



## **PNP-Vertrag nach § 73c SGB V**

### **Abrechnungsschulung**

## 1. Teilnahme der Versicherten

## 2. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)

## 3. Vergütungs- und Abrechnungssystematik

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

## 4. Abrechnungsprozess

## 5. Internetauftritt

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

## Vorteile für teilnehmende Versicherte

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

Infoblatt „Patientenvorteile auf einen Blick“:

[www.medi-verbund.de](http://www.medi-verbund.de) → Leistungen → Verträge/Abrechnung → AOK/Bosch BKK PNP → Allgemeine Informationen und Formulare

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

**Kardiologie**

**Gastroenterologie**

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

**Orthopädie / Rheumatologie**

**Urologie**

**Diabetologie** (nur AOK)

**Nephrologie** (nur AOK)

**Pneumologie**

**Basis: HZV-Vertrag**

# Teilnahmestatusprüfung

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

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

*Mögliche Rückmeldungen der Teilnahmestatusprüfung:*

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

# Versichertenteilnahmeerklärung AOK

wird über die Software erzeugt und bedruckt

patienten-individueller vierstelliger Code

Code

Unterschriftenfelder

**Nur für AOK-FACHARZTPROGRAMM**

AOK FACHARZT PROGRAMM

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

73c K

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

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

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am AOK-FacharztProgramm teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramm-Teilnahme, Behandlungspläne und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür stimme ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die AOK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erheben 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 Lebensqualität und Zufriedenheit in Zusammenhang mit dem AOK-FacharztProgramm befragen können. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig.
- Ich mit meiner Teilnahme am AOK-FacharztProgramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 73c SGB V in Verbindung mit dem AOK-HausarztProgramm zustimme, ohne dass ich erneut eine Teilnahmeerklärung unterschreiben muss. Ich werde rechtzeitig über neue Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms durch die AOK informiert. Sofern ich nicht mit der Teilnahme an allen Verträgen am AOK-FacharztProgramm insgesamt einverstanden bin, kann ich unter Einhaltung einer Sonderkündigungsfrist (siehe Merkblatt) ab dem Zeitpunkt, zu dem ich über die Vertragsänderung informiert wurde, kündigen. In diesem Fall endet für mich alle Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms. Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm bleibt davon unberührt.

Ich bin mit dem im Merkblatt beschriebenen Inhalt und der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm) i.V.m. der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) einschließlich der wissenschaftlichen Begleitung und Weitererhebungsfragen einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich dann, wenn die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, talbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten bzw. meiner konsultierten erteile.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	M	M	J	J	J	J	J	J	J

**<TE-Code:>**

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

**Nur für AOK-FACHARZTPROGRAMM**

AOK FACHARZT PROGRAMM

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

73c K

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

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

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am AOK-FacharztProgramm teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramm-Teilnahme, Behandlungspläne und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür stimme ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die AOK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erheben 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 Lebensqualität und Zufriedenheit in Zusammenhang mit dem AOK-FacharztProgramm befragen können. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig.
- Ich mit meiner Teilnahme am AOK-FacharztProgramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 73c SGB V in Verbindung mit dem AOK-HausarztProgramm zustimme, ohne dass ich erneut eine Teilnahmeerklärung unterschreiben muss. Ich werde rechtzeitig über neue Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms durch die AOK informiert. Sofern ich nicht mit der Teilnahme an allen Verträgen am AOK-FacharztProgramm insgesamt einverstanden bin, kann ich unter Einhaltung einer Sonderkündigungsfrist (siehe Merkblatt) ab dem Zeitpunkt, zu dem ich über die Vertragsänderung informiert wurde, kündigen. In diesem Fall endet für mich alle Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms. Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm bleibt davon unberührt.

Ich bin mit dem im Merkblatt beschriebenen Inhalt und der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm) i.V.m. der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) einschließlich der wissenschaftlichen Begleitung und Weitererhebungsfragen einverstanden. Ich bin darüber beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, talbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten bzw. meiner konsultierten erteile.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	M	M	J	J	J	J	J	J	J

**<TE-Code:>**

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

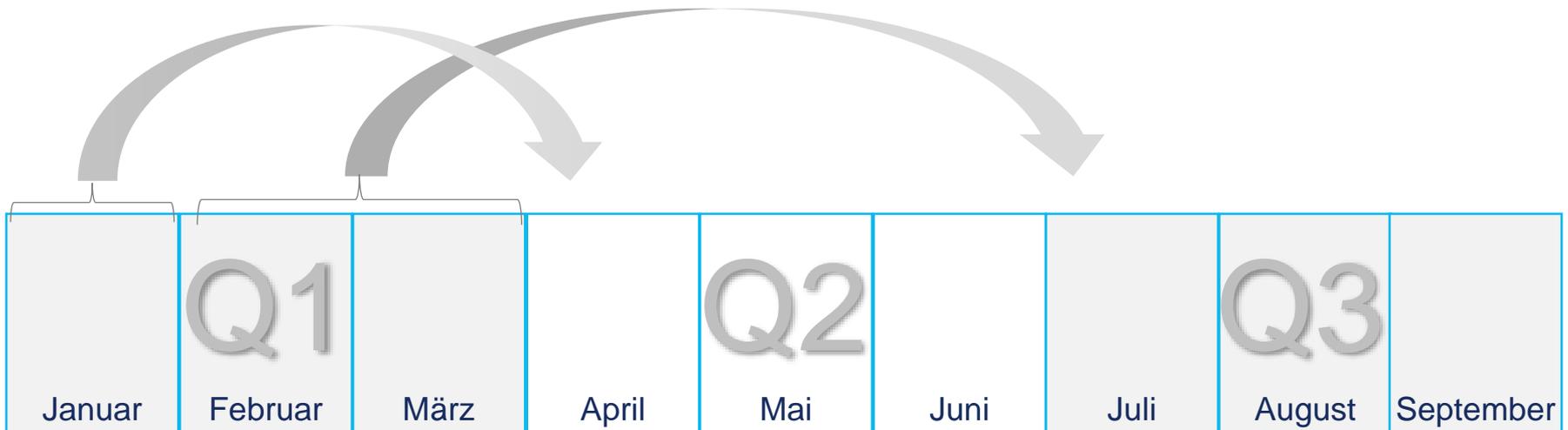
# Online-Versicherteneinschreibung

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

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

# Einschreibefristen

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



# Agenda

## 1. Teilnahme der Versicherten

## 2. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)

## 3. Vergütungs- und Abrechnungssystematik

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

## 4. Abrechnungsprozess

## 5. Internetauftritt

## Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)

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

### Bedingungen:

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

# Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)

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

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

→ **aktive Teilnahme in Q3**



SANE in max. 2 aufeinanderfolgenden Quartalen möglich

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

# Ablehnung von SANE-Fällen ?

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

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

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

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

Versichertennummer	Name	Geburtsdatum	Hinweis
			Keine HzV Teilnahme Keine HzV Teilnahme

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

# Praxisablauf

Online-Teilnahmestatusprüfung



kein aktiver Teilnehmer HZV

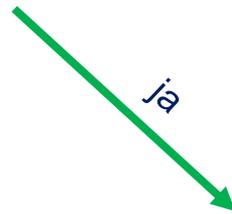
aktiver Teilnehmer HZV

aktiver Teilnehmer FAP



Patient unterzeichnet  
Teilnahmeerklärung?

Keine erneute  
Einschreibung erforderlich



Sofortabrechnung im Facharztvertrag

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



Abrechnung über KV

Abrechnung im Facharztvertrag

# Agenda

## 1. Teilnahme der Versicherten

## 2. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)

## 3. Vergütungs- und Abrechnungssystematik

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

## 4. Abrechnungsprozess

## 5. Internetauftritt

## Wichtige Dokumente zur Abrechnung

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

 Diese Dokumente finden Sie unter:  
**[www.medi-verbund.de](http://www.medi-verbund.de)**

# AOK Gesamtziffernkranz (GZK) (Auszug)

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

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

# Bosch BKK Ziffernkranz (Auszug)

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

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

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

Quartal 1 2019, Stand 21.12.2018

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

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

## Hinweis zum Wirtschaftlichkeitsbonus

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

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

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

# ICD-Liste: Beispiel Modul Psychiatrie (Auszug)

Bei Vorliegen gekreuzter Diagnosen sind entsprechende Leistungen abrechenbar

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

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

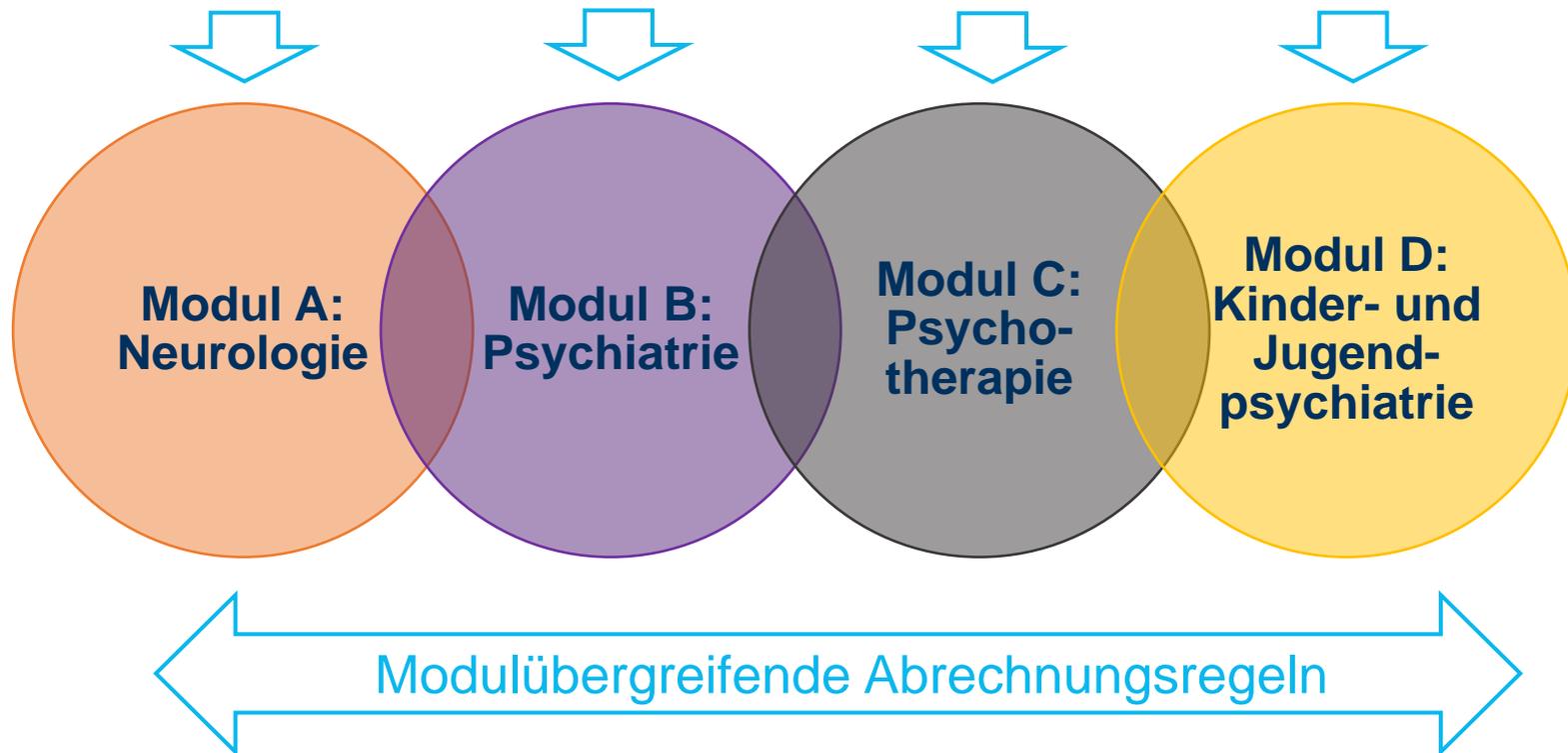
# Honoraranlage

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

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

➤ Auszug aus der Honoraranlage Modul Neurologie

Spezielle Abrechnungsregeln in jedem Modul



# Legende

## Symbole

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

## Abrechnungshäufigkeit

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

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

# Neudefinition 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



## Grundpauschalen + deren Zuschläge

<b>NP1</b> Grundpauschale		1/Q	 	35,00 €
+ <b>NP1A</b> Überweisung vom HZV-Hausarzt			 	5,00 €
<u>oder</u> <b>NP1H</b> Grundpauschale Heim		1/Q		50,00 €
+ <b>NQ3</b> Zuschlag Blinkreflex/evozierte Potentiale				2,00 €
+ <b>NQ5</b> Zuschlag Elektromyographie				2,00 €
+ <b>NQ6</b> Zuschlag Doppler-/Duplexsonographie				7,00 €
+ <b>NQ7</b> Zuschlag Rationale Pharmakotherapie				4,00 €
+ <b>NQ8</b> Zuschlag elektron. Arztvernetzung (AOK)				5,00 €
+ <b>NQ9</b> Erfolgsbonus elektron. Arztvernetzung (AOK)				2,00 €
+ <b>NQ10</b> Zuschlag Neurosonologie				4,00 €
<u>oder</u> <b>V1</b> Vertreterpauschale	Fernbehandlung möglich sofern Erstkontakt persönlich erfolgt ist	1/Q	 	12,50 €

## Zusatzpauschalen + deren Zuschläge

<b>NP2A1</b> Zerebrovaskuläre Krankheiten	1/Q	!	👤	🚫	17,00 €
+ <b>NP2A2</b> Beratungszuschlag	1/Q		👤	🚫	19,00 €
<b>NP2B1</b> Multiple Sklerose	1/Q	!	👤	🚫	29,00 €
+ <b>NP2B2</b> Beratungszuschlag	2/Q		👤	🚫	19,00 €
+ <b>NQ1A</b> Zuschlag Schwerpunktpraxis MS			+		2,00 €
+ <b>NQ2A</b> Zuschlag EFA® MS			+		5,00 €
<b>NP2C1</b> Epilepsie	1/Q	!	👤	🚫	23,00 €
+ <b>NP2C2</b> Beratungszuschlag	2/Q		👤	🚫	19,00 €
+ <b>NQ1B</b> Zuschlag Schwerpunktpraxis Epilepsie			+		2,00 €
+ <b>NQ2B</b> Zuschlag EFA® Epilepsie			+		5,00 €
+ <b>NQ4</b> Zuschlag Qualifikation Langzeit EEG			+		2,00 €

## Zusatzpauschalen + deren Zuschläge

<b>NP2D1</b> Parkinson und Extrap. Syndrome	1/Q	  	23,00 €
+ <b>NP2D2</b> Beratungszuschlag	2/Q	 	19,00 €
+ <b>NQ1C</b> Zuschlag Schwerpunktpraxis Parkinson			2,00 €
+ <b>NQ2C</b> Zuschlag EFA® Parkinson			5,00 €
<b>NP2E1</b> Demenz	1/Q	  	12,00 €
+ <b>NP2E2</b> Beratungszuschlag	1/Q	 	19,00 €
+ <b>NQ2D</b> Zuschlag EFA® Demenz			5,00 €
<b>NP2F1</b> Polyneuropathie	1/Q	  	12,00 €
+ <b>NP2F2</b> Beratungszuschlag	1/Q	 	19,00 €
<b>NP2G1</b> Verletzungen des Rückenmarks	1/Q	  	17,00 €
+ <b>NP2G2</b> Beratungszuschlag	1/Q	 	19,00 €

## Einzelleistungen

<b>NE1</b>	Liquorpunktion	2/Q		130,00 €
------------	----------------	-----	---	----------

<b>NE2A</b>	(Infusions-) therapie mit hohem Aufwand Immunglobuline; Corticosteroide			45,00 €
-------------	--	--	--	---------

<b>NE2B</b>	(Infusions-) therapie mit erhöhtem Aufwand Mitoxantron; Tysabri			60,00 €
-------------	--	--	--	---------

<b>NE2C</b>	(Infusions-) therapie mit sehr hohem Aufwand Gilenya; Ocrevus; Siponimod			130,00 €
-------------	---	--	--	----------

Bei Erstgabe wird die Ziffer zweimal am selben  
Behandlungstag angesetzt, bei Gilenya ist nur  
die Erstgabe abrechenbar

## Einzelleistungen

<b>NE3</b>	Einstellung Hirnschrittmacher		!	45,00 €
<b>NE4</b>	Medikamentenpumpenbetreuung	4/4Q	!	50,00 €
<b>NE5</b>	Besuch im Heim zur Unzeit			40,00 €
<b>NE7</b>	Schmerztherapeutische Versorgung	1/Q		50,00 €
<b>NE9</b>	Plexus-, Spinal- oder Periduralanalgesie			50,00 €

## Einzelleistungen

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

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

<b>NE13</b> Erstbehandlung Botulinumtoxintherapie	 80,00 €
<b>NE14</b> Folgebehandlung Botulinumtoxintherapie	 50,00 €

## Zuschläge

### 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

### NZ2A Diagnostikzuschlag (1. abgerechneter)

1/Q  
2/4Q

30,00 €

### NZ2B Diagnostikzuschlag (2. abgerechneter)

1/Q  
2/4Q

30,00 €

### NZ3 Neuropsychiatrischer Komplikationszuschlag

1/Q



22,00 €

nur abrechenbar von Praxen, die ausschließlich im Modul Neurologie abrechnen können

## Auftragsleistungen

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

<b>NA0</b>	Auftragsgrundpauschale		12,50 €
<b>NA1</b>	Liquorpunktion		130,00 €
<b>NA3</b>	Einstellung Hirnschrittmacher		45,00 €
<b>NA4</b>	Medikamentenpumpenbetreuung		50,00 €
<b>NA6</b>	Evozierte Potentiale/Blinkreflex		13,00 €
<b>NA7</b>	Langzeit-EEG		50,00 €
<b>NA8</b>	Elektromyographie		19,00 €
<b>NA9</b>	Doppler-/Duplexsonographie		25,00 €
<b>NA10</b>	EEG		25,00 €
<b>NA12</b>	Schmerztherapeutische Versorgung		50,00 €
<b>NA14</b>	Plexus-, Spinal- oder Periduralanalgesie		50,00 €
<b>NA16</b>	Erstbehandlung Botulinumtoxintherapie		80,00 €
<b>NA17</b>	Folgebehandlung Botulinumtoxintherapie		50,00 €

## Abrechnungsbeispiel: Parkinson-Patient mit organischer affektiver und/oder wahnhafter Störung

Grundpauschale	<b>NP1</b>	20.01.2022	35,00 €
Überweisung vom HZV-Arzt	<b>NP1A</b>	20.01.2022	5,00 €
Zusatzpauschale Parkinson	<b>NP2D1</b>	20.01.2022	23,00 €
Beratungszuschlag	<b>NP2D2</b>	20.01.2022	19,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ6---	20.01.2022	7,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ3---	20.01.2022	2,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ5---	20.01.2022	2,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ1c---	20.01.2022	2,00 €
Neuropsychiatrischer Komplikationszuschlag	<b>NZ3*</b>	20.01.2022	22,00 €
Beratungszuschlag	<b>NP2D2</b>	27.01.2022	19,00 €
Summe:			<b>136,00 €</b>

Praxis verfügt über folgende Geräte/Qualifikationsnachweise:

- Doppler- und Duplexsonographie
- Evozierte Potentiale
- EMG
- Schwerpunktpraxis Parkinson

\*NZ3 ist nur abrechenbar von Fachärzten, die ausschließlich im PNP-Modul Neurologie abrechnen können. Praxen, die auch im dem Modul Psychiatrie abrechnen können, setzen stattdessen die entsprechende psychiatrische Zusatzpauschale an.

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

Grundpauschale	<b>NP1</b>	03.01.2022	35,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	<b>NP1A</b>	03.01.2022	5,00 €
Zusatzpauschale Parkinson und Extrap. Syndrome	<b>NP2D1</b>	03.01.2022	23,00 €
Beratungszuschlag (10 Min. Gesprächszeit)	<b>NP2D2</b>	03.01.2022	19,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ6---	03.01.2022	7,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ1C---	03.01.2022	2,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ3---	03.01.2022	2,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ5---	03.01.2022	2,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ10---	03.01.2022	4,00 €
Beratungszuschlag (10 Min. Gesprächszeit)	<b>NP2D2</b>	14.02.2022	19,00 €
Summe:			<b>118,00 €</b>

Praxis verfügt über folgende Geräte/Qualifikationsnachweise:

- Doppler- und Duplexsonographie (NQ6)
- Evozierte Potentiale (NQ3)
- EMG (NQ5)
- Schwerpunktpraxis Parkinson (NQ1c)
- Neurosonologie (NQ10)

**Ähnlich bei den  
anderen Erkrankungen**

## Abrechnungsbeispiel: MS-Patient mit 10 Behandlungsterminen und 7 x Infusionstherapie im Quartal

Infusionstherapie Corticosteroide Erstgabe	<b>NE2A, NE2A</b>	04.01.2022	45,00 € 45,00 €
Grundpauschale	<b>NP1</b>	04.01.2022	35,00 €
Überweisung vom HZV-Arzt	<b>NP1A</b>	04.01.2022	5,00 €
Zusatzpauschale Multiple Sklerose	<b>NP2B1</b>	04.01.2022	29,00 €
Beratungszuschlag	<b>NP2B2</b>	04.01.2022	19,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ6---	04.01.2022	7,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ2A---	04.01.2022	5,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ1A---	04.01.2022	2,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ3---	04.01.2022	2,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ5---	04.01.2022	2,00 €
Infusionstherapie Corticosteroide	<b>NE2A</b>	05.01.2022	45,00 €
Infusionstherapie Corticosteroide	<b>NE2A</b>	07.01.2022	45,00 €
Infusionstherapie Corticosteroide	<b>NE2A</b>	12.01.2022	45,00 €
Infusionstherapie Corticosteroide	<b>NE2A</b>	13.01.2022	45,00 €
Beratungszuschlag	<b>NP2B2</b>	13.01.2022	19,00 €
Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt	<b>NZ1</b>	18.01.2022	15,00 €
Infusionstherapie Corticosteroide	<b>NE2A</b>	21.01.2022	45,00 €
Infusionstherapie Corticosteroide	<b>NE2A</b>	25.01.2022	45,00 €
Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt	<b>NZ1</b>	28.01.2022	15,00 €
		Summe:	<b>515,00 €</b>

Praxis verfügt über folgende  
Geräte/Qualifikationsnachweise:

- Doppler- und Duplexsonographie
- EFA MS
- Schwerpunktpraxis MS
- Evozierte Potentiale
- EMG

## Abrechnungsbeispiel: Behandlung eines Patienten mit Demenz und Zustand nach Schlaganfall

Grundpauschale	<b>NP1</b>	03.02.2022	35,00 €
Überweisung vom HZV-Arzt	<b>NP1A</b>	03.02.2022	5,00 €
Zusatzpauschale Zerebrovaskuläre Krankheiten	<b>NP2A1</b>	03.02.2022	17,00 €
Beratungszuschlag	<b>NP2A2</b>	03.02.2022	19,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ6---	03.02.2022	7,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ3---	03.02.2022	2,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ5---	03.02.2022	2,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ10---	03.02.2022	4,00 €
Zusatzpauschale Demenz	<b>NP2E1</b>	07.02.2022	12,00 €
Beratungszuschlag	<b>NP2E2</b>	07.02.2022	19,00 €
Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt	<b>NZ1</b>	21.03.2022	15,00 €
		Summe:	<b>137,00 €</b>

Praxis verfügt über folgende Geräte/Qualifikationsnachweise:

- Doppler- und Duplexsonographie
- Evozierte Potentiale
- EMG
- Neurosonologie

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

Grundpauschale Heim	<b>NP1H</b>	13.01.2022	50,00 €
Zusatzpauschale Zerebrovaskuläre Krankheiten	<b>NP2A1</b>	13.01.2022	17,00 €
Beratungszuschlag	<b>NP2A2</b>	13.01.2022	19,00 €
Zusatzpauschale Epilepsie	<b>NP2C1</b>	13.01.2022	23,00 €
Beratungszuschlag	<b>NP2C2</b>	13.01.2022	19,00 €
Zusatzpauschale Demenz	<b>NP2E1</b>	13.01.2022	12,00 €
Zusatzpauschale Polyneuropathie und Myopathie	<b>NP2F1</b>	13.01.2022	12,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ6---	13.01.2022	7,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ2b---	13.01.2022	5,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ2d---	13.01.2022	5,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ1b---	13.01.2022	2,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ3---	13.01.2022	2,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ5---	13.01.2022	2,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ10---	13.01.2022	4,00 €
Summe:			<b>179,00 €</b>

Praxis verfügt über folgende Geräte-/Qualifikations-nachweise:

- Doppler- und Duplexsonographie
- EFA Epilepsie
- EFA Demenz
- Schwerpunktpraxis Epilepsie
- Evozierte Potentiale
- EMG
- Neurosonologie

## Abrechnungsbeispiele: Diagnostikfälle

Grundpauschale	<b>NP1</b>	08.03.2022	35,00 €
Überweisung vom HZV-Arzt	<b>NP1A</b>	08.03.2022	5,00 €
1. Diagnostikzuschlag	<b>NZ2A</b>	08.03.2022	30,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ6---	08.03.2022	7,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ3---	08.03.2022	2,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ5---	08.03.2022	2,00 €
Summe:			<b>81,00 €</b>

**Diagnostik-Patient**  
1 Behandlungstermin im Quartal

Grundpauschale	<b>NP1</b>	08.03.2022	35,00 €
Überweisung vom HZV-Arzt	<b>NP1A</b>	08.03.2022	5,00 €
1. Diagnostikzuschlag	<b>NZ2A</b>	08.03.2022	30,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ6---	08.03.2022	7,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ3---	08.03.2022	2,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ5---	08.03.2022	2,00 €
Arzt-Patienten-Kontakt (2.)	---APK---	15.03.2022	0,00 €
Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt	<b>NZ1</b>	22.03.2022	15,00 €
Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt	<b>NZ1</b>	24.03.2022	15,00 €
Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt	<b>NZ1</b>	28.03.2022	15,00 €
Summe:			<b>126,00 €</b>

**Diagnostik-Patient**  
5 Behandlungstermine im Quartal

Praxis verfügt über folgende Geräte/Qualifikationsnachweise:

- Doppler- und Duplexsonographie
- Evozierte Potentiale
- EMG

# 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



oder

Auftragsleistungen

## Grundpauschalen + deren Zuschläge

<b>PYP1</b> Grundpauschale		1/Q	 	17,00 €
+ <b>PYP1A</b> Überweisung vom HZV-Hausarzt			 	5,00 €
<u>oder</u> <b>PYP1H</b> Grundpauschale Heim		1/Q		55,00 €
+ <b>PYQ2</b> Zuschlag Rationale Pharmakotherapie				4,00 €
+ <b>PYQ3</b> Zuschlag elektron. Arztvernetzung (AOK)				5,00 €
+ <b>PYQ3</b> Erfolgsbonus elektron. Arztvernetzung (AOK)				2,00 €
<u>oder</u> <b>PYV1</b> Vertreterpauschale	Fernbehandlung möglich sofern Erstkontakt persönlich erfolgt ist	1/Q	 	12,50 €

## Zusatzpauschalen

<b>PYP2A</b> Schizophrenie, Wahn, Psychotische Störungen	  	22,00 €
<b>PYP2B</b> Persönlichkeitsstörungen	  	10,00 €
<b>PYP2C</b> Angststörungen, Zwangsstörungen	  	15,00 €
<b>PYP2D</b> Affektive Störungen	  	20,00 €
<b>PYP2E</b> Posttraumatische Belastungsstörungen	  	15,00 €
<b>PYP2F</b> Verhaltens-/Essstörungen	  	15,00 €
<b>PYP2G</b> Störungen durch Alkohol und andere Suchtmittel	  	15,00 €
<b>PYP2H</b> Demenz	  	13,00 €

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

## Einzelleistungen

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

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

## Auftragsleistungen

<b>PYA0</b> Auftragsgrundpauschale	1/Q		12,50 €
------------------------------------	-----	---	---------

<b>PYA1</b> Auftragsleistung EEG	2/Q		25,00 €
----------------------------------	-----	--	---------

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

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

Grundpauschale	PYP1	04.01.2022	17,00 €
Überweisung vom HZV-Arzt	PYP1A	04.01.2022	5,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	04.01.2022	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	04.01.2022	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	04.01.2022	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	04.01.2022	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	04.01.2022	20,00 €
Angststörung, Zwangsstörung	PYP2C	04.01.2022	15,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	04.01.2022	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	11.01.2022	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	11.01.2022	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	11.01.2022	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	11.01.2022	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	18.01.2022	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	18.01.2022	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	18.01.2022	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	18.01.2022	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	18.01.2022	20,00 €
		Summe:	<b>337,00 €</b>

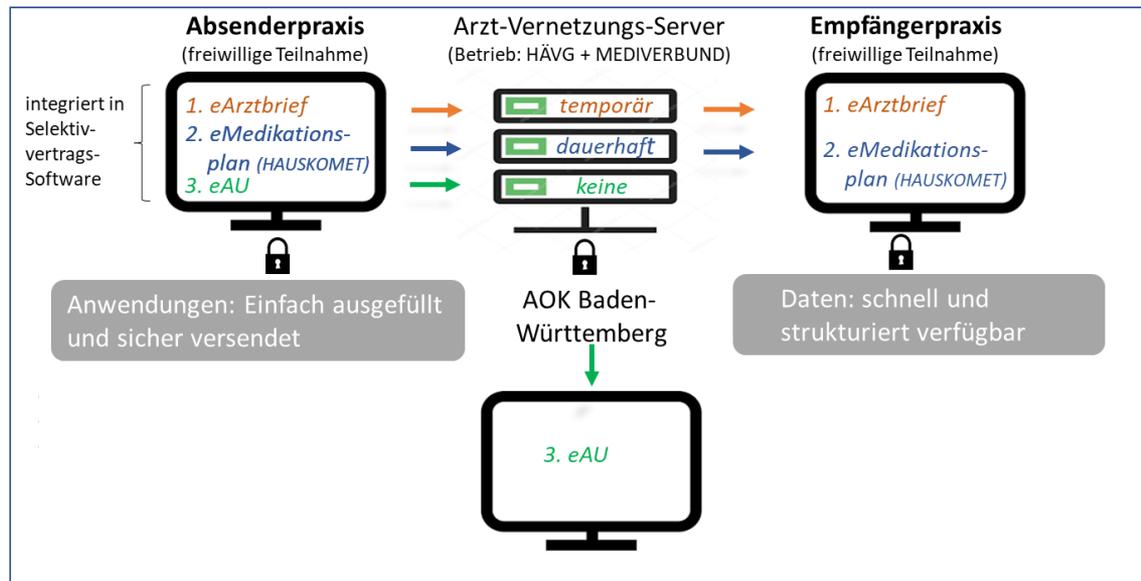
*Ähnlich bei den  
anderen Erkrankungen*

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

Diagnostik/Testung Demenz	PYE2	17.01.2022	41,00 €
Grundpauschale	PYP1	17.01.2022	17,00 €
Überweisung vom HZV-Arzt	PYP1A	17.01.2022	5,00 €
Zusatzpauschale Demenz	PYP2H	17.01.2022	13,00 €
		Summe:	<b>76,00 €</b>

# Elektronische Arztvernetzung

- Digitaler Austausch eines elektronischen Arztbriefes zwischen Haus- und Facharzt (**eArztbrief**)
- Elektronische Weiterleitung des Musters 1a an die Krankenkasse (**eAU**)
- Bereitstellung und Pflege elektronischer Medikationsinformationen von Patienten (**HAUSKOMET**)



**i** weitere Infos unter:  
[www.medi-verbund.de](http://www.medi-verbund.de) →  
 Leistungen →  
 Verträge/Abrechnung →  
 IT-Vernetzung

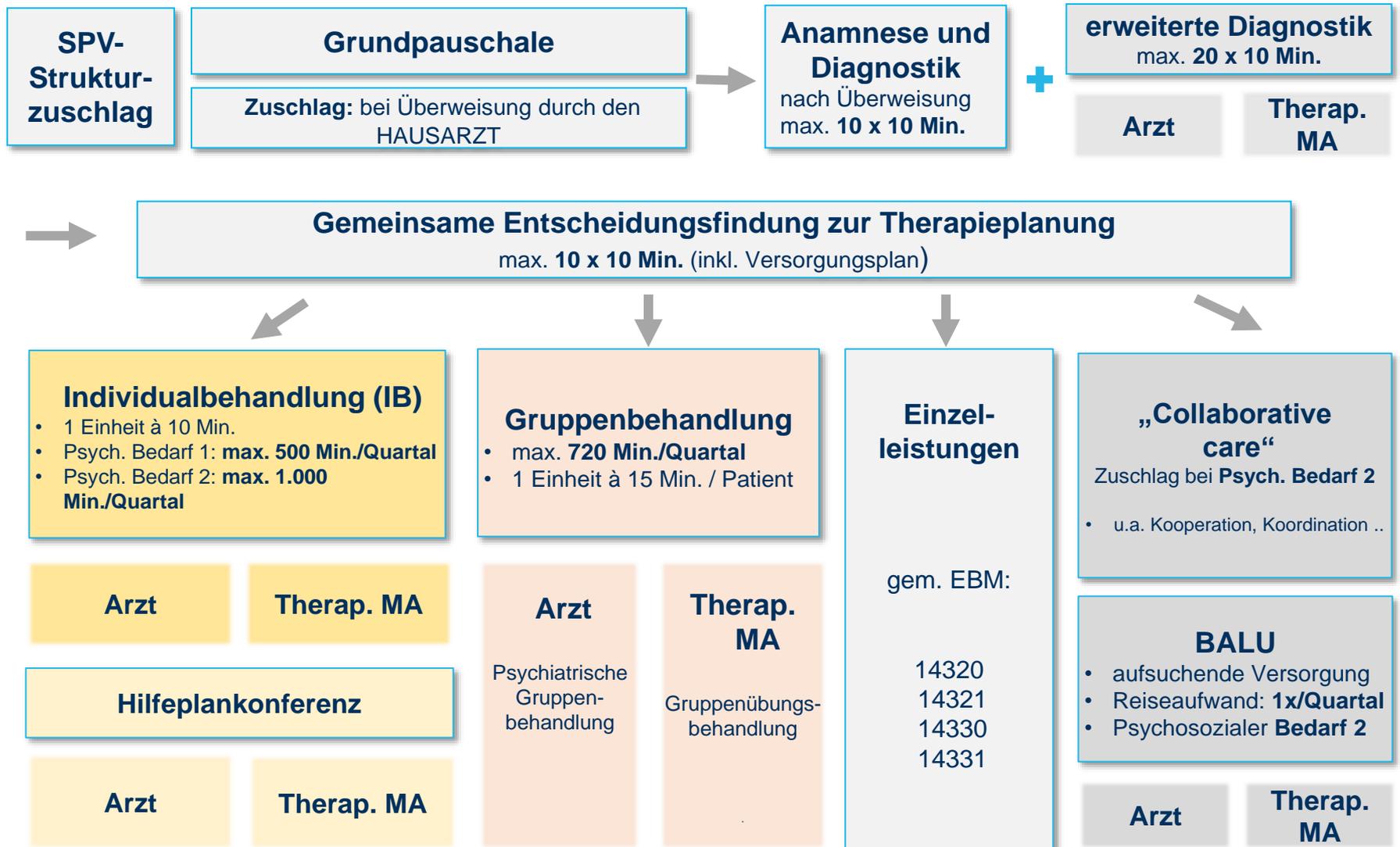
**ZITV\*** Einmaliger Zuschuss Organisationspauschale  
 elektronische Arztvernetzung  
 (einmal je selektivvertragsteilnehmender Praxis/BAG/MVZ)

**+** 2.500,00 €  
 einmalig

# Agenda

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

# Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie



## Grundpauschalen

KJPYP1 Grundpauschale	1/Q	  22,00 €
+ KJPYP1A Überweisung vom HZV-Hausarzt		  5,00 €

<u>oder</u> KJPYV1 Vertreterpauschale	Fernbehandlung möglich sofern Erstkontakt persönlich erfolgt ist	1/Q	  12,50 €
---------------------------------------	---	-----	---

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

## Zusatzpauschalen

**KJPYP2** Anamnese und Diagnostik

100 Min./4Q

  19,00 €

+ *bei Bedarf*

**KJPYP3** Erweiterte Diagnostik (Arzt)

**KJPYP3D** Erweitere Diagnostik (Therapeutischer  
Mitarbeiter)

200 Min./4Q

  19,00 €

12,00 €

**KJPYP4** Gemeinsame Entscheidungsfindung

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

100 Min./4Q

   19,00 €

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

## Zusatzpauschalen

**KJPYP5 Collaborative Care**

1/Q



22,00 €

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

# Einzelleistungen

## Psychosozialer Bedarf 1

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

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

## Psychosozialer Bedarf 2

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

# Einzelleistungen

Achtung: Hier entspricht 1 Einheit 15 Min.

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

## Qualitätszuschläge

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

## Auftragsleistungen

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

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

## Informationsziffern

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

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

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

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

### **DAE** Diagnoseänderung

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

### **KJPYGDK** Genehmigung durch Krankenkasse

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

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

## Abrechnungsbeispiel: Diagnostikfall

Grundpauschale	KJPYP1	08.04.2019	22,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	KJPYP1A	08.04.2019	5,00 €
Anamnese und Diagnostik	KJPYP2	08.04.2019	19,00 €
Anamnese und Diagnostik	KJPYP2	08.04.2019	19,00 €
Anamnese und Diagnostik	KJPYP2	08.04.2019	19,00 €
Anamnese und Diagnostik	KJPYP2	08.04.2019	19,00 €
Anamnese und Diagnostik	KJPYP2	08.04.2019	19,00 €
Erweiterte Diagnostik (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYP3D	16.04.2019	12,00 €
Erweiterte Diagnostik (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYP3D	16.04.2019	12,00 €
Erweiterte Diagnostik (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYP3D	16.04.2019	12,00 €
Erweiterte Diagnostik (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYP3D	24.05.2019	12,00 €
Erweiterte Diagnostik (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYP3D	24.05.2019	12,00 €
Erweiterte Diagnostik (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYP3D	24.05.2019	12,00 €
Erweiterte Diagnostik (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYP3D	24.05.2019	12,00 €
Erweiterte Diagnostik (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYP3D	24.05.2019	12,00 €
Erweiterte Diagnostik (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYP3D	24.05.2019	12,00 €
Erweiterte Diagnostik (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYP3D	24.05.2019	12,00 €
Erweiterte Diagnostik (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYP3D	24.05.2019	12,00 €
Erweiterte Diagnostik (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYP3D	24.05.2019	12,00 €
Erweiterte Diagnostik (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYP3D	24.05.2019	12,00 €
Strukturzuschlag für SPV-Praxen	KJPYZ1	24.05.2019	100,00 €
Summe:			<b>366,00 €</b>

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

Individualbehandlung (Arzt)	KJPYE2	11.04.2019	19,00 €
Gruppenübungsbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYE3D	11.04.2019	9,00 €
Gruppenübungsbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYE3D	11.04.2019	9,00 €
Gruppenübungsbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYE3D	11.04.2019	9,00 €
Gruppenübungsbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYE3D	11.04.2019	9,00 €
Grundpauschale	KJPYP1	11.04.2019	22,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	KJPYP1A	11.04.2019	5,00 €
Individualbehandlung (Arzt)	KJPYE2	09.05.2019	19,00 €
Gruppenübungsbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYE3D	09.05.2019	9,00 €
Gruppenübungsbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYE3D	09.05.2019	9,00 €
Gruppenübungsbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYE3D	09.05.2019	9,00 €
Gruppenübungsbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYE3D	09.05.2019	9,00 €
Individualbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYE2D	23.05.2019	12,00 €
Individualbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYE2D	23.05.2019	12,00 €
Individualbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYE2D	23.05.2019	12,00 €
Individualbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYE2D	23.05.2019	12,00 €
Strukturzuschlag für SPV-Praxen	KJPYZ1	23.05.2019	100,00 €
Individualbehandlung (Arzt)	KJPYE2	07.06.2019	19,00 €
Collaborative Care	KJPYP5	07.06.2019	22,00 €
		Summe:	<b>326,00 €</b>

**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	16.01.2020	12,00 €
Individualbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYE2D	16.01.2020	12,00 €
Individualbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYE2D	16.01.2020	12,00 €
Individualbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYE2D	16.01.2020	12,00 €
Behandlungsansatz Lebensumfeld (BALU)	KJPYE2D	16.01.2020	40,00 €
Individualbehandlung (Arzt)	KJPYE2	20.02.2020	19,00 €
Grundpauschale	KJPYP1	20.02.2020	22,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	KJPYP1A	20.02.2020	5,00 €
Individualbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYE2D	20.02.2020	12,00 €
Individualbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYE2D	20.02.2020	12,00 €
Individualbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYE2D	20.02.2020	12,00 €
Individualbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYE2D	20.02.2020	12,00 €
Strukturzuschlag für SPV-Praxen	KJPYZ1	20.02.2020	100,00 €
Psychotherapeutische Erstbehandlung	PTE2KJN	05.03.2020	115,00 €
Kinder- und Jugendlichenzuschlag	PTZ3	05.03.2020	50,00 €
Kooperationszuschlag	PTZ1KJ	05.03.2020	25,00 €
Individualbehandlung (Arzt)	KJPYE2	05.03.2020	19,00 €
Collaborative Care	KJPYP5	05.03.2020	22,00 €
		Summe:	<b>513,00€</b>

# 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**



oder

Auftragsleistungen

## Grundpauschale

<p><b>PTP1</b> Grundpauschale*</p> <p>+ <b>PTP1A</b> Überweisung vom HZV-Hausarzt</p>	1/4Q	  58,00 €	
  5,00 €			
<p><u>oder</u> <b>PTV1</b> Vertreterpauschale</p>	<p>Fernbehandlung möglich sofern Erstkontakt persönlich erfolgt ist</p>	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 Versorgung

oder

**PTE1SD\*\*** Akute Versorgung bei Vorstellung  
durch den Sozialen Dienst/Patientenbegleitung

10 (KJ:13) Einheiten  
3 Quartale

   120,00 €  
+Zuschläge\*

  145,00 €

Erstkontakte per  
Videofernbehandlung  
möglich

\* werden vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN 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 → **5 Euro**

ab 30 Einheiten PTE1(KJ)/PTE1SD pro Quartal → **10 Euro**

ab 45 Einheiten PTE1(KJ)/PTE1SD pro Quartal → **20 Euro**

ab 55 Einheiten PTE1(KJ)/PTE1SD pro Quartal → **25 Euro**

\*\* PTE1SD ist abrechenbar bei Vorliegen des Anfrageformulars von SD/PBG und Therapiebeginn innerhalb von 14 Tagen nach Eingang des Formulars.

# Sozialer Dienst (SD) / Patientenbegleitung (PBG)

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



Sozialer Dienst der AOK  
Kontaktdaten  
siehe Fax-/ Adressliste

## PNP-Facharztvertrag nach § 73c SGB V:

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

### PNP-Praxis:

#### Erstkontakt und Vorgehen von SD auszufüllen

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

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

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

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

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

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

Datum, Stempel, Tel., Unterschrift PNP-Praxis

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

## Voraussetzungen für PTE1SD:

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

Analoges Formular für  
Patientenbegleitung (Bosch BKK)

# Sozialer Dienst (SD) / Patientenbegleitung (PBG)

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



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

## Einbindung des SD der AOK Baden-Württemberg durch

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

## Vereinbartes Vorgehen

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

Anruf erbeten am \_\_\_\_\_ zwischen \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_ Uhr  
unter Telefon / Handy \_\_\_\_\_

### Erklärung Patient/in

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

Datum, Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigter/

### Erklärung Praxis

Dem / der 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.

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)

## Einzeleistungen (Erst- und Weiterbehandlung)

<b>PTE2(KJ) Erstbehandlung</b>	20 (KJ:25) Einheiten 4 Quartale	   115,00 €
<b>PTE3(KJ) Weiterbehandlung</b>	30 (KJ:38) Einheiten 8 Quartale	   105,00 €
<b>PTE3TR Weiterbehandlung Traumata</b>	5 x 30 Einheiten 5 x 8 Quartale	   105,00 €
<b>PTE4(KJ) niederfrequente Behandlung</b>	6 Einheiten pro Quartal unbegrenzt	   105,00 €

## Einzelleistungen (Analytische PT)

**PTE5** Analytische Psychotherapie

max. 300 Einheiten  
max. 5 x pro Woche

   105,00 €

**mit Antrags- und Gutachterverfahren gem. PT-Vereinbarung!**

## Einzeleleistungen (Gruppenbehandlung)

<b>PTE6</b> Gruppenbehandlung (klein, 2-5 P.)	} 20 Einheiten (à 100min) 6 Quartale	  	130,00 €
<b>PTE7</b> Gruppenbehandlung (groß, 6-9 P.)			

### Sonderregelung PTE6 und PTE7 (Gruppenbehandlung)

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

## Auftragsleistungen (Gruppenbehandlung)

<b>PTA1</b> Gruppenbehandlung (klein, 2-5 P.)	} 20 Einheiten (à 100min) 6 Quartale	  	130,00 €
<b>PTA2</b> Gruppenbehandlung (groß, 6-9 P.)			

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

# Einzelleistungen (interdisziplinäre Versorgungsplanung)

## PTE8 interdisziplinäre Versorgungsplanung

  60,00 €

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

# Zuschläge

<b>PTZ1(KJ)</b> Kooperationszuschlag (Bericht)	1/Q	 	25,00 €
<b>PTZ3</b> Kinder- u. Jugendlichenzuschlag	1/Q	 	50,00 €
<b>PTZ3A</b> Betreuung bei geistiger Behinderung	1/Q	 	50,00 €
<b>PTZ4</b> Teilnahme Fallkonferenz Rücken	1/4Q	 	50,00 €
<b>PTQ1</b> Zuschlag Videosprechstunde	auf jede PTP1		4,00 €

## Hinweise zur Videosprechstunde

- unter der Voraussetzung, dass die Praxis eine entsprechend zertifizierte Technik (Nachweis: Lizenzvertrag über KBV zertifizierte Software) vorhält, kann im Bedarfsfall eine Videosprechstunde angeboten werden
  - liegt der entsprechende Nachweis bei MEDIVERBUND vor, erhält die Praxis den Zuschlag **PTQ1 = 4 Euro** auf jede abgerechnete PTP1 (unabhängig von der tatsächlichen Anwendung)
  - zertifizierte Videodienstleister finden Sie auf der Seite der KBV: <https://www.kbv.de/html/videosprechstunde.php>
- ☞ bitte beachten Sie die Berufsordnung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg bzw. der Landesärztekammer Baden-Württemberg und die Empfehlungen Bundespsychotherapeutenkammer zur psychotherapeutischen Fernbehandlung

## Infoziffern

### **DAE** Diagnoseänderung

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

### **GDK** Genehmigung durch Krankenkasse

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

## Kennzeichnung des Therapieverfahrens

- bei allen Einzel- und Auftragsleistungen außer PTE5 und PTE8 ist zusätzlich das Therapieverfahren gemäß folgender Kategorien anzugeben:
  - **Verhaltenstherapie (V)**
  - **Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (T)**
  - **Neue Verfahren (Hypnose, Systemische Therapie,...) (N)**
  - **Neuropsychologische Therapie (P)**
  
- das jeweilige Kürzel am Ende der Abrechnungsziffer kennzeichnet das Therapieverfahren in der Software, z.B.: PTE1**V**, PTE2**T**

## Reihenfolge der Therapieserien

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

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

## Abrechnung während stationärem Aufenthalt

### ➤ **grundsätzlich gilt:**

während eines stationären Aufenthalts sind keine ambulanten Leistungen abrechenbar

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

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

## Regelungen zu den Einzelleistungen

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

# Regelungen zur Gruppenbehandlung

## ➤ Abrechnungshäufigkeit

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

# Regelungen zur Gruppenbehandlung

## ➤ **Mischen possible**

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

## ➤ **Gruppengröße**

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

## ➤ **Bezugspersonengruppen**

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

## Hinweise zum Strukturzuschlag

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

## Abrechnungsbeispiel: Behandlung eines Patienten mit mittelschwerer Depression

Grundpauschale	PTP1	02.01.2020	58,00 €
Überweiserpauschale	PTP1A	02.01.2020	5,00 €
Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	02.01.2020	120,00 €
Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	06.01.2020	120,00 €
Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	13.01.2020	120,00 €
Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	20.01.2020	120,00 €
Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	27.01.2020	120,00 €
Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	29.01.2020	120,00 €
Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	03.02.2020	120,00 €
Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	10.02.2020	120,00 €
Kooperationszuschlag	PTZ1	10.02.2020	25,00 €
Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	17.02.2020	120,00 €
Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	24.02.2020	120,00 €
Erstbehandlung	PTE2V	13.03.2020	115,00 €
Erstbehandlung	PTE2V	20.03.2020	115,00 €
Erstbehandlung	PTE2V	27.03.2020	115,00 €
<b>Summe:</b>			<b>1642,00 €</b>

Hier:  
Mindestbetrag  
PTE1

## Abrechnungsbeispiel: Gruppentherapie-Behandlung eines Erwachsenen mit sozialen Ängsten

Grundpauschale	PTP1	02.01.2020	58,00 €
Überweiserpauschale	PTP1A	02.01.2020	5,00 €
Gruppenbehandlung – kleine Gruppe	PTE6V	13.01.2020	130,00 €
Gruppenbehandlung – kleine Gruppe	PTE6V	20.01.2020	130,00 €
Gruppenbehandlung – kleine Gruppe	PTE6V	10.02.2020	130,00 €
Kooperationszuschlag	PTZ1	10.02.2020	25,00 €
Gruppenbehandlung – kleine Gruppe	PTE6V	21.02.2020	130,00 €
Gruppenbehandlung – kleine Gruppe	PTE6V	06.03.2020	130,00 €
Gruppenbehandlung – kleine Gruppe	PTE6V	20.03.2020	130,00 €
		Summe:	<b>868,00 €</b>

Bsp.: PNP-Vertrag

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

Grundpauschale	PTP1	05.10.2020	58,00 €
Überweiserpauschale	PTP1A	05.10.2020	5,00 €
Kooperationszuschlag	PTZ1KJ	05.10.2020	25,00 €
Kinder- und Jugendlichenzuschlag	PTZ3	05.10.2020	50,00 €
Erstbehandlung	PTE2KJV	05.10.2020	115,00 €
Erstbehandlung	PTE2KJV	08.10.2020	115,00 €
Erstbehandlung	PTE2KJV	12.10.2020	115,00 €
Erstbehandlung	PTE2KJV	19.10.2020	115,00 €
Erstbehandlung	PTE2KJV	21.10.2020	115,00 €
Erstbehandlung	PTE2KJV	26.10.2020	115,00 €
Erstbehandlung	PTE2KJV	29.10.2020	115,00 €
Erstbehandlung	PTE2KJV	04.11.2020	115,00 €
Erstbehandlung	PTE2KJV	11.11.2020	115,00 €
Erstbehandlung	PTE2KJV	17.11.2020	115,00 €
Erstbehandlung	PTE2KJV	02.12.2020	115,00 €
Gruppenbehandlung – kleine Gruppe	PTE6V	08.12.2020	130,00 €
Gruppenbehandlung – kleine Gruppe	PTE6V	11.12.2020	130,00 €
Erstbehandlung	PTE2KJV	14.12.2020	115,00 €
Erstbehandlung	PTE2KJV	18.12.2020	115,00 €
Summe:			<b>1893,00 €</b>

Beispiel PNP-Vertrag

# Agenda

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

# Modulübergreifende Abrechnungsregeln

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

## Abrechnungsbeispiel: Neurologie + Psychiatrie

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

Grundpauschale Neurologie	NP1	04.01.2022	35,00 €
Überweisung vom HZV-Arzt	NP1A	04.01.2022	5,00 €
Zusatzpauschale Zerebrovaskuläre Krankheiten	NP2A1	04.01.2022	17,00 €
Beratungszuschlag	NP2A2	04.01.2022	19,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ6---	04.01.2022	7,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ3---	04.01.2022	2,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ5---	04.01.2022	2,00 €
Zusatzpauschale Affektive Störungen	PYP2D	11.03.2022	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	11.03.2022	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	11.03.2022	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	11.03.2022	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	11.03.2022	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	11.03.2022	20,00 €
		Summe:	<b>207,00 €</b>

# Modulübergreifende Abrechnungsregeln

Übergreifende Regel	Neurologie	Psychiatrie	Psychotherapie
<p><b>Gesprächsleistungen Psychiatrie und Psychotherapie nicht am selben Tag abrechenbar</b></p>		<p>Psychotherapeutische Gesprächsziffern (PTE1-PTE8) dürfen nicht am selben Tag mit der Psychiatrischen Gesprächsziffer (PYE1) abgerechnet werden</p>	
<p><b>Keine Gesprächsleistungen zusätzlich zur Heimpauschale abrechenbar</b></p>	<p>Psychotherapeutische (PTE1-PTE8) oder Psychiatrische Gesprächsziffern (PYE1) dürfen nicht bei Patienten abgerechnet werden, für die eine Heim-Grundpauschale abgerechnet wird. Hier muss die normale P1 abgerechnet werden.</p>		

# Abrechnungsbeispiel: Neurologie + Psychiatrie + Psychotherapie

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

Grundpauschale Psychiatrie	PYP1	07.01.2022	17,00 €
Überweisung vom HZV-Arzt	PYP1A	07.01.2022	5,00 €
Zusatzpauschale Affektive Störungen	PYP2D	07.01.2022	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	07.01.2022	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	07.01.2022	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	07.01.2022	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	07.01.2022	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	07.01.2022	20,00 €
Psychotherapeutische Weiterbehandlung	PTE3V	14.01.2022	105,00 €
Kooperationszuschlag	PTZ1	14.01.2022	25,00 €
Psychotherapeutische Weiterbehandlung	PTE3V	22.01.2022	105,00 €
Zusatzpauschale Epilepsie	NP2C1	24.01.2022	23,00 €
Beratungszuschlag	NP2C2	24.01.2022	19,00 €
Beratungszuschlag	NP2C2	24.01.2022	19,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ2B---	24.01.2022	5,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ1B---	24.01.2022	2,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ4---	24.01.2022	2,00 €
Summe:			<b>447,00 €</b>

# Abrechnungsbeispiel: Neurologie + Psychiatrie + Psychotherapie

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

Schmerztherapeutische Versorgung	NE7	07.01.2022	50,00 €
Kooperationszuschlag	PTZ1	07.01.2022	25,00 €
Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	10.01.2022	130,00 €*
Grundpauschale Psychiatrie	PYP1	13.01.2022	17,00 €
Überweisung vom HZV-Arzt	PYP1A	13.01.2022	5,00 €
Zusatzpauschale Affektive Störungen	PYP2D	13.01.2022	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	13.01.2022	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	13.01.2022	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	17.01.2022	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	17.01.2022	20,00 €
Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	17.01.2022	130,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	20.01.2022	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	24.01.2022	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	28.01.2022	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	07.02.2022	20,00 €
Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	11.02.2022	130,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	14.02.2022	20,00 €
Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	21.02.2022	130,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	24.02.2022	20,00 €
Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	24.02.2022	130,00 €
<b>Summe:</b>			<b>967,00 €</b>

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

## Abrechnungsbeispiel: Neurologie + Psychotherapie

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

Kooperationszuschlag	PTZ1	03.01.2020	25,00 €
Erstbehandlung	PTE2V	03.01.2020	115,00 €
Grundpauschale Neurologie	NP1	03.01.2020	35,00 €
Überweisung vom HZV-Arzt	NP1A	03.01.2020	5,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ6---	03.01.2020	7,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ3---	03.01.2020	2,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ5---	03.01.2020	2,00 €
Erstbehandlung	PTE2V	13.01.2020	115,00 €
Erstbehandlung	PTE2V	11.02.2020	115,00 €
Erstbehandlung	PTE2V	24.02.2020	115,00 €
Erstbehandlung	PTE2V	19.03.2020	115,00 €
		Summe:	<b>651,00 €</b>

# Abrechnungsbeispiel: Psychiatrie + Psychotherapie

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

Weiterbehandlung	PTE3V	08.01.2020	105,00 €
Kooperationszuschlag	PTZ1	08.01.2020	25,00 €
Grundpauschale Psychiatrie	PYP1	08.01.2020	17,00 €
Überweisung vom HZV-Arzt	PYP1A	08.01.2020	5,00 €
Weiterbehandlung	PTE3V	15.01.2020	105,00 €
Weiterbehandlung	PTE3V	18.01.2020	105,00 €
Zusatzpauschale Affektive Störungen	PYP2D	23.01.2020	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	23.01.2020	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	23.01.2020	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	23.01.2020	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	23.01.2020	20,00 €
Psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	PYE1	23.01.2020	20,00 €
Weiterbehandlung	PTE3V	29.01.2020	105,00 €
Weiterbehandlung	PTE3V	31.01.2020	105,00 €
Summe:			<b>693,00 €</b>

# 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 <b>uneingeschränkt kombiniert</b> werden, auch am selben Tag.	

- **Wann ist eine Überweisung notwendig?**
  - Module Neurologie und Psychiatrie: jedes Quartal
  - Modul Kinderpsychiatrie: zu Beginn der Behandlung
  - Modul Psychotherapie: zu Beginn der Behandlung und beim Wechsel in die Therapieserie PTE4 bzw. PTE3TR
  
- **Wann ist ein Bericht zu erstellen?**
  - Bericht vom Facharzt an den HZV-Hausarzt: innerhalb von **5 Werktagen**
  - Bericht vom Psychotherapeuten an den HZV-Hausarzt **innerhalb von 2 Wochen** nach Erstkontakt und bei jedem Therapieserienwechsel, sowie bei Therapieende.

# Ziffernerfassung in der Software

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

falsch:

Datum	Ziffer
07.01.2022	<del>3 PTE1V</del>

richtig:

Datum	Ziffer
07.01.2022	PTE1V
07.01.2022	PTE1V
07.01.2022	PTE1V

## Allgemeine Tipps zur Abrechnung

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

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



**Grün hinterlegt sind:** Patentfreie Arzneimittel, 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:** Me-Too-Arzneimittel, die durch die von der Software vorgeschlagenen wirtschaftlichen Alternativen identischer Wirkstoffgruppen sowie gegebenenfalls deren Alternativen 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	NP1	03.07.2017	35,00 €
2	NP1A	03.07.2017	5,00 €
3	NZ2A	03.07.2017	30,00 €
4	NZ1	03.07.2017	15,00 €
5	--NQ6--	03.07.2017	7,00 €
6	--NQ7_GRUEN--	03.07.2017	2,50 €
7	--NQ3--	03.07.2017	2,00 €
8	--NQ5--	03.07.2017	2,00 €
9		Summe:	98,50 €
10		Verwaltungskosten (3,57 %):	3,52 €

# Beispielhafte Darstellung in der Software

Medikamentensuche

Katalogsuche | Praxisbezogene Suche | Patientenbezogene Suche

Suche | ATC-Katalog | Erweiterte Suche

ondansetron N1

Suchgebiet

Medikament  Hersteller  Wirkstoff  PZN  Rabattierung

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

Informationen zur rationalen Pharmakotherapie werden zusammengestellt.

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

**Verschreibungspflichtig!**  
**Apothekenpflichtig!**

Aut idem  
 Detailinformationen

72 Ergebnisse

# Beispielhafte Darstellung in der Software

Medikamentensuche

Katalogsuche | Praxisbezogene Suche | Patientenbezogene Suche

Suche | ATC-Katalog | Erweiterte Suche

ondansetron N1

**rationale Pharmakotherapie**

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

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

Ondansetron (A04AA01)

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

Detailinformationen | OK | Abbrechen

72 Ergebnisse

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

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

## Erreichung Ihrer Pharmaquoten

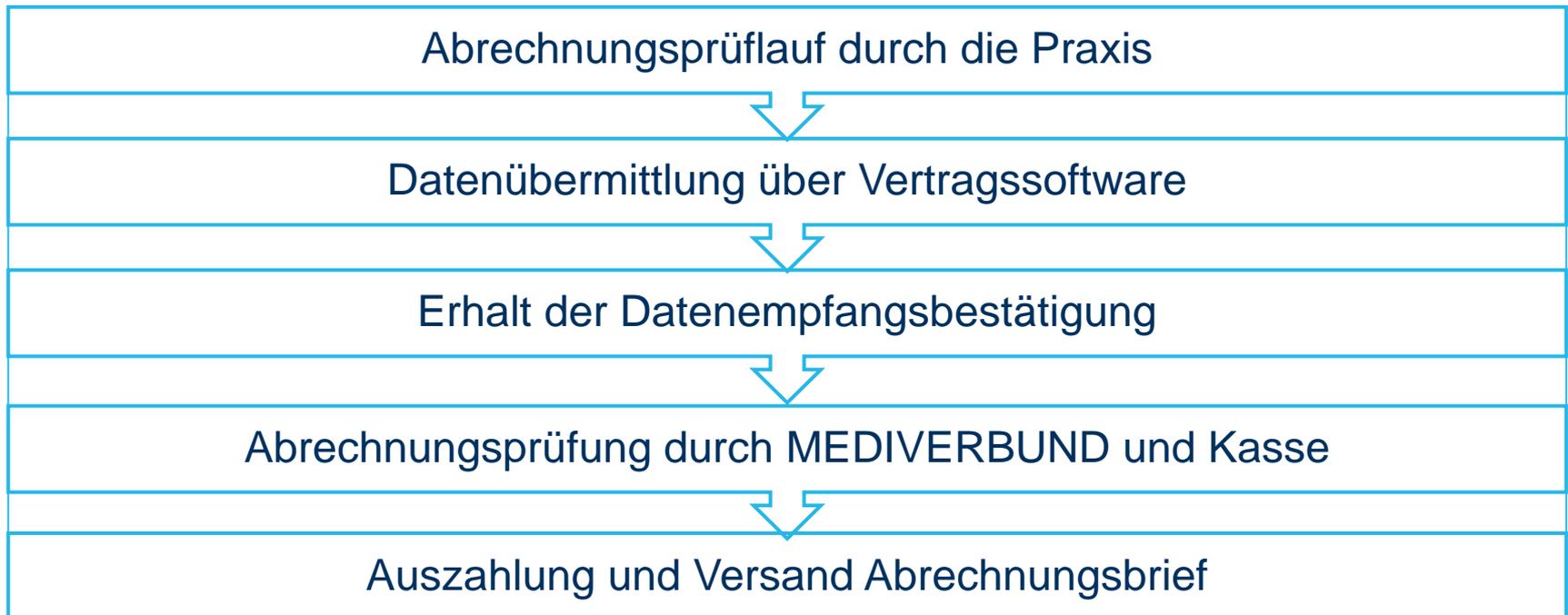
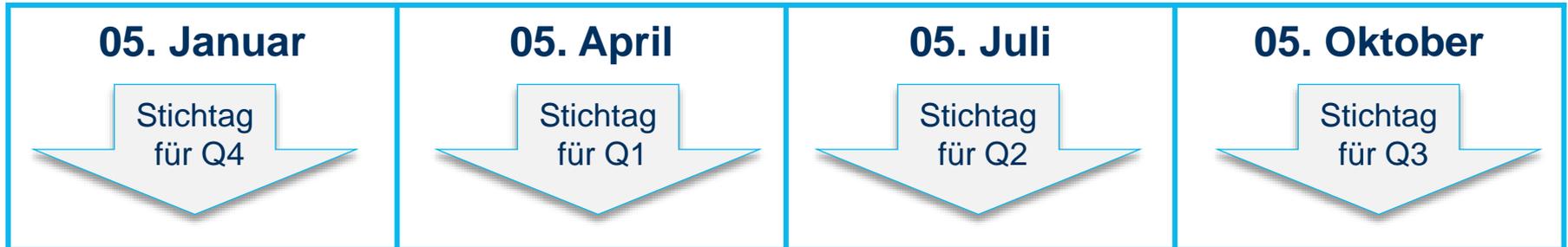
In der nachfolgenden Tabelle können Sie Ihre individuelle Erreichung der Pharmaquoten nachvollziehen.

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

# Agenda

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

# Abrechnungsprozess



# Empfangsbestätigung der Abrechnungsdaten

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

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

Sehr geehrter [REDACTED]

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

**3. Quartal 2018**

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

Sie haben uns keine Verordnungen geschickt.

**4. Quartal 2018**

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

Sie haben uns 6 Verordnungen geschickt.

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

# Inhalt des Abrechnungsbriefs

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

Position	Belastung	Gutschrift
<b>Abrechnungssumme für das 4. Quartal 2018</b>		49.385,25 €
3,570 % Verwaltungskosten MEDIVERBUND AG	1.762,72 €	
<b>Zwischensumme Quartal 4/2018</b>		<b>47.622,53 €</b>
Position	Belastung	Gutschrift
<b>Nachabrechnungssumme für das 3. Quartal 2018</b>		556,89 €
3,570 % Verwaltungskosten MEDIVERBUND AG	19,88 €	
<b>Zwischensumme Quartal 3/2018</b>		<b>537,01 €</b>
<b>Zwischensumme gesamt</b>		<b>48.159,54 €</b>
	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 €
	<b>Endbetrag</b>	<b>4.752,54 €</b>

# Inhalt des Abrechnungsbriefs

## ➤ Buchungsübersicht

### Konto Buchungsübersicht

Datum	Beschreibung	Betrag
	<b>Start Saldo</b>	<b>0,00 €</b>
01.11.2018	AOK BW PNP 73c Abschlag 2018-Q4-1	-4.838,00 €
01.12.2018	AOK BW PNP 73c Abschlag 2018-Q4-2	-4.838,00 €
31.12.2018	AOK BW PNP 73c Abschlag 2018-Q4-3	-4.838,00 €
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 €
	<b>End Saldo</b>	<b>8.096,55 €</b>

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

Änderungen der Bankverbindung bitte rechtzeitig über das Arztportal oder Stammdatenänderungsblatt mitteilen

## ➤ Übersicht Behandlungsfälle

### Übersicht Behandlungsfälle

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

# Inhalt des Abrechnungsbriefs

## ➤ Einzelnachweise

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

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

# Beispiel Abrechnungsprüfung: Ersetzen von Auftragsleistungen

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

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

übermittelte Daten:

Datum	Ziffer
12.07.2021	NP1
12.07.2021	NP1A
05.08.2021	NZ1
09.08.2021	NA16
26.08.2021	NZ1

nach Prüfung:

1	NP1	12.07.2021	35,00 €
2	NP1A	12.07.2021	5,00 €
4	---NQ6---	12.07.2021	7,00 €
4	---NQ5---	12.07.2021	2,00 €
5	---NQ3---	12.07.2021	2,00 €
6	---NQ1A---	12.07.2021	2,00 €
7	NZ1	05.08.2021	15,00 €
8	NE13	09.08.2021	80,00 €
9	NZ1	26.08.2021	15,00 €
10	Summe:		
Änderung:	NA16 wurde durch NE13 ersetzt, da Sie kein Zielbehandler waren.	09.08.2021	



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

übermittelte Daten:

Datum	Ziffer
08.01.2020	PTP1
08.01.2020	PTP1A
08.01.2020	PTE1T ①
15.01.2020	PTE1T ②
22.01.2020	PTE1T ③
29.01.2020	PTE1T ④
05.02.2020	PTE1T ⑤
12.02.2020	PTE1T ⑥
19.02.2020	PTE1T ⑦
26.02.2020	PTE1T ⑧
05.03.2020	PTE1T ⑨
12.03.2020	PTE1T ⑩
16.03.2020	PTE1T ⑪
19.03.2020	PTE1T ⑫
26.03.2020	PTZ1

nach Prüfung:

1	PTP1	08.01.2020	58,00 €
2	PTP1A	08.01.2020	5,00 €
3	PTE1T (inkl. Zuschlag ab 20 Einh.)	08.01.2020	125,00 €
4	PTE1T	15.01.2020	125,00 €
5	PTE1T	22.01.2020	125,00 €
6	PTE1T	29.01.2020	125,00 €
7	PTE1T	05.02.2020	125,00 €
8	PTE1T	12.02.2020	125,00 €
9	PTE1T	19.02.2020	125,00 €
10	PTE1T	26.02.2020	125,00 €
11	PTE1T	05.03.2020	125,00 €
12	PTE1T	12.03.2020	125,00 €
13	PTE2T	16.03.2020	115,00 €
14	PTE2T	19.03.2020	115,00 €
16	PTZ1	26.03.2020	25,00 €
17		Summe	1.568,00 €
Änderung:	Ziffer „PTE1T“ wurde umgewandelt in „PTE2T“, da die Therapieserie PTE1(KJ) ausgeschöpft ist.	16.03.2020	
Änderung:	Ziffer „PTE1T“ wurde umgewandelt in „PTE2T“, da die Therapieserie PTE1(KJ) ausgeschöpft ist.	19.03.2020	

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

übermittelte Daten:

Q3/2020

Datum	Ziffer
13.07.2020	PTE2V
20.07.2020	PTE2V
27.07.2020	PTE2V

Q4/2020

Datum	Ziffer
09.10.2020	PTE2V
16.10.2020	PTE2V
06.11.2020	PTE2V

Q1/2021

Datum	Ziffer
08.01.2021	PTE2V
12.02.2021	PTE2V
19.02.2021	PTE2V

Q2/2021

Datum	Ziffer
04.04.2021	PTP1
04.04.2021	PTP1A
11.04.2021	PTE2V
18.04.2021	PTE2V
25.04.2021	PTE2V
30.04.2021	PTE2V

Q3/2021

Datum	Ziffer
02.07.2021	PTE2V
09.07.2021	PTE2V
16.07.2021	PTE2V
23.07.2021	PTE2V
30.07.2021	PTE2V

 PTE2V im 5. Quartal in Folge

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

nach Prüfung:

1	PTE3V	02.07.2021	105,00 €
2	PTE3V	09.07.2021	105,00 €
3	PTE3V	16.07.2021	105,00 €
4	PTE3V	23.07.2021	105,00 €
5	PTE3V	30.07.2021	105,00 €
6	<i>Summe</i>		525,00 €
Änderung:	Die Leistung wurde nicht innerhalb des Zeitraums von 4 Quartalen abgerechnet und kann nicht mehr als PTE2V verrechnet werden [Start war 13.07.2018]	02.07.2021	
Änderung:	Die Leistung wurde nicht innerhalb des Zeitraums von 4 Quartalen abgerechnet und kann nicht mehr als PTE2V verrechnet werden [Start war 13.07.2018]	09.07.2021	
Änderung:	Die Leistung wurde nicht innerhalb des Zeitraums von 4 Quartalen abgerechnet und kann nicht mehr als PTE2V verrechnet werden [Start war 13.07.2018]	16.07.2021	
Änderung:	Die Leistung wurde nicht innerhalb des Zeitraums von 4 Quartalen abgerechnet und kann nicht mehr als PTE2V verrechnet werden [Start war 13.07.2018]	23.07.2021	
Änderung:	Die Leistung wurde nicht innerhalb des Zeitraums von 4 Quartalen abgerechnet und kann nicht mehr als PTE2V verrechnet werden [Start war 13.07.2018]	30.07.2021	



# Beispiel Abrechnungsprüfung: Ersetzen PTE1 nach Abrechnung PTE2

## übermittelte Daten:

## nach Prüfung:

Datum	Ziffer
08.04.2021	PTP1
08.04.2021	PTP1A
08.04.2021	PTE1T
15.04.2021	PTE1T
29.04.2021	PTE1T
06.05.2021	PTE1T
17.05.2021	<b>PTE2T</b>

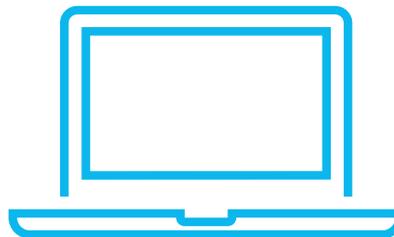


Datum	Ziffer
02.07.2021	<b>PTP1</b>
02.07.2021	<b>PTP1A</b>
02.07.2021	<b>PTE1T</b>
09.07.2021	<b>PTE1T</b>
16.07.2021	<b>PTE1T</b>

1	PTE2T	02.07.2021	115,00 €
2	---APK---	02.07.2021	0,00 €
3	---APK---	02.07.2021	0,00 €
4	PTE2T	09.07.2021	115,00 €
5	PTE2T	16.07.2021	115,00 €
6	<i>Summe</i>		<b>345,00 €</b>
Änderung:	Die Ziffer PTP1 kann maximal 1 mal im Krankheitsfall abgerechnet werden.	02.07.2021	
Änderung:	Die Ziffer PTP1A kann maximal 1 mal im Krankheitsfall abgerechnet werden.	02.07.2021	
Änderung:	Bei Abrechnung von PTE1T darf vorausgehend keine PTE2T abgerechnet worden sein, die Ziffer wird umgewandelt in PTE2T.	02.07.2021	
Änderung:	Bei Abrechnung von PTE1T darf vorausgehend keine PTE2T abgerechnet worden sein, die Ziffer wird umgewandelt in PTE2T.	09.07.2021	
Änderung:	Bei Abrechnung von PTE1T darf vorausgehend keine PTE2T abgerechnet worden sein, die Ziffer wird umgewandelt in PTE2T.	16.07.2021	

# Elektronisches Korrekturverfahren

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



## Regelwerksprüfung der KV

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

## Monatliche Abschlagszahlungen

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

**Psychotherapeuten: 116,00 €**  
pro Fall

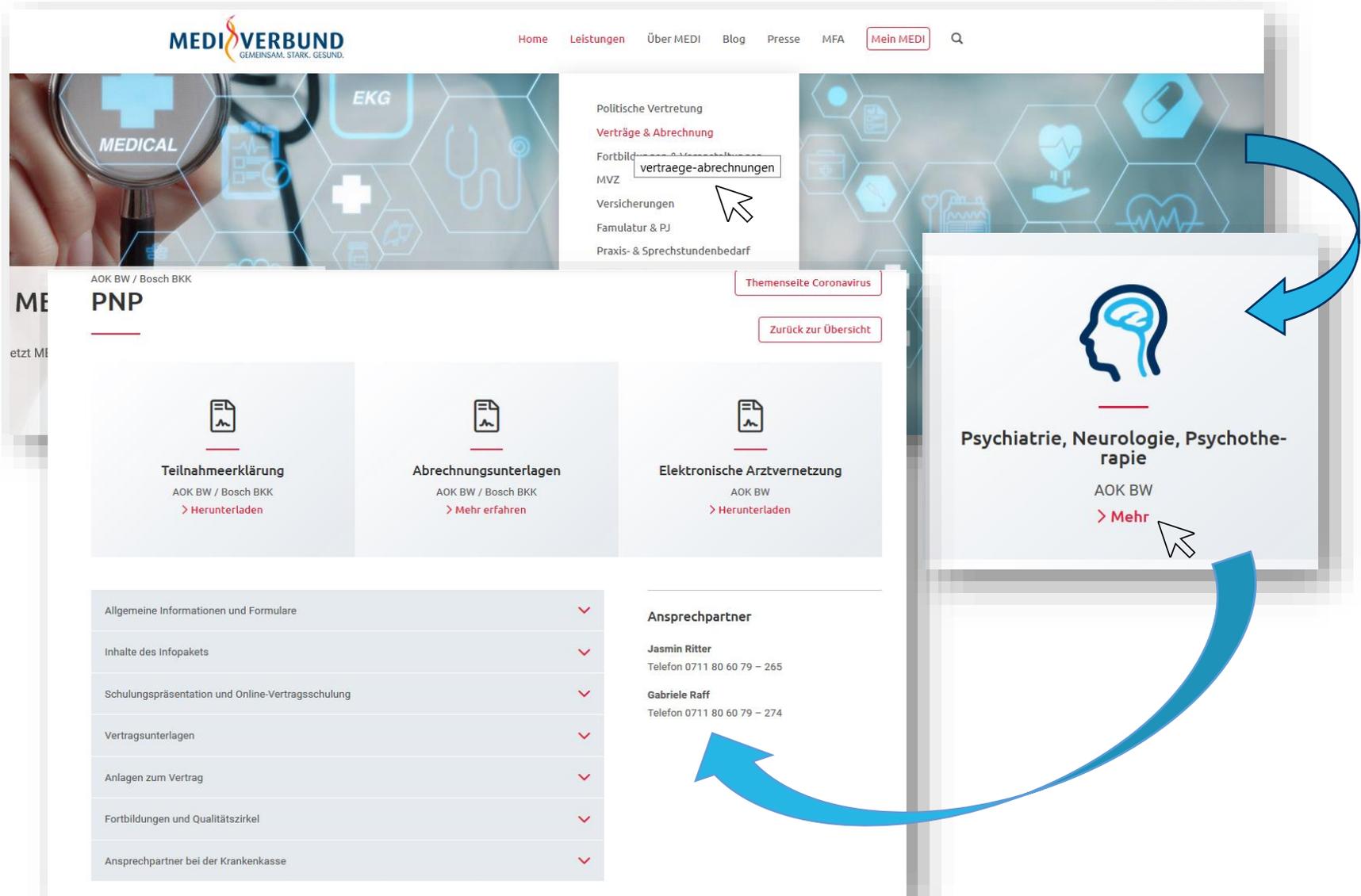
Berechnung auf Basis der  
Abrechnungsdaten des  
Vorquartals

## Schlusszahlung

ca. 10 Wochen nach dem  
Abrechnungstichtag

# Agenda

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



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

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

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

AOK BW / Bosch BKK

**PNP**

Themenseite Coronavirus  
Zurück zur Übersicht

 **Teilnahmeerklärung**  
AOK BW / Bosch BKK  
> Herunterladen

 **Abrechnungsunterlagen**  
AOK BW / Bosch BKK  
> Mehr erfahren

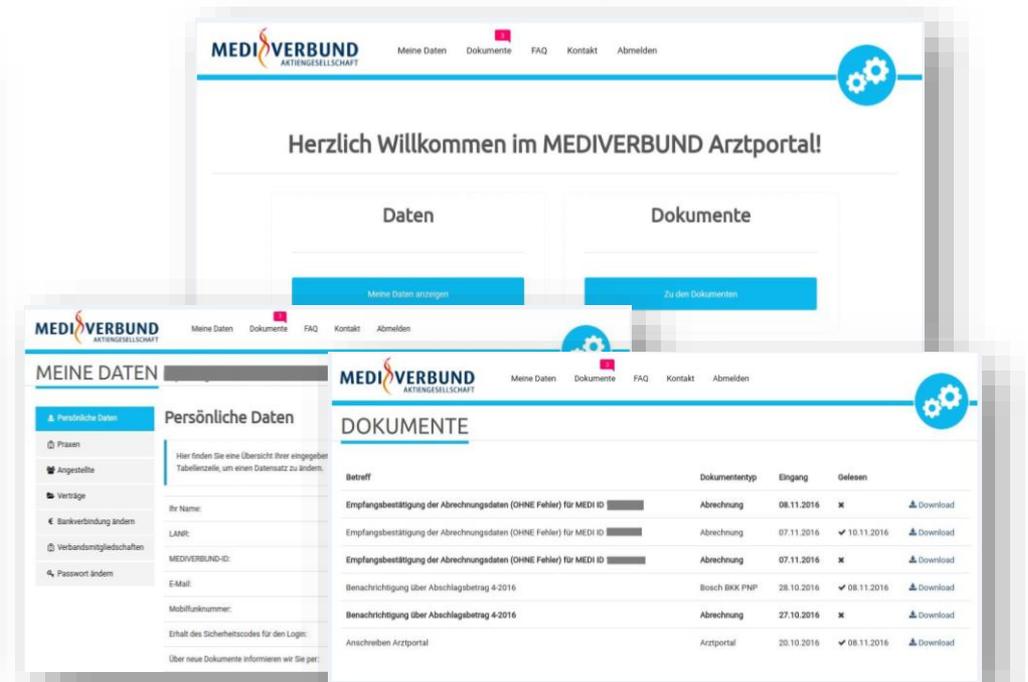
 **Elektronische Arztvernetzung**  
AOK BW  
> Herunterladen

**Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie**  
AOK BW  
> **Mehr**

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

**Ansprechpartner**  
**Jasmin Ritter**  
Telefon 0711 80 60 79 – 265  
**Gabriele Raff**  
Telefon 0711 80 60 79 – 274

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



# Umkreissuche nach teilnehmenden Ärzten und Psychotherapeuten



## Herzlich Willkommen auf der MEDIVERBUND Arztsuche!

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

### Hausärzte

### Fachärzte

## HAUSÄRZTE

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

## Hausärzte

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

## FACHÄRZTE

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

## Fachärzte

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

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

## FACHÄRZTE

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

### Betriebsstätten im Selektivvertrag

## AOK Baden-Württemberg - Psychotherapie

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

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

Nachname

Geo-Suche (PLZ)

Radius (km)

Leistungsspektrum

Suchen

## Arztsuche

Umkreissuche für teilnehmende Ärzte an einem Vertrag

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

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

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

Zur Vertragsarztsuche

Freie Einzeltherapieplätze

Freie Gruppentherapieplätze

Formular zur Meldung freier Einzeltherapieplätze

Formular zur Meldung freier Gruppentherapieplätze

Möglichkeit zur Meldung freier Therapieplätze in der Psychotherapie



## MEDI-Blog

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



## MEDI-Newsletter

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



## Facebook

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



## Twitter

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



## YouTube

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



**Vielen Dank  
für Ihre Aufmerksamkeit!**