



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

- 1. Teilnahme der Versicherten**
- 2. Vergütungs- und Abrechnungssystematik**
- 3. Abrechnungsregeln und Fallbeispiele**
- 4. Datenübermittlung und Abrechnungsbrief**
- 5. Internetauftritt**

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

Kurzübersicht

	PNP	PT- BKK VAG	PT- GWQ
Teilnehmende Krankenkassen	AOK BW / Bosch BKK	diverse BKK	Mercedes-Benz BKK
Fachgebiet(e)	<ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapie • Neurologie • Psychiatrie 	Psychotherapie	
Bindung an	Facharztprogramm (Facharztebene)	Therapeut	
Teilnahmevoraussetzung für Versicherte	Mitgliedschaft bei teilnehmender Kasse + gültige HZV-Teilnahme	Mitgliedschaft bei teilnehmender Krankenkasse	
Gültige Teilnahme	Folgequartal oder übernächstes Quartal (Abrechnung sofort möglich)	ab Einschreibung (Druckdatum)	
Teilnahmedauer	fortlaufend (außer bei Kündigung des Versicherten gegenüber Kasse)	bis zur Ausschreibung (i.d.R. bei Beendigung der Therapie)	

Vorteile für teilnehmende Versicherte

- ✓ Schnelle Terminvergabe und zeitnahe Therapiebeginn
- ✓ Möglichkeit eines Abendtermins für Berufstätige
- ✓ Breites Spektrum an Therapieverfahren und –methoden
- ✓ Möglichkeit zur zeitlich unbegrenzten niederfrequenten Versorgung
- ✓ Intensive ambulante Betreuung

zusätzliche Vorteile PNP:

- ✓ Behandlungskoordinierung mit dem HZV-Hausarzt
- ✓ Zuzahlungsbefreiung bei vielen rabattierten Medikamenten (AOK)

PNP: Sofortabrechnung nach Einschreibung = SANE

Sofort nach Einschreibung des Versicherten können alle Leistungen des gesamten Quartals über den Facharztvertrag abgerechnet werden.

Wichtig:

- **Gültige HZV-Teilnahme** des Versicherten erforderlich
- **max. 2 Quartale** (Einschreibequartal und Folgequartal) möglich
- **alle Leistungen des gesamten Quartals** über Facharztvertrag abrechnen (oder gesamtes Quartal über KV abrechnen)
- **Teilnahmestatusprüfung** jedes Quartal durchführen

PNP: Teilnahmestatusprüfung

Über die **Online-Teilnahmestatusprüfung** in der Vertragssoftware wird der aktuelle Teilnahmestatus des Versicherten am Haus- bzw. Facharztprogramm ermittelt.

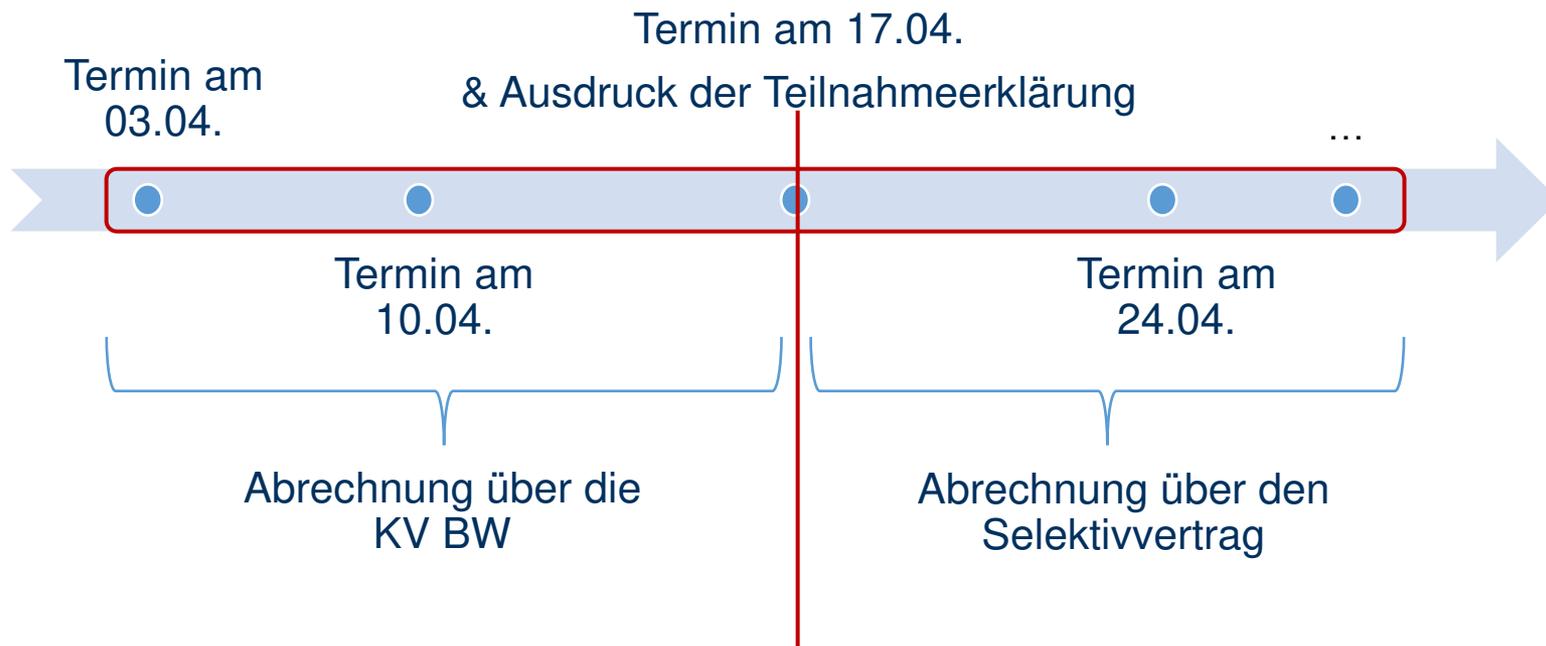
Bitte führen Sie die Teilnahmestatusprüfung jedes Quartal und vor Beantragung der Patientenvertragsteilnahme durch.

Mögliche Rückmeldungen der Teilnahmestatusprüfung:

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

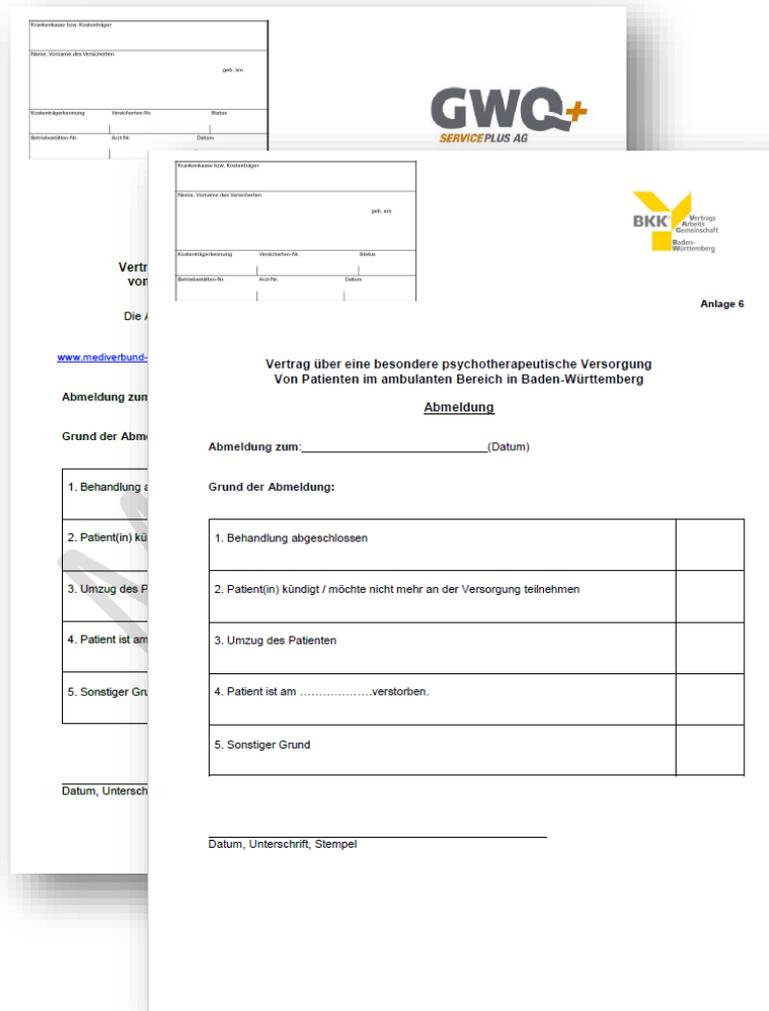
BKK VAG/GWQ: Beginn der Abrechnung

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



BKK VAG/GWQ: Beendigung der Versichertenteilnahme

- Die Vertragsteilnahme des Patienten endet im Regelfall mit Beendigung der Therapie.
- Die Ausschreibung des Patienten erfolgt **über die Software** mittels **Ausdruck der Beendigungsmitteilung (Anl. 06)** und der Abrechnungsziffer **PTZ5**.
- Das Formular wird an die jeweilige BKK **per Post** geschickt, die aktuelle Adressatenliste finden Sie in Ihrer Software bzw. unter: www.medi-verbund.de.
- Bei Kündigung der Vertragsteilnahme des Versicherten gegenüber der Krankenkasse wird der behandelnde Therapeut informiert.



GWQ+ SERVICE PLUS AG

BKK Mühlhagen-Albstadt-Gemeinschaft 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
2. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
3. Abrechnungsregeln und Fallbeispiele
4. Datenübermittlung 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
2. Einzelleistungen			
<p>Der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT kann nicht für denselben Versicherten im selben Quartal Auftragsleistungen und Einzelleistungen nebeneinander abrechnen.</p> <p>Die Reihenfolge im Behandlungszyklus der Einzeltherapie lautet -abhängig vom Krankheitsbild und -verlauf (gemäß Anlage 12 Anhang 2) - PTE1(KJ) – PTE2(KJ) – PTE3(KJ) – PTE4(KJ). Es können Behandlungsserien entfallen bzw. ausgelassen werden. Ein Neubeginn des Behandlungszyklus kann bei entsprechend wesentlich geänderter gesicherter Diagnose erfolgen (sog. DAE).</p> <p>Bei Rückfällen mit unveränderter Diagnosestellung, die außerhalb bzw. nach Ausschöpfung der zur Verfügung stehenden Behandlungsmodule PTE1 – PTE3 therapiert werden sollen, kann der Therapeut auf der Grundlage einer entsprechenden Überweisung des HAUSARZTES/FACHARZTES bei der AOK/Bosch BKK einen begründeten Antrag auf Genehmigung zusätzlicher Therapieeinheiten (sog. GDK) im Rahmen der Vergütungsposition PTE3 stellen. Die abschließende Entscheidung ist durch AOK/Bosch BKK zu begründen.</p> <p>Bei allen Einzel- und Auftragsleistungen außer PTE5 und PTE8 ist zusätzlich das Therapieverfahren, die Therapiemethode oder die Therapietechnik gemäß folgenden Kategorien anzugeben:</p> <ol style="list-style-type: none"> Verhaltenstherapie sowie ggfs. dazugehörige Methoden und Techniken (V) Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie sowie ggfs. dazugehörige Methoden und Techniken (T) Neue Therapieverfahren/-techniken/-methoden (N) Neuropsychologische Therapie (P) <p>Hierfür können die Ziffern in der Vertragssoftware mit der entsprechenden Endung ausgewählt werden.</p> <p>Die neuropsychologische Therapie ist für max. 60 Einheiten für die Indikationsgebiete F04, F06.6, F06.7, F06.8, F07.0, F07.1, F07.2, F07.8 gemäß Anhang 2 zur Anlage 12 mit Vorliegen der KV-Genehmigung nach Anlage 2 abrechenbar. Indikationsstellung und Durchführung der Therapie erfolgt nach Richtlinie zu Methoden vertragsärztlicher Versorgung: Neuropsychologische Therapie vom 24.11.2011, sofern nichts Abweichendes vereinbart wurde. Die Diagnosen F04, F06.6, F06.7, F06.8, F07.0, F07.1, F07.8 sind ausschließlich für die neuropsychologische Psychotherapie abrechenbar, die F07.2 berechtigt auch die Abrechnung der anderen Psychotherapieverfahren gemäß Anhang 2 zur Anlage 12.</p> <p>Die Vergütungspositionen PTE1SD, PTE1(KJ) – PTE3(KJ) können nach Absprache mit dem behandelnden Krankenhaus im Einzelfall auch für Patienten abgerechnet werden, die sich noch in stationärer Behandlung befinden, um einen nahtlosen Übergang aus der stationären in die ambulante psychotherapeutische Versorgung möglich zu machen. Die Psychotherapie findet dann in der Regel beim niedergelassenen PSYCHOTHERAPEUTEN/FACHARZT statt.</p>			
PTE1 bzw. PTE1KJ	<p>Akute/zeitnahe Versorgung Psychotherapie – Einzeltherapie</p> <p>Psychotherapieverfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, systemische Therapie oder neuropsychologische Therapie), –methoden oder –techniken gemäß Anlage 12 Anhang 2 in Verbindung mit Anlage 17, ggf. weiterführende diagnostische Maßnahmen</p>	<p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Überweisung vom HAUSARZT/ FACHARZT; Die Überweisung gilt ggf. quartalsübergreifend. Bei gesicherten Diagnosen gemäß Anl. 12 Anh. 2 (differenziert nach PTE1 und PTE1KJ), max. 10 Einheiten (à vollendete 50 Min.) innerhalb von max. 3 Quartalen in Folge (Behandlungsreihe PTE1), Grundsatz: 1 Einheit pro Tag, Ausnahme: z.B. bei Angststörungen, Kriseninterventionen ggf. auch bis max. 4 Einheiten pro Tag Für Kinder und Jugendliche als PTE1KJ max. 13 Einheiten unter Einbeziehung der Bezugsperson(en). 	112,00 EUR

Ziffernübergreifende Regeln

Abrechnungsziffern, -regeln und Vergütungen

Grundpauschale

+

Einzelleistungen

+

Zuschläge

oder

Auftragsleistungen

Neudefinition Arzt-Patienten-Kontakt (APK)

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

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

FBE Fernbehandlung

1/Q



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

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	  	120- 145 €*	132 €	132 €
Erstkontakte per <u>Videofernbehandlung</u> möglich					

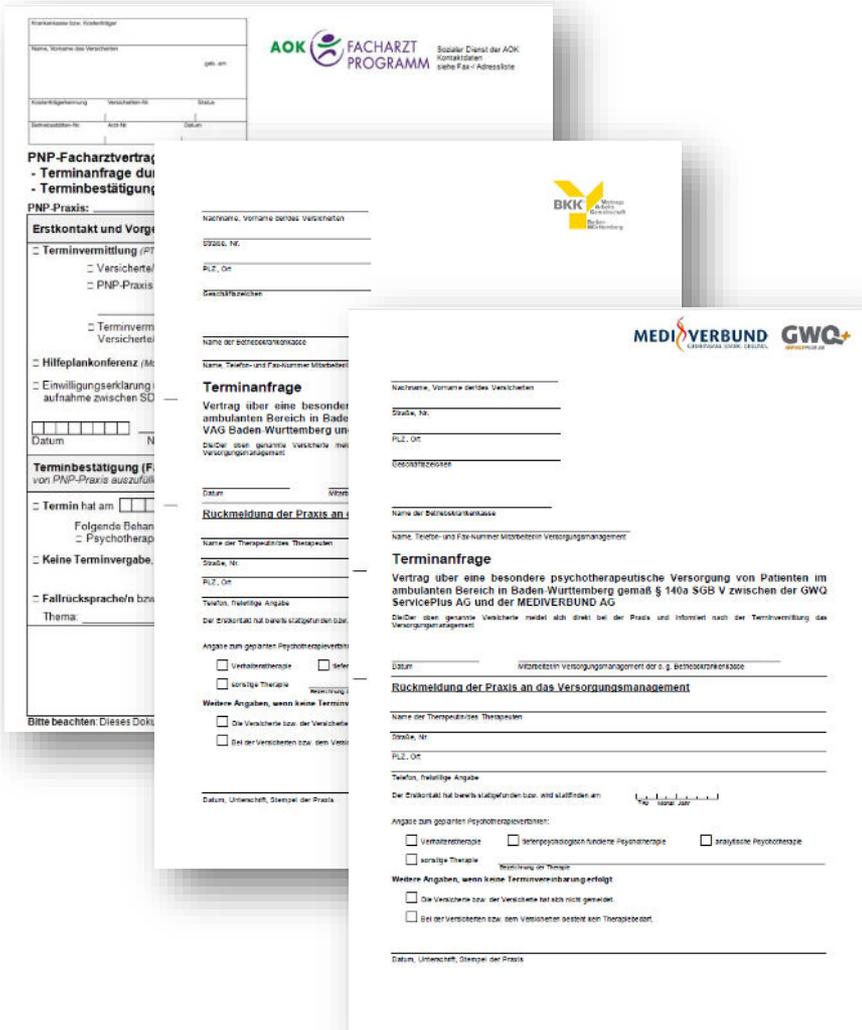
oder

PTE1SD / PTE1VM(KJ)	10(KJ13) 3 Q	 	145 €	132 €	137 €
akute Versorgung bei Vorstellung durch Sozialen Dienst / Patientenbegleitung / Versorgungsmanagement der Kasse					

***PNP**

- ab 20 Einheiten PTE1(KJ)/PTE1SD pro Quartal → Zuschlag 5 Euro
- ab 30 Einheiten PTE1(KJ)/PTE1SD pro Quartal → Zuschlag 10 Euro
- ab 45 Einheiten PTE1(KJ)/PTE1SD pro Quartal → Zuschlag 20 Euro
- ab 55 Einheiten PTE1(KJ)/PTE1SD pro Quartal → Zuschlag 25 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
KURVENSTRASSE 100A 70372 STUTTGART

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

Krankenkasse bzw. Kostenträger			
Name, Vorname des Versicherten			
geb. am			Sozialer Dienst der AOK: Kontaktadressen siehe Fax-/ Adressliste
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	
Beraterstellen-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	ⓘ ⓘ ⓘ	115 €	115 €	119 €
PTE3*(KJ) Weiterbehandlung	30 (KJ:38) 8 Q	ⓘ ⓘ ⓘ	105 €	102 €	105 €
PTE3TR Weiterbehandlung Traumata	5 x 30 / 8 Q 20(V)/40(T) / 8 Q 40 / 8 Q	ⓘ ⓘ ⓘ	105 €	102 €	105 €
PTE4(KJ) Niederrfrequente Behandlung	6 / Q unbegrenzt	ⓘ ⓘ ⓘ	105 €	101 €	105 €

*BKK VAG: Für die Abrechnung der Ziffer PTE3 ist das Einholen einer Zweitmeinung i.R. einer Intervisionsgruppe erforderlich

Analytische Psychotherapie

PNP

BKK VAG

GWQ

PTE5 Analytische Psychotherapie

max. 300
max. 5x/Woche



105 €

101 €

105 €

mit Antrags- und Gutachterverfahren gem. PT-Vereinbarung!

ab der **1.** Einheit bei PNP / BKK VAG, ab der **9.** Einheit bei GWQ

Gruppenbehandlung

		PNP	BKK VAG	GWQ
PTE6 Gruppenbehandlung kl. Gruppe (PNP/GWQ: 2-5 P., BKK VAG: 2-4 P.)	20 (à 100min) PNP: 6 Q	   130 €	139 €	130 €
		   70 €	70 €	68 €
PTE7 Gruppenbehandlung gr. Gruppe (PNP/GWQ: 6-9 P., BKK VAG: 5-9 P.)				

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

PNP: Gruppentherapeutische Grundversorgung

PTE6A Grundversorgung kl. Gruppe	4 (à 100min)	   130 €
PTE7A Grundversorgung gr. Gruppe		   70 €

..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

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	130 €	139 €	130 €
PTA2 Gruppenbehandlung gr. Gruppe		70 €	70 €	68 €
PTPA1 Grundpauschale Auftragsleistung	1/4Q	-	30 €	30 €

PTA1A Grundversorgung kl. Gruppe	4 (à 100min)	  	130 €
PTA2A Grundversorgung gr. Gruppe		  	70 €

- 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

		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 (KJ)	1/Q	 	25 €	25 €	25 €
PTZ3 Kinder –u. Jugendlichenzuschlag	1/Q	 	50 €	50 €	50 €
PTZ3A Betreuung b. geistiger Behinderung	1/Q	 	50 €	50 €	50 €
PTZ4 Teilnahme Fallkonferenz Rücken	1/4Q	 	50 €		
PTZ5 Beendigung Versichertenteilnahme	BKK VAG GWQ			5 €	5 €
PTZ6 Befundbericht MDK (Anforderung VM)	1/Q	 			25 €*
PTZ7 Anschlussbehandlung nach (teil-) stationärem Aufenthalt f. Neupatienten	max. 20 x in 12 Wochen		15 €		
PTQ1 Zuschlag Videosprechstunde	BKK VAG GWQ			4 €	4 €

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

PNP: Zuschlag PTZ7

Zuschlag für zeitnahe psychotherapeutische Anschlussbehandlung nach teil-/stationärem Aufenthalt für **Neupatienten**.

- Abrechenbar als Zuschlag auf PTE1(KJ) bis PTE3(KJ) bzw. PTE6/PTE7 – es gilt: Eine PTZ7 pro Einzelleistung – bitte beide Ziffern taggleich abrechnen.
- Voraussetzung: **Beginn** der Therapieserie spätestens **4 Wochen nach Entlassung**
- Abrechenbar sind bis zu **20 Einheiten innerhalb von maximal 12 Wochen nach Entlassung**
- **Neupatient heißt:** Patient war innerhalb der letzten 4 Jahre vor Abrechnung der Leistung nicht zur psychotherapeutischen Behandlung in der Praxis

PTZ7 Anschlussbehandlung nach (teil-)/stationärem Aufenthalt für Neupatienten	max. 20 x in 12 Wochen	15 €
--	------------------------	------

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

DAE (Diagnoseänderung)

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

GDK (Genehmigung durch Krankenkasse)

bei Rückfällen mit unveränderter Diagnosestellung kann nach Genehmigung durch die jeweilige Kasse ein Neustart des Behandlungszyklus mit **PTE3 (PNP)** bzw. **PTE1** (BKK VAG / GWQ) erfolgen – ein Neustart der Gruppentherapie ist ebenfalls möglich

→ Infoziffer „GDK“ ist einmalig als Leistung anzugeben

→ **PNP**: Neustart der Gruppentherapie über die Infoziffer „GDKG“ möglich

Therapiepause **PNP**

Bei einer Therapiepause von mindestens 4 Jahren ist der Beginn ab PTE1 möglich. Hierfür muss keine wesentlich geänderte Diagnose vorliegen und auch kein Antrag gestellt werden.

Agenda

1. Teilnahme der Versicherten
2. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
3. Abrechnungsregeln und Fallbeispiele
4. Datenübermittlung und Abrechnungsbrief
5. Internetauftritt

- Eine DAE kann bei **Übernahme aus der Richtlinientherapie frühestens 6 Monate nach dem letzten Behandlungstag der Richtlinientherapie** geltend gemacht werden.
- **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.
- Die Abrechnung von **GDKs** ist **einmal innerhalb von vier Quartalen** in Folge möglich.

Kennzeichnung des Therapieverfahrens

- bei allen Einzel- und Auftragsleistungen außer PTE5 und PTE8 ist zusätzlich das Therapieverfahren gemäß folgender Kategorien anzugeben:
 - **Verhaltenstherapie (V)**
 - **Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (T)**
 - **Neue Verfahren (Hypnose, Systemische Therapie,...) (N)**
 - **Neuropsychologische Therapie (P)**

- das jeweilige Kürzel am Ende der Abrechnungsziffer kennzeichnet das Therapieverfahren in der Software, z.B.: PTE1**V**, PTE2**T**

Reihenfolge der Therapieserien

- die Therapieserien können nur nacheinander abgerechnet werden:
PTE1 → PTE2 → PTE3 → (PTE3TR) → PTE4
- wird eine Ziffer aus einer späteren Serie übermittelt, kann nicht einfach wieder zur vorhergehenden gewechselt werden
- ein Neubeginn des Behandlungszyklus ist unter bestimmten Voraussetzungen möglich
- Tipp: Schöpfen Sie das Kontingent der Therapieserie immer aus, bevor Sie zur nächsten Serie übergehen

Regelungen zu den Einzelleistungen

- **1 Einheit pro Tag**, in Ausnahmefällen sind bis zu 4 Einheiten pro Tag abrechenbar
- **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.
- **Abrechnung während stationärem Aufenthalt PNP** im Einzelfall können die Ziffern PTE1-PTE3 während stationärer Behandlung abgerechnet werden, um einen nahtlosen Übergang aus der stationären in die ambulante psychotherapeutische Versorgung zu ermöglichen.

Regelungen zur Gruppentherapie

- 1 Einheit entspricht 100 Minuten
- Eine niederfrequente Gruppentherapie ist darüber hinaus zeitlich unbegrenzt möglich (6 Einheiten pro Quartal)
- Eine Verrechnung mit noch verfügbarem Kontingent aus der Einzeltherapie ist möglich*
- Maßgeblich für die Abrechnung ist die bei der jeweiligen Sitzung vorhandene Gruppengröße
- Für Eltern erkrankter Kinder können Bezugspersonengruppen (auch parallel zu einer Gruppentherapie des Kindes) angeboten werden

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

Hinweise zum Strukturzuschlag

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

➤ Wann ist eine Überweisung notwendig?

- Im **PNP**-Vertrag sind Überweisungen 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?

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

Abrechnungsbeispiel 1: PNP

Neupatient 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*	130,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7**	15,00 €
2. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	130,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €
	Kooperationszuschlag (schriftlicher Bericht)	PTZ1	25,00 €
3. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	130,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €
4. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	130,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €
5. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	130,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €
6. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	130,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €
7. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	130,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €

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

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

Fortsetzung Abrechnungsbeispiel 1: PNP

8. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	130,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €
9. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	130,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €
10. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1V	130,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €
11. Termin	Erstbehandlung	PTE2V	115,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €
12. Termin	Erstbehandlung	PTE2V	115,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €
13. Termin	Erstbehandlung	PTE2V	115,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €
14. Termin	Erstbehandlung	PTE2V	115,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €
15. Termin	Erstbehandlung	PTE2V	115,00 €
	Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung	PTZ7	15,00 €
		Summe	2195,00 €

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

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

Abrechnungsbeispiel 2: PNP

Gruppentherapie-Behandlung eines Erwachsenen mit sozialen Ängsten, 11 Sitzungen im Quartal

1. Termin	Grundpauschale	PTP1	60,00 €
	Überweiserpauschale	PTP1A	10,00 €
2. Termin	Gruppentherapeutische Grundversorgung – kl. Gruppe	PTE6A	130,00 €
3. Termin	Gruppentherapeutische Grundversorgung – kl. Gruppe	PTE6A	130,00 €
4. Termin	Gruppenbehandlung – kleine Gruppe	PTE6V	130,00 €
5. Termin	Gruppenbehandlung – kleine Gruppe	PTE6V	130,00 €
6. Termin	Gruppentherapeutische Grundversorgung – kl. Gruppe	PTE6A	130,00 €
7. Termin	Gruppenbehandlung – kleine Gruppe	PTE6V	130,00 €
8. Termin	Gruppentherapeutische Grundversorgung – kl. Gruppe	PTE6A	130,00 €
	Kooperationszuschlag	PTZ1	25,00 €
9. Termin	Gruppenbehandlung – kleine Gruppe	PTE6V	130,00 €
10. Termin	Gruppenbehandlung – kleine Gruppe	PTE6V	130,00 €
11. Termin	Gruppenbehandlung – kleine Gruppe	PTE6V	130,00 €
12. Termin	Gruppenbehandlung – kleine Gruppe	PTE6V	130,00 €
		Summe:	1525,00 €

Abrechnungsbeispiel 3: PNP

Behandlung eines Kindes mit Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung,
17 Sitzungen, Einzel- und Gruppenbehandlung

1. Termin	Grundpauschale	PTP1	60,00 €
	Überweiserpauschale	PTP1A	10,00 €
	Kooperationszuschlag (schriftlicher Bericht)	PTZ1KJ	25,00 €
	Kinder- und Jugendlichenzuschlag	PTZ3	50,00 €
4. Termin	Erstbehandlung	PTE2KJV	115,00 €
5. Termin	Erstbehandlung	PTE2KJV	115,00 €
6. Termin	Erstbehandlung	PTE2KJV	115,00 €
7. Termin	Erstbehandlung	PTE2KJV	115,00 €
8. Termin	Erstbehandlung	PTE2KJV	115,00 €
9. Termin	Erstbehandlung	PTE2KJV	115,00 €
10. Termin	Erstbehandlung	PTE2KJV	115,00 €
11. Termin	Erstbehandlung	PTE2KJV	115,00 €
12. Termin	Erstbehandlung	PTE2KJV	115,00 €
13. Termin	Erstbehandlung	PTE2KJV	115,00 €
14. Termin	Gruppenbehandlung – kleine Gruppe	PTE6V	130,00 €
15. Termin	Gruppenbehandlung – kleine Gruppe	PTE6V	130,00 €
16. Termin	Erstbehandlung	PTE2KJV	115,00 €
17. Termin	Gruppenbehandlung – kleine Gruppe	PTE6V	130,00 €
Summe:			1800,00 €

Abrechnungsbeispiel 4: BKK VAG

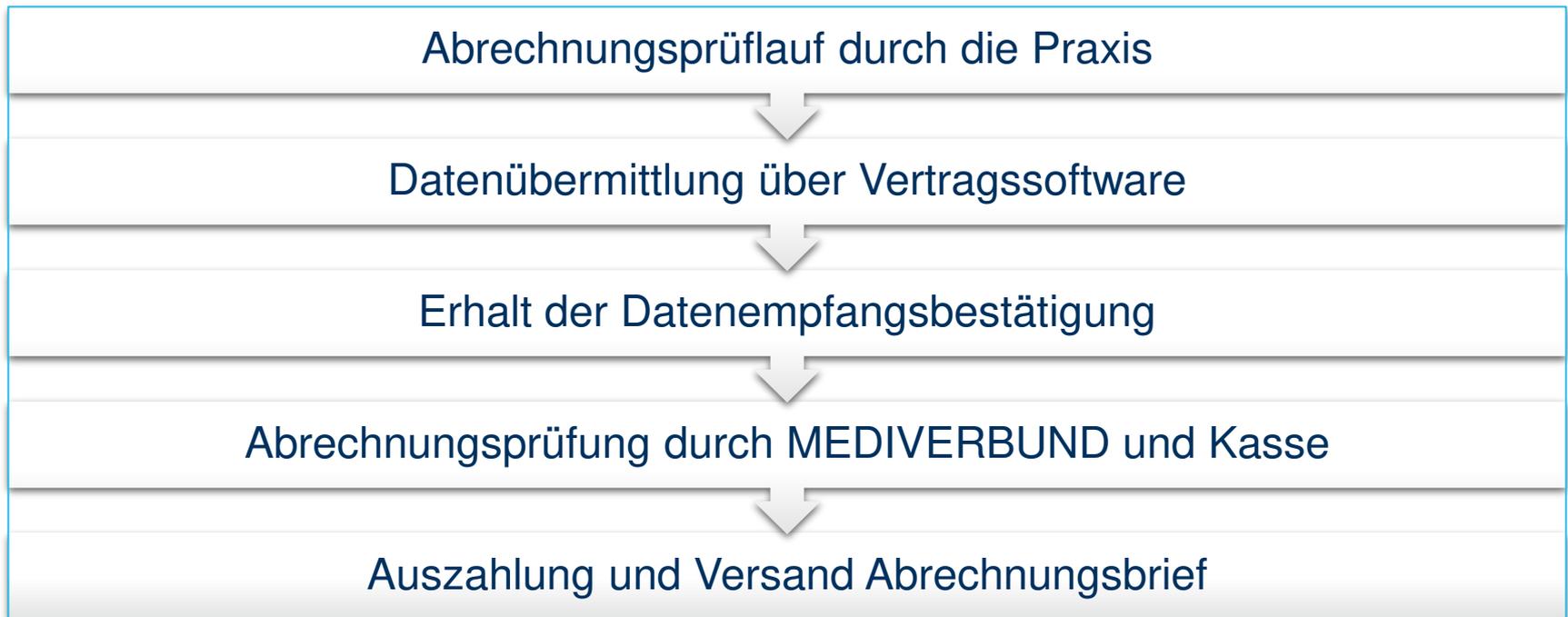
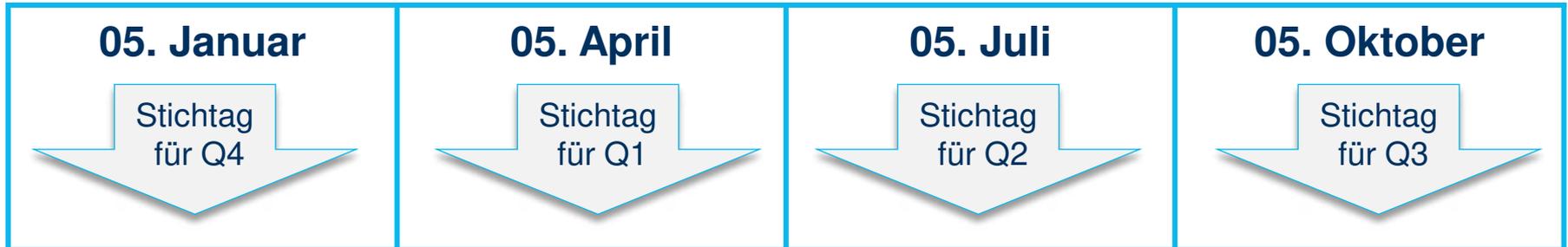
Patient mit rezidivierender depressiver Störung, gegenwärtig schwere Episode, 16 Sitzungen im Quartal

1. Termin	Grundpauschale	PTP1	60,00 €
	Kooperationszuschlag (schriftlicher Bericht)	PTZ1	25,00 €
2. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1T	132,00 €
3. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1T	132,00 €
4. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1T	132,00 €
5. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1T	132,00 €
6. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1T	132,00 €
7. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1T	132,00 €
8. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1T	132,00 €
9. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1T	132,00 €
10. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1T	132,00 €
11. Termin	Zeitnahe/akute Versorgung	PTE1T	132,00 €
12. Termin	Erstbehandlung	PTE2T	115,00 €
13. Termin	Erstbehandlung	PTE2T	115,00 €
14. Termin	Erstbehandlung	PTE2T	115,00 €
15. Termin	Erstbehandlung	PTE2T	115,00 €
16. Termin	Gruppenbehandlung – kleine Gruppe	PTE6T	139,00 €
		Summe:	2004,00 €

Agenda

1. Teilnahme der Versicherten
2. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
3. Abrechnungsregeln und Fallbeispiele
4. Datenübertragung 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
07.04.2023	PTP1
07.04.2023	PTP1A
07.04.2023	PTE1T ①
14.04.2023	PTE1T ②
21.04.2023	PTE1T ③
28.04.2023	PTE1T ④
05.05.2023	PTE1T ⑤
12.05.2023	PTE1T ⑥
19.05.2023	PTE1T ⑦
26.05.2023	PTE1T ⑧
05.06.2023	PTE1T ⑨
12.06.2023	PTE1T ⑩
16.06.2023	PTE1T ⑪
19.06.2023	PTE1T ⑫
27.06.2023	PTZ1

nach Prüfung:

1	PTP1	07.04.2023	60,00 €
2	PTP1A	07.04.2023	10,00 €
3	PTE1T (inkl. Zuschlag ab 20 Einh.)	07.04.2023	125,00 €
4	PTE1T	14.04.2023	125,00 €
5	PTE1T	21.04.2023	125,00 €
6	PTE1T	28.04.2023	125,00 €
7	PTE1T	05.05.2023	125,00 €
8	PTE1T	12.05.2023	125,00 €
9	PTE1T	19.05.2023	125,00 €
10	PTE1T	26.05.2023	125,00 €
11	PTE1T	05.06.2023	125,00 €
12	PTE1T	12.06.2023	125,00 €
13	PTE2T	16.06.2023	115,00 €
14	PTE2T	19.06.2023	115,00 €
16	PTZ1	27.06.2023	25,00 €
17	Summe		1.575,00 €
Änderung:	Ziffer „PTE1T“ wurde umgewandelt in „PTE2T“, da die Therapieserie PTE1(KJ) ausgeschöpft ist.	16.06.2023	
Änderung:	Ziffer „PTE1T“ wurde umgewandelt in „PTE2T“, da die Therapieserie PTE1(KJ) ausgeschöpft ist.	19.06.2023	

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

übermittelte Daten:

Q3/2022

Datum	Ziffer
13.07.2022	PTE2V
20.07.2022	PTE2V
27.07.2022	PTE2V

Q4/2022

Datum	Ziffer
09.10.2022	PTE2V
16.10.2022	PTE2V
06.11.2022	PTE2V

Q1/2023

Datum	Ziffer
08.01.2023	PTE2V
12.02.2023	PTE2V
19.02.2023	PTE2V

Q2/2023

Datum	Ziffer
04.04.2023	PTP1
04.04.2023	PTP1A
11.04.2023	PTE2V
18.04.2023	PTE2V
25.04.2023	PTE2V
30.04.2023	PTE2V

Q3/2023

Datum	Ziffer
02.07.2023	PTE2V
09.07.2023	PTE2V
16.07.2023	PTE2V
23.07.2023	PTE2V
30.07.2023	PTE2V

 PTE2V im 5. Quartal in Folge

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

nach Prüfung:

1	PTE3V	02.07.2020	105,00 €
2	PTE3V	09.07.2020	105,00 €
3	PTE3V	16.07.2020	105,00 €
4	PTE3V	23.07.2020	105,00 €
5	PTE3V	30.07.2020	105,00 €
6	<i>Summe</i>		525,00 €
Änderung:	Die Leistung wurde nicht innerhalb des Zeitraums von 4 Quartalen abgerechnet und kann nicht mehr als PTE2V verrechnet werden [Start war 13.07.2019]	02.07.2020	
Änderung:	Die Leistung wurde nicht innerhalb des Zeitraums von 4 Quartalen abgerechnet und kann nicht mehr als PTE2V verrechnet werden [Start war 13.07.2019]	09.07.2020	
Änderung:	Die Leistung wurde nicht innerhalb des Zeitraums von 4 Quartalen abgerechnet und kann nicht mehr als PTE2V verrechnet werden [Start war 13.07.2019]	16.07.2020	
Änderung:	Die Leistung wurde nicht innerhalb des Zeitraums von 4 Quartalen abgerechnet und kann nicht mehr als PTE2V verrechnet werden [Start war 13.07.2019]	23.07.2020	
Änderung:	Die Leistung wurde nicht innerhalb des Zeitraums von 4 Quartalen abgerechnet und kann nicht mehr als PTE2V verrechnet werden [Start war 13.07.2019]	30.07.2020	



Beispiel Abrechnungsprüfung: Ersetzen PTE1 nach Abrechnung PTE2

übermittelte Daten:

nach Prüfung:

Datum	Ziffer
08.04.2022	PTP1
08.04.2022	PTP1A
08.04.2022	PTE1T
15.04.2022	PTE1T
29.04.2022	PTE1T
06.05.2022	PTE1T
17.05.2022	PTE2T



Datum	Ziffer
02.07.2022	PTP1
02.07.2022	PTP1A
02.07.2022	PTE1T
09.07.2022	PTE1T
16.07.2022	PTE1T

1	PTE2T	02.07.2022	115,00 €
2	---APK---	02.07.2022	0,00 €
3	---APK---	02.07.2022	0,00 €
4	PTE2T	09.07.2022	115,00 €
5	PTE2T	16.07.2022	115,00 €
6	<i>Summe</i>		345,00 €
Änderung:	Die Ziffer PTP1 kann maximal 1 mal im Krankheitsfall abgerechnet werden.	02.07.2022	
Änderung:	Die Ziffer PTP1A kann maximal 1 mal im Krankheitsfall abgerechnet werden.	02.07.2022	
Änderung:	Bei Abrechnung von PTE1T darf vorausgehend keine PTE2T abgerechnet worden sein, die Ziffer wird umgewandelt in PTE2T.	02.07.2022	
Änderung:	Bei Abrechnung von PTE1T darf vorausgehend keine PTE2T abgerechnet worden sein, die Ziffer wird umgewandelt in PTE2T.	09.07.2022	
Änderung:	Bei Abrechnung von PTE1T darf vorausgehend keine PTE2T abgerechnet worden sein, die Ziffer wird umgewandelt in PTE2T.	16.07.2022	

PNP: 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

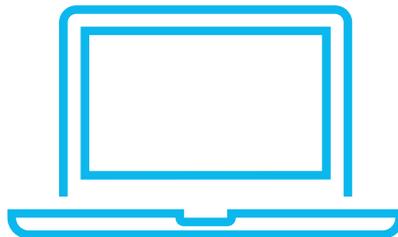
- keine HZV-Teilnahme
- keine Mitgliedschaft bei der AOK BW/Bosch BKK
- Versicherter nicht identifizierbar (z.B. falsche/unvollständige Versichertennummer)

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)

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
2. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
3. Abrechnungsregeln und Fallbeispiele
4. Datenübertragung und Abrechnungsbrief
5. Internetauftritt

The screenshot shows the website's navigation menu with the following items: Home, Leistungen, Über MEDI, Blog, Presse, MFA, and a search bar labeled 'Mein MEDI'. A dropdown menu is open under 'Leistungen', listing: Politische Vertretung, Verträge & Abrechnung (highlighted), Fortbildung, MVZ, Versicherungen, Famulatur & PJ, Praxis- & Sprechstundenbedarf, and Arztportal. A sub-menu for 'Verträge & Abrechnung' is also visible, containing: Hausarztverträge, **Facharztverträge** (highlighted), Themenseite Coronavirus, IT-Vernetzung, and Podcast.

The main content area displays a grid of contract categories, each with an icon, title, provider, and a 'Mehr' link:

- Pneumologie** (Lungs icon) - Bosch BKK - [Mehr](#)
- Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie** (Brain icon) - AOK BW - [Mehr](#)
- Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie** (Brain icon) - Bosch BKK - [Mehr](#)
- Psychotherapie** (Brain icon) - BKK VAG - [Mehr](#)
- Psychotherapie** (Brain icon) - DAK Gesundheit - [Mehr](#)
- 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

Suchen

Arztsuche

Umkreissuche für teilnehmende Ärzte an einem Vertrag

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

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

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

Zur Vertragsarztsuche

Freie Einzeltherapieplätze

Freie Gruppentherapieplätze

Formular zur Meldung freier Einzeltherapieplätze

Formular zur Meldung freier Gruppentherapieplätze

Möglichkeit zur Meldung freier Therapieplätze in der Psychotherapie





MEDI-Blog

Jeden Montag und Mittwoch neue Themen.

[medi-verbund.de/blog/](https://www.medi-verbund.de/blog/)



MEDI-Newsletter

Verpassen Sie nichts und melden Sie sich an.

[medi-verbund.de/newsletter/](https://www.medi-verbund.de/newsletter/)



Facebook

facebook.com/mediverbund



Twitter

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!**