



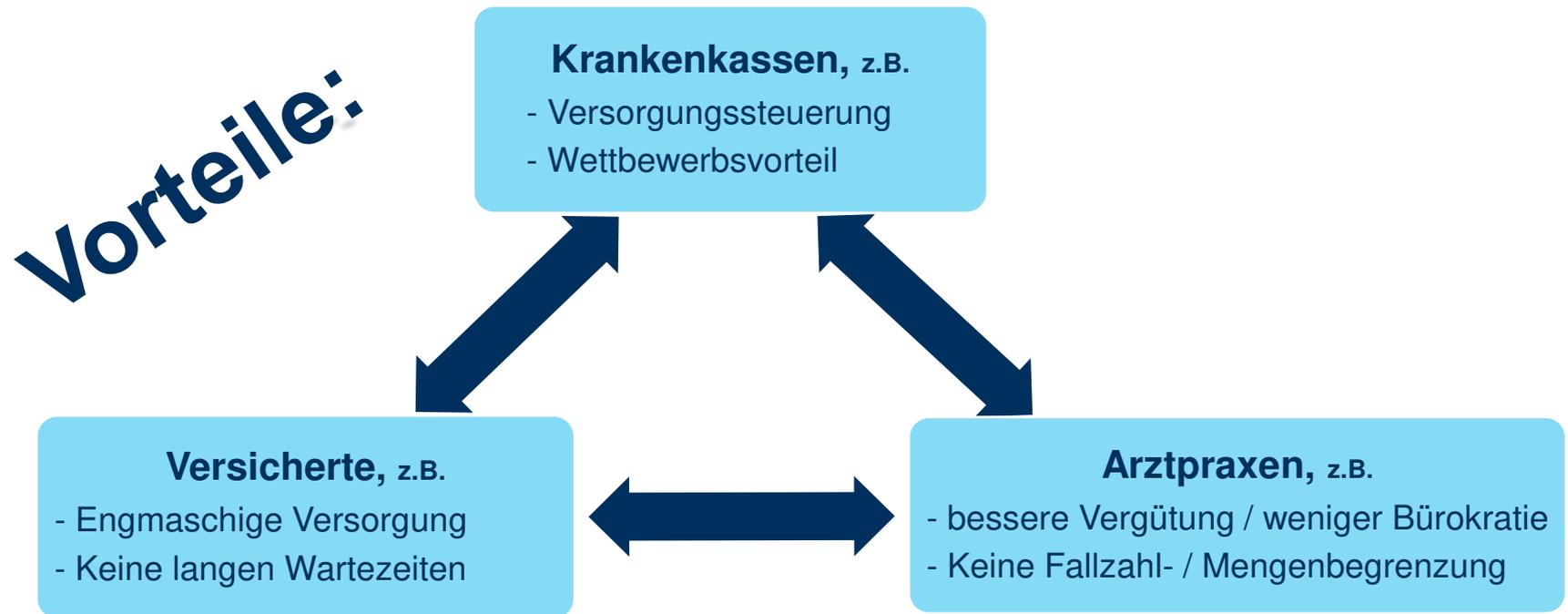
PNP-Vertrag nach § 73c SGB V Vertragsschulung

- 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**

aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die stets gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Warum Selektivverträge?

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



Ziele des Vertrags

- 👍 optimierte, qualitativ hochwertige Versorgung der Versicherten
- 👍 Stärkung der ambulanten Versorgung
- 👍 Weniger Bürokratie und mehr Zeit für Beratungsgespräche
- 👍 bessere Rahmenbedingungen für Ärzte/Psychotherapeuten und Patienten
- 👍 Zusammenarbeit mit dem HZV-Arzt sowie anderen Fachärzten / Psychotherapeuten
- 👍 Zusammenarbeit mit dem Sozialen Dienst der AOK / Patientenbegleitung der Bosch BKK, Einbezug von Gesundheitsprogrammen der Krankenkassen
- 👍 Reduktion von stationären Aufenthalten
- 👍 Reduktion von 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 und c 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 bei der KV
- **Wegfall des Antrags- und Genehmigungsverfahrens** in der Psychotherapie (Ausnahme: Analytische Psychotherapie)
- **mehr Therapiefreiheit** durch erweitertes Spektrum von Therapieverfahren und –methoden, z.B.
 - Botulinumtoxintherapie (Modul Neurologie)
 - Systemische Therapie (KJ), Interpersonelle Psychotherapie (Modul PT)
 - ...
- **keine Fallzahl- oder Mengenbegrenzung**
- **wirtschaftliche Sicherung** der Praxen und Planungssicherheit:
 - unbefristete Verträge
 - 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 Psychotherapievereinbarung verfügen, können vom Beirat zur Erbringung von Leistungen nach Anlage 12 C Psychotherapie zugelassen werden

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](#))

➤ **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

➤ **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

10 Schritte zur Vertragsteilnahme

1. Vertragsunterlagen erhalten / anfordern
2. Vertragsschulung besuchen oder Online-Schulung absolvieren
3. Vertragssoftware bestellen (Ansprechpartner Softwarehaus)
4. HZV-Online-Key bestellen (Bestellformular HÄVG)
5. Teilnahmeerklärung vollständig ausfüllen und unterschreiben
6. Nachweise beilegen (siehe Checkliste)
7. Teilnahmeerklärung und Nachweise an MEDIVERBUND schicken (per Post / Fax / E-Mail)
8. Ggf. fehlende Nachweise nachreichen (MEDIVERBUND informiert)
9. Zulassungsschreiben („Starterpaket“) von MEDIVERBUND abwarten
10. Über Vorteile der Vertragsteilnahme freuen



1. 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

2. 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**

3. Fortbildungen:

- Teilnahme an **mind. 2 Fortbildungen pro Jahr** (gemäß Anlage 2) zur Diagnostik und Behandlung der Krankheitsbilder des Vertrages

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 Versicherte

- 👍 schnelle und flexible Terminvergabe
- 👍 schneller Behandlungsbeginn in der Psychotherapie
- 👍 Begrenzung der Wartezeit
- 👍 Behandlungskordinierung mit dem Hausarzt
- 👍 intensive ambulante Betreuung
- 👍 breites diagnostisches und therapeutisches Angebot
- 👍 Zuzahlungsbefreiung bei vielen rabattierten Arzneimitteln (AOK)

Infoblatt „Patientenvorteile auf einen Blick“:

www.medi-verbund.de → Leistungen → Verträge/Abrechnung → AOK/Bosch BKK PNP → Allgemeine Informationen und Formulare

- 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

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 eine Online-Teilnahmestatusprüfung in der Software ermittelt.

→ **Teilnahmestatusprüfung jedes Quartal und vor Beantragung der Patientenvertragsteilnahme durchführen!**

Mögliche Rückmeldungen der Teilnahmestatusprüfung:

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

Versichertenteilnahmeerklärung AOK

wird über die Software erzeugt und bedruckt

patienten-individueller vierstelliger Code

Unterschriftenfelder

Nur für AOK-FACHARZTPROGRAMM

AOK FACHARZT PROGRAMM

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

73c K

aus Baden-Württemberg) kann vor Ablauf des Teilnahmejahres eine Kündigung zum nächstmöglichen Quartalsende erfolgen.

meine im Rahmen des AOK-FacharztProgramms eroberten und gespeicherten 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-Facharzt-Programm.

Im AOK-FacharztProgramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich in meinem 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-Facharzt-Teilnahme, Behandlungspläne und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür stimme 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 Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung 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.
- die AOK meine Adresse und Telefonnummer ohne weitere persönliche Daten an neutrale Stellen weiterleiten kann, damit diese mich zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit in Zusammenhang mit dem AOK-FacharztProgramm befragen können. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig.
- ich mit meiner Teilnahme am AOK-FacharztProgramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 73c 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 endet für mich alle Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms. Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm bleibt davon unberührt.

Ich bin mit dem im Merkblatt beschriebenen Inhalt und der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm) i.V.m. der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) einschließlich der wissenschaftlichen Begleitung und Weitererhebungsfragen einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich dann, wenn die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, talbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten bzw. meiner Konsultationserteile.

Bitte das heutige Datum eintragen.

Y T M M J J J J

<TE-Code: >

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 § 73c SGB V a.F./ § 140a SGB V in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) gemäß § 73b SGB V

73c K

aus Baden-Württemberg) kann vor Ablauf des Teilnahmejahres eine Kündigung zum nächstmöglichen Quartalsende erfolgen.

meine im Rahmen des AOK-FacharztProgramms eroberten und gespeicherten 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-Facharzt-Programm.

Im AOK-FacharztProgramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich in meinem 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-Facharzt-Teilnahme, Behandlungspläne und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür stimme 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 Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung 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.
- die AOK meine Adresse und Telefonnummer ohne weitere persönliche Daten an neutrale Stellen weiterleiten kann, damit diese mich zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit in Zusammenhang mit dem AOK-FacharztProgramm befragen können. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig.
- ich mit meiner Teilnahme am AOK-FacharztProgramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 73c 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 endet für mich alle Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms. Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm bleibt davon unberührt.

Ich bin mit dem im Merkblatt beschriebenen Inhalt und der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm) i.V.m. der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) einschließlich der wissenschaftlichen Begleitung und Weitererhebungsfragen einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich dann, wenn die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, talbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten bzw. meiner Konsultationserteile.

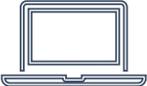
Bitte das heutige Datum eintragen.

Y T M M J J J J

<TE-Code: >

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

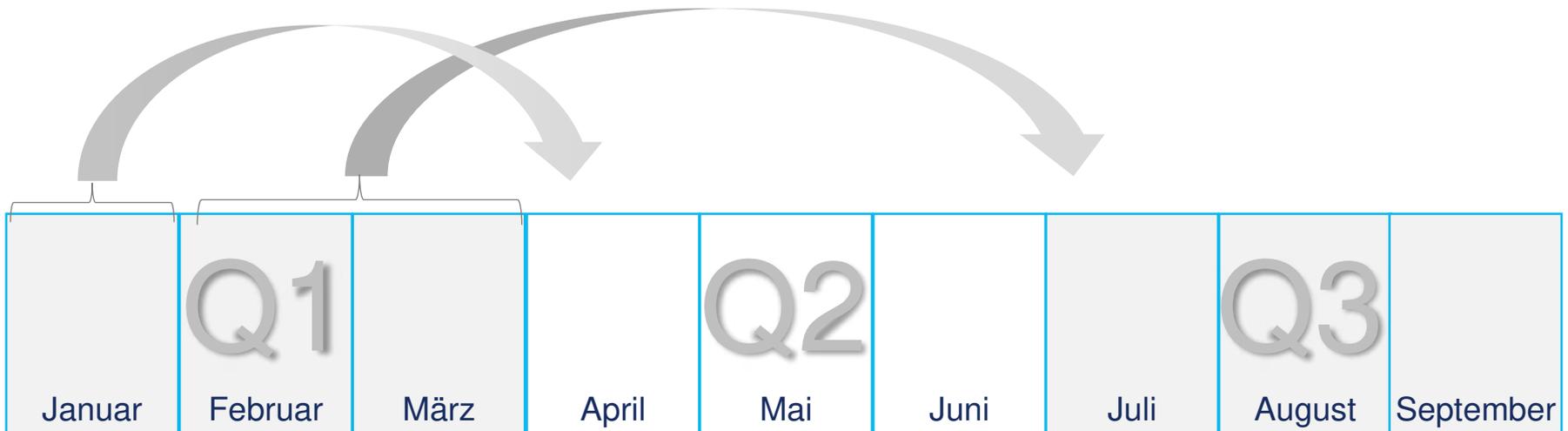
Online-Versicherteneinschreibung

1. Information des Versicherten über den Vertrag / 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

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 (SANE)

Bsp: **Einschreibung 15.03.**
→ **alle Leistungen in Q1**
können über den FAV
abgerechnet werden

→ **alle Leistungen in Q2**
können über den FAV
abgerechnet werden

→ **aktive Teilnahme in 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

Online-Teilnahmestatusprüfung



kein aktiver Teilnehmer HZV

aktiver Teilnehmer HZV

aktiver Teilnehmer FAP



Patient unterzeichnet
Teilnahmeerklärung?

Keine erneute
Einschreibung erforderlich

nein

ja

Sofortabrechnung im Facharztvertrag

(bis zur aktiven Teilnahme optional auch
KV-Abrechnung möglich)

Abrechnung über KV

Abrechnung im Facharztvertrag

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 zur Abrechnung

- **Gesamtziffernkranz** (Anlage 12 Anhang 1)
legt den Leistungsumfang des Vertrags 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

 Diese Dokumente finden Sie unter:
www.medi-verbund.de

AOK Gesamtziffernkranz (GZK) (Auszug)

- Abgrenzung KV- und Vertragsabrechnung
- **aufgelistete EBM-Ziffern** aus allen 73c- bzw. 140a-Verträgen sowie HZV: für teilnehmende Versicherte **nicht über KV abrechenbar**
- nicht aufgelistete EBM-Ziffern: für teilnehmende Versicherte weiterhin über KV abrechenbar – Ausnahme 88895 (SPV): hier besteht ein Abrechnungsausschluss

EBM-Grunddaten				HZV	Kardiologie	Gastroenterologie	PNP	Orthopädie
GOP	Beschreibung	Änderungsdatum	Änderungsvermerk	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung
21321	Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)			§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	nicht obligatorisch	§ 73c-Leistung
21330	Konvulsionsbehandlung			§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	nicht obligatorisch	§ 73c-Leistung
21340	Testverfahren bei Demenzverdacht			§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch	§ 73c-Leistung
22210	Ordinationskomplex bis 5. Lebensjahr (alt) / GP I (neu)			§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch	§ 73c-Leistung
22211	Ordinationskomplex 6. - 59. Lebensjahr (alt) / GP II (neu)			§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch	§ 73c-Leistung
22212	Ordinationskomplex ab 60. Lebensjahr (alt) / GP III (neu)			§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch	§ 73c-Leistung
22216	Zuschlag für die psychosomatisch- und psychotherapeutisch-medizinische Grundversorgung zu den Gebührenordnungspositionen 22210 bis 22212	01.10.2013	neue Ziffer	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch	§ 73c-Leistung
22218	Zuschlag zu der GOP 22216	01.01.2015	neue Ziffer	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch	§ 73c-Leistung
22219	Zuschlag zu den GOPs 22210 bis 22212	01.04.2018	Ergänzung: Anmerkung Rheuma	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch	§ 73c-Leistung
22220	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)			§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch	§ 73c-Leistung
22221	Psychosomatik (Einzelbehandlung)			§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch	§ 73c-Leistung
22222	Psychotherapeutisch medizinische Behandlung (Gruppenbehandlung)			§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	nicht obligatorisch	§ 73c-Leistung

Bosch BKK Ziffernkranz (Auszug)

- Inhalte entsprechen dem AOK Gesamtziffernkranz
- Ausnahme: **Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie: EBM-Kapitel 14 ist für Versicherte der Bosch BKK nach wie vor über die KV abrechenbar**

EBM-Grunddaten				HZV	Kardiologie	Gastroenterologie	PNP
GOP	Beschreibung	Änderungsdatum	Änderungsvermerk	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung
14210	Ordinationskomplex bis 5. Lebensjahr (alt) / GP I (neu)	01.01.2019	GZK-Relevanz (KJPY)	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch
14211	Ordinationskomplex ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 21. Lebensjahr (alt) / GP II neu	01.01.2019	GZK-Relevanz (KJPY)	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch
14214	Zuschlag für die kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgung zu den Gebührenordnungspositionen 14210 bis 14211	01.01.2019	GZK-Relevanz (KJPY)	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch
14216	Zuschlag zu der GOP 14214	01.01.2019	GZK-Relevanz (KJPY)	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch
14217	Zuschlag zu den GOPs 14210 bis 14211	01.01.2019	GZK-Relevanz (KJPY)	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch
14220	Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	01.01.2019	GZK-Relevanz (KJPY)	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch
14221	Gruppenbehandlung	01.01.2019	GZK-Relevanz (KJPY)	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	nicht obligatorisch

Auszug aus dem GZK
Ziffern Kinder- und Jugendpsychiatrie
sind im Änderungsvermerk mit „GZK-
Relevanz KJPY“ gekennzeichnet

Quartal 1 2019, Stand 21.12.2018

- Laborleistungen, die im Gesamtziffernkranz (GZK) abgebildet sind, sind in den Pauschalen enthalten und dürfen nicht mehr mittels Laborüberweisung (Muster 10/10A) angefordert werden.
 - die Anforderung erfolgt über ein mit dem Labor geregeltes Verfahren
 - die Verrechnung erfolgt direkt zwischen Arzt und Labor
- alle anderen Laborleistungen (Speziallaborleistungen) werden weiterhin über Muster 10 beim Labor angefordert und dem Labor von der KV vergütet

Tipp: Fragen Sie beim Labor nach, wie Anforderungen für in Selektivverträge eingeschriebene Patienten gekennzeichnet werden sollten

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-Kode1	ICD-Klartext	PYP2a_Schizophrenie, Wahn, psychotische Störungen	PYP2b_Persönlichkeitsstörungen	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 Gesprächsbehandlung
F31.2	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen				X					X
F31.3	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode				X					X
F31.4	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome				X					X
F31.5	Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen				X					X
F31.6	Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig gemischte Episode				X					X
F31.7	Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig remittiert				X					X
F31.8	Sonstige bipolare affektive Störungen									
F31.9	Bipolare affektive Störung, nicht näher bezeichnet									

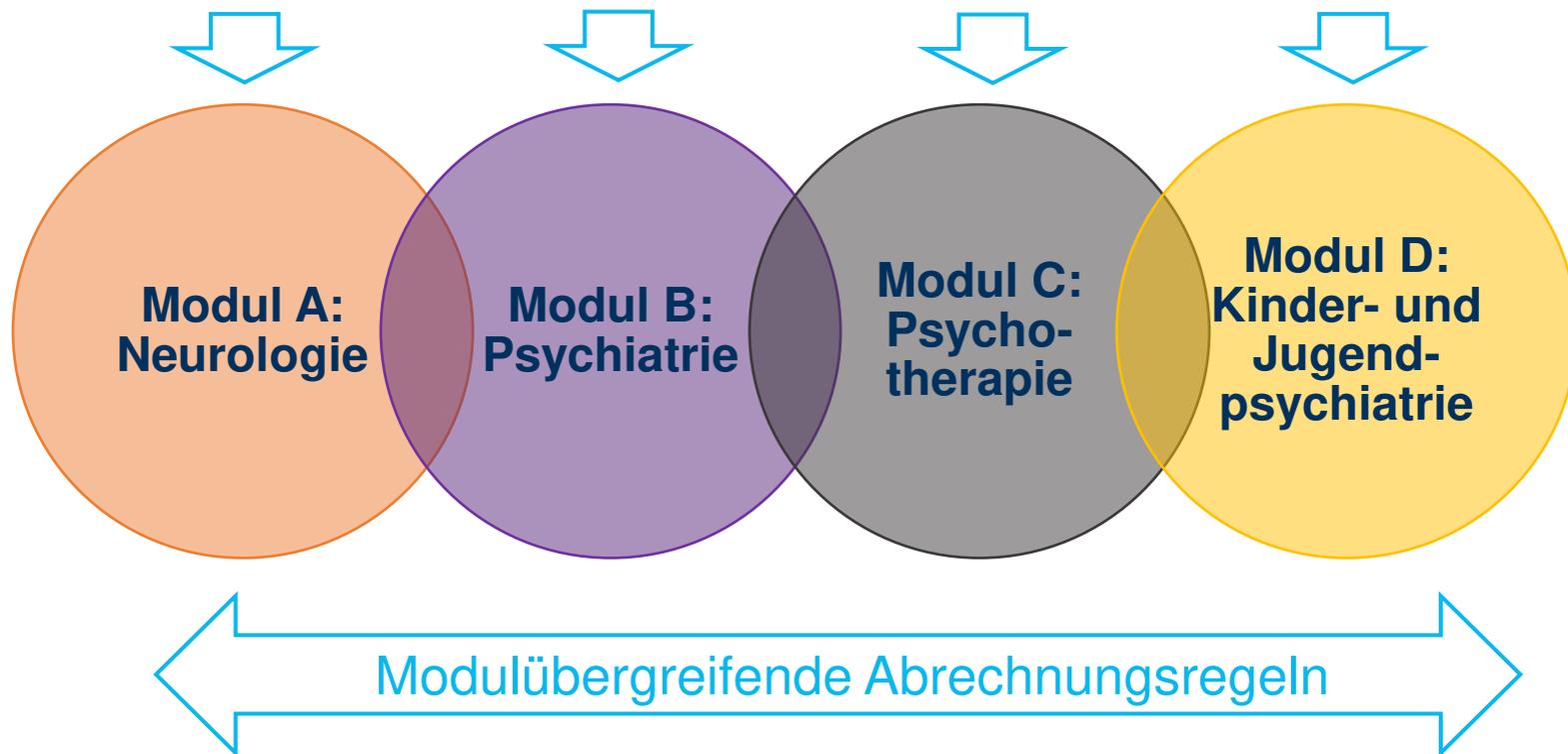
Honoraranlage

- 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			
Einzelleistungen sind, soweit für die jeweilige Vergütungsposition in der Spalte „Vergütungsregeln“ nicht abweichend geregelt, pro Patient nur einmal pro Quartal abrechenbar. Hiervon ausgenommen sind begründete Verschlechterungen und Notfälle. Der FACHARZT kann nicht für denselben Versicherten im selben Quartal Auftragsleistungen und Einzelleistungen nebeneinander abrechnen.			
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 	130,00 EUR
NE2a	Einzelleistung zur (Infusions-) therapie Aufwand für die Applikation, Überwachung der Vitalfunktion und Adhärenzsicherung: hoch	<ul style="list-style-type: none"> • je Infusion / Medikamentengabe • Wirkstoffe gem. Anh. 9 zur Anl. 12 • Maximale Häufigkeit der (Infusions-) therapie und ggf. weitere Voraussetzungen gem. Anh. 9 zur Anl. 12 • Maximal einmal in der Arzt-Patienten-Beziehung doppelt abrechenbar 	45,00 EUR
NE2b	Einzelleistung zur (Infusions-) therapie Aufwand für die Applikation, Überwachung der Vitalfunktion und Adhärenzsicherung: erhöht	<ul style="list-style-type: none"> • je Infusion/ Medikamentengabe • Wirkstoffe gem. Anh. 9 zur Anl. 12 • Maximale Häufigkeit der (Infusions-) therapie und ggf. weitere Voraussetzungen gem. Anh. 9 zur Anl. 12 	60,00 EUR

◀ Auszug aus der Honoraranlage Modul Neurologie

Spezielle Abrechnungsregeln in jedem Modul



Legende

Symbole

-  Fernbehandlung möglich
-  Ausschluss Delegation an nicht ärztliche bzw. psychotherapeut. approb. Mitarbeiter
-  nur abrechenbar bei Vorliegen gesicherter Diagnosen gem. ICD-Liste
-  wird bei Vorliegen der Voraussetzungen automatisch erzeugt

Abrechnungshäufigkeit

x / Q = x mal pro Behandlungsfall abrechenbar (1 Patient, 1 Quartal)

$x / 4Q$ = x mal pro Krankheitsfall abrechenbar (1 Patient, 4 Quartale)

Definition Arzt-Patienten-Kontakt (APK)

Ein APK beschreibt die Interaktion eines Facharztes/Psychotherapeuten 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, also nicht am gleichen Ort und/ oder nicht zur gleichen Zeit erbracht.

FBE Fernbehandlung

1/Q



neue Ziffer „FBE“ dient zur Kennzeichnung, wenn im Quartal ausschließlich telemedizinische Kontakte stattfinden

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

Grundpauschale

+

Zuschläge

+

Zusatzpauschale(n)

+

Beratungsziffern

+

Weitere Arzt-Patienten-Kontakte

+

Einzelleistungen

oder

Auftragsleistungen

Grundpauschalen + deren Zuschläge

NP1 Grundpauschale		1/Q	 	35,00 €
+ NP1A Überweisung vom HZV-Hausarzt			 	10,00 €*
<u>oder</u> NP1H Grundpauschale Heim		1/Q		50,00 €
+ NQ3 Zuschlag Blinkreflex/evozierte Potentiale				2,00 €
+ NQ5 Zuschlag Elektromyographie				2,00 €
+ NQ6 Zuschlag Doppler-/Duplexsonographie				7,00 €
+ NQ7 Zuschlag Rationale Pharmakotherapie				4,00 €
+ NQ10 Zuschlag Neurosonologie				5,00 €
<u>oder</u> V1 Vertreterpauschale	Fernbehandlung möglich sofern Erstkontakt persönlich erfolgt ist	1/Q	 	12,50 €

*Bosch BKK 5€

Zusatzpauschalen „Spezielle Neurologie“

NP2A1 Zerebrovaskuläre Krankheiten	1/Q	  	17,00 €
+ NP2A2 Beratungszuschlag	1/Q	  	20,00 €
NP2B1 Multiple Sklerose	1/Q	  	29,00 €
+ NP2B2 Beratungszuschlag	2/Q	  	20,00 €
+ NQ1A Zuschlag Schwerpunktpraxis MS			2,00 €
+ NQ2A Zuschlag EFA® MS			5,00 €
NP2C1 Epilepsie	1/Q	  	23,00 €
+ NP2C2 Beratungszuschlag	2/Q	  	20,00 €
+ NQ1B Zuschlag Schwerpunktpraxis Epilepsie			2,00 €
+ NQ2B Zuschlag EFA® Epilepsie			5,00 €
+ NQ4 Zuschlag Qualifikation Langzeit EEG			2,00 €

Zusatzpauschalen „Spezielle Neurologie“

NP2D1 Parkinson und Extrap. Syndrome	1/Q	  	23,00 €
+ NP2D2 Beratungszuschlag	2/Q	  	20,00 €
+ NQ1C Zuschlag Schwerpunktpraxis Parkinson			2,00 €
+ NQ2C Zuschlag EFA® Parkinson			5,00 €

NP2E1 Demenz	1/Q	  	12,00 €
+ NP2E2 Beratungszuschlag	1/Q	  	20,00 €
+ NQ2D Zuschlag EFA® Demenz			5,00 €

NP2F1 Polyneuropathie	1/Q	  	12,00 €
+ NP2F2 Beratungszuschlag	1/Q	  	20,00 €

NP2G1 Verletzungen des Rückenmarks	1/Q	  	17,00 €
+ NP2G2 Beratungszuschlag	1/Q	  	20,00 €

Entlastungsassistentin in der Facharztpraxis (EFA®)

- Weiterbildung für Medizinische Fachangestellte und vergleichbar qualifizierte Mitarbeiter in der Facharztpraxis
- Wird angeboten durch IFFM e.V.
- EFA®-Grundmodul (früher Fachnurse) für die Krankheitsbilder MS, Epilepsie, Parkinson und Demenz berechtigt zur Zuschlagsvergütung NQ2A bis NQ2D
- EFA®-Aufbaumodul berechtigt zusätzlich zur Zuschlagsvergütung NQ2

NQ2 Zuschlag EFA® Neurologie

1/Q

auf alle Zusatzpauschalen
(NP2A1-G1 und NP3A/B)

 5,00 €

Zusatzpauschalen „Pauschale Neurologie“

NP3A Pauschale neurologische Versorgung (1.)	1/Q	 45,00 €
NP3B Pauschale neurologische Versorgung (2.)	2/4Q	  35,00 €

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

NBG1 Beratungsgespräch Long-/Post-Covid	1/4Q	   20,00 €
--	------	---

1 Einheit = 10 Minuten, nur nach Überweisung durch den HZV-Hausarzt abrechenbar.

Einzelleistungen

NE1	Liquorpunktion	2/Q	❗ 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/Q	❗ 55,00 €
NE3	Einstellung Hirnschrittmacher		❗ 45,00 €
NE4	Medikamentenpumpenbetreuung	4/4Q	❗ 50,00 €
NE5	Besuch im Heim zur Unzeit		40,00 €
NE7	Schmerztherapeutische Versorgung	1/Q	50,00 €
NE9	Plexus-, 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. 1x pro Quartal und max . 2x pro Kalenderjahr

NE13 Erstbehandlung Botulinumtoxintherapie	 80,00 €
NE14 Folgebehandlung Botulinumtoxintherapie	 50,00 €

Zuschläge + 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

Auftragsleistungen

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

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	Plexus-, Spinal- oder Periduralanalgesie		50,00 €
NA16	Erstbehandlung Botulinumtoxintherapie		80,00 €
NA17	Folgebehandlung Botulinumtoxintherapie		50,00 €

Abrechnungsbeispiel

Parkinson-Patient mit 2 Behandlungsterminen (jeweils 10 Minuten Gesprächszeit) im Quartal:

Grundpauschale	NP1	04.04.2022	35,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	NP1A*	04.04.2022	10,00 €*
Zusatzpauschale Parkinson und Extrap. Syndrome	NP2D1	04.04.2022	23,00 €
Beratungszuschlag (10 Min. Gesprächszeit)	NP2D2	04.04.2022	20,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ6---	04.04.2022	7,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ1C---	04.04.2022	2,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ2C---	04.04.2022	5,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ3---	04.04.2022	2,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ5---	04.04.2022	2,00 €
Beratungszuschlag (10 Min. Gesprächszeit)	NP2D2	14.04.2022	20,00 €
*Bosch BKK 5€		Summe:	126,00 €

Praxis verfügt über folgende Geräte/Qualifikationsnachweise:

- Doppler- und Duplexsonographie (NQ6)
- Evozierte Potentiale (NQ3)
- EMG (NQ5)
- Schwerpunktpraxis Parkinson (NQ1c)
- EFA® Parkinson/Neurologie (NQ2c oder NQ2)

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

Abrechnungsbeispiel

Migräne-Patient mit 3 Terminen im Quartal:

Grundpauschale	NP1	04.04.2022	35,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	NP1A*	04.04.2022	10,00 €*
Zusatzpauschale PNV	NP3A	04.04.2022	45,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ6---	04.04.2022	7,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ2---	04.04.2022	5,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ3---	04.04.2022	2,00 €
Qualitätszuschlag	---NQ5---	04.04.2022	2,00 €
Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (2. Kontakt)	NZ1	14.04.2022	---APK---
Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (3. Kontakt)	NZ1	12.05.2022	15,00 €
*Bosch BKK 5€		Summe:	121,00 €

Praxis verfügt über folgende Geräte/Qualifikationsnachweise:

- Doppler- und Duplexsonographie (NQ6)
- Evozierte Potentiale (NQ3)
- EMG (NQ5)
- Schwerpunktpraxis Parkinson (NQ1c)
- EFA® Parkinson/Neurologie (NQ2c oder NQ2)

**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



oder

Auftragsleistungen

Grundpauschalen + deren Zuschläge

PYP1 Grundpauschale		1/Q	  17,00 €
+ PYP1A Überweisung vom HZV-Hausarzt			  10,00 €*
<u>oder</u> PYP1H Grundpauschale Heim		1/Q	 55,00 €
+ PYQ2 Zuschlag Rationale Pharmakotherapie			 4,00 €
<u>oder</u> PYV1 Vertreterpauschale	Fernbehandlung möglich sofern Erstkontakt persönlich erfolgt ist	1/Q	  12,50 €

*Bosch BKK 5€

Zusatzpauschalen

PYP2A Schizophrenie, Wahn, Psychotische Störungen	  	22,00 €
PYP2B Persönlichkeitsstörungen	  	10,00 €
PYP2C Angststörungen, Zwangsstörungen	  	15,00 €
PYP2D Affektive Störungen	  	20,00 €
PYP2E Posttraumatische Belastungsstörungen	  	15,00 €
PYP2F Verhaltens-/Essstörungen	  	15,00 €
PYP2G Störungen durch Alkohol und andere Suchtmittel	  	15,00 €
PYP2H Demenz	  	13,00 €

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

Einzelleistungen

PYE1 psychiatrisches Gespräch (10 Min.)	max. 5x pro Tag max. 30x pro Quartal	  	20,00 €
PYE2 Diagnostik und Testung Demenz	1/4Q		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 €

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

Auftragsleistungen

PYA0 Auftragsgrundpauschale	1/Q	➕ 12,50 €
------------------------------------	-----	-----------

PYA1 Auftragsleistung EEG	2/Q	25,00 €
----------------------------------	-----	---------

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

Abrechnungsbeispiel

Behandlung eines **Patienten mit Angststörung** an einem Behandlungstermin mit insgesamt 50 Minuten Gesprächsbehandlung:

Grundpauschale	PYP1	08.02.2022	17,00 €
Überweisung vom HZV-Arzt	PYP1A*	08.02.2022	10,00 €*
Zusatzpauschale Angststörungen	PYP2c	08.02.2022	15,00 €
Psychiatrisches Gespräch (insg. 50 Min. Gesprächszeit)	PYE1	08.02.2022	20,00 €
	PYE1	08.02.2022	20,00 €
	PYE1	08.02.2022	20,00 €
	PYE1	08.02.2022	20,00 €
	PYE1	08.02.2022	20,00 €
Summe:			142,00 €

*Bosch BKK 5€

*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 20 €!

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€)

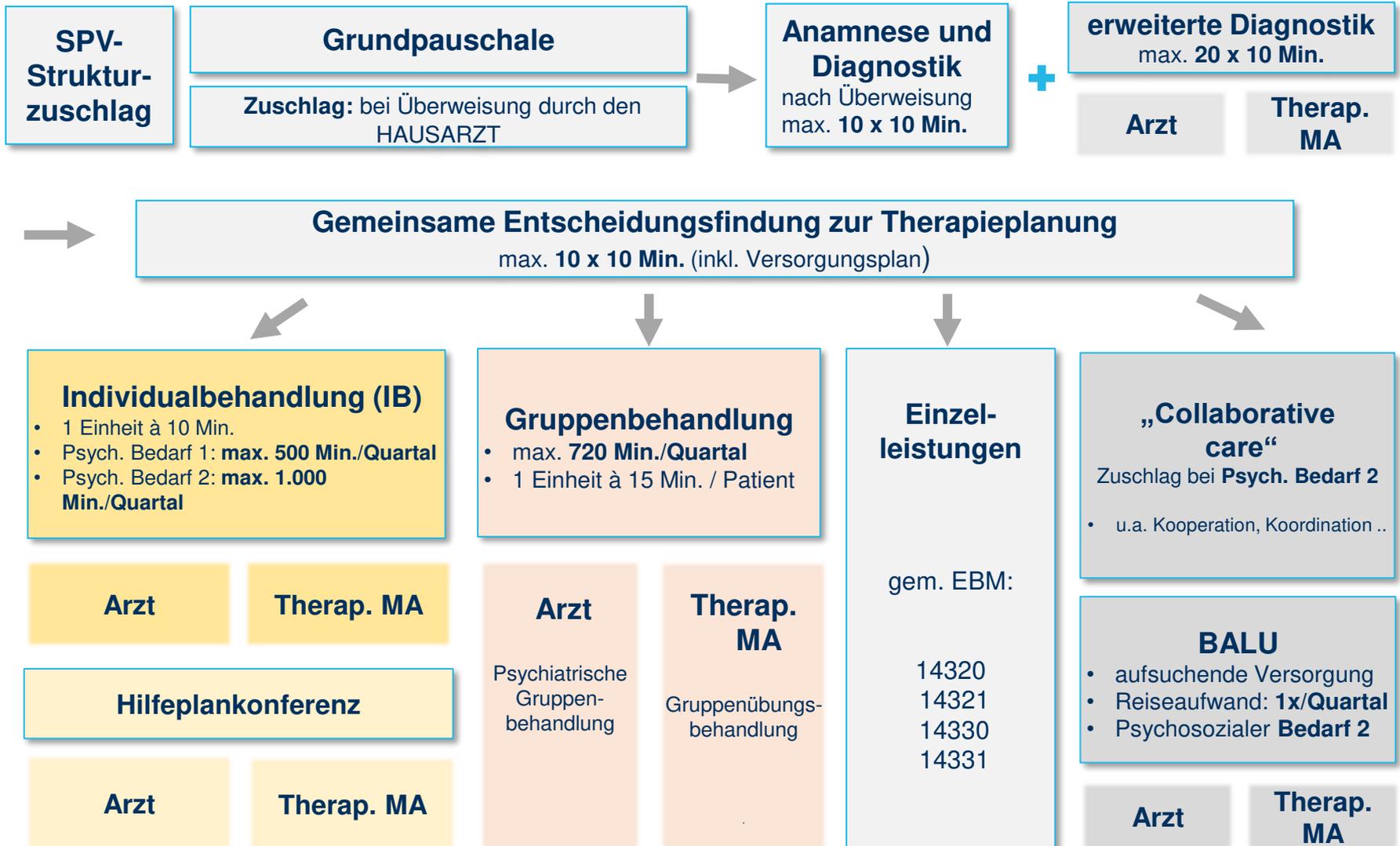


Orange hinterlegt sind: Ausgewählte Original-Arzneimittel, die durch wirtschaftliche Alternativen (rabattierte „blau“ gekennzeichnete Original-Arzneimittel) ersetzt werden können.

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



Grundpauschalen

KJPYP1 Grundpauschale	1/Q	  22,00 €
+ KJPYP1A Überweisung vom HZV-Hausarzt		  5,00 €
<u>oder</u> KJPYV1 Vertreterpauschale	Fernbehandlung möglich sofern Erstkontakt persönlich erfolgt ist	1/Q   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.

Zusatzpauschalen

KJPYP2 Anamnese und Diagnostik

100 Min./4Q

  19,00 €

+ bei Bedarf

KJPYP3 Erweiterte Diagnostik (Arzt)

KJPYP3D Erweitere Diagnostik (Therapeutischer
Mitarbeiter)

200 Min./4Q

  19,00 €

12,00 €

KJPYP4 Gemeinsame Entscheidungsfindung

zur Therapieplanung und zur Förderung von Schutzfaktoren bzw.
Minderung von Risikofaktoren

100 Min./4Q

   19,00 €

- 1 Ziffer entspricht einer Zeitdauer von 10 Minuten (Bsp.: 50 Minuten Diagnostik an einem Behandlungsdatum = 5 KJPYP2)
- die abrechenbaren Einheiten können je Ziffer auf mehrere Termine innerhalb von 4 aufeinanderfolgenden Quartalen verteilt werden.
- viele Vertragssoftwares beherrschen kein Faktorverfahren. D.h. statt 5 x KJPYP2 muss die Ziffer dann fünf mal hintereinander dokumentiert werden (KJPYP2, KJPYP2...) Tipp: Erkundigen Sie sich bei Ihrem Softwarehaus nach dem erforderlichen Vorgehen.

Zusatzpauschalen

KJPYP5 Collaborative Care

1/Q



22,00 €

KJPYP5 kann, wie die Grundpauschale, 1 x pro Quartal abgerechnet werden.
Voraussetzung: Es liegt eine gesicherte Diagnose / ein Schweregrad entsprechend dem
„psychosozialen Bedarf 2“ gemäß ICD-Liste vor.

Einzelleistungen

Psychosozialer Bedarf 1

KJPYE1 Individualbehandlung (Arzt)	} 500 Min./Q (50x)	  	19,00 €
KJPYE1D Individualbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)			 

KJPYE2 Individualbehandlung (Arzt)	} 1000 Min./Q (100x)	  	19,00 €
KJPYE2D Individualbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)			 

Psychosozialer Bedarf 2

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: Hier entspricht 1 Einheit 15 Min.

KJPYE3 Psychiatrische Gruppenbehandlung (Arzt)	720 Min./Q (48x)	  	13,00 €
KJPYE3D Gruppenübungsbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)		 	9,00 €

- 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/Q 40,00 €

- bei Psychosozialem **Bedarf 2**
- aufsuchende Versorgung, z.B. auch Heim / Straße
- auch im Rahmen vom Entlassmanagement
- auch Förderung von Adhärenz, Krankheitsbewältigung, Rückfallprophylaxe, z.B. bei Obdachlosigkeit / schwierigem Umfeld

KJPYE5 Hilfeplankonferenz 1/Q 30,00 €

- Hilfeplankonferenzen bestehen aus mind. 3 Personen
- kann persönlich oder telefonisch durchgeführt werden

- Die eigentliche Gesprächszeit i.V.m. E4 bzw. E5 ist über die Individualbehandlung abrechenbar
- Delegation an therapeutische Mitarbeiter möglich

Einzelleistungen

KJPYE6 EEG (analog EBM 14320)	2/Q	25,00 €
-------------------------------	-----	---------

KJPYE7 Langzeit-EEG (analog EBM 14321)	1/Q	50,00 €
--	-----	---------

KJPYE8 Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung (analog EBM 14330)	1/Q	13,00 €
--	-----	---------

KJPYE9 Neurophysiologische Untersuchung (analog EBM 14332)	1/Q	30,00 €
---	-----	---------

Qualitätszuschläge

KJPYZ1 Strukturzuschlag für SPV-Praxen	1/Q	 100,00 €
--	-----	--

Auftragsleistungen

KJPYA0 Auftragsgrundpauschale		+	12,50 €
KJPYA3 Auftragsleistung psych. Gruppenbehandlung	wie E3	!	13,00 €
KJPYA3D Auftragsleistung Gruppenübungsbehandlung	wie E3D	!	9,00 €
KJPYA6 Auftragsleistung EEG	wie E6		25,00 €
KJPYA7 Auftragsleistung Langzeit-EEG	wie E7		50,00 €
KJPYA8 Auftragsleistung Elektronystagmo-/...	wie E8		13,00 €
KJPYA9 Auftragsleistung Neurophysiolog. Untersuchung	wie E9		30,00 €

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

Informationsziffern

TST Transition (s. auch Anhänge 4 und 4.1 zu Anlage 17)

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

KSD Kooperation mit dem Sozialen Dienst (*s. auch Anhang 2 zu Anlage 17*)

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

DAE Diagnoseänderung

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

KJPYGDK 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

Abrechnungsbeispiel: psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung eines Patienten mit Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0G), (MAS-Achse 6 > 5) und Anpassungsstörung (F43.2G)

Individualbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYE2D	16.01.2020	12,00 €
Individualbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYE2D	16.01.2020	12,00 €
Individualbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYE2D	16.01.2020	12,00 €
Individualbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYE2D	16.01.2020	12,00 €
Individualbehandlung (Arzt)	KJPYE2	20.02.2020	19,00 €
Grundpauschale	KJPYP1	20.02.2020	22,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	KJPYP1A	20.02.2020	5,00 €
Individualbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYE2D	20.02.2020	12,00 €
Individualbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYE2D	20.02.2020	12,00 €
Individualbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYE2D	20.02.2020	12,00 €
Individualbehandlung (Therapeutischer Mitarbeiter)	KJPYE2D	20.02.2020	12,00 €
Strukturzuschlag für SPV-Praxen	KJPYZ1	20.02.2020	100,00 €
Psychotherapeutische Erstbehandlung	PTE2KJN	05.03.2020	115,00 €
Kinder- und Jugendlichenzuschlag	PTZ3	05.03.2020	50,00 €
Kooperationszuschlag	PTZ1KJ	05.03.2020	25,00 €
Individualbehandlung (Arzt)	KJPYE2	05.03.2020	19,00 €
Collaborative Care	KJPYP5	05.03.2020	22,00 €
		Summe:	473,00€

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**

Grundpauschale

+

Einzelleistungen

+

Zuschläge

oder

Auftragsleistungen

Grundpauschale

<p>PTP1 Grundpauschale* + PTP1A Überweisung vom HZV-Hausarzt</p>	1/4Q	  60,00 €
		  10,00 €*
<p><u>oder</u> PTV1 Vertreterpauschale</p>	<p>Fernbehandlung möglich sofern Erstkontakt persönlich erfolgt ist</p>	1/Q
		  12,50 €

*Bosch BKK 5€

**PTP1 ist nicht abrechenbar von FACHÄRZTEN, die stattdessen die PYP1 oder NP1 oder KJPYP1 abrechnen können.
HZV-Hausärzte rechnen statt PTP1/PTV1 die HZV-Grund- bzw. Vertreterpauschalen ab!*

Einzelleistungen (Akutversorgung)

PTE1(KJ) Akute Versorgung

oder

PTE1SD** Akute Versorgung bei Vorstellung
durch den Sozialen Dienst/Patientenbegleitung

10 (KJ:13) Einheiten
3 Quartale

   120,00 €
+Zuschläge*

  145,00 €

Erstkontakte per
Videofernbehandlung
möglich

* werden vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN pro Quartal bestimmte Mindestgrößen an Einheiten der PTE1(KJ) und PTE1SD abgerechnet, ergeben sich folgende **Zuschläge auf jede PTE1(KJ)**:

ab 20 Einheiten PTE1(KJ)/PTE1SD pro Quartal → **5 Euro**

ab 30 Einheiten PTE1(KJ)/PTE1SD pro Quartal → **10 Euro**

ab 45 Einheiten PTE1(KJ)/PTE1SD pro Quartal → **20 Euro**

ab 55 Einheiten PTE1(KJ)/PTE1SD pro Quartal → **25 Euro**

** PTE1SD ist abrechenbar bei Vorliegen des Anfrageformulars von SD/PBG und Therapiebeginn innerhalb von 14 Tagen nach Eingang des Formulars.

Sozialer Dienst (SD) / Patientenbegleitung (PBG)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



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 Versicherter/m unter (Tel. / E-Mail)
- _____
- Terminvermittlung zwischen PNP-Praxis und SD erbeten;
Versicherte/r meldet sich nach Vereinbarung bei der PNP-Praxis
- Hilfekonferenz (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)

Voraussetzungen für PTE1SD:

1. Terminanfrage wird durch den Sozialen Dienst (AOK) bzw. die Patientenbegleitung (Bosch BKK) über dieses Formular initiiert
2. Therapiebeginn erfolgt innerhalb von 14 Tagen nach Eingang des Formulars
3. Rückmeldung der Praxis an den Sozialen Dienst bzw. die Patientenbegleitung erfolgt ebenfalls über dieses Formular

Analoges Formular für
Patientenbegleitung (Bosch BKK)

Sozialer Dienst (SD) / Patientenbegleitung (PBG)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Bau/Leibstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Sozialer Dienst der AOK:
Kontaktaten 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

Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes

- Bei Bedarf kann über dieses Formular ein Einbezug des Sozialen Dienstes (AOK) bzw. der Patientenbegleitung (Bosch BKK) durch die Praxis erfolgen

Analoges Formular für
Patientenbegleitung (Bosch BKK)

Einzelleistungen (Erst- und Weiterbehandlung)

PTE2(KJ) Erstbehandlung	20 (KJ:25) Einheiten 4 Quartale	   115,00 €
PTE3(KJ) Weiterbehandlung	30 (KJ:38) Einheiten 8 Quartale	   105,00 €
PTE3TR Weiterbehandlung Traumata	5 x 30 Einheiten 5 x 8 Quartale	   105,00 €
PTE4(KJ) niederfrequente Behandlung	6 Einheiten pro Quartal unbegrenzt	   105,00 €

Einzelleistungen (Analytische PT)

PTE5 Analytische Psychotherapie

max. 300 Einheiten
max. 5 x pro Woche

   105,00 €

mit Antrags- und Gutachterverfahren gem. PT-Vereinbarung!

Einzelleistungen (Gruppenbehandlung)

Gruppentherapie

PTE6 Gruppenbehandlung (klein, 2-5 P.)	} 20 Einheiten (à 100min) 6 Quartale	  	130,00 €
PTE7 Gruppenbehandlung (groß, 6-9 P.)			

Sonderregelung PTE6 und PTE7 (Gruppenbehandlung)

- *Bei Überschreitung der 20 Einheiten ist bei Erwachsenen innerhalb von max. 6 Quartalen in Folge eine Übertragung von max. 40 nicht ausgeschöpften Einheiten aus PTE1– PTE3 möglich. Bei Kindern und Jugendlichen beträgt die entsprechende Höchstgrenze zur Übertragung innerhalb von max. 6 Quartalen in Folge 60 Einheiten.*
- *Sind die oben genannten 40 bzw. 60 Einheiten innerhalb der 6 Quartale maximal ausgeschöpft, kann die Gruppentherapie auf dem Niveau der PTE4(KJ) (entspricht 6 Einheiten pro Quartal à 100 Minuten) weiter durchgeführt werden.*
- *Über die Behandlungsfrist von max. 6 Quartalen in Folge hinaus, kann eine Gruppentherapie auf PTE4-Niveau weitergeführt werden.*

Einzelleistungen (Gruppenbehandlung)

Gruppentherapeutische Grundversorgung

PTE6A Grundversorgung (klein, 2-5 P.)

PTE7A Grundversorgung (groß, 6-9 P.)

4 Einheiten (à 100min)

   130,00 €

   70,00 €

..als verhaltensmedizinische Basisintervention. Kann in eine bestehende Gruppe gemäß PTE6/PTE7 integriert oder ganz unabhängig von einer laufenden Gruppentherapie oder dieser vorgeschaltet abgerechnet werden.

Auftragsleistungen (Gruppenbehandlung)

PTA1 Gruppenbehandlung (klein, 2-5 P.)	} 20 Einheiten (à 100min) 6 Quartale	  	130,00 €
PTA2 Gruppenbehandlung (groß, 6-9 P.)			

PTA1A Grundversorgung (klein, 2-5 P.)	} 4 (à 100min)		130 €
PTA2A Grundversorgung (groß, 6-9 P.)			70 €

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

Einzelleistungen (interdisziplinäre Versorgungsplanung)

PTE8 interdisziplinäre Versorgungsplanung

  60,00 €

- für Versicherte bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, KJ-Genehmigung erforderlich
- mind. 3 Teilnehmer
- wird i.d.R. vom Facharzt/Psychotherapeut initiiert, kann von SD/PBG angeregt werden
- SD/PBG müssen im Vorfeld per „Kurzinformation/-rückmeldung“ informiert werden
- kann persönlich oder telefonisch durchgeführt werden

Zuschläge

PTZ1(KJ) Kooperationszuschlag (Bericht)	1/Q	  25,00 €
PTZ3 Kinder- u. Jugendlichenzuschlag	1/Q	  50,00 €
PTZ3A Betreuung bei geistiger Behinderung	1/Q	  50,00 €
PTZ4 Teilnahme Fallkonferenz Rücken	1/4Q	  50,00 €
PTZ7 Anschlussbehandlung nach (teil-) / stationärem Aufenthalt für Neupatienten	max. 20 x in 12 Wochen	  15,00 €

- Zuschlag für zeitnahe psychotherapeutische Anschlussbehandlung nach teil-/stationärem Aufenthalt für Neupatienten.
- Abrechenbar als Zuschlag auf PTE1(KJ) bis PTE3(KJ) bzw. PTE6/PTE7 – es gilt: Eine PTZ7 pro Einzelleistung – bitte beide Ziffern taggleich abrechnen.
- Voraussetzung: Beginn der Therapieserie spätestens 4 Wochen nach Entlassung
- Neupatient heißt: Patient war innerhalb der letzten 4 Jahre vor Abrechnung der Leistung nicht zur psychotherapeutischen Behandlung in der Praxis

Infoziffern

DAE Diagnoseänderung

bei wesentlich geänderter/neuer 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

Kennzeichnung des Therapieverfahrens

- bei allen Einzel- und Auftragsleistungen außer PTE5, PTE6A, PTE7A, PTE8, PTA1A und PTA2A ist zusätzlich das Therapieverfahren gemäß folgender Kategorien anzugeben:
 - **Verhaltenstherapie (V)**
 - **Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (T)**
 - **Neue Verfahren (Hypnose, Systemische Therapie,...) (N)**
 - **Neuropsychologische Therapie (P)**

- das jeweilige Kürzel am Ende der Abrechnungsziffer kennzeichnet das Therapieverfahren in der Software, z.B.: PTE1**V**, PTE2**T**

Abrechnung während stationärem Aufenthalt

➤ **grundsätzlich gilt:**

während eines stationären Aufenthalts sind keine ambulanten Leistungen abrechenbar

➤ **Ausnahmeregelung im Modul Psychotherapie im PNP-Vertrag**

im Einzelfall ist die Abrechnung im PNP-Vertrag auch während der stationären Behandlung möglich, um einen nahtlosen Übergang aus der stationären in die ambulante psychotherapeutische Versorgung zu ermöglichen.

Hinweise zum Strukturzuschlag

- Psychotherapeuten erhalten auf EBM-Leistungen Strukturzuschläge, sobald sie im Quartal eine bestimmte Auslastungsquote erreicht haben
- auch die im Selektivvertrag erbrachten Therapiestunden werden für die Auslastungsquote berücksichtigt, sofern diese in Form sogenannter Pseudo-GOPs in der KV-Abrechnung erscheinen
- Sie können für Ihre Selektivpatienten jeweils einen Abrechnungsschein für die KV anlegen, auf welchem Sie die entsprechenden Pseudo-GOPs buchen
- 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 mit mittelschwerer Depression innerhalb von drei Quartalen mit der „zeitnahen Versorgung“ (PTE1) und „Erstbehandlung“ (PTE2) insges. 20 Sitzungen:

Grundpauschale PTP1 (1x innerhalb 4 Quartalen)	60,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt PTP1A*	10,00 €*
3 Pauschalen PTZ1 (Koop.-Zuschlag) für 3 Quartale	75,00 €
10 Einheiten „zeitnahe Versorgung“ PTE1*	1.200,00 €
10 Einheiten „Erstbehandlung“ PTE2 für 3 Quartale	1.150,00 €
Durchschnittshonorar pro Sitzung 50 Min. (mindestens*)	124,75 €

*Bosch BKK 5€

**Unter Berücksichtigung der Zuschläge ergeben sich höhere Durchschnittsbeträge*

Abrechnungsbeispiel 2

Behandlung eines Erwachsenen mit sozialen Ängsten innerhalb von drei Quartalen mit 10 x zeitnahe Versorgung (PTE1) und „15 x Gruppenbehandlung“ (PTE6):

Grundpauschale PTP1 (1x innerhalb 4 Quartalen)	60,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt PTP1A*	10,00 €*
3 Pauschalen PTZ1 für 3 Quartale	75,00 €
10 Einheiten „zeitnahe Versorgung“ PTE1*	1.200,00 €
15 Einheiten „kleine Gruppe“ (3 Personen) PTE6	1.950,00 €
Durchschnittshonorar pro Sitzung (mindestens*)	131,80 €

*Bosch BKK 5€

**Unter Berücksichtigung der Zuschläge ergeben sich höhere Durchschnittsbeträge*

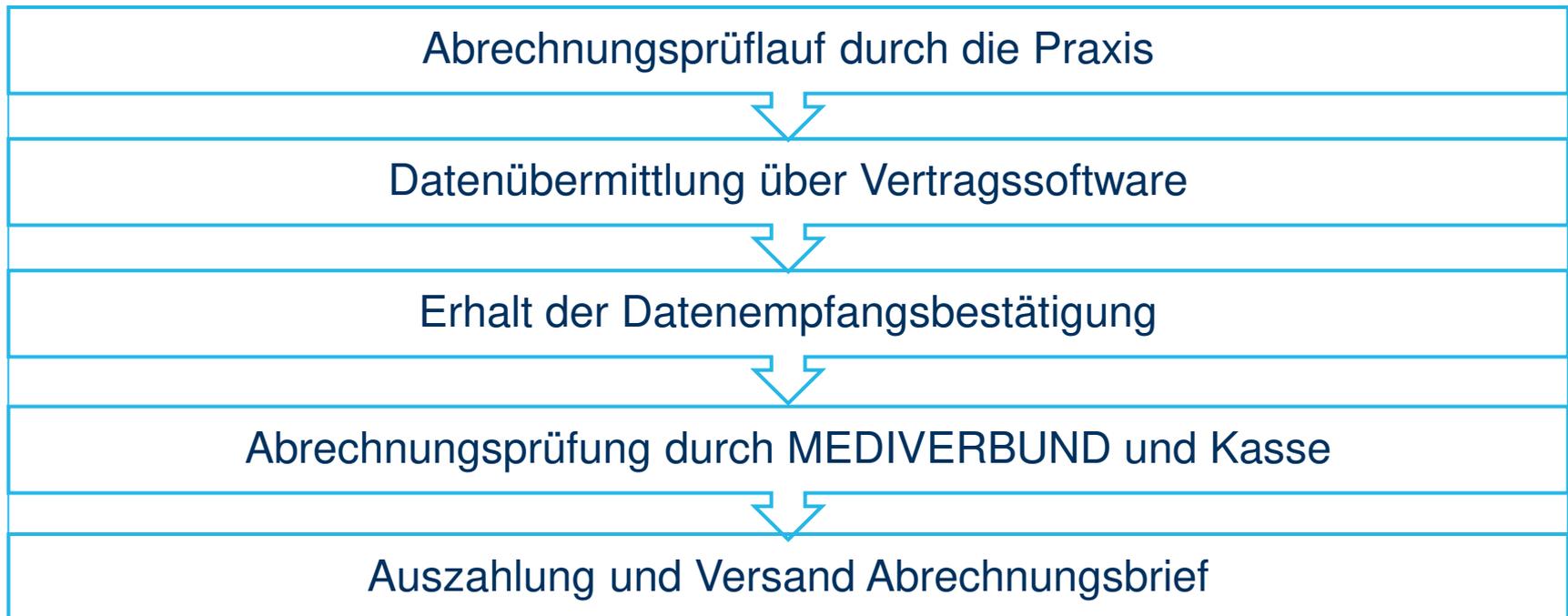
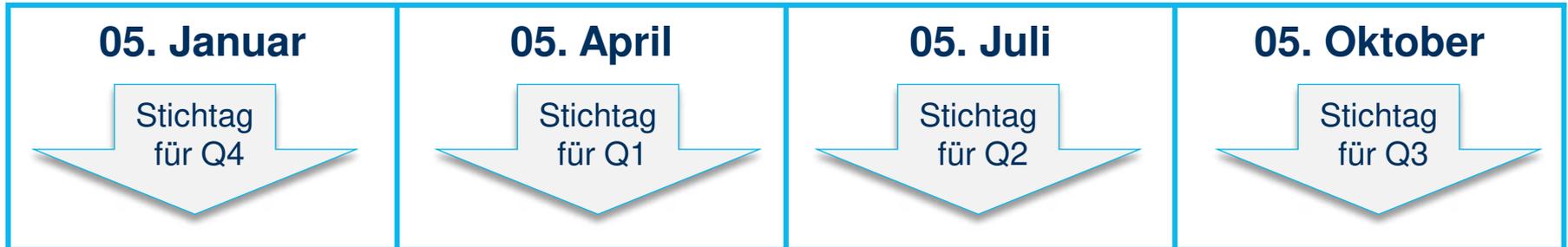
Modulübergreifende Abrechnung

- eine modulübergreifende Abrechnung ist möglich
- Voraussetzung für die modulübergreifende Abrechnung ist das Vorliegen einer Überweisung für die jeweilige Fachrichtung
- die Grundpauschale ist pro Fall nur aus einem Modul abrechenbar
- es gelten **spezielle modulübergreifende Abrechnungsregeln**
- Informationen finden Sie in unserer Abrechnungsschulung und im Merkblatt zur modulübergreifenden Abrechnung

Agenda

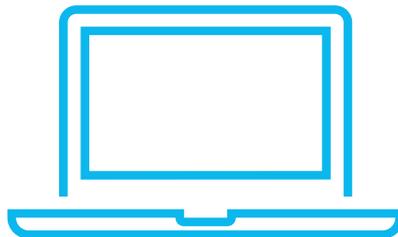
- 1. Grundlagen, Ziele und Systematik**
- 2. Teilnahme des Arztes / Psychotherapeuten**
- 3. Teilnahme der Versicherten**
- 4. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)**
- 5. Vergütungs- und Abrechnungssystematik**
 - a. Modul Neurologie
 - b. Modul Psychiatrie
 - c. Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - 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.
- wichtig ist hierbei, dass Sie immer den gesamten Behandlungsfall erneut übermitteln und nicht nur die einzelnen Leistungsziffern, die Sie korrigieren möchten. Der bisherige Datensatz (Leistungen/Diagnosen) wird dann für diesen Behandlungsfall komplett durch die neu übermittelten Daten ersetzt.



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

Einschreibepauschale

- **einmalig 357** Euro pro Teilnehmer
(max. 714 Euro pro HBSNR)

Verwaltungskosten

- **3,57%** für Mitglieder der kooperierenden Berufsverbände (BVDN, DPtV, Freie Liste, IGKJPP, DGVT) oder MEDI Baden-Württemberg e.V.
- **4,165%** für Nichtmitglieder

Softwarekosten / IT

- je nach Softwareanbieter (ca. 60-100 € / Monat)

IT-Anschubfinanzierung der Bosch BKK

300,00 €

wird auf Beantragung von der Bosch BKK erstattet

200,00 €

wird automatisch mit der Abrechnung des ersten Bosch BKK Versicherten von der MEDIVERBUND AG erstattet



BOSCH BKK MEDIVERBUND
AKTIENGESELLSCHAFT

Bosch BKK
VMWZ
Knappestraße 19
70469 Stuttgart

Fax Nr. 089 / 51999-2504

Einzureichen nach der Bestätigung ihrer Vertragsteilnahme durch MEDIVERBUND direkt bei der Bosch BKK

Abrechnung gemäß Vereinbarung zwischen Ihrem Facharztverband, 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 der Bosch BKK und meinem Facharztverband geschlossenen Vereinbarung auf mein/unsere(n) Bankkonto.

Facharztvertrag

Gastroenterologie Kardiologie Orthopädie Pneumologie
 PNP Rheumatologie Urologie

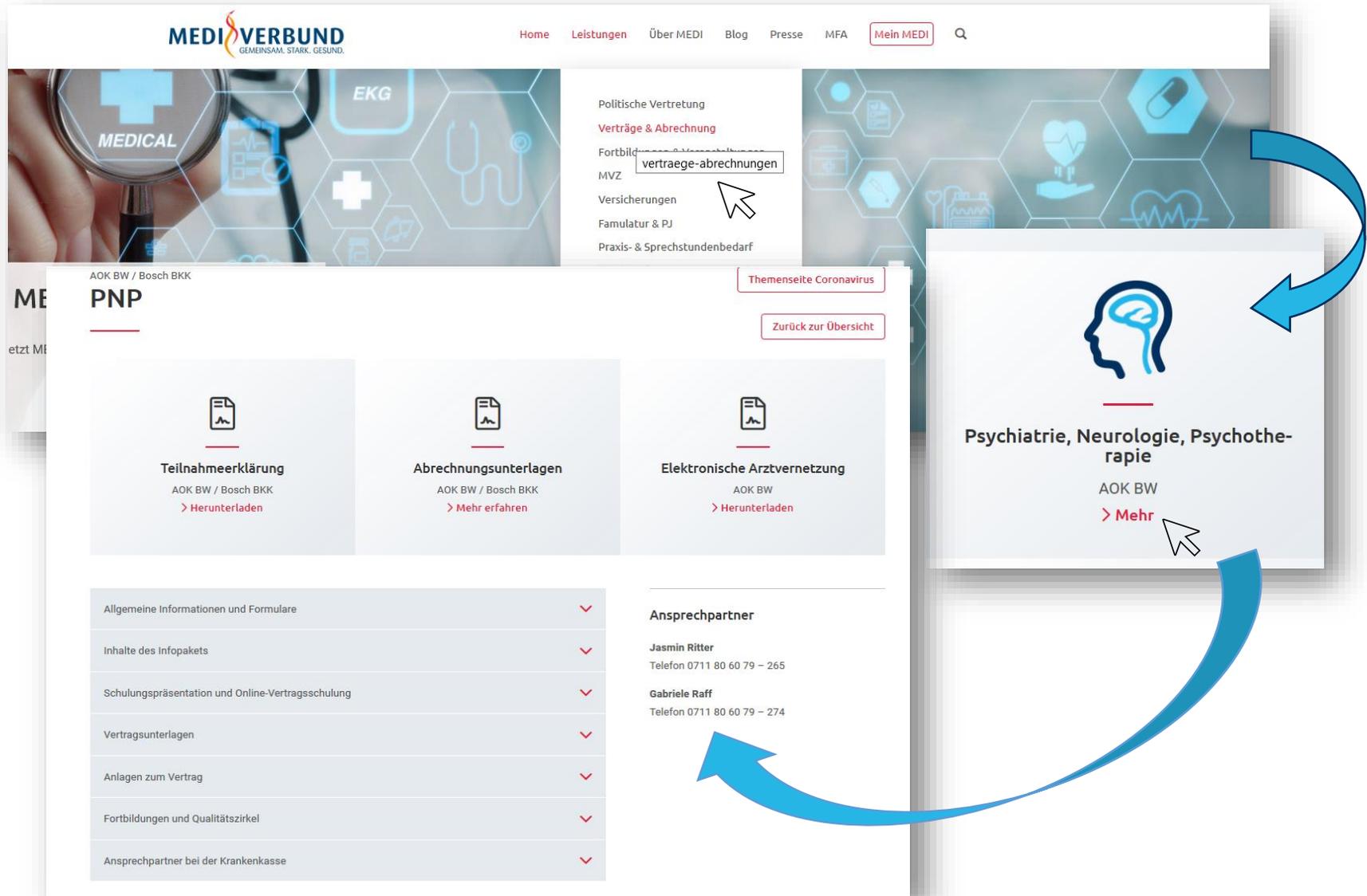
IBAN: _____
Kontoinhaber: _____
BIC: _____
Bank: _____

Datum, Präviserstempel und Unterschrift:

Formular zur Beantragung Bosch BKK-Zuschuss:
www.medi-verbund.de → Leistungen →
Verträge&Abrechnung
→ Psychiatrie/Neurologie/Psychotherapie AOK

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**



The screenshot shows the website interface for the PNP contract. At the top, there is a navigation bar with links for Home, Leistungen, Über MEDI, Blog, Presse, MFA, and Mein MEDI. A search icon is also present. Below the navigation bar, there is a main menu with options like Politische Vertretung, Verträge & Abrechnung, Fortbildung, MVZ, Versicherungen, Famulatur & PJ, and Praxis- & Sprechstundenbedarf. A mouse cursor is hovering over the 'vertraege-abrechnungen' link. The main content area is titled 'PNP' and includes a 'Themenseite Coronavirus' link and a 'Zurück zur Übersicht' link. There are three main sections: 'Teilnahmeerklärung', 'Abrechnungsunterlagen', and 'Elektronische Arztvernetzung'. Each section has a document icon and a 'Herunterladen' link. Below these sections, there is a list of 'Allgemeine Informationen und Formulare' with expandable sections. On the right side, there is a section for 'Anspruchspartner' with contact information for Jasmin Ritter and Gabriele Raff. A separate box on the right side of the screenshot highlights the 'Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie' section, which also has a 'Mehr' link. Blue arrows indicate the flow of navigation from the main menu to the PNP page and then to the specific service area.

- Hier stehen Ihnen alle Dokumente den Facharztvertrag betreffend (z.B. Abrechnungsnachweis oder Abrechnungsempfangsbestätigung) in digitaler Form zur Verfügung
- Hier können Sie Ihre bei uns hinterlegten, persönlichen Daten einsehen und uns Änderung zeitnah, einfach und komfortabel mitteilen
- Ihre persönlichen Zugangsdaten und alle relevanten Informationen zum MEDIVERBUND Arztportal erhalten Sie mit Ihrem Starterpaket



Umkreissuche nach teilnehmenden Ärzten und Psychotherapeuten



Herzlich Willkommen auf der MEDIVERBUND Arztsuche!

Wir bieten Ihnen auf dieser Internetseite die Möglichkeit, Ärzte oder Psychotherapeuten zu suchen, die an Haus- oder Facharztverträgen in Baden-Württemberg teilnehmen. Wählen Sie dazu entweder Hausärzte oder Fachärzte aus, anschließend können Sie Ihre Krankenkasse und das jeweilige Fachgebiet auswählen.

Hausärzte

Zur Suche

Fachärzte

Zur Suche

HAUSÄRZTE

- + AOK Baden-Württemberg
- + Bosch BKK
- + BKK Baden-Württemberg

Hausärzte

Bitte wählen sie im Menü eine am Hausarztvertrag teilnehmenden Hausarzt finden.

FACHÄRZTE

- + AOK Baden-Württemberg
- + Bosch BKK
- + BKK VAG
- + DAK Gesundheit
- + Techniker Krankenkasse

Fachärzte

Bitte wählen Sie im Menü Ihre Krankenkasse und das gewünschte Fachgebiet aus. Anschließend können Sie durch Eingabe Ihrer Postleitzahl, eines Namens oder des gewünschten Leistungsspektrums einen am jeweiligen Facharztvertrag teilnehmenden Arzt oder Psychotherapeut finden.

Bitte beachten Sie, dass hier nur Fachgebiete dargestellt werden, für die es derzeit einen Facharztvertrag mit der entsprechenden Krankenkasse gibt.

FACHÄRZTE

- AOK Baden-Württemberg
- Gastroenterologie
- Kardiologie
- Neurologie
- Psychiatrie
- Psychotherapie**
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Urologie
- Diabetologie
- Rheumatologie
- + Bosch BKK
- + BKK VAG
- + DAK Gesundheit
- + Techniker Krankenkasse

Betriebsstätten im Selektivvertrag

AOK Baden-Württemberg - Psychotherapie

Bei der Postleitzahlen-Umkreissuche werden nur existierende Postleitzahlen innerhalb Baden-Württembergs berücksichtigt. A anderen Postleitzahlen liefern kein Ergebnis.
Die Angabe des Nachnamens kann ohne oder in Verbindung mit der Postleitzahl angegeben werden. Es werden max. 300 Tre angezeigt.

Hier können Sie schnell und bequem erfahren, ob ein/e Psychotherapeut/in in Ihrer Nähe noch freie Kapazitäten hat.

Nachname

Geo-Suche (PLZ)

Radius (km)

Leistungsspektrum

Suchen

Arztsuche

Umkreissuche für teilnehmende Ärzte an einem Vertrag

Um die Zusammenarbeit der verschiedenen Facharztgruppen zu verbessern, werden nach dem Hausarztvertrag nach § 73 b SGB V mit der AOK Baden-Württemberg weitere Facharztverträge geschlossen. Damit Sie sehen können, welcher Ihrer Kollegen in Ihrer Nähe an den Verträgen teilnimmt, haben wir für Sie eine Umkreissuche eingerichtet. Sie geben beim gewünschten Vertrag einfach die Postleitzahl Ihrer Praxis ein, wählen die gewünschte Entfernung zu Ihrer Praxis und erhalten dann eine Übersicht, welche Kollegen am Vertrag teilnehmen und in der gewünschten Entfernung ihren Praxissitz haben.

Sie können die Suchergebnisliste als PDF-Datei oder Excel-Datei erzeugen. Diese Datei können Sie ausdrucken und z.B. den Patienten mitgeben, die Sie an einen dieser Kollegen überweisen. Sie können diese Datei natürlich auch auf Ihrem Rechner speichern.

Bitte sehen Sie in regelmäßigen Abständen nach, ob weitere Kollegen an den Verträgen teilnehmen, damit Ihre Listen jeweils aktuell sind.

Zur Vertragsarztsuche

Freie Einzeltherapieplätze

Freie Gruppentherapieplätze

Formular zur Meldung freier Einzeltherapieplätze

Formular zur Meldung freier Gruppentherapieplätze

Möglichkeit zur Meldung freier Therapieplätze in der Psychotherapie



MEDI-Blog

Jeden Montag und Mittwoch neue Themen.

[medi-verbund.de/blog/](https://www.medi-verbund.de/blog/)



MEDI-Newsletter

Verpassen Sie nichts und melden Sie sich an.

[medi-verbund.de/newsletter/](https://www.medi-verbund.de/newsletter/)



Facebook

facebook.com/mediverbund



Twitter

twitter.com/mediverbund



YouTube

Mit bewegten Bildern zu MEDI-Themen werden Sie über unseren YouTube-Kanal versorgt. Abonnieren Sie uns!

[medi-verbund.de/youtube](https://www.medi-verbund.de/youtube)



**Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!**