

"Abrechnungsregelungen" gemäß § 302 SGB V zum Versorgungsvertrag zur ambulanten Rehabilitation nach § 111c SGB V für die Ersatzkassen (vdek)

1. Verwendung des Institutionskennzeichens

- 1.1 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 führen.

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 führen.

- 1.2 Das IK ist bei der ARGE·IK - Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen, Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin, zu beantragen.

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

- 1.3 Das gegenüber den Krankenkassen eingesetzte IK ist bei Vertragsabschluss den Krankenkassenverbänden 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 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 ARGE·IK 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.

2. Abrechnungsregelung

- 2.1 Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V (im Folgenden Richtlinien genannt) in der jeweils aktuellen Fassung. Die Abrechnung hat folgende Bestandteile:

- Abrechnungsdaten,
- Urbelege (Verordnungsblätter, jeweils im Original),
- ggf. Leistungszusagen der Krankenkasse im Original,
- Leistungsdokumentationsbogen mit Unterschrift der/des Versicherten (vgl. Anlage 5)

- ärztlicher Entlassungsbericht (Inhalte gem. § 12 Abs. 2 dieser Vereinbarung) sowie die Angaben nach § 301 Abs. 4 SGB V),
- Gesamtaufstellung der Abrechnung (Gesamtrechnung, ggf. Sammelrechnung),
- Begleitzettel für Urbelege (bei maschineller Abrechnung).

Der ärztliche Entlassungsbericht ist an die leistungspflichtige Krankenkasse zu senden. Auf Anforderung ist daneben eine Kopie an eine von der Krankenkasse benannte Stelle zu liefern.

Das Abrechnungsverfahren nach § 302 SGB V wurde für den Bereich der Heilmittel verbindlich zum 01.01.1999 eingeführt. Dieses Verfahren ist vorerst 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.

2.2 Jede/r neu Zugelassene ist verpflichtet, sich vor der erstmaligen Datenlieferung nach Ziffer 2.1 bei der "Kopfstelle" des vdek, Postfach 610369, 10926 Berlin, anzumelden. Dies gilt auch, wenn ein Abrechnungszentrum mit der Erstellung der Abrechnung beauftragt wurde.

2.3 Zur Sicherstellung der Vergütung erbrachter Leistungen ist bei der Aufnahme des maschinellen Abrechnungsverfahrens von der einzelnen/dem einzelnen neu Zugelassenen zunächst eine Erprobungsphase mit den einzelnen Krankenkassen durchzuführen. In der Erprobungsphase erfolgt eine parallele Übermittlung von maschinellen Abrechnungsdaten sowie Papierabrechnungen nach dem bisherigen Abrechnungsverfahren. Dabei sind die maschinellen Daten mit der Kennung "TSOL" als Testdaten zu kennzeichnen. Die maschinellen Abrechnungsdaten und die Papierabrechnungen müssen identisch und vergleichbar sein.

Die Vertragseinrichtungen kann die Erprobungsphase mit einer Krankenkasse beenden, wenn sie/er der datenannehmenden Stelle der Krankenkasse dreimal hintereinander technisch und inhaltlich einwandfreie maschinelle Daten übermittelt hat. Dies gilt dann als erfüllt, wenn die betreffende Krankenkasse der Vertragseinrichtung keine Rückmeldung über Fehler in den Daten gibt.

Nach der Beendigung der Erprobungsphase werden von der Vertragseinrichtung ausschließlich maschinell verwertbare Datenträger übermittelt. Als maschinell verwertbar in diesem Sinne gelten dabei ausschließlich Daten auf elektronischen Datenträgern nach der Technischen Anlage zu den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen. Die Daten sind durch die Kennung "ESOL" als "Echtdaten" zu kennzeichnen.

2.4 Die Rechnungslegung erfolgt je Vertragseinrichtung für alle Versorgungs-/Abrechnungsfälle 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.

2.5 Die rechnungsbegründenden Unterlagen nach § 2 Abs. 1 Buchstaben b) (Urbelege) und d) (Leistungszusagen) der Richtlinien sind jeweils zeitgleich 5 mit der Rechnungslegung (Übermittlung der maschinellen Abrechnungsdaten nach § 2

Abs. 1 Buchstaben a) und e) der Richtlinien einmal im Monat an die von den Krankenkassen benannten Stellen zu liefern. Die Unterlagen sind im Original in der in den Richtlinien beschriebenen Sortierreihenfolge zu übermitteln. Nicht ordnungsgemäße oder fehlerhafte Angaben auf den Urbelegen führen zur Abweisung der Rechnung.

Den rechnungsbegründenden Unterlagen ist bei maschineller Abrechnung ein Begleitzettel gem. § 2 Abs. 1 Buchstabe f) der Richtlinien beizufügen.

- 2.6 Der/die Versicherte hat die Abgabe der verordneten Leistungen am Tag der Leistungserbringung durch Unterschrift auf der Leistungsdokumentation (Anlage 5) zu bestätigen. Quittierungen im Voraus oder nachträglich sind unzulässig.
- 2.7 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 die Vertragseinrichtung insgesamt gezahlten Zuzahlungsbeträge sind von den jeweiligen Endbeträgen abzusetzen.
- 2.8 In der Abrechnung ist der in der vereinbarten Vergütungsliste festgelegte 7-stellige Schlüssel "Leistungserbringergruppe" anzugeben. Unter diesem Schlüssel dürfen ausschließlich die von der Vergütungsvereinbarung Leistungen zur ambulanten Rehabilitation umfassten Leistungen abgerechnet werden.

Bei der Abrechnung sind ausschließlich die in der Vergütungsvereinbarung aufgeführten 6-stelligen Abrechnungspositionsnummern zu verwenden.

- 2.9 Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die Krankenkasse der Vertragseinrichtung 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 der Vertragseinrichtung- mit der nächsten Abrechnung verrechnet werden. Spätere Rückforderungen können nur mit dem Einverständnis der Vertragseinrichtung verrechnet werden; es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung der Vertragseinrichtung vor.

- 2.10 Die Bezahlung der Rechnungen auf maschinell verwertbaren Datenträgern erfolgt innerhalb von 14 Tagen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Krankenkassen benannten Stellen. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.

Erfolgt die Abrechnung übergangsweise nicht auf maschinellen Datenträgern nach Ziffer 2.1, sondern auf standardisierten Abrechnungsf formularen nach Anlage 2 der Richtlinien, verlängert sich die Zahlungsfrist auf 4 Wochen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (Abrechnungsf formulare und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Krankenkassen benannten Stellen. Dies ist notwendig, da die Daten vor einer Bearbeitung durch die zuständige Krankenkasse von den standardisierten Abrechnungsf formularen in maschinell verwertbare Datensätze umgewandelt werden müssen. Abrechnungen auf anderen als nach den Richtlinien definierten Wegen bzw. Datenträgern dürfen die Krankenkassen zurückweisen.

- 2.11 Überträgt eine Vertragseinrichtung die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat die Vertragseinrichtung die Krankenkassenverbände unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Zu nennen ist der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, der Name der beauftragten Abrechnungsstelle und das Institutionskennzeichen, unter dem die Abrechnungsstelle die Rechnungslegung vornimmt. Das Abrechnungszentrum ist verpflichtet, sich ebenfalls gemäß Ziffer 2.2 zum maschinellen Datenaustausch anzumelden. Abrechnungszentren liefern die Abrechnung ausschließlich auf maschinell verwertbaren Datenträgern nach Ziffer 2.1.

Die Vertragseinrichtung ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch das Abrechnungszentrum verantwortlich.

Hat die Vertragseinrichtung dem Abrechnungszentrum eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum für die Krankenkassen mit schuldbefreiender Wirkung. Wird dem Abrechnungszentrum die Inkasso-Vollmacht entzogen, ist die Vertragseinrichtung für die Einhaltung des Entzugs der Vollmacht verantwortlich.

- 2.12 Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Ziffer 2.11 übertragen werden soll, ist die Auftragsnehmerin/der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der von ihr/ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des § 6 Abs. 1 BDSG durch die Vertragseinrichtung auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung bei der Auftragsnehmerin/dem Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist den Krankenkassenverbänden vorzulegen.
- 2.13 Im Einzelfall ist der Krankenkasse auf Verlangen eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform zur Vorlage bei dritten Stellen vorzulegen.