

## Anlage 5 Abrechnung

---

### 1. Abrechnungs- und Vergütungsvoraussetzungen

- 1.1. Die Abrechnung und Vergütung der vertraglich vereinbarten Leistungen erfolgt monatlich pro abgeschlossenem Versorgungsfall, sobald alle abrechnungsrelevanten Dokumente bei CONVEMA eingegangen sind. Hierzu zählen insbesondere:
  - Vor Behandlungsbeginn:
    - **Anlage 2a** – Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte
  - Nach Abschluss der Behandlung
    - **Anlage 2f** – Abrechnungsbogen Arzt
    - **Anlage 2g** – Abrechnungsbogen Caterna
- 1.2. Eine Vergütung von Leistungen nach Ablauf von 12 Monaten nach Ende des Monats, in welchem die Behandlung abgeschlossen wurde, ist ausgeschlossen.
- 1.3. Widerruft ein Versicherter seine Teilnahme an diesem Vertrag innerhalb der ersten 14 Tage, findet keine Abrechnung und Vergütung der Leistungen statt.
- 1.4. Endet das Versicherungsverhältnis während der Teilnahme an der Versorgung, so trägt die jeweilige beigetretene Krankenkasse die Kosten der Versorgung bis zum Eingang einer entsprechenden Nachricht durch die Krankenkasse bei dem teilnehmenden Augenarzt.

### 2. Abrechnungsprozess und Auszahlung

- 2.1. Die Abrechnung und Auszahlung der Vergütung auf Basis der Vergütungspauschalen gemäß **Anlage 4** (Vergütung) erfolgt durch die CONVEMA monatlich pro abgeschlossenem Versorgungsfall.

Die maschinellen Abrechnungsdaten sind monatlich entsprechend der gesetzlichen Vorgaben des § 295 Abs. 1b SGB V nach dem Ende der Versorgung im Wege der elektronischen Datenübertragung an die von der Krankenkasse benannte Datenannahmestelle zu übermitteln. Für die Umsetzung des Datenaustausches nach § 295 Abs. 1b SGB V gelten die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes sowie die ergänzende technische Anlage in ihrer jeweils aktuellen Fassung. Darüber hinaus sind die Regelung der **Anlage 7** (Schnittstellenbeschreibung Datenlieferung) im Rahmen der elektronischen Datenübertragung der Abrechnungsdaten zu berücksichtigen.
- 2.2. Die teilnehmenden Augenärzte reichen die unterzeichnete **Anlage 2a** (Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte) vor Behandlungsbeginn als Kopie bei CONVEMA per Post oder Fax ein.
- 2.3. Nach Abschluss der Behandlung reichen die teilnehmenden Augenärzte sowie Caterna ihre dokumentierten Leistungsnachweise binnen 5 Kalendertage nach Monatsende pro Versorgungsfall, der im vorangegangenen Monat beendet wurde, bei CONVEMA zur Abrechnung gegenüber den Krankenkassen per Post oder Fax ein. Die Dokumentation der erbrachten Leistungen erfolgt gemäß dem jeweils gültigen



Abrechnungsbogen **Anlage 2f** (Abrechnungsbogen Arzt) und **Anlage 2g** (Abrechnungsbogen Caterna).

- 2.4. Die CONVEMA prüft nach Ablauf der Einreichungsfrist innerhalb von 10 Kalendertagen die bis dahin eingegangenen abrechnungsrelevanten Dokumente, beanstandet diese bei Unregelmäßigkeiten und fordert ggf. angepasste und ausstehende Dokumente nach. Innerhalb dieses Zeitraums fasst CONVEMA sämtliche abrechnungsrelevante Dokumente zu einem vergütungsberechtigten Versorgungsfall zusammen und übermittelt diese Abrechnungsdaten per Datenträgeraustausch gemäß § 295 Abs. 1b SGB V spätestens am 15. Kalendertag im Monat an die zuständige Krankenkasse.
- 2.5. Die zuständige Krankenkasse zahlt die durch CONVEMA in Rechnung gestellten Leistungen innerhalb einer Frist von 14 Kalendertagen nach Übermittlung der Abrechnungsdaten an die CONVEMA.
- 2.6. Die CONVEMA zahlt die von den Krankenkassen erhaltene Vergütung der abgerechneten Leistungen binnen 5 Kalendertage nach Ablauf des Zahlungsziels der Krankenkassen an die Vergütungsberechtigten aus.
- 2.7. Soweit erfüllbare Rückzahlungsansprüche der teilnehmenden Krankenkassen aus sachlichen oder rechnerischen Berichtigungen nicht im Rahmen der Verrechnung ausgeglichen werden, sind diese innerhalb von 10 Kalendertagen nach schriftlicher Geltendmachung zu erfüllen.
- 2.8. Sämtliche Kosten, die der CONVEMA durch die Einzelabrechnung mit den zur Erfüllung dieses Vertrages vertraglich verpflichteten Augenärzten, mit Caterna, sowie durch die Gesamtabrechnung mit den teilnehmenden Krankenkassen und der GWQ entstehen, sind mit der Zahlung der Vergütung des Vertragsnehmers gemäß **Anlage 4** (Vergütung) abgegolten.

### 3. **Rechnungslegung und elektronische Übermittlung von Abrechnungsdaten**

3.1. Die CONVEMA stellt sicher, dass die Rechnungslegung und die -inhalte in der vereinbarten Form gemäß den folgenden Abschnitten dieser Anlage und der **Anlage 7** (Schnittstellenbeschreibung Datenlieferung) erfolgen.

#### 3.2. Körperlicher Rechnungsbrief – Krankenkasse

Neben der Übermittlung der versichertenbezogenen Abrechnungsdaten in Form von Einzelfallnachweisen (EFN) entsprechend der technischen Anlage zum Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern zwischen den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und der kassenärztlichen Bundesvereinigung stellt die CONVEMA der Krankenkasse einen körperlichen Rechnungsbrief zur Verfügung. Den körperlichen Rechnungsbrief erhalten die teilnehmenden Krankenkassen monatlich gemäß Abschnitt 1 dieser Anlage. Der Rechnungsbrief beinhaltet eine Zusammenführung der versichertenbezogenen Abrechnungsdaten zu einer Gesamtforderung. Im Einzelnen sind im Rechnungsbrief die folgenden Angaben zu machen:

1. Institutionskennzeichen des Zahlungsempfängers
2. Name und Anschrift des Zahlungsempfängers



3. Bankverbindung des Zahlungsempfängers
4. Rechnungsnummer
5. Rechnungsdatum (nicht Einzelfallbezogen)
6. Abrechnungszeitraum
7. Vertragskennzeichen
8. Abrechnungsziffer
9. Einzelbetrag Abrechnungsziffer
10. Anzahl der abgerechneten Versicherten
11. Gesamtbetrag für die Abrechnungsziffer
12. Gesamtforderung

### 3.3 Zahlung GWQ

Die GWQ erhält monatlich binnen 5 Kalendertagen nach Eingang der Vergütung der Krankenkassen bei der CONVEMA eine Zahlung für die Durchführung von Managementaufgaben unter Verwendung eines vertragsbezogenen Verwendungszwecks. Die Zahlung beinhaltet eine Zusammenführung aller Versorgungsfälle des abzurechnenden Monats.

## 4. Datenannahmestellen

Der körperliche Rechnungsbrief ist zusammen mit den abrechnungsgegenständlichen Teilnahmeerklärungen der Versicherten an die jeweilige Krankenkasse zu senden.

Die maschinell verwertbaren versichertenbezogenen Abrechnungsdaten sind gemäß **Anlage 7** (Schnittstellenbeschreibung Datenübermittlung) an die jeweils zuständige Datenannahmestelle der Krankenkasse zu übermitteln.