

**Es können nur Leistungen für eingeschriebene Patienten der teilnehmenden Krankenkassen abgerechnet werden.
Die Abrechnung erfolgt ausschließlich über den von der Managementgesellschaft beauftragten Abrechnungsdienstleister.**

Vertragstypenübersicht Selektivverträge Homöopathie ab 01.07.2016

Inhalt

1. Grundlegende Informationen zu den Verträgen

- Vertragstypen
- Rechtsgrundlage
- Geltungsbereich
- Voraussetzungen für Ärzte
- Fortbildungsverpflichtung
- Teilnehmenden Kassen
- Weitere Vertragspartner
- Spende

2. Einschreibung des Patienten

- Teilnahmeerklärung Patient
- Fax-Nummer
- Ablage
- Vertretung

3. Vergütung und Abrechnung

- Vergütung
- Einreichungsintervall und -frist
- Zahlungsziel
- Einzureichende Abrechnungsunterlagen
- Fehlerhafte Abrechnungen
- Kontoauszüge
- Gebühren
- Nachzüglerregelung
- Vertretung
- Weitere Bestimmungen (Vertragstyp DE und alle Vertragstypen)

4. Leistungsumfang der einzelnen Vertragstypen

Die vollständigen Regelwerke finden Sie auf unserer Webseite unter www.managementgesellschaft-dzvhae.de > Verträge und Regelwerke. Die Regelwerke sind bindender Vertragsbestandteil.

5. Sonderbestimmungen bei Gemeinschaftspraxen, BAG, MVZ, Praxen mit angestellten Ärzten

- Abrechnung
- Leistungsvolumen pro Patient
- Teilnehmende Ärzte ohne eigene LANR (z.B. Arzt in Weiterbildung, Sicherstellungsassistenten)

Es können nur Leistungen für eingeschriebene Patienten der teilnehmenden Krankenkassen abgerechnet werden.
Die Abrechnung erfolgt ausschließlich über den von der Managementgesellschaft beauftragten Abrechnungsdienstleister.

1. Grundlegende Informationen zu den Verträgen

	Vertragstyp E	Vertragstyp P	Vertragstyp DEQ	Vertragstyp DE	Vertragstyp E-Diplom
Vertrags- typen	Abrechnung von <u>E</u> inzelleistungen	Abrechnung einer Leistungs- <u>P</u> auschale pro Behandlungsquartal	Homöopathie- <u>D</u> iplom des DZVhÄ, Abrechnung von <u>E</u> inzelleistungen, <u>Q</u> ualitätsfördernde Maßnahmen	Homöopathie- <u>D</u> iplom des DZVhÄ, Abrechnung von <u>E</u> inzelleistungen, Direkteinschreibung bei der Kasse	Abrechnung von <u>E</u> inzelleistungen, Homöopathie- <u>D</u> iplom des DZVhÄ
Geltungsbereich	bundesweit				
Voraus- set- zungen für Ärzte	Zusatzbezeichnung Homöopathie oder Homöopathie-Diplom des DZVhÄ		Homöopathie-Diplom des DZVhÄ		
Fortbildungs- verpflichtung	20 Stunden Fortbildung aus vom DZVhÄ anerkannten Veranstaltungen pro Jahr, davon maximal 12 Stunden aus Qualitätszirkeln. Die FB-Stunden werden von den Ärzten ohne Diplom jährlich eingereicht, die teilnehmenden Ärzte mit Diplom unterliegen sämtlichen Richtlinien zum Homöopathie-Diplom des DZVhÄ in der jeweils geltenden Fassung: <i>Insgesamt müssen im Rahmen der Bestimmungen des Homöopathie-Diploms des DZVhÄ in fünf (5) Jahren 100 Fortbildungsstunden nachgewiesen werden.</i>				

**Es können nur Leistungen für eingeschriebene Patienten der teilnehmenden Krankenkassen abgerechnet werden.
Die Abrechnung erfolgt ausschließlich über den von der Managementgesellschaft beauftragten Abrechnungsdienstleister.**

	Vertragstyp E	Vertragstyp P	Vertragstyp DEQ	Vertragstyp DE	Vertragstyp E-Diplom
Teilnehmende Kassen	Gelistete Kassen aus Vertragstyp E	Gelistete Kassen aus Vertragstyp P z.B. Vertrag mit teilnehmenden IKK'n, Vertrag mit der Knappschaft / SVLFG (LKK'n)	Gelistete Kassen aus Vertragstyp DEQ z.B. Vertrag mit der Techniker Krankenkasse	Gelistete Kassen aus Vertragstyp DE z.B. Vertrag mit der BARMER GEK	Gelistete Kassen aus Vertragstyp E-Diplom z.B. Vertrag mit der hkk und beigetretenen Krankenkassen (nicht Vertrag mit der BARMER GEK)
	Teilnehmende Krankenkassen finden Sie fortlaufend aktualisiert unter www.managementgesellschaft-dzvhae.de .				
Weitere Vertragspartner	Am <u>BKK-Vertrag</u> aus diesem Vertragstyp nehmen über den Deutschen Apothekerverband (DAV) eingeschriebene Apotheken teil.	Am <u>Knappschaft/SVLFG-Vertrag</u> nehmen stationäre Einrichtungen teil. Beim <u>IKK-Vertrag</u> nehmen über den Deutschen Apothekerverband (DAV) eingeschriebene Apotheken teil.	Am <u>TK-Vertrag</u> nehmen Krankenhäuser und Einrichtungen der Rehabilitation teil, die ein stationäres Angebot Homöopathie vorhalten oder eine homöopathische Vor-/Nachbehandlung im Rahmen einer schulmedizinischen Versorgung berücksichtigen.	keine	
Spende	Um Forschung rund um die Homöopathie zu fördern ist die Homöopathie-Stiftung des DZVhÄ auf Spenden durch die an den Selektivverträgen teilnehmenden Ärzte angewiesen. Eine solche freiwillige Spende kann jeder Arzt im Rahmen der Abrechnung seiner Selektivvertragshonorare leisten. Die Zusage erfolgt im Rahmen der Teilnahmeerklärung des Arztes bzw. über das Formular „Änderung meiner Spendenzusage“.				

Es können nur Leistungen für eingeschriebene Patienten der teilnehmenden Krankenkassen abgerechnet werden.
Die Abrechnung erfolgt ausschließlich über den von der Managementgesellschaft beauftragten Abrechnungsdienstleister.

2. Einschreibung des Patienten

	Vertragstyp E	Vertragstyp P	Vertragstyp DEQ	Vertragstyp DE	Vertragstyp E-Diplom
Teilnahmeerklärung Patient Teil 1	<p>Teilnahmeerklärung bei den BKKen NICHT faxen. Die vom Patienten unterschriebene Erklärung wird in der Praxis archiviert und kann bei Bedarf von den Kassen angefordert werden.</p> <p>Bei der HEK (Hanseatische Krankenkasse) wird die Teilnahmeerklärung der Patienten vor Behandlungsbeginn gefaxt!</p> <p>Hinweis: kein Fax = kein Honorar</p> <p>Wenn nach 5 Arbeitstagen kein negativer Bescheid eingetroffen ist, gilt dies als Teilnahme- bzw. Kostenübernahmebestätigung.</p>	<p>Teilnahmeerklärung Patient vor Behandlungsbeginn per Fax an die Krankenkasse.</p> <p>Hinweis: kein Fax = kein Honorar</p> <p>Wenn nach 5 Arbeitstagen kein negativer Bescheid eingetroffen ist, gilt dies als Teilnahme- bzw. Kostenübernahmebestätigung.</p>	<p>Der Arzt händigt dem Patienten eine von ihm unterzeichnete Teilnahmeerklärung mit aufgedruckten Praxis- und Patientendaten aus. Diese legt der Patient selbständig bei der Krankenkasse vor. Nach Prüfung stellt die Krankenkasse dem Versicherten sowie dem Arzt per Post jeweils eine personalisierte Teilnahme-/Kostenübernahmebestätigung zu. Dann kann die Behandlung beginnen.</p> <p>Hinweis: keine Bestätigung = kein Honorar</p>	<p>Der Arzt händigt dem Patienten eine Teilnahmeerklärung mit aufgedruckten Praxis- und Patientendaten aus. Diese legt der Patient bei der Krankenkasse vor. Nach Prüfung stellt die Krankenkasse dem Versicherten sowie dem Arzt per Post jeweils eine personalisierte Teilnahme-/Kostenübernahmebestätigung zu. Dann kann die Behandlung beginnen. Der Versicherte ist für ein Zeitjahr an den Hauptbehandler gebunden. Gleichzeitige Teilnahme des Patienten an der HzV ist nicht möglich.</p> <p>Hinweis: keine Bestätigung = kein Honorar</p>	<p>Der Arzt händigt dem Patienten eine Teilnahmeerklärung mit aufgedruckten Praxis- und Patientendaten aus. Diese legt der Patient selbständig bei der Krankenkasse vor. Nach Prüfung stellt die Krankenkasse dem Versicherten sowie dem Arzt per Post jeweils eine personalisierte Teilnahme-/Kostenübernahmebestätigung zu. Dann kann die Behandlung beginnen.</p> <p>Hinweis: keine Bestätigung = kein Honorar</p>

**Es können nur Leistungen für eingeschriebene Patienten der teilnehmenden Krankenkassen abgerechnet werden.
Die Abrechnung erfolgt ausschließlich über den von der Managementgesellschaft beauftragten Abrechnungsdienstleister.**

	Vertragstyp E	Vertragstyp P	Vertragstyp DEQ	Vertragstyp DE	Vertragstyp E-Diplom
Fax-Nr.	Siehe Fax-Nummern-Liste unter www.managementgesellschaft-dzvhae.de (Rubrik: Vertragsteilnehmer). Wird auf der Liste keine Fax-Nummer genannt, ist für die betreffende Kasse keine Fax-Übermittlung der Teilnahmeerklärung erforderlich.		entfällt		
Ablage	Unabhängig von der Art der Einschreibung muss sichergestellt sein, dass sich jeweils ein Exemplar der vom Patienten unterzeichneten Teilnahme- und Einverständniserklärung in den Praxisunterlagen befindet. Die Einschreibungsunterlagen aller Patienten müssen mindestens für die Dauer der Teilnahme des Arztes an der Versorgung Klassische Homöopathie aufbewahrt werden. Diese Aufbewahrungspflicht lässt darüber hinausgehende Aufbewahrungspflichten aus Gesetz oder Berufsrecht (u.a. § 10 Abs. 3 MBO-Ä: 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung) unberührt.				
Vertretung	Entsprechend der gesetzlichen Vorschriften (insbesondere aber nicht beschränkt auf die Ärzte-Zulassungsverordnung, Ärzte-ZV) ist eine Vertretung allein bei Krankheit, Entbindung, Urlaub oder Teilnahme an einer ärztlichen Fortbildung oder an einer Wehrübung möglich. Der Vertretungsarzt muss ebenfalls an diesen Verträgen teilnehmen (siehe auch Hinweise auf Seite 11). Im Falle einer Vertretung ist keine erneute Einschreibung des Patienten bei dem vertretenden Arzt erforderlich. Die Vertretungsleistung ist im Rahmen der Abrechnung als solche zu kennzeichnen. Bitte beachten Sie das eingeschränkte Leistungsspektrum im Vertreterfall (siehe Regelwerke).				

Es können nur Leistungen für eingeschriebene Patienten der teilnehmenden Krankenkassen abgerechnet werden.
Die Abrechnung erfolgt ausschließlich über den von der Managementgesellschaft beauftragten Abrechnungsdienstleister.

3. Vergütung und Abrechnung

	Vertragstyp E	Vertragstyp P	Vertragstyp DEQ	Vertragstyp DE	Vertragstyp E-Diplom
Vergütung	Einzelleistungsvergütung nach Regelwerk	pauschalisierte Vergütung in Höhe von 90,00 Euro je Behandlungsquartal (30,00 Euro im Vertretungsfall)	Einzelleistungsvergütung nach Regelwerk Die Versorgung nach diesen Verträgen basiert auf einem 3-jährigen Zyklus: Nach der ersten Leistung können weitere Leistungen innerhalb der folgenden zwei Jahre entsprechend des zur Verfügung stehenden Leistungsvolumens 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.		Einzelleistungsvergütung nach Regelwerk
			Zweimal pro vergütungsfreiem Jahr kann bei Vorliegen bestimmter Diagnosen und weiterer Voraussetzungen ein Chroniker-Zuschlag in Höhe von 30 € abgerechnet werden.		
			Für teilnehmende stationäre Einrichtungen gelten teilweise abweichende Regelungen (siehe spezielles Regelwerk).		

**Es können nur Leistungen für eingeschriebene Patienten der teilnehmenden Krankenkassen abgerechnet werden.
Die Abrechnung erfolgt ausschließlich über den von der Managementgesellschaft beauftragten Abrechnungsdienstleister.**

Einreichungs- intervall und -frist	<p>Die Abrechnung erfolgt quartalsweise bis zum 5. Werktag nach Ende des Abrechnungsquartals. Innerhalb dieser Frist sind die Abrechnungsdaten an die von der Managementgesellschaft beauftragte Abrechnungsgesellschaft zu übermitteln.</p> <p>Nicht fristgerecht eingereichte Abrechnungsunterlagen werden erst in der nächsten Folgeabrechnung bearbeitet. Die Abrechnungsgesellschaft kann hierfür eine Bearbeitungsgebühr verlangen.</p>				
Zahlungsziel	<p>Zahlung durch Kasse erfolgt nach 20 Werktagen nach Erhalt der Rechnung</p>	<p>Zahlung durch Kasse erfolgt nach 30 Kalendertagen nach Erhalt der Rechnung</p>	<p>Zahlung durch Kasse erfolgt nach 14 Kalendertagen nach Erhalt der Rechnung</p>	<p>Zahlung durch Kasse erfolgt nach 20 Werktagen nach Erhalt der Rechnung</p>	<p>Zahlung durch Kasse erfolgt nach 20 Werktagen nach Erhalt der Rechnung</p>



**Es können nur Leistungen für eingeschriebene Patienten der teilnehmenden Krankenkassen abgerechnet werden.
Die Abrechnung erfolgt ausschließlich über den von der Managementgesellschaft beauftragten Abrechnungsdienstleister.**



	Vertragstyp E	Vertragstyp P	Vertragstyp DEQ	Vertragstyp DE	Vertragstyp E-Diplom
Einzureichende Abrechnungsunterlagen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Online-Abrechnungsportal: Dieses steht als Standard-Einreichungsweg zur Verfügung. Vor der ersten Nutzung und für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an den Abrechnungsdienstleister PVS pria. Die Service-Hotline steht Ihnen unter der Telefonnummer 0208 - 484 72 49 oder per E-Mail unter service.dzvhae@ihre-pvs.de zur Verfügung. 2. Neben der kostengünstigen Einreichung per Online-Portal steht Ihnen alternativ die Einreichung von Papierbelegen zur Erfassung durch Servicemitarbeiter gegen eine zusätzliche Gebühr zur Verfügung. 3. Papier-Abrechner: Jeder Arzt reicht einen Abrechnungsschein pro Patient und Quartal ein (Gemeinschaftspraxen reichen also ggf. mehrerer Abrechnungsscheine pro Patient ein, wenn mehrere Ärzte an der Versorgung beteiligt waren). Außerdem ein ausgefüllter Dokumentationsbeleg pro Abrechnung und Arzt. Die Höhe der Abrechnungsgebühren sind der jeweils aktuellen Gebührenübersicht zu entnehmen, die unter www.managementgesellschaft-dzvhae.de (Rubrik: Verträge und Regelwerke) abrufbar ist. 				

**Es können nur Leistungen für eingeschriebene Patienten der teilnehmenden Krankenkassen abgerechnet werden.
Die Abrechnung erfolgt ausschließlich über den von der Managementgesellschaft beauftragten Abrechnungsdienstleister.**



	Vertragstyp E	Vertragstyp P	Vertragstyp DEQ	Vertragstyp DE	Vertragstyp E-Diplom
Fehlerhafte Abrechnungen	Die Abrechnungsgesellschaft kann für unleserliche, unvollständige, fehlerhafte oder verspätete Abrechnungsunterlagen zusätzlich zur allgemeinen Verwaltungskostengebühr eine Bearbeitungsgebühr von mindestens 15,-- € bis zu 50,-- € pro Fall berechnen. Diese entfällt bei Nutzung des Online-Abrechnungsportals , da Fehler sofort angezeigt und korrigiert werden können.				
Kontoauszüge	Prüfen Sie die Kontoauszüge der PVS pria auf mögliche Absetzungen, um unberechtigte Honorarkürzungen zu vermeiden. Reagieren Sie auf Absetzungen! Reichen Sie z.B. eine fehlende Teilnahmeerklärung des Patienten nach, wenn dies auf dem Kontoauszug entsprechend ausgewiesen ist.				
Gebühren	Eine vollständige Gebührenübersicht finden Sie im Download-Bereich unserer Website unter www.managementgesellschaft-dzvhae.de > Verträge und Regelwerke.				

**Es können nur Leistungen für eingeschriebene Patienten der teilnehmenden Krankenkassen abgerechnet werden.
Die Abrechnung erfolgt ausschließlich über den von der Managementgesellschaft beauftragten Abrechnungsdienstleister.**



	Vertragstyp E	Vertragstyp P	Vertragstyp DEQ	Vertragstyp DE	Vertragstyp E-Diplom
Nachzüglerregelung	<p>Die Abrechnung von Leistungen muss spätestens im Folgequartal geschehen und ist nur bis in den auf das Leistungsquartal folgenden Abrechnungszeitraum möglich. Es liegt in der Verantwortung des Arztes, die (korrigierten) Fälle fristgerecht bei der Abrechnungsgesellschaft einzureichen, danach ist keine Abrechnung mehr möglich.</p>	<p>Die Abrechnung von Leistungen ist bis zu 6 Monate nach dem Abrechnungsquartal möglich. Beispiel: Leistungen aus dem Quartal 1 können bis zu 6 Monate nach Ablauf des Leistungsquartals - also bis zum 30.09. - eingereicht werden. Eine Annahme im Oktober ist nicht mehr möglich!</p> <p>Ausnahme: Die Abrechnung von Leistungen gegenüber teilnehmenden IKK'n muss spätestens im Folgequartal geschehen (also bis zum 31.03, 30.06., 30.09. bzw. 31.12.).</p> <p>Die letztmögliche nachträgliche Einreichung von Leistung (Ende eines Quartals) fällt also nicht mit der Regelabrechnung (Anfang eines Quartals) zusammen!</p>	<p>Die Einreichungsfrist von Leistungen endet am fünften Werktag des dritten auf das Leistungsquartals folgenden Quartals (Beispiel: Die Leistung erfolgt in Quartal 1, die Abrechnung ist bis zum fünften Werktag des Quartals 4 möglich).</p>		

**Es können nur Leistungen für eingeschriebene Patienten der teilnehmenden Krankenkassen abgerechnet werden.
Die Abrechnung erfolgt ausschließlich über den von der Managementgesellschaft beauftragten Abrechnungsdienstleister.**



	Vertragstyp E	Vertragstyp P	Vertragstyp DEQ	Vertragstyp DE	Vertragstyp E-Diplom
Vertretung	Entsprechend der gesetzlichen Vorschriften (insbesondere aber nicht beschränkt auf die Ärzte-Zulassungsverordnung, Ärzte-ZV) ist eine Vertretung allein bei Krankheit, Entbindung, Urlaub oder Teilnahme an einer ärztlichen Fortbildung oder an einer Wehrübung möglich. Der Vertretungsarzt muss ebenfalls an diesen Verträgen teilnehmen. Über den Verlauf der Vertretung findet ein Austausch mit dem gewählten Behandler statt. Im Falle einer Vertretung ist keine erneute Einschreibung des Patienten bei dem vertretenden Arzt erforderlich. Die Vertretungsleistung ist im Rahmen der Abrechnung als solche zu kennzeichnen. Bitte beachten Sie die besonderen Bestimmungen und das ggf. eingeschränkte Leistungsspektrum im Vertreterfall (siehe Regelwerke).				
	<ul style="list-style-type: none"> • Erst-/ Akutanamnesen können im Vertreterfall nicht angesetzt werden. Die vertragstypspezifischen Regelwerke können weitere Einschränkungen vorsehen, die verbindlich zu beachten sind. • In Gemeinschaftspraxen gilt: Das Leistungsvolumen pro Patient steht nur einmal zur Verfügung. Die Vertreterpauschale im Vertragstyp P kann innerhalb einer Gemeinschaftspraxis nicht ausgelöst werden. • Teilnehmende feste Mitglieder einer Berufsausübungsgemeinschaft können sich auch bei organisatorisch bedingter Abwesenheit vertreten. • Unter bestimmten Voraussetzungen ist die Vertretung durch einen entsprechenden qualifizierten und bei der Managementgesellschaft angemeldeten externen Behandler in der Betriebsstätte des zu vertretenden Arztes (=regulär teilnehmender Arzt) möglich. Eine solche Vertretung muss spätestens am ersten Tag der Vertretung gegenüber der Managementgesellschaft mittels eines Formulars angezeigt werden. 				

**Es können nur Leistungen für eingeschriebene Patienten der teilnehmenden Krankenkassen abgerechnet werden.
Die Abrechnung erfolgt ausschließlich über den von der Managementgesellschaft beauftragten Abrechnungsdienstleister.**



	Weitere Bestimmungen
Vertragstyp DE (BARMER GEK)	<ul style="list-style-type: none"> Keine Leistungen können erbracht werden, sofern der Versicherte an einem Vertrag nach § 73b SGB V zur hausarztzentrierten Versorgung teilnimmt. EBM-Pauschale und Erstanamnese nicht am selben Tag (BARMER GEK prüft die KV-Abrechnung und macht ggf. Absetzungen) Die Krankenkasse plant, Ihre Versicherten mittels einer Aufstellung der in Anspruch genommenen Leistungen jedes Quartal zu informieren.
Alle Vertragstypen	<ul style="list-style-type: none"> Eine Abrechnung der im Rahmen der Selektivverträge der DZVhÄ Managementgesellschaft zu erbringenden ärztlichen Leistungen über eine Kassenärztliche Vereinigung, über andere Selektivverträge oder als Privatliquidation ist unzulässig. Unzulässig ist es ebenso, Leistungen die Bestandteil dieser Versorgung sind, nach Ausschöpfen der vertraglich festgelegten Höchstzahl der vergütungsfähigen Leistungen privat oder anderweitig - z. B. über andere Selektivverträge - zu liquidieren. Eine vor Einschreibung des Patienten in diesen Vertrag erfolgte Erstanamnese darf im Rahmen dieses Vertrages erst dann wiederholt werden, wenn dies aufgrund besonderer Umstände indiziert ist. Dies gilt unabhängig davon, wer die Kosten für diese Erstanamnese getragen hat. Auch Weiterbildungsassistenten ohne Zusatzbezeichnung Homöopathie bzw. ohne Homöopathie-Diplom, die sich auf dem Weg zur Zusatzbezeichnung bzw. zum Diplom befinden, dürfen im Rahmen der bestehenden Verträge unter bestimmten Voraussetzungen - wie sie neben den Verträgen insbesondere in den „Richtlinien für die Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten ohne Zusatzbezeichnung Homöopathie bzw. ohne Homöopathie-Diplom im Rahmen der Selektivverträge“ geregelt sind - Leistungen erbringen und über ihren Ausbilder abrechnen. Im Vorfeld ist aber jeder Einzelfall individuell genau zu überprüfen. Außerdem sind bestimmte Einschränkungen zu beachten. Für nähere Informationen wenden Sie sich bitte telefonisch an unsere Geschäftsstelle.

**Es können nur Leistungen für eingeschriebene Patienten der teilnehmenden Krankenkassen abgerechnet werden.
Die Abrechnung erfolgt ausschließlich über den von der Managementgesellschaft beauftragten Abrechnungsdienstleister.**



4. Leistungsumfang der einzelnen Vertragstypen

Die vollständigen Regelwerke finden Sie auf unserer Webseite unter www.managementgesellschaft-dzvhae.de
⇒ Verträge und Regelwerke. Die Regelwerke sind bindender Vertragsbestandteil.

Es können nur Leistungen für eingeschriebene Patienten der teilnehmenden Krankenkassen abgerechnet werden.
Die Abrechnung erfolgt ausschließlich über den von der Managementgesellschaft beauftragten Abrechnungsdienstleister.

5. Sonderbestimmungen bei Gemeinschaftspraxen, BAG, MVZ, Praxen mit angestellten Ärzten

	Vertragstyp E	Vertragstyp P	Vertragstyp DEQ	Vertragstyp DE	Vertragstyp E-Diplom
Abrechnung	<p>Pro Patient und Arzt (LANR) muss eine separate Abrechnung erstellt werden. D.h., wenn ein Patient in einer Gemeinschaftspraxis, BAG, MVZ oder in Praxen mit angestellten Ärzten von mehreren teilnehmenden Ärzten behandelt wird, ist je Arzt eine Abrechnungsdatei einzureichen. Die Teilnahmeerklärung des Patienten ist nur einmal erforderlich (also nicht pro teilnehmenden Arzt der Gemeinschaftspraxis). Erst- oder ggf. Akutanamnesen dürfen nur durch den Hauptbehandler erbracht werden (Ausnahmen im Vertragstyp DE). Mit der ersten Abrechnung des Patienten bringt der Hauptbehandler eine Erst- oder ggf. Akutanamnese zur Abrechnung. Achtung: Weiterbildungs- und Sicherstellungsassistenten ohne eigene LANR rechnen unter der LANR ihres Praxisinhabers ab, treten abrechnungstechnisch also nicht eigenständig in Erscheinung.</p> <p>Online-Abrechnungsportal: Jeder teilnehmende Arzt lädt seine Abrechnungsdaten separat hoch.</p> <p>Papierabrechner: Abrechnungsscheine und Dokumentationsbeleg getrennt nach den teilnehmenden Ärzten.</p>				
Leistungsvolumen pro Patient	<p>Die max. Anzahl abrechnungsfähiger Leistungen pro Patient ist gemäß Regelwerk einzuhalten. Die Leistungen sind auf keinen Fall in z.B. doppelter Anzahl abzurechnen! Jeder Patient hat nur ein Leistungsvolumen pro Praxis. Leistungen, die innerhalb der gleichen Praxis nicht durch den Hauptbehandler erbracht werden, sind als Vertretungsleistung zu kennzeichnen.</p>				
Teilnehmende Ärzte ohne eigene LANR (z.B. Arzt in Weiterbildung, Sicherstellungsassistenten)	<p>Teilnehmende Ärzte ohne eigene Lebenslange Arztnummer (LANR) rechnen die von ihnen erbrachten Leistungen unter der lebenslangen Arztnummer desjenigen Arztes ab, bei dem sie angestellt sind. Im Übrigen gelten auch für angestellte Ärzte alle zugrundeliegenden vertraglichen Bestimmungen. Auch Ärzte ohne eigene LANR müssen für eine Teilnahme an diesen Verträgen angemeldet werden.</p> <p>Die Einschreibung des Patienten erfolgt bei demjenigen Arzt, dessen LANR zur Abrechnung genutzt wird. In der Regel wird also die Teilnahmeerklärung des Patienten mit dem üblichen Kassenkopf einschließlich der abrechnungsrelevanten LANR des Praxisinhabers bedruckt, mit dem Praxisstempel und zusätzlich handschriftlich mit dem Namen des homöopathisch qualifizierten Behandlers (=Assistent) versehen</p> <p>Unser Arztservice informiert Sie gern über die Einzeleinheiten!</p>				