

## **AOK Baden-Württemberg**

### **Information**

**zum Datenträgeraustausch nach § 302 SGB V**

**für Leistungserbringer von Hilfsmitteln**

Stand Dezember 2014

# **Information für Hilfsmittel-Leistungserbringer über das maschinelle Abrechnungsverfahren nach § 302 SGB V mit der AOK Baden-Württemberg.**

**Der Gesetzgeber verpflichtet die Hilfsmittel-Leistungserbringer zur Abrechnung mittels elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern (§ 302 SGB V).**

**Im Internet sind Informationen zum Datenträgeraustausch (DTA) unter der Seite <http://www.gkv-datenaustausch.de> abrufbar.**

## **I. Welche Abrechnungsmöglichkeiten gibt es?**

Zwei verschiedene Abrechnungsmöglichkeiten stehen für Sie zur Auswahl.

Sie können entweder über

- ein Abrechnungszentrum oder
- mittels eigener EDV  
abrechnen.

## **II. Was ist zu tun?**

### **II. 1 Anmeldung zum Datenaustausch**

Treffen Sie die Entscheidung, wie Sie künftig abrechnen möchten. Informieren Sie Ihr zuständiges CompetenceCenter Hilfsmittel (siehe Ziffer II.3) vor Ihrer ersten Abrechnung über Ihre Entscheidung. Ihr CompetenceCenter Hilfsmittel stellt Ihnen hierzu ein Informationsschreiben mit einem DTA-Anmeldebogen zur Verfügung, den Sie ausgefüllt an die angegebene Adresse zurücksenden.

### **II. 2 Jeder Vertragspartner benötigt ein Institutionskennzeichen (IK)**

Jeder Vertragspartner benötigt zur Abrechnung mit der AOK Baden-Württemberg ein gültiges IK. Dabei ist es unerheblich, welche Abrechnungsform (über Abrechnungszentrum oder mit eigener EDV) Sie gewählt haben. Bitte prüfen Sie, ob Sie oder Ihr Abrechnungszentrum das richtige IK verwenden.

Bei Neuanträgen oder Änderungen wenden Sie sich bitte an die:

ARGE IK  
Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen  
Alte Heerstraße 111  
53757 Sankt Augustin  
Tel.: 0 22 41/231 18 00  
Fax: 0 22 41/231 13 34  
E-Mail: [info@arge-ik.de](mailto:info@arge-ik.de)  
Internet: [www.arge-ik.de](http://www.arge-ik.de)

Bitte teilen Sie etwaige Änderungen: z. B. IK-Nummer, Adresse etc. neben der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen auch dem für Sie zuständigen CompetenceCenter Hilfsmittel der AOK Baden-Württemberg mit.

## **II. 3 CompetenceCenter Hilfsmittel der AOK Baden-Württemberg**

Bei der AOK Baden-Württemberg wird die Hilfsmittelabrechnung an 14 regionalen Standorten (CompetenceCenter) durchgeführt, wobei jeder Vertragspartner nur noch einen Ansprechpartner (und damit einen Rechnungsadressaten) hat. Das für Sie zuständige CompetenceCenter Hilfsmittel richtet sich nach ihrem Sitz (Postleitzahl). Im Sehhilfenbereich gibt es eine zentrale Bearbeitungsstelle (bei der AOK Bezirksdirektion Stuttgart-Böblingen, CompetenceCenter Hilfsmittel, Presselstr.19, 70191 Stuttgart). Eine ausführliche Übersicht hierzu (PLZ - CC Hilfsmittel) befindet sich im Internet unter <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bw/hilfsmittel/ansprechpartner/index.html>.

## **III. Gesetzliche Grundlagen**

### **Rechtliche Grundlagen zur Abrechnung**

Für die Abrechnung sind neben den für Sie jeweils gültigen Verträgen gemäß § 127 SGB V insbesondere folgende Paragraphen des SGB V maßgeblich:

- § 12 SGB V Wirtschaftlichkeitsgebot
- § 33 SGB V Hilfsmittel
- § 36 SGB V Festbeträge
- § 61 SGB V Zuzahlungen
- § 126 SGB V Versorgung durch Vertragspartner
- § 139 SGB V Hilfsmittelverzeichnis
- § 302 SGB V Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer
- § 303 SGB V ergänzende Regelungen

Darüber hinaus sind die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V relevant. Diese sowie weitere Informationen zum Datenträgeraustauschverfahren (z. B. Technische Anlage, Schlüsselverzeichnisse u. v. m.) sind im Internet auf folgender Seite veröffentlicht: <http://www.gkv-datenaustausch.de> in der Rubrik "Sonstige Leistungserbringer".

In § 303 SGB V ist geregelt, dass dem Leistungserbringer bis zu 5 % des Rechnungsbetrags gekürzt werden, wenn aus Gründen, die er zu vertreten hat, die Daten nicht maschinell übermittelt werden.

## **IV. Wie erfolgt die Abrechnung?**

Zwei mögliche Wege stehen Ihnen zur Auswahl:

### **IV.1. Abrechnung über ein Abrechnungszentrum**

Nehmen Sie mit einem Abrechnungszentrum Kontakt auf, das im Bereich "Hilfsmittel" für die "Sonstigen Leistungserbringer" Angebote hat (siehe hierzu auch Informationen unter <http://www.gkv-datenaustausch.de>).

Alles Weitere ergibt sich aus den Abläufen des gewählten Abrechnungszentrums.

### **IV 2. Abrechnung mit eigener EDV**

#### **Welche Abrechnungssoftware wird benötigt?**

Für die Erstellung maschineller Abrechnungsdaten ist der Einsatz einer Abrechnungssoftware erforderlich, die den Anforderungen der Richtlinien nach § 302 SGB V entspricht. Es muss sichergestellt sein, dass mittels der eingesetzten Abrechnungssoftware Abrechnungsdateien erstellt werden, die für die Datenannahmestellen der Krankenkassen physisch lesbar sind und von ihnen verarbeitet werden können.

Eine Übersicht der Softwarehersteller und -anbieter ist über die Internet-Seite <http://www.gkv-datenaustausch.de> abrufbar.

#### **Warum müssen die Abrechnungsdaten verschlüsselt werden?**

Aus datenschutzrechtlichen Gründen müssen die Abrechnungsdaten mit einer Verschlüsselungssoftware, die in der Regel in Ihrer Abrechnungssoftware integriert ist, verschlüsselt werden. Für die Datenübermittlung an die Krankenkassen benötigen Sie einen privaten und einen öffentlichen Schlüssel, den Sie mit Ihrer Verschlüsselungssoftware erzeugen. Zur Zertifizierung des öffentlichen Schlüssels finden Sie ausführliche Informationen auf der Website <http://www.itsg.de> unter TrustCenter bzw. bei:

ITSG – Informationstechnische Servicestelle  
der gesetzlichen Krankenversicherung GmbH  
Seligenstädter Grund 11  
63150 Heusenstamm  
Telefon: 0180 500 93 772 (14 Cent pro Minute)

### **Abrechnung mit der AOK Baden-Württemberg**

Nach erfolgter Anmeldung ist in einer „Erprobungsphase“ (d.h. bis zu 3 Monate parallele Abrechnung mit zusätzlicher herkömmlicher Papierrechnung und elektronischer Echt-Datenlieferung) die ordnungsgemäße Datenübermittlung und -verarbeitung zu prüfen. Sofern Sie in der Erprobungsphase keine maschinellen Datenlieferungen senden, behält sich die AOK Baden-Württemberg aufgrund des erforderlichen Nacherfassungsaufwandes vor, den Rechnungsbetrag gemäß § 303 SGB V um bis zu 5 % zu kürzen.

**Senden Sie die Papierrechnung einschließlich der zahlungsbegründenden Unterlagen an das für Sie zuständige CompetenceCenter Hilfsmittel** der AOK Baden-Württemberg (vgl. Ziffer II 3).

Während der Erprobungsphase bleibt zunächst die Papierrechnung zahlungsbegründend. Sobald die maschinellen Daten korrekt angeliefert werden, erhalten Sie ein DTA-Zulassungsschreiben von Ihrem CompetenceCenter Hilfsmittel. Ab diesem Zeitpunkt ist die maschinelle Datenübermittlung in Verbindung mit den zahlungsbegründenden Unterlagen gemäß § 2 Absatz 1 der DTA-Richtlinien nach § 302 Abs. 2 SGB V zahlungsbegründend, die Papierrechnungen sind dann nicht mehr notwendig.

### **Wohin werden die Daten übermittelt?**

Bitte übermitteln Sie Ihre maschinellen Daten per Datenträger an die

ITSCare  
c/o AOK Baden-Württemberg  
Datenannahme- und Verteilstelle (DAV)  
Schwarzwaldstr. 39  
77933 Lahr

Die Daten von Versicherten einer AOK außerhalb Baden-Württembergs senden Sie bitte - in einer separaten Datei - ebenfalls an die DAV in Lahr.

Neben der Verwendung von Datenträgern besteht auch die Möglichkeit der Datenübermittlung per E-Mail:

- In einer Datei werden die Abrechnungsdaten verschlüsselt und in einer zweiten Datei der Auftragsatz bereitgestellt.
- Beide Dateien werden als sogenannte Anhänge (Attachments) der E-Mail beigefügt. Bitte erfragen Sie bei Ihrem Softwarelieferanten, ob die Funktion "automatisches Senden von E-Mails" in der Abrechnungssoftware enthalten ist.
- Zieladresse: [da@dta.aok.de](mailto:da@dta.aok.de)
- Als Betreff geben Sie Ihr Institutionskennzeichen an.

Bei Fragen zur maschinellen Datenübermittlung können Sie sich unter Telefonnummer 07821 / 32902-12 direkt mit der DAV in Verbindung setzen.

### **Wohin werden die Verordnungen gesandt?**

Die vertragsärztlichen Verordnungen und andere leistungsbegründende Unterlagen (Urbelege) von Versicherten der AOK Baden-Württemberg werden an das für Sie zuständige CompetenceCenter Hilfsmittel (vgl. Ziffer II.3) gesandt.

## **Besonderheit bei der Abrechnung von Leistungen, die andere Leistungsträger betreffen:**

Für Anspruchsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylBLG), Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG), sowie für Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, ist eine **zusätzliche** Einzelrechnung in Papierform zu erstellen. Die Papierabrechnung sowie die Verordnung(en) sind monatlich an das für Sie zuständige CompetenceCenter Hilfsmittel der AOK Baden-Württemberg zu senden.

## **V. Weitere Hinweise für die Abrechnung**

### **Leistungserbringer-Sammelgruppenschlüssel**

Ab 01.02.2008 ist in der Datenanlieferung ein Kennzeichen einzufügen, das den Leistungsbereich der Abrechnung nach § 302 SGB V näher beschreibt. Für den Hilfsmittelbereich ist der Schlüssel „A“ zu verwenden.

### **Leistungserbringergruppen-Schlüssel („Vertragsnummer“)**

Bitte beachten Sie, dass Sie in jeder Abrechnung Ihren Leistungserbringergruppen-Schlüssel angeben müssen. Dieser Schlüssel ist die Verbindung zu den für die Abrechnung gültigen Vertragspreisen.

Der Schlüssel ist 7-stellig:

1. und 2. Stelle: Abrechnungscode (AC) (abhängig von der Leistungserbringergruppe)

- 11 Apotheke
- 12 Augenoptiker
- 13 Augenarzt
- 14 Hörgeräteakustiker
- 15 Sanitätshaus, Orthopädiemechaniker, Bandagist
- 16 Orthopädieschuhmacher
- 17 Orthopäde
- 18 - unbesetzt -
- 19 sonstiger Hilfsmittellieferant

3. bis 7. Stelle: Tarifkennzeichen (TKZ)

- 3. und 4. Stelle für den Tarifbereich (z.B. 01 für Baden-Württemberg)
- 5. bis 7. Stelle für Tarife (Verträge).

## **Leistungserbringergruppen-Schlüssel (AC/TK) von Verträgen der AOK Baden-Württemberg**

Den gültigen Leistungserbringergruppen-Schlüssel (AC/TK) finden Sie auf dem Deckblatt des jeweiligen Hilfsmittelvertrages.

Bitte informieren Sie sich regelmäßig über neue Verträge unter [www.aok-gesundheitspartner.de/bw/hilfsmittelanbieter/vertraege\\_preise/](http://www.aok-gesundheitspartner.de/bw/hilfsmittelanbieter/vertraege_preise/)

### **Hilfsmittelpositionsnummer**

Bei der Abrechnung ist die zehnstellige Hilfsmittelpositionsnummer anzugeben.

Die Hilfsmittelpositionsnummer ist wie folgt aufgebaut:

- |                |                   |
|----------------|-------------------|
| 1.-2. Stelle:  | Produktgruppe     |
| 3.-4. Stelle:  | Anwendungsort     |
| 5.-6. Stelle:  | Untergruppe       |
| 7. Stelle:     | Produktart        |
| 8.-10. Stelle: | Einzelnes Produkt |

Weitere Informationen zum Thema Abrechnungspositionsnummern finden Sie in Anlage 3 Punkt 8.2.2 der Richtlinien über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V.

### **Kennzeichen Hilfsmittel**

Das Kennzeichen Hilfsmittel ist fester Bestandteil des Datenträgeraustauschverfahrens im Hilfsmittelbereich und beschreibt, um welche Art der Lieferung es sich handelt. Unterschieden werden insgesamt 20 verschiedene Arten, die mit dem Kennzeichen von 00 bis 20 versehen sind (vgl. Richtlinien nach § 302 SGB V, Anlage 3 Schlüsselerzeichnisse, Abschnitt 8.1.10).

#### **00 = Neulieferung**

(Kauf/Erstlieferung: erstmalige Versorgung (Leistungsabgabe) mit einem neuen Hilfsmittel, z. B. erstmalige Versorgung mit einem Hörgerät)

#### **01 = Reparatur**

(Instandsetzung des vorhandenen Hilfsmittels/ Austausch von Einzelteilen usw.; evtl. auch Pauschalbetrag für einmalige Reparatur)

#### **02 = Wiedereinsatz**

(Lieferung eines im Wiedereinsatz befindlichen Hilfsmittels, ggf. inkl. erforderliche Instandsetzung; für Instandsetzungen während der Nutzung gilt Kennzeichen 01)

#### **03 = Miete**

#### **04 = Nachlieferung**

(Erneute Versorgung mit dem gleichen Hilfsmittel, Nachlieferung eines Produkts mit identischer Hilfsmittelpositionsnummer)

#### **05 = Zurichtung**

(Anpassung von Hilfsmitteln an die spezifischen Anforderungen der Anwender; für Instandsetzungen gilt Kennzeichen 01)

#### **06 = Abgabe eines von der Verordnung abweichenden, höherwertigen Hilfsmittels**

(z. B. Abgabe von Gleitsichtgläsern bei verordneten Bifokalgläsern; weitere zu beachtende Besonderheiten: siehe § 5 der Richtlinien nach § 302 SGB V unter Anmerkung 2)

#### **07 = unbesetzt**

#### **08 = Vergütungspauschale**

(Fall- und Versorgungspauschale)

**09 = Folgevergütungspauschale**

(Erneute Abrechnung desselben Hilfsmittels für einen weiteren Gewährleistungs-  
/Versorgungszeitraum)

**10 = Folgeversorgung**

(Erneute Versorgung mit einem anderen Hilfsmittel der gleichen Produktart)

**11 = Ersatzbeschaffung**

(Erneute Versorgung mit dem gleichen Hilfsmittel innerhalb eines bestimmten Zeitraums, z.B. bei  
Verlust eines Hörgeräts)

**12 = Zubehör**

(Zurüstung des Hilfsmittels an die spezifischen Anforderungen des Anwenders)

**13 = Reparaturpauschale**

(Pauschale Abgeltung der Reparaturkosten während eines vereinbarten Zeitraums)

**14 = Wartung**

(Wartung bzw. Pflege/Überprüfung des vorhandenen Hilfsmittels; evtl. auch Pauschalbetrag für  
einmalige Wartung)

**15 = Wartungspauschale**

(Pauschale Abgeltung der Wartungskosten während eines vereinbarten Zeitraums)

**16 = Auslieferung**

(gesonderte [ggf. pauschale] Vergütung der Auslieferung)

**17 = Aussonderung**

(gesonderte [ggf. pauschale] Vergütung der Aussonderung)

**18 = Rückholung**

(gesonderte [ggf. pauschale] Vergütung der Rückholung)

**19 = Abbruch**

(gesonderte [ggf. pauschale] Vergütung des Abbruchs)

**20 = Erprobung**

(gesonderte [ggf. pauschale] Vergütung der Erprobung)

**Mittelnummer**

Seit 01.01.2004 haben Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, bei der Ver-  
sorgung mit Hilfsmitteln eine Zuzahlung zu leisten. Grundlage für die Berechnung der Zu-  
zahlung ist der von der Krankenkasse zu übernehmende Betrag für das Hilfsmittel. Zum  
Versorgungsumfang zählen auch Zubehör-, Zurüst- oder Zusatzteile. Die Zuzahlung be-  
rechnet sich aus den Kosten für die gesamte Versorgung für das jeweilige Hilfsmittel. Zur  
eindeutigen Identifikation der zuzahlungstechnisch zusammengehörigen Abrechnungsposi-  
tionen wurde im DTA die Mittelnummer (Identifikations-Nummer) eingeführt. Je Hilfsmit-  
tel ist eine fortlaufende Nummer, beginnend mit 1 anzugeben.

Beispiel: Bei der Abrechnung von zwei Hörgeräten bei beidohriger Versorgung ist das ers-  
te Hörgerät sowie das Ohrpassstück mit der Mittelnummer = 1 und das zweite Hörgerät,  
das Ohrpassstück und die Abschlagsposition mit der Mittelnummer = 2 zu versehen.

Zuzahlungsfreie Abrechnungspositionen wie z.B. Reparaturkosten sind mit einer eigenen  
Mittelnummer zu versehen.



**Besonderheiten bei der Abrechnung:**

Bei der Abrechnung von „zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel“ ist immer ein Versorgungszeitraum anzugeben, ebenso bei der Abrechnung von zeitlich begrenzten Pauschalen, d.h. bei den Kennzeichen 03 (Miete), 08 (Vergütungspauschale), 09 (Folgevergütungspauschale), 13 (Reparaturpauschale), 15 (Wartungspauschale) und 20 (Erprobung).