

PNP-Vertrag nach § 140a SGB V

Abrechnungsschulung

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**

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
- Behandlungskoordinierung 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

Voraussetzungen und Regelungen für Versicherte



- 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
<p>„Patient ist derzeit kein aktiver Vertragsteilnehmer“</p>  <p>Keine Einschreibung möglich</p>	<p>„Patient ist bereits aktiver Vertragsteilnehmer“</p>  <p>Einschreibung ins Facharztprogramm möglich</p>

Versichertenteilnahmeverklärung AOK

wird über die Software erzeugt und bedruckt

<p>Nur für AOK-FACHARZTPROGRAMM</p> <p>FACHARZT AOK PROGRAMM</p> <p>Teilnahmeverklärung für die besondere ambulante ärztliche Versorgung (AOK-FacharztProgramm) gemäß § 73c SGB V a.F./ § 140a SGB V in Verbindung mit der hausärztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) gemäß § 73b SGB V</p> <p>73c K</p> <p>Hiermit erkläre ich gegenüber der AOK Baden-Württemberg, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ich bei der AOK Baden-Württemberg versichert bin. • Ich über die Teilnahme und das Merkblatt informiert und ein Merkblatt ausgetauscht wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen, die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist. • Ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen. • Ich darüber informiert wurde, frühestens mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende der Teilnahmefrist (z. B. 12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme am AOK-FacharztProgramm ausgetauscht gegenüber der AOK Baden-Württemberg kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate. • Ich mich verpflichte, immer zuerst den vor mir gewählten Hausarzt im Rahmen meiner Teilnahme am AOK-HausarztProgramm aufzusuchen und andere Ärzte, die am AOK-FacharztProgramm teilnehmen, nur in Abstimmung mit meinem gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen. • Ich kann mir jederzeit meine AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramm-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen auswechseln, hierfür entbinde ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht. Im Einzelfall kann ich der Datenermittlung widersprechen bezüglich 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 sind im Merkblatt des AOK-HausarztProgramm sind im Merkblatt beschrieben. • Im Datenbestand der AOK und der am AOK-Facharzt- sowie AOK-HausarztProgramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramm teilnehme. • Die AOK meine Adresse und Telefonnummer ohne weitere persönliche Daten an neutrale Stellen weiterleiten kann, damit diese mich zur persönlichen Leistungssicherheit 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 Teilnahmeverklärung unterschreiben müse. 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 dies in einem schriftlichen Dokument (z. B. 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 möchte an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm) teilnehmen. • Ich bin mit dem im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm) einschließlich der wissenschaftlichen Begleitung und Versicherterbefragung einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich dann mit der Einigung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, talbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten, sowie meiner Kontaktadressen entstehe. <p>Ja, ich möchte an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm) teilnehmen.</p> <p>Jetzt 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) einschließlich der wissenschaftlichen Begleitung und Versicherterbefragung einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich dann mit die Einigung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, talbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten, sowie meiner Kontaktadressen entstehe.</p> <p>Bitte das heutige Datum eintragen. <input type="text"/> T <input type="text"/> T <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> J <input type="text"/> J <input type="text"/> J <input type="text"/> <TE-Code></p> <p>Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers</p> <p>Eigentor für den Patienten</p> <p>X</p> <p>Arztsiegel und Unterschrift des Arztes</p> <p>X</p> <p>Nur für AOK-FACHARZTPROGRAMM</p> <p>FACHARZT AOK PROGRAMM</p> <p>Teilnahmeverklärung für die besondere ambulante ärztliche Versorgung (AOK-FacharztProgramm) gemäß § 73c SGB V a.F./ § 140a SGB V in Verbindung mit der hausärztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) gemäß § 73b SGB V</p> <p>73c K</p> <p>Hiermit erkläre ich gegenüber der AOK Baden-Württemberg, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 Teilnahme am AOK-FacharztProgramm. • im AOK-FacharztProgramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgegeben sein können, die Ich in jeweiligen aktuellen Merkblatt mitgeteilt bekomme. <p>Ich stimme zu,</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 entbinde ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht. Im Einzelfall kann ich der Datenermittlung widersprechen bezüglich 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 sind im Merkblatt des AOK-HausarztProgramm sind im Merkblatt beschrieben. • Im Datenbestand der AOK und der am AOK-Facharzt- sowie AOK-HausarztProgramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramm teilnehme. • die AOK meine Adresse und Telefonnummer ohne weitere persönliche Daten an neutrale Stellen weiterleiten kann, damit diese mich zur persönlichen Leistungssicherheit und Zufriedenheit in Zusammenhang mit dem AOK-FacharztProgramm befragen können. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig. • 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. • Im Datenbestand der AOK und der am AOK-Facharzt- sowie AOK-HausarztProgramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramm teilnehme. • die AOK meine Adresse und Telefonnummer ohne weitere persönliche Daten an neutrale Stellen weiterleiten kann, damit diese mich zur persönlichen Leistungssicherheit 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 Teilnahmeverklärung unterschreiben müse. 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 dies in einem schriftlichen Dokument (z. B. 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 möchte an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm) teilnehmen. • 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) einschließlich der wissenschaftlichen Begleitung und Versicherterbefragung einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich dann mit die Einigung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, talbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten, sowie meiner Kontaktadressen entstehe. <p>Ich stimme zu,</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 entbinde ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht. Im Einzelfall kann ich der Datenermittlung widersprechen bezüglich 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 sind im Merkblatt des AOK-HausarztProgramm sind im Merkblatt beschrieben. • Im Datenbestand der AOK und der am AOK-Facharzt- sowie AOK-HausarztProgramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramm teilnehme. • die AOK meine Adresse und Telefonnummer ohne weitere persönliche Daten an neutrale Stellen weiterleiten kann, damit diese mich zur persönlichen Leistungssicherheit 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 Teilnahmeverklärung unterschreiben müse. 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 dies in einem schriftlichen Dokument (z. B. 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 möchte an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm) teilnehmen. • 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) einschließlich der wissenschaftlichen Begleitung und Versicherterbefragung einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich dann mit die Einigung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, talbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten, sowie meiner Kontaktadressen entstehe. <p>Arztsiegel und Unterschrift des Arztes</p> <p>X</p> <p>Betreuer</p> <p>Arztsiegel und Unterschrift des Arztes</p> <p>X</p>
--

patienten-individueller vierstelliger Code

Unterschriften-felder

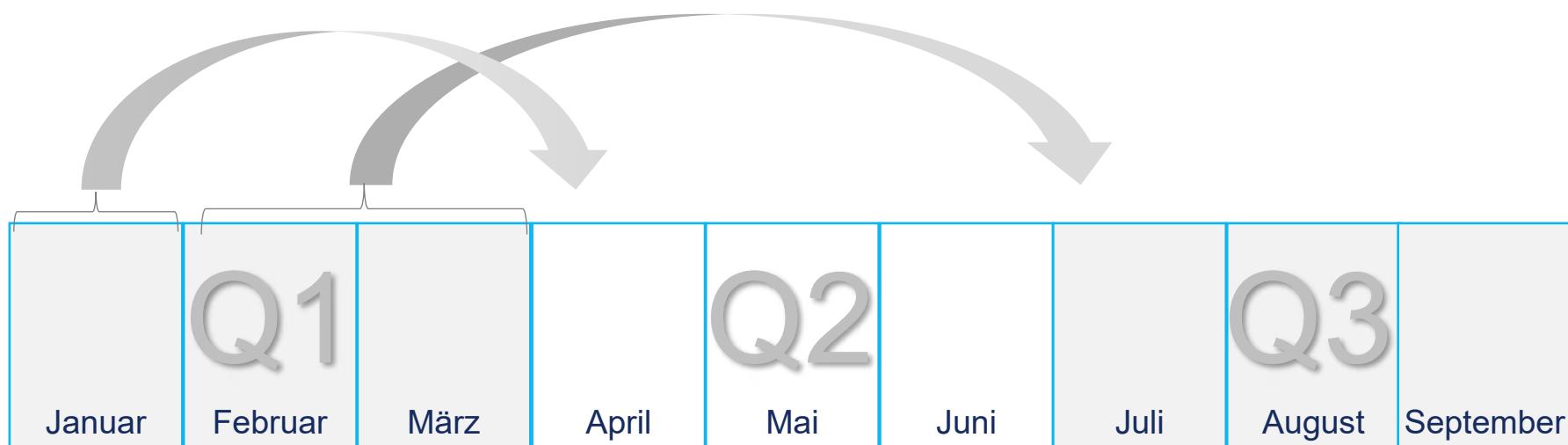
1. Information des Versicherten über den Vertrag / Aushändigung des Versicherten-Merkblatts
2. Beantragung der Teilnahme in der Software und Ausdruck der Teilnahmeerklärung (2 Exemplare)
3. beide Exemplare werden vom Versicherten und vom Arzt unterzeichnet (1 Exemplar für den Versicherten, 1 Exemplar 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

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

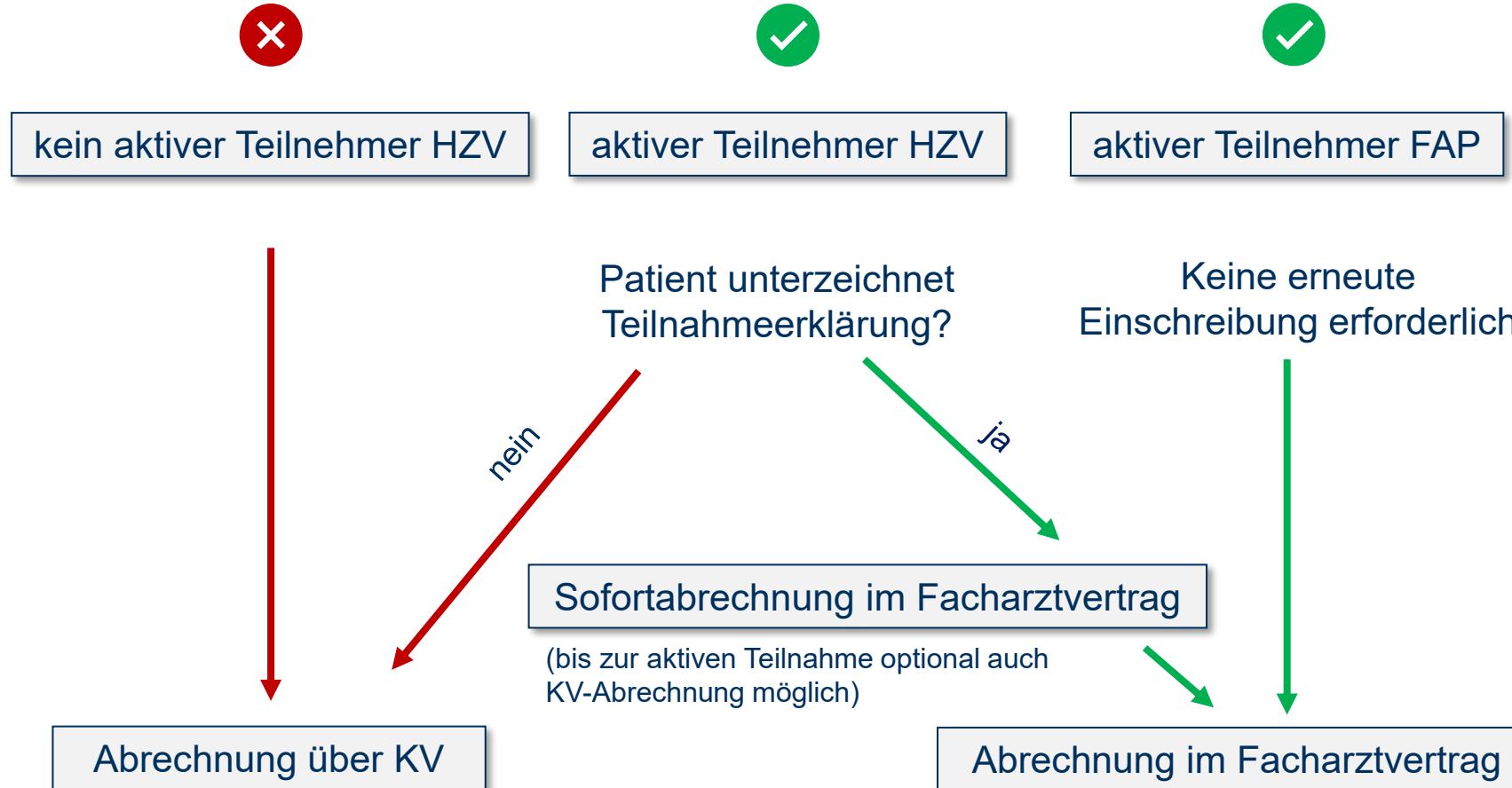
Versichertennummer	Name	Geburtsdatum	Hinweis
			Keine HzV Teilnahme Keine HzV Teilnahme

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

- **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



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**

- **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

- Abgrenzung KV- und Vertragsabrechnung
- **aufgelistete EBM-Ziffern aus allen §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	Änderungs-datum	Änderungs-vermerk	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		Änderungs-datum	Änderungs-vermerk	HZV	Kardiologie	Gastroenterologie	PNP
GOP	Beschreibung				Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung
14210	Ordinationskomplex bis 5. Lebensjahr (alt) / GP I (neu)	01.01.2019	GZK-Relevanz (KJPY)	§ 73c-Leistung	Auszug aus dem GZK Ziffern Kinder- und Jugendpsychiatrie sind im Änderungsvermerk mit „GZK-Relevanz KJPY“ gekennzeichnet	obligatorisch	
14211	Ordinationskomplex ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 21. Lebensjahr (alt) / GP II neu	01.01.2019	GZK-Relevanz (KJPY)	§ 73c-Leistung	obligatorisch	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

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

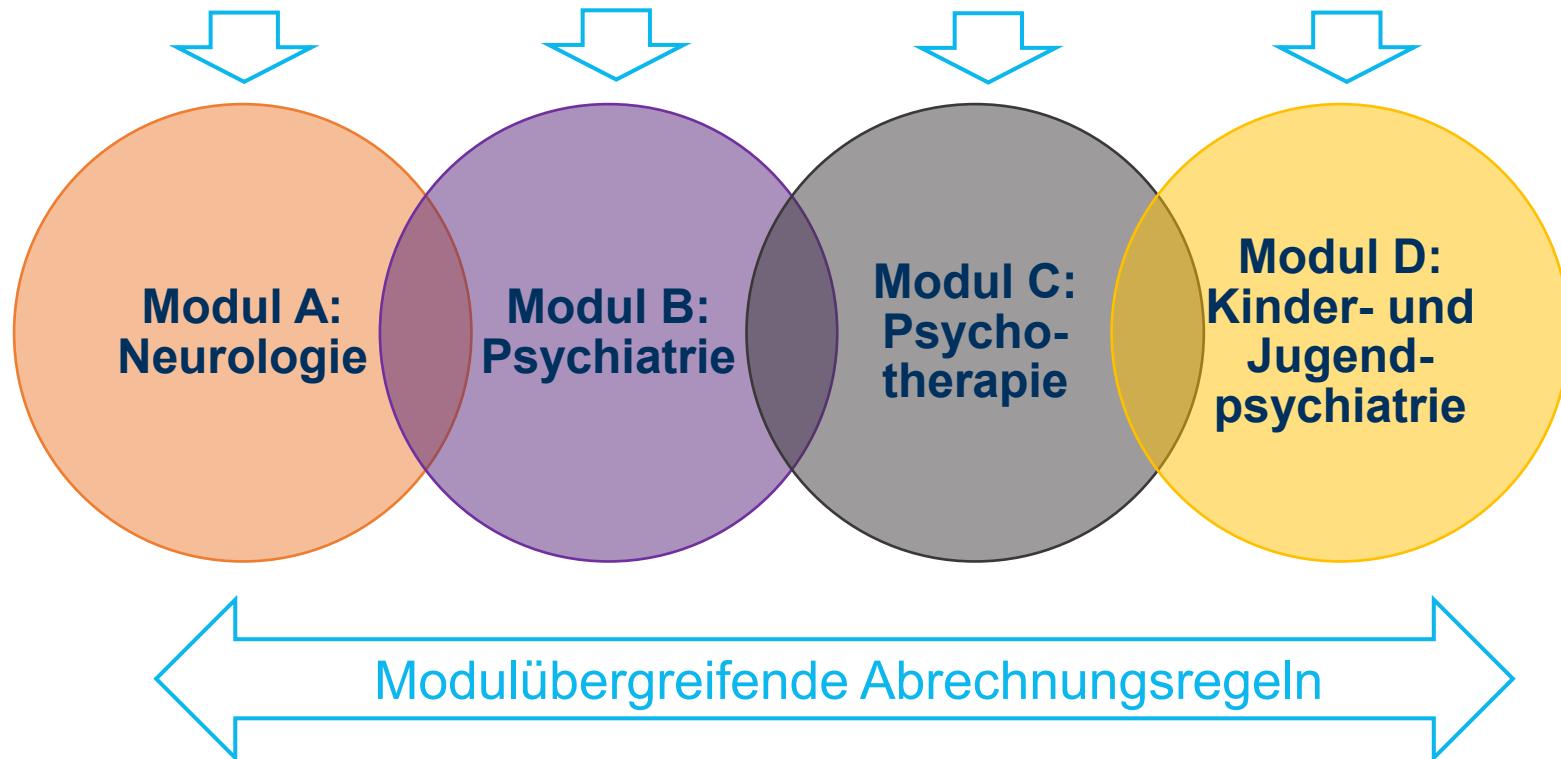
Diagnosen		Psychiatrie								
ICD-Kode1	ICD-Klartext	PYP2a_Schizophrenie, Wahn, psychotische Störungen	PYP2b_Persönlichkeitsstörungen	PYP2c_Angststörungen_Zwangsstörungen	PYP2d_Affektive Störungen	PYP2e_Posttraumatische Belastungsstörungen	PYP2f_Verhaltens- und Essstörungen	PYP2g_Störungen durch Alkohol 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									

- 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. Hier von 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



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 NP1H Grundpauschale Heim</u>	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 V1 Vertreterpauschale</u>	Fernbehandlung möglich sofern Erstkontakt persönlich erfolgt ist	1/Q   12,50 €

*Bosch BKK 5,00 €

Zusatzpauschalen „Spezielle Neurologie“

NP2A1 Zerebrovaskuläre Krankheiten	1/Q	!	█	D	19,00 €
+ NP2A2 Beratungszuschlag	2/Q	!	█	D	20,00 €
max. 5/4Q					
NP2B1 Multiple Sklerose	1/Q	!	█	D	32,00 €
+ NP2B2 Beratungszuschlag	2/Q	!	█	D	20,00 €
+ NQ1A Zuschlag Schwerpunktpraxis MS			+		2,00 €
+ NQ2A Zuschlag EFA® MS			+		5,00 €
NP2C1 Epilepsie	1/Q	!	█	D	26,00 €
+ NP2C2 Beratungszuschlag	2/Q	!	█	D	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.

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 „Zielauflauftrag“

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: „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: 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	!	💻	🚫	21,00 €
PYE1a Angehörigengespräch (10 Min.)*	2/4Q	!	💻	🚫	21,00 €
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 €
PYE5** Psychoedukative Gruppe (klein, 2-5 Personen)	max. 15x	!			72,50 €
PYE6** Psychoedukative Gruppe (groß, 6-9 Personen)	max. 15x	!			38,50 €

*bei Demenz mit Verhaltensstörung
(ICD U63.-!)

** auch bei Teilnahme von
Angehörigen/Bezugspersonen

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

Zuschläge

PYZ1 Psychiatrische Anschlussbehandlung nach stationärem Aufenthalt	max. 5 x in 12 Wochen	20,00 €
<ul style="list-style-type: none">• Zuschlag für zeitnahe psychiatrische Anschlussbehandlung nach stationärem Aufenthalt.• Ziel ist es, die Behandlungskontinuität zu fördern und zu sichern.• Abrechenbar als Zuschlag auf PYE1 – bitte beide Ziffern taggleich abrechnen.• Voraussetzung: Beginn der ambulanten Behandlung spätestens 14 Tage nach Entlassung.		

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“

Abrechnung während stationärem Aufenthalt



➤ grundsätzlich gilt:

während eines stationären Aufenthalts sind keine ambulanten Leistungen abrechenbar

➤ Ausnahmeregelung im Modul Psychiatrie im PNP-Vertrag

im Einzelfall ist die Abrechnung im PNP-Vertrag auch für Patienten während der stationären Behandlung, deren Entlassung innerhalb der nächsten 14 Tage bereits geplant ist, möglich, insbesondere bei schweren psychischen Erkrankungen, um einen nahtlosen Übergang aus der stationären in die ambulante psychiatrische Versorgung zu ermöglichen (inkl. nahtlose medikamentöse Therapie / Koordination Unterstützungsangebote)

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	21,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	1. Termin	21,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	1. Termin	21,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	1. Termin	21,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	1. Termin	21,00 €
Angststörung, Zwangsstörung	PYP2C	1. Termin	17,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	2. Termin	21,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	2. Termin	21,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	2. Termin	21,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	2. Termin	21,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	2. Termin	21,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	3. Termin	21,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	3. Termin	21,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	3. Termin	21,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	3. Termin	21,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	3. Termin	21,00 €
*Bosch BKK 5,00 €		Summe:	359,00 €

Ähnlich bei den
anderen Erkrankungen

Abrechnungsbeispiel: Demenz-Patient (z.B. F00.2G) mit Verhaltensstörung U63.-! im Heim

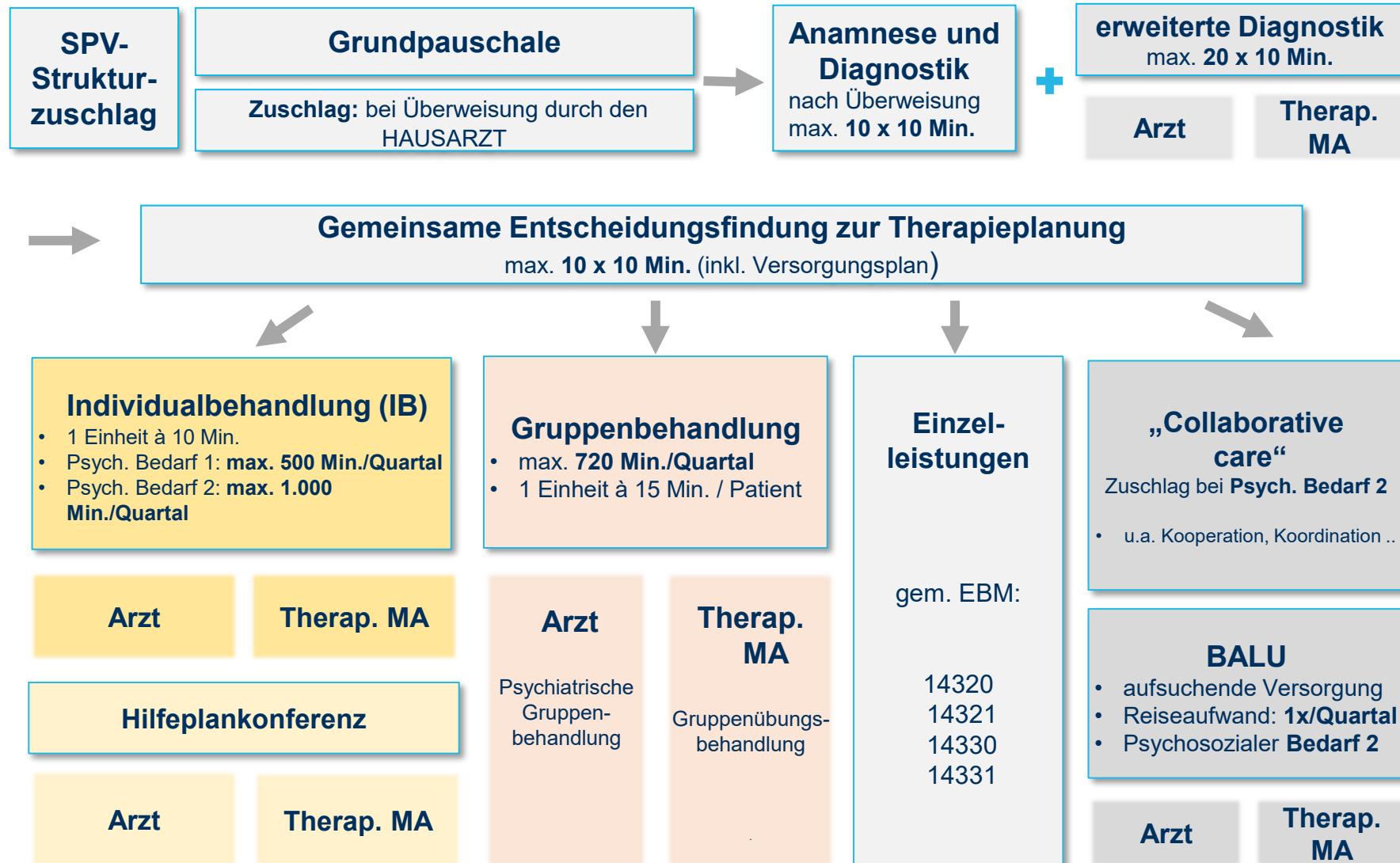


Grundpauschale Heim	PYP1H	1. Termin	55,00 €
Zusatzpauschale Demenz	PYP2H	1. Termin	15,00 €
Angehörigengespräch	PYE1a	1. Termin	21,00 €
Angehörigengespräch	PYE1a	1. Termin	21,00 €
Summe:			112,00 €

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		 10,00 €

<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

1 Einheit = 10 Min.

KJPYP2 Anamnese und Diagnostik	100 Min./4Q		19,00 €
--------------------------------	-------------	--	---------

+ bei Bedarf

KJPYP3 Erweiterte Diagnostik (Arzt)		19,00 €
KJPYP3D Erweiterte Diagnostik (Therapeutischer Mitarbeiter)		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



24,00 €

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

1 Einheit = 10 Min.

Psychosozialer Bedarf 1

KJPYE1 Individualbehandlung (Arzt)

KJPYE1D Individualbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)

500 Min./Q
(50x)

! ☎ ✦ 19,00 €

! ☎ 12,00 €

KJPYE2 Individualbehandlung (Arzt)

KJPYE2D Individualbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)

1000 Min./Q
(100x)

! ☎ ✦ 19,00 €

! ☎ 12,00 €

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)		  9,00 €

- 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 €
---	-----	---------

Zuschläge

KJPYZ1 Strukturzuschlag für SPV-Praxen

1/Q

⚠ 110,00 €

KJPYZ2 zeitnahe Anschlussbehandlung
nach stationärem Aufenthalt

max. 5 x in
12 Wochen

⚠ 20,00 €

- Zuschlag für zeitnahe psychiatrische Anschlussbehandlung nach stationärem Aufenthalt
- zusätzlich zu Gesprächsleistungen abrechenbar
- für Neu- und Bestandspatienten abrechenbar
- Voraussetzung: Beginn der ambulanten Behandlung spätestens 14 Tage nach Entlassung.

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 „Zielauftag“

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

KJPY GDK 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

Behandlungsmöglichkeit während stationärem Aufenthalt

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

- **Ausnahmeregelung im Modul KJPY im PNP-Vertrag**

Abrechnung während stationärem Aufenthalt ist im Einzelfall möglich, insbesondere bei schweren psychischen Erkrankungen, um einen nahtlosen Übergang aus der stationären in die ambulante psychiatrische Versorgung zu ermöglichen.

- bei geplanter Entlassung in den nächsten 14 Tagen
- nach Absprache mit dem behandelnden Krankenhaus

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 €
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	10,00 €
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	110,00 €
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	24,00 €
		Summe:	551,00€

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**

Abrechnungssystematik Modul Psychotherapie

Grundpauschale



Einzelleistungen



Zuschläge

oder

Auftragsleistungen

Grundpauschale

PTP1 Grundpauschale**	1/4Q	 62,00 €
+ PTP1A Überweisung vom HZV-Hausarzt		 10,00 €*

*Bosch BKK 5,00 €

<u>oder PTV1 Vertreterpauschale</u>	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
3 Quartale



132,00
- 162,00 €*

oder

PTE1SD / PTE1VM(KJ)

akute Versorgung bei Vorstellung durch
Sozialen Dienst / Patientenbegleitung/

10 (KJ:13) Einheiten
3 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
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
PNP-Facharztvertrag nach § 73c SGB V:		
<ul style="list-style-type: none"> - Terminanfrage durch Sozialer Dienst (SD) - Terminbestätigung (Fax) durch PNP-Praxis 		
PNP-Praxis:		
Erstkontakt und Vorgehen von SD auszufüllen		
<input type="checkbox"/> Terminvermittlung (PTE1SD: Termin innerhalb von 14 Tagen) in die PNP-Praxis		
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Versicherte/r meldet sich direkt bei PNP-Praxis <input type="checkbox"/> PNP-Praxis meldet sich bei Versicherter/m unter (Tel. / E-Mail) 		
<hr/> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Terminvermittlung zwischen PNP-Praxis und SD erbeten; Versicherte/r meldet sich nach Vereinbarung bei der PNP-Praxis 		
<input type="checkbox"/> Hilfeplankonferenz (Modul Psychotherapie) – SD bittet um Absprache mit PNP-Praxis		
<input type="checkbox"/> Einwilligungserklärung und Schweigepflichtentbindung des/der Versicherten für die Kontakt-aufnahme zwischen SD und PNP-Praxis liegt vor		
<input type="checkbox"/> 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		
<input type="checkbox"/> Termin hat am <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> stattgefunden Folgende Behandlung wird fortgeführt: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Psychotherapie <input type="checkbox"/> spezifische fachärztliche Behandlung <input type="checkbox"/> andere: _____ 		
<input type="checkbox"/> Keine Terminvergabe , weil <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Versicherte/r hat sich nicht gemeldet / war nicht erreichbar <input type="checkbox"/> Versicherte/r hat Termin nicht wahrgenommen <input type="checkbox"/> Kein Termin-/Therapiebedarf 		
<input type="checkbox"/> Fallrücksprache/n bzw. -besprechungen/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. Kosten träger								
Name, Vorname des Versicherten	geb. am							
Kassen-Nr.	Versicherer-Nr.	Status						
Basisleistungen-Nr.	Arzts-Nr..	Datum						
<p>Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes (SD) der AOK Baden-Württemberg gemäß §§ 73b, 73c und 140a SGB V</p> <p>Einbindung des SD der AOK Baden-Württemberg durch</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 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: _____ <input type="checkbox"/> PNP-Praxis: Hilfeplankonferenz bei Kindern & Jugendlichen <input type="checkbox"/> Orthopädie-Praxis: Fallkonferenz Rücken: M54.- Rückenschmerz (unspezifisch). Ist durch Angabe eines vierstelligen Kodes aus der Gruppe M54.- weiter zu spezifizieren (z. B. M54.5 Kreuzschmerz): M54.____G sowie <input type="checkbox"/> F45.40 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung <input type="checkbox"/> F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren <input type="checkbox"/> F62.80 Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom <p>Vereinbartes Vorgehen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anruf in der Praxis durch SD wird gewünscht. <input type="checkbox"/> Anruf bei dem / der Patient/in oder Erziehungsberechtigten durch SD wird gewünscht. <p>Anruf erbeten am _____ zwischen _____ und _____ Uhr unter Telefon / Handy _____</p> <tr> <td colspan="2"> <p>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.</p> </td> <td> <p>Erklärung Praxis Dem / der Patienten/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.</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">Datum, Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r</td> <td>Datum, Praxisstempel, Unterschrift Arzt / Ärztin oder Psychotherapeut/in</td> </tr>			<p>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.</p>		<p>Erklärung Praxis Dem / der Patienten/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.</p>	Datum, Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r		Datum, Praxisstempel, Unterschrift Arzt / Ärztin oder Psychotherapeut/in
<p>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.</p>		<p>Erklärung Praxis Dem / der Patienten/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.</p>						
Datum, Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r		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)

Einzelleistungen (Erst- und Weiterbehandlung)



PTE2(KJ) Erstbehandlung	20 (KJ:25) Einheiten 4 Quartale	126,00 €
PTE3(KJ) Weiterbehandlung	30 (KJ:38) Einheiten 8 Quartale	117,00 €
PTE3TR Weiterbehandlung Traumata	5 x 30 Einheiten 5 x 8 Quartale	117,00 €
PTE4(KJ) niederfrequente Behandlung	6 Einheiten pro Quartal unbegrenzt	117,00 €

Einzelleistungen (Analytische PT)



PTE5 Analytische Psychotherapie

max. 300 Einheiten
max. 5 x pro Woche



117,00 €

mit Antrags- und Gutachterverfahren gem. PT-Vereinbarung!

Einzelleistungen (Gruppenbehandlung)

PTE6 Gruppenbehandlung (klein, 2-5 P.)

20 Einheiten (à 100min)

6 Quartale

⚠️ 145,00 €

PTE7 Gruppenbehandlung (groß, 6-9 P.)

⚠️ 82,00 €

ⓘ 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.)

! ☎ 82,00 €

...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.)		   82,00 €

PTA1A Grundversorgung (klein, 2-5 P.)	4 (à 100min)	145 €
PTA2A Grundversorgung (groß, 6-9 P.)		82 €

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

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

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

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 €
<ul style="list-style-type: none"> Erfolgt eine zeitnahe psychotherapeutische Anschlussbehandlung nach stationärem Aufenthalt, kann PTZ7 als Zuschlag zur Einzel- bzw. Gruppensitzung abgerechnet werden. 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 Entlassdatum <u>Neupatient</u> heißt: Patient war innerhalb der letzten 4 Jahre vor Abrechnung der Leistung nicht zur psychotherapeutischen Behandlung in der Praxis 		

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.: PTE1V, PTE2T

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 Gruppentherapieziffern 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	62,00 €
	Überweiserpauschale	PTP1A	10,00 €
	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V*	147,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7**	15,00 €
2. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	147,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €
	Kooperationszuschlag (schriftlicher Bericht)	PTZ1	30,00 €
3. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	147,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €
4. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	147,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €
5. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	147,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €
6. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	147,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €
7. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	147,00 €
	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	147,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €
9. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	147,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €
10. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	147,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €
11. Termin	Erstbehandlung	PTE2V	126,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €
12. Termin	Erstbehandlung	PTE2V	126,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €
13. Termin	Erstbehandlung	PTE2V	126,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €
14. Termin	Erstbehandlung	PTE2V	126,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €
15. Termin	Erstbehandlung	PTE2V	126,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €
		Summe	2.280,00 €

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	62,00 €
	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	62,00 €
	Überweiserpauschale	PTP1A	10,00 €*
	Kooperationszuschlag (schriftlicher Bericht)	PTZ1KJ	30,00 €
	Kinder- und Jugendlichenzuschlag	PTZ3	60,00 €
4. Termin	Erstbehandlung	PTE2KJV	126,00 €
5. Termin	Erstbehandlung	PTE2KJV	126,00 €
6. Termin	Erstbehandlung	PTE2KJV	126,00 €
7. Termin	Erstbehandlung	PTE2KJV	126,00 €
8. Termin	Erstbehandlung	PTE2KJV	126,00 €
9. Termin	Erstbehandlung	PTE2KJV	126,00 €
10. Termin	Erstbehandlung	PTE2KJV	126,00 €
11. Termin	Erstbehandlung	PTE2KJV	126,00 €
12. Termin	Erstbehandlung	PTE2KJV	126,00 €
13. Termin	Erstbehandlung	PTE2KJV	126,00 €
14. Termin	Gruppenbehandlung – kleine Gruppe	PTE6V	145,00 €
15. Termin	Gruppenbehandlung – kleine Gruppe	PTE6V	145,00 €
16. Termin	Erstbehandlung	PTE2KJV	126,00 €
17. Termin	Gruppenbehandlung – kleine Gruppe	PTE6V	145,00 €
		Summe:	1.973,00 €

*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
Nur eine Grundpauschale (P1/P1H) pro Fall	<ul style="list-style-type: none"> i.d.R. Grundpauschale, zu der die Zusatzpauschale abgerechnet wird Werden Neurologie (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>	
Mehrere Zusatzpauschalen pro Fall möglich	<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 	
Besuch zu Unzeiten pro Fall nur in einem Modul abrechenbar	Entweder Neurologie oder Psychiatrie Ziffer für Besuche zu Unzeiten	

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	21,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	2. Termin	21,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	2. Termin	21,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	2. Termin	21,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	2. Termin	21,00 €
*Bosch BKK 5,00 €		Summe:	242,00 €

*max. 5/4Q

Modulübergreifende Abrechnungsregeln

Übergreifende Regel	Neurologie	Psychiatrie	Psychotherapie
Gesprächsleistungen Psychiatrie und Psychotherapie nicht am selben Tag abrechenbar		Psychotherapeutische Gesprächsziffern (PTE1-PTE8) dürfen nicht am selben Tag mit der Psychiatrischen Gesprächsziffer (PYE1) und der Angehörigengesprächsziffer (PYE1a) abgerechnet werden	
Gesprächsleistungen zusätzlich zur Heimpauschale		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. Neben der PYP1H können im gleichen Quartal max. zwei Psychiatrische Gespräche (PYE1) und zwei Angehörigengespräche bei Demenz mit Verhaltensstörung (PYE1a) pro Tag abgerechnet werden	

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	21,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	1. Termin	21,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	1. Termin	21,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	1. Termin	21,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	1. Termin	21,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	1. Termin	21,00 €
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 €
*Bosch BKK 5,00 €		Summe:	479,00 €

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

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

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	21,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	3. Termin	21,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	4. Termin	21,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	4. Termin	21,00 €
Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	5. Termin	143,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	6. Termin	21,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	7. Termin	21,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	8. Termin	21,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	9. Termin	21,00 €
Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	10. Termin	143,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	11. Termin	21,00 €
Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	12. Termin	143,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	13. Termin	21,00 €
Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	14. Termin	143,00 €
*Bosch BKK 5,00 €		Summe:	1.054,00 €

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	21,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	4. Termin	21,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	4. Termin	21,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	4. Termin	21,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	4. Termin	21,00 €
Weiterbehandlung	PTE3V	5. Termin	110,00 €
Weiterbehandlung	PTE3V	6. Termin	110,00 €
		Summe:	734,00 €

*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.

- Leistungsziffern müssen bei den meisten Vertragssoftwaren einzeln eingegeben werden und nicht mit einem Faktor (z.B. 3x):

falsch:

Datum	Ziffer
1. Termin	3 PTE1V

richtig:

Datum	Ziffer
1. Termin	PTE1V
1. Termin	PTE1V
1. Termin	PTE1V

- 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 lingual							st	4945387	M
Ondansetron 8 lingual							st	5965305	M
Ondansetron 8mg W							st	5957889	M
Ondansetron AbZ 4ml							st	1810020	M
Ondansetron AbZ 8ml							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 8 mg 10 Filmtbl. N1	100,00 €	-	10,00 €		10	N1	10	0000001	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

Name	Hersteller	Wirkstärke	Preis
Ondansetron Aurus 4mg 10 Filmtbl. N1	Quisisana Pharma Deutschland GmbH	5mg	53,62€

Detailinformationen OK Abbrechen Detailinformationen 72 Ergebnisse

Name	Hersteller	Wirkstärke	Preis
Ondansetron Aurus 4mg 10 Filmtbl. N1	Quisisana Pharma Deutschland GmbH	5mg	53,62€

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 MEDIERVERBUND 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 MEDIERVERBUND 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	Start Saldo	Betrag	End Saldo
01.11.2018	AOK BW PNP 73c Abschlag 2018-Q4-1	0,00 €	-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 €	
		Start 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 verlorenener Fälle*
Q1/2017	270	267	3
Q2/2017	258	258	0
Q3/2017	256	256	0
Q4/2017	267	267	0

Inhalt des Abrechnungsbriefs

➤ Einelnachweise

- 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
- Abrechnungsmittelungen/ 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

übermittelte Daten:

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

nach Prüfung:

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

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		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		<i>Summe</i>	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

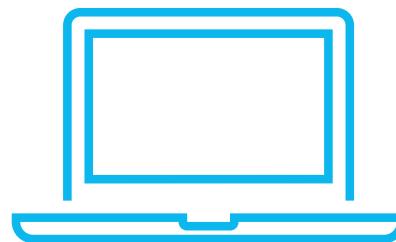


Datum	Ziffer
6. Termin	PTP1
6. Termin	PTP1A
6. Termin	PTE1T
7. Termin	PTE1T
8. Termin	PTE1T

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		<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	

- 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.



- Es gibt bei allen §140a-Verträgen eine Regelwerksprüfung seitens der KV. Aufgrund dieser Prüfung werden Leistungen die sich im GZK befinden und bei §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.

Auszahlungsprozess

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 Abrechnungsstichtag

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**

The screenshot shows the Medi-Verbund website's PNP (Praxis- und Sprechstundenbedarf) module. At the top, there's a navigation bar with links to Home, Leistungen, Über MEDI, Blog, Presse, MFA, Mein MEDI, and a search icon. Below the navigation is a banner with a magnifying glass over a stethoscope and medical icons like a heart, EKG, and cross.

MEDI-Mitglied werden

Wählen Sie MEDI-Mitglied und profitieren Sie von zahlreichen Vorteilen.

AOK BW / Bosch BKK
PNP

Politische Vertretung

Verträge & Abrechnung

Fortbildung

MVZ

Versicherungen

Famulatur & PJ

Praxis- & Sprechstundenbedarf

Arztportal

Arztsuche

Partner

[verträge-abrechnungen](#)

[Zurück zur Übersicht](#)

Teilnahmeerklärung
AOK BW / Bosch BKK
[Herunterladen](#)

Abrechnungsunterlagen
AOK BW / Bosch BKK
[Mehr erfahren](#)

Elektronische Arztvernetzung
AOK BW
[Herunterladen](#)

Allgemeine Informationen und Formulare

Inhalte des Infopakets

Schulungspräsentation und Online-Vertragsschulung

Vertragsunterlagen

Anlagen zum Vertrag

Fortbildungen und Qualitätszirkel

Ansprechpartner:

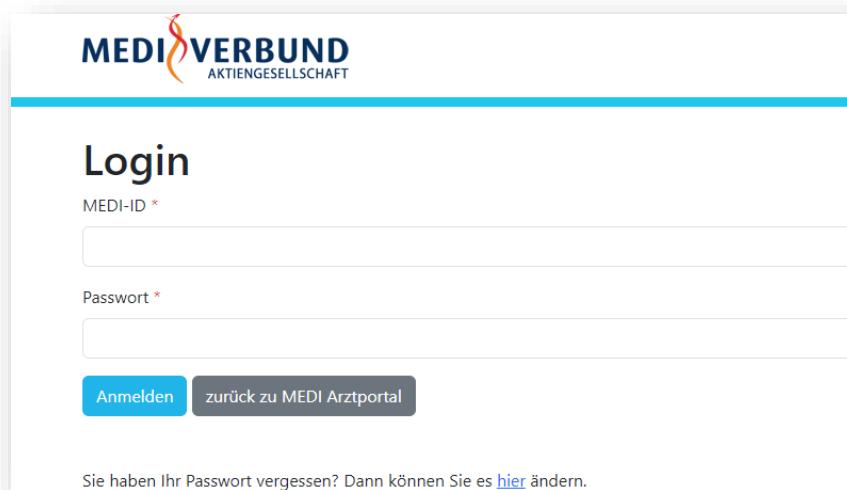
Petra Müller
Telefon 0711 80 60 79 - 303

Gabriele Raff
Telefon 0711 80 60 79 - 274

Kim Heilmann
Telefon 0711 80 60 79 - 279

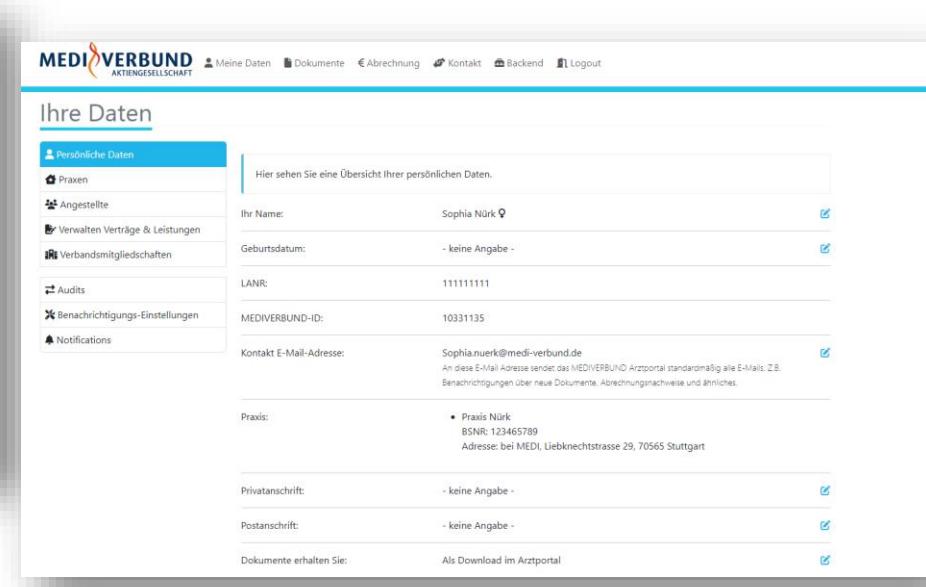
E-Mail:
verträge@medi-verbund.de

- 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



The screenshot shows the login interface for the MEDIARZTPORTAL. At the top, the MEDI VERBUND logo is displayed. Below it, the word "Login" is centered. There are two input fields: one for "MEDI-ID" and one for "Passwort". Both fields have red asterisks indicating they are required. At the bottom of the form are two buttons: "Anmelden" (in blue) and "zurück zu MEDI Arztportal" (in dark grey).

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



The screenshot shows the "Ihre Daten" (Your Data) page from the MEDIARZTPORTAL. The top navigation bar includes links for "Meine Daten", "Dokumente", "Abrechnung", "Kontakt", "Backend", and "Logout". The main content area is titled "Ihre Daten" and contains a sidebar with "Persönliche Daten" and several other sections: "Praxen", "Angestellte", "Verwalten Verträge & Leistungen", "Verbandsmitgliedschaften", "Audits", "Benachrichtigungs-Einstellungen", and "Notifications". The "Persönliche Daten" section displays the following information:

- Ihr Name: Sophia Nürk ♀
- Geburtsdatum: - keine Angabe -
- LANR: 11111111
- MEDIVERBUND-ID: 10331135
- Kontakt E-Mail-Adresse: Sophia.nuerk@medi-verbund.de

Below this, there is a note: "An diese E-Mail Adresse sendet das MEDIVERBUND Arztportal standardmäßig alle E-Mails. Z.B. Benachrichtigungen über neue Dokumente, Abrechnungsnachweise und ähnliches."

Further down, there are sections for "Praxis:", "Privatanschrift:", "Postanschrift:", and "Dokumente erhalten Sie:". The "Praxis:" section lists "Praxis Nürk", "BSN: 123465789", and "Adresse: bei MEDI, Liebknechtstrasse 29, 70565 Stuttgart". The "Privatanschrift:" and "Postanschrift:" sections both show "- keine Angabe -". The "Dokumente erhalten Sie:" section indicates "Als Download im Arztportal".



Herzlich Willkommen bei der MEDI-Arztsuche

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 HVZ

AOK BW HVZ Kinderärzte

Bosch BKK

BKK BOSCH BW HVZ

BKK HV Süd

BKK HV Süd HVZ

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 Kardio 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 Psychotherapeut 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**

Nachname

Postleitzahl

Im Umkreis von **10 km**

Leistung

Nur Praxen suchen, die an der elektronischen Vernetzung teilnehmen

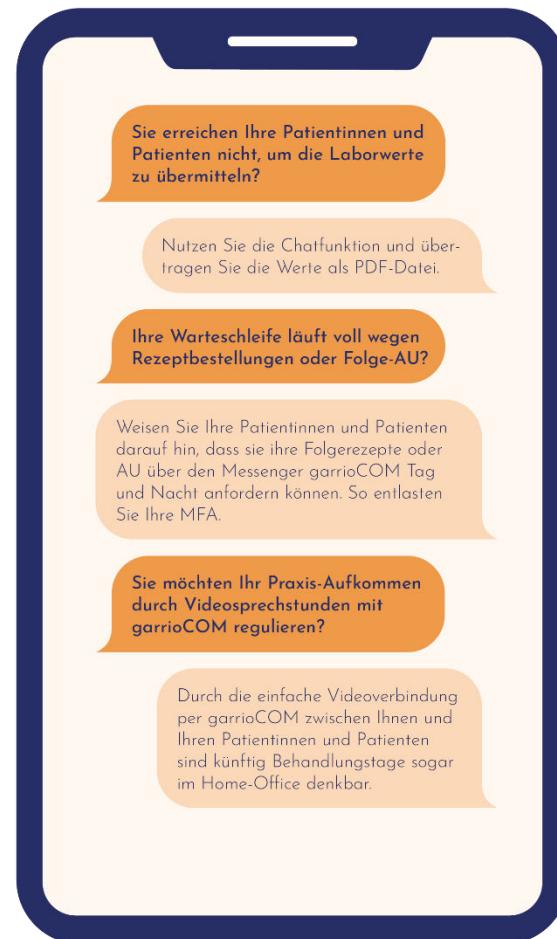
 **Suchen**

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.





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 Praxisteam entwickelt

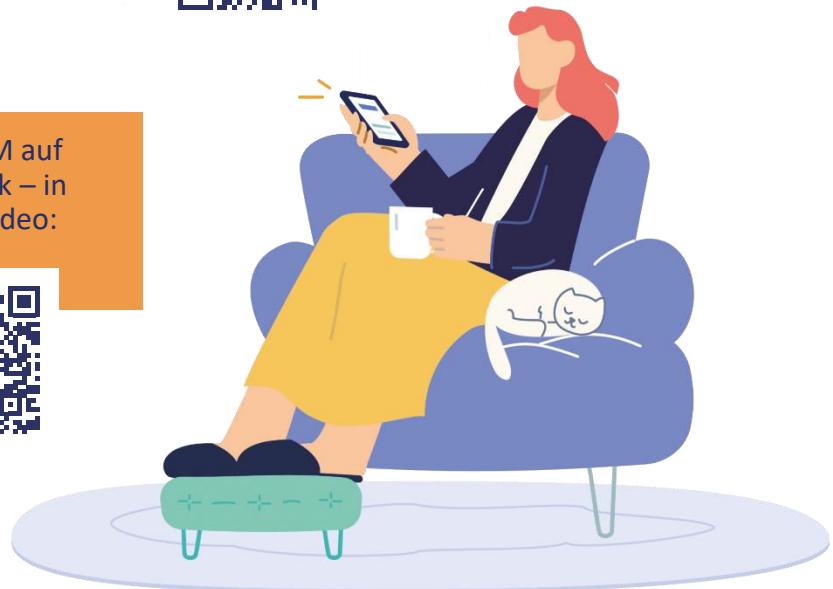


Bestellen Sie garrioCOM unter
www.garrio.de/bestellung.

Wir schalten Ihnen den Messenger und alle Funktionen für Ihre Praxis frei.



garrioCOM auf
einen Blick – in
diesem Video:



Förderung von Stipendien zum Physician Assistant - AOK BW



- Seit Juli 2023 besteht die Möglichkeit zur Förderung der Ausbildung zum Physician Assistant / akademisierte EFA® bzw. gleichartige Studiengänge für Facharztpraxen. Hierfür ist Folgendes zu beachten:
 - Das Stipendium wird für max. 12 Quartale gewährt und mit max. 5.000,00 € unterstützt. Die Ausschüttung erfolgt quartalsweise mit je 300,00 € sowie einer einmaligen Zahlung in Höhe von 1.400,00 € nach Studienabschluss.
 - Die Anzahl an zu vergebenen Stipendien ist auf 100 begrenzt. Maßgeblich für die Bewilligung ist der Eingang des Stipendienvertrages an die Mailadresse reutter@mediverbund-iffm.de.
 - Ausbildungen, die vor dem 01.07.2023 aufgenommen wurden und zu diesem Zeitpunkt noch nicht beendet waren, sind von der Begrenzung ausgenommen und können ebenso gefördert werden.
 - Anspruch auf das Stipendium besitzt der/die TrägerIn der Studiengebühren („StipendiathIn“)
- Bei Interesse können Sie sich gerne an die folgende Adresse wenden
reutter@mediverbund-iffm.de

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!**