

**"Abrechnungsregelungen" nach § 302 SGB V
zum Vertrag Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen
- gilt nur für Ersatzkassen -**

Verwendung des Institutionskennzeichens

1. Jede sozialmedizinische Nachsorgeeinrichtung verfügt gemäß § 293 SGB V über ein eindeutiges, nur für die sozialmedizinische Nachsorgeeinrichtung 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 eine Abrechnungsberechtigung für weitere Leistungsbereiche (z.B. Heilmittel), sind separate IK für die einzelnen Leistungsbereiche zu führen.

2. Das IK ist bei der Sammel- und Verteilungsstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), Alte Heerstr. 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.

3. Das gegenüber den Krankenkassen eingesetzte IK ist den Krankenkassenverbänden mitzuteilen. Abrechnungen mit den Krankenkassen erfolgen ausschließlich unter diesem IK.

Das IK ist bei jeder Abrechnung anzugeben. Abrechnungen ohne IK oder mit fehlerhaftem IK werden von den Krankenkassen abgewiesen.

Die unter dem gegenüber den Krankenkassen verwandten 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.

Abrechnungsregelung

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 Krankenkassen im Original,
 - Leistungsdokumentationsbogen mit Unterschrift des Versicherten,
 - Gesamtaufstellung der Abrechnung (Gesamtrechnung, ggf. Sammelrechnung),
 - Begleitzettel für Urbelege (bei maschineller Abrechnung).

Das Abrechnungsverfahren nach § 302 SGB V wurde für den Bereich der Heilmittel verbindlich zum 01.01.1999 eingeführt. Dieses Verfahren ist auch für die Abrechnung der Leistungen für sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen anzuwenden. Abrechnungen, die nicht den Richtlinien nach § 302 SGB V entsprechen, werden von den Krankenkassen abgewiesen.

2. Die Nachsorgeeinrichtung ist verpflichtet, sich vor der erstmaligen Datenlieferung nach Ziffer 1 bei der "Kopfstelle" des VdAK/AEV, Postfach, 53719 Siegburg, anzumelden. Dies gilt auch, wenn ein Abrechnungszentrum mit der Erstellung der Abrechnung beauftragt wurde.

3. Zur Sicherstellung der Vergütung erbrachter Leistungen ist bei der Aufnahme des maschinellen Abrechnungsverfahrens von der Nachsorgeeinrichtung zunächst eine Erprobungsphase mit den einzelnen Krankenkassen durchzuführen. In der Erprobungsphase erfolgt eine parallele Übermittlung von maschinellen Abrechnungsdaten sowie Papierabrechnungen nach bisher üblichen 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 Nachsorgeeinrichtung kann die Erprobungsphase mit einer Krankenkasse beenden, wenn sie der datenannehmenden Stelle der Krankenkassen dreimal hintereinander technisch und inhaltlich einwandfreie maschinelle Daten übermittelt hat. Dies gilt dann als erfüllt, wenn die betreffende Krankenkasse der Nachsorgeeinrichtung keine Rückmeldung über Fehler in den Daten gibt.

Nach der Beendigung der Erprobungsphase werden von der Nachsorgeeinrichtung 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.

4. Die Rechnungslegung erfolgt 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 vom Leistungserbringer 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 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.

6. Der Versicherte hat die Abgabe der verordneten Leistungen am Tag der Leistungserbringung durch Unterschrift auf der Leistungsdokumentation zu bestätigen. Quittierungen im Voraus oder nachträglich sind unzulässig.
7. In der Abrechnung ist der in der vereinbarten Vergütungsliste festgelegte 7-stellige Schlüssel "Leistungserbringergruppe" (67 02 820) anzugeben. Unter diesem Schlüssel dürfen ausschließlich die von der Vergütungsvereinbarung Leistungen für sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen umfassten Leistungen abgerechnet werden.

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

Sofern vom verordnenden Arzt auf dem Verordnungsformular die Diagnose mit der ICD-10-Verschlüsselung angegeben ist, ist der ICD-10-Schlüssel im Datensatz nach § 302 SGB V anzuliefern.

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

9. Die Bezahlung der Rechnungen auf maschinell verwertbaren Datenträgern erfolgt innerhalb von 4 Wochen 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.

Dies gilt auch, wenn die Abrechnung übergangsweise nicht auf maschinellen Datenträgern nach Ziffer 1, sondern auf standardisierten Abrechnungsf formularen nach Anlage 2 der Richtlinien erfolgt. Abrechnungen auf anderen als nach den Richtlinien definierten Wegen bzw. Datenträgern dürfen die Krankenkassen zurückweisen.

10. Überträgt eine Nachsorgeeinrichtung die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat sie die Krankenkassenverbände unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Dabei ist der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, der Name der beauftragten Abrechnungsstelle und das Institutionskennzeichen, unter dem die Abrechnungsstelle die Rechnungslegung vornimmt, mitzuteilen. Das Abrechnungszentrum ist verpflichtet, sich ebenfalls gemäß Ziffer 2 zum maschinellen Datenaustausch anzumelden. Abrechnungszentren liefern die Abrechnung ausschließlich auf maschinell verwertbaren Datenträgern nach Ziffer 1.

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

Hat die Nachsorgeeinrichtung 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 Nachsorgeeinrichtung für die Einhaltung des Entzugs der Vollmacht verantwortlich.

11. Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Ziffer 10 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 die Nachsorgeeinrichtung auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist den Krankenkassenverbänden vorzulegen.
12. Für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem 1. und 2. SED-Unrechtsbereinigungsgesetz (1. und 2. SED-UnBerG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) , dem Zivildienstgesetz (ZDG) sowie Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, ist eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform der Krankenkasse zu erstellen. Die Verordnung(en) ist/sind der monatlichen Abrechnung stets gesondert beizufügen.