

VERTRAGSSCHULUNG PNP-VERTRAG

AOK BW und BOSCH BKK PNP nach §140a SGB V

Module: Neurologie / Psychiatrie / KJ-Psychiatrie / Psychotherapie

Hinweis: Zur besseren Lesbarkeit wird in dieser Präsentation das generische Maskulinum verwendet.
Die verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich auf alle Geschlechter.

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 Neurologie
- b. Modul Psychiatrie
- c. Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie
- d. Modul Psychotherapie

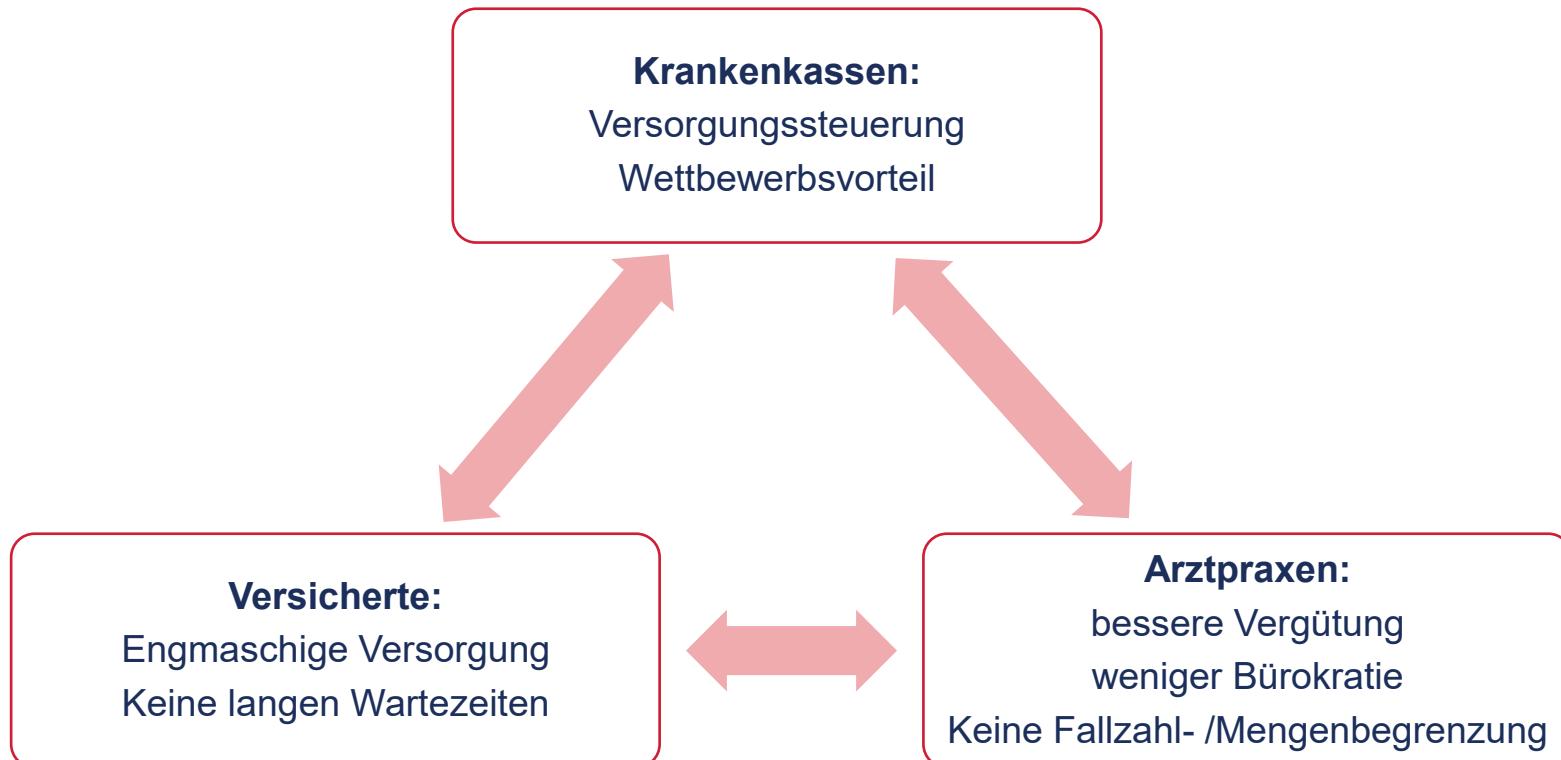
6 Abrechnungsprozess

7 Internetauftritt

WARUM SELEKTIVVERTRÄGE?

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

Vorteile:



ZIELE DES VERTRAGS

- hochwertige ambulante Versorgung
- Bürokratieabbau und mehr Zeit für Gespräche
- Verbesserte Rahmenbedingungen
- Enge Vernetzung (HZV, Fachärzte, Psychotherapeuten)
- Zusammenarbeit mit dem Sozialen Dienst der AOK / Patientenbegleitung der Bosch BKK
- Weniger stationäre Aufenthalte
- Kürzere 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 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 Neurologie
- b. Modul Psychiatrie
- c. Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie
- d. Modul Psychotherapie

6 Abrechnungsprozess

7 Internetauftritt

VORTEILE

FÜR TEILNEHMENDE ÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN

- ✓ Durchschnittlich **höhere Vergütung** als im KV-System
- ✓ **Wegfall des Antrags- und Genehmigungsverfahrens** in der Psychotherapie (Ausnahme: Analytische Psychotherapie)
- ✓ **Keine Fallzahl- oder Mengenbegrenzungen**
- ✓ **Mehr Therapiefreiheit** (innovative Versorgungsformen, erweitertes Spektrum an Therapieverfahren)
- ✓ **wirtschaftliche Sicherung** der Praxen und Planungssicherheit (feste Vergütung, keine Abstaffelung)

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)

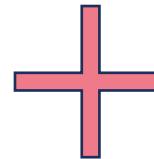
- **Persönlich ermächtigte Ärzte / Psychotherapeuten:**
dürfen Leistungen des Vertrages nur im Rahmen und für die Dauer ihrer persönlichen Ermächtigung selbst erbringen und abrechnen
- **MVZ:**
sind zur Teilnahme berechtigt, wenn Ärzte / Psychotherapeuten angestellt sind, welche die Teilnahmebedingungen 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 Psychotherapie-Vereinbarung verfügen, können vom Beirat zur Erbringung von Leistungen nach Anlage 12 C Psychotherapie zugelassen werden

TEILNAHME- UND ABRECHNUNGSVORAUSSETZUNGEN

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)

ABRECHNUNGSVORAUSSETZUNGEN

▪ Neurologie

- Schwerpunktpraxen (MS, Epilepsie, Parkinson)
- EFA®-Zuschlag (MS, Epilepsie, Parkinson, Demenz)
- Einstellung Hirnschrittmacher, Medikamentenpumpenbetreuung
- Evozierte Potentiale (SEP, MEP, VEP, AEP) / Blinkreflex
- Elektromyographie
- Doppler- / Duplexsonographie
- Schmerztherapie
- EEG
- Langzeit-EEG
- Neurosonologie

▪ Psychiatrie

- EEG

ABRECHNUNGSVORAUSSETZUNGEN

- **Psychotherapie**

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

- **Kinder- und Jugendpsychiatrie**

- EEG
- Langzeit-EEG
- Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung
- Neurophysiologische Untersuchung, z.B. SEP, VEP, AEP, MEP
- Sozialpsychiatrie-Vereinbarung
- Delegation an Therapeutische Mitarbeiter

BESONDERE ANFORDERUNGEN UND REGELUNGEN

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

BESONDERE ANFORDERUNGEN UND REGELUNGEN

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**

BESONDERE ANFORDERUNGEN UND REGELUNGEN

FORTBILDUNGEN

- Teilnahme an **mind. 2 Fortbildungen pro Jahr** (gemäß Anlage 2) für ärztliche Teilnehmer mit mind. 8 CME Punkten zur Diagnostik und Behandlung der Krankheitsbilder des Vertrages

SCHRITTE ZUR VERTRAGSTEILNAHME

1. Unterlagen anfordern / downloaden
2. Schulung absolvieren
3. Vertragssoftware bestellen (Softwarehaus)
4. HZV-Online-Key bestellen (Bestellformular HÄVG)
5. Teilnahmeerklärung und Nachweise einreichen
6. Ggf. fehlende Unterlagen nachreichen
7. Zulassung von MEDIVERBUND erhalten

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 Neurologie
- b. Modul Psychiatrie
- c. Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie
- d. Modul Psychotherapie

6 Abrechnungsprozess

7 Internetauftritt

VORTEILE FÜR VERSICHERTE

- ✓ schnelle und flexible Terminvergabe
- ✓ Begrenzung der Wartezeit
- ✓ Behandlungskoordinierung mit dem Hausarzt
- ✓ intensive ambulante Betreuung
- ✓ breites diagnostisches und therapeutisches Angebot
- ✓ Zuzahlungsbefreiung bei vielen rabattierten Arzneimitteln (AOK)

www.medi-verbund.de → Verträge& Abrechnung → PNP → Allgemeine Informationen und Formulare → **Patientenvorteile auf einen Blick**

VORAUSSETZUNGEN UND REGELUNGEN

FÜR VERSICHERTE

- 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

FACHARZTPROGRAMM AOK BW / BOSCH BKK

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 die **Online-Teilnahmestatusprüfung** in der Vertragssoftware ermittelt
- Teilnahmestatusprüfung jedes Quartal und vor Beantragung der Patientenvertragsteilnahme durchführen!**

HZV-Teilnahmestatus	FAV-Teilnahmestatus
„Patient ist derzeit kein aktiver Vertragsteilnehmer“	„Patient ist derzeit kein aktiver Vertragsteilnehmer“
 Keine Einschreibung möglich	 Einschreibung ins Facharztprogramm möglich

HZV-Teilnahmestatus	FAV-Teilnahmestatus
„Patient ist bereits aktiver Vertragsteilnehmer“	„Patient ist bereits aktiver Vertragsteilnehmer“
 Keine Einschreibung möglich	 Einschreibung ins Facharztprogramm möglich

ONLINE-VERSICHERTENEINSCHREIBUNG

VERSICHERTENAUFLAUFERKLÄRUNG AOK

Wird über die Software
erzeugt und gedruckt

Patientenindividueller
vierstelliger Code
("TE-Code")

Unterschriftenfelder

Nur für AOK-FACHARZTPROGRAMM

AOK FACHARZTPROGRAMM

Teilnahmeerklärung für die besondere ambulante ärztliche Versorgung (AOK-FacharztProgramm) gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) gemäß § 73b SGB V

Mir ist bekannt, dass

- Ich die hier abgegebene Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.
- meine im Rahmen des AOK-FacharztProgramms verarbeiteten 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 vorgegeben sein können, die ich im jeweiligen aktuellen Merkblatt mitgeteilt 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, Auskunft über meine AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramm-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür erbitde ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht. Im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- Ich und die Mandatengesellschaft bzw. ein von mir bestimmtes Abrechnungsunternehmen die Abrechnungs- und Prüfungsbüro notwendigen personenbezogenen Daten erfassen und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenverarbeitung im Rahmen des AOK-FacharztProgramms i.V.m. dem AOK-HausarztProgramm sind im Merkblatt beschrieben.
- Ich bin darüber informiert, dass ich am AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramm teilnehmende Ärzte ein Merkmal gesperrt wird, das erkennen lässt, dass ich am AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramm teilnehme.
- Ich mit meiner Teilnahme am AOK-FacharztProgramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit dem AOK-HausarztProgramm zustimme, ohne dass ich erneut eine Teilnahmeerklärung abgeben 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 Rahmen des AOK-FacharztProgramms eingewilligt habe, kann ich unter Einhaltung einer Sonderkündigungsfrist (siehe Merkblatt) ab dem Zeitpunkt, zu dem ich über die Vertragsänderung informiert wurde, kündigen. In diesem Fall enden für mich alle Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms. Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm bleibt davon unberührt.

Ja, ich möchte an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm) teilnehmen.

Ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm) einschließlich der wissenschaftlichen Begleitung einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beobachtete Übermittlung meiner pseudonymisierten Daten erteile.

Bitte das heutige Datum antragen.

<TE-Code:>

E-Mail für den Patienten

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

für AOK-FACHARZTPROGRAMM

AOK FACHARZTPROGRAMM

teilnahmeerklärung für die besondere ambulante ärztliche Versorgung (AOK-FacharztProgramm) gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) gemäß § 73b SGB V

Ist bekannt, dass

Ich die hier abgegebene Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

meine im Rahmen des AOK-FacharztProgramms verarbeiteten 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 vorgegeben sein können, die ich im jeweiligen aktuellen Merkblatt mitgeteilt 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, Auskunft über meine AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramm-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür erbitde ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht. Im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.

Ich und die Mandatengesellschaft bzw. ein von mir bestimmtes Abrechnungsunternehmen die Abrechnungs- und Prüfungsbüro notwendigen personenbezogenen Daten erfassen und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenverarbeitung im Rahmen des AOK-FacharztProgramms i.V.m. dem AOK-HausarztProgramm sind im Merkblatt beschrieben.

Ich bin darüber informiert, dass ich am AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramm teilnehmende Ärzte ein Merkmal gesperrt wird, das erkennen lässt, dass ich am AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramm teilnehme.

Ich mit meiner Teilnahme am AOK-FacharztProgramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit dem AOK-HausarztProgramm zustimme, ohne dass ich erneut eine Teilnahmeerklärung abgeben 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 Rahmen des AOK-FacharztProgramms 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 enden für mich alle Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms. Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm bleibt davon unberührt.

K-FacharztProgramm) in Verbindung mit der hausarztzentrierten Arbeitung im Rahmen der Teilnahme an mm) i.V.m. der hausarztzentrierten Versorgung einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Daten erteile.

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

ONLINE-VERSICHERTENEINSCHREIBUNG

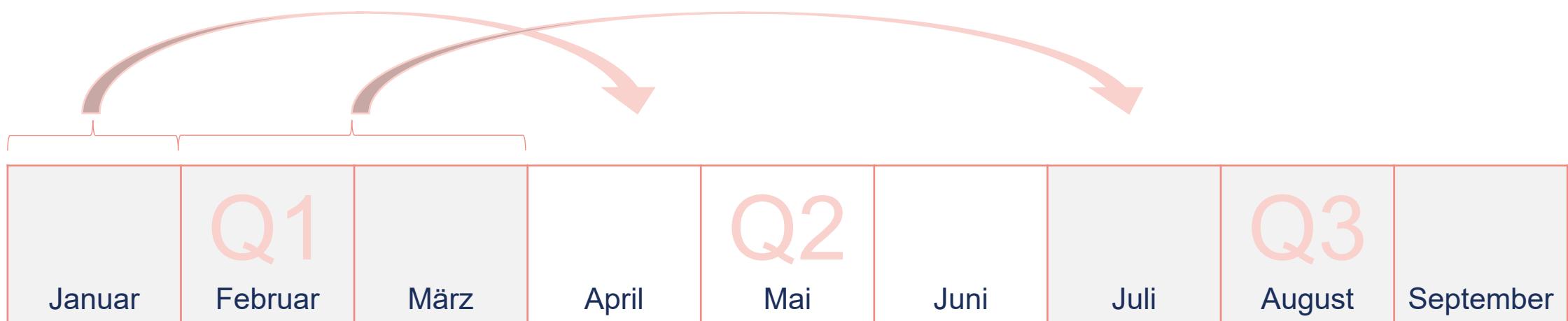
1. Information des Versicherten /Aushändigung des Versicherten-Merkblatts
2. Beantragung der Teilnahme in der Software und Ausdruck der Teilnahmeerklärung (2 Exemplare)
3. beide Exemplare werden vom Versicherten und vom Arzt unterzeichnet (1 Exemplar für den Versicherten, 1 Exemplar zur Aufbewahrung in der Praxis)
4. Übermittlung der Teilnahmeerklärung über die Vertragssoftware unter Eingabe des aufgedruckten vierstelligen Codes

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

ONLINE-VERSICHERTENEINSCHREIBUNG

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 Neurologie
- b. Modul Psychiatrie
- c. Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie
- d. 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

Beispiel: Einschreibung am 15.03.

→ Alle Leistungen in Q1 können über den FAV abgerechnet werden

→ Alle Leistungen in Q2 können über den FAV abgerechnet werden

→ Aktive Teilnahme ab Q3

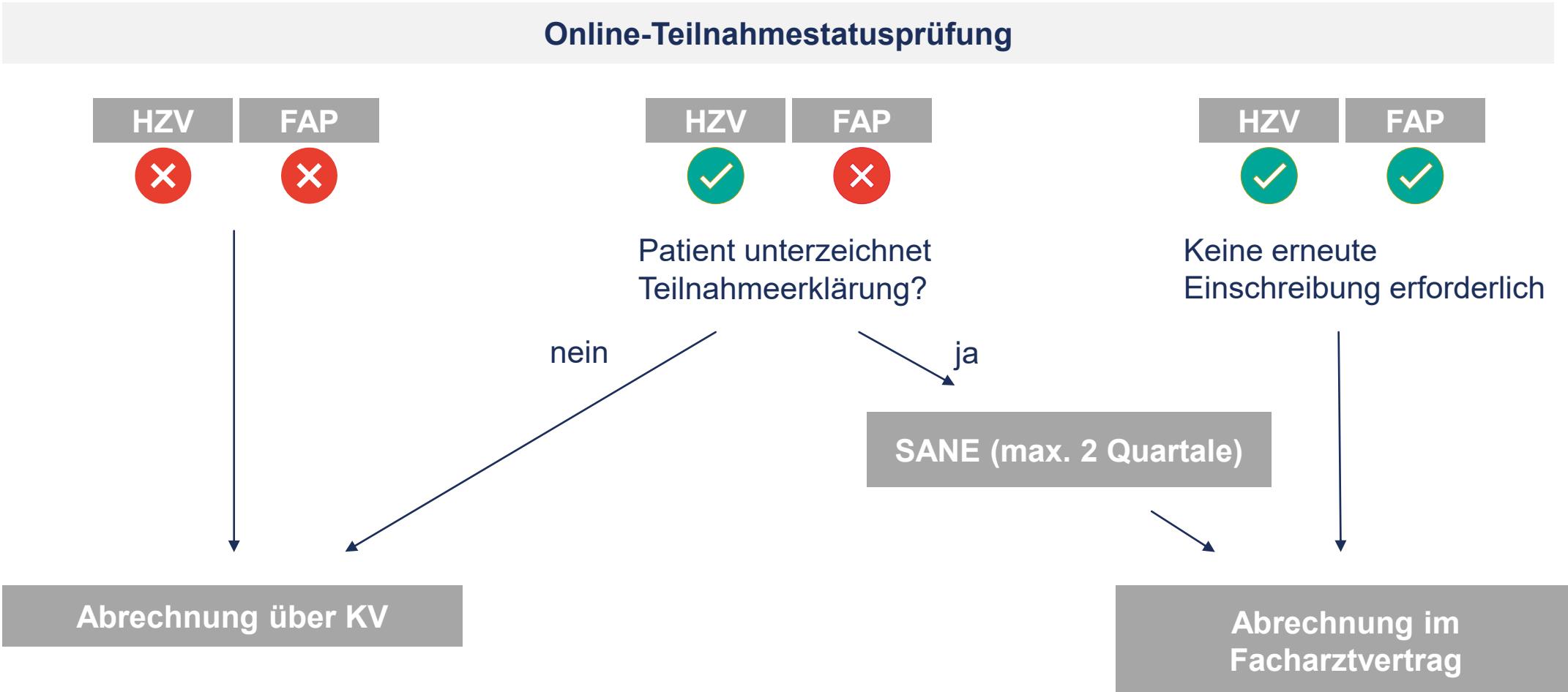


SANE in max. 2 aufeinanderfolgenden Quartalen möglich

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

PRAXISABLAUF

PNP



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 Neurologie
- b. Modul Psychiatrie
- c. Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie
- d. Modul Psychotherapie

6 Abrechnungsprozess

7 Internetauftritt

WICHTIGE DOKUMENTE FÜR DIE ABRECHNUNG

Gesamtziffernkranz (Anlage 12 Anhang 1):
Legt den Leistungsumfang des Vertrages 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

www.medi-verbund.de → Leistungen → Verträge & Abrechnung → PNP AOK BW → Anlagen zum Vertrag

GESAMTZIFFERNKRANZ (GZK)

AUSZUG AOK

- enthaltene EBM-Ziffern dürfen für eingeschriebene Versicherte nicht mehr über die KV abgerechnet werden!
- Ausnahme: Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie: EBM-Kapitel 14 ist für Versicherte der Bosch BKK nach wie vor über die KV abrechenbar
- nicht aufgelistete EBM-Ziffern: für teilnehmende Versicherte weiterhin über KV abrechenbar – Ausnahme 88895 (SPV): hier besteht ein Abrechnungsausschluss

EBM-Grunddaten		Änderungsdatum	Änderungsvermerk	HZV	Kardiologie	Gastroenterologie	PNP	Orthopädie	Urologie
GOP	Beschreibung			Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung
14218	Zusatzauszahlung für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung gem. Allgemeiner Bestimmungen 4.3.10.1 oder 4.3.10.2	01.10.2023	Ausbudgetierung zum 01.04.2023	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	obligatorisch	FAV-Leistung	FAV-Leistung
14220	Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	01.10.2023	Ausbudgetierung zum 01.04.2023	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	obligatorisch	FAV-Leistung	FAV-Leistung
14221	Gruppenbehandlung	01.01.2019	GZK-Relevanz (KJPY)	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	nicht obligatorisch	FAV-Leistung	FAV-Leistung
14222	Anleitung Bezugs- oder Kontaktperson	01.10.2023	Ausbudgetierung zum 01.04.2023	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	obligatorisch	FAV-Leistung	FAV-Leistung
14223	Videogestützte Maßnahmen einer funktionellen Entwicklungstherapie durch qualifizierte Mitarbeiter gemäß § 3 der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung	01.01.2022	neue Ziffer befristet vom 15.05.2020 bis 31.03.2021 mit Verlängerung bis 30.09.2021 und weiterer Verlängerung bis 31.12.2021 und weiterer Verlängerung bis 31.03.2022	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	nicht obligatorisch	FAV-Leistung	FAV-Leistung
14240	Psychiatrische Betreuung	01.10.2023	Ausbudgetierung zum 01.04.2023	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	obligatorisch	FAV-Leistung	FAV-Leistung
14310	Funktionelle Entwicklungstherapie (Einzelbehandlung)	01.01.2019	GZK-Relevanz (KJPY)	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	obligatorisch	FAV-Leistung	FAV-Leistung
14311	Funktionelle Entwicklungstherapie (Gruppenbehandlung)	01.01.2019	GZK-Relevanz (KJPY)	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	nicht obligatorisch	FAV-Leistung	FAV-Leistung
14312	Untersuchung zur funktionellen Entwicklung	01.01.2019	GZK-Relevanz (KJPY)	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	obligatorisch	FAV-Leistung	FAV-Leistung

LABORLEISTUNGEN

- Umgang mit Laborleistungen, die im **Gesamtziffernkranz (GZK)** abgebildet sind:
 - In den Pauschalen des Vertrags enthalten
 - Anforderung erfolgt über ein mit dem Labor geregeltes Verfahren (anstatt mittels Laborüberweisung Muster 10/10A)
 - Verrechnung erfolgt direkt zwischen Arzt und Labor
- Umgang mit Speziallaborleistungen, die **nicht im GZK** abgebildet sind:
 - Werden weiterhin über Muster 10 beim Labor angefordert und dem Labor vergütet

- Fragen Sie beim Labor nach, wie Anforderungen für in Selektivverträge eingeschriebene Patienten gekennzeichnet werden sollten.
- Bei Unsicherheit, prüfen Sie den GZK auf die jeweilige Laborziffer.

HINWEIS ZUM WIRTSCHAFTLICHKEITSBONUS

Ärzte können bei wirtschaftlicher Veranlassung und Erbringung von Laborleistungen einen Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001 EBM) erhalten.

Bei der Berechnung werden auch selektivvertragliche Fälle berücksichtigt. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Fälle als Pseudofall in Ihrer KV-Abrechnung erscheinen.

- * Für jeden Selektiv-Patienten sollten Sie daher einen sogenannten Pseudofall im KV-System anlegen und mit der Kennziffer **88192** versehen

ICD-LISTE: BEISPIEL MODUL PSYCHIATRIE - AUSZUG

Bei Vorliegen gekreuzter Diagnosen sind entsprechende Leistungen abrechenbar

AOK-FacharztProgramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Anlage 12_Anhang 2

	Diagnosen	Psychiatrie										
ICD-Kode	ICD-Klartext	PYP2a_Schizophrenie, Wahn, psychotische Störungen	PYP2b_Persönlichkeitstörungen	PYP2c_Angststörungen_Zwangsstörungen	PYP2d_Affektive Störungen	PYP2e_Posttraumatische Belastungsstörungen	PYP2f_Verhaltens- und Essstörungen	PYP2g_Störungen durch Alkohol und andere Suchtmittel	PYP2h_Demenz	PYE1_Psychiatrische supportive Gesprähsbehandlung	PYE1a_Angehörigengespräch bei Demenz - nur in Kombination mit Verhaltensstörung (U63.-t)	PYE5/ PYE6_Psychoedukative Gruppe
F00.0	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit frühem Beginn (Typ 2)								x		x	
F00.1	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1)								x		x	
F00.2	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form								x		x	
F00.9	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet											
F01.0	Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn								x		x	
F01.1	Multiinfarkt-Demenz								x		x	
F01.2	Subkortikale vaskuläre Demenz								x		x	
F01.3	Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz								x		x	
F01.8	Sonstige vaskuläre Demenz											
F01.9	Vaskuläre Demenz, nicht näher bezeichnet											

HONORARANLAGE

- enthält die Abrechnungsziffern, -regeln und Vergütungen
- spezielle Abrechnungsregeln in jedem Modul
- modulübergreifende Abrechnungsregeln
- bestimmte Ziffern können nur abgerechnet werden, wenn uns der Nachweis über das Gerät oder die Qualifikation vorliegt

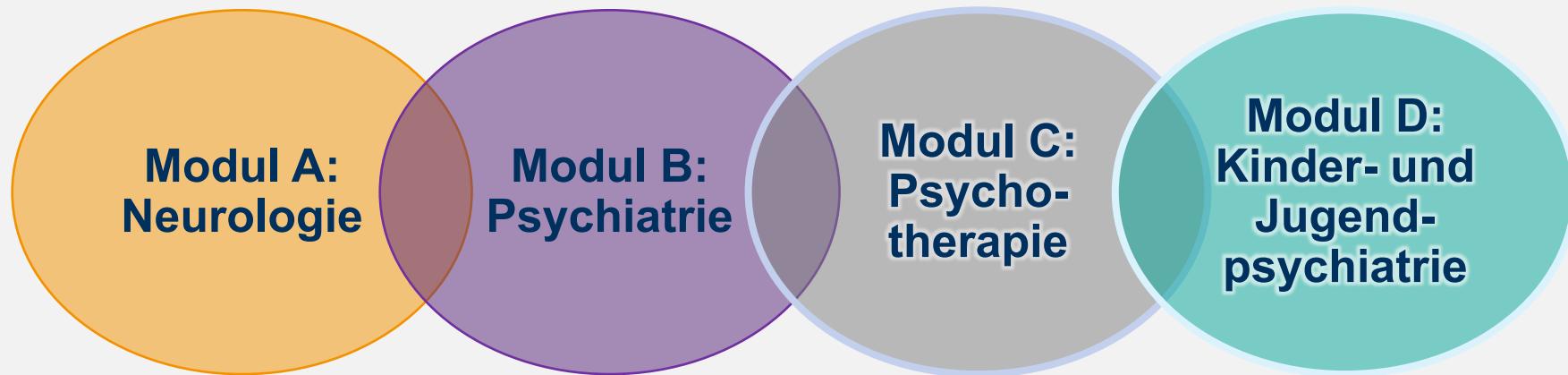
2. Einzelleistungen			
<p>Einzelleistungen sind, soweit für die jeweilige Vergütungsposition in der Spalte „Vergütungsregeln“ nicht abweichend geregelt, pro Patient nur einmal pro Quartal abrechenbar. Hier von ausgenommen sind begründete Verschlechterungen und Notfälle. Der FACHARZT kann nicht für denselben Versicherten im selben Quartal Auftragsleistungen und Einzelleistungen nebeneinander abrechnen.</p>			
NE1	Liquorpunktion	<ul style="list-style-type: none">• vom FACHARZT pro Quartal abrechenbar• max. 2 x pro Quartal• nur abrechenbar bei Vorliegen einer Verdachtsdiagnose gemäß Anhang 2 zur Anlage 12• nach Durchführung der Leistung ist die ursprüngliche Verdachtsdiagnose immer als gesichert oder ausgeschlossen zu kodieren• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b) erforderlich.	160,00 EUR
NE2a	Einzelleistung zur Betreuung und Nachsorge bei Multipler Sklerose - Dauer mehr als 2 Stunden	<ul style="list-style-type: none">• Maximal einmal pro Tag abrechenbar• Nicht am selben Tag neben NE2B und NE2C abrechenbar.• Nur abrechenbar bei Vorliegen gesicherter Diagnosen gemäß gesonderter Liste für NP2B1 (Anhang 2)	53,00 EUR

Auszug aus der
Honoraranlage
Modul Neurologie

MODULSYSTEMATIK PNP-VERTRAG

PNP-Vertrag

- Vollversorgungsvertrag mit eigener Vergütungsstruktur und vier Vertragsmodulen
- spezielle Abrechnungsregeln in jedem Modul
- modulübergreifende Abrechnung möglich



LEGENDE

-  Fernbehandlung möglich (telemedizinischer APK per Video, Telefon oder Messenger möglich)
-  nicht delegierbare Leistung
-  nur abrechenbar bei Vorliegen gesicherter Diagnosen (gem. ICD-Liste)
-  wird bei Vorliegen der Voraussetzungen automatisch erzeugt
-  es muss ein entsprechender Nachweis bei der MEDIVERBUND AG vorliegen

DEFINITION ARZT-PATIENTEN-KONTAKT (APK)

APK=

- die Interaktion eines Facharztes und/oder eines medizinisch qualifizierten Praxismitarbeiters und dem Patienten und/oder dessen Bezugsperson
- 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 erbracht, also nicht am gleichen Ort und/ oder nicht zur gleichen Zeit.

Bitte beachten: Falls in einem Quartal ausschließlich telemedizinische Kontakte stattfinden,
bitte den Fall mit der Ziffer **FBE** (Fernbehandlung) kennzeichnen.

AGENDA

1 Grundlagen, Ziele und Systematik

**2 Teilnahme des Arztes /
Psychotherapeuten**

3 Teilnahme der Versicherten

**4 Sofortabrechnung nach Einschreibung
(SANE)**

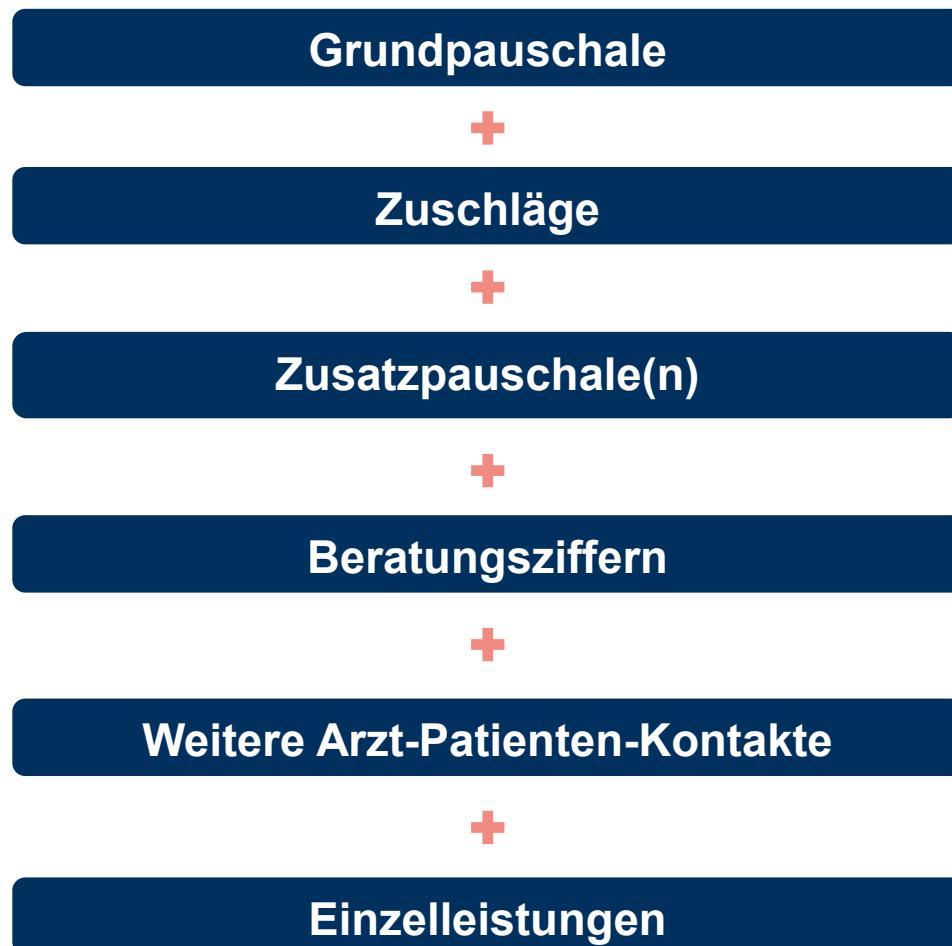
5 Vergütungs- und Abrechnungssystematik

- a. Modul Neurologie
- b. Modul Psychiatrie
- c. Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie
- d. Modul Psychotherapie

6 Abrechnungsprozess

7 Internetauftritt

ABRECHNUNGSSYSTEMATIK MODUL NEUROLOGIE



oder

Auftragsleistungen

GRUNDPAUSCHALEN UND DEREN ZUSCHLÄGE

NP1 Grundpauschale	1 x pro Quartal	 	35,00 €	
NP1A Überweisung vom HZV-Hausarzt	additiv zu NP1	 	10,00 €*	
oder	Eingabe der Überweiser LANR und BSNR in die Software			
NP1H Grundpauschale Heim	1x pro Quartal		50,00 €	
+ NQ3 Zuschlag Blinkreflex / evozierte Potenziale			2,00 €	
+ NQ5 Zuschlag Elektromyographie			2,00 €	
+ NQ6 Zuschlag Duplex- / Dopplersonographie			7,00 €	
+ NQ7 Zuschlag Rationale Pharmakotherapie			4,00 €	
+ NQ10 Zuschlag Neurosonologie			5,00 €	
oder NV1 Vertretungspauschale	1x pro Quartal	Fernbehandlung möglich sofern Erstkontakt persönlich erfolgt ist		12,50 €

*Bosch BKK 5,00 €

ZUSATZPAUSCHALEN

„SPEZIELLE NEUROLOGIE“

NP2A1	Zerebrovaskuläre Krankheiten	1 x pro Quartal	  	19,00 €
	+ NP2A2 Beratungszuschlag	2 x pro Quartal max. 5 / 4 Quartalen	  	20,00 €
NP2B1	Multiple Sklerose	1 x pro Quartal	  	32,00 €
	+ NP2B2 Beratungszuschlag	2 x pro Quartal	  	20,00 €
	+ NQ1A Zuschlag Schwerpunktpraxis MS			2,00 €
	+ NQ2A Zuschlag EFA® MS			5,00 €
NP2C1	Epilepsie	1 x pro Quartal	  	26,00 €
	+ NP2C2 Beratungszuschlag	2 x pro Quartal	  	20,00 €
	+ NQ1B Zuschlag Schwerpunktpraxis Epilepsie			2,00 €
	+ NQ2B Zuschlag EFA® Epilepsie			5,00 €
	+ NQ4 Zuschlag Qualifikation Langzeit EEG			2,00 €

ZUSATZPAUSCHALEN

„SPEZIELLE NEUROLOGIE“

NP1D1	Parkinson und Extrapiramidale Syndrome	1 x pro Quartal	  	26,00 €
	+ NP2D2 Beratungszuschlag	2 x pro Quartal	  	20,00 €
	+ NQ1C Zuschlag Schwerpunktpraxis Parkinson			2,00 €
	+ NQ2C Zuschlag EFA® Parkinson			5,00 €
NP2E1	Demenz	1 x pro Quartal	  	14,00 €
	+ NP2E2 Beratungszuschlag	1 x pro Quartal	  	20,00 €
	+ NQ2D Zuschlag EFA® Demenz			5,00 €
NP2F1	Polyneuropathie	1 x pro Quartal	  	14,00 €
	+ NP2F2 Beratungszuschlag	2 x pro Quartal max. 5 / 4 Quartalen	  	20,00 €
NP2G1	Verletzungen des Rückenmarks	1 x pro Quartal	  	19,00 €
	+ NP2G2 Beratungszuschlag	2 x pro Quartal max. 5 / 4 Quartalen	  	20,00 €

ENTLASTUNGSASSISTENTIN IN DER FACHARZTPRAXIS (EFA®)

- Weiterbildung für Medizinische Fachangestellte und vergleichbar qualifizierte Mitarbeiter in der Facharztpraxis
- Angebot des IFFM e.V.
- AKTUELL:
 - Weiterbildung zur EFA® Neurologie (NQ2)
- Weiterbildungslehrgänge bis Quartal 3 / 2022:
 - EFA®-Grundmodul (früher Fachnurse) für die Krankheitsbilder MS, Epilepsie, Parkinson und Demenz berechtigt zur Zuschlagsvergütung NQ2A bis NQ2D
 - Zusätzliches EFA®-Aufbaumodul berechtigt zur Zuschlagsvergütung NQ2

NQ2	Zuschlag EFA® Neurologie	1 x pro Quartal auf alle Zusatzpauschalen (NP2A1-G1 und NP3A/B)	 10,00 €*
------------	--------------------------	---	--

*Bosch BKK 5,00 €

ZUSATZPAUSCHALEN

„PAUSCHALE NEUROLOGIE“

NP3A	Pauschale neurologische Versorgung (1.)	1 x pro Quartal	 	50,00 €
NP3B	Pauschale neurologische Versorgung (2.)	2 x 4 Quartale	 	35,00 €

Diese Ziffern können immer dann angesetzt werden, wenn fallbezogen keine NP2A1-G1 abgerechnet wird.

EINZELLEISTUNGEN

NE1	Liquorpunktion	2 x pro Quartal		160,00 €
NE2A	Betreuung und Nachsorge: Dauer mehr als 2 Std.			53,00 €
NE2B	Betreuung und Nachsorge: Dauer mehr als 4 Std.			101,00 €
NE2C	Betreuung und Nachsorge: Dauer mehr als 6 Std.			148,00 €
NE2D	Schubtherapie bei Multipler Sklerose	5 x pro Quartal		55,00 €
NE3	Einstellung Hirnschrittmacher nach op. Behandlung	3 x 4 Quartale	 	45,00 €
NE4	Medikamentenpumpenbetreuung (Parkinson, Erkr. Rückenmark)	4 x 4 Quartale	 	50,00 €
NE5	Besuche im Heim zur Unzeit auf Anforderung Heim			40,00 €
NE7	Schmerztherapeutische Versorgung	1 x pro Quartal		50,00 €
NE9	Plexusanalgesie, Spinal- oder Periduralanalgesie			50,00 €

EINZELLEISTUNGEN

NE10a	Neuein-/Umstellung auf rab. Antiepileptikum (Levetiracetam)		10,00 €
NE10b	Neuein-/Umstellung auf rab. Antiepileptikum (Lamotrigin)		10,00 €
NE11a	Neuein-/Umstellung auf rab. Parkinsonth. (Ropinirol)		10,00 €
NE11b	Neuein-/Umstellung auf rab. Parkinsonth. (Pramipexol)		10,00 €
NE12a	Neuein-/Umstellung auf rab. Antipsychotikum (Olanzapin)		10,00 €
NE12b	Neuein-/Umstellung auf rab. Antipsychotikum (Quetiapin)		10,00 €
max. 1 x pro Quartal und max. 2 x pro Kalenderjahr			
NE13	Erstbehandlung Botulinumtoxintherapie		80,00 €
NE14	Folgebehandlung Botulinumtoxintherapie		50,00 €

ZUSCHLÄGE UND PAUSCHALEN

NZ1

zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt



15,00 €

- zusätzliche Arzt-Patienten-Kontakte (APK) werden mit der Ziffer NZ1 abgerechnet
- die Vergütung erfolgt ab dem 3. APK innerhalb von 4 Quartalen
- Um die Vergütung zu erhalten, müssen alle APK mit der Ziffer NZ1 dokumentiert werden

AUFTAGSLEISTUNGEN

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

NA0	Auftragsgrundpauschale		12,50 €
NA1	Liquorpunktion		160,00 €
NA3	Einstellung Hirnschrittmacher		45,00 €
NA4	Medikamentenpumpenbetreuung		50,00 €
NA6	Evozierte Potentiale / Blinkreflex		13,00 €
NA7	Langzeit-EEG		50,00 €
NA8	Elektromyographie		19,00 €
NA9	Doppler-/Duplexsonographie		25,00 €
NA10	EEG		25,00 €
NA12	Schmerztherapeutische Versorgung		50,00 €
NA14	Plexusanalgesie, Spinal- oder Periduralanalgesie		50,00 €
NA16	Erstbehandlung Botulinumtoxintherapie		80,00 €
NA17	Folgebehandlung Botulinumtoxintherapie		50,00 €

ABRECHNUNGSBEISPIEL

Grundpauschale	NP1	1. Termin	35,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	NP1A	1. Termin	10,00 €*
Zusatzpauschale Parkinson und Extrapiramidale Syndrome	NP2D1	1. Termin	26,00 €
Beratungszuschlag (10 Min. Gesprächszeit)	NP2D2	1. Termin	20,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ6---	1. Termin	7,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ1C---	1. Termin	2,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ2C---	1. Termin	5,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ3---	1. Termin	2,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ5---	1. Termin	2,00 €
Beratungszuschlag (10 Min. Gesprächszeit)	NP2D2	2. Termin	20,00 €
		Summe:	129,00 €

*Bosch BKK 5,00 €

Praxisausstattung

(Geräte- / Qualifikationsnachweise):

- NQ6 Doppler- und Duplexsonographie
- NQ1c Schwerpunktpraxis Parkinson
- NQ2c EFA® Parkinson
- NQ3 Evozierte Potentiale
- NQ5 EMG

Ähnlich bei den anderen
„Erkrankungen aus dem Bereich
„Spezielle Neurologie““

ABRECHNUNGSBEISPIEL

Grundpauschale	NP1	1. Termin	35,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	NP1A	1. Termin	10,00 €*
Zusatzpauschale PNV	NP3A	1. Termin	50,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ6---	1. Termin	7,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ2---	1. Termin	10,00 €*
Qualitätszuschlag	---NQ3---	1. Termin	2,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ5---	1. Termin	2,00 €
Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (2. Kontakt)	NZ1	2. Termin	---APK---
Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (3. Kontakt)	NZ1	3. Termin	15,00 €
		Summe:	131,00 €

*Bosch BKK 5,00 €

Praxisausstattung

(Geräte/Qualifikationsnachweise):

- NQ6 Doppler- und Duplexsonographie
- NQ2 EFA® Neurologie
- NQ3 Evozierte Potentiale
- NQ5 EMG

Migräne-Patient
mit 3 Terminen im Quartal

Ähnlich bei den anderen
Erkrankungen/Diagnostikfällen aus
dem Bereich „Pauschale Neurologie“

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 Neurologie
- b. **Modul Psychiatrie**
- c. Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie
- d. Modul Psychotherapie

6 Abrechnungsprozess

7 Internetauftritt

ABRECHNUNGSSYSTEMATIK MODUL PSYCHIATRIE

Grundpauschale

+

Zuschläge

+

Zusatzpauschale

+

Einzelleistungen

oder

Auftragsleistungen

GRUNDPAUSCHALEN UND DEREN ZUSCHLÄGE

PYP1 Grundpauschale +	1 x pro Quartal	 	17,00 €
PYP1A Überweisung vom HZV-Hausarzt	additiv zu PYP1	 	10,00 €*
oder	Eingabe der Überweiser LANR und BSNR in die Software		
PYP1H Grundpauschale Heim	1x pro Quartal		55,00 €
+ PYQ2 Zuschlag Rationale Pharmakotherapie			4,00 €
oder			
PYV1 Vertretungspauschale	1x pro Quartal	Fernbehandlung möglich sofern Erstkontakt persönlich erfolgt ist  	12,50 €

*Bosch BKK 5,00 €

ZUSATZPAUSCHALEN

PYP2A Schizophrenie, Wahn, psychotische Störungen	1 x pro Quartal	  	24,00 €
PYP2B Persönlichkeitsstörungen	1 x pro Quartal	  	12,00 €
PYP2C Angststörungen, Zwangsstörungen	1 x pro Quartal	  	17,00 €
PYP2D Affektive Störungen	1 x pro Quartal	  	22,00 €
PYP2E Posttraumatische Belastungsstörungen	1 x pro Quartal	  	17,00 €
PYP2F Verhaltens- und Essstörungen	1 x pro Quartal	  	17,00 €
PYP2G Störung durch Alkohol und andere Suchtmittel	1x pro Quartal	  	17,00 €
PYP2H Demenz	1x pro Quartal	  	15,00 €

Je Quartal ist nur **eine** psychiatrische Zusatzpauschale abrechenbar!

EINZELLEISTUNGEN

PYE1	psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	max. 5 x pro Tag max. 30 x pro Quartal	⚠️  	21,00 €
PYE1A	Angehörigengespräch (10 Min.)*	2 x 4 Quartale	⚠️  	21,00 €
PYE2	Diagnostik und Testung Demenz	1 x 4 Quartale	⚠️	41,00 €
PYE3	Besuch im Heim zur Unzeit			40,00 €
PYE4A	Neuein-/Umstellung auf rab. Antipsychotikum (Olanzapin)		10,00 €	
PYE4B	Neuein-/Umstellung auf rab. Antipsychotikum (Quetiapin)		10,00 €	
PYE5**	Psychoedukative Gruppe (klein, 2-5 Personen)	max. 15 x	⚠️	72,50 €
PYE6**	Psychoedukative Gruppe (groß, 6-9 Personen)	max. 15 x	⚠️	38,50 €

*bei Demenz mit Verhaltensstörung (ICD U63.-!)

**auch bei Teilnahme von Angehörigen/Bezugspersonen

max. 1 x pro Quartal und max. 2 x pro Kalenderjahr

ZUSCHLÄGE

PYZ1	Psychiatrische Anschlussbehandlung nach stationärem Aufenthalt	max. 5 x in 12 Wochen	20,00 €
-------------	--	-----------------------	---------

- Zuschlag für zeitnahe psychiatrische Anschlussbehandlung nach stationärem Aufenthalt
- Ziel ist es, die Behandlungskontinuität zu fördern und zu sichern
- Abrechenbar als Zuschlag auf PYE1 – bitte beide Ziffern taggleich abrechnen
- Voraussetzung: Beginn der ambulanten Behandlung spätestens 14 Tage nach Entlassung

AUFTAGSLEISTUNGEN

PYA0	Auftragsgrundpauschale	1 x Quartal		12,50 €
------	------------------------	-------------	--	---------

PYA1	Auftragsleistung EEG	2 x Quartal		25,00 €
------	----------------------	-------------	--	---------

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

ABRECHNUNG WÄHREND STATIONÄREM AUFENTHALT

- **Grundsätzlich gilt:**

während eines stationären Aufenthalts sind keine ambulanten Leistungen abrechenbar

- **Ausnahmeregelung im Modul Psychiatrie im PNP-Vertrag**

im Einzelfall ist, insbesondere bei schweren psychischen Erkrankungen, die Abrechnung im PNP-Vertrag auch für Patienten während der stationären Behandlung möglich, um einen nahtlosen Übergang aus der stationären in die ambulante psychiatrische Versorgung zu ermöglichen (inkl. nahtlose medikamentöse Therapie / Koordination Unterstützungsangebote), sofern deren Entlassung innerhalb der nächsten 14 Tage bereits geplant ist

ABRECHNUNGSBEISPIEL

Grundpauschale	PYP1	1. Termin	17,00 €
Überweisung vom HZV-Arzt	PYP1A	1. Termin	10,00 €*
Zusatzpauschale Angststörungen	PYP2C	1. Termin	17,00 €
Psychiatrisches Gespräch (Insgesamt 50 Min. Gesprächszeit)	PYE1	1. Termin	21,00 €
	PYE1	1. Termin	21,00 €
	PYE1	1. Termin	21,00 €
	PYE1	1. Termin	21,00 €
	PYE1	1. Termin	21,00 €
Summe:			149,00 €

*Bosch BKK 5,00 €

Patient mit Angststörung
Behandlung an einem Termin mit
insgesamt 50 Minuten
Gesprächszeit

Ähnlich bei den
anderen Erkrankungen

- insgesamt können im Quartal bis zu 300 Min. Gesprächszeit abgerechnet werden (max. 50 Min. pro Behandlungstag)
- jede weitere Gesprächseinheit (PYE1) erhöht den Fallwert um 21,00 €!

PHARMAQUOTEN

Im PNP-Vertrag gibt es 3 unterschiedliche Pharmaquoten (grün-blau-rot), die automatisch von MEDIVERBUND auf Basis der übermittelten Verordnungsdaten berechnet und bei Erreichen der Quote vergütet werden:



Grün hinterlegt sind: Patentfreie Arzneimittel (**Generika**), für welche die Kasse im Rahmen von Ausschreibungen Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen hat.

(Bei Quote $\geq 90\%$ → Vergütungszuschlag = **2,50€**)



Blau hinterlegt sind: Patentgeschützte und / oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel, für die Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen wurden.

(Bei Quote $\geq 70\%$ → Vergütungszuschlag = **1,00€**)



Rot hinterlegt sind: Arzneimittel, die in der Regel durch qualitative und wirtschaftliche Alternativen unter Beachtung medizinischer Ausschlusskriterien substituiert werden können.

(Bei Quote $\leq 3\%$ → Vergütungszuschlag = **0,50€**)



Orange hinterlegt sind: Ausgewählte Original-Arzneimittel, die durch wirtschaftliche Alternativen (rabattierte „blau“ gekennzeichnete Original-Arzneimittel) ersetzt werden können.

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 Neurologie
- b. Modul Psychiatrie
- c. Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie
- d. Modul Psychotherapie

6 Abrechnungsprozess

7 Internetauftritt

MODUL KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Grundpauschale + Zuschlag für Überweisung

Anamnese und Diagnostik



Erweiterte Diagnostik

- Arzt
- Therapeutischer Mitarbeiter

→ gesicherte Diagnose

Gemeinsame Entscheidungsfindung zur Therapieplanung

Individualbehandlung

- Arzt
- Therapeutische Mitarbeiter

Gruppenbehandlung

- Psychiatrische Gruppenbehandlung (Arzt)
- Gruppenübungsbehandlung (Therapeutische Mitarbeiter)

Collaborative Care

Zuschlag für multidisziplinäre Zusammenarbeit

Zuschlag zeitnahe Anschlussbehandlung nach stat. Aufenthalt

Zuschlag SPV

Einzelleistungen

- Gem. EBM
14320
14321
14330
14331

Behandlungsansatz Lebensumfeld

Zuschlag für Besuchsaufwand

Hilfeplankonferenz

GRUNDPAUSCHALE

KJPYP1 Grundpauschale	1 x pro Quartal		22 €
KJPYP1A Überweisung vom HzV-Hausarzt (HzV-Kinderarzt)	additiv zu PTP1		10 €
oder Eingabe der Überweiser LANR und BSNR in der Software			
KJPYV1 Vertreterpauschale	1x pro Quartal		12,50 €

- Die Behandlung ist bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, in Einzelfällen bis zum vollendeten 25. Lebensjahr möglich. Dies gilt auch bei einer Erstdiagnose ab 18 Jahren, wenn dies nachvollziehbar ist und vom jungen Erwachsenen akzeptiert wird.
- Überweisung für die Erstbehandlung erforderlich, die Überweisung gilt quartalsübergreifend, d.h. KJPYP1A kann laufend additiv zur Grundpauschale abgerechnet werden, wenn eine Überweisung des HzV-Hausarztes/- Kinderarztes zu Beginn der Behandlung vorliegt.

ZUSATZPAUSCHALEN

1 Einheit entspricht 10 Min.

KJPYP2 Anamnese und Diagnostik	max. 10 Einheiten à 10 Min. / 4 Q	 19 €
KJPYP3 Erweiterte Diagnostik (Arzt)	max. 20 Einheiten à 10 Min. / 4 Q	 19 €
KJPYP3D Erweiterte Diagnostik (Therap.MA)		 12 €
KJPYP4 gemeinsame Entscheidungsfindung zur Therapieplanung und zur Förderung von Schutzfaktoren bzw. Minderung von Risikofaktoren	max. 10 Einheiten à 10 Min. / 4 Q	  gesicherte Diagnose 19 €

- Einheiten können auf mehrere Termine innerhalb von 4 aufeinanderfolgenden Quartalen verteilt werden.
- viele Vertragssoftwaren beherrschen kein Faktorverfahren. D.h. statt 5 x KJPYP2 muss die Ziffer dann fünfmal hintereinander dokumentiert werden (KJPYP2, KJPYP2...) Tipp: Erkundigen Sie sich bei Ihrem Softwarehaus nach dem erforderlichen Vorgehen.
- einmalig pro Arzt-Patienten-Beziehung abrechenbar, Ausnahme: erneut nach 4 Quartalen in Folge ohne APK oder nach Diagnosenänderung (DAE) abrechenbar

ZUSATZPAUSCHALEN

KJPYP5 Collaborative Care	1 x pro Quartal	  	24 €
---------------------------	-----------------	---	------

„Kooperationszuschlag“ → zusätzlich abrechenbar bei gesicherter Diagnose entsprechend **psychosozialem Bedarf 2**

Zuschlag für die aktive integrative Vernetzung, z.B. :

- multidisziplinäre Kooperation, insbesondere auch mit den betreuenden Kinder-, Jugendärzten/Hausärzten und Psychotherapeuten
- verstärkte interdisziplinäre Abstimmung
- Kooperation mit dem Sozialen Dienst (→ Infoziffer KSD)
- auch im Rahmen der Transition (→ Infoziffer TST)
- Information zu speziellen Angeboten der AOK BW

EINZELLEISTUNGEN

1 Einheit entspricht 10 Min.

KJPYE1 Individualbehandlung (Arzt)	max. 50 Einheiten à 10 Min. pro Quartal	Psychosozialer Bedarf 1	  	19 €
KJPYE1D Individualbehandlung (Therap.MA)			 	12 €

KJPYE2 Individualbehandlung (Arzt)	max. 100 Einheiten à 10 Min. pro Quartal	Psychosozialer Bedarf 2	  	19 €
KJPYE2D Individualbehandlung (Therap.MA)			 	12 €

- liegen sowohl Diagnosen für Bedarf 1 als auch Bedarf 2 vor, sind max. 1000 Min. abrechenbar
- der Ziffernzusatz „D“ steht für „Delegation“. Die Ziffern sind bei Behandlung durch Therapeutische Mitarbeiter (gemäß Delegation durch den Facharzt) abrechenbar, Leistungsinhalte gemäß EBM 04242, 14310, 14222, 30300

EINZELLEISTUNGEN

Achtung: bei der Gruppenbehandlung entspricht 1 Einheit **15 Min.**!

KJPYE3 Psychiatrische Gruppenbehandlung (Arzt)	max. 48 Einheiten à 15 Min. pro Quartal	  	13 €
KJPYE3D Gruppenübungsbehandlung (Therap.MA)		 	9 €

- max. 3 Kinder / Jugendliche gemäß Psychosozialem Bedarf 2 je Behandler
- max. 6 Kinder / Jugendliche gemäß Psychosozialem Bedarf 1 je Behandler
- Bezugspersonen von max. 6 Kindern / Jugendlichen je ärztlichem Behandler

EINZELLEISTUNGEN

KJPYE4 Behandlungsansatz Lebensumfeld (BALU)	1 x pro Quartal	 	40 €
--	-----------------	---	------

„Besuchszuschlag“ → zusätzlich zu Gesprächsleistungen abrechenbar, bei gesicherter Diagnose entsprechend **psychosozialem Bedarf 2**

- aufsuchende Versorgung, z.B. auch Heim, Straße (Reiseaufwand)
- ggf. auch im Rahmen vom Entlassmanagement (z. B. Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung)
- Zur Förderung von Adhärenz, Krankheitsbewältigung, Rückfallprophylase, z.B. bei Obdachlosigkeit / schwierigem Umfeld
- ggf. z.B. zur Unterstützung und Anleitung in schwierigen Alltagssituationen
- **Abrechnung der Gesprächszeit** über KJPYE2 bzw. bei Delegation KJPYE2D

EINZELLEISTUNGEN

KJPYE5 Hilfeplankonferenz	1 x pro Quartal	 	30 €
---------------------------	-----------------	---	------

zusätzlich zu Gesprächsleistungen abrechenbar bei Teilnahme an einer Hilfeplankonferenz

- Hilfeplankonferenzen bestehen aus mindestens drei Personen
- kann persönlich und/oder telefonisch durchgeführt werden
- ggf. Delegation und Supervision von Maßnahmen an Therapeutische Mitarbeiter/innen
- **Abrechnung der Gesprächszeit** im Rahmen von max. 6 Einheiten (= 60Min.) aus dem Kontingent der KJPYE1 oder KJPYE2 (bzw. bei Delegation KJPYE1D oder KJPYE2D) möglich

EINZELLEISTUNGEN

KJPYE6 EEG	analog EBM 14320	2 x pro Quartal	⚠	25 €
KJPYE7 Langzeit-EEG	analog EBM 14321	1 x pro Quartal	⚠	50 €
KJPYE8 Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung	analog EBM 14330	1 x pro Quartal	⚠	13 €
KJPYE9 Neurophysiologische Untersuchung	analog EBM 14331	1 x pro Quartal	⚠	30 €

QUALITÄTSZUSCHLÄGE

KJPYZ1 Strukturzuschlag für SPV-Praxen	1 x pro Quartal	⚠️ ⚡️ 📈 🔍	110 €
bei Teilnahme an der SPV abrechnen			
KJPYZ2 Zuschlag für zeitnahe Anschlussbehandlung nach stationärem Aufenthalt	max. 5 x innerhalb von max. 12 Wochen nach Entlassung	💻	20 €
<ul style="list-style-type: none"> abrechenbar als Zuschlag auf KJPYP2, KJPYP3, KJPYP3D, KJPYP4, KJPYE1 und KJPYE1D, KJPYE2 und KJPYE2D innerhalb von max. 12 Wochen nach Entlassung aus einer psychiatrischen Einrichtung für Neu- und Bestandspatienten Voraussetzung: Beginn der ambulanten Behandlung spätestens 14 Tage nach Entlassung 			

AUFTAGSLEISTUNGEN

KJPYA0 Auftragsgrundpauschale	1 x pro Quartal		12,50 €
KJPYA3 Auftragsleistung psych. Gruppenbehandlung	wie E3		13 €
KJPYA3D Auftragsleistung Gruppenübungsbehandlung	wie E3D		9 €
KJPYA6 Auftragsleistung EEG	2 x pro Quartal		25 €
KJPYA7 Auftragsleistung Langzeit-EEG	1 x pro Quartal		50 €
KJPYA8 Auftragsleistung Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung	1 x pro Quartal		13 €
KJPYA9 Auftragsleistung Neurophysiologische Untersuchung	1 x pro Quartal		30 €

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

INFORMATIONSZIFFERN

TST Transition

Zu dokumentieren bei KJPYE1/D bzw. KJPYE2/D, wenn sich der Gesprächsinhalt mit der Transition des Patienten befasst

KSD Kooperation mit dem Sozialen Dienst

Zu dokumentieren bei KJPYE1/D bzw. KJPYE2/D, wenn der Soziale Dienst eingebunden wurde

DAE Diagnosenänderung

Bei wesentlich geänderter Diagnose (gesichert oder Verdacht) können Ziffern für Anamnese, Diagnostik und gemeinsamen Entscheidungsfindung erneut abgerechnet werden, bei Bedarf einmalig anzugeben

KJPY GDK Genehmigung durch Krankenkasse

In Ausnahmefällen kann auf Grundlage einer entsprechenden Überweisung bei der AOK ein begründeter Antrag auf Genehmigung (sog. GDK) von 50 zusätzlichen Einheiten (=500 Minuten) für die Individualbehandlung (E1/E1D oder E2/E2D) im laufenden Quartal gestellt werden.

Nach Genehmigung durch die AOK für die Abrechnung der zusätzlichen Einheiten einmalig anzugeben

FBE Fernbehandlung

Zu dokumentieren, wenn im Quartal bei einem Patienten ausschließlich telemedizinische Kontakte erbracht wurden

BEHANDLUNG WÄHREND STATIONÄREM AUFENTHALT

- grundsätzlich gilt: während eines stationären Aufenthalts sind keine ambulanten Leistungen abrechenbar
- **Ausnahmeregelung im Modul KJPY im PNP-Vertrag:**

Abrechnung während stationärem Aufenthalt ist im Einzelfall möglich, insbesondere bei schweren psychischen Erkrankungen, um einen nahtlosen Übergang aus der stationären in die ambulante psychiatrische Versorgung zu ermöglichen.

 - ✓ bei geplanter Entlassung in den nächsten 14 Tagen
 - ✓ nach Absprache mit dem behandelnden Krankenhaus

ABRECHNUNGSBEISPIEL MODUL KJPY

Diagnostikfall

Grundpauschale	KJPYP1	1.Termin	22,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt (-Kinderarzt)	KJPYP1A		10,00 €
Anamnese und Diagnostik , 50 Min.	KJPYP2		19,00 €
	KJPYP2		19,00 €
Erweiterte Diagnostik (Therapeutischer Mitarbeiter), 30 Min.	KJPYP3D	2.Termin	12,00 €
	KJPYP3D		12,00 €
	KJPYP3D		12,00 €
Erweiterte Diagnostik (Therapeutischer Mitarbeiter), 90 Min.	KJPYP3D	3.Termin	12,00 €
	KJPYP3D		12,00 €
Strukturzuschlag für SPV-Praxen	KJPYZ1		110,00 €
		Summe:	381,00 €

Praxisvoraussetzungen

- Beschäftigung therapeutischer Mitarbeiter
- Teilnahme SPV

ABRECHNUNGSBEISPIEL MODUL KJPY

Gesicherte Diagnose entsprechend psychosozialem Bedarf 2 liegt vor

Praxisvoraussetzungen

- Beschäftigung therapeutischer Mitarbeiter
- Teilnahme SPV

Grundpauschale	KJPYP1	1.Termin	22,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt (-Kinderarzt)	KJPYP1A		10,00 €
Gemeinsame Entscheidungsfindung zur Therapieplanung, 50 Min.	KJPYP4		19,00 €
	KJPYP4		19,00 €
	KJPYP4		19,00 €
	KJPYP4		19,00 €
Collaborative Care (Einbindung des Sozialen Dienstes)	KJPYP5	2. Termin	22,00 €
Infoziffer: Kooperation mit dem Sozialen Dienst	KSD		
Individualbehandlung (Arzt) 30 Min.	KJPYE2		19,00 €
	KJPYE2		19,00 €
	KJPYE2		19,00 €
Individualbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter), 60 Min.	KJPYE2D	3.Termin	12,00 €
	KJPYE2D		12,00 €
Hilfeplankonferenz	KJPYE5		30,00 €
Individualbehandlung (Arzt) 20 Min.	KJPYE2	Summe:	19,00 €
	KJPYE2		19,00 €
Strukturzuschlag für SPV-Praxen	KJPYZ1		110,00 €

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 Neurologie
- b. Modul Psychiatrie
- c. Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie
- d. Modul Psychotherapie

6 Abrechnungsprozess

7 Internetauftritt

ABRECHNUNGSSYSTEMATIK

Vollversorgungsvertrag mit eigener Vergütungsstruktur

Grundpauschale

+

Einzelleistungen (Einzel- und Gruppentherapie)

+

Zuschläge

oder

Auftragsleistungen

GRUNDPAUSCHALE

PTP1 Grundpauschale	1 x in 4 aufeinanderfolgenden Quartalen		62 €
PTP1A Überweisung vom HZV-Hausarzt	additiv zu PTP1		10 €
oder Eingabe der Überweiser LANR und BSNR zur Ziffer			Bosch BKK: 5 €
PTV1 Vertreterpauschale	1x pro Quartal		12,50 €

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!

AKUTVERSORGUNG – EINZELTHERAPIE

PTE1(KJ) zeitnahe / akute Versorgung	10 (KJ:13) Einheiten in max. 3 Quartalen	  	132-162 €*
<p>Erstkontakte sind auch per <u>Videofernbehandlung</u> möglich</p>			
PTE1SD zeitnahe / akute Versorgung bei Vorstellung durch Sozialen Dienst (AOK) /Patientenbegleitung (Bosch BKK)	10 (KJ13) Einheiten in max. 3 Quartalen	 	158 €

*bei Erreichen von 20/30/45/55 Einheiten PTE1(KJ) pro Quartal wird ein Zuschlag von 8/15/25/30 € auf jede PTE1(KJ) erzeugt

ABRECHNUNGSVORAUSSETZUNGEN PTE1SD

Krankenkasse bzw. Kostenträger
Name, Vorname des Versicherten
geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

AOK FACHARZT PROGRAMM Sozialer Dienst der AOK
Kontaktdaten siehe Fax-/ Adressliste

PNP-Facharzervertrag 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/r unter (Tel. / E-Mail)

Terminvermittlung zwischen PNP-Praxis und SD erbeten; Versicherte/r meldet sich nach Vereinbarung bei der PNP-Praxis

Hilfeplankonferenz (Modul Psychotherapie) – SD bittet um Absprache mit PNP-Praxis

Einwilligungserklärung und Schweigepflichtentbindung des/der Versicherten für die Kontakt- aufnahme 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

Fallrucksprache/n bzw. besprechungen 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)

1. Terminanfrage durch Sozialen Dienst (AOK)/Patientenbegleitung (Bosch BKK)
2. Therapiebeginn erfolgt innerhalb von 14 Tagen nach Eingang des Formulars
3. Rückmeldung der Praxis über dieses Formular

EINBINDUNG SOZIALER DIENST/PATIENTENBEGLEITUNG

Krankenkasse bzw. Kosten träger	AOK HAUSARZT PROGRAMM & AOK FACHARZT PROGRAMM	
Name, Vorname des Versicherten	gebt an:	
Kassenz-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Berufsbuchstabe-Nr.	AZS-Nr.	Datum
<p>Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes (SD) der AOK Baden-Württemberg gemäß §§ 73b, 73c und 140a SGB V</p> <p>Einbindung des SD der AOK Baden-Württemberg durch</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 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: _____ <input type="checkbox"/> PNP-Praxis: Hilfeplankonferenz bei Kindern & Jugendlichen <input type="checkbox"/> Orthopädie-Praxis: Falkkonferenz Rücken: M54.- Rückenschmerz (unspezifisch). Ist durch Angabe eines viersteligen Kodes aus der Gruppe M54.- weiter zu spezifizieren (z. B. M54.5 Kreuzschmerz): M54.____G sowie <input type="checkbox"/> F45.40 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung <input type="checkbox"/> F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren <input type="checkbox"/> F62.80 Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom <p>Vereinbartes Vorgehen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anruf in der Praxis durch SD wird gewünscht. <input type="checkbox"/> Anruf bei dem / der Patient/in oder Erziehungsberechtigten durch SD wird gewünscht. <p>Anruf erbeten am _____ zwischen _____ und _____ Uhr unter Telefon / Handy _____</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Datum, Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r</p> <p>Datum, Praxistempel, Unterschrift Arzt / Ärztin oder Psychotherapeut/in</p>		

Bei Bedarf kann über dieses Formular ein Einbezug des Sozialen Dienstes bzw. der Patientenbegleitung durch die Praxis erfolgen

Analoges Formular für
Patientenbegleitung (Bosch BKK)

ERST- UND WEITERBEHANDLUNG – EINZELTHERAPIE

PTE2(KJ)	Erstbehandlung	20 (KJ:25) Einheiten in max. 4 Quartalen	  	126 €
PTE3(KJ)	Weiterbehandlung	30 (KJ:38) Einheiten in max. 8 Quartalen	  	117 €
PTE3TR	Weiterbehandlung bei Traumata	5 Serien á 30 Einheiten in max. 8 Quartalen (insgesamt 150 Einheiten)	  	117 €
PTE4(KJ)	Niederfrequente Behandlung	6 x pro Quartal, unbegrenzt	  	117 €

Regelungen Einzeltherapie

- Die Reihenfolge der Therapieserien lautet: PTE1-PTE2-PTE3-PTE4
- Am Ende der Ziffer wird das Verfahrenskürzel (V,N,T,P) angegeben (z.B. PTE1V)
- Grundsatz: 1 Einheit (= 50 Min.) pro Tag, im Ausnahmefall sind bis zu 4 Einheiten pro Tag möglich

ANALYTISCHE PSYCHOTHERAPIE

PTE5 Analytische Psychotherapie

Max. 5 x pro Woche, insgesamt 300 Einheiten



117 €

Achtung: hier gilt das Antrags- und Gutachterverfahren gem. PT-Vereinbarung!

GRUPPENTHERAPIE

PTE6 Gruppenbehandlung kl. Gruppe (2-5 P.)	20 Einheiten (á 100 Min.) in max. 6 Quartalen	⚠️ ⓘ️ 🚫	145 €
PTE7 Gruppenbehandlung gr. Gruppe (6-9 P.)			82 €

Regelungen Gruppentherapie

- eine Verrechnung mit weiteren Einheiten aus dem Kontingent der Einzeltherapie ist möglich
- darüber hinaus kann die Gruppentherapie mit 6 Einheiten pro Quartal fortgeführt werden
- Gruppen können aus Patienten der Regelversorgung, Selektivvertragspatienten und Privatpatienten bestehen
- Bezugspersonengruppen sind möglich
- Gruppentherapie und Einzeltherapie können parallel stattfinden

GRUPPENTHERAPEUTISCHE GRUNDVERSORGUNG

PTE6A	Grundversorgung kl. Gruppe (2-5 P.)	Zusätzlich max. 4 Einheiten (á 100 Min.)	⚠️ ⓘ️ 🚫	145 €
PTE7A	Grundversorgung gr. Gruppe (6-9 P.)			82 €

- Als verhaltensmedizinische Basisintervention zusätzlich einmalig abrechenbar
- Kann in eine bestehende Gruppe gemäß PTE6/PTE7 integriert oder ganz unabhängig von einer laufenden Gruppentherapie oder dieser vorgeschaltet abgerechnet werden
- als Auftragsleistung über die Ziffern PTA1A bzw. PTA2A abrechenbar

AUFTAGSLEISTUNGEN GRUPPENTHERAPIE

- Gruppentherapie kann als Auftragsleistung erbracht und abgerechnet werden.
- Voraussetzung: Zielauftrag (Überweisung) liegt vor.
- Werden Auftragsleistungen abgerechnet sind keine anderen Leistungen des Vertrags abrechenbar

PTA1	Auftragsleistung kl. Gruppe (2-5 P.)	20 Einheiten (á 100 Min.) in max. 6 Quartalen	!    	145 €
PTA2	Auftragsleistung gr. Gruppe (6-9 P.)			82 €

INTERDISZIPLINÄRE VERSORGUNGSPLANUNG

PTE8 Interdisziplinäre Versorgungsplanung

pro Versorgungplanung



60 €

- für Versicherte bis zum vollendeten 21. Lebensjahr
- KJ-Genehmigung erforderlich
- mind. 3 Teilnehmer
- kann persönlich oder telefonisch durchgeführt werden
- Initiiert durch Facharzt/Psychotherapeut (kann von SD/PBG angeregt werden)
- SD/PBG müssen im Vorfeld per „Kurzinformation/-rückmeldung“ informiert werden

PSYCHOnlineTHERAPIE

Informationen unter: www.psychonlinetherapie.de

PSYCHOnlineTHERAPIE ist eine Form der verzahnten Psychotherapie. Dabei bearbeitet der Patient eigenständig ausgewählte Online-Lektionen, die in die reguläre Behandlung integriert werden. Die Nachbereitung der Online-Lektionen durch den Therapeuten ist über die Ziffer **PTON3** abrechenbar (für Versicherte ab dem 18. Lebensjahr).

PTON3 PSYCHOnlineTHERAPIE

Max. 24 x



20 €

Abrechnungsvoraussetzungen:

- KV-Genehmigung für Verhaltenstherapie
- Nachweis einer Schulung durch die Universität Ulm (Schulungsnachweis bei der MEDIVERBUND AG einreichen)

Anmeldungen zur Schulung per E-Mail an:
info@psychonlinetherapie.de

ZUSCHLÄGE

PTZ1(KJ)	Kooperationszuschlag	Schriftlicher Bericht	1 x pro Quartal	⚠️  	30 €
PTZ3	Kinder- und Jugendlichen Zuschlag	bis 21.Lj.	1 x pro Quartal	⚠️  	60 €
PTZ3A	Zuschlag Betreuung Pat. mit geistiger Behinderung		1 x pro Quartal	⚠️  	60 €
PTZ4	Teilnahme Fallkonferenz Rücken		1 x im Krankheitsfall	 	50 €
PTZ7	Zuschlag zeitnahe Anschlussbehandlung nach stationärem Aufenthalt für Neupatienten		20 x innerhalb von 12 Wochen nach Entlassung	 	15 €
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag auf PTE1(KJ) bis PTE3(KJ) bzw. PTE6/PTE7 – es gilt: eine PTZ7 pro Einzelleistung ▪ Abrechenbar bis zu 20 x innerhalb von max. 12 Wochen nach teil-/stationärer Entlassung aus einer psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtung ▪ Voraussetzung: Beginn der Therapieserie innerhalb von 4 Wochen nach Entlassdatum ▪ abrechenbar für „Neupatienten“→ „Neupatient“ heißt: Patient war innerhalb der letzten 4 Jahre vor Abrechnung der Leistung nicht zur psychotherapeutischen Behandlung in der Praxis 					

INFORMATIONSZIFFERN

DAE Diagnosenänderung

Bei wesentlich geänderter/neuer, gesicherter 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

FBE Fernbehandlung

Zu dokumentieren, wenn im Quartal bei einem Patienten ausschließlich telemedizinische Kontakte erbracht wurden

ÜBERNAHME AUS LAUFENDER THERAPIE

- Die Übernahme von Patienten aus einer laufenden Therapie gem. EBM ist möglich.
- wenn bereits genehmigungspflichtige Leistungen bzw. Akutbehandlung gem. EBM über KV abgerechnet wurden, kann keine PTE1 abgerechnet werden → die Abrechnung beginnt in solchen Fällen mit **PTE2**
- Probatorik und Sprechstunde zählen nicht als laufende Therapie

BEHANDLUNG WÄHREND STATIONÄREM AUFENTHALT

- grundsätzlich gilt: während eines stationären Aufenthalts sind keine ambulanten Leistungen abrechenbar
- **Ausnahmeregelung im Modul Psychotherapie im PNP-Vertrag:**
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.

ABRECHNUNGSBEISPIEL PSYCHOTHERAPIE

PATIENT MIT LEICHTER INTELLIGENZMINDERUNG (F70.1), VORSTELLUNG DURCH DEN AOK-SOZIALDIENST,
THERAPIEUNTERBRECHUNG

1. Termin	Grundpauschale	PTP1	62,00 €
	Überweiserpauschale	PTP1A	10,00 €
	Zeitnahe Versorgung bei Zuweisung durch sozialen Dienst	PTE1SDV	158,00 €
	Zuschlag zur Betreuung von Pat. mit geistiger Behinderung	PTZ3A	60,00 €
2. Termin	Zeitnahe Versorgung bei Zuweisung durch sozialen Dienst	PTE1SDV	158,00 €
3. Termin	Zeitnahe Versorgung bei Zuweisung durch sozialen Dienst	PTE1SDV	158,00 €
4. Termin	Zeitnahe Versorgung bei Zuweisung durch sozialen Dienst	PTE1SDV	158,00 €
5. Termin	Zeitnahe Versorgung bei Zuweisung durch sozialen Dienst	PTE1SDV	158,00 €
6. Termin	Zeitnahe Versorgung bei Zuweisung durch sozialen Dienst	PTE1SDV	158,00 €
7. Termin	Zeitnahe Versorgung bei Zuweisung durch sozialen Dienst	PTE1SDV	158,00 €
8. Termin	Zeitnahe Versorgung bei Zuweisung durch sozialen Dienst	PTE1SDV	158,00 €
Therapieunterbrechung von 5 Quartalen			
9. Termin	Grundpauschale	PTP1	62,00 €
	Überweiserpauschale	PTP1A	10,00 €
	Erstbehandlung	PTE2V	126,00 €
	Zuschlag zur Betreuung von Pat. mit geistiger Behinderung	PTZ3A	60,00 €
	Summe		1654,00 €
	Durchschnittshonorar je Sitzung		183,77 €

← Fortsetzung mit PTE2, da
Zeitkontingent PTE1 ausgeschöpft

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 Neurologie
- b. Modul Psychiatrie
- c. Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie
- d. 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
 - Beispiel: Leistungsdatum 12.02. → Korrekturübermittlung möglich bis zum 31.03. des Folgejahres
- wichtig ist hierbei, dass Sie immer **den gesamten Behandlungsfall erneut übermitteln** und nicht nur die einzelnen Leistungsziffern, die Sie korrigieren möchten.
- Der neue Datensatz (Leistungen/Diagnosen) ersetzt dann den bisherigen Datensatz.

REGELWERKSPRÜFUNG DER KV

- Es gibt bei allen § 140a -Verträgen eine Regelwerksprüfung seitens der KV. Aufgrund dieser Prüfung werden Leistungen, die sich im GZK befinden und bei 140a Patienten über die KV abgerechnet werden direkt aus der KV Abrechnung gestrichen.
- In diesem Fall können Sie den Behandlungsfall innerhalb von 12 Monaten nach Ende des Leistungsquartals elektronisch über die Vertragssoftware nachabrechnen, damit eine Vergütung der Leistungen stattfinden kann.

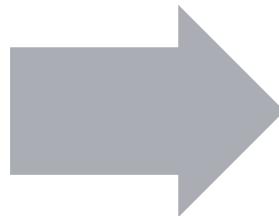


Bitte beachten Sie: In den meisten Fällen wird nicht der gesamte Fall von der KV abgewiesen. Bitte stellen Sie vor einer Nachabrechnung über den Vertrag sicher, dass für diesen Patienten keine Leistungen von der KV vergütet wurden.

AUSZAHLUNGSPROZESS

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 Abrechnungsstichtag

KOSTENÜBERSICHT

Einschreibepauschale

- einmalig **357 €** pro Vertragsteilnahme (max. 714 € pro HBSNR)
- Gründe: Vorleistung in der Vertragsentwicklung, Aufbau eines Abrechnungszentrums

Verwaltungskosten auf das Abrechnungshonorar

- **3,57 %** für Mitglieder MEDI BW e.V., BVDN, DPtV, Freie Liste, IGKJPP, DGVT
- **4,165 %** für Nichtmitglieder

IT-Kosten

- Je nach Softwareanbieter ca. 60-100 € im Monat

BOSCH BKK: ANSCHUBFINANZIERUNG

- **200,00 €** erhalten Sie automatisch mit der Abrechnung des ersten Bosch BKK Versicherten von der MEDIVERBUND AG erstattet
- **300,00 €** erhalten Sie nach Beantragung von der Bosch BKK
- Zum Aufbau der organisatorischen Strukturen zur Kooperation mit der Patientenbegleitung der Bosch BKK
- Nach Zulassung zum Vertrag mit dem dafür vorgesehenen Faxformular direkt bei der Bosch BKK zu beantragen:

www.medi-verbund.de → Leistungen → Verträge/Abrechnung → AOK/Bosch BKK PNP
→ Inhalte des Infopaketes → Formular zur Beantragung Bosch BKK Zuschuss



Das Formular ist ein Dokument mit den Logos von Bosch BKK und MEDIVERBUND. Es enthält folgende Felder und Angaben:

- Bosch BKK
VMAO
Augsburger Straße 10
70469 Stuttgart
- Fax Nr.: 089/51999-2504
- Abrechnung gemäß Vereinbarung zwischen Ihrem Fachärzteverband, 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 dem Bosch BKK und Ihrem Fachärzteverband geschlossenen Vereinbarung auf mein unten nachstehendes Konto.
- Facharztreihung:
 - Gastroenterologie
 - Kardiologie
 - Orthopädie
 - PNP
 - Rheumatologie
 - Urologie
- IBAN: _____
- Kontoinhaber: _____
- BIC: _____
- Bank: _____
- Datum, Praxisstempel und Unterschrift: _____

Ein roter Stempel auf dem Formular besagt: "Einzureichen nach Bestätigung Ihrer Vertragseingabe durch MEDIVERBUND direkt bei der Bosch BKK".

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 Neurologie
- b. Modul Psychiatrie
- c. Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie
- d. Modul Psychotherapie

6 Abrechnungsprozess

7 Internetauftritt

www.medi-verbund.de

Alle Informationen zum Vertrag

The screenshot shows the Medi-Verbund website with several blue arrows highlighting specific links and sections:

- A blue arrow points from the "Verträge & Abrechnung" link in the main navigation to the "Teilnahmeerklärung" section below.
- A blue arrow points from the "Arztservice" section to the "Anlagen zum Vertrag" section.
- A blue arrow points from the "Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie" link in a pop-up window to the "Anlage 12" section on the right.
- A blue arrow points from the "Ansprechpartner" section to the "ICD-Listen" section.

Medi-Verbund Header: MEDI VERBUND GEMEINSAM. STARK. GESUND.

Main Navigation: Home, Leistungen, Über MEDI, ePA, Bundestagswahl 2025, Blog, Presse, Mein MEDI, Q.

Left Sidebar: Politische Vertretung, Verträge & Abrechnung (highlighted), Fortbildungen & Veranstaltungen, MVZ, Versicherungen, Musterverträge, Famulatur & PJ, Shop für Praxis- & Sprechstundenbedarf, Arztsportal.

Middle Section: mpagne, Teilnahmeerklärung (AOK BW / Bosch BKK, Herunterladen), Abrechnungsunterlagen (AOK BW / Bosch BKK, Mehr erfahren), Elektronische Arztvernetzung (AOK BW, Herunterladen).

Bottom Left Section: Allgemeine Informationen und Formulare, Inhalte des Infopakets, Schulungspräsentation und Online-Vertragsschulung, Vertragsunterlagen, Anlagen zum Vertrag, Fortbildungen und Qualitätszirkel (highlighted), Ansprechpartner bei der Krankenkasse.

Pop-up Window: Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie (AOK BW, Mehr).

Right Sidebar: Anlage 12, Vergütung (Anhang 0 Deckblatt, Abschnitt I Neurologie, Abschnitt I Psychiatrie, Abschnitt I Psychotherapie, Abschnitt I Kinder- und Jugendpsychiatrie, Abschnitt II – IV Honorartext), Gesamtziffernkranz (Gesamtziffernkranz Q III 2025, Gesamtziffernkranz Q II 2025, Gesamtziffernkranz Q I 2025, Gesamtziffernkranz Q IV 2024, Gesamtziffernkranz Q III 2024), ICD-Listen (Abschnitt V Anhang 02 ICD-Liste Neurologie, Abschnitt V Anhang 02 ICD-Liste Psychiatrie, Abschnitt V Anhang 02 ICD-Liste Psychotherapie, Abschnitt V Anhang 02 ICD-Liste KJPY, Abschnitt V Anhang 06 ICD-Liste Trauma).

ARZTPORTAL

medi-arztportal.de

- Individuelle Dokumente (z.B. Abrechnungsnachweise, Patientenauflistungen Abrechnungsempfangsbestätigung) in digitaler Form
- Persönliche Daten, z.B. Angaben zum Leistungsspektrum und Angestellten
- Änderungen können Sie uns einfach und komfortabel über das Arztportal mitteilen
- Persönliche Zugangsdaten erhalten Sie mit Ihrem Starterpaket

hier ändern.'"/>

MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

Login

MEDI-ID *

Passwort *

Anmelden zurück zu MEDI Arztportal

Sie haben Ihr Passwort vergessen? Dann können Sie es [hier](#) ändern.

MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

Ihre Daten

Persönliche Daten

Hier sehen Sie eine Übersicht Ihrer persönlichen Daten.

Ihr Name:	Sophia Nürk ♀	
Geburtsdatum:	- keine Angabe -	
LANR:	111111111	
MEDIVERBUND-ID:	10331135	
Kontakt E-Mail-Adresse:	Sophia.nuerk@medi-verbund.de	
An diese E-Mail Adresse sendet das MEDIVERBUND Arztportal standardmäßig alle E-Mails. Z.B. Benachrichtigungen über neue Dokumente, Abrechnungsnachweise und ähnliches.		
Praxis:	<ul style="list-style-type: none">Praxis Nürk BSNR: 123465789 Adresse: bei MEDI, Liebknechtstrasse 29, 70565 Stuttgart	
Privatanschrift:	- keine Angabe -	
Postanschrift:	- keine Angabe -	
Dokumente erhalten Sie:	Als Download im Arztportal	

ARZTSUCHE

medi-arztsuche.de

Herzlich Willkommen bei der MEDI-Arztsuche

Wir bieten Ihnen auf diesem Portal die Möglichkeit, Ärztinnen, Ärzte oder Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu suchen, die an den Haus- oder Facharztverträgen in Baden-Württemberg teilnehmen. Profitieren Sie als Patientin oder Patient von einer besseren medizinischen Versorgung im Rahmen der Verträge.

Wählen Sie dazu entweder Hausärztinnen und Hausärzte oder Fachärztinnen und Fachärzte aus. Anschließend können Sie Ihre Krankenkasse und das jeweilige medizinische Fachgebiet auswählen.

Infos zu den Haus- und Facharztverträgen und Ihre Vorteile an der Teilnahme finden Sie [hier](#).

Hausärztinnen und Hausärzte

Zur Suche

Fachärztinnen und Fachärzte

Zur Suche

Hausärzte

AOK Baden-Württemberg

AOK BW HVV

AOK BW HVZ Kinderärzte

Bosch BKK

BKK BOSCH BW HVZ

BKK LV Süd

BKK LV Süd HVZ

Bitte wählen Sie im Menü Ihre Krankenkasse aus. Anschließend können Sie durch Eingabe Ihrer Postleitzahl oder eines Namens einen am Hausarztvertrag teilnehmenden Hausarzt finden.

Fachärzte

AOK Baden-Württemberg

AOK BW Diabetologie 140a

AOK BW Gastro 140a

AOK BW Gestationsdiabetes 140a

AOK BW Kardio 140a

AOK BW Nephrologie 140a

AOK BW Orthopädie 140a

▼ AOK BW PNP 140a

Neurologie

Psychiatrie

Psychotherapie

Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

AOK BW PNP 140a: Psychotherapie

AOK Baden-Württemberg

AOK BW Diabetologie 140a

AOK BW Gastro 140a

AOK BW Gestationsdiabetes 140a

AOK BW Kardio 140a

AOK BW Nephrologie 140a

AOK BW Orthopädie 140a

▼ AOK BW PNP 140a

Neurologie

Psychiatrie

Psychotherapie

Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

AOK BW Pneumologie 140a

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

Die Angabe des Nachnamens kann ohne oder in Verbindung mit der Postleitzahl angegeben werden. Es werden max. 100 Treffer angezeigt.

Freie Therapieplätze

Nachname

Postleitzahl

Im Umkreis von 10 km

Leistung

Nur Praxen suchen, die an der elektronischen Vernetzung teilnehmen

Suchen

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:

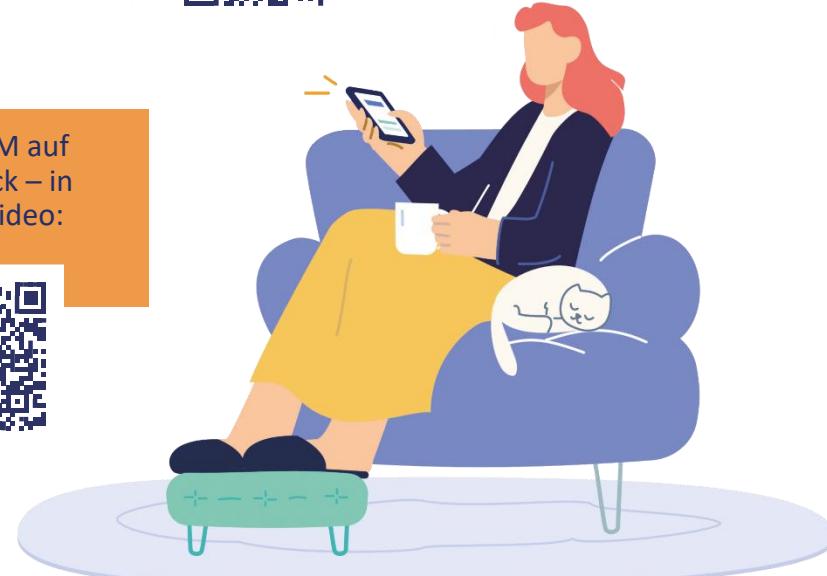
- Entlastung der Telefonie durch digitale Bestellung von Rezepten und AU
- sichere Kommunikation – inklusive Austausch von Bildern und Dateien
- Videosprechstunde
- patientenbezogene Chatfunktion
- digitale Bereitstellung von Formularen
- webbasiert und intuitiv – keine Installation notwendig
- DSGVO-konform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



FÖRDERUNG STIPENDIEN PHYSICIAN ASSISTANT – AOK BW

Seit Juli 2023 besteht die Möglichkeit zur Förderung der Ausbildung zum Physician Assistant / akademisierte EFA® bzw. gleichartige Studiengänge für Facharztpraxen. Hierfür ist Folgendes zu beachten:

- Das Stipendium wird für max. 12 Quartale gewährt und mit max. 5.000,00 € unterstützt. Die Ausschüttung erfolgt quartalsweise mit je 300,00 € sowie einer einmaligen Zahlung in Höhe von 1.400,00 € nach Studienabschluss-
- Die Anzahl an zu vergebenen Stipendien ist auf 100 begrenzt. Maßgeblich für die Bewilligung ist der Eingang des Stipendienvertrages an die Mailadresse reutter@mediverbund-iffm.de.
- Ausbildungen, die vor dem 01.07.2023 aufgenommen wurden und zu diesem Zeitpunkt noch nicht beendet waren, sind von der Begrenzung ausgenommen und können ebenso gefördert werden.
- Anspruch auf das Stipendium besitzt der/die TrägerIn der Studiengebühren („StipendiatIn“)

→ Bei Interesse können Sie sich gerne an die folgende Adresse wenden : reutter@mediverbund-iffm.de

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

www.medi-verbund.de



Noch Fragen? Sie erreichen uns unter:

Petra Müller: 0711 80 60 79 303

Gabriele Raff: 0711 80 60 79 274

vertraege@medi-verbund.de