Stand 01.01.2025

MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

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. Definition der verschiedenen Arztrollen 8

4. Abrechnungsbeispiele, -regeln und Besonderheiten 9

3.1 Kardiologie 9
3.2 Gastroenterologie 14
3.3 PNP 17
3.3.1 Neurologie 17
3.3.2 Psychiatrie 20
3.3.3 Kinder- und Jugendpsychiatrie 22
3.3.4 Psychotherapie 24
3.3.5 Honoraranlage - Übergreifende Regeln 26
3.3.6 Abrechnungsbeispiele Modulübergreifend 27
3.3.7 Abrechnungsregeln 30
3.4 Orthopädie 34
3.5 Urologie 39
3.6 Diabetologie 46
3.7 Rheumatologie 50
3.8 Nephrologie 54
3.9 Pneumologie 57

4. Kodier-Tipps 61

5. Sofortabrechnung 62

5.1 Voraussetzungen 62
5.2 Einschreibefristen 63
5.3 Sofortabrechnung nach Einschreibung 64
5.4 Ablehnung SANE-Fälle 66
5.5 NEGSOFAB 66

6. Wie lese ich einen Abrechnungsbrief? 67

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.

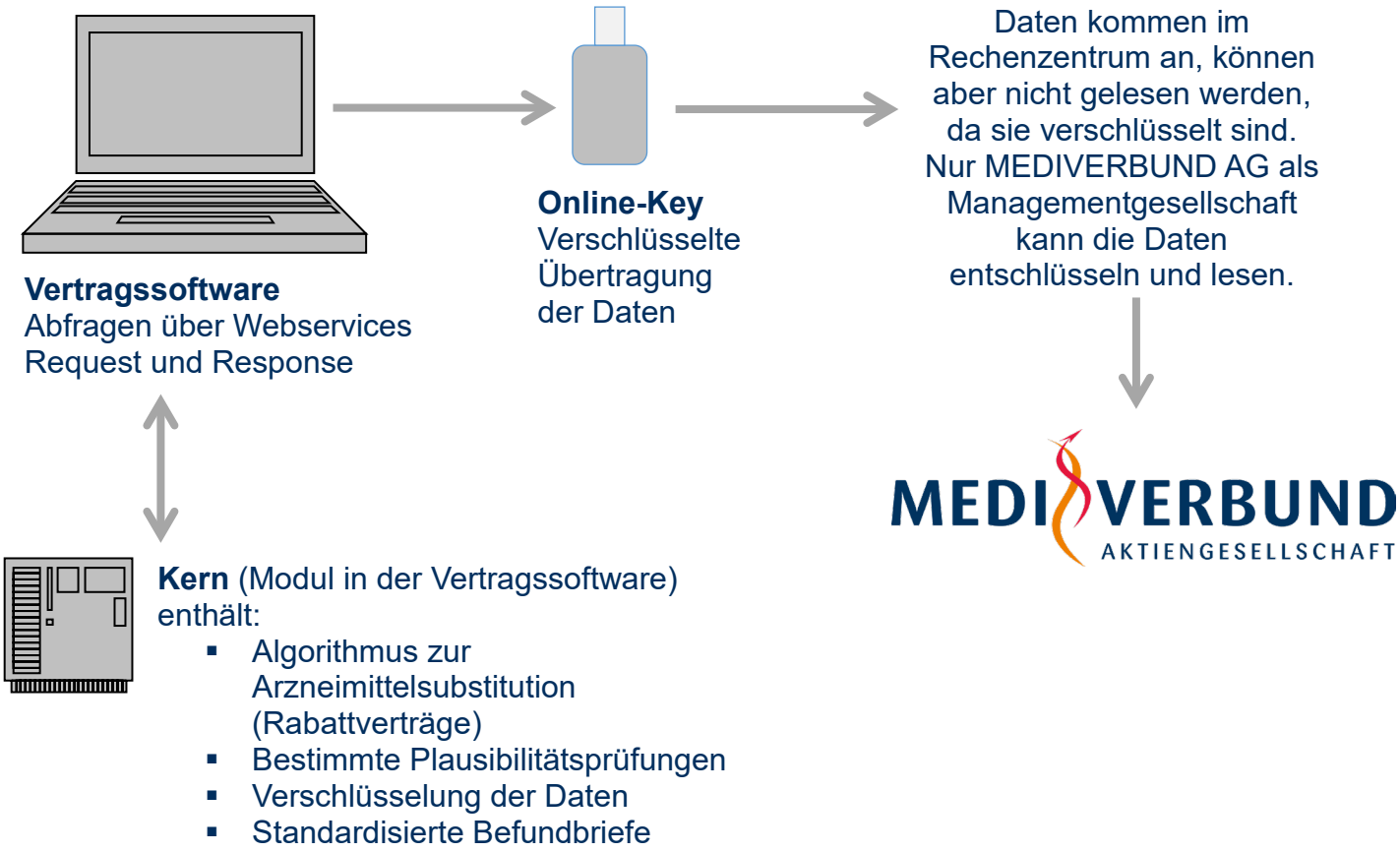
Abrechnungsstichtag ist immer der 5. Tag im 1. Monat nach Ende des Quartals. Alle danach eintreffenden Daten können ggfs. erst im Folgequartal berücksichtigt werden. Sie können Abrechnungen bis zu 12 Monate nach Leistungserbringung übermitteln.

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. Definition der verschiedenen Arztrollen

Bestimmte Leistungen dürfen nicht von jedem Behandler eines Patienten abgerechnet werden, deshalb wird pro Quartal einem Arzt eine bestimmte **„Rolle“** zugeordnet. Somit können konkrete Abrechnungsregeln auf die einzelnen Rollen angewandt werden.

Mögliche Rollen innerhalb der Behandlung eines Patienten:

Erstbehandler	rechnet i.d.R. eine **Grundpauschale, Einzelleistungen und Zusatzpauschalen** ab
Zielbehandler	übernimmt lediglich **Auftragsleistungen**
Vertreterarzt	rechnet die **Vertreterpauschale** ab und ggf. Zusatzpauschalen und Einzelleistungen

Nach der Rollendefinition muss überprüft werden, ob innerhalb derselben BSNR mehrere Abrechnungen von verschiedenen Ärzten zu einem Patienten vorhanden sind.

Rollenhierarchie	
1	Erstbehandler
2	Vertreterarzt
3	Zielbehandler
4	Stellvertreterarzt

→ Abrechnungen werden zusammengefasst und im weiteren Vorgehen als eine Abrechnung betrachtet.
→ Rollenhierarchie: Abrechnung des Arztes der niedrigeren Hierarchiestufe wird der Abrechnung des Arztes höherer Hierarchiestufe zugefügt.
→ Wenn zwei Ärzte derselben Rolle miteinander verglichen werden, wird die Abrechnung über den Arzt mit dem früheren Behandlungsdatum durchgeführt.

Beispiel:

- Teilnehmender Arzt A behandelt eingeschriebenen Patienten am 10.07.2017 mit dem ersten Behandlungstermin des Patienten in diesem Quartal.
  →Arzt A ist Erstbehandler
- Teilnehmender Arzt B aus derselben Praxis (selbe BSNR) behandelt diesen Patienten von Arzt A am 25.07.2017, da Arzt A im Urlaub ist.
  → Arzt B ist Stellvertreterarzt

Die Ärzte rechnen mit gleicher BSNR denselben Patienten ab. Deshalb greift die Rollenhierarchie und die Abrechnung des Arztes B (Stellvertreterarzt) wird über den Arzt A (Erstbehandler) abgerechnet.

4. 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)	58,00 €
	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		**886,00 €**

Beispiel 2:

Nachsorge eines Defis als Auftragsleistung		
1. Termin	Grundpauschale Auftragsleistung (A0)	16,00 €
	Defi-System Nachsorge (A2b)	45,00 €
Summe		**61,00 €**

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)	30,00 €
	Schrittmacher-Nachsorge (E2A)	25,00 €
Summe		**112,00 €**

Abrechnungsregeln

Beispiel 1:

Rechnet ein Arzt eine Leistung ab, die nicht seiner zugewiesenen Rolle entspricht, wird diese soweit möglich **ersetzt** oder **gestrichen.**

Übermittelte Daten:

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

P1 wurde übermittelt, somit erhält der Arzt die Rolle Erstbehandler

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	58,00 €
5		Summe:	104,00 €
Änderung	A12 wird gestrichen, da Erstbehandler (kein Zielbehandler)	2. Termin	

Beispiel 2:

Zusätzlich werden manche Leistungen, die zwar korrekt innerhalb der zugewiesenen Rolle, aber aufgrund **anderer Vergütungsregeln** nicht abgerechnet werden können, durch abrechenbare Leistungen **ersetzt.**

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	30,00 €
4	E2a	2. Termin	25,00 €
5	E1	3. Termin	60,00 €
6	---Z1---	4. Termin	15,00 €
7		Summe:	172,00 €
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	Hinweise
1. Termin	P1	1. APK
	P1b	
2. Termin		**Nicht dokumentiert**
3. Termin	Z1	2. APK **(unvergütet)**

Aufgrund fehlender Dokumentation kann Z1 nicht vergütet werden.

Leistungsdatum	Leistungsziffer	Hinweise
1. Termin	P1	1. APK
	P1b	
2. Termin	Z1	2. APK **(unvergütet)**
3. Termin	Z1	3. APK **(vergütet)**

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:

Rechnet ein Arzt eine Leistung ab, die nicht seiner zugewiesenen Rolle entspricht, wird diese soweit möglich **ersetzt** oder **gestrichen.**

Übermittelte Daten:

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

P1 wurde übermittelt, somit erhält der Arzt die Rolle Erstbehandler

Nach Prüfung:

	Leistungsziffer	Leistungsdatum	Abrechnungs-betrag
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 wird gestrichen, da Erstbehandler	3. Termin	

Beispiel 2:

Manche Leistungen, die zwar korrekt innerhalb der zugewiesenen Rolle, aber aufgrund **anderer Vergütungsregeln** nicht abgerechnet werden können, bleiben unvergütet oder werden, wenn möglich durch abrechenbare Leistungen **ersetzt.**

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)	55,00 €
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)	5,00 €
	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		**299,00 €**

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)	5,00 €
	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		**299,00 €**

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	➢ 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	➢ 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: - 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: - 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 (1xPTE1(V/T/N/P))	128,00 €*
• Strukturzuschlag (NQ3)	2,00 €		
• Strukturzuschlag (NQ5)	2,00 €		
• Strukturzuschlag (NQ6)	7,00 €	Akute Versorgung (1xPTE1(V/T/N/P)	128,00 €*
Zusatzpauschale Epilepsie (NP2C1)	26,00 €		
• Strukturzuschlag (NQ1B)	2,00 €	Akute Versorgung (1xPTE1(V/T/N/P))	128,00 €*
• 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:

Rechnet ein Arzt eine Leistung ab, die nicht seiner zugewiesenen Rolle entspricht, wird diese soweit möglich **ersetzt** oder **gestrichen.**

Übermittelte Daten:

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

NP1 wurde übermittelt, somit erhält der Arzt die Rolle Erstbehandler

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 wurde gestrichen, da Sie kein Zielbehandler waren	2. Termin	

Beispiel 2:

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 wurde durch NE1 ersetzt, da Sie kein Zielbehandler waren.	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

PTE1 10x innerhalb von 3 Quartalen → PTE2 20x innerhalb von 4 Quartalen → PTE3 30x innerhalb von 8 Quartalen → PTE4 6x pro Quartal

(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)

Tipp: 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)	500,86 €
	Anästhesieleistung (AOP6)	331,10 €
	Postoperative Überwachung (AOP13)	117,88 €
3. Termin	Arzt-Patienten-Kontakt (z.B.: Wundkontrolle) (E4A)	15,00 €
Summe		**992,34 €**

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:

Rechnet ein Arzt/Psychotherapeut eine Leistung ab, die nicht seiner zugewiesenen Rolle entspricht, wird diese **gestrichen** oder, soweit möglich, **ersetzt.**

Übermittelte Daten:

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

P1 wurde übermittelt, somit erhält der Arzt die Rolle Erstbehandler

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 wird gestrichen, da Erstbehandler (nicht Zielbehandler)	2. Termin	

Beispiel 2:

Zusätzlich werden manche Leistungen, die zwar korrekt innerhalb der zugewiesenen Rolle, aber aufgrund **anderer Vergütungsregeln** nicht abgerechnet werden können, durch abrechenbare Leistungen **ersetzt.**

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	Hinweise
1. Termin	P1	1. APK
	P2B	
2. Termin		**Nicht dokumentiert**
3. Termin	E4A	2. APK **(unvergütet)**

Aufgrund fehlender Dokumentation kann E4A nicht vergütet werden.

Leistungsdatum	Leistungsziffer	Hinweise
1. Termin	P1	1. APK
	P2B	
2. Termin	E4A	2. APK **(unvergütet)**
3. Termin	E4A	3. APK **(vergütet)**

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)	31,27 €
Summe		**223,77 €**

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:

Rechnet ein Arzt eine Leistung ab, die nicht seiner zugewiesenen Rolle entspricht, wird diese soweit möglich **ersetzt** oder **gestrichen.**

Übermittelte Daten:

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

P1 wurde übermittelt, somit erhält der Arzt die Rolle Erstbehandler

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 wurde durch E4L ersetzt, da Sie kein Zielbehandler waren.	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	120,00 €
5		Summe:	176,00 €
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	120,00 €
5	BG1b	5. Termin	17,00 €
6		Summe:	193,00 €
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)	17,00 €
	Folgebetreuung DB CGM (D2BFA)	10,00 €
	Folgebetreuung DB CGM (D2BFA)	10,00 €
2. Termin	Nachschulung CGM (D2D)	40,00 €
3. Termin	Nachschulung CGM (D2D)	40,00 €
4.Termin	Folgebetreuung Arzt CGM (D2BFA)	17,00 €
Summe		**134,00 €**

Beispiel 2:

Patient mit Diabetes mellitus Typ 1, ICT und benötigt CSII		
1. Termin	Ersteinstellung Arzt CSII (D3AFA)	17,00 €
	Ersteinstellung Arzt CSII (D3AFA)	17,00 €
2. Termin	Ersteinstellung Arzt CSII (D3AFA)	17,00 €
	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		**191,50 €**

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 enfernten 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

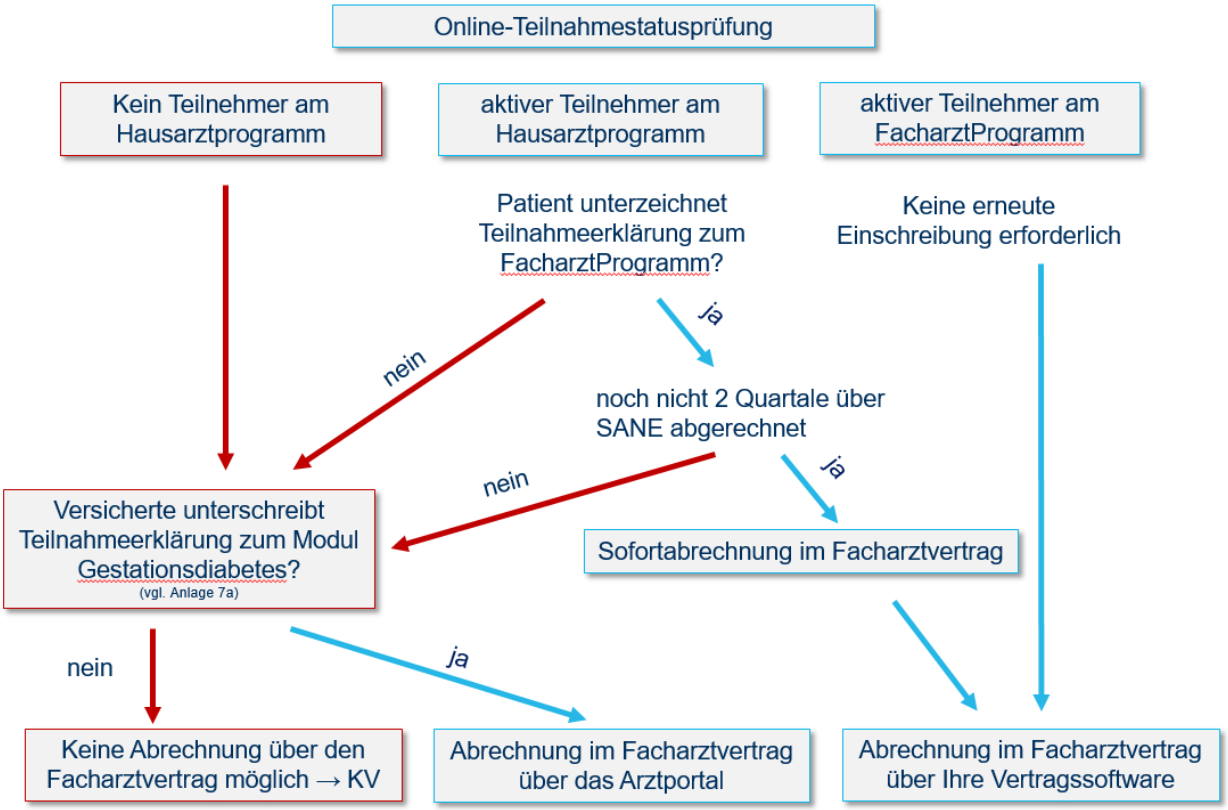
Nach Prüfung:

	Leistungsziffer	Leistungsdatum	Abrechnungsbetrag
1	D2AFA	1. Termin	17,00 €
2	D2AFA	1. Termin	17,00 €
3	D2AFA	1. Termin	17,00 €
4	D2ADB	1. Termin	12,00 €
5	D2ADB	1. Termin	12,00 €
6	D2C	2. Termin	40,00 €
7		Summe:	115,00 €
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 Polyarthritis, ÜW HZV Arzt Erstvorstellung		
1. Termin	Grundpauschale (RP1)	20,00 €
	Überweisung HZV-Arzt (RP1UE)	10,00 €
	Aufwandszuschlag (RP1A)	20,00 €
	Zuschlag Sonografie (RQ1)	1,00 €
	Zuschlag Röntgen (RQ2)	3,00 €
Summe		**54,00 €**

Beispiel 2:

Patient mit undifferenzierte Polyarthritis, ÜW HZV Arzt Wiedervorstellung		
1. Termin	Grundpauschale (RP3)	30,00 €
	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		**74,00 €**

Beispiel 3:

Patient weiblich, SLE, Wiedervorstellung, jetzt schwanger, ÜW HZV Arzt		
1. Termin	Grundpauschale (RP3)	30,00 €
	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		**130,00 €**

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	20,00 €
2	RP1UE	1. Termin	10,00 €
3	RP1A	1. Termin	20,00 €
4		Summe:	50,00 €
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)	28,00 €
	Beratungspauschale Progressionsverzögerung (P2ABP1)	30,00 €
	Zuschlag Duplex-Sonographie (Q3)	4,00 €
Summe		**104,00 €**

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)	760,50 €
Summe		**856,50 €**

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	19,50 €
2	E1	2. Termin	19,50 €
3	E1	3. Termin	19,50 €
4		Summe:	58,50 €
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	28,00 €
4	---Q3---	2. Termin	4,00 €
5		Summe:	74,00 €
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 Q3/2022 abgerechnet wurde, wird die P4 in Q1/2023 gestrichen. P4 ist nur einmal im Krankheitsfall (4 Quartale in Folge) abrechenbar. Die P4 könnte in diesem Beispiel wieder in Q3/2023 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 „sofortabgerechnet“

→ 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

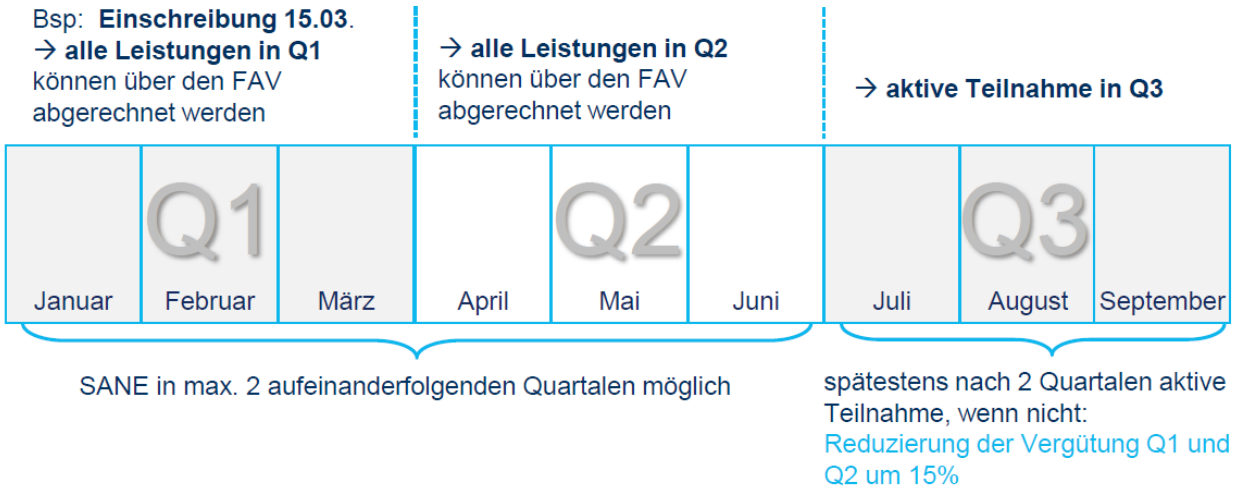
- je nach Eingang der Teilnahmeerklärung bei der Krankenkasse ist der Versicherte im nächsten oder übernächsten Quartal aktiv im FacharztProgramm eingeschrieben
  - (Stichtage 01.02., 01.05., 01.08., 01.11.)
- Teilnahmeerklärung bis zum Stichtag bei der Krankenkasse
  - Versicherter im Folgequartal aktiv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

Wichtig: Jedes Quartal Online-Teilnahmeprüfung durchführen

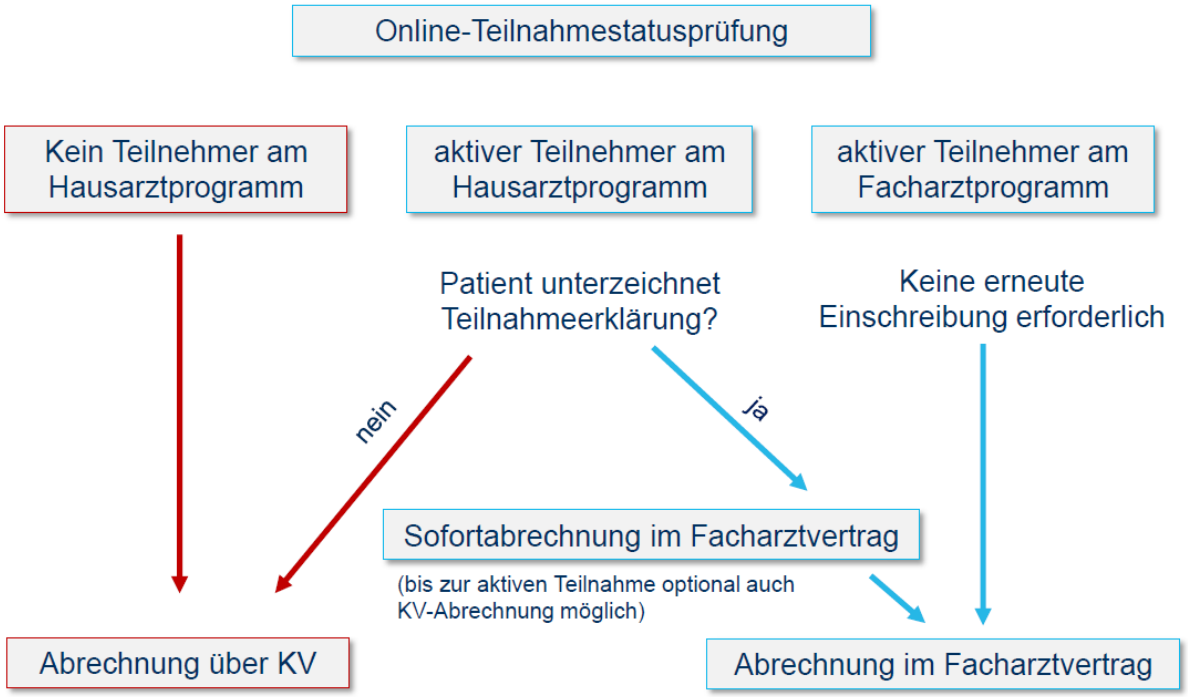
5.3 Sofortabrechnung nach Einschreibung

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 Versicherten-verzeichnis 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:	SSSSSSSSS00

- 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

Patientenauflistung 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
- Versicherter wurde an einen Praxispartner abgetreten
- 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	Versicherten-nummer	Geburtsdatum
Leist.-Pos.	Leistungsziffer	Leistungsdatum	Abrechnungs-betrag
Leist.-Pos.	Enthaltene Sachkosten: • Sachkosten 1 (1,00 €) • Sachkosten 2 (2,00 €)		
Summe	*Summe:*		*Summe Leistungen*
	Verwaltungskosten (Faktor in %):		*Verwaltungs-kosten*
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.