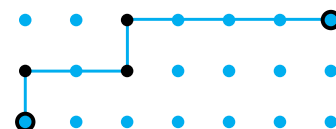


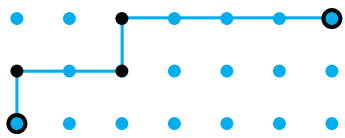


Informationsbroschüre

So funktioniert die elektronische Abrechnung von
Krankenfahrten mit den gesetzlichen Krankenkassen



Deutsches
Medizinrechenzentrum



Deutsches
Medizinrechenzentrum

Inhalt

Seite 2:
Wie alles begann

Einführungstermine und
Folgen bei Nichtbeachtung

Seite 3:
Möglichkeiten,
elektronisch abzurechnen

Seite 5:
Leistungserbringung:
Die Krankenfahrt und
der Transportschein

Seite 8
So wird abgerechnet

Seite 11
Rückläuferbearbeitung

Seite 12
Wie kommt das Geld
zum Leistungserbringer?

Seite 15
Fazit

1. Wie alles begann ...



Eins vorneweg: Dass Taxi- und Mietwagenunternehmen ihre Abrechnungen in elektronischer Form einreichen müssen, um ihre Kosten erstattet zu bekommen, haben sich nicht die Krankenkassen ausgedacht. Den Vorstoß machte im Jahre 1992 der Gesetzgeber, als er im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes die Krankenkassen dazu verpflichtete, Leistungen nur noch dann zu vergüten, wenn die eingereichten Datenträger maschinenlesbar oder maschinell verwertbar sind. Das Verfahren, welches dabei zum Tragen kommt, heißt Datenträgeraustausch, und ist auch unter der Abkürzung DTA bekannt.

Nach der Gesetzesänderung, die die elektronische Abrechnung zur Pflicht machte, zogen noch viele Jahre ins Land, ehe die Krankenkassen die Richtlinie letztendlich umsetzen konnten. So begann die Einführung der DTA-Pflicht für die Abrechnung von Krankentransporten erst im Frühjahr 2008 – zunächst in Niedersachsen. Weitere Bundesländer folgten und begannen die Umsetzung stets mit einer Erprobungsphase. Das bedeutet, dass in dieser Phase neben der elektronischen Abrechnung immer noch Papierabrechnungen eingereicht werden dürfen, ohne Rechnungskürzungen zu riskieren.

Wer mit der elektronischen Abrechnung nichts falsch machen möchte, findet hier die „Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit den Sonstigen Leistungserbringern“.

Wer mit der elektronischen Abrechnung nichts falsch machen möchte, findet hier die „Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit den Sonstigen Leistungserbringern“.

2. Einführungstermine und Folgen bei Nichtbeachtung



Da jede Krankenkasse selber für die Umsetzung der elektronischen Abrechnung zuständig ist, wurde diese gesetzliche Vorgabe nicht bundesweit einheitlich umgesetzt. Doch die DTA wurde nicht nur zu unterschiedlichen Terminen eingeführt. Auch die Dauer der Erprobungsphasen sowie die Höhe der Abzüge unterscheiden sich von Bundesland zu Bundesland. Mittlerweile setzen folgende Krankenkassen das Datenträgeraustausch-Verfahren für die Abrechnung von Krankentransporten um:*

Mittlerweile setzen folgende Krankenkassen das Datenträgeraustausch-Verfahren für die Abrechnung von Krankentransporten um:*

„Die DTA Einführungstermine unterscheiden sich von Krankenkasse zu Krankenkasse und von Bundesland zu Bundesland.“

„Wer nach der Einführung der DTA-Pflicht noch Papierbelege einreicht, dem drohen Rechnungskürzungen von bis zu fünf Prozent.“

Welche Krankenkasse?	Ab wann verbindlich?
AOK Niedersachsen	01.04.2008
AOK Rheinland/Hamburg	01.08.2008
AOK Hessen	01.09.2008
IKK Nordrhein	01.01.2009
AOK Baden-Württemberg	01.02.2009
AOK Westfalen-Lippe	01.06.2009
AOK Saarland	01.08.2009
AOK Plus (Thüringen)	01.08.2009
AOK Schleswig-Holstein	01.10.2009
AOK Mecklenburg-Vorpommern	01.01.2010
AOK Sachsen-Anhalt	01.01.2010
AOK Plus (Sachsen)	01.03.2010

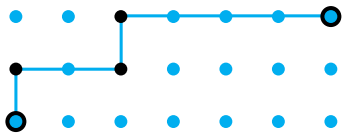
* Die Angaben sind ohne Gewähr. Auch Krankenkassen, die nicht aufgeführt sind, können die Pflicht zur elektronischen Abrechnung bereits eingeführt haben.

Obwohl die meisten Krankenkassen für die Abrechnung von Krankentransporten mittlerweile die elektronische Form fordern, sind sie verpflichtet, weiterhin Papierabrechnungen anzunehmen. Allerdings verursacht die aufwändige Nach Erfassung von Papierbelegen für die Kassen Mehrkosten, auf denen sie natürlich nicht sitzen bleiben wollen. Darüber hinaus muss sichergestellt sein, dass die Umsetzung der elektronischen Abrechnung flächendeckend durchgeführt wird. Aus diesem Grund geben die Krankenkassen die bei Einreichung von Papierbelegen entstehenden Mehrkosten an die Leistungserbringer weiter. Laut § 303 Absatz 3 SGB V können **bis zu fünf Prozent des Rechnungsbetrages gekürzt werden.**

3. Möglichkeiten, elektronisch abzurechnen

Die wenigsten wollen oder können eine Rechnungskürzung von fünf Prozent in Kauf nehmen. Am Anfang der Umstellung steht daher die Suche nach einer Lösung, um die Abrechnung rechtskonform durchzuführen. Für die Leistungserbringer ist dies mit der Frage verbunden: „Wie kann ich in Zukunft einfach und günstig abrechnen, behalte den Überblick über alle Posten und bekomme mein Geld schnell ausgezahlt?“

Für die Beantwortung dieser Frage gibt es verschiedene Möglichkeiten, zwischen denen sich Taxi- und Mietwagenunternehmer entscheiden können.



Deutsches
Medizinrechenzentrum

Abrechnungszentren



Es gibt zurzeit mehr als zehn Abrechnungszentren für die Abrechnung von Krankentransporten. Ein Abrechnungsdienstleister übernimmt die komplette Belegerfassung und Kommunikation mit den Krankenkassen.

Das funktioniert so: Der Leistungserbringer sendet seine Papierbelege an das Abrechnungszentrum, welches alle Daten über eine eigene Software erfasst und elektronisch mit den Krankenkassen abrechnet. Der Taxi- und Mietwagenunternehmer hat also selber keinen Kontakt zu den Krankenkassen; für ihn ist der Sachbearbeiter des Abrechnungszentrums zentraler Ansprechpartner. Der Vorteil für den Unternehmer ist, dass er die Abrechnungsdaten nicht selber eingeben muss. Dafür erhebt ein Abrechnungszentrum Gebühren zwischen 2,5 und acht Prozent der Bruttorechnungssumme – was recht kostspielig ist.

Abrechnungssoftware



Es gibt zurzeit über 30 Hersteller, die Software für die Abrechnung von Krankentransporten anbieten. Die Leistungsumfänge differieren, da sich eine Software meist aus unterschiedlichen Modulen zusammensetzt. Diese können neben der Abrechnung mit den Krankenkassen z. B. die komplette Fahrtenerfassung mit einschließen. Allerdings wird eine

Software auch umso teurer, je mehr Module angeschafft werden. Soll beispielsweise die Fahrtenerfassung oder ein integriertes Mahnwesen mit im Paket enthalten sein, kostet dies mehr als die reine Abrechnungssoftware. Zusätzlich zu den Kosten für die Software fallen gegebenenfalls noch Gebühren für Updates sowie Wartungskosten an. Diese Gebühren und Kosten sind je nach Anbieter sehr unterschiedlich. Es gibt auch Pakete, mit denen nur eine bestimmte Anzahl an Fahrten abgerechnet werden kann. Für jede weitere Fahrt muss dann extra gezahlt werden.

Aufgrund der hohen Kosten, des Aufwands für Installation und Einrichtung der Software sowie einer geringen Anzahl an Abrechnungsfällen lohnt sich die Anschaffung einer Abrechnungssoftware für kleine Unternehmen oft nicht.



Online abrechnen

Wer einfach abrechnen und gleichzeitig Kosten sparen möchte, kann dies über ein Internet-Portal tun. Zurzeit gibt es dafür einen Anbieter: Das Deutsche Medizinrechenzentrum (DMRZ). Dem Online-Portal des DMRZ liegt eine Software zugrunde, auf die mit fast allen Internetbrowsern zugegriffen werden kann. Es muss also

„Die elektronische Abrechnung kann Online, über Abrechnungszentren oder mit einer Software erfolgen“

keine Software auf dem eigenen PC installiert werden. Das System wird im Hintergrund regelmäßig aktualisiert und angepasst, um eine komfortable Eingabe zu gewährleisten und rechtlich sowie gemäß der Anforderungen der Krankenkassen immer auf dem aktuellen Stand zu sein. Zur Abrechnung ruft der Leistungserbringer einfach die Portalseite auf und meldet sich mit seinen Zugangsdaten im System an. Nun erfasst er alle Transportscheine und kann per Mausklick Rechnungen generieren, die elektronisch an die Krankenkassen übersendet werden.

Da keine Kosten für Software, Updates oder Support anfallen, zahlt der Taxiunternehmer nur 0,5 Prozent der Bruttorechnungssumme für den Abrechnungsvorgang. Die Gebühren für die Selbstabrechnung über das Internet liegen daher auch deutlich unter den Kosten für die Anschaffung einer Abrechnungssoftware. Einen ähnlich günstigen Tarif wie bei der Online-Abrechnung wird man auch bei einem Abrechnungszentrum nicht finden. **Wer sparen will, kommt um diese Lösung also nicht herum.**

Mit Abrechnungszentren, Abrechnungssoftware und Online-Abrechnung steht den Leistungserbringern also eine Vielzahl an Möglichkeiten offen, um die elektronische Abrechnung mit den Krankenkassen durchzuführen. Für die Entscheidung, welche Art der Abrechnung für den Leistungserbringer geeignet ist, können die zur Verfügung stehende Ausstattung mit PC und Internetzugang, der Zeitaufwand sowie die Höhe der anfallenden Kosten ins Gewicht fallen.

4. Leistungserbringung

Die Krankenfahrt und der Transportschein

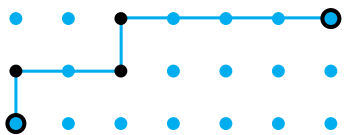
Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Freigabe 09.04.2008
Gebührpflicht	Name, Vorname des Versicherten	geb. am
	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.
		Status
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.
		Datum

Doch nun einen Schritt zurück, und zwar zur Krankenfahrt, die letztendlich abgerechnet werden soll. Bevor der Taxifahrer einen Patienten befördern kann, muss er sich zwangsläufig mit dem Transportschein auseinandersetzen. Der als „Transportschein“

bekannte Beleg, der offiziell „Verordnung einer Krankbeförderung“ heißt, dient später als Grundlage zur Abrechnung mit den Krankenkassen.

Zunächst ist es wichtig zu wissen: Der Krankentransport kann nur durch einen Arzt verordnet werden. Ohne die Unterschrift eines Arztes ist der Transportschein also ungültig. Darüber hinaus sollte das Dokument auf Vollständigkeit geprüft werden, da es aufgrund der Vielzahl an anzukreuzenden und auszufüllenden Feldern häufig nicht komplett oder falsch ausgefüllt wird. Im Folgenden wird erläutert, welche Felder des Scheines wie ausgefüllt sein müssen, damit er gültig ist.

„Der Transportschein dient als Grundlage zur Abrechnung mit den Krankenkassen.“



Deutsches
Medizinrechenzentrum

Patientendaten



Im Kopf des Transportscheins werden die zuständige Krankenkasse und Patientendaten wie *Name und Vorname*, *Geburtsdatum*, *Kassen-Nr.*, *Versicherten-Nr.*, *Status*, *Betriebsstätten-Nr.* und *Arzt-Nr.* abgefragt. Dies ist erst seit 2008 so, denn in dem Jahr wurde ein neuer Transportschein eingeführt. Zuvor wurde nach *Vertragsarzt-Nr.* und *VK gültig bis*

gefragt. Erst im neuen Schein gibt es die Felder *Betriebsstätten-Nr.* und *Arzt-Nr.* Die Arztnummer wird nun rechts eingetragen und die Betriebsstättennummer auf der linken Seite!

**Hier zum Vergleich:
Alter Transportschein >**

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Freigabe 09.04.2008	V
Gebühr pflicht.	Name, Vorname des Versicherten	geb. am	Mit
	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Gebühr pflicht.	Name, Vorname des Versicherten		
	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
	Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

< Neuer Transportschein

In jedem Fall sollte das Geburtsdatum des Patienten eingetragen sein, um ihn später eindeutig zu identifizieren. Entweder müssen Versichertennummer und -status oder die korrekte Anschrift des Versicherten angegeben sein. Außerdem ist die Angabe des Erstellungsdatums der Verordnung (das sogenannte Verordnungsdatum) im Feld *Datum* Pflicht. Das IK der Kasse wird übrigens im Feld *Kassen-Nr.* angegeben. Es sollte auch geprüft werden, ob der Abschnitt Mitteilung von Krankheiten und Gesundheitsschäden sowie der Punkt Hauptleistung mit den Ausprägungen A) im Krankenhaus, B) Ambulante Operation oder C) Ambulante Behandlung ausgefüllt wurden.

Beförderungsmittel

2. Beförderungsmittel	<input type="checkbox"/> Taxi, Mietwagen	<input type="checkbox"/> Kranken-transportwagen	<input type="checkbox"/> Rettungswagen	<input type="checkbox"/> Notarztwagen	<input type="checkbox"/> andere
Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD-10)					
Medizinisch-technische Ausstattung erforderlich:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Tragestuhl	<input type="checkbox"/> Nicht umsetzbar aus Rollstuhl	<input type="checkbox"/> liegend	<input type="checkbox"/> andere

Der Punkt Beförderungsmittel bestimmt, ob der Patient mit einem Taxi, Liege- oder Rettungswagen transportiert werden soll. Für Taxi- und Mietwagenunternehmer ist nur das erste Kästchen von Bedeutung. Eine Krankenfahrt per Taxi oder Mietwagen darf übrigens nur verordnet werden, „wenn der Patient die Ausnahmetatbestände für die Beförderung zu einer ambulanten Behandlung erfüllt oder als Hauptleistung eine stationäre Behandlung oder eine ambulante Operation erfolgt und die Be-

**„Nur ein Arzt darf einen Transportschein ausstellen.
Ohne Unterschrift ist dieser ungültig!“**

„Bevor der Transportschein entgegengenommen wird, sollte er auf Vollständigkeit geprüft werden.“

nutzung aus medizinischen Gründen notwendig ist.“ Krankentransporte werden im Gegensatz zum Taxi ausgewählt, wenn eine fachliche Betreuung des Patienten benötigt wird. Der Rettungswagen darf nur im Notfall genutzt werden.

Der Taxifahrer, der einen Transportschein entgegennimmt, muss also darauf achten, dass das richtige Transportmittel angekreuzt und eine entsprechende Begründung angegeben ist. Diese kann entweder als freier Text oder als IC-10 Code (Code bestehend aus Buchstaben und Zahlen zur Bezeichnung einer Krankheit) eingetragen sein. Zusätzlich muss die medizinisch-technische Ausstattung näher spezifiziert sein. Allerdings wird bei Krankenfahrten im Taxi oder Mietwagen in der Regel keine besondere Ausstattung benötigt, so dass meist *nein* angekreuzt ist.

Fahrtweg

Von		Nach		Medizinisch-fachliche Betreuung								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wohnung	<input type="checkbox"/>	Hinfahrt	<input type="checkbox"/>	Rückfahrt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	folgende:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arztpraxis	<input type="checkbox"/>	Wartezeit (Dauer):								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer):								
		andere Beförderungswege										

Im untersten Teil des Formulars finden sich noch einige Felder, die die Fahrt näher spezifizieren, die also

Aufschluss darüber geben, von wo nach wo der Patient transportiert werden soll. Weicht das Transportziel von der Patientenadresse ab, muss dies unter *andere Beförderungswege* vermerkt werden;

z. B.: Die Patientin wohnt in der X - Straße, soll aber nun nach einem Krankenhausaufenthalt in das Pflegeheim in der Y-Straße gebracht werden. In diesem Fall muss die Adresse des Transportziels in diesem Feld eingetragen sein.

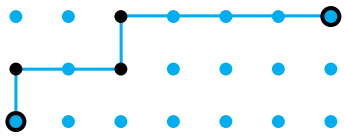
Unterschrift und falsche Angaben



Selbst das letzte Feld im Transportschein erfordert besondere Aufmerksamkeit. So sollten im Praxisstempel die Betriebsstättennummer und die lebenslange Arztnummer angegeben sein. Außerdem muss der behandelnde Arzt den Schein eigenhändig unterschreiben. Eine Unterschrift im Auftrag, beispielsweise durch die Arzthelferin oder den Krankenpfleger, ist nicht gestattet.

Sie haben den Transportschein geprüft und bemerken einen Fehler, z. B. wurde versehentlich anstatt *Taxi*, *Mietwagen* das Feld *Rettungswagen* angekreuzt. In diesem Fall muss ein komplett neuer Transportschein angefordert werden, da nur ein Arzt Änderungen am Transportschein vornehmen darf. Änderungen ohne Zusatzstempel der Arztpraxis und Unterschrift des Arztes gelten als Urkundenfälschung.

„Änderungen im Transportschein ohne Arztunterschrift und Zusatzstempel gelten als Urkundenfälschung.“



Deutsches
Medizinrechenzentrum

Kostenübernahme und Zuzahlung



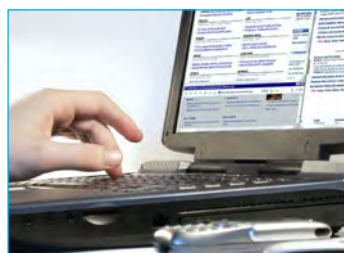
Selbst wenn alle Angaben geprüft und für richtig befunden wurden, muss noch die Kostenfrage beantwortet werden. Der Transportschein zeigt nur an, dass der behandelnde Arzt einen Krankentransport für notwendig hält. Über die Kostenübernahme durch die Krankenkasse sagt er jedoch noch nichts aus.

Kann der Versicherte keine Bescheinigung der Krankenkasse zur Kostenübernahme (Übernahmeerklärung) oder alternativ eine von der Krankenkasse genehmigte und anerkannte ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit der Beförderung (Notwendigkeitsbescheinigung) vorzeigen, ist die Zahlung der Krankenfahrt nicht gesichert und der Taxifahrer kann den Patienten auffordern, in Vorleistung zu gehen. Andernfalls könnte es passieren, dass er auf den Beförderungskosten sitzen bleibt.

Darüber hinaus gibt es in Bezug auf die Zahlung der Taxifahrt noch andere Details, die der Taxifahrer kennen sollte. Um sicher zu gehen, sollte jedoch eine Auskunft bei der jeweiligen Krankenkasse eingeholt werden, da es von Kasse zu Kasse Abweichungen geben kann. In den meisten Fällen gilt jedoch:

- ✓ Der Patient zahlt bei ambulanten Fahrten (nach Genehmigung) 10 % Eigenanteil, jedoch mindestens 5 EURO und höchstens 10 EURO. Hat er einen Befreiungsausweis, zahlt er nichts.
- ✓ Dialysepatienten zahlen den Eigenanteil für jede Fahrt, Strahlen- und Chemotherapie-Patienten meistens nur für die 1. und letzte Fahrt.
- ✓ Bei ambulanter Operation oder stationärem Aufenthalt benötigt der Patient keine Genehmigung seiner Krankenkasse, erzählt er aber einen Eigenanteil in Höhe von 10% der Fahrtkosten jedoch mindestens 5 % und höchstens 10% . Hat er einen Befreiungsausweis, zahlt er nichts.
- ✓ Privatpatienten zahlen die Fahrtkosten selber und behalten Ihren Krankentransportschein.

5. So wird abgerechnet



Nachdem die Leistung in Form der Krankenfahrt erbracht wurde, kann diese mit den Krankenkassen abgerechnet werden. Egal, für welche Möglichkeit der Abrechnung sich der Leistungserbringer entschieden hat, also ob er selber online oder über eine Software abrechnet oder seine Belege an ein Abrechnungszentrum versendet: Der Transport-

„Die Kostenübernahme ist nur durch eine Bescheinigung der Krankenkasse gesichert.“

„Die Abrechnung mit den Krankenkassen setzt sich aus einer Vielzahl von Daten zusammen.“

schein spielt eine besonders große Rolle. Er beinhaltet die wichtigsten Daten, die die Kostenträger benötigen, um den Vorgang bearbeiten und später eine Zahlung leisten zu können. Darüber hinaus sind noch weitere Daten zu erfassen, die im Folgenden stichpunktartig erklärt werden.

Die Daten, die für die Abrechnung von Krankenfahrten mit den Krankenkassen erfasst werden müssen, sind:

Institutionskennzeichen (IK)

Die Institutionskennzeichen sind eindeutige, neunstellige Zahlen, mit deren Hilfe Abrechnungen einrichtungsübergreifend abgewickelt werden können, z. B. bei Abrechnung über eine Taxizentrale oder bei Durchführung einer Serienfahrt durch mehrere Taxiunternehmen. Alle Einrichtungen, die Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch erbringen, erhalten auf Antrag ein IK. Das IK ist unbedingt notwendig, um mit den Krankenkassen abrechnen zu können!

Kontaktdaten

Die Kontaktdaten beinhalten Firmierung, Kontaktperson, Anschrift und sonstige Kontaktdaten wie Telefonnummer oder E-Mail Adresse, um bei Unklarheiten den Leistungserbringer kontaktieren zu können.

Zahlungsdaten

Die Zahlungsdaten werden über das IK erfasst. Dazu zählen Kontoinhaber, Kontonummer, Bankleitzahl und Bank. Diese Daten werden benötigt, um dem Leistungsträger sein Geld zu erstatten.

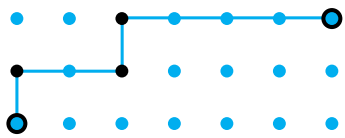
Steuernummer/UstID

Diese Nummer muss im geschäftlichen Zahlungsverkehr grundsätzlich angegeben werden. Allerdings sind nur einige medizinische Leistungen umsatzsteuerpflichtig, andere dagegen von der Umsatzsteuer befreit. Im Allgemeinen gilt aber, dass Krankentransporte durch Taxi- und Mietwagenunternehmen umsatzsteuerpflichtig sind, während qualifizierte Krankentransporte (mit begleitendem Personal wie Sanitäter) von der Umsatzsteuer befreit sind.

Positionsnummern

Wer sich dazu entschließt, Krankenfahrten durchzuführen, wird entweder Mitglied in einem Verband und bekommt die Krankenfahrten nach den dort verhandelten Rahmenverträgen vergütet. Oder er muss selber mit den Krankenkassen Verträge aushandeln. Hier kommt die Positionsnummer ins Spiel. Sie wird über den jeweiligen Vertrag mit dem Kostenträger bekannt gegeben und beschreibt die Art der erbrachten Leistungen - bei einer Krankenfahrt z. B. Anfahrt, Wartezeit und Rückfahrt. Hier finden Sie das bundeseinheitliche Positionsnummernverzeichnis für Krankentransportleistungen.

... **Kontakt- und Zahlungsdaten, Steuer- und Positionsnummern, Institutions- und Tarifkennzeichen** ...



Deutsches
Medizinrechenzentrum

Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS)

Jeder Preisvereinbarung zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern ist ein eindeutiger LEGS zugeordnet. Der siebenstellige Schlüssel setzt sich aus dem Abrechnungscode und dem Tarifkennzeichen der Preisvereinbarung zusammen.

Abrechnungscode (AC)

Der Abrechnungscode ist eine zweistellige Ziffer zur Bezeichnung der Berufsgruppe oder Leistungsart. Er wird dem Leistungserbringer mit seiner Zulassung oder Anerkennung durch den Kostenträger oder den anerkennenden Verband mitgeteilt. Die für die jeweiligen Berufsgruppen geltenden Abrechnungscode sind in den Schlüsselverzeichnissen der Sozialgesetzbücher festgelegt (z. B. im § 105 SGB XI, Anlage 3). Für das Taxi-/Mietwagengewerbe gilt der Abrechnungscode 46.

Tarifkennzeichen (TK)

Das Tarifkennzeichen ist eine fünfstelligen Ziffer zur Bezeichnung der Preisvereinbarung. Die ersten beiden Stellen geben den Geltungsbereich des Vertrages an, die letzten drei Stellen bezeichnen die laufende Vertragsnummer. Die Art der Vergabe der Tarifkennzeichen ist nicht geregelt und steht im Ermessen der vergebenden Kostenträger.

Abrechnungsdaten je Abrechnungsfall

Die Abrechnungsdaten bestimmen, wie viel Geld der Leistungserbringer von der Kasse erstattet bekommt. Sie variieren je nach erbrachter Leistung, z. B. bei Krankentransporten danach, wie viele Kilometer zurückgelegt wurden und um was für eine Art Krankentransport es sich handelt.

Postalisch zu versendende Unterlagen



Obwohl die Abrechnung mit den Krankenkassen elektronisch erfolgt, müssen einige Belege zusätzlich postalisch versendet werden. Das liegt daran, dass die Prüfstelle der Krankenkasse das Originaldokument, zum Beispiel den Transportschein, benötigt, um die Abrechnung zu prüfen.

Nachdem der Taxi- oder Mietwagenunternehmer alle oben genannten Daten erfasst hat, generiert er eine Rechnung, die elektronisch an die Prüfstelle der Krankenkasse übertragen wird. Zusätzlich muss er die auf der Rechnung befindliche Rechnungsnummer und sämtliche Belegnummern auf die zugehörigen rechnungsbegleitenden Unterlagen übertragen. Dies ist notwendig, um der Rechnungsprüfstelle die Zuordnung zu den Rechnungsdaten zu ermöglichen.

**„Zusätzlich zu der elektronischen Abrechnung
müssen postalisch versandt werden:**

Rechnungsbegleitzettel, Transportscheine und ggf. Leistungszusagen der Krankenkassen.“

Folgende Papiere müssen postalisch versandt werden: Rechnungsbegleitzettel (als Deckblatt), Transportscheine und ggf. die Leistungszusagen der Krankenkassen mit Genehmigungsdatum und ggf. Genehmigungskennzeichen. Befindet sich die elektronische Abrechnung per Datenträgeraustausch noch in der Erprobungsphase, muss außerdem noch die Rechnung mitgeschickt werden. Erst mit Beginn der Echtphase kann auf die postalische Versendung der Rechnung verzichtet werden. Die Tabelle in Kapitel 2 zeigt, welche Krankenkassen bereits auf die elektronische Abrechnung umgestellt haben (Echtphase).

6. Rückläuferbearbeitung

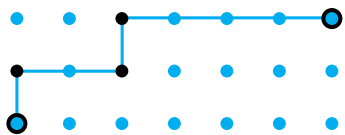
Im perfekten Fall würde nun der Punkt „Wie kommt das Geld zum Leistungserbringer“ folgen. Leider wird aber nicht jede Rechnung von den Krankenkassen bezahlt. Daher ist es notwendig, kurz die Bedeutung von Rückläufern zu erörtern.

Ein Rückläufer ist eine formal oder inhaltlich fehlerhafte Rechnung, die von der Krankenkasse zurückgewiesen und nicht bezahlt wird. Es liegt in der Verantwortung des Leistungserbringers, den Fehler zu finden und die Rechnung zu korrigieren – unabhängig davon, auf welche Art er abrechnet.

- Bei Nutzung einer **Abrechnungssoftware** ist er hier allerdings auf sich allein gestellt, da er keinen Ansprechpartner hat, um herauszufinden, warum die Rechnung nicht bezahlt wurde.
- **Abrechnungszentren** übernehmen zwar die Rückläuferbearbeitung, müssen aber trotzdem beim Kunden, dem Taxi- oder Mietwagenunternehmer, nachhaken, da nur er wissen kann, ob z. B. das Datum oder die Art der Fahrt falsch angegeben wurde oder wie viele Kilometer tatsächlich zurückgelegt wurden.
- Auch bei der **Abrechnung über das Internet** muss der Leistungserbringer prüfen, warum eine Rechnung als fehlerhaft eingestuft wurde. Eine automatische Plausibilitätsprüfung bei der Rechnungserstellung sorgt allerdings dafür, dass formale Fehler nahezu unmöglich werden und Rückläufer aus formalen Gründen kaum zu erwarten sind. Liegt ein inhaltlicher Fehler vor, erleichtert eine Rückläuferbearbeitung auf Knopfdruck die Korrektur von Rechnungen. Diese müssen nicht komplett neu eingegeben werden; der Leistungserbringer kann den ursprünglichen Abrechnungsfall aufrufen und die Korrekturen vornehmen. Bei Bedarf hilft auch der Anbieter der Abrechnungsplattform bei der Fehlersuche.



„Bei der Rückläuferbearbeitung liegt es in der Verantwortung des Leistungserbringers, den Fehler zu finden.“



Deutsches
Medizinrechenzentrum

7. Wie kommt das Geld zum Leistungserbringer?

Nachdem alle abrechnungsrelevanten Daten elektronisch erfasst und den Prüfstellen der Krankenkassen übermittelt wurden, folgt nun für Taxi- und Miet-



wagenunternehmer der wichtigste Schritt: Die Gutschrift der Rechnungsbeträge auf dem eigenen Konto. Der Ablauf, bis es so weit ist, ist folgender: Der Leistungserbringer versendet die Rechnungsdaten elektronisch und die Papierbelege per Post an das jeweilige Prüfzentrum seiner Krankenkasse. Dieses prüft alle Belege auf Vollständigkeit und Plausibilität. Ist alles korrekt, überweist die Kasse den offenen Betrag auf das Konto des Leistungserbringers.

Die Krankenkassen sind übrigens verpflichtet, innerhalb von 28 Tagen nach Eingang aller Unterlagen zu überweisen, was im geschäftlichen Zahlungsverkehr ein herkömmlicher Zeitraum ist. Findet das Prüfzentrum allerdings einen Fehler, wird die Zahlung zurückgestellt. Bevor die Krankenkasse die fehlerhafte Rechnung bezahlt, muss zunächst der Fehler gefunden und behoben werden. Nach der Korrektur der Rechnung muss der Taxi- oder Mietwagenunternehmer unter Umständen erneut 28 Tage warten, bis er das Geld auf dem Konto hat.

Vorfinanzierung durch Factoring

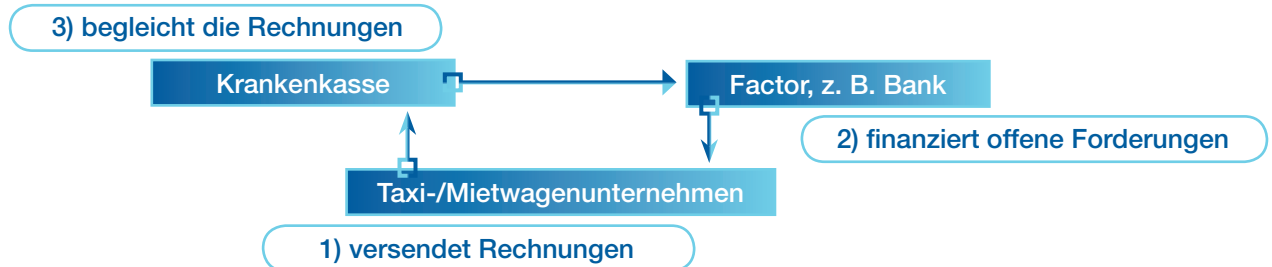
Wer nicht so lange auf sein Geld warten möchte, kann für eine Zusatzgebühr sowohl bei den Abrechnungszentren als auch bei der Selbstabrechnung über das Internet eine Vorfinanzierung mit buchen. So wird der ausstehende Betrag - je nach Höhe der Gebühr - innerhalb von 24 Stunden bzw. nach wenigen Tagen auf das Konto des Leistungserbringers eingezahlt.

Diese Art der kurzfristigen Vorfinanzierung wird Factoring genannt und funktioniert so: Der Factor (normalerweise die finanzierende Bank) erwirbt die Forderungen seines Factoring-Kunden (des Leistungserbringers) gegen dessen Abnehmer (die Krankenkasse). Als Gegenleistung für die Abtretung der Forderung zahlt der Factor an den Factoring-Kunden umgehend den Forderungskaufpreis. Daher kann das Geld besonders schnell auf dem Konto des Leistungserbringers eintreffen. Dieser Kaufpreis entspricht dem Betrag der - tatsächlich bestehenden - Forderung abzüglich einer Gebühr für die Leistungen des Factors. Diese Gebühr kann unterschiedlich hoch sein. Je nach Auszahlungszeitpunkt berechnet die Bank zwischen 0,6 und 1,3 Prozent der Bruttorechnungssumme.

„Die Krankenkassen sind verpflichtet, innerhalb von 28 Tagen nach Eingang der Unterlagen zu zahlen.“

„Echtes Factoring ist rechtlich problematisch. Daher wird bei Krankenkassen-Forderungen meist unechtes Factoring genutzt.“

Factoring



Abrechnungszentren verleihen oft ihr eigenes Geld und beauftragen keine Bank. Für diesen Verleih erheben sie Gebühren, die sie selber bestimmen. Diese Vorfinanzierungsgebühren können höher ausfallen als bei der Finanzierung über eine Bank.

Echtes und unechtes Factoring

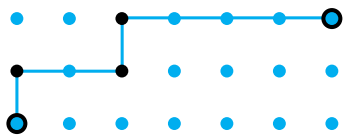
Beim Factoring wird zwischen echtem und unechtem Factoring unterschieden. Finanziert eine Bank die ausstehende Rechnungssumme, trägt sie beim echten Factoring auch das Risiko, wenn die Forderung ausfällt. Dabei gibt es ein rechtliches Problem. Da die Bank in der Rolle als Factor für den Forderungsausfall aufkommen muss, wird sie die ausstehenden Rechnungen prüfen wollen, um das Risiko des Ausfalls abschätzen zu können. So ist aber der Datenschutz nicht gewährleistet, denn in den Begleitunterlagen wie Verordnungen und Transportscheinen befinden sich Daten, die den Gesundheitszustand und die Privatsphäre des Patienten betreffen. Diese dürfen Dritten nicht zugänglich gemacht werden. (Rechnungszentren sind davon ausgeschlossen).

Von daher wird bei der Finanzierung von Forderungen, die an Krankenkassen gestellt wurden, meist auf unechtes Factoring zurückgegriffen. Das heißt, es wird auf die Übernahme des Risikos verzichtet. Das unechte Factoring wird als Darlehen angesehen, die Abtretung der Forderung erfolgt zur Sicherung des Kredits. Ob echtes oder unechtes Factoring – eins bleibt gleich: Das Factoring lohnt sich nicht für jeden.

Lohnt sich eine Vorfinanzierung überhaupt?

Leistungserbringer sollten bedenken, dass – auch wenn die Vorfinanzierungsgebühren nicht sehr hoch erscheinen – über das Jahr gerechnet einiges an Kosten zusammen kommt. Bei einem angenommenen Umsatz von 10.000 Euro pro Monat fallen bei sofortiger Auszahlung monatlich 130 Euro Gebühren an, die zusätzlich zu den reinen Abrechnungsgebühren gezahlt werden müssen. Im Jahr kommen so 1.560 Euro zusammen. Fasst man die Vorfinanzierung als Kredit über einen Monatsumsatz auf, so ergibt dies einen jährlichen Zinssatz von 15,6 %.

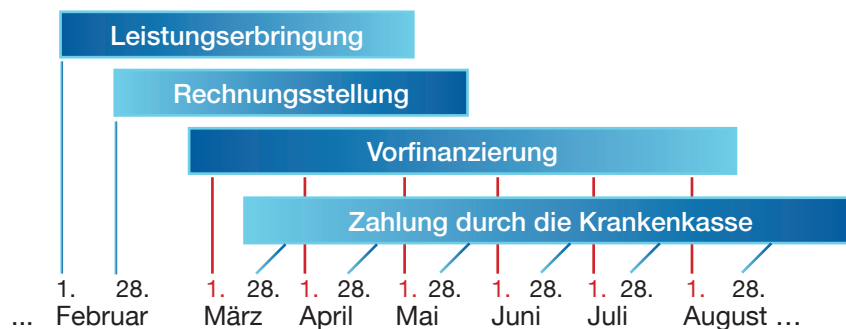
„Factoring ist teuer. Leistungserbringer sollten genau überlegen, ob sie es in Anspruch nehmen oder nicht.“



Deutsches
Medizinrechenzentrum

Hier zur Verdeutlichung ein Beispiel, in dem klar wird, dass der Leistungserbringer durch die Zahlung der Krankenkasse einen ebenso regelmäßigen Zahlungseingang wie bei der Vorfinanzierung erwarten kann – allerdings ohne Vorfinanzierungsgebühren:

Vorfinanzierung vs. Zahlung durch die Krankenkasse



Ein Zinssatz von 15,6 % entspricht übrigens in etwa der Höhe eines Dispositionskredits bei der Hausbank. Bedenkt man, dass ein Zahlungsziel von 30 Tagen im Geschäftsverkehr allgemein üblich ist, sollte hinterfragt werden, ob das Geld tatsächlich innerhalb von 24 Stunden oder wenigen Tagen benötigt wird oder ob es sich lohnt, bis zu 28 Tage zu warten und dadurch zu sparen.

Wie eine DMRZ-Kundenumfrage zeigt, in der mehr als 1000 Kunden das Zahlungsverhalten der Krankenkassen angegeben haben, zahlen einige Kassen sogar noch schneller als nach 28 Tagen:

Zahlung durch die Krankenkasse nach?	Sagen so viele Kunden
weniger als 3 Wochen	10,2 %
3 Wochen	14,2 %
4 Wochen	53,3 %
mehr als 4 Wochen	22,3 %

Genau genommen haben fast 25 Prozent ihr Geld schneller als nach 28 Tagen auf dem Konto. Zahlungen nach mehr als vier Wochen sind zwar nicht ausschließlich, aber doch hauptsächlich auf eine bestimmte Krankenkasse zurückzuführen, die ein verlängertes Zahlungsziel hat. Die Frage, ob sich eine Vorfinanzierung lohnt oder nicht, hängt also sicherlich von den eigenen Erfahrungen ab. Zahlt die Krankenkasse regelmäßig schon nach drei Wochen, könnte der Leistungserbringer auf sein Geld warten. Bei einem Zahlungsziel von mehr als 4 Wochen lohnt sich gegebenenfalls eine Vorfinanzierung.

„Ca. 25 % der Leistungserbringer erhalten ihr Geld nach weniger als 4 Wochen, ca. ein Fünftel erst später als nach 4 Wochen.“

**„Die Abrechnung mit den Kassen ist
übersichtlicher und transparenter geworden.“**

8. Fazit

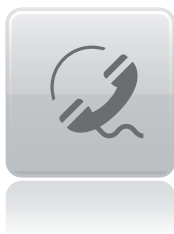
Die Idee, Abrechnungen zwischen Leistungserbringern des Gesundheitswesens und Krankenkassen elektronisch durchzuführen, und sie somit zu vereinheitlichen und zeitgemäß zu gestalten, hat sehr umfangreiche Änderungen für alle Beteiligten mit sich gebracht, deren Umsetzung teilweise über 15 Jahre gedauert hat. Noch immer sorgt die Vielzahl an Einföhrungsterminen je nach Krankenkasse und Leistungserbringergruppe für Verwirrung. Dies erfordert von den Krankenkassen eine erhöhte Kommunikationsdichte. Trotzdem stehen mittlerweile gute und hilfreiche Abrechnungssysteme zur Verfügung, aus denen sich jeder Leistungserbringer je nach Budget und gewünschtem Arbeitsaufwand die passende Lösung aussuchen kann.

Es wird sicher noch einige Zeit dauern, bis sich die elektronische Abrechnung in allen medizinischen Bereichen und sämtlichen Bundesländern etabliert hat. Die gute Nachricht ist: Sobald sich dieses System durchgesetzt hat, wird es - in Hinblick auf bereits vorliegende Erfahrungswerte - für die Krankenkassen und, bei richtiger Anwendung und Einarbeitung, auch bei den Leistungserbringern des Gesundheitswesens, zu mehr Übersichtlichkeit und Transparenz und zu einem schnelleren Begleichen der Forderungen führen. Dann kann der Gesetzgeber endlich das als Erfolg verbuchen, was er bereits in den 90er Jahren auf den Weg gebracht hat.



**„Im Großen und Ganzen zahlen die Krankenkassen
nun schneller als in der Vergangenheit.“**

Deutsches Medizinrechenzentrum GmbH
Wiesenstraße W21
40549 Düsseldorf
Telefon: +49 211 6355-9087
Fax: +49 211 6355-9088
E-Mail: info@dmrz.de

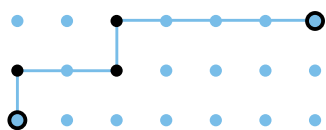


Bei Fragen hilft Ihnen unsere kostenlose Hotline weiter

0211 / 6355-9087



Jetzt kostenlos anmelden
www.dmrz.de



Deutsches
Medizinrechenzentrum

Klare Tarife, immer auf dem neusten Stand, jederzeit kündbar.