

Abrechnungsverfahren der Primärkassen

- (1) Für die Abrechnung gelten die „Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 SGB V i. V. mit § 303 SGB V“ in der jeweils gültigen Fassung (nachfolgend Richtlinien genannt).
- (2) Werden die den Krankenkassen zu übermittelnden Daten nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträger übermittelt, wird die Krankenkasse – sofern der Grund beim Abrechner liegt – einen Verwaltungskostenabschlag von 5 v. H. des Rechnungsbetrages durch eine pauschale Rechnungskürzung in Abzug zu bringen.

Nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelte Abrechnung sind nur für Einrichtungen zulässig, die weder ihre Abrechnung mit Mitteln der elektronischen Datenverarbeitung erstellen, noch ein Abrechnungszentrum mit der Erstellung der Abrechnung beauftragt haben.

Erfolgt eine nicht maschinell verwertbare Abrechnung, hat der Leistungserbringer bei der Abrechnung die Vorgaben des § 2 Abs. 1 der Richtlinien zum Datenträgeraustausch nach § 302 SGB V zwingend zu berücksichtigen und die Papierrechnung mit den Inhalten gem. §§ 5 und 6 der Richtlinien zu übermitteln. Abrechnungen, die nicht den Richtlinien entsprechen, werden von den Krankenkassen abgewiesen.

- (3) Jede Einrichtung verfügt gemäß § 293 SGB V über ein eindeutiges Institutionskennzeichen (IK), dass er bei der Abrechnung mit der Krankenkasse verwendet. Verfügt eine Einrichtung über mehrere „Nebenstellen“ ist für jede ein eigenes IK zu beantragen, sowie eine gesonderte Abrechnung zu erstellen.

Das IK ist bei der Sammel- und Verteilerstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), Alte Heerstraße 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.

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 unbekanntem IK. Die unter dem gegenüber der 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.

- (4) Die Abrechnung ist einmal monatlich für alle im Vormonat abgeschlossenen Verordnungen als Sammelrechnung zu erstellen. Die maschinell verwertbaren Daten sind an die von den Krankenkassen benannten Stellen zu liefern.
- (5) Die zur Abrechnung eingereichten Verordnungen für sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen müssen vollständig ausgefüllt sein. Weiterhin sind auf den Verordnungen folgende Angaben erforderlich: IK – Nummer, Positionsnummer, Anzahl der abgerechneten Einheiten, Bruttobetrag, Rechnungs- und Belegnummer (zu Inhalten Urbelege siehe auch Anlage 5 zu den DTA - Richtlinien).

- (6) Bei der Abrechnung sind ausschließlich die in der Vergütungsvereinbarung aufgeführten Positionsnummern zu verwenden.
 - (7) In der Abrechnung ist der in der vereinbarten Vergütungsliste 7-stellige Schlüssel „Leistungserbringergruppe“ anzugeben. Unter diesem Schlüssel dürfen ausschließlich die von der Vergütungsvereinbarung Leistungen der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen umfassten Leistungen abgerechnet werden.
 - (8) Sofern vom verordnenden Arzt auf dem Ordnungsformular die Diagnose mit der ICD-10-Verschlüsselung angegeben ist, ist der ICD-10-Schlüssel im Datensatz nach § 302 SGB V anzuliefern.
 - (9) Zusätzlich zu den Ordnungen ist für jeden Versicherten die Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse und die Dokumentationsbögen für sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen/Anlyse des Versorgungsbedarfs (Anlage 6) vollständig ausgefüllt der Abrechnung beizufügen.
 - (10) Die Krankenkassen sind zur Zahlung der Rechnung nur verpflichtet, sofern eine Anspruchsberechtigung besteht
 - (11) Maßgebend für die Berechnung des Zahlungszieles von vier Wochen (bargeldlos) ist der Tag, an dem alle zu einem Abrechnungsfall gehörenden Unterlagen bei der Krankenkasse eingegangen sind. Die Daten, Verordnung etc. müssen in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang angeliefert werden (mit längstens 2 Wochen Abstand). Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.
 - (12) Die Krankenkasse behält sich vor, nicht korrekt gestellte Rechnungen unbezahlt abzuweisen.
 - (13) Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung. Es gelten die gesetzlichen Verjährungsfristen (§195 BGB).
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.
- Die Zahlung an zentrale Abrechnungsgesellschaften haben befreiende Wirkung gegenüber den Leistungserbringern und erfolgen unter dem Vorbehalt einer sachlichen und rechnerischen Prüfung. Forderungen gegen die Krankenkasse können nur mit vorheriger Zustimmung der Krankenkasse an Dritte abgetreten bzw. verkauft werden.
- (14) Dem Leistungserbringer / der beauftragten Abrechnungsstelle obliegt die Beweispflicht für die ordnungsgemäße Anlieferung des Datenträgers und der Ordnungen bei der von der Krankenkasse benannten Stelle. Werden Nachberechnungen gestellt, sind Kopien der Erstrechnung und der Verordnung beizufügen.

