Datenannahme- und Verteilstelle (DAV) der ITSCare ( für AOK / BW – HE – RP –SL )

**Fünftenweg 31**

**34613 Schwalmstadt**

**Datenblatt** für den **elektronischen Datenaustausch** mit **Leistungserbringern**

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns, dass Sie am elektronischen Datenaustausch mit der AOK teilnehmen möchten. Nachstehend erhalten Sie einige Informationen, wie Sie uns Ihre Daten per DfÜ übermitteln können.

Bitte teilen Sie uns über die zweite Seite des Datenblattes Ihre Daten zusammen mit der gewünschten Übertragungsart mit. Wir werden uns dann umgehend wieder mit Ihnen in Verbindung setzen.

Falls Sie noch Fragen haben, rufen Sie uns an. Wir helfen Ihnen gerne.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr DfÜ-Ansprechpartner

Team DAV-Technik

E-Mail: [dav-technik@itscare.de](mailto:dav-technik@itscare.de)

**Bitte ankreuzen und entsprechend ausfüllen, welche Art der Datenübertragung Sie vornehmen:**

**Übertragungsart FTAM-IP**

Fixe IP-Adresse/Port \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Passwort \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FTAM-Einstellungen **Standard** ggf. Abweichungen **Standard** ggf. Abweichungen

Login-Name **BN**[*Ihre Betr.-Nr.*] bzw. **IK**[*Ihr Inst.-KZ*]

ACSE-Adressinformation **1 3 9999 1 7** P-Selektor: **FTAM** (ASCII)

S-Selektor: **FTAM** (ASCII)

T-Selektor: **FTAM** (ASCII)

oder:

**Übertragungsart SFTP**

Details zur Datenübertragung werden dann mit dem von Ihnen benannten Ansprechpartner geklärt.

oder:

**Übertragungsart E-Mail**

E-Mail-Adresse [da@dta.aok.de](mailto:da@dta.aok.de)

Hinweis Diese Übertragungsart ist z.Zt. nur in eine Richtung möglich

(Arbeitgeber bzw. Leistungserbringer 🡪 AOK)

E-Mail des Leistungserbringers \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Daten des Leistungserbringers**

|  |  |
| --- | --- |
| **Information** | **Wert** |
| Institutionskennzeichen der Einrichtung |  |
| Name |  |
| Straße, Hausnr. |  |
| PLZ, Ort |  |
| 1. Ansprechpartner - Name |  |
| 1. Ansprechpartner - Telefonnr. |  |
| 1. Ansprechpartner - E-Mail |  |
| 2. Ansprechpartner - Name |  |
| 2. Ansprechpartner - Telefonnr. |  |
| 2. Ansprechpartner - E-Mail |  |

Bei Einrichtungen, die nicht selbst verschlüsseln, benötigen wir zusätzlich die Information über die zu verschlüsselnde Stelle. Das Institutionskennzeichen des Schlüsseleigners ist dann unten in der Tabelle in der Spalte „Institutionskennzeichen des Schlüsseleigners“ in der Zeile des Behandlungsbereichs einzutragen, der abgerechnet wird.

|  |  |
| --- | --- |
| **Abrechner** | **Institutionskennzeichen des Schlüsseleigners** |
| Ambulantes Operieren  **§ 116 und 115b** SGB V |  |
| Abrechner Hochschulamb.  **§ 117 Abs. 1** SGB V und  **§ 117** **Abs. 2** SGB V |  |
| Abrechner Psy. Ausb.  **§ 117** **Abs. 3** SGB V |  |
| Abrechner Psy. Inst.  **§ 118** SGB V |  |
| Abrechner Soz. Zent.  **§ 119** SGB V |  |
| Abrechner Kind.Sp.Am  **§ 120 Abs. 1a** SGB V |  |
| Abrechner Int. Vers.  **§ 140a** SGB V |  |
| ASV Krankenhaus  **§ 116b (neu)** |  |
| Leistungen nach **§** **116b (alt) Abs. 2** SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO) |  |
| Leistungen nach  **§ 119c SGB V** |  |
| Abrechner Stationäre Behandlung  **§ 39 SGB V** |  |

***Bitte dieses Datenblatt ausfüllen und zurück senden an:*** [dav-technik@itscare.de](mailto:dav-technik@itscare.de)

Für Fragen zu diesen Einstellungen können Sie sich gern an folgendes Postfach wenden:

[**dav-team-leistungserbringer@itscare.de**](mailto:dav-team-leistungserbringer@itscare.de)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift Klinik