

# FAQ – PT-Vertrag BKK LV Süd

|                                                                                                                              |          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>Teilnahme der Versicherten .....</b>                                                                                      | <b>2</b> |
| Können auch Versicherte mit Wohnsitz außerhalb von Baden-Württemberg eingeschrieben werden? .....                            | 2        |
| Ist die Teilnahme an der HzV (Hausarztzentrierte Versorgung) Voraussetzung? .....                                            | 2        |
| Wie erfolgt die Einschreibung? .....                                                                                         | 2        |
| Wann endet die Teilnahme? .....                                                                                              | 2        |
| Was ist bei einem Wechsel der Krankenkasse zu beachten? .....                                                                | 3        |
| Ist ein Therapeutenwechsel möglich? .....                                                                                    | 3        |
| <b>Abrechnungsfragen .....</b>                                                                                               | <b>3</b> |
| Ab wann dürfen Leistungen über den Vertrag abgerechnet werden? .....                                                         | 3        |
| Wie erfolgt die Abrechnung bei bereits laufender EBM-Therapie? .....                                                         | 3        |
| Wie werden andere ärztliche Leistungen abgerechnet (z.B. psychiatrische, neurologische oder hausärztliche Leistungen)? ..... | 4        |
| <b>Sprechstundenangebot und Terminvergabe .....</b>                                                                          | <b>4</b> |
| Welche Fristen gelten für Terminvergabe und Therapiebeginn .....                                                             | 4        |
| <b>Gruppentherapie .....</b>                                                                                                 | <b>4</b> |
| Wie viele Gruppensitzungen können pro Patienten durchgeführt werden? .....                                                   | 4        |
| Was gilt bei Veränderung der Gruppengröße? .....                                                                             | 5        |
| <b>Spezialfragen .....</b>                                                                                                   | <b>5</b> |
| Können die bestehende Therapiekontingente erweitert werden? .....                                                            | 5        |
| Ist ein Konsiliarbericht erforderlich? .....                                                                                 | 5        |
| Ist eine Überweisung zur Abrechnung erforderlich? .....                                                                      | 6        |
| Ist ein Bericht an den Hausarzt /Facharzt erforderlich? .....                                                                | 6        |



## Teilnahme der Versicherten

### **Können auch Versicherte mit Wohnsitz außerhalb von Baden-Württemberg eingeschrieben werden?**

Ja. Die Teilnahme am Vertrag sowie die Abrechnung sind unabhängig vom Wohnsitz der Versicherten möglich

### **Ist die Teilnahme an der HzV (Hausarztzentrierte Versorgung) Voraussetzung?**

Nein. Eine Teilnahme an der HZV ist keine Voraussetzung für die Einschreibung in den PT-Vertrag BKK Landesverband Süd.

### **Wie erfolgt die Einschreibung?**

Die Einschreibung erfolgt in der Therapeutenpraxis. Nach Information des Versicherten über den Vertrag wird die Teilnahmeerklärung über die Vertragssoftware erstellt und vom Versicherten unterschrieben. Anschließend wird der elektronische Datensatz über die Vertragssoftware an die MEDIVERBUND AG übermittelt.

### **Wann endet die Teilnahme?**

Die Teilnahme endet mit der Abmeldung durch den Therapeuten.

Die Abmeldung muss spätestens nach zwei behandlungsfreien Quartalen vorgenommen werden.

Erfolgt keine Abmeldung, endet die Teilnahme spätestens nach vier aufeinanderfolgenden Quartalen ohne Abrechnung.



## Was ist bei einem Wechsel der Krankenkasse zu beachten?

Mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse endet automatisch auch die Teilnahme am PT-Vertrag – selbst dann, wenn zur neuen Kasse ebenfalls eine Teilnahme am PT-Vertrag BKK LV Süd besteht.

Eine Wiedereinschreibung ist möglich.

Die laufende Therapieserie wird nach dem Kassenwechsel unverändert fortgeführt.

## Ist ein Therapeutenwechsel möglich?

Die Einschreibung ist an den gewählten Therapeuten gebunden.

Für einen Wechsel muss der Patient beim bisherigen Therapeuten abgemeldet und beim neuen Therapeuten erneut eingeschrieben werden.

## Abrechnungsfragen

### Ab wann dürfen Leistungen über den Vertrag abgerechnet werden?

Leistungen werden ab dem Datum des **Ausdrucks** der Teilnahmeerklärung über den Vertrag abgerechnet.

Leistungen, die vor diesem Datum erbracht wurden, werden weiterhin über die KV Baden-Württemberg abgerechnet.

### Wie erfolgt die Abrechnung bei bereits laufender EBM-Therapie?

Befindet sich der Patient bereits in einer laufenden Therapie gemäß EBM und nimmt nun am Selektivvertrag teil beginnt die Abrechnung mit **PTE2**.

Bei Behandlungsbeginn ist einmalig die **Infoziffer URT** anzugeben.

Die nicht antragspflichtige psychotherapeutische Akutbehandlung (EBM-Ziffer 35152) gilt ebenfalls als laufende Therapie.

Probatorik und Sprechstunde gelten nicht als laufende Therapie.



## Wie werden andere ärztliche Leistungen abgerechnet (z.B. psychiatrische, neurologische oder hausärztliche Leistungen)?

Der Vertrag umfasst ausschließlich psychotherapeutische Leistungen. Andere Leistungen (z. B. Labor, Verordnungen) werden weiterhin über einen KV-Schein gemäß EBM abgerechnet.

## Sprechstundenangebot und Terminvergabe

### Welche Fristen gelten für Terminvergabe und Therapiebeginn

- **reguläre Termine** innerhalb von 14 Tagen
- in dringenden Fällen Erstkontakt innerhalb von 3 Tagen
- **Therapiebeginn** je nach Dringlichkeit zwischen 7 Tagen und 4 Wochen nach Diagnosesicherung
- Bei Bedarf Angebot eines Abendtermins pro Woche (bis 20.00 Uhr) für berufstätige eingeschriebene Versicherte

## Gruppentherapie

### Wie viele Gruppensitzungen können pro Patienten durchgeführt werden?

Abrechnungsfähig sind insgesamt 20 Einheiten à 100 Minuten als PTE6 (2–5 Personen) oder PTE7 (6–9 Personen).

Bei Erwachsenen können darüber hinaus bis zu 40, bei Kindern und Jugendlichen bis zu 60 nicht ausgeschöpfte Einheiten aus PTE1–PTE3 übertragen werden. Die Verrechnung mit den Einzeltherapieeinheiten führt MEDIVERBUND durch. Es werden weiterhin die Gruppenciffern abgerechnet.

Nach vollständiger Ausschöpfung ist eine Fortführung mit maximal sechs Einheiten à 100 Minuten pro Quartal möglich.



## **Können Privatpatienten und EBM-Patienten in derselben Gruppe behandelt werden?**

Ja. Privatpatienten oder Patienten in EBM-Behandlung können in derselben Gruppe teilnehmen. Die jeweils geltenden Abrechnungsregelungen sind zu beachten.

## **Was gilt bei Veränderung der Gruppengröße?**

Für die Abrechnung ist die tatsächliche Gruppengröße der jeweiligen Sitzung maßgeblich. Bei vorübergehender Verkleinerung oder Vergrößerung der Gruppe kann sowohl die Ziffer für die kleine als auch für die große Gruppe abgerechnet werden, sofern eine entsprechende Diagnose gemäß ICD-Liste vorliegt.

## **Spezialfragen**

### **Können die bestehende Therapiekontingente erweitert werden?**

Ja. Bei wesentlicher Änderung der Diagnose oder bei Rückfällen mit unveränderter Diagnose kann ein Antrag auf Erweiterung bei der Krankenkasse gestellt werden („GDK“).

### **Ist ein Konsiliarbericht erforderlich?**

Ein Konsiliarbericht wird insbesondere dann empfohlen, wenn keine Überweisung eines Haus- oder Facharztes vorliegt.



### **Ist eine Überweisung zur Abrechnung erforderlich?**

Nein. Eine Überweisung ist nicht zwingend erforderlich. Versicherte haben einen Direktzugang zum Psychotherapeuten.

### **Ist ein Bericht an den Hausarzt /Facharzt erforderlich?**

Nein. Ein Bericht ist nicht zwingend erforderlich. Sofern ein Bericht an den Hausarzt oder Facharzt erstellt wird, kann dieser über die Ziffer PTZ1 gemäß den vertraglichen Abrechnungsregelungen abgerechnet werden.

