

Anlage 4 a zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 28.06.2022, **gültig ab 01.11.2022**

Diese Anlage gilt ausschließlich für

- die AOK Bayern,
- den BKK Landesverband Bayern,
- die KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion München,
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, als Landwirtschaftliche Krankenkasse
- die IKK classic in Bayern zugleich handelnd als Vertreterin der BIG direkt gesund, IKK gesund plus, IKK – Die Innovationskasse, IKK Südwest

§ 1 Abrechnung

- (1) Die Abrechnung muss unter Beifügung der Genehmigungsunterlagen für alle im Vormonat abgeschlossenen Behandlungen erstellt und bei den von den Krankenkassen benannten Daten- und Papierannahmestellen eingereicht werden. Die in § 302 SGB V vorgesehenen Richtlinien sind in der jeweils geltenden Fassung anzuwenden. Die Abrechnung ist ausschließlich unter dem Namen des Zugelassenen einzureichen. Bei der Abrechnung ist das für den Tag der Leistungserbringung maßgebliche Institutionskennzeichen zu verwenden, gegebenenfalls (bei Praxisverlegungen) sind für eine Verordnung zwei Abrechnungen zu erstellen. Die zweite Abrechnung erfolgt mittels Verordnungskopie. Die Unterschriften des Versicherten sind jeweils im Original erforderlich. Die Abrechnung erfolgt ggf. in zwei Sammelrechnungen je Bereich: Individuelle Maßnahmen -Anlage 2c- und Kompaktkurleistungen -Anlage 2b-, oder kurortspezifische Leistungen -Anlage 2a- incl. Heilmittel -Anlage 2d-.
- (2) Es ist Pflicht des Leistungserbringers, die Daten seines Institutionskennzeichens zu pflegen. Für jede zugelassene Praxis ist ein eigenes Institutionskennzeichen zu beantragen und für die Abrechnung zu verwenden.
- (3) Leistungen, für die auf dem Verordnungsblatt das Abgabedatum, die abgegebene Leistung und/oder die Unterschrift des Empfangsberechtigten fehlt, können bei der Krankenkasse erst eingereicht werden, wenn das Verordnungsblatt vollständig ausgefüllt ist. Evtl. fehlende Arzt-/Betriebsstättennummern in den Kopfdaten (Versichertenfeld) können aus dem Arztstempel übernommen werden.
- (4) Dem Leistungserbringer/der beauftragten Abrechnungsgesellschaft obliegt die Beweispflicht für die ordnungsgemäße Anlieferung des Datenträgers und der Verordnungen bei der Krankenkasse. Werden Nachberechnungen erstellt, sind der Nachberechnung Kopien der Erstrechnung und der Verordnung beizulegen. Nachberechnungen des Leistungserbringers sind nur bis zu 9 Monaten nach Rechnungseingang der Ursprungsrechnung möglich.
- (5) Bei Unstimmigkeiten zwischen den auf dem Karteiblatt/Aufzeichnungen ersichtlichen Angaben (§ 4 Abs. 1 Nr. 13 und § 4 Abs. 2 Nr. 4) und der Abrechnung hat die Krankenkasse das Recht, insoweit Beträge einzubehalten oder zurückzufordern.
- (6) Maßgebend für die Berechnung des Zahlungsziels ist der Tag, an dem alle zu einem Abrechnungsfall gehörenden Unterlagen (die Daten, Verordnungen und

Anlage 4 a zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 28.06.2022, **gültig ab 01.11.2022**

Genehmigungsunterlagen) bei der Krankenkasse vorliegen. Zusammengehörige Rechnungsunterlagen (wie Daten und zugehörige Verordnungen) müssen in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang angeliefert werden (in der Regel mit längstens zwei Wochen Abstand). Die Krankenkassen begleichen korrekte Rechnungslieferungen grundsätzlich bargeldlos innerhalb von 21 Kalendertagen nach Eingang der vollständigen Rechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen). 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 die Fälligkeit erst am nächstfolgenden Arbeitstag ein. Die Krankenkasse behält sich vor, nicht korrekt gestellte Rechnungen unbezahlt abzuweisen.

- (7) Forderungen aus Vertragsleistungen können von den zugelassenen Leistungserbringern nach Ablauf von 9 Kalendermonaten, gerechnet vom Ende des Monats, in dem sie abgeschlossen worden sind, nicht mehr erhoben werden. Dies gilt auch für Forderungen von gesetzlichen Zuzahlungen nach § 43 c SGB V. Maßgeblich ist das Datum des Rechnungseingangs. Für verspätet eingehende Rechnungen besteht kein Vergütungsanspruch.
- (8) 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 werden. Für unerlaubte Handlungen (z.B. Abrechnung nicht erbrachter Leistungen) gilt abweichend die Frist nach § 45 SGB I. Rückforderungen können innerhalb der 9 Monatsfrist – auch ohne Einverständnis des zugelassenen Leistungserbringers – mit der nächsten Abrechnung verrechnet werden. Beanstandungen müssen nachvollziehbar begründet werden. Dies gilt auch bei einer Abrechnung über eine leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle. Originalverordnungen verbleiben bei der Krankenkasse. Widerspricht der zugelassene Leistungserbringer oder eine leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle einer Beanstandung unter Angabe der Gründe nicht innerhalb von 9 Monaten nach Bekanntgabe der Beanstandung, so gilt diese als anerkannt.
- (9) Überträgt ein zugelassener Leistungserbringer die Abrechnung einer leistungserbringerseitigen Abrechnungsstelle oder wechselt er diese, so hat der zugelassene Leistungserbringer oder der von ihm 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. Abrechnungsstellen gelten als Erfüllungsgehilfen ihrer Auftraggeber nach § 278 BGB. Der zugelassene Leistungserbringer ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch die leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle verantwortlich.

Anlage 4 a zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 28.06.2022, **gültig ab 01.11.2022**

- (10) Hat der zugelassene Leistungserbringer der leistungserbringerseitigen Abrechnungsstelle eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an die leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle für die Krankenkassen mit schuldbefreiender Wirkung. Ansprüche durch den zugelassenen Leistungserbringer nach § 288 BGB gegenüber der Krankenkasse sind in diesen Fällen ausgeschlossen. Forderungen der Krankenkasse gegen den zugelassenen Leistungserbringer können auch gegenüber der leistungserbringerseitigen Abrechnungsstelle aufgerechnet werden.
- (11) Die Abrechnung erfolgt unter Vorlage der Originalverordnung mit Empfangsbestätigung nach Abschluss der Behandlung. Es werden nur vom Arzt vollständig ausgefüllte Verordnungen angenommen bzw. abgerechnet. Bei fehlerhafter Abrechnung und daraus folgender Komplettabsetzung der Verordnung erfolgt die Rücksendung der beanstandeten Rechnungsunterlagen inkl. der dazugehörigen Originalverordnung durch die Krankenkasse. Die Krankenkasse behält sich vor, bei schwerwiegenden Fehlern diese Verordnungen einzubehalten.

§ 2 Datenträgeraustausch

- (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. Abrechnungen, die dem nicht entsprechen, werden abgewiesen.
- (2) Die Leistungserbringer sind 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. Dieses Verfahren ist 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 lt. den Richtlinien nach § 302 SGB V erforderlichen Angaben auf der Rechnung enthalten sein. Die zur Abrechnung eingereichten Verordnungen sind vom Leistungserbringer in den Feldern oben rechts auf der Vorderseite der Verordnung vollständig auszufüllen.