

Anlage 7 -Datenträgeraustausch nach § 302 SGB V

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 nicht den Richtlinien nach § 302 SGB V entsprechen, können von den Krankenkassen abgewiesen werden. Die Abrechnung hat folgende Bestandteile:

- a) Abrechnungsdaten
- b) Urbelege

bei der Erstdiagnostik:

- Kopie der ärztlichen Verordnung im Original oder in Kopie
- Bestätigung der Eingangsdiagnostik (vergleiche Anlage 1a des IFF-Mustervertrages)

bei der Verlaufs-/Abschlussdiagnostik:

- Bestätigung der Verlaufs- oder Abschlussdiagnostik (vergleiche Anlage 1a des IFF-Mustervertrages)

bei den Fördereinheiten:

- Leistungsnachweis (Anlage 6 des IFF-Mustervertrages) in Fotokopie
- c) bei erstmaliger Abrechnung: Kopie des Bewilligungsbescheides des Eingliederungshilfeträgers
- d) Gesamtaufstellung (Gesamtrechnung, gegebenenfalls zusätzlich Sammelrechnung),
- e) Begleitzettel für Urbelege gemäß Anlage 4 der Richtlinie bei maschineller Abrechnung

2. Nach § 302 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit § 1 Nr. 1.9 der Richtlinien sind die Leistungserbringer der interdisziplinären Frühförderung nach § 46 SGB IX verpflichtet, die Abrechnungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Werden die Abrechnungen nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbare Datenträger übermittelt, haben die Krankenkassen gemäß § 303 Abs. 3 SGB V die Daten nach zu erfassen. Die durch die Nacherfassung entstehenden Kosten werden den betroffenen Leistungserbringern von den Krankenkassen durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 von Hundert des Rechnungsbetrages in Rechnung gestellt, falls der Leistungserbringer die Gründe für die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten hat.

3. Für den Abrechnungsverkehr ist das für den Leistungserbringer maßgebende Institutionskennzeichen (IK) zu verwenden, das von der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI) beim Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften e.V., Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin, vergeben wird. Das gilt auch, wenn die Abrechnung über eine Abrechnungsstelle erfolgt. Das IK ist auf der Rechnung durch Schriftgröße und Fettdruck deutlich hervorzuheben.
4. Zur Sicherstellung der Vergütung erbrachter Leistungen ist bei der Aufnahme des maschinellen Abrechnungsverfahrens vom Leistungserbringer zunächst eine Erprobungsphase mit den einzelnen Krankenkassen durchzuführen. In der Erprobungsphase erfolgt eine parallele Übermittlung von maschinellen Abrechnungsdaten sowie Papierabrechnungen nach dem bisherigen 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. Für die Dauer der Testphase ist die pauschale Rechnungskürzung im Sinne des Absatzes 2 ausgeschlossen.

Der Leistungserbringer kann die Erprobungsphase mit einer Krankenkasse beenden, wenn er der Daten annehmenden Stelle der Krankenkasse dreimal hintereinander technisch und inhaltlich einwandfreie maschinelle Daten übermittelt hat. Dies gilt dann als erfüllt, wenn die betreffende Krankenkasse dem Leistungserbringer keine Rückmeldung über Fehler in den Daten gibt.

Nach der Beendigung der Erprobungsphase werden vom Leistungserbringer ausschließlich maschinell verwendbare Datenträger übermittelt. Als maschinell verwertbar in diesem Sinne gelten dabei ausschließlich Daten auf elektronischen Datenträgern nach der technischen Anlage nach § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung. Die Daten sind durch die Kennung "ESOL" als "Echtdaten" zu kennzeichnen.

5. Zur Rechnungslegung sind die maschinell verwertbaren Daten an die von den Krankenkassen benannten Stellen zu liefern.
6. Die Krankenkassen werden nur syntaktisch einwandfreie Daten gemäß den Richtlinien annehmen. Fehlerhafte Datenlieferungen sowie nicht korrekt vom Leistungserbringer ausgefüllte Urbelege werden an den Absender mit einem entsprechenden Fehlerhinweis zurückgesendet.
7. Die rechnungsbegründenden Unterlagen nach Nummer 1 Buchstaben b bis d sind jeweils zeitgleich mit der Rechnungslegung (Übermittlung der maschinellen Abrechnungsdaten nach Nummer 1 Buchstabe a) zu liefern. Die Unterlagen sind in der in den Richtlinien (§ 4) beschriebenen Sortierreihenfolge zu übermitteln.

8. Bei maschineller Abrechnung ist den rechnungsbegründenden Unterlagen ein Begleitzettel gemäß Nummer 1 Buchstabe e beizufügen.
9. Die Abrechnungsdaten müssen mindestens folgende Inhalte aufweisen:
 - IK des Zugelassenen (§ 5 Abs. 3 der Richtlinie),
 - Abrechnungspositionsnummer (gemäß Anlage 5) sowie Faktor der abgegebenen Leistung(en),
 - Rechnungs- und Belegnummer.
10. In der Abrechnung ist der in der jeweils geltenden Fassung der Vergütungsvereinbarung (Anlage 5) festgelegte 7-stellige Schlüssel „Leistungserbringergruppe“ (AC/TK) anzugeben. Unter diesem Schlüssel dürfen ausschließlich die von der Vergütungsvereinbarung umfassten Leistungen abgerechnet werden. Bei der Abrechnung sind ausschließlich die in der Vergütungsvereinbarung aufgeführten 7-stelligen Abrechnungspositionsnummern zu verwenden.
11. Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die Krankenkasse dem Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen oder die Datensätze unbezahlt zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben. Eine Abweisung der Gesamtabrechnung ist nur bei den folgenden Fehlern möglich:
 - Fehler in Datei und Dateistruktur (Technische Anlage 1 der Richtlinie),
 - Fehler in der Syntax (Technische Anlage 1 der Richtlinie),
 - Fehler bei Datenelementinhalten (Technische Anlage 1 der Richtlinie),
 - Nichtbeachtung der Regelungen zur Kennzeichnung und Sortierung der Urbelege,
 - nicht ordnungsgemäße oder fehlerhafte Angaben auf den Urbelegen,
 - Nichtbeachtung der inhaltlichen Mindestanforderungen an den Begleitzettel für Urbelege (Anlage 4 der Richtlinien nach § 302 SGB V).
12. Beanstandungen müssen innerhalb von zwölf Monaten nach Rechnungseingang schriftlich geltend gemacht werden. Rückforderungen können - auch ohne Einverständnis des Leistungserbringers - 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 Leistungserbringers vor.
13. Als Rechnungseingangsdatum nach § 13 Abs. 4 des IFF-Mustervertrages gilt bei elektronischer Datenübermittlung bzw. bei Übermittlung auf maschinell verwertbaren Datenträgern der Tag des Eingangs der vollständigen Abrechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Krankenkassen benannten Stellen.

Anhang

Richtlinie der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit „Sonstigen Leistungserbringern“ sowie Hebammen und Entbindungspflegern in der Fassung vom 20.11.2006.