

Ergänzungsvereinbarung
„Elektronisches Abrechnungsverfahren vom 01.01.2015“
zur Vereinbarung zur Durchführung und Vergütung des Rehabilitationssports
vom 01.01.2012

zwischen dem

Behinderten-und Rehabilitationssport-Verband Rheinland-Pfalz e. V., 56075 Koblenz,

Landessportbund Rheinland-Pfalz e. V., 55116 Mainz,

Landesverband für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen
Rheinland-Pfalz e. V., 56068 Koblenz

Leistungserbringergruppenschlüssel 61 09 100

(nachfolgend Trägerverbände genannt)

und den Landesverbänden der Krankenkassen

AOK Rheinland-Pfalz/ Saarland - Die Gesundheitskasse, Eisenberg

BKK Landesverband Mitte, Hannover

IKK Südwest, Saarbrücken

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als
landwirtschaftliche Krankenkasse, Kassel

(nachfolgend „Krankenkassenverbände“ genannt)

wird folgende Ergänzungsvereinbarung geschlossen:

§ 1 Gegenstand der Ergänzungsvereinbarung

- (1) Die Ergänzungsvereinbarung regelt die Einzelheiten des Verfahrens für die Abrechnung vereinbarter Leistungen zwischen den anerkannten Rehabilitationssportgruppen (nachfolgend Leistungserbringer genannt) und den Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern (Elektronisches Abrechnungsverfahren). Sie ersetzt die Abrechnungsregelung in § 11 der Vereinbarung zur Durchführung und Vergütung des Rehabilitationssports vom 01.01.2012.
- (2) Das elektronische Abrechnungsverfahren gilt für Abrechnungen der Leistungserbringer nach dem 31.12.2014.
- (3) Grundlage dieser Ergänzungsvereinbarung ist § 302 SGB V.

§ 2 Abrechnungsregelung

- (1) Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit „Sonstigen Leistungserbringern“ sowie mit Hebammen und Entbindungspflegern (§ 301 a SGB V) (im Folgenden Richtlinien¹ genannt) in der jeweils aktuellen Fassung. Abrechnungen, die diesen Richtlinien nicht entsprechen, werden von den Krankenkassen abgewiesen.
- (2) Die Abrechnung hat folgende Bestandteile:
 - a. Abrechnungsdaten mit Angabe der Positionsnummern,
 - b. Urbelege (Verordnungsblätter, Teilnahmebestätigungen einschließlich der vollständigen Angaben im Abrechnungsteil, jeweils im Original),
 - c. Ggf. Leistungszusagen der Krankenkasse im Original,
 - d. Gesamtaufstellung der Abrechnung (Gesamtrechnung, ggf. Sammelrechnung),
 - e. Begleitzettel für Urbelege (bei maschineller Abrechnung).
- (3) Nach § 302 Abs. 1 SGB V sind die Leistungserbringer verpflichtet, den Krankenkassen die Abrechnung im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Werden die Abrechnungen nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenträger übermittelt, haben die Krankenkassen gem. § 303 Abs. 3 SGB V die Daten nachzuerfassen.
- (4) Die durch die Nacherfassung entstehenden Kosten stellen die Krankenkassen den betroffenen Leistungserbringern durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 v. H. des Rechnungsbetrags in

¹ http://www.gkv-datenaustausch.de/media/dokumente/leistungserbringer_1/sonstige_leistungserbringer/Richtlinien-Text_061120.pdf

Rechnung, falls der Leistungserbringer die Gründe für die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten hat. Die pauschale Rechnungskürzung ist bei Rechnungen, die nach dem 31.01.2015 eingehen (Eingangsstempel), möglich. Bei Rechnungen, die nach dem 31.12.2014 erbrachte Leistungen enthalten, gilt für den gesamten Rechnungsbetrag die pauschale Rechnungskürzung nach Satz 1.

- (5) Zur Sicherstellung der Vergütung erbrachter Leistungen hat der Leistungserbringer bei der Aufnahme des elektronischen Abrechnungsverfahrens zunächst eine Erprobungsphase mit den einzelnen Krankenkassen durchzuführen. In dieser Erprobungsphase erfolgt eine parallele Übermittlung von elektronischen Abrechnungsdaten sowie Papierabrechnungen nach dem bisherigen Abrechnungsverfahren. Dabei sind die elektronischen Daten mit der Kennung „TSOLO“ als Erprobungsdaten mit dem Testindikator „1“ zu kennzeichnen. Die elektronischen Abrechnungsdaten und die Papierabrechnungen müssen identisch und vergleichbar sein.

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

Nach Beendigung der Erprobungsphase übermittelt der Leistungserbringer ausschließlich maschinell verwertbare Datenträger. Als maschinell verwertbar in diesem Sinne gelten dabei ausschließlich Daten auf elektronischen Datenträgern nach der Technischen Anlage zu den Richtlinien. Die Daten sind durch die Kennung „ESOL“ als „Echtdaten“ zu kennzeichnen.

- (6) Die gemäß den Richtlinien maschinell verwertbaren Daten sind an die von den Krankenkassen benannten Stellen innerhalb von zwölf Monaten nach Abschluss der verordneten Leistung zu liefern. Nach Ablauf dieser Frist entfällt der Anspruch auf Bezahlung.

Es werden nur syntaktisch einwandfreie Daten gemäß den Richtlinien angenommen. Fehlerhaften Datenlieferungen werden an den Absender mit einem entsprechenden Fehlerhinweis zurückgesendet. Elektronische Abrechnungen auf anderen als nach den Richtlinien definierten Wegen dürfen die Krankenkassen zurückweisen.

- (7) Die rechnungsbegründenden Unterlagen nach § 2 Abs. 1 Buchstabe b) (Urbelege) und d) (Leistungszusagen) der Richtlinien sind jeweils zeitgleich mit der Rechnungslegung (Übermittlung der elektronischen 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. Den rechnungsbegründenden Unterlagen ist bei maschineller Abrechnung ein Begleitzettel gem. § 2 Abs. 1 Buchstabe f) der Richtlinien beizufügen.

(8) Der Leistungserbringer trägt die folgenden Angaben auf der Teilnahmebestätigung auf:

- Endabrechnung oder Nummer der Zwischenabrechnung mit Angabe des Datums der letzten Zwischenabrechnung und der bislang abgerechneten Einheiten,
- Sechsstellige Abrechnungspositionsnummer,
- Anzahl der Übungsveranstaltungen,
- vereinbarter Vergütungssatz,
- Gesamtbetrag,
- Bankverbindung des Leistungserbringers,
- Institutionskennzeichen des Leistungserbringers,
- Rechnungs-und/oder Belegnummer.

(9) Die Abrechnung erfolgt grundsätzlich nach Erfüllung des jeweiligen Leistungsumfangs (§ 6 der Vereinbarung über die Durchführung und Vergütung des Rehabilitationssports vom 01.01.2012). Die Leistungserbringer können verlangen, dass jeweils zum 30.6. und 31.12. eine Zwischenabrechnung durchgeführt wird. Der ersten Zwischenabrechnung sind die Verordnung, die Leistungszusage der Krankenkasse und die Teilnahmebestätigung beizufügen, bei weiteren Zwischenabrechnungen Fotokopien dieser rechnungsbegründenden Unterlagen.

In der Abrechnung ist der von der Krankenkasse festgelegte siebenstellige Schlüssel „Leistungserbringergruppe“² anzugeben. Unter diesem Schlüssel dürfen ausschließlich die von der Vergütungsvereinbarung (Anlagen 1a und 1b der Vereinbarung zur Durchführung und Vergütung des Rehabilitationssports vom 01.01.2012) umfassten Leistungen abgerechnet werden.

Bei der Abrechnung sind ausschließlich die in der jeweils geltenden Fassung der Vergütungsvereinbarung aufgeführten sechsstelligen Abrechnungspositionsnummern zu verwenden.

(10) 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 folgenden Fehlern möglich:

- a. Fehler in Datei und Dateistruktur (Technische Anlage 1),
- b. Fehler in der Syntax (Technische Anlage 1),
- c. Fehler bei Datenelementinhalten (Technische Anlage 1),
- d. Nichtbeachtung der Regelungen zur Kennzeichnung und Sortierung der Urbelege,
- e. Nicht ordnungsgemäße oder fehlerhafte Angaben auf den Urbelegen,
- f. Nichtbeachtung der inhaltlichen Mindestanforderungen an den Begleitzettel für Urbelege (Anlage 4 der Richtlinie). Beanstandungen müssen innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungseingang schriftlich geltend gemacht werden. Rückforderungen können – auch ohne

² Vgl. Deckblatt S. 1

Einverständnis des Leistungserbringers – mit der nächsten Abrechnung verrechnet werden und sind ab der Prüfstufe IV der Technischen Anlage 1 (Prüfung im Fachverfahren der einzelnen Krankenkasse) von der Krankenkasse zu begründen. Spätere Rückforderungen können nur mit dem Einverständnis des Leistungserbringers verrechnet werden, es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung des Leistungserbringers vor. Fälligkeit tritt in diesen Fällen nicht ein und eine Verzinsung kann nicht erfolgen.

- (11) Die Bezahlung der Rechnungen bei elektronischer Datenübermittlung bzw. bei Übermittlung auf maschinell verwertbaren Datenträgern erfolgt innerhalb von vier Wochen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (elektronische 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.
- (12) Überträgt ein Leistungserbringer die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat der Leistungserbringer über die Trägerverbände die Krankenkasse unter Angabe des Institutionskennzeichens, unter dem die Abrechnungsstelle die Rechnungslegung vornimmt, zu informieren. Das Ende des Auftragsverhältnisses ist der Krankenkasse gesondert mitzuteilen.
- (13) Abrechnungsstellen liefern die Abrechnung ausschließlich im Wege der maschinell verwertbaren Datenübermittlung nach Absatz 3.
- (14) Der Leistungserbringer ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch die Abrechnungsstelle verantwortlich. Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Absatz 12 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 den Leistungserbringer auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist dem jeweiligen Trägerverband vorzulegen.
- (15) Hat der Leistungserbringer der Abrechnungsstelle eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an die Abrechnungsstelle für die Krankenkasse mit Schuld befreiender Wirkung. Wird der Abrechnungsstelle die Inkasso-Vollmacht entzogen, ist dies der Krankenkasse durch Einschreiben-Rückschein, Fax oder Email zur Kenntnis zu bringen. Die Schuld befreiende Wirkung der Zahlung der Krankenkasse an die Abrechnungsstelle entfällt drei Arbeitstage nach Eingang der Mitteilung über den Entzug der Inkasso-Vollmacht.

§ 3
Inkrafttreten

Diese Ergänzungsvereinbarung tritt am 01.01.2015 in Kraft. Sie wird auf unbestimmte Zeit geschlossen und kann unter Einhaltung einer Frist von sechs Monaten zum Schluss eines Kalenderjahres schriftlich gekündigt werden.

§ 4
Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung nichtig sein oder durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieser Ergänzungsvereinbarung im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vereinbarungspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen.

Koblenz, Mainz, Eisenberg, Hannover, Saarbrücken, Kassel, den

Behinderten- und Rehabilitationssport-
Verband Rheinland-Pfalz e. V., Koblenz

Landesverband für Prävention und
Rehabilitation e. V., Koblenz

Christiane Firk
Bevollmächtigte des Vorstands

Landessportbund Rheinland-Pfalz, Mainz

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland-
Die Gesundheitskasse, Eisenberg

BKK Landesverband Mitte, Hannover

IKK Südwest, Saarbrücken

Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau (SVLFG), Kassel