

**Anlage 8 b** zum Rahmenvertrag über die Behandlung von behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindern und Jugendlichen in interdisziplinär tätigen heilpädagogischen Fördereinrichtungen (RV IHF) vom 01.09.2010

### **Diese Anlage gilt ausschließlich für die Ersatzkassen**

#### **Verwendung des Institutionskennzeichens**

1. Jede zugelassene Betriebsstätte verfügt gemäß § 293 SGB V über ein eigenes Institutionskennzeichen (IK), das sie bei der Abrechnung mit den Ersatzkassen verwendet.

Ein Zugelassener, der über mehrere Betriebsstätten verfügt (Filialunternehmen), kann seine Abrechnung für diese Betriebsstätten zentral vornehmen (analog einem externen Rechenzentrum). Er muss für diese zentrale Abrechnungsstelle ein von der fachlichen Zulassung unabhängiges, gesondertes IK beantragen.

Besitzt der Zugelassene neben der Abgabeberechtigung für Leistungen nach diesem Vertrag die Abrechnungsberechtigung für weitere Leistungsbereiche, sind separate IK für die einzelnen Leistungsbereiche zu führen.

2. Das IK ist bei der Sammel- und Verteilstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin, Telefon: 02241/231-1275 Fax: 02241/231-1334 zu beantragen.

Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten wie z. B. Name, aktuelle Anschrift und Bankverbindung sind ausschließlich der SVI unverzüglich mitzuteilen. Mitteilungen an die Ersatzkassen oder ihre mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt.

3. Das gegenüber den Ersatzkassen verwendete IK ist der vdek-Landesvertretung je Betriebsstätte bei der Zulassung mitzuteilen. Abrechnungen mit den Ersatzkassen erfolgen ausschließlich unter diesem IK.

Das IK des Zugelassenen ist in jeder Abrechnung sowie im Schriftwechsel anzugeben. Abrechnungen ohne IK; mit fehlerhaftem IK oder unbekanntem IK werden von den Ersatzkassen abgewiesen.

Die unter dem gegenüber den Ersatzkassen verwandten IK bei der SVI gespeicherten Angaben, einschließlich der Bank- und Kontoverbindung sind verbindlich für die Abrechnungsbegleichung durch die Ersatzkassen. Andere Bank- und Kontoverbindungen werden von den Ersatzkassen bei der Abrechnung nicht berücksichtigt, mit Ausnahme von Zahlungen an andere Kontoverbindungen z. B. wegen Pfändung, Insolvenz etc.

### **Abrechnungsregelung**

1. Die Abrechnung (rechnungsbegründende Unterlagen) hat folgende Bestandteile:
  - Urbeleg (Förder- und Behandlungsplan),
  - Leistungszusagen (bei der Abrechnung von Behandlungsmaßnahmen und Teamgesprächen),
  - Leistungsnachweis (Anlage 8 c)
2. Die Rechnungslegung erfolgt je Vertragspartner für alle Abrechnungsfälle einmal monatlich oder vierteljährlich.
3. Die rechnungsbegründenden Unterlagen sind jeweils zeitgleich mit der Rechnungslegung (Übermittlung der Abrechnungsdaten einmal im Monat oder vierteljährlich an die von den Ersatzkassen benannten Stellen) zu liefern. Die Unterlagen sind im Original in der in den Richtlinien gem. § 302 Abs. 2 SGB V beschriebenen Sortierreihenfolge zu übermitteln.
4. Sofern es gemäß dem Sozialgesetzbuch zum Einzug einer Zuzahlung kommt, erfolgt diese durch den Zugelassenen entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen. Die von den Versicherten an den Leistungserbringer insgesamt gezahlten Eigenanteile sind von den jeweiligen Endbeträgen abzusetzen.

5. In der Abrechnung ist der in der vereinbarten Preisliste festgelegte 7-stellige Schlüssel "Leistungserbringergruppe" (bestehend aus Abrechnungscode und Tarifkennzeichen) anzugeben. Unter diesem Schlüssel dürfen ausschließlich die von der Preisliste umfassten Leistungen abgerechnet werden.

Bei der Abrechnung sind ausschließlich die in der Preisliste aufgeführten 7-stelligen Positionsnummern zu verwenden.

Die ICD-10 Verschlüsselung ist bei der Abrechnung anzuliefern, sofern sie vom Arzt auf dem Förder- und Behandlungsplan angegeben ist.

Bei fehlenden Angaben auf dem Förder- und Behandlungsplan und/oder fehlendem Verordnungsdatum auf dem vom Vertragsarzt ausgestellten Behandlungsplan, hat die Einrichtung den Behandlungsplan vom Vertragsarzt vor Behandlungsbeginn, spätestens vor der Abrechnung mit Datum und Unterschrift ergänzen zu lassen. Dies ist auch auf dem Faxweg zwischen Arzt und Einrichtung möglich. Das Fax ist als Anlage zum Behandlungsplan der Abrechnung beizufügen. Die Felder „Ärztliche Bemerkungen“ und „Ergänzende Anmerkungen des Therapeuten“ sind nur bei Bedarf zu füllen.

Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die Ersatzkasse dem Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen oder die Datensätze unbezahlt zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben.

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

6. Die Bezahlung der Rechnungen erfolgt innerhalb von 28 Tagen nach Eingang der vollständigen Rechnungsunterlagen (Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Ersatzkassen benannten Stellen. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.

7. Überträgt ein Leistungserbringer die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat er die vdek-Landesvertretung unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Der vdek-Landesvertretung ist der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, der Name der beauftragten Abrechnungsstelle und das Institutionskennzeichen, unter dem die Abrechnungsstelle die Rechnungslegung vornimmt, mitzuteilen.

Der Leistungserbringer ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch das Abrechnungszentrum verantwortlich.

Hat der Leistungserbringer dem Abrechnungszentrum eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum für die Ersatzkassen mit schuldbefreiender Wirkung. Wird dem Abrechnungszentrum die Inkasso-Vollmacht entzogen, muss der Leistungserbringer dies der vdek-Landesvertretung unverzüglich mitteilen.

8. Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Ziffer 7 übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des § 6 Abs. 1 BDSG durch den Vertragspartner auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist der vdek-Landesvertretung vorzulegen.

9. Für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Sozialgesetzbuch Teil XII (SGB XII) dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem (IfSG) Infektionsschutzgesetz, dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, ist der Krankenkasse eine Einzelrechnung in Papierform zu erstellen. Der Förder- und Behandlungsplan ist der Abrechnung stets gesondert beizufügen.

## **Protokollnotiz zur Anlage 8 b zum Rahmenvertrag über die Behandlung von behinderten oder von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlichen in interdisziplinär tätigen heilpädagogischen Fördereinrichtungen vom 01.09.2010**

Die Vertragspartner vereinbaren die Umsetzung des Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V sobald die Ersatzkassen die Umsetzung des § 302 SGB V beschlossen haben. Das in Anlage 8 b des Vertrages vereinbarte Abrechnungsverfahren wird 6 Monate nach dem Beschluss der Ersatzkassen zur Umsetzung des § 302 SGB V umgestellt. Die Abrechnungsregelung dieser Protokollnotiz löst dann die Abrechnungsregelung die in der o. g. Anlage 8 b genannt ist ab diesem Tag ab.

### **Abrechnungsregelung gemäß der Protokollnotiz**

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 (wie Förder- und Behandlungsplan, jeweils im Original)
  - Gesamtaufstellung der Abrechnung (Gesamtrechnung, ggf. Sammelrechnung),
  - Begleitzettel für Urbelege (im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenübertragung).

Nach § 302 Abs. 1 SGB V sind die Leistungserbringer verpflichtet, den Krankenkassen die Abrechnungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Werden die Abrechnungen nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenträger übermittelt, haben die Krankenkassen gem. § 303 Abs. 3 SGB V die Daten nachzuerfassen. Die durch die Nacherfassung entstehenden Kosten haben die Krankenkassen den betroffenen Leistungserbringern durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von 3 v.H. des Rechnungsbetrages

in Rechnung zu stellen, falls der Leistungserbringer die Gründe für die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten hat.

2. Jeder neu Zugelassene ist verpflichtet, sich vor der erstmaligen Datenlieferung nach Abs. 1 bei der "Kopfstelle" des vdek anzumelden. Dies gilt auch, wenn ein Abrechnungszentrum mit der Erstellung der Abrechnung beauftragt wurde. Sofern ein Betrieb mehrere Filialen hat und die Abrechnungen zentral erstellt werden, muss auch für das zentrale Abrechner-IK eine Anmeldung vorgenommen werden.
3. Zur Sicherstellung der Vergütung erbrachter Leistungen ist bei der Aufnahme des maschinellen Abrechnungsverfahrens vom einzelnen neu Zugelassenen zunächst eine Erprobungsphase mit den einzelnen Ersatzkassen durchzuführen. In der Erprobungsphase erfolgt eine parallele Übermittlung von maschinellen Abrechnungsdaten sowie Papierabrechnungen. Dabei sind die maschinellen Daten mit der Kennung "TSOL" als Testdaten zu kennzeichnen. Die maschinellen Abrechnungsdaten und die Papierabrechnungen müssen identisch und vergleichbar sein.

Der Zugelassene kann die Erprobungsphase mit einer Ersatzkasse beenden, wenn er der datenannehmenden Stelle der Ersatzkasse dreimal hintereinander technisch und inhaltlich einwandfreie maschinelle Daten übermittelt hat. Dies gilt dann als erfüllt, wenn die betreffende Ersatzkasse dem Zugelassenen keine Rückmeldung über Fehler in den Daten gibt.

Nach der Beendigung der Erprobungsphase werden vom Zugelassenen ausschließlich Abrechnungen im Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern gemäß der Technischen Anlage zu den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen übermittelt. Die Daten sind durch die Kennung "ESOL" als "Echtdaten" zu kennzeichnen.

4. Die Rechnungslegung erfolgt je Zugelassenem für alle Abrechnungsfälle monatlich oder vierteljährlich einmal. Die maschinell verwertbaren Daten sind an die von den Ersatzkassen benannten Stellen zu liefern.

Es werden nur syntaktisch einwandfreie Daten gemäß den Richtlinien angenommen. Fehlerhafte oder die Bedingungen der Richtlinien nach § 302 SGB V nicht erfüllende Abrechnungen sowie nicht korrekt vom Hilfsmittelanbieter ausgefüllte Urbelege werden an den Absender mit einem entsprechenden Fehlerhinweis zurückgesendet.

5. Die rechnungsbegründenden Unterlagen nach § 2 Abs. 1 Buchstaben b) (Urbelege) und d) (Leistungszusagen) der Richtlinien sind jeweils zeitgleich mit der Rechnungslegung (Übermittlung der maschinellen Abrechnungsdaten nach § 2 Abs. 1 Buchstaben a) und e) der Richtlinien einmal im Monat oder vierteljährlich an die von den Ersatzkassen 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. Die hieraus entstehenden Zeitverzögerung bei der Rechnungsprüfung und –zahlungen sind nicht von den Ersatzkassen zu verantworten.

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

6. Der Versicherte hat die Abgabe der Leistungen am Tag der Leistungserbringung durch Unterschrift und Angabe des Datums auf den vereinbarten Formularen zu bestätigen. Quittierungen im Voraus sind unzulässig.

Der Zugelassene trägt auf dem Förder- und Behandlungsplan die folgenden Angaben auf:

- IK des Zugelassenen,
- 7-stellige Heilmittelpositionsnummer der abgegebenen Leistung,
- Rechnungs- und Belegnummer,
- eingezogener Zuzahlungsbetrag und Bruttowert der Versorgung.

Anstelle der Auftragung der genannten Angaben auf dem Förder- und Behandlungsplan können die Angaben unter den folgenden Voraussetzungen auch auf einem separaten Codierblatt (das bei Bedarf noch zu erstellen ist) übermittelt werden:

- Es ist zu jedem Förder- und Behandlungsplan ein separates Codierblatt zu erstellen,
- auf dem Codierblatt sind die o. g. Angaben vollständig aufzutragen,
- die Unterlagen zu einer Verordnung sind in der Sortierreihenfolge
  - Codierblatt,
  - Förder- und Behandlungsplan und
  - ggf. andere rechnungsbegründende Unterlagen

anzuliefern und

- die zu einem Förder- und Behandlungsplan gehörenden Unterlagen sind fest miteinander zu verbinden.

Andere Vorschriften für die Übermittlung der Urbelege, mit Ausnahme der Beschriftung der Verordnung werden durch diese Regelung nicht berührt. Ist eine der genannten Voraussetzungen für die Übermittlung von Codierblättern, insbesondere die feste Verbindung der Unterlagen nicht erfüllt, kann die Rechnung von der Ersatzkasse zurückgewiesen werden.

7. In der Abrechnung ist der in der vereinbarten Vergütungsliste festgelegte 7-stellige Schlüssel "Leistungserbringergruppe" (bestehend aus Abrechnungscodex und Tarifikennzeichen) anzugeben.
8. Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die Ersatzkasse dem Zugelassenen die eingereichten Unterlagen oder die Datensätze unbezahlt zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben. Sollten maschinell übermittelte Abrechnungsdaten oder Daten auf maschinell verwertbaren Datenträgern und deren Urbelege nicht innerhalb von fünf Arbeitstagen bei den von



den Ersatzkassen benannten Stellen eingehen, können die vorhandenen Datenlieferungen oder Urbelege zur Neueinreichung an den Rechnungssteller zurückgegeben werden. Verzögerungen bei der Rechnungsprüfung und –bezahlung gehen nicht zu Lasten der Ersatzkassen. Eine Abweisung der Gesamtabrechnung ist nur bei folgenden Fehlern möglich:

- Fehler in Datei und Dateistruktur (Technische Anlage 1),
- Fehler in der Syntax (Technische Anlage 1),
- Fehler bei Datenelementinhalten (Technische Anlage 1),
- Nichtbeachtung der Regelungen zur Kennzeichnung und Sortierung der Urbelege,
- Nicht ordnungsgemäße oder fehlerhafte Angaben auf den Urbelegen.
- Nichtbeachtung der inhaltlichen Mindestanforderungen an den Begleitzettel für Urbelege (Anlage 4 der Richtlinien nach § 302 SGB V)

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 und sind ab der Prüfstufe IV (Prüfung im Fachverfahren der einzelnen Krankenkasse) der Technische Anlage 1 von der Ersatzkasse zu begründen. Spätere Rückforderungen können nur mit dem Einverständnis des Zugelassenen verrechnet werden; es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung des Zugelassenen vor.

9. Die Bezahlung der Rechnungen bei elektronischer Datenübertragung bzw. bei Übermittlung auf maschinell verwertbaren Datenträgern erfolgt innerhalb von 4 Wochen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Ersatzkassen benannten Stellen. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.
10. Abrechnungen auf anderen als nach den Richtlinien definierten Wegen dürfen die Ersatzkassen zurückweisen.

11. Überträgt ein Zugelassener die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat der Zugelassene die vdek-Landesvertretung unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Der Landesvertretung ist der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, der Name der beauftragten Abrechnungsstelle und das Institutionskennzeichen, unter dem die Abrechnungsstelle die Rechnungslegung vornimmt, sowie die Erteilung und der Entzug einer Inkasso-Vollmacht, mitzuteilen.

Das Abrechnungszentrum ist verpflichtet, sich ebenfalls gemäß Ziffer 2 zum maschinellen Datenaustausch anzumelden. Abrechnungszentren liefern die Abrechnung ausschließlich mittels elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern nach Ziffer 1.

Der Zugelassene ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch das Abrechnungszentrum verantwortlich.

Hat der Zugelassene dem Abrechnungszentrum eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum für die Ersatzkassen mit schuldbefreiender Wirkung. Wird dem Abrechnungszentrum die Inkasso-Vollmacht entzogen, ist dies der Ersatzkasse durch Einschreiben-Rückschein zur Kenntnis zu bringen. Die schuldbefreiende Wirkung der Zahlung der Ersatzkasse an das Abrechnungszentrum entfällt 3 Arbeitstage nach Eingang der Mitteilung über den Entzug der Inkasso-Vollmacht.

12. Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Ziffer 11 übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des § 6 Abs. 1 BDSG durch den Zugelassenen auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung mit dem Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist der vdek-Landesvertretung vorzulegen.
13. Für Anspruchsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylBLG), dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz

(BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Sozialgesetzbuch Teil XII (SGB XII), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Bundesinfektionsschutzgesetz (BInfSchG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, ist der Krankenkasse eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform zu erstellen. Der Förder- und Behandlungsplan ist der Abrechnung stets gesondert beizufügen.

### **Zuzahlung**

1. Sofern es gemäß dem Sozialgesetzbuch zum Einzug einer Zuzahlung kommt, erfolgt diese durch den Zugelassenen entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen.