

**Antrag auf Berichtigung oder Ergänzung der Abrechnung  
gem. § 3 Abs. 3 Satz 2 der Abrechnungsbestimmungen**

**Für das Quartal 2/2019 haben Sie die Möglichkeit unter bestimmten Voraussetzungen Ihre Abrechnung zu berichtigen oder zu ergänzen.**

**I. Voraussetzung**

Gemäß § 3 Abs. 3 Satz 2 der Abrechnungsbestimmungen kann die Abrechnung in Einzelfällen ausnahmsweise noch berichtigt oder ergänzt werden, wenn dies

- **innerhalb eines Monats nach Erhalt des Honorarbescheides** und der Richtigstellungsmitteilung beantragt wird,
- die eingereichte Abrechnung objektiv erkennbar unzutreffend ist und
- dies die Nichtvergütung von Leistungen mit einem Honorarverlust zur Folge hätte, der einen unverhältnismäßigen Eingriff in den Vergütungsanspruch des Vertragsarztes/Psychotherapeuten darstellen würde.

Ein unverhältnismäßiger Eingriff in den Vergütungsanspruch eines Vertragsarztes/Psychotherapeuten ist gegeben, wenn die Nichtvergütung der betroffenen Leistungen mehr als 300 € erreichen.

Liegen bei Ihnen die genannten Voraussetzungen kumulativ vor? Damit Sie abschätzen können, ob ein Antrag überhaupt Aussicht auf Erfolg hat, bitte vorab um Beantwortung dieser Frage:

Ja       Nein

Wenn Sie die Frage mit „Ja“ beantwortet haben, gehen Sie zu Ziffer II.

## II. Begründung

Liegt ein korrekturfähiger Fehler vor, setzen Sie den entsprechenden **Kennbuchstaben** in die Tabelle Spalte „Grund“ ein und ergänzen diese um die geforderten Angaben:

- A** Offensichtlicher Abrechnungsfehler (objektiv erkennbar unzutreffend) z. B.
  - falsche Scheinart (Scheinuntergruppe)
  - fehlende bzw. fehlerhafte Codierungen
  - ungültige Gebührenordnungspositionen (Zahlendreher, Pseudo-GOP, Hilfsziffern, etc.)
- B** Kennzeichnungsfehler hinsichtlich der LANR – fehlerhaft oder fehlend
- C** Kennzeichnungsfehler hinsichtlich der BSNR bzw. NBSNR – fehlerhaft oder fehlend
- D** Sachkosten und dazu eingereichte rechnungsbegründende Unterlagen stimmen nicht überein

Handelt es sich um einen generellen Fehler in der Abrechnung, z.B. statt der richtigen GOP wurde versehentlich bei einer Mehrzahl von Patienten die falsche GOP abgerechnet, besteht natürlich die Möglichkeit, dies entsprechend in der Tabelle zu kennzeichnen.

### Beachte:

Es muss sich um die Korrektur von Eingabefehlern Ihrer Praxis handeln. Nicht von diesem Antragsverfahren umfasst sind sachlich-rechnerische Richtigstellungen, die auf Basis der geltenden Rechtsgrundlagen umgesetzt wurden. Hierzu zählen z.B. BÉGO vorgegebene Abrechnungsausschlüsse, Fachgebietsgrenzen etc. Sollten Sie mit derartigen Umsetzungen/Regelungen nicht einverstanden sein ist nach wie vor ein Widerspruch erforderlich.

Mit dem Antrag auf Korrektur bestätigen Sie zusätzlich zur Sammelerklärung, dass die zu korrigierenden Leistungen gemäß § 15 (1) Bundesmantelvertrag-Ärzte persönlich von Ihnen, einem genehmigten angestellten Arzt/Psychotherapeuten, einem Vertreter, einem genehmigten Assistenten oder von einem unter Ihrer Verantwortung stehenden nichtärztlichen Mitarbeiter unter Ihrer Überwachung erbracht worden sind. Sämtliche abgerechneten Leistungen wurden entsprechend den bestehenden Bestimmungen zur vertragsärztlichen Versorgung (insb. Bundesmantelvertrag-Ärzte, Einheitlicher Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen, Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Verträge auf Bundes- und Landesebene, Abrechnungsbestimmungen sowie sonstiges Satzungsrecht der KVB) erbracht.



### **Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen**

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvb.de/datenschutz](http://www.kvb.de/datenschutz).  
Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

**Antrag auf Berichtigung oder Ergänzung der Abrechnung  
gemäß § 3 Abs. 3 Satz 2 der Abrechnungsbestimmungen**

Per Fax: 09 11 / 9 46 67 66-4 44

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Abrechnung  
"Abrechnungskorrektur"  
Vogelsgarten 6  
90402 Nürnberg

Posteingangsstempel  
KVB

**I. Antragsteller/in**

\_\_\_\_\_  
Titel/Name/Vorname


\_\_\_\_\_  
Straße, Nr., PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
BSNR (= Betriebsstättennummer) ggf. NBSNR (= Nebenbetriebsstättennummer)

**II. Antragsquartal 2/2019**

Patient			Begründung			
Name	Vorname	Geburtsdatum	Behandlungsdatum	*A, B, C oder D	Fehler (GOP, Scheinart, Codierung, BSNR, NBSNR, LANR, Sachkosten)	Gewünschte Korrektur (falls notwendig ICD-10-Code/OPS-Code und Diagnosesicherheit angeben)

Patient			Begründung			
Name	Vorname	Geburtsdatum	Behandlungsdatum	*A, B, C oder D	Fehler (GOP, Scheinart, Codierung, BSNR, NBSNR, LANR, Sachkosten)	Gewünschte Korrektur (falls notwendig ICD-10-Code/OPS-Code und Diagnosesicherheit angeben)
Praxisstempel			Ort, Datum			
			Unterschrift des Vertragsarztes bzw. des Vertragspsychotherapeuten bzw. des ärztlichen Leiters und MVZ-Vertretungsberechtigten			



\* Kennbuchstabe: Erläuterung siehe Seite 2