

Grundlagen der Abrechnung nach § 302 SGB V

BV Med Akademie
13.05.2025 (online)

Ausgangslage: Das Sozialgesetzbuch V (§ 302)

- Adressaten:** Leistungserbringer u. a. im Bereich
- Heilmittel
 - Hilfsmittel
 - digitale Gesundheitsanwendungen
 - und weitere Leistungserbringer (z. B. häusliche Krankenpflege, spezialisierte ambulante Palliativversorgung, außerklinische Intensivpflege ...)
 - Krankentransportleistungen
 - Soziotherapie
 - Hebammen und Entbindungspfleger (§ 301 SGB V)
- Ziel:** Effizienz, Sicherheit und Transparenz in der Leistungsabrechnung
- Kommentar:** Aufwändig, aber immerhin einheitlich geregelt (im Unterschied zum eKV, wo eine gesetzliche Regelung fehlt und jede Kasse macht, wie es ihr gefällt)

Ausgangslage: Das Sozialgesetzbuch V (§ 302)

Die Kernaussagen:

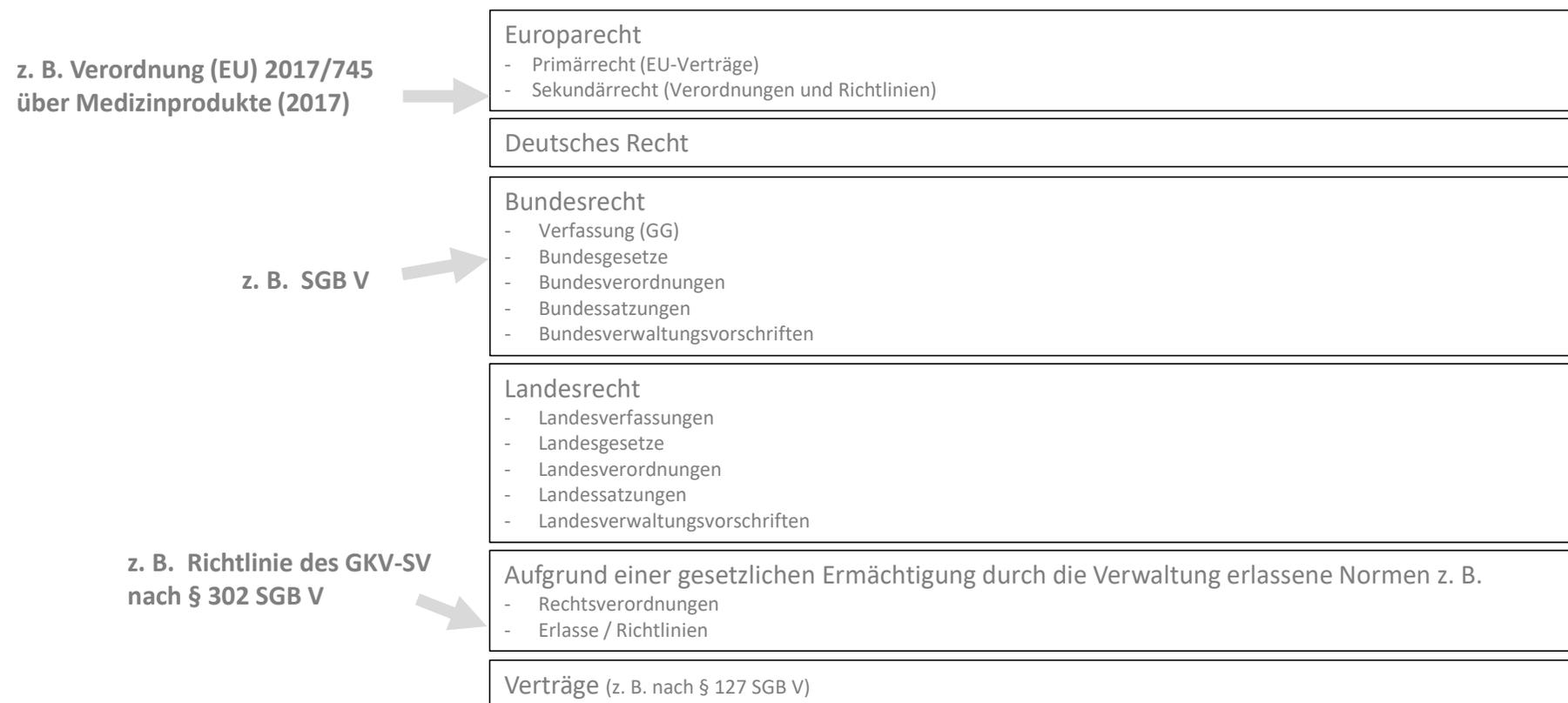
- **Das Wie: Elektronische Abrechnung** - Abrechnung nur noch elektronisch, nach einheitlichen Standards und Formaten
- **Das Was: Mindestinhalte** - Angaben zur erbrachten Leistung (Art, Menge, Preis), Versichertendaten, Diagnosen, Verordnungs- bzw. Leistungsdaten, Angaben zu Mehrkosten usw. werden z. T. vorgegeben
- **Das Wer: Die Einschaltung von Dienstleistern** - wird ausdrücklich erlaubt

Und sonst noch so?

Das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Richtlinien, die in den Leistungs- oder Lieferverträgen zu beachten sind.

 Faktisch einseitige Festlegung durch den GKV-SV – siehe: [Sonstige Leistungserbringer - GKV-Datenaustausch](#)

Exkurs: Normenhierarchie



Ausgangslage: Die Richtlinien nach § 302 SGB V

Die Kernaussagen:

- **Abrechnungsverfahren:** Elektronische Datenübertragung oder maschinell verwertbare Datenträger; die Details zum technischen Verfahren werden in der Anlage 1 zur Richtlinie festgelegt und regelmäßig aktualisiert
- **Urbelege:** Werden erwähnt und als übermittlungsbedürftig erklärt, ohne diese Unterlagen konkret zu benennen
- **Verpflichtende Angaben:**
Werden näher definiert, z. B.:

Datenkategorie	Beispielhafte Angaben
Versichertendaten	Name, Vorname, Geburtsdatum, Krankenversicherungsnummer, Versichertenart, Zahlungsstatus
Kostenträgerdaten	Name der Krankenkasse, Kostenträgerkennung (IK)
Leistungserbringerdaten	Name, Anschrift, IK-Nummer, ggf. Abrechnungsstelle
Leistungsdaten	Art der Leistung, Leistungsdatum, Menge/Dauer, Preis/Vergütung
Verordnungsdaten	Verordnungsdatum, verordnender Arzt (LANR/BSNR), Verordnungsnummer
Genehmigungsdaten	Genehmigungskennzeichen (sofern erforderlich)
Zahlungsdaten	Zahlungsbeträge (auch: Aufzahlungen), ggf. Abtretungserklärung

Die Technischen Anlagen zu den Abrechnungsrichtlinien nach § 302 SGB V

- Neufassung TA Hilfsmittel (Version 20):
Ab 7.3.25 (anzuwenden ab Oktober)

Anlage 1

Technische Anlage

für die maschinelle Abrechnung
(elektronische Datenübermittlung)

zu den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V über
Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens
mit „Sonstigen Leistungserbringern“
sowie mit Hebammen und Entbindungspflegern (§ 301a SGB V)

incl. Rechnungen im Korrekturverfahren

Stand der Richtlinien: 20.11.2006
Stand der Technischen Anlage: 07.03.2025
Version: 21
Anzuwenden ab: 01.10.2025*
Version 20 verliert Gültigkeit: 31.12.2025

Technische Anlage zu den Richtlinien über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V	Version: 21 Stand: 07.03.2025
Kapitel: 5 Aufbau und Struktur der Nutzdaten 5.5 Nachrichtenaufbau und -inhalte 5.5.3 Nachrichtentyp Abrechnungsdaten (SLLA) 5.5.3.2 SLLA: A (Hilfsmittel)	Seite 50 von 177

Segmentzusammenstellung SLLA: A

Segmentbezeichnung	Segmentart	Segmenttyp	max. Wiederholungsfaktor	Erläuterung
HIL	M	Nutzdaten	1 - n je INV	Das Segment enthält die Identifikationsnummer.
EHI	M	Nutzdaten	1 - n je HIL	Das Segment dient zur Abrechnung der einzelnen Positionen, die für den abzurechnenden Fall angefallen sind. Es ist so oft wiederholbar, wie Abrechnungspositionen vorkommen.
TXT	K	Nutzdaten	0 - 1 je EHI	Mit diesem Segment kann zu jeder abzurechnenden Position ein Text (z.B. als Begründung) hinterlegt werden. Es kann je abzurechnende Position einmal vorkommen.
MWS	K	Nutzdaten	0 - 1 je EHI	Mit diesem Segment kann zu jeder abzurechnenden Position Mehrwertsteuer angegeben werden. Benutzt werden soll das Segment nur dann, wenn dem in EHI genannten Einzelbetrag die Mehrwertsteuer hinzuzurechnen ist.
ZUH	K	Nutzdaten	0 - 1 je HIL	Das Segment enthält Angaben über die Zuzahlung, den Eigenanteil je Leistung (z.B. Hilfsmittel), sofern diese vom Versicherten zu entrichten sind.
MEH	M	Nutzdaten	1 je HIL	Das Segment enthält Angaben zu den vom Versicherten zu entrichtenden Mehrkosten.
ZHI	M	Nutzdaten	1 je INV	Das Segment enthält allgemeine Angaben zum Abrechnungsfall (Verordnung) und zur Verordnung, Empfehlung gemäß § 40 Abs. 6 SGB XI, Reparatur- oder Berechtigungsschein oder Unfall/BVG/SER.
DIA	K	Nutzdaten	0 - n je ZHI	Das Segment dient zur Angabe der Diagnose und ist so oft wiederholbar wie Diagnosen vorliegen.
SKZ	K	Nutzdaten	0 - 1 je ZHI	Das Segment enthält Angaben über die von der Krankenkasse ausgesprochene Kostenzusage/Genehmigung und ist nur zu übermitteln, wenn diese vorliegt.
BES	M	Nutzdaten	1 je INV	Das Segment enthält Angaben über den abzurechnenden Gesamtbruttobetrag eines Abrechnungsfalles (Verordnung) (Summe aller EHI-Beträge ggf. zuzüglich der Mehrwertsteuer).

Technische Anlage zu den Richtlinien über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V	Version: 21 Stand: 07.03.2025
Kapitel: 5 Aufbau und Struktur der Nutzdaten 5.5 Nachrichtenaufbau und -inhalte 5.5.3 Nachrichtentyp Abrechnungsdaten (SLLA) 5.5.3.2 SLLA: A (Hilfsmittel)	Seite 49 von 177

5.5.3.2 SLLA: A (Hilfsmittel)

Für den Leistungserbringer-Sammelgruppenschlüssel A (Anlage 3, Schlüssel 8.1.14, Leistungserbringer von Hilfsmitteln).

Eine Nachricht vom Typ SLLA besteht aus den nachfolgenden Segmenten, die einmal oder mehrfach vorkommen können oder nur bei bestimmten Abrechnungsvorfällen erforderlich sind.

Die Segmentfolge INV bis BES ist so oft wiederholbar, wie Abrechnungsfälle zwischen einem Leistungserbringer und dem IK der Krankenkasse von der Krankenversicherungskarte bzw. von der ärztlichen Verordnung vorliegen.

Innerhalb einer SLLA-Nachricht folgt nach dem Segment NAD oder soweit vorhanden IMG immer ein Segment HIL. Es schließen sich so viele EHI / TXT / MWS - Segmentfolgen an, wie entsprechende Abrechnungspositionen für ein gebrauchsfertiges Hilfsmittel angefallen sind. Ein Hilfsmittel kann dabei aus mehreren Abrechnungspositionen und somit mehreren EHI / TXT / MWS - Segmentfolgen bestehen. Die EHI / TXT / MWS - Segmentfolgen sind stets für die zuzahlungstechnisch zusammengehörenden Gebührenpositionen (gleiche Identifikationsnummer) hintereinander zu übermitteln. Pro HIL-Segment werden in einem MEH-Segment die vom Versicherten zu entrichtenden Mehrkosten übertragen (Falls keine Mehrkosten angefallen sind, ist "0,00" zu übermitteln).

Weitere Hilfsmittel oder zuzahlungstechnisch abweichende Gebührenpositionen (z.B. zu zahlungsfreie Reparaturen) beginnen mit einem neuen HIL-Segment (neue Identifikationsnummer). Soweit Zuzahlungen und/oder Eigenanteile einbehalten wurden, ist nach Angabe aller Hilfsmittel je Identifikationsnummer ein ZUH-Segment anzuschließen. Folgend werden die Verordnungsinhalte einmalig im ZHI-Segment sowie evtl. vorhandene

Ausgangslage: Die Verträge (§ 127 SGB V)

Enthalten regelmäßig Regelungen zu folgenden Punkten:

- Bezahlung erst, wenn alle Unterlagen/Daten für die Abrechnung vollständig und korrekt übermittelt wurden (kein Anspruch auf Vergütung davor)
- Form: Sammelrechnung
- Nur einmal pro Monat möglich
- Spätestens innerhalb x Monaten nach Leistungserbringung oder Genehmigung vorzulegen
- An eine benannte Belegannahmestelle/ein benanntes Rechenzentrum der Kasse
- Vorgabe: Bedruckung der Rezepte bzw. Erstellung eines Codierbelegs (Vorgaben zur festen Verbindung bzw. Verbote, dies zu tun)
- Rechte der Kassen, Beanstandungen geltend zu machen
- Fristen für Beanstandungen (und Fristen für Einsprüche dagegen)

Was folgt daraus?

- Angesichts der Vielfalt der Versorgungen, die nach § 302 SGB V abgerechnet werden: Die Welt ist „bunt“ und „kompliziert“!
- Es stellen sich Fragen wie:
 - Wie bestimmt sich der Preis (Festbetrag, fester Vertragspreis, Rabatt-Vertragspreis, Abschlagsposition auf Lauer-Taxe, Fallpauschale, Wiedereinsatzvergütung, Reparaturwerte inkl. Stundensätze usw.)
 - Welche MwSt. ist anzusetzen?
 - Ist eine Genehmigung erforderlich oder nicht?
 - Welche Urbelege fallen an (Verordnung, Wiedereinsatz-Pool-Abfragen, Erprobungsprotokolle, Nachweis über weitere Nutzung des Hilfsmittels bei Fortsetzung einer Pauschale, Erhebungsbögen, Beratungsprotokoll, Einweisungsprotokoll, Empfangsbestätigung ...)
 - Sind im System alle Nummern (Hilfsmittelnummern, Positionsnummern usw.) richtig hinterlegt?
 - Erfolgen nötige Angaben zum Personal (z. B. bei Heilmitteln)
 - Welchen Dienstleister nutzen die Krankenkassen (Datenannahmestellen)?
- Professionelle Ausstattung (Software/Abrechnung) erscheint dringend erforderlich!

Was gilt im Bereich der Pflege? Ausgangslage: Das Sozialgesetzbuch XI (§ 105)

Die Kernaussagen:

- Auch hier: Elektronische Abrechnung – analog § 302 SGB V

Aber:

*(2) Das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen sowie Einzelheiten des Datenträger austausches werden vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen **im Einvernehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer** festgelegt.*

Keine einseitige Festlegung durch den GKV-SV

Was gilt, wenn Fehler bei der Abrechnung passieren?

Möglich sind:

1. Unrechtmäßig gezahlte Beträge können zurückgefordert werden
2. Leistungen, die nicht korrekt abgerechnet sind, werden nicht vergütet
3. In den Versorgungsverträgen nach § 127 SGB V sind regelmäßig Vertragsstrafen oder andere Sanktionen vorgesehen (z. B. Verwarnung) (Voraussetzung: Nicht nur unerhebliche Verletzung von Vertragspflichten)
4. Bei Falschabrechnung sind auch strafrechtliche Konsequenzen möglich (z. B. Abrechnungsbetrug gemäß § 263 StGB).
5. Bei wiederholten oder gravierenden Fehlern kann die Krankenkasse den Versorgungsvertrag kündigen bzw. die Zulassung entziehen

Checkliste, um Fehler zu vermeiden

1. Liegt eine Verordnung vor (z. B. Muster 16) – und ist diese richtig / vollständig ausgefüllt (ggf. Korrektur)
2. Ist das die Versorgung durchführende und abrechnende Unternehmen für die Versorgung geeignet (PQ) und Vertragspartner der betreffenden Krankenkasse?
3. Liegen alle Abrechnungsdaten vor bzw. werden diese korrekt angegeben (z. B. HMV-Nummer, Stückzahl, Preis ...)
4. Liegt eine ggf. notwendige Genehmigung vor?
5. Liegen alle erforderlichen Begleitdokumente vor (z. B. Beratungsdokumentation, Erhebungsbögen, Einweisungsdokumentation, Empfangsbestätigung ...) und sind sie richtig ausgefüllt und unterzeichnet?
6. Stimmt die IK des die Versorgung beantragenden, die Versorgung durchführenden und abrechnenden Unternehmens überein bzw. ist der richtige Stempel auf der Verordnung angebracht?
7. Werden die Daten in der Form der Technischen Anlage 1 übermittelt?

Herzlichen Dank
für Ihr Aufmerksamkeit!!!

Rechtsanwältin
Bettina Hertkorn-Ketterer

Röckesbergstrasse 2
53227 Bonn

Tel: +49 228 908 750 83
Mobil: +49 171 547 0097
mail@kanzlei-hertkorn.de