

Kassennummer (KassenIK)  
+Kassenname:

Versicherungsnummer:

Name, Vorname des Pat:

Geb. Datum:

Patientendaten (bitte Versichertendaten von der ärztlichen Verordnung übernehmen!)

Angabe des ärztl. Verordners (Name/LANR/BSNR):

Verordnung vom: . . .



**Remscheider Str. 16  
45481 Mülheim**

**IK-Nr. des abrechnenden  
Leistungserbringers**

□ □ □ □ □ □ □ □ □

**Gültig ab 01.01.2025**

### Abrechnungsschein Integrierte Versorgung Anthroposophische Kunsttherapie (BVAKT)

zum Vertrag zur Durchführung Integrierter Versorgung nach §140 a SGB V über die die Versorgung mit Anthroposophischer Medizin zwischen der Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland e.V. (GAÄD) dem Berufsverband Heileurythmie e.V. (BVHE), dem Berufsverband für Anthroposophische Kunsttherapie e. V. (BVAKT), dem Berufsverband Rhythmische Massage e.V. (BVRM) sowie die diesem Vertrag beigetretenen Kassen

Behandlungszeitraum (inkl. Beratung)

--- bis ---

Ist der Patient von der Zuzahlung befreit?  ja  nein

Leistungsposition	SNR	Anzahl	Einzel- betrag in €	Gesamtbetrag in €
Kunsttherapeutische Anamneseerhebung (mind. 45 Min) (*)	92071		45,00 €	
Kunsttherapeutische Diagnostik (mind. 45 Min) (*)	92073		45,00 €	
Einzeltherapie (mind. 45 Min) (*)	92074		45,00 €	
Einzeltherapie in Gruppe (mind. 45 Min, Gruppengröße maximal 2 Patienten) (*)	92079		22,50 €	
Behandlung in der Gruppe (mind. 45 Min, Gruppengröße ab 3 bis max. 6 Personen) (*)	92080		15,00 €	
Einzeltherapie als telemedizinische Leistung (mind. 45 Min) (*)	92082		45,00 €	
Einzeltherapie als telemedizinische Leistung in Parallelbehandlung bei gleichzeitiger Anwesenheit von 2 Patienten (mind. 45 Min) (*)	92083		22,50 €	
Behandlung in der Gruppe als telemedizinische Leistung (mind. 45 Min, Gruppengröße ab 3 bis max. 6 Personen) (*)	92084		15,00 €	
Ärztlich verordneter Hausbesuch inkl. Wegegeld/Einsatzpauschale (*)	92086		22,40 €	
<b>Zwischensumme</b>				
geleistete Zuzahlung 10% (*)	98000			
geleistete Rezeptgebühr 10,00 € (*)	98005			
Beratung mit dem verordnenden Arzt (max. zweimal pro Behandlungszyklus) (*)	92088		19,00 €	
<b>Gesamtbetrag</b>				

(\*) Erläuterungen siehe Rückseite

**Die umseitigen und weiteren Abrechnungsbedingungen entsprechend den unter [www.damid.de](http://www.damid.de) einsehbaren IV-Verträgen habe ich zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.**

Ich versichere, dass ich die oben abgerechneten Leistungen unter Einhaltung der Bestimmungen des Vertrages vollständig erbracht und insbesondere nicht gleichzeitig über einen anderen Kostenträger abgerechnet habe. Für die Einhaltung der Bestimmungen bin ich persönlich verantwortlich und haftbar.

Ort, Datum, Unterschrift

Name und vollständige Anschrift des Leistungserbringers/der Praxis  
(bitte gut lesbarer Praxisstempel)

Erläuterungen zu den Ziffern	
92071	Kunsttherapeutische Anamneseerhebung (mind. 45 Min)
92073	Kunsttherapeutische Diagnostik (mind. 45 Min)
92074	Einzeltherapie (mind. 45 Min)
92079	Einzeltherapie in Gruppe (mind. 45 Min, Gruppengröße max. 3 Personen)
92080	Behandlung in Gruppen (mind. 45 Min, Gruppengröße ab 4 bis max. 6 Personen)
92082	Einzeltherapie als telemedizinische Leistung (mind. 45 Min)
92083	Einzeltherapie als telemedizinische Leistung in Parallelbehandlung bei gleichzeitiger Anwesenheit von zwei Patienten (mind. 45 Min)
92084	Behandlung in der Gruppe als telemedizinische Leistung ab 3 bis maximal 6 Patienten (mind. 45 Min)
92086	Ärztlich verordneter Hausbesuch (inkl. Wegegeld/Einsatzpauschale)
98000	durch den Patienten geleistete Zuzahlung in Höhe von 10%
98005	durch den Patienten geleistete Rezeptgebühr in Höhe von 10,00 €
92088	Beratung mit dem verordnenden Arzt, max. zweimal pro Behandlungszyklus

Abrechnungs- Checkliste	
<input type="checkbox"/>	Ein aktuelles Abrechnungsfomular pro teilnehmenden Patienten und Behandler pro Behandlungszyklus
<input type="checkbox"/>	Abrechnungsfomular nicht mehrfach einreichen
<input type="checkbox"/>	Abrechnungsdaten (Datum, Leistung, Patientendaten, Stempel) vollständig und gut lesbar
<input type="checkbox"/>	Versicherungsnummer des Patienten nicht vergessen!
<input type="checkbox"/>	Nach Monatsende innerhalb von 5 Werktagen per Post an die PVS pria
<input type="checkbox"/>	Verordner und Behandlungszeitraum angeben?
<input type="checkbox"/>	Dokumentationsbeleg der PVS pria ausgefüllt beifügen
<b>✓ An alles gedacht?</b>	

**HINWEIS:** Pro Kalenderjahr ist nur ein Therapiezyklus abrechnungsfähig.  
Der erste Therapiezyklus besteht aus Anamnese, Diagnostik und 6 Therapieeinheiten.  
Zyklen in den folgenden Jahren haben 8 Therapieeinheiten pro Kalenderjahr.  
Eine Verordnung eines zweiten Therapiezyklus und die Kombination von Zyklen verschiedener Therapieeinrichtungen ist nicht möglich.

### Abrechnungshinweise

- Bitte beachten Sie, dass Sie die seit dem 01.07.2008 gültige N/BSNR sowie LANR des verordnenden Arztes, sowie Ihre IK-Nr entsprechend auf der Vorderseite des Abrechnungsscheins notieren, damit eine Unterscheidung nach Leistungserbringer erfolgen und die jeweilige Leistung dem verordnenden Arzt eindeutig zugeordnet werden kann. Bitte beachten Sie, dass bei nicht eindeutiger Angabe die Unterlagen zur Prüfung an die Praxis zurück gesendet werden müssen.
- Die IV-Verträge, teilnehmende Krankenkassen, die Höhe der jeweiligen Gebühren sowie alle aktuellen Informationen sind auf der Internetseite [www.damid.de](http://www.damid.de) einzusehen.
- Die PVS pria bearbeitet nur fristgerecht eingereichte, vollständig ausgefüllte und leserliche Abrechnungsunterlagen der Leistungserbringer.
- Die Abrechnungsunterlagen sind innerhalb von 5 Werktagen nach Ablauf des Abrechnungsmonats an die PVS pria zu übermitteln. Bitte nur einen Abrechnungsschein pro Patient und Behandlungszyklus einreichen. Verspätet eingereichte Unterlagen werden erst mit der nächsten Monatsabrechnung abgerechnet.
- Fehlerhaft eingereichte Abrechnungsunterlagen werden dem Leistungserbringer zur Prüfung und Korrektur zurück gesendet. Die PVS pria kann hierfür eine gesonderte Aufwandspauschale verlangen.
- Die PVS pria ist berechtigt, von der vertraglich vereinbarten Vergütung einen Verwaltungskostenabschlag einzubehalten.

**Die Abrechnungsunterlagen sind fristgerecht an folgende Adresse zu senden:**

**PVS pria GmbH**

**Abteilung Neue Versorgungsformen**

**Remscheider Str. 16**

**45481 Mülheim an der Ruhr**