

# **mm** Orthosoft®

Die führende Branchensoftware der michael martin GmbH&Co.KG



*Herzlich Willkommen  
zum mmOrthosoft® Online Seminar*

**eKV Schnittstelle**

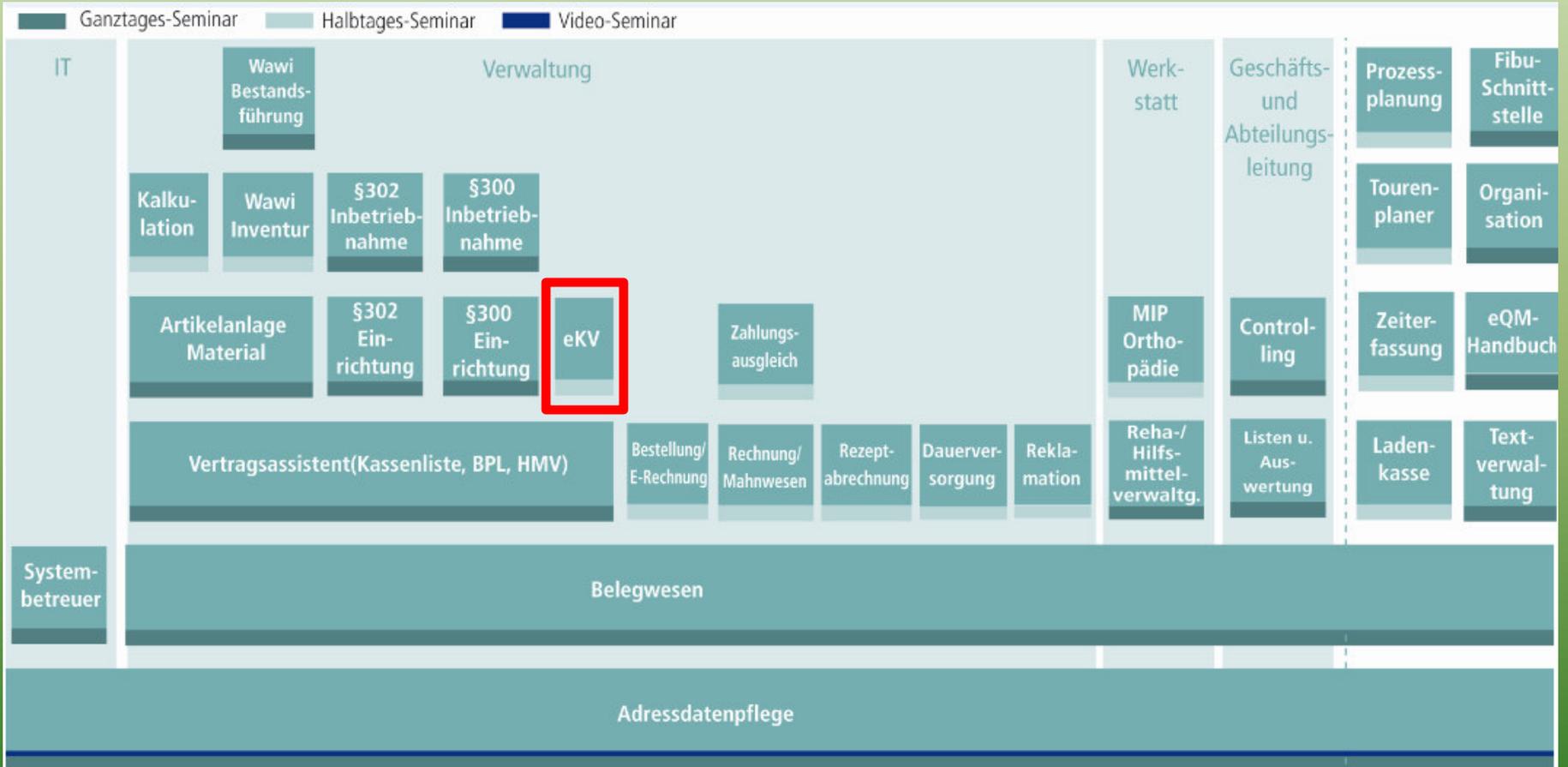
## Seminarinhalte:

- Klärung der technischen Voraussetzungen
- Einstellen des Systems für den eKV
- Erfassen der eKV Stammdaten
- Praktisches Versenden von eKV's

Die Seminarunterlagen erhalten Sie direkt im Anschluss an das Seminar per E-Mail.

*Aufgrund der Individualität des Seminars kann es durch verstärktes Nachfragen, intensive Übungen und/oder Besprechung von kundenspezifischen Prozessen, die nicht Seminarinhalt sind, zu Zeitüberschreitungen kommen, die nachberechnet werden.*

## mmOrthosoft® Qualifizierungskonzept



## Voraussetzungen:

- Direkter Internetzugang
- Freischaltung des Moduls über die mmOrthosoft<sup>®</sup> Mailbox
- Freischaltung bei der entsprechenden Plattform  
MIP, egeko HAWE, HMM, AZH, OPTICA...usw.  
Bereithalten der Zugangsdaten
- Funktionstüchtig angeschlossener Rezeptscanner

## *Fehlerquellen:*

### **Die Hauptfehlerquellen im eKV Verfahren:**

- falsche IK Nummer der Krankenkasse
- falscher oder fehlender LGS
- falsche Patientendaten wie  
Versichertennummer, Geburtsdatum... usw.

# IK Nummer der Krankenkasse

**MUSS „9-stellig „ sein!**

**Auf Rezept oder Versicherten Karte meist nur 7-stellig.**

**Daher beim Anlegen beachten:**

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

# IK Nummer der Krankenkasse

**Nicht jede Kasse bzw. IK Nummer ist für den eKV freigeschaltet. Informieren Sie sich darüber auf der Internetseite des eKV Anbieters z.B.:**

**[www.egeko.de](http://www.egeko.de)**

(Kassenübersicht)

**Oder**

**[www.mip-ekv.de](http://www.mip-ekv.de)**

(Kassenübersicht + IK Nummern)

**...**

**usw.**

# Leistungserbringer-Gruppen-Schlüssel

## 7 Stellig

### 1+2 Stelle = Abrechnungscode

- 11 = Apotheke (mit gesonderter Zulassung nach § 126 SGB V)
- 12 = Augenoptiker
- 13 = Augenarzt
- 14 = Hörgeräteakustiker
- 15 = **Orthopädiemechaniker, Sanitätshaus**
- 16 = **Orthopädieschuhmacher**
- 17 =
- 18 =
- 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/Vertrag

- 099 = Leistung ohne Vertragspreis und daher Abrechnung nach genehmigtem Kostenvoranschlag
- 000 bis 999 = Sondertarifkennzeichen zwischen einem oder mehreren Leistungserbringern und einem oder mehreren Kostenträgern.

## *Bilden eines pseudo LGS:*

### **Beispiele:**

Sie haben kein LGS parat, sind in der Orthopädie Technik (IK fängt meist mit 330 an) und Ihre Firma 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 Firma ist in Hamburg

**16 05 099**

Sie haben keinen LGS parat für die DAK

**19 90 099**

# Wahl des eKV Plattform Anbieters

**mmOrthosoft®** bietet Zugänge zu ALLEN eKV

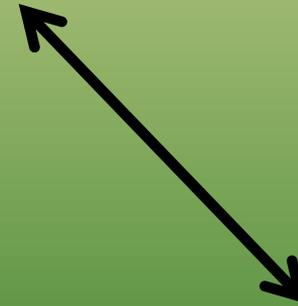
Plattformen an:



**...u.v.m.**

# Datenroaming:

mmOrthosoft®



... u.v.m.

# Übermittelte Daten beim eKV:

Die zu übermittelnden Daten beim eKV sind zwar grundsätzlich für alle Kassen gleich wie z.B. eine vollständige Hilfsmittelnummer oder der LGS

...„ABER“ !

dennoch, da es verschiedene eKV Anbieter und Plattformen gibt, gibt es je nach Kasse formell einige gravierende Unterschiede.

Ständig aktualisierte Listen zu den Zugelassenen Kostenträger IK Nummern und zu den Ausnahmen welche Kasse welche Daten prüft finden Sie jederzeit in mmOrthosoft® unter:

## ***F1 – Anwendungssoftware - Daten:***

***eKV ... Kostenträgerlisten  
MIP Prüfungen  
DAK Hilfsmittelspezifische Hinweise***

## 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: Wiedereinsatz an die Barmer

Beispiel 2: Versorgungseinheit

Beispiel 3: Versorgungsanzeige

**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.**

The screenshot shows a software interface for a Frequently Asked Questions (F&A) database. The window title is "Häufige Fragen und Antworten". The status bar indicates "Stand: 04.11.2010". The interface includes a search bar, a tree view on the left, and a main table of questions and answers.

ID	Datum	Modul	Text	Version
165825	13.07.11	Patienten	Pat, Anlage, Alle Anzeigen - Pat, Anlage, All...	2011.01.1
166142	13.07.11	Warenwirtschaft	Q3 Warenzugang / Auslieferung 6. Das Pro...	2011.02.1
165530	13.07.11	Ladenkasse	Zahlungen eingeben	2011.01.1
165622	13.07.11	Material	MAT neues Suchfenster Filter "Status" Es ...	2011.01.1
165841	12.07.11	Patienten	Kurztafel für Infoblatt	2011.01.1
165942	12.07.11	Bestellungen	Wareneingang auf zentralen Lagerort	2011.01.1
165824	12.07.11	Vertragsassistent	Kundengruppe mitkopieren beim Verträge ko...	2011.01.1
165747	12.07.11	KV/Auftrag	KV kopieren mit "Versorgungsanzeige"	2011.01.1
1565	12.07.11	Fibu / Kontierpläne	Übertrag von Adressen in Datev	2011.01.1
165631	12.07.11	Ladenkasse	Ladenkasse - Kassenbon als Rechnung	2011.01.1
165752	12.07.11	Lieferscheine	Neue Druckoptionen	2011.01.1

**Funktion:**  
Beim Lieferschein gibt es neue Druckoptionen

1. LS Drucken neue Option  
nur aktiv, wenn "ohne Preise" angeklickt ist:  
 Sortiert nach 2. Artikelnummer
2. neue Option  
 Gesamtgewicht der Lieferung

**Bedienung:**  
Zunächst gibt es ein neues Feld im Artikelstamm:  
Gewicht einer Abgabeeinheit in Kg (999.999)

Beim Druck  
-> Lieferschein  
-> Druck  
-> Einstellungen

*mmOrthosoft®*

**Seminar**

**eKV**

**Der elektronische  
Kostenvoranschlag**

Gültig für Version 2015, Druckdatum 14.12.2015



**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	Allgemeines .....	5
3	Voraussetzungen.....	6
3.1	Technische Voraussetzungen .....	6
3.2	mmOrthosoft® Qualifizierungsvoraussetzungen .....	6
4	Die eKV Anbieter .....	8
4.1	Wählen des richtigen eKV Anbieters .....	8
5	Aktivieren der eKV Schnittstelle .....	10
5.1	Anmeldung und Freischaltung in mmOrthosoft® .....	10
5.2	Anmeldung und Freischaltung bei Medicomp (MIP) .....	10
5.3	MIP-eKV Zugangsdaten hinterlegen .....	11
5.4	Anmeldung und Freischaltung bei Egeko (Opta Data).....	12
5.5	Die Egeko Zugangsdaten hinterlegen .....	13
5.6	Die AZH Zugangsdaten hinterlegen .....	14
5.7	Die HMM X3 Zugangsdaten hinterlegen .....	14
6	mmOrthosoft® eKV-Schnittstelle Einstellen .....	16
6.1	Zuordnen der eKV Plattform zur Kundengruppe .....	16
6.2	Der mmOrthosoft® eKV-Server.....	16
6.2.1	Funktion .....	17
6.2.2	Einrichtung .....	17
7	Der eKV in der Anwendung .....	19
7.1	Welche Daten werden übergeben?.....	19
7.2	Prüfen der Krankenkassen IK Nummer .....	21
7.3	Prüfen der Arzt BSNR und LANR.....	21
7.4	Vollständige Patientendaten.....	22
7.5	Der Leistungserbringergruppenschlüssel LGS .....	23
7.5.1	1.+2.Stelle: Abrechnungscode .....	23
7.5.2	3.+4. Stelle: Tarifbereich .....	23
7.5.3	3.-5. Stelle: Tarifkennzeichen .....	24
7.5.4	LGS pro Kassenlistenvertrag hinterlegen .....	25
7.5.5	LGS allgemeingültig hinterlegen.....	25
7.5.6	Arbeiten mit dem LGS .....	26
7.6	eKV anlegen .....	27
7.6.1	Rehamittel Merkmale verwalten .....	28
7.6.2	Rehamittel Merkmale in einen eKV übernehmen.....	28
7.7	Bedrucken und Einscannen von Rezepten.....	29
7.8	Versenden des eKV .....	30
7.9	Sammelabruf aller Meldungen und Ergebnisse.....	31
7.9.1	Einzelabruf eines bestimmten eKVs .....	32
8	Fehlerbehandlung.....	33
9	Kassenspezifische Besonderheiten .....	35
9.1	Alle Kostenträger .....	35
9.2	Kostenträger über egeko (opta data).....	38
9.3	Der elektronische Kostenvoranschlag bei der DAK .....	38

9.4	Kostenträger über ZHP-Online (HMM Deutschland) .....	39
9.5	Der elektronische Kostenvoranschlag bei der AOK .....	40
9.6	Barmer - HMM - X3 Schnittstelle .....	40
10	Anhang .....	44
10.1	Die Hilfsmittelnummer (HIMI-Nr.) .....	44
10.1.1	Die Pseudohilfsmittelnummer in der Kassenliste .....	46
10.1.2	Die Pseudohilfsmittelnummer in der BPL .....	48
10.1.3	Die Pseudohilfsmittelnummer und Festbeträge .....	50
10.2	Das Hilfsmittelkennzeichen .....	51
10.3	Der Gewährleistungszeitraum .....	53
10.4	Die Kundengruppe .....	53

## 2 Allgemeines

Nach der Einführung der elektronischen Abrechnung nach §302 SGB V werden nun auch die Genehmigungsverfahren mit den Kostenträgern immer weiter automatisiert. Die eKV-Schnittstelle ist ein weiterer Baustein in Richtung vollelektronischem Datenaustausch mit den Kostenträgern.

### Ihr Nutzen:

- Schnelle Übermittlung des Kostenvoranschlages
- Einsparung von Porto und Verwaltungskosten
- Sichere und nachvollziehbare Übermittlung von Kostenvoranschlägen
- Automatische Zuordnung des Kostenvoranschlages bei der Krankenkasse

Im Gegensatz zur Abrechnung nach §302 SGB V hat sich beim eKV kein einheitlicher Standard für die Abwicklung von elektronischen Kostenvoranschlägen durchgesetzt. Derzeit gibt es verschiedene Plattformen mit unterschiedlichen Vorgaben für die Durchführung des elektronischen Kostenvoranschlags. Die wichtigsten sind derzeit:

- MIP
- EGEKO
- HMM
- AZH
- ...

Dieser Leitfaden ist für die Anwender aus mmOrthosoft® heraus ausgerichtet. Sollte darüber hinaus Ihrerseits Klärungsbedarf bestehen, wenden Sie sich an Ihre eKV Plattformen.

## 3 Voraussetzungen

Zur Bedienung der eKV Schnittstelle müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

### 3.1 Technische Voraussetzungen

Voraussetzungen für die Nutzung der Schnittstelle ist von der technischen Seite ein direkter Zugriff auf das Internet per Router **ohne** Proxy-Server. In der Firewall müssen HTTPS Verbindungen frei geschaltet sein. Jede Station, die eKVs versenden soll, muss über einen solchen Zugriff verfügen.

Da mit dem Kostenvoranschlag in der Regel Anlagen (Rezepte) versendet werden, wird ein Scanner benötigt.

Grundsätzlich kann jeder Scanner, der eine Twain-Schnittstelle unterstützt, eingesetzt werden. Jedoch gibt es immer wieder Scannertreiber, die nicht richtig funktionieren und somit nicht einsetzbar sind.

Wir empfehlen den Einsatz eines doppelseitigen Einzugsscanners. Damit können die Vorder- und die Rückseite eines Dokumentes gespeichert werden.

Unsere Hardware Empfehlungen finden sie auf der Homepage von [www.mmorthosoft.de](http://www.mmorthosoft.de)

->Hardwareempfehlungen

### 3.2 mmOrthosoft® Qualifizierungsvoraussetzungen

Um zu gewährleisten, dass die Datenaustauschverfahren und Zusammenhänge zwischen unserer Software und den eKV Plattformen bekannt sind und zum Schutz vor Falscheingaben bei dem nicht unerheblichen Datenvolumen, müssen wir von der Wissensseite her folgende Qualifizierungen vor dem Besuch des Seminars „eKV-Schnittstelle“ voraussetzen:

- **Adressdatenpflege**

Die Grundlagenkenntnisse im Umgang mit unserem Produkt müssen vorhanden sein.

- **Belegwesen**

Der Umgang mit Kostenvoranschlägen, Rezepten und Abrechnungen muss geläufig sein.

- **Vertragsassistent**

Der Vertragsassistent sollte eingerichtet sein damit gewährleistet ist, dass zu der entsprechenden Kasse die richtigen Preise erscheinen.

Alle Seminare werden im Rahmen unseres Qualifizierungskonzepts vor Ort, online oder teilweise als Videoseminare angeboten. Für Fragen zu Terminierung und Durchführung freuen wir uns über einen Anruf: 06227 8383-00

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

## 4 Die eKV Anbieter

Wie schon erwähnt ist, im Gegensatz zur Abrechnung nach §302 SGB V, die eKV-Schnittstelle nicht genormt. Jede der anbietenden Plattformen hat seine eigenen Vorgaben und Richtlinien. Trotzdem haben wir uns verpflichtet alle Schnittstellen zur Verfügung zu stellen.

Sie müssen sich nur für einen Anbieter entscheiden. Bei Ihrer Entscheidung für eine eKV-Plattform spielt in der Regel der Preis und Leistungsumfang die ausschlaggebende Rolle.

Egal für welche eKV Plattform Sie sich entscheiden die Grundabläufe in mmOrthosoft® sind bei allen gleich. Die Schnittstelle selbst unterliegt natürlich einem ständigen Wandel. Informieren Sie sich deshalb über den neuesten Stand auf den Seiten der Anbieter wie z.B.

[www.mip-ekv.de](http://www.mip-ekv.de)

[www.egeko.de](http://www.egeko.de)

[www.hmmdeutschland.de](http://www.hmmdeutschland.de)

[www.azh.de](http://www.azh.de)

...

### 4.1 Wählen des richtigen eKV Anbieters

Ursprünglich war es so, dass man sich entsprechend der Krankenkasse bei der jeweiligen eKV Plattform anmelden musste, also für:

DAK bei MIP  
SBK bei egeko  
Barmer bei HMM  
usw.

Glücklicherweise haben sich die einzelnen Anbieter auf ein sogenanntes Datenroaming geeinigt. Dies bedeutet, dass Sie sich nur für EINEN der Anbieter entscheiden müssen, und dieser leitet die Daten entsprechend an seine Kassen oder an die anderen Anbieterplattformen weiter.

Das heisst, Sie müssen sich nur noch für EINEN Anbieter entscheiden und können über dessen Plattform ALLE KVs elektronisch versenden.

**ACHTUNG: Sie müssen sich für das Datenroaming bei den jeweiligen Anbietern registrieren und freischalten lassen. Es können dadurch Zusatzkosten entstehen.**

**Vergleichen Sie daher genau die Preise der einzelnen Anbieter sowohl für das Einreichen UND auch für das Weiterleiten (Datenroaming) von elektronischen Kostenvoranschlägen.**

**Die Kosten können von Anbieter zu Anbieter sehr unterschiedlich sein und unterliegen bis dato auch ziemlichen Schwankungen.**

## 5 Aktivieren der eKV Schnittstelle

Da es sich bei der eKV-Schnittstelle um eine Verbindung zwischen getrennten Systemen handelt, ist es, wenn Sie KEIN Datenroaming aktiviert haben, auch notwendig, sich an mehreren Stellen anzumelden:

### 5.1 Anmeldung und Freischaltung in mmOrthosoft®

Zur Anmeldung und Freischaltung der MIP Schnittstelle in der Software rufen Sie einfach bei unseren Vertrieb an unter der Nummer:

06227 8383-20

Nach bestätigtem Auftrag wird die die entsprechenden Schnittstellen über die Mailbox freigeschaltet. Danach einfach einmal in die Mailbox einwählen und wieder verlassen. Zur Kontrolle können Sie unter:

#### Extras – Systemeinstellungen – Lizenzen

Bei den eKV Modulen die erfolgreiche Freischaltung überprüfen.

### 5.2 Anmeldung und Freischaltung bei Medicomp (MIP)

Jeder Anwender muss sich den Zugang zum MIP-eKV freischalten lassen. Dazu wenden Sie sich bitte an:

medicomp  
Gesellschaft für neue Medien und Computer mbH  
Hohenloogstr. 14  
67065 Ludwigshafen

Telefon: 0621-6717820  
Fax: 0621-67178295  
E-Mail: info@medicomp.de

[www.mip-ekv.de](http://www.mip-ekv.de)

Bemerkung: \_\_\_\_\_

Nach erfolgreicher Anmeldung erhalten Sie von der Firma medicomp GmbH einen so genannten MD5 Code (Message-Digest-Algorithm 5). Der MD5-Code ist eine sehr lange Kombination aus Buchstaben und Zahlen. Normalerweise bekommen Sie diesen Code per E-Mail zugesandt, oder können ihn Online generieren. Melden Sie sich dazu mit Ihren Zugangsdaten auf der Homepage an:

[www.mip-ekv.de](http://www.mip-ekv.de)

**ACHTUNG:**

**Sie erhalten pro Firma einen MD5-Zugangscode. Sie können diesen für mehrere Stationen benutzen. Wenn Sie aus organisatorischen Gründen die Benutzer im MIP System unterscheiden wollen können Sie von der Firma Medicomp auch mehrere ZugangsCodes erhalten.**

Diesen MD5-Code benötigen wir zur Aktivierung der Schnittstelle und zur Verschlüsselung der Daten. Am besten, Sie bearbeiten den Code über Drag&Drop. d.h.

- Sie markieren den Code mit der Maus
- Sie kopieren ihn mit STRG+C
- Sie fügen ihn ein mit STRG+V

Schreiben Sie sich den MD5 Code zur Dokumentation hier auf

MD5 Code: \_\_\_\_\_

Sollten Sie pro IK Nummer einen separaten Zugang mit eigenständigen MD-5 Schlüsseln bekommen haben, kann ab der Version 10.66 bei der Filiale direkt der entsprechende Schlüssel hinterlegt werden.

**ACHTUNG:**

**Die Zugriffsberechtigung ist benutzerabhängig!**  
**Nähere Informationen zu MehrfachzugangsCodes erhalten Sie direkt bei der Firma Medicomp.**

### **5.3 MIP-eKV Zugangsdaten hinterlegen**

Hinterlegen Sie den Schlüssel generell in mmOrthosoft® unter:

**EXTRAS->Filialen->.... Reiter 5eKV... MIP MD5**

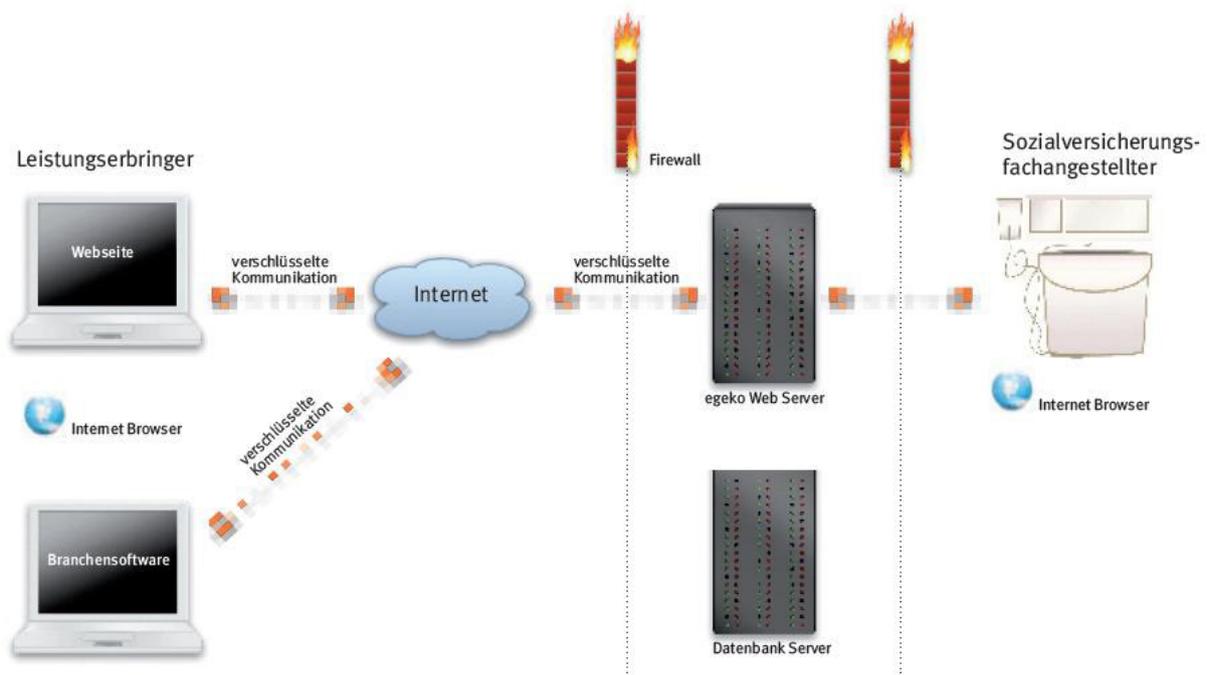
Wenn von allen Arbeitsstationen und allen Benutzern eKV versendet werden sollen  
Möchten Sie nur bestimmten Benutzern das Versenden von eKVs ermöglichen  
hinterlegen Sie den Code unter:

**EXTRAS-> Systemeinstellungen-> Benutzer xxx-> MIP->Ändern**

Damit ist die Schnittstelle betriebsbereit!

## 5.4 Anmeldung und Freischaltung bei Egeko (Opta Data)

Die Egeko Kommunikationswege



Jeder Anwender muss sich für den Zugang zur Egeko-eKV-Plattform zur Nutzung der Schnittstelle für egeko-eKV freischalten lassen. Dazu wenden Sie sich bitte an:

optadata.com  
Entwicklung moderner  
System-Software GmbH  
Assmannweg 3  
45141 Essen  
Tel.: 0201 / 31 96 0  
Fax: 0201 / 31 96 222  
www.optadata-gruppe.de



Nach erfolgreicher Anmeldung erhalten Sie von der Firma OPTA GmbH die Zugangsdaten. Um sich anzumelden benötigen Sie:

IK Nummer : \_\_\_\_\_

Benutzer : \_\_\_\_\_

Passwort : \_\_\_\_\_

**ACHTUNG:**

**Die Zugriffsberechtigung ist benutzerabhängig!**

**Nähere Informationen zu Mehrfachzugangsodes erhalten Sie direkt bei der Firma OPTADATA**

## 5.5 Die Egeko Zugangsdaten hinterlegen

Zur Einrichtung der egeko-eKV-Schnittstelle starten Sie mmOrthosoft® und hinterlegen die Zugangsaten bei den Filialen unter:

**EXTRAS->Filialen->.... Reiter 5eKV...**

**Egeko-KV IK** \_\_\_\_\_  
**Benutzer** \_\_\_\_\_  
**Passwort** \_\_\_\_\_

Wenn von allen Arbeitsstationen und allen Benutzern eKV versendet werden sollen

Möchten Sie nur bestimmten Benutzern das Versenden von eKVs ermöglichen hinterlegen Sie den Code unter:

**EXTRAS-> Systemeinstellungen-> Benutzer xxx-> egeko KV....Ändern**

**IK-Nummer** \_\_\_\_\_  
**Benutzer** \_\_\_\_\_  
**Passwort** \_\_\_\_\_

und klicken Sie auf „Übernehmen“.  
Damit ist die Schnittstelle Betriebsbereit.

Haben mehrere Software-Benutzer einen Zugangscode zum egeko-System, tragen Sie die jeweiligen Codes in den Systemeinstellungen bei den betroffenen Benutzern ein.

## 5.6 Die AZH Zugangsdaten hinterlegen

Auch bei der AZH müssen Sie sich für die eKV Plattform anmelden.  
Informationen dazu erhalten Sie direkt bei dem Anbieter unter:

[www.azh.de](http://www.azh.de)

Hinterlegen Sie den Schlüssel in mmOrthosoft® unter:

**EXTRAS->Filialen->.... Reiter 5eKV...**

**AZH IK** \_\_\_\_\_  
**Benutzer** \_\_\_\_\_  
**Passwort** \_\_\_\_\_

Wenn von allen Arbeitsstationen und allen Benutzern eKV versendet werden sollen  
Damit ist die Schnittstelle betriebsbereit!

## 5.7 Die HMM X3 Zugangsdaten hinterlegen

Wenn Sie eKVs direkt ohne Datenroaming an die Barmer BEK senden möchten  
müssen Sie sich bei der HMM anmelden.  
Informationen dazu erhalten Sie direkt bei dem Anbieter unter:

<https://www.hmmdeutschland.de/>

Hinterlegen Sie den Schlüssel in mmOrthosoft® unter:

**EXTRAS->Systemeinstellungen ->Firma->Externe Schnittstellen ->HMM/X3**

**IK Nummer** \_\_\_\_\_  
**Benutzer** \_\_\_\_\_  
**Passwort** \_\_\_\_\_

Wenn von allen Arbeitsstationen und allen Benutzern eKV versendet werden sollen  
Damit ist die Schnittstelle betriebsbereit!



## 6.2.1 Funktion

Nach der Einrichtung startet der eKV-Server automatisch mit dem ersten Arbeitsstation welche mmOrthosoft® startet. Man kann auch feste PC-Nummern vorgeben (z.B.nur an schnellen PCs). Wird das Programm beendet, wird der eKV Server von einer anderen Arbeitsstation auf der mmOrthosoft® läuft übernommen. Ist mmOrthosoft® an allen Arbeitsstationen beendet, arbeitet der eKV Server solange nicht bis mindestens wieder eine Station bei mmOrthosoft® angemeldet ist.

## 6.2.2 Einrichtung

Eingerichtet wird der eKV-Server unter:

**Extras - System-Einstellungen - Externe Schnittstellen - eKV Diverses**

**Wiedervorlage:**  **bei jeder Nachricht: Wiedervorlage an KV-Sachbearbeiter**  
Bei der Statusänderung, z.B. Eingereicht, beim Kostenträger, Abgelehnt und Genehmigt, wird eine Wiedervorlage an den Sachbearbeiter angelegt. Erhalten Sie vom Kostenträger eine Nachricht, bekommt der Sachbearbeiter eine Aufgabe!

**offene Wiedervorlagen benutzen**  
Wiedervorlagen zusammenfassen bzw einzeln anlegen.

**KV- Status:**  **bei eKV-Rückmeldung den Erledigt-Status nicht ändern**  
Hat es bei einem schon erledigten KV eine Rückmeldung gegeben, soll der Erledigt-Status trotzdem unverändert bleiben!

### eKV Abrufautomatik

#### **eKV-Abruf: automatischen eKV-Abruf aktivieren**

Wird der eKV-Abruf aktiviert übernimmt der eKV-Server das Abrufen aller eKV's. Manueller Abruf aller KV über *Status anzeigen/aktualisieren* ist nicht möglich!  
Einzelabruf von einem aktuellen KV ist über den KV - *Aktuellen Status abrufen* weiterhin möglich.

#### **Intervall: Abruf alle xx Minuten**

Das Abrufen aller eKV's kann alle 15 / 20 / 30 / 60 / 120 Minuten stattfinden. In der Zeit läuft der eKV Server im Hintergrund. Wird mmOrthosoft® beendet, wird der Auftrag zu Ende ausgeführt, eKV-Server beendet und an einem anderen Rechner neu gestartet.

**Rechnerliste: 009,001,020,XXX**

Hier können Sie festlegen, an welchem Rechner der eKV-Server gestartet werden soll. (Z.B. nur sehr schnelle oder nicht benutzte PCs)

Es kann ein oder mehrere Rechner dazu eingetragen werden. Ohne diese Angaben kann der eKV Server an jedem beliebigen Rechner ausgeführt werden.

**eKV-Admin / eKV-Admingrp.**

Bei Problemen beim eKV-Server Abruf können Aufgaben an den eKV-Admin (einzelner Mitarbeiter) oder einer Mitarbeitergruppe gesendet werden. Sie können hier den Mitarbeiter aus der Liste aussuchen oder eine Gruppe der Mitarbeiter, die über Gruppenstamm definiert worden ist.

**MIP**

KV-PDF	Kompakte Ansicht übermitteln oder ganz Ausführliche
Auftrag PDF	Kompakte Ansicht übermitteln oder ganz Ausführliche

## 7 Der eKV in der Anwendung

### 7.1 Welche Daten werden übergeben?

Die Kommunikation über die eKV Schnittstelle findet als POST-Anfrage über das http-Protokoll statt. Der Datentransfer wird über ein SSL-Zertifikat verschlüsselt. Die Branchensoftware greift über eine Anfrage auf den Schnittstellen-Server zu, fungiert somit als passiver Kommunikationspartner und stellt einen Datenlieferant oder einen Datenempfänger dar.

Je nach Anfrage der Branchenlösung sind die erforderlichen Werte und auch der Aufbau des XML-Paketes unterschiedlich.

**Folgende Daten müssen elektronisch übermittelt werden:**

#### Allgemeines

Kostenträger IK	IK-Nummer des Kostenträgers
Verordnender	Arzt: LANR und BSNR Krankenhaus: BSNR
Verordnungsdatum	Datum der Verordnung
Unfalldatum u. -Kz	bei Unfall (1. Arbeitsunfall, 2. sonstige Unfallfolgen, Sonstiges)
Bvg	Kennzeichnung eines BVG, Pflichtfeld je nach Vorgang
ICD 10	ICD-Schlüssel
Diagnosetext	(u.a. bei AZH zwingend erforderlich)
OP - Datum	Pflichteingabe bei PG 32 (u.a. bei DAK zwingend erforderlich)

#### Versichertendaten:

KV-Nummer	Krankenversicherungsnummer, Pflichteingabe
Patientendaten	Name, Vorname, Straße, PLZ, Ort, Geburtsdatum, Status (Optionale Eingabe: Gültigkeitsdatum der Versichertenkarte)
Zuzahlungspflicht	

#### Kostenvorschlagsdaten:

KV-Nummer
Nettobetrag
MWST
Bruttobetrag des KV

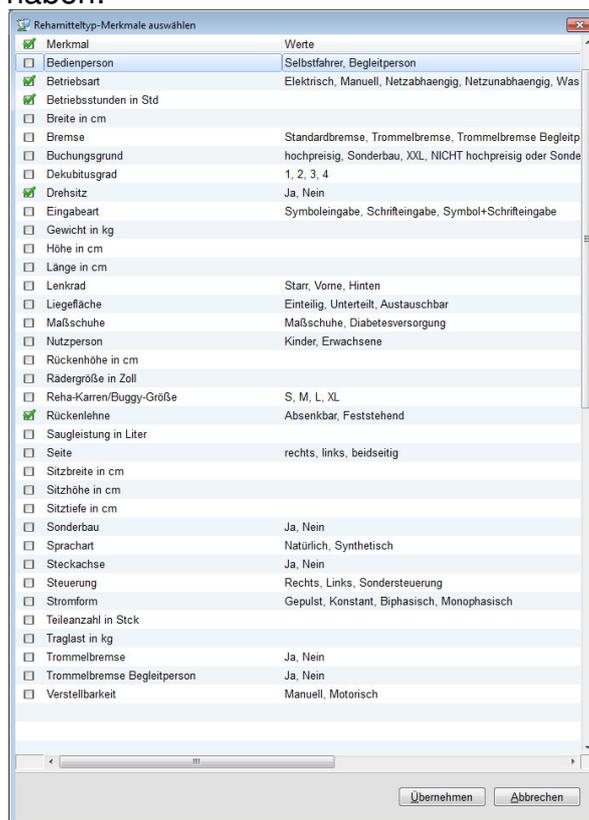
#### Positionsdaten:

Hilfsmittelnummer
Hilfsmittel – kennzeichen (HKZ)

Zuzahlungsart bei Pauschalen	Nein, Hilfsmittel, Pflege usw. Pflichteingabe, Versorgungsbeginn und -ende (Hilfsmittelkennzeichen - 08, 09, 03)
Angabe der Seite	Pflichteingabe bei Prothesen, Orthesen, Brustprothesen Kompressionsstrümpfe und Maßschuhe/Diabetesversorgung.
Produktbesserheit	10-stellig, Pflichtangabe, je nach Versorgung
Menge	
Preis	
MWST	
Vertragsnummer	LGS
Versicherungsart der Kasse	GKV/PV Kennzeichnung ob Gesetzliche- oder Pflegekasse
Bearbeitungsdatum	
Eigenanteil	

**Rehamittel Merkmale**

Hauptsächlich die DAK will bei Rehamittel je nach Versorgungsart folgende Merkmale übermittelt haben:



**Folgende Felder werden zurückgegeben:**

Mip-KV-ID

Status des KV            1: Neu  
                              2: Genehmigt  
                              3: Abgelehnt  
                              4: Genehmigt mit Änderung

Genehmigungsnummer  
Genehmigungsdatum  
Erzeugungsdatum  
Bearbeitungsdatum

## 7.2 Prüfen der Krankenkassen IK Nummer

Prüfen Sie als erstes, ob zumindest die Kassen, die Sie für den eKV verwenden einen 9-Stelligen Eintrag in dem Feld IK haben.

Es ist zu beachten, dass auf den Rezepten und KV-Karten nur eine 7-Stellige IK-Nummern aufgedruckt wird. Sie brauchen aber eine 9-Stellige für die elektronische Abrechnung. Tragen Sie daher die IK Nummern wie folgt ein  
10+7-Stellige Nummer auf Rezept oder KV-Karte bei gesetzlichen Kasse  
18+7-Stellige Nummer auf Rezept oder KV-Karte bei Pflegekasse.

Nutzen Sie auch unseren IK Kostenträger Abgleich unter  
**EXTRAS->Wartung->Adressen->Kassen->Kostenträger Abgleich**

LISTE                            =Drucken der Kostenträgerliste  
ABGLEICH STARTEN =Neue IK+Adressen einlesen, bestehende IK abgleichen

### **HINWEIS: Nicht alle IK Nummern sind auch für den eKV zugelassen!**

Eine immer aktuelle Liste aller zugelassenen IK Nummern finden Sie auf den Internetseiten der jeweiligen eKV Anbieter

[www.mip-ekv.de](http://www.mip-ekv.de)

[www.egeko.de](http://www.egeko.de)

## 7.3 Prüfen der Arzt BSNR und LANR

Im Ordner Ärzte müssen die beiden Felder Betriebsstättennummer BSNR und Lebenslange Arztnummer LANR mit 9-Stelligen Zahlen gefüllt sein. Damit ist es im Prinzip nicht mehr möglich Gemeinschaftspraxen als EINE Praxis zu führen. Es muss jeder Arzt mit seiner LANR und BSNR eingegeben werden. Bei Krankenhausrezepten wird oft die BSNR des Krankenhauses und die LANR des

Chefarztes eingetragen bzw. kann die LANR als einzige Ausnahme „leer“ gelassen werden.

- **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 Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), 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.
- **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 MVZs vergeben. Sie ist bei der Abrechnung zu verwenden. Sie ändert sich in der Regel bei einem Wechsel in der personellen Zusammensetzung der Arztpraxis nicht.

## 7.4 Vollständige Patientendaten

Im Patientenordner sind folgende Felder sind immer zu füllen:

- Versicherten-Nr.  
Versicherten-Nummer ohne Sonderzeichen ( ' / > < / „ “ )
- Name - Vor- und Nachname ohne Sonderzeichen
- Geb. Datum (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.

## 7.5 Der Leistungserbringergruppenschlüssel LGS

Der LGS dient als Ergänzung zur Hilfsmittelnummer und kennzeichnet den Leistungserbringer-Typ, den Tarifbereich und die Vertragsnummer. Der LGS setzt sich aus einem 7-Stelligen Zahlencode wie folgt zusammen:

### 7.5.1 1.+2.Stelle: Abrechnungscode

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 wurde für Sanitätshäuser zum 31.12.2005 aufgehoben.)
- 19 = sonstiger Hilfsmittellieferant**

### 7.5.2 3.+4. Stelle: Tarifbereich

Der Tarifbereich stellt die Verschlüsselung des für den Leistungserbringer gültigen Tarifbereiches dar. Es wurden folgende Tarifbereiche festgelegt:

- 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

### 7.5.3 3.-5. Stelle: Tarifkennzeichen

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

099	=	Leistung ohne Vertragspreis und daher Abrechnung nach genehmigtem Kostenvoranschlag
100 bis 999	=	Sondertarifkennzeichen zwischen einem oder mehreren Leistungserbringern und einem oder mehreren Kostenträgern.

Das Kennzeichen für Sondertarife wird von den Vertragspartnern festgelegt und bezieht sich immer auf spezielle Vergütungsregelung.

Der 7-stellige Leistungserbringergruppenschlüssel auf Landesebene wird von den jeweiligen Kostenträgern auf Landesebene den jeweiligen Landesinnungen mitgeteilt.

Auf der Bundesebene wurde von dem VdAK-Kassenverband für den bundeseinheitlichen Kompressionstherapievertrag die Schlüsselnummer **1500017** vergeben.

Dieser Schlüssel setzt sich wie folgt zusammen:

15	=	Orthopädiemechaniker, Bandagist
00	=	Bundeseinheitlicher Tarif

017 = Tariffkennzeichen

Die Sonderschlüsselnummern werden vom Kostenträger dem Vertragspartner direkt mitgeteilt, da diese auf einem Sondervertrag beruhen; z.B. Hausvertrag mit der Barmer Ersatzkasse.

So wurde z.B. der Leistungserbringerschlüssel **1596036** erteilt.

Hierbei vergibt die Barmer Ersatzkasse die Schlüsselnummer meist für mehrere Produktbereiche.

Dies setzt sich wie folgt zusammen:

15 = Sanitätshaus  
96 = Vertrag auf Kassenebene  
036 = Tarif mit Sonderkennzeichen.

### Beispiele

Sie haben kein LGS parat, sind in der Orthopädie Technik (IK fängt meist mit 330 an) und Ihre Firma 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 Firma ist in Hamburg

**16 05 099**

Sie haben keinen LGS parat für die DAK

**19 90 099**

## 7.5.4 LGS pro Kassenlistenvertrag hinterlegen

### ARTIKEL->Verträge

kann über ÄNDERN der LGS in das entsprechende Feld eingetragen werden sofern nicht schon vorbelegt. Sollte es vorkommen, dass innerhalb eines Vertrages die Vertragspositionen unterschiedliche LGS haben, kann der LGS auch in den Positionen über ÄNDERN eingetragen werden.

## 7.5.5 LGS allgemeingültig hinterlegen

Sollte ein LGS vertragsübergreifend Gültigkeit haben kann er über

**Diverses – Stammdaten – Leistungserbringergruppenschlüssel** eingetragen werden.

Zunächst wird der Kundengruppe der Produktbereich zugeordnet, für den diese Schlüsselnummer relevant ist. Danach wird die entsprechende Leistungserbringer-Schlüsselnummer eingetragen und in der Bezeichnungszeile definiert.

Nehmen wir zum Beispiel die Kundengruppe 1000, hier die AOK, nehmen die Produktgruppe 08 = Einlagen und ordnen hier die LGS 1500008 zu.

(LGS = Leistungserbringer-Gruppenschlüssel )

Nun wird immer wenn Positionen die mit 08 beginnen und die Kundengruppen Zuordnung AOK gegeben ist, die angegebene LGS automatisch in den Beleg eingetragen.

Beim Anlegen des Leistungserbringergruppenschlüssels kann derselbe Schlüssel mehreren Produktgruppen oder/und mehreren Kundengruppen zugeordnet werden.

Vergibt ein Kostenträger für sämtliche Produktgruppen nur eine Leistungserbringer-Gruppenschlüsselnummer, so muss die Produktgruppe nicht gefüllt werden.

## 7.5.6 Arbeiten mit dem LGS

Nachdem diese Stammdaten in der Software eingepflegt sind, wird beim Anlegen einer Belegposition, also Rezept, Auftrag, Lieferschein oder Rechnung, der Leistungserbringer-Gruppenschlüssel anhand der Krankenkassen-Kundengruppe und der Produktgruppe angezeigt.

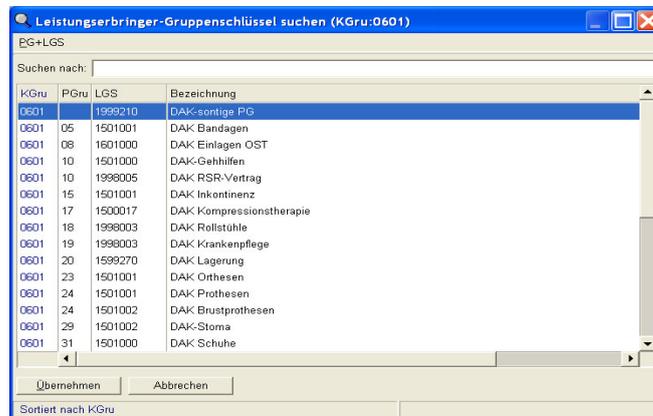
The screenshot shows the 'Position bearbeiten' dialog box with the following data:

- Artikelstamm:** K - Kassenliste,  Interne Position
- Suchbegriff:** 1050041, VIERRÄDRIGE GEH, Vierrädrige Gehhilfen (Rollatoren)
- HMV-Nr.:** 10.50.04.1007, Minova Rollator P
- §302 Abr.Nr.:** /
- Mat.Nr. Wawi:** /
- Vertrag:** 10000027 Eigene Liste Bawü Bozena
- Table:**

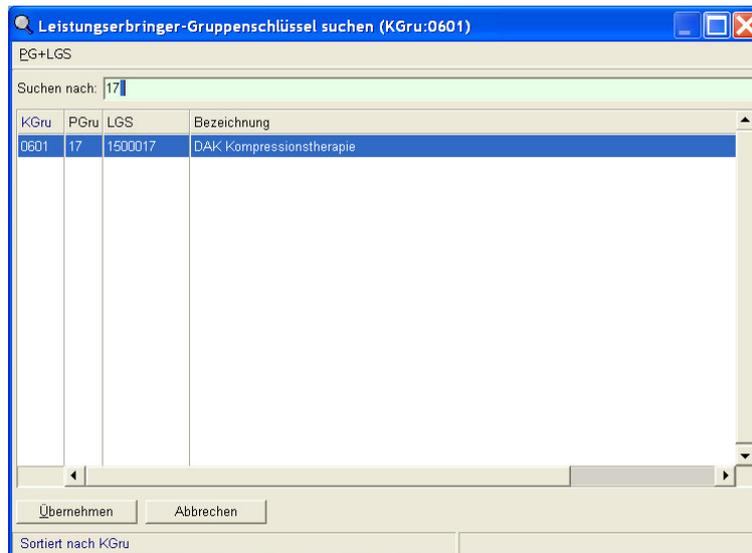
Anzahl	Einheit	MwSt	Einzelpreis
1,00		0 Ohne	82,50
- Ab-/Zuschlag:** 0,00 % = 0,00
- Rabatt:** 0,00 % = 0,00 = Einzelpreis 82,50
- Zuz. höherwertig:** 0,00
- Summary Table:**

Einkaufspreis	Marge in %	in EUR	Netto	Gesamtpreis	Brutto
0,00	100	82,50	82,50	82,50	82,50
- Hilfsm. Kz.:** 08 Vergütungspauschale
- WaGru:** 18000, Therapieschuh
- Kost. St.:** 10, LGS 1502135
- Mitarbeiter:** [empty]
- Verord. Grp.:** nicht im Stamm
- berechnen als:** Normale Position

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



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



So ist gewährleistet, dass nur für die entsprechende Kasse gültige Schlüsselnummern in den Beleg übernommen werden können.

Ab der Version 10.64 in Verbindung mit dem Vertragsassistent kann der LGS Nummer direkt bei der Kassenlisten Position hinterlegt werden.

## 7.6 eKV anlegen

Wie gewohnt legen Sie einen eKV genau wie im Seminar Belegwesen beschrieben über NEU an. Wählen Sie die Filiale, suchen sich den Patienten heraus, übernehmen die Daten und füllen das Verordnungsdatum. Danach gehen sie auf den Reiter

**POSITIONEN->NEU**

und tragen entsprechend die Positionsdaten ein. Der Unterschied zum normalen Kostenvoranschlag besteht nur darin, dass Sie darauf achten müssen, dass Sie bei der gesamten Eingabe die benötigten Datenfelder laut obiger Vorgabe gefüllt werden müssen!

Prüfen Sie hierbei auch ob in der Positionseingabe evtl. Felder auf den Reitern

**Zuzahlung****Weiteres****Merkmale**

zu füllen sind.

**7.6.1 Rehamittel Merkmale verwalten**

Vor allem die DAK will bei der Übermittlung von Rehamitteln weitere Merkmale als Daten übermittelt bekommen. Diese Rehamittel Merkmale sind hinterlegt bei:

DIVERSES->Stammdaten->Rehamitteltypen

Über NEU ÄNDERN LÖSCHEN kann diese Liste mit Produktgruppen oder einzelnen Hilfsmittelnummern ergänzt werden. Über den rechten grünen Punkt oder mit :

GEHE ZU->MERKMALE

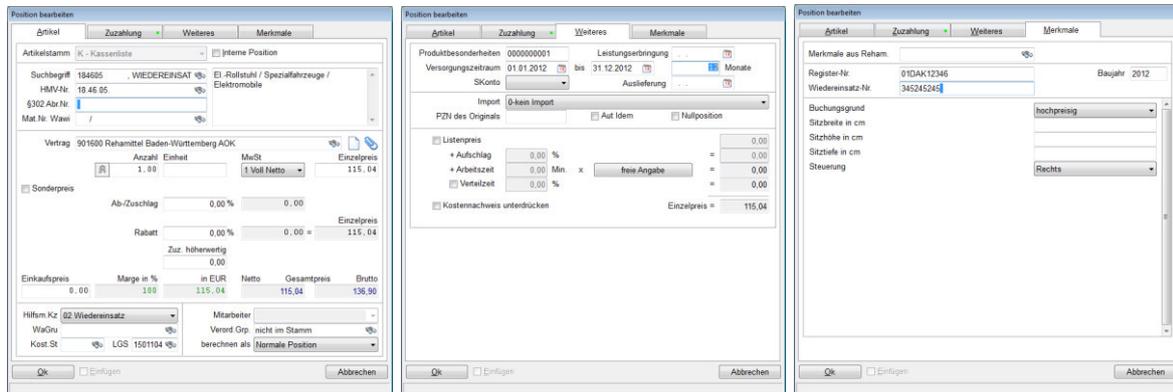
Sind pro Hilfsmittelnummer die einzelnen Merkmale hinterlegt. Auch hier kann man über:

**MERKMALE ÄNDERN**

durch setzen von Haken Merkmale hinzufügen oder entfernen.

**7.6.2 Rehamittel Merkmale in einen eKV übernehmen**

Haben Sie nun z.B. einen Wiedereinsatz eKV angelegt finden Sie in den Positionen die Datenfelder auf den Reitern WEITERES und MERKMALE



## 7.7 Bedrucken und Einscannen von Rezepten

Für den eKV wird vorgeschrieben, dass die Rezepte evtl. zu bedrucken und einzuscannen sind, damit sie zusammen mit dem KV elektronisch übermittelt werden können.

Grundsätzlich können Sie jeden TWAIN-kompatiblen Scanner benutzen. Wir empfehlen, zur einfachen Abwicklung einen Duplex-Einzugsscanner einzusetzen.

Nach dem Bedrucken des Rezeptes wird es beim entsprechenden Beleg hinterlegt über den Reiter **ANLAGEN -> Neu -> Scannen**

**Scannen von Dokumenten**

Datum: 15.04.2011

Beschreibung: Rezept

Pfad: M:\ORTH01066\SCAN\2011.001\

---

Aktuelle Quelle: Quelle ändern...

Format: PDF

Pflichtbeleg:  Rezept

Die maximale Dateigröße pro Datei sind 2 MB.

Wir empfehlen Ihnen, den Scan als PDF mit der Auflösung 200 DPI und Graustufen oder als TIFF mit 200 DPI und schwarz/weiß durchzuführen.

Die Einstellungen für Scans müssen den Vorgaben der Kassen entsprechen.

Beim Einscannen ist es wichtig, dass das Häkchen bei "**Rezept**" gesetzt wird. Solch eine Anlage wird auf den Plattformen als "Rezept/Verordnung" erkannt, dies gilt bei einigen Kassen als erforderlich.

## 7.8 Versenden des eKV

Nachdem der KV erfasst ist und das Rezept eingescannt wurde, kann der KV über den entsprechenden Dienstanbieter (MIP, AZH, usw.) versendet werden. Klicken Sie dazu auf der Funktionsleiste Hauptmaske auf **eKV – eKV versenden**.

Die Angaben aus dem KV werden angezeigt, die IK-Nummer kann auch hier verändert werden. Änderungen die hier durchgeführt werden, führen zu keiner Veränderung in den Stammdaten.

Über den Button „KV senden“ wird der KV elektronisch aufbereitet und zusammen mit der ausgewählten Anlage versendet.

### **Hinweis:**

Zurzeit ist es lediglich bei den AOK's die den eKV annehmen und diese über MIP bearbeitet werden, notwendig den KV auch als PDF anzufügen.

## 7.9 Sammelabruf aller Meldungen und Ergebnisse

Es gibt 3 Möglichkeiten, Nachrichten über die Beurteilungen der elektronischen Kostenvoranschläge zu erhalten.

- automatisch nach erfolgreichem Versenden
- über eigenes Abrufen der eKV Ergebnisse
- auf postalischem Wege (u.a. bei AOK Bayern usw.)

Die AOK benachrichtigt die Leistungsempfänger über die Beurteilungen der elektronisch versendeten Kostenvoranschläge postalisch.

Ansonsten sollten Sie in regelmäßigen Abständen die Ergebnisse der elektronisch versendeten Kostenvoranschläge abrufen. Klicken Sie dafür im KV-Ordner auf:

**eKV -> Status anzeigen/aktualisieren und anschließend -> Abrufen (links, oben)**

Typ	KV-Nr	eKV-Nummer	Patient	Betreff	Ka	Aktualisiert
MIP	2426	11548	MUSTERMANN,PAUL	RehaNr.: 268	D/	15.04.2011
Egeko	2424	1631424	MUSTERMANN,PAUL	RehaNr.: 315	B/	14.04.2011
MIP	2425	11542	MUSTERMANN,PAUL	RehaNr.: 268	D/	14.04.2011
MIP	2426	11543	MUSTERMANN,PAUL	RehaNr.: 268	D/	14.04.2011
MIP	2423	11538	MUSTERMANN,PAUL	RehaNr.: 267	B/	13.04.2011
MIP	2218	11155	BÄR,BRITTA	OT-Kiel-Test	IK	11.04.2011
MIP	2224	11159	BRAUN,MARTHA	RehaNr.: 181	T/	11.04.2011
MIP	2395	11527	BRUCKER,MARION	Genutrain titan 3 Gr. 2	D/	11.04.2011
Egeko	2408	1613973	MUSTERMANN,PAUL	Knie CPM Motorsch...	D/	11.04.2011
Egeko	2412	310502	TEST,PAUL	Egeko eAuftrag 310...	12	11.04.2011
MIP	2413	9410	TEST,MUSTERMANN	Direktauftrag	59	11.04.2011
MIP	2414	9411	TEST,MUSTERMANN	Direktauftrag	59	11.04.2011
MIP	2415	9824	TEST,MUSTERMANN	Direktauftrag	59	11.04.2011
MIP	2416	9412	TEST,MUSTERMANN	MIP Direktauftrag	59	11.04.2011
MIP	2417	9825	TEST,MUSTERMANN	MIP Direktauftrag	12	11.04.2011
Egeko	2371	1577407	MOSTERMANN,SUPE	Egeko eAuftrag 157...	MI	09.04.2011
HMM	2410		BERNSEN,BERND	Orthoflex-Hd.-Stütze...	D/	09.04.2011
AZH	2396	1301558631	BRUCKER,MARION	Genutrain titan 3 Gr. 2	D/	08.04.2011
HMM	2409		BIENSCH,MAIA	Orthoflex Hd.-Stütze...	B/	08.04.2011

Es werden alle bis dahin versendeten KVs auf Meldungen geprüft und wenn vorhanden Daten abgeholt.

Genehmigungsdaten mit Datum und Nummer bzw. Ablehnungen werden übertragen und bei den entsprechenden Kostenvoranschlägen einsortiert und in Memo hinterlegt.

Unter Anlagen finden Sie eine schriftliche Bestätigung im PDF Format, dass der KV genehmigt, weitergeleitet oder abgelehnt wurde. Gibt es eine Genehmigung, die von

der Kasse als Genehmigungsschreiben hinterlegt wurde, so wird sie auch in den Anlagen übernommen (SBK).

Nicht alle Dienstanbieter fügen einen Eintrag in den Anlagen hinzu. Es erfolgt jedoch immer ein Memo Eintrag.

Die Barmer möchte seit Anfang des Jahres, dass die Leistungserbringer sie über das Datum der Leistungserbringung informiert. Dies erfolgt entweder über **eKV – Lieferung bestätigen** oder **eKV – Status anzeigen/aktualisieren - Geliefert**

Rechts daneben befindet sich der Button „Abbrechen“, darüber ist es möglich die Lieferung abubrechen (negative Lieferbestätigung) wenn z.B. der Patient in der Zwischenzeit bereits verstorben ist. Ein eAuftrag kann hiermit auch abgelehnt werden.

### 7.9.1 Einzelabruf eines bestimmten eKVs

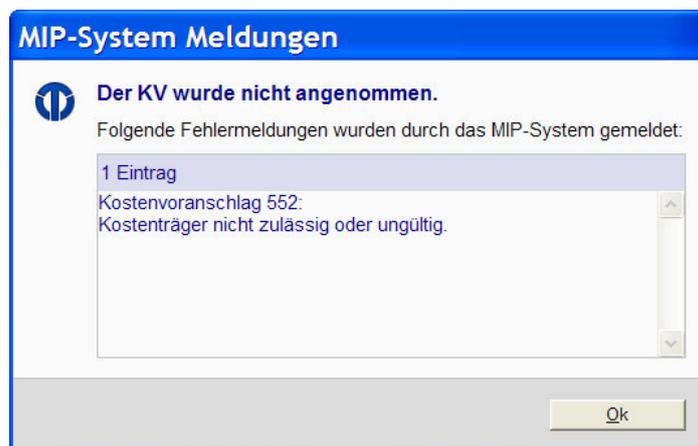
Je nach Arbeitsweise hat man auch die Möglichkeit jeden KV einzeln abzurufen und die Daten zu übertragen. Dazu suchen Sie den entsprechenden KV heraus und gehen dort auf:

#### **eKV->aktuellen Status abrufen**

es wird nun nur dieser KV geprüft ob Meldungen oder Genehmigungen vorliegen und diese übertragen

## 8 Fehlerbehandlung

Die möglicherweise auftretenden Fehlermeldungen sind in der Regel selbsterklärend.



Beispiele:

- „Benutzerkennung ungültig, Softwarekennung ungültig.“  
→ Der Zugangscode ist ungültig.
- E3000: XML-Struktur oder UTF-8-Kodierung ungültig.  
→ Sie verwenden ungültige Sonderzeichen in der Positionsbeschreibung (Bsp. ", <, >)
- „Kostenträger nicht zulässig oder ungültig.“  
→ Die Anmeldung bei Medcomp für die eKV-Abrechnung mit der DAK oder mit der AOK über MIP ist noch nicht erfolgt.  
→ Die IK-Nummer des Kostenträgers (Krankenkasse) ist ungültig oder bei Medcomp noch nicht hinterlegt.
- „Es konnte keine Zulassung für den angegebenen Leistungserbringergruppenschlüssel gefunden werden.“  
→ Der LGS ist falsch.
- „Die Kombination von HMVZ-Nummer, Hilfsmittelkennzeichen und ggf. Produktbesonderheit ist nicht korrekt. Bitte überprüfen Sie diese Angaben.“  
→ Die Produktbesonderheit für die entsprechende Hilfsmittelnummer oder das Hilfsmittelkennzeichen fehlen oder sind falsch.

- „Die Zuzahlung wurde nicht korrekt berechnet.“  
➔ Bitte setzen Sie sich mit der Krankenkasse in Verbindung!
- „Die Preisforderung liegt über dem Vertragspreis.“  
➔ Bitte überprüfen Sie den aktuell gültigen Vertragspreis!
- „Die Prüfung der elektronischen Anfrage ergab Beanstandungen (siehe Bemerkungen). Bitte prüfen Sie Ihre Angaben bzw. reichen Sie einen Kostenvoranschlag an das zuständige Hilfsmittel-Kompetenz-Zentrum in Papierform ein. Eine Speicherung Ihrer Anfrage findet nicht statt.  
Position 1:  
Die Prüfung Ihrer Anfrage ist im Rahmen des elektronischen Verfahrens nicht möglich.“  
  
➔ Bitte setzen Sie sich mit der Krankenkasse in Verbindung bzw. reichen Sie den KV in Papierform ein!

## 9 Kassenspezifische Besonderheiten

Grundsätzlich ist der Ablauf für den eKV für alle Kassen gleich. Trotzdem gibt es bei manchen Kassen einige Besonderheiten zu beachten.

### 9.1 Alle Kostenträger

- Krankenversichertennummer hat 9, 10, 11 Stellen, numerisch
- Vertragsarzt Nummer hat 7, 9 oder 10 Stellen, numerisch
- Betriebsstätte hat 9 Stellen, numerisch (IK-Nummer)
- Verordnerdaten sollten wie folgt angegeben werden:
  - Arzt: lebenslange Arzt Nummer und Betriebsstättennummer
  - Klinik: Betriebsstättennummer
- Diagnosen sollten einzeln erfasst werden.
- Merkmale bitte der aktuellen Liste entnehmen.
- Wenn ein Versorgungsende angegeben wird, muss auch der Versorgungsbeginn angegeben werden (mind. 1 Tag davor).
- Wenn Unfalldatum, dann auch Unfallkennzeichen oder BVG angeben (und umgekehrt).
- Dateianhänge (außer pdf) werden einzeln als jpeg-Datei konvertiert. Erlaubte Dateitypen sind: "jpg", "jpeg", "pjpeg", "gif", "tif", "tiff", "png", "pdf"
- Pflichtfelder sind
  - Krankenversichertennummer
  - Leistungserbringer-IK (gültige IK-Struktur)
  - Hilfsmittelkennzeichen (0-20)
  - H MVZ (max. 10/13 Stellen ohne/mit Punkte/n) und/oder PZN (PZN+7 Ziffern)

#### IKK classic

- Krankenversichertennummer aus dem IKK Classic-Versichertenstamm
- Postleitzahl des Versicherten ist Pflicht.

#### Techniker Krankenkasse

##### Voraussetzungen

Zur Einreichung elektronischer Kostenvoranschläge hat die Techniker Krankenkasse bestimmte Voraussetzungen definiert:

- die Hilfsmittelnummer muss genau zehn Stellen lang sein, sofern es sich nicht um die Produktgruppe 88 handelt
- Handelt es sich bei der Nummer um eine Pharmazentralnummer, so müssen die ersten drei Stellen des Feldes mit "PZN" gekennzeichnet und die restlichen 7 Stellen numerisch sein

- Handelt es sich bei der Nummer um eine Hilfsmittelnummer, so müssen die ersten beiden Stellen zwischen 01 und 33 (ausgenommen 30) liegen oder 88 oder 99 sein
- Wenn die Stellen 3 und 4 ungleich 00 sind, dürfen die ersten beiden Stellen nicht 88 sein. Die Länge der Hilfsmittelnummer kann dann 2, 4, 6, 7 oder 10 Stellen betragen
- erlaubte Kostenträger-IKs: 100177504, 100577508, 100977502, 101377508, 101577500, 101777502, 103077509, 103477503, 104077501, 105077504, 105177505, 106277508, 106377509, 106477500, 106577501, 106777503, 107277500, 107377501, 107877506, 108077500, 108377503, 109377505, 109577507
- Krankenversichertennummer wird mit führenden Nullen auf 10 Stellen ergänzt
- Vertragsarztnummer ist nur 9-stellig erlaubt
- Hilfsmittelkennzeichen 07 ist nicht erlaubt
- Produktbesonderheit hat 10 Stellen, numerisch
- Leistungserbringergruppenschlüssel ist 7-stellig (4 numerisch + 3 alphanumerisch)
- maximale Dateigröße 2 MB
- maximal zehn Anhänge plus Verordnung erlaubt (bei mehrseitigen TIF-Dokumenten zählt die Seitenzahl, mehrseitige PDF-Dokumente zählen als ein Anhang)
- Dateianhänge werden einzeln als TIF oder PDF konvertiert
- Wird eine Verordnung angehängt, müssen die Verordnungsdaten in den entsprechenden Feldern ausgefüllt werden.
- Menge nur ganzzahlig angeben (z.B. 500 ml anstatt 0,5 Liter). Außer Arbeitswerte (z.B. 0,02 = 1 Minute, 0,25 = 15 Minuten, 0,5 = 30 Minuten, 1 = 1 Stunde)
- Die Einheiten „Arbeitswerte“, „Stunden“ und „Minuten“ sind nur erlaubt bei Hilfsmittelkennzeichen 01 und bei Zubehörpositionen (Gruppierung über gemeinsame Zuzahlung, nicht Hilfsmittelkennzeichen 12). Niemals jedoch bei Hilfsmittelkennzeichen 02, 03, 08, 09, 13 und 15.
- Die TK vergibt keine Genehmigungsnummern. Stattdessen wird die Fallnummer eingetragen. Bei genehmigungsfreien KVs gibt es keine Fallnummer.
- Pflichtfelder wie bei allen Kostenträgern sowie
  - Verordnungsdatum und min. 1 Anhang (markiert als Verordnung/Rezept), wenn Arztnummer, Betriebsstätte, Unfall oder BVG vorliegt
  - bei Hilfsmittelkennzeichen 3, 8 und 9: Versorgungsbeginn und -ende angeben
  - Versicherten-Geburtsdatum zur Prüfung der Krankenversichertennummer

## BMW BKK

- Krankenversichertennummer ist 9-stellig, numerisch

**BKK VBU**

- Krankenversichertennummer aus dem BKK VBU Versichertenstamm

**pronova BKK**

- Krankenversichertennummer aus dem pronova BKK Versichertenstamm
- Vertragsarzt Nummer ist nur 9-stellig erlaubt

**KKH-Allianz**

Zur Einreichung elektronischer Kostenvorschläge hat die Techniker Krankenkasse bestimmte Voraussetzungen definiert:

- die Hilfsmittelnummer muss genau zehn Stellen lang sein, sofern es sich nicht um die Produktgruppe 88 handelt
- Handelt es sich bei der Nummer um eine Pharmazentralnummer, so müssen die ersten drei Stellen des Feldes mit "PZN" gekennzeichnet und die restlichen 7 Stellen numerisch sein
- Handelt es sich bei der Nummer um eine Hilfsmittelnummer, so müssen die ersten beiden Stellen zwischen 01 und 33 (ausgenommen 30) liegen oder 88 oder 99 sein
- Wenn die Stellen 3 und 4 ungleich 00 sind, dürfen die ersten beiden Stellen nicht 88 sein. Die Länge der Hilfsmittelnummer kann dann 2, 4, 6, 7 oder 10 Stellen betragen
- Vertragsarzt Nummer ist nur 9-stellig erlaubt
- Versichertennummer ist 10-stellig numerisch
- Leistungserbringergruppenschlüssel ist 7-stellig numerisch
- maximale Dateigröße 2 MB
- Positionsmenge muss größer als 0,01 sein
- ICD-10-Schlüssel ohne Zusätze erfassen
- Pflichtfelder wie bei allen Kostenträgern sowie
  - Geburtsdatum
  - Leistungserbringergruppenschlüssel
  - Versorgungsbeginn bzw. Auslieferungsdatum (außer bei nicht zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln, Mieten und Versorgungspauschalen)
  - Versorgungsende bei Verbrauchshilfsmitteln
  - Bei Hörhilfen zusätzlich
  - die Versorgungsart (Erst-/Folgeversorgung)
  - das Attribut „Seite“
  - Bei M-16 Verordnungen und Hörhilfen die Vertragsarzt Nummer sowie die Betriebsstätte,
  - Bei Krankenhausverordnung nur die Betriebsstätte
  - Scan der Verordnung beziehungsweise des Rezepts muss angehängt werden, wenn ein Verordnungsdatum angegeben ist

## 9.2 Kostenträger über egeko (opta data)

### Alle Kostenträger

- Dateianhänge werden zusammen als ein PDF-Dokument konvertiert
- Pflichtfelder wie bei allen Kostenträgern sowie
  - Versichertenname und -vorname
  - Versicherten-Geburtsdatum
  - Verordnungsdatum, wenn Verordner gegeben ist

### SBK

- Die SBK vergibt keine Genehmigungsnummer.

## 9.3 Der elektronische Kostenvoranschlag bei der DAK

Die DAK hat sich für MIP (Medicomp) als Plattform für ihre eKVs entschieden. Da die DAK eine der ersten Kassen war, welche den eKV als Pflicht gefordert hat haben sich daher einige Leistungserbringer für MIP als eKV Plattform entschieden

MIP-eKV ist bereits bundesweit bei der DAK und den einzelnen Hilfsmittel-Kompetenz-Zentren im Einsatz. Vertragspartner der DAK können sich für MIP-eKV freischalten lassen und Kostenvoranschläge elektronisch bei der DAK einreichen. Die Genehmigung erhält der Leistungserbringer ebenfalls auf elektronischem Wege. Die elektronischen Kostenvoranschläge werden dabei auf falsche, unvollständige oder unplausible Eingaben geprüft. So lange die Daten nicht fehlerfrei, vollständig und plausibel sind, wird der elektronische Kostenvoranschlag nicht angenommen. Dabei muss darauf geachtet werden, dass die Eingaben den vertraglichen Regelungen, insbesondere den vereinbarten Versorgungszeiträumen entsprechen. Dadurch werden mögliche Überschneidungen zu Vorversorgungen, falsche oder ggf. ungültige Leistungsmerkmale vermieden. Da MIP-eKV keine Fehlertoleranz aufweist, führen auch kleinste Falschangaben zur Abweisung des elektronischen Kostenvoranschlages.

Nach dem erfolgreichen Absenden des elektronischen Kostenvoranschlages erfolgt die Prüfung durch die DAK. Gibt es keine Beanstandungen, erhält der Leistungserbringer den Auftrag unter Vorbehalt. Der Vorbehalt bezieht sich auf die Notwendigkeit, die Original-Unterlagen bei der Abrechnung vorzulegen. Bei einer Beanstandung wird der Leistungserbringer aufgefordert, die Unterlagen in Papierform einzureichen. Aus datenschutzrechtlichen Gründen kann im Verfahren des elektronischen Kostenvoranschlages keine Erläuterung der Abweisungsgründe (z.B. Mehrfachversorgungen) gegenüber dem Leistungserbringer erfolgen. Daher ist die klassische Bearbeitung in Papierform zumindest vorerst noch notwendig.

### Produktarten

Da das Verfahren gegenwärtig im Aufbau ist, werden für den elektronischen Kostenvoranschlag sukzessive einzelne, frequenzstarke Produktarten frei geschaltet.

#### Kassenspezifische Pflichtangaben

- Krankenversichertennummer aus dem DAK- Versichertenstamm
- Pflichtfelder wie bei allen Kostenträgern sowie
  - Leistungserbringergruppenschlüssel
- Ausführliche Verfahrensbeschreibungen sind auf der Startseite des MIP-eKV der DAK hinterlegt

## 9.4 Kostenträger über ZHP-Online (HMM Deutschland)

### Alle Kostenträger

- Krankenversichertennummer: 8 bis 11 Ziffern sind erlaubt oder die bundeseinheitliche Versichertennummer.
- Versichertenstatus hat 2 oder 5 Stellen
- HMVZ-Nummer ist nur 7- oder 10-stellig erlaubt (Punkte nicht mitgezählt).
- Max. Dateigröße 3 MB pro Datei, insgesamt max. 8 MB
- Verordner entweder als Arzt (mit Vertragsarztnummer und Betriebsstätte) oder als Klinik (mit IK-Nummer in der Betriebsstätte)
- Vertragsarztnummer ist nur 9- oder 7-stellig erlaubt.
- Wurde ein Hilfsmittel aus dem Pool reserviert, muss die ZHPReservierungs-ID im Feld „Anfragenummer“ bzw. „WEBelegnummer“ eingegeben werden.
- ZHP-Lager-ID muss im Feld „Registernummer“ angegeben werden.
- Bei Reparatur-Vorgängen beinhaltet die erste Position immer das zu reparierende Hilfsmittel (Menge = 0, Preis = 0, HMKZ = 01, da es sich nicht um eine Neuversorgung handelt). Die weiteren Positionen beinhalten die einzelnen Reparaturen. Bitte beachten Sie die korrekte Angabe der HMVZ-Nummern. Das zu reparierende Hilfsmittel und die notwendigen Reparaturen sind mit einer gemeinsamen Zuzahlung zu gruppieren, um die
- Versorgungseinheiten zu kennzeichnen.
- Die Wiedereinsatzposition stets an erster Stelle buchen.
- Bei ZHP-Classic-Kassen ist nur eine Versorgungseinheit pro KV zulässig.
- Um einen Kostenvoranschlag mit einer Anfrage zu verknüpfen, muss das Auftragskennzeichen übernommen werden.
- Pflichtfelder wie bei allen Kostenträgern sowie Versicherten-Geburtsdatum Verordner, wenn Verordnungsdatum gegeben ist

## 9.5 Der elektronische Kostenvoranschlag bei der AOK

Die AOK Bayern ist die erste AOK-Krankenkasse, die sich für das Verfahren des elektronischen Kostenvoranschlages über die oscar(R) Onlinegeschäftsstelle Leistungserbringer (OGS LE) der AOK Systems entschieden hat. Durch die erfolgreiche Zertifizierung von MIP-eKV durch die AOK Systems GmbH ist es nun möglich, elektronische Kostenvoranschläge über MIP-eKV an die AOK Bayern zu übermitteln.

Die Kostenvoranschläge werden entsprechend der Vorgaben der AOK Systems GmbH inhaltlich und strukturell geprüft und weitergeleitet. Sofern diese Prüfungen bereits zu Fehlern oder Hinweisen führen, erhält der Leistungserbringer bereits Meldung über das System. Über die abschließende Beurteilung des Kostenvoranschlages durch die AOK Bayern wird der Leistungserbringer postalisch benachrichtigt.

Zur Einreichung elektronischer Kostenvoranschläge hat die AOK Bayern bestimmte Voraussetzungen definiert:

- es ist je Hilfsmittel ein Kostenvoranschlag einzureichen
- es ist eine gültige Krankenversicherungsnummer anzugeben
- es ist eine gültige Hilfsmittelverzeichnisnummer, mindestens die 2-stellige Produktgruppe anzugeben
- als Mengeneinheit sind Stück, Paar und Liter erlaubt
- der Kostenvoranschlag als Anlage im elektronischen Kostenvoranschlag

### Kostenträger spezifische Angaben

- Krankenversicherungsnummer hat 9, 10, 13 oder 14 Stellen, numerisch
- Hilfsmittelkennzeichen 06, 07, 16, 17, 20 nicht erlaubt
- Dateianhänge werden zusammen als ein pdf-Dokument konvertiert; maximale Dateigröße 1,5 MB
- Um einen Kostenvoranschlag mit einer/m Anfrage/Auftrag zu verknüpfen, muss die Antragsnummer des Kostenträgers als Auftragskennzeichen übernommen werden.
- Pflichtfelder wie bei allen Kostenträgern sowie Verordner angeben, wenn Verordnungsdatum vorliegt und umgekehrt

## 9.6 Barmer - HMM - X3 Schnittstelle

ab Version 10.66 bietet direkten eKV Versand an die BARMER über HMM-X3 Schnittstelle. Die Abläufe unterscheiden sich ein wenig von den Standards bei MIP oder egeko.

## Kostenträger spezifische Angaben

- Krankenversichertennummer hat 9, 10, 11 Stellen numerisch (Die GEK-Versicherten haben genau 10 Stellen und laufen noch nicht über eKV. Bei den BARMER-Versicherten können es 9 oder 11 Stellen sein.)
  - Versichertenstatus hat 2 oder 5 Stellen
  - Max. Dateigröße 3 MB pro Datei, insgesamt max. 8 MB
  - Verordner entweder als Arzt (mit Vertragsarztnummer und Betriebsstätte) oder als Klinik (mit IK-Nummer in der Betriebsstätte)
  - Wurde ein Hilfsmittel aus dem Pool reserviert, muss die ZHP-Reservierungs-ID im Feld „WEBelegnummer“ eingegeben werden.
  - ZHP-Lager-ID muss im Feld „Registernummer“ angegeben werden.
  - HVMZ-Nummer ist nur 7-oder 10-stellig erlaubt (Punkte nicht mitgezählt)
  - Um einen Kostenvoranschlag mit einer Anfrage zu verknüpfen, muss das Auftragskennzeichen übernommen werden.
  - Bei Reparatur-Vorgängen beinhaltet die erste Position immer das zu reparierende Hilfsmittel (Menge = 0, Preis = 0, HMKZ = 01, da es sich nicht um eine Neuversorgung handelt). Die weiteren Positionen beinhalten die einzelnen Reparaturen. Bitte beachten Sie die korrekte Angabe der HVMZ-Nummern. Das zu reparierende Hilfsmittel und die notwendigen Reparaturen sind mit einer gemeinsamen Zuzahlung zu gruppieren, um die Versorgungseinheiten zu kennzeichnen.
  - Vertragsarztnummer ist nur 9- oder 7-stellig erlaub
  - Pflichtfelder wie bei allen Kostenträgern sowie
    - Versicherten-Geburtsdatum
    - Verordner, wenn Verordnungsdatum gegeben ist
- 
1. HMM-X3 unterstützt keinen Roaming (Zugang über MIP oder egeko ist immer noch notwendig um alle anderen Kassen zu erreichen). Nur ZHP-Online Kassen können eingereicht werden. Die Abwicklung findet nicht über X-3 Schnittstelle statt, sondern wird an das alte System weitergeleitet.
  2. BARMER unterscheidet zwischen Versorgungsauftrag (HKZ 00, 02, 08, 09), Reparaturauftrag (01) und Rückholauftrag (18). Vor dem Versand ist zu definieren, was versendet werden soll.

**X3-HMM eKV senden**

Kostenvoranschlag an X3-HMM senden.

**Versorgung**

Kostenvoranschlag 2166, TREPS,PAUL, HMM 5a) 5b) 5c)

Kostenträger IK 104940005, Barmer Ersatzkasse

Versorgungsart **Versorgungsauftrag**

**Anlagen**

- Versorgungsauftrag
- Rückholauftrag
- Reparaturauftrag
- Enternen

Kostenvoranschlag als PDF anfügen

3. Kommunikation zwischen Kostenträger und Leistungserbringer wird über "Nachricht senden" durchgeführt.

File Adressen Artikel Belege Diverses Controlling Termine Extras Fenster eQM ? Support

**Senden**

Kostenvoranschlag

KV 2166, HMM 5a) 5b) 5c)

Eingereicht bei HMM am 26.01.2011

Status Kostenvoranschlag wurde eingereicht vom 26.01.2011

**Nachricht**

An Barmer Musterkasse

Betreff Auslieferung von Hilfsmittel

Text Beispieltext

Eintrag bearbeiten (Strg-F4 = Schließen, Einfg = Neu,...)  27.01.2011 Bozena

4. Lieferbestätigung an Kostenträger mit Begründung. Bei Teillieferung kann nur die ausgeführte Einheit/Menge bestätigt werden. KV bleibt solange offen, bis vollständige Menge ausgeliefert wurde (Verbrauchsartikel)

Kostenvoranschlag

KV 1890, Pflegebett Arminia II Art.Nr. 51.3431.33 S ehemals 51.3431.33

Abgerufen von HMM am 15.11.2010

Status bearbeitet und genehmigt vom 15.11.2010

Lieferbestätigung

Lieferdatum 27.01.2011

Hinweis Patient wurde erst heute aus Krankenhaus entlassen

Lieferadresse Leistungsempfänger

Mengenangaben

Teillieferung  nur ein Teil der Versorgung wurde geliefert (nur bei HMM/MIP)

ID-Nr	HKz	Anzahl	Geliefert	APN	Bezeichnung	Brutto
01	00	1,00	1,00	50.45.01.1103	Pflegebett Arminia II Art.Nr. 51.3431.33 S ehemals...	1200,00
02	00	1,00	1,00	18.46.02.0011	Toilettenrollstuhl Mod. 5 HCDA-913-76	71,93
03	00	1,00	1,00	10.50.04.1070	Standard-Rollator Modelle 30 61 98 2 30 61 99 2	122,50

Eintrag bearbeiten (Strg-F4 = Schließen, Einfg = Neu, Ein...)

Abmelden 27.01.2011 Bozena

5. Lieferabbruch – Hilfsmittel kann nicht ausgeliefert werden – kann über den Button „Abbruch“ an die Barmer übermittelt werden.
6. Storno oder Ablehnung der erteilten Aufträge.

## 10 Anhang

### 10.1 Die Hilfsmittelnummer (HIMI-Nr.)

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 Fertig-Produkte 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.

Obwohl das Hilfsmittelverzeichnis laufend erweitert wird, haben immer noch viele Produkte keine Hilfsmittelnummer, vor allem die neuen Produkte.

Da bei fehlender HMV-Nummer normalerweise keine Verordnung und Abrechnung möglich ist, 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 achte Stelle erhält eine „9“ und die 9. bis 10. Stelle, sind mit „Null“ aufzufüllen.

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

05.04.01.0900 bzw. 0504010900

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

Es empfiehlt sich, schon bei der Rezeptfassung oder Auftragserfassung darauf zu achten, da die HMV-Nr. anschließend in der Rechnung nicht nachgetragen werden muss.

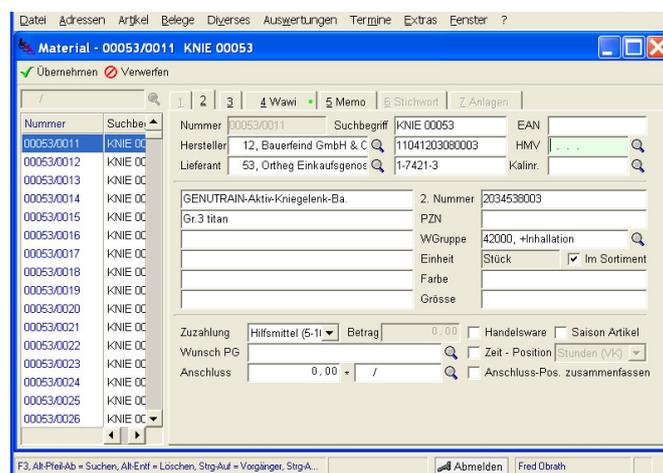
Ferner sollten Sie Ihre Artikelstammdaten, z.B. den Materialstamm, auf Vollständigkeit der HMV-Nummer überprüfen, da dadurch das Nachtragen in den Belegen automatisch entfällt.

Eine Erleichterung der Pflege der Artikelstammdaten stellt das Hilfsmittelverzeichnis in unserer Software dar. Das HMV-Verzeichnis wird monatlich aktualisiert und ist somit aktueller als ein gedrucktes Nachschlagewerk.

Aufgrund der Volltextsuche, der sogenannten Kombi-Suche, sind das Suchen und das Zuordnen sehr bedienerfreundlich.

Von allen Hilfsmittelnummer-Eingabefeldern kann über die Suchenfunktion direkt auf das Hilfsmittelverzeichnis zugegriffen werden,

unabhängig davon, ob dies im Artikelstamm, z.B. Materialstamm,



oder in den Belegpositionen ist.

**Position anlegen**

Artikel		Weiteres	
Artikelstamm	M - Material-Stamm	<input type="checkbox"/> Interne Position	
Artikel-Nr.	00053/0011, KNIE 00053	GENUTRAIN-Aktiv-Kniegelenk-Ba.	
HMV-Nr.		Gr.3 titan	
302 Abr.Nr.			
Mat.Nr. Wawi		Kali Gruppe	
Preisgruppe	101, BaWü RVC	Anzahl	1,00
		Einheit	Stück
		MwSt	4 Halb Brutto
		Einzelpreis	63,95
<input type="checkbox"/> Sonderpreis			0,00
<input type="checkbox"/> Staffelpreis	Ab-/Zuschlag	0,00 %	0,00
<input type="checkbox"/> Anschluß zus.fass.	BPL-TZu	122,63 %	0,00
<input type="checkbox"/> Zuz.Gruppe bilden	Rabatt	0,00 %	0,00 =
			63,95
Zuzahlungsart	Eigenanteil	Zus. höherwertig	
Hilfsmittel (5-1)	0,00	0,00	
Einkaufspreis	Marge in %	in EUR	Netto Gesamtpreis Brutto
27,09	55	32,68	59,77 63,95
Hilfsm.Kz	00 Neulieferung	Mitarbeiter	
WaGru	42000, +Inhallation	Bedarf	
Kost.St	40 LGS 1501001, A1	berechnen als	Normale Position
Ok		<input type="checkbox"/> Einfügen	Abbruch
F3, Alt-Pfeil-Ab = Suchen, Alt-Entf = Löschen, Strg-Auf = Vorgänger, Strg-Ab = Nachfolger			302

### 10.1.1 Die Pseudohilfsmittelnummer in der Kassenliste

In der Vergangenheit war es üblich, da es keine Hilfsmittelverzeichnis gab, Produkte und Leistungen per Kassenliste zu definieren.

Die Vertragspartner, Krankenkassen und Innungen teilten diese Leistungen in verschiedene Listen, z.B. in die Kleinorthopädieliste, Orthesenliste, usw., ein und nummerierten die verschiedenen Leistungen. Hierbei genügten meist kleine Nummernkreise.

Eigentlich sollte das Hilfsmittelverzeichnis die Kassenlisten ablösen, aber dennoch existieren sie immer noch in hoher Stückzahl.

Mittlerweile sind einige Bundesländer dazu übergegangen, die Kassenlistennummern anhand des Hilfsmittelverzeichnisses zu vergeben. Für diese Leistungen ist keine besondere Verfahrensweise notwendig.

Sofern keine bundeseinheitliche Hilfsmittelverzeichnisnummer vergeben ist, aber auf Landesebene eine Vertragspositionsnummer, die Kassenlistennummer, muss die Pseudo-Hilfsmittelnummer, wie folgt, gebildet werden:

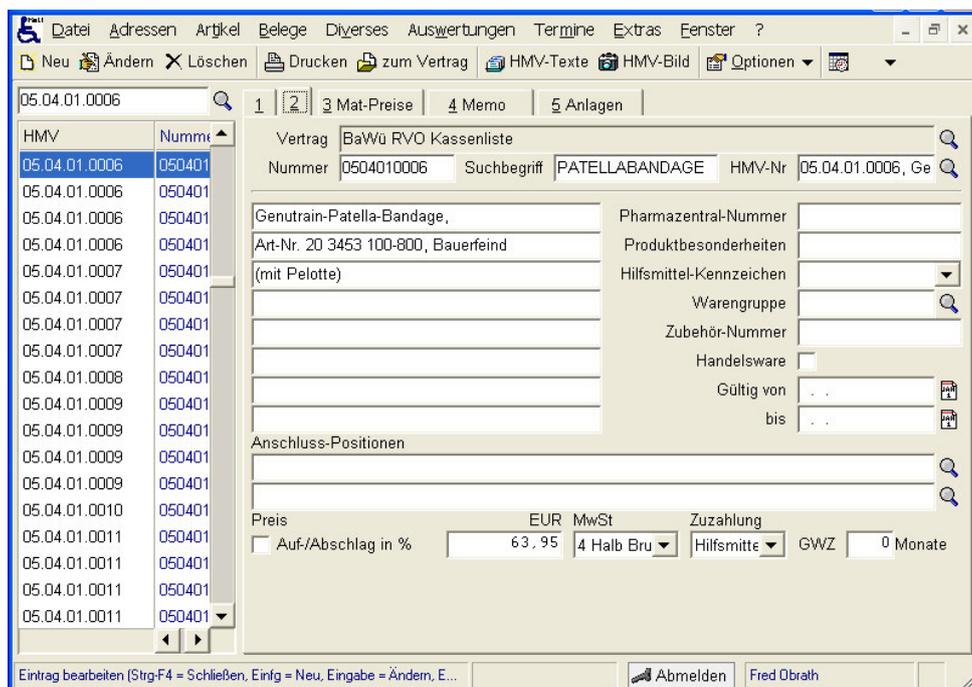
In der 1. und 2. Stelle muss die Nummer der Produktgruppe und rechtsbündig die Kassenlistennummer angegeben werden. Die 10-stellige Pseudo-Hilfsmittelnummer ist mittig mit Nullen zu vervollständigen.

z.B. Produktgruppe Orthesen, Kassenlistennummer „123“  
-> 2300000123 wäre die richtige Pseudohilfsmittelnummer

Für Sie als Anwender bedeutet dies, dass Sie zunächst Ihre Kassenlistenstammdaten überprüfen sollten.

Sofern bei Ihnen sämtliche Kassenlistenpositionen bereits mit Hilfsmittelnummern versehen sind, bedarf es keiner weiteren Bearbeitung.

Haben bei Ihnen noch „alte“ Kassenlisten Gültigkeit, sollten Sie die Kassenlistenstammdaten entsprechend ergänzen. Somit entfällt dann die permanente Nachbearbeitung der Belege.



## 10.1.2 Die Pseudohilfsmittelnummer in der BPL

Zu der Zeit, in der die Bundesprothesenliste entwickelt wurde, gab es noch keinen Hilfsmittelkatalog.

Auch später wurden den Bundesprothesenlistenpositionen keine Hilfsmittelnummern zugeordnet.

Für den Datenträgeraustausch nach § 302 sowie für die Abwicklung des eKVs wird aber unbedingt eine Hilfsmittelnummer bzw. eine Pseudohilfsmittelnummer benötigt.

(Nur in der **BPL-NRW** sind bereits etliche 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.

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	24.01.01.0515

Bereits 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.

Erfassung einer Belegposition:

**Position anlegen**

Artikel | Weiteres

Artikelstamm: B - Bundesprothesenliste  Interne Position

Artikel-Nr.: 1.01.05.15, MODULAR-OB  Modular-Oberschenkel-Prothese mit Gießharz-Oberschenkelschaft, System Otto-Bock

HMV-Nr.: 24. . .

302 Abr.Nr.:

Mat.Nr. Wawi:  Kali Gruppe

Preisgruppe	Anzahl	Einheit	MwSt	Einzelpreis
002, Bayern BP	1,00	Stück	2 Halb Netto	1123,82
<input type="checkbox"/> Sonderpreis	0,00			
<input checked="" type="checkbox"/> Staffelpreis	Ab-/Zuschlag	0,00 %	0,00	
<input type="checkbox"/> Anschluß zus.fass.	BPL-TZu	120,06 %	1349,26	Einzelpreis
<input type="checkbox"/> Zuz.Gruppe bilden	Rabatt	0,00 %	0,00 =	2473,08

Zuzahlungsart: Nein  Eigenanteil: 0,00  Zus. höherwertig: 0,00

Einkaufspreis	Marge in %	in EUR	Netto	Gesamtpreis	Brutto
0,00	100	2473,08	2473,08		2646,20

Hilfsm.Kz: 00 Neulieferung  Mitarbeiter:

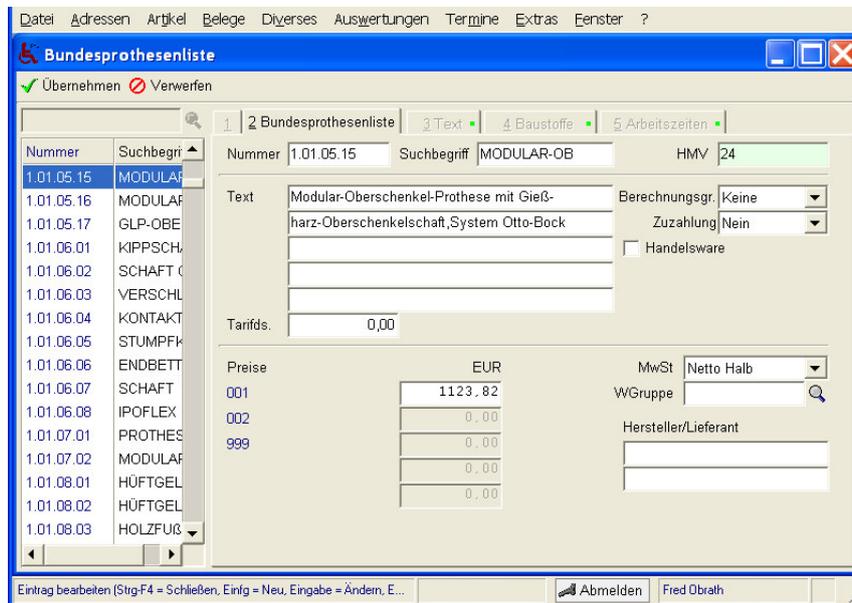
WaGru: 21130, Oberschenkelprothes  Bedarf:

Kost.St: 20  LGS: 1999210, D.  berechnen als: Normale Position

Einfügen

302

Eintragung in den Bundesprothesenlisten-Stammdaten:



### 10.1.3 Die Pseudohilfsmittelnummer und Festbeträge

Sofern für Hilfsmittel Festbeträge festgesetzt wurden, ist bei der Abrechnung ebenfalls die 10-stellige Hilfsmittelnummer anzugeben.

In den Fällen, in denen noch keine Hilfsmittelnummer vergeben wurde, ist eine Pseudohilfsmittelnummer anzugeben.

Bei der Pseudohilfsmittelnummer werden die 1. bis 7. Stelle der Festbetragsgruppe entsprechend übernommen. Die 8. Stelle erhält grundsätzlich eine „9“. Die 9. und 10. Stelle werden mit Null gefüllt.

z.B. Schenkelkompressionsstrümpfe KKI.II 1706031900

Bei der Anwendung sollten Sie darauf achten, dass Sie beim Erfassen einer Belegposition das HMV-Feld entsprechend korrekt gefüllt haben.

Wie bereits schon mehrfach erwähnt, müssen bei korrekt gepflegten Stammdaten die HMV-Nummern während der Belegerfassung nicht nachgetragen werden.

**Vertragsposition: 1706010**

Vertragsposition

Vertrag	Festbetrag Kompression Bundesweit
HMV Nummer	17.06.01.0
Bezeichnung	WADENSTRUMPF
Positionsnummer	1706010
HKz	00 Neulieferung
PZN	LGS
Produktbesonderheit	Warengruppe 18000
GWZ	0
Genehmigung	nicht erforderlich

Preis

Preisangabe	Betrag €	Betrag/Wert	25.26 €
Zuzahlung	Hilfsmittel (5-10)	MwSt	3 Voll Brutto

Beschreibung

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

Notizen

Anschlusspositionen

Position 1 [keine](#)

Position 2 [keine](#)

Preisberechnung

Berechnungsregeln werden nicht verwendet

Regel 1	EK Liste €	0.00	=	€/%	0.00
---------	------------	------	---	-----	------

Eintrag bearbeiten (Strg-F4 = Schließen, Einfg = Neu, Eingabe = Ändern, Entf = Löschen, F3 = Suchen) Abmelden 25.11.2010 Bozena

## 10.2 Das Hilfsmittelkennzeichen

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

Es sind folgende Hilfsmittelkennzeichen festgelegt:

- 00 = Neulieferung**  
Kauf/Erstlieferung; erstmalige Versorgung mit neuen Hilfsmittel
- 01 = Reparatur**  
Instandsetzung des vorhandenen Hilfsmittels/Austausch von Einzelteilen usw.; evt. Auch 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 / Kauf bei DAK**
- 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**  
gesonderte Vergütung des Abbruchs
- 20 = Erprobung**  
gesonderte Vergütung der Erprobung

## 10.3 Der Gewährleistungszeitraum

Bei Kostenvoranschlägen mit Fallpauschalen ist es zwingend notwendig, neben der Fallpauschale auch den Gewährleistungszeitraum zu hinterlegen. Klicken Sie hierfür bei der Positioneingabe auf den Reiter **WEITERES** und geben Sie dort den Zeitraum und vor allem die Anzahl der Monate ein.

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

The screenshot shows the 'Position bearbeiten' window with the 'Weiteres' tab selected. A dropdown menu for 'Hilfsm.Kz' is open, showing options from 00 to 20. The main window displays the following data:

Preisgruppe	MwSt	Einzelpreis
799, SANI	2 Halb Netto	54,36
	0,00 %	0,00
	120,06 %	0,00
	0,00 %	0,00
		= 54,36

in EUR	Netto	Gesamtpreis	Brutto
25,91	54,36		58,17

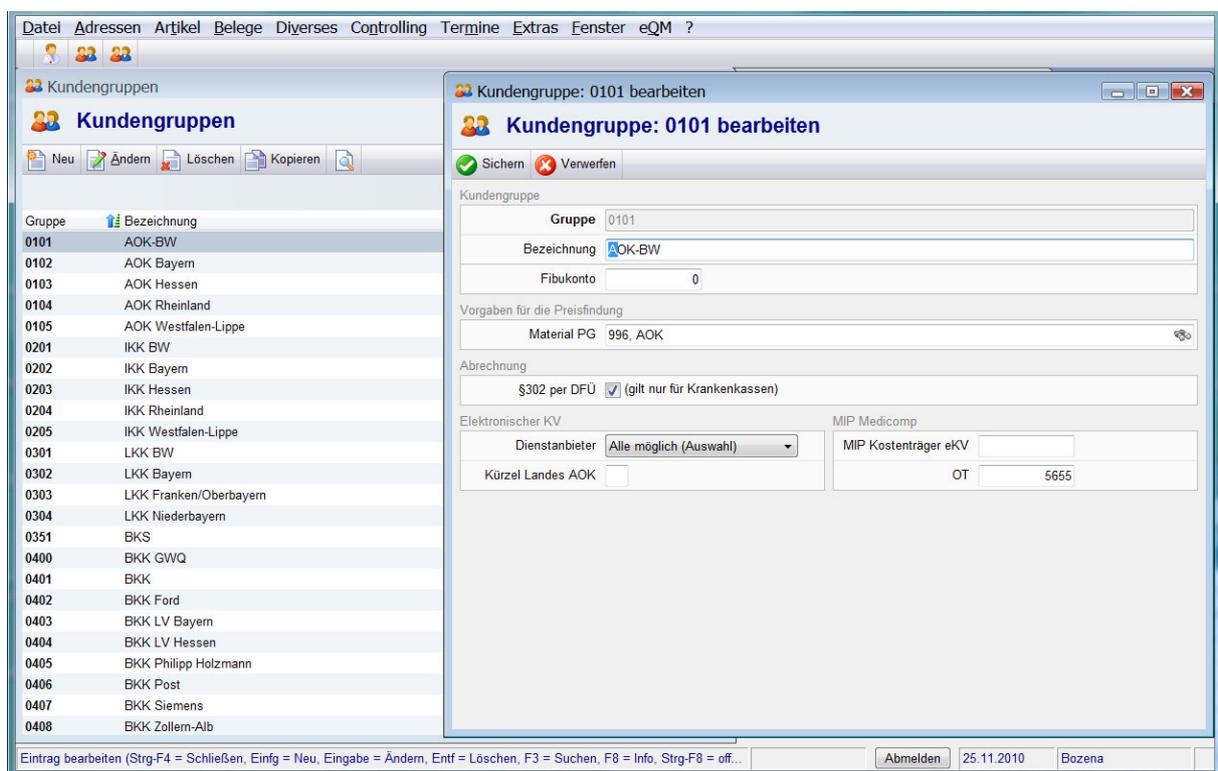
## 10.4 Die Kundengruppe

Für das Arbeiten mit unserer Software bedeutet dies, dass diese Leistungserbringerschlüsselnummern eingetragen und den jeweiligen Kostenträgern zugeordnet werden müssen.

Damit dieser Schlüssel nicht jeder einzelnen Geschäftsstelle des Kostenträgers zugeordnet werden muss, werden die Geschäftsstellen zu einer übergeordneten Adressatengruppe, der so genannten Kundengruppe, zusammengefasst.

Hierzu werden die Kundengruppen unter dem Menüpunkt **Diverses – Vertrags-Assistent – Kundengruppen** definiert.

Die Kundengruppennummer ist 4-stellig frei eingebbar und wird im Bezeichnungsfeld näher beschrieben.



Über die Kundengruppe werden nicht nur Leistungserbringer-Gruppenschlüssel festgelegt, sondern es können auch Sonderpreise, Selektionen, Auswertungen oder Reha-Lagerpools anhand der Kundengruppe gepflegt werden.

Deshalb sollte man beim Anlegen der Kundengruppe strategisch weitsichtig vorgehen, damit nicht zu einem späteren Zeitpunkt die Einteilung hinfällig wird.

So ist es momentan für ein reines Sanitätshaus ausreichend, die Kundengruppe „VdAK-Krankenkasse“ anzulegen. Aber wenn man schon im Reha-Bereich tätig wird, genügt dies nicht, da die Ersatzkassen unterschiedliche Verträge zugrunde legen und man kassenspezifische Kundengruppen benötigt.

Hinzu kommt, dass sich immer mehr Kassen aus den globalen Innungsverträgen ausklinken. Spätestens hier genügt es nicht, nur die Kundengruppe „VdAK-Krankenkasse“ bzw. „Primärkassen“ zu definieren.

Beispielhafter Aufbau der Kundengruppen:

**Primärkassen**

AOK Ortskrankenkasse

BKK Betriebskrankenkasse

IKK Innungskrankenkasse

**Ersatzkassen**

BEK Barmer

DAK Angestellten Kasse

GEK Gemünder

TKK Techniker

HaMü Hamburg Münchner

HEK Hanseatische

HKK Handelskrankenkasse

HZK Bau und Holz

KKH Kaufmännische

**Sonstige**

LKK Landwirtschaftliche

SeeKK Seekrankenkasse

Knappschaft

**0100 Primärkassen**

0100 AOK

bzw. 0110 AOK-BW  
0120 AOK-HES  
0130 AOK BAY

0200 BKK

0300 IKK

**0200 VdAK**

0210 BEK

0220 DAK

0230 GEK

0240 TKK

0250 HaMü

0260 HEK

0270 HKK

0280 HZK

0290 KKH

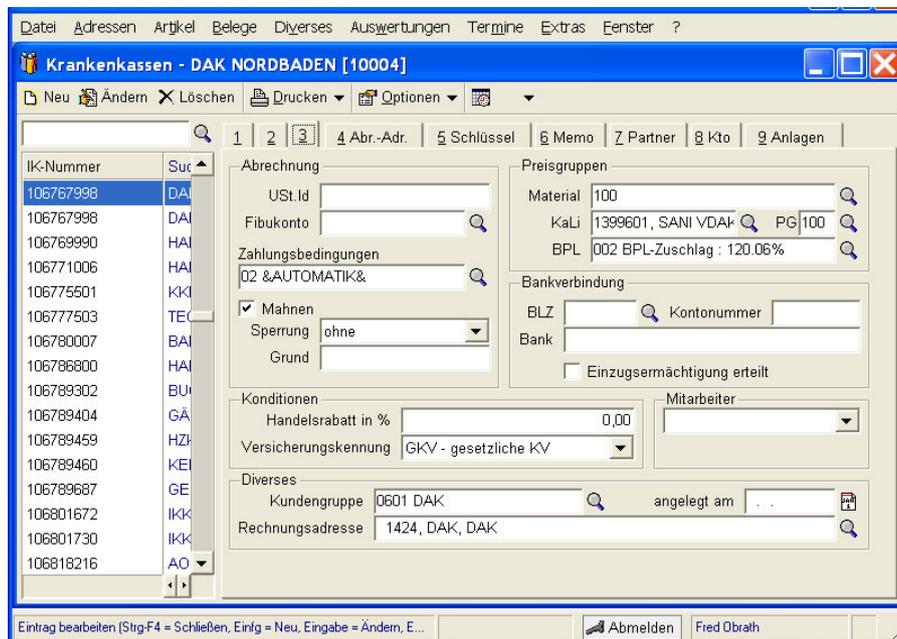
**0300 Sonstige**

0310 LKK

0320 SeeKK

0330 BKN

Nach dem Anlegen der Kundengruppe muss diese bei den entsprechenden Adress-Stammdaten eingetragen werden:



TIPP: Sind Ihre Kassenadressen über den Suchnamen sauber zu greifen, kann man die Kundengruppe auch über das Wartungsprogramm vergeben:

EXTRAS->Wartung->Adressen->Kundengruppe