

Wichtige Informationen zur Abrechnung von Hilfsmittelverordnungen nach § 302 SGB V

(Stand 30. November 2015)

Seit dem Jahre 2010 gibt es zunehmend Hilfsmittelversorgungsverträge, die eine Abrechnung nach § 302 SGB V erfordern.

Das vorliegende Servicedokument basiert auf den aktuellsten Informationen der Verbände und Vertragspartner zum Thema § 302 sowie des Abrechnungssystems der VSA und ist deshalb ein umfassender Praxisratgeber für die Belieferung und Abrechnung im Rahmen der Hilfsmittelversorgungsverträge.

1	Organisatorisches	3
1.1	Beitritt zu Hilfsmittelversorgungsverträgen	3
1.2	Information an die VSA bzgl. Beitrittserklärung	3
1.3	Welche Hilfsmittel sind nach § 302 SGB V abzurechnen?	3
1.4	Versorgungszeitraum / Abrechnungszeitpunkt	3
1.5	Genehmigungen / Kostenvoranschläge	4
2	Rezeptprüfung	4
2.1	Welche Angaben müssen vom Arzt auf dem Rezept aufgetragen sein?	4
3	Rezeptbedruckung und Abrechnung	4
3.1	Wie müssen die Rezepte bedruckt werden?	4
3.2	Notwendige Zusatzangaben, die durch die Apotheke aufzubringen sind	5
3.3	Zusätzliche Belege beim Rezept belassen	6
3.4	Empfangsbestätigung auf der Rezeptrückseite	6
3.5	Hilfsmittel-Verordnungen zur Abrechnung einreichen	7
4	Abrechnung an die Kostenträger / Abrechnungsunterlagen	7
4.1	Separate Abrechnungsunterlagen / separate Zahlung	7
4.2	Besonderheiten bei der Verarbeitung der Rezepte	7
5	Sonstiges	7
5.1	Prüfung der zur Abrechnung eingereichten Belege	7
5.2	Was tun bei Retaxierungen?	7
5.3	Wieso wurden nicht alle Rezepte abgerechnet?	8
5.4	Können Rezepte auf dem falschen Abrechnungsweg abgerechnet werden?	8
5.5	Pflegehilfsmittel	8
6	Anlage zum Servicedokument § 302: Beispiele für das Aufbringen der Zusatzangaben	9

1. Organisatorisches

1.1. Beitritt zu Hilfsmittelversorgungsverträgen

Es gibt eine Vielzahl von bundes- und landesweiten sowie Kassengruppenbezogenen und individuellen Verträgen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern. Über den Beitritt zu diesen Verträgen entscheidet i. d. R. die Apotheke. Das Beitrittsverfahren ist in den jeweiligen Verträgen geregelt.

1.2. Information an die VSA bzgl. Beitrittserklärung

Bitte informieren Sie uns rechtzeitig vor dem erstmaligen Einreichen einer Verordnung zu einem neuen Vertrag über Ihren Beitritt unter der Fax-Nr. 089/43184-279 mit dem Betreff „VSA PrM – §302-Vertrag“ und Ihren Kontaktinformationen. Die Information sollte darüber hinaus zumindest den Wortlaut des Vertrages, den Vertragspartner sowie das Beitrittsdatum beinhalten. Bei Bedarf nehmen wir Kontakt mit Ihnen auf, um weitere benötigte Vertragsinformationen zu erhalten.

Im Rahmen der Teilnahme am himiDialog können Sie Ihren Beitritt direkt über apothekeOnline dokumentieren, falls der Vertrag bereits enthalten ist. Ist dies nicht der Fall, können Sie den Vertrag dort uploaden und uns zur Verfügung stellen.

1.3. Welche Hilfsmittel sind nach § 302 SGB V abzurechnen?

Nach § 302 SGB V müssen nur die Hilfsmittel abgerechnet werden, die den im jeweiligen Vertrag aufgeführten Produktgruppen zugeordnet sind. Hilfsmittel, die nicht diesen Verträgen unterliegen, werden standardmäßig weiterhin nach § 300 SGB V abgerechnet. Welche Hilfsmittel gegenüber welchen Kostenträgern nach § 302 SGB V abzurechnen und zu bedrucken sind, ist grundsätzlich Ihrem Warenwirtschaftssystem zu entnehmen, das Informationen der ABDA nutzt. Parallel dazu gibt Ihnen der himiDialog Auskunft.

1.4. Versorgungszeitraum / Abrechnungszeitpunkt

Eine Verordnung für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel kann in der Regel auch für mehrere Monate ausgestellt werden. Im ersten Monat ist das Original mit den entsprechenden Anlagen einzureichen, in den Folgemonaten reichen in der Regel Kopien. Bitte achten Sie auf die Details im jeweiligen Vertrag.

Es gibt Verträge, bei denen die Abrechnung erst nach Abschluss der Belieferung oder nach bestimmten Zeitintervallen (Quartal) erfolgt. In diesen Fällen wird das Originalrezept erst nach der letzten Belieferung eingereicht.

Bei vermieteten Hilfsmitteln und Versorgungs-/Folgepauschalen für technische Hilfsmittel muss der Versorgungszeitraum angegeben sein. Der verordnete Versorgungszeitraum wird vom Arzt auf dem Rezept angegeben, der tatsächliche Versorgungszeitraum wird in der Regel vom Apotheker aufgebracht.

Tipp: Es empfiehlt sich, bei Vorliegen des Original-Verordnungsblattes sofort die entsprechende Anzahl von Rezeptkopien zu erstellen, den Versorgungsmonat jeweils zu ergänzen und diese Kopien dann für die Abrechnung in den Folgemonaten zu verwenden. Bitte beachten Sie, dass die Kopien erst im jeweiligen Liefermonat bedruckt werden dürfen, damit das korrekte Abgabedatum auf den Belegen steht.

Besonderheit: Rezepte über Inkontinenzpauschalen (Hilfsmittelpositionsnummer 1599992001) zu Lasten der Knappschaft bzw. LKK werden nur noch quartalsmäßig abgerechnet. Hier dürfen die Rezepte nur noch zu den in den Verträgen genannten Abrechnungsmonaten eingereicht und abgerechnet werden (Januar/ April/ Juli/ Oktober).

Rezepte, die in den Nichtabrechnungsmonaten eingereicht werden, werden von der VSA an die Apotheke zurückgeschickt, da die VSA diese nicht abrechnen darf.

Nach Möglichkeit reichen Sie bitte statt drei Monatsverordnungen nur eine Quartalsverordnung ein.

1.5. Genehmigungen / Kostenvoranschläge

Bei bestimmten Hilfsmitteln sind Genehmigungen / Kostenvoranschläge einzuholen. Die notwendigen Hinweise sind im ABDATA-Artikelstamm enthalten und damit in Ihrem Warenwirtschaftssystem verfügbar. Bitte bringen Sie entsprechende Vermerke auf dem Muster-16 an (s. u. „Bedruckung“).

Die VSA bietet Ihnen einen komfortablen Service zur Einreichung von Kostenvoranschlägen: ekvDialog. Sie können die Kostenvoranschläge auf elektronischem Weg oder per Fax einreichen. Nähere Informationen hierzu erhalten Sie in apothekeOnline.

2. Rezeptprüfung

2.1. Welche Angaben müssen vom Arzt auf dem Rezept aufgetragen sein?

Bitte prüfen Sie, ob die Rezepte ordnungsgemäß vom Arzt ausgestellt sind. Neben den üblichen Angaben zum Versicherten, Arzt und Kostenträger kann die Angabe der Diagnose bzw. des ICD10-Codes Pflicht sein.

Bei Pauschalen und zum Verbrauch bestimmter Hilfsmittel ist es erforderlich, dass der Versorgungszeitraum sowie die Versorgungsmenge deutlich erkennbar gemacht werden.

Vorsicht: Sind auf den Rezepten neben Positionen, die nach § 302 SGB V abzurechnen sind, auch Positionen für die Abrechnung nach § 300 SGB V enthalten bzw. enthält das Muster-16-Rezept sowohl PZN als auch Hilfsmittelpositionsnummern (sogenannte Mischrezepte), werden die Krankenkassen die Abrechnung beanstanden. Die VSA schickt diese Verordnungen an die Apotheke zurück. Idealerweise stellt der Arzt getrennte Verordnungen aus.

3. Rezeptbedruckung und Abrechnung

3.1. Wie müssen die Rezepte bedruckt werden?

- **Feld PZN:** i.d.R. 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer anstelle der Pharmazentralnummer. PZN bzw. Sonder-PZN sind nur in Ausnahmefällen zugelassen (z.B. Hilfsmittelversorgungsvertrag der Techniker Krankenkasse). Ist keine 10-stellige Hilfsmittelnummer bekannt, so sind auf Grundlage der Richtlinien zum Datenaustausch nach § 302 SGB V Hilfsmittelnummern selbst zu generieren.

- **Feld Faktor:** abgegebene Stück-/Packungszahl bzw. Anzahl der Pauschalen
- **Feld Taxe:** die Gesamt-Taxe bzw. die Gesamtsumme der Pauschale (Multiplikation aus Einzeltaxe und Faktor)

Besonderheit: Achten Sie bitte darauf, dass die Gesamttaxe durch den Faktor glatt auf 2 Nachkommastellen teilbar ist und es nicht durch Rundungsdifferenzen zu Abrechnungsproblemen oder –verzögerungen kommen kann. Bei Verträgen, die auf Nettovertragspreisen beruhen, ist der Nettotaxbetrag zuerst mit dem Faktor zu multiplizieren, bevor die MwSt. hinzugerechnet wird.

- **Beispiel:**

HiMi-Verordnung bei Bedruckung nach §302

Muster-16 mit Druck der Angaben durch Arzt / Apotheke

Krankenkasse bzw. Kostenträger: AOK Bayern 71101

Name, Vorname des Versicherten: Muster Elfriede

geb. am: 16.12.48

Kassen-Nr.: 8310400

Yvesicherten-Nr.: 0123456789

Status: 1000 1

Betriebsstätten-Nr.: 987654300

Arzt-Nr.: 123456702

Datum: 15.03.10

Rp. (dritte Leerräume durchstrichen): Molicare Nr. 3 large 90 St.

2 Bettbeutel mit Tropfkammer

D: Harninkontinenz

Dr. med. M. Muster
Prakt. Arzt
Beispielweg 11
12345 Musterheim
987112233

Rezept-ID: 123456789

IK der Apotheke 7-stellig: +6402281+

Gesamt-Brutto (Summe aller Taxen): 8,48 / 84,80

Gesamt-Taxe der Zeile: 1525070037 / 2 / 2270

Stückzahl: 1525032317 / 90 / 6210

HiMi-Pos.Nr 10-stellig oder Pauschale: 260310

Datum der Leistungserbringung: 15.03.10

„Apotheken-Stempel“ wie üblich: Musterapotheke 51197, Musterstadt 38367

Druck durch Apotheken-Software

- Rezept-ID
- IK der Apotheke 7-stellig
- Gesamt-Brutto (Summe aller Taxen)
- Gesamt-Taxe der Zeile
- Stückzahl
- HiMi-Pos.Nr 10-stellig oder Pauschale, für den Fall von „Produktbesonderheiten“ ggf. entsprechende Kennzeichen
- Datum der Leistungserbringung
- „Apotheken-Stempel“ wie üblich

Die Entscheidung, ob ein Muster-16 nach § 302 zu bedrucken ist, wird im AVS anhand der entsprechenden Kennzeichnungen im ABDA-Datenstamm getroffen.

Die rot markierten Angaben werden durch die Apotheke, die schwarz markierten Angaben werden durch den Arzt bedruckt.

3.2. Notwendige Zusatzangaben, die durch die Apotheke aufzubringen sind

Sofern der Versorgungsvertrag zusätzliche Angaben erfordert (z. B. Genehmigungsvermerke u. ä.), können Sie diese auf der Vorderseite des Rezeptes aufbringen. Weitere Kennzeichen übernehmen wir nach Ihren Angaben, andernfalls setzen wir die jeweils plausiblen Werte automatisch.

In der Regel sollten Zusatzangaben aufgedruckt bzw. in leserlicher Handschrift auf das Rezept aufgetragen werden.

- **Hilfsmittel-Kennzeichen:** zweistelliger numerischer Wert, z. B. bei Reparatur speziell kennzeichnen, Details regeln die einzelnen Verträge

- **ACTK (Abrechnungscode/Tarifkennzeichen):** Diese Angabe erleichtert uns die Zuordnung zu einem bestimmten Vertrag und ist in der Regel aus dem Vertrag ersichtlich (Aufbau: zwei – und fünfstelliger Wert).
- **Versorgungszeitraum:** bei technischen Hilfsmitteln ist eine exakte Datumsangabe erforderlich (z. B. 15.09.2012 – 14.03.2014).

Leider enthält das Rezeptformular Muster 16 keine Felder für den Aufdruck der vorgenannten Zusatzangaben, d. h. die Angaben müssen zusätzlich auf der Vorderseite des Rezeptblattes aufgebracht werden.

Hinweis: In einigen Verträgen sind spezielle Kennzeichnungen für z. B. „höherwertige Versorgung“, „lymphatische Versorgung“, „häusliche Versorgung“ etc. vorgesehen.

3.3. Zusätzliche Belege beim Rezept belassen

Sofern zusätzliche Belege für die Abrechnung erforderlich sind, belassen Sie bitte alle Anlagen beim Rezept, da der Vorgang den Kostenträgern komplett zur Abrechnung vorgelegt werden muss.

3.4. Empfangsbestätigung auf der Rezeptrückseite

Der Empfang des Hilfsmittels ist in der Regel mit Unterschrift und Datum in blauer od. schwarzer Schrift auf der Rückseite des Rezeptes vom Kunden zu bestätigen!

Jede Teillieferung ist zu bestätigen. Bei Dauerverordnungen ist der Empfang jeder Teillieferung auf der Rezeptkopie zu bestätigen. Hinsichtlich evtl. Ausnahmen achten Sie bitte auf den jeweiligen Vertrag. In Einzelfällen beinhalten Verträge andere Regelungen (z.B. Lieferscheine, Paketverfolgungsnummern etc.).

Achtung: Rote Schriftfarbe wird bei der maschinellen Verarbeitung in der VSA ausgefiltert und ist somit nicht lesbar!

Tipp: Achten Sie immer darauf, dass die Empfangsbestätigung auf dem Rezept vorhanden ist. „Fehlende Empfangsbestätigung“ ist einer der Hauptgründe für Retaxationen!

3.5. Hilfsmittel-Verordnungen zur Abrechnung einreichen

Bitte reichen Sie die Belege kontinuierlich mit den anderen Rezepten zur Abrechnung ein. Ausnahmen sind unter Ziffer 1.4 beschrieben.

Eine Trennung der Muster-16-Belege nach § 300 SGB V/ § 302 SGB V ist nicht erforderlich.

4. Abrechnung an die Kostenträger / Abrechnungsunterlagen

4.1. Separate Abrechnungsunterlagen / separate Zahlung

Die Rechnungsstellung und Zahlung ist beim § 302 SGB V abweichend vom § 300 SGB V geregelt. Die Kostenträger haben u.U. auch unterschiedliche Datenannahme- und Prüfstellen beauftragt, die Daten entsprechend zu verarbeiten.

4.2. Besonderheiten bei der Verarbeitung der Rezepte

Die Verarbeitung der Daten erfolgt bei der VSA nach dem Grundsatz, dass die Informationen des Rezeptes so übernommen werden, wie Sie es bedrucken. Offensichtliche Fehler können natürlich dazu führen, dass Rezepte nicht in die Abrechnung gelangen und an Sie zurückgeschickt werden.

In diesem Zusammenhang können auch nur Rezepte abgerechnet werden, bei denen das Rezept-Gesamtbrutto der Summe der Einzeltaxen entspricht. Ein weiteres Beispiel ist die fehlerhafte Bedruckung mit PZN, obwohl vertragsgemäß die Hilfsmittelpositionsnummer aufzudrucken ist (siehe Ziffer 3.1).

5. Sonstiges

5.1. Prüfung der zur Abrechnung eingereichten Belege

Im Rahmen der Belegverarbeitung prüfen wir u. a.

- Korrekte Bedruckung
- Versorgungszeitraum
- Gesamtzahlung
- Gesamtbrutto
- Einzeltaxe in Bezug auf Gesamttaxe dividiert durch Faktor
- Ungültige Hilfsmittelpositionsnummern
- Mischrezepte
- Zuordnung der Hilfsmittelpositionsnummer zu einem Vertrag nach § 302 SGB V

5.2. Was tun bei Retaxierungen?

Bei Einspruch gegen eine Retaxierung der Krankenkasse, z. B. weil unberechtigt eine Zuzahlung abgezogen wurde, wenden Sie sich bitte direkt an die Krankenkasse bzw. den Kostenträger.

5.3. Wieso wurden nicht alle Rezepte abgerechnet?

Um Sie vor späteren Retaxationen der Krankenkassen zu schützen, unterziehen wir Ihre Belege umfangreichen Prüfungen. Fehlerhafte Rezepte schicken wir an Sie zurück. Rezepte, bei denen sich erst durch die bei der Erfassung durchgeführten Prüfungen zeigt, dass diese nicht nach §302 SGB V abgerechnet werden dürfen, überführen wir automatisch in die §-300-Abrechnung.

5.4. Können Rezepte auf dem falschen Abrechnungsweg abgerechnet werden?

Die von der Apotheke eingereichten Belege werden maschinell für die Abrechnung nach § 300 SGB V bzw. § 302 SGB V getrennt. Bei Bedruckungs- oder Lesefehlern oder fehlenden Informationen kann es passieren, dass die Belege zunächst dem anderen Abrechnungsweg zugeordnet werden. Deshalb finden Sie die Angaben zu den Belegen zunächst nicht in den passenden Unterlagen. Dies beeinträchtigt die Auszahlung jedoch nicht, die notwendigen Korrekturen regeln wir intern für Sie.

5.5. Pflegehilfsmittel

Zur Abrechnung benötigen wir von Ihnen die Anlage 2 sowie die Anlage 4 (Genehmigung/ Antrag auf Kostenübernahme). Entsprechende Formulare finden Sie auf unserer Homepage unter dem Webcode 5451.

Der maximale Abrechnungsbetrag bei Pflegehilfsmitteln beträgt 40,00 Euro pro Monat (ab 01.01.2015). Diesen sollten Sie bei Pflegehilfsmitteln zu Lasten der AOK Bayern als Gesamtbrutto auf den Abrechnungsbeleg eintragen. Die Differenz zwischen der Summe der Einzeltaxen und dem Gesamtbrutto wird abrechnungstechnisch mit einer Abschlagsposition automatisiert ausgewiesen. Es ist darauf zu achten, das Genehmigungskennzeichen und –datum, die Unterschrift des Kunden sowie die neue Versichertennummer aufzubringen.

Pflegehilfsmittel der Produktgruppen 51 und 54 sind nicht gemeinsam auf einem Abrechnungsbeleg einzureichen.

Achtung: Bei der Techniker-Krankenkasse kann die PG 51 (wiederverwendbare Bettschutzeinlagen) nur noch über Muster 16 abgerechnet werden.

6. Anlage zum Servicedokument § 302: Beispiele für das Aufbringen der Zusatzangaben

Die nachfolgenden Beispiele für das Aufbringen von Zusatzangaben auf dem Muster-16-Rezept entsprechen keiner offiziellen Norm. Vielmehr stellen sie die heute gelebte Praxis dar, wie Apotheken die Zusatzangaben auf der Vorderseite aufbringen.

In den Beispielen sind die aufzubringenden Zusatzangaben jeweils grün umrandet.

Da es keine offizielle Norm bzw. Bedruckungsvorschrift für diese Zusatzangaben gibt, ist das Aufbringen dieser Angaben i. d. R. auch nicht durch die Apotheken-EDV unterstützt. Insofern werden die Angaben meist handschriftlich in den vorhandenen Freiräumen aufgebracht.

Vorschlag: Genehmigungsvermerke

Muster-16 mit Angaben durch Arzt / Apotheke / RZ

Druck durch Apotheken-Software

- Rezept-ID
- IK der Apotheke 7-stellig
- Gesamt-Brutto (Summe aller Taxen)
- HiMi-Pos.Nr 10-stellig oder Pauschale, für den Fall von „Produktbesonderheiten“ ggf. entsprechende Kennzeichen
- Stückzahl
- Gesamt-Taxe der Zeile
- bei genehmigungspflichtigen HiMi Angabe von Genehmigungskennzeichen und Datum der Genehmigung
- Hilfsmittel-Kennzeichen AC / TK: Abrechnungsoode / Tarifkennzeichen, muss jeweils der HiMi-Nr. zuordenbar sein!
- Datum der Leistungserbringung
- „Apotheken-Stempel“ wie üblich:

Die Entscheidung, ob ein Muster-16 nach § 302 zu bedrucken ist, wird im AVS anhand der entsprechenden Kennzeichnungen im ABDATA-Datenstamm getroffen.

Vorschlag: AC/TK-Code / VZ

Muster-16 mit Angaben durch Arzt / Apotheke / RZ

Krankenkasse bzw. Kostenträger		AOK Bayern 71101	
Name, Vorname des Versicherten		Muster Katharina	
Geb. am		16.12.98	
Kassen-Nr.		8310400	
Versicherten-Nr.		0123456789	
Status		30001	
Betriebsstätten-Nr.		708016900	
Arzt-Nr.		756154801	
Datum		15.06.10	

Rp. (Bitte Leerdarke durchstreichen)	
Molicare Nr. 3 large, 90 St.	
2 Bettbeutel m. Tropfkammer	
D: Harninkontinenz	
Juni 2010	

Abgabedatum in der Apotheke		260610	
Abgabestelle		51197 Musterapotheke 58367 Musterstadt	

Druck durch Apotheken-Software

- Rezept-ID
- IK der Apotheke 7-stellig
- Gesamt-Brutto (Summe aller Taxen)
- HiMi-Pos.Nr 10-stellig oder Pauschale, für den Fall von „Produktbesonderheiten“ ggf. entsprechende Kennzeichen
- Stückzahl
- Gesamt-Taxe der Zeile
- bei genehmigungspflichtigen HiMi Angabe von Genehmigungskennzeichen und Datum der Genehmigung
- Hilfsmittel-Kennzeichen AC / TK: Abrechnungscode / Tarifkennzeichen, muss jeweils der HiMi-Nr. zuordenbar sein!
- Versorgungszeitraum (genaues Datum bzw. Monat / Jahr)
- Datum der Leistungserbringung
- „Apotheken-Stempel“ wie üblich

Die Entscheidung, ob ein Muster-16 nach § 302 zu bedrucken ist, wird im AVS anhand der entsprechenden Kennzeichnungen im ABDA- Datenstamm getroffen.

Vorschlag: HiMi-Kennz. / Pauschale

Krankenkasse bzw. Kostenträger		AOK Bayern 71101	
Name, Vorname des Versicherten		Muster Katharina	
Geb. am		16.12.48	
Kassen-Nr.		8310400	
Versicherten-Nr.		0123456789	
Status		30001	
Betriebsstätten-Nr.		708016900	
Arzt-Nr.		756154801	
Datum		15.06.10	

Rp. (Bitte Leerdarke durchstreichen)	
Molicare Nr. 3 large, 90 St.	
2 Bettbeutel m. Tropfkammer	
D: Harninkontinenz	
Juni 2010	

Abgabedatum in der Apotheke		260610	
Abgabestelle		51197 Musterapotheke 58367 Musterstadt	

Druck durch Apotheken-Software

- Rezept-ID
- IK der Apotheke 7-stellig
- Gesamt-Brutto (Summe aller Taxen)
- HiMi-Pos.Nr 10-stellig oder Pauschale, für den Fall von „Produktbesonderheiten“ ggf. entsprechende Kennzeichen
- Stückzahl
- Gesamt-Taxe der Zeile
- bei genehmigungspflichtigen HiMi Angabe von Genehmigungskennzeichen und Datum der Genehmigung
- Hilfsmittel-Kennzeichen AC / TK: Abrechnungscode / Tarifkennzeichen, muss jeweils der HiMi-Nr. zuordenbar sein!
- Versorgungszeitraum (genaues Datum bzw. Monat / Jahr)
- Datum der Leistungserbringung
- „Apotheken-Stempel“ wie üblich

Die Entscheidung, ob ein Muster-16 nach § 302 zu bedrucken ist, wird im AVS anhand der entsprechenden Kennzeichnungen im ABDA- Datenstamm getroffen.