



## **PNP-Vertrag nach § 73c SGB V**

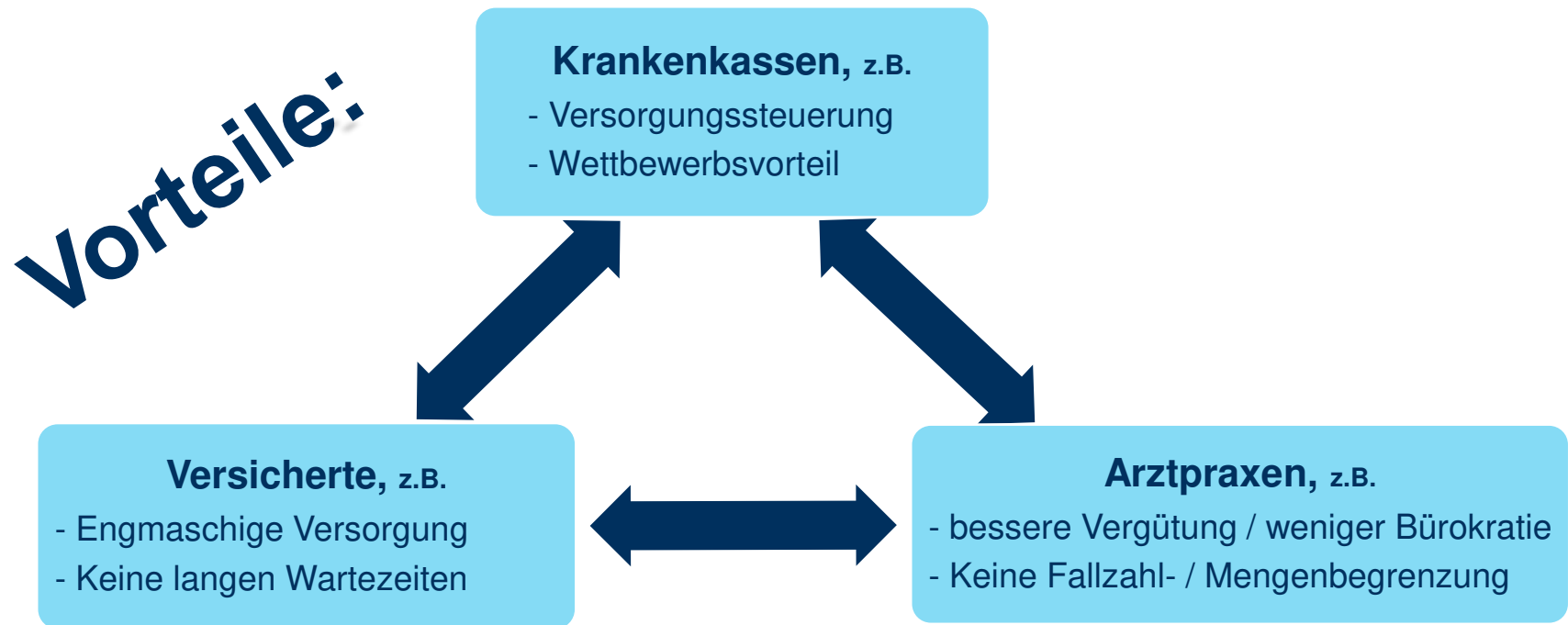
### **Vertragsschulung**

- 1. Grundlagen, Ziele und Systematik**
- 2. Teilnahme des Arztes / Psychotherapeuten**
- 3. Teilnahme der Versicherten**
- 4. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)**
- 5. Vergütungs- und Abrechnungssystematik**
  - a. Modul Psychotherapie
- 6. Abrechnungsprozess**
- 7. 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.

# Warum Selektivverträge?

- **Gesetzliche Verpflichtung** der Krankenkassen zu §73b SGB V (Hausarztverträge)
- Möglichkeit der Vereinbarung „besondere Versorgung“ nach §140a SGB V (bzw. §73c a.F.)



# Ziele des Vertrags

- 👍 optimierte, qualitativ hochwertige Versorgung der Versicherten
- 👍 Stärkung der ambulanten Versorgung
- 👍 Weniger Bürokratie und mehr Zeit für Beratungsgespräche
- 👍 bessere Rahmenbedingungen für Ärzte/Psychotherapeuten und Patienten
- 👍 Zusammenarbeit mit dem HZV-Arzt sowie anderen Fachärzten / Psychotherapeuten
- 👍 Zusammenarbeit mit dem Sozialen Dienst der AOK / Patientenbegleitung der Bosch BKK, Einbezug von Gesundheitsprogrammen der Krankenkassen
- 👍 Reduktion von stationären Aufenthalten
- 👍 Reduktion von Arbeitsunfähigkeitszeiten

# Systematik des Vertrags

- spezielle Regelungen und Kriterien für die Teilnahme der Ärzte/Psychotherapeuten und Versicherten
- Verpflichtung zur Einhaltung besonderer Anforderungen und Leistungspflichten
- Vollversorgungsvertrag mit spezieller Honorarsystematik und vier Vertragsmodulen:
  - Modul A: **Neurologie** (AOK und Bosch BKK) N
  - Modul B: **Psychiatrie** (AOK und Bosch BKK) PY
  - Modul C: **Psychotherapie** (AOK und Bosch BKK) inkl. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie PT
  - Modul D: **Kinder- und Jugendpsychiatrie** (nur AOK) KJPY
- Bereinigung der KV-Gesamtvergütung entsprechend den Vorgaben in §§73b und c sowie 140a SGB V und des Bewertungsausschusses

# Agenda

- 1. Grundlagen, Ziele und Systematik**
- 2. Teilnahme des Arztes / Psychotherapeuten**
- 3. Teilnahme der Versicherten**
- 4. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)**
- 5. Vergütungs- und Abrechnungssystematik**
  - a. Modul Psychotherapie
- 6. Abrechnungsprozess**
- 7. Internetauftritt**

# Vorteile für teilnehmende Ärzte/Psychotherapeuten

- durchschnittlich **höhere Vergütung** als bei der KV
- **Wegfall des Antrags- und Genehmigungsverfahrens** in der Psychotherapie (Ausnahme: Analytische Psychotherapie)
- **mehr Therapiefreiheit** durch erweitertes Spektrum von Therapieverfahren und –methoden, z.B.
  - Systemische Therapie (KJ), Interpersonelle Psychotherapie (Modul PT)
- **keine Fallzahl- oder Mengenbegrenzung**
- **wirtschaftliche Sicherung** der Praxen und Planungssicherheit:
  - unbefristete Verträge
  - feste Vergütung, keine Abstufung

# Kreis Teilnahmeberechtigter (I)

## ➤ **Vertragsärzte:**

- Fachärzte für Neurologie, Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie (und –psychotherapie)
- Vertragsärzte, die gem. den Bedarfsplanungsrichtlinien ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind

## ➤ **Vertragspsychotherapeuten:**

- Psychologische Psychotherapeuten
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

### **Wichtige Hinweise:**

- Ausschlaggebend für die Modulteilnahme ist die KV-Zulassung.
- Angestellte Ärzte können nicht selbst am Vertrag teilnehmen. Sie rechnen ihre Leistungen über den Vertragsteilnehmer in der Praxis ab.



## Kreis Teilnahmeberechtigter (II)

- **Persönlich ermächtigte Ärzte / Psychotherapeuten:**  
dürfen Leistungen des Vertrages nur im Rahmen und für die Dauer ihrer persönlichen Ermächtigung selbst erbringen und abrechnen
- **MVZ:**  
sind zur Teilnahme berechtigt, wenn Ärzte / Psychotherapeuten angestellt sind, welche die Teilnahmebedingungen erfüllen
- **HZV-Hausärzte:**  
Hausärzte, die am AOK-Hausarztprogramm bzw. am Hausarztprogramm „BKK. Mein Hausarzt“ teilnehmen, und die über die Voraussetzung zur Erbringung der Richtlinienpsychotherapie nach der aktuellen Psychotherapievereinbarung verfügen, können vom Beirat zur Erbringung von Leistungen nach Anlage 12 C Psychotherapie zugelassen werden

## Teilnahmevoraussetzungen

**Persönliche Voraussetzungen**  
vom Arzt/PT selbst zu erfüllen  
z.B. Vertragsschulung

+

**Praxisbezogene Voraussetzungen**  
von der Praxis/BAG/MVZ  
zu erfüllen  
z.B. Vertragssoftware

+

**Abrechnungsvoraussetzungen**  
(zur Abrechnung bestimmter Leistungen erforderlich)

# Persönliche Teilnahmevoraussetzungen

- Zulassung, Vertragsarztsitz/-psychotherapeutensitz und Hauptbetriebsstätte in Baden-Württemberg  
(Nachweis: KV-Zulassung oder KV-Registerauszug)
- Teilnahme an einer Vertragsschulung  
(Nachweis: Teilnahmebescheinigung)
- Erfüllung der Fortbildungspflichten nach §95 d SGB V  
(Nachweis: [Selbstauskunft](#))
- Bereitschaft zum Besuch von mind. 2 Fortbildungen pro Jahr (gem. Anlage 2)  
(Nachweis: [Selbstauskunft – Stichproben durch die Managementgesellschaft](#))
- Tätigkeit im zeitlichen Umfang gemäß den Vorgaben des § 17 Abs. 1a BMV-Ä  
(Nachweis: [Selbstauskunft](#))
- Teilnahmevoraussetzung für Psychotherapie:  
Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung von psychotherapeutischen Leistungen gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung  
(Nachweis: [KV-Genehmigung](#))

# Praxisbezogene Teilnahmevoraussetzungen

- Ausstattung mit einer vertragskompatiblen IT und Internetanbindung  
(Nachweis: [Selbstauskunft](#))
- Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS/  
Praxisverwaltungssystem)  
(Nachweis: [Selbstauskunft](#))
- Vertragssoftware  
(Nachweis: [Selbstauskunft/Bestätigungsformular Vertragssoftware](#))
- HZV-Online-Key zur Datenübertragung  
(Nachweis: [Selbstauskunft/Bestätigungsformular HZV-Online-Key](#))

## ➤ **Psychotherapie**

- Psychotherapeutische Gruppenbehandlung
- Analytische Psychotherapie
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
- Neuropsychologische Therapie

# 10 Schritte zur Vertragsteilnahme

1. Vertragsunterlagen erhalten / anfordern
2. Vertragsschulung besuchen oder Online-Schulung absolvieren
3. Vertragssoftware bestellen (Ansprechpartner Softwarehaus)
4. HZV-Online-Key bestellen (Bestellformular HÄVG)
5. Teilnahmeerklärung vollständig ausfüllen und unterschreiben
6. Nachweise beilegen (siehe Checkliste)
7. Teilnahmeerklärung und Nachweise an MEDIVERBUND schicken (per Post / Fax / E-Mail)
8. Ggf. fehlende Nachweise nachreichen (MEDIVERBUND informiert)
9. Zulassungsschreiben („Starterpaket“) von MEDIVERBUND abwarten
10. Über Vorteile der Vertragsteilnahme freuen



## 1. Sprechstundenangebot und Terminvergabe:

- reguläre Termine innerhalb von 2 Wochen
- nur bei Psychotherapie: Erstkontakt nach 3 Tagen in dringenden Fällen, Therapiestart je nach Dringlichkeit zwischen 7 Tagen und 4 Wochen nach Diagnosesicherung
- Behandlung in Not- und Akutfällen am Tag des Anrufs durch HAUSARZT/FACHARZT, bei dringlichen psychotherapeutischen Fällen innerhalb von 3 Tagen
- werktägliche Sprechzeiten (Mo-Fr) bzw. werktägliche Erreichbarkeit bei Psychotherapeuten
- Angebot eines Abendtermins pro Woche (bis 20.00 Uhr)
- Begrenzung der Wartezeit für eingeschriebene Versicherte bei vereinbartem Termin auf möglichst 30 Minuten

## 2. Praxisprozesse:

- **Befundübermittlung** an den Hausarzt innerhalb von 5 Werktagen, bei psychotherapeutischer Behandlung Bericht innerhalb von 2 Wochen nach Behandlungsbeginn
- **Weiterüberweisung / Weiterleitung** an teilnehmende Fachärzte und Psychotherapeuten nur in Ausnahmefällen und unter Einbeziehung (Information) des Hausarztes
- **Vertreterregelung:** Information der Versicherten über einen am Vertrag teilnehmenden Vertretungsarzt / Vertretungspsychotherapeuten
- **Strukturierte und leitliniengerechte Versorgung**



## 3. Fortbildungen:

- Teilnahme an **mind. 2 Fortbildungen pro Jahr** (gemäß Anlage 2) zur Diagnostik und Behandlung der Krankheitsbilder des Vertrages

# Agenda

1. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Teilnahme des Arztes / Psychotherapeuten
3. Teilnahme der Versicherten
4. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
5. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
  - a. Modul Psychotherapie
6. Abrechnungsprozess
7. Internetauftritt

## Vorteile für teilnehmende Versicherte

- 👍 schnelle und flexible Terminvergabe
- 👍 schneller Behandlungsbeginn in der Psychotherapie
- 👍 Begrenzung der Wartezeit
- 👍 Behandlungskordinierung mit dem Hausarzt
- 👍 intensive ambulante Betreuung
- 👍 breites diagnostisches und therapeutisches Angebot
- 👍 Zuzahlungsbefreiung bei vielen rabattierten Arzneimitteln (AOK)

Infoblatt „Patientenvorteile auf einen Blick“:

[www.medi-verbund.de](http://www.medi-verbund.de) → Leistungen → Verträge/Abrechnung → AOK/Bosch BKK PNP → Allgemeine Informationen und Formulare

- Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der AOK BW / Bosch BKK, die **gültig an der HZV** (Hausarztzentrierten Versorgung) teilnehmen.
- Einschreibung in das gesamte **FacharztProgramm** (in alle bestehenden Facharztverträge)
- In Fachgebieten, in denen es einen Facharztvertrag gibt, dürfen nur **teilnehmende Fachärzte/ Psychotherapeuten** aufgesucht werden
- diese dürfen nur auf **Überweisung des HZV-Hausarztes** aufgesucht werden (ausgenommen Notfälle)
- Bindung für mind. 12 Monate mit automatischer Verlängerung

**Kardiologie**

**Gastroenterologie**

**Psychiatrie / Neurologie / Psychotherapie / KJ-Psychiatrie (nur AOK)**

**Orthopädie / Rheumatologie**

**Urologie**

**Diabetologie (nur AOK)**

**Nephrologie (nur AOK)**

**Pneumologie**





**Basis: HZV-Vertrag**

# Teilnahmestatusprüfung

der aktuelle Teilnahmestatus des Patienten am Haus- bzw. Facharztprogramm wird über eine Online-Teilnahmestatusprüfung in der Software ermittelt.

→ **Teilnahmestatusprüfung jedes Quartal und vor Beantragung der Patientenvertragsteilnahme durchführen!**

*Mögliche Rückmeldungen der Teilnahmestatusprüfung:*

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

# Versichertenteilnahmeerklärung AOK

wird über die Software erzeugt und bedruckt

patienten-individueller vierstelliger Code

Unterschriftenfelder

**Nur für AOK-FACHARZTPROGRAMM**

AOK FACHARZT PROGRAMM

Teilnahmeerklärung für die besondere ambulante ärztliche Versorgung (AOK-Facharztprogramm) gemäß § 73c SGB V a.F./ § 140a SGB V in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-Hausarztprogramm) gemäß § 73b SGB V

73c K

+TE-ID+

Hiermit erkläre ich gegenüber der AOK Baden-Württemberg, dass ich bei der AOK Baden-Württemberg versichert bin.

- Ich ausführlich und umfassend über das AOK-Facharztprogramm informiert und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen, die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist.
- Ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- Ich darüber informiert wurde, frühestens mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende meines Teilnahmejahres (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme am AOK-Facharztprogramm schriftlich gegenüber der AOK Baden-Württemberg kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate.
- Ich mich verpflichte, immer zuerst den von mir gewählten Hausarzt im Rahmen meiner Teilnahme am AOK-Hausarztprogramm aufzusuchen und andere Ärzte, die am AOK-Facharztprogramm teilnehmen, nur in Abstimmung mit meinem gewählten Hausarzt in Anspruch (Überweisung) zu nehmen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologen und Augenärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten. Des Weiteren ist die Direktinanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten möglich.
- Ich grundsätzlich nur Fachärzte auf Überweisung aufsuche, die am jeweiligen AOK-Facharztprogramm teilnehmen, wenn es für dieses Fachgebiet einen Vertrag gibt. Die aktuellen Fachgebiete sind im Merkblatt aufgelistet. Über jede Erweiterung werde ich informiert.
- Ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die AOK informiere, da ggf. die Teilnahme am AOK-Facharztprogramm nicht mehr möglich ist.

Mit ist bekannt, dass

- die Teilnahme am AOK-Facharztprogramm freiwillig ist.
- ich bei Nichterhaltung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus dem AOK-Facharztprogramm ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragkonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der AOK-Mitgliedschaft der Ausschluss aus dem AOK-Facharztprogramm und dem AOK-Hausarztprogramm erfolgt.
- ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn am AOK-Facharztprogramm informiert werde (i.d.R. beginnt die Teilnahme im Folgequartal).
- mit dem Ende meiner Teilnahme am AOK-Hausarztprogramm meine Teilnahme am AOK-Facharztprogramm endet; für den Fall, dass mein gewählter Hausarzt ausscheidet, verbleibe ich für das laufende Quartal und ein Folgequartal im AOK-Facharztprogramm, um mich bei einem neuen Hausarzt einschreiben zu können.
- ich die hier abgegebene Einwilligung innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. In besonderen Umständen (z. B. Wegzug JA, ich möchte an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-Facharztprogramm) in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-Hausarztprogramm) teilnehmen.
- ich bin mit dem im Merkblatt beschriebenen Inhalt und der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-Facharztprogramm) i.V.m. der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-Hausarztprogramm) einschließlich der wissenschaftlichen Begleitung und Weitererhebungsfragen einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich dann, wenn die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, talbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten bzw. meiner Konsultationserteile.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	M	M	J	J	J	J	J	J	J

<TE-Code>:

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

**Nur für AOK-FACHARZTPROGRAMM**

AOK FACHARZT PROGRAMM

Teilnahmeerklärung für die besondere ambulante ärztliche Versorgung (AOK-Facharztprogramm) gemäß § 73c SGB V a.F./ § 140a SGB V in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-Hausarztprogramm) gemäß § 73b SGB V

73c K

Ich erkläre, dass

- meine im Rahmen des AOK-Facharztprogramms eroberten und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem AOK-Facharztprogramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am AOK-Facharztprogramm.
- im AOK-Facharztprogramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich in meinem aktuellen Merkblatt mitgeleitet bekomme.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am AOK-Facharztprogramm teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine AOK-Hausarzt- und AOK-Facharztprogramm-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür erlaube ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht. Im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die AOK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erheben und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen des AOK-Facharztprogramms i.V.m. dem AOK-Hausarztprogramm sind im Merkblatt beschrieben.
- im Datenbestand der AOK und der am AOK-Facharzt- sowie AOK-Hausarztprogramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am AOK-Hausarzt- und AOK-Facharztprogramm teilnehme.
- die AOK meine Adresse und Telefonnummer ohne weitere persönliche Daten an neutrale Stellen weiterleiten kann, damit diese mich zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit in Zusammenhang mit dem AOK-Facharztprogramm befragen können. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig.
- ich mit meiner Teilnahme am AOK-Facharztprogramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 73c SGB V in Verbindung mit dem AOK-Hausarztprogramm zustimme, ohne dass ich erneut eine Teilnahmeerklärung unterschreiben muss. Ich werde rechtzeitig über neue Verträge im Rahmen des AOK-Facharztprogramms durch die AOK informiert. Sofern ich nicht mit der Teilnahme an allen Verträgen am AOK-Facharztprogramm insgesamt einverstanden bin, kann ich unter Einhaltung einer Sonderkündigungsfrist (siehe Merkblatt) ab dem Zeitpunkt, zu dem ich über die Vertragsänderung informiert wurde, kündigen. In diesem Fall endet für mich alle Verträge im Rahmen des AOK-Facharztprogramms.
- die Teilnahme am AOK-Hausarztprogramm bleibt davon unberührt.

Die Teilnahme am AOK-Hausarztprogramm bleibt davon unberührt.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am AOK-Facharztprogramm teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine AOK-Hausarzt- und AOK-Facharztprogramm-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür erlaube ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht. Im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die AOK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erheben und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen des AOK-Facharztprogramms i.V.m. dem AOK-Hausarztprogramm sind im Merkblatt beschrieben.
- im Datenbestand der AOK und der am AOK-Facharzt- sowie AOK-Hausarztprogramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am AOK-Hausarzt- und AOK-Facharztprogramm teilnehme.
- die AOK meine Adresse und Telefonnummer ohne weitere persönliche Daten an neutrale Stellen weiterleiten kann, damit diese mich zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit in Zusammenhang mit dem AOK-Facharztprogramm befragen können. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig.
- ich mit meiner Teilnahme am AOK-Facharztprogramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 73c SGB V in Verbindung mit dem AOK-Hausarztprogramm zustimme, ohne dass ich erneut eine Teilnahmeerklärung unterschreiben muss. Ich werde rechtzeitig über neue Verträge im Rahmen des AOK-Facharztprogramms durch die AOK informiert. Sofern ich nicht mit der Teilnahme an allen Verträgen am AOK-Facharztprogramm insgesamt einverstanden bin, kann ich unter Einhaltung einer Sonderkündigungsfrist (siehe Merkblatt) ab dem Zeitpunkt, zu dem ich über die Vertragsänderung informiert wurde, kündigen. In diesem Fall endet für mich alle Verträge im Rahmen des AOK-Facharztprogramms.
- die Teilnahme am AOK-Hausarztprogramm bleibt davon unberührt.

Die Teilnahme am AOK-Hausarztprogramm bleibt davon unberührt.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am AOK-Facharztprogramm teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine AOK-Hausarzt- und AOK-Facharztprogramm-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür erlaube ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht. Im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die AOK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erheben und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen des AOK-Facharztprogramms i.V.m. der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-Hausarztprogramm) sind im Merkblatt beschrieben.
- ich schriftlichen Begleitung und Versicherheitsbegleitung einverstanden. Ich bin darüber beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, talbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, riktaldaten erteile.

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

# Versicherteneinschreibung in der Praxis

Versicherteninformation / Merkblatt aushändigen

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

beide Exemplare unterzeichnen (Therapeut und  
Versicherter)

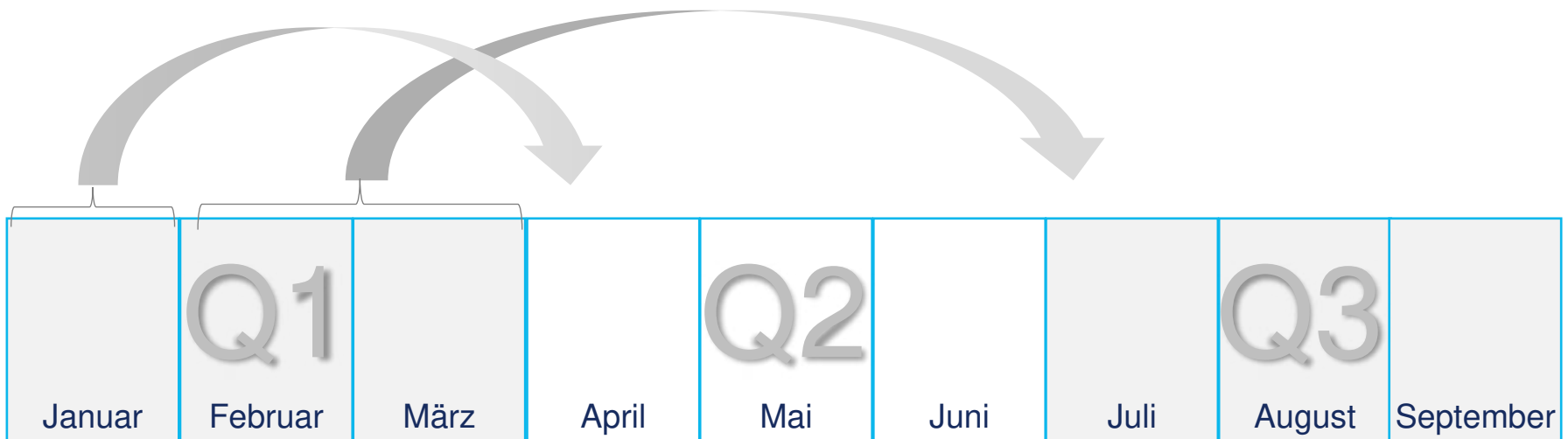
Teilnahmeerklärung über die Vertragssoftware  
übermitteln und aufgedruckten vierstelligen Code  
eingeben

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



# Einschreibefristen

- je nach Eingang der elektronischen Teilnahmeerklärung (Stichtage 01.02., 01.05., 01.08., 01.11.) ist der Versicherte im nächsten oder übernächsten Quartal aktiv im Facharztprogramm eingeschrieben.
  - Online-Übermittlung der Teilnahmeerklärung bis zum Stichtag  
→Versicherter im Folgequartal aktiv
  - Online-Übermittlung der Teilnahmeerklärung nach dem Stichtag  
→Versicherter im übernächsten Quartal aktiv



# Agenda

- 1. Grundlagen, Ziele und Systematik**
- 2. Teilnahme des Arztes / Psychotherapeuten**
- 3. Teilnahme der Versicherten**
- 4. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)**
- 5. Vergütungs- und Abrechnungssystematik**
  - a. Modul Psychotherapie
- 6. Abrechnungsprozess**
- 7. Internetauftritt**

## Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)

Die **SANE** ermöglicht die **Abrechnung aller Leistungen des gesamten Quartals über den Facharztvertrag (FAV), sobald die Online-Einschreibung** erfolgt ist.

### Bedingungen:

- Der Versicherte muss aktiv an der HZV teilnehmen
- Der Facharzt/Psychotherapeut ist zur Teilnahme an der SANE berechtigt (einmalige Beantragung i.R. der Teilnahmeerklärung)
- Kann für einen Patienten für das Einschreibequartal und maximal das Folgequartal durchgeführt werden
- Abrechnung entweder komplett über SANE im Facharztvertrag oder wahlweise komplett über KV

# Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)

Bsp: **Einschreibung 15.03.**  
→ **alle Leistungen in Q1**  
können über den FAV  
abgerechnet werden

→ **alle Leistungen in Q2**  
können über den FAV  
abgerechnet werden

→ **aktive Teilnahme in Q3**



SANE in max. 2 aufeinanderfolgenden Quartalen möglich

wird Einschreibung nach zwei Quartalen nicht wirksam →  
Reduktion der Vergütung für Q1  
und Q2 um 15% und Ablehnung  
der Abrechnung ab Q3

# Praxisablauf

Online-Teilnahmestatusprüfung



kein aktiver Teilnehmer HZV

aktiver Teilnehmer HZV

aktiver Teilnehmer FAP



Patient unterzeichnet  
Teilnahmeerklärung?

Keine erneute  
Einschreibung erforderlich

nein

ja

Sofortabrechnung im Facharztvertrag

(bis zur aktiven Teilnahme optional auch  
KV-Abrechnung möglich)

Abrechnung über KV


Abrechnung im Facharztvertrag

# Agenda

- 1. Grundlagen, Ziele und Systematik**
- 2. Teilnahme des Arztes / Psychotherapeuten**
- 3. Teilnahme der Versicherten**
- 4. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)**
- 5. Vergütungs- und Abrechnungssystematik**
  - a. Modul Psychotherapie
- 6. Abrechnungsprozess**
- 7. Internetauftritt**

## Wichtige Dokumente zur Abrechnung

- **Gesamtziffernkranz** (Anlage 12 Anhang 1)  
legt den Leistungsumfang des Vertrags fest
- **ICD-Liste** (Anlage 12 Anhang 2)  
Auflistung und Zuordnung der Diagnosen, welche für die Abrechnung bestimmter Leistungen vorliegen müssen
- **Honoraranlage** (Anlage 12 Abschnitt I)  
enthält die Abrechnungsziffern, -regeln und Vergütungen

 Diese Dokumente finden Sie unter:  
**[www.medi-verbund.de](http://www.medi-verbund.de)**

# AOK Gesamtziffernkranz (GZK) (Auszug)

- Abgrenzung KV- und Vertragsabrechnung
- **aufgelistete EBM-Ziffern** aus allen 73c- bzw. 140a-Verträgen sowie HZV: für teilnehmende Versicherte **nicht über KV abrechenbar**
- nicht aufgelistete EBM-Ziffern: für teilnehmende Versicherte weiterhin über KV abrechenbar

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



- Laborleistungen, die im Gesamtziffernkranz (GZK) abgebildet sind, sind in den Pauschalen enthalten und dürfen nicht mehr mittels Laborüberweisung (Muster 10/10A) angefordert werden.
  - die Anforderung erfolgt über ein mit dem Labor geregeltes Verfahren
  - die Verrechnung erfolgt direkt zwischen Arzt und Labor
- alle anderen Laborleistungen (Speziallaborleistungen) werden weiterhin über Muster 10 beim Labor angefordert und dem Labor von der KV vergütet

**Tipp:** Fragen Sie beim Labor nach, wie Anforderungen für in Selektivverträge eingeschriebene Patienten gekennzeichnet werden sollten

# ICD-Liste (Auszug)

Bei Vorliegen gekreuzter Diagnosen sind entsprechende Leistungen abrechenbar

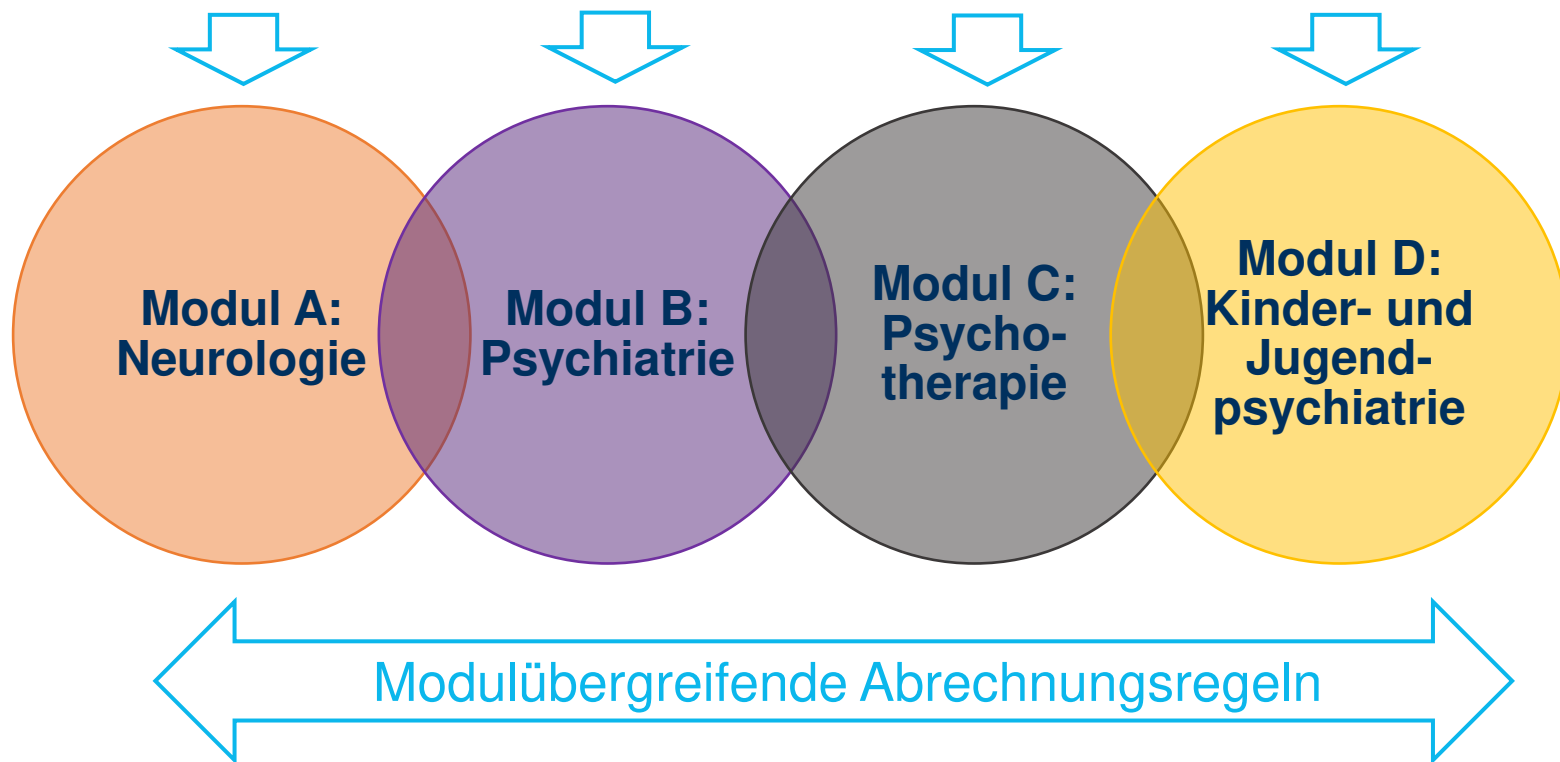
AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, An		Psychotherapie																		
Diagnosen		PTZ1_Koop.zuschl. PY	PTZ1_Koop.zuschl. HA	PTZ1KJ_Koop.zuschl. PY	PTZ1KJ_Koop.zuschl. HA	PTZ3_KJ-Zuschlag	PTZ4_Fallkonferenz Rücken	PTE1_Akute / 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
<b>2. Einzelleistungen</b>			
<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 <b>Behandlungsserien</b> 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"> <li>Verhaltenstherapie sowie ggfs. dazugehörige Methoden und Techniken (V)</li> <li>Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie sowie ggfs. dazugehörige Methoden und Techniken (T)</li> <li>Neue Therapieverfahren/-techniken/-methoden (N)</li> <li>Neuropsychologische Therapie (P)</li> </ol> <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><b>Akute/zeitnahe Versorgung Psychotherapie – Einzeltherapie</b></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"> <li>Überweisung vom HAUSARZT/ FACHARZT; Die Überweisung gilt ggf. quartalsübergreifend.</li> <li>Bei gesicherten Diagnosen gemäß Anl. 12 Anh. 2 (differenziert nach PTE1 und PTE1KJ),</li> <li>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</li> <li>Für Kinder und Jugendliche als PTE1KJ max. 13 Einheiten unter Einbeziehung der Bezugsperson(en).</li> </ul>	112,00 EUR

Ziffernübergreifende Regeln





Abrechnungsziffern, -regeln und Vergütungen

Spezielle Abrechnungsregeln in jedem Modul



# 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

+

Einzelleistungen







+

Zuschläge

oder

Auftragsleistungen

## Grundpauschale

<p><b>PTP1</b> Grundpauschale* + <b>PTP1A</b> Überweisung vom HZV-Hausarzt</p>	1/4Q	  60,00 €
		  10,00 €*
		*Bosch BKK 5€
<p><u>oder</u> <b>PTV1</b> Vertreterpauschale</p>	<p>Fernbehandlung möglich sofern Erstkontakt persönlich erfolgt ist</p>	1/Q
		  12,50 €

*\*PTP1 ist nicht abrechenbar von FACHÄRZTEN, die stattdessen die PYP1 oder NP1 oder KJPYP1 abrechnen können.*

*HZV-Hausärzte rechnen statt PTP1/PTV1 die HZV-Grund- bzw. Vertreterpauschalen ab!*

# Akutversorgung

**PTE1(KJ) akute / zeitnahe Versorgung**

10 (KJ:13) Einheiten  
4 Quartale



128- 158 €\*

**oder**

**PTE1SD / PTE1VM(KJ)**

akute Versorgung bei Vorstellung durch  
Sozialen Dienst / Patientenbegleitung/

10 (KJ:13) Einheiten  
4 Quartale



158 €

Erstkontakte per Videofernbehandlung möglich

\* werden pro Quartal bestimmte Mindestgrößen an Einheiten der PTE1(KJ) und PTE1SD abgerechnet, ergeben sich folgende **Zuschläge auf jede PTE1(KJ)**:

ab 20 Einheiten PTE1(KJ)/PTE1SD pro Quartal → **8 Euro**

ab 30 Einheiten PTE1(KJ)/PTE1SD pro Quartal → **15 Euro**

ab 45 Einheiten PTE1(KJ)/PTE1SD pro Quartal → **25 Euro**

ab 55 Einheiten PTE1(KJ)/PTE1SD pro Quartal → **30 Euro**



# Sozialer Dienst (SD) / Patientenbegleitung (PBG)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Sozialer Dienst der AOK  
Kontaktdaten  
siehe Fax-/ Adressliste

## PNP-Facharztvertrag nach § 73c SGB V:

- Terminanfrage durch Sozialer Dienst (SD)
- Terminbestätigung (Fax) durch PNP-Praxis

PNP-Praxis: \_\_\_\_\_

### Erstkontakt und Vorgehen von SD auszufüllen

- Terminvermittlung (PTE1SD: Termin innerhalb von 14 Tagen)** in die PNP-Praxis
- Versicherte/r meldet sich direkt bei PNP-Praxis
  - PNP-Praxis meldet sich bei Versicherter/m unter (Tel. / E-Mail)
- \_\_\_\_\_
- Terminvermittlung zwischen PNP-Praxis und SD erbeten;  
Versicherte/r meldet sich nach Vereinbarung bei der PNP-Praxis
- Hilfekonferenz (Modul Psychotherapie)** – SD bittet um Absprache mit PNP-Praxis
- Einwilligungserklärung und Schweigepflichtentbindung des/der Versicherten für die Kontaktaufnahme zwischen SD und PNP-Praxis liegt vor

\_\_\_\_\_

Datum Name, Tel.-Nr. und Fax-Nr. Mitarbeiter/in Sozialer Dienst

### Terminbestätigung (Fax) durch PNP-Praxis an SD (PTE1SD)

von PNP-Praxis auszufüllen, sobald Termin (innerhalb 14 Tage) stattgefunden hat

- Termin hat am \_\_\_\_\_ stattgefunden
- Folgende Behandlung wird fortgeführt:
- Psychotherapie
  - spezifische fachärztliche Behandlung
  - andere: \_\_\_\_\_
- Keine Terminvergabe**, weil
- Versicherte/r hat sich nicht gemeldet / war nicht erreichbar
  - Versicherte/r hat Termin nicht wahrgenommen
  - Kein Termin-/Therapiebedarf
- Fallrücksprache/n bzw. -besprechung/en** zwischen PNP-Praxis und SD erwünscht/notwendig zum Thema: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Datum, Stempel, Tel., Unterschrift PNP-Praxis

**Bitte beachten:** Dieses Dokument ist an den SD zurück zu senden und aufzubewahren (Nachweis PTE1SD)

## Voraussetzungen für PTE1SD:

1. Terminanfrage wird durch den Sozialen Dienst (AOK) bzw. die Patientenbegleitung (Bosch BKK) über dieses Formular initiiert
2. Therapiebeginn erfolgt innerhalb von 14 Tagen nach Eingang des Formulars
3. Rückmeldung der Praxis an den Sozialen Dienst bzw. die Patientenbegleitung erfolgt ebenfalls über dieses Formular

Analoges Formular für  
Patientenbegleitung (Bosch BKK)

# Sozialer Dienst (SD) / Patientenbegleitung (PBG)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Bau/Leibstätten-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:** Fallkonferenz 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
  - F62.80 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 \_\_\_\_\_

### Erklärung Patient/in

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.

Datum, Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigter

### Erklärung Praxis

Dem / der Patienten/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.













Datum, Praxisstempel, Unterschrift Arzt / Ärztin oder Psychotherapeut/in

## Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes

- 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)

## Einzelleistungen (Erst- und Weiterbehandlung)

<b>PTE2(KJ) Erstbehandlung</b>	20 (KJ:25) Einheiten 4 Quartale	   121,00 €
<b>PTE3(KJ) Weiterbehandlung</b>	30 (KJ:38) Einheiten 8 Quartale	   110,00 €
<b>PTE3TR Weiterbehandlung Traumata</b>	5 x 30 Einheiten 5 x 8 Quartale	   110,00 €
<b>PTE4(KJ) niederfrequente Behandlung</b>	6 Einheiten pro Quartal unbegrenzt	   110,00 €

## Einzelleistungen (Analytische PT)

**PTE5** Analytische Psychotherapie



max. 300 Einheiten  
max. 5 x pro Woche

   110,00 €

**mit Antrags- und Gutachterverfahren gem. PT-Vereinbarung!**

# Einzelleistungen (Gruppenbehandlung)

## Gruppentherapie





<b>PTE6</b> Gruppenbehandlung (klein, 2-5 P.)	} 20 Einheiten (à 100min) 6 Quartale	!  	145,00 €
<b>PTE7</b> Gruppenbehandlung (groß, 6-9 P.)			77,00 €

### Sonderregelung PTE6 und PTE7 (Gruppenbehandlung)

- Bei Überschreitung der 20 Einheiten ist bei Erwachsenen innerhalb von max. 6 Quartalen in Folge eine Übertragung von max. 40 nicht ausgeschöpften Einheiten aus PTE1– PTE3 möglich. Bei Kindern und Jugendlichen beträgt die entsprechende Höchstgrenze zur Übertragung innerhalb von max. 6 Quartalen in Folge 60 Einheiten.
- Sind die oben genannten 40 bzw. 60 Einheiten innerhalb der 6 Quartale maximal ausgeschöpft, kann die Gruppentherapie auf dem Niveau der PTE4(KJ) (entspricht 6 Einheiten pro Quartal à 100 Minuten) weiter durchgeführt werden.
- Über die Behandlungsfrist von max. 6 Quartalen in Folge hinaus, kann eine Gruppentherapie auf PTE4-Niveau weitergeführt werden.


## Einzelleistungen (Gruppenbehandlung)

### Gruppentherapeutische Grundversorgung

<b>PTE6A</b> Grundversorgung (klein, 2-5 P.)	} 4 Einheiten (à 100min)	!			145,00 €
<b>PTE7A</b> Grundversorgung (groß, 6-9 P.)		!			77,00 €

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

## Auftragsleistungen (Gruppenbehandlung)

<b>PTA1</b> Gruppenbehandlung (klein, 2-5 P.)	} 20 Einheiten (à 100min) 6 Quartale	  	<b>145,00 €</b>
<b>PTA2</b> Gruppenbehandlung (groß, 6-9 P.)			

<b>PTA1A</b> Grundversorgung (klein, 2-5 P.)	} 4 (à 100min)	<b>145 €</b>
<b>PTA2A</b> Grundversorgung (groß, 6-9 P.)		

Neben Auftragsleistungen sind keine anderen Leistungen des Vertrags abrechenbar  
Die Abrechnung von Auftragsleistung erfordert eine Überweisung „Zielauftrag“

# Einzelleistungen (interdisziplinäre Versorgungsplanung)











## PTE8 interdisziplinäre Versorgungsplanung

  60,00 €

- für Versicherte bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, KJ-Genehmigung erforderlich
- mind. 3 Teilnehmer
- wird i.d.R. vom Facharzt/Psychotherapeut initiiert, kann von SD/PBG angeregt werden
- SD/PBG müssen im Vorfeld per „Kurzinformation/-rückmeldung“ informiert werden
- kann persönlich oder telefonisch durchgeführt werden



# Zuschläge

<b>PTZ1(KJ)</b> Kooperationszuschlag (Bericht)	1/Q	  30,00 €
<b>PTZ3</b> Kinder- u. Jugendlichenzuschlag	1/Q	  60,00 €
<b>PTZ3A</b> Betreuung bei geistiger Behinderung	1/Q	  60,00 €
<b>PTZ4</b> Teilnahme Fallkonferenz Rücken	1/4Q	  50,00 €
<b>PTZ7</b> Anschlussbehandlung nach (teil-) / stationärem Aufenthalt für Neupatienten	max. 20 x in 12 Wochen	  15,00 €

- 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
- Neupatient heißt: Patient war innerhalb der letzten 4 Jahre vor Abrechnung der Leistung nicht zur psychotherapeutischen Behandlung in der Praxis

## Infoziffern

### **DAE** Diagnoseänderung

bei wesentlich geänderter/neuer Diagnose → Neubeginn des Behandlungszyklus (PTE1-PTE4) möglich

### **GDK** Genehmigung durch Krankenkasse (Einzeltherapie)

bei Rückfällen mit unveränderter Diagnosestellung, nach Genehmigung der Krankenkasse → Neubeginn des Behandlungszyklus (ab PTE3) möglich

### **GDKG** Genehmigung durch Krankenkasse (Gruppentherapie)

Zur Beantragung weiterer 20 Einheiten Gruppentherapie nach Ablauf der Kontingente

## Kennzeichnung des Therapieverfahrens

- bei allen Einzel- und Auftragsleistungen außer PTE5, PTE6A, PTE7A, PTE8, PTA1A und PTA2A 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**

## Abrechnung während stationärem Aufenthalt

### ➤ **grundsätzlich gilt:**

während eines stationären Aufenthalts sind keine ambulanten Leistungen abrechenbar

### ➤ **Ausnahmeregelung im Modul Psychotherapie im PNP-Vertrag**

im Einzelfall ist die Abrechnung im PNP-Vertrag auch während der stationären Behandlung möglich, um einen nahtlosen Übergang aus der stationären in die ambulante psychotherapeutische Versorgung zu ermöglichen.

## 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/>

## Abrechnungsbeispiel 1

### Behandlung eines Patienten mit mittelschwerer Depression innerhalb von 3 Quartalen mit 10 x zeitnahe Versorgung (PTE1) und 10 x Erstbehandlung (PTE2) insges. 20 Sitzungen

Grundpauschale PTP1 (1x innerhalb 4 Quartalen)	60,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt PTP1A	10,00 €
3 Pauschalen PTZ1 (Koop.-Zuschlag) für 3 Quartale	90,00 €
10 Einheiten „zeitnahe Versorgung“ PTE1*	1.430,00 €
10 Einheiten „Erstbehandlung“ PTE2 für 3 Quartale	1.210,00 €
<b>Durchschnittshonorar pro Sitzung 50 Min.</b>	<b>140,00 €</b>

\*bei insgesamt 30 Einheiten PTE1(KJ)/PTE1SD pro Quartal: Vergütung je PTE1: 143 €

## Abrechnungsbeispiel 2

### Behandlung eines Erwachsenen mit sozialen Ängsten innerhalb von drei Quartalen mit 10 x zeitnahe Versorgung (PTE1) und 15 x Gruppenbehandlung (PTE6)

Grundpauschale PTP1 (1x innerhalb 4 Quartalen)	60,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt PTP1A*	10,00 €
3 Pauschalen PTZ1 für 3 Quartale	90,00 €
10 Einheiten „zeitnahe Versorgung“ PTE1*	1.430,00 €
15 Einheiten „kleine Gruppe“ (3 Personen) PTE6	2.175,00 €
<b>Durchschnittshonorar pro Sitzung</b>	<b>150,60 €</b>

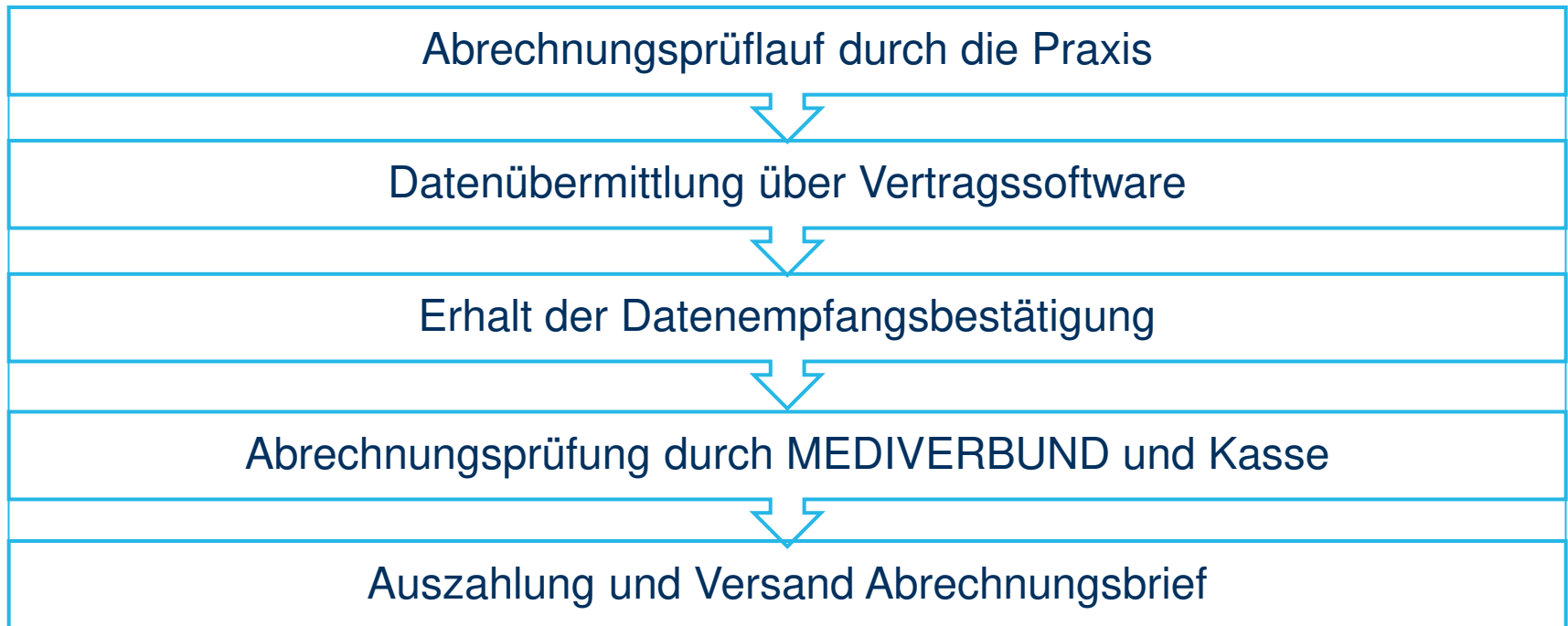
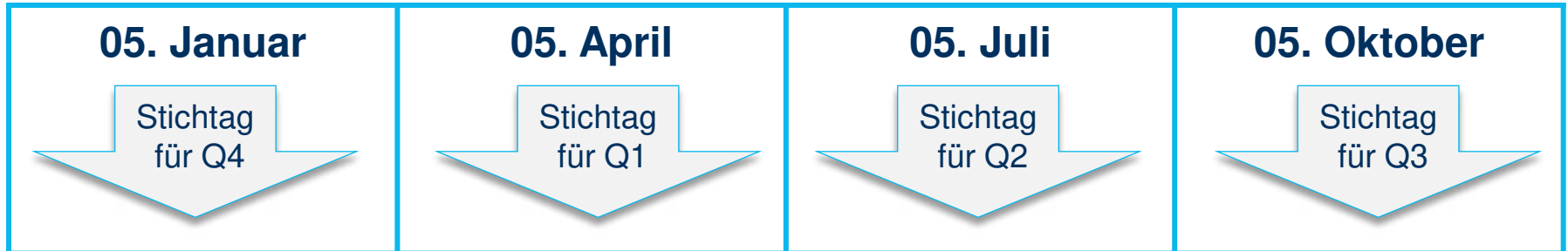
\*bei insgesamt 30 Einheiten PTE1(KJ)/PTE1SD pro Quartal: Vergütung je PTE1: 143 €

# Agenda

- 1. Grundlagen, Ziele und Systematik**
- 2. Teilnahme des Arztes / Psychotherapeuten**
- 3. Teilnahme der Versicherten**
- 4. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)**
- 5. Vergütungs- und Abrechnungssystematik**
  - a. Modul Psychotherapie
- 6. Abrechnungsprozess**
- 7. Internetauftritt**

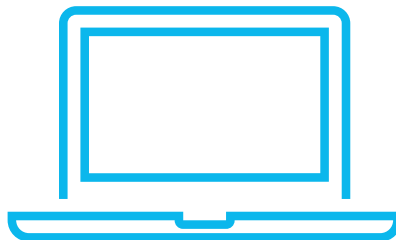


# Abrechnungsprozess



# 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

**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  
Abrechnungstichtag

## Einschreibepauschale

- **einmalig 357** Euro pro Teilnehmer  
(max. 714 Euro pro HBSNR)

## Verwaltungskosten

- **3,57%** für Mitglieder der kooperierenden Berufsverbände (BVDN, DPtV, Freie Liste, IGKJPP, DGVT) oder MEDI Baden-Württemberg e.V.
- **4,165%** für Nichtmitglieder

## Softwarekosten / IT

- je nach Softwareanbieter (ca. 60-100 € / Monat)

# IT-Anschubfinanzierung der Bosch BKK

**300,00 €**

wird auf Beantragung von der Bosch BKK erstattet

**200,00 €**

wird automatisch mit der Abrechnung des ersten Bosch BKK Versicherten von der MEDIVERBUND AG erstattet



**BOSCH BKK MEDIVERBUND**  
AKTIENGESELLSCHAFT

Bosch BKK  
VMWZ  
Knappestraße 19  
70469 Stuttgart

Fax Nr. 089 / 51999-2504

**Einzureichen nach der Bestätigung ihrer Vertragsteilnahme durch MEDIVERBUND direkt bei der Bosch BKK**

Abrechnung gemäß Vereinbarung zwischen Ihrem Facharztverband, MEDIVERBUND und Bosch BKK.

Bitte überweisen Sie die Vergütung für den Aufbau der organisatorischen Strukturen zur Kooperation mit der Patientenbegleitung der Bosch BKK i.H.v. 300,00 € gemäß der zwischen der Bosch BKK und meinem Facharztverband geschlossenen Vereinbarung auf mein/unsere/mehrere Konten:

Facharztvertrag  
 Gastroenterologie     Kardiologie     Orthopädie     Pneumologie  
 PNP     Rheumatologie     Urologie

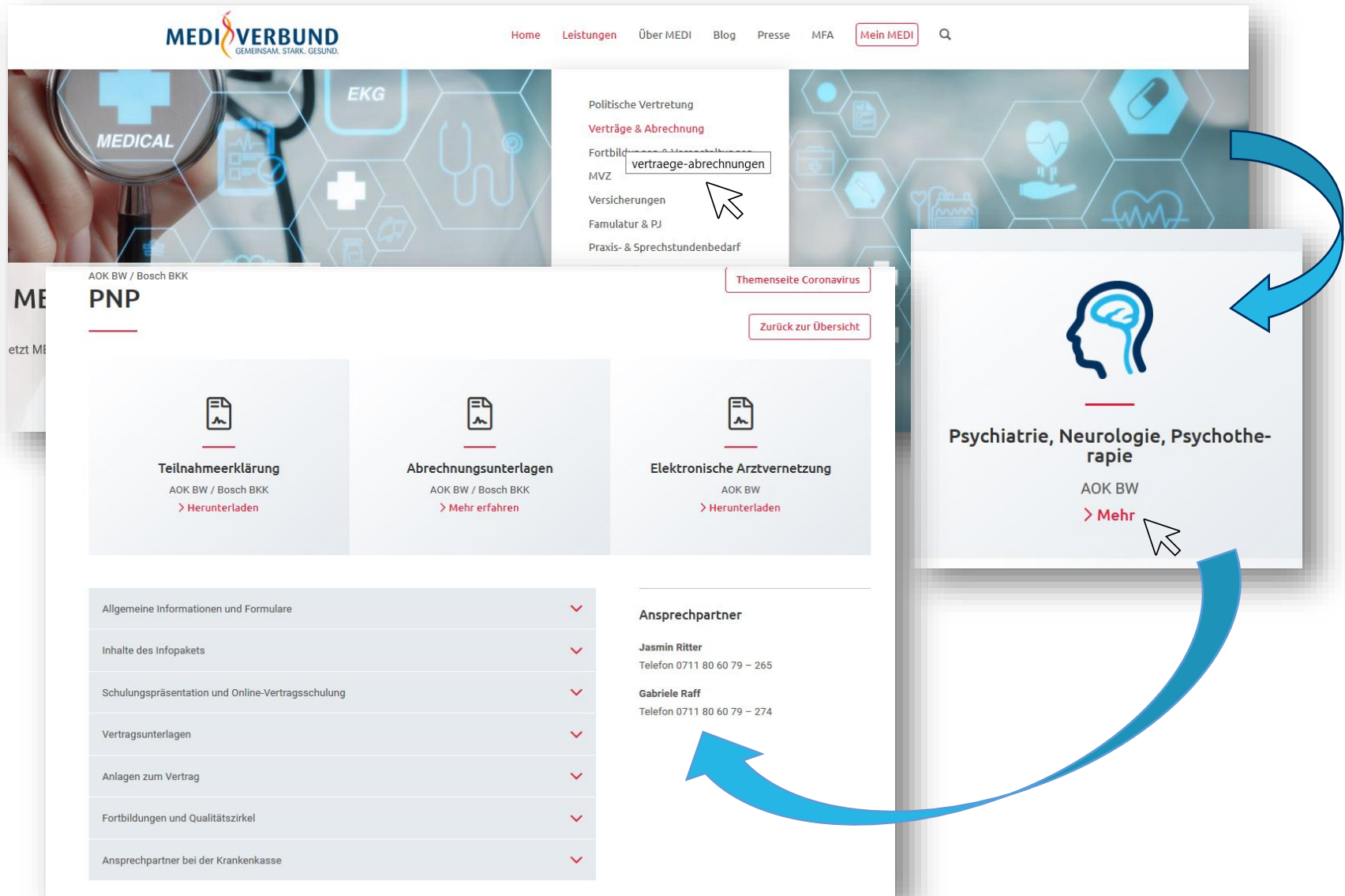
IBAN: \_\_\_\_\_  
Kontonummer: \_\_\_\_\_  
BIC: \_\_\_\_\_  
Bank: \_\_\_\_\_


Datum, Prävisstempel und Unterschrift:

Formular zur Beantragung Bosch BKK-Zuschuss:  
[www.medi-verbund.de](http://www.medi-verbund.de) → Leistungen →  
Verträge&Abrechnung  
→ Psychiatrie/Neurologie/Psychotherapie AOK

# Agenda

- 1. Grundlagen, Ziele und Systematik**
- 2. Teilnahme des Arztes / Psychotherapeuten**
- 3. Teilnahme der Versicherten**
- 4. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)**
- 5. Vergütungs- und Abrechnungssystematik**
  - a. Modul Psychotherapie
- 6. Abrechnungsprozess**
- 7. Internetauftritt**



**MEDI**  **VERBUND**  
GEMEINSAM. STARK. GESUND.


Home Leistungen Über MEDI Blog Presse MFA **Mein MEDI** Q


Politische Vertretung  
**Verträge & Abrechnung**  
Fortbildung  
MVZ **vertraege-abrechnungen**  
Versicherungen  
Famulatur & PJ  
Praxis- & Sprechstundenbedarf


AOK BW / Bosch BKK

**PNP**

Themensite Coronavirus  
Zurück zur Übersicht

 **Teilnahmeerklärung**  
AOK BW / Bosch BKK  
> Herunterladen

 **Abrechnungsunterlagen**  
AOK BW / Bosch BKK  
> Mehr erfahren

 **Elektronische Arztvernetzung**  
AOK BW  
> Herunterladen

**Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie**  
AOK BW  
> **Mehr**

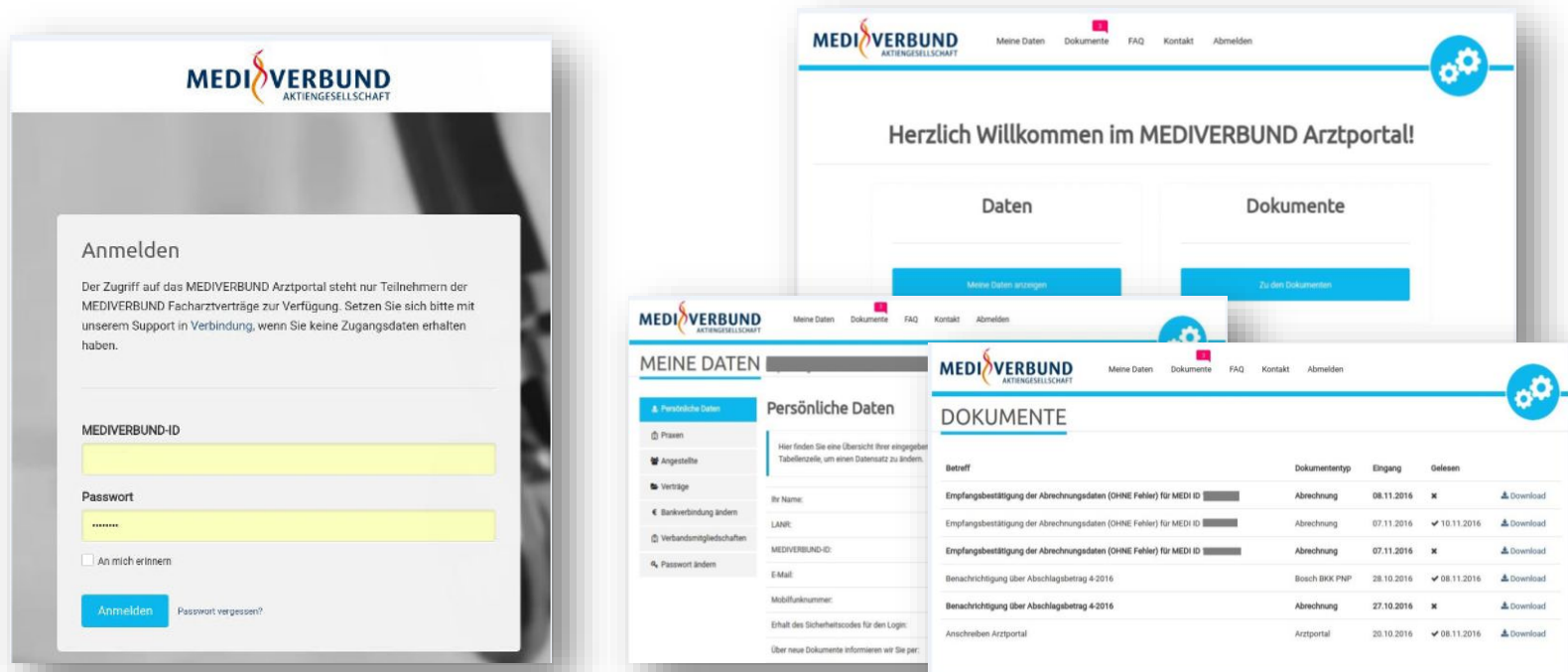
Allgemeine Informationen und Formulare ✓  
Inhalte des Infopakets ✓  
Schulungspräsentation und Online-Vertragsschulung ✓  
Vertragsunterlagen ✓  
Anlagen zum Vertrag ✓  
Fortbildungen und Qualitätszirkel ✓  
Anspruchspartner bei der Krankenkasse ✓

**Anspruchspartner**

**Jasmin Ritter**  
Telefon 0711 80 60 79 – 265

**Gabriele Raff**  
Telefon 0711 80 60 79 – 274

- 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



## Herzlich Willkommen auf der MEDIVERBUND Arztsuche!

Wir bieten Ihnen auf dieser Internetseite die Möglichkeit, Ärzte oder Psychotherapeuten zu suchen, die an Haus- oder Facharztverträgen in Baden-Württemberg teilnehmen. Wählen Sie dazu entweder Hausärzte oder Fachärzte aus, anschließend können Sie Ihre Krankenkasse und das jeweilige Fachgebiet auswählen.

### Hausärzte

Zur Suche

### Fachärzte

Zur Suche

## HAUSÄRZTE

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

## Hausärzte

Bitte wählen sie im Menü eine 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

# garrioCOM: DER SICHERE MESSENGER FÜR IHRE PRAXIS

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

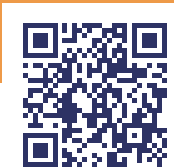


## IHRE VORTEILE:

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



Bestellen Sie garrioCOM unter **[www.garrio.de/bestellung](http://www.garrio.de/bestellung)**.  
Wir schalten Ihnen den Messenger und alle Funktionen für Ihre Praxis frei.



garrioCOM auf einen Blick – in diesem Video:





## **MEDI-Blog**

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



## **MEDI-Newsletter**

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



## **Facebook**

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



## **Twitter**

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



## **YouTube**

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



**Vielen Dank  
für Ihre Aufmerksamkeit!**