



Abrechnungsschulung
AOK / Bosch BKK PNP-Vertrag
PT-Verträge BKK VAG und GWQ

1. Teilnahme der Versicherten

- AOK/Bosch BKK PNP-Vertrag
- PT-Vertrag BKK VAG / PT-Vertrag GWQ

2. Vergütungs- und Abrechnungssystematik

3. Abrechnungsbeispiele

4. Abrechnungsprozess und Abrechnungsbrief

5. Internetauftritt

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

Übersicht Psychotherapie-Verträge

	PNP	BKK VAG	GWQ
Teilnehmende Krankenkassen	AOK BW / Bosch BKK	diverse BKK	Mercedes-Benz BKK
Fachgebiet(e)	<ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapie • Neurologie • Psychiatrie • KJ-Psychiatrie 	Psychotherapie	
Teilnahmevoraussetzung für Einschreibung	Aktive HZV-Teilnahme des Versicherten	Unabhängig von HZV-Teilnahme	
Bindung an	Facharztebene	Therapeut	
Teilnahmedauer	fortlaufend	Teilnahme endet mit Ausschreibung i.d.R. bei Therapieende	

Vorteile für teilnehmende Versicherte

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

Online-Versicherteneinschreibung

Versicherteninformation / Merkblatt aushändigen

Teilnahme in der Vertragssoftware beantragen und
Teilnahmeerklärung ausdrucken (2 Exemplare)

beide Exemplare unterzeichnen (Therapeut und
Versicherter)

Teilnahmeerklärung über die Vertragssoftware online
übermitteln und aufgedruckten vierstelligen Code
eingeben

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

Erfolgreiche Übermittlung der Teilnahmeerklärung?

Den Status einer Teilnahmeerklärung können Sie innerhalb Ihrer Software auf der Übersicht der Versichertenteilnahmeerklärungen einsehen.

→ Fragen Sie ggf. bei Ihrem Softwarehaus nach, wo diese Übersicht zu finden ist.

Eine Versichertenteilnahmeerklärung kann folgenden Status haben:

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

Die Statusmitteilung ersetzt nicht die Online-Teilnahmeprüfung in Ihrer Vertragssoftware!
Die Online-Teilnahmeprüfung nach wie vor mindestens einmal im Quartal für jeden Patienten durchführen.

1. Teilnahme der Versicherten

- **AOK/Bosch BKK PNP-Vertrag**
- **PT-Vertrag BKK VAG / PT-Vertrag GWQ**

2. Vergütungs- und Abrechnungssystematik

3. Abrechnungsbeispiele

4. Abrechnungsprozess und Abrechnungsbrief

5. Internetauftritt

Kardiologie**Gastroenterologie****Psychiatrie / Neurologie / Psychotherapie / (AOK) KJ-Psychiatrie****Orthopädie / Rheumatologie****Urologie****Diabetologie (AOK)****Nephrologie (AOK)****Pneumologie****Basis: HZV-Vertrag**

Teilnahme der Versicherten

Welche Versicherten können eingeschrieben werden?

- **Gültig in die HZV (Hausarztzentrierte Versorgung) eingeschriebene** Versicherte der AOK BW / Bosch BKK

Regelungen für eingeschriebene Versicherte

- Bindung an das gesamte FacharztProgramm für mind. 12 Monate mit automatischer Verlängerung
- in Fachgebieten, für die es ein FacharztProgramm gibt, dürfen nur teilnehmende Ärzte/Therapeuten aufgesucht werden
- Fachärzte/Psychotherapeuten dürfen nur auf Überweisung des HZV-Hausarztes aufgesucht werden.

Abrechnungsbeginn

- Optional sofort nach Einschreibung (SANE) rückwirkend zum Quartalbeginn
- spätestens ab aktiver Teilnahme am FacharztProgramm





Dauer bis zur aktiven Teilnahme am FacharztProgramm

- Teilnahmeerklärung bis zum Stichtag (1.2., 1.5., 1.8., 1.11.) übermittelt → im Folgequartal
- Teilnahmeerklärung nach dem Stichtag übermittelt → im übernächsten Quartal

Teilnahmestatusprüfung

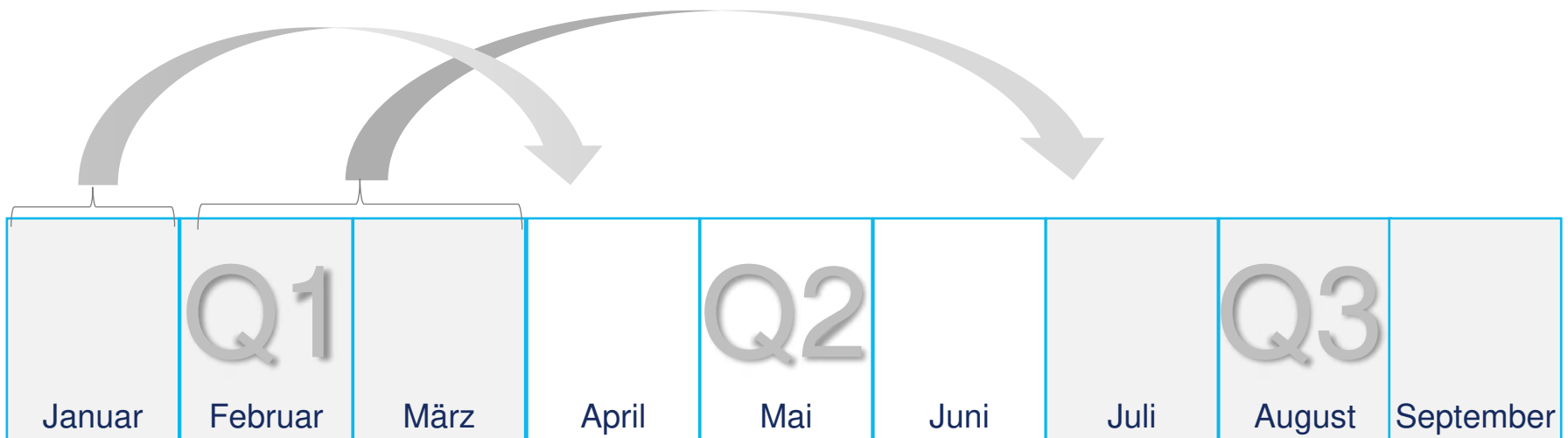
Über die Online-Teilnahmestatusprüfung in der Vertragssoftware wird der aktuelle Teilnahmestatus des Versicherten am **Haus- bzw. Facharztprogramm** ermittelt. Bitte führen Sie die Teilnahmestatusprüfung jedes Quartal und vor Beantragung der Patientenvertragsteilnahme durch

Mögliche Rückmeldungen der Teilnahmestatusprüfung:

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

Fristen bis zur aktiven Teilnahme

- 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



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 → Online-Teilnahmestatusprüfung durchführen
- 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

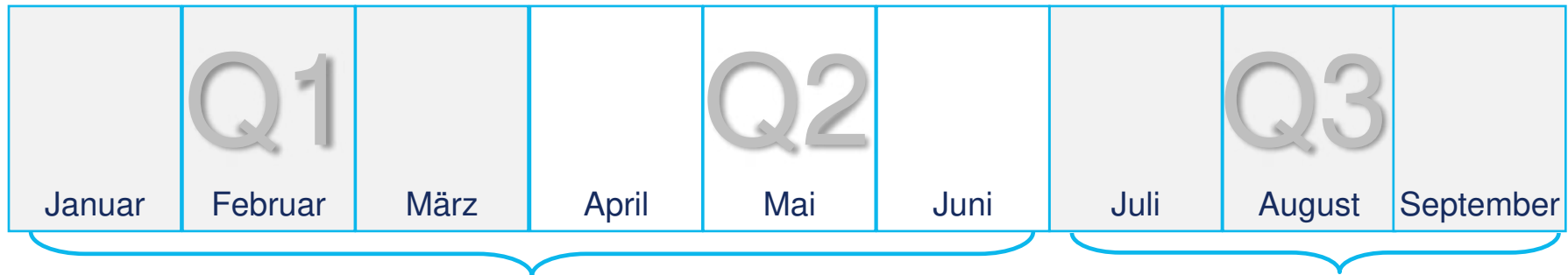
Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)

Sobald die Online-Einschreibung erfolgt ist, können **alle Leistungen des gesamten Quartals** über den Facharztvertrag (FAV) abgerechnet werden

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

spätestens nach 2 Quartalen aktive Teilnahme, wenn nicht:
Reduzierung der Vergütung Q1 und Q2 um 15%

Ablehnung von SANE-Fällen



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

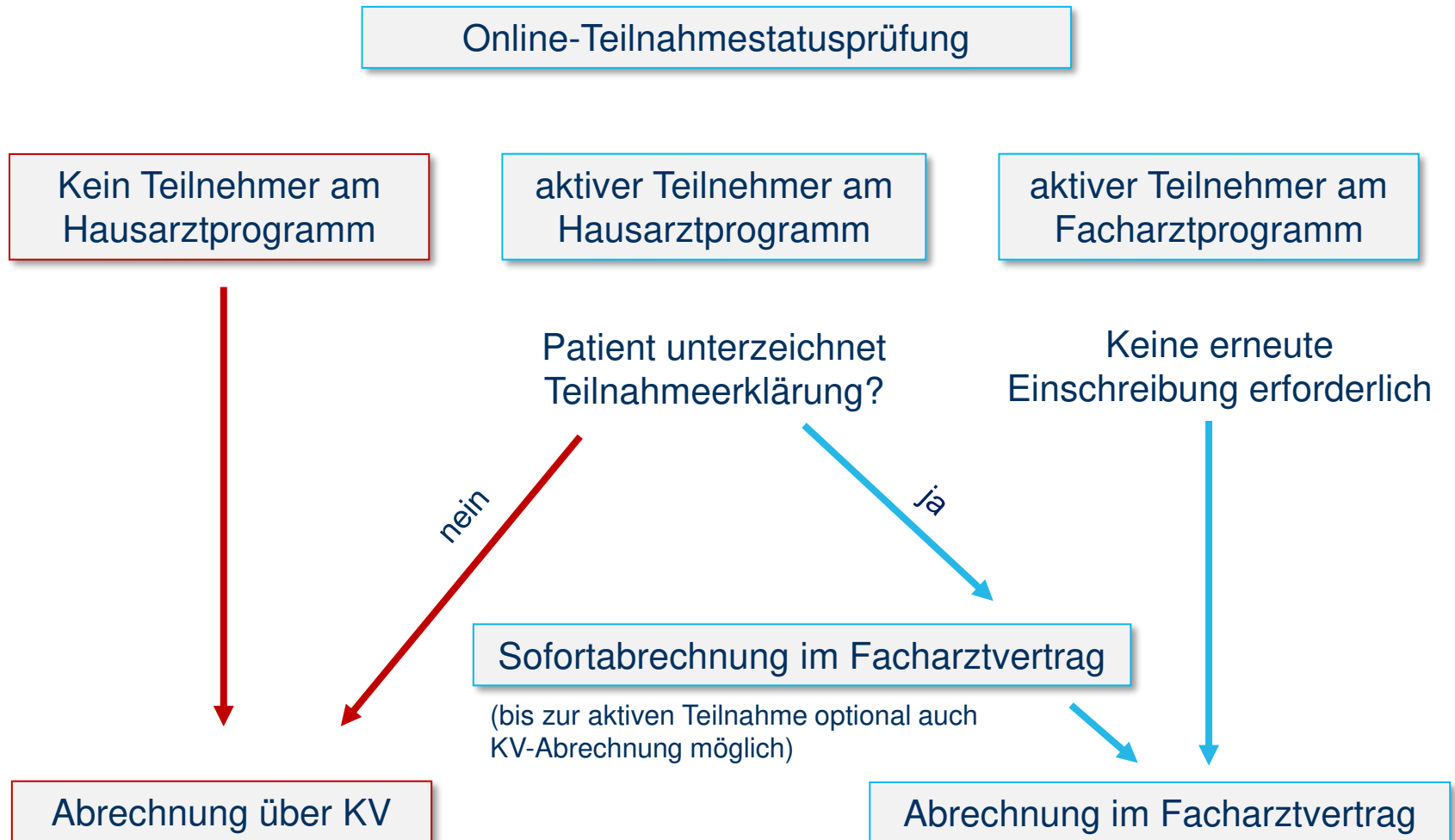
- zu oft über SANE abgerechnet (max. 2 Quartale in Folge möglich)

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)



Agenda

1. Teilnahme der Versicherten

- AOK/Bosch BKK PNP-Vertrag

- **PT-Vertrag BKK VAG / PT-Vertrag GWQ**

2. Vergütungs- und Abrechnungssystematik

3. Abrechnungsbeispiele

4. Abrechnungsprozess und Abrechnungsbrief

5. Internetauftritt

Einschreibung der Versicherten

Welche Versicherten können eingeschrieben werden?

- Versicherte der teilnehmenden Betriebskrankenkassen (unabhängig von einer Teilnahme an der HZV)
 - BKK VAG: diverse Betriebskrankenkassen, s. Anlage 10
 - GWQ: Mercedes-Benz BKK

Regelungen für eingeschriebene Versicherte

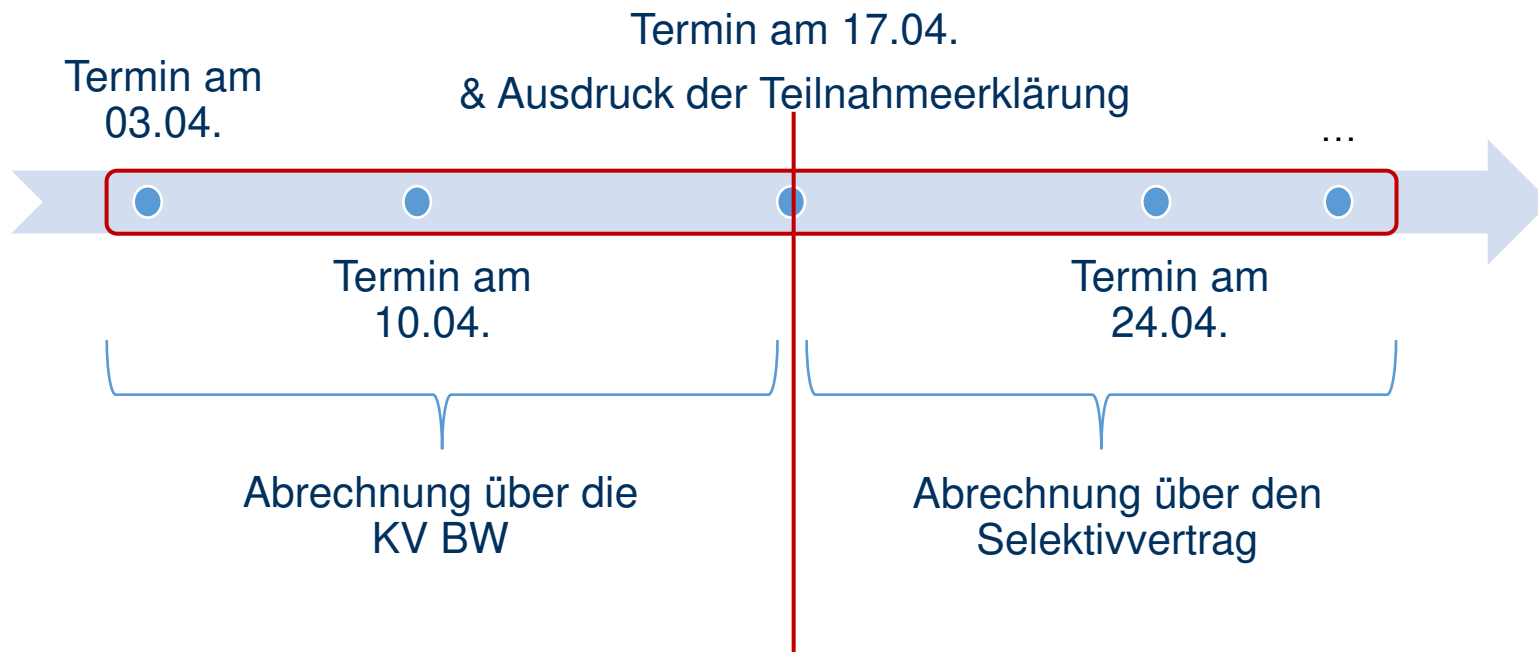
- Bindung an den einschreibenden Therapeuten für die Dauer der Psychotherapie (keine Anbindung an FacharztProgramm)
- Der Vertrag endet im Regelfall mit Beendigung der Therapie und Ausschreibung durch den Therapeuten

Abrechnungs- und Teilnahmebeginn, Ende der Teilnahme

- ab dem Druckdatum der Teilnahmeerklärung
- Teilnahme endet mit Ausschreibung bei Behandlungsende

Abrechnungsbeginn BKK VAG / GWQ

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

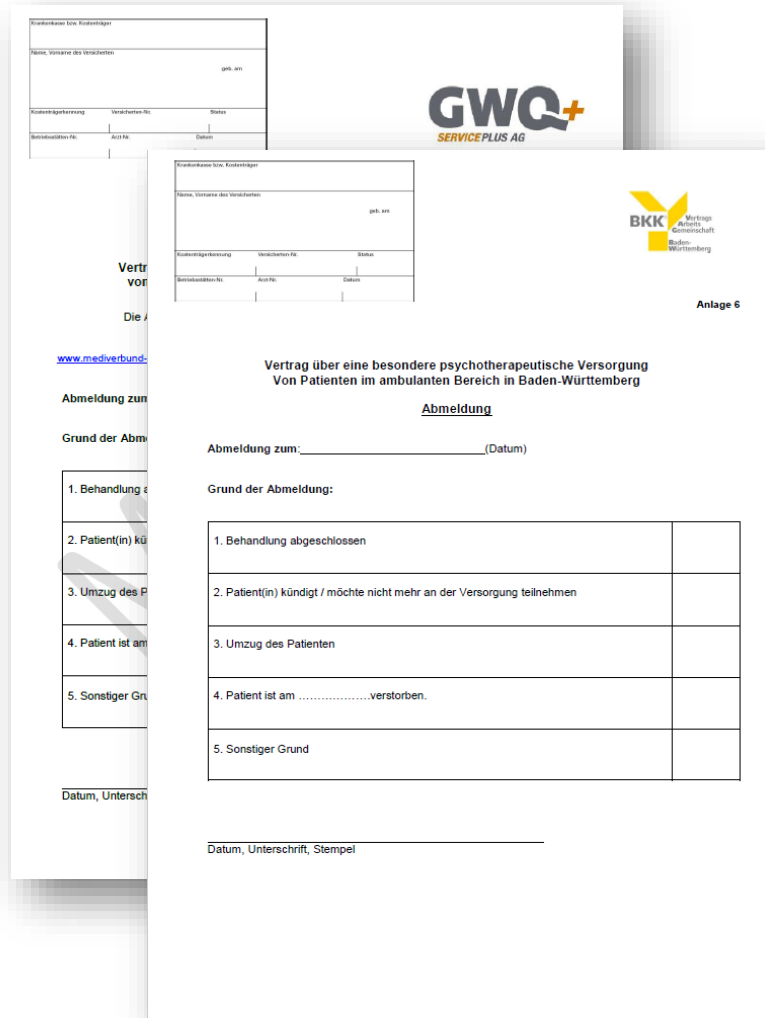


Beendigung der Versichertenteilnahme BKK VAG/GWQ

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

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

Bei Kündigung der Vertragsteilnahme des Versicherten gegenüber der Krankenkasse wird der behandelnde Therapeut informiert.



GWQ+ SERVICE PLUS AG

BKK Müritzer Arbeitsgemeinschaft Baden-Württemberg

Anlage 6

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

Abmeldung

Abmeldung zum: _____ (Datum)

Grund der Abmeldung:

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

Datum, Unterschrift, Stempel

Agenda

1. Teilnahme der Versicherten

- AOK/Bosch BKK PNP-Vertrag
- PT-Vertrag BKK VAG / PT-Vertrag GWQ

2. Vergütungs- und Abrechnungssystematik

3. Abrechnungsbeispiele

4. Abrechnungsprozess und Abrechnungsbrief

5. Internetauftritt

Wichtige Dokumente zur Abrechnung

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

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

Ziffernkranz bzw. Gesamtziffernkranz

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

Auszug aus dem Gesamtziffernkranz (PNP-Vertrag)

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

Bei Vorliegen gekreuzter Diagnosen sind entsprechende Leistungen abrechenbar

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, An		Psychotherapie																	
Diagnosen		PTZ1_Koop.zuschl. PY	PTZ1_Koop.zuschl. HA	PTZ1KJ_Koop.zuschl. PY	PTZ1KJ_Koop.zuschl. HA	PTZ3_KJ-Zuschlag	PTZ4_Fallkonferenz Rücken	PTE1_Akute / Zeitrn. Vers. Psychoth. - Einzeltherapie	PTE1KJ_Akute / Zeitrn. Ver. Psychother.	PTE2_Erstbeh. - Einzelther.	PTE2KJ_Erstbeh. - Einzelther.	PTE3>Weiterbeh. - Einzelther.	PTE3KJ_Weiterbeh. Einzelther.	PTE3TR_Traumata Behandlung	PTE4_Niederfrequ. Beh. - Einzelther.	PTE4KJ_Niederfrequ. Beh.-Einzelther.	PTE5_Psychoanal. - Einzelbeh.	PTE6_Gruppenbeh. klein	PTE7_Gruppenbeh. groß
ICD-Kode	ICD-Klartext																		
F32.8	Sonstige depressive Episoden																		
F32.9	Depressive Episode, nicht näher bezeichnet																		
F33.0	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode	X	X	X	X	X				X	X	X	X		X	X		X	X
F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X		X	X		X	X
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	X		X		X		X	X	X	X	X	X		X	X		X	X
F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	X		X		X		X	X	X	X	X	X		X	X			
F33.4	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert	X	X	X	X	X				X	X	X	X		X	X		X	X
F33.8	Sonstige rezidivierende depressive Störungen																		
F33.9	Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet																		
F34.0	Zyklothymia	X		X		X				X	X	X	X		X	X			X
F34.1	Dysthymia	X	X	X	X	X				X	X	X	X		X	X		X	X
F34.8	Sonstige anhaltende affektive Störungen																		

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
C. PSYCHOTHERAPIE			
<p>Abrechenbar für folgende FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN: Fachärzte für Nervenheilkunde (soweit sie über die Voraussetzung zur Erbringung der Richtlinienpsychotherapie nach der aktuellen Psychotherapie-Vereinbarung verfügen), Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie (soweit sie über die Voraussetzung zur Erbringung der Richtlinienpsychotherapie nach der aktuellen Psychotherapie-Vereinbarung verfügen), Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychologische Psychotherapeuten und/oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Vertragsärzte, die gemäß den Bedarfsplanungsrichtlinien ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind. Weiterhin ist Voraussetzung, dass psychotherapeutische Leistungen in der KV vor der Vertragsteilnahme abgerechnet wurden.</p> <p>HAUSÄRZTE, die aufgrund Beiratsbeschluss gemäß § 22 Abs. 4 Buchstabe d an diesem Vertrag teilnehmen, können keine PTP1 und keine PTV1 abrechnen.</p> <p>Gegenstand des Versorgungsauftrages nach diesem Vertrag dürfen gemäß § 73c Abs. 4 Satz 2 SGB V nur solche Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.</p>			
1. Pauschalen			
<p>Veranlasste Leistungen, die über den Versorgungsauftrag gemäß dem EBM-Ziffernkranz in der jeweils geltenden Fassung hinausgehen, sind nicht Gegenstand dieses Vertrages. Als Einzelleistung oder Zuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet.</p>			
PTP1	<p>Grundpauschale: Abklärung der Notwendigkeit weiterer therapeutischer Maßnahmen, psychotherapeutische Anamnese und störungsspezifischer, korrekter Diagnostik, Erstellung und Übermittlung von Berichten/Befunden an HAUS- und FACHÄRZTE Bei einer Direktinanspruchnahme z.B. bei Nottfällen, d.h. wenn keine Überweisung vorliegt, ist einmalig die Anforderung eines somatischen Befundberichts vom HAUSARZT erforderlich (vgl. auch Anlage 17 Schnittstellen).</p> <p>Innerhalb von in der Regel 2 Wochen ab dem Erstkontakt wird ein Bericht an den HAUSARZT und ggf. FACHARZT gemäß Anlage 17 übermittelt und zusätzlich bei besonderen Ereignissen wie z.B. Eigen-, Fremdgefährdung, Veränderung der Diagnose, somatische Abklärung oder psychiatrische Mitbehandlung wie auch zum Therapieende.</p>	<p>1 x in 4 Quartalen in Folge, sofern</p> <ul style="list-style-type: none"> eine Überweisung vom HAUSARZT/ FACHARZT vorliegt oder es sich um eine quartalsübergreifende psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der jeweiligen Therapieserie PTE1(KJ), PTE2(KJ), PTE3(KJ), PTE6 oder PTE7 handelt und mindestens ein persönlicher oder telemedizinischer Arzt- Patienten-Kontakt stattgefunden hat. Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)). Nicht abrechenbar von FACHÄRZTEN, die stattdessen die PYP1 oder NP1 abrechnen können sowie von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Letztere können stattdessen die Ziffer KJPYP1 (AOK) bzw. die Grundpauschale gemäß Kapitel 14.2 des EBM über die KV abrechnen (Bosch BKK). <p>Ausnahme:</p> <ul style="list-style-type: none"> Z.B. bei Nottfällen ist die Direktinanspruchnahme und damit die Abrechnung von PTP1 auch ohne Überweisung möglich. 	60,00 EUR

Ziffernübergreifende Regeln

Abrechnungsziffern, -regeln und Vergütungen

Grundpauschale

+

Einzelleistungen

+

Zuschläge

oder

Auftragsleistungen

Arzt-Patienten-Kontakt (APK)

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

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

FBE Fernbehandlung





1/Q



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

Legende

Symbole





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

Abrechnungshäufigkeit


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

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

Grundpauschale

			PNP	BKK VAG	GWQ
PTP1 Grundpauschale	1/4Q	 	60 €	60 €	60 €
PTP1A Überweisung vom HZV-Hausarzt		 	10 €*		

oder

PTV1 Vertreterpauschale	1/Q	 	12,50 €		
--------------------------------	-----	---	---------	--	--

Erstkontakt muss persönlich sein




PNP

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



*Bosch BKK 5,00 €

Akutversorgung

PNP **BKK VAG** **GWQ**

PTE1(KJ) akute / zeitnahe Versorgung	10(KJ13) 3 Q	  	128- 158 €*	145 €	132 €
Erstkontakte per <u>Videofernbehandlung</u> möglich					

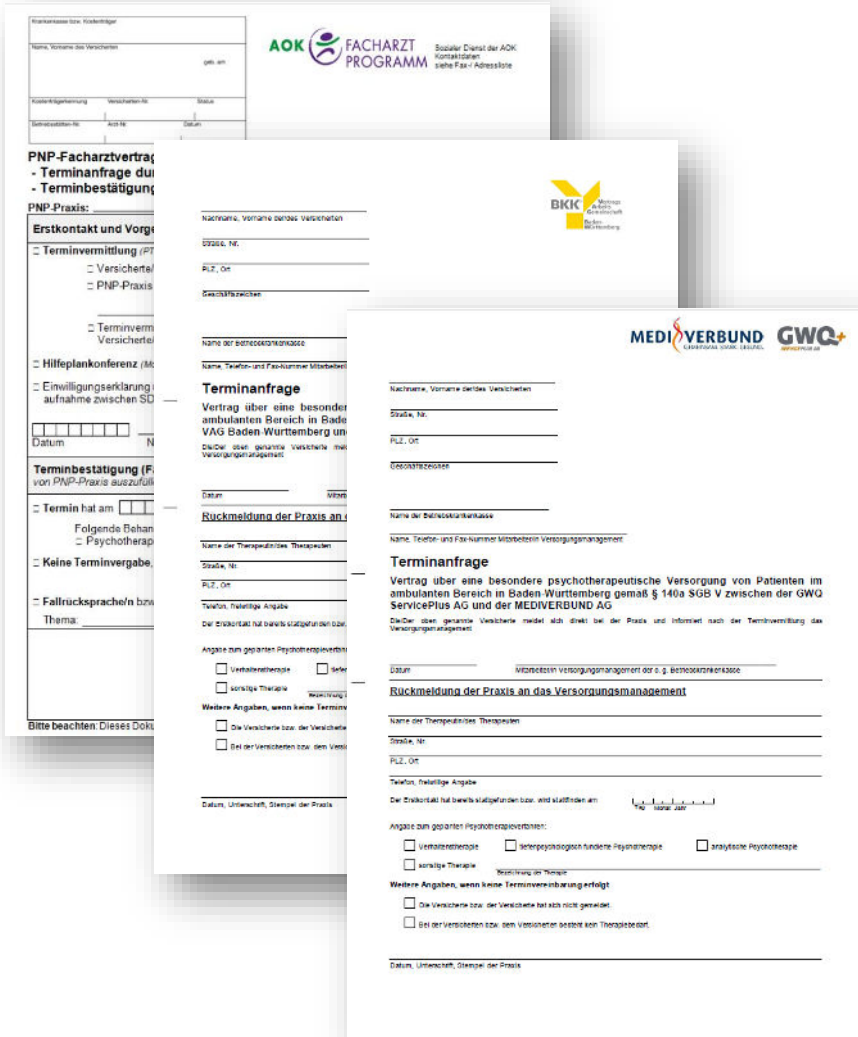
oder

PTE1SD / PTE1VM(KJ)	10(KJ13) 3 Q	 	158 €	145 €	137 €
akute Versorgung bei Vorstellung durch Sozialen Dienst / Patientenbegleitung/ Versorgungsmanagement der Kasse					

*Zuschläge: **PNP**

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

Sozialer Dienst (AOK) / Patientenbegleitung (Bosch BKK) / Versorgungsmanagement (BKK VAG / GWQ)



AOK FACHARZT PROGRAMM
Sozialer Dienst der AOK
Kontakt Center
siehe Fax-Adresse

BKK
Baden-Württemberg

MEDI VERBUND GWQ
KURPFLEGER, SOZIAL, KRANKENPFL. AG



Terminanfrage
Vertrag über eine besondere ambulanten Bereich in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V zwischen der GWQ ServicePlus AG und der MEDI VERBUND AG

Rückmeldung der Praxis an das Versorgungsmanagement

Voraussetzungen für PTE1SD/PTE1VM(KJ)

1. Terminanfrage wird durch Sozialen Dienst (AOK) / Patientenbegleitung (Bosch BKK) / Versorgungsmanagement (BKK VAG/GWQ) über dieses Formular initiiert
2. Therapiebeginn erfolgt innerhalb von 14 Tagen nach Eingang des Formulars
3. Rückmeldung der Praxis über dieses Formular
4. **GWQ:** bei Befundanforderungen in Ausnahmefällen Bericht an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen

Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes / Patientenbegleitung

Krankenkasse bzw. Kostenträger	  Sozialer Dienst der AOK: Kontaktdaten siehe Fax-/ Adressliste	
Name, Vorname des Versicherten	geb. am	
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Berater/Praxis-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**: Falkkonferenz Rücken:
 - M54 - Rückenschmerz (unspezifisch). Ist durch Angabe eines vierstelligen Codes aus der Gruppe M54 - weiter zu spezifizieren (z. B. M54.5 Kreuzschmerz); M54.____G
 - sowie
 - F45.40 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
 - F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
 - F62.90 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 _____

<p>Erklärung Patient/in</p> <p>Ich stimme der Unterstützung durch meine Krankenkasse zu und bin mit der Weitergabe der gemeinsam mit meinem/r behandelnden Arzt / Ärztin oder meinem/r Psychotherapeuten/in festgelegten Informationen an meine Krankenkasse einverstanden. Die Inhalte der Patienteninformation habe ich zur Kenntnis genommen.</p>	<p>Erklärung Praxis</p> <p>Dem / der Patient/in wurde die Einbindung des SD empfohlen. Der erforderliche Unterstützungsbedarf durch den SD wurde ihm / ihr erläutert. Die Patienteninformation wurde dem / der Patient/in ausgehändigt.</p>
Datum, Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r	Datum, Praxisstempel, Unterschrift Arzt / Ärztin oder Psychotherapeut/in

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

Analoges Formular für
Patientenbegleitung (Bosch BKK)

Erst- u. Weiterbehandlung

PNP BKK VAG GWQ

PTE2(KJ) Erstbehandlung	20 (KJ:25) 4 Q	⚠️ 🗑️ 🚫	121 €	121 €	119 €
PTE3*(KJ) Weiterbehandlung	30 (KJ:38) 8 Q	⚠️ 🗑️ 🚫	110 €	110 €	105 €
PTE3TR Weiterbehandlung Traumata	5 x 30 / 8 Q 20(V)/40(T) / 8 Q 40 / 8 Q	⚠️ 🗑️ 🚫	110 €	110 €	105 €
PTE4(KJ) Niederrfrequente Behandlung	6 / Q unbegrenzt	⚠️ 🗑️ 🚫	110 €	110 €	105 €




* **BKK VAG** + **GWQ**: Beim Übergang in die Therapieserie PTE3 ist das **Einholen einer Zweitmeinung i.R. einer Interventionsgruppe erforderlich**

Analytische Psychotherapie

PNP

BKK VAG

GWQ

PTE5 Analytische Psychotherapie	max. 300 max. 5x/Woche	   110 €	110 €	105 €
--	---------------------------	---	-------	-------

mit Antrags- und Gutachterverfahren gem. PT-Vereinbarung!
ab der **1.** Einheit bei PNP / BKK VAG, ab der **9.** Einheit bei GWQ

Abrechnungsregeln 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.

Gruppenbehandlung

PNP BKK VAG GWQ

PTE6 Gruppenbehandlung kl. Gruppe (2-5 Personen)	20 (à 100min)	145 €	145 €	130 €
PTE7 Gruppenbehandlung gr. Gruppe (6-9 Personen)	PNP: 6 Q	77 €	77 €	68 €

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

Gruppentherapeutische Grundversorgung

PTE6A Grundversorgung kl. Gruppe	4 (à 100min)	  	145 €
PTE7A Grundversorgung gr. Gruppe		  	77 €

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

Auftragsleistungen Gruppenbehandlung

Gruppentherapie kann von einem anderen am Vertrag teilnehmenden Therapeuten als Auftragsleistung erbracht und abgerechnet werden

		PNP	BKK VAG	GWQ
PTA1 Gruppenbehandlung kl. Gruppe	} max. 20 / 6 Q max. 60 max. 60	145 €	145 €	130 €
PTA2 Gruppenbehandlung gr. Gruppe		77 €	77 €	68 €
PTPA1 Grundpauschale Auftragsleistung	1/4Q	-	30 €	30 €


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

- Neben Auftragsleistungen sind keine anderen Leistungen des Vertrags abrechenbar; Voraussetzung: Zielauftrag
- **BKK VAG** / **GWQ**: parallele Einschreibung beim Gruppentherapeut möglich, wenn die Gruppentherapie nicht vom Therapeuten durchgeführt werden kann, bei dem der Patient für die Einzeltherapie eingeschrieben ist

Abrechnungsregeln Gruppenbehandlung

- Eine Gruppe kann aus Selektivvertragspatienten, Patienten der Regelversorgung und Privatpatienten bestehen
- maßgeblich für die Abrechnung ist die bei der jeweiligen Sitzung vorhandenen Gruppengröße
- Bezugspersonengruppen sind möglich (z.B. für Eltern erkrankter Kinder)
- Nach Ausschöpfen der 20 Einheiten kann die Gruppentherapie niederfrequent (6x pro Quartal) zeitlich unbegrenzt abgerechnet werden
- Darüber hinaus ist es möglich, die Gruppentherapieziffern 40 (Erwachsene) bzw. 60 (KJ) weitere Male abzurechnen, sofern noch entsprechend viele Einheiten Einzeltherapie (PTE3-PTE1) zur Verrechnung zur Verfügung stehen.*
- Ein Neustart der (hochfrequenten) Gruppentherapie über einen GDK-Antrag ist ebenfalls möglich

*PNP: Verrechnung innerhalb von 6 aufeinanderfolgenden Quartalen möglich

		PNP	BKK VAG	GWQ	
PTE8	Interdisziplinäre Versorgungsplanung	 	60 €	60 €	60 €

- für Versicherte bis zum vollendeten 21. Lebensjahr
- KJ-Genehmigung erforderlich
- mind. 3 Teilnehmer
- kann persönlich oder telefonisch durchgeführt werden
- Initiiert durch:
 - **PNP**: Facharzt/Psychotherapeut; kann von SD/PBG angeregt werden, (SD/PB müssen im Vorfeld informiert werden)
 - **BKK VAG** / **GWQ**: Versorgungsmanagement der jeweiligen Kasse

Zuschläge



PNP BKK VAG GWQ

PTZ1 (KJ) Kooperationszuschlag <i>schriftlicher Bericht</i>	1/Q	 	30 €	25 €	25 €
PTZ3 Kinder –u. Jugendlichenzuschlag <i>bis zum 21. Lj.</i>	1/Q	 	60 €	50 €	50 €
PTZ3A Betreuung b. geistiger Behinderung	1/Q	 	60 €	50 €	50 €
PTZ4 Teilnahme Fallkonferenz Rücken	1/4Q	 	50 €		
PTZ5 Beendigung Versichertenteilnahme				5 €	5 €
PTZ6 Befundbericht MDK (Anforderung VM)	1/Q	 			25 €*

*Bei paralleler Abrechnung der PTZ1 im selben Quartal wird PTZ6 mit 12,50 € vergütet

Zuschläge

PNP BKK VAG GWQ

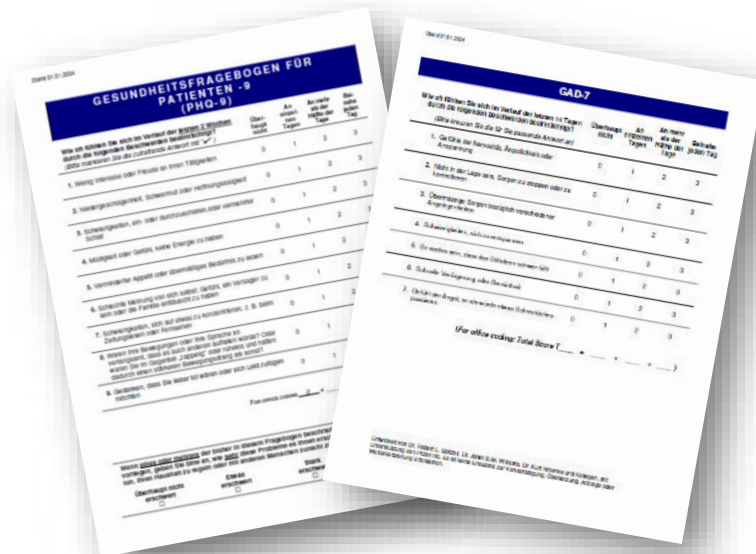
PTZ7 Anschlussbehandlung nach stationärem Aufenthalt f. Neupatienten	PNP BKK VAG	20 x in 12 Wochen	 	15 €	15 €	
---	----------------	-------------------	---	------	------	--

- Zuschlag für zeitnahe psychotherapeutischer Anschlussbehandlung nach teil-/stationärem Aufenthalt für Neupatienten (Neupatient: Patient war innerhalb der letzten 4 Jahre vor Abrechnung der Leistung nicht zur psychotherapeutischen Behandlung in der Praxis)
- Zuschlag auf PTE1(KJ) bis PTE3(KJ) bzw. PTE6/PTE7 – es gilt: eine PTZ7 pro Einzelleistung
- bis zu 20 Einheiten innerhalb von maximal 12 Wochen nach Entlassdatum
- Voraussetzung: Beginn der Therapieserie spätestens 4 Wochen nach Entlassdatum

PTQ1 Zuschlag Videosprechstunde	BKK VAG GWQ	auf PTP1		4 €	4 €	
--	----------------	----------	---	-----	-----	--










Fragebögen Qualitätssicherung

- Bis zur 3., bei der 15. und bei der 30. Einzeltherapiesitzung werden jeweils zwei Fragebögen (GAD-7 und PHQ-9) an Patienten ab 18 Jahren ausgegeben werden (verpflichtende Regelung)
- Für die Ausgabe und Auswertung der Fragebögen können die Ziffern PTQS1 bis PTQS3 abgerechnet werden



die Fragebögen sind in der Vertragssoftware hinterlegt

Fragebögen Qualitätssicherung

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

- Gezählt werden alle im Selektivvertrag erbrachten Einzeltherapiesitzungen.
- Ob PTQS1, 2 oder 3 gebucht wird, orientiert sich ausschließlich an der Anzahl der bisher durchgeführten Therapiesitzungen und steht nicht in Zusammenhang mit der Therapieserie.
- Datieren Sie die Ziffer immer auf den vertraglich vorgesehenen Zeitpunkt (Behandlungs-/Ausgabedatum), auch wenn die Auswertung zu einem späteren Zeitpunkt erfolgt.
- Die Leistung beinhaltet die Ausgabe und Auswertung jeweils beider Fragebögen
- Nach der 30. Einzeltherapiesitzung ist der Einsatz der Fragebögen nicht mehr vorgesehen und auch nicht mehr abrechenbar.
- DAE/GDK startet die Abrechnungsmöglichkeit der Fragebögen nicht erneut.

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** z.B. Hypnose (**N**)
 - **Neuropsychologische Therapie (P)**

- Ein 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
- Tipp: Schöpfen Sie das Kontingent der Therapieserie immer aus, bevor Sie zur nächsten Serie übergehen
- ein Neubeginn des Behandlungszyklus ist unter bestimmten Voraussetzungen möglich

Wiederaufnahme der Therapieserien

Diagnoseänderung → Infoziffer „DAE“

- bei wesentlich geänderter / neuer Diagnose ist ein Neustart mit PTE1 möglich
- Infoziffer „DAE“ ist einmalig als Leistung anzugeben

Genehmigung durch Krankenkasse → Infoziffer „GDK“

- bei Rückfällen mit unveränderter Diagnosestellung kann nach Genehmigung durch die jeweilige Kasse ein Neustart der Einzel- oder Gruppentherapie erfolgen.
- **PNP**: Neustart ab **PTE3** möglich
- BKK VAG/GWQ: Neustart ab PTE1 möglich
- Infoziffer „GDK“ ist einmalig als Leistung anzugeben

der GDK-Antrag ist in
der Vertragssoftware
hinterlegt

Therapiepause **PNP**

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

Übernahme aus laufender Therapie

- Die Übernahme von Patienten aus einer laufenden Therapie ist in allen Verträgen möglich
- Die Abrechnung beginnt mit PTE2, wenn für den Patienten bereits genehmigungspflichtige Leistungen bzw. Akutbehandlung gem. EBM über KV abgerechnet wurden
- Bei BKK VAG und GWQ wird zur Kennzeichnung einmalig die Infoziffer URT (am 1. Behandlungstag) angegeben

URT Übernahme aus Richtlinienpsychotherapie

BKK VAG
GWQ

Abrechnungsregeln DAE/GDK

- Eine **DAE** kann frühestens 6 Monate nach dem letzten Behandlungstag der Richtlinien­therapie geltend gemacht werden (nur bei Übernahme aus laufender Therapie)
- Nach Feststellung der 1. DAE kann jede weitere DAE frühestens nach Ablauf von 3 Quartalen erfolgen. Ausnahme: findet eine Unterbrechung von mind. 6 Monaten statt, kann die 2. DAE bereits nach 2 Quartalen erfolgen.
- Ab der **2. DAE** ist eine **Überweisung** durch einen FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT erforderlich.
- **GDK** ist **einmal innerhalb von vier Quartalen** in Folge möglich.

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.

Die Psychotherapie findet dann in der Regel beim niedergelassenen PSYCHOTHERAPEUTEN/FACHARZT statt.

Strukturzuschlag auf EBM-Leistungen

- im Selektivvertrag erbrachte Therapiestunden werden für die Auslastungsquote berücksichtigt, sofern diese in Form sogenannter Pseudo-GOPs in der KV-Abrechnung erscheinen
- Dazu können Sie für Ihre Selektivpatienten jeweils einen Abrechnungsschein für die KV anlegen, auf welchem Sie die entsprechenden Pseudo-GOPs buchen
- die entsprechenden Pseudoziffern und weitere Informationen hierzu finden Sie auf der Internetseite der KV Baden-Württemberg:
<https://www.kvbawue.de/praxis/abrechnung-honorar/psychotherapeutenhonorare/>

➤ Wann ist eine Überweisung notwendig?

- **PNP**: Überweisung obligatorisch bei Beginn der Therapie, beim Wechsel in die Traumatherapie (PTE3TR) und beim Übergang in die niederfrequente Behandlung (PTE4).
- In allen Verträgen ist bei der 2. und bei jeder weiteren DAE eine Überweisung vom Facharzt erforderlich.

➤ Wann ist ein schriftlicher Bericht zu erstellen?

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

Agenda

1. Teilnahme der Versicherten

- AOK/Bosch BKK PNP-Vertrag
- PT-Vertrag BKK VAG / PT-Vertrag GWQ

2. Vergütungs- und Abrechnungssystematik

3. Abrechnungsbeispiele

4. Abrechnungsprozess und Abrechnungsbrief

5. Internetauftritt

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

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

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

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

Fortsetzung Abrechnungsbeispiel

8. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	143,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €
9. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	143,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €
10. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	143,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €
11. Termin	Erstbehandlung	PTE2V	121,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €
12. Termin	Erstbehandlung	PTE2V	121,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €
13. Termin	Erstbehandlung	PTE2V	121,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €
14. Termin	Erstbehandlung	PTE2V	121,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €
15. Termin	Erstbehandlung	PTE2V	121,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €
		Summe	2360,00 €

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

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

Abrechnungsbeispiel PNP: Gruppentherapie-Behandlung eines Erwachsenen (AOK) mit sozialen Ängsten, 11 Sitzungen im Quartal

1. Termin	Grundpauschale	PTP1	60,00 €
	Überweiserpauschale	PTP1A	10,00 €
2. Termin	Gruppentherapeutische Grundversorgung – kl. Gruppe	PTE6A	145,00 €
3. Termin	Gruppentherapeutische Grundversorgung – kl. Gruppe	PTE6A	145,00 €
4. Termin	Gruppenbehandlung – kleine Gruppe	PTE6V	145,00 €
5. Termin	Gruppenbehandlung – kleine Gruppe	PTE6V	145,00 €
6. Termin	Gruppentherapeutische Grundversorgung – kl. Gruppe	PTE6A	145,00 €
7. Termin	Gruppenbehandlung – kleine Gruppe	PTE6V	145,00 €
8. Termin	Gruppentherapeutische Grundversorgung – kl. Gruppe	PTE6A	145,00 €
	Kooperationszuschlag	PTZ1	30,00 €
9. Termin	Gruppenbehandlung – kleine Gruppe	PTE6V	145,00 €
10. Termin	Gruppenbehandlung – kleine Gruppe	PTE6V	145,00 €
11. Termin	Gruppenbehandlung – kleine Gruppe	PTE6V	145,00 €
12. Termin	Gruppenbehandlung – kleine Gruppe	PTE6V	145,00 €
		Summe:	1695,00 €

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

1. Termin	Grundpauschale	PTP1	60,00 €
	Überweiserpauschale	PTP1A	10,00 €
	Kooperationszuschlag (schriftlicher Bericht)	PTZ1KJ	30,00 €
	Kinder- und Jugendlichenzuschlag	PTZ3	60,00 €
4. Termin	Erstbehandlung	PTE2KJV	121,00 €
5. Termin	Erstbehandlung	PTE2KJV	121,00 €
6. Termin	Erstbehandlung	PTE2KJV	121,00 €
7. Termin	Erstbehandlung	PTE2KJV	121,00 €
8. Termin	Erstbehandlung	PTE2KJV	121,00 €
9. Termin	Erstbehandlung	PTE2KJV	121,00 €
10. Termin	Erstbehandlung	PTE2KJV	121,00 €
11. Termin	Erstbehandlung	PTE2KJV	121,00 €
12. Termin	Erstbehandlung	PTE2KJV	121,00 €
13. Termin	Erstbehandlung	PTE2KJV	121,00 €
14. Termin	Gruppenbehandlung – kleine Gruppe	PTE6V	145,00 €
15. Termin	Gruppenbehandlung – kleine Gruppe	PTE6V	145,00 €
16. Termin	Erstbehandlung	PTE2KJV	121,00 €
17. Termin	Gruppenbehandlung – kleine Gruppe	PTE6V	145,00 €
		Summe:	1926,00 €

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

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

Agenda

1. Teilnahme der Versicherten

- AOK/Bosch BKK PNP-Vertrag
- PT-Vertrag BKK VAG / PT-Vertrag GWQ

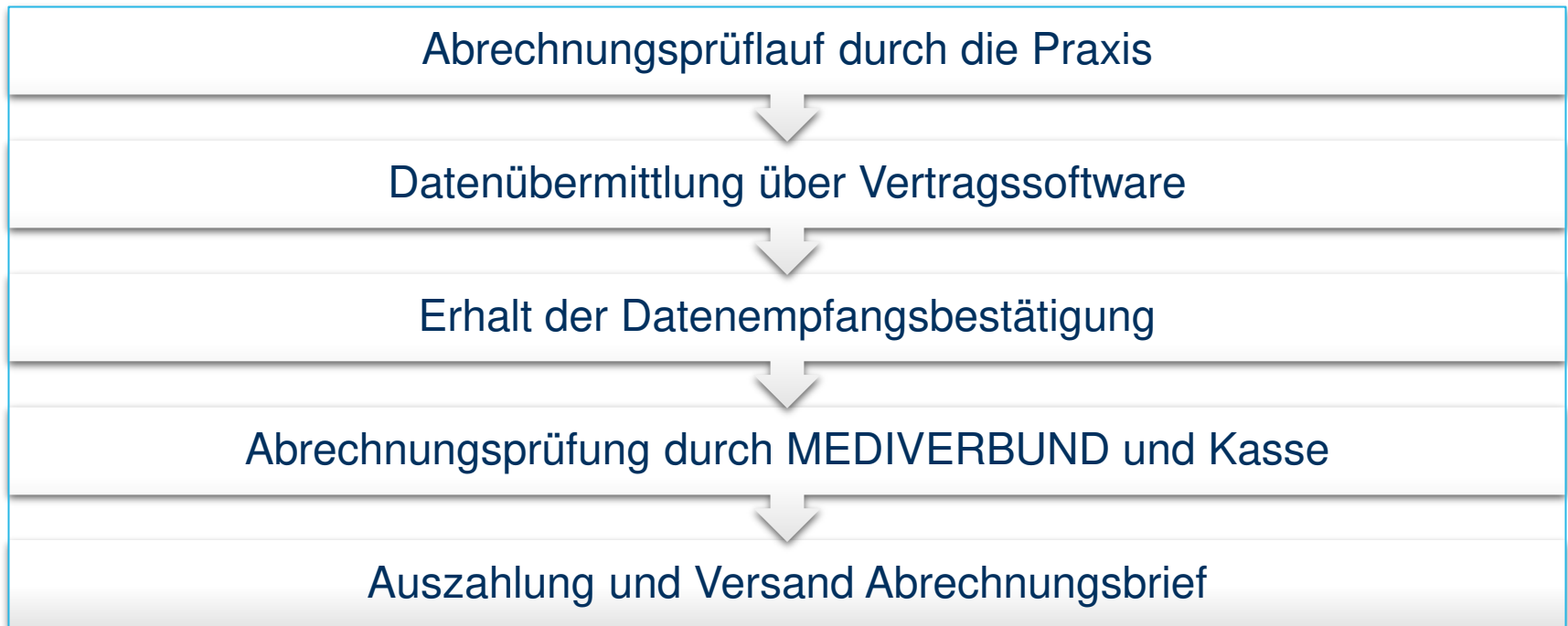
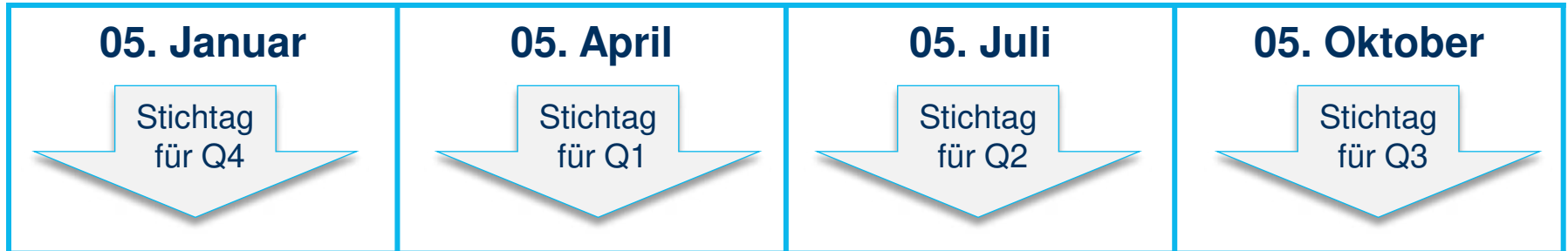
2. Vergütungs- und Abrechnungssystematik

3. Abrechnungsbeispiele

4. Abrechnungsprozess und Abrechnungsbrief

5. Internetauftritt

Abrechnungsprozess



Inhalt des Abrechnungsbriefs

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

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

Inhalt des Abrechnungsbriefs

➤ Buchungsübersicht

Konto Buchungsübersicht

Datum	Beschreibung	Betrag
	Start Saldo	0,00 €
01.11.2018	AOK BW PNP 73c Abschlag 2018-Q4-1	-4.838,00 €
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 €
	End Saldo	8.096,55 €

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

Änderungen der Bankverbindung bitte rechtzeitig über das Arztportal oder Stammdatenänderungsblatt mitteilen

➤ Übersicht Behandlungsfälle

Übersicht Behandlungsfälle

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

Inhalt des Abrechnungsbriefs

- Einzelnachweise → sind ab sofort im Arztportal abrufbar
 - detaillierte, fallbezogene Darstellung der Leistungen
 - von MEDIVERBUND erzeugte Ziffern sind mit „---Ziffer---“ gekennzeichnet
 - 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
<i>Leist.-Pos.</i>	<i>Leistungsziffer</i>	<i>Leistungsdatum</i>	<i>Abrechnungsbetrag</i>
	Zugeordnete Sachkosten: <ul style="list-style-type: none"> • Sachkosten 1: 1,00 € • Sachkosten 2: 2,00 € 		
		Summe:	<i>Summe Leistungen</i>
		Verwaltungskosten (Faktor in %):	<i>Verwaltungskosten</i>
<i>Änderung</i>	<i>Eventuell durchgeführte Korrekturen</i>		<i>Leistungsdatum</i>

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

übermittelte Daten:

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

nach Prüfung:

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

*Bosch BKK 5,00 €

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

übermittelte Daten:

Q1/2023

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

Q2/2023

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

Q3/2023

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

Q4/2023

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

Q1/2024

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

 PTE2V im 5. Quartal in Folge

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

nach Prüfung:

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



Beispiel Abrechnungsprüfung: Ersetzen PTE1 nach Abrechnung PTE2

übermittelte Daten:

nach Prüfung:

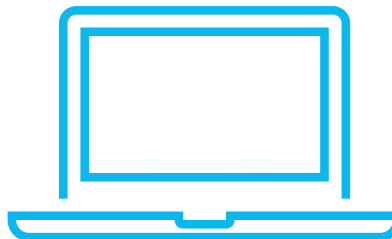
Datum	Ziffer
1. Termin	PTP1
1. Termin	PTP1A
1. Termin	PTE1T
2. Termin	PTE1T
3. Termin	PTE1T
4. Termin	PTE1T
5. Termin	PTE2T

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

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

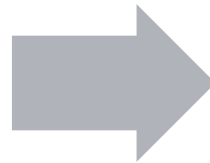
Elektronisches Korrekturverfahren

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



Monatliche Abschlagszahlungen Nur PNP

- **Neurologen, Psychiater, KJ- Psychiater: 19,50 €** pro Grundpauschale
- **Psychotherapeuten: 116,00 €** pro Fall
- Berechnung auf Basis der Abrechnungsdaten des Vorquartals



Schlusszahlung

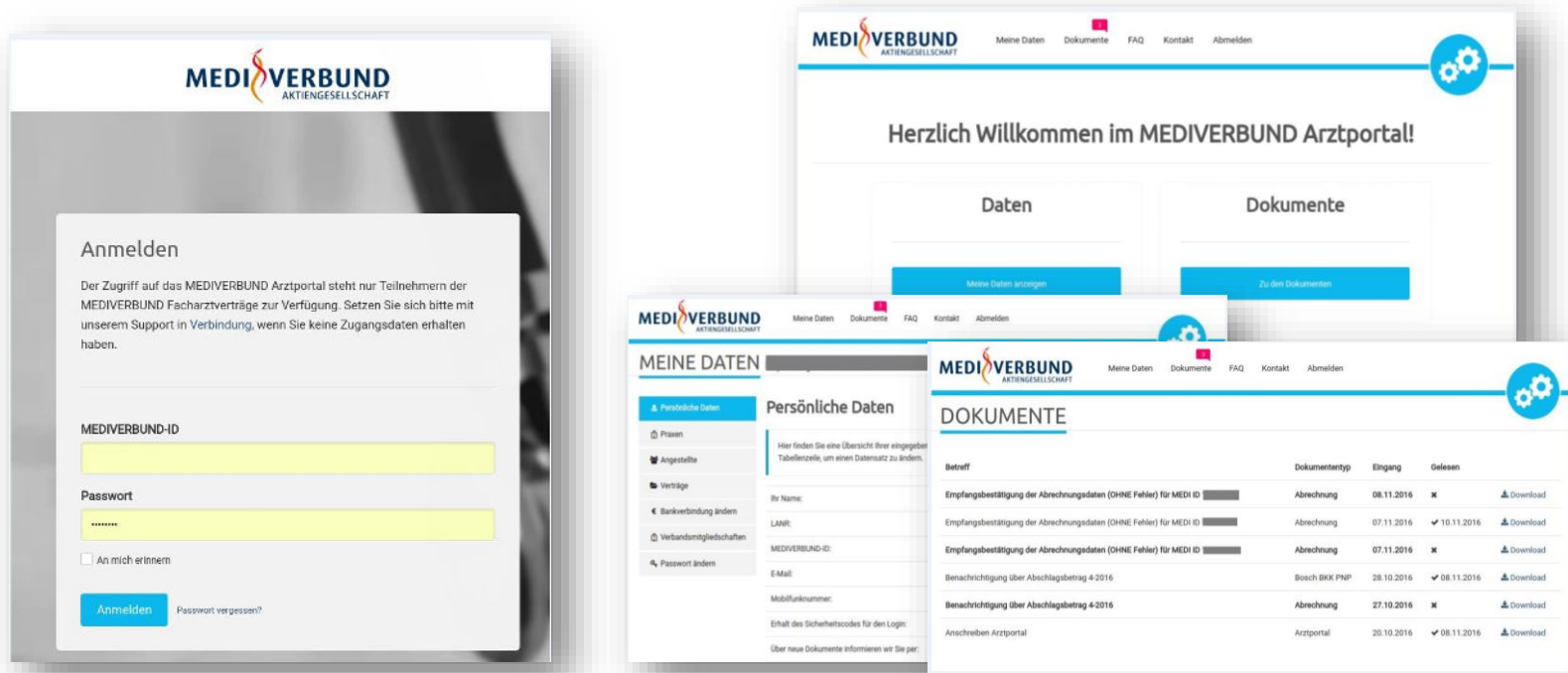
ca. 10 Wochen nach dem Abrechnungsstichtag

Agenda

- 1. Teilnahme der Versicherten**
 - **AOK/Bosch BKK PNP-Vertrag**
 - **PT-Vertrag BKK VAG / PT-Vertrag GWQ**
- 2. Vergütungs- und Abrechnungssystematik**
- 3. Abrechnungsbeispiele**
- 4. Abrechnungsprozess und Abrechnungsbrief**
- 5. Internetauftritt**

The screenshot shows the website interface for www.medi-verbund.de. At the top, there is a navigation bar with the logo 'MEDI VERBUND GEMEINSAM. STARK. GESUND.' on the left and a menu with items: Home, Leistungen, Über MEDI, Blog, Presse, MFA, and 'Mein MEDI' (highlighted in a red box). A search icon is also present. Below the navigation bar is a large banner image with medical icons like a magnifying glass, stethoscope, and EKG. A dropdown menu is open over the banner, listing: Politische Vertretung, Verträge & Abrechnung (highlighted in red), Fortbildung, MVZ, Versicherungen, Famulatur & PJ, Praxis- & Sprechstundenbedarf, and Arztportal. A mouse cursor points to 'vertraege-abrechnungen' in the dropdown. Below the banner, there is a section titled 'MEDI-Mitgli...' with the text 'etzt MEDI-Mitglied und profit...'. A secondary navigation bar contains: Verträge & Abrechnung, Hausarztverträge, Facharztverträge (highlighted in red), Themenseite Coronavirus, IT-Vernetzung, and Podcast. A mouse cursor points to 'Facharztverträge'. The main content area consists of six cards, each with a blue icon and text: 1. Pneumologie (lungs icon), Bosch BKK, > Mehr; 2. Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie (brain icon), AOK BW, > Mehr; 3. Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie (brain icon), Bosch BKK, > Mehr; 4. Psychotherapie (brain icon), BKK VAG, > Mehr; 5. Psychotherapie (brain icon), DAK Gesundheit, > Mehr; 6. Psychotherapie (brain icon), Techniker Krankenkasse, > Mehr.

- 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



HAUSÄRZTE

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

Hausärzte

Bitte wählen sie im Menü einen 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

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.

Möglichkeit zur Meldung freier Therapieplätze in der Psychotherapie



garrioCOM: DER SICHERE MESSENGER FÜR IHRE PRAXIS

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

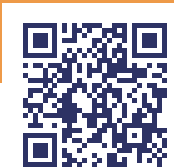


9 IHRE VORTEILE:

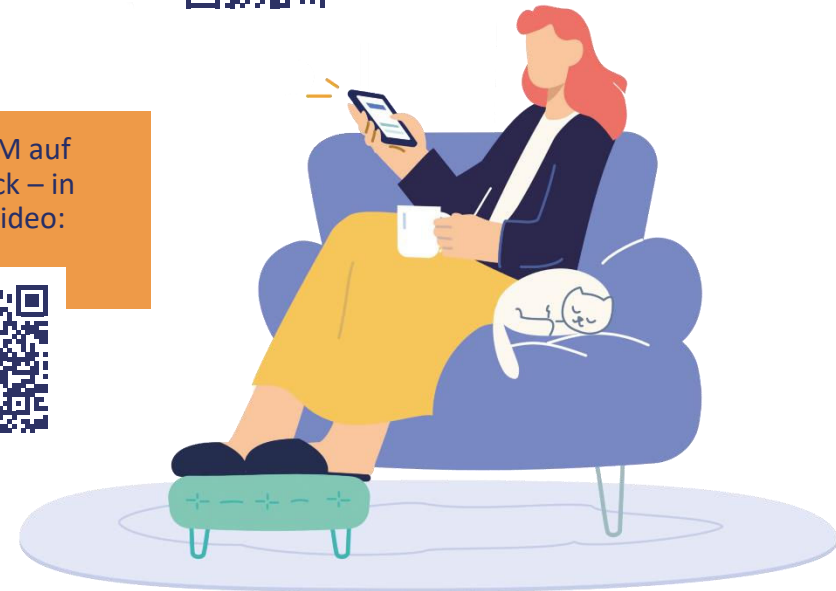
- Entlastung der Telefonie durch digitale Bestellung von Rezepten und AU
- sichere Kommunikation – inklusive Austausch von Bildern und Dateien
- Videosprechstunde
- patientenbezogene Chatfunktion
- digitale Bereitstellung von Formularen
- webbasiert und intuitiv – keine Installation notwendig
- DSGVO-konform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



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



garrioCOM auf einen Blick – in diesem Video:





MEDI-Blog

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



MEDI-Newsletter

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



Facebook

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



Twitter

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



YouTube

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



**Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!**