

Abrechnungsverfahren und Datenträgere Austausch

1. Die Rechnungen über abgeschlossene Leistungen sind der AOK in einfacher Ausfertigung einzureichen, sofern in der jeweiligen Preisvereinbarung nichts Abweichendes geregelt ist.

Die mit dem Firmenstempel des Leistungserbringers versehenen ärztlichen Verordnungen (Rückseite), die genehmigten Kostenvoranschläge sowie die Empfangsbestätigungen nach § 6 Abs. 5 des Vertrages sind beizufügen. Alle Unterlagen sind im Original einzureichen, sofern in den jeweiligen Preisvereinbarungen nichts Abweichendes geregelt ist.

2. Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V - im Folgenden Richtlinien genannt - in der jeweils aktuellen Fassung. Bestandteile der Rechnung sind, sofern nicht anders vereinbart:

- Abrechnungsdaten
- mit Stempel des Leistungserbringers versehene ärztliche Verordnung
- Empfangsbestätigung
- Genehmigung der AOK in Papierform

Die Vorgaben der Anlage 5 zum DTA nach § 302 SGB V „Inhalte der Urbelege“ in der jeweils gültigen Fassung sind zwingend einzuhalten.

3. Vorbehaltlich anders lautender Bestimmungen in den Richtlinien nach § 302 SGB V oder den Anlagen dieses Vertrages sind in den Rechnungen die Krankenversicherungsnummer des Leistungsempfängers, die 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer nach dem Hilfsmittelverzeichnis und der genehmigte (Brutto-)Preis bzw. der Festbetrag aufzuführen. Die Rechnungen sind als Sammelrechnungen zu erstellen.

- Die Leistungsinhalte sind innerhalb der Rechnung fortlaufend zu nummerieren. Die dazugehörigen ärztlichen Verordnungen sind entsprechend dieser Nummerierung zu sortieren.
- Die Genehmigungsnummer, das Genehmigungsdatum, ggf. die Inventarnummer und das Lieferdatum sind im Rahmen der Datenübermittlung nach § 302 SGB V anzuliefern

- Rechnungen, die den vorstehenden Anforderungen nicht entsprechen, werden zurückgewiesen.
4. Zahlungen an eine ermächtigte, zentrale Abrechnungs-/Verrechnungsstelle setzen voraus, dass der AOK eine Ermächtigungserklärung des Leistungserbringers nach Anlage 3 vorliegt.
 5. Zahlungen an eine Abrechnungs-/Verrechnungsstelle erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung für die AOK.
 6. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen der Abrechnungs-/Verrechnungsstelle und dem Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet ist.
 7. Der Einzug der Zuzahlung gem. § 33 in Verbindung mit § 61 SGB V erfolgt durch den Leistungserbringer entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen. Die Berechnung der Zuzahlung erfolgt auf der Basis des Vergütungssatzes für die einzelne Leistung. Die von den Versicherten an die Leistungserbringer insgesamt gezahlten Zuzahlungsbeträge sind von den jeweiligen Endbeträgen abzusetzen. Nach § 61 SGB V sind die vom Versicherten geleisteten Zuzahlungen vom Leistungserbringer zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht. Dies gilt auch bei Versandartikeln.
 8. Wird bei der Rechnungsprüfung außerhalb des Genehmigungsverfahrens festgestellt, dass die Kosten für das abgegebene Hilfsmittel von einem Träger der Versorgungsverwaltung im Zusammenhang mit einem Schädigungsleiden nach einem sozialen Entschädigungsgesetz (z. B. BVG) zu übernehmen sind, sendet die AOK die Abrechnungsunterlagen an den Leistungserbringer mit dem entsprechenden Hinweis, die Abrechnung mit der zuständigen Versorgungsverwaltung vorzunehmen, zurück. Einbehaltene Zuzahlungen sind in diesem Fall an den Kunden gegen Einzug der Zuzahlungsquittung zu erstatten.
 9. Mit Abschluss des Vertrages ist die Anwendung des Datenträgeraustausches im Sinne des § 302 SGB V sowie die technischen Anlagen für die maschinelle Abrechnung (elektronische Datenübermittlung) bindend.
 10. Sofern in der jeweiligen Preisvereinbarung eine Positionsnummer für Produktbesonderheiten aufgeführt ist, muss das Feld „Positionsnummer für Produktbesonderheiten“ entsprechend gefüllt werden. Ist in den Anlagen keine Positionsnummer für Produktbesonderheiten geregelt, ist dieses Feld bei der Abrechnung freizulassen.
 11. Nach § 302 Abs. 1 SGB V ist der Leistungserbringer verpflichtet, der AOK die

Abrechnung im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Werden die Abrechnungen nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar übermittelt, hat die AOK nach § 303 Abs. 3 SGB V die Daten nachzuerfassen. Die durch die Nacherfassung entstehenden Kosten werden den Leistungserbringern durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von 5 v. H. des Rechnungsbetrages in Rechnung gestellt, falls der Leistungserbringer die Gründe für die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten hat.