



MGL | Managementgesellschaft für Gesundheitsleistungen mbH

Pflichtenheft

Versorgung „Integrative Medizin“

Version 1.0
gültig ab: 01.07.2023

Inhalt

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | Einleitung | 3 |
| 1.1 | Ausgangssituation | 4 |
| 1.2 | Vertragstypen | 4 |
| 1.3 | Leistungserfassung per Eingabemaske | 4 |
| 1.4 | Abrechnungszyklen | 4 |
| 1.5 | Regelwerk / Plausibilitätsprüfung | 5 |
| 1.6 | Diagnoseschlüssel | 5 |
| 1.7 | Dauerdiagnosen | 6 |
| 2 | Produkteinsatz | 7 |
| 3 | Allgemeine Anforderungen | 8 |
| 3.1 | Installation | 8 |
| 3.2 | Erstanmeldung | 8 |
| 3.2.1 | Berufsausübungsgemeinschaft | 8 |
| 3.2.2 | Kennzeichnung der Abrechnung von Leistungen bei Berufsausübungsgemeinschaften | 9 |
| 3.3 | Vertretungsfälle | 9 |
| 3.4 | Startmaske | 9 |
| 3.5 | Kartenlesegerät | 9 |
| 4 | Funktionalitäten | 10 |
| 4.1 | Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte | 10 |
| 4.2 | Teilnehmende Krankenkassen | 10 |
| 4.3 | Patientenverwaltung | 11 |
| 4.3.1 | Patientenübersicht | 11 |
| 4.3.2 | Versichertenstammdaten | 11 |
| 4.3.3 | Patientenansicht (einzeln) | 12 |
| 4.3.4 | Betreuarzt | 12 |
| 4.4. | Teilnahme- und Einverständniserklärung des Patienten | 12 |
| 4.5 | Leistungserfassung | 14 |
| 4.6 | Homöopathische/naturheilkundliche Anamnese (Ziffer 99400) | 14 |
| 4.7 | Druckfunktion | 15 |
| 5 | Quartalsabrechnung | 16 |
| 6 | Support | 17 |
| 7 | Datensicherung | 17 |
| 8 | Statistikfunktion | 17 |
| 9 | Updates | 17 |
| | Verzeichnis der Anhänge | 18 |
| | Historie | 19 |

1 Einleitung

Dieses Pflichtenheft beschreibt die Anforderungen an eine Software zur Erstellung einer vertragskonformen Abrechnungsdatei für Leistungen nach Verträgen zur Versorgung mit Integrativer Medizin 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 für Gesundheitsleistungen (MGL) konzentriert sich weitgehend auf die Formulierung ausschließlich abrechnungsrelevanter Anforderungen. Eine vertragliche Beziehung zu den einzelnen Softwarehäusern besteht nicht.

Die MGL stellt teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten eine Übersicht derjenigen Hersteller zur Verfügung, die laut Selbstauskunft, ein Produkt anbieten, welches die jeweils aktuellen Anforderungen erfüllt, und eine entsprechende Veröffentlichung wünschen. In der Regel wird die Selbstauskunft nicht durch die MGL überprüft. Sie kann aber überprüft werden, was ggf. zur Streichung von der Liste führt, wenn die Anforderungen entgegen der Selbstauskunft nicht erfüllt werden.

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

Um zukünftige Änderungen am Anforderungsprofil nicht zu verpassen, empfehlen wir Anbietern quartalsweise auf der Internetseite <https://ais.mgl-gesund.de> Einblick in die jeweils aktuellen Unterlagen zu nehmen oder sich dort für den Newsletter der MGL zu registrieren, der automatisch über anstehende Veränderungen informiert.

Grundsätzlich behält sich die MGL 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.

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

1.1 Ausgangssituation

Die MGL schließt mit Krankenkassen im ganzen Bundesgebiet Verträge zur Versorgung mit Integrativer Medizin ab. 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 MGL. Diese können händisch ausgefüllt und eingereicht werden.

Die MGL formuliert keine Anforderungen zur Erstellung von papiergebundenen Abrechnungsbelegen mittels einer Software.

Anhang 1: Schnittstellenbeschreibung

1.2 Vertragstypen

Derzeit sind alle teilnehmenden Krankenkassen in einem gemeinsamen Vertragstyp gebündelt. Sollten es zukünftig vertragliche Differenzierungen erforderlich machen, dass sich die Verarbeitung von Leistungen für Versicherte einzelner Krankenkassen unterscheiden müssen (z.B. abweichendes Regelwerk zu den Leistungsziffern), ist eine Ergänzung um weitere Vertragstypen nicht ausgeschlossen. Ein Vertragstyp bündelt dann jeweils mehrere Einzelverträge mit identischer Struktur.

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 2: 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:

99000 (Pseudoziffer) zur EDV-technischen Übermittlung des Datums einer homöopathischen/naturheilkundlichen Anamnese (99400), deren Dokumentation sich in den Unterlagen des Arztes befindet, aber vor Einschreibung des Patienten in diesen Vertrag erfolgt ist. Bei Einsendung von Papierbelegen ist das Feld "Erstanamnese vor Teilnahme an diesem Vertrag" mit einem Datum zu füllen. Eine Pseudoziffer entfällt in diesem Fall.

99400 Homöopathische/naturheilkundliche Anamnese (mind. 30 Minuten)

99401 Homöopathische Analyse/Repertorisation
Naturheilkundliche Behandlungsplanung (mind. 20 Minuten)

99402 Folgebehandlung (mind. 10 Minuten)

Die Abrechnung von Leistungsziffern setzt in der Regel die Erbringung einer Anamnese (99400) 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.

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 Versorgungsverträge Integrative Medizin erfolgt nicht anders, als es in der Regelversorgung der Fall ist. Zu kodieren sind

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

Bei der Erfassung von Diagnoseschlüsseln müssen eine Suche nach Stichworten sowie eine Auswahl über die ICD-Hierarchie möglich sein.

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 integrativ-medizinische 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 MGL 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.

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 Vertreterkennzeichen 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 er einem Vertragstyp **automatisch** zugeordnet werden.

Dazu werden zwei Schritte eingehalten:

- 1. Ist der Patient bei einer teilnehmenden Krankenkasse
 - o Ja → Schritt 2
 - o Nein → Hinweis vom System, dass die Krankenkasse des Patienten nicht teilnimmt, Möglichkeit der manuellen Erfassung durch die Praxis mit Hilfe eines Blankoformulars
- 2. Zuordnung
 - o Bei 1. = Ja → Automatische Zuordnung des Patienten über seine Krankenkasse zu einem Vertragstyp
 - o Bei 1. = Nein →
 - Blankoformular leer = Abbruch
 - Blankoformular ausgefüllt = Aufnahme in die Abrechnung

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 MGL alle teilnehmenden Ärzte monatlich über ihr Internetportal bzw. per Fax oder E-Mail.

Die teilnehmenden Krankenkassen werden in der Software hinterlegt.

Sofern Änderungen vorliegen, stellt die Managementgesellschaft für Gesundheitsleistungen monatlich eine Liste der aktuell teilnehmenden Krankenkassen, die dem Dateityp .csv entspricht (Trennzeichen „;“), im Internet zur Verfügung. Diese Datei muss monatlich in die

Software eingelesen werden, um sicherzustellen, dass die Software stets über die aktuellen Informationen verfügt. Alle vorherigen Versionen dieser Datei verlieren ihre Gültigkeit, wenn eine neue Datei bereitgestellt ist. Soweit erforderlich, ist die aktualisierte Datei jeweils ab dem letzten Werktag eines Monats verfügbar.

Internetadresse der Datei: <https://ais.mgl-gesund.de/im/kassenliste/kassenliste.csv>

Aufbau der Datei:

HAUPT_IK;NEBEN_IK;KASSENBEZ;GUELTIG_AB;GUELTIG_BIS;Vertragstyp;TE-Patient;Regelwerk;Verfahren;Verfahren_Zusatz;Bestätigung;Behandlungsbeginn erst nach Bestätigung KK

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

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 Nachnamen
- Suche nach Patienten-/Versichertennummer
- Wahlweise Sortierung der Suchergebnisse nach Patientenummer oder Namen

Hinsichtlich weiterer Komfortfunktionen stellt die MGL keine 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) Patientenummer und das Erstanlagdatum automatisch erfasst werden.

- Bezeichnung und Ort der ausstellenden Krankenkasse
- Kassenummer oder Institutionskennzeichen
- Der abrechnende Kostenträger ist anhand der Kostenträgerstammdatei der KBV zur 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

In der Software muss das Formular der Teilnahme- und Einverständniserklärung des Patienten (TE Patient) in seiner jeweils aktuellen Fassung verfügbar sein. Im Rahmen der Versorgungsverträge „Integrative Medizin“ gibt es derzeit nur eine Formularvariante.

Im Zuge der Einschreibung von neu teilnehmenden Patienten in die Versorgung soll der Nutzer daran erinnert werden, eine ggf. notwendige Übermittlung der TE Patient an die jeweilige Krankenkasse zu überprüfen. Das Programm soll ggf. die automatische Ausgabe des um die erforderlichen Angaben ergänzten Formulars vorsehen.

Die Software soll dokumentieren, dass und wann die Einschreibung von der Praxis vorgenommen (Datum und Uhrzeit) und wann die TE Patient ggf. an die jeweilige Krankenkasse übermittelt wurde.

Soweit es zukünftig erforderlich werden sollte, dass bei einzelnen teilnehmenden Krankenkassen eigene Varianten der TE Patient Anwendung finden, soll die korrekte Zuordnung und Ausgabe des um die erforderlichen Angaben ergänzten Formulars automatisch durch das Programm erfolgen.

Es muss sichergestellt sein, dass neue oder geänderte Formulare jeweils kurzfristig in die Software eingespielt und auch etwaige Änderungen an den jeweiligen Einschreibeverfahren entsprechend zügig berücksichtigt werden.

Die Managementgesellschaft für Gesundheitsleistungen stellt monatlich eine Zusammenstellung der aktuellen Formulare im Internet zur Verfügung. Alle vorherigen Versionen eines bestimmten Formulars verlieren ihre Gültigkeit, wenn eine neue Fassung bereitgestellt ist. Die Zusammenstellung der Formulare ist aktualisiert jeweils am letzten Werktag eines Monats verfügbar. Die Zusammenstellung liegt im .csv Format vor und beinhaltet den Namen der TE, den Gültigkeitszeitraum und Downloadlink der TE.

Internetadresse der Zusammenstellung <https://ais.mgl-gesund.de/im/te-patient/gesamt.csv>

Internetadresse der einzelnen TE: [https://ais.mgl-gesund.de/im/te-patient/\[Name wie in Spalte TE-Patient\].pdf](https://ais.mgl-gesund.de/im/te-patient/[Name wie in Spalte TE-Patient].pdf)

Im Rahmen der Ausgabe des Formulars soll darauf hingewiesen werden, wie mit dem unterschriebenen Formular zu verfahren ist. In der Regel gilt:

- faxen und archivieren

Über ggf. abweichende Verfahren informiert die jeweils aktuelle Krankenkassenliste (siehe 4.2). Die Information, welches Einschreibeverfahren für welche Krankenkasse anzuwenden ist und ggf. welche Faxnummer gilt, ist in der Krankenkassenliste hinterlegt.

Zukünftig streben einige Krankenkassen die Möglichkeit der Online-Einschreibung an. Den hieran teilnehmenden Krankenkassen wird die unterzeichnete TE Patient nicht überspielt, sondern allein in der Akte des Arztes archiviert. Zusätzlich werden vom behandelnden Arzt online über das Portal des Abrechnungsdienstleisters PVS pria bestimmte Einschreibeinformationen (Versichertennummer, Vorname, Name und Geburtsdatum des Versicherten) an die Krankenkasse elektronisch übermittelt. Über diesen Weg informiert die Krankenkasse den Arzt zeitversetzt über die erfolgreiche Einschreibung bzw. Ablehnung. Eine entsprechende Verknüpfung der Software mit der Online-Einschreibung ist im Interesse der Ärzte. Nähere Informationen dazu werden zu gegebener Zeit an dieser Stelle veröffentlicht.

Der Einschreibevorgang von Patienten in die Versorgung ist nicht kostenträgerübergreifend einheitlich geregelt und kann sich daher auch von Zeit zu Zeit ändern. Die Informationen der jeweils aktuellen Krankenkassenliste sind daher immer kurzfristig in der Software zu aktualisieren. Nur so ist sichergestellt, dass die aktuellen Einschreibeverfahren angewendet werden.

Wechselt ein Patient seine Krankenkasse, muss die Einschreibung wiederholt werden. Die Software erkennt dazu automatisch den Wechsel der Krankenkasse und führt anschließend das oben beschriebene Verfahren erneut aus.

Die MGL 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 99400 nicht zur Abrechnung gebracht wird.

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 Homöopathische/naturheilkundliche Anamnese (Ziffer 99400)

Wird mit der ersten Abrechnung eines Patienten keine Anamnese erbracht, muss die Pseudoziffer 99000 (Datum einer bereits erbrachten Anamneseleistung) erfasst und übermittelt werden. Das Vorliegen einer dokumentierten Anamnese 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 Anamnesedatum 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 zwischenspeichern.

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, Microsoft Edge) öffnet.

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

Für eventuelle Statistikfunktionen ist zu beachten, dass sich für dieselbe Leistungsziffer das Honorar von Kostenträger zu Kostenträger unterscheiden kann.

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 MGL formuliert hierzu jedoch keine Anforderungen.

Denkbar wären folgende Funktionalitäten:

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

9 Updates

Notwendige inhaltliche Veränderungen an der Software (z.B. Gesetzes- oder Vertragsänderungen) teilt die MGL unter Berücksichtigung der teils langen Vorlaufzeiten einzelnen Softwarehäuser frühzeitig (ca. 18 Wochen) vor dem Umsetzungsdatum einheitlich per E-Mail allen Anbietern mit, soweit diese sich für den entsprechenden Newsletter registriert haben. Bestandteil der Mitteilung ist ein Antwort-Fax, dass die Veränderungen rechtzeitig und vollständig umgesetzt werden. Ein entsprechender Rücklauf seitens der Anbieter sollte der MGL ca. sechs Wochen vor dem Umsetzungsdatum vorliegen - ein Einsendeschuss wird jeweils angegeben. Das aktuelle sowie historische Anforderungsprofile sind außerdem jederzeit im Internet unter <https://ais.mgl-gesund.de> einsehbar.

Verzeichnis der Anhänge

- Anhang 1 Schnittstellenbeschreibung ab 01.07.2023 (Version 3.0/Stand: 17.01.2023)
- Anhang 2 Abrechnungsschein (nur auf Nachfrage erhältlich)

Anhänge ohne Ordnungsnummer:
 Regelwerk Integrative Medizin 2022-03-29

Historie

| Version | Gültig ab | Änderungen |
|---------|------------|--------------------------|
| 1.0 | 01.07.2023 | Erstellung des Dokuments |

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