

Leitfaden zur Abrechnung von Facharztverträgen der AOK BW/Bosch BKK



Um die Abrechnung und vor allem das Ergebnis der Abrechnung in den §140a Verträgen der AOK BW/Bosch BKK zu verstehen, ist es hilfreich, nicht nur die Abrechnungssystematik sondern auch den Prozess der Verarbeitung der Abrechnungsdaten zu kennen. Hierzu werden wir einen zusammenfassenden Überblick über den Abrechnungsprozess bei der MEDIVERBUND AG geben und darauf bezogen die wichtigsten Schritte näher erläutern.

Inhalt

1. Grundlagen der Abrechnungssystematik	2
2. Abrechnungsprozess	4
2.1 Überblick über den Abrechnungsprozess	4
2.2 Empfangsbestätigung	5
2.3 Elektronisches Korrekturverfahren	6
2.4 Datenübermittlung	6
2.5 Auszahlungsprozess	7
3. Abrechnungsbeispiele, -regeln und Besonderheiten	8
3.1 Kardiologie	8
3.2 Gastroenterologie	13
3.3 PNP	16
3.3.1 Neurologie	16
3.3.2 Psychiatrie	19
3.3.3 Kinder- und Jugendpsychiatrie	21
3.3.4 Psychotherapie	23
3.3.5 Honoraranlage - Übergreifende Regeln	25
3.3.6 Abrechnungsbeispiele Modulübergreifend	26
3.3.7 Abrechnungsregeln	29
3.4 Orthopädie	33
3.5 Urologie	38
3.6 Diabetologie	45
3.7 Rheumatologie	49
3.8 Nephrologie	53
3.9 Pneumologie	56
4. Kodier-Tipps	60
5. Sofortabrechnung	61
5.1 Voraussetzungen	61
5.2 Einschreibefristen	62
5.3 Sofortabrechnung nach Einschreibung	63
5.4 Ablehnung SANE-Fälle	65
5.5 NEGSOFAB	65
6. Wie lese ich einen Abrechnungsbrief?	66

1. Grundlagen der Abrechnungssystematik

Gesamtziffernkranz

Abgrenzung KV- und Vertragsabrechnung

- **Aufgelistete EBM-Ziffern aus allen 140a -Verträgen sowie HZV**
→ für teilnehmende Versicherte nicht über die KV abrechnen!
- **Nicht aufgelistete EBM-Ziffern oder Ausnahmen**
→ für teilnehmende Versicherte weiterhin über KV abrechnen

Hinweis: Für den AOK BW Vertrag Diabetologie findet der Gesamtziffernkranz **keine Anwendung**.

Anmerkungen im GZK:

obligatorisch:	Leistungen müssen für eingeschriebene Versicherte vom jeweiligen FA als Teil der Abrechnungsziffern erbracht werden.
Nicht obligatorisch:	Leistungen müssen für eingeschriebene Versicherte als Teil der Abrechnungsziffern erbracht werden, sofern Qualifikation und Ausstattung vorhanden. Für Leistungserbringung und Abrechnung gilt das Leistungsspektrum der Praxis.
§ 140a-Leistung:	Diese Leistungen sind durch einen anderen Facharztvertrag in den GZK eingegliedert aber bei Erbringung der Leistung mit den Abrechnungsziffern Ihres vorliegenden Vertrages abgegolten.
HZV-Leistung:	Zur Abstimmung bzgl. Erbringung (auch durch den Hausarzt) dieser Leistung ist die Absprache mit dem HAUSARZT erforderlich. Bei Abrechnung durch den FACHARZT ist die Leistung mit den Abrechnungsziffern Ihres vorliegenden Vertrages abgegolten.

Vergütungspositionen

- Anlage 12 enthält die Abrechnungsziffern, Regeln und Vergütungen

ICD-Liste

- Anlage 12 Anhang 2 (im Diabetologievertrag Anlage 12 Anhang 1)
- Auflistung und Zuordnung der Diagnosen, die für die Abrechnung bestimmter Ziffern vorliegen müssen

Ambulantes Operieren

- Nur für den Orthopädie/Chirurgie- und den Urologievertrag relevant
- Orthopädie/Chirurgie: Anlage 12 Anhang 5
- Urologie: Anlage 12 Anhang 4
- enthält die Ziffern zum ambulanten Operieren, Zuschläge zur Förderung ambulanter Operationen, Frakturzuschläge, Anästhesien und postoperative Überwachungen und Zuschläge hierzu
- Sachkosten ebenfalls über Vertrag abzurechnen
- jeweils OP Schlüssel aus Anhang 2 zum EBM notwendig
- Ziffern zum ambulanten Operieren nur 1 x pro Tag abrechenbar
 - Ausnahme: Simultaneingriff: abrechenbar je 15 Minuten Dauer und Förderzuschläge (je OPS abrechenbar)
- Anästhesien, postoperative Überwachung und postoperative Behandlung über AOP Ziffern abrechenbar

Weitere Informationen zur Vergütungs- und Abrechnungssystematik (z.B.: Abrechnungshäufigkeiten oder Vergütungsregeln) finden Sie in der Anlage 12, auf der Schreibtischunterlage oder auf unserer Abrechnungsthemenseite im Internet:

<https://www.medi-verbund.de/facharztvertraege/themenseite-abrechnung/>

2. Abrechnungsprozess

2.1 Überblick über den Abrechnungsprozess

Generell ist die Abrechnung bis spätestens zum 5. Kalendertag nach Ablauf des Quartals elektronisch zu übermitteln.

Stichtag	05. Januar	05. April	05. Juli	05. Oktober
Abrechnung	Abrechnung des 4. Quartals des Vorjahres	Abrechnung des 1. Quartals des Jahres	Abrechnung des 2. Quartals des Jahres	Abrechnung des 3. Quartals des Jahres

- Prüflauf (Prüfung der Abrechnung durch ihre Vertragssoftware)
- Übermittlung der Abrechnungsdaten elektronisch via Vertragssoftware und Online-Key
- Bestätigung des Eingangs der Daten durch MEDIVERBUND AG (Datenempfangsbestätigung)
- Prüfung der eingereichten Daten durch MEDIVERBUND AG
- Gegenprüfung durch die Kasse
- Auszahlung und Versand der Abrechnungsnachweise durch MEDIVERBUND AG

2.2 Empfangsbestätigung

Nach erfolgreicher Übermittlung der Abrechnungsdaten erhalten Sie am nächsten Werktag (Mo-Fr) eine Datenempfangsbestätigung.

Sehr geehrter Herr Dr. Mustermann,

wir haben von Ihnen am 03.10.2024 folgende Abrechnungs- und/oder Verordnungsdaten erhalten:

3. Quartal 2024

	§ 140a	Sofortabrechnung	Gesamt
→ Patienten mit Abrechnungsdaten	457	0	457
→ Anzahl Leistungsziffern	4.626	0	4.626
Anzahl Diagnosen	3.727	0	3.727
→ Anzahl Operationsschlüssel	20	0	20

Sie haben uns 558 Verordnungen geschickt.

Bitte beachten Sie, dass dieses Schreiben lediglich den Erhalt der Daten dokumentiert. Die endgültige Verarbeitung, Abrechnung und Überprüfung hat noch nicht stattgefunden.

Abrechnungstichtag ist immer der 5. Tag im 1. Monat nach Ende des Quartals. Alle danach eintreffenden Daten können ggfs. erst im Folgequartal berücksichtigt werden. Sie können Abrechnungen bis zu 12 Monate nach Leistungserbringung übermitteln.

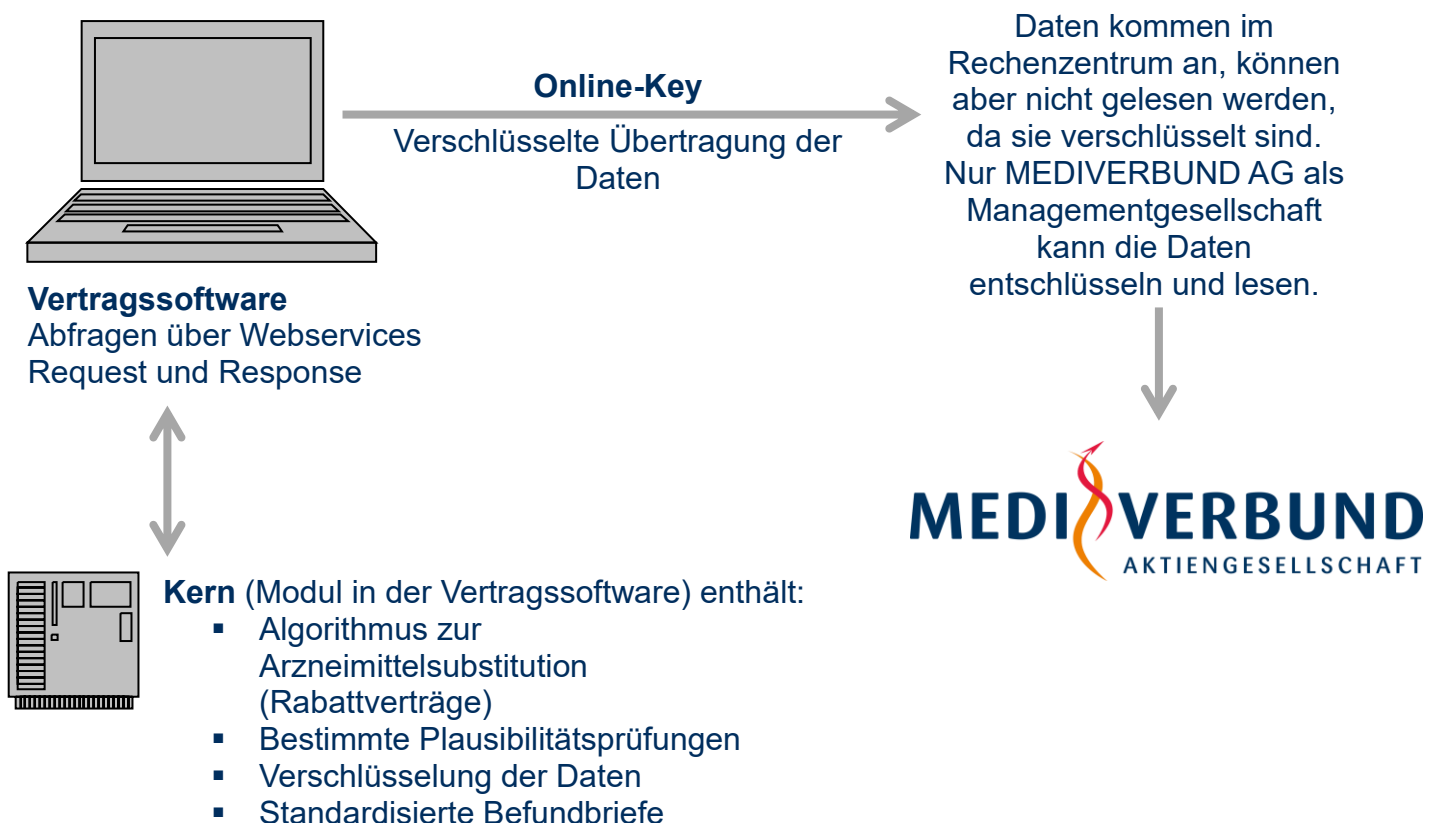
Tipp:

Prüfen Sie nach dem Versand der Abrechnungsdaten den Erhalt der Datenempfangsbestätigung und vergleichen Sie die Fallzahlen

2.3 Elektronisches Korrekturverfahren

- Elektronische Korrekturen via Vertragssoftware können bis zu **12 Monate** nach Ende des Quartals durchgeführt werden. Abrechnungskorrekturen können Sie direkt über Ihre Software durchführen. Wie Sie dies technisch genau umsetzen, kann Ihnen Ihr Systempartner erklären.
- Wichtig ist hierbei, dass Sie uns immer die gesamten Daten eines Quartals erneut übermitteln und nicht nur die einzelnen Leistungsziffern, die Sie korrigieren möchten. Wir ersetzen dann die bisherigen Daten (Leistungen, Diagnosen, etc.) komplett durch die neu übermittelten Daten.

2.4 Datenübermittlung



2.5 Auszahlungsprozess

Die Auszahlung erfolgt in zwei Schritten: Abschlagszahlung und Gutschrift.

- Die Abschlagszahlungen bemessen sich an Ihrem individuellen Fallwert im Vorquartal
- Maximale monatliche Abschlagszahlung:
 - **Kardiologie:** 19,50 € pro P1
 - **Gastroenterologie:** 29,00 € pro P1
 - **Neurologie, Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie:** 19,50 € pro P1
 - **Psychotherapie:** 116,00 € pro Fall
 - **Orthopädie:** 19,50 € pro P1
 - **Urologie:** 19,50 € pro P1
 - **Rheumatologie:** 19,50 € pro Fall
 - **Nephrologie:** 43,50 € pro P1
 - **Pneumologie:** 19,50 € pro P1
- Die Gutschrift wird per Verrechnung der bereits gezahlten Abschläge mit der Abrechnungssumme eines Quartals ermittelt
- Im **Diabetologie**-Vertrag gibt es keine Abschlagszahlungen

Bei der Berechnung der Abschlagszahlung wird auch der individuelle Kontostand berücksichtigt, ggf. werden Abschläge verrechnet.

Einen Überblick über die wichtigsten Termine/Fristen bietet der Abrechnungskalender (abrufbar auf unserer Internetseite).

3. Abrechnungsbeispiele, -regeln und Besonderheiten

3.1 Kardiologie

Abrechnungsbeispiele

Beispiel 1:

Linksherzkatheter-Untersuchung		
1. Termin	Grundpauschale (P1)	32,00 €
	Überweisung vom HZV-Hausarzt (P1UE)	10,00 €
	Pharmazuschlag (Q1)	4,00 €
	NYHA Stadium III (P1aIII)	60,00 €
	Strukturzuschlag EFA® (Q6)	10,00 €
2. Termin	Angiologiemodul (P2)	37,00 €
	Linksherzkatheter (E3a)	660,00 €
3. Termin	Zuschlag Herzkatheter (Q3)	60,00 €
	Arzt-Patienten-Kontakt (Z1)	15,00 €
Summe		888,00 €

Beispiel 2:

Nachsorge eines Defis als Auftragsleistung		
1. Termin	Grundpauschale Auftragsleistung (A0)	16,00 €
	Defi-System Nachsorge (A2b)	50,00 €
Summe		66,00 €

Beispiel 3:

Schrittmacher-Nachsorge durch einen Fachinternisten ohne Vertragsschwerpunkt		
1. Termin	Grundpauschale (P1)	32,00 €
	Überweisung vom HZV-Hausarzt (P1UE)	10,00 €
	Zuschlag Stressecho (Q4)	5,00 €
	Strukturzuschlag EFA® (Q6)	10,00 €
	Zusatzpauschale Herzrhythmusstörungen (P1C)	37,00 €
	Schrittmacher-Nachsorge (E2A)	30,00 €
Summe		124,00 €

Abrechnungsregeln

Beispiel 1:

Auftragsleistungen dürfen nicht neben Grund-/Zusatzpauschalen und Einzelleistungen abgerechnet werden.

Übermittelte Daten:

Leistungsdatum	Leistungsziffer
1. Termin	P1
1. Termin	P1UE
1. Termin	P1al
2. Termin	A12

Nach Prüfung:

	Leistungsziffer	Leistungsdatum	Abrechnungsbetrag
1	P1	1. Termin	32,00 €
2	P1UE	1. Termin	10,00 €
3	---Q1---	1. Termin	4,00 €
4	P1al	1. Termin	60,00 €
5		Summe:	106,00 €
Änderung	A12 darf nicht neben Grund-/Zusatzpauschalen und Einzelleistungen abgerechnet werden.	2. Termin	

Beispiel 2:

Zusätzlich werden manche Leistungen, welche aufgrund anderer Vergütungsregeln nicht abgerechnet werden können, durch andere Leistungen ersetzt, die dem Leistungsinhalt entsprechen.

Übermittelte Daten:

Leistungsdatum	Leistungsziffer
1. Termin	P1
1. Termin	P1UE
1. Termin	P1c
2. Termin	E2a
3. Termin	E1
4. Termin	P1

Nach Prüfung:

	Leistungsziffer	Leistungsdatum	Abrechnungsbetrag
1	P1	1. Termin	32,00 €
2	P1UE	1. Termin	10,00 €
3	P1c	1. Termin	37,00 €
4	E2a	2. Termin	30,00 €
5	E1	3. Termin	60,00 €
6	---Z1---	4. Termin	15,00 €
7		Summe:	184,00 €
Änderung	P1 ist nur einmal im Quartal abrechenbar (wurde umgewandelt in ---Z1---)	4. Termin	

Beispiel 3:

Zusätzliche Arzt-Patienten-Kontakte werden vergütet. Die dazugehörige Ziffer Z1 wird ab dem 3. Arzt-Patienten-Kontakt mit 15 € vergütet. Voraussetzung ist jedoch, dass alle vorhergegangenen Arzt-Patienten-Kontakte dokumentiert sein müssen.

Leistungsdatum	Leistungsziffer
1. Termin	P1
	P1b
2. Termin	
3. Termin	Z1

Hinweise
1. APK
Nicht dokumentiert
2. APK (<u>unvergütet</u>)



Aufgrund fehlender Dokumentation kann Z1 nicht vergütet werden.

Leistungsdatum	Leistungsziffer
1. Termin	P1
	P1b
2. Termin	Z1
3. Termin	Z1

Hinweise
1. APK
2. APK (<u>unvergütet</u>)
3. APK (<u>vergütet</u>)

3.2 Gastroenterologie

Abrechnungsbeispiele

Beispiel 1:

Leistungskette für eine Vorsorgekoloskopie		
1. Termin	Grundpauschale (P1)	32,00 €
	Überweisung vom HZV-Hausarzt (P1UE)	10,00 €
2. Termin	Präventionskoloskopie (E3)	250,00 €
	Gastroskopiekomplex (E1a)	124,00 €
Summe		416,00 €

Beispiel 2:

Leistungskette für eine Koloskopie/ÖGD		
1. Termin	Grundpauschale (P1)	32,00 €
	Überweisung vom HZV-Hausarzt (P1UE)	10,00 €
	Qualitätszuschlag Farbdoppler (Q3)	2,00 €
	Pharmazuschlag (Q1)	4,00 €
2. Termin	Leberzirrhose (P1b)	38,00 €
	Gastroskopiekomplex (E1a)	124,00 €
	Koloskopiekomplex (E2a)	232,00 €
Summe		442,00 €

Abrechnungsregeln

Beispiel 1:

Die Vertreterpauschale darf nicht neben einer Grundpauschale abgerechnet werden.

Übermittelte Daten:

Leistungsdatum	Leistungsziffer
1. Termin	P1
1. Termin	P1UE
1. Termin	P1c
2. Termin	E1a
2. Termin	E2a
3. Termin	V1

Nach Prüfung:

	Leistungsziffer	Leistungsdatum	Abrechnungsbetrag
1	P1	1. Termin	32,00 €
2	P1UE	1. Termin	10,00 €
3	---Q1---	1. Termin	4,00 €
4	---Q3---	1. Termin	2,00 €
5	P1c	1. Termin	22,50 €
6	E1a	2. Termin	124,00 €
7	E2a	2. Termin	232,00 €
8		Summe:	426,50 €
Änderung	V1 darf nicht neben P1 abgerechnet werden.	3. Termin	

Beispiel 2:

Zusätzlich werden manche Leistungen, welche aufgrund anderer Vergütungsregeln nicht abgerechnet werden können, durch andere Leistungen ersetzt, die dem Leistungsinhalt entsprechen oder, falls dies nicht möglich ist, gestrichen.

Übermittelte Daten:

Leistungsdatum	Leistungsziffer
1. Termin	P1
1. Termin	P1UE
2. Termin	E2a
3. Termin	E1a
4. Termin	P1

Nach Prüfung:

	Leistungsziffer	Leistungsdatum	Abrechnungsbetrag
1	P1	1. Termin	32,00 €
2	P1UE	1. Termin	10,00 €
3	E2a	2. Termin	232,00 €
4	E1a	3. Termin	124,00 €
5		Summe:	398,00 €
Änderung	P1 ist nur einmal im Quartal abrechenbar	4. Termin	

3.3 PNP

3.3.1 Neurologie

Abrechnungsbeispiele

Beispiel 1:

Diagnostik-Patient mit Long-/Post-Covid-Symptomen		
1. Termin	Grundpauschale (NP1)	35,00 €
	Überweisung vom HZV-Hausarzt (NP1A)	10,00 €
	Pauschale Neurologische Versorgung (NP3A)	50,00 €
	Strukturzuschlag für EFA® Neurologie (NQ2)	10,00 €
	Strukturzuschlag evozierte Potentiale (NQ3)	2,00 €
	Strukturzuschlag EMG (NQ5)	2,00 €
	Strukturzuschlag Doppler-/Duplexsonographie (NQ6)	7,00 €
	Beratungsgespräch Long-/Post-Covid (10 Minuten) (NBG1)	20,00 €
Summe		136,00 €

Beispiel 2:

Parkinson-Patient mit organischer affektiver und/oder wahnhafter Störung		
1. Termin	Grundpauschale (NP1)	35,00 €
	Überweisung vom HZV-Hausarzt (NP1A)	10,00 €
	Strukturzuschlag evozierte Potentiale (NQ3)	2,00 €
	Strukturzuschlag EMG (NQ5)	2,00 €
	Strukturzuschlag Doppler-/Duplexsonographie (NQ6)	7,00 €
	Strukturzuschlag Schwerpunktpraxis (NQ1C)	2,00 €
	Strukturzuschlag für EFA® Parkinson (NQ2C)	5,00 €
	Qualitätszuschlag Neurosonologie (NQ10)	5,00 €
	Zusatzpauschale Parkinson (NP2D1)	26,00 €
	Beratungszuschlag Parkinson (NP2D2)	20,00 €
2. Termin	Beratungszuschlag Parkinson (NP2D2)	20,00 €
Summe		134,00 €

Beispiel 3:

MS-Patient		
1. Termin	Grundpauschale (NP1)	35,00 €
	Überweisung vom HZV-Hausarzt (NP1A)	10,00 €
	Strukturzuschlag evozierte Potentiale (NQ3)	2,00 €
	Strukturzuschlag EMG (NQ5)	2,00 €
	Strukturzuschlag Doppler-/Duplexsonographie (NQ6)	7,00 €
	Strukturzuschlag Schwerpunktpraxis (NQ1A)	2,00 €
	Strukturzuschlag für EFA® MS (NQ2A)	5,00 €
	Zusatzpauschale Multiple Sklerose (NP2B1)	32,00 €
	Beratungszuschlag Multiple Sklerose (NP2B2)	20,00 €
	Schubtherapie bei Multipler Sklerose (NE2D)	55,00 €
	2. Termin	Schubtherapie bei Multipler Sklerose (NE2D)
3. Termin	Schubtherapie bei Multipler Sklerose (NE2D)	55,00 €
4. Termin	Schubtherapie bei Multipler Sklerose (NE2D)	55,00 €
5. Termin	Zusätzlicher Arzt Patienten Kontakt	15,00 €
6. Termin	Beratungszuschlag Multiple Sklerose (NP2B2)	20,00 €
	Schubtherapie bei Multipler Sklerose (NE2D)	55,00 €
Summe		425,00 €

3.3.2 Psychiatrie

Abrechnungsbeispiele

Beispiel 1:

Patient mit Angststörung		
1. Termin	Grundpauschale (PYP1)	17,00 €
	Überweisung vom HZV-Hausarzt (PYP1A)	10,00 €
	Psychiatrisches Gespräch (PYE1)	21,00 €
	Psychiatrisches Gespräch (PYE1)	21,00 €
	Psychiatrisches Gespräch (PYE1)	21,00 €
	Psychiatrisches Gespräch (PYE1)	21,00 €
	Psychiatrisches Gespräch (PYE1)	21,00 €
	Zusatzpauschale Angststörungen (PYP2C)	17,00 €
2. Termin	Psychiatrisches Gespräch (PYE1)	21,00 €
	Psychiatrisches Gespräch (PYE1)	21,00 €
	Psychiatrisches Gespräch (PYE1)	21,00 €
	Psychiatrisches Gespräch (PYE1)	21,00 €
	Psychiatrisches Gespräch (PYE1)	21,00 €
3. Termin	Psychiatrisches Gespräch (PYE1)	21,00 €
	Psychiatrisches Gespräch (PYE1)	21,00 €
	Psychiatrisches Gespräch (PYE1)	21,00 €
	Psychiatrisches Gespräch (PYE1)	21,00 €
	Psychiatrisches Gespräch (PYE1)	21,00 €
Summe		359,00 €

Beispiel 2:

Diagnostik Demenz		
1. Termin	Grundpauschale (PYP1)	17,00 €
	Überweisung vom HZV-Hausarzt (PYP1A)	10,00 €
	Diagnostik/Testung Demenz (PYE2)	41,00 €
	Zusatzpauschale Demenz (PYP2H) – bei gesicherter Diagnose	15,00 €
Summe		83,00 €

3.3.3 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Abrechnungsbeispiele

Beispiel 1:

Patient mit einfacher Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung		
1. Termin	Grundpauschale (KJPYP1)	22,00 €
	Überweisung vom HZV-Hausarzt (KJPYP1A)	10,00 €
	Individualbehandlung - Arzt (KJPYE1)	19,00 €
	Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D)	12,00 €
	Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D)	12,00 €
	Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D)	12,00 €
	Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D)	12,00 €
2. Termin	Psychiatrische Gruppenbehandlung (KJPYE3)	13,00 €
	Psychiatrische Gruppenbehandlung (KJPYE3)	13,00 €
	Psychiatrische Gruppenbehandlung (KJPYE3)	13,00 €
3. Termin	Individualbehandlung - Arzt (KJPYE1)	19,00 €
	Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D)	12,00 €
	Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D)	12,00 €
	Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D)	12,00 €
	Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D)	12,00 €
4. Termin	Psychiatrische Gruppenbehandlung (KJPYE3)	13,00 €
	Psychiatrische Gruppenbehandlung (KJPYE3)	13,00 €
	Psychiatrische Gruppenbehandlung (KJPYE3)	13,00 €
5. Termin	Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D)	12,00 €
	Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D)	12,00 €
	Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D)	12,00 €
	Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D)	12,00 €
	Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D)	12,00 €
Summe		304,00 €

Beispiel 2:

Patient mit einfacher Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung in einem schwierigen Lebensumfeld (MAS-Achse 6 > 5)		
1. Termin	Grundpauschale (KJPYP1)	22,00 €
	Überweisung vom HZV-Hausarzt (KJPYP1A)	10,00 €
	Individualbehandlung - Arzt (KJPYE1)	19,00 €
	Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D)	12,00 €
	Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D)	12,00 €
	Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D)	12,00 €
	Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D)	12,00 €
2. Termin	Psychiatrische Gruppenbehandlung (KJPYE3)	13,00 €
	Psychiatrische Gruppenbehandlung (KJPYE3)	13,00 €
	Psychiatrische Gruppenbehandlung (KJPYE3)	13,00 €
3. Termin	Individualbehandlung - Arzt (KJPYE1)	19,00 €
	Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D)	12,00 €
	Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D)	12,00 €
	Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D)	12,00 €
	Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D)	12,00 €
4. Termin	Psychiatrische Gruppenbehandlung (KJPYE3)	13,00 €
	Psychiatrische Gruppenbehandlung (KJPYE3)	13,00 €
	Psychiatrische Gruppenbehandlung (KJPYE3)	13,00 €
5. Termin	Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D)	12,00 €
	Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D)	12,00 €
	Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D)	12,00 €
	Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D)	12,00 €
	Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D)	12,00 €
Summe		304,00 €

3.3.4 Psychotherapie

Abrechnungsbeispiele

Beispiel 1:

Behandlung eines Patienten mit mittelschwerer Depression		
1. Termin	Gruppenbehandlung – kleine Gruppe (PTE6V)	145,00 €
2. Termin	Gruppenbehandlung – kleine Gruppe (PTE6V)	145,00 €
3. Termin	Gruppenbehandlung – kleine Gruppe (PTE6V)	145,00 €
	Kooperationszuschlag (PTZ1)	30,00 €
4. Termin	Gruppenbehandlung – kleine Gruppe (PTE6V)	145,00 €
5. Termin	Gruppenbehandlung – kleine Gruppe (PTE6V)	145,00 €
6. Termin	Gruppenbehandlung – kleine Gruppe (PTE6V)	145,00 €
Summe		900,00 €

Beispiel 2:

Behandlung eines Patienten mit sozialen Ängsten		
1. Termin	Grundpauschale (PTP1)	60,00 €
	Überweisung vom HZV-Hausarzt (PTP1A)	10,00 €
	Zeitnahme/aktute Versorgung (PTE1V)*	128,00 €
2. Termin	Zeitnahme/aktute Versorgung (PTE1V)*	128,00 €
3. Termin	Zeitnahme/aktute Versorgung (PTE1V)*	128,00 €
4. Termin	Zeitnahme/aktute Versorgung (PTE1V)*	128,00 €
5. Termin	Zeitnahme/aktute Versorgung (PTE1V)*	128,00 €
6. Termin	Zeitnahme/aktute Versorgung (PTE1V)*	128,00 €
7. Termin	Zeitnahme/aktute Versorgung (PTE1V)*	128,00 €
8. Termin	Zeitnahme/aktute Versorgung (PTE1V)*	128,00 €
9. Termin	Zeitnahme/aktute Versorgung (PTE1V)*	128,00 €
10. Termin	Zeitnahme/aktute Versorgung (PTE1V)*	128,00 €
	Kooperationszuschlag (PTZ1)	30,00 €
11. Termin	Erstbehandlung (PTE2V)	121,00 €
12. Termin	Erstbehandlung (PTE2V)	121,00 €
13. Termin	Erstbehandlung (PTE2V)	121,00 €
Summe		1.743,00 €

* Unter Berücksichtigung der Zuschläge ergeben sich höhere Durchschnittsbeträge

3.3.5 Honoraranlage - Übergreifende Regeln

Übergreifende Regel	Neurologie	Psychiatrie
Nur eine Grundpauschale (P1/P1H) pro Fall	<ul style="list-style-type: none"> ➤ i.d.R. Grundpauschale, zu der die Zusatzpauschale abgerechnet wird ➤ Werden Neurologie und Psychiatrie Zusatzpauschalen abgerechnet, kann frei gewählt werden 	
	Grundpauschale Psychotherapie darf nicht abgerechnet werden, wenn der Arzt eine andere Grundpauschale abrechnen kann	
Mehrere Zusatzpauschalen pro Fall möglich	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Zusatzpauschale(n) Neurologie und eine Zusatzpauschale Psychiatrie, wenn jeweils gesonderte Überweisung vorliegt (Ausnahme: Zusatzpauschale Demenz nicht taggleich mit einer Zusatzpauschale aus dem anderen Modul) ➤ Ausnahme Zusatzpauschale Demenz: entweder Neurologie oder Psychiatrie Zusatzpauschale 	
Besuch zu Unzeiten pro Fall nur in einem Modul abrechenbar	Entweder Neurologie oder Psychiatrie Ziffer für Besuche zu Unzeiten	

Übergreifende Regel	Neurologie	Psychiatrie	Psychotherapie
Gesprächsleistungen Psychiatrie und Psychotherapie nicht am selben Tag abrechenbar		Psychotherapeutische Gesprächsziffern (PTE1-PTE8) dürfen nicht am selben Tag mit der Psychiatrischen Gesprächsziffer (PYE1) abgerechnet werden	

Übergreifende Regel	Kinder- und Jugendpsychiatrie	Psychiatrie
	pro Fall können Leistungen nur in einem Modul abgerechnet werden.	

Übergreifende Regel	Kinder- und Jugendpsychiatrie	Psychotherapie
	Leistungen können uneingeschränkt kombiniert werden, auch am selben Tag.	

3.3.6 Abrechnungsbeispiele Modulübergreifend

Neurologie und Psychiatrie

Neurologische Behandlung eines Patienten mit einer zerebrovaskulären Krankheit, sowie psychiatrische Behandlung dieses Patienten wegen einer Depression:			
Arzt verfügt über folgende Geräte/Qualifikationsnachweise: <ul style="list-style-type: none"> - Evozierte Potentiale (NQ3) - EMG (NQ5) - Doppler- und Duplexsonographie (NQ6) 			
Grundpauschale NP1	35,00 €	Grundpauschale (PYP1)	17,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	10,00 €	Zusatzpauschale (PYP2D)	22,00 €
• Strukturzuschlag (NQ3)	2,00 €	Gesprächsbehandlung (5xPYE1)	105,00 €
• Strukturzuschlag (NQ5)	2,00 €		
• Strukturzuschlag (NQ6)	7,00 €		
Zusatzpauschale Epilepsie (NP2A1)	19,00 €		
+ Beratungszuschlag (NP2A2)	20,00 €		
Quartalshonorar insgesamt			222,00 €

Neurologie und Psychotherapie

Neurologische Behandlung eines Epilepsie-Patienten, sowie psychotherapeutische Behandlung dieses Patienten wegen einer Depression:			
Arzt verfügt über folgende Geräte/Qualifikationsnachweise: <ul style="list-style-type: none"> - Evozierte Potentiale (NQ3) - EMG (NQ5) - Doppler- und Duplexsonographie (NQ6) - Schwerpunktpraxis Epilepsie (NQ1B) - EFA® Epilepsie (NQ2B) 			
Grundpauschale (NP1)	35,00 €	Grundpauschale (PTP1)	60,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	10,00 €	Akute Versorgung	128,00 €* (1xPTE1(V/T/N/P))
• Strukturzuschlag (NQ3)	2,00 €		
• Strukturzuschlag (NQ5)	2,00 €		
• Strukturzuschlag (NQ6)	7,00 €	Akute Versorgung	128,00 €* (1xPTE1(V/T/N/P))
Zusatzpauschale Epilepsie (NP2C1)	26,00 €		
• Strukturzuschlag (NQ1B)	2,00 €	Akute Versorgung	128,00 €* (1xPTE1(V/T/N/P))
• Strukturzuschlag (NQ2B)	5,00 €		
+ Beratungszuschlag (NP2C2)	20,00 €		
Quartalshonorar insgesamt			493,00 €

* Unter Berücksichtigung der Zuschläge ergeben sich höhere Beträge

Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie

Neurologische Behandlung eines Epilepsie-Patienten, psychiatrische Behandlung dieses Patienten wegen einer Depression sowie psychotherapeutische Behandlung dieses Patienten wegen der Depression:

Arzt verfügt über folgende Geräte/Qualifikationsnachweise:

- Evozierte Potentiale (NQ3)
- EMG (NQ5)
- Doppler- und Duplexsonographie (NQ6)
- Schwerpunktpraxis Epilepsie (NQ1B)
- EFA® Epilepsie (NQ2B)

Grundpauschale (NP1)	35,00 €	Grundpauschale (PYP1)	17,00 €	Grundpauschale (PTP1)	60,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	10,00 €	Zusatzpauschale (PYP2D)	22,00 €	Akute Versorgung (1xPTE1)	128,00 €*
• Strukturzuschlag (NQ3)	2,00 €	Gesprächsbehandlung (5xPYE1)	105,00 €	Akute Versorgung (1xPTE1)	128,00 €*
• Strukturzuschlag (NQ5)	2,00 €	Gesprächsbehandlung (5xPYE1)	105,00 €	Akute Versorgung (1xPTE1)	128,00 €*
• Strukturzuschlag (NQ6)	7,00 €	Gesprächsbehandlung (5xPYE1)	105,00 €	PTZ1	30,00 €
Zusatzpauschale Epilepsie (NP2C1)	26,00 €				
• Strukturzuschlag (NQ1B)	2,00 €				
• Strukturzuschlag (NQ2B)	5,00 €				
+ Beratungszuschlag (NP2C2)	20,00 €				
	109 €		337 €		414 €
Quartalshonorar Gesamt					860,00 €

** Unter Berücksichtigung der Zuschläge ergeben sich höhere Beträge*

3.3.7 Abrechnungsregeln

Beispiel 1:

Auftragsleistungen dürfen nicht neben Grund-/Zusatzpauschalen und Einzelleistungen abgerechnet werden.

Übermittelte Daten:

Datum	Leistungsziffer
1. Termin	NP1
1. Termin	NP1A
2. Termin	NA6

Nach Prüfung:

	Leistungsziffer	Leistungsdatum	Abrechnungsbetrag
1	NP1	1. Termin	35,00 €
2	NP1A	1. Termin	10,00 €
3	---NQ6---	1. Termin	7,00 €
4	---NQ5---	1. Termin	2,00 €
5	---NQ3---	1. Termin	2,00 €
6		Summe:	56,00 €
Änderung:	NA6 darf nicht neben Grund-/Zusatzpauschalen und Einzelleistungen abgerechnet werden.	2. Termin	

Beispiel 2:

Auftragsleistungen dürfen nicht neben Grund-/Zusatzpauschalen und Einzelleistungen abgerechnet werden.

Übermittelte Daten:

Datum	Leistungsziffer
1. Termin	NP1
1. Termin	NP1A
1. Termin	NP2E1
1. Termin	NP2E2
1. Termin	NA1
2. Termin	NZ1

Nach Prüfung:

	Leistungsziffer	Leistungsdatum	Abrechnungsbetrag
1	NP1	1. Termin	35,00 €
2	NP1A	1. Termin	10,00 €
3	NP2E1	1. Termin	14,00 €
4	NP2E2	1. Termin	20,00 €
5	---NQ6---	1. Termin	7,00 €
6	---NQ3---	1. Termin	2,00 €
7	---NQ5---	1. Termin	2,00 €
8	---NQ2D---	1. Termin	5,00 €
9	NE1	1. Termin	160,00 €
10	NZ1	2. Termin	15,00 €
11		Summe:	270,00 €
Änderung:	NA1 darf nicht neben Grund-/Zusatzpauschalen und Einzelleistungen abgerechnet werden.	1. Termin	

Beispiel 3:

Ersetzung PTE1 nach Abrechnung PTE2

Übermittelte Daten:

Datum	Leistungsziffer
1. Termin	PTE1T
2. Termin	PTE1T
3. Termin	PTE1T

Nach Prüfung:

	Leistungsziffer	Leistungsdatum	Abrechnungsbetrag
1	PTE2T	1. Termin	121,00 €
2	PTE2T	2. Termin	121,00 €
3	PTE2T	3. Termin	121,00 €
4	Summe:		363,00 €
Änderung:	Bei Abrechnung von PTE1T darf vorausgehend keine PTE2T abgerechnet worden sein, die Ziffer wird umgewandelt in PTE2T	1. Termin	
Änderung:	Bei Abrechnung von PTE1T darf vorausgehend keine PTE2T abgerechnet worden sein, die Ziffer wird umgewandelt in PTE2T	2. Termin	
Änderung:	Bei Abrechnung von PTE1T darf vorausgehend keine PTE2T abgerechnet worden sein, die Ziffer wird umgewandelt in PTE2T	3. Termin	

Beispiel 4:

Zusätzliche Arzt-Patienten-Kontakte werden vergütet. Die dazugehörige Ziffer NZ1 wird ab dem 3. APK mit 15 € vergütet. Voraussetzung ist jedoch, dass alle vorhergegangenen APK dokumentiert sein müssen.

Datum	Leistungsziffer	Hinweise
1. Termin	NP1	1. APK
	NP1A	
	NP2B1	
2. Termin		Nicht dokumentiert
3. Termin	NZ1	2. APK (unvergütet)

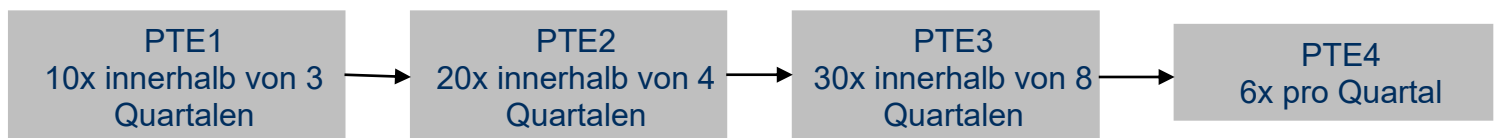


Aufgrund fehlender Dokumentation kann NZ1 nicht vergütet werden.

Datum	Leistungsziffer	Hinweise
1. Termin	NP1	1. APK
	NP1A	
	NP2B1	
2. Termin	NZ1	2. APK (unvergütet)
3. Termin	NZ1	3. APK (vergütet)

Beispiel 5:

Im Modul Psychotherapie ist die Einhaltung der Reihenfolge der Therapieserien wichtig



(abweichende Zahlen für KJ-Ziffern)

Die Einzelleistungen können nur nacheinander abgerechnet werden. Wird eine Ziffer aus einer späteren Kategorie übermittelt, kann nicht wieder zur vorhergehenden gewechselt werden (Ausnahme DAE / GDK und Therapiepause von 16 Quartalen)

Tip: Schöpfen Sie die maximal abrechenbare Anzahl aus, bevor Sie zur nächsten Leistung übergehen

3.4 Orthopädie

Abrechnungsbeispiele

Beispiel 1:

Patient mit unspezifischem Rückenschmerz, AU > 2 Wochen, Schmerzen seit 6 Wochen		
1. Termin	Grundpauschale (P1)	26,00 €
	Zuschlag Überweisung vom HZV-HA (P1A)	10,00 €
	Strukturzuschlag Sonographie (Q1)	1,00 €
	Strukturzuschlag Röntgen (Q2)	7,00 €
	Strukturzuschlag DXA (Q3)	4,00 €
	Pharmazuschlag (Q4)	4,00 €
2. Termin	Unspezifischer Rückenschmerz (P2A)	16,00 €
	Beratungspauschale unspezifischer Rückenschmerz (BP2A)	20,00 €
3. Termin	Arzt-Patienten-Kontakt (E4A)	15,00 €
Summe		102,00 €

Beispiel 2:

Ambulantes Operieren: Eingriff an Extremitäten als Auftragsleistung		
1. Termin	Auftragsgrundpauschale (A1)	12,50 €
	Röntgen (A6)	15,00 €
2. Termin	Eingriff Extremitäten Kategorie C5 (31125)	520,14 €
	Anästhesieleistung (AOP6)	343,85 €
	Postoperative Überwachung (AOP13)	122,42 €
3. Termin	Arzt-Patienten-Kontakt (z.B.: Wundkontrolle) (E4A)	15,00 €
Summe		1.028,91 €

Beispiel 3:

Patient mit unspezifischem Rückenschmerz und Gonarthrose		
1. Termin	Grundpauschale (P1)	26,00 €
	Zuschlag Überweisung vom HZV-HA (P1A)	10,00 €
	Strukturzuschlag Sonographie (Q1)	1,00 €
	Strukturzuschlag Röntgen (Q2)	7,00 €
	Unspezifischer Rückenschmerz (P2A)	16,00 €
	Zusatzpauschale Gon- und Koxarthrose (P3)	15,00 €
2. Termin	Beratungspauschale Gon- und Koxarthrose (BP3)	20,00 €
3. Termin	Arzt-Patienten-Kontakt (Akupunktur) (E4B)	15,00 €
4. Termin	Arzt-Patienten-Kontakt (Akupunktur) (E4B)	15,00 €
5. Termin	Arzt-Patienten-Kontakt (Akupunktur) (E4B)	15,00 €
6. Termin	Arzt-Patienten-Kontakt (Akupunktur) (E4B)	15,00 €
Summe		155,00 €

Abrechnungsregeln

Beispiel 1:

Auftragsleistungen dürfen nicht neben Grund-/Zusatzpauschalen und Einzelleistungen abgerechnet werden.

Übermittelte Daten:

Leistungsdatum	Leistungsziffer
1. Termin	P1
1. Termin	P1A
1. Termin	P2B
2. Termin	BP2B
2. Termin	A6

Nach Prüfung:

	Leistungsziffer	Leistungsdatum	Abrechnungsbetrag
1	P1	1. Termin	26,00 €
2	P1A	1. Termin	10,00 €
3	---Q2---	1. Termin	7,00 €
4	P2B	1. Termin	16,00 €
5	BP2B	2. Termin	2,00 €
6	Summe:		61,00 €
Änderung	A6 darf nicht neben Grund-/Zusatzpauschalen und Einzelleistungen abgerechnet werden.	2. Termin	

Beispiel 2:

Zusätzlich werden manche Leistungen, welche aufgrund anderer Vergütungsregeln nicht abgerechnet werden können, durch andere Leistungen ersetzt, die dem Leistungsinhalt entsprechen oder, falls dies nicht möglich ist, gestrichen.

Übermittelte Daten:

Leistungsdatum	Leistungsziffer
1. Termin	P1
1. Termin	P1A
2. Termin	E2
3. Termin	E3
4. Termin	E2

Nach Prüfung:

	Leistungsziffer	Leistungsdatum	Abrechnungsbetrag
1	P1	1. Termin	26,00 €
2	P1A	1. Termin	10,00 €
3	E2	2. Termin	50,00 €
4	E3	3. Termin	18,50 €
6		Summe:	104,50 €
Änderung	E2 ist nur einmal im Krankheitsfall abrechenbar	4. Termin	

Beispiel 3:

Zusätzliche Arzt-Patienten-Kontakte werden vergütet. Die dazugehörige Ziffer E4A/E4B wird ab dem 3. APK mit 15 € vergütet. Voraussetzung ist jedoch, dass alle vorhergegangenen APK dokumentiert sein müssen.

Leistungsdatum	Leistungsziffer
1. Termin	P1
	P2B
2. Termin	
3. Termin	E4A

Hinweise
1. APK
Nicht dokumentiert
2. APK (<u>unvergütet</u>)



Aufgrund fehlender Dokumentation kann E4A nicht vergütet werden.

Leistungsdatum	Leistungsziffer
1. Termin	P1
	P2B
2. Termin	E4A
3. Termin	E4A

Hinweise
1. APK
2. APK (<u>unvergütet</u>)
3. APK (<u>vergütet</u>)

3.5 Urologie

Abrechnungsbeispiele

Beispiel 1:

Behandlung eines Patienten mit Verdacht auf Blasenkarzinom		
1. Termin	Grundpauschale (P1)	25,00 €
	Überweisung vom HZV-Hausarzt (P1a)	10,00 €
	Strukturzuschlag psychosomatische Grundversorgung (Q5)	2,00 €
	Strukturzuschlag abdominelle Sonografie (Q2)	3,00 €
	Strukturzuschlag digitales Röntgen (Q4b)	2,50 €
	Strukturzuschlag PSA (Q7)	2,00 €
	Pharmazuschlag (Q1)	4,00 €
	Verdacht auf sonstige Karzinome/Tumore (P3)	20,00 €
2. Termin	Urethrozystoskopie Mann (E6)	90,00 €
	Beratungsgespräch sonstige Karzinome (BG2)	17,00 €
	Beratungsgespräch sonstige Karzinome (BG2)	17,00 €
	Behandlung solider Tumore gem. Onkologie-Vereinbarung (Onko1)	32,47 €
Summe		224,97 €

Beispiel 2:

Behandlung eines Patienten mit Inkontinenz		
1. Termin	Grundpauschale (P1)	25,00 €
	Überweisung vom HZV-Hausarzt (P1a)	10,00 €
	Strukturzuschlag psychosomatische Grundversorgung (Q5)	2,00 €
	Strukturzuschlag abdominelle Sonografie (Q2)	3,00 €
	Strukturzuschlag digitales Röntgen (Q4b)	2,50 €
	Strukturzuschlag PSA (Q7)	2,00 €
	Strukturzuschlag Duplex-Sonografie (Q3)	1,00 €
	Pharmazuschlag (Q1)	4,00 €
2. Termin	Urodynamik (E8)	145,00 €
	Beratungsgespräch benigne Erkrankungen (BG4)	17,00 €
Summe		210,50 €

Beispiel 3:

Botoxinjektion		
1. Termin	Grundpauschale (P1)	25,00 €
	Überweisung vom HZV-Hausarzt (P1a)	10,00 €
	Strukturzuschlag psychosomatische Grundversorgung (Q5)	2,00 €
	Strukturzuschlag abdominelle Sonografie (Q2)	3,00 €
	Strukturzuschlag digitales Röntgen (Q4b)	2,50 €
	Strukturzuschlag PSA (Q7)	2,00 €
	Strukturzuschlag Duplex-Sonografie (Q3)	1,00 €
	Pharmazuschlag (Q1)	4,00 €
	Beratungsgespräch benigne Erkrankungen (BG4)	17,00 €
	Urethrozystoskopie Frau (E5)	60,00 €
2. Termin	Urodynamik (E8)	145,00 €
3. Termin	Botoxinjektion (E3)	260,00 €
	Beratungsgespräch benigne Erkrankungen (BG4)	17,00 €
Summe		548,50 €

Abrechnungsregeln

Beispiel 1:

Auftragsleistungen dürfen nicht neben Grund-/Zusatzpauschalen und Einzelleistungen abgerechnet werden.

Übermittelte Daten:

Datum	Leistungsziffer
1. Termin	P1
1. Termin	P1a
2. Termin	A5L

Nach Prüfung:

	Leistungsziffer	Leistungsdatum	Abrechnungsbetrag
1	P1	1. Termin	25,00 €
2	P1a	1. Termin	10,00 €
3	---E4L_1---	2. Termin	650,00 €
4		Summe:	685,00 €
Änderung:	A5L darf nicht neben Grund-/Zusatzpauschalen und Einzelleistungen abgerechnet werden.	2. Termin	

Beispiel 2:

Bestimmte Leistungen können nur bei Vorliegen einer bestimmten Diagnose gemäß Anhang 2 zu Anlage 12 abgerechnet werden.

Übermittelte Daten:

Datum	Leistungsziffer	Diagnosen
1. Termin	P1	
1. Termin	P1a	
2. Termin	P2b	C61 V
3. Termin	E2	C61 V
4. Termin	BG1a	

Nach Prüfung:

	Leistungsziffer	Leistungsdatum	Abrechnungsbetrag
1	P1	1. Termin	25,00 €
2	P1a	1. Termin	10,00 €
3	P2b	2. Termin	21,00 €
4	E2	3. Termin	240,00 €
5		Summe:	296,00 €
Änderung:	Zur Abrechnung von BG1a ist eine gesicherte Diagnose gem. Anhang 2 zu Anlage 12 des Vertrages notwendig.	4. Termin	

Beispiel 3:

Abrechnungsausschlüsse

Übermittelte Daten:

Datum	Leistungsziffer
1. Termin	P1
1. Termin	P1a
1. Termin	E5
1. Termin	E8

Treffen zwei Einzelleistungen aufeinander, die am selben Tag nicht nebeneinander abgerechnet werden können, wird diejenige Leistung gestrichen, hinter der ein geringerer Behandlungsaufwand steht.

Nach Prüfung:

	Leistungsziffer	Leistungsdatum	Abrechnungsbetrag
1	P1	1. Termin	25,00 €
2	P1a	1. Termin	10,00 €
3	E8	1. Termin	145,00 €
4		Summe:	180,00 €
Änderung:	E5 darf nicht am selben Tag neben E8 abgerechnet werden.	1. Termin	

Beispiel 4:

Abrechnungshäufigkeiten

Übermittelte Daten:

Datum	Leistungsziffer
1. Termin	P1
1. Termin	P1a
2. Termin	P2b
3. Termin	P2b
4. Termin	E2
5. Termin	BG1b

Nach Prüfung:

	Leistungsziffer	Leistungsdatum	Abrechnungsbetrag
1	P1	1. Termin	25,00 €
2	P1a	1. Termin	10,00 €
3	P2b	2. Termin	21,00 €
4	E2	4. Termin	240,00 €
5	BG1b	5. Termin	17,00 €
6	Summe:		313,00 €
Änderung:	P2b darf nur einmal im Krankheitsfall abgerechnet werden.	3. Termin	

3.6 Diabetologie

Abrechnungsbeispiele

Beispiel 1:

Patient mit Diabetes mellitus Typ 1, ICT und im Besitz eines FSL 2		
1. Termin	Folgebetreuung Arzt CGM (D2BFA)	18,50 €
	Folgebetreuung DB CGM (D2BDB)	10,00 €
	Folgebetreuung DB CGM (D2BDB)	10,00 €
2. Termin	Nachschulung CGM (D2D)	40,00 €
3. Termin	Nachschulung CGM (D2D)	40,00 €
4. Termin	Folgebetreuung Arzt CGM (D2BFA)	18,50 €
Summe		137,00 €

Beispiel 2:

Patient mit Diabetes mellitus Typ 1, ICT und benötigt CSII		
1. Termin	Ersteinstellung Arzt CSII (D3AFA)	18,50 €
	Ersteinstellung Arzt CSII (D3AFA)	18,50 €
2. Termin	Ersteinstellung Arzt CSII (D3AFA)	18,50 €
	Ersteinstellung DB CSII (D3ADB)	12,00 €
	Ersteinstellung DB CSII (D3ADB)	12,00 €
3. Termin	Patientenschulung CSII (D3C)	40,00 €
	Sachkostenpauschale (D3E)	12,50 €
4. Termin	Patientenschulung CSII (D3C)	40,00 €
5. Termin	Ersteinstellung DB CSII (D3ADB)	12,00 €
	Ersteinstellung DB CSII (D3ADB)	12,00 €
Summe		196,00 €

Abrechnungsregeln

Beispiel 1:

Diagnoseeinschluss: Bestimmte Leistungen können nur bei Vorliegen einer oder mehrerer bestimmter Diagnose gemäß Anhang 1 zu Anlage 12 abgerechnet werden.

Übermittelte Daten:

Datum	Leistungsziffer
1. Termin	D3AFA
1. Termin	D3AFA
1. Termin	D3AFA
1. Termin	D3ADB
1. Termin	D3ADB

Datum	Diagnose	Sicherheit
1. Termin	E10.80	G

Nach Prüfung:

Der Patient taucht im Abrechnungsbrief bei den „Komplett entfernten Abrechnungen“ auf, da die Insulinpumpenziffern nur abrechenbar sind bei einer Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß Anhang 1 zu Anlage 12. **Z96.4 G ist zusätzlich zu kodieren.**

Pos.	Patient	Beschreibung	Behandlungsdatum
1	Max Mustermann		1. Termin 1. Termin 1. Termin 1. Termin 1. Termin

Beispiel 2:

Komplexitätszuschlag D3FDB bei Patienten mit CSII in Kombination mit rtCGM /FGM

Übermittelte Daten:

Datum	Leistungsziffer
1. Termin	D2AFA
1. Termin	D2AFA
1. Termin	D2AFA
1. Termin	D2ADB
1. Termin	D2ADB
2. Termin	D2C
3. Termin	D3FDB

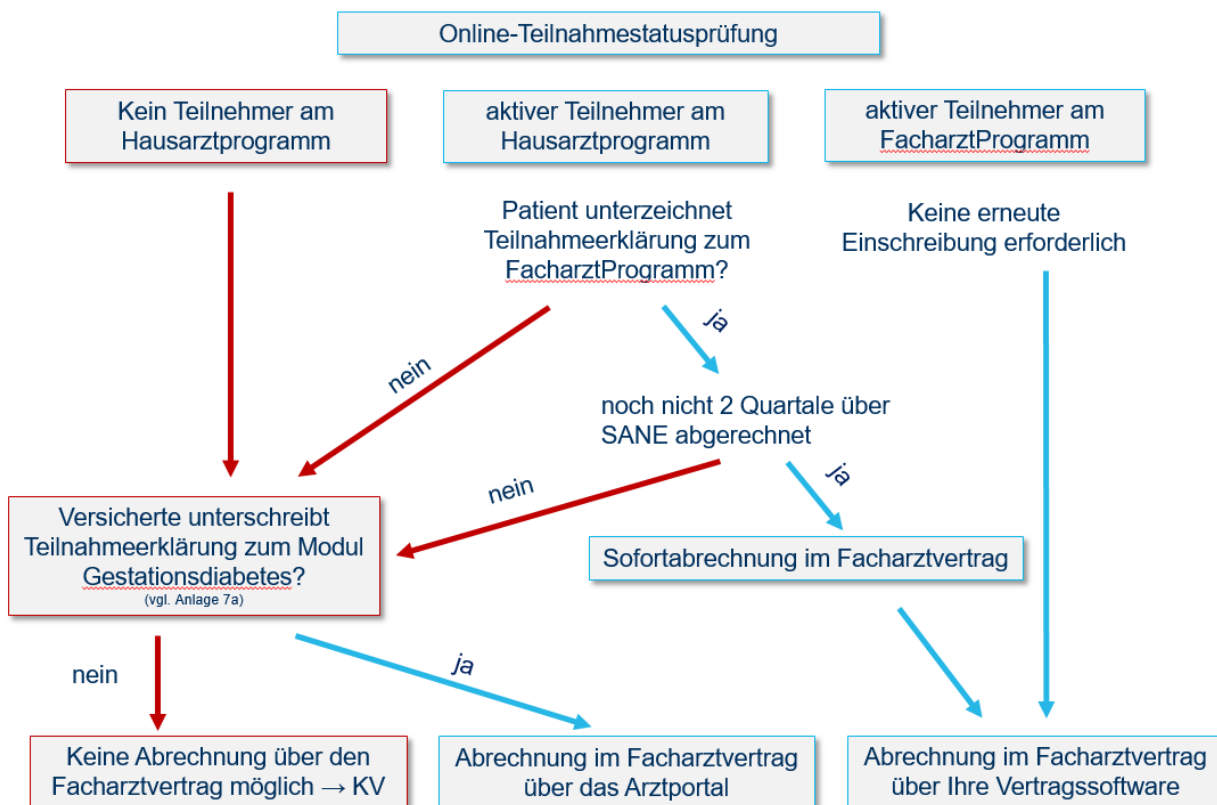
Nach Prüfung:

	Leistungsziffer	Leistungsdatum	Abrechnungsbetrag
1	D2AFA	1. Termin	18,50 €
2	D2AFA	1. Termin	18,50 €
3	D2AFA	1. Termin	18,50 €
4	D2ADB	1. Termin	12,00 €
5	D2ADB	1. Termin	12,00 €
6	D2C	2. Termin	40,00 €
7	Summe:		119,50 €
Änderung:	D3FDB darf nur abgerechnet werden, wenn im selben Quartal eine D3BDB oder D3BFA abgerechnet wurde.	3. Termin	

Modul Gestationsdiabetes

Das Modul Gestationsdiabetes ermöglicht es, Versicherte, welche nicht am AOK Hausarzt-oder FacharztProgramm bzw. Versicherte, welche nur am AOK HausarztProgramm teilnehmen, über den Diabetologievertrag abzurechnen.

- Die Einschreibung von Versicherten in das Modul sowie die Abrechnung erfolgt über das MEDIVERBUND Arztportal.
- Es erfolgt hierbei keine Einschreibung in die Facharztebene (wie beim FacharztProgramm) sondern nur eine Einschreibung für das Modul Gestationsdiabetes
- Einen Leitfaden zur Erfassung der Ziffern im MEDIVERBUND Arztportal finden Sie auf unserer Internetseite



3.7 Rheumatologie

Abrechnungsbeispiele

Beispiel 1:

Patient mit V. a. undifferenzierte Polyarthritits, ÜW HZV Arzt Erstvorstellung		
1. Termin	Grundpauschale (RP1)	22,00 €
	Überweisung HZV-Arzt (RP1UE)	10,00 €
	Aufwandszuschlag (RP1A)	20,00 €
	Zuschlag Sonografie (RQ1)	1,00 €
	Zuschlag Röntgen (RQ2)	3,00 €
Summe		56,00 €

Beispiel 2:

Patient mit undifferenzierte Polyarthritits, ÜW HZV Arzt Wiedervorstellung		
1. Termin	Grundpauschale (RP3)	33,00 €
	Überweisung HZV-Arzt (RP1UE)	10,00 €
	Beratungsgespräch (RBG)	20,00 €
	Zuschlag Sonografie (RQ1)	1,00 €
	Zuschlag Röntgen (RQ2)	3,00 €
	EFA (RQ6)	10,00 €
Summe		77,00 €

Beispiel 3:

Patient weiblich, SLE, Wiedervorstellung, jetzt schwanger, ÜW HZV Arzt		
1. Termin	Grundpauschale (RP3)	33,00 €
	Überweisung HZV-Arzt (RP1UE)	10,00 €
	Beratungsgespräch (RBGI)	18,00 €
	Beratungsgespräch (RBGI)	18,00 €
	Zuschlag Sonografie (RQ1)	1,00 €
	Zuschlag Röntgen (RQ2)	3,00 €
	EFA (RQ6)	10,00 €
2. Termin	Beratungsgespräch (RBG)	20,00 €
	Beratungsgespräch (RBG)	20,00 €
Summe		133,00 €

Abrechnungsregeln

Beispiel 1:

Diagnoseeinschluss: Bestimmte Leistungen können nur bei Vorliegen einer bestimmten Diagnose gemäß Anhang 2 zu Anlage 12 abgerechnet werden.

Übermittelte Daten:

Datum	Leistungsziffer
1. Termin	RP1
1. Termin	RP1A
1. Termin	RP1UE
1. Termin	RMTX

Datum	Diagnose	Sicherheit
1. Termin	M05.80	G

Nach Prüfung:

	Leistungsziffer	Leistungsdatum	Abrechnungsbetrag
1	RMTX	1. Termin	10,00 €
2		Summe:	10,00 €
Änderung:	Zur Abrechnung von RP1 ist eine Diagnose gem. Anhang 2 zu Anlage 12a des Vertrages notwendig.	1. Termin	
Änderung:	RP1A darf nur abgerechnet werden, wenn im selben Quartal eine RP1 abgerechnet wurde.	1. Termin	
Änderung:	RP1UE darf nur abgerechnet werden, wenn im selben Quartal eine RP1 oder RP2 oder RP3 abgerechnet wurde.	1. Termin	

Beispiel 2:

Abrechnungsausschlüsse

Übermittelte Daten:

Datum	Leistungsziffer
1. Termin	RP1
1. Termin	RP1UE
1. Termin	RP1A
1. Termin	RBG

Nach Prüfung:

	Leistungsziffer	Leistungsdatum	Abrechnungsbetrag
1	RP1	1. Termin	22,00 €
2	RP1UE	1. Termin	10,00 €
3	RP1A	1. Termin	20,00 €
4		Summe:	52,00 €
Änderung:	RBG kann im selben Quartal nicht neben RP1 abgerechnet werden, falls keine RP2 abgerechnet wurde.	1. Termin	

3.8 Nephrologie

Abrechnungsbeispiele

Beispiel 1:

Erstvorstellung Patient mit chron. Niereninsuffizienz Stadium 3		
1. Termin	Grundpauschale (P1)	32,00 €
	Überweisung HZV-Arzt (P1UE)	10,00 €
	Betreuung chronische Nierenerkrankung (P2A)	30,00 €
	Beratungspauschale Progressionsverzögerung (P2ABP1)	35,00 €
	Zuschlag Duplex-Sonographie (Q3)	4,00 €
Summe		111,00 €

Beispiel 2:

Hämodialyse Patient		
Quartals- betreuung	Grundpauschale (P1)	32,00 €
	Überweisung HZV-Arzt (P1UE)	10,00 €
	Betreuung während Zentrumsdialyse (P2B)	50,00 €
	Zuschlag Duplex-Sonographie (Q3)	4,00 €
	Ärztliche Betreuung je Dialyse (39x/Quartal) (E1)	780,00 €
Summe		876,00 €

Abrechnungsregeln

Beispiel 1:

Diagnoseeinschluss: Bestimmte Leistungen können nur bei Vorliegen einer bestimmten Diagnose gemäß Anhang 2 zu Anlage 12 abgerechnet werden.

Übermittelte Daten:

Datum	Leistungsziffer
1. Termin	P1
1. Termin	P1UE
1. Termin	P2A

Datum	Diagnose	Sicherheit
1. Termin	N18.3	V

Nach Prüfung:

	Leistungsziffer	Leistungsdatum	Abrechnungsbetrag
1	P1	1. Termin	32,00 €
2	P1UE	1. Termin	10,00 €
3	---Q3---	1. Termin	4,00 €
4		Summe:	46,00 €
Änderung:	Zur Abrechnung von P2A ist eine gesicherte Diagnose gem. Anhang 2 zu Anlage 12 des Vertrages notwendig.	1. Termin	

Beispiel 2:

Abrechnungsausschlüsse

Übermittelte Daten:

Datum	Leistungsziffer
1. Termin	E1
2. Termin	E1
3. Termin	E1
3. Termin	E2

Nach Prüfung:

	Leistungsziffer	Leistungsdatum	Abrechnungsbetrag
1	E1	1. Termin	20,00 €
2	E1	2. Termin	20,00 €
3	E1	3. Termin	20,00 €
4	Summe:		60,00 €
Änderung:	E2 kann am selben Tag nicht neben E1 abgerechnet werden.	3. Termin	

Beispiel 3:

Abrechnungshäufigkeiten

Übermittelte Daten:

Datum	Leistungsziffer
1. Termin	P1
1. Termin	P1UE
2. Termin	P2A
3. Termin	P2A

Nach Prüfung:

	Leistungsziffer	Leistungsdatum	Abrechnungsbetrag
1	P1	1. Termin	32,00 €
2	P1UE	1. Termin	10,00 €
3	P2A	2. Termin	30,00 €
4	---Q3---	2. Termin	4,00 €
5	Summe:		76,00 €
Änderung:	P2A darf nur einmal im Quartal abgerechnet werden.	3. Termin	

3.9 Pneumologie

Abrechnungsbeispiele

Beispiel 1:

Patientin mit gut kontrolliertem Pollenasthma		
1. Termin	Grundpauschale (P1)	25,00 €
	Überweisung HZV-Arzt (P1UE)	10,00 €
	Qualitätszuschlag Rationale Pharmakotherapie (Q1)	4,00 €
	Strukturzuschlag für EFA® (Q2)	10,00 €
	Strukturzuschlag für FeNO-Messung (Q8)	3,00 €
	Beratungsgespräch Chronische Erkrankungen (BG1)	20,00 €
	Diagnostikpauschale (chronisch) (P4)	20,00 €
	Versorgungsplanung nach positivem Allergietest (BG5)	10,00 €
	Infoziffer Asthmakontrolltests	0,00 €
Summe		102,00 €

Beispiel 2:

Patienten mit obstruktiver Schlafapnoe		
1. Termin	Grundpauschale (P1)	25,00 €
	Überweisung HZV-Arzt (P1UE)	10,00 €
	Strukturzuschlag Röntgen (Q5)	1,00 €
	Strukturzuschlag für FeNO-Messung (Q8)	3,00 €
	Zusatzpauschale Akute Erkrankungen (P2)	13,00 €
	Polygrafie (E3)	71,50 €
2. Termin	Polysomnografie (E4)	353,00 €
3. Termin	Beratungsgespräch Schlafassoziierte Respirationsstörungen bei Zusatzqualifikation Schlafmedizin (BG4B)	10,00 €
4. Termin	Beratungsgespräch Schlafassoziierte Respirationsstörungen bei Zusatzqualifikation Schlafmedizin (BG4B)	10,00 €
5. Termin	Beratungsgespräch Schlafassoziierte Respirationsstörungen bei Zusatzqualifikation Schlafmedizin (BG4B)	10,00 €
6. Termin	Beratungsgespräch Schlafassoziierte Respirationsstörungen bei Zusatzqualifikation Schlafmedizin (BG4B)	10,00 €
Summe		516,50 €

Abrechnungsregeln

Beispiel 1:

Die Überweiser-Grundpauschale benötigt eine Überweiser LANR und BSNR, welche nicht identisch mit dem des Behandlers sein darf.

Übermittelte Daten:

Datum	Leistungsziffer	Überweiser LANR	Überweiser AGS	Überweiser BSNR
1. Termin	P1			
1. Termin	P1UE			
1. Termin	BG1			
1. Termin	P4			

Nach Prüfung:

	Leistungsziffer	Leistungsdatum	Abrechnungsbetrag
1	P1	1. Termin	25,00 €
2	BG1	1. Termin	20,00 €
3	P4	1. Termin	20,00 €
4	---Q5--	1. Termin	1,00 €
5	---Q6---	1. Termin	1,00 €
6	---Q8---	1. Termin	3,00 €
7	---Q1_BLAU---	1. Termin	0,50 €
8	---Q2---	1. Termin	5,00 €
9		Summe:	75,50 €
Änderung:	P1UE wurde gelöscht, da keine LANR des Überweisers eingetragen wurde.	1. Termin	

Beispiel 2:

Abrechnungshäufigkeiten:

Da in diesem Beispiel die P4 für den Versicherten bereits in Q3/2024 abgerechnet wurde, wird die P4 in Q1/2025 gestrichen. P4 ist nur einmal im Krankheitsfall (4 Quartale in Folge) abrechenbar. Die P4 könnte in diesem Beispiel wieder in Q3/2025 abgerechnet werden.

Es müssen gültige Daten (Überweiser-LANR, Überweiser-AGS und Überweiser-BSNR) eines zum Leistungszeitpunkt am HZV-Vertrag teilnehmenden Hausarztes eingetragen sein. Dies ist Vergütungsvoraussetzung der P1UE.

Übermittelte Daten:

Datum	Leistungsziffer	Überweiser LANR	Überweiser AGS	Überweiser BSNR
1. Termin	P1			
1. Termin	P1UE	1000000	01	600000000
1. Termin	BG1			
1. Termin	BG5			
1. Termin	BG4B			
1. Termin	P4			

Nach Prüfung:

	Leistungsziffer	Leistungsdatum	Abrechnungsbetrag
1	P1	1. Termin	25,00 €
	P1UE	1. Termin	10,00 €
2	BG1	1. Termin	20,00 €
3	BG5	1. Termin	10,00 €
	BG4B	1. Termin	10,00 €
4	---Q5--	1. Termin	1,00 €
5	---Q6---	1. Termin	1,00 €
6	---Q8---	1. Termin	3,00 €
7	---Q1_BLAU---	1. Termin	0,50 €
8	---Q2---	1. Termin	5,00 €
9		Summe:	80,50 €
Änderung:	P4 darf nur einmal im Krankheitsfall abgerechnet werden.	1. Termin	

4. Kodier-Tipps

Warum ist die Kodierung in den Selektivverträgen wichtig?

- Wachsende Morbidität bedeutet wachsenden Versorgungsbedarf und damit auch wachsenden Finanzierungsbedarf
- Woher wissen wir, wer welchen Versorgungsaufwand und – bedarf hat und wo Geld gebraucht wird insbesondere bei chronischer Krankheit?
- Für die Finanzierung der 140a -Verträge ist die **korrekte Abbildung des Versorgungsbedarfs** für die Krankheiten unerlässliche Grundlage

Grundsätze der korrekten Kodierung:

- Eine gesicherte Diagnose muss mit dem Zusatzkennzeichen „G“ dokumentiert sein
- Alle Behandlungsdiagnosen kodieren
- Möglichst präzise kodieren → .9 Diagnosen vermeiden
- Endstellig kodieren
- Immer mit der aktuellen ICD-10 Version kodieren
- Fachärzte beachten: Richtige Kodierung mittels Begleitschreiben an Hausarzt übermitteln

Was muss in den Verträgen besonders beachtet werden?

- Pro Abrechnungsfall (Patient) muss mindestens eine behandlungsrelevante endstellige Diagnose übermittelt werden.
- Alle gesicherten Diagnosen müssen endstellig angegeben werden (kein Bindestrich an letzter Stelle der ICD-10-Diagnose).

5. Sofortabrechnung

Abrechnung über den Facharztvertrag sofort nach Einschreibung des Versicherten noch vor der aktiven Teilnahme des Versicherten am Facharztprogramm.

5.1 Voraussetzungen

Arzt

- Teilnahme an der Ergänzungsvereinbarung zur Sofortabrechnung durch die entsprechende Teilnahmeerklärung und Zulassung durch MEDIVERBUND.
- Der Arzt hat die Wahl, den Fall im Quartal entweder über 140a oder über die KV abzurechnen, auch wenn er an der Sofortabrechnung teilnimmt.

Versicherter

- Gültiger HZV-Teilnehmer → immer über die Software prüfen!
- Weniger als 2 mal pro Praxis in Folge „sfortabgerechnet“

→ Versicherte, die die oben genannten Bedingungen nicht erfüllen, werden bei der Abrechnungsprüfung abgelehnt. Diese Fälle müssen dann über die KV abgerechnet werden!

5.2 Einschreibefristen

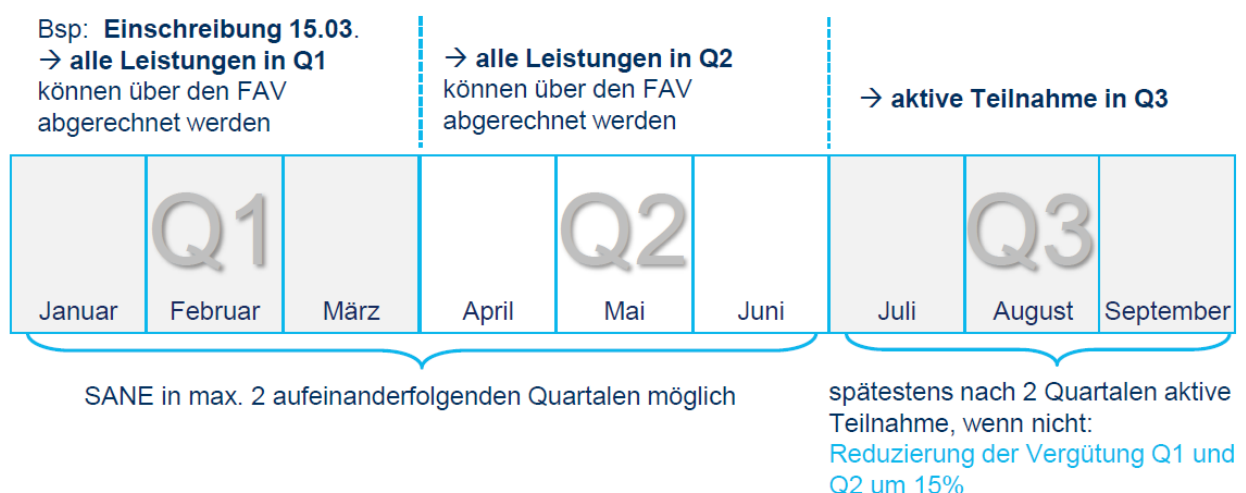
- je nach Eingang der Teilnahmeerklärung bei der Krankenkasse ist der Versicherte im nächsten oder übernächsten Quartal aktiv im FacharztProgramm eingeschrieben
 - (Stichtage 01.02., 01.05., 01.08., 01.11.)
- Teilnahmeerklärung bis zum Stichtag bei der Krankenkasse
 - Versicherter im Folgequartal aktiv im FacharztProgramm
- Teilnahmeerklärung nach dem Stichtag bei der Krankenkasse
 - Versicherter im übernächsten Quartal aktiv im FacharztProgramm

Wichtig: Jedes Quartal Online-Teilnahmeprüfung durchführen

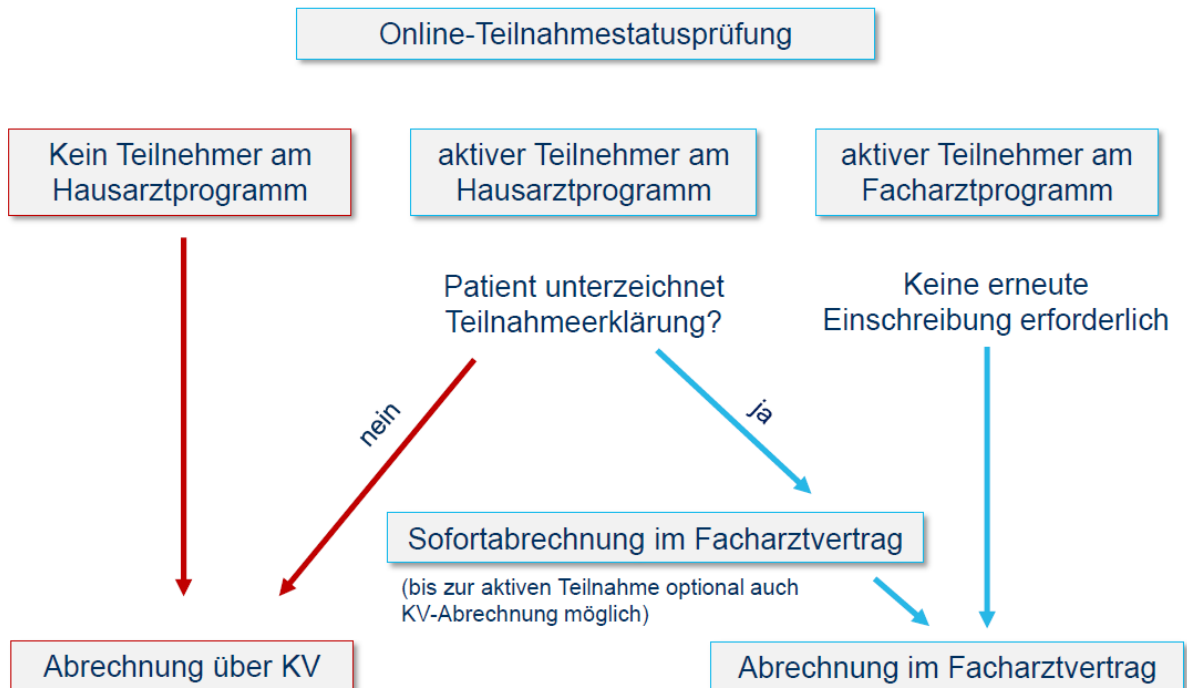
5.3 Sofortabrechnung nach Einschreibung

Unter der Voraussetzung, dass der Versicherte bereits **wirksam in den HZV-Vertrag** eingeschrieben ist,

- ist sofort nach Unterzeichnung der Versichertenteilnahmeerklärung für das Facharztprogramm die Behandlung, Abrechnung und Vergütung auf der Grundlage des Facharztprogramms möglich.
- können alle Leistungen des Quartals (auch in der Zeit vor Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung) für den Versicherten bereits über den Vertrag abgerechnet werden.
 - Nur möglich wenn der Facharzt an „SANE“ teilnimmt.
- Sofortabrechnung kann maximal in 2 Quartalen in Folge für einen Versicherten erfolgen
 - Soll die Zeit bis zur Aufnahme des Patienten ins Versichertenverzeichnis überbrücken



Praxisablauf Sofortabrechnung



5.4 Ablehnung SANE-Fälle

Versicherte, die nicht alle Voraussetzungen zur SANE erfüllen, werden zur Abrechnung abgelehnt:

- Über diese abgelehnten Patienten werden Sie von MEDIVERBUND rechtzeitig -mit Angabe der Begründung -informiert.
- Sie sind in der Datenempfangsbestätigung (von MEDIVERBUND) oder dem SANE Ablehnungsschreiben aufgeführt.
- Diese Fälle sind ggf. noch über die KV BW nachabzurechnen.

Gründe für Ablehnung der SANE können sein:

- Versicherter ist kein gültiger HZV-Teilnehmer (immer Online-Teilnahmeprüfung durchführen!)
- Keine Mitgliedschaft bei der AOK BW oder Bosch BKK
- Versicherter ist nicht identifizierbar (z.B. falsche/unvollständige Versichertennummer oder keine eGK)
- Versicherter wurde mehr als 2 Quartale in Folge „sofortabgerechnet“

5.5 NEGSOFAB

Für Versicherte, die alle Teilnahmevoraussetzungen erfüllen und nicht zum **nächsten oder übernächsten Quartal** gültig in den Facharztvertrag eingeschrieben sind, wird die Vergütung rückwirkend um **15% reduziert**.

Solche Fälle können wie folgt zustande kommen:

- Der Versicherte widerruft seine Teilnahme
- Die Teilnahmeerklärung wird nicht korrekt elektronisch übermittelt
- Der Versicherte erfüllt die Teilnahmevoraussetzungen nicht

6. Wie lese ich einen Abrechnungsbrief?

Beispiel anhand des Kardiologievertrages. Der Aufbau ist vertragsübergreifend identisch.

Der Abrechnungsbrief gliedert sich in zwei Dokumente:

- Abrechnungsnachweis: diesen erhalten Sie über das Arztportal und je nach eingestellter Versandart noch zusätzlich per Post
- Patientenauflistung zur Abrechnung: diese erhalten Sie über das Arztportal

Abrechnungsnachweis

Aufbau:

- Informationen zur Abrechnung, Änderungen und Neuerungen des Vertrags auf den ersten Seiten
- Information über die Abrechnungssummen des laufenden Quartals sowie der Nachabrechnungen aller Vorquartale

Position	Belastung	Gutschrift
Abrechnungssumme für das 2. Quartal 2023 3,570 % Verwaltungskosten MEDIVERBUND AG von Abrechnungssumme 2.000,00 €	71,40 €	2.000,00 €
Zwischensumme Quartal 2/2023		1.928,60 €

Position	Belastung	Gutschrift
Nachabrechnungssumme für das 1. Quartal 2023 3,570 % Verwaltungskosten MEDIVERBUND AG von Abrechnungssumme 2.000,00 €	3,57 €	100,00 €
Zwischensumme Quartal 1/2023		96,43 €
Zwischensumme gesamt		2.025,03 €

Abrechnungssumme	2.025,03 €
Abzüglich Abschlagszahlungen für Quartal 2/2023 Abschlag vom 02.05.2023 Abschlag vom 01.06.2023 Abschlag vom 03.07.2023	500,00 € 500,00 € 500,00 €
Gutschrift	525,03 €

Buchungsübersicht:

- Aufführung von Abschlagszahlungen und Sonder-/ manuelle Buchungen

Datum	Beschreibung	Betrag
	Start Saldo	0,00 €
02.05.2023	AOK BW Kardio 140a Abschlag 2023-Q2-1	-500,00 €
01.06.2023	AOK BW Kardio 140a Abschlag 2023-Q2-2	-500,00 €
03.07.2023	AOK BW Kardio 140a Abschlag 2023-Q2-3	-500,00 €
20.07.2023	AOK BW Kardio 140a Nachabrechnung für 01/2023 - Abrechnungsergebnis	100,00 €
20.07.2023	AOK BW Kardio 140a Nachabrechnung für 01/2023 - Verwaltungskosten	-3,57 €
20.07.2023	AOK BW Kardio 140a Abrechnung für 02/2023 - Abrechnungsergebnis	2.000,00 €
20.07.2023	AOK BW Kardio 140a Abrechnung für 02/2023 - Verwaltungskosten	-71,40 €
	End Saldo	525,03 €

Der Betrag von **525,03 €** wird voraussichtlich am 08. September 2023 auf das angegebene Konto überwiesen.

Kontoinhaber:	Max Mustermann
IBAN:	DE00 0000 0000 0000 0000 00
BIC:	SSSSSSSS00

- Bitte überprüfen Sie Ihre dort aufgeführte Bankverbindung!

Übersicht Behandlungsfälle:

- Dieser Tabelle können Sie die Anzahl abgerechneter Fälle, die Anzahl vergüteter Fälle und die Anzahl verlorener Fälle entnehmen.

Auflistung Abrechnungspositionen:

- Quartalsbezogene tabellarische Auflistung der abgerechneten Ziffern mit der jeweiligen Anzahl und den Beträgen

Verwaltungskosten:

- Quartalsbezogene Darstellung der Verwaltungskosten

Patientenaufstellung zur Abrechnung

Komplett entfernte Abrechnungen zu aktuellen und vorherigen Abrechnungsquartalen:

Es kann sein, dass von Ihnen übermittelte Abrechnungsdaten komplett aus der Abrechnung entfernt

werden müssen. Dies wird zum Beispiel verursacht durch:

- Sofortabrechnung zu oft
- Kassen IK des Versicherten ist ungültig
- Leistungen wurden aufgrund der Vergütungsregeln komplett gestrichen
- Der Versicherte ist der Kasse nicht bekannt

Sollten die Leistungen eines Falls aufgrund der Vergütungsregeln komplett gestrichen worden sein, finden Sie die entsprechenden Änderungshinweise in der Übersicht der komplett entfernten Abrechnungen aufgrund der Vergütungsregeln separat aufgeführt.

Einzelnachweise:

- Detaillierte Darstellung der Leistungen jedes Patienten gruppiert nach Quartal und nach regulären und Sofortabrechnungsfällen

Fallnummer	Name des Patienten	Versichertennummer	Geburtsdatum
Leist.-Pos.	Leistungsziffer	Leistungsdatum	Abrechnungsbetrag
Leist.-Pos.	Enthaltene Sachkosten: • Sachkosten 1 (1,00 €) • Sachkosten 2 (2,00 €)		
Summe		Summe:	Summe Leistungen
		Verwaltungskosten (Faktor in %):	Verwaltungskosten
Änderung:	Eventuell durchgeführte Korrekturen		Leistungsdatum

- ---Ziffer---: sind von MEDIVERBUND automatisch erzeugte Ziffern
- Ablehnungen (z.B. da keine HzV-Teilnahme, SANE zu oft, IK-Nummer falsch oder Patient unbekannt ist) finden Sie separat aufgeführt → über KV abrechnen
- **Bitte überprüfen Sie die Einzelnachweise in Ihrem Abrechnungsbrief.**

Generell können Sie Ihre Abrechnungsdaten immer bis zu 12 Monate nach Ende des Leistungsquartals elektronisch korrigieren.

- Abrechnungsmitteilungen / Änderungen: Hinweise zu Leistungen, die nicht abrechenbar waren und Informationen zu Abrechnungskorrekturen sind unterhalb eines Falls aufgelistet

TIPP: Durchsuchen Sie das PDF (Strg+F) im Arztportal nach „Änderung:“, so springen Sie von Korrektur zu Korrektur

Bearbeitete Korrekturaufträge:

- Durchgeführte Korrekturen (Löschungen, Änderungen und/oder Ziffernergänzungen)

Bitte prüfen Sie Ihre auf dem Abrechnungsbrief angegebenen Stammdaten und teilen Sie uns eventuelle Änderungen über das Stammdatenänderungsformular mit.