



Versorgungsangebot „Integrative Medizin“ in der täglichen Praxis

- Leitfaden für Arzthelferinnen -

- Ohne Gewähr -

- Stand 01.01.2023 -



Inhaltsverzeichnis:

| | Seite |
|---|-----------|
| Vertragstyp IM (Integrative Medizin) | 3 |
| Information zur Teilnahmeerklärung Patient | 4 |
| Grafik: Einschreibungsprocedere Patient | 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 |



Vertragstyp IM (Integrative Medizin)

- **Überprüfen Sie bitte die Vertragsteilnahme der Krankenkasse** und damit die Abrechnungsvoraussetzung Ihres Patienten mit der monatlich aktualisierten Liste der beteiligten Kassen. Die Liste finden Sie unter [www.mgl-gesund.de/Integrative Medizin](http://www.mgl-gesund.de/Integrative%20Medizin), Rubrik „Vertragsteilnehmer“ (derzeit nur die Bergische Krankenkasse).
- **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. die zu benutzende Faxnummer.
 - **In allen Fällen ist unbedingt eine vom Patienten unterzeichnete Teilnahmeerklärung in den Praxisunterlagen abzulegen!**
 - Beachten Sie die besonderen Hinweise und die Regelwerke.



Information zur Teilnahmeerklärung für Patient

- Die jeweils aktuellen Formulare finden Sie zum Download auf der Internetseite der Managementgesellschaft.
- Bitte lassen Sie Ihre Patienten die „Teilnahme- und Einverständniserklärung des Patienten“ (Vorderseite) und die datenschutzrechtliche Einwilligung (Rückseite) unterschreiben.
- Informieren Sie die Krankenkasse entsprechend des auf der Kassen- und Faxnummernliste angegebenen Verfahrens über die Einschreibung.
Derzeit gilt: **Faxen Sie** die erste Seite der Patienten-Teilnahmeerklärung **VOR Behandlungsaufnahme** an die jeweilige Krankenkasse. Die Behandlung kann unmittelbar nach Faxeinreichung beginnen.
- Nehmen Sie ein unterzeichnetes Exemplar zu Ihren Unterlagen. Die Unterschrift des Patienten ist eine wesentliche Abrechnungsvoraussetzung und befugt Sie sowie die MGL zu Weitergabe und Verarbeitung der Abrechnungsdaten.
- Das **Patientenrechtegesetz** räumt 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.

Einschreibungsprocedere Patient



TE Patient unterzeichnen lassen,
Krankenkasse über die Einschreibung informieren
(siehe Kassen- und Faxnummernliste)
sowie
ein unterzeichnetes Exemplar zu den Behandlungsunterlagen
nehmen.



Wenn TE Patient an die Krankenkasse
gefaxt wird: Faxprotokoll aufheben!



Es kann unmittelbar mit der
Behandlung begonnen werden.

(siehe Hinweis Patientenrechtegesetz Seite 4)

Vorderseite der Teilnahmeerklärung Patient

Patienten-
daten

Gültig ab 01.01.2023

Patientenakt (Formularkopf links oben drucken oder Aufkleber anbringen)

Hinweise an den Leistungserbringer

- ▶ Dieses Formular mit der Kennung IM gilt ausschließlich für an der Versorgung „Integrative Medizin“ teilnehmende Krankenkassen (derzeit Bergische Krankenkasse).
- ▶ Beide Seiten der unterschriebenen „Teilnahme- und Einwilligungserklärung“ sind an die Krankenkasse des Patienten zu faxen.
- ▶ Weitere Informationen und eine Liste der Faxnummern unter www.mgl-gesund.de.
- ▶ Ein vollständig unterschriebenes Exemplar dieser „Teilnahme- und Einwilligungserklärung“ (beide Seiten) ist in der Patientenakte zu verwahren.

Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Patienten für die Versorgung mit Integrativer Medizin

1. Ja, ich möchte an der von der MGL Managementgesellschaft für Gesundheitsleistungen mbH (MGL) und meiner Krankenkasse angebotenen besonderen Versorgung mit Integrativer Medizin (im Folgenden „Versorgung“ genannt) teilnehmen und wünsche meine Behandlung auf Grundlage des mir vorgestellten Versorgungsangebotes.

2. Diese Teilnahme- und Einwilligungserklärung, die nähere Informationen zu den Zielen und Inhalten der Versorgung enthält, hat mir mein Arzt vor Unterzeichnung als Ausdruck im Auftrag meiner Krankenkasse überreicht. Im Rahmen dieser Versorgung wird auf der Grundlage des § 140a SGB V der Zugang zu einer individuellen integrativ-medizinischen Beratung und Behandlung für die Versicherten meiner Krankenkasse geregelt.

3. Die Versorgung umfasst zahlreiche Therapieverfahren der besonderen Therapierichtungen, u.a. Anthroposophische Medizin, Ayurveda, Ernährungstherapie, Homöopathie, Kinesologie, Osteopathie, Physikalische Therapie, Phytotherapie, Traditionelle Chinesische Medizin. Eine vollständige Liste finde ich auf der Homepage der MGL unter www.mgl-gesund.de/integrative-medicin. Mein Arzt wählt unter Berücksichtigung meiner Wünsche, der medizinischen Indikation sowie seiner eigenen Kenntnisse ein oder mehrere nach diesem Versorgungsangebot zugesagte geeignete Therapieverfahren aus und entscheidet unter Beachtung der Vertragsbedingungen und des Wirtschaftlichkeitsgebotes über deren Kombination, Intensität und Frequenz.

Die Leistungen umfassen: Homöopathische/naturheilkundliche Anamnese; Homöopathische Analyse/Repetitionstherapie bzw. naturheilkundliche Behandlungsplanung; Folgebehandlung. Ich bin darüber informiert worden, dass der integrativ-medizinische Ansatz bei allen Erkrankungen mit zwingender Operationsindikation und in den Fällen der Intensivmedizin nicht indiziert oder nur als Ergänzung geeignet ist. Mir ist darüber hinaus bekannt, dass die Kosten für nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnungsfähige Arzneimittel nicht Gegenstand dieser Versorgung sind.

4. Mein Arzt hat mich im Auftrag meiner Krankenkasse darüber aufgeklärt, dass die Teilnahme freiwillig ist.

5. Ich bin damit einverstanden, dass eine Behandlung im Rahmen dieser Versorgung nur durch die an dieser Versorgung teilnehmenden Ärzte erfolgt und meine freie Arztwahl im Rahmen des Versorgungsangebotes auf diese Ärzte beschränkt ist. Die an dieser Versorgung teilnehmenden Ärzte kann ich der fortlaufend aktualisierten Internetseite www.mgl-gesund.de/integrative-medicin entnehmen.

6. Meine Teilnahmeerklärung erfolgt in zweifacher Ausführung, wobei ich ein Exemplar erhalte und ein Exemplar bei meinem Arzt verbleibt. Eine Kopie meiner Teilnahmeerklärung erhält nach meiner Einschreibung meine Krankenkasse. Mit dem verbleibenden Exemplar informiere ich andere an diesem Vertrag teilnehmende Ärzte über meine Teilnahme. Ich habe mich ab Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung auf alle Ansprüche hinsichtlich der Leistungen in Anspruch genommen.

8. Für den Fall, dass ich am Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahmeerklärung auch an einer zwischen der von der MGL Managementgesellschaft für Gesundheitsleistungen mbH und meiner Krankenkasse angebotenen besonderen Versorgung mit Klassischer Homöopathie teilnehme, erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Teilnahme an der Versorgung mit Klassischer Homöopathie mit sofortiger Wirkung endet.

9. 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 künde.

Seite 1 von 2 – Stand: 26.10.2022

10. Ich kann meine Teilnahme jederzeit außerordentlich kündigen, wenn besondere Gründe (z.B. Wohnortwechsel, Praxisschließung, gestörtes Vertrauensverhältnis zum behandelnden Arzt) vorliegen. Dies gilt auch für den Fall, dass ich an einer von meiner Krankenkasse angebotenen hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen möchte.

12. Kündigungen erfolgen schriftlich gegenüber meiner Krankenkasse. Meine Krankenkasse informiert meinen Arzt von meiner Kündigung.

12. Meine Teilnahme endet

- mit Wirksamkeit einer Kündigung gemäß den Ziffern 7 und 8;
- bei einem Widerruf meiner Teilnahme gegenüber meiner Krankenkasse (siehe Ziffer 12);
- bei Widerruf meiner Einwilligung in die Datenübermittlung für Abrechnungszwecke (siehe Anlage „Einwilligungserklärung zum Datenschutz“);
- mit dem Ende meines Versicherungsverhältnisses zu meiner Krankenkasse oder
- wenn der dieser Versorgung zu Grunde liegende Vertrag durch die Vertragspartner gekündigt wird.

Außerdem kann meine Krankenkasse meine Teilnahme durch Kündigung mit sofortiger Wirkung beenden, wenn ich meine sich aus dieser Teilnahmeerklärung ergebenden Verpflichtungen nicht einhalte.

13. Mit der Teilnahme an dieser Versorgung ist eine anderweitige Inanspruchnahme integrativ-medizinischer Leistungen, wie sie im Rahmen der Versorgung angeboten werden, 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.

14. **Mein Recht auf Widerruf:** Hiermit wurde ich von meinem Arzt im Auftrag meiner Krankenkasse darüber belehrt, dass ich meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Unterzeichnung widerrufen kann. Der Widerruf bedarf keiner Begründung und ist schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse zu erklären. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an meine Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn mein Arzt als Vertreter meiner Krankenkasse mir diese Belehrung über mein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

Unterschrift
Patient

Praxisdaten/
Stempel

| Datum | Unterschrift Patient(in) |
|---|--------------------------|
| Name und vollständige Anschrift der Arztpraxis (Bitte in Blockschrift oder gut lesbare Stellpat) | |
| Berufsanz-Nr. | |
| IANR | |

IM

Abrechnung

Leistungsvolumen pro Patient beachten
(Regelwerk!); 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 Versorgungsverträgen 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. Die Beantragung eingeschränkter Zugänge für Praxismitarbeiter ist ebenfalls möglich.

Ausführliche Informationen zu diesem bequemen Abrechnungsweg finden Sie auf unserer Webseite in der Rubrik „Formulare“. Gerne können Sie sich persönlich an uns wenden, die Kontaktdaten 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!

Gültig ab 01.07.20

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

Patientendaten (Patrikelnr./ID) bitte oben drucken oder aufkleben anbringen!

Abrechnungsschein Besondere Versorgung "Intensivmedizin"

Die Erkrankung des Patienten in die besondere Versorgung ist erfolgt.

Die Erstattungen wurde bereits vor Teilnahme an der besonderen Versorgung erbracht:

ja, am _____ nein

| Leistungsposition | Datum | V (*) | SNR |
|---|-------|----------|-------|
| Homöopathische/interdisziplinäre Anamnese | | | 99-80 |
| Homöopathische Analyse, Rezepturabgabe, interdisziplinäre Behandlungsplanung | | | 99-81 |
| Folgebehandlung | | | 99-82 |

Behandlungs-
daten

Angabe N-/BSNR

Angabe LANR

Diagnose-Schlüssel (ICD-Code)

Bitte die Diagnosen gut lesbar (Druckbuchstaben) und die
Qualifizierung (Q) sowie Lokalisation (L) angeben.

ICD 10

Wichtig:
Die Angabe der Qualifizierung ist obligat!

3 bis 5-stelliger ICD

| | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

* (V) ankreuzen, wenn der Patient im Vertretungsfall behandelt wird! Beachten Sie die vertragsrechtlichen Vorgaben im Reglement zur Vertretung!

Ich versichere, dass ich die oben abgerechneten Leistungen unter Einhaltung der Bestimmungen des zugrunde liegenden Vertrages vollständig erbracht und insbesondere nicht gleichzeitig über eine Kassenzuzahlung hinausgehende Mittelwerte habe ich zur Kontrolle gesammelt. Für die Einhaltung der Bestimmungen bin ich persönlich verantwortlich und

Originalunterschrift
des behandelnden
Arztes

Praxisdaten/
Stempel

Ort, Datum, Unterschrift

Abrechnungsschein (Rückseite)



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

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

Hinweise

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.mgl-gesundheit.de > Integriert

Abrechnungshinweise und -fristen: Die Abrechnungunterlagen sind innerhalb von 5 Abrechnungsgesellschaft zu übermitteln. Bitte nur einen Abrechnungsschein pro Patient an abrechnungsberechtigtem Arzt einen ausgefüllten und unterschriebenen Dokumentationsblatt (mit Ihre N/ICDNR und LAR) an. Unvollständig ausgefüllte Abrechnungsscheine werden zu Abrechnungen können eine gesonderte Bearbeitungsgebühr auslösen. Nicht fristgerecht eingereichten Abrechnung (Folgequartal) bearbeitet. Nach endgültigem Ablauf des Einreichung

Online-Abrechnungsportal: Dieses steht Ihnen als kostengünstiger Standard-Einreichweg weitere Informationen wenden Sie sich bitte an den Abrechnungsdienstleister PVS prta, Dr. 0000 – 4647246 oder per E-Mail unter service@mgl-prta.de zur Verfügung. Die Einnahme ist nicht möglich. Diese Daten reichen Sie bitte bequem über das Abrechnungsportal ein.

Ihre papiergebundenen Abrechnungsgunterlagen senden Sie bitte fristgerecht an

PVS prta GmbH
Ramschelder Str. 16
45461 Hülthelm an der Ruhr

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)



Direktlinien:
Telefon: 0230/48 47 249
Fax: 0230/48 47 298
Mo.-Do. 9:00 bis 13:45 Uhr
Fr. 9:00 bis 12:00 Uhr
service.mgl@mv-pvs.de

Dokumentationsbeleg

Begleitzettel der Abrechnungunterlagen
für Papierabrechner

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

Integrative Medizin

Gültig ab 01.07.2023

Bitte prüfen vor Leistungserbringung (Kostenträger), ob ein Dokumentationsbeleg ausreicht und die Abrechnungswahlten dem entsprechenden Arzt zuschickbar. Nur dann ist eine vollständige Zuordnung von Seiten der PVS pria möglich. Hierzu ist die Angabe der R-/IKNR sowie der LAMR verpflichtend, ansonsten erfolgt die Rückmeldung der Belege an die Praxis.

(Roter-/Blauer/Grüner/Weißer) (R-/IKNR) (Pflichtig):

Leistungskategorie (LAK) (Pflichtig):

Stempel des Abrechners

**Nur bei Papierabrechnung:
Einen ausgefüllten
Dokumentationsbeleg jeder
Abrechnung beilegen.**

auszufüllen von der Praxis

| | | |
|-------------------------------|-------------------|--------|
| Stammzahl angestrichelter Nr. | Erreichte Klassen | Umriss |
|-------------------------------|-------------------|--------|

auszufüllen von der PVS pria

| | | |
|--------------------|-------------------|--------|
| Stammzahl MGL pria | Erreichte Klassen | Umriss |
|--------------------|-------------------|--------|

| | | |
|---------------------|--|--------|
| Rückgabe am (Datum) | | Umriss |
| Anzahl (Stück) | | |

| | |
|-------|--|
| Grund | |
| | |
| | |
| | |
| | |



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** an:
 - *Online-Portal:* www.pvs-pria.de/login
 - *Papierabrechnung:* PVS pria GmbH, Abteilung Neue Versorgungsformen, Remscheider Str. 16, 45481 Mülheim.
- Bitte beachten Sie die anfallenden Gebühren, insbesondere die aktuelle Verwaltungskostengebühr. Eine Übersicht finden Sie auf unserer Webseite in der Rubrik „Verträge und Regelwerke“.



www.mgl-gesund.de/integrative-medizin **Unsere Internetseite - Wo finde ich was?**

Verträge und Regelwerke

- Vertragstypenübersicht
- Gebührenübersicht
- Vertragstexte und Regelwerke
- Teilnahmeerklärung Arzt

Vertragsteilnehmer

- Teilnehmende Ärzte, Krankenkassen

Formulare

- Teilnahme- und Einverständniserklärung Patient, Abrechnungsschein etc.

Rundschreiben

- Chronologisches Archiv unserer Rundschreiben zum Versorgungsangebot Integrative Medizin

FAQ Ärzte = Infoblätter

- Fragen und Antworten zum Versorgungsangebot Integrative Medizin

Informationen für die Praxis

- Versorgungsangebot „Integrative Medizin“ in der täglichen Praxis - Leitfaden für Arzthelferinnen
- Verschiedene Informationen und Downloads für die Praxis (z.B. Kassenwechsel, Leitfaden „Homöopathie und Integrative Medizin“)
- Übersicht Softwareanbieter

Teilnehmer werden

- Teilnahmeinformationen „Integrative Medizin“ für Ärztinnen und Ärzte