Abrechnungsverfahren der Krankenkassen

(1) Für die Abrechnung gelten die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Absatz 2 SGB V einschließlich ihrer Anlagen i.V. mit § 303 SGB V in der jeweils gültigen Fassung (nachfolgend Richtlinien genannt - abrufbar unter www.datenaustausch.de). Die zur Abrechnung eingereichten Förder- und Behandlungspläne sind vom Leistungserbringer vollständig auszufüllen.

(2) Abrechnungen, die den Richtlinien nach § 302 SGB V und/oder diesem Vertrag nicht entsprechen, werden von den Krankenkassen abgewiesen.

Nach § 302 Absatz 1 SGB V sind die zugelassenen Einrichtungen verpflichtet, den Krankenkassen die Abrechnungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Erfolgt die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung aus Gründen, die der zugelassene Leistungserbringer zu vertreten hat, werden die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten den betroffenen zugelassenen Leistungserbringern durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von 5 % des Rechnungsbetrages in Rechnung gestellt (§ 303 Absatz 3 S. 2
SGB V).

(3) Jede Einrichtung verfügt gemäß § 293 SGB V über ein zum Zeitpunkt der Abgabe der Leistungen gültiges Institutionskennzeichen (IK), das bei der Abrechnung mit der Krankenkasse verwendet wird. Verfügt eine Einrichtung über mehrere „Nebenstellen“ ist für jede ein eigenes IK zu beantragen, sowie eine gesonderte Abrechnung zu erstellen. Zusammengefasste Abrechnungen über das IK des Hauptsitzes sind nicht zulässig.

Das IK ist bei der Sammel- und Verteilungsstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), im Hause der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin (www.dguv.de/arge-ik) zu beantragen. Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten sind der SVI unverzüglich schriftlich oder elektronisch mitzuteilen. Mitteilungen an die Krankenkassen oder ihre mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt. Die Einrichtung hat dafür Sorge zu tragen, dass ihre bei der SVI hinterlegten Daten stets aktuell sind.

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. Gleiches gilt für Abrechnungen mit einem der Krankenkasse unbekannten oder bei der Leistungsabgabe ungültigem IK. Die unter dem gegenüber den Krankenkassen verwendeten 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.

Unterschriftsfassung

Nach Beendigung der Zulassung ist das geführte IK bei der SVI abzumelden, sofern dem keine anderweitigen Regelungen entgegenstehen. Eine Stilllegung des IK darf erst erfolgen, wenn alle Forderungen aus Vertragsleistungen abgerechnet wurden.

(4) Die Rechnungsstellung erfolgt je zugelassener Einrichtung einmal monatlich oder vierteljährlich, im auf die Leistungserbringung folgenden Monat bei den von den Krankenkassen benannten Stellen (Daten- und Papierannahmestellen) als Sammelrechnung, soweit keine abweichende Regelung mit der jeweiligen Krankenkasse vereinbart wurde. Als Rechnungseingang gilt der Tag, an dem die vollständigen Abrechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Krankenkassen benannten Stellen eingegangen sind.

Die Eingangsdiagnostik kann nur im Rahmen der ersten Abrechnung erfolgen. Dazu ist der Original Förder- und Behandlungsplan (Anlage 3) im zweiseitigen Format einzureichen. Für die weiteren Abrechnungen ist eine – von den Einrichtungen erstellte vollständige Kopie des Behandlungsplanes – einzureichen.

Die Eingangsdiagnostik kann nicht erneut abgerechnet werden bei:
- Änderung des Kostenträgers
- Unterbrechung der Behandlungen (z. B. aufgrund Krankheit, Urlaub)
- gleichzeitiger Behandlung in anderer Einrichtung
- weiterführende Behandlung in anderer Einrichtung (Wechsler)

Pro Behandlungsplan ist ein Datensatz zu erstellen. Die Aufteilung und Abrechnung eines Behandlungsplans nach den einzelnen Leistungsbereichen (Physio/Ergo/SSSST) ist nicht zulässig.

(5) Zusätzlich zum Förder- und Behandlungsplan sind für jeden Versicherten ein Leistungsnachweis (Anlage 4b oder 4c) und die Genehmigungsunterlagen der Abrechnung beizulegen.

Der externe interdisziplinäre Austausch kann bis zu maximal 5x pro Kalenderjahr und Kind abgerechnet werden. Auch bei einem Einrichtungswechsel oder/und Kostenträgerwechsel darf die Abrechnungsmenge von maximal 5x pro Kalenderjahr nicht überschritten werden.

(6) Der zur Abrechnung eingereichte Förder- und Behandlungsplan muss alle die in der Anlage 5 zu den Datenträgeraustausch-Richtlinien zu § 302 SGB V genannten Angaben enthalten. Die ICD 10 Verschlüsselung ist im Rahmen des Datenträgeraustauschs anzuliefern, sofern sie vom Arzt oder von der Ärztin auf dem Förder- und Behandlungsplan angegeben ist. Werden auf einem Behandlungsplan vom Arzt oder von der Ärztin mehrere ICD-Schlüssel angegeben, müssen diese auch in der Datenlieferung enthalten sein.

Unterschriftsfassung

Aus diesem Grund sind die Diagnoseschlüssel (ICD-10) in dem Segment DIA anzugeben. Das Segment DIA kann mehrfach angeliefert werden, je nach Anzahl der vorhandenen Diagnosen auf dem Behandlungsplan.

(7) Bei fehlenden Angaben auf dem Förder- und Behandlungsplan und/oder fehlendem Verordnungsdatum auf dem vom Arzt oder von der Ärztin ausgestellten Behandlungsplan, hat die Einrichtung den Behandlungsplan vom Arzt oder von der Ärztin vor Behandlungsbeginn, spätestens vor der Abrechnung mit Datum und Unterschrift ergänzen zu lassen. Eine Ergänzung/Korrektur auf dem Förder- und Behandlungsplan ist per Fax zwischen Leistungserbringer und Arzt oder Ärztin möglich. Die ergänzte/korrigierte Kopie des Förder- und Behandlungsplans bzw. das Fax müssen lesbar sein und sind der Abrechnung beizufügen. Das Feld „Bemerkungen“ ist nur bei Bedarf zu füllen.

(8) Kinder, die eine heilpädagogische Tagesstätte besuchen, erhalten in der Regel keine Frühförderung. Hiervon ausgenommen sind sinnesbehinderte Kinder, soweit sie nicht spezielle Einrichtungen für Sinnesbehinderte besuchen. Für sinnesbehinderte Kinder gilt die Anlage 9. Ferner werden Kindern, die aufgrund der Diagnose die beschriebene Komplexleistung erhalten, für diese Diagnose keine zusätzlichen Heilmittel und keine medizinisch-therapeutischen Leistungen nach dem Rahmenvertrag über die Behandlung von behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindern und Jugendlichen in interdisziplinär tätigen heilpädagogischen Fördereinrichtungen gewährt.

(9) In der Abrechnung ist der in der vereinbarten Vergütungsvereinbarung (Anlage 4) festgelegte 7- stellige Schlüssel „Leistungserbringergruppe" anzugeben. Unter diesem Schlüssel dürfen ausschließlich die von der Vergütungsvereinbarung umfassten Leistungen abgerechnet werden. Bei der Abrechnung sind ausschließlich die in der Vergütungsvereinbarung aufgeführten Positionsnummern zu verwenden.

(10) Die Krankenkassen sind zur Zahlung der Rechnung nur verpflichtet, sofern eine Anspruchsberechtigung besteht.

(11) Maßgebend für die Berechnung des Zahlungszieles von vier Wochen ist der Tag, an dem die vollständigen Abrechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Krankenkassen benannten Stellen eingegangen sind. Die Daten, Behandlungspläne etc. müssen in unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang angeliefert werden (mit längstens 2 Wochen Abstand). Als Zahltag gilt der Tag der Überweisung oder Übersendung von Zahlungsmitteln oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut. Fällt das Fristende auf einen Samstag, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag, so tritt Fälligkeit erst am nächstfolgenden Arbeitstag ein. Die Krankenkasse gerät bei Nichteinhalten der Frist in Verzug, ohne dass es einer Mahnung durch den zugelassenen Leistungserbringer bedarf (§ 286 BGB). Im Weiteren gilt § 288 BGB.

(12) Forderungen aus Vertragsleistungen können von den Einrichtungen nach Ablauf von 9 Kalendermonaten, gerechnet vom Ende des in Rechnung gestellten Abrechnungszeitraumes, in dem die Leistungserbringung erfolgte, nicht mehr erhoben werden. Maßgeblich ist das Datum des

Unterschriftsfassung

Rechnungseingangs. Für verspätet eingehende Rechnungen besteht kein Vergütungsanspruch.

(13) Alle Zahlungen erfolgen unter Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung. Beanstandungen müssen von den Krankenkassen gegenüber den rechnungsstellenden Stellen innerhalb der Frist nach 9 Monaten geltend gemacht und nachvollziehbar begründet werden. Rückforderungen können innerhalb der 9 Monatsfrist – auch ohne Einverständnis der Einrichtung – mit der nächsten Abrechnung verrechnet werden. Dies gilt auch bei einer Abrechnung über eine leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle. Für unerlaubte Handlungen (z. B. Abrechnung nicht erbrachter Leistungen) gilt abweichend die Frist nach § 45 SGB I. Original Förder- und Behandlungspläne verbleiben bei der Krankenkasse. Widerspricht die Einrichtung oder eine leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle einer Beanstandung unter Angabe der Gründe nicht innerhalb von 9 Monaten nach Bekanntgabe der Beanstandung, so gilt diese als anerkannt. Solche Einsprüche sind in Textform unter Beifügung der vollständigen rechnungsbegründenden Unterlagen an die unter Absatz 4 genannten Stellen zu richten.

(14) Überträgt eine Einrichtung die Abrechnung einer leistungserbringerseitigen Abrechnungsstelle oder wechselt sie diese, so hat die Einrichtung oder der von ihr beauftragte Dienstleister die Krankenkasse oder, sofern die Krankenkasse eine Abrechnungsstelle beauftragt hat, die krankenkassenseitige Abrechnungsstelle, unverzüglich schriftlich oder in Textform hierüber zu informieren. Der Krankenkasse oder der von ihr beauftragten krankenkassenseitigen Abrechnungsstelle ist der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, der Name der beauftragten leistungserbringerseitigen Abrechnungsstelle und das IK, unter dem die leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle die Rechnungsstellung vornimmt, sowie die Erteilung und der Entzug einer Inkasso-Vollmacht, mitzuteilen. Die leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle liefert die Abrechnung ausschließlich im Wege der maschinell verwertbaren Datenübermittlung nach den Absätzen 2 und 4. Abrechnungsstellen gelten als Erfüllungsgehilfen ihrer Auftraggeber nach § 278 BGB. Die Einrichtung ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch die leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle verantwortlich.

(15) Hat die Einrichtung der leistungserbringerseitigen Abrechnungsstelle eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an die leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle für die Krankenkassen mit schuldbefreiender Wirkung. Ansprüche durch die Einrichtung nach § 288 BGB gegenüber der Krankenkasse sind in diesen Fällen ausgeschlossen. Forderungen der Krankenkasse gegen die Einrichtung können auch gegenüber der leistungserbringerseitigen Abrechnungsstelle aufgerechnet werden.

(16) Dem Leistungserbringer / der beauftragten Abrechnungsstelle obliegt die Beweispflicht für die ordnungsgemäße Anlieferung des Datenträgers und der Behandlungspläne bei der von der Krankenkasse benannten Stelle. Werden Nachberechnungen gestellt, sind Kopien der Erstrechnung und des Behandlungsplans beizufügen.

Unterschriftsfassung