

**„Abrechnungsregelungen“  
zum Versorgungsvertrag nach § 111c SGB V  
zur ambulanten Rehabilitation.  
gültig für AOK, BKK, Knappschaft, IKK classic und SVLFG**

**Verwendung des Institutionskennzeichens**

1. Jede Rehabilitationseinrichtung verfügt gemäß § 293 SGB V über ein eindeutiges, nur für die ambulante Rehabilitationseinrichtung geltendes, Institutionskennzeichen (IK), das bei der Abrechnung mit den Krankenkassen zu verwenden ist. Für jede „Zweiteinrichtung“ ist ein gesondertes IK zu verwenden.

Besitzt ein Leistungserbringer neben der Abgabeberechtigung für ambulante Leistungen zur Rehabilitation eine Abrechnungsberechtigung für weitere Leistungsbereiche (z. B. Heilmittel), sind separate IK für die einzelnen Leistungsbereiche zu verwenden.

2. Das IK ist bei der Sammel- und Verteilungsstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin, zu beantragen.

Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten sind der SVI unverzüglich mitzuteilen. Mitteilungen an die Krankenkassen oder ihre mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt.

3. Das gegenüber den Krankenkassen eingesetzte IK ist bei der Zulassung mitzuteilen. Abrechnungen mit den Krankenkassen erfolgen ausschließlich unter diesem IK.

Das IK ist in jeder Abrechnung anzugeben. Abrechnungen ohne IK oder mit fehlerhaftem IK werden von den Krankenkassen abgewiesen. Als fehlerhaft werden alle IK's gewertet, die **nicht** mit der Ziffer „54“ beginnen. Gleiches gilt für Abrechnungen mit einem der Krankenkasse unbekanntem IK.

Die unter dem gegenüber den Krankenkassen verwandten IK bei der SVI gespeicherten Angaben, einschließlich der Bank- und Kontoverbindung sind verbindlich für die Abrechnungsbegleichung durch die Krankenkassen. Andere Bank- und Kontoverbindungen werden von den Krankenkassen bei der Abrechnung nicht berücksichtigt.

**Abrechnungsregelung**

1. Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungser-

gültig nur für AOK, BKK, Knappschaft, IKK und SVLFG

bringern nach § 302 Abs. 2 SGB V (im Folgenden Richtlinien genannt) in der jeweils aktuellen Fassung.

Das Abrechnungsverfahren nach § 302 SGB V wurde für den Bereich der Heilmittel verbindlich zum 01.01.1999 eingeführt. Dieses Verfahren ist auch für die Abrechnung der Leistungen zur ambulanten Rehabilitation anzuwenden. Abrechnungen, die nicht den Richtlinien nach § 302 SGB V entsprechen, werden von den Krankenkassen abgewiesen.

2. Die Rechnungslegung der Versorgungs-/Abrechnungsfälle erfolgt je Zugelassenem für alle abgeschlossenen Behandlungen monatlich einmal. Die maschinell verwertbaren Daten sind an die von den Krankenkassen benannten Stellen zu liefern.

Es werden nur syntaktisch einwandfreie Daten gemäß den Richtlinien angenommen. Fehlerhafte Datenlieferungen sowie nicht korrekt von der Rehabilitationseinrichtung ausgefüllte Urbelege werden an den Absender mit einem entsprechenden Fehlerhinweis zurückgesendet.

3. Maßgebend für die Berechnung des Zahlungsziels ist der Tag, an dem alle zu einem Abrechnungsfall gehörenden Unterlagen (die Daten, Verordnungen, Tagesleistungsdokumentationen, Genehmigungsunterlagen) bei der Krankenkasse vorliegen. Zusammengehörige Rechnungsunterlagen (wie Daten und zugehörige Verordnungen) müssen in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang angeliefert werden (in der Regel mit längstens 2 Wochen Abstand). Die Krankenkassen begleichen korrekte Rechnungslieferungen grundsätzlich bargeldlos innerhalb von vier Wochen nach Eingang der vollständigen Rechnungsunterlagen. Das Zahlungsziel ist erfüllt, wenn die Bank des zuständigen Kostenträgers belastet wurde. Die Krankenkasse behält sich vor, nicht korrekt gestellte Rechnungen unbezahlt abzuweisen. Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung. Nach § 45 SGB I gilt für den Vergütungsanspruch eine Verjährungsfrist von 4 Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlungsserie beendet wurde. Für die Rückforderung von sachlich und rechnerisch geprüften Zahlungen beginnt die 4-Jahres-Frist nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem gezahlt wurde.
4. Der Versicherte hat die Abgabe der verordneten Leistungen am Tag der Leistungserbringung durch Unterschrift auf der Leistungsdokumentation zu bestätigen. Quittierungen im Voraus oder nachträglich sind unzulässig.
5. Der Einzug der Zuzahlung gem. § 40 Abs. 5 und 6 SGB V erfolgt durch die Rehabilitationseinrichtung entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen. Die von den Versicherten an den Zugelassenen insgesamt gezahlten Zuzahlungsbeträge sind von den jeweiligen Endbeträgen abzusetzen.
6. In der Abrechnung ist der in der vereinbarten Vergütungsliste festgelegte 7-stellige Schlüssel "Leistungserbringergruppe" anzugeben. Unter diesem Schlüssel dürfen ausschließlich die von der Vergütungsvereinbarung zur ambulanten Rehabilitation umfassten Leistungen abgerechnet werden. Bei der Abrechnung sind ausschließlich die in der Vergütungsvereinbarung aufgeführten 6-stelligen Abrechnungspositionsnummern zu verwenden.

gültig nur für AOK, BKK, Knappschaft, IKK und SVLFG

Alle zur Abrechnung eingereichten Bewilligungs- und Abrechnungsvordrucke sind vom Leistungserbringer in den Feldern oben rechts vollständig auszufüllen.

Für die Leistungen der ambulanten Reha ist eine gesonderte Sammelabrechnung zu stellen, in der keine Verordnungen anderer Leistungsbereiche (z.B. Physiotherapie) enthalten sind.

7. Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die Krankenkasse dem Zugelassenen die eingereichten Unterlagen oder die Datensätze zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben.

Beanstandungen müssen innerhalb von 6 Monaten nach Rechnungseingang schriftlich geltend gemacht werden. Rückforderungen können - auch ohne Einverständnis des Zugelassenen - mit der nächsten Abrechnung verrechnet werden. Spätere Rückforderungen können nur mit dem Einverständnis des Zugelassenen verrechnet werden; es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung des Zugelassenen vor.

8. Die Zahlungen an zentrale Abrechnungsstellen haben befreiende Wirkung gegenüber den Behandlern und erfolgen unter dem Vorbehalt einer sachlichen und rechnerischen Prüfung. Forderungen gegen die Krankenkassen können nur mit vorheriger Zustimmung der Krankenkassen an Dritte abgetreten bzw. verkauft werden.
9. Die Leistungserbringer sind nach § 302 Abs.1 SGB V verpflichtet, ihre Abrechnungen gegenüber den Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Werden die den Krankenkassen zu übermittelnden Daten nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, wird die Krankenkasse einen Verwaltungskostenabschlag von 5 % des Rechnungsbetrages durch eine pauschale Rechnungskürzung in Abzug bringen. Nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelte Abrechnungen sind nur für Leistungserbringer zulässig, die weder ihre Abrechnung mit Mitteln der elektronischen Datenverarbeitung erstellen noch ein Abrechnungszentrum mit der Erstellung der Abrechnung beauftragt haben. Abrechnungszentren rechnen ausschließlich gemäß Anlage 1 (Technische Anlage) der Richtlinien ab. Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 SGB V in der jeweils gültigen Fassung. Erfolgt eine nicht maschinell verwertbare Abrechnung, müssen alle laut den Richtlinien nach § 302 SGB V erforderlichen Angaben auf der Rechnung enthalten sein. Abrechnungen, die nicht den Richtlinien nach § 302 SGB V entsprechen, werden von den Krankenkassen abgewiesen.
10. Verordnungen für Versicherte, die Kostenerstattung (z.B. § 13 SGB V) gewählt haben, werden dem Leistungserbringer von der Krankenkasse nicht vergütet. Gegebenenfalls fälschlicherweise zur Abrechnung eingereichte Verordnungen werden im Original an den Leistungserbringer zurückgesandt. Die Rechnungsstellung des Leistungserbringers erfolgt direkt an den Versicherten. Die Preise der Vergütungsvereinbarung finden keine Anwendung. Der Versicherte ist über ggf. zusätzliche höhere Eigenanteile zu informieren.

gültig nur für AOK, BKK, Knappschaft, IKK und SVLFG