



## Veränderungen an den Versorgungsverträgen mit Techniker Krankenkasse (Vertragstyp DEQ) zum 01.07.2016 und BARMER GEK (Vertragstyp DE) zum 01.10.2016

### 1. Wann treten die Änderungen in Kraft?

Die Änderungen treten zum 01.07.2016 für Versicherte der Techniker Krankenkasse (TK) und zum 01.10.2016 für Versicherte der BARMER GEK in Kraft. Auch Patienten, die bereits an der Versorgung teilnehmen, sind unmittelbar von den Veränderungen betroffen.

### 2. Welche Veränderungen treten in Kraft?

- ❖ Zukünftig greift für Patienten der TK und BARMER GEK 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 Vertrag mit der TK).

#### Beispiel:

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. Der neue Leistungszeitraum kann aber auch erst später wieder beginnen, 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.*

- ❖ Ziel des neu eingeführten dreijährigen Versorgungszyklus ist es grundsätzlich, innerhalb von maximal zwei Jahren ein bestimmtes Behandlungsziel zu erreichen, welches ggf. eine Weiterbehandlung im Rahmen der Regelversorgung im dritten Jahr, ermöglicht. Dadurch sollen das Selbstmanagement der Patienten und der Umgang mit ihrer Erkrankung gestärkt sowie Mitnahmeeffekte und unnötige Dauerversorgung reduziert werden.



- ❖ Die Leistung „**Akutanamnese**“ wird gestrichen - steht also nicht mehr zur Verfügung.

**Wichtig!** Sollten Sie im ersten Halbjahr 2016 eine Akutanamnese nach dem TK-Vertrag abgerechnet haben, vergessen Sie bitte nicht, die ausführliche Erstanamnese innerhalb von sechs Monaten nachzuholen. Erfolgt dies nicht, können weitere homöopathische Leistungen für diesen Patienten erst dann wieder angesetzt werden, wenn die Erstanamnese erbracht und abgerechnet wurde.

- ❖ Die Regelung, wonach TK-Patienten, die vier Quartale keine Leistungen in Anspruch genommen haben, automatisch zum Jahresende ausgeschrieben werden, fand zuletzt am 31.12.2015 Anwendung und entfällt zukünftig. Für Patienten der BARMER GEK gab und gibt es keine entsprechende Regelung.

Beachten Sie bitte, dass TK-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).

- ❖ Die **Erstanamnese** darf nur noch einmal innerhalb des zweijährigen Leistungszeitraums angesetzt werden und in ggf. folgenden Zyklen auch weiterhin nur dann wiederholt werden, wenn eine medizinische Indikation hierfür gegeben ist und dokumentiert wird.

**Praxistipp:** Viele Kollegen meinten bisher, eine Erstanamnese müsse einmal im Jahr erbracht werden. Das war und ist nicht richtig! In zukünftigen Behandlungszyklen wird bei fehlender medizinischer Indikation also keine Erstanamnese wiederholt.

Sollten Sie für einen Patienten 2015 eine Erstanamnese erbracht und abgerechnet haben, steht Ihnen diese Leistung in diesem Jahr nach dem 01.07.2016 nicht mehr zur Verfügung. Sollte es notwendig sein, kann für den betreffenden Patienten diese Leistung erst dann wiederholt werden, wenn nach dem vergütungsfreien Jahr ein neuer Leistungszeitraum begonnen hat.

- ❖ Im vergütungsfreien Jahr kann für Patienten der TK bis zu zweimal ein neu geschaffener „**Chroniker-Zuschlag**“ angesetzt werden, sofern die betreffenden Patienten im Rahmen der Regelversorgung weiterversorgt werden und bei dem Patienten eine Diagnose aus der jeweils aktuellen TK-Diagnoseliste zutrifft (siehe auch: *Was ist der „Chroniker-Zuschlag“?*)



### **3. Was bleibt unverändert?**

u.a.

- ❖ Vereinbarte Einzelleistungshonorare bleiben der Höhe nach bestehen.
- ❖ Im Leistungszeitraum weitgehend unverändertes Leistungsspektrum abrechnungsfähig, wie Sie es gewohnt sind.
- ❖ Einheitliche Teilnahme- und Einverständniserklärung des Patienten (TE Patient) für alle Krankenkassen.
- ❖ Gewohntes Einschreibeprozedere der Patienten in das Versorgungsangebot bleibt unverändert.
- ❖ Keine Neueinschreibung Ihrer Bestandspatienten notwendig.
- ❖ Abrechnung unverändert über unseren Dienstleister PVS pria.

### **4. Wann treten meine Bestandspatienten, die bereits vor dem 01.07.2016 eingeschrieben waren, in das vergütungsfreie Jahr ein?**

Für bereits an der Versorgung teilnehmende Versicherte gilt:

#### **Techniker Krankenkasse**

- **Hat Ihr Patient seine erste homöopathische Leistung nach dieser Versorgung bis zum 30.06.2015 erhalten?** Dann können Sie vom 01.07.2017 bis 30.06.2018 keine Leistungen nach diesem Vertrag für ihn erbringen.
- **Hat Ihr Patient seine erste homöopathische Leistung im Rahmen dieser Versorgung zwischen dem 01.07.2015 und 30.06.2016 erhalten?** Dann können Sie für ihn Leistungen für die dem Datum der ersten Leistung folgenden 24 Monate erbringen. Dann folgt das vergütungsfreie Jahr.

#### **BARMER GEK**

- **Hat Ihr Patient seine erste homöopathische Leistung nach dieser Versorgung bis zum 30.09.2015 erhalten?** Dann können Sie vom 01.10.2017 bis 30.09.2018 keine Leistungen nach diesem Vertrag für ihn erbringen.
- **Hat Ihr Patient seine erste homöopathische Leistung im Rahmen dieser Versorgung zwischen dem 01.10.2015 und 30.09.2016 erhalten?** Dann können Sie für ihn Leistungen für die dem Datum der ersten Leistung folgenden 24 Monate erbringen. Dann folgt das vergütungsfreie Jahr.

Diese Übergangsregelungen gelten nicht, sofern die Teilnahme des Patienten an der Versorgung aufgrund vertraglicher Bestimmungen, wie zum Beispiel fehlender Leistungsanspruchnahme über einen längeren Zeitraum bei TK-Versicherten, oder aufgrund einer Kündigung zwischenzeitlich geendet hat. In diesem Fall schreibt sich der Patient bitte erneut in die Versorgung ein.



## **5. Wie erfahre ich, wann für einen bestimmten Patienten das vergütungsfreie Jahr beginnt?**

- ❖ Behalten Sie den Überblick - das vergütungsfreie Jahr beginnt immer zwei Jahre nach der ersten Leistung!

### **Beispiel:**

<i>Erste Leistung</i>	15.07.2016
<i>Vergütungsfreies Jahr</i>	15.07.2018 - 14.07.2019

- ❖ Die PVS pria stellt Ihnen voraussichtlich ab Ende 2016 regelmäßig aktuelle **Patientenlisten** zur Verfügung, denen Sie den Beginn des vergütungsfreien Jahres entnehmen können.

Sobald Ihnen diese Listen vorliegen, können Sie Ihre Patienten verbindlich über den Beginn des vergütungsfreien Jahres informieren. Bis zum 30.06.2017 können in jedem Fall alle teilnehmenden Patienten im Rahmen des vereinbarten Leistungsspektrums versorgt werden.

- ❖ Die Softwarehersteller werden seitens der Managementgesellschaft aufgefordert, eine entsprechende Funktionalität in ihre Programme aufzunehmen. Aufgrund der mitunter langen Vorlaufzeiten bei einzelnen Anbietern ist mit einer flächendeckenden Umsetzung erst zum 01.01.2017 zu rechnen.

## **6. Was geschieht, wenn ich Leistungen über den Vertrag abrechne, obwohl sich der Patient im vergütungsfreien Jahr befindet?**

Diese Leistungen werden abgesetzt und nicht vergütet. Einzige Ausnahme im Vertrag mit der TK: „Chroniker-Zuschlag“.

## **7. Privatliquidation?**

Die Privatliquidation homöopathischer Leistungen durch Vertragsärzte gegenüber GKV-Patienten ist grundsätzlich ausgeschlossen. Dies gilt entsprechend auch im vergütungsfreien Jahr.

Ob sich dennoch eine eventuelle Privatliquidation im vergütungsfreien Jahr realisieren lässt, wird derzeit juristisch geprüft. Die letzte DZVhÄ-Delegiertenversammlung konnte aufgrund der vielschichtigen und komplexen Thematik hierzu noch keine abschließende Empfehlung geben. Dieses Thema wird im Herbst 2016 erneut besprochen. Die ersten Patienten treten frühestens am 01.07.2017 in das vergütungsfreie Jahr ein, so dass bis dahin eine diesbezügliche Empfehlung erarbeitet werden kann.



## **8. Wie erfahren Ihre Bestandspatienten von den Veränderungen?**

Die BARMER GEK informiert betroffene Patienten im Rahmen eines persönlichen Anschreibens über die Neuerungen.

Die Techniker Krankenkasse spricht ihre Bestandspatienten nicht aktiv auf die Veränderungen an. Ein entsprechendes Beratungsblatt der Krankenkasse für ihre Versicherten finden Sie jedoch auf der Website der Managementgesellschaft. Dieses können Sie ausdrucken und Ihren betroffenen TK-Patienten überreichen. Neben einer kurzen begleitenden mündlichen Information verweisen Sie für weitere Fragen an die Krankenkasse.

Nachdem Sie sich mit Ihren persönlichen Benutzerdaten auf der Website [www.managementgesellschaft-dzvhae.de](http://www.managementgesellschaft-dzvhae.de) angemeldet haben, können Sie das TK-Beratungsblatt jederzeit hier herunterladen: Verträge und Regelwerke > Vertragstyp DEQ.

## **9. Wie werden neue Patienten informiert?**

Im Rahmen des weiterhin unverändert geltenden Einschreibeverfahrens informieren die Krankenkassen ihre Versicherten ausführlich über Bestimmungen, zukünftig z.B. auch über den dreijährigen Behandlungszyklus. Das Patienten-Merkblatt der Managementgesellschaft zum Einschreibeverfahren steht in der jetzt vorliegenden aktualisierten Fassung auch weiterhin allen teilnehmenden Praxen auf Wunsch zur Verfügung.

Nachdem Sie sich mit Ihren persönlichen Benutzerdaten auf der Website [www.managementgesellschaft-dzvhae.de](http://www.managementgesellschaft-dzvhae.de) angemeldet haben, können Sie das Merkblatt jederzeit hier herunterladen: Formulare > Für alle teilnehmenden Ärzte.

## **10. Was passiert bei einem Behandlerwechsel?**

Die Frequenzen der einzelnen Abrechnungsziffern beziehen sich auf die Teilnahme jeweils eines Patienten. 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 jedoch 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



nach dem zuletzt im Rahmen der (Erst-)Teilnahme registrierten Erstbehandlungsdatum.

Vor diesem Hintergrund bleibt es auch in Zukunft wichtig, dass Sie vor Beginn der homöopathischen Behandlung die schriftliche Einschreibebestätigung der Krankenkasse unbedingt abwarten, um Honorarausfälle zu vermeiden.

### **11. Was ist der TK-„Chroniker-Zuschlag“?**

Die neu geschaffene Ziffer 99608 ist der „Chroniker-Zuschlag“, welcher nur für Patienten der TK zur Verfügung steht. Der Zuschlag soll im vergütungsfreien Jahr den im Rahmen der Regelversorgung nicht adäquat abgebildeten Mehraufwand für bestimmte kontinuierlich versorgte Patientengruppen etwas ausgleichen.

Der "Chroniker-Zuschlag" darf bis zu zweimal ausschließlich im jeweils vergütungsfreien Jahr unter der Voraussetzung abgerechnet werden, dass der Versicherte durch den homöopathischen Arzt Leistungen der Techniker Krankenkasse außerhalb des Homöopathie-Vertrages erhält („normale“ Regelversorgung/EBM) sowie zum Zeitpunkt der Abrechnung eine Diagnose gemäß der jeweils aktuellen "Krankheitsliste" vorliegt. Mindestens eine dieser Diagnosen muss im Rahmen der Selektivvertragsabrechnung kodiert und auf dem gewohnten Weg zur Vergütung eingereicht werden. Der Zuschlag wird, wie alle anderen Leistungen aus dem Selektivvertrag Homöopathie, über die von der Managementgesellschaft beauftragte PVS pria abgerechnet. An dieser Stelle erinnern wir noch einmal daran, dass in der Abrechnung grundsätzlich immer alle beim Patienten bestehenden Diagnosen zu kodieren sind.

Sollte im Rahmen anderer TK-Verträge ein diagnosespezifischer Zuschlag vorgesehen sein, erhalten Sie den Zuschlag aus demjenigen Vertrag, den Sie zuerst zur Abrechnung bringen.

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

Die TK wird im ersten Halbjahr 2017 den teilnehmenden Ärzten eine schnittstellen-übergreifende elektronische Kodierhilfe zur Verfügung stellen, welche die korrekte Kodierung erleichtern soll.

Nachdem Sie sich mit Ihren persönlichen Benutzerdaten auf der Website [www.managementgesellschaft-dzvhae.de](http://www.managementgesellschaft-dzvhae.de) angemeldet haben, können Sie die aktuelle „Krankheitsliste“ zukünftig stets jederzeit hier herunterladen: Verträge und Regelwerke > Vertragstyp DEQ. Erstmals wird die Liste zum 01.06.2017 verfügbar sein und gilt dann für das zweite Kalenderhalbjahr.



**12. Müssen sich die Patienten nach dem vergütungsfreien Jahr erneut in die Versorgung einschreiben?**

Nein, trotz des vergütungsfreien Jahres müssen die Patienten danach nicht erneut in die Versorgung mit Homöopathie eingeschrieben werden. Sofern erforderlich, setzen Sie die Behandlung also einfach fort.

Beachten Sie bitte, dass die Regelung, wonach Patienten, die vier Quartale keine Leistungen in Anspruch genommen haben, automatisch zum Jahresende ausgeschrieben werden, letztmalig zum 31.12.2015 zur Anwendung kam. Die hiervon betroffenen Patienten müssten Sie also ggf. bitte sehr wohl erneut einschreiben (TE Patient).

**13. Wie erfahre ich, ob sich ein im Rahmen einer Vertretung behandelter Patient im vergütungsfreien Jahr befindet und keine Leistungen abgerechnet werden können?**

Grundsätzlich soll auch im Rahmen einer Vertretung eine notwendige Kommunikation zwischen Hauptbehandler und Vertreter stattfinden, in deren Rahmen dies geklärt werden kann. Ist dies nicht möglich, erkundigen Sie sich bitte bei dem jeweiligen Patienten oder bitten den Arztservice um Unterstützung bei der Klärung, ob für den betreffenden Patienten Leistungen abgerechnet werden dürfen.

**13. Gibt es Veränderungen am Einschreibeprozedere bzw. an der Teilnahme und Einverständniserklärung des Patienten (TE Patient)?**

Das bisher schon mit den Krankenkassen vereinbarte und gewohnte Einschreibeprozedere bleibt unverändert. Bitte beachten Sie jedoch, dass **ab 01.07.2016 krankenkassenübergreifend eine neue TE Patient** gilt. Aufgrund der langen Vorlaufzeiten einzelner Softwarehersteller wird dieses aktualisierte Formular erst zum 01.01.2017 flächendeckend in den unterschiedlichen Softwareprodukten zur Verfügung stehen. Bis dahin kann das alte Formular verwendet werden oder Sie rufen die neue Fassung auf unserer Website ab.

Nachdem Sie sich mit Ihren persönlichen Benutzerdaten auf der Website [www.managementgesellschaft-dzvhae.de](http://www.managementgesellschaft-dzvhae.de) angemeldet haben, können Sie die die neue TE Patient jederzeit in der Rubrik Formulare herunterladen



**14. Wo kann ich die zugrundeliegenden Verträge mit den Krankenkassen sowie die jeweils zu beachtenden Regelwerke einsehen?**

Nachdem Sie sich mit Ihren persönlichen Benutzerdaten auf der Website [www.managementgesellschaft-dzvhae.de](http://www.managementgesellschaft-dzvhae.de) angemeldet haben, können Sie die die Verträge und weitere relevante Unterlagen jederzeit hier herunterladen: Verträge und Regelwerke.