angegeben wird. Falls ausschließlich ICD-Kodes mit den Notationskennzeichen (*) oder (!) (sog. Sekundärkodes) vorliegen, muss die Software folgendes sicherstellen:
 - a) Erzeugen eines Hinweises, dass die Angabe eines Primärkodes erforderlich ist.
 - b) Unterbinden der Übertragung der ausschließlichen Sekundärkodes in die Abrechnungsdatei.
3. Die Software stellt sicher, dass der ICD-10-GM-Kode nicht mit einem „-“ endet. Falls ein ICD-10-GM-Kode mit „-“ endet, muss die Software folgendes sicherstellen:
 - a) Erzeugen eines Hinweises, aus dem hervorgeht, dass der ICD-10-GM-Kode nicht endständig ist und daher nicht zur Abrechnung verwendet werden darf.

- b) Unterbinden einer Übertragung des nicht endständigen ICD-10-GM-Kodes in die Abrechnungsdatei.

Bedingung:

Umsetzung der Abrechnung von Hybrid-DRGs gemäß der Satzart HDRG.

KONDITIONALE PFlichtfunktion HYBRID-DRG

KP8-03	OP-Schlüssel bei Hybrid-DRG Leistungen
--------	--

Die Software muss sicherstellen, dass zu jedem Hybrid-DRG ein Operationen-Schlüssel gemäß der OPS-Stammdaten übertragen wird.

Begründung:

Hybrid-DRG Leistungen müssen immer mit einem offiziellen OPS-Schlüssel kodiert sein.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software stellt sicher, dass zu jeder Hybrid-DRG Leistung (FK 5027) mindestens ein OPS-Kode in der FK 5035 übertragen wird.
2. Die Software muss für den eingegebenen OPS-Kode folgendes sicherstellen:
 - a) der OPS-Kodes muss in OPS-Stammdaten (XML-Element `./opscode_liste/opscode/@v`) existieren
 - b) der OPS-Kode muss noch gültig sein (Datum liegt nicht vor oder nach dem Gültigkeitszeitraum des XML-Elements `./opscode_liste/opscode/gueltigkeit/@v`)
 - c) Falls der eingegebene OPS-Kode in der Stammdaten mit einer Seitenlokalisierung definiert (`./opscode_liste/opscode/kzseite/@v="J"`) ist, muss das System vom Anwender die Angabe der Seitenlokalisierung fordern.
 - i. Dabei muss das System dem Anwender die entsprechenden Seitenlokalisationen zur Auswahl vorschlagen.
 - ii. Das System überträgt die Angabe der Seitenlokalisation in der FK 5041.

Bedingung:

Umsetzung der Abrechnung von Hybrid-DRGs gemäß der Satzart HDRG.

KONDITIONALE PFlichtfunktion HYBRID-DRG

KP8-04	Unterstützung des Exportes der Abrechnungsdatei
--------	---

Die Software bietet dem Anwender die Möglichkeit, jederzeit eine Abrechnungsdatei zur Abrechnung von Hybrid-DRG zu erzeugen.

Begründung:

Die Abrechnung der Hybrid-DRG ist nicht an den Quartalsbezug gekoppelt und muss daher zu einem beliebigen Zeitpunkt möglich sein.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software bietet dem Anwender die Möglichkeit, jederzeit eine Abrechnungsdatei zu erstellen.
 - a) Der Anwender hat die Möglichkeit auszuwählen, welche Hybrid-DRG Abrechnungsfälle in der Abrechnungsdatei enthalten sein sollen.

- b) Die Software prüft die erzeugte Abrechnungsdaten (Satzart Hybrid-DRG) gegen das stets aktuelle KVDT-Prüfmodul.
- i. Nach erfolgreicher Prüfung verschlüsselt die Software die Abrechnungsdatei (Hybrid-DRG) mit dem Modus „Hybrid-DRG“ des XKM in der stets aktuellen Version und dem stets aktuellen Schlüssel.

Hinweis: Alternativ zum Prüfmodul und dem XKM kann auch der Prüfassistent eingesetzt werden.

- c) Die Software markiert die abgerechneten Abrechnungsfälle entsprechend in der Software.
2. Der Anwender muss die Möglichkeit haben, sich den Pfad der erzeugten Abrechnungsdatei anzeigen zu lassen.

Bedingung:

Umsetzung der Abrechnung von Hybrid-DRGs gemäß der Satzart HDRG.

KONDITIONALE PFlichtFUNKTION HYBRID-DRG

KP8-05	1ClickAbrechnung für Hybrid-DRGs auf Basis von KIM
---------------	--

Die Software muss dem Anwender eine Funktion zur Übertragung der Hybrid-DRG Abrechnung auf Basis von KIM bereitstellen.

Begründung:

Mit der Abrechnung des ersten Quartals 2025 kann 1ClickHybridDRG über KIM zur Übermittlung der Hybrid-DRG Abrechnung verwendet werden, sofern die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung das Verfahren unterstützt.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software stellt dem Anwender zur Abrechnung von Hybrid-DRG Leistungen die Funktionen gemäß des folgenden Anforderungsdokumentes bereit:
- a) „1ClickHybridDRG“ in der stets aktuellen Version [[Spezifikation_1ClickHybridDRG](#)]

Bedingung:

Umsetzung der Abrechnung von Hybrid-DRGs gemäß der Satzart HDRG.

OPTIONALE PFlichtFUNKTION HYBRID-DRG

K8-06	Einbindung der Stammdaten Hybrid-DRG
--------------	--------------------------------------

In der Software müssen die Daten der gültigen Hybrid-DRG-Stammdatei der KBV zur Verwendung hinterlegt sein.

Begründung:

Um Praxen bei der Abrechnung von Hybrid-DRG Leistungen zu unterstützen, können Softwaresysteme die Daten der Stammdaten Hybrid-DRG (SDHDRG) einbinden. Die SDHDRG bildet die Daten der Anlagen 1 und 2 der Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung ab.

Es gilt zu beachten, dass mit den Daten der SDHDRG nicht die Funktionen eines Groupers ersetzt werden können.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Stammdaten Hybrid-DRG gemäß [[KBV_ITA_VGEX_Schnittstelle_SDHDRG](#)] ist in der Software eingebunden und wird in der gültigen Version verwendet.

- a) Die Software prüft, ob die in der FK 5027 angegebene Hybrid-DRG als Inhalt des XML-Elements .../leistungsbereich/hybrid_drg_liste/hybrid_drg/@v in der aktuellen Stammdaten vorhanden ist.
 - i. Falls die vom Anwender eingegebene Hybrid-DRG in der Stammdaten nicht vorhanden ist, muss die Software dem Anwender mit einer Warnung darauf hinweisen.
 - b) Die Software kann dem Anwender auf Basis der Stammdaten weitere Hilfestellung anbieten.
 - c) Die Software muss sicherstellen, dass die jeweils für einen Zeitpunkt aktuelle ausgelieferte SDHDRG in der Software zur Verfügung steht.
 - d) Die Software muss dem Anwender die Möglichkeit bieten, sich den Gültigkeitsstand der eingebundenen Stammdaten anzeigen zu lassen.
2. Die Software muss dem Anwender die Möglichkeit bieten, sich die Daten gemäß der SDHDRG anzeigen zu lassen.

KONDITIONALE PFLECHTFUNKTION HYBRID-DRG

KP8-07	Hinweis zum Feld „Beatmungsstunden“ (FK 5030)
--------	---

Die Software muss den Anwender darüber informieren, dass Leistungen nicht als Hybrid-DRG-Leistung vergütet werden, sofern im Feld 5030 (Beatmungsstunden) ein Wert größer „0“ in die Abrechnungsdatei übertragen wird.

Begründung:

Leistungen, die Beatmungsstunden enthalten, werden nicht in eine Hybrid-DRG gruppiert, da es sich in den Fällen um eine DRG-Leistung handelt. Somit können solche Leistungen nicht als Hybrid-DRG abgerechnet und vergütet werden.

Akzeptanzkriterium:

1. Falls bei der Erfassung von Hybrid-DRG-Leistungen der Anwender einen Wert > „0“ in das Feld 5030 (Beatmungsstunden) einträgt, muss die Software auf folgende Punkte in Form einer Warnmeldung hinweisen:
 - a) Hybrid-DRG-Leistungen, die Beatmungsstunden beinhalten, werden nicht als Hybrid-DRG-Leistung vergütet, weil in dem Fall keine Hybrid-DRG vorliegt.
 - b) Beatmungszeiten, die während einer Narkose anfallen, sind nicht in der Abrechnung anzugeben.

Bedingung:

Umsetzung der Abrechnung von Hybrid-DRGs gemäß der Satzart HDRG.

KONDITIONALE PFLECHTFUNKTION HYBRID-DRG

KP8-08	Hinweis zu den Feldern „Datum Beginn der Leistung“ (FK 5028) und „Datum Ende der Leistung“ (FK 5029)
--------	--

Die Software muss den Anwender darüber informieren, dass Leistungen nicht als Hybrid-DRG-Leistung vergütet werden, sofern der Abstand zwischen dem Datum im Feld 5028 (Datum Beginn der Leistung) und dem Datum im Feld 5029 (Datum Ende der Leistung) größer als 1 Tag ist.

Begründung:

In der ambulanten Behandlung dürfen Beginn- und Enddatum nicht mehr als einen Tag auseinanderliegen. Sobald der Abstand größer als ein Tag ist, erfolgt keine Gruppierung in eine Hybrid-DRG.

Akzeptanzkriterium:

1. Falls bei der Erfassung von Hybrid-DRG-Leistungen die Differenz zwischen dem Datum in Feld 5029 (Ende der Leistung) und dem Datum in Feld 5028 (Beginn der Leistung) größer als 1 ist, muss die Software den Anwender mit einer Warnmeldung darauf hinweisen, dass bei Hybrid-DRG-Leistungen Beginn- und Enddatum nicht mehr als einen Tag auseinanderliegen dürfen.

Bedingung:

Umsetzung der Abrechnung von Hybrid-DRGs gemäß der Satzart HDRG.

6 PROGRAMME DER KBV

6.1 KVDT-PRÜFMODUL, KBV-KRYPTOMODUL

Die KBV liefert allen Entwicklern von Abrechnungssoftware ein KVDT-Prüfmodul und ggf. ein Update für das KBV-Kryptomodul für die Abrechnung des Folgequartals jeweils zur Mitte des 2. Monats im Quartal:

1. XPM-KVDT-Prüfmodul
2. XPM-KVDT-Prüfmodul in der Stand-Alone-Version mit integriertem Kryptomodul (Prüfassistent)

PFLECHTFUNKTION ADT	
P5-10	Einsatzpflicht des KVDT-Prüfmoduls und KBV-Kryptomoduls

Durch geeignete organisatorische Maßnahmen muss sichergestellt werden, dass die Anwender rechtzeitig zur Abrechnung jeweils das aktuell gültige KVDT-Prüfmodul und KBV-Kryptomodul (XKM) im Rahmen ihrer Software einsetzen können.

Begründung:

Zur Sicherstellung der Datenqualität und Gewährleistung der Abrechnungsverarbeitung muss das KVDT-Prüfmodul zur Prüfung der Abrechnungsdateien zum Einsatz kommen.

Ebenfalls muss zur Gewährleistung des Datenschutzes und aufgrund der verschiedenen Wege zur Einreichung der Abrechnungsdaten jede Abrechnungsdatei mit den definierten Abrechnungsschlüsseln verschlüsselt werden.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software stellt sicher, dass der Anwender rechtzeitig zur Abrechnung die aktuell gültige Version des KBV-Kryptomodul (XKM) einsetzen kann.
2. Die Software stellt sicher, dass
 - a) für die Abrechnung von ADT-, KADT- und/oder SADT-Datenpaket stets der gültige Abrechnungsschlüssel „Oeffentlich_KV_VXX.pub“ (Arbeitsmodus „Abrechnungs_Verschluesselung“) verwendet wird.
 - b) für die Abrechnung des HDRG-Datenpakets stets der gültige Abrechnungsschlüssel „Oeffentlich_HDRG_VXX. pub“ (Arbeitsmodus „HDRG_Verschluesselung“) verwendet wird.
3. Die Software stellt sicher, dass der Anwender rechtzeitig zur Abrechnung die aktuell gültige Version des KVDT-Prüfmodul (KVDT-XPM) einsetzen kann.
4. Alternativ zu den Akzeptanzkriterium 1. und 3. kann die Software dem Anwender rechtzeitig zur Abrechnung die aktuell gültige Version des KBV-Prüfassistenten zur Verfügung stellen.

Hinweis:

Sofern die Software dem Anwender den KBV-Prüfassistenten zur Verfügung stellt, stellt der Prüfassistent die korrekte Verwendung der Schlüssel sicher.

PFLECHTFUNKTION ADT	
P5-20	Kommunikationssatz

Der vom KVDT-Prüfmodul erzeugte **Kommunikationssatz** muss der KVDT-Datei (für Abrechnungen von ADT-, KADT- und SADT-Datenpaketen) vor der Verschlüsselung angehängt werden.

Hinweis:

Bei der Abrechnung HDRG-Datenpaketen wird an die Abrechnungsdatei kein Kommunikationssatz angehangen.

Anmerkung:

Nach der Prüfung der KVDT-Datei erzeugt das **KVDT-Prüfmodul (XPM)** den sogenannten **Kommunikationssatz**. Der Kommunikationssatz enthält Informationen zum vorangegangenen Prüflauf. Name und Ort dieser Kommunikationsdatei können über den Schalter „Kommunikationssatz“ in der Konfigurationsdatei des KVDT-Prüfmoduls festgelegt werden, siehe Kapitel „Kommunikationssatz“, Dokument KVDT-spezifische Ergänzung zum Handbuch KBV-Prüfmodul XPM [[KBV_ITA_AHEX_Handbuch_Pruefmodul_KVDT](#)].

Im Rahmen der Verschlüsselung kann auch das **Kryptomodul (XKM)** den Kommunikationssatz der KVDT-Datei „anhängen“. Dazu muss die Komusatz.txt-Datei (bei Standardkonfiguration) über den optionalen Parameter –i oder den Schalter Pruefinfo dem Kryptomodul übergeben werden, siehe [[KBV_ITA_AHEX_Handbuch_Kryptomodul](#)].

Beim Einsatz des KBV-Prüfassistenten wird die Komusatz.txt-Datei bei unveränderter Standardkonfiguration automatisiert angehangen.

PFlichtfunktion ADT	
P5-30	Zugang zur unverschlüsselten Abrechnungsdatei

Wird die von der KBV zur Verfügung gestellte Stand-Alone-Version des XPM eingesetzt, muss sichergestellt sein, dass der Anwender auf Dateisystemebene Zugang zur ungeprüften und unverschlüsselten Abrechnungsdatei hat, die vom PVS nach dem Abrechnungslauf erzeugt wurde.

Anmerkung:

Die vom PVS erzeugte Abrechnungsdatei wird als Input für das Stand-Alone-Version XPM benötigt.

7 STAMMDATEIEN DER KBV

7.1 KOSTENTRÄGER-STAMMDATEI (SDKT) (EHD-FORMAT)

Hinweis:

Mit dem Update „Datenkommunikation in der Arztpraxis“ für das 1.Quartal 2008 stellt die KBV die Kostenträger-Stammdatei im EHD-Format zur Verfügung. Die neue Stammdatei ist seit dem 01.04.2008 verpflichtend einzusetzen. Die gültige Kostenträger-Stammdatei wird jeweils zur Mitte des zweiten Monats im Quartal auf der Internetseite der KBV und auf dem Update Server mit dem Regelupdate zur Verfügung gestellt.

Beispiel:

VERSAND KT-Stammdatei	Mitte 2. Quartal 200x
EINSATZ KT-Stammdatei in der Praxis	spätestens Beginn 3. Quartal 200x

7.1.1 Verbindlichkeit und Gültigkeit der SDKT

PFLICHTFUNKTION ADT	
P6-20	Einsatz / Verbindlichkeit / Gültigkeit / Update
1. Der Einsatz der jeweils aktuell gültigen KT-Stammdatei muss im Zusammenhang mit der Quartalsabrechnung und der Bedruckung von vertragsärztlichen Formularen erfolgen. Durch geeignete organisatorische Maßnahmen muss sichergestellt werden, dass die Anwender rechtzeitig zum Quartalsbeginn jeweils die aktuell gültige Kostenträger-Stammdatei im Rahmen ihrer Abrechnungssoftware einsetzen können.	
2. Update zur KT-Stammdatei	Mit einem Update zur KT-Stammdatei muss spätestens mit Beginn des neuen Quartals die neue KT-Stammdatei eingesetzt werden, auch wenn die Abrechnung des Vorquartals noch nicht abgeschlossen ist.

OPTIONALE FUNKTION ADT	
K6-30	Änderungsdatei

Der Einsatz der auf der [Internetseite](#) der KBV bei Bedarf bereitgestellten Änderungsdatei zur KT-Stammdatei ist freigestellt.

- Ist eine mit der Änderungsdatei unter /kostentraeger/@V übermittelte Abrechnungs-VKNR in der KT-Stammdatei beim Anwender **nicht vorhanden**, dann wird der entsprechende Änderungsdatensatz der KT-Stammdatei hinzugefügt.
- Ist eine mit der Änderungsdatei unter /kostentraeger/@V übermittelte Abrechnungs-VKNR in der KT-Stammdatei beim Anwender **vorhanden**, dann wird der entsprechende KT-Stammsatz durch den Änderungsdatensatz überschrieben (ersetzt).

PFLICHTFUNKTION ADT	
P6-40	Felder mit „amtlichen“ Charakter
<ol style="list-style-type: none">Die folgenden Felder des KT-Stamm- bzw. der KT-Änderungssatzes mit den Feldkennungen:<ol style="list-style-type: none">/kostentraeger/@V,/kostentraeger/kt_abrechnungsbereich_liste/kt_abrechnungsbereich/bedruckung_sname/@V,/kostentraeger/ik_liste/ik/@V,	

- d) /kostentraeger/gebuehrenordnung/@V,
- e) /kostentraeger/kt_abrechnungsbereich_liste/kt_abrechnungsbereich/@V,
- f) /kostentraeger/bezeichnung/suchname/@V,
- g) /kostentraeger/ortssuchname_liste/ortssuchname/@V,
- h) /kostentraeger/gueltigkeit/@V
- i) /kostentraeger/ik_liste/ik/gueltigkeit/@V,
- j) /kostentraeger/existenzbeendigung/aufnehmender_kostentraeger/@V,
- k) /kostentraeger/unz_kv_geltungsbereich_liste/unz_kv_geltungsbereich/@V und l) /kostentraeger/kt_abrechnungsbereich_liste/kt_abrechnungsbereich/gueltigkeit/@V**

haben einen „amtlichen“ Charakter, d. h. sie dürfen für den Anwender nicht veränderbar sein (nur Anzeigefelder!).

2. Die Adressfelder (/kostentraeger/adresse_liste/adresse/*) können unter Beachtung der Formatvorgaben beliebig verändert werden.

7.1.2 Temporäre Erweiterung

7.1.2.1 Temporäre Erweiterung durch den Anwender

PFlichtfunktion ADT	
P6-45	Temporäre Erweiterung der KT-Stammdaten

Nach Maßgabe der im [Kapitel 2.2.2.1.7](#) aufgeführten Vorgaben darf die KT-Stammdaten temporär erweitert werden:

1. Da neue Kassengründungen nach Redaktionsschluss der für das Folgequartal gültigen KT-Stammdaten erfolgen können, müssen neue Kostenträger als **temporäre Kostenträger-Stammsätze** der KT-Stammdaten hinzugefügt werden können, unabhängig davon, ob ein IK über eine Versichertenkarte eingelesen oder (in Analogie zum Ersatzverfahren) manuell erfasst wurde.
2. Ein IK darf zu einem bestehenden KT-Stammsatz hinzugefügt werden.

7.1.2.2 Temporäre Erweiterung durch den Softwareverantwortlichen

OPTIONALE FUNKTION ADT	
K6-46	temporäre Erweiterung der KT-Stammdaten durch den Softwareverantwortlichen

Die von der KBV gelieferte aktuelle KT-Stammdaten kann bereits mit einem Update an die Anwender seitens des Softwareverantwortlichen **temporär** erweitert werden. Es können sowohl neue Kostenträger-Stammsätze als auch neue IKs zu einem bestehenden KT-Stammsatz hinzugefügt werden.

PFlichtfunktion ADT	
P6-51	„Dummy“-Datensatz (VKNR 74799)

Die Software stellt sicher, dass der Kostenträger mit der VKNR 74799 im Rahmen der Abrechnung nicht an die KV übermittelt wird.

Begründung:

Zu Testzwecken wurde für die gematik der Kostenträger mit der VKNR 74799 in die Kostenträgerstammdaten aufgenommen.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software verarbeitet eGKs mit dem Kostenträger (VKNR = 74799). Dazu gehören bspw. das Einlesen und die Übernahme der Versichertendaten.
2. Die Software unterstützt die Bedruckung von vertragsärztlichen Formularen mit den Daten des Kostenträgers (VKNR = 74799) **nicht**.
3. Die Software stellt sicher, dass der Kostenträger nicht in die Abrechnungsdatei geschrieben und übertragen wird.

7.2 KV-SPEZIFIKAS-STMMDATEIEN (SDKV)

Mit den KV-Spezifika-Stammdaten werden spezielle Bedingungen der Kassenärztlichen Vereinigungen definiert. Eventuelle Updates zu den KV-Spezifika-Stammdaten werden – analog zur KT-Stammdaten – quartalsweise mit dem Regelupdate der KBV „Datenkommunikation in der Arztpraxis,...“ veröffentlicht.

Die KV-Spezifika-Stammdaten übersteuert die KT-Stammdaten!

PFLICHTFUNKTION ADT	
P6-100	Einsatzpflicht KV-Spezifika-Stammdaten
<ol style="list-style-type: none">1. Durch geeignete organisatorische Maßnahmen ist sicherzustellen, dass dem Anwender rechtzeitig zum Quartalsbeginn jeweils die aktuell gültige KV-Spezifika-Stammdaten für die Abrechnungssoftware zur Verfügung steht.2. Alle KV-spezifischen Angaben der jeweils zuständigen KV müssen im Abrechnungssystem beim Anwender verfügbar sein.3. Die Abrechnungssoftware darf dem Anwender nur Zugriff auf die Vorgaben der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gewähren.	

1.1.1 Verbindlichkeit und Gültigkeit der SDKV

PFLICHTFUNKTION ADT	
P6-110	Verbindlichkeit der KV-Spezifika-Stammdaten

Die bestehenden Datensätze der ausgelieferten KV-Spezifika-Stammdaten der KBV dürfen für den Anwender nicht veränderbar sein.

PFLICHTFUNKTION ADT	
P6-120	Gültigkeit der KV-Spezifika-Stammdaten / Update

Die im aktuellen Quartal ausgelieferte (Update-) Version der KV-Spezifika-Stammdaten gilt für den Einsatz ab dem Folgequartal (**nicht** für das aktuelle Abrechnungsquartal) und muss zu Beginn des Folgequartals eingesetzt werden (früher nicht!).

Anmerkung:

Die frühestmögliche Einsatzmöglichkeit der **Kostenträger**-Stammdaten ist anders geregelt. Wegen der „Historienführung“ in der KT-Stammdaten darf diese Datei direkt nach Auslieferung zum Einsatz gelangen.

Beispiel SDKV:

VERSAND **Mitte 2. Quartal 20xx**
EINSATZ in der Praxis **Beginn 3. Quartal 20xx (früher nicht!!)**

7.2.2 Besondere Funktionen

PFLICHTFUNKTION ADT	
P6-130	zulässige Kostenträgerabrechnungsbereiche

Es dürfen nur die Datenpakete in einer KVDT-Datei⁴⁵ gespeichert werden, die unter den Feldkennungen 9135 und 9138 aufgeführt sind. Der zulässige Zeitrahmen (Inhalt der Feldkennung 9136 und 9137) ist hierbei zu berücksichtigen.

PFLICHTFUNKTION ADT	
P6-140	zulässige Kostenträgerabrechnungsbereiche

Nur die unter der Feldkennung 4106 der Satzart „kvx2“ aufgeführten KT-Abrechnungsbereiche (KTAB) dürfen im Rahmen der ADT-Abrechnung verwendet werden.

PFLICHTFUNKTION ADT	
P6-145	zulässige Scheinuntergruppe und zulässige Abrechnungsgebiete

1. Nur die unter der Feldkennung 4239 der Satzart „kvx2“ aufgeführten Scheinuntergruppen dürfen im Rahmen der ADT-Abrechnung verwendet werden
2. Nur die unter der Feldkennung 4122 der Satzart „kvx2“ aufgeführten Abrechnungsgebiete dürfen mit der entsprechenden Scheinuntergruppe im Rahmen der ADT-Abrechnung verwendet werden.

1.1.1.1 Hinweise zur Satzart „kvx3“ (SKT-Abrechnungs-Zusatzangaben)

PFLICHTFUNKTION ADT	
P6-150	Handling der Felder 9402, 9403 und 9404

Die unter den Feldern

- a) 9402 (zusätzlich erforderliche, zulässige Werte in Feld „4123“ (Personenkreis/Untersuchungskategorie))
- b) 9403 (erforderliche Zusatzangabe in Feld „4124“ (SKT-Zusatzangabe)) und
- c) 9404 (zusätzlich erforderliche Abrechnungsinformation SKT)

in Satzart „kvx3“ der KV-Spezifika-Stammdaten geforderten zusätzlichen Angaben im Rahmen der ADT-Abrechnung von SKT-Fällen müssen nur dann durch den Anwender erfolgen, wenn die Information(en) in der Arztpraxis auch tatsächlich vorliegen (z. B. umgedruckt auf einem papierenen Abrechnungsschein,

⁴⁵ Eine KVDT-Datei ist die Datei für die Datenübermittlung zur KV.

beispielsweise Ausdruck der SKT-Zusatzangabe in Druckzeile 6 im Feld „Versicherten-Nr.“ des Personalienfeldes).

Die gemäß den Definitionen in den Feldern 9402, 9403 und 9404 der KV-Spezifika-Datei geforderten Angaben in den Feldern „4123“, „4124“, „4125“ bzw. „4126“ der ADT-Datei sind also im Sinne der KVDT-Datensatzbeschreibung zur Abrechnung keine Muss-Felder!

Der Anwender muss systemseitig mittels Warnhinweis zur Erfassung der zusätzlich erforderlichen Abrechnungsinformation(en) gemäß der FKen 9402, 9403, 9404, Satzart „kvx3“ aufgefordert werden. Eine Weiterverarbeitung muss nach dem Warnhinweis jederzeit möglich sein. Eine „abrechnungsverhindernde“ Fehlermeldung und/oder die Erfassung und Übertragung bzw. automatische Generierung und Übertragung von undefinierten „Ersatzwerten“ ist nicht zulässig.

Anmerkung:

Eine KV kann über die Satzart „kvx8“ eine Präzisierung zu den SKT-Angaben veranlassen; jedoch sind diese Angaben nicht programmtechnisch auswertbar (z.B.: Aktenzeichen bei Sozialämtern ist unbedingt erforderlich)

PFLICHTFUNKTION ADT	
P6-160	Versichertenkarte und Satzart „kvx3“

Falls die Daten einer Versichertenkarte Grundlage für die Abrechnung sind – unabhängig davon, ob die Versichertenkarte eingelesen oder im Ersatzverfahren erfasst wird - darf die Software, die mit der Satzart „kvx3“ definierten Zusatzangaben bzw. Restriktionen nicht anwenden.

Begründung:

Seit dem 01.04.2000 wurden Versichertenkarten auch für Besondere Personengruppen (z.B. BVG⁴⁶) der „Sonstigen Kostenträger“ (vgl. Definition, Seite 28) als Ersatz für die „papierenen“ Abrechnungsscheine eingeführt.

Diese Versichertenkarten enthalten grundsätzlich keine zusätzlichen SKT-Abrechnungs Informationen, wie z. B. die Angabe eines Aktenzeichens. Die ggf. mit der Satzart „kvx3“⁴⁷ definierten Zusatzangaben liegen in einer Arztpraxis entsprechend faktisch nicht vor und sind in diesen speziellen Fällen für die Abrechnung auch nicht relevant (vgl. Datensatzbeschreibung SDKV, Kapitel Erläuterung zur Satzart „kvx3“ [KBV_ITA_VGEX_Datensatzbeschreibung_SDKV]). Die mit der Satzart „kvx3“ geforderten Zusatzangaben und Restriktionen bzgl. zulässiger Satzarten und zulässiger Versichertenart gelten entsprechend in diesen Fällen nicht.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software zeigt einen (Warn-)Hinweis zur Erfassung der zusätzlich erforderlichen Abrechnungs Informationen bzw. Restriktionen gemäß der Satzart „kvx3“ an, wenn:
 - a) Feld FK 4109 nicht vorhanden ist **und**
 - b) die Seriennummer der VKNR ≥ 800 (und der Kostenträgerabrechnungsbereich (KTAB) = 00 – 09) oder die Seriennummer der VKNR < 800 und der KTAB $\neq 00$ ist **und**
 - c) weder Feld FK 3105 noch Feld FK 3119 vorhanden ist.

⁴⁶ eGK: VSD 5.2.0 Element /BesonderePersonengruppe, KV: Objekttag 90, „StatusErgänzung“

⁴⁷ Satz „kvx3“ ist in einer KV-Spezifika-Stammdaten ein Kann-Satz, vgl. Datensatzbeschreibung SDKV, Kapitel Erläuterung zur Satzart „kvx3“ [KBV_ITA_VGEX_Datensatzbeschreibung_SDKV]).

7.3 ARZTVERZEICHNIS-STAMMDATEI (SDAV)

Die Arztverzeichnis-Stammdaten (SDAV) auf Grundlage der Datensatzbeschreibung SDAV0308.nn wird in der KBV anhand des Bundesarztreisters erzeugt und enthält ausschließlich Betriebsstätten- und Arztnummern über die zu einem Stichtag zur vertragsärztlichen Abrechnung berechtigten Personen und Einrichtungen.

Sie dient im Wesentlichen der Qualitätssteigerung der Abrechnungsdaten, die im Rahmen der Laborabrechnung erstellt werden.

PFLICHTFUNKTION ADT	
P6-200	Einsatzpflicht SDAV

Durch geeignete organisatorische Maßnahmen ist sicherzustellen, dass allen Anwendern, die Laborauftragsfälle (Muster 10 bzw. 10A) abrechnen, die gültige Arztverzeichnis-Stammdaten (SDAV) auf Grundlage der Datensatzbeschreibung SDAV0308.nn für die Abrechnungssoftware zur Verfügung steht.

Anmerkung:

Die SDAV-Lieferung soll dazu beitragen, den Bestand an Betriebsstätten- und Arztnummern im Labor/in der Laborgemeinschaft so aktuell wie möglich zu halten. Das ist insbesondere von Bedeutung, wenn die Zuordnung des überweisenden Arztes nicht direkt durch die Erfassung der Abrechnungsnummer vom Laborauftragsschein, sondern durch indirekte Schlüssel erfolgt.

7.4 PLZ-STAMMDATEI DER KBV

Zur **Qualitätssicherung** der **durch Ersatzverfahren** aufgenommenen Postleitzahlen, welche in den Abrechnungsdatensätzen über Feld 3112 bzw. 3121 übertragen werden, wird die PLZ-Stammdaten der KBV für den **verpflichtenden Einsatz in den Arztpraxen** vorgeschrieben. Für amtliche Postleitzahlen von der Versichertenkarte gilt diese Prüfung nicht.

Eventuelle Updates zur PLZ-Stammdaten werden quartalsweise mit dem Regelupdate der KBV veröffentlicht.

PFLICHTFUNKTION ADT	
P6-400	Einsatzpflicht der PLZ-Stammdaten

Durch geeignete organisatorische Maßnahmen ist sicherzustellen, dass rechtzeitig zum Quartalsbeginn Prüfungen mit der jeweils aktuell gültigen Postleitzahl-Stammdaten der KBV in die Abrechnungssoftware implementiert sind.

PFLICHTFUNKTION ADT	
P6-410	Unveränderbarkeit der PLZ-Stammdaten

Die bestehenden Datensätze der PLZ-Stammdaten der KBV dürfen für den Anwender nicht veränderbar sein.

Die im aktuellen Quartal ausgelieferte (Update-) Version der PLZ-Stammdaten der KBV kann bereits im laufenden Quartal eingesetzt werden; der Einsatz dieser PLZ-Stammdaten muss jedoch spätestens mit Beginn des Folgequartals erfolgen. Die ausgelieferte Version der PLZ-Stammdaten gilt so lange, bis eine neue Version geliefert wird.

7.5 GO-STAMMDATEI

7.5.1 Zielbestimmung

Mit der Einführung des EBM2000plus wurde eine GO-Stammdaten zur Verfügung gestellt (Einführungstermin 1.4.2005). Zweck der EBM-Stammdaten [KBV_ITA_VGEX_Datensatz_SDEBM] in der jeweiligen EBM-Version ist es, die EBM-spezifischen Inhalte, Bedingungen und Regeln sowie die KV-spezifischen Besonderheiten zu den Gebührenziffern in EDV-verarbeitbarer Form abzubilden.

Arztpraxen sollen dadurch in die Lage versetzt werden, aktuelle Bestimmungen zur Gebührenordnung mit Einbeziehung spezieller Regeln anwenden zu können. Eine höhere Qualität der Abrechnungsdaten und präzisere Kalkulationen können somit erzielt werden.

Darüber hinaus wurde durch die Definition patientengerechter Leistungstexte die Grundlage für die Patientenquittung geschaffen.

7.5.2 Lieferung der Stammdaten durch die jeweilige KV

Es wird eine EBM-Stammdaten mit den bundeseinheitlichen GNR-Stamm geben, sowie von den KV-en modifizierte und um die KV-spezifischen GNRn und Inhalte erweiterten Stammdaten.

Weder für die korrekte Umsetzung der Schnittstellenbeschreibung sowie deren Inhalte kann ein Gewährleistungsanspruch geltend gemacht werden.

7.5.3 Geltungsbereich

Die Implementierung der EBM-spezifischen Inhalte ist dem jeweiligen Systemhaus freigestellt. Es besteht keine Verpflichtung, Prüfungen und Regeln nach Maßgabe der SDEBM vollständig zu implementieren.

7.5.4 Einsatzpflicht

Aufgrund der Einbindung der gesetzlich geforderten Patientenquittungstexte in die GO-Stammdaten besteht eine Einsatzpflicht derselben.

7.5.5 Umgang mit der EBM-Stammdaten

PFLICHTFUNKTION ADT	
P6-700	Einsatzpflicht

Durch geeignete organisatorische Maßnahmen ist sicherzustellen, dass dem Anwender rechtzeitig zu Quartalsbeginn jeweils die aktuell gültige Datengrundlage der SDEBM innerhalb des Abrechnungssystems zur Verfügung steht.

PFLICHTFUNKTION ADT	
P6-710	Gültigkeitsquartal

Die zum Update-Termin ausgelieferte EBM-Stammdaten ist für den Einsatz des Folgequartals bestimmt (Gültigkeitszeitraum im Header definiert).

PFLICHTFUNKTION ADT	
P6-720	Änderungs- und Erweiterbarkeit

Die Software muss dem Anwender die Möglichkeit bieten die EBM-Datengrundlage zu ändern bzw. zu erweitern.

Begründung:

Aufgrund von Vertragsabschlüssen im Laufe des Quartals bzw. Fehlern in der ausgelieferten EBM-Stammdaten können Erweiterungs- bzw. Korrekturmaßnahmen im Datenstamm notwendig werden, um Abrechnungsprobleme zu vermeiden.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software muss dem Anwender die Möglichkeit bieten, die EBM-Datengrundlage zu ändern bzw. zu erweitern.

Hinweis:

Korrekturmaßnahmen oder Erweiterungen der EBM-Datengrundlage dürfen bei Bedarf auch vom Softwarehaus als Service für ihre Anwender durchgeführt werden.

PFLICHTFUNKTION ADT	
P6-740	Historisierung, Quartalsbezug

Die EBM-Stammdaten beinhaltet keine Historisierung. Eine Historisierungsfunktion, die beispielsweise noch bei der Abrechnung von Vorquartalsfällen Sinn macht, ist durch das Abrechnungssystem zu realisieren.

Die EBM-Stammdaten ist „quartalstreu“ einzusetzen.

PFLICHTFUNKTION ADT	
P6-750	KV-spezifische EBM-Stammdaten

Die Software muss dem Anwender als primäre EBM-Datengrundlage die Daten der EBM-Stammdaten seiner zuständigen KV zur Verfügung stellen.

Begründung:

Die Softwarehäuser erhalten im Rahmen des Quartalsupdate sowohl die regionalen, um KV-spezifische Gebührennummern und Inhalte erweiterten EBM-Stammdaten aller Kassenärztlichen Vereinigungen als auch die bundeseinheitliche EBM-Stammdaten der KBV.

Bedingt durch den definierten EBM-Lieferprozess können allerdings in der bundeseinheitlichen EBM-Stammdaten auch kurzfristig getroffene Beschlüsse des Bewertungsausschusses im Gegensatz zu den regionalen EBM-Stammdaten berücksichtigt sein.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software stellt dem Anwender als primäre EBM-Datengrundlage die Daten der EBM-Stammdaten seiner zuständigen KV zur Verfügung.
2. Falls der Anwender eine Gebührennummer im Rahmen der Abrechnung zur Leistungsdokumentation erfasst, welche in der regionalen EBM-Stammdaten nicht existiert, kann die Software auf die bundeseinheitliche EBM-Stammdaten zugreifen.

OPTIONALE FUNKTION ADT

K6-760	Anzeigefunktion
--------	-----------------

Die Software zeigt dem Anwender in geeigneter Weise die essenziellen Inhalte der EBM-Stammdaten an.

7.5.6 Anwendung der EBM-Stammdaten

OPTIONALE FUNKTION ADT

K6-770	Echtzeitprüfungen
--------	-------------------

Sofern gegen (Prüf-)Bedingungen der EBM-Stammdaten verstoßen wird, darf die Software systemseitige Änderungen von vom Anwender im Rahmen der Leistungsdokumentation dokumentierten GNRn in Echtzeit durchführen.

Begründung:

Ärzte dürfen im Rahmen der Leistungserfassung unterstützt werden, um Fehleingaben zu vermeiden und um die Qualität der Abrechnungsdaten zu erhöhen.

Akzeptanzkriterium:

1. Sofern gegen (Prüf-)Bedingungen (Sektion //gnr/bedingung/ der EBM-Stammdaten) verstoßen wird, darf die Software systemseitige Änderungen von vom Anwender im Rahmen der Leistungsdokumentation dokumentierten GNRn in Echtzeit – zum Zeitpunkt der Erfassung von Leistungen – durchführen.
2. Der Anwender muss die systemseitigen Änderungen zur Leistungsdokumentation zum Zeitpunkt der Änderungen erkennen und zurücknehmen können.

Hinweis:

Systemseitige Änderungen (GNR streichen, hinzufügen, ersetzen) bzgl. der vom Anwender dokumentierten Leistungen dürfen durch Echtzeitprüfungen **nicht** erfolgen, wenn Regelmechanismen der EBM-Stammdaten (Sektion //gnr/regel/ der EBM-Stammdaten) zugrunde liegen. Auswirkungen dieser Regelprüfung auf die Leistungsdokumentation dürfen lediglich **hinweisenden Charakter** haben.

OPTIONALE FUNKTION ADT

K6-780

Abschluss-Prüfungen

Bezogen auf die verschiedenen Bezugszeiträume (Behandlungstag, Zyklusfall, ...) sind Abschluss-Prüfungen zulässig.

1. Systemseitige Änderungen von GNRn (bzgl. der vom Anwender dokumentierten GNRn) dürfen durch Abschlussprüfungen auf Basis der (Prüf-)Bedingungen und von Regeln der EBM-Stammdaten erfolgen.
2. Der Anwender muss systemseitige Änderungen zur Leistungsdokumentation erkennen und ggf. zurücknehmen können.
3. Die Speicherung von Leistungen in die ADT-Abrechnungsdatei muss auch **gegen die (Prüf-)Bedingungen und Regeln** der EBM-Stammdaten möglich sein.

OPTIONALE FUNKTION ADT

K6-790

Existenzprüfung

Ist die GNR₀ nicht in der Stammdaten vorhanden, dann gilt:

1. Es erfolgt ein Warnhinweis,
2. Die GNR₀ darf nur mit besonderer Quittierung im Abrechnungsdatensatz gespeichert werden,
3. Die Aufnahme der GNR in den Stammsatz muss möglich sein.

OPTIONALE FUNKTION ADT

K6-800

Prüfungen gegen die SDEBM

Existiert eine GNR₀ in der EBM-Stammdaten, empfiehlt sich folgende Prüfreihenfolge für die Kategorien:

1. Bedingungen,
2. KV-Bedingungen,
3. Regeln

Sofern mehrere Regeln für eine GNR existieren, gilt prinzipiell der EBM-Grundsatz, dass für den Arzt bestmöglich beregelt wird. Die Reihenfolge der Regeln kann also relevant sein.

Hinweis:

EBM-Zusatznummern sind abgeleitete Varianten von bundeseinheitlichen Gebührennummern (GNR) im Wertebereich 00001-88999, entsprechend gekennzeichnet durch einen Zusatz im Wertebereich A-Z (= Buchstabensuffix).

Es gilt der Grundsatz, dass alle in der EBM-Stammdaten abgebildeten Regeln und Bezüge zu einer GNR vornehmlich mit der 5-stelligen Ziffer ohne Buchstaben-Suffix angegeben werden, jedoch alle Zusatznummern mit Buchstaben-Suffix mit gleicher 5-stelliger Ziffer einschließen. Der Buchstaben-Suffix ist somit für die Regeln und Bezüge zu einer Ziffer irrelevant, sofern er nicht explizit angegeben wird und keine von der 5-stelligen GNR abweichenden Regeln oder Bezüge angegeben sind. Dies gilt auch für den impliziten Bezug auf die aktuelle Ziffer bei der Anzahlbedingung.

Ob dieser Grundsatz generell auch für die KV-spezifischen EBM-Zusatznummer im Wertebereich 89.000 bis 99.999 und zusätzliche KV-spezifische GNR mit dem Attribut ehd/body/gnr_liste/gnr/@USE <> 74 gilt, sollte vor einer möglichen Implementierung von entsprechenden GNR-Prüfungen mit der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erörtert werden.

PFLICHTFUNKTION ADT

P6-801

Geschlechtsbezug einer GOP bei „unbestimmtem“ und „diversem“ Geschlecht

Falls das Geschlecht eines Patienten „unbestimmt“ oder „divers“ ist, darf die Software nicht überprüfen, ob zu der vom Anwender im Rahmen der Leistungsdokumentation angegebenen GOP ein Geschlechtsbezug in der GO-Stammdaten definiert ist und eine Übereinstimmung dieser Geschlechtsangaben vorliegt.

Begründung:

Grundlage ist § 22, Abs. 3 des Personenstandsgesetzes.

Personen mit Varianten der Geschlechtsentwicklung können weder dem weiblichen noch dem männlichen Geschlecht zugeordnet werden. In diesem Fall kann ein Patient ein 'unbestimmtes' oder 'diverse' Geschlecht besitzen. Daher können Patienten mit „unbestimmten oder diversen Geschlecht“ nicht grundsätzlich von geschlechtsspezifischen Leistungen ausgeschlossen werden.

Akzeptanzkriterium:

1. Falls das Geschlecht eines Patienten „unbestimmt“ oder „divers“ ist (Inhalt des Feldes FK 3110 gleich X bzw. D), ermöglicht die Software dem Anwender die Eingabe einer GOP auch bei abweichender Geschlechtsdefinition zu dieser GOP im V-Attribut des Elements `/gnr/bedingung/administrative_gender_cd` der GO-Stammdaten.
 - a) Die Software zeigt keinen Warnhinweis an und überträgt mit der Abrechnung die vom Anwender angegebene GOP.

1.1.1.1 Abrechnungsunterstützung

PFLICHTFUNKTION ADT

P6-804

Abrechnungsunterstützung bei vorhandenen Sub-GOPen

Die Software muss die altersklassenunspezifischen Versichertenpauschalen- und die Zusatzpauschalen bei Terminvermittlung automatisch in die altersklassenspezifischen Zusatznummern unter Verwendung der EBM-Stammdaten umzusetzen.

Begründung:

Im EBM wurden zum 1. Oktober 2013 altersabhängige Versichertenpauschalen für Haus- und Kinderärzte („altersklassenspezifische kodierte Zusatznummern“) eingeführt. Zum 1. September 2019 und 1. Januar 2023 wurden weitere altersabhängige Zusatzpauschalen für die Behandlung aufgrund einer Terminvermittlung ebenfalls in Form altersklassenspezifisch kodierter Zusatznummern eingeführt.

Gemäß den Beschlüssen im Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V muss eine automatisierte Umsetzung dieser Pauschalen in die altersklassenspezifischen Zusatznummern erfolgen. Im Rahmen der Abrechnung dürfen ausschließlich die altersklassenspezifisch differenzierten Versichertenpauschalen und Zusatzpauschalen übertragen werden.

Akzeptanzkriterium:

1. Falls der Anwender eine Versichertenpauschale oder eine Zusatzpauschale für die Behandlung aufgrund einer Terminvermittlung zur Leistungsdokumentation ansetzt und die Pauschale in altersklassenspezifische Zusatznummern differenziert ist, muss die Software diese Pauschale in die altersklassenspezifisch differenzierte Zusatznummer automatisch umsetzen. Die Software berücksichtigt die hinterlegten Altersregeln in Abhängigkeit vom Alter des Patienten unter Beachtung der Regelung in der Allgemeinen Bestimmung 4.3.5 des EBM.
 - a) Falls aufgrund einer unvollständigen oder fehlenden Angabe des Geburtsdatums des Patienten die Altersgruppe automatisch nicht eindeutig bestimmt werden kann (z.B., wenn das Geburtsdatum

unbekannt ist), dann muss das System dem Anwender die Möglichkeit geben, die Leistungssubstitution manuell durchzuführen.

2. Das System muss die Leistungssubstitution für den Anwender transparent gestalten.

Hinweis:

Die altersklassenspezifische Kennzeichnung erfolgt innerhalb der Regel „sub_gop_liste“ zur Versicherten- und Zusatzpauschale in der EBM-Stammdatei. Die Regel ist innerhalb eines bestimmten Bezugsraums gültig und definiert die Zusatznummern in Abhängigkeit von Altersbedingungen („/regel/sub_gop_liste/bezugsraum/gnr/altersbedingung_liste/“).

7.5.7 Bedingungen und Auswirkungen der Prüffunktionen /Prüfmechanismen

PFlichtfunktion ADT	
P6-810	Protokollierung und Anzeige der Änderungen zur Leistungsdokumentation

Wird eine systemseitige Änderung zur Leistungsdokumentation auf Basis der Abrechnungsfähigkeitsprüfungen vorgenommen, müssen die Änderungen protokolliert und angezeigt werden können.

PFlichtfunktion ADT	
P6-820	Rücknahme von Änderungen

Manuelle oder systemseitige Änderungen zur Leistungsdokumentation müssen vom Anwender wieder rückgängig gemacht werden können.

PFlichtfunktion ADT	
P6-830	Speicherung entgegen den Prüfbedingungen /Regeln

Die Speicherung von Leistungen in die ADT-Abrechnungsdatei muss auch **entgegen den Bedingungen und Regeln** der EBM-Stammdatei möglich sein.

7.6 OPERATIONEN- UND PROZEDURENSCHLÜSSELSTAMMDATEI (SDOPS)

Die OPS-Stammdatei der KBV auf Basis der Schnittstellenbeschreibung SDOPS wird über das Quartalsupdate der KBV unter https://update.kbv.de/ita-update/Stammdateien/KBV_Stammdateien/ zur Verfügung gestellt.

Für die Einbindung in die Software kann die OPS-Stammdatei unter Berücksichtigung der inhaltlichen Unveränderbarkeit (siehe KP6-860) strukturell angepasst werden, z.B. durch Überführung in ein relationales Datenbankformat.

7.6.1 Integration der OPS-Stammdatei

Konditionale Pflichtfunktion	
KP6-840	Einsatzpflicht

In der Software müssen die Daten der gültigen OPS-Stammdatei zur Verwendung in der Software hinterlegt werden.

Begründung:

Im § 295, Absatz 1 SGB V ist geregelt, dass die Verschlüsselung von durchgeföhrten Operationen und sonstige Prozeduren mit der jeweils gültigen Fassung des Prozedurenschlüssels zu erfolgen hat. Die bereitgestellte Version der SDOPS repräsentiert die jeweils gültige Fassung der Prozedurenschlüssel zur Anwendung im Geltungsbereich des § 295 SGB V.

Akzeptanzkriterium:

1. Die OPS-Stammdaten gemäß [KBV_ITA_VGEX_SCHNITTSTELLE_SDOPS] der KBV ist in der Software eingebunden und wird in der gültigen Version verwendet.

Bedingung:

Ausgenommen von der Umsetzung dieser Anforderung sind Softwaresysteme ohne APK.

KONDITIONALE PFlichtfunktion	
KP6-850	Gültigkeit

Die im aktuellen Quartal bereitgestellte Version der OPS-Stammdaten gilt für den Einsatz mit Beginn des Folgequartals, solange bis eine neue Version der OPS-Stammdaten zur Verfügung steht.

Begründung:

Im § 295, Absatz 1 SGB V ist geregelt, dass die Verschlüsselung von durchgeföhrten Operationen und sonstige Prozeduren mit der jeweils gültigen Fassung des Prozedurenschlüssels zu erfolgen hat. Die bereitgestellte Version der SDOPS repräsentiert die jeweils gültige Fassung der Prozedurenschlüssel zur Anwendung im Geltungsbereich des § 295 SGB V.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software stellt sicher, dass die jeweils von der KBV im aktuellen Quartal ausgelieferte OPS-Stammdaten mit Beginn des Folgequartals eingesetzt wird und solange im Einsatz ist, bis eine neue Version der OPS-Stammdaten zur Verfügung steht.
2. Die Software muss dem Anwender die Möglichkeit bieten, sich den Gültigkeitsstand der eingebundenen Stammdaten anzeigen zu lassen.

Bedingung:

Ausgenommen von der Umsetzung dieser Anforderung sind Softwaresysteme ohne APK.

KONDITIONALE PFlichtfunktion	
KP6-860	Inhaltliche Unveränderbarkeit

Die Datensätze der OPS-Stammdaten dürfen inhaltlich nicht verändert werden.

Begründung:

Im § 295, Absatz 1 SGB V ist geregelt, dass die Verschlüsselung von durchgeföhrten Operationen und sonstige Prozeduren mit der jeweils gültigen Fassung des Prozedurenschlüssels zu erfolgen hat. Die bereitgestellte Version der SDOPS repräsentiert die jeweils gültige Fassung der Prozedurenschlüssel zur Anwendung im Geltungsbereich des § 295 SGB V.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software stellt sicher, dass die Daten der OPS-Stammdaten vom Anwender inhaltlich nicht verändert werden können.

2. Die Software stellt sicher, dass die Daten der OPS-Stammdaten der KBV während ggf. notwendiger Transformationen zum Beispiel in ein anderes Format inhaltlich nicht verändert werden.

Bedingung:

Ausgenommen von der Umsetzung dieser Anforderung sind Softwaresysteme ohne APK.

7.6.2 Funktionale Anforderungen/ Anwendung der OPS-Stammdaten

KONDITIONALE PFlichtfunktion	
KP6-870	Existenzprüfung

Die Software muss prüfen und sicherstellen, dass ein vom Anwender eingegebener OP-Schlüssel in der aktuellen OPS-Stammdaten vorhanden ist.

Begründung:

Im § 295, Absatz 1 SGB V ist geregelt, dass die Verschlüsselung von durchgeföhrten Operationen und sonstige Prozeduren mit der jeweils gültigen Fassung des Prozedurenschlüssels zu erfolgen hat. Die bereitgestellte Version der SDOPS repräsentiert die jeweils gültige Fassung der Prozedurenschlüssel zur Anwendung im Geltungsbereich des § 295 SGB V.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software prüft, ob der angegebene OP-Schlüssel als Inhalt des XML-Elementes `../opscode_liste/opscode/@v` der aktuellen OPS-Stammdaten vorhanden ist.
2. Falls der vom Anwender eingegeben OP-Schlüssel in der OPS-Stammdaten nicht vorhanden ist, muss die Software folgendes sicherstellen:
 - a) Das für den Anwender ersichtlich ist, dass der OPS-Schlüssel nicht in der OPS-Stammdaten existiert und daher nicht zur Abrechnung verwendet werden darf.
 - b) Unterbinden einer Übertragung des nicht vorhandenen OPS-Schlüssels in die Abrechnungsdatei.

Bedingung:

Ausgenommen von der Umsetzung dieser Anforderung sind Softwaresysteme ohne APK.

PFlichtfunktion ADT	
KP6-871	Seitenlokalisierung zum OP-Schlüssel

Die Software muss prüfen und sicherstellen, dass ein dokumentierter OPS nicht ohne Seiten-Lokalisierung übermittelt wird, wenn der OPS-Code eine Seitenlokalisierung erfordert.

Begründung:

Im § 295, Absatz 1 SGB V ist geregelt, dass die Verschlüsselung von durchgeföhrten Operationen und sonstige Prozeduren mit der jeweils gültigen Fassung des Prozedurenschlüssels zu erfolgen hat. Die bereitgestellte Version der SDOPS repräsentiert die jeweils gültige Fassung der Prozedurenschlüssel zur Anwendung im Geltungsbereich des § 295 SGB V.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software prüft und stellt sicher, dass ein dokumentierter OPS-Code nicht ohne Seitenlokalisierung übermittelt wird, wenn der OPS eine Seitenlokalisierung erfordert:
 - a) Wenn ein zu dokumentierender OPS-Code in der OPS-Stammdaten [SDOPS] mit dem Kennzeichen `../opscode_liste/opscode/kzseite` gleich „J“ definiert ist, muss die Software sicherstellen,

dass in der Abrechnung zu dem OPS-Code **eine** Seitenlokalisierung mittels FK 5041 übertragen wird.(siehe auch KP2-910, 2))

- b) Wenn ein zu dokumentierender OPS-Code in der OPS-Stammdaten [SDOPS] mit dem Kennzeichen `./opscode_liste/opscode/kzseite` gleich „N“ definiert ist, muss die Software sicherstellen, dass in der Abrechnung **keine** Seitenlokalisierung mittels FK 5041 übertragen wird.

Bedingung:

Ausgenommen von der Umsetzung dieser Anforderung sind Softwaresysteme ohne APK.

8 BEDRUCKUNG VON VERTRAGSÄRZTLICHEN FORMULAREN

8.1 BEDRUCKUNG DES PERSONALIENFELDES

Hinweis:

Die Bedruckung des Personalienfeldes aller vertragsärztlichen Formulare erfolgt ab dem 01.10.2014 gemäß den verbindlichen Bedruckungsvorschriften des Kapitels „Bedruckung des Personalienfeldes“ der Mappingtabelle_KVK [[KBV_ITA_VGEX_Mapping_KVK](#)].

Grundsätzliche Informationen zur Bedruckung von vertragsärztlichen Formularen können der „[Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung](#)“ bzw. dem Dokument „[Erläuterungen zur Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung](#)“ entnommen werden.

Alle weiteren Funktionen zur Bedruckung von vertragsärztlichen Formularen wurden ab dem 01.04.2014 durch entsprechende Funktionen im „[Anforderungskatalog Formularbedruckung](#)“ [[KBV_ITA_VGEX_Anforderungskatalog_Formularbedruckung](#)] verbindlich (vgl. auch [P2-06](#)) ersetzt!

9 REFERENZIERTE DOKUMENTE

	Referenz	Dokument
1.	[KBV_ITA_VGEX_Mapping_KVK]	Mappingtabelle KVK – eGK, in aktuellster Version (Anwendung der eGK, Technische Anlage zur Anlage 4a (BMV-Ä), Verarbeitung KVK/eGK im Rahmen der vertragsärztlichen Abrechnung im Basis-Rollout)
2.	[2]	Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung (Vordruckvereinbarung (Anlage 2 BMV-Ä)), in aktuellster Version (https://www.kbv.de/media/sp/02_Vordruckvereinbarung.pdf)
3.	[3]	Erläuterungen zur Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung, in aktuellster Version (https://www.kbv.de/media/sp/02_Erlaeuterungen.pdf)
4.	[KBV_ITA_VGEX_Datensatzbeschreibung_KVDT]	Datensatzbeschreibung KVDT, in aktuellster Version
5.	[KBV_ITA_VGEX_Anforderungskatalog_Formularbedruckung]	Anforderungskatalog Formularbedruckung
6.	[KBV_ITA_AHEX_Handbuch_Pruefmodul_KVDT]	KVDT-spezifische Ergänzung zum Handbuch KBV-Prüfmodul XPM, in aktueller Version
7.	[KBV_ITA_AHEX_Handbuch_Kryptomodul]	Handbuch KBV Kryptomodul XKM, in aktueller Version
8.	[8]	Vereinbarung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie die erforderlichen Vordrucke für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV-AV) (http://www.kbv.de/media/sp/AS_V_AV.pdf)
9.	[KBV_ITA_VGEX_Datensatzbeschreibung_SDKV]	Datensatzbeschreibung SDKV (KV-Spezifika-Stammdaten)
10.	[KBV_ITA_VGEX_Anforderungskatalog_ICD-10]	Anforderungskatalog zur Anwendung der ICD-10-GM in aktuellster Version

11.	[Spezifikation_1-Click]	Spezifikation KV-Connect Anwendungsdienst "1-Click-Abrechnung" in der stets aktuellen Version. Dieses Dokument wird in dem Verzeichnis https://update.kbv.de/ita-update/Abrechnung/1-Click-Abrechnung/KV-Connect/ bereitgestellt.
12.	[eArztbrief]	Anforderungskatalog eArztbrief Dieses Dokument wird in dem Verzeichnis https://update.kbv.de/ita-update/Abrechnung/eArztbrief bereitgestellt.
13.	[KBV_ITA_VGEX_Technisches_Handbuch_DiMus]	Technisches Handbuch Digitale Vordrucke (technisches Handbuch zur Anlage 2b des BMV-Ä)
14.	[KBV_BMV-Ä_Anlage_2b]	Vordruck-Vereinbarung digitale Vordrucke http://www.kbv.de/media/sp/02b_Vordruckvereinbarung_digitale_Vordrucke.pdf
16.	[KBV_BMV-Ä]	Bundesmantelvertrag Ärzte https://www.kbv.de/media/sp/BMV-Aerzte.pdf
17.	[Spezifikation_1ClickHybridDRG]	Spezifikation 1ClickHybridDRG Dieses Dokument wird in dem Verzeichnis https://update.kbv.de/ita-update/Abrechnung/1-Click-Abrechnung/HybridDRG/ bereitgestellt
18.	[EXT_ITA_AHEX_Erklaerung_EHIC_PEB]	https://update.kbv.de/ita-update/Abrechnung/EXT_ITA_AHEX_Erklaerung_EHIC_PEB.pdf
19.	[KBV_ITA_VGEX_Anforderungskatalog_TSS]	Anforderungskatalog „Anforderungskatalog eTerminservice“ in der stets aktuellen Version https://update.kbv.de/ita-update/TSS/
20.	[KBV_ITA_VGEX_Anforderungskatalog_TSS]	116117 Terminservice Schnittstellen Spezifikation https://update.kbv.de/ita-update/TSS/3_0_0/

21.	[KBV_ITA_VGEX_Schnittstelle_SDKT]	Schnittstellenbeschreibung SDKT (Kostenträger-Stammdaten) https://update.kbv.de/ita-update/Stammdateien/SDKT/
22.	[EXT_ITA_AHEX_PTV10]	Vorlage PTV10: https://update.kbv.de/ita-update/Abrechnung/EXT_ITA_AH_EX_PTV10.pdf
23.	[EXT_ITA_AHEX_PTV3]	Vorlage PTV3: https://update.kbv.de/ita-update/Abrechnung/EXT_ITA_AH_EX_PTV3.pdf
24.	[KBV_ITA_AHEX_Codierungstabelle_PT_Rezidiv]	Auflistung der relevanten EBM-Ziffern: https://update.kbv.de/ita-update/Abrechnung/KBV_ITA_AH_EX_Codierungstabelle_PT_Rezidiv.pdf
26.	[gematik Spezifikation Konnektor]	Technische und semantische Anforderungen der gematik zu Herstellung, Test und Betrieb des Produkttyps Konnektor zur Nutzung in Anwendungen nach den §§ 291 und 291a Absatz 2 und 3 SGB V
27.	[gematik Übergreifende Spezifikation Operations und Maintenance]	Anforderungen der gematik zu Versionierung, Fehlerbehandlung und Logging - als übergreifende Regelungen relevant für Interoperabilität und Verfahrenssicherheit
28.	[gematik Speicherstrukturen der eGK für die Fachanwendung VSDM]	Beschreibung der gematik der für die Fachanwendung VSDM spezifischen Speicherstrukturen der eGK
29.	[gematik Implementierungsleitfaden Primärsysteme Telematikinfrastruktur]	Vorgaben der gematik für die Implementierung des Versichertensammdatenmanagements und der Basisdienste QES, Signatur und Verschlüsselung in Primärsystemen
30.	[SDOPS]	Stammdaten-OPS (SDOPS) https://update.kbv.de/ita-update/Stammdateien/SDOPS/
31.	[KBV_ITA_VGEX_Datensatz_SDEBM]	Schnittstellenbeschreibung EBM-Stammdaten

		https://update.kbv.de/ita-update/Stammdaten/SDEBM/
32.	[Spezifikation_1_Click_KIM]	Spezifikation KIM Anwendungsdienst "1ClickAbrechnung" in der stets aktuellen Version https://update.kbv.de/ita-update/Abrechnung/1-Click-Abrechnung/KIM/
33.	[DiMus]	Spezifikation des Anwendungsdienstes "DiMus" https://partnerportal.kv-telematik.de/display/KDK/Dokumente+zum+Download
34	[TA_eEB]	Technische Anlage eEB https://update.kbv.de/ita-update/Abrechnung/eEB
35.	[KBV_ITA_VGEX_SST_KOLLEGENSUCHE]	Webservice-Kollengensuche der KBV https://update.kbv.de/ita-update/Abrechnung/Kollegensuche/KBV_ITA_VGEX_SST_Kollegensuche.pdf
36.	[KBV_ITA_VGEX_Schnittstelle_SDHDRG]	Schnittstellenbeschreibung HybridDRG-Stammdaten https://update.kbv.de/ita-update/Stammdaten/SDHDRG/

Ansprechpartner:

Dezernat Digitalisierung und IT

IT in der Arztpraxis

Tel.: 030 4005-2077, ita@kbv.de

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin

ita@kbv.de, www.kbv.de