



PNP-Vertrag nach § 73c SGB V

Abrechnungsschulung

1. Teilnahme der Versicherten

2. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)

3. Vergütungs- und Abrechnungssystematik

- a. Modul Neurologie
- b. Modul Psychiatrie
- c. Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie
- d. Modul Psychotherapie
- e. Modulübergreifende Regelungen

4. Abrechnungsprozess

5. Internetauftritt

aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die stets gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Vorteile für teilnehmende Versicherte

- 👍 schnelle und flexible Terminvergabe
- 👍 schneller Behandlungsbeginn in der Psychotherapie
- 👍 Begrenzung der Wartezeit
- 👍 Behandlungskordinierung mit dem Hausarzt
- 👍 intensive ambulante Betreuung
- 👍 breites diagnostisches und therapeutisches Angebot
- 👍 Zuzahlungsbefreiung bei vielen rabattierten Arzneimitteln (AOK)

Infoblatt „Patientenvorteile auf einen Blick“:

www.medi-verbund.de → Leistungen → Verträge/Abrechnung → AOK/Bosch BKK PNP → Allgemeine Informationen und Formulare

- Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der AOK BW / Bosch BKK, die **gültig an der HZV** (Hausarztzentrierten Versorgung) teilnehmen.
- Einschreibung in das gesamte **FacharztProgramm** (in alle bestehenden Facharztverträge)
- In Fachgebieten, in denen es einen Facharztvertrag gibt, dürfen nur **teilnehmende Fachärzte/ Psychotherapeuten** aufgesucht werden
- diese dürfen nur auf **Überweisung des HZV-Hausarztes** aufgesucht werden (ausgenommen Notfälle)
- Bindung für mind. 12 Monate mit automatischer Verlängerung

Kardiologie

Gastroenterologie

Psychiatrie / Neurologie / Psychotherapie / KJ-Psychiatrie (nur AOK)

Orthopädie / Rheumatologie

Urologie

Diabetologie (nur AOK)

Nephrologie (nur AOK)

Pneumologie





Basis: HZV-Vertrag

Teilnahmestatusprüfung

der aktuelle Teilnahmestatus des Patienten am Haus- bzw. Facharztprogramm wird über eine Online-Teilnahmestatusprüfung in der Software ermittelt.

→ **Teilnahmestatusprüfung jedes Quartal und vor Beantragung der Patientenvertragsteilnahme durchführen!**

Mögliche Rückmeldungen der Teilnahmestatusprüfung:

HZV-Teilnahmestatus		FAV-Teilnahmestatus	
<i>„Patient ist derzeit kein aktiver Vertragsteilnehmer“</i>	<i>„Patient ist bereits aktiver Vertragsteilnehmer“</i>	<i>„Patient ist derzeit kein aktiver Vertragsteilnehmer“</i>	<i>„Patient ist bereits aktiver Vertragsteilnehmer“</i>
			
Keine Einschreibung möglich	Einschreibung ins Facharztprogramm möglich	Einschreibung ins Facharztprogramm möglich, wenn aktiver HZV-Teilnehmer	Abrechnung über Facharztvertrag, Einschreibung nicht notwendig

Versichertenteilnahmeerklärung AOK

wird über die Software erzeugt und bedruckt

patienten-individueller vierstelliger Code
Unterschriftenfelder

Nur für AOK-FACHARZTPROGRAMM

AOK FACHARZT PROGRAMM

Teilnahmeerklärung für die besondere ambulante ärztliche Versorgung (AOK-Facharztprogramm) gemäß § 73c SGB V a.F./ § 140a SGB V in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-Hausarztprogramm) gemäß § 73b SGB V

73c K

aus Baden-Württemberg) kann vor Ablauf des Teilnahmejahres eine Kündigung zum nächstmöglichen Quartalsende erfolgen.

- meine im Rahmen des AOK-Facharztprogramms erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem AOK-Facharztprogramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am AOK-Facharztprogramm.
- Im AOK-Facharztprogramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich im jeweiligen aktuellen Merkblatt mitgeteilt bekomme.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am AOK-Facharztprogramm teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine AOK-Hausarzt- und AOK-Facharztprogramm-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür erlaube ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die AOK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erhalten und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen des AOK-Facharztprogramms i.V.m. dem AOK-Hausarztprogramm sind im Merkblatt beschrieben.
- die AOK meine Adresse und Telefonnummer ohne weitere persönliche Daten an neutrale Stellen weiterleiten kann, damit diese mich zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit in Zusammenhang mit dem AOK-Facharztprogramm befragen können. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig.
- Ich mit meiner Teilnahme am AOK-Facharztprogramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 73c SGB V in Verbindung mit dem AOK-Hausarztprogramm zustimme, ohne dass ich erneut eine Teilnahmeerklärung unterschreiben muss. Ich werde rechtzeitig über neue Verträge im Rahmen des AOK-Facharztprogramms durch die AOK informiert. Sofern ich nicht mit der Teilnahme an allen Verträgen am AOK-Facharztprogramm insgesamt einverstanden bin, kann ich unter Einhaltung einer Sonderkündigungsfrist (siehe Merkblatt) ab dem Zeitpunkt, zu dem ich über die Vertragsänderung informiert wurde, kündigen. In diesem Fall enden für mich alle Verträge im Rahmen des AOK-Facharztprogramms. Die Teilnahme am AOK-Hausarztprogramm bleibt davon unberührt.

Ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-Facharztprogramm) i.V.m. der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-Hausarztprogramm) einschließlich der wissenschaftlichen Begleitung und Versichererbeitragung einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsgänge, bzw. meiner Konsultationserteile.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	M	M	J	J	J	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Nur für AOK-FACHARZTPROGRAMM

AOK FACHARZT PROGRAMM

Teilnahmeerklärung für die besondere ambulante ärztliche Versorgung (AOK-Facharztprogramm) gemäß § 73c SGB V a.F./ § 140a SGB V in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-Hausarztprogramm) gemäß § 73b SGB V

73c K

aus Baden-Württemberg) kann vor Ablauf des Teilnahmejahres eine Kündigung zum nächstmöglichen Quartalsende erfolgen.

- meine im Rahmen des AOK-Facharztprogramms erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem AOK-Facharztprogramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am AOK-Facharztprogramm.
- Im AOK-Facharztprogramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich im jeweiligen aktuellen Merkblatt mitgeteilt bekomme.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am AOK-Facharztprogramm teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine AOK-Hausarzt- und AOK-Facharztprogramm-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür erlaube ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die AOK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erhalten und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen des AOK-Facharztprogramms i.V.m. dem AOK-Hausarztprogramm sind im Merkblatt beschrieben.
- die AOK meine Adresse und Telefonnummer ohne weitere persönliche Daten an neutrale Stellen weiterleiten kann, damit diese mich zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit in Zusammenhang mit dem AOK-Facharztprogramm befragen können. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig.
- Ich mit meiner Teilnahme am AOK-Facharztprogramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 73c SGB V in Verbindung mit dem AOK-Hausarztprogramm zustimme, ohne dass ich erneut eine Teilnahmeerklärung unterschreiben muss. Ich werde rechtzeitig über neue Verträge im Rahmen des AOK-Facharztprogramms durch die AOK informiert. Sofern ich nicht mit der Teilnahme an allen Verträgen am AOK-Facharztprogramm insgesamt einverstanden bin, kann ich unter Einhaltung einer Sonderkündigungsfrist (siehe Merkblatt) ab dem Zeitpunkt, zu dem ich über die Vertragsänderung informiert wurde, kündigen. In diesem Fall enden für mich alle Verträge im Rahmen des AOK-Facharztprogramms. Die Teilnahme am AOK-Hausarztprogramm bleibt davon unberührt.




Ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-Facharztprogramm) i.V.m. der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-Hausarztprogramm) einschließlich der wissenschaftlichen Begleitung und Versichererbeitragung einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsgänge, bzw. meiner Konsultationserteile.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	M	M	J	J	J	J	J	J	J

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

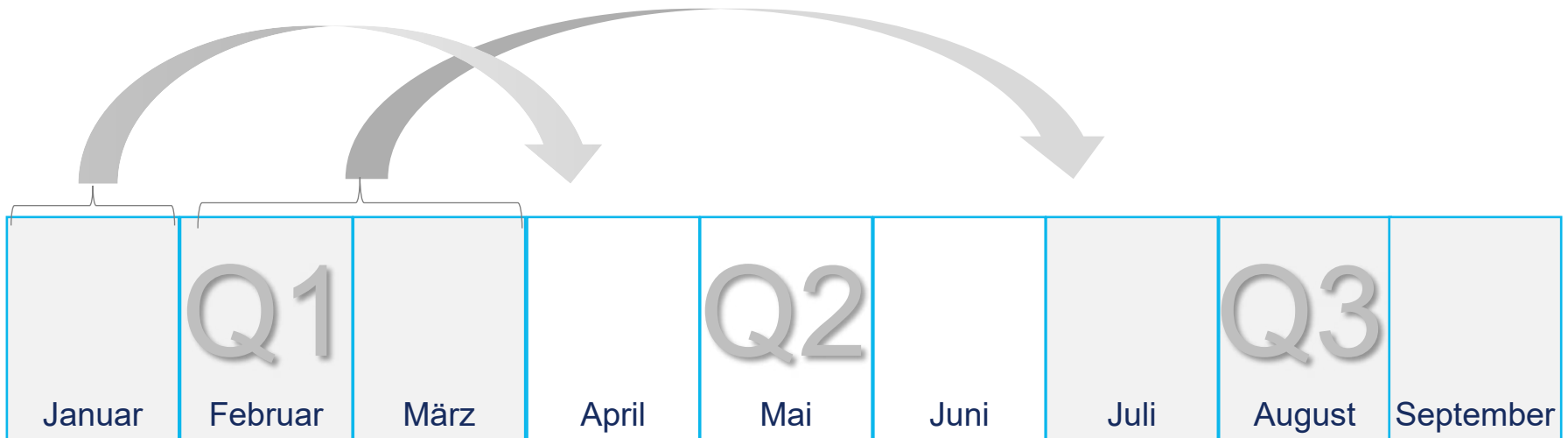
Online-Versicherteneinschreibung

1. Information des Versicherten über den Vertrag / Aushändigung des Versicherten-Merkblatts 
2. Beantragung der Teilnahme in der Software und Ausdruck der Teilnahmeerklärung (2 Exemplare)
3. beide Exemplare werden vom Versicherten und vom Arzt unterzeichnet (1 Exemplar für den Versicherten, 1 Exemplar zur Aufbewahrung in der Praxis) 
4. Übermittlung der Teilnahmeerklärung über die Vertragssoftware unter Eingabe des aufgedruckten vierstelligen Codes 

Tipp: Prüfen Sie den Status der Versichertenteilnahmeerklärung in der Vertragssoftware: Status „erfolgreich“ zeigt eine erfolgreiche Übermittlung an

Einschreibefristen

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



Agenda

1. Teilnahme der Versicherten

2. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)

3. Vergütungs- und Abrechnungssystematik

- a. Modul Neurologie
- b. Modul Psychiatrie
- c. Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie
- d. Modul Psychotherapie
- e. Modulübergreifende Regelungen

4. Abrechnungsprozess

5. Internetauftritt

Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)

Die **SANE** ermöglicht die **Abrechnung aller Leistungen des gesamten Quartals über den Facharztvertrag (FAV), sobald die Online-Einschreibung** erfolgt ist.

Bedingungen:

- Der Versicherte muss aktiv an der HZV teilnehmen
- Der Facharzt/Psychotherapeut ist zur Teilnahme an der SANE berechtigt (einmalige Beantragung i.R. der Teilnahmeerklärung)
- Kann für einen Patienten für das Einschreibequartal und maximal das Folgequartal durchgeführt werden
- Abrechnung entweder komplett über SANE im Facharztvertrag oder wahlweise komplett über KV

Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)

Bsp: **Einschreibung 15.03.**
→ **alle Leistungen in Q1**
können über den FAV
abgerechnet werden

→ **alle Leistungen in Q2**
können über den FAV
abgerechnet werden

→ **aktive Teilnahme in Q3**



SANE in max. 2 aufeinanderfolgenden Quartalen möglich

wird Einschreibung nach zwei Quartalen nicht wirksam →
Reduktion der Vergütung für Q1
und Q2 um 15% und Ablehnung
der Abrechnung ab Q3

Ablehnung von SANE-Fällen ?

➤ abgelehnte SANE-Fälle sind in der Datenempfangsbestätigung oder im SANE-Ablehnungsschreiben aufgeführt. Mögliche Gründe:

- zu oft über SANE abgerechnet (max. 2 Quartale in Folge möglich)

Vers.Nr.	Datum	Patient	Hinweis
			Patient zu oft über Sofortabrechnung abgerechnet

- keine HZV-Teilnahme
- keine Mitgliedschaft bei der AOK BW/Bosch BKK
- Versicherter nicht identifizierbar (z.B. falsche/unvollständige Versichertennummer)

Versichertennummer	Name	Geburtsdatum	Hinweis
			Keine HzV Teilnahme Keine HzV Teilnahme

➤ **Nachabrechnung über KV möglich** (berufen Sie sich ggf. auf die Ausnahmen der Abrechnungsrichtlinie der KV § 3 (2) bzw. (3) und geben Sie einen Hinweis auf die Ablehnung von Leistungen der Sofortabrechnung im Selektivvertrag)

Praxisablauf

Online-Teilnahmestatusprüfung



kein aktiver Teilnehmer HZV

aktiver Teilnehmer HZV

aktiver Teilnehmer FAP

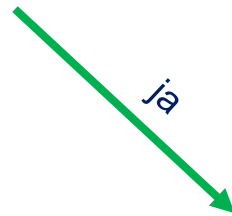
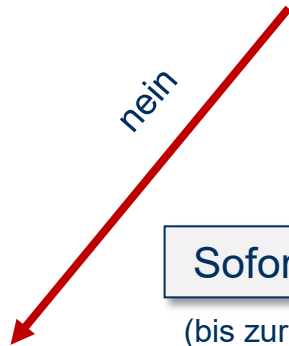


Patient unterzeichnet
Teilnahmeerklärung?

Keine erneute
Einschreibung erforderlich

nein

ja



Sofortabrechnung im Facharztvertrag

(bis zur aktiven Teilnahme optional auch
KV-Abrechnung möglich)



Abrechnung über KV

Abrechnung im Facharztvertrag

Agenda

1. Teilnahme der Versicherten

2. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)

3. Vergütungs- und Abrechnungssystematik

- a. Modul Neurologie
- b. Modul Psychiatrie
- c. Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie
- d. Modul Psychotherapie
- e. Modulübergreifende Regelungen

4. Abrechnungsprozess

5. Internetauftritt

Wichtige Dokumente zur Abrechnung

- **Gesamtziffernkranz** (Anlage 12 Anhang 1)
legt den Leistungsumfang des Vertrags fest
- **ICD-Liste** (Anlage 12 Anhang 2)
Auflistung und Zuordnung der Diagnosen, welche für die Abrechnung bestimmter Leistungen vorliegen müssen
- **Honoraranlage** (Anlage 12 Abschnitt I)
enthält die Abrechnungsziffern, -regeln und Vergütungen

 Diese Dokumente finden Sie unter:

www.medi-verbund.de

AOK Gesamtziffernkranz (GZK) (Auszug)

- Abgrenzung KV- und Vertragsabrechnung
- **aufgelistete EBM-Ziffern** aus allen 73c- bzw. 140a-Verträgen sowie HZV: für teilnehmende Versicherte **nicht über KV abrechenbar**
- nicht aufgelistete EBM-Ziffern: für teilnehmende Versicherte weiterhin über KV abrechenbar– Ausnahme 88895 (SPV): hier besteht ein Abrechnungsausschluss

EBM-Grunddaten				HZV	Kardiologie	Gastroenterologie	PNP	Orthopädie
GOP	Beschreibung	Änderungsdatum	Änderungsvermerk	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung
21321	Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)			§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	nicht obligatorisch	§ 73c-Leistung
21330	Konvulsionsbehandlung			§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	nicht obligatorisch	§ 73c-Leistung
21340	Testverfahren bei Demenzverdacht			§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch	§ 73c-Leistung
22210	Ordinationskomplex bis 5. Lebensjahr (alt) / GP I (neu)			§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch	§ 73c-Leistung
22211	Ordinationskomplex 6. - 59. Lebensjahr (alt) / GP II (neu)			§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch	§ 73c-Leistung
22212	Ordinationskomplex ab 60. Lebensjahr (alt) / GP III (neu)			§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch	§ 73c-Leistung
22216	Zuschlag für die psychosomatisch- und psychotherapeutisch-medizinische Grundversorgung zu den Gebührenordnungspositionen 22210 bis 22212	01.10.2013	neue Ziffer	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch	§ 73c-Leistung
22218	Zuschlag zu der GOP 22216	01.01.2015	neue Ziffer	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch	§ 73c-Leistung
22219	Zuschlag zu den GOPs 22210 bis 22212	01.04.2018	Ergänzung: Anmerkung Rheuma	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch	§ 73c-Leistung
22220	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)			§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch	§ 73c-Leistung
22221	Psychosomatik (Einzelbehandlung)			§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch	§ 73c-Leistung
22222	Psychotherapeutisch medizinische Behandlung (Gruppenbehandlung)			§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	nicht obligatorisch	§ 73c-Leistung

Bosch BKK Ziffernkranz (Auszug)

- Inhalte entsprechen dem AOK Gesamtziffernkranz
- Ausnahme: **Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie: EBM-Kapitel 14 ist für Versicherte der Bosch BKK nach wie vor über die KV abrechenbar**

EBM-Grunddaten				HZV	Kardiologie	Gastroenterologie	PNP
GOP	Beschreibung	Änderungsdatum	Änderungsvermerk	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung
14210	Ordinationskomplex bis 5. Lebensjahr (alt) / GP I (neu)	01.01.2019	GZK-Relevanz (KJPY)	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch
14211	Ordinationskomplex ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 21. Lebensjahr (alt) / GP II neu	01.01.2019	GZK-Relevanz (KJPY)	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch
14214	Zuschlag für die kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgung zu den Gebührenordnungspositionen 14210 bis 14211	01.01.2019	GZK-Relevanz (KJPY)	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch
14216	Zuschlag zu der GOP 14214	01.01.2019	GZK-Relevanz (KJPY)	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch
14217	Zuschlag zu den GOPs 14210 bis 14211	01.01.2019	GZK-Relevanz (KJPY)	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch
14220	Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	01.01.2019	GZK-Relevanz (KJPY)	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch
14221	Gruppenbehandlung	01.01.2019	GZK-Relevanz (KJPY)	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	nicht obligatorisch

**Auszug aus dem GZK
Ziffern Kinder- und Jugendpsychiatrie
sind im Änderungsvermerk mit „GZK-
Relevanz KJPY“ gekennzeichnet**

Quartal 1 2019, Stand 21.12.2018

- Laborleistungen, die im Gesamtziffernkranz (GZK) abgebildet sind, sind in den Pauschalen enthalten und dürfen nicht mehr mittels Laborüberweisung (Muster 10/10A) angefordert werden.
 - die Anforderung erfolgt über ein mit dem Labor geregeltes Verfahren
 - die Verrechnung erfolgt direkt zwischen Arzt und Labor
- alle anderen Laborleistungen (Speziallaborleistungen) werden weiterhin über Muster 10 beim Labor angefordert und dem Labor von der KV vergütet

Tipp: Fragen Sie beim Labor nach, wie Anforderungen für in Selektivverträge eingeschriebene Patienten gekennzeichnet werden sollten

Hinweis zum Wirtschaftlichkeitsbonus

Ärzte können bei wirtschaftlicher Veranlassung und Erbringung von Laborleistungen einen Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001 EBM) erhalten.

Bei der Berechnung werden auch selektivvertragliche Fälle berücksichtigt. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Fälle als Pseudofall in Ihrer KV-Abrechnung erscheinen.

- Für jeden Selektiv-Patienten sollten Sie daher einen sogenannten Pseudofall im KV-System anlegen und mit der Kennziffer **88192** versehen

ICD-Liste: Beispiel Modul Psychiatrie (Auszug)

Bei Vorliegen gekreuzter Diagnosen sind entsprechende Leistungen abrechenbar

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Anlage 12_Anhang 2

Diagnosen		Psychiatrie								
ICD-Kode1	ICD-Klartext	PYP2a_Schizophrenie, Wahn, psychotische Störungen	PYP2b_Persönlichkeitsstörungen	PYP2c_Angststörungen, Zwangsstörungen	PYP2d_Affektive Störungen	PYP2e_Posttraumatische Belastungsstörungen	PYP2f_Verhaltens- und Essstörungen	PYP2g_Störungen durch Alkohol und andere Suchtmittel	PYP2h_Demenz	PYE1_Psychiatrische supportive Gesprächsbehandlung
F31.2	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen				X					X
F31.3	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode				X					X
F31.4	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome				X					X
F31.5	Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen				X					X
F31.6	Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig gemischte Episode				X					X
F31.7	Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig remittiert				X					X
F31.8	Sonstige bipolare affektive Störungen									
F31.9	Bipolare affektive Störung, nicht näher bezeichnet									

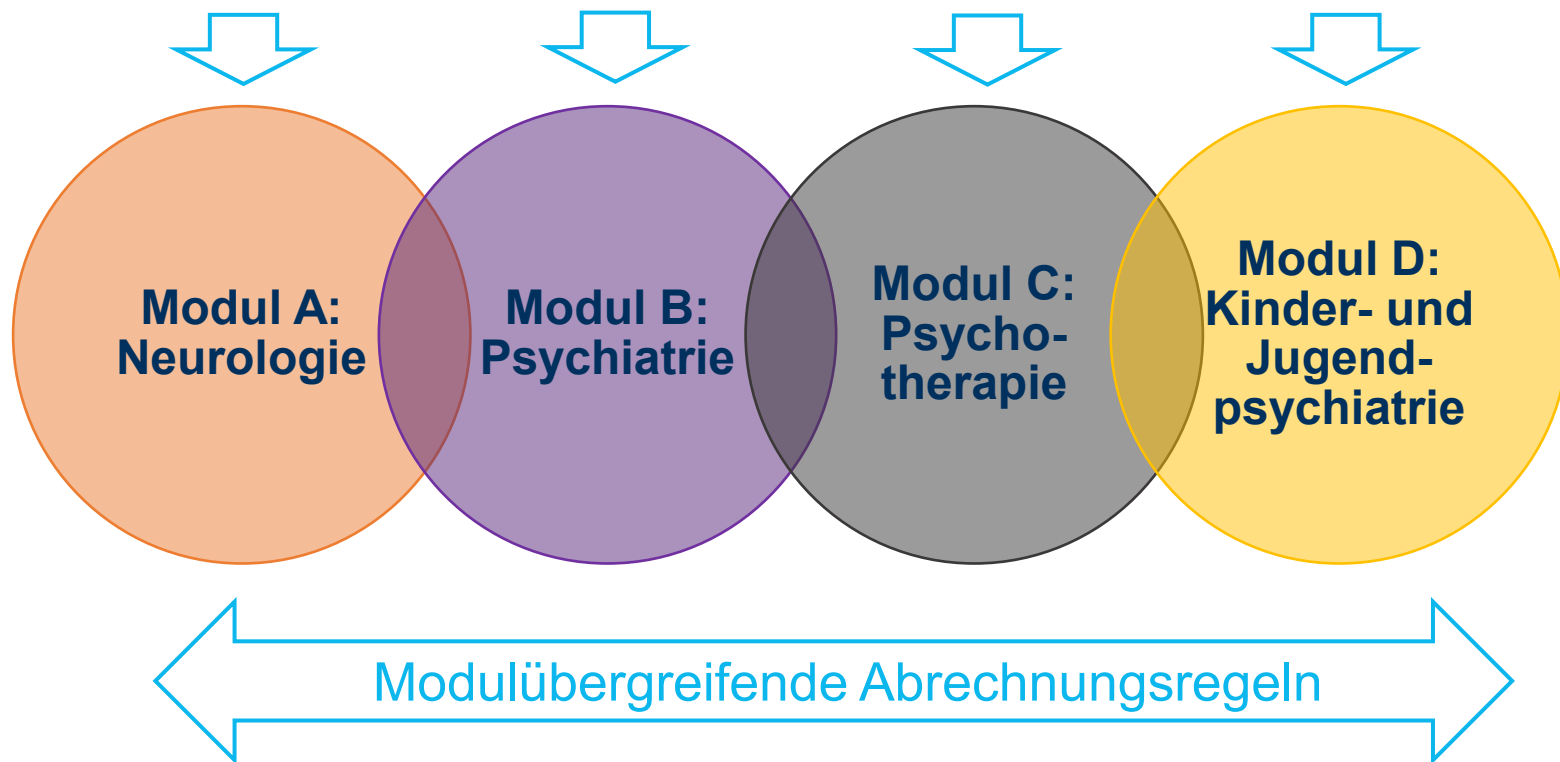
Honoraranlage

- enthält die Abrechnungsziffern, -regeln und Vergütungen
- spezielle Abrechnungsregeln in jedem Modul
- modulübergreifende Abrechnungsregeln
- bestimmte Ziffern können nur abgerechnet werden, wenn uns der Nachweis über das Gerät oder die Qualifikation vorliegt

2. Einzelleistungen			
Einzelleistungen sind, soweit für die jeweilige Vergütungsposition in der Spalte „Vergütungsregeln“ nicht abweichend geregelt, pro Patient nur einmal pro Quartal abrechenbar. Hiervon ausgenommen sind begründete Verschlechterungen und Notfälle. Der FACHARZT kann nicht für denselben Versicherten im selben Quartal Auftragsleistungen und Einzelleistungen nebeneinander abrechnen.			
NE1	Liquorpunktion	<ul style="list-style-type: none"> • vom FACHARZT pro Quartal abrechenbar • max. 2 x pro Quartal • nur abrechenbar bei Vorliegen einer Verdachtsdiagnose gemäß Anhang 2 zur Anlage 12 • nach Durchführung der Leistung ist die ursprüngliche Verdachtsdiagnose immer als gesichert oder ausgeschlossen zu kodieren 	130,00 EUR
NE2a	Einzelleistung zur (Infusions-) therapie Aufwand für die Applikation, Überwachung der Vitalfunktion und Adhärenzsicherung: hoch	<ul style="list-style-type: none"> • je Infusion / Medikamentengabe • Wirkstoffe gem. Anh. 9 zur Anl. 12 • Maximale Häufigkeit der (Infusions-) therapie und ggf. weitere Voraussetzungen gem. Anh. 9 zur Anl. 12 • Maximal einmal in der Arzt-Patienten-Beziehung doppelt abrechenbar 	45,00 EUR
NE2b	Einzelleistung zur (Infusions-) therapie Aufwand für die Applikation, Überwachung der Vitalfunktion und Adhärenzsicherung: erhöht	<ul style="list-style-type: none"> • je Infusion/ Medikamentengabe • Wirkstoffe gem. Anh. 9 zur Anl. 12 • Maximale Häufigkeit der (Infusions-) therapie und ggf. weitere Voraussetzungen gem. Anh. 9 zur Anl. 12 	60,00 EUR





◀ Auszug aus der Honoraranlage Modul Neurologie

Spezielle Abrechnungsregeln in jedem Modul



Legende

Symbole

-  Fernbehandlung möglich
-  Ausschluss Delegation an nicht ärztliche bzw. psychotherapeut. approb. Mitarbeiter
-  nur abrechenbar bei Vorliegen gesicherter Diagnosen gem. ICD-Liste
-  wird bei Vorliegen der Voraussetzungen automatisch erzeugt

Abrechnungshäufigkeit

x / Q = x mal pro Behandlungsfall abrechenbar (1 Patient, 1 Quartal)

$x / 4Q$ = x mal pro Krankheitsfall abrechenbar (1 Patient, 4 Quartale)

Definition Arzt-Patienten-Kontakt (APK)

Ein APK beschreibt die Interaktion eines Facharztes/Psychotherapeuten und/oder eines medizinisch qualifizierten Praxismitarbeiters und dem Patienten und/oder dessen Bezugsperson und beinhaltet einen konkreten Bezug zur fachärztlichen bzw. psychotherapeutischen Versorgung des Patienten

- **Persönlicher** APK: Eine Leistung wird zur gleichen Zeit am gleichen Ort (z.B. in der Praxis) erbracht.
- **Telemedizinischer** APK: Die Leistung wird ausschließlich z.B. via zertifiziertem Videosystem, Telefon, Messenger, also nicht am gleichen Ort und/ oder nicht zur gleichen Zeit erbracht.

FBE Fernbehandlung

1/Q



neue Ziffer „FBE“ dient zur Kennzeichnung, wenn im Quartal ausschließlich telemedizinische Kontakte stattfinden

Agenda

1. Teilnahme der Versicherten
2. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
3. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
 - a. Modul Neurologie
 - b. Modul Psychiatrie
 - c. Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - d. Modul Psychotherapie
 - e. Modulübergreifende Regelungen
4. Abrechnungsprozess
5. Internetauftritt

Abrechnungssystematik Modul Neurologie

Grundpauschale

+

Zuschläge

+

Zusatzpauschale(n)

+

Beratungsziffern

+

Weitere Arzt-Patienten-Kontakte


+

Einzelleistungen

oder

Auftragsleistungen

Grundpauschalen + deren Zuschläge









NP1 Grundpauschale		1/Q	  35,00 €
+ NP1A Überweisung vom HZV-Hausarzt			  10,00 €*
<u>oder</u> NP1H Grundpauschale Heim		1/Q	 50,00 €
+ NQ3 Zuschlag Blinkreflex/evozierte Potentiale			 2,00 €
+ NQ5 Zuschlag Elektromyographie			 2,00 €
+ NQ6 Zuschlag Doppler-/Duplexsonographie			 7,00 €
+ NQ7 Zuschlag Rationale Pharmakotherapie			 4,00 €
+ NQ10 Zuschlag Neurosonologie			 5,00 €
<u>oder</u> V1 Vertreterpauschale	Fernbehandlung möglich sofern Erstkontakt persönlich erfolgt ist	1/Q	  12,50 €

*Bosch BKK 5,00 €







Zusatzpauschalen „Spezielle Neurologie“

NP2A1 Zerebrovaskuläre Krankheiten	1/Q	  	19,00 €
+ NP2A2 Beratungszuschlag	2/Q	  	20,00 €
	max. 5/4Q		
NP2B1 Multiple Sklerose	1/Q	  	32,00 €
+ NP2B2 Beratungszuschlag	2/Q	  	20,00 €
+ NQ1A Zuschlag Schwerpunktpraxis MS			2,00 €
+ NQ2A Zuschlag EFA® MS			5,00 €
NP2C1 Epilepsie	1/Q	  	26,00 €
+ NP2C2 Beratungszuschlag	2/Q	  	20,00 €
+ NQ1B Zuschlag Schwerpunktpraxis Epilepsie			2,00 €
+ NQ2B Zuschlag EFA® Epilepsie			5,00 €
+ NQ4 Zuschlag Qualifikation Langzeit EEG			2,00 €

Zusatzpauschalen „Spezielle Neurologie“

NP2D1 Parkinson und Extrap. Syndrome	1/Q	  	26,00 €
+ NP2D2 Beratungszuschlag	2/Q	  	20,00 €
+ NQ1C Zuschlag Schwerpunktpraxis Parkinson			2,00 €
+ NQ2C Zuschlag EFA® Parkinson			5,00 €

NP2E1 Demenz	1/Q	  	14,00 €
+ NP2E2 Beratungszuschlag	1/Q	  	20,00 €
+ NQ2D Zuschlag EFA® Demenz			5,00 €

NP2F1 Polyneuropathie	1/Q	  	14,00 €
+ NP2F2 Beratungszuschlag	2/Q	  	20,00 €
			max. 5/4Q

NP2G1 Verletzungen des Rückenmarks	1/Q	  	19,00 €
+ NP2G2 Beratungszuschlag	2/Q	  	20,00 €
			max. 5/4Q

Entlastungsassistentin in der Facharztpraxis (EFA®)

- Weiterbildung für Medizinische Fachangestellte und vergleichbar qualifizierte Mitarbeiter in der Facharztpraxis
- Wird angeboten durch IFFM e.V.
- EFA®-Grundmodul (früher Fachnurse) für die Krankheitsbilder MS, Epilepsie, Parkinson und Demenz berechtigt zur Zuschlagsvergütung NQ2A bis NQ2D
- EFA®-Aufbaumodul berechtigt zusätzlich zur Zuschlagsvergütung NQ2

NQ2 Zuschlag EFA® Neurologie




1/Q

auf alle Zusatzpauschalen
(NP2A1-G1 und NP3A/B)

 10,00 €*

*Bosch BKK 5,00 €

Zusatzpauschalen „Pauschale Neurologie“

NP3A Pauschale neurologische Versorgung (1.)	1/Q	 50,00 €
NP3B Pauschale neurologische Versorgung (2.)	2/4Q	  35,00 €

Diese Ziffern können immer dann angesetzt werden, wenn fallbezogen keine NP2A1-G1 abgerechnet wird.







NBG1 Beratungsgespräch Long-/Post-Covid	1/4Q	   20,00 €
--	------	---

1 Einheit = 10 Minuten, nur nach Überweisung durch den HZV-Hausarzt abrechenbar.

Einzelleistungen

NE1	Liquorpunktion	2/Q	160,00 €
NE2A	Betreuung und Nachsorge: Dauer mehr als 2 Std.		53,00 €
NE2B	Betreuung und Nachsorge: Dauer mehr als 4 Std.		101,00 €
NE2C	Betreuung und Nachsorge: Dauer mehr als 6 Std.		148,00 €
NE2D	Schubtherapie bei Multipler Sklerose	5/Q	55,00 €
NE3	Einstellung Hirnschrittmacher		45,00 €
NE4	Medikamentenpumpenbetreuung	4/4Q	50,00 €
NE5	Besuch im Heim zur Unzeit		40,00 €
NE7	Schmerztherapeutische Versorgung	1/Q	50,00 €
NE9	Plexus-, Spinal- oder Periduralanalgesie		50,00 €

Einzelleistungen

NE10a Neuein-/Umstellung auf rab. Antiepileptikum (Levetiracetam)	 10,00 €
NE10b Neuein-/Umstellung auf rab. Antiepileptikum (Lamotrigin)	 10,00 €
NE11a Neuein-/Umstellung auf rab. Parkinsonth. (Ropinirol)	 10,00 €
NE11b Neuein-/Umstellung auf rab. Parkinsonth. (Pramipexol)	 10,00 €
NE12a Neuein-/Umstellung auf rab. Antipsychotikum (Olanzapin)	 10,00 €
NE12b Neuein-/Umstellung auf rab. Antipsychotikum (Quetiapin)	 10,00 €

max. 1x pro Quartal und max. 2x pro Kalenderjahr

NE13 Erstbehandlung Botulinumtoxintherapie	 80,00 €
NE14 Folgebehandlung Botulinumtoxintherapie	 50,00 €

Zuschläge + Pauschalen

NZ1 zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt

 15,00 €

- zusätzliche Arzt-Patienten-Kontakte (APK) werden mit der Ziffer NZ1 abgerechnet
- die Vergütung erfolgt ab dem 3. APK innerhalb von 4 Quartalen
- Um die Vergütung zu erhalten, müssen alle APK mit der Ziffer NZ1 dokumentiert werden

Auftragsleistungen

Neben Auftragsleistungen sind keine anderen Leistungen des Vertrags abrechenbar
Die Abrechnung von Auftragsleistungen erfordert eine Überweisung „Zielauftrag“

NA0	Auftragsgrundpauschale		12,50 €
NA1	Liquorpunktion		160,00 €
NA3	Einstellung Hirnschrittmacher		45,00 €
NA4	Medikamentenpumpenbetreuung		50,00 €
NA6	Evozierte Potentiale/Blinkreflex		13,00 €
NA7	Langzeit-EEG		50,00 €
NA8	Elektromyographie		19,00 €
NA9	Doppler-/Duplexsonographie		25,00 €
NA10	EEG		25,00 €
NA12	Schmerztherapeutische Versorgung		50,00 €
NA14	Plexus-, Spinal- oder Periduralanalgesie		50,00 €
NA16	Erstbehandlung Botulinumtoxintherapie		80,00 €
NA17	Folgebehandlung Botulinumtoxintherapie		50,00 €

Abrechnungsbeispiel I

„Pauschale neurologische Versorgung“

Migräne-Patient mit 3 Terminen im Quartal:

Grundpauschale	NP1	1. Termin	35,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	NP1A	1. Termin	10,00 €*
Zusatzpauschale PNV	NP3A	1. Termin	50,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ6---	1. Termin	7,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ2---	1. Termin	10,00 €*
Qualitätszuschlag	---NQ3---	1. Termin	2,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ5---	1. Termin	2,00 €
Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (2. Kontakt)	NZ1	2. Termin	---APK---
Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (3. Kontakt)	NZ1	3. Termin	15,00 €
		Summe:	131,00 €

*Bosch BKK 5,00 €

Praxis verfügt über folgende Geräte/Qualifikationsnachweise:

- Doppler- und Duplexsonographie (NQ6)
- Evozierte Potentiale (NQ3)
- EMG (NQ5)
- EFA® Neurologie (NQ2)

**Ähnlich bei den anderen
Erkrankungen/Diagnostikfällen aus
dem Bereich „Pauschale Neurologie“**

Abrechnungsbeispiel II „Pauschale neurologische Versorgung“

Diagnostik-Patient mit Long-/Post-Covid-Symptomen

Grundpauschale	NP1	1. Termin	35,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	NP1A	1. Termin	10,00 €*
Zusatzpauschale PNV	NP3A	1. Termin	50,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ6---	1. Termin	7,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ2---	1. Termin	10,00 €*
Qualitätszuschlag	---NQ3---	1. Termin	2,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ5---	1. Termin	2,00 €
Beratungsgespräch Long-/Post-Covid (10 Minuten)	NBG1	1. Termin	20,00 €
Summe:			136,00 €

*Bosch BKK 5,00 €

Praxis verfügt über folgende Geräte/Qualifikationsnachweise:

- Doppler- und Duplexsonographie (NQ6)
- Evozierte Potentiale (NQ3)
- EMG (NQ5)
- EFA® Parkinson/Neurologie (NQ2)

Abrechnungsbeispiel: Parkinson-Patient mit 2 Behandlungsterminen (jeweils 10 Min. Gesprächszeit) im Quartal:

Grundpauschale	NP1	1. Termin	35,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	NP1A	1. Termin	10,00 €*
Zusatzpauschale Parkinson und Extrap. Syndrome	NP2D1	1. Termin	26,00 €
Beratungszuschlag (10 Min. Gesprächszeit)	NP2D2	1. Termin	20,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ6---	1. Termin	7,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ1c---	1. Termin	2,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ2c---	1. Termin	5,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ3---	1. Termin	2,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ5---	1. Termin	2,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ10---	1. Termin	5,00 €
Beratungszuschlag (10 Min. Gesprächszeit)	NP2D2	2. Termin	20,00 €
*Bosch BKK 5,00 €		Summe:	134,00 €

Praxis verfügt über folgende Geräte/Qualifikationsnachweise:

- Doppler- und Duplexsonographie (NQ6)
- Evozierte Potentiale (NQ3)
- EMG (NQ5)
- Schwerpunktpraxis Parkinson (NQ1c)
- EFA® Parkinson/Neurologie (NQ2c oder NQ2)

**Ähnlich bei den
anderen Erkrankungen**

Abrechnungsbeispiel: MS-Patient mit Behandlungsterminen und Kortison- Schubtherapie (3 Infusionen)

Grundpauschale	NP1	1. Termin	35,00 €
Überweisung vom HZV-Arzt	NP1A	1. Termin	10,00 €*
Zusatzpauschale Multiple Sklerose	NP2B1	1. Termin	32,00 €
Beratungszuschlag	NP2B2	1. Termin	20,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ6---	1. Termin	7,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ2A---	1. Termin	5,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ1A---	1. Termin	2,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ3---	1. Termin	2,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ5---	1. Termin	2,00 €
Schubtherapie MS	NE2D	2. Termin	55,00 €
Schubtherapie MS	NE2D	3. Termin	55,00 €
Schubtherapie MS	NE2D	4. Termin	55,00 €
Beratungszuschlag	NP2B2	5. Termin	20,00 €
Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt	NZ1	6. Termin	15,00 €
Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt	NZ1	7. Termin	15,00 €
		Summe:	330,00 €

*Bosch BKK 5,00 €

- Praxis verfügt über folgende Geräte/Qualifikationsnachweise:
- Doppler- und Duplexsonographie (NQ6)
 - EFA MS (NQ2a)
 - Schwerpunktpraxis MS (NQ1a)
 - Evozierte Potentiale (NQ3)
 - EMG (NQ5)

Abrechnungsbeispiel: Behandlung eines Patienten mit Demenz und Zustand nach Schlaganfall

Grundpauschale	NP1	1. Termin	35,00 €
Überweisung vom HZV-Arzt	NP1A	1. Termin	10,00 €*
Zusatzpauschale Zerebrovask. Krankheiten	NP2A1	1. Termin	19,00 €
Beratungszuschlag	NP2A2	1. Termin	20,00 €
Beratungszuschlag	NP2A2**	1. Termin	20,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ6---	1. Termin	7,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ2---	1. Termin	10,00 €*
Qualitätszuschlag	---NQ3---	1. Termin	2,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ5---	1. Termin	2,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ10---	1. Termin	5,00 €
Zusatzpauschale Demenz	NP2E1	2. Termin	14,00 €
Beratungszuschlag	NP2E2	2. Termin	20,00 €
Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt	NZ1	3. Termin	15,00 €
*Bosch BKK 5,00 €		Summe:	179,00 €

Praxis verfügt über folgende Geräte/Qualifikationsnachweise:

- Doppler- und Duplexsonographie (NQ6)
- EFA® Neurologie (NQ2)
- Evozierte Potentiale (NQ3)
- EMG (NQ5)
- Neurosonologie (NQ10)

**max. 5/4Q

Abrechnungsbeispiel: Heimpatient mit Hemiparese nach Schlaganfall, Epilepsie, diabet. Polyneuropathie und Demenz

Grundpauschale Heim	NP1H	1. Termin	50,00 €
Zusatzpauschale Zerebrovaskuläre Krankheiten	NP2A1	1. Termin	19,00 €
Beratungszuschlag	NP2A2	1. Termin	20,00 €
Zusatzpauschale Epilepsie	NP2C1	1. Termin	26,00 €
Beratungszuschlag	NP2C2	1. Termin	20,00 €
Zusatzpauschale Demenz	NP2E1	1. Termin	14,00 €
Zusatzpauschale Polyneuropathie und Myopathie	NP2F1	1. Termin	14,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ6---	1. Termin	7,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ2b---	1. Termin	5,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ2d---	1. Termin	5,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ1b---	1. Termin	2,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ3---	1. Termin	2,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ5---	1. Termin	2,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ10---	1. Termin	5,00 €
Summe:			191,00 €

Praxis verfügt über folgende Geräte-/Qualifikations-nachweise:

- Doppler- und Duplexsonographie (NQ6)
- EFA® Epilepsie (NQ2b)
- EFA® Demenz (NQ2d)
- Schwerpunktpraxis Epilepsie (NQ1b)
- Evozierte Potentiale (NQ3)
- EMG (NQ5)
- Neurosonologie (NQ10)

Agenda

1. Teilnahme der Versicherten
2. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
3. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
 - a. Modul Neurologie
 - b. Modul Psychiatrie
 - c. Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - d. Modul Psychotherapie
 - e. Modulübergreifende Regelungen
4. Abrechnungsprozess
5. Internetauftritt

Abrechnungssystematik Modul Psychiatrie

Grundpauschale

+

Zuschläge

+

Zusatzpauschale









+

Einzelleistungen

oder

























Auftragsleistungen

Grundpauschalen + deren Zuschläge

PYP1 Grundpauschale	1/Q	 	17,00 €
+ PYP1A Überweisung vom HZV-Hausarzt		 	10,00 €* *
<u>oder</u> PYP1H Grundpauschale Heim	1/Q		55,00 €
+ PYQ2 Zuschlag Rationale Pharmakotherapie			4,00 €
<u>oder</u> PYV1 Vertreterpauschale	Fernbehandlung möglich sofern Erstkontakt persönlich erfolgt ist	1/Q	  12,50 €







*Bosch BKK 5,00 €

Zusatzpauschalen

PYP2A Schizophrenie, Wahn, Psychotische Störungen	  	24,00 €
PYP2B Persönlichkeitsstörungen	  	12,00 €
PYP2C Angststörungen, Zwangsstörungen	  	17,00 €
PYP2D Affektive Störungen	  	22,00 €
PYP2E Posttraumatische Belastungsstörungen	  	17,00 €
PYP2F Verhaltens-/Essstörungen	  	17,00 €
PYP2G Störungen durch Alkohol und andere Suchtmittel	  	17,00 €
PYP2H Demenz	  	15,00 €

Je Quartal ist nur **eine** psychiatrische Zusatzpauschale abrechenbar!

Einzelleistungen

PYE1 psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	max. 5x pro Tag max. 30x pro Quartal	  	20,00 €
PYE2 Diagnostik und Testung Demenz	1/4Q		41,00 €
PYE3 Besuch im Heim zur Unzeit			40,00 €
PYE4a Neuein-/Umstellung auf rab. Antipsychotikum (Olanzapin)			10,00 €
PYE4b Neuein-/Umstellung auf rab. Antipsychotikum (Quetiapin)			10,00 €

max. 1x pro Quartal und max. 2x pro Kalenderjahr

Auftragsleistungen

PYA0 Auftragsgrundpauschale	1/Q	➕ 12,50 €
------------------------------------	-----	-----------

PYA1 Auftragsleistung EEG	2/Q	25,00 €
----------------------------------	-----	---------

Neben Auftragsleistungen sind keine anderen Leistungen des Vertrags abrechenbar
Die Abrechnung von Auftragsleistungen erfordert eine Überweisung „Zielauftrag“

Abrechnungsbeispiel: Patient mit Angststörung an 3 Behandlungsterminen mit insgesamt 150 Min. Gesprächsbehandlung im Quartal

Grundpauschale	PYP1	1. Termin	17,00 €
Überweisung vom HZV-Arzt	PYP1A	1. Termin	10,00 €*
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	1. Termin	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	1. Termin	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	1. Termin	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	1. Termin	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	1. Termin	20,00 €
Angststörung, Zwangsstörung	PYP2C	1. Termin	17,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	1. Termin	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	2. Termin	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	2. Termin	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	2. Termin	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	2. Termin	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	3. Termin	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	3. Termin	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	3. Termin	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	3. Termin	20,00 €
*Bosch BKK 5,00 €		Summe:	344,00 €

*Ähnlich bei den
anderen Erkrankungen*

Abrechnungsbeispiel: Diagnostik/Testung Demenz und anschließend gesicherte Diagnose Demenz (z.B. F00.2G)

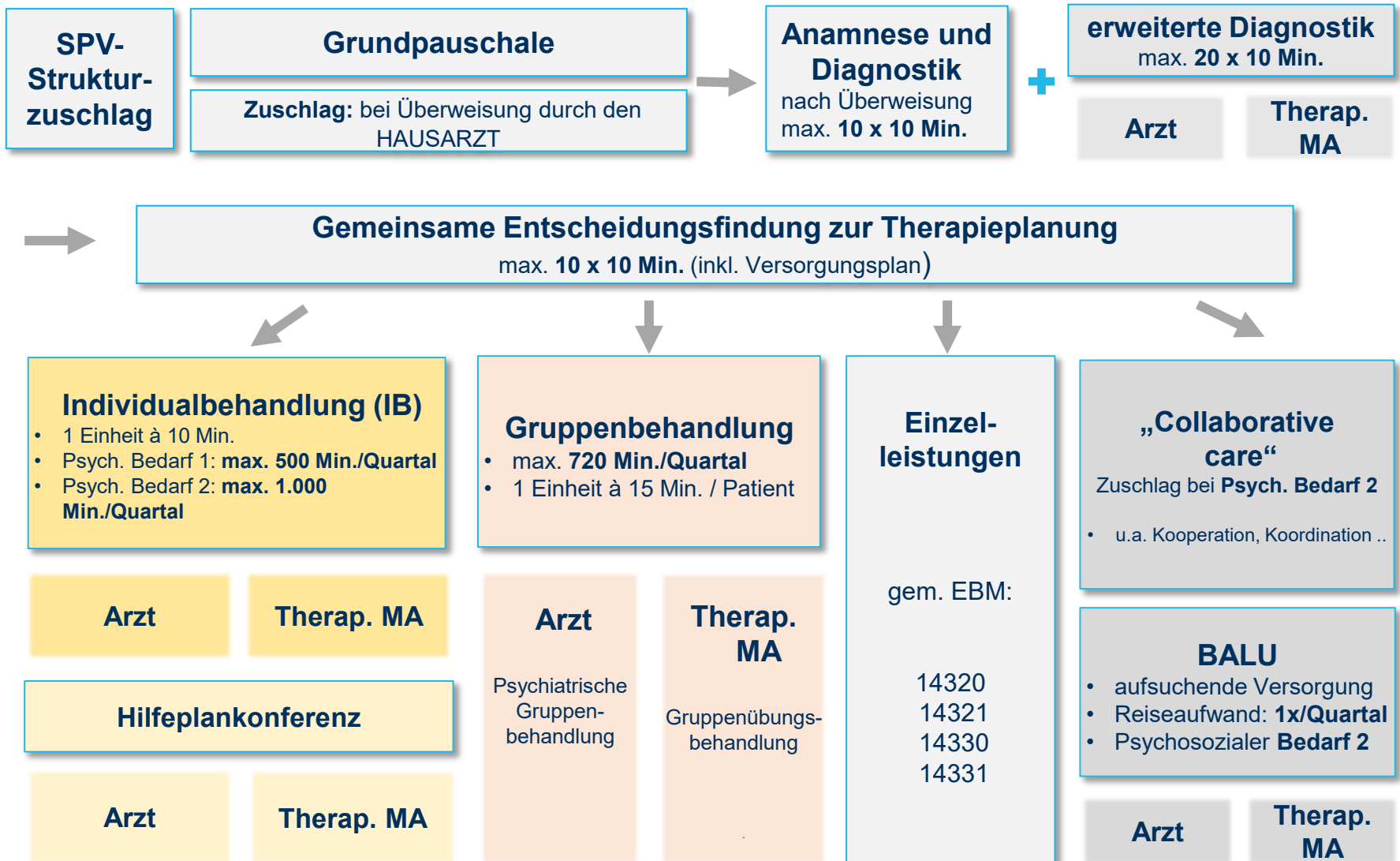
Diagnostik/Testung Demenz	PYE2	1. Termin	41,00 €
Grundpauschale	PYP1	1. Termin	17,00 €
Überweisung vom HZV-Arzt	PYP1A	1. Termin	10,00 €*
Zusatzpauschale Demenz	PYP2H	1. Termin	15,00 €
Summe:			83,00 €

*Bosch BKK 5,00 €







Agenda

1. Teilnahme der Versicherten
2. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
3. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
 - a. Modul Neurologie
 - b. Modul Psychiatrie
 - c. Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - d. Modul Psychotherapie
 - e. Modulübergreifende Regelungen
4. Abrechnungsprozess
5. Internetauftritt

Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie



Grundpauschalen

KJPYP1 Grundpauschale	1/Q	  22,00 €
+ KJPYP1A Überweisung vom HZV-Hausarzt		  5,00 €
<u>oder</u> KJPYV1 Vertreterpauschale	Fernbehandlung möglich sofern Erstkontakt persönlich erfolgt ist	1/Q   12,50 €

Die Behandlung ist bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, in Einzelfällen bis zum vollendeten 25. Lebensjahr möglich. Dies gilt auch bei einer Erstdiagnose ab 18 Jahren, wenn dies nachvollziehbar ist und vom jungen Erwachsenen akzeptiert wird.

Zusatzpauschalen

KJPYP2 Anamnese und Diagnostik

100 Min./4Q

  19,00 €

+ *bei Bedarf*

KJPYP3 Erweiterte Diagnostik (Arzt)

KJPYP3D Erweitere Diagnostik (Therapeutischer
Mitarbeiter)



200 Min./4Q

  19,00 €

12,00 €

KJPYP4 Gemeinsame Entscheidungsfindung

zur Therapieplanung und zur Förderung von Schutzfaktoren bzw.
Minderung von Risikofaktoren

100 Min./4Q

   19,00 €

- 1 Ziffer entspricht einer Zeitdauer von 10 Minuten (Bsp.: 50 Minuten Diagnostik an einem Behandlungsdatum = 5 KJPYP2)
- die abrechenbaren Einheiten können je Ziffer auf mehrere Termine innerhalb von 4 aufeinanderfolgenden Quartalen verteilt werden.
- viele Vertragssoftwares beherrschen kein Faktorverfahren. D.h. statt 5 x KJPYP2 muss die Ziffer dann fünfmal hintereinander dokumentiert werden (KJPYP2, KJPYP2...) Tipp: Erkundigen Sie sich bei Ihrem Softwarehaus nach dem erforderlichen Vorgehen.

Zusatzpauschalen

KJPYP5 Collaborative Care

1/Q













22,00 €

KJPYP5 kann, wie die Grundpauschale, 1 x pro Quartal abgerechnet werden.
Voraussetzung: Es liegt eine gesicherte Diagnose / ein Schweregrad entsprechend dem
„psychosozialen Bedarf 2“ gemäß ICD-Liste vor.

Einzelleistungen

Psychosozialer Bedarf 1

KJPYE1 Individualbehandlung (Arzt)	} 500 Min./Q (50x)	  	19,00 €
KJPYE1D Individualbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)			 

KJPYE2 Individualbehandlung (Arzt)	} 1000 Min./Q (100x)	  	19,00 €
KJPYE2D Individualbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)			 

Psychosozialer Bedarf 2

liegen sowohl Diagnosen für Bedarf 1 als auch Bedarf 2 vor, sind max. 1000 Min. abrechenbar der Ziffernzusatz „D“ steht für „Delegation“. Die Ziffern sind bei Behandlung durch Therapeutische Mitarbeiter (gemäß Delegation durch den Facharzt) abrechenbar. Leistungsinhalte gemäß EBM 04242, 14310, 14222, 30300

Einzelleistungen

Achtung: Hier entspricht 1 Einheit 15 Min.

KJPYE3 Psychiatrische Gruppenbehandlung (Arzt)	} 720 Min./Q (48x)	  	13,00 €
KJPYE3D Gruppenübungsbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)			

- max. 3 Kinder / Jugendliche gemäß Psychosozialem Bedarf 2 je Behandler
- max. 6 Kinder / Jugendliche gemäß Psychosozialem Bedarf 1 je Behandler
- Bezugspersonen von max. 6 Kindern / Jugendlichen je ärztlichem Behandler

Einzelleistungen

KJPYE4 Behandlungsansatz Lebensumfeld (BALU) 1/Q  40,00 €

- bei Psychosozialem **Bedarf 2**
- aufsuchende Versorgung, z.B. auch Heim / Straße
- auch im Rahmen vom Entlassmanagement
- auch Förderung von Adhärenz, Krankheitsbewältigung, Rückfallprophylaxe, z.B. bei Obdachlosigkeit / schwierigem Umfeld

KJPYE5 Hilfeplankonferenz 1/Q  30,00 €

- Hilfeplankonferenzen bestehen aus mind. 3 Personen
- kann persönlich oder telefonisch durchgeführt werden

- Die eigentliche Gesprächszeit i.V.m. E4 bzw. E5 ist über die Individualbehandlung abrechenbar
- Delegation an therapeutische Mitarbeiter möglich

Einzelleistungen

KJPYE6 EEG (analog EBM 14320)	2/Q	25,00 €
-------------------------------	-----	---------

KJPYE7 Langzeit-EEG (analog EBM 14321)	1/Q	50,00 €
--	-----	---------

KJPYE8 Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung (analog EBM 14330)	1/Q	13,00 €
--	-----	---------

KJPYE9 Neurophysiologische Untersuchung (analog EBM 14332)	1/Q	30,00 €
---	-----	---------

Qualitätszuschläge

KJPYZ1 Strukturzuschlag für SPV-Praxen	1/Q	 100,00 €
--	-----	--

Auftragsleistungen

KJPYA0 Auftragsgrundpauschale		+	12,50 €
KJPYA3 Auftragsleistung psych. Gruppenbehandlung	wie E3	!	13,00 €
KJPYA3D Auftragsleistung Gruppenübungsbehandlung	wie E3D	!	9,00 €
KJPYA6 Auftragsleistung EEG	wie E6		25,00 €
KJPYA7 Auftragsleistung Langzeit-EEG	wie E7		50,00 €
KJPYA8 Auftragsleistung Elektronystagmo-/...	wie E8		13,00 €
KJPYA9 Auftragsleistung Neurophysiolog. Untersuchung	wie E9		30,00 €

Neben Auftragsleistungen sind keine anderen Leistungen des Vertrags abrechenbar
Die Abrechnung von Auftragsleistungen erfordert eine Überweisung „Zielauftrag“

Informationsziffern

TST Transition (s. auch Anhänge 4 und 4.1 zu Anlage 17)

Zu dokumentieren bei KJPYE1/D bzw. KJPYE2/D, wenn sich der Gesprächsinhalt mit der Transition des Patienten befasst

KSD Kooperation mit dem Sozialen Dienst (s. auch Anhang 2 zu Anlage 17)

Zu dokumentieren bei KJPYE1/D bzw. KJPYE2/D, wenn der Soziale Dienst eingebunden wurde

DAE Diagnoseänderung

Bei wesentlich geänderten Diagnose (gesichert oder Verdacht) können Ziffern für Anamnese, Diagnostik und gemeinsamen Entscheidungsfindung erneut abgerechnet werden, bei Bedarf einmalig anzugeben

KJPYGDK Genehmigung durch Krankenkasse

In Ausnahmefällen kann auf Grundlage einer entsprechenden Überweisung bei der AOK ein begründeter Antrag auf Genehmigung (sog. GDK) von 50 zusätzlichen Einheiten (=500 Minuten) für die Individualbehandlung (E1/E1D oder E2/E2D) im laufenden Quartal gestellt werden.

Nach Genehmigung durch die AOK für die Abrechnung der zusätzlichen Einheiten einmalig anzugeben

Abrechnungsbeispiel: Diagnostikfall

Grundpauschale	KJPYP1	1. Termin	22,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	KJPYP1A	1. Termin	5,00 €
Anamnese und Diagnostik	KJPYP2	1. Termin	19,00 €
Anamnese und Diagnostik	KJPYP2	1. Termin	19,00 €
Anamnese und Diagnostik	KJPYP2	1. Termin	19,00 €
Anamnese und Diagnostik	KJPYP2	1. Termin	19,00 €
Anamnese und Diagnostik	KJPYP2	1. Termin	19,00 €
Erweiterte Diagnostik (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYP3D	2. Termin	12,00 €
Erweiterte Diagnostik (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYP3D	2. Termin	12,00 €
Erweiterte Diagnostik (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYP3D	2. Termin	12,00 €
Erweiterte Diagnostik (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYP3D	3. Termin	12,00 €
Erweiterte Diagnostik (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYP3D	3. Termin	12,00 €
Erweiterte Diagnostik (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYP3D	3. Termin	12,00 €
Erweiterte Diagnostik (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYP3D	3. Termin	12,00 €
Erweiterte Diagnostik (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYP3D	3. Termin	12,00 €
Erweiterte Diagnostik (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYP3D	3. Termin	12,00 €
Erweiterte Diagnostik (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYP3D	3. Termin	12,00 €
Erweiterte Diagnostik (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYP3D	3. Termin	12,00 €
Erweiterte Diagnostik (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYP3D	3. Termin	12,00 €
Erweiterte Diagnostik (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYP3D	3. Termin	12,00 €
Erweiterte Diagnostik (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYP3D	3. Termin	12,00 €
Strukturzuschlag für SPV-Praxen	KJPYZ1	3. Termin	100,00 €
Summe:			366,00 €

Abrechnungsbeispiel: psychiatrische Einzel- und Gruppenbehandlung eines Patienten mit Störung des Sozialverhaltens (F91.3G) (MAS-Achse 6 > 5)

Individualbehandlung (Arzt)	KJPYE2	1. Termin	19,00 €
Gruppenübungsbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYE3D	1. Termin	9,00 €
Gruppenübungsbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYE3D	1. Termin	9,00 €
Gruppenübungsbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYE3D	1. Termin	9,00 €
Gruppenübungsbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYE3D	1. Termin	9,00 €
Grundpauschale	KJPYP1	1. Termin	22,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	KJPYP1A	1. Termin	5,00 €
Individualbehandlung (Arzt)	KJPYE2	2. Termin	19,00 €
Gruppenübungsbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYE3D	2. Termin	9,00 €
Gruppenübungsbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYE3D	2. Termin	9,00 €
Gruppenübungsbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYE3D	2. Termin	9,00 €
Gruppenübungsbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYE3D	2. Termin	9,00 €
Individualbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYE2D	3. Termin	12,00 €
Individualbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYE2D	3. Termin	12,00 €
Individualbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYE2D	3. Termin	12,00 €
Individualbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYE2D	3. Termin	12,00 €
Strukturzuschlag für SPV-Praxen	KJPYZ1	3. Termin	100,00 €
Individualbehandlung (Arzt)	KJPYE2	4. Termin	19,00 €
Collaborative Care	KJPYP5	4. Termin	22,00 €
		Summe:	326,00 €

**Abrechnungsbeispiel: psychiatrische und psychotherapeutische
Behandlung** eines Patienten mit Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung
(F90.0G), (MAS-Achse 6 > 5) und Anpassungsstörung (F43.2G)

Individualbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYE2D	1. Termin	12,00 €
Individualbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYE2D	1. Termin	12,00 €
Individualbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYE2D	1. Termin	12,00 €
Individualbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYE2D	1. Termin	12,00 €
Behandlungsansatz Lebensumfeld (BALU)	KJPYE2D	1. Termin	40,00 €
Individualbehandlung (Arzt)	KJPYE2	2. Termin	19,00 €
Grundpauschale	KJPYP1	2. Termin	22,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	KJPYP1A	2. Termin	5,00 €
Individualbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYE2D	2. Termin	12,00 €
Individualbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYE2D	2. Termin	12,00 €
Individualbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYE2D	2. Termin	12,00 €
Individualbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYE2D	2. Termin	12,00 €
Strukturzuschlag für SPV-Praxen	KJPYZ1	2. Termin	100,00 €
Psychotherapeutische Erstbehandlung	PTE2KJN	3. Termin	121,00 €
Kinder- und Jugendlichenzuschlag	PTZ3	3. Termin	60,00 €
Kooperationszuschlag	PTZ1KJ	3. Termin	30,00 €
Individualbehandlung (Arzt)	KJPYE2	3. Termin	19,00 €
Collaborative Care	KJPYP5	3. Termin	22,00 €
		Summe:	534,00€

Agenda

1. Teilnahme der Versicherten
2. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
3. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
 - a. Modul Neurologie
 - b. Modul Psychiatrie
 - c. Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - d. Modul Psychotherapie
 - e. Modulübergreifende Regelungen
4. Abrechnungsprozess
5. Internetauftritt

Grundpauschale

+

Einzelleistungen

+

Zuschläge

oder

Auftragsleistungen

Grundpauschale

PTP1 Grundpauschale**

1/4Q

  60,00 €

+ **PTP1A** Überweisung vom HZV-Hausarzt

  10,00 €*
*Bosch BKK 5,00 €

oder **PTV1** Vertreterpauschale

Fernbehandlung möglich sofern
Erstkontakt persönlich erfolgt ist

1/Q

  12,50 €

***PTP1 ist nicht abrechenbar von FACHÄRZTEN, die stattdessen die PYP1 oder NP1 oder KJPYP1 abrechnen können.*

HZV-Hausärzte rechnen statt PTP1/PTV1 die HZV-Grund- bzw. Vertreterpauschalen ab!

Einzelleistungen (Akutversorgung)

PTE1(KJ) akute / zeitnahe Versorgung

10 (KJ:13) Einheiten
4 Quartale



128,00
- 158,00 €*

oder

PTE1SD / PTE1VM(KJ)

akute Versorgung bei Vorstellung durch
Sozialen Dienst / Patientenbegleitung/

10 (KJ:13) Einheiten
4 Quartale



158,00 €

Erstkontakte per Videofernbehandlung möglich

* werden pro Quartal bestimmte Mindestgrößen an Einheiten der PTE1(KJ) und PTE1SD abgerechnet, ergeben sich folgende **Zuschläge auf jede PTE1(KJ)**:

ab 20 Einheiten PTE1(KJ)/PTE1SD pro Quartal → **8,00 €**

ab 30 Einheiten PTE1(KJ)/PTE1SD pro Quartal → **15,00 €**

ab 45 Einheiten PTE1(KJ)/PTE1SD pro Quartal → **25,00 €**

ab 55 Einheiten PTE1(KJ)/PTE1SD pro Quartal → **30,00 €**

Sozialer Dienst (SD) / Patientenbegleitung (PBG)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Sozialer Dienst der AOK
Kontaktdaten
siehe Fax-/ Adressliste

PNP-Facharztvertrag nach § 73c SGB V:

- Terminanfrage durch Sozialer Dienst (SD)
- Terminbestätigung (Fax) durch PNP-Praxis

PNP-Praxis: _____

Erstkontakt und Vorgehen von SD auszufüllen

- Terminvermittlung (PTE1SD: Termin innerhalb von 14 Tagen)** in die PNP-Praxis
- Versicherte/r meldet sich direkt bei PNP-Praxis
 - PNP-Praxis meldet sich bei Versicherter/m unter (Tel. / E-Mail)
- _____
- Terminvermittlung zwischen PNP-Praxis und SD erbeten;
Versicherte/r meldet sich nach Vereinbarung bei der PNP-Praxis
- Hilfeplankonferenz (Modul Psychotherapie)** – SD bittet um Absprache mit PNP-Praxis
- Einwilligungserklärung und Schweigepflichtentbindung des/der Versicherten für die Kontaktaufnahme zwischen SD und PNP-Praxis liegt vor

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum _____ Name, Tel.-Nr. und Fax-Nr. Mitarbeiter/in Sozialer Dienst _____

Terminbestätigung (Fax) durch PNP-Praxis an SD (PTE1SD)

von PNP-Praxis auszufüllen, sobald Termin (innerhalb 14 Tage) stattgefunden hat

- Termin hat am

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 stattgefunden
- Folgende Behandlung wird fortgeführt:
- Psychotherapie
 - spezifische fachärztliche Behandlung
 - andere: _____
- Keine Terminvergabe**, weil
- Versicherte/r hat sich nicht gemeldet / war nicht erreichbar
 - Versicherte/r hat Termin nicht wahrgenommen
 - Kein Termin-/Therapiebedarf
- Fallrücksprache/n** bzw. -besprechung/en zwischen PNP-Praxis und SD erwünscht/notwendig zum Thema: _____

Datum, Stempel, Tel., Unterschrift PNP-Praxis

Bitte beachten: Dieses Dokument ist an den SD zurück zu senden und aufzubewahren (Nachweis PTE1SD)

Voraussetzungen für PTE1SD:

1. Terminanfrage wird durch den Sozialen Dienst (AOK) bzw. die Patientenbegleitung (Bosch BKK) über dieses Formular initiiert
2. Therapiebeginn erfolgt innerhalb von 14 Tagen nach Eingang des Formulars
3. Rückmeldung der Praxis an den Sozialen Dienst bzw. die Patientenbegleitung erfolgt ebenfalls über dieses Formular

Analoges Formular für
Patientenbegleitung (Bosch BKK)

Sozialer Dienst (SD) / Patientenbegleitung (PBG)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Berufsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes (SD) der AOK Baden-Württemberg gemäß §§ 73b, 73c und 140a SGB V

Einbindung des SD der AOK Baden-Württemberg durch

- i. d. R. **HZV-/PNP-Praxis:** Beratung durch SD wird gewünscht. Unterstützungs-/Beratungsbedarf des / der Versicherten (Beispiele vgl. umseitiges Informationsblatt für die Praxen) besteht bei: _____
- PNP-Praxis:** Hilfeplankonferenz bei Kindern & Jugendlichen
- Orthopädie-Praxis:** Fallkonferenz Rücken:
M54 - Rückenschmerz (unspezifisch). Ist durch Angabe eines vierstelligen Codes aus der Gruppe M54.- weiter zu spezifizieren (z. B. M54.5 Kreuzschmerz): M54.____G
sowie
 - F45.40 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
 - F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
 - F62.80 Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom

Vereinbartes Vorgehen

- Anruf in der Praxis** durch SD wird gewünscht.
- Anruf bei dem / der Patient/in oder Erziehungsberechtigten** durch SD wird gewünscht.

Anruf erbeten am _____ zwischen _____ und _____ Uhr
unter Telefon / Handy _____

Erklärung Patient/in

Ich stimme der Unterstützung durch meine Krankenkasse zu und bin mit der Weitergabe der gemeinsam mit meinem/r behandelnden Arzt / Ärztin oder meinem/r Psychotherapeuten/in festgelegten Informationen an meine Krankenkasse einverstanden. Die Inhalte der Patienteninformation habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum, Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigter/

Erklärung Praxis

Dem / der Patient/en/in wurde die Einbindung des SD empfohlen. Der erforderliche Unterstützungsbedarf durch den SD wurde ihm / ihr erläutert. Die Patienteninformation wurde dem / der Patient/in ausgehändigt.













Datum, Praxisstempel, Unterschrift Arzt / Ärztin oder Psychotherapeut/in

Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes

- Bei Bedarf kann über dieses Formular ein Einbezug des Sozialen Dienstes (AOK) bzw. der Patientenbegleitung (Bosch BKK) durch die Praxis erfolgen

Analoges Formular für
Patientenbegleitung (Bosch BKK)

Einzeleinstellungen (Erst- und Weiterbehandlung)

PTE2(KJ) Erstbehandlung	20 (KJ:25) Einheiten 4 Quartale	   121,00 €
PTE3(KJ) Weiterbehandlung	30 (KJ:38) Einheiten 8 Quartale	   110,00 €
PTE3TR Weiterbehandlung Traumata	5 x 30 Einheiten 5 x 8 Quartale	   110,00 €
PTE4(KJ) niederfrequente Behandlung	6 Einheiten pro Quartal unbegrenzt	   110,00 €

Einzelleistungen (Analytische PT)


PTE5 Analytische Psychotherapie

max. 300 Einheiten
max. 5 x pro Woche

   110,00 €

mit Antrags- und Gutachterverfahren gem. PT-Vereinbarung!

Einzeleleistungen (Gruppenbehandlung)




PTE6 Gruppenbehandlung (klein, 2-5 P.)	} 20 Einheiten (à 100min) 6 Quartale	  	145,00 €
PTE7 Gruppenbehandlung (groß, 6-9 P.)			

Sonderregelung PTE6 und PTE7 (Gruppenbehandlung)

- *Bei Überschreitung der 20 Einheiten ist bei Erwachsenen innerhalb von max. 6 Quartalen in Folge eine Übertragung von max. 40 nicht ausgeschöpften Einheiten aus PTE1– PTE3 möglich. Bei Kindern und Jugendlichen beträgt die entsprechende Höchstgrenze zur Übertragung innerhalb von max. 6 Quartalen in Folge 60 Einheiten.*
- *Sind die oben genannten 40 bzw. 60 Einheiten innerhalb der 6 Quartale maximal ausgeschöpft, kann die Gruppentherapie auf dem Niveau der PTE4(KJ) (entspricht 6 Einheiten pro Quartal à 100 Minuten) weiter durchgeführt werden.*
- *Über die Behandlungsfrist von max. 6 Quartalen in Folge hinaus, kann eine Gruppentherapie auf PTE4-Niveau weitergeführt werden.*

Einzelleistungen (Gruppenbehandlung)

Gruppentherapeutische Grundversorgung

PTE6A Grundversorgung (klein, 2-5 P.)	} 4 Einheiten (à 100min)	  	145,00 €
PTE7A Grundversorgung (groß, 6-9 P.)			

...als verhaltensmedizinische Basisintervention. Kann in eine bestehende Gruppe gemäß PTE6/PTE7 integriert oder ganz unabhängig von einer laufenden Gruppentherapie oder dieser vorgeschaltet abgerechnet werden.

Auftragsleistungen (Gruppenbehandlung)

PTA1 Gruppenbehandlung (klein, 2-5 P.)	} 20 Einheiten (à 100min) 6 Quartale	  	145,00 €
PTA2 Gruppenbehandlung (groß, 6-9 P.)			

PTA1A Grundversorgung (klein, 2-5 P.)	} 4 (à 100min)		145 €
PTA2A Grundversorgung (groß, 6-9 P.)			

Neben Auftragsleistungen sind keine anderen Leistungen des Vertrags abrechenbar
Die Abrechnung von Auftragsleistung erfordert eine Überweisung „Zielauftrag“











Einzelleistungen (interdisziplinäre Versorgungsplanung)

PTE8 interdisziplinäre Versorgungsplanung

  60,00 €

- für Versicherte bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, KJ-Genehmigung erforderlich
- mind. 3 Teilnehmer
- wird i.d.R. vom Facharzt/Psychotherapeut initiiert, kann von SD/PBG angeregt werden
- SD/PBG müssen im Vorfeld per „Kurzinformation/-rückmeldung“ informiert werden
- kann persönlich oder telefonisch durchgeführt werden

Zuschläge

PTZ1(KJ) Kooperationszuschlag (Bericht)	1/Q	  30,00 €
PTZ3 Kinder- u. Jugendlichenzuschlag	1/Q	  60,00 €
PTZ3A Betreuung bei geistiger Behinderung	1/Q	  60,00 €
PTZ4 Teilnahme Fallkonferenz Rücken	1/4Q	  50,00 €
PTZ7 Anschlussbehandlung nach (teil-) / stationärem Aufenthalt für Neupatienten	max. 20 x in 12 Wochen	  15,00 €

- Zuschlag für zeitnahe psychotherapeutische Anschlussbehandlung nach teil-/stationärem Aufenthalt für Neupatienten.
- Abrechenbar als Zuschlag auf PTE1(KJ) bis PTE3(KJ) bzw. PTE6/PTE7 – es gilt: Eine PTZ7 pro Einzelleistung – bitte beide Ziffern taggleich abrechnen.
- Voraussetzung: Beginn der Therapieserie spätestens 4 Wochen nach Entlassung
- Neupatient heißt: Patient war innerhalb der letzten 4 Jahre vor Abrechnung der Leistung nicht zur psychotherapeutischen Behandlung in der Praxis

Infoziffern

DAE Diagnoseänderung

bei wesentlich geänderter/neuer Diagnose → Neubeginn des Behandlungszyklus (PTE1-PTE4) möglich

GDK Genehmigung durch Krankenkasse (Einzeltherapie)

bei Rückfällen mit unveränderter Diagnosestellung, nach Genehmigung der Krankenkasse → Neubeginn des Behandlungszyklus (ab PTE3) möglich

GDKG Genehmigung durch Krankenkasse (Gruppentherapie)

Zur Beantragung weiterer 20 Einheiten Gruppentherapie nach Ablauf der Kontingente

Kennzeichnung des Therapieverfahrens

- bei allen Einzel- und Auftragsleistungen außer PTE5, PTE6A, PTE7A, PTE8, PTA1A und PTA2A ist zusätzlich das Therapieverfahren gemäß folgender Kategorien anzugeben:
 - **Verhaltenstherapie (V)**
 - **Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (T)**
 - **Neue Verfahren z.B. Hypnose (N)**
 - **Neuropsychologische Therapie (P)**

- das jeweilige Kürzel am Ende der Abrechnungsziffer kennzeichnet das Therapieverfahren in der Software, z.B.: PTE1**V**, PTE2**T**

Reihenfolge der Therapieserien

- die Therapieserien können nur nacheinander abgerechnet werden:
PTE1 → PTE2 → PTE3 → (PTE3TR) → PTE4
- wird eine Ziffer aus einer späteren Serie übermittelt, kann nicht einfach wieder zur vorhergehenden gewechselt werden
- ein Neubeginn des Behandlungszyklus ist unter bestimmten Voraussetzungen, etwa nach einer mindestens 4-jährigen Therapiepause oder in Verbindung mit den Infoziffern DAE bzw. GDK (ab PTE3) möglich

Tipp: Schöpfen Sie das Kontingent der Therapieserie aus, bevor Sie zur nächsten Serie übergehen

Abrechnung während stationärem Aufenthalt

- **grundsätzlich gilt:**
während eines stationären Aufenthalts sind keine ambulanten Leistungen abrechenbar

- **Ausnahmeregelung im Modul Psychotherapie im PNP-Vertrag**
im Einzelfall ist die Abrechnung im PNP-Vertrag auch während der stationären Behandlung möglich, um einen nahtlosen Übergang aus der stationären in die ambulante psychotherapeutische Versorgung zu ermöglichen.

Regelungen zu den Einzelleistungen

- **Abrechnungshäufigkeit (PTE1-PTE3)**
grundsätzlich gilt: 1 Einheit pro Tag.
In Ausnahmefällen sind bis zu 4 Einheiten pro Tag möglich (z.B. bei Angststörungen oder Kriseninterventionen)
- **Übernahme aus laufender Therapie**
bei Versicherten, die sich bereits in einer laufenden PT- Behandlung gem. EBM befinden beginnt die Behandlung im Vertrag mit PTE2
- **KJ-Ziffern** (Voraussetzung: Genehmigung KJ-Psychotherapie)
abrechenbar bis zum vollendeten 21. Lebensjahr des Versicherten.
Hat die Therapieserie vor dem vollendeten 21. Lebensjahr begonnen, können die verbleibenden Einheiten PTE1KJ-PTE3KJ bis max. zum vollendeten 25. Lebensjahr abgerechnet werden.

Regelungen zur Gruppenbehandlung

➤ Abrechnungshäufigkeit

- Die Gruppentherapie ist im Vertrag über die Ziffern PTE6 (kleine Gruppe) und PTE7 (große Gruppe) abgebildet. Eine Ziffer entspricht dabei 100 Minuten. Beide Ziffern sind innerhalb von sechs aufeinanderfolgenden Quartalen 20 mal abrechenbar.
- Darüber hinaus ist es in diesem Zeitraum möglich, die Gruppentherapie ziffern 40 (bei Erwachsenen) bzw. 60 (bei Kindern und Jugendlichen) weitere Male abzurechnen, sofern noch entsprechend viele Einheiten Einzeltherapie (PTE3-PTE1) zur Verrechnung zur Verfügung stehen.
- Sind alle abrechenbaren Einheiten aufgebraucht bzw. 6 Quartale abgelaufen sind in jedem Fall 6 Gruppentherapiesitzungen pro Quartal abrechenbar und das zeitlich unbegrenzt.

Regelungen zur Gruppenbehandlung

➤ **Mischen possible**

Eine Gruppe muss nicht rein aus Selektivvertragspatienten bestehen sondern kann natürlich mit Patienten der Regelversorgung gemischt werden. Die Abrechnung für die Selektivvertragspatienten läuft dann nach den Regeln des Vertrags über den MEDIVERBUND, die Abrechnung für die Patienten der Regelversorgung nach den Regeln des EBM über die KV.

➤ **Gruppengröße**

Maßgeblich für die Abrechnung ist die bei der jeweiligen Sitzung vorhandenen Gruppengröße. So kann bei vorübergehender Verkleinerung der Gruppe sowohl die Ziffer für die kleine als auch die Ziffer für die große Gruppe abgerechnet werden (diagnoseabhängig).

➤ **Bezugspersonengruppen**

Für Eltern erkrankter Kinder können Gruppen (auch parallel zu einer Gruppentherapie des Kindes) angeboten und über den Vertrag abgerechnet werden.

Hinweise zum Strukturzuschlag

- Psychotherapeuten erhalten auf EBM-Leistungen Strukturzuschläge, sobald sie im Quartal eine bestimmte Auslastungsquote erreicht haben
- auch die im Selektivvertrag erbrachten Therapiestunden werden für die Auslastungsquote berücksichtigt, sofern diese in Form sogenannter Pseudo-GOPs in der KV-Abrechnung erscheinen
- Sie können für Ihre Selektivpatienten jeweils einen Abrechnungsschein für die KV anlegen, auf welchem Sie die entsprechenden Pseudo-GOPs buchen
- die entsprechenden Pseudoziffern und weitere Informationen hierzu finden Sie auf der Internetseite der KV Baden-Württemberg:
<https://www.kvbawue.de/praxis/abrechnung-honorar/psychotherapeutenhonorare/>

Abrechnungsbeispiel 1: Neupatient (AOK) mit schwerer depressiver Episode, Anschlussbehandlung nach stationärem Aufenthalt, 15 Sitzungen im Quartal

1. Termin (1 Woche nach Entlassung)	Grundpauschale	PTP1	60,00 €
	Überweiserpauschale	PTP1A	10,00 €
	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V*	143,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7**	15,00 €
2. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	143,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €
	Kooperationszuschlag (schriftlicher Bericht)	PTZ1	30,00 €
3. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	143,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €
4. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	143,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €
5. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	143,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €
6. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	143,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €
7. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	143,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €

*PTE1: inkl. Zuschlag ab insgesamt 30 Einheiten PTE1(KJ)/PTE1SD pro Quartal

**PTZ7: bis zu 20x innerhalb von 12 Wochen nach Entlassung möglich

Fortsetzung Abrechnungsbeispiel 1

8. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	143,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €
9. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	143,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €
10. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	143,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €
11. Termin	Erstbehandlung	PTE2V	121,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €
12. Termin	Erstbehandlung	PTE2V	121,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €
13. Termin	Erstbehandlung	PTE2V	121,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €
14. Termin	Erstbehandlung	PTE2V	121,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €
15. Termin	Erstbehandlung	PTE2V	121,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €
		Summe	2.360,00 €

PTE1: inkl. Zuschlag ab insgesamt 30 Einheiten PTE1(KJ)/PTE1SD pro Quartal

PTZ7: bis zu 20x innerhalb von 12 Wochen nach Entlassung möglich

Abrechnungsbeispiel 2: Gruppentherapie-Behandlung eines Erwachsenen mit sozialen Ängsten, 11 Sitzungen im Quartal

1. Termin	Grundpauschale	PTP1	60,00 €
	Überweiserpauschale	PTP1A	10,00 €*
2. Termin	Gruppentherapeutische Grundversorgung – kl. Gruppe	PTE6A	145,00 €
3. Termin	Gruppentherapeutische Grundversorgung – kl. Gruppe	PTE6A	145,00 €
4. Termin	Gruppenbehandlung – kleine Gruppe	PTE6V	145,00 €
5. Termin	Gruppenbehandlung – kleine Gruppe	PTE6V	145,00 €
6. Termin	Gruppentherapeutische Grundversorgung – kl. Gruppe	PTE6A	145,00 €
7. Termin	Gruppenbehandlung – kleine Gruppe	PTE6V	145,00 €
8. Termin	Gruppentherapeutische Grundversorgung – kl. Gruppe	PTE6A	145,00 €
	Kooperationszuschlag	PTZ1	30,00 €
9. Termin	Gruppenbehandlung – kleine Gruppe	PTE6V	145,00 €
10. Termin	Gruppenbehandlung – kleine Gruppe	PTE6V	145,00 €
11. Termin	Gruppenbehandlung – kleine Gruppe	PTE6V	145,00 €
12. Termin	Gruppenbehandlung – kleine Gruppe	PTE6V	145,00 €
		Summe:	1.695,00 €

*Bosch BKK 5,00 €

Abrechnungsbeispiel 3: Behandlung eines Kindes mit einer Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung

1. Termin	Grundpauschale	PTP1	60,00 €
	Überweiserpauschale	PTP1A	10,00 €*
	Kooperationszuschlag (schriftlicher Bericht)	PTZ1KJ	30,00 €
	Kinder- und Jugendlichenzuschlag	PTZ3	60,00 €
4. Termin	Erstbehandlung	PTE2KJV	121,00 €
5. Termin	Erstbehandlung	PTE2KJV	121,00 €
6. Termin	Erstbehandlung	PTE2KJV	121,00 €
7. Termin	Erstbehandlung	PTE2KJV	121,00 €
8. Termin	Erstbehandlung	PTE2KJV	121,00 €
9. Termin	Erstbehandlung	PTE2KJV	121,00 €
10. Termin	Erstbehandlung	PTE2KJV	121,00 €
11. Termin	Erstbehandlung	PTE2KJV	121,00 €
12. Termin	Erstbehandlung	PTE2KJV	121,00 €
13. Termin	Erstbehandlung	PTE2KJV	121,00 €
14. Termin	Gruppenbehandlung – kleine Gruppe	PTE6V	145,00 €
15. Termin	Gruppenbehandlung – kleine Gruppe	PTE6V	145,00 €
16. Termin	Erstbehandlung	PTE2KJV	121,00 €
17. Termin	Gruppenbehandlung – kleine Gruppe	PTE6V	145,00 €
		Summe:	1.926,00 €

*Bosch BKK 5,00 €

Agenda

- 1. Teilnahme der Versicherten**
- 2. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)**
- 3. Vergütungs- und Abrechnungssystematik**
 - a. Modul Neurologie
 - b. Modul Psychiatrie
 - c. Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - d. Modul Psychotherapie
 - e. Modulübergreifende Regelungen**
- 4. Abrechnungsprozess**
- 5. Internetauftritt**

Modulübergreifende Abrechnungsregeln

Übergreifende Regel	Neurologie	Psychiatrie
<p>Nur eine Grundpauschale (P1/P1H) pro Fall</p>	<ul style="list-style-type: none"> • i.d.R. Grundpauschale, zu der die Zusatzpauschale abgerechnet wird • Werden Neurologie (NP2A1-G1) und Psychiatrie Zusatzpauschalen abgerechnet, kann frei gewählt werden 	
	<p>Grundpauschale Psychotherapie darf nicht abgerechnet werden, wenn der Arzt eine andere Grundpauschale abrechnen kann</p>	
<p>Mehrere Zusatzpauschalen pro Fall möglich</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zusatzpauschale(n) Neurologie (NP2A1-G1) 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 	
<p>Besuch zu Unzeiten pro Fall nur in einem Modul abrechenbar</p>	<p>Entweder Neurologie oder Psychiatrie Ziffer für Besuche zu Unzeiten</p>	

Abrechnungsbeispiel: Neurologie + Psychiatrie

Neurologische Behandlung eines Patienten mit einer zerebrovaskulären Krankheit (z.B. G44.0G), sowie psychiatrische Behandlung dieses Patienten wegen einer Depression (z.B. F32.1G), 50 Min. Gesprächsbehandlung:

Grundpauschale Neurologie	NP1	1. Termin	35,00 €
Überweisung vom HZV-Arzt	NP1A	1. Termin	10,00 €*
Zusatzpauschale Zerebrovaskuläre Krankheiten	NP2A1	1. Termin	19,00 €
Beratungszuschlag	NP2A2	1. Termin	20,00 €
Beratungszuschlag	NP2A2*	1. Termin	20,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ6---	1. Termin	7,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ3---	1. Termin	2,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ5---	1. Termin	2,00 €
Zusatzpauschale Affektive Störungen	PYP2D	2. Termin	22,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	2. Termin	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	2. Termin	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	2. Termin	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	2. Termin	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	2. Termin	20,00 €
*Bosch BKK 5,00 €		Summe:	237,00 €

*max. 5/4Q

Modulübergreifende Abrechnungsregeln

Übergreifende Regel	Neurologie	Psychiatrie	Psychotherapie
<p>Gesprächsleistungen Psychiatrie und Psychotherapie nicht am selben Tag abrechenbar</p>		<p>Psychotherapeutische Gesprächsziffern (PTE1-PTE8) dürfen nicht am selben Tag mit der Psychiatrischen Gesprächsziffer (PYE1) abgerechnet werden</p>	
<p>Gesprächsleistungen zusätzlich zur Heimpauschale</p>	<p>Psychotherapeutische Gesprächsziffern (PTE1-PTE8) dürfen <u>nicht</u> bei Patienten abgerechnet werden, für die eine Heim-Grundpauschale abgerechnet wird. Hier muss die normale P1 abgerechnet werden.</p> <p>Neben der PYP1H können im gleichen Quartal max. zwei Psychiatrische Gespräche (PYE1) pro Tag abgerechnet werden</p>		

Abrechnungsbeispiel: Neurologie + Psychiatrie + Psychotherapie

Psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung eines Patienten mit affektiven Störungen (z.B. F31.2G), sowie neurologische Behandlung wegen Epilepsie (z.B. G40.5G)

Grundpauschale Psychiatrie	PYP1	1. Termin	17,00 €
Überweisung vom HZV-Arzt	PYP1A	1. Termin	10,00 €*
Zusatzpauschale Affektive Störungen	PYP2D	1. Termin	22,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	1. Termin	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	1. Termin	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	1. Termin	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	1. Termin	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	1. Termin	20,00 €
Psychotherapeutische Weiterbehandlung	PTE3V	2. Termin	110,00 €
Kooperationszuschlag	PTZ1	2. Termin	30,00 €
Psychotherapeutische Weiterbehandlung	PTE3V	3. Termin	110,00 €
Zusatzpauschale Epilepsie	NP2C1	4. Termin	26,00 €
Beratungszuschlag	NP2C2	4. Termin	20,00 €
Beratungszuschlag	NP2C2	4. Termin	20,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ2B---	4. Termin	5,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ1B---	4. Termin	2,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ4---	4. Termin	2,00 €
Summe:			474,00 €

*Bosch BKK 5,00 €

Abrechnungsbeispiel: Neurologie + Psychiatrie + Psychotherapie

Psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung eines Patienten aufgrund schwerer depressiver Episoden mit psychotischen Symptomen (z.B. F32.3G), sowie neurologische Behandlung dieses Patienten aufgrund chronischer Schmerzen

Schmerztherapeutische Versorgung	NE7	1. Termin	50,00 €
Kooperationszuschlag	PTZ1	1. Termin	30,00 €
Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	2. Termin	143,00 €**
Grundpauschale Psychiatrie	PYP1	3. Termin	17,00 €
Überweisung vom HZV-Arzt	PYP1A	3. Termin	10,00 €*
Zusatzpauschale Affektive Störungen	PYP2D	3. Termin	22,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	3. Termin	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	3. Termin	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	4. Termin	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	4. Termin	20,00 €
Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	4. Termin	143,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	5. Termin	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	6. Termin	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	7. Termin	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	8. Termin	20,00 €
Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	9. Termin	143,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	10. Termin	20,00 €
Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	11. Termin	143,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	12. Termin	20,00 €
Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	12. Termin	143,00 €
*Bosch BKK 5,00 €		Summe:	1.044,00 €

** der Vergütung wurde eine Gesamtanzahl von 30 Einheiten PTE1/PTE1SD im Quartal zugrunde gelegt

Abrechnungsbeispiel: Neurologie + Psychotherapie

Psychotherapeutische Behandlung eines neurologischen Patienten wegen einer Depression (z.B. F32.1G):

Kooperationszuschlag	PTZ1	1. Termin	30,00 €
Erstbehandlung	PTE2V	1. Termin	121,00 €
Grundpauschale Neurologie	NP1	1. Termin	35,00 €
Überweisung vom HZV-Arzt	NP1A	1. Termin	10,00 €*
Qualitätszuschlag	---NQ6---	1. Termin	7,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ3---	1. Termin	2,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ5---	1. Termin	2,00 €
Erstbehandlung	PTE2V	1. Termin	121,00 €
Erstbehandlung	PTE2V	2. Termin	121,00 €
Erstbehandlung	PTE2V	3. Termin	121,00 €
Erstbehandlung	PTE2V	4. Termin	121,00 €
		Summe:	691,00 €

*Bosch BKK 5,00 €

Abrechnungsbeispiel: Psychiatrie + Psychotherapie

Psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung eines Patienten mit affektiver Störung (z.B. F30.2G):

Weiterbehandlung	PTE3V	1. Termin	110,00 €
Kooperationszuschlag	PTZ1	1. Termin	30,00 €
Grundpauschale Psychiatrie	PYP1	1. Termin	17,00 €
Überweisung vom HZV-Arzt	PYP1A*	1. Termin	10,00 €*
Weiterbehandlung	PTE3V	2. Termin	110,00 €
Weiterbehandlung	PTE3V	3. Termin	110,00 €
Zusatzpauschale Affektive Störungen	PYP2D	4. Termin	22,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	4. Termin	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	4. Termin	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	4. Termin	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	4. Termin	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	4. Termin	20,00 €
Weiterbehandlung	PTE3V	5. Termin	110,00 €
Weiterbehandlung	PTE3V	6. Termin	110,00 €
Summe:			729,00 €

*Bosch BKK 5,00 €

Modulübergreifende Abrechnungsregeln

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

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

- **Wann ist eine Überweisung notwendig?**
 - Module Neurologie und Psychiatrie: jedes Quartal
 - Modul Kinderpsychiatrie: zu Beginn der Behandlung
 - Modul Psychotherapie: zu Beginn der Behandlung und beim Wechsel in die Therapieserie PTE4 bzw. PTE3TR

- **Wann ist ein Bericht zu erstellen?**
 - Bericht vom Facharzt an den HZV-Hausarzt: innerhalb von **5 Werktagen**
 - Bericht vom Psychotherapeuten an den HZV-Hausarzt **innerhalb von 2 Wochen** nach Erstkontakt und bei jedem Therapieserienwechsel, sowie bei Therapieende.

Ziffernerfassung in der Software

- Leistungsziffern müssen bei den meisten Vertragssoftwares einzeln eingegeben werden und nicht mit einem Faktor (z.B. 5x):

falsch:

Datum	Ziffer
07.01.2022	3 PTE1V

richtig:

Datum	Ziffer
07.01.2022	PTE1V
07.01.2022	PTE1V
07.01.2022	PTE1V

Allgemeine Tipps zur Abrechnung

- Grundpauschale: Prüfen Sie, ob für jeden Fall eine Grundpauschale abgerechnet wurde (in den Modulen Neurologie/Psychiatrie/ Kinderpsychiatrie jedes Quartal möglich, wenn ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat), im Vertretungsfall kann stattdessen die Vertreterpauschale abgerechnet werden.
- Überweiserpauschalen (P1A): LANR und BSNR des überweisenden HZV-Hausarztes muss in der Software an passender Stelle eingetragen und mit der Abrechnung übermittelt werden.
- Diagnosen sollten möglichst genau ausdifferenziert sein. Vermeiden Sie nach Möglichkeit Diagnosen mit Endung .9 (nicht näher bezeichnet). Lässt sich die Diagnose endstellig spezifizieren, sind Zusatzpauschalen und Beratungszuschläge ggf. abrechenbar.

Pharmaquoten

Im PNP-Vertrag gibt es 3 unterschiedliche Pharmaquoten (grün-blau-rot), die automatisch von MEDIVERBUND auf Basis der übermittelten Verordnungsdaten berechnet und bei Erreichen der Quote vergütet werden:



Grün hinterlegt sind: Patentfreie Arzneimittel (Generika), für welche die Kasse im Rahmen von Ausschreibungen Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen hat.

(Bei Quote $\geq 90\%$ → Vergütungszuschlag = **2,50€**)



Blau hinterlegt sind: Patentgeschützte und / oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel, für die Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen wurden.

(Bei Quote $\geq 70\%$ → Vergütungszuschlag = **1,00€**)



Rot hinterlegt sind: Arzneimittel, die in der Regel durch qualitative und wirtschaftliche Alternativen unter Beachtung medizinischer Ausschlusskriterien substituiert werden können.

(Bei Quote $\leq 3\%$ → Vergütungszuschlag = **0,50€**)



Orange hinterlegt sind: Ausgewählte Original-Arzneimittel, die durch wirtschaftliche Alternativen (rabattierte „blau“ gekennzeichnete Original-Arzneimittel) ersetzt werden können.

Quotenerreichung am Beispiel Grünquote

Wenn in mindestens 90% der Fälle, in denen aus der Arzneimitteldatenbank ein grünes Präparat vorgeschlagen wird – also eine „grüne Verordnung theoretisch möglich wäre“, letztendlich auch ein grün markiertes Präparat verordnet wird, dann ist die Grün-Quote ($\geq 90\%$) in diesem Quartal erreicht

In diesem Fall erhält der Vertragsteilnehmer automatisch eine Vergütung auf jede in diesem Quartal abgerechnete Grundpauschale.

Zur Berechnung der Pharma-Quoten werden nur die Verordnungsdaten der Praxis berücksichtigt. Auch wenn das Präparat z.B. in der Apotheke substituiert wird, erfolgt die Berechnung der Pharma-Quoten auf Basis der ursprünglich in der Praxis ausgestellten Verordnungen.

Im Abrechnungsbrief wird der Pharmazuschlag bei jedem Patienten wie folgt ausgewiesen:

1	PYP1	22.03.2022	17,00 €
2	PYE1	22.03.2022	20,00 €
3	PYE1	22.03.2022	20,00 €
4	PYE1	22.03.2022	20,00 €
5	PYP2D	22.03.2022	20,00 €
6	PYE1	22.03.2022	20,00 €
7	---PYQ3---	22.03.2022	5,00 €
8	---PYQ2 GRUEN---	22.03.2022	2,50 €
9	PYP1A	22.03.2022	5,00 €
Summe:			129,50 €
Verwaltungskosten (3,570 %)			4,62 €

Beispielhafte Darstellung in der Software

Medikamentensuche

Katalogsuche | Praxisbezogene Suche | Patientenbezogene Suche

Suche | ATC-Katalog | Erweiterte Suche

ondansetron N1

Suchgebiet

Medikament Hersteller Wirkstoff PZN Rabattierung

Kurzbezeichnung	P	F	Z	R	W	G	M	PZN	T
Ondansetron - 1 A Pharma 4mg 10 Filmtbl. N1	53,13 €	-	frei		5mg	N1	10 st	3845086	M
Ondansetron - 1 A Pharma 8mg 10 Filmtbl. N1	91,44 €	-	frei		10mg	N1	10 st	3846660	M
Ondansetron 4 lingu							st	4945387	M
Ondansetron 8 lingu							st	5965305	M
Ondansetron 8mg W							st	5957889	M
Ondansetron AbZ 4r							st	1810020	M
Ondansetron AbZ 8r							st	1810043	M
Ondansetron Aurus 4mg 10 Filmtbl. N1	53,62 €	-	frei		5mg	N1	10 st	0170995	M
Ondansetron Aurus 8mg 10 Filmtbl. N1	92,07 €	-	frei		10mg	N1	10 st	0171003	M
Ondansetron B Braun 2mg/ml Amp. 5x2 ml N1	56,41 €		5,64 €		2,5mg	N1	5x2 ml	0801177	M
Ondansetron B Braun 2mg/ml Amp. 5x4 ml N1	79,80 €		7,98 €		2,5mg	N1	5x4 ml	0801243	M
ONDANSETRON BASICS 4mg 10 Filmtbl. N1	61,26 €	-	6,13 €		5mg	N1	10 st	6866545	M
ONDANSETRON BASICS 8mg 10 Filmtbl. N1	100,00 €	-	10,00 €		10mg	N1	10 st	6866551	M

Informationen zur rationalen Pharmakotherapie werden zusammengestellt.

Name: Ondansetron Aurus 4mg 10 Filmtbl. N1
Hersteller: Quisisana Pharma Deutschland GmbH

Verschreibungspflichtig!
Apothekenpflichtig!

Aut idem
Detailinformationen

72 Ergebnisse

Beispielhafte Darstellung in der Software

Medikamentensuche

Katalogsuche | Praxisbezogene Suche | Patientenbezogene Suche

Suche | ATC-Katalog | Erweiterte Suche

ondansetron N1

rationale Pharmakotherapie

Das ausgewählte Medikament ist: Ondansetron Aurus 4mg 10 Filmtbl. N1

Bitte prüfen Sie, ob der ausgewiesene Substitutionsvorschlag im konkreten Einzelfall z.B. in Bezug auf Zulassungsindikation, Wirkstärke und Darreichungsform

Ondansetron (A04AA01)

Name	Hersteller	Wirkstärke	Preis
Ondansetron HEXAL® 4mg 10 Filmtbl. N1	HEXAL AG	5mg	Rabattiert
Ondansetron Winthrop® 4mg 10 Filmtabl. N1	Winthrop Arzneimittel GmbH	5mg	Rabattiert
Ondansetron-ratiopharm® 4mg 10 Filmtabl. N1	ratiopharm GmbH	5mg	Rabattiert
Ondansetron Aurus 4mg 10 Filmtbl. N1	Quisisana Pharma Deutschland GmbH	5mg	53,62€

Detailinformationen | OK | Abbrechen

72 Ergebnisse

Der Abrechnungsbrief enthält eine Auflistung der Quoten und der Zielwerte gem. Vertrag sowie eine Darstellung der arztindividuellen Erreichung der Quote.

Zusätzlich bietet diese Seite einige Tipps und Tricks, wie die Quotenerreichung bei Bedarf optimiert werden kann.

Erreichung Ihrer Pharmaquoten

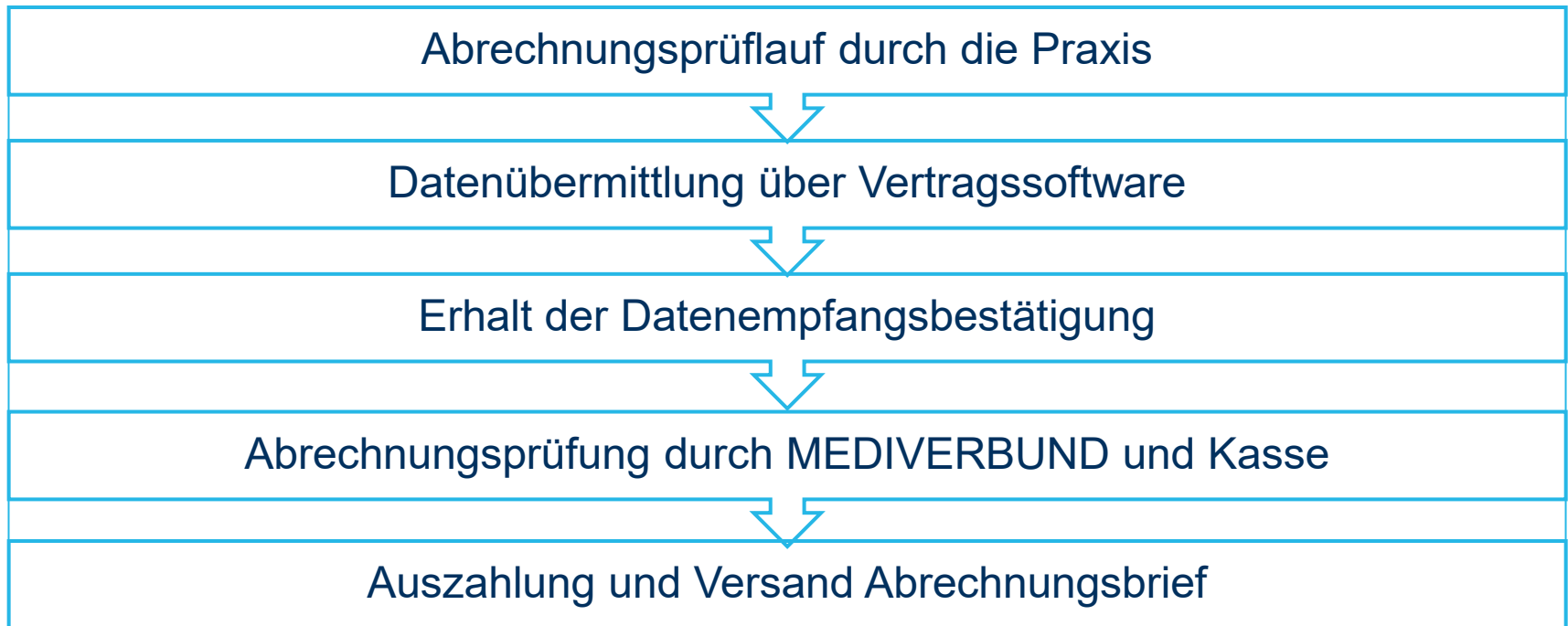
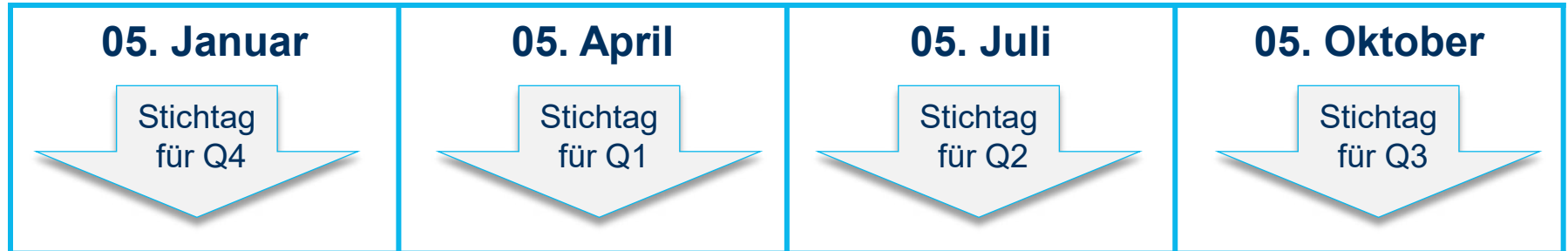
In der nachfolgenden Tabelle können Sie Ihre individuelle Erreichung der Pharmaquoten nachvollziehen.

Quartal	Farbquote	Individuelle Quotenerreichung	Zielwert gem. Vertrag
Q3/2021	blau	96 %	≥ 70 %
Q3/2021	grün	98 %	≥ 90 %
Q3/2021	rot	3 %	≤ 3 %

Agenda

- 1. Teilnahme der Versicherten**
- 2. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)**
- 3. Vergütungs- und Abrechnungssystematik**
 - a. Modul Neurologie
 - b. Modul Psychiatrie
 - c. Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - d. Modul Psychotherapie
 - e. Modulübergreifende Regelungen
- 4. Abrechnungsprozess**
- 5. Internetauftritt**

Abrechnungsprozess



Empfangsbestätigung der Abrechnungsdaten

- Nach erfolgreicher Übermittlung der Abrechnungsdaten erhalten Sie eine **Datenempfangsbestätigung**

MEDIVERBUND ID: [REDACTED]
Vertrag: AOK BW PNP § 73c
Datum: 03.01.2019
Betreff: Empfang Ihrer Abrechnungsdaten

Sehr geehrter [REDACTED]

wir haben von Ihnen am 02.01.2019 folgende Abrechnungs- und/oder Verordnungsdaten erhalten:

3. Quartal 2018

	§ 73c/140a	Sofortabrechnung	Gesamt
Patienten mit Abrechnungsdaten	2	0	2
Anzahl Leistungsziffern	6	0	6
Anzahl Diagnosen	6	0	6
Anzahl Operationsschlüssel	0	0	0

Sie haben uns keine Verordnungen geschickt.

4. Quartal 2018

	§ 73c/140a	Sofortabrechnung	Gesamt
Patienten mit Abrechnungsdaten	257	2	259
Anzahl Leistungsziffern	985	6	991
Anzahl Diagnosen	675	5	680
Anzahl Operationsschlüssel	0	0	0

Sie haben uns 6 Verordnungen geschickt.

Tipp: prüfen Sie nach dem Versand der Abrechnungsdaten den Erhalt der Datenempfangsbestätigung und vergleichen Sie die Fallzahlen

Inhalt des Abrechnungsbriefs

- Informationen zu Abrechnung, Änderungen und Neuerungen des Vertrags
- Information über Abrechnungssumme des laufenden Quartals sowie Nachabrechnungen aller Vorquartale

Position	Belastung	Gutschrift
Abrechnungssumme für das 4. Quartal 2018		49.385,25 €
3,570 % Verwaltungskosten MEDIVERBUND AG	1.762,72 €	
Zwischensumme Quartal 4/2018		47.622,53 €
Position	Belastung	Gutschrift
Nachabrechnungssumme für das 3. Quartal 2018		556,89 €
3,570 % Verwaltungskosten MEDIVERBUND AG	19,88 €	
Zwischensumme Quartal 3/2018		537,01 €
Zwischensumme gesamt		48.159,54 €
	Abrechnungssumme	48.159,54 €
	Abzüglich Abschlagszahlung für das Quartal 4/2018	
	Abschlag vom 01.11.2018	14.469,00 €
	Abschlag vom 01.12.2018	14.469,00 €
	Abschlag vom 31.12.2018	14.469,00 €
	Endbetrag	4.752,54 €

Inhalt des Abrechnungsbriefs

➤ Buchungsübersicht

Konto Buchungsübersicht

Datum	Beschreibung	Betrag
	Start Saldo	0,00 €
01.11.2018	AOK BW PNP 73c Abschlag 2018-Q4-1	-4.836,00 €
01.12.2018	AOK BW PNP 73c Abschlag 2018-Q4-2	-4.836,00 €
31.12.2018	AOK BW PNP 73c Abschlag 2018-Q4-3	-4.836,00 €
17.01.2019	AOK BW PNP 73c Nachabrechnung für 02/2016 - Abrechnungsergebnis	-25,00 €
17.01.2019	AOK BW PNP 73c Nachabrechnung für 02/2016 - Verwaltungskosten	0,90 €
17.01.2019	AOK BW PNP 73c Nachabrechnung für 03/2018 - Abrechnungsergebnis	164,00 €
17.01.2019	AOK BW PNP 73c Nachabrechnung für 03/2018 - Verwaltungskosten	-5,86 €
17.01.2019	AOK BW PNP 73c Abrechnung für 04/2018 - Abrechnungsergebnis	23.302,00 €
17.01.2019	AOK BW PNP 73c Abrechnung für 04/2018 - Verwaltungskosten	-831,49 €
	End Saldo	8.096,55 €

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

Änderungen der Bankverbindung bitte rechtzeitig über das Arztportal oder Stammdatenänderungsblatt mitteilen

➤ Übersicht Behandlungsfälle

Übersicht Behandlungsfälle

Leistungsquartal	Anzahl abgerechneter Fälle	Anzahl vergüteter Fälle	Anzahl verlorener Fälle*
Q1/2017	270	267	3
Q2/2017	258	258	0
Q3/2017	256	256	0
Q4/2017	267	267	0

Inhalt des Abrechnungsbriefs

➤ Einzelnachweise

- detaillierte, fallbezogene Darstellung der Leistungen
- von MEDIVERBUND erzeugte Ziffern sind mit „---Ziffer---“ gekennzeichnet
- NEGSO FAB: 15% Abzug für Versicherte, die nach 2 Quartalen in Folge noch nicht gültig am Facharztprogramm teilnehmen
- Abrechnungsmitteilungen/ Änderungen sind unterhalb eines Falls aufgelistet

Fallnummer	Name des Patienten	Versichertennummer	Geburtsdatum
Leist.-Pos.	Leistungsziffer	Leistungsdatum	Abrechnungsbetrag
1	NP1		
2	NP2B1		
3	NP2B2		
4	---NQ6---		
5	---NQ3---		
6	---NQ1A---		
7	---NQ5---		
8	---NQ2A---	18.10.2018	5,00 €
		Summe:	97,00 €
		Verwaltungskosten (3,570 %)	3,46 €
Änderung:	NP1A wurde gelöscht, da keine LANR des Überweisers eingetragen wurde.		18.10.2018

Beispiel Abrechnungsprüfung: Ersetzen von Auftragsleistungen

Bei Abrechnung der Grund- oder Vertreterpauschale können im gleichen Quartal keine Auftragsleistungen abgerechnet werden

NP1 (Grundpauschale) wurde übermittelt, somit erhält der Arzt die Rolle Erstbehandler

übermittelte Daten:

Datum	Ziffer
1. Termin	NP1
1. Termin	NP1A
2. Termin	NZ1
3. Termin	NA16
4. Termin	NZ1

nach Prüfung:

1	NP1	1. Termin	35,00 €
2	NP1A	1. Termin	10,00 €*
4	---NQ6---	1. Termin	7,00 €
4	---NQ5---	1. Termin	2,00 €
5	---NQ3---	1. Termin	2,00 €
6	---NQ1A---	1. Termin	2,00 €
7	NZ1	2. Termin	15,00 €
8	NE13	3. Termin	80,00 €
9	NZ1	4. Termin	15,00 €
10	Summe:		168,00 €
Änderung:	NA16 wurde durch NE13 ersetzt, da Sie kein Zielbehandler waren.	3. Termin	



*Bosch BKK 5,00 €

Beispiel Abrechnungsprüfung: Ersetzen von Ziffern bei Überschreitung der max. Anzahl

übermittelte Daten:

Datum	Ziffer
1. Termin	PTP1
1. Termin	PTP1A*
1. Termin	PTE1T ①
2. Termin	PTE1T ②
3. Termin	PTE1T ③
4. Termin	PTE1T ④
5. Termin	PTE1T ⑤
6. Termin	PTE1T ⑥
7. Termin	PTE1T ⑦
8. Termin	PTE1T ⑧
9. Termin	PTE1T ⑨
10. Termin	PTE1T ⑩
11. Termin	PTE1T ⑪
12. Termin	PTE1T ⑫
13. Termin	PTZ1

nach Prüfung:

1	PTP1	1. Termin	60,00 €
2	PTP1A	1. Termin	10,00 €*
3	PTE1T	1. Termin	128,00 €
4	PTE1T	2. Termin	128,00 €
5	PTE1T	3. Termin	128,00 €
6	PTE1T	4. Termin	128,00 €
7	PTE1T	5. Termin	128,00 €
8	PTE1T	6. Termin	128,00 €
9	PTE1T	7. Termin	128,00 €
10	PTE1T	8. Termin	128,00 €
11	PTE1T	9. Termin	128,00 €
12	PTE1T	9. Termin	128,00 €
13	PTE2T	10. Termin	121,00 €
14	PTE2T	11. Termin	121,00 €
16	PTZ1	12. Termin	30,00 €
17	<i>Summe</i>		1.622,00 €
Änderung:	Ziffer „PTE1T“ wurde umgewandelt in „PTE2T“, da die Therapieserie PTE1(KJ) ausgeschöpft ist.	10. Termin	
Änderung:	Ziffer „PTE1T“ wurde umgewandelt in „PTE2T“, da die Therapieserie PTE1(KJ) ausgeschöpft ist.	11. Termin	

*Bosch BKK 5,00 €

Beispiel Abrechnungsprüfung: Ersetzen von Ziffern bei Überschreitung der max. Quartale

übermittelte Daten:

Q1/2023

Datum	Ziffer
1. Termin	PTE2V
2. Termin	PTE2V
3. Termin	PTE2V

Q2/2023

Datum	Ziffer
4. Termin	PTE2V
5. Termin	PTE2V
6. Termin	PTE2V

Q3/2023

Datum	Ziffer
7. Termin	PTE2V
8. Termin	PTE2V
9. Termin	PTE2V

Q4/2023

Datum	Ziffer
10. Termin	PTP1
10. Termin	PTP1A
11. Termin	PTE2V
12. Termin	PTE2V
13. Termin	PTE2V
14. Termin	PTE2V

Q1/2024

Datum	Ziffer
15. Termin	PTE2V
16. Termin	PTE2V
17. Termin	PTE2V
18. Termin	PTE2V
19. Termin	PTE2V

 PTE2V im 5. Quartal in Folge

Beispiel Abrechnungsprüfung: Ersetzen von Ziffern bei Überschreitung der max. Quartale

nach Prüfung:

1	PTE3V	15. Termin	110,00 €
2	PTE3V	16. Termin	110,00 €
3	PTE3V	17. Termin	110,00 €
4	PTE3V	18. Termin	110,00 €
5	PTE3V	19. Termin	110,00 €
6	<i>Summe</i>		<i>550,00 €</i>
Änderung:	Die Leistung wurde nicht innerhalb des Zeitraums von 4 Quartalen abgerechnet und kann nicht mehr als PTE2V verrechnet werden [Start war 03.03.2023]	15. Termin	
Änderung:	Die Leistung wurde nicht innerhalb des Zeitraums von 4 Quartalen abgerechnet und kann nicht mehr als PTE2V verrechnet werden [Start war 03.03.2023]	16. Termin	
Änderung:	Die Leistung wurde nicht innerhalb des Zeitraums von 4 Quartalen abgerechnet und kann nicht mehr als PTE2V verrechnet werden [Start war 03.03.2023]	17. Termin	
Änderung:	Die Leistung wurde nicht innerhalb des Zeitraums von 4 Quartalen abgerechnet und kann nicht mehr als PTE2V verrechnet werden [Start war 03.03.2023]	18. Termin	
Änderung:	Die Leistung wurde nicht innerhalb des Zeitraums von 4 Quartalen abgerechnet und kann nicht mehr als PTE2V verrechnet werden [Start war 03.03.2023]	19. Termin	



Beispiel Abrechnungsprüfung: Ersetzen PTE1 nach Abrechnung PTE2

übermittelte Daten:

Datum	Ziffer
1. Termin	PTP1
1. Termin	PTP1A
1. Termin	PTE1T
2. Termin	PTE1T
3. Termin	PTE1T
4. Termin	PTE1T
5. Termin	PTE2T

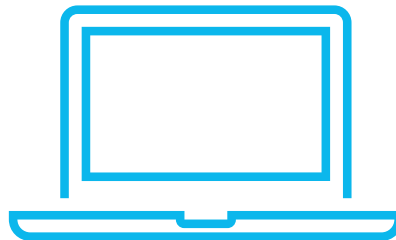
Datum	Ziffer
6. Termin	PTP1
6. Termin	PTP1A
6. Termin	PTE1T
7. Termin	PTE1T
8. Termin	PTE1T

nach Prüfung:

1	PTE2T	6. Termin	121,00 €
2	---APK---	6. Termin	0,00 €
3	---APK---	6. Termin	0,00 €
4	PTE2T	7. Termin	121,00 €
5	PTE2T	8. Termin	121,00 €
6	<i>Summe</i>		363,00 €
Änderung:	Die Ziffer PTP1 kann maximal 1 mal im Krankheitsfall abgerechnet werden.		6. Termin
Änderung:	Die Ziffer PTP1A kann maximal 1 mal im Krankheitsfall abgerechnet werden.		6. Termin
Änderung:	Bei Abrechnung von PTE1T darf vorausgehend keine PTE2T abgerechnet worden sein, die Ziffer wird umgewandelt in PTE2T.		6. Termin
Änderung:	Bei Abrechnung von PTE1T darf vorausgehend keine PTE2T abgerechnet worden sein, die Ziffer wird umgewandelt in PTE2T.		7. Termin
Änderung:	Bei Abrechnung von PTE1T darf vorausgehend keine PTE2T abgerechnet worden sein, die Ziffer wird umgewandelt in PTE2T.		8. Termin

Elektronisches Korrekturverfahren

- Abrechnungskorrekturen können bis zu 12 Monate lang nach Ende des Quartals über die Vertragssoftware durchgeführt werden.
- wichtig ist hierbei, dass Sie immer den gesamten Behandlungsfall erneut übermitteln und nicht nur die einzelnen Leistungsziffern, die Sie korrigieren möchten. Der bisherige Datensatz (Leistungen/Diagnosen) wird dann für diesen Behandlungsfall komplett durch die neu übermittelten Daten ersetzt.



Regelwerksprüfung der KV

- Es gibt bei allen 73c/140a -Verträgen eine Regelwerksprüfung seitens der KV. Aufgrund dieser Prüfung werden Leistungen die sich im GZK befinden und bei 73c/140a Patienten über die KV abgerechnet werden direkt aus der KV Abrechnung gestrichen.
- In diesem Fall können Sie die Leistungen innerhalb von 12 Monaten nach Ende des Leistungsquartals elektronisch über die Vertragssoftware nachabrechnen, damit eine Vergütung der Leistungen stattfinden kann.
- Bitte beachten Sie: In den meisten Fällen wird nicht der gesamte Fall von der KV abgewiesen. Bitte stellen Sie vor einer Nachabrechnung über den Vertrag sicher, dass für diesen Patienten keine Leistungen von der KV vergütet wurden.

Monatliche Abschlagszahlungen

**Neurologen, Psychiater, KJ-
Psychiater: 19,50 €** pro
Grundpauschale

Psychotherapeuten: 116,00 €
pro Fall

Berechnung auf Basis der
Abrechnungsdaten des
Vorquartals

Schlusszahlung

ca. 10 Wochen nach dem
Abrechnungstichtag

Agenda

- 1. Teilnahme der Versicherten**
- 2. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)**
- 3. Vergütungs- und Abrechnungssystematik**
 - a. Modul Neurologie
 - b. Modul Psychiatrie
 - c. Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - d. Modul Psychotherapie
 - e. Modulübergreifende Regelungen
- 4. Abrechnungsprozess**
- 5. Internetauftritt**

MEDI VERBUND
GEMEINSAM. STARK. GESUND.

Home Leistungen Über MEDI Blog Presse MFA **Mein MEDI** Q

Politische Vertretung
Verträge & Abrechnung
Fortbildung
MVZ **vertraege-abrechnungen**
Versicherungen
Famulatur & PJ
Praxis- & Sprechstundenbedarf
Arztportal
Arztsuche
Partner

MEDI-Mitglied werden
Jetzt MEDI-Mitglied und profitieren Sie von zahlreichen

AOK BW / Bosch BKK
PNP
Zurück zur Übersicht

Teilnahmeerklärung
AOK BW / Bosch BKK
> Herunterladen

Abrechnungsunterlagen
AOK BW / Bosch BKK
> Mehr erfahren

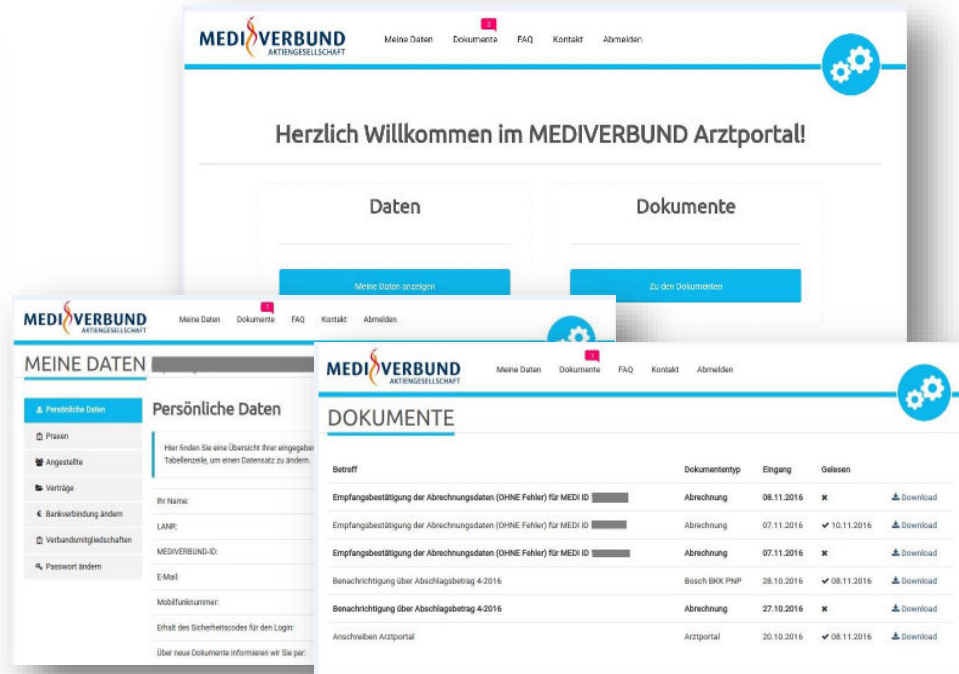
Elektronische Arztvernetzung
AOK BW
> Herunterladen

Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie
AOK BW
> Mehr

Allgemeine Informationen und Formulare ✓
Inhalte des Infopakets ✓
Schulungspräsentation und Online-Vertragsschulung ✓
Vertragsunterlagen ✓
Anlagen zum Vertrag ✓
Fortbildungen und Qualitätszirkel ✓

Anspruchspartner:
Petra Müller
Telefon 0711 80 60 79 – 303
Gabriele Raff
Telefon 0711 80 60 79 – 274
Kim Heilmann
Telefon 0711 80 60 79 – 279
E-Mail:
vertraege@medi-verbund.de

- Hier stehen Ihnen alle Dokumente den Facharztvertrag betreffend (z.B. Abrechnungsnachweis oder Abrechnungsempfangsbestätigung) in digitaler Form zur Verfügung
- Hier können Sie Ihre bei uns hinterlegten, persönlichen Daten einsehen und uns Änderung zeitnah, einfach und komfortabel mitteilen
- Ihre persönlichen Zugangsdaten und alle relevanten Informationen zum MEDIVERBUND Arztportal erhalten Sie mit Ihrem Starterpaket



Umkreissuche nach teilnehmenden Ärzten und Psychotherapeuten



Herzlich Willkommen auf der MEDIVERBUND Arztsuche!

Wir bieten Ihnen auf dieser Internetseite die Möglichkeit, Ärzte oder Psychotherapeuten zu suchen, die an Haus- oder Facharztverträgen in Baden-Württemberg teilnehmen. Wählen Sie dazu entweder Hausärzte oder Fachärzte aus, anschließend können Sie Ihre Krankenkasse und das jeweilige Fachgebiet auswählen.

Hausärzte

Zur Suche

Fachärzte

Zur Suche

HAUSÄRZTE

- + AOK Baden-Württemberg
- + Bosch BKK
- + BKK Baden-Württemberg

Hausärzte

Bitte wählen sie im Menü eine am Hausarztvertrag teilnehmenden Hausarzt finden.

FACHÄRZTE

- + AOK Baden-Württemberg
- + Bosch BKK
- + BKK VAG
- + DAK Gesundheit
- + Techniker Krankenkasse

Fachärzte

Bitte wählen Sie im Menü Ihre Krankenkasse und das gewünschte Fachgebiet aus. Anschließend können Sie durch Eingabe Ihrer Postleitzahl, eines Namens oder des gewünschten Leistungsspektrums einen am jeweiligen Facharztvertrag teilnehmenden Arzt oder Psychotherapeut finden.

Bitte beachten Sie, dass hier nur Fachgebiete dargestellt werden, für die es derzeit einen Facharztvertrag mit der entsprechenden Krankenkasse gibt.

FACHÄRZTE

- AOK Baden-Württemberg
- Gastroenterologie
- Kardiologie
- Neurologie
- Psychiatrie
- Psychotherapie**
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Urologie
- Diabetologie
- Rheumatologie
- + Bosch BKK
- + BKK VAG
- + DAK Gesundheit
- + Techniker Krankenkasse

Betriebsstätten im Selektivvertrag

AOK Baden-Württemberg - Psychotherapie

Bei der Postleitzahlen-Umkreissuche werden nur existierende Postleitzahlen innerhalb Baden-Württembergs berücksichtigt. A anderen Postleitzahlen liefern kein Ergebnis.
Die Angabe des Nachnamens kann ohne oder in Verbindung mit der Postleitzahl angegeben werden. Es werden max. 300 Tre angezeigt.

Hier können Sie schnell und bequem erfahren, ob ein/e Psychotherapeut/in in Ihrer Nähe noch freie Kapazitäten hat.

Nachname

Geo-Suche (PLZ)

Radius (km)

Leistungsspektrum

Suchen

Arztsuche

Umkreissuche für teilnehmende Ärzte an einem Vertrag

Um die Zusammenarbeit der verschiedenen Facharztgruppen zu verbessern, werden nach dem Hausarztvertrag nach § 73 b SGB V mit der AOK Baden-Württemberg weitere Facharztverträge geschlossen. Damit Sie sehen können, welcher Ihrer Kollegen in Ihrer Nähe an den Verträgen teilnimmt, haben wir für Sie eine Umkreissuche eingerichtet. Sie geben beim gewünschten Vertrag einfach die Postleitzahl Ihrer Praxis ein, wählen die gewünschte Entfernung zu Ihrer Praxis und erhalten dann eine Übersicht, welche Kollegen am Vertrag teilnehmen und in der gewünschten Entfernung ihren Praxissitz haben.

Sie können die Suchergebnisliste als PDF-Datei oder Excel-Datei erzeugen. Diese Datei können Sie ausdrucken und z.B. den Patienten mitgeben, die Sie an einen dieser Kollegen überweisen. Sie können diese Datei natürlich auch auf Ihrem Rechner speichern.

Bitte sehen Sie in regelmäßigen Abständen nach, ob weitere Kollegen an den Verträgen teilnehmen, damit Ihre Listen jeweils aktuell sind.

Zur Vertragsarztsuche

Freie Einzeltherapieplätze

Freie Gruppentherapieplätze

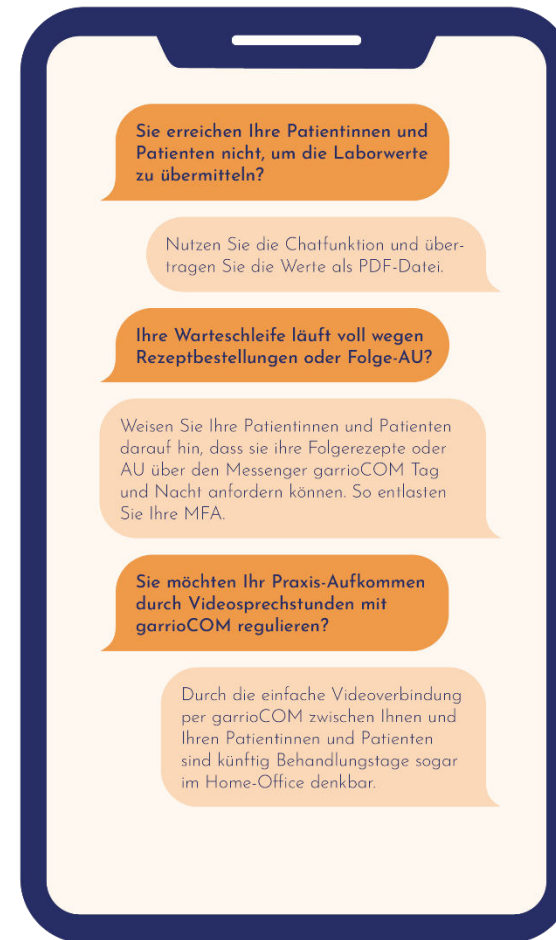
Formular zur Meldung freier Einzeltherapieplätze

Formular zur Meldung freier Gruppentherapieplätze

Möglichkeit zur Meldung freier Therapieplätze in der Psychotherapie

garrioCOM: DER SICHERE MESSENGER FÜR IHRE PRAXIS

Nutzen Sie die neue App garrioCOM, um mit Ihren Patientinnen und Patienten zu kommunizieren und Ihren Praxisalltag zu entlasten.



9 IHRE VORTEILE:

- Entlastung der Telefonie durch digitale Bestellung von Rezepten und AU
- sichere Kommunikation – inklusive Austausch von Bildern und Dateien
- Videosprechstunde
- patientenbezogene Chatfunktion
- digitale Bereitstellung von Formularen
- webbasiert und intuitiv – keine Installation notwendig
- DSGVO-konform
- von Praxisteams entwickelt

i

Bestellen Sie garrioCOM unter www.garrio.de/bestellung.
Wir schalten Ihnen den Messenger und alle Funktionen für Ihre Praxis frei.



garrioCOM auf einen Blick – in diesem Video:





MEDI-Blog

Jeden Montag und Mittwoch neue Themen.
[**medi-verbund.de/blog/**](https://www.medi-verbund.de/blog/)



MEDI-Newsletter

Verpassen Sie nichts und melden Sie sich an.
[**medi-verbund.de/newsletter/**](https://www.medi-verbund.de/newsletter/)



Facebook

[**facebook.com/mediverbund**](https://facebook.com/mediverbund)



Twitter

[**twitter.com/mediverbund**](https://twitter.com/mediverbund)



YouTube

Mit bewegten Bildern zu MEDI-Themen werden Sie über unseren YouTube-Kanal versorgt. Abonnieren Sie uns!
[**medi-verbund.de/youtube**](https://www.medi-verbund.de/youtube)



**Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!**