

Salus-BKK	ARBEITSHILFE	Stand: Februar 2020
SBC		
Ambulante Rehabilitation § 40 Abs. 1, 3 und 4 SGBV		
Verantwortlich für den Inhalt: Andrea von Faßmann		

1. Gesetzesgrundlagen	2
2. Zuständigkeit	2
3. Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen.....	2
4. Fallbearbeitung.....	2
5. Erfassung in 21c.....	3
5.1. Reiter „Antrag“	3
5.2. Reiter „MDK“	4
5.3. Reiter „Verlängerung“.....	5
5.4. Reiter Rechnung	6
6. Grundsätzliches zu den Zuzahlungen.....	7
7. Verfahren bei Ablehnungen/MD befürwortet die Maßnahme nicht	8
8. Verfahren bei Widersprüchen	8
8.1. Widerspruch erfassen.....	10
9. Ablage	11

1. Gesetzesgrundlagen

§ 40 Abs. 1 SGB V

§ 40 Abs. 3 SGB V

§ 40 Abs. 4 SGB V

§ 14 SGB IX

Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern, kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Maßnahmen in ggf. auch wohnortnahen Rehabilitationseinrichtungen erbringen, wenn für diese Einrichtungen ein Versorgungsvertrag nach § 111c SGB V besteht.

Der Arbeitsablauf ist analog der der stationären Rehabilitation. Erfassung erfolgt jedoch in der Maske „ambulante Reha“

2. Zuständigkeit

Service- und Beratungcenter

3. Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen

Die Leistungen der ambulanten Rehabilitation erfordern einen Reha-Antrag des/der Versicherten und einen ärztlichen Befundbericht des behandelnden Arztes oder Krankenhauses.

Hier ist zunächst zu prüfen, ob die leistungsrechtlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen über den Rentenversicherungsträger vorliegen (siehe zur Prüfung der Voraussetzungen ggf. die Arbeitsanleitung stationäre Rehabilitationen). Wenn diese vorliegen, ist der Rentenversicherungsträger für die Leistungen zur ambulanten Rehabilitation zuständig.

Der Antrag wird dann unverzüglich innerhalb von 2 Wochen an den zuständigen RV-Träger weitergeleitet, oder bei vorherigen Anfragen wird dem Versicherten direkt ein Reha-Antrag des RV-Trägers zugesandt.

Ist die Zuständigkeit der Salus BKK gegeben, so ist zunächst die Mitgliedschaft zu prüfen.

4. Fallbearbeitung

Es ist zu klären, ob aktuell eine Arbeitsunfähigkeit bzw. bereits ein Krankengeldfall vorliegt. Wenn dies der Fall ist, muss mit dem zuständigen Fallmanager Kontakt aufgenommen werden. Die Antragsunterlagen werden dem zuständigen MD zur Begutachtung vorgelegt.

MD stimmt der Maßnahme zu => Bewilligung:

Der Leistungsinhaber und die Einrichtung erhalten eine Kostenübernahmeerklärung über die vom MD befürworteten Behandlungstage

Bei Verlängerungen ist von der Einrichtung ein Verlängerungsantrag zu stellen und dem MD, der für die Einrichtungen zuständig ist, vorgelegt.

Die Leistungen werden in der Regel für 15 Behandlungstage erbracht.

Nach der MD-Beurteilung muss geprüft werden, ob mit der Reha-Einrichtung ein Vertrag gemäß § 111c SGB V besteht. Ob mit der jeweiligen Reha-Einrichtung ein Vertrag geschlossen wurde ist über den **jeweiligen Landesverband der BKK zu erfragen bzw. im Portal nachzuschauen.**

Sind die Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung in den vertraglich vereinbarten Tagessätzen enthalten erfolgt keine separate Erstattung. Die Reha-Einrichtungen stellen dann den Transport von und zur Behandlung sicher.

5. Erfassung in 21c

Die Erfassung erfolgt unter: Leistungen > medizinische Vorsorge/Rehabilitation > ambulante Rehabilitationsmaßnahme bearbeiten

5.1. Reiter „Antrag“

Der Reiter teilt sich in zwei Felder, „Antrag“ auf der linken und „Entscheidung“ auf der rechten Seite:

- (1) und (2) entsprechend mit Daten, Leistungsart, Indikation und Arzt füllen (wenn vorhanden)
- (3) die Diagnose muss hier erfasst werden
- (4) „Prüfen“ übernimmt die Daten von der linken Seite automatisch auf die rechte Seite
- (5) Sachlage „Zuzahlung“ ist auszuwählen
- (6) Bearbeitung ist auf den aktuellen Stand (Genehmigung/Ablehnung o.ä) zu ergänzen
- (7) Speicherung der Erfassung

zu (3)

Erfassung der Diagnose:

Maßnahmeart	Von	Bis	LE-Nummer	
Ambulante RehaMaßnahm				

#	Lfd. Nr.	Diagnose-Art/aus	ICD-10	Diagnose	S	zug. Primärdiagnose		Lokalisation	Rang (soz.med.)	Ursache	Gültig
						Lfd. Nr.	ICD-10				
▶	1	Hauptdiagnose			■						✓

Alle Anzeigen **Neu** **Löschen**

Diagnose-Art* **Hauptdiagnose** S **ICD-10*** **Diagnose...** K **Lokalisation** **Behandlungsergebnis** **Rang (soz.med.)**

Ursache* **Lfd. Nr. Primärdiag.** **Sicherheit**

#	Vom	Medizinische Begründung/Befund

Vom

Medizinische Begründung/Befund

Neu **Löschen**

(Übernehmen) **OK** **Abbrechen**

- (1) Eine neue Maske zur Erfassung der Diagnose wird geöffnet
Diagnose-Art „Hauptdiagnose“ wird automatisch gesetzt
- (2) ICD-10 ist zu erfassen
- (3) Lokalisation „rechts“ oder „links“ kann ergänzt werden
- (4) „Übernehmen“ – die Eingabe wird gespeichert

5.2. Reiter „MD“

Auftrag	Ergebnis	Gutachterrechnung	Mitteilungsmanagement
Art* Begutachtung	Begutachtung nach Aktenlage	Chiffre <input type="text"/>	Status In Bearbeitung Angelegt durch AmbulRehaMassnahme, LMNummer: 7
Auftrag	Gutachter-Nr. <input type="text"/>	MDK-Gutachter k.A.	
Am <input type="text"/>	Um <input type="text"/>	Fragestellung	
Versand am <input type="text"/>			

Der Reiter MD ist mit „neu“ anzulegen, die Maske öffnet sich:

- (1) und (2) sind wie angegeben zu erfassen
- (3) Mit Vertiefen der Suchfunktion den zuständigen MD auswählen
- (4) Die Daten zum Versand des GA-Antrags erfassen
- (5)

Nach Erhalt des MD-Gutachtens ist das Ergebnis des Gutachtens zu erfassen

5.3. Reiter „Verlängerung“

Der Reiter „Verlängerung“ ist genauso strukturiert wie der Reiter „Antrag“:

- (1) = Beginn einer Verlängerung oder auch einer weiteren Verlängerung
- (2) entsprechend mit vorhandenen Daten füllen (wenn vorhanden)
- (3) die Diagnose kann hier erfasst werden (kein Pflichtfeld im Verlängerungsreiter, die Eingabe muss aber bei einem Hinzutritt einer weiteren Erkrankung vorgenommen werden)
- (4) hier werden die Eingaben auf die Seite „Entscheidung“ übertragen
- (5) das „Ergebnis“ entsprechend setzen

5.4. Reiter Rechnung

- (1) Rechnung wird eröffnet
- (2) – (5) nach Unterlagen vorliegenden Daten füllen
- (6) Rechnungsdaten erfassen
- (7) Eigenanteile erfassen, sollte der Versicherte keine Zuzahlung geleistet hat, kann dies mit „Soll“ entsprechend angefordert werden (Beispiele sind im nächsten Schritt erklärt)
- (8) „Details“ ist zu vertiefen (Erklärung s. nächster Schritt)
- (9) Speichern der Erfassung

Erfassung in „Details“: die Reha-Tage sind einzeln zu erfassen !

#	Nr.	Pos.-Nr.	Leistungsdatum	Akzeptiert	Anzahl	Einzelbetrag/FP mit/ohne MwSt. €	Gesamt €
1	4		01.01.2020		1,00	80,00	80,00
2	4		02.01.2020		1,00	80,00	80,00
3	4		03.01.2020		1,00	80,00	80,00
4	4		06.01.2020		1,00	80,00	80,00
5	4		07.01.2020		1,00	80,00	80,00
6	4		08.01.2020		1,00	80,00	80,00
7	4		09.01.2020		1,00	80,00	80,00
8	4		10.01.2020		1,00	80,00	80,00
9	4		13.01.2020		1,00	80,00	80,00
10	4		14.01.2020		1,00	80,00	80,00
11	4		15.01.2020		1,00	80,00	80,00

Danach ist man wieder zurück im Rechnungsreiter:

Zu Punkt (7) unter den Feldern „Zuzahlung“ im Rechnungsreiter kann man durch Erfassung den Sachverhalt individuell steuern:

Hat der Leistungserbringer die Zuzahlung einbehalten, es ist nichts weiter zu veranlassen durch die Salus BKK, der Leistungserbringer erhält den gekürzten Rechnungsbetrag.

Wenn ein Leistungserbringer die Zuzahlung nicht einzieht, ist die Zuzahlung von der Krankenkasse einzuziehen und die Erfassung ist wie folgt vorzunehmen:

Rechnungsbeträge		Zuzahlung		Rechnungsabzüge	
	Eingereicht	Akzeptiert	Soll €	150,00	
Brutto €	1.223,85	1.223,85	Ist €		
Sonst. Abz. €			Betrag g. LE €		
Abzüge EP €	0,00	0,00	Diff.betrag Vers. €	150,00	
Zuzahlung €			Anweisung unterdrücken <input type="checkbox"/>		
Netto €	1.223,85	1.223,85	Zuzahlungs-Kennz.		
				Abschlag § 13 €	
				Abschlag § 303 €	
				Skonto €	0,00
				Zahlbetrag €	1.223,85

Der Leistungserbringer erhält den gesamten Rechnungsbetrag und durch diese Erfassung der Zuzahlungen wird im Zahlungsverkehrskonto des Versicherten eine Forderung erzeugt. Zuständig ist für die Einziehung von Zuzahlungsforderungen die EA-Gruppe in Leipzig.

Sind alle Eingaben erfasst und geprüft, kann die Rechnung abgeschlossen werden:

The screenshot shows a software interface with several buttons and a dropdown menu. A red box highlights the 'Prüfungsvermerk' dropdown menu, which is set to 'In Bearbeitung'. Another red box highlights the 'Anweisung...' button, with a red circle containing the number '2' next to it. A third red box highlights the 'Übernehmen' button, with a red circle containing the number '3' next to it. Other buttons visible include 'Details...', 'Berechnen', 'Korrig.', 'Neu', 'Löschen', 'Stornieren...', 'Ereignis...', 'Kontaktdaten...', 'Med.-Ind. ...', 'Strafzahlung', 'Erläuterung...', 'ZV-Konto...', 'Rechnungen...', 'Auskunft...', 'ELW-Fälle...', 'Maßnahmen...', 'Neu', 'Löschen', 'Verwerfen', and 'Abbrechen'.

- (1) der Prüfungsvermerk wird auf „Akzeptiert“ gesetzt, aber noch nicht durch „Übernehmen“ gespeichert
- (2) unter „Anweisung“ sind entsprechend die Zahlungsmodalitäten (Bankverbindung des Leistungserbringers und der Überweisungstag auf Richtigkeit zu prüfen und ggf. zu korrigieren und mit „OK“ zu bestätigen
- (3) mit „Übernehmen“ wird der Rechnungsreiter dann abgespeichert

Daraufhin wird die Zahlung automatisch an den Gruppenleiter zur Zahlungsfreigabe weitergeleitet, der gesamte Fall muss hierfür dem GL vorgelegt werden, da in der Regel über 499,99 EUR.

6. Grundsätzliches zu den Zuzahlungen

Die Zuzahlung beträgt 10,00 EUR je Behandlungseinheit (Behandlungstag).

Bei Eingang von Anträgen auf ambulante Anschlussheilbehandlungen (AR), siehe hierzu die Bearbeitungshinweise in der Arbeitsanleitung „Stationäre Kuren“.

Bei AR-Indikationen sind max. 28 Tage Zuzahlung zu leisten (inkl. Krankenhaustage).

Siehe hierzu auch die Regelungen zur verminderten Zuzahlung:

<http://Zuzahlungsregelung>.

7. Verfahren bei Ablehnungen/MD befürwortet die Maßnahme nicht

Der/die Versicherte ist telefonisch zu kontaktieren und die ablehnenden Gründe sind ausführlich zu besprechen. Außerdem sollen dem Gesundheitszustand angemessene Alternativen, wie z.B. die Aktivwoche oder Leistungen der Gesundheitsförderung, angeboten werden.

Zusätzlich wird ein ausführliches Ablehnungsschreiben inkl. Rechtsbehelfsbelehrung verschickt.

Es handelt sich um ein individuelles Schreiben. In diesem Schreiben werden die Gründe der Ablehnung (ausführliche Stellungnahme des MD) angegeben.

Außerdem sollen mögliche Alternativen, wie z.B. die Aktivwoche, angeboten werden (Ausgang Telefonat wird hierbei berücksichtigt), mögliche Flyer/Kataloge sind beizufügen.

Folgende Erfassung in 21c erforderlich – auch hier ganz wichtig wegen der Statistik:

The screenshot shows a software interface for recording a decision. The 'Ergebnis' dropdown menu is open, showing options like 'Abgelehnt aus medizin. Gründen'. The 'Übernehmen' button at the bottom is highlighted with a red box and a '2'. A red circle with '1' is also present near the 'Ergebnis' dropdown.

(1) Das Ergebnis der Begutachtung ist unbedingt zu erfassen

(2) Mit „Übernehmen“ den Fall speichern

8. Verfahren bei Widersprüchen

Legt der/die Versicherte Widerspruch innerhalb der zulässigen Frist ein, so ist dies im Reiter Widerspruch des jeweiligen Falls zu erfassen. Der Fall ist mit evtl. neuen Medizinischen Unterlagen dem MD am Wohnort vorzulegen.

Der/die Versicherte erhält eine Zwischennachricht.

Empfiehlt der MD in der Zweitbegutachtung die Maßnahme, wird dem Widerspruch abgeholfen. Der/die Versicherte erhält einen entsprechenden Abhilfebescheid sowie das reguläre Bewilligungsschreiben. Weitere Vorgehensweise siehe „Fallbearbeitung“.

Wird die beantragte Leistung erneut abgelehnt, wird der gesamte Fall vom Gruppenleiter mit einer kurzen Stellungnahme und Angaben zur empfohlenen weiteren Vorgehensweise an Frau Beuckert oder Frau von Faßmann weitergeleitet (Eintrag in den Kontakten über interne Weiterleitung).

Nach Rücklauf und bestätigter ablehnender Entscheidung wird der Versicherte telefonisch kontaktiert. In diesem Telefonat sind die Gründe und Angaben im Gutachten ausführlich mit dem Versicherten zu besprechen.

Das Schreiben zur Anhörung wird in jedem Fall verschickt und muss vom Versicherten zurückgeschickt werden, egal ob er den WS aufrechterhält oder auch nicht.

Wird der WS aufrechterhalten, wird der gesamte Fall vom Gruppenleiter an die Widerspruchsstelle zur weiteren Bearbeitung abgegeben. In 21c ist ein Kontakteintrag in der Kontakthistorie bzgl. der Weiterleitung vorzunehmen.

Versicherte dürfen bei der Ausübung ihres Rechtes auf Gewährung effektiven Rechtsschutzes nicht behindert werden.

Der Widerspruchsführer muss daher nicht nach Aufforderung mitteilen, dass er das Verfahren weiterverfolgen will, wenn die Krankenkasse nicht abzuhelpen gedenkt. Eine aktive Mitwirkung des Versicherten, damit über seinen Widerspruch entschieden wird, darf nicht verlangt werden.

In der Nachfrage der Krankenkasse ist im Hinblick auf die ordnungsgemäße Durchführung der Widerspruchsbearbeitung klar zu stellen, dass über den Widerspruch auch bei fehlender Rückäußerung in jedem Fall entschieden wird, d. h. der Widerspruch dem Widerspruchsausschuss unverzüglich zugeleitet wird und dieser eine abschließende Entscheidung trifft.

Dabei darf insbesondere die Nachfrage der Krankenkasse an den Versicherten nicht derart abgefasst werden, als ob die Zurückweisung des Widerspruchs bereits beschlossen sei. Es ist also zu vermeiden, bei dem Versicherten den Eindruck zu erwecken, es sei hier bereits die Entscheidung vorweggenommen worden.

8.1. Widerspruch erfassen

Widerspruch | Sozialgerichtsklage | Fallakte | Zusatzregister

Dezentral

Aktueller Status* **1**
neu

Betroffener Verwaltungsakt*

Streitgegenstand*

Streitwert in € Bereich Zuständiger Mitarbeiter Weitergeleitet am

Statuszusatz Erhoben am* Eingang am* Erledigt am **2**

Abweichender Widerspruchsführer

Streitgegenstand Detail

Zentral

Eingang Widerspruchsstelle Organisationseinheit* Zuständiger Mitarbeiter

Widerspruch

KV PV

Weiterbearbeitung

Durch Am Widersprachausschuss

Klage erhoben Sitzung am Ergebnis besonderer Ausschuss Gericht* **3**

Klage verknüpfen...

Druckdaten aktualisieren

Grund

(Übernehmen) OK Abbrechen

- (1) Ein neuer Widerspruch wird angelegt
oder
- (2) ordnet den Fall einem bestehenden Widerspruch zu

Die WS-Unterlagen werden erneut dem MD zur Begutachtung vorgelegt. Nach GA Ergebnis ist die Maske entsprechend zu ergänzen

Widerspruch Sozialgerichtsklage Fallakte Zusatzregister

Dezentral

Aktueller Status* (1)

neu
abgewiesen med. Gründe
abgewiesen sonstige Gründe
bewilligt mit and. Leistung
neu
sonstige Erledigung
Storniert
weitergeleitet (RV-Träger)
zurückgenommen

Statuszusatz Erhoben am* Eingang am* Erledigt am

Abweichender Widerspruchsführer

Streitgegenstand Detail

Zuständiger Mitarbeiter (2) Weitergeleitet am

Zentral

Eingang Widerspruchsstelle Organisationseinheit* Zuständiger Mitarbeiter

Widerspruch
 KV PV

Weiterbearbeitung
Durch Am Widersprachausschuss

Klage erhoben Sitzung am Ergebnis besonderer Ausschuss Gericht* (3)

Klage verknüpfen...

Druckdaten aktualisieren

Grund

(Übernehmen) OK Abbrechen

Notwendige Eingaben:

- (1) Der aktuelle Status ist zu ergänzen, je nach Ergebnis des Widerspruchs. Abhilfe von der Fachabteilung o.ä (Bsp. Zweitgutachten MD befürwortet die Maßnahme)
- (2) Ist zusätzlich zu füllen, wenn der Widerspruch bei Aufrechterhaltung an die WS-Stelle abgegeben wird
- (3) „Übernehmen“ speichert die Eingaben

9. Ablage

Der abgeschlossene Leistungsfall wird im Ordner „Reha“ abgelegt, hierfür ist das Kalenderjahr entscheidend, in dem die Maßnahme abgeschlossen wurde.

Beispiel: Ambulante Reha vom 15.12.2019 bis 10.01.2020 > Ablage 2020