

PNP-VERTRAG § 140a SGB V VERTRAGSSCHULUNG

Modul Psychotherapie

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

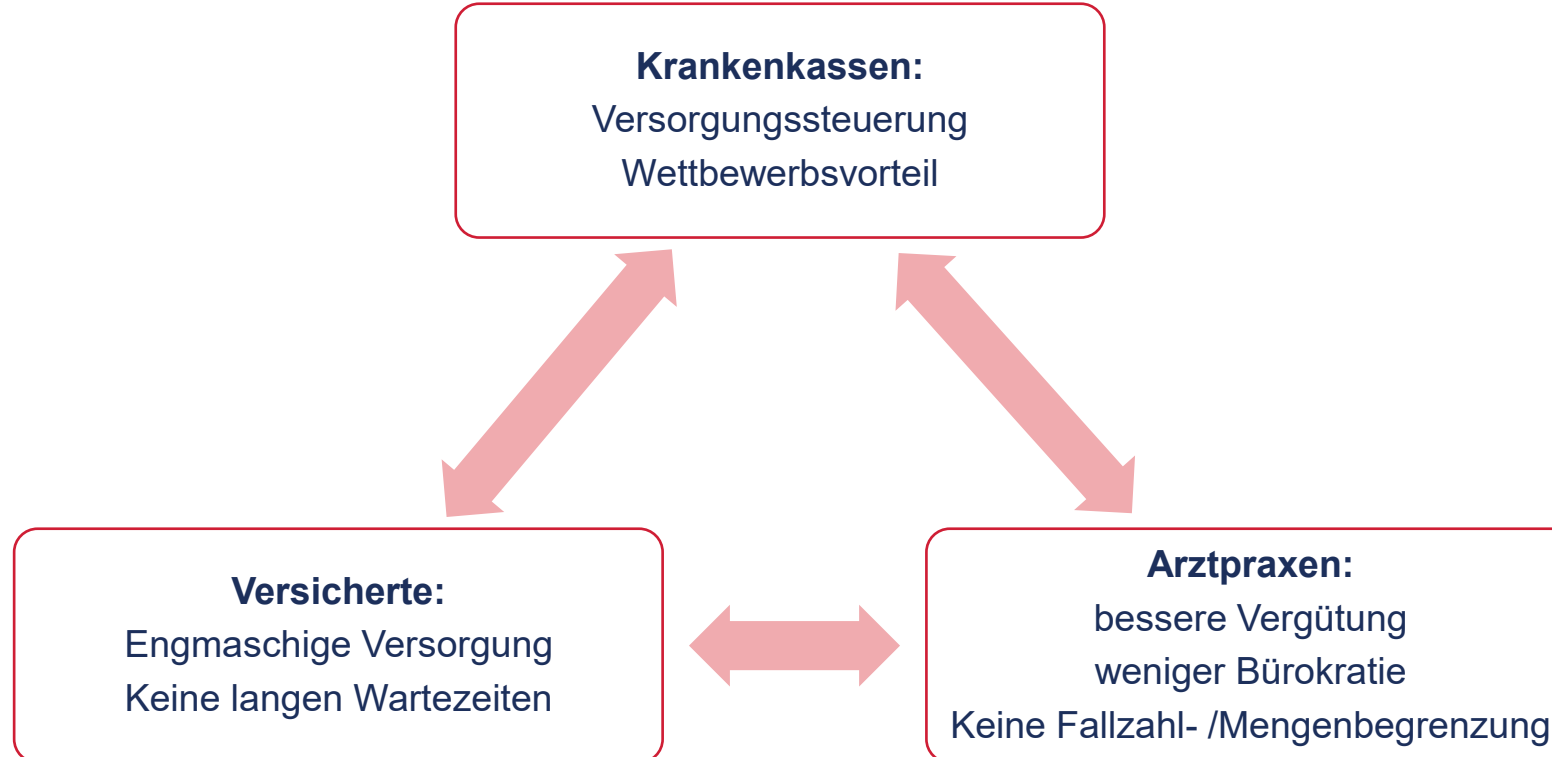
AGENDA

- | | | | |
|----------|---|----------|--|
| 1 | Grundlagen, Ziele und Systematik | 5 | Vergütungs- und Abrechnungssystematik
Modul Psychotherapie |
| 2 | Teilnahme des Arztes / Psychotherapeuten | 6 | Abrechnungsprozess |
| 3 | Teilnahme der Versicherten | 7 | Internetauftritt |
| 4 | Sofortabrechnung nach Einschreibung | | |

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 | 5 | Vergütungs- und Abrechnungssystematik
Modul Psychotherapie |
| 2 | Teilnahme des Arztes / Psychotherapeuten | 6 | Abrechnungsprozess |
| 3 | Teilnahme der Versicherten | 7 | Internetauftritt |
| 4 | Sofortabrechnung nach Einschreibung | | |

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)

TEILNAHMEVORAUSSETZUNGEN

PERSÖNLICHE

- Zulassung, Vertragsarztsitz/-psychotherapeutensitz und Betriebsstätte in Baden-Württemberg
(Nachweis: KV-Zulassung oder KV-Registerauszug)
- Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung von psychotherapeutischen Leistungen gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung
(Nachweis: KV-Genehmigung)
- Erfüllung der Fortbildungspflichten nach §95 d SGB V
(Selbstauskunft)
- Bereitschaft zum Besuch von mind. 2 Fortbildungen pro Jahr (gem. Anlage 2)
(Selbstauskunft – Abfrage der Nachweise durch MEDIVERBUND)
- Tätigkeit im zeitlichen Umfang gemäß den Vorgaben des § 17 Abs. 1a BMV-Ä
(Selbstauskunft)
- Teilnahme an einer Vertragsschulung
(Nachweis: Teilnahmezertifikat)

TEILNAHMEVORAUSSETZUNGEN

PRAXISBEZOGENE

- Ausstattung mit einer vertragskompatiblen IT und Internetanbindung
(Selbstauskunft)
- Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS/ Praxisverwaltungssystem)
(Selbstauskunft)
- Vertragssoftware
(Nachweis: Selbstauskunft/Bestätigungsformular Vertragssoftware)
- HZV-Online-Key zur Datenübertragung
(Nachweis: Bestätigungsformular HZV-Online-Key)

ABRECHNUNGSVORAUSSETZUNGEN

- Psychotherapeutische Gruppenbehandlung
(Nachweis: KV-Genehmigung)
- Analytische Psychotherapie
(Nachweis: KV-Genehmigung) – EBM Ziffern (35210/35411/35412/35415)
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
(Nachweis: KV-Genehmigung)
- Neuropsychologische Therapie
(Nachweis: KV-Genehmigung)

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 | 5 | Vergütungs- und Abrechnungssystematik
Modul Psychotherapie |
| 2 | Teilnahme des Arztes / Psychotherapeuten | 6 | Abrechnungsprozess |
| 3 | Teilnahme der Versicherten | 7 | Internetauftritt |
| 4 | Sofortabrechnung nach Einschreibung | | |

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 <u>kein</u> aktiver Vertragsteilnehmer“	„Patient ist bereits aktiver Vertragsteilnehmer“	„Patient ist derzeit <u>kein</u> aktiver Vertragsteilnehmer“	„Patient ist bereits aktiver Vertragsteilnehmer“
			
Keine Einschreibung möglich	Einschreibung ins Facharztprogramm möglich	Einschreibung ins Facharztprogramm möglich, wenn aktiver HZV-Teilnehmer	Abrechnung über Facharztvertrag, Einschreibung nicht notwendig

ONLINE-VERSICHERTENEINSCHREIBUNG

VERSICHERTENTEILNAHMEERKLÄRUNG AOK

Wird über die Software erzeugt und gedruckt

Patientenindividueller vierstelliger Code („TE-Code“)

Unterschriftenfelder

Nur für AOK-FACHARZTPROGRAMM

AOK FACHARZT PROGRAMM

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

TE-ID:

Hiermit erkläre ich gegenüber der AOK Baden-Württemberg, dass

- Ich bei der AOK Baden-Württemberg versichert bin.
- Ich ausführlich und umfassend über das AOK-FacharztProgramm informiert und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen und die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten beschrieben sind.
- Ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- Ich darüber informiert wurde, frühestens mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende meines Teilnahmejahres (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme am AOK-FacharztProgramm schriftlich gegenüber der AOK Baden-Württemberg kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung jeweils um weitere 12 Monate.
- Ich mich verpflichte, immer zuerst den von mir gewählten Hausarzt im Rahmen meiner Teilnahme am AOK-HausarztProgramm aufzusuchen und andere Ärzte, die am AOK-FacharztProgramm teilnehmen, nur in Abstimmung mit meinem gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen (Überweisung). Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologen und Augenärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten. Des Weiteren ist die Direktinanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten möglich.
- Ich grundsätzlich nur Fachärzte auf Überweisung aufsuche, die am jeweiligen AOK-FacharztProgramm teilnehmen, wenn es für dieses Fachgebiet einen Vertrag gibt. Die aktuellen Fachgebiete sind im Merkblatt aufgelistet. Über jede Erweiterung werde ich informiert.
- Ich bei Änderung meines Versicherungstatus unverzüglich die AOK informiere, da ggf. die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm freiwillig ist.
- Ich bei Nichterhaltung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus dem AOK-FacharztProgramm ausgeschlossen werden kann.
- Ich für Aufwände, die durch nicht vertragkonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- Mit Ende der AOK-Mitgliedschaft der Ausschluss aus dem AOK-FacharztProgramm und dem AOK-HausarztProgramm erfolgt.
- Ich per Anschriften rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn am AOK-FacharztProgramm informiert werde (i.d.R. beginnt die Teilnahme im Folgequartal).
- Mit dem Ende meiner Teilnahme am AOK-HausarztProgramm meine Teilnahme am AOK-FacharztProgramm endet; für den Fall, dass mein gewählter Hausarzt ausscheidet, verbleibe ich für das laufende Quartal und ein Folgequartal im AOK-FacharztProgramm, um mich bei einem neuen Hausarzt einschreiben zu können.

Ja, ich möchte an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm) in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) teilnehmen.

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

TE-Code:

Eintrag für den Patienten

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

Nur für AOK-FACHARZTPROGRAMM

AOK FACHARZT PROGRAMM

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

Ich bestätige, 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.m. 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 vorgesehen 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, Auskünfte über meine AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramme, Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür erteile ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die AOK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erheben und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenverarbeitung im Rahmen des AOK-FacharztProgramms i.V.m. dem AOK-HausarztProgramm sind im Merkblatt beschrieben.
- Im Datenbestand der AOK und der am AOK-Facharzt- sowie AOK-HausarztProgramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert 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 unterschreiben 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 AOK-FacharztProgramm insgesamt 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.

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, Auskünfte über meine AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramme, Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür erteile ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die AOK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erheben und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenverarbeitung im Rahmen des AOK-FacharztProgramms i.V.m. dem AOK-HausarztProgramm sind im Merkblatt beschrieben.
- Im Datenbestand der AOK und der am AOK-Facharzt- sowie AOK-HausarztProgramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert 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 unterschreiben 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 AOK-FacharztProgramm insgesamt 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.

Ich bestätige, dass

- meine im Rahmen des AOK-FacharztProgramms verarbeiteten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V.m. 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 vorgesehen 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, Auskünfte über meine AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramme, Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür erteile ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die AOK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erheben und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenverarbeitung im Rahmen des AOK-FacharztProgramms i.V.m. dem AOK-HausarztProgramm sind im Merkblatt beschrieben.
- Im Datenbestand der AOK und der am AOK-Facharzt- sowie AOK-HausarztProgramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert 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 unterschreiben 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 AOK-FacharztProgramm insgesamt 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.

Ich bestätige, dass

- meine im Rahmen des AOK-FacharztProgramms verarbeiteten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V.m. 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 vorgesehen 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, Auskünfte über meine AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramme, Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür erteile ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die AOK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erheben und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenverarbeitung im Rahmen des AOK-FacharztProgramms i.V.m. dem AOK-HausarztProgramm sind im Merkblatt beschrieben.
- Im Datenbestand der AOK und der am AOK-Facharzt- sowie AOK-HausarztProgramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert 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 unterschreiben 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 AOK-FacharztProgramm insgesamt 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.

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

ONLINE-VERSICHERTENEINSCHREIBUNG

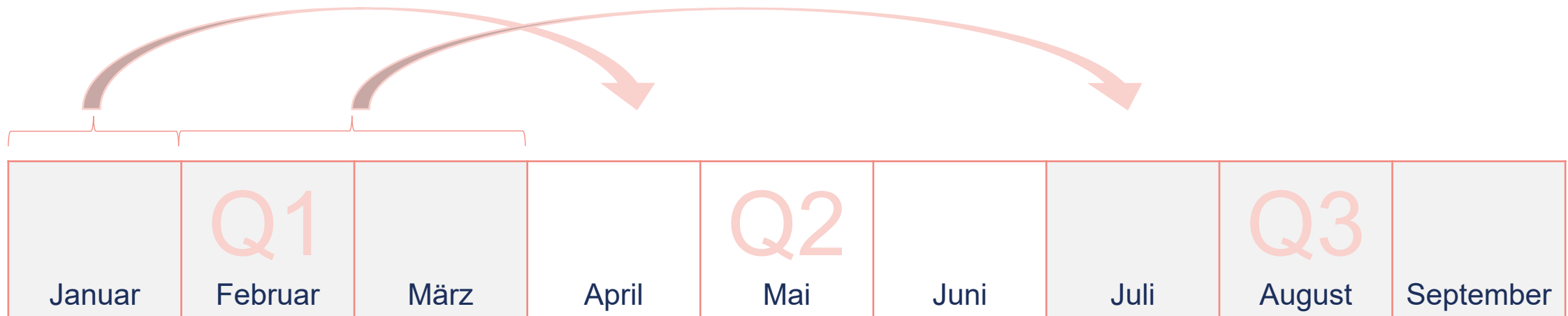
1. Information des Versicherten /Aushändigung des Versicherten-Merkblatts
2. Beantragung der Teilnahme in der Software und Ausdruck der Teilnahmeerklärung (2 Exemplare)
3. beide Exemplare werden vom Versicherten und vom Arzt unterzeichnet (1 Exemplar für den Versicherten, 1 Exemplar zur Aufbewahrung 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 | 5 | Vergütungs- und Abrechnungssystematik
Modul Psychotherapie |
| 2 | Teilnahme des Arztes / Psychotherapeuten | 6 | Abrechnungsprozess |
| 3 | Teilnahme der Versicherten | 7 | Internetauftritt |
| 4 | Sofortabrechnung nach Einschreibung | | |

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 nimmt bereits aktiv an der HZV teil
- Der Vertragsteilnehmer muss zur SANE zugelassen sein (Beantragung i.R. der Teilnahmeerklärung oder nachträglich möglich)
- 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**

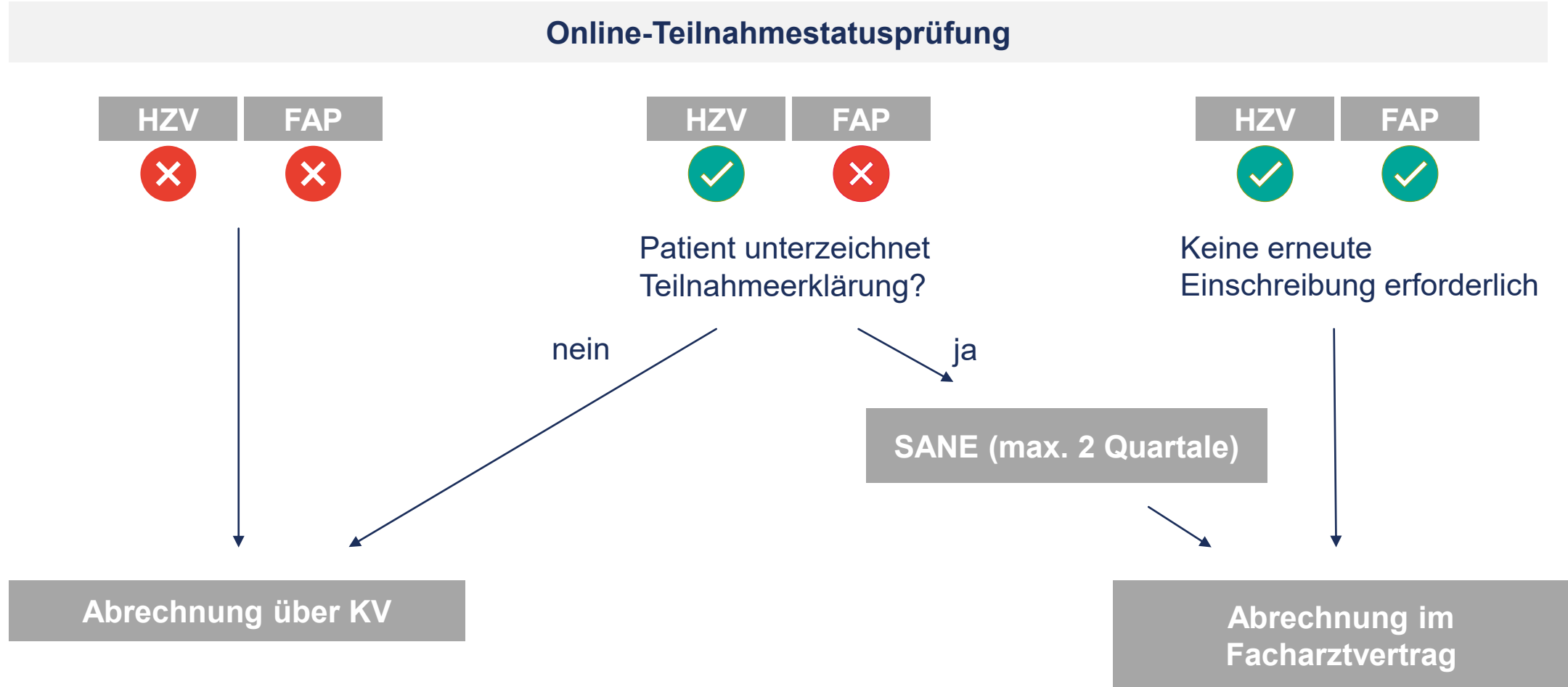


SANE in max. 2 aufeinanderfolgenden Quartalen möglich

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 | 5 | Vergütungs- und Abrechnungssystematik
Modul Psychotherapie |
| 2 | Teilnahme des Arztes / Psychotherapeuten | 6 | Abrechnungsprozess |
| 3 | Teilnahme der Versicherten | 7 | Internetauftritt |
| 4 | Sofortabrechnung nach Einschreibung | | |

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 ZIFFERNKRANZ

- **enthaltene EBM-Ziffern** dürfen für eingeschriebene Versicherte **nicht mehr über die KV** abgerechnet werden!
- nicht aufgelistete EBM-Ziffern: für teilnehmende Versicherte weiterhin über KV abrechenbar

EBM-Grunddaten				HZV	Kardiologie	Gastroenterologie	PNP	
GOP	Beschreibung	Änderungsdatum	Änderungs- vermerk	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	
35131	Antrag des Versicherten auf Feststellung der Leistungspflicht für eine Psychotherapie als Langzeittherapie			FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	obligatorisch	
35140	Biographische Anamnese			FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	obligatorisch	
35141	Vertiefte Exploration			FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	obligatorisch	
35142	Zuschlag Erhebung neurologischer und psychiatrischer Befunde			FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	obligatorisch	
35150	Probatorische Sitzung			FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	obligatorisch	
35151	Psychotherapeutische Sprechstunde	01.07.2017	neue Ziffer zum 01.04.2017	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	obligatorisch	
35152	Psychotherapeutische Akutbehandlung	01.07.2017	neue Ziffer zum 01.04.2017	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	obligatorisch	
35163	Probatorische Sitzung mit 3 Teilnehmern	01.10.2021	neue Ziffer	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	obligatorisch	
35164	Probatorische Sitzung mit 4 Teilnehmern	01.10.2021	neue Ziffer	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	obligatorisch	
35165	Probatorische Sitzung mit 5 Teilnehmern	01.10.2021	neue Ziffer	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	obligatorisch	
35166	Probatorische Sitzung mit 6 Teilnehmern	01.10.2021	neue Ziffer	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	obligatorisch	

ICD-LISTE

Bei Vorliegen gekreuzter Diagnosen sind entsprechende Leistungen abrechenbar

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, An													
Diagnosen		Psychotherapie											
ICD-Kode	ICD-Klartext	PTZ1_Koop.zuschl. PY	PTZ1_Koop.zuschl. HA	PTZ1KJ_Koop.zuschl. PY	PTZ1KJ_Koop.zuschl. HA	PTZ3_KJ-Zuschlag	PTZ4_Fallkonferenz Rücken	PTZ1_Akute / Zeitrn. Vers. Psychoth. - Einzeltherapie	PTZ1KJ_Akute / Zeitrn. Ver. Psychother.	PTZ2_Erstbeh. - Einzelther.	PTZ2KJ_Erstbeh. - Einzelther.	PTZ3>Weiterbeh. - Einzelther.	PTZ3KJ>Weiterbeh. Einzelther.
F32.8	Sonstige depressive Episoden												
F32.9	Depressive Episode, nicht näher bezeichnet												
F33.0	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode	X	X	X	X	X				X	X	X	X
F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	X		X		X		X	X	X	X	X	X
F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	X		X		X		X	X	X	X	X	X
F33.4	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert	X	X	X	X	X				X	X	X	X
F33.8	Sonstige rezidivierende depressive Störungen												
F33.9	Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet												
F34.0	Zyklothymia	X		X		X				X	X	X	X
F34.1	Dysthymia	X	X	X	X	X				X	X	X	X
F34.8	Sonstige anhaltende affektive Störungen												

HONORARANLAGE

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
C. PSYCHOTHERAPIE Abrechenbar für folgende FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN: Fachärzte für Nervenheilkunde (soweit sie über die Voraussetzung zur Erbringung der Richtlinienpsychotherapie nach der aktuellen Psychotherapie-Vereinbarung verfügen), Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie (soweit sie über die Voraussetzung zur Erbringung der Richtlinienpsychotherapie nach der aktuellen Psychotherapie-Vereinbarung verfügen), Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychologische Psychotherapeuten und/oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Vertragsärzte, die gemäß den Bedarfsplanungsrichtlinien ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind. Weiterhin ist Voraussetzung, dass psychotherapeutische Leistungen in der KV vor der Vertragsteilnahme abgerechnet wurden. HAUSÄRZTE, die aufgrund Beiratsbeschluss gemäß § 22 Abs. 4 Buchstabe d an diesem Vertrag teilnehmen, können keine PTP1 und keine PTV1 abrechnen. Gegenstand des Versorgungsauftrages nach diesem Vertrag dürfen gemäß § 73c Abs. 4 Satz 2 SGB V nur solche Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.			
1. Pauschalen Veranlasste Leistungen, die über den Versorgungsauftrag gemäß dem EBM-Ziffernkranz in der jeweils geltenden Fassung hinausgehen, sind nicht Gegenstand dieses Vertrages. Als Einzelleistung oder Zuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet.			
PTP1	Grundpauschale: Abklärung der Notwendigkeit weiterer therapeutischer Maßnahmen, psychotherapeutische Anamnese und störungsspezifischer, korrekter Diagnostik, Erstellung und Übermittlung von Berichten/Befunden an HAUS- und FACHÄRZTE Bei einer Direktinanspruchnahme z.B. bei Notfällen, d.h. wenn keine Überweisung vorliegt, ist einmalig die Anforderung eines somatischen Befundberichts vom HAUSARZT erforderlich (vgl. auch Anlage 17 Schnittstellen). Innerhalb von in der Regel 2 Wochen ab dem Erstkontakt wird ein Bericht an den HAUSARZT und ggf. FACHARZT gemäß Anlage 17 übermittelt und zusätzlich bei besonderen Ereignissen wie z.B. Eigen-, Fremdgefährdung, Veränderung der Diagnose, somatische Abklärung oder psychiatrische Mitbehandlung wie auch zum Therapieende.	1 x in 4 Quartalen in Folge, sofern - eine Überweisung vom HAUSARZT/ FACHARZT vorliegt oder es sich um eine quartalsübergreifende psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der jeweiligen Therapieserie PTE1(KJ), PTE2(KJ), PTE3(KJ), PTE6 oder PTE7 handelt - und mindestens ein persönlicher oder telemedizinischer Arzt- Patienten-Kontakt stattgefunden hat. - Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)). - Nicht abrechenbar von FACHÄRZTEN, die stattdessen die PYP1 oder NP1 abrechnen können sowie von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Letztere können stattdessen die Ziffer KJPYP1 (AOK) bzw. die Grundpauschale gemäß Kapitel 14.2 des EBM über die KV abrechnen (Bosch BKK). Ausnahme: - Z.B. bei Notfällen ist die Direktinanspruchnahme und damit die Abrechnung von PTP1 auch ohne Überweisung möglich.	60,00 EUR

Ziffernübergreifende Regeln

Abrechnungsziffern, -regeln und Vergütungen

ABRECHNUNGSSYSTEMATIK

Vollversorgungsvertrag mit eigener Vergütungsstruktur

Grundpauschale

+

Einzelleistungen (Einzel- und Gruppentherapie)

+

Zuschläge

oder

Auftragsleistungen

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

und

- beinhaltet einen konkreten Bezug zur fachärztlichen bzw. psychotherapeutischen Versorgung des Patienten

Persönlicher APK: Eine Leistung wird zur gleichen Zeit am gleichen Ort (z.B. in der Praxis) erbracht.

Telemedizinischer APK: Die Leistung wird ausschließlich z.B. via zertifiziertem Videosystem, Telefon, Messenger 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.

GRUNDPAUSCHALE

PTP1 Grundpauschale	1 x in 4 aufeinanderfolgenden Quartalen	 	62 €
PTP1A Überweisung vom HZV-Hausarzt	additiv zu PTP1	 	10 € Bosch BKK: 5 €
oder	Eingabe der Überweiser LANR und BSNR zur Ziffer		
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 €*
oder Erstkontakte sind auch per <u>Video</u>fernbehandlung möglich			
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
Kontaktadressen siehe Fax-/ Adressliste

PNP-Facharztvertrag 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 Versicherten/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 Kontaktaufnahme 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

☐ **Fallrücksprache/n bzw. -besprechung/en** 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. Kostenträger	
Name, Vorname des Versicherten	
geb. am	
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.
Status	
Berufskollegen-Nr.	Arzt-Nr.
Datum	


&

Sozialer Dienst der AOK:
Kontaktadressen siehe Fax-/
Adressliste

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

Einbindung des SD der AOK Baden-Württemberg durch

- ☐ i. d. R. **HZV-/PNP-Praxis:** Beratung durch SD wird gewünscht. Unterstützungs-/Beratungsbedarf des / der Versicherten (Beispiele vgl. umseitiges Informationsblatt für die Praxen) besteht bei: _____
- ☐ **PNP-Praxis:** Hilfeplankonferenz bei Kindern & Jugendlichen
- ☐ **Orthopädie-Praxis:** Fallkonferenz Rücken:
M54.- Rückenschmerz (unspezifisch). Ist durch Angabe eines vierstelligen Codes aus der Gruppe M54.- weiter zu spezifizieren (z. B. M54.5 Kreuzschmerz): M54.____G sowie
 - ☐ F45.40 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
 - ☐ F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
 - ☐ F62.80 Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom

Vereinbartes Vorgehen

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

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

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. Datum, Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigter	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. Datum, Praxisstempel, Unterschrift Arzt / Ärztin oder Psychotherapeut/in
--	---

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. PTE1**V**)
- 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

AUFTRAGSLEISTUNGEN 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 Versorgungsplanung



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

Weiterführende 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 	1 x pro Quartal	  	30 €
PTZ3	Kinder- und Jugendlichen Zuschlag 	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 ▪ 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	20 x innerhalb von 12 Wochen nach Entlassung	 	15 €

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

Merkblatt Infoziffern Psychotherapie:

<https://www.medi-verbund.de/facharztvertraege/themenseite-abrechnung/>

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.

STRUKTURZUSCHLAG AUF EBM-ZIFFERN

- im Selektivvertrag erbrachte Therapiestunden werden für die Berechnung der Auslastungsquote berücksichtigt, sofern diese in Form sogenannter Pseudo-GOPs in der KV-Abrechnung erscheinen
- für Selektivvertragspatienten kann eine KV-Abrechnungsschein angelegt und die entsprechende Pseudo-GOPs mit der KV-Abrechnung übermittelt werden.
- die entsprechenden Pseudoziffern und weitere Informationen hierzu finden Sie auf der Internetseite der KV Baden-Württemberg: <https://www.kvbawue.de/praxis/abrechnung-honorar/psychotherapeutenhonorare/>

ABRECHNUNGSBEISPIEL 1

Behandlung eines Patienten (AOK) mit mittelschwerer Depression innerhalb von 3 Quartalen mit 10 x zeitnahe Versorgung (PTE1) und 10 x Erstbehandlung (PTE2) insges. 20 Sitzungen	
Grundpauschale PTP1 (1x innerhalb 4 Quartalen)	62,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt PTP1A	10,00 €
3 Pauschalen PTZ1 (Koop.-Zuschlag) für 3 Quartale	90,00 €
10 Einheiten „zeitnahe Versorgung“ PTE1*	1.570,00 €
10 Einheiten „Erstbehandlung“ PTE2	1.260,00 €
Durchschnittshonorar pro Sitzung 50 Min.	149,60 €

*bei insgesamt 45 Einheiten PTE1(KJ)/PTE1SD pro Quartal → Zuschlag 25 €, Vergütung je PTE1:157 €

ABRECHNUNGSBEISPIEL 2

Behandlung eines Erwachsenen mit sozialen Ängsten innerhalb von drei Quartalen mit 10 x zeitnahen Versorgung (PTE1) und 15 x Gruppenbehandlung (PTE6)	
Grundpauschale PTP1 (1x innerhalb 4 Quartalen)	62,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt PTP1A	10,00 €
3 Pauschalen PTZ1 für 3 Quartale	90,00 €
10 Einheiten „zeitnahe Versorgung“ PTE1*	1.470,00 €
15 Einheiten „kleine Gruppe“ (3 Personen) PTE6	2.175,00 €
Durchschnittshonorar pro Sitzung	152,28 €

*bei insgesamt 30 Einheiten PTE1(KJ)/PTE1SD pro Quartal: Vergütung je PTE1: 147 €

AGENDA

- | | | | |
|----------|---|----------|--|
| 1 | Grundlagen, Ziele und Systematik | 5 | Vergütungs- und Abrechnungssystematik
Modul Psychotherapie |
| 2 | Teilnahme des Arztes / Psychotherapeuten | 6 | Abrechnungsprozess |
| 3 | Teilnahme der Versicherten | 7 | Internetauftritt |
| 4 | Sofortabrechnung nach Einschreibung | | |

ABRECHNUNGSPROZESS

05. Januar	05. April	05. Juli	05. Oktober
 Stichtag für Q4	 Stichtag für Q1	 Stichtag für Q2	 Stichtag für Q3



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.

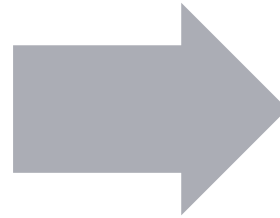


Bitte beachten Sie: In den meisten Fällen wird nicht der gesamte Fall von der KV abgewiesen. Bitte stellen Sie vor einer Nachabrechnung über den Vertrag sicher, dass für diesen Patienten keine Leistungen von der KV vergütet wurden.

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 Abrechnungstichtag

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 Bild zeigt ein Faxformular mit dem Titel 'Bosch BKK' und 'MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT'. Ein roter Stempel oben rechts lautet: 'Einzureichen nach Bestätigung Ihrer Vertragsteilnahme durch MEDIVERBUND direkt bei der Bosch BKK'. Das Formular enthält folgende Informationen:

- Anschrift: Bosch BKK, VMA, Kuppelstraße 10, 7040 Stuttgart
- Fax Nr.: 089/51959-2504
- Text: 'Abrechnung gemäß Vereinbarung zwischen Ihrem Fachärzterverband, MEDIVERBUND und Bosch BKK. Bitte übermitteln 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 der Bosch BKK und meinem Fachärzterverband geschlossenen Vereinbarung auf mein/ein nachfolgendes Konto.'
- Formularzeilen für: IBAN, Kontoinhaber, BIC, Bank.
- Formularzeilen für: Datum, Photostempel und Unterschrift.

AGENDA

- | | | | |
|----------|---|----------|--|
| 1 | Grundlagen, Ziele und Systematik | 5 | Vergütungs- und Abrechnungssystematik
Modul Psychotherapie |
| 2 | Teilnahme des Arztes / Psychotherapeuten | 6 | Abrechnungsprozess |
| 3 | Teilnahme der Versicherten | 7 | Internetauftritt |
| 4 | Sofortabrechnung nach Einschreibung | | |

www.medi-verbund.de

Alle Informationen zum Vertrag

MEDI VERBUND
GEMEINSAM. STARK. GESUND.

Home Leistungen Über MEDI ePA Bundestagswahl 2025 Blog Presse **Mein MEDI**

Politische Vertretung
Verträge & Abrechnung
Fortbildungen & Veranstaltungen
MVZ
Versicherungen
Musterverträge
Famulatur & PI

mpagne

Teilnahmeerklärung
AOK BW / Bosch BKK
> Herunterladen

Abrechnungsunterlagen
AOK BW / Bosch BKK
> Mehr erfahren

Elektronische Arztvernetzung
AOK BW
> Herunterladen

Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie
AOK BW
> Mehr

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 Traumata

Allgemeine Informationen und Formulare ✓

Inhalte des Infopakets ✓

Schulungspräsentation und Online-Vertragsschulung ✓

Vertragsunterlagen ✓

Anlagen zum Vertrag ✓

Fortbildungen und Qualitätszirkel ✓

Ansprechpartner bei der Krankenkasse ✓

Ansprechpartner:

Gabriele Raff
Psychotherapie & Kinder- und Jugendpsychiatrie
Telefon 0711 80 60 79 – 274

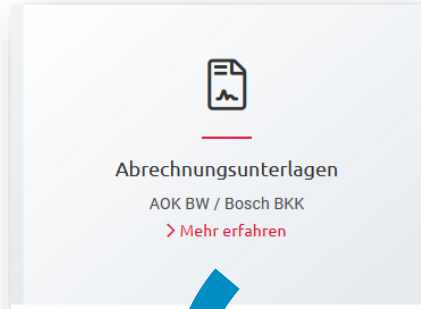
Sophie Friedrich
Neurologie & Psychiatrie
Telefon 0711 80 60 79 – 273

Rukman Mahmuti
Telefon 0711 80 60 79 – 279

E-Mail:
vertraege@medi-verbund.de

THEMENSEITE ABRECHNUNG

Alles Wichtige rund um die Abrechnung



PNP

Abrechnungsschulung

vertragsübergreifende Abrechnungsschulung (alle PT-Verträge)

Schreibtischunterlage zur Schnellübersicht der Leistungsziffern-Neurologie

Schreibtischunterlage der Leistungsziffern-Neurologie als Excel-Datei für individuelle Anpassungen

Schreibtischunterlage zur Schnellübersicht der Leistungsziffern-Psychiatrie

Schreibtischunterlage der Leistungsziffern-Psychiatrie als Excel-Datei für individuelle Anpassungen

Schreibtischunterlage zur Schnellübersicht der Leistungsziffern-Psychotherapie

Schreibtischunterlage der Leistungsziffern-Psychotherapie als Excel-Datei für individuelle Anpassungen

Schreibtischunterlage zur Schnellübersicht der Leistungsziffern-Kinder- und Jugendpsychiatrie

Schreibtischunterlage der Leistungsziffern-Kinder- und Jugendpsychiatrie als Excel-Datei für individuelle Anpassungen

Kalender mit den wichtigsten Abrechnungsterminen

Abrechnungsleitfaden – Tipps und Tricks zur Durchführung der Abrechnung

Pharmaquotenberechnung – Wie verordne ich rationell und rational?

Merkblatt Infoziffern Psychotherapie

Merkblatt modulübergreifend Neurologie – Psychiatrie – Psychotherapie

Merkblatt Neurologie

ARZTPORTAL

medi-arztportal.de

- Individuelle Dokumente (z.B. Abrechnungsnachweise, Patientenaufstellungen 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

The screenshot shows the login page of the MEDI VERBUND Arztportal. At the top is the logo 'MEDI VERBUND AKTIENGESellschaft'. Below it is a 'Login' section with two input fields: 'MEDI-ID *' and 'Passwort *'. There are two buttons: 'Anmelden' (blue) and 'zurück zu MEDI Arztportal' (grey). At the bottom, there is a link: 'Sie haben Ihr Passwort vergessen? Dann können Sie es [hier](#) ändern.'

The screenshot shows the 'Ihre Daten' (Your Data) page. At the top is the header 'MEDI VERBUND AKTIENGESellschaft' with navigation links: 'Meine Daten', 'Dokumente', 'Abrechnung', 'Kontakt', 'Backend', and 'Logout'. The main heading is 'Ihre Daten'. On the left is a sidebar menu with options: 'Persönliche Daten' (selected), 'Praxen', 'Angestellte', 'Verwalten Verträge & Leistungen', 'Verbandsmitgliedschaften', 'Audits', 'Benachrichtigungs-Einstellungen', and 'Notifications'. The main content area shows a summary of personal data with fields for: 'Ihr Name: Sophia Nürk', 'Geburtsdatum: - keine Angabe -', 'LANR: 111111111', 'MEDIVERBUND-ID: 10331135', 'Kontakt E-Mail-Adresse: Sophia.nuerk@medi-verbund.de', 'Praxis: Praxis Nürk, BSNR: 123465789, Adresse: bei MEDI, Liebknechtstrasse 29, 70565 Stuttgart', 'Privatschrift: - keine Angabe -', 'Postanschrift: - keine Angabe -', and 'Dokumente erhalten Sie: Als Download im Arztportal'. Each field has a blue edit icon.

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 HZV

AOK BW HZV Kinderärzte

Bosch BKK

BKK BOSCH BW HZV

BKK LV Süd

BKK LV Süd HZV

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 Kardiologie 140a

AOK BW Nephrologie 140a

AOK BW Orthopädie 140a

▼ AOK BW PNP 140a

Neurologie

Psychiatrie

Psychotherapie

Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie

Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapie

Bitte wählen Sie im Menü
Ihrer Postleitzahl, eines Nar
Arzt oder Psychotherapeut
Bitte beachten Sie, dass h
entsprechenden Krankenl

AOK BW PNP 140a: Psychotherapie

AOK Baden-Württemberg

AOK BW Diabetologie 140a

AOK BW Gastro 140a

AOK BW Gestationsdiabetes 140a

AOK BW Kardiologie 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 Praxisteams entwickelt

Sie erreichen Ihre Patientinnen und Patienten nicht, um die Laborwerte zu übermitteln?

Nutzen Sie die Chatfunktion und übertragen Sie die Werte als PDF-Datei.

Ihre Warteschleife läuft voll wegen Rezeptbestellungen oder Folge-AU?

Weisen Sie Ihre Patientinnen und Patienten darauf hin, dass sie ihre Folgerezepte oder AU über den Messenger garrioCOM Tag und Nacht anfordern können. So entlasten Sie Ihre MFA.

Sie möchten Ihr Praxis-Aufkommen durch Videosprechstunden mit garrioCOM regulieren?

Durch die einfache Videoverbindung per garrioCOM zwischen Ihnen und Ihren Patientinnen und Patienten sind künftig Behandlungstage sogar im Home-Office denkbar.

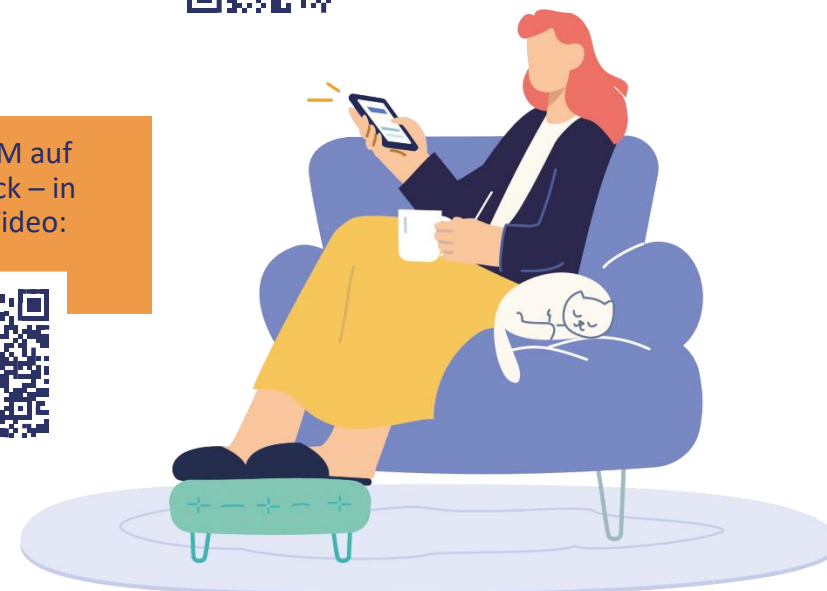


Bestellen Sie garrioCOM unter **www.garrio.de/bestellung**.

Wir schalten Ihnen den Messenger und alle Funktionen für Ihre Praxis frei.



garrioCOM auf einen Blick – in diesem Video:



Hausärzterverband
Baden-Württemberg



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

www.medi-verbund.de



Noch Fragen? Sie erreichen uns unter:



Gabriele Raff: 0711 80 60 79 274



vertraege@medi-verbund.de