

CGM M1 PRO

FAQ

Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

INHALT

1	Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)	3
1.1	Was ist der Hintergrund?	3
1.2	Wie nehme ich die Scheinkennzeichnung vor?	3
1.3	Kann ich Patienten nach TSS-Angaben bzw. auch fehlenden TSS-Angaben suchen?	4
1.4	Handelt es sich bei den Patienten um extrabudgetäre Fälle?	5
1.5	Wie gebe ich die Betriebsstättennummer als Begründung zu einer GOP bei der Vermittlung eines Termins durch den Hausarzt bei einem Facharzt ein?	5
1.6	Was ist, wenn mir die Betriebsstättennummer nicht bekannt ist?	5
1.7	Was hat es mit dem Vermittlungscode auf sich?	6
1.8	Was sind die Systemvoraussetzungen, um einen Vermittlungscode anfordern zu können?	6
1.9	Wie kann der Vermittlungscode erzeugt werden?	7
1.10	Wo finde ich eine Übersicht der arztgruppenspezifischen GOP?	12
1.11	Wie erfolgt die Zuschlagskennzeichnung?	13
1.12	Wie erfolgt die Leistungszeilenerfassung innerhalb der Karteikarte unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Patienten-Altersgruppen und Arztfachgruppen ?	13
1.13	Ziffernmerker zur Prüfung im Arztgruppenfall	14
1.13.1	Damit der Merker "Nur im Arztgruppenfall" funktioniert.....	14

1 Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

1.1 Was ist der Hintergrund?

Gesetzlich versicherte Patienten sollen noch schneller einen Termin beim Arzt oder Psychotherapeuten bekommen. Dazu sieht das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), das am 11. Mai 2019 in Kraft getreten ist, eine Fülle von Maßnahmen vor. So sind grundversorgende Fachärzte wie Augenärzte und Orthopäden verpflichtet, seit 1. September 2019 mindestens fünf offene Sprechstunden in der Woche anzubieten. Dazu gibt es finanzielle Anreize, unter anderem auch zur Behandlung neuer Patienten. Für alle Ärzte und Psychotherapeuten mit vollem Versorgungsauftrag wurde auch die Mindestsprechstundenzeit auf 25 Stunden pro Woche angehoben (bisher: 20 Stunden). Die Zeit für Hausbesuche wird dabei eingerechnet.

(Quelle: www.kbv.de)

1.2 Wie nehme ich die Scheinkennzeichnung vor?

Im Kassenschein finden Sie unter dem Abtauchknopf "Terminservice"...

... \ Liste der Scheine \ Ärztliche Behandlung

AOK Bayern Die Gesundh.

Name, Vorname des Versicherten
Muster geb.am
Mustermann 10.09.50
Teststr. 89
D 56070 Koblenz

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status
108310400 11111111111 1000000

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum
699034500 838382238

Abrechnungsbereich: 00 keine BMA PKA
nicht abrechnen Abrechn. in: 1/20 M

Ausstellungsdatum: Quartal: 1/20
gültig ab : 01.01.2020
gültig bis: 31.03.2020
Text:
Entbindungsdatum:

Terminservice:

Scheinuntergruppe:
Abrechnungsgebiet: 00

Weitere Daten: anerkannte Psychotherapie
 Abklärung somatischer Ursachen

Unfall, Unfallfolgen
 eing. Leist.anspruch gem. §16 Abs. 3a SGB V

BFB:

... die Möglichkeit, weitere Angaben zur Vermittlungs-/Kontaktart vorzunehmen.

... \ Ärztliche Behandlung \ Weitere Angaben (Termin Vermittlungs-/Kontaktart)

Vermittlungs-/Kontaktart:

Ergänzende Information zur Vermittlungs-/Kontaktart:

1.3 Kann ich Patienten nach TSS-Angaben bzw. auch fehlenden TSS-Angaben suchen?

Ja. Innerhalb der Selektiven Suche stehen verschiedene Selektionsmöglichkeiten über den Reiter "Abrechnungsschein" zur Verfügung:

Auswertungen

Patient Abrechnungsschein Behandlungszeile

Suchprofil Abrechnungsschein

Quartal: Ausstellungsdatum: -

Scheinart: Original
 Überweisung
 Belegarzt
 Notfall
 Privat
 Berufsgenossenschaft
 Scheinlegitimation
 Direktabrechnung

Abr. art: PKA
EKK
SKT

Gebührenordnung: BMA
EGO
GOÄ

VKNR:

Kassenname:

Vermittlungs-/Kontaktart: <keine Angabe>
<keine Auswahl>
TSS-Terminfall
TSS-Akutfall
HA-Vermittlungsfall

1.4 Handelt es sich bei den Patienten um extrabudgetäre Fälle?

Nach Informationen der KBV gibt es hierzu keine überregionale Regelung. Es obliegt den einzelnen KVen, wie sie mit den extrabudgetären Leistungen verfahren. Aus diesem Grund konnten von uns keine programmseitigen Anpassungen vorgenommen werden. Bei Fragen bitten wir Sie daher, Kontakt zu Ihrer regional zuständigen KV aufzunehmen.

Allgemeine Informationen der KBV zu diesem Thema finden Sie hier:


<https://www.kbv.de/html/39611.php>

<https://www.kvbb.de/praxis/ansicht-news/article/terminservice-und-versorgungsgesetz-tsvg-wesentliche-neuerungen-ab-mai-2019/1/>

1.5 Wie gebe ich die Betriebsstättennummer als Begründung zu einer GOP bei der Vermittlung eines Termins durch den Hausarzt bei einem Facharzt ein?

Bei der Vermittlung eines Termins durch den Hausarzt bei einem Facharzt muss die Betriebsstättennummer als Begründung zur GOP übertragen werden. Für diesen Zweck steht Ihnen im Ziffernassistenten das Feld "Betriebsstättennummer Facharzt als Zusatz bei TSVG" zur Verfügung:

Betriebsstättennummer Facharzt als Zusatz bei TSVG:

Hierzu klicken Sie die entsprechende Ziffernzeile innerhalb der Karteikarte an und drücken die Tastenkombination <Strg>+<Shift>+z. Der Ziffernassistent wird geöffnet. Am Ende der Ziffernzeile klicken Sie auf . Im Feld "Betriebsstättennummer Facharzt als Zusatz bei TSVG" tragen Sie die entsprechende BSNR ein.

Nachdem Sie Ihre Angabe vorgenommen und gespeichert haben, wird dieser Zusatz automatisch zur jeweiligen Ziffer in der richtigen Schreibweise in der Karteikarte abgelegt.

Beispiel:

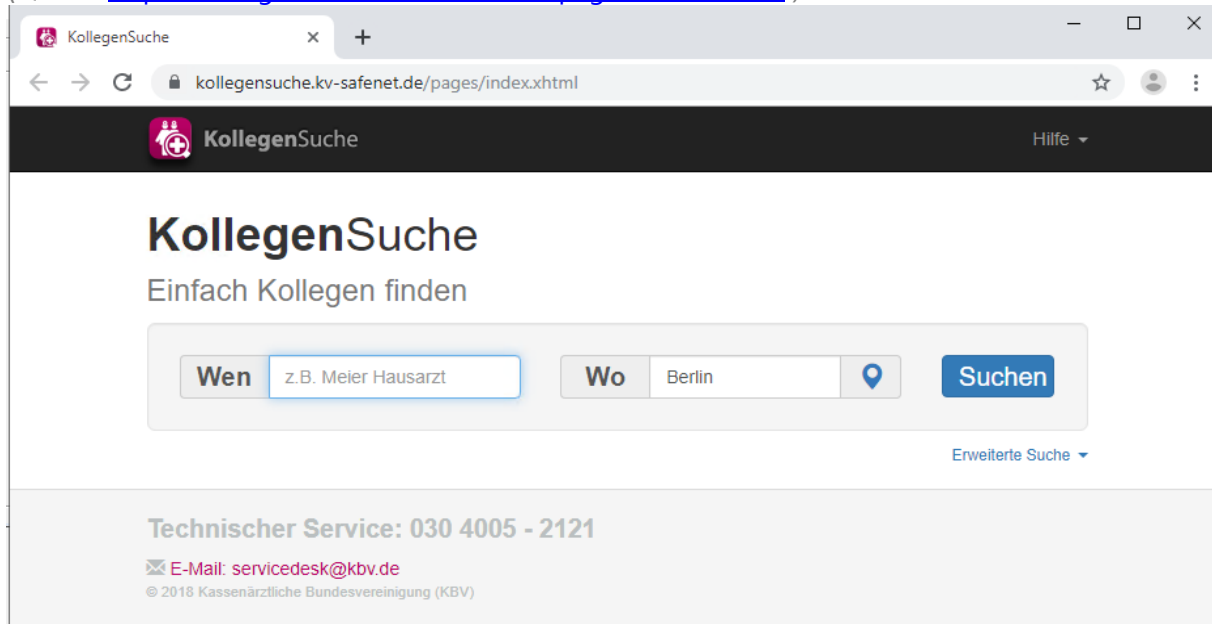
14	15.08.19	sys	O	bw	A	L	01732 bnr-987654321
----	----------	-----	---	----	---	---	---------------------

1.6 Was ist, wenn mir die Betriebsstättennummer nicht bekannt ist?

Über die Schaltfläche "Kollegensuche" haben Sie die Möglichkeit, eine Kollegensuche über die Homepage der KBV durchzuführen und die BSNR eines Arztes in den Ziffernassistenten zu kopieren.

Betriebsstättennummer Facharzt als Zusatz bei TSVG:

(Quelle: <https://kollegensuche.kv-safenet.de/pages/index.xhtml>)

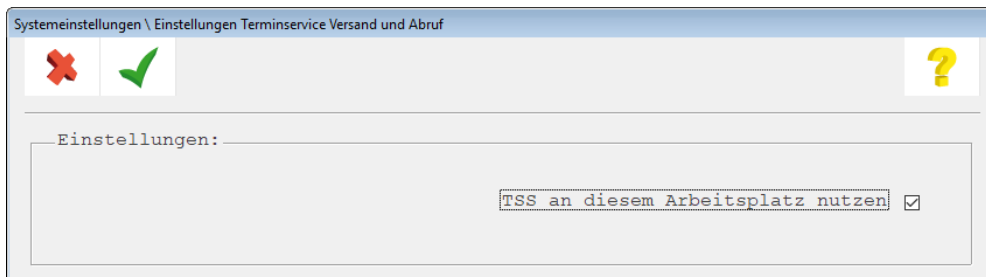


1.7 Was hat es mit dem Vermittlungscode auf sich?

Für Terminvermittlungen zum Facharzt oder Psychotherapeuten im Rahmen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) benötigen Patienten (bis auf wenige Ausnahmen) einen Überweisungs- beziehungsweise Vermittlungscode.

1.8 Was sind die Systemvoraussetzungen, um einen Vermittlungscode anfordern zu können?

Als Systemvoraussetzung muss ein Arbeitsplatz mit einem **KV-Safenet-Zugang** eingerichtet sein. Zusätzlich sollte folgende Einstellung vorgenommen werden: Praxisdaten|System-Konfigurationen|weitere Einstellungen (unter der Rubrik "Arbeitsplatz") |Terminservice Versand und Abruf:



Diese Einstellung ist an jedem Arbeitsplatz vorzunehmen, an dem ein Vermittlungscode erzeugt werden soll.

1.9 Wie kann der Vermittlungscode erzeugt werden?

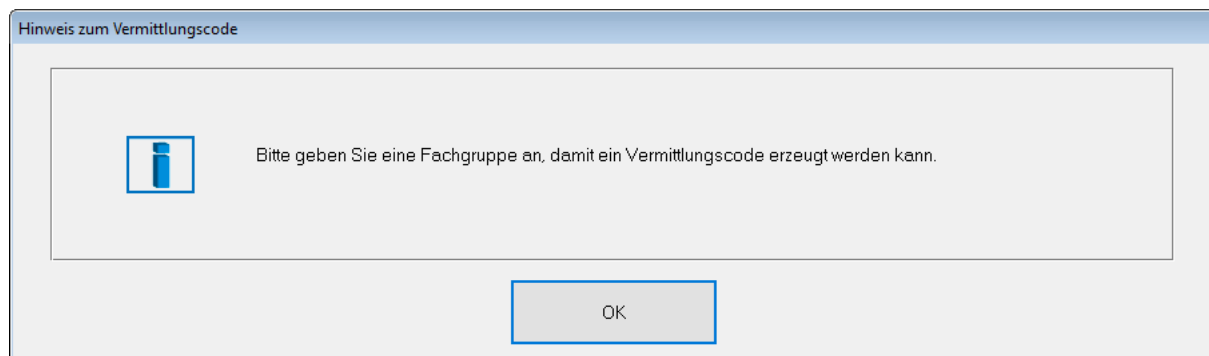
Dieser Vermittlungscode kann über einen Button direkt aus CGM M1 PRO heraus beim eTerminservice abgerufen und auf das Überweisungsformular bzw. PTV11 gedruckt werden. Die Vermittlungscodes können ausschließlich durch das zentrale eTerminservice-System erzeugt werden und sind einmalig und eindeutig.

In den genannten Formularen lässt sich die Anfrage eines Vermittlungscodes mithilfe des Buttons

TSS

(<Strg>-t) starten.

Um einen Vermittlungscode für eine Überweisung anfordern zu können, muss zunächst für das Feld "Überweisung an" eine Fachgruppe ausgewählt sein. Andernfalls erscheint eine Meldung, die auf die benötigte Angabe verweist:



Die Fachgruppenliste lässt sich unter **Praxisdaten | Praxiskonfiguration | weitere Einstellungen | Formulareinstellungen** auf eine von der KBV gesondert bereitgestellte Fachgruppenliste für TSS umstellen:

Überweisung: TSS Fachgruppenliste verwenden

Ist hier kein Haken gesetzt, wird die CGM M1 PRO-eigene Fachgruppenliste verwendet.

Überweisungsschein 06
Quartal

Kurativ
 Präventiv
 Behandl. gemäß § 116b SGB V
 bei belegärztl. Behandlung

Unfall Unfallfolgen
 Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Überweisung an: FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Ausführung von Auftragsleistungen
 Konsiliaruntersuchung
 Mit-Weiterbehandlung
 AU bis

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

- FA Allgemeinmedizin
- FA Anästhesiologie
- FA Augenheilkunde
- FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- FA Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
- FA Haut- und Geschlechtskrankheiten
- FA Innere Medizin
- SP Kinderkardiologie
- SP Neonatologie
- FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psycho
- FA Laboratoriumsmedizin

Nach Auswahl der Fachgruppe und Klick auf den Button „TSS“ wird nun der Hinweis zur Dringlichkeit des Termins gefragt:

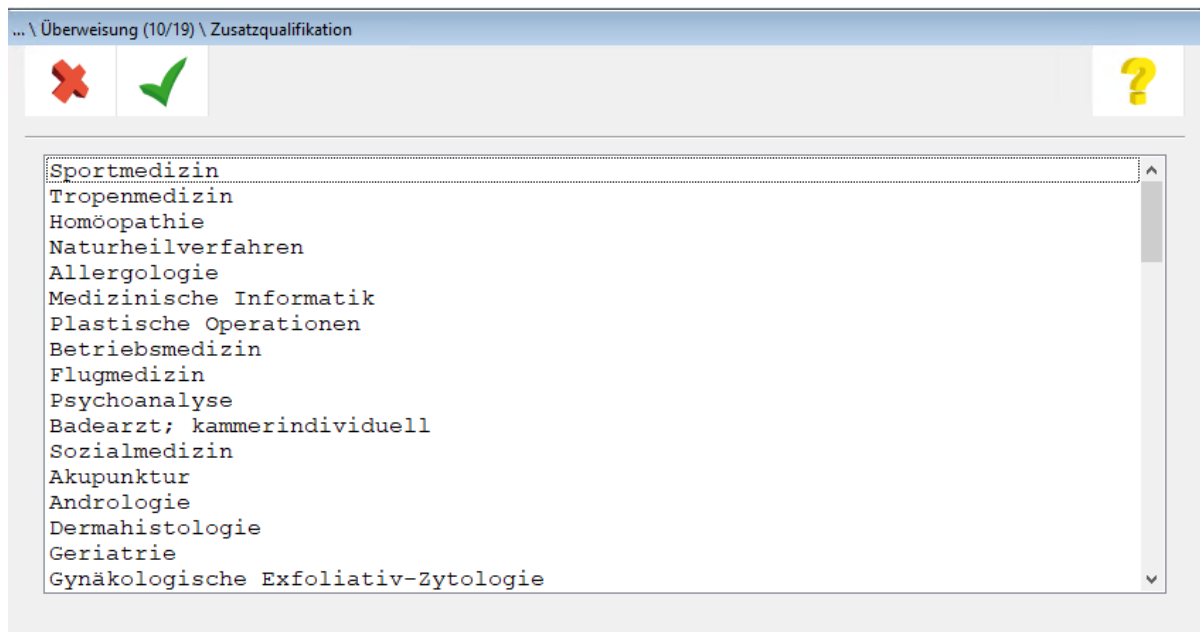
Hinweis zum Vermittlungscode

Soll die Überweisung als 'dringend' eingestuft werden?

nicht dringend

dringend

Sofern Sie die Fachgruppenliste für TSS verwenden oder die Eingabe im Feld "Überweisung an" (auch über Freitext) exakt einem Eintrag aus dieser Liste entspricht, besteht die Möglichkeit der Angabe einer Zusatzqualifikation. Sie können eine oder mehrere Qualifikationen markieren und mit grünem Haken (<F12>) bestätigen oder die Maske ohne Auswahl verlassen.

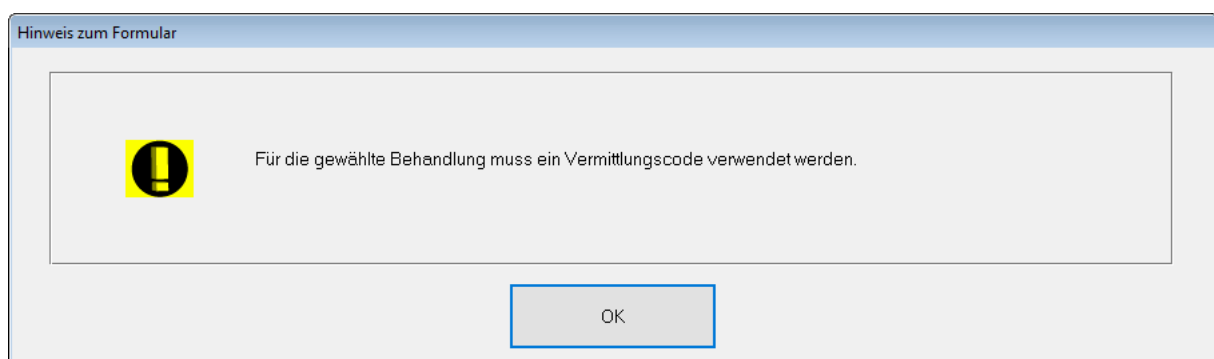


Die Möglichkeit der Angabe der Zusatzqualifikation lässt sich nach Wunsch über folgende Einstellung aktivieren bzw. deaktivieren:

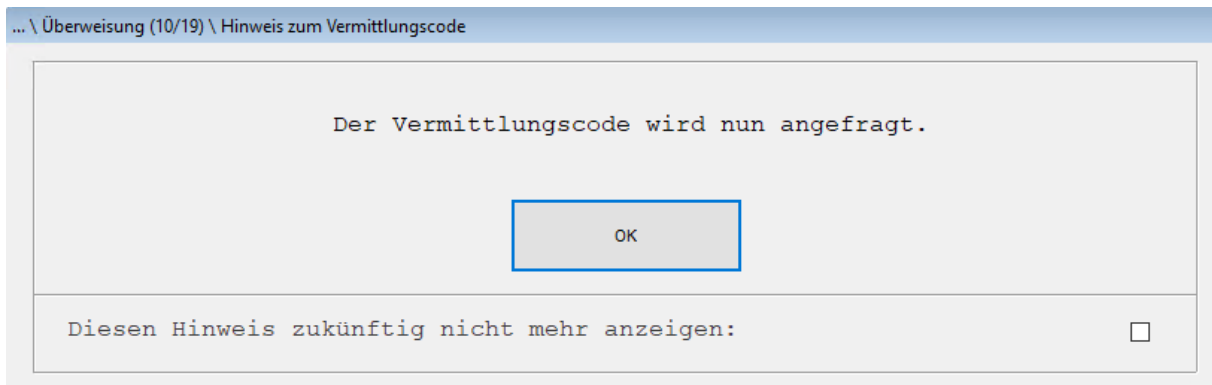
Praxisdaten | Praxiskonfiguration | weitere Einstellungen | Formulareinstellungen

Überweisung: TSS Zusatzqualifikationen erfassen

Für das Formular PTV11 wird die Verwendung eines Vermittlungscodes erwartet, wenn "ambulante Psychotherapeutische Akutbehandlung" oder "ambulante Psychotherapie" und "zeitnah erforderlich" ausgewählt ist. Soll das Formular in diesen Fällen ohne Vermittlungscod gedruckt werden, erscheint zunächst eine Hinweismeldung (der Druck ist nach Bestätigung der Meldung dennoch möglich):



Auf beiden Formularen kann der Vermittlungscod über den oben genannten "TSS"-Button angefordert werden, nachdem alle erforderlichen Angaben getätigt wurden. Es wird folgende Meldung angezeigt:

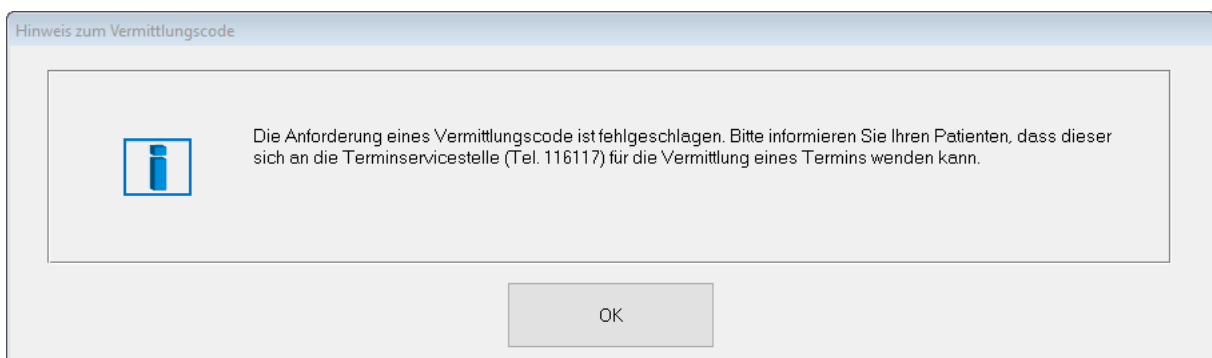


Dieser Hinweis bleibt solange bestehen, bis die Anfrage des Vermittlungscode durchgeführt wurde und eine Rückmeldung in CGM M1 PRO angekommen ist. Alternativ können Sie diesen Hinweis mit Klick auf „OK“ bestätigen und weitere Eintragungen im Formular vornehmen, während der Code abgerufen wird. Es besteht die Möglichkeit, diesen Hinweis abzuschalten, sowohl direkt im Fenster selbst, als auch über folgende Einstellung unter **Praxisdaten | Praxiskonfiguration | weitere Einstellungen | Formulareinstellungen**

Überweisung, PTV: Keine Meldung bei erfolgreicher TSS-Code Anfrage

Ist der Haken gesetzt, so wird keine Meldung beim Abfragen des Vermittlungscode angezeigt.

Schlägt die Anfrage des Vermittlungscode fehl, so wird dies in Form einer Meldung angezeigt:



Wurde die Anfrage erfolgreich durchgeführt, wird der Vermittlungscode in der Überweisung in der ersten Zeile des Felds **Auftrag** eingetragen:

Krankenkasse bzw. Kostenträger AUDI BKK			Überweisungsschein			06 Quartal	
Name, Vorname des Versicherten Aalkaten Arne rest 1 D 70567 Stuttgart							
geb. am 11.11.69			<input checked="" type="checkbox"/> Kurativ	<input type="checkbox"/> Präventiv	<input type="checkbox"/> Behandl. gemäß § 116b SGB V	<input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung	1 20
Kostenträgerkennung 108836600			<input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2		Geschlecht W	
Versicherten-Nr. 1000000			Überweisung an FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe				
Status 1000000			<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen	<input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung	<input checked="" type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung	AU bis	
Betriebsstätten-Nr. 521111100			<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V				
Arzt-Nr. 999999901							
Datum 01.01.20							
Diagnose/Verdachtsdiagnose							
Befund/Medikation							
Auftrag							
Vermittlungscode: TBFA-52SB-QUND; www.eTerminservice.de; Tel: 116117							
Baden Württemberg teststr 70567 Stuttgart Tel.: 0711/76768 KV-Arztnummer: 999999901							
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes							
Muster 6							

1.11 Wie erfolgt die Zuschlagskennzeichnung?

Die Gebührenordnungsposition für den Zuschlag kennzeichnen Ärzte und Psychotherapeuten zusätzlich mit den Buchstaben A, B, C oder D – je nach Zeit, die zwischen dem Anruf des Versicherten bei der Terminservicestelle (TSS) und dem Behandlungstermin liegt. Dafür teilt ihnen die Terminservicestelle ab 1. September 2019 den Tag mit, an dem sich der Patient an die TSS gewandt hat.

Buchstabe	Anzahl der Tage ab Terminvermittlung bis zum Tag der Behandlung	Zuschlag auf die jeweilige altersgruppenspezifische Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschale
A	TSS-Akutfall 24 Stunden*	50 Prozent
B	TSS-Terminfall 1. bis 8. Tag	50 Prozent
C	TSS-Terminfall 9. bis 14. Tag	30 Prozent
D	TSS-Terminfall 15. bis 35. Tag	20 Prozent

*Der TSS-Akutfall setzt voraus, dass am Telefon der 116117 eine medizinische Ersteinschätzung der Dringlichkeit der Behandlung erfolgt ist. Das Verfahren dazu wird ab Januar 2020 bundesweit etabliert sein.

(Quelle: <https://www.kbv.de/html/tsvg.php#content41449>)

1.12 Wie erfolgt die Leistungszeilenerfassung innerhalb der Karteikarte unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Patienten-Altersgruppen und Arztfachgruppen ?

Sie kennen die automatische Umsetzung von altersgruppenspezifischen Leistungsziffern bereits von der Eingabe der Versichertenpauschale (GOP 03000 / GOP 04000). Dieses Verfahren wurde nun auch für die Eingabe der arztgruppenspezifischen Pauschalen übernommen. Geben Sie beispielsweise die für den Hausarzt festgelegte GOP 03010 ein, prüft CGM M1 PRO im Hintergrund das Alter des aktuellen Patienten und setzt die GOP entsprechend um.

PRO TSS-ABRECHNUNGSSCHEIN können nur Leistungen durch Ärzte DER GLEICHEN FACHGRUPPE erfasst werden!

Sobald z. B. in einer fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) bzw. MVZ Leistungen eines Arztes einer anderen Fachgruppe erfasst werden müssen, muss ein erneuter Abrechnungsschein angelegt werden.

1.13 Ziffernmerker zur Prüfung im Arztgruppenfall

Wie bereits in unseren Updateanschreiben erwähnt, dürfen pro TSS-Schein nur Leistungen durch Ärzte DER GLEICHEN FACHGRUPPE erfasst werden.

Aus diesem Grund erhalten die entsprechenden Leistungen den Ziffernmerker "**Nur im Arztgruppenfall**". Bei einem Regelverstoß erhalten Sie eine entsprechende Hinweismeldung, dass die maximale Anschreibehäufigkeit im Arztgruppenfall überschritten ist. Informationen zum Arztgruppenfall finden Sie auch auf der KBV-Seite unter <https://www.kbv.de/html/tsvg.php>.

Wichtiger Hinweis: Der Ziffernmerker setzt die korrekte Fachgruppenzuordnung innerhalb Ihrer persönlichen Ärztestammdaten voraus.

1.13.1 Damit der Merker "Nur im Arztgruppenfall" funktioniert...

...ist möglicherweise die MANUELLE Anpassung Ihrer Arztstammdaten notwendig!

Um herauszufinden, ob Sie von der manuellen Anpassung betroffen sind, gehen Sie bitte wie folgt vor:

- Rufen Sie Ihre Arztstammdaten über Praxisdaten|Ärzte auf. Tragen Sie Ihren Namen ein und bestätigen mit <Return> oder wählen Sie Ihre Arztstammdaten mithilfe der Suchfunktion aus.

Klicken Sie dazu auf den Pfeil am Ende des Namensfeldes oder klicken Sie auf



(<F5>).

Nachdem Sie Ihren Namen gefunden haben, klicken Sie diesen an und bestätigen mit (<F12>). Prüfen Sie die aktuelle Angabe im Feld "EBM-Fachgebiet".



Verlassen Sie die Maske mit



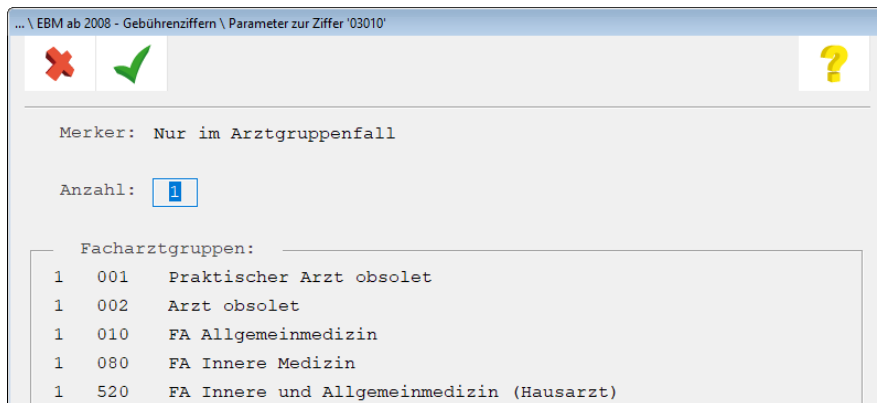
(<F12>) oder






(<ESC>).

- Prüfen Sie nun den Ziffernmerker in einer Ihrer TSS-Leistungen, die Sie persönlich abrechnen. Hierzu wechseln Sie zunächst Praxisdaten|Praxis-Konfigurationen|EBM-Ziffern|EBM ab 2008.
- Prüfen Sie die Quartalsangabe links oben. Sollte hier noch nicht die Angabe 1/20 zu sehen sein, ändern Sie dies bitte manuell ab.
- Geben Sie nun im Feld "Ziffernbezeichnung" die jeweilige TSS-Ziffer ein und drücken Sie <Return>. Die Ziffernstammdaten werden nun vollständig angezeigt.
- Klicken Sie per Doppelklick auf den Merker "Nur im Arztgruppenfall". Prüfen Sie die hier angegebenen Fachgebiete.

Beispielansicht:



Wird Ihr Fachgebiet, welches Sie zuvor in den Arztstammdaten geprüft haben, angezeigt? Stellen Sie hier eine Diskrepanz fest, ist eine manuelle Anpassung Ihrer Arztstammdaten vorzunehmen! Bitte merken Sie sich die Schreibweise Ihrer Fachgruppe, die im Ziffernmerker aufgeführt wird.

- Verlassen Sie anschließend alle Ziffernmasken mit  (<F12>) oder  (<ESC>).
- Kehren Sie wieder zurück in **Ihre Arztstammdaten** über Praxisdaten | Ärzte.
- Klicken Sie im Feld **"EBM-Fachgebiet"** auf das Drop Down-Menü und **wählen den entsprechenden Fachgruppeneintrag aus, der zuvor im Ziffernmerker aufgeführt wurde.**
- Speichern Sie anschließend die Arztstammdaten mit  (<F12>).
- Beenden Sie CGM M1 PRO an diesem Arbeitsplatz und starten es erneut.

Wichtiger Hinweis:

Fachgebiete, die lt. KBV nicht mehr gültig sind, werden in der Liste mit dem Vermerk "obsolet" gekennzeichnet. Zum jetzigen Zeitpunkt hat dies jedoch noch keine Relevanz.

ÄNDERUNGSHISTORIE

Version	Datum	Änderung	Autor
1.0	31.01.2020	Dokumentenerstellung	Sarah März

CGM M1 PRO

Arztinformationssystem

CompuGroup Medical Deutschland AG

Geschäftsbereich Arztsysteme

Maria Trost 25, 56070 Koblenz

info.m1pro@cgm.com

cgm.com/m1pro

Synchronizing Healthcare



**CompuGroup
Medical**