

Anlage 1 PNP Vertrag bvvp Baden-Württemberg

Informationen und Fragen zum

Vertrag zur Versorgung in den Fachgebieten der Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Baden-Württemberg gemäß § 73c SGB V (PNP-Vertrag)

Der PNP-Vertrag greift ein Problem auf, das trotz jahrelanger Forderungen der Psychotherapeuten im KV-System nicht angegangen wurde: die zeitnahe Erstversorgung von Patienten zu wirtschaftlich sinnvollen Honoraren.

Diese Akzentsetzung für die Sprechende Medizin ist grundsätzlich zu begrüßen. Ebenfalls positiv zu bewerten ist die Tatsache, dass sich für approbierte KollegInnen eine Chance auf die Beteiligung an der psychotherapeutischen Versorgung wenigstens im Angestelltenverhältnis eröffnet. **Die Teilnahme setzt die Zulassung als Vertragsarzt/-Psychotherapeut voraus**, entweder als Niedergelassener oder Angestellter Behandler.

Für bestimmte Patienten stellt die Möglichkeit einer sehr langen niederfrequenten Betreuung eine lange geforderte Verbesserung dar.

Die Durchführung von Gruppenpsychotherapie wird durch den Wegfall des Gutachterverfahrens erheblich erleichtert. Ob der finanzielle Vorteil gegenüber dem KV-System sehr groß ist, hängt davon ab, ob es gelingt, die Plätze in den Gruppen vollständig zu besetzen. Denn als Gruppenteilnehmer kommen ja nur AOK/BKK-Bosch Patienten in Frage, die im PNP-Vertrag eingeschrieben sind.

Für Patienten gilt: Sie müssen in das AOK Hausarztprogramm oder in das In das Hausarztprogramm „BKK. Mein Hausarzt“ eingeschrieben sein. (§ 9 des Vertrages „Vertragsteilnahme durch Versicherte“) Die Teilnahme am PNP Vertrag ist ebenso wie die Teilnahme an den Hausarztverträgen freiwillig.

Wichtig: mit seiner Einschreibung in den PNP Vertrag erklärt sich der Patient einverstanden, dass er auch an allen andern Facharztprogrammen, den bestehenden (Gastroenterologie, Kardiologie) sowie an den zukünftigen, teilnimmt. Wenn neue Facharztverträge hinzukommen, hat der Patient allerdings ein Sonderkündigungsrecht. Vor Einschreibung in den PNP-Vertrag sollten Patienten daher prüfen, ob sie dadurch gleichzeitig den Zugang zu einem ihrer bisherigen Fachärzte verlieren!

Zu den einzelnen Vertragsbestandteilen:

I. Honorierung

Mit der **Ziffer PTP1 (60,00€)** nicht Zeit gebunden. Grundpauschale: Abklärung der Notwendigkeit weiterer therapeutischer Maßnahmen, psychotherapeutische Anamnese und Diagnostik, Erstellung und Übermittlung von Berichten/Befunden an Haus- und Facharzt) kann der Patient nur im Notfalle auch direkt ohne Überweisung zum

Psychotherapeuten, ansonsten wird eine Überweisung benötigt. Ein Notfall ist nicht explizit definiert. Für eine weitere Behandlung ist dann in jedem Fall eine Überweisung erforderlich.

Problem: das Erstzugangsrecht wird eingeschränkt, nach spätestens einem Patientenkontakt muss eine Überweisung erfolgen.

Mit der Ziffer PTE1 bzw. PTE1KJ können 10 Sitzungen abgerechnet werden (Akute/zeitnahe Versorgung Psychotherapie – Einzeltherapie. **105,00€/50min.**), allerdings müssen diese innerhalb von 3 Quartalen erbracht worden sein.

Aber: die höhere Honorierung von 105 € erhält man nur, wenn man in einem Quartal 55 Leistungen nach PTE1 abgerechnet hat. Liegt man darunter, wird die einzelne Akutversorgungssitzung mit 90,00€ vergütet.

Bei 10 Sitzungen pro Patient, die möglich sind, müssen also mindestens 6 Patienten als Akutversorgungsfälle behandelt werden. Und zwar ausschließlich bei der AOK oder der BKK-Bosch Versicherte, die in deren Hausarztverträge eingeschrieben sind! Die Teilnahme an dem PNP-Vertrag ist nämlich nur für Versicherte dieser beiden Kassen möglich, die auch in deren Hausarztverträge eingeschrieben sind. Weiterhin ist zu beachten, dass Akutversorgung nach PTE1 **nur bei bestimmten Diagnosen** möglich ist, die in der Anlage 12 zum Vertrag, Anhang 2 Psychotherapie, aufgezählt werden.

Ein Blick in die eigene Praxisstatistik wird schnell darüber Aufschluss geben **können, ob für die Praxis 6 AOK/BKK-Bosch Patienten**, die zudem an den Hausarztverträgen teilnehmen, pro Quartal anfallen. Und bei der Minimalrechnung mit 6 Patienten muss jeder Patienten 10 Stunden bzw. einer 5 Stunden in der Akutversorgung bleiben. Die 55 Stunden können auch mit mehr als den beispielhaft genannten 6 Patienten erreicht werden, was aber dann noch schwieriger sein dürfte.

Die Statistik Ihrer Praxis wird ebenfalls darüber Auskunft geben, wie viele Patienten Sie in der Vergangenheit mit Überweisung oder durch Direktinanspruchnahme aufgenommen haben.

Bonuszahlungen/Qualitätszuschlag

a. Qualitätszuschlag zielgenaue stationäre Krankenhauseinweisung

Die teilnehmenden Psychiater erhalten gemäß Anlage 12 Abschnitt 1 Teil B einen Bonus, wenn sich im Zuge der Umsetzung einer zielgenauen Krankenhauseinweisung die Krankenhausausgaben über alle HzV-Versicherten gegenüber dem Basisjahr 2011 verringern.

b. Qualitätszuschlag Krankengeld

Durch das AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie soll eine verbesserte und beschleunigte ambulante Versorgung realisiert werden. Die Vertragspartner verbinden damit die Erwartung, dass insbesondere bei HzV-

Versicherten die Arbeitsunfähigkeitszeiten und damit auch die Krankengeldzahlungen zurückgehen.

Alle am Vertrag teilnehmenden Behandler erhalten einen Qualitätszuschlag, wenn sich im Zuge der Umsetzung dieses Vertrages die Krankengeldausgaben über alle HzV-Versicherten gegenüber dem Basisjahr 2011 verringern. Maßstab für die Entwicklung der Krankengeldausgaben sind die Krankengeldtage.

Problem:

Sie haben also einen weiteren Auftraggeber mit inhaltlich definierten Zielen in der therapeutischen Beziehung.

Das sollten Sie sich fragen:

- ? Lohnt unter finanziellen Gesichtspunkten die Teilnahme am Vertrag?
- ? Ist die Einschränkung des Erstzugangsrechtes ein Problem für Ihre Praxis?
- ? Bin ich bereit, für eine bessere Vergütung bei speziellen Diagnosen, bei der Aussicht auf Bonuszahlungen und bei einer Einschränkung der weiteren Behandlungsmöglichkeiten für den Patienten einen weiteren Auftraggeber neben dem Patienten zu akzeptieren und die Vorgaben der Kasse, die auch die Beziehung zum Patienten verändern können, umzusetzen?
- ? Halte ich die Erwartungen der Kasse und die damit in Aussicht gestellten finanziellen Anreize (Bonus, Zuschlag) für belastend im Hinblick auf die therapeutische Beziehung und meine Therapieplanung?

Weitere Ziffern:

Mit der Ziffer PTE2 bzw. PTE2KJ können 20 Stunden Erstbehandlung - Einzelbehandlung durchgeführt werden, auch nach 10 Stunden PTE1 Akutversorgung. (**90,00€/50min**.) die 20 Stunden müssen innerhalb von 4 Quartalen abgerechnet werden.

Mit der Ziffer PTE3 bzw. PTE3KJ können 30 Stunden Weiterbehandlung – Einzeltherapie durchgeführt werden. (**82,00€/50min**). Die Stunden müssen innerhalb von 8 Quartalen gehalten werden.

Mit der Ziffer PTE4 bzw. PTE4KJ (**82,00€/50min**) kann anschließend 2x/Monat niederfrequent weiterbehandelt werden, ohne zeitliche Begrenzung.

Problem: die Ziffern PTE1-PTE3 können nur einmal während der Vertragslaufzeit von einem Versicherten in Anspruch genommen werden. Wenn ein Patient also 10 Stunden Akutversorgung nach PTE1 und die beiden Module PTE2 und PTE3 mit zusammen 50 Stunden in Anspruch genommen hat (zusammen also maximal 60 Stunden), dann kann er **mit der aktuellen Diagnose** nur noch niederfrequent 2x pro Monat weiterbehandelt werden. Um wieder die Akutversorgung oder die Erstbe-

handlung in Anspruch nehmen zu können, muss der Patient eine andere, neue Diagnose haben!

Das kann also eine Begrenzung der Therapiestundenzahl im Vergleich zur Richtlinienpsychotherapie sein. Für VT-Behandlungen dürfte diese Begrenzung zunächst weniger problematisch sein als für tiefenpsychologische. Aber die Begrenzung liegt ja auch darin, dass im Vergleich zur Richtlinienpsychotherapie keine erneute höherfrequente Therapie **bei gleicher Diagnose** mehr möglich ist. In der Richtlinienpsychotherapie kann der Patient zu einem späteren Zeitpunkt erneut eine höherfrequente Therapie erhalten, im PNP-Vertrag nicht, außer er bekommt eine neue Diagnose gestellt.

Das sollten Sie sich fragen:

- ? Ist der Patient voraussichtlich mit den 60 Stunden und ggfs. anschließender niederfrequenter Therapie ausreichend behandelbar ist oder nicht? Welche Konsequenzen hat es für Sie, wenn Sie denken, den Patienten nicht mit der vorgesehenen Stundenzahl behandeln zu können? (Neue Diagnose zu einem späteren Zeitpunkt wählen? Dem Patienten –wenn er noch nicht im Hausarztvertrag eingeschrieben ist- vom Vertrag abraten? Was, wenn er bereits eingeschrieben ist?)

Ziffer PTE5 (Psychoanalyse - Einzelbehandlung)

Die Psychoanalyse ist im Vertrag **ausschließlich** für die Diagnosen F60.0-F60.8 Sowie F61 und F62.0-F62.8 (Persönlichkeitsstörungen) vorgesehen. Nur als Einzeltherapie, keine Gruppen! Nur auf Überweisung. Gutachterverfahren wie in der Richtlinie.

Das sollten Sie sich fragen:

- ? Halten Sie den Verzicht der analytischen Psychotherapie für einen Großteil der Indikationen für sinnvoll und vertretbar?

Das Antrags- und Gutachterverfahren ist ansonsten im Vertrag ausgesetzt.

II. Organisatorisch-technische Anforderungen:

- Ausstattung mit einer onlinefähigen IT (mindestens Windows 2000) und Anbindung über ISDN bzw. DSL zur Steuerung von Abrechnungs-, Verordnungs- und Informationsprozessen; Einzelheiten zu dieser technischen Ausstattung ergeben sich aus **Anlage 3** des Vertrages
- Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS/Praxis-Softwaresystem).

- Ausstattung mit einer vertragspezifischen Software („**Vertragssoftware**“) in der stets aktuellen Version. Näheres zur Ausstattung und den technischen Voraussetzungen (einschließlich Hardware) ist in **Anlage 3 des Vertrages** geregelt.

Das sollten Sie sich fragen:

- ? Sind Sie mit Ihrer Praxis in der Lage, die genannten Anforderungen zu erfüllen?
- ? Welche finanziellen Belastungen kommen auf Sie zu, wenn sie dem Vertrag beitreten wollen? Neben den festen Kosten wie der einmaligen Verwaltungsgebühr in Höhe von 300 Euro (+ Mehrwertsteuer), monatliche Gebühren für Internet, Wartung etc. (Also Stand der Praxis-EDV, eventuelle Nachrüstungsnotwendigkeit, Nachfrage bei Ihrem Softwarehersteller bezüglich der Kosten für die Schnittstelle zur Vertragssoftware.)

Weitere (strukturelle) Anforderungen

- Behandlung von psychiatrischen/neurologischen Not-/Akutfällen am Tag des Anrufs durch den Hausarzt/Facharzt, sofern sie bis eine Stunde vor Ende der Sprechstunde angemeldet werden.
- bei dringlichen psychotherapeutischen Fällen im Sinne der zeitnahen akuten Versorgung (PTE1(KJ), PTE1SD gemäß Anlage 12 Psychotherapie) sowie bei Patienten, die durch den Sozialen Dienst der AOK oder die Patientenbegleitung der BKK zur Psychotherapie angemeldet werden, wird innerhalb von 3 Tagen nach Anmeldung durch den Patienten oder Anforderung durch den Hausarzt/Facharzt der Erstkontakt durchgeführt und die Therapie beginnt spätestens 7 Tage nach Diagnosesicherung.
- bei psychotherapeutischer Erstbehandlung (gemäß Anlage 12 Psychotherapie, Ziffer PTE2 bzw. PTE2KJ) beginnt die Therapie spätestens 4 Wochen nach Diagnosesicherung.
- Begrenzung der Wartezeit für eingeschriebene Versicherte bei vorab vereinbarten Terminen auf möglichst 30 Minuten (Not-/ Akutfälle sind bevorzugt zu behandeln).
- Angebot einer werktäglichen Sprechstunde, d.h. ein Sprechstundenangebot an allen Werktagen (Montag bis Freitag, mindestens 20 Stunden wöchentlich). Bei Psychotherapeuten ist eine Erreichbarkeit an den Werktagen (Montag bis Freitag, mindestens 20 Stunden wöchentlich) zu gewährleisten.
- Angebot einer Abendsprechstunde pro Woche bis mindestens 20:00 Uhr (Terminsprechstunde) für berufstätige eingeschriebene Versicherte.
- Alle relevanten Befunde werden - mit Einverständnis des Patienten – dem Hausarzt innerhalb von 5 Werktagen übermittelt (**Anhang 1 zur Anlage 17**). Bei psychotherapeutischen Behandlungen ist ein Bericht innerhalb von 2

Wochen – falls der Patient sein Einverständnis hierzu erklärt - dem Hausarzt zu übermitteln. Bei Notfällen wird der Befund dem Patienten mitgegeben bzw. sofort übermittelt.

- Anfragen der AOK, der BKK und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) zu Arbeitsunfähigkeit werden vom Facharzt innerhalb von 4 Werktagen beantwortet

Das sollten Sie sich fragen:

- ? Sind Sie mit Ihrer Praxisstruktur in der Lage, die bevorzugte Behandlung der Versicherten im Facharztvertrag sicher zu stellen und die dafür seitens der Kassen gestellten Anforderungen zu erfüllen?
- ? Wie stehen Sie dem Gutachterverfahren gegenüber? Ist Ihr zeitlicher Aufwand für das Gutachterverfahren so hoch und belastend, dass die alternativen Anforderungen eine erhebliche Entlastung für Sie bringen könnten?
- ? Sind Sie bereit, schon am Telefon die Kassenzugehörigkeit zu erfragen? Können Sie Versicherten anderer Kassen erklären, warum Sie sie nicht nehmen?

Ziffern für Behandlungen von Kindern und Jugendlichen und Gruppentherapie:

Für KJ-Behandlungen und Gruppen bietet der Vertrag Vorteile, die man sich für die Regelversorgung wünschen würde. So ist das Verhältnis zwischen den Stunden für Kinde/Jugendliche und begleitender Psychotherapie der Bezugspersonen nicht auf 1:4 festgelegt, sondern kann vom Behandler frei gewählt, muss also nicht bei Abweichung vom Verhältnis 1:4 besonders begründet und beantragt werden. Für die Arbeit mit den Bezugspersonen stehen dafür mit PTE2KJ fünf zusätzliche Stunden zur Verfügung, mit PTE3KJ deren 8.

Für Hilfeplankonferenzen etc. werden 50 Euro vergütet.

Für Gruppenpsychotherapie ist das Antrags- und Gutachterverfahren ebenfalls ausgesetzt, d.h., das komplizierte Antragsverfahren mit Einzelantrag für jeden Gruppenpatienten entfällt.

Das sollten Sie sich fragen:

Bei Behandlungen von Kinder- und Jugendlichen:

- ? Fallen in Ihrer Praxis viele Hilfeplangespräche an? Ist es für Ihre Praxis wichtig, das Verhältnis von Kinder/Jugendlichen Behandlungsstunden flexibler zu gestalten?
- ? Werden Sie unter den neuen Bedingungen vermehrt Gruppentherapie anbieten können? Sehen Sie bei Ihrer bisherigen Klientel dafür Bedarf und würden

Sie mit der bisherig angefallen Patientenzahl aus dem Kreis der AOK/BKK HzV-Versicherten Gruppen füllen können?

? Haben Sie die räumlichen Voraussetzungen?

Was ist noch wichtig zu wissen?

Teilnahmevoraussetzung:

- Nachweis der Teilnahme an einer vertragsspezifischen Schulung (in der Regel Präsenzveranstaltung gemäß Anlage 6 des Vertrages).
- Ausstattung mit einer onlinefähigen IT (mindestens Windows 2000) und Anbindung über ISDN bzw. DSL zur Steuerung von Abrechnungs-, Verordnungs- und Informationsprozessen; Einzelheiten zu dieser technischen Ausstattung ergeben sich aus Anlage 3 des Vertrages.
- Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS/Praxis-Softwaresystem).
- Ausstattung mit einer vertragsspezifischen Software („**Vertragssoftware**“) in der stets aktuellen Version. Näheres zur Ausstattung und den technischen Voraussetzungen (einschließlich Hardware) ist in Anlage 3 geregelt
- Befüllen eines elektronischen Patientenpasses auf Wunsch des Patienten, soweit die technischen Voraussetzungen vorliegen.
- Ausstattung mit einem Faxgerät (Computerfax oder Faxgerät) und Angabe einer E-Mail-Adresse. Die Managementgesellschaft wird die Fachärzte/Psychotherapeuten je nach Art und Umfang der Information über die vom Facharzt/Psychotherapeuten benannte E-Mail-Adresse informieren
- Pro Kalenderjahr sind vom Facharzt/Psychotherapeuten die Fortbildungen gemäß Anlage 2 nachzuweisen

Beginn des Vertrages:

Der landesweit einheitliche Start der Versicherteneinschreibung erfolgt, wenn eine **Flächendeckung** gemäß Anlage 8 vorliegt. Dort ist die Flächendeckung definiert:

Eine Flächendeckung ist dann gegeben, wenn

1. landesweit in Baden-Württemberg mindestens folgende Teilnehmerzahlen erreicht sind:
 - a. Anlage 12 Abschnitt I, A Neurologie: 180 Fachärzte,
 - b. Anlage 12 Abschnitt I, B Psychiatrie: 220 Fachärzte und
 - c. Anlage 12 Abschnitt I, C Psychotherapie 450 Fachärzte/Psychotherapeuten,

Fachärzte, die im Vertrag Leistungen aus mehreren Gebieten (Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie) erbringen, werden bei jedem dieser Gebiete als Teilnehmer gezählt.

2. grundsätzlich die regionalen Mindestteilnahmezahlen gemäß u. g. Tabelle erfüllt und im Modul Psychotherapie je Planungsbereich mindestens 4 Teilnehmer, in den Modulen Psychiatrie bzw. Neurologie je Planungsbereich mindestens 2 Teilnehmer vorhanden sind.
3. Der Beirat stellt die Flächendeckung fest. Dabei kann er regionale Besonderheiten berücksichtigen. Die Managementgesellschaft teilt den Fachärzten/Psychotherapeuten, welche den Beitritt zum Vertrag erklärt haben, die Erreichung der Flächendeckung umgehend mit.

Kündigung:

Der Facharzt/Psychotherapeut kann seine Vertragsteilnahme mit einer Frist von 6 Monaten zum Quartalsende kündigen. Die Kündigung ist der Managementgesellschaft schriftlich zuzustellen. Das Recht des Facharztes/Psychotherapeuten zur Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt.

Besondere Verpflichtungen

Im § 5 (4) verpflichtet sich der teilnehmende Psychotherapeut besondere Leistungen für eingeschriebene Versicherte zu erbringen. Z.B.:

*h) Information der teilnehmenden Versicherten über spezifische Angebote der AOK bzw. BKK, z. B. Gesundheitsangebote, sozialer Dienst/Patientenbegleitung und Präventionsangebote (siehe **Anlage 2**).*

- ? Bin ich bereit, mit dem Patienten über die Vor- und Nachteile der Einschreibung in den PNP-Vertrag für Behandler und Patient, ggfs. aber auch in den Hausarztvertrag zu sprechen? Halte ich ein solches Gespräch für vereinbar mit meiner therapeutischen Rolle?

Martin Klett