

[Zurück zu alle FAQs](#)



Themen:

[Alle Drogentest Hybrid-DRG](#)
[EBM Quartalsabrechnung](#)
[Plausibilität Psychotherapie](#)
[TSV GBLutabnahme](#)
[Videospiegelung](#)
[Vorsorgeuntersuchungen](#)

Drogentest

Wie kann ich einen Drogentest zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen?

Beim Drogenscreening handelt es sich um einen Urintest, der nur im Rahmen des Substitutionsprogramms als GKV-Leistung abgerechnet werden kann. Ist ein Screening trotzdem gewünscht, kann dieses von Ihnen als IGeL-Leistung angeboten werden.

War dieser Artikel hilfreich?

Ja Nein

Nr. 140

Hybrid-DRG

Wie hoch ist der Aufwandsersatz, wenn Sie über die KV Berlin abrechnen?

Wir befinden uns aktuell gemeinsam mit Ihnen in der Startphase, die wir intensiv nutzen, um unser Angebot für Sie zu optimieren. Aufgrund der Umstellung zum 01.01.2025 wird die KV Berlin ihren H-DRG-Abrechnungsservice **bis zum 31.03.2025 kostenfrei** anbieten. Wir werden also für **die Abrechnung von Hybrid-DRG-Leistungen bis zum 31.03.2025 keinen Aufwandsersatz erheben!**

Nach Ablauf der Startphase wird die KV Berlin für die Durchführung der Hybrid-DRG Abrechnung einen Aufwandsersatz erheben. Dieser wurde zunächst basierend auf den üblichen Verwaltungskosten in Höhe von 2,4 Prozent zzgl. Umsatzsteuer (19 Prozent) angesetzt. Es ist jedoch zu erwarten, dass der Aufwand für die Abrechnung der Hybrid-DRG nach der Startphase geringer sein wird als der für die „normale“ GKV-Abrechnung. Für die Zeit nach der Startphase ist deshalb ein verringerter Aufwandsersatz geplant. Wir werden Sie Ende Februar hierzu informieren.

War dieser Artikel hilfreich?

Ja Nein

Kann ich Hybrid-DRG-Leistungen über die KV Berlin abrechnen, die ich vor Abschluss des Abrechnungsvertrages erbracht habe?

Ja. Mit Abschluss des Abrechnungsvertrages beauftragen Sie die KV Berlin mit der Abrechnung von Hybrid-DRG-Leistungen. Dies gilt auch für Leistungen, die vor Abschluss des Abrechnungsvertrages erbracht worden sind. Die Hybrid-DRG-Abrechnungsvereinbarung gibt allerdings vor, dass eine Hybrid-DRG-Leistung spätestens sechs Monate nach Beendigung zur Abrechnung bei der Krankenkasse eingereicht werden soll.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Wie wird das Honorar für Hybrid-DRG ausgezahlt?

Nach fallbezogenem Zahlungseingang von den Krankenkassen wird das Honorar im darauffolgenden Auszahlungslauf berücksichtigt und an Sie ausgezahlt. Die KV Berlin plant einmal im Monat einen Zahlungslauf.

Der Hybrid-DRG Abrechnungsvertrag wird seit 01.01.2025 praxisbezogen geschlossen. Das Honorar (abzgl. Aufwandsersatz und Umsatzsteuer) aus der Hybrid-DRG Abrechnung überweist die KV Berlin an die bereits für die GKV-Abrechnung zur (H)BSNR hinterlegte Bankverbindung. Wichtig: Bis zum 31.3.2025 wird der Aufwandsersatz temporär auf 0 Prozent gesenkt.

Wir arbeiten daran, es zukünftig zu ermöglichen, dass Sie, sofern Ihrerseits angestrebt, für die Hybrid-DRG Abrechnung online optional auch eine andere Bankverbindung hinterlegen können.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Wie erfolgt die Abrechnung von Hybrid-DRG Leistungen gegenüber den Sonderkostenträger?

Bitte beachten Sie, dass die Vereinbarung gemäß § 115f SGB V i. V. m. der Hybrid-DRG-Verordnung über Form und Inhalt des

Abrechnungsverfahrens für Leistungen nach der Hybrid-DRG-Verordnung aufgrund des § 115f Absatz 4 Satz 1 und 3 des SGB V (Hybrid-DRG-AV) mit den GKVn geschlossen wurde.

Die gesetzliche Regelung benennt als Kostenträger nur Krankenkassen. Eine Abrechnung von Leistungen nach § 115f SGB V gegenüber Sonderkostenträgern ist aktuell nicht möglich. Die Abrechnung erfolgt hier weiterhin gemäß EBM i.V.m. dem Leistungskatalog des § 115b SGB V.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 6416

Können Leistungen von Patient:innen der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG) auch über EBM abgerechnet werden?

Nach Aussagen der KBV hat sich der GKV-Spitzenverband bereits klar positioniert und erklärt, dass die Kassen Eingriffe nach EBM nicht bezahlen werden, wenn es für sie eine Hybrid-DRG gibt. Die KV Berlin empfiehlt deshalb dem Wortlaut der Verordnung zu § 115f SGB V (Hybrid-DRG) entsprechend für diese Fälle nur Hybrid-DRG (also keine EBM) abzurechnen.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 5427

Wo finde ich die Möglichkeit, mit Hilfe eines Groupers zu gruppieren?

Im [Online-Portal der KV Berlin](#) befindet sich unter Meldungen / Anträge > Vertragsmanagement > Hybrid-DRG > Grouper eine Möglichkeit, die in Frage kommende Hybrid-DRG zu ermitteln.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 5421

Wozu dient ein Grouper?

Der Grouper dient zur Ermittlung der in Frage kommenden Hybrid-DRG auf Grund der eingegebenen Leistungsmerkmale. Im Ergebnis ermittelt er die abzurechnende Hybrid-DRG.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 5420

Wo finde ich eine Auflistung der abrechenbaren Hybrid-DRGs?

Informationen hierzu sowie zu den dazugehörigen Entgelten können Sie der [HDRG-Vergütungsvereinbarung](#) sowie deren Anlagen entnehmen.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 5419

Darf ich eine Leistung nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG) mehrfach abrechnen oder aufteilen?

Nein, eine Hybrid-DRG darf nur einmalig für alle Leistungserbringenden abgerechnet werden. Die Aufteilung ist von den Leistungserbringenden selbst durchzuführen. Informationen über weitere Möglichkeiten folgen über die Kommunikationskanäle der KV Berlin.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 5418

Wer darf Leistungen nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG) abrechnen?

Eine Hybrid-DRG dürfen nur Vertragsärzt:innen, die eine Zulassung zum ambulanten Operieren haben, oder Krankenhäuser abrechnen.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 5417

Abrechnung

Es wird eine Ersatzbescheinigung der Krankenkasse anstatt der eGK vorgelegt. Ist diese gültig?

Ja. Diese Ersatzbescheinigung ist zeitlich befristet und stellt ebenfalls einen gültigen Anspruchsnachweis dar.

Die Versichertenstammdaten sind in diesem Sonderfall von der Ersatzbescheinigung manuell in das Praxisverwaltungssystem zu übernehmen.

Folgende Daten sind zu erheben:

- Bezeichnung der Krankenkasse
- Name und Geburtsdatum des Versicherten
- Versichertenart
- Postleitzahl des Wohnorts
- Nach Möglichkeit die Versichertennummer

Weitere Informationen zum [Ersatzverfahren erhalten Sie hier](#).

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 2447

Sind Überweisungsscheine (Muster 6) auch quartalsübergreifend gültig?

Beginnt der/die auf Überweisung tätig werdende Arzt/Ärztin die Behandlung erst im Folgequartal, kann der ausgestellte Überweisungsschein verwendet werden, sofern der oder die Versicherte zum Zeitpunkt der Behandlung eine gültige elektronische Gesundheitskarte vorweisen kann. Erfolgt im Folgequartal kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, so kann der ausgestellte Überweisungsschein ohne den erneuten Nachweis der Anspruchsberechtigung verwendet werden.

Erstreckt sich die Behandlung des/der auf Überweisung tätig werdenden Arztes/Ärztin über mehr als ein Quartal, so kann der Überweisungsschein quartalsübergreifend weiterverwendet werden. Die erneute Ausstellung eines Überweisungsscheines ist nicht erforderlich.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 433

EBM

Wann ist eine Osteodensitometrie zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung möglich?

Der Zentrale Erfahrungsaustausch der Ärztlichen Stellen (ZÄS) nach § 128 der Strahlenschutzverordnung hat eine Liste der rechtfertigenden Indikationen (RI) für die „Osteodensitometrie“ abgestimmt.

Diese Indikationsliste finden Sie [hier](#).

Über die GOP 34600 und 34601 ist die Osteodensitometrie (Knochendichtemessung) zu Lasten der gesetzlichen Versicherung abrechenbar. Die Kostenübernahme durch die Krankenkassen erfolgt bei folgenden Indikationen, die auf dem Überweisungsschein aufgeführt sein müssen:

1. bei Patient:innen, die eine Fraktur ohne zuvor stattgehabtes nachweisbares adäquates Trauma erlitten haben und bei denen gleichzeitig aufgrund anamnestischer und klinischer Befunde ein begründeter Verdacht auf Osteoporose besteht (GOP 34600 EBM)
 - am Schenkelhalsund/oder
 - an der LWS
2. zur Einleitung der Therapie/Medikation, wenn aufgrund konkreter anamnestischer und klinischer Befunde die Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose besteht oder zur Kontrolle und Optimierung dieser Therapie/Medikation nach 5 Jahren (GOP 34601 EBM).
 - am Schenkelhalsund/oder
 - an der LWS

Weitere Informationen finden Sie auf der [Infoseite zur genehmigungspflichtigen Leistung](#).

War dieser Artikel hilfreich?

Ja **Nein**

Gibt es eine EBM-Ziffer, um einen Hygienezuschlag abzurechnen?

Seit dem 1. Januar 2022 wird von der KV Berlin bei einem direktem Patientenkontakt ein Hygienezuschlag hinzugesetzt, welcher die gestiegenen allgemeinen Hygienekosten berücksichtigen soll. Dieser Zuschlag wird zu jeder Grund-, Versicherten- und Konsiliarpauschale gezahlt, sofern die Behandlung des Patienten/der Patientin in dem Quartal nicht ausschließlich im Rahmen der Videosprechstunde erfolgt ist.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 122

Wo finde ich den aktuellen EBM?

Den EBM in der jeweils aktuellen Version finden Sie unter folgendem Link auf der [Website der KBV](#).

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 138

Führt die Abrechnung der Psychotherapeutischen Sprechstunde (GOP 35151) und Psychotherapeutischen Akutbehandlung (GOP 35152) zum Ausschluss der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)?

Wenn die GOP 35151 abgerechnet wird, erhält man die PFG. Das Ansetzen der GOP 35152 wiederum führt zum Ausschluss der PFG, denn es handelt sich um eine Leistung der speziellen Versorgung, die auf das Kontingent einer sich anschließenden Kurz- oder Langzeittherapie angerechnet wird. Die PFG muss in der Praxis selbst angesetzt werden.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 137

Wie oft kann ich die GOP 35100 zur differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände abrechnen?

Die differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände (GOP 35100) ist einmal am Behandlungstag abrechenbar, ansonsten gibt es keine Obergrenze. Jedoch setzt die

Abrechnung dieser GOP eine Zeitdauer der Erbringung von mindestens 15 Minuten voraus. Werden neben der GOP 35100 andere diagnostische oder therapeutische Leistungen abgerechnet, die in der Leistungslegende ebenfalls eine Zeitvorgabe enthalten, dann muss diese Arzt-Patienten-Kontaktzeit um insgesamt mindestens 15 Minuten überschritten worden sein.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 136

Wie oft ist die Betreuung einer Schwangeren (GOP 01770) abrechenbar?

Die GOP 01770 ist höchstens viermal je Schwangerschaft berechnungsfähig. Im Laufe eines Quartals kann die Ziffer nur von einer Vertragsärztin/einem Vertragsarzt abgerechnet werden.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 134

Wie rechne ich einen Säugling ohne eGK ab?

Wenn für Patient:innen bis zum vollendeten 3. Lebensmonat zum Zeitpunkt der Arzt-/Patientenbegegnung noch keine elektronische Gesundheitskarte vorliegt, ist für die Abrechnung das Ersatzverfahren durchzuführen. Dies ist geregelt in § 19 Abs. 1a und § 22 Abs. 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte. Dazu benötigen Sie die folgenden Daten (i.d.R. von einem Elternteil):

1. Bezeichnung der Krankenkasse, bei dem das Kind versichert ist
2. Name und Geburtsdatum des versicherten Kindes
3. Versichertenart
4. Postleitzahl des Wohnorts
5. Nach Möglichkeit die Versichertennummer

Bitte lassen Sie sich durch eine Unterschrift auf dem Abrechnungsschein (Vordruckmuster 5) von einem Elternteil bestätigen, dass das Kind gesetzlich krankenversichert ist.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 133

Welchen zeitlichen Umfang umfasst der im EBM aufgeführte Krankheitsfall?

Der Krankheitsfall umfasst das aktuelle sowie die 3 nachfolgenden Kalendervierteljahre, die der Berechnung der krankheitsfallbezogenen Gebührenordnungsposition folgen.

Beispiel:

Eine Gebührenordnungsposition (GOP) wurde 4-mal im Quartal 1/2022 und 2-mal im Quartal 2/2022 abgerechnet. Insgesamt ist diese GOP 6-mal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Da der Krankheitsfall das aktuelle sowie die 3 folgenden Quartale umfasst, beginnt der neue Krankheitsfall mit dem Quartal 1/2023. D.h. bereits im Quartal 1/2023 kann diese GOP wieder 6-mal abgerechnet werden.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 363

Warum beinhaltet die GOP 40110 nur eine Vergütung von 0,86 €, obwohl die Portokosten für den Großbrief deutlich höher ausfallen?

Seit dem 1. Juli 2020 gibt es nur noch eine Kostenpauschale für Briefe (GOP 40110) und Faxe (GOP 40111). Diese beiden Kostenpauschalen unterliegen einer arztgruppenspezifischen Höchstwertregelung, welche bis zum 30. September 2021 ausgesetzt worden war. Den entsprechenden Höchstwert Ihrer Arztgruppe können Sie der Präambel zu Kapitel 40.4 des EBM entnehmen.

Ziel dieser Änderungen ist es, den eArztbrief zu fördern. Durch eine Strukturförderpauschale soll der eArztbrief stärker etabliert werden.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 251

Warum wurden mir für die Versicherten einiger Krankenkassen die Chronikerpauschalen gestrichen?

Mit der Abrechnung für das 1. Quartal 2022 hat die KV Berlin erstmals direkt über das Regelwerk prüfen lassen, ob für die Abrechnung von Chronikerpauschalen bei Versicherten der AOK

Nordost die Abrechnungsvoraussetzungen vorlagen.

Ob eine lang andauernde, lebensverändernde Erkrankung vorliegt, wird dafür anhand der Bewertungsliste „ICD zur Abrechnung der Chronikerpauschale“ geprüft, auf die sich die KV Berlin und die AOK Nordost verständigt haben.

Seit dem 01.01.2023 gilt diese Liste auch für die BIG direkt gesund und die Innungskrankenkassen.

Weitere Informationen finden Sie [hier](#).

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

[Nr. 2380](#)

Quartalsabrechnung

Kann ich die Sammelerklärung zur Quartalsabrechnung auch unterschrieben, eingescannt und als PDF per E-Mail einreichen, um die Abgabefrist einzuhalten?

Nein. Bitte geben Sie die Sammelerklärung online im Zuge Ihrer Online-Abrechnung ab. Weitere Informationen erhalten Sie [hier](#).

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

[Nr. 129](#)

Wie kann ich einen Fehler bei der Online-Abrechnung korrigieren?

Sie haben die Möglichkeit, Ihre online eingereichte Quartalsabrechnung binnen 24 Stunden durch Upload einer überarbeiteten Datei zu korrigieren.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

[Nr. 128](#)

Wie muss ich vorgehen, wenn ich meine Abrechnung korrigieren möchte?

Abrechnungskorrekturen reichen Sie bitte schriftlich und mit Begründung innerhalb eines Monats nach Ablauf der Abgabefrist (im Sinne des § 4b der Abrechnungsordnung) ein, adressiert an die Abteilung Abrechnung.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 127

Wie lange sind die Quartalsabrechnungen aufzubewahren?

Abrechnungsdaten (EDV) sind 16 Quartale aufzubewahren. Beachten Sie, dass für das Steuerrecht zusätzlich andere Fristen gelten.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 126

Ich schaffe es nicht innerhalb der regulären Abrechnungsfrist meine Quartalsabrechnung zu übermitteln. Welche Möglichkeiten habe ich?

Sie haben die Möglichkeit einen Antrag auf Verlängerung der Abgabefrist für die Quartalsabrechnung zu stellen, wenn die fristgerechte Übermittlung der Abrechnungsdatei aus triftigen Gründen nicht möglich sein sollte. Urlaubsbedingte Fristverlängerungen werden hierbei nicht berücksichtigt. Bitte reichen Sie Ihren begründeten Antrag (aus welchem Grund erfolgt eine verspätete Einreichung und bis zu welchem Datum möchten Sie verlängern) auf Fristverlängerung bis zum achten Tag des neuen Quartals schriftlich über die folgende E-Mail-Adresse bei der KV Berlin ein: abrechnungsfrist@kvberlin.de

Dies ist geregelt in § 4a Abs.4 der Abrechnungsordnung der KV Berlin.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 339

Muss die Sammelerklärung von allen Vertragsärzt:innen und/oder Vertragspsychotherapeut:innen, die in der Praxiskooperation tätig sind, unterschrieben eingereicht werden?

Es reicht aus, wenn die Sammelerklärung von einem Mitglied der Praxiskooperation unterzeichnet wird. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Sammelerklärung in Papierform oder elektronisch eingereicht wird (siehe hierzu auch § 4 Abs. 6 Satz 1-5 der Abrechnungsordnung der KV Berlin).

War dieser Artikel hilfreich?

Ja **Nein**

Nr. 337

Plausibilität

Wie hoch ist die Plausibilitätsgrenze?

Bei einem vollen Versorgungsauftrag beträgt die Plausibilitätsgrenze 46.800 Minuten im Quartal. Das Tagesprofil ist auffällig, wenn an mindestens drei Tagen im Quartal mehr als zwölf Stunden gearbeitet wurde.

Weitere Informationen zur Plausibilitätsprüfung finden Sie [hier im Abschnitt "Nach der Honorarzuweisung: Plausibilitätsprüfung"](#).

War dieser Artikel hilfreich?

Ja **Nein**

Nr. 141

Psychotherapie

Wird die telefonische Erreichbarkeit gesondert vergütet?

Nein, denn die telefonische Erreichbarkeit dient ausschließlich der Terminvereinbarung. Andere zeitintensive Tätigkeiten am Telefon, wie das Abhören des Anrufbeantworters, Rückruf des Patienten, telefonische Abklärung der Indikation bzw. Passung, werden im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde vergütet.

War dieser Artikel hilfreich?

Ja **Nein**

Nr. 4899

Wann kann eine psychotherapeutische Akutbehandlung nach beendeter Richtlinien-Psychotherapie erneut abgerechnet werden?

Die Akutbehandlung kann frühestens nach sechs Monaten wieder abgerechnet werden. In § 15 Abs. 4 der Psychotherapie-Vereinbarung ist geregelt, dass eine Akutbehandlung innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung einer Richtlinien-therapie grundsätzlich nicht vorgesehen ist.

Ist eine Akutbehandlung doch erforderlich, ist es wichtig in der Feldkennung 5009 eine entsprechende Begründung wie z. B. neue Diagnose, akute Verschlechterung bei der Abrechnung mit anzugeben.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 139

Wie kennzeichne ich das Ende der Psychotherapie?

Es gibt zwei Symbolnummern (SNR), mit denen Sie das Ende einer Psychotherapie anzeigen können:

- die SNR 88130 für die Beendigung einer Psychotherapie ohne anschließende Rezidivprophylaxe
- die SNR 88131 für die Beendigung einer Psychotherapie mit anschließender Rezidivprophylaxe

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 378

Kann ich die biografische Anamnese während einer laufenden Therapie ansetzen?

Nein. Die biografische Anamnese (GOP 35140 und 35142) ist Teil der einer Psychotherapie vorausgehenden Diagnostik und kann auch abgerechnet werden, wenn darauf keine Psychotherapie — da nicht indiziert oder unzweckmäßig — folgt. Sie kann aber nicht während einer laufenden Psychotherapie abgerechnet werden.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 252

Welche Leistungen kann ich erbringen, wenn sich ehemalige Psychotherapie-Patient:innen mit einem akuten Behandlungsbedarf erneut an mich wenden?

Grundsätzlich ist unter Berücksichtigung des im EBM definierten Krankheitsfalls der folgende Ablauf vorgesehen:

1. Psychotherapeutische Sprechstunde
2. ggf. notwendige psychotherapeutische Akutbehandlung
3. Probatorik
4. Richtlinien-Psychotherapie

Bitte beachten Sie, dass gemäß § 11 Abs. 4 der Psychotherapie-Vereinbarungen die Neubeantragung einer Therapie innerhalb der Zweijahresfrist gutachterpflichtig ist.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 247

Akutbehandlung

Kann die Akutbehandlung am selben Tag wie die Psychotherapeutische Sprechstunde erfolgen?

Ja, gemäß EBM kann die Psychotherapeutische Sprechstunde (GOP 35151) aber nicht neben der psychotherapeutischen Akutbehandlung (GOP 35152) abgerechnet werden – das heißt nicht in derselben Sitzung. Rechnen Sie beide Leistungen am selben Tag ab, muss bei beiden GOP im Feld 5006 jeweils die Uhrzeit angegeben werden. Dabei muss eine deutliche zeitliche Trennung der beiden Inanspruchnahmen zu erkennen sein (z.B. GOP 35151 um 12:00 Uhr, GOP 35152 um 15:00 Uhr).

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 4882

Welcher Zeitraum gilt bei der Durchführung einer Akutbehandlung nach einer Richtlinien therapie?

Hier gilt der Zeitraum ab der letzten Sitzung Rezidivprophylaxe. Anders verhält es sich bei der erneuten Beantragung einer Richtlinien therapie: Die Zwei-Jahres-Frist beginnt ab dem Datum der Mitteilung über die Beendigung der Therapie.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 4881

Wann wird die Akutbehandlung auf das Kontingent der Richtlinien therapie angerechnet?

Die Akutbehandlung wird auf das Kontingent der Richtlinien therapie angerechnet, wenn diese innerhalb des Krankheitsfalles (siehe [FAQ Nr. 363](#)) stattgefunden hat.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 4880

Wie viele Stunden können bei der Akutbehandlung für Bezugspersonen zum Ansatz gebracht werden?

Es stehen sechs zusätzliche Einheiten á 25 Minuten je Krankheitsfall (siehe [FAQ Nr. 363](#)) bei Patient:innen bis zum vollendeten 21. Lebensjahr sowie bei Patient:innen mit geistiger Behinderung (ICD-10: F70-F79) zur Verfügung.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 4878

Wann kann ich eine Akutbehandlung durchführen?

Die Akutbehandlung dient der Symptomreduktion bei akuten Krisen und soll Patient:innen auf eine anschließende Therapie oder andere Maßnahmen vorbereiten. Jedem Patienten/jeder Patientin stehen dafür pro Krankheitsfall (siehe [FAQ Nr. 363](#)) 24 Behandlungseinheiten mit 25-minütiger Dauer zur Verfügung.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 4877

Gruppensetting

Wie viele Einzelsitzungen kann ich bei einer genehmigten Gruppentherapie durchführen?

Werden im Rahmen einer genehmigten Gruppentherapie Einzelbehandlungen notwendig, die nicht beantragt wurden, können diese in einem Verhältnis von einer Einzelbehandlung auf zehn Gruppenbehandlungen ohne besondere Antragstellung durchgeführt werden. Dabei sind die Einzelbehandlungen dem genehmigten Kontingent der Gruppenbehandlungen hinzuzurechnen.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 4888

Kann eine Gruppe von mehreren Therapeut:innen geleitet werden?

Ja, Therapeut:innen rechnen in diesem Fall die Patient:innen ab, für die sie das Formular PTV 2 ausgefüllt haben. Dabei wird die GOP nach der Gesamtgruppengröße ausgewählt.

Weitere Informationen in der [FAQ der KBV](#).

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 4887

Kann ich ein Gruppensetting mit Kurzzeittherapie-Patient:innen (KZT) und Langzeittherapie-Patient:innen (LZT) durchführen?

Ja, denn für die Abrechnung des Gruppensettings ist die Gesamtgruppengröße relevant. Die letzte Stelle der GOP im EBM zeigt die Teilnehmerzahl der gesamten Gruppe in der jeweiligen Sitzung an. Bitte berücksichtigen Sie aber, dass für die Kurz- und Langzeittherapie unterschiedliche GOP angesetzt werden müssen.

Weitere Informationen in der [FAQ der KBV](#).

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 4886

Zählen für die Gruppengröße im Gruppensetting auch Privatpatient:innen oder nur gesetzlich Versicherte?

Privatpatient:innen sind bei der Bestimmung der Gruppengröße und somit bei der Wahl der abzurechnenden GOP mitzuzählen.

Beispiel:

Bei einer Gruppe aus zwei gesetzlich und einer privat krankenversicherten Person wird nach EBM die GOP der Dreiergruppe für jeden der beiden gesetzlich versicherten Patient:innen abgerechnet.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 4885

Können probatorische Sitzungen im Gruppensetting auch in 50-Minuten-Schritten durchgeführt werden?

Ja, in diesem Fall erfolgt bei der Abrechnung die Kennzeichnung der

GOP mit einem „H“.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 4884

Können probatorische Sitzungen im Rahmen der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung stattfinden?

Nein, die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung kann keine probatorischen Sitzungen (GOP 35150) ersetzen, da die inhaltlichen Zielsetzungen zu verschieden sind.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 4883

Psychotherapeutische Sprechstunde

Kann ich die Psychotherapeutische Sprechstunde auch bei Patient:innen abrechnen, die das Kontingent bereits in einer anderen psychotherapeutischen Praxis ausgeschöpft haben?

Ja, die Definition Krankheitsfall lässt dieses zu (siehe [FAQ Nr. 363](#)).

Bitte achten Sie hierbei aber grundsätzlich auf das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V, wonach Leistungen notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 4876

Wann muss die Psychotherapeutische Sprechstunde vor einer weiteren Behandlung stattfinden?

50 Minuten Psychotherapeutische Sprechstunde vor einer weiteren Behandlung sind verpflichtend vor einer Akutbehandlung, vor den probatorischen Sitzungen und der anschließenden Kurz- oder Langzeittherapie.

Ausnahmen:

Der Patient /die Patientin war vorher in stationärer oder rehabilitativer Behandlung und wurde mit einer Diagnose entlassen, die im Rahmen der ambulanten Psychotherapie behandelt werden

kann. Auch bei einem Therapeut:innenwechsel muss keine erneute Psychotherapeutische Sprechstunde stattfinden.

Die Psychotherapeutischen Sprechstunden müssen dann innerhalb der letzten vier Quartale vor Antragsstellung stattgefunden haben und können auch von einem anderen Psychotherapeuten bzw. einer anderen Psychotherapeutin erbracht worden sein.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 4875

Darf ich auch 75 Minuten Psychotherapeutische Sprechstunde durchführen?

Ja, wichtig ist nur, dass Sie das Gesamtkontingent ([siehe FAQ 4873](#)) nicht überschreiten.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 4874

Wie häufig kann ich die Psychotherapeutische Sprechstunde bei meinen Patient:innen durchführen?

Ein erwachsener Patient bzw. eine erwachsene Patientin hat Anspruch auf sechs Psychotherapeutische Sprechstunden mit je 25 Minuten Dauer pro Krankheitsfall.

Bei Kindern und Jugendlichen können bis zu zehn Psychotherapeutische Sprechstunden mit je 25 Minuten Dauer pro Krankheitsfall durchgeführt werden, davon vier Psychotherapeutische Sprechstunden auch mit den relevanten Bezugspersonen, ohne dass das Kind beziehungsweise der/die Jugendliche anwesend sein muss.

Die Auslegung des Krankheitsfalles ist in der [FAQ Nr. 363](#) beschrieben.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 4873

Therapieende

Wie teile ich das Therapieende mit, wenn Patient:innen die Therapie ohne Absprache beendet haben und auch nicht mehr für eine Rücksprache erreichbar sind?

In diesen Fällen teilen Sie spätestens mit der Quartalsabrechnung die Beendigung mit, in dem die Sechs-Monatsfrist für eine Therapieunterbrechung endet. Hierzu legen Sie im Abrechnungsprogramm einen Schein im Ersatzverfahren an, rechnen die GOP 88130 ab und fügen in der Feldkennung 5009 den Vermerk „letzte Sitzung am...“ ein.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 4891

Wie und bis wann muss bei einer Psychotherapie das Therapieende angezeigt werden?

Das Therapieende ist unverzüglich mit den GOP 88130 (ohne Rezidivprophylaxe) bzw. 88131 (mit Rezidivprophylaxe) über die aktuelle Quartalsabrechnung zu übermitteln.

Eine Nachmeldung ist nur in Ausnahmefällen auch noch in den zwei nachfolgenden Quartalen nach Therapieende möglich.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 4890

Wie viele Stunden Rezidivprophylaxe können nach einer Richtlinientherapie genutzt werden?

Bei einer Behandlungsdauer von 40 oder mehr Stunden können maximal 8 Stunden und bei einer Behandlungsdauer von 60 oder mehr Stunden maximal 16 Stunden für die Rezidivprophylaxe genutzt werden.

Bei Kindern und Jugendlichen sowie bei Menschen mit einer geistigen Behinderung können – wenn relevante Bezugspersonen hinzugezogen wurden – bei einer Behandlungsdauer von 40 oder mehr Stunden maximal 10 Stunden und bei einer Behandlungsdauer von 60 oder mehr Stunden, maximal 20 Stunden für die Rezidivprophylaxe genutzt werden.

War dieser Artikel hilfreich?

TSVG

Was ist zu tun, wenn Patient:innen von der Facharzt-Praxis mit normaler Überweisung abgewiesen werden?

Alle Vertragsärzt:innen und Vertragspsychotherapeut:innen haben die Pflicht, (Neu-)Patient:innen aufzunehmen und zu behandeln – soweit die Kapazität nicht erschöpft ist. Die Ablehnung der Aufnahme neuer Patient:innen schließt bei Erreichen der Kapazitätsgrenze auch das Angebot auf Terminangebot nach Vermittlungsart 1,2,3 und 6 (HA-Vermittlungsfall, TSS-Terminfälle) ein. Die KV Berlin leistet große Aufklärungsarbeit und wir gehen davon aus, dass Ihre Patient:innen in Zukunft auch mit einer regulären Überweisung behandelt werden.

Bei Bedarf schildern Sie Ihr konkretes Anliegen gegenüber der KV Berlin per E-Mail an buero-der-beratungsaerzte@kvberlin.de.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Blutabnahme

Muss die Blutabnahme hausärztlich durchgeführt werden oder geht das auch fachärztlich?

Liegen in der Hausarztpraxis bereits Blutwerte vor, ist eine Auskunft gegenüber der anfragenden Facharztpraxis wirtschaftlich und sinnvoll. Aufträge zur ausschließlichen Bestimmung von Blutwerten müssen allerdings nicht angenommen werden, da Fachärzt:innen, sofern Sie im Rahmen ihrer Behandlung einen Bluttest für erforderlich halten, diesen mithilfe des Vordrucks Muster 10 selbst bei einer Laborpraxis veranlassen sollen.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Kennzeichnung PVS

Sollen TSVG-Patient:innen weiterhin gekennzeichnet werden?

Ja, unbedingt, sonst erfolgen keine extrabudgetäre Vergütung und keine Zuschläge.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 4003

Was steckt hinter den Feldkennungen und wo finde ich diese?

Die Feldkennungen (FK) dienen den Praxen zur korrekten Abrechnung der Leistungen nach TSVG. Die wichtigsten FK sind:

Feld Erklärung

5003 BSNR der Praxis, in die vermittelt wurde

4103 Vermittlungsart (1 ≙ TSS-Terminfall, 2 ≙ TSS-Akutfall, 3 ≙ Hausarztvermittlungsfall, 4 ≙ offene Sprechstunde, 6 ≙ TSS-Routinefall)
*Der TSS-Routinefall wird bei Abrechnung von nicht dringenden Terminen verwendet.

4114 Vermittlungscode

4115 Datum der Terminbuchung

4105 ergänzende Informationen, z.B. Erklärung zur Terminbuchung nach dem 24. Tag beim Hausarztvermittlungsfall

Weitere praxisrelevante Informationen zur Terminvermittlung, Abrechnung und Vergütung beim HA-Vermittlungsfall und TSS-Terminfall bzw. TSS-Akutfall finden Sie auf der [Themenseite](#).

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 3797

In meinem Praxisverwaltungssystem (PVS) wird der HA-Vermittlungsfall nicht mehr ausgewiesen. Entspricht der HA-Vermittlungsfall jetzt dem TSS-Terminfall?

Nein. Der TSS-Terminfall und der Hausarztvermittlungsfall (HA-

Vermittlungsfall) unterscheiden sich.

- Beim HA-Vermittlungsfall stellt die hausärztliche Praxis (auch Kinder- und Jugendmedizin) die dringende Behandlungsbedürftigkeit fest und vermittelt im Regelfall einen Termin bei dem innerhalb von vier Tagen die fachärztliche Behandlung beginnt. Für diese Vermittlung bekommt die Hausarztpraxis die Möglichkeit, eine Vermittlungspauschale (GOP 03008 / 04008) in Höhe von 15 Euro abzurechnen.
- Beim TSS-Terminfall erfolgt eine Vermittlung des Termins wie bisher auch über die Terminservicestelle (TSS).

Weitere praxisrelevante Informationen zur Terminvermittlung, Abrechnung und Vergütung beim HA-Vermittlungsfall und TSS-Terminfall bzw. TSS-Akutfall finden Sie auf der [Themenseite](#).

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

[Nr. 3794](#)

Wie kennzeichne ich einen Abrechnungsschein im Rahmen einer TSVG-Konstellation, wenn ich darauf keine Leistungen abrechnen kann?

Die Kennzeichnung auf dem Behandlungsschein erfolgt mit der GOP 88210 für TSVG-Konstellationen, in denen keine eigenen berechnungsfähigen Leistungen abgerechnet werden können.

Weitere Informationen zu den Regelungen im Zusammenhang mit dem TSVG finden Sie auf der [Themenseite](#).

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

[Nr. 218](#)

Wie wird der TSS-Terminfall in der Abrechnung gekennzeichnet?

Die Kennzeichnung erfolgt in der Praxissoftware über die Feldkennung 4103 (Vermittlungsart/Kontaktart) mit „1 = TSS-Terminfall“.

Der Zuschlag auf die Versicherten- und Grundpauschalen richtet sich nach der Wartezeit auf den Termin. Für die [Zuschläge](#) wurden neue GOP in den jeweiligen Kapiteln des EBM etabliert. Diese sind zusätzlich mit den Buchstaben A, B, C oder D zu kennzeichnen und

bestimmen die Höhe des Zuschlags – je nach der Zeit, die zwischen der ersten Terminanfrage der oder des Versicherten (online oder über TSS; nicht zwingend identisch mit dem Tag der Buchung) und dem Behandlungstermin vergangen ist.

- A: 200 Prozent: Termin innerhalb von 24 Stunden (TSS-Akutfall; Vermittlung ausschließlich durch die Leitstelle der KV Berlin)
- B: 100 Prozent: Termin innerhalb von vier Tagen (TSS-Terminfall)
- C: 80 Prozent: Termin innerhalb von fünf bis 14 Tagen (TSS-Terminfall)
- D: 40 Prozent: Termin innerhalb von 15 bis 35 Tagen (TSS-Terminfall)

Weitere Informationen zu den Regelungen im Zusammenhang mit dem TSVG finden Sie auf der [Themenseite](#).

War dieser Artikel hilfreich?

Ja **Nein**

Nr. 216

Wie kennzeichnen Fachärzt:innen die Weiterbehandlung eines Hausarzt-Vermittlungsfalls in der Abrechnung?

Die Kennzeichnung erfolgt in der Praxissoftware über die Feldkennung 4103 (Vermittlungsart/Kontaktart) mit „3 = Hausarzt-Vermittlungsfall“.

Zusätzlich ist ab dem 1. Januar 2023 eine Zuschlagsziffer anzugeben. Der Zuschlag auf die Versicherten- und Grundpauschalen richtet sich nach der Wartezeit auf den Termin. Für die Zuschläge wurden neue GOP in den jeweiligen Kapiteln des EBM etabliert. Diese sind zusätzlich mit den Buchstaben B, C oder D zu kennzeichnen und bestimmen die Höhe des Zuschlags – je nach der Zeit, die zwischen der ersten Terminanfrage der oder des Versicherten (online oder über TSS; nicht zwingend identisch mit dem Tag der Buchung) und dem Behandlungstermin vergangen ist.

- B: 100 Prozent: Termin innerhalb von ein bis vier Tagen
- C: 80 Prozent: Termin innerhalb von fünf bis 14 Tagen
- D: 40 Prozent: Termin innerhalb von 15 bis 35 Tagen

Weitere Informationen zu den Regelungen im Zusammenhang mit dem TSVG finden Sie auf der [Themenseite](#).

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 215

Wie kennzeichnen Hausärzt:innen die Terminvermittlung zu Fachärzt:innen in der Abrechnung?

Hausärzt:innen setzen die GOP 03008 und Kinder- und Jugendmediziner:innen die GOP 04008 auf dem Behandlungsschein an. Zusätzlich ist die Betriebsstättennummer (BSNR) der Überweisungsempfängerin oder des Überweisungsempfängers im KVDT-Feld (Feldkennung 5003 „(N)BSNR der vermittelnden Fachärztin oder des vermittelten Facharztes“) anzugeben. Die Terminvermittlung ist auch zu Kinderärzt:innen mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung möglich. Für die Terminvermittlung gibt es einen extrabudgetären Zuschlag in Höhe von 15 Euro.

Weitere Informationen zu den Regelungen im Zusammenhang mit dem TSVG finden Sie auf der [Themenseite](#).

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 214

Vergütung TSVG-Konstellationen

Kann das Behandeln von Patient:innen, die als TSS-Terminfall vermittelt werden zur Überschreitung der Leistungsobergrenze (LOG) im Jobsharing führen?

Ja, die Behandlung von über die TSS vermittelten Patient:innen kann zur Überschreitung der LOG führen. Die festgelegte Obergrenze gilt für alle punktzahlbewerteten Leistungen. Also auch für die Leistungen, die aufgrund der Bestimmungen des TSVG extrabudgetär vergütet werden. Es werden lediglich reine Euro-Leistungen nicht berücksichtigt.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 5245

Sollte es durch TSS-Terminfälle zu einer Überschreitung der Leistungsobergrenze (LOG) im Jobsharing kommen, wird dies seitens der KV Berlin toleriert oder sanktioniert?

Überschreitet die abgerechnete Leistungsmenge die festgelegte Obergrenze, wird jeder Leistungsbereich um den Prozentsatz gekürzt, der sich aus Obergrenze und Anforderung ergibt (lineare Honorarkürzung).

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 5246

Welchen Ersatz oder finanziellen Ausgleich gibt es für die Streichung der Neupatientenregelung im TSVG ab Januar 2023?

Es gibt keinen direkten Ausgleich, dafür wurden zum Teil Anpassungen bei den anderen TSVG-Fällen vorgenommen. Daraus resultiert eine bessere Vergütung für HA-Vermittlungsfälle und TSS-Fälle. Weitere Informationen finden Sie [hier](#).

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 3999

In meinem Praxisverwaltungssystem (PVS) wird der HA-Vermittlungsfall nicht mehr ausgewiesen. Entspricht der HA-Vermittlungsfall jetzt dem TSS-Terminfall?

Nein. Der TSS-Terminfall und der Hausarztvermittlungsfall (HA-Vermittlungsfall) unterscheiden sich.

- Beim HA-Vermittlungsfall stellt die hausärztliche Praxis (auch Kinder- und Jugendmedizin) die dringende Behandlungsbedürftigkeit fest und vermittelt im Regelfall einen Termin bei dem innerhalb von vier Tagen die fachärztliche Behandlung beginnt. Für diese Vermittlung bekommt die Hausarztpraxis die Möglichkeit, eine Vermittlungspauschale (GOP 03008 / 04008) in Höhe von 15 Euro abzurechnen.
- Beim TSS-Terminfall erfolgt eine Vermittlung des Termins wie bisher auch über die Terminservicestelle (TSS).

Weitere praxisrelevante Informationen zur Terminvermittlung, Abrechnung und Vergütung beim HA-Vermittlungsfall und TSS-Terminfall bzw. TSS-Akutfall finden Sie auf der [Themenseite](#).

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 3794

Was sind TSVG-Fälle?

TSVG-Fälle (Terminservice- und Versorgungsgesetz) können u. a. im Rahmen der offenen Sprechstunde oder Hausarztvermittlungsfällen anfallen. Die erbrachten TSVG-Leistungen werden im Abrechnungsquartal extrabudgetär und in voller Höhe zu den Preisen des EBM vergütet.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 80

Wie werden die Leistungen im Rahmen des TSVG vergütet?

Die Vergütung der Leistungen bei Vorliegen der TSVG-Konstellationen erfolgt extrabudgetär und in voller Höhe zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung. Das heißt, dass die gesamte Behandlung der Patientin oder des Patienten durch eine Arztgruppe in dem Quartal zu festen Preisen bezahlt wird (Arztgruppenfall).

Weitere Informationen zu den Regelungen im Zusammenhang mit dem TSVG finden Sie auf der [Themenseite](#).

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 220

Welche Zuschläge kann ich nach dem TSVG bei der Honorarabrechnung geltend machen?

Eine Aufstellung der abrechnungsfähigen Zuschläge finden Sie [hier](#) in der Rubrik „Arztgruppenspezifische GOP für Zuschläge“.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 132

Hausarztvermittlungsfall

Sollen wir nur noch mit dringlichen Überweisungen arbeiten? Fachärzt:innen schicken Patient:innen mit dieser Forderung (z. T. als kleine Infozettel) zu uns zurück.

Nein, die Behandlungsübernahme darf nicht davon abhängig gemacht werden, dass eine Terminvermittlung durch eine

hausärztliche Praxis oder die TSS erfolgt. Die Entscheidung, ob ein medizinisch dringender Behandlungsbedarf gegeben ist, liegt allein im Ermessen des Überweisenden.

Suchen Sie den kollegialen Austausch mit Ihren Kolleg:innen und nutzen Sie hierzu das Informationsmaterial der KV Berlin auf der [Themenseite](#).

Melden Sie klärungsbedürftige Sachverhalte per E-Mail an bm@kvberlin.de.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 3813

Wie gehen Psychotherapeut:innen mit Überweisungen nach Hausarztvermittlungsfall um?

Ein Überweisungsschein ist beim Hausarztvermittlungsfall (HA-Vermittlungsfall) sinnvoll, damit für die Psychotherapeutische Sprechstunde Zuschläge zur Grundpauschale möglich sind.

Zum Vorgehen:

- Für Ihre Abrechnung nutzen Sie die hausärztliche Überweisung. Der Original-Überweisungsschein muss nicht der Abrechnung beigelegt werden.
- Abrechnung/Überweisungsschein im Praxisverwaltungssystem (PVS) unter „Vermittlungsart“ als „HA-Vermittlungsfall“ kennzeichnen
- Empfehlung: Notieren Sie schon bei der Terminvereinbarung, dass der Patient als „HA-Vermittlungsfall“ in die Praxis kommt und wann die Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit war.
- GOP für Zuschlag angeben (GOP mit B, C oder D kennzeichnen, je nach Behandlungsbeginn)
- Den Rest übernimmt das PVS.

Weitere praxisrelevante Informationen zur Terminvermittlung, Abrechnung und Vergütung beim HA-Vermittlungsfall und TSS-Terminfall bzw. TSS-Akutfall finden Sie auf der [Themenseite](#).

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 3819

Macht es für Hausärzt:innen noch Sinn, Überweisungen mit Vermittlungscodes auszustellen?

Ja, eine Überweisung mit Vermittlungscode ist eine Alternative zum Hausarztvermittlungsfall (HA-Vermittlungsfall) bei der die hausärztliche Praxis den Termin nicht selbst vermitteln muss.

Der Code auf der Überweisung dient der Kennzeichnung der Dringlichkeit und ermöglicht eine Vermittlung als TSS-Terminfall. Hierbei müssen Patient:innen den Termin über die TSS oder den eTerminservice vereinbaren- bitte weisen Sie Ihre Patient:innen darauf hin.

Die Vermittlung als TSS-Terminfall führt bei den fachärztlichen Kolleg:innen zur extrabudgetären Vergütung sowie einem Aufschlag auf die Grundpauschale in Höhe von 100 %, 80% bzw. 40% in Abhängigkeit vom Beginn der Behandlung.

Weitere praxisrelevante Informationen zur Terminvermittlung, Abrechnung und Vergütung beim HA-Vermittlungsfall und TSS-Terminfall bzw. TSS-Akutfall finden Sie auf der [Themenseite](#).

War dieser Artikel hilfreich?

Ja **Nein**

Nr. 3818

Was zählt als Dringlichkeit im Zusammenhang mit dem Hausarztvermittlungsfall? Wie oft im Quartal kann für den selben Patienten eine Dringlichkeit ausgestellt werden?

Ärzt:innen haben nach medizinischer Einschätzung über die Dringlichkeit zu entscheiden.

Benötigen Patient:innen dringende Termine bei unterschiedlichen Fachärzt:innen, können Hausärzt:innen die 15 Euro auch mehrfach im Quartal abrechnen. Hierzu ist jeweils ein Termin zu vermitteln und jeweils eine Überweisung auszustellen.

Nicht mehrfach berechnungsfähig sind die 15 Euro Zuschlag für den Hausarztvermittlungsfall (HA-Vermittlungsfall), wenn im laufenden Quartal mehrmals zum selben Facharzt bzw. zu einem Facharzt derselben Fachgruppe vermittelt wird.

Weitere praxisrelevante Informationen zur Terminvermittlung, Abrechnung und Vergütung beim HA-Vermittlungsfall und TSS-Terminfall bzw. TSS-Akutfall finden Sie auf der [Themenseite](#).

War dieser Artikel hilfreich?

Wie kann ich wissen, dass meine Patient:innen den fachärztlichen Termin tatsächlich zeitnah bekommen?

Bei dem Hausarztvermittlungsfall (HA-Vermittlungsfall) vereinbaren Sie bzw. Ihr Praxisteam den Termin über einen (telefonischen) Kontakt bzw. über den eTerminservice direkt in der fachärztlichen Praxis. Damit stellen Sie sicher, dass bei einem dringenden Behandlungsbedarf ein zeitnahe Termin ermöglicht wird. Außerdem ist bei Erhalt eines Arztberichts der Behandlungstag ersichtlich.

Weitere praxisrelevante Informationen zur Terminvermittlung, Abrechnung und Vergütung beim HA-Vermittlungsfall und TSS-Terminfall bzw. TSS-Akutfall finden Sie auf der [Themenseite](#).

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Wie unterscheidet sich eine Überweisung im Rahmen des Hausarztvermittlungsfalls auf den ersten Blick von einer „normalen“ Überweisung (bei der der Patient den Termin selbst vereinbart)?

Im Unterschied zu einer „normalen“ Überweisung erfolgt die Terminvermittlung durch die Hausarztpraxis, wodurch allen Beteiligten klar ist, dass es sich um einen HA-Vermittlungsfall handelt. Die Überweisung enthält keine Hinweise auf BSNR oder Name des Facharztes / der Fachärztin. Ein Vermittlungscode ist nur beim TSS-Terminfall notwendig.

Weitere praxisrelevante Informationen zur Terminvermittlung, Abrechnung und Vergütung beim HA-Vermittlungsfall und TSS-Terminfall bzw. TSS-Akutfall finden Sie auf der [Themenseite](#).

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Mein fachgleicher BAG-Partner übernimmt den an mich als Facharzt/Fachärztin vermittelten Termin. Kann dieser Termin als Hausarztvermittlungsfall abgerechnet werden?

Ja. Sie können die Behandlung als Hausarztvermittlungsfall ((HA-Vermittlungsfall) abrechnen. Das Wesen der

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) besteht gerade in der gemeinsamen Behandlung der Patient:innen. Daher können fachgleiche Partner:innen der BAG den Termin übernehmen. Bitte beachten: Das gilt nicht für fachgleiche Kolleg:innen in einer Praxisgemeinschaft (siehe [FAQ 3811](#))

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

[Nr. 3812](#)

Eine:r meiner fachgleichen Kolleg:innen in der Praxisgemeinschaft übernimmt den an mich als Facharzt/Fachärztin vermittelten Termin. Kann dieser Termin als HA-Vermittlungsfall abgerechnet werden?

Nein. Die Kolleg:innen können die Behandlung nicht einfach als Hausarztvermittlungsfall ((HA- Vermittlungsfall) abrechnen. Bei der Praxisgemeinschaft handelt es sich um zwei selbständige Praxen. Daher kann der Behandlungsfall nicht nach Belieben neu zugeordnet werden. Allerdings liegt bei einem kurzfristigen Ausfall ggf. ein Vertretungsgrund (z.B. Krankheit) vor. Erfolgt im Vertretungsfall die Vertretung in der Praxis des Vertretenen, kann eine Abrechnung unter der BSNR des Vertretenen erfolgen.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

[Nr. 3811](#)

Wo finde ich die Zuschläge des jeweiligen EBM-Kapitels für meine Fachrichtung?

Fachärzt:innen finden die fachgruppenspezifischen GOP zur Abrechnung „Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall“ zum Beispiel auf der [Website der KV Berlin](#).

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

[Nr. 3810](#)

Wie finde ich die BSNR der fachärztlichen Kolleg:innen, an die überwiesen werden soll?

Um die Betriebsstättennummer (BSNR) der Facharztpraxis zu finden, bei der Sie im Rahmen des Hausarztvermittlungsfalls (HA-Vermittlungsfall) einen Termin vereinbart haben, nutzen Sie im am

besten die „Kolleg:innensuche“ der KBV. Diese erreichen Sie im Sicherem Netz der KVen (SNK) über das Online-Portal der KV Berlin unter „Anwendungen der KBV“ ☐ „Kollegensuche“.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 3809

Wenn in einem MVZ mehrere Fachärzt:innen einer Fachrichtung tätig sind, muss dann der Termin mit einem bestimmten Arzt / einer bestimmten Ärztin vereinbart werden?

Nein, beim Hausarztvermittlungsfall (HA-Vermittlungsfall) gilt die Überweisung für die Praxis. Den Termin kann der Arzt/ die Ärztin übernehmen, die am ehesten einen freien Termin hat.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 3808

Kann auch mein Praxispersonal die Terminvermittlung übernehmen?

Ja, selbstverständlich kann auch für den Hausarztvermittlungsfall (HA-Vermittlungsfall) die Terminvermittlung durch Ihr Praxispersonal erfolgen.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 3807

Bin ich als Hausarzt/Hausärztin verpflichtet, einen fachärztlichen Termin für eine nicht dringliche Behandlung zu vereinbaren?

Nein, Sie sind nicht dazu verpflichtet. Ohne einen dringlichen Behandlungsbedarf besteht weder das Recht, den Zuschlag zur Versichertenpauschale (GOP 03008/04008) für den Hausarztvermittlungsfall (HA-Vermittlungsfall) abzurechnen, noch einen HA-Vermittlungsfall in der fachärztlichen Praxis auszulösen. Besteht dagegen eine dringende Behandlungsbedürftigkeit, sollte der HA-Vermittlungsfall für eine schnellere Versorgung der Patient:innen in Betracht gezogen werden.

Weitere praxisrelevante Informationen zur Terminvermittlung, Abrechnung und Vergütung beim HA-Vermittlungsfall und TSS-Terminfall bzw. TSS-Akutfall finden Sie auf der [Themenseite](#).

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 3806

Muss ich als Hausarzt/Hausärztin auf dem Überweisungsschein meine BSNR angeben?

Nein, denn die BSNR der überweisenden Praxis wird bei der Formularbedruckung automatisch eingefügt. Eine zusätzliche Nennung ist beim Hausarztvermittlungsfall (HA-Vermittlungsfall) nicht erforderlich.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 3803

Werden mir als Facharzt/Fachärztin die Leistungen auch extrabudgetär vergütet, wenn Hausärzt:innen vergessen, Patienten als HA-Vermittlungsfall im PVS zu kennzeichnen?

Wenn Sie Patient:innen im Rahmen eines Hausarztvermittlungsfalls (HA- Vermittlungsfall) behandeln und das entsprechend in der Abrechnung kennzeichnen, wird Ihnen der Vermittlungsfall - unabhängig von der Abrechnung des Hausarztes / der Hausärztin - korrekt vergütet.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 3802

Wird der Zuschlag für die Terminvermittlung (GOP 03008/04008) gestrichen, wenn Fachärzt:innen vergessen, Patienten als HA-Vermittlungsfall im PVS zu kennzeichnen?

Nein. Wenn die Hausarzt-Praxis Patient:innen vermittelt hat und den Zuschlag für den Hausarztvermittlungsfall (HA-Vermittlungsfall) abrechnet, wird - unabhängig von der Abrechnung der Fachärzt:innen - eine entsprechend korrekte Vergütung vorgenommen.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 3801

Muss die Vermittlung zu einer Facharztpraxis immer per Telefon erfolgen oder ist auch eine andere Terminvereinbarung (z.B. per E-Mail) möglich?

Die Terminvermittlung ist beim Hausarztvermittlungsfall (HA-Vermittlungsfall) nicht zwingend per Telefon notwendig. Stimmen Sie individuell mit den jeweiligen Facharztpraxen ab, wie die Vermittlung erfolgen soll.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 3800

Muss ich beim HA-Vermittlungsfall einen Vermittlungscode auf dem Überweisungsschein aufkleben/aufdrucken?

Nein, beim Hausarztvermittlungsfall (HA-Vermittlungsfall) ist kein Vermittlungscode notwendig. Was auf dem Überweisungsschein anzugeben ist, können Sie der FAQ [3798](#) entnehmen.

Weitere praxisrelevante Informationen zur Terminvermittlung, Abrechnung und Vergütung beim HA-Vermittlungsfall und TSS-Terminfall bzw. TSS-Akutfall finden Sie auf der [Themenseite](#).

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 3799

Wird beim HA-Vermittlungsfall zwingend eine Überweisung benötigt und was müssen Hausärzt:innen auf der Überweisung angeben?

Ja, beim Hausarztvermittlungsfall (HA-Vermittlungsfall) ist eine Überweisung zwingend notwendig. Es gibt zwei Möglichkeiten:

- Hausarzt/Hausärztin vereinbart Termin mittels direktem Kontakt (z. B. telefonisch) mit dem Facharzt / der Fachärztin oder
- Hausarzt/Hausärztin bucht Termin über den eTerminservice der KV.

Die Angaben auf dem Überweisungsschein sind wie folgt anzugeben:

- Facharztgruppe, an die überwiesen wird
- Es muss kein Vermittlungscode angegeben werden.
- Keine BSNR und auch kein Name des Facharztes auf Überweisungsschein. Diese Angaben sind nicht zulässig. Die BSNR der vermittelten Praxis wird nur bei der Abrechnung (Feld 5003) angegeben, damit der Zuschlag für die Terminvermittlung

erfolgt.

Weitere praxisrelevante Informationen zur Terminvermittlung, Abrechnung und Vergütung beim HA-Vermittlungsfall und TSS-Terminfall bzw. TSS-Akutfall finden Sie auf der [Themenseite](#).

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 3798

In meinem Praxisverwaltungssystem (PVS) wird der HA-Vermittlungsfall nicht mehr ausgewiesen. Entspricht der HA-Vermittlungsfall jetzt dem TSS-Terminfall?

Nein. Der TSS-Terminfall und der Hausarztvermittlungsfall (HA-Vermittlungsfall) unterscheiden sich.

- Beim HA-Vermittlungsfall stellt die hausärztliche Praxis (auch Kinder- und Jugendmedizin) die dringende Behandlungsbedürftigkeit fest und vermittelt im Regelfall einen Termin bei dem innerhalb von vier Tagen die fachärztliche Behandlung beginnt. Für diese Vermittlung bekommt die Hausarztpraxis die Möglichkeit, eine Vermittlungspauschale (GOP 03008 / 04008) in Höhe von 15 Euro abzurechnen.
- Beim TSS-Terminfall erfolgt eine Vermittlung des Termins wie bisher auch über die Terminservicestelle (TSS).

Weitere praxisrelevante Informationen zur Terminvermittlung, Abrechnung und Vergütung beim HA-Vermittlungsfall und TSS-Terminfall bzw. TSS-Akutfall finden Sie auf der [Themenseite](#).

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 3794

In welchem Zeitraum muss beim Hausarzt-Vermittlungsfall die Terminvermittlung erfolgen?

Nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch die Hausärztin oder den Hausarzt muss der/die Patient:in innerhalb von 35 Kalendertagen einen Termin bei einer Fachärztin oder einem Facharzt erhalten. Die vier Kalendertage werden ab dem Folgetag der Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit gezählt. Ausgenommen von der Regelung sind planbare Behandlungen, Vorsorgetermine oder Bagatellerkrankungen.

Weitere Informationen zu den Regelungen im Zusammenhang mit dem TSVG finden Sie auf der [Themenseite](#).

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

[Nr. 226](#)

Was passiert, wenn Patient:innen den Termin nicht wahrnehmen?

Die Vergütung erfolgt unabhängig davon, ob der/die Patient:in den Termin tatsächlich wahrgenommen hat. Voraussetzung für die Vergütung ist die erfolgreiche Terminvereinbarung (diese Regelung gilt nur für den Hausarzt-Vermittlungsfall, nicht für den TSS-Vermittlungsfall).

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

[Nr. 225](#)

Haben Patient:innen einen Anspruch darauf, dass ihnen die Hausärzt:innen einen Termin bei Fachärzt:innen vermittelt?

Ja. Das gilt laut Gesetz (§ 73 SGB V) für die „Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins“. Der erfolgreich vermittelte Termin muss innerhalb von vier Kalendertagen nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch die Hausärztin oder den Hausarzt liegen. Hierunter fallen keine planbaren Behandlungen, Vorsorgetermine oder Bagatellerkrankungen.

In der Gesetzesbegründung heißt es, dass eine Terminvermittlung durch die Hausärzt:innen (bzw. Kinder- und Jugendärzt:innen) insbesondere dann erforderlich ist, wenn aufgrund der medizinischen Besonderheit des Einzelfalls oder der Dringlichkeit nicht angemessen oder nicht zumutbar ist, dass die Patient:innen eigenständig einen Termin bei Fachärzt:innen oder über die Terminservicestelle vereinbaren.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

[Nr. 223](#)

Ich erhalte als Hausärzt:in von einem/einer Kolleg:in eine Auftragsüberweisung, werde also facharztäquivalent tätig. Hat die KV den Spielraum, diese Leistung im

Rahmen eines Hausarzt-Facharzt-Vermittlungsfalles extrabudgetär zu vergüten?

Nein. Grundsätzlich gilt gemäß TSVG, dass beim Hausarzt-Vermittlungsfall der oder die Weiterbehandelnde eine Fachärztin oder ein Facharzt (außer Kinder- und Jugendmediziner:innen ohne Schwerpunkt, Laborärzt:innen und Patholog:innen) sein muss, um die extrabudgetäre Vergütung auf dem entsprechenden Arztgruppenfall zu erwirken.

Weitere Informationen zu den Regelungen im Zusammenhang mit dem TSVG finden Sie auf der [Themenseite](#).

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

[Nr. 222](#)

Ist der Hausarzt-Vermittlungsfall innerhalb eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) oder einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) möglich?

Nein, die Vermittlung erfolgt grundsätzlich nur per Überweisungsschein. Somit ist diese Vermittlungsart innerhalb eines MVZ oder einer BAG ausgeschlossen.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

[Nr. 221](#)

Neupatienten-Regelung

Gilt die Neupatientenregelung noch?

Nein, die Neupatientenregelung entfiel zum 1. Januar 2023. Seitdem gelten neue bzw. höhere Zuschläge für eine schnelle Terminvermittlung. Weitere Infos finden Sie [hier](#).
Eine Übersicht über die anderen TSVG-Regelungen finden Sie [hier](#).

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

[Nr. 3992](#)

Offene Sprechstunde

Sind in der offenen Sprechstunde weiterhin bis 17,5 % der Behandlungsfälle außerhalb des RLV/QZV-Budgets?

Ja, diese Regelung gilt weiterhin.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 4001

Kann ab 2023 die offene Sprechstunde wegfallen, da diese im neuen Honorarverteilungsmaßstab (HVM) nicht mehr berücksichtigt wird?

Nein, die offene Sprechstunde ist nicht zum 1. Januar 2023 weggefallen und kann weiterhin abgerechnet werden.

Eine Übersicht über TSVG-Regelungen finden Sie [hier](#).

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 3996

Muss bei Inanspruchnahme der offenen Sprechstunde grundsätzlich ein neuer Fall angelegt werden, auch wenn Patient:innen im Quartal bereits zur regulären Sprechstunde in der Praxis waren?

Nein, die Abrechnung aller Folgekonsultationen erfolgt über den Schein „offene Sprechstunde“. Diese Regelung gilt in einer Einzelpraxis bzw. wenn die Folgekonsultationen alle bei der gleichen Facharztgruppe stattfinden. Ausnahmen hierfür gelten für MVZ's /FÜG`s. Hier müssen weitere Behandlungsscheine angelegt werden. Sollten keine berechnungsfähigen Leistungen (GOP) in der offenen Sprechstunde angeschrieben werden können, ist der Behandlungstag mit der GOP 88210 zu kennzeichnen. Dies gilt generell für alle Praxisformen.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 250

Wie wird die offene Sprechstunde in der Abrechnung gekennzeichnet?

Die Kennzeichnung erfolgt in der Praxissoftware über die Feldkennung 4103 (Vermittlungsart/Kontaktart) mit „4 = offene Sprechstunde“.

Weitere Informationen zu den Regelungen im Zusammenhang mit dem TSVG finden Sie auf der [Themenseite](#).

War dieser Artikel hilfreich?

Ja **Nein**

Nr. 237

TSS-Terminfall

Sollen wir nur noch mit dringlichen Überweisungen arbeiten? Fachärzt:innen schicken Patient:innen mit dieser Forderung (z. T. als kleine Infozettel) zu uns zurück.

Nein, die Behandlungsübernahme darf nicht davon abhängig gemacht werden, dass eine Terminvermittlung durch eine hausärztliche Praxis oder die TSS erfolgt. Die Entscheidung, ob ein medizinisch dringender Behandlungsbedarf gegeben ist, liegt allein im Ermessen des Überweisenden.

Suchen Sie den kollegialen Austausch mit Ihren Kolleg:innen und nutzen Sie hierzu das Informationsmaterial der KV Berlin auf der [Themenseite](#).

Melden Sie klärungsbedürftige Sachverhalte per E-Mail an bm@kvberlin.de.

War dieser Artikel hilfreich?

Ja **Nein**

Nr. 3813

Fällt die Überweisung zu einer „Akutbehandlung“ unter den TSS-Akutfall und muss diese über die Leitstelle der 116117 vermittelt werden?

Ein Sprechstundentermin in der Psychotherapie kann kein TSS-Akutfall sein.

Für psychotherapeutische Termine zur Weiterbehandlung ist keine Überweisung, sondern ein codiertes PTV11-Fomular notwendig, welches den Hinweis zur „ambulanten psychotherapeutischen Akutbehandlung“ enthält, es gilt nicht als TSS-Akutfall.

Ein TSS-Akutfall kann nur über den ärztlichen Bereitschaftsdienst nach SmED (Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland) vermittelt werden.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 3820

Liegen alle TSS-Vermittlungsfälle außerhalb des RLV/QZV-Budgets?

Ja, hier gibt es weiterhin keine Begrenzung.

Weitere Informationen finden Sie [hier](#).

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 4002

Wird der gesamte TSS-Terminvermittlungsfall extrabudgetär vergütet oder nur der Zuschlag?

Die Zuschläge sowie die gesamte Behandlung des Arztgruppenfalls werden weiterhin extrabudgetär und damit in voller Höhe vergütet.

Weitere Informationen finden Sie [hier](#).

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 4000

Wie unterscheidet sich eine Überweisung im Rahmen des TSS-Terminfalls auf den ersten Blick von einer „normalen“ Überweisung (bei der der Patient den Termin selbst vereinbart)?

Die Überweisung enthält einen Vermittlungscode.

Der Patient kann eventuell einen digitalen Nachweis über die Buchung vorzeigen, wenn die Buchung über den eTerminservice erfolgte. Zudem erhält die Facharztpraxis eine Nachricht über eine Terminbuchung über den eTerminservice.

Weitere praxisrelevante Informationen zur Terminvermittlung, Abrechnung und Vergütung beim HA-Vermittlungsfall und TSS-Terminfall bzw. TSS-Akutfall finden Sie auf der [Themenseite](#).

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 3815

Wo finde ich die Zuschläge des jeweiligen EBM-Kapitels für meine Fachrichtung?

Fachärzt:innen finden die fachgruppenspezifischen GOP zur Abrechnung „Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall“ zum Beispiel auf der [Website der KV](#)

Berlin.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 3810

Was ist zu tun, wenn Facharzt-Praxen Patient:innen mit dem Hinweis „Terminbuchung erfolgt über 116117“ abweisen?

Es ist zulässig, Patient:innen den Weg über die 116117 oder den eTerminservice zu empfehlen. Zum Beispiel für eine schnellere Terminvermittlung. Weigert sich eine Praxis dennoch einen Termin zu vergeben, ggf. auch über einen eigenen Dienstleister, beachten Sie hierzu die [FAQ 3804](#).

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 3805

Sind die Wartezeitzuschläge auch für die Terminvermittlung von Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern (U-Untersuchungen) berechnungsfähig?

Ärzt:innen erhalten ab Januar 2020 einen Aufschlag für Früherkennungsuntersuchungen, wenn nur für diese ein Termin zeitnah von der Terminservicestelle (TSS) vermittelt wurde.

Weitere Informationen zu den Regelungen im Zusammenhang mit dem TSVG finden Sie auf der [Themenseite](#).

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 228

Videosprechstunde

Mit welchen Suffixen kennzeichne ich die Therapiesitzungen in Videosprechstunde?

Therapiesitzungen werden mit folgenden Suffixen gekennzeichnet:

Akutbehandlung

Akutbehandlung i.R.d. Videosprechstunde

V

• mit Bezugsperson

W

Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung

Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung i.R.d. Videosprechstunde

V

• mit Bezugsperson	W
hälftige Sitzung	A
• mit Bezugsperson	T
Einzelpsychotherapie	
Einzelpsychotherapie i.R.d. Videosprechstunde	V
• mit Bezugsperson	W
Rezidivprophylaxe i.R.d. Videosprechstunde	Y
• mit Bezugsperson	Z
Gruppenpsychotherapie	
Gruppenpsychotherapie i.R.d. Videosprechstunde	V
• mit Bezugsperson	W
• Ausnahme Verhaltenstherapie GOP 35543-35548	E
Rezidivprophylaxe i.R.d. Videosprechstunde	C
• mit Bezugsperson	D
hälftige Sitzung i.R.d. Videosprechstunde	A
• mit Bezugsperson	T
Rezidivprophylaxe in hälftiger Sitzung i.R.d. Videosprechstunde	F
• mit Bezugsperson	G

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 4898

Mein:e Patient:in zieht um und möchte die Therapie bei mir per Videosprechstunde fortführen. Ist das möglich?

Ja, bei einem Umzug innerhalb Deutschlands ist dies unproblematisch.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 4897

Wie erfolgt der Versichertennachweis bei ausschließlicher Behandlung in der Videosprechstunde?

Der/die Versicherte hält seine/ihre elektronische Gesundheitskarte (eGK) in die Videokamera und bestätigt mündlich, dass der Versichertenschutz besteht. Die Daten werden manuell in des PVS

übernommen. Bei bekannten Patient:innen können die Daten aus dem Vorquartal übertragen werden, vorausgesetzt der/die Versicherte bestätigt mündlich den unveränderten Versicherungsschutz.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 4896

Wie kennzeichne ich Patient:innen, die ich in dem Quartal ausschließlich per Videosprechstunde betreut habe?

Die Kennzeichnung erfolgt durch die Symbolnummer 88220.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 4895

Kann der Zuschlag nach GOP 01450 bei jeder Videosprechstunde abgerechnet werden oder nur einmalig je Patient:in?

Der Zuschlag kann bei jeder Videosprechstunde abgerechnet werden. Allerdings beträgt der Höchstwert für das Punktzahlvolumen für die GOP 01450 1.899 Punkte je abrechnendem/r vertragsärztlichen bzw. -psychotherapeutischen Leistungserbringer:in

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 4894

Welche Leistungen können nicht per Videosprechstunde erbracht werden?

Alle psychotherapeutischen sowie ärztlichen Leistungen, die im Rahmen einer Videosprechstunde abgerechnet werden können, hat die KBV in einer Übersicht zusammengefasst.

Die Abrechnung von darüber hinausgehenden Leistungen ist nicht möglich.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Nr. 4893

Welche psychotherapeutischen Leistungen können im Rahmen der Videosprechstunde erbracht werden?

Alle psychotherapeutischen sowie ärztlichen Leistungen, die im Rahmen einer Videosprechstunde abgerechnet werden können, hat die KBV in einer [Übersicht](#) zusammengefasst.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

[Nr. 4892](#)

Muss ich bei der Durchführung einer Videosprechstunde die eGK der Patient:innen für das Abrechnungsquartal einlesen?

Nein. Bei bekannten Patient:innen werden die Daten in das aktuelle Quartal übernommen. Bitte beachten Sie, dass zu den „unbekannten“ Patient:innen auch die Patient:innen zählen, die noch nie oder nur noch nicht im laufenden Quartal oder im Vorquartal in der Praxis behandelt wurden. Die unbekannt oder generell neuen Patient:innen halten zu Beginn der Behandlung die eGK in die Videokamera, damit die Daten übernommen werden können.

Bei den psychotherapeutischen Leistungen im Rahmen einer Videosprechstunde ist vorgesehen, dass zuvor ein persönlicher Arzt-Patientenkontakt zur Eingangsdagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung mit dem Patienten oder der Patientin stattgefunden hat. Hier ist das Einlesen der eGK erforderlich.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

[Nr. 142](#)

Vorsorgeuntersuchungen

Muss bei der Krebsvorsorge (Pap+ HPV) nach drei Jahren genau auf den Monat von der letzten Untersuchung geachtet werden?

Nein. Patient:innen haben nach Ablauf von drei Jahren ein Anrecht auf eine erneute Krebsvorsorge-Untersuchung. Diese muss weder taggenau, noch quartalsbezogen sein. Ausschlaggebend ist das Kalenderjahr.

War dieser Artikel hilfreich?

JaNein

Müssen zwischen einem Check-Up und einem weiteren Check-Up genau 3 Jahre liegen?

Nein. Die Untersuchung kann jeweils im dritten auf die Untersuchung folgenden Jahr und nicht erst nach Ablauf von 36 Monaten erneut durchgeführt werden.

War dieser Artikel hilfreich?

Ja **Nein**

Kontakt für Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen

[Service-Center der KV Berlin](#)

[FAQ: Hier finden Sie Antworten auf häufig gestellte Fragen](#)

Kontakt für Patient:innen

[Wann hilft die KV Berlin?](#)

[Terminservice:](#)

[Weitere Informationen und Termine](#)

[buchen](#)

Kontakt für Presseanfragen

presse@kvberlin.de



Kassenärztliche Vereinigung
Berlin
Masurenallee 6A
14057 Berlin

[030 / 31 003-0](tel:030310030)
[030 / 31 003-380](tel:03031003380)
[Kontakt](#)