„Abrechnungsregelungen“ gemäß § 301 Abs. 4 SGB V zum Versorgungsvertrag zur ambulanten Rehabilitation nach § 111c SGB V, gültig für AOK, BKK, KNAPPSCHAFT, IKK Classic und SVLFG

Verwendung des Institutionskennzeichens

1. Jede Rehabilitationseinrichtung verfügt gemäß § 293 SGB V über ein eindeutiges, nur für die ambulante Rehabilitationseinrichtung 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 neben der Abgabeberechtigung für ambulante Leistungen zur Rehabilitation eine Abrechnungsberechtigung für weitere Leistungsbereiche (z.B. Heilmittel), sind separate IK für die einzelnen Leistungsbereiche zu führen.

2. Das IK ist bei der ARGE·IK - Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen, Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin, zu beantragen.

   Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten sind der ARGE·IK unverzüglich mitzuteilen. Zum Zeitpunkt der Abrechnung müssen die aktuellen Daten vorliegen. Mitteilungen an die Krankenkassen oder ihre mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt.

3. Das gegenüber den Krankenkassen eingesetzte IK ist bei Vertragsabschluss den Krankenkassenverbänden 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 IK.

   Die unter dem gegenüber den Krankenkassen verwandten IK bei der ARGE·IK 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 gilt die Rahmenvereinbarung über das Verfahren zur Abrechnung und Übermittlung von Daten zwischen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen und der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 301 Abs.

4 SGB V) sowie der gesetzlichen Rentenversicherung (im Folgenden Rahmenvereinbarung genannt) in der jeweils aktuellen Fassung.

Das Abrechnungsverfahren nach § 301 Abs. 4 SGB V wurde für den Bereich der stationären Vorsorge und Rehabilitation eingeführt. Für die Abrechnungen der Leistungen zur ambulanten Rehabilitation wird dieses Verfahren im Rahmen eines Pilotbetriebes ab 01.06.2021 umgesetzt.
Ab 01.07.2021 ist das Verfahren verpflichtend für alle Abrechnungen der Leistungen zur ambulanten Rehabilitation anzuwenden. Maßgeblich ist das Datum der Bewilligung der ambulanten Rehabilitation.

2. 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 ausgefüllte Urbelege werden an den Absender mit einem entsprechenden Fehlerhinweis zurückgesendet.

3. Der/die Versicherte hat die Abgabe der verordneten Leistungen am Tag der Leistungserbringung durch Unterschrift auf der Leistungsdokumentation (Anhang) zu bestätigen. Die Leistungsdokumentation sowie die Fahrtkostenbescheinigung ist im Rahmen der elektronischen Abrechnung als PDF Datei zu übermitteln. Quittierungen im Voraus oder nachträglich sind unzulässig.

4. Der Einzug der Zuzahlung gem. § 40 Abs. 5 und 6 SGB V erfolgt durch die Rehabilitationseinrichtung entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen. Die von den Versicherten an die Vertragseinrichtung insgesamt gezahlten Zuzahlungsbeträge sind von den jeweiligen Endbeträgen abzusetzen.

5. Bei der Abrechnung sind ausschließlich die in der Vergütungsvereinbarung aufgeführten 8-stelligen Entgeltschlüssel zu verwenden.

6. Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die Krankenkasse der Vertragseinrichtung die eingereichten Unterlagen oder die Datensätze zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben.

   Beanstandungen des Leistungserbringers müssen innerhalb von 6 Monaten nach Rechnungseingang schriftlich geltend gemacht werden. Rückforderungen der Krankenkassen können - auch ohne Einverständnis der Vertragseinrichtung – mit einer der nächsten Abrechnungen verrechnet werden.

7. Die Bezahlung der Rechnungen im Wege der elektronischen Datenübertragung nach der Rahmenvereinbarung erfolgt innerhalb von vier Wochen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Krankenkassen benannten Stellen. 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. Im Falles des Verzugs gilt § 288 BGB.

   Abrechnungen auf anderen als nach der Rahmenvereinbarung definierten Wegen werden von den Krankenkassen zurückgewiesen.

Anhang 1 zur Anlage 4a
gültig für die AOK Bayern

Abrechnungen per Papier

Werden den Krankenkassen, die nach § 301 SGB V zu übermittelnden Daten aus Gründen, die der Leistungserbringer selbst zu vertreten hat, nicht elektronisch übermittelt, haben die Krankenkassen die Daten selbst zu erfassen. Die mit der Nacherfassung der Daten verbundenen Kosten sind dem Leistungserbringer durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu fünf Prozent des Rechnungsbetrages in Abzug zu bringen.

Für Leistungserbringer, die übergangsweise Papierrechnungen einreichen gelten zusätzlich folgende Regelungen:

Die Rahmenvereinbarung über das Verfahren zur Abrechnung und Übermittlung von Daten zwischen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung und der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 301 Abs. 4 SGB V) gelten auch für die Erstellung einer Papierrechnung.

Die in der Rahmenvereinbarung aufgeführten Geschäftsvorfälle sind auch im Rahmen der Papierrechnung zu berücksichtigen. Zusätzlich zur Rechnung sind insbesondere folgende Unterlagen einzureichen:

- **Aufnahmeanzeige** spätestens 3 Arbeitstage nach der Aufnahme – zu senden an das DLZ Heilmittel in Schwandorf

- **Entlassanzeige** spätestens 10 Arbeitstage nach der Entlassung oder zusammen mit der Papierabrechnung – zu senden an das DLZ Heilmittel in Schwandorf

Anträge und ggf. Verlängerungsanträge für ambulante Rehabilitation sind weiterhin an die zuständige AOK Direktion zu senden bzw. für die ambulante Anschlussheilbehandlung an das jeweils zuständige DLZ Krankenhäuser.

Zusammen mit der Rechnung ist der vollständig ausgefüllte Bewilligungs- und Abrechnungsvordruck (Anlage 2) die Leistungsdokumentation (Anlage 3) sowie die Fahrtkostenerklärung einzureichen.

Anhang 2 zur Anlage 4a
gültig für die BKK

- Dieser Anhang wird zu gegebener Zeit ergänzt -

Anhang 3 zur Anlage 4a
gültig für die IKK Classic

Für den Datenaustausch nach § 301 Abs. 4 SGB V stehen Ihnen bei der IKK Classic folgende Ansprechpartner zur Verfügung.

Herr Michael Uhl Michael.Uhl@ikk-classic.de
Herr Tom Müller Tom.Mueller@ikk-classic.de

Anhang 4 zur Anlage 4a
gültig für die KNAPPSCHAFT

Die Kommunikations-/Kontaktdaten der KNAPPSCHAFT zum Datenaustausch mit Reha-Einrichtungen gemäß § 301 Abs. 4 SGB V lauten folgendermaßen:

IK der KNAPPSCHAFT: **109905150**

Anschrift: Knappschaftstr. 1
44789 Bochum

Ansprechpartner: Abteilung Rehabilitation
knappschaft-reha-dta-kv@kbs.de

DV-Verbindungsstelle
oscare_stationaer@kbs.de

Datenannahmestelle
(u.a. Prüfung/Anforderung von Dateinummern)
dav_ik@kbs.de

Datenaustausch-Mail: **301@bitmarck-daten.de**

Anhang 5 zur Anlage 4a
gültig für die SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse

Meldungen per Papier

Werden den Krankenkassen, die nach § 301 SGB V zu übermittelnden Daten aus Gründen, die der Leistungserbringer selbst zu vertreten hat, nicht elektronisch übermittelt, haben die Krankenkassen die Daten selbst zu erfassen. Die mit der Nacherfassung der Daten verbundenen Kosten sind dem Leistungserbringer durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu fünf Prozent des Rechnungsbetrages in Abzug zu bringen.

Für Leistungserbringer, die übergangsweise Papiermeldungen einreichen gilt die Rahmenvereinbarung über das Verfahren zur Abrechnung und Übermittlung von Daten zwischen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung und der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 301 Abs. 4 SGB V) auch für die Erstellung von Papiermeldungen.

Ansprechpartner/Empfänger ist das Reha-Kompetenzzentrum der SVLFG.