



## UPDATE

### Veränderungen Selektivverträge Homöopathie zum 01.01.2017

#### **Welche Unterlagen erhalten Sie mit dieser Sendung?**

- **Komplette Dokumentation** – neben den weiterhin unverändert gültigen Dokumenten, enthält diese folgende veränderte Anhänge:
  - **Vorlage der Druckfelder für die Teilnahme- und Einverständniserklärung des Patienten**
  - Aktualisiertes **Pflichtenheft**
  - Aktualisierte **Schnittstellenbeschreibung (Sciphox)**
  - Aktualisierte **Regelwerke DEQ und DE**
  - Aktualisierte **Vertragstypenübersicht**
- **Fax-Antwortformular** für Softwarehäuser

#### **1. Vorlage der Druckfelder für die Teilnahme- und Einverständniserklärung des Patienten (TE Patient)** (Anhang 4 zum Pflichtenheft)

Zukünftig, soll das Formular weder in der Software hinterlegt sein noch von dieser vollständig ausgedruckt werden können. Vielmehr legen die teilnehmenden Praxen das jeweils aktuelle Formular in den Drucker ein und es erfolgt lediglich der Aufdruck der noch erforderlichen Daten.

Die Software soll weiterhin, wie gewohnt, auf die notwendige Einschreibung von Patienten hinweisen und den Aufdruck der noch fehlenden Daten auf das den Praxen vorliegende Formular unterstützen.

In der Anlage erhalten Sie eine Vorlage mit den entsprechend vorzusehenden Druckfeldern. Diese bleiben bei zukünftigen Anpassungen am Formular unverändert.

Unser Ziel ist es, in Zukunft weitere notwendige Änderungen des Formulars oder ggf. auch die Einführung krankenkassenindividueller Formulare kurzfristig und ohne Aufwände für die Softwarehersteller umsetzen zu können.

**Hinweis:** Bereits seit 01.07.2016 gilt eine geänderte Fassung der TE Patient, die allen teilnehmenden Ärzten per Download zur Verfügung steht. Die alte, derzeit in der Software hinterlegte Fassung, darf bis zum Jahresende übergangsweise problemlos parallel weiterverwendet werden. Mit dem Update zum 01.01.2017 greift dann das neue Verfahren, wie gerade beschrieben.



2. Veränderungen an den  
**Vertragstypen DEQ** (Techniker Krankenkasse) **und DE** (BARMER GEK)

Bereits zum 01.07.2016 sind folgende Veränderungen in Kraft getreten, die ab 01.01.2017 auch von der Software abgebildet werden sollen.

- a) Zukünftig greift für Patienten dieser Krankenkassen ein **dreijähriger Versorgungszyklus**: Mit der ersten Leistung beginnt ein **zweijähriger Leistungszeitraum**, in dem Leistungen nach dem Vertrag erbracht und abgerechnet werden können. Es schließt sich ein **vergütungsfreies Jahr** („Ruhejahr“) an, während welchem keine Leistungen nach dem Vertrag abgerechnet werden können (Ausnahme: Chroniker-Zuschlag im Vertragstyp DEQ).

**Beispiel:**

*Einschreibung 25.06.2016*

*Erste Leistung 15.07.2016*

*Leistungszeitraum 15.07.2016 - 14.07.2018*

*Vergütungsfreies Jahr 15.07.2018 - 14.07.2019*

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



Die **Software soll die Verwaltung dieses Versorgungsablaufs (2+1 Jahre) erleichtern**, indem für jeden Patienten das Datum des Beginns des nächsten vergütungsfreien Zeitraums bzw. des frühestmöglichen Beginns des Leistungszeitraums angezeigt wird. Da es im Einzelfall zu Abweichungen von der Regel kommen kann, muss das vom System berechnete Datum ggf. vom Arzt manuell überschrieben bzw. korrigiert werden können.

Die Einschreibung des Patienten bei demselben Arzt gilt ohne Unterbrechung fortlaufend auch über das vergütungsfreie Jahr fort und muss mit Beginn eines neuen Leistungszeitraums nicht wiederholt werden.

- b) Die Leistung „**Akutanamnese**“ (99607) wurde aus dem Vertrag DEQ gestrichen und steht damit ab sofort vertragstypübergreifend in keinem Modell mehr zur Verfügung.
- c) Die Regelung, wonach Patienten des Vertrages DEQ, die vier Quartale keine Leistungen in Anspruch genommen haben, automatisch zum Jahresende ausgeschrieben werden, fand zuletzt am 31.12.2015 Anwendung und entfällt zukünftig.

Zu beachten ist, dass Patienten, die in der Vergangenheit aufgrund der beschriebenen Regelung automatisch zum Jahresende ausgeschrieben wurden, sich bei einer erneuten Behandlungsaufnahme auch entsprechend erneut einschreiben müssen (TE Patient).



- d) Die **Erstanamnese** darf maximal nur noch einmal innerhalb des zweijährigen Leistungszeitraums angesetzt werden und in ggf. folgenden Zyklen auch weiterhin nur dann vom Arzt wiederholt werden, wenn eine medizinische Indikation hierfür gegeben ist und dokumentiert wird.
- e) Ausschließlich im vergütungsfreien Jahr kann im Vertragstyp DEQ pro Patient bis zu zweimal ein neu geschaffener „**Chroniker-Zuschlag**“ (99608) angesetzt werden. Voraussetzung ist, dass der Versicherte durch den homöopathischen Arzt Leistungen der Techniker Krankenkasse außerhalb des Homöopathie-Vertrages erhält („normale“ Regelversorgung/EBM) sowie zum Zeitpunkt der Abrechnung mindestens eine Diagnose gemäß der jeweils aktuellen "Krankheitsliste" vorliegt.

Die Auswahl der Diagnosen auf der Krankheitsliste wechselt jährlich und wird vorerst nicht in der Software hinterlegt. Der Arzt gleicht also die Diagnosen vor der Erfassung manuell ab und gibt dann ggf. die Ziffer 99608 mit mindestens einer der entsprechenden Diagnosen zur Abrechnung über den Selektivvertrag ein. Im Rahmen der Abrechnungsprüfung wird die Berechtigung zum Ansatz der Ziffer verbindlich überprüft. Der Diagnose-Zuschlag kann erstmals zum 01.07.2017 abgerechnet werden, wenn die ersten Patienten in das vergütungsfreie Jahr eintreten.

Im Rahmen einer Behandlung als Vertreter kann der Chroniker-Zuschlag nicht angesetzt werden.

- f) **Überführung der Bestandspatienten** in das neue Modell
  - ❖ Hat ein Patient seine erste homöopathische Leistung nach dieser Versorgung bis zum 30.06.2015 (TK) bzw. 30.09.2015 (BARMER GEK) erhalten? Dann können vom 01.07.2017 bis 30.06.2018 (TK) bzw. 01.10.2017 bis 30.09.2018 (BARMER GEK) keine Leistungen nach diesem Vertrag für ihn erbracht werden.
  - ❖ Hat ein Patient seine erste homöopathische Leistung im Rahmen dieser Versorgung zwischen dem 01.07.2015 und 30.06.2016 (TK) bzw. 01.10.2015 und 30.09.2016 (BARMER GEK) erhalten? Dann können für ihn Leistungen für die dem Datum der ersten Leistung folgenden 24 Monate erbracht werden. Dann folgt das vergütungsfreie Jahr.

g) **Behandlerwechsel**

Wechselt ein Patient den gewählten homöopathischen Leistungserbringer, beginnt kein neuer zweijähriger Leistungszeitraum. Beginn und Ende des vergütungsfreien Jahres richten sich nach dem ursprünglichen Erstbehandlungsdatum. Die Erstanamnese kann nach einem Behandlerwechsel erneut angesetzt werden.

Kündigt ein Versicherter seine Teilnahme an der Versorgung und schreibt sich erneut ein, richten sich Beginn und Ende des nächsten vergütungsfreien Jahres ebenfalls nach dem zuletzt im Rahmen der (Erst-) Teilnahme registrierten Erstbehandlungsdatum.



In diesen Fällen muss der Arzt das Beginndatum des vergütungsfreien Zeitraums in der Software manuell erfassen bzw. korrigieren können.

**Die hier genannten Änderungen werden durch die aktuellen, dieser Aussendung beigefügten, Unterlagen abgebildet:**

- **Pflichtenheft** (Version 4.0)
- **Sciphox-Schnittstellenbeschreibung** (Version 2.5, Anhang 1 zum Pflichtenheft)
- **Regelwerke DEQ und DE**

**Das aktualisierte Dokument „Vertragstypenübersicht“ (Anhang 2 zum Pflichtenheft) gilt Ihrer ergänzenden Information.**

### **3. Fax-Antwort bis zum 15.11.2016**

Bitte bestätigen Sie uns, wie gewohnt, die Umsetzung der Anforderungen mit beiliegendem Formular.

#### ***Pflichtenheft/Dokumentation***

Eine vollständige Dokumentation sollte Ihnen jederzeit vorliegen. Bitte tauschen Sie ggf. in Ihrer Ablage die nun geänderten Bestandteile aus. Auf Anforderungen erhalten Sie jederzeit erneut eine aktuelle und vollständige Dokumentation von uns.

#### ***Hinweis zu den teilnehmenden Krankenkassen***

Teilnehmende Krankenkassen sollen nicht in der Software hinterlegt werden, da es hier zu kurzfristigen Veränderungen kommen kann. Die Prüfung, ob und ggf. in welchen Versorgungsregionen eine Krankenkasse teilnimmt, obliegt der Verantwortung des einzelnen Arztes. Entsprechende Listen stellen wir monatsaktuell auf unserer Internetseite zur Verfügung. Mittels eines Dialoges kann der Anwender jeweils zum Monatsbeginn an den Download einer aktuellen Liste von unserer Internetseite erinnert werden.

#### ***Technische Fragen und Testdaten***

Für technische Fragen und die Entgegennahme von Testdatensätzen steht Ihnen unser Abrechnungsdienstleister PVS pria GmbH unter Tel.: (02 08) 48 47 – 249 oder Mail [service.dzvhae@ihre-pvs.de](mailto:service.dzvhae@ihre-pvs.de) zur Verfügung. Eine zwingende Einreichung von Testdaten ist nicht vorgesehen. Die Entgegennahme und unverbindliche Prüfung von Testdaten ist eine Serviceleistung, die nicht mit irgendeiner Form der Freigabe durch uns verbunden ist oder Sie gar von der Verantwortung für Ihr Produkt entbindet. Mit steigender Anzahl der von Ihnen eingereichten Testdatensätze gewinnt der Test für Sie an Aussagekraft.

**Vielen Dank!**