

# **Leitfaden zur Abrechnung von Facharztverträgen der AOK BW/Bosch BKK**





Um die Abrechnung und vor allem das Ergebnis der Abrechnung in den §73c / §140a Verträgen der AOK BW/Bosch BKK zu verstehen, ist es hilfreich, nicht nur die Abrechnungssystematik sondern auch den Prozess der Verarbeitung der Abrechnungsdaten zu kennen. Hierzu werden wir einen zusammenfassenden Überblick über den Abrechnungsprozess bei der MEDIVERBUND AG geben und darauf bezogen die wichtigsten Schritte näher erläutern.

## Inhalt

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. Grundlagen der Abrechnungssystematik .....</b>             | <b>2</b>  |
| <b>2. Abrechnungsprozess .....</b>                               | <b>4</b>  |
| 2.1 Überblick über den Abrechnungsprozess .....                  | 4         |
| 2.2 Empfangsbestätigung .....                                    | 5         |
| 2.3 Elektronisches Korrekturverfahren .....                      | 6         |
| 2.4 Datenübermittlung .....                                      | 6         |
| 2.5 Auszahlungsprozess .....                                     | 7         |
| <b>3. Definition der verschiedenen Arztrollen .....</b>          | <b>8</b>  |
| <b>4. Abrechnungsbeispiele, -regeln und Besonderheiten .....</b> | <b>9</b>  |
| 3.1 Kardiologie .....  | 9         |
| 3.2 Gastroenterologie .....                                      | 14        |
| 3.3 PNP .....  | 17        |
| 3.3.1 Neurologie .....   | 17        |
| 3.3.2 Psychiatrie .....  | 20        |
| 3.3.3 Kinder- und Jugendpsychiatrie .....                        | 22        |
| 3.3.4 Psychotherapie .....                                       | 24        |
| 3.3.5 Honoraranlage - Übergreifende Regeln .....                 | 26        |
| 3.3.6 Abrechnungsbeispiele Modulübergreifend .....               | 27        |
| 3.3.7 Abrechnungsregeln .....                                    | 30        |
| 3.4 Orthopädie .....   | 34        |
| 3.5 Urologie .....   | 39        |
| 3.6 Diabetologie .....   | 46        |
| 3.7 Rheumatologie .....  | 50        |
| 3.8 Nephrologie .....  | 54        |
| 3.9 Pneumologie .....  | 57        |
| <b>4. Kodier-Tipps .....</b>                                     | <b>61</b> |
| <b>5. Sofortabrechnung .....</b>                                 | <b>62</b> |
| 5.1 Voraussetzungen .....  | 62        |
| 5.2 Einschreibefristen .....                                     | 63        |
| 5.3 Sofortabrechnung nach Einschreibung .....                    | 64        |
| 5.4 Ablehnung SANE-Fälle .....                                   | 66        |
| 5.5 NEGSOFAB .....   | 66        |
| <b>6. Wie lese ich einen Abrechnungsbrief? .....</b>             | <b>67</b> |

# 1. Grundlagen der Abrechnungssystematik

## Gesamtziffernkranz

Abgrenzung KV- und Vertragsabrechnung

- **Aufgelistete EBM-Ziffern aus allen 73c/140a -Verträgen sowie HZV**  
→ für teilnehmende Versicherte nicht über die KV abrechnen!
- **Nicht aufgelistete EBM-Ziffern oder Ausnahmen**  
→ für teilnehmende Versicherte weiterhin über KV abrechnen

Hinweis: Für den AOK BW Vertrag Diabetologie findet der Gesamtziffernkranz **keine Anwendung**.

## Anmerkungen im GZK:

|   |  |
|---|--|
| obligatorisch:  | <b>Leistungen</b> müssen für eingeschriebene Versicherte vom jeweiligen FA <b>als Teil der Abrechnungsziffern erbracht werden.</b>   |
| Nicht obligatorisch:  | Leistungen <b>müssen</b> für eingeschriebene Versicherte <b>als Teil der Abrechnungsziffern</b> erbracht werden, sofern <b>Qualifikation</b> und <b>Ausstattung</b> vorhanden. Für Leistungserbringung und Abrechnung gilt das Leistungsspektrum der Praxis.           |
| § 73c-Leistung:<br>Die Bezeichnung "73c" impliziert auch die Verträge des FachartProgramms nach § 140a SGB V n.F. | <b>Diese</b> Leistungen sind durch einen anderen Facharztvertrag in den GZK eingegliedert aber bei Erbringung der Leistung <b>mit den Abrechnungsziffern</b> Ihres vorliegenden Vertrages <b>abgegolten.</b>   |
| HZV-Leistung:   | <b>Zur Abstimmung</b> bzgl. Erbringung (auch durch den Hausarzt) dieser Leistung ist die Absprache mit dem <b>HAUSARZT</b> erforderlich. Bei Abrechnung durch den <b>FACHARZT</b> ist die Leistung mit den Abrechnungsziffern Ihres vorliegenden Vertrages abgegolten. |

## Vergütungspositionen

- Anlage 12 enthält die Abrechnungsziffern, Regeln und Vergütungen

## ICD-Liste

- Anlage 12 Anhang 2 (im Diabetologievertrag Anlage 12 Anhang 1)
- Auflistung und Zuordnung der Diagnosen, die für die Abrechnung bestimmter Ziffern vorliegen müssen

## Ambulantes Operieren

- Nur für den Orthopädie/Chirurgie- und den Urologievertrag relevant
- Orthopädie/Chirurgie: Anlage 12 Anhang 5
- Urologie: Anlage 12 Anhang 4
- enthält die Ziffern zum ambulanten Operieren, Anästhesien und postoperative Überwachungen
- Sachkosten ebenfalls über Vertrag abzurechnen
- jeweils OP Schlüssel aus Anhang 2 zum EBM notwendig
- Ziffern zum ambulanten Operieren nur 1 x pro Tag abrechenbar
  - Ausnahme: Simultaneingriff: abrechenbar je 15 Minuten Dauer
- Anästhesien, postoperative Überwachung und postoperative Behandlung über AOP Ziffern abrechenbar

Weitere Informationen zur Vergütungs- und Abrechnungssystematik (z.B.: Abrechnungshäufigkeiten oder Vergütungsregeln) finden Sie in der Anlage 12 und auf der Schreibtischunterlage.

## 2. Abrechnungsprozess

### 2.1 Überblick über den Abrechnungsprozess

Generell ist die Abrechnung bis spätestens zum 5. Kalendertag nach Ablauf des Quartals elektronisch zu übermitteln.

| Stichtag   | 05. Januar                                      | 05. April                                    | 05. Juli                                     | 05. Oktober                                  |
|------------|---|--|--|--|
| Abrechnung | Abrechnung des <b>4. Quartals</b> des Vorjahres | Abrechnung des <b>1. Quartals</b> des Jahres | Abrechnung des <b>2. Quartals</b> des Jahres | Abrechnung des <b>3. Quartals</b> des Jahres |

- Prüflauf (Prüfung der Abrechnung durch ihre Vertragssoftware)
- Übermittlung der Abrechnungsdaten elektronisch via Vertragssoftware und Online-Key
- Bestätigung des Eingangs der Daten durch MEDIVERBUND AG (Datenempfangsbestätigung)
- Prüfung der eingereichten Daten durch MEDIVERBUND AG
- Gegenprüfung durch die Kasse
- Auszahlung und Versand der Abrechnungsnachweise durch MEDIVERBUND AG

## 2.2 Empfangsbestätigung

Nach erfolgreicher Übermittlung der Abrechnungsdaten erhalten Sie am nächsten Werktag (Mo-Fr) eine Datenempfangsbestätigung.

Sehr geehrter Herr Xxxxxxxx,

wir haben von Ihnen am xx.xx.xxxx folgende Abrechnungs- und/oder Verordnungsdaten erhalten:

### 3. Quartal 2020

|   | § 73c/140a | Sofortabrechnung | Gesamt |
|---|------------|------------------|--------|
| → <b>Patienten mit Abrechnungsdaten</b> | 822        | 19               | 841    |
| → <b>Anzahl Leistungsziffern</b>        | 2.945      | 141              | 3.086  |
| <b>Anzahl Diagnosen</b>                 | 2.588      | 101              | 2.689  |
| <b>Anzahl Operationsschlüssel</b>       | 29         | 3                | 32     |

→ Sie haben uns 14 Verordnungen geschickt.

Bitte beachten Sie, dass dieses Schreiben lediglich den Erhalt der Daten dokumentiert. Die endgültige Verarbeitung, Abrechnung und Überprüfung hat noch nicht stattgefunden.

Abrechnungstichtag ist immer der 5. Tag im 1. Monat nach Ende des Quartals. Alle danach eintreffenden Daten können ggfs. erst im Folgequartal berücksichtigt werden. Sie können Abrechnungen bis zu 12 Monate nach Leistungserbringung übermitteln (Ausnahme: Sofortabrechnungen vor Q3/2020 müssen über die KV abgerechnet werden).

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team der MEDIVERBUND AG

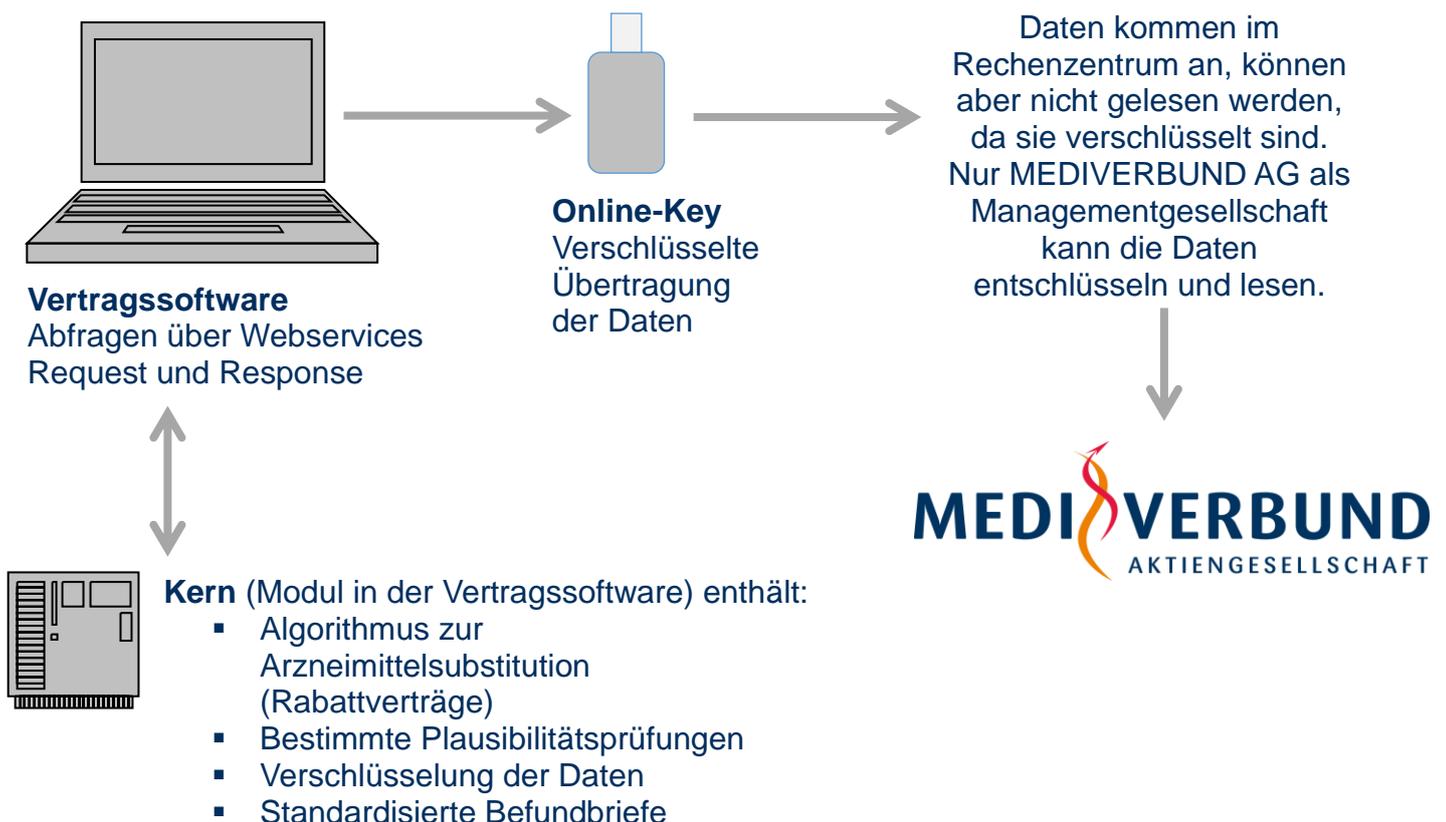
### Tipp:

Prüfen Sie nach dem Versand der Abrechnungsdaten den Erhalt der Datenempfangsbestätigung und vergleichen Sie die Fallzahlen

## 2.3 Elektronisches Korrekturverfahren

- Elektronische Korrekturen via Vertragssoftware können bis zu **12 Monate** nach Ende des Quartals durchgeführt werden. Abrechnungskorrekturen können Sie direkt über Ihre Software durchführen. Wie Sie dies technisch genau umsetzen, kann Ihnen Ihr Systempartner erklären.
- Wichtig ist hierbei, dass Sie uns immer die gesamten Daten eines Quartals erneut übermitteln und nicht nur die einzelnen Leistungsziffern, die Sie korrigieren möchten. Wir ersetzen dann die bisherigen Daten (Leistungen, Diagnosen, etc.) komplett durch die neu übermittelten Daten.

## 2.4 Datenübermittlung



## 2.5 Auszahlungsprozess

Die Auszahlung erfolgt in zwei Schritten: Abschlagszahlung und Gutschrift.

- Die Abschlagszahlungen bemessen sich an Ihrem individuellen Fallwert im Vorquartal
- Maximale monatliche Abschlagszahlung:
  - **Kardiologie:** 19,50 € pro P1
  - **Gastroenterologie:** 29,00 € pro P1
  - **Neurologie, Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie:** 19,50 € pro P1
  - **Psychotherapie:** 116,00 € pro Fall
  - **Orthopädie:** 19,50 € pro P1
  - **Urologie:** 19,50 € pro P1
  - **Rheumatologie:** 19,50 € pro Fall
  - **Nephrologie:** 43,50 € pro P1
  - **Pneumologie:** 19,50 € pro P1
- Die Gutschrift wird per Verrechnung der bereits gezahlten Abschläge mit der Abrechnungssumme eines Quartals ermittelt
- Im **Diabetologie**-Vertrag gibt es keine Abschlagszahlungen

Einen Überblick über die wichtigsten Termine/Fristen bietet der **Abrechnungskalender** (abrufbar auf unserer Internetseite).

### 3. Definition der verschiedenen Arztrollen

Bestimmte Leistungen dürfen nicht von jedem Behandler eines Patienten abgerechnet werden, deshalb wird pro Quartal einem Arzt eine bestimmte „**Rolle**“ zugeordnet. Somit können konkrete Abrechnungsregeln auf die einzelnen Rollen angewandt werden.

Mögliche Rollen innerhalb der Behandlung eines Patienten:

|                      |   |
|----------------------|---|
| <b>Erstbehandler</b> | rechnet i.d.R. eine <b>Grundpauschale, Einzelleistungen und Zusatzpauschalen</b> ab     |
| <b>Zielbehandler</b> | übernimmt lediglich <b>Auftragsleistungen</b>   |
| <b>Vertreterarzt</b> | rechnet die <b>Vertreterpauschale</b> ab und ggf. Zusatzpauschalen und Einzelleistungen |

Nach der Rollendefinition muss überprüft werden, ob innerhalb derselben BSNR mehrere Abrechnungen von verschiedenen Ärzten zu einem Patienten vorhanden sind.

- Abrechnungen werden zusammengefasst und im weiteren Vorgehen als eine Abrechnung betrachtet.
- Rollenhierarchie: Abrechnung des Arztes der niedrigeren Hierarchiestufe wird der Abrechnung des Arztes höherer Hierarchiestufe zugefügt.
- Wenn zwei Ärzte derselben Rolle miteinander verglichen werden, wird die Abrechnung über den Arzt mit dem früheren Behandlungsdatum durchgeführt.

| Rollenhierarchie |                    |
|------------------|--------------------|
| 1                | Erstbehandler      |
| 2                | Vertreterarzt      |
| 3                | Zielbehandler      |
| 4                | Stellvertreterarzt |

Beispiel:

- Teilnehmender Arzt A behandelt eingeschriebenen Patienten am 10.07.2017 mit dem ersten Behandlungstermin des Patienten in diesem Quartal.  
→ Arzt A ist Erstbehandler
- Teilnehmender Arzt B aus derselben Praxis (selbe BSNR) behandelt diesen Patienten von Arzt A am 25.07.2017, da Arzt A im Urlaub ist.  
→ Arzt B ist Stellvertreterarzt

Die Ärzte rechnen mit gleicher BSNR denselben Patienten ab. Deshalb greift die Rollenhierarchie und die Abrechnung des Arztes B (Stellvertreterarzt) wird über den Arzt A (Erstbehandler) abgerechnet.

## 4. Abrechnungsbeispiele, -regeln und Besonderheiten

### 3.1 Kardiologie

#### Abrechnungsbeispiele

##### Beispiel 1:

| <b>Linksherzkatheter-Untersuchung</b> |                                     |                 |
|---------------------------------------|-------------------------------------|-----------------|
| 1. Termin                             | Grundpauschale (P1)                 | 32,00 €         |
|                                       | Überweisung vom HZV-Hausarzt (P1UE) | 5,00 €          |
|                                       | Pharmazuschlag (Q1)                 | 4,00 €          |
|                                       | NYHA Stadium III (P1aIII)           | 53,00 €         |
|                                       | Strukturzuschlag EFA® (Q6)          | 5,00 €          |
| 2. Termin                             | Angiologiemodul (P2)                | 35,00 €         |
|                                       | Linksherzkatheter (E3a)             | 660,00 €        |
| 3. Termin                             | Zuschlag Herzkatheter (Q3)          | 60,00 €         |
|                                       | Arzt-Patienten-Kontakt (Z1)         | 15,00 €         |
| <b>Summe</b>                          |                                     | <b>869,00 €</b> |

##### Beispiel 2:

| <b>Nachsorge eines Defis als Auftragsleistung</b> |                                      |                |
|---|--------------------------------------|----------------|
| 1. Termin   | Grundpauschale Auftragsleistung (A0) | 16,00 €        |
|   | Defi-System Nachsorge (A2b)          | 40,00 €        |
| <b>Summe</b>                                      |                                      | <b>56,00 €</b> |

**Beispiel 3:**

| <b>Schrittmacher-Nachsorge durch einen Fachinternisten ohne Vertragsschwerpunkt</b> |   |                |
|---|---|----------------|
| 1. Termin   | Grundpauschale (P1)                         | 32,00 €        |
|   | Überweisung vom HZV-Hausarzt (P1UE)         | 5,00 €         |
|   | Zuschlag Stressecho (Q4)                    | 5,00 €         |
|   | Strukturzuschlag EFA® (Q6)                  | 5,00 €         |
|   | Zusatzpauschale Herzrhythmusstörungen (P1C) | 30,00 €        |
|   | Schrittmacher-Nachsorge (E2A)               | 20,00 €        |
| <b>Summe</b>  |   | <b>97,00 €</b> |

## Abrechnungsregeln

### Beispiel 1:

Rechnet ein Arzt eine Leistung ab, die nicht seiner zugewiesenen Rolle entspricht, wird diese soweit möglich **ersetzt** oder **gestrichen**.

### Übermittelte Daten:

| Leistungsdatum | Leistungsziffer |
|----------------|-----------------|
| 09.01.2023     | P1              |
| 09.01.2023     | P1UE            |
| 09.01.2023     | P1al            |
| 02.02.2023     | A12             |

P1 wurde übermittelt, somit erhält der Arzt die Rolle Erstbehandler

### Nach Prüfung:

|          | Leistungsziffer                       | Leistungsdatum | Abrechnungsbetrag |
|----------|---------------------------------------|----------------|-------------------|
| 1        | P1                                    | 09.01.2023     | 32,00 €           |
| 2        | P1UE                                  | 09.01.2023     | 5,00 €            |
| 3        | ---Q1---                              | 09.01.2023     | 4,00 €            |
| 4        | P1al                                  | 09.01.2023     | 53,00 €           |
| 5        | Summe:                                |                | 94,00 €           |
| Änderung | A12 wird gestrichen, da Erstbehandler | 02.02.2023     |                   |

### Beispiel 2:

Zusätzlich werden manche Leistungen, die zwar korrekt innerhalb der zugewiesenen Rolle, aber aufgrund **anderer Vergütungsregeln** nicht abgerechnet werden können, durch abrechenbare Leistungen **ersetzt**.

### Übermittelte Daten:

| Leistungsdatum | Leistungsziffer |
|----------------|-----------------|
| 02.02.2023     | P1              |
| 02.02.2023     | P1UE            |
| 02.02.2023     | P1c             |
| 06.02.2023     | E2a             |
| 08.03.2023     | E1              |
| 27.03.2023     | P1              |

### Nach Prüfung:

|          | Leistungsziffer                          | Leistungsdatum | Abrechnungsbetrag |
|----------|--|----------------|-------------------|
| 1        | P1                                       | 02.02.2023     | 32,00 €           |
| 2        | P1UE                                     | 02.02.2023     | 5,00 €            |
| 3        | P1c                                      | 02.02.2023     | 30,00 €           |
| 4        | E2a                                      | 06.02.2023     | 20,00 €           |
| 5        | E1                                       | 08.03.2023     | 60,00 €           |
| 6        | ---Z1---                                 | 27.03.2023     | 15,00 €           |
| 7        |  | Summe:         | 162,00 €          |
| Änderung | P1 ist nur einmal im Quartal abrechenbar | 27.03.2023     |                   |

**Beispiel 3:**

Zusätzliche Arzt-Patienten-Kontakte werden vergütet. Die dazugehörige Ziffer Z1 wird ab dem 3. Arzt-Patienten-Kontakt mit 15 € vergütet. Voraussetzung ist jedoch, dass alle vorhergegangenen Arzt-Patienten-Kontakte dokumentiert sein müssen.

| Leistungsdatum | Leistungsziffer |
|----------------|-----------------|
| 10.01.2017     | P1              |
|                | P1b             |
| 06.02.2017     |                 |
| 27.02.2017     | Z1              |

| Hinweise                     |
|------------------------------|
| 1. APK                       |
| <b>Nicht dokumentiert</b>    |
| 2. APK ( <b>unvergütet</b> ) |



Aufgrund fehlender Dokumentation kann Z1 nicht vergütet werden.

| Leistungsdatum | Leistungsziffer |
|----------------|-----------------|
| 10.01.2017     | P1              |
|                | P1b             |
| 06.02.2017     | Z1              |
| 27.02.2017     | Z1              |

| Hinweise                     |
|------------------------------|
| 1. APK                       |
| 2. APK ( <b>unvergütet</b> ) |
| 3. APK ( <b>vergütet</b> )   |

## 3.2 Gastroenterologie

### Abrechnungsbeispiele

#### Beispiel 1:

| <b>Leistungskette für eine Vorsorgekoloskopie</b> |                                     |                 |
|---|-------------------------------------|-----------------|
| 1. Termin   | Grundpauschale (P1)                 | 32,00 €         |
|   | Überweisung vom HZV-Hausarzt (P1UE) | 5,00 €          |
| 2. Termin   | Präventionskoloskopie (E3)          | 235,00 €        |
|   | Gastroskopiekomplex (E1a)           | 117,00 €        |
| <b>Summe</b>                                      |                                     | <b>389,00 €</b> |

#### Beispiel 2:

| <b>Leistungskette für eine Koloskopie/ÖGD</b> |                                     |                 |
|---|-------------------------------------|-----------------|
| 1. Termin                                     | Grundpauschale (P1)                 | 32,00 €         |
|   | Überweisung vom HZV-Hausarzt (P1UE) | 5,00 €          |
|   | Qualitätszuschlag Farbdoppler (Q3)  | 2,00 €          |
|   | Pharmazuschlag (Q1)                 | 4,00 €          |
| 2. Termin                                     | Leberzirrhose (P1b)                 | 38,00 €         |
|   | Gastroskopiekomplex (E1a)           | 117,00 €        |
|   | Koloskopiekomplex (E2a)             | 225,00 €        |
| <b>Summe</b>                                  |                                     | <b>423,00 €</b> |

## Abrechnungsregeln

### Beispiel 1:

Rechnet ein Arzt eine Leistung ab, die nicht seiner zugewiesenen Rolle entspricht, wird diese soweit möglich **ersetzt** oder **gestrichen**.

### Übermittelte Daten:

| Leistungsdatum | Leistungsziffer |
|----------------|-----------------|
| 17.01.2023     | P1              |
| 17.01.2023     | P1UE            |
| 17.01.2023     | P1c             |
| 23.01.2023     | E1a             |
| 23.01.2023     | E2a             |
| 30.01.2023     | V1              |

P1 wurde übermittelt, somit erhält der Arzt die Rolle Erstbehandler

### Nach Prüfung:

|          | Leistungsziffer                         | Leistungsdatum | Abrechnungsbetrag |
|----------|---|----------------|-------------------|
| 1        | P1                                      | 17.01.2023     | 32,00 €           |
| 2        | P1UE                                    | 17.01.2023     | 5,00 €            |
| 3        | ---Q1---                                | 17.01.2023     | 4,00 €            |
| 4        | ---Q3---                                | 17.01.2023     | 2,00 €            |
| 5        | P1c                                     | 17.01.2023     | 22,50 €           |
| 6        | E1a                                     | 23.01.2023     | 117,00 €          |
| 7        | E2a                                     | 23.01.2023     | 225,00 €          |
| 8        |   | Summe:         | 407,50 €          |
| Änderung | V1 wird gestrichen, da<br>Erstbehandler | 30.01.2023     |                   |

### Beispiel 2:

Manche Leistungen, die zwar korrekt innerhalb der zugewiesenen Rolle, aber aufgrund **anderer Vergütungsregeln** nicht abgerechnet werden können, bleiben unvergütet oder werden, wenn möglich durch abrechenbare Leistungen **ersetzt**.

### Übermittelte Daten:

| Leistungsdatum | Leistungsziffer |
|----------------|-----------------|
| 23.01.2023     | P1              |
| 23.01.2023     | P1UE            |
| 14.02.2023     | E2a             |
| 06.03.2023     | E1a             |
| 27.03.2023     | P1              |

### Nach Prüfung:

|          | Leistungsziffer                          | Leistungsdatum | Abrechnungsbetrag |
|----------|--|----------------|-------------------|
| 1        | P1                                       | 23.01.2023     | 32,00 €           |
| 2        | P1UE                                     | 23.01.2023     | 5,00 €            |
| 3        | E2a                                      | 14.02.2023     | 225,00 €          |
| 4        | E1a                                      | 06.03.2023     | 117,00 €          |
| 5        |  | Summe:         | 374,00 €          |
| Änderung | P1 ist nur einmal im Quartal abrechenbar | 27.03.2023     |                   |

## 3.3 PNP

### 3.3.1 Neurologie

#### Abrechnungsbeispiele

##### Beispiel 1:

| <b>Diagnostik-Patient mit Long-/Post-Covid-Symptomen</b> |  |                 |
|--|--|-----------------|
| 1. Termin  | Grundpauschale (NP1)                                   | 35,00 €         |
|  | Überweisung vom HZV-Hausarzt (NP1A)                    | 5,00 €          |
|  | Pauschale Neurologische Versorgung (NP3A)              | 45,00 €         |
|  | Strukturzuschlag für EFA® Neurologie (NQ2)             | 5,00 €          |
|  | Strukturzuschlag evozierte Potentiale (NQ3)            | 2,00 €          |
|  | Strukturzuschlag EMG (NQ5)                             | 2,00 €          |
|  | Strukturzuschlag Doppler-/Duplexsonographie (NQ6)      | 7,00 €          |
|  | Beratungsgespräch Long-/Post-Covid (10 Minuten) (NBG1) | 20,00 €         |
| <b>Summe</b>   |  | <b>121,00 €</b> |

**Beispiel 2:**

| <b>Parkinson-Patient mit organischer affektiver und/oder wahnhafter Störung</b> |   |                 |
|---|---|-----------------|
| 1. Termin   | Grundpauschale (NP1)                              | 35,00 €         |
|   | Überweisung vom HZV-Hausarzt (NP1A)               | 5,00 €          |
|   | Strukturzuschlag evozierte Potentiale (NQ3)       | 2,00 €          |
|   | Strukturzuschlag EMG (NQ5)                        | 2,00 €          |
|   | Strukturzuschlag Doppler-/Duplexsonographie (NQ6) | 7,00 €          |
|   | Strukturzuschlag Schwerpunktpraxis (NQ1C)         | 2,00 €          |
|   | Strukturzuschlag für EFA® Parkinson (NQ2C)        | 5,00 €          |
|   | Qualitätszuschlag Neurosonologie (NQ10)           | 5,00 €          |
|   | Zusatzpauschale Parkinson (NP2D1)                 | 23,00 €         |
|   | Beratungszuschlag Parkinson (NP2D2)               | 20,00 €         |
| 2. Termin   | Beratungszuschlag Parkinson (NP2D2)               | 20,00 €         |
| <b>Summe</b>  |   | <b>126,00 €</b> |

**Beispiel 3:**

| <b>MS-Patient</b> |   |                 |
|-------------------|---|-----------------|
| 1. Termin         | Grundpauschale (NP1)                              | 35,00 €         |
|                   | Überweisung vom HZV-Hausarzt (NP1A)               | 5,00 €          |
|                   | Strukturzuschlag evozierte Potentiale (NQ3)       | 2,00 €          |
|                   | Strukturzuschlag EMG (NQ5)                        | 2,00 €          |
|                   | Strukturzuschlag Doppler-/Duplexsonographie (NQ6) | 7,00 €          |
|                   | Strukturzuschlag Schwerpunktpraxis (NQ1A)         | 2,00 €          |
|                   | Strukturzuschlag für EFA® MS (NQ2A)               | 5,00 €          |
|                   | Zusatzpauschale Multiple Sklerose (NP2B1)         | 29,00 €         |
|                   | Beratungszuschlag Multiple Sklerose (NP2B2)       | 20,00 €         |
|                   | Schubtherapie bei Multipler Sklerose (NE2D)       | 55,00 €         |
| 2. Termin         | Schubtherapie bei Multipler Sklerose (NE2D)       | 55,00 €         |
| 3. Termin         | Schubtherapie bei Multipler Sklerose (NE2D)       | 55,00 €         |
| 4. Termin         | Schubtherapie bei Multipler Sklerose (NE2D)       | 55,00 €         |
| 5. Termin         | Zusätzlicher Arzt Patienten Kontakt               | 15,00 €         |
| 6. Termin         | Beratungszuschlag Multiple Sklerose (NP2B2)       | 20,00 €         |
|                   | Schubtherapie bei Multipler Sklerose (NE2D)       | 55,00 €         |
| <b>Summe</b>      |   | <b>417,00 €</b> |

### 3.3.2 Psychiatrie

#### Abrechnungsbeispiele

##### Beispiel 1:

| <b>Patient mit Angststörung</b> |  |                 |
|---------------------------------|--|-----------------|
| 1. Termin                       | Grundpauschale (PYP1)                  | 17,00 €         |
|                                 | Überweisung vom HZV-Hausarzt (PYP1A)   | 5,00 €          |
|                                 | Psychiatrisches Gespräch (PYE1)        | 20,00 €         |
|                                 | Psychiatrisches Gespräch (PYE1)        | 20,00 €         |
|                                 | Psychiatrisches Gespräch (PYE1)        | 20,00 €         |
|                                 | Psychiatrisches Gespräch (PYE1)        | 20,00 €         |
|                                 | Psychiatrisches Gespräch (PYE1)        | 20,00 €         |
|                                 | Zusatzpauschale Angststörungen (PYP2C) | 15,00 €         |
| 2. Termin                       | Psychiatrisches Gespräch (PYE1)        | 20,00 €         |
|                                 | Psychiatrisches Gespräch (PYE1)        | 20,00 €         |
|                                 | Psychiatrisches Gespräch (PYE1)        | 20,00 €         |
|                                 | Psychiatrisches Gespräch (PYE1)        | 20,00 €         |
|                                 | Psychiatrisches Gespräch (PYE1)        | 20,00 €         |
| 3. Termin                       | Psychiatrisches Gespräch (PYE1)        | 20,00 €         |
|                                 | Psychiatrisches Gespräch (PYE1)        | 20,00 €         |
|                                 | Psychiatrisches Gespräch (PYE1)        | 20,00 €         |
|                                 | Psychiatrisches Gespräch (PYE1)        | 20,00 €         |
|                                 | Psychiatrisches Gespräch (PYE1)        | 20,00 €         |
| <b>Summe</b>                    |  | <b>337,00 €</b> |

**Beispiel 2:**

| <b>Diagnostik Demenz</b> |                                      |                |
|--------------------------|--------------------------------------|----------------|
| 1. Termin                | Grundpauschale (PYP1)                | 17,00 €        |
|                          | Überweisung vom HZV-Hausarzt (PYP1A) | 5,00 €         |
|                          | Diagnostik/Testung Demenz (PYE2)     | 41,00 €        |
|                          | Zusatzpauschale Demenz (PYP2H)       | 13,00 €        |
| <b>Summe</b>             |                                      | <b>76,00 €</b> |

### 3.3.3 Kinder- und Jugendpsychiatrie

#### Abrechnungsbeispiele

##### Beispiel 1:

| <b>Patient mit einfacher Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung</b> |  |                 |
|---|--|-----------------|
| 1. Termin   | Grundpauschale (KJPYP1)                                      | 22,00 €         |
|   | Überweisung vom HZV-Hausarzt (KJPYP1A)                       | 5,00 €          |
|   | Individualbehandlung - Arzt (KJPYE1)                         | 19,00 €         |
|   | Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D) | 12,00 €         |
|   | Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D) | 12,00 €         |
|   | Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D) | 12,00 €         |
|   | Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D) | 12,00 €         |
| 2. Termin   | Psychiatrische Gruppenbehandlung (KJPYE3)                    | 13,00 €         |
|   | Psychiatrische Gruppenbehandlung (KJPYE3)                    | 13,00 €         |
|   | Psychiatrische Gruppenbehandlung (KJPYE3)                    | 13,00 €         |
| 3. Termin   | Individualbehandlung - Arzt (KJPYE1)                         | 19,00 €         |
|   | Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D) | 12,00 €         |
|   | Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D) | 12,00 €         |
|   | Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D) | 12,00 €         |
|   | Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D) | 12,00 €         |
| 4. Termin   | Psychiatrische Gruppenbehandlung (KJPYE3)                    | 13,00 €         |
|   | Psychiatrische Gruppenbehandlung (KJPYE3)                    | 13,00 €         |
|   | Psychiatrische Gruppenbehandlung (KJPYE3)                    | 13,00 €         |
| 5. Termin   | Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D) | 12,00 €         |
|   | Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D) | 12,00 €         |
|   | Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D) | 12,00 €         |
|   | Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D) | 12,00 €         |
|   | Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D) | 12,00 €         |
| <b>Summe</b>  |  | <b>299,00 €</b> |

**Beispiel 2:**

| <b>Patient mit einfacher Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung in einem schwierigen Lebensumfeld (MAS-Achse 6 &gt; 5)</b> |  |                 |
|--|--|-----------------|
| 1. Termin  | Grundpauschale (KJPYP1)                                      | 22,00 €         |
|  | Überweisung vom HZV-Hausarzt (KJPYP1A)                       | 5,00 €          |
|  | Individualbehandlung - Arzt (KJPYE1)                         | 19,00 €         |
|  | Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D) | 12,00 €         |
|  | Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D) | 12,00 €         |
|  | Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D) | 12,00 €         |
|  | Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D) | 12,00 €         |
| 2. Termin  | Psychiatrische Gruppenbehandlung (KJPYE3)                    | 13,00 €         |
|  | Psychiatrische Gruppenbehandlung (KJPYE3)                    | 13,00 €         |
|  | Psychiatrische Gruppenbehandlung (KJPYE3)                    | 13,00 €         |
| 3. Termin  | Individualbehandlung - Arzt (KJPYE1)                         | 19,00 €         |
|  | Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D) | 12,00 €         |
|  | Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D) | 12,00 €         |
|  | Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D) | 12,00 €         |
|  | Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D) | 12,00 €         |
| 4. Termin  | Psychiatrische Gruppenbehandlung (KJPYE3)                    | 13,00 €         |
|  | Psychiatrische Gruppenbehandlung (KJPYE3)                    | 13,00 €         |
|  | Psychiatrische Gruppenbehandlung (KJPYE3)                    | 13,00 €         |
| 5. Termin  | Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D) | 12,00 €         |
|  | Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D) | 12,00 €         |
|  | Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D) | 12,00 €         |
|  | Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D) | 12,00 €         |
|  | Individualbehandlung - Therapeutischer Mitarbeiter (KJPYE1D) | 12,00 €         |
| <b>Summe</b>   |  | <b>299,00 €</b> |

### 3.3.4 Psychotherapie

#### Abrechnungsbeispiele

##### Beispiel 1:

| <b>Behandlung eines Patienten mit mittelschwerer Depression</b> |   |                 |
|---|---|-----------------|
| 1. Termin   | Gruppenbehandlung – kleine Gruppe (PTE6V) | 130,00 €        |
| 2. Termin   | Gruppenbehandlung – kleine Gruppe (PTE6V) | 130,00 €        |
| 3. Termin   | Gruppenbehandlung – kleine Gruppe (PTE6V) | 130,00 €        |
|   | Kooperationszuschlag (PTZ1)               | 25,00 €         |
| 4. Termin   | Gruppenbehandlung – kleine Gruppe (PTE6V) | 130,00 €        |
| 5. Termin   | Gruppenbehandlung – kleine Gruppe (PTE6V) | 130,00 €        |
| 6. Termin   | Gruppenbehandlung – kleine Gruppe (PTE6V) | 130,00 €        |
| <b>Summe</b>  |   | <b>805,00 €</b> |

**Beispiel 2:**

| <b>Behandlung eines Patienten mit sozialen Ängsten</b> |                                      |                   |
|--|--------------------------------------|-------------------|
| 1. Termin  | Grundpauschale (PTP1)                | 60,00 €           |
|  | Überweisung vom HZV-Hausarzt (PTP1A) | 5,00 €            |
|  | Zeitnahme/aktute Versorgung (PTE1V)* | 120,00 €          |
| 2. Termin  | Zeitnahme/aktute Versorgung (PTE1V)* | 120,00 €          |
| 3. Termin  | Zeitnahme/aktute Versorgung (PTE1V)* | 120,00 €          |
| 4. Termin  | Zeitnahme/aktute Versorgung (PTE1V)* | 120,00 €          |
| 5. Termin  | Zeitnahme/aktute Versorgung (PTE1V)* | 120,00 €          |
| 6. Termin  | Zeitnahme/aktute Versorgung (PTE1V)* | 120,00 €          |
| 7. Termin  | Zeitnahme/aktute Versorgung (PTE1V)* | 120,00 €          |
| 8. Termin  | Zeitnahme/aktute Versorgung (PTE1V)* | 120,00 €          |
| 9. Termin  | Zeitnahme/aktute Versorgung (PTE1V)* | 120,00 €          |
| 10. Termin   | Zeitnahme/aktute Versorgung (PTE1V)* | 120,00 €          |
|  | Kooperationszuschlag (PTZ1)          | 25,00 €           |
| 11. Termin   | Erstbehandlung (PTE2V)               | 115,00 €          |
| 12. Termin   | Erstbehandlung (PTE2V)               | 115,00 €          |
| 13. Termin   | Erstbehandlung (PTE2V)               | 115,00 €          |
| <b>Summe</b>   |                                      | <b>1.635,00 €</b> |

\* Unter Berücksichtigung der Zuschläge ergeben sich höhere Durchschnittsbeträge

### 3.3.5 Honoraranlage - Übergreifende Regeln

| Übergreifende Regel   | Neurologie   | Psychiatrie |
|---|--|-------------|
| <b>Nur eine Grundpauschale (P1/P1H) pro Fall</b>                  | <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>   |             |
|   | Grundpauschale Psychotherapie darf nicht abgerechnet werden, wenn der Arzt eine andere Grundpauschale abrechnen kann   |             |
| <b>Mehrere Zusatzpauschalen pro Fall möglich</b>                  | <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> |             |
| <b>Besuch zu Unzeiten pro Fall nur in einem Modul abrechenbar</b> | Entweder Neurologie oder Psychiatrie Ziffer für Besuche zu Unzeiten  |             |

| Übergreifende Regel   | Neurologie  | Psychiatrie  | Psychotherapie |
|---|---|--|----------------|
| <b>Gesprächsleistungen Psychiatrie und Psychotherapie nicht am selben Tag abrechenbar</b> |   | Psychotherapeutische Gesprächsziffern (PTE1-PTE8) dürfen nicht am selben Tag mit der Psychiatrischen Gesprächsziffer (PYE1) abgerechnet werden |                |
| <b>Keine Gesprächsleistungen zusätzlich zur Heimpauschale abrechenbar</b>                 | 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. |  |                |

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

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

### 3.3.6 Abrechnungsbeispiele Modulübergreifend

#### Neurologie und Psychiatrie

| <b>Neurologische Behandlung eines Patienten mit einer Zerebrovaskulären Krankheit, sowie psychiatrische Behandlung dieses Patienten wegen einer Depression:</b>  |         |                                   |          |
|--|---------|-----------------------------------|----------|
| Arzt verfügt über folgende Geräte/Qualifikationsnachweise: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evozierte Potentiale (NQ3)</li> <li>- EMG (NQ5)</li> <li>- Doppler- und Duplexsonographie (NQ6)</li> </ul> |         |                                   |          |
| Grundpauschale NP1   | 35,00 € | Grundpauschale (PYP1)             | 17,00 €  |
| Überweisung vom HZV-Hausarzt   | 5,00 €  | Zusatzpauschale (PYP2D)           | 20,00 €  |
| • Strukturzuschlag (NQ3)   | 2,00 €  | Gesprächsbehandlung (5xPYE1 á 10) | 100,00 € |
| • Strukturzuschlag (NQ5)   | 2,00 €  |                                   |          |
| • Strukturzuschlag (NQ6)   | 7,00 €  |                                   |          |
| Zusatzpauschale Epilepsie (NP2A1)  | 17,00 € |                                   |          |
| + Beratungszuschlag (NP2A2)  | 20,00 € |                                   |          |
| Quartalshonorar insgesamt  |         |                                   | 208,00 € |

## Neurologie und Psychotherapie

| <b>Neurologische Behandlung eines Epilepsie-Patienten, sowie psychotherapeutische Behandlung dieses Patienten wegen einer Depression:</b>   |         |                                  |   |
|---|---------|----------------------------------|---|
| Arzt verfügt über folgende Geräte/Qualifikationsnachweise: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evozierte Potentiale (NQ3)</li> <li>- EMG (NQ5)</li> <li>- Doppler- und Duplexsonographie (NQ6)</li> <li>- Schwerpunktpraxis Epilepsie (NQ1B)</li> <li>- EFA® Epilepsie (NQ2B)</li> </ul> |         |                                  |   |
| Grundpauschale (NP1)  | 35,00 € | <del>Grundpauschale (PTP1)</del> | <del>60,00 €</del>                          |
| Überweisung vom HZV-Hausarzt  | 5,00 €  | Akute Versorgung                 | 120,00 €*<br>(1xPTE1(V/T/N/P) à 50 Minuten) |
| • Strukturzuschlag (NQ3)  | 2,00 €  |                                  |   |
| • Strukturzuschlag (NQ5)  | 2,00 €  |                                  |   |
| • Strukturzuschlag (NQ6)  | 7,00 €  | Akute Versorgung                 | 120,00 €*<br>(1xPTE1(V/T/N/P) à 50 Minuten) |
| Zusatzpauschale Epilepsie (NP2C1)   | 23,00 € |                                  |   |
| • Strukturzuschlag (NQ1B)   | 2,00 €  | Akute Versorgung                 | 120,00 €*<br>(1xPTE1(V/T/N/P) à 50 Minuten) |
| • Strukturzuschlag (NQ2B)   | 5,00 €  |                                  |   |
| + Beratungszuschlag (NP2C2)   | 20,00 € |                                  |   |
| Quartalshonorar insgesamt   |         |                                  | 461,00 €                                    |

\* Unter Berücksichtigung der Zuschläge ergeben sich höhere Beträge

**Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie**

**Neurologische Behandlung eines Epilepsie-Patienten, psychiatrische Behandlung dieses Patienten wegen einer Depression sowie psychotherapeutische Behandlung dieses Patienten wegen der Depression:**

Arzt verfügt über folgende Geräte/Qualifikationsnachweise:

- Evozierte Potentiale (NQ3)
- EMG (NQ5)
- Doppler- und Duplexsonographie (NQ6)
- Schwerpunktpraxis Epilepsie (NQ1B)
- EFA® Epilepsie (NQ2B)

|                                   |         |                                   |          |                           |           |
|-----------------------------------|---------|-----------------------------------|----------|---------------------------|-----------|
| Grundpauschale (NP1)              | 35,00 € | Grundpauschale (PYP1)             | 17,00 €  | Grundpauschale (PTP1)     | 60,00 €   |
| Überweisung vom HZV-Hausarzt      | 5,00 €  | Zusatzpauschale (PYP2D)           | 20,00 €  | Akute Versorgung (1xPTE1) | 120,00 €* |
| • Strukturzuschlag (NQ3)          | 2,00 €  | Gesprächsbehandlung (5xPYE1 á 10) | 100,00 € | Akute Versorgung (1xPTE1) | 120,00 €* |
| • Strukturzuschlag (NQ5)          | 2,00 €  | Gesprächsbehandlung (5xPYE1 á 10) | 100,00 € | Akute Versorgung (1xPTE1) | 120,00 €* |
| • Strukturzuschlag (NQ6)          | 7,00 €  | Gesprächsbehandlung (5xPYE1 á 10) | 100,00 € | PTZ1                      | 25,00 €   |
| Zusatzpauschale Epilepsie (NP2C1) | 23,00 € |                                   |          |                           |           |
| • Strukturzuschlag (NQ1B)         | 2,00 €  |                                   |          |                           |           |
| • Strukturzuschlag (NQ2B)         | 5,00 €  |                                   |          |                           |           |
| + Beratungszuschlag (NP2C2)       | 20,00 € |                                   |          |                           |           |
|                                   | 101 €   |                                   | 320 €    |                           | 385 €     |
| Quartalshonorar Gesamt            |         |                                   |          |                           | 806,00 €  |

\* Unter Berücksichtigung der Zuschläge ergeben sich höhere Beträge

### 3.3.7 Abrechnungsregeln

#### Beispiel 1:

Rechnet ein Arzt eine Leistung ab, die nicht seiner zugewiesenen Rolle entspricht, wird diese soweit möglich **ersetzt** oder **gestrichen**.

#### Übermittelte Daten:

| Datum      | Leistungsziffer |
|------------|-----------------|
| 02.02.2023 | NP1             |
| 02.02.2023 | NP1A            |
| 16.03.2023 | NA6             |

NP1 wurde übermittelt, somit erhält der Arzt die Rolle Erstbehandler

#### Nach Prüfung:

|           | Leistungsziffer                                       | Leistungsdatum | Abrechnungsbetrag |
|-----------|---|----------------|-------------------|
| 1         | NP1   | 02.02.2023     | 35,00 €           |
| 2         | NP1A  | 02.02.2023     | 5,00 €            |
| 3         | ---NQ6---   | 02.02.2023     | 7,00 €            |
| 4         | ---NQ5---   | 02.02.2023     | 2,00 €            |
| 5         | ---NQ3---   | 02.02.2023     | 2,00 €            |
| 6         |   | Summe:         | 96,00 €           |
| Änderung: | NA6 wurde gestrichen, da Sie kein Zielbehandler waren | 16.03.2023     |                   |

**Beispiel 2:**

Übermittelte Daten:

| Datum      | Leistungsziffer |
|------------|-----------------|
| 02.02.2023 | NP1             |
| 02.02.2023 | NP1A            |
| 02.02.2023 | NP2E1           |
| 02.02.2023 | NP2E2           |
| 02.02.2023 | NA1             |
| 16.03.2023 | NZ1             |

Nach Prüfung:

|           | Leistungsziffer   | Leistungsdatum | Abrechnungsbetrag |
|-----------|---|----------------|-------------------|
| 1         | NP1   | 02.02.2023     | 35,00 €           |
| 2         | NP1A  | 02.02.2023     | 5,00 €            |
| 3         | NP2E1   | 02.02.2023     | 12,00 €           |
| 4         | NP2E2   | 02.02.2023     | 20,00 €           |
| 5         | ---NQ6---   | 02.02.2023     | 7,00 €            |
| 6         | ---NQ3---   | 02.02.2023     | 2,00 €            |
| 7         | ---NQ5---   | 02.02.2023     | 2,00 €            |
| 8         | ---NQ2D---  | 02.02.2023     | 5,00 €            |
| 9         | NE1   | 02.02.2023     | 160,00 €          |
| 10        | NZ1   | 16.03.2023     | 15,00 €           |
| 11        | Summe:  |                | 263,00 €          |
| Änderung: | NA1 wurde durch NE1 ersetzt,<br>da Sie kein Zielbehandler<br>waren. | 02.02.2023     |                   |

**Beispiel 3:**

Ersetzung PTE1 nach Abrechnung PTE2

Übermittelte Daten:

| Datum      | Leistungsziffer |
|------------|-----------------|
| 14.02.2023 | PTE1T           |
| 28.02.2023 | PTE1T           |
| 09.03.2023 | PTE1T           |

Nach Prüfung:

|           | Leistungsziffer  | Leistungsdatum | Abrechnungsbetrag |
|-----------|--|----------------|-------------------|
| 1         | PTE2T  | 14.02.2023     | 115,00 €          |
| 2         | PTE2T  | 28.02.2023     | 115,00 €          |
| 3         | PTE2T  | 19.02.2020     | 115,00 €          |
| 4         |  | Summe:         | 345,00 €          |
| Änderung: | Bei Abrechnung von PTE1T darf vorausgehend keine PTE2T abgerechnet worden sein, die Ziffer wird umgewandelt in PTE2T | 14.02.2023     |                   |
| Änderung: | Bei Abrechnung von PTE1T darf vorausgehend keine PTE2T abgerechnet worden sein, die Ziffer wird umgewandelt in PTE2T | 28.02.2023     |                   |
| Änderung: | Bei Abrechnung von PTE1T darf vorausgehend keine PTE2T abgerechnet worden sein, die Ziffer wird umgewandelt in PTE2T | 09.03.2023     |                   |

**Beispiel 4:**

Zusätzliche Arzt-Patienten-Kontakte werden vergütet. Die dazugehörige Ziffer NZ1 wird ab dem 3. APK mit 15 € vergütet. Voraussetzung ist jedoch, dass alle vorhergegangenen APK dokumentiert sein müssen.

| Datum      | Leistungsziffer | Hinweise                     |
|------------|-----------------|------------------------------|
| 14.02.2023 | NP1             | 1. APK                       |
|            | NP1A            |                              |
|            | NP2B1           |                              |
| 28.02.2023 |                 | <b>Nicht dokumentiert</b>    |
| 09.03.2023 | NZ1             | 2. APK ( <b>unvergütet</b> ) |



Aufgrund fehlender Dokumentation kann NZ1 nicht vergütet werden.

| Datum      | Leistungsziffer | Hinweise                     |
|------------|-----------------|------------------------------|
| 14.02.2023 | NP1             | 1. APK                       |
|            | NP1A            |                              |
|            | NP2B1           |                              |
| 28.02.2023 | NZ1             | 2. APK ( <b>unvergütet</b> ) |
| 09.03.2023 | NZ1             | 3. APK ( <b>vergütet</b> )   |

**Beispiel 5:**

Im Modul Psychotherapie ist die Einhaltung der Reihenfolge der Therapieserien wichtig



(abweichende Zahlen für KJ-Ziffern)

Die Einzelleistungen können nur nacheinander abgerechnet werden. Wird eine Ziffer aus einer späteren Kategorie übermittelt, kann nicht wieder zur vorhergehenden gewechselt werden.

**Tipp:** Schöpfen Sie die maximal abrechenbare Anzahl aus, bevor Sie zur nächsten Leistung übergehen

## 3.4 Orthopädie

### Abrechnungsbeispiele

#### Beispiel 1:

| <b>Patient mit unspezifischem Rückenschmerz, AU &gt; 2 Wochen,<br/>Schmerzen seit 6 Wochen</b> |  |                |
|--|--|----------------|
| 1. Termin  | Grundpauschale (P1)                                    | 26,00 €        |
|  | Zuschlag Überweisung vom HZV-HA (P1A)                  | 5,00 €         |
|  | Strukturzuschlag Sonographie (Q1)                      | 1,00 €         |
|  | Strukturzuschlag Röntgen (Q2)                          | 7,00 €         |
|  | Strukturzuschlag DXA (Q3)                              | 4,00 €         |
|  | Pharmazuschlag (Q4)                                    | 4,00 €         |
| 2. Termin  | Unspezifischer Rückenschmerz (P2A)                     | 16,00 €        |
|  | Beratungspauschale unspezifischer Rückenschmerz (BP2A) | 20,00 €        |
| 3. Termin  | Arzt-Patienten-Kontakt (E4A)                           | 15,00 €        |
| <b>Summe</b>   |  | <b>97,00 €</b> |

#### Beispiel 2:

| <b>Ambulantes Operieren: Eingriff an Extremitäten als Auftragsleistung</b> |  |                 |
|--|--|-----------------|
| 1. Termin  | Auftragsgrundpauschale (A1)                        | 12,50 €         |
|  | Röntgen (A6)                                       | 1,00 €          |
| 2. Termin  | Eingriff Extremitäten Kategorie C5 (31125)         | 445,00 €        |
|  | Anästhesieleistung (AOP6)                          | 272,00 €        |
|  | Postoperative Überwachung (AOP13)                  | 116,60 €        |
| 3. Termin  | Arzt-Patienten-Kontakt (z.B.: Wundkontrolle) (E4A) | 15,00 €         |
| <b>Summe</b>   |  | <b>876,10 €</b> |

**Beispiel 3:**

| <b>Patient mit unspezifischem Rückenschmerz und Gonarthrose</b> |   |                 |
|---|---|-----------------|
| 1. Termin   | Grundpauschale (P1)                           | 26,00 €         |
|   | Zuschlag Überweisung vom HZV-HA (P1A)         | 5,00 €          |
|   | Strukturzuschlag Sonographie (Q1)             | 1,00 €          |
|   | Strukturzuschlag Röntgen (Q2)                 | 7,00 €          |
|   | Unspezifischer Rückenschmerz (P2A)            | 16,00 €         |
|   | Zusatzpauschale Gon- und Koxarthrose (P3)     | 15,00 €         |
| 2. Termin   | Beratungspauschale Gon- und Koxarthrose (BP3) | 20,00 €         |
| 3. Termin   | Arzt-Patienten-Kontakt (Akupunktur) (E4B)     | 15,00 €         |
| 4. Termin   | Arzt-Patienten-Kontakt (Akupunktur) (E4B)     | 15,00 €         |
| 5. Termin   | Arzt-Patienten-Kontakt (Akupunktur) (E4B)     | 15,00 €         |
| 6. Termin   | Arzt-Patienten-Kontakt (Akupunktur) (E4B)     | 15,00 €         |
| <b>Summe</b>  |   | <b>150,00 €</b> |

## Abrechnungsregeln

### Beispiel 1:

Rechnet ein Arzt/Psychotherapeut eine Leistung ab, die nicht seiner zugewiesenen Rolle entspricht, wird diese **gestrichen** oder, soweit möglich, **ersetzt**.

### Übermittelte Daten:

| Leistungsdatum | Leistungsziffer |
|----------------|-----------------|
| 17.01.2023     | P1              |
| 17.01.2023     | P1A             |
| 17.01.2023     | P2B             |
| 23.01.2023     | BP2B            |
| 23.01.2023     | A6              |

P1 wurde übermittelt, somit erhält der Arzt die Rolle Erstbehandler

### Nach Prüfung:

|          | Leistungsziffer                      | Leistungsdatum | Abrechnungsbetrag |
|----------|--------------------------------------|----------------|-------------------|
| 1        | P1                                   | 17.01.2023     | 26,00 €           |
| 2        | P1A                                  | 17.01.2023     | 5,00 €            |
| 3        | ---Q2---                             | 17.01.2023     | 7,00 €            |
| 4        | P2B                                  | 17.01.2023     | 16,00 €           |
| 5        | BP2B                                 | 23.01.2023     | 2,00 €            |
| 6        | Summe:                               |                | 56,00 €           |
| Änderung | A6 wird gestrichen, da Erstbehandler | 23.01.2023     |                   |

**Beispiel 2:**

Zusätzlich werden manche Leistungen, die zwar korrekt innerhalb der zugewiesenen Rolle, aber aufgrund **anderer Vergütungsregeln** nicht abgerechnet werden können, durch abrechenbare Leistungen **ersetzt**.

Übermittelte Daten:

| Leistungsdatum | Leistungsziffer |
|----------------|-----------------|
| 23.01.2023     | P1              |
| 23.01.2023     | P1A             |
| 14.02.2023     | E2              |
| 06.03.2023     | E3              |
| 27.03.2023     | E2              |

Nach Prüfung:

|          | Leistungsziffer                                 | Leistungsdatum | Abrechnungsbetrag |
|----------|---|----------------|-------------------|
| 1        | P1  | 23.01.2023     | 26,00 €           |
| 2        | P1A   | 23.01.2023     | 5,00 €            |
| 3        | E2  | 14.02.2023     | 50,00 €           |
| 4        | E3  | 06.03.2023     | 18,50 €           |
| 5        | ---E4A---                                       | 27.03.2023     | 15,00 €           |
| 6        |   | Summe:         | 114,50 €          |
| Änderung | E2 ist nur einmal im Krankheitsfall abrechenbar | 27.03.2023     |                   |

**Beispiel 3:**

Zusätzliche Arzt-Patienten-Kontakte werden vergütet. Die dazugehörige Ziffer E4A/E4B wird ab dem 3. APK mit 15 € vergütet. Voraussetzung ist jedoch, dass alle vorhergehenden APK dokumentiert sein müssen.

| Leistungsdatum | Leistungsziffer |
|----------------|-----------------|
| 10.01.2023     | P1              |
|                | P2B             |
| 06.02.2023     |                 |
| 27.02.2023     | E4A             |

| Hinweise                            |
|-------------------------------------|
| 1. APK                              |
| <b>Nicht dokumentiert</b>           |
| 2. APK ( <b><u>unvergütet</u></b> ) |



Aufgrund fehlender Dokumentation kann E4A nicht vergütet werden.

| Leistungsdatum | Leistungsziffer |
|----------------|-----------------|
| 10.01.2023     | P1              |
|                | P2B             |
| 06.02.2023     | E4A             |
| 27.02.2023     | E4A             |

| Hinweise                            |
|-------------------------------------|
| 1. APK                              |
| 2. APK ( <b><u>unvergütet</u></b> ) |
| 3. APK ( <b><u>vergütet</u></b> )   |

## 3.5 Urologie

### Abrechnungsbeispiele

#### Beispiel 1:

| <b>Behandlung eines Patienten mit Verdacht auf Blasenkarzinom</b> |   |                 |
|---|---|-----------------|
| 1. Termin   | Grundpauschale (P1)   | 25,00 €         |
|   | Überweisung vom HZV-Hausarzt (P1a)                            | 5,00 €          |
|   | Strukturzuschlag psychosomatische Grundversorgung (Q5)        | 2,00 €          |
|   | Strukturzuschlag abdominelle Sonografie (Q2)                  | 3,00 €          |
|   | Strukturzuschlag digitales Röntgen (Q4b)                      | 2,50 €          |
|   | Strukturzuschlag PSA (Q7)                                     | 2,00 €          |
|   | Pharmazuschlag (Q1)   | 4,00 €          |
|   | Verdacht auf sonstige Karzinome/Tumore (P3)                   | 20,00 €         |
| 2. Termin   | Urethrozystoskopie Mann (E6)                                  | 90,00 €         |
|   | Beratungsgespräch sonstige Karzinome (BG2)                    | 17,00 €         |
|   | Beratungsgespräch sonstige Karzinome (BG2)                    | 17,00 €         |
|   | Behandlung solider Tumore gem. Onkologie-Vereinbarung (Onko1) | 30,11 €         |
| <b>Summe</b>  |   | <b>217,61 €</b> |

**Beispiel 2:**

| <b>Behandlung eines Patienten mit Inkontinenz</b> |  |                 |
|---|--|-----------------|
| 1. Termin   | Grundpauschale (P1)                                    | 25,00 €         |
|   | Überweisung vom HZV-Hausarzt (P1a)                     | 5,00 €          |
|   | Strukturzuschlag psychosomatische Grundversorgung (Q5) | 2,00 €          |
|   | Strukturzuschlag abdominelle Sonografie (Q2)           | 3,00 €          |
|   | Strukturzuschlag digitales Röntgen (Q4b)               | 2,50 €          |
|   | Strukturzuschlag PSA (Q7)                              | 2,00 €          |
|   | Strukturzuschlag Duplex-Sonografie (Q3)                | 1,00 €          |
|   | Pharmazuschlag (Q1)                                    | 4,00 €          |
| 2. Termin   | Urodynamik (E8)  | 145,00 €        |
|   | Beratungsgespräch benigne Erkrankungen (BG4)           | 17,00 €         |
| <b>Summe</b>                                      |  | <b>205,50 €</b> |

**Beispiel 3:**

| <b>Botoxinjektion</b> |  |                 |
|-----------------------|--|-----------------|
| 1. Termin             | Grundpauschale (P1)                                    | 25,00 €         |
|                       | Überweisung vom HZV-Hausarzt (P1a)                     | 5,00 €          |
|                       | Strukturzuschlag psychosomatische Grundversorgung (Q5) | 2,00 €          |
|                       | Strukturzuschlag abdominelle Sonografie (Q2)           | 3,00 €          |
|                       | Strukturzuschlag digitales Röntgen (Q4b)               | 2,50 €          |
|                       | Strukturzuschlag PSA (Q7)                              | 2,00 €          |
|                       | Strukturzuschlag Duplex-Sonografie (Q3)                | 1,00 €          |
|                       | Pharmazuschlag (Q1)                                    | 4,00 €          |
|                       | Beratungsgespräch benigne Erkrankungen (BG4)           | 17,00 €         |
|                       | Urethrozystoskopie Frau (E5)                           | 60,00 €         |
| 2. Termin             | Urodynamik (E8)  | 145,00 €        |
| 3. Termin             | Botoxinjektion (E3)                                    | 260,00 €        |
|                       | Beratungsgespräch benigne Erkrankungen (BG4)           | 17,00 €         |
| <b>Summe</b>          |  | <b>543,50 €</b> |

## Abrechnungsregeln

### Beispiel 1:

Rechnet ein Arzt eine Leistung ab, die nicht seiner zugewiesenen Rolle entspricht, wird diese soweit möglich **ersetzt** oder **gestrichen**.

### Übermittelte Daten:

| Datum      | Leistungsziffer |
|------------|-----------------|
| 09.01.2023 | P1              |
| 09.01.2023 | P1a             |
| 23.01.2023 | A5L             |

P1 wurde übermittelt, somit erhält der Arzt die Rolle Erstbehandler

### Nach Prüfung:

|           | Leistungsziffer   | Leistungsdatum | Abrechnungsbetrag |
|-----------|---|----------------|-------------------|
| 1         | P1  | 09.01.2023     | 25,00 €           |
| 2         | P1a   | 09.01.2023     | 5,00 €            |
| 3         | ---E4L_1---   | 23.01.2023     | 650,00 €          |
| 4         |   | Summe:         | 680,00 €          |
| Änderung: | A5L wurde durch E4L ersetzt, da Sie kein Zielbehandler waren. | 23.01.2023     |                   |

**Beispiel 2:**

Bestimmte Leistungen können nur bei Vorliegen einer bestimmten Diagnose gemäß Anhang 2 zu Anlage 12 abgerechnet werden.

Übermittelte Daten:

| Datum      | Leistungsziffer | Diagnosen |
|------------|-----------------|-----------|
| 09.01.2023 | P1              |           |
| 09.01.2023 | P1a             |           |
| 23.01.2023 | P2b             | C61 V     |
| 31.01.2023 | E2              | C61 V     |
| 20.02.2023 | BG1a            |           |

Nach Prüfung:

|           | Leistungsziffer  | Leistungsdatum | Abrechnungsbetrag |
|-----------|--|----------------|-------------------|
| 1         | P1   | 09.01.2023     | 25,00 €           |
| 2         | P1a  | 09.01.2023     | 5,00 €            |
| 3         | P2b  | 23.01.2023     | 21,00 €           |
| 4         | E2   | 31.01.2023     | 120,00 €          |
| 5         |  | Summe:         | 171,00 €          |
| Änderung: | Zur Abrechnung von BG1a ist eine gesicherte Diagnose gem. Anhang 2 zu Anlage 12 des Vertrages notwendig. | 20.02.2023     |                   |

**Beispiel 3:**

Abrechnungsausschlüsse

Übermittelte Daten:

| Datum      | Leistungsziffer |
|------------|-----------------|
| 10.01.2023 | P1              |
| 10.01.2023 | P1a             |
| 10.01.2023 | E5              |
| 10.01.2023 | E8              |

Treffen zwei Einzelleistungen aufeinander, die am selben Tag nicht nebeneinander abgerechnet werden können, wird diejenige Leistung gestrichen, hinter der ein geringerer Behandlungsaufwand steht.

Nach Prüfung:

|           | Leistungsziffer  | Leistungsdatum | Abrechnungsbetrag |
|-----------|--|----------------|-------------------|
| 1         | P1   | 10.01.2023     | 25,00 €           |
| 2         | P1a  | 10.01.2023     | 5,00 €            |
| 3         | E8   | 10.01.2023     | 145,00 €          |
| 4         |  | Summe:         | 175,00 €          |
| Änderung: | E5 darf nicht am selben Tag neben E8 abgerechnet werden. | 10.01.2023     |                   |

**Beispiel 4:**

Abrechnungshäufigkeiten

Übermittelte Daten:

| Datum      | Leistungsziffer |
|------------|-----------------|
| 10.01.2023 | P1              |
| 10.01.2023 | P1a             |
| 23.01.2023 | P2b             |
| 09.02.2023 | P2b             |
| 14.02.2023 | E2              |
| 22.02.2023 | BG1b            |

Nach Prüfung:

|           | Leistungsziffer   | Leistungsdatum | Abrechnungsbetrag |
|-----------|---|----------------|-------------------|
| 1         | P1  | 10.01.2023     | 25,00 €           |
| 2         | P1a   | 10.01.2023     | 5,00 €            |
| 3         | P2b   | 23.01.2023     | 21,00 €           |
| 4         | E2  | 14.02.2023     | 120,00 €          |
| 5         | BG1b  | 22.02.2023     | 17,00 €           |
| 6         | Summe:  |                | 188,00 €          |
| Änderung: | P2b darf nur einmal im Krankheitsfall abgerechnet werden. | 09.02.2023     |                   |

## 3.6 Diabetologie

### Abrechnungsbeispiele

#### Beispiel 1:

| <b>Patient mit Diabetes mellitus Typ 1, ICT und im Besitz eines FSL 2</b> |                                 |                 |
|---|---------------------------------|-----------------|
| 1. Termin   | Folgebetreuung Arzt CGM (D2BFA) | 17,00 €         |
|   | Folgebetreuung DB CGM (D2BFA)   | 10,00 €         |
|   | Folgebetreuung DB CGM (D2BFA)   | 10,00 €         |
| 2. Termin   | Nachschulung CGM (D2D)          | 40,00 €         |
| 3. Termin   | Nachschulung CGM (D2D)          | 40,00 €         |
| 4. Termin   | Folgebetreuung Arzt CGM (D2BFA) | 17,00 €         |
| <b>Summe</b>  |                                 | <b>134,00 €</b> |

#### Beispiel 2:

| <b>Patient mit Diabetes mellitus Typ 1, ICT und benötigt CSII</b> |                                   |                 |
|---|-----------------------------------|-----------------|
| 1. Termin   | Ersteinstellung Arzt CSII (D3AFA) | 17,00 €         |
|   | Ersteinstellung Arzt CSII (D3AFA) | 17,00 €         |
| 2. Termin   | Ersteinstellung Arzt CSII (D3AFA) | 17,00 €         |
|   | Ersteinstellung DB CSII (D3ADB)   | 10,00 €         |
|   | Ersteinstellung DB CSII (D3ADB)   | 10,00 €         |
| 3. Termin   | Patientenschulung CSII (D3C)      | 40,00 €         |
|   | Sachkostenpauschale (D3E)         | 12,50 €         |
| 4. Termin   | Patientenschulung CSII (D3C)      | 40,00 €         |
| 5. Termin   | Ersteinstellung DB CSII (D3ADB)   | 10,00 €         |
|   | Ersteinstellung DB CSII (D3ADB)   | 10,00 €         |
| <b>Summe</b>  |                                   | <b>183,50 €</b> |

## Abrechnungsregeln

### Beispiel 1:

Diagnoseeinschluss: Bestimmte Leistungen können nur bei Vorliegen einer oder mehrerer bestimmter Diagnose gemäß Anhang 1 zu Anlage 12 abgerechnet werden.

### Übermittelte Daten:

| Datum      | Leistungsziffer |
|------------|-----------------|
| 06.03.2023 | D3AFA           |
| 06.03.2023 | D3AFA           |
| 06.03.2023 | D3AFA           |
| 06.03.2023 | D3ADB           |
| 06.03.2023 | D3ADB           |

| Datum      | Diagnose | Sicherheit |
|------------|----------|------------|
| 06.03.2023 | E10.80   | G          |

### Nach Prüfung:

Der Patient taucht im Abrechnungsbrief bei den „Komplett entfernten Abrechnungen“ auf, da die Insulinpumpenziffern nur abrechenbar sind bei einer Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß Anhang 1 zu Anlage 12. **Z96.4 G ist zusätzlich zu kodieren.**

| Pos. | Patient        | Beschreibung | Behandlungsdatum   |
|------|----------------|--------------|--|
| 1    | Max Mustermann |              | 06.03.2023<br>06.03.2023<br>06.03.2023<br>06.03.2023<br>06.03.2023 |

**Beispiel 2:**

Komplexitätszuschlag D3FDB bei Patienten mit CSII in Kombination mit rtCGM /FGM

Übermittelte Daten:

| Datum      | Leistungsziffer |
|------------|-----------------|
| 16.01.2023 | D2AFA           |
| 16.01.2023 | D2AFA           |
| 16.01.2023 | D2AFA           |
| 16.01.2023 | D2ADB           |
| 16.01.2023 | D2ADB           |
| 18.01.2023 | D2C             |
| 23.01.2023 | D3FDB           |

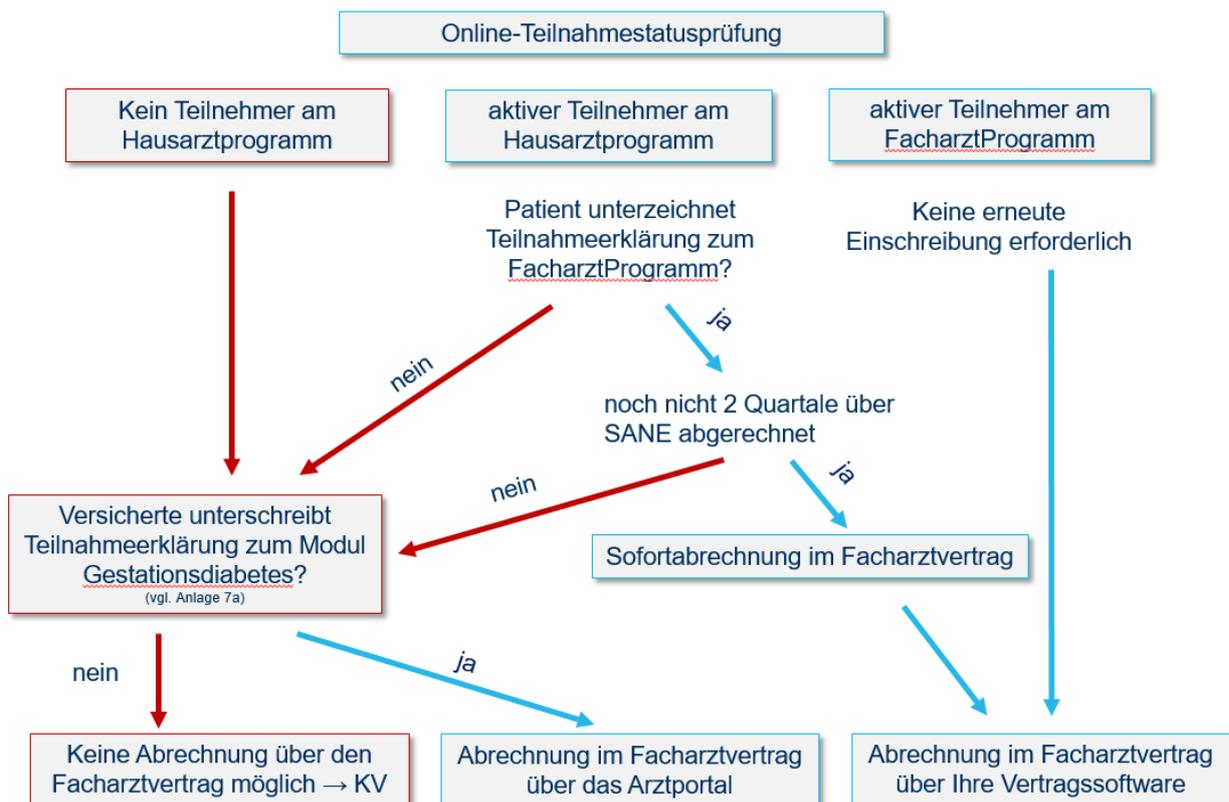
Nach Prüfung:

|           | Leistungsziffer  | Leistungsdatum | Abrechnungsbetrag |
|-----------|--|----------------|-------------------|
| 1         | D2AFA  | 16.01.2023     | 25,00 €           |
| 2         | D2AFA  | 16.01.2023     | 5,00 €            |
| 3         | D2AFA  | 16.01.2023     | 21,00 €           |
| 4         | D2ADB  | 16.01.2023     | 120,00 €          |
| 5         | D2ADB  | 16.01.2023     | 17,00 €           |
| 6         | D2C  | 18.01.2023     |                   |
| 7         | Summe:   |                | 188,00 €          |
| Änderung: | D3FDB darf nur abgerechnet werden, wenn im selben Quartal eine D3BDB oder D3BFA abgerechnet wurde. | 23.01.2023     |                   |

## Modul Gestationsdiabetes

Das Modul Gestationsdiabetes ermöglicht es, Versicherte, welche nicht am AOK Hausarzt-oder FacharztProgramm bzw. Versicherte, welche nur am AOK HausarztProgramm teilnehmen, über den Diabetologievertrag abzurechnen.

- Die Einschreibung von Versicherten in das Modul sowie die Abrechnung erfolgt über das MEDIVERBUND Arztportal.
- Es erfolgt hierbei keine Einschreibung in die Facharztebene (wie beim FacharztProgramm) sondern nur eine Einschreibung für das Modul Gestationsdiabetes
- Einen Leitfaden zur Erfassung der Ziffern im MEDIVERBUND Arztportal finden Sie auf unserer Internetseite



## 3.7 Rheumatologie

### Abrechnungsbeispiele

#### Beispiel 1:

| <b>Patient mit V. a. undifferenzierte Polyarthritits, ÜW HZV Arzt Erstvorstellung</b> |                              |                |
|---|------------------------------|----------------|
| 1. Termin   | Grundpauschale (RP1)         | 20,00 €        |
|   | Überweisung HZV-Arzt (RP1UE) | 5,00 €         |
|   | Aufwandszuschlag (RP1A)      | 20,00 €        |
|   | Zuschlag Sonografie (RQ1)    | 1,00 €         |
|   | Zuschlag Röntgen (RQ2)       | 3,00 €         |
| <b>Summe</b>  |                              | <b>49,00 €</b> |

#### Beispiel 2:

| <b>Patient mit undifferenzierte Polyarthritits, ÜW HZV Arzt Wiedervorstellung</b> |                              |                |
|---|------------------------------|----------------|
| 1. Termin   | Grundpauschale (RP3)         | 30,00 €        |
|   | Überweisung HZV-Arzt (RP1UE) | 5,00 €         |
|   | Beratungsgespräch (RBG)      | 18,00 €        |
|   | Zuschlag Sonografie (RQ1)    | 1,00 €         |
|   | Zuschlag Röntgen (RQ2)       | 3,00 €         |
|   | EFA (RQ6)                    | 5,00 €         |
| <b>Summe</b>  |                              | <b>62,00 €</b> |

**Beispiel 3:**

| <b>Patient weiblich, SLE, Wiedervorstellung, jetzt schwanger, ÜW HZV Arzt</b> |                              |                 |
|---|------------------------------|-----------------|
| 1. Termin   | Grundpauschale (RP3)         | 30,00 €         |
|   | Überweisung HZV-Arzt (RP1UE) | 5,00 €          |
|   | Beratungsgespräch (RBGI)     | 18,00 €         |
|   | Beratungsgespräch (RBGI)     | 18,00 €         |
|   | Zuschlag Sonografie (RQ1)    | 1,00 €          |
|   | Zuschlag Röntgen (RQ2)       | 3,00 €          |
|   | EFA (RQ6)                    | 5,00 €          |
| 2. Termin   | Beratungsgespräch (RBG)      | 18,00 €         |
|   | Beratungsgespräch (RBG)      | 18,00 €         |
| <b>Summe</b>  |                              | <b>116,00 €</b> |

## Abrechnungsregeln

### Beispiel 1:

Diagnoseeinschluss: Bestimmte Leistungen können nur bei Vorliegen einer bestimmten Diagnose gemäß Anhang 2 zu Anlage 12 abgerechnet werden.

### Übermittelte Daten:

| Datum      | Leistungsziffer |
|------------|-----------------|
| 02.02.2023 | RP1             |
| 02.02.2023 | RP1A            |
| 02.02.2023 | RP1UE           |
| 02.02.2023 | RMTX            |

| Datum      | Diagnose | Sicherheit |
|------------|----------|------------|
| 02.02.2023 | M05.80   | G          |

### Nach Prüfung:

|           | Leistungsziffer   | Leistungsdatum | Abrechnungsbetrag |
|-----------|---|----------------|-------------------|
| 1         | RMTX  | 02.02.2023     | 10,00 €           |
| 2         |   | Summe:         | 10,00 €           |
| Änderung: | Zur Abrechnung von RP1 ist eine Diagnose gem. Anhang 2 zu Anlage 12a des Vertrages notwendig.           | 02.02.2023     |                   |
| Änderung: | RP1A darf nur abgerechnet werden, wenn im selben Quartal eine RP1 abgerechnet wurde.                    | 02.02.2023     |                   |
| Änderung: | RP1UE darf nur abgerechnet werden, wenn im selben Quartal eine RP1 oder RP2 oder RP3 abgerechnet wurde. | 02.02.2023     |                   |

**Beispiel 2:**

Abrechnungsausschlüsse

Übermittelte Daten:

| Datum      | Leistungsziffer |
|------------|-----------------|
| 02.02.2023 | RP1             |
| 02.02.2023 | RP1UE           |
| 02.02.2023 | RP1A            |
| 02.02.2023 | RBG             |

Nach Prüfung:

|           | Leistungsziffer   | Leistungsdatum | Abrechnungsbetrag |
|-----------|---|----------------|-------------------|
| 1         | RP1   | 02.02.2023     | 20,00 €           |
| 2         | RP1UE   | 02.02.2023     | 5,00 €            |
| 3         | RP1A  | 02.02.2023     | 20,00 €           |
| 4         |   | Summe:         | 45,00 €           |
| Änderung: | RBG kann im selben Quartal nicht neben RP1 abgerechnet werden, falls keine RP2 abgerechnet wurde. | 02.02.2023     |                   |

## 3.8 Nephrologie

### Abrechnungsbeispiele

#### Beispiel 1:

| <b>Erstvorstellung Patient mit chron. Niereninsuffizienz Stadium 3</b> |   |                |
|--|---|----------------|
| 1. Termin  | Grundpauschale (P1)                                 | 32,00 €        |
|  | Überweisung HZV-Arzt (P1UE)                         | 5,00 €         |
|  | Betreuung chronische Nierenerkrankung (P2A)         | 25,00 €        |
|  | Beratungspauschale Progressionsverzögerung (P2ABP1) | 30,00 €        |
|  | Zuschlag Duplex-Sonographie (Q3)                    | 4,00 €         |
| <b>Summe</b>   |   | <b>96,00 €</b> |

#### Beispiel 2:

| <b>Hämodialyse Patient</b> |   |                 |
|----------------------------|---|-----------------|
| Quartals-<br>betreuung     | Grundpauschale (P1)                               | 32,00 €         |
|                            | Überweisung HZV-Arzt (P1UE)                       | 5,00 €          |
|                            | Betreuung während Zentrumsdialyse (P2B)           | 50,00 €         |
|                            | Zuschlag Duplex-Sonographie (Q3)                  | 4,00 €          |
|                            | Ärztliche Betreuung je Dialyse (39x/Quartal) (E1) | 702,00 €        |
| <b>Summe</b>               |   | <b>793,00 €</b> |

## Abrechnungsregeln

### Beispiel 1:

Diagnoseeinschluss: Bestimmte Leistungen können nur bei Vorliegen einer bestimmten Diagnose gemäß Anhang 2 zu Anlage 12 abgerechnet werden.

#### Übermittelte Daten:

| Datum      | Leistungsziffer |
|------------|-----------------|
| 02.02.2023 | P1              |
| 02.02.2023 | RP1UE           |
| 02.02.2023 | P2A             |

| Datum      | Diagnose | Sicherheit |
|------------|----------|------------|
| 02.02.2023 | N18.3    | V          |

#### Nach Prüfung:

|           | Leistungsziffer   | Leistungsdatum | Abrechnungsbetrag |
|-----------|---|----------------|-------------------|
| 1         | P1  | 02.02.2023     | 32,00 €           |
| 2         | P1UE  | 02.02.2023     | 5,00 €            |
| 3         | ---Q3---  | 02.02.2023     | 4,00 €            |
| 4         |   | Summe:         | 41,00 €           |
| Änderung: | Zur Abrechnung von P2A ist eine gesicherte Diagnose gem. Anhang 2 zu Anlage 12 des Vertrages notwendig. | 02.02.2023     |                   |

### Beispiel 2:

Abrechnungsausschlüsse

Übermittelte Daten:

| Datum      | Leistungsziffer |
|------------|-----------------|
| 15.02.2023 | E1              |
| 17.02.2023 | E1              |
| 21.02.2023 | E1              |
| 21.02.2023 | E2              |

Nach Prüfung:

|           | Leistungsziffer  | Leistungsdatum | Abrechnungsbetrag |
|-----------|--|----------------|-------------------|
| 1         | E1   | 15.02.2023     | 18,00 €           |
| 2         | E1   | 17.02.2023     | 18,00 €           |
| 3         | E1   | 21.02.2023     | 18,00 €           |
| 4         |  | Summe:         | 54,00 €           |
| Änderung: | E2 kann am selben Tag nicht neben E1 abgerechnet werden. | 21.02.2023     |                   |

### Beispiel 3:

Abrechnungshäufigkeiten

Übermittelte Daten:

| Datum      | Leistungsziffer |
|------------|-----------------|
| 15.02.2023 | P1              |
| 15.02.2023 | P1UE            |
| 17.02.2023 | P2A             |
| 21.02.2023 | P2A             |

Nach Prüfung:

|           | Leistungsziffer                                    | Leistungsdatum | Abrechnungsbetrag |
|-----------|--|----------------|-------------------|
| 1         | P1   | 15.02.2023     | 32,00 €           |
| 2         | P1UE   | 15.02.2023     | 5,00 €            |
| 3         | P2A  | 17.02.2023     | 25,00 €           |
| 4         | ---Q3---   | 15.02.2023     | 4,00 €            |
| 5         |  | Summe:         | 66,00 €           |
| Änderung: | P2A darf nur einmal im Quartal abgerechnet werden. | 21.02.2023     |                   |

## 3.9 Pneumologie

### Abrechnungsbeispiele

#### Beispiel 1:

| <b>Patientin mit gut kontrolliertem Pollenasthma</b> |  |                |
|--|--|----------------|
| 1. Termin  | Grundpauschale (P1)                                  | 25,00 €        |
|  | Überweisung HZV-Arzt (P1UE)                          | 5,00 €         |
|  | Qualitätszuschlag Rationale Pharmakotherapie (Q1)    | 4,00 €         |
|  | Strukturzuschlag für EFA® (Q2)                       | 5,00 €         |
|  | Strukturzuschlag für FeNO-Messung (Q8)               | 3,00 €         |
|  | Beratungsgespräch Chronische Erkrankungen (BG1)      | 18,00 €        |
|  | Diagnostikpauschale (chronisch) (P4)                 | 20,00 €        |
|  | Versorgungsplanung nach positivem Allergietest (BG5) | 10,00 €        |
|  | Infoziffer Asthmakontrolltests                       | 0,00 €         |
| <b>Summe</b>   |  | <b>90,00 €</b> |

**Beispiel 2:**

| <b>Patienten mit obstruktiver Schlafapnoe</b> |  |                 |
|---|--|-----------------|
| 1. Termin                                     | Grundpauschale (P1)  | 25,00 €         |
|   | Überweisung HZV-Arzt (P1UE)  | 5,00 €          |
|   | Strukturzuschlag Röntgen (Q5)  | 1,00 €          |
|   | Strukturzuschlag für FeNO-Messung (Q8)   | 3,00 €          |
|   | Zusatzpauschale Akute Erkrankungen (P2)  | 13,00 €         |
|   | Polygrafie (E3)  | 71,50 €         |
| 2. Termin                                     | Polysomnografie (E4)   | 353,00 €        |
| 3. Termin                                     | Beratungsgespräch Schlafassoziierte Respirationsstörungen bei Zusatzqualifikation Schlafmedizin (BG4B) | 10,00 €         |
| 4. Termin                                     | Beratungsgespräch Schlafassoziierte Respirationsstörungen bei Zusatzqualifikation Schlafmedizin (BG4B) | 10,00 €         |
| 5. Termin                                     | Beratungsgespräch Schlafassoziierte Respirationsstörungen bei Zusatzqualifikation Schlafmedizin (BG4B) | 10,00 €         |
| 6. Termin                                     | Beratungsgespräch Schlafassoziierte Respirationsstörungen bei Zusatzqualifikation Schlafmedizin (BG4B) | 10,00 €         |
| <b>Summe</b>                                  |  | <b>511,50 €</b> |

## Abrechnungsregeln

### Beispiel 1:

Die Überweiser-Grundpauschale benötigt eine Überweiser LANR und BSNR, welche nicht identisch mit dem des Behandlers sein darf.

#### Übermittelte Daten:

| Datum      | Leistungsziffer | Überweiser LANR | Überweiser AGS | Überweiser BSNR |
|------------|-----------------|-----------------|----------------|-----------------|
| 02.02.2023 | P1              |                 |                |                 |
| 02.02.2023 | P1UE            |                 |                |                 |
| 02.02.2023 | BG1             |                 |                |                 |
| 02.02.2023 | P4              |                 |                |                 |

#### Nach Prüfung:

|           | Leistungsziffer   | Leistungsdatum | Abrechnungsbetrag |
|-----------|---|----------------|-------------------|
| 1         | P1  | 02.02.2023     | 25,00 €           |
| 2         | BG1   | 02.02.2023     | 18,00 €           |
| 3         | P4  | 02.02.2023     | 20,00 €           |
| 4         | ---Q5--   | 02.02.2023     | 1,00 €            |
| 5         | ---Q6---  | 02.02.2023     | 1,00 €            |
| 6         | ---Q8---  | 02.02.2023     | 3,00 €            |
| 7         | ---Q1_BLAU---   | 02.02.2023     | 0,50 €            |
| 8         | ---Q2---  | 02.02.2023     | 5,00 €            |
| 9         |   | Summe:         | 73,50 €           |
| Änderung: | P1UE wurde gelöscht, da keine LANR des Überweisers eingetragen wurde. | 02.02.2023     |                   |

## Beispiel 2:

Abrechnungshäufigkeiten:

Da in diesem Beispiel die P4 für den Versicherten bereits in Q3/2022 abgerechnet wurde, wird die P4 in Q1/2023 gestrichen. P4 ist nur einmal im Krankheitsfall (4 Quartale in Folge) abrechenbar. Die P4 könnte in diesem Beispiel wieder in Q3/2023 abgerechnet werden.

## Übermittelte Daten:

Es müssen gültige Daten (Überweiser-LANR, Überweiser-AGS und Überweiser-BSNR) eines zum Leistungszeitpunkt am HZV-Vertrag teilnehmenden Hausarztes eingetragen sein. Dies ist Vergütungsvoraussetzung der P1UE.

| Datum      | Leistungsziffer | Überweiser LANR | Überweiser AGS | Überweiser BSNR |
|------------|-----------------|-----------------|----------------|-----------------|
| 02.02.2023 | P1              |                 |                |                 |
| 02.02.2023 | P1UE            | 1000000         | 01             | 600000000       |
| 02.02.2023 | BG1             |                 |                |                 |
| 02.02.2023 | BG5             |                 |                |                 |
| 02.02.2023 | BG4B            |                 |                |                 |
| 02.02.2023 | P4              |                 |                |                 |

## Nach Prüfung:

|           | Leistungsziffer  | Leistungsdatum | Abrechnungsbetrag |
|-----------|--|----------------|-------------------|
| 1         | P1   | 02.02.2023     | 25,00 €           |
|           | P1UE   | 02.02.2023     | 5,00 €            |
| 2         | BG1  | 02.02.2023     | 18,00 €           |
| 3         | BG5  | 02.02.2023     | 10,00 €           |
|           | BG4B   | 02.02.2023     | 10,00 €           |
| 4         | ---Q5--  | 02.02.2023     | 1,00 €            |
| 5         | ---Q6---   | 02.02.2023     | 1,00 €            |
| 6         | ---Q8---   | 02.02.2023     | 3,00 €            |
| 7         | ---Q1_BLAU---  | 02.02.2023     | 0,50 €            |
| 8         | ---Q2---   | 02.02.2023     | 5,00 €            |
| 9         |  | Summe:         | 73,50 €           |
| Änderung: | P4 darf nur einmal im Krankheitsfall abgerechnet werden. | 02.02.2023     |                   |

## 4. Kodier-Tipps

Warum ist die Kodierung in den Selektivverträgen wichtig?

- Wachsende Morbidität bedeutet wachsenden Versorgungsbedarf und damit auch wachsenden Finanzierungsbedarf
- Woher wissen wir, wer welchen Versorgungsaufwand und – bedarf hat und wo Geld gebraucht wird insbesondere bei chronischer Krankheit?
- Für die Finanzierung der 73c/140a -Verträge ist die **korrekte Abbildung des Versorgungsbedarfs** für die Krankheiten unerlässliche Grundlage

### Grundsätze der korrekten Kodierung:

- Eine gesicherte Diagnose muss mit dem Zusatzkennzeichen „G“ dokumentiert sein
- Alle Behandlungsdiagnosen kodieren
- Möglichst präzise kodieren → 9 Diagnosen vermeiden
- Endstellig kodieren
- Immer mit der aktuellen ICD-10 Version kodieren
- Fachärzte beachten: Richtige Kodierung mittels Begleitschreiben an Hausarzt übermitteln

### Was muss in den Verträgen (§73b/c bzw. §140a) besonders beachtet werden?

- Pro Abrechnungsfall (Patient) muss mindestens eine behandlungsrelevante endstellige Diagnose übermittelt werden.
- Alle gesicherten Diagnosen müssen endstellig angegeben werden (kein Bindestrich an letzter Stelle der ICD-10-Diagnose).

## 5. Sofortabrechnung

Abrechnung über den Facharztvertrag sofort nach Einschreibung des Versicherten noch vor der aktiven Teilnahme des Versicherten am Facharztprogramm.

### 5.1 Voraussetzungen

#### Arzt

- Teilnahme an der Ergänzungsvereinbarung zur Sofortabrechnung durch die entsprechende Teilnahmeerklärung und Zulassung durch MEDIVERBUND.
- Alle an einem §73c/§140a Vertrag teilnehmenden Ärzte der Praxis müssen an der Sofortabrechnung teilnehmen.
- Der Arzt hat die Wahl, den Fall im Quartal entweder über 73c/140a oder über die KV abzurechnen, auch wenn er an der Sofortabrechnung teilnimmt.

#### Versicherter

- Gültiger HZV-Teilnehmer → immer über die Software prüfen!
- Weniger als 2 mal pro Praxis in Folge „sfortabgerechnet“

→ Versicherte, die die oben genannten Bedingungen nicht erfüllen, werden bei der Abrechnungsprüfung abgelehnt. Diese Fälle müssen dann über die KV abgerechnet werden!

## 5.2 Einschreibefristen

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

**Wichtig:** Jedes Quartal Online-Teilnahmeprüfung durchführen

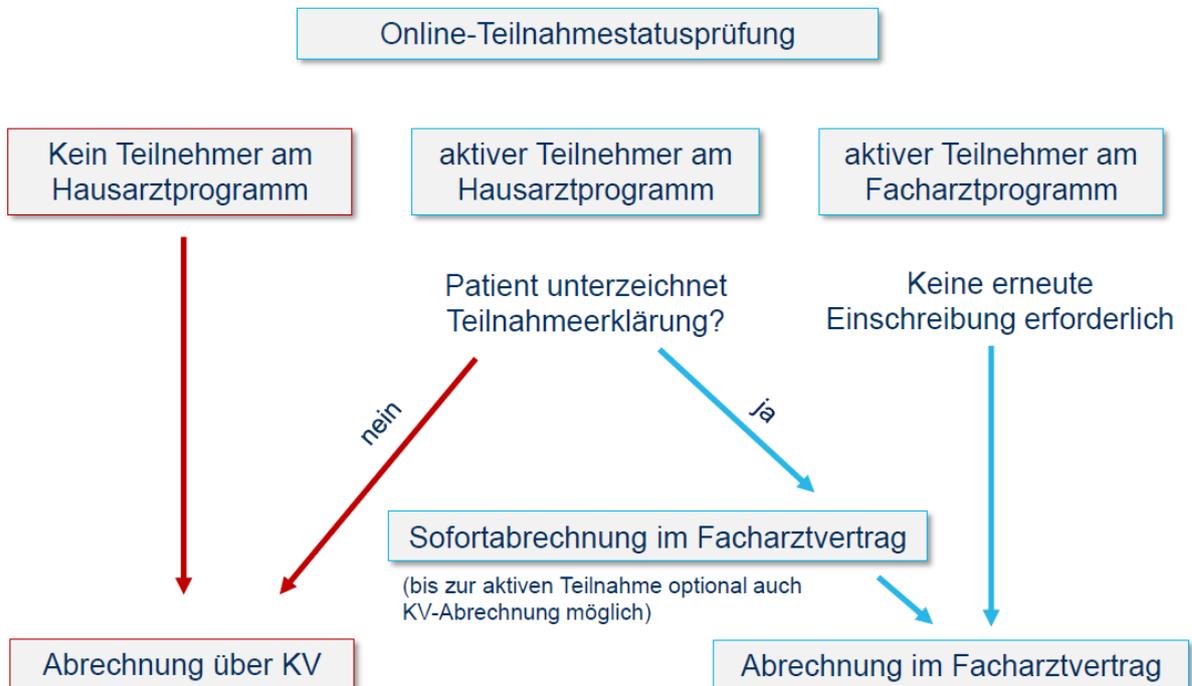
## 5.3 Sofortabrechnung nach Einschreibung

Unter der Voraussetzung, dass der Versicherte bereits **wirksam in den HZV-Vertrag** eingeschrieben ist,

- ist sofort nach Unterzeichnung der Versichertenteilnahmeerklärung für das Facharztprogramm die Behandlung, Abrechnung und Vergütung auf der Grundlage des Facharztprogramms möglich.
- können alle Leistungen des Quartals (auch in der Zeit vor Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung) für den Versicherten bereits über den Vertrag abgerechnet werden.
  - Nur möglich wenn der Facharzt an „SANE“ teilnimmt.
- Sofortabrechnung kann maximal in 2 Quartalen in Folge für einen Versicherten erfolgen
  - Soll die Zeit bis zur Aufnahme des Patienten ins Versichertenverzeichnis überbrücken



## Praxisablauf Sofortabrechnung



## 5.4 Ablehnung SANE-Fälle

Versicherte, die nicht alle Voraussetzungen zur SANE erfüllen, werden zur Abrechnung abgelehnt:

- Über diese abgelehnten Patienten werden Sie von MEDIVERBUND rechtzeitig -mit Angabe der Begründung -informiert.
- Sie sind in der Datenempfangsbestätigung (von MEDIVERBUND) oder dem SANE Ablehnungsschreiben aufgeführt.
- Diese Fälle sind ggf. noch über die KV BW nachabzurechnen.

Gründe für Ablehnung der SANE können sein:

- Versicherter ist kein gültiger HZV-Teilnehmer (immer Online-Teilnahmeprüfung durchführen!)
- Keine Mitgliedschaft bei der AOK BW oder Bosch BKK
- Versicherter ist nicht identifizierbar (z.B. falsche/unvollständige Versichertennummer)
- Versicherter wurde mehr als 2 Quartale in Folge „sofortabgerechnet“

## 5.5 NEGSOFAB

Für Versicherte, die alle Teilnahmevoraussetzungen erfüllen und nicht zum **nächsten oder übernächsten Quartal** gültig in den Facharztvertrag eingeschrieben sind, wird die Vergütung rückwirkend um **15% reduziert**.

Solche Fälle können wie folgt zustande kommen:

- Der Versicherte widerruft seine Teilnahme
- Die Teilnahmeerklärung wird nicht korrekt elektronisch übermittelt

## 6. Wie lese ich einen Abrechnungsbrief?

Beispiel eines Kardiologie-Abrechnungsbriefes. Der Aufbau ist vertragsübergreifend identisch.

### Aufbau:

- Informationen zur Abrechnung, Änderungen und Neuerungen des Vertrags auf den ersten Seiten
- Information über die Abrechnungssummen des laufenden Quartals sowie der Nachabrechnungen aller Vorquartale

| Position   | Belastung | Gutschrift        |
|--|-----------|-------------------|
| <b>Abrechnungssumme für das 4. Quartal 2016</b><br>3,570 % Verwaltungskosten MEDIVERBUND AG<br>von Abrechnungssumme 2.000,00 € | 71,40 €   | 2.000,00 €        |
| <b>Zwischensumme Quartal 4/2016</b>  |           | <b>1.928,60 €</b> |

| Position   | Belastung | Gutschrift        |
|--|-----------|-------------------|
| <b>Nachabrechnungssumme für das 3. Quartal 2016</b><br>3,570 % Verwaltungskosten MEDIVERBUND AG<br>von Abrechnungssumme 2.000,00 € | 3,57 €    | 100,00 €          |
| <b>Zwischensumme Quartal 3/2016</b>  |           | <b>96,43 €</b>    |
| <b>Zwischensumme gesamt</b>  |           | <b>2.025,03 €</b> |

|  |                                  |
|--|----------------------------------|
| Abrechnungssumme   | 2.025,03 €                       |
| Abzüglich Abschlagszahlungen für Quartal 4/2016<br>Abschlag vom 01.11.2016<br>Abschlag vom 01.12.2016<br>Abschlag vom 01.01.2017 | 500,00 €<br>500,00 €<br>500,00 € |
| <b>Gutschrift</b>  | <b>525,03 €</b>                  |

### Buchungsübersicht:

- Aufführung von Abschlagszahlungen und Sonder-/ manuelle Buchungen

| Datum      | Beschreibung   | Betrag          |
|------------|--|-----------------|
|            | <b>Start Saldo</b>   | <b>0,00 €</b>   |
| 01.11.2016 | AOK BW Kardio 73c Abschlag 2016-Q4-1                               | -500,00 €       |
| 01.12.2016 | AOK BW Kardio 73c Abschlag 2016-Q4-2                               | -500,00 €       |
| 01.01.2017 | AOK BW Kardio 73c Abschlag 2016-Q4-3                               | -500,00 €       |
| 20.01.2017 | AOK BW Kardio 73c Nachabrechnung für 03/2016 - Abrechnungsergebnis | 100,00 €        |
| 20.01.2017 | AOK BW Kardio 73c Nachabrechnung für 03/2016 - Verwaltungskosten   | -3,57 €         |
| 20.01.2017 | AOK BW Kardio 73c Abrechnung für 04/2016 - Abrechnungsergebnis     | 2.000,00 €      |
| 20.01.2017 | AOK BW Kardio 73c Abrechnung für 04/2016 - Verwaltungskosten       | -71,40 €        |
|            | <b>End Saldo</b>   | <b>525,03 €</b> |

Der Betrag von **525,03 €** wird auf das angegebene Konto überwiesen.

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

- Bitte überprüfen Sie Ihre dort aufgeführte Bankverbindung!

## Übersicht Behandlungsfälle:

- Dieser Tabelle können Sie die Anzahl abgerechneter Fälle, die Anzahl vergüteter Fälle und die Anzahl verlorener Fälle entnehmen.

## Einzelnachweise:

- Detaillierte Darstellung der Leistungen jedes Patienten

| Fallnummer  | Name des Patienten   | Versichertennummer | Geburtsdatum      |
|-------------|--|--------------------|-------------------|
| Leist.-Pos. | Leistungsziffer  | Leistungsdatum     | Abrechnungsbetrag |
| Leist.-Pos. | Enthaltene Sachkosten:<br>• Sachkosten 1 (1,00 €)<br>• Sachkosten 2 (2,00 €) |                    |                   |
| Summe       | Summe:   |                    | Summe Leistungen  |
|             | Verwaltungskosten (Faktor in %):   |                    | Verwaltungskosten |
| Änderung:   | Eventuell durchgeführte Korrekturen  |                    | Leistungsdatum    |

- ---Ziffer---: sind von MEDIVERBUND automatisch erzeugte Ziffern
- Ablehnungen (z.B. da keine HzV-Teilnahme, SANE zu oft, IK-Nummer falsch oder Patient unbekannt ist) finden Sie separat aufgeführt → über KV abrechnen
- **Bitte überprüfen Sie die Einzelnachweise in Ihrem Abrechnungsbrief.**  
Generell können Sie Ihre Abrechnungsdaten immer bis zu 12 Monate nach Ende des Leistungsquartals elektronisch korrigieren.
- Abrechnungsmitteilungen / Änderungen: Hinweise zu Leistungen, die nicht abrechenbar waren und Informationen zu Abrechnungskorrekturen sind unterhalb eines Falls aufgelistet
- **Bitte prüfen Sie Ihre auf dem Abrechnungsbrief angegebenen Stammdaten und teilen Sie uns eventuelle Änderungen über das Stammdatenänderungsformular mit.**