



Selektivverträge Homöopathie in der täglichen Praxis

- für Arzthelferinnen -

(Stand: 27.10.2021 – aktualisiert 18.04.2024)

**Ohne Gewähr: Das aktualisierte Manual entnehmen Sie bitte
unserer Webseite.**



Inhaltsverzeichnis:

	Seite
Vertragstypen	3
Info zur Teilnahmeerklärung Patient	4
Grafik: Teilnahmeerklärung / Vertragstypen	5
Ausfüllen der Teilnahmeerklärung	6
Grafik: Abrechnung / Vertragstypen	8
Ausfüllen des Abrechnungsscheins	9
Online-Abrechnungsportal	11
Dokumentationsbeleg	12
Bestandteile der Abrechnungsunterlagen	13
Unsere Internetseite – Wo finde ich was?	14



Vertragstypen

Um die Handhabung der Vielzahl von Verträgen zu vereinfachen, hat die Managementgesellschaft diese in Vertragstypen zusammengefasst. Der Arzt wählt die Vertragstypen aus, an denen er teilnehmen möchte und kann alle Patienten der beteiligten Kassen aus diesem Vertragstyp über die Selektivverträge Homöopathie behandeln und abrechnen.

- **Überprüfen Sie bitte die Vertragsteilnahme der Krankenkasse** und damit die Abrechnungsvoraussetzung Ihres jeweiligen Homöopathie-Patienten mit der monatlich aktualisierten Liste der beteiligten Kassen. Die Liste finden Sie unter www.mgl-gesund.de/homoeopathie, Rubrik „Vertragsteilnehmer“
- **Teilnahme/Einschreibung von Patienten**
 - Die aktuelle Kassen- und Faxnummernliste Arzt informiert Sie über das jeweilige Einschreibeprozedere, insbesondere über das auszuwählende Teilnahmeformular für den Patienten und ggf. zu benutzende Faxnummer.
 - Die Einschreibung der Patienten aus dem Vertragstyp DEQ (Techniker Krankenkasse) erfolgt direkt durch die Praxis in einem Online-Verfahren. Bei Kassen aus den Vertragstypen DE (Barmer) und E-Diplom reicht der Patient seine Teilnahmeerklärung selbständig bei der Krankenkasse ein. In allen genannten drei Vertragstypen erhalten Sie eine elektronische (DEQ) bzw. schriftliche (DE, E-Diplom) Kostenübernahmebestätigung. Beachten Sie die folgende Seite. Ein entsprechendes Infoblatt für Ihre Patienten können Sie von unserer Website herunterladen (Rubrik „Formulare“)
 - **In allen Fällen ist unbedingt eine vom Patienten unterzeichnete Teilnahmeerklärung in den Praxisunterlagen abzulegen!**
 - Beachten Sie die besonderen Hinweise für die einzelnen Vertragstypen, sowie die Regelwerke.



Teilnahmeerklärung für Patienten

Vertragstypübergreifend gilt:

- Es gibt verschiedene Versionen der Teilnahme- und Einverständniserklärung Patient. Welche davon für eine bestimmte Krankenkasse zu verwenden ist, entnehmen Sie bitte der Faxnummernliste!
- Die jeweils aktuellen Formulare finden Sie zum Download auf der Internetseite der Managementgesellschaft.
- Bitte lassen Sie Ihre Patienten die „Teilnahme- und Einverständniserklärung des Patienten“ und die auf der Rückseite befindliche Datenschutzerklärung unterschreiben.
- Nehmen Sie stets ein unterzeichnetes Exemplar zu Ihren Unterlagen. Die Unterschrift des Patienten ist eine wesentliche Abrechnungsvoraussetzung und befugt Sie zu Weitergabe der Abrechnungsdaten.
- Am 26. Februar 2013 ist das „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“ (**Patientenrechtegesetz**) in Kraft getreten. Das Patientenrechtegesetz räumt an der Versorgung Klassische Homöopathie teilnehmenden Versicherten nach Einschreibung in diese Versorgung und Belehrung über ihr Widerrufsrecht durch die Krankenkasse ein vierzehntägiges Widerrufsrecht ein. Sollte der Versicherte seinen Widerruf ordnungsgemäß gegenüber der Krankenkasse erklären, unterliegen zuvor im Rahmen der Versorgung erbrachte Leistungen zugunsten dieses Versicherten gesetzlich der Rückabwicklung. Insoweit behandeln Sie den Versicherten vor Ablauf der Frist auf eigenes Risiko und sollten dies ggf. im Praxismanagement und insbesondere im Rahmen der Behandlungsplanung berücksichtigen.
- Einzelne dieser Versorgung zugrundeliegende Verträge sehen vor, dass erst das Vorliegen einer von der Krankenkasse ausgestellten schriftlichen Teilnahmebestätigung / Kostenübernahmebescheinigung zur Abrechnung berechtigt (derzeit: Vertragstypen DEQ, DE und E-Diplom).

Vertragstypen E und P:

- Bei Versicherten der Knappschaft sowie der beteiligten IKKn und SVLFG (ehemals LKKn), der HEK sowie einigen BKK'en faxen Sie die erste Seite der Patienten-Teilnahmeerklärung VOR Behandlungsaufnahme an die jeweilige Krankenkasse (siehe Faxnummernliste).
- Wenn die Kasse nicht innerhalb von **5 Werktagen** eine negative Rückmeldung gibt, können Sie davon ausgehen, dass die Teilnahmeerklärung akzeptiert wird und von Ihnen erbrachte Leistungen über diesen Vertrag erstattet werden (siehe oben: Patientenrechtegesetz). Honoraranforderungen, für die der Kasse keine „Teilnahmeerklärung des Patienten“ vorliegt, werden von den Kassen nicht ausbezahlt.

Vertragstyp DEQ:

- Der Arzt händigt geeigneten Patienten eine Teilnahmeerklärung mit aufgedruckten Praxis- und Patientendaten aus. Nach Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung schreibt der Arzt den Patienten per Online-Verfahren über das Portal „PVS dialog“ des Abrechnungsdienstleisters direkt bei der Techniker Krankenkasse ein. Eine Anleitung zur Online-Einschreibung finden Sie auf dem Portal der PVS pria. Ist der Versicherte bereits bei einem anderen Arzt oder über eine andere LANR eingeschrieben, muss er zunächst die Teilnahme bei der Krankenkasse kündigen. Eine bereits an die TK adressierte Kündigungsvorlage finden Sie als Serviceangebot für Ihre Patienten auf der Website der Managementgesellschaft unter „Verträge und Regelwerke“ > Vertragstyp DEQ. Erst nach Bearbeitung der Kündigung und Freischaltung des Versicherten durch die Techniker Krankenkasse ist dann die erneute online-Einschreibung möglich. Die Techniker Krankenkasse bestätigt die Einschreibung des Versicherten (= Kostenübernahmeerklärung) über das Online-Portal. Der Versicherte erhält die Bestätigung der Krankenkasse postalisch.
- Die Versorgung nach diesem Vertrag basiert auf einem 3-jährigen Zyklus: Nach der ersten Leistung können weitere Leistungen innerhalb der folgenden zwei Jahre entsprechend des zur Verfügung stehenden Leistungsvolumens (Einzelheiten entnehmen Sie dem Regelwerk) abgerechnet werden. Es schließt sich ein vergütungsfreies Jahr an. Weitere Leistungen können frühestens ein Jahr nach Eintritt in das vergütungsfreie Jahr abgerechnet werden. Das Datum der ersten Leistung nach dem vergütungsfreien Jahr dient als Bezugspunkt zur Berechnung des Eintrittsdatums in das folgende vergütungsfreie Jahr.

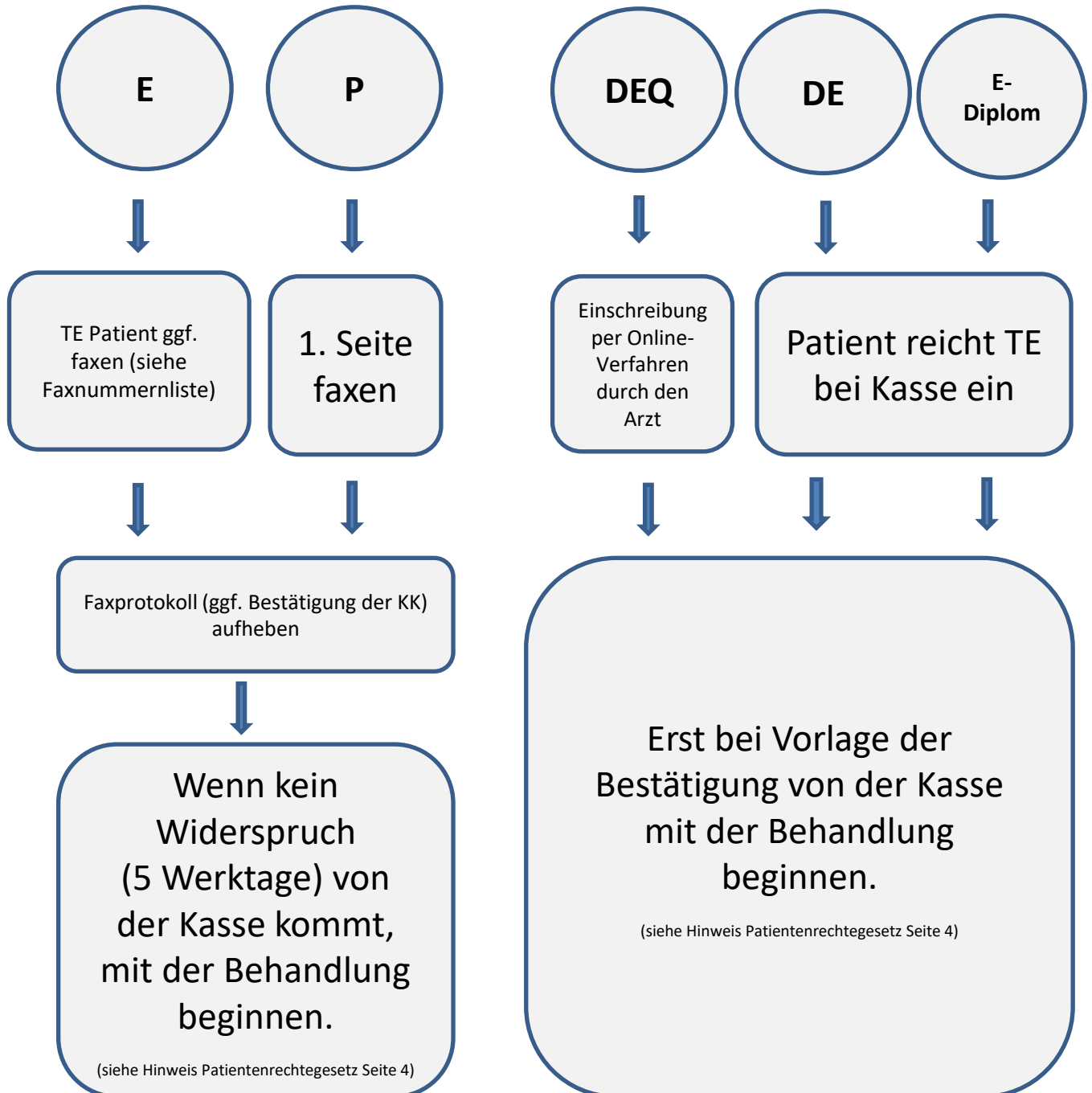
Vertragstyp DE:

- Der Arzt händigt geeigneten Patienten eine Teilnahmeerklärung mit aufgedruckten Praxis- und Patientendaten aus, um sich als Hauptbehandler zu identifizieren. Diese legt der Patient zur Einschreibung direkt bei der Krankenkasse vor. Nach Prüfung und Aufklärung stellt die Barmer eine Teilnahmebestätigung (=Kosten-übernahmeerklärung) aus und sendet jeweils ein Exemplar hiervon direkt per Post dem Arzt und dem Patienten zu. Der Versicherte ist für ein Zeitjahr an den Hauptbehandler gebunden. Eine gleichzeitige Teilnahme an der HzV ist nicht erlaubt (Ausnahme: Kinder- und Jugendprogramm). Die detaillierten Einschreibe-Modalitäten des Vertragstyps DE finden Sie auf unserer Webseite in der Rubrik „Verträge/Regelwerke“. Beachten Sie die Pilotregionen!
- Die Versorgung nach diesem Vertrag basiert auf einem 3-jährigen Zyklus: Nach der ersten Leistung können weitere Leistungen innerhalb der folgenden zwei Jahre entsprechend des zur Verfügung stehenden Leistungsvolumens (Einzelheiten entnehmen Sie dem Regelwerk) abgerechnet werden. Es schließt sich ein vergütungsfreies Jahr an. Weitere Leistungen können frühestens ein Jahr nach Eintritt in das vergütungsfreie Jahr abgerechnet werden. Das Datum der ersten Leistung nach dem vergütungsfreien Jahr dient als Bezugspunkt zur Berechnung des Eintrittsdatums in das folgende vergütungsfreie Jahr.

Vertragstyp E-Diplom:

- Der Arzt händigt geeigneten Patienten eine Teilnahmeerklärung mit aufgedruckten Praxis- und Patientendaten aus. Die Faxeinreichung durch die Praxis entfällt. Der Patient reicht die Teilnahmeerklärung selbstständig postalisch oder per Fax bei der Kasse ein. Diese stellt eine Teilnahmebestätigung (= Kostenübernahmeerklärung) aus und sendet jeweils ein Exemplar hiervon direkt per Post dem Arzt und dem Patienten zu.

Teilnahmeerklärung Patient (TE) Typ z. B. A (siehe Zuordnung Faxnummernliste) in den Vertragstypen:



Teilnahmeerklärung z. B. A für Patienten

Bitte Zuordnung beachten (siehe Faxnummernliste)

Patienten-
daten

Managementgesellschaft
für Gesundheitsleistungen mbH | MGL

Patientendaten (Formularkopf links oben drucken oder Ausfüller anbringen)

Hinweise an den Leistungserbringer

- ▶ Dieses Formular mit der Kennung **A** bitte nur für die hierfür gemäß Fax-Nummernliste vorgesehenen Krankenkassen verwenden.
- ▶ Bitte beachten Sie alle weiteren Informationen zur Einschreibung und insbesondere die Faxnummern unter www.mgl-gesund.de
- ▶ Die „Einwilligungserklärung Datenschutz“ bitte ebenfalls unterschreiben lassen und das Formular in der Patientenakte verwahren.

Gültig ab 21.05.2018

Teilnahme- und Einverständniserklärung des Patienten für die Versorgung mit Klassischer Homöopathie

Ja, ich möchte die Vorteile des Vertrags zwischen der Managementgesellschaft für Gesundheitsleistungen mbH | MGL und meiner Krankenkasse zur Versorgung mit Klassischer Homöopathie nutzen und wünsche meine Behandlung auf Grundlage des mir vorgestellten Versorgungsangebotes.

Ich habe mich ausführlich von meiner Krankenkasse über die Inhalte und die an diesem Vertrag beteiligten Leistungserbringer informieren lassen. Mit der Behandlung durch die beteiligten Leistungserbringer bin ich einverstanden.

Mein Arzt hat mich über den Zweck und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt. Mir ist bekannt, dass eine Behandlung nur durch für diesen Vertrag zugelassene Leistungserbringer erfolgt. Mein Recht auf freie Arzt- und ggf. Apothekenwahl wird durch diesen Vertrag nicht eingeschränkt bzw. für Versicherte der HKK insoweit eingeschränkt, als ich verpflichtet bin, für im Vertrag vorgesehene Leistungen nur am Vertrag teilnehmende Leistungserbringer und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen. Falls für meinen Vertrag im Einzelfall weitere Einschränkungen (etwa eine Bindung an meinen Hauptbehandler oder keine gleichzeitige Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung) bestehen, werde ich hierüber durch meine Krankenkasse aufgeklärt.

Falls meine Krankenkasse sich nicht die Ausstellung einer personalisierten Teilnahmebestätigung vorbehalten hat, führt die Unterzeichnung dieser Teilnahmeerklärung im Regelfall dazu, dass ich bei Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen an der Versorgung mit Klassischer Homöopathie nach dem Vertrag teilnehmen und entsprechende Leistungen in Anspruch nehmen darf. In allen anderen Fällen muss ich den Erhalt der schriftlichen Teilnahmebestätigung von meiner Krankenkasse abwarten. Ggf. erhält in diesen Fällen auch mein gewählter Behandler eine schriftliche Information von meiner Krankenkasse, ob die Einschreibung erfolgreich vorgenommen werden konnte.

Diese Einschreibung gilt nur für die Behandlung durch den Arzt/die Ärztin, der/die dieses Formular mit seinem/ihrer Stempel bestätigt hat (Hauptbehandler). Beendet der Arzt/die Ärztin seine/ihre Tätigkeit in dieser Praxis, muss ich mich erneut einschreiben. Ich habe

mich/mich nicht (Unzutreffendes bitte streichen)

bereits bei einem/iner anderen Arzt/Ärztin für einen Selektivvertrag der Managementgesellschaft für Gesundheitsleistungen eingeschrieben. Ggf. Name/Anschrift des/der anderen Arztes/Ärztin:

indiziert ist, bei denen eine Heilung oder Linderung durch spezifisches therapeutisches Ansprechen von potentiell noch vorhandenen Selbstheilungskräften zu erwarten ist. Mir ist ferner bekannt, dass die Behandlung mit Klassischer Homöopathie aus spezifisch-ärztlich homöopathischen Leistungen zur Behandlung chronischer und akuter Erkrankungen und der homöopathischen Medikation mit Einzelmitteln nach den spezifischen Regeln der homöopathischen Heilkunde besteht.

Mir ist bekannt, dass eine homöopathische Behandlungssitzung viel Zeit in Anspruch nimmt und daher in der Regel nur auf Terminvereinbarung stattfindet. Ich werde mich bemühen, im Falle einer durch mich zu vertretenden Verhinderung einen Termin spätestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Ich bin ab der Unterzeichnung meiner Teilnahmeerklärung für ein Jahr an diese Versorgung gebunden. Meine Teilnahme verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn ich nicht spätestens vier Wochen vor Ablauf des ersten oder jedes weiteren Jahres meine Teilnahme kündigt.

Ich kann meine Teilnahme jederzeit, außerordentlich kündigen, wenn besondere Gründe (z. B. ein Wohnortwechsel, eine Praxisschließung oder ein gestörtes Vertrauensverhältnis zu meinem behandelnden Arzt) vorliegen. Dies gilt auch für den Fall, dass ich an einer von meiner Krankenkasse angebotenen hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen möchte und dies nicht parallel zur Versorgung mit Klassischer Homöopathie möglich sein sollte.

Mit der Teilnahme an diesem Vertrag ist eine anderweitige Inanspruchnahme homöopathischer Leistungen zu Lasten meiner Krankenkasse ausgeschlossen. Bei einem Verstoß gegen diese Regelungen hat meine Krankenkasse mir gegenüber einen Anspruch auf Erstattung der Kosten für die anderweitige Inanspruchnahme.

Ihr Recht auf Widerruf: Die Teilnahme an der „Besonderen Versorgung“ ist freiwillig und kann innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung in Textform (z. B. Brief oder Fax) oder zur Niederschrift werden. Eine Begründung des Widerrufs ist nicht erforderlich. Die Widerrufserklärung an meine Krankenkasse genügt zur Frist. Durch den Widerruf der Teilnahme wird die Teilnahme rückwirkend Leistungen aus dieser „Besonderen Versorgung“ können Sie in Anspruch nehmen.

Unterschrift
Patient

Praxisdaten/
Stempel

Datum Unterschrift Patient(in) / gesetzlicher Vertreter

Name und vollständige Anschrift der Arztpraxis (bitte in Blockschrift oder gut leibbarer Stempel)	
Berufstätigen-Nr.	
LANR	

Im Rahmen dieser Versorgung wird der Patient mit klassischer Homöopathie versorgt. Die Versorgung bei Homöopathische Erstnennung, Repertoria (für die homöopathische Medikation), Homöopathische Folgeanamnese sowie Homöopathische Behandlungsmethode der besonderen Therapieerichtung ist, die Krankheiten mit potenzierten Arzneimitteln behandelt, die beim Gesunden dem Krankheitsbild möglichst ähnliche Symptome hervorrufen und dass die Anwendung einer homöopathischen Therapie grundsätzlich bei solchen Erkrankungsformen

Ich bin darüber informiert worden, dass eine homöopathische Behandlungsmethode der besonderen Therapieerichtung ist, die Krankheiten mit potenzierten Arzneimitteln behandelt, die beim Gesunden dem Krankheitsbild möglichst ähnliche Symptome hervorrufen und dass die Anwendung einer homöopathischen Therapie grundsätzlich bei solchen Erkrankungsformen

Kennung TE-
Patient (siehe
Faxnummern-
liste)



Rückseite der Teilnahmeerklärung Patient:

Einwilligungserklärung

I. Information zur Datenverarbeitung

Ihre Daten werden im Rahmen der Verträge zur Versorgung mit Klassischer Homöopathie wie folgt verarbeitet:

1. Vertragsdaten

Ihr behandelnder Arzt nimmt Ihre auf Seite 1 dieser Teilnahmeerklärung eingetragenen Vertragsdaten auf. Er leitet Ihre Teilnahmeerklärung an Ihre Krankenkasse weiter, sofern Ihre Krankenkasse nicht vorgesehen hat, dass Sie selbst die unterschriebene Teilnahmeerklärung der Krankenkasse vorlegen. Die Krankenkasse speichert Ihre Vertragsdaten zur Dokumentation der Teilnahme an dem Vertrag zur Versorgung mit Klassischer Homöopathie und überprüft, ob Sie bei ihr versichert sind. Ggf. informiert Ihre Krankenkasse den von Ihnen gewählten Arzt, ob die Einschreibung abschließend erfolgreich vollzogen werden konnte.

Im Falle der Kündigung Ihrer Teilnahme am Vertrag gegenüber der Krankenkasse übermittelt diese Ihre Kündigungserklärung an Ihren behandelnden Arzt. Soweit Sie beim behandelnden Arzt kündigen, übermittelt dieser Ihre Kündigungserklärung an Ihre Krankenkasse.

Die Vertragsdaten zur Teilnahme sowie gegebenenfalls zur Beendigung Ihrer Teilnahme am Vertrag übermittelt die Krankenkasse an die beauftragte Abrechnungsstelle (PVS pria GmbH, Remscheid Str. 16, 45481 Mülheim a.d. Ruhr).

Zum Zwecke der Prüfung der Abrechnung Ihres Arztes können Ihre Teilnahme- und eine eventuelle Kündigungserklärung durch Ihren Arzt einer Kommission aus Vertretern Ihrer Krankenkasse, der Managementgesellschaft für Gesundheitsleistungen mbH | MGL und betroffenen Leistungserbringern im Rahmen der Verträge zur Versorgung mit Klassischer Homöopathie vorgelegt werden.

2. Abrechnungsdaten und Behandlungsunterlagen

Erstellung der Abrechnung

Die erbrachten Leistungen Ihres Arztes und der von Ihnen konsultierten stationären Einrichtungen werden gemäß § 295a SGB V, § 80 SGB X gegenüber Ihrer Krankenkasse im Auftrag der Managementgesellschaft für Gesundheitsleistungen durch eine beauftragte Abrechnungsgesellschaft (PVS pria GmbH) abgerechnet. Zum Zwecke der Abrechnung übermittelt Ihr behandelnder Arzt Ihre erforderlichen Abrechnungsdaten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Versichertennummer, Behandlungstage, erbrachte Leistungen und dazugehörige Diagnosen) an die PVS pria GmbH. Die PVS pria GmbH wird daraus die korrekte Abrechnung erstellen. Ihre Daten unterliegen dem Datenschutz. Ihre Daten werden anschließend – spätestens 30 Tage nach Ende der Behandlung – an die Krankenkasse übermittelt.

Alle Mitarbeiter unterliegen den datenschutzrechtlichen Bestimmungen der Sozial- und Datenschutzgesetze.

Neben der Managementgesellschaft für Gesundheitsleistungen mbH | MGL, Tel.: 030 - 325 973 420, E-Mail: arztservice@mgl-gesund.de, Datenschutzbeauftragter: datenschutz@mgl-gesund.de, www.mgl-gesund.de Seite 2 von 2 – Stand: 01.11.2021

3. Patientenakte

Die mit Ihrem Einverständnis von Ihrem behandelnden Arzt im Rahmen dieses Vertrages zu Ihrer Behandlung hinzugezogenen Ärzte können mit Ihrem jeweiligen Einverständnis pro Behandlungsfall Behandlungsdaten im erforderlichen Umfang aus der Behandlungsdokumentation Ihres behandelnden Arztes abrufen und nutzen.

4. Sie haben folgende Rechte:

- Das Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 DS-GVO i. V. m. § 83 SGB X).
- Das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X).
- Das Recht auf Löschung Ihrer Daten (Art. 17 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X).
- Das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 18 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X).
- Das Widerspruchsrecht (Art. 21 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X).
- Das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde (Art. 77 DS-GVO i. V. m. § 82 SGB X), z.B. bei der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (Husarenstr. 30, 53117 Bonn, www.bfdi.bund.de).

II. Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten im oben unter „I. Information zur Datenverarbeitung“ beschriebenen Umfang und zu den dort beschriebenen Zwecken verarbeitet werden. Ich entbinde insoweit meine behandelnden Ärzte und ihre berufsmäßigen Gehilfen zugleich von der Schweigepflicht. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Die Folge des Widerrufs dieser Erlaubnis zur Datenverarbeitung ist auch die Beendigung der Teilnahme an diesem Versorgungsvertrag. Ich habe das Recht, jederzeit bei den beteiligten Leistungserbringern Auskunft über die bei Ihnen vorhandenen mich betreffenden Daten sowie die in der gemeinsamen Dokumentation vorhandenen Daten über meine Person zu erhalten und diese bei Ihnen einzusehen. Dies schließt die persönlichen Aufzeichnungen des behandelnden Arztes nicht ein.

Patientenunterschrift (bei Patienten unter 18 Jahren die des Erziehungsberechtigten)

Datum _____ Unterschrift Patient(in) / gesetzlicher Vertreter _____

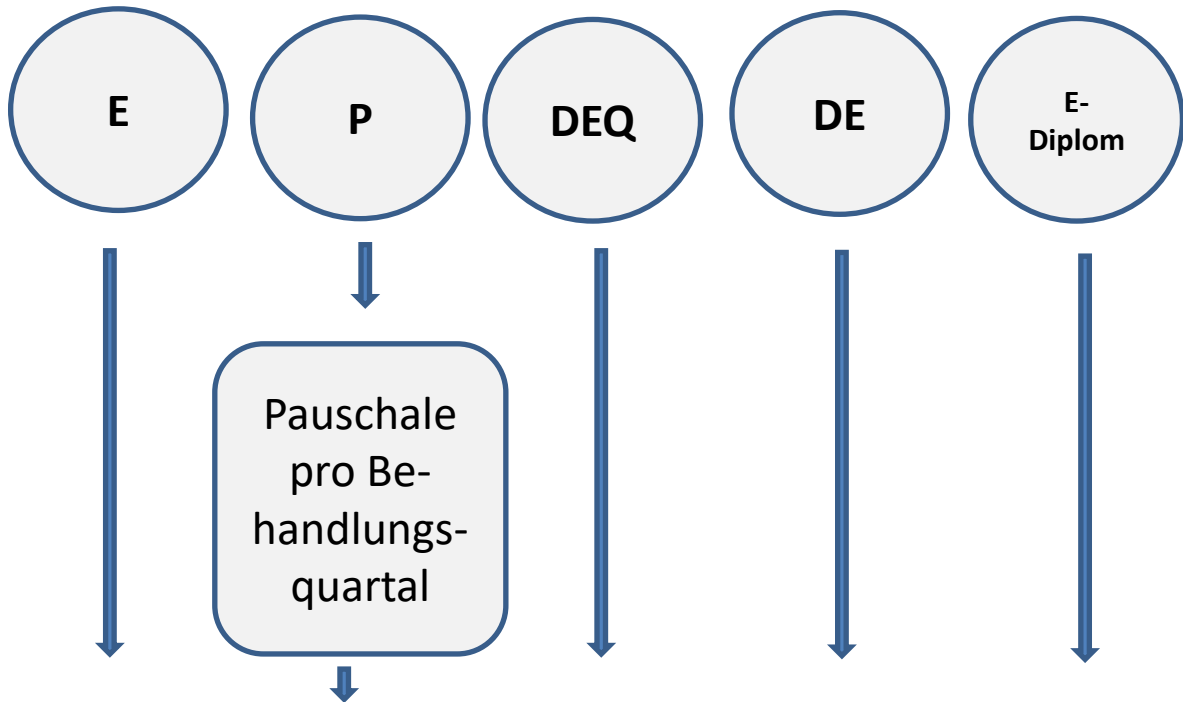
Managementgesellschaft für Gesundheitsleistungen mbH | MGL beantwortet Ihnen auch Ihre Krankenkasse Fragen rund um die Datenverarbeitung und weitere Informationen zur Datenverarbeitung und dem Vertrag „Teilnehmer/Krankenkassen“ oder können telefonisch unter 030 - 325 973 420, E-Mail: arztservice@mgl-gesund.de, datenschutz@mgl-gesund.de, www.mgl-gesund.de Seite 2 von 2 – Stand: 01.11.2021

Zuordnung des Formulars gemäß Fax-Nummernliste

A

Abrechnung

Leistungsvolumen pro Patient beachten
(Regelwerk!); bei allen Vertragstypen Erfassung
der zu Abrechnungszwecken notwendigen
Behandlungsdaten.



Bis 5. Werktag nach Quartalsende müssen die
Abrechnungsunterlagen bei der Abrechnungsstelle (PVS pria)
vorliegen.

- **Standard:** Einreichung per Online-Abrechnungsportal
(Sie benötigen eine geeignete Erfassungssoftware)
- **Alternativ:** Einreichung von Papierbelegen zur Erfassung
(kostenpflichtiger Zusatzservice)
- Kontoauszüge und andere wichtige Unterlagen werden
für alle ausschließlich elektronisch über das Online-Portal
zur Verfügung gestellt



Online-Abrechnungsportal PVS dialog

Ihnen steht mit *PVS dialog* ein internetgestütztes Abrechnungsportal für die Abrechnung Ihrer Leistungen aus unseren Selektivverträgen zur Verfügung. Nach der Anmeldung mit Ihren persönlichen Login-Daten führt Sie ein Dialog durch den gesamten Prozess. Hier laden Sie den mit Ihrer Software erzeugten Abrechnungsdatensatz hoch und erhalten sofort etwaige Fehler zur Korrektur gemeldet.

Zur Erfassung Ihrer Leistungen durch Mitarbeiter der PVS pria können Sie alternativ Papierbelege einreichen – allerdings im Rahmen einer kostenpflichtigen Zusatzleistung.

Die Einreichung elektronischer Abrechnungsdaten per E-Mail oder Datenträger ist nicht möglich.

Teilnehmende Ärzte erhalten Ihre persönlichen Login-Daten für die Nutzung des Online-Abrechnungsportals direkt von der PVS pria unter der Service-Hotline 0208 – 4847 249 oder per E-Mail an service.mgl@ihre-pvs.de.

Ausführliche Informationen zu diesem bequemen Abrechnungs-weg finden Sie auf unserer Webseite in der Rubrik „Formulare“. Gerne können Sie sich persönlich an uns wenden, die Kontakt-daten finden Sie am Ende dieses Manuals.

Eine Liste der Anbieter für Abrechnungsmodule finden Sie auf unserer Webseite in der Rubrik „Informationen für die Praxis“.

Patienten-
daten

Wichtig!

**BSNR/
LANR:**
TIPP: Ein-
trag vor dem
Kopieren!

Patientendaten (Formularkopf links oben drucken oder Aufkleber anbringen)

Abrechnungsschein Selektivverträge Homöopathie

☐ Die Einschreibung in den Selektivvertrag (ggf. durch die Kasse) ist erfolgt.

Die Erstanamnese wurde bereits vor Teilnahme am Selektivvertrag erbracht:

☐ ja, am _____ ☐ nein

Leistungsposition	Datum	V (*)	SNR
Homöopathische Erstanamnese, Patient ab 12 Jahre			99600
Homöopathische Erstanamnese, Patient unter 12 Jahre			99601
Repertorisation			99602
Homöopathische Analyse			99603
Homöopathische Folgeanamnese (min. 15 Min)			
Homöopathische Folgeanamnese (min. 30 Min)			
Homöopathische Beratung (min. 7 Min)			

Gültig ab 01.07.20

Angabe N-/BSNR

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Angabe LANR

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Diagnose-Schlüssel (ICD-Code)

Bitte die Diagnosen gut lesbar (Druckschrift)
Qualifizierung (Q) sowie Lokalisation (L) eintragen

Wichtig:

Qualifizierung ist obligatorisch

ICD 10

Behandlungs-
daten
(auch bei
Vertragstyp P)

Wichtiger ICD

Q L

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* (V) ankreuzen, wenn der Patient im Vertretungsfall behandelt wird! Beachten Sie die vertragsspezifischen Vorgaben!

Ich versichere, dass ich die oben abgerechneten Leistungen unter Einhaltung der Bestimmungen des zugrunde liegenden Vertrages vollständig und nicht gleichzeitig über eine Kassenärztliche Vereinigung oder Privatliquidation abgerechnet habe. Umseitige Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen. Ich bin den Bestimmungen bin ich persönlich verantwortlich und haftbar.

Name und vollständige Anschrift

**Original-
unterschrift**
des behan-
delnden
Arztes

Praxisdaten/
Stempel

Ort, Datum, Unterschrift

Abrechnungsschein (Seite 2) für alle Vertragstypen

Abrechnungs-Checkliste	
Ein aktuelles Abrechnungsformular pro teilnehmenden Patienten und pro Quartal	<input type="checkbox"/>
Abrechnungsformular nicht mehrfach einreichen	<input type="checkbox"/>
Abrechnungsdaten (Datum, Leistung, Patientendaten, Stempel) vollständig und gut lesbar	<input type="checkbox"/>
Nach Quartalsende innerhalb von 5 Werktagen per Post an die PVS pria GmbH	<input type="checkbox"/>
ICD Diagnosen und entsprechende Qualifizierungen angeben	<input type="checkbox"/>
Komplette Versendung aller Fälle eines Quartals nach abrechnungsberechtigtem Arzt sortiert	<input type="checkbox"/>
Dokumentationsbeleg der PVS pria GmbH ausgefüllt beifügen	<input type="checkbox"/>
✓ An alles gedacht?	

Nur zu Ihrer Information, muss nicht mit kopiert bzw. eingereicht werden.

Hinweise

alle Vertragstypen

Wichtige und stets aktuelle Informationen im Internet: Bitte beachten Sie alle für Ihre Teilnahme relevanten vertraglichen Bestimmungen, die teilnehmenden Krankenkassen, ggf. eingeschränkte Versorgungsregionen sowie insbesondere die Leistungsbeschreibung, das einschlägige Regelwerk und anfallende Gebühren. Vergewissern Sie sich regelmäßig, über die jeweils gültigen Dokumente und aktuellen Informationen zu verfügen. Alle Unterlagen finden Sie auf der Internetseite www.managementgesellschaft-dzvh.de nach erfolgtem Login.

Leistungspositionen/-ziffern: Bitte beachten Sie, dass dieser Abrechnungsschein auch Leistungen abbildet, die **nicht** im Rahmen aller angebotenen Vertragstypen vergütet werden (z.B. Chroniker-Zuschlag).

Abrechnungshinweise und -fristen: Die Abrechnungsunterlagen sind innerhalb von 5 Werktagen nach Ablauf des Abrechnungsquartals an die Abrechnungsgesellschaft zu übermitteln. Bitte nur einen Abrechnungsschein pro Patient und Quartal einreichen. Fügen Sie jeder Abrechnung pro abrechnungsberechtigtem Arzt einen ausgefüllten und unterschriebenen Dokumentationsbeleg bei. Geben Sie in den dafür vorgesehenen Feldern stets Ihre N/BSNR und LANR an. Unvollständig ausgefüllte Abrechnungsscheine werden zurückgesandt. Nicht regelgerecht eingereichte Abrechnungen können eine gesonderte Bearbeitungsgebühr auslösen. Nicht fristgerecht eingereichte Abrechnungsunterlagen werden erst in der nächsten Abrechnung (Folgequartal) bearbeitet. Nach Ablauf von 6 Monaten ist keine Abrechnung mehr möglich.

Online-Abrechnungsportal: Dieses steht Ihnen als kostengünstiger Standard-Einreichungsweg zur Verfügung. Vor der weiteren Informationen wenden Sie sich bitte an den Abrechnungsdienstleister PVS pria. Die Service-Hotline steht Ihnen unter 0208 – 4847249 oder per E-Mail unter service.dzvh.de@ihre-pvs.de zur Verfügung. Die Einreichung von Abrechnungsdatenträger ist nicht möglich. Diese Daten reichen Sie bitte bequem über das Abrechnungsportal ein.

Ihre papiergebundenen Abrechnungsunterlagen senden Sie bitte fristgerecht an folgende Adresse:

PVS pria GmbH
Renscheider Str. 16
45481 Mülheim an der Ruhr

Seite 2 von 2

Zur Nutzung des Online-Abrechnungsportals benötigen Sie eine zur Erzeugung des notwendigen Datensatzes geeignete Erfassungssoftware. Die Eingabemaske der Software muss nicht dem Abrechnungsschein entsprechen. Beachten Sie Seite 9!

Dokumentationsbeleg für die Abrechnung mit Papierbelegen (kostenpflichtige Zusatzleistung)



Kontaktdaten:
Telefon: 0208/48 47 249
Fax: 0208/48 47 796
Mo.-Do. 8:00 bis 16:45 Uhr
Fr. 8:00 bis 13:00 Uhr
service.dzvhae@ihre-pvs.de

Dokumentationsbeleg

Begleitzettel der Abrechnungsunterlagen
für Papierabrechner

PVS pria GmbH
Abteilung Neue Versorgungsformen
Remscheider Str. 16
45481 Mülheim an der Ruhr

Homöopathie

Gültig ab 01.01.2011

Bitte pro zur Leistungserbringung zugelassenem Arzt einen Dokumentationsbeleg ausfüllen und die Abrechnungsscheine dem entsprechenden Arztzusortieren. Nur dann ist eine eindeutige Zuordnung von Seiten der PVS pria möglich. Hierzu sind die Angaben der BSNR, bzw. NBSNR und LANR (seit dem 01.07.2008 gültig) verpflichtend, ansonsten erfolgt die Rücksendung der Belege an die Praxis.

(Neben-)Betriebsstättennummer (N-/BSNR)/(9stellig):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Lebenslange Arztnummer (LANR)/(9stellig):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Stempel des Absenders:

--

auszufüllen von der Praxis

Gesamtzahl eingereichter Fälle:	Einreichungsdatum:	Unterschrift:

auszufüllen von der PVS pria

Gesamtzahl PVS pria:	Einreichungsdatum:	Unterschrift:

Rückgabe am (Datum):	Unterschrift:
Anzahl (Stück):	
Grund:	

01.01.2011

© PVS pria GmbH

V1.1

**Ausfüllen nach
Vorgabe,
1 Dokumenta-
tionsbeleg zu
jeder Abrech-
nung beilegen
(nur bei Papier-
abrechnung).**



Bestandteile der Abrechnungsunterlagen:

- *Abrechnung über Online-Portal:* Sie werden vom System durch die Abrechnung geführt. Begleitend sind keine weiteren Belege oder Formulare zu erstellen bzw. einzureichen. Das System stellt sicher, dass ausschließlich korrekte und vollständige Daten zur Abrechnung übermittelt werden. Vor der ersten Nutzung des Online-Portals setzen Sie sich bitte mit der PVS pria in Verbindung: Service-Hotline 0208 – 4847 249 oder E-Mail service.mgl@ihre-pvs.de.

oder

- *Papierabrechnung (kostenpflichtige Zusatzleistung):*
Dokumentationsbeleg, Abrechnungsscheine
- Die vollständigen Abrechnungsunterlagen übermitteln Sie **bis zum 5. Werktag nach Quartalsende:**
Papierabrechnung: PVS pria GmbH, Abteilung Neue Versorgungsformen, Remscheider Str. 16, 45481 Mülheim.
Online-Portal unter www.pvs-pria.de/login
- Bitte beachten Sie die anfallenden Gebühren, insbesondere die aktuelle Verwaltungskostengebühr. Eine Übersicht finden Sie auf unserer Webseite in der Rubrik „Verträge und Regelwerke“.



Unsere Internetseite - Wo finde ich was?

www.mgl-gesund.de/homoeopathie

Struktur:

Rundschreiben

- chronologische Einträge der Rundschreiben (ehemals Fax-Nachrichten) aus dem Bereich der Selektivverträge Homöopathie

Formulare

- für ambulante und stationäre Leistungserbringer als Direktlink im Text
- Teilnahme- und Einverständniserklärung Patient, Abrechnungsschein etc.

Verträge und Regelwerke

- Vertragstypenübersicht
- Gebührenübersicht
- Vertragstexte und Regelwerke
- Vertragsspezifische Informationen wie z. B. Hauptbehandlerbindung Vertragstyp DE

Vertragsteilnehmer

- Teilnehmende Ärzte, Kassen, Apotheken und stationäre Einrichtungen

Spendeninitiative Homöopathie-Forschung

Qualitätsinitiativen

- Leistungsbeschreibung
- Qualitätsprüfung
- Qualitätsmanagementmodule des DZVhÄ

Informationen für die Praxis

- Selektivverträge in der täglichen Praxis - Leitfaden für die Arzthelferin
- Verschiedene Informationen und Downloads für die Praxis (z.B. Morbi- RSA, Kassenwechsel leicht gemacht, Info zum Ausfallhonorar, HzV etc.)
- Übersicht Softwareanbieter Module Selektivverträge Homöopathie
- Übersicht Selektivverträge Homöopathie (auch die KV-Verträge)
- Übersicht Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) – Konditionen

FAQ Ärzte = Infoblätter

- Fragen und Antworten rund um die Selektivverträge Homöopathie in Form von Infoblättern, die heruntergeladen werden können