

Arbeitsgemeinschaft
der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

AOK-Bundesverband, Bonn-Bad Godesberg
BKK Bundesverband, Essen
IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach
See-Krankenkasse, Hamburg
Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel
Knappschaft, Bochum
Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg
AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg

**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)**

vom 9. Mai 1996, in der geänderten Fassung vom 20. November 2006

Federführend für die Spitzenverbände der Krankenkassen:

 **iKK** Bundesverband

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)

in der geänderten Fassung vom 9. Mai 1996
(veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 112 vom 20. Juni 1996)

- Geändert durch Beschluss vom 27. August 1996 (veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 182 vom 26. September 1996)
- Geändert durch Beschluss vom 4. November 1996 (veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 218 vom 21. November 1996)
- Geändert durch Beschluss vom 18. August 1997 (veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 184 vom 1. Oktober 1997)
- Geändert durch Beschluss vom 11. Oktober 2000
- Geändert durch Beschluss vom 13. März 2003
- Geändert durch Beschluss vom 15. Dezember 2003
- Geändert durch Beschluss vom 20. November 2006

Präambel

Nach § 302 Abs. 1 in Verbindung mit § 303 Abs. 3 SGB V sind die Leistungserbringer im Bereich der Heil- und Hilfsmittel und die weiteren Leistungserbringer (sowie die beauftragten Abrechnungszentren) verpflichtet, den Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis in der Abrechnung zu bezeichnen und den Tag der Leistungserbringung sowie die Arztnummer des verordnenden Arztes und die Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 10 SGB V anzugeben. Die Richtlinien sind in den Leistungs- und Lieferverträgen zu beachten.

Nach § 301 a SGB V in Verbindung mit § 134 SGB V sind die Hebammen und Entbindungspfleger verpflichtet, den Krankenkassen die für die Abrechnung vorgeschriebenen Angaben im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern nach diesen Richtlinien zu übermitteln.

Ziel dieser Richtlinien ist es, das Abrechnungsverfahren bundesweit zu standardisieren und die Abrechnung auf maschinell verwertbaren Datenträgern zu organisieren. Sie bestimmen das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens der „Sonstigen Leistungserbringer“ sowie der Hebammen und Entbindungspfleger.

§ 1 Definition der Beteiligten

Beteiligte im Sinne dieser Richtlinien sind:

1. „Sonstige Leistungserbringer“
 - 1.1 Leistungserbringer von Heilmitteln (§ 124 SGB V),
 - 1.2 Leistungserbringer von Hilfsmitteln sowie nichtärztlichen Dialysesachleistungen (§ 126 SGB V),
 - 1.3 Leistungserbringer von häuslicher Krankenpflege und Haushaltshilfe (§ 132 SGB V, § 132 a SGB V),
 - 1.4 Leistungserbringer von Krankentransportleistungen (§ 133 SGB V),
 - 1.5 Betriebshilfe (§ 9 KVLG 1989),
 - 1.6 Direktlieferanten von Arznei- und Verbandmitteln (einschließlich von Sprechstundenbedarf),

Die Abrechnung der Direktlieferanten von Arznei- und Verbandmitteln und von Sprechstundenbedarf erfolgt entsprechend dem Verfahren gemäß der Vereinbarung über die Übermittlung von Daten im Rahmen der Arzneimittelabrechnung gemäß § 300 SGB V zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Deutschen Apothekerverband e.V.. Die Vereinbarung nach § 300 SGB V kann von den in Satz 1 genannten Direktlieferanten auch für die Abrechnung von Hilfsmitteln unter Angabe der Hilfsmittelpositionsnummer gemäß § 139 SGB V angewendet werden.

- 1.7 Leistungserbringer von Soziotherapie (§ 132 b SGB V),
 - 1.8 Leistungserbringer von ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten (§ 23 Abs. 2 SGB V).
 - 1.9 Weitere „Sonstige Leistungserbringer“ (z.B. Kontaktlinsen abgebende Augenärzte) rechnen analog dieser Richtlinien ab. Das Nähere ist entsprechend zu vereinbaren
2. Hebammen und Entbindungspfleger (§ 301 a SGB V).

§ 2 Bestandteile der Abrechnung

(1) Die Abrechnung hat folgende Bestandteile:

- a) Abrechnungsdaten
- b) Urbelege nach § 3 der Richtlinien in Verbindung mit Anlage 5 (z. B. Verordnungsblatt/-blätter, Berechtigungs- bzw. Reparaturschein(e) jeweils im Original), (Leistungen, für deren Abgabe/Abrechnung einer der vorgenannten Urbelege nicht vorgeschrieben ist, müssen mit den jeweils vereinbarten Urbelegen abgerechnet werden.)

- c) ggf. Images soweit gemäß § 4 Abs. 4 vereinbart,
 - d) ggf. Leistungszusage(n) der Krankenkassen (z. B. Kostenvoranschlag) im Original,
 - e) Gesamtaufstellung (Gesamtrechnung, ggf. zusätzlich Sammelrechnung),
 - f) Begleitzettel für Urbelege gemäß Anlage 4 bei maschineller Abrechnung.
- (2) Für Anspruchsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylBLG), dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie für Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer gesetzlicher Krankenversicherungsträger betreut werden, ist eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform auf Anforderung der Krankenkasse zu erstellen. Die Verordnung(en) ist/sind der monatlichen Abrechnung stets gesondert beizufügen.

§ 3 Inhalte der Urbelege

Die Daten/Angaben, welche die ärztlichen Verordnungsblätter sowie Berechtigungs-/Reparaturscheine enthalten müssen, werden in der Anlage 5 zu diesen Richtlinien näher definiert.

§ 4 Kennzeichnung und Sortierung der Urbelege

(1) **Kennzeichnung:**

Auf jedem Urbeleg (z. B. Verordnungsblatt¹, Berechtigungs- oder Reparaturschein bzw. Kostenvoranschlag) ist die entsprechende Rechnungsnummer auf der Vorderseite oben rechts aufzutragen, es sei denn, der Urbeleg sieht ein entsprechendes Feld vor. Zusätzlich ist jeder Urbeleg mit einer eindeutigen Nummer (Belegnummer) des Abrechnungsfalls zu versehen, die innerhalb einer Gesamtrechnung die Identifizierung des Urbelegs sicherstellt. Die Belegnummer innerhalb einer Gesamtrechnung muss der eindeutigen Nummerierung im Datensatz entsprechen. Gleiches gilt für die Kennzeichnung von Images gemäß Anhang 4 zur Anlage 1.

(2) **Sortierung:**

Die Urbelege/Images sind in der Reihenfolge der innerhalb einer Rechnung (Gesamtrechnung) verwendeten Belegnummern anzuliefern. Das heißt, die Sortierung der Urbelege/Images ist identisch mit der Sortierung der Datensätze innerhalb einer Datei. Für die Übermittlung der Urbelege ist ein Begleitzettel gemäß Anlage 4 auszufüllen und mitzuschicken.

¹ *Im Vordruckmuster 16 kann die "Rechnungsnummer/Belegnummer" auch im Feld "Apotheken-Nummer/IK" aufgedruckt werden.*

- (3) Abrechnungsstellen mit Inkassovollmacht rechnen unter einer Sammelrechnungsnummer je Kostenträger und je Leistungsbereich (z.B. Heilmittel, Hilfsmittel, nicht-ärztliche Dialysesachleistung, Krankentransport, Hebammen, ambulanten Rehabilitation, ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, Betriebshilfen, etc.) ab. Die Urbelege sind je Leistungserbringer unter der entsprechenden Einzelrechnungsnummer zu einem Block zusammenzufassen (Gesamtrechnung). Absätze 1 und 2 gelten entsprechend.
- (4) Die Übermittlung von Images bedarf der vorherigen Vereinbarung mit den Krankenkassen. Das organisatorische und technische Verfahren der Imageübermittlung wird im Anhang 4 zur Anlage 1 geregelt.

§ 5 Abrechnungsdaten

- (1) Die Daten sind der Technischen Anlage (Anlage 1) in Verbindung mit den Schlüsselverzeichnissen der Anlage 3 und den Inhalten der Verordnung (Anlage 5) zu entnehmen und entsprechend der Technischen Anlage zu übermitteln.
- (2) Die vertraglich vereinbarten Leistungen werden entsprechend den nachfolgenden Bundeseinheitlichen Positionsnummernverzeichnissen sowie dem Hilfsmittelverzeichnis (§ 139 SGB V) verschlüsselt. Die Abrechnungspositionsnummern sind im Rahmen des Abrechnungsverfahrens abhängig von der Art der abgegebenen Leistung nach
 - dem Bundeseinheitlichen Heilmittelpositionsnummernverzeichnis,
 - dem Bundeseinheitlichen Positionsnummernverzeichnis für nichtärztliche Dialysesachleistungen,
 - dem Bundeseinheitlichen Positionsnummernverzeichnis für Krankentransportleistungen,
 - dem Bundeseinheitlichen Positionsnummernverzeichnis für Leistungen der häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe,
 - dem Bundeseinheitlichen Positionsnummernverzeichnis gemäß der Hebammenhilfe-Vergütungsvereinbarung,
 - dem Positionsnummernverzeichnis für Betriebshilfe,
 - dem Bundeseinheitlichen Positionsnummernverzeichnis für Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Rahmen von ambulanten Vorsorgekuren,
 - dem Bundeseinheitlichen Positionsnummernverzeichnis für Leistungen der medizinischen ambulanten Rehabilitation sowie für ergänzende Leistungen zur Rehabilitation,
 - dem Bundeseinheitlichen Positionsnummernverzeichnis für sonstige Leistungen,
 - dem Bundeseinheitlichen Positionsnummernverzeichnis für soziotherapeutische Leistungenanzugeben.
- (3) Den Daten für die Abrechnung ist das am Leistungsabgabetag gültige Institutionskennzeichen (IK) des Leistungserbringers hinzuzufügen. Für jede Praxisniederlassung bzw. Filiale ist ein eigenes IK anzugeben.

§ 6

Gesamtaufstellung (Gesamtrechnung, Sammelrechnung)

- (1) Die Gesamtaufstellung (Gesamtrechnung, Sammelrechnung) muss pro Kostenträger und je Leistungsbereich (z.B. Heilmittel, Hilfsmittel, nichtärztliche Dialysesachleistung, Krankentransport, Hebammen, ambulanten Rehabilitation, ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, Betriebshilfen, etc.) nach den vorgegebenen Aufteilungen erstellt werden.
- (2) Die Inhalte für die Gesamtrechnung (Abrechnung je Leistungserbringer je Institutionskennzeichen der Krankenkasse von der Krankenversichertenkarte bzw. von der ärztlichen Verordnung) nach § 2 Absatz 1 Buchstabe e) sind der Technischen Anlage (SLGA) in Verbindung mit den Schlüsselverzeichnissen der Anlage 3 zu entnehmen und entsprechend der Technischen Anlage zu übermitteln.
- (3) Die Inhalte für die Sammelrechnung (obligat für Abrechnungsstelle mit Inkassovollmacht: Zusammenfassung der Gesamtrechnungen je Kostenträger) nach § 2 Abs. 1 Buchstabe e) sind der Technischen Anlage (SLGA) in Verbindung mit den Schlüsselverzeichnissen der Anlage 3 zu entnehmen und entsprechend der Technischen Anlage zu übermitteln.

§ 7

Abrechnungsverfahren

- (1) Soweit die Leistung/en gemäß der vertragsärztlichen Verordnung bzw. des Berechtigungs- und Reparaturscheins vollständig erbracht wurde/n, ist/sind sie - soweit in Verträgen nichts anderes geregelt ist - einmal monatlich je Leistungserbringer-Institutionskennzeichen mit der Krankenkasse abzurechnen; dies gilt auch für Abrechnungszentren. Wird mehr als ein Abrechnungsfall eines Leistungserbringers für einen Leistungsbereich mit demselben Rechnungsdatum abgerechnet, sind die Abrechnungsfälle in einer Rechnung zusammenzufassen.
- (2) Die Bezahlung der Rechnungen erfolgt - soweit in Verträgen nichts anderes geregelt ist - innerhalb von 4 Wochen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen. Die Frist für die Bezahlung der Rechnungen auf Basis der maschinell verwertbaren Daten (gemäß der Technischen Anlage 1 in Verbindung mit den Schlüsselverzeichnissen der Anlage 3) beginnt mit Eingang aller Abrechnungsunterlagen (vgl. § 2) bei der Krankenkasse oder einer von ihr benannten Stelle.
- (3) Die Bezahlung der Rechnungen über Hebammenleistungen, die während des Gültigkeitszeitraumes der Hebammenhilfe-Vergütungsvereinbarung erbracht werden, erfolgt entsprechend dem Vertrag nach § 134a SGB V über die Versorgung mit Hebammenhilfe.
- (4) Die Weiterleitung der Daten, Belege bzw. Images kann unter Beachtung der Vorschriften des § 80 SGB X auch an eine von den Krankenkassen mit der Datenverarbeitung beauftragte Stelle erfolgen.

- (5) Werden die von den Leistungserbringern den Krankenkassen zu übermittelnden Daten nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, haben die Krankenkassen die Daten nach zu erfassen. Der Leistungserbringer hat bei der Abrechnung die Vorgaben des § 2 Abs. 1 der Richtlinien zwingend zu berücksichtigen und die Papierabrechnung mit den Inhalten gemäß der §§ 5 und 6 zu übermitteln. Erfolgt die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung aus Gründen, die der Abrechner zu vertreten hat, haben die Krankenkassen die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten den betroffenen Abrechnern durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 % des Rechnungsbetrages in Rechnung zu stellen.

§ 8

Technische und organisatorische Form der Datenübermittlung

Die technische und organisatorische Form der Datenübermittlung sowie die notwendigen Berechtigungs- und Kontrollverfahren werden in den Anlagen zu diesen Richtlinien geregelt. Die Anlagen sind in der jeweils gültigen Fassung Bestandteile dieser Richtlinien und werden unabhängig von diesen fortgeschrieben:

- Anlage 1 (Technische Anlage),
- Anlage 2 (zur Zeit nicht besetzt),
- Anlage 3 (Schlüsselverzeichnisse),
- Anlage 4 (Begleitzettel für Urbelege),
- Anlage 5 (Inhalte der Urbelege).

§ 9

Inkrafttreten/Teilnahme

- (1) Die Richtlinien treten am 1. Juni 1996 in Kraft. Gleichzeitig treten die seit dem 1. Januar 1996 gültigen Richtlinien (veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 199 am 21. Oktober 1995, Seite 11 167-11 168) außer Kraft.
- (2) Die Datenübermittlung auf maschinell verwertbaren Datenträgern erfolgt seit 1. Januar 1997. Der Teilnahme geht im Einzelfall eine zweigleisige Erprobung mit einer konventionellen und einer maschinellen Datenübermittlung im Sinne dieser Richtlinien voraus.
- (3) Die Regelungen nach § 1 Nr. 1.6 für Direktlieferanten von Arznei- und Verbandmitteln sind ab dem 1. Januar 1997 anzuwenden.