

Mögliche Abrechnungsfehler

- **Abrechnungsdaten prüfen**

- **Dateifehler 44**

Dateifehler 44 bedeutet generell, dass eine Datei nicht benutzt werden kann, da diese derzeit von einer anderen Arbeitsstation / einem anderen Task gesperrt ist (bzw. dort in Benutzung ist). Der Lauf funktioniert dann nur an einem Task. Beenden Sie vorher bitte alle anderen Tasks. Das Problem tritt auf, wenn „Löschung mehrfach eingetragener Diagnosen“ aktiviert ist.

- **OPS unplausibel**

Der angegebene OP-Schlüssel passt nicht zu der gewählten Leistungsziffer. Bitte überprüfen Sie den OP-Schlüssel in den medizinischen Daten des Patienten.

Diese Meldung kann auch erscheinen, wenn Sie einen OPS zu einer Leistungsziffer eingegeben haben, der zwar korrekt ist, aber nicht in der MEDISTAR-OPS-Datei enthalten ist oder die eingegebene Seitenlokalisierung dort nicht enthalten ist. Bitte geben Sie die Seitenlokalisierung unbedingt in Großbuchstaben ein, da dies ansonsten zur Ablehnung der Kassenabrechnung führt.

- **Ungültiger OPS**

Der angegebene OP-Schlüssel ist syntaktisch nicht korrekt oder existiert nicht. Bitte überprüfen Sie den OP-Schlüssel in den medizinischen Daten des Patienten.

- **Unzureichende Gültigkeit der KVK**

Wenn beim Prüfen der Abrechnungsdaten diese Meldung erscheint, kann dies folgende Gründe haben:

- Die Chipkarte ist abgelaufen. Wenn Sie den Chipkarteneintrag in den Patientenstammdaten löschen, müssen Sie einen Abrechnungsschein für den Patienten abgeben (Ersatzverfahren).
- Es liegt eine Versicherungswechsel-Zeile (#) mit einem falschen Datum vor. Notieren Sie sich in diesem Fall die Zeile und übertragen Sie sie inhaltlich in eine Notizzeile (z.B. Zeilentyp N), damit Sie nachvollziehen können, dass ein Versicherungswechsel stattgefunden hat. Klicken Sie anschließend mit der rechten Maustaste in die Zeile und wählen **Zeile löschen**, um die „falsche“ #-Zeile zu entfernen.

- **Warum wird der Hinweis bei nur einer Diagnose / Leistung auch bei Leistungsketten aufgeführt?**

Dieser Hinweis bedeutet nur, dass der Patient nur einmal im Quartal da war. Es bedeutet nicht, dass er nur eine Leistungsziffer erhalten hat.

- **?ICD: unplausibel**

Die angegebene Diagnose ist entweder meldepflichtig, altersspezifisch oder geschlechtsspezifisch. Eine genauere Meldung erhalten Sie in Punkt 3 der Abrechnung (Erstellung Abrechnungsdatei).

- **Fehler bei „Sortierung nach Kassen“**

- **? Hinweise**

Im Fehlerprotokoll erscheinen nach der „Sortierung nach Kassen“ Hinweise, die mit einem ? gekennzeichnet sind. Wie ist hiermit zu verfahren?

Fehler, die mit einem Fragezeichen (?) gekennzeichnet sind, verstehen sich als Hinweise. Sie können diese ignorieren und mit dem Punkt 3 (**Erstellung Abrechnungsdatei**) fortfahren.

- **Achtung! Durch Einstellungen in der Kassendatei wurden Fälle möglicherweise unbeabsichtigt von der Abrechnung ausgeschlossen! – Bitte beachten sie das Protokoll.**

Die o.g. Warnung erhalten Sie bereits beim Aufruf des Menüpunktes **Sortierung nach Kassen** bei der Kassenabrechnung. Durch die Verwendung eines Abrechnungskennzeichens in einer Krankenkasse werden die Patienten der im Protokoll angegebenen Krankenkasse von der Abrechnung ausgeschlossen.

Ist dies nicht gewünscht (bei der Knappschaftsabrechnung kann dies durchaus gewünscht sein), ändern Sie bitte in der angegebenen Krankenkasse (Index – **Praxis – Praxisstammdaten - Kassen**) den Eintrag im Feld **AbrVar** auf **Normal**. Klicken Sie auf **[OK]**. Starten Sie erneut die Sortierung nach Kassen.

- **Ausschluss durch Kassendatei**

Diese Warnung erscheint auf dem Protokoll nach Sortierung nach Kassen, wenn Sie trotz einer ersten Warnmeldung die Sortierung gestartet haben. In diesem Fall sind, durch die Verwendung eines Abrechnungskennzeichens, die Patienten der angegebenen Krankenkasse von der Abrechnung ausgeschlossen.

Ist das nicht gewünscht (bei der Knappschaftsabrechnung kann dies durchaus gewünscht sein), wählen Sie bitte in der angegebenen Krankenkasse (**Praxisstammdaten - Kassen**) aus der Auswahlliste **AbrVar** den Eintrag **Normal**. Klicken Sie auf **[OK]**. Starten Sie erneut die Sortierung nach Kassen.

- **Kassendaten mit PSK bearbeiten**

Nach jedem Quartalsupdate ist es notwendig, die Kostenträgerstammdatei zu aktualisieren. Kontrollieren Sie bitte, ob das letzte Quartalsupdate korrekt installiert worden ist bzw. wiederholen Sie ggf. die Installation und die Aktualisierung gemäß Installationsleitfaden. Betrifft die Meldung eine selbsterfasste Kasse, müssen Sie diese manuell aktualisieren (Index – **Praxis – Praxisstammdaten - Kassen**). Klicken Sie dafür auf das Listensymbol neben dem Feld **VKNr** und ordnen Sie die richtige Kasse zu.

- **<Kassenkürzel> : Kasse nicht vorhanden**

Die Kasse, die bei dem Patienten eingetragen ist, wurde gelöscht. Ordnen Sie dem Patienten eine aktuelle Kasse aus dem Index zu.

- **Fehler bei „Erstellung Abrechnungsdatei“**

- **Angabe in Feld 4124 fehlt, erfordert z.B. Personenkennummer**

In den **SKT-Zusätzen** des Krankenscheins fehlt die **Angabe in Feld 4124**.

1. Gehen Sie in die Krankenscheinabgabe des angegebenen Patienten (Index – **Praxis – Krankenscheinabgabe**).
2. Klicken Sie auf **[SKT-Zusätze]**.
3. Wählen Sie aus der Auswahlliste **Angabe in Feld 4124** die geforderte Angabe (hier: Personenkennummer) und speichern Sie die Änderungen mit **[OK]**.
4. Fahren Sie anschließend mit dem Punkt 2 der Kassenabrechnung (**Sortierung nach Kassen**) fort.

- **Angabe in Feld 4125 ist fehlerhaft. Erfordert ärztliche Versorgung oder Tauglichkeitsuntersuchung**

In den **SKT-Zusätzen** des Krankenscheins fehlt die Angabe **Tauglichkeitsuntersuchung** oder **ärztliche Versorgung**.

1. Gehen Sie in die Krankenscheinabgabe des angegebenen Patienten (Index – **Praxis – Krankenscheinabgabe**).
2. Klicken Sie auf **[SKT-Zusätze]**.
3. Aktivieren Sie dort **Tauglichkeitsunters.** bzw. **ärztl. Versorgung**.
4. Bestätigen Sie Ihre Angabe mit **[OK]**. Sie gelangen damit zurück in die Krankenscheinabgabe.
5. Fahren Sie anschließend mit dem Punkt 2 der Kassenabrechnung (**Sortierung nach Kassen**) fort.

- **Behandlungsausweis Nr. 4 (4/09) vom 01.10.09-31.12.09 ohne Leistungen / Diagnosen**

Auf dem angegebenen Schein fehlen Leistungen oder Diagnosen. Um herauszufinden, welchen Schein dies betrifft, beachten Sie bitte das in Klammern angegebene Quartal (hier: 4/09). In der Krankenscheinabgabe sind die Scheine des Patienten durchnummeriert. Bitte kontrollieren Sie das Gültigkeitsdatum des angegebenen Scheins und überprüfen Sie, ob für diesen Zeitraum Diagnosen und Leistungsziffern abgerechnet wurden.

- **Das auf dem Krankenschein gewählte Abrechnungsgebiet...**

Die Meldung lautet vollständig: „ Das auf dem Krankenschein gewählte Abrechnungsgebiet <Meldung im Klartext> ist nicht zulässig. Bitte wählen Sie ein anderes Abrechnungsgebiet aus.“

Rufen Sie die Krankenscheinabgabe des angegebenen Patienten auf (Index-Praxis-Krankenscheinabgabe) und korrigieren Sie dort den Eintrag des Abrechnungsgebiets. Fahren Sie anschließend mit der Abrechnung mit der Sortierung nach Kassen fort.

- **Erläuternder Text fehlt**

Diese Meldung tritt meistens bei B-Scheinen (Belegarztscheine) auf. In der Krankenscheinabgabe (Index – **Praxis – Krankenscheinabgabe**) müssen alle Felder ausgefüllt sein, d.h. Diagnose, Symptome, Befund, Krankenhaus und Ü-Arzt.

- **Feld 4220: kein Feldinhalt**

In den Konstanten der Abrechnung ist im Feld „Fachrichtung für U-Schein“ ein Bindestrich eingetragen. In der Überweisung ist bei dem angegebenen Patienten im Feld „Überweisung an“ jedoch der Eintrag „= Eigene Fachrichtung“ belassen worden.

Tragen Sie entweder im Feld „Überweisung an“ der Überweisung des Patienten Ihre Fachrichtung ein oder ändern Sie den Eintrag in den Konstanten der Abrechnung. Dann wird jeder Eintrag „=Eigene Fachrichtung“ in die dort eingetragene Fachrichtung geändert.

- **ICD-Fehler**

Beim Erstellen der Abrechnungsdatei werden die eingetragenen ICD-Codes auf Plausibilität überprüft. Dies verhindert, dass aus Versehen seltene, meldepflichtige Krankheiten codiert werden oder Krankheiten beim falschen Geschlecht eingetragen werde. Folgende Meldungen können auf der Fehlerliste nach Erstellung der Abrechnungsdatei erscheinen (X.XX zeigt den jeweiligen ICD-Code an)::

Beispiele:

ICD: X.XX altersspezifisch

ICD: X.XX geschlechtsspezifisch

ICD: X.XX sehr selten, meldepflichtig

Die verschiedenen Meldungen haben folgende Bedeutung (die genannten ICD-Codes dienen nur als Beispiel):

?ICD: A01.0 meldepflichtig

Es handelt sich um eine meldepflichtige Krankheit (in diesem Fall: Typhus). Bitte denken Sie an die Meldepflicht!

?ICD: A33 altersspezifisch (unter 2 Jahre)

Diese Diagnose ist nur bei Patienten möglich, die jünger als zwei Jahre sind (hier: Tetanus neonatorum). Bitte kontrollieren Sie das Alter des Patienten bzw. die Codierung (evtl. richtige Diagnose eingetragen, aber falsch codiert).

?ICD: A34 geschlechtsspezifisch

Diese Diagnose ist nur bei einer bestimmten Geschlechtszugehörigkeit möglich. Hier: Tetanus während der Geburt, Schwangerschaft. Die Diagnose ist aber bei einem anderen Geschlecht (in diesem Fall einem Mann) eingetragen worden. Dies führt zur Ablehnung der Abrechnung. Überprüfen Sie bitte die Diagnose in den MD oder den Eintrag des Geschlechts in den Patientendaten (AP). Ist die Diagnose dennoch bei dem Patienten richtig (z.B. Prostataerkrankung nach einer Geschlechtsumwandlung; der Patient ist jetzt also weiblich), muss eine Erläuterung in { } bzw. &{ } (je nach Einstellung – Aufruf über PSH – SWRP – L Einstellungen ICD-Coderegister) zu der Diagnose eingetragen werden.

?ICD: A00.0 sehr selten, meldepflichtig

Es handelt sich um eine sehr seltene, meldepflichtige Krankheit (hier: Cholera). Bitte überprüfen Sie, ob diese Krankheit nicht versehentlich codiert wurde und korrigieren Sie diese ggf.

?ICD:Diagnose ABC

Dieser Diagnose wurde kein ICD-Code zugeordnet. Bitte codieren Sie die Diagnose.

- **KS-Tabelle nach Sortierung neu modifiziert. Bitte führen Sie die Sortierung nach Kassen (2) erneut durch.**

Seit der letzten Ausführung der Sortierung (Punkt 2 - **Sortierung nach Kassen** in der Kassenabrechnung) wurden sortierungsrelevante Änderungen an den Patientendaten vorgenommen. Wiederholen Sie die Sortierung nach Kassen.

- **KT Abrechnungsbereich z.B. 01 lt. KVK notwendig**

Diese Meldung erscheint, wenn für den Eintrag der Krankenkasse eine Untergruppe erforderlich ist, die Kasse aber ohne oder mit einer falschen Untergruppe bei dem Patienten eingetragen worden ist.

Rufen Sie die Patientendaten des angezeigten Patienten auf (Index – **Praxis – Patientendaten ändern**) und korrigieren Sie den Kasseneintrag im Feld **Kasse**. (Mit einem Klick auf das Bestätigen-Symbol neben dem Feld **Schlüssel** erreichen Sie das Auswahlfenster für die Krankenkasse.)

- **KT-Abrechnungsbereich nicht zulässig**

Es wurde eine unzulässige Untergruppe der Krankenkasse bei dem angegebenen Patienten gewählt.

1. Rufen Sie über die den Index (**Praxis – Patientendaten ändern**) die Patientendaten auf.
2. Kontrollieren Sie die gewählte Krankenkasse und deren Untergruppe. In den meisten Fällen wurde hier etwas falsch gewählt (falsche Kasse – richtige Untergruppe oder richtige Kasse – falsche Untergruppe). (Mit einem Klick auf das Bestätigen-Symbol neben dem Feld **Schlüssel** erreichen Sie das Auswahlfenster für die Krankenkasse.)
3. Fahren Sie anschließend mit der Abrechnung und hier mit der **Sortierung nach Kassen** (Punkt 2) fort.

- **Nur Diagnosen mit * oder !-ICD**

Es wurden nur Diagnosen mit einem Sekundärschlüssel (gekennzeichnet durch * oder ! hinter dem ICD-Code) bei dem angezeigten Patienten in den medizinischen Daten eingetragen. Bitte ergänzen Sie bei dem angezeigten Patienten die Diagnosen um eine Diagnose mit einem Primärschlüssel (ohne * oder ! im ICD-Code).

- **Nicht lizenzierte LANR**

Auf dem Fehlerprotokoll nach Erstellung Abrechnungsdatei erscheint o.g. Hinweis. Diese Hinweismeldung erscheint zu jeder Leistungsziffer, die mit einer LANR abgerechnet wurde, für die keine Lizenz vorliegt.

Kontrollieren Sie die vorliegenden LANR und BSNR in den Konstanten der Kassenabrechnung und teilen Sie uns diese bitte mit (s.u.), damit wir eine entsprechende Lizenzdatei erstellen können.

- **HINWEIS: LANR-Abprüfung**

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat zu Ihrer eindeutigen Identifizierung die „Lebenslange Arztnummer“ (LANR) und die „Betriebsstättennummer“ (BSNR) eingeführt.

Die Kenntnis der „Lebenslangen Arztnummer“ jedes Arztes in Ihrer Praxis und der „Betriebsstättennummer“ wird für uns deshalb notwendig, weil wir unsere Programmcodierung, auch aus lizenzrechtlichen Gründen, ab sofort auf Basis aller LANR einer Praxis und der jeweiligen BSNR vornehmen.

Falls Sie uns bisher noch nicht Ihre LANR/BSNR mitgeteilt haben oder bereits gemeldete Nummern verändert bzw. ergänzt haben, wird MEDISTAR Sie mit einer entsprechenden Meldung an die Übermittlung der Nummern erinnern.

Wir bitten wir Sie herzlich, uns Ihre LANR – bitte für jeden Arzt Ihrer Praxis - und Ihre BSNR per Fax (Fax-Nr. 0511 / 5405 04 105) oder per E-Mail (arztnummern@medistar.de) zu übersenden.

Bitte beachten Sie, dass in Zukunft eine vollständige Abrechnung Ihrer Leistungen nur gewährleistet werden kann, wenn wir alle abrechnungsfähigen LANR und die BSNR Ihrer Praxis kennen und codieren können.

Bitte informieren Sie uns auch weiterhin über jede entsprechende Veränderung in Ihrer Praxis!

Wir danken Ihnen sehr für Ihre Mitarbeit!

- **?OPS unplausibel**

Der angegebene OP-Schlüssel passt nicht zu der gewählten Leistungsziffer. Bitte überprüfen Sie den OP-Schlüssel in den medizinischen Daten des Patienten. Diese Meldung kann auch erscheinen, wenn Sie einen OPS zu einer Leistungsziffer eingegeben haben, der zwar korrekt ist, aber nicht in der MEDISTAR-OPS-Datei enthalten ist oder die eingegebene Seitenlokalisierung dort nicht enthalten ist. Bitte geben Sie die Seitenlokalisierung unbedingt in Großbuchstaben ein, da dies ansonsten zur Ablehnung der Kassenabrechnung führt.

- **PLZ Wohnort**

Folgende Meldungen können auf der Fehlerliste erscheinen:

PLZ WOHNORT PATIENT NICHT IN KBV-PLZ-DATEI VORHANDEN oder
PLZ WOHNORT PATIENT FEHLT

Entweder ist die Postleitzahl falsch oder sie fehlt in den Patientenstammdaten. Falls es sich um einen Patienten aus dem Ausland handelt, haben Sie möglicherweise das Länderkürzel vergessen.

Ausländische Postleitzahlen müssen mit einem entsprechenden Länderkürzel in Großbuchstaben und einem Bindestrich vor der eigentlichen Zahl gekennzeichnet werden, z.B. A-0815 oder CH-12345. Korrigieren Sie die Postleitzahl in den Patientendaten.

- **Scheinart unzulässig**

In diesem Fall ist in der Krankenscheinabgabe ein Schein eingetragen, der für die Abrechnung dieses Patienten nicht zugelassen ist. Diese Meldung erscheint z.B. bei BGS(Bundesgrenzschutz)-Patienten, bei denen in der Krankenscheinabgabe ein K-Schein eingetragen ist. Bei diesen Patienten dürfen nur Ü-Scheine oder N-Scheine eingetragen werden, etwas anderes lässt die KV nicht zu. Scheinart in der Krankenscheinabgabe (Index – **Praxis - Krankenscheinabgabe**) kontrollieren und ggf. ändern.

- **Scheinuntergruppe fehlerhaft**

Diese Meldung kann durch einen falsch eingetragenen Schein in der Krankenscheinabgabe verursacht werden.

Beispiel: Es wurde eine Überweisung nicht mit der Untergruppe „Mit/Weiterbehandlung“, sondern mit „Andere Gründe“ eingetragen, also mit einer falschen Untergruppe. Bitte prüfen Sie die Scheine sowie Untergruppen bei dem angegebenen Patienten und ändern diese ggf. (Index – **Praxis – Krankenscheinabgabe**).

- **Scheinuntergruppe unzulässig**

Dies tritt z.B. bei Selbstaussstellungsscheinen auf. In der Krankenscheinabgabe fehlt das Abrechnungsgebiet. Meistens geschieht dies, wenn bei diesen Patienten eine Untergruppe eingetragen ist, die den Eintrag eines Abrechnungsgebietes erfordert. In diesem Fall müssen Sie entweder die Schein-Untergruppe in der Krankenscheinabgabe (Index – **Praxis – Krankenscheinabgabe**) ändern oder das Abrechnungsgebiet nachtragen.

- **Status muss 7 oder 8 sein**

Dieser Fehler erscheint, wenn bei einem Patienten als Kasse ein Sozialversicherungsabkommen eingetragen wurde, z.B. \$AOK.01, und der Zusatz bei der Chipkarte nicht 7 oder 8 ist.

- Der Patient ist über ein Sozialversicherungsabkommen versichert:

In den meisten Fällen ist die Chipkarte dann manuell erfasst worden. Rufen Sie sich in diesen Fällen die erfassten KVK-Daten in den Patientendaten 6) mit einem Klick auf **[Details]** auf. Korrigieren Sie den Eintrag im Feld ZUSATZ auf 7 oder 8 und klicken Sie dann auf **[OK]**.

Haben Sie die Chipkarte eingelesen, sind i.d.R. die Daten auf der Chipkarte nicht korrekt. Löschen Sie in den Patientendaten den Chipkarteneintrag mit einem Klick auf **[Löschen]** und tragen ihn manuell nach. Der Patient muss dann im Ersatzverfahren abgerechnet werden.

- Der Patient ist nicht über ein Sozialversicherungsabkommen versichert:
Kontrollieren Sie in den Patientendaten den Kasseneintrag. Häufig wird hier eine Kasse mit einer Untergruppe (z.B. \$AOK.01) ausgewählt, obwohl das lt. Chipkarte nicht zulässig ist. Klicken Sie auf das Bestätigen-Symbol neben dem Feld **Schlüssel** und wählen Sie die Kasse ohne Untergruppe aus.

- **Uhrzeit bei erster Ziffer fehlt**

Dies liegt in der Regel an einer falschen Ziffernbegründung: Tagtrennung.
Diese sollte z.B. wie folgt aussehen:

29.05.05 L 03311-02331-01610-24211(14.15*)-02331-01411(17.10/17.15*)

In diesem Beispiel wird nach den Ziffern 24211 und 01411 noch einmal das Datum 29.05.05 auf die Diskette gesetzt. Die Leistungsziffern, die nach einer Leistungsziffer mit Uhrzeit und * eingetragen wurden, müssen nicht mehr zusätzlich mit einer Zeitangabe begründet werden. Wenn es sich bei dem neuen Arzt-Patienten-Kontakt um eine Ziffer mit zwei Uhrzeitangaben handelt, muss das * hinter der letzten Uhrzeitangabe stehen. Diese Regelung ist KV-spezifisch.

- **Die Versicherungsart ist in Kombination mit der gewählten Krankenkasse...**

„Die Versicherungsart <M> (für Mitglied) ist in Kombination mit der gewählten Krankenkasse <Angabe der Kasse> nicht erlaubt. Bitte ändern Sie die Versicherungsart in den Patientenstammdaten.“ Lautet die vollständige Meldung. Sie erscheint im Protokoll nach **Erstellung Abrechnungsdatei**.

Kontrollieren Sie den **Status** in den Patientenstammdaten (Index – **Praxis – Patientendaten ändern**) und korrigieren Sie ihn ggf. Meist ist in diesen Fällen nur eine Abrechnung als M (= Mitglied) möglich.

- **Eine oder mehrere Leistungen des Patienten konnten keinem Arzt zugeordnet werden**

„Eine oder mehrere Leistungen des Patienten konnten keinem Arzt zugeordnet werden. Bitte überprüfen Sie die Leistungszifferneinträge und weisen Sie ein gültiges Abrechnungskennzeichen zu.“

Auf dem Protokoll nach Erstellung Abrechnungsdatei erscheint diese Meldung. Diese tritt auf, wenn eine oder mehrere Leistungsziffern in den medizinischen Daten eingetragen sind, die keinem gültigen Abrechnungskennzeichen zugeordnet sind.

Rufen Sie die medizinischen Daten des angezeigten Patienten auf und ordnen Sie der oder den Leistungsziffern ein Arztkennzeichen zu.

- **Zu viele Leistungen / Diagnosen**

Der ADT kann 1000 Leistungsziffern während der Verarbeitung für einen Patienten erfassen. Sind bei einem Patienten (z.B. weil dieser eine Schmerztherapie erhält, die täglich zwei oder drei Arzt-Patienten-Kontakte erfordert) mehr als 1000 Leistungsziffern für das entsprechende Quartal eingetragen, kommt es zu o.g. Fehlermeldung.

Bei Diagnosen erscheint diese Meldung bereits früher. Tragen Sie in diesem Fall für solche Patienten bitte zwei ggf. drei Krankenscheine ein, damit die Leistungen / Diagnosen entsprechend verteilt werden können. Bei papierernen Krankenscheinen müssten Sie auch mehrere Krankenscheine abgeben.

- **Fehler im KBV-Prüfmodul**

- **Angegebener Gültigkeitszeitraum liegt nicht im Leistungszeitraum**

Der in den SKT-Zusätzen angegebene Zeitraum im Krankenschein liegt außerhalb des Leistungszeitraums. Überprüfen Sie in der Krankenscheinabgabe des angegebenen Patienten / Scheins den Gültigkeitszeitraum in den SKT-Zusätzen (Schaltfläche **[SKT-Zusätze]**).

- **Fehlercode (11): Leistungstag (5000) ist zu lang.**

Die Begründung der Leistungsziffern (künstliche Tagtrennung) ist fehlerhaft. Bitte kontrollieren Sie diese bei dem angegebenen Patienten und korrigieren Sie diese ggf..

- **Fehlercode (514): Das Leistungsdatum Feld 5000 muss kleiner oder gleich dem Gültigkeitsdatum der Versichertenkarte sein**

In diesem Fall ist die Versichertenkarte des Patienten abgelaufen (länger als 2 Quartale) – Leistungen wurden außerhalb des Gültigkeitszeitraums abgerechnet. Alternativ können Sie den Schein im Ersatzverfahren abrechnen und den Chipkarteneintrag löschen. Da diese Meldung aber nicht zur Ablehnung der Abrechnung führt, können Sie sie auch ignorieren.

- **Leistungstag Feld 5000 muss in dem angegebenen Gültigkeitsraum Feld 4125 liegen**

Hierbei handelt es sich um einen Zivildienstleistenden, bei dem in den SKT-Zusätzen des Krankenscheins (KA) bei Zivildienstdauer ein definierter Zeitraum steht. In den medizinischen Daten wurde außerhalb dieses Zeitraums eine Leistung erbracht. Korrigieren Sie das Datum der Leistungserbringung entsprechend.

- **Ziffer nnnnn ist in der GO-Stammdatei nicht definiert**

In der Regel handelt es sich hierbei um KV-spezifische Ziffern. Die hier angegebene Ziffer ist im bundeseinheitlichen EBM nicht definiert und wird daher als Hinweis protokolliert. Sie können trotz des Hinweises die Abrechnung abgeben.

- **Fehler bei der Diskettenerstellung**

- **Fehler 2023 bei der Diskettenerstellung**

Diskette oder Diskettenlaufwerk defekt. Bitte verwenden Sie eine neue Diskette oder erstellen Sie an einem anderen Platz die Diskette.