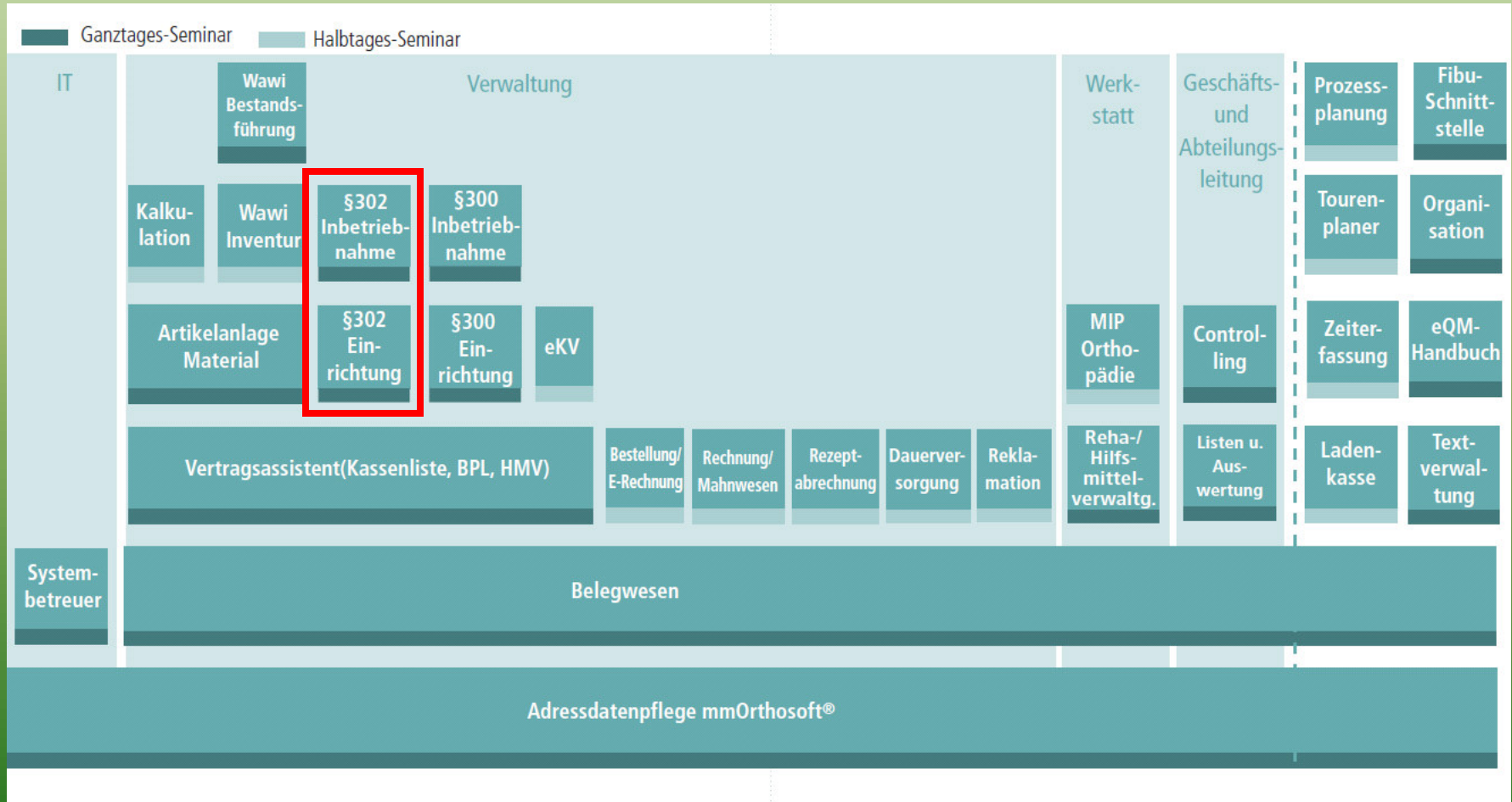


mmOrthosoft® Qualifizierungskonzept



Seminarziele und Inhalte:

- Voraussetzungen für die Abrechnung nach §302
- mmOrthosoft® Systemeinstellungen vornehmen
- Korrekte Stammdatenpflege durchführen
von Patientendaten über IK-
und HIMI Nummern bis LGS
- Abrechnungen erstellen
- Abrechnungen versenden

Voraussetzungen für die §302 Abrechnung

- Eigene IK-Nummer und Steuernummer wurde zugeteilt
- Anmeldung zum Datenaustausch bei den jeweiligen Krankenkassen (Formular/Internet/Telefonisch)
- Die aktuelle mmOrthosoft® Version aus der Mailbox
- Installation eines gültigen DAKOTA® Schlüssels
- Korrekte mmOrthosoft® Systemeinstellungen
- Korrekte Datenpflege!

Benötigte Daten für die §302 Abrechnung:

- Institutionskennzeichen und Steuernummer des Leistungserbringers
- Der Leistungserbringer-Gruppenschlüssel (LGS) des Vertrages
- Die Nutzer-, Physikalische- und Kostenträger-IK der Krankenkassen
- Die Betriebsstättennummer (BSNR) und Lebenslange Arztnummer (LANR)
- Die kompletten Patientendaten von Adresse über Geburtsdatum bis Versichertennummer
- Die Art der Leistungserbringung über die Hilfsmittel Nummer und dem Hilfsmittel Kennzeichen
- Die Genehmigungs-Nummer und Datum
- Das Verordnungs- und Leistungserbringungs-Datum
- Eigenanteil, Versorgungszeitraum, Registernummer und Diagnoseschlüssel

Fehlerquellen:

Die Hauptursachen von Rückläufern oder Zahlungsablehnungen sind laut unserer Statistik meist fehlende oder falsch eingegeben Stammdaten, wie z. B.:

- Falsche IK Nummern der Krankenkasse bei
 Kostenträger IK
 Nutzer IK
 Physikalische IK
- Falscher Leistungserbringer-Gruppen-Schlüssel
- Falsche Hilfsmittelnummern und Hilfsmittelkennzeichen
- Fehlende oder falsche Patientendaten wie z.B. das Geburtsdatum

Achten Sie daher schon bei der täglichen Datenerfassung auf eine saubere Dateneingabe!

IK Nummer der Krankenkasse

MUSS „9-Stellig „ sein

Auf Rezept oder Versicherten Karte meist 7 Stellig.

Daher beim Anlegen beachten:

- **18** + Nummer auf Rezept oder KVK für Pflegekasse
- **10** + Nummer auf Rezept oder KVK für GKV

Welche IK Nummern werden benötigt ?

IK (Abrechnungsstelle)

IK Kostenträger

IK Nutzer

IK Physikalisch

RE-Papier

It.Rezept

Zentrale Verwaltung

**Datenaufbereiter /
Entschlüssler**

**Datenannahmestelle /
Rechenzentrum**

**Hinweis auf
Papierannahmestelle**

Ortskasse =>KV Stelle =>Hinterlegen von RE Papier	Rechnungs- empfänger= RE Papier	Kostenträger= Hauptstelle	Nutzer= Entschlüssler	Physikalisch= Datenannahme
AOK HD	AOK MA	AOK MA 107018425	AOK RZ Lahr	AOK RZ Lahr
DAK Nordbaden	Inter Forum	DAK Hamburg 101560000	Inter Forum	Inter Forum
GEK	DDG	BARMER GEK 104940005	DDG	DDG
BEK	DDG der BEK	BARMER 104940005	DDG	DDG
TKK	Inter Forum	TKK Hamburg 101575519	Inter Forum	Inter Forum
IKK Classic vorm IKK Hessen	IKK Classic Emmendingen	IKK Classic 105801603	IKK Bundesverband BITMARCK	IKK Bundesverband BITMARCK
IKK Classic Sachsen	DDG IKK Classic	IKK Classic 107202793	DDG	DDG

Der Leistungserbringer Gruppen Schlüssel

LGS oder LEGS

setzt sich aus einer 7-Stellige Nummer zusammen

- 1+2 Stelle = Abrechnungscode (Wer rechnet ab)
- 3+4 Stelle = Tarifbereich (Bundes- oder Landesvertrag)
- 5-7 Stelle = Tarifkennzeichen (Vertragsnummer)

LGS: 1+2 Stelle Abrechnungscode

- 11 = Apotheke (mit gesonderter Zulassung nach § 126 SGB V)
- 12 = Augenoptiker
- 13 = Augenarzt
- 14 = Hörgeräteakustiker
- 15 = **Sanitätshaus, Orthopädietechnik**
- 16 = **Orthopädieschuhtechnik**
- 17 = Orthopädie
- 18 = Sanitätshaus
- 19 = **sonstiger Hilfsmittellieferant**

LGS: 3+4 Stelle Tarifbereich

- 00=Bundeseinheitlicher Tarif
- 01=Baden-Württemberg
- 02=Bayern
- 03=Berlin-Ost
- 04=Bremen
- 05=Hamburg
- 06=Hessen
- 07=Niedersachsen
- 08=Nordrhein-Westfalen
- 09=Rheinland-Pfalz
- 10=Saarland
- 11=Schleswig-Holstein
- 12=Brandenburg
- 13=Sachsen
- 14=Sachsen-Anhalt
- 15=Mecklenburg-Vorpommern
- 16=Thüringen
- 17=Stuttgart und Karlsruhe
- 18=Freiburg und Tübingen
- 19=Berlin-West
- 20=Nordrhein
- 21=Westfalen-Lippe
- 22=Lippe
- 23=Berlin (gesamt)
- 24=Bundeseinheitlicher Tarif(West)
- 25=Bundeseinheitlicher Tarif (Ost)
- 26-89=noch zu vergeben
- 90=sonstiger länderübergreifender Tarif
- 91-97=noch zu vergeben
- 98=Vertrag auf Kassenebene
- 99=Vertrag auf Kassenebene

LGS: 5-7 Stelle Tarifkennzeichen

- 000 bis 090 = ohne Besonderheiten
- 091 bis 098 = nicht besetzt
(wird von den Spitzenverbänden der Krankenkasse belegt)
- 099 = Leistung ohne Vertragspreis und daher Abrechnung nach genehmigtem Kostenvoranschlag
- 100 bis 999 = Sondertarifkennzeichen zwischen einem oder mehreren Leistungserbringern und einem oder mehreren Kostenträgern.
A bis Z

Bilden eines pseudo LGS:

Beispiele:

Sie haben kein LGS parat, sind in der Orthopädie Technik
(IK fängt meist mit 330 an)
mit Firmensitz Baden-Württemberg

15 01 099

Sie haben keinen LGS parat sind in der Orthopädie-
Schuhtechniker (IK fängt meist mit 340 an)
mit Firmensitz Hamburg

16 05 099

Sie haben keinen LGS parat für einen DAK Vertrag

19 90 099

LGS automatisiert hinterlegen

LGS wird direkt beim Vertrag hinterlegt

LGS wird in den jeweiligen Vertragspositionen hinterlegt

LGS wird bei den Kundengruppen hinterlegt

LGS wird in Abhängigkeit der Produktgruppe hinterlegt

Kostenträger ↔ Kundengruppen ↔ LGS

Primärkassen

AOK	Ortskrankenkasse
BKK	Betriebskrankenkasse
	BKK SIEMENS
	BKK BAHN
IKK	Innungskrankenkasse
BG	Berufsgenossenschaft
LKK	Landwirtschaftliche
SeeKK	Seekrankenkasse
Knappschaft	Bundesknappschaft

Ersatzkassen

BEK /GEK	Barmer/Gmünder
DAK	Angestellten Kasse
TKK	Techniker
HaMü	Hamburg Münchner
HEK	Hanseatische
HKK	Handelskrankenkasse
HZK	Bau und Holz
KKH	Kaufmännische

100 Primärkassen

110 AOK	bzw AOK-BW
120 BKK	
121 BKK	Siemens
122 BKK	Bahn
130 IKK	
140 BG	
150 LKK	
160 SeeKK	
170 BKN	

200 VdAK

210 BEK/GEK	
220 DAK	
240 TKK	
250 HaMü	
260 HEK	
270 HKK	
280 HZK	
290 KKH	

Die Hilfsmittel Nummer

HIMI Nr. oder HMT Nr.

setzt sich aus einer 10-Stellige Nummer zusammen
und bezeichnet die Arte der Leistungserbringung

1. und 2. Stelle	Produktgruppe z.B. Bandagen	05.
3. und 4. Stelle	Anwendungsort z.B. Knie	04.
5. 6. 7. Stelle	Produktart z.B. Weichteilkompression	01.0
8. bis 10. Stelle	Produkt und Herstellercode z.B. Genutrain	006

Das Hilfsmittel Kennzeichen

HKZ

setzt sich aus einer 2-Stellige Nummer zusammen
und ist die eine Ergänzung zur Hilfsmittelnummer

00	=	Neulieferung / Kauf/Erstlieferung; erstmalige Versorgung mit neuen Hilfsmittel
01	=	Reparatur / Instandsetzung des vorhandenen Hilfsmittels/Austausch von Einzelteilen usw.; evtl. Pauschalbetrag für einmalige Reparatur
02	=	Wiedereinsatz / Lieferung eines im Wiedereinsatz befindlichen Hilfsmittels inkl. Erforderliche Instandsetzung; für Instandsetzungen während der Nutzung gilt Kennzeichen 01
03	=	Miete
04	=	Nachlieferung / Erneute Versorgung mit dem gleichen Hilfsmittel, Nachlieferung eines Produktes mit identischer Hilfsmittelnummer
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
07	=	unbesetzt
08	=	Vergütungspauschale / Fall-, Versorgungs- und Dienstleistungspauschale
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 gleichen Hilfsmitteln innerhalb eines bestimmten Zeitraumes
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 Vergütung der Auslieferung
17	=	Aussonderung / gesonderte Vergütung der Aussonderung
18	=	Rückholung / gesonderte Vergütung der Rückholung
19	=	Abbruch / gesonderte Vergütung des Abbruchs
20	=	Erprobung / gesonderte Vergütung der Erprobung

Unsere Zentrale Wissensdatenbank unter F1 - F&A Datenbank

- In der F&A Datenbank sind alle Programmfunktionen ausführlich chronologisch beschrieben
- Hier finden Sie alle bisherigen Hotlineanfragen und die passende Antworten
- Die F&A Datenbank dient zur internen Wissensvermittlung unserer Hotlinekräfte
- Desweiteren sind dort alle Installationsanleitungen hinterlegt
- Über 2500 Fragen und Antworten sind bereits enthalten
- Täglich kommen ca. 10 neue Fragen & Antworten hinzu
- Eine Volltextsuche ist möglich

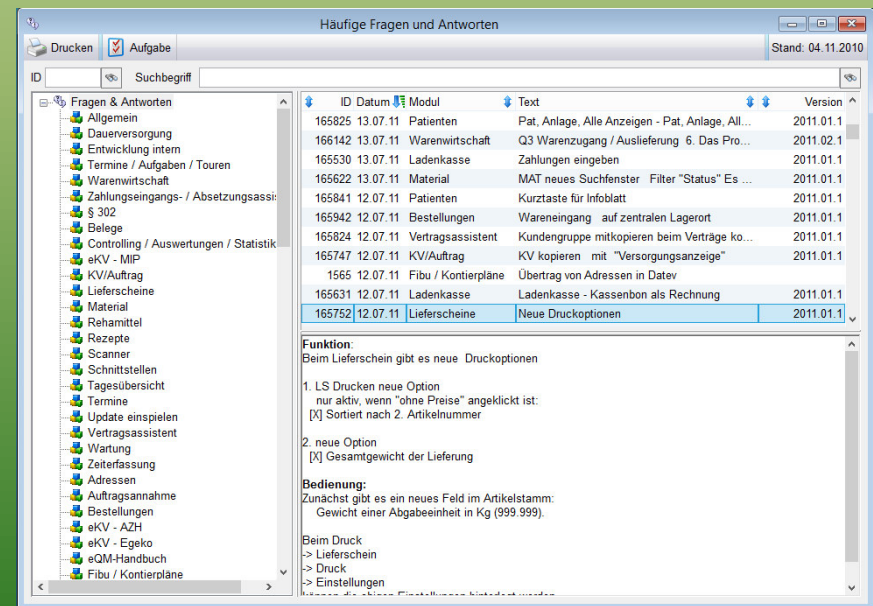
Beispiel 1: Rechnung §302 erneut Versenden

Beispiel 2: Folgezertifikat beantragen

Beispiel 3: Verlenkung im Programm-Modulen

**Schauen Sie immer zuerst in die F&A Datenbank.
Wenn Sie nicht vollständig fündig werden, helfen
wir Ihnen gerne über die Funktion Hotlineanfrage
weiter.**

**Durch diesen kontinuierlichen Verbesserungsprozess, erarbeiten wir gemeinsam,
ein immer besseres Handbuch.**



mmOrthosoft®

Seminar

§ 302 SGB V Einrichtung und Abrechnung

Ausgabedatum 27.03.2019



Sehr geehrte Anwender,

unsere Branche steht vor großen Herausforderungen. Hoher Wettbewerbsdruck, sinkende Erlöse und ständige Veränderungen im Gesundheitswesen sprechen eine deutliche Sprache. Um Ihren Unternehmenserfolg zu sichern, müssen Sie sich noch intensiver um Ihre Kunden bemühen.

Dies wird erreicht, indem man andere Bereiche wie die aufwändige Verwaltung noch mehr strafft. Als Anbieter einer echten Branchenlösung bieten wir getreu unserem Motto:

...viel mehr als nur Software !

Lösungen für alle Verwaltungsbereiche an. Basierend auf dem Kostenvoranschlag, bis hin zur kompletten Abrechnung, über den Einsatz zeitsparender Büroprogramme wie Termin- und Zeitplanung, bis hin zu einem integrierten elektronischen Qualitätsmanagement Handbuch.

Oft wird nur ein kleiner Teil der vorhandenen Möglichkeiten ausgeschöpft. Mit diesem Seminar zeigen wir Ihnen, wie Sie Ihre Software noch effektiver nutzen.

Sie werden feststellen, dass Sie das Gelernte binnen kurzer Zeit zum Vorteil Ihres Unternehmens einsetzen können.

Wir wünschen Ihnen dabei viel Erfolg.

Das ganze mm-Team mit der Geschäftsleitung:

Carmen & Michael Martin

1 Inhaltsverzeichnis

1 Inhaltsverzeichnis.....	3
2 Einführung.....	5
3 Rechenzentrum oder Selbstabrechnung.....	6
3.1 Wie organisiere ich die Abrechnung über ein Rechenzentrum?	6
3.1.1 Einreichung der Belege ohne vollständige Dokumentation.....	6
3.1.2 Einreichung der Belege mit vollständiger Dokumentation.....	7
3.1.3 Einreichung der Belege mit Rechnungserstellung.....	7
3.1.4 Wann ist die Abrechnung über ein Rechenzentrum interessant?.....	8
3.1.5 Verbesserung der Liquidität.....	8
3.1.6 Straffung der Verwaltung.....	8
3.1.7 Überbrückung von personellen Engpässen.....	9
3.1.8 Mangelhafte Stammdaten.....	9
3.1.9 Wie soll ich für mein Unternehmen entscheiden?.....	10
3.1.10 §302 Kosten Nutzen Kalkulator.....	11
4 Voraussetzung für die §302 Abrechnung.....	12
4.1 Modulfreischaltung / Installation DAKOTA Software.....	12
4.2 Anmeldung zur beleglosen Abrechnung bei den Krankenkassen.....	13
4.3 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers.....	14
5 Einrichtung §302 Abrechnung.....	15
5.1 IK Nummer des Leistungserbringers.....	15
5.2 Steuernummer des Leistungserbringers.....	15
5.3 Systemeinstellungen.....	15
6 Stammdatenpflege für die §302 Abrechnung.....	17
6.1 Institutionskennzeichen der Krankenkasse IK-Nummern.....	17
6.1.1 Checkliste zur Ermittlung der benötigten IK Nummern.....	19
6.1.2 Fragen zur IK-Nummern Zuordnung.....	20
6.1.3 Der Kostenträgerabgleich.....	20
6.2 Lebenslange Arztnummer und Betriebsstätten Nummer.....	22
6.2.1 Sonderfall Krankenhausrezepte.....	22
6.3 Vollständige Patientendaten.....	22
6.4 Der Leistungserbringer Gruppen Schlüssel LGS / LEGS.....	25
6.4.1 LGS in Kassenlistenverträgen.....	27
6.4.2 LGS in Produktgruppen.....	28
6.4.3 Pseudo LGS.....	29
7 Belegerfassung für die §302 Abrechnung.....	31
7.1 mmOrthosoft® §302 Dateneingabe Kontrolle.....	31
7.2 Leistungserbringer Kennung.....	32
7.3 Verordnungsdatum.....	35
7.4 Diagnoseschlüssel Indikationsschlüssel ICD10-Code.....	38
7.5 Genehmigungsnummer und Genehmigungsdatum.....	41
7.6 Datum der Leistungserbringung.....	42
7.7 Die Hilfsmittelnummer HVM Nr. / HiMi Nr.....	44
7.7.1 Die Pseudo Hilfsmittelnummer.....	46
7.8 Das Hilfsmittelkennzeichen HKZ.....	47
7.9 Registernummer des Reha-Hilfsmittels.....	49
7.10 Versorgungszeitraum.....	50
7.11 Produktbesonderheiten.....	51
7.12 Heilmittelnummer.....	51
7.13 Gesetzliche Zuzahlung Eigenanteil Rezeptgebühr.....	53

7.13.1 Gesetzliche Zuzahlung.....	53
7.13.2 Rezeptgebühr (Pauschaler Zuzahlungsbetrag).....	55
7.13.3 Eigenanteil.....	56
7.14 Mehrkosten.....	57
7.15 Sonderfall: Sprechstundenbedarf über HIMI Nr.....	58
8 Bedrucken und Einscannen von Rezepten.....	59
9 §302 Abrechnung erstellen.....	60
9.1 Vorgehensweise bei der Abrechnung.....	60
9.1.1 Selbstabrechnung langsam hochfahren.....	60
9.2 Rezept Sammelabrechnung erstellen.....	60
9.3 Genehmigte KVs in Abrechnung übertragen.....	62
9.4 § 302 Abrechnung bereitstellen.....	62
9.5 §302 Abrechnung versenden.....	66
9.6 §302 Historie.....	69
10 Fehlerbehandlung.....	71
10.1 Prüfverfahren.....	71
10.2 Senden der Auftragsdatei.....	72
10.3 Auszug Fehlerprotokolle.....	72
11 ANHANG: §302 Abrechnung per Formulare.....	74

2 Einführung

Der Gesetzgeber hat bereits 1994 im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes die Krankenkassen verpflichtet, zukünftig Leistungen nur noch dann zu vergüten, wenn die Abrechnung auf maschinenlesbaren oder maschinell verwertbaren Datenträgern erfolgt.

Ziel der Einführung des maschinellen Abrechnungsverfahrens zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern ist die Nutzung zeitgemäßer Kommunikationstechniken und die bundesweite Standardisierung des Abrechnungsverfahrens.

Form und Inhalt des maschinellen Abrechnungsverfahrens haben die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen in den „Technischen Anlagen“ beschrieben. Den aktuellen Stand dieser Anlagen kann jederzeit über das Internet www.datenaustausch.de nachgelesen werden. Ferner wird die Maschinenlesbarkeit sowie Struktur des Datenaustausches im Rahmen des Abrechnungsverfahrens definiert.

Durch die Einführung des maschinellen Abrechnungsverfahrens ergeben sich einige Änderungen bei der Abrechnung der von Ihnen erbrachten Leistungen mit den Krankenkassen. Die wichtigste Änderung besteht in der Nutzung moderner Kommunikationstechnologien für das Abrechnungsverfahren.

Sie haben die Möglichkeit,

1. Ihre Abrechnung über ein Rechenzentrum abwickeln zu lassen oder
 - Ihre Abrechnung mittels der Softwarelösung per maschinellem Abrechnungsverfahren vorzunehmen

3 Rechenzentrum oder Selbstabrechnung

Als Alternative zum Selbstabrechnen mit den Kostenträgern gibt es die Möglichkeit, die Abrechnung über ein Dienstleistungsunternehmen, das so genannte Abrechnungszentrum, vorzunehmen.

Der Leistungserbringer übergibt sämtliche Ur-Dokumente, wie Kostenvoranschlag, Genehmigung, Verordnung und Lieferschein, dem Abrechnungszentrum. Dieses wird mit der „Versilberung“ Ihrer Leistung beauftragt und übernimmt sämtliche Formalitäten der Abrechnung und das Inkasso.

Für die Bearbeitung wird eine Gebühr erhoben, die je nach Rechenzentrum und Vertrag etwa 1% vom Abrechnungsvolumen beträgt.

3.1 Wie organisiere ich die Abrechnung über ein Rechenzentrum?

Der Anwender hat verschiedene Möglichkeiten, seine Verwaltung bei der Abrechnung über ein Rechenzentrum zu organisieren:

3.1.1 Einreichung der Belege ohne vollständige Dokumentation

Für die Abrechnung über ein Rechenzentrum müssen Sie nur die erforderlichen Dokumente einreichen.

Das bedeutet, dass bei genehmigungspflichtigen Leistungen Kostenvoranschläge geschrieben werden müssen, die zusammen mit der Genehmigung und einem Unterschriftenbeleg (Lieferschein, Unterschrift auf Rezept, etc.) eingereicht werden.

Bei sämtlichen nicht genehmigungspflichtigen Produkten genügt die Unterschrift als Empfangsbestätigung und Taxierung des Rezeptes.

Wichtig:

Bei dieser Vorgehensweise werden in Ihrem Programm® nicht sämtliche Vorgänge erfasst.

Gerade im Hinblick auf das Medizinproduktegesetz und das Qualitätsmanagement ist eine lückenlose Dokumentation unumgänglich.

Außerdem ist eine Kundenbetreuung erschwert, da hier auf manuelle Systeme (Karteikarte, etc.) zugegriffen werden muss.

Bei betriebswirtschaftlichen Analysen müssen Sie auf die Aufstellung des Rechenzentrums und auf die BWA warten. Sie sind nicht in der Lage, sich täglich über den Stand Ihres Unternehmens zu informieren.

3.1.2 Einreichung der Belege mit vollständiger Dokumentation

Bei der Einreichung mit vollständiger Dokumentation werden sämtliche Aufträge (Kostenvoranschläge) und Rezepte erfasst. Die Dokumente werden als „Extern berechnet“ markiert.

Wichtig:

Bei dieser Vorgehensweise werden sämtliche Vorgänge erfasst. Gerade im Hinblick auf das Medizinproduktegesetz und das Qualitätsmanagement ist eine lückenlose Dokumentation möglich. Dadurch kann Ihr Unternehmen transparenter organisiert werden.

Außerdem wird Ihre Kundenbetreuung wesentlich vereinfacht, da nicht auf manuelle Systeme (Karteikarte, etc.) zugegriffen werden muss.

So ist bei Anfragen nach einem Vorgang, z.B. einer Versorgung eines Patienten, schnell über die Funktion „Option – Info“ und/oder über den Memoeintrag im Patientenstamm ein Abruf der dokumentierten Infos möglich.

Sie sind in der Lage, betriebswirtschaftliche Auswertungen zeitnah vorzunehmen und müssen nicht erst auf die Abrechnungsliste des Rechenzentrums oder auf die BWA Ihrer Buchhaltung warten.

Sie als Unternehmen können mit diesem Instrument agieren und nicht nur reagieren!

3.1.3 Einreichung der Belege mit Rechnungserstellung

Hier werden alle Aufträge und Rezepte erfasst. Die Dokumente werden nicht als „Extern berechnet“ markiert, sondern beim Einreichen der Ur-Belege wird eine Rechnung erzeugt.

Dies kann eine Einzelrechnung oder eine Sammelrechnung pro Kostenträger sein.

Wichtig:

Bei dieser Vorgehensweise werden sämtliche Vorgänge, wie schon oben beschrieben, erfasst.

Gerade im Hinblick auf das Medizinproduktegesetz und das Qualitätsmanagement ist eine lückenlose Dokumentation möglich. Dadurch kann Ihr Unternehmen transparenter organisiert werden.

Außerdem wird Ihre Kundenbetreuung wesentlich vereinfacht, da nicht auf manuelle Systeme (Karteikarte, etc.) zugegriffen werden muss.

So ist bei Anfragen nach einem Vorgang, z.B. einer Versorgung eines Patienten, schnell über die Funktion „Option – Info“ und/oder über den Memoeintrag im Patientenstamm ein Abruf der dokumentierten Infos möglich.

Bei dieser Vorgehensweise haben Sie zusätzlich die Möglichkeit, die „externe“ Abrechnung über das Rechenzentrum anhand der erstellten Rechnung zu kontrollieren.

Wird die Rechnung in die Buchhaltung übernommen, so wird der Umsatz dem jeweiligen Monat zugeordnet. Bei Rückläufern, den sogenannten Absetzungen, müssen eine Gutschrift und eine neue Rechnung erstellt werden.

Bei der vollständigen Erfassung sind Sie in der Lage, betriebswirtschaftliche Auswertungen zeitnah vorzunehmen und müssen nicht erst auf die Abrechnungsliste des Rechenzentrums oder auf die BWA Ihrer Buchhaltung warten. Sie als Unternehmen können mit diesem Instrument agieren und nicht nur reagieren.

3.1.4 Wann ist die Abrechnung über ein Rechenzentrum interessant?

Für die Abrechnung über ein Abrechnungszentrum gibt es folgende Beweggründe:

- Verbesserung der Liquidität
- Straffung der Verwaltung
- Überbrückung von personellen Engpässen
- Mangelhafte Stammdaten

3.1.5 Verbesserung der Liquidität

Die Rechenzentren bieten Verträge an, die unterschiedliche Auszahlungsfristen beinhalten, u. a. eine Sofortzahlung. Hierbei sind die Gebühren oft niedriger, als eine Finanzierung über den Dispokredit Ihres Girokontos.

Deshalb wurde in der Vergangenheit die Abrechnung über ein Rechenzentrum hauptsächlich aus Liquiditätsgründen in Anspruch genommen.

Dies ist vor allem bei vorübergehenden Engpässen interessant.

3.1.6 Straffung der Verwaltung

Das Abrechnungszentrum übernimmt sämtliche Abrechnungsfomalitäten und das Inkasso. Dies wird nicht nur für die Abrechnung mit den Krankenkassen angeboten, sondern auch für Privatrechnungen und Eigenanteilsrechnungen.

Gerade wenn sämtliche Abrechnungen dem Rechenzentrum übergeben werden, kann die Verwaltung in diesem Bereich gestrafft werden. Jeder Unternehmer, der

selbst die Abrechnung und das Mahnwesen vornimmt, weiß, welchen Umfang dies annehmen kann.

3.1.7 Überbrückung von personellen Engpässen

Wie schon im oberen Punkt erwähnt, kann bei der Abrechnung mit einem Rechenzentrum „Manpower“ gespart werden.

Wenn es in Ihrem Unternehmen durch personelle Ausfälle in der Verwaltung zu Engpässen kommt, ist die Nutzung eines externen Anbieters eine Alternative. Es ist sicherlich günstiger, ein Rechenzentrum mit Branchenerfahrung zu nutzen, als ein Schreibbüro oder Aushilfskräfte ohne die abrechnungsspezifischen Kenntnisse dieser Branche zu beauftragen.

3.1.8 Mangelhafte Stammdaten

Es werden später die Anforderungen der Abrechnung nach § 302 erläutert. Dabei wird sicherlich deutlich, dass für die Abrechnung per Datenträger ein nicht unerheblicher Aufwand zur korrekten Pflege der Stammdaten notwendig sind. Diese Stammdaten müssen angelegt und auch gepflegt werden.

Sie als Anwender haben die Möglichkeiten, den Hilfsmittelkatalog oder die Kassenlisten aus der Mailbox zu übertragen und im Programm zu aktualisieren. Die von uns per Mailbox zur Verfügung gestellten Daten werden von uns konvertiert und weitergegeben. Inhaltliche Fehler können wir nicht erkennen und daher auch nicht beseitigen. Dadurch dass wir keinen Rechtsanspruch auf diese Daten haben, sind wir auf die freiwillige Überlassung der Daten angewiesen.

Aus diesem Grund müssen auch die zur Verfügung gestellten Daten von Ihnen gepflegt werden.

Bei den weiteren Stammdaten ist die Vollständigkeit der notwendigen Felder zu überprüfen.

Wurde die Datenpflege in der Vergangenheit vernachlässigt, weil sie für die bisherige Abrechnung nicht notwendig war, bedeutet sie jetzt für Sie je nach Datenvolumen einen erheblichen Arbeitsaufwand.

Für Anwender, die es versäumt haben, rechtzeitig mit der Datenpflege zu beginnen, oder die nicht die erforderlichen Kapazitäten besitzen, ist demzufolge die Abrechnung über das Rechenzentrum eine Alternative.

3.1.9 Wie soll ich für mein Unternehmen entscheiden?

Diese Frage kann nicht pauschal für Ihr Unternehmen beantwortet werden. Zunächst müssen die Angebote der Rechenzentren eingeholt und verglichen werden.

Wir konnten in Erfahrung bringen, dass die durchschnittliche Abrechnungsgebühr bei 1% vom Abrechnungsvolumen liegt. Höhere Gebühren sind in der Regel Zinsen für die Sofortzahlung.

In einer Tabelle haben wir Ihnen als Orientierungshilfe die Kosten für verschiedene Abrechnungsvolumen pro Monat (bei 1% Gebühr vom Abrechnungsvolumen) aufgestellt. Der Gebühr gegenüber stehen die Anzahl der Stunden, die bei einem kalkulatorischen Stundensatz von 50,00 € alternativ für eine Bürokraft gezahlt werden können.

Hierbei sind nicht die Stunden für die Vorarbeit zum Einreichen an ein Rechenzentrum berücksichtigt. Selbst bei der Abrechnung über ein Rechenzentrum müssen Rezepte taxiert und Belege (Kostenvoranschlag, Genehmigung, Unterschriftskarte etc.) zusammengetragen werden. Somit spiegelt die „Bezahlbare Stunden“ nur die reine Rechnungsstellung/Erstellung der Datei und Inkasso wieder.

Abrechnungsvolumen pro Jahr €	Abrechnungsvolumen pro Monat €	Abrechnungsgebühren bei 1% in €	Bezahlbare Stunden
120.000,00	10.000,00	100,00	2
240.000,00	20.000,00	200,00	4
480.000,00	40.000,00	400,00	8
600.000,00	50.000,00	500,00	10
720.000,00	60.000,00	600,00	12
960.000,00	80.000,00	800,00	16
1.200.000,00	100.000,00	1.000,00	20
1.440.000,00	120.000,00	1.200,00	24
1.680.000,00	140.000,00	1.400,00	28
1.920.000,00	160.000,00	1.600,00	32
2.160.000,00	180.000,00	1.800,00	36
2.400.000,00	200.000,00	2.000,00	40
3.000.000,00	250.000,00	2.500,00	50
3.600.000,00	300.000,00	3.000,00	60
4.200.000,00	350.000,00	3.500,00	70
4.800.000,00	400.000,00	4.000,00	80

Anhand des Abrechnungsvolumens können Sie Ihr Unternehmen einstufen. Mit der Anzahl der bezahlbaren Stunden müssen Sie überprüfen, ob Sie in Ihrem Unternehmen die für die Abrechnung benötigten Stunden einhalten bzw. unterbieten können.

Bei veränderten Konstanten, also anderer Gebühr oder kalkulatorischem Stundensatz, verändert sich natürlich die Rechnung.

Bei Unternehmen, die sehr gute Stammdaten und eine gute Organisation haben, ist die benötigte Stundenzahl für die Abrechnung zu unterbieten.

Bei den Unternehmen, die einen erhöhten Aufwand aufgrund der schlechten Stammdaten haben, ist dies sicherlich nicht möglich.

Zu überdenken ist natürlich Ihre Firmenphilosophie bezüglich der Dateneingabe. Werden die Stammdaten für weitere Bereiche als die Abrechnung genutzt, müssen diese sowieso gepflegt werden. Hier ist der reine Aufwand für die Abrechnung geringer.

Einige Unternehmen rechnen parallel ab, d.h. die großen „Brocken“ werden selbst abgerechnet und die Rezept erfassung läuft über das Abrechnungszentrum. Mit der Kostenüberstellung können Sie auch überdenken, ob eine teilweise Abrechnung über ein Rechenzentrum überhaupt interessant ist oder ob eine Komplettlösung besser wäre.

Selbst bei Splitting der Abrechnung müssen die Stammdaten gepflegt werden. Zu bedenken ist, welche Vorteile bei der Selbstabrechnung für Ihr Unternehmen entstehen.

Wird die Entscheidung für die Teilabrechnung über Abrechnungszentrum oder Selbstabrechnung gefällt, müssen Ihre Stammdaten, wie im Kapitel 5 erläutert, überprüft werden.

3.1.10 §302 Kosten Nutzen Kalkulator

Eine detaillierte Kosten-Nutzen –Kalkulation kann in mmOrthosoft® über die F1-Hilfe bzw. (?) -> Weiteres -> §302 Kosten Kalkulator Anhand von eigenen Daten selbst durchgeführt werden.

4 Voraussetzung für die §302 Abrechnung

Die Übermittlung der maschinellen Datensätze ist jedoch nur unter der Voraussetzung möglich, dass Sie

- über eine IK-Nummer verfügen
- Das Modul „Abrechnung §302“ in mmOrthosoft® freigeschaltet ist
- die DAKOTA Software installiert haben und über ein Zertifikat für die Verschlüsselung der Daten von der ITSG besitzen
- sich zum maschinellen Datenaustausch bei der jeweiligen Kassenart angemeldet haben (Kassenabhängig)
- die Stammdaten entsprechend vollständig gepflegt haben.

Bei der Abrechnung nach § 302 Datenträgeraustausch wird eine Datei erstellt, die die Abrechnungspositionen in maschinenlesbarer Form enthält. Diese Datei setzt sich im Prinzip aus einem langen Schlauch aneinander gereihter Zahlenfolgen zusammen. Dieser Zahlenschlauch wird aus ganz bestimmten Eingaben aus dem Programm generiert. Diese Datei ist nicht mehr mit dem Rechnungsausdruck vergleichbar, da sie teilweise andere bzw. weitere Abrechnungsdaten enthält, die für das neue Abrechnungsverfahren notwendig sind.

Da nur Abrechnungsdateien mit vollständigen Datensätzen verarbeitet werden können, ist es für die Dateierstellung notwendig, dass das Programm auf korrekte Stammdaten zugreifen kann.

Dies setzt voraus, dass die Stammdaten von Ihnen komplett und korrekt angelegt und gepflegt werden. Hierbei ist der Aufwand der Datenpflege nicht zu unterschätzen.

Da inzwischen die meisten Daten auch zur eigenen Dokumentation im Rahmen des MPG gefordert werden und auch viele Rechenzentren diese Daten von Ihnen als Vorarbeit verlangen, relativiert sich der Datenpflegeaufwand wieder.

4.1 Modulfreischaltung / Installation DAKOTA Software

Für die Freischaltung des Moduls „Abrechnung §302“ und die Installation der DAKOTA Software wenden Sie sich bitte direkt an unseren Vertrieb unter:

Tel.: 06227 83 83 200

Mail: vertrieb@mmorthosoft.de

4.2 Anmeldung zur beleglosen Abrechnung bei den Krankenkassen.

Die sonstigen Leistungserbringer müssen sich bei den einzelnen Krankenkassen zum beleglosen Abrechnungsverfahren schriftlich anmelden. Dies gilt ab der ersten Datenlieferung egal ob für das Testverfahren, den Echtbetrieb ob mit Diskette oder per Email. Die Kassen haben hierfür spezielle Vordrucke die entweder über das Internet oder direkt von den Kassen zu beziehen sind. Seit einiger Zeit kann man sich bei manchen Kassen direkt online über das Internet anmelden. Z.B. bei der IKK

IKK-Bundesverband
Anmeldung zum maschinellen Datenaustausch mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 SGB V

IKK Bundesverband
- Kopfstelle -
Friedrich-Ebert-Straße
(Technologipark)
51429 Bergisch Gladbach

IKK: _____

Leistungserbringerguppe
Name / Vorname des Abrechners _____
Straße / Postfach _____
PLZ / Ort _____
Telefon _____ Fax _____
Ansprechpartner _____

Übermittlungsmedium:
☐ DFO
☐ Magnetbandkassette 3480
☐ Magnetbandkassette 3490 - 18 Spur
☐ Magnetbandkassette 3490 - 36 Spur
☐ Diskette 3.5" 720 KB - DOS-Format
☐ Diskette 3.5" 1.44 MB - DOS-Format
☐ Diskette 3.5" 2.88 MB - DOS-Format
☐ Diskette 3.5" 1.44 MB - UNIC-TAR-Format
☐ andere (ggf. bitte angeben)

Verfahren zur Datenübertragung mittels DFO:
☐ FTAM
☐ X.25 (z.Bsp. Data-P)
☐ X.25 ISDN
☐ andere File Transfer
☐ X.25 (z.Bsp. Data-P)
☐ ISDN
☐ Modem (z. Telefon)
☐ zu allen Tagen

Angaben über genutzte Software:
Eingestelltes Betriebssystem: _____
Eingestellte Abrechnungssoftware: _____
Hersteller: _____
Ansprechpartner: _____
Zertifiziert: ☐ Ja ☐ Nein
Verwendete Zeichensatz: ☐ ASCII 7 Bit gemäß DIN 66003 DRV ☐ ASCII 8 Bit gemäß DIN 66003 DRV 8

Verwendete Datenart / Fremdnetz:
☐ über ISDN ☐ über Data-P ☐ über Netz-Provider ☐ über einen Netzbetreiber ☐ andere: _____
Name: _____

Hiermit bestätige ich mich zur Datenlieferung gemäß der Anmeldung zum Datenaustausch und versorge die Daten
Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Stand: 05/99 (Anlage 3)

Anmeldung zum Testverfahren SLE
an: AOK Berlin - Die Gesundheitskasse, IKT-4, Herrn Peter Reinelt,
Fax: 030-25 31 -2149 oder per Post, 10957 Berlin

IKK-Nr.: _____
Leistungserbringerguppe (z.Bsp. Krankengemeinschaft) _____
Name / Firma: _____
Straße, Postfach _____
PLZ, Ort _____
Ansprechpartner: _____
Telefon-Nr.: _____
Telefax-Nr.: _____
e-mail: _____
Selbstabrechner (Ja/Nein) _____
Abrechnungszentrum: _____

Übermittlungsmedium:
☐ DFO
☐ Magnetbandkassette 3480
☐ Magnetbandkassette 3490 - 18 Spur
☐ Magnetbandkassette 3490 - 36 Spur
☐ Magnetband 6250
☐ Diskette 3.5" 1.44 MB DOS-Format
☐ SuperDisk 3.5" 120 MB DOS-Format
☐ maschinenlesbare Vordrucke

Vorgesehene Übertragungsstage (DFO):
an welchen Tagen _____
nach welchen Verfahren (Voll- oder Teilauslieferung) _____
nur an Arbeitstagen (Mo-Fr außer Feiertagen) _____

Datenfernübertragung:
Übertragungsrichtung: ☐ von ☐ zu
Übertragungsmedium: ☐ X.25 ☐ X.25 ISDN ☐ X.25 (z.Bsp. Data-P)
Modem-Runde: ☐ X.25 (z.Bsp. Data-P)
Telefax-Nr.: _____
Telefon-Nr.: _____
Anzahl Fälle pro Tag: _____

Verwendetes Datennetz / Fremdnetz:
☐ Übertragung über ISDN
☐ Übertragung über FTP
☐ Übertragung über T-ONLINE
☐ Übertragung über Netzprovider
☐ Übertragung über Netzbetreiber

Hiermit bestätige ich mich zur Datenanlieferung
virengeprüfter Daten.
Ort, Datum _____ Unterschrift, Dienstatempel _____

Übertragungsprotokoll: (bei Übertragung per DFO)
☐ X.400 Standard
☐ X.400 ISDN
☐ FTAM Standard
☐ FTAM ISDN
☐ anderes Verfahren: _____

Baud-Rate: _____ KB/s
verwendeter Zeichensatz:
☐ ISO 8-Bit (DIN 66003 DRV8)
☐ ISO 7-Bit (DIN 66003 DRV)

Angabe Programmname / -Hersteller: _____

grau hinterlegte Felder = Eintrag optional

Hinweis:

Manche Krankenkassen tendieren inzwischen auch zu der Aussage, dass man mit der Zuteilung der IK-Nummer automatisch berechtigt ist, am Datenträgeraustausch per §302 teilzunehmen und man kann direkt loslegen. Prüfen Sie im Einzelfall wie jede Kasse das Anmeldeverfahren handhabt.

4.3 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers

Eine weitere Voraussetzung für eine Teilnahme am maschinellen Abrechnungsverfahren ist, dass Ihr Unternehmen über eine eigene IK-Nummer also ein Institutionskennzeichen verfügt. Nur bei Angabe des Institutionskennzeichens in der Abrechnung können Sie als Leistungserbringer identifiziert werden. Verfügen Sie bisher noch nicht über ein Institutionskennzeichen, beantragen Sie das bei der:

**Sammel- & Verteilstelle IK (SVI)
der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen
Alte Heerstraße 111
35757 St. Augustin
Tel. 02241-2311275
Fax. 02241-2311334**

Änderungen des Firmennamens, Anschrift oder Bankverbindung sind direkt bei der Sammel- und Verteilstelle IK mitzuteilen.

Von einigen Innungen bzw. Landesverbände wurden die Mitgliedsbetriebe darüber informiert, dass sie für die Bereiche Orthopädie und Orthopädie-Schuhtechnik gesonderte IK-Nummern beantragen müssen, wenn in die Betriebe in beiden Bereichen tätig sind.

Nach unseren Recherchen bei der Informationstechnische Servicestelle der Gesetzlichen Krankenversicherung ITSG und dem IKK-Bundesverband als federführende Krankenversicherung wurde diese Mitteilung verneint.

Bei einem telefonischen Gespräch mit Herrn Engels vom IKK-Bundesverband am 16.07.2002 wurde mitgeteilt, dass dies nach Einführung des Leistungserbringer-Gruppenschlüssels nicht mehr notwendig sei. Es genügt also eine IK-Nummer pro Filiale für die Bereiche Orthopädie/Sanitätshaus und Orthopädie-Schuhtechnik.

Für weitere Fragen wenden Sie sich bitte an den

**IKK-Bundesverband
Kopfstelle –
Friedrich-Ebert-Straße
51429 Bergisch-Gladbach
Telefon 02204-44375
Telefax 02204-44393
Ansprechpartner Herr Engels**

5 Einrichtung §302 Abrechnung

Wenn alle Voraussetzungen erfüllt sind muß mmOrthosoft® für die Abrechnung nach §302 eingerichtet werden. Folgende Einstellungen in mmOrthosoft® sind notwendig:

5.1 IK Nummer des Leistungserbringers

Das eigene Institutionskennzeichen (IK) muss in mmOrthosoft® hinterlegt werden unter dem Menüpunkt:

Extras – Filiale

FELD: IK

5.2 Steuernummer des Leistungserbringers

Wie auch bei einer Papierrechnung, muss auch bei der elektronischen Rechnung die Steuernummer des Leistungserbringers angegeben werden.

Die Steuernummer muss in mmOrthosoft® in den Filialeinstellungen hinterlegt werden unter:

Extras – Filiale

Feld: Steuer-Nummer

5.3 Systemeinstellungen

Folgende Systemeinstellungen sind für die Abrechnung nach §302 in mmOrthosoft® notwendig:

EXTRAS -> Systemeinstellungen -> Firma -> DTA§302/§300 -Diverses

Erklärung der §302 relevanten Einstellungen:

Leistungserbringer von: §302 - A(Hilfsmittel)

Einstellung der Default Werte für die Abrechnung

§302 - A (Hilfsmittel) - wenn Sie hauptsächlich nach §302

abrechnen

(Kann bei jedem Beleg noch manuell geändert werden)

Testindikator: Echtdatei

Je nach Kasse können direkt Echtdaten versendet werden

(Empfohlen)

(x) §302 / §300 - Pflichtfelder sofort prüfen

*Es werden Warnungen angezeigt wenn Felder nicht korrekt
gefüllt sind. (Empfohlen)*

(x) Kundengruppe bei Kassen prüfen

(Empfohlen)

(x) §302/§300 Berechnung Vorgabe bei Belegen verwenden

(Empfohlen)

(x) Leeres Verordnungsdatum mit Datum der Leistungserbringung füllen

(Empfohlen)

(x) 302 Abr-Nr immer bevorzugen

(Empfohlen)

Hilsmittel Kennz. 00 Neulieferung

(Empfohlen)

Zuzahlung Vorgabe Hilfsmittel (5-10) nur freie Positionen

(Empfohlen)

ABSATZ:

Spezifische §302 Einstellungen

() Filial IK als Leistungserbringer in jeden Vorgang eintragen

Wenn pro Filiale ein DAKOTA Schlüssel vorhanden ist

() §302-Sortierung wie im Beleg

*Wenn die §302 Ausgabedatei wie die Sammelrechnung sortiert werden
soll*

6 Stammdatenpflege für die §302 Abrechnung

Für die Beleglose Abrechnung nach §302 müssen die Stammdaten „sauber“ gepflegt werden. Achten Sie daher schon bei der Eingabe auf Vollständigkeit und korrekte Erfassung. Ein Nacharbeiten von Daten ist grundsätzlich mit einem höheren Aufwand verbunden.

6.1 Institutionskennzeichen der Krankenkasse IK-Nummern

Für die Abrechnung mit dem Datenträgerübertrag ist es erforderlich, dass die Krankenkasseninformationen mit dem Krankenkasseninstitutionskennzeichen übertragen werden. Für Sie als Anwender bedeutet dies, dass Sie die Krankenkassenstammdaten korrekt pflegen müssen, insbesondere die Kasseninstitutionskennzeichen (IK Kasse) unter:

Adressen – Krankenkassen (STRG-N)

Feld: IK
IK-K.Träger
IK-Nutzer
IK-Physikalisch

Zunächst wird die Krankenkasse der Krankenversichertenkarte bzw. der Verordnung mit entsprechendem Institutionskennzeichen benötigt.

Hierbei ist es zwingend, dass die 9-stellige Kassennummer eingetragen ist. Diese ist auf der Verordnung unter der Kassennummer eingetragen.

Im darauf folgenden Eingabefeld wird die 5-stellige VKNR-Nummer Krankenkassengeschäftsstelle, eingetragen. Diese VKNR-Nummer erscheint auf dem Rezept hinter dem Krankenkassenamen in der ersten Zeile rechts. Beim Einlesen der Krankenversichertenkasse werden beide Nummern übernommen.

HINWEIS:

Bei der **Krankenadresse welche letztendlich auf der Papier Rechnung erscheint** (Rechnungsadresse / RE-Papier)

MÜSSEN ALLE IK Felder gefüllt sein!

Alle möglichen IK Nummern, welche für diese Adresse in Frage kommen sind hinterlegt auf **Reiter4 Abr-Adr**. Daraus werden auch die Vorschläge (grüne Anzeige) ermittelt. Der Rechnungsempfänger der Krankenkasse kann sowohl ein Rechenzentrum der Kasse (z.B. Hilfsmittelkompetenzzentrum) oder ein externes Dienstleistungsunternehmen sein, muss aber eine IK Nummer besitzen

Ist die Krankenkasse selbst Rechnungsempfänger und die so genannte „Papierannahmestelle“, so müssen bei dieser Adresse auf Kartenreiter 2 alle IK Nummern hinterlegt werden (IK Kostenräger, IK Nutzer, IK Physikalisch).

IK	das Institutionskennzeichen des Rechnungsempfängers,
IK-Kostenträger	das Institutionskennzeichen des Kostenträgers, der die Kosten zu „tragen“ hat.
IK-Nutzer	das Institutionskennzeichen des Nutzers, der die Daten „nutzt“ und Entschlüsselungsbefugnis hat.
IK-Physikalisch	das Institutionskennzeichen der physikalischen- d.h. der Datenannahmestelle.

RE-Papier	Vorschlag für IK der Rechnungsadresse. Kein Eingabefeld! Wenn abweichend wird diese auf Reiter 3 im Feld Rechnungsadresse hinterlegt und danach werden bei dieser Adresse alle IK Felder gefüllt
------------------	---

6.1.1 Checkliste zur Ermittlung der benötigten IK Nummern

Gehen Sie bei der Ermittlung und Vervollständigung der IK Nummern Felder wie folgt vor:

- [] Gehen Sie immer von der IK Nummer des Rezepts bzw. Krankenversichertenkarte aus
- [] Suchen Sie im Krankenkassenordner die IK Nummer heraus
- [] Werden Vorschläge gemacht (grüne Anzeige) überprüfen Sie diese anhand der Einträge auf Reiter **4Abr.Adr** auf Plausibilität
- [ja) Wird bei **RE-Papier** KEIN Vorschlag gemacht gehen Sie auf **ÄNDERN** und vervollständigen die Felder:

IK Kostenträger
IK Nutzer
IK Physikalisch

- []b) Wird bei RE-Papier eine IK Nummer vorgeschlagen gehen Sie auf **ÄNDERN->Reiter 3->Abrechnungsadresse** und suchen dort die Adresse dieser IK heraus und speichern sie ab.

Wählen Sie die Abrechnungsadresse an durch anklicken des Links.
Gehen Sie auf **ÄNDERN** und vervollständigen die Felder:

IK Kostenträger

IK Nutzer
IK Physikalisch

6.1.2 Fragen zur IK-Nummern Zuordnung

Aktuelle Fragen und Antworten zur IK Nummern zuordnen finden Sie immer aktualisiert in mmOrthosoft® Hilfesystem:

F1 -> F&A Datenbank

Unter dem Suchbegriff: Abrechnung §302 IK Zuordnung

6.1.3 Der Kostenträgerabgleich

Ein weitere Service von mmOrthosoft® ist der Abgleich der Kostenträgerdaten mit den offiziellen Kassendaten der ITSG aus dem Internet. Diese Datei wird automatisch bei einem Programmupdate im Hintergrund geladen und kann im Programm über den Menüpunkt:

EXTRAS->Wartung->Adressen->Krankenkassen->Kostenträgerabgleich

In die Kassenadressen mit Ihren Daten abgeglichen werden.

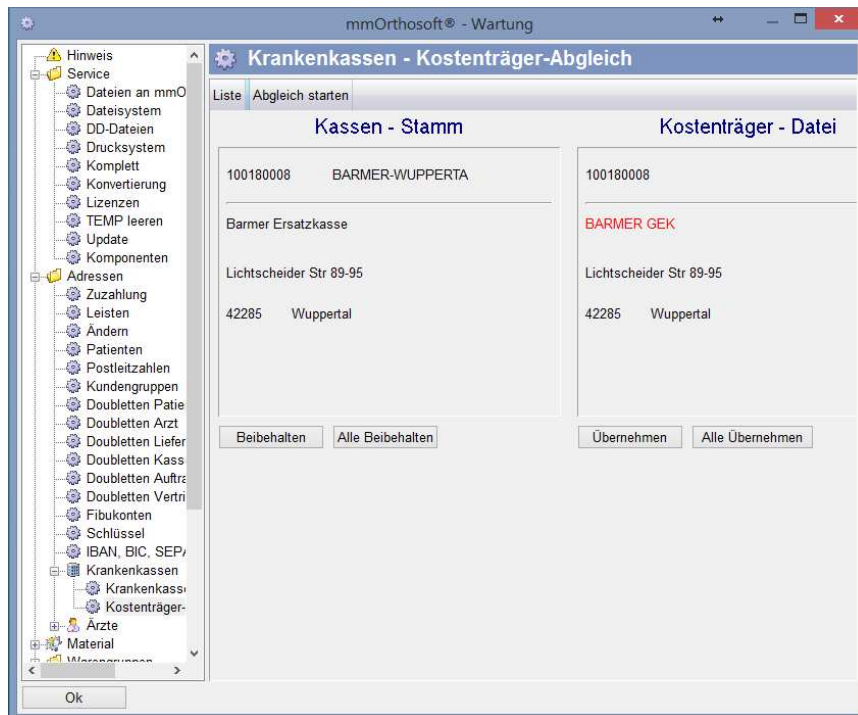
Hinweis:

Der Abgleich erfolgt ausschließlich über die IK-Nummer und es werden nur Änderungen an der Adresse ermittelt und überschrieben. Selbst eingetragene Daten wie Ansprechpartner, Telefonnummern oder MEMOs bleiben erhalten.

Es werden auch automatisch die zugehörigen IK für die §302 Abrechnung aktualisiert auf Reiter:

Reiter4 Abr-Adr

Mit dem Kostenträgerabgleich werden auch alle IK Vorschläge (grüne Anzeige) aktualisiert!



LISTE: Drucken der ITSG Kostenträgerdatei als Liste
Abgleich starten: Überträgt alle NEUEN IK Nummern aus der ITSG Kostenträgerdatei in die Krankenkassenverwaltung
ACHTUNG: Es handelt sich dabei um eine reine Adressliste. Sonstige Angaben wie Telefonnummern, Ansprechpartner usw. werden zur Zeit leider nicht von der ITSG mitgeliefert

Für die schon vorhandenen Adressen erscheint folgendes Menü:

Beibehalten Kassenadresse im Stamm bleibt unverändert

Übernehmen Neue Adresse wird übernommen
 Ansprechpartner, Telefonnummern oder MEMOs bleiben erhalten.

Alle übernehmen Alle veränderten Kassenadresse werden in Kassenstamm übernommen. Ansprechpartner, Telefonnummern oder MEMOs bleiben erhalten

Alle beibehalten Alle Kassenadressen im Stamm bleiben unverändert

Aus den abgeglichenen Daten der Krankenkassen können nun im Krankenkassenordner den Reiter **4Abr.Adr.** in den meisten Fällen die zugehörige Abrechnungsadresse und meist auch Nutzer und physikalische IK Nummer ermittelt werden.

6.2 Lebenslange Arztnummer und Betriebsstätten Nummer

In der Ärzteverwaltung unter:

Adressen – Ärzte (STRG+Ä)

werden die Arztdaten verwaltet. Für die Abrechnung nach §300 ist es wichtig, dass folgende Nummern korrekt gefüllt werden.

Folgende Eingabefelder müssen gefüllt sein:

Lebenslange Arztnr. (LANR)

Betriebsstättennr (BSNR)

19 Die lebenslange Arztnummer (LANR) knüpft an die Person des Arztes an und wird bundesweit an jeden Arzt vergeben der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt. Die LANR wird an Vertragsärzte, angestellte Ärzte, Ermächtigte, Ärzte in MVZ's, Notärzte etc. vergeben. Über die LANR werden z.B. der Arztfall und Genehmigungen zur Erbringung qualitätsgesicherter Leistungen gesteuert. Es handelt sich um eine neunstellige Nummernsystematik. Die LANR gilt "lebenslang" für die gesamte vertragsärztliche Tätigkeit, unabhängig vom Status oder der Zugehörigkeit zu Berufsausübungsgemeinschaften bzw. Tätigkeitsort.

20 Die Betriebsstättennummer (BSNR) ordnet die erbrachte Leistung der Arztpraxis bzw. dem Ort der Leistungserbringung zu. Die Betriebsstättennummer wird für jede Betriebsstätte und Nebenbetriebsstätte des Vertragsarztes/-psychotherapeuten bzw. des MVZ vergeben. Sie ist bei der Abrechnung zu verwenden. Sie ändert sich in der Regel bei einem Wechsel in der personellen Zusammensetzung der Arztpraxis nicht.

6.2.1 Sonderfall Krankenhausrezepte

Ärzte die im Krankenhaus beschäftigt sind haben meist keine eigen LANR daher wird die LANR nicht auf Krankenhausrezepten vermerkt. Für Krankenhäuser gilt daher die Ausnahme von der Regel und das Feld LANR kann komplett leer gelassen werden.

Im Gegensatz zur BSNR des Krankenhauses. Diese muss, auch wenn Sie auf dem Krankenhausrezept nicht aufgeführt ist, in Erfahrung gebracht- und auf alle Fälle hinterlegt werden.

6.3 Vollständige Patientendaten

Beim Datenträgeraustausch nach § 302 werden vollständige und korrekte Patientendaten benötigt:

- Versichertennummer
- Name und Vorname
- Geburtsdatum
- Mitgliedsstatus mit Stichprobenkennung
- Zuzahlungspflicht

Für den Anwender bedeutet dies, dass er im Patientenstamm die entsprechenden Felder auf Vollständigkeit überprüfen muss.

Folgende Felder sind immer zu füllen:

- Versicherten-Nr.
Versicherten-Nummer ohne Sonderzeichen
- Name
Vor- und Nachname
- Geb.Datum
Geburtsdatum 8-stellig
- Patientenstatus
1 = Mitglieder
2 = Familienversicherter
5 = Rentner
- Stichprobe
Dieses Feld muss komplett gefüllt werden.
Die Stichproben-Kennung dient der Kennzeichnung der Mitglieder, die an der Erhebung zum Risikostrukturausgleich teilnehmen.

1. Stelle: Stichprobenkennung

- 0 = Versicherter nimmt nicht an der Stichprobe teil
- 1 = weiblich, ohne EU-/BU-Rentenbezug
- 2 = männlich, ohne EU-/BU-Rentenbezug
- 3 = weiblich, mit EU-/BU-Rentenbezug
- 3 = männlich, mit EU-/BU-Rentenbezug
- 5 = wie 1, nur vor 1900 geboren
- 6 = wie 2, nur vor 1900 geboren
- 7 = wie 1, nur nach 1999 geboren
- 8 = wie 2, nur nach 1999 geboren

2. und 3. Stelle: Geburtsjahr

- 00 Versicherter nimmt nicht an der Stichprobe teil
- 00 – 99 Geburtsjahr JJ

4. Stelle: Ost-West-Status bzw. besondere Kennung

- 1 = West
- 4 = Sozialhilfeempfänger, § 264 SGB V
- 6 = BVG inkl. OEG, IfSG, SVG, ZHG, HHG, PrVG sowie BEG

- 7 = Sozialversicherungsabkommen, nach Aufwand deutsch-niederländischer Grenzgänger
- 8 = Sozialversicherungsabkommen, pauschal
- 9 = Ost
- M = eingeschriebenen Versicherte in Disease-Management-Programme für Diabetes mellitus Typ 2
Rechtskreis West
- X = eingeschriebene Versicherte in Disease-Management-Programme für Diabetes Mellitus Typ 2
Rechtskreis Ost
- A = eingeschriebene Versicherte in Disease-Management-Programm für Brustkrebs
Rechtskreis West
- C = eingeschriebene Versicherte in Disease-Management-Programm für Brustkrebs
Rechtskreis Ost
- K = eingeschrieben Versicherte in Disease-Management-Programme für Koronare Herzkrankheit
Rechtskreis West
- L = eingeschriebene Versicherte in Disease-Mangement-Programme für Koronare Herzkrankheit
Rechtskreis Ost

Hinweis:

Wenn auf der Krankenversichertenkarte bzw. Rezept nur die 1. Stelle (Patientenstatus) und die letzte Stelle gefüllt sind, dann sind die Stellen 2 – 4 mit Nullen aufzufüllen!

Dies kann automatisiert werden, indem in den Systemeinstellungen der erweiterte Status entsprechend vorgelegt wird. Sollte dies bei Ihnen noch nicht automatisiert sein, wenden Sie sich an Ihren Systembetreuer, damit er dies entsprechend einrichtet.

Sollte das Feld „Stichprobe“ bei den bereits angelegten Patienten leer sein, so kann es über die Wartung gefüllt werden.

Hierzu wenden Sie sich an Ihren Systembetreuer, der diese Wartung entsprechend vornimmt.

- **Zuzahlungspflicht**
Bei den Mitgliedern, die zuzahlungspflichtig sind, ist im Patientenstamm im Feld „Zuzahlungspflichtig“ ein Haken zu setzen, bei befreiten Mitgliedern ist der Haken herauszunehmen.

All diese zu füllenden Felder, bis auf die Zuzahlungspflicht, sind auf der Krankenversichertenkarte gespeichert.

Zur Vereinfachung ist daher das Einlesen der Krankenversichertenkarte zu empfehlen. Hierzu gibt es zwei Möglichkeiten:

2. KVK-Tastatur

In der Tastatur ist eine KVK-Einlesemöglichkeit integriert, so dass beim Anlegen eines Patienten die Daten von der Versichertenkarte übernommen werden. Diese Variante ist vor allem an der Ladenkasse üblich.

3. KVK-Sammler.

Dies ist ein tragbares Gerät mit integrierter KVK-Einlesemöglichkeit, mit dem bis zu 100 Versichertenkarte gespeichert werden können. Danach werden die Versichertendaten übermittelt. Hierbei findet eine Überprüfung mit bereits angelegten Patienten statt.

Diese Variante ist vor allem den Außendienst in Einrichtungen, Arztpraxen oder Kliniken zu empfehlen.

Werden schon im Patientenstamm die Krankenkassenzugehörigkeit und der Arzt des Patienten gefüllt, werden diese auch bei der Belegerstellung entsprechend vorgeschlagen.

6.4 Der Leistungserbringer Gruppen Schlüssel LGS / LEGS

In Kombination mit der Hilfsmittelnummer und dem Hilfsmittelkennzeichen weist der Leistungserbringergruppenschlüssel auf die genaue Versorgung, den eindeutigen Vertrag und den darin festgelegten Preis hin. Somit ist der LGS zur Preisfindung für das maschinelle Abrechnungsverfahren unerlässlich,

Bei der Abrechnung im §302 Datenaustausch muss ein Leistungserbringer Gruppen Schlüssel LGS oder LEGS für jeden einzelnen Artikel der Vergütungslisten (Kassenlisten) auf Landesebene, Bundesebene oder Einzelvertrag (Hausvertrag) eingegeben werden.

Der Leistungserbringer-Gruppenschlüssel ist 7-stellig und wie folgt aufgebaut:

1. und 2. Stelle	=	Abrechnungscode	(Wer rechnet ab)
3. und 4. Stelle	=	Tariffbereich	(Bundes- oder Landesvertrag)
5- bis 7. Stelle	=	Tariffkennzeichen	(Vertragsnummer)

- Abrechnungscode

Stelle 1+2

Der Abrechnungscode ist die Verschlüsselung des Leistungserbringers.

Für die Leistungserbringer von Hilfsmitteln gelten folgende Schlüssel:

11 = Apotheke (mit gesonderter Zulassung nach § 126 SGB V)

- 12 = Augenoptiker
- 13 = Augenarzt
- 14 = Hörgeräteakustiker
- 15 = Orthopädiemechaniker, Bandagist, Sanitätshaus**
- 16 = Orthopädieschuhmacher**
- 17 = Orthopädie
- 18 = Sanitätshaus (Bei neuen Verträgen bzw. Vertragsanpassungen ist eine Umschlüsselung mit dem Abrechnungscode 15 vorzunehmen. Der Abrechnungscode 18 wird für Sanitätshäuser zum 31.12.2005 aufgehoben.)
- 19 = sonstiger Hilfsmittellieferant**

- Tarifbereich

Stelle 3+4

Der Tarifbereich stellt die Verschlüsselung des für den Leistungserbringer gültigen Tarifbereiches dar.

- 00 = Bundeseinheitlicher Tarif
- 01 = Baden-Württemberg
- 02 = Bayern
- 03 = Berlin-Ost
- 04 = Bremen
- 05 = Hamburg
- 06 = Hessen
- 07 = Niedersachsen
- 08 = Nordrhein-Westfalen
- 09 = Rheinland-Pfalz
- 10 = Saarland
- 11 = Schleswig-Holstein
- 12 = Brandenburg
- 13 = Sachsen
- 14 = Sachsen-Anhalt
- 15 = Mecklenburg-Vorpommern
- 16 = Thüringen
- 17 = Stuttgart und Karlsruhe
- 18 = Freiburg und Tübingen
- 19 = Berlin-West
- 20 = Nordrhein
- 21 = Westfalen-Lippe
- 22 = Lippe
- 23 = Berlin (gesamt)
- 24 = Bundeseinheitlicher Tarif (West)
- 25 = Bundeseinheitlicher Tarif (Ost)
- 26-89 = noch zu vergeben
- 90 = sonstiger Länderübergreifender Tarif
- 91-97 = noch zu vergeben
- 98 = Vertrag auf Kassenebene
- 99 = Vertrag auf Kassenebene

- Tarifikennzeichen

Mit der 3. bis 5. Stelle des Tarifikennzeichens werden die Sondertarife eindeutig definiert. Hierbei wurde folgende Einteilung vorgenommen:

000 bis 090	=	ohne Besonderheiten
099 Abrechnung	=	Leistung ohne Vertragspreis und daher nach genehmigtem Kostenvoranschlag
100 bis 999 oder mehreren A bis Z	=	Sondertarifikennzeichen zwischen einem Leistungserbringern und einem oder mehreren Kostenträgern.
von den		Das Kennzeichen für Sondertarife wird
sich immer		Vertragspartnern festgelegt und bezieht auf spezielle Vergütungsregelung.

Der 7-stellige Leistungserbringergruppenschlüssel auf Landesebene wird von den jeweiligen Kostenträgern auf Landesebene den jeweiligen Landesinnungen mitgeteilt und ist auch bei fehlen dort zu erfragen.

6.4.1 LGS in Kassenlistenverträgen

Der LGS wird in der Regel zusammen mit den Kassenverträgen ausgeliefert. Sollte ein Vertrag bei der Auslieferung noch keinen LGS zugeordnet bekommen haben ist dieser bei den Kassen zu erfragen bzw. es ist ein pseudo-LGS zu bilden und manuell nachzutragen.

Der LGS kann über **<ÄNDERN>** für den Vertrag insgesamt oder in jeder einzelnen Vertragsposition hinterlegt werden.

01.03.2019

Leistungserbringer-Gruppenschlüssel anhand der Krankenkassen-Kundengruppe und der Produktgruppe angezeigt.

Ist bei diesem Artikel keine Produktgruppe, nämlich die ersten zwei Stellen des HMV-Katalogs, hinterlegt, kann über die Suchfunktion die Schlüsselnummer gesucht werden. Hierbei werden nur die Schlüsselnummern angezeigt, die der Krankenkassen-Kundengruppe hinterlegt sind.

Ist der LGS im Vertrag hinterlegt, wird er ohne weiteres in den Beleg übernommen.

Nach Eingabe der Produktgruppe wird der entsprechende Leistungserbringer-Gruppenschlüssel angezeigt und kann übernommen werden.

6.4.3 Pseudo LGS

Da der LGS zwingend für die §302 Abrechnung mitgeliefert werden muss kann man in Ausnahmefällen anhand der obigen Informationen sich selbst einen LGS zusammenstellen

Beispiele:

Sie haben kein LGS parat, sind in der Orthopädie Technik
(IK fängt meist mit 330 an) und Ihre Firmensitz ist in Baden-
Württemberg

15 01 099

Sie haben keinen LGS parat sind in der Orthopädie
Schuhtechniker (IK fängt meist mit 340 an) und die Firmensitz ist in
Hamburg

16 05 099

Sie haben keinen LGS parat für die DAK

19 90 099

Ständig aktualisierte LGS-Schlüssellisten finden Sie auch in mmOrthosoft® unter:

F1 ->- F&A Datenbank

z.B. unter dem Suchbegriff „LGS“ „Aufstellung“

01.03.2019

7 Belegerfassung für die §302 Abrechnung

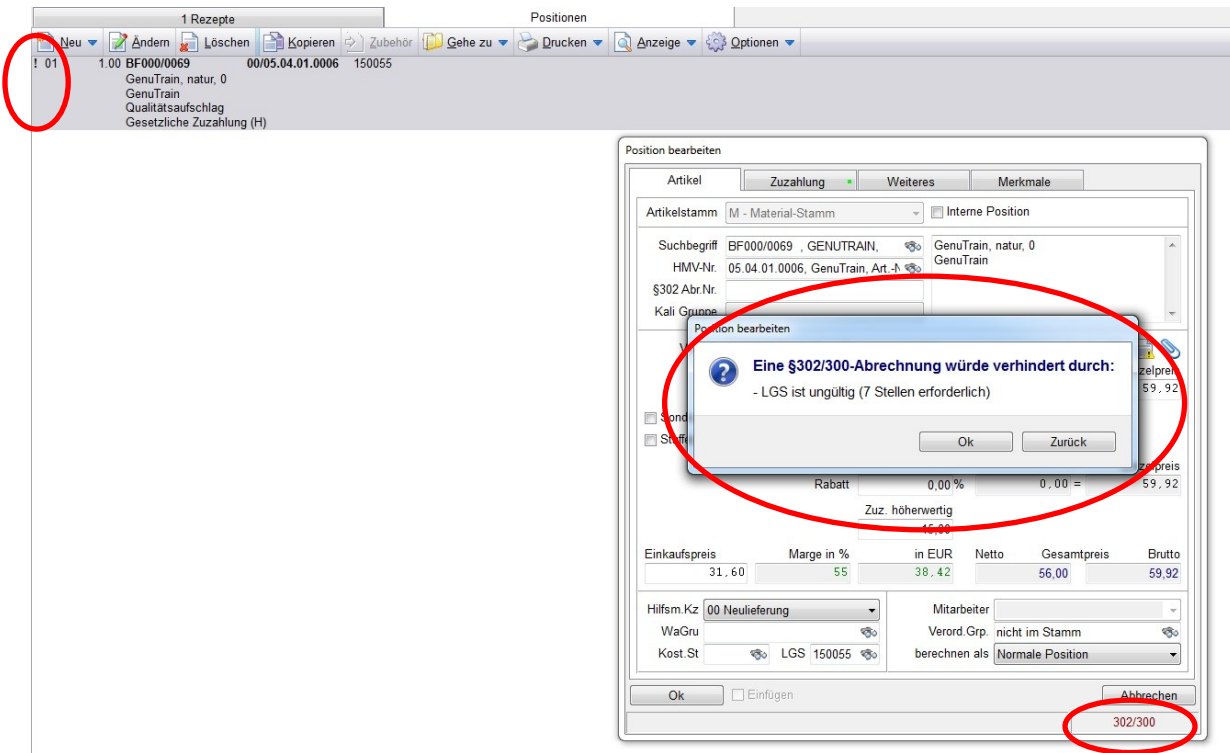
Während der Erfassung von Belegen sollte schon darauf geachtet werden, dass alle relevanten Daten für die §302 Abrechnung hinterlegt werden.

7.1 mmOrthosoft® §302 Dateneingabe Kontrolle

mmOrthosoft® weist während der Datenerfassung zumindest bei den „MUSS“-Feldern mit Meldungen auf eine Inkonsistenz der Daten hin. Die Daten sollten dann auch gleich korrigiert werden um den Fluss bei der Eingabe nicht zu stören



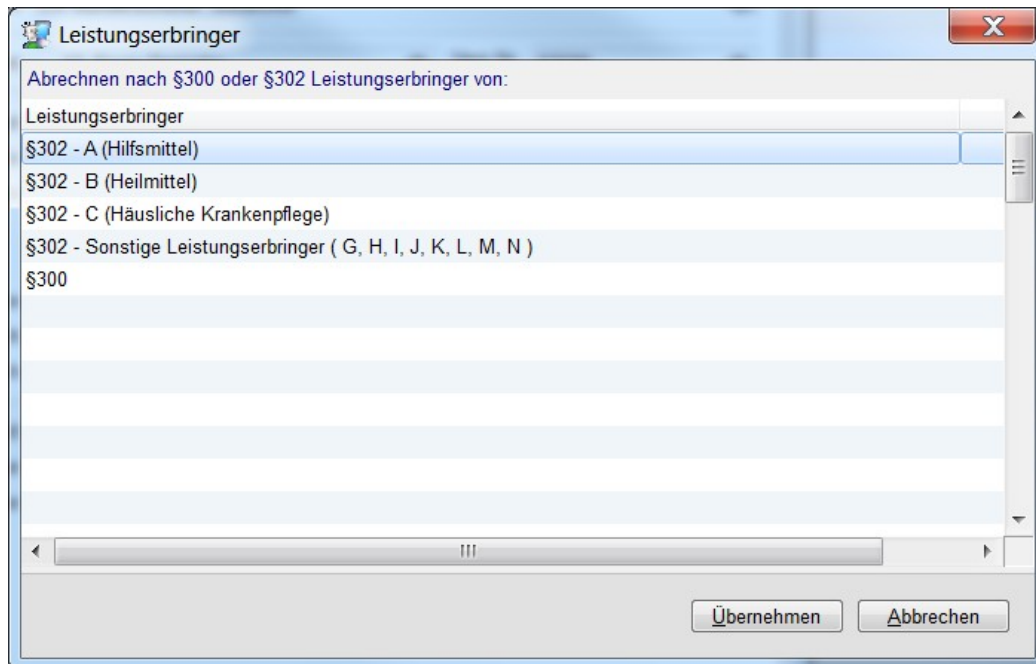
Auch bei der Erfassung der Belegpositionen gibt es eine drei Stufige §302 Datenprüfung



302/300 Symbol in der Positionserfassungsmaske während der Eingabe
 ROT=Daten fehlerhaft GRÜN=Daten in Ordnung
 ? Meldung beim Speichern einer Position
 Eindeutiger Hinweis auf die nicht korrekten Daten
 ! Vor der jeweiligen Belegposition
 VORHANDEN=Position fehlerhaft NICHT VORHANDEN=
 Daten OK

7.2 Leistungserbringer Kennung

Beim Anlegen eines Beleges müssen Sie im Kopf Auswählen für welchen Leistungsbereich Sie diesen Beleg abrechnen:
 (Für Alle sonstigen Leistungserbringer gilt immer: **Typ §302 A-Hilfsmittel**)



Auszug aus:

Anlage 3 Version 6.0, anzuwenden ab 01.02.2008 IKK-Bundesverband

Schlüsselbezeichnung: **Kennzeichen Leistungserbringer-Sammelgruppenschlüssel**

Schlüsselbeschreibung: **Kennzeichnung der Leistungsbereiche**

Schlüsselgröße: **1 Stelle**

Schlüsselinhalte: **A = Leistungserbringer von Hilfsmitteln**

11 = Apotheke

12 = Augenoptiker

13 = Augenarzt

14 = Hörgeräteakustiker

15 = Orthopädiemechaniker, Bandagist, Sanitätshaus

16 = Orthopädieschuhmacher

17 = Orthopäde

18 = Sanitätshaus

19 = sonstiger Hilfsmittellieferant

B = Leistungserbringer von Heilmitteln

21 = Masseur/Medizinischer Badebetrieb

22 = Krankengymnast/Physiotherapeut

23 = Logopäde, Atem-, Sprech- und Stimmlehrer, staatl. anerkannter Sprachtherapeut

24 = Sprachheilpädagoge, Dipl. Pädagoge

25 = Sonstiger Sprachtherapeut

26 = Ergotherapeut

- 27 = Krankenhaus
- 28 = Kurbetrieb
- 29 = Sonstige therapeutische Heilperson
- 71 = Podologen
- 72 = Med. Fußpfleger (gemäß § 10 Abs. 4 bis 6 PodG)

C = Leistungserbringer von häuslicher Krankenpflege

- 31 = freigemeinnützige Anbieter (Sozialstation)
- 32 = privatgewerbliche Anbieter
- 33 = öffentliche Anbieter
- 34 = Sonstige Pflegedienste

D Leistungserbringer von Haushaltshilfe

- 31 = freigemeinnützige Anbieter (Sozialstation)
- 32 = privatgewerbliche Anbieter
- 33 = öffentliche Anbieter
- 34 = Sonstige Pflegedienste

E = Leistungserbringer von Krankentransportleistungen

- 41 = Öffentlicher Träger (z.B. Feuerwehr)
- 42 = Deutsches Rotes Kreuz (DRK)
- 43 = Arbeiter-Samariter-Bund (ASB)
- 44 = Johanniter-Unfall-Hilfe (JUH)
- 45 = Malteser-Hilfsdienst (MHD)
- 46 = Taxi/Mietwagen
- 47 = Leistungserbringer von Flugrettungs- und Transportleistungen
- 48 = Privatgewerbliche Rettungsdienste
- 49 = Sonstige Leistungserbringer von Krankentransportleistungen (z.B. Bergwacht, Wasserwacht,

F = Hebammen

- 50 = Hebamme/Entbindungspfleger

G = nichtärztliche Dialysesachleistungen

- 55 = Sonstiger Leistungserbringer von nichtärztlichen Dialysesachleistungen
- 56 = Kuratorium für Heimdialyse (KfH)
- 57 = Patienten-Heimversorgung (PHV)

H = 61 = Leistungserbringer von Rehabilitationssport

I = 62 = Leistungserbringer von Funktionstraining

J = 65 = Sonstiger Leistungserbringer

K = 66 = Leistungserbringer von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Rahmen von ambulanten Vorsorgeleistungen

L = 63 = Leistungserbringer für ergänzenden Rehamaßnahmen

67 = Ambulantes Rehazentrum / Mobile Rehabilitationseinrichtung

M = 68 = Sozialpädiatrische Zentren/Frühförderstellen

N = 69 = Soziotherapeutischer Leistungserbringer

7.3 Verordnungsdatum

Liegt eine Verordnung vor, so muss das Verordnungsdatum zwingend beim Datenträgeraustausch übermittelt werden.

Für Sie als Anwender bedeutet dies, dass Sie bei sämtlichen Belegen das Verordnungsdatum eintragen müssen, sobald eine Verordnung vorliegt.

Das Verordnungsdatum kann bei folgenden Belegen eingetragen werden:

- Rezept

Bei der Rezeptfassung wird das Verordnungsdatum in den Kopfdaten eingegeben.

- Auftrag / Kostenvoranschlag

Auftrag / KV 01/2464

Suchbegriff: MUSTERMANN, PAU §302 - A (Hilfsmittel) Filiale: 01, Zentrale

Betreff: Kompressionsstrumpfpftherapie

Patient: 17, Paul Mustermann Vers. Nr.: 00123456789

Adressat: Kasse 10004, DAK NORD

Anrede: Fibu-Nr. 28

Name: Deutsche Angestellten-Krankenkasse

Strasse: Nagelsweg 27-35

Land, PLZ, Ort: D 20097 Hamburg

PLZ, Postfach: ☒

Genehmigung: nicht erforderlich

Verordnung: 12.09.2011

angelegt: 12.09.2011

gedruckt: 12.09.2011

genehmigt: .

Genehm. Nr.:

Leistung: 12.09.2011

Arzt: 124, Dr. Waldemar Frankenstein

Auftraggeber: 4, Pflegedienst Walldorf

Vermittler:

Unser Zeich.: bs

Mitarbeiter: 007 nicht im S

Sachbearb.: 810 BOZENA

Auftrag / KV bearbeiten (Strg-F4 = Schließen, Einfg = Neu, Eingabe = ...)

Abmelden Bozena Sadalska 12.09.2011 16:09

Bei der Auftragserfassung wird das Verordnungsdatum in den Kopfdaten eingetragen.

- Lieferschein

The screenshot shows the 'Lieferschein' (Delivery Slip) form in the mmPedes® software. The form is titled 'Lieferschein 01/3001310'. It contains the following fields:

- Suchbegriff:** MUSTERMANN, PAU §302 - A (Hilfsmittel)
- Betreff:** Kompressionsstrumpftherapie
- Patient:** (Empty field)
- Vers.Nr.:** 00123456789
- Adressat:** Patient
- Anrede:** Herr
- Name:** Paul Mustermann
- Strasse:** Schulstr. 1
- Land, PLZ, Ort:** D 69190 Walldorf
- PLZ, Postfach:** (Empty field)
- Verordnung:** 12.09.2011
- Angelegt am:** 12.09.2011
- Gedruckt am:** (Empty field)
- Leistungserbringung:** (Empty field)
- Vorgang:** 12.09.2011
- Unser Zeich.:** bs
- Arzt:** 124, Dr. Waldemar Frankenstein
- Auftraggeber:** 4, Pflegedienst Walldorf
- Vermittler:** (Empty field)
- Mitarbeiter:** 007 nicht im S
- Sachbearb.:** 810 BOZENA

The bottom status bar indicates: 'Lieferscheine bearbeiten (Strg-F4 = Schließen, Einf = Neu, Eingabe = ...)' and 'Abmelden Bozena Sadalska 12.09.2011 16:10'.

Bei der Lieferscheinerfassung wird das Verordnungsdatum in den Kopfdaten eingetragen.
 Wurde der Lieferschein durch einen Übertrag aus der Auftragserfassung erstellt, wird das Verordnungsdatum aus der Auftragserfassung übernommen, sofern dieses gefüllt war

- Rechnung

Vorgang/Verordnung bearbeiten

Vorgang/Verordnung 4393 Diagnose Weiteres

V.Datum 12.09.2011 Filiale 01, Zentrale §302 - A (Hilfsmitt)

Patient 17, Paul Must Name Paul Mustermann

Versich.-Nr. 00123456789 Geburtsdatum 04.08.1930

Unfalldatum 12.12.2009 Mitglieds-Status 5 Rent 0001

Unfall-Kennz. ☒ Zuzahlung

VK Kasse 10004, DAK NORDBADEN, Deutsch BSNR 987654300

Arzt 124, Dr. Waldemar Frankenstein LANR 123456789

Auftraggeber 4, Pflegedienst Walldorf

Vermittler

Verordnet

Tageskalorien 0 Verordnungsart bei Heilmitteln

Genehmigt 12.09.2011 Genehmigungs-Nr. 123456

Leistungserbr. 12.09.2011

Ok ☐ Einfügen Abbrechen

Bei der Rechnungserfassung wird das Verordnungsdatum in den Rechnungspositionen im Vorgang eingetragen.

Wichtig:

Beim Übertrag von Rezept, Auftrag / KV und Lieferschein in Rechnung wird das jeweilige Verordnungsdatum mit übertragen, sofern es im Ausgangsbeleg hinterlegt war.

Wenn die Eintragung nicht in der ursprünglichen Belegerfassung erfolgt, muss sie in der Rechnung nachgeholt werden. Bei Sammelrechnungen nimmt diese Nacherfassung entsprechende Arbeitszeit in Anspruch.

7.4 Diagnoseschlüssel Indikationsschlüssel ICD10-Code

Sofern auf der ärztlichen Verordnung der Diagnoseschlüssel angegeben ist, muss dieser beim Datenträgeraustausch übermittelt werden.

Für Sie als Anwender bedeutet dies, dass Sie bei sämtlichen Belegen unter dem Vorgang den Diagnosen- bzw. Indikationsschlüssel eintragen müssen, sofern dieser bei der Verordnung angegeben ist.

Der Diagnoseschlüssel kann bei folgenden Belegen eingetragen werden:

- Rezept

Bei der Rezepterfassung gelangt man über die Funktion **Ändern – Vorgang** in die Vorgangsdaten.

ICD-Schlüssel	Beschreibung
S83.50	Kreuzbandriss

- Auftrag / Kostenvoranschlag

Bei der Auftragserfassung gelangt man über die Funktion **Ändern – Vorgang** in die Vorgangsdaten.

V.Datum: 12.09.2011 Filiale: 01, Zentrale §302 - A (Hilfsmitt)

Patient: 17, Paul Must Name: Paul Mustermann

Versich.-Nr.: 00123456789 Geburtsdatum: 04.08.1930

Unfalldatum: 12.12.2009 Mitglieds-Status: 5 Rent 0001

Unfall-Kennz.: ☒ Zuzahlung

VK Kasse: 10004, DAK NORDBADEN, Deutsch BSNR: 987654300

Arzt: 124, Dr. Waldemar Frankenstein LANR: 123456789

Auftraggeber: 4, Pflegedienst Walldorf

Vermittler:

Verordnet:

Tageskalorien: 0 Verordnungsart bei Heilmitteln:

Genehmigt: 12.09.2011 Genehmigungs-Nr.: 123456

Leistungserbr.: 12.09.2011

- Lieferschein

Bei der Auftragserfassung gelangt man über die Funktion **Ändern – Vorgang** in die Vorgangsdaten.

Vorgang/Verordnung bearbeiten

Vorgang/Verordnung 4393 Diagnose Weiteres

V.Datum 12.09.2011 Filiale 01, Zentrale \$302 - A (Hilfsmitt)

Patient 17, Paul Must Name Paul Mustermann

Versch.-Nr. 00123456789 Geburtsdatum 04.08.1930

Unfalldatum 12.12.2009 Mitglieds-Status 5 Rent 0001

Unfall-Kennz. ☒ Zuzahlung

VK Kasse 10004, DAK NORDBADEN, Deutsch BSNR 987654300

Arzt 124, Dr. Waldemar Frankenstein LANR 123456789

Auftraggeber 4, Pflegedienst Walldorf

Vermittler

Verordnet

Tageskalorien 0 Verordnungsart bei Heilmitteln

Genehmigt 12.09.2011 Genehmigungs-Nr. 123456

Leistungserbr. 12.09.2011

Ok ☐ Einfügen Abbrechen

Wurde der Lieferschein durch einen Übertrag aus der Auftragserfassung erstellt, wird das Verordnungsdatum aus der Auftragserfassung übernommen, sofern dieses gefüllt war

- Rechnung

Vorgang/Verordnung bearbeiten

Vorgang/Verordnung 4393 Diagnose Weiteres

V.Datum 12.09.2011 Filiale 01, Zentrale \$302 - A (Hilfsmitt)

Patient 17, Paul Must Name Paul Mustermann

Versch.-Nr. 00123456789 Geburtsdatum 04.08.1930

Unfalldatum 12.12.2009 Mitglieds-Status 5 Rent 0001

Unfall-Kennz. ☒ Zuzahlung

VK Kasse 10004, DAK NORDBADEN, Deutsch BSNR 987654300

Arzt 124, Dr. Waldemar Frankenstein LANR 123456789

Auftraggeber 4, Pflegedienst Walldorf

Vermittler

Verordnet

Tageskalorien 0 Verordnungsart bei Heilmitteln

Genehmigt 12.09.2011 Genehmigungs-Nr. 123456

Leistungserbr. 12.09.2011

Ok ☐ Einfügen Abbrechen

Bei der Rechnungserfassung wird das Verordnungsdatum in den Rechnungspositionen im Vorgang eingetragen.

Wichtig:

Beim Übertrag von Rezept, Auftrag / KV und Lieferschein in Rechnung wird das jeweilige Verordnungsdatum mitübertragen, sofern es im Ausgangsbeleg hinterlegt war.

Wenn die Eintragung nicht in der ursprünglichen Belegerfassung erfolgt, muss sie in der Rechnung nachgeholt werden. Bei Sammelrechnungen nimmt diese Nacherfassung entsprechende Arbeitszeit in Anspruch.

TIPP: Wir haben die Diagnoseschlüssel im Programm unter:

F1(Hilfe) -> Diagnoseschlüssel

Hinterlegt. Über die Suchfunktion lassen sich die Schlüssel und Beschreibungen suchen.

7.5 Genehmigungsnummer und Genehmigungsdatum

Sobald von einem Kostenträger eine Genehmigungsnummer vergeben wird, muss diese bei der Datenübermittlung ebenfalls mit übertragen werden.

Die Genehmigungsnummer ist für den Datenträgeraustausch seit dem 01.02.2004 auf maximal 20 Stellen erweitert worden. Es handelt sich um ein alphanumerisches Feld.

Die Genehmigungsnummer kann zusammen mit der Genehmigung eingetragen werden.

Kostenvoranschlag: Status ändern

Status setzen

KV Nummer 2464, MUSTERMANN,PAUL, Kompressionsstru

akt. Status **Kein Status** Status löschen

neuer Status **Genehmigt**

Datum 12.09.2011

Nummer 0000000012356897

Text

☒ KV bereit für die Übertragung auf eine Rechnung

Übernehmen ☐ Mehrfacheingabe Abbrechen

Andernfalls kann diese Genehmigungsnummer direkt in den Kopfdaten des

Auftrags /Kostenvoranschlages eingetragen werden.

7.6 Datum der Leistungserbringung

Für die Abrechnung nach § 302 ist es notwendig, dass das Datum der Leistungserbringung angegeben wird.

Für den Anwender bedeutet das, dass dieses Feld bei den Belegen entsprechend gefüllt werden muss.

Zum Zeitpunkt der Auftragserfassung füllen Sie das Datum der Leistungserbringung nur dann, wenn Ihr Unternehmen bereits in Vorleistung gegangen ist, d.h. bereits geliefert hat. Die Eintragung erfolgt in den Kopfdaten der Auftragserfassung. Ist dieses Leistungserbringungsdatum bereits bei der Auftragserfassung gefüllt, so wird es beim Übertrag in den Lieferschein übernommen.

Wird ein Lieferschein gedruckt, so werden automatisch das Druckdatum und das Leistungserbringungsdatum gefüllt, sofern die Felder noch nicht gefüllt sind. Diese Daten werden ebenfalls in den Kopfdaten des Lieferscheines eingetragen.

The screenshot shows the 'Lieferschein' (Delivery Slip) form in the mmPedes software. The form is titled 'Lieferschein 01/3001310'. It contains the following fields:

- Suchbegriff: MUSTERMANN PAU §302 - A (Hilfsmittel)
- Betreff: Kompressionsstrumpftherapie
- Patient: [Empty]
- Vers.Nr.: 00123456789
- Adressat: Patient
- Anrede: Herr
- Name: Paul Mustermann
- Strasse: Schulstr. 1
- Land, PLZ, Ort: D 69190 Walldorf
- PLZ, Postfach: [Empty]
- Arzt: 124. Dr. Waldemar Frankenstein
- Auftraggeber: 4. Pflegedienst Walldorf
- Vermittler: [Empty]
- Verordnung: 12.09.2011
- Angelegt am: 12.09.2011
- Gedruckt am: 12.09.2011
- Leistungserbringung: [Empty]
- Beleg: 12.09.2011
- Unser Zeich.: bs
- Mitarbeiter: 008 SCHWAR
- Sachbearb.: 810 BOZENA

Beim Übertrag in die Rechnung wird das Leistungserbringungsdatum aus den Vorbelegen übernommen, könnte aber auch gegebenenfalls in der Rechnung abgeändert werden.

Diese Änderung erfolgt im „Vorgang“ der Rechnungsposition.

Vorgang/Verordnung bearbeiten

Vorgang/Verordnung 4393 Diagnose Weiteres

V.Datum: 12.09.2011 Filiale: 01, Zentrale §302 - A (Hilfsmitt)

Patient: 17, Paul Must Name: Paul Mustermann

Versich.-Nr.: 00123456789 Geburtsdatum: 04.08.1930

Unfalldatum: 12.12.2009 Mitglieds-Status: 5 Rent 0001

Unfall-Kennz.: ☒ Zuzahlung

VK Kasse: 10004, DAK NORDBADEN, Deutsch BSNR: 987654300

Arzt: 124, Dr. Waldemar Frankenstein LANR: 123456789

Auftraggeber: 4, Pflegedienst Walldorf

Vermittler:

Verordnet:

Tageskalorien: 0 Verordnungsart bei Heilmitteln:

Genehmigt: 12.09.2011 Genehmigungs-Nr.: 000000235648951

Leistungserbr.: 12.09.2011

Ok Einfügen Abbrechen

mmPedes® Version 2011.2.4 - m:\ortho1102 - m:\ortho1102\wndata\db\mmorthosoft.add - [Auftrag / KV - 01/2464 - ...]

Datei Adressen Artikel Belege Diverses Controlling Termine Extras Fenster eQM ? Rückruf Support

1 Auftrag / KV Positionen Auftrag/KV 01/2464

Übernehmen Verwerfen

Suchbegriff MUSTERMANN,PAU §302 - A (Hilfsmittel) Filiale 01, Zentrale

Betreff Kompressionsstrumpftherapie

Patient 17, Paul Mustermann Vers.Nr. 00123456789

Adressat Kasse 10004, DAK NORD Genehmigung nicht erforderlich

Anrede Fibu-Nr. 28

Name Deutsche Angestellten-Krankenkasse

Strasse Nagelsweg 27-35

Land,PLZ,Ort D 20097 Hamburg

PLZ,Postfach ☒

Arzt 124, Dr. Waldemar Frankenstein Unser Zeich. bs

Auftraggeber 4, Pflegedienst Walldorf Mitarbeiter 007 nicht im S

Vermittler:

Sachbearb. 810 BOZENA

Abmelden Bozena Sadalska 12.09.2011 16:20

Beim Übertrag in Lieferschein und/oder Rechnung wird diese Genehmigungsnummer mit übertragen.

Dennoch lässt sich die Genehmigungsnummer auch bei der Rechnungserfassung in den Rechnungspositionen bei der Vorgangserfassung eintragen.

Der Sonstige Leistungserbringer muss beim Datenträgeraustausch die Art der erbrachten Leistung entsprechend des Hilfsmittelverzeichnisses angeben.

7.7 Die Hilfsmittelnummer HMV Nr. / HiMi Nr.

Die Hilfsmittelnummer bezeichnet die Art der Leistungserbringung. Daher muss die HMV Nr. zwingend für die §302 Abrechnung mitgeliefert werden.

Auf die Hilfsmittelnummern kann man in mmOrthosoft® in allen Artikelstämmen zugreifen, also über:

Artikel -> Hilfsmittel Sofern Sie das Modul Hilfsmittelkatalog einsetzen

Artikel -> Material Sofern Sie das Feld beim Anlegen von Artikeln gefüllt haben bzw. Der eingeleseene Lieferant die HMV Nr. mitliefert

Artikel -> Verträge Beinhaltet die offiziellen Kassenlisten Vertragspreise mit den entsprechenden HMV Nummern

Das Hilfsmittelverzeichnis besteht aus 10-stelligen Nummern, wobei die Hilfsmittelnummern meist durch Punkte getrennt werden. Für die elektronische Verarbeitung sind jedoch nur die Ziffern relevant.

Die Hilfsmittelnummer ist, wie folgt, aufgebaut:

1. und 2. Stelle	Produktgruppe z.B. Bandagen
3. und 4. Stelle	Anwendungsort z.B. Knie
5. und 6. Stelle	Untergruppe z.B. Kompressionsbandagen mit Pelotte
7. Stelle	Produktart z.B. Patellabandagen
8. bis 10. Stelle	Produkt z.B. Genutrain

=> 05.04.01.0006 Genutrain bzw. 0504010006

Viele Fertigprodukte der Hersteller des Sanitäts- und Rehamittelhandels besitzen bereits eine Hilfsmittelnummer. Diese werden meist auf den Verpackungen, in Katalogen oder Belegen ausgedruckt.

Außerdem werden diese Hilfsmittelnummern im Bundesanzeiger veröffentlicht und als Nachschlagewerk vom AOK-Verlag in gedruckter Form herausgebracht. Ferner gibt es die Möglichkeit, dieses Hilfsmittelverzeichnis in elektronischer Form zu erwerben und zu aktualisieren über das **Modul „Hilfsmittel Katalog“**

Da bei fehlender HMV-Nummer normalerweise keine Verordnung und Abrechnung möglich wären, wurde die Möglichkeit zur Bildung einer so genannten Pseudo-Hilfsmittelnummer geschaffen.

Hierbei muss das Produkt bei strukturierten Produktgruppen genau nach Produktgruppe, Anwendungsort, Untergruppe und Produktart eingestuft werden. Somit sind die 1. bis 7. Stelle klar definiert. Die letzten 3 Stellen werden einfach mit „000“ aufgefüllt:

z.B. eine Patellabandage für das Knie erhält die Pseudo-Hilfsmittelnummer

05.04.01.0000 bzw. 0504010000

WICHTIGER HINWEIS:

Laut technischer Anlage zur Abrechnung nach §302 SGB V müssen die Hilfsmittelnummern vollständig also „10“ Stellig übermittelt werden.

Für den Anwender bedeutet dies, dass er bei jeder Belegposition darauf achten muss, dass die Hilfsmittelnummer vollständig eingetragen ist.

Sollte aus Vertragstechnischen Gründen die HMV Nr. nur 7-Stellig vorliegen füllt mmOrthosoft® beim Versenden der §302 Abrechnung die letzten Stellen automatisch mit „000“ auf.

EMPFEHLUNG:

Es empfiehlt sich aber, schon bei der Rezeptfassung oder Auftragserfassung auf Vollständigkeit (mindestens 7-Stellig) zu achten, damit die HMV-Nr. anschließend in der Rechnung nicht nachgetragen werden muss.

Ferner sollten Sie Ihre Artikelstammdaten, z.B. den Materialstamm, auf Vollständigkeit der HMV-Nummer überprüfen, da dadurch das Nachtragen in den Belegen entfällt.

7.7.1 Die Pseudo Hilfsmittelnummer

Wenn keine Hilfsmittelnummer für einen Artikel vergeben wurde muss man anhand der obigen Informationen eine sogenannte pseudo Hilfsmittelnummer gebildet werden, wie z.B. für die Bundesprothesen Liste. Zu der Zeit, in der die Bundesprothesenliste entwickelt wurde, gab es noch keinen Hilfsmittelkatalog. Auch später wurden den Bundesprothesenlistenpositionen keine Hilfsmittelnummern zugeordnet, da die BPL mittelfristig durch Kassenlistenverträge ersetzt werden soll.

Für den Datenträgeraustausch nach § 302 wird aber unbedingt eine Hilfsmittelnummer bzw. eine Pseudohilfsmittelnummer benötigt.

(Nur in der **BPL-NRW** sind bereits einige Pseudo-Hilfsmittelnummern hinterlegt, die jedoch auf Korrektheit überprüft werden sollten.)

Gerade die Bildung der Pseudohilfsmittelnummern hat bereits zu erheblichem Diskussionsstoff gesorgt.

Der Verband der Angestellten-Krankenkassen gab Anfang Juni 2002 die Anweisung, bei der Bildung der Pseudonummern die Produktgruppe anzugeben und die 3. bis 10. Stelle mit Nullen aufzufüllen.

Die eigentliche Bundesprothesenlistennummer sollte im „Textfeld“ zusätzlich angegeben werden.

Ende Juli dieses Jahres stellte der VdAK nun fest, dass im maschinellen Verfahren die Punkte entfallen und somit die Stellenanzahl von 10 nicht überschritten wird.

Bei der Abrechnung von Leistungen nach der Bundesprothesenliste (BPL) sind somit Pseudohilfsmittelnummern zu bilden.

Die 1. und 2. Stelle sind mit der Produktgruppe zu füllen; die „23“ für Orthesen, die „24“ für Prothesen. Die BPL-Positionsnummer ist ohne Punkte rechtsbündig einzutragen. In der Mitte sind freie Stellen mit Null aufzufüllen.

	z.B.	BPL 1.01.05.15 Modular-Oberschenkelprothese
1010515		
		Pseudohilfsmittelnummer Prothese
	2401010515	

Seit der Programmversion 8.3 wird die Bildung dieser BPL-Pseudohilfsmittelnummern teilweise automatisiert. Sobald die Produktgruppe des HMV-Feldes in den Belegpositionen gefüllt ist, wird die Pseudohilfsmittelnummer beim Abspeichern der Position komplett gefüllt. Sind neben der Produktgruppe weitere Felder gefüllt, z.B. der Anwendungsort, so kann die Pseudohilfsmittelnummer nicht automatisch erstellt werden. Deshalb sollten Sie beim Anlegen einer Belegpositionsnummer darauf achten, dass im Feld „Hilfsmittelnummer“ nur die Produktgruppe gefüllt ist oder die bereits vollständige Pseudohilfsmittelnummer.

Achten Sie vor allem beim Kopieren von Kostenvoranschlägen darauf, dass diese Pseudohilfsmittelnummer nachgetragen wird.

Hierzu empfiehlt es sich, bereits bei den Stammdaten die Pseudohilfsmittelnummer zu hinterlegen, damit bei der Erfassung oder Aktualisierung von Belegen auf die korrekten Stammdaten zugegriffen werden kann.

7.8 Das Hilfsmittelkennzeichen HKZ

Neben der Art der Leistungserbringung mittels der Hilfsmittelnummer muss noch das Hilfsmittelkennzeichen in jeder Abrechnungsposition angegeben werden.

Es sind folgende Hilfsmittelkennzeichen festgelegt:

	00	=	Neulieferung	
Hilfsmittel			Kauf/Erstlieferung; erstmalige Versorgung mit neuen	
	01	=	Reparatur	
			Instandsetzung des vorhandenen Hilfsmittels/Austausch von Einzelteilen usw.; evt. Auch Pauschalbetrag für einmalige Reparatur	
	02	=	Wiedereinsatz	
Hilfsmittels inkl.			Lieferung eines im Wiedereinsatz befindlichen	
während der			Erforderliche Instandsetzung; für Instandsetzungen	
	03	=	Miete	
	04	=	Nachlieferung	
Nachlieferung			Erneute Versorgung mit dem gleichen Hilfsmittel, eines Produktes mit identischer Hilfsmittelnummer	

05	=	Zurichtung Anpassung von Hilfsmitteln an die spezifischen Anforderungen
Kennzeichen 01		der Anwender; für Instandsetzungen gilt
06	=	Abgabe eines von der Verordnung höherwertigen Hilfsmittels
abweichenden,		
07	=	unbesetzt
08	=	Vergütungspauschale Fall-, Versorgungs- und Dienstleistungspauschale
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 gleichen Hilfsmitteln innerhalb eines
		bestimmten Zeitraumes
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;
		evt. Auch Pauschalbetrag für einmalige Wartung
15	=	Wartungspauschale Pauschale Abgeltung der Wartungskosten während eines
		vereinbarten Zeitraums
16	=	Auslieferung gesonderte Vergütung der Auslieferung
17	=	Aussonderung gesonderte Vergütung der Aussonderung
18	=	Rückholung gesonderte Vergütung der Rückholung
19	=	Abbruch

20 = gesonderte Vergütung des Abbruchs
Erprobung
 gesonderte Vergütung der Erprobung

Da das Hilfsmittelkennzeichen bei jeder Abrechnungsposition angegeben werden muss, ist darauf zu achten, dass dies bereits in jedem Ursprungsbeleg (Auftrag/Kostenvoranschlag, Rezepterfassung und Lieferschein) angegeben wird.

Position bearbeiten

Artikel: SH000/0002, SANITÄTSHA
 HMV-Nr.: 15.25.03.1102, EURON Form Cc

Hilfsm.Kz: 00 Neulieferung

Wartung: 0.19

Netto: 8.57, Brutto: 10.20

Abrechnung: Normale Position

7.9 Registernummer des Reha-Hilfsmittels

Bei der Verwaltung und Abrechnung von Reha-Hilfsmitteln, die Eigentum der Krankenkasse sind, ist die Registernummer der jeweiligen Kasse anzugeben.

Bei der maschinellen Abrechnung wird, im Gegensatz zur Papierabrechnung, nicht das Textfeld der Rehamittelbeschreibung mit übertragen, sondern nur die Kassenlistenposition mit Betrag und Registriernummer.

Deshalb muss bei diesen Belegen darauf geachtet werden, dass die Daten in der Belegposition komplett sind.

In mmOrthosoft® kann in den Belegpositionen die Registernummer eingetragen werden auf Reiter :

<WEITERES>

7.10 Versorgungszeitraum

Bei den Hilfsmitteln, die für den Verbrauch bestimmt sind, z.B. Inkontinez- oder Stomaartikeln, muss die Dauer und der Zeitraum der Versorgung in Monaten angegeben werden.

Die Angabe hat in vollen Monaten zu erfolgen.

Die Eingabe kann bei der Belegposition unter

<WEITERES>

eingetragen werden:

Sollte bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln kein Versorgungszeitraum vorgenommen werden, wird automatisch das Feld mit 1 gefüllt.

7.11 Produktbesonderheiten

Das Feld Produktbesonderheiten muss mit einem korrekten Wert gefüllt werden. Sollte der Code von der Kasse nicht vorliegen ist es besser das Feld leer zu lassen, da ein falscher Code unmittelbar zur Abweisung führt

7.12 Heilmittelnummer

Können Leistungen ohne Hilfsmittelnummer über den §302 abgerechnet werden, so ist die Heilmittelnummer anzugeben, z.B. bei der Fußpflege.

Im Beleg ist der Leistungserbringer als §302 – B (Heilmittel) zu definieren.

The screenshot displays the mmOrthosoft Version 2011.1.32 FootPower interface. The main window shows a patient record for Paul Mustermann (Patient 17, Paul Mustermann, Vers.Nr. 00123456789). The 'Suchbegriff' field is set to 'MUSTERMANN,PAU §302 - B (Heilmittel)'. The 'Anrede' field is set to 'Kasse'. The 'Verordnung' date is 12.09.2011. The 'Leistung' field is empty. The 'Arzt' field is set to '124, Dr. Waldemar Frankenstein'. The 'Auftraggeber' field is set to '4, Pflegedienst Walldorf'. The 'Vermittler' field is empty. The 'Unser Zeich.' field is set to 'bs'. The 'Mitarbeiter' field is set to '007 nicht im S'. The 'Sachbearb.' field is set to '810 BOZENA'. The 'F3, Alt-Pfeil-Ab = Suchen, Alt-Entf = Löschen' status bar is visible at the bottom.

Im Beleg-Vorgang muss noch Verordnungsart bei Heilmittel ausgesucht werden.

Kennzeichen Verordnungsart bei Heilmitteln.

Kennzeichen	Beschreibung
	Keine Verordnungsart
01	Erstverordnung (Regelfall)
02	Folgeverordnung (Regelfall)
10	Folgeverordnung (außerhalb des Regelfalles)

Übernehmen Abbrechen

Der Abrechnungsnummer, meist die PZN wird in den Belegpositionen in das Feld **302 Abr.Nr. Eingetragen.**

Position anlegen

Artikel Weiteres

Artikelstamm F - Freier Artikel ☐ Interne Position

Artikel-Nr. Med. Fußpflege

HMV-Nr.

\$302 Abr.Nr. 82000

Vertrag

Anzahl 1,00 Einheit MwSt 0 Ohne Einzelpreis 32,48

Ab-/Zuschlag 0,00 % 0,00

☐ Zuz. Gruppe bilden Rabatt 0,00 % 0,00 = Einzelpreis 32,48

Zuzahlungsart Heilmittel (10%) Eigenanteil 0,00 Zuz. höherwertig 0,00

Einkaufspreis 0,00 Marge in % 100 in EUR 32,48 Netto 32,48 Gesamtpreis 32,48 Brutto 32,48

Hilfsm.Kz Mitarbeiter

WaGru Verord. Grp. nicht im Stamm

Kost.St LGS 1601002 berechnen als Normale Position

Ok ☐ Einfügen Abbrechen

F3, Alt-Pfeil-Ab = Suchen, Alt-Entf = Löschen

Wichtig:

Es wird die Heilmittelnummer nur dann in die Abrechnungsdatei übertragen, wenn das Feld HMV-Nummer leer ist.

Sind beide Felder gefüllt, so wird die Hilfsmittelnummer vorrangig behandelt.

Eine Überprüfung der Heilmittelnummer auf Plausibilität ist nicht möglich.

7.13 Gesetzliche Zuzahlung Eigenanteil Rezeptgebühr

Aufgrund der Umsetzung des GMG's wurden neue Kennzeichen der Zuzahlungsart notwendig. Diese sind:

- 01** = Prozentuale Zuzahlung gemäß § 61 Satz 1 SGB V für Hilfsmittel
- 02** = Zuzahlungsgrenzbetrag für Hilfsmittel
(minimale bzw. maximale Zuzahlung bzw. Kosten der Leistung)
Sollte die prozentuale Zuzahlung nicht greifen, ist der gesetzliche maximale Zuzahlungsbetrag oder der Mindestzuzahlungsbetrag, allerdings nicht mehr als die Kosten der Leistung anzugeben.
- 03** = Prozentuale Zuzahlung für den Verbrauchszeitraum gemäß § 33 Absatz 2, Satz 4, letzter Halbsatz SGB V, falls das Hilfsmittel zum Verbrauch bestimmt ist.
- 04** = Maximaler Zuzahlungsbetrag für den Verbrauchszeitraum gemäß § 33 Absatz 2, Satz 4, letzter Halbsatz SGB V, falls das Hilfsmittel zum Verbrauch bestimmt ist.

Diese Kennzeichen der Zuzahlungsart werden direkt umgesetzt. Für den Anwender bedeutet dies, dass beim Erfassen der Belege die Zuzahlungsart korrekt einzugeben ist bzw. die Abrechnungspositionen zu einer Zuzahlungsgruppe zusammenzufassen sind und die Zuzahlungsart anzugeben ist.

7.13.1 Gesetzliche Zuzahlung

Die gesetzliche Zuzahlung kann in den Belegen bei der Positionserfassung ausgewiesen werden. Bei der Eingabe über Reiter:
Zuzahlung

Position bearbeiten

Artikel Zuzahlung **Weiteres**

Zuzahlungsart
 Hilfsmittel (5-10) ▼
 Nein 20,00
 Hilfsmittel (5-10) 1,00
 Pflege (0-25)
 Verbrauch (0-10)
 Ernährung (5-10)
 Heilmittel (10%)

Kennzeichen f. §302 02

Preis der Leistung 10,20
 Gesamt Brutto
 Eigenanteil 0,00
☐ Gesetzliche Zuzahlung 5,00
 Anteil Patient 5,00
 Anteil Kasse 5,20

Warengruppe Kostenstelle Mitarbeiter
 Eigenanteil 18000 , Therapieschuh 50 ,
 Zuzahlung 18000 , Therapieschuh 50 ,

Ok Einfügen Abbrechen

Alt-Pfeil-Ab = Auswählen

Müssen mehrere Abrechnungspositionen zu einer Zuzahlungsgruppe zusammengefasst werden, werden diese erfasst und anschließend die Funktion **Option – Zuzahlungsgruppe** aufgerufen.

Position anlegen

Zuzahlung **Zuzahlung**

Zuzahlungsart
 Hilfsmittel (5-10) ▼
 Nein 20,00
 Hilfsmittel (5-10) 1,00
 Pflege (0-25)
 Verbrauch (0-10)
 Ernährung (5-10)

Kennzeichen f. §302 02

Preis der Leistung 236,75
 Gesamt Brutto
 Eigenanteil 0,00
☐ Gesetzliche Zuzahlung 10,00
 Anteil Patient 10,00
 Anteil Kasse 226,75

Gruppe 02 mit 2 Positionen

Warengruppe Kostenstelle Mitarbeiter
 Eigenanteil 18000 , Therapieschuh 50 ,
 Zuzahlung 18000 , Therapieschuh 50 ,

Ok Einfügen Abbrechen

Alt-Pfeil-Ab = Auswählen

Bei der Zuzahlung von Hilfsmitteln nimmt er den Faktor der ersten Position der Gruppe.
 Sollte dies aufgrund Kassenvereinbarungen abweichen, so kann durch Setzen eines Hakens bei **Zuzahlung** im darauf folgenden Feld abgeändert werden.

Position anlegen

Zuzahlung

Zuzahlungsart: **Hilfsmittel (5-10)**

Anzahl Eigenanteil: ☐ 20,00

Anzahl Zuzahlung: ☒ 2

Heilmittel

Kennzeichen f. §302: **02**

Gruppe 02 mit 2 Positionen

	Warengruppe	Kostenstelle	Mitarbeiter
Eigenanteil	18000 , Therapieschuh	50 ,	
Zuzahlung	18000 , Therapieschuh	50 ,	

Preis der Leistung: **118,38**

Eigenanteil: **0,00**

Gesetzliche Zuzahlung: **10,00**

Anteil Patient: **10,00**

Anteil Kasse: **108,38**

Ok ☐ Einfügen Abbrechen

Über die die Funktion OPZION -Zuzahlungsgruppe werden alle Positionen zur Berechnung einbezogen.
Haben Sie zuvor einzelne Positionen mit der <LEERTASTE> markiert, werden nur die markierten Positionen in die Berechnung einbezogen

HINWEIS:

Manche Kostenträger beanstanden die Abrechnung mit mehreren Positionen z.B. der orthopädischen Schuheinlagen mit der Begründung, dass die Mittelnummer oder auch Ident-Nr- nicht angegeben wurde, bzw die Rechnung wird dort in Einzelrechnungen gestückelt eingelesen. Sie solle in einem Beleg/ Datensatz zusammengefasst werden.

Die Mittelnummer / Ident Nr. ist gleich unserer Zuzahlungsgruppe.
Wenn Sie bei Patienten, die von Zuzahlung befreit sind keine Zuzahlungsgruppe bilden, wird aus jeder Position, aus dem die Einlagen zusammen gesetzt worden sind, ein eigenständiges Hilfsmittel bei manchen Kassen generiert. Jedes Hilfsmittel bekommt somit eine eigenes Mittelnummer.
Nun um dieses zu vermeiden bilden Sie immer eine Zuzahlungsgruppe auch dann, wenn kein Zuzahlung notwendig ist über:

OPTION - Zuzahlungsgruppe

7.13.2 Rezeptgebühr (Pauschaler Zuzahlungsbetrag)

Neben der gesetzlichen Zuzahlung pro Hilfsmittel gibt es in manchen Bereichen den pauschalen Zuzahlungsbetrag bzw. Rezeptgebühr.

Die Rezeptgebühr wird im Belegkopf der Rezepterfassung, Auftrag-/Kostenvoranschlagstellung und Lieferscheinerstellung unter Kartenreiter 4 eingetragen:

Rezeptgebühr lässt sich nur bei der Abrechnung von Heilmittel eintragen.

7.13.3 Eigenanteil

Ist ein Hilfsmittel gleichzeitig ein Produkt des täglichen Lebens wie bei orthopädischen Schuhen, Bademoden usw. wird oft ein zusätzlicher Eigenanteil fällig, da diese Produkte im Alltag jeder auch so bezahlen muss.

Der Eigenanteil muss jetzt in den Belegpositionen eingegeben werden. Die Vorgehensweise ist wie bei der Erfassung der gesetzlichen Zuzahlung. Die Ausweisung erfolgt jedoch getrennt.

Werden mehrere Positionen zu einem Hilfsmittel zusammengefasst, so wird wie bei der Zuzahlungsgruppe vorgegangen:

Position bearbeiten

Zuzahlung

Zuzahlungsart: Hilfsmittel (5-10)

Anzahl Eigenanteil: ☒ 1,00

Anzahl Zuzahlung: ☒ 1,00

Heilmittel

Kennzeichen f. §302: 02

Preis der Leistung: 411,38

Eigenanteil: 76,00

Gesetzliche Zuzahlung: ☐ 10,00

Anteil Patient: 86,00

Anteil Kasse: 325,38

Gruppe 01 mit 2 Positionen

	Warengruppe	Kostenstelle	Mitarbeiter
Eigenanteil	18000 , Therapieschuh		
Zuzahlung	18000 , Therapieschuh		

Ok ☐ Einfügen Abbrechen

Alt-Pfeil-Ab = Auswählen

7.14 Mehrkosten

Laut technischer Anlage 1 Version 11 de § 302 ist die Ausweisung der Mehrkosten (auch wirtschaftliche Aufschläge, Zuzahlungen höherwertigen, Qualitätsaufschläge) ab 01.01.2018 verpflichtend.

Diese Eingabe wird in allen Belegpositionen im Feld: **Zuz.höherwertig** hinterlegt.

Artikel Zuzahlung Weiteres Merkmale

Artikelstamm: K - Kassenverträge ☐ Interne Position

Positions-nr.: 1706010 , WADENSTRÜM

HMV-Nr.: 17.06.01.0010, nicht besetzt

§302 Abr.Nr.:

Mat.Nr. Wawi:

Wadenstrümpfe KKL I
Serienanfertigung (pro Stück),
auch mit geschlossener Spitze

Vertrag: 10000654 Festbetrag Kompression Bundesweit

Anzahl	Einheit	MwSt	Einzelpreis
2,00		3 Voll Brutto	25,99

☐ Sonderpreis

Ab-/Zuschlag: 0,00% 0,00

Rabatt: 0,00% 0,00 = Einzelpreis: 25,99

Zuz. höherwertig: 15,00

Einkaufspreis	Marge in %	in EUR	Netto	Gesamtpreis	Brutto
0,00	100	68,89	43,68	51,98	

Hilfsm.Kz: 00 Neulieferung

WaGru:

Kost.St: LGS

Mitarbeiter: 421 QUAISER

Verord.Grp.: nicht im Stamm

berechnen als: Normale Position

Ok ☐ Einfügen Abbrechen

302/300

7.15 Sonderfall: Sprechstundenbedarf über HIMI Nr.

Sprechstundenbedarf wird offiziell über die eine PZN und dem Abrechnungsverfahren nach §300 abgerechnet.

Unter „Vorbehalt“ hat uns eine Abrechnungsstelle einen Workaround mitgeteilt wie Sprechstundenbedarf über eine Hilfsmittelnummer auch nach §302 Abgerechnet werden kann.

Spechstundenbedarfspositionen die über eine Hilfsmittelnummer verfügen können auch nach dem §302 Abrechnungsverfahren abgerechnet werden sofern eine Hilsmittel Nummer bzw. eine zuöässige pseudo Hilfsmittelnummer vorhanden ist. Es entfällt das erstellen und versenden der Rezeptimages per Daten CD bzw Email.

Siehe dazu Handbuch §300 Abrechnung. Hierfür ist folgendes zu beachten:

Für die beleglose Abrechnung ist es zwingend Notwendig, dass ein Patient angelegt sein muss. Handelt es sich um Sprechstundenbedarf ist in vielen Fällen kein Patient auf dem Rezept hinterlegt. Dafür muss ein PSEUDO-Patient angelegt werden mit folgenden Daten:

NAME: Sprechstundenbedarf+Nachname Arzt

Geburtsdatum: 11.11.1911

Versicherungsnummer: =LANR des Arztes

Benutzen Sie eine gültige Hilfsmittel Nr. bzw pseudo Hilfsmittel Nr.

8 Bedrucken und Einscannen von Rezepten

Für die Beleglose Abrechnung nach §302, bzw. grundsätzlich für die vollständige Dokumentation, ist es sinnvoll Rezepte korrekt zu bedrucken und einzuscannen.

- Bedrucken von Rezepten

Sie können grundsätzliche JEDEN windowskompatiblen Drucker als Rezeptdrucker benutzen, der das kleine Rezeptformat verarbeiten kann.

ACHTUNG:

Überprüfen Sie dazu die Einstellungen unter:

EXTRAS->Systemeinstellungen->Rechner->Sonderhardware

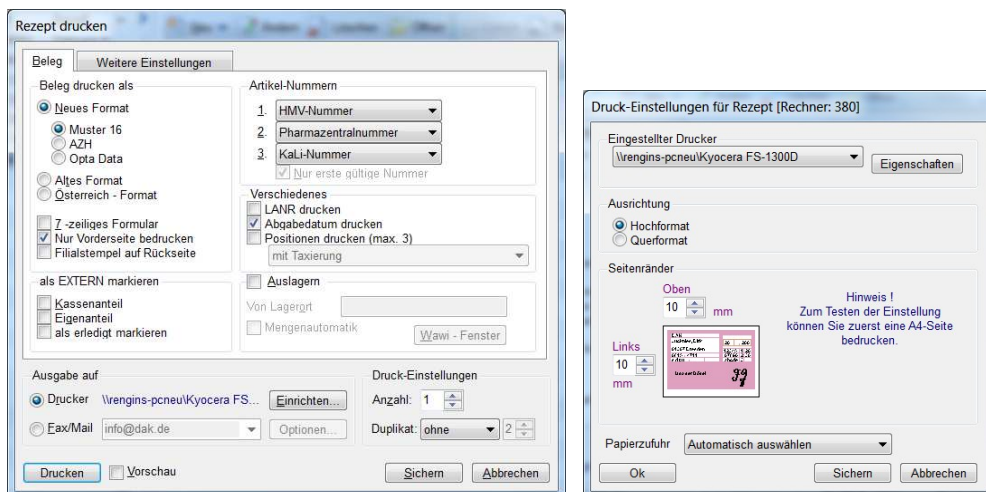
[x] Rezeptdrucker

[x] Windows

Nach dem Erfassen der Belege im Ordner REZEPT bzw. KV können Rezepte über die Funktion

OPTION->DRUCKEN (F5)

Bedruckt werden



- Einscannen von Rezepten

Nach dem Bedrucken des Rezeptes wird das Rezept zu dem Beleg eingescannt unter dem Reiter **ANLAGEN -> Neu -> Scannen** oder direkt über den **SCANNER - Button** in der Funktionsleiste.

9 §302 Abrechnung erstellen

Nachdem alle Grundbelege also Rezepte, KVs oder auch Lieferscheine §302 konform erfasst wurden, also die Voraussetzungen für eine Beleglose Abrechnung nach §302 SGB V erfüllt sind ist das Erstellen einer §302 Abrechnung aus den Erfassungsbelegen quasi nur ein Knopfdruck, mit der Funktion **<Übertrag>**

9.1 Vorgehensweise bei der Abrechnung

Wenn Sie mit der §302 Abrechnung anfangen ist es sinnvoll nicht von einem Tag auf den anderen von Abrechnung über Rechenzentrum auf Selbstabrechnung umzusteigen, sondern die Selbstabrechnung langsam hochzufahren.

9.1.1 Selbstabrechnung langsam hochfahren

Nehmen Sie sich für die erste Abrechnung eine kleine bis mittlere Kasse, bezogen auf die Rezeptanzahl bzw., das Abrechnungsvolumen heraus und belassen den Rest der Abrechnung wie gewohnt beim Rechenzentrum.

Wenn das gut klappt nehmen Sie bei der nächsten Abrechnung eine weitere Kasse hinzu usw.

Nach den Vorgaben des §302 können Sie pro Kasse einmal im Monat Rechnungen einreichen. Nach individueller Absprache mit der jeweiligen Krankenkasse kann auch 14-tägig, wöchentlich oder teilweise auch Vorgangsweise abgerechnet werden.

Es ist sinnvoll am Tag der Abrechnung zuerst die Rezepte in eine Rechnung zu übertragen und danach die genehmigten und zur Abrechnung bereiten KVs an die Rezeptabrechnungen dran zu hängen.

Manche Kassen wollen die Rezeptabrechnung komplett getrennt von den genehmigten KVs haben. Da sich das oft regional und eher von Sachbearbeiter zu Sachbearbeiter unterscheidet muss das auch individuell mit der jeweiligen Kasse abgeklärt werden.

9.2 Rezept Sammelabrechnung erstellen

Hinweis:

Bei Übertragen nach Zeitraum muss im Rezept folgender Haken gesetzt sein:

☒ Bereit für Rechnung
Rolle

Bei Einzelübertrag spielt der Haken keine

Erstellen Sie Ihre Abrechnung aus den Rezepten wie gewohnt über:

<ÜBERTRAG> -> RECHNUNG

In diesem Fenster können alle Abrechnungsvarianten eingestellt werden.

(Siehe auch **Handbuch Belegwesen**. Hier nur Abrechnungsrelevante Beschreibung)

☐ nur aktuelles Rezept

Übertragen eines einzelnen Rezepts

☒ Zeitraum von bis.....

In der Regel wird die Rezeptabrechnung über einem bestimmten Zeitraum durchgeführt

☐ Filiale

Filialen getrennt abrechnen sonst alles in eine Abrechnung

☐ Nur Abrechnungsadresse

Benutzen Sie diese Einstellung um z.B. nur Rezepte an EINE BESTIMMTE Kasse abzurechnen

☐ Nur Eigenanteilsrechnung

Einstellung um NUR

Eigenanteilsrechnungen zu erzeugen

☒ Eigenanteilsrechnung

Mit der Kassenabrechnung werden auch alle offenen Eigenanteilsrechnungen erzeugt

☐ Offene ungedruckte Rechnung verwenden

Sind offene, ungedruckte Rechnungen an den Rechnungsempfänger vorhanden werden diese aufgefüllt

[] Pro Rezept eine eigene Rechnung

Trotz Eingabe eines Zeitraums werden Einzelrechnungen erstellt

[] Rechnung sofort drucken

Rechnungsdruck sofort nach Erstellung

[] Nach Filiale getrennt übertragen

<LISTE>

[x] 302 Prüfung

Vor dem eigentlichen Übertrag kann eine Kontrollliste erzeugt werden inklusive der Prüfung der Daten auf Vollständigkeit zum Abrechnen nach §302

<ÜBERTRAG>

Abrechnung wird nach den Vorgaben durchgeführt

9.3 Genehmigte KVs in Abrechnung übertragen

Nachdem die Rezeptabrechnung übertragen und die Rezept Sammelabrechnungen und die Kassen angelegt sind werden die genehmigten und zur Abrechnung bereiten KVs übertragen.

Hinweis:

Bei Übertragen nach Zeitraum muss folgender Haken gesetzt sein:

[x] Bereit für Rechnung

OPTION -> Bereit f. Rechnung

Bei Einzelübertrag spielt der Haken keine Rolle

9.4 § 302 Abrechnung bereitstellen

In der Regel werden die §302 Rechnungen durch Übertrag aus Rezepten KVs oder Lieferscheine erstellt. Natürlich kann man auch Rechnungen direkt anlegen wenn man die oben genannten Vorgaben für die §302 Abrechnungen erfüllt und alle Daten direkt in den Rechnungen hinterlegt.

Hinweis:

Das Bereitstellen einer Rechnung kann von jedem Benutzer an jeder Arbeitsstation durchgeführt werden! Im Gegensatz zum Versenden einer §302 Rechnung, dass nur

über die Arbeitsstation möglich ist wo die DAKOTA Verschlüsselungs-Software installiert ist.

Hinweis:

Eine Datei darf nur eine Rechnung beinhalten!

Da laut § 302 SGB V nur eine Abrechnung im Monat vorgesehen ist, müssen für die Dateierstellung zwingend Sammelrechnungen erstellt werden.

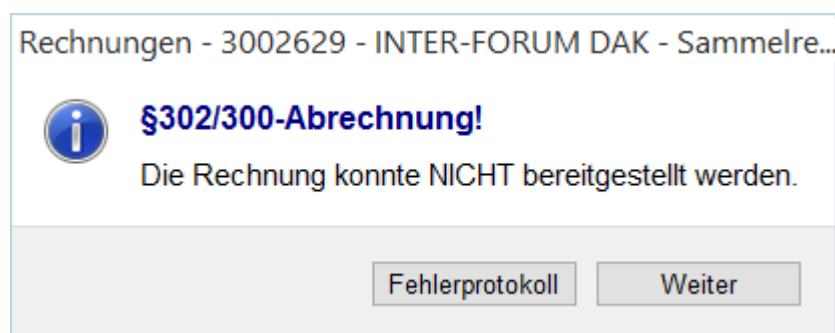
Anschließend muss die Rechnung für die Dateierstellung zum Datenträgeraustausch vorbereitet und markiert werden.

Hierbei überprüft das Programm mögliche Datenfehler. Gemeldet werden nur technische Fehler, z.B. zu lange Vertragsarztnummern oder fehlende Krankenversicherernummern. Eine Überprüfung auf Plausibilität und Korrektheit der Daten ist nicht möglich.

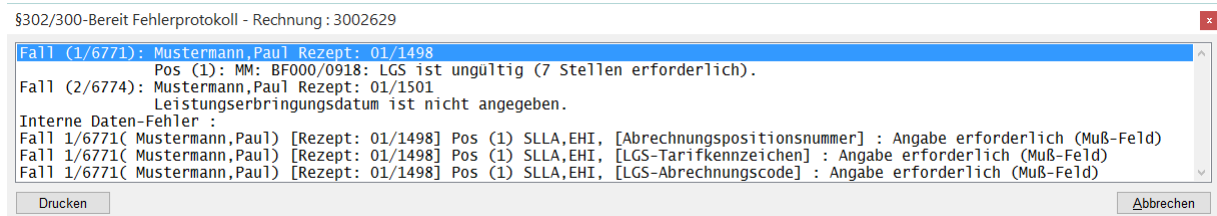
Die Bereitstellung der Rechnungsdaten erfolgt im Modul Rechnungen über die Funktion

Option – 302 Bereit.

Ist eine Bereitstellung wegen fehlerhaften Daten nicht möglich, erscheint folgende Meldung:



In dem Fehlerprotokoll werden sämtliche fehlerhaften bzw. fehlenden Daten angezeigt. Fehlende „Kann-Daten“ können nicht angemahnt werden.



Anhand der Fehlermeldung müssen die Daten korrigiert bzw. nachgetragen werden.

Nach der Nachbearbeitung muss die Rechnung erneut für die Abrechnung nach § 302 über die Funktion **Option – 302 Bereit** bereitgestellt werden.

Liegen keine Fehler vor, erscheint folgende Meldung:



<Ausgeben> Die 302-Datei wird, so wie sie für den Datenträgersaustausch erzeugt auf dem Drucker ausgedruckt.

<Weiter> führt zum nächsten Schritt der Abrechnung

Beim erfolgreichen Bereitstellen erhält die Rechnung die Kennung „302-Bereit“ und kann nun nicht mehr verändert werden.

mmOrthosoft® Desktop Version 2015.1.44 INTERN: m:\ortho1501 - m:\ortho1501\wndata\db\mmorthosoft.add - SQL Server ADS 11.10.0.2...

Datei Adressen Artikel Belege Diverses Controlling Termine Extras Fenster eQM Rückruf F&A ? Support

1 Rechnungen Positionen Rechnung 01/3002629

Neu Ändern Löschen Drucken Mahnung Optionen eQM Anpassen

Numerus 3002629 Status Eigentümer Alle

Numerus Suchbegriff Betreff

3002629 INTER-FORUM DAK Sammelrechnung

Sammelrechnung

Kasse 100012 Fibu 220000 ☐ Erledigt EUR INTER-FORUM DAK

Inter-Forum Systemhaus GmbH
Rechnungsprüfstelle der DAK
Sommerfelder Str 120
04316 Leipzig

Lieferschein §302/300-Bereit

KV-Nummer Lieferschein
Re Eigenant. 3002631
Re/Gutschrift

Angelegt am 30.10.2015
Gedruckt am
Mahnung
Bezahlt am

Mitarbeiter 007 Sachbearb. 810 Unser Zeichen Bozena
Zahl.bed. Zahlbar innerhalb 7 Tagen mit 2% Skonto (EUR 11...)

Rabatt Positionen		Gesamt Netto	97.23
Zuschlag Kopf	+	MwSt 19%	20.97
	+	MwSt 7%	0.00
Summen Patient:		Gesamt Brutto	118.20
Mitglied		Bereits Bezahlt	
Angeh.		Noch offen	118.20
Rentner	97.23		
Praxis:			

Vorgangsinfo ☐ unerledigt

Datum	Dokumente (4)	Betreff	Status	Betrag
30.10.2015	Rez 1501	Genutrain	erledigt	66,64
30.10.2015	Rez 1498	MalleoTrain, natur, rechts,	erledigt	64,69
30.10.2015	Rech 3002631	Genutrain	offen	6,66
30.10.2015	Rech 3002630	MalleoTrain, natur, rechts,	offen	6,47

Abmelden Bozena Sadalska 30.10.2015 09.01

Für nachträgliche Änderungen muß der Staus §302/§300 bereit Status zurückgesetzt werden wie folgt:

Es muss nochmals die Funktion

Option – 302 Bereit

aufgerufen werden. Die Kennung „302-Bereit“ wird herausgenommen.

9.5 §302 Abrechnung versenden

Nachdem sämtliche abzurechnenden „Rechnungen“ für die Abrechnung nach § 302 bereitgestellt wurden, kann die eigentliche Abrechnungsdatei erstellt werden.

Unter der Funktion

Option – 302 Abrechnung

werden sämtliche zur Abrechnung bereitgestellten Rechnungen angezeigt.



<input type="checkbox"/>	Typ	Nummer	Name	Rechnung	Ges. Brutto
<input type="checkbox"/>	§302	100012	Inter-Forum Systemhaus GmbH ...	3002629	118,20
<input type="checkbox"/>	§302	100009	Musterkasse-Dak	3002601	83,54
<input type="checkbox"/>	§302	108	AOK Rhein-Neckar-Odenwald	3002600	59,99
<input type="checkbox"/>	§302	10094	Knappschaft Regionaldirektion H...	3002585	704,00
<input type="checkbox"/>	§302	10094	Knappschaft Regionaldirektion H...	3002583	704,00
<input type="checkbox"/>	§302	1692	Inter-Forum Systemhaus GmbH	3002406	108,96
<input type="checkbox"/>	§300	1390	Barmer Ersatzkasse	3002305	0,00

Die Anzeige ist nach den (internen) Kassenummern sortiert.

Zusätzlich werden die Anzahl der entsprechenden Rechnungen und der Gesamt-Bruttobetrag angezeigt.

Mit der Leertaste können Sie markieren, welche Dateien übertragen werden sollen.

Anschließend klicken Sie den Menüpunkt **Übertragen** an. Es erscheint nun folgender Dialog:

Empfänger eingeben...

Testindikator: Echtdatei ESOL0004

Kasse: 100012, INTER-FORUM DAK

Kostenträger: 101560000 DAK - DAK-Gesundheit

Absender IK: 123456789

IK - Empfänger

Physikalisch: 661430035, INTER-FORUM Data Services GmbH

Nutzer: 661430035, INTER-FORUM Data Services GmbH

Urbelege: Adressat der Rechnung

Typ	RE-Nr.	Betreff	Gesamt Brutto
§302	3002629	Sammelrechnung	118,20

Ok Abbrechen

Die Institutionskennzeichen werden aus den Stammdaten der Krankenkasse gelesen.


Hierbei ist es wichtig, dass das Institutionskennzeichen des Nutzers und der Physikalischen Annahmestelle korrekt ist.

Wurden die IK Nummer bei der Abrechnungsadresse korrekt eingetragen, werden die grünen Vorgaben identisch der Physikalischen und Nutzer IK sein.

Mit der Bestätigung von **Ok**, werden die Abrechnungsdateien vorbereitet und verschlüsselt.

Nach erfolgreicher Erstellung und Verschlüsselung erhalten Sie folgende Meldung

Information !

 Datei erfolgreich verschlüsselt und versendet !

Ok

Das Versenden bedeutet hier ein erfolgreicher Versand aus unserer Software heraus. Es muss jetzt nur noch das E-Mailprogramm „überwacht“ werden, ob die E-Mails aus dem Postausgang der E-Mailanwendung erfolgreich gesendet werden. Dakota.le kann direkt die Email mit den Verschlüsselten Daten versenden. Eine Bestätigung-Email erhalten Sie direkt in Ihrem Email Programm.

Nach der Bestätigung haben Sie die Möglichkeit, einen Begleitzettel für den Versand der Urbelege auszudrucken.

Begleitzettel für Urbelege

Druck-Einstellungen

☐ Firmenkopf (-grafik) drucken
☐ Absenderzeile drucken

Ausgabe auf

☒ Drucker \\rengin-win10\Kyocera Clas... [Einrichten...](#)
☐ Fax/Mail [Optionen...](#)

Druck-Einstellungen

Anzahl: 1
Duplikat: ohne 2

[Drucken](#) ☐ Vorschau [Sichern](#) [Abbrechen](#)

Inter-Forum Systemhaus GmbH
Rechnungsprüfstelle der DAK
Sommerfelder Str 120
D 04316 Leipzig

Begleitzettel für Urbelege § 302

Rechnungssteller	IK: 331990889 mmOrthosoft GmbH & Co.KG Michael Martin GmbH & Co.KG Daimlerstraße 42 69190 Walldorf
IK Kostenträger	101560000
Rechnungsnummer	3002629
Rechnungsdatum	30.10.2015
Anzahl Verordnungen	2
Datei / Datenträgernummer	ESOL0004 Lfd. Nr: 00004
Erstellt am	30.10.2015 um 11:40:40 Uhr
Verwendeter Code	DIN 66 303 DRV8

Sollte die Erstellung der Datei bzw. der Verschlüsselung abgebrochen werden, so wird die Datei zwischengespeichert, damit sie nochmals übertragen werden kann.

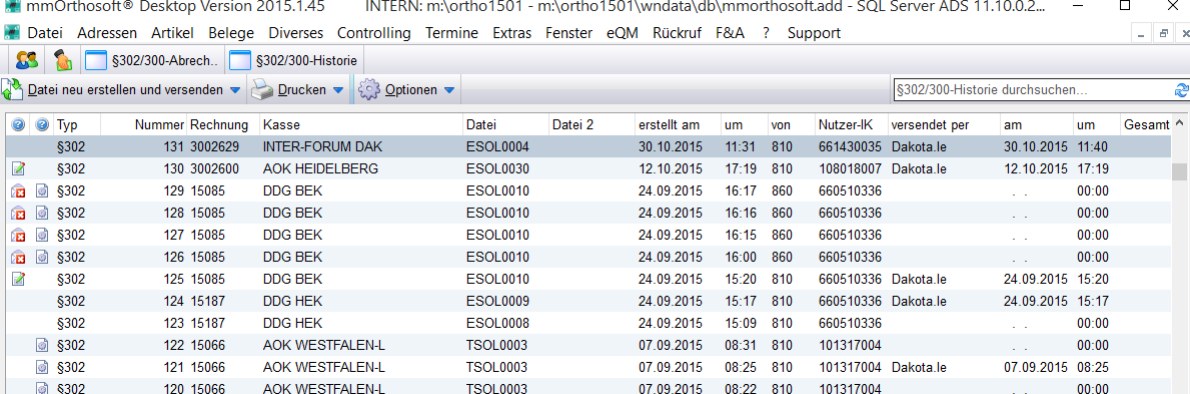
Nach dem die Rechnung versendet wurde, wird in der Druckhistorie eine Kopie des Ausdrucks gespeichert.

Im Dialogfeld **Option – 302 Bereit** wird diese Datei mit Erstellungsdatum angezeigt.

Zusätzlich werden unter Kartenreiter „5“ die Abrechnungsinfos eingetragen:

9.6 §302 Historie

Damit auch später nachverfolgt werden kann, wann z.B. eine Datei erstellt wurde, gibt es im Rechnungsmodul die Funktion **Option 302 - Historie**.



Typ	Nummer Rechnung	Kasse	Datei	Datei 2	erstellt am	um	von	Nutzer-IK	versendet per	am	um	Gesamt
§302	131 3002629	INTER-FORUM DAK	ESOL0004		30.10.2015	11:31	810	661430035	Dakota.le	30.10.2015	11:40	
§302	130 3002600	AOK HEIDELBERG	ESOL0030		12.10.2015	17:19	810	108018007	Dakota.le	12.10.2015	17:19	
§302	129 15085	DDG BEK	ESOL0010		24.09.2015	16:17	860	660510336			00:00	
§302	128 15085	DDG BEK	ESOL0010		24.09.2015	16:16	860	660510336			00:00	
§302	127 15085	DDG BEK	ESOL0010		24.09.2015	16:15	860	660510336			00:00	
§302	126 15085	DDG BEK	ESOL0010		24.09.2015	16:00	860	660510336			00:00	
§302	125 15085	DDG BEK	ESOL0010		24.09.2015	15:20	810	660510336	Dakota.le	24.09.2015	15:20	
§302	124 15187	DDG HEK	ESOL0009		24.09.2015	15:17	810	660510336	Dakota.le	24.09.2015	15:17	
§302	123 15187	DDG HEK	ESOL0008		24.09.2015	15:09	810	660510336			00:00	
§302	122 15066	AOK WESTFALEN-L	TSOL0003		07.09.2015	08:31	810	101317004			00:00	
§302	121 15066	AOK WESTFALEN-L	TSOL0003		07.09.2015	08:25	810	101317004	Dakota.le	07.09.2015	08:25	
§302	120 15066	AOK WESTFALEN-L	TSOL0003		07.09.2015	08:22	810	101317004			00:00	

In dieser Maske ist ersichtlich, an wen, mit welchem Dateinamen und zu welchem Zeitpunkt eine Datei erstellt wurde. Außerdem sind das Versanddatum und Übertragungsmedium erkennbar.

In der Historie erscheinen nur Rechnungen, die tatsächlich versendet wurden. Muss die Rechnung korrigiert werden, erhält sie den Status nicht versendet, oder nach der Versendung – Korrekturlieferung.

Unter der Menü **302-Abrechnung** gibt es die Funktion

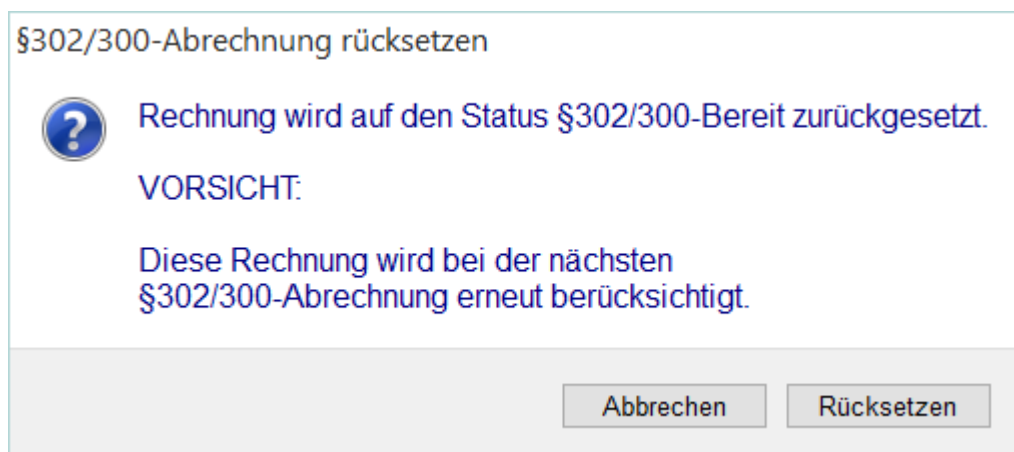
- **Datei versenden**
Hier haben Sie die Möglichkeit, die bereits erstellte Datei nochmals zu verschlüsseln und zu versenden.
- **Datei neu erstellen und versenden**
Nach einer Datenformatveränderung muss die bereits erstellte Datei ebenfalls in das neue Format konvertiert werden. Die konvertierte Datei wird ohne inhaltliche Änderung neu verschlüsselt und versendet.

Beim Menüpunkt **Drucken** gibt es die Funktionen:

- **Historie**
Hier haben Sie die Möglichkeit, eine Liste der Rechnungen innerhalb der Übertragungsdatei auszudrucken.
- **Auftragsdatei**
Mit dem Druck der Auftragsdatei wird die Datenübertragungsdatei in Papierform ausgedruckt.

Unter dem Menüpunkt **Optionen** gibt es die Funktionen

- **Test-Ausdruck erstellen**
Sollte eine Datei abgewiesen werden und es wird die Möglichkeit einer Testdatei gegeben, so kann diese als Korrekturlieferung oder neue Datei ausgegeben werden.
- **Rücksetzen**
Sollte eine Übertragungsdatei fehlerhaft sein und muss vor dem erneuten Übertragen bearbeitet werden, müssen die entsprechenden Rechnungen zurückgesetzt werden. Dies ist über die Menüfunktion **Optionen – Rücksetzen** möglich.
Nach Aufruf erscheint folgende Meldung:



Die Rechnungen werden entsperrt, der Status „302-Abrechnung“ wird zurückgesetzt und die Rechnungspositionen sind bearbeitbar.

10 Fehlerbehandlung

Daten welche mit mmOrthosoft® per §302 übermittelt werden sind konform mit der Prüfstufe 1. Fehler können daher erst ab Prüfstufe 2 auftreten. Bei Abweisung der Datei erfolgt die Benachrichtigung unter Angabe des Fehlers. Wenn man die Fehlermeldung genau bis zum Ende durchliest ist man normalerweise in der Lage die Ursache zu erkennen, zu korrigieren und die Daten erneut einzureichen.

10.1 Prüfverfahren

In der technischen Beschreibung für den Datenträgeraustausch werden bei dem Fehlerverfahren vier Prüfstufen definiert:

1. Prüfung von Datei und Datenstruktur.
2. Prüfung der Syntax.
3. Formale Prüfung auf Datenelementinhalt.
4. Prüfung in den Fachverfahren der einzelnen Krankenkassen.

- Prüfstufe 1

Dateien werden auf ihre physikalische Lesbarkeit, korrekte Reihenfolge und Syntax der Kopf- und Endsegmente sowie auf Gültigkeit der Kommunikationspartner geprüft. Sollte die übermittelte Datei nicht lesbar sein, so erfolgt eine Abweisung der Datei. Bei Abweisung eines Datenträgers erfolgt die Rückmeldung an den Absender mit Angabe des Fehlers.

- Prüfstufe 2

Je Datensatz (Nachrichtentyp) wird die Reihenfolge der Segmente geprüft, innerhalb eines Segmentes erfolgen die Prüfungen auf Feldebene in Bezug auf Typ, Länge und Vorkomma (Kann- oder Muss-Feld).

Wenn die Syntax verletzt ist, z.B. bei zu großer Feldlänge oder alphanumerischen Inhalten in numerisch definierten Datenelementen, ist die gesamte Datei zurückzuweisen.

Bei Abweisung der Datei erfolgt die Benachrichtigung unter Angabe des Fehlers.

- Prüfstufe 3

Die einzelnen Datenelemente eines Segmentes werden auf plausiblen Inhalt geprüft (z.B. Datum, Uhrzeit). Schlüsselausprägungen müssen korrekt sein in Hinblick auf das Schlüsselverzeichnis. Weiter finden Kombinationsprüfungen statt.

Bei Abweisung der Datei erfolgt die Benachrichtigung unter Angabe des Fehlers.

- **Prüfstufe 4**

Die kassenartenspeziellen vertrags-, versicherungs- und leistungsrechtlichen Prüfungen werden individuell bei den einzelnen Krankenkassen durchgeführt. Für diesen Bereich werden keine kassenartenübergreifende Regelungen vereinbart. Die Art, Schwere und Häufigkeit von Fehlern, die zur Rechnungsabweisung führen, werden kassenspezifisch geregelt.

10.2 Senden der Auftragsdatei

Sollten beim Versenden der Daten Probleme Auftreten benötigen wir zur Nachvollziehbarkeit einen Ausdruck der Auftragsdatei. Das ist eine Druckversion der versendeten §302 Daten. Senden Sie uns diese immer zuerst zu.

Rechnung->Option->§302Historie->Drucken->Auftragsdatei

10.3 Auszug Fehlerprotokolle

Grundsätzlich versuchen wir alle aktuell häufig vorkommenden Fehler und Absetzungen in unserer F&A Datenbank zu veröffentlichen. Schauen Sie daher zuerst immer in mmOrthosoft® -> F1 -> F&A Datenbank nach

Anbei die Auflistung der häufigsten Meldungen:

UNGÜELTIGER ABRECHNUNGSCODE / ABRECHNUNGSCODE NICHT ZULÄSSIG

Diese Meldung deutet darauf hin, dass der verwendete Artikel falsch zugeordnet ist. Z.B wurde eine Rechnung im Kopf mit §300 definiert aber in den Positionen befinden sich Heilmittel

KOSTENTRÄGER IST NICHT DIE ANNAHMESTELLE

Diese Meldung erklärt sich im Prinzip selbst. In dem Feld Kostenträger IK bzw. physikalische IK sind ungültige Nummern eingetragen

ABRECHNUNGSCODE ENTSPRICHT NICHT DEM SAMMELGRUPPENSCHLÜSSEL

Sie können jeden Beleg im Kopf einem Sammelgruppenschlüssel zuordnen

A-Hilfsmittel

B-Heilmittel

C-Häusliche Pflege

G-N sonstige Leistungserbringer

§300

je nachdem welche Produkte Sie abrechnen. Prüfen Sie die Einstellungen im Belegkopf mit den Positionen.

KOMMUNIKATIONSPARTNER NICHT ZUGELASSEN

Es scheint eine Kasse eingetragen zu sein deren IK Nummer nicht zugelassen ist. Prüfen Sie ob sich evtl die Rechnungsadresse der Kasse geändert hat.

Bei der Abwicklung mit DAKOTA können folgende Fehler auftreten:
(Auszug der häufigsten Meldungen)

Fehler PEM 28 während Zertifizierung oder beim Öffnen von dakota
PEM - Fehler 28 bei arpem scan -y: fataler PEM-Fehler! (ggf. fehlt arl.ini)
PEM - Fehler 28 bei arp_unlock_user: fataler PEM - Fehler! (ggf. fehlt arl.ini)

Fall 1) Es besteht kein Zugriffsrecht auf die Registry-Einträge von dakota.
Lösung: Kontaktieren Sie Ihren Systemadministrator. Ggf. sind die Rechte des Anwenders zu erweitern. (Beim Installieren werden ADMIN Rechte benötigt)

Fall 2) Die Zertifikatsantwort kann nicht eingelesen werden, denn das Zertifikat passt nicht mehr zu Ihrem privaten Schlüssel.
Lösung: In diesem Falle haben Sie, nachdem Sie die Zertifizierungsantrag an das TrustCenter gesendet haben, einen neuen Schlüssel erzeugt. Durch diese Fehlbedienung ist Ihr Zertifikat unbrauchbar geworden und kann nicht verwendet werden. Es gibt keine andere Lösung, als einen neuen Antrag an das TrustCenter zu senden. **WICHTIG!** Jeder Zertifizierungsantrag ist ein schriftlicher Auftrag und wird von der ITSG mit der aktuellen Gebühr berechnet

UNGÜELTIGER ABRECHNUNGSCODE / ABRECHNUNGSCODE NICHT ZULÄSSIG

Diese Meldung deutet darauf hin, dass der verwendete Artikel falsch zugeordnet ist. Z.B wurde eine Rechnung im Kopf mit §302 A=Hilfsmittel definiert aber in den Positionen befinden sich Heilmittel

KOSTENTRÄGER IST NICHT DIE ANNAHMESTELLE

Diese Meldung erklärt sich im Prinzip selbst. In dem Feld Kostenträger IK bzw. physikalische IK sind ungültige Nummern eingetragen

ABRECHNUNGSCODE ENTSPRICHT NICHT DEM SAMMELGRUPPENSCHLÜSSEL

Sie können jeden Beleg im Kopf einem Sammelgruppenschlüssel zuordnen
A-Hilfsmittel
B-Heilmittel
C-Häusliche Pflege
G-N sonstige Leistungserbringer

je nachdem welche Produkte Sie abrechnen. Prüfen Sie die Einstellungen im Belegkopf mit den Positionen.

KOMMUNIKATIONSPARTNER NICHT ZUGELASSEN

Es scheint eine Kasse eingetragen zu sein deren IK Nummer nicht zugelassen ist. Prüfen Sie ob sich evtl die Rechnungsadresse der Kasse geändert hat.

11 ANHANG: §302 Abrechnung per Formulare

Der Vollständigkeit halber sei an dieser Stelle erwähnt, dass „Theoretisch“ die Möglichkeit besteht, BELEGLOSE Abrechnungen mit den von den Spitzenverbänden entwickelten maschinenlesbaren Abrechnungsformularen durchzuführen.

ACHTUNG: Es wird beabsichtigt dieses Verfahren in absehbarer Zeit komplett einzustellen, deshalb wird es hier nur der Vollständigkeit halber aufgeführt.

Beim Ausfüllen der Abrechnungsformulare ist einer deutlichen Druckschrift mit einem schwarzen oder dunkelblauen Stift größte Bedeutung beizumessen. Hierbei darf kein Füllhalter oder Faserschreiber benutzt werden. Des Weiteren müssen die Ausfüllhinweise, welche Felder rechts- bzw. linksbündig auszufüllen sind etc., beachtet werden, da die Abrechnungsformulare von den Krankenkassen in maschinelle Datensätze umgewandelt werden.

Eine Liste der Formularhersteller, bei denen Sie das maschinenlesbare Abrechnungsformular beziehen können, erhalten Sie von der ITSG.

Aufgrund des umfangreichen Arbeitsaufwandes, das das manuelle Ausfüllen der Formulare in Anspruch nimmt, ist diese Form ökonomisch nicht vertretbar.

The image shows a sample of a machine-readable billing form (Einzelbeleg 'Sonstige Leistungserbringer' § 302 SGB V). The form is a grid of boxes for data entry, with a large 'MUSTER-ENTWURF' watermark across the center. It includes fields for patient data, service details, and a barcode at the bottom.