

Anlage B.1 – Abrechnungsverfahren
zum Vertrag nach § 140a SGB V
zwischen der MGL Managementgesellschaft für Gesundheitsleistungen mbH
und der Krankenkasse

- a. Die Ärztlichen Leistungserbringer übermitteln ihre nach den Vorgaben des Hauptvertrages und seiner Anlagen erstellten Abrechnungsunterlagen jeweils bis zum fünften (5.) Werktag eines Quartals über das hierfür zur Verfügung gestellte Online-Abrechnungsportal. Alternativ kann ein Zusatzangebot zur Erfassung von papiergebundenen Abrechnungsbelegen durch Servicemitarbeiter genutzt werden, dessen Inanspruchnahme mit zusätzlichen Kosten verbunden sein kann.

Die Ärztlichen Leistungserbringer haben auf der Abrechnung die Diagnosen nach ICD-10 anzugeben. Eine spätere Verwendung des ICPC-2-Schlüssels bleibt vorbehalten.

Soweit der Krankenkasse mit der Abrechnung keine Abrechnungsdaten gemäß der technischen Anlage über den Datenaustausch nach § 295 Abs. 1b SGB V zur Verfügung gestellt werden, kann die Krankenkasse eine Rechnung unter Vorbehalt bezahlen. Die Krankenkasse wird die Abrechnungsstelle in diesem Fall ausdrücklich schriftlich darauf hinweisen, dass die Daten nicht der technischen Anlage entsprechen.

- b. Sind von einem Ärztlichen Leistungserbringer eingereichte Abrechnungsbelege unvollständig, unleserlich oder in einem nicht vereinbarten Format, nimmt die Abrechnungsstelle diese nicht an und fordert den Ärztlichen Leistungserbringer auf, diese zu ergänzen bzw. deutlich und leserlich auszufüllen bzw. in einem vereinbarten Dateiformat zu übersenden. Die vom Ärztlichen Leistungserbringer nachgebesserte oder die von ihm nicht fristgerecht eingereichte Abrechnung wird von der Abrechnungsstelle bei der Krankenkasse im folgenden Quartal zur Abrechnung eingereicht. Der Ärztliche Leistungserbringer erhält seine Honorarzahlung erst mit dem Honorar des nächsten abzurechnenden Quartals abzüglich der Bearbeitungsgebühr.
- c. Die beauftragte Abrechnungsstelle weist der Krankenkasse mit einer Quartalsrechnung gemäß der technischen Anlage über den Datenaustausch nach § 295 Abs. 1b SGB V die abgerechneten Leistungen aus und fordert auf der Grundlage der von den Ärztlichen Leistungserbringern eingereichten Abrechnungsunterlagen innerhalb von zwanzig (20) Werktagen nach Eingang der Abrechnungsunterlagen die Honorare bei der Krankenkasse an.
- d. Die Krankenkasse teilt der Abrechnungsstelle immer spätestens bis zum 15. des Monats gegebenenfalls Änderungen ihrer Krankenkassen-Stammdaten (Anlage C Ansprechpartner und Datenannahmestellen) mit. Wenn keine Änderungen vorhanden sind, erfolgt keine Meldung. Sollte die Krankenkasse gegen diese vertragliche Regelung schuldhaft verstoßen, haftet sie.
- e. Die beauftragte Abrechnungsstelle ist auch nach Erstellung der Quartalsrechnung innerhalb von zwölf (12) Monaten ab Rechnungslegung dazu berechtigt, Honorarkorrekturen gegenüber der Krankenkasse vorzunehmen.

- f. Die Bezahlung der Rechnung erfolgt innerhalb von vierzehn (14) Kalendertagen nach Zugang der maschinellen Abrechnungsdaten (EFN) bei der Krankenkasse, vorbehaltlich der Übersendung der fehlerfreien maschinellen Abrechnungsdaten (EFN) aus diesem Vertrag. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut. Zahlt die Krankenkasse nicht fristgerecht, fallen ab dem auf das Ende der Frist folgenden Tag zugunsten der Managementgesellschaft Verzugszinsen in Höhe von zwei (2) Prozentpunkten über dem Basiszins an (vgl. § 28 r SGB IV).
- g. Die Krankenkasse muss neben der Versicherungsnummer auch den Namen, Vornamen und das Geburtsdatum des Versicherten überprüfen, bevor eine Absetzung von Leistungen durch die Krankenkasse erfolgt.
- h. Die beauftragte Abrechnungsstelle leitet die Vergütung der Leistungen unter Abzug der Gebühren jeweils zu dem in der Teilnahmeerklärung Ärzte vereinbarten Zeitpunkt an die Ärztlichen Leistungserbringer weiter; sie kann mit eigenen Ansprüchen bzw. Ansprüchen der Krankenkasse gegen den Honoraranspruch des Ärztlichen Leistungserbringers aufrechnen.
- i. Ansprüche wegen Honorarkorrekturen sind vom Ärztlichen Leistungserbringer unmittelbar gegen die Krankenkasse zu richten, wenn sie nicht von der Abrechnungsstelle einvernehmlich mit der Krankenkasse zu regeln sind. Rückfragen zu Honorarabsetzungen durch die Krankenkasse beantwortet die Abrechnungsstelle, sofern diese eine entsprechende Kürzungsmitteilung der Krankenkasse erhalten hat.