FAQ

zum

Vertrag zur Versorgung in den Fachgebieten der Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychosomatik und Psychotherapie in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V („PNP-Vertrag“)

Allgemeine Fragen 2

Teilnahme am PNP-Vertrag durch Haus- und Fachärzte / Psychotherapeuten 2

Einschreibung von Versicherten 3

Überweisung und Bericht(e) und Dokumentation 4

Sprechstundenangebot, Terminvergabe 5

IT- Fragen: Software und HZV-Online-Key 6

Spezialfragen Psychotherapie 7

Tests, Probatorik, Anamnese, Verlaufsdiagnostik 7

Psychotherapeutische Sprechstunde 7

Richtlinienverfahren und neue Verfahren 7

ICD-Liste 8

Doppelstunden 8

Abrechnung der PTE1SD 9

Behandlung von Trauma-Patienten 9

Patienten in laufender oder nach abgeschlossener Therapie 9

Gruppentherapie 10

Vorläufige Abrechnungsgenehmigung für Gruppentherapie 11

Allgemeine Fragen

Teilnahme am PNP-Vertrag durch Haus- und Fachärzte / Psychotherapeuten

Welche Fachrichtungen können generell am PNP-Vertrag teilnehmen?

Gem. § 2 Abs. 2 lit. a können Fachärzte für Neurologie, Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten oder Vertragsärzte, die gemäß den Bedarfsplanungsrichtlinien ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind, am PNP-Vertrag teilnehmen.

Welche Voraussetzungen benötigen Hausärzte bzw. Fachärzte, die psychotherapeutisch tätig, sind und am PNP-Vertrag teilnehmen möchten?

Für psychotherapeutische tätige Fachärzte gelten, wie für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auch, die allgemeinen Teilnahmevoraussetzungen.
Hausärzte, die über eine Genehmigung zur Richtlinien-Psychotherapie verfügen, können zur Teilnahme am PNP-Vertrag für das Modul Psychotherapie nur zugelassen werden, wenn sie an der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) teilnehmen.

Ist eine Teilnahme am PNP-Vertrag sinnvoll, wenn in meinem Einzugsgebiet nur wenige HZV-Ärzte vertreten sind?

Ja, das kann durchaus sinnvoll sein. Denn durch eine Teilnahme können Sie und Ihre Patienten vom Vertrag profitieren. Evtl. überzeugt Ihr Vertragsbeitritt und die daraus entstehenden Vorteile für die Versorgung vor Ort sogar noch den einen oder anderen Hausarzt, sich in die HZV einzuschreiben.

Können auch angestellte Ärzte / Psychotherapeuten am PNP-Vertrag teilnehmen?

Nein, denn gem. § 2 Abs. 2 ist die Zulassung als Vertragsarzt / -psychotherapeut eine der Teilnahmevoraussetzungen am PNP-Vertrag. Angestellte Ärzte / Psychotherapeuten können also nicht selbst am Vertrag teilnehmen. Wenn ein Vertragsteilnehmer einen Arzt / Psychotherapeuten angestellt hat, dessen Anstellung vom Zulassungsausschuss der KV genehmigt ist, kann der angestellte Arzt / Psychotherapeut jedoch Leistungen erbringen, die dann über den anstellenden Vertragsteilnehmer im Vertrag abgerechnet werden.

Kann ich auch teilnehmen, wenn ich nur einen halben Kassensitz habe?

Ja, Teilnahmevoraussetzung ist der Vertragsarzt- bzw. Vertragspsychotherapeutensitz an sich, unabhängig ob dies ein halber oder ganzer Sitz ist. Es gelten bzgl. des Tätigkeitsumfangs die Vorgaben des §17 Abs.1a BMV-Ä..
Die vertraglichen Anforderungen sind auch bei einem halben Kassensitz zu erfüllen.

Verliere ich die KV-Zulassung, wenn ich z.B. überwiegend Patienten im Rahmen des PNP-Vertrags behandele und somit weniger Leistungen über EBM mit der KV abrechne?

Nein. Ein Arzt/Psychotherapeut genügt den Sprechzeitenanforderungen der Zulassungsverordnung für Vertragsätze (Ärzte-ZV) auch durch die Teilnahme an Selektivverträgen, solange er die grundsätzliche Behandlungsbereitschaft auch für Patienten, die nicht an Selektivverträgen teilnehmen, gewährleistet. Damit droht bei ausschließlicher Tätigkeit im Selektivvertrag grds. kein Zulassungsentzug.

Einschreibung von Versicherten

Welche Versicherten können ins FacharztProgramm eingeschrieben werden?

Eingeschrieben werden können nur AOK oder Bosch BKK Versicherte, die bereits gültig am HausarztProgramm (HZV – Hausarztzentrierte Versorgung) teilnehmen. Den Teilnahmestatus des Versicherten prüfen Sie zuvor online über die Vertragssoftware. Sowohl der Hausarzt selbst als auch der Facharzt/Psychotherapeut kann in das Facharztprogramm einschreiben.

Wie werden Versicherte ins FacharztProgramm eingeschrieben?

Informieren Sie den Patienten über das Facharztprogramm und händigen Sie ihm das entsprechende Merkblatt aus.

Bei Interesse an einer Teilnahme beantragen Sie die Einschreibung des Patienten direkt über Ihre Vertragssoftware. Drucken Sie hierzu die Teilnahmeerklärung in zweifacher Ausfertigung aus. Beide Exemplare müssen vom Patienten sowie vom Arzt bzw. Psychotherapeuten unterzeichnet werden.

Anschließend übermitteln Sie den elektronischen Einschreibedatensatz über Ihre Vertragssoftware an das Rechenzentrum der MEDIVERBUND AG. Geben Sie hierfür den patientenindividuellen vierstelligen Code ein.

Ab wann darf ein Versicherter über den PNP-Vertrag abgerechnet werden?

Im Regelfall dauert es nach Einschreibung des Versicherten 1 - 2 Quartale bis zur gültigen Teilnahme am FacharztProgramm. Durch die sog. **„Sofortabrechnung nach Einschreibung“** (SANE), ist sofort nach Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung für das Facharztprogramm die Behandlung und Abrechnung über den PNP-Vertrag möglich. In diesem Fall können alle Leistungen des gesamten Quartals über den Facharztvertrag abgerechnet werden.
Die Sofortabrechnung ist maximal für zwei aufeinander folgende Quartale zulässig. Danach muss die eine gültige Teilnahme bestehen.
Die Teilnahme einer Praxis an der SANE wird im Rahmen der Vertragsteilnahme gesondert beantragt .

Überweisung und Bericht(e) und Dokumentation

Ist für die Behandlung und Abrechnung eines §140a- Patienten immer eine Überweisung notwendig?

Es gilt der Grundsatz, dass zu Beginn eines jeden Quartals, in dem eine Behandlung stattfindet, eine Überweisung vom HZV-Hausarzt durch den Patienten mitzubringen ist.
Bei einer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung ist die Überweisung zu Beginn der Behandlung ausreichend.
Bei einer psychotherapeutischen Behandlung ist zu Beginn einer Therapie und dann wieder beim Therapieserienwechsel von PTE3 auf PTE4 bzw. auf PTE3TR (Traumatherapie) eine Überweisung nötig.
Sollte eine dringende Mitbehandlung durch eine andere Praxis nötig sein, so kann eine direkte Weiterüberweisung stattfinden. Der Hausarzt ist darüber zu informieren.

Wann müssen Berichte z.B. für den Hausarzt erstellt werden?

Alle relevanten Befunde werden dem HAUSARZT innerhalb von 5 Werktagen übermittelt.
Bei psychotherapeutischen Behandlungen ist ein Bericht innerhalb von 2 Wochen ab Erstkontakt dem Hausarzt zu übermitteln. Im weiteren psychotherapeutischen Behandlungsverlauf ist mit jedem Therapieserienwechsel (z.B. von PTE1-Serie in PTE2-Serie oder auch von der PTE2-Serie in die PTE3-Serie usw.) ein Bericht zu erstellen.
Bei Notfällen wird der Befund dem Patienten mitgegeben bzw. sofort übermittelt.

Was muss ich genau dokumentieren?

Hier ändert sich durch Ihre Teilnahme am PNP-Vertrag nichts, da gemäß Berufsordnung eine korrekte Dokumentation bereits jetzt schon Pflicht ist. Auch die Verschlüsselung der Diagnose nach ICD-10 ist schon heute Bestandteil der Dokumentation.

Sprechstundenangebot, Terminvergabe

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

Es sind Sprechzeiten an allen Werktagen (Montag bis Freitag, mindestens 20 Stunden wöchentlich) anzubieten.
Bei Psychotherapeuten 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.

Muss ich für die Facharztprogramm-Patienten auch Abendtermine anbieten?

Vertraglich ist geregelt, dass bei Bedarf auch ein Abendtermin pro Woche bis mindestens 20:00 Uhr (Ende) für berufstätige eingeschriebene Versicherte angeboten wird.

Gibt es besondere Fristen für die Terminvergabe?

Reguläre Termine oder Erstkontakte sollen in der Regel zwei Wochen nach Anmeldung erfolgen.
Die Behandlung von psychiatrischen/neurologischen Not-/Akutfällen soll am Tag des Anrufs durch den HAUSARZT/FACHARZT erfolgen, sofern sie bis eine Stunde vor Ende der Sprechstunde angemeldet werden.
Bei dringlichen psychotherapeutischen Fällen im Sinne der zeitnahen akuten Versorgung (PTE1(KJ)) wird innerhalb von 3 Tagen nach Anmeldung durch den Patienten oder Anforderung durch den HAUSARZT/FACHARZT der Erstkontakt durchgeführt und die Therapie beginnt spätestens 7 Tag nach Diagnosesicherung.
Bei psychotherapeutischer Erstbehandlung (PTE2(KJ)) beginnt die Therapie spätestens 4 Wochen nach Diagnosesicherung.

IT- Fragen: Software und HZV-Online-Key

Benötige ich zur Abrechnung des PNP-Vertrags eine eigene Software?

Ja, zur Verwaltung des PNP-Vertrages, Erfassung der Abrechnungsziffern und Online-Übermittlung der Abrechnungsdaten ist eine eigene Vertragssoftware notwendig.
Grundsätzlich sollten Sie die Vertragssoftware bei Ihrem bisherigen Praxissoftware-Hersteller, Service- oder Vertriebspartner anfragen. Bietet Ihr Softwarehaus die PNP-Software nicht an, gibt es die Möglichkeit der „Insellösung“. Hierbei handelt es sich um eine völlig separate Software, die unabhängig Ihrer Praxissoftware angeschafft und betrieben werden kann.

Datenübertragung und HZV-Online-Key

Die Datenübertragung erfolgt online unter Verwendung des „HZV-Online-Keys“. Dieser stellt auf höchstem Datenschutzniveau eine sichere Verbindung zu einer Gegenstelle (z. B. dem Abrechnungszentrum) her. Diese verschlüsselte Verbindung gewährleistet die sichere Übertragung personenbezogener Daten aus der Arztpraxis an die Managementgesellschaft, beispielsweise von Abrechnungsdaten.

Selbstverständlich sind darüber hinaus die für die Nutzung von Online-Anwendungen erforderlichen Sicherheitsprogramme zu installieren und regelmäßig zu aktualisieren. Diese Verpflichtung gilt unabhängig von der Teilnahme am Vertrag

Spezialfragen Psychotherapie

Tests, Probatorik, Anamnese, Verlaufsdiagnostik

Gibt es keine eigenen Ziffern für Tests, Probatorik und Anamnese?

Im Selektivvertrag ist die Grundpauschale PTP1 für den Beginn des therapeutischen Gesprächs einmal in 4 Quartalen abrechenbar und beinhaltet z.B. die Grobdiagnostik oder auch die Anamnese. Weitere Diagnostik und anschließende Therapie kann über die Gesprächsziffern PTE1(KJ) und PTE2(KJ) abgerechnet werden. Die Gesprächsleistungen PTE1-PTE7 sind nur bei Vorliegen gesicherter Diagnosen aus Anhang 2 zur Anlage 12 abrechenbar.

Psychotherapeutische Sprechstunde

Muss nicht vor jeder Behandlung eine psychotherapeutische Sprechstunde abgerechnet werden?

Verpflichtend ist lediglich das Angebot von psychotherapeutischen Sprechstunden. Bei einer Behandlung über den PNP-Vertrag muss vorangehend keine Sprechstunde über KV abgerechnet werden. Die Abrechnung erfolgt nach den Regelungen des Vertrags.

Richtlinienverfahren und neue Verfahren

Wie werden neue Verfahren gekennzeichnet?

Bei Abrechnung von psychotherapeutischen Einzel- und Gruppenbehandlungen mittels der Ziffern PTE1(KJ)-PTE4(KJ) bzw. PTE6 oder PTE7 ist zusätzlich das Therapieverfahren, die Therapiemethode oder die Therapietechnik gemäß folgenden Kategorien anzugeben:

- Verhaltenstherapie sowie ggfs. dazugehörige Methoden und Techniken (V)
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie sowie ggfs. dazugehörige Methoden und Techniken (T)
- Neue Therapieverfahren/-techniken/-methoden (N)
- Neuropsychologische Therapie (P)

So lautet die Abrechnungsziffer für die Akutversorgung Verhaltenstherapie bspw. PTE1V, die Abrechnungsziffer für die Akutversorgung bei Kindern- und Jugendlichen PTE1KJV.

ICD-Liste

Wie weiß ich, welche Ziffern bei welchem Patienten anzusetzen sind?

Zahlreiche Abrechnungsziffern setzen eine gewisse gesicherte Diagnose gemäß ICD-10 Anlage 12 Anhang 2 voraus. Sie stellen fest, welche gesicherte Diagnose bei Ihrem Patienten vorliegt und prüfen anhand Anlage 12 Anhang 02, welche (ggfs. neue) Therapieverfahren, -methoden bzw. –techniken bei dieser Diagnose vorgesehen sind und ob der Patient entweder über die akute/zeitnahe Versorgung oder über die Erstversorgung behandelt werden soll.

Wieso sind viele *.*8er und *.*9er ICD-10 Ziffern gerade bei den Erwachsenen nicht in der Anlage 12 Anhang 02 vorgesehen?

Um die zeitnahe Versorgung der betroffenen Menschen hinsichtlich der Behandlungsmöglichkeiten und des Behandlungsablaufs zu fördern, ist gemäß Leitlinien, Gesundheitsberichterstattung und aktueller Fachliteratur eine differenzierte Diagnosestellung notwendig. Eine korrekte Verschlüsselung der Erkrankung ermöglicht zudem ein sektorenübergreifendes gemeinsames Grundverständnis zur Art und Schwere der Erkrankung.
Im Kinderbereich ist eine differenzierte Diagnostik, wie sie bei Erwachsenen möglich ist, nicht immer möglich. Deshalb werden manche Erkrankungen in diesen Fällen unter die .8er oder .9er Diagnosen gefasst. Deswegen sind hier viele dieser Diagnosen trotzdem aufgeführt.

Doppelstunden

Ich arbeite häufig mit Doppelstunden, inwieweit ist dies im Rahmen des PNP- Vertrags möglich?

Als Grundsatz ist 1 Einheit pro Tag vorgesehen. Als Ausnahme sind bis zu 4 Stunden/Tag möglich z.B. bei Angststörungen oder Kriseninterventionen. Es ist keine Begründungspflicht im Vertrag vorgesehen.

Abrechnung der PTE1SD

Wie geschieht bei der PTE1SD die Vorstellung zur akuten Psychotherapie durch die Kassen?

Die Praxis erhält im ersten Schritt eine schriftliche Terminanfrage per Formular vom Sozialen Dienst der AOK („SD“) bzw. der Patientenbegleitung der Bosch BKK („PBG“). Die konkrete Terminvereinbarung erfolgt direkt mit dem Patienten.

Stellt sich der Patient innerhalb 14 Tagen nach Erhalt der Terminanfrage durch den SD / die PBG in der Praxis vor, darf die Ziffer PTE1SD abgerechnet werden. Die Praxis gibt über dasselbe Formular die Rückmeldung an die Kasse, dass der Termin stattgefunden hat.

Behandlung von Trauma-Patienten

Wann kann die Traumaziffer PTE3TR abgerechnet werden?

Im Anschluss an die Behandlungsserien PTE1-3 (insgesamt 60 Therapieeinheiten) kann für Trauma-Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr zusätzlich die Vergütungsposition PTE3TR (30 Einheiten) abgerechnet werden – insgesamt fünfmal nacheinander ohne Antragsstellung. Voraussetzung ist u.a. das Vorliegen definierter Diagnosen sowie eine Überweisung vom Hausarzt. Insgesamt können somit 210 Einheiten für Trauma-Patienten ohne GDK-Antrag abgerechnet werden (60 Einheiten „PTE1-3“ + 150 Einheiten „PTE3TR“ = 210 Einheiten). Sofern darüber hinaus weitere hochfrequente Behandlungseinheiten notwendig sind, können diese über das GDK-Antragsverfahren erfolgen.

Patienten in laufender oder nach abgeschlossener Therapie

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

In diesem Fall sieht der Vertrag den Therapiebeginn frühestens bei PTE2 vor, wenn der Patient innerhalb der letzten zwei Quartale in der Praxis behandelt wurde. Die nicht antragspflichtige Psychotherapeutische Akutbehandlung (EBM-Ziffer: 35152) wird ebenfalls als laufende Therapie definiert. Eine Verrechnung mit bereits stattgefundenen Sitzungen gem. EBM findet nicht statt.

Können vor einigen Monaten im KV System beendete Therapien ohne Beachtung der Zweijahresfrist im Selektivvertrag neu aufgenommen werden?

Ja. Es gibt keine „Wartefrist“ für die Einschreibung in den Selektivvertrag

Gruppentherapie

Wie viele Gruppensitzungen darf ich maximal pro Patient durchführen?

Je nach Diagnose können Sie innerhalb von max. 6 Quartalen in Folge 20 Einheiten á 100 Minuten in einer großen Gruppe (6-9 Patienten) oder 20 Einheiten á 100 Minuten in einer kleinen Gruppe (2-5 Patienten) erbringen und abrechnen.
Darüber hinaus können innerhalb der 6 Quartale nicht ausgeschöpfte Einheiten aus PTE1 bis PTE3 als Gruppenleistung verrechnet werden (max. 40 Einheiten für Erwachsene, max. 60 Einheiten für Kinder).
Sind alle abrechenbaren Einheiten aufgebraucht bzw. 6 Quartale abgelaufen, sind in jedem Fall 6 Gruppentherapiesitzungen pro Quartal abrechenbar und das zeitlich unbegrenzt.

Wie funktioniert die Verrechnung von Gruppentherapieeinheiten mit Einzeltherapieeinheiten und welche Ziffer verwende ich dann?

Die Verrechnung mit den Einzeltherapieeinheiten führt MEDIVERBUND durch. Es werden weiterhin die Gruppenziffern abgerechnet.

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 (z.B. Antragsstellung bei EBM) zu beachten.

Was passiert, wenn sich die Gruppen vergrößern oder verkleinern?

Maßgeblich für die Abrechnung ist die bei der jeweiligen Sitzung vorhandene Gruppengröße. Je nach Anzahl der Patienten ist dann die PTE6 oder die PTE7 abzurechnen. Falls sich die Gruppengröße wegen Krankheit, Urlaub, usw. verkleinert, für die entsprechenden Diagnosen jedoch keine kleine Gruppe abrechenbar ist, kann die Sitzung für die anwesenden Personen trotzdem als große Gruppe abgerechnet werden. Genauso verhält es sich bei vorübergehender Vergrößerung der Gruppen.

Vorläufige Abrechnungsgenehmigung für Gruppentherapie

Gibt es im PNP-Vertrag die Möglichkeit, Gruppentherapie abzurechnen, auch wenn noch keine KV-Genehmigung vorliegt?

Im PNP-Vertrag gibt es die Möglichkeit, Gruppenleistungen in der Psychotherapie abzurechnen, wenn zwar noch keine KV-Genehmigung vorliegt, jedoch eine entsprechende theoretische Fortbildung erbracht wurde und lediglich die Gruppenleistungen unter Supervision zur Anerkennung in der KV fehlen. Es gelten folgende Kriterien:

- Nachweis durch ein anerkanntes Institut, dass die Kollegin/der Kollege an einem Curriculum zur Erlangung der Gruppenabrechnungsgenehmigung teilnimmt.
- Nachweis innerhalb des Curriculums, dass bereits 40 Doppelstunden Selbsterfahrung und 24 Doppelstunden Theorie absolviert wurden.

Falls ein Therapeut diese Kriterien erfüllt, erhält dieser eine „vorläufige“ Abrechnungsgenehmigung für Gruppen. Zur endgültigen unbefristeten Abrechnungs-genehmigung für Gruppentherapie ist die entsprechende Genehmigung der KV bei der MEDIVERBUND AG einzureichen.