

Einleitung

Der Gesetzgeber hat mit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) die Leistungserbringer von Hilfsmitteln (§ 126) gemäß §§ 301a und 302 des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) verpflichtet, den Krankenkassen die Abrechnungen auf dem Wege elektronischer Datenübertragung oder elektronisch verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln.

Gleichzeitig wurde in § 303 SGB V festgelegt, dass die Krankenkassen die Daten nach zu erfassen haben, soweit diese dennoch als Papierabrechnungen übermittelt werden. Erfolgt die nicht elektronisch verwertbare Datenübermittlung aus Gründen, die der Leistungserbringer (Abrechner) zu vertreten hat, haben die Krankenkassen die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten den betroffenen Leistungserbringern durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 von Hundert des Rechnungsbetrages in Rechnung zu stellen.

Ziel der Einführung des elektronischen Abrechnungsverfahrens zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ist die Nutzung zeitgemäßer Kommunikationstechniken und die bundesweite Vereinheitlichung des Abrechnungsverfahrens.

Richtlinien nach §§ 301 u. 302 SGB V

Bestandteile einer Abrechnung

Eine Abrechnung hat aus folgenden Bestandteilen zu bestehen:

- a) Abrechnungsdaten
- b) Urbelege (z.B. Verordnungsblatt, Reparaturscheine... im Original)
- c) Ggf. Leistungszusage(n) der Krankenkasse im Original
- d) Gesamtaufstellung, bzw. Sammelrechnung
- e) Begleitzettel für Urbelege

Kennzeichnung u. Sortierung der Urbelege

Kennzeichnung

Auf jedem Urbeleg (im Vordruckmuster 16 kann die ‚Rechnungsnummer/Belegnummer‘ auch im Feld ‚Apothekennummer/IK‘ aufgedruckt werden) ist die entsprechende Rechnungsnummer auf der Vorderseite oben rechts aufzutragen; es sei denn, der Urbeleg sieht ein entsprechendes Feld vor.

Sortierung

Die Urbelege sind in der Reihenfolge der innerhalb einer Rechnung verwendeten Belegnummern anzuliefern. D.h., die Sortierung der Urbelege ist identisch mit der Sortierung der Datensätze innerhalb einer Datei.

Abrechnungsdaten

Die vertraglich vereinbarten Leistungen werden entsprechend dem Hilfsmittelverzeichnis (§ 128 SGB V) verwendet. Sofern für Hilfsmittel bundeseinheitlich zehnstellige Hilfsmittelpositionsnummern gelten, sind diese immer bei der Abrechnung anzugeben.

Wenn bundeseinheitlich noch keine zehnstellige Hilfsmittelpositionsnummer vergeben wurde, die Struktur der jeweiligen Produktgruppe des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 128 SGB V jedoch bereits existiert, muss bei der Abrechnung die erste bis siebte Stelle der Hilfsmittelposition (Produktart) angegeben werden. An die achte Stelle ist dann grds. die Ziffer ‚9‘ einzufügen. Die neunte und zehnte Stelle ist mit Nullen ‚0‘ zu vervollständigen.

Ist ein Festbetrag auf Basis einer zehnstelligen Positionsnummer festgelegt worden, ist diese bei der Abrechnung komplett anzugeben.

Besteht noch keine Struktur einer Produktgruppe (z. B. Prothesen), aber eine Vertragspositionsnummer, muss an der ersten und zweiten Stelle die Nummer der Produktgruppe und rechtsbündig die Vertragspositionsnummer angegeben werden. Die insgesamt zehnstellige Pseudo-Hilfsmittelpositionsnummer ist in der Mitte mit Nullen "0" zu vervollständigen.

Beispiel: Produktgruppe 24 Prothesen ", Vertragspositionsnummer "123 ",Angabe. 2400000123. Sofern auch keine Vertragspositionsnummer existiert, muss die Nummer der Produktgruppe angegeben werden. Die insgesamt zehnstellige Pseudo-Hilfsmittelpositionsnummer ist mit den Ziffern "0" zu vervollständigen (Beispiel. Produktgruppe Prothesen 2400000000).

Sofern abweichend von der Verordnung höherwertige Hilfsmittel abgegeben werden, so ist bei der Abrechnung entsprechend der Vergütungssystematik im Segment ENF die verordnete Produktuntergruppe (Hilfsmittelpositionsnummer bis zur sechsten Stelle) oder die verordnete Produktart (Hilfsmittelpositionsnummer bis zur siebten Stelle) anzugeben. Die insgesamt zehnstellige Hilfsmittelpositionsnummer ist mit den Ziffern "0" zu vervollständigen. Darüber hinaus ist das Kennzeichen für Hilfsmittel "06 = Abgabe eines von der Verordnung

abweichenden, höherwertigen Hilfsmittels" und im Textfeld (Segment TXT) die zehnstellige Hilfsmittelpositionsnummer oder - sofern noch nicht vergeben - der Name des tatsächlich abgegebenen Hilfsmittels aufzuführen.

Gesamtaufstellung

Die Gesamtaufstellung muss pro Kostenträger und je Leistungsbereich erstellt werden.

Abrechnungsverfahren

Soweit in Verträgen nicht anders geregelt, ist einmal monatlich je Leistungserbringer/Institutionskennzeichen mit der Krankenkasse abzurechnen.

Die Bezahlung der Rechnungen erfolgt – soweit in Verträgen nichts anderes geregelt ist – innerhalb von 4 Wochen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (Urbelege und Daten!).

Werden die von den Leistungserbringern den Krankenkassen zu übermittelnden Daten nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, haben die Krankenkassen die Daten nach zu erfassen. Der Leistungserbringer hat bei der Abrechnung die Vorgaben des § 2 Abs. 1 der Richtlinien zwingend zu berücksichtigen und die Papierabrechnung mit den Inhalten gemäß der §§ 5 und 6 zu übermitteln. Erfolgt die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung aus Gründen, die der Abrechner zu vertreten hat, haben die Krankenkassen die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten den betroffenen Abrechern durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 % des Rechnungsbetrages in Rechnung zu stellen.

Notwendige Schritte zur Teilnahme am Erprobungsverfahren

1. Voraussetzung für die Teilnahme am maschinellen Abrechnungsverfahren mit den Krankenkassen ist der Einsatz einer Abrechnungssoftware, die den Anforderungen der Richtlinien nach § 302 Abs. 2 SGB V entspricht. Mit dem vorliegenden Programm ist sichergestellt, dass mittels der eingesetzten Abrechnungssoftware Abrechnungsdaten erstellt werden, die für die Datenannahmestellen mit Entschlüsselungsbefugnis der Krankenkassen physikalisch lesbar sind und von ihnen verarbeitet werden können.
2. Mit dem gezeigten Anmeldebogen informieren Sie die Kopfstelle des IKK Bundesverbandes über Ihre Teilnahme am maschinellen Abrechnungsverfahren mit den Krankenkassen. Dort werden Sie als Teilnehmer des Datenaustauschverfahrens registriert.
3. Bevor für die einzelnen Gruppen der "Sonstigen Leistungserbringer" das Echtverfahren beginnen kann, ist die Teilnahme an der Erprobungsphase notwendig. Die Erprobung bezieht sich einerseits auf den Kommunikationsweg und andererseits auf die Prüfung der übermittelten Abrechnungsdaten. Die Urbelege (Verordnungen, Reparaturscheine, etc.) sind an die in der Kostenträgerdatei bezeichneten Stellen zu übermitteln. Die Kostenträgerdateien für die einzelnen Krankenkassen sind über das Internet, Seite DATENAUSTAUSCH abrufbar. Über die jeweiligen Ergebnisse der Erprobung erhalten Sie eine entsprechende Mitteilung. Sobald die Datenübermittlung reibungslos funktioniert, ist die Teilnahme am Echtverfahren, also die ausschließliche Übermittlung der Abrechnungsdaten auf Datenträgern möglich. Die jeweilige Krankenkasse erteilt Ihnen die Freigabe zum Echtverfahren. Bei der Durchführung der Erprobung möchten wir Sie noch auf folgende Gegebenheiten hinweisen: Die während der Erprobung übermittelten Abrechnungsdaten sind lediglich Testdaten. Bitte kennzeichnen Sie diese Datenlieferungen daher in dem UNB-Segment mit „1“. Die während der Erprobung übermittelten Abrechnungsdaten haben noch keine Zahlungen zur Folge. Übermitteln Sie daher Ihre Abrechnungen wie bisher - in Papierform - an die von der jeweiligen Krankenkasse benannte Stelle, damit diese die von Ihnen erbrachten Leistungen vergüten kann.

Für weitergehende Informationen und Fragen ist kompetent und zuständig:

IKK-Bundesverband

- Kopfstelle -

Friedrich-Ebert-Straße

(Technologie Park)

51429 Bergisch Gladbach

Telefon: (0 22 04) 44- 4 08

Telefax: (0 22 04) 44- 3 93

Ansprechpartner: Heinz-Jakob Engels

E-Mail: heinz-jakob.engels@bv.ikk.de

Desweiteren finden Sie die gesamte Dokumentation zum Datenaustausch mit "Sonstigen Leistungserbringern" auf der Homepage des IKK-Bundesverbandes unter der Rubrik "Downloads": IKK

Verschlüsselung

Für die gesicherte Kommunikation zwischen dem ‚sonstigen Leistungserbringer‘ und den gesetzlichen Krankenkassen ist es erforderlich, alle Nutzdaten vor dem Versand zu verschlüsseln.

Voraussetzung für den elektronischen Datenaustausch personenbezogener Daten ist, dass Vertraulichkeit, Integrität und Verbindlichkeit in gleicher Weise sichergestellt werden wie beim herkömmlichen papiergebundenen Abrechnungsverfahren. Jeder Teilnehmer am Datenaustausch verfügt über ein Schlüsselpaar, bestehend aus einem öffentlichen und einem privaten (geheimen) Schlüssel. Der private Schlüssel ist nur dem Teilnehmer bekannt. Der öffentliche Schlüssel wird allgemein bekannt gemacht. Die beiden Schlüssel des Teilnehmers stehen in einer besonderen Beziehung zueinander. Daten, die mit einem der beiden Schlüssel verschlüsselt werden, können nur mit dem anderen, passenden Schlüssel wieder entschlüsselt werden. Die Kommunikationspartner verschlüsseln mit dem öffentlichen Schlüssel des Empfängers Daten, so dass nur der Empfänger als Inhaber des privaten Schlüssels diese Daten entschlüsseln kann. Mit einem privaten Schlüssel können Daten nicht nur entschlüsselt, sondern auch verschlüsselt werden. Man spricht in diesem Fall von digitaler Signatur. Der Absender signiert Daten mit seinem privaten Schlüssel; mit Hilfe des allgemein bekannten öffentlichen Schlüssels des Absenders kann die digitale Signatur überprüft werden. Aus diesem Grunde kann die digitale Signatur die Funktion einer eigenhändigen Unterschrift übernehmen. Durch die Verwendung von Verschlüsselung und digitaler Signatur in den Datenaustauschverfahren wird sichergestellt, dass

- Daten vertraulich übermittelt werden,
- der Absender der Daten zuverlässig erkannt wird,
- die Unverfälschtheit übertragener Daten festgestellt wird.

Eine Voraussetzung für die Sicherheit des Verfahrens ist, dass jeder Teilnehmer seinen privaten Schlüssel vor unbefugtem Zugriff schützt. Jeder Teilnehmer muss aber auch sicher sein können, für die Verschlüsselung der für den Kommunikationspartner bestimmten Daten einen authentischen öffentlichen Schlüssel zu verwenden. Die Authentizität des öffentlichen Schlüssels muss deshalb von einer neutralen und vertrauenswürdigen Instanz, dem sogenannten TrustCenter, durch ein Zertifikat bestätigt werden.

Berechnung der gesetzlichen Zuzahlung

Eine Zuzahlung ist gemäß den gesetzlichen Bestimmungen zu erheben, wenn der Versicherte am Tag der Leistungserbringung das 18. Lebensjahr vollendet hat.

Bei der Zuzahlungsregelung wird unterschieden zwischen

- zum Verbrauch bestimmten und
- nicht zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln.

Bei nicht für den Verbrauch bestimmten Hilfsmittel:

Berechnung:

10 % vom Abgabepreis (von dem von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrag)

- mindestens 5 Euro
- maximal 10 Euro
- ggf. begrenzt auf die Kosten des Mittels

Bei für den Verbrauch bestimmten Hilfsmittel

Berechnung:

10 % je Packung

- kein Mindestbetrag
- maximal 10 Euro für den Monatsbedarf