



Abrechnungsschulung Psychotherapie-Verträge

§ 140a AOK / Bosch BKK PNP-Vertrag - Modul PT

§ 140a PT-Vertrag BKK LV Süd

§ 140a PT-Vertrag GWQ

1. Versicherteneinschreibung

- AOK/Bosch BKK PNP-Vertrag
- PT-Vertrag BKK LV Süd / PT-Vertrag GWQ

2. Abrechnungsziffern

3. Abrechnungsregeln und Abrechnungsbeispiele

4. Datenübermittlung und Abrechnungsbrief

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.

Übersicht Psychotherapie-Verträge

	PNP	PT- BKK LV Süd	PT- GWQ
Teilnehmende Krankenkassen	AOK BW / Bosch BKK	diverse BKK	Mercedes-Benz BKK
Fachgebiet(e)	• Psychotherapie • Neurologie • Psychiatrie • KJ-Psychiatrie	Psychotherapie	
Bindung an	FacharztProgramm (gesamte Facharztebene)	Therapeut	
Teilnahmevoraus- setzung für Versicherte	Mitgliedschaft AOK BW/Bosch BKK + gültige HZV-Teilnahme	Mitgliedschaft bei teilnehmender Krankenkasse	
Teilnahme ab	Folgequartal oder übernächstem Quartal (Abrechnung sofort möglich)	ab Einschreibedatum (Druckdatum)	
Teilnahme bis	fortlaufend	Ausschreibung / Therapieende	

Vorteile für teilnehmende Versicherte

- 👍 schnelle Terminvergabe und zeitnaher Therapiebeginn
- 👍 Möglichkeit zur zeitlich unbegrenzten niederfrequenten Versorgung
- 👍 intensive ambulante Betreuung
- 👍 Breites Spektrum an Therapieverfahren und –methoden
- 👍 Behandlungskoordinierung mit dem Hausarzt **PNP**
- 👍 Zuzahlungsbefreiung bei vielen rabattierten Arzneimitteln (AOK) **PNP**

Online-Versicherteneinschreibung



1. Versicherteninformation / Merkblatt aushändigen



2. Teilnahmeerklärung ausdrucken (2 Exemplare)



3. Beide Exemplare unterzeichnen (Therapeut und Versicherter)



4. Online-Übermittlung des Datensatzes (vierstelligen Code eingeben)

Teilnahmeerklärung erfolgreich übermittelt ?

ob die Übermittlung der Versichertenteilnahmeerklärung erfolgreich war, sehen Sie in der Software → Übersicht der Versichertenteilnahmeerklärungen:

- „Erzeugt“: Versichertenteilnahmeerklärung wurde erstellt
- „Gedruckt“: Versichertenteilnahmeerklärung wurde gedruckt
- „Fehlerhaft“: Versichertenteilnahmeerklärung konnte nicht übermittelt werden oder wurde durch das Rechenzentrum abgelehnt.
→ *zu einem späteren Zeitpunkt erneut versuchen und bei andauernden Schwierigkeiten an Ihr Softwarehaus wenden.*
- „Erfolgreich“: Die Versichertenteilnahmeerklärung wurde online übermittelt und vom Rechenzentrum angenommen.

1. Versicherteneinschreibung

- **AOK/Bosch BKK PNP-Vertrag**
- **PT-Vertrag BKK LV Süd / PT-Vertrag GWQ**

2. Abrechnungsziffern

3. Abrechnungsregeln und Abrechnungsbeispiele

4. Datenübermittlung und Abrechnungsbrief

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.

Facharztprogramm AOK/Bosch BKK

Kardiologie

Gastroenterologie

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

Orthopädie / Rheumatologie

Urologie

Diabetologie (AOK)

Nephrologie (AOK)

Pneumologie

Basis: HZV-Vertrag

Teilnahme der Versicherten am AOK/Bosch BKK FacharztProgramm

Teilnahmeberechtigte Versicherte:

- Versicherte der AOK BW / Bosch BKK, die gültig an der HzV (hausarztzentrierten Versorgung) teilnehmen

Regelungen für eingeschriebene Versicherte:

- Einschreibung in das gesamte FacharztProgramm (in alle bestehende Facharztverträge)
- Bindung für mind. 12 Monate mit fortlaufender Verlängerung
- in Fachgebieten, für die es ein FacharztProgramm gibt, dürfen nur teilnehmende Ärzte/Therapeuten aufgesucht werden
- Fachärzte/Psychotherapeuten dürfen nur auf Überweisung des HZV-Hausarztes aufgesucht werden (ausgenommen Notfälle)

Teilnahmestatusprüfung

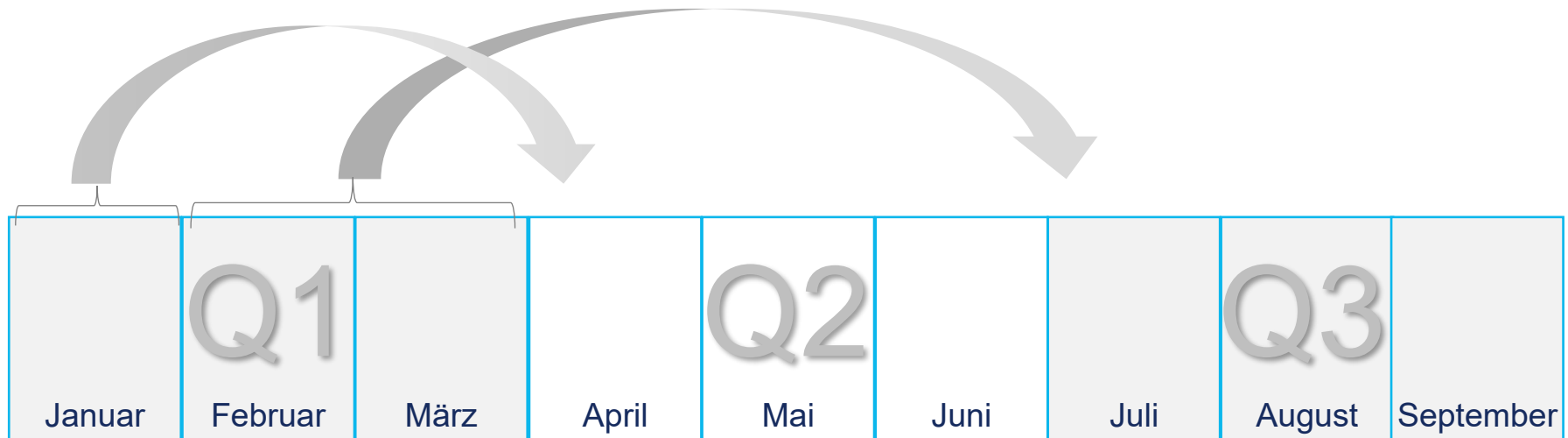
Über die Online-Teilnahmestatusprüfung in der Vertragssoftware wird der aktuelle Teilnahmestatus des Versicherten am **Haus- bzw. FacharztProgramm** ermittelt. Bitte führen Sie die Teilnahmestatusprüfung jedes Quartal und vor Beantragung der Patientenvertragsteilnahme durch

Mögliche Rückmeldungen der Teilnahmestatusprüfung:

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

Fristen bis zur aktiven Teilnahme

- je nach Eingang der elektronischen Teilnahmeerklärung (Stichtage 01.02., 01.05., 01.08., 01.11.), wird die Teilnahme des Versicherten am FacharztProgramm im nächsten oder übernächsten Quartal gültig.
 - Online-Übermittlung der Teilnahmeerklärung bis zum Stichtag
→Versicherter im Folgequartal aktiv
 - Online-Übermittlung der Teilnahmeerklärung nach dem Stichtag
→Versicherter im übernächsten Quartal aktiv



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**

Q1			Q2			Q3		
Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September

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)

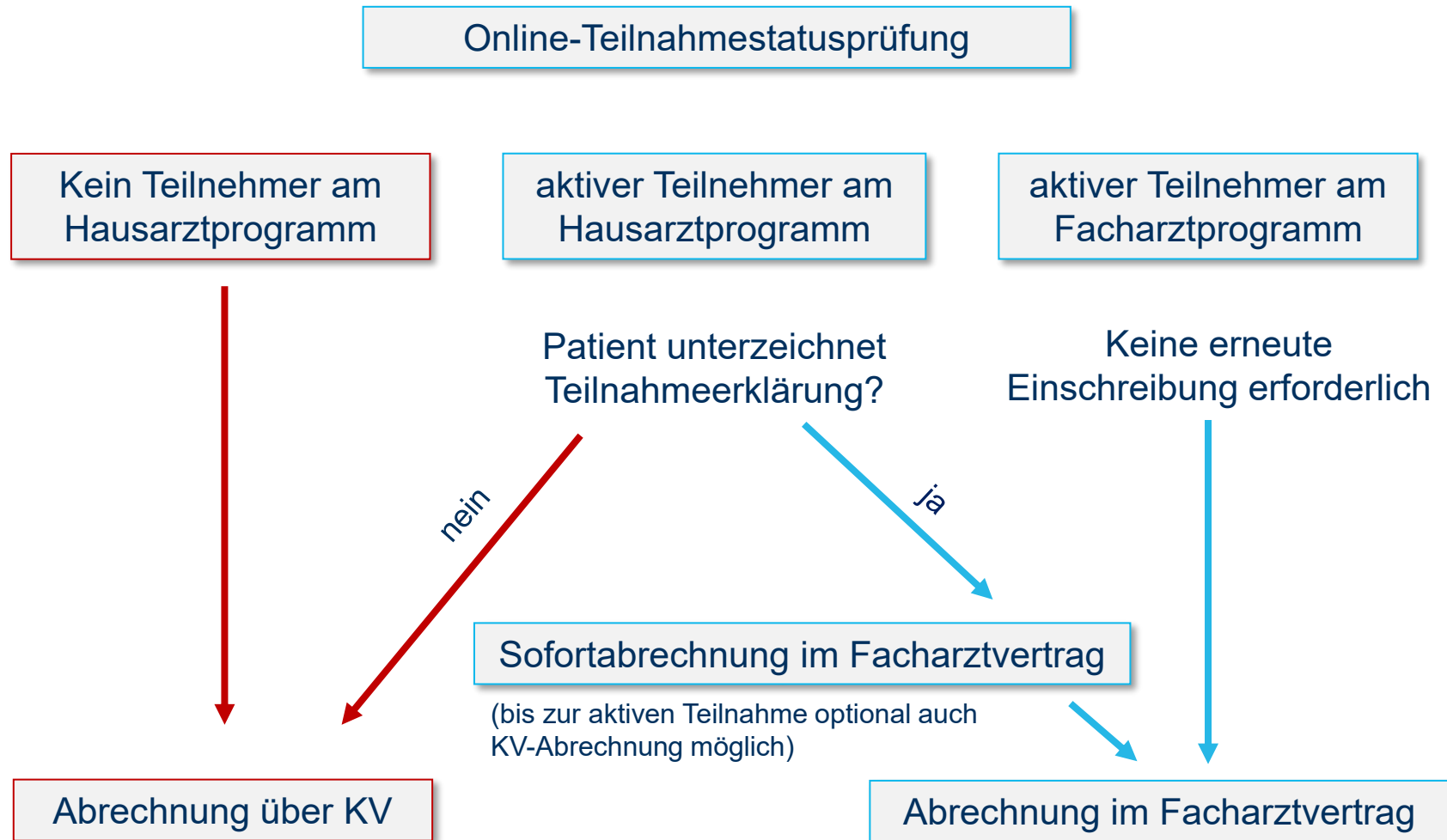
Vers.Nr.	Datum	Patient	Hinweis
			Patient zu oft über Sofortabrechnung abgerechnet

- 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



Agenda

1. Versicherteneinschreibung

- AOK/Bosch BKK PNP-Vertrag
- PT-Vertrag BKK LV Süd / PT-Vertrag GWQ

2. Vergütungs- und Abrechnungssystematik

3. Abrechnungsregeln und Abrechnungsbeispiele

4. Datenübermittlung und Abrechnungsbrief

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.

Teilnahme der Versicherten am PT-Vertrag BKK LV Süd / PT-Vertrag GWQ

Teilnahmeberechtigte Versicherte:

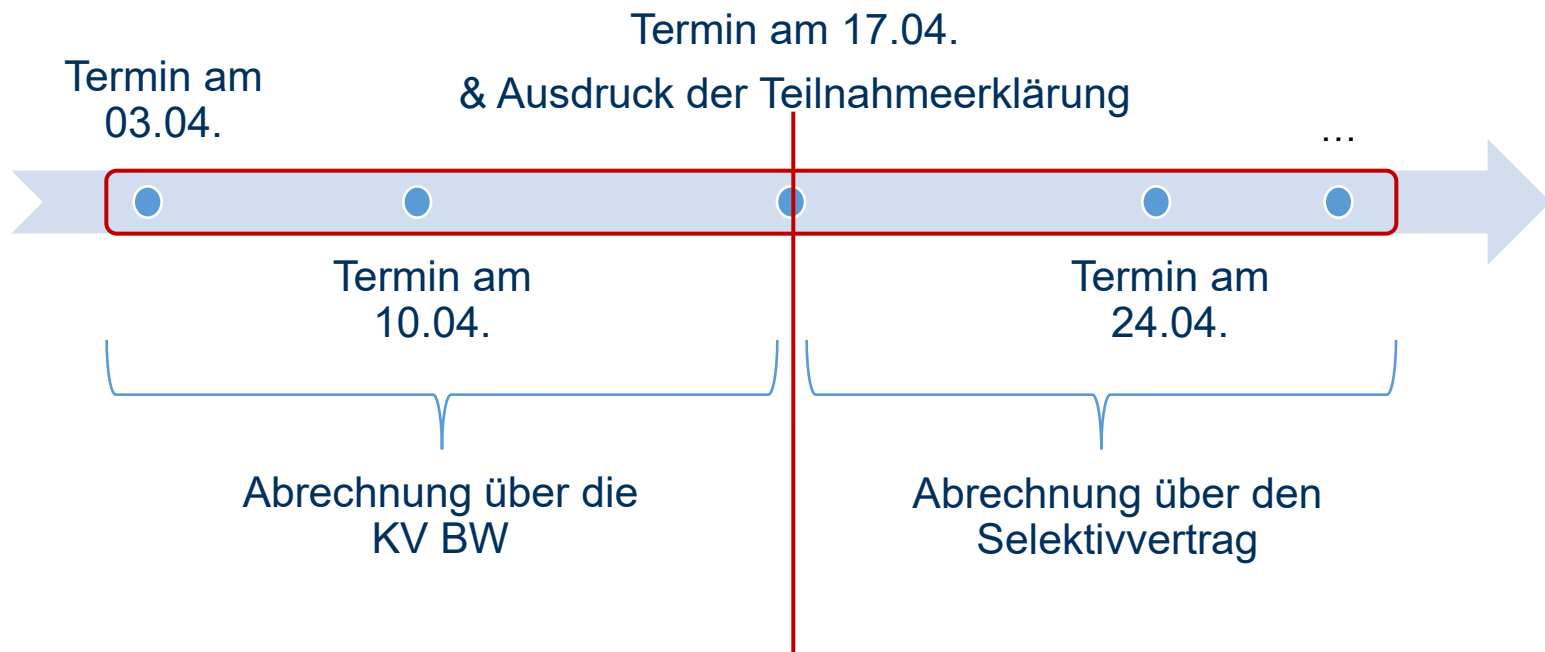
- Versicherte der teilnehmenden Betriebskrankenkassen, unabhängig von einer Teilnahme an der HZV
 - BKK LV Süd: teilnehmende Betriebskrankenkassen gem. Anlage 10
 - GWQ: Mercedes-Benz BKK

Regelungen für eingeschriebene Versicherte

- Bindung nur an den einschreibenden Therapeuten (keine Bindung an ein FacharztProgramm)
- Vertragsteilnahme endet im Regelfall mit Ausschreibung durch den Therapeuten bei Behandlungsende

Abrechnungsbeginn BKK LV Süd / GWQ

- Patienten, die während des laufenden Quartals in den Selektivvertrag eingeschrieben werden, werden **ab Druckdatum der Versicherten-teilnahmeerklärung** über den Vertrag abgerechnet.

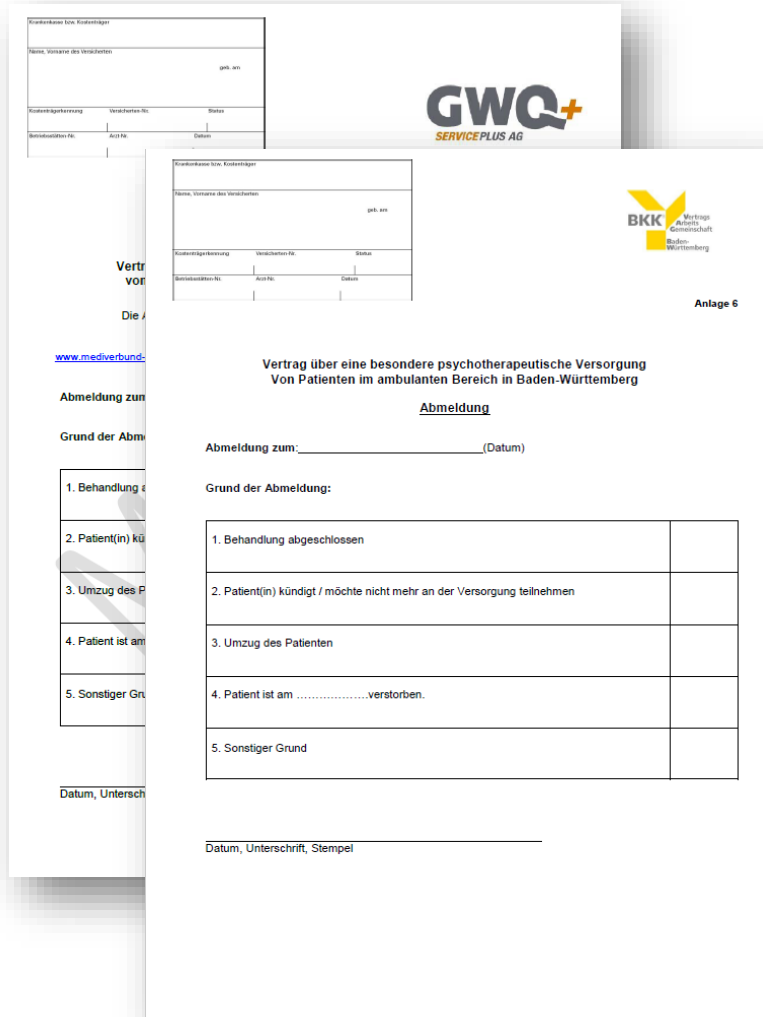


Beendigung der Versichertenteilnahme BKK LV Süd / GWQ

Die Vertragsteilnahme des Patienten endet im Regelfall mit Beendigung der Therapie:

1. **Beendigungsmitteilung** (Anl. 06) in der Vertragssoftware ausdrucken
2. Abrechnungsziffer **PTZ5** eintragen
3. Beendigungsmitteilung **per Post** an die jeweilige BKK versenden

Bei Kassenwechsel des Versicherten (auch innerhalb des PT-Vertrags BKK LV Süd) endet der Vertrag. Eine Wiedereinschreibung ist möglich.



GWQ+ SERVICEPLUS AG

BKK LV Süd

Anlage 6

**Vertrag über eine besondere psychotherapeutische Versorgung
Von Patienten im ambulanten Bereich in Baden-Württemberg**

Abmeldung

Abmeldung zum: _____ (Datum)

Grund der Abmeldung:

1. Behandlung abgeschlossen	
2. Patient(in) kündigt / möchte nicht mehr an der Versorgung teilnehmen	
3. Umzug des Patienten	
4. Patient ist amverstorben.	
5. Sonstiger Grund	

Datum, Unterschrift, Stempel

Agenda

1. Versicherteneinschreibung

- AOK/Bosch BKK PNP-Vertrag
- PT-Vertrag BKK LV Süd / PT-Vertrag GWQ

2. Vergütungs- und Abrechnungssystematik

3. Abrechnungsregeln und Abrechnungsbeispiele

4. Datenübermittlung und Abrechnungsbrief

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.

Wichtige Dokumente zur Abrechnung

- **Gesamtziffernkranz (PNP) / Ziffernkranz**
Legt den Leistungsumfang des Vertrages fest
- **ICD-Liste** (außer GWQ)
Auflistung und Zuordnung der Diagnosen, welche für die Abrechnung bestimmter Ziffern vorliegen müssen
- **Honoraranlage**
Enthält die Abrechnungsziffern, Abrechnungsregeln und Vergütungen

Diese Dokumente finden Sie unter: www.medi-verbund.de

Gesamtziffernkranz (GZK) / Ziffernkranz

im Ziffernkranz enthaltene EBM-Ziffern dürfen für eingeschriebene Versicherte **nicht mehr über die KV** abgerechnet werden!

Auszug aus dem Gesamtziffernkranz (PNP-Vertrag)

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

Bei Vorliegen gekreuzter Diagnosen sind entsprechende Leistungen abrechenbar

AOK-FacharztProgramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, An																			
Diagnosen		Psychotherapie																	
ICD-Kode	ICD-Klartext	PTZ1_Koop.zuschl. PY	PTZ1_Koop.zuschl. HA	PTZ1KJ_Koop.zuschl. PY	PTZ1KJ_Koop.zuschl. HA	PTZ3_KJ-Zuschlag	PTZ4_Fallkonferenz Rücken	PTZ1_Akute / Zeitn. Vers. Psychoth. - Einzeltherapie	PTZ1KJ_Akute / Zeitn. Ver. Psychother.	PTZ2_Erstbeh. – Einzelther.	PTZ2KJ_Erstbeh. – Einzelther.	PTZ3>Weiterbeh. – Einzelther.	PTZ3KJ>Weiterbeh. Einzelther.	PTZ3TR_Traumata Behandlung	PTZ4_Niederfrequ. Beh. – Einzelther.	PTZ4KJ_Niederfrequ. Beh.-Einzelther.	PTZ5_Psychoanal. – Einzelbeh.	PTZ6_Gruppenbeh. klein	PTZ7_Gruppenbeh. groß
F32.8	Sonstige depressive Episoden																		
F32.9	Depressive Episode, nicht näher bezeichnet																		
F33.0	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode	X	X	X	X	X				X	X	X	X		X	X		X	X
F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X		X	X		X	X
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	X		X		X		X	X	X	X	X	X		X	X		X	X
F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	X		X		X		X	X	X	X	X	X		X	X			
F33.4	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert	X	X	X	X	X				X	X	X	X		X	X		X	X
F33.8	Sonstige rezidivierende depressive Störungen																		
F33.9	Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet																		
F34.0	Zyklothymia	X		X		X				X	X	X	X		X	X			X
F34.1	Dysthymia	X	X	X	X	X				X	X	X	X		X	X		X	X
F34.8	Sonstige anhaltende affektive Störungen																		

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
C. PSYCHOTHERAPIE Abrechenbar für folgende FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN: Fachärzte für Nervenheilkunde (soweit sie über die Voraussetzung zur Erbringung der Richtlinienpsychotherapie nach der aktuellen Psychotherapie-Vereinbarung verfügen), Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie (soweit sie über die Voraussetzung zur Erbringung der Richtlinienpsychotherapie nach der aktuellen Psychotherapie-Vereinbarung verfügen), Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychologische Psychotherapeuten und/oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Vertragsärzte, die gemäß den Bedarfsplanungsrichtlinien ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind. Weiterhin ist Voraussetzung, dass psychotherapeutische Leistungen in der KV vor der Vertragsteilnahme abgerechnet wurden. HAUSÄRZTE , die aufgrund Beiratsbeschluss gemäß § 22 Abs. 4 Buchstabe d an diesem Vertrag teilnehmen, können keine PTP1 und keine PTV1 abrechnen. Gegenstand des Versorgungsauftrages nach diesem Vertrag dürfen gemäß § 73c Abs. 4 Satz 2 SGB V nur solche Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.			
1. Pauschalen Veranlasste Leistungen, die über den Versorgungsauftrag gemäß dem EBM-Ziffernkranz in der jeweils geltenden Fassung hinausgehen, sind nicht Gegenstand dieses Vertrages. Als Einzelleistung oder Zuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet.			
PTP1	Grundpauschale: Abklärung der Notwendigkeit weiterer therapeutischer Maßnahmen, psychotherapeutische Anamnese und störungsspezifischer, korrekter Diagnostik, Erstellung und Übermittlung von Berichten/Befunden an HAUS- und FACHÄRZTE Bei einer Direktinanspruchnahme z.B. bei Notfällen, d.h. wenn keine Überweisung vorliegt, ist einmalig die Anforderung eines somatischen Befundberichts vom HAUSARZT erforderlich (vgl. auch Anlage 17 Schnittstellen). Innerhalb von in der Regel 2 Wochen ab dem Erstkontakt wird ein Bericht an den HAUSARZT und ggf. FACHARZT gemäß Anlage 17 übermittelt und zusätzlich bei besonderen Ereignissen wie z.B. Eigen-, Fremdgefährdung, Veränderung der Diagnose, somatische Abklärung oder psychiatrische Mitbehandlung wie auch zum Therapieende.	1 x in 4 Quartalen in Folge, sofern - eine Überweisung vom HAUSARZT/ FACHARZT vorliegt oder es sich um eine quartalsübergreifende psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der jeweiligen Therapieserie PTE1(KJ), PTE2(KJ), PTE3(KJ), PTE6 oder PTE7 handelt - und mindestens ein persönlicher oder telemedizinischer Arzt- Patienten-Kontakt stattgefunden hat. - Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)). - Nicht abrechenbar von FACHÄRZTEN, die stattdessen die PYP1 oder NP1 abrechnen können sowie von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Letztere können stattdessen die Ziffer KJPYP1 (AOK) bzw. die Grundpauschale gemäß Kapitel 14.2 des EBM über die KV abrechnen (Bosch BKK). Ausnahme: - Z.B. bei Notfällen ist die Direktinanspruchnahme und damit die Abrechnung von PTP1 auch ohne Überweisung möglich.	60,00 EUR

Ziffernübergreifende Regeln

Abrechnungsziffern, -regeln und Vergütungen

Grundpauschale

+

Einzelleistungen

+

Zuschläge

oder

Auftragsleistungen

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



dient der Kennzeichnung von Fällen, bei denen im Quartal ausschließlich telemedizinische Kontakte stattgefunden haben

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)

Grundpauschale

PTP1 Grundpauschale

1/4Q



60 €

PTP1A Überweisung vom HZV-Hausarzt

additiv zu PTP1



10 €*
*Bosch BKK 5,00 €

Eingabe der Überweiser LANR und BSNR in
der Software notwendig

oder

PTV1 Vertreterpauschale

1/Q



12,50 €

PNP

PTP1 ist nicht abrechenbar von FACHÄRZTEN, die stattdessen PYP1/NP1/KJPYP1 abrechnen können.
HZV-Hausärzte rechnen statt PTP1/PTV1 die HZV-Grund- bzw. Vertreterpauschalen ab!

Akutversorgung

PNP

BKK LV Süd
GWQ

PTE1(KJ) akute Versorgung

10 (KJ:13)
3Q



128-158 €*

145 €

Erstkontakte per Videofernbehandlung möglich

oder

PTE1SD / PTE1VM(KJ)

akute Versorgung bei Vorstellung durch
Sozialen Dienst /Patientenbegleitung /
Versorgungsmanagement der Kasse

10(KJ:13)
3Q



158 €

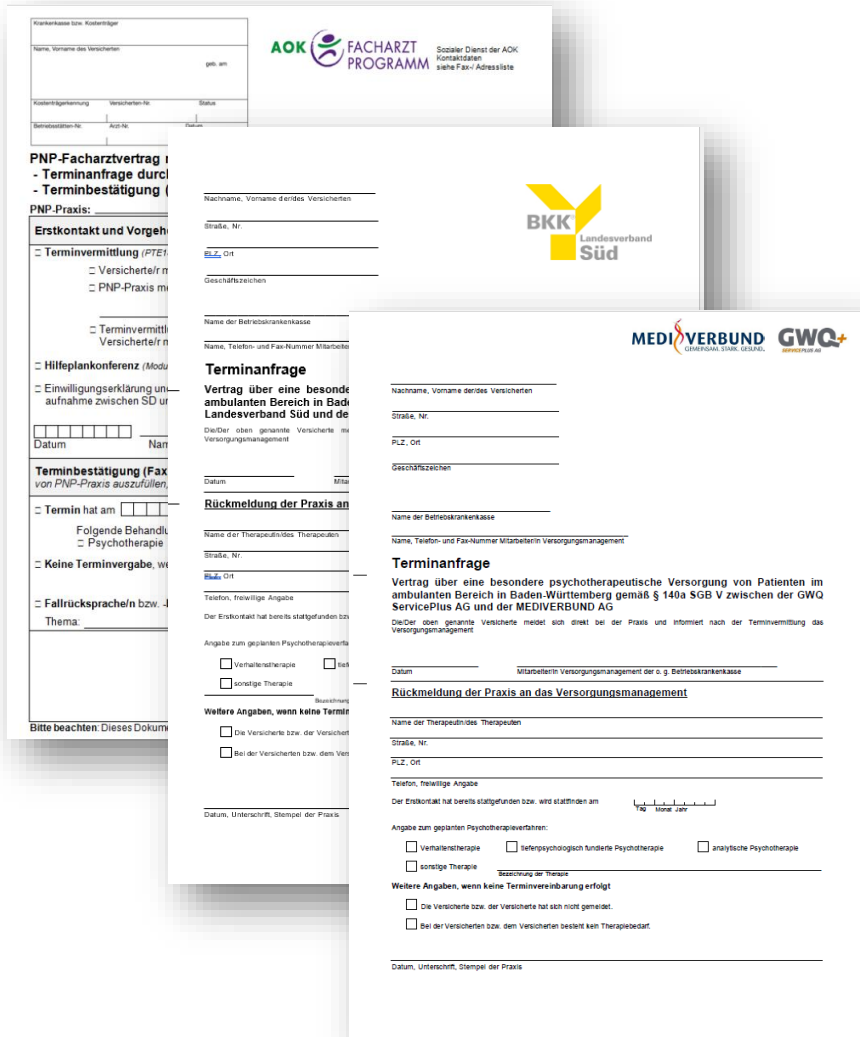
145 €

***PNP**: mengenabhängige Zuschläge je PTE1:

- ab 20 Einheiten PTE1(KJ)/PTE1SD pro Quartal → Zuschlag 8 Euro
- ab 30 Einheiten PTE1(KJ)/PTE1SD pro Quartal → Zuschlag 15 Euro
- ab 45 Einheiten PTE1(KJ)/PTE1SD pro Quartal → Zuschlag 25 Euro
- ab 55 Einheiten PTE1(KJ)/PTE1SD pro Quartal → Zuschlag 30 Euro



Sozialer Dienst (AOK) / Patientenbegleitung (Bosch BKK) / Versorgungsmanagement (BKK LV Süd / GWQ)



The image shows three overlapping forms used for medical and social service coordination. The top form is from AOK FACHARZT PROGRAMM, the middle from BKK Landesverband Süd, and the bottom from MEDI VERBUND GWQ+.

Voraussetzungen für PTE1SD/PTE1VM(KJ)

1. Terminanfrage durch Sozialen Dienst / Patientenbegleitung / Versorgungsmanagement über dieses Formular
2. Therapiebeginn erfolgt innerhalb von 14 Tagen nach Eingang des Formulars
3. Rückmeldung der Praxis über dieses Formular
4. **GWQ**: bei Befundanforderungen in Ausnahmefällen Bericht an den MDK

Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes / Patientenbegleitung

Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am _____		AOK HAUSARZT PROGRAMM & AOK FACHARZT PROGRAMM Sozialer Dienst der AOK: Kontaktdaten siehe Fax-/ Adressliste
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Berater-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. umsichtiges Informationsblatt für die Praxen) besteht bei: _____
- ☐ **PNP-Praxis**: Hilfeplankonferenz bei Kindern & Jugendlichen
- ☐ **Orthopädie-Praxis**: Falkkonferenz 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.	Erklärung Praxis Dem / der Patient/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, Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r	Datum, Praxisstempel, Unterschrift Arzt / Ärztin oder Psychotherapeut/in

Bei Bedarf kann über dieses Formular ein Einbezug des Sozialen Dienstes bzw. der Patientenbegleitung durch die Praxis erfolgen

Analoges Formular für
Patientenbegleitung (Bosch BKK)

Erst- u. Weiterbehandlung

PTE2(KJ) Erstbehandlung

20 (KJ:25) /4Q



121 €

BKK LV Süd/GWQ: Intervisionsgruppe beim Übergang in PTE3

PTE3(KJ) Weiterbehandlung

30 (KJ:38) /8Q



110 €

optional, bei Vorliegen definierter Diagnosen, ab 18 Lj.

PTE3TR Weiterbehandlung Traumata

5 x 30 /8Q
20(V)/40(T) /8Q
40 /8Q



110 €

PTE4(KJ) Niederfrequente Behandlung

6 / Q
unbegrenzt



110 €

PTE5 Analytische Psychotherapie

max. 300 Einheiten
max. 5x/Woche



110 €

mit Antrags- und Gutachterverfahren gem. PT-Vereinbarung!
(GWQ: ab 9. Einheit)

Gruppenbehandlung

PTE6 Gruppenbehandlung kl. Gruppe (2-5 Personen)	} 20 (à 100min) PNP: 6Q	  	145 €
PTE7 Gruppenbehandlung gr. Gruppe (6-9 Personen)			

In allen Verträgen ist eine Verrechnung mit weiteren Einheiten aus dem Kontingent der Einzeltherapie und darüber hinaus eine niederfrequente Gruppentherapie möglich

Gruppentherapeutische Grundversorgung

als verhaltensmedizinische Basisintervention.

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

PTE6A Grundversorgung kl. Gruppe



145 €

4 (à 100min)

PTE7A Grundversorgung gr. Gruppe



77 €

Auftragsleistungen

- Gruppentherapie kann als Auftragsleistung erbracht und abgerechnet werden.
Voraussetzung: Zielauftrag (Überweisung) liegt vor.
- **BKK LV Süd** / **GWQ**: parallele Einschreibung beim Gruppentherapeut für Auftragsleistungen ist möglich
- Wenn Auftragsleistungen abgerechnet werden, sind keine anderen Leistungen des Vertrags abrechenbar

PTA1 Auftragsleistung kl. Gruppe	} 20/6Q 60 60	  	145 €
PTA2 Auftragsleistung gr. Gruppe			

PTPA1 Grundpauschale Auftragsleistung	1/4Q	 	30 €
--	------	---	------

PTA1A Auftragsleistung Grundversorgung kl. Gruppe	4 (à 100min)	145 €
PTA2A Auftragsleistung Grundversorgung gr. Gruppe		77 €

PTE8 Interdisziplinäre Versorgungsplanung



60 €

- für Versicherte bis zum vollendeten 21. Lebensjahr
- KJ-Genehmigung erforderlich
- mind. 3 Teilnehmer
- kann persönlich oder telefonisch durchgeführt werden
- Initiiert durch:
 - **PNP**: Facharzt/Psychotherapeut (kann von SD/PBG angeregt werden)
 - **BKK LV Süd**/GWQ: BKK-Versorgungsmanagement

PTON3 PSYCHOnlineTHERAPIE

Max. 24 Einheiten



20 €

Die neue Versorgungsform **PSYCHOnlineTHERAPIE** ist eine Form der verzahnten Psychotherapie. Dabei bearbeitet der Patient eigenständig ausgewählte Online-Lektionen, die in die reguläre Behandlung integriert werden. Die Nachbereitung der Online-Lektionen durch den Therapeuten ist über die Ziffer **PTON3** abrechenbar (bis zu 24 Einheiten, für Versicherte ab dem 18. Lebensjahr).

Abrechnungsvoraussetzungen:

- KV-Genehmigung für Verhaltenstherapie
- Nachweis einer Schulung durch die Universität Ulm (Schulungsnachweis bei der MEDIVERBUND AG einreichen)
- Anmeldungen zur Schulung per E-Mail an: info@psychonlinetherapie.de
- Weitere Informationen finden Sie unter: www.psychonlinetherapie.de

Zuschläge

Schriftlicher Bericht an HA/FA

PTZ1 (KJ) Kooperationszuschlag		1/Q	 	30 €
PTZ3 Kinder –u. Jugendlichenzuschlag	bis zum 21. LJ.	1/Q	 	60 €
PTZ3A Betreuung b. geistiger Behinderung		1/Q	 	60 €
PTZ4 Teilnahme Falkonferenz Rücken	PNP	1/4Q	 	50 €
PTZ5 Beendigung der Versichertenteilnahme	BKK LV Süd GWQ			5 €
PTZ6 Befundbericht MDK (Anforderung VM)	GWQ	1/Q	 	30 €*
PTQ1 Zuschlag Videosprechstunde	BKK LV Süd GWQ	je PTP1		4 €

Nachweis Fernbehandlungssoftware

*Bei paralleler Abrechnung der PTZ1 im selben Quartal wird PTZ6 mit 15 € vergütet

Zuschlag für zeitnahe Anschlussbehandlung nach stationärem Aufenthalt für Neupatienten

Ab 01.07.25 auch im GWQ-Vertrag

PTZ7 Anschlussbehandlung nach stationärem Aufenthalt

20 x innerhalb von
max. 12 Wochen



15 €

- Zuschlag auf PTE1(KJ) bis PTE3(KJ) bzw. PTE6/PTE7 – es gilt: eine PTZ7 pro Einzelleistung
- Abrechenbar bis zu 20 x innerhalb von max. 12 Wochen nach teil-/stationärer Entlassung aus einer psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtung
- Voraussetzung: Beginn der Therapieserie innerhalb von 4 Wochen nach Entlassdatum
- abrechenbar für „Neupatienten“ → „Neupatient“ heißt: Patient war innerhalb der letzten 4 Jahre vor Abrechnung der Leistung nicht zur psychotherapeutischen Behandlung in der Praxis

Fragebögen Qualitätssicherung

- Qualitätssichernde Maßnahme im PT-Vertrag BKK LV Süd
- für Patienten ab dem 18. Lebensjahr
- Ausgabe der Fragebögen GAD-7 und PHQ-9 jeweils zur 3., 15. und 30. Einzeltherapiesitzung
- Ausgabe und Auswertung über die Ziffern PTQS1-PTQS3 abrechenbar

PTQS1 Ausgabe und Auswertung bis zur 3.Sitzung	1/Q	  	20,00 €
PTQS2 Ausgabe und Auswertung bei 15.Sitzung	1/Q	  	20,00 €
PTQS3 Ausgabe und Auswertung bei 30.Sitzung	1/Q	  	20,00 €

Die Fragebögen sind in der Vertragssoftware hinterlegt
 ein „Merkblatt Fragebögen“ finden Sie unter:
www.medi-verbund.de/facharztvertraege/themenseite-abrechnung/

Fragebögen Qualitätssicherung

- Die Zählung für den Einsatz der Fragebögen startet mit der 1. Einzeltherapiesitzung im Vertrag.
- es werden jeweils beide Fragebögen ausgegeben.
- Welche Ziffer gebucht wird hängt ausschließlich davon ab, wieviele Einzeltherapiesitzungen stattgefunden haben und steht nicht in Zusammenhang mit der jeweiligen Therapieserie.
- Leistung beinhaltet Ausgabe und Auswertung jeweils beider Fragebögen.
- Datieren Sie die Ziffer immer auf den vertraglich vorgesehenen Zeitpunkt (Behandlungs- /Ausgabedatum), auch wenn die Auswertung der Fragebögen zu einem späteren Zeitpunkt erfolgt.
- Nach der 30. Einzeltherapiesitzung ist der Einsatz der Fragebögen nicht mehr vorgesehen und auch nicht mehr abrechenbar.
- DAE/GDK startet die Abrechnungsmöglichkeit der Fragebögen nicht erneut.

Agenda

1. Versicherteneinschreibung

- AOK/Bosch BKK PNP-Vertrag
- PT-Vertrag BKK LV Süd / PT-Vertrag GWQ

2. Vergütungs- und Abrechnungssystematik

3. Abrechnungsregeln und Abrechnungsbeispiele

4. Datenübermittlung und Abrechnungsbrief

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.

Kennzeichnung des Therapieverfahrens

- Bei allen Einzel- und Auftragsleistungen (außer PTE5, PTE6A, PTE7A, PTA1A, PTA2A und PTE8) ist zusätzlich das Therapieverfahren gemäß folgenden Kategorien anzugeben:
 - Verhaltenstherapie (V)
 - Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (T)
 - Neue Therapieverfahren (N)
 - Neuropsychologische Therapie (P)

- Hierfür können die Ziffern in der Vertragssoftware mit der entsprechenden Endung ausgewählt werden (z.B. PTE1**V**)

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
- Schöpfen Sie das Kontingent der Therapieserie nach Möglichkeit aus, bevor Sie zur nächsten Serie übergehen
- Ein Neubeginn des Behandlungszyklus ist unter bestimmten Voraussetzungen möglich

Patienten in laufender Therapie

- Die Übernahme von Patienten aus einer laufenden Therapie ist in allen Verträgen möglich.
- Die Abrechnung beginnt mit **PTE2**, wenn bereits genehmigungspflichtige Leistungen bzw. Akutbehandlung gem. EBM über KV abgerechnet wurden.
- BKK LV Süd/ GWQ: **Infoziffer „URT“** wird zur Kennzeichnung einmalig angegeben.

URT Infoziffer: Übernahme aus Richtlinienpsychotherapie

BKK LV Süd
GWQ

Wiederaufnahme der Therapieserien

Diagnoseänderung → Infoziffer „DAE“

bei wesentlich geänderter/neuer Diagnose ist ein Neustart ab PTE1 möglich

Infoziffer „DAE“ einmalig als Leistung angeben

Genehmigung durch Krankenkasse → Infoziffer „GDK“

nach Genehmigung durch die jeweilige Kasse kann ein Neustart der Einzel- oder Gruppentherapie erfolgen. Infoziffer „GDK“/„GDKG“ einmalig als Leistung angeben

- PNP: Neustart PTE3, Neustart PTE6/PTE7 („GDKG“)
- BKK LV Süd /GWQ: Neustart ab PTE1 und/oder PTE6/PTE7

Zusätzlich im **PNP**-Vertrag:

Therapiepause

Bei einer Therapiepause von mindestens 4 Jahren stehen alle Kontingente der Einzel- und Gruppentherapie erneut zur Verfügung.

- „DAE“ kann bei Übernahme aus der Richtlinienherapie frühestens 6 Monate nach dem letzten Behandlungstag der Richtlinienherapie geltend gemacht werden.
- Ab der 2. DAE ist eine Überweisung durch einen teilnahmeberechtigten FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT erforderlich (Eingabe der Überweiser LANR und BSNR in der Software notwendig)
- „DAE“ ist einmal innerhalb von vier Quartalen in Folge abrechenbar
Ausnahme: findet eine Unterbrechung von mind. 6 Monaten statt, kann die 2. DAE bereits nach 2 Quartalen erfolgen.
- „GDK“ ist einmal innerhalb von vier Quartalen in Folge abrechenbar

„Merkblatt Infoziffern Psychotherapie“ im Bereich „Abrechnungsunterlagen“
<https://www.medi-verbund.de/facharztvertraege/themenseite-abrechnung/>

Abrechnungsregeln Gruppentherapie

- Abrechenbar sind insgesamt 20 Einheiten á 100 Minuten.
- Eine niederfrequente Gruppentherapie ist zeitlich unbegrenzt möglich (6 Einheiten pro Quartal).
- Darüber hinaus können die Gruppentherapieziffern 40 (Erwachsene) bzw. 60 (KJ) weitere Male abgerechnet werden, sofern noch entsprechend viele Einheiten Einzeltherapie (PTE3-PTE1) zur Verrechnung zur Verfügung stehen. Die Verrechnung führt MEDIVERBUND durch.
- „gemischte“ Gruppen sind möglich (Selektivvertragspatienten, Patienten der Regelversorgung und Privatpatienten).
- Maßgeblich für die Abrechnung ist die bei der jeweiligen Sitzung vorhandene Gruppengröße.
- Für Eltern erkrankter Kinder können Bezugspersonengruppen (auch parallel zu einer Gruppentherapie des Kindes) angeboten werden.

PNP: Abrechnung und Verrechnung ist innerhalb von 6 aufeinanderfolgenden Quartalen möglich

Abrechnung während stationärem Aufenthalt

➤ **grundsätzlich gilt:**

während eines stationären Aufenthalts sind keine ambulanten Leistungen abrechenbar

➤ **Ausnahmeregelung im Modul Psychotherapie im PNP-Vertrag**

die Vergütungspositionen PTE1SD, PTE1(KJ) – PTE3(KJ) können nach Absprache mit dem behandelnden Krankenhaus im Einzelfall auch für Patienten abgerechnet werden, die sich noch in stationärer Behandlung befinden, um einen nahtlosen Übergang aus der stationären in die ambulante psychotherapeutische Versorgung zu ermöglichen.

Strukturzuschlag auf EBM-Leistungen

- im Selektivvertrag erbrachte Therapiestunden werden für die Auslastungsquote berücksichtigt, sofern diese in Form sogenannter Pseudo-GOPs in der KV-Abrechnung erscheinen
- Dazu können Sie 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/>

➤ Wann ist eine Überweisung notwendig?

- **PNP**: Überweisung obligatorisch bei Beginn der Therapie, beim Wechsel in die Traumatherapie (PTE3TR) und beim Übergang in die niederfrequente Behandlung (PTE4).
- In allen Verträgen ab der 2. DAE

➤ Wann ist ein schriftlicher Bericht zu erstellen?

- **PNP**: Bericht obligatorisch innerhalb von 14 Tagen nach Erstkontakt, bei jedem Therapieserienwechsel und bei Therapieende.
- In allen Verträgen ist der schriftliche Bericht Voraussetzung zur Abrechnung der Ziffer PTZ1(KJ)

Abrechnungsbeispiel PNP: 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

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	2360,00 €

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

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

Abrechnungsbeispiel PNP: Gruppentherapie-Behandlung eines Erwachsenen (AOK) 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:	1695,00 €

Abrechnungsbeispiel PNP: Behandlung eines Kindes (AOK) mit Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, 17 Sitzungen, Einzel- und Gruppenbehandlung

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:	1926,00 €

Abrechnungsbeispiel BKK LV Süd: Patient mit rezidivierender depressiver Störung, gegenwärtig schwere Episode, 16 Sitzungen im Quartal

1. Termin	Grundpauschale	PTP1	60,00 €
	Kooperationszuschlag (schriftlicher Bericht)	PTZ1	30,00 €
2. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1T	145,00 €
	Fragebögen Qualitätssicherung	PTQS1	20,00 €
3. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1T	145,00 €
4. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1T	145,00 €
5. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1T	145,00 €
6. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1T	145,00 €
7. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1T	145,00 €
8. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1T	145,00 €
9. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1T	145,00 €
10. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1T	145,00 €
11. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1T	145,00 €
12. Termin	Erstbehandlung	PTE2T	121,00 €
13. Termin	Erstbehandlung	PTE2T	121,00 €
14. Termin	Erstbehandlung	PTE2T	121,00 €
15. Termin	Erstbehandlung	PTE2T	121,00 €
	Fragebögen Qualitätssicherung	PTQS2	20,00 €
16. Termin	Gruppenbehandlung – kleine Gruppe	PTE6T	145,00 €
		Summe:	2209,00 €

Agenda

1. Versicherteneinschreibung

- AOK/Bosch BKK PNP-Vertrag
- PT-Vertrag BKK LV Süd / PT-Vertrag GWQ

2. Vergütungs- und Abrechnungssystematik

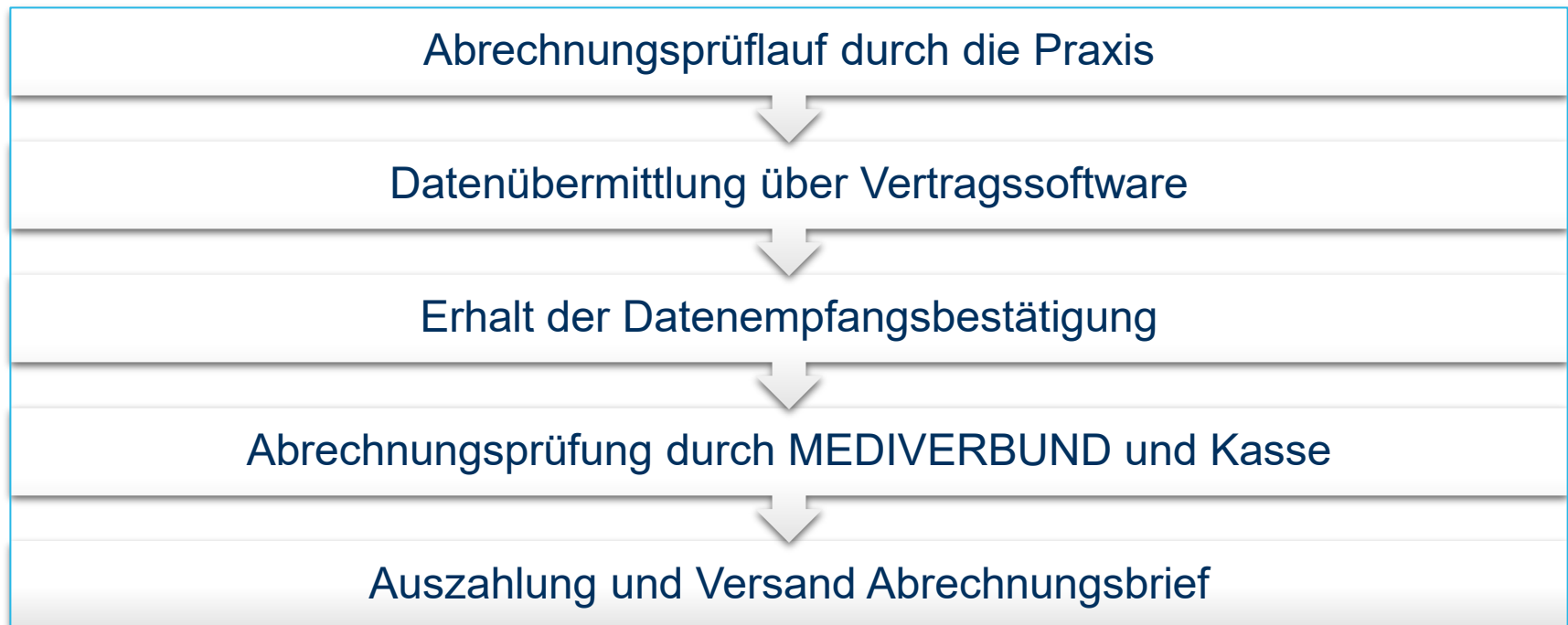
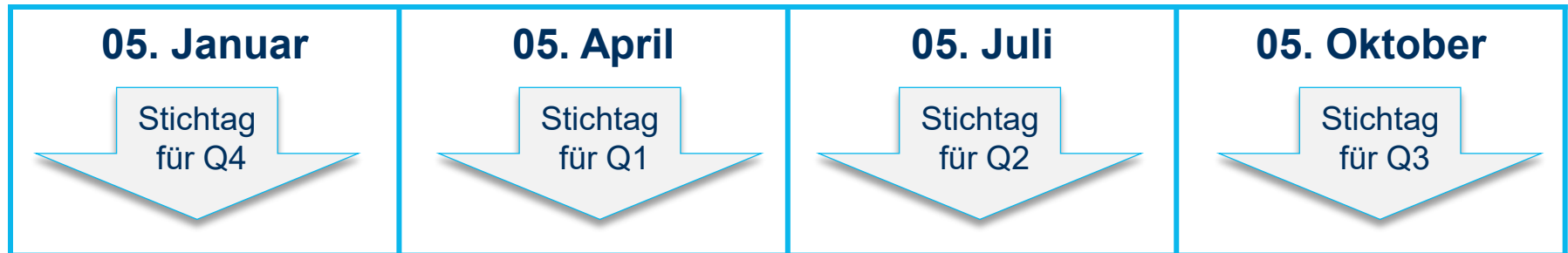
3. Abrechnungsregeln und Abrechnungsbeispiele

4. Datenübermittlung und Abrechnungsbrief

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.

Abrechnungsprozess



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 02/2018 - Abrechnungsergebnis	-25,00 €
17.01.2019	AOK BW PNP 73c Nachabrechnung für 02/2018 - 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 → sind ab sofort im Arztportal abrufbar
 - detaillierte, fallbezogene Darstellung der Leistungen
 - von MEDIVERBUND erzeugte Ziffern sind mit „---Ziffer---“ gekennzeichnet
 - NEGSOFAB: 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
<i>Leist.-Pos.</i>	<i>Leistungsziffer</i>	<i>Leistungsdatum</i>	<i>Abrechnungsbetrag</i>
	Zugeordnete Sachkosten: • Sachkosten 1: 1,00 € • Sachkosten 2: 2,00 €		
	Summe:		<i>Summe Leistungen</i>
	Verwaltungskosten (Faktor in %):		<i>Verwaltungskosten</i>
<i>Änderung</i>	<i>Eventuell durchgeführte Korrekturen</i>		<i>Leistungsdatum</i>

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	Summe		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	Summe		550,00 €
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

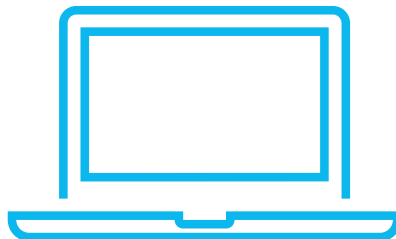
Datum	Ziffer
6. Termin	PTP1
6. Termin	PTP1A
6. Termin	PTE1T
7. Termin	PTE1T
8. Termin	PTE1T

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	Summe		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

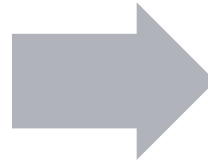
Elektronisches Korrekturverfahren

- 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.



Monatliche Abschlagszahlungen Nur PNP

- **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 Abrechnungsstichtag

Agenda

1. Versicherteneinschreibung

- AOK/Bosch BKK PNP-Vertrag
- PT-Vertrag BKK LV Süd / PT-Vertrag GWQ

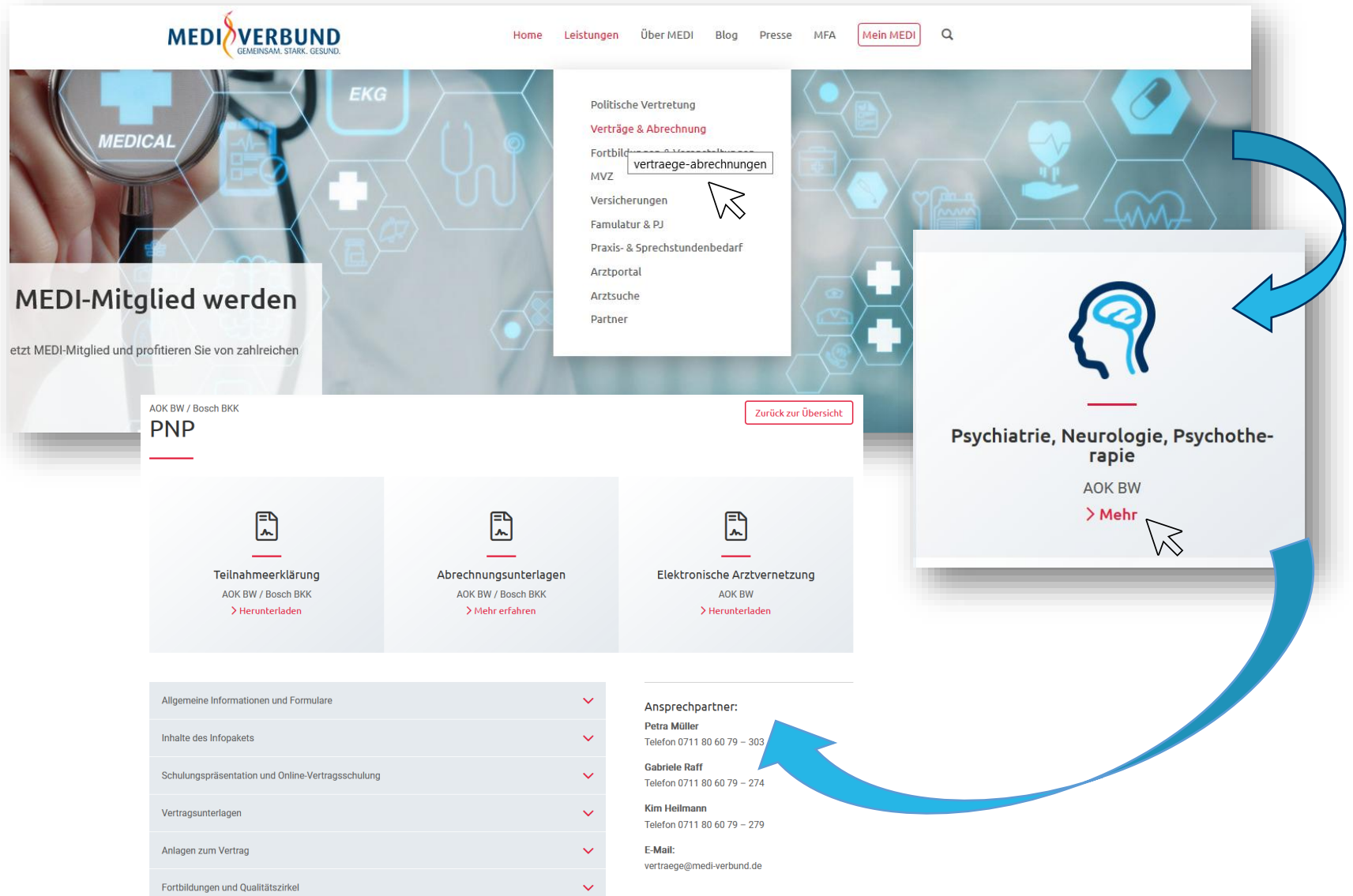
2. Vergütungs- und Abrechnungssystematik

3. Abrechnungsregeln und Abrechnungsbeispiele

4. Datenübermittlung und Abrechnungsbrief

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.



MEDI  **VERBUND**
GEMEINSAM. STARK. GESUND.

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

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

Verträge & Abrechnung

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

Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie
AOK BW
> Mehr

Teilnahmeerklärung
AOK BW / Bosch BKK
> Herunterladen

Abrechnungsunterlagen
AOK BW / Bosch BKK
> Mehr erfahren

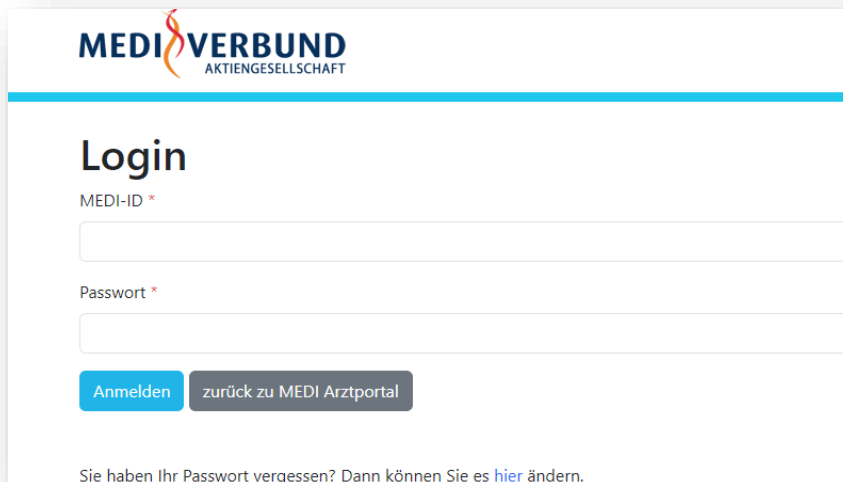
Elektronische Arztvernetzung
AOK BW
> Herunterladen

Zurück zur Übersicht

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

Ansprechpartner:
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



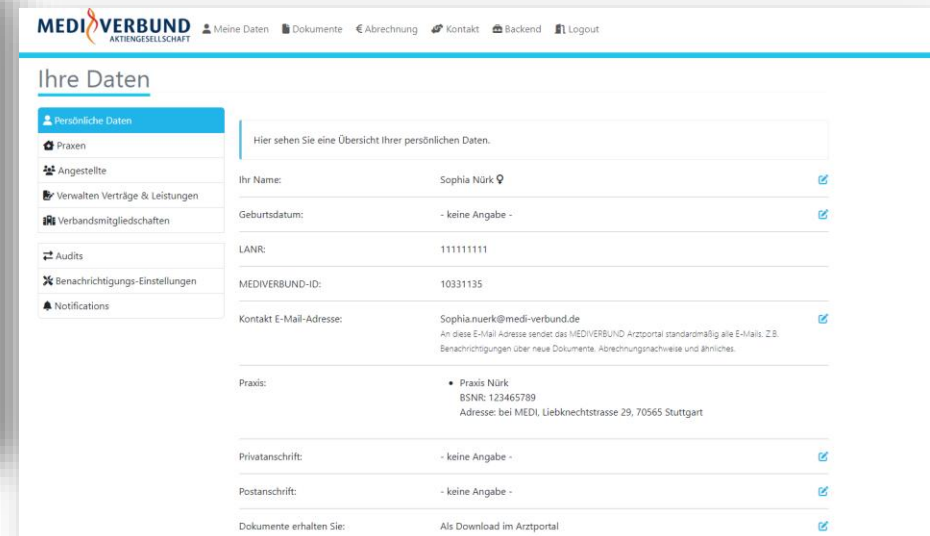
MEDI  **VERBUND**
AKTIENGESELLSCHAFT

Login

MEDI-ID *

Passwort *

Sie haben Ihr Passwort vergessen? Dann können Sie es [hier](#) ändern.



MEDI  **VERBUND**
AKTIENGESELLSCHAFT

Meine Daten | Dokumente | Abrechnung | Kontakt | Backend | Logout

Ihre Daten

Persönliche Daten

Hier sehen Sie eine Übersicht Ihrer persönlichen Daten.

Ihr Name:	Sophia Nürk ♀	✓
Geburtsdatum:	- keine Angabe -	✓
LANR:	111111111	
MEDIVERBUND-ID:	10331135	
Kontakt E-Mail-Adresse:	Sophia.nuerk@medi-verbund.de An diese E-Mail-Adresse sendet das MEDIVERBUND-Arztportal standardmäßig alle E-Mails, z.B. Benachrichtigungen über neue Dokumente, Abrechnungsnachweise und ähnliches.	✓
Praxis:	• Praxis Nürk BSNR: 123465789 Adresse: bei MEDI, Liebknechtstrasse 29, 70565 Stuttgart	
Privatanschrift:	- keine Angabe -	✓
Postanschrift:	- keine Angabe -	✓
Dokumente erhalten Sie:	Als Download im Arztportal	✓



Herzlich Willkommen bei der MEDI-Arztssuche

Wir bieten Ihnen auf diesem Portal die Möglichkeit, Ärztinnen, Ärzte oder Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu suchen, die an den Haus- oder Facharztverträgen in Baden-Württemberg teilnehmen. Profitieren Sie als Patientin oder Patient von einer besseren medizinischen Versorgung im Rahmen der Verträge.

Wählen Sie dazu entweder Hausärztinnen und Hausärzte oder Fachärztinnen und Fachärzte aus. Anschließend können Sie Ihre Krankenkasse und das jeweilige medizinische Fachgebiet auswählen.

Infos zu den Haus- und Facharztverträgen und Ihre Vorteile an der Teilnahme finden Sie [hier](#).

Hausärztinnen und Hausärzte

Zur Suche

Fachärztinnen und Fachärzte

Zur Suche

Hausärzte

 AOK Baden-Württemberg

AOK BW HZV

AOK BW HZV Kinderärzte

 Bosch BKK

BKK BOSCH BW HZV

 BKK LV Süd

BKK LV Süd HZV

Bitte wählen sie im Menü Ihre Krankenkasse aus. Anschließend Hausarztvertrag teilnehmenden Hausarzt finden.

Fachärzte

 AOK Baden-Württemberg

AOK BW Diabetologie 140a

AOK BW Gastro 140a

AOK BW Gestationsdiabetes 140a

AOK BW Kardiologie 140a

AOK BW Nephrologie 140a

AOK BW Orthopädie 140a

▼ AOK BW PNP 140a

Neurologie

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 Psychotherapeuten finden.

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

AOK BW PNP 140a: Psychotherapie

-  AOK Baden-Württemberg
 - AOK BW Diabetologie 140a
 - AOK BW Gastro 140a
 - AOK BW Gestationsdiabetes 140a
 - AOK BW Kardio 140a
 - AOK BW Nephrologie 140a
 - AOK BW Orthopädie 140a
 - ▼ AOK BW PNP 140a
 - Neurologie
 - Psychiatrie
 - Psychotherapie**
 - Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie
 - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
 - AOK BW Pneumologie 140a
 - AOK BW Rheumatologie 140a
 - AOK BW Urologie 140a
-  BKK LV Süd
 - BKK LV Süd Gastro 140a
 - BKK LV Süd Kardio 140a
 - BKK LV Süd Psychotherapie § 140a

Bei der Postleitzahlen-Umkreissuche werden nur existierende Postleitzahlen innerhalb Baden-Württembergs berücksichtigt. Alle anderen Postleitzahlen liefern kein Ergebnis.

Die Angabe des Nachnamens kann ohne oder in Verbindung mit der Postleitzahl angegeben werden. Es werden max. **100** Treffer angezeigt.

 Freie Therapieplätze



Möglichkeit zur Meldung freier Therapieplätze in der Psychotherapie

Nachname

Postleitzahl

Im Umkreis von 10 km

Leistung

☐ Nur Praxen suchen, die an der elektronischen Vernetzung teilnehmen

 Suchen

, 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



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/



MEDI-Newsletter

Verpassen Sie nichts und melden Sie sich an.

medi-verbund.de/newsletter/



Facebook

facebook.com/mediverbund



LinkedIn

linkedin.com/company/mediverbund



YouTube

Mit bewegten Bildern zu MEDI-Themen werden Sie über unseren YouTube-Kanal versorgt. Abonnieren Sie uns!

medi-verbund.de/youtube



**Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!**