

Die häufigsten Fehler bei der Einreichung der Abrechnungsunterlagen und der damit verbundene Mehraufwand:

Bei Verordnungen **Muster 56** (Stand 01.2023) gültig für gesetzliche Krankenkassen oder z.B. Privatversicherte:

1. Fehlende Angabe der indikationsgerechten Diagnose und dazugehörige Diagnoseschlüssel ICD-Code (Pflichtangabe)
2. Fehlende Unterschriften auf den Verordnungen und Teilnahmebestätigungen z.B. des behandelnden Arztes, des Versicherten, des Übungsleitenden
3. Fehlende Bewilligungen von den Krankenkassen (Ausnahme Genehmigungsverzicht) z.B. ungenehmigte Verordnung von Techniker Krankenkasse plus Bewilligungsschreiben
-> keine Kostenerstattung durch die Abrechnungsstelle
4. Fehlende Angabe des Institutionskennzeichen (IK-Nummer) des Vereins
5. Falsche Vergütungssätze eingetragen
6. Funktionstraining statt Rehasport verordnet und bewilligt (die Mitgliedsvereine des HBRS bieten kein Funktionstraining an)
7. Längere Leistungsdauer 120 Übungseinheiten in 36 Monaten
Fehlende Angabe zu kognitiven o. psychischen Beeinträchtigung unter Schädigung
8. Annahme der Verordnungen, obwohl der Verein für die angegebene Diagnose keine zertifizierten Gruppen hat

Eine Teilnahmebestätigung kann nicht über zwei unterschiedliche Verordnungen / Krankenkassen abgerechnet werden. Für jede Verordnung muss eine eigene Teilnahmebestätigung (Teil 1 und Teil 2) ausgestellt werden.

Bei Verordnungen **G0850** (Deutsche Rentenversicherung):

1. Fehlende Angabe Zuständiger Rentenversicherungsträger (z.B. DRV Bund, DRV Hessen, DRV Knappschaft-Bahn-See usw.)
2. Fehlende oder unvollständige Angabe der Versichertennummer von DRV
Die Versichertennummer der Deutschen Rentenversicherung besteht aus 11 Zahlen und ein Buchstabe. Die ersten zwei Zahlen stehen für den Rentenversicherungsträger. Dann folgen das Geburtsdatum und der Anfangsbuchstabe des Geburtsnamens. Die beiden nächsten Ziffern stehen für das Geschlecht und die letzte Nummer ist die Prüfziffer.
3. Fehlende Angabe medizinische Rehabilitation von – bis (Kur von – bis, von wann bis wann der Versicherte in der Reha-Klinik war)
4. Fehlende Diagnose und kein Rehasport verordnet
5. Fehlende Arzt-Unterschrift und Stempel der Reha-Klinik
6. Die 3-Monats-Frist wird nicht beachtet (mit dem Rehasport muss innerhalb von 3 Monaten nach Entlassung aus der Reha-Klinik begonnen werden)

Bitte bei Annahme der Abrechnungsunterlagen auf der Verordnung G0850 bitte immer die Angabe des zuständigen Rentenversicherungsträger (z.B. DRV Bund, DRV Hessen usw.) kontrollieren. In letzter Zeit haben wir vermehrt Kürzungen, dass die DRV nicht der Kostenträger der Reha-Maßnahme ist oder Zahlungen von anderen Rentenversicherungen erhalten.

- Abrechnungen über die Ersatzkrankenkassen (vdek):
Bitte bei jeder Abrechnung mit den Ersatzkassen das **Institutionskennzeichen (IK-Nummer)** des Vereins) **angeben**.
Abrechnungen ohne IK oder mit fehlerhaftem IK werden von den Ersatzkassen abgewiesen, siehe Vertrag §9.
- **Bitte beachten:**
Die neuen Vordrucke der **Verordnung Muster 56** (Stand 1.2023) und die Vordrucke der **Teilnahmebestätigungen Teil 1 + Teil 2** (Version 1.1/RS/2023-03) sind **verpflichtend**.
- **Neues Verordnungsmuster der DGUV ab 1. Januar 2025**
Die DGUV wird zum 1. Januar 2025 ein neues Verordnungsmuster für den Rehabilitationssport und das Funktionstraining einführen
→ Dies betrifft nur die Berufsgenossenschaft (BG) / Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV).