

## **Abrechnungsverfahren der Regionalkassen**

- (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). Die zur Abrechnung eingereichten Förder- und Behandlungspläne sind vom Leistungserbringer vollständig auszufüllen.
- (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 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 zum Zeitpunkt der Abgabe der Leistungen gültiges Institutionskennzeichen (IK), das bei der Abrechnung mit der Krankenkasse verwendet wird. Verfügt eine Einrichtung über mehrere „Nebenstellen“ ist für jede ein eigenes IK zu beantragen, sowie eine gesonderte Abrechnung zu erstellen. Zusammengefasste Abrechnungen über das IK des Hauptsitzes sind nicht zulässig.

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 Unbekannten oder bei der Leistungsabgabe ungültigem 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 oder vierteljährlich, im auf die Leistungserbringung folgenden Monat, als Sammelrechnung zu stellen. Die maschinell verwertbaren Daten sind an die von den Krankenkassen benannten Stellen zu liefern.

Die Eingangsdiagnostik kann nur im Rahmen der ersten Abrechnung erfolgen. Dazu ist der Original Förder- und Behandlungsplan (Anlage 3) einzureichen. Für die weiteren Abrechnungen ist eine – von den Einrichtungen erstellte Kopie des Behandlungsplanes – einzureichen.

Pro Behandlungsplan ist ein Datensatz zu erstellen. Die Aufteilung und Abrechnung eines Behandlungsplans nach den einzelnen Leistungsbereichen (KG/Ergo/Logo) ist nicht zulässig.

- (5) Zusätzlich zu den Förder- und Behandlungsplänen sind für jeden Versicherten ein Leistungsnachweis (Anlage 4c) und die Genehmigungsunterlagen (bei der Abrechnung von Behandlungsmaßnahmen und Teamgesprächen) der Abrechnung beizulegen.
- (6) Die zur Abrechnung eingereichten Förder- und Behandlungspläne müssen alle die in der Anlage 5 zu den Datenträgeraustausch-Richtlinien zu § 302 SGB V genannten Angaben enthalten. Die ICD 10 Verschlüsselung ist im Rahmen des Datenträgeraustauschs anzuliefern, sofern sie vom Arzt auf dem Förder- und Behandlungsplan angegeben ist. Werden auf einem Behandlungsplan vom Arzt mehrere ICD-Schlüssel angegeben, müssen diese auch in der Datenlieferung enthalten sein.

Aus diesem Grund sind die Diagnoseschlüssel (ICD-10) ab dem 01.04.2012 in dem neuen dafür geschaffenen Segment DIA anzugeben. Das Segment DIA kann mehrfach angeliefert werden, je nach Anzahl der vorhandenen Diagnosen auf dem Behandlungsplan.

- (7) 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. Das Feld „Bemerkungen“ ist nur bei Bedarf zu füllen.
- (8) Kinder, die eine heilpädagogische Tagesstätte besuchen, erhalten in der Regel keine Frühförderung. Hiervon ausgenommen sind sinnesbehinderte Kinder, soweit sie nicht spezielle Einrichtungen für Sinnesbehinderte besuchen. Für sinnesbehinderte Kinder gilt die Anlage 9. Ferner werden Kindern, die aufgrund der Diagnose die beschriebene Komplexleistung erhalten, für diese Diagnose keine zusätzlichen Heilmittel und keine medizinisch-therapeutischen Leistungen nach dem Rahmenvertrag über die Behandlung von behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindern und Jugendlichen in interdisziplinär tätigen heilpädagogischen Fördereinrichtungen gewährt.
- (9) Bei der Abrechnung sind ausschließlich die in der Vergütungsvereinbarung aufgeführten Positionsnummern zu verwenden.
- (10) Die Krankenkassen sind zur Zahlung der Rechnung nur verpflichtet, sofern eine Anspruchsberechtigung besteht.

- (11) Die Eingangsdiagnostik kann nicht erneut abgerechnet werden bei:
- Änderung des Kostenträgers
  - Unterbrechung der Behandlungen (z. B. aufgrund Krankheit, Urlaub)
  - gleichzeitiger Behandlung in anderer Einrichtung
  - weiterführende Behandlung in anderer Einrichtung (Wechsler)
- (12) 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, Behandlungspläne 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.
- (13) Die Krankenkasse behält sich vor, nicht korrekt gestellte Rechnungen unbezahlt abzuweisen.  
Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung. Es gelten die gesetzlichen Verjährungsfristen nach § 45 SGB I. Rückforderungen können verrechnet werden.

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 Behandlungspläne bei der von der Krankenkasse benannten Stelle. Werden Nachberechnungen gestellt, sind Kopien der Erstrechnung und des Behandlungsplans beizufügen.