

## **bvvp BW Anlage 2**

### **Checkliste für die individuelle Entscheidung zum AOK/BKK-Bosch – Vertrag**

Diese Checkliste ist ein lernendes System; wenn Sie nachweisbare Fehlinformationen oder offensichtlich missverständliche Formulierungen entdecken (was bei einem knapp 300 Seiten umfassenden Vertrag leider passieren kann), dann melden Sie sich bitte per mail bei [vvps@bvvp.de](mailto:vvps@bvvp.de)  
Wir werden uns bemühen, diese Checkliste ggf. auch zu aktualisieren.

#### **Vorbemerkung**

Der PNP-Vertrag ist keine völlige Neuerfindung, sondern orientiert sich in vielen Punkten an der vorgefundenen kollektivvertraglichen Versorgung, macht dabei aber zum einen wesentliche Ergänzungen und lässt auf der anderen Seite wesentliche Versorgungselemente weg.

Da es ein zwischen Geschäftspartnern ausgehandelter Vertrag ist, enthält er auch entsprechende Verpflichtungen für die unterzeichnenden Vertragspartner. Diese bestehen u.a. in folgenden Punkten:

- die den Vertrag mit unterzeichnenden Verbände und Gruppierungen sind zur Werbung für die Vertragsteilnahme in ihren Veröffentlichungsorganen und in ihren Rundschreiben sowie durch weitere unterstützende Kommunikationsmaßnahmen gemäß § 15 verpflichtet.
- AOK, BKK, MEDIVerbund, MEDI e.V., BVDN, Freie Liste der Psychotherapeuten und DPtV stimmen Maßnahmen zu Öffentlichkeitsarbeit und Marketing untereinander ab.
- Sie verpflichten sich, die vertraglichen Inhalte und Ziele nach außen und nach innen uneingeschränkt zu unterstützen, insbesondere durch eine positive Darstellung in der Öffentlichkeit und eine aktive Unterstützung der in diesem Vertrag geregelten Geschäftsprozesse.

Diese Verpflichtungen bergen den Nachteil in sich, dass nicht nur informiert, sondern immer auch geworben werden muss. Daher ist es unverzichtbar, die Verlautbarungen der Vertragspartner mit alternativen Informationsquellen zu untersuchen. Wir versuchen, Sie in dieser Hinsicht mit dieser Checkliste konkret bei ihrem Entscheidungsprozess zu unterstützen.

#### **A. Fragen-Check die eigene Praxisstruktur und -organisation betreffend**

1. Wie ist Ihre Einstellung zur Lotsenfunktion im Gesundheitswesen, akzeptieren Sie die Steuerungsfunktion des Hausarztes durch Eingliederung in den Hausarztvertrag soweit, dass sie die vertraglichen Einschränkungen des Erstzugangs (Überweisungsvorbehalt bis auf Notfälle für alle, auch psychotherapeutisch tätige Ärzte) für hinnehmbar ansehen? Akzeptieren Sie die Zuweisungsmöglichkeit durch den sozialen Dienst der Krankenkassen (Sozialarbeiter, Sachbearbeiter) zur Behandlung?

2. Sind sie gewohnt, mit elektronischen Dokumentations- und Abrechnungssystemen zu arbeiten und bereit mit Vertragsbeitritt mit 2 verschiedenen Abrechnungssystemen nebeneinander zu arbeiten?

3. Sind Sie an einem Ausbau der IT- Strukturen (Anschaffung von Konnektor und entsprechender Software für Kommunikations- und Abrechnungsprogramme) interessiert (mit den Möglichkeiten der Internetübermittlung von Arztbriefen, Quartalsabrechnung, Befundmitteilungen etc.), auch mit der Möglichkeit eines weiteren ‚zukunftsgerichteten Ausbaus der IT-Infrastruktur‘ (S.29) im Vertrag?

4. Schätzen Sie die Datensicherheit als hinreichend gut ein:

a. generell bei elektronischer Datenübermittlung

b. wenn die Behandlungsdaten statt im KV-System verbleibend an die private Managementgesellschaft MEDI-Verbund und an die AOK/BKK-Bosch übermittelt und verarbeitet werden?

5. Sind sie bereit und interessiert, ihre Praxis umzustrukturieren, wie es der Vertrag erfordert mit einer Schwerpunktverlagerung zur rascheren Erstversorgung? Erlauben Ihre Praxisbedingungen – ggf. nach deren Anpassung - folgende Funktionen bereit zu halten?

a. Offenhalten von Behandlungskapazitäten für die verpflichtende zeitnahe akute Versorgung (3 Tage nach Anmeldung Erstkontakt, nach 7 Tagen spätestens erster

Therapiekontakt, entweder im Erstzugang, oder durch Zuweisung von Haus- oder Fachärzten des Vertrages, ggf. durch Zuweisung über den Sozialen Dienst der AOK)

b. Offenhalten von Kapazitäten für prioritär im PNP-Vertrag zu versorgende Nicht-akute Patienten von AOK und BKK-Bosch (Bereitstellung eines Behandlungsplatzes innerhalb von 4 Wochen nach Diagnosesicherung)

c. Eine Praxisstruktur vorhalten (soweit nicht schon geschehen), die eine Präsenz von Montag bis Freitag gewährleistet, mindestens für jeden Werktag, zusätzlich eine Abendsprechstunde bzw. Abendbehandlungsstunde bis 20.00 Uhr

d. Beantwortung von AU- Anfragen der AOK/BKK- Bosch innerhalb 4 Werktagen

6. Sehen Sie es als Bereicherung bzw. unproblematisch an, folgenden Vertragverpflichtungen den Patienten gegenüber nachzukommen:

a. Bereitstellung von begleitenden Informationen über die Versorgung nach diesem Vertrag (u.U. auch Werbung)

b. Besondere Leistungen erbringen, z.B.: Information der teilnehmenden Versicherten über spezifische Angebote der AOK bzw. BKK, z. B.

Gesundheitsangebote, sozialer Dienst/Patientenbegleitung und Präventionsangebote (§ 5 (4), h) und Anlage 2)

c. Verpflichtung zur Unterstützung von DMP-Programmen,.

7. Kommt es Ihnen entgegen, ihre gesetzlich geregelte Fortbildungspflicht durch folgende Vertragsbestimmungen strukturiert zu bekommen?

a. Eine Pflichtveranstaltung mit 8 Punkte pro Jahr von Vertragspartnern ausgerichtet

b. Verpflichtung zur jährliche Vorlage von Fortbildungsnachweisen bei der Managementgesellschaft.

## B. Fragen-Check die wirtschaftliche Aspekte (Umsatzplus gegen Zusatzkosten) betreffend

### Modellrechnungen zu Kosten, Umsatzplus und Zusatzgewinn im PNP-Vertrag<sup>1</sup>

#### 1.1. Gemittelte Zusatzkosten pro Quartal:

- Einmalige Einschreibebühr: 357,- €
- Einmalanschaffung Konnektor ca. 900,- €
- Softwaremodul „Selektivvertrag“ ca. 840,- €
- Evtl. monatliche Gebühr für Vertragssoftware (hier geschätzt 15,- €)
- Monatliche Lizenzgebühr für das Prüfmodul 20,- €
- Höhere Verwaltungskosten: plus 1%: 82,-€; diese abgezogen ergibt 81,18 €

Zusatzkosten des Vertrags:

Beispiel-Berechnung unter der Prämisse einer Verteilung der einmalig anfallenden Kosten auf 3 Jahre Vertragsteilnahme (= 12 Quartale):

Einschreibebühr:	357,- €	./. 12 Quartale	= 29,75 €/Quartal
Konnektor	ca. 900,- €	./. 12 Quartale:	= 75,00 €/Quartal
Software-Modul „Selektivvertrag“:	840,- €	./. 12 Quartale	= 70,00 €/Quartal
Monatliche Gebühr Vertragssoftware:	15,- €	x 3	= 45,00 €/Quartal
Monatliche Lizenzgebühr: d.h. pro Quartal:		x 3	= 60,00 €/Quartal
<b>Gesamtbelastung</b>			<b>= 279,75 €/Quartal</b>

#### 1.2 Gemitteltes Umsatzplus

Für ihre individuelle Gegenrechnung sollten sie bestimmen:

Wie viele AOK-Patienten hatten sie im zurückliegenden Jahr? Wie viele davon waren im Hausarzt-Vertrag (HZV); damit einen ersten Berechnungsdurchgang machen; Dann vielleicht einen zweiten Berechnungsdurchgang bei angenommener Zunahme der eingeschriebenen AOK Patienten um 50 % in ihrer Praxis.

Hier eine **Beispielrechnung** auf der Basis von folgenden Annahmen zu einer voll ausgelasteten gängigen Kleinpraxis ohne sozialversicherungspflichtige angestellte Hilfskraft:

- durchschnittliche Psychotherapie-Praxis mit 60 Patienten, ca. 27 GKV-Behandlungsstunden/Woche (zuzüglich 3 PKV-Patienten)
- Anteil der eingeschriebenen AOK Patienten: In Baden-Württemberg sind ca. 1 Mio. von 10 Mio. GKV-Versicherten in den HZV eingeschrieben. Bei durchschnittlich 10 % aller GKV-Versicherten im HZV haben Sie bei – optimalerweise angenommen - Einschreibung aller HZV-Patienten in den PNP-Vertrag durchschnittlich 2.7 eingeschriebene Patienten/Quartal in ihrer Praxis. Selbst wenn dieser Anteil durch die vermehrte Zuweisung von AOK-Patienten sich auf das Doppelte (5,5 eingeschriebene Patienten) erhöhen sollte, werden unter diesen Patienten der größer Teil in den Modulen behandelt werden, die nach PTE2(KJ) oder PTE3(KJ) vergütet werden. D.h.

<sup>1</sup> Eine Modellrechnung enthält immer mehrere Varianten, die im Einzelfall ganz anders ausfallen können. Z.B. kann es sein, dass die Einmaligen Kosten durch Vertragsteilnahme von länger als 3 Jahre weniger zu Buche schlagen, wie auch umgekehrt stärker bei früherem Austritt aus dem Vertrag. Die Modellrechnung dient Ihnen dazu, nach diesem Muster eine auf Ihre Verhältnisse und eigenen Grundannahmen individuell anzupassende Berechnung aufzustellen. Dabei ist Ihr tatsächlicher Auslastungsgrad (Std./Woche) und Ihr Praxisprofil (Gruppenangebote, Angestellt im Jobsharing etc.) besonders relevant für ihre eigene Berechnung.

die optimal ausgelastete Kleinpraxis kann praktisch nicht die 55 Sitzungen/Quartal an akuter Erstversorgung erreichen, die Voraussetzung dafür ist, eine Bezahlung von 105,- € für die Akutversorgung nach PTE1(KJ) zu bekommen.

- Bei optimal angenommenen 5,5 Patienten werden im Schnitt - wiederum sehr optimistisch geschätzt - max. 4 Patienten/Quartal mit der Abrechnungsposition PTE1(KJ) und PTE2(KJ) mit max. 10 Sitzungen/Quartal zu einer Vergütung von 90,- € behandelt.
- Bei einer effektiven Mehrvergütung von max. 8,- €/Sitzung gegenüber der kollektivvertraglichen Vergütung ergibt sich daraus ein Plus von max. 240,- €/Quartal.
- Die Vergütung nach PTE3 ist mit 82,- € auf keinen Fall höher als im Kollektivvertragssystem: zum einen ist der Verwaltungsgebührenabzug im PNP-Vertrag höher, zum anderen ist für die Vergütung ab 2012 mit einer nachträglichen Anhebung der Vergütung genehmigungspflichtiger Leistungen durch Bewertungsausschussbeschluss zu rechnen. Hier sei nur am Rande erwähnt, dass man mit Vertragsbeitritt auf die Möglichkeit einer nachträglichen Korrektur durch Nachzahlungen aufgrund von Klageverfahren verzichtet wird.
- Zu addieren ist ein Plus durch Probatorische Sitzung/Quartal für durchschnittlich einen neu hinzukommenden eingeschriebenen AOK-Patienten/Quartal (4 neue Patienten/Quartal werden durchschnittlich mindestens Versicherte anderer Krankenkassen oder nicht eingeschriebene AOK-Patienten sein<sup>2</sup>) von ca. 40,- € (Kollektivvertraglich 61,- € minus 11,- € Quotierung = 50,- €)

Ergebnis:

Bei optimal angelaufenem PNP-Vertrag, einer voll ausgelasteten Praxis mit 27 GKV-Patienten und optimierten Annahmen liegt das zu erzielende

**Umsatzplus/Quartal (320,- + 40,- € =) bei max. 360,- €**

### 1.3 Zusatzgewinn/Quartal im PNP-Vertrag

Umsatzplus von 360,- €/Quartal minus Zusatzkosten von 279,- €/Quartal = 81,- €

**max. 81,- €/Quartal effektiver Zusatzgewinn bei optimal ausgelasteter Praxis**

Das errechnete Umsatzplus kann gegen null gehen oder in eine Negativbilanz gegenüber dem Kollektivvertrag sich verändern, wenn Sie weniger als 27 GKV-Sitzungen/Woche haben oder die Vertragsentwicklung nicht so optimiert abläuft, wie oben unterstellt.

### 1.4 Gruppentherapie

Anders stellt sich die Gewinnsituation dar, wenn ihre Praxis Gruppentherapie anbietet, bzw. das Gruppentherapie-Angebot ausbauen kann.

Dann ergeben sich aufgrund des Wegfalls des Gutachterverfahrens Erleichterungen beim Einstieg in neue Gruppen.

Mit Ausweitung des Gruppentherapieangebotes kann u.U. ein deutlich höheres Umsatzplus im PNP-Vertrag erzielt werden.

<sup>2</sup> Bei Annahme von einem neuen AOK-Patienten pro Quartal würde bei Nichtabbruch in 8 Quartalen ein Stamm von 8 eingeschriebenen AOK-Patienten resultieren; das entspricht 30% der optimal ausgelasteten Kleinpraxis

### Fragen-Check:

1. Sie haben eine klassische Praxisstruktur (ohne sozialversicherte Hilfskraft, kein überdurchschnittlicher AOK-Patienten-Anteil) und wollen diese Praxisstruktur beibehalten:

Können Sie die Mehrkosten durch Vertragsbeitritt kompensieren durch ein zu erwartendes Umsatzplus durch Teilnahme am Vertrag?

2. Sie haben eine Großpraxis mit Angestellten im Jobsharing, evtl. einer Hilfskraft, stoßen bei den Quartalsabrechnungen regelmäßig an die Grenzen der Zeitbezogenen Kapazitätsgrenze und möchten über die Angestellten weiter expandieren, oder sie haben vor, durch Beitritt zu Vertrag in diese Richtung sich weiterzuentwickeln:

Kommt auch bei einer Berechnung unter nicht optimalen Annahmen ein Umsatzplus unter dem Strich heraus?

3. Bieten Sie Gruppentherapie an und können Sie sich aufgrund ihrer bisherigen Indikationserfahrung zur Gruppentherapie vorstellen, den Anteil an Gruppentherapie-Patienten deutlich auszubauen?

### C. Fragen-Check die Behandlungsleistungen betreffend

#### Vorbemerkung:

a. Die Behandlungsleistungen mit einer Frequenz von 1 Sitzung/Woche werden für VT und TP für 50 Sitzungen bzw. in einer geringen Anzahl für 60 Sitzungen (soweit der Patient über die akute Erstversorgung zur Behandlung kam) ermöglicht und werden auch darauf begrenzt.

b. Die Behandlungsleistungen für analytische Psychotherapie werden zu großen Teilen aus dem Vertrag ausgegrenzt – sie kann nur noch für Persönlichkeitsstörungen nach ICD 10- Definition in Anspruch genommen werden. Damit entfällt eine gesicherte Möglichkeit innerhalb des Vertrags, komplexe Krankheitsbilder, Erkrankungen mit Komorbidität, schwere strukturelle Störungen, schwere Störungen aufgrund von anhalten frühen Missbrauchs- und Misshandlungserfahrungen außerhalb des ICD 10 –Persönlichkeitsspektrums ausreichend lang mit einer Frequenz von 1-3 Sitzungen/Woche zu behandeln. Auch die Behandlungslänge mit einer Frequenz von 1 Sitzung/Woche über mehr als 50 Sitzungen bis max. 100 Sitzungen in tiefenpsychologisch fundierter PT entfällt.

c. Es wird die Diagnostik mit dem ersten Behandlungsteil verschmolzen, so dass der Therapeut entscheiden muss, wann eine Behandlungsvereinbarung getroffen wird, und er muss auch selbst darauf achten, dass er diese Grenze nicht verwischt (mit Folge nicht geklärt Behandlungsziele).

d. Es wird eine neue Behandlungsleistung der niederfrequenten Weiterbehandlung eingeführt, die ein offenes Therapie-Ende ermöglicht, zugleich Gesprächsleistungen der Fachkapitel und der Psychosomatik ersetzen.

e. Das Gutachterverfahren wird aufgegeben, sodass Differenzierungen und Übergänge zwischen Gesprächsleistungen der Fachkapitel 22 und 23, diagnostischen Leistungen und über das Therapie-Ende hinausgehende weitere Behandlungen als Fachkapitel-Gesprächsleistungen entfallen; Richtlinienpsychotherapie ist damit nicht mehr von anderen Gesprächsleistungen abgrenzbar.

f. Dasselbe gilt für die Gruppenleistungen. Deren Erbringung wird allerdings durch den Wegfall des Gutachterverfahrens erheblich erleichtert.

g. Es wird in Indikation und Therapiebewilligung der Bezug zu einem individuell festzustellenden Therapieumfang, der sich aus der Ätiologie, der Krankheitsentwicklung, den individuellen bio-psycho-sozialen Störungszusammenhängen abgelöst zugunsten eines über ICD 10-Diagnosen definierten Therapieumfangs.

Fragen-Check:

1. Sehen Sie diese strukturellen Änderungen als grundsätzlich richtig oder vertretbar an?
2. Passt das Leistungsprofil ihrer Praxis zu dem beschriebenen veränderten Behandlungsspektrum des Vertrages (z.B. bisher überwiegend KZT und kürzere LZT - tendenziell eher bei VT-Praxen aufgrund der kürzeren Bewilligungskontingente)?

## **D. Zu erwartende Änderungen der Versorgungsstruktur innerhalb des Vertrages.**

a. Der Vertrag wird – u.a. aus Gründen wirtschaftlicher Effizienz und aus Gründen vermehrter Zuweisungen eingeschriebener Patienten - zu einer Konzentration der Versorgung dieser Patienten auf im Vertrag arbeitende Schwerpunkt-Großpraxen führen, mit angestellten Psychotherapeuten.

b. Zwar tritt der Vertrag erst bei 450 teilnehmenden psychotherapeutisch tätigen Ärzten, PP und KJP in Kraft, es zählen dabei aber auch Hausärzte und Psychiater mit Abrechnungsgenehmigung für Psychotherapie. Daraus ergibt sich:

- Eingeschriebene Versicherte werden größere Entfernungen in Kauf nehmen müssen. Der Vertrag sieht zwar ein Angebot in ‚zumutbaren Entfernungen (S. 13 §5 (4), f)‘ vor, die Zumutbarkeit ist jedoch nicht weiter definiert.
- Mit den bei Vertragsbeginn teilnehmenden Psychotherapeuten von maximal 10-15 % der Gesamtheit in der KV steht den eingeschriebenen AOK/BKK-Bosch-Patienten eine reduzierte Auswahl bei der Suche nach einer individuellen Passung Therapeut – Patient zur Verfügung. Die Wahlfreiheit kann v.a. in Gebieten mit wenigen Therapeuten nahezu vollständig eingeschränkt sein.

c. Patienten müssen ggf. mit einem Therapeutenwechsel rechnen, wenn ihr Psychotherapeut aus dem Vertrag ausscheidet.

Fragen-Check:

1. Sehen Sie diese Entwicklung als wünschenswert oder tragbar an?

Norbert Bowe