



Managementgesellschaft des
Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte mbH

Pflichtenheft Selektivverträge Homöopathie

Versorgung mit Klassischer Homöopathie

Version 7.01
gültig ab: 01.10.20201

Inhalt

1	Einleitung	3
1.1	Ausgangssituation	4
1.2	Vertragstypen	4
1.3	Leistungserfassung per Eingabemaske	5
1.4	Abrechnungszyklen	5
1.5	Regelwerk / Plausibilitätsprüfung	5
1.6	Diagnoseschlüssel	6
1.7	Dauerdiagnosen	7
2	Produkteinsatz	7
3	Allgemeine Anforderungen	7
3.1	Installation	7
3.2	Erstanmeldung	8
3.2.1	Berufsausübungsgemeinschaft	8
3.2.2	Kennzeichnung in der Abrechnung von Leistungen bei Berufsausübungsgemeinschaften	8
3.3	Vertretungsfälle	9
3.4	Startmaske	9
3.5	Kartenlesegerät	9
4	Funktionalitäten	9
4.1	Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte	9
4.2	Teilnehmende Krankenkassen	10
4.3	Patientenverwaltung	10
4.3.1	Patientenübersicht	10
4.3.2	Versichertenstammdaten	10
4.3.3	Patientenansicht (einzeln)	11
4.3.4	Betreuarzt	11
4.4	Teilnahme- und Einverständniserklärung des Patienten	11
4.5	Leistungserfassung	13
4.6	Erstanamnesedatum	13
4.7	Druckfunktion	13
5	Quartalsabrechnung	14
6	Support	15
7	Datensicherung	15
8	Statistikfunktion	15
9	Updates	15
	Verzeichnis der Anhänge	16
	Historie	17

1 Einleitung

Dieses Pflichtenheft beschreibt die Anforderungen an eine Software zur Erstellung einer vertragskonformen Abrechnungsdatei für Leistungen nach Verträgen zur Versorgung mit Klassischer Homöopathie durch den hieran teilnehmenden Arzt. Entsprechend müssen alle dazu notwendigen Daten korrekt und vollständig erfasst werden.

Die erzeugte Datei muss vom teilnehmenden Arzt zur Abrechnung an ein spezielles Online-Abrechnungsportal übergeben werden können. Zu Korrekturzwecken müssen die erfassten Daten ggf. nachträglich bearbeitet und die Datei dann erneut erzeugt werden können.

Neben der Abrechnung muss die Software auch den Einschreibeprozess von Patienten sowie die Ausstellung der Teilnahme- und Einverständniserklärung des Patienten unterstützen können.

Es bleibt jedem Anbieter überlassen, wie er sein Produkt im Detail ausgestaltet, z.B. hinsichtlich Bedienbarkeit oder bestimmter Komfortfunktionen. Die Managementgesellschaft des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte (Managementgesellschaft) konzentriert sich weitgehend auf die Formulierung ausschließlich abrechnungsrelevanter Anforderungen. Eine vertragliche Beziehung zu den einzelnen Softwarehäusern besteht nicht.

Die Managementgesellschaft pflegt eine Liste der Anbieter von Produkten, die gemäß Eigenauskunft ein Produkt anbieten, welches den Anforderungen dieses Pflichtenhefts in seiner jeweils aktuellen Version und ggf. weiteren im zeitlichen Verlauf durch die Managementgesellschaft mitgeteilten und vom Anbieter umzusetzenden Veränderungen entspricht. In der Regel wird diese Eigenauskunft nicht durch die Managementgesellschaft überprüft. Sie kann aber überprüft werden, was ggf. zur Streichung von der Liste führt, wenn die Anforderungen entgegen der Eigenauskunft nicht erfüllt werden.

Nur Anbieter, die das jeweils aktuelle Pflichtenheft und ggf. weitere umzusetzende Veränderungen berücksichtigen, werden automatisch über Änderungen des Pflichtenhefts bzw. weitere Veränderungen (Updates) informiert. Alle anderen Anbieter nehmen ggf. Kontakt mit der Managementgesellschaft auf.

Jedes Unternehmen erhält auf Anfrage Auskunft darüber, ob es auf der Liste genannt wird.

Grundsätzlich behält sich die Managementgesellschaft vor, nur diejenigen Produkte zur Abrechnung von Leistungen nach ihren Verträgen zuzulassen, deren Anbieter auf der Liste genannt werden. Derzeit existiert eine solche Einschränkung nicht.

Zur Erteilung der Eigenauskunft ist ein Formular (Fax-Antwort) erhältlich. Dieses liegt immer automatisch bei, wenn die Managementgesellschaft notwendige Änderungen an der Software mitteilt. Es ist jederzeit gesondert auf Nachfrage erhältlich.

Die o.g. Anbieterliste ist nur für an den Verträgen der Managementgesellschaft teilnehmende bzw. an einer Teilnahme interessierte Ärzte erhältlich und in einem geschützten Internetbereich zugänglich.

Neben diesem Pflichtenheft beachten Sie bitte die ebenfalls erhältliche zusätzliche Dokumentation mit über die Mindestanforderungen hinausgehenden Anregungen zu erweiterten Funktionalitäten.

1.1 Ausgangssituation

Die Managementgesellschaft hat mit etwa zwei Drittel der Krankenkassen im ganzen Bundesgebiet Verträge zur Versorgung mit Homöopathie geschlossen. Da es sich hierbei um Verträge ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) handelt, erfolgt die Abrechnung der erbrachten Leistungen auch nicht über diese, sondern über einen Abrechnungsdienstleister.

Die Abrechnungsdaten müssen gemäß der Schnittstellenbeschreibung quartalsweise per manuellem Upload durch den teilnehmenden Arzt an ein spezielles Online-Portal übergeben werden. Die Übermittlung von Abrechnungsdaten per Datenträger oder E-Mail ist nicht möglich.

Die Übermittlung papiergebundener Unterlagen zur Erfassung durch Servicemitarbeiter ist ein nachrangiger Abrechnungsweg und für teilnehmende Ärzte ausschließlich durch die Inanspruchnahme einer kostenpflichtigen Zusatzdienstleistung möglich ist. Vordrucke von Abrechnungsscheinen sowie weitere hierzu benötigte Unterlagen finden interessierte Ärzte auf den Internetseiten der Managementgesellschaft. Diese können händisch ausgefüllt und eingereicht werden. **Die Managementgesellschaft formuliert keine Anforderungen zur Erstellung von papiergebundenen Abrechnungsbelegen mittels einer Software.**

Anhang 1: Schnittstellenbeschreibung

1.2 Vertragstypen

Derzeit gibt es fünf Vertragstypen, welche je nach Krankenkasse Verwendung finden:

- **Typ E** Abrechnung von **Einzelleistungen** (z.B. BKK Mastervertrag)
- **Typ P** Abrechnung von Leistungs-**Pauschalen** pro Quartal (z.B. Verträge mit teilnehmenden IKK'n, landwirtschaftliche Sozialversicherung, Knappschaft-Bahn-See)
- **Typ DEQ** Homöopathie-**Diplom**, Abrechnung von **Einzelleistungen**, **qualitätsfördernde Maßnahmen**, Patient legt Einschreibung bei seiner teilnehmenden Kasse vor (z.B. Techniker Krankenkasse)
- **Typ DE** Homöopathie-**Diplom**, Abrechnung von **Einzelleistungen**, Patient legt Einschreibung bei seiner teilnehmenden Kasse vor (z.B. Barmer GEK)
- **E-Diplom** Abrechnung von **Einzelleistungen**, Homöopathie-**Diplom** des DZVhÄ

Anhang 2: Vertragstypenübersicht

1.3 Leistungserfassung per Eingabemaske

Die Software muss die für die Leistungsabrechnung gemäß der Schnittstellenbeschreibung erforderlichen Informationen mittels einer geeigneten Eingabemaske erfassen. Leistungen werden jeweils pro Patient und Quartal (in Berufsausübungsgemeinschaften zusätzlich pro Arzt) erfasst.

Die Eingabemaske kann sich optisch am Abrechnungsschein orientieren, soll aber ausschließlich der Erfassung dienen (keine Informationsfunktion). Es ist daher unbedingt darauf zu achten, dass Textbestandteile des Abrechnungsscheins, die erklärenden oder rechtlichen Charakter haben, **nicht** in die Eingabemaske übernommen werden. Dadurch soll die Notwendigkeit von Updates bzw. die Veränderung der Eingabemaske weitgehend vermieden werden. Im Rahmen der Nutzung des Online-Abrechnungsportals geben alle teilnehmenden Ärzte die zur ordnungsgemäßen Abrechnung erforderlichen Erklärungen ab, so dass derlei Funktionalitäten von der Software nicht abgebildet werden müssen.

Anhang 3: Abrechnungsschein (nur auf individuelle Nachfrage erhältlich)

1.4 Abrechnungszyklen

Die Abrechnung erfolgt einmal pro Quartal (bis zum fünften Werktag des Folgequartals).

1.5 Regelwerk / Plausibilitätsprüfung

Für die Abrechnungsziffern muss ein jeweils vertragstypspezifisches Regelwerk hinterlegt werden, welches den Umfang und die Kombinationsmöglichkeiten der abrechnungsfähigen Leistungen definiert.

Ausschließlich folgende Symbolnummern finden im Zuge der Abrechnung Verwendung (jedoch nicht in allen Vertragstypen!):

99000 (Pseudoziffer) Übermittlung des Datums einer Erstanamnese, deren Dokumentation sich in den Unterlagen des Arztes befindet, aber vor Einschreibung des Patienten in die Versorgung erfolgt ist.

99600 Erstanamnese (mind. 60 Minuten), ab 12 Jahre

99601 Erstanamnese (mind. 40 Minuten), unter 12 Jahre

99602 Repertorisation

99603 Homöopathische Analyse

99604 Homöopathische Folgeanamnese (mind. 15 Minuten)

99605 Homöopathische Folgeanamnese (mind. 30 Minuten)

99606 Homöopathische Beratung (mind. 7 Minuten)

99777 (Pseudoziffer) Für die Abrechnung durch den teilnehmenden Arzt bzw. die Praxissoftware **nicht** relevant!

Die Abrechnung von Leistungsziffern setzt in der Regel die Erbringung einer Erstanamnese (99600 oder 99601) zu Beginn der Behandlung voraus. Durch die Übermittlung eines

Datums mit der Symbolnummer 99000 kann diese Anforderung durch eine bereits vor der Teilnahme des Patienten erbrachte identische Leistung erfüllt werden. Näheres ist den vertragstypspezifischen Regelwerken zu entnehmen.

Die Versorgung nach den Regelwerken DEQ und DE erfolgt seit 01.07.2016 im Rahmen eines **dreijährigen Versorgungszyklus**, welcher in den Regelwerken beschrieben ist: Mit der ersten Leistung beginnt ein **zweijähriger Leistungszeitraum**, in dem Leistungen nach dem Vertrag erbracht und abgerechnet werden können. Es schließt sich ein **vergütungsfreies Jahr** („Ruhejahr“) an, während welchem keine Leistungen nach dem Vertrag abgerechnet werden können.

Beispiel:

Einschreibung 25.06.2016

Erste Leistung 15.07.2016

Leistungszeitraum 15.07.2016 - 14.07.2018

Vergütungsfreies Jahr 15.07.2018 - 14.07.2019

*Weitere homöopathische Leistungen nach dem Vertrag können **frühestens** ab dem 15.07.2019 erbracht werden. Eine neue Leistung darf aber auch erst später wieder erbracht werden, je nach medizinischem Bedarf, z.B. erst am 16.02.2020. Hieraus würde sich dann als neuer Leistungszeitraum ergeben: 16.02.2020 - 15.02.2022.*

Die **Software soll die Verwaltung dieses Versorgungsablaufs (2+1 Jahre) erleichtern**, indem für jeden Patienten das Datum des Beginns des nächsten vergütungsfreien Zeitraums bzw. des frühestmöglichen Beginns des Leistungszeitraums angezeigt wird. Da es im Einzelfall zur Verschiebung des vergütungsfreien Zeitraums kommen kann (z.B. bei einem Behandlerwechsel, bei Stornierungen einzelner Leistungen durch den Kostenträger u.ä.), muss das vom System als Orientierung berechnete Datum ggf. vom Arzt manuell überschrieben bzw. korrigiert werden können.

Die Abrechnungsstelle stellt den teilnehmenden Ärzten monatlich eine Liste mit den aktuellen Ruhejahr-Daten zur Verfügung. Zur Vermeidung von Abrechnungsfehlern/ Absetzungen ist es empfehlenswert, die Angaben in der Software entsprechend abzugleichen. Ein Dialog kann den Anwender regelmäßig, mindestens einmal im Quartal, hieran erinnern.

Anhänge ohne Ordnungsnummer: vertragstypspezifische Regelwerke

1.6 Diagnoseschlüssel

Neben den Abrechnungsziffern und Behandlungsdatum müssen auch Diagnoseschlüssel erfasst und gemäß Schnittstellenbeschreibung übertragen werden.

Die Diagnosekodierung im Rahmen der Selektivverträge Homöopathie erfolgt nicht anders, als es in der Regelversorgung der Fall ist. Zu Kodieren sind

- die endständigen (terminalen) Schlüsselnummern
- einschließlich der Qualifizierung.
- Eine Seitenlokalisierung kann angegeben werden.

Die Diagnoseschlüssel sowie die Diagnosequalifizierungen werden manuell vom Bediener eingetragen.

Bei der Erfassung von Diagnoseschlüsseln müssen eine Suche nach Stichworten sowie eine Auswahl über die ICD-Hierarchie möglich sein. ~~Im Rahmen der Abrechnung werden die übermittelten ICD-Kodierungen auf Basis der jeweils geltenden ICD-Ausgabe überprüft. Anwender sollten bereits bei der Erfassung entsprechend unterstützt werden.~~

Es müssen beliebig viele Diagnosen eingegeben und übertragen werden können.

Das Programm soll mögliche Eingabefehler erkennen und ggf. Korrekturen anbieten (Groß-/ Kleinschreibung, Leerzeichen, nicht existente Codierungen [z.B. J40.00 statt J40]). Fehler in der Kodierung können zur Ablehnung der Abrechnung führen.

Hinweisen möchten wir ausdrücklich auf sogenannte sekundären Schlüsselnummern, da diese immer wieder Probleme bereiten. Das sind Codes, die nicht allein, sondern nur in Kombination mit einem anderen - primären - Kode benutzt werden können. In der ICD-10-GM gibt es zwei Arten von sekundären Codes: Ausrufezeichen- und Sternschlüsselnummern.

Die Diagnosekodierung hat stets entsprechend der jeweils gültigen ICD-10-GM zu erfolgen. Auf den Seiten des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) finden Sie den verbindlich anzuwendenden amtlichen ICD-Katalog einschließlich Hinweisen und Empfehlungen. Stellt der Gesetzgeber weitere Kodiervorgaben zur verbindlichen Anwendung ergänzend auf, sind diese ebenfalls zu beachten.

Beachten Sie, dass der Gesetzgeber für die Umsetzung verbindlich bestehender Kodiervorgaben eine Zertifizierung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vorschreibt. Sofern ein Abrechnungsprogramm über keine KVDT-Zertifizierung bei der KBV verfügt, müssen Anbieter entsprechender Softwaremodule bei der KBV eine Zertifizierung zum Thema Kodierunterstützung durchführen (Kontakt: ita@kbv.de).

1.7 Dauerdiagnosen

Das Programm muss die Speicherung von Dauerdiagnosen unterstützen. Diese Dauerdiagnosen sollen bei der Erfassung von Abrechnungsdiagnosen zur Übernahme angeboten werden.

2 Produkteinsatz

Die Software kommt in Arztpraxen, welche homöopathische Behandlungen nach den genannten Verträgen anbieten, zum Einsatz.

Produkte, die nach Selbstauskunft die hier beschriebenen Anforderungen und die in Zukunft erforderlichen Anpassungen umsetzen, werden durch die Managementgesellschaft auf einer Positivliste erfasst, welche teilnehmenden Ärzten als Orientierungshilfe zur Verfügung gestellt werden kann.

3 Allgemeine Anforderungen

Alle Funktionen sind bedienerfreundlich, „selbsterklärend“ und optisch ansprechend umzusetzen. Die Software soll auf den gängigsten Betriebssystemen einsatzfähig sein.

Das Programm soll netzwerkfähig sein. Eine geeignete Updatefunktion ist einzurichten.

3.1 Installation

Die Softwareinstallation soll automatisiert ohne nötige manuelle Eingriffe des Bedieners erfolgen. Eine Installationsbeschreibung soll der Software beigelegt sein.

3.2 Erstanmeldung

Beim Erststart des Programmes müssen die Stammdaten der Praxis angelegt werden. Folgende Pflichtfelder müssen ausgefüllt werden:

- Name
- Vorname
- Praxisanschrift bestehend aus:
 - Straße
 - Hausnummer
 - Postleitzahl
 - Ort
- Betriebsstättennummer (BSNR, NBSNR)
- Arztnummer (LANR)
- Telefonnummer

Werden diese Felder nicht ausgefüllt, soll eine Praxis nicht angelegt werden können.

Folgende „Kann-Felder“ sollen eingerichtet werden:

- Titel
- Faxnummer
- E- Mail Adresse
- Praxisname

3.2.1 Berufsausübungsgemeinschaft

Im Falle einer Berufsausübungsgemeinschaft mit zwei oder mehr teilnehmenden Ärzten müssen auch die Namen und die LANR weiterer Ärzte eingetragen werden können. Nehmen mehrere Ärzte derselben Betriebsstätte teil, steht diesen nur ein gemeinsames Leistungsvolumen pro Patient zur Verfügung.

Teilnehmende angestellte Assistenten ohne eigene LANR (z.B. Weiterbildungs- oder Sicherstellungsassistenten) rechnen mit der LANR und BSNR des sie anstellenden Arztes ab und treten somit abrechnungstechnisch extern nicht in Erscheinung. Das bedeutet, dass beiden Ärzten pro Patient ein gemeinsames Leistungsvolumen zur Verfügung steht und gegenseitige Vertretungsleistungen nicht als solche dokumentiert werden können. In

Ausnahmefällen kann die Managementgesellschaft der Nutzung einer Pseudo-LANR (999999900) zustimmen.

3.2.2 Kennzeichnung der Abrechnung von Leistungen bei Berufsausübungsgemeinschaften

Pro Arzt, Patient und Quartal wird jeweils ein Datensatz erstellt. Dabei ist die Lebenslange Arztnummer (LANR) desjenigen Arztes zu erfassen, der die Behandlung durchgeführt hat.

Die Wahl der LANR soll über ein Auswahlfeld aus den jeweiligen Ärzten der Praxis erfolgen. Für Ärzte, die nicht Betreuarzt (4.4.1) sind, soll automatisch das Vertreter-kennzeichen erfasst und im Rahmen der Abrechnung übermittelt werden.

Es muss möglich sein, die erbrachten Leistungen nach dem einzelnen Arzt zu sortieren und auszudrucken.

3.3 Vertretungsfälle

Findet die Behandlung im Rahmen einer Vertretung statt, muss zur Abrechnung der Leistungen ein entsprechendes Vertreterkennzeichen eingetragen und übermittelt werden können. Jeder BSNR steht nur ein Leistungsvolumen zur Verfügung. Das Übrige bilden die jeweiligen Regelwerke ab.

3.4 Startmaske

Alle Funktionalitäten sollen über eine Menüleiste bedient werden können. Die wichtigsten Funktionen sollen mit Hilfe von „Buttons“ ausgewählt werden können.

3.5 Kartenlesegerät

Für das Einlesen der elektronischen Versichertenkarte muss die Kommunikation mit einem Kartenlesegerät vorgesehen werden. Das Lesegerät muss nicht zertifiziert sein. Das Programm soll auf dasjenige Lesegerät zugreifen, welches im Rahmen der regulären KV-Abrechnung genutzt wird.

4 Funktionalitäten

4.1 Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte

Das Programm muss über einen Befehl oder Menüpunkt das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) ermöglichen. Der Benutzer sollte dann aufgefordert werden, die eGK in das Lesegerät einzuführen.

Wird eine eGK eingeschoben, müssen die dort enthaltenen Daten ausgelesen werden. Es erfolgt ein Abgleich, ob der Patient bereits angelegt ist, oder ob es sich um einen neuen Patienten handelt.

Wurde die eGK bereits einmal eingelesen, sollte der damit verbundene Patient direkt angezeigt werden.

Ist die eGK noch nicht bekannt, muss der Nutzer die Möglichkeit erhalten, den Patienten entweder neu anzulegen oder die Karte einem bereits existierenden Patienten zuzuordnen.

Wenn der Patient angelegt wird, muss abgefragt werden, mit welchem Vertragstyp er angelegt werden soll. Diese Zuordnung muss manuell durch den Arzt erfolgen. Ist der Vertragstyp zum Zeitpunkt der Erfassung unbekannt, dann soll der Patient trotzdem angelegt werden können. Die Erfassung des Vertragstyps dient der Software zur Zuordnung des jeweiligen Regelwerks für die Durchführung der Regelwerksprüfung. Eine Abrechnung von Leistungen für die aufgrund der fehlenden Zuordnung des Vertragstyps keine Prüfung erfolgen konnte, sollte verhindert werden, bis diese Prüfung erfolgt ist.

4.2 Teilnehmende Krankenkassen

Über teilnehmende Krankenkassen und die Zuordnung zu den jeweiligen Vertragstypen informiert die Managementgesellschaft alle teilnehmenden Ärzte monatlich über ihr Internetportal bzw. per Fax oder E-Mail. Teilnehmende Krankenkassen dürfen nicht in der Software hinterlegt werden, da es hier zu kurzfristigen Veränderungen kommen kann. Hinweis: Im Rahmen des Zusatzanforderungsprofils ist eine entsprechende Funktion beschrieben. (freiwillige Leistung)

Es besteht die Möglichkeit, dass einzelne Verträge regionalen Einschränkungen unterliegen (keine bundesweite Geltung). Auch hierüber werden teilnehmende Ärzte durch die Managementgesellschaft informiert.

Der Nutzer kann über einen monatlichen Dialog seitens der Software daran erinnert werden, die jeweils aktuelle Liste der teilnehmenden Krankenkassen von der Internetseite der Managementgesellschaft unter www.managementgesellschaft-dzvhae.de herunterzuladen und einzusehen.

4.3 Patientenverwaltung

4.3.1 Patientenübersicht

Die Verwaltung der Patientendaten soll in einer Patientenübersicht erfolgen. Die wichtigsten Patientendaten sollen in tabellarischer Form angezeigt werden.

Pat.-Nr.	Name	Vorname	Geburtsdatum	Kasse (IK)	Vertragstyp	...
----------	------	---------	--------------	------------	-------------	-----

Es müssen folgende Funktionen unterstützt werden:

- Anzeige sämtlicher Patienten
- Suche nach Nachname
- Suche nach Patienten-/Versichertennummer
- Wahlweise Sortierung der Suchergebnisse nach Patientennummer oder Name

Hinsichtlich weiterer Komfortfunktionen stellt die Managementgesellschaft keine weiteren Anforderungen. Denkbar wären jedoch zum Beispiel:

- Suche nach ähnlich klingenden Namen
- Suche nach Patienten mit bestimmter Leistungsziffer
- Suche nach Patienten mit bestimmter Diagnoseziffer
- Sortierung der Suchergebnisse über sämtliche Spalten (z.B. durch Anklicken der Spaltenüberschrift)
- Ausdruck der Suchergebnisse

Bei der Auswahl eines Patienten sollen seine Stammdaten komplett sichtbar werden.

4.3.2 Versichertenstammdaten

Neben den auf der elektronischen Gesundheitskarte enthaltenen Daten sollen noch Geschlecht, automatisch generierte (praxisinterne) Patientennummer und das Erstanlagedatum automatisch erfasst werden.

- Bezeichnung und Ort der ausstellenden Krankenkasse
- Kassenummer oder Institutionskennzeichen
- Der abrechnende Kostenträger ist anhand der Kostenträgerstammdaten der KBV zu ermitteln.
- Kartenummer
- Titel (optional)
- Vorname
- Namenszusatz (optional)
- Familienname
- Geburtsdatum
- Ländercode (optional, wenn nicht vorhanden: Deutschland)
- Anschrift (Postleitzahl, Ort und Straße)
- Krankenversichertennummer
- Versichertenstatus
- bei befristeter Gültigkeit der Karte das Datum des Fristablaufs
- Geschlecht
- automatisch generierte fortlaufende (praxisinterne) Patientennummer
- Datum der Ersterfassung

4.3.3 Patientenansicht (einzeln)

In der Patientenansicht sollen neben den Stammdaten auch die Teilnahmeerklärung und die im laufenden Quartal bereits erfassten Leistungen angezeigt werden. Über die Patientenansicht müssen die gesamte Leistungshistorie des Patienten sowie die Eingabemaske zur Erfassung erbrachter Leistungen aufgerufen werden können.

Es muss vorgesehen sein, dass zukünftig ggf. auch weitere Dokumente angezeigt werden können.

4.3.4 Betreuarzt

Für jeden Patienten soll die Zuweisung eines Betreuarztes möglich sein. Dies erleichtert dem Benutzer den Umgang mit Vertretungsfällen.

4.4. Teilnahme- und Einverständniserklärung des Patienten

Der Einschreibevorgang von Patienten in die Versorgung ist nicht kostenträgerübergreifend einheitlich geregelt und kann sich von Zeit zu Zeit ändern. Die Software soll auf **die in jedem Fall notwendige Einschreibung von Patienten** hinweisen und die Ausstellung des Formulars „Teilnahme- und Einverständniserklärung des Patienten“ (TE Patient) unterstützen. Dieser Vorgang muss immer dann wiederholt werden, wenn der Patient seine Krankenkasse gewechselt hat (erneute Einschreibung).

Das jeweils aktuelle Formular TE Patient wird den teilnehmenden Ärzten ab 01.01.2017 ausschließlich per Download auf der Internetseite der Managementgesellschaft zur Verfügung gestellt und wird **nicht in der Software hinterlegt**. Die Auswahl des korrekten/ aktuellen Einschreibeformulars sowie des jeweils vorgesehenen Einschreibeprozederes obliegen allein dem teilnehmenden Arzt.

Hinweis: Im Rahmen des Zusatzanforderungsprofils ist eine entsprechende Funktion beschrieben. (freiwillige Leistung)

Die teilnehmende Praxis legt das ihr vorliegende korrekte Formular in den Drucker ein und dort erfolgt lediglich der Ausdruck der noch erforderlichen Daten in den hierfür vorgesehenen Druckfeldern, insbesondere des Personalienfeldes entsprechend der kassenärztlich üblichen Vorgaben.

Ziel dieses Vorgehens ist es, notwendige Änderungen der TE Patient oder ggf. auch die Einführung krankenkassenindividueller Formulare kurzfristig und ohne Update der Software umsetzen zu können. Die vorgesehenen Druckfelder bleiben bei Anpassungen des Formulars unverändert. Vor diesem Hintergrund werden Änderungen an der TE Patient den Softwareunternehmen nicht mitgeteilt.

Hintergrund Einschreibung

Mit einigen teilnehmenden Krankenkassen ist vereinbart, dass die Teilnahmeerklärung vor Behandlungsbeginn vom Patienten in der Praxis unterzeichnet und dann lediglich zu den Patientenunterlagen genommen werden muss.

Mit anderen teilnehmenden Krankenkassen ist vereinbart, dass die Teilnahmeerklärung vor Behandlungsbeginn per Telefax an die Krankenkasse zu übermitteln ist.

Im Zuge der Einschreibung von Patienten in die Versorgung soll der Nutzer daran erinnert werden, eine ggf. notwendige Übermittlung der Teilnahmeerklärung an die jeweilige Krankenkasse zu überprüfen. In der Software soll dokumentiert werden können, dass und wann der Patient unterschrieben hat und wann (Datum und Uhrzeit) diese Erklärung ggf. an die jeweilige Krankenkasse gefaxt wurde. Zusätzlich empfehlen wir den teilnehmenden Praxen die Aufbewahrung des Fax-Protokolls/Journals zu Dokumentationszwecken.

Andere teilnehmende Krankenkassen stellen Kostenübernahmebestätigungen für teilnehmende Patienten aus, nach dem diese das unterzeichnete Formular persönlich bei einer Geschäftsstelle der jeweiligen Krankenkasse eingereicht haben. Der Nutzer soll die Möglichkeit haben, das Vorliegen einer solchen Bestätigung in der Software mit Datum zu dokumentieren.

In den Vertragstypen DEQ und DE gilt die Einschreibung des Patienten bei demselben Arzt ohne Unterbrechung fortlaufend auch über das vergütungsfreie Jahr fort und muss mit Beginn eines neuen Leistungszeitraums nicht wiederholt werden.

Die Managementgesellschaft informiert auf ihrer Internetseite und in regelmäßigen Rundschreiben alle teilnehmenden Ärzte über die mit den Krankenkassen vereinbarten Einschreibeverfahren und stellt entsprechende Übersichten, Informationsmaterialien sowie das jeweils aktuelle Formular TE Patient zur Verfügung.

Hinweis: Der jeweils erste Abrechnungsschein nach der Einschreibung eines Patienten muss das Datum einer bereits erbrachten Erstanamnese (Pseudoziffer 99000) enthalten, sofern mit diesem Schein die Ziffer 99600 bzw. 99601 oder ggf. 99607 nicht zur Abrechnung gebracht wird.

Anhang 4: Vorlage Druckfelder „Teilnahmeerklärung des Patienten“ (alle Formularvarianten sehen identische Druckfelder vor)

4.5 Leistungserfassung

Durch ein Auswahlfeld muss die Erfassung von Leistungen für einen bestimmten Patienten begonnen oder fortgesetzt werden können. Außerdem müssen Korrekturen an bereits erfassten Leistungen möglich sein - bis hin zu einer ganzen bzw. teilweisen Löschung.

Es ist eine Übersicht aller für einen Patienten erfassten Leistungen und Diagnosen anzubieten (Historie). Über diese Übersicht sollen die einzelnen Leistungen und Diagnosen verwaltet und bearbeitet werden können. Der zugrundeliegende Vertragstyp und in Berufsausübungsgemeinschaften auch der jeweils zugeordnete Arzt sollen aus der Übersicht erkennbar und ggf. zu bearbeiten sein. Abgerechnete Leistungen, also Leistungen, die bereits in einer Abrechnungsdatei erfasst wurden, sind entsprechend zu kennzeichnen.

Es muss sichergestellt sein, dass z.B. im Fall eines Krankenkassenwechsels durch einen Patienten im laufenden Quartal, Leistungen für diesen einem anderen bzw. einem zweiten Kostenträger zugeordnet werden können.

4.6 Erstanamnesedatum

Wird mit der ersten Abrechnung eines Patienten keine Erstanamnese bzw. - sofern zulässig - keine Akutanamnese erbracht, muss die Pseudoziffer 99000 (Datum einer bereits erbrachten Erstanamnese) erfasst und übermittelt werden. Das Vorliegen einer dokumentierten Erstanamnese ist Abrechnungsvoraussetzung! Diese kann aber bereits vor der Teilnahme des Patienten am Vertrag erbracht worden sein (z.B. privat oder bedingt durch den Wechsel der Krankenkasse gegenüber einem anderen Kostenträger).

Das Erstanamnesedatum muss also bei Bedarf manuell nacherfasst werden. Dieses Datum wird regelmäßig nicht in das jeweils aktuelle Abrechnungsquartal fallen. Es muss nur einmalig an die Abrechnungsstelle übermittelt werden. Das Programm sollte die Erfassung der Pseudoziffer 99000 in den beschriebenen Fällen erzwingen.

Der Benutzer ist durch einen geeigneten Dialog zu unterstützen.

4.7 Druckfunktion

Die Druckfunktion sollte folgende Möglichkeiten vorsehen:

- Einzeldruck Teilnahmeerklärung
- Einzeldruck erfasster Leistungsziffern und Diagnosen je Patient
- Sammeldruck erfasster Leistungsziffern und Diagnosen nach Quartal (auch zurückliegende)
- Sammeldruck erfasste Leistungsziffern und Diagnosen nach Auswahl bestimmter Patienten
- Einzeldruck aller im Rahmen der Abrechnungserstellung in einer Abrechnungsdatei erfassten Abrechnungsdaten

5 Quartalsabrechnung

Die Quartalsabrechnung soll über ein Feld (und/oder Menüleiste) in der Ausgangsmaske gestartet werden können. Ziel der Abrechnung ist es grundsätzlich, eine abrechnungsfähige Datei gemäß den Anforderungen der Schnittstellenbeschreibung zu erzeugen, die alle im jeweiligen Quartal erfassten Leistungen (vertragstypübergreifend) umfasst. Die Datei muss anschließend über den individuellen Zugang des teilnehmenden Arztes an das Online-Abrechnungsportal übergeben werden können. Hierzu kann es ggf. erforderlich sein, die Datei zuvor auf dem Computer und/oder einem Datenträger zwischenzuspeichern.

Es muss ein Auswahlfeld erscheinen, für welches Abrechnungsquartal bzw. auf Grundlage welcher Daten eine Abrechnungsdatei erzeugt werden soll. Dabei ist zu beachten, dass entsprechend den Bestimmungen der einzelnen Regelwerke ggf. auch Leistungen aus vorangegangenen Quartalen nachträglich zur Abrechnung gebracht werden können.

Einmal erzeugte Abrechnungsdateien sollen archiviert werden. Aufgrund notwendiger Korrekturen kann es mehr als eine Datei pro Quartal geben. Mittels einer Übersicht sollen alle historischen Abrechnungsdateien verwaltet werden können. Die Übersicht soll anzeigen, wann eine Datei erzeugt wurde.

Standardmäßig erfolgt die Abrechnung ausschließlich elektronisch über ein spezielles Online-Abrechnungsportal, welches die Abrechnungsdatei annimmt. Hierzu meldet sich der teilnehmende Arzt auf der entsprechenden Internetseite an und lädt die Datei hoch. Die Datei wird sofort auf formale und inhaltliche Fehler geprüft. Treten Fehler auf, lehnt das Portal die Annahme der Datei ab und gibt ein Fehlerprotokoll aus. Anhand des Fehlerprotokolls muss der Arzt die Daten in seiner Praxissoftware korrigieren und erzeugt dann eine im Idealfall fehlerfreie Abrechnungsdatei, die das Portal annimmt.

Alternativ soll der Arzt die fehlerhaften Datensätze von der Abrechnung ausnehmen können, um eine fehlerfreie Abrechnungsdatei zu erzeugen. Der Arzt kann dann zu einem späteren Zeitpunkt eine weitere Abrechnungsdatei nur mit den nicht eingereichten, zwischenzeitlich korrigierten Datensätzen einreichen.

Die Software kann den direkten Aufruf des Online-Aannahmeportals anbieten, z.B. indem der Nutzer die entsprechende <https://>-Adresse selbständig in der Software hinterlegt, die dann durch Klicken auf einen bestimmten Button direkt die Login-Seite des Annahmeportals im Browser (Internet Explorer [Version 8.0 oder neuer], Firefox [Version 3.5.1 oder neuer], Chrome, Safari) öffnet.

Im aktuellen, noch nicht abgerechneten Quartal sollen jederzeit alle noch nicht abgerechneten Leistungen angezeigt werden können.

Für eventuelle Statistikfunktionen ist zu beachten, dass innerhalb desselben Vertragstyps den einzelnen Leistungsziffern abweichende Honorare zugeordnet und jährliche Anpassungen vereinbart sein können. Dies betrifft derzeit Kostenträger aus den Vertragstypen E und E-Diplom. Die Bestimmungen zu den einzelnen Leistungen (Anzahl, Frequenzen, Ausschlüsse) sind innerhalb desselben Vertragstyps jedoch immer identisch.

Um Programmier- und Aktualisierungsaufwände zu begrenzen, ist diesem Pflichtenheft pro Vertragstyp nur ein Regelwerk beigelegt, welches das jeweils geringste Honorar ausweist. Im Rahmen einer unverbindlichen Statistikfunktion der Abrechnungssoftware kann es daher bei den realen Umsätzen Abweichungen nach oben geben.

6 Support

Ein Minimalsupport der Anwender über E-Mail und Telefonhotline (mindestens 1 Stunde täglich) muss sichergestellt sein.

7 Datensicherung

Es ist eine Funktion zur manuellen Datensicherung auf alle üblichen Datenträger vorzusehen. Die letzte durchgeführte Datensicherung ist im Startfenster sichtbar zu machen. Wurde über eine gewisse Zeit keine Datensicherung durchgeführt, so ist der Benutzer darauf hinzuweisen.

8 Statistikfunktion

Die Software sollte die üblichen Auswertungstools vorhalten. Die Managementgesellschaft formuliert hierzu jedoch keine Anforderungen.

Denkbar wären folgende Funktionalitäten:

- I. Auswertung nach Arzt
 - Abgerechnete Leistungsziffern
- II. Auswertung nach Krankenkasse
 - Anzahl Patienten
- III. Auswertung nach Patient
 - Abgerechnete Leistungsziffern

Achtung!

Innerhalb der Vertragstypen E und E-Diplom können mit einzelnen Kostenträgern abweichende Honorare und jährliche Anpassungen vereinbart sein. Die Bestimmungen zu den einzelnen Leistungen (Anzahl, Frequenzen, Ausschlüsse) sind innerhalb desselben Vertragstyps jedoch immer identisch. Siehe dazu auch Abschnitt 5.

9 Updates

Notwendige inhaltliche Veränderungen an der Software (z.B. Gesetzes- oder Vertragsänderungen) teilt die Managementgesellschaft unter Berücksichtigung der teils langen Vorlaufzeiten einzelnen Softwarehäuser frühzeitig (ca. 18 Wochen) vor dem Umsetzungsdatum einheitlich per E-Mail allen Anbietern mit, soweit diese auf der Anbieterliste genannt werden (siehe 1.). Bestandteil der Mitteilung ist ein Antwort-Fax, dass die Veränderungen rechtzeitig und vollständig umgesetzt werden. Ein entsprechender Rücklauf seitens der Anbieter sollte der Managementgesellschaft ca. sechs Wochen vor dem Umsetzungsdatum vorliegen - ein Einsendeschuss wird jeweils angegeben.

Verzeichnis der Anhänge

- Anhang 1 Schnittstellenbeschreibung ab 01.10.2019 (Version 2.9/Stand: 25.04.2019)
- Anhang 2 Vertragstypenübersicht (Stand: 01.10.2019)
- Anhang 3 Abrechnungsschein (nur auf Nachfrage erhältlich)
- Anhang 4 Vorlage Druckfelder für „Teilnahmeerklärung des Patienten“ (alle
Formularvarianten sehen identische Druckfelder vor)

Anhänge ohne Ordnungsnummer:

- Regelwerk Vertragstyp P ab 01.10.2013 (Stand: 03.02.2015)
- Regelwerk Vertragstyp E ab 01.10.2013 (Stand: 03.02.2015)
- Regelwerk Vertragstyp DEQ ab 01.10.2018 (Stand: 22.08.2018)
- Regelwerk Vertragstyp DE ab 01.10.2018 (Stand: 17.04.2018)
- Regelwerk E-Diplom ab 01.03.2015 (Stand: 01.10.2019)

Historie

Version	Gültig ab	Änderungen
2.0	01.07.2012	Grundlegende Überarbeitung auf Grundlage Version 1.6 (2008)
2.1	01.10.2012	Aktualisierung Verzeichnis der Anhänge
2.2	01.01.2013	Aktualisierung Verzeichnis der Anhänge
3.0	01.10.2013	Anhänge neu nummeriert und Anhangsverzeichnis aktualisiert; aufgrund der Einführung des Online-Abrechnungsportals Überarbeitung - insbesondere, aber nicht nur, der Abschnitte 4 und 5 ; kein Vertragstyp DE-plus mehr; keine Praxisgebühr mehr; kein Evaluationsbogen mehr
3.1	01.04.2014	Kapitel 1.6: Ergänzung zum ICD; Kapitel 5: Überarbeitung erster Absatz und Spezifizierung des Internetbrowsers; Aktualisierung Verzeichnis der Anhänge
3.2	01.07.2015	Neuer Vertragstyp E-Diplom; eGK; verschiedene Anpassungen zum besseren Verständnis; Aktualisierung Verzeichnis der Anhänge
4.0	01.01.2017	Änderungen Verfahren TE Patient (Druckfelder) sowie resultierende Änderungen aus Anpassungen der Vertragstypen DEQ und DE – betrifft insbesondere die Abschnitte 1.5 und 4.4; Aktualisierung Verzeichnis der Anhänge
5.0	01.01.2019	Klarstellende Ergänzungen in den Abschnitten 1, 1.5 und 4.4; ; Aktualisierung Verzeichnis der Anhänge
6.0	01.04.2019	Streichung Ziffer 99608 in Abschnitt 1.5 Klarstellende Ergänzungen in den Abschnitten 4.2 und 4.4; Aktualisierung Verzeichnis der Anhänge
7.0	01.10.2020	Ergänzung im Punkt 5 „Quartalsabrechnung“ zum Thema Abweichungen von realen Umsätzen Ergänzung im Punkt 8 „Statistikfunktion“ zum Thema abweichende Honorare Aktualisierung der Anhänge
<u>7.1</u>	<u>01.10.2021</u>	<u>redaktionelle Überarbeitung und Aktualisierung Abschnitt 1.6</u>

Versionen x.0 werden jeweils automatisch und vollständig einschließlich aller Anhänge an die Softwarehäuser ausgeliefert.