

FAQ

zum

Vertrag

über eine besondere

**psychotherapeutische Versorgung im
ambulanten Bereich in Baden-Württemberg**

gemäß § 140a SGB V

(„PT-Vertrag BKK Landesverband Süd“)



Teilnahme der Versicherten 3

- Können auch Versicherte, die außerhalb von Baden-Württemberg wohnen, in den Vertrag eingeschrieben werden? 3
- Können auch Versicherte, die nicht an der HZV (Hausarztprogramm) teilnehmen, in den Vertrag eingeschrieben werden? 3
- Wie werden teilnahmeberechtigte Versicherte eingeschrieben? 3
- Wann endet die Vertragsteilnahme im Regelfall? 3
- Ist ein Therapeutenwechsel möglich? 4
- Was ist bei einem Wechsel der Krankenkasse zu beachten? 4

Abrechnungsfragen 4

- Ab wann dürfen Leistungen für eingeschriebene Versicherte über den Vertrag abgerechnet werden? 4
- Wie rechne ich einen Patienten ab, der sich bereits in laufender genehmigter Therapie gem. EBM bei mir befindet und nun am Selektivvertrag teilnimmt? 5
- Wie können bspw. psychiatrische, neurologische oder hausärztliche Leistungen für eingeschriebene Versicherte abgerechnet werden? 5

Sprechstundenangebot und Terminvergabe 5

- Ich habe als Vertragsteilnehmer besondere Pflichten zur Erreichbarkeit bzw. ausreichendem Sprechstundenangebot, was heißt das? 5
- Gibt es besondere Fristen für die Terminvergabe und den Therapiebeginn? 6

Gruppentherapie 6

- Wie viele Gruppensitzungen darf ich pro Patient durchführen? 6
- Können an den Gruppenbehandlungen auch Patienten teilnehmen, die nicht am Facharztvertrag teilnehmen? 7
- Was passiert, wenn sich die Gruppen vergrößern oder verkleinern? 7

Spezialfragen 7

- Gibt es eine Möglichkeit die zur Verfügung stehenden Kontingente zu erweitern? 7
- Ist ein Konsiliarbericht vorgesehen? 8
- Muss zur Abrechnung eine Überweisung vom Hausarzt/Facharzt vorliegen? 8



Teilnahme der Versicherten

Können auch Versicherte, die außerhalb von Baden-Württemberg wohnen, in den Vertrag eingeschrieben werden?

Ja, die Einschreibung und Abrechnung von Versicherten in bzw. über den Vertrag ist unabhängig von deren Wohnsitz möglich.

Können auch Versicherte, die nicht an der HZV (Hausarztprogramm) teilnehmen, in den Vertrag eingeschrieben werden?

Ja, eine Teilnahme am Hausarztprogramm ist für die Teilnahme am PT-Vertrag BKK Landesverband Süd nicht erforderlich.

Wie werden teilnahmeberechtigte Versicherte eingeschrieben?

Die Einschreibung erfolgt in der Therapeutenpraxis. Nachdem der Versicherte über den Vertrag informiert wurde, wird die Teilnahmeerklärung über die Vertragssoftware erzeugt und vom Versicherten unterschrieben. Danach wird der elektronische Datensatz via Vertragssoftware an die MEDIVERBUND AG übermittelt.

Wann endet die Vertragsteilnahme im Regelfall?

Die Vertragsteilnahme endet im Regelfall mit der Abmeldung der Versicherten durch den Therapeuten bei Behandlungsende.



Was ist bei einem Wechsel der Krankenkasse zu beachten?

wechselt der Versicherte die Krankenkasse, endet die Vertragsteilnahme mit dem Ende der Mitgliedschaft in der bisherigen Kasse.

Dies gilt auch, wenn der Patient zu einer anderen am PT-Vertrag LV Süd teilnehmenden Kasse wechselt. Bitte beenden Sie in solchen Fällen die Vertragsteilnahme des Versicherten in der Software.

Soll die Vertragsteilnahme wieder aktiviert werden, ist eine erneute Einschreibung erforderlich. Dazu muss die Teilnahmeerklärung erneut gedruckt, unterzeichnet und über die Software übermittelt werden.

Die Therapieserie wird nach dem Kassenwechsel unverändert fortgeführt.

Ist ein Therapeutenwechsel möglich?

Der Patient bindet sich mit der Einschreibung an die den jeweiligen Therapeuten. Ein Therapeutenwechsel ist durch Ausschreibung beim bisherigen Behandler und Wiedereinschreibung beim neuen Behandler möglich.

Abrechnungsfragen

Ab wann dürfen Leistungen für eingeschriebene Versicherte über den Vertrag abgerechnet werden?

Im PT-Vertrag BKK Landesverband Süd werden Leistungen ab dem Datum des Ausdrucks der Teilnahmeerklärung mittels der Vertragssoftware über den Vertrag abgerechnet. Leistungen vor diesem Datum werden über die KV BW abgerechnet.



Wie rechne ich einen Patienten ab, der sich bereits in laufender genehmigter Therapie gem. EBM bei mir befindet und nun am Selektivvertrag teilnimmt?

In diesem Fall sieht der Vertrag den Therapiebeginn frühestens bei PTE2 vor. Zusätzlich ist einmalig bei Behandlungsbeginn die Infoziffer URT anzugeben. Eine eventuelle Verrechnung mit bereits stattgefundenen Sitzungen gem. EBM findet nicht statt. Dies gilt auch, wenn der Patient innerhalb der letzten zwei Jahre in der Praxis behandelt wurde. Die nicht antragspflichtige Psychotherapeutische Akutbehandlung (EBM-Ziffer: 35152) wird ebenfalls als laufende Therapie definiert. Probatorik und Sprechstunde gelten nicht als laufende Therapie.

Wie können bspw. psychiatrische, neurologische oder hausärztliche Leistungen für eingeschriebene Versicherte abgerechnet werden?

Der Psychotherapievertrag mit der BKK Landesverband Süd umfasst ausschließlich psychotherapeutische Leistungen. Andere Leistungen, wie beispielsweise Labor und Verordnungen, werden nach wie vor über einen KV-Schein gemäß EBM abgerechnet.

Sprechstundenangebot und Terminvergabe

Ich habe als Vertragsteilnehmer besondere Pflichten zur Erreichbarkeit bzw. ausreichendem Sprechstundenangebot, was heißt das?

Es ist eine Erreichbarkeit an den Werktagen (Montag bis Freitag, mindestens 20 Stunden wöchentlich) zu gewährleisten. Im Fall der Verwendung von Anrufbeantwortern ist ein zeitnaher Rückruf zu gewährleisten.



Für berufstätige eingeschriebene Versicherte soll bei Bedarf ein Abendtermin pro Woche bis 20.00 Uhr angeboten werden können.

Gibt es besondere Fristen für die Terminvergabe und den Therapiebeginn?

Der Erstkontakt findet innerhalb von zwei Wochen nach Anmeldung, bzw. innerhalb von drei Tagen nach Diagnosesicherung in dringenden Fällen im Sinne der zeitnahen akuten Versorgung statt (PTE1(KJ)).

Der Therapiebeginn erfolgt spätestens vier Wochen nach Diagnosesicherung bei psychotherapeutischer Erstbehandlung (PTE2(KJ)), bzw. spätestens 7 Tage nach Diagnosesicherung in dringenden Fällen im Sinne der zeitnahen akuten Versorgung (PTE1(KJ)).

Gruppentherapie

Wie viele Gruppensitzungen darf ich pro Patient durchführen?

Insgesamt können 20 Einheiten (à 100 Min.) PTE6 (kleine Gruppe: 2-4 Personen) oder 20 Einheiten PTE7 (große Gruppe: 5-9 Personen) abgerechnet werden.

Bei Überschreitung der 20 Einheiten ist bei Erwachsenen eine Übertragung von max. 40 nicht ausgeschöpften Einheiten aus PTE1 – PTE3 möglich. Bei Kindern und Jugendlichen beträgt die entsprechende Höchstgrenze zur Übertragung 60 Einheiten. Sind die 40 bzw. 60 Einheiten maximal ausgeschöpft, kann die Gruppentherapie mit max. 6 Einheiten (à 100 min.) pro Quartal weiter durchgeführt werden.



Können an den Gruppenbehandlungen auch Patienten teilnehmen, die nicht am Facharztvertrag teilnehmen?

Ja, es können z.B. auch Privatpatienten oder Patienten, die nach EBM behandelt werden, in der gleichen Gruppe behandelt werden. Natürlich sind die jeweiligen Abrechnungsregeln zu beachten.

Was passiert, wenn sich die Gruppen vergrößern oder verkleinern?

Maßgeblich für die Abrechnung ist die bei der jeweiligen Sitzung vorhandene Gruppengröße. So kann bei vorübergehender Verkleinerung der Gruppe sowohl die Ziffer für die kleine als auch die Ziffer für die große Gruppe abgerechnet werden (Voraussetzung: entsprechende Diagnose gem. ICD-Liste liegt vor).

Spezialfragen

Gibt es eine Möglichkeit die zur Verfügung stehenden Kontingente zu erweitern?

Ein Neubeginn des Behandlungszyklus kann bei entsprechender wesentlich geänderter Diagnose oder z.B. bei Rückfällen mit unveränderter Diagnosestellung – nach Genehmigung durch die Kasse – erfolgen.

1. DAE - Diagnoseänderung

Grundsätzlich ist es bei wesentlicher Änderung der Diagnose bei einem Patienten möglich, eine frühere Therapieserie (z.B. PTE1 oder PTE2) neu zu starten.

Hierfür ist die Ziffer "DAE" als Leistungsziffer an dem Behandlungstag einzugeben, an dem Sie die geänderte Diagnose feststellen und mit der



Behandlungsserie neu beginnen. Auch die geänderte Diagnose ist an diesem Behandlungstag einzugeben.

2. GDK - Genehmigung durch Krankenkasse

Bei Rückfällen mit unveränderter Diagnosestellung kann der Therapeut bei der Krankenkasse einen begründeten Antrag auf Genehmigung zusätzlicher Therapieeinheiten (sog. GDK) stellen. Nach Genehmigung kann die Behandlungsserie PTE1-PTE4 bzw. PTE6/PTE7 neu begonnen werden, hierfür ist die Ziffer „GDK“ als Leistungsziffer an dem Behandlungstag einzugeben, an dem die Behandlungsserie neu begonnen wird. Das Antragsformular ist in der Vertragssoftware hinterlegt.

Ist ein Konsiliarbericht vorgesehen?

Ein Konsiliarbericht für Patienten im Selektivvertrag wird nicht ausdrücklich gefordert, wird aber insbesondere dann empfohlen, wenn keine Überweisung eines Haus- oder Facharztes vorliegt.

Muss zur Abrechnung eine Überweisung vom Hausarzt/Facharzt vorliegen?

Eine Überweisung ist nicht zwingend erforderlich, ein Direktzugang zum Psychotherapeuten für die Versicherten damit möglich.



