



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

Übersicht Psychotherapie-Verträge

| | PNP | BKK VAG | GWQ |
|--|--|--|----------------------|
| Teilnehmende Krankenkassen | AOK BW / Bosch BKK | diverse BKK | Mercedes-Benz BKK |
| Fachgebiet(e) | <ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapie • Neurologie • Psychiatrie • KJ-Psychiatrie | Psychotherapie | |
| Teilnahmevoraussetzung für Einschreibung | Aktive HZV-Teilnahme des Versicherten | Unabhängig von HZV-Teilnahme | |
| Bindung an | Facharztebene | Therapeut | |
| Teilnahmedauer | fortlaufend | Teilnahme endet mit Ausschreibung i.d.R. bei Therapieende | |

1. Teilnahme der Versicherten

- AOK/Bosch BKK PNP-Vertrag
- PT-Vertrag BKK VAG / PT-Vertrag GWQ

2. Vergütungs- und Abrechnungssystematik

3. Abrechnungsbeispiele

4. Abrechnungsprozess und Abrechnungsbrief

5. Internetauftritt

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

Vorteile für teilnehmende Versicherte

- 👍 schnelle Terminvergabe und zeitnaher Therapiebeginn
- 👍 Möglichkeit zur zeitlich unbegrenzten niederfrequenten Versorgung
- 👍 intensive ambulante Betreuung
- 👍 Breites Spektrum an Therapieverfahren und –methoden
- 👍 Behandlungskoordinierung mit dem Hausarzt **PNP**
- 👍 Zuzahlungsbefreiung bei vielen rabattierten Arzneimitteln (AOK) **PNP**

Online-Versicherteneinschreibung

Versicherteninformation / Merkblatt aushändigen

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

beide Exemplare unterzeichnen (Therapeut und
Versicherter)

Teilnahmeerklärung über die Vertragssoftware online
übermitteln und aufgedruckten vierstelligen Code
eingeben

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

Erfolgreiche Übermittlung der Teilnahmeerklärung?

Den Status einer Teilnahmeerklärung können Sie innerhalb Ihrer Software auf der Übersicht der Versichertenteilnahmeerklärungen einsehen.

→ Fragen Sie ggf. bei Ihrem Softwarehaus nach, wo diese Übersicht zu finden ist.

Eine Versichertenteilnahmeerklärung kann folgenden Status haben:

- „Erzeugt“: Die Versichertenteilnahmeerklärung wurde erzeugt.
- „Gedruckt“: Die Versichertenteilnahmeerklärung wurde gedruckt.
- „Fehlerhaft“: Die Versichertenteilnahmeerklärung konnte nicht übermittelt werden oder wurde durch das Rechenzentrum abgelehnt.
→ Zu einem späteren Zeitpunkt erneut versuchen und bei andauernden Schwierigkeiten an Ihr Softwarehaus wenden.
- „Erfolgreich“: Die Versichertenteilnahmeerklärung wurde online übermittelt und vom Rechenzentrum angenommen.

Die Statusmitteilung ersetzt nicht die Online-Teilnahmeprüfung in Ihrer Vertragssoftware!
Die Online-Teilnahmeprüfung nach wie vor mindestens einmal im Quartal für jeden Patienten durchführen.

1. Teilnahme der Versicherten

- **AOK/Bosch BKK PNP-Vertrag**
- **PT-Vertrag BKK VAG / PT-Vertrag GWQ**

2. Vergütungs- und Abrechnungssystematik

3. Abrechnungsbeispiele

4. Abrechnungsprozess und Abrechnungsbrief

5. Internetauftritt

Facharztprogramm AOK/Bosch BKK

Kardiologie

Gastroenterologie

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

Orthopädie / Rheumatologie

Urologie

Diabetologie (AOK)

Nephrologie (AOK)

Pneumologie

Basis: HZV-Vertrag

Teilnahme der Versicherten

Welche Versicherten können eingeschrieben werden?

- **Gültig in die HZV (Hausarztzentrierte Versorgung) eingeschriebene** Versicherte der AOK BW / Bosch BKK

Regelungen für eingeschriebene Versicherte

- Bindung an das gesamte FacharztProgramm für mind. 12 Monate mit automatischer Verlängerung
- in Fachgebieten, für die es ein FacharztProgramm gibt, dürfen nur teilnehmende Ärzte/Therapeuten aufgesucht werden
- Fachärzte/Psychotherapeuten dürfen nur auf Überweisung des HZV-Hausarztes aufgesucht werden.

Abrechnungsbeginn

- Optional sofort nach Einschreibung (SANE) rückwirkend zum Quartalbeginn
- spätestens ab aktiver Teilnahme am FacharztProgramm





Dauer bis zur aktiven Teilnahme am FacharztProgramm

- Teilnahmeerklärung bis zum Stichtag (1.2., 1.5., 1.8., 1.11.) übermittelt → im Folgequartal
- Teilnahmeerklärung nach dem Stichtag übermittelt → im übernächsten Quartal

Teilnahmestatusprüfung

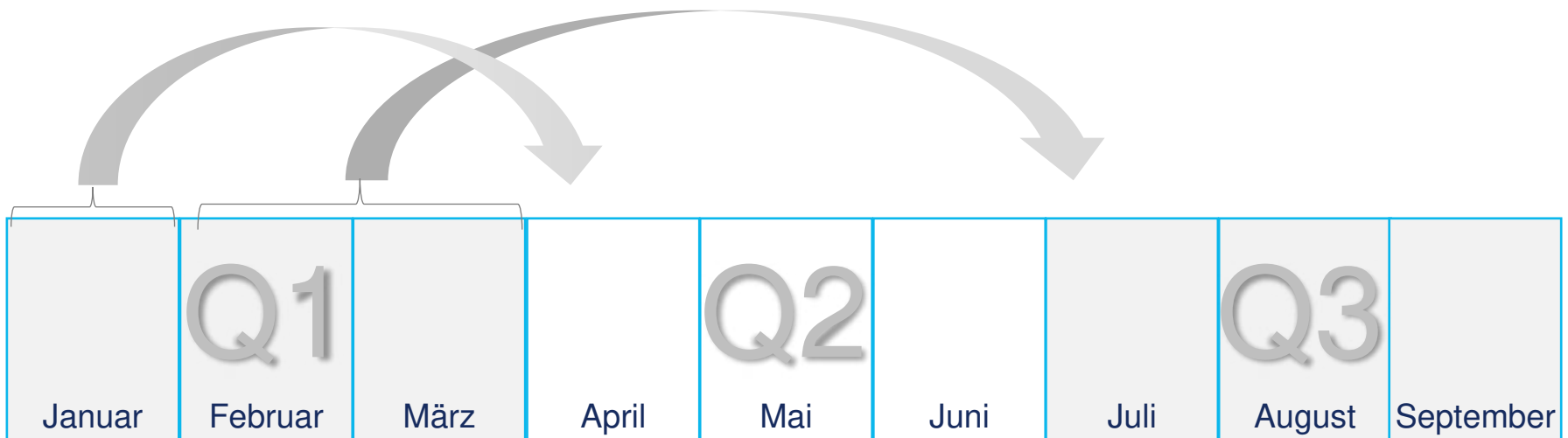
Über die Online-Teilnahmestatusprüfung in der Vertragssoftware wird der aktuelle Teilnahmestatus des Versicherten am **Haus- bzw. Facharztprogramm** ermittelt. Bitte führen Sie die Teilnahmestatusprüfung jedes Quartal und vor Beantragung der Patientenvertragsteilnahme durch

Mögliche Rückmeldungen der Teilnahmestatusprüfung:

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

Fristen bis zur aktiven Teilnahme

- 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



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 → Online-Teilnahmestatusprüfung durchführen
- 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

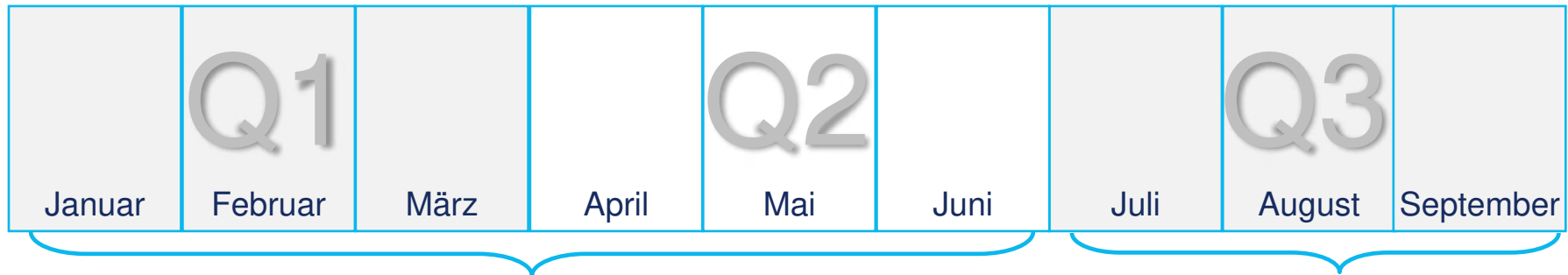
Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)

Sobald die Online-Einschreibung erfolgt ist, können **alle Leistungen des gesamten Quartals** über den Facharztvertrag (FAV) abgerechnet werden

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

spätestens nach 2 Quartalen aktive Teilnahme, wenn nicht:
Reduzierung der Vergütung Q1 und Q2 um 15%

Ablehnung von SANE-Fällen



- abgelehnte SANE-Fälle sind in der Datenempfangsbestätigung oder im SANE-Ablehnungsschreiben aufgeführt. Mögliche Gründe:

- zu oft über SANE abgerechnet (max. 2 Quartale in Folge möglich)

| Vers.Nr. | Datum | Patient | Hinweis |
|----------|-------|---------|--|
| | | | Patient zu oft über Sofortabrechnung abgerechnet |

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

| Versichertennummer | Name | Geburtsdatum | Hinweis |
|--------------------|------|--------------|--|
| | | | Keine HzV Teilnahme Keine HzV Teilnahme |

- **Nachabrechnung über KV möglich** (berufen Sie sich ggf. auf die Ausnahmen der Abrechnungsrichtlinie der KV § 3 (2) bzw. (3) und geben Sie einen Hinweis auf die Ablehnung von Leistungen der Sofortabrechnung im Selektivvertrag)

Agenda

1. Teilnahme der Versicherten

- AOK/Bosch BKK PNP-Vertrag

- **PT-Vertrag BKK VAG / PT-Vertrag GWQ**

2. Vergütungs- und Abrechnungssystematik

3. Abrechnungsbeispiele

4. Abrechnungsprozess und Abrechnungsbrief

5. Internetauftritt

Einschreibung der Versicherten

Welche Versicherten können eingeschrieben werden?

- Versicherte der teilnehmenden Betriebskrankenkassen (unabhängig von einer Teilnahme an der HZV)
 - BKK VAG: diverse Betriebskrankenkassen, s. Anlage 10
 - GWQ: Mercedes-Benz BKK

Regelungen für eingeschriebene Versicherte

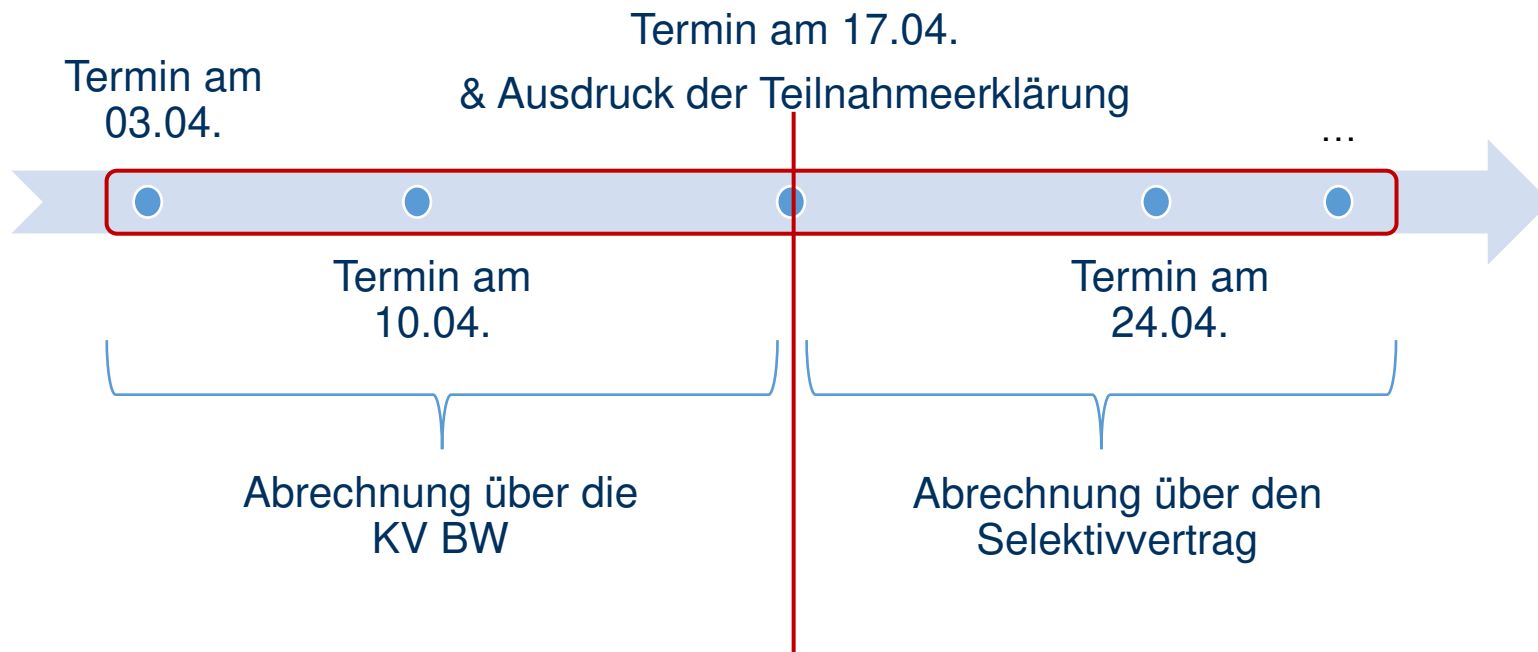
- Bindung an den einschreibenden Therapeuten für die Dauer der Psychotherapie (keine Anbindung an FacharztProgramm)
- Der Vertrag endet im Regelfall mit Beendigung der Therapie und Ausschreibung durch den Therapeuten

Abrechnungs- und Teilnahmebeginn, Ende der Teilnahme

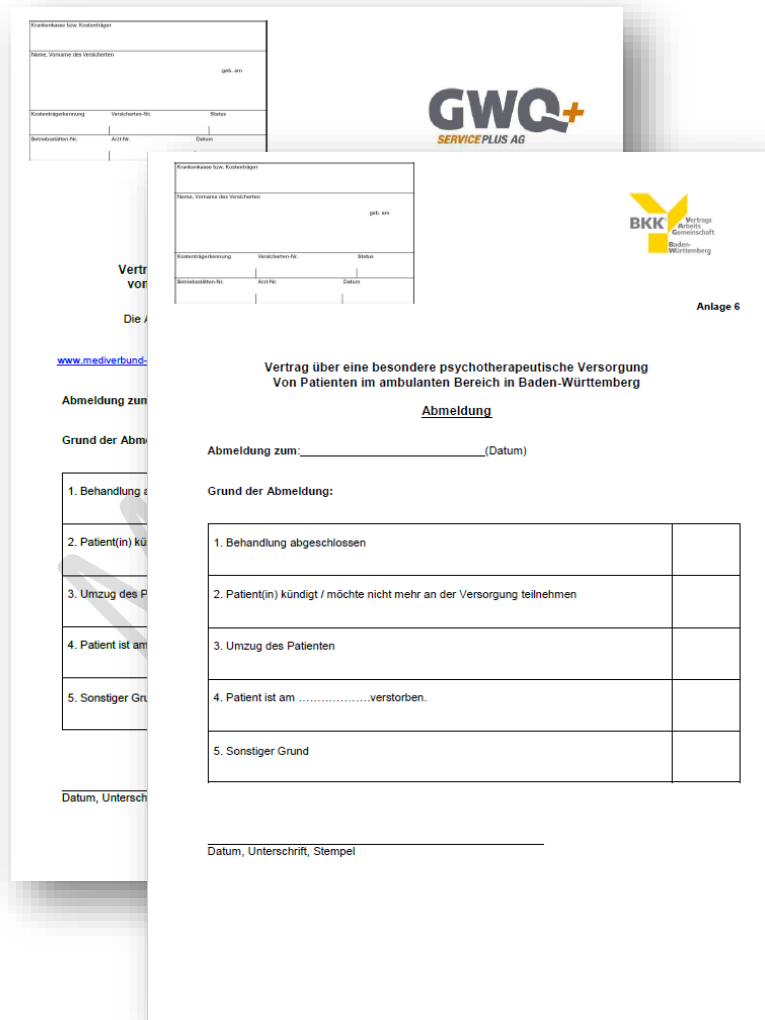
- ab dem Druckdatum der Teilnahmeerklärung
- Teilnahme endet mit Ausschreibung bei Behandlungsende

Abrechnungsbeginn BKK VAG / GWQ

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



Beendigung der Versichertenteilnahme BKK VAG/GWQ



GWQ+ SERVICE PLUS AG

BKK Murrnagel-Abteilung Baden-Württemberg

Anlage 6

**Vertrag über eine besondere psychotherapeutische Versorgung
Von Patienten im ambulanten Bereich in Baden-Württemberg**

Abmeldung

Abmeldung zum: _____ (Datum)

Grund der Abmeldung:

| | |
|---|--|
| 1. Behandlung abgeschlossen | |
| 2. Patient(in) kündigt / möchte nicht mehr an der Versorgung teilnehmen | |
| 3. Umzug des Patienten | |
| 4. Patient ist amverstorben. | |
| 5. Sonstiger Grund | |

Datum, Unterschrift, Stempel _____

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

Agenda

1. Teilnahme der Versicherten

- AOK/Bosch BKK PNP-Vertrag
- PT-Vertrag BKK VAG / PT-Vertrag GWQ

2. Vergütungs- und Abrechnungssystematik

3. Abrechnungsbeispiele

4. Abrechnungsprozess und Abrechnungsbrief

5. Internetauftritt

Wichtige Dokumente zur Abrechnung

- **Gesamtziffernkranz (PNP) / Ziffernkranz (BKK VAG/ GWQ)**
Legt den Leistungsumfang des Vertrages fest
- **ICD-Liste** (nicht bei GWQ)
Auflistung und Zuordnung der Diagnosen, welche für die Abrechnung bestimmter Ziffern vorliegen müssen
- **Honoraranlage**
Enthält die Abrechnungsziffern, Abrechnungsregeln und Vergütungen

Diese Dokumente finden Sie unter: www.medi-verbund.de

Ziffernkranz bzw. Gesamtziffernkranz

die im Ziffernkranz enthaltenen EBM-Ziffern dürfen für eingeschriebene Versicherte **nicht mehr über die KV** abgerechnet werden!

Auszug aus dem Gesamtziffernkranz (PNP-Vertrag)

| EBM-Grunddaten | | | | HZV | Kardiologie | Gastroenterologie | PNP | Orthopädie |
|----------------|--|----------------|-----------------------------|----------------|----------------|-------------------|---------------------|----------------|
| GOP | Beschreibung | Änderungsdatum | Änderungsvermerk | Anmerkung | Anmerkung | Anmerkung | Anmerkung | Anmerkung |
| 21321 | Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP) | | | § 73c-Leistung | § 73c-Leistung | § 73c-Leistung | nicht obligatorisch | § 73c-Leistung |
| 21330 | Konvulsionsbehandlung | | | § 73c-Leistung | § 73c-Leistung | § 73c-Leistung | nicht obligatorisch | § 73c-Leistung |
| 21340 | Testverfahren bei Demenzverdacht | | | § 73c-Leistung | § 73c-Leistung | § 73c-Leistung | obligatorisch | § 73c-Leistung |
| 22210 | Ordinationskomplex bis 5. Lebensjahr (alt) / GP I (neu) | | | § 73c-Leistung | § 73c-Leistung | § 73c-Leistung | obligatorisch | § 73c-Leistung |
| 22211 | Ordinationskomplex 6. - 59. Lebensjahr (alt) / GP II (neu) | | | § 73c-Leistung | § 73c-Leistung | § 73c-Leistung | obligatorisch | § 73c-Leistung |
| 22212 | Ordinationskomplex ab 60. Lebensjahr (alt) / GP III (neu) | | | § 73c-Leistung | § 73c-Leistung | § 73c-Leistung | obligatorisch | § 73c-Leistung |
| 22216 | Zuschlag für die psychosomatisch- und psychotherapeutisch-medizinische Grundversorgung zu den Gebührenordnungspositionen 22210 bis 22212 | 01.10.2013 | neue Ziffer | § 73c-Leistung | § 73c-Leistung | § 73c-Leistung | obligatorisch | § 73c-Leistung |
| 22218 | Zuschlag zu der GOP 22216 | 01.01.2015 | neue Ziffer | § 73c-Leistung | § 73c-Leistung | § 73c-Leistung | obligatorisch | § 73c-Leistung |
| 22219 | Zuschlag zu den GOPs 22210 bis 22212 | 01.04.2018 | Ergänzung: Anmerkung Rheuma | § 73c-Leistung | § 73c-Leistung | § 73c-Leistung | obligatorisch | § 73c-Leistung |
| 22220 | Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung) | | | § 73c-Leistung | § 73c-Leistung | § 73c-Leistung | obligatorisch | § 73c-Leistung |
| 22221 | Psychosomatik (Einzelbehandlung) | | | § 73c-Leistung | § 73c-Leistung | § 73c-Leistung | obligatorisch | § 73c-Leistung |
| 22222 | Psychotherapeutisch medizinische Behandlung (Gruppenbehandlung) | | | § 73c-Leistung | § 73c-Leistung | § 73c-Leistung | nicht obligatorisch | § 73c-Leistung |

Bei Vorliegen gekreuzter Diagnosen sind entsprechende Leistungen abrechenbar

| AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, An | | Psychotherapie | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|----------------------|----------------------|------------------------|------------------------|------------------|---------------------------|---|---|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|------------------------|-----------------------|
| Diagnosen | | PTZ1_Koop.zuschl. PY | PTZ1_Koop.zuschl. HA | PTZ1KJ_Koop.zuschl. PY | PTZ1KJ_Koop.zuschl. HA | PTZ3_KJ-Zuschlag | PTZ4_Fallkonferenz Rücken | PTE1_Akute / Zeitrn. Vers. Psychoth. - Einzeltherapie | PTE1KJ_Akute / Zeitrn. Ver. Psychother. | PTE2_Erstbeh. - Einzelther. | PTE2KJ_Erstbeh. - Einzelther. | PTE3>Weiterbeh. - Einzelther. | PTE3KJ_Weiterbeh. Einzelther. | PTE3TR_Traumata Behandlung | PTE4_Niederfrequ. Beh. - Einzelther. | PTE4KJ_Niederfrequ. Beh.-Einzelther. | PTE5_Psychoanal. - Einzelbeh. | PTE6_Gruppenbeh. klein | PTE7_Gruppenbeh. groß |
| ICD-Kode | ICD-Klartext | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| F32.8 | Sonstige depressive Episoden | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| F32.9 | Depressive Episode, nicht näher bezeichnet | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| F33.0 | Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode | X | X | X | X | X | | | | X | X | X | X | | X | X | | X | X |
| F33.1 | Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode | X | X | X | X | X | | X | X | X | X | X | X | | X | X | | X | X |
| F33.2 | Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome | X | | X | | X | | X | X | X | X | X | X | | X | X | | X | X |
| F33.3 | Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen | X | | X | | X | | X | X | X | X | X | X | | X | X | | | |
| F33.4 | Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert | X | X | X | X | X | | | | X | X | X | X | | X | X | | X | X |
| F33.8 | Sonstige rezidivierende depressive Störungen | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| F33.9 | Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| F34.0 | Zyklothymia | X | | X | | X | | | | X | X | X | X | | X | X | | | X |
| F34.1 | Dysthymia | X | X | X | X | X | | | | X | X | X | X | | X | X | | X | X |
| F34.8 | Sonstige anhaltende affektive Störungen | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

Ziffernübergreifende Regeln

Abrechnungsziffern, -regeln und Vergütungen

Grundpauschale

+

Einzelleistungen

+

Zuschläge

oder

Auftragsleistungen

Arzt-Patienten-Kontakt (APK)

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

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

FBE Fernbehandlung





1/Q



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

Legende

Symbole





-  Fernbehandlung möglich
-  Ausschluss Delegation an nicht ärztliche bzw. psychotherapeut. approb. Mitarbeiter
-  nur abrechenbar bei Vorliegen gesicherter Diagnosen gem. ICD-Liste
-  wird bei Vorliegen der Voraussetzungen automatisch erzeugt

Abrechnungshäufigkeit

x / Q = x mal pro Behandlungsfall abrechenbar (1 Patient, 1 Quartal)

$x / 4Q$ = x mal pro Krankheitsfall abrechenbar (1 Patient, 4 Quartale)

Grundpauschale

| | | | PNP | BKK VAG | GWQ |
|---|------|---|-------|---------|------|
| PTP1 Grundpauschale | 1/4Q |   | 60 € | 60 € | 60 € |
| PTP1A Überweisung vom HZV-Hausarzt | |   | 10 €* | | |

oder

| | | | | | |
|--------------------------------|-----|---|---------|--|--|
| PTV1 Vertreterpauschale | 1/Q |   | 12,50 € | | |
|--------------------------------|-----|---|---------|--|--|

Erstkontakt muss persönlich sein

PNP

PTP1 ist nicht abrechenbar von FACHÄRZTEN, die stattdessen PYP1/NP1/KJPYP1 abrechnen können.
 HZV-Hausärzte rechnen statt PTP1/PTV1 die HZV-Grund- bzw. Vertreterpauschalen ab!




*Bosch BKK 5,00 €

Akutversorgung



PNP

BKK VAG

GWQ

| | | | | | |
|---|-----------------|---|-------------------|-------|-------|
| PTE1(KJ) akute / zeitnahe Versorgung | 10(KJ13) 3 Q |    | 128- 158 €* | 145 € | 132 € |
| Erstkontakte per <u>Videofernbehandlung</u> möglich | | | | | |

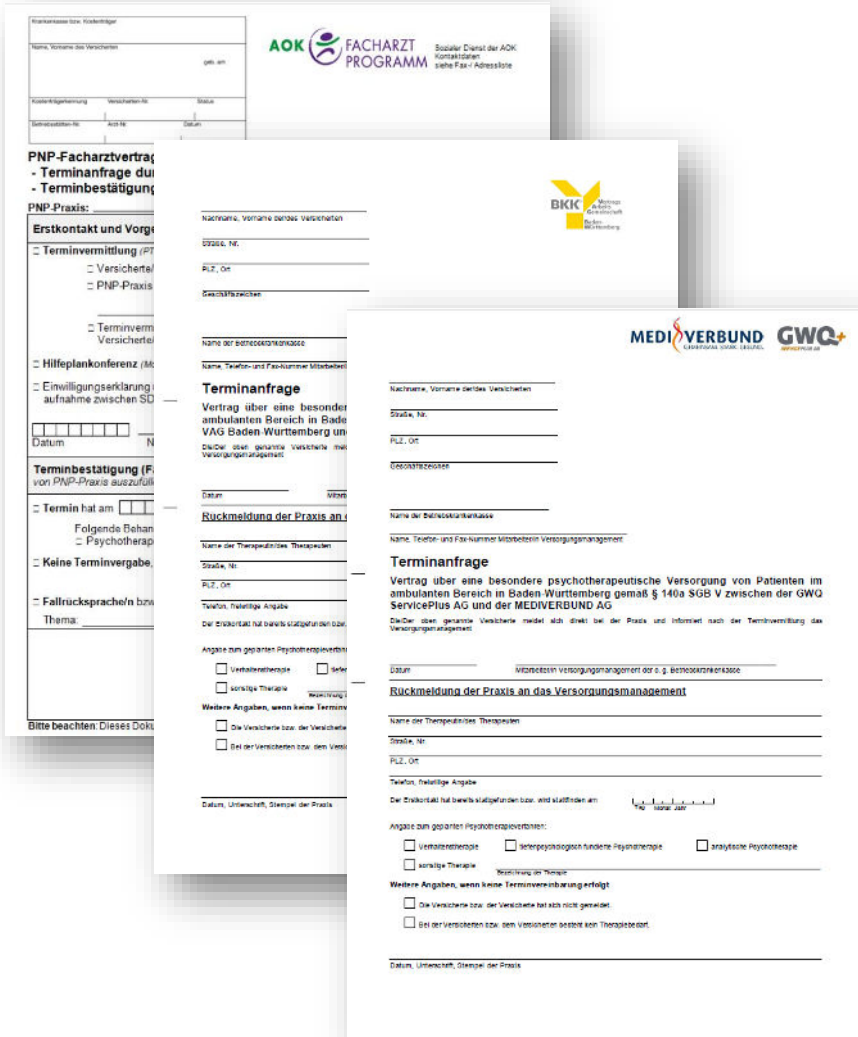
oder

| | | | | | |
|---|-----------------|---|-------|-------|-------|
| PTE1SD / PTE1VM(KJ) | 10(KJ13) 3 Q |   | 158 € | 145 € | 137 € |
| akute Versorgung bei Vorstellung durch Sozialen Dienst / Patientenbegleitung/ Versorgungsmanagement der Kasse | | | | | |

*Zuschläge: **PNP**

- ab 20 Einheiten PTE1(KJ)/PTE1SD pro Quartal → Zuschlag 8 Euro
- ab 30 Einheiten PTE1(KJ)/PTE1SD pro Quartal → Zuschlag 15 Euro
- ab 45 Einheiten PTE1(KJ)/PTE1SD pro Quartal → Zuschlag 25 Euro
- ab 55 Einheiten PTE1(KJ)/PTE1SD pro Quartal → Zuschlag 30 Euro

Sozialer Dienst (AOK) / Patientenbegleitung (Bosch BKK) / Versorgungsmanagement (BKK VAG / GWQ)



AOK FACHARZT PROGRAMM
Sozialer Dienst der AOK
Kontakt Center
siehe Fax-Adresse

BKK
Baden-Württemberg

MEDI VERBUND GWQ
KURVENSTRASSE 100A 70372 STUTTGART



Terminanfrage
Vertrag über eine besondere ambulanten Bereich in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V zwischen der GWQ ServicePlus AG und der MEDI VERBUND AG

Rückmeldung der Praxis an das Versorgungsmanagement

Voraussetzungen für PTE1SD/PTE1VM(KJ)

1. Terminanfrage wird durch Sozialen Dienst (AOK) / Patientenbegleitung (Bosch BKK) / Versorgungsmanagement (BKK VAG/GWQ) über dieses Formular initiiert
2. Therapiebeginn erfolgt innerhalb von 14 Tagen nach Eingang des Formulars
3. Rückmeldung der Praxis über dieses Formular
4. **GWQ:** bei Befundanforderungen in Ausnahmefällen Bericht an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen

Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes / Patientenbegleitung

| | | | |
|--------------------------------|------------------|--------|--|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |  &  Sozialer Dienst der AOK: Kontaktdaten siehe Fax-/ Adressliste |
| Name, Vorname des Versicherten | | | |
| geb. am | | | |
| Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status | |
| Berater/Praktikanten-Nr. | Arzt/Nr. | Datum | |

Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes (SD) der AOK Baden-Württemberg gemäß §§ 73b, 73c und 140a SGB V

Einbindung des SD der AOK Baden-Württemberg durch

- i. d. R. **HZV-/PNP-Praxis**: Beratung durch SD wird gewünscht. Unterstützungs-/Beratungsbedarf des / der Versicherten (Beispiele vgl. umseitiges Informationsblatt für die Praxen) besteht bei: _____
- PNP-Praxis**: Hilfeplankonferenz bei Kindern & Jugendlichen
- Orthopädie-Praxis**: Falkkonferenz Rücken:
 - M54 - Rückenschmerz (unspezifisch). Ist durch Angabe eines vierstelligen Codes aus der Gruppe M54 - weiter zu spezifizieren (z. B. M54.5 Kreuzschmerz); M54.____G
 - sowie
 - F45.40 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
 - F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
 - F62.90 Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom

Vereinbartes Vorgehen

- Anruf** in der **Praxis** durch SD wird gewünscht.
- Anruf** bei dem / der **Patient/in** oder **Erziehungsberechtigten** durch SD wird gewünscht.

Anruf erbeten am _____ zwischen _____ und _____ Uhr
unter Telefon / Handy _____

| | |
|---|--|
| <p>Erklärung Patient/in</p> <p>Ich stimme der Unterstützung durch meine Krankenkasse zu und bin mit der Weitergabe der gemeinsam mit meinem/r behandelnden Arzt / Ärztin oder meinem/r Psychotherapeuten/in festgelegten Informationen an meine Krankenkasse einverstanden. Die Inhalte der Patienteninformation habe ich zur Kenntnis genommen.</p> | <p>Erklärung Praxis</p> <p>Dem / der Patient/in wurde die Einbindung des SD empfohlen. Der erforderliche Unterstützungsbedarf durch den SD wurde ihm / ihr erläutert. Die Patienteninformation wurde dem / der Patient/in ausgehändigt.</p> |
| Datum, Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r | Datum, Praxisstempel, Unterschrift Arzt / Ärztin oder Psychotherapeut/in |

Bei Bedarf kann über dieses Formular ein Einbezug des Sozialen Dienstes (AOK) bzw. der Patientenbegleitung (Bosch BKK) durch die Praxis erfolgen

Analoges Formular für
Patientenbegleitung (Bosch BKK)

Erst- u. Weiterbehandlung

PNP BKK VAG GWQ

| | | | | | |
|---|---|--------|-------|-------|-------|
| PTE2(KJ) Erstbehandlung | 20 (KJ:25) 4 Q | ⚠️ 🏠 ⓧ | 121 € | 121 € | 119 € |
| PTE3*(KJ) Weiterbehandlung | 30 (KJ:38) 8 Q | ⚠️ 🏠 ⓧ | 110 € | 110 € | 105 € |
| PTE3TR Weiterbehandlung Traumata | 5 x 30 / 8 Q 20(V)/40(T) / 8 Q 40 / 8 Q | ⚠️ 🏠 ⓧ | 110 € | 110 € | 105 € |
| PTE4(KJ) Niederrfrequente Behandlung | 6 / Q unbegrenzt | ⚠️ 🏠 ⓧ | 110 € | 110 € | 105 € |




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

Analytische Psychotherapie

PNP

BKK VAG







GWQ

| | | | | |
|--|---------------------------|---|-------|-------|
| PTE5 Analytische Psychotherapie | max. 300 max. 5x/Woche |    110 € | 110 € | 105 € |
|--|---------------------------|---|-------|-------|

mit Antrags- und Gutachterverfahren gem. PT-Vereinbarung!
ab der **1.** Einheit bei PNP / BKK VAG, ab der **9.** Einheit bei GWQ

Gruppenbehandlung

PNP BKK VAG GWQ

| | | | | |
|--|---------------|---|-------|-------|
| PTE6 Gruppenbehandlung kl. Gruppe (2-5 Personen) | 20 (à 100min) |    145 € | 145 € | 130 € |
| PTE7 Gruppenbehandlung gr. Gruppe (6-9 Personen) | PNP: 6 Q |    77 € | 77 € | 68 € |

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

Gruppentherapeutische Grundversorgung

| | | | |
|---|--------------|---|-------|
| PTE6A Grundversorgung kl. Gruppe | 4 (à 100min) |    | 145 € |
| PTE7A Grundversorgung gr. Gruppe | |    | 77 € |

..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

Gruppentherapie kann von einem anderen am Vertrag teilnehmenden Therapeuten als Auftragsleistung erbracht und abgerechnet werden

| | | PNP | BKK VAG | GWQ |
|--|---------------------------------------|-------|---------|-------|
| PTA1 Gruppenbehandlung kl. Gruppe | } max. 20 / 6 Q max. 60 max. 60 | 145 € | 145 € | 130 € |
| PTA2 Gruppenbehandlung gr. Gruppe | | 77 € | 77 € | 68 € |
| PTPA1 Grundpauschale Auftragsleistung | 1/4Q | - | 30 € | 30 € |

| | | | |
|---|--------------|---|-------|
| PTA1A Grundversorgung kl. Gruppe | 4 (à 100min) |    | 145 € |
| PTA2A Grundversorgung gr. Gruppe | |    | 77 € |

- Neben Auftragsleistungen sind keine anderen Leistungen des Vertrags abrechenbar; Voraussetzung: Zielauftrag
- **BKK VAG** / **GWQ**: parallele Einschreibung beim Gruppentherapeuten möglich, wenn die Gruppentherapie nicht vom Therapeuten durchgeführt werden kann, bei dem der Patient für die Einzeltherapie eingeschrieben ist

| | | PNP | BKK VAG | GWQ | |
|-------------|--------------------------------------|---|---------|------|------|
| PTE8 | Interdisziplinäre Versorgungsplanung |   | 60 € | 60 € | 60 € |

- für Versicherte bis zum vollendeten 21. Lebensjahr
- KJ-Genehmigung erforderlich
- mind. 3 Teilnehmer
- kann persönlich oder telefonisch durchgeführt werden
- Initiiert durch:
 - **PNP**: Facharzt/Psychotherapeut; kann von SD/PBG angeregt werden, (SD/PB müssen im Vorfeld informiert werden)
 - **BKK VAG** / **GWQ**: Versorgungsmanagement der jeweiligen Kasse

Zuschläge

PNP BKK VAG GWQ

| | | | | | |
|---|------|---|----------------|---------------------------|---|
| PTZ1 (KJ) Kooperationszuschlag (KJ) | 1/Q |   | 30 € | 30 € | 25 € |
| PTZ3 Kinder –u. Jugendlichenzuschlag | 1/Q |   | 60 € | 60 € | 50 € |
| PTZ3A Betreuung b. geistiger Behinderung | 1/Q |   | 60 € | 60 € | 50 € |
| PTZ4 Teilnahme Fallkonferenz Rücken | 1/4Q |   | 50 € | | |
| PTZ5 Beendigung Versichertenteilnahme | | | | BKK VAG GWQ | 5 € 5 € |
| PTZ6 Befundbericht MDK (Anforderung VM) | 1/Q |   | | | 25 €* 25 €* |
| PTZ7 Anschlussbehandlung nach (teil-) stationärem Aufenthalt f. Neupatienten | | | PNP BKK VAG | max. 20 x in 12 Wochen | 15 € 15 € |
| PTQ1 Zuschlag Videosprechstunde | | | | BKK VAG GWQ |  4 € 4 € |

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

PTZ7: Zuschlag Anschlussbehandlung

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

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

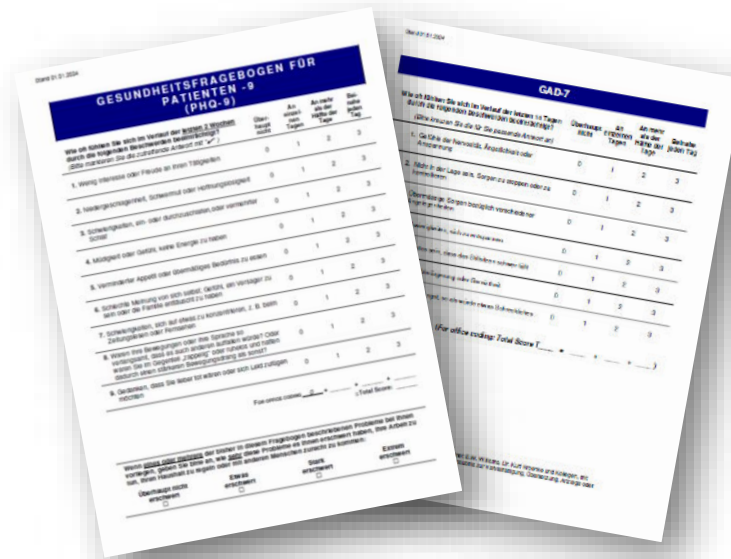
| | | |
|--|------------------------|-------------|
| PTZ7 Anschlussbehandlung nach (teil-)/stationärem Aufenthalt für Neupatienten | max. 20 x in 12 Wochen | 15 € |
|--|------------------------|-------------|

Qualitätssichernde Maßnahmen im PT-BKK VAG

Neue Leistungen

| | | | |
|---|-----|--|---------|
| PTQS1 Fragebögen Qualitätssicherung (bis zur 3. Einzeltherapiesitzung) | 1/Q | | 20,00 € |
| PTQS2 Fragebögen Qualitätssicherung (im Zusammenhang mit der 15. Einzeltherapiesitzung) | 1/Q | | 20,00 € |
| PTQS3 Fragebögen Qualitätssicherung (im Zusammenhang mit der 30. Einzeltherapiesitzung) | 1/Q | | 20,00 € |

Zu den vertraglich definierten Zeitpunkten werden jeweils zwei Fragebögen (vgl. Anh.1 und Anh.2 zu Anlage 7) an den Patienten ausgegeben



Die Fragebögen finden Sie in Ihrer Software oder alternativ auf unserer Homepage.

Übernahme aus laufender Therapie

- Übernahme von Patienten aus laufender Therapie in allen Verträgen möglich
- Abrechnungsbeginn mit PTE2, wenn bereits genehmigungspflichtige Leistungen bzw. Akutbehandlung gem. EBM über KV abgerechnet wurden
- Infoziffer URT (am 1. Behandlungstag) angegeben (nur BKK VAG und GWQ)

URT Übernahme aus Richtlinienpsychotherapie

BKK VAG
GWQ

DAE (Diagnoseänderung)

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

GDK (Genehmigung durch Krankenkasse)

bei Rückfällen mit unveränderter Diagnosestellung kann nach Genehmigung durch die jeweilige Kasse ein Neustart des Behandlungszyklus mit **PTE3 (PNP)** bzw. **PTE1** (BKK VAG / GWQ) erfolgen → Infoziffer „GDK“ ist einmalig als Leistung anzugeben

Neustart der Gruppentherapie ist ebenfalls möglich (**PNP: „GDKG“**)

Therapiepause **PNP**

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

- Eine DAE kann bei **Übernahme aus der Richtlinientherapie** frühestens **6 Monate nach dem letzten Behandlungstag der Richtlinientherapie** geltend gemacht werden.
- **Nach Feststellung der 1. DAE kann jede weitere DAE frühestens nach Ablauf von 3 Quartalen erfolgen.** Ausnahme: findet eine Unterbrechung von mind. 6 Monaten statt, kann die 2. DAE bereits nach 2 Quartalen erfolgen.
- **Ab der 2. DAE ist eine Überweisung** durch einen **FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT** erforderlich.
- Die Abrechnung von **GDKs** ist **einmal innerhalb von vier Quartalen** in Folge möglich.

Kennzeichnung des Therapieverfahrens

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

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

Reihenfolge der Therapieserien

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

Regelungen zu den Einzelleistungen

- **Abrechnungshäufigkeit (PTE1-PTE3)**
grundsätzlich gilt: 1 Einheit pro Tag.
In Ausnahmefällen sind bis zu 4 Einheiten pro Tag möglich (z.B. bei Angststörungen oder Kriseninterventionen)
- **Übernahme aus laufender Therapie**
bei Versicherten, die sich bereits in einer laufenden PT- Behandlung gem. EBM befinden beginnt die Behandlung im Vertrag mit PTE2
- **KJ-Ziffern** (Voraussetzung: Genehmigung KJ-Psychotherapie)
abrechenbar bis zum vollendeten 21. Lebensjahr des Versicherten.
Hat die Therapieserie vor dem vollendeten 21. Lebensjahr begonnen, können die verbleibenden Einheiten PTE1KJ-PTE3KJ bis max. zum vollendeten 25. Lebensjahr abgerechnet werden.

➤ Abrechnungshäufigkeit

- Die Gruppentherapie ist im Vertrag über die Ziffern PTE6 (kleine Gruppe) und PTE7 (große Gruppe) abgebildet. Eine Ziffer entspricht dabei 100 Minuten. Beide Ziffern sind zusammen 20 x abrechenbar.*
- Darüber hinaus ist es möglich, die Gruppentherapie ziffern 40 (bei Erwachsenen) bzw. 60 (bei Kindern und Jugendlichen) weitere Male abzurechnen, sofern noch entsprechend viele Einheiten Einzeltherapie (PTE3-PTE1) zur Verrechnung zur Verfügung stehen.*
- Sind alle abrechenbaren Einheiten aufgebraucht, sind in jedem Fall 6 Gruppentherapiesitzungen pro Quartal abrechenbar und das zeitlich unbegrenzt.

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

➤ **Mischen possible**

Eine Gruppe muss nicht rein aus Selektivvertragspatienten bestehen sondern kann natürlich mit Patienten der Regelversorgung gemischt werden. Die Abrechnung für die Selektivvertragspatienten läuft dann nach den Regeln des Vertrags über den MEDIVERBUND, die Abrechnung für die Patienten der Regelversorgung nach den Regeln des EBM über die KV.

➤ **Gruppengröße**

Maßgeblich für die Abrechnung ist die bei der jeweiligen Sitzung vorhandenen Gruppengröße. So kann bei vorübergehender Verkleinerung der Gruppe sowohl die Ziffer für die kleine als auch die Ziffer für die große Gruppe abgerechnet werden (diagnoseabhängig).

➤ **Bezugspersonengruppen**

Für Eltern erkrankter Kinder können Gruppen (auch parallel zu einer Gruppentherapie des Kindes) angeboten und über den Vertrag abgerechnet werden.

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.

Die Psychotherapie findet dann in der Regel beim niedergelassenen PSYCHOTHERAPEUTEN/FACHARZT statt.

Strukturzuschlag

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

➤ Wann ist eine Überweisung notwendig?

- **PNP**: Überweisung obligatorisch bei Beginn der Therapie, beim Wechsel in die Traumatherapie (PTE3TR) und beim Übergang in die niederfrequente Behandlung (PTE4).
- In allen Verträgen ist bei der 2. und bei jeder weiteren DAE eine Überweisung vom Facharzt erforderlich.

➤ Wann ist ein schriftlicher Bericht zu erstellen?

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

Agenda

1. Teilnahme der Versicherten

- AOK/Bosch BKK PNP-Vertrag
- PT-Vertrag BKK VAG / PT-Vertrag GWQ

2. Vergütungs- und Abrechnungssystematik

3. Abrechnungsbeispiele

4. Abrechnungsprozess und Abrechnungsbrief

5. Internetauftritt

Abrechnungsbeispiel PNP: Neupatient (AOK) mit schwerer depressiver Episode, Anschlussbehandlung nach stationärem Aufenthalt, 15 Sitzungen im Quartal

| | | | |
|-------------------------------------|---|--------|----------|
| 1. Termin (1 Woche nach Entlassung) | Grundpauschale | PTP1 | 60,00 € |
| | Überweiserpauschale | PTP1A | 10,00 € |
| | Zeitnahe/akute Versorgung | PTE1V* | 143,00 € |
| | Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung | PTZ7** | 15,00 € |
| 2. Termin | Zeitnahe/akute Versorgung | PTE1V | 143,00 € |
| | Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung | PTZ7 | 15,00 € |
| | Kooperationszuschlag (schriftlicher Bericht) | PTZ1 | 30,00 € |
| 3. Termin | Zeitnahe/akute Versorgung | PTE1V | 143,00 € |
| | Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung | PTZ7 | 15,00 € |
| 4. Termin | Zeitnahe/akute Versorgung | PTE1V | 143,00 € |
| | Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung | PTZ7 | 15,00 € |
| 5. Termin | Zeitnahe/akute Versorgung | PTE1V | 143,00 € |
| | Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung | PTZ7 | 15,00 € |
| 6. Termin | Zeitnahe/akute Versorgung | PTE1V | 143,00 € |
| | Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung | PTZ7 | 15,00 € |
| 7. Termin | Zeitnahe/akute Versorgung | PTE1V | 143,00 € |
| | Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung | PTZ7 | 15,00 € |

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

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

Fortsetzung Abrechnungsbeispiel

| | | | |
|------------|---|-------|------------------|
| 8. Termin | Zeitnahe/akute Versorgung | PTE1V | 143,00 € |
| | Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung | PTZ7 | 15,00 € |
| 9. Termin | Zeitnahe/akute Versorgung | PTE1V | 143,00 € |
| | Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung | PTZ7 | 15,00 € |
| 10. Termin | Zeitnahe/akute Versorgung | PTE1V | 143,00 € |
| | Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung | PTZ7 | 15,00 € |
| 11. Termin | Erstbehandlung | PTE2V | 121,00 € |
| | Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung | PTZ7 | 15,00 € |
| 12. Termin | Erstbehandlung | PTE2V | 121,00 € |
| | Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung | PTZ7 | 15,00 € |
| 13. Termin | Erstbehandlung | PTE2V | 121,00 € |
| | Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung | PTZ7 | 15,00 € |
| 14. Termin | Erstbehandlung | PTE2V | 121,00 € |
| | Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung | PTZ7 | 15,00 € |
| 15. Termin | Erstbehandlung | PTE2V | 121,00 € |
| | Zuschlag psychotherapeutische Anschlussbehandlung | PTZ7 | 15,00 € |
| | | Summe | 2360,00 € |

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

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

Abrechnungsbeispiel PNP: Gruppentherapie-Behandlung eines Erwachsenen (AOK) mit sozialen Ängsten, 11 Sitzungen im Quartal

| | | | |
|------------|--|--------|------------------|
| 1. Termin | Grundpauschale | PTP1 | 60,00 € |
| | Überweiserpauschale | PTP1A | 10,00 € |
| 2. Termin | Gruppentherapeutische Grundversorgung – kl. Gruppe | PTE6A | 145,00 € |
| 3. Termin | Gruppentherapeutische Grundversorgung – kl. Gruppe | PTE6A | 145,00 € |
| 4. Termin | Gruppenbehandlung – kleine Gruppe | PTE6V | 145,00 € |
| 5. Termin | Gruppenbehandlung – kleine Gruppe | PTE6V | 145,00 € |
| 6. Termin | Gruppentherapeutische Grundversorgung – kl. Gruppe | PTE6A | 145,00 € |
| 7. Termin | Gruppenbehandlung – kleine Gruppe | PTE6V | 145,00 € |
| 8. Termin | Gruppentherapeutische Grundversorgung – kl. Gruppe | PTE6A | 145,00 € |
| | Kooperationszuschlag | PTZ1 | 30,00 € |
| 9. Termin | Gruppenbehandlung – kleine Gruppe | PTE6V | 145,00 € |
| 10. Termin | Gruppenbehandlung – kleine Gruppe | PTE6V | 145,00 € |
| 11. Termin | Gruppenbehandlung – kleine Gruppe | PTE6V | 145,00 € |
| 12. Termin | Gruppenbehandlung – kleine Gruppe | PTE6V | 145,00 € |
| | | Summe: | 1695,00 € |

Abrechnungsbeispiel PNP: Behandlung eines Kindes (AOK) mit Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, 17 Sitzungen, Einzel- und Gruppenbehandlung

| | | | |
|------------|--|---------|------------------|
| 1. Termin | Grundpauschale | PTP1 | 60,00 € |
| | Überweiserpauschale | PTP1A | 10,00 € |
| | Kooperationszuschlag (schriftlicher Bericht) | PTZ1KJ | 30,00 € |
| | Kinder- und Jugendlichenzuschlag | PTZ3 | 60,00 € |
| 4. Termin | Erstbehandlung | PTE2KJV | 121,00 € |
| 5. Termin | Erstbehandlung | PTE2KJV | 121,00 € |
| 6. Termin | Erstbehandlung | PTE2KJV | 121,00 € |
| 7. Termin | Erstbehandlung | PTE2KJV | 121,00 € |
| 8. Termin | Erstbehandlung | PTE2KJV | 121,00 € |
| 9. Termin | Erstbehandlung | PTE2KJV | 121,00 € |
| 10. Termin | Erstbehandlung | PTE2KJV | 121,00 € |
| 11. Termin | Erstbehandlung | PTE2KJV | 121,00 € |
| 12. Termin | Erstbehandlung | PTE2KJV | 121,00 € |
| 13. Termin | Erstbehandlung | PTE2KJV | 121,00 € |
| 14. Termin | Gruppenbehandlung – kleine Gruppe | PTE6V | 145,00 € |
| 15. Termin | Gruppenbehandlung – kleine Gruppe | PTE6V | 145,00 € |
| 16. Termin | Erstbehandlung | PTE2KJV | 121,00 € |
| 17. Termin | Gruppenbehandlung – kleine Gruppe | PTE6V | 145,00 € |
| | | Summe: | 1926,00 € |

Abrechnungsbeispiel BKK VAG: Patient mit rezidivierender depressiver Störung, gegenwärtig schwere Episode, 16 Sitzungen im Quartal

| | | | |
|------------|--|--------|------------------|
| 1. Termin | Grundpauschale | PTP1 | 60,00 € |
| | Kooperationszuschlag (schriftlicher Bericht) | PTZ1 | 30,00 € |
| 2. Termin | Zeitnahe/akute Versorgung | PTE1T | 145,00 € |
| | Fragebögen Qualitätssicherung | PTQS1 | 20,00 € |
| 3. Termin | Zeitnahe/akute Versorgung | PTE1T | 145,00 € |
| 4. Termin | Zeitnahe/akute Versorgung | PTE1T | 145,00 € |
| 5. Termin | Zeitnahe/akute Versorgung | PTE1T | 145,00 € |
| 6. Termin | Zeitnahe/akute Versorgung | PTE1T | 145,00 € |
| 7. Termin | Zeitnahe/akute Versorgung | PTE1T | 145,00 € |
| 8. Termin | Zeitnahe/akute Versorgung | PTE1T | 145,00 € |
| 9. Termin | Zeitnahe/akute Versorgung | PTE1T | 145,00 € |
| 10. Termin | Zeitnahe/akute Versorgung | PTE1T | 145,00 € |
| 11. Termin | Zeitnahe/akute Versorgung | PTE1T | 145,00 € |
| 12. Termin | Erstbehandlung | PTE2T | 121,00 € |
| 13. Termin | Erstbehandlung | PTE2T | 121,00 € |
| 14. Termin | Erstbehandlung | PTE2T | 121,00 € |
| 15. Termin | Erstbehandlung | PTE2T | 121,00 € |
| | Fragebögen Qualitätssicherung | PTQS2 | 20,00 € |
| 16. Termin | Gruppenbehandlung – kleine Gruppe | PTE6T | 145,00 € |
| | | Summe: | 2209,00 € |

Agenda

1. Teilnahme der Versicherten

- AOK/Bosch BKK PNP-Vertrag
- PT-Vertrag BKK VAG / PT-Vertrag GWQ

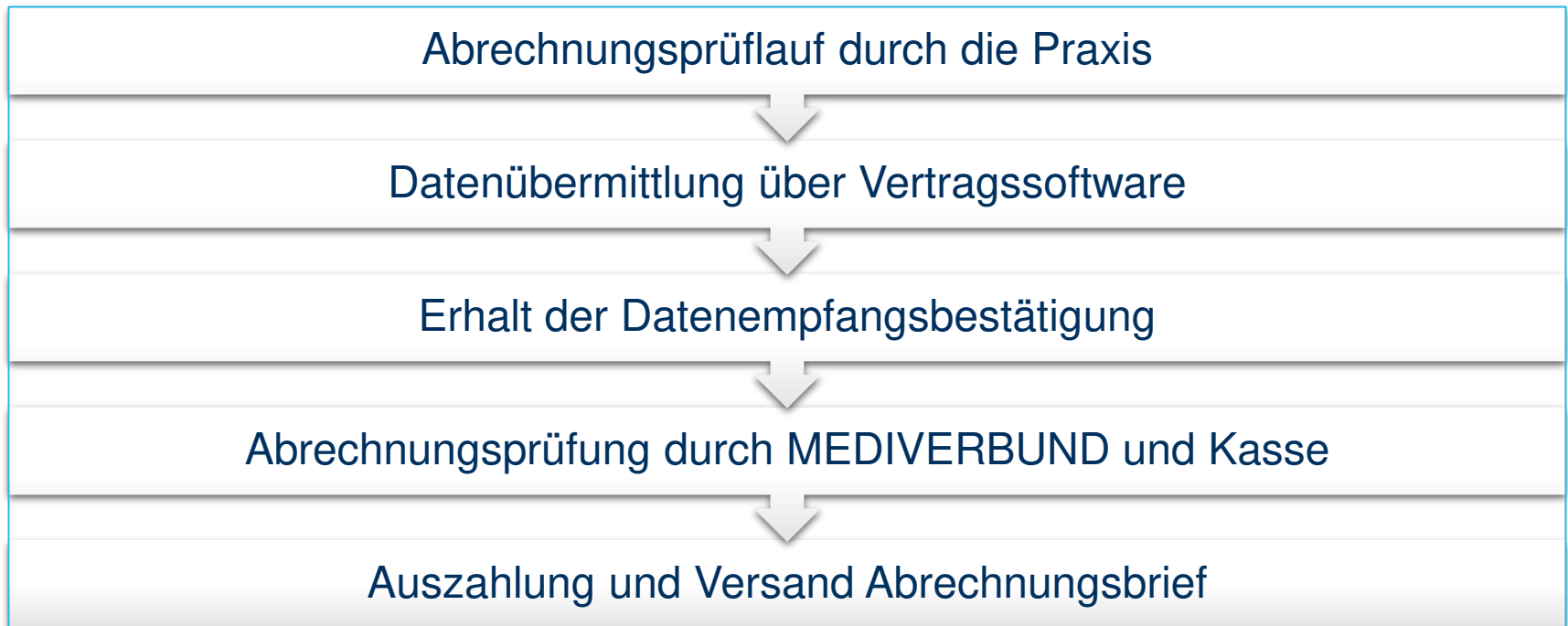
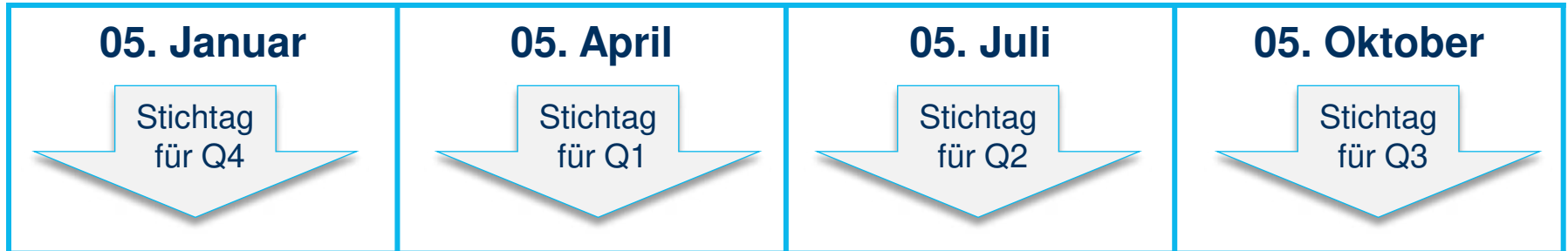
2. Vergütungs- und Abrechnungssystematik

3. Abrechnungsbeispiele

4. Abrechnungsprozess und Abrechnungsbrief

5. Internetauftritt

Abrechnungsprozess



Inhalt des Abrechnungsbriefs

- Informationen zu Abrechnung, Änderungen und Neuerungen des Vertrags
- Information über Abrechnungssumme des laufenden Quartals sowie Nachabrechnungen aller Vorquartale

| Position | Belastung | Gutschrift |
|---|---|--------------------|
| Abrechnungssumme für das 4. Quartal 2018 | | 49.385,25 € |
| 3,570 % Verwaltungskosten MEDIVERBUND AG | 1.762,72 € | |
| Zwischensumme Quartal 4/2018 | | 47.622,53 € |
| | | |
| Position | Belastung | Gutschrift |
| Nachabrechnungssumme für das 3. Quartal 2018 | | 556,89 € |
| 3,570 % Verwaltungskosten MEDIVERBUND AG | 19,88 € | |
| Zwischensumme Quartal 3/2018 | | 537,01 € |
| | | |
| Zwischensumme gesamt | | 48.159,54 € |
| | | |
| | Abrechnungssumme | 48.159,54 € |
| | Abzüglich Abschlagszahlung für das Quartal 4/2018 | |
| | Abschlag vom 01.11.2018 | 14.469,00 € |
| | Abschlag vom 01.12.2018 | 14.469,00 € |
| | Abschlag vom 31.12.2018 | 14.469,00 € |
| | Endbetrag | 4.752,54 € |

Inhalt des Abrechnungsbriefs

➤ Buchungsübersicht

Konto Buchungsübersicht

| Datum | Beschreibung | Betrag |
|------------|---|-------------------|
| | Start Saldo | 0,00 € |
| 01.11.2018 | AOK BW PNP 73c Abschlag 2018-Q4-1 | -4.838,00 € |
| 01.12.2018 | AOK BW PNP 73c Abschlag 2018-Q4-2 | -4.838,00 € |
| 31.12.2018 | AOK BW PNP 73c Abschlag 2018-Q4-3 | -4.838,00 € |
| 17.01.2019 | AOK BW PNP 73c Nachabrechnung für 02/2018 - Abrechnungsergebnis | -25,00 € |
| 17.01.2019 | AOK BW PNP 73c Nachabrechnung für 02/2018 - Verwaltungskosten | 0,90 € |
| 17.01.2019 | AOK BW PNP 73c Nachabrechnung für 03/2018 - Abrechnungsergebnis | 164,00 € |
| 17.01.2019 | AOK BW PNP 73c Nachabrechnung für 03/2018 - Verwaltungskosten | -5,86 € |
| 17.01.2019 | AOK BW PNP 73c Abrechnung für 04/2018 - Abrechnungsergebnis | 23.302,00 € |
| 17.01.2019 | AOK BW PNP 73c Abrechnung für 04/2018 - Verwaltungskosten | -831,49 € |
| | End Saldo | 8.096,55 € |

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

Änderungen der Bankverbindung bitte rechtzeitig über das Arztportal oder Stammdatenänderungsblatt mitteilen

➤ Übersicht Behandlungsfälle

Übersicht Behandlungsfälle

| Leistungsquartal | Anzahl abgerechneter Fälle | Anzahl vergüteter Fälle | Anzahl verlorener Fälle* |
|------------------|----------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Q1/2017 | 270 | 267 | 3 |
| Q2/2017 | 258 | 258 | 0 |
| Q3/2017 | 256 | 256 | 0 |
| Q4/2017 | 267 | 267 | 0 |

Inhalt des Abrechnungsbriefs

- Einzelnachweise → sind ab sofort im Arztportal abrufbar
 - detaillierte, fallbezogene Darstellung der Leistungen
 - von MEDIVERBUND erzeugte Ziffern sind mit „---Ziffer---“ gekennzeichnet
 - NEGSO FAB: 15% Abzug für Versicherte, die nach 2 Quartalen in Folge noch nicht gültig am Facharztprogramm teilnehmen
 - Abrechnungsmitteilungen/ Änderungen sind unterhalb eines Falls aufgelistet

| Fallnummer | Name des Patienten | Versichertennummer | Geburtsdatum |
|--------------------|--|----------------------------------|--------------------------|
| <i>Leist.-Pos.</i> | <i>Leistungsziffer</i> | <i>Leistungsdatum</i> | <i>Abrechnungsbetrag</i> |
| | Zugeordnete Sachkosten: <ul style="list-style-type: none"> • Sachkosten 1: 1,00 € • Sachkosten 2: 2,00 € | | |
| | | Summe: | <i>Summe Leistungen</i> |
| | | Verwaltungskosten (Faktor in %): | <i>Verwaltungskosten</i> |
| <i>Änderung</i> | <i>Eventuell durchgeführte Korrekturen</i> | | <i>Leistungsdatum</i> |

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

übermittelte Daten:

| Datum | Ziffer |
|------------|---------|
| 1. Termin | PTP1 |
| 1. Termin | PTP1A* |
| 1. Termin | PTE1T ① |
| 2. Termin | PTE1T ② |
| 3. Termin | PTE1T ③ |
| 4. Termin | PTE1T ④ |
| 5. Termin | PTE1T ⑤ |
| 6. Termin | PTE1T ⑥ |
| 7. Termin | PTE1T ⑦ |
| 8. Termin | PTE1T ⑧ |
| 9. Termin | PTE1T ⑨ |
| 10. Termin | PTE1T ⑩ |
| 11. Termin | PTE1T ⑪ |
| 12. Termin | PTE1T ⑫ |
| 13. Termin | PTZ1 |

nach Prüfung:

| | | | |
|-----------|---|------------|------------|
| 1 | PTP1 | 1. Termin | 60,00 € |
| 2 | PTP1A | 1. Termin | 10,00 €* |
| 3 | PTE1T | 1. Termin | 128,00 € |
| 4 | PTE1T | 2. Termin | 128,00 € |
| 5 | PTE1T | 3. Termin | 128,00 € |
| 6 | PTE1T | 4. Termin | 128,00 € |
| 7 | PTE1T | 5. Termin | 128,00 € |
| 8 | PTE1T | 6. Termin | 128,00 € |
| 9 | PTE1T | 7. Termin | 128,00 € |
| 10 | PTE1T | 8. Termin | 128,00 € |
| 11 | PTE1T | 9. Termin | 128,00 € |
| 12 | PTE1T | 9. Termin | 128,00 € |
| 13 | PTE2T | 10. Termin | 121,00 € |
| 14 | PTE2T | 11. Termin | 121,00 € |
| 16 | PTZ1 | 12. Termin | 30,00 € |
| 17 | | Summe | 1.622,00 € |
| Änderung: | Ziffer „PTE1T“ wurde umgewandelt in „PTE2T“, da die Therapieserie PTE1(KJ) ausgeschöpft ist. | 10. Termin | |
| Änderung: | Ziffer „PTE1T“ wurde umgewandelt in „PTE2T“, da die Therapieserie PTE1(KJ) ausgeschöpft ist. | 11. Termin | |

*Bosch BKK 5,00 €

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

übermittelte Daten:

Q1/2023

| Datum | Ziffer |
|-----------|--------|
| 1. Termin | PTE2V |
| 2. Termin | PTE2V |
| 3. Termin | PTE2V |

Q2/2023

| Datum | Ziffer |
|-----------|--------|
| 4. Termin | PTE2V |
| 5. Termin | PTE2V |
| 6. Termin | PTE2V |

Q3/2023

| Datum | Ziffer |
|-----------|--------|
| 7. Termin | PTE2V |
| 8. Termin | PTE2V |
| 9. Termin | PTE2V |

Q4/2023

| Datum | Ziffer |
|------------|--------|
| 10. Termin | PTP1 |
| 10. Termin | PTP1A |
| 11. Termin | PTE2V |
| 12. Termin | PTE2V |
| 13. Termin | PTE2V |
| 14. Termin | PTE2V |

Q1/2024

| Datum | Ziffer |
|------------|--------|
| 15. Termin | PTE2V |
| 16. Termin | PTE2V |
| 17. Termin | PTE2V |
| 18. Termin | PTE2V |
| 19. Termin | PTE2V |

 PTE2V im 5. Quartal in Folge

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

nach Prüfung:

| | | | |
|-----------|---|------------|-----------------|
| 1 | PTE3V | 15. Termin | 110,00 € |
| 2 | PTE3V | 16. Termin | 110,00 € |
| 3 | PTE3V | 17. Termin | 110,00 € |
| 4 | PTE3V | 18. Termin | 110,00 € |
| 5 | PTE3V | 19. Termin | 110,00 € |
| 6 | <i>Summe</i> | | <i>550,00 €</i> |
| Änderung: | Die Leistung wurde nicht innerhalb des Zeitraums von 4 Quartalen abgerechnet und kann nicht mehr als PTE2V verrechnet werden [Start war 03.03.2023] | 15. Termin | |
| Änderung: | Die Leistung wurde nicht innerhalb des Zeitraums von 4 Quartalen abgerechnet und kann nicht mehr als PTE2V verrechnet werden [Start war 03.03.2023] | 16. Termin | |
| Änderung: | Die Leistung wurde nicht innerhalb des Zeitraums von 4 Quartalen abgerechnet und kann nicht mehr als PTE2V verrechnet werden [Start war 03.03.2023] | 17. Termin | |
| Änderung: | Die Leistung wurde nicht innerhalb des Zeitraums von 4 Quartalen abgerechnet und kann nicht mehr als PTE2V verrechnet werden [Start war 03.03.2023] | 18. Termin | |
| Änderung: | Die Leistung wurde nicht innerhalb des Zeitraums von 4 Quartalen abgerechnet und kann nicht mehr als PTE2V verrechnet werden [Start war 03.03.2023] | 19. Termin | |



Beispiel Abrechnungsprüfung: Ersetzen PTE1 nach Abrechnung PTE2

übermittelte Daten:

nach Prüfung:

| Datum | Ziffer |
|-----------|--------------|
| 1. Termin | PTP1 |
| 1. Termin | PTP1A |
| 1. Termin | PTE1T |
| 2. Termin | PTE1T |
| 3. Termin | PTE1T |
| 4. Termin | PTE1T |
| 5. Termin | PTE2T |

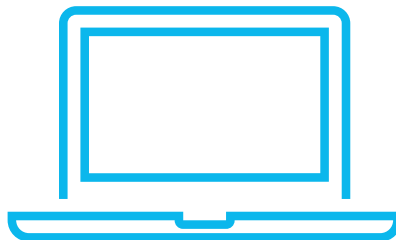


| Datum | Ziffer |
|-----------|--------------|
| 6. Termin | PTP1 |
| 6. Termin | PTP1A |
| 6. Termin | PTE1T |
| 7. Termin | PTE1T |
| 8. Termin | PTE1T |

| | | | |
|-----------|---|-----------|-----------------|
| 1 | PTE2T | 6. Termin | 121,00 € |
| 2 | ---APK--- | 6. Termin | 0,00 € |
| 3 | ---APK--- | 6. Termin | 0,00 € |
| 4 | PTE2T | 7. Termin | 121,00 € |
| 5 | PTE2T | 8. Termin | 121,00 € |
| 6 | <i>Summe</i> | | 363,00 € |
| Änderung: | Die Ziffer PTP1 kann maximal 1 mal im Krankheitsfall abgerechnet werden. | | 6. Termin |
| Änderung: | Die Ziffer PTP1A kann maximal 1 mal im Krankheitsfall abgerechnet werden. | | 6. Termin |
| Änderung: | Bei Abrechnung von PTE1T darf vorausgehend keine PTE2T abgerechnet worden sein, die Ziffer wird umgewandelt in PTE2T. | | 6. Termin |
| Änderung: | Bei Abrechnung von PTE1T darf vorausgehend keine PTE2T abgerechnet worden sein, die Ziffer wird umgewandelt in PTE2T. | | 7. Termin |
| Änderung: | Bei Abrechnung von PTE1T darf vorausgehend keine PTE2T abgerechnet worden sein, die Ziffer wird umgewandelt in PTE2T. | | 8. Termin |

Elektronisches Korrekturverfahren

- Abrechnungskorrekturen können bis zu 12 Monate lang nach Ende des Quartals über die Vertragssoftware durchgeführt werden.
- wichtig ist hierbei, dass Sie immer den gesamten Behandlungsfall erneut übermitteln und nicht nur die einzelnen Leistungsziffern, die Sie korrigieren möchten. Der bisherige Datensatz (Leistungen/Diagnosen) wird dann für diesen Behandlungsfall komplett durch die neu übermittelten Daten ersetzt.



Monatliche Abschlagszahlungen Nur PNP

- **Neurologen, Psychiater, KJ- Psychiater: 19,50 €** pro Grundpauschale
- **Psychotherapeuten: 116,00 €** pro Fall
- Berechnung auf Basis der Abrechnungsdaten des Vorquartals



Schlusszahlung

ca. 10 Wochen nach dem Abrechnungsstichtag

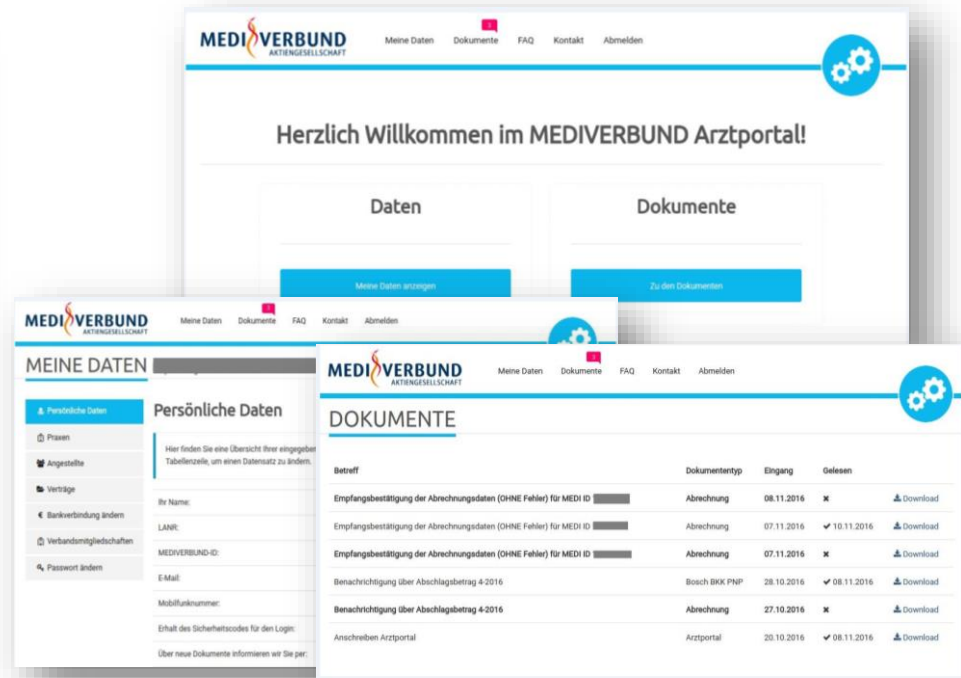
Agenda

- 1. Teilnahme der Versicherten**
 - **AOK/Bosch BKK PNP-Vertrag**
 - **PT-Vertrag BKK VAG / PT-Vertrag GWQ**
- 2. Vergütungs- und Abrechnungssystematik**
- 3. Abrechnungsbeispiele**
- 4. Abrechnungsprozess und Abrechnungsbrief**
- 5. Internetauftritt**

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

- Pneumologie** (Bosch BKK) > Mehr
- Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie** (AOK BW) > Mehr
- Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie** (Bosch BKK) > Mehr
- Psychotherapie** (BKK VAG) > Mehr
- Psychotherapie** (DAK Gesundheit) > Mehr
- Psychotherapie** (Techniker Krankenkasse) > Mehr

- Hier stehen Ihnen alle Dokumente den Facharztvertrag betreffend (z.B. Abrechnungsnachweis oder Abrechnungsempfangsbestätigung) in digitaler Form zur Verfügung
- Hier können Sie Ihre bei uns hinterlegten, persönlichen Daten einsehen und uns Änderung zeitnah, einfach und komfortabel mitteilen
- Ihre persönlichen Zugangsdaten und alle relevanten Informationen zum MEDIVERBUND Arztportal erhalten Sie mit Ihrem Starterpaket



Umkreissuche nach teilnehmenden Ärzten und Psychotherapeuten



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

Fachärzte

HAUSÄRZTE

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

Hausärzte

Bitte wählen sie im Menü einen am Hausarztvertrag teilnehmenden Hausarzt finden.

FACHÄRZTE

- + AOK Baden-Württemberg
- + Bosch BKK
- + BKK VAG
- + DAK Gesundheit
- + Techniker Krankenkasse

Fachärzte

Bitte wählen Sie im Menü Ihre Krankenkasse und das gewünschte Fachgebiet aus. Anschließend können Sie durch Eingabe Ihrer Postleitzahl, eines Namens oder des gewünschten Leistungsspektrums einen am jeweiligen Facharztvertrag teilnehmenden Arzt oder Psychotherapeut finden.

Bitte beachten Sie, dass hier nur Fachgebiete dargestellt werden, für die es derzeit einen Facharztvertrag mit der entsprechenden Krankenkasse gibt.

FACHÄRZTE

- AOK Baden-Württemberg
- Gastroenterologie
- Kardiologie
- Neurologie
- Psychiatrie
- Psychotherapie**
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Urologie
- Diabetologie
- Rheumatologie
- + Bosch BKK
- + BKK VAG
- + DAK Gesundheit
- + Techniker Krankenkasse

Betriebsstätten im Selektivvertrag

AOK Baden-Württemberg - Psychotherapie

Bei der Postleitzahlen-Umkreissuche werden nur existierende Postleitzahlen innerhalb Baden-Württembergs berücksichtigt. A anderen Postleitzahlen liefern kein Ergebnis.

Die Angabe des Nachnamens kann ohne oder in Verbindung mit der Postleitzahl angegeben werden. Es werden max. 300 Tre angezeigt.

Hier können Sie schnell und bequem erfahren, ob ein/e Psychotherapeut/in in Ihrer Nähe noch freie Kapazitäten hat.

Nachname

Geo-Suche (PLZ)

Radius (km)

Leistungsspektrum

Suchen

Arztsuche

Umkreissuche für teilnehmende Ärzte an einem Vertrag

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

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

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

Zur Vertragsarztsuche

Freie Einzeltherapieplätze

Freie Gruppentherapieplätze

Formular zur Meldung freier Einzeltherapieplätze

Formular zur Meldung freier Gruppentherapieplätze

Möglichkeit zur Meldung freier Therapieplätze in der Psychotherapie



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.

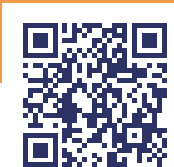


IHRE VORTEILE:

- 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.
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!**