

Gemeinsame Umsetzungsempfehlungen zum Korrekturverfahren im Heilmittelbereich

Nach Anlage 1 zur technischen Anlage für die maschinelle Abrechnung (elektronische Datenübermittlung) zu den 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 (§ 301a SGB V) müssen Rechnungen im Korrekturverfahren **ab 01.07.2020** verbindlich per DTA übermittelt werden.

Grundsatz: Für die Umsetzung des neuen Korrekturverfahrens wurden sogenannte Verarbeitungskennzeichen vorgegeben. Jede Rechnung muss somit ab sofort mit einem der folgenden Verarbeitungskennzeichen angeliefert werden:

- Verarbeitungskennzeichen 01 (VKZ 1) = Erstrechnung
- Verarbeitungskennzeichen 02 (VKZ 2) = Nachberechnung (z.B. Hausbesuch wurde bei der Erstrechnung versehentlich vergessen)
- Verarbeitungskennzeichen 03 (VKZ 3) = Zuzahlungsnachforderung
- Verarbeitungskennzeichen 04 (VKZ 4) = Einspruch nach Rechnungskürzung

Innerhalb einer Rechnung dürfen nicht verschiedene Verarbeitungskennzeichen genutzt werden. Somit ist je Verarbeitungskennzeichen eine eigene Rechnung zu übermitteln.

Damit falsch angelieferte Datensätze und damit verbundene Abrechnungsprobleme möglichst reduziert werden, sind nachfolgend Umsetzungsempfehlungen aufgelistet.

Stand: 19.01.2021

Änderungshistorie

Datum	Frage	Erläuterung
19.01.2021	Nr. 8	Zuzahlungskennzeichen „1“ ist laut TA noch nicht möglich, daher auf „2“ geändert. TA wird schnellst möglich angepasst, damit das ZuZ-KNZ „1“ auch angenommen werden kann.
19.01.2021	Nr. 11	Zuzahlungskennzeichen „1“ ist laut TA noch nicht möglich, daher auf „2“ geändert. TA wird schnellst möglich angepasst, damit das ZuZ-KNZ „1“ auch angenommen werden kann.
19.01.2021	Nr. 13	Kein Korrekturverfahren möglich, daher Vorgabe für die Zuzahlungsforderung angepasst.

	Anfrage	Erläuterung	Umsetzungsempfehlung
1	In welchen Fällen darf eine Nachforderung (VKZ 2) gestellt werden?		Der Leistungserbringer bzw. dessen Abrechnungszentrum darf immer dann eine Nachforderung (VKZ 2) stellen, wenn bei der Ursprungsrechnung (VKZ 1) etwas bei der Abrechnung vergessen wurde.
2	Muss bei Nachforderungen (VKZ 2) durch den Leistungserbringer zwingend ein Urbeleg der Abrechnung beigelegt werden? Oder reicht alleine der Datensatz aus?	Es handelt sich um Fälle, bei denen die Originalverordnungen der Krankenkasse bereits vorliegen, da sie bei der Ursprungsrechnung bereits mit angeliefert wurden.	In diesen Fällen kann die Nachforderung (VKZ 2) alleine über den Datensatz wieder eingereicht werden. Ein Urbeleg z.B. eine Kopie der Verordnung bedarf es nicht.
3	Wie muss bei von der Krankenkasse beanstandeten Belegen verfahren werden? Muss hier immer zwingend die Korrekturrechnung mit VKZ 4 gestellt werden?	Es handelt sich um Fälle, bei denen die Rechnung ganz oder in Teilen von der zuständigen Krankenkasse bemängelt wurde.	In diesen Fällen muss die Korrektur / der Einspruch gegen die Rechnungskürzung immer zwingend mit dem VKZ 4 eingereicht werden.
4	Muss bei Korrekturen / Einsprüchen zu beanstandeten Belegen (VKZ 4) durch den	Es handelt sich um Fälle, bei denen die Rechnung ganz oder in Teilen von der zuständigen Krankenkasse bemängelt wurde.	In diesen Fällen muss immer zwingend ein Urbeleg (z.B. die zurückgeschickte und geänderte Originalverordnung, Änderungen per Fax, nach-

	Leistungserbringer zwingend ein Urbeleg der Abrechnung beigelegt werden? Oder reicht alleine der Datensatz aus?		trüglich eingeholte Unterschriften vom Arzt / Patienten, Änderungen der Indikationsschlüssel / Diagnosegruppen etc.) zusätzlich zum DTA eingereicht werden. Die Urbelege sind für die Prüfung des Einspruches durch die Krankenkasse notwendig.
5	Wie muss mit Fällen umgegangen werden, bei denen für eine Verordnung zu viel abgerechnet wurde? Greift hier auch das neue Korrekturverfahren?	Es handelt sich um Fälle, bei denen im Datensatz eine falsche und teurere Positionsnummer abgerechnet wurde. z.B. Verordnet und vom Versicherten bestätigt wurde die KG (x0501) - Abgerechnet wurde die MT (x1201)	Diese Fallkonstellation ist nicht vom Korrekturverfahren umfasst. In diesen Fällen muss der Leistungserbringer bzw. das Abrechnungszentrum bei der jeweiligen Krankenkasse bzw. dessen Dienstleister die falsche Abrechnung melden (schriftlich oder telefonisch). Danach erfolgt eine Rechnungskürzung von Seiten der Krankenkasse.
6	Wie muss mit Fällen umgegangen werden, bei denen für eine Verordnung sowohl zu wenig abgerechnet wurde und etwas zu viel? (Mischkorrektur)	Es handelt sich um Fälle, bei denen im Datensatz eine falsche und günstigere Positionsnummer abgerechnet wurde. z.B. Verordnet und vom Versicherten bestätigt wurde die KG-ZNS (x0710) - Abgerechnet wurde die KG (x0501) Des Weiteren wurde für dieselbe Verordnung aber eine falsche und teurere Position für den Hausbesuch abgerechnet (z.B. Abgerechnet wurde die x9933, obwohl der Versicherte im Heim ist und lediglich die x9934 abgerechnet werden darf.)	In diesem Fall müssen beide Sachverhalte voneinander getrennt beurteilt werden: Die zu wenig abgerechneten Beträge bei der Hauptleistung müssen über das Verarbeitungskennzeichen „2“ per DTA neu eingereicht werden. Hier dürfen dann aber nur die Differenzbeträge in Rechnung gestellt werden. Die Nachforderung wird dann mit der eigentlich korrekten Positionsnummer (in diesem Beispiel die x0710) erfasst. Die zu viel abgerechneten Beträge beim Hausbesuch müssen wie bei Frage 5 der Krankenkasse

			bzw. deren Dienstleister gemeldet werden. Danach erfolgt eine Rechnungskürzung von Seiten der Krankenkasse.
7	Wie muss mit Fällen umgegangen werden, bei denen aus dem Absetzungsschreiben nicht alle wichtigen Informationen hervorgehen?	Es handelt sich um Teilabsetzungen, bei denen im Absetzungsschreiben nicht explizit der gekürzte Termin bzw. die Positionsnummer angegeben ist. In diesen Fällen ist die Korrekturrechnung (VKZ 4) ohne genaue Daten nicht möglich.	Sofern die Termine bzw. die Positionen nicht aus dem Absetzungsschreiben hervorgehen, muss der Leistungserbringer bzw. das Abrechnungszentrum bei der jeweiligen Krankenkasse bzw. deren Dienstleistern diese Informationen erfragen
8	Welche Sachverhalte sind mit dem Verarbeitungskennzeichen 3 im DTA abzurechnen?	Es handelt sich um folgende Fälle: 1) Der Versicherte hat im Nachgang – trotz (schriftlicher) Aufforderung – die Zuzahlung an den Leistungserbringer verweigert. 2) Der Versicherte ist zuzahlungsfrei und zahlt deswegen die geforderten Zuzahlungen nicht an den Leistungserbringer.	Das Verarbeitungskennzeichen 3 ist für <u>alle</u> Zuzahlungsforderungen zu verwenden. Der Grund, weshalb der Versicherte die Zuzahlung nicht an den Leistungserbringer gezahlt hat – ist nicht relevant. Somit gilt dies auch für die Fälle, bei denen der Versicherte zuzahlungsfrei ist und deswegen die geforderten Zuzahlungen nicht zahlt. Im DTA müsste bei diesen Fällen dann das Zuzahlungskennzeichen „2“ gesetzt werden.
9	Die technische Anlage sieht beim VKZ 3 nur die Fälle vor, wenn der	Es handelt sich um folgenden Fall: Der Versicherte ist zuzahlungsfrei und zahlt deswegen die geforderten Zuzahlungen	Auch in diesen Fällen muss ein Datensatz für die Nachforderung der Zuzahlungen gestellt werden.

	Versicherte die Zahlung der Zuzahlungen verweigert. Greift das Korrekturverfahren und die DTA-Pflicht auch für Fälle bei denen dem Leistungserbringer eine „Falschinformationen zu Zuzahlungspflicht“ vorliegt?	nicht an den Leistungserbringer. Der Leistungserbringer hat auf der Ursprungsrechnung (VKZ 1) dennoch die Zuzahlungen berechnet.	Diese Fälle müssen dann auch mit dem Verarbeitungskennzeichen 3 angeliefert werden. (Siehe auch Ausführungen zur Frage 8)
10	Mit welchem Verarbeitungskennzeichen müssen Fällen abgerechnet werden, bei denen die Krankenkasse wegen Zuzahlungen die Erstrechnung (VKZ 1) gekürzt hat und der Leistungserbringer die Zuzahlungen jedoch nicht vom Patienten erhält?	Es handelt sich um Fälle, bei denen der Leistungserbringer bzw. dessen Abrechnungszentrum bei der Erstrechnung (VKZ 1) keine Zuzahlungen berechnet hat. Der / die Versicherte ist jedoch nicht befreit und die Krankenkasse kürzt die Erstrechnung mit dem Grund, dass die Zuzahlungen nicht berechnet wurden. Der Leistungserbringer erhält die Zuzahlungen vom Versicherten aber <u>nicht</u> .	In diesen Fällen muss die Nachberechnung der Zuzahlungen auch mit VKZ 3 eingereicht werden. Da alle Nachforderungen, die sich auf die Zuzahlungen beziehen mit dem VKZ 3 abgerechnet werden müssen.
11	Muss bei Zuzahlungsforderung (VKZ 3) zwingend das Formu-	Es handelt sich um folgende Fälle: 1) Der Versicherte hat im Nachgang - trotz (schriftlicher) Aufforderung- die	Zu 1) In diesem Fall muss dem DTA als Urbeleg entweder das Formular „Zuzahlung verweigert“ oder das Schreiben an den Versicherten bezgl. der

	<p>Ist „Zuzahlung verweigert“ dem DTA beigelegt werden?</p>	<p>Zuzahlung an den Leistungserbringer verweigert.</p> <p>2) Der Versicherte ist zuzahlungsfrei und zahlt deswegen die geforderten Zuzahlungen nicht an den Leistungserbringer.</p>	<p>Zuzahlungsforderung (Erinnerung/ Mahnung) beigelegt werden.</p> <p>Zu 2) In diesem Fall ist ein Urbeleg nicht zwingend erforderlich. Bitte tragen Sie das Zuzahlungskennzeichen „2“ im DTA ein.</p> <p>Es ist jedoch wünschenswert, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Information über die Befreiung im Feld 6 „Raum für Mitteilungen an den Kostenträger“ eingetragen wird oder - ein zusätzlicher Hinweis auf einem Begleitzettel vorgenommen wird oder - die Kopie eines Befreiungsausweises beigelegt wird.
12	<p>Ist es vorgesehen, dass zusätzlich erforderliche Formulare (VKZ 3) ebenfalls als Mailanhang mit den Abrechnungsdateien geliefert werden können? Oder besteht ein alternativer "online"-Versandweg?</p>	<p>Es handelt sich um Fälle bei denen eine Zuzahlungsforderung mit VKZ 3 gestellt wird und ein Formular z.B. das Formular „Zuzahlung verweigert“ muss als Urbeleg der Krankenkasse geschickt werden.</p>	<p>Die Voraussetzungen der Übermittlung von Urbelegen hat sich mit dem Korrekturverfahren nicht geändert. Immer wenn zusätzlich zum Datensatz ein Urbeleg gefordert wird – muss dieser auch auf dem üblichen Weg der Krankenkasse bzw. deren Dienstleister zur Verfügung gestellt werden. In der Regel handelt es sich hier um den Postversand, es sei denn die entsprechende Krankenkasse akzeptiert auch jetzt schon einen digitalen Weg.</p>

13	<p>Was für ein Zuzahlungskennzeichen muss im DTA angeliefert werden, wenn auf der Ursprungsrechnung das Zuzahlungskennzeichen „3“ (pflichtig) angegeben ist und nur für ein Teil der Positionen / Termine die Zuzahlungen nachgefordert werden, weil hierfür eine Befreiung vorliegt?</p>	<p>Es handelt sich um Fälle, bei denen im Datensatz auf der Ursprungsrechnung (VKZ 1) für alle Positionen und Termine die Zuzahlungen berechnet wurden.</p> <p>Im Nachgang stellt sich heraus, dass der Versicherte für einen Teil der Termine befreit ist. (z.B. 3 Termine im Jahr 2019 – hierfür liegt eine Befreiung von den Zuzahlungen vor – und 3 Termine im Jahr 2020 – keine Befreiung)</p> <p>Oder</p> <p>Im Nachgang stellt sich heraus, dass eine Position nicht zuzahlungspflichtig ist. (z.B. Hausbesuch bei Heimbewohnern, Ergotherapeutische Schiene etc.)</p>	<p>Leider sieht die technische Anlage für diese Fallkonstellationen noch keine Möglichkeit der Abrechnung über das Korrekturverfahren vor. Dieser Sachverhalt wird noch einmal bewertet und dann ggf. in die technische Anlage aufgenommen.</p> <p>In diesen Fällen muss der Leistungserbringer bzw. das Abrechnungszentrum bei der jeweiligen Krankenkasse bzw. dessen Dienstleister die Zuzahlungsnachforderung per Papierrechnung stellen.</p>
14	<p>Wie muss mit Fällen umgegangen werden, in denen ein höherer Preis nachgefordert wird?</p>	<p>Es handelt sich um Fälle, bei denen in der Ursprungsrechnung zu niedrige Preise abgerechnet wurden.</p> <p>z.B. Abgerechnet wurde die x0501 (KG) mit jeweils 20,00 Euro pro Termin. Eigentlich wird die KG mit 21,11 Euro vergütet. Somit besteht eine Differenz von 1,11 Euro pro Termin, die nachberechnet werden soll.</p>	<p>In diesen Fällen ist die Nachberechnung der Differenzbeträge mit dem Verarbeitungskennzeichen „2“ im DTA anzuliefern.</p>

15	Dürfen zusätzlich zu betragsrelevanten Daten auch weitere Daten gegenüber der Originalrechnung abgeändert werden, die nicht betragsrelevant sind?	<p>Es handelt sich um Fälle, bei denen zusätzlich zu einer monetären Korrektur auch noch ein weiteres nicht monetäres Feld im DTA abgeändert werden muss. z.B. Indikationsschlüssel / Diagnosegruppe, Ausstellungsdatum der Verordnung, AC/TK etc.</p> <p>Weil diese nicht betragsrelevante Änderung eine Nachforderung / Korrekturrechnung rechtfertigt.</p>	Ja, es dürfen auch <u>nicht</u> betragsrelevante Daten in der Nachforderung (VKZ 2) bzw. Korrekturrechnung (VKZ 4) gegenüber der Ursprungsrechnung korrigiert werden, wenn dies für die Nachforderung / Korrekturrechnung entscheidend ist.
16	<p>Wie muss bei von der Krankenkasse beanstandeten Belegen verfahren werden, bei denen eine Nachforderung wegen anderer Sachverhalte vorgenommen werden soll? Was sind die korrekten Verarbeitungskennzeichen?</p>	<p>Es handelt sich um Fälle, bei denen die Rechnung in Teilen von der zuständigen Krankenkasse bemängelt wurde. Der Leistungserbringer bzw. dessen Abrechnungszentrum möchte für diesen Beleg etwas nachfordern – jedoch nicht den Sachverhalt der zur Kürzung geführt hat. Beispiel: Eine Abrechnungsposition wird abgesetzt, weil am Behandlungstag 30.03.2020 eine stationäre Krankenhausbehandlung stattfand. Der Leistungserbringer schickt nun zwei Korrekturrechnungen: 1) wegen eines abweichenden Vertragspreises fordert er den Differenzbetrag zu den</p>	<p>Für beide Fälle muss das Verarbeitungskennzeichen „2“ im DTA verwendet werden, da die beide Sachverhalte nichts mit der vorherigen Kürzung zu tun haben.</p> <p>Sind für ein und denselben Beleg mehrere Nachforderungen von verschiedenen Sachverhalten mit VKZ 2 notwendig (siehe Beispiel), dann kann alles zusammen in einem DTA angeliefert werden.</p>

		<p>bereits abgerechneten Positionen (nicht für den abgesetzten Behandlungstag 30.03.2020)</p> <p>2) da die Hausbesuchspositionen vergessen wurden, werden sie mit einer Korrektur nachgefordert (nicht für den abgesetzten Behandlungstag 30.03.2020)</p>	
17	<p>Wie muss bei von der Krankenkasse beanstandeten Belegen verfahren werden, bei denen für eine Verordnung sowohl ein Einspruch für die Rechnungskürzung und eine Nachforderung wegen eines anderen Sachverhaltes vorgenommen werden sollen? Was sind die korrekten Verarbeitungskennzeichen?</p>	<p>Es handelt sich um Fälle, bei denen die Rechnung ganz oder in Teilen von der zuständigen Krankenkasse bemängelt wurde. Der Leistungserbringer bzw. dessen Abrechnungszentrum möchte für diesen Beleg sowohl einen Einspruch gegen die Rechnungskürzung stellen und einen weiteren Sachverhalt nachfordern.</p> <p>Beispiel: Eine Abrechnungsposition x0501 wird abgesetzt, weil am Behandlungstag 30.03.2020 die Maßnahme nicht vom Versicherten bestätigt wurde. Der Leistungserbringer schickt nun zwei Korrekturrechnungen:</p> <p>1) Den Einspruch für den abgesetzten Behandlungstag 30.03.2020. Der Versicherte hat die Unterschrift nachgeholt.</p>	<p>Für den ersten Fall (der Einspruch) muss die x0501 für den Termin 30.03.2020 mit dem VKZ 4 angeliefert werden.</p> <p>Die Nachforderung der Hausbesuche muss separat in einem weiteren Datensatz mit VKZ 2 angeliefert werden.</p> <p>Hinweis: In diesem Fall muss der Einspruch (VKZ 4) vor bzw. zeitgleich mit der Nachforderung der Hausbesuche eingereicht werden, da ansonsten ggf. der 30.03.2020 nicht vergütet werden kann.</p>

		2) Da die Hausbesuchspositionen vergessen wurden, werden sie mit einer Korrektur nachgefordert (inkl. den abgesetzten Behandlungstag 30.03.2020)	
18	Was passiert, wenn die Nachforderungen / Zuzahlungsforderung (VKZ 2+3) vor der ursprünglichen Rechnung bei den Krankenkassen eingehen?	Es handelt sich um Fälle, bei denen die Nachforderungen / Zuzahlungsforderungen (VKZ 2+3) den Krankenkassen eher zur Verfügung stehen, als die dazugehörige Ursprungsrechnung (VKZ 1).	In diesen Fällen wird die Nachforderung (VKZ 2+3) von den jeweiligen Krankenkassen abgesetzt oder bereits von der Datenannahmestelle abgewiesen, da in beiden Fällen immer erst die Ursprungsrechnung (VKZ 1) vorliegen muss.
19	Soll das Feld „Einzelbetrag der Abrechnungsposition (vereinbarter Preis)“ auch für Anlieferung von Differenzbeträgen genutzt werden?	Bei verschiedenen Fallkonstellationen dürfen nur die Differenzbeträge in Rechnung gestellt werden, weil ein Teil des Betrages bereits bei der Ursprungsrechnung (VKZ 1) gezahlt wurde. Beispiel 1: Verordnet und vom Versicherten bestätigt wurde die KG-ZNS (x0710) - Abgerechnet wurde die KG (x0501). Die Differenz zwischen der KG und der KG-ZNS soll nachberechnet werden. Beispiel 2:	Der Differenzbetrag muss bei den Nachberechnungen per DTA im Feld „Einzelbetrag der Abrechnungsposition (vereinbarter Preis)“ pro Termin angegeben werden.

		Der Leistungserbringer bzw. dessen Abrechnungszentrum hat bei der Ursprungsrechnung (VKZ 1) versehentlich einen zu geringen Betrag pro Position abgerechnet.	
20	Ist das Korrekturverfahren auch für Belege, bei denen lediglich nicht betragsrelevante Daten abgeändert werden sollen, anzuwenden?	Es handelt sich um Fälle, bei denen lediglich ein Feld das nicht betragsrelevant ist angepasst werden soll. (Keine fehlenden Positionen/ Mengen, kein Einspruch) z.B. Diagnosegruppe, Diagnoseschlüssel, Arztnummer etc.	Diese Fallkonstellation ist nicht vom Korrekturverfahren umfasst. Es muss kein neuer Datensatz geliefert werden.