

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

zwischen



AOK Baden-Württemberg („AOK“)
Heilbronner Str. 184, 70191 Stuttgart
vertreten durch den Vorstandsvorsitzenden Dr. Christopher Hermann,



Bosch BKK („BKK“)
Kruppstraße 19, 70469 Stuttgart
vertreten durch die Vorständin Dr. Getrud Prinzing,



MEDIVERBUND AG („MEDIVERBUND“)
Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
vertreten durch den Vorstand Frank Hofmann

und

teilnehmenden FACHÄRZTEN/PSYCHOTHERAPEUTEN

sowie

**Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN) Landesverband Baden-
Württemberg der Fachärzte für Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und
Psychotherapie e.V. („BVDN“),**
vertreten durch die 1. Vorsitzende Birgit Imdahl,
Bergstraße 5, 78628 Rottweil

Freie Liste *der Psychotherapeuten*

Unabhängig, Verbände- und Verfahrensübergreifend

Freie Liste der Psychotherapeuten
vertreten durch Dipl.-Psych. Rolf Wachendorf,
Plochinger Str. 115, 73730 Esslingen,

Deutsche **PsychotherapeutenVereinigung**



Deutsche PsychotherapeutenVereinigung e.V. („DPtV“),

vertreten durch den bevollmächtigten Landesvorsitzenden
Dipl.-Psych. Dr. Alessandro Cavicchioli,
Zollhüttengasse 18, 74523 Schwäbisch Hall

Interessengemeinschaft niedergelassener Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie in Baden Württemberg (IG KJPP)
(vertreten durch Herrn Raymond Fojkar)



MEDI Baden-Württemberg e.V. („MEDI e.V.“)

Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
vertreten durch den Vorstand Dr. med. Werner Baumgärtner

(einzeln oder gemeinsam „Vertragspartner“)

ABSCHNITT I: PRÄAMBEL UND VERTRAGSGEGENSTAND	4
Präambel	4
§ 1 Vertragsgegenstand	6
ABSCHNITT II: TEILNAHME DES FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN	6
§ 2 Kreis teilnahmeberechtigter Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten und Medizinischer Versorgungszentren	6
§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Vertragsteilnahme	7
§ 4 Einschreibung von AOK- und BKK-Versicherten	9
§ 5 Besondere Leistungen des FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN	11
§ 6 Informationspflichten des FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN	14
§ 7 Unterstützung weiterer Versorgungsformen durch den FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT	15
§ 8 Beendigung der Teilnahme des FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN am Vertrag	15
ABSCHNITT III: VERTRAGSTEILNAHME DURCH VERSICHERTE	16
§ 9 Vertragsteilnahme durch Versicherte	16
ABSCHNITT IV: RECHTE UND PFLICHTEN VON AOK, BKK, MEDIVERBUND, BVDN, FREIE LISTE DER PSYCHOTHERAPEUTEN, DPTV, IG KJPP UND MEDI E. V. UNTEREINANDER	17
§ 10 Anwendungsbereich dieses Abschnitts	17
§ 11 Leistungen der Managementgesellschaft	17
§ 12 Pflichten der AOK und BKK	19
§ 13 Rechte und Pflichten von MEDI e.V., BVDN, Freie Liste der Psychotherapeuten, DPtV, IG KJPP	20
§ 14 Wechselseitige Unterstützung	20
§ 15 Öffentlichkeitsarbeit/Marketing	21
§ 16 Vertragssoftware	21
§ 17 Kündigung und Laufzeit	21
§ 18 Schlichtungsverfahren	22
ABSCHNITT V: ABRECHNUNG	22
§ 19 Abrechnung der Vergütung gegenüber der Managementgesellschaft	22
§ 20 Abrechnung der Vergütung gegenüber der AOK bzw. BKK	25
§ 21 Verwaltungskostengebühr	26
ABSCHNITT VI: BEIRAT	27
§ 22 Beirat	27
ABSCHNITT VII: ALLGEMEINE REGELUNGEN	28
§ 23 Geltung der einzelnen Abschnitte	28
§ 24 Vertragsbeginn und Vertragsende	28
§ 25 Verfahren zur Vertragsänderung	29
§ 26 Haftung und Freistellung	30
§ 27 Qualitätssicherung	31
§ 28 Datenschutz	31
§ 29 Sonstiges	31
§ 30 Anlagenübersicht	32

ABSCHNITT I: PRÄAMBEL UND VERTRAGSGEGENSTAND

Präambel

Die ambulante Versorgung in den Fachgebieten Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Psychosomatik und Psychotherapie stellt einen elementaren und unverzichtbaren Bestandteil des deutschen Gesundheitswesens dar. Eine qualitativ hochwertige, flächendeckende Versorgung durch in den Fachgebieten Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Psychosomatik und/oder Psychotherapie tätige niedergelassene Fachärzte und Psychotherapeuten ermöglicht eine weitgehend ambulante, kostengünstige Versorgung der Patienten in Zusammenarbeit mit den Hausärzten. Durch Zusammenarbeit und Vernetzung der Versorgungsstrukturen, insbesondere mit den Hausärzten, und unter Berücksichtigung des Grundsatzes ambulant vor stationär, soll durch diesen Vertrag die medizinische Versorgung optimiert und gleichzeitig wirtschaftlicher werden.

Die AOK und die Bosch BKK als gesetzliche Krankenkassen mit rund 4 Millionen Versicherten in Baden-Württemberg möchten gemeinsam mit dem MEDIVERBUND sowie an diesem Vertrag („**Vertrag**“) teilnehmenden Ärzten/-innen/Psychotherapeut/-innen und Medizinischen Versorgungszentren (**im Folgenden „FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN“ genannt**) ihren Versicherten eine besondere ambulante Versorgung gemäß § 140a SGB V („**SGB V**“) anbieten. Die AOK, die BKK, der MEDIVERBUND und die teilnehmenden FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN werden hierbei nach Maßgabe dieses Vertrages durch BVDN, Freie Liste der Psychotherapeuten, DPtV, IG KJPP und MEDI e.V. berufspolitisch unterstützt. Die AOK und die BKK erfüllen durch das Angebot der Vertragspartner den Sicherstellungsauftrag gegenüber den teilnehmenden Versicherten.

MEDI e.V. ist eine fachübergreifende Organisation niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten, die die ärztliche Freiberuflichkeit in wirtschaftlicher und therapeutischer Hinsicht stärken will. MEDI e. V. hat unter anderem für die Verhandlung, den Abschluss und die Umsetzung dieser Versorgungsverträge die MEDIVERBUND AG gegründet. Der MEDIVERBUND führt die Managementaufgaben nach diesem Vertrag durch.

Der BVDN vertritt die Interessen der Ärzte für Nervenheilkunde, Ärzte für Neurologie, Ärzte für Psychiatrie (und ärztliche Psychotherapie) in Baden Württemberg **bzw. der Mitglieder des Berufsverbands Deutscher Neurologen (BDN) und des Berufsverbands Deutscher Psychiater in Baden-Württemberg (BVDP)**. Das Ziel des BVDN ist neben der besseren Strukturierung einer am Patientenwohl orientierten Versorgung eine verbesserte und effektivere Einbindung der Hilfsangebote (Sozialdienste, häusliche Pflege, Kooperation mit Psychotherapeuten u.a.) eine beschleunigte fachärztliche Diagnostik und fachqualifizierte und optimierte Therapie mit dem Ziel einer baldigen und nachhaltigen Genesung. Der BVDN strebt eine verbesserte, qualitätsgesicherte, möglichst flächendeckende Sicherstellung der ambulanten neurologischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung an. Der BVDN setzt sich für eine verbesserte Kooperation von Einrichtungen der ambulanten und stationären neurologischen Versorgung ein.

Die Freie Liste der Psychotherapeuten ist eine verbandsübergreifende Gruppierung mit Unterstützung von Mitgliedern aus allen psychotherapeutischen Verbänden. Sie hat sich gebildet mit dem Ziel einer übergreifenden psychotherapeutischen Vertretung der Baden-Württemberger Psychotherapeuten, in Unabhängigkeit von verschiedenen Bundesinteressen. Sie vertritt diese, langjährig strukturell etabliert, in der Landespsychotherapeutenkammer, der Bundespsychotherapeutenkammer, der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg und im MEDI-Verbund. Sie tritt für die Regionalisierung von Verträgen und Honoraren ein. Sie steht für ein koordiniertes Miteinander von Kollektiv- und Selektivverträgen. In beiden Vertragsformen gilt

sie als innovativ und vertragsfähig. Sie betreibt Öffentlichkeitsarbeit, ist im engen Austausch mit Versorgungsforschern. Es bestehen langjährige Kooperationen zu ärztlichen Behandlergruppen/Verbänden.

Die Freie Liste steht für eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung durch innovative Versorgungsformen. Sie spricht dabei die an den neuen Versorgungsformen interessierten Praxen, speziell die Versorgerpraxen, an.

Die DPtV ist die größte Interessenvertretung für Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Deutschland. Die DPtV engagiert sich für die kontinuierliche Entwicklung und weitere Anerkennung des Berufsstandes und des Fachgebietes Psychotherapie. Sie kooperiert darüber hinaus mit den betreffenden wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbänden. Ziele der DPtV sind unter anderem die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung durch eine Aufwertung der Psychotherapie und der Arbeit der Psychotherapeuten; die Förderung der optimalen Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen auf hohem Niveau; eine Verbesserung der Kooperation zwischen den Behandlern bei Bewahrung der Rechte der Patienten auf Verschwiegenheit und die Förderung neuer Behandlungsmodelle und Behandlungsformen zum Wohle der Patienten.

Die „Interessengemeinschaft niedergelassener Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Baden-Württemberg“ IG KJPP ist ein freier Zusammenschluss von an der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen und kinder- und jugendpsychotherapeutischen Versorgung in Baden-Württemberg teilnehmenden, niedergelassenen Vertragsfachärztinnen und –fachärzten. Die IG KJPP bemüht sich um die quantitative und qualitative Verbesserung der ambulanten niedergelassenen Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die in Baden-Württemberg kinder- und jugendpsychiatrischer und –psychotherapeutischer Behandlung bedürfen sowie um eine Verbesserung der Kooperation aller für diese Kinder und Jugendlichen und deren Familien bedeutsamen und verantwortlichen Berufsgruppen.

Durch den Vertrag wird der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT gegen die Vergütung nach diesem Vertrag zur Erfüllung besonderer Qualitätsanforderungen verpflichtet. Diese besondere Qualität und die Zusammenarbeit mit den anderen Leistungserbringern, insbesondere den Hausärzten, soll die Versorgung der daran teilnehmenden Versicherten (Patienten) optimieren. Der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT wird in die Lage versetzt, mehr Zeit für die Behandlung seiner Patienten aufzuwenden. Durch eine zielgenauere Leistungssteuerung und insbesondere eine rationale und transparente Pharmakotherapie erwarten die AOK und die BKK die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven. Dieses Ziel wird durch eine Vertragssoftware unterstützt. Diese ermöglicht dem FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN insbesondere die Verordnung der Medikamente, die Überweisung von Patienten und die Abrechnung der Vergütung für Leistungen nach diesem Vertrag.

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass das Modul D Kinder- und Jugendpsychiatrie nur für das Facharztprogramm der AOK gilt. Die kinderpsychiatrische Versorgung von am Facharztprogramm der Bosch BKK teilnehmenden Versicherten läuft außerhalb dieses Vertrages.

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass dieser Vertrag eine fachärztliche Ergänzung zum HZV-Vertrag der AOK vom 08.05.2008 bzw. der Bosch BKK vom 29.09.2009 und Teil des AOK-Facharztprogramms ist, in dem bereits Facharztverträge nach § 140a SGB V bestehen. Nach einer öffentlichen Ausschreibung sollen ergänzend Verträge mit weiteren Facharztgruppen nach § 140a SGB V angegliedert werden. Der HZV-Vertrag sowie alle Facharztverträge nach § 140a SGB V sollen medizinisch und wirtschaftlich zu einer optimal vernetzten, ambulanten Versorgung für die Patienten verbunden werden.

Die Versorgung nach diesem Vertrag soll darüber hinaus sinnvoll durch weitergehende und auf sie abgestimmte Versorgungsformen und -elemente ergänzt werden: insbesondere Integrationsversorgung nach §§ 140a ff. SGB V, Rabattverträge nach § 130a SGB V sowie strukturierte Behandlungsprogramme der AOK und BKK nach § 137f SGB V.

Dies vorausgeschickt, vereinbaren die Vertragspartner das Folgende:

§ 1 Vertragsgegenstand

- (1) Gegenstand des Vertrages ist die Umsetzung einer qualifikations- und qualitätsbezogenen Versorgung in den Fachgebieten der Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie für Versicherte der AOK und BKK in Baden-Württemberg durch nach dem II. Abschnitt (Seite 6ff.) dieses Vertrages teilnehmende FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN. Der Abschnitt III. regelt die Teilnahme der Versicherten der AOK und BKK. Der MEDIVERBUND als Managementgesellschaft („**Managementgesellschaft**“) erbringt in diesem Zusammenhang die im IV. Abschnitt (Seite 17ff.) dieses Vertrages geregelten Managementleistungen und führt mit Wirkung für die FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN gemäß § 295a Abs. 1 SGB V als Vertragspartner auf Leistungserbringerseite das im V. Abschnitt (Seite 22ff.) geregelte Abrechnungsmanagement durch.
- (2) Gegenstand des Vertrages ist auch die Umsetzung einer qualifikations- und qualitätsbezogenen Versorgung im Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie für Versicherte der AOK in Baden-Württemberg. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.
- (3) Leistungen des organisierten Notfalldienstes sind nicht Bestandteil dieses Vertrages.
- (4) Grundlage für die erfolgreiche Durchführung dieses Vertrages ist eine enge und von gegenseitigem Vertrauen geprägte Zusammenarbeit der Vertragspartner.

ABSCHNITT II: TEILNAHME DES FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN

§ 2 Kreis teilnahmeberechtigter Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten und Medizinischer Versorgungszentren

- (1) Der MEDIVERBUND eröffnet Vertragsärzten/-innen, Psychotherapeut/-innen, persönlich Ermächtigten („**Arzt**“ bzw. „**Ärzte**“) und Medizinischen Versorgungszentren („**MVZ**“) die Möglichkeit der Teilnahme am AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie nach Maßgabe dieses Vertrages.
- (2) Ärzte, Psychotherapeuten und MVZs (§ 95 Abs. 1 und § 311 Abs. 2 SGB V) sind im Rahmen der berufsrechtlichen und - soweit in diesem Vertrag nichts Abweichendes geregelt ist (so gelten z.B. vom Zulassungsausschuss festgesetzte Punktzahlobergrenzen bei Job-Sharing-Praxen oder bei Angestellten aufgrund der besonderen Vergütungssystematik nicht) - zulassungsrechtlichen Grenzen zur Teilnahme an diesem Vertrag durch Vertragsbeitritt im Sinne von § 3 Abs. 4 lit. b) („**Vertragsteilnahme**“) berechtigt, wenn sie die in den nachfolgenden lit. a) bis c) sowie in Absatz 3 genannten Eigenschaften und die in § 3 genannten Teilnahmevoraussetzungen erfüllen („**teilnahmeberechtigter Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeut**“):

a) Ärzte / Psychotherapeuten müssen

- Fachärzte für Neurologie, Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychologische Psychotherapeuten und/oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Vertragsärzte, die gemäß den Bedarfsplanungsrichtlinien ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind, sein und weitere in Anlage 12 Abschnitt I genannte Voraussetzungen erfüllen,
- als zugelassener Arzt/Psychotherapeut oder als zugelassenes MVZ an der fachärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a Satz 2 SGB V teilnehmen,
- für die Erbringung psychotherapeutischer Leistungen über die KV-Genehmigung gemäß den entsprechenden Bestimmungen der jeweils aktuellen Psychotherapievereinbarung verfügen,

b) Persönlich ermächtigte Ärzte/Psychotherapeuten dürfen Leistungen dieses Vertrages nur im Rahmen und für die Dauer ihrer persönlichen Ermächtigung selbst erbringen und abrechnen. Sofern die Ermächtigung einen Überweisungsvorbehalt vorsieht, kann hiervon in Einzelfällen durch Beschluss des Beirates gemäß § 22 aus Sicherstellungsgründen abgewichen werden.

c) Zulassung, Vertragsarzt-/Vertragspsychotherapeutensitz und Hauptbetriebsstätte des Vertragsarztes/Vertragspsychotherapeuten/MVZ bzw. die für die persönliche Ermächtigung genutzten Räumlichkeiten in Baden-Württemberg.

(3) „Psychotherapeuten“ nach diesem Vertrag sind gemäß § 1a Nr. 3 BMV-Ä Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Vertragsteilnahme

- (1) Ein teilnahmeberechtigter Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeut im Sinne von § 2 Abs. 2 kann die Teilnahme durch Abgabe der Teilnahmeerklärung nach **Anlage 1** schriftlich beantragen.
- (2) Managementgesellschaft ist der MEDIVERBUND. Die Teilnahmeerklärung ist an die Managementgesellschaft zu richten. Die Managementgesellschaft ist im Zusammenhang mit der Vertragsteilnahme, Durchführung und Beendigung dieses Vertrages zur Abgabe von Erklärungen gegenüber dem FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN und Entgegennahme von Erklärungen des FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN mit Wirkung für die anderen Vertragspartner berechtigt.
- (3) Voraussetzungen für die Vertragsteilnahme sind:
 - a) Erfüllung der Eigenschaften gemäß § 2;
 - b) Vertragsärztliche/vertragspsychotherapeutische Tätigkeit im zeitlichen Umfang gemäß den Vorgaben des § 17 Abs. 1a BMV-Ä;
 - c) Nachweis der Teilnahme an einer vertragsspezifischen Schulung (in der Regel Präsenzveranstaltung gemäß Anlage 6). Die Teilnahme an einer solchen Schulung muss

durch den Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeuten, den persönlich ermächtigten bzw. den in den Fachgebieten Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und/oder Psychotherapie tätigen angestellten Arzt des MVZ und mindestens eine/n bei dem Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeuten bzw. MVZ angestellte/n medizinische/n Fachangestellte/n – sofern vorhanden - erfolgen;

- d) Ausstattung mit einer onlinefähigen IT, die den Betriebssystemanforderungen des Softwarehauses der Vertragssoftware entspricht und Anbindung über z.B. DSL zur Steuerung von Abrechnungs-, Verordnungs- und Informationsprozessen; Einzelheiten zu dieser technischen Ausstattung ergeben sich aus **Anlage 3**;
- e) Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arzteinformationssystem (AIS/Praxis-Softwaresystem);
- f) Ausstattung mit einer vertragspezifischen Software („**Vertragssoftware**“) in der stets aktuellen Version. Näheres zur Ausstattung und den technischen Voraussetzungen (einschließlich Hardware) ist in **Anlage 3** geregelt;
- g) Befüllen eines elektronischen Patientenpasses auf Wunsch des Patienten, soweit die technischen Voraussetzungen vorliegen;
- h) 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;
- i) Erfüllung sämtlicher folgender Mindestanforderungen an den FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN:
 - **Mindestanforderung** für Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Vertragsärzte, die gemäß den Bedarfsplanungsrichtlinien ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind: Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von psychotherapeutischen Leistungen gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung in der jeweils aktuellen Fassung (Nachweisdokument: Genehmigung Kassenärztliche Vereinigung).
 - Pro Kalenderjahr sind vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN die Fortbildungen gemäß Anlage 2 nachzuweisen.
 - Sollte ein für die Fachgebiete Neurologie, Psychiatrie, Nervenheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und/oder Psychotherapie relevantes DMP eingeführt werden, verpflichten sich die FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN, an dem DMP teilzunehmen und es aktiv zu unterstützen. Der Beirat entscheidet über den Zeitpunkt, ab dem die Teilnahme am DMP verpflichtend wird.
- j) Vorhalten einer apparativen Ausstattung und entsprechend qualifizierten Personals, soweit es gemäß Anlage 2 für die Erbringung der Leistungen nach diesem Vertrag entsprechend dem jeweils aktuellen Stand des medizinischen Wissens notwendig ist.
- k) Teilnahme an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß Anlage 2

- Sektorenübergreifende Qualitätssicherung gemäß § 137a SGB V (nach Implementierung)
 - Erfüllung der Anforderungen der „Qualitätsmanagements-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“ in ihrer jeweils aktuell gültigen Fassung
- (4) Die Managementgesellschaft prüft die Teilnahmeberechtigung des Facharztes/Psychotherapeuten nach dem vorstehenden Absatz und teilt ihm spätestens 2 Wochen nach Eingang der Teilnahmeerklärung bei der Managementgesellschaft schriftlich ein Zwischenergebnis bzw. das Ergebnis ihrer Prüfung wie folgt mit:
- a) **Aufforderung zur Nachbesserung zur Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen.** Erfüllt ein teilnahmeberechtigter Vertragsarzt/ Vertragspsychotherapeut die Voraussetzungen nach § 3 Abs. 3 zum Zeitpunkt der Abgabe der Teilnahmeerklärung nicht und ergibt sich dies nach Prüfung durch die Managementgesellschaft, setzt die Managementgesellschaft eine Frist von 3 Monaten, innerhalb derer der teilnahmeberechtigte Vertragsarzt/ Vertragspsychotherapeut für die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen sorgen kann. Die Managementgesellschaft ist berechtigt, zum Nachweis der Teilnahmevoraussetzungen geeignete Unterlagen anzufordern, wenn sie Zweifel an der Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen hat. Erfüllt der teilnahmeberechtigte Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeut die Teilnahmevoraussetzungen nicht innerhalb der Frist nach Satz 1, ist die Abgabe eines neuen Vertragsangebotes durch diesen Arzt gemäß Absatz 1 erforderlich.
 - b) **Zulassung zum AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie.** Liegen die Teilnahmevoraussetzungen nach Abs. 3 vor, gegebenenfalls nach Nachbesserung im Sinne von lit. a), nimmt die Managementgesellschaft das Vertragsangebot des teilnahmeberechtigten Vertragsarztes/Vertragspsychotherapeuten zur Teilnahme am AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie unverzüglich an. Die Annahme erfolgt durch eine schriftliche Bestätigung (in der Regel per Fax) der Managementgesellschaft an den teilnahmeberechtigten Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeuten über die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen gemäß Abs. 3. Mit Zugang dieser Bestätigung über die Vertragsteilnahme wird der teilnahmeberechtigte Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeut Vertragspartner als FACHARZT/ PSYCHOTHERAPEUT dieses Vertrages.

§ 4 Einschreibung von AOK- und BKK-Versicherten

- (1) Versicherte der AOK Baden-Württemberg („Versicherte“), die in das AOK-Hausarztprogramm eingeschrieben sind, können sich in das AOK-Facharztprogramm einschreiben. Das AOK-Facharztprogramm besteht derzeit aus den Modulen Kardiologie, Gastroenterologie und Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Orthopädie, Rheumatologie, Urologie sowie Diabetologie und wird sukzessive ausgebaut. Mit der Einschreibung in das AOK-Facharztprogramm verpflichtet sich der Versicherte, in den Fachgebieten, für die Module des AOK-Facharztprogramms bestehen, nach freier Wahl ausschließlich solche Fachärzte/Psychotherapeuten auszuwählen, die an diesem Facharztprogramm der AOK teilnehmen.

- (2) Bei Versicherten der BKK ist die Teilnahme am Hausarztprogramm „BKK. Mein Hausarzt“ Voraussetzung für die Einschreibung in das Bosch BKK-Facharztprogramm. Das Bosch-BKK-Facharztprogramm besteht derzeit aus den Modulen Kardiologie, Gastroenterologie und Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Orthopädie, Rheumatologie sowie Urologie und wird sukzessive ausgebaut. Mit der Einschreibung verpflichtet sich der Versicherte der BKK, nach freier Wahl nur solche FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN auszuwählen, die am Bosch BKK-Facharztprogramm teilnehmen.
- (3) Versicherte der AOK und der BKK können sich auf folgendem Wege durch Abgabe einer entsprechenden Teilnahmeerklärung („**Versicherten-Teilnahmeerklärung**“) in das **AOK-Facharztprogramm** bzw. Bosch BKK-Facharztprogramm einschreiben:
 - a) Beim FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN. Dieser ist ab dem Zeitpunkt seiner Vertragsteilnahme berechtigt und auf Wunsch des Versicherten verpflichtet, Versicherten-Teilnahmeerklärungen von diesen entgegenzunehmen. Der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT erfasst die Teilnahme in der Vertragssoftware und leitet die Daten unverzüglich elektronisch an die Managementgesellschaft weiter. Der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT bewahrt einen Ausdruck der Teilnahmeerklärung entsprechend den gesetzlichen Fristen auf (zurzeit 10 Jahre). Der zweite Ausdruck wird dem Patienten ausgehändigt.
 - b) Bei FACHÄRZTEN aus anderen Modulen des AOK-Facharztprogramms.
- (4) Teilnahmeerklärungen von Versicherten führen, soweit die Voraussetzungen für eine Teilnahme dieser Versicherten gegeben sind (§ 9), zur Einschreibung mit Wirkung für das nächstmögliche Abrechnungsquartal. Voraussetzung für die Einschreibung mit Wirkung zu dem nächsten Abrechnungsquartal ist jedoch weiter, dass die Teilnahmeerklärungen spätestens bis zum 1. Kalendertag des zweiten Monats vor Beginn dieses Abrechnungsquartals bei der AOK bzw. BKK eingegangen sind (01. Februar, 01. Mai, 01. August, 01. November). Für das weitere Verfahren der Einschreibung gelten die Vorgaben der in **Anlage 6** enthaltenen „**Prozessbeschreibung FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT**“. AOK, BKK und MEDIVERBUND können einvernehmlich die genannten Fristen um bis zu einen Monat verlängern.
- (5) Die Managementgesellschaft stellt sicher, dass die FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN den Teilnahmestatus der Versicherten abrufen können. Ärztliche/psychotherapeutische Leistungen von FACHÄRZTEN/PSYCHOTHERAPEUTEN für am AOK-Facharztprogramm bzw. Bosch BKK-Facharztprogramm teilnehmende Versicherte dürfen nach Maßgabe des **Abschnitt V** (Seite 22ff.) dieses Vertrages abgerechnet werden.
- (6) AOK, BKK und MEDIVERBUND setzen gemeinsam die elektronische Einschreibung und elektronische Datenübermittlung mittels Vertragssoftware für die Teilnahme der Versicherten im Vertrag für alle FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN um. Näheres ergibt sich aus Anlage 6 zu diesem Vertrag. Der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT hat seinen gesetzlichen Pflichten zur Archivierung der Teilnahmeformulare nachzukommen.
- (7) **Ein Anspruch von Versicherten zur Teilnahme ergibt sich allein aus der Satzung der AOK bzw. BKK in Verbindung mit den Teilnahmebedingungen. Ansprüche von Versicherten werden unmittelbar durch diesen Vertrag nicht begründet.**

§ 5 **Besondere Leistungen des FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN**

- (1) Der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT ist gegenüber der Managementgesellschaft gemäß den folgenden Absätzen 2 bis 7 zum Angebot einer besonderen Versorgung an die teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der nach Maßgabe von **Abschnitt V** (Seite 22ff.) erbring- und abrechenbaren Leistungen sowie besonderer Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen verpflichtet. Die medizinische/psychotherapeutische Verantwortung für die Behandlung der Versicherten verbleibt bei dem behandelnden FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN. Er erbringt seine ärztlichen/psychotherapeutischen Leistungen gegenüber den Versicherten selbst und in eigener Verantwortung im Einklang mit der ärztlichen und/oder der psychotherapeutischen Berufsordnung nach Maßgabe des Behandlungsvertrages und seiner ärztlichen und/oder psychotherapeutischen Sorgfaltspflicht.
- (2) Der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT muss sämtliche der folgenden **Qualitätsanforderungen hinsichtlich des Sprechstundenangebots, der Terminvergabe und der Praxisausstattung** erfüllen:
 - a) Zur Unterstützung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ gelten folgende Fristen:
 - Reguläre Sprechstundentermine oder Erstkontakte in der Regel zwei Wochen nach Anmeldung,
 - Behandlung von psychiatrischen/kinder- und jugendpsychiatrischen/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 (PTE2(KJ)) gemäß Anlage 12 Psychotherapie) beginnt die Therapie spätestens 4 Wochen nach Diagnosesicherung,
 - b) Begrenzung der Wartezeit für eingeschriebene Versicherte bei vorab vereinbarten Terminen auf möglichst 30 Minuten (Not-/ Akutfälle sind bevorzugt zu behandeln).
 - c) 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.
 - d) Angebot einer Abendsprechstunde pro Woche bis mindestens 20:00 Uhr (Terminsprechstunde) für berufstätige eingeschriebene Versicherte.

- e) 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.
 - f) Anfragen der AOK, der BKK und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) zu Arbeitsunfähigkeit werden vom FACHARZT innerhalb von 4 Werktagen beantwortet.
 - g) Zudem müssen die Voraussetzungen nach § 3 Abs. 3 erfüllt werden.
- (3) Der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT muss sämtliche der folgenden **Qualifikationsanforderungen** selbst und ggf. durch einen im Rahmen des Zulassungsrechts angestellten Arzt/Psychotherapeuten bzw. als MVZ durch einen Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeuten/angestellten Arzt/Psychotherapeuten erfüllen:
- a) Aktive Unterstützung von hausärztlichen Qualitätszirkeln zu Themen zu den Fachgebieten Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und/oder Psychotherapie nach Maßgabe von **Anlage 2**;
 - b) Konsequente Berücksichtigung der für die Behandlung in den Fachgebieten Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und/oder Psychotherapie entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien nach Maßgabe von **Anlage 2**;
 - c) Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V sowie der vertragspezifischen Fortbildungspflichten gemäß **Anlage 2** (Nachweis: Jährliche Vorlage der Nachweise bei der Managementgesellschaft);
- (4) Der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT erbringt im AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie folgende **besondere Leistungen für eingeschriebene Versicherte**:
- a) Bereitstellung von begleitenden Informationen über die Versorgung nach diesem Vertrag und die Rechte und Pflichten der eingeschriebenen Versicherten bei einer Teilnahme an dem AOK-Facharztprogramm bzw. Bosch BKK-Facharztprogramm auf deren Nachfrage, zusätzlich zu den Informationen der Krankenkassen gemäß § 140a Abs. 5 SGB V;
 - b) Überweisung durch den FACHARZT an weitere FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN oder andere Fachärzte im Rahmen der gestellten neurologischen, psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen, psychosomatischen und/oder psychotherapeutischen Fragestellung unter Einbeziehung des HAUSARZTES und unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach Durchführung aller dem FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN möglichen und notwendigen Abklärungen; Tätigkeit und Überweisung nur unter Berücksichtigung und Übermittlung der Vorbefunde sowie unter Beachtung der **Anlage 17**. Bei Klinikeinweisungen ist analog zu verfahren; es gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“ (§ 39 Abs. 1 SGB V).
 - c) Für PSYCHOTHERAPEUTEN gilt lit. b) analog für eine Weiterleitung an den HAUSARZT oder FACHARZT gemäß Anlage 12 Psychiatrie inklusive Arztbrief (vgl.

Anlage 17) und für eine Weiterleitung an einen anderen PSYCHOTHERAPEUTEN zur Gruppenbehandlung. Der PSYCHOTHERAPEUT kann zur somatischen Abklärung im Rahmen des § 24 Abs. 11 BMV-Ä überweisen.

- d) Überweisungen vom FACHARZT zu den Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V und zu den Psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V sind weiterhin in begründeten Ausnahmefällen möglich.
- e) Sammlung, Dokumentation und sofortige Übermittlung aller für die Diagnostik und Therapie relevanten, vorliegenden Befunde einschließlich der korrekten und endstelligen ICD-10-Kodierungen – sofern gegeben auch unter Einhaltung der Vorgaben der jeweils aktuell geltenden Kodierrichtlinien für den ambulanten Bereich. Die Übermittlung erfolgt - mit Einverständnis des Patienten - nach Abschluss der Diagnostik in jedem Fall an den HAUSARZT innerhalb von 5 Werktagen und, wenn nötig, zusätzlich an
 - den weiterbehandelnden FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN
 - an das Krankenhaus bei notwendiger stationärer Einweisung.

Die Übermittlung erfolgt per **elektronischem Arztbrief** unter Nutzung der Vertragssoftware gemäß **Anlage 3** soweit technisch möglich.

- f) Bekanntmachung und Information des Versicherten über einen am Vertrag teilnehmenden Vertretungsarzt/Vertretungspsychotherapeuten in für die Versicherten zumutbarer Entfernung. Vertretungen müssen innerhalb des AOK-Facharztprogramms/Bosch BKK-Facharztprogramms Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie organisiert werden. Die Managementgesellschaft veröffentlicht die Vertretungsärzte/Vertretungspsychotherapeuten im Internet.
- g) Befüllen eines elektronischen Patientenpasses gemäß **Anlage 4** auf Wunsch und bei Einverständnis des eingeschriebenen Versicherten soweit die hierfür erforderlichen technischen Voraussetzungen vorliegen.
- h) Information der teilnehmenden Versicherten über spezifische Angebote der AOK bzw. BKK, z. B. Gesundheitsangebote, sozialer Dienst/Patientenbegleitung und Präventionsangebote (siehe **Anlage 2**).
- i) Übermittlung der nach den Vorschriften des 10. Kapitels des SGB V erforderlichen Angaben für die Abrechnung der nach diesem Vertrag erbrachten Leistungen an die Managementgesellschaft (vgl. 295a Abs. 1 SGB V).
- j) Übergabe der Praxisdokumentation bei einem Arztwechsel des eingeschriebenen Versicherten innerhalb des AOK-Facharztprogramms bzw. Bosch BKK-Facharztprogramms Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie auf Wunsch und mit Einverständnis des eingeschriebenen Versicherten.
- k) Die Leistungen gemäß § 5 Abs. 2.
- l) Der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT erbringt alle gemäß Anlage 12 Anhang 1 (EBM-Ziffernkranz) vertraglich definierten Leistungen innerhalb dieses Vertrags. Weder Leistungen dieses Vertrages noch Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung dürfen von FACHÄRZTEN/PSYCHOTHERAPEUTEN privat

liquidiert werden.

- m) Falls die AOK oder BKK für ihre Versicherten ein zusätzliches Diagnostik- und/oder Behandlungsangebot insbesondere bei schwerwiegenden psychiatrischen, psychischen und/oder neurologischen Erkrankungen anbietet, unterstützt der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT dieses Angebot und leitet im Einzelfall Berichte datenschutzkonform und mit Einverständnis des Versicherten an die entsprechenden ärztlichen und/oder psychotherapeutischen Leistungserbringer weiter.
- (5) Der FACHARZT ist im Rahmen seiner Therapiefreiheit und seiner ärztlichen Verantwortung zu einer wirtschaftlichen Verordnungsweise, insbesondere im Bereich der Arznei-, Heil- und Hilfsmitteltherapie, und hierzu insbesondere verpflichtet,
- a) bevorzugt Arzneimittel gemäß den jeweils gültigen Verträgen der AOK bzw. BKK mit pharmazeutischen Unternehmern nach § 130a Abs. 8 SGB V zu verordnen;
- b) unbeschadet der Regelungen in a) die in den Behandlungsleitlinien gemäß **Anlage 2** genannten Wirkstoffe zu beachten;
- c) unbeschadet der Regelungen in a) insbesondere auf die Verwendung von preisgünstigen Generika und die Auswahl von preisgünstigen Arzneimitteln zu achten.
- (6) Der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT ist verpflichtet, bei Verordnungen, Überweisungen und bei der Abrechnung gegenüber der Managementgesellschaft nach Maßgabe des **V. Abschnitts** eine Vertragssoftware gemäß **Anlage 3** zu nutzen, die ihn bei der Erfüllung seiner Verpflichtungen nach Abs. 5 lit. a) bis c) unterstützt. Er ist zur Beachtung und Nutzung der Informationen hinsichtlich der Leistungserbringung und -steuerung für Arzneimittelverordnungen verpflichtet, die über die Vertragssoftware bereitgestellt werden. **Einzelheiten zu den mit der Vertragssoftware verbundenen technischen Voraussetzungen und Funktionen der Software ergeben sich aus Anlage 3.**
- (7) Die Installation und Nutzung spezifischer Hardware in Form eines GEMATIK-fähigen Konnektors bzw. einer vergleichbaren Hardware ist verpflichtend. Einzelheiten hierzu regelt die **Anlage 3**. Dies dient der Erhöhung der Sicherheit und Schnelligkeit der Datenübertragung. Dabei wird das Ziel einer zukunftsorientierten elektronischen Praxisinfrastruktur zur Optimierung der Versorgung und Verbesserung der Wirtschaftlichkeit sowie der möglichen Nutzung von Mehrwertdiensten verfolgt. Einzelheiten regelt **Anlage 3**. **Für die Anschaffung und den Betrieb eines Konnektors entstehen gesonderte Kosten für den FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN.**

§ 6 Informationspflichten des FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN

- (1) Der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT ist verpflichtet, die im folgenden Absatz 2 genannten Änderungen spätestens 3 Monate vor Eintritt der jeweiligen Änderung durch Übermittlung des in der **Anlage 1** beigefügten Meldeformulars („**Stammdatenblatt**“) an die Managementgesellschaft schriftlich anzuzeigen, es sei denn, der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT erlangt erst zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderung. In letzterem Fall ist der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT verpflichtet, den Eintritt der Änderung unverzüglich nach Kenntniserlangung anzuzeigen.

- (2) Als Änderung im Sinne von Absatz 1 gelten insbesondere
- a) Umzug der Praxis des FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN (Änderung der Betriebsstätte; Wechsel der Betriebsstättennummer) bzw. Aufgabe oder Übergabe der Praxis an einen Dritten;
 - b) Rückgabe, Ruhen oder Entzug der Zulassung;
 - c) Stellung eines Insolvenzantrages bezogen auf das Vermögen des FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN (Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeut/MVZ);
 - d) Änderung der in dem Stammdatenblatt aufgeführten Stammdaten des FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN (Stammdatenblatt).
 - e) Entfallen der Teilnahmeberechtigung nach § 2 Abs. 2 (z. B. Wechsel in ein Angestelltenverhältnis).
 - f) Entfallen einer der Teilnahmevoraussetzungen nach § 3 Abs. 3 oder der Qualifikationsanforderungen gemäß § 5 Abs. 2 und 3.
- (3) Der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT hat der Managementgesellschaft nach deren schriftlicher Aufforderung Auskunft zu erteilen, ob er die Anforderungen nach § 2, § 3 Abs. 3 und § 5 Abs. 2 und 3 einhält.

§ 7 Unterstützung weiterer Versorgungsformen durch den FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT

Der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT soll bereits bestehende und zukünftig entstehende Integrierte Versorgungsformen nach §§ 140a ff. SGB V sowie die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 140a SGB V und die HZV nach § 73b SGB V nutzen bzw. unterstützen, soweit diese Verträge an das AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie anknüpfen. Hierdurch sollen die Kommunikationswege zwischen dem FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN und den niedergelassenen Haus- und Fachärzten/Psychotherapeuten sowie den stationären Einrichtungen und anderen Leistungserbringern als Teilnehmer an diesen besonderen Versorgungsformen verbessert werden. Die Schnittstellen zwischen den verschiedenen Versorgungsebenen und dem teilnehmenden FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN sind in **Anlage 17** geregelt.

§ 8 Beendigung der Teilnahme des FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN am Vertrag

- (1) Die Vertragsteilnahme des FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN endet mit sofortiger Wirkung mit Entfallen der Teilnahmeberechtigungen nach § 2 Abs.2 lit. a-c, ohne dass es einer schriftlichen Kündigung seitens eines der Vertragspartner bedarf.
- (2) Die Vertragsteilnahme des FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN endet spätestens mit dem Vertragsende nach § 24 Abs. 4 lit. a) und/oder b).
- (3) Der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT kann seine Vertragsteilnahme mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende kündigen. Die Kündigung ist der Managementgesellschaft schriftlich zuzustellen. Das Recht des FACHARZTES/

PSYCHOTHERAPEUTEN zur Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Als wichtiger Grund gilt für den FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN insbesondere, wenn die in § 19 Abs. 2 geregelten Voraussetzungen eintreten (Sonderkündigungsrecht bei Änderung der bisherigen Vergütungsregelung zum Nachteil des FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN).

- (4) Die Managementgesellschaft ist berechtigt, mit Wirkung für sämtliche Vertragspartner den Vertrag gegenüber dem FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN fristlos aus wichtigem Grund außerordentlich zu kündigen. Als wichtiger Grund gilt insbesondere, wenn
- a) der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT die Mitwirkung an einer Prüfung gemäß § 27 oder Anlage 15 verweigert, die hierfür erforderlichen Unterlagen nicht oder nicht vollständig zur Verfügung stellt, oder einer entsprechenden Aufforderung der Managementgesellschaft nicht binnen 4 Wochen nachkommt; oder
 - b) der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT gegen eine ihm nach diesem Vertrag auferlegte wesentliche Verpflichtung verstößt, die so schwerwiegend ist, dass ohne schriftliche Abmahnung der sofortige Ausschluss erfolgt; oder
 - c) der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT wiederholt oder in nicht nur geringem Umfang Doppelabrechnungen im Sinne von § 19 Abs. 1 vorgenommen hat; oder
 - d) durch eine Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen, insbesondere durch eine gesetzliche Änderung, aufgrund von Rechtsprechung oder durch behördliche, insbesondere aufsichtsrechtliche Maßnahmen, die Erfüllung des Vertrages für AOK, BKK und MEDIVERBUND untersagt oder rechtlich oder tatsächlich unmöglich wird.
- (5) Die Kündigung hat jeweils schriftlich zu erfolgen. Für die Wirksamkeit der Kündigung gegenüber sämtlichen Vertragspartnern ist es ausreichend, dass die Kündigung gegenüber der Managementgesellschaft bzw. durch die Managementgesellschaft erklärt wird.
- (6) Die Kündigung des FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN oder gegenüber dem FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN führt zur Vertragsbeendigung für den FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN mit Wirkung gegenüber sämtlichen übrigen Vertragspartnern. Die Beendigung des Vertrages durch einen FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN hat keinen Einfluss auf die Wirksamkeit und das Fortbestehen des Vertrages zwischen den verbleibenden Vertragspartnern, d.h. AOK, BKK und MEDIVERBUND und den am Vertrag weiter teilnehmenden FACHÄRZTEN/PSYCHOTHERAPEUTEN.

ABSCHNITT III: VERTRAGSTEILNAHME DURCH VERSICHERTE

§ 9 Vertragsteilnahme durch Versicherte

- (1) Versicherte, die in das AOK-Hausarztprogramm eingeschrieben sind, können ihre Teilnahme durch Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung AOK-Facharztprogramm erklären, die eine datenschutzrechtliche Einwilligung enthält (Anlage 7). Die Teilnahme ist freiwillig. Die Teilnahme erfolgt nach Maßgabe der Teilnahmebedingungen gemäß Anlage 7 in ihrer jeweils geltenden Fassung. Die AOK ist zur Kündigung der Teilnahme von Versicherten am AOK-Facharztprogramm bei Vorliegen der Kündigungsvoraussetzungen gemäß den Teilnahmebedingungen (Anlage 7) berechtigt und verpflichtet.

- (2) In das Hausarztprogramm „BKK. Mein Hausarzt“ eingeschriebene Versicherte der BKK unterzeichnen die BKK Teilnahmeerklärung (Anlage 7). Die Teilnahmebedingungen ergeben sich aus der Satzung der BKK in ihrer jeweils geltenden Fassung.

ABSCHNITT IV: RECHTE UND PFLICHTEN VON AOK, BKK, MEDIVERBUND, BVDN, FREIE LISTE DER PSYCHOTHERAPEUTEN, DPTV UND MEDI E. V. UNTEREINANDER

§ 10 Anwendungsbereich dieses Abschnitts

Dieser **Abschnitt IV** begründet ausschließlich Rechte und Pflichten zwischen AOK, BKK, MEDIVERBUND, BVDN, Freie Liste der Psychotherapeuten, DPtV, IG KJPP und MEDI e. V. Die Verpflichtung der AOK bzw. BKK zur Leistung der Vergütung für im Rahmen des AOK-Facharztprogramms/Bosch BKK-Facharztprogramms Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie erbrachte Leistungen des FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN und die Verpflichtung der Managementgesellschaft zur Abrechnung der Leistungen des FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN gegenüber der AOK bzw. BKK sind im folgenden **Abschnitt V** gesondert geregelt.

§ 11 Leistungen der Managementgesellschaft

- (1) Die Managementgesellschaft verpflichtet sich gegenüber der AOK und BKK zum Angebot einer fachärztlichen Versorgung gemäß § 140a SGB V durch vertragsärztliche /psychotherapeutische Leistungserbringer. Die Managementgesellschaft übernimmt nicht den Sicherstellungsauftrag.
- (2) Zur Erfüllung ihrer Verpflichtung gemäß Abs. 1 Satz 1 dieses § 11 übernimmt die Managementgesellschaft die Koordinierung und Umsetzung der Vertragsteilnahme der FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN gegenüber der AOK und BKK wie folgt:
- a) Bekanntgabe des Vertrages und Erläuterung der Vertragsteilnahme für FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN in ihren Veröffentlichungsorganen und in ihren Rundschreiben sowie durch weitere Kommunikationsmaßnahmen (§ 15);
 - b) Unverzögliche Reaktion und Beantwortung von Anfragen der FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN zur Vertragsteilnahme in angemessener Bearbeitungszeit (Servicehotline);
 - c) Koordination der Vertragsteilnahme der FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN an diesem Vertrag (§ 3);
 - d) Entgegennahme von Teilnahmeerklärungen von FACHÄRZTEN/PSYCHOTHERAPEUTEN;
 - e) Prüfung der Teilnahmeberechtigungen/-voraussetzungen (§ 2, § 3 Abs. 3) anhand der Angaben in der Teilnahmeerklärung und der **beigelegten Nachweise gemäß Teilnahmeerklärung Arzt/Psychotherapeut (Anlage 1)**. Der Managementgesellschaft durch den FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN mitgeteilte Änderungen der Daten gemäß § 6 leitet die Managementgesellschaft an die AOK und BKK weiter;

- f) Stichprobenartige Überprüfung von Zertifikaten und übersandten Unterlagen bei der Prüfung der Teilnahmeberechtigungen/-voraussetzungen (§ 2, § 3 Abs. 3);
 - g) Stichprobenartige Überprüfung des Fortbestehens von Teilnahmevoraussetzungen (z.B. Ermächtigungen, vertragsärztliche bzw. vertragspsychotherapeutische Zulassung);
 - h) Versand der Informationsunterlagen sowie des „Starterpaketes FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT“ an Ärzte/Psychotherapeuten;
 - i) Generierung, Pflege und Bereitstellung von Arzt-/Psychotherapeutenstammdaten; Aufnahme von Arzt-/Psychotherapeutenstammdaten in das Arzt-/Psychotherapeutenverzeichnis sowie tägliche elektronische Versendung an die AOK und BKK; regelmäßige Versendung von Listen mit teilnehmenden und angefragten Ärzten/Psychotherapeuten im vereinbarten Format;
 - j) Entgegennahme und Halten von Verzeichnissen teilnehmender Versicherter;
 - k) Information der FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN über den Teilnahmestatus der in das AOK-Facharztprogramm bzw. Bosch BKK-Facharztprogramm gemäß § 4 eingeschriebenen Versicherten (vgl. **Anlage 9**);
 - l) Entgegennahme von Kündigungen der Vertragsteilnahme durch FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN (§ 8);
 - m) Unterstützung bei Organisation und Angebot von vertraglich bestimmten Fortbildungsveranstaltungen (**Anlage 2**);
 - n) Erfassung und Prüfung der Teilnahme an vertraglich gemäß **Anlage 2** bestimmten Fortbildungsveranstaltungen als laufende Teilnahmevoraussetzung;
 - o) Weitere Einzelheiten zu den vorstehenden Pflichten der Managementgesellschaft gegenüber der AOK und BKK ergeben sich aus **Anlage 9**.
 - p) Durchführung der Abrechnung der Vergütung gemäß § 295 a Abs. 1 SGB V.
- (3) Erfährt die Managementgesellschaft von Verstößen eines FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN gegen seine vertraglichen Pflichten nach dem **Abschnitt II**, ist sie verpflichtet, den FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN abzumahnern. Die Managementgesellschaft ist ferner gegenüber der AOK und BKK verpflichtet, dem jeweiligen FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN die Teilnahme nach Maßgabe des § 8 Abs. 4 zu kündigen, wenn ein Kündigungsgrund gegeben ist und der Beirat (§ 22 Abs. 4 lit. c) die Kündigung beschlossen hat.
- (4) Die Managementgesellschaft ist zur Durchführung der in diesem Abschnitt geregelten Managementaufgaben mit schriftlicher Zustimmung der AOK und BKK zum Einsatz von Erfüllungsgehilfen berechtigt. Die Zustimmung darf nur aus wichtigem Grunde verweigert werden. Die Managementgesellschaft haftet für ihre Erfüllungsgehilfen nach Maßgabe des § 278 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB).
- (5) Die Managementgesellschaft benennt der AOK und BKK in den Regionen der 14 AOK-Bezirksdirektionen schriftlich jeweils einen direkten Ansprechpartner, der grundsätzlich aus dem Kreis der FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN stammen sollte.

- (6) Die Managementgesellschaft erbringt selbst keine ärztlichen/psychotherapeutischen Leistungen.

§ 12 Pflichten der AOK und BKK

- (1) Die AOK benennt dem MEDIVERBUND und den FACHÄRZTEN/PSYCHOTHERAPEUTEN in den Regionen der 14 AOK-Bezirksdirektionen direkte Ansprechpartner (ArztPartnerService). Die BKK benennt für ihre Schwerpunktregionen dem MEDIVERBUND und den FACHÄRZTEN/PSYCHOTHERAPEUTEN direkte Ansprechpartner (Gebietsbevollmächtigte).
- (2) Die AOK und BKK werden die Managementgesellschaft unverzüglich nach Kenntniserlangung auf einen Vertragsverstoß eines FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN hinweisen.
- (3) Die AOK bzw. BKK werden der Managementgesellschaft das für das folgende Abrechnungsquartal (§ 19 Abs. 3) geltende Verzeichnis der im AOK-Hausarztprogramm bzw. im BKK-Hausarztprogramm „BKK. Mein Hausarzt“ und im AOK-Facharztprogramm bzw. Bosch BKK-Facharztprogramm eingeschriebenen Versicherten jeweils grundsätzlich bis zum 20. Tag des letzten Monats vor Beginn dieses Abrechnungsquartals übermitteln. Werden der Managementgesellschaft Versicherte zu einem späteren Zeitpunkt vor Beginn eines Abrechnungsquartals benannt, können diese für dieses Abrechnungsquartal dem FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN nicht mehr rechtzeitig gemäß § 4 Abs. 3 als eingeschriebene Versicherte bekannt gegeben werden.
- (4) Im Falle der Beendigung einer Vertragsteilnahme eines eingeschriebenen Versicherten informiert die AOK bzw. BKK die Managementgesellschaft. Das Nähere regelt die **Anlage 6**.
- (5) Die AOK und BKK werden der Managementgesellschaft nach Maßgabe der **Anlage 9** in den dort vereinbarten Abständen die notwendigen Informationen zur Gewährleistung der Umsetzung der vertraglichen Pflichten durch die FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN zur Verfügung stellen. Hierzu gehören insbesondere Änderungen der Stammdaten, die AOK bzw. BKK zur Kenntnis gelangen, sowie Inhalte, die in die Vertragssoftware aufgenommen werden sollen.
- (6) Die AOK und BKK werden die Managementgesellschaft bei der Organisation und dem Angebot von vertraglich bestimmten Fortbildungsveranstaltungen unterstützen. Einzelheiten regelt die **Anlage 2**.
- (7) Weitere Einzelheiten der Pflichten der AOK und BKK gegenüber der Managementgesellschaft ergeben sich aus **Anlage 9**.
- (8) Die AOK und BKK sind zur Bekanntgabe des Vertrages, zur Werbung für die Vertragsteilnahme in ihren satzungsgemäßen Veröffentlichungsorganen und in ihren Rundschreiben sowie durch weitere unterstützende Kommunikationsmaßnahmen gemäß § 15 verpflichtet.
- (9) Die AOK kann FACHÄRZTEN über den ArztPartnerService sowie durch weitere fachkompetente Mitarbeiter/innen spezifische Informationsleistungen zur Verfügung stellen. Die Verpflichtungen nach § 5 Abs. 5 u. 6 bleiben hiervon unberührt. Diese Informationsleistungen erfolgen nach Maßgabe folgender Regelungen:

a) FACHÄRZTE erhalten allgemeine Hinweise und Informationen zu Voraussetzungen, Inhalten, Zielen und Umsetzungsfragen dieses Vertrages sowie zu den vertraglichen Pflichten nach diesem Vertrag. Diese umfassen auch Informationen und all-gemeine Handlungsempfehlungen zu vertraglich vereinbarten Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitskriterien, sowie darauf ausgerichteten Maßnahmen nach Maßgabe dieses Vertrages.

b) Der FACHARZT erhält Hinweise und Informationen hinsichtlich der Einhaltung vereinbarter Wirtschaftlichkeitskriterien ausschließlich auf Anfrage. Die Hinweise können sich insbesondere auf die Verpflichtungen nach § 5 Abs. 5 und 6 beziehen.

c) Die AOK berichtet regelhaft im Beirat (§ 22) über den Inhalt der Informationen nach lit. a) und die Anzahl der erfolgten Kontaktaufnahmen.

d) Der FACHARZT erhält auf Wunsch auch Hinweise und Informationen zu Voraussetzungen und Inhalten geeigneter Verträge der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V, insbesondere zu sektorenübergreifenden Versorgungsangeboten und Präventionsangeboten der AOK.

e) Der FACHARZT wird durch Hinweise und Informationen nach Maßgabe des § 73 Abs. 8 SGB V in der jeweils geltenden Fassung bei der Erfüllung seiner Pflichten nach § 5 Abs. 5 und 6 unterstützt, Dies umfasst insbesondere (auch vergleichende) Informationen in Bezug auf die Verordnung von Arznei-, Verband- und Heilmitteln, über preisgünstige verordnungsfähige Leistungen und Bezugsquellen sowie Hinweise nach dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse zu Indikation und therapeutischem Nutzen.

f) Gemäß § 305a Satz 1 SGB V unzulässig ist die Beratung der Fachärzte über Fragen der Wirtschaftlichkeit anhand praxisindividueller, auf Diagnosen beruhender Patientendaten. Ferner unzulässig in der Arztsprache ist die Thematisierung von auf die jeweilige Arztpraxis bezogenen Fragestellungen zur Vergabe und Dokumentation von Diagnosen. Insbesondere dürfen im Rahmen der Arztsprache keine Informationen zur Verfügung gestellt werden, die das Verordnungs- und Dokumentationsverhalten der Fachärztin oder des Facharztes anhand einer praxisindividuellen Analyse widerspiegeln.

§ 13 Rechte und Pflichten von MEDI e.V., BVDN, Freie Liste der Psychotherapeuten, DPtV und IG KJPP

- (1) MEDI e.V., BVDN, Freie Liste der Psychotherapeuten, DPtV und IG KJPP sind zur Bekanntgabe des Vertrages, zur Werbung für die Vertragsteilnahme in ihren Veröffentlichungsorganen und in ihren Rundschreiben sowie durch weitere unterstützende Kommunikationsmaßnahmen gemäß § 15 verpflichtet.
- (2) MEDI e.V., BVDN, Freie Liste der Psychotherapeuten, DPtV und IG KJPP sind verpflichtet, soweit bekannt und datenschutzrechtlich zulässig, Änderungen von Mitgliederstammdaten unverzüglich an die Managementgesellschaft weiterzuleiten. Vertragsverstöße sind der Managementgesellschaft mitzuteilen.

§ 14 Wechselseitige Unterstützung

- (1) Unbeschadet der Regelungen in § 11 Abs. 2 lit. a) und § 13 Abs. 1 verpflichten sich AOK, BKK, MEDIVERBUND, MEDI e.V., BVDN, Freie Liste der Psychotherapeuten, DPtV und IG KJPP,

- a) 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;
 - b) ihre Mitarbeiter in Fragestellungen dieses Vertrags umfassend und kontinuierlich zu schulen.
- (2) AOK, BKK und MEDIVERBUND vereinbaren, mindestens einmal jährlich oder auf Antrag eines dieser Vertragspartner eine Informationsrunde zwischen den ärztlichen/psychotherapeutischen Ansprechpartnern im Sinne von § 11 Abs. 5 und § 12 Abs. 1 zur gemeinsamen Aussprache über die Erfahrungen nach diesem Vertrag durchzuführen.
- (3) Im Zuge einer vertrauensvollen Zusammenarbeit wird die Bereitschaft zur Teilnahme an weiteren Versorgungsverträgen der AOK und BKK (Integrierte Versorgung, ärztliche Versorgung im Pflegeheim) vorausgesetzt. MEDIVERBUND, MEDI e.V., BVDN, Freie Liste der Psychotherapeuten, DPtV und IG KJPP verpflichten sich, diese Versorgungsangebote zu fördern.

§ 15 Öffentlichkeitsarbeit/Marketing

AOK, BKK, MEDIVERBUND, MEDI e. V., BVDN, Freie Liste der Psychotherapeuten, DPtV und IG KJPP stimmen Maßnahmen zu Öffentlichkeitsarbeit und Marketing untereinander ab.

§ 16 Vertragssoftware

- (1) Der MEDIVERBUND ist verpflichtet, im Benehmen mit der AOK und der BKK mindestens eine Vertragssoftware (§ 3 Abs. 3 lit. f) zur Ausstattung und Nutzung zu benennen (Anlage 3).
- (2) AOK, BKK und MEDIVERBUND einigen sich auf Vorgaben für Vertragssoftware (Algorithmen) sowie die Verfahren der Datenübermittlung. Einzelheiten regelt **Anlage 10** (Datenübermittlung/Funktionalitäten der Vertragssoftware).
- (3) Die Managementgesellschaft stellt sicher, dass die in Absatz 1 und 2 genannten Vorgaben an die Vertragssoftware regelmäßig überprüft und eingehalten werden.

§ 17 Kündigung und Laufzeit

- (1) Der Vertrag beginnt gemäß § 24 Abs. 1 und 2 für AOK, BKK, MEDIVERBUND, MEDI e.V., BVDN, Freie Liste der Psychotherapeuten und DPtV. **Der landesweit einheitliche Start der Versicherteneinschreibung erfolgt, wenn eine Flächendeckung gemäß Anlage 8 vorliegt.**
- (2) Der Vertrag läuft auf unbestimmte Zeit. Er kann von AOK, BKK, MEDIVERBUND, BVDN, Freie Liste der Psychotherapeuten, DPtV und IG KJPP unbeschadet der Absätze 4 und 5 mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Erstmals kann der Vertrag zum 31.12.2021 gekündigt werden.
- (3) Für die Laufzeit der Vergütungsregelung gilt § 19 Abs. 2.
- (4) Die AOK und/oder BKK sind erstmals nach Ablauf des 31.12.2012 berechtigt, diesen

Vertrag mit einer Kündigungsfrist von 5 (fünf) Monaten zum jeweiligen Jahresende zu kündigen, wenn für einen zusammenhängenden Zeitraum von mehr als 6 (sechs) Monaten die Zahl der FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN gem. Anlage 8 durchgängig unterschritten wurde. Unabhängig davon endet das AOK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie zeitgleich mit dem Wegfall des Vertrages zur Hausarztzentrierten Versorgung der AOK Baden-Württemberg (HZV). Entsprechendes gilt für die BKK beim Wegfall von deren Hausarztprogramm „BKK. Mein Hausarzt“.

(5) Das Recht von AOK, BKK und MEDIVERBUND zur Kündigung dieses Vertrages aus wichtigem Grund bleibt unberührt; zu einer fristlosen Kündigung berechtigen insbesondere die folgenden Kündigungsgründe:

a) Die AOK, die BKK oder der MEDIVERBUND verstoßen gegen eine ihnen nach diesem Vertrag auferlegte wesentliche Verpflichtung, und dieser Verstoß wird nicht innerhalb von 6 Wochen nach schriftlicher Aufforderung durch den jeweils anderen Vertragspartner beseitigt. Als wesentliche Verpflichtung in diesem Sinne gilt insbesondere Verzug mit der Zahlung gemäß § 20 Abs. 1.

b) Durch eine Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen (durch eine gesetzliche Änderung), aufgrund von Rechtsprechung oder durch behördliche, insbesondere aufsichtsrechtliche Maßnahmen wird die Erfüllung des Vertrages für AOK, BKK, MEDIVERBUND oder den FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN untersagt oder rechtlich oder tatsächlich unmöglich.

(6) Die Kündigung muss jeweils schriftlich erfolgen. Bei einer Kündigung der AOK, der BKK und des MEDIVERBUNDES ist die Managementgesellschaft zum Empfang der gegenüber den FACHÄRZTEN/PSYCHOTHERAPEUTEN erklärten Kündigung bevollmächtigt. Sie ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit. Die Managementgesellschaft informiert die FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN über eine von AOK, BKK oder MEDIVERBUND erklärte Kündigung. Die vorstehenden Sätze finden bei einer – auch außerordentlich möglichen - Kündigung von BVDN, Freie Liste der Psychotherapeuten, DPtV, IG KJPP und/oder MEDI e. V. entsprechende Anwendung.

§ 18 Schlichtungsverfahren

AOK, BKK und MEDIVERBUND richten zur Schlichtung von Streitigkeiten, die sich im Zusammenhang mit diesem Vertrag oder über seine Gültigkeit zwischen ihnen ergeben, das in der **Anlage 11** aufgeführte Schlichtungsverfahren ein. Die Einleitung gerichtlicher Schritte im Zusammenhang mit diesem Vertrag oder bei Streitigkeiten über seine Gültigkeit ist erst nach Abschluss des Schlichtungsverfahrens, d.h. nach Durchführung mindestens eines Schlichtungstermins zulässig; AOK, BKK und MEDIVERBUND werden eine effektive Konfliktschlichtung fördern. Der Vorrang des Schlichtungsverfahrens gilt nicht für Maßnahmen des einstweiligen Rechtsschutzes. Einzelheiten des Schlichtungsverfahrens regelt **Anlage 11**.

ABSCHNITT V: ABRECHNUNG

§ 19 Abrechnung der Vergütung gegenüber der Managementgesellschaft

(1) Der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT hat nach Maßgabe der **Anlage 12** Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von ihm vertragsgemäß im Rahmen des AOK-Facharztprogramms / Bosch BKK-Facharztprogramms Neurologie, Psychiatrie,

Psychosomatik und Psychotherapie erbracht und nach Maßgabe von diesem § 19 und **Anlage 12** abgerechneten Leistungen („**Vergütungsanspruch**“). Leistungen, die gemäß **Anlage 12** vergütet werden, dürfen nicht zusätzlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg („**KV**“) abgerechnet werden („**Doppelabrechnung**“). Der Vergütungsanspruch gemäß Satz 1 richtet sich ausschließlich gegen die Managementgesellschaft.

- (2) **Die Vergütungsregelung gemäß Anlage 12 gilt zunächst bis zum 31.12.2014.**
- a) **Neue Vergütungstatbestände, die sich ausschließlich zugunsten des FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN auswirken, können jederzeit durch Einigung von AOK, BKK und MEDIVERBUND mit Wirkung für den FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN ergänzt werden; die Managementgesellschaft wird dem FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN solche neuen Vergütungstatbestände und den unter Berücksichtigung der Interessen der FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN und einer angemessenen Vorlaufzeit vereinbarten Beginn ihrer Wirksamkeit schriftlich mitteilen.**
 - b) **Einigen sich AOK, BKK und MEDIVERBUND bis zum 30.06.2014 nicht über eine Änderung der Vergütungsregelung (Anlage 12), gilt die bisherige Vergütungsregelung zunächst bis zum 31.12.2016 fort.**
 - c) **Einigen sich die AOK, BKK und MEDIVERBUND bis zum 30.06.2014 über eine Änderung der Vergütungsregelung (Anlage 12), die nicht lit. a) unterfällt, teilt die Managementgesellschaft diese dem FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN unverzüglich mit. Ist der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT mit der Änderung nicht einverstanden, hat er das Recht, seine Teilnahme am Vertrag mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum Quartalsende nach Bekanntgabe der Änderung zu kündigen. Die rechtzeitige Absendung der Kündigungserklärung ist ausreichend. Kündigt der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT nicht innerhalb der Frist, gelten die Änderungen der Vergütungsregelung als genehmigt. Auf diese Folge wird die Managementgesellschaft den FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN bei Bekanntgabe der neuen Vergütungsregelung hinweisen.**
 - d) **Besteht der Vertrag über den 31.12.2016 hinaus fort, gilt die zu diesem Datum anwendbare Vergütungsregelung gemäß Anlage 12 für weitere 2 Jahre fort, wenn sich nicht AOK, BKK und MEDIVERBUND unbeschadet lit. a) spätestens 6 Monate zuvor über eine Änderung der Vergütungsregelung geeinigt haben. Diese Regelung gilt sinngemäß für sämtliche weitere Zwei-Jahres-Zeiträume, die der Vertrag über den 31.12.2016 hinaus fortbesteht.**
 - e) **Bei einer insoweit rechtzeitigen Einigung über Änderungen der Vergütungsregelung hat der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT ein Sonderkündigungsrecht mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum Zeitpunkt des Auslaufens der bisherigen Vergütungsregelung; lit. c) gilt sinngemäß.**
- (3) **Der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT rechnet den Vergütungsanspruch jeweils bezogen auf ein Kalenderquartal („**Abrechnungsquartal**“) gegenüber der Managementgesellschaft ab („**Abrechnung**“). Der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT hat die Abrechnung an die Managementgesellschaft spätestens bis zum 5. Kalendertag des auf ein Abrechnungsquartal folgenden Monats zu übermitteln (5. Januar, 5. April, 5. Juli**

und 5. Oktober). Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Eingangs der Abrechnung bei der Managementgesellschaft. Die Abrechnung der Vergütung durch den FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN hat mittels einer Vertragssoftware gemäß **Anlage 3** zu erfolgen.

- (4) **Ansprüche auf die Vergütung verjähren innerhalb von 12 Monaten. Diese Frist beginnt mit Ende des Quartals der Leistungserbringung.**
- (5) Die Managementgesellschaft prüft die Abrechnung nach Maßgabe der **Anlage 13** (Abrechnungsprüfkriterien) und übersendet dem FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN auf Grundlage der Abrechnung eine Übersicht der geprüften Leistungen („**Abrechnungsnachweis**“). Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt im Abrechnungsquartal geleistete Abschlagszahlungen. Der Abrechnungsnachweis weist nur von der Managementgesellschaft und der AOK bzw. der BKK gleichermaßen unbeanstandete Vergütungspositionen als Teil des nach Maßgabe der folgenden Absätze fälligen Vergütungsanspruches aus („**Abrechnungskorrektur**“). Beanstandete Vergütungspositionen werden von der Managementgesellschaft erneut geprüft und, soweit die Beanstandung ausgeräumt werden kann, im nächstmöglichen Abrechnungsnachweis berücksichtigt.
- (6) Der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT ist verpflichtet, seinen Abrechnungsnachweis unverzüglich zu prüfen. Einwendungen gegen den Abrechnungsnachweis müssen der Managementgesellschaft unverzüglich schriftlich gemeldet werden. Falls der Abrechnungsnachweis bei dem FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN nicht fristgerecht eingegangen ist, hat er die Managementgesellschaft unverzüglich zu benachrichtigen.
- (7) Unbeschadet der Verpflichtung, Einwendungen gegen den Abrechnungsnachweis unverzüglich zu erheben, gelten Abrechnungsnachweise als genehmigt, wenn ihnen nicht vor Ablauf von 6 Wochen nach Zugang des Abrechnungsnachweises schriftlich widersprochen wird (Schuldumschaffung). Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. Die Managementgesellschaft wird den FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN bei Fristbeginn auf diese Folge hinweisen. Stellt sich nachträglich die Unrichtigkeit des Abrechnungsnachweises heraus, hat der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT das Recht, einen berichtigten Abrechnungsnachweis zu verlangen, soweit Schadensersatzansprüche oder bereicherungsrechtliche Ansprüche bestehen. Die sich aus dem berichtigten Abrechnungsnachweis ergebenden Ansprüche des FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN sind nach Maßgabe von Abs. 8 auszugleichen.
- (8) Da die Managementgesellschaft zur Begleichung der entsprechenden Forderung des FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN ihrerseits auf Zahlung durch die AOK bzw. BKK in entsprechender Höhe gemäß § 20 Abs. 1 angewiesen ist, wird der Vergütungsanspruch gegenüber der Managementgesellschaft erst nach Eingang und in Höhe der Zahlung der AOK bzw. BKK gemäß § 20 Abs. 1 bei der Managementgesellschaft fällig. Die Auszahlung an den FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN ist dann innerhalb von 21 Arbeitstagen, spätestens jedoch zum Ablauf des vierten Monats, der auf das Quartal folgt, für das die Abrechnung übermittelt wurde, vorzunehmen. Die Managementgesellschaft ist verpflichtet, von ihr unbeanstandete Vergütungspositionen aus der Abrechnung des FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN gegenüber der AOK bzw. BKK durchzusetzen.

- (9) Die Managementgesellschaft hat unter diesem Vertrag Anspruch auf Rückzahlung von an die FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN geleisteten Überzahlungen. Eine Überzahlung („**Überzahlung**“) ist jede Auszahlung der Managementgesellschaft an einen FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN, soweit sie die Gesamtheit der zum Zeitpunkt der Auszahlung fälligen Vergütungsansprüche des FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN gegenüber der Managementgesellschaft übersteigt. Zu Überzahlungen gehören insbesondere auch Auszahlungen aufgrund von Fehlabbrechnungen, d.h. die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen durch den FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN („**Fehlabbrechnung**“). Macht die Managementgesellschaft gegenüber dem FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN eine Überzahlung geltend, so ist der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN verpflichtet, den Teil der Vergütung, auf den sich die Überzahlung bezieht, innerhalb von 4 Wochen nach Zugang einer Zahlungsaufforderung zu erstatten. Die Managementgesellschaft ist zur Aufrechnung berechtigt. Ein weitergehender Schadensersatzanspruch bleibt von dem Zahlungsanspruch nach diesem Absatz unberührt.
- (10) Die §§ 19 und 20 gelten auch nach Beendigung des Vertrages mit Wirkung für den FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN weiter, bis die Ansprüche des FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN auf Vergütung abgerechnet sind. Rückzahlungsansprüche der Managementgesellschaft gemäß dem vorstehenden Absatz 9 bleiben von der Beendigung dieses Vertrages unberührt.
- (11) Die Managementgesellschaft ist berechtigt, von dem sich aus dem letzten Abrechnungsnachweis vor Beendigung der Vertragsteilnahme eines FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN ergebenden Vergütungsanspruch 2 Prozent zur Sicherung von Rückzahlungsansprüchen (Absatz 9) einzubehalten (Sicherungseinbehalt). Nach Ablauf von 12 Monaten nach Übermittlung des letzten Abrechnungsnachweises wird der Sicherungseinbehalt, sofern der Anspruch auf Auszahlung des Sicherungseinhalts nicht infolge einer Aufrechnung gegen Rückzahlungsansprüche der Managementgesellschaft bereits erloschen ist, an den FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN ausgezahlt. Rückzahlungsansprüche, von denen die Managementgesellschaft erst nach Ablauf der 12 Monate Kenntnis erlangt, bleiben unberührt.
- (12) Weitere Einzelheiten der Abrechnung des Vergütungsanspruches regelt **Anlage 12**.
- (13) AOK, BKK und MEDIVERBUND werden nach Ablauf eines Jahres nach Vertragsbeginn gemäß § 24 Abs. 1 und 2 darüber verhandeln, ob die nach Maßgabe der §§ 19 und 20 und **Anlage 12** vorausgesetzten Abrechnungsfristen gegenüber dem FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN verkürzt werden können.
- (14) FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN dürfen Leistungen, die in einem anderen AOK-Facharztprogramm oder im AOK-Hausarztprogramm enthalten sind, für in das AOK-Facharztprogramm eingeschriebene Versicherte nicht über die KV abrechnen. Dasselbe gilt für Leistungen, die im Hausarztprogramm „BKK. Mein Hausarzt“ enthalten sind. Satz 1 und 2 gelten für FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN selbst und für Fachärzte/Psychotherapeuten der selben BAG. Der Beirat kann zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung abweichende Regelungen treffen.

§ 20 Abrechnung der Vergütung gegenüber der AOK bzw. BKK

- (1) Die Managementgesellschaft hat gegen die AOK bzw. BKK einen Anspruch auf Zahlung der Vergütung in Höhe des Vergütungsanspruches des FACHARZTES/

PSYCHOTHERAPEUTEN gemäß § 19 Abs. 1. Die Managementgesellschaft macht diesen Anspruch ihrerseits durch Abrechnung gegenüber der AOK oder BKK („**AOK-Abrechnung**“ oder „**BKK-Abrechnung**“) geltend.

- (2) Im Falle von Überzahlungen (§ 19 Abs. 9) wird ein Anspruch der AOK oder BKK auf Erstattung einer solchen Überzahlung gegen der Managementgesellschaft erst fällig, wenn und soweit die Managementgesellschaft den Rückzahlungsanspruch gemäß § 19 Abs. 9 gegenüber dem FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN durchgesetzt hat und eine entsprechende Zahlung bei ihr eingegangen ist. Die Managementgesellschaft ist zur Durchsetzung solcher Rückzahlungsansprüche gegenüber dem FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN verpflichtet, sofern diese auf durch die AOK bzw. BKK nachgewiesenen falschen Abrechnungsnachweisen des FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN beruhen. Anderenfalls ist die Managementgesellschaft berechtigt, ihre Rückzahlungsansprüche an Erfüllung statt gemäß § 364 BGB an die AOK bzw. BKK abzutreten. Wenn die Managementgesellschaft Kenntnis von Überzahlungen an einen FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN erlangt hat, wird sie die AOK bzw. BKK unverzüglich schriftlich darüber informieren.
- (3) Die AOK bzw. BKK ist außer im Falle der in **Anlage 12** bestimmten turnusmäßigen Verrechnung von Abschlagszahlungen nicht zur Aufrechnung gegenüber Ansprüchen der Managementgesellschaft im Zusammenhang mit der AOK-Abrechnung bzw. BKK-Abrechnung berechtigt, sofern die Gegenansprüche nicht anerkannt oder rechtskräftig festgestellt sind.
- (4) Die AOK oder BKK kann gegenüber der Managementgesellschaft binnen 24 Monaten nach Erhalt der AOK-Abrechnung bzw. BKK-Abrechnung sachlich-rechnerische Berichtigungen gemäß dem vorstehenden Absatz 2 geltend machen.
- (5) Dieser § 20 gilt auch nach Beendigung des Vertrages weiter, bis die wechselseitigen Ansprüche der AOK oder BKK und der Managementgesellschaft abgerechnet sind.

§ 21 Verwaltungskostengebühr

- (1) **Die Managementgesellschaft ist berechtigt, gegenüber dem FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN eine an die Höhe der Vergütung gekoppelte Verwaltungskostengebühr für die Abrechnung und Organisation der Teilnahme am AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie zu erheben. Die Höhe der Verwaltungskostengebühr ergibt sich aus der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 1.**
- (2) Die Managementgesellschaft ist berechtigt, die Verwaltungskostengebühr mit dem Betrag des Vergütungsanspruches nach § 19 Abs. 1 zu verrechnen.
- (3) Die Managementgesellschaft ist berechtigt, gegenüber dem FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN mit Bestätigung der Vertragsteilnahme eine Einschreibengebühr zu erheben. Diese ist spätestens 21 Tage nach Rechnungsstellung fällig. Die Höhe dieser Einschreibengebühr ergibt sich aus der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 1.

ABSCHNITT VI: BEIRAT

§ 22 Beirat

- (1) Die Durchführung dieses Vertrages wird durch einen Beirat gesteuert, der aus 7 Vertretern der AOK, 2 Vertretern der BKK, 2 Vertretern des MEDI e.V./MEDIVERBUNDES sowie 3 Vertretern von BVDN, 1 Vertreter der Freien Liste der Psychotherapeuten, 2 Vertretern der DPtV und 1 Vertreter der IG KJPP besteht. Die Vertreter können von den sie benennenden Vertragspartnern jederzeit abberufen und durch andere Personen ersetzt werden.
- (2) Der Beirat soll in der Regel einmal im Kalendervierteljahr einberufen werden. Er muss einmal im Kalenderjahr einberufen werden.
- (3) Die Beschlüsse des Beirats werden mit einfacher Mehrheit getroffen. Sämtliche Mitglieder des Beirats haben gleiches Stimmrecht. Bei Stimmgleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt. Bei Entscheidungen, die ausschließlich das Modul D. Kinder- und Jugendpsychiatrie betreffen, gehen die Stimmen der Bosch BKK an die AOK über.
- (4) Der Beirat hat folgende Aufgaben:
 - a) Entwicklung von Vorschlägen an die Vertragspartner zur Weiterentwicklung der Vertragsinhalte.
 - b) Zustimmung zu Vertragsänderungen gemäß § 25 Abs. 3 unter besonderer Berücksichtigung ihrer Auswirkungen auf die FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN. Eine Zustimmung für Änderungen der Vergütungsregelung gemäß § 19 Abs. 2 ist nicht erforderlich.
 - c) Abstimmung der fristlosen Kündigung von FACHÄRZTEN/PSYCHOTHERAPEUTEN durch die Managementgesellschaft gemäß § 8 Abs. 4 des Vertrages. AOK und BKK sind berechtigt, bei Vertragsverstößen eine Abmahnung und gegebenenfalls fristlose Kündigung gemäß § 8 Abs. 4 vorzuschlagen. Besteht zwischen der Managementgesellschaft und dem Beirat keine Einigung über die Kündigung eines FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN, kann die Management-gesellschaft einen Beiratsbeschluss zur Entscheidung über die Kündigung beantragen. Wird der Beiratsbeschluss nicht innerhalb von 10 Tagen gefasst, nachdem die Managementgesellschaft erstmalig einen Antrag nach dem vorstehenden Satz 2 gestellt hat, ist die Managementgesellschaft in dem jeweiligen Einzelfall zur fristlosen Kündigung gemäß § 8 Abs. 4 nach pflichtgemäßem Ermessen berechtigt.
 - d) Der Beirat kann zur flächendeckenden Sicherstellung der Versorgung über Ausnahmen von Teilnahmevoraussetzungen, die befristet werden können, entscheiden. Auch können zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung Hausärzte, die am AOK-Hausarztprogramm bzw. am Hausarztprogramm „BKK. Mein Hausarzt“ teilnehmen, und die über die Voraussetzung zur Erbringung der Richtlinienpsychotherapie nach der aktuellen Psychotherapie-Vereinbarung verfügen, vom Beirat zur Erbringung von Leistungen nach Anlage 12 C Psychotherapie zugelassen werden.
 - e) Der Beirat kann zur flächendeckenden Sicherstellung der Versorgung regional begrenzte Ausschreibungen zur dauerhaften Vertragsteilnahme weiterer Leistungserbringer gem. § 140a SGB V beschließen. Der Beschluss ist insbesondere dann zu fassen, wenn keine flächendeckende Versorgung im Sinne der Anlage 8 zum

PNP-Vertrag oder nach den tatsächlichen Verhältnissen in der jeweiligen Bedarfsplanungsregion oder im Gebiet der jeweiligen AOK-Bezirksdirektion gegeben ist. Die Ausschreibung erfolgt durch die AOK Baden-Württemberg und die Bosch BKK und kann abweichende Anforderungen insbesondere zu den §§ 2 und 3 des PNP-Vertrages enthalten, damit zusätzliche Gruppen von Leistungserbringern teilnehmen können. Die neuen Leistungserbringer, die im Rahmen einer solchen Ausschreibung den Zuschlag erhalten, werden - vorbehaltlich abweichender Bestimmungen im Rahmen der Ausschreibung - zu den gleichen Bedingungen wie die bereits am PNP-Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer unmittelbar am bestehenden PNP-Vertrag beteiligt.

- (5) Insbesondere können von Anlage 12 zum PNP-Vertrag abweichende Vergütungsbeträge nicht mit einzelnen Leistungserbringern vereinbart werden. Der Beirat kann sich eine Geschäftsordnung geben. Die Geschäftsordnung regelt unter anderem die Einberufung von Beiratssitzungen und Einzelheiten der Form der Beschlussfassung. Die Sitzungen des Beirats finden in Stuttgart statt.

ABSCHNITT VII: ALLGEMEINE REGELUNGEN

§ 23 Geltung der einzelnen Abschnitte

- (1) **Für den FACHARZT/PsYCHOTHERAPEUTEN finden ab dem Zeitpunkt seiner Vertragsteilnahme die folgenden Abschnitte Anwendung:**
- II. Teilnahme des FACHARZTES/PsYCHOTHERAPEUTEN**
 - III. Teilnahme durch Versicherte**
 - V. Abrechnung der Vergütung und Verwaltungskostengebühr**
 - VI. Beirat**
 - VII. Allgemeine Regelungen**

Für die übrigen Vertragspartner gelten sämtliche Abschnitte dieses Vertrages.

- (2) Für MEDI e. V., BVDN, Freie Liste der Psychotherapeuten, DPtV und IG KJPP gelten dabei die Regelungen des **Abschnittes IV**, soweit diese auf sie Bezug nehmen.

§ 24 Vertragsbeginn und Vertragsende

- (1) **Der Vertragsbeginn steht unter Vorbehalt: Bevor eine Erbringung und Abrechnung von Leistungen durch FACHÄRZTE/PsYCHOTHERAPEUTEN nach diesem Vertrag erfolgen kann, ist die Erfüllung folgender Voraussetzung zwingend notwendig:**

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg schließt mit der AOK und der BKK einen Vertrag gemäß § 140a SGB V („Bereinigungsvertrag“). Der Bereinigungsvertrag regelt die organisatorischen und strukturellen Rahmenbedingungen für die Umsetzung der Versorgung in den Fachgebieten Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie nach § 140a SGB V, insbesondere die Bereinigung der ärztlichen Gesamtvergütung. Die Managementgesellschaft informiert die FACHÄRZTE über den Wegfall des Vorbehaltes. Die AOK oder die BKK haftet gegenüber den Vertragspartnern nicht auf Schadensersatz, wenn der Bereinigungsvertrag nicht zustande kommt.

- (2) **Der Vertrag tritt unbeschadet einer Vertragsteilnahme von FACHÄRZTEN/**

PSYCHOTHERAPEUTEN gemäß § 3 mit Vertragsunterzeichnung in Kraft. Die Regelungen zur Beendigung der Vertragsteilnahme des FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN gemäß § 8 lassen die Laufzeit des Vertrages außer für diesen FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN unberührt.

- (3) Die Regelungen zur Kündigung des Vertrages richten sich für FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN nach **Abschnitt II** und für die übrigen Vertragspartner nach **Abschnitt IV**.
- (4) Die Kündigung einzelner Vertragspartner, ordentlich oder außerordentlich, hat folgende Wirkung:
 - a) Kündigt die AOK **oder** BKK den Vertrag gemäß § 17, endet der Vertrag zum Zeitpunkt der Wirksamkeit ihrer Kündigung mit Wirkung für die kündigende Krankenkasse. Kündigen AOK **und** BKK den Vertrag gemäß § 17, endet der Vertrag zum Zeitpunkt der Wirksamkeit ihrer Kündigung mit Wirkung für sämtliche Vertragspartner.
 - b) Kündigt der MEDIVERBUND den Vertrag gemäß § 17, endet der Vertrag zum Zeitpunkt der Wirksamkeit der Kündigung mit Wirkung für sämtliche Vertragspartner.
 - c) Kündigt der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT den Vertrag oder wird ihm gekündigt (§ 8), wird der Vertrag zwischen den übrigen Vertragspartnern fortgeführt.
 - d) Bei einer Kündigung von MEDI e.V., BVDN, Freie Liste der Psychotherapeuten, DPtV oder IG KJPP wird der Vertrag zwischen den übrigen Vertragspartnern fortgeführt.
 - e) Kündigungen von AOK, BKK, MEDIVERBUND, BVDN, Freie Liste der Psychotherapeuten, DPtV oder IG KJPP sind den jeweils anderen Vertragspartnern mit Ausnahme der FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN schriftlich zuzustellen. Die FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN sind hiervon durch die Managementgesellschaft in Kenntnis zu setzen.

§ 25 Verfahren zur Vertragsänderung

- (1) **Für Änderungen der Vergütungsregelung gilt § 19 Abs. 2.**
- (2) **Die Vertragspartner sind sich weiter darüber einig, dass anhand der Durchführung des Vertrages gewonnene Erkenntnisse zur Vertragssoftware als Steuerungselement für eine wirtschaftliche Verordnung und ein zukunftsgerichteter Ausbau der IT-Infrastruktur Änderungen des Vertrages erforderlich machen können. AOK, BKK und MEDIVERBUND sind deshalb berechtigt, diesen Vertrag mit Wirkung für die FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN nach Maßgabe des folgenden Abs. 4 zu ändern, sofern und soweit es die Umsetzung dieses Vertrages erfordert und der Beirat der Änderung nach sorgfältiger Prüfung ihrer Auswirkungen auf die FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN zugestimmt hat.**
- (3) **Die Managementgesellschaft wird Änderungen nach dem vorstehenden Absatz 2 den FACHÄRZTEN/PSYCHOTHERAPEUTEN schriftlich bekannt geben und eine Frist von 6 Wochen nach Zugang der Mitteilung der Änderung einräumen, innerhalb derer der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT das Recht hat, den beabsichtigten Änderungen zu widersprechen, wenn sie sich nachteilig auf seine Rechtsposition auswirken. Solche Änderungen gelten als genehmigt, wenn der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT nicht schriftlich gegenüber der**

Managementgesellschaft Widerspruch erhebt. Auf diese Folge wird die Managementgesellschaft den FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN bei der Bekanntgabe gemäß Satz 1 besonders hinweisen. Zur Fristwahrung ist es ausreichend, dass der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT den Widerspruch innerhalb von 6 Wochen nach Bekanntgabe der Änderungen an die Managementgesellschaft absendet. Widerspricht der FACHARZT/ PSYCHOTHERAPEUT gemäß dem vorstehenden Satz 2, ist die Managementgesellschaft zur Kündigung des Vertrages gegenüber dem FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN berechtigt. Die Kündigung wird zum Ablauf des Quartals wirksam, das auf den Zugang der Kündigung folgt. Sie führt zum Ausscheiden des FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN aus dem AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie.

- (4) **Änderungen, die die Position des FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN in rechtlicher und wirtschaftlicher Hinsicht ausschließlich verbessern, können von AOK, BKK und MEDIVERBUND ohne Zustimmung des FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN vereinbart werden. Die Managementgesellschaft wird den FACHÄRZTEN/PSYCHOTHERAPEUTEN die Vertragsänderungen und den vereinbarten Beginn der Wirksamkeit unter Berücksichtigung ihrer Interessen und einer angemessenen Vorlaufzeit schriftlich mitteilen.**

§ 26 Haftung und Freistellung

- (1) Sofern nachfolgend nicht abweichend geregelt, haften die Vertragspartner für die Verletzung der von ihnen in der jeweiligen Leistungsbeziehung nach diesem Vertrag übernommenen Pflichten nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften. Eine Haftung gegenüber nicht an diesem Vertrag beteiligten Dritten wird durch diesen Vertrag nicht begründet.
- (2) Der MEDIVERBUND haftet gegenüber der AOK und BKK nicht für den wirtschaftlichen Erfolg einer Vertragssoftware in Form von Einsparungen der AOK oder BKK als Folge der Verordnung von Arzneimitteln mithilfe von Vertragssoftware.
- (3) Die AOK und BKK haften für die fehlende Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der der Managementgesellschaft im Zusammenhang mit der Erfüllung dieses Vertrages zur Aufnahme in eine Vertragssoftware zur Verfügung gestellten Inhalte, auch im Hinblick auf § 73 Abs. 8 SGB V, soweit sie dies zu vertreten hat; unter diese Inhalte fallen insbesondere Angaben über Arzneimittel und sonstige Informationen, die nach den für Vertragssoftware vereinbarten Funktionen Einfluss auf Vorschläge zur Arzneimittelverordnung durch die Vertragssoftware haben. Die AOK und die BKK werden den MEDIVERBUND von Ansprüchen der übrigen Vertragspartner sowie Dritter auf Schadens- oder Aufwendungsersatz im Zusammenhang mit den zur Verfügung gestellten Inhalten und ihrer Nutzung für die Darstellung der Arzneimittel in Vertragssoftware im Sinne von Satz 1 freistellen, sofern die AOK bzw. BKK ein Verschulden an deren Inanspruchnahme trifft. Satz 1 und 2 dieses Absatzes gelten nur, wenn die Inhalte durch die Managementgesellschaft inhaltlich unverändert in die Vertragssoftware aufgenommen wurden. Die Anpassung an ein Datenformat gilt nicht als inhaltliche Veränderung. Offensichtliche Fehler sind von dieser Freistellung nicht umfasst.
- (4) Freistellung nach diesem § 26 bedeutet die Abwehr unberechtigter und die Erfüllung berechtigter Ansprüche.

- (5) Die AOK bzw. BKK als Freistellungsverpflichtete ist nicht berechtigt, gegenüber einem Freistellungsanspruch nach diesem § 26 Zurückbehaltungsrechte oder sonstige Gegenrechte aus diesem Vertrag geltend zu machen.

§ 27 Qualitätssicherung

Für die Qualitätssicherung der Leistungserbringung nach diesem Vertrag werden Qualitätssicherungsmaßnahmen festgelegt und durch eine Qualitätssicherungskommission, die von den Vertragspartnern eingerichtet wird, überprüft (vgl. Anlage 2). Die Teilnahme an den Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß Anlage 2 ist für den FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN verpflichtend. Weiterhin gelten die Bestimmungen des § 137 SGB V.

§ 28 Datenschutz

- (1) Bei der Verarbeitung der personenbezogenen Daten (Patientendaten) sind insbesondere die Regelungen über die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und den strafrechtlichen Bestimmungen sowie die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) zu beachten. Bei der Verarbeitung von Sozialdaten (Versichertendaten) sowie im Hinblick auf die Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse sind insbesondere die Regelungen des Sozialgesetzbuches X zu beachten.
- (2) **Der Umfang der von der Managementgesellschaft zum Zwecke der Prüfung der AOK-Abrechnung oder BKK-Abrechnung gemäß § 20 des Vertrages i.V.m. Anlage 12 übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 SGB V übermittelten Daten.**
- (3) Der MEDIVERBUND als Managementgesellschaft führt mit Wirkung für die FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN gemäß § 295a Abs. 1 SGB V als Vertragspartner auf Leistungserbringerseite das im V. Abschnitt (Seite 22ff.) geregelte Abrechnungsmanagement durch. Voraussetzung dafür ist die Einwilligung der FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN sowie der Versicherten auf Grundlage ausführlicher Informationen über die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahmeerklärung. Weitere Regelungen zum Datenschutz sind in Anlage 16 geregelt.

§ 29 Sonstiges

- (1) Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein oder aus einem anderen als dem in § 306 BGB bestimmten Grunde werden, oder sollte der Vertrag unvollständig sein, so wird der Vertrag in seinem übrigen Inhalt davon nicht berührt. Die unwirksame Bestimmung wird durch eine solche Bestimmung ersetzt, die dem Sinn und Zweck der unwirksamen Bestimmung in rechtswirksamer Weise und wirtschaftlich am nächsten kommt. Gleiches gilt für etwaige Vertragslücken.
- (2) Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst.
- (3) Soweit keine abweichenden Regelungen in diesem Vertrag getroffen wurden, gelten die allgemeinen gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen, insbesondere das SGB V, ärztliches/psychotherapeutisches Berufsrecht sowie bundesmantel- und gesamtvertragliche Regelungen.

- (4) Keine Regelung in diesem Vertrag soll ein Arbeitsverhältnis oder eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts zwischen den Vertragspartnern begründen. Sofern nicht in diesem Vertrag ausdrücklich geregelt, vermittelt dieser Vertrag keinem Vertragspartner das Recht, einen anderen Vertragspartner rechtsgeschäftlich zu vertreten.

§ 30 Anlagenübersicht

Der Vertrag hat folgende Anlagen. Die Anlagen sind Bestandteil des Vertrages.

- **Anlage 1:** Infopaket FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT
- **Anlage 2:** Qualifikations- und Qualitätsanforderungen
- **Anlage 3:** Vertragssoftware und Hardware
- **Anlage 4:** unbesetzt
- **Anlage 5:** Starterpaket FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT
- **Anlage 6:** Prozessbeschreibung FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT
- **Anlage 7:** Teilnahmebedingungen Versicherte
- **Anlage 8:** Definition Flächendeckung
- **Anlage 9:** Fachkonzept MEDIVERBUND, AOK und Bosch BKK
- **Anlage 10:** Datenübermittlung/Funktionalitäten der Vertragssoftware
- **Anlage 11:** Schlichtungsverfahren
- **Anlage 12:** Vergütung und Abrechnung
- **Anlage 13:** Abrechnungsprüfkriterien
- **Anlage 14:** unbesetzt
- **Anlage 15:** Prüfwesen
- **Anlage 16:** Datenschutz
- **Anlage 17:** Definition von Schnittstellen

Stuttgart, den 10.10.2011

AOK Baden-Württemberg

Dr. Christopher Hermann

Bosch BKK

Bernhard Mohr

MEDI Baden-Württemberg e. V.

Dr. Werner Baumgärtner

MEDIVERBUND AG

Werner Conrad

**Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN) Landesverband Baden-Württemberg der
Fachärzte für Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie e.V.**

Birgit Imdahl

Freie Liste der Psychotherapeuten

Dipl.-Psych. Rolf Wachendorf

DPtV e.V.

Dr. Alessandro Cavicchioli

**Der Vertragsbeitritt der einzelnen FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN erfolgt gemäß
§ 3 dieses Vertrages.**

Infopaket FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT

Das Infopaket FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT enthält insbesondere die folgenden Unterlagen:

- Teilnahmeerklärung FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT (siehe Anhang)
- Vertrag
- Informationen zur Vertragsteilnahme des FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN
- Liste der erforderlichen Nachweisdokumente (z. B. Nachweis Vertragsschulung, Nachweis der Bestellung eines Konnektors/Online-Keys)
- Stammdatenblatt
- Liste der AOK- und BKK-Ansprechpartner für den FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN

Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur Versorgung in den Fachgebieten der Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Psychosomatik und Psychotherapie in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V

Bitte beachten Sie: Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten/-psychotherapeuten in einer Berufsausübungsgemeinschaft muss jeder Vertragsarzt/-psychotherapeut eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines MVZ ist nur die Abgabe einer Teilnahmeerklärung durch den ärztlichen Leiter erforderlich.

Stammdaten			
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis	<input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)	<input type="checkbox"/> MVZ	<input type="checkbox"/> ermächtigter Arzt/Psychotherapeut
<input type="text" value=""/> LANR (9-stellig)	<input type="text" value=""/> HBSNR	<input type="text" value=""/> Ggf. NBSNR	<input type="text" value=""/> Ggf. weitere NBSNR
<input type="text" value=""/> Titel, Nachname, Vorname		<input type="checkbox"/> Mitglied MEDI BW e.V. <input type="checkbox"/> Mitglied in der IG KJPP <input type="checkbox"/> Mitglied im BVDN <input type="checkbox"/> Mitglied in der dgvt <input type="checkbox"/> Mitglied in der DPTV <input type="checkbox"/> Mitglied in der Freien Liste der Psychotherapeuten	
<input type="text" value=""/> Ggf. Name MVZ		<input type="text" value=""/> Telefon	
<input type="text" value=""/> Straße & Hausnummer (Praxisanschrift)		<input type="text" value=""/> Fax	
<input type="text" value=""/> PLZ und Ort		<input type="text" value=""/> E-Mail-Adresse	
Bankverbindung (Vertragsvergütung soll auf folgendes Konto überwiesen werden)			
<input type="text" value=""/> Kreditinstitut		<input type="text" value=""/> Kontoinhaber	
<input type="text" value=""/> IBAN (zwingend erforderlich)		<input type="text" value=""/> BIC (zwingend erforderlich)	
Höhe der vertraglichen Verwaltungskosten			
Die Verwaltungskosten gemäß Vertrag betragen 3,57 % der Vertragsvergütung (Honorar gem. Vertrag, Sachkosten). Für Nicht-Mitglieder des MEDI Baden-Württemberg e.V./ BVDN e.V./ DPTV e.V./ dgvt e.V./ IG KJPP oder der Freien Liste der Psychotherapeuten werden zusätzliche Verwaltungskosten von weiteren 0,595 % erhoben. Die einmalige Verwaltungsgebühr zur Vertragsteilnahme beträgt 357 € (max. 714 € je HBSNR).			
Vertragsteilnahme des Vertragsarztes/Vertragspsychotherapeuten/MVZ			
<p>Hiermit beantrage ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag zur Versorgung in den Fachgebieten der Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Psychosomatik und Psychotherapie in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V. Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Pflichten nach dem Vertrag, auch wenn diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind.</p> <p>1. Ich bin umfassend über meine vertraglichen Rechte und Pflichten informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Behandlung und Abrechnung über diesen Vertrag erst erfolgen, wenn eine flächendeckende Versorgung durch eingeschriebene FACHÄRZTE/ PSYCHOTHERAPEUTEN gegeben ist (§ 17 Abs. 1 i.V.m. Anlage 8); • die Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag erst erfolgen kann, wenn die KV BW mit der AOK einen sog. Bereinigungsvertrag geschlossen hat (§ 25 Abs. 1); • die Managementgesellschaft mich über das Eintreten dieser beiden o.g. Bedingungen umgehend informiert; • meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme beginnt. Der Zugang kann durch die Übermittlung per Telefax erfolgen; • ich meine vertraglichen Pflichten insbesondere zur Verscherteneinschreibung (§ 4 Abs. 1), im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung sowie zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen/psychotherapeutischen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe und meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten beendet werden kann; • ich selbst meine Vertragsteilnahme mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber dem MEDIVERBUND kündigen kann; • sich gemäß § 19 des Vertrages mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und abgerechneten Leistungen gegen die Managementgesellschaft richtet und ich Überzahlungen zurückzahlen muss. Die mögliche Erhebung einer Bearbeitungsgebühr bei Doppel- und Fehlabrechnungen ist mir bekannt; • die Managementgesellschaft das von AOK/Bosch BKK geleistete Honorar weiterleitet, indem er dieses unter Abzug der von mir zu tragenden vertraglichen Verwaltungskosten auf das oben genannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskosten habe ich zur Kenntnis genommen; • ich dem MEDIVERBUND Änderungen, die sich auf meine Teilnahme an diesem Vertrag auswirken (z.B. Zulassungsrückgabe), spätestens 3 Monate vor Eintritt der Änderungen mitteile. Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderungen erlangen, ist diese unverzüglich mitzuteilen. • Mein Name, meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer sowie die für die Vertragsarztsuche erforderlichen Angaben werden in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der AOK, der Bosch BKK, des MEDIVERBUNDES und des MEDI e.V. veröffentlicht. Zusätzlich werden diese Daten an teilnehmende HZV-Vertragsärzte zur Weitergabe an Patienten weitergegeben und ggf. in der entsprechenden Vertragssoftware hinterlegt. Hinweise zum Datenschutz finden Sie auf Seite 4 dieses Formulars. <p>2. Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen zum Vertragsbeginn erfülle. Diese Teilnahmeerklärung (inkl. Folgeseiten) und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages.</p>			
Unterschrift Vertragsarzt/-psychotherapeut Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ		Datum (TT.MM.JJ)	Stempel der Praxis/MVZ
<input type="text" value=""/>		<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>



Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur Versorgung in den Fachgebieten der Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Psychosomatik und Psychotherapie in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V

Teilnahmevoraussetzungen

1. Persönliche Voraussetzungen:

Bitte beachten Sie: Erfüllen Sie persönlich eine oder mehrere persönliche Teilnahmevoraussetzungen nicht, können Sie nicht an diesem Vertrag teilnehmen. Ermächtigte Ärzte dürfen nur im Rahmen ihrer persönlichen Ermächtigung teilnehmen

(Nachweis: KV Zulassung oder KV-Ermächtigung).

Ich habe eine **Zulassung** zur fachärztlichen Versorgung gem. § 73 Abs. 1a Satz 2 SGB V als

- Facharzt für
 - Neurologie
 - Nervenheilkunde
 - Neurologie und Psychiatrie
 - Psychiatrie und Psychotherapie
 - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
 - Psychotherapeutische Medizin
 - Kinder- und Jugendpsychiatrie (und –psychotherapie)
- Psychologischer Psychotherapeut Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Vertragsarzt, der gemäß den Bedarfsplanungsrichtlinien ausschließlich psychotherapeutisch tätig ist
- Zulassung, Vertragsarztsitz/-psychotherapeutensitz und Hauptbetriebsstätte sind in Baden-Württemberg
(Nachweis: KV-Zulassung oder KV-Registerauszug)
- Tätigkeit im zeitlichen Umfang gemäß den Vorgaben des § 17 Abs. 1a BMV - Ä (Nachweis: Selbstauskunft)
- Teilnahme an einer Vertragsschulung ist bereits erfolgt (Nachweis: Teilnahmebescheinigung)
- Erfüllung der Fortbildungspflichten nach § 95 d SGB V (Nachweis: Selbstauskunft)
- Bereitschaft zum Besuch von mindestens 2 Fortbildungen pro Jahr, im ärztlichen Bereich mit insgesamt 8 CME Punkten (gemäß Anlage 2)
(Nachweis: Selbstauskunft, Stichproben durch die Managementgesellschaft)

2. Voraussetzungen der Praxis/ BAG/ MVZ

Bitte beachten Sie: Sie können an diesem Vertrag nur dann teilnehmen, wenn Sie alle nachfolgend genannten, die Praxis/ BAG/ MVZ betreffenden Teilnahmevoraussetzungen erfüllen:

- Ausstattung mit einer vertragskompatiblen IT und Anbindung über z.B. DSL (Nachweis: Selbstauskunft)
- Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS/Praxis-Softwaresystem) (Nachweis: Selbstauskunft)
- Vertragssoftware ist installiert für AOK Bosch BKK _____ (Name der Software, Version)
(Nachweis: Selbstauskunft/ Bestätigungsformular)
- HZV-Online-Key ist vorhanden (Nachweis: Selbstauskunft/ Bestätigungsformular)

Voraussetzungen für die Abrechnung von Leistungen

1. Voraussetzungen zur Abrechnung der Module

(Anlage 12, Abschnitt I: A. Neurologie, B. Psychiatrie, C. Psychotherapie, D. Kinderpsychiatrie)

Bitte beachten Sie:

- Für Einzelpraxen, Praxen mit angestellten Ärzten, BAG und MVZ gilt: Für eingeschriebene Versicherte dürfen keine Leistungen aus dem Ziffernkranz (Anlage 12 Anhang 1) oder aus einem anderen AOK-Facharzt-Programm bzw. Bosch BKK Facharzt-Programm über die KV abgerechnet werden (vgl. insbesondere Anlage 12 Abschnitt III Ziff. II Abs. 1 sowie Abschnitt III Ziff. IV Abs. 5).
- MVZ / BAG/ Praxen mit angestellten Ärzten: Falls einzelne Leistungen nicht von Ihnen selbst erbracht werden, bitten wir Sie, den leistungserbringenden Arzt/Psychotherapeuten auf der nächsten Seite (Seite 3) anzugeben.
- Ich rechne im Vertrag das Modul Neurologie ab und habe diese Leistungen vor Vertragsteilnahme über die KV abgerechnet
- Ich rechne im Vertrag das Modul Psychiatrie ab und habe diese Leistungen vor Vertragsteilnahme über die KV abgerechnet.
- Ich rechne im Vertrag das Modul Psychotherapie ab und habe diese Leistungen vor Vertragsteilnahme über die KV abgerechnet.
(Nachweis: KV-Genehmigung zur Erbringung der Richtlinienpsychotherapie gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung)
- Ich rechne im Vertrag das Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie ab u. habe diese Leistungen vor Vertragsteilnahme über die KV abgerechnet



Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur Versorgung in den Fachgebieten der Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Psychosomatik und Psychotherapie in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V

2. Voraussetzungen zur Abrechnung einzelner Leistungen

Bitte beachten Sie: Sie können nur solche Leistungen abrechnen, für die Sie selbst oder andere Mitglieder der Praxis/ BAG/ MVZ die Abrechnungsvoraussetzungen erfüllen.

Neurologie

- Qualifikation Einstellung des Herschrittmachers
(Nachweis: Fortbildungsnachweis eines Zentrums für Tiefe Hirnstimulation oder Nachweis über praktische Erfahrung)
- Qualifikation Medikamentenpumpenbetreuung
(Nachweis: Bescheinigung der Teilnahme einer Fortbildungsveranstaltung oder Nachweis über praktische Erfahrung)
- Schwerpunktpraxis MS (Nachweis: Behandlung von mindestens 60 MS Patienten im Jahr, Selbstauskunft)
- Schwerpunktpraxis Epilepsie (Nachweis: Behandlung von mindestens 60 Epilepsie Patienten im Jahr, Selbstauskunft)
- Schwerpunktpraxis Parkinson (Nachweis: Behandlung von mindestens 60 Parkinson Patienten im Jahr, Selbstauskunft)
- Nachweis evozierte Potentiale (SEP, MEP, VEP, AEP)/ Blinkreflex (Nachweis: KV-Abrechnung - EBM Ziffern 16320/16321/21320/21321)
- Langzeit-EEG (Nachweis: KV-Abrechnung - EBM Ziffern 16311/21311)
- Elektromyographie (Nachweis: KV-Abrechnung - EBM Ziffern 16322)
- Dopplersonographie (Nachweis: KV-Genehmigung)
- Duplexsonographie (Nachweis: KV-Genehmigung)
- Schmerztherapie (Nachweis: KV-Genehmigung bzw. Abrechnungsnachweis des EBM-Kapitels 30.7.1)
- Neurosonologie (Nachweis: KV-Genehmigung bzw. KV-Abrechnung EBM Ziffer 33100)

Neurologie/Psychiatrie

- EEG (Nachweis: KV-Abrechnung - EBM Ziffern 16310/21310)

Psychotherapie

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

Kinder- und Jugendpsychiatrie

- Sozialpsychiatrie (Nachweis: KV-Genehmigung bzw. Abrechnungsnachweis EBM-Ziffer 88895)
- EEG (Nachweis: KV-Abrechnung – EBM Ziffer 14320)
- Langzeitelektroenzephalographische (Schlaf-)Untersuchung (Nachweis: KV-Abrechnung – EBM Ziffer 14321)
- Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung (Nachweis: KV-Abrechnung – EBM Ziffer 14330)
- Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP) (Nachweis: KV-Abrechnung – EBM Ziffer 14331)
- Beschäftigung von Therapeutischen Mitarbeitern in der Praxis (Nachweis: Qualifikationsnachweise gemäß Definition in Anlage 2)

ACHTUNG: Änderungen der Stammdaten und/oder der Teilnahme-/Abrechnungsvoraussetzungen sind unverzüglich nach Bekanntwerden mitzuteilen.

Folgende Ärzte/Psychotherapeuten sind in unserer Praxis/BAG/MVZ tätig

LANR (7- oder 9-stellig)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Titel, Nachname, Vorname

Fachgebiet

LANR (7- oder 9-stellig)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Titel, Nachname, Vorname

Fachgebiet

LANR (7- oder 9-stellig)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Titel, Nachname, Vorname

Fachgebiet

LANR (7- oder 9-stellig)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Titel, Nachname, Vorname

Fachgebiet

Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur Versorgung in den Fachgebieten der Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Psychosomatik und Psychotherapie in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V

Hinweise zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO

- Die hier angegebenen Daten werden von der MEDIVERBUND AG und der AOK/Bosch BKK ausschließlich zur Durchführung dieses Vertrags auf Grundlage des Art. 6 (1) lit. b DSGVO verarbeitet. Zur und nach Bestätigung Ihrer Vertragsteilnahme werden diese Daten an die AOK/Bosch BKK und ggf. deren beauftragte Dienstleistungsunternehmen übermittelt. Diese Daten und die von Ihnen an die Managementgesellschaft übermittelten Diagnose- und Abrechnungsdaten werden von der Managementgesellschaft zur Erstellung der Abrechnungsnachweise und zur Prüfung der Abrechnung auf der Grundlage von § 295a Abs. 1 SGB V verarbeitet und genutzt. Die AOK/Bosch BKK und ggf. deren beauftragte Dienstleistungsunternehmen erhalten durch die Managementgesellschaft die vorgenannten Daten zur Prüfung der Abrechnung.
- Die Bekanntmachung Ihrer Teilnahme an diesem Vertrag durch Veröffentlichung Ihres Titels, Ihres Namens, Ihrer Praxisanschrift und Ihrer Telefon-/Faxnummer in einem Verzeichnis auf den Internetseiten zur Information für die Vertragsarztsuche/Umkreissuche der AOK/Bosch BKK, der MEDIVERBUND AG und des MEDI BW e.V., beruht ebenfalls auf Grundlage des Art. 6 (1) lit. b DSGVO. Darüber hinausgehende Angaben personenbezogener Daten für die Vertragsarztsuche/Umkreissuche, z. B. zu Qualifikationen, sind freiwillig. Solche Angaben können Sie nach Zulassung zum Vertrag im Arztportal unter www.medi-arztportal.de selber vornehmen. Rechtsgrundlage für die Veröffentlichung dieser Angaben ist Ihre Einwilligung nach Art. 6 (1) lit. a DSGVO. Ihre Einwilligung hinsichtlich der Veröffentlichung dieser Angaben können Sie jederzeit widerrufen.

Ihre personenbezogenen Daten werden gelöscht, sobald der Zweck der Speicherung entfällt. Eine Speicherung kann darüber hinaus erfolgen, wenn dies durch den europäischen oder nationalen Gesetzgeber in unionsrechtlichen Verordnungen, Gesetzen oder sonstigen Vorschriften, denen die MEDIVERBUND AG (Vertragsparteien) unterliegt, vorgesehen wurde. Eine Löschung der Daten erfolgt auch dann, wenn eine durch die genannten Normen vorgeschriebene Speicherfrist abläuft, es sei denn, dass eine Erforderlichkeit zur weiteren Speicherung der Daten für einen Vertragsabschluss oder eine Vertragserfüllung besteht. Ihnen steht ein Auskunftsrecht bezüglich der über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten, deren Herkunft und Empfänger sowie den Zweck der Speicherung zu. Sie können Berichtigung oder Löschung bzw. Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten verlangen, sofern die Daten sachlich falsch sind oder deren Verarbeitung nicht (mehr) zulässig ist.

Verantwortlicher im Sinne der Datenschutzgrundverordnung ist:

MEDIVERBUND AG

Liebknechtstraße 29, 70565 Stuttgart, Telefon: (07 11) 80 60 79-0, datschutz-team@medi-verbund.de

Datenschutzbeauftragter: Markus Zechel, migosens GmbH, Wiesenstr. 35, 45473 Mülheim an der Ruhr, datschutz-team@medi-verbund.de

Unbeschadet eines anderweitigen verwaltungsrechtlichen oder gerichtlichen Rechtsbehelfs steht Ihnen das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde, insbesondere in dem Mitgliedstaat ihres Aufenthaltsorts, ihres Arbeitsplatzes oder des Orts des mutmaßlichen Verstoßes, zu, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten gegen die DSGVO verstößt.

Voraussetzungen zur Abrechnung von Leistungen über die „Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)“

- Hiermit trete ich der Ergänzungsvereinbarung zur Sofortabrechnung nach Einschreibung der Facharztverträge in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V bei.**

Ich habe die Ergänzungsvereinbarung gelesen und verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher in der Ergänzungsvereinbarung geregelter Vorgaben, die sich durch die Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung ergeben.

Mir ist im Besonderen bewusst, dass:

- nur Versicherte situativ abgerechnet werden können, die
 1. zum Behandlungsdatum gültig in den HZV-Vertrag (AOK HausarztProgramm bzw. Bosch BKK Hausarztprogramm) eingeschrieben sind.
 2. eine Teilnahmeerklärung für das Facharztprogramm ihrer Krankenkasse ausgefüllt und unterzeichnet haben.
(Einschreibung und unverzügliche elektronische Versendung immer verpflichtend)
- die Sofortabrechnung nach Einschreibung für einen Patienten nur für das situative Einschreibequartal und maximal das Folgequartal durchgeführt werden kann.
- die vollständige 140a-Vergütung der Sofortabrechnung nach Einschreibung nur bei gültiger Einschreibung des Versicherten/Patienten in das Facharzt-Programm vergütet wird. Sollte bis zum 2. Quartal, das auf das erste Quartal der Sofortabrechnung nach Einschreibung folgt, keine wirksame Einschreibung erfolgt sein, wird die Vergütung vermindert.
- der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT, der einen Patienten in einem Quartal situativ behandelt und abrechnet, im gleichen Quartal, d.h. vor oder nach der Sofortabrechnung nach Einschreibung, keine Leistungen des im Facharztvertrag vereinbarten Zifferkranzes mehr gegenüber der KVBW abrechnen kann.
- ich die Option habe, je Versichertem und Quartal entweder situativ oder über die KV abzurechnen.
- meine Teilnahme an der Sofortabrechnung nach Einschreibung an die Krankenkassen und die KV gemeldet wird.
- die Teilnahme an der Sofortabrechnung nach Einschreibung mit der Bestätigung der Managementgesellschaft in Kraft tritt.

Unterschrift Vertragsarzt

Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ

Stempel der Praxis/MVZ

Datum (TT.MM.JJ)

--	--	--	--	--	--

ACHTUNG: Änderungen der Stammdaten und/oder der Teilnahme-/Abrechnungsvoraussetzungen sind unverzüglich nach Bekanntwerden mitzuteilen.

Qualifikations- und Qualitätsanforderungen

ABSCHNITT I: Qualitätsanforderungen an die Untersuchung im Rahmen des Vertrages

Die Qualitätsanforderungen beziehen sich auf die Anlage 12 des Vertrages. Sie teilen sich auf nach Fachgruppen. Diese sind aufgeführt in Anlage 1 (Teilnahmeerklärung Arzt/Psychotherapeut). Basis sind die Anforderungen der Kassenärztlichen Vereinigung für deren Zulassungsvoraussetzungen und die speziell für diesen Vertrag angestrebte Qualitätsförderung.

Folgende Voraussetzungen müssen von den teilnehmenden FACHÄRZTEN/PSYCHOTHERAPEUTEN für die Teilnahme am Vertrag erfüllt werden:

- a) Von Teilnehmern, die die Anlage 12 Abschnitt I Teil A. Neurologie abrechnen wollen:
Zulassung als Facharzt für Neurologie, Facharzt für Nervenheilkunde, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie:
- b) Von Teilnehmern, die die Anlage 12 Abschnitt I Teil B. Psychiatrie abrechnen wollen:
Zulassung als Facharzt für Nervenheilkunde, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- c) Von Teilnehmern, die die Anlage 12 Abschnitt I Teil C. Psychotherapie abrechnen wollen:
Zulassung als Facharzt für Nervenheilkunde (soweit sie über die Voraussetzung zur Erbringung der Richtlinienpsychotherapie nach der aktuellen Psychotherapie-Vereinbarung verfügen), Facharzt für Neurologie und Psychiatrie (soweit sie über die Voraussetzung zur Erbringung der Richtlinienpsychotherapie nach der aktuellen Psychotherapie-Vereinbarung verfügen), Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychologische Psychotherapeuten und/oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Vertragsärzte, die gemäß der Bedarfsplanungsrichtlinie ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind:

Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von psychotherapeutischen Leistungen gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung in der jeweils aktuellen Fassung (Nachweisdokument: Genehmigung Kassenärztliche Vereinigung)
- d) Von Teilnehmern, die die Anlage 12 Abschnitt I Teil D. Kinder- und Jugendpsychiatrie abrechnen wollen: Zulassung als Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Folgende Voraussetzungen müssen von den teilnehmenden PSYCHOTHERAPEUTEN bei entsprechender Leistungserbringung erfüllt werden:

Hypnose, Entspannungsverfahren Einzeln oder in Gruppen:

Zeugnisse und Bescheinigungen gemäß der Psychotherapievereinbarungen für die jeweilige Technik oder eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung der KVBW

Systemische Psychotherapie:

Anerkennung als systemischer Therapeut gemäß den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie (DGSF) oder der Systemischen Gesellschaft (SG).

Hypnotherapie:

Anerkennung als Hypnotherapeut gemäß den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie (DGH) oder der Milton Erickson Gesellschaft (MEG).

Interpersonelle Psychotherapie:

Anerkennung gemäß den Vorgaben der International Society of Interpersonal Psychotherapy (ISIPT).

Eye Movement Desensitization and Reprocessing–Therapy (EMDR):

Zertifizierung als EMDR-Therapeut gemäß den Vorgaben des EMDR-Institut Deutschland

Psychotherapie als Gruppenbehandlung:

Bescheinigung gemäß den Psychotherapievereinbarungen für Gruppentherapie oder Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung von psychotherapeutischen Leistungen für Gruppentherapie (Nachweis: Genehmigung Kassenärztliche Vereinigung)

Kinder-Jugendlichenpsychotherapie:

Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung von psychotherapeutischen Leistungen für Kinder- und Jugendliche (Nachweis: Genehmigung Kassenärztliche Vereinigung)

Neuropsychologische Therapie:

Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung von Leistungen der Neuropsychologischen Therapie (Nachweis: Genehmigung Kassenärztliche Vereinigung)

Voraussetzungen für Leistungen oder Strukturzuschläge:

NE3, NA3 Einstellung des Hirnschrittmachers nach operativer Behandlung	Bescheinigung der Teilnahme an einer Fort- bildungsveranstaltung eines Zentrums für Tiefe Hirnstimulation Der Fortbildungsbescheinigung gleichwertig ist der Nachweis über praktische klinische Erfahrungen in einem Zentrum für Tiefe Hirnstimulation oder einer niedergelassenen Praxis über einen Zeitraum von ca. 1 Jahr.
NE4, NA4 Medikamentenpumpenbetreuung (Parkinson, Erkrankungen des Rückenmarks)	Bescheinigung der Teilnahme an einer Fort- bildungsveranstaltung zur Pumpentherapie Der Fortbildungsbescheinigung gleichwertig ist der Nachweis über praktische klinische Erfahrungen in Pumpentherapie oder einer niedergelassenen Praxis über einen Zeitraum von ca. 1 Jahr.
NE7, NA12 Schmerztherapie	KV-Genehmigung bzgl. Schmerztherapie bzw. Abrechnungsnachweis des EBM-Kapitels 30.7.1
NQ1a Strukturzuschlag für Schwerpunktpraxen MS	Schwerpunktpraxen sind Praxen, die einen besonderen Versorgungsschwerpunkt im Bereich MS haben, d.h. mindestens 60 MS Patienten im Jahr behandeln.
NQ1b Strukturzuschlag für Schwerpunktpraxen Epilepsie	Schwerpunktpraxen sind Praxen, die einen besonderen Versorgungsschwerpunkt im Bereich Epilepsie haben, d.h. mindestens 60 Epilepsie Patienten im Jahr behandeln.
NQ1c Strukturzuschlag für Schwerpunktpraxen Parkinson	Schwerpunktpraxen sind Praxen, die einen besonderen Versorgungsschwerpunkt im Bereich Parkinson haben, d.h. mindestens 60 Parkinson Patienten im Jahr behandeln.
NQ2 Strukturzuschlag für die EFA® Neurologie	Bescheinigung/Zertifikat der Teilnahme an einer Fortbildung zur EFA® Neurologie gemäß Anhang 11 zu Anlage 12
NQ2a Strukturzuschlag für EFA® MS	Bescheinigung/Zertifikat der Teilnahme an einer Fortbildung zur EFA® MS (= Entlastende Assistentin in der Facharztpraxis; vormals auch „Fachnurse“ genannt); MEDI und BVDN haben gemeinsam mit dem IFFM Qualitätskriterien für die Anerkennung als EFA® MS entwickelt; ggf. ist eine Einzelfallprüfung des jeweiligen Curriculums durch die Fachverbände bzw. MEDIVERBUND erforderlich.
NQ2b Strukturzuschlag für EFA® Epilepsie	Bescheinigung/Zertifikat der Teilnahme an einer Fortbildung zur EFA® Epilepsie (= Entlastende Assistentin in der Facharztpraxis; vormals auch „Fachnurse“ genannt); MEDI und BVDN haben gemeinsam mit dem IFFM Qualitätskriterien für die Anerkennung als EFA® Epilepsie entwickelt; ggf. ist eine Einzelfallprüfung des jeweiligen Curriculums durch die Fachverbände bzw. MEDIVERBUND

	erforderlich.
NQ2c Strukturzuschlag für EFA® Parkinson	Bescheinigung/Zertifikat der Teilnahme an einer Fortbildung zur EFA® Parkinson (= Entlastende Assistentin in der Facharztpraxis; vormals auch „Fachnurse“ genannt); MEDI und BVDN haben gemeinsam mit dem IFFM Qualitätskriterien für die Anerkennung als EFA® Parkinson entwickelt; ggf. ist eine Einzelfallprüfung des jeweiligen Curriculums durch die Fachverbände bzw. MEDIVERBUND erforderlich.
NQ2d Strukturzuschlag für EFA® Demenz	Bescheinigung/Zertifikat der Teilnahme an einer Fortbildung zur EFA® Demenz (= Entlastende Assistentin in der Facharztpraxis; vormals auch „Fachnurse“ genannt); MEDI und BVDN haben gemeinsam mit dem IFFM Qualitätskriterien für die Anerkennung als EFA® Demenz entwickelt; ggf. ist eine Einzelfallprüfung des jeweiligen Curriculums durch die Fachverbände bzw. MEDIVERBUND erforderlich.
NQ3, NA6: Strukturzuschlag evozierte Potentiale (SEP, MEP, VEP, AEP) (EBM 16321) / Blinkreflex (EBM 16320)	Abrechnungsnachweis Nrn. 16320 oder 16321 EBM und Gerätenachweis Abrechnungsnachweis Nrn 21320 oder 21321 EBM und Gerätenachweis
NQ4, NA7 Langzeit-EEG	Abrechnungsnachweis EBM Nr. 16311 oder 21311
NQ5, NA8: Elektromyographie	Abrechnungsnachweis EBM Nr. 16322
NQ6, NA9: Doppler-/ Duplexsonographie	Qualifikationskriterien gemäß KV-Genehmigung
NQ10 Strukturzuschlag Neurosonologie	KV-Genehmigung „23.1 Nerven und Muskeln, Farbduplex“ oder Abrechnungsnachweis EBM 33100
NA10, PYA1: EEG	Abrechnungsnachweis EBM Nr. 16310 oder 21310
PTE5: Psychoanalyse	Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung von psychoanalytischer Psychotherapie (Nachweis: Genehmigung Kassenärztliche Vereinigung oder EBM Ziffern 35210 bzw. 35411/35412/35415)
PTE6, PTE7, PTA1, PTA2 Psychotherapie als Gruppenbehandlung:	Vorlage von Zeugnissen und Bescheinigungen gemäß den Bestimmungen der Psychotherapie-Vereinbarung für Gruppentherapie. (Nachweisdokument: Genehmigung Kassenärztliche Vereinigung)
PTE1KJ, PTE2KJ, PTE3KJ, PTE4KJ Einzelgesprächsleistungen für Kinder und Jugendliche PTE8, Persönliche Teilnahme an Hilfeplankonferenzen bei	Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung von psychotherapeutischen Leistungen für Kinder- und Jugendliche (Nachweis: Genehmigung Kassenärztliche Vereinigung)

Kindern und Jugendlichen	
PTE1P, PTE2P, PTE3P, PTE6P, PTE7P bzw. PTA1P, PTA2P Neuropsychologische Therapie	Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung von Leistungen der Neuropsychologischen Therapie (Nachweis: Genehmigung Kassenärztliche Vereinigung)
KJPYE6 EEG	Abrechnungsnachweis EBM Nr. 14320
KJPYE7 Langzeitelektro- enzephalografische (Schlaf-) Untersuchung	Abrechnungsnachweis EBM Nr. 14321
KYPYE8 Elektronystagmo-/Okilographie, Blinkreflexprüfung	Abrechnungsnachweis EBM Nr. 14330
KJPYE9 Neurophysiologische Untersuchung, z.B. SEP, VEP, AEP, MEP	Abrechnungsnachweis EBM Nr. 14331
KJPYZ1 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung	<p>Genehmigung über die Teilnahme an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (SPV): Als Nachweis dient die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung oder ein Abrechnungsnachweis der EBM Nr. 88895.</p> <p>Der teilnehmende FACHARZT hat die Managementgesellschaft (MEDIVERBUND AG) umgehend über alle Änderungen zu informieren, welche die Erfüllung der genannten Voraussetzung (Genehmigung zur Teilnahme an der SPV) betreffen.</p>

<p>KJPYP3D, KJPYE1D, KJPYE2D, KJPYE3D, KJPYE4D, KJPYE5D, KJPYA3D</p> <p>Delegation an Therapeutische Mitarbeiter</p>	<p>Für Praxen, die an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (SPV) teilnehmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Genehmigung über die Teilnahme an der SPV (Nachweis: Genehmigung Kassenärztliche Vereinigung oder Abrechnungsnachweis EBM Nr. 88895) <p>Für Praxen, die nicht an der SPV teilnehmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nachweis der Berufsqualifikation gemäß § 3 Abs. 2 SPV (Heilpädagoge, Sozialarbeiter oder vergleichbare Qualifikation wie Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulabschluss mit kinder- und jugendpsychiatrischer bzw. therapeutischer Zusatzqualifikation angehören). • Bestätigung, dass mindestens 0,5 Vollzeitkräfte als Therapeutische Mitarbeiter im Angestelltenverhältnis beschäftigt werden. • Bestätigung, dass mindestens ein eigener, abgeschlossener Arbeitsraum in der Praxis zur Verfügung steht. <p>Der teilnehmende FACHARZT hat die Managementgesellschaft (MEDIVERBUND AG) umgehend über alle Änderungen zu informieren, welche die Erfüllung der genannten Voraussetzungen betreffen.</p>
--	---

Qualitätssicherung gem. § 137 SGB V

ABSCHNITT II: Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie (§ 5 Abs. 3 lit. a) des Vertrages)

I. Teilnahme an Qualitätszirkeln im Rahmen des HZV-Vertrags

Im Rahmen des Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg mit der AOK wurden bereits Qualitätszirkel zur Arzneimitteltherapie etabliert. Je Kalenderjahr nehmen die am Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Hausärzte an 4 Qualitätszirkelsitzungen teil. Den am Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie teilnehmenden FACHÄRZTEN wird die Teilnahme und Unterstützung an einer Qualitätszirkelsitzung empfohlen, welche fachgebietsrelevante, indikationsbezogene Pharmakotherapie-Module beinhaltet.

II. Teilnahme an Qualitätszirkeln im Rahmen dieses Vertrags für FACHÄRZTE und teilnehmenden psychotherapeutisch tätigen Hausärzten gemäß § 23 Abs. 4 d

Im Rahmen des Vertrages zur fachärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg mit der AOK werden 2 Qualitätszirkel pro Kalenderjahr zur Rationalen Pharmakotherapie etabliert, die über ein von den Vertragspartnern zu benennendes Institut organisiert und durchgeführt werden. Die Qualitätszirkel können auch als Webinare (Seminare auf web-basierter Plattform) angeboten werden. Je vollendetes Halbjahr ist mindestens ein Qualitätszirkel zu besuchen.

Erstrebenswert wäre es, im Rahmen von Qualitätszirkeln die multiprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern, insbesondere zwischen Kinder- und Jugendpsychiater, Kinder- und Jugendarzt/Hausarzt, Psychotherapeut, ggf. Erwachsenenpsychiater, ggf. Sozialer Dienst.

III. Erstellung von Verordnungsanalysen unter Nutzung von Verordnungs- und Diagnosedaten von HZV-Versicherten

Der FACHARZT erklärt sich mit Abgabe seiner Teilnahmeerklärung zum Vertrag (Anlage 1) damit einverstanden, dass die AOK ihr vorliegende Verordnungs- und Diagnosedaten von AOK-Versicherten in pseudonymisierter Form durch ein unabhängiges Institut für die Nutzung im Rahmen der Qualitätszirkelarbeit zur Erstellung von Verordnungsanalysen aufbereiten lässt. Verantwortliche Stelle im Sinne des Datenschutzrechts ist insoweit die AOK. Pseudonymisieren bedeutet das Ersetzen des Namens und anderer Identifikationsmerkmale des AOK-Versicherten durch ein Kennzeichen/Pseudonym zu dem Zweck, die Bestimmung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren. Die Nutzung der Verordnungs- und Diagnosedaten in solchermaßen pseudonymisierter Form erfolgt für die Analyse der indikationsbezogenen Verordnungsweise des individuellen FACHARZTES und ausschließlich für die Dauer der Teilnahme an einem Qualitätszirkel. Seine praxisindividuellen Verordnungsanalysen erhält der FACHARZT im Rahmen der Qualitätszirkel ausschließlich persönlich. Die Verordnungsanalysen werden per Post an den FACHARZT versandt.

ABSCHNITT IV: Behandlungsleitlinien (§ 5 Abs. 3 lit. b) und § 5 Abs. 5 lit. b) des Vertrages)

Die Arbeitsgruppe Qualitätsförderung besteht aus Vertretern der Vertragspartner. Sie überprüft nach Bedarf die in diesem Vertrag zugrunde gelegten neurologischen, psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen sowie psychotherapeutischen evidenzbasierten, praxiserprobten Behandlungsempfehlungen, nach welchen die im § 5 Abs. 3 lit. b) und Abs. 5 lit. b) des Vertrages geregelte Versorgung der Patienten erfolgt und schlägt dem Beirat ggf. Änderungen vor. Die Liste der Behandlungsempfehlungen wird auf der Internetseite des MEDIVERBUNDES unter www.medi-verbund.de oder der Internetseite des

BVDN oder DPtV sowie in **Anlage 17** veröffentlicht. Der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT stimmt einer Anpassung dieser Liste schon jetzt zu.

ABSCHNITT V: Erfüllung von Fortbildungspflichten nach § 95d SGB V (§ 5 Abs. 3 lit. c) des Vertrages)

Die FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN bilden sich bereits jetzt entsprechend den berufs- und vertragsarztrechtlichen Pflichten fort.

Pro Kalenderjahr sind vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN Kurse bzw. Fortbildungen zur Diagnostik und Behandlung der Krankheitsbilder der jeweiligen Fachgruppen zu absolvieren.

Die ärztlichen Verbände geben ihren Mitgliedern im Einvernehmen mit dem IFFM in ihren Rundbriefen Empfehlungen zu spezifischen Fortbildungsinhalten- und Veranstaltungen.

Im ärztlichen Bereich ist jährlich der Besuch von mindestens zwei solcher Fortbildungsveranstaltungen mit insgesamt mindestens 8 Fortbildungspunkten nachzuweisen.

Die psychotherapeutischen Verbände geben ihren Mitgliedern im Einvernehmen mit dem IFFM in ihren Rundbriefen Empfehlungen zu spezifischen Fortbildungsinhalten und -veranstaltungen. Jährlich sind zwei solcher Fortbildungsveranstaltungen von den PSYCHOTHERAPEUTEN zu absolvieren.

ABSCHNITT VI: Information über spezifische Gesundheits- und Präventionsangebote (§ 5 Abs. 4 lit. j) des Vertrages)

Informationen über Gesundheits- und Präventionsangebote erhält der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT fortlaufend von der AOK. Er informiert am Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie teilnehmende Versicherte über diese Gesundheitsangebote und empfiehlt ihnen situationsbezogen die Teilnahme. Dies betrifft insbesondere auch Beratungsangebote des Sozialen Dienstes der AOK / die Patientenbegleitung der BKK.

ABSCHNITT VII: Qualitätssicherung

I. Sektorenübergreifende Qualitätssicherung gem. § 137 SGB V ff.

Sobald die Verfahren zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung gem. § 137 a SGB V ff. implementiert sind, ist die Beteiligung daran für den FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT verpflichtend. Der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT beauftragt über die Teilnahmeerklärung die Managementgesellschaft mit der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben.

II. Qualitätssicherung

Für die Qualitätssicherung der Leistungserbringung nach diesem Vertrag können Qualitätssicherungsmaßnahmen festgelegt werden.

Abschnitt VIII. Evaluation

Die Vertragspartner können nach angemessener Vertragslaufzeit eine Evaluation des Vertrages durch Einschaltung eines externen universitären wissenschaftlichen Institutes durchführen. Über die Veröffentlichung der Ergebnisse entscheidet der Beirat. Dabei können insbesondere Verordnungs-, Diagnose- und Leistungsdaten in anonymisierter Form genutzt werden. Die Verarbeitung und Nutzung der erhobenen Daten erfolgt jeweils unter Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften.

Vertragssoftware und Hardware

ABSCHNITT I: VERTRAGSSOFTWARE

I. Zugelassene Vertragssoftwareprogramme

Die Liste der als Vertragssoftware zugelassenen Softwareprogramme und der Anbieter, bei denen der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT sie bestellen kann, ist jeweils aktuell auf der Internetseite des MEDIVERBUNDES unter www.medi-verbund.de im Bereich Verträge abrufbar. Diese Liste wird bei Neuzulassungen fortlaufend ergänzt.

II. Systemvoraussetzungen für die Vertragssoftwareprogramme

Der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT stellt sicher, dass seine eingesetzte Hard- und Software den Systemvoraussetzungen seiner gewählten Vertragssoftware entspricht. Die Systemvoraussetzungen der Vertragssoftware können beim jeweiligen Hersteller angefragt werden.

III. Weitere technische Voraussetzungen für die Nutzung der Vertragssoftware

- (1) Ausstattung mit einer onlinefähigen IT und Anbindung über z.B. DSL. Empfohlen wird dabei die Nutzung einer Flatrate für die Datenübertragung.
- (2) Ausstattung mit einem Arzteinformationssystem/einer Praxissoftware mit Zertifizierung gemäß BMV-Ä.

IV. Kosten für die Nutzung der Vertragssoftwareprogramme

Die Preise für Installation und Nutzung der Vertragssoftware erfährt der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT bei dessen Anbieter.

HINWEIS: Für die Nutzung (z.B. DSL) entstehen gesonderte Kosten in Abhängigkeit von der Vereinbarung, die der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT mit seinem Internet Service Provider getroffen hat.

ABSCHNITT II: HARDWARE UND TRANSPORTVERSCHLÜSSELUNG

Der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT ist darüber hinaus verpflichtet, Daten, die im Rahmen dieses Vertrages übermittelt werden, über einen verschlüsselten Übertragungsweg an die Managementgesellschaft zu übermitteln.

I. Zulässige Datenübertragungswege

Die Datenübertragung ist nur über eine verschlüsselte Verbindung erlaubt. Folgender Datenübertragungsweg ist zulässig:

- (1) Gematikfähiger Konnektor mit Kompatibilität zu den Vertragssoftwareprogrammen gemäß ABSCHNITT I. Im Laufe des ersten Teilnahmequartals des FACHARZTES/ PSYCHOTHERAPEUTEN muss der Konnektor installiert sein. Die Funktionsfähigkeit muss gegenüber der Managementgesellschaft durch ein Installationsprotokoll oder eine Testübertragung von Abrechnungsdateien (Testabrechnung) nachgewiesen werden.
- (2) Praxisbezogener HZV Online Key.

HINWEIS: Für die Anschaffung und den Betrieb eines Konnektors entstehen gesonderte Kosten.

ABSCHNITT III: TECHNISCHE FUNKTIONSTÖRUNGEN

Die AOK, die BKK und die Managementgesellschaft leisten keine technische Unterstützung bei der Installation, der Nutzung oder bei Fehlfunktionen der Vertragssoftware oder der zur Datenübermittlung eingesetzten Hardware. Technische Probleme werden von dem jeweiligen Anbieter von Hardware und Vertragssoftware bzw. Konnektor oder HZV Online Key behoben.

Starterpaket FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT

Das Starterpaket FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT enthält insbesondere

- Ggf. Infomaterialien der AOK und BKK
- Ggf. Bestellformulare für weitere Unterlagen

PROZESSBESCHREIBUNG FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT

Vertragsbeitritt des FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN und Einschreibung von HzV-Versicherten in das AOK-Facharztprogramm und Bosch BKK-Facharztprogramm

0 Inhaltsverzeichnis

0	Inhaltsverzeichnis	1
1	FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT	2
1.1	Vertragsteilnahme des FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN	2
1.1.1	Versendung des Infopakets	2
1.1.2	Einschreibung als FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT bei der Managementgesellschaft	2
1.1.3	Erfassung der teilnahmewilligen Ärzte/Psychotherapeuten/MVZ	2
1.1.4	Überprüfung der Eingangs-Teilnahmevoraussetzungen	2
1.1.5	Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen und Beginn der Teilnahme	3
1.1.6	Versand des Starterpaketes bei Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen	4
1.1.7	Lieferung des Teilnehmerverzeichnisses	4
1.2	Änderungen im FACHARZT-/PSYCHOTHERAPEUTEN-Bestand	4
1.2.1	Relevante Änderungen im FACHARZT-/PSYCHOTHERAPEUTEN-Bestand	4
1.2.2	Wechsel des Vertragsarztsitzes/Vertragspsychotherapeutensitzes innerhalb von Baden-Württemberg	4
1.2.3	Wechsel des Vertragsarztsitzes/Vertragspsychotherapeutensitzes in ein anderes Bundesland	5
1.2.4	Tod des FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN	5
1.2.5	Wegfall der Zulassung als Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeut/MVZ	5
1.2.6	Kündigung durch oder gegenüber dem FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN	5
1.3	Informationspflicht des FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN	5
2	Eingeschriebene Versicherte	6
2.1	Einschreibung der Versicherten (§ 4 Abs. 1 des Vertrages)	6
2.1.1	Einschreibung beim FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN	6
2.1.2	Beleglesung bei der AOK oder BKK	7
2.1.3	Prüfung und Bestätigung der Versicherteneinschreibung	7
2.1.4	Übermittlung des Versichertenverzeichnisses und Teilnahmebeginn Versicherte	7
2.2	Änderungen im Versichertenbestand	8

1 FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT

1.1 Vertragsteilnahme des FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN

1.1.1 Versendung des Infopaketes

Zum Beginn der Vertragslaufzeit versendet die Managementgesellschaft ein Infopaket gemäß **Anlage 1** zum Vertrag an alle der Managementgesellschaft bekannten und teilnahmeberechtigten Vertragsärzte/Vertragspsychotherapeuten gemäß § 2 des Vertrages. Das Infopaket enthält u.a. folgende Unterlagen

- Teilnahmeerklärung FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT;
- Vertrag;
- Informationen zur Vertragsteilnahme des FACHARZTES/PSYCHO-THERAPEUTEN und Liste der erforderlichen Nachweisdokumente (z. B. Nachweis Vertrags-Schulung, Nachweis der Bestellung eines Konnektors/Online-Keys)
- Stammdatenblatt
- Liste der AOK- und BKK-Ansprechpartner für den FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN

Gleichzeitig steht eine Teilnahmeerklärung FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT auf der Internetseite des MEDIVERBUNDES (www.medi-verbund.de) zum Download zur Verfügung.

1.1.2 Einschreibung als FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT bei der Managementgesellschaft

Der teilnahmeberechtigte Facharzt/Psychotherapeut füllt die Teilnahmeerklärung aus und sendet diese per Brief mit den nötigen Nachweisdokumenten an die Managementgesellschaft.

Fehlen für die Teilnahme relevante Informationen in der ausgefüllten Teilnahmeerklärung, nimmt die Managementgesellschaft Kontakt mit dem Facharzt/Psychotherapeuten auf und fordert die fehlenden Informationen schriftlich an.

Bei Teilnahme von BAG (z.B. Gemeinschaftspraxen) muss jeder Facharzt/Psychotherapeut in der BAG, der an dem Vertrag teilnehmen möchte, eine gesonderte Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines MVZ ist nur die Abgabe einer Teilnahmeerklärung durch den ärztlichen Leiter erforderlich.

1.1.3 Erfassung der teilnahmewilligen Ärzte/Psychotherapeuten/MVZ

Die Managementgesellschaft erfasst den Teilnahmewunsch des Facharztes/Psychotherapeuten/MVZs mit dem Status „angefragt“ in ihrer Datenbank. Gleichzeitig erfolgt die Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 3 Abs. 3 des Vertrages.

1.1.4 Überprüfung der Eingangs-Teilnahmevoraussetzungen

Die Überprüfung der im Vertrag genannten Teilnahmevoraussetzungen erfolgt durch die Managementgesellschaft. Folgende Eingangs-Teilnahmevoraussetzungen werden insbesondere

geprüft:

- Zulassung als Fachärzte für Neurologie, Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychologische Psychotherapeuten und/oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Vertragsärzte, die gemäß den Bedarfsplanungsrichtlinien ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind oder zugelassenes MVZ, das Leistungen nach diesem Vertrag durch o.g. tätige Ärzte erbringt, mit Vertragsarztsitz/Vertragspsychotherapeuten-sitz und Hauptbetriebsstätte in Baden-Württemberg; persönlich ermächtigte Ärzte/Psychotherapeuten, die an diesem Vertrag teilnehmen, müssen die für die Behandlung notwendigen Räumlichkeiten in Baden-Württemberg nachweisen;
- Ausstattung mit einer Vertragssoftware;
- Vorhalten eines Konnektors/Onliney-Keys;
- Nachweis der Funktionsfähigkeit des Konnektors durch einen erfolgreichen Test gegenüber der Managementgesellschaft;
- Teilnahme des Arztes und mindestens einer/s medizinischen Fachangestellten (sofern vorhanden) an einer Vertragsschulung (Teilnahmebestätigung des Vertragsarztes bzw. angestellten neurologisch/psychiatrisch/psychotherapeutisch tätigen Arztes im MVZ an einer Präsenzveranstaltung bzw. Online-Vertragsschulung); der Facharzt/Psychotherapeut /das MVZ übermittelt die für ihn und den/die medizinische(n) Fachangestellte(n) ausgestellten Teilnahmenachweise an die Managementgesellschaft.

1.1.5 Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen und Beginn der Teilnahme

Erfüllt der Facharzt/Psychotherapeut/das MVZ alle Teilnahmevoraussetzungen, erhält der Facharzt/Psychotherapeut/das MVZ von der Managementgesellschaft eine Bestätigung über Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen. Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, an dem beim FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT das Bestätigungsschreiben über seine Vertragsteilnahme eingeht (§ 3 Abs. 4 lit. b des Vertrages), in der Regel per Fax. Im Bestätigungsschreiben ist der Tag des Beginns der Vertragsteilnahme (in der Regel Tag der Absendung des Faxes) noch einmal genannt. Eine Bestätigung über eine Vertragsteilnahme erfolgt in Abhängigkeit zur Regelung in Anlage 8. Wird während der Vertragslaufzeit dieser Anteil unterschritten, können die AOK und die BKK gemäß § 17 Abs. 3 des Vertrages kündigen.

Erfüllt der Facharzt/Psychotherapeut/das MVZ die Teilnahmevoraussetzungen im Sinne von § 3 Abs. 3 des Vertrages nicht, erhält er/es in einem Vier-Wochen-Rhythmus ein Schreiben mit Angabe der fehlenden Teilnahmevoraussetzungen. Die Managementgesellschaft prüft regelmäßig die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen von Fachärzten/ Psychotherapeuten, deren Teilnahmevoraussetzungen noch nicht vollständig erfüllt sind. Erfüllt ein Facharzt/Psychotherapeut

Anlage 6

nach drei Monaten noch immer nicht die Teilnahmevoraussetzungen, wird sein Teilnahmeantrag storniert; der entsprechende Status „angefragt“ in der Datenbank der Managementgesellschaft wird gelöscht.

1.1.6 Versand des Starterpaketes bei Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen

Nach Versand des Bestätigungsschreibens erfolgt der Versand der Starterpakete gemäß **Anlage 5** zum Vertrag durch die Managementgesellschaft oder ein von ihr beauftragtes Unternehmen.

1.1.7 Lieferung des Teilnehmerverzeichnisses

Die Managementgesellschaft sendet täglich an die AOK und die BKK das Gesamtteilnehmerverzeichnis nach Maßgabe der zwischen AOK bzw. BKK und Managementgesellschaft vereinbarten Regelungen (Fachkonzept gemäß **Anlage 9** zum Vertrag).

1.2 Änderungen im FACHARZT-/PSYCHOTHERAPEUTEN-Bestand

1.2.1 Relevante Änderungen im FACHARZT-/PSYCHOTHERAPEUTEN-Bestand

Änderungen im FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN-Bestand können durch die FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN, die AOK und die BKK an die Managementgesellschaft gemeldet werden. Die Änderungsmitteilungen werden durch die Managementgesellschaft zeitnah geprüft und verarbeitet (vgl. zu den Informationspflichten des FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN auch § 6 des Vertrages und unten Ziffer 1.3).

Folgende Änderungen haben Auswirkungen auf das Verzeichnis der FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN:

- Umzug des Vertragsarztsitzes/Vertragspsychotherapeutensitzes innerhalb von Baden-Württemberg (Wechsel der Betriebsstätte, Wechsel der Betriebsstättennummer);
- Wechsel des Vertragsarztsitzes in ein anderes Bundesland;
- Tod des FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN;
- Rückgabe/Entzug/Ruhen/Verzicht der/auf die Vertragsarztzulassung/Zulassung des Vertragspsychotherapeuten/Zulassung des MVZ;
- ordentliche Kündigung durch den FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN;
- außerordentliche Kündigung durch den FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN;
- außerordentliche Kündigung gegenüber dem FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT durch die Managementgesellschaft.
- Ablauf der persönlichen Ermächtigung, bei MVZ: Ausscheiden eines angestellten Neurologen/Psychiaters/Psychotherapeuten bzw. angestellter Ärzte/Psychotherapeuten gemäß 1.1.4.

1.2.2 Wechsel des Vertragsarztsitzes/Vertragspsychotherapeutensitzes innerhalb von Baden-Württemberg

Zieht ein FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT mit seinem Vertragsarztsitz/Vertrags-

Anlage 6

psychotherapeutensitz innerhalb von Baden-Württemberg um, bleibt seine Teilnahme am Vertrag davon unberührt. Alle Adressänderungen von FACHÄRZTEN/PSYCHO-THERAPEUTEN, sofern sie an die Managementgesellschaft gemeldet werden oder die Managementgesellschaft davon Kenntnis erlangt, werden in der Datenbank erfasst und an die AOK und BKK gemeldet.

1.2.3 Wechsel des Vertragsarztsitzes/Vertragspsychotherapeutensitzes in ein anderes Bundesland

Zieht ein FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT mit seinem Vertragsarztsitz/Vertragspsychotherapeutensitz aus Baden-Württemberg weg, endet automatisch die Vertragsteilnahme des FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN mit sofortiger Wirkung, ohne dass es einer Kündigung eines der Vertragspartner bedarf, da mit dem Wegzug die Zulassung in Baden-Württemberg endet (vgl. § 8 Abs. 1 des Vertrages).

1.2.4 Tod des FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN

Verstirbt ein FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT, wird die Vertragsteilnahme zum Todestag beendet.

1.2.5 Wegfall der Zulassung als Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeut/MVZ

Bei Wegfall der Zulassung (Rückgabe, Entzug, Verzicht, Ruhen, Erreichen der Altersgrenze, Ablauf der Ermächtigung etc.) endet die Vertragsteilnahme automatisch zum Zeitpunkt der Wirksamkeit der Zulassungsrückgabe/des Zulassungsentzuges (vgl. § 8 Abs. 1 des Vertrages).

1.2.6 Kündigung durch oder gegenüber dem FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN

Im Falle einer ordentlichen (grundsätzlich Drei-Monats-Frist; abweichende Fristen bei Sonderkündigungen gemäß §§ 19 Abs. 2, 26 Abs. 4 des Vertrages) oder außerordentlichen (fristlosen) Kündigung des FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN oder gegenüber dem FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN (§ 8 Abs. 3 bis Abs. 5 des Vertrages) endet die Vertragsteilnahme zum jeweiligen Zeitpunkt der Wirksamkeit der Kündigung. Das Versäumen von Fristen zur Erfüllung obligatorischer Teilnahmevoraussetzungen führt zur Beendigung der Vertragsteilnahme zum Fristende.

1.3 Informationspflicht des FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN

Der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT muss die in § 6 Abs. 2 des Vertrages genannten Änderungen, die sämtlich Einfluss auf seine Vertragsteilnahme als FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT oder abrechnungsrelevante Informationen haben können, spätestens drei Monate vor Eintritt der Änderung gegenüber der Managementgesellschaft, der AOK und der BKK durch Übermittlung des Stammdatenblatts schriftlich anzeigen, es sei denn, der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT erlangt erst zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderung. In letzterem Fall ist der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT verpflichtet, den Eintritt der Änderung unverzüglich, d.h. ohne schuldhaftes Zögern, nachdem er von der jeweiligen Änderung Kenntnis erlangt hat, anzuzeigen. Schuldhaftes Zögern und verspätete Übermittlung von Änderungen führen zur Rückforderung bereits gezahlter Vergütung sowie zu Schadensersatzforderungen für entstandene Aufwände gemäß ABSCHNITT III der **Anlage 12** des

Vertrages.

2 Eingeschriebene Versicherte

2.1 Einschreibung der Versicherten (§ 4 Abs. 1 des Vertrages)

2.1.1 Einschreibung beim FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN

Der Patient erklärt in der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN-Praxis seine Teilnahme am AOK-Facharztprogramm bzw. Bosch BKK-Facharztprogramm. Der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT markiert in der Vertragssoftware den Patienten als potenziellen Teilnehmer und druckt die Teilnahmeerklärung aus. Das Formular Teilnahmeerklärung „AOK-Facharztprogramm“ bzw. „Facharztprogramm“ (BKK) darf durch den FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN inhaltlich nicht verändert werden. Mit der Teilnahmeerklärung wird insbesondere

- die Teilnahme am AOK-Facharztprogramm bzw. Bosch BKK-Facharztprogramm für mindestens 12 Monate verbindlich vereinbart;
- der Patient auf grundlegende Teilnahmebedingungen am AOK-Facharztprogramm bzw. Bosch BKK-Facharztprogramm hingewiesen;
- eine datenschutzrechtliche Einwilligung des Patienten eingeholt.

Darüber hinaus gelten alle Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 7.

Vor Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung durch den Patienten wird der Versicherte durch den FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN über den Inhalt des AOK-Facharztprogrammes bzw. des Facharztprogrammes der Bosch BKK und gemäß § 295a SGB V umfassend über die vorgesehene Datenübermittlung gemäß Anlage 7 Anhang 2 (Merkblatt zum AOK-Facharztprogramm für Versicherte der AOK Baden-Württemberg bzw. Merkblatt zum Facharztprogramm der Bosch BKK) informiert und erhält diese Information schriftlich durch den FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN ausgehändigt. Mit der Einwilligung in die Teilnahme willigt der Versicherte zugleich in die damit verbundene Datenübermittlung gemäß § 295 a Abs. 1 und Abs. 2 SGB V ein.

Vor Übersendung der Einschreibedaten muss der Arzt in seiner Vertragssoftware in einer Abfrage bestätigen, dass die Unterschrift des Versicherten vorliegt. Dazu wird auf den ausgedruckten Exemplaren der Teilnahmeerklärung ein vierstelliger Code zu lesen sein, der ebenfalls korrekt in der Vertragssoftware eingegeben werden muss, bevor der Datensatz an das beauftragte Rechenzentrum übermittelt werden kann.

Ein Exemplar der unterzeichneten Teilnahmeerklärung „AOK-Facharztprogramm“ bzw. „Facharztprogramm der Bosch BKK“ händigt der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT dem Versicherten aus. Der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT ist verpflichtet, die zweite vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Teilnahmeerklärung „AOK-Facharztprogramm“ bzw. „Facharztprogramm der Bosch BKK“ entsprechend der geltenden Aufbewahrungsristen in der Praxis

aufzubewahren.

Damit die AOK bzw. BKK ihrer vertraglichen Verpflichtung nach § 12 Abs. 3 und 4 des Vertrags nachkommen kann, müssen in Einzelfällen die Vertragspartner die Möglichkeit der Überprüfung der Teilnahmeerklärungen zur Sicherstellung der korrekten Umsetzung der Versicherten-Teilnahme am AOK-FacharztProgramm bzw. Facharztprogramm der Bosch BKK haben. Hiervon betroffen sind fachliche Klärungen, die für die AOK bzw. BKK auf Grund des entfallenen Beleginleseverfahrens nicht mehr ersichtlich sind, beispielhaft bei AOK-/BKK-Versicherten mit einer vermerkten Betreuung (Abklärung, ob die Unterschrift durch Betreuer erfolgte). Der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT verpflichtet sich, die Vertragspartner bei der Sachverhaltsklärung zu unterstützen. Im Bedarfsfall ist der AOK bzw. BKK eine Kopie der Teilnahmeerklärung auszuhändigen bzw. zu schicken. Darüber hinaus ist eine stichprobenhafte Überprüfung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung „AOK-FacharztProgramm“ bzw. „Facharztprogramm der Bosch BKK“ durch die Vertragspartner möglich.

Eine Einschreibung in das AOK-FacharztProgramm bzw. Facharztprogramm der Bosch BKK ist auch beim HAUSARZT möglich.

2.1.2 Belegung bei der AOK oder BKK

Die in der Teilnahmeerklärung „AOK-FacharztProgramm“ bzw. „FacharztProgramm der Bosch BKK“ aufgeführten Daten des Versicherten sendet der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT nach erfolgter Unterschrift durch den Versicherten und den FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT online mittels der Vertragssoftware an die Managementgesellschaft. Diese sendet die Einschreibedaten regelmäßig an die AOK oder BKK bzw. den von ihnen beauftragten Dienstleister. Die annehmende Stelle bei der AOK bzw. BKK prüft die Versichertendaten und überträgt die Versichertenstammdaten in ein AOK-/BKK-internes System.

2.1.3 Prüfung und Bestätigung der Versicherteneinschreibung

Die AOK prüft durch Abgleich mit ihrem Versichertenbestand, ob der Patient bei der AOK versichert ist und an der HZV teilnimmt. Sind alle Versichertendaten korrekt ausgefüllt, kann der Versicherte gemäß den Teilnahmebedingungen der AOK (**Anlage 7** zum Vertrag: Teilnahmeerklärung AOK-FacharztProgramm und Merkblatt für Versicherte) am AOK-FacharztProgramm frühestens zum Folgequartal teilnehmen. Dasselbe gilt analog für die BKK und ihre Versicherten.

2.1.4 Übermittlung des Versichertenverzeichnisses und Teilnahmebeginn Versicherte

Die AOK bzw. die BKK meldet die Teilnahme des Versicherten an die Managementgesellschaft in einem Teilnehmerverzeichnis (TVZ).

Wenn eine „Teilnahmeerklärung AOK-FacharztProgramm“ eines AOK-Versicherten bis zum 1. Kalendertag des zweiten Monats vor Beginn eines Abrechnungsquartals bei der AOK eingegangen ist (1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November), führt dies in der Regel zur Einschreibung dieses Versicherten in das AOK-FacharztProgramm mit Wirkung zum nächsten Quartal. Die Managementgesellschaft erhält eine Liste der teilnehmenden Versicherten grundsätzlich zum 20. Tag des letzten Monats vor Beginn des Abrechnungsquartals. Da diese Liste immer nur in Abhängigkeit zur aktuellen HZV-Liste erstellt werden kann, verständigen sich die Vertragspartner bei

Abweichungen. Dasselbe gilt analog für die BKK und ihre Versicherten.

Dem FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT steht die Information über den Teilnahmestatus eines Patienten im AOK- bzw. Bosch BKK-Facharztprogramm zum Beginn eines Abrechnungsquartals über die Vertragssoftware zur Verfügung.

Die AOK und die BKK informieren ihre teilnehmenden Versicherten über den Teilnahmestatus und das Beginn-Datum.

2.2 Änderungen im Versichertenbestand

Nach Maßgabe der AOK-Teilnahmebedingungen am AOK-FacharztProgramm können sich Änderungen im Versichertenbestand ergeben (z. B. Ausscheiden aus dem AOK-FacharztProgramm).

Änderungen im Versichertenbestand werden durch die AOK aufgenommen und im Rahmen der Lieferung eines historisierten Teilnehmerverzeichnisses (TVZ gemäß 2.1.4) an die Managementgesellschaft übermittelt. Dasselbe gilt für die BKK und ihre Versicherten.

Teilnahmebedingungen HZV-Versicherte

1. AOK: Die Teilnahmebedingungen für HZV-Versicherte, die sich in das AOK Facharzt-Programm einschreiben, ergeben sich aus der Satzung der AOK in ihrer jeweils aktuellen Fassung in Verbindung mit der Teilnahmeerklärung "AOK-Facharztprogramm" und einem "Merkblatt" zum AOK-Facharztprogramm für Versicherte der AOK Baden-Württemberg. Die Teilnahmeerklärung und das Merkblatt sind in einem Anhang zu dieser Anlage enthalten.
2. BKK: Die Teilnahmebedingungen für HZV-Versicherte, die sich in das BKK Facharzt-Programm einschreiben, ergeben sich aus der Satzung der BKK in ihrer jeweils aktuellen Fassung in Verbindung mit der Teilnahmeerklärung "BKK-Facharztprogramm" und einem "Merkblatt" zum BKK-Facharztprogramm für Versicherte der BKK in Baden-Württemberg. Die Teilnahmeerklärung und das Merkblatt sind in einem Anhang zu dieser Anlage enthalten.

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

+ TE-ID+

Hiermit erkläre ich gegenüber der AOK Baden-Württemberg, dass

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

Mir ist bekannt, dass

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

Mir ist bekannt, dass

- **ich die hier abgegebene Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.**
- meine im Rahmen des AOK-FacharztProgramms verarbeiteten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem AOK-FacharztProgramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am AOK-FacharztProgramm.
- im AOK-FacharztProgramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich im jeweiligen aktuellen Merkblatt mitgeteilt bekomme.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am AOK-FacharztProgramm teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramm-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür entbinde 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 erhalten und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenverarbeitung im Rahmen des AOK-FacharztProgramms i.V.m. dem AOK-HausarztProgramm sind im Merkblatt beschrieben.
- im Datenbestand der AOK und der am AOK-Facharzt- sowie AOK-HausarztProgramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramm teilnehme.
- **ich mit meiner Teilnahme am AOK-FacharztProgramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit dem AOK-HausarztProgramm zustimme, ohne dass ich erneut eine Teilnahmeerklärung unterschreiben muss.** Ich werde rechtzeitig über neue Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms durch die AOK informiert. **Sofern ich nicht mit der Teilnahme an allen Verträgen am AOK-FacharztProgramm insgesamt einverstanden bin, kann ich unter Einhaltung einer Sonderkündigungsfrist (siehe Merkblatt) ab dem Zeitpunkt, zu dem ich über die Vertragsänderung informiert wurde, kündigen. In diesem Fall enden für mich alle Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms.**
Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm bleibt davon unberührt.

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

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

<TE-Code:>

Exemplar für den Patienten

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

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

+ TE-ID+

Hiermit erkläre ich gegenüber der AOK Baden-Württemberg, dass

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

Mir ist bekannt, dass

- **ich die hier abgegebene Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.**
- meine im Rahmen des AOK-FacharztProgramms verarbeiteten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem AOK-FacharztProgramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am AOK-FacharztProgramm.
- im AOK-FacharztProgramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich im jeweiligen aktuellen Merkblatt mitgeteilt bekomme.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am AOK-FacharztProgramm teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramm-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür entbinde 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 erhalten und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenverarbeitung im Rahmen des AOK-FacharztProgramms i.V.m. dem AOK-HausarztProgramm sind im Merkblatt beschrieben.
- im Datenbestand der AOK und der am AOK-Facharzt- sowie AOK-HausarztProgramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramm teilnehme.
- **ich mit meiner Teilnahme am AOK-FacharztProgramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit dem AOK-HausarztProgramm zustimme, ohne dass ich erneut eine Teilnahmeerklärung unterschreiben muss.** Ich werde rechtzeitig über neue Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms durch die AOK informiert. **Sofern ich nicht mit der Teilnahme an allen Verträgen am AOK-FacharztProgramm insgesamt einverstanden bin, kann ich unter Einhaltung einer Sonderkündigungsfrist (siehe Merkblatt) ab dem Zeitpunkt, zu dem ich über die Vertragsänderung informiert wurde, kündigen. In diesem Fall enden für mich alle Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms.**
Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm bleibt davon unberührt.

Exemplar für den Arzt/Therapeuten

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

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

<TE-Code:>

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

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



Teilnahmeerklärung für die besondere ambulante ärztliche Versorgung (Facharztprogramm) gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (Hausarztprogramm) gemäß § 73b SGB V

Nur für Bosch BKK Facharztprogramm

+TE-ID+

Hiermit erkläre ich gegenüber der Bosch BKK, dass

- ich bei der Bosch BKK versichert bin.
- ich ausführlich und umfassend über das Facharztprogramm informiert bin und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen, die Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Übermittlung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, **frühestens mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende meines Teilnahmejahres** (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme am Facharztprogramm schriftlich gegenüber der Bosch BKK kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate.
- ich mich verpflichte, immer zuerst den von mir gewählten Hausarzt im Rahmen meiner Teilnahme am Hausarztprogramm aufzusuchen und andere Ärzte, die am Facharztprogramm teilnehmen, nur in Abstimmung mit meinem gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen (Überweisung). Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologen und Augenärzten sowie von ärztlichen Notfall- diensten. Des Weiteren ist die Direktinanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten möglich.
- ich grundsätzlich nur Fachärzte auf Überweisung aufsuche, die am Facharztprogramm teilnehmen.
- ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die Bosch BKK informiere, da ggf. die Teilnahme am Facharztprogramm nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme am Facharztprogramm freiwillig ist.
- ich bei Nichteinhaltung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus dem Facharztprogramm ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der Bosch BKK-Versicherung der Ausschluss aus dem Facharztprogramm und dem Hausarztprogramm erfolgt
- ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn am Facharztprogramm informiert werde (i.d.R. beginnt die Teilnahme im Folgequartal).
- mit dem Ende meiner Teilnahme am Hausarztprogramm meine Teilnahme am Facharztprogramm endet; für den Fall, dass mein gewählter Hausarzt ausscheidet, verbleibe ich für das laufende Quartal und ein Folgequartal im Facharztprogramm, um mich bei einem neuen Hausarzt einschreiben zu können.
- ich die hier abgegebene Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen in Textform, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Bosch BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. In besonderen Härtefällen (z. B. Wegzug aus Baden-Württemberg) kann vor Ablauf des Teilnahmejahres eine Kündigung zum nächstmöglichen Quartalsende erfolgen.

- meine im Rahmen des Facharztprogramms erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem Facharztprogramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am Facharztprogramm.
- im Facharztprogramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich im jeweiligen aktuellen Merkblatt mitgeteilt bekomme.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am Facharztprogramm teilnehmen sowie andere an meiner Behandlung beteiligten Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine Hausarzt- und Facharztprogramm- Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür entbinde ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht. Im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die Bosch BKK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erhalten und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen des Facharztprogramms in Verbindung mit dem Hausarztprogramm sind im Merkblatt beschrieben.
- im Datenbestand der Bosch BKK und der am Facharzt- sowie Hausarztprogramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am Hausarzt- und Facharztprogramm teilnehme.
- die Bosch BKK 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 Facharztprogramm befragen können. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig.
- **ich mit meiner Teilnahme am Facharztprogramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit dem Hausarztprogramm zustimme, ohne dass ich erneut eine Teilnahmeerklärung unterschreiben muss.** Ich werde rechtzeitig über neue Verträge im Rahmen des Facharztprogramms durch die Bosch BKK informiert. **Sofern ich nicht mit der Teilnahme an allen Verträgen des Facharztprogramms einverstanden bin, kann ich unter Einhaltung einer Sonderkündigungsfrist kündigen. Diese beträgt einen Kalendermonat ab dem Zeitpunkt, zu dem ich über die Vertragsänderung informiert wurde. In diesem Fall enden für mich alle Verträge im Rahmen des Facharztprogramms.** Die Teilnahme am Hausarztprogramm bleibt davon unberührt.

Ja, ich möchte an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (Facharztprogramm) in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (Hausarztprogramm) teilnehmen.

Ja, ich habe das Merkblatt erhalten und bin mit den beschriebenen Inhalten sowie der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen dieser Vertragsteilnahme einschließlich der wissenschaftlichen Studien und Versichertenbefragung einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung erteile in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten, Sozialdaten, meiner Kontaktdaten sowie Daten, die im Rahmen der Evaluation erfasst werden.

Bitte das heutige Datum eintragen

<input type="text"/>							
T	T	M	M	J	J	J	J

<TE-Code>

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

Unterschrift des Versicherten /gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Exemplar für den Patienten

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



Teilnahmeerklärung für die besondere ambulante ärztliche Versorgung (Facharztprogramm) gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (Hausarztprogramm) gemäß § 73b SGB V

Nur für Bosch BKK Facharztprogramm

+TE-ID+

Hiermit erkläre ich gegenüber der Bosch BKK, dass

- ich bei der Bosch BKK versichert bin.
- ich ausführlich und umfassend über das Facharztprogramm informiert bin und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen, die Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Übermittlung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, **frühestens mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende meines Teilnahmejahres** (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme am Facharztprogramm schriftlich gegenüber der Bosch BKK kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate.
- ich mich verpflichte, immer zuerst den von mir gewählten Hausarzt im Rahmen meiner Teilnahme am Hausarztprogramm aufzusuchen und andere Ärzte, die am Facharztprogramm teilnehmen, nur in Abstimmung mit meinem gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen (Überweisung). Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologen und Augenärzten sowie von ärztlichen Notfall- diensten. Des Weiteren ist die Direktinanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten möglich.
- ich grundsätzlich nur Fachärzte auf Überweisung aufsuche, die am Facharztprogramm teilnehmen.
- ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die Bosch BKK informiere, da ggf. die Teilnahme am Facharztprogramm nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme am Facharztprogramm freiwillig ist.
- ich bei Nichteinhaltung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus dem Facharztprogramm ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der Bosch BKK-Versicherung der Ausschluss aus dem Facharztprogramm und dem Hausarztprogramm erfolgt
- ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn am Facharztprogramm informiert werde (i.d.R. beginnt die Teilnahme im Folgequartal).
- mit dem Ende meiner Teilnahme am Hausarztprogramm meine Teilnahme am Facharztprogramm endet; für den Fall, dass mein gewählter Hausarzt ausscheidet, verbleibe ich für das laufende Quartal und ein Folgequartal im Facharztprogramm, um mich bei einem neuen Hausarzt einschreiben zu können.
- ich die hier abgegebene Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen in Textform, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Bosch BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. In besonderen Härtefällen (z. B. Wegzug aus Baden-Württemberg) kann vor Ablauf des Teilnahmejahres eine Kündigung zum nächstmöglichen Quartalsende erfolgen.

- meine im Rahmen des Facharztprogramms erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem Facharztprogramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am Facharztprogramm.
- im Facharztprogramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich im jeweiligen aktuellen Merkblatt mitgeteilt bekomme.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am Facharztprogramm teilnehmen sowie andere an meiner Behandlung beteiligten Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine Hausarzt- und Facharztprogramm- Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür entbinde ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht. Im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die Bosch BKK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erhalten und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen des Facharztprogramms in Verbindung mit dem Hausarztprogramm sind im Merkblatt beschrieben.
- im Datenbestand der Bosch BKK und der am Facharzt- sowie Hausarztprogramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am Hausarzt- und Facharztprogramm teilnehme.
- die Bosch BKK 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 Facharztprogramm befragen können. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig.
- **ich mit meiner Teilnahme am Facharztprogramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit dem Hausarztprogramm zustimme, ohne dass ich erneut eine Teilnahmeerklärung unterschreiben muss.** Ich werde rechtzeitig über neue Verträge im Rahmen des Facharztprogramms durch die Bosch BKK informiert. **Sofern ich nicht mit der Teilnahme an allen Verträgen des Facharztprogramms einverstanden bin, kann ich unter Einhaltung einer Sonderkündigungsfrist kündigen. Diese beträgt einen Kalendermonat ab dem Zeitpunkt, zu dem ich über die Vertragsänderung informiert wurde. In diesem Fall enden für mich alle Verträge im Rahmen des Facharztprogramms.** Die Teilnahme am Hausarztprogramm bleibt davon unberührt.

Ja, ich möchte an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (Facharztprogramm) in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (Hausarztprogramm) teilnehmen.

Ja, ich habe das Merkblatt erhalten und bin mit den beschriebenen Inhalten sowie der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen dieser Vertragsteilnahme einschließlich der wissenschaftlichen Studien und Versichertenbefragung einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung erteile in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten, Sozialdaten, meiner Kontaktdaten sowie Daten, die im Rahmen der Evaluation erfasst werden.

Bitte das heutige Datum eintragen

<input type="text"/>							
T	T	M	M	J	J	J	J

<TE-Code>

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

Unterschrift des Versicherten /gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Exemplar für den Arzt

Merkblatt zum AOK-FacharztProgramm für Versicherte der AOK Baden-Württemberg

1. Was ist das AOK-FacharztProgramm?

Unter dem AOK-FacharztProgramm versteht man die Gesamtheit von Facharztverträgen der AOK Baden-Württemberg auf Rechtsgrundlage von § 140a SGB V. Ziel dieser Verträge ist es, flächendeckend die ambulante fachärztliche Versorgung in Verbindung mit der Hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) zu verbessern und dabei besonders die Verzahnung zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung zu fördern.

2. Welche Verträge gehören zum AOK-FacharztProgramm?

Die AOK Baden-Württemberg verfügt derzeit über einzelne Verträge in den Fachgebieten

- Kardiologie
- Gastroenterologie
- Psychiatrie/Neurologie/Psychotherapie (kurz: PNP)
- Orthopädie/Rheumatologie
- Urologie
- Diabetologie
- Nephrologie
- Pneumologie
- TeleDermatologie (hausärztlich angeforderte Telekonsile aus dem Fachgebiet Dermatologie)

3. Wer kann am AOK-FacharztProgramm teilnehmen?

Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der AOK Baden-Württemberg, die an der Hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73b SGB V (AOK-HausarztProgramm) teilnehmen.

4. Hinweise zu Ihrer Teilnahme sowie zur Dauer und Mindestbindung

a) Allgemeines zur Teilnahme

Die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm ist **freiwillig** und **kostenfrei**. Erforderlich ist hierfür lediglich eine schriftliche oder elektronische Teilnahmeerklärung. Diese können Sie bei einem/r Hausarzt/ärztin des AOK-HausarztProgramms oder einem/r teilnehmenden Facharzt/ärztin der unter Ziffer 2 genannten Verträge abgeben. Diese/r leitet die Teilnahmeerklärung als gesicherten elektronischen Datensatz über die Managementgesellschaft an die AOK Baden-Württemberg weiter (hierzu Ziffer 1 der Patienteninformation zum Datenschutz).

Die Teilnahme am FacharztProgramm umfasst **alle** unter Ziffer 2 genannten **Verträge**, d. h. es erfolgt keine Teilnahme je Vertrag, sondern eine gesamthafte Teilnahme an allen Verträgen. Die Teilnahme schließt auch zukünftige Verträge des AOK-FacharztProgramms ein, die zum Zeitpunkt der Unterzeichnung Ihrer Teilnahmeerklärung noch nicht abgeschlossen sind. Über die neuen Verträge werden Sie jeweils gesondert informiert.

Die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm ist mit der Teilnahme an einem **Wahltarif** gem. § 53 Abs. 3 SGB V verbunden. Dieser beinhaltet die Befreiung von Zuzahlungen für viele rabattierte Generika (Arzneimittel) sowie für bestimmte Hilfsmittel (etwa für Diabetiker) und ist ebenfalls **kostenfrei**. Das Nähere zum Wahltarif ergibt sich aus § 17i unserer Satzung.

b) Beginn

Die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm wird zum Beginn eines Quartals wirksam (1. Jan. / 1. April / 1. Juli oder 1. Okt.). Über Ihren individuellen Starttermin informiert Sie ein Begrüßungsschreiben der AOK Baden-Württemberg. Damit die Teilnahme zum nächsten Quartal möglich ist, muss die Teilnahmeerklärung bis zum 1. Tag im zweiten Monat des Vorquartals bei der AOK Baden-Württemberg eingegangen sein.

Beispiele:

- *Eingang der Teilnahmeerklärung bei der AOK am 15. Jan. → Beginn am 1. April;*
- *Eingang der Teilnahmeerklärung bei der AOK am 15. Feb. → Beginn am 1. Juli*
(für den 1. April hätte die Teilnahmeerklärung bei der AOK bis 1. Feb. vorliegen müssen)

c) Dauer / Mindestbindung

Die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm erfolgt für 12 Monate (Mindestbindung) und verlängert sich jeweils um weitere 12 Monate, sofern sie nicht gekündigt wird oder aus sonstigem Grund (siehe Buchstabe d) endet.

d) Ende / Kündigung

Die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm kann mit einer Frist von einem Monat zum Ablauf des jeweiligen 12-Monats-Zeitraums schriftlich gekündigt werden (Anschrift: AOK Baden-Württemberg, AOK-FacharztProgramm, 70120 Stuttgart). Darüber hinaus endet die Teilnahme mit dem Ende der Versicherung bei der AOK Baden-Württemberg oder mit dem Ende der Teilnahme am AOK-HausarztProgramm. Bei einer Beendigung der Teilnahme am AOK-HausarztProgramm aufgrund der Beendigung der Tätigkeit des gewählten Hausarztes verbleiben Sie ein weiteres Quartal im AOK-FacharztProgramm. In diesem Übergangsquartal haben Sie die Möglichkeit, einen neuen Hausarzt zu wählen und somit im AOK-FacharztProgramm zu verbleiben.

Im Falle der Erweiterung des AOK-FacharztProgramms um einen neuen Vertrag (siehe Ziffer 2) erhalten Sie unabhängig von der Mindestbindungsfrist ein Sonderkündigungsrecht von einem Monat nach Information der AOK über den neuen Vertrag. Die Sonderkündigung wirkt zum Ende des nächstmöglichen Quartals.

e) Widerruf

Sie können die Abgabe Ihrer Teilnahmeerklärung innerhalb einer Frist von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK Baden-Württemberg ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK. Blinde und Sehbehinderte werden im Bedarfsfall im Rahmen der Einschreibung mündlich über die Möglichkeit des Widerrufs der Teilnahme belehrt.

5. Welche Pflichten sind mit der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm verbunden?

Mit der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm verpflichten Sie sich, grundsätzlich Arztpraxen in Anspruch zu nehmen, die an einem der unter Ziffer 2. genannten Verträge teilnehmen.* Teilnehmende Ärzte oder Psychotherapeuten sind tagesaktuell unter der Internetseite <https://www.medi-arztsuche.de/> abrufbar.

* Die Verpflichtung zur vorrangigen Inanspruchnahme von Ärztinnen und Ärzten des FacharztProgramms gilt nicht bei Dermatologen und nicht in medizinischen Notfällen oder der Inanspruchnahme des ärztlichen Notdienstes. Darüber hinaus können Ärzte/innen konsultiert werden, deren Fachrichtung nicht Bestandteil des AOK-FacharztProgramms ist.

Bei wiederholten Verstößen gegen diese Pflicht kann die AOK Baden-Württemberg zum Ende des nächstmöglichen Quartals Ihre Teilnahme am AOK-FacharztProgramm kündigen. Hierüber werden Sie gesondert informiert und zunächst zu einem vertragskonformen Verhalten aufgefordert. Darüber hinaus ist bei schweren oder wiederholten Verstößen gegen die Verpflichtungen aus dem FacharztProgramm eine Beteiligung an den Mehrkosten möglich, die der AOK Baden-Württemberg durch die unbegründete Konsultation von Praxen außerhalb des Programms entstehen.

6. Welche Rechte erhalten Sie aus der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm?

Mit der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm können Sie alle Vorteile aus den einzelnen Verträgen in Anspruch nehmen. Diese umfassen u. a. Mehrleistungen gegenüber der Regelversorgung (z. B. erweiterte Vorsorgeuntersuchungen) oder die Teilnahme am Wahltarif (siehe Ziffer 4). Diese Vorteile sind auf der Website der AOK Baden-Württemberg (<https://www.aok.de/pk/bw/>) ausführlich beschrieben.

Patienteninformation zum Datenschutz

Informationspflicht bei Erhebung von personenbezogenen Daten bei der betroffenen Person gemäß Artikel 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO):

1. Verarbeitung von Sozialdaten bei der Einschreibung in das AOK-FacharztProgramm (Teilnahme)

Zur Einschreibung (Teilnahmeerklärung) in das AOK-FacharztProgramm werden folgende Sozialdaten verarbeitet:

- Name, Vorname des Versicherten
- Adresse des Versicherten
- Krankenversicherungsnummer des Versicherten
- Krankenkasse des Versicherten
- Geburtsdatum des Versicherten
- Individueller aus der Vertragsarztsoftware generierter Einschreibecode

Diese Daten werden von der einschreibenden Arzt- bzw. Therapeutenpraxis elektronisch verarbeitet und mittels vertragspezifischer Praxissoftware über die Managementgesellschaft an die AOK Baden-Württemberg weitergeleitet.

Wer ist die Managementgesellschaft und welche Aufgaben hat diese?

MEDIVERBUND AG
Liebknechtstr. 29
70565 Stuttgart
Tel.: 0711 80 60 79-0

Die zur Einschreibung (Teilnahmeerklärung) in das AOK-FacharztProgramm erforderlichen Daten (siehe oben) werden von der einschreibenden Facharztpraxis elektronisch verarbeitet und mittels vertragspezifischer Praxissoftware über die Managementgesellschaft, MEDIVERBUND AG, an die AOK Baden-Württemberg weitergeleitet.

Die Managementgesellschaft (MEDIVERBUND AG) ist für die Verarbeitung der von einschreibenden Facharztpraxis elektronisch übermittelten Daten zuständig und übernimmt somit die operative Durchführung des FacharztProgramms.

Pro Quartal werden abrechnungsrelevante Daten aus Ihrer Facharztpraxis verarbeitet und im Namen Ihres Arztes an die AOK Baden-Württemberg übermittelt.

Zentrale Aufgabe der Managementgesellschaft ist somit auch die Sicherstellung einer schnellen, effizienten und fehlerfreien Honorarabrechnung. Die Aufgaben im Überblick:

- Planung und Erstellung der Quartalsabrechnungen
- Auszahlung der ärztlichen Honorare
- Entwurf und Versand der Vertragsunterlagen (in Kooperation mit Krankenkassen und regionalen Arztverbänden)
- Telefonische Betreuung teilnehmender Facharztpraxen (Beantworten von Fragen zur Vertragsabwicklung, Vertragsunterlagen, etc.)
- Pflege der Arztstammdaten in einer zentralen Datenbank
- Täglicher elektronischer Datenträgeraustausch mit den Krankenkassen.

Nähere Informationen zur Managementgesellschaft finden Sie unter: <https://www.medi-verbund.de/>.

Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung im Rahmen der Teilnahmeerklärung:
Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. c) und e) EU-DSGVO, § 140a Abs. 4 Satz 1 SGB V

2. Verarbeitung von Sozialdaten im Rahmen der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm (Durchführung)

Zur Durchführung der Behandlung im Rahmen des AOK-FacharztProgramms werden folgende Sozialdaten von dem/der behandelnden Arzt/Ärztin bzw. Therapeuten/Therapeutin verarbeitet:

Allgemeine Daten:

- Krankenkasse, einschließlich Kennzeichen für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnsitz hat
- Familienname und Vorname des Versicherten
- Geburtsdatum des Versicherten
- Geschlecht des Versicherten
- Anschrift des Versicherten
- Krankenversicherungsnummer des Versicherten
- Versichertenstatus
- Zuzahlungsstatus des Versicherten
- Tag des Beginns des Versicherungsschutzes
- bei befristeter Gültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte: Datum des Fristablaufs
- Tag der Leistungsinanspruchnahme, ggf. Uhrzeit hierzu

Gesundheitsdaten:

- erbrachte ärztliche Leistungen bzw. Leistungsziffern
- Diagnosen und Prozeduren gem. Vorgaben des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte
- Verordnungsdaten
- Zeiten der Arbeitsunfähigkeit inkl. Diagnosen

Rechtsgrundlagen für diese Verarbeitung im Rahmen der Behandlung:

Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. c) und e) EU-DSGVO

Art. 9 Abs. 2 lit. h) EU-DSGVO

§ 140a Abs. 5 Satz 1 SGB V

Bei der Durchführung eines dermatologischen Telekonsils werden ausschließlich die hierfür notwendigen Daten erhoben und verarbeitet. Dies sind:

- Name, Adresse, Geburtsdatum und Versicherungsnummer
- Bilddokumentation(en) der untersuchten Hautstellen
- Behandlungsinformationen (Gesundheitsdaten)
- Daten, auf denen die Behandlung basiert (Laborwerte, Messdaten, Gesundheitsdaten)

Die Übermittlung der Daten erfolgt durch Ihren Hausarzt/Ihre Hausärztin verschlüsselt an einen am AOK-Facharztvertrag TeleDermatologie teilnehmenden Dermatologen. Weitere Informationen zum Facharztvertrag TeleDermatologie sowie zu den am Vertrag teilnehmenden Fachärzten/Fachärztinnen finden Sie unter <https://www.medi-arztsuche.de>.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitung: Behandlungsvertrag gem. Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. b) i. V. m. Art. 9 Abs. 2 lit. h), Abs. 3 EU-DSGVO, §§ 630a, 630c Abs. 1 BGB mit dem jeweiligen Arzt. Ihre

Einwilligung, sofern es um die Anfertigung der Bilddokumentation sowie die Weiterleitung an einen Dermatologen geht, gem. Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. a) i. V. m. Art. 9 Abs. 2 lit. a) EU-DSGVO.

Im Anschluss an die Behandlung im Rahmen des AOK-FacharztProgramms werden folgende Daten zur Durchführung der Teilnahme (Abrechnung inkl. Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung) an die Managementgesellschaft (siehe oben) und von dort an die AOK Baden-Württemberg übermittelt:

- Krankenkasse, Krankenversicherungsnummer und Versichertenstatus
- Arztnummer; in Überweisungsfällen Arztnummer des überweisenden Arztes
- Art der Inanspruchnahme
- Art der Behandlung
- Tag und, soweit für die Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung erforderlich, die Uhrzeit der Behandlung
- abgerechnete Gebührenpositionen mit den Diagnosen und Prozeduren gem. Vorgaben des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte
- Kosten der Behandlung

Zur Durchführung der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm gehört die wissenschaftliche Begleitung („Evaluation“) durch unabhängige Forschungseinrichtungen bzw. Hochschulen/Universitäten. Hierzu werden die zuvor genannten Daten in pseudonymisierter* Form an diese Einrichtungen übermittelt.

* Pseudonymisierung (Art. 4 Nr. 5 EU-DSGVO): Die Verarbeitung personenbezogener Daten in einer Weise, dass die personenbezogenen Daten ohne Hinzuziehung zusätzlicher Informationen nicht mehr einer spezifischen betroffenen Person zugeordnet werden können, sofern diese zusätzlichen Informationen gesondert aufbewahrt werden und technischen und organisatorischen Maßnahmen unterliegen, die gewährleisten, dass die personenbezogenen Daten nicht einer identifizierten oder identifizierbaren natürlichen Person zugewiesen werden.

Die beteiligten Forschungseinrichtungen können jederzeit unter <https://www.aok.de/pk/bw/> (Stichwort: AOK-FacharztProgramm) abgerufen werden.

Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung im Rahmen der Durchführung:

Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. c) und e) EU-DSGVO

Art. 9 Abs. 2 lit. h) und j) EU-DSGVO

§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V

§ 295a Abs. 1 und 2 SGB V

§ 75 SGB X

3. Wie lange werden die in Ziffer 1. und 2. genannten Daten aufbewahrt?

Die Daten werden auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. m. § 84 SGB X) bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme an oder bei Ihrem Ausscheiden aus dem AOK-Facharzt-Programm gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch 10 Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme am AOK-FacharztProgramm.

4. Sonstiges zum Datenschutz

Nähere Informationen zum Datenschutz bei der AOK Baden-Württemberg, darunter die Angabe des Verantwortlichen, des/der Datenschutzbeauftragten sowie die Anschrift der Aufsichtsbehörde, finden Sie unter:

<https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/informationen-zur-datenverarbeitung-6/>

Merkblatt zum Facharztprogramm für Versicherte der Bosch BKK



BOSCH

BKK

Facharztprogramm – was ist das?

Mit dem Facharztprogramm wollen die Bosch BKK und ihre Partner in Baden-Württemberg gemeinsam die Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung verbessern. Damit entsprechen sie einer Empfehlung des Gesetzgebers. Ziel ist es, flächendeckend die besondere ambulante fachärztliche Versorgung (Facharztprogramm) in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (Hausarztprogramm) in besonderer Qualität zu gewährleisten und die Koordinierungsfunktion Ihres gewählten Hausarztes zu nutzen. Ihre Teilnahme am exklusiven Facharztprogramm ist **freiwillig**.

Folgendes bitten wir Sie dabei zu beachten:

- Sie schreiben sich verbindlich für mindestens 12 Monate in die besondere ambulante fachärztliche Versorgung ein.
- Fachärzte/Therapeuten dürfen nur auf Überweisung des gewählten Hausarztes (Hausarztprogramm) in Anspruch genommen werden.
- Teilnehmen können alle Versicherten der Bosch BKK, die am **Hausarztprogramm** teilnehmen. Ausnahmen, z. B. Mindestalter, werden im Kapitel „Fachgebiete“ genannt.

Fachgebiete im Facharztprogramm

Kardiologie
Gastroenterologie
Psychiatrie/Neurologie/Psychotherapie (PNP)
Orthopädie/Rheumatologie
Urologie
Pneumologie

Ihre Vorteile auf einen Blick:

- Qualitätsgesicherte fachärztliche/therapeutische Versorgung, Behandlung nach medizinischen Leitlinien auf dem aktuellen wissenschaftlichen Stand
- Werktägliche Sprechstunden (Mo. - Fr.)
- Mindestens eine Abendterminsprechstunde pro Woche bis 20 Uhr für Berufstätige
- Nach Möglichkeit Reduzierung der Wartezeit auf maximal 30 Minuten bei vorheriger Anmeldung
- Schnelle Terminvergabe bis 2 Wochen nach Anmeldung
- In dringenden Fällen erhalten Sie bei Vermittlung durch Ihren Hausarzt innerhalb eines Tages einen Termin bei Fachärzten bzw. innerhalb von 3 Tagen bei Psychotherapeuten
- Mehr Zeit für die Beratung
- Breites diagnostisches und therapeutisches Angebot

Besonderheiten für das Fachgebiet Kardiologie:

Bis zum vollendeten 18. Lebensjahr ist die Direktinanspruchnahme von Kinderkardiologen möglich. Danach ist die Behandlung von angeborenen Herzfehlern beim Kinderkardiologen nur auf Überweisung durch den gewählten Hausarzt oder einen Facharzt, der am Bosch BKK Facharztprogramm der Kardiologie teilnimmt, möglich.

Besonderheiten für das Fachgebiet Urologie:

Mit der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung habe ich die Möglichkeit, bei Vorliegen eines Prostatakarzinoms und der sich daraus ergebenden Indikation einer Operation (vollständige oder teilweise Entfernung der Prostata) vorzugsweise ein DKG-zertifiziertes Krankenhaus (Prostatakrebszentrum) in Baden-Württemberg aufzusuchen.

Einschreibung

Ihre schriftliche oder elektronische Teilnahmeerklärung können Sie bei einem teilnehmenden Facharzt, Psychotherapeuten oder Hausarzt ausfüllen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Teilnahme am Facharztprogramm für mindestens 12 Monate.

Wenn Sie sich nicht für das Facharztprogramm entscheiden, verbleiben Sie, wie bisher auch, in der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der Arzt/Therapeut händigt Ihnen eine Kopie der Teilnahmeerklärung aus. Danach erfasst der Arzt/Therapeut Ihre Teilnahmeerklärung in seinem Praxissystem als elektronischen Datensatz, der dann unverzüglich datenschutzkonform an die Bosch BKK zur Prüfung übermittelt wird. Fällt die Prüfung positiv aus, werden Sie durch ein Begrüßungsschreiben darüber informiert, wann Ihre Teilnahme am Facharztprogramm beginnt. In der Regel beginnt sie im Quartal, das auf die Einschreibung folgt. Geht das Formular nicht rechtzeitig bei der Bosch BKK ein oder wird für die Prüfung noch Zeit benötigt, kann eine Teilnahme auch in einem späteren Quartal beginnen. Wird die Teilnahme abgelehnt, erhalten Sie eine Mitteilung der Bosch BKK. Die Bosch BKK lehnt die Teilnahme nur in Ausnahmefällen ab (insbesondere keine Teilnahme am Hausarztprogramm; ungeklärter Versichertenstatus; keine Versicherung unmittelbar bei der Bosch BKK).

Sie erklären mit Ihrer Teilnahme am Facharztprogramm auch Ihre Teilnahme an zukünftigen Facharztverträgen, die analog dieses Vertrags möglicherweise noch geschlossen werden.

Über neue Verträge informieren wir Sie rechtzeitig. Sofern Sie mit diesen Änderungen nicht einverstanden sind, können Sie Ihre Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung insgesamt unter Einhaltung einer Sonderkündigungsfrist kündigen. Diese beträgt einen Kalendermonat ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie von der Bosch BKK über die Vertragsänderung informiert wurden. Für Sie endet dann die Teilnahme am Facharztprogramm. Sie werden wieder in die Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. Ihre Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung (Hausarztprogramm) bleibt bestehen.

Widerruf der Teilnahme

Sie können die Abgabe Ihrer Teilnahmeerklärung innerhalb einer Frist von zwei Wochen in Textform, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Bosch BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Bosch BKK. Blinde und Sehbehinderte werden im Bedarfsfall im Rahmen der Einschreibung mündlich über die Möglichkeit des Widerrufs der Teilnahme belehrt.

Kündigung

Frühestens zum Ablauf der 12 Monate kann die Teilnahme am Facharztprogramm **insgesamt** ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von 1 Monat vor Ablauf der 12 Monate gekündigt werden. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme jeweils automatisch um weitere 12 Monate. Eine Kündigung ist schriftlich zu richten an:

Bosch BKK

Facharztprogramm Teilnehmernmanagement

Kruppstr. 19

70469 Stuttgart

Die Bosch BKK kann Ihre Teilnahme am Facharztprogramm kündigen, wenn Sie wiederholt gegen die Teilnahmebedingungen nach Ihrer Teilnahmeerklärung und diesem Merkblatt verstoßen (z. B. wiederholte Inanspruchnahme von Fachärzten außer Augenarzt/ Gynäkologe/Kinderarzt ohne Überweisung Ihres gewählten Hausarztes). Liegen die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr vor, erfolgt der Ausschluss aus dem Facharztprogramm.

Einwilligung zum Datenschutz

Im Sozialgesetzbuch wird die Datenerhebung, -nutzung, -verarbeitung und -speicherung durch die Bosch BKK für das Facharztprogramm geregelt. Für die Teilnahme am Facharztprogramm ist es erforderlich, dass der Versicherte eine zusätzliche Einwilligungserklärung zum Datenschutz abgibt, unter anderem da die Abrechnung der ärztlichen Vergütung über eine Managementgesellschaft auf Grundlage von § 295a SGB V erfolgt.

Ihre freiwillige Einwilligungserklärung ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Darin erklärt der Versicherte sich insbesondere mit den im Folgenden näher beschriebenen Datenerhebungs-, verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen einverstanden. Damit Sie sofort die Vorteile der schnellen Terminvergabe in dringenden Fällen nutzen können, kann der Facharzt/Therapeut, der Sie einschreibt, bereits am Tag der Einschreibung mit Ihrer Einwilligung das Facharztprogramm realisieren. Damit wird verhindert, dass Sie auf schnelle Termine bzw. Therapieserien ggf. verzichten müssen. Sie haben von dieser Regelung nur Vorteile und willigen in die Übertragung von Abrechnungsdaten, die aus solchen Behandlungen resultieren sowie dem Befundaustausch zwischen den beteiligten Leistungserbringern ein.

Versichertenbefragung

Für die Bosch BKK ist es wichtig, wie zufrieden Sie mit dem Facharztprogramm sind, vor allem wie Sie die Qualität der Versorgung beurteilen. Dies ist Grundlage für Entscheidungen über weiterführende Maßnahmen. Im Rahmen der Qualitätssicherung sind daher Versichertenbefragungen durch neutrale Stellen vorgesehen, an die Ihre Kontaktdaten (Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer) ohne weitere persönliche Angaben ggfs. weitergeleitet werden. Die Teilnahme an der Versichertenbefragung ist selbstverständlich freiwillig. Vor einem potentiellen Anruf erhalten Sie die Möglichkeit, der anstehenden Befragung zu widersprechen. Mit der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung erklären Sie gleichzeitig Ihre Einwilligung in die Übermittlung dieser Daten.

Befundaustausch

Um für Sie eine optimale Versorgung sicherstellen zu können, ist der Austausch von Befunden zwischen den „Leistungserbringern“ (behandelnde Haus- und Fachärzte, Therapeuten) notwendig. Mit der Unterzeichnung der Datenschutz-Einwilligungserklärung erteilen Sie uns ausdrücklich Ihr Einverständnis, dass Auskünfte über Ihre Teilnahme am Facharztprogramm sowie Befunde zwischen den beteiligten Leistungserbringern ausgetauscht werden. Dies wird in Form von Arztbriefen oder Berichten von Therapeuten erfolgen. Hierfür entbinden Sie die von Ihnen konsultierten Ärzte und anderen Leistungserbringer von Ihrer Schweigepflicht. Eine anderweitige Verwendung der Befunde sowie die Weiterleitung an die Bosch BKK und andere Stellen erfolgt nicht. Im Einzelfall können Sie der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.

Versorgungsmanagement der BKK

Die Bosch BKK bietet Ihnen im Rahmen des Facharztprogramms ein besonderes Versorgungsmanagement an. Dieses unterstützt Sie oder Ihren Arzt bei Ihren speziellen Fragen zu einer Erkrankung, bevorstehenden Operationen etc. **Hierfür kann sie Ihre vorhandenen Daten für Ihre individuelle Beratung heranziehen und ggf. mit Ihnen oder Ihrem Arzt Kontakt aufnehmen.** Die Bosch BKK berücksichtigt dabei selbstverständlich die Datenschutzvorgaben und die Einhaltung der Schweigepflicht Ihres Arztes.

Datenübermittlung und -zusammenführung

Der elektronische Datensatz Ihrer Teilnahmeerklärung wird von Ihrem Arzt/Therapeuten über die für die Umsetzung des Facharztprogramms ausgewählte Managementgesellschaft datenschutzkonform an die Bosch BKK übermittelt. Dort werden die Daten der Teilnahmeerklärung geprüft, an die Managementgesellschaft gesandt und dort in die Datenverarbeitung eingelesen. Übermittelt werden Ihre Stammdaten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Versichertennummer), Daten zum einschreibenden Arzt, Ihr Teilnahmebeginn sowie ein Merkmal, das erkennen lässt, dass Sie am Facharztprogramm teilnehmen. Auch die Beendigung einer Teilnahme wird an die Managementgesellschaft

gemeldet.

Die Managementgesellschaft stellt elektronisch den am Hausarzt- und Facharztprogramm teilnehmenden Ärzten die Information über Ihren Teilnahmestatus zur Verfügung. Dies ist wichtig, denn nur wenn z. B. Ihr Hausarzt weiß, dass Sie am Facharztprogramm teilnehmen, können Sie zu den teilnehmenden Ärzten überwiesen werden und von den Vorteilen des Facharztprogramms profitieren. Die teilnehmenden Ärzte/Therapeuten übermitteln Ihre Diagnosen sowie Leistungs-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten zur Abrechnung an die Managementgesellschaft. Die Managementgesellschaft übermittelt diese Daten für die weitere Abrechnung und Abrechnungsprüfung an die Bosch BKK. Zusätzlich helfen diese Daten der Bosch BKK, Sie als Versicherte/n bei Bedarf zu beraten.

Weitere Leistungs- und Abrechnungsdaten

Die Leistungs- und Abrechnungsdaten der Bosch BKK (z. B. Arzneimittelverordnungen) werden bei der Bosch BKK in einer separaten Datenbank zusammengeführt. Diese Daten sind pseudonymisiert (fallbezogen), enthalten also ausdrücklich nicht mehr Ihren Namen oder sonstige persönliche Angaben. Im Einzelnen handelt es sich um Daten wie Versichertenart (z. B. Rentner, Pflichtmitglied etc.), ambulante Operationen (mit Diagnosen), Arbeitsunfähigkeitszeiten und -kosten (mit Diagnosen), Vorsorge- und Rehamaßnahmen (mit Diagnosen und Kosten), Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe, Art und Kosten von verordneten Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Fahrtkosten sowie Pflegeleistungen und andere.

Diese pseudonymisierten Daten werden ausschließlich zu Steuerungszwecken, für das Kosten- und Qualitätscontrolling, für die medizinische und ökonomische Verantwortung der teilnehmenden Ärzte sowie für wissenschaftliche Zwecke ausgewertet und genutzt. Im Einzelfall kann für einen begrenzten Zeitraum eine Repseudonymisierung von Daten durchgeführt werden. Gründe hierfür können die Überprüfung von Programmierfehlern in der Datenbank oder der Hinweis auf eine mögliche Fehlversorgung sein. Nur in diesen Fällen wird von der Bosch BKK der Personenbezug zu Ihren Daten wiederhergestellt. Der Schutz Ihrer Daten wird dadurch gewährleistet, dass nur speziell für das Facharztprogramm ausgewählte und geschulte Mitarbeiter, die auf die Einhaltung des Datenschutzes (Sozialgeheimnis) besonders verpflichtet wurden, Zugang zu den Daten haben.

Wissenschaftliche Begleitung

Sollten das Facharztprogramm oder Ihre Behandlungsdaten durch ein unabhängiges Institut wissenschaftlich bewertet werden, ist sichergestellt, dass Ihre Behandlungs-, Verordnungs-, Diagnose- und Abrechnungsdaten sowie weitere Sozialdaten (z.B. Alter oder Geschlecht) nur pseudonymisiert weitergeleitet werden. Für das Institut sind die Daten anonym, ein Bezug zu Ihrer Person ist für das Institut sowie für jede weitere Nutzung dieser Daten ausgeschlossen. Mit der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung zum Facharztprogramm erklären Sie gleichzeitig Ihre Einwilligung in die Übermittlung dieser Daten. Die Einwilligung ist Voraussetzung für Ihre Teilnahme. Die Gesamtergebnisse der wissenschaftlichen Auswertung werden anschließend z. B. in der Mitgliederzeitschrift veröffentlicht oder dienen der Kontrolle und Vergütung von Qualitätsindikatoren, die zu erbringen sich die am Facharztprogramm teilnehmenden Ärzte verpflichtet haben.

Schweigepflicht und Datenlöschung

Im Facharztprogramm ist die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung der Ärzte/Therapeuten und dem allgemeinen Strafrecht gewährleistet. Für personenbezogene Dokumentationen in der Arztpraxis finden die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen unter Berücksichtigung der berufsrechtlichen Vorschriften Anwendung. Die Teilnahmeerklärung sowie die maschinell gespeicherten Daten werden auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. mit § 84 SGB X) bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme oder bei Ihrem Ausscheiden aus dem Facharztprogramm gelöscht - soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch 10 Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme am Facharztprogramm.

Informationspflicht bei Erhebung personenbezogener Daten (Artikel 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung)

1. Name und Kontaktdaten der verantwortlichen Kasse für die Durchführung des Bosch BKK Facharztprogramms

Bosch BKK
Kruppstr. 19
70469 Stuttgart

E-Mail: Besondere.Versorgung@Bosch-BKK.de

2. Name und Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Bosch BKK
Datenschutzbeauftragter
Kruppstr. 19
70469 Stuttgart

E-Mail: Datenschutz@Bosch-BKK.de

3. Welche Daten werden innerhalb des Bosch BKK Facharztprogramms verarbeitet?

Für Ihre Teilnahme am Bosch BKK Facharztprogramm werden folgende Daten von Ihrem Haus- und/oder Facharzt bzw. Therapeuten verarbeitet:

- Name, Vorname
- Krankenversichertennummer
- Anschrift
- Geburtsdatum
- Versichertenstatus
- Individueller Teilnahme-Code
- Teilnahmestatus am Bosch BKK-Hausarzt-/Facharztprogramm

Diese Daten werden in elektronischer Form zunächst vom Arzt an die Managementgesellschaft und von dort über eine beauftragte Abrechnungsstelle an die Bosch BKK weitergeleitet. Beide Stellen unterliegen ebenfalls den deutschen Datenschutzvorschriften. Rechtsgrundlage: § 140a Abs. 4 Satz 1 und Abs. 5 SGB V, i.V.m. § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V. Gemäß diesen Vorschriften erfolgt die freiwillige Teilnahme am Bosch BKK Facharztprogramm nur, wenn der Versicherte seine Teilnahme schriftlich erklärt und mit dieser Teilnahmeerklärung schriftlich in die erforderliche Datenverarbeitung einwilligt.

Wer ist die Managementgesellschaft?

Die MEDIVERBUND AG ist ein Zusammenschluss von Ärztenetzen für Vertragsärzte, die sich u.a. um Leistungsabrechnungen niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten kümmert.

MEDIVERBUND AG
Liebknechtstraße 29
70565 Stuttgart
Telefon: 07 11 80 60 79-0
Fax: 07 11 80 60 79-566
E-Mail: info@medi-verbund.de

Wer ist die Abrechnungsstelle?

Die DAVASO GmbH ist führender Technologieanbieter und Dienstleister für gesetzliche Krankenversicherungen und weitere Akteure des Gesundheitsmarktes.

DAVASO GmbH
Sommerfelder Straße 120
04316 Leipzig

Bei einer Leistungsanspruchnahme innerhalb des Bosch BKK Facharztprogramms werden folgende Daten von Ihrem behandelnden Facharzt bzw. Therapeuten für die Bosch BKK verarbeitet:

Allgemeine Daten:

- die Krankenkasse, einschließlich eines Kennzeichens für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk Sie Ihren Wohnsitz haben,
- der Familienname und Vorname,
- das Geburtsdatum,
- das Geschlecht,
- die Anschrift,
- die Krankenversichertennummer,
- den Versichertenstatus,
- den Zuzahlungsstatus,

- den Tag des Beginns des Versicherungsschutzes,
- bei befristeter Gültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte das Datum des Fristablaufs,
- Tag der Leistungsanspruchnahme, ggf. Uhrzeit hierzu

Gesundheitsdaten:

- Erbrachte ärztliche Leistungen bzw. Leistungsziffern
- Diagnosen und Prozeduren gemäß den Vorgaben des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information
- Verordnungsdaten

Zur Abrechnung der Leistung überträgt der Arzt bzw. Therapeut die vorgenannten Daten an die Managementgesellschaft und diese anschließend über die beauftragte IT-/Abrechnungsstelle an die Bosch BKK. Rechtsgrundlage: § 295a Abs. 1 SGB V. Gemäß dieser Vorschrift erfolgt die Datenübermittlung nur, wenn der Versicherte bei der Teilnahme am Bosch BKK Facharztprogramm in diese Übermittlung eingewilligt hat. Eine solche Übermittlung ist Voraussetzung für die Teilnahme am Bosch BKK Facharztprogramm.

4. Für welchen Zweck werden die zuvor genannten Daten verarbeitet?

Die Verarbeitung der in Ziffer 3. genannten Daten erfolgt bei dem behandelnden Arzt bzw. Therapeuten ausschließlich zur Behandlung des Versicherten einschließlich der Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen, bei der Managementgesellschaft ausschließlich zum Zwecke der Abrechnung der vertraglichen Leistungen mit dem behandelnden Arzt und der Bosch BKK. Die Verarbeitung bei der Bosch BKK und deren beauftragte IT-/Abrechnungsstelle erfolgt zum Zwecke der Durchführung und Abrechnung des Bosch BKK Facharztprogramms (einschließlich Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen).

Zur Durchführung des Bosch BKK Facharztprogrammes gehört auch die Durchführung einer Zufriedenheitsbefragung der teilnehmenden Versicherten.

5. Worin bestehen Ihre Rechte?

Sie haben ein Recht auf Auskunft seitens des Verantwortlichen über die betreffenden personenbezogenen Daten (Art. 15 DSGVO) sowie auf Berichtigung (Art. 16 DSGVO), Löschung (Art. 17 DSGVO) und auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO). Das Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO) besteht nur, wenn die Verarbeitung nicht auf einer Rechtsvorschrift beruht. Zudem besteht das Recht der Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO).

6. Wie lange werden die Daten gespeichert?

Die Teilnahmeerklärung sowie die maschinell gespeicherten Daten werden auf Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. mit § 84 SGB X) bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme oder bei Ihrem Ausscheiden aus dem Bosch BKK Facharztprogramm gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch 10 Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme am Bosch BKK Facharztprogramm.

7. Bei welcher Stelle können datenschutzrechtliche Beschwerden eingereicht werden?

Datenschutzrechtliche Beschwerden können beim Datenschutzbeauftragten der Bosch BKK eingereicht werden oder bei:

Der/die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
 Graurheindorfer Straße 153
 53117 Bonn
 E-Mail: poststelle@bfdi.bund.de

8. Haben Sie das Recht die Einwilligung zur Datenübermittlung zu widerrufen?

Sie haben das Recht, die datenschutzrechtliche Einwilligung jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Der Widerruf ist schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber Ihrer Krankenkasse zu erklären und bedarf keiner Begründung.

Stand: Juli 2024

Definition Flächendeckung

Die Vertragspartner sind sich einig, dass die Behandlung und Abrechnung von bereits am AOK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie teilnehmenden Patienten bzw. die Neueinschreibung ins AOK-Facharztprogramm bzw. Bosch BKK-Facharztprogramm erst dann erfolgt, wenn eine flächendeckende Versorgung nach Maßgabe dieses Vertrages gegeben ist.

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 Mindestteilnehmerzahlen 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.
4. Die Flächendeckung gemäß 1. - 3. gilt auch für die BKK.

Regionale Darstellung		AOK- Versicherte	Psychiater*	Neurologen*	Psychotherapeuten
		HZV-Teilnehmer Q3/11			
AOK Baden-Württemberg		1.002.800	220	180	450
Neckar-Fils (1852)	Gesamt	116.395	16	16	52
Heilbronn-Franken (1832)	Gesamt	134.740	20	20	60
Ludwigsburg-Rems-Murr (1834)	Gesamt	92.136	19	17	41
Ostwürttemberg (1856)	Gesamt	43.890	10	8	20
Stuttgart-Böblingen (1812)	Gesamt	91.875	20	17	41
Nordschwarzwald (1827)	gesamt	60.617	13	11	27
Mittlerer Oberrhein (1825)	Gesamt	50.590	11	9	23
Rhein-Neckar-Odenwald (1842)	Gesamt	76.432	17	14	34
Schwarzwald-Baar-Heuberg (1558)	Gesamt	61.348	12	11	28
Südlicher Oberrhein (1551)	Gesamt	49.276	11	9	22
Hochrhein-Bodensee (1559)	Gesamt	24.322	5	4	11
Bodensee-Oberschwaben (1574)	Gesamt	35.273	8	6	16
Neckar-Alb (1577)	Gesamt	108.834	16	16	49
Ulm-Biberach 1578)	Gesamt	57.072	13	10	26

*) die Soll-Zahlen je AOK-Bezirksdirektion sind gedeckelt auf maximal 50% der dort niedergelassenen Nervenärzte, Neurologen und Psychiater

Fachkonzept MEDIVERBUND, AOK und Bosch BKK

- (1) Die Fachkonzepte zur Arzteinschreibung, Versicherteneinschreibung und Abrechnung regeln in Ergänzung zu den in der Prozessbeschreibung FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT erläuterten Prozessen die prozessuale, insbesondere die technische Umsetzung der Bestimmungen des Vertrages. Sie enthalten die „Prozessbeschreibung Managementgesellschaft“ und eine „Prozessbeschreibung AOK und BKK“ und werden kontinuierlich fortgeschrieben.
- (2) MEDIVERBUND, AOK und BKK stimmen sich jeweils zu Beginn eines Quartals über eine Erweiterung, Verbesserung und Aktualisierung der Fachkonzepte mit Wirkung zum Beginn des folgenden Quartals ab.
- (3) Die Vertragspartner vereinbaren hinsichtlich der Prozesse folgende Arbeitsteilung:
 - a) Die AOK und BKK steuern und bearbeiten Prozesse, die ihre eingeschriebenen Versicherten betreffen.
 - b) Die AOK und die BKK führen insbesondere das Verzeichnis ihrer eingeschriebenen Versicherten (TVZ) und übermitteln diese gemäß der Vorgaben der Fachkonzepte an die Managementgesellschaft.
 - c) Sollte gemäß § 3 Abs. 3 lit. i) die Teilnahme an einem relevanten DMP erforderlich werden, prüft die AOK bzw. die BKK insbesondere die Teilnahme der FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN an diesem DMP und stellt der Managementgesellschaft die Prüfergebnisse gemäß den Vorgaben der Fachkonzepte zur Verfügung.
 - d) Die Managementgesellschaft erhält die für die Nutzung im Arzneimittelmodul erforderlichen Informationen (z. B. Arzneimittel, hinsichtlich derer die AOK bzw. die BKK Rabattverträge abgeschlossen haben, Substitutionslisten und die Algorithmen für die Substitution) in dem nach dem Fachkonzept vorgeschriebenen Format so, dass sie ohne Änderungen und Formatierungen verwendet werden können.
 - e) Die Managementgesellschaft erarbeitet insbesondere Prozesse, die die am Vertrag teilnehmenden FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN betreffen. Einzelheiten regeln die Fachkonzepte.
- (4) Die Fachkonzepte sind Betriebsgeheimnisse der Managementgesellschaft bzw. der AOK oder BKK und werden daher vertraulich behandelt und nicht veröffentlicht.

- (5) Die die FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN betreffenden Prozesse sind in der Prozessbeschreibung FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT (**Anlage 6**) beschrieben.

Datenübermittlung/Funktionalitäten der Vertragssoftware

Die AOK, die BKK und der MEDIVERBUND haben sich auf die folgenden Vorgaben für die Vertragssoftware (Algorithmen) sowie die Verfahren der Datenübermittlung geeinigt.

ABSCHNITT I: Vertragssoftware

I. Funktionen der Vertragssoftware

Softwareprogramme, die nach Maßgabe des ABSCHNITTES II als Vertragssoftware zugelassen werden können, müssen alle vertragsspezifischen Funktionalitäten aufweisen (Pflichtfunktionen): Die Definition aller Pflichtfunktionen wird im Pflichtenheft geregelt.

ABSCHNITT II: Zulassungsverfahren

I. Grundsätze des Zulassungsverfahrens

- (1) Die AOK, die BKK und die Managementgesellschaft werden die in ABSCHNITT I beschriebenen und künftig erforderlichen vertragsspezifischen Funktionalitäten der Vertragssoftware in einem Pflichtenheft („**Pflichtenheft**“) dokumentieren. Nichtvertragsspezifische Funktionalitäten werden im Pflichtenheft nicht beschrieben. Das Pflichtenheft ist für jeweils mindestens 1 Quartal abschließend, d.h. es gibt über die im Pflichtenheft niedergelegten Anforderungen hinaus keine weiteren Anforderungen an die Vertragssoftware.
- (2) Die AOK, die BKK und die Managementgesellschaft werden dieses Pflichtenheft jeweils abstimmen und bei Änderungen das Quartal definieren, ab dem die neu beschriebenen vertragsspezifischen Funktionalitäten verbindlich bzw. optional in einem neuen Release umzusetzen sind. Wird ein solches Pflichtenheft nicht spätestens neun Wochen vor einem Quartalsbeginn in einer abgestimmten Fassung veröffentlicht, müssen darin als verbindlich vorgeschriebene vertragsspezifische Funktionalitäten nicht vor dem Beginn des auf dieses Quartal folgenden Quartals umgesetzt sein.
- (3) Das Pflichtenheft besteht aus vertraulichen Teilen, die Betriebsgeheimnisse der AOK, der BKK und der Managementgesellschaft enthalten, sowie öffentlichen Teilen, die nach Maßgabe der folgenden Absätze offen gelegt werden („**Teil A**“). Bei dem Teil A handelt es sich um eine fachliche Beschreibung der Funktionalitäten für die Herstellung von Vertragssoftware. Die AOK, die BKK und die Managementgesellschaft bestimmen im gegenseitigen Einvernehmen diejenigen Bestandteile des Pflichtenhefts, die vertrauliche Unternehmensgeheimnisse und/oder schützenswertes geistiges Eigentum darstellen und daher nicht öffentlich sind („**Teil B**“). Der Teil B beinhaltet insbesondere

- a) Substitutionsalgorithmen und die Listen des Arzneimittelmoduls;
 - b) Datenbasierte Verschlüsselung für die Managementgesellschaft;
 - c) Beschreibung der Ansteuerung des Konnektors/Online-Keys;
 - d) Anbindung an einen elektronischen Patientenpass;
 - e) Online-Aktualisierung (z.B. des Arzneimittelmoduls);
 - f) Algorithmen zur Steuerung von Heil- und Hilfsmittelverordnungen
 - g) Datenübermittlung/Funktionalitäten der Vertragssoftware“ in ABSCHNITT II Ziffer I Abs. 3 um lit. g) „Anbindung an die elektronische Arztvernetzung gem. Anhang 7 zu Anlage 12
- (4) Der Teil B wird in einem gekapselten Kern von vertragspezifischen, nicht dekompi-lierbaren Softwarekomponenten und Schnittstellen umgesetzt („**gekapselter Kern**“). Die Managementgesellschaft wird in Abstimmung mit der AOK und der BKK ein ge-eignetes Unternehmen („**Entwickler**“) mit der Entwicklung des gekapselten Kerns be-auftragen. Dabei ist sicherzustellen, dass Herstellern von Vertragssoftwareprogrammen („**Softwarehersteller**“) eine Lizenz für die Nutzung des gekapselten Kerns erteilt wer- den kann.
- (5) Die Managementgesellschaft wird verpflichtet, allen Softwareherstellern zu gleichen Bedingungen Zugriff auf den gekapselten Kern zu gewähren. Das Verhältnis zwischen dem Softwarehersteller und einem möglichen Entwickler des gekapselten Kerns be-stimmt sich ausschließlich nach dem Lizenzvertrag über den gekapselten Kern. Weder die AOK noch die BKK noch die Managementgesellschaft haften für Schäden im Zu-sammenhang mit der Überlassung des gekapselten Kerns an Softwarehersteller.
- (6) Die Managementgesellschaft wird in Abstimmung mit der AOK und der BKK jedem Softwarehersteller, der
- a) einen schriftlichen Antrag zur Offenlegung des Teil A an sie richtet,
 - b) seine Fachkunde und Zuverlässigkeit nachweist,
- Teil A zur Verfügung stellen. Der Nachweis nach lit. a) wird in der Regel durch die Vorlage eines Geschäftsberichtes erbracht, der die Tätigkeit des Softwareherstellers auf dem Gebiet der Softwareentwicklung belegt. Falls keine Lizenzvereinbarung zustande kommt, hat der Softwarehersteller das Pflichtenheft an die Managementgesellschaft zu-rückzugeben.

- (7) Die Managementgesellschaft kann mit Softwareherstellern eine Rahmenvereinbarung schließen, durch die im Hinblick auf die Nutzung durch FACHÄRZTE Rahmenbedingungen für die Belieferung von FACHÄRZTEN einschließlich der Lieferkapazitäten für die Vertragssoftware und die Pflege und Wartung durch den Softwarehersteller vorgegeben werden.
- (8) Die Herstellung und Sicherstellung der Funktionsfähigkeit der Vertragssoftware liegt in der alleinigen Verantwortung des Softwareherstellers. Mit der Überlassung des Teil A wird weder durch die AOK oder BKK noch durch die Managementgesellschaft eine Haftung für seine Eignung, Vollständigkeit oder Richtigkeit zur Herstellung von Vertragssoftware übernommen. Entsprechendes gilt für die Integrationsfähigkeit des gekapselten Kerns in ein Softwareprogramm des Softwareherstellers. Nicht vollständig umgesetzte und/oder veraltete Vertragssoftware-Versionen können zur Ablehnung von übermittelten Daten und zur Ablehnung von Vergütungen gemäß Abschnitte II und III der Anlage 12 führen.
- (9) Die Frist, innerhalb derer die Managementgesellschaft in Abstimmung mit der AOK und der BKK über das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß Absatz 6 und damit über die Offenlegung von Teil A entscheidet, soll 3 Wochen nach Eingang aller in Absatz 6 genannten vollständigen Unterlagen bei der Managementgesellschaft nicht überschreiten.

II. Zulassung von Vertragssoftwareprogrammen

- (1) Das Pflichtenheft gemäß vorstehender Ziffer I ist die Grundlage des Zulassungsverfahrens für Softwareprogramme als Vertragssoftware. Auf dem Pflichtenheft aufbauend wird durch die AOK, die BKK und die Managementgesellschaft ein Kriterienkatalog erstellt, der die Grundlage für die Prüfung von Vertragssoftwareprogrammen ist. Er enthält Pflichtfunktionen und kann optionale Funktionen enthalten bzw. Funktionen, die erst nach einem Übergangszeitraum von optionaler Funktion zur Pflichtfunktion werden. Die Managementgesellschaft wird in Abstimmung mit der AOK und der BKK auf der Basis des Pflichtenhefts und des Kriterienkatalogs die Durchführung des Zulassungsverfahrens entweder selbstständig oder durch Beauftragung einer neutralen Prüfstelle durchführen.
- (2) Die Zulassung muss für jede neue Programmkomponente, die Kriterien des Kriterienkatalogs nach dem vorstehenden Absatz 1 berührt, und bei erheblichen Abweichungen von bestehenden Programmkomponenten nach Maßgabe von Absatz 2 neu durchgeführt und erteilt werden. Werden Pflichtfunktionen bezüglich einzelner Programmkomponenten

nach Prüfung durch die Prüfstelle nicht zugelassen, entfällt die Zulassung des jeweiligen Softwareprogramms als Vertragssoftware insgesamt.

- (3) Mit der Regelung nach diesem ABSCHNITT II vereinbaren die Vertragspartner ausdrücklich eine Abweichung zu § 73 Abs. 8 Satz 7 SGB V im Sinne von § 140a Abs. 4 Satz 3 SGB V, wonach die Zulassung einer Vertragssoftware durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung erforderlich ist. Eine solche Zulassung ist für Vertragssoftware zusätzlich nicht erforderlich, damit sie von den FACHÄRZTEN/ PSYCHOTHERAPEUTEN genutzt werden kann.
- (4) Die Managementgesellschaft oder die gemäß Abs. 1 beauftragte Prüfstelle kann auf Veranlassung der Managementgesellschaft, der AOK oder BKK eine bereits zugelassene Vertragssoftware einer außerordentlichen Kontrollprüfung unterziehen. Bei einem sich aus einer solchen außerordentlichen Kontrollprüfung ergebendem, begründeten Verdacht, dass Pflichtfunktionen nicht ordnungsgemäß umgesetzt sind, kann die Managementgesellschaft die Zulassung entziehen. Die betreffenden Pflichtfunktionen sind insbesondere solche mit Auswirkung auf
 - (1) die Arzneimittelverordnung,
 - (2) die Abrechnung (insbes. ordnungsgemäße Erfassung von Leistungen, Leistungsdatum, Impf- und Diagnoseziffern),
 - (3) die Verarbeitung von Formularen z. B. (Überweisungen, Krankenhauseinweisung, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung),
 - (4) die Erfassung- und Verwaltung des Teilnehmerstatus des FACHARZTES/ PSYCHOTHERAPEUTEN,
 - (5) die elektronische Einschreibung von Versicherten und Erfassung von Versichertenstammdaten,
 - (6) die Online-Aktualisierungsfähigkeit bezogen auf die für die Nutzung des Arzneimittelmoduls erforderlichen Informationen.

ABSCHNITT III: Datenübermittlung

Die Datenübertragung ist nur über eine verschlüsselte Verbindung erlaubt. Folgende Datenübertragungswege sind zulässig: Gematikfähiger Konnektor mit Kompatibilität zu den Vertragssoftwareprogrammen; Einsatz eines HZV-Online-Keys;

ABSCHNITT IV: Managementgesellschaft

Der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT übermittelt sämtliche Leistungsdaten und Verordnungsdaten nach Maßgabe dieses Vertrages über die von ihm genutzte Vertragssoftware an die gemäß § 295a SGB V als Vertragspartner auf Leistungserbringenseite tätige Managementgesellschaft zu übermitteln.

Schlichtungsverfahren

AOK, BKK und MEDIVERBUND („**Partei**“ bzw. „**Parteien**“) haben sich zur Schlichtung von Streitigkeiten, die sich zwischen ihnen im Zusammenhang mit diesem Vertrag gemäß § 140a SGB V oder über seine Gültigkeit ergeben, auf das wie folgt näher beschriebene Schlichtungsverfahren geeinigt:

§ 1 Grundsätze des Schlichtungsverfahrens

- (1) Die Einleitung gerichtlicher Schritte im Zusammenhang mit dem Vertrag oder bei Streitigkeiten über seine Gültigkeit ist erst nach Abschluss des in dieser Anlage geregelten Schlichtungsverfahrens zulässig (§ 4 Abs. 3, § 6).
- (2) Die Parteien werden eine effektive Konfliktschlichtung fördern, um im Falle einer unterbliebenen Einigung im Schlichtungsverfahren eine gerichtliche Auseinandersetzung ohne unangemessene zeitliche Verzögerung zu ermöglichen.
- (3) Die Parteien sollen sich vor einem gerichtlichen Verfahren in einem oder mehreren Schlichtungsgesprächen um eine einvernehmliche Beilegung der Streitigkeit bemühen.

§ 2 Person des Schlichters

- (1) Die Parteien bestimmen spätestens bis zum 01.12.2011 die Person eines Schlichters („**Erster Schlichter**“). Der Erste Schlichter muss die Befähigung zum Richteramt haben. Er soll Erfahrung in schiedsgerichtlichen Verfahren haben.
- (2) Die Parteien bestimmen darüber hinaus spätestens bis zum 01.12.2011 einen Stellvertreter des Schlichters, der im Falle der Verhinderung des Ersten Schlichters ein Schlichtungsverfahren durchführen kann. Er muss ebenfalls die Befähigung zum Richteramt haben und soll Erfahrung in schiedsgerichtlichen Verfahren haben. (Erster Schlichter und Stellvertreter einzeln oder zusammen auch „**Schlichter**“).
- (3) Die Schlichter werden jeweils aufgrund einer gesonderten Vereinbarung mit einer Laufzeit von zwei Jahren als Schlichter verpflichtet. Spätestens einen Monat vor dem Auslaufen dieser Vereinbarungen bestimmen die Parteien einen neuen Schlichter, wenn sie sich bis dahin nicht mit dem jeweiligen Schlichter über eine Fortführung seiner Tätigkeit für jeweils zwei weitere Jahre geeinigt haben. Dies gilt auch im Falle der vorzeitigen Beendigung der Vereinbarung mit dem Schlichter. Die Parteien verständigen sich zum Zwecke des Abschlusses einer solchen Vereinbarung über eine angemessene Vergütung für die Schlichter.

- (4) Der Schlichter hat keine Weisungsrechte und verhält sich grundsätzlich neutral. Er kann jedoch auf Wunsch der beteiligten Parteien eine aktive Vermittlungsrolle einnehmen.
- (5) Die Organisation des Schlichtungsverfahrens wird dem Schlichter übertragen. Einzelheiten hierzu regelt die Vereinbarung mit dem Schlichter.

§ 3 Einleitung des Schlichtungsverfahrens

- (1) Jede Partei ist zur Einleitung eines Schlichtungsverfahrens über jeden Gegenstand berechtigt, der im Verhältnis zur anderen Partei Gegenstand eines bei einem Gericht anhängigen Rechtsstreits sein kann. Die Einleitung erfolgt durch schriftliche Mitteilung einer Partei an den Ersten Schlichter und die jeweils andere Partei unter
 - a) genauer Bezeichnung des Streitgegenstandes und
 - b) Übermittlung zur Darstellung ihrer Rechtsauffassung geeigneter Unterlagen sowie
 - c) die Bitte an den Schlichter, Schlichtungsverhandlungen gemäß § 4 durchzuführen.
- (2) Durch die an den Ersten Schlichter gemäß dem vorstehenden Absatz übermittelten Unterlagen wird der Gegenstand des Schlichtungsverfahrens bestimmt („**Schlichtungsgegenstand**“). Im Falle seiner Verhinderung oder voraussichtlichen Verhinderung in Schlichtungsverhandlungen nach § 4 übermittelt der Erste Schlichter die zur Einleitung oder Fortführung des Verfahrens erforderlichen Unterlagen unverzüglich an seinen Stellvertreter und informiert die Parteien. Dies gilt entsprechend bei einer späteren Verhinderung des Ersten Schlichters an einem mit den Parteien nach § 4 abgestimmten Termin für das erste Schlichtungsgespräch.
- (3) Die an einem Schlichtungsverfahren gemäß dem vorstehenden Absatz 1 beteiligten Parteien können nach Einleitung des Schlichtungsverfahrens durch Übermittlung des Schlichtungsbegehrens an den Schlichter nur noch übereinstimmend durch wechselseitige schriftliche Erklärung auf die Durchführung von Schlichtungsverhandlungen gemäß § 4 verzichten. Durch diesen Verzicht gilt das Schlichtungsverfahren als beendet.

§ 4 Schlichtungsverhandlungen

- (1) Der Schlichter (§ 2 Abs. 2) fordert die Parteien spätestens 2 Wochen nach Eingang der Mitteilung des Schlichtungsbegehrens nach § 3 Abs. 1 auf, im Hinblick auf den Schlichtungsgegenstand Schlichtungsverhandlungen zu beginnen. Der Schlichter

schlägt den Parteien mindestens 2 geeignete Termine vor und berücksichtigt dabei die Belange der Parteien.

- (2) Die eingeladenen Parteien sind verpflichtet, sich innerhalb einer von dem Schlichter gesetzten angemessenen Frist mit der Angabe zu melden, zu welchem Termin und mit welchen Teilnehmern sie an den Schlichtungsverhandlungen teilnehmen werden. Das erste Schlichtungsgespräch soll spätestens 3 Wochen nach der Aufforderung durch den Schlichter stattfinden. Terminverlegungen auf einen späteren Zeitpunkt als 3 Wochen nach Aufforderung des Schlichters sind in begründeten Ausnahmefällen möglich.
- (3) Die jeweils andere Partei ist verpflichtet, an diesen Schlichtungsverhandlungen teilzunehmen. Die Parteien werden mindestens einen Schlichtungstermin durchführen.
- (4) Die Parteien können sich im Schlichtungstermin von Rechtsanwälten begleiten oder vertreten lassen. Im Sinne einer zielführenden Schlichtung ist jedoch die Anwesenheit mindestens eines solchen Vertreters jeder beteiligten Partei erforderlich, der zur Entscheidung über eine Einigung über den Schlichtungsgegenstand berechtigt ist.
- (5) Im Sinne einer zielführenden Schlichtung sollen etwaige schriftliche Stellungnahmen mindestens 3 Werktage vor den Schlichtungsverhandlungen an die beteiligte(n) Partei(en) und den Schlichter versandt werden.
- (6) Im Rahmen der Schlichtungsverhandlungen soll möglichst darauf verzichtet werden, den Schlichtungsgegenstand ohne sachlichen Grund und ohne sachgemäße Vorbereitungsmöglichkeit für die übrigen Beteiligten zu ändern oder zu erweitern. Die jeweils andere Partei ist berechtigt, eine Änderung oder Erweiterung des Schlichtungsgegenstandes abzulehnen.

§ 5 Beendigung des Schlichtungsverfahrens

- (1) Verlangt eine Partei nach Durchführung des ersten Termins der Schlichtungsverhandlungen deren Beendigung, ohne dass eine Einigung über den Gegenstand der Schlichtung erzielt wurde, so fertigt der Schlichter auf Verlangen einer Partei darüber ein Protokoll, das den Schlichtungsgegenstand näher bezeichnet und in dem das Vorbringen der Parteien zum Schlichtungsgegenstand in einer möglichst noch im Schlichtungstermin mit den Parteien abgestimmten Weise zusammengefasst wird. Mit Unterzeichnung des Protokolls durch den Schlichter gilt das Schlichtungsverfahren als beendet.

- (2) Wird in den Schlichtungsverhandlungen eine Einigung erzielt, und erklären alle beteiligten Parteien, dass sie die Vereinbarung als verbindlich anerkennen, ist darüber ein Protokoll zu fertigen, das von allen an der Schlichtung beteiligten Parteien sowie dem Schlichter zu unterzeichnen ist. In das Protokoll ist ausdrücklich aufzunehmen, dass eine Einigung erzielt wurde. Mit der Unterzeichnung des Protokolls über die Einigung durch die im Schlichtungstermin anwesenden Parteien und den Schlichter gilt das Schlichtungsverfahren als beendet.
- (3) Das über die Schlichtungsverhandlungen nach den vorstehenden Absätzen 1 und 2 geführte Protokoll ist ein Ergebnis-, kein Verlaufsprotokoll. Das Protokoll kann eine Vertraulichkeitsvereinbarung enthalten. Sämtliche Parteien erhalten unverzüglich eine Abschrift des Protokolls.
- (4) Wird in dem Schlichtungsverfahren keine Einigung im Sinne des vorstehenden Absatz 2 erzielt, kann jede der Parteien des Schlichtungsverfahrens den Rechtsweg beschreiten. Die Beendigung des Schlichtungsverfahrens steht einem einvernehmlichen Neubeginn nicht entgegen.
- (5) Die Parteien des Schlichtungsverfahrens sind damit einverstanden, dass der Lauf gesetzlicher oder vertraglicher Verjährungsfristen in Bezug auf den Schlichtungsgegenstand bis zum Abschluss des obligatorischen Schlichtungsverfahrens gehemmt ist. § 203 BGB gilt entsprechend.

§ 6 Vertraulichkeit

Die Parteien sowie alle an den Schlichtungsverhandlungen beteiligten Personen sowie solche, die an gemeinsamen oder getrennten Sitzungen zwischen den Parteien teilgenommen haben, haben die Inhalte der Verhandlungen sowohl während als auch nach der Beendigung des Schlichtungstermins als vertraulich zu behandeln. Sie dürfen, soweit nicht anderweitig vereinbart, Dritten gegenüber keine Informationen offen legen, die das jeweilige Schlichtungsverfahren betreffen oder die sie in dessen Verlauf erhalten haben. Soweit eine Partei dies fordert, haben die Personen, die an Schlichtungsverhandlungen teilnehmen, eine Vertraulichkeitserklärung zu unterzeichnen.

§ 7 Kosten des Schlichtungsverfahrens

Die an dem Schlichtungsverfahren beteiligten Parteien tragen das Honorar des Schlichters und dessen Auslagen sowie die notwendigen Kosten des Schlichtungsverfahrens (Sekretariatsaufwand; Portokosten; Raummiete, etc.) zu gleichen Teilen und haften dafür als Gesamtschuldner. Im Übrigen trägt jede Partei ihre Kosten selbst.

VERGÜTUNG UND ABRECHNUNG

ABSCHNITT I: VERGÜTUNGSPOSITIONEN

A. NEUROLOGIE

B. PSYCHIATRIE

C. PSYCHOTHERAPIE

D. KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

ABSCHNITT II: LAUFZEIT

ABSCHNITT III: ALLGEMEINE VERGÜTUNGSBESTIMMUNGEN

ABSCHNITT IV: ABRECHNUNGSVERFAHREN

ABSCHNITT V: ANHÄNGE

Anhang 1 zu Anlage 12:

Leistungsbeschreibung gemäß EBM-Ziffernkranz Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie

Anhang 2 zu Anlage 12:

Diagnosenliste (ICD 10 Kodierungen)

Anhang 3 zu Anlage 12:

Qualitätszuschläge Rationale Pharmakotherapie

Anhang 3.1 zu Anlage 12:

Vergütung für Neuein- bzw. Umstellungen auf ausgewählte rabattierte Antiepileptika, Parkinsontherapeutika und Antipsychotika.

Anhang 4 zu Anlage 12:

Qualitätszuschlag zielgenaue stationäre Krankenhauseinweisung

Anhang 5 zu Anlage 12:

Qualitätszuschlag Krankengeld

Anhang 6 zu Anlage 12:

Diagnosenliste Traumata

Anhang 7 zu Anlage 12:

Elektronische Arztvernetzung

Anhang 8 zu Anlage 12:

Messenger-Lösung im Rahmen der elektronischen Arztvernetzung

Anhang 9 zu Anlage 12:

entfällt

Anhang 10 zu Anlage 12:

Medikamentöse Prophylaxe der Migräne

Anhang 11 zu Anlage 12:

EFA® Neurologie

Vergütung und Abrechnung

Abschnitt I: VERGÜTUNGSPPOSITIONEN

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
	<p>Fachärzte für Neurologie, Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie. Weiterhin ist Voraussetzung, dass neurologische Leistungen in der KV vor der Vertragsteilnahme abgerechnet wurden.</p> <p>Gegenstand des Versorgungsauftrages nach diesem Vertrag dürfen gemäß § 140a SGB V nur solche Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.</p>		
	<p>1. Pauschalen</p> <p>Veranlasste Leistungen, die über den Versorgungsauftrag gemäß dem EBM-Ziffernkranz in der jeweils geltenden Fassung hinausgehen, sind nicht Gegenstand dieses Vertrages. Als Einzelleistung, Qualitätszuschlag oder Zuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet.</p>		
	<p>Grundlagen einer evidenzbasierten, biopsychosozialen Medizin mit dem Ziel bestmöglicher Patientenversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • In einem modernen gesundheitlichen Versorgungssystem greifen Kuration/Therapie, Rehabilitation, Prävention und Pflege ineinander als biopsychosoziales Versorgungsnetz, unterstützt durch Beratung zu den jeweiligen Maßnahmen wie auch zum Selbstmanagement im Alltag. • Für eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung sollen individuelle Risiko- und Schutzfaktoren - die soziale und wirtschaftliche, Umwelt-, behaviorale und psychische Faktoren umfassen - berücksichtigt werden. • Den Patienten wird im Rahmen des biopsychosozialen Modells eine aktive Rolle in der Erhaltung ihrer Gesundheit sowie in der Genesung und Rehabilitation zugeschrieben. Um diese Rolle zu unterstützen, gilt es, die individuelle Gesundheitskompetenz zu fördern. • Gesundheitskompetenz ist definiert als die Kapazität, unter Alltagsbedingungen sinnvolle gesundheitliche Entscheidungen zu treffen und unter anderem Verantwortung für die eigene Gesundheit auch zu übernehmen, um damit die Wirksamkeit des Gesundheitssystems zu verbessern. • In der Versorgung können mehr Zeit für Beratung*, individuelle Aufklärung und Information, auch mit Begleitpersonen, als zentrale Anliegen einer guten Patientenversorgung und Behandlungsqualität gesehen werden und stellen damit hier ein wesentliches Ziel dar. • Wichtig ist dafür auch, dass Informationen zur Unterstützung im Sinne von Komplementarität zu sehen sind und nicht als Ersatz der Arzt-Patienten-Beziehung (HONcode-Prinzipien s.u.). <p>o *Online-Quellen zum Thema Beratung je nach aktuellem Sachstand z.B.: www.aps-ev.de Checkliste für die Nutzung von Gesundheits-Apps Broschüre & Kurzfassung auch digital; Informationen für Patientinnen und Patienten www.patientensicherheit-online.de; www.awmf.org Leitlinien/Informationen für Patienten; www.ebm-netzwerk.de Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation, Gute Praxis Gesundheitsinformation GPGI; www.stiftung-gesundheitswissen.de; www.euro.who.int Bericht 57 des Health Evidence Network: Definition Gesundheitskompetenz; Stiftung Health On the Net HONCode www.hon.ch;</p> <p>o Quellen zum Thema biopsychosoziale Versorgung je nach aktuellem Sachstand z.B.: Hurrelmann et al. Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, Hans Huber Verlag 2014. Hurrelmann et al. Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung, Hogrefe 2018.</p> <p>Die neurologische Versorgung im Facharztgebiet Neurologie bildet sich in 2 Blöcken grundlegend ab gemäß aktueller Fachliteratur :</p>		

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
<p>I. Diagnostik</p> <p>II. Krankheitsentitäten</p> <p>Ad I. im Überblick</p> <ul style="list-style-type: none"> • I.1 Allgemein anamnestisch & klinisch • I.2 Neuropsychologie gemäß www.g-ba.de • I.3 Speziell apparativ: <ol style="list-style-type: none"> 1) Lumbalpunktion gemäß www.dgn.org 2) neurophysiologische Methoden 3) Neurosonologie 4) neuroradiologische Untersuchungen 5) Biopsien 6) Laboruntersuchungen <p>Indikationsstellung und Qualitätsstandards zu I.2 und I.3 s. Anlage 17</p> <p>II. Krankheitsentitäten für eine bedarfs- & bedürfnisgerechte biopsychosoziale Versorgung</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. vaskuläre Krankheiten des ZNS 2. Tumorkrankheiten des Nervensystems 3. Krankheiten mit anfallsartigen Symptomen 4. Entzündungen des Nervensystems einschl. Covid & MS 5. Bewegungsstörungen und degenerative Krankheiten des ZNS 6. traumatische Schädigungen des ZNS 7. metabolische und toxische Schädigungen des Nervensystems 8. Krankheiten des peripheren Nervensystems/der Muskulatur 9. sonstige wie Entwicklungsstörungen, Übergreifend 	<p>Schnittstelle HAUSARZT (Allgemeinmedizin, Innere Medizin) / NEUROLOGIE</p> <p>Präambel: HAUSÄRZTE im HZV-Vertrag nehmen grundsätzlich am DMP teil</p> <p>Die Rolle des HAUSARZTES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behandlung des Patienten als erster Ansprechpartner in der medizinischen Versorgung • Biopsychosoziale Anamnese • Klinische Untersuchung • Ggf. Laboruntersuchung • Ggf. apparative Diagnostik • Korrekte spezifische Behandlungsdiagnosen mit Schlüsselnummern der aktuellen ICD-GM in der jeweils geltenden Fassung (gesicherte Diagnose oder Verdachtsdiagnose) zur Einleitung der entsprechenden leitlinienorientierten bzw. evidenzbasierten Behandlungswege nach aktuellem wissenschaftlichem Kenntnisstand • Medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapie des Patienten gemäß aktuellem wissenschaftlichem Kenntnisstand (auch nach DEGAM-Leitlinien in der jeweils aktuellen Version bzw. aktueller Fachbuchliteratur) • Die Überweisung vom HAUSARZT zum NEUROLOGEN erfolgt u.a. mit (Begleit-) Diagnosen, Befunden (ggf. Labor, Vorberichte) und Medikamentenplan • Ggf. andere Besonderheiten wie z.B. häusliche Umstände 	<p>1 x pro Abrechnungsquartal, sofern</p> <ul style="list-style-type: none"> • eine Überweisung vom HAUS-ARZT/FACHARZT zur neurologischen Behandlung vorliegt und • mindestens ein persönlicher oder telemedizinischer Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. <p>Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e))</p> <p>Ausnahme:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei Nofällen ist die Abrechnung von NP1 auch ohne Überweisung möglich. <p>Nicht abrechenbar durch persönlich Ermächtigte mit fachärztlichem Überweisungsvorbehalt</p>	<p>35,00 EUR</p>
<p>Grundpauschale NP1</p>			<p>35,00 EUR</p>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
	<p>Befundbericht an den HAUSARZT durch den NEUROLOGEN v.a. insgesamt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosestellung mit korrekten und spezifischen Behandlungsdiagnosen (mit Schlüsselnummern der jeweils geltenden ICD-GM-Fassung) • Laborparameter ggf. zur Differentialdiagnose (ggf. bereits teilweise durch den HAUSARZT erfolgt) • Therapieempfehlungen ggf. mit Medikamentenplan – Folgeverordnungen finden beim HAUSARZT statt, sofern der HAUSARZT diese verordnen kann und möchte • Festlegung von Kriterien, die zur erneuten Überweisung zum NEUROLOGEN führen sollen, z.B. Verlaufskontrollen, wiederkehrenden therapeutischen Maßnahmen oder bei rezidivierenden Symptomen • Nicht-medikamentöse evidenzbasierte Beratungsinhalte analog wie digital, zur Förderung der Prävention v.a. zu psychosozialen und seelischen Belastungen usw. zur Verbesserung der Krankheitsbewältigung und Lebensqualität • (Psycho-)soziale Empfehlungen auch via Sozialem Dienst der AOK bzw. der Patientenbegleitung der Bosch BKK u.a. zur Pflege, Förderung der Teilhabe am Leben insbesondere bei chronischen Erkrankungen mit hohem Versorgungsbedarf z.B. auch wenn Pflegebedürftigkeit droht bzw. besteht) in Verbindung mit mindestens einem psychosozialen Kontextfaktor. <p>Facharztbene NEUROLOGIE</p> <p>Allgemeine Grundlagen</p> <p>Diagnostik allgemein z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • biopsychosoziale Anamnese <ul style="list-style-type: none"> ○ Beschwerden, Vorerkrankungen, Belastungen, Befindlichkeit, Lebensstil, Medikamente, familiäre Anamnese, Beruf, Freizeit ○ klinische Untersuchung • ggf. Labor • ggf. apparativ <p>Therapie/Maßnahmen allgemein z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • nicht-medikamentös <ul style="list-style-type: none"> ○ je nach Alter, Geschlecht und Morbidität Beachtung von Polypharmazie/Wechselwirkungen ○ Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) ambulant z.B. www.ptiscus.de <p>Procedere</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsame Therapieentscheidung je nach Versorgungsaufwand. <p>Bericht an den HAUSARZT zur spezifischen Diagnose und zur biopsychosozialen Versorgung</p>	<p>Ist vom FACHARZT und auch von den FACH-ÄRZTEN einer BAG nicht im selben Quartal abrechenbar neben</p> <ul style="list-style-type: none"> • PYP1 oder PYP1H • PTP1 • NP1H • NV1 • PYV1 • PTV1 • KJPYP1 • KJPYV1 <p>NP1 ist vom FACHARZT oder einem anderen FACHARZT derselben BAG parallel zu P1 aus einem anderen §140a-Vertrag nicht am selben Tag, aber im selben Quartal abrechenbar, wenn jeweils eine eigene Überweisung des HAUSARZTES/FACHARZTES vorliegt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • HAUSÄRZTE, die auch an diesem Vertrag teilnehmen, können für eine/n HZV-Versicherte/n keine NP1 abrechnen, wenn der/dieselbe Arzt/Ärztin (Personenidentität) am selben Tag auch Leistungen nach dem AOK- oder Bosch BKK-HZV-Vertrag erbringt und diese nach den Regelungen im AOK- oder Bosch BKK-HZV-Vertrag abgerechnet werden. Wird der Versicherte in der HZV als Vertretungsfall behandelt, ist die Abrechnung nach diesem Vertrag vorrangig. 	

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
<p>Grundpauschale NP1a</p>	<p>Siehe NP1</p>	<p>Einmal pro Abrechnungsquartal, sofern</p> <ul style="list-style-type: none"> • eine Überweisung vom HAUSARZT vorliegt. • mindestens ein persönlicher oder telemedizinischer Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. • Diese Leistung ist vom FACH-ARZT zu erbringen und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)) <p>Nur additiv zu NP1 abrechenbar.</p>	<p>AOK: 10,00 EUR</p> <p>Bosch BKK: 5,00 EUR</p>
<p>Grundpauschale Heim NP1H</p>	<p>Versorgungs- und Leistungsinhalt analog NP1 in einem Pflegeheim (stationäre Pflegeeinrichtung nach § 72 SGB XI)</p>	<p>Abrechenbar anstelle der NP1 für Versicherte, die in einem Pflegeheim (stationäre Pflegeeinrichtung nach § 72 SGB XI) leben</p> <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) in einem Pflegeheim erforderlich und die Leistung ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e))</p> <p>Es gelten im Übrigen dieselben Vergütungsregeln wie für die NP1.</p> <p>Ist vom FACHARZT und auch von den FACH-ÄRZTEN einer BAG nicht im selben Quartal abrechenbar neben</p> <ul style="list-style-type: none"> • PYP1 oder PYP1H • PTP1 • NP1 • NV1 • PYV1 • PTV1 • KJPYP1 • KJPYV1 • PTE1 – PTE8 bzw. PTE1KJ – PTE4KJ • PYE1 	<p>50,00 EUR</p>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
<p>Pauschale Neurologische Versorgung biopsychosozial gemäß II. Krankheitsentitäten im Facharztgebiet Neurologie</p>			
NP3A/B	<p>Pauschale Neurologische Versorgung: effektiv & erlebbar</p> <p>Ziele zur Qualitätsförderung auf einen Blick</p> <ul style="list-style-type: none"> • ambulante Versorgung evidenzbasiert-strukturiert für mehr Sicherheit • multiprofessionelle Vernetzung zwischen Hausärzten/Fachärzten beschleunigen • Prophylaxe, Prävention & Rehabilitation, analog wie digital (gemäß EBM), fördern • Gesundheitskompetenzen, Verständnis für Selbstmanagement stärken • Teilhabe am Leben erweitern & Arbeitsunfähigkeit mindern • unnötige Hospitalisierungen vermeiden • Behandlungswege verkürzen <p>Ziel einer biopsychosozial ausgerichteten neurologischen Versorgung ist auch die Krankheitsprävention & Gesundheitsförderung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prävention bezeichnet alle Eingriffshandlungen, die dem Vermeiden des Eintretens oder Ausbreitens einer Krankheit dienen und • Gesundheitsförderung bezeichnet alle Eingriffshandlungen, die der Stärkung von individuellen Fähigkeiten der Lebensbewältigung dienen. • Dabei werden zudem Risiko- und Schutzfaktoren beschrieben, die soziale und wirtschaftliche, Umwelt-, behaviorale und psychische Faktoren einschließen, sowie den Zugang zu gesundheitsrelevanten Leistungen (bedarfs- und bedürfnisgerecht.) • Quelle: Hurrelmann et al. Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, Hans Huber Verlag 2014 <p>Folgende Versorgungspfade werden exemplarisch hervorgehoben, um die Teilhabe am Leben multiprofessionell zu stärken, unnötige Hospitalisierung zu mindern und die Lebensqualität, Prophylaxe und Rehabilitation bedarfs- und bedürfnisgerecht zu fördern, z.B. zu</p> <ul style="list-style-type: none"> • chronischen (Spannungs-)Kopfschmerzen, chronischer Migräne • unspezifischen Rückenschmerzen (supportiv) • der besonderen Berücksichtigung und Entstigmatisierung von Komorbiditäten wie Depressionen u.a. • Long-/Post-Covid (zudem NBG1 situativ) <p>Multiprofessionell unterstützend können MFAs bzw. EFAs wirken zu analogen wie auch als evidenzbasiert wirksam erwiesenen digitalen Gesundheitsangeboten und psychosozialen Hilfestellungen (inhaltliche Voraussetzungen gemäß Vertragsvereinbarungen HZV/FAV und Curricula).</p> <p>Chronische Kopfschmerzen (Fokus chronische Migräne und chronische (Spannungs-)Kopfschmerzen</p> <p>A) Chronische Migräne bzw. komplizierte Migräne G43.3</p> <p>Definition nach aktuellem Sachstand Fachliteratur:</p> <ul style="list-style-type: none"> • in mindestens den letzten 3 Monaten Kopfschmerzen an über 15 Tagen/Monat, davon je gleich/über 8 Tage Migräne; Ausschluss Medikamentenübergebrauch • chronische Erkrankung mit erheblicher Einschränkung der Lebensqualität und Leistungsfähigkeit 	<p>Abrechenbar als Zuschlag auf NP1.</p> <p>Im selben Quartal nicht abrechenbar neben</p> <ul style="list-style-type: none"> • NP1H • Zusatzpauschalen NP2A1-NP2G2 • Leistungen aus dem Modul Psychiatrie <p>Nicht abrechenbar am selben Tag neben Leistungen aus dem Modul Psychotherapie.</p> <p>1 x pro Quartal und max. 2 x in 4 Quartalen abrechenbar.</p> <p>Der erste Diagnostikzuschlag in 4 Quartalen wird über die Ziffer NP3A abgerechnet, der zweite über die Ziffer NP3B.</p> <p>NP3A:</p> <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.</p> <p>NP3B:</p> <p>Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e))</p>	<p>NP3A: 50,00 EUR</p> <p>NP3B: 35,00 EUR</p>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
	<p>Diagnostik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnose stützt sich auf die Anamnese und einen unauffälligen neurologischen Untersuchungsbefund, ggfs. weitere (bildgebende) Ausschlussdiagnostik, (Vgl. Klassifikation der International Headache Society IHS) • Abklärung zu psychischen Komorbiditäten, v.a. depressive Symptomatik, z.B. 2-Fragen-Test (s.u.) <p>Therapie multimodal</p> <p>Biopsychosozialer Versorgungsplan: bedarfs- und bedürfnisgerecht zu Risikofaktoren, medikamentöse und nicht-medikamentöse Behandlung und zur Prävention z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • medikamentöse und nichtmedikamentöse Versorgungsplanung einsekt. zur Arzneimitteltherapiesicherheit, auch ggf. Sozialer Dienst AOK BaWü/Patientenbegleitung Bosh BKK via HAUSARZT und je nach anerkanntem Sachstand der Fachliteratur als Richtlinie/ Leitlinien www.awmf.org, https://dgn.org, https://www.dmgk.de/ • Kopfschmerzkalender zur Erhebung der Anfallsfrequenz und zum Therapie-Monitoring, z.B. Kopfschmerzkalender der deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft www.dmgk.de (auch in versch. Fremdsprachen) • Indikation zur Prophylaxe der (chronischen) Migräne je nach Leidensdruck, beeinträchtigter Lebensqualität und Risiko des Medikamentenübergebrauchs (Medikamenteneinnahme an > 10d/Monat) <p>Medikamentöse Therapie der Migräneattacken nach anerkanntem Sachstand der Fachliteratur als Richtlinie/ Leitlinien</p> <p>Medikamentöse Prophylaxe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufklärung über Behandlungsziele: z.B. 50% Reduktion der Attackenhäufigkeit, evtl. auch Besserung der Schwere; verzögerter Wirkeintritt • Auswahl eines Migräneprophylaktikums orientiert sich an Begleiterkrankungen und individuellen Bedürfnissen der Patienten (z.B. Amitriptylin bei komorbiden Schlafstörungen oder Depressionen) • Bei häufigen Migräneattacken bzw. Migräneattacken mit ausgeprägten Beschwerden oder anhaltender Aura sollte eine medikamentöse Migräneprophylaxe angeboten werden • Keine Verwendung von Opioid-Analgetika • Ggfs. Behandlung eines übermäßigen Schmerzmittelgebrauchs <p>Nicht-medikamentöse Prophylaxe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kombination medikamentöser und nicht-medikamentöser Verfahren anstreben; Indikationen für primären Einsatz nicht-medikamentöser Verfahren sollten geprüft werden • Aerobe Ausdauersportarten sollten empfohlen werden (z.B. Schwimmen, Joggen, Radfahren) • Entspannungsverfahren (v.a. progressive Muskelrelaxation nach Jacobson) bzw. Biofeedback-Verfahren (insbes. thermale Finger-Biofeedback und EMG-Biofeedback) sollten empfohlen/ angeboten werden – bei gleicher nachgewiesener Wirksamkeit wie Propanolol (im Mittel Reduktion der Migränehäufigkeit um 35–45 %) • Akupunktur ebenfalls vergleichbar wirksam wie medikamentöse Prophylaxe • Kognitivverhaltenstherapeutische Verfahren (KVT) in Einzel- oder Gruppenpsychotherapie (auch online) sind bei chronischen Kopfschmerzen indiziert, u.a. wegen hoher psych. Komorbiditäten, bei Einschränkung der Lebensqualität und hoher Stressbelastung • Regulierung von Schlaf-Wach-Rhythmus, Nahrungszufuhr, Tagesablauf • Vermeidung von Auslösefaktoren <p>Beeinflussbare Risikofaktoren für Chronifizierung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Übergewicht, Schnarchen, Schlafstörungen, andere Schmerzkrankung, Rauchen, belastende Lebensereignisse 		

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
	<p>B) Chronische Kopfschmerzen vom Spannungstyp R51</p> <p>Therapie multimodal Biopsychosozialer Versorgungsplan: bedarfs- und bedürfnisgerecht zu Risikofaktoren, medikamentöse und nicht-medikamentöse Behandlung und zur Prävention</p> <ul style="list-style-type: none"> • medikamentöse und nichtmedikamentöse Versorgungskoordination einschl. zur Arzneimitteltherapiesicherheit und auch ggf. Sozialer Dienst AOK BaWü/Patientenbegleitung Bosch BKK via HAUSARZT und nach anerkanntem Sachstand der Fachliteratur/ Leitlinien <p>Medikamentös:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medikamentöse Prophylaxe bei Kopfschmerzen über 15 Tage im Monat über mindestens 3 Monate bzw. wenn Lebensqualität eingeschränkt, medikamentöse Therapie unter Beachtung ggf. von Analgetikarestriktion <p>Nicht-medikamentös:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entspannungsverfahren (v.a. progressive Muskelrelaxation nach Jacobson) sollten empfohlen werden • Kognitivverhaltenstherapeutische Verfahren (KVT) in Einzel- oder Gruppenpsychotherapie (auch online) sind bei chronischen Kopfschmerzen indiziert, u.a. wegen hoher psych. Komorbiditäten, bei Einschränkung der Lebensqualität und hoher Stressbelastung • Screening auf psych. Komorbiditäten, v.a. depressive Symptomatik, z.B. 2-Fragen-Test (s.u.) <p>Ergänzende Informations- und Therapieangebote zur Stärkung der Gesundheitskompetenz und Krankheitsbewältigung für Patienten mit chronischen Kopfschmerzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Kopfschmerzkalender</u> der deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft www.dmkg.de (auch in versch. Fremdsprachen); auch über kostenlose Migräne-App (Schmerzlinik Klei: https://schmerzlinik.de/die-migräne-app/) • <u>AOK-Anleitung zur Progressiven Muskelentspannung</u> u.a.: https://www.aok.de/pk/magazin/wohlbefinden/entspannung/progressive-muskelentspannung/; Bosch BKK: https://www.bosch-bkk.de/media/downloads/serve_1/gesundheitsbroschueren/bosch_bkk_tiefenmuskelentspannung_2019.pdf • <u>Stress-Bewältigung/Achtsamkeit</u>: AOK https://www.stress-im-griff.de/; AOK-Lebe Balance Bosch BKK https://www.bosch-bkk.de/leistungen/vorsorge-und-gesundheit/stressbewaeltigung-und-entspannung.html ; Phileo App über die Bosch BKK • <u>Depressive Verstimmungen</u>: u.a. https://moodgym.de/; https://depression.aok Familiencoach Depression für Angehörige • <u>AOK-Gesundheitskurse vor Ort</u>, Ernährungsberatung, Bewegungsangebote wie Walking, Radfahren www.aok.de, Gesundheitskurse der Bosch BKK https://www.bosch-bkk.de/leistungen/vorsorge-und-gesundheit/gesundheitskurse.html • <u>Rauchstopp</u>: www.rauchfrei-info.de; BZgA kostenlos www.shop.bzga.de • <u>Selbsthilfe</u>: www.migraeneliga.de • <u>Online-Tool für Studierende</u>: https://headache-hurts.de • <u>Krankheitsbewältigung eBook</u>: „Ich habe Migräne- und was ist deine Superkraft“ <p>Unspezifische Rückenschmerzen M54 chronifizierend (Lumbalgie)</p> <p>Therapie multimodal Biopsychosozialer Versorgungsplan: bedarfs- und bedürfnisgerecht einschl. Rehabilitation, medikamentöse und nicht-medikamentöse Behandlung sowie Beratung zu Risikofaktoren und zur Prävention</p> <ul style="list-style-type: none"> • Biopsychosoziale Vernetzung gemäß HZV/FAV multiprofessionell Facharztprogramm Orthopädie zur Förderung der Teilhabe am Leben • Motivation zur Vermeidung körperlicher Schonung, Bewegung im Alltag fördern 		

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
	<ul style="list-style-type: none"> • Prävention einer Schmerzmittelabhängigkeit insbes. Opioidanalgetika • Muskelaufbautraining z.B. AOK Gesundheitsangebote evaluiertes Rückenkonzept www.aok.de; • Screening auf psych. Komorbiditäten, v.a. depressive Symptomatik, z.B. 2-Fragen-Test (s.u.) <p>Diagnostik und rasche Hilfestellung von relevanten Komorbiditäten v.a. depressiven Verstimmungen bei chronischen Krankheiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Screening auf Depression: Nach positivem 2-Fragen-Test „Hatten Sie in den vergangenen 2 Wochen wenig Interesse oder Freude daran, Dinge zu tun?“ und „Fühlten Sie sich in den vergangenen 2 Wochen niedergeschlagen, depressiv oder hoffnungslos?“ Antwort an mehreren Tagen = 1 Punkt; an mehr als der Hälfte der Tage = 2 Punkte; fast jeden Tag = 3 Punkte; bei 3 oder mehr Punkten Verdacht auf eine Depression. <p>Therapie je nach Schweregrad und multiprofessionelle biopsychosoziale Unterstützung via HVZ/FAV PNP</p> <ul style="list-style-type: none"> • AWMF/NVL/ Orientierungshilfen www.dgppn.de <p>Ergänzende Informations- und Therapieangebote zur Stärkung der Gesundheitskompetenz und Krankheitsbewältigung für Patienten mit Depressionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • https://depression.aok • Förderung psych. Gesundheit/Achtsamkeit: Online-Programm AOK-Lebe Balance • Bosch BKK https://www.bosch-bkk.de/leistungen/vorsorge-und-gesundheit/stressbewaeltigung-und-entspannung.html ; Phileo App über die Bosch BKK • Ergänzendes Depressions-Online-Selbsthilfe-Programm (AOK): https://moodgym.de • Familiencoach Depression für Angehörige, • Bewegungsangebote www.aok.de; Gesundheitskurse der Bosch BKK https://www.bosch-bkk.de/leistungen/vorsorge-und-gesundheit/gesundheitskurse.html 		
NBG1	<p>Beratungsgespräch Long-, Post-COVID situativ und gemäß aktuellem Sachstand</p> <p>Facharztzentrierte Versorgung, hier Neurologie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Biopsychosoziale Beratung je nach Symptomen, z.B. zum Riech-, Gedächtnistraining • multidisziplinäre evidenzbasierte Unterstützung auch digital, nach Häufigkeit aufgeführt: • z.B. bei chronischem Fatigue-Syndrom (www.mcfcs.de), eingeschränkter Belastbarkeit, Kopfschmerzen u.a.; Tagebuch; https://headache-hurts.de; Myalgien, Neuropathien, depressiven Verstimmungen u.a. AOK-Lebe Balance, https://moodgym.de; https://depression.aok Familiencoach Depression für Angehörige, Müdigkeit, Denkstörungen (sog. Brain-Fog), Schwindel (Stand vom 23.03.2022). <p>Online-Informationsquellen gemäß aktuellem Sachstand, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • www.dgn.org • www.aerzteblatt.de Riechtraining nach Covid-19 (11. Mai 2021) • www.aponet.de Covid-19: Riechtraining (22.01.2022) • www.akademie-gedaechtnistraining.de Corona Info memo • Übungen zum Gedächtnistraining für zu Hause: • www.bvgt.de Bundesverband Gedächtnistraining e.V. • Post-Covid-Reha: https://www.deutsche-rentenversicherung.de; • Bewegungsangebote www.aok.de; • Rauchstopp www.rauchfrei-info.de; BZgA kostenlos www.shop.bzga.de 	<ul style="list-style-type: none"> • Maximal 1 x im Krankheitsfall (vier aufeinander folgende Quartale) abrechenbar. • Eine Einheit à 10 Min. • Nur gemäß ICD-Liste (Anhang 2, Anlage 12) abrechenbar • Nur nach Überweisung durch den HVZ-Hausarzt abrechenbar • Mind. 10 Minuten • Diese Leistung ist befristet bis zum 30.06.2025 • Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und • ist nicht delegierbar (Abschnitt III, Ziffer II, Abs. 5 lit. e)) 	20,00 EUR

Vergütungsposition	Vergütungsregeln	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
	<p><u>Ergänzende Informations- und Therapieangebote zur Stärkung der Gesundheitskompetenz und Krankheitsbewältigung für Patienten mit Long-COVID s. Anhang 8 Anlage 17</u></p> <p>Multiprofessionell unterstützend können MFAs bzw. EFAs wirken zu analoge wie auch als evidenzbasiert wirksam erwiesenen digitalen Gesundheitsangeboten und psychosozialen Hilfestellungen (inhaltliche Voraussetzungen gemäß Vertragsvereinbarungen HZV/FAV und Curricula).</p>		
	<p style="text-align: center;">Spezielle Neurologie</p> <p>Multiprofessionell unterstützend können MFAs bzw. EFAs wirken zu analoge wie auch als evidenzbasiert wirksam erwiesenen digitalen Gesundheitsangeboten und psychosozialen Hilfestellungen (inhaltliche Voraussetzungen gemäß Vertragsvereinbarungen HZV/FAV und Curricula).</p>		
NP2A1	<p>Zusatzpauschale Zerebrovaskuläre Krankheiten – Diagnostik / Therapie:</p> <p>Neurologische leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit zerebrovaskulären Erkrankungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostik erweitert <ul style="list-style-type: none"> • im Akutfall: sofortige Krankenhauseinweisung erforderlich, wenn möglich auf eine Schlaganfallstation • ggf. Erfassung von bleibenden funktionellen Defiziten, • ggf. neuropsychologische Testung • apparative Diagnostik (s.o.) z.B. hier, <ul style="list-style-type: none"> • ggf. Neurosonologie • ggf. Veranlassung weiterer fachärztlicher Untersuchungen • Vermeidung von Doppeluntersuchungen gemäß Anlage 17 <p>Therapie multimodal</p> <p>Biopsychosozialer Versorgungsplan: bedarfs- und bedürfnisgerecht einschl. Rehabilitation, Beratung zu Risikofaktoren und zur Prävention,</p> <ul style="list-style-type: none"> • medikamentöse und nichtmedikamentöse Versorgungskoordination einschl. zur Arzneimitteltherapiesicherheit nach anerkanntem Sachstand der Fachliteratur/ Leitlinien und ggf. Einbezug Sozialer Dienst AOK BaWü/Patientenbegleitung Bosch BKK • bei Folgen: Alltagsfunktionale Bewertung der Defizite interdisziplinär frühzeitig zu beachten mit Möglichkeiten der Verbesserung der Prognose je nach klinischen Untersuchungsbefunden einschl. familiärer und beruflicher Situation sowie Umfeld, Abschätzung der Motivation und Prognose, breite Unterstützung der Alltagsbewältigung; • Koordination zur medizinischen Rehabilitation (stationär wie ambulant), ggf zu Heilmitteln und Hilfsmitteln mit Reevaluation sowie auch <ul style="list-style-type: none"> o ggf. zur Pflegeversicherung, häuslichen Krankenpflege, Hinweis auf Pflegeberatung (z.B. Sozialer Dienst AOK/Patientenbegleitung der Bosch BKK), Rehabilitationssport o ggf. hypothesengeleitete neuropsychologische Diagnostik und Behandlung o ggf. Psychotherapie; ggf. antidepressive Medikation • Krankheitsspezifische Beratung zu klima- und umweltbezogenen Kontextfaktoren im Sinne einer klimaresilienten Versorgung <p>Berichte/Dokumentation/ICD-Kodierung strukturierter Befundbericht Neurologie vom FACHARZT zum HAUSARZT mit korrekter endstelliger Verschlüsselung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1 x pro Quartal additiv zu NP1 oder NP1H abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anl. 12). • In Kombination mit anderen Zusatzpauschalen abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anl. 12). • Die zusätzliche Abrechnung einer Zusatzpauschale Psychiatrie im selben Quartal ist durch den FACHARZT selbst bzw. durch einen anderen FACHARZT aus demselben BAG nur dann möglich, wenn eine Überweisung des HAUSARZTES/ FACHARZTES für die neurologische und psychiatrische Versorgung vorliegt. In diesem Fall kann die NP2A1 auch mit der PYP1 oder PYP1H (anstelle der NP1 oder NP1H kombiniert werden). • Nicht am selben Tag abrechenbar neben PYP2h • Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)) 	19,00 EUR

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
	<p>Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> • korrekte endstellige ICD-Kodierung gemäß Anlage 12 Anhang 2 • Folgen zerebrovaskuläre Krankheiten gemäß Anlage 12 Anhang 2 • Die verschiedenen Schweregrade und Krankheitskomplikationen werden unter besonderer Berücksichtigung der Krankheitsentwicklung mit neurologischen, neurokognitiven und neuropsychiatrischen Symptomen durch entsprechende ICD- Kodierungen korrekt kenntlich gemacht, Sekundärkomplikationen werden gesondert verschlüsselt, z.B. neurogene Blasenstörungen N31.-- 		
<p>NP2A2</p>	<p>Beratungszuschlag auf NP2a1 Gemeinsame Entscheidungsfindung zum Therapieplan, zur Nachsorge</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beratung zur rationalen Pharmakotherapie (cave Multimedikation, Sturzneigung, Depressionen, Ängste usw.); Deutsche Schlaganfallhilfe www.schlaganfall-hilfe.de • Prävention nach einem Schlaganfall im Verlauf mit konsequenter Therapie und Beratung Lebensstil, auch Blutdruckeinstellung, Gewicht, Nikotinkarenz, Ausdauertraining usw. in Abstimmung mit dem Hausarzt (auch ARRIBA) • Beratung zu spezifischen Angeboten auch z.B. AOK/Bosch BKK-Gesundheitsangebote, Selbsthilfegruppen/ vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung der FACHARZT-Praxis mit dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 17 insbesondere zu folgenden Themen <ul style="list-style-type: none"> ○ Berufliche Wiedereingliederung/ Sicherung Erwerbsfähigkeit ○ Beratung zur Rehabilitation/ Teilhabe ○ Häusliche Situation und Wohnen ○ Pflege/ Psychiatrische Pflege ○ Soziale Beziehungen/ Beratung von Angehörigen einschließlich Versorgung von Kindern ○ Alltagsbewältigung/ Mobilität ○ Sicherung der medizinisch-therapeutischen Maßnahmen einschl. Suchthilfe ○ Sozialrechtliche Beratung. <p>Befundung zu o.g. Themenfeldern ist an den Hausarzt zu übermitteln als prägnanter Überblick (Befundbericht) gemäß Anlage 17</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nur abrechenbar bei Vorliegen gesicherter Diagnosen gemäß gesonderter Liste für NP2A1 (Anhang 2 zur Anl. 12). • Maximal 5 Einheiten im Krankheitsfall (4 Quartale in Folge) und maximal 2 Einheiten pro Quartal bei einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt abrechenbar. • Dauer je Einheit mind. 10 Minuten. • In Kombination mit anderen Beratungszuschlägen bis zu maximal 2 Einheiten pro Quartal bei Vorliegen gesicherter Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anl. 12) abrechenbar. Werden mehrere Beratungszuschläge in einem Quartal abgerechnet, erhöht sich die Therapiezeit entsprechend. • Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)) 	<p>20,00 EUR</p>
<p>NP2B1</p>	<p>Zusatzpauschale Multiple Sklerose</p> <p>Diagnostik Kriterien nach McDonald aktueller Stand der Revision, je nach Verlaufsform wie auch zu kognitiven und psychischen Veränderungen z.B. Gedächtnis, Aufmerksamkeit, zur Fatigue, Depressivität usw.gemäß www.awmf.org; • Sorgfältige Anamnese und neurolog. Untersuchung • Fragebogen- und neuropsychologische Diagnostik bzgl. Begleitbeschwerden, 2-Fragen-Test s.o. zu depressiven Verstimmungen ggf. • Standardisierte MRT-Diagnostik, Liquorpunktion (Durchführung gemäß www.dgn.org), EEG (evozierte Potenziale) • Individuelle Verlaufsbeobachtung zur Therapieoptimierung (Klinische und MRT-Kontrollen u.a.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1 x pro Quartal additiv zu NP1 oder NP1H abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anl. 12). • In Kombination mit anderen Zusatzpauschalen abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anl. 12). • Die zusätzliche Abrechnung einer Zusatzpauschale Psychiatrie im selben Quartal ist durch den FACHARZT selbst bzw. durch einen anderen FACHARZT 	<p>32,00 EUR</p>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
	<p>Therapie ambulant vor stationär, s.u. Multimodal und Prophylaxe je nach Verlaufsform sowie durch gemeinsame Entscheidungsfindung mit den Patienten unter Abwägung von Nutzen und Risiken</p> <ul style="list-style-type: none"> • Biopsychosozialer Versorgungsplan nach anerkanntem Sachstand der Fachliteratur/ Leitlinien: <ul style="list-style-type: none"> • bedarfs- und bedürfnisgerecht einschl. Rehabilitation, Beratung zu Risikofaktoren und zur Prävention, Förderung der Teilhabe am Leben • ggf. Sozialer Dienst AOK BaWü/Patientenbegleitung Bosch BKK, häusliche Pflege ggf. usw., ambuliert vor stationär Depressive Verstimmungen: u.a. AOK-Lebe Balance, https://moodgym.de; https://depression.aok Familiencoach Depression für Angehörige • Krankheitsspezifische Beratung zu klima- und umweltbezogenen Kontextfaktoren im Sinne einer klimaresilienten Versorgung • Gemeinsame Entscheidungsfindung medikamentöse Therapie <ul style="list-style-type: none"> • je nach Verlaufsform und anerkanntem Sachstand aktuell und www.awmf.org; www.dgn.org; z.B. auch www.kompetenznetz-multiplesklerose.de: Qualitätshandbuch MS* / NMOSD; Aufklärungsbögen und Patientenhandbücher online • Immuntherapie: Vor- und Nachteile einer Immuntherapie sollten ausführlich mit dem Patienten diskutiert werden (*S. 35/36); <ul style="list-style-type: none"> ▪ Auswahl der Substanzen auch nach individueller Nutzen-Risiko-Abwägung à informierte Entscheidung auch gemäß persönlicher Präferenzen ▪ Berücksichtigung individueller Lebenssituation: bei Auswahl geeigneter Therapeutika und Therapieentscheidungen sind u.a. Alter, Familienplanung, Lebensqualität und Alltagseinschränkungen mit einzubeziehen • Nicht-medikamentöse Therapie: Physio- und Ergotherapie bei motorischen Einschränkungen (vgl. auch DGNR-Leitlinie, Tholen et al. Aktueller Sachstand); Logopädie bei Sprechstörungen mit Reevaluation usw.; Verweis auf Risikofaktor Übergewicht/Beratung Ernährung • Symptombezogene Therapie hinsichtlichlich: <ul style="list-style-type: none"> • Fatigue • Kognitive Störungen • Myoklonien • Sexuelle Funktionsstörungen / Blasenstörungen • Schmerzen • Depression (Screening durch 2-Fragen-Test) <p>Berichte/Dokumentation/ICD-Kodierung</p> <ul style="list-style-type: none"> • strukturierter Befundbericht Neurologie vom FACHARZT zum HAUSARZT mit korrekter endstelliger Veranschaulichung gemäß Anlage 17 Anhang 1 • korrekte endstellige ICD-Kodierung gemäß Anlage 12 Anhang 2 • die Multiple Sklerose ist mit G35.- zu verschlüsseln. Aktuell vorhandene Manifestationen sind zusätzlich zu kodieren, sofern die Behandlungsdiagnose gesichert wurde. • Die verschiedenen Schweregrade werden unter besonderer Berücksichtigung der Krankheitsentwicklung mit neurologischen, neurokognitiven und neuropsychiatrischen Symptomen durch entsprechende ICD-Kodierungen kenntlich gemacht. 	<p>aus der selben BAG nur dann möglich, wenn eine Überweisung des HAUSARZTES/ FACHARZTES für die neurologische und psychiatrische Versorgung vorliegt. In diesem Fall kann die NP2B1 auch mit der PYP1 oder PYP1H (anstelle der NP1 oder NP1H kombiniert werden).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht am selben Tag abrechenbar neben PYP2h. • Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e) 	

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
<p>NP2B2</p>	<p>Beratungszuschlag auf NP2b1</p> <ul style="list-style-type: none"> • U.a. zum Selbstmanagement je nach Verlaufsformen, zum Lebensstil und zur biopsychosozialen Versorgung einschl. vor allem auch zur Prophylaxe (Selbsthilfe Deutsche MS Gesellschaft www.dmsg.de usw.) • zu spezifischen Angeboten auch z.B. AOK/Bosch BKK-Gesundheitsangebote, / vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung der FACHARZT-Praxis mit dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 17 insbesondere zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Berufliche Wiedereingliederung/ Sicherung Erwerbsfähigkeit ○ Beratung zur Rehabilitation/ Teilhabe ○ Häusliche Situation und Wohnen ○ Pflege/ Psychiatrische Pflege ○ Soziale Beziehungen/ Beratung von Angehörigen einschließlich Versorgung von Kindern ○ Alltagsbewältigung/ Mobilität ○ Sicherung der medizinisch-therapeutischen Maßnahmen einschl. Suchthilfe ○ Sozialrechtliche Beratung. <p>Ergänzende Informations- und Therapieangebote zur Stärkung der Gesundheitskompetenz und Krankheitsbewältigung für Patienten mit Multiple Sklerose</p> <p>Krankheitsaufklärung, Aufklärungsbögen, Patientenhandbücher: www.kompetenznetz-multipler-sklerose.de; www.dgn.de MS-Video-Podcasts und Erklärfilme: https://www.dmsg.de/service/multimedia (Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft Bundesverband e.V.) Stärkung kognitiver Funktionen: https://www.dmsg.de/ms-kognition/ (Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft Bundesverband e.V.) MS-Tagebuch-App zur Krankheitsbewältigung im Alltag: https://www.dmsg.de/service/multimedia/rms-tagebuch (Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft Bundesverband e.V.) Stress-Bewältigung/Achtsamkeit: AOK https://www.stress-im-griff.de/; AOK-Lebe Balance; Bosch BKK: https://www.bosch-bkk.de/leistungen/vorsorge-und-gesundheit/stressbewaeltigung-und-entspannung.html ; Phileo App über die Bosch BKK; Depressive Verstimmungen: u.a. https://moodym.de; https://depression.aok Familiencoach Depression für Angehörige Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung: www.dge.de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nur abrechenbar bei Vorliegen gesicherter Diagnosen gemäß gesonderter Liste für NP2B1 (Anhang 2 zur Anl. 12). • Maximal 2 Einheiten pro Quartal bei einem persönlichen Arzt- Patienten-Kontakt abrechenbar. • Dauer je Einheit mind. 10 Minuten. • In Kombination mit anderen Beratungszuschlägen bis zu maximal 2 Einheiten pro Quartal bei Vorliegen gesicherter Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anl. 12) abrechenbar. Werden mehrere Beratungszuschläge in einem Quartal abgerechnet, erhöht sich die Therapiezeit entsprechend. • Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e) 	<p>20,00 EUR</p>
<p>NP2C1</p>	<p>Zusatzpauschale Epilepsie</p> <p>Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausführliche Anamnese zur Ausgestaltung des Anfallsgeschehens (Semiologie), typologische Zuordnung, Beurteilung bereits durchgeführter Bildgebung zur Diagnostik des Gehirns, • ggf. neuropsychologische Testung (s.o.) • Untersuchung auf neurologische, neuropsychiatrische und kognitive Defizite • Anamnese zum sozialen Umfeld (Familienstand, Angehörige, Partner, Beruf) mit Hinsicht auf erfolgreiche Behandlung (Compliance, krankheitsbedingte Beeinträchtigung) auf Wunsch des Patienten <p>Apparativ z.B. Stufen-Diagnostik:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1 x pro Quartal additiv zu NP1 oder NP1H abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anl. 12). • In Kombination mit anderen Zusatzpauschalen abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anl. 12). • Die zusätzliche Abrechnung einer Zusatzpauschale Psychiatrie im selben Quartal ist durch den FACHARZT 	<p>26,00 EUR</p>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
	<ul style="list-style-type: none"> • EEG, ggf. Schlafentzugs-EEG, EEG mit Provokation • ggf. Langzeit-EEG • ggf. Video-Langzeit-EEG • Labor einschl. Kontrollen • Veranlassung Bildgebung • ggf. Veranlassung Schnittstelle zum Kardiologen/Internisten in Abstimmung mit dem Hausarzt, z.B. zum Abschluss von kardialen Ursachen von Synkopen, endokrinologischen Ursachen usw., ggf. Schnittstelle zum Psychiatrer bei Verdacht auf dissoziativen Anfällen, ggf. Schnittstelle zum Frauenarzt bei Kinderwunsch/Schwangerschaft. <p>Therapie multimodal und Prophylaxe je nach Verlaufsform</p> <ul style="list-style-type: none"> • Biopsychosozialer Versorgungsplan nach anerkanntem Sachstand der Fachliteratur/ Leitlinien: bedarfs- und bedürfnisgerecht einschl. Rehabilitation, Beratung zu Risikofaktoren und zur Prävention, medikamentöse und nichtmedikamentöse Versorgungskoordination einschl. zur Arzneimitteltherapiesicherheit und auch ggf. Sozialer Dienst AOK BaWü/Patientenbegleitung Bosch BKK • Medikamentöse Therapie je nach Verlaufsform und anerkanntem Sachstand aktuell, ambulant vor stationär • Krankheitsspezifische Beratung zu klima- und umweltbezogenen Kontextfaktoren im Sinne einer klimaresilienten Versorgung <p>Erstellung eines biopsychosozialen Versorgungsplans</p> <p>Berichte/Dokumentation/ICD-Kodierung</p> <ul style="list-style-type: none"> • strukturierter Befundbericht Neurologie vom FACHARZT zum HAUSARZT mit korrekter endstelliger Verschlüsselung gemäß Anlage 17 Anhang 1/Anlage 12 Anhang 2 <p>Die verschiedenen Schweregrade werden unter besonderer Berücksichtigung der Krankheitsentwicklung mit neurologischen, neurokognitiven und neuropsychiatrischen Symptome durch entsprechende ICD-Kodierungen kenntlich gemacht.</p>	<p>selbst bzw. durch einen anderen FACHARZT aus demselben BAG nur dann möglich, wenn eine Überweisung des HAUS- ARZTES/FACHARZTES für die neurologische und psychiatrische Versorgung vorliegt. In diesem Fall kann die NP2C1 auch mit der PYP1 oder PYP1H (anstelle der NP1 oder NP1H kombiniert werden).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht am selben Tag abrechenbar neben PYP2h. • Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II, Abs. 5 lit. e)) 	
NP2C2	<p>Beratungszuschlag auf NP2c1</p> <ul style="list-style-type: none"> • zur Medikation mit dem Behandlungsziel Anfallsfreiheit, zur allgemeinen Lebensführung und zur medikamentösen Prophylaxe, Notfalltherapie usw., • Bei Frauen auch zur hormonellen Kontrazeption, Folsäuregabe, zur Compliance in Bezug auf eine (geplante) Schwangerschaft, sozialmedizinische bzw. biopsychosoziale Beratung <p>Zeit für Mitteilung der Diagnose, sozialmedizinische Beratung, Beratung zur Lebensplanung, Lebensstil einschließl. Beratung zu Verhütung, Schwangerschaft (EURAP-Register) und Kinderwunsch, Fahrtauglichkeit, Freizeitverhalten, Vermeidung von Auslösern, Gefährdungsbeurteilung in Schule, Ausbildung und Beruf nach Formblatt BGI 585, Langzeitwirkungen der Antiepileptika, zu Therapiehilfen wie Anfallskalender usw., hier besonders wichtig bei der Erstdiagnose auch auf Basis der Leitlinien der DGN und der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie, Beratung zu Anfallskalender, Protokollführung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beratung zu spezifischen Angeboten auch z.B. AOK/Bosch BKK-Gesundheitsangebote, Selbsthilfegruppen/ vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung der FACHARZT-Praxis mit dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 17 insbesondere zu folgenden Themen <ul style="list-style-type: none"> • Berufliche Wiedereingliederung/ Sicherung Erwerbsfähigkeit • Beratung zur Rehabilitation/ Teilhabe • Häusliche Situation und Wohnen 	<ul style="list-style-type: none"> • Nur abrechenbar bei Vorliegen gesicherter Diagnosen gemäß gesonderter Liste für NP2C1 (Anhang 2 zur Anl. 12). • Maximal 2 Einheiten pro Quartal bei einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt abrechenbar. • Dauer je Einheit mind. 10 Minuten. • In Kombination mit anderen Beratungszuschlägen bis zu maximal 2 Einheiten pro Quartal bei Vorliegen gesicherter Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anl. 12) abrechenbar. Werden mehrere Beratungszuschläge in einem Quartal abgerechnet, erhöht sich die Therapiezeit entsprechend. 	20,00 EUR

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
	<ul style="list-style-type: none"> • Pflege/ Psychiatrische Pflege • Soziale Beziehungen/ Beratung von Angehörigen einschließlich Versorgung von Kindern • Alltagsbewältigung/ Mobilität • Sicherung der medizinisch-therapeutischen Maßnahmen einschl. Suchthilfe • Sozialrechtliche Beratung. <p>Ergänzende Informations- und Therapieangebote zur Stärkung der Gesundheitskompetenz und Krankheitsbewältigung für Patienten mit Epilepsie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dt. Epilepsievereinigung www.epilepsie.sh • Informationszentrum Epilepsie www.izepilepsie.de • In BW Landesverband der Epilepsie SH: www.lv-epilepsie-bw.de 	<ul style="list-style-type: none"> • Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e) 	
NP2D1	<p>Zusatzpauschale Parkinson und Extrapyramidale Syndrome – Diagnostik / Therapie</p> <p>Parkinsonsyndrom</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei Immobilität, Komplikationen und Komorbiditäten wie urologische Komplikationen, Osteoporose, Embolien, Gelenkversteifungen, Pneumonien usw., ggf. neuropsychologische Testung. Therapiekontrolle mit Wirkungsfrequenzen (ICD ...) <p>Atypische Parkinsonsyndrome, Dystonien, Essentieller Tremor, Chorea Huntington, degenerative Basalganglienerkrankungen und andere Bewegungsstörungen</p> <p>Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> • wie bei Parkinson und zusätzlich Labor zum Gennachweis • Bedarf einer besonders aufwändigen differentialdiagnostischen Abklärung und individuellen therapeutischen Strategie sowie auch sozialmedizinisch intensiver Begleitung und Betreuung <p>Therapie als biopschosozialer Versorgungsplan</p> <ul style="list-style-type: none"> • zusätzlich Botulinumtoxin Injektionsbehandlungen ggf. • Pumpenbetreuung <p>Krankheitsspezifische Beratung zu klima- und umweltbezogenen Kontextfaktoren im Sinne einer klimaresilienten Versorgung</p> <p>Berichte/Dokumentation/ICD-Kodierung</p> <p>strukturiertes Befundbericht Neurologie vom FACHARZT zum HAUSARZT mit korrekter endstelliger Verschlüsselung</p> <p>Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> • korrekte endstellige ICD-Kodierung gemäß Anlage 12 Anhang 2 <p>Die verschiedenen Schweregrade werden unter besonderer Berücksichtigung der Krankheitsentwicklung mit neurologischen, neurokognitiven und neuropsychiatrischen Symptomen durch entsprechende ICD-Kodierungen kenntlich gemacht.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1 x pro Quartal additiv zu NP1 oder NP1H abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesondeter Liste (Anhang 2 zur Anl. 12). • In Kombination mit anderen Zusatzpauschalen abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesondeter Liste (Anhang 2 zur Anl. 12). • Die zusätzliche Abrechnung einer Zusatzpauschale Psychiatrie im selben Quartal ist durch den FACHARZT selbst bzw. durch einen anderen FACHARZT aus der selben BAG nur dann möglich, wenn eine Überweisung des HAUSARZTES / FACHARZTES für die neurologische und psychiatrische Versorgung vorliegt. • In diesem Fall kann die NP2D1 auch mit der PYP1 oder PYP1H (anstelle der NP1 oder NP1H kombiniert werden). • Nicht am selben Tag abrechenbar neben PYP2h. • Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e) 	26,00 EUR
NP2D2	<p>Beratungszuschlag auf NP2d1</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nur abrechenbar bei Vorliegen gesi- 	20,00 EUR

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
	<p>Koordination weiterer fachärztlicher diagnostischer Abklärung sowie Abstimmung zu den Maßnahmen mit dem HAUSARZT/der VERAH/EFA usw.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berichte/Dokumentation/ICD-Kodierung • strukturierter Befundbericht Neurologie vom FACHARZT zum HAUSARZT mit korrekter endstelliger Verschlüsselung korrekt endstellig nach ICD-Kodierung gemäß Anlage 12 Anhang 2 • Demenz einschl. frontotemporale Demenz, Lewykörperchen-Demenz u. a. • Demenzerkrankungen sind definiert durch den Abbau und Verlust kognitiver Funktionen und Alltagskompetenzen. Die Erkrankungen verlaufen chronisch-fortschreitend mit zunehmend schwereren Einschränkungen der geistigen Leistungsfähigkeit, der Alltagsfunktionen und des Verhaltens. • für Angehörige entsteht eine hohe emotionale Belastung durch die Veränderung der Kranken und das Auftreten von psychischen und Verhaltenssymptomen sowie durch soziale Isolation. Physische Belastung der Angehörigen entsteht durch körperliche Pflege und z.B. als Folge von Störungen des Tag-Nacht- Rhythmus des Erkrankten. Pflegenden Angehörige von Demenzkranken haben ein erhöhtes Risiko für psychische und körperliche Erkrankungen. • für die gesicherte Diagnose der Demenz müssen spezifische Symptome und Störungen mindestens sechs Monate bestanden haben. 	<p>NP2E1 auch mit der PYP1 oder PYP1H (anstelle der NP1 oder NP1H kombiniert werden).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht im selben Quartal abrechenbar neben PYP2h. • Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e) 	
<p>NP2E2</p>	<p>Beratungszuschlag auf NP2e1</p> <p>Erstellung eines Versorgungsplans mit dem Patienten/der Patientin/Beratung/Vernetzung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zeit für Mitteilung der Diagnose, ausführliche sozialmedizinische Beratung auch zum Betreuungsverfahren, Aufklärung über Verlauf der Erkrankung, Beratung zur Lebensplanung, einschließlich Beratung der Angehörigen • nicht-medikamentöse Therapie (Kognitives Training, Realitätsorientierung, ergotherapeutische Maßnahmen, körperliche Aktivitäten, künstlerische Therapien, sensorische Therapieverfahren, Pflege) • im Verlauf Zeit für Beratung erforderlich zur Anpassung der häuslichen Pflegesituation • Schutz der Gesundheit von pflegenden Angehörigen, Unterstützung bei der häuslichen Lebensführung, ggf. in Abstimmung mit ambulanten Pflegediensten, sozialem Dienst der AOK/ Patientenbegleitung der Bosch BKK • Beratung zu spezifischen Angeboten auch z.B. AOK/Bosch BKK-Gesundheitsangebote, Selbsthilfegruppen/ vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung der FACHARZT-Praxis mit dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 17 insbesondere zu folgenden Themen <ul style="list-style-type: none"> • Berufliche Wiedereingliederung/ Sicherung Erwerbsfähigkeit • Beratung zur Rehabilitation/ Teilhabe • Häusliche Situation und Wohnen • Pflege/ Psychiatrische Pflege • Soziale Beziehungen/ Beratung von Angehörigen einschließlich Versorgung von Kindern • Alltagsbewältigung/ Mobilität • Sicherung der medizinisch-therapeutischen Maßnahmen einschl. Suchthilfe • Sozialrechtliche Beratung. <p>Ergänzende Informations- und Therapieangebote zur Stärkung der Gesundheitskompetenz und Krankheitsbewältigung für Patienten mit Demenz</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selbsthilfe Deutsche Alzheimer Gesellschaft 	<ul style="list-style-type: none"> • Nur abrechenbar bei Vorliegen gesicherter Diagnosen gemäß gesonderter Liste für NP2E1 (Anhang 2 zur Anl. 12). • Maximal 1 Einheit pro Quartal bei einem persönlichen Arzt- Patienten-Kontakt abrechenbar. • Dauer je Einheit mind. 10 Minuten. • In Kombination mit anderen Beratungszuschlägen bis zu maximal 2 Einheiten pro Quartal bei Vorliegen gesicherter Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anl. 12) abrechenbar. Werden mehrere Beratungszuschläge in einem Quartal abgerechnet, erhöht sich die Therapiezeit entsprechend. • Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e) 	<p>20,00 EUR</p>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
	<ul style="list-style-type: none"> • Kompetenznetz Demenze.V. 		
<p>NP2F1</p>	<p>Zusatzpauschale Polyneuropathie und Myopathie</p> <p>Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilitätsstörungen, motorisch, vegetativ chronischprogrediente Entwicklung • Klinisch, Vibrationsempfindung <p>Therapie einschl. biopsychosozialen Versorgungsplan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medikamentös: <ul style="list-style-type: none"> • Falls möglich ursächliche Therapie • Beachtung AMTS • Symptomatische Behandlung von Reizerscheinungen und Schmerzen usw. • Krankheitsspezifische Beratung zu klima- und umweltbezogenen Kontextfaktoren im Sinne einer klimaresilienten Versorgung <p>Schnittstellen-Betreuung je nach Ursache mit HAUSARZT und anderen gemeinsam z.B. bei Alkohol, Diabetes usw.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berichte/Dokumentation/ICD-Kodierung • strukturierter Befundbericht Neurologie vom FACHARZT zum HAUSARZT mit korrekter endstelliger Verschlussslung <p>Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> • korrekte endstellige ICD-Kodierung gemäß Anlage 12 Anhang2 <p>die verschiedenen Schweregrade werden unter besonderer Berücksichtigung der Krankheitsentwicklung mit neurologischen, neurokognitiven und neuropsychiatrischen Symptome durch entsprechende ICD-Kodierungen kenntlich gemacht.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1 x pro Quartal additiv zu NP1 oder NP1H abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anl. 12). • In Kombination mit anderen Zusatzpauschalen abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anl. 12). • Die zusätzliche Abrechnung einer Zusatzpauschale Psychiatrie im selben Quartal ist durch den FACHARZT selbst bzw. durch einen anderen FACHARZT aus der selben BAG nur dann möglich, wenn eine Überweisung des HAUSARZTES/FACHARZTES für die neurologische und psychiatrische Versorgung vorliegt. In diesem Fall kann die NP2F1 auch mit der PYP1 oder PYP1H (anstelle der NP1 oder NP1H kombiniert werden). • Nicht am selben Tag abrechenbar neben PYP2h. • Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer I. Abs. 5 lit. e)) 	<p>14,00 EUR</p>
<p>NP2F2</p>	<p>Beratungszuschlag auf NP2f1</p> <ul style="list-style-type: none"> • zu spezifischen Angeboten auch z.B. AOK/Bosch BKK-Gesundheitsangebote. Selbsthilfegruppen/ vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung der FACHARZT-Praxis mit dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 17 insbesondere zu folgenden Themen <ul style="list-style-type: none"> • Berufliche Wiedereingliederung/ Sicherung Erwerbsfähigkeit • Beratung zur Rehabilitation/ Teilhabe • Häusliche Situation und Wohnen • Pflege/ Psychiatrische Pflege • Soziale Beziehungen/ Beratung von Angehörigen einschließlich Versorgung von Kindern • Alltagsbewältigung/ Mobilität • Sicherung der medizinisch-therapeutischen Maßnahmen einschl. Suchthilfe • Sozialrechtliche Beratung. <p>Ergänzende Informations- und Therapieangebote zur Stärkung der Gesundheitskompetenz und Krankheitsbewältigung für Patienten mit Polyneuropathie und Myopathie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nur abrechenbar bei Vorliegen gesicherter Diagnosen gemäß gesonderter Liste für NP2F1 (Anhang 2 zur Anl. 12). • Maximal 5 Einheiten pro Krankheitsfall (4 Quartale in Folge) und maximal 2 Einheiten pro Quartal bei einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt abrechenbar. • Dauer je Einheit mind. 10 Minuten. • In Kombination mit anderen Beratungszuschlägen bis zu maximal 2 Einheiten 	<p>20,00 EUR</p>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
	<ul style="list-style-type: none"> • Selbsthilfegruppen Gesprächskreis für Menschen mit Polyneuropathie 	<p>pro Quartal bei Vorliegen gesicherter Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anl. 12) abrechenbar. Werden mehrere Beratungszuschläge in einem Quartal abgerechnet, erhöht sich die Therapiezeit entsprechend.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)) 	
<p>NP2G1</p>	<p>Zusatzpauschale Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks – Diagnostik / Therapie</p> <p>Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> • je nach Ursache, frühzeitige Vorstellung zur Erfassung von neurologischen Defiziten zur optimierten interdisziplinären Versorgungsplanung, ggf. apparative Diagnostik unter Vermeidung von Doppeluntersuchungen <p>Therapie</p> <p>Spezielle Medikation je nach Anlass und Ursache</p> <p>Erstellung eines biopsychosozialen Versorgungsplans z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • umfassende Betreuung auch sozialmedizinisch, psychosomatisch • Pumpenbetreuung • symptomatisch vielseitig mit Pflege, Rehabilitation, ei, Blasentraining, Ergotherapie usw. • Krankheitsspezifische Beratung zu klima- und umweltbezogenen Kontextfaktoren im Sinne einer klimaresilienten Versorgung <p>Berichte/Dokumentation/ICD-Kodierung</p> <p>strukturiert Befundbericht Neurologie vom FACHARZT zum HAUSARZT mit korrekter endstelliger Verschlussschlüsselung</p> <ul style="list-style-type: none"> • korrekte endstellige ICD-Kodierung gemäß Anlage 12 Anhang 2 <p>Die verschiedenen Schweregrade werden unter besonderer Berücksichtigung der Krankheitsentwicklung mit neurologischen, neurokognitiven und neuropsychiatrischen Symptome durch entsprechende ICD-Kodierungen kenntlich gemacht.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1 x pro Quartal additiv zu NP1 oder NP1H abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anl. 12). • In Kombination mit anderen Zusatzpauschalen abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anl. 12). • Die zusätzliche Abrechnung einer Zusatzpauschale Psychiatrie im selben Quartal ist durch den FACHARZT selbst bzw. durch einen anderen FACHARZT aus derselben BAG nur dann möglich, wenn eine Überweisung des HAUSARZTES/FACHARZTES für die neurologische und psychiatrische Versorgung vorliegt. In diesem Fall kann die NP2G1 auch mit der PYP1 oder PYP1H (anstelle der NP1 oder NP1H kombiniert werden). • Nicht am selben Tag abrechenbar neben PYP2h. • Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)) 	<p>19,00 EUR</p>
<p>NP2G2</p>	<p>Beratungszuschlag auf NP2g1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beratung zu spezifischen Hilfsangeboten, um die Teilhabe am Leben zu fördern, auch z.B. AOK/Bosch BKK-Gesundheitsangebote, Selbsthilfegruppen/ vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung der FACHARZT-Praxis mit dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß 	<ul style="list-style-type: none"> • Nur abrechenbar bei Vorliegen gesicherter Diagnosen gemäß gesonderter Liste für NP2G1 (Anhang 2 zur Anl. 12). 	<p>20,00 EUR</p>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
	<p>Anlage 17 insbesondere zu folgenden Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berufliche Wiedereingliederung/ Sicherung Erwerbsfähigkeit • Beratung zur Rehabilitation/ Teilhabe • Häusliche Situation und Wohnen • Pflege/ Psychiatrische Pflege • Soziale Beziehungen/ Beratung von Angehörigen einschließlich Versorgung von Kindern • Alltagsbewältigung/ Mobilität • Sicherung der medizinisch-therapeutischen Maßnahmen einschl. Suchthilfe • Sozialrechtliche Beratung. <p>Ergänzende Informations- und Therapieangebote zur Stärkung der Gesundheitskompetenz und Krankheitsbewältigung für Patienten mit Verletzungen des Rückenmarks</p> <p>Selbsthilfegruppen Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V., Fördergemeinschaft der Querschnittsgelähmten</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Maximal 5 Einheiten pro Krankheitsfall (4 Quartale in Folge) und maximal 2 Einheiten pro Quartal bei einem persönlichen Arzt- Patienten-Kontakt abrechenbar. • Dauer je Einheit mind. 10 Minuten. • In Kombination mit anderen Beratungszuschlägen bis zu maximal 2 Einheiten pro Quartal bei Vorliegen gesicherter Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anl. 12) abrechenbar. Wenn mehrere Beratungszuschläge in einem Quartal abgerechnet, erhöht sich die Therapiezeit entsprechend. <p>Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e))</p>	
<p>2. Einzelleistungen</p> <p>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.</p>			
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 • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. 	160,00 EUR
NE2a	<p>Einzelleistung zur Betreuung und Nachsorge bei Multipler Sklerose</p> <p>- Dauer mehr als 2 Stunden</p> <p>Aufwand für die Applikation, Überwachung der Vitalfunktion und Adhärenzsicherung bei der Immuntherapie der Multiplen Sklerose gemäß aktuell gültiger Fachinformation und den Empfehlungen des Kompetenznetzes Multiple Sklerose</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Maximal einmal pro Tag abrechenbar • Nicht am selben Tag neben NE2B und NE2C abrechenbar. • Nur abrechenbar bei Vorliegen gesicherter Diagnosen gemäß gesonderter Liste für 	53,00 EUR

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
	<p>(Qualitätshandbuch MS)</p> <p>Die Art und Dauer der Anwendung sind der jeweils gültigen Fachinformation zu entnehmen. Wird hiervon in medizinisch begründeten Aufnahmefällen abgewichen, liegt die Verantwortung bei dem behandelnden Arzt bzw. Ärztin.</p>	<p>NP2B1 (Anhang 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) ist erforderlich 	
NE2b	<p>Einzelleistung zur Betreuung und Nachsorge bei Multipler Sklerose</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dauer mehr als 4 Stunden <p>Aufwand für die Applikation, Überwachung der Vitalfunktion und Adhärenzsicherung bei der Immuntherapie der Multiplen Sklerose gemäß aktuell gültiger Fachinformation und den Empfehlungen des Kompetenznetzes Multiple Sklerose (Qualitätshandbuch MS)</p> <p>Die Art und Dauer der Anwendung sind der jeweils gültigen Fachinformation zu entnehmen. Wird hiervon in medizinisch begründeten Aufnahmefällen abgewichen, liegt die Verantwortung bei dem behandelnden Arzt bzw. Ärztin.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Maximal einmal pro Tag abrechenbar • Nicht am selben Tag neben NE2A und NE2C abrechenbar. • Nur abrechenbar bei Vorliegen gesicherter Diagnosen gemäß gesonderter Liste für NP2B1 (Anhang 2) • Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) ist erforderlich 	101,00 EUR
NE2c	<p>Einzelleistung zur Betreuung und Nachsorge bei Multipler Sklerose</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dauer mehr als 6 Stunden <p>Aufwand für die Applikation, Überwachung der Vitalfunktion und Adhärenzsicherung bei der Immuntherapie der Multiplen Sklerose gemäß aktuell gültiger Fachinformation und den Empfehlungen des Kompetenznetzes Multiple Sklerose (Qualitätshandbuch MS)</p> <p>Die Art und Dauer der Anwendung sind der jeweils gültigen Fachinformation zu entnehmen. Wird hiervon in medizinisch begründeten Aufnahmefällen abgewichen, liegt die Verantwortung bei dem behandelnden Arzt bzw. Ärztin.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Maximal einmal pro Tag abrechenbar • Nicht am selben Tag neben NE2A und NE2B abrechenbar. • Nur abrechenbar bei Vorliegen gesicherter Diagnosen gemäß gesonderter Liste für NP2B1 (Anhang 2) • Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) ist erforderlich 	148,00 EUR
NE2d	<p>Einzelleistung zur Schubtherapie bei Multipler Sklerose</p> <p>Aufwand für die Applikation, Überwachung der Vitalfunktion und Adhärenzsicherung bei der Schubtherapie der Multiplen Sklerose mit Glucocorticoiden gemäß aktuell gültiger Fachinformation und den Empfehlungen des Kompetenznetzes Multiple Sklerose (Qualitätshandbuch MS).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Maximal einmal pro Tag abrechenbar • Maximal 5 Einheiten pro Quartal abrechenbar • Nur abrechenbar bei Vorliegen gesicherter Diagnosen gemäß gesonderter Liste für NP2B1 (Anhang 2) • Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) ist erforderlich; Eine Delegation ist nicht möglich. • Diese Leistung ist zunächst befristet bis zum 31.12.2025 	55,00 EUR

Vergütungsposition	Vorsorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
NE3	Einstellung des Hirnschrittmachers nach operativer Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> • qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2 • max. 3 x innerhalb von 4 Quartalen in Folge • maximal 1 x pro Tag • ist abrechenbar bei Vorliegen gesicherter Diagnosen gemäß gesonderter Liste für NP2D1 (Anhang 2 zur Anlage 12) • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. 	45,00 EUR
NE4	Medikamentenpumpenbetreuung (Parkinson, Erkrankungen des Rückenmarks)	<ul style="list-style-type: none"> • qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2 • max. 4 x innerhalb von 4 Quartalen in Folge • ist abrechenbar bei Vorliegen gesicherter Diagnosen gemäß gesonderter Liste für NP2D1 und NP2G1 (Anhang 2 zur Anlage 12) • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. 	50,00 EUR
NE5	Besuche im Heim zur Unzeit auf Anforderung des Heims (zwischen 22.00 und 7.00 Uhr, an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 19.00 und 7.00 Uhr)	<ul style="list-style-type: none"> • Max. 1 x am Tag abrechenbar • Nicht neben PVE3 am selben Tag • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. 	40,00 EUR
NE7	Schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V (EBM-Kapitel 30.7.1)	<ul style="list-style-type: none"> • qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2 • 1x pro Quartal • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. 	50,00 EUR
NE9	Plexusanalgesie, Spinal- oder Periduralanalgesie Beschreibung und Leistungsinhalt gem. EBM-Ziffer 30731	<ul style="list-style-type: none"> • 1x pro Tag • Neben NZ1 abrechenbar • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. 	50,00 EUR

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
NE10a	Neuein- bzw. Umstellung auf rabattiertes Antiepileptikum gemäß Anhang 3.1 zur Anlage 12	<ul style="list-style-type: none"> • max. einmal pro Quartal und max. zweimal pro Kalenderjahr abrechenbar • nur abrechenbar, wenn im Abrechnungsquartal ein Antiepileptikum gemäß Anhang 3.1 zur Anlage 12 verordnet wurde und im Abrechnungsquartal sowie in den letzten 4 Vorquartalen keine Verordnung der aktuellen Rabattpräparate vorliegt. • NE10a ist nicht mit NE10b im selben Quartal und in Kombination nicht mehr als 1x im Kalenderjahr abrechenbar. • Es ist ein Arzt-Patienten-Kontakt (persönlich oder telemedizinisch - Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b) oder c)) erforderlich. 	10,00 EUR
NE10b	Neuein- bzw. Umstellung auf rabattiertes Antiepileptikum gemäß Anhang 3.1 zur Anlage 12	<ul style="list-style-type: none"> • max. einmal pro Quartal und max. zweimal pro Kalenderjahr abrechenbar • nur abrechenbar, wenn im Abrechnungsquartal ein Antiepileptikum gemäß Anhang 3.1 zur Anlage 12 verordnet wurde und im Abrechnungsquartal sowie in den letzten 4 Vorquartalen keine Verordnung der aktuellen Rabattpräparate vorliegt. • NE10b ist nicht mit NE10a im selben Quartal und in Kombination nicht mehr als 1x im Kalenderjahr abrechenbar. • Es ist ein Arzt-Patienten-Kontakt (persönlich oder telemedizinisch - Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b) oder c)) erforderlich. 	10,00 EUR
NE11a	Neuein- bzw. Umstellung auf rabattiertes Parkinsontherapeutikum gemäß Anhang 3.1 zur Anlage 12	<ul style="list-style-type: none"> • max. einmal pro Quartal und max. zweimal pro Kalenderjahr abrechenbar • nur abrechenbar, wenn im Abrechnungsquartal ein Parkinson-Therapeutikum gemäß Anhang 3.1 zur Anlage 12 verordnet wurde und im Abrechnungsquartal sowie in den letzten 4 Vorquartalen keine Verordnung der aktuellen Rabattpräparate vorliegt. • NE11a ist nicht mit NE11b im selben Quartal und in Kombination nicht mehr als 1x im Kalenderjahr abrechenbar. 	10,00 EUR

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
NE11b	Neuein- bzw. Umstellung auf rabattiertes Parkinsontherapeutikum gemäß Anhang 3.1 zur Anlage 12	<ul style="list-style-type: none"> Es ist ein Arzt-Patienten-Kontakt (persönlich oder telemedizinisch - Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b) oder c)) erforderlich. max. einmal pro Quartal und max. zweimal pro Kalenderjahr abrechenbar nur abrechenbar, wenn im Abrechnungsquartal ein Parkinson-Therapeutikum gemäß Anhang 3.1 zur Anlage 12 verordnet wurde und im Abrechnungsquartal sowie in den letzten 4 Vorquartalen keine Verordnung der aktuellen Rabattpräparate vorliegt. NE11b ist nicht mit NE11a im selben Quartal und in Kombination nicht mehr als 1x im Kalenderjahr abrechenbar. Es ist ein Arzt-Patienten-Kontakt (persönlich oder telemedizinisch - Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b) oder c)) erforderlich. 	10,00 EUR
NE12a	Neuein- bzw. Umstellung auf rabattiertes Antipsychotikum gemäß Anhang 3.1 zur Anlage 12	<ul style="list-style-type: none"> max. einmal pro Quartal und max. zweimal pro Kalenderjahr abrechenbar nur abrechenbar, wenn im Abrechnungsquartal ein Antipsychotikum gemäß Anhang 3.1 zur Anlage 12 verordnet wurde und im Abrechnungsquartal sowie in den letzten 4 Vorquartalen keine Verordnung der aktuellen Rabattpräparate vorliegt. NE12a ist nicht mit NE12b im selben Quartal und in Kombination nicht mehr als 1x im Kalenderjahr abrechenbar. Es ist ein Arzt-Patienten-Kontakt (persönlich oder telemedizinisch - Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b) oder c)) erforderlich. 	10,00 EUR
NE12b	Neuein- bzw. Umstellung auf rabattiertes Antipsychotikum gemäß Anhang 3.1 zur Anlage 12	<ul style="list-style-type: none"> max. einmal pro Quartal und max. zweimal pro Kalenderjahr abrechenbar nur abrechenbar, wenn im Abrechnungsquartal ein Antipsychotikum gemäß Anhang 3.1 zur Anlage 12 verordnet wurde und im Abrechnungsquartal sowie in den letzten 4 Vorquartalen keine Verordnung der aktuellen Rabattpräparate vorliegt. 	10,00 EUR

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
NE13	<p>Erstbehandlung Botulinumtoxintherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aufklärung u.a. über Nutzen/Risiko/Nebenwirkung/Ablauf/Wirkungsdauer einer Botulinumtoxintherapie - Erläuterung des zur Anwendung kommenden Injektionsschemas - Ordnungsgemäße Durchführung der Botulinumtoxintherapie - Dokumentation der Therapie - Gemäß dem Therapiealgorithmus (Anhang 10 zu Anlage 12) bei dem Anwendungsgebiet chronische Migräne 	<ul style="list-style-type: none"> • NE12b ist nicht mit NE12a im selben Quartal und in Kombination nicht mehr als 1x im Kalenderjahr abrechenbar. • Es ist ein Arzt-Patienten-Kontakt (persönlich oder telemedizinisch - Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b) oder c)) erforderlich. • 1x pro Arzt-Patienten-Beziehung abrechenbar • gemäß ICD-Liste Anhang 2 zu Anlage 12 • Nicht im gleichen Quartal neben NE14 abrechenbar • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. 	80,00 EUR
NE14	<p>Folgebehandlung Botulinumtoxintherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verlaufskontrolle zur Quantifizierung des Therapieerfolges, ggf. keine Fortführung der Therapie (z.B. bei sekundärem Therapieversagen) - Dokumentation und Behandlung von aufgetretenen Nebenwirkungen - Ggf. erneute ordnungsgemäße Durchführung der Botulinumtoxintherapie - Dokumentation der Therapie - Gemäß dem Therapiealgorithmus (Anhang 10 zu Anlage 12) bei dem Anwendungsgebiet chronische Migräne 	<ul style="list-style-type: none"> • max. einmal pro Quartal abrechenbar • gemäß ICD-Liste Anhang 2 zu Anlage 12 • Nicht im gleichen Quartal neben NE13 abrechenbar • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. 	50,00 EUR
3. Zuschläge			
NZ1	Zuschlag bei zusätzlichen persönlichen/ telemedizinischen Arzt-Patienten-Kontakten	<ul style="list-style-type: none"> • Zuschlag auf die NP1, NP1H • Abrechenbar frühestens ab dem 3. persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt innerhalb von 4 Quartalen in Folge für jeden weiteren Arzt-Patienten-Kontakt • Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit.e)) • maximal 1 x pro Tag • Nicht am selben Tag neben den Beratungszuschlägen NP2A2-NP2G2, NV1, PYY1, PTV1, und den Zusatz- 	15,00 EUR

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
		pauschalen PYP2a-PYP2h abrechenbar <ul style="list-style-type: none"> • nicht neben PYP1, PYP1H, und PTP1 im selben Quartal • Die Arzt-Patienten-Kontakte müssen grundsätzlich persönlich Kontakte sein, in Ausnahmefällen ist auch ein Telefonkontakt möglich. • nicht neben einer Einzelleistung (Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie) am selben Tag; Ausnahme: NE8 und NE9 	
4. Qualitätszuschläge			
NQ1a	Strukturzuschlag für Schwerpunktpraxen MS	<ul style="list-style-type: none"> • Zuschlag auf NP2B1 • qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2 	2,00 EUR
NQ1b	Strukturzuschlag für Schwerpunktpraxen Epilepsie	<ul style="list-style-type: none"> • Zuschlag auf NP2C1 • qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2 	2,00 EUR
NQ1c	Strukturzuschlag für Schwerpunktpraxen Parkinson	<ul style="list-style-type: none"> • Zuschlag auf NP2D1 • qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2 	2,00 EUR
NQ2	Strukturzuschlag für EFA® Neurologie	<p>Der Zuschlag wird automatisch und maximal einmal pro Quartal je Versicherten auf NP2A1-G1 sowie NP3A/B aufgeschlagen, wenn der FACHARZT gemäß Anhang 11 zur Anlage 12 nachgewiesen hat, dass er eine EFA® mit entsprechender Qualifikation beschäftigt. Das nähere ist anschließend in Anhang 11 zur Anlage 12 geregelt.</p> <p>Der Zuschlag wird je EFA® in Abhängigkeit des Tätigkeitsumfang wie folgt zugesetzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100% - Tätigkeit (wöchentliche Arbeitszeit min. 38,5 Stunden) bis zu 300 Zuschläge • 75% - Tätigkeit (wöchentliche Arbeitszeit min. 28 Stunden) bis zu 225 Zuschläge • 50% - Tätigkeit (wöchentliche Arbeitszeit min. 19 Stunden) bis zu 150 Zuschläge 	AOK: 10,00 EUR Bosch BKK: 5,00 EUR

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
		<ul style="list-style-type: none"> Nicht im gleichen Quartal abrechenbar neben NQ2a – NQ2d 	
NQ2a	Strukturzuschlag für EFA MS	<ul style="list-style-type: none"> Zuschlag auf NP2B1 qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2 	5,00 EUR
NQ2b	Strukturzuschlag für EFA Epilepsie	<ul style="list-style-type: none"> Zuschlag auf NP2C1 qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2 	5,00 EUR
NQ2c	Strukturzuschlag für EFA Parkinson	<ul style="list-style-type: none"> Zuschlag auf NP2D1 Parallel abrechenbar mit NQ2d, sofern eine gesicherte Diagnose gemäß NP2e1 i.V. mit Anhang 2 zur Anlage 12 vorliegt qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2 	5,00 EUR
NQ2d	Strukturzuschlag für EFA Demenz	<ul style="list-style-type: none"> Zuschlag auf NP2E1 Parallel abrechenbar mit NQ2c, sofern eine gesicherte Diagnose gemäß NP2d1 i.V. mit Anhang 2 zur Anlage 12 vorliegt Qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2 	5,00 EUR
NQ3	Strukturzuschlag evozierte Potentiale (SEP, MEP, VEP, AEP)(EBM 16321) / Blinkreflex (EBM 16320)	<ul style="list-style-type: none"> Zuschlag auf NP1 und NP1H qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2 	2,00 EUR
NQ4	Strukturzuschlag Qualifikation des FACHARZTES zur Erbringung der Leistung Langzeit-EEG bei Epilepsie	<ul style="list-style-type: none"> Zuschlag auf NP2C1 qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2 	2,00 EUR
NQ5	Strukturzuschlag Qualifikation des FACHARZTES zur Erbringung der Leistung Elektromyographie	<ul style="list-style-type: none"> Zuschlag auf NP1 und NP1H qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2 	2,00 EUR
NQ6	Strukturzuschlag Qualifikation des FACHARZTES zur Erbringung der Leistung Doppler-/ Duplexsonographie gemäß EBM	<ul style="list-style-type: none"> Zuschlag auf NP1 und NP1H qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2 	7,00 EUR
NQ7	Qualitätszuschlag Rationale Pharmakotherapie Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mittels einer Vertragssoftware	Bei Erreichen der Quoten erfolgt ein arztindividueller Zuschlag auf die Pauschale NP1 und NP1H gemäß Anhang 3 Falls der FACHARZT auch PYP1 und PYP1H abgerechnet hat, wird der Qualitätszuschlag	4,00 EUR

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
		Rationale Pharmakotherapie insgesamt (aus PYQ2 und NQ7 mit einer Gesamthöhe von max. 4 €) ermittelt und ggf. auf alle Grundbauschaalen (Neurologie und Psychiatrie) aufgeschlagen.	
NQ10	Strukturzuschlag Neurosonologie	<ul style="list-style-type: none"> • Zuschlag auf NP1 und NP1H • qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2 	5 EUR/ Quartal
NEAVP*	Pauschale elektronische Arztvernetzung Umsetzung der Fachanwendungen zur Durchführung der elektronischen Arztvernetzung gem. Anhang 7 zu Anlage 12	<p>Der Zuschlag wird automatisch ein Mal pro Quartal je LANR vergütet, sofern eine aktive Teilnahme an der elektronischen Arztvernetzung gem. Anhang 7 zu Anlage 12 und die Teilnahmebestätigung zur Elektronischen Arztvernetzung vorliegen sowie alle technischen Voraussetzungen der Teilnahme (Software, gültige Zertifikate) erfüllt sind. Der Zuschlag erfolgt ab dem Quartal, in dem die Teilnahmebestätigung an der Elektronischen Arztvernetzung ausgestellt wird.</p> <p>Im Falle einer parallelen Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73b SGB V der AOK Baden-Württemberg (HZV/AOK-Hausarztprogramm) und gleichzeitiger Teilnahme an der elektronischen Arztvernetzung in beiden Verträgen, erfolgt der Zuschlag über die HZV.</p> <p>Eine Abrechnung über den Facharztvertrag PNP ist in diesem Falle ausgeschlossen. Im Falle einer Teilnahme einer LANR an mehreren Facharztarztverträgen gem. § 140a SGB V der AOK Baden-Württemberg (AOK-Facharztprogramm), wird der Zuschlag insgesamt ebenfalls nur ein Mal ausbezahlt.</p>	250,00 EUR

* Gilt nur für die AOK Baden-Württemberg

5. Auftragsleistungen

Auftragsleistungen sind, soweit für die jeweilige Vergütungsposition in der Spalte „Vergütungsregeln“ nicht abweichend geregelt, pro Patienten nur einmal im Quartal abrechenbar. Hiervon ausgenommen sind begründete Verschlechterungen und Notfälle. Der FACHARZT kann nicht für denselben Versicherten im selben Quartal Auftragsleistungen und Einzelleistungen nebeneinander abrechnen. Die Abrechnung von Auftragsleistungen schließt die Abrechnung von Grundpauschalen, Zusatzpauschalen und Einzelleistungen und Vertreterpauschalen (Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie) aus.

Abrechenbar bei Vorliegen eines **Zielauftrags** eines andern FACHARZTES, sofern der überweisende FACHARZT selbst nicht über die entsprechenden qualifikationsgebundenen bzw. technischen Voraussetzungen nach diesem Vertrag verfügt.

NA0	Grundpauschale für die Erbringung der Auftragsleistungen	Ist max. 1 x pro Quartal abrechenbar Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.	12,50 EUR
NA1	Liquorpunktion	<ul style="list-style-type: none"> • 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 • nicht neben NE1 im gleichen Quartal abrechenbar • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. 	160,00 EUR
NA3	Einstellung des Hirnschrittmachers nach operativer Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> • qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2 • max. 3 x innerhalb von 4 Quartalen in Folge • maximal 1 x pro Tag • Ist abrechenbar bei Vorliegen gesicherter Diagnosen gemäß gesonderter Liste für NP2D1 (Anhang 2 zur Anlage 12) • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. 	45,00 EUR
NA4	Medikamentenpumpenbetreuung (Parkinson, Erkrankungen des Rückenmarks)	<ul style="list-style-type: none"> • qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2 • max. 4 x innerhalb von 4 Quartalen in Folge • Ist abrechenbar bei Vorliegen gesicherter Diagnosen gemäß gesonderter Liste für NP2D1 und NP2G1 (Anhang 2 zur Anlage 12) • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. 	50,00 EUR

NA5	unbesetzt			
NA6	Evozierte Potentiale (SEP, MEP, VEP, AEP) / Blinkreflex	<ul style="list-style-type: none"> • Qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2 gemäß EBM-Kriterien max. 2 x pro Quartal • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. 	13,00 EUR	
NA7	Langzeit-EEG	<ul style="list-style-type: none"> • qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2 • Gemäß EBM-Kriterien Maximal 2 x pro Quartal • Nicht am selben Tag abrechenbar neben NA10 • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. 	50,00 EUR	
NA8	Elektromyographie	<ul style="list-style-type: none"> • qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2 • Je Sitzung, maximal 2 x pro Quartal • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. 	19,00 EUR	
NA9	Doppler-/ Duplexsonographie der extra- und intrakraniellen hirnversorgende Gefäße	<ul style="list-style-type: none"> • qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2 • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. 	25,00 EUR	
NA10	EEG	<ul style="list-style-type: none"> • qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2 • Gemäß EBM-Kriterien Maximal 2 x pro Quartal • Nicht am selben Tag abrechenbar neben NA7 • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. 	25,00 EUR	
NA12	Schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V (EBM-Kapitel 30.7.1)	<ul style="list-style-type: none"> • qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2 • 1x pro Quartal • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. 	50,00 EUR	
NA13	Intravenöse regionale Sympathikusblockade in Blutleere Leistungsinhalt gem. EBM-Ziffer 30730	<ul style="list-style-type: none"> • 1x pro Tag • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. 	50,00 EUR	
NA14	Plexusanalgesie, Spinal- oder Periduralanalgesie Beschreibung und Leistungsinhalt gem. EBM-Ziffer 30731	<ul style="list-style-type: none"> • 1x pro Tag • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. 	50,00 EUR	

NA15	unbesetzt	Kontakt (Abschnitt III, Ziffer II, Abs. 5 lit. b)) erforderlich.	
NA16	Erstbehandlung Botulinumtoxintherapie Beschreibung und Leistungsinhalt gemäß NE13	<ul style="list-style-type: none"> • 1x pro Arzt-Patienten-Beziehung abrechenbar • gemäß ICD-Liste Anhang 2 zu Anlage 12 • Nicht im gleichen Quartal neben NA17 abrechenbar • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III, Ziffer II, Abs. 5 lit. b)) erforderlich. 	80,00 EUR
NA17	Folgebehandlung Botulinumtoxintherapie Beschreibung und Leistungsinhalt gemäß NE14	<ul style="list-style-type: none"> • max. einmal pro Quartal abrechenbar • gemäß ICD-Liste Anhang 2 zu Anlage 12 • Nicht im gleichen Quartal neben NA16 abrechenbar • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III, Ziffer II, Abs. 5 lit. b)) erforderlich. 	50,00 EUR
6. Vertretungsleistungen			
NV1	Vertretungspauschale	<ul style="list-style-type: none"> • Nicht im selben Quartal abrechenbar neben Grundpauschalen und Vertretungspauschalen (Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie) • Neben NV1 sind bei Vorliegen der Voraussetzungen alle gesondert abrechenbaren Einzelleistungen, Zusatzpauschalen, Beratungszuschläge und Zuschläge im Modul Neurologie abrechenbar • Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III, Ziffer II, Abs. 5 lit. e)). Der erstmalige Kontakt zu einem Versicherten erfordert einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III, Ziffer II, Abs. 5 lit. b)). 	12,50 EUR

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
	<p align="center">B. PSYCHIATRIE</p> <p>Abrechenbar für folgende Arztgruppen: Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit eingeschränktem Versorgungsauftrag gem. Anlage 12 Anhang 2 in Verbindung mit Anlage 17 soweit berufsrechtlich zulässig (der Teilnehmer erklärt gegenüber der Managementgesellschaft, dass er im Rahmen des Vertrages nicht gegen das für ihn geltende Berufsrecht / Weiterbildungsrecht verstößt ; ggf. kann eine Begrenzung auf bestimmte Bestandteile der Anlage 12 B. Psychiatrie erfolgen). Weiterhin ist Voraussetzung, dass psychiatrische Leistungen in der KV vor der Vertragsteilnahme abgerechnet wurden.</p> <p>Gegenstand des Versorgungsauftrages nach diesem Vertrag dürfen gemäß § 140a SGB V nur solche Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.</p> <p>Werden Leistungen nach diesem Modul B. Psychiatrie abgerechnet, können im gleichen Quartal für die/den gleiche/n Versicherte/n keine Leistungen nach dem Modul D. Kinder- und Jugend-Psychiatrie abgerechnet werden.</p>		
	<p align="center">1. Pauschalen</p> <p>Veranlasste Leistungen, die über den Versorgungsauftrag gemäß dem EBM-Ziffernkranz in der jeweils geltenden Fassung hinausgehen, sind nicht Gegenstand dieses Vertrages. Als Einzelleistung oder Qualitätszuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet.</p>		
<p>Grundpauschale PYP1</p>	<p>Allgemeine Psychiatrie Leitliniengerechte Versorgung laut Leistungsbeschreibung gemäß Anlage 12 Anhang 1 (gem. EBM - Ziffernkranz), insbesondere:</p> <p>Hausarztebene:</p> <ul style="list-style-type: none"> Begleitschreiben vom HAUSARZT Überweisungsformular (Anhang 2.2 zu Anlage 17 HzV Vertrag) Überweisung zum FACHARZT gemäß Anlage 17 <p>Psychiatrische Leistungen</p> <ol style="list-style-type: none"> Anamnese <ul style="list-style-type: none"> psychiatrische Anamnese Sichtung der Vorbefunde, Behandlungen und Bewertungen psychopathologischer Befund Diagnostik z.B. ggf. EEG Therapie <ul style="list-style-type: none"> medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie auf der Grundlage aktuell gültiger Leitlinien Beratung ggf. Information zu spezifischen Angeboten der AOK/Bosch BKK, z.B. Gesundheitsangebote, Vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung der FACHARZT-Praxis, mit dem Sozialen Dienst der AOK/ der Patientenbegleitung der Bosch BKK <p>Erstellung eines individuellen Behandlungs-/ Versorgungsplans nach abgeschlossener Diagnostik und gegebenenfalls Einbeziehung und /oder auch Anleitung der Angehörigen/Familie</p>	<p>1 x pro Abrechnungsquartal, sofern</p> <ul style="list-style-type: none"> eine Überweisung vom HAUSARZT/FACHARZT vorliegt und mindestens ein persönlicher oder telemedizinischer Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. <p>Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e))</p> <p>Ausnahme:</p> <ul style="list-style-type: none"> Bei Notfällen ist die Abrechnung von PYP1 auch ohne Überweisung möglich. <p>Nicht abrechenbar durch persönlich Ermächtigte mit fachärztlichem Überweisungsvorbehalt</p> <p>Ist vom FACHARZT und auch von den FACHÄRZTEN einer BAG nicht im selben Quartal abrechenbar neben</p> <ul style="list-style-type: none"> NP1, NP1H, NV1 PTP1, PTV1 PYP1H, PYPV1 KJPPYP1, KJPYV1 	<p>17,00 EUR</p>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
	<p>5. Kooperation mit Psychotherapie</p> <p>6. Ggf. Hausbesuch (falls medizinisch erforderlich)</p> <p>7. Berichte/Dokumentation/ICD-Kodierung</p> <ul style="list-style-type: none"> • strukturierter Befundbericht Psychiatrie vom FACHARZT zum HAUSARZT mit korrekter endstelliger Verschlüsselung 	<p>PYP1 ist vom FACHARZT oder einem anderen FACHARZT derselben BAG parallel zu P1 aus einem anderen §140a-Vertrag nicht am selben Tag, aber im selben Quartal abrechenbar, wenn jeweils eine eigene Überweisung des HAUSARZTES/FACHARZTES vorliegt.</p> <p>HAUSARZTE, die auch an diesem Vertrag teilnehmen, können für eine/n HZV-Versicherte/n keine PYP1 abrechnen, wenn der-/dieselbe Arzt/Ärztin (Personenidentität) am selben Tag auch Leistungen nach dem AOK- oder Bosch BKK-HZV-Vertrag erbringt und diese nach den Regelungen im AOK- oder Bosch-BKK-HZV-Vertrag abgerechnet werden. Wird der Versicherte in der HZV als Vertretungsfall behandelt, ist die Abrechnung nach diesem Vertrag vorrangig.</p>	
<p>Grundpauschale PYP1a</p>	<p>Siehe P1</p>	<p>Einmal pro Abrechnungsquartal, sofern</p> <ul style="list-style-type: none"> • eine Überweisung vom HAUSARZT vorliegt. • mindestens ein persönlicher oder telemedizinischer Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. <p>Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e))</p> <p>Nur additiv zu PYP1 abrechenbar.</p>	<p>AOK: 10,00 EUR</p> <p>Bosch BKK: 5,00 EUR</p>

Versorgungs- und Leistungsinhalt analog PYP1 - inkl. Heimbesuche

55,00 EUR

Abrechenbar anstelle der PYP1 für Versicherte, die in einem Pflegeheim (stationäre Pflegeeinrichtung nach § 72 SGB XI) leben.

Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) in einem Pflegeheim erforderlich und die Leistung ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e))

Es gelten im Übrigen die selben Vergütungsregeln wie für die PYP1.

Neben der PYP1H können im gleichen Quartal max. 2 Einheiten Psychiatrisches Gespräch (PYE1) pro Tag und maximal 2 Einheiten des Angehörigengesprächs bei Demenz (PYE1a) pro Krankheitsfall (4 Quartale in Folge) abgerechnet werden.

Nicht im selben Quartal abrechenbar mit

- NP1, NP1H, NV1
- PTP1, PTV1
- PTE1-PTE8 bzw. PTE1KJ-PTE4KJ
- PYP1, PYV1

KJYP1, KJPW1

**Grund-
pau-
schale
PYP1H**

<p>Zusatzpauschalen</p> <p>PYP2a</p>	<p>Schizophrenie, Wahn, Psychotische Störungen Leitliniengerechte Versorgung laut Leistungsbeschreibung gemäß Anlage 12 Anhang 1 (gem. EBM-Ziffermkrantz), insbesondere:</p> <p>Hausarztebene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • familiäre Anamnese psychiatrischer Erkrankungen • Labor • regelmäßige Medikamenten-Einnahme und Nebenwirkungen • Komorbiditäten • Lebensstil, Verhalten, Lebensqualität/ggf. Depressionen, Ängste • Begleitschreiben vom HAUSARZT Überweisungsformular (Anhang 2.2 zu Anlage 17 HZV Vertrag) • Überweisung zum FACHARZT gemäß Anlage 17 <p>1. Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> • korrekte endstellige ICD-Kodierung gemäß Anlage 12 Anhang 2 <p>2. Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> • störungsspezifisch und unter Berücksichtigung einer möglichen Komorbidität auch in Abstimmung mit dem Hausarzt • Differenzialdiagnostik s. Anlage 17 • Klassifikation nach ICD-10 <p>3. Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medikamentös: Erstellung eines medikamentösen Behandlungsplans mit Aufklärung über die Krankheit, die Medikation gemäß Rationaler Pharmakotherapie und über die Nebenwirkungen • Nicht-medikamentös: Beratung zur Lebensführung ggf. unter Einbeziehung und /oder auch Anleitung der Angehörigen/Familie Erstellung eines individuellen Versorgungsplans nach abgeschlossener Diagnostik ggf. unter Einbeziehung und /oder auch Anleitung der Angehörigen/Familie z.B. • Krankheitsspezifische Beratung zu klima- und umweltbezogenen Kontextfaktoren im Sinne einer klimaresilienten Versorgung 	<p>24,00 EUR</p>
--	---	------------------

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
	<p>4. Koordination von ggf.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ergotherapie gemäß Heilmittelrichtlinien • Hilfen in der Alltagsbewältigung, z.B. ambulante psychiatrische Krankenpflege, Familienhilfe • Einleitung von Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben • Sozialmedizinische Beratung • Sozialtherapie • Beratung zu spezifischen Angeboten auch z.B. AOK/Bosch BKK-Gesundheitsangebote, Selbsthilfegruppen/ vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung der FACHARZT-Praxis mit dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 17 insbesondere zu folgenden Themen <ul style="list-style-type: none"> ○ Berufliche Wiedereingliederung/ Sicherung Erwerbsfähigkeit ○ Beratung zur Rehabilitation/ Teilhabe ○ Häusliche Situation und Wohnen ○ Pflege/ Psychiatrische Pflege ○ Beratung von Angehörigen einschließlich Versorgung von Kindern ○ Alltagsbewältigung/ Mobilität ○ Sicherung der medizinisch-therapeutischen Maßnahmen einschl. Suchthilfe ○ Sozialrechtliche Beratung • Suchtberatung etc. • Beratung zur Betreuung • Beratung zur Behandlungsvollmacht • Beratung zur Lebensweise (Antirauch-, Antisuchtberatung, Bewegung und Ernährung, Alltagsbewältigung) • Beratung zur aktuellen Fahrgauglichkeit • Aufklärung und Patientenschulung: ausführliche Information über Erkrankung, Medikation, Wirkung und Nebenwirkungen • Einberufung einer Fallkonferenz / Hilfeplankonferenz bei multiprofessioneller Beteiligung und schwieriger sozialer Situation, z.B. wenn ein halbes Jahr keine Besserung auf der Basis des GAF. 		
	<p>5. Kooperation mit Psychotherapie</p>		
	<p>6. Telefonmonitoring</p>		
	<p>7. Berichte/Dokumentation/ICD-Kodierung</p> <ul style="list-style-type: none"> • strukturierter Befundbericht Psychiatrie vom FACHARZT zum HAUSARZT mit korrekter endstelliger Verschlüsselung 		

Vergütungsposition	Vergütungsregeln	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
<p>PYP2b</p> <p>Versorgungs- und Leistungsinhalt</p> <p>Persönlichkeitsstörungen</p> <p>Leitliniengerechte Versorgung laut Leistungsbeschreibung gemäß Anlage 12 Anhang 1 (gem. EBM-Ziffermkrantz), insbesondere:</p> <p>Hausarztbene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • familiäre Anamnese psychiatrischer Erkrankungen • Labor • regelmäßige Medikamenten-Einnahme und Nebenwirkungen • Komorbiditäten • Lebensstil, Verhalten, Lebensqualität/ggf. Depressionen, Ängste • Begleitschreiben vom HAUSARZT Überweisungsf formular (Anhang 2.2 zu Anlage 17 HZV Vertrag) • Überweisung zum FACHARZT gemäß Anlage 17 <p>1. Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> • korrekte endstellige ICD-Kodierung gemäß Anlage 12 Anhang 2 <p>2. Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ausschluss organischer Ursachen (in Abstimmung mit dem Hausarzt) <input type="checkbox"/> Klassifikation nach ICD-10 <p>3. Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medikamentös: <ul style="list-style-type: none"> • symptomorientiert und/oder die jeweilige komorbide Erkrankung berücksichtigend • Erstellung eines medikamentösen Behandlungsplans mit Aufklärung über die Krankheit, die Medikation und die Nebenwirkungen ggf. unter Einbeziehung und/oder Anleitung der Angehörigen/Familie • Nicht-medikamentös: <ul style="list-style-type: none"> • Beratung zur Lebensführung ggf. unter Einbeziehung und /oder auch Anleitung der Angehörigen/Familie • Krankheitsspezifische Beratung zu klima- und umweltbezogenen Kontextfaktoren im Sinne einer klimaresilienten Versorgung <p>4. Koordination von ggf. :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ergotherapie in schweren Fällen • Hilfen in der Alltagsbewältigung, z.B. ambulante psychiatrische Krankenpflege, Familienhilfe, 	<ul style="list-style-type: none"> • Ist additiv zu PYP1 oder PYP1H und nur 1 x pro Quartal abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12). • Bei Vorliegen mehrerer, eine Zusatzpauschale auslösender Diagnosen kann im Abrechnungsquartal nur 1 Zusatzpauschale abgerechnet werden. • Die zusätzliche Abrechnung einer Zusatzpauschale Neurologie im selben Quartal ist durch den FACHARZT selbst bzw. durch einen anderen Arzt aus der selben BAG nur dann möglich, wenn eine Überweisung des HAUSARZTES/ FACHARZTES für die psychiatrische und neurologische Versorgung vorliegt. In diesem Fall kann die PYP2b auch mit der NP1 oder NP1H (anstelle der PYP1 oder PYP1H) kombiniert werden. • Nicht am selben Tag abrechenbar neben NP2e1 • Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)) 		<p>12,00 EUR</p>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
	<ul style="list-style-type: none"> • Einleitung von Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben • Sozialmedizinische Beratung • Soziotherapie • Beratung zu spezifischen Angeboten auch z.B. AOK/Bosch BKK-Gesundheitsangebote, Selbsthilfegruppen/ vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung der FACHARZT-Praxis mit dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 17 insbesondere zu folgenden Themen <ul style="list-style-type: none"> ○ Berufliche Wiedereingliederung/ Sicherung Erwerbsfähigkeit ○ Beratung zur Rehabilitation/ Teilhabe ○ Häusliche Situation und Wohnen ○ Pflege/ Psychiatrische Pflege ○ Beratung von Angehörigen einschließlich Versorgung von Kindern ○ Alltagsbewältigung/ Mobilität ○ Sicherung der medizinisch-therapeutischen Maßnahmen einschl. Suchthilfe ○ Sozialrechtliche Beratung • Anbindung an Suchtberatung erforderlich • Einbindung in Selbsthilfegruppe • Beratung zur Betreuung • Beratung zur Behandlungsvollmacht • Beratung zur Lebensweise (Antirauch-, Antisuchtberatung, Bewegung und Ernährung, Alltagsbewältigung) • Beratung zur aktuellen Fahrtauglichkeit u.a. <p>5. Kooperation mit Psychotherapie</p> <p>6. Telefonmonitoring</p> <p>7. Berichte/Dokumentation/ICD-Kodierung</p> <ul style="list-style-type: none"> • strukturierter Befundbericht Psychiatrie vom FACHARZT zum HAUSARZT mit korrekter endstelliger Verschlüsselung 	<ul style="list-style-type: none"> • Ist additiv zu PYP1 oder PYP1H und nur 1 x pro Quartal abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12). • Bei Vorliegen mehrerer, eine Zusatzpauschale auslösender Diagnosen kann im Abrechnungsquartal nur 1 Zusatzpauschale abgerechnet werden. • Die zusätzliche Abrechnung einer Zusatzpauschale Neurologie im selben Quartal ist durch den 	<p>17,00 EUR</p>
<p>PYP2c</p> <p>Angststörungen, Zwangsstörungen Leitliniengerechte Versorgung laut Leistungsbeschreibung gemäß Anlage 12 Anhang 1 (gem. EBM-Ziffermkrantz), insbesondere:</p> <p>Hausarztebene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • familiäre Anamnese psychiatrischer Erkrankungen • Labor • regelmäßige Medikamenten-Einnahme und Nebenwirkungen • Komorbiditäten • Lebensstil, Verhalten, Lebensqualität/ ggf. Depressionen, Ängste • Begleitschreiben vom HAUSARZT Überweisungsformular (Anhang 2.2 zu Anlage 17 HZV Vertrag) • Überweisung zum FACHARZT gemäß Anlage 17 <p>1. Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> • korrekte endstellige ICD-Kodierung gemäß Anlage 12 Anhang 2 			

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
PYP2d	<p>2. Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> Ausschluss möglicher organischer Ursachen der körperlichen Beschwerden, in Abstimmung mit dem Hausarzt. Klassifikation nach ICD-10 <p>3. Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> Medikamentös: <ul style="list-style-type: none"> Erstellen eines Behandlungsplans mit Beratung über Erkrankung, Medikation und Nebenwirkungen Nicht-medikamentös: <ul style="list-style-type: none"> Beratung zur Lebensführung ggf. unter Einbeziehung und /oder auch Anleitung der Angehörigen/Familie Krankheitsspezifische Beratung zu klima- und umweltbezogenen Kontextfaktoren im Sinne einer klimaresilienten Versorgung <p>4. Koordination von ggf.:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hilfen in der Alltagsbewältigung, z.B. ambulante psychiatrische Krankenpflege, Familienhilfe Einleitung von Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben Sozialmedizinische Beratung Soziotherapie Beratung zu spezifischen Angeboten auch z.B. AOK/Bosch BKK-Gesundheitsangebote, Selbsthilfegruppen/ vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung der FACHARZT-Praxis mit dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 17 insbesondere zu folgenden Themen <ul style="list-style-type: none"> Berufliche Wiedereingliederung/ Sicherung Erwerbsfähigkeit Beratung zur Rehabilitation/ Teilhabe Häusliche Situation und Wohnen Pflege/ Psychiatrische Pflege Beratung von Angehörigen einschließlich Versorgung von Kindern Alltagsbewältigung/ Mobilität Sicherung der medizinisch-therapeutischen Maßnahmen einschl. Suchthilfe Sozialrechtliche Beratung Suchtberatung etc. Beratung zur Lebensweise (Antirauch-, Antisuchtberatung, Bewegung und Ernährung, Alltagsbewältigung) Beratung zur aktuellen Fahrtauglichkeit. <p>5. Kooperation mit Psychotherapie</p> <p>6. Telefonmonitoring</p>	<p>FACHARZT selbst bzw. durch einen anderen Arzt aus der selben BAG nur dann möglich, wenn eine Überweisung des HAUSARZTES/ FACHARZTES für die psychiatrische und neurologische Versorgung vorliegt. In diesem Fall kann die PYP2c auch mit der NP1 oder NP1H (anstelle der PYP1 oder PYP1H) kombiniert werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> Nicht am selben Tag abrechenbar neben NP2e1 Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)) 	22,00 EUR
	<p>Affektive Störungen Leitliniengerechte Versorgung laut Leistungsbeschreibung gemäß Anlage 12 Anhang 1 (gem. EBM-Ziffernkranz), insbesondere:</p> <p>Hausarztbene:</p> <ul style="list-style-type: none"> familiäre Anamnese psychiatrischer Erkrankungen 	<ul style="list-style-type: none"> Ist additiv zu PYP1 oder PYP1H und nur 1 x pro Quartal abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12). 	22,00 EUR

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
	<ul style="list-style-type: none"> • Labor • regelmäßige Medikamenten-Einnahme und Nebenwirkungen • Komorbiditäten • Lebensstil, Verhalten, Lebensqualität/ggf. Depressionen, Ängste • Begleitschreiben vom HAUSARZT Überweisungsformular (Anhang 2.2 zu Anlage 17 HZV Vertrag) • Überweisung zum FACHARZT gemäß Anlage 17 <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokumentation <ul style="list-style-type: none"> • korrekte endstellige Kodierung gemäß Anlage 12 Anhang 2 2. Diagnostik <ul style="list-style-type: none"> • Klassifikation nach ICD-10 3. Therapie <ul style="list-style-type: none"> • Medikamentös: <ul style="list-style-type: none"> • auch gemäß der Nationalen Versorgungsleitlinie Depressionen/bipolare Störungen: Monitoring der Psychopharmakotherapie:Überprüfung der Compliance, Erfragen und Besprechung von Nebenwirkungen, Überprüfung von Wechselwirkungen, Anleitung zur Einnahme der Medikamente und Ausdruck eines Einnahmeplanes. • Erstellen eines medikamentösen Behandlungsplans mit Aufklärung über Erkrankung, Medikation und Nebenwirkungen <p>Monitoring Labor: Durchführung je nach Krankheitsbild und Medikation, ggf. Medikamentenspiegelbestimmung, bei Behandlungsresistenz oder unvollständiger Remission, auch in Abstimmung mit dem Hausarzt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht-medikamentös: Beratung zur Lebensführung ggf. unter Einbeziehung und /oder auch Anleitung der Angehörigen/Familie z.B. • Krankheitspezifische Beratung zu klima- und umweltbezogenen Kontextfaktoren im Sinne einer klimaresilienten Versorgung <ol style="list-style-type: none"> 4. Koordination von ggf.: <ul style="list-style-type: none"> • Ergotherapie in schweren Fällen • Hilfen in der Alltagsbewältigung, z.B. ambulante psychiatrische Krankenpflege, Familienhilfe • Einleitung von Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben • Sozialmedizinische Beratung • Soziotherapie • Beratung zu spezifischen Angeboten auch z.B. AOK/Bosch BKK-Gesundheitsangebote, Selbsthilfegruppen/ vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung der FACHARZT-Praxis mit dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 17 insbesondere zu folgenden Themen <ul style="list-style-type: none"> ○ Berufliche Wiedereingliederung/ Sicherung Erwerbsfähigkeit ○ Beratung zur Rehabilitation/ Teilhabe ○ Häusliche Situation und Wohnen 	<ul style="list-style-type: none"> • Bei Vorliegen mehrerer, eine Zusatzpauschale auslösender Diagnosen kann im Abrechnungsquartal nur 1 Zusatzpauschale abgerechnet werden. • Die zusätzliche Abrechnung einer Zusatzpauschale Neurologie im selben Quartal ist durch den FACHARZT selbst bzw. durch einen anderen Arzt aus der selben BAG nur dann möglich, wenn zusätzlich eine Überweisung des HAUSARZTES/ FACHARZTES für die neurologische Versorgung vorliegt. In diesem Fall kann die PYP2d auch mit der NP1 oder NP1H (anstelle der PYP1 oder PYP1H) kombiniert werden. • Nicht am selben Tag abrechenbar neben NP2e1 • Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)) 	

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pflege/ Psychiatrische Pflege ○ Beratung von Angehörigen einschließlich Versorgung von Kindern ○ Alltagsbewältigung/ Mobilität ○ Sicherung der medizinisch-therapeutischen Maßnahmen einschl. Suchthilfe ○ Sozialrechtliche Beratung ● Suchtberatung etc. ● Beratung zur Tagespflege bei Demenz ● Beratung zur Betreuung ● Beratung zur Behandlungsvollmacht. 5. Kooperation mit Psychotherapie 6. Telefonmonitoring 7. Berichte/Dokumentation/ICD-Kodierung <ul style="list-style-type: none"> ● strukturierter Befundbericht Psychiatrie vom FACHARZT zum HAUSARZT mit korrekter endstelliger Verschlüsselung 		

<p>PYP2e</p> <p>Posttraumatische Belastungsstörungen (einschl. Multiple Persönlichkeitsstörung) / Akute Belastungsreaktion Leitliniengerechte Versorgung laut Leistungsbeschreibung gemäß Anlage 12 Anhang 1 (gem. EBM-Ziffernkranz), insbesondere:</p> <p>Hausarztbene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • familiäre Anamnese psychiatrischer Erkrankungen • Labor • regelmäßige Medikamenten-Einnahme und Nebenwirkungen • Lebensstil, Verhalten, Lebensqualität/ggf. Depressionen, Ängste • Begleitschreiben vom HAUSARZT Überweisungsformular (Anhang 2.2 zu Anlage 17 HZV Vertrag) • Überweisung zum FACHARZT gemäß Anlage 17 	<ul style="list-style-type: none"> • Ist additiv zu PYP1 oder PYP1H und nur 1 x pro Quartal abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12). • Bei Vorliegen mehrerer, eine Zusatzpauschale auslösender Diagnosen kann im Abrechnungsquartal nur 1 Zusatzpauschale abgerechnet werden. • Die zusätzliche Abrechnung einer Zusatzpauschale Neurologie im selben Quartal ist durch den FACHARZT selbst bzw. durch einen anderen Arzt aus der selben BAG nur dann möglich, wenn eine Überweisung des HAUSARZTES/ FACHARZTES für die psychiatrische und neurologische Versorgung vorliegt. In diesem Fall kann die PYP2e auch mit der NP1 oder NP1H (anstelle der PYP1 oder PYP1H) kombiniert werden. 	<p>1. Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> • korrekte endstellige Kodierung gemäß Anlage 12 Anhang 2 <p>2. Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnose-Kriterien gemäß ICD-10 • Differentialdiagnostik <p>3. Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medikamentös: ggf. Serotoninwiederaufnahmehemmer SSRI u.a.. • Nicht-medikamentös: Beratung zur Lebensführung ggf. unter Einbeziehung und /oder auch Anleitung der Angehörigen/Familie <ul style="list-style-type: none"> • Krankheitspezifische Beratung zu klima- und umweltbezogenen Kontextfaktoren im Sinne einer klimaresilienten Versorgung 	<p>17,00 EUR</p>
--	---	--	------------------

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
	<p>4. Koordination von:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ergotherapie in schweren Fällen • Hilfen in der Alltagsbewältigung, z.B. ambulante psychiatrische Krankenpflege, Familienhilfe • Einleitung von Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben • Evtl. Rentenantrag/ Grundsicherung • Soziotherapie • Beratung zu spezifischen Angeboten auch z.B. AOK/Bosch BKK-Gesundheitsangebote, Selbsthilfegruppen/ vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung der FACHARZT-Praxis mit dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 17 insbesondere zu folgenden Themen <ul style="list-style-type: none"> ○ Berufliche Wiedereingliederung/ Sicherung Erwerbsfähigkeit ○ Beratung zur Rehabilitation/ Teilhabe ○ Häusliche Situation und Wohnen ○ Pflege/ Psychiatrische Pflege ○ / Beratung von Angehörigen einschließlich Versorgung von Kindern ○ Alltagsbewältigung/ Mobilität ○ Sicherung der medizinisch-therapeutischen Maßnahmen einschl. Suchthilfe ○ Sozialrechtliche Beratung. <p>5. Kooperation mit Psychotherapie</p> <p>6. Telefonmonitoring</p> <p>7. Berichte/Dokumentation/ICD-Kodierung</p> <ul style="list-style-type: none"> • strukturierter Befundbericht Psychiatrie vom FACHARZT zum HAUSARZT mit korrekter endstelliger Verschlüsselung 	<ul style="list-style-type: none"> • Nicht am selben Tag abrechenbar neben NP2e1 • Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)) 	
<p>PYP2f</p>	<p>Verhaltens- und Essstörungen, einschl. Verhaltensstörung bei Intelligenzmindering Leitliniengerechte Versorgung laut Leistungsbeschreibung gemäß Anlage 12 Anhang 1 (gem. EBM-Ziffernkranz), insbesondere:</p> <p>Hausarztbene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • familiäre Anamnese psychiatrischer Erkrankungen • Labor • regelmäßige Medikamenten-Einnahme und Nebenwirkungen • Komorbiditäten • Lebensstil, Verhalten, Lebensqualität/ggf. Depressionen, Ängste • Begleitschreiben vom HAUSARZT Überweisungsformular (Anhang 2.2 zu Anlage 17 HZV Vertrag) • Überweisung zum FACHARZT gemäß Anlage 17 <p>1. Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> • korrekte endstellige Kodierung gemäß Anlage 12 Anhang 2 <p>2. Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klassifikation gemäß ICD-10 	<ul style="list-style-type: none"> • Ist additiv zu PYP1 oder PYP1H und nur 1 x pro Quartal abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12). • Bei Vorliegen mehrerer, eine Zusatzpauschale auslösender Diagnosen kann im Abrechnungsquartal nur 1 Zusatzpauschale abgerechnet werden. • Die zusätzliche Abrechnung einer Zusatzpauschale Neurologie im selben Quartal ist durch den FACHARZT selbst bzw. durch einen anderen Arzt aus der selben BAG nur 	<p>17,00 EUR</p>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
PYP2g	<ul style="list-style-type: none"> • Berücksichtigung der Differentialdiagnostik somatisch und psychisch 3. Therapie <ul style="list-style-type: none"> • multimodal, ggf. Förderung von Autonomiestreben, Befähigung zum Selbstmanagement, familientherapeutische Interventionen usw. • ggf. medikamentös • Nicht-medikamentös: Beratung zur Lebensbewältigung und selbständigen Lebensführung ggf. unter Einbeziehung und /oder auch Anleitung der Angehörigen/Familie z.B. • Krankheitsspezifische Beratung zu klima- und umweltbezogenen Kontextfaktoren im Sinne einer klimaresilienten Versorgung 4. Koordination von: <ul style="list-style-type: none"> • Erziehungsberatung altersabhängig, ggf. Verweis an Spezialambulanz, Soziotherapie, • Hilfen in der Alltagsbewältigung, Familienhilfe, • Einleitung von Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben, • Beratung zu spezifischen Angeboten auch z.B. AOK/Bosch BKK-Gesundheitsangebote, Selbsthilfegruppen/ vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung der FACHARZT-Praxis mit dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 17 insbesondere zu folgenden Themen <ul style="list-style-type: none"> ○ Berufliche Wiedereingliederung/ Sicherung Erwerbsfähigkeit ○ Beratung zur Rehabilitation/ Teilhabe ○ Häusliche Situation und Wohnen ○ Pflege/ Psychiatrische Pflege ○ Beratung von Angehörigen einschließlich Versorgung von Kindern ○ Alltagsbewältigung/ Mobilität ○ Sicherung der medizinisch-therapeutischen Maßnahmen einschl. Suchthilfe ○ Sozialrechtliche Beratung. 5. Kooperation mit Psychotherapie 6. Telefonmonitoring 7. Berichte/Dokumentation/ICD-Kodierung <p>Störungen durch Alkohol und andere Suchtmittel Leitliniengerechte Versorgung laut Leistungsbeschreibung gemäß Anlage 12 Anhang 1 (gem. EBM-Ziffernkranz), insbesondere:</p> <p>Hausarztbene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • familiäre Anamnese psychiatrischer Erkrankungen • Labor • regelmäßige Medikamenten-Einnahme und Nebenwirkungen • Komorbiditäten 	<p>dann möglich, wenn eine Überweisung des HAUSARZTES/ FACHARZTES für die psychiatrische und neurologische Versorgung vorliegt. In diesem Fall kann die PYP2f auch mit der NP1 oder NP1H (anstelle der PYP1 oder PYP1H) kombiniert werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht am selben Tag abrechenbar neben NP2e1 • Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)) 	17,00 EUR

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
	<ul style="list-style-type: none"> • Lebensstil, Verhalten, Lebensqualität/ggf. Depressionen, Ängste • Begleitschreiben vom HAUSARZT Überweisungsformular (Anhang 2.2 zu Anlage 17 HZV/Vertrag) • Überweisung zum FACHARZT gemäß Anlage 17 <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokumentation <ul style="list-style-type: none"> • korrekte endstellige Kodierung gemäß Anlage 12 Anhang 2 2. Diagnostik <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostische Kriterien für Substanzabhängigkeit nach ICD-10 • Klinik, Labor • Berücksichtigung der Differentialdiagnostik und Unterscheidung des zeitlichen Zusammenhangs zwischen Konsum und Auftreten psychischer Symptome sowie von Komorbiditäten 3. Therapie <ul style="list-style-type: none"> • in Abstimmung mit dem Hausarzt motivierende Gesprächsführung und supportive Gesprächstherapie als kontinuierliche Motivationsarbeit • je nach Risikokonstellation: wie Komorbiditäten, Medikation, ggf. Schwangerschaft, minderjährige oder ältere Menschen Kurzintervention und supportive Gesprächstherapie • <i>Qualifizierte Entgiftung</i> ambulant gemäß Anlage 17 auch durch Einzelgespräche, Informationsgruppen, supportive Gesprächstherapie sowie täglich ein- bis zweimal Herz-, Kreislaufparameter 5 Tage lang • Medikamentös: ggf. Benzodiazepine, Antipsychotika, Tiaprid und Carbamazepin, pharmakologische Rückfallprophylaxe mit Acamprosat, Naltrexan, Disulfiram (keine Benzodiazepine, Clomethiazol nur stationär) Behandlung von Komorbiditäten in Abstimmung mit dem Hausarzt • Nicht-medikamentös: Beratung zur Lebensführung ggf. unter Einbeziehung der Angehörigen/Familie z.B. sowie auch zur evtl. Vermeidung der Führung von Kraftfahrzeugen, Beruf, Haushalt, Sport usw., zur Entwöhnung (Suchtberatungsstellen, alkoholspezifische Psychotherapie, Selbstsicherheitsstraining, Behandlung von Komorbiditäten Krankheitsspezifische Beratung zu klima- und umweltbezogenen Kontextfaktoren im Sinne einer klimaresilienten Versorgung <ol style="list-style-type: none"> 4. Koordination von: <ul style="list-style-type: none"> • Hilfen in der Alltagsbewältigung, z.B. ambulante psychiatrische Krankenpflege, Familienhilfe, • Einleitung von Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben, • Evtl. Rentenanspruch/ Grundsicherung, • Beratung zu spezifischen Angeboten auch z.B. AOK/Bosch BKK-Gesundheitsangebote, Selbsthilfegruppen/ vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung der FACHARZT-Praxis mit dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 17 insbesondere zu folgenden Themen <ul style="list-style-type: none"> ○ Berufliche Wiedereingliederung/ Sicherung Erwerbsfähigkeit ○ Beratung zur Rehabilitation/ Teilhabe ○ Häusliche Situation und Wohnen ○ Pflege/ Psychiatrische Pflege ○ Beratung von Angehörigen einschließlich Versorgung von Kindern 	<p>Zusatzpauschale abgerechnet werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die zusätzliche Abrechnung einer Zusatzpauschale Neurologie im selben Quartal ist durch den FACHARZT selbst bzw. durch einen anderen Arzt aus der selben BAG nur dann möglich, wenn eine Überweisung des HAUSARZTES/ FACHARZTES für die psychiatrische und neurologische Versorgung vorliegt. In diesem Fall kann die PYP2g auch mit der NP1 oder NP1H (anstelle der PYP1 oder PYP1H) kombiniert werden. • Nicht am selben Tag abrechenbar neben NP2e1 • Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)) 	

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
PYP2h	<ul style="list-style-type: none"> ○ Alltagsbewältigung/ Mobilität ○ Sicherung der medizinisch-therapeutischen Maßnahmen einschl. Suchthilfe ○ Sozialrechtliche Beratung • Suchtberatung. <p>5. Kooperation mit Psychotherapie</p> <p>6. Telefonmonitoring</p> <p>7. Berichte/Dokumentation/ICD-Kodierung</p> <ul style="list-style-type: none"> • strukturierter Befundbericht Psychiatrie vom FACHARZT zum HAUSARZT mit korrekter endstelliger Verschlüsselung <p>Demenz Leitliniengerechte Versorgung laut Leistungsbeschreibung gemäß Anlage 12 Anhang 1 (gem. EBM-Ziffernkranz), insbesondere:</p> <p>Hausarztbene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • körperlicher Status erheben • familiäre Anamnese psychiatrischer Erkrankungen • Labor • regelmäßige Medikamenten-Einnahme und Nebenwirkungen • Komorbiditäten • Lebensstil, Verhalten, Lebensqualität/ggf. Depressionen, Ängste • Begleitschreiben vom HAUSARZT Überweisungsformular (Anhang 2.2 zu Anlage 17 HZV Vertrag) • Überweisung zum FACHARZT gemäß Anlage 17 <p>1. Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> • korrekte endstellige Kodierung gemäß Anlage 12 Anhang 2 <p>2. Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosekriterien nach ICD-10 • Differentialdiagnostik, Klärung unklarer Frühstadien v. a. in Abgrenzung zur Depression usw. • In Abstimmung mit dem Hausarzt Screeninginstrumente wie MMST, Uhrentest, DemTect u. a. • Labor, Bildgebung, EEG usw. <p>3. Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medikamentös: internistisch, antidepressiv gemäß Leitlinien, psychopharmakologisch • Nicht-medikamentös: milieutherapeutische Maßnahmen, Beratung zur Lebensführung und –strukturierung unter Einbeziehung und/oder auch Anleitung der Angehörigen/Familie z.B. Einbeziehung und /oder auch Anleitung der Angehörigen/Familie • Krankheitsspezifische Beratung zu klima- und umweltbezogenen Kontextfaktoren im Sinne einer klimaresilienten Versorgung 	<ul style="list-style-type: none"> • Ist additiv zu PYP1 oder PYP1H und nur 1 x pro Quartal abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12). • Bei Vorliegen mehrerer, eine Zusatzpauschale auslösender Diagnosen kann im Abrechnungsquartal nur 1 Zusatzpauschale abgerechnet werden. • Die zusätzliche Abrechnung einer Zusatzpauschale Neurologie im selben Quartal, aber nicht am selben Tag ist durch den FACHARZT selbst bzw. durch einen anderen Arzt aus der selben BAG nur dann möglich, wenn eine Überweisung des HAUSARZTES/ FACHARZTES für die psychiatrische und neurologische Versorgung vorliegt. In diesem Fall kann die PYP2h auch mit der NP1 oder NP1H (anstelle der PYP1 oder PYP1H) kombiniert werden. • Im selben Quartal nicht gemeinsam abrechenbar mit NP2e1 	15,00 EUR

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
	<p>4. Koordination von ggf.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ergotherapie • Hilfen in der Alltagsbewältigung, z.B. ambulante psychiatrische Krankenpflege, Familienhilfe • Sozialmedizinische Beratung • Psychotherapie • Beratung zu spezifischen Angeboten auch z.B. AOK/Bosch BKK-Gesundheitsangebote, Selbsthilfegruppen/ vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung der FACHARZT-Praxis mit dem Sozialen Dienst der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 17 insbesondere zu folgenden Themen <ul style="list-style-type: none"> ○ Berufliche Wiedereingliederung/ Sicherung Erwerbsfähigkeit ○ Beratung zur Rehabilitation/ Teilhabe ○ Häusliche Situation und Wohnen ○ Pflege/ Psychiatrische Pflege ○ Beratung von Angehörigen einschließlich Versorgung von Kindern ○ Alltagsbewältigung/ Mobilität ○ Sicherung der medizinisch-therapeutischen Maßnahmen einschl. Suchthilfe ○ Sozialrechtliche Beratung, • Beratung zur Betreuung • Beratung zur Behandlungsvollmacht • Beratung zur Lebensweise , Bewegung und Ernährung, Alltagsbewältigung) • Beratung zur aktuellen Fahrtauglichkeit • Tagespflege Demenz. <p>5. Telefonmonitoring</p> <p>6. Berichte/Dokumentation/ICD-Kodierung Strukturierter Befundbericht Psychiatrie vom FACHARZT zum HAUSARZT mit korrekter endstelliger Verschlüsselung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III, Ziffer II, Abs. 5 lit. e)) 	

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
<p>PYE1</p>	<p>Der FACHARZT kann nicht für denselben Versicherten im selben Quartal Auftragsleistungen und Einzelleistungen nebeneinander abrechnen.</p> <p>2. Einzelleistungen</p> <p>Psychiatrische supportive Gesprächsbehandlung und stabilisierende Kurzinterventionen Rascher Behandlungszugang in einer Akutphase oder nach Krankenhausbehandlung. Festlegung der Behandlungsoptionen, welche umfassen können: Maßnahmen zur Koordination und Kooperation oder andere diagnostische und/oder therapeutische Maßnahmen einschließlich eventueller Medikation. In der entstehenden tragfähigen Arzt-Patienten-Beziehung sollen auch aktuelle schwierige Themen sowie besondere emotionale Belastungen verbalisiert werden können. Die flexibel begleitende Gesprächsbereitschaft des Arztes soll zudem die Compliance und Eigenverantwortung des Patienten fördern.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • abrechenbar bei Vorliegen gesicherter Diagnosen gem. Anlage 12 Anhang 2 Dauer je Einheit mind. 10 Minuten • nicht am selben Tag abrechenbar neben, PYE3, einer Leistung aus Anlage 12 Neurologie oder einer Leistung aus Anlage 12 Psychotherapie • max 5x pro Tag und max. 30x pro Quartal abrechenbar • max 2x pro Tag und max. 30 x pro Quartal neben PYP1H im gleichen Quartal abrechenbar. • Nicht im selben Quartal abrechenbar mit NP1H und PYE2 • Die mit dieser Leistung vergüteten Arzt-Patienten-Kontakte werden nicht gezählt zur Erreichung der Mindestzahl zur Abrechnung der NZ1. • Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)) 	<p>21,00 EUR</p>

<p>PYE1a</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intensivierte Vermittlung von Wissen und Fähigkeiten (u.a. Kommunikationsstrategien, Milieugestaltung) im Umgang mit Demenz bei Vorliegen von Verhaltensstörungen nach ICD U63.-I (u.a. psychotische Symptome, Angst- oder Depressions Symptome, Agitation/Aggression) • Beratung/Aufklärung bzgl. medikamentösen und nichtmedikamentösen Therapiemaßnahmen • Beratung/Aufklärung bzgl. psychosozialen Unterstützungsangeboten sowie Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung (vgl. Unterstützungsangebote auch unter PYP2h 4, Koordination) • Als Angehörige gelten enge Bezugspersonen, gesetzliche Betreuer oder Pflegekräfte, die in der Versorgung und Pflege der Betroffenen involviert sind. 	<ul style="list-style-type: none"> • abrechenbar bei Vorliegen gesicherter Diagnosen gem. Anlage 12 Anhang 2 in Kombination mit der ICD U63.-I • Dauer je Einheit mind. 10 Minuten • nicht am selben Tag abrechenbar neben PYE3, einer Leistung aus Anl. 12 Neurologie oder aus Anl. 12 Psychotherapie • max. 2x pro Krankheitsfall (4 Quartale in Folge) abrechenbar • max 2x pro Krankheitsfall (4 Quartale in Folge) neben PYP1H abrechenbar. • Nicht im selben Quartal abrechenbar mit NP1H und PYE2 • Die mit dieser Leistung vergüteten Arzt-Patienten-Kontakte werden nicht gezählt zur Erreichung der Mindestzahl zur Abrechnung der NZ1. • Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)) 	<p>21,00 EUR</p>
<p>PYE2</p> <p>Diagnostik / Testung Demenz</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dauer min. 25 Minuten • 1x in 4 Quartalen in Folge abrechenbar bei Vorliegen von Diagnosen (G, V, A) gemäß PYP2h gemäß Anlage 12 Anhang 2 • nicht im selben Quartal abrechenbar neben PYE1, PTE1-PTE8 bzw. PTE1KJ-PTE4KJ, NP2e1 • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. 	<p>41,00 EUR</p>
<p>PYE3</p> <p>Besuche im Heim zur Unzeit auf Anforderung des Heims (zwischen 22.00 und 7.00 Uhr, an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 19.00 und 7.00 Uhr)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Max. 1x am Tag abrechenbar • Nicht neben NE5, PYE1 am selben Tag • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. 	<p>40,00 EUR</p>

PYE4a **Neuein- bzw. Umstellung auf rabattiertes Antipsychotikum gemäß Anhang 3.1 zur Anlage 12**

- max. einmal pro Quartal und max. zweimal pro Kalenderjahr abrechenbar
- nur abrechenbar, wenn im Abrechnungsquartal ein Antipsychotikum gemäß Anhang 3.1 zur Anlage 12 verordnet wurde und im Abrechnungsquartal sowie in den letzten 4 Vorquartalen keine Verordnung der aktuellen Rabattpräparate vorliegt.
- PYE4a ist nicht mit PYE4b im selben Quartal und in Kombination nicht mehr als 1x im Kalenderjahr abrechenbar.
- Es ist ein Arzt-Patienten-Kontakt (persönlich oder telemedizinisch - Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b) oder c)) erforderlich.

10,00 EUR

PYE4b **Neuein- bzw. Umstellung auf rabattiertes Antipsychotikum gemäß Anhang 3.1 zur Anlage 12**

- max. einmal pro Quartal und max. zweimal pro Kalenderjahr abrechenbar
- nur abrechenbar, wenn im Abrechnungsquartal ein Antipsychotikum gemäß Anhang 3.1 zur Anlage 12 verordnet wurde und im Abrechnungsquartal sowie in den letzten 4 Vorquartalen keine Verordnung der aktuellen Rabattpräparate vorliegt.
- PYE4b ist nicht mit PYE4a im selben Quartal und in Kombination nicht mehr als 1x im Kalenderjahr abrechenbar.
- Es ist ein Arzt-Patienten-Kontakt (persönlich oder telemedizinisch - Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b) oder c)) erforderlich.

10,00 EUR

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
3. Qualitätszuschläge			
PYQ1	<p>Qualitätszuschlag Zielgenaue Krankenhauseinweisung gemäß Anhang 4: Zuschlag auf PYE1, wenn sich die Entwicklung der Kosten aller Krankenhaufälle aus dem HZV-Kollektiv mit psychiatrischen Diagnosen (F-Kapitel) wie folgt entwickelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bis 31.12.2013: >= 3% Nettoeinsparung • ab 01.01.2014: >= 5% Nettoeinsparung 	Zuschlag auf PYE1	1,00 EUR
PYQ2	<p>Qualitätszuschlag Rationale Pharmakotherapie Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mittels einer Vertragssoftware gem. Anhang 3</p>	Bei Erreichen der Quoten erfolgt ein arztindividueller Zuschlag auf die Pauschale PYP1 und PY1H gemäß Anhang 3 Falls der FACHARZT auch NP1 und NP1H abgerechnet hat, wird der Qualitätszuschlag Rationale Pharmakotherapie insgesamt (aus PYQ2 und NQ7 mit einer Gesamthöhe von max. 4 €) ermittelt und ggf. auf alle Grundpauschalen (Neurologie und Psychiatrie) aufgeschlagen.	4,00 EUR

<p>PYEAVP* Pauschale elektronische Arztvernetzung</p> <p>Umsetzung der Fachanwendungen zur Durchführung der elektronischen Arztvernetzung gem. Anhang 10 zu Anlage 12</p>	<p>Der Zuschlag wird automatisch ein Mal pro Quartal je LANR vergütet, sofern eine aktive Teilnahme an der elektronischen Arztvernetzung gem. Anhang 7 zu Anlage 12 und die Teilnahmebestätigung zur Elektronischen Arztvernetzung vorliegen sowie alle technischen Voraussetzungen der Teilnahme (Software, gültige Zertifikate) erfüllt sind. Der Zuschlag erfolgt ab dem Quartal, in dem die Teilnahmebestätigung an der Elektronischen Arztvernetzung ausgestellt wird.</p> <p>Im Falle einer parallelen Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73b SGB V der AOK Baden-Württemberg (HZV/AOK-Hausarztprogramm) und gleichzeitiger Teilnahme an der elektronischen Arztvernetzung in beiden Verträgen, erfolgt der Zuschlag über die HZV. Eine Abrechnung über den Facharztvertrag PNP ist in diesem Falle ausgeschlossen. Im Falle einer Teilnahme an mehreren Facharztprogrammen gem. § 140a SGB V der AOK Baden-Württemberg (AOK-Facharztprogramm), wird der Zuschlag insgesamt ebenfalls nur ein Mal ausbezahlt.</p>	<p>250,00 EUR</p>
--	---	--------------------------

* Gilt nur für die AOK Baden-Württemberg

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
4. Auftragsleistungen			
<p>Auftragsleistungen sind, soweit für die jeweilige Vergütungsposition in der Spalte „Vergütungsregeln“ nicht abweichend geregelt, pro Patient nur einmal im Quartal abrechenbar. Hiervon ausgenommen sind begründete Verschlechterungen und Notfälle. Der FACHARZT kann nicht für denselben Versicherten im selben Quartal Auftragsleistungen und Einzelleistungen nebeneinander abrechnen. Die Abrechnung von Auftragsleistungen schließt die Abrechnung von Grundpauschalen, Zusatzpauschalen und Einzelleistungen und Vertreterpauschalen (Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie) aus.</p> <p>Abrechenbar bei Vorliegen eines Zielauftrags eines anderen FACHARZTES, sofern der überweisende FACHARZT selbst nicht über die entsprechenden qualifikationsgebundenen bzw. technischen Voraussetzungen nach diesem Vertrag verfügt.</p>			
PYA0	Grundpauschale für die Erbringung der Auftragsleistung	Ist max. 1x pro Patient/Quartal abrechenbar Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.	12,50 EUR
PYA1	EEG	<ul style="list-style-type: none"> • Gemäß EBM-Kriterien • Maximal 2 x pro Quartal • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. 	25,00 EUR
5. Vertretungsleistungen			
PYV1	Vertretungspauschale	Nicht im selben Quartal abrechenbar neben Grundpauschalen und Vertretungspauschalen (Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie) Neben PYV1 sind bei Vorliegen der Voraussetzungen alle gesondert abrechenbaren Einzelleistungen (PYE1-PYE3) und Zusatzpauschalen (PYP2a-PYP2h) abrechenbar. Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)). Der erstmalige Kontakt zu einem Versicherten erfordert einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)).	12,50 EUR

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsgeln	Betrag
C. PSYCHOTHERAPIE			
<p>Abrechenbar für folgende FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN:</p>			
<p>Fachärzte für Nervenheilkunde (soweit sie über die Voraussetzung zur Erbringung der Richtlinienpsychotherapie nach der aktuellen Psychotherapie-Vereinbarung verfügen), Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie (soweit sie über die Voraussetzung zur Erbringung der Richtlinienpsychotherapie nach der aktuellen Psychotherapie-Vereinbarung verfügen), Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychologische Psychotherapeuten und/oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Vertragsärzte, die gemäß den Bedarfsplanungsrichtlinien ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind. Weiterhin ist Voraussetzung, dass psychotherapeutische Leistungen in der KV vor der Vertragsteilnahme abgerechnet wurden.</p>			
<p>HAUSÄRZTE, die aufgrund Beiratsbeschluss gemäß § 22 Abs. 4 Buchstabe d an diesem Vertrag teilnehmen, können keine PTP1 und keine PTV1 abrechnen.</p>			
<p>Gegenstand des Versorgungsauftrages nach diesem Vertrag dürfen gemäß § 140a SGB V nur solche Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.</p>			
1. Pauschalen			
<p>Veranlasste Leistungen, die über den Versorgungsauftrag gemäß dem EBM-Ziffernkranz in der jeweils geltenden Fassung hinausgehen, sind nicht Gegenstand dieses Vertrages. Als Einzelleistung oder Zuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet.</p>			
<p>PTP1</p>	<p>Grundpauschale: Abklärung der Notwendigkeit weiterer therapeutischer Maßnahmen, psychotherapeutische Anamnese und störungsspezifischer, korrekter Diagnostik, Erstellung und Übermittlung von Berichten/Befunden an HAUS- und FACHÄRZTE Bei einer Direktinanspruchnahme z.B. bei Notfällen, d.h. wenn keine Überweisung vorliegt, ist einmalig die Anforderung eines somatischen Befundberichts vom HAUSARZT erforderlich (vgl. auch Anlage 17 Schnittstellen).</p> <p>Innerhalb von in der Regel 2 Wochen ab dem Erstkontakt wird ein Bericht an den HAUSARZT und ggf. FACHARZT gemäß Anlage 17 übermittelt und zusätzlich bei besonderen Ereignissen wie z.B. Eigen-, Fremdgefährdung, Veränderung der Diagnose, somatische Abklärung oder psychiatrische Mitbehandlung wie auch zum Therapieende.</p> <p>Für eine störungsspezifische korrekte Diagnostik nach dem „biopsychosozialen Modell“ bedarf es neben der Exploration von sozialen, psychologischen und biologischen Risiko- und Schutzfaktoren des Patienten (Kind/Jugendlichen) der Informationen und Erläuterungen für Bezugspersonen, z.B. zu sozialunterstützenden Maßnahmen und Ressourcen wie zur (Rückfall-)Prophylaxe. Das Vorgehen ist an die Bedürfnisse der Betroffenen anzupassen und ein zielorientierter, ressourcenaktivierender Versorgungsplan zu fördern, auch unter Beachtung möglicher Prädiktoren ungünstiger Krankheitsverläufe (Quelle W. Rief, E. Schramm, B. Strauß (Hrsg.) Psychotherapie, Urban & Fischer 2021).</p>	<p>1 x in 4 Quartalen in Folge, sofern</p> <ul style="list-style-type: none"> eine Überweisung vom HAUSARZT/ FACHARZT vorliegt oder es sich um eine quartalsübergreifende psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der jeweiligen Therapieserie PTE1(KJ), PTE2(KJ), PTE3(KJ), PTE6 oder PTE7 handelt und mindestens ein persönlicher oder telemedizinischer Arzt- Patienten-Kontakt stattgefunden hat. Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)). Nicht abrechenbar von FACHÄRZTEN, die stattdessen die PYP1 oder NP1 abrechnen können sowie von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Letztere können stattdessen die Ziffer KJPYP1 (AOK) bzw. die Grundpauschale gemäß Kapitel 14.2 des EBM über die KV abrechnen (Bosch BKK). <p>Ausnahme:</p> <ul style="list-style-type: none"> Z.B. bei Notfällen ist die Direktinanspruchnahme und damit die Abrechnung von PTP1 auch ohne Überweisung möglich. <p>Nicht abrechenbar durch persönlich Ermächtigte mit fachärztlichem Überweisungsvorbehalt</p> <ul style="list-style-type: none"> Ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT und auch von den FACHÄRZTEN/ PSYCHOTHERAPEUTEN einer BAG nicht im selben Quartal abrechenbar neben PTV1 NP1 oder NP1H PYP1 oder PYP1H KJPYP1 oder KJPYV1 <p>ist vom FACHARZT/ PSYCHOTHERAPEUTEN oder einem anderen FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN derselben BAG parallel zu P1 aus einem anderen 140a-Vertrag nicht am selben Tag, aber im selben Quartal abrechenbar, wenn jeweils eine eigene Überweisung des HAUSARZTES/FACHARZTES vorliegt.</p>	<p>60,00 EUR</p>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
PTP1A	Siehe P1	<p>Einmal pro Abrechnungsquartal, sofern</p> <ul style="list-style-type: none"> • eine Überweisung vom HAUSARZT vorliegt oder es sich um eine quartalsübergreifende psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der jeweiligen Therapieserie PTE1(KJ), PTE2(KJ), PTE3(KJ), PTE6 oder PTE7 handelt. Die Überweisung gilt dann quartalsübergreifend. • mindestens ein persönlicher oder telemedizinischer Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. • Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)). <p>Nur additiv zu PTP1 abrechenbar.</p>	<p>AOK: 10,00 EUR</p> <p>Bosch BKK: 5,00 EUR</p>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
2. Einzelleistungen			
<p>Der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT kann nicht für denselben Versicherten im selben Quartal Auftragsleistungen und Einzelleistungen nebeneinander abrechnen.</p> <p>Die Reihenfolge im Behandlungszyklus der Einzeltherapie lautet -abhängig vom Krankheitsbild und -verlauf (gemäß Anlage 12 Anhang 2) - PTE1(KJ) – PTE2(KJ) – PTE3(KJ) – PTE4(KJ). Es können Behandlungsserien entfallen bzw. ausgelassen werden. Ein Neubeginn des Behandlungszyklus kann bei entsprechend geänderter gesicherter Diagnose erfolgen (sog. DAE). Ein Neubeginn eines Behandlungszyklus mit DAE kann bei Übernahme aus der Richtlinien-therapie frühestens 6 Monate nach dem letzten Behandlungstag der Richtlinien-therapie geltend gemacht werden. Nach Feststellung der 1. DAE kann jede weitere DAE frühestens nach Ablauf von 3 Quartalen erfolgen. Ausnahme: findet eine Unterbrechung von mind. 6 Monaten statt, kann die 2. DAE bereits nach 2 Quartalen erfolgen. Ab der 2. DAE ist eine Überweisung durch einen FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT erforderlich.</p> <p>Bei Rückfällen mit unveränderter Diagnosestellung, die außerhalb bzw. nach Ausschöpfung der zur Verfügung stehenden Behandlungsmodule PTE1 – PTE3 therapiert werden sollen, kann der Therapeut auf der Grundlage einer entsprechenden Überweisung des HAUSARZTES/FACHARZTES bei der AOK/Bosch BKK einen begründeten Antrag auf Genehmigung zusätzlicher Therapieeinheiten (sog. GDK) im Rahmen der Vergütungsposition PTE3 stellen. Die abschließende Entscheidung ist durch AOK/Bosch BKK zu begründen. Die Abrechnung von der GDK ist einmal innerhalb von vier Quartalen in Folge möglich.</p> <p>Der Neubeginn des Behandlungszyklus per GDK erfolgt für die Einzeltherapie grundsätzlich in PTE3.</p> <p>Bei einer Therapiepause von mindestens 4 Jahren (16 Quartale) ist der Beginn (keine GDK erforderlich) ab PTE1 möglich. Die Kontingente der Gruppentherapie stehen dann ebenfalls wieder vollständig zur Verfügung.</p> <p>Bei allen Einzel- und Auftragsleistungen außer PTE5, PTE6A, PTE7A, PTA1A, PTA2A und PTE8 ist zusätzlich das Therapieverfahren, die Therapiemethode oder die Therapietechnik gemäß folgenden Kategorien anzugeben:</p> <ol style="list-style-type: none"> Verhaltenstherapie sowie ggfs. dazugehörige Methoden und Techniken (V) Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie sowie ggfs. dazugehörige Methoden und Techniken (T) Neue Therapieverfahren/-techniken/-methoden (N) Neuropsychologische Therapie (P) <p>Hierfür können die Ziffern in der Vertragssoftware mit der entsprechenden Endung ausgewählt werden.</p> <p>Die neuropsychologische Therapie ist für max. 60 Einheiten für die Indikationsgebiete F04, F06.6, F06.7, F06.8, F06.9, F07.0, F07.1, F07.2, F07.8 gemäß Anhang 2 zur Anlage 12 mit Vorliegen der KV-Genehmigung nach Anlage 2 abrechenbar. Indikationsstellung und Durchführung der Therapie erfolgt nach Richtlinie zu Methoden vertragsärztlicher Versorgung: Neuropsychologische Therapie vom 24.11.2011, sofern nichts Abweichendes vereinbart wurde. Die Diagnosen F04, F06.6, F06.7, F06.8, F06.9, F07.0, F07.1, F07.8 sind ausschließlich für die neuropsychologische Psychotherapie abrechenbar, die F07.2 berechtigt auch die Abrechnung der anderen Psychotherapieverfahren gemäß Anhang 2 zur Anlage 12.</p> <p>Die Vergütungspositionen PTE1SD, PTE1(KJ) – PTE3(KJ) können nach Absprache mit dem behandelnden Krankenhaus im Einzelfall auch für Patienten abgerechnet werden, die sich noch in stationärer Behandlung befinden, um einen nahtlosen Übergang aus der stationären in die ambulante psychotherapeutische Versorgung möglich zu machen. Die Psychotherapie findet dann in der Regel beim niedergelassenen PSYCHOTHERAPEUTEN/FACHARZT statt.</p>			
PTE1 bzw. PTE1KJ	<p>Akute/zeitnahe Versorgung Psychotherapie – Einzeltherapie</p> <p>Psychotherapieverfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, systemische Therapie oder neuropsychologische Therapie), –methoden oder –techniken gemäß Anlage 12 Anhang 2 in Verbindung mit Anlage 17, ggf. weiterführende diagnostische und unterstützende psychosoziale Maßnahmen nach aktuell anerkanntem Sachstand</p>	<p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)). Der erstmalige Kontakt zu einem Versicherten erfordert einen persönlichen Kontakt oder eine Videosprechstunde. Überweisung vom HAUSARZT/ FACHARZT; Die Überweisung gilt ggf. quartalsübergreifend. Bei gesicherten Diagnosen gemäß Anl. 12 Anh. 2 (differenziert nach PTE1 und PTE1KJ), max. 10 Einheiten (à vollendete 50 Min.) innerhalb von max. 3 Quartalen in Folge (Behandlungsserie PTE1), Grundsatz: 1 Einheit pro Tag, Ausnahme: z.B. bei Angststörungen, Kriseninterventionen ggf. auch bis max. 4 Einheiten pro Tag Für Kinder und Jugendliche als PTE1KJ max. 13 Einheiten unter Einbeziehung der Bezugsperson(en). PTE1KJ ist abrechenbar, wenn die KV-Genehmigung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vorliegt, bis zum vollendeten 21. Lebensjahr des Versicherten. Sollte die Therapieserie vor dem vollendeten 21. Lebensjahr begonnen, jedoch noch nicht abgeschlossen sein, können maximal die verbleibenden Einheiten der PTE1KJ, PTE2KJ sowie PTE3KJ auch nach dem vollendeten 21. Lebensjahr des Versicherten erbracht werden. Diese Regelung gilt max. bis zum vollendeten 25. Lebensjahr des Versicherten. PTE1 ist abrechenbar bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr 	128,00 EUR

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
		<ul style="list-style-type: none"> • Eine ggf. notwendige Weiterbehandlung bei der neuropsychologischen Psychotherapie erfolgt mit der PTE2 oder PTE3 bzw. PTE6 oder PTE7. • Eine ggf. notwendige Weiterbehandlung erfolgt im Rahmen der Behandlungsserien PTE2(KJ)-PTE4(KJ), ausgenommen: wesentliche Änderung der gesicherten Diagnose • Nicht am selben Tag neben der PYE1 • Nicht abrechenbar für Versicherte, die sich bereits in einer laufenden PT- Behandlung gem. EBM befinden • Nicht neben oder nach den Behandlungsserien PTE1SD oder PTE2(KJ)-PTE5(KJ) • PTE1 nicht am selben Tag abrechenbar neben PTE1KJ <p>Abweichend von Psychotherapie- Richtlinie und - Vereinbarung ohne Antrags-/Gutachterverfahren</p> <p>Zuschläge: Werden vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN pro Quartal bestimmte Mindestgrößen an Einheiten der PTE1(KJ) und PTE1SD abgerechnet, ergeben sich folgend Zuschläge:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 8,00 EUR ab 20 Einheiten PTE1(KJ) und PTE1SD pro Quartal oder • 15,00 EUR ab 30 Einheiten PTE1(KJ) und PTE1SD pro Quartal oder • 25,00 EUR ab 45 Einheiten PTE1(KJ) und PTE1SD pro Quartal oder • 30,00 EUR ab 55 Einheiten PTE1(KJ) und PTE1SD pro Quartal <p>Bei Erreichen der jeweiligen Mindestgrößen erfolgt der Zuschlag bereits ab der ersten abgerechneten Einheit.</p>	
<p>PTE1SD</p>	<p>Vorstellung durch AOK-Sozialdienst / BKK- Patientenbegleitung - Einzeltherapie</p> <p>Psychotherapieverfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder systemische Therapie),-methoden oder -techniken gemäß Anlage 12 Anhang 2 in Verbindung mit Anlage 17, ggf. weiterführende diagnostische und unterstützende psychosoziale Maßnahmen nach aktuell anerkanntem Sachstand</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vergütungsvoraussetzungen identisch mit PTE1(KJ), unabhängig von der Diagnose • Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)). Der erstmalige Kontakt zu einem Versicherten erfordert einen persönlichen Kontakt oder eine Videosprechstunde. • gemäß Anlage 17 abrechenbar für Versicherte, für die der Soziale Dienst der AOK (SD) bzw. die Patientenbegleitung der BKK (PBG) mit der Terminanfrage/ -bestätigung einen Termin beim FACHARZT/ PSYCHOTHERAPEUTEN initiiert und der Therapiebeginn innerhalb von 14 Tagen nach Posteingang der Terminanfrage/ -bestätigung erfolgt. Die konkrete Terminanfrage/- vereinbarung erfolgt in der Regel durch den Patienten. Rückmeldung an den SD / die PBG zum Therapiebeginn bzw. ggf. zur nicht erfolgten Terminvergabe gibt die PNP-Praxis mit der Kurzinformation/- rückmeldung. • Bei Nichteinhaltung der Frist darf die Leistung nicht als PTE1SD abgerechnet werden. 	<p>158,00 EUR</p>
<p>PTE2 bzw. PTE2KJ</p>	<p>Erstbehandlung – Einzeltherapie</p> <p>Psychotherapieverfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, systemische Therapie oder neuropsychologische Therapie),-methoden oder -techniken gemäß Anlage 12 Anhang 2 in Verbindung mit Anlage 17, ggf. weiterführende diagnostische und unterstützende psychosoziale Maßnahmen nach aktuell anerkanntem Sachstand</p>	<p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)). Der erstmalige Kontakt zu einem Versicherten erfordert einen persönlichen Kontakt oder eine Videosprechstunde. • Bericht an den HAUSARZT/ FACHARZT bei einer Therapiefortsetzung innerhalb von 2 Wochen ab Beginn der Behandlungsserie. 	<p>121,00 EUR</p>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
		<ul style="list-style-type: none"> • Bei gesicherten Diagnosen gemäß Anl. 12 Anh. 2 (differenziert nach PTE2 und PTE2KJ), • nicht neben, aber nach Abschluss der Behandlungsserie PTE1 (KJ) möglich • max. 20 Einheiten (à vollendete 50 Min.) innerhalb von max. 4 Quartalen in Folge (Behandlungsserie PTE2), • Grundsatz: 1 Einheit pro Tag, Ausnahme: z.B. bei Angststörungen, Kriseninterventionen: ggf. auch in Blöcken von bis maximal 4 Einheiten pro Tag (ggf. aufteilbar in max. 40 Einheiten à 25 Minuten) • PTE2KJ ist abrechenbar, wenn die KV-Genehmigung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vorliegt, bis zum vollendeten 21. Lebensjahr des Versicherten. Sollte die Therapieserie vor dem vollendeten 21. Lebensjahr begonnen, jedoch noch nicht abgeschlossen sein, können maximal die verbleibenden Einheiten der PTE2KJ sowie PTE3KJ auch nach dem vollendeten 21. Lebensjahr des Versicherten erbracht werden. Diese Regelung gilt max. bis zum vollendeten 25. Lebensjahr des Versicherten. • Für Kinder und Jugendliche als PTE2KJ max. 25 Einheiten unter Einbeziehung der Bezugsperson(en) • PTE2 ist abrechenbar bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, • PTE2 ist nicht abrechenbar am selben Tag neben PTE2KJ • Eine ggf. notwendige Weiterbehandlung bei der neuropsychologischen Psychotherapie erfolgt mit der PTE3 bzw. der PTE6 oder PTE7. • Eine ggf. notwendige Weiterbehandlung erfolgt im Rahmen der Behandlungsserien PTE3(KJ)-PTE4(KJ), ausgenommen: wesentliche Änderung der gesicherten Diagnose • Nicht am selben Tag neben der PYE1 • nicht neben den Behandlungsserien PTE1(KJ), PTE1SD oder PTE3(KJ) bis PTE5(KJ) und nicht nach den Behandlungsserien PTE3(KJ) bis PTE5(KJ), aber nach Abschluss der Behandlungsserien PTE1(KJ) und PTE1SD • Abweichend von Psychotherapie- Richtlinie und - Vereinbarung ohne Antrags-/Gutachterverfahren 	
<p>PTE3 bzw. PTE3KJ</p>	<p>Weiterbehandlung – Einzeltherapie</p> <p>Psychotherapieverfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, systemische Therapie oder neuropsychologische Therapie), –methoden oder –techniken gemäß Anlage 12 Anhang 2 in Verbindung mit Anlage 17 und unterstützende psychosoziale Maßnahmen nach aktuell anerkanntem Sachstand</p>	<p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)). • Bericht an den HAUSARZT/ FACHARZT bei einer Therapiefortsetzung innerhalb von 2 Wochen ab Beginn der Behandlungsserie. • Bei gesicherten Diagnosen gemäß Anl. 12 Anh. 2 (differenziert nach PTE3 und PTE3KJ), • nicht neben den Behandlungsserien PTE1(KJ), PTE1SD, PTE2(KJ), PTE4(KJ) oder PTE5 und nicht nach den Behandlungsserien PTE4 (KJ) oder PTE5 aber nach Abschluss der Behandlungsserie PTE1(KJ) und PTE2(KJ) möglich • max. 30 Einheiten (à vollendete 50 Min.) innerhalb von max. 8 Quartalen in Folge (Behandlungsserie PTE3), Grundsatz: 1 Einheit pro Tag, Ausnahme: z.B. bei Angststörungen, Kriseninterventionen: ggf. auch in Blöcken von bis maximal 4 Einheiten pro Tag (ggf. aufteilbar in max. 60 Einheiten à 25 Minuten) • Für Kinder und Jugendliche als PTE3KJ max. 38 Einheiten unter Einbeziehung der Bezugsperson(en) • PTE3 ist nicht abrechenbar am selben Tag neben PTE3KJ 	<p>110,00 EUR</p>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
		<ul style="list-style-type: none"> • PTE3KJ ist abrechenbar, wenn die KV-Genehmigung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vorliegt, bis zum vollendeten 21. Lebensjahr des Versicherten. Sollte die Therapieserie vor dem vollendeten 21. Lebensjahr begonnen, jedoch noch nicht abgeschlossen sein, können maximal die verbleibenden Einheiten der PTE3KJ auch nach dem vollendeten 21. Lebensjahr des Versicherten erbracht werden. Diese Regelung gilt max. bis zum vollendeten 25. Lebensjahr des Versicherten. • PTE3 ist abrechenbar bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr. • Eine ggf. notwendige Weiterbehandlung bei der neuropsychologischen Psychotherapie erfolgt ggf. mit der PTE6 oder PTE7. • Eine ggf. notwendige Weiterbehandlung erfolgt im Rahmen der Behandlungsserie PTE4(KJ), ausgenommen wesentliche Änderung der gesicherten Diagnose • Abweichend von Psychotherapie- Richtlinie und - Vereinbarung ohne Antrags-/ Gutachterverfahren 	
PTE3TR	<p>Weiterbehandlung – Einzeltherapie bei Traumata</p> <p>Psychotherapieverfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder systemische Therapie), –methoden oder –techniken gemäß Anlage 12 Anhang 2 in Verbindung mit Anlage 17 und unterstützende psychosoziale Maßnahmen nach aktuell anerkanntem Sachstand</p>	<p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)). • Überweisung vom HAUSARZT • Bericht an den HAUSARZT/ FACHARZT bei einer Therapiefortsetzung innerhalb von 2 Wochen ab Beginn der Behandlungsserie. • Bei gesicherten Diagnosen gemäß Anl. 12 Anh. 6 • nicht neben den Behandlungsserien PTE1(KJ), PTE1SD, PTE2(KJ), PTE3(KJ), PTE4(KJ) oder PTE5 und nicht nach den Behandlungsserien PTE4 (KJ) oder PTE5, aber nach Abschluss der Behandlungsserie PTE1(KJ) bis PTE3(KJ) möglich • max. 30 Einheiten (à vollendete 50 Min.) innerhalb von max. 8 Quartalen in Folge; Grundsatz: 1 Einheit pro Tag, Ausnahme: z.B. bei Angststörungen, Kriseninterventionen: ggf. auch in Blöcken von bis maximal 4 Einheiten pro Tag (ggf. aufteilbar in max. 60 Einheiten à 25 Minuten) • PTE3TR ist abrechenbar bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr. • Die „PTE3TR“ kann ohne Antragsstellung (GDK) bei Vorliegen der Voraussetzungen insgesamt fünfmal hintereinander abgerechnet werden. • Sofern darüber hinaus weitere hochfrequente Behandlungseinheiten notwendig sind, können diese über das GDK-Antragsverfahren erfolgen. Eine erneute „PTE3“ im Rahmen eines GDK-Antrags ist nicht neben, aber nach Ausschöpfung der „PTE3TR“ (nach Abschluss der fünften PTE3TR-Serie) möglich. 	110,00 EUR
PTE4 bzw. PTE4KJ	<p>Niederfrequente Behandlung – Einzeltherapie</p> <p>Psychotherapieverfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder systemische Therapie), –methoden oder –techniken gemäß Anlage 12 Anhang 2 in Verbindung mit Anlage 17 und unterstützende psychosoziale Maßnahmen nach aktuell anerkanntem Sachstand</p>	<p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)). • Überweisung vom HAUSARZT/FACHARZT • Bei gesicherten Diagnosen gemäß Anl. 12 Anh. 2 (differenziert nach PTE4 und PTE4KJ), • max. 6 x pro Quartal à vollendete 50 Min. (Behandlungsserie PTE4(KJ)), • PTE4KJ ist abrechenbar, wenn die KV-Genehmigung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vorliegt bis zum vollendeten 21. Lebensjahr der Versicherten. • PTE4 ist abrechenbar bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, 	110,00 EUR

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
		<ul style="list-style-type: none"> • PTE4 ist nicht abrechenbar am selben Tag neben PTE4KJ, nicht neben den Behandlungsserien PTE1(KJ), PTE1SD, PTE2(KJ), PTE3(KJ), PTE5 und nicht nach der Behandlungsserie PTE5, aber nach Abschluss der Behandlungsserie PTE1(KJ), PTE1SD, PTE2(KJ) und PTE3(KJ) möglich • ggf. aufteilbar in Einheiten à 25 Minuten • Abweichend von Psychotherapie- Richtlinie und – Vereinbarung ohne Antrags-/ Gutachterverfahren 	
PTE5	<p>Psychoanalyse – Einzelbehandlung</p> <p>Nicht neben oder nach den unter PTE1(KJ) bis PTE4(KJ) genannten Psychotherapieverfahren, –methoden oder - techniken durchführbar</p> <p>Durchführbar, wenn gemäß Psychotherapierichtlinie auf der Basis des obligatorischen Gutachterverfahrens genehmigt nach aktuell anerkanntem Sachstand</p>	<p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)). • Überweisung vom HAUSARZT/FACHARZT • bei gesicherten Diagnosen gemäß Anl. 12 Anh. 2 • max. 5x pro Woche • max. 300 Einheiten à 50 Minuten (Behandlungsserie PTE5), • nicht neben oder nach den Behandlungsserien PTE1(KJ), PTE1SD, PTE2(KJ), PTE3(KJ) und PTE4(KJ) • mit Antrags-/Gutachterverfahren gemäß Psychotherapie-Vereinbarung für jede Behandlungsserie 	110,00 EUR

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
	<p>Nach aktuell anerkanntem Sachstand zeigen sich große Effektstärken störungsspezifisch zugunsten von Gruppenpsychotherapie z.B. für soziale Angst-, Panik-, generalisierte Angststörung, Effektstärken im mittleren Bereich für PTBS und Essstörungen und eher kleinere Effekte bei BPS und ein Trend zu integrativen Modellen und gemischten Gruppen, analog wie virtuell. Z.B. auch Chatgruppen für die Nachsorge nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation.</p> <p>Gruppentherapeutische Grundversorgung als verhaltensmedizinische Basisintervention dient zur strukturierten Vermittlung von Wissen über relevante psychische Störungen und deren Entstehungsbedingungen, ihren Einflussfaktoren sowie zur Vertiefung von grundlegenden Inhalten der ambulanten Psychotherapie. Gruppentherapeutische Grundversorgung dient ebenso dem Aufbau eines individuellen Krankheitsverständnisses und dem Erlernen eines individuellen Umgangs mit entsprechenden Symptomen, Funktionsbeeinträchtigungen und psychischen Belastungen.</p> <p>Gruppenpsychotherapie fördert aktive Informationsvermittlung, den Erfahrungsaustausch unter den Betroffenen und die gemeinsame Bearbeitung allgemeiner Krankheitsaspekte. Diese Grundversorgung dient ebenfalls dem Ziel, individuelle Hemmschwellen und Vorbehalte gegenüber Psychotherapie in Gruppen zu reduzieren.</p> <p>Übergreifende Vergütungsregeln für Gruppenbehandlung PTE6/PTE6A und PTE7/PTE7A</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voraussetzung: Überweisung vom HAUSARZT/FACHARZT • Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)). • Die Überweisung gilt ggf. quartalsübergreifend • je Einheit 1x pro Patient abrechenbar, auch bei Teilnahme von Bezugspersonen • Bei gesicherten Diagnosen gemäß Anl. 12 Anh. 2, • Die Dauer einer Einheit ist 100 Min. • Abrechenbar sind max. 20 Einheiten Gruppentherapie (PTE6 und PTE7) innerhalb von max. 6 Quartalen in Folge. • Zusätzlich sind max.4 Einheiten im Rahmen der PTE6A/ PTE7A zur Gruppentherapeutischen Grundversorgung abrechenbar • 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 ab dem 4. Quartal 2014 eine Gruppentherapie auf PTE4-Niveau weitergeführt werden. • Bei Fällen, die außerhalb bzw. nach Ausschöpfung der zur Verfügung stehenden Einheiten therapiert werden sollen, kann der Therapeut auf der Grundlage einer entsprechenden Überweisung des HAUSARZTES/FACHARZTES bei der AOK/Bosch BKK einen begründeten Antrag auf Genehmigung (GDKG) zusätzlicher 20 Therapieeinheiten Gruppentherapie im Rahmen der Vergütungsposition PTE6/ PTE7 stellen. Die abschließende Entscheidung ist durch AOK/Bosch BKK zu begründen. Die Abrechnung von der GDKG ist einmal innerhalb von vier Quartalen in Folge möglich. • Voraussetzung für die Übertragung bzw. Verrechnung von Einheiten aus PTE1-PTE4 ist die zusätzlich zur Gruppe notwendige korrekte und spezifische Kodierung von Diagnosen, die gem. Anhang 2 Anlage 12 diesen Behandlungsserien (PTE1-PTE4) entsprechen. • Die Vergütung der verrechneten Einheiten erfolgt in Höhe der durchgeführten Gruppenbehandlung (PTE6 oder PTE7) • Abweichend von Psychotherapie-Richtlinie und -Vereinbarung ohne Antrags-/Gutachterverfahren • Wird im Einzelfall in einer großen Gruppe die Mindestgruppengröße wegen Verhinderung einzelner Teilnehmer vorübergehend nicht erreicht (z. B. Krankheit, Ferien, Urlaub), kann der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT diese Sitzung für die tatsächlich anwesenden Patienten weiterhin als große Gruppe abrechnen, sofern keine Diagnosen für die Abrechnung der kleinen Gruppe vorliegen • Eine Gruppenleitung durch 2 Therapeuten ist bei einer Gruppengröße von mindestens 6 und bis zu maximal 14 Personen möglich (ggf. multiprofessionell – mit qualifizierten HAUS-/FACHARZT). Jeder FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT rechnet die Gruppengröße ab, die der Anzahl seiner Bezugspatienten entspricht. Die Abrechnung für einen Versicherten kann nur durch 1 Therapeuten erfolgen. • Für Eltern erkrankter Kinder können Gruppen parallel zur Gruppenbehandlung der Kinder angeboten werden. In diesen Fällen können (bei Vorliegen von entsprechenden Diagnosen gem. Anhang 2 zu Anlage 12, die die Abrechnung von großen und von kleinen Gruppen ermöglichen) große und kleine Gruppen auch parallel abgerechnet werden. • Qualifikationsgebunden gem. Anlage 2. • Die für die Erlangung der Abrechnungsgenehmigung für Gruppen notwendigen Gruppensitzungen dürfen über Anlage 12 Psychotherapie abgerechnet werden, wenn die Behandlung den formalen Anforderungen hinsichtlich Supervision und Regelungen der Ausbildungsinstitute entspricht. Eine parallele Abrechnung über die KV ist ausgeschlossen. • Die neuropsychologische Therapie ist für max. 60 Einheiten für die Indikationsgebiete F04, F06.6, F06.7, F06.8, F06.9, F07.0, F07.1, F07.2, F07.8 gemäß Anhang 2 zur Anlage 12 mit Vorliegen der KV-Genehmigung nach Anlage 2 abrechenbar. Indikationsstellung und Durchführung der Therapie erfolgt nach Richtlinie zu Methoden vertragsärztlicher Versorgung: Neuropsychologische Therapie vom 24.11.2011, sofern nichts Abweichendes vereinbart wurde. Die Diagnosen F04, F06.6, F06.7, F06.8, F06.9, F07.0, F07.1, F07.2, F07.8 sind ausschließlich für die neuropsychologische Psychotherapie abrechenbar. 		

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
PTE6	<p>Gruppenbehandlung – kleine Gruppe mind. 2, max. 5 Personen gemäß Anlage 12 Anhang 2 in Verbindung mit Anlage 17</p> <p>Psychotherapieverfahren (Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder systemische Therapie), -methoden oder -techniken gemäß Anlage 12 Anhang 2 in Verbindung mit Anlage 17 und unterstützende psychosoziale Maßnahmen nach aktuell anerkanntem Sachstand</p> <p>Bei Gruppenleitung durch 2 Therapeuten kann die Gesamt-Gruppengröße auf 14 Teilnehmer (mind. 6 Teilnehmer) erhöht werden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Vgl. übergreifende Vergütungsregeln für Gruppenbehandlung PTE6 und PTE7 	145,00 EUR
PTE6A	<p>Gruppentherapeutische Grundversorgung als verhaltensmedizinische Basisintervention</p> <p>– kleine Gruppe mind. 2, max. 5 Personen gemäß Anlage 12 Anhang 2 in Verbindung mit Anlage 17 nach aktuell anerkanntem Sachstand</p> <p>Bei Gruppenleitung durch 2 Therapeuten kann die Gesamt-Gruppengröße auf 14 Teilnehmer (mind. 6 Teilnehmer) erhöht werden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Vgl. übergreifende Vergütungsregeln für Gruppenbehandlung PTE6A und PTE7A 	145,00 EUR
PTE7	<p>Gruppenbehandlung – große Gruppe mind. 6, max. 9 Personen gemäß Anlage 12 Anhang 2 in Verbindung mit Anlage 17</p> <p>nach aktuell anerkanntem Sachstand. Bei Gruppenleitung durch 2 Therapeuten kann die Gesamt-Gruppengröße auf 14 Teilnehmer erhöht werden.</p> <p>Psychotherapieverfahren (Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder systemische Therapie), -methoden oder -techniken gemäß Anlage 12 Anhang 2 in Verbindung mit Anlage 17 und unterstützende psychosoziale Maßnahmen nach aktuell anerkanntem Sachstand</p>	<ul style="list-style-type: none"> Vgl. übergreifende Vergütungsregeln für Gruppenbehandlung PTE6 und PTE7 	77,00 EUR
PTE7A	<p>Gruppentherapeutische Grundversorgung als verhaltensmedizinische Basisintervention</p> <p>– große Gruppe mind. 6, max. 9 Personen gemäß Anlage 12 Anhang 2 in Verbindung mit Anlage 17 nach aktuell anerkanntem Sachstand.</p> <p>Bei Gruppenleitung durch 2 Therapeuten kann die Gesamt-Gruppengröße auf 14 Teilnehmer erhöht werden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Vgl. übergreifende Vergütungsregeln für Gruppenbehandlung PTE6A und PTE7A 	77,00 EUR
PTE8	<p>Persönliche Teilnahme an einer bedarfsorientiert-interdisziplinären biopsychosozialen Versorgungsplanung, die für komplexe Behandlungskonzepte Anwendung findet, z.B. die aufeinander abgestimmte Zusammenarbeit von Psychotherapie, flankierende institutionelle Hilfemaßnahmen wie Jugendhilfe, Beratungsstellen, Familienhilfe v.a. bei besonderen Störungsbildern nach aktuell</p>	<ul style="list-style-type: none"> pro interdisziplinäre Versorgungsplanung, Therapeut- oder Versichertenbezogen Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)). Nur für Versicherte, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben/ behinderte Menschen und dem SD/PBG persönlich bekannt sind 	60,00 EUR

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsgeln	Betrag
	<p>anerkanntem Sachstand</p> <p><u>Grundsatz:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Teilnehmer: einer interdisziplinären Versorgungsplanung besteht aus mindestens drei Personen Die interdisziplinäre Versorgungsplanung kann persönlich und/oder telefonisch durchgeführt werden und sollte die Dauer von 20 Minuten nicht überschreiten 	<ul style="list-style-type: none"> Nur abrechenbar für FACHÄRZTE/ PSYCHOTHERAPEUTEN mit Abrechnungsgenehmigung für Kinder- und Jugendpsychotherapie Eine interdisziplinäre Versorgungsplanung wird i.d.R. vom FACHARZT/ PSYCHOTHERAPEUT initiiert SD/PBG müssen im Vorfeld per „Kurzinformation/-rückmeldung“ über geplante interdisziplinäre Versorgungsplanung informiert werden Sozialer Dienst/Patientenbegleitung können per Kurzinformation/-rückmeldung eine interdisziplinäre Versorgungsplanung anregen 	
PTON1-FIX	<p>Nachbereitung der Online-Coaching-Einheiten durch die FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN der Interventionsgruppe Fix</p> <ul style="list-style-type: none"> Im Anschluss an jede Online-Sitzung Eine Nachbereitung auf Basis der von den Versicherten entsprechend ausgefüllten Online-Sitzungen 	<p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Bei Vorliegen einer Teilnahme an PSYCHOnlineTherapie (Interventionsgruppe Fix) gemäß Ergänzungsvereinbarung vom 22.10.2020 (Ergänzungsvereinbarung gültig bis zum 30.11.2022) Max. 8 Einheiten 	20,00 EUR
PTON1-FLEX	<p>Nachbereitung der Online-Coaching-Einheiten durch die FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN der Interventionsgruppe Flex</p> <ul style="list-style-type: none"> Im Anschluss an jede Online-Sitzung Eine Nachbereitung auf Basis der von den Versicherten entsprechend ausgefüllten Online-Sitzungen 	<p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Bei Vorliegen einer Teilnahme an PSYCHOnlineTherapie (Interventionsgruppe Flex) gemäß Ergänzungsvereinbarung vom 22.10.2020 (Ergänzungsvereinbarung gültig bis zum 30.11.2022) Max. 16 Einheiten 	20,00 EUR
PTON2	<p>Fortsetzung PSYCHOnlineTHERAPIE</p> <p>Nachbereitung der Online-Coaching-Einheiten durch die FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN der Interventionsgruppe Fix oder Flex</p> <ul style="list-style-type: none"> Im Anschluss an jede Online-Sitzung Eine Nachbereitung auf Basis der von den Versicherten entsprechend ausgefüllten Online-Sitzungen 	<p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Bei Vorliegen einer Teilnahme an PSYCHOnlineTherapie (Interventionsgruppe Fix oder Flex) gemäß Ergänzungsvereinbarung vom 22.10.2020 (Ergänzungsvereinbarung gültig bis zum 30.11.2022) Abrechenbar nach Abschluss der 16 Studieneinheiten im Rahmen von PSYCHOnlineTherapie (Interventionsgruppe Fix oder Flex) gemäß Ergänzungsvereinbarung vom 22.10.2020 (Ergänzungsvereinbarung gültig bis zum 30.11.2022) Mindestens 1 Einheit PTON1FIX oder PTON1FLEX muss bereits erfolgt sein Max. 8 Einheiten abrechenbar 	20,00 EUR
PTON3	<p>Nachbereitung der Online-Coaching-Einheiten im Rahmen der PSYCHOnlineTHERAPIE Routineversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> Im Anschluss an jede Online-Sitzung eine Nachbereitung auf Basis der von den Versicherten entsprechend ausgefüllten Online-Sitzungen <p>Geeignet für Versicherte unter folgenden Bedingungen:</p> <p>Die Versicherten haben das 18. Lebensjahr vollendet.</p> <p>Vorhandensein eines Internetzugangs sowie eines internetfähigen Endgerätes (PC/Laptop/Smartphone/Tablet)</p>	<p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Bei Vorliegen der Abrechnungsvoraussetzung gemäß § 2 der Ergänzungsvereinbarung vom 28.04.2023 Bei gesicherten Diagnosen gemäß Anl. 12 Anh. 2 max. 24 Einheiten Nicht abrechenbar, wenn zuvor PTON1-FIX oder PTON1-FLEX abgerechnet wurden PTON3 ist abrechenbar bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr befristet vom 01.05.2023 bis zum 31.12.2024 	20,00 EUR

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
	<p>Ausreichende Deutschkenntnisse</p> <p>Keine klinischen Ausschlusskriterien, die gegen eine Teilnahme sprechen (gesicherte Diagnosen: F21, F22.0, F22.8, F22.9, F23.0, F23.1, F23.2, F23.3, F23.8, F23.9, F24, F25.0, F25.1, F25.2, F25.8, F25.9, F28, F29).</p>		

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
3. Zuschläge			
Die Zuschläge PTZ1 und PTZ3 sind an einem Behandlungstag abzurechnen.			
PTZ1 bzw. PTZ1KJ	<p>Kooperationszuschlag umfasst die Kooperation mit FACHÄRZTEN obligatorisch bei Schizophrenie, schwerer Depression, bipolaren Störungen, alle weiteren Diagnosen gemäß Anlage 12 Anhang 2 können ggf. auch in Kooperation mit dem HAUSARZT bzw. KINDER-/JUGENDARZT erbracht werden auch auf den Grundlagen der Rationalen Pharmakotherapie gemäß Anlage 17.</p> <p>Dokumentationsgrundlage für den HAUSARZT, KINDER-/JUGENDARZT und den FACHARZT ist der Bericht.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Bei gesicherten Diagnosen gemäß Anl. 12 Anh. 2 1 x pro Quartal abrechenbar, wenn ein persönlicher oder telemedizinischer Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)). 	30,00 EUR
PTZ2	<p>Krankengeldzuschlag Zielgröße gem. Anhang 5</p>	<ul style="list-style-type: none"> Falls die Zielgröße mindestens erreicht wird, erfolgt ein gestaffelter Zuschlag für alle FACHÄRZTE und PSYCHOTHERAPEUTEN auf alle PTE1(KJ) und PTE1SD des jeweiligen Quartals gem. Anhang 5 	5,00 – 25,00 EUR
PTZ3	<p>Kinder-, Jugendlichenzuschlag Versorgungsinhalte erweiterte (Test-) Diagnostik und Exploration, Beratungen mit Bezugspersonen, ggf. Verhaltensbeobachtungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> Bei gesicherten Diagnosen gemäß Anl. 12 Anh. 2 1 x pro Quartal abrechenbar, wenn ein persönlicher oder telemedizinischer Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)). Nicht im gleichen Quartal neben PTZ3A abrechenbar. Nur bis vollendetes 21. Lebensjahr 	60,00 EUR
PTZ3A	<p>Zuschlag zur Betreuung von Patientinnen und Patienten mit geistiger Behinderung</p> <p>Versorgungsinhalte erweiterte (Test-) Diagnostik und Exploration, Beratungen mit Bezugspersonen</p>	<ul style="list-style-type: none"> Bei gesicherten Diagnosen gemäß Anl. 12 Anh. 2 1 x pro Quartal abrechenbar, wenn ein persönlicher oder telemedizinischer Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)). Nicht im gleichen Quartal neben PTZ3 abrechenbar. 	60,00 EUR
PTZ4	<p>Persönliche Teilnahme an einer Fallkonferenz Rücken Um Diagnostik und Therapie chronifizierter Rückenschmerzen zu verbessern sollen interdisziplinäre Fallkonferenzen eingerichtet werden. Die Indikation dazu stellt der ORTHOPÄDE mit dem Ziel der Koordination der Fallkonferenz. Der HAUSARZT bzw. Soziale Dienst (SD) bzw. die Patientenbegleitung der Bosch BKK (PBG) können dem ORTHOPÄDEN eine Indikationsprüfung für die Fallkonferenz vorschlagen. Der</p>	<p>Die Fallkonferenz Rücken kann einmal innerhalb von max. 4 Quartalen in Folge abgerechnet werden, bei Patienten</p> <p>(1) die an dem Facharztprogramm teilnehmen</p>	50,00 EUR

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
	<p>ORTHOPÄDE organisiert grundsätzlich die Fallkonferenz. Mindestteilnehmer einer Fallkonferenz sind der ORTHOPÄDE und der betreuende HAUSARZT sowie der behandelnde PSYCHOTHERAPEUT, sofern Letzterer dem ORTHOPÄDEN bzw. dem HAUSARZT bekannt ist (Ausnahme: HZV-Patient hat der Befundweiterleitung im Rahmen seiner PT-Behandlung widersprochen bzw. der HAUSARZT ist über die Therapie nicht informiert) und ggf. der SD bzw. die PBG.</p> <p>1. Leistungsinhalt</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abstimmung mit ORTHOPÄDE und HAUSARZT (z. B. Differentialdiagnostik, ggf. Auswertung Fragebögen) - Ggf. Abstimmung mit dem SD bzw. der PBG - (Sichtung Bildgebung) - Abstimmung erfolgt über einen persönlichen Kontakt - Sichtung der durch den ORTHOPÄDEN vor der Fallkonferenz an den Patienten ausgegebenen und ausgewerteten Testfragebögen z. B. Funktionsfragebogen Rücken (FbH-R), Schmerzbogen nach Korff, Arbeitsplatzbogen - Sichtung des Vorberichts des ORTHOPÄDEN zur Vorstellung in der Fallkonferenz mit Schmerzanamnese, Schmerzmedikation, jetzige Beschwerden, med. Vorgeschichte, klinischer Befund inkl. Auswertung FFbH-R, Synopse Bildgebung. <p>2. Durchführung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Fallkonferenz kann wahlweise auch z. B. durch Telefon oder Videokonferenz durchgeführt werden. Dauer etwa 20 Minuten. Die Teilnahme an einer Fallkonferenz erfolgt durch alle erforderlichen Teilnehmer gleichzeitig. - Allen Teilnehmern müssen die Ergebnisse der Vorberichte und Test- bzw. Funktionsfragebögen vorliegen (grundsätzlich postalische Versendung). - Hierauf wird vom ORTHOPÄDEN ein Bericht erstellt, in dem Behandlungsvorschläge und ggf. zusätzliche organisatorische Interventionen z. B. im psychosozialen Kontext gemacht werden. Der Bericht wird vom ORTHOPÄDEN innerhalb von 3 Tagen an die Teilnehmer der Fallkonferenz geschickt. <p>3. Mögliche multimodale Therapieansätze</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aktivierende Bewegungstherapie - Psychologische Interventionen, z. B. kognitive Verhaltenstherapie - Entspannungstechniken - Einleitung interdisziplinäre multimodale Therapie 	<p>(2) mit chronischen Rückenschmerzen, bei denen erhebliche psychosoziale Risikofaktoren zur Chronifizierung beitragen,</p> <p>(3) mit Schmerzzuständen von über 12 Wochen oder AU ab oder über 4 Wochen</p> <p>(4) mit Vorliegen einer M.54-Diagnose und einer der drei ICD Codes F45.40, F45.41 oder F62.80</p> <p>Dauer ca. 20 Minuten</p> <p>Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)).</p> <p>Nicht abrechenbar, wenn die Mindestteilnehmer ORTHOPÄDE und HAUSARZT am gleichen Tag nicht erfüllt sind.</p> <p>Sollten weitere Fallkonferenzen innerhalb der 4 aufeinander folgenden Quartale erforderlich sein, sind diese durchzuführen (obligatorische Teilnahme) und ebenfalls in der Vergütung von 50 Euro inbegriffen.</p>	
PTZ7	<p>Zuschlag für zeitnahe psychotherapeutische Anschlussbehandlung nach teil-/stationärem Aufenthalt</p> <p>Um eine lückenlose Anschlussversorgung sicherzustellen, besteht seit dem 1.10.2017 für Krankenhäuser die gesetzliche Verpflichtung zum Angebot eines Entlassungsmanagements: einschl. Bericht zu den ICD-10-Diagnosen anhand der Internationalen Diagnosen Checkliste IDCL und deren Begründung durch die Symptomatik bei Aufnahme, zum Bedarf z.B. an weiterführenden medizinischen und pflegerischen Maßnahmen, Arzneimitteln, Heilmitteln oder auch Soziotherapie mit Dokumentation eines Entlassplans, der dem Patienten zusammen mit dem Entlassbericht auszuhändigen ist (§39 Abs. 1a SGB V). Zudem kann die Klinik in begrenztem Umfang Medikamente verordnen und eine Arbeitsunfähigkeit für den Zeitraum von maximal 7 Tagen nach Entlassung bescheinigen (KBV 2016). Der Entlassbericht der Reha-Behandlung folgt den Gliederungsvorgaben der DRV Bund einschl. sozialmedizinischer Befundung (DRV Bund 2018).</p> <p>Ziel ist die Behandlungskontinuität durch eine lückenlose zeitnahe Anschlussversorgung in der Umsetzung der Weiterbehandlung zu fördern und zu sichern, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indikationsstellung erfolgt evidenzbasiert durch den behandelnden Psychotherapeuten • Einholung der relevanten Vorbefunde (insbesondere Entlassbericht Krankenhaus) zur Berücksichtigung im Versorgungsgesamtbehandlungsplan, insbes. auch geplanter psychosozialer Maßnahmen (z.B. Reha) • ggfs. direkter telefonischer Austausch mit teil-/stat. Behandlern/ ambulanten Behandlern/ sozialem Dienst zur Fallbesprechung z.B. bei besonderen Anlässen wie V.a. Non-Compliance bzgl. Medikation, Eigen-, Fremdgefährdung, Veränderung der Diagnose, Indikation für stationären Aufenthalt, und zum Behandlungsergebnis und zu den Behandlungszielen wie zur Rückfallprophylaxe 	<ul style="list-style-type: none"> • Maximal 20 Zuschläge innerhalb von maximal 12 Wochen nach teil-/stationärer Entlassung aus einer psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtung (Krankenhaus oder Rehabilitationseinrichtung), auf PTE1SD, PTE1 (KJ) – PTE3 (KJ) oder PTE6 bzw. PTE7 abrechenbar. • Beginn der Therapieserie innerhalb von 4 Wochen nach der teil-/stationären Entlassung • Nur abrechenbar, wenn vor der teil-/stationären Entlassung keine ambulante Psychotherapie durchgeführt wurde (nur abrechenbar für „Neupatienten“), 	15,00 EUR

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
	<ul style="list-style-type: none"> Koordination von therapeutischen Maßnahmen im Sinne biopsychosozialer Versorgungsplanung/ Case-Managements aktivierende Unterstützung bei der Alltags- und Krankheitsbewältigung, auch unter Einbezug der Angehörigen/ des sozialen Umfelds 		
<h3>4. Auftragsleistungen</h3> <p>Der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT kann nicht für denselben Versicherten im selben Quartal Auftragsleistungen und Einzelleistungen nebeneinander abrechnen. Die Abrechnung von Auftragsleistungen schließt die Abrechnung von Grundpauschalen, Zusatzpauschalen und Einzelleistungen und Vertreterpauschalen (Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie) aus.</p> <p>Abrechenbar bei Vorliegen eines Zielauftrags eines anderen FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN.</p> <p>Vergütungsvoraussetzungen identisch mit übergreifenden Vergütungsregelungen für Gruppe übergreifende Vergütungsregeln für Gruppenbehandlung PTE6/PTE6A und PTE7/PTE7A.</p>			
PTA1	<p>Gruppenbehandlung – kleine Gruppe mind. 2, max. 5 Personen gemäß Anlage 12 Anhang 2 in Verbindung mit Anlage 17</p> <p>Psychotherapieverfahren (Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder systemische Therapie), -methoden oder -techniken gemäß Anlage 12 Anhang 2 in Verbindung mit Anlage 17</p> <p>Bei Gruppenleitung durch 2 Therapeuten kann die Gesamt-Gruppengröße auf 14 Teilnehmer (mind. 6 Teilnehmer) erhöht werden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Vgl. übergreifende Vergütungsregeln für Gruppenbehandlung PTA1 und PTA2 	145,00 EUR
PTA1A	<p>Gruppentherapeutische Grundversorgung als verhaltensmedizinische Basisintervention</p> <p>– kleine Gruppe mind. 2, max. 5 Personen gemäß Anlage 12 Anhang 2 in Verbindung mit Anlage 17 nach aktuell anerkanntem Sachstand</p> <p>Bei Gruppenleitung durch 2 Therapeuten kann die Gesamt-Gruppengröße auf 14 Teilnehmer (mind. 6 Teilnehmer) erhöht werden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Vgl. übergreifende Vergütungsregeln für Gruppenbehandlung PTA1 und PTA2 	145,00 EUR
PTA2	<p>Gruppenbehandlung – große Gruppe mind. 6, max. 9 Personen gemäß Anlage 12 Anhang 2 in Verbindung mit Anlage 17</p> <p>Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Psychotherapieverfahren, -methoden oder -techniken gemäß Anlage 12 Anhang 2 in Verbindung mit Anlage 17</p> <p>Bei Gruppenleitung durch 2 Therapeuten kann die Gesamt-Gruppengröße auf 14 Teilnehmer (mind. 6 Teilnehmer) erhöht werden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Vgl. übergreifende Vergütungsregeln für Gruppenbehandlung PTA1 und PTA2 	77,00 EUR
PTA2A	<p>Gruppentherapeutische Grundversorgung als verhaltensmedizinische Basisintervention</p> <p>– große Gruppe mind. 6, max. 9 Personen gemäß Anlage 12 Anhang 2 in Verbindung mit Anlage 17 nach aktuell anerkanntem Sachstand.</p> <p>Bei Gruppenleitung durch 2 Therapeuten kann die Gesamt-Gruppengröße auf 14 Teilnehmer (mind. 6 Teilnehmer) erhöht werden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Vgl. übergreifende Vergütungsregeln für Gruppenbehandlung PTA1 und PTA2 	77,00 EUR
<h3>5. Vertretungsleistungen</h3>			
PTV1	<p>Vertretungspauschale</p>	<ul style="list-style-type: none"> Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)). Der erstmalige Kontakt zu einem Versicherten erfordert einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)). Nicht im selben Quartal ab- 	12,50 EUR

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
		rechenbar neben Grundpauschalen und Vertretungspauschalen (Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie) <ul style="list-style-type: none"> • Neben PTV1 sind bei Vorliegen der Voraussetzungen alle gesondert abrechenbaren Einzelleistungen (PTE1-PTE8) und Zuschläge (PTZ1- PTZ3) abrechenbar. 	

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
	<p align="center">D. KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE</p> <p>Abrechenbar für in das Facharztprogramm der AOK eingeschriebene Versicherte.</p> <p align="center">Abrechenbar für folgende Arztgruppen: Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie (und –psychotherapie)</p> <p>Gegenstand des Versorgungsauftrages nach diesem Vertrag dürfen gemäß § 140a SGB V nur solche Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.</p> <p>Werden Leistungen nach diesem Modul D. Kinder- und Jugendpsychiatrie abgerechnet, können im gleichen Quartal für die/den gleiche/n Versicherte/n keine Leistungen nach dem Modul B. Psychiatrie abgerechnet werden.</p> <p align="center">1. Pauschalen</p> <p>Veranlasste Leistungen, die über den Versorgungsauftrag gemäß dem EBM-Ziffernkranz in der jeweils geltenden Fassung hinausgehen, sind nicht Gegenstand dieses Vertrages. Als Einzelleistung oder Qualitätszuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet.</p> <p>Darüber hinaus ist die Abrechnung der EBM Ziffer 88895 (Kostenerstattung für den besonderen Aufwand gemäß § 6 Abs. 2 der Vereinbarung über besondere Maßnahmen der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen gem. Anlage 11 BMV-Ä) über die Kassenärztliche Vereinigung nicht zulässig.</p> <p>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.</p>		
<p>Grundpauschale KJPY-P1</p>	<p>Allgemeine Kinder- und Jugendpsychiatrie</p> <p>Multidisziplinäre Versorgung gemäß aktuell bestätigtem evidenzbasiertem Wissensstand laut Leistungsbeschreibung gemäß Anhang 1 zu Anlage 12 (EBM-Ziffernkranz)</p> <p>Behandlung bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, in Einzelfällen bis zum vollendeten 25. Lebensjahr, auch bei Erstdiagnose ab 18 Jahren, wenn vom jungen Erwachsenen akzeptiert und nachvollziehbar</p> <p>Hausarztbene bzw. Kinder- und Jugendarztbene:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ erster Ansprechpartner in der medizinischen Versorgung ▪ bio-psycho-soziale Anamnese ▪ klinische Untersuchung ▪ ggf. Laboruntersuchungen 	<p>1 x im Quartal abrechenbar, sofern</p> <ul style="list-style-type: none"> • mindestens 1 persönlicher oder telemedizinischer Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. <p>Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)).</p> <p>Für die Erstbehandlung ist eine Überweisung durch den HAUSARZT/ FACHARZT erforderlich.</p>	<p align="center">22,00 EUR</p>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ggf. apparative Diagnostik ▪ korrekte Diagnoseverschlüsselung nach ICD in der jeweils gültigen Fassung (gesicherte Diagnosen oder Verdachtsdiagnosen) ▪ Therapie multidisziplinär v.a. bei höherem Schweregrad, psychosozialen Risikofaktoren sowie nach stationären Aufnahmen bzw. auch zu deren Vermeidung präventiv (z.B. nach DEGAM) <p>Überweisung zum KINDER- UND JUGENDPSYCHIATER möglich bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, in Ausnahmefällen bis zum vollendeten 25. Lebensjahr</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ bei F-Diagnosen oder Verdacht auf F-Diagnose ▪ Förderung von collaborative care (siehe Inhalte wie unten genannt) ▪ ggf. auch zur Abklärung von anhaltendem Schulabsentismus, z.B. > 2 Wochen auf Wunsch des KINDER-/JUGENDARZTES/HAUSARZTES bzw. insbesondere bei Verdacht auf psychische Störungen wie z.B. Sucht/Depressionen/Persönlichkeitsstörungen und hoher psychosozialer Belastung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Begleitinformation vom KINDER-/JUGENDARZT /HAUSARZT an den FACHARZT u.a. mit folgenden Inhalten (sofern vorliegend, bzw. vorhanden) z.B. <ul style="list-style-type: none"> ○ Symptome, Symptombdauer ○ relevante somatische (Vor-)Erkrankungen ○ (aktuelle) Blutwerte ○ relevante Vorbefunde ○ Medikation ○ Verdachtsdiagnose ○ Kontextfaktoren • auch Risikofaktoren (https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtl/gesundheits_in_deutschland_2015.pdf? blob=publicationFile, https://www.kiggs-studie.de/deutsch/home.html) u.a. Tabakkonsum, Alkoholkonsum, Übergewicht/Adipositas, Schulschwierigkeiten, familiäre Erkrankungen z.B. Suchtprobleme, auch Gewalterfahrungen usw. mit entsprechender Kodierung soweit möglich ▪ Terminangebot durch KJPY <ul style="list-style-type: none"> ○ in kinder- und jugendpsychiatrischen Not-/Akutfällen am Tag des Anrufs durch den KINDER-/JUGENDARZT/HAUSARZT, sofern sie bis eine Stunde vor Ende der Sprechstunde gemeldet werden. 	<p>Ausnahme:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei Notfällen ist die Abrechnung von KJPYP1 auch bei der Erstbehandlung ohne Überweisung möglich. <p>Nicht abrechenbar durch persönlich Ermächtigte Ärzte mit fachärztlichem Überweisungsvorbehalt.</p> <p>Ist vom FACHARZT und auch von den FACHÄRZTEN einer BAG nicht im selben Quartal abrechenbar neben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NP1 oder NP1H oder NV1 • PTP1 oder PTV1 • PYP1 oder PYP1H oder PYYV1 <p>KJPYP1 ist vom FACHARZT oder einem anderem FACHARZT derselben BAG parallel zu P1 aus einem anderem §140a-Vertrag nicht am selben Tag, aber im selben Quartal abrechenbar, wenn jeweils eine eigene Überweisung des HAUSARZTES/FACHARZTES vorliegt.</p> <p>HAUSÄRZTE, die auch an diesem Vertrag teilnehmen, können für eine/n HZV-Versicherte/n keine KJPYP1 abrechnen, wenn der-/dieselbe Arzt/Ärztin (Personenidentität) am selben Tag auch Leistungen nach dem AOK-HZV-Vertrag erbringt und diese nach den Regelungen im AOK-HZV-Vertrag abgerechnet werden. Wird der Versicherte in der HZV als Vertretungsfall behandelt, ist die Abrechnung nach diesem Vertrag vorrangig.</p>	

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
	<ul style="list-style-type: none"> ○ bei dringlichen psychiatrischen Fällen wird innerhalb von 3 Tagen nach Anmeldung durch den Patienten oder Anforderung durch den KINDER-/JUGENDARZT/HAUSARZT der Erstkontakt durchgeführt (gemäß PNP Vertrag), z.B. <ul style="list-style-type: none"> ▪ bei drohender Einweisung, ▪ bzw. auch ggf. bei Kindern und Jugendlichen mit Risikofaktoren auch gemäß Psychosozialem Bedarf 2 (siehe ICD-Liste Anhang 2 zu Anlage 12 Teil D Kinder- und Jugendpsychiatrie) ▪ bzw. nach stationärem Aufenthalt in einer psychiatrischen Einrichtung ▪ Die stationäre Einweisung in eine kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung, bzw. ggf. Erwachsenenpsychiatrie sollte möglichst durch den KINDER- UND JUGENDPSYCHIATER, bzw. ggf. nach Rücksprache mit diesem erfolgen, wenn keine akute Gefährdungssituation wie z.B. Suizidalität vorliegt. ▪ interdisziplinäre Kooperation und Abstimmung, insbesondere auch im Falle einer medikamentösen Therapie und zu deren Umsetzung (z.B. ggf. auch bezüglich Rezeptausstellung) oder auch bei Einbindung des Sozialen Dienstes <p>Berichte/Dokumentation/ICD-Kodierung/MAS, ggf. weitere Z-Diagnosen Strukturierter Befundbericht vom KINDER- UND JUGENDPSYCHIATER zum KINDER-/JUGENDARZT/HAUSARZT</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ mit korrekter endstelliger Verschlüsselung (MAS) <ul style="list-style-type: none"> ○ insbesondere mit weiteren Z-Diagnosen bei entsprechenden Problemen z.B. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Z72: Probleme mit Bezug auf die Lebensführung (u.a. selbstschädigendes Verhalten) ▪ Z64: Kontaktanlässe mit Bezug auf eine unerwünschte Schwangerschaft ▪ Z91.8 Sonstige näher bezeichnete Risikofaktoren in der Eigenanamnese, anderenorts nicht klassifiziert (inkl. Missbrauch o.n.A., Misshandlung o.n.A., Parasuizid, Psychisches Trauma, Selbstbeschädigung und andere Körperverletzung, Selbstvergiftung, Versuchte Selbsttötung) ○ ggf. X84.9 Absichtliche Selbstbeschädigung ▪ inkl. Versorgungsplan, Notfallplan, auch zur Transition siehe Anhang 4 zu Anlage17 innerhalb von bis zu maximal 2 Wochen nach der gemeinsamen Entscheidungsfindung zur Therapieplanung (analog PNP-Vertrag) sowie ▪ regelhaft im Verlauf bei Änderungen der Therapie, von Maßnahmen (z.B. auch bei Einbindung des Sozialen Dienstes) usw. zur Förderung der multidisziplinären Kommunikation und Kooperation 		

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
<p>Grundpauschale KJPY-P1a</p>	<p>siehe KJPYP1</p>	<p>Einmal pro Abrechnungsquartal, sofern</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ eine Überweisung vom HAUSARZT vorliegt ▪ mindestens ein persönlicher oder telemedizinischer Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat ▪ Nur additiv zu KJPYP1 abrechenbar ▪ Die Überweisung gilt ggf. quartalsübergreifend ▪ Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III, Ziffer II, Abs. 5 lit. e)). 	<p>5,00 EUR</p>

2. Zusatzpauschalen			
KJPY P2	<p>Anamnese und Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ bio-psycho-soziale Anamnese (siehe auch Anlage 17) <ul style="list-style-type: none"> ○ einschließlich ggf. Bezugspersonen u.a. aktueller Vorstellungsanlass, biographische und Familienanamnese, Situationsabhängigkeit, auch zu psychosozialen Belastungen im Umfeld, zu alternativen Verfahren (z.B. homöopathische Medikamente) ▪ ressourcenorientiertes Fragen ▪ pädiatrisch-neurologische Untersuchung ▪ medizinische Funktionsdiagnostik, z.B. Labor, EEG, EKG 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1x pro Arzt-Patienten-Beziehung abrechenbar ▪ Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)) ▪ Ausnahmen: erneut abrechenbar nach 4 Quartalen in Folge ohne Arzt-Patienten-Kontakt oder nach wesentlich geänderter Diagnose (DAE; gesichert oder bei Verdacht) ▪ 1 Einheit à 10 Min. ▪ max. 10 Einheiten innerhalb von max. 4 Quartalen abrechenbar ▪ nach Überweisung vom HAUSARZT/FACHARZT ▪ Die Überweisung gilt ggf. quartalsübergreifend 	19,00 EUR
KJPY P3	<p>Erweiterte Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ z.B. standardisierte Testverfahren ▪ Exploration, bzw. psychopathologische Befundung ▪ Verhaltensbeobachtung in verschiedenen Settings ▪ diagnostische Abklärung möglicher weiterer psychischer Störungen /Komorbiditäten, wie z.B. Sucht ▪ ggf. Delegation und Supervision von Maßnahmen an Therapeutische Mitarbeiter/innen gemäß Anlage 2 zum Hauptvertrag 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1x pro Arzt-Patienten-Beziehung abrechenbar ▪ Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)) ▪ Ausnahmen: erneut abrechenbar nach wesentlich geänderter Diagnose (DAE; gesichert oder bei Verdacht) ▪ 1 Einheit à 10 Min. ▪ max. 20 Einheiten innerhalb von max. 4 Quartalen abrechenbar 	19,00 EUR
KJPY P3D	<p>Durchführung der erweiterten Diagnostik durch Therapeutische Mitarbeiter/innen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ gem. Delegation durch KINDER- UND JUGENDPSYCHIATER ▪ Leistungsinhalte mindestens gemäß Darstellung EBM 35600, 35601, 35602 sowie aktueller Evidenz 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1x pro Arzt-Patienten-Beziehung abrechenbar ▪ Ausnahmen: erneut abrechenbar nach wesentlich geänderter Diagnose (DAE; gesichert oder bei Verdacht) 	12,00 EUR

	<p>Gemeinsame Entscheidungsfindung zur Therapieplanung und zur Förderung von Schutzfaktoren bzw. Minderung von Risikofaktoren (siehe auch Anlage 17)</p> <p>Aufbauend auf der spez. diagnostischen Klassifikation nach ICD und MAS (gemäß ICD Liste Anhang 2 zu Anlage 12):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erarbeitung und Vereinbarung eines psychosozialen individuellen Versorgungsplans (inkl. Notfallplan, bzw. Kriseninterventionsplan z.B. auch zur Prophylaxe von Rückfällen u.a.) ▪ Beratung und Motivation zu Gesundheitsförderung und Prävention mit Maßnahmen vor Ort und Einleitung der Kooperation z.B. zu Beratungsstellen, Gruppenangebote auch für Bezugspersonen <p>a. Beratung und gemeinsame Entscheidungsfindung zu nicht-medikamentöser Therapie und supportiven Maßnahmen z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Information, Aufklärung und Psychoedukation zum jeweiligen Krankheitsbild, auch zu ggf. bestehenden Komorbiditäten (u.a. auch zur Rückfallprophylaxe, Schutz- und Risikofaktoren, Prognose, Therapie- und Unterstützungsmöglichkeiten) ▪ Beratung zur Behandlung von Begleit- und Folgeerkrankungen einschließlich v.a. Stopp von Nikotin, cave Alkohol <ul style="list-style-type: none"> ○ Informationen u.a. zu psychotherapeutischen Angeboten ○ zu Gruppenangeboten ▪ Informationen zum Lebensstil u.a. (siehe auch Anhang nicht-medikamentöse auf den Lebensstil bezogene Beratung in Anhang 5 zu Anlage 17) <ul style="list-style-type: none"> ○ zur Sport- und Bewegungsangeboten, zur Ernährung ○ zu Nikotinstopp, zum Thema Alkohol/Drogen u.a. ○ zu Informationsveranstaltungen ○ zu evidenzbasierten Gesundheitsangeboten unterstützt von der AOK BW, z.B. Leben in Balance, Familiencoach Depression, ADHS-Elterntainer, moodgym 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nutzung der Einheiten aus dem Kontingenz der KJPYP3 – max. 20 x 10 Min. abrechenbar. ▪ nur nach Delegation durch den KINDER-UND JUGENDPSYCHIATER abrechenbar ▪ Delegierbar an Therapeutische Mitarbeiter/innen gem. Anl. 2 ▪ Diese Leistung wird persönlich oder telemedizinisch erbracht 	<p>19,00 EUR</p>
--	---	--	-----------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beratung zur multidisziplinären und ggf. notwendigen intersektoralen Zusammenarbeit, d.h. wann wohin im Regel- und im Notfall sowie im Verlauf als verlässliches „Netz“ für das Kind/den Jugendlichen/jungen Erwachsenen ▪ Information und Aufklärung zum Übergang in die erwachsenenmedizinische Versorgung (Transition), d.h. wann wohin unter anderen Bedingungen als vorher, insbesondere bei Schizophrenie, Sucht (Substanzkonsum), ADHS mit kompliziertem Verlauf und/oder Komorbiditäten (siehe auch Anhang 4 zu Anlage 17) ▪ Möglichkeiten der Sozialberatung ▪ Möglichkeiten der Rehabilitationsberatung und -umsetzung (siehe auch Anhang 6 zu Anlage 17) <ul style="list-style-type: none"> ○ verkürztes Antragsverfahren gemäß Checklisten nutzbar ○ insbesondere auch mit der Möglichkeit der Unterstützung durch den Sozialen Dienst im Kontext der Planung einer stabilen Lebenssituation (siehe auch Anlage 2 zu Anlage 17) z.B. auch bei der (Kurz-)Antragsstellung ▪ Möglichkeiten der Arbeitsbelastungserprobung ▪ zur Selbsthilfe mit Hinweisen zu regionalen bzw. wohnortnahen Treffen ▪ Integrationsberatung schulisch und beruflich ▪ Möglichkeiten der aufsuchenden Versorgung in der Schule/ dem familiären Umfeld/ bzw. Behandlungsumfeld (BALU) ▪ Beratung zur psychosozialen Gesamtsituation und ggf. zu Möglichkeiten der Einbindung, ggf. Koordination und Kooperation von bzw. mit unterstützenden Hilfesystemen, z.B. auch bei Störungen des Sozialverhaltens (insbesondere F91 und F92) ▪ ggf. auch Information zu therapeutischen Einrichtungen ▪ Beratung zum Sozialen Dienst der AOK Baden-Württemberg gemäß Anlage 17 (Anhang 2) <ul style="list-style-type: none"> ○ zur Förderung der Teilhabe am Leben ○ zur Förderung von Case Management, bzw. psychosozialer Mitbetreuung, insbesondere bei Psychosozialen Bedarf 2 gemäß ICD-Liste (Anhang 2 zu Anlage 12) ○ zur Möglichkeit einer unterstützenden Beratung, bzw. Durchführung eines Case Managements für die Bezugspersonen (wenn AOK versichert), z.B. bei psychischer oder schwerer somatischer Erkrankung einer Bezugsperson ○ zur Teilhabepflicht nach SGB IX durch Sozialen Dienst (z.B. Leistungen des Jugendamtes)
	<p>b. Beratung und gemeinsame Entscheidungsfindung zur medikamentösen Therapie (siehe auch Anhang medikamentöse Therapie/ Pharmakotherapie in Anhang 7 zu Anlage 17) u.a.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ als Teil eines multimodalen bzw. bio-psycho-sozialen Versorgungskonzeptes

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rationale bzw. evidenzbasierte Pharmakotherapie unter Beachtung von qualitativen (z.B. Komorbiditäten, Interaktionen, Nebenwirkungen) und wirtschaftlichen Aspekten (z.B. Rabattverträge, Generika) ▪ mit adäquater Aufklärung und gemeinsamer Entscheidungsfindung auch mit den Bezugspersonen ▪ Förderung der kindlichen und elterlichen Compliance und Adhärenz. ▪ z.B. Notwendigkeit, Medikamente absprachegemäß einzunehmen gerade auch bei Besserung bzw. Auslassversuche indikationsspezifisch nur unter ärztlicher Begleitung als Teil des Therapiekonzepts ▪ Wechselwirkungen und Risiken bei Abhängigkeit ▪ Monitoring der Wirksamkeit und Verträglichkeit inkl. regelmäßiger Evaluation (v.a. Risiko-Nutzen-Abwägung) 	
<p>KJPY P5</p>	<p>„Collaborative care“ gemäß Psychosozialem Bedarf 2 (ICD-Liste Anhang 2 zu Anlage 12) im Sinne der aktiven integrativen Vernetzung (siehe auch Anlage 17)</p> <ul style="list-style-type: none"> • aufbauend auf den o.g. Versorgungsplan (siehe KJPYP4) insbesondere bei schweren Verläufen Einleitung konkreter Maßnahmen im Sinne einer „collaborative care“ psychosozial und multidisziplinär: <ul style="list-style-type: none"> ○ Initiierung und Umsetzung von Kooperation, Koordination und Monitoring ○ insbesondere auch multidisziplinäre Kooperation, insbesondere auch mit den betreuenden KINDER-JUGENDÄRZTEN/HAUSÄRZTEN und PSYCHOTHERAPEUTEN ○ z.B. auch Nachfrage zu Verläufen und zur Übermittlung von Befundberichten, z.B. bei unklarem Verbleib des Patienten ○ ggf. Remindersystem ○ auch im Rahmen der Transition ○ Information zu speziellen Angeboten der AOK BW, z.B. Leben in Balance, Familiencoach ○ Depression, ADHS-Elterntrainer, moodgym • verstärkte interdisziplinäre Abstimmung, insbesondere im Kontext der Entscheidungsfindung zur Diagnosestellung und medikamentösen Therapie wie auch zu möglichen Auslassversuchen usw. • insbesondere auch Kooperation mit dem Sozialen Dienst (gemäß Anhang 2 zu Anlage 17) <ul style="list-style-type: none"> ○ insbesondere nach erstmaligen stationärem Aufenthalt in einer stationär-psychiatrischen Einrichtung, bzw. nach wiederholten stationären Aufenthalten in stationär-psychiatrischen Einrichtungen, ggf. auch bereits bei stationärer Einweisung bei ausgewählten Fällen ○ zur Verbesserung der intersektoralen und interdisziplinären Kooperation ○ Teilhabepflicht nach SGB IX durch den Sozialen Dienst (z.B. Leistungen des Jugendamtes) 	<p>22,00 EUR</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x im Quartal abrechenbar ▪ Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist delegierbar (Abschnitt III, Ziffer II, Abs. 5 lit. d)) ▪ nur bei gesicherten Diagnosen aus dem Bereich Psychosozialer Bedarf 2 gemäß Anh. 2 zu Anl. 12 abrechenbar

	<ul style="list-style-type: none">• Erstrebenswert wäre es, im Rahmen von Qualitätszirkeln die multiprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern, insbesondere zwischen Kinder- und Jugendpsychiater, Kinder- und Jugendarzt/Hausarzt, Psychotherapeut, ggf. Erwachsenenpsychiater, ggf. Sozialer Dienst.	
--	---	--

2. Einzelleistungen

Der FACHARZT kann nicht für denselben Versicherten im selben Quartal Auftragsleistungen und Einzelleistungen nebeneinander abrechnen.

In Ausnahmefällen kann der Kinder- und Jugendpsychiater auf der Grundlage einer entsprechenden Überweisung des HAUSARZTES/FACHARZTES bei der AOK einen begründeten Antrag auf Genehmigung (sog. GDK) von 50 zusätzlichen Einheiten (= 500 Min.) für die Individualbehandlung (KJPYE1/E1D oder KJPYE2/2D) im laufenden Quartal stellen. Die abschließende Entscheidung ist durch die AOK zu begründen. Eine entsprechende Informationsziffer „KJPY-GDK“ (siehe 6.) ist bei der Abrechnung anzuwenden.

<p>KJPY E1</p>	<p>Individualbehandlung Arzt</p> <ul style="list-style-type: none"> • z.B. psychiatrisch supportive Gesprächsbehandlung und stabilisierende Kurzintervention, sowie spezifische psychiatrisch-psychotherapeutische Interventionen • ggf. Delegation und Supervision von Maßnahmen an sozialpsychiatrische Mitarbeiter (Therapeutische Mitarbeiter/innen) gemäß Anlage 2 zum Hauptvertrag (siehe KJPYE1D bzw. KJPYE2D) • Diagnosenstellungs-, Indikations-, Aufklärungs- und Perspektivenkompetenz sind ausschließlich ärztliche, nicht delegierbare Aufgaben z.B. Testverfahren zur Verlaufskontrolle 	<p>19,00 EUR</p>
<p>KJPY E2</p>	<p>ggf. Transition gemäß Anhang Transition (Anhang 4 zu Anlage 17)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ bei allen jungen Heranwachsenden ggf. mit Bezugspersonen im Übergang in die Erwachsenenversorgung <ul style="list-style-type: none"> - insbesondere und verpflichtend insbesondere bei Schizophrenie, Sucht (Substanzkonsum), ADHS mit kompliziertem Verlauf und/oder Komorbiditäten zur Förderung der Teilhabe am Leben und der Krankheitsbewältigung ○ mit folgenden Inhalten u.a. <ul style="list-style-type: none"> - Klärung des Transitionsbedarfs und der Transitionsbereitschaft, bzw. Transitionsreife - Entwicklung einer Transitionsstrategie inkl. konkreter Transitionsplanung, z.B. Transitionsziele und -zeitpunkt, bzw. -ablauf - Überwachung der Transition und des Transfers ○ ggf. Kooperation mit dem Sozialen Dienst gemäß Anhang Sozialer Dienst (Anhang 2 zu Anlage 17) ○ Monitoring, Koordination und Kooperation, z.B. durch MFA, bzw. Therapeutische Mitarbeiter/innen (gemäß ICD-Liste Anhang 2 zu Anlage 12) ○ Transitions-Brief (verpflichtend) <ul style="list-style-type: none"> - Strukturierter Befundbericht vom FACHARZT zum KINDER-/JUGENDARZT/HAUSARZT <ul style="list-style-type: none"> • mit korrekter endstelliger Verschlüsselung (MAS) und • plus weiteren Z-Diagnosen bei entsprechenden Problemen - inkl. Versorgungsplan, Notfallplan - diagnostisch-therapeutische Zusammenfassung, u.a. Verlauf der Erkrankung inkl. Therapieverlauf, inkl. supportiver Maßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e) ■ bei gesicherten Diagnosen gem. Anh. 2 zu Anl. 12 ■ 1 Einheit à 10 Min. ■ KJPYE1: Psychosozialer Bedarf 1 (Anh. 2 Anl. 12); max. 50 Einheiten/Quartal (= 500 Min.) abrechenbar ■ KJPYE2: Psychosozialer Bedarf 2 (Anh. 2 Anl. 12); max. 100 Einheiten/Quartal (= 1.000 Min.) abrechenbar ■ Falls eine Diagnose aus Psychosozialer Bedarf 1 und eine Diagnose aus Psychosozialer Bedarf 2 vorliegt, gilt das Kontingent für Psychosozialer Bedarf 2 von max. 1.000 Min.

	<ul style="list-style-type: none"> - Risiko- und Schutzfaktoren - aktuelle und geplante Therapie (nicht-med. und med.) sowie Unterstützungsangebote, bzw. ggf. Betreuung <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • ggf. Kooperation mit dem Sozialen Dienst (gemäß Anlage 2 zu Anlage 17) <ul style="list-style-type: none"> ○ insbesondere nach erstmaligen stationärem Aufenthalt in einer stationär-psychiatrischen Einrichtung, bzw. nach wiederholten stationären Aufenthalten in stationär-psychiatrischen Einrichtungen, ggf. auch bereits bei stationärer Einweisung bei ausgewählten Fällen ○ zur Verbesserung der intersektoralen und interdisziplinären Kooperation ○ Teilhabepflicht nach SGB IX durch den Sozialen Dienst (z.B. Leistungen des Jugendamtes) <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • ggf. Behandlungsansatz Lebensumfeld (BALU) gemäß Psychosozialem Bedarf 2 gemäß ICD-Liste Anhang 2 zu Anlage 12 (siehe entsprechende Inhalte wie unten aufgeführt) <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • ggf. Teilnahme an einer Hilfeplankonferenz (siehe entsprechende Inhalte wie unten aufgeführt) 	
<p>KJPY E1D</p> <p>KJPY E2D</p>	<p>Individualbehandlung Therapeutische Mitarbeiter/innen</p> <ul style="list-style-type: none"> • gem. Delegation durch KINDER- UND JUGENDPSYCHIATER • Leistungsinhalte gemäß Darstellung EBM 04242, 14310 (Funktionelle Entwicklungstherapie), 14222 (Anleitung der Bezugsperson), 30300 (sensomotorische Übungsbehandlung) 	<p>12,00 EUR</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diese Leistung wird persönlich oder telemedizinisch erbracht ▪ bei gesicherten Diagnosen gem. Anh. 2 zu Anl. 12 ▪ 1 Einheit à 10 Min. ▪ Nutzung der abzurechnenden Einheiten aus dem jeweiligen Kontingent der KJPYE1 bzw. KJPYE2 ▪ nur nach Delegation durch den KINDER- UND JUGENDPSYCHIATER abrechenbar ▪ Delegierbar an Therapeutische Mitarbeiter/Innen gem. Anl. 2
<p>KJPY E3</p>	<p>Psychiatrische Gruppenbehandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gruppenzuordnung gemäß dem aktuellen Wissensstand, insbesondere gemäß Vorgaben von entsprechend evaluierten Manualen • max. 3 Kinder/Jugendliche gemäß Psychosozialem Bedarf 2 je ärztlichem Behandler • max. 6 Kinder/Jugendliche gemäß Psychosozialem Bedarf 1 je ärztlichem Behandler 	<p>13,00 EUR</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e) ▪ bei gesicherten Diagnosen gem. Anh. 2

	<ul style="list-style-type: none"> • Bezugspersonen von max. 6 Kindern/Jugendlichen je ärztlichem Behandler • Leistungsinhalte gemäß Darstellung EBM 14221 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ zu Anl. 12 ▪ 1 Einheit à 15 Min. ▪ je Einheit 1x pro Patient (ggf. unter Einbeziehung der Bezugsperson) oder Bezugsperson abrechenbar ▪ max. 48 Einheiten (=720 Min.) / Quartal abrechenbar 	<p>9,00 EUR</p>
<p>KJPY E3D</p>	<p>Gruppenübungsbehandlung Therapeutische Mitarbeiter/innen</p> <ul style="list-style-type: none"> • gem. Delegation durch KINDER- UND JUGENDPSYCHIATER • Gruppenzuordnung gemäß dem aktuellen Wissensstand, insbesondere gemäß Vorgaben von entsprechendem evaluierten Manualen • Leistungsinhalte gemäß Darstellung EBM 14311 (Funktionelle Gruppen-Entwicklungs-therapie), 30301 • max. 3 Kinder/Jugendliche gemäß Psychosozialem Bedarf 2 je Therap. Mitarbeiter/in • max. 6 Kinder/Jugendliche gemäß Psychosozialem Bedarf 1 je Therap. Mitarbeiter/in • auch für Bezugspersonen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diese Leistung wird persönlich oder telemedizinisch ▪ bei gesicherten Diagnosen gem. Anh. 2 zu Anl. 12 ▪ 1 Einheit à 15 Min. ▪ je Einheit 1x pro Patient (ggf. unter Einbeziehung der Bezugsperson) oder Bezugsperson abrechenbar ▪ Nutzung der abzurechnenden Einheiten aus dem Kontingent der KJPYE3 ▪ nur nach Delegation durch den KINDER-UND JUGENDPSYCHIATER abrechenbar ▪ Delegierbar an Therapeutische Mitarbeiter/innen gem. Anl. 2 	<p>9,00 EUR</p>
<p>KJPY E4</p>	<p>Behandlungsansatz Lebensumfeld (BALU)</p> <ul style="list-style-type: none"> • aufsuchende Versorgung, z.B. auch Heim/Straße • ggf. auch im Rahmen vom Entlassmanagement (z. B. Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung) • ggf. Delegation und Supervision von Maßnahmen an Therapeutische Mitarbeiter/innen (z.B. Heilpädagogen, Sozialpädagogen, Psychologen, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten), gemäß Anlage 2 • Zur Förderung von Adhärenz, Krankheitsbewältigung, Rückfallprophylaxe, z.B. bei Obdachlosigkeit/schwierigem Umfeld • ggf. z.B. zur Unterstützung und Anleitung in schwierigen Alltagssituationen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ nur bei gesicherten Diagnosen aus dem Bereich Psychosozialer Bedarf 2 gemäß Anh. 2 zu Anl. 12 abrechenbar ▪ Besuchszuschlag außerhalb der Praxis ist 1x pro Quartal abrechenbar ▪ Nicht als telemedizinische Leistung (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. c)) abrechenbar ▪ Delegierbar an Therapeutische Mitarbeiter/innen gem. Anl. 2 ▪ Abrechnung der Gesprächszeit über KJPYE2 bzw. bei Delegation KJPYE2D 	<p>40,00 EUR</p>
<p>KJPY E5</p>	<p>Hilfepankferenz</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diese Leistung wird persönlich oder telemedizinisch erbracht 	<p>30,00 EUR</p>

<p>Persönliche Teilnahme an Hilfeplankonferenzen im vorschulischen und schulischen Bereich im Rahmen der Jugend- und Erziehungs-Hilfe sowie der Jugendberufs- und Behindertenhilfe</p> <p>Grundsatz: Hilfeplankonferenzen dienen dem interdisziplinären Austausch in komplexen Versorgungssituationen bei oben genannter Zielgruppe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teilnehmer: Hilfeplankonferenzen bestehen aus mindestens drei Personen • Die Hilfeplankonferenz kann persönlich und/oder telefonisch durchgeführt werden • ggf. Delegation und Supervision von Maßnahmen an Therapeutische Mitarbeiter/innen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ nur bei gesicherten Diagnosen gemäß Anh. 2 zu Anl. 12 abrechenbar. ▪ 1x pro Quartal abrechenbar, sofern eine persönliche Teilnahme an einer Hilfeplankonferenz erfolgt. ▪ Abrechnung der Gesprächszeit im Rahmen von max. 6 Einheiten (= 60 Min.) aus dem Kontingent der KJPYE1 oder KJPYE2 (bzw. bei Delegation KJPYE1D oder KJPYE2D) möglich. ▪ Delegierbar an Therapeutischer Mitarbeiter gem. Anl. 2
---	---

KJPYE6	EEG (analog EBM 14320)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ gemäß EBM-Kriterien ▪ qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2 ▪ max. 2 x pro Quartal abrechenbar ▪ Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. 	25,00 EUR
KJPYE7	Langzeitelektroenzephalographische (Schlaf-)Untersuchung (analog EBM 14321)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ gemäß EBM-Kriterien ▪ qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2 ▪ max. 1 x pro Quartal abrechenbar ▪ Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. 	50,00 EUR
KJPYE8	Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung (analog EBM 14330)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ gemäß EBM-Kriterien ▪ qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2 ▪ max. 1 x pro Quartal abrechenbar ▪ Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. 	13,00 EUR
KJPYE9	Neurophysiologische Untersuchung, z.B. SEP, VEP, AEP, MEP (analog EBM 14331)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ gemäß EBM-Kriterien ▪ qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2 ▪ max. 1 x pro Quartal abrechenbar ▪ Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. 	30,00 EUR
3. Qualitätszuschläge			
KJPY Z1	Strukturzuschlag für SPV-Praxen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ max. 1 x pro Quartal abrechenbar ▪ nur bei gesicherten Diagnosen gemäß ICD-Liste (Anh. 2 zu Anl. 12) ▪ mindestens 1 Arzt-Patienten-Kontakt (persönlich oder telemedizinisch) und mindestens 1 Therapeutischer-Mitarbeiter-Patienten-Kontakt (persönlich oder telemedizinisch) sowie mindestens 	100 EUR

		<p>1 weiterer Kontakt (persönlich oder telemedizinisch), der als Arzt-Patienten-Kontakt, Therapeutischer-Mitarbeiter-Patienten-Kontakt oder Arzt-Eltern-Kontakt erbracht werden kann.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2
--	--	---

4. Auftragsleistungen	
<p>Der FACHARZT kann nicht für denselben Versicherten im selben Quartal Auftragsleistungen und Einzelleistungen nebeneinander abrechnen. Die Abrechnung von Auftragsleistungen schließt die Abrechnung von Grundpauschalen, Zusatzpauschalen und Einzelleistungen und Vertreterpauschalen (Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie) aus.</p> <p style="text-align: center;">Abrechenbar bei Vorliegen eines Zielauftrags eines anderen FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN.</p>	
KJPY-A0	<p>Grundpauschale für die Erbringung der Auftragsleistung</p> <p>max. 1 x pro Patient/Quartal abrechenbar Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.</p> <p style="text-align: right;">12,50 EUR</p>
KJPY-A3	<p>Auftragsleistung psychiatrische Gruppenbehandlung</p> <p>siehe KJPYE3</p> <p style="text-align: right;">13,00 EUR</p>
KJPY-A3D	<p>Auftragsleistung Gruppenübungsbehandlung Therapeutische Mitarbeiter/innen</p> <p>siehe KJPYE3D</p> <p style="text-align: right;">9,00 EUR</p>
KJPY-A6	<p>Auftragsleistung EEG (analog EBM 14320)</p> <p>siehe KJPYE6</p> <p style="text-align: right;">25,00 EUR</p>
KJPY-A7	<p>Auftragsleistung Langzeitelektroenzephalographische (Schlaf-)Untersuchung (analog EBM 14321)</p> <p>siehe KJPYE7</p> <p style="text-align: right;">50,00 EUR</p>
KJPY-A8	<p>Auftragsleistung Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung (analog EBM 14330)</p> <p>siehe KJPYE8</p> <p style="text-align: right;">13,00 EUR</p>
KJPY-A9	<p>Auftragsleistung Neurophysiologische Untersuchung, z.B. SEP, VEP, AEP, MEP (analog EBM 14331)</p> <p>siehe KJPYE9</p> <p style="text-align: right;">30,00 EUR</p>
5. Vertretungsleistungen	
KJPY-V1	<p>Vertretungspauschale</p> <p>Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)). Der erstmalige Kontakt zu einem Versicherten erfordert einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)).</p> <p>Nicht im selben Quartal abrechenbar neben Grundpauschalen und Vertretungspauschalen (Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie).</p> <p style="text-align: right;">12,50 EUR</p>

		Psychiatrie und Psychotherapie) Neben KJPYV1 sind bei Vorliegen der Voraussetzungen alle gesondert abrechenbaren Einzelleistungen und Zusatzpauschalen abrechenbar.
6. Informationsziffern		
Die jeweiligen Informationsziffern sind obligatorisch für das betreffende Quartal anzugeben.		
TST	Transition	
KSD	Kooperation mit dem Sozialen Dienst	
DAE	Diagnosenänderung	
KJPY-GDK	Genehmigung durch Krankenkasse	

ABSCHNITT II: LAUFZEIT

Die zeitliche Geltung dieser Vergütungsvereinbarung richtet sich nach § 19 Abs. 2 des Vertrages.

ABSCHNITT III: ALLGEMEINE VERGÜTUNGSBESTIMMUNGEN

I. EBM-Ziffernkranz (Anhang 1)

Der Leistungsumfang nach diesem Vertrag bestimmt sich grundsätzlich anhand des „EBM-Ziffernkranzes“ gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 12**. Innerhalb der Laufzeit dieser Vereinbarung nach **ABSCHNITT II** werden Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß § 135 SGB V berücksichtigt bzw. entfallen im Ziffernkranz nach **Anhang 1**, soweit die AOK, die BKK und der MEDIVERBUND insoweit keine abweichende Regelung treffen. **Aufgrund § 135 SGB V in diesem Sinne notwendigen Folgeanpassungen des EBM-Ziffernkranzes in Anhang 1 stimmt der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT bereits jetzt zu.**

II. Abrechnung des FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN für die eingeschriebenen Versicherten, die ihn im Rahmen des AOK-Facharztprogrammes bzw. des Bosch BKK-Facharztprogramms Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Anspruch genommen haben

(1) Der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT rechnet für die Versicherten die nach diesem Vertrag erbrachten Leistungen gemäß **ABSCHNITT I** („Vergütungspositionen“) ab. Damit sind grundsätzlich alle vom AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie erfassten Leistungen abgegolten. Die im Ziffernkranz (Anhang 1 zu Anlage 12) enthaltenen Ziffern dürfen für eingeschriebene Versicherte nicht gegenüber der KV abgerechnet werden. Für Leistungserbringung und Abrechnung gilt das Leistungsspektrum der Praxis. Des Weiteren gilt § 19 Abs. 14 des Vertrages.

(2) **Verfügt ein am AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie teilnehmender FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT nicht über die entsprechenden Qualifikations- oder Ausstattungsvoraussetzungen, sollen solche Leistungen - soweit medizinisch erforderlich – im Rahmen eines Zielauftrags als Auftragsleistung an einen FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN überwiesen werden. Von dieser Regel kann**

nur in begründeten Einzelfällen abgewichen werden. Stationäre Einweisungen zu Untersuchungen, die im Rahmen dieses Vertrages von einem FACHARZT angeboten werden können, sind zu vermeiden („ambulant vor stationär“).

- (3) **Im Rahmen dieses Vertrages muss der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT alle im Ziffernkranz als obligatorisch gekennzeichneten Leistungen, soweit im Einzelfall medizinisch sinnvoll, erbringen. Hierfür sind keine Überweisungen auszustellen. Die im Ziffernkranz als nicht-obligatorisch gekennzeichneten Leistungen muss der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT - soweit im Einzelfall medizinisch sinnvoll - dann im Rahmen dieses Vertrages erbringen, wenn die Praxis/BAG diese Leistung bislang in der Regelversorgung und/oder im AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm erbracht hat bzw. weiter erbringt.** Stationäre Einweisungen zu Untersuchungen, die im Rahmen dieses Vertrages von einem FACHARZT angeboten werden können, sind zu vermeiden („ambulant vor stationär“).

Der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT muss Leistungen, soweit medizinisch erforderlich, die ihm in diesem Vertrag über den Qualitätszuschlag vergütet werden, erbringen.

- (4) Pro Tag wird nur ein Arzt-Patienten-Kontakt gezählt.

- (5) Arzt-Patienten-Kontakte sind wie nachfolgend definiert:

- a) Ein APK beschreibt die Interaktion eines Hausarztes bzw. FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN und/oder eines/r medizinisch qualifizierten Praxismitarbeiters/in und dem Patienten und/oder dessen Bezugsperson und beinhaltet einen konkreten Bezug zur haus- bzw. fachärztlichen Versorgung des Patienten.
- b) Ein persönlicher APK liegt vor, wenn die Interaktion nach lit. a) in räumlicher und zeitlicher Einheit erfolgt.
- c) Ein telemedizinischer APK liegt vor, wenn die Interaktion nach lit. a) außerhalb der räumlichen und/oder zeitlichen Einheit erfolgt. Der telemedizinischer APK umfasst auch die Telefonie.
- d) Der persönliche wie auch der telemedizinische APK können auch im Weg der Delegation nach den geltenden berufsrechtlichen Bestimmungen erfolgen.

- e) Ein Ausschluss der (nichtärztlichen) Delegation nach lit. d) ist im Leistungsinhalt einer Leistungsposition ausdrücklich als ärztliche Behandlung zu vereinbaren.

Telemedizinische Kontakte gem. lit. c) sind mit der **Ziffer "FBE"** zu dokumentieren.

III. Abrechnung des FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN für die eingeschriebenen Versicherten im Vertretungsfall

Im Vertretungsfall wird die Vertreterpauschale NV1, PYV1 und PTV1 über das AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie abgerechnet.

IV. Besonderheiten bei Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ

- (1) Berufsausübungsgemeinschaften („**BAG**“) im Sinne dieses Vertrages sind rechtlich verbindliche Zusammenschlüsse
- a) von Vertragsärzten oder/und Vertragspsychotherapeuten oder
 - b) Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten und MVZ oder
 - c) MVZ untereinander

zur gemeinsamen Ausübung der Tätigkeit. Keine BAG sind Praxisgemeinschaften, Teilberufsausübungsgemeinschaften, Apparatgemeinschaften oder Laborgemeinschaften und andere Organisationsgemeinschaften. **Für Leistungserbringung und Abrechnung gilt das Leistungsspektrum der BAG.**

- (2) Innerhalb eines MVZ gilt für Leistungserbringung und Abrechnung das Leistungsspektrum des MVZ.
- (3) Werden Leistungen gemäß Anhang 1 nicht durch den abrechnenden FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN, sondern durch einen anderen Arzt innerhalb der BAG/des MVZ erbracht und zusätzlich gegenüber der KV abgerechnet, ist dies eine Doppelabrechnung im Sinne des § 19 Abs. 1 des Vertrages. Auch die Abrechnung von

Leistungen nach diesem Vertrag, die bereits im Vertrag nach § 73b oder einem anderen Vertrag nach § 140a SGB V mit der AOK bzw. BKK abgerechnet werden, ist eine Doppelabrechnung im Sinne des § 19 Abs. 1 des Vertrages.

- (4) Die Abrechnung von Vertretungsfällen innerhalb von BAG/MVZ ist nicht möglich.
- (5) Die Vertragspartner stimmen überein, dass für Leistungserbringung und Abrechnung das Leistungsspektrum einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), einer Arztpraxis mit angestellten Ärzten und eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) gilt. Grundsätzlich können angestellte Ärzte/Psychotherapeuten nur dann im Rahmen des Vertrages tätig werden, wenn auch eine Genehmigung des Zulassungsausschusses (§ 96 SGB V) für eine Tätigkeit im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (§ 32b der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte Ärzte) vorliegt. Aus Gründen der flächendeckenden Sicherstellung der Versorgung im Rahmen des Vertrages gem. § 140a SGB V kann der Beirat gem. § 22 des Vertrages Ausnahmen hiervon beschließen, die befristet werden können.

V. Leistungsumfang bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen

Der Behandlungsauftrag bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen orientiert sich an dem altersgemäß typischen Leistungsumfang: Versicherte bis zum vollendeten 21. Lebensjahr können an der Versorgung gemäß diesem Vertrag teilnehmen. Die direkte Inanspruchnahme von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bleibt dabei analog zur Regelung in § 73b SGB V unberührt.

VI. Umfang von Leistungen, die weiterhin über KV abgerechnet werden können

Zusätzlich zur Vergütung nach diesem Vertrag darf ein FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT weiterhin bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß EBM im Einzelfall die fachärztlichen/psychotherapeutischen Leistungen über die KV abrechnen, die nicht im Ziffernkranz gemäß Anhang 1 dieser Anlage aufgeführt sind. Eine zusätzliche Zuzahlung (Praxisgebühr) für diese Patienten wird hierdurch nicht ausgelöst.

VII. Doppel- und Fehlabbrechnungen

- (1) Eine Doppelabbrechnung im Sinne des § 19 Abs. 1 des Vertrages kann zu einem Schaden der AOK bzw. BKK führen, wenn sie aufgrund der Vereinbarung mit der KV gemäß § 140a SGB V aufgrund einer Auszahlung des von dem FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN abgerechneten Betrages durch die KV zu einem Nachvergütungsanspruch der KV gegenüber der AOK bzw. der BKK führt. Die Managementgesellschaft ist deshalb berechtigt, für Rechnung der AOK bzw. BKK im Falle einer Doppelabbrechnung den gegenüber der KV von dem FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN abgerechneten Betrag als Schadensersatz zu verlangen, sofern der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT nicht nachgewiesen hat, dass er eine Zahlung von der KV nicht erhalten hat oder die fehlerhafte Abbrechnung gegenüber der KV berichtet hat. Die Managementgesellschaft ist insoweit zur Aufrechnung von Vergütungsansprüchen des FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN nach diesem Vertrag berechtigt. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der AOK bzw. BKK § 20 Abs. 2 des Vertrages für den Schadensersatzanspruch entsprechend.
- (2) Für den bei einer Doppelabbrechnung gemäß § 19 Abs. 1 des Vertrages entstandenen Verwaltungsaufwand schuldet der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT der AOK bzw. der BKK einen pauschalierten Ersatz für den Bearbeitungsaufwand in Höhe von 15 € (Euro) für jeden fehlerhaft gegenüber der KV abgerechneten Versicherten pro Quartal. Die Managementgesellschaft ist berechtigt, den Anspruch auf den Ersatz für den Bearbeitungsaufwand nach Satz 1 für Rechnung der AOK bzw. BKK geltend zu machen. Dazu tritt die AOK bzw. BKK ihren Anspruch auf Schadensersatz an die Managementgesellschaft ab, soweit dieser zur Aufrechnung mit dem Anspruch auf die Vergütung des FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN berechtigt ist. Nach Aufrechnung ist die Managementgesellschaft der AOK bzw. BKK zur Erstattung des aufgerechneten Betrages verpflichtet. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der AOK bzw. BKK § 20 Abs. 2 des Vertrages für den Ersatz für den Bearbeitungsaufwand entsprechend.
- (3) Für den bei einer Fehlabbrechnung gemäß § 19 Abs. 9 des Vertrages entstandenen Verwaltungsaufwand schuldet der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT der AOK bzw. BKK einen pauschalierten Ersatz für den Bearbeitungsaufwand in Höhe von 15 € (Euro) für jeden fehlerhaft gegenüber der Managementgesellschaft abgerechneten Versicherten pro Quartal. Die Managementgesellschaft ist berechtigt, den Anspruch auf Ersatz für den Bearbeitungs-aufwand nach Satz 1 für Rechnung der AOK bzw. BKK geltend zu machen.

Dazu tritt die AOK bzw. BKK ihren Anspruch auf Schadensersatz an die Managementgesellschaft ab, soweit dieser zur Aufrechnung mit dem Anspruch auf die Vergütung des FACHARZTES/ PSYCHOTHERAPEUTEN berechtigt ist. Nach Aufrechnung ist die Managementgesellschaft der AOK bzw. BKK zur Erstattung des aufgerechneten Betrags verpflichtet. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der AOK bzw. BKK § 20 Abs. 2 des Vertrages für den Ersatz für den Bearbeitungsaufwand entsprechend.

ABSCHNITT IV: Abrechnungsverfahren

I. Abrechnung der vertraglichen Vergütung gegenüber der Managementgesellschaft

- (1) Der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT ist, unbeschadet der Erfüllung eines Vergütungstatbestandes nach dem vorstehenden Abschnitt I, bei jedem FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN-Patienten-Kontakt verpflichtet, bezogen auf eingeschriebene Versicherte das Leistungsdatum und alle behandlungsrelevanten Diagnosen – sofern gegeben auch unter Einhaltung der Vorgaben der jeweils aktuell geltenden Kodierrichtlinien für den ambulanten Bereich – vollständig und unter Auswahl des spezifischen, endstelligen ICD-10-Codes über die Vertragssoftware zu übermitteln.
- (2) Der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT ist verpflichtet, spätestens 5 Arbeitstage (Zugang bei der Managementgesellschaft) vor Übermittlung der Abrechnung nach diesem Vertrag Änderungen seiner Stammdaten (insbesondere Änderungen seiner Bankverbindung) mittels des Stammdatenblatts gemäß **Anlage 1** an die Managementgesellschaft zu melden. Fristgemäß gemeldete Änderungen werden für den folgenden Abrechnungsnachweis berücksichtigt. Nach Fristablauf gemeldete Änderungen können erst in der nächsten Abrechnung berücksichtigt werden.
- (3) Mit Übersendung des Abrechnungsnachweises wird dem FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN erneut Gelegenheit zur Korrektur seiner auf dem Abrechnungsnachweis genannten Bankverbindung gegeben. Er hat eine solche Korrektur unverzüglich nach Erhalt des Abrechnungsnachweises an die Managementgesellschaft zu melden.
- (4) Die Managementgesellschaft wird unter Berücksichtigung kaufmännischer Vorsicht bei ihrer Liquiditätsplanung monatlich pauschalierte Abschlagszahlungen an den FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN auf den vertraglichen Vergütungsanspruch leisten.

II. Abrechnung der Vergütung gegenüber der AOK bzw. BKK nach diesem Vertrag

- (1) Die Managementgesellschaft ist gegenüber der AOK bzw. BKK verpflichtet, die Vertragsabrechnung des FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTENES auf Plausibilität nach Maßgabe dieser **Anlage 12** unter Zugrundelegung der in **Anlage 13** enthaltenen Abrechnungsprüfkriterien zu prüfen.
- (2) Die Managementgesellschaft ermittelt für jeden FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN die folgenden abrechnungsrelevanten Kriterien:

Erfüllen der Voraussetzung für die Qualitätszuschläge

- PYQ2/NQ7: Rationale Pharmakotherapie
- NQ1a-NQ1c: Strukturzuschläge Schwerpunktpraxen
- NQ2: Strukturzuschlag EFA® Neurologie
- NQ2a-NQ2d: Strukturzuschläge Fachnurses bzw. spezifische EFA®
- NQ3: Strukturzuschlag Evozierte Potentiale/Blinkreflex
- NQ4: Strukturzuschlag Langzeit-EEG
- NQ5: Strukturzuschlag Elektromyographie
- NQ6: Strukturzuschlag Doppler-/Duplexsonographie
- NQ10: Strukturzuschlag Neurosonologie

- (3) AOK und BKK ermitteln gemeinsam für die Gesamtheit der FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN auf Basis von Daten, die die AOK liefert, das Erfüllen der Voraussetzung für den Qualitätszuschlag

- NQ8-NQ13/ PYQ3-PYQ4: Indikationsbezogene Qualitätszuschläge Rationale Pharmakotherapie
- PYQ1: Qualitätszuschlag Krankenhauseinweisung
- PTZ2: Qualitätszuschlag Krankengeld

- (4) Die Managementgesellschaft übersendet der AOK und der BKK nach ihrer Prüfung eine vorläufige Abrechnungsdatei auf Grundlage der Abrechnung des FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN nach diesem Vertrag zur Prüfung. Die AOK und die BKK haben eine Prüffrist von 20 Arbeitstagen („**Kassen-Prüffrist**“), innerhalb

derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in **Anlage 13** aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüfen. Ist die AOK bzw. die BKK der Auffassung, dass die ihr von der Managementgesellschaft übermittelte Abrechnungsdatei nicht den Vorgaben dieser **Anlage 12** entspricht, hat sie dies innerhalb der Prüffrist der Managementgesellschaft schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen („**Rüge**“). Eine unbegründete Mitteilung über Abrechnungsmängel gilt nicht als Rüge.

- a) Erfolgt innerhalb der Kassen-Prüffrist keine Rüge, ist die AOK bzw. BKK innerhalb einer Zahlungsfrist von 8 Kalendertagen („**Zahlungsfrist**“) zum Ausgleich des in der AOK- bzw. BKK-Abrechnung genannten Betrages verpflichtet. Die Zahlungsfrist beginnt mit Ablauf der Prüffrist. Die AOK und die BKK erhalten unbeschadet der Verpflichtung zur Zahlung nach dem vorstehenden Satz über diesen Betrag eine Rechnung. Die nach Ablauf der Prüffrist unbeanstandete AOK- bzw. BKK-Abrechnung gilt als abgestimmte Kassen-Abrechnung („**abgestimmte Kassen-Abrechnung**“). Hinsichtlich Rückforderungen aufgrund späterer sachlich-rechnerischer Berichtigungen werden die AOK und die BKK auf das Verfahren nach § 20 Abs. 2 des Vertrages verwiesen.
 - b) Erfolgt innerhalb der Kassen-Prüffrist eine Rüge, ist die AOK bzw. BKK hinsichtlich des Betrages, der nicht von der Rüge betroffen ist (unbeanstandete Abrechnungspositionen), entsprechend lit. a) zur Zahlung verpflichtet. Sie erhält unbeschadet der Verpflichtung zur Zahlung innerhalb der Zahlungsfrist, die nach Ablauf der Prüffrist beginnt, hinsichtlich des Betrages der unbeanstandeten Abrechnungspositionen eine Rechnung.
 - c) Hinsichtlich des gerügten Teils der AOK- bzw. BKK-Abrechnung überprüft die Managementgesellschaft die Abrechnung unverzüglich erneut. Nach Prüfung übersendet sie der AOK bzw. BKK für das Folgequartal eine Rechnung, die entweder auf einer gemäß der Rüge korrigierten Abrechnungsdatei oder der bisherigen Abrechnungsdatei beruht, wenn diese auch nach ihrer erneuten Prüfung fehlerfrei ist. Die Rechnung gilt unbeschadet der Absätze 2 und 4 des § 20 des Vertrages als abgestimmte Kassen-Abrechnung. Die Zahlungsfrist für den sich aus dieser Rechnung ergebenden Teil des Anspruches nach § 20 Abs. 1 des Vertrages läuft ab Zugang dieser Rechnung.
- (5) Die AOK und die BKK haben ihre Zahlungen auf das von der Managementgesellschaft gegenüber der AOK und der BKK schriftlich benannte Konto („**Abrechnungskonto**“) zu leisten. Soweit nach Ablauf der Zahlungsfrist kein Zahlungseingang auf dem Abrechnungskonto erfolgt ist, gerät die AOK bzw. die BKK in Verzug. Der Verzugszins

beträgt 8 Prozentpunkte über dem Basiszinssatz. Die Geltendmachung eines weiteren Verzugsschadens der Managementgesellschaft bleibt unberührt.

- (6) Die AOK und die BKK leisten an die Managementgesellschaft jeweils zum ersten Arbeitstag des Monats, monatliche Abschlagszahlungen in Höhe von 20 EURO (120 € bei einer Leistung aus Anlage 12 Abschnitt I, C Psychotherapie) pro Abrechnungsfall (keine Auftragsleistungen) auf das Abrechnungskonto. Basis für die Berechnung sind die Daten, die für das vorausgegangene Quartal zur Abrechnung eingereicht wurden. Nach Übermittlung durch die Managementgesellschaft haben die AOK und die BKK zur Ermittlung der Anzahl der Abrechnungsfälle 7 Arbeitstage Zeit. Falls die Abrechnungsdaten von der Managementgesellschaft nicht mindestens 7 Arbeitstage vor der jeweiligen Abschlagszahlung bei der AOK bzw. BKK eingegangen sind, verzögert sich die Auszahlung der Abschlagszahlung entsprechend.
- (7) Die Abschlagszahlungen nach Absatz 6 dienen der Herstellung der für die Abrechnung durch die Managementgesellschaft erforderlichen Liquidität. Für verspätete Zahlung gilt Absatz 4 entsprechend.
- (8) Übersteigt die Summe der Abschlagszahlungen des Abrechnungsquartals (§ 19 Abs. 3 des Vertrages) den Betrag gemäß der abgestimmten AOK- bzw. BKK-Abrechnung für dieses Abrechnungsquartal, liegt eine Zuvielzahlung an die Managementgesellschaft vor („**Zuvielzahlung**“). Unterschreitet sie diesen Betrag, liegt eine Minderzahlung vor („**Minderzahlung**“).
- (9) Wird bezogen auf das erste Abrechnungsquartal eine Minderzahlung festgestellt, hat die Managementgesellschaft Anspruch auf den vollen Differenzbetrag, den die Abschlagszahlungen hinter dem Betrag der abgestimmten AOK- bzw. BKK-Abrechnung zurückbleiben. Wird bezogen auf das erste Abrechnungsquartal eine Zuvielzahlung festgestellt, verbleibt der Betrag der Zuvielzahlung bis zur nächsten abgestimmten AOK- bzw. BKK-Abrechnung im folgenden Abrechnungsquartal bei der Managementgesellschaft.
- (10) Im zweiten, d.h. dem folgenden Abrechnungsquartal werden die Summe der Abschlagszahlungen des ersten und zweiten Abrechnungsquartals und die Summe der Anspruchsbeträge der abgestimmten AOK- bzw. BKK-Abrechnungen beider Abrechnungsquartale saldiert. Ist bezogen auf beide Quartale eine Zuvielzahlung erfolgt, erstattet die Managementgesellschaft den Differenzbetrag. Ist bezogen auf beide

Abrechnungsquartale eine Minderzahlung erfolgt, zahlt die AOK bzw. BKK den Differenzbetrag an die Managementgesellschaft.

- (11) In den folgenden Abrechnungsquartalen wird der Ausgleich der Abschlagszahlungen gemäß den vorstehenden Absätzen 6 und 7 über jeweils zwei Abrechnungsquartale sinngemäß fortgeführt. In der nach Vertragsbeendigung gemäß § 25 des Vertrages erfolgenden letzten Abrechnung wird eine dann etwa vorliegende Zuviel- oder Minderzahlung endgültig ausgeglichen.

ABSCHNITT V: Anhänge

Die folgenden Anhänge sind Bestandteil dieser **Anlage 12**:

Anhang 1 zu Anlage 12: Leistungsbeschreibung gemäß EBM-Ziffernkranz Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Anhang 2 zu Anlage 12: Diagnosenliste (ICD 10 Kodierungen)

Anhang 3 zu Anlage 12: Zuschläge Rationale Pharmakotherapie

Anhang 4 zu Anlage 12: Qualitätszuschlag zielgenaue stationäre Krankenhauseinweisung

Anhang 5 zu Anlage 12: Qualitätszuschlag Krankengeld

Anhang 6 zu Anlage 12: Diagnosenliste Traumata

Anhang 7 zu Anlage 12: elektronische Arztvernetzung

Anhang 8 zu Anlage 12: Messenger

Anhang 9 zu Anlage 12: entfällt

Anhang 10 zu Anlage 12: Therapiealgorithmus Migräne

Anhang 11 zu Anlage 12: EFA® Neurologie

Ziffernkranz Neurologie/Psychiatrie/Psychotherapie Q4/2011, Stand 05.10.2011	
Legende:	Spalte "Anmerkung"
	<p>„obligatorisch“</p> <p>Leistung ist im Einzelfall, wenn medizinisch sinnvoll, im Rahmen des Vertrages zu erbringen, soweit dies für den jeweiligen FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN berufsrechtlich und zulassungsrechtlich möglich ist und die Teilnahme für das jeweilige Modul (Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie) erfolgt.</p> <p>"nicht obligatorisch"</p> <p>Die Leistung ist, soweit im Einzelfall medizinisch sinnvoll, von den FACHÄRZTEN im Rahmen des Vertrages zu erbringen, deren Praxen über die hierfür notwendige Ausstattung und Qualifikation verfügen (siehe auch Anlage 12 Abschnitt III Ziffer IV 1) und 2).</p>
	Spalten "Gesamtziffernkranz"
<p>Kennzeichen gibt an, ob diese Leistung in einem anderen AOK-Facharztprogramm und/oder im AOK-Hausarztprogramm im Leistungsumfang enthalten ist:</p> <p>1. GOPs mit Kennzeichen "1" in mindestens einer Spalte Gesamtziffernkranz und Kennzeichen "1" in der Spalte Vertragsrelevant Mischziffern, die entweder vom FACHARZT oder vom HAUSARZT im Rahmen des HZV-Vertrages zu erbringen sind. Falls Abstimmungsbedarf wegen der Erbringung dieser Leistung zwischen FACHARZT und HAUSARZT bestehen sollte, kontaktieren Sie bitte den Hausarzt.</p> <p>2. GOPs mit Kennzeichen "1" in mindestens einer Spalte Gesamtziffernkranz und Kennzeichen "0" in der Spalte Vertragsrelevant Solche Leistungen können weder vom FACHARZT selbst noch von einem anderen Arzt der selben BAG mit der KV abgerechnet werden. Bei Bedarf ist die Leistung in der Regel durch einen an diesem anderen Selektivvertrag teilnehmenden Arzt zu erbringen. Wird die Leistung vom FACHARZT selbst oder in seiner BAG erbracht, ist sie mit den Pauschalen des vorliegenden Vertrages abgegolten.</p>	
<p>Die GOPs, bei denen aufgrund der Codierungstabelle der KBV noch ein Buchstabe angefügt ist (z.B. GOP 01600Z), sind in diesem Ziffernkranz nicht gesondert aufgeführt. Ihre Abbildung in diesem Vertrag ist identisch mit der der entsprechenden 5-stelligen GOP (in diesem Fall GOP 01600).</p>	
<p>Dieser Ziffernkranz stellt das Gesamtleistungsspektrum des Vertrages dar. Die darin aufgeführten Leistungen sind für den einzelnen FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN nur im Rahmen seiner berufsrechtlichen und zulassungsrechtlichen Rahmenbedingungen relevant</p>	

Ziffernkranz Neurologie/Psychiatrie/Psychotherapie Q4/2011, Stand 05.10.2011									
GOP	Beschreibung	Vertragsrelevant	Anmerkung	Gesamtziffernkranz				Änderungsdatum	Änderungsvermerk
				HZV	Gastro	Kardio	n.n.		
01100	Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	1	obligatorisch	1	1	1			
01101	Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	1	obligatorisch	1	1	1			
01102	Inanspruchnahme an Samstagen	1	obligatorisch	1	1	1			
01220	Reanimation	0		0	1	1			
01221	Zuschlag Beatmung	0		0	1	1			
01222	Zuschlag Defibrillation	0		0	1	1			
01321	Grundpauschale II für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser	1	obligatorisch	0	1	1			
01410	Besuch	1	obligatorisch	1	1	1			
01411	Dringender Besuch I	1	obligatorisch	1	1	1			
01412	Dringender Besuch II	1	obligatorisch	1	1	1			
01413	Besuch eines weiteren Kranken	1	obligatorisch	1	1	1			
01414	Visite auf der Belegstation, je Patient	0		1	0	0			
01415	Dringender Besuch in beschützenden Wohnheimen	1	obligatorisch	1	1	1			
01416	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport	1	obligatorisch	1	1	1			
01420	Prüfung der häuslichen Krankenpflege	1	obligatorisch	1	0	0			
01422	Erstverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege	1	obligatorisch	1	0	0			
01424	Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege	1	obligatorisch	1	0	0			
01425	Erstverordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung	0		1	0	0			
01426	Folgeverordnung zur Fortführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung	0		1	0	0			
01430	Verwaltungskomplex	1	obligatorisch	1	1	1			
01435	Telefonische Beratung	1	obligatorisch	1	1	1			
01436	Konsultationspauschale	1	obligatorisch	1	1	1			
01440	Verweilen außerhalb der Praxis	1	obligatorisch	1	1	1			
01510	Praxisklinische Betreuung 2h	1	nicht obligatorisch	0	1	0			
01511	Praxisklinische Betreuung 4h	1	nicht obligatorisch	0	1	0			

Ziffernkranz Neurologie/Psychiatrie/Psychotherapie Q4/2011, Stand 05.10.2011									
GOP	Beschreibung	Vertrags-relevant	Anmerkung	Gesamtziffern-kranz				Änderungs-datum	Änderungs-vermerk
				HZV	Gastro	Kardio	n.n.		
01512	Praxisklinische Betreuung 6h	1	nicht obligatorisch	0	1	0			
01520	Beobachtung nach diagnostischer Koronarangiografie	0		0	0	1			
01521	Beobachtung nach therapeutischer Koronarangiografie	0		0	0	1			
01600	Ärztlicher Bericht nach Untersuchung	1	obligatorisch	1	1	1			
01601	Individueller Arztbrief	1	obligatorisch	1	1	1			
01602	Mehrfertigung (z.B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	1	obligatorisch	1	1	1			
01610	Bescheinigung zur Belastungsgrenze	1	obligatorisch	1	1	1			
01611	Verordnung von medizinischer Rehabilitation	1	obligatorisch	1	1	0			
01612	Konsiliarbericht vor Psychotherapie	1	obligatorisch	1	1	1			
01620	Bescheinigung oder Zeugnis	1	obligatorisch	1	1	1			
01621	Krankheitsbericht	1	obligatorisch	1	1	1			
01622	Kurplan, Gutachten, Stellungnahme	1	obligatorisch	1	1	1			
01623	Kurvorschlag	1	obligatorisch	1	1	1			
01701	Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 01700 aufgeführten Arztgruppen	0		1	0	0			
01704	Zuschlag für die Beratung im Rahmen des Neugeborenen-Hörscreenings	0		1	0	0			
01705	Neugeborenen-Hörscreening	0		1	0	0			
01706	Kontroll-AABR	0		1	0	0			
01707	Erweitertes Neugeborenen-Screening gemäß der Kinder-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	0		1	0	0			
01708	Laboruntersuchungen im Rahmen des Neugeborenen-Screenings	0		1	0	0			
01711	U1	0		1	0	0			
01712	U2	0		1	0	0			
01713	U3	0		1	0	0			
01714	U4	0		1	0	0			
01715	U5	0		1	0	0			
01716	U6	0		1	0	0			
01717	U7	0		1	0	0			
01718	U8	0		1	0	0			
01719	U9	0		1	0	0			
ohne EBM-Ziffer	U10	0		1	0	0			
01720	J1	0		1	0	0			
01721	Besuch wegen U1 - U2	0		1	0	0			
01723	U7a	0		1	0	0			
01730	Krebsfrüherkennungs-Untersuchung bei der Frau	0		1	0	0			
01731	Krebsfrüherkennungs-Untersuchung beim Mann	0		1	1	0			
01732	Gesundheitsuntersuchung	0		1	1	1			
01734	Untersuchung auf Blut im Stuhl	0		1	1	0			
01735	Beratung gemäß § 4 der Chroniker-Richtlinie zu Früherkennungsuntersuchungen für nach dem 1. April 1987 geborene Frauen	0		1	0	0			
01740	Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms	0		1	1	0			
01741	Totale Koloskopie gem. Krebsfrüherkennungsrichtlinien	0		0	1	0			
01742	Zuschlag zu Nr. 01741 für Abtragung von Polypen	0		0	1	0			
01745	Hautkrebsscreening ohne Dermatoskop	0		1	0	0			
01745D	Hautkrebsscreening mit Dermatoskop	0		1	0	0			
01746	Zuschlag zu 01732 für Hautkrebsscreening	0		1	0	0			
01758	Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz im Rahmen des Mammographie-Screening	0		1	0	0			
01820	Rezepte, Überweisungen, Befundübermittlung	0		1	0	0			
01821	Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung	0		1	0	0			
01822	Beratung und Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung	0		1	0	0			
01825	Entnahme von Zellmaterial von der Ektozervix und aus der Endozervix im Rahmen der Empfängnisregelung	0		1	0	0			
01826	Zytologische Untersuchung (Empfängnisregelung)	0		1	0	0			
01827	Scheidensekret- Mikroskopie	0		1	0	0			
01828	Blutentnahme für Röteln-Test	0		1	0	0			

Ziffernkranz Neurologie/Psychiatrie/Psychotherapie Q4/2011, Stand 05.10.2011									
GOP	Beschreibung	Vertrags- relevant	Anmerkung	Gesamtziffern- kranz				Änderungs- datum	Änderungs- vermerk
				HZV	Gastro	Kardio	n.n.		
02100	Infusion	1	nicht obligatorisch	1	1	1			
02101	Infusion, Dauer mind. 60 Minuten	1	nicht obligatorisch	0	1	0			
02110	Erst-Transfusion	0		1	0	0			
02111	Folge-Transfusion	0		1	0	0			
02112	Eigenblut-Reinfusion	0		1	0	0			
02120	Erstprogrammierung einer Zytostatikapumpe	0		0	1	0			
02200	Tuberkulintestung	0		1	1	0			
02300	Kleiner operativer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation	0		1	0	0			
02301	Kleiner operativer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung mittels Naht	0		1	1	0			
02302	Kleiner operativer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	0		1	0	0			
02310	Behandlungskomplex einer/von sekundär heilenden Wunde(n)	0		1	0	0			
02311	Behandlung Diabetischer Fuß	0		1	0	0			
02312	Behandlungskomplex eines oder mehrerer chronisch venöser Ulcera cruris	0		1	0	0			
02313	Kompressionstherapie bei der chronisch venösen Insuffizienz, beim postthrombotischen Syndrom, bei oberflächlichen und tiefen Beinvenenthrombosen und/oder bei Lymphödemen	0		1	0	0			
02320	Magenverweilsonde	0		1	1	0			
02321	Legen eines suprapubischen Harnblasenkatheter	0		1	0	0			
02322	Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter	0		1	0	0			
02323	Legen/Wechsel transurethraler Dauerkatheter	0		1	0	0			
02330	Blutentnahme durch Arterienpunktion	0		1	1	0			
02331	Intraarterielle Injektion	0		1	1	0			
02340	Punktion I	0		1	0	0			
02341	Punktion II	0		1	0	0			
02342	Lumbalpunktion	1	nicht obligatorisch	1	0	0			
02343	Entlastungspunktion des Pleuraraums und/oder Pleuraindrainage	0		1	0	0			
02350	Fixierender Verband	0		1	0	0			
02360	Anwendung von Lokalanästhetika	1	obligatorisch	1	0	0			
02400	13C-Harnstoff-Atemtest	0		1	1	0			
02401	H2-Atemtest	0		1	1	0			
02500	Einzelinhalationstherapie mit Vernebler	0		1	0	0			
02501	Einzelinhalationstherapie mit speziellem Verneblersystem	0		1	0	0			
02510	Wärmetherapie	1	nicht obligatorisch	1	0	0			
02511	Elektrotherapie	1	nicht obligatorisch	1	0	0			
02512	Gezielte Elektrostimulation	1	nicht obligatorisch	1	0	0			
02520	Phototherapie eines Neugeborenen	0		1	0	0			
03110	Ordinationskomplex bis 5. Lebensjahr (alt) / Versichertenpauschale I (neu)	0		1	0	0			
03111	Ordinationskomplex 6.- 59. Lebensjahr (alt) / Versichertenpauschale II (neu)	0		1	0	0			
03112	Ordinationskomplex ab 60. Lebensjahr (alt) / Versichertenpauschale III (neu)	0		1	0	0			
03120	Beratung, Erörterung, Abklärung (alt) / VP I bei Überweisung	0		1	0	0			
03121	VP II bei Überweisung	0		1	0	0			
03122	VP III bei Überweisung	0		1	0	0			
03130	VP bei unvorhergesehener Inanspruchnahme	0		1	0	0			
03212	Morbizuschlag bei chron Kranken gem. GBA- Richtlinie	0		1	0	0			
03240	Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment	0		1	0	0			
03241	Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	0		1	0	0			
03242	Demenztest	0		1	0	0			
03321	Belastungs-EKG	0		1	0	0			

Ziffernkranz Neurologie/Psychiatrie/Psychotherapie Q4/2011, Stand 05.10.2011									
GOP	Beschreibung	Vertrags- relevant	Anmerkung	Gesamtziffern- kranz				Änderungs- datum	Änderungs- vermerk
				HZV	Gastro	Kardio	n.n.		
03322	Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	0		1	0	0			
03324	Langzeit-Blutdruckmessung	0		1	0	0			
03330	Spirographische Untersuchung	0		1	0	0			
03331	Proktoskopie, Rektoskopie	0		1	0	0			
03332	Zuschlag für die Polypektomie	0		1	0	0			
03335	Orientierende Audiometrie	0		1	0	0			
03350	Entwicklungsneurologische Untersuchung	0		1	0	0			
03351	Untersuchung zur Sprachentwicklung	0		1	0	0			
03352	Zuschlag neben Früherkennungsuntersuchungen	0		1	0	0			
04110	Ordinationskomplex bis 5. Lebensjahr (alt) / Versichertenpauschale I (neu)	0		1	0	0			
04111	Ordinationskomplex ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr (alt) / Versichertenpauschale II (neu)	0		1	0	0			
04112	Ordinationskomplex für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres (alt) / Versichertenpauschale III (neu)	0		1	0	0			
04120	Beratung, Erörterung, Abklärung (alt) / VP I bei Überweisung	0		1	0	0			
04121	VP II bei Überweisung	0		1	0	0			
04122	VP III bei Überweisung	0		1	0	0			
04130	VP bei unvorhergesehener Inanspruchnahme	0		1	0	0			
04212	Morbizuschlag bei chron Kranken gem. GBA-Richtlinie	0		1	0	0			
04241	Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	0		1	0	0			
04242	Funktionelle Einzel-Entwicklungstherapie	0		1	0	0			
04243	Funktionelle Gruppen-Entwicklungstherapie	0		1	0	0			
04321	Belastungs-EKG	0		1	0	0			
04322	Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	0		1	0	0			
04324	Langzeit-Blutdruckmessung	0		1	0	0			
04330	Spirographische Untersuchung	0		1	0	0			
04331	Proktoskopie, Rektoskopie	0		1	0	0			
04332	Zuschlag zur 04331	0		1	0	0			
04334	Atemwegswiderstand	0		1	0	0			
04335	Orientierende audiometrische Untersuchung	0		1	0	0			
04340	Allergologische Basisdiagnostik	0		1	0	0			
04341	Mukoviszidose-Diagnostik	0		1	0	0			
04350	Untersuchung zur funktionellen Entwicklung	0		1	0	0			
04351	Entwicklungsneurologische Untersuchung	0		1	0	0			
04352	Vollständiger Entwicklungsstatus	0		1	0	0			
04353	Untersuchung zur Sprachentwicklung	0		1	0	0			
04354	Zuschlag neben Früherkennungsuntersuchungen	0		1	0	0			
04535	Schweißtest beim Pneumologen	0		1	0	0			
04536	BGA beim Kinderpneumologen	0		1	0	0			
12225	Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 12220 aufgeführten Arztgruppen bei Probeneinsendung	0		1	0	0			
13210	Ordinationskomplex bis 5. Lebensjahr	0		0	1	1			
13211	Ordinationskomplex 6.- 59. Lebensjahr	0		0	1	1			
13212	Ordinationskomplex ab 60. Lebensjahr	0		0	1	1			
13250	Fachinternistischer Basiskomplex	0		0	1	1			
13251	Belastungs-EKG	0		0	0	1			
13252	Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	0		0	0	1			
13253	Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	0		0	0	1			
13254	Langzeit-Blutdruckmessung	0		0	0	1			
13255	Spirographische Untersuchung	0		0	0	1			
13256	Säure-Basen-Status und Blutgasanalyse	0		0	0	1			
13257	Prokto-/Rektoskopie	0		0	1	0			
13260	Zuschlag zu der Leistung nach der Nummer 13257 für Polypektomie(en)	0		0	1	0			
13300	Angiologisch-diagnostischer Komplex	0		0	0	1			
13301	Zuschlag Laufbandergometrie	0		0	0	1			
13390	GP I Gastroenterologie	0		0	1	0			

Ziffernkranz Neurologie/Psychiatrie/Psychotherapie Q4/2011, Stand 05.10.2011									
GOP	Beschreibung	Vertrags- relevant	Anmerkung	Gesamtziffern- kranz				Änderungs- datum	Änderungs- vermerk
				HZV	Gastro	Kardio	n.n.		
13391	GP II Gastroenterologie	0		0	1	0			
13392	GP III Gastroenterologie	0		0	1	0			
13400	Ösophago-Gastroduodenaler Komplex	0		0	1	0			
13402	Zuschlag Polypektomie(n)	0		0	1	0			
13421	Koloskopischer Komplex	0		0	1	0			
13422	(Teil-)Koloskopischer Komplex	0		0	1	0			
13423	Zuschlag Intervention	0		0	1	0			
13424	Zuschlag Laservaporisation	0		0	1	0			
13435	Onkologiepauschale Gastroenterologe	0		0	1	0			
13437	Zusatzpauschale Behandlung eines Leber- Transplantatträgers	0		0	1	0			
13438	Zusatzpauschale Behandlung eines Dünndarm-Transplantatträgers	0		0	1	0			
13439	Zusatzpauschale Behandlung eines Bauchspeicheldrüsen- oder Nieren- /Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers	0		0	1	0			
13540	GP I Kardiologie	0		0	0	1			
13541	GP II Kardiologie	0		0	0	1			
13542	GP III Kardiolog	0		0	0	1			
13545	Kardiokomplex I	0		0	0	1			
13550	Kardiologischer-diagnostischer Komplex (alt) / Zusatzpauschale II	0		0	0	1			
13551	Elektrostimulation des Herzens	0		0	0	1			
13552	Kontrolle Herzschrittmacher, Kardioverter, Defibrillator	0		0	0	1			
13560	Ergospirometrie	0		0	0	1			
13561	Behandlung eines Herz-Transplantatträgers	0		0	0	1			
16210	Ordinationskomplex bis 5. Lebensjahr (alt) / GP I (neu)	1	obligatorisch	0	0	0			
16211	Ordinationskomplex 6.- 59. Lebensjahr (alt) / GP II (neu)	1	obligatorisch	0	0	0			
16212	Ordinationskomplex ab 60. Lebensjahr (alt) / GP III (neu)	1	obligatorisch	0	0	0			
16220	Beratung, Erörterung, Abklärung	1	obligatorisch	0	0	0			
16222	Zuschlag für Beratung von Patienten mit schweren neuropsychologischen und verhaltensneurologischen Störungen	1	obligatorisch	0	0	0			
16230	Koordination der Mitbetreuung in der häuslichen Umgebung	1	obligatorisch	0	0	0			
16231	Kontinuierliche Mitbetreuung in beschützenden Einrichtungen oder Heimen	1	obligatorisch	0	0	0			
16232	Diagnostik und/oder Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule bei Jugendlichen und Erwachsenen	1	obligatorisch	0	0	0			
16310	EEG	1	nicht obligatorisch	0	0	0			
16311	Langzeit-EEG	1	nicht obligatorisch	0	0	0			
16320	Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung	1	nicht obligatorisch	0	0	0			
16321	Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)	1	nicht obligatorisch	0	0	0			
16322	Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung	1	nicht obligatorisch	0	0	0			
16340	Testverfahren bei Demenzverdacht	1	obligatorisch	0	0	0			
16371	Anwendung und Auswertung des Aachener Aphasietests (AAT)	1	nicht obligatorisch	0	0	0			
21210	Ordinationskomplex bis 5. Lebensjahr (alt) / GP I (neu)	1	obligatorisch	0	0	0			
21211	Ordinationskomplex 6.- 59. Lebensjahr (alt) / GP II (neu)	1	obligatorisch	0	0	0			
21212	Ordinationskomplex ab 60. Lebensjahr (alt) / GP III (neu)	1	obligatorisch	0	0	0			
21213	Grundpauschale f. FÄ f. Nervenheilkunde u, FÄ f. Neurologie und Psychiatrie	1	obligatorisch	0	0	0			
21214	Grundpauschale f. FÄ f. Nervenheilkunde u, FÄ f. Neurologie und Psychiatrie	1	obligatorisch	0	0	0			
21215	Grundpauschale f. FÄ f. Nervenheilkunde u, FÄ f. Neurologie und Psychiatrie	1	obligatorisch	0	0	0			
21216	Zuschlag Fremdanamnese	1	obligatorisch	0	0	0			
21217	Zuschlag supportive psychiatrische Behandlung	1	obligatorisch	0	0	0			
21220	Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	1	obligatorisch	0	0	0			

Ziffernkranz Neurologie/Psychiatrie/Psychotherapie Q4/2011, Stand 05.10.2011									
GOP	Beschreibung	Vertrags- relevant	Anmerkung	Gesamtziffern- kranz				Änderungs- datum	Änderungs- vermerk
				HZV	Gastro	Kardio	n.n.		
21221	Psychiatrische Behandlung (Gruppenbehandlung)	1	obligatorisch	0	0	0			
21222	Beratung, Erörterung, Abklärung	1	obligatorisch	0	0	0			
21230	Kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung	1	obligatorisch	0	0	0			
21231	Kontinuierliche Mitbetreuung in beschützenden Einrichtungen oder Heimen	1	obligatorisch	0	0	0			
21232	Psychiatrische Betreuung	1	obligatorisch	0	0	0			
21233	Mitbetreuung eines Patienten in der häuslichen Umgebung	1	obligatorisch	0	0	0			
21310	EEG	1	nicht obligatorisch	0	0	0			
21311	Langzeit-EEG	1	nicht obligatorisch	0	0	0			
21320	Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung	1	nicht obligatorisch	0	0	0			
21321	Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)	1	nicht obligatorisch	0	0	0			
21330	Konvulsionsbehandlung	1	nicht obligatorisch	0	0	0			
21340	Testverfahren bei Demenzverdacht	1	obligatorisch	0	0	0			
22210	Ordinationskomplex bis 5. Lebensjahr (alt) / GP I (neu)	1	obligatorisch	0	0	0			
22211	Ordinationskomplex 6.- 59. Lebensjahr (alt) / GP II (neu)	1	obligatorisch	0	0	0			
22212	Ordinationskomplex ab 60. Lebensjahr (alt) / GP III (neu)	1	obligatorisch	0	0	0			
22220	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	1	obligatorisch	0	0	0			
22221	Psychosomatik (Einzelbehandlung)	1	obligatorisch	0	0	0			
22222	Psychotherapeutisch medizinische Behandlung (Gruppenbehandlung)	1	nicht obligatorisch	0	0	0			
22230	Klinisch-neurologische Basisdiagnostik	1	obligatorisch	0	0	0			
23210	Ordinationskomplex bis 5. Lebensjahr (alt) / GP I (neu)	1	obligatorisch	0	0	0			
23211	Ordinationskomplex 6.- 59. Lebensjahr (alt) / GP II (neu)	1	obligatorisch	0	0	0			
23212	Ordinationskomplex ab 60. Lebensjahr (alt) / GP III (neu)	1	obligatorisch	0	0	0			
23214	Ordinationskomplex Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	1	obligatorisch	0	0	0			
23220	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	1	obligatorisch	0	0	0			
30130	Hyposensibilisierungsbildung	0		1	0	0			
30200	Chirotherapeutischer Eingriff	0		1	0	0			
30201	Chirotherapeutischer Eingriff an der Wirbelsäule	0		1	0	0			
30300	Sensomotorische Übungsbehandlung (Einzelbehandlung)	1	nicht obligatorisch	1	0	0			
30301	Sensomotorische Übungsbehandlung (Gruppenbehandlung)	1	nicht obligatorisch	1	0	0			
30400	Massagetherapie	0		1	0	0			
30401	Intermittierende apparative Kompressionstherapie	0		1	0	0			
30402	Unterwassermassage	0		1	0	0			
30410	Atemgymnastik (Einzelbehandlung)	0		1	0	0			
30411	Atemgymnastik (Gruppenbehandlung)	0		1	0	0			
30420	Krankengymnastik (Einzelbehandlung)	0		1	0	0			
30421	Krankengymnastik (Gruppenbehandlung)	0		1	0	0			
30430	Selektive Phototherapie	0		1	0	0			
30431	Zuschlag Photochemotherapie, PUVA	0		1	0	0			
30600	Prokto-/Rektoskopischer Untersuchungskomplex	0		0	1	0			
30601	Zuschlag für die Polypentfernung	0		0	1	0			
30610	Hämorrhoiden-Sklerosierung	0		0	1	0			
30611	Hämorrhoiden-Ligatur	0		0	1	0			
30790	Eingangsdagnostik und Abschlussuntersuchung zur Behandlung mittels Körperakupunktur	1	nicht obligatorisch	1	0	0			
30791	Durchführung einer Körperakupunktur	1	nicht obligatorisch	1	0	0			
30800	Hinzuziehung soziotherapeutischer Leistungserbringer	1	obligatorisch	1	0	0			

Ziffernkranz Neurologie/Psychiatrie/Psychotherapie Q4/2011, Stand 05.10.2011									
GOP	Beschreibung	Vertrags- relevant	Anmerkung	Gesamtziffern- kranz				Änderungs- datum	Änderungs- vermerk
				HZV	Gastro	Kardio	n.n.		
30810	Erstverordnung Soziotherapie	1	nicht obligatorisch	1	0	0			
30811	Folgeverordnung Soziotherapie	1	nicht obligatorisch	1	0	0			
30900	Kardiorespiratorische Polygraphie	1	nicht obligatorisch	0	0	1			
31010	Operationsvorbereitung bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum 12. Lebensjahr	0		1	0	0			
31011	Operationsvorbereitung für Eingriffe bei Jugendlichen und Erwachsenen bis zum vollendeten 40. Lebensjahr	0		1	0	0			
31012	Operationsvorbereitung bei Eingriffen bei Patienten nach Vollendung des 40. Li	0		1	0	0			
31013	Operationvorbereitung bei Patienten nach Vollendung des 60. Lebensjahres	0		1	0	0			
31600	Postoperative Behandlung durch den Hausarzt	0		1	0	0			
32001	Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (in Punkten) für	1	obligatorisch	1	1	1			
32025	Akutlabor:Glucose	1	obligatorisch	1	1	1			
32026	Akutlabor:TPZ (Thromboplastinzeit)	1	obligatorisch	1	1	1			
32027	Akutlabor:D-Dimer	1	obligatorisch	1	1	1			
32030	Orientierende Untersuchung	1	obligatorisch	1	1	1			
32031	Mikroskopische Untersuchung des Harns auf morphologische Bestandteile	1	obligatorisch	1	1	1			
32032	Bestimmung des pH-Wertes durch apparative Messung (außer im Harn)	1	obligatorisch	1	1	1			
32035	Erythrozytenzählung	1	obligatorisch	1	1	1			
32036	Leukozytenzählung	1	obligatorisch	1	1	1			
32037	Thrombozytenzählung	1	obligatorisch	1	1	1			
32038	Hämoglobin	1	obligatorisch	1	1	1			
32039	Hämatokrit	1	obligatorisch	1	1	1			
32040	Untersuchung auf Blut im Stuhl in 3 Proben	1	obligatorisch	1	1	1			
32041	Qualitativer immunologischer Nachweis von Albumin im Stuhl	1	obligatorisch	1	1	1			
32042	Bestimmung der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit	1	obligatorisch	1	1	1			
32045	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials	0		1	0	1			
32046	Fetal-Hämoglobin in Erythrozyten	1	obligatorisch	1	1	1			
32047	Retikulozytenzählung	1	obligatorisch	1	1	1			
32050	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials nach Gram-Färbung	0		1	0	1			
32051	Mikroskopische Differenzierung und Beurteilung aller korpuskulären Bestandteile des gefärbten Blutaussstriches	1	obligatorisch	1	1	1			
32052	Quantitative Bestimmung(en) der morphologischen Bestandteile durch Kammerzählung der Zellen im Sammelharn, auch in mehreren Fraktionen innerhalb von 24 Stunden (Addis-Count)	1	obligatorisch	1	1	1			
32055	Quantitative Bestimmung eines Arzneimittels (z.B. Theophyllin, Antikonvulsiva, Herzglykoside) in einem Körpermaterial mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien und apparativer Messung (z.B. Reflexionsmessung),	1	obligatorisch	1	1	1			
32056	Gesamteiweiß	1	obligatorisch	1	1	1			
32057	Glukose	1	obligatorisch	1	1	1			
32058	Bilirubin gesamt	1	obligatorisch	1	1	1			
32059	Bilirubin direkt	1	obligatorisch	1	1	1			
32060	Cholesterin gesamt	1	obligatorisch	1	1	1			
32061	HDL-Cholesterin	1	obligatorisch	1	1	1			
32062	LDL-Cholesterin	1	obligatorisch	1	1	1			
32063	Triglyceride	1	obligatorisch	1	1	1			
32064	Harnsäure	1	obligatorisch	1	1	1			
32065	Harnstoff	1	obligatorisch	1	1	1			
32066	Kreatinin (Jaffe'-Methode)	1	obligatorisch	1	1	1			
32067	Kreatinin, enzymatisch	1	obligatorisch	1	1	1			
32068	Alkalische Phosphatase	1	obligatorisch	1	1	1			
32069	GOT	1	obligatorisch	1	1	1			
32070	GPT	1	obligatorisch	1	1	1			

Ziffernkranz Neurologie/Psychiatrie/Psychotherapie Q4/2011, Stand 05.10.2011									
GOP	Beschreibung	Vertrags- relevant	Anmerkung	Gesamtziffern- kranz				Änderungs- datum	Änderungs- vermerk
				HZV	Gastro	Kardio	n.n.		
32071	Gamma-GT	1	obligatorisch	1	1	1			
32072	Alpha-Amylase	1	obligatorisch	1	1	1			
32073	Lipase	1	obligatorisch	1	1	1			
32074	Creatinkinase (CK)	1	obligatorisch	1	1	1			
32075	LDH	1	obligatorisch	1	1	1			
32076	GLDH	1	obligatorisch	1	1	1			
32077	HBDH	1	obligatorisch	1	1	1			
32078	Cholinesterase	1	obligatorisch	1	1	1			
32079	Saure Phosphatase	1	obligatorisch	1	1	1			
32081	Kalium	1	obligatorisch	1	1	1			
32082	Calcium	1	obligatorisch	1	1	1			
32083	Natrium	1	obligatorisch	1	1	1			
32084	Chlorid	1	obligatorisch	1	1	1			
32085	Eisen	1	obligatorisch	1	1	1			
32086	Phosphor anorganisch	1	obligatorisch	1	1	1			
32087	Lithium	1	obligatorisch	1	1	1			
32089	Zuschlag für die Leistungen nach den Nrn. 32 057, 32 064, 32 065 oder 32 066 oder 32 067, 32 069, 32 070, 32 072 oder 32 073, 32 074, 32 081, 32 082 und 32 083 bei Erbringung mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien im Labor innerhalb der et	1	obligatorisch	1	1	1			
32092	CK-MB	1	obligatorisch	1	1	1			
32094	Glykierte Hämoglobine (z.B. HbA1 und/oder HbA1c)	1	obligatorisch	1	1	1			
32097	BNP und/oder NT-Pro-BNP	0		0	1	1			
32101	Thyrotropin (TSH)	1	obligatorisch	1	1	1			
32103	Immunglobulin A (Gesamt-IgA)	1	obligatorisch	1	1	1			
32104	Immunglobulin G (Gesamt-IgG)	1	obligatorisch	1	1	1			
32105	Immunglobulin M (Gesamt-IgM)	1	obligatorisch	1	1	1			
32106	Transferrin	1	obligatorisch	1	1	1			
32107	Elektrophoretische Trennung von Proteinen oder Lipoproteinen im Serum mit quantitativer Auswertung der Fraktionen und graphischer Darstellung	1	obligatorisch	1	1	1			
32110	Blutungszeit (standardisiert)	1	obligatorisch	1	1	1			
32111	Rekalzifizierungszeit	1	obligatorisch	1	1	1			
32112	Partielle Thromboplastinzeit (PTT)	1	obligatorisch	1	1	1			
32113	Thromboplastinzeit (TPZ) aus Plasma	1	obligatorisch	1	1	1			
32114	Thromboplastinzeit (TPZ) aus Kapillarblut	1	obligatorisch	1	1	1			
32115	Thrombingerinnungszeit (TZ)	1	obligatorisch	1	1	1			
32116	Fibrinogenbestimmung	1	obligatorisch	1	1	1			
32117	Qualitativer Nachweis von Fibrinmonomeren, Fibrin- und/oder Fibrinogen-Spaltprodukten (z.B. D-Dimere)	1	obligatorisch	1	1	1			
32120	Bestimmung von mindestens 2 der folgenden Parameter: Erythrozytenzahl, Leukozytenzahl (ggf. einschl. orientierender Differenzierung), Thrombozytenzahl, Hämoglobin, Hämatokrit, mechanisierte Retikulozytenzählung insgesamt	1	obligatorisch	1	1	1			
32121	Mechanisierte Zählung der Neutrophilen, Eosinophilen, Basophilen, Lymphozyten und Monozyten insgesamt	1	obligatorisch	1	1	1			
32122	Vollständiger Blutstatus mittels automatisierter Verfahren	1	obligatorisch	1	1	1			
32123	Zuschlag zu den Nrn. 32 121 oder 32 122 bei nachfolgender mikroskopischer Differenzierung und Beurteilung aller korpuskulären Bestandteile des gefärbten Blutausriches	1	obligatorisch	1	1	1			
32124	Bestimmung der endogenen Kreatinin-clearance	1	obligatorisch	1	1	1			
32125	Bestimmung von mindestens 6 der folgenden Parameter: Erythrozyten, Leukozyten, Thrombozyten, Hämoglobin, Hämatokrit, Kalium, Glukose im Blut, Kreatinin, Gamma-GT vor Eingriffen in Narkose oder in rückenmarksnaher Regionalanästhesie (spinal peridural)	1	obligatorisch	1	1	1			
32150	Immunologischer Nachweis von Troponin I und/oder Troponin T auf einem vorgefertigten Reagenzträger bei akutem koronaren Syndrom (ACS), ggf. einschl. apparativer quantitativer Auswertung	0		0	0	1			
32212	Fibrinmonomere, Fibrin- und/oder Fibrinogenspaltprodukte, z.B. D-Dimere	0		0	0	1			
32232	Lactat	0		0	0	1			

Ziffernkranz Neurologie/Psychiatrie/Psychotherapie Q4/2011, Stand 05.10.2011									
GOP	Beschreibung	Vertrags- relevant	Anmerkung	Gesamtziffern- kranz				Änderungs- datum	Änderungs- vermerk
				HZV	Gastro	Kardio	n.n.		
32880	Laborpauschale/ GOP 01732: Urin	0		1	0	0			
32881	Laborpauschale/ GOP 01732: Glucose	0		1	0	0			
32882	Laborpauschale/ GOP 01732: Cholesterin	0		1	0	0			
33020	Echokardiographie (M-Mode- und B-Mode-Verfahren)	0		0	0	1			
33021	Doppler-Echokardiographie (PW- / CW-Doppler)	0		0	0	1			
33022	Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	0		0	0	1			
33023	Zuschlag TEE	0		0	0	1			
33030	Echokardiographie mit physikalischer Stufenbelastung	0		0	0	1			
33031	Echokardiographie mit pharmakainduzierter Stufenbelastung	0		0	0	1			
33040	Sonographie der Thoraxorgane	0		0	1	1			
33041	Mamma - Sonographie	0		0	1	0			
33042	Abdominelle Sonographie	0		0	1	0			
33060	CW-Doppler-Sonographie extrakranieller Gefäße	1	nicht obligatorisch	0	0	1			
33061	CW-Doppler-Sonographie extremitätenversorgender Gefäße	0		0	0	1			
33063	PW-Doppler-Sonographie der intrakraniellen Gefäße	1	nicht obligatorisch	0	0	0			
33070	Duplex-Sonographie der extrakraniellen Gefäße	1	nicht obligatorisch	0	0	1			
33071	Duplex-Sonographie der intrakraniellen Gefäße	1	nicht obligatorisch	0	0	0			
33072	Duplex-Sonographie der extremitätenver- und/oder entsorgender Gefäße	0		0	0	1			
33073	Duplex-Sonographie abdomineller, retroperitonealer, mediastinaler Gefäße	0		0	1	1			
33075	Zuschlag Farbduplex	1	nicht obligatorisch	0	1	1			
33076	Sonographie von Extremitätenvenen	0		0	0	1			
34240	Übersichtsaufnahme der Brustorgane, eine Ebene	0		0	0	1			
34241	Übersichtsaufnahme der Brustorgane, zwei Ebenen	0		0	0	1			
34242	Übersichtsaufnahmen und Durchleuchtung der Brustorgane	0		0	0	1			
34243	Übersichtsaufnahme des Abdomens, eine Ebene	0		0	1	0			
34244	Übersichtsaufnahmen des Abdomens, zwei Ebenen	0		0	1	0			
34245	Röntgenaufnahme von Teilen des Abdomens	0		0	1	0			
34290	Angiokardiographie bei Kindern, Jugendlichen	0		0	0	1			
34291	Koronarangiographie	0		0	0	1			
34292	Zuschlag Intervention (PTCA, Stent)	0		0	0	1			
35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	1	obligatorisch	0	1	1			
35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	1	obligatorisch	0	1	1			
35111	Übende Verfahren, Einzelbehandlung	1	nicht obligatorisch	1	0	0			
35112	Übende Verfahren, Gruppenbehandlung	1	nicht obligatorisch	1	0	0			
35113	Übende Verfahren bei Kindern und Jugendlichen, Gruppenbehandlung	1	nicht obligatorisch	1	0	0			
35120	Hypnose	1	nicht obligatorisch	1	0	0			
35130	Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung einer Kurzzeittherapie	1	nicht obligatorisch	0	0	0			
35131	Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung / Verlängerung einer Langzeittherapie	1	nicht obligatorisch	0	0	0			
35140	Biographische Anamnese	1	obligatorisch	0	0	0			
35141	Vertiefte Exploration	1	obligatorisch	0	0	0			
35142	Zuschlag Erhebung neurologischer und psychiatrischer Befunde	1	obligatorisch	0	0	0			
35150	Probatorische Sitzung	1	obligatorisch	0	0	0			
35200	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)	1	obligatorisch	0	0	0			

Ziffernkranz Neurologie/Psychiatrie/Psychotherapie Q4/2011, Stand 05.10.2011									
GOP	Beschreibung	Vertrags- relevant	Anmerkung	Gesamtziffern- kranz				Änderungs- datum	Änderungs- vermerk
				HZV	Gastro	Kardio	n.n.		
35201	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)	1	obligatorisch	0	0	0			
35202	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Gruppenbehandlung)	1	nicht obligatorisch	0	0	0			
35203	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Gruppenbehandlung)	1	nicht obligatorisch	0	0	0			
35210	Analytische Psychotherapie (Einzelbehandlung)	1	obligatorisch	0	0	0			
35211	Analytische Psychotherapie (Gruppenbehandlung)	1	nicht obligatorisch	0	0	0			
35220	Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)	1	obligatorisch	0	0	0			
35221	Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)	1	obligatorisch	0	0	0			
35222	Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, kleine Gruppe)	1	nicht obligatorisch	0	0	0			
35223	Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, kleine Gruppe)	1	nicht obligatorisch	0	0	0			
35224	Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, große Gruppe)	1	nicht obligatorisch	0	0	0			
35225	Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, große Gruppe)	1	nicht obligatorisch	0	0	0			
35300	Testverfahren, standardisierte	1	obligatorisch	0	0	0			
35301	Testverfahren, psychometrische	1	obligatorisch	0	0	0			
35302	Verfahren, projektive	1	obligatorisch	0	0	0			
40100	Versandmaterial, Transport, Ergebnisübermittlung (Labor, Zytologie, Zyto- und Molekulargenetik)	1	obligatorisch	1	1	1			
40104	Versandmaterial, Transport von Röntgenaufnahmen und Filmfolien	1	obligatorisch	1	1	1			
40106	Versandmaterial, Transport von Langzeit-EKG-Datenträgern	0		1	0	1			
40120	Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	1	obligatorisch	1	1	1			
40122	Transport von Briefen bis 50 g (Kompaktbrief)	1	obligatorisch	1	1	1			
40124	Transport von Briefen bis 500 g (Großbrief)	1	obligatorisch	1	1	1			
40126	Transport von Briefen 1000 g (Maxibrief)	1	obligatorisch	1	1	1			
40142	Abfassung in freier Form	1	obligatorisch	1	1	1			
40144	Kopie, EDV-technische Abschrift	1	obligatorisch	1	1	1			
40150	Ausgegebene Testbriefchen (Blut im Stuhl)	0		1	1	1			
40152	Ausgegebenes Testbriefchen (Albumin im Stuhl)	0		1	1	1			
40154	Bezug der Testsubstanz für 13C-Harnstoff-Atemtest	0		1	1	1			
40190	Wegepauschale	1	obligatorisch	1	1	0			
40192	Wegepauschale	1	obligatorisch	1	1	0			
40220	Wegepauschale	1	obligatorisch	1	1	0			
40222	Wegepauschale	1	obligatorisch	1	1	0			
40224	Wegepauschale	1	obligatorisch	1	1	0			
40226	Wegepauschale	1	obligatorisch	1	1	0			
40228	Wegepauschale	1	obligatorisch	1	1	0			
40230	Wegepauschale	1	obligatorisch	1	1	0			
40240	Aufsuchen eines Kranken durch beauftragten Praxis-Mitarbeiter	1	obligatorisch	1	1	1			
40260	Aufsuchen eines weiteren Kranken nach Nr. 40240	1	obligatorisch	1	1	1			
40300	Sachkosten für eine Koronarangiografie	0		0	0	1			
40302	Sachkosten für PTCA / Stent an einem Gefäß bei Koronarangiografie	0		0	0	1			
40304	Sachkosten für PTCA / Stent an mehreren Gefäßen bei Koronarangiografie	0		0	0	1			
40870	Kostenpauschale I für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen	0		1	0	0			
40872	Kostenpauschale II für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen	0		1	0	0			
80230	Pauschale für Telefonate im Zusammenhang mit stationärer Behandlung	0		1	1	1			

Ziffernkranz Neurologie/Psychiatrie/Psychotherapie Q4/2011, Stand 05.10.2011									
GOP	Beschreibung	Vertrags- relevant	Anmerkung	Gesamtziffern- kranz				Änderungs- datum	Änderungs- vermerk
				HZV	Gastro	Kardio	n.n.		
86510	Behandlung florider Hämoblastosen gem. Onkologie-Vereinbarung	0		0	1	0			
86512	Behandlung solider Tumore gem. Tumorvereinbarung	0		0	1	0			
86514	Zuschlag intrakavitäre zytostatische Tumorthherapie gem. Onkologie-Vereinbarung	0		0	1	0			
86516	Zuschlag intravasale zytostatische Tumorthherapie gem. Onkologie-Vereinbarung	0		0	1	0			
86518	Zuschlag Palliativversorgung gem. Onkologie-Vereinbarung	0		0	1	0			
89100A	Diphtherie (Standardimpfung) - Säuglinge, Kinder, Jugendliche bis einschließlich 17 Jahre. erste Dosen eines Impfyklus	0		1	1	1			
89100B	Diphtherie (Standardimpfung) - Säuglinge, Kinder, Jugendliche bis einschließlich 17 Jahre. letzte Dosis eines Impfyklus	0		1	1	1			
89100R	Diphtherie (Standardimpfung) - Säuglinge, Kinder, Jugendliche bis einschließlich 17 Jahre. Auffrischungsimpfung	0		1	1	1			
89101A	Diphtherie (Sonstige Indikationen) - erste Dosen eines Impfyklus	0		1	1	1			
89101B	Diphtherie (Sonstige Indikationen) - letzte Dosis eines Impfyklus	0		1	1	1			
89101R	Diphtherie (Sonstige Indikation) - Auffrischungsimpfung	0		1	1	1			
89102A	Frühsommermeningo-Enzephalitis, erste Dosen eines Impfyklus	0		1	1	1			
89102B	Frühsommermeningo-Enzephalitis - letzte Dosis eines Impfyklus	0		1	1	1			
89102R	Frühsommermeningo-Enzephalitis - Auffrischungsimpfung	0		1	1	1			
89103A	Haemophilus Influenza Typ b (Standardimpfung) Säuglinge und Kleinkinder - erste Dosen	0		1	1	1			
89103B	Haemophilus Influenzae Typ b Säuglinge und Kleinkinder - letzte Dosis	0		1	1	1			
89104A	Haemophilus Influenzae Typ b - Sonstige Indikationen - erste Dosen eines Impfyklus	0		1	1	1			
89104B	Haemophilus Influenzae Typ b - Sonstige Indikationen - letzte Dosis eines Impfyklus	0		1	1	1			
89105A	Hepatitis A - erste Dosen eines Impfyklus	0		1	1	1			
89105B	Hepatitis A - letzte Dosis eines Impfyklus	0		1	1	1			
89105R	Hepatitis A - Auffrischungsimpfung	0		1	1	1			
89106A	Hepatitis B (Standardimpfung) bis einschließlich 17 Jahre, erste Dosen eines Impfyklus	0		1	1	1			
89106B	Hepatitis B (Standardimpfung) bis einschließlich 17 Jahre, letzte Dosis eines Impfyklus	0		1	1	1			
89107A	Hepatitis B - sonstige Indikationen - erste Dosen eines Impfyklus	0		1	1	1			
89107B	Hepatitis B - Sonstige Indikationen - letzte Dosis eines Impfyklus	0		1	1	1			
89107R	Hepatitis B - Sonstige Indikationen - Auffrischungsimpfung	0		1	1	1			
89108A	Hepatitis B - Dialysepatienten - erste Dosen eines Impfyklus	0		1	1	1			
89108B	Hepatitis B - Dialysepatienten - letzte Dosis eines Impfyklus	0		1	1	1			
89108R	Hepatitis B - Dialysepatienten - Auffrischungsimpfung	0		1	1	1			
89110A	H P V - erste Dosen eines Impfyklus	0		1	1	1			
89110B	H P V - letzte Dosis eines Impfyklus	0		1	1	1			
89111	Influenza (Standardimpfung) - Personen über 60 Jahre	0		1	1	1			
89112	Influenza - Sonstige Indikationen	0		1	1	1			
89113	Masern - erste Dosen eines Impfyklus	0		1	1	1			
89114	Meningokokken (Standardimpfung) - Kinder im 2. Lebensjahr	0		1	1	1			
89115A	Meningokokken - erste Dosen eines Impfyklus	0		1	1	1			
89115B	Meningokokken - letzte Dosis eines Impfyklus	0		1	1	1			
89115R	Meningokokken - Auffrischungsimpfung	0		1	1	1			
89116A	Pertussis (Standardimpfung) bis einschließlich 17 Jahre- erste Dosen eines Impfyklus	0		1	1	1			
89116B	Pertussis (Standardimpfung) bis einschließlich 17 Jahre- letzte Dosis eines Impfyklus	0		1	1	1			

Ziffernkranz Neurologie/Psychiatrie/Psychotherapie Q4/2011, Stand 05.10.2011									
GOP	Beschreibung	Vertrags- relevant	Anmerkung	Gesamtziffern- kranz				Änderungs- datum	Änderungs- vermerk
				HZV	Gastro	Kardio	n.n.		
89116R	Pertussis (Standardimpfung) bis einschließlich 17 Jahre- Auffrischungsimpfung	0		1	1	1			
89117A	Pertussis - Sonstige Indikationen - erste Dosen eines Impfzyklus	0		1	1	1			
89117B	Pertussis - Sonstige Indikationen - letzte Dosis eines Impfzyklus	0		1	1	1			
89118A	Pneumokokken (Standardimpfung)-Kinder bis 24 Monate, erste Dosen	0		1	1	1			
89118B	Pneumokokken (Standardimpfung)-Kinder bis 24 Monate, letzte Dosis eines Impfzyklus	0		1	1	1			
89119	Pneumokokken (Standardimpfung) - Personen über 60 Jahre, erste Dosen eines Impfzyklus	0		1	1	1			
89120	Pneumokokken - Personen mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung, erste Dosen	0		1	1	1			
89120R	Pneumokokken - Personen mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung - Auffrischungsimpfung	0		1	1	1			
89121A	Poliomyelitis (Standardimpfung) - bis einschließlich 17 Jahre - erste Dosen	0		1	1	1			
89121B	Poliomyelitis (Standardimpfung) - bis einschließlich 17 Jahre -letzte Dosis	0		1	1	1			
89121R	Poliomyelitis (Standardimpfung) - Auffrischungsimpfung	0		1	1	1			
89122A	Poliomyelitis -Sonstige Indikationen - erste Dosen eines Impfzyklus	0		1	1	1			
89122B	Poliomyelitis -Sonstige Indikationen - letzte Dosis eines Impfzyklus	0		1	1	1			
89122R	Poliomyelitis -Sonstige Indikationen - Auffrischungsimpfung	0		1	1	1			
89123	Röteln - Schutzimpfung	0		1	1	1			
89124A	Tetanus - Schutzimpfung - erste Dosen eines Impfzyklus	0		1	1	1			
89124B	Tetanus - Schutzimpfung - letzte Dosis eines Impfzyklus	0		1	1	1			
89124R	Tetanus - Auffrischungsimpfung	0		1	1	1			
89125A	Varizellen (Standardimpfung) - bis einschließlich 17 Jahre - erste Dosen	0		1	1	1			
89125B	Varizellen (Standardimpfung) - bis einschließlich 17 Jahre - letzte Dosis	0		1	1	1			
89126A	Varizellen (Sonstige Indikationen) - erste Dosen eines Impfzyklus	0		1	1	1			
89126B	Varizellen (Sonstige Indikationen) - letzte Dosis eines Impfzyklus	0		1	1	1			
89127	Cholera	0		1	1	1			
89128	Gelbfieber - erste Dosis eines Impfzyklus	0		1	1	1			
89130	Typhus - Schutzimpfung	0		1	1	1			
89132	Hepatitis B - Satzungsleistung	0		1	1	1			
89133	Influenza - Satzungsleistung	0		1	1	1			
89200A	Diphtherie und Tetanus - Zweifachimpfung - erste Dosen	0		1	1	1			
89200B	Diphtherie und Tetanus - Zweifachimpfung - letzte Dosis	0		1	1	1			
89201A	Diphtherie, Tetanus (Td) - erste Dosen eines Impfzyklus	0		1	1	1			
89201B	Diphtherie, Tetanus (Td) - letzte Dosis eines Impfzyklus	0		1	1	1			
89201R	Diphtherie, Tetanus (Td) - Auffrischimpfung	0		1	1	1			
89202A	Hepatitis A und Hepatitis B - erste Dosen eines Impfzyklus	0		1	1	1			
89202B	Hepatitis A und Hepatitis B - letzte Dosen eines Impfzyklus	0		1	1	1			
89203A	Haemophilus influenzae-b, Hepatitis B - erste Dosen	0		1	1	1			
89203B	Haemophilus influenzae-b, Hepatitis B - letzte Dosen	0		1	1	1			
89300A	Diphtherie, Pertussis, Tetanus, erste Dosen	0		1	1	1			
89300B	Diphtherie, Pertussis, Tetanus, letzte Dosis	0		1	1	1			
89301A	Masern, Mumps, Röteln, erste Dosen - Dreifachimpfung	0		1	1	1			
89301B	Masern, Mumps, Röteln, letzte Dosis - Dreifachimpfung	0		1	1	1			
89302	Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis - Dreifachimpfung	0		1	1	1			
89302R	Diphtherie, Tetanus, Polyomyelitis - Auffrischimpfung	0		1	1	1			
89303	Diphtherie, Pertussis, Tetanus - Dreifachimpfung	0		1	1	1			

Ziffernkranz Neurologie/Psychiatrie/Psychotherapie Q4/2011, Stand 05.10.2011									
GOP	Beschreibung	Vertrags- relevant	Anmerkung	Gesamtziffern- kranz				Änderungs- datum	Änderungs- vermerk
				HZV	Gastro	Kardio	n.n.		
89303R	Diphtherie, Tetanus, Pertussis - Auffrischungsimpfung	0		1	1	1			
89400	Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Polyomyelitis - Vierfachimpfung	0		1	1	1			
89400R	Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, A auffrischungsimpfung -Vierfachimpfung-	0		1	1	1			
89401A	Masern, Mumps, Röteln, Varizellen - erste Dosen, Vierfachimpfung	0		1	1	1			
89401B	Masern, Mumps, Röteln, Varizellen - letzte Dosis, Vierfachimpfung	0		1	1	1			
89500A	Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, H aemophilus influenzae-b, erste Dosen - Fünffachimpfung-	0		1	1	1			
89500B	Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae-b, letzte Dosis eines Impfyklus - Fünffachimpfung-	0		1	1	1			
89600A	Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, H aemophilus influenzae-b, Hepatitis B, erste Dosen- Sechsfachimpfung-	0		1	1	1			
89600B	Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, H aemophilus influenzae-b, Hepatitis B, letzte Dosis- Sechsfachimpfung-	0		1	1	1			
92001	DMP Asthma Einschreibepauschale eDMP	0		1	0	0			
92003	DMP Asthma Folgedokumentation eDMP	0		1	0	0			
92005	DMP Asthma Dokumentationspauschale Arztwechsel bei eDMP	0		1	0	0			
92006	DMP Asthma Betreuungspauschale	0		1	0	0			
92007	DMP Asthma Betreuungspauschale DMP- Arzt, Kinderarzt	0		1	0	0			
92008	DMP Asthma Betreuungspauschale pneumologisch qualifizierter Arzt	0		1	0	0			
92009	DMP Asthma/COPD: Erstellung eines Behandlungsplans	0		1	0	0			
92010	DMP Asthma Erneutes Ausfüllen einer Erstdoku bei eDMP	0		1	0	0			
92012	DMP Asthma Erneute Einschreibung nach Ausschreibung durch die Krankenkasse bei eDMP	0		1	0	0			
92020	Motivation zum Nichtrauchen	0		1	0	0			
94940	DMP Brustkrebs Aufklärung über DMP Brustkrebs	0		1	0	0			
94941	DMP Brustkrebs Gesprächsbaustein 1	0		1	0	0			
94942	DMP Brustkrebs Gesprächsbaustein 2	0		1	0	0			
94943	DMP Brustkrebs Gesprächsbaustein 3	0		1	0	0			
94944	DMP Brustkrebs Gesprächsbaustein 4, 15 min.	0		1	0	0			
94945	DMP Brustkrebs Gesprächsbaustein 4, 30 min.	0		1	0	0			
94946	DMP Brustkrebs Durchführung des HADS- Test	0		1	0	0			
94948	DMP Brustkrebs Einschreibepauschale bei elektronischer Dokumentation	0		1	0	0			
94950	DMP Brustkrebs Folgedokumentationspauschale (FD) bei Nutzung von eDMP	0		1	0	0			
94952	DMP Brustkrebs Erneutes Ausfüllen einer Erstdoku bei eDMP	0		1	0	0			
94954	DMP Brustkrebs Erneute Einschreibung nach Ausschreibung durch die Krankenkasse bei eDMP	0		1	0	0			
99018	Motivation ambulantes Operieren AOK, EKK, LKK	0		1	0	0			
99100	Wegep. Tag	0		1	1	1			
99101	Wegep. Nacht	0		1	1	1			
99102	je Doppel-KM Tag	0		1	1	1			
99103	je Doppel-KM Nacht	0		1	1	1			
99201	Homöopathie, Erstanamnese	0		1	0	0			
99202	Homöopathie, Erstanamnese Kind	0		1	0	0			
99203	Homöopathie, Folgeanamnese	0		1	0	0			
99205	Sachkosten auf Schein	0		0	1	1			
99211	DMP Diabetes Einschreibepauschale bei elektronischer Dokumentation	0		1	0	0			

Ziffernkranz Neurologie/Psychiatrie/Psychotherapie Q4/2011, Stand 05.10.2011									
GOP	Beschreibung	Vertrags-relevant	Anmerkung	Gesamtziffern-kranz				Änderungs-datum	Änderungs-vermerk
				HZV	Gastro	Kardio	n.n.		
99213	DMP Diabetes Folgepauschale bei eDMP	0		1	0	0			
99214	DMP Diabetes Betreuungspauschale Typ 1 und 2	0		1	0	0			
99215	DMP Diabetes Betreuungspauschale diabetolog. Qualif. Arzt	0		1	0	0			
99216A	DMP Diabetes Einzelberatung Diabetesberaterin DDG	0		1	0	0			
99216B	DMP Diabetes Einzelberatung Diabetesassistentin	0		1	0	0			
99217A	DMP Diabetes Einzelberatung Diabetesberaterin DDG, >=45 min.	0		1	0	0			
99217B	DMP Diabetes Einzelberatung Diabetesassistentin, >=45 min.	0		1	0	0			
99219	DMP Diabetes Erneutes Ausfüllen einer Erstdoku bei eDMP	0		1	0	0			
99221	DMP Diabetes Erneute Einschreibung nach Ausschreibung durch die Krankenkasse bei eDMP	0		1	0	0			
99222	DMP Diabetes Fußambulanz, Wagner 1 u. 2	0		1	0	0			
99223	DMP Diabetes Fußambulanz, Wagner 3	0		1	0	0			
99224	DMP Diabetes konventionelle Insulintherapie	0		1	0	0			
99225	DMP Diabetes intensivierete Insulintherapie und Pumpe	0		1	0	0			
99226	DMP Diabetes Mitbehandlung i.S. von DMP	0		1	0	0			
99241	DMP Diabetes Betreuungspauschale Kinderarzt	0		1	0	0			
99246	DMP Diabetes Betreuung von Typ1-Diabetikerinnen mit Kinderwunsch	0		1	0	0			
99247	DMP Diabetes Ersteinstellung Pumpe	0		1	0	0			
99830	Präventionempfehlung	0		1	0	1			
99831	Formularausstellung Präventionempfehlung	0		1	0	0			
99836	Umweltmed. Beratung, Pauschale	0		1	0	0			
99837	Umweltmed. Beratung, Abschlussberatung	0		1	0	0			
99838	Umweltmed. Beratung, bericht an den Hausarzt	0		1	0	0			
99857	Osteoporose-Untersuchung AOK Frauen ab 50. Lj.	0		1	0	0			
99961	DMP KHK Einschreibepauschale bei eDMP	0		1	0	0			
99964	DMP KHK Folgedokumentation bei eDMP	0		1	0	0			
99965	DMP KHK Betreuungspauschale - Einfacheinschreibung	0		1	0	0			
99966	DMP KHK Betreuungspauschale - Mehrfacheinschreibung	0		1	0	0			
99967	DMP: Pauschale für die Mitbehandlung bei invasiv-kardiologischen Maßnahmen	0		0	0	1			
99968	DMP: Pauschale für die Mitbehandlung bei nicht-invasiven kardiologischen Maßnahmen	0		0	0	1			
99977	DMP KHK Erneutes Ausfüllen einer Erstdoku bei eDMP	0		1	0	0			
99979	DMP KHK Erneute Einschreibung nach Ausschreibung durch die Krankenkasse bei eDMP	0		1	0	0			

Die Schmerztherapie gem. GOP 30700 - 30760 ist nicht Bestandteil dieses Vertrages und bei Vorliegen der Voraussetzungen über die KV abrechenbar.

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Anlage 12_Anhang 2											
Diagnosen		Neurologie									
ICD-Kode1	ICD-Klartext	NP2a1_a2_Zerebrovaskuläre Krankheiten	NP2b1_b2_Multiple Sklerose NE2A bis NE2D	NP2c1_e2_Epilepsie	NP2d1_d2_Parkinson und Extrapyramidale Syndrome, NE3/NA3, NE4/NA4	NP2e1_e2_Demenz	NP2f1_f2_Polynuropathie	NP2g1_g2_Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks, NE4/NA4	NBG1_Beratungsgespräch Long-, Post-COVID	Botox-Therapie	NE1 bzw. NA1 Liquorpunktion
A17.0	Tuberkulöse Meningitis										X
A17.8	Sonstige Tuberkulose des Nervensystems										X
A32.1	Meningitis und Meningoenzephalitis durch Listerien										X
A51.4	Sonstige sekundäre Syphilis										X
A52.1	Floride Neurosyphilis										X
A52.2	Asymptomatische Neurosyphilis										X
A52.3	Neurosyphilis, nicht näher bezeichnet										X
A69.2	Lyme-Krankheit										X
A81.0	Creutzfeldt-Jakob-Krankheit										X
B00.3	Meningitis durch Herpesviren										X
B00.4	Enzephalitis durch Herpesviren										X
B01.0	Varizellen-Meningitis										X
B01.1	Varizellen-Enzephalitis										X
B02.0	Zoster-Enzephalitis (G05.1*)										X
B02.1	Zoster-Meningitis (G02.0*)										X
B02.2	Zoster mit Beteiligung anderer Abschnitte des Nervensystems (Ergänzung Dr. Dennig am 26.04., noch durch AOK zu prüfen)										X
B05.0	Masern, kompliziert durch Enzephalitis										X
B05.1	Masern, kompliziert durch Meningitis										X
B06.0	Röteln mit neurologischen Komplikationen										X
B22	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten infolge HIV-Krankheit										X
C70.0	Bösartige Neubildung der Meningen: Hirnhäute				X						
C70.1	Bösartige Neubildung der Meningen: Rückenmarkshäute				X						
C70.9	Meningen, nicht näher bezeichnet				X						
C71.0	Zerebrum, ausgenommen Hirnlappen und Ventrikel				X						
C71.1	Bösartige Neubildung: Frontallappen				X						
C71.2	Bösartige Neubildung: Temporallappen				X						
C71.3	Bösartige Neubildung: Parietallappen				X						
C71.4	Bösartige Neubildung: Okzipitallappen				X						
C71.5	Bösartige Neubildung: Hirnventrikel				X						
C71.6	Bösartige Neubildung: Zerebellum				X						
C71.7	Bösartige Neubildung: Hirnstamm				X						
C71.8	Bösartige Neubildung: Gehirn, mehrere Teilbereiche überlappend				X						
C71.9	Bösartige Neubildung: Gehirn, nicht näher bezeichnet				X						
C72.0	Bösartige Neubildung des Rückenmarkes				X						
C72.1	Bösartige Neubildung: Cauda equina				X						
C72.2	Bösartige Neubildung: Nn. olfactorii [I. Hirnnerv]				X						
C72.3	Bösartige Neubildung: N. opticus [II. Hirnnerv]				X						
C72.4	Bösartige Neubildung: N. vestibulocochlearis [VIII. Hirnnerv]				X						
C72.5	Bösartige Neubildung: Sonstige und nicht näher bezeichnete Hirnnerven				X						
C72.8	Bösartige Neubildung des Rückenmarkes, der Hirnnerven und anderer Teile des Zentralnervensystems: Gehirn und andere Teile des Zentralnervensystems, mehrere Teilbereiche überlappend				X						X
C72.9	Bösartige Neubildung: Zentralnervensystem, nicht näher bezeichnet				X						
C79.3	Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute										X
F00.0	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit frühem Beginn (Typ 2)					X					X
F00.1	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1)					X					X
F00.2	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form					X					X
F00.9	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet					X					
F01.0	Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn					X					X
F01.1	Multiinfarkt-Demenz					X					X

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Anlage 12_Anhang 2											
Diagnosen		Neurologie									
ICD-Kode1	ICD-Klartext	NP2a1_a2_Zerebrovaskuläre Krankheiten	NP2b1_b2_Multiple Sklerose NE2A bis NE2D	NP2c1_e2_Epilepsie	NP2d1_d2_Parkinson und Extrapyramidale Syndrome, NE3/NA3, NE4/NA4	NP2e1_e2_Demenz	NP2f1_f2_Polyneuropathie	NP2g1_g2_Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks, NE4/NA4	NBG1_Beratungsgespräch Long-, Post-COVID	Botox-Therapie	NE1 bzw. NA1 Liquorpunktion
G03.1	Chronische Meningitis										X
G03.2	Benigne rezidivierende Meningitis [Mollaret-Meningitis]										X
G03.8	Meningitis durch sonstige näher bezeichnete Ursachen										X
G03.9	Meningitis, nicht näher bezeichnet										
G04.0	Akute disseminierte Enzephalitis										X
G04.1	Tropische spastische Paraplegie										X
G04.2	Bakterielle Meningoenzephalitis und Meningomyelitis, anderenorts nicht klassifiziert										X
G04.8	Sonstige Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis										X
G04.9	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis, nicht näher bezeichnet										
G05.0	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten										X
G05.1	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis bei anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten										X
G05.2	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten										X
G05.8	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten										X
G06.0	Intrakranieller Abszess und intrakranielles Granulom										X
G06.1	Intraspinaler Abszess und intraspinale Granulome										X
G06.2	Extraduraler und subduraler Abszess, nicht näher bezeichnet										X
G07	Intrakranielle und intraspinale Abszesse und Granulome bei anderenorts klassifizierten Krankheiten										X
G08	Intrakranielle und intraspinale Phlebitis und Thrombophlebitis										X
G09	Folgen entzündlicher Krankheiten des Zentralnervensystems										X
G10	Chorea Huntington				X						
G11.0	Angeborene nichtprogressive Ataxie							X			
G11.1	Früh beginnende zerebellare Ataxie							X			
G11.2	Spät beginnende zerebellare Ataxie							X			
G11.3	Zerebellare Ataxie mit defektem DNA-Reparatursystem							X			
G11.4	Hereditäre spastische Paraplegie							X			
G11.8	Sonstige hereditäre Ataxien							X			
G11.9	Hereditäre Ataxie, nicht näher bezeichnet										
G12.0	Infantile spinale Muskelatrophie, Typ I [Typ Werdnig-Hoffmann]							X			
G12.1	Sonstige vererbte spinale Muskelatrophie							X			
G12.2	Motoneuron-Krankheit							X			
G12.8	Sonstige spinale Muskelatrophien und verwandte Syndrome							X			
G12.9	Spinale Muskelatrophie, nicht näher bezeichnet										
G13.0	Paraneoplastische Neuromyopathie und Neuropathie							X			
G13.1	Sonstige Systematrophien, vorwiegend das Zentralnervensystem betreffend, bei Neubildungen							X			X
G13.2	Systematrophie, vorwiegend das Zentralnervensystem betreffend, bei Mxödem							X			
G13.8	Systematrophien, vorwiegend das Zentralnervensystem betreffend, bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten							X			X
G14	Postpolio-Syndrom							X			X
G20.00	Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation				X						
G20.01	Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation				X						
G20.10	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation				X						
G20.11	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation				X						
G20.20	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation				X						
G20.21	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation				X						

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Anlage 12_Anhang 2											
Diagnosen		Neurologie									
ICD-Kode1	ICD-Klartext	NP2a1_a2_Zerebrovaskuläre Krankheiten	NP2b1_b2_Multiple Sklerose NE2A bis NE2D	NP2c1_e2_Epilepsie	NP2d1_d2_Parkinson und Extrapyramidale Syndrome, NE3/NA3, NE4/NA4	NP2e1_e2_Demenz	NP2f1_f2_Polyneuropathie	NP2g1_g2_Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks, NE4/NA4	NBG1_Beratungsgespräch Long-, Post-COVID	Botox-Therapie	NE1 bzw. NA1 Liquorpunktion
G56.8	Sonstige Mononeuropathien der oberen Extremität										
G56.9	Mononeuropathie der oberen Extremität, nicht näher bezeichnet										
G57.0	Läsion des N. ischiadicus										
G57.1	Meralgia paraesthetica										
G57.2	Läsion des N. femoralis										
G57.3	Läsion des N. fibularis (peroneus) communis										
G57.4	Läsion des N. tibialis										
G57.5	Tarsaltunnel-Syndrom										
G57.6	Läsion des N. plantaris										
G57.8	Sonstige Mononeuropathien der unteren Extremität										
G57.9	Mononeuropathie der unteren Extremität, nicht näher bezeichnet										
G58.0	Interkostalneuropathie										
G58.7	Mononeuritis multiplex						X				
G58.8	Sonstige näher bezeichnete Mononeuropathien										
G58.9	Mononeuropathie, nicht näher bezeichnet										
G59.0	Diabetische Mononeuropathie						X				
G59.8	Sonstige Mononeuropathien bei anderenorts klassifizierten Krankheiten						X				
G60.0	Hereditäre sensomotorische Neuropathie						X				
G60.1	Refsum-Krankheit						X				
G60.2	Neuropathie in Verbindung mit hereditärer Ataxie						X				
G60.3	Idiopathische progressive Neuropathie						X				
G60.8	Sonstige hereditäre und idiopathische Neuropathien						X				
G60.9	Hereditäre und idiopathische Neuropathie, nicht näher bezeichnet										
G61.0	Guillain-Barré-Syndrom						X				X
G61.1	Serumpolyneuropathie						X				X
G61.8	Sonstige Polyneuritiden						X				X
G61.9	Polyneuritis, nicht näher bezeichnet										
G62.0	Arzneimittelinduzierte Polyneuropathie						X				
G62.1	Alkohol-Polyneuropathie						X				
G62.2	Polyneuropathie durch sonstige toxische Agenzien						X				
G62.80	Critical-illness-Polyneuropathie						X				
G62.88	Sonstige näher bezeichnete Polyneuropathien						X				
G62.9	Polyneuropathie, nicht näher bezeichnet										
G63.0	Polyneuropathie bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten						X				
G63.1	Polyneuropathie bei Neubildungen						X				
G63.2	Diabetische Polyneuropathie						X				
G63.3	Polyneuropathie bei sonstigen endokrinen und Stoffwechselkrankheiten						X				
G63.4	Polyneuropathie bei alimentären Mangelzuständen						X				
G63.5	Polyneuropathie bei Systemkrankheiten des Bindegewebes						X				
G63.6	Polyneuropathie bei sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems						X				
G63.8	Polyneuropathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten						X				
G64	Sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems										
G70.0	Myasthenia gravis		X								
G70.1	Toxische neuromuskuläre Krankheiten		X								
G70.2	Angeborene oder entwicklungsbedingte Myasthenie		X								
G70.8	Sonstige näher bezeichnete neuromuskuläre Krankheiten		X								
G70.9	Neuromuskuläre Krankheit, nicht näher bezeichnet										
G71.0	Muskeldystrophie							X			
G71.1	Myotone Syndrome						X				

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Anlage 12_Anhang 2											
Diagnosen		Neurologie									
ICD-Kode1	ICD-Klartext	NP2a1_a2_Zerebrovaskuläre Krankheiten	NP2b1_b2_Multiple Sklerose NE2A bis NE2D	NP2c1_e2_Epilepsie	NP2d1_d2_Parkinson und Extrapyramidale Syndrome, NE3/NA3, NE4/NA4	NP2e1_e2_Demenz	NP2f1_f2_Polyneuropathie	NP2g1_g2_Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks, NE4/NA4	NBG1_Beratungsgespräch Long-, Post-COVID	Botox-Therapie	NE1 bzw. NA1 Liquorpunktion
G71.2	Angeborene Myopathien						X				
G71.3	Mitochondriale Myopathie, anderenorts nicht klassifiziert						X				
G71.8	Sonstige primäre Myopathien						X				
G71.9	Primäre Myopathie, nicht näher bezeichnet										
G72.0	Arzneimittelinduzierte Myopathie						X				
G72.1	Alkoholmyopathie						X				
G72.2	Myopathie durch sonstige toxische Agenzien						X				
G72.3	Periodische Lähmung						X				
G72.4	Entzündliche Myopathie, anderenorts nicht klassifiziert						X				
G72.80	Critical-illness-Myopathie						X				
G72.88	Sonstige näher bezeichnete Myopathien						X				
G72.9	Myopathie, nicht näher bezeichnet										
G73.0	Myastheniesyndrome bei endokrinen Krankheiten		X								
G73.1	Lambert-Eaton-Syndrom		X								
G73.2	Sonstige Myastheniesyndrome bei Neubildungen		X								
G73.3	Myastheniesyndrome bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten		X								
G73.4	Myopathie bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten						X				
G73.5	Myopathie bei endokrinen Krankheiten						X				
G73.6	Myopathie bei Stoffwechselkrankheiten						X				
G73.7	Myopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten						X				
G80.0	Spastische tetraplegische Zerebralparese							X		X	
G80.1	Spastische diplegische Zerebralparese							X		X	
G80.2	Infantile hemiplegische Zerebralparese							X			
G80.3	Dyskinetische Zerebralparese							X			
G80.4	Ataktische Zerebralparese							X			
G80.8	Sonstige infantile Zerebralparese							X			
G80.9	Infantile Zerebralparese, nicht näher bezeichnet										
G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie							X			
G81.1	Spastische Hemiparese und Hemiplegie							X		X	
G81.9	Hemiparese und Hemiplegie, nicht näher bezeichnet										
G82.00	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese										
G82.01	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese										
G82.02	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung							X			
G82.03	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung							X			
G82.09	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Nicht näher bezeichnet										
G82.10	Spastische Paraparese und Paraplegie: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese										X
G82.11	Spastische Paraparese und Paraplegie: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese										X
G82.12	Spastische Paraparese und Paraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung							X			X
G82.13	Spastische Paraparese und Paraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung							X			X
G82.19	Spastische Paraparese und Paraplegie: Nicht näher bezeichnet										X
G82.20	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese										
G82.21	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese										
G82.22	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische komplette Querschnittlähmung							X			

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Anlage 12_Anhang 2		Neurologie									
Diagnosen		NP2a1_a2_Zerebrovaskuläre Krankheiten	NP2b1_b2_Multiple Sklerose NE2A bis NE2D	NP2c1_e2_Epilepsie	NP2d1_d2_Parkinson und Extrapyramidale Syndrome, NE3/NA3, NE4/NA4	NP2e1_e2_Demenz	NP2f1_f2_Polynuropathie	NP2g1_g2_Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks, NE4/NA4	NBG1_Beratungsgespräch Long-, Post-COVID	Botox-Therapie	NE1 bzw. NA1 Liquorpunktion
ICD-Kode1	ICD-Klartext										
Q04.0	Angeborene Fehlbildungen des Corpus callosum	x									
Q04.1	Arrhinenzephalie										
Q04.2	Holoprosenzephalie-Syndrom										
Q04.3	Sonstige Reduktionsdeformitäten des Gehirns										
Q04.4	Septooptische Dysplasie										
Q04.5	Megalenzephalie										
Q04.6	Angeborene Gehirnzysten	x									
Q04.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Gehirns										
Q04.9	Angeborene Fehlbildung des Gehirns, nicht näher bezeichnet										
Q05.0	Zervikale Spina bifida mit Hydrozephalus	x									
Q05.1	Thorakale Spina bifida mit Hydrozephalus	x									
Q05.2	Lumbale Spina bifida mit Hydrozephalus	x									
Q05.3	Sakrale Spina bifida mit Hydrozephalus	x									
Q05.4	Nicht näher bezeichnete Spina bifida mit Hydrozephalus	x									
Q05.5	Zervikale Spina bifida ohne Hydrozephalus	x									
Q05.6	Thorakale Spina bifida ohne Hydrozephalus	x									
Q05.7	Lumbale Spina bifida ohne Hydrozephalus	x									
Q05.8	Sakrale Spina bifida ohne Hydrozephalus	x									
Q06.1	Hypoplasie und Dysplasie des Rückenmarks										
Q06.2	Diastematomyelie										
Q06.3	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Cauda equina										
Q06.4	Hydromyelie										
Q06.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Rückenmarks										
Q07.0	Arnold-Chiari-Syndrom	x									
Q07.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Nervensystems	x									
U09.9	Post-COVID-19-Zustand, nicht näher bezeichnet (U09.9!)								x		

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.07.2024

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Diagnosen		Psychiatrie									
ICD-Kode	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	PYF1_Psychiatrische supportive Gesprächsbehandlung	
F06.1	Organische katatone Störung									X	
F06.2	Organische wahnhafte [schizophreniforme] Störung									X	
F06.3	Organische affektive Störungen									X	
F06.4	Organische Angststörung									X	
F06.5	Organische dissoziative Störung									X	
F06.6	Organische emotional labile [asthenische] Störung									X	
F06.7	Leichte kognitive Störung									X	
F06.8	Sonstige näher bezeichnete organische psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit									X	
F06.9	Nicht näher bezeichnete organische psychische Störung aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit										
F07.0	Organische Persönlichkeitsstörung										
F07.1	Postenzephalitisches Syndrom										
F07.2	Organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma										
F07.8	Sonstige organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns										
F07.9	Nicht näher bezeichnete organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns										
F09	Nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische psychische Störung										
F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]										
F10.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch										
F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom							X		X	
F10.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom							X		X	
F10.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir										
F10.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Psychotische Störung							X		X	

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.07.2024

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Diagnosen		Psychiatrie									
ICD-Kode	ICD-Klartext	PY2a_Schizophrenie, Wahn, psychotische Störungen	PY2b_Persönlichkeitsstörungen	PY2c_Angststörungen_Zwangsstörungen	PY2d_Affektive Störungen	PY2e_Posttraumatische Belastungsstörungen	PY2f_Verhaltens- und Essstörungen	PY2g_Störungen durch Alkohol und andere Suchtmittel	PY2h_Demenz	PY2i_Psychiatrische supportive Gesprächsbehandlung	
F16.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Psychotische Störung							X		X	
F16.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Amnestisches Syndrom										
F16.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung							X		X	
F16.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen										
F16.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörungen										
F17.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Akute Intoxikation [akuter Rausch]										
F17.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Schädlicher Gebrauch										
F17.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom										
F17.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Entzugssyndrom										
F17.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Entzugssyndrom mit Delir										
F17.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Psychotische Störung										
F17.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Amnestisches Syndrom										
F17.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung										
F17.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen										
F17.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörungen										
F18.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Akute Intoxikation [akuter Rausch]										
F18.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Schädlicher Gebrauch							X		X	
F18.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Abhängigkeitssyndrom							X		X	
F18.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Entzugssyndrom							X		X	
F18.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Entzugssyndrom mit Delir										
F18.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Psychotische Störung							X		X	

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.07.2024

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Diagnosen		Psychiatrie									
ICD-Kode	ICD-Klartext	PY2a_Schizophrenie, Wahn, psychotische Störungen	PY2b_Persönlichkeitsstörungen	PY2c_Angststörungen_Zwangsstörungen	PY2d_Affektive Störungen	PY2e_Posttraumatische Belastungsstörungen	PY2f_Verhaltens- und Essstörungen	PY2g_Störungen durch Alkohol und andere Suchtmittel	PY2h_Demenz	PY2i_Psychiatrische supportive Gesprächsbehandlung	
F29	Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose										
F30.0	Hypomanie				X					X	
F30.1	Manie ohne psychotische Symptome				X					X	
F30.2	Manie mit psychotischen Symptomen				X					X	
F30.8	Sonstige manische Episoden										
F30.9	Manische Episode, nicht näher bezeichnet										
F31.0	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomanische Episode				X					X	
F31.1	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome				X					X	
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										
F32.0	Leichte depressive Episode										
F32.1	Mittelgradige depressive Episode				X					X	
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome				X					X	
F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen				X					X	
F32.8	Sonstige depressive Episoden										
F32.9	Depressive Episode, nicht näher bezeichnet										
F33.0	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode				X					X	

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.07.2024

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Diagnosen		Psychiatrie									
ICD-Kode	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	PYF1_Psychiatrische supportive Gesprächsbehandlung	
F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode				X					X	
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome				X					X	
F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen				X					X	
F33.4	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert				X					X	
F33.8	Sonstige rezidivierende depressive Störungen										
F33.9	Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet										
F34.0	Zyklothymia				X					X	
F34.1	Dysthymia				X					X	
F34.8	Sonstige anhaltende affektive Störungen										
F34.9	Anhaltende affektive Störung, nicht näher bezeichnet										
F38.0	Andere einzelne affektive Störungen										
F38.1	Andere rezidivierende affektive Störungen				X					X	
F38.8	Sonstige näher bezeichnete affektive Störungen										
F39	Nicht näher bezeichnete affektive Störung										
F40.00	Agoraphobie: Ohne Angabe einer Panikstörung			X						X	
F40.01	Agoraphobie: Mit Panikstörung			X						X	
F40.1	Soziale Phobien			X						X	
F40.2	Spezifische (isolierte) Phobien			X						X	
F40.8	Sonstige phobische Störungen										
F40.9	Phobische Störung, nicht näher bezeichnet										
F41.0	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]			X						X	
F41.1	Generalisierte Angststörung			X						X	
F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt			X						X	

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.07.2024

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Diagnosen		Psychiatrie								
ICD-Kode	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
F41.3	Andere gemischte Angststörungen			X						X
F41.8	Sonstige spezifische Angststörungen									
F41.9	Angststörung, nicht näher bezeichnet									
F42.0	Vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang									
F42.1	Vorwiegend Zwangshandlungen [Zwangsrituale]									
F42.2	Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt			X					X	
F42.8	Sonstige Zwangsstörungen									
F42.9	Zwangsstörung, nicht näher bezeichnet									
F43.0	Akute Belastungsreaktion					X				X
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung					X				X
F43.2	Anpassungsstörungen									
F43.8	Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung									
F43.9	Reaktion auf schwere Belastung, nicht näher bezeichnet									
F44.0	Dissoziative Amnesie									
F44.1	Dissoziative Fugue									
F44.2	Dissoziativer Stupor									
F44.3	Trance- und Besessenheitszustände									
F44.4	Dissoziative Bewegungsstörungen									
F44.5	Dissoziative Krampfanfälle									
F44.6	Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen									
F44.7	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen], gemischt									
F44.80	Ganser-Syndrom									
F44.81	Multiple Persönlichkeits(störung)		X							X

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.07.2024

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Anlage 12_Anhang 2	
Diagnosen	
ICD-Kode	ICD-Klartext
F44.82	Transitorische dissoziative Störungen [Konversionsstörungen] in Kindheit und Jugend
F44.88	Sonstige dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]
F44.9	Dissoziative Störung [Konversionsstörung], nicht näher bezeichnet
F45.0	Somatisierungsstörung
F45.1	Undifferenzierte Somatisierungsstörung
F45.2	Hypochondrische Störung
F45.30	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Herz und Kreislaufsystem
F45.31	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Oberes Verdauungssystem
F45.32	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Unteres Verdauungssystem
F45.33	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Atmungssystem
F45.34	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Urogenitalsystem
F45.37	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Mehrere Organe und Systeme
F45.38	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Sonstige Organe und Systeme
F45.39	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Nicht näher bezeichnetes Organ oder System
F45.40	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
F45.41	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
F45.8	Sonstige somatoforme Störungen
F45.9	Somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet
F48.0	Neurasthenie
F48.1	Depersonalisations- und Derealisationssyndrom
F48.8	Sonstige neurotische Störungen
F48.9	Neurotische Störung, nicht näher bezeichnet

Psychiatrie

PP2a_Schizophrenie, Wahn, psychotische Störungen	
PP2b_Persönlichkeitsstörungen	
PP2c_Angststörungen_Zwangsstörungen	
PP2d_Affektive Störungen	
PP2e_Posttraumatische Belastungsstörungen	
PP2f_Verhaltens- und Essstörungen	
PP2g_Störungen durch Alkohol und andere Suchtmittel	
PP2h_Demenz	
PP2l_Psychiatrische supportive Gesprächsbehandlung	

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.07.2024

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Diagnosen		Psychiatrie									
ICD-Kode	ICD-Klartext	PY2a_Schizophre nie, Wahn, psychotische Störungen	PY2b_Persönlichkeitsstörungen	PY2c_Angststörungen_Zwangsstörungen	PY2d_Affektive Störungen	PY2e_Posttraumatische Belastungsstörungen	PY2f_Verhaltens- und Essstörungen	PY2g_Störungen durch Alkohol und andere Suchtmittel	PY2h_Demenz	PY2i_Psychiatrische supportive Gesprächsbehandlung	
F52.4	Ejaculatio praecox										
F52.5	Nichtorganischer Vaginismus										
F52.6	Nichtorganische Dyspareunie										
F52.7	Gesteigertes sexuelles Verlangen										
F52.8	Sonstige sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit										
F52.9	Nicht näher bezeichnete sexuelle Funktionsstörung, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit										
F53.0	Leichte psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert										
F53.1	Schwere psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert										
F53.8	Sonstige psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert										
F53.9	Psychische Störung im Wochenbett, nicht näher bezeichnet										
F54	Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten										
F55.0	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen: Antidepressiva										
F55.1	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen: Laxanzien										
F55.2	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen: Analgetika										
F55.3	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen: Antazida										
F55.4	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen: Vitamine										
F55.5	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen: Steroide und Hormone										
F55.6	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen: Pflanzen oder Naturheilmittel										
F55.8	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen: Sonstige Substanzen										
F55.9	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen: Nicht näher bezeichnete Substanz										
F59	Nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen und Faktoren										
F60.0	Paranoide Persönlichkeitsstörung		X								

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.01.2023

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Anlage 12_Anhang 2

Dia		Psychotherapie																								
ICD-Kode	ICD-Klartext	PT1_Koop.zuschl. PY	PT1_Koop.zuschl. HA	PT21KJ_Koop.zuschl. PY	PT21KJ_Koop.zuschl. HA	PT24_Fallkonferenz Rücken	PT1_Akute / Zeitr. Vers. Psychoth. - Einzeltherapie	PT1KJ_Akute / Zeitr. Ver. Psychother.	PT2_Erstbeh. - Einzelther.	PT2KJ_Erstbeh. - Einzelther.	PT3_Weiterbeh. - Einzelther.	PT3KJ_Weiterbeh. Einzelther.	PT3TR_Traumata Behandlung	PT4_Niederfrequ. Beh. - Einzelther.	PT4KJ_Niederfrequ. Beh.-Einzelther.	PT5_Psychosanal. - Einzelbeh.	PT6_Gruppenbeh. klein	PT7_Gruppenbeh. groß	PT_Ind.EMG	PT_Ind.Verhaltensmed.	PT_Ind.Hypnother.	PT_Ind.EMDR	PT_Ind.LPT	PT_Ind.System. (E)	PT_Ind.System. (K)	
F00.0	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit frühem Beginn (Typ 2)																									
F00.1	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1)																									
F00.2	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form																									
F00.9	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet																									
F01.0	Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn																									
F01.1	Multiinfarkt-Demenz																									
F01.2	Subkortikale vaskuläre Demenz																									
F01.3	Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz																									
F01.8	Sonstige vaskuläre Demenz																									
F01.9	Vaskuläre Demenz, nicht näher bezeichnet																									
F02.0	Demenz bei Pick-Krankheit																									
F02.1	Demenz bei Creutzfeldt-Jakob-Krankheit																									
F02.2	Demenz bei Chorea Huntington																									
F02.3	Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom																									
F02.4	Demenz bei HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]																									
F02.8	Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheitsbildern																									
F03	Nicht näher bezeichnete Demenz																									
F04	Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt**	X		X			X		X	X	X	X					X	X								
F05.0	Delir ohne Demenz																									

*die PTE3TR ist nur in Kombination mit der gesicherten Diagnose F43.1 abrechenbar.

**Die Diagnosen F04, F06.6, F06.7, F06.8, F06.9, F07.0, F07.1, F07.8 sind ausschließlich für die neuropsychologische Psychotherapie abrechenbar.

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.01.2023

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Anlage 12_Anhang 2

Dia		Psychotherapie																								
ICD-Kode	ICD-Klartext	PT1_Koop.zuschl. PV	PT1_Koop.zuschl. HA	PT21KJ_Koop.zuschl. PV	PT21KJ_Koop.zuschl. HA	PT24_Fallkonferenz Rücken	PT1_Akute / Zeitn. Vers. Psychoth. - Einzeltherapie	PT1KJ_Akute / Zeitn. Ver. Psychother.	PT2_Erstbeh. - Einzelther.	PT2KJ_Erstbeh. - Einzelther.	PT3>Weiterbeh. - Einzelther.	PT3KJ_Weiterbeh. Einzelther.	PT3TR_Traumata Behandlung	PT4_Niederfrequ. Beh. - Einzelther.	PT4KJ_Niederfrequ. Beh.-Einzelther.	PT5_Psychosanal. - Einzelbeh.	PT6_Gruppenbeh. klein	PT7_Gruppenbeh. groß	PT_Ind._EMG	PT_Ind._Verhaltensmed.	PT_Ind._Hypnother.	PT_Ind._EMDR	PT_Ind._IPT	PT_Ind._System. (E)	PT_Ind._System. (K)	
F05.1	Delir bei Demenz																									
F05.8	Sonstige Formen des Delirs																									
F05.9	Delir, nicht näher bezeichnet																									
F06.0	Organische Halluzinose																									
F06.1	Organische katatone Störung																									
F06.2	Organische wahnhafte [schizophreniforme] Störung																									
F06.3	Organische affektive Störungen								X	X		X			X											
F06.4	Organische Angststörung								X	X		X			X											
F06.5	Organische dissoziative Störung								X																	
F06.6	Organische emotional labile [asthenische] Störung**	X		X			X	X	X	X	X	X					X	X								
F06.7	Leichte kognitive Störung**	X		X			X	X	X	X	X	X					X	X								
F06.8	Sonstige näher bezeichnete organische psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit**	X		X			X	X	X	X	X	X					X	X								
F06.9	Nicht näher bezeichnete organische psychische Störung aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit **	X		X			X	X	X	X	X	X					X	X								
F07.0	Organische Persönlichkeitsstörung**						X	X	X	X	X	X					X	X								
F07.1	Postenzephalitisches Syndrom**	X		X			X	X	X	X	X	X					X	X								
F07.2	Organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma	X		X			X	X	X	X	X	X					X	X								

*die PTE3TR ist nur in Kombination mit der gesicherten Diagnose F43.1 abrechenbar.

**Die Diagnosen F04, F06.6, F06.7, F06.8, F06.9, F07.0, F07.1, F07.8 sind ausschließlich für die neuropsychologische Psychotherapie abrechenbar.

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.01.2023

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Anlage 12_Anhang 2

Dia		Psychotherapie																												
ICD-Kode	ICD-Klartext	PT1_Koep.zuschl. PY	PT1_Koep.zuschl. HA	PT21_Koep.zuschl. PY	PT21_Koep.zuschl. HA	PTZ1_Koep.zuschl. PY	PTZ1_Koep.zuschl. HA	PTZ3_KI-Zuschlag	PTZ4_Fallkonferenz Rücken	PT1_Akute / Zeitn. Vers. Psychoth. - Einzeltherapie	PT1K1_Akute / Zeitn. Ver. Psychother.	PT2_Erstbeh. - Einzelther.	PT2K1_Erstbeh. - Einzelther.	PT3_Weiterbeh. - Einzelther.	PT3K1_Weiterbeh. Einzelther.	PT3TR_Traumata Behandlung	PT4_Niederfrequ. Beh. - Einzelther.	PT4K1_Niederfrequ. Beh.-Einzelther.	PT5_Psychosanal. - Einzelbeh.	PT6_Gruppenbeh. klein	PT7_Gruppenbeh. groß	PT_Ind.EMG	PT_Ind.Verhaltensmed.	PT_Ind.Hypnother.	PT_Ind.EMDR	PT_Ind.LPT	PT_Ind.System. (E)	PT_Ind.System. (K)		
F07.8	Sonstige organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns**	X								X		X									X									
F07.9	Nicht näher bezeichnete organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns																													
F09	Nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische psychische Störung																													
F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]																													
F10.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch																													
F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	X		X		X		X				X		X							X							X		X
F10.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom																													
F10.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir																													
F10.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Psychotische Störung																													
F10.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Amnestisches Syndrom																													
F10.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	X		X		X		X				X		X							X							X		X
F10.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen																													
F10.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung																													

*die PTE3TR ist nur in Kombination mit der gesicherten Diagnose F43.1 abrechenbar.

**Die Diagnosen F04, F06.6, F06.7, F06.8, F06.9, F07.0, F07.1, F07.8 sind ausschließlich für die neuropsychologische Psychotherapie abrechenbar.

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.01.2023

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Anlage 12_Anhang 2

Dia		Psychotherapie																					
ICD-Kode	ICD-Klartext	PT1_Koep.zuschl. PY	PT1_Koep.zuschl. HA	PT21_Koep.zuschl. PY	PT21_Koep.zuschl. HA	PT2_Koep.zuschl. PY	PT2_Koep.zuschl. HA	PT3_Weiterbeh. - Einzelther.	PT3_Weiterbeh. - Einzelther.	PT3TR_Traumata Behandlung	PT4_Niederfrequ. Beh. - Einzelther.	PT4Kl_Niederfrequ. Beh.-Einzelther.	PT5_Psychoaal. - Einzelbeh.	PT6_Gruppenbeh. klein	PT7_Gruppenbeh. groß	PT_Ind.EMG	PT_Ind.Verhaltensmed.	PT_Ind.Hyphother.	PT_Ind.EMDR	PT_Ind.LPT	PT_Ind.System. (E)	PT_Ind.System. (K)	
F11.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Akute Intoxikation [akuter Rausch]																						
F11.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Schädlicher Gebrauch	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X			X						X	X	
F11.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X			X						X	X	
F11.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Entzugssyndrom																						
F11.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Entzugssyndrom mit Delir																						
F11.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Psychotische Störung	X		X	X	X	X	X	X		X	X			X						X	X	
F11.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Amnestisches Syndrom																						
F11.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	X		X	X	X	X	X	X		X	X			X						X	X	
F11.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen																						
F11.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung																						
F12.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Akute Intoxikation [akuter Rausch]																						
F12.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Schädlicher Gebrauch	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X			X						X	X	
F12.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X			X						X	X	
F12.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Entzugssyndrom																						

*die PTE3TR ist nur in Kombination mit der gesicherten Diagnose F43.1 abrechenbar.

**Die Diagnosen F04, F06.6, F06.7, F06.8, F06.9, F07.0, F07.1, F07.8 sind ausschließlich für die neuropsychologische Psychotherapie abrechenbar.

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.01.2023

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Anlage 12_Anhang 2

Dia		Psychotherapie																									
ICD-Kode	ICD-Klartext	PT1_Koop.zuschl. PY	PT1_Koop.zuschl. HA	PT21K1_Koop.zuschl. PY	PT21K1_Koop.zuschl. HA	PT23A_Zuschlag	PT4_Fallkonferenz Rücken	PT1_Akute / Zeitn. Vers. Psychoth. - Einzeltherapie	PT1K1_Akute / Zeitn. Ver. Psychother.	PT2_Erstbeh. - Einzelther.	PT2K1_Erstbeh. - Einzelther.	PT3_Weiterbeh. - Einzelther.	PT3K1_Weiterbeh. Einzelther.	PT3TR_Traumata Behandlung	PT4_Niederfrequ. Beh. - Einzelther.	PT4K1_Niederfrequ. Beh.-Einzelther.	PT5_Psychosanal. - Einzelbeh.	PT6_Gruppenbeh. klein	PT7_Gruppenbeh. groß	PT_Ind._EMG	PT_Ind._Verhaltensmed.	PT_Ind._Hypnother.	PT_Ind._EMDR	PT_Ind._IPT	PT_Ind._System. (E)	PT_Ind._System. (K)	
F12.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Entzugssyndrom mit Delir	X																									
F12.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Psychotische Störung	X		X		X				X	X	X	X		X	X			X						X	X	
F12.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Amnestisches Syndrom																										
F12.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	X		X		X				X	X	X	X		X	X			X						X	X	
F12.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen																										
F12.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung																										
F13.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Akute Intoxikation [akuter Rausch]																										
F13.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Schädlicher Gebrauch	X		X		X				X	X	X	X		X	X			X						X	X	
F13.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom	X		X		X				X	X	X	X		X	X			X						X	X	
F13.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Entzugssyndrom																										
F13.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Entzugssyndrom mit Delir																										
F13.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Psychotische Störung	X		X		X				X	X	X	X		X	X			X						X	X	
F13.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Amnestisches Syndrom																										

*die PTE3TR ist nur in Kombination mit der gesicherten Diagnose F43.1 abrechenbar.

**Die Diagnosen F04, F06.6, F06.7, F06.8, F06.9, F07.0, F07.1, F07.8 sind ausschließlich für die neuropsychologische Psychotherapie abrechenbar.

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.01.2023

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Anlage 12_Anhang 2

Dia		Psychotherapie																									
ICD-Kode	ICD-Klartext	PTZ1_Koop.zuschl. PY	PTZ1_Koop.zuschl. HA	PTZ1K1_Koop.zuschl. PY	PTZ1K1_Koop.zuschl. HA	PTZ3_KI-Zuschlag	PTZ4_Fallkonferenz Rücken	PTZ1_Akute / Zeitn. Vers.	Psychoth. - Einzeltherapie	PTZ1K1_Akute / Zeitn. Ver. Psychother.	PTZ2_Erstbeh. - Einzelther.	PTZ2K1_Erstbeh. - Einzelther.	PTZ3>Weiterbeh. - Einzelther.	PTZ3K1_Weiterbeh. Einzelther.	PTZ3TR_Traumata Behandlung	PTZ4_Niederfrequ. Beh. - Einzelther.	PTZ4K1_Niederfrequ. Beh.-Einzelther.	PTZ5_Pschoanal. - Einzelbeh.	PTZ6_Gruppenbeh. klein	PTZ7_Gruppenbeh. groß	PT_Ind_EMG	PT_Ind_Verhaltensmed.	PT_Ind_Hypnother.	PT_Ind_EMDR	PT_Ind_IPT	PT_Ind_System. (E)	PT_Ind_System. (K)
F13.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	X									X	X	X	X						X						X	X
F13.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen																										
F13.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung																										
F14.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Akute Intoxikation [akuter Rausch]																										
F14.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Schädlicher Gebrauch	X	X	X	X	X					X	X	X	X						X						X	X
F14.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Abhängigkeitssyndrom	X	X	X	X	X					X	X	X	X						X						X	X
F14.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Entzugssyndrom																										
F14.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Entzugssyndrom mit Delir																										
F14.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Psychotische Störung	X		X		X					X	X	X	X						X						X	X
F14.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Amnesisches Syndrom																										
F14.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	X		X		X					X	X	X	X						X						X	X
F14.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen																										
F14.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung																										
F15.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Akute Intoxikation [akuter Rausch]																										

*die PTE3TR ist nur in Kombination mit der gesicherten Diagnose F43.1 abrechenbar.

**Die Diagnosen F04, F06.6, F06.7, F06.8, F06.9, F07.0, F07.1, F07.8 sind ausschließlich für die neuropsychologische Psychotherapie abrechenbar.

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.01.2023

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Anlage 12_Anhang 2

Dia		Psychotherapie																									
ICD-Kode	ICD-Klartext	PT1_Koep.zuschl. PY	PT1_Koep.zuschl. HA	PT21KJ_Koep.zuschl. PY	PT21KJ_Koep.zuschl. HA	PT1_Akute / Zeitn. Vers.	Psychoth. - Einzeltherapie	PT1KJ_Akute / Zeitn. Ver. Psychother.	PT2_Erstbeh. - Einzelther.	PT2KJ_Erstbeh. - Einzelther.	PT3>Weiterbeh. - Einzelther.	PT3KJ>Weiterbeh. Einzelther.	PT3TR_Traumata Behandlung	PT4_Niederfrequ. Beh. - Einzelther.	PT4KJ_Niederfrequ. Beh.-Einzelther.	PT5_Psychosanal. - Einzelbeh.	PT6_Gruppenbeh. klein	PT7_Gruppenbeh. groß	PT_Ind.-EMG	PT_Ind.-Verhaltensmed.	PT_Ind.-Hypnother.	PT_Ind.-EMDR	PT_Ind.-IPT	PT_Ind.-System. (E)	PT_Ind.-System. (K)		
F15.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Schädlicher Gebrauch																										
F15.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Abhängigkeitssyndrom																										
F15.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Entzugssyndrom																										
F15.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Entzugssyndrom mit Delir																										
F15.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Psychotische Störung																										
F15.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Amnestisches Syndrom																										
F15.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung																										
F15.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen																										
F15.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung																										
F16.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Akute Intoxikation [akuter Rausch]																										
F16.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Schädlicher Gebrauch	X	X	X	X				X	X	X	X		X	X			X						X	X	X	
F16.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Abhängigkeitssyndrom	X	X	X	X				X	X	X	X		X	X			X						X	X	X	

*die PTE3TR ist nur in Kombination mit der gesicherten Diagnose F43.1 abrechenbar.

**Die Diagnosen F04, F06.6, F06.7, F06.8, F06.9, F07.0, F07.1, F07.8 sind ausschließlich für die neuropsychologische Psychotherapie abrechenbar.

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.01.2023

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Anlage 12_Anhang 2

Dia		Psychotherapie																									
ICD-Kode	ICD-Klartext	PT1_Koop.zuschl. PY	PT1_Koop.zuschl. HA	PT21K1_Koop.zuschl. PY	PT21K1_Koop.zuschl. HA	PT23A_Zuschlag	PT24_Fallkonferenz Rücken	PT21_Akute / Zeitn. Vers. Psychoth. - Einzeltherapie	PT21K1_Akute / Zeitn. Ver. Psychother.	PT22_Erstbeh. - Einzelther.	PT22K1_Erstbeh. - Einzelther.	PT23>Weiterbeh. - Einzelther.	PT23K1_Weiterbeh. Einzelther.	PT23TR_Traumata Behandlung	PT24_Niederfrequ. Beh. - Einzelther.	PT24K1_Niederfrequ. Beh.-Einzelther.	PT25_Psychosanal. - Einzelbeh.	PT26_Gruppenbeh. klein	PT27_Gruppenbeh. groß	PT_Ind._EMG	PT_Ind._Verhaltensmed.	PT_Ind._Hypnother.	PT_Ind._EMDR	PT_Ind._IPT	PT_Ind._System. (E)	PT_Ind._System. (K)	
F16.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Entzugssyndrom																										
F16.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Entzugssyndrom mit Delir																										
F16.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Psychotische Störung	X		X		X				X	X	X	X		X	X			X						X		X
F16.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Amnestisches Syndrom																										
F16.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	X		X		X				X	X	X	X		X	X			X						X		X
F16.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen																										
F16.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörungen																										
F17.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Akute Intoxikation [akuter Rausch]																										
F17.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Schädlicher Gebrauch																										
F17.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom																										
F17.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Entzugssyndrom																										
F17.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Entzugssyndrom mit Delir																										
F17.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Psychotische Störung																										
F17.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Amnestisches Syndrom																										

*die PTE3TR ist nur in Kombination mit der gesicherten Diagnose F43.1 abrechenbar.

**Die Diagnosen F04, F06.6, F06.7, F06.8, F06.9, F07.0, F07.1, F07.8 sind ausschließlich für die neuropsychologische Psychotherapie abrechenbar.

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.01.2023

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Anlage 12_Anhang 2

Dia		Psychotherapie																								
ICD-Kode	ICD-Klartext	PT1_Koep.zuschl. PY	PT1_Koep.zuschl. HA	PT21Kl_Koep.zuschl. PY	PT21Kl_Koep.zuschl. HA	PT24_Fallkonferenz Rücken	PT1_Akute / Zeitn. Vers. Psychoth. - Einzeltherapie	PT1Kl_Akute / Zeitn. Ver. Psychother.	PT2_Erstbeh. - Einzelther.	PT2Kl_Erstbeh. - Einzelther.	PT3_Weiterbeh. - Einzelther.	PT3Kl_Weiterbeh. Einzelther.	PT3TR_Traumata Behandlung	PT4_Niederfrequ. Beh. - Einzelther.	PT4Kl_Niederfrequ. Beh.-Einzelther.	PT5_Psychosanal. - Einzelbeh.	PT6_Gruppenbeh. klein	PT7_Gruppenbeh. groß	PT_Ind.-EMG	PT_Ind.-Verhaltensmed.	PT_Ind.-Hypnother.	PT_Ind.-EMDR	PT_Ind.-IPT	PT_Ind.-System. (E)	PT_Ind.-System. (K)	
F17.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung																									
F17.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen																									
F17.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung																									
F18.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Akute Intoxikation [akuter Rausch]																									
F18.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Schädlicher Gebrauch	X	X	X	X				X	X	X	X		X	X			X						X	X	
F18.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Abhängigkeitssyndrom	X	X	X	X				X	X	X	X		X	X			X						X	X	
F18.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Entzugssyndrom																									
F18.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Entzugssyndrom mit Delir																									
F18.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Psychotische Störung	X	X	X	X				X	X	X	X		X	X			X						X	X	
F18.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Amnestisches Syndrom																									
F18.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	X	X	X	X				X	X	X	X		X	X			X						X	X	
F18.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen																									
F18.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung																									

*die PTE3TR ist nur in Kombination mit der gesicherten Diagnose F43.1 abrechenbar.

**Die Diagnosen F04, F06.6, F06.7, F06.8, F06.9, F07.0, F07.1, F07.8 sind ausschließlich für die neuropsychologische Psychotherapie abrechenbar.

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.01.2023

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Anlage 12_Anhang 2

Dia		Psychotherapie																								
ICD-Kode	ICD-Klartext	PT1_Koop.zuschl. PY	PT1_Koop.zuschl. HA	PT21KJ_Koop.zuschl. PY	PT21KJ_Koop.zuschl. HA	PT24_Fallkonferenz Rücken	PT1_Akute / Zeitn. Vers. Psychoth. - Einzeltherapie	PT1KJ_Akute / Zeitn. Ver. Psychother.	PT2_Erstbeh. - Einzelther.	PT2KJ_Erstbeh. - Einzelther.	PT3_Weiterbeh. - Einzelther.	PT3KJ_Weiterbeh. Einzelther.	PT3TR_Traumata Behandlung	PT4_Niederfrequ. Beh. - Einzelther.	PT4KJ_Niederfrequ. Beh.-Einzelther.	PT5_Psychosanal. - Einzelbeh.	PT6_Gruppenbeh. klein	PT7_Gruppenbeh. groß	PT_Ind.-EMG	PT_Ind.-Verhaltensmed.	PT_Ind.-Hypnother.	PT_Ind.-EMDR	PT_Ind.-IPT	PT_Ind.-System. (E)	PT_Ind.-System. (K)	
F19.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Akute Intoxikation [akuter Rausch]																									
F19.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Schädlicher Gebrauch	X	X	X	X				X	X	X	X		X	X			X						X	X	
F19.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom	X	X						X	X	X			X	X			X						X	X	
F19.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Entzugssyndrom																									
F19.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Entzugssyndrom mit Delir																									
F19.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Psychotische Störung	X		X					X	X	X	X		X	X			X						X	X	
F19.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Amnestisches Syndrom																									
F19.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	X		X					X	X	X	X		X	X			X						X	X	
F19.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen																									

*die PTE3TR ist nur in Kombination mit der gesicherten Diagnose F43.1 abrechenbar.

**Die Diagnosen F04, F06.6, F06.7, F06.8, F06.9, F07.0, F07.1, F07.8 sind ausschließlich für die neuropsychologische Psychotherapie abrechenbar.

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.01.2023

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Anlage 12_Anhang 2

Dia		Psychotherapie																															
ICD-Kode	ICD-Klartext	PT1_Koop.zuschl. PY	PT1_Koop.zuschl. HA	PT21_Koop.zuschl. PY	PT21_Koop.zuschl. HA	PT21_Koop.zuschl. HA	PT21_Koop.zuschl. PY	PT23_KI-Zuschlag	PT23A_Zuschlag	PT24_Fallkonferenz Rücken	PT1_Akute / Zeitr. Vers. Psychoth. - Einzeltherapie	PT1A_Akute / Zeitr. Ver. Psychother.	PT2E_Erstbeh. - Einzelther.	PT2EK_Erstbeh. - Einzelther.	PT3_Weiterbeh. - Einzelther.	PT3KI_Weiterbeh. Einzelther.	PT3TR_Traumata Behandlung	PT4_Niederfrequ. Beh. - Einzelther.	PT4KI_Niederfrequ. Beh.-Einzelther.	PT5_Psychosanal. - Einzelbeh.	PT6_Gruppenbeh. klein	PT7_Gruppenbeh. groß	PT_Ind.-EMG	PT_Ind.-Verhaltensmed.	PT_Ind.-Hypnother.	PT_Ind.-EMDR	PT_Ind.-IPT	PT_Ind.-System. (E)	PT_Ind.-System. (K)				
F23.3	Sonstige akute vorwiegend wahnhaft psychotische Störungen																																
F23.8	Sonstige akute vorübergehende psychotische Störungen																																
F23.9	Akute vorübergehende psychotische Störung, nicht näher bezeichnet																																
F24	Induzierte wahnhaft Störung	X		X				X			X		X		X			X															
F25.0	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig manisch	X		X				X			X		X		X			X															
F25.1	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv	X		X				X			X		X		X			X															
F25.2	Gemischte schizoaffektive Störung	X		X				X			X		X		X			X															
F25.8	Sonstige schizoaffektive Störungen	X		X																													
F25.9	Schizoaffektive Störung, nicht näher bezeichnet																																
F28	Sonstige nichtorganische psychotische Störungen	X		X				X			X		X		X			X															
F29	Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose																																
F30.0	Hypomanie	X		X				X			X		X		X			X															
F30.1	Manie ohne psychotische Symptome	X		X				X					X		X			X															
F30.2	Manie mit psychotischen Symptomen	X		X				X					X		X			X															
F30.8	Sonstige manische Episoden																																
F30.9	Manische Episode, nicht näher bezeichnet																																
F31.0	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomanische Episode	X		X				X			X		X		X			X															
F31.1	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome	X		X				X			X		X		X			X															
F31.2	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen	X		X				X			X		X		X			X															

*die PTE3TR ist nur in Kombination mit der gesicherten Diagnose F43.1 abrechenbar.

**Die Diagnosen F04, F06.6, F06.7, F06.8, F06.9, F07.0, F07.1, F07.8 sind ausschließlich für die neuropsychologische Psychotherapie abrechenbar.

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.01.2023

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Anlage 12_Anhang 2

Dia		Psychotherapie																							
ICD-Code	ICD-Klartext	PT1_Koop.zuschl. PY	PT1_Koop.zuschl. HA	PT21K1_Koop.zuschl. PY	PT21K1_Koop.zuschl. HA	PT1_Akute / Zeitr. Vers.	Psychoth. - Einzeltherapie	PT1K1_Akute / Zeitr. Ver. Psychother.	PT2_Erstbeh. - Einzelther.	PT2K1_Erstbeh. - Einzelther.	PT3>Weiterbeh. - Einzelther.	PT3K1>Weiterbeh. Einzelther.	PT3TR_Traumata Behandlung	PT4_Niederfrequ. Beh. - Einzelther.	PT4K1_Niederfrequ. Beh.-Einzelther.	PT5_Psychosanal. - Einzelbeh.	PT6_Gruppenbeh. klein	PT7_Gruppenbeh. groß	PT_Ind._EMG	PT_Ind._Verhaltensmed.	PT_Ind._Hypnother.	PT_Ind._EMDR	PT_Ind._IPT	PT_Ind._System. (E)	PT_Ind._System. (K)
F31.3	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode	X		X				X	X	X	X	X	X	X	X		X	X						X	X
F31.4	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	X		X		X		X	X	X	X	X		X	X		X	X						X	X
F31.5	Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	X		X		X		X	X	X	X	X		X	X		X	X						X	X
F31.6	Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig gemischte Episode	X		X		X		X	X	X	X	X		X	X		X	X						X	X
F31.7	Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig remittiert	X		X					X	X				X	X		X	X						X	X
F31.8	Sonstige bipolare affektive Störungen																								
F31.9	Bipolare affektive Störung, nicht näher bezeichnet																								
F32.0	Leichte depressive Episode																								
F32.1	Mittelgradige depressive Episode	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X		X	X		X	X					X	X	X
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	X		X		X		X	X	X	X	X		X	X		X	X					X	X	X
F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	X		X		X		X	X	X	X	X		X	X		X	X					X	X	X
F32.8	Sonstige depressive Episoden																								
F32.9	Depressive Episode, nicht näher bezeichnet																								
F33.0	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode	X	X	X	X				X	X	X	X		X	X		X	X					X	X	X
F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X		X	X		X	X					X	X	X
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	X		X		X		X	X	X	X	X		X	X		X	X					X	X	X
F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	X		X		X		X	X	X	X	X		X	X		X	X					X	X	X

*die PTE3TR ist nur in Kombination mit der gesicherten Diagnose F43.1 abrechenbar.

**Die Diagnosen F04, F06.6, F06.7, F06.8, F06.9, F07.0, F07.1, F07.8 sind ausschließlich für die neuropsychologische Psychotherapie abrechenbar.

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.01.2023

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Anlage 12_Anhang 2

Dia		Psychotherapie																																	
ICD-Kode	ICD-Klartext	PT1_Koop.zuschl. PY	PT1_Koop.zuschl. HA	PT21K1_Koop.zuschl. PY	PT21K1_Koop.zuschl. HA	PT21_Koop.zuschl. PY	PT21_Koop.zuschl. HA	PT21K1_Koop.zuschl. HA	PT23_KI-Zuschlag	PT3A_Zuschlag	PT4_Fallkonferenz Rücken	PT1_Akute / Zeitn. Vers. Psychoth. - Einzeltherapie	PT1K1_Akute / Zeitn. Ver. Psychother.	PT2_Erstbeh. - Einzelther.	PT2K1_Erstbeh. - Einzelther.	PT3_Weiterbeh. - Einzelther.	PT3K1_Weiterbeh. Einzelther.	PT3TR_Traumata Behandlung	PT4_Niederfrequ. Beh. - Einzelther.	PT4K1_Niederfrequ. Beh.-Einzelther.	PT5_Psychosanal. - Einzelbeh.	PT6_Gruppenbeh. klein	PT6_Gruppenbeh. groß	PT_Ind.EMG	PT_Ind.Verhaltensmed.	PT_Ind.Hypnother.	PT_Ind.EMDR	PT_Ind.LPT	PT_Ind.System. (E)	PT_Ind.System. (K)					
F33.4	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
F33.8	Sonstige rezidivierende depressive Störungen																																		
F33.9	Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet																																		
F34.0	Zyklothymia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
F34.1	Dysthymia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
F34.8	Sonstige anhaltende affektive Störungen																																		
F34.9	Anhaltende affektive Störung, nicht näher bezeichnet																																		
F38.0	Andere einzelne affektive Störungen	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
F38.1	Andere rezidivierende affektive Störungen	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
F38.8	Sonstige näher bezeichnete affektive Störungen																																		
F39	Nicht näher bezeichnete affektive Störung																																		
F40.00	Agoraphobie: Ohne Angabe einer Panikstörung	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
F40.01	Agoraphobie: Mit Panikstörung	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
F40.1	Soziale Phobien	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
F40.2	Spezifische (isolierte) Phobien	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
F40.8	Sonstige phobische Störungen	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
F40.9	Phobische Störung, nicht näher bezeichnet																																		
F41.0	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
F41.1	Generalisierte Angststörung	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

*die PTE3TR ist nur in Kombination mit der gesicherten Diagnose F43.1 abrechenbar.

**Die Diagnosen F04, F06.6, F06.7, F06.8, F06.9, F07.0, F07.1, F07.8 sind ausschließlich für die neuropsychologische Psychotherapie abrechenbar.

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.01.2023

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Anlage 12_Anhang 2

Dia		Psychotherapie																							
ICD-Kode	ICD-Klartext	PT1_Koep.zuschl. PY	PT1_Koep.zuschl. HA	PT21K1_Koep.zuschl. PY	PT21K1_Koep.zuschl. HA	PZ4_Fallkonferenz Rücken	PT1_Akute / Zeitn. Vers. Psychoth. - Einzeltherapie	PT1K1_Akute / Zeitn. Ver. Psychother.	PT2_Erstbeh. - Einzelther.	PT2K1_Erstbeh. - Einzelther.	PT3>Weiterbeh. - Einzelther.	PT3K1_Weiterbeh. Einzelther.	PT3TR_Traumata Behandlung	PT4_Niederfrequ. Beh. - Einzelther.	PT4K1_Niederfrequ. Beh.-Einzelther.	PT5_Psychosanal. - Einzelbeh.	PT6_Gruppenbeh. klein	PT7_Gruppenbeh. groß	PT_Ind.EMG	PT_Ind.Verhaltensmed.	PT_Ind.Hypnother.	PT_Ind.EMDR	PT_Ind.LPT	PT_Ind.System. (E)	PT_Ind.System. (K)
F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X		X	X		X	X			X				
F41.3	Andere gemischte Angststörungen	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X		X	X		X	X			X				
F41.8	Sonstige spezifische Angststörungen	X	X	X	X																				
F41.9	Angststörung, nicht näher bezeichnet																								
F42.0	Vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X		X								
F42.1	Vorwiegend Zwangshandlungen [Zwangsrituale]	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X		X								
F42.2	Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X		X								
F42.8	Sonstige Zwangsstörungen																								
F42.9	Zwangsstörung, nicht näher bezeichnet																								
F43.0	Akute Belastungsreaktion	X	X	X	X		X	X						X	X		X	X			X	X		X	X
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X		X	X		X	X			X	X		X	X
F43.2	Anpassungsstörungen	X	X	X	X			X	X	X	X	X		X	X		X	X			X	X		X	X
F43.8	Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung	X	X	X	X																				
F43.9	Reaktion auf schwere Belastung, nicht näher bezeichnet																								
F44.0	Dissoziative Amnesie								X	X	X	X	X*		X						X				
F44.1	Dissoziative Fugue								X	X	X	X	X*		X						X				
F44.2	Dissoziativer Stupor								X	X	X	X	X*		X						X				
F44.3	Trance- und Besessenheitszustände								X	X	X	X	X*		X						X				
F44.4	Dissoziative Bewegungsstörungen								X	X	X	X	X*		X						X				

*die PTE3TR ist nur in Kombination mit der gesicherten Diagnose F43.1 abrechenbar.

**Die Diagnosen F04, F06.6, F06.7, F06.8, F07.0, F07.1, F07.8 sind ausschließlich für die neuropsychologische Psychotherapie abrechenbar.

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.01.2023

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Anlage 12_Anhang 2

Dia		Psychotherapie																							
ICD-Kode	ICD-Klartext	PT1_Koop.zuschl. PV	PT1_Koop.zuschl. HA	PT21K1_Koop.zuschl. PV	PT21K1_Koop.zuschl. HA	PT24_Fallkonferenz Rücken	PT1_Akute / Zeitr. Vers. Psychoth. - Einzeltherapie	PT1K1_Akute / Zeitr. Ver. Psychother.	PT2_Erstbeh. - Einzelther.	PT2K1_Erstbeh. - Einzelther.	PT3>Weiterbeh. - Einzelther.	PT3K1_Weiterbeh. Einzelther.	PT3TR_Traumata Behandlung	PT4_Niederfrequ. Beh. - Einzelther.	PT4K1_Niederfrequ. Beh.-Einzelther.	PT5_Psychosanal. - Einzelbeh.	PT6_Gruppenbeh. klein	PT7_Gruppenbeh. groß	PT_Ind._EMG	PT_Ind._Verhaltensmed.	PT_Ind._Hypnother.	PT_Ind._EMDR	PT_Ind._IPT	PT_Ind._System. (E)	PT_Ind._System. (K)
F45.39	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Nicht näher bezeichnetes Organ oder System																								
F45.40	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung		X			X			X	X	X	X		X				X			X				
F45.41	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren					X			X	X	X	X		X				X			X				
F45.8	Sonstige somatoforme Störungen																								
F45.9	Somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet																								
F48.0	Neurasthenie								X									X							
F48.1	Depersonalisations- und Derealisationssyndrom								X	X	X	X			X			X							
F48.8	Sonstige neurotische Störungen																								
F48.9	Neurotische Störung, nicht näher bezeichnet																								
F50.00	Anorexia nervosa, restriktiver Typ		X	X	X		X	X	X	X	X	X		X	X			X				X	X	X	X
F50.01	Anorexia nervosa, aktiver Typ		X	X	X		X	X	X	X	X	X		X	X			X				X	X	X	X
F50.08	Sonstige und nicht näher bezeichnete Anorexia nervosa		X	X	X		X	X	X	X	X	X		X	X			X				X	X	X	X
F50.1	Atypische Anorexia nervosa		X	X	X		X	X	X	X	X	X		X	X			X				X	X	X	X
F50.2	Bulimia nervosa		X	X	X		X	X	X	X	X	X		X	X			X				X	X	X	X
F50.3	Atypische Bulimia nervosa		X	X	X		X	X	X	X	X	X		X	X			X				X	X	X	X
F50.4	Essattacken bei anderen psychischen Störungen		X	X	X		X	X	X	X	X	X		X	X			X				X	X	X	X
F50.5	Erbrechen bei anderen psychischen Störungen		X	X	X		X	X	X	X	X	X		X	X			X				X	X	X	X
F50.8	Sonstige Essstörungen																								
F50.9	Essstörung, nicht näher bezeichnet																								

*die PTE3TR ist nur in Kombination mit der gesicherten Diagnose F43.1 abrechenbar.

**Die Diagnosen F04, F06.6, F06.7, F06.8, F06.9, F07.0, F07.1, F07.8 sind ausschließlich für die neuropsychologische Psychotherapie abrechenbar.

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.01.2023

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Anlage 12_Anhang 2

Dia		Psychotherapie																										
ICD-Kode	ICD-Klartext	PT1_Koep.zuschl. PY	PT1_Koep.zuschl. HA	PT21KJ_Koep.zuschl. PY	PT21KJ_Koep.zuschl. HA	PT21_Koep.zuschl. HA	PT21_Koep.zuschl. PY	PZ4_Fallkonferenz Rücken	PT1_Akute / Zeitn. Vers. Psychoth. - Einzeltherapie	PT1KJ_Akute / Zeitn. Ver. Psychother.	PT2_Erstbeh. - Einzelther.	PT2KJ_Erstbeh. - Einzelther.	PT3_Weiterbeh. - Einzelther.	PT3KJ_Weiterbeh. Einzelther.	PT3TR_Traumata Behandlung	PT4_Niederfrequ. Beh. - Einzelther.	PT4KJ_Niederfrequ. Beh.-Einzelther.	PT5_Psychosanal. - Einzelbeh.	PT6_Gruppenbeh. klein	PT7_Gruppenbeh. groß	PT_Ind._EMG	PT_Ind._Verhaltensmed.	PT_Ind._Hypnother.	PT_Ind._EMDR	PT_Ind._IPT	PT_Ind._System. (E)	PT_Ind._System. (K)	
F51.0	Nichtorganische Insomnie	X	X	X	X	X	X		X		X	X																
F51.1	Nichtorganische Hypersomnie	X	X	X	X	X	X		X		X	X																
F51.2	Nichtorganische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus	X	X	X	X	X	X		X		X	X																
F51.3	Schlafwandeln [Somnambulismus]																											
F51.4	Pavor nocturnus																											
F51.5	Alpträume [Angsträume]																											
F51.8	Sonstige nichtorganische Schlafstörungen																											
F51.9	Nichtorganische Schlafstörung, nicht näher bezeichnet																											
F52.0	Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen																											
F52.1	Sexuelle Aversion und mangelnde sexuelle Befriedigung										X																	
F52.2	Versagen genitaler Reaktionen										X																	
F52.3	Orgasmusstörung										X																	
F52.4	Ejaculatio praecox										X																	
F52.5	Nichtorganischer Vaginismus										X													X				
F52.6	Nichtorganische Dyspareunie										X												X					
F52.7	Gesteigertes sexuelles Verlangen																											
F52.8	Sonstige sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit																											
F52.9	Nicht näher bezeichnete sexuelle Funktionsstörung, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit																											

*die PTE3TR ist nur in Kombination mit der gesicherten Diagnose F43.1 abrechenbar.

**Die Diagnosen F04, F06.6, F06.7, F06.8, F06.9, F07.0, F07.1, F07.8 sind ausschließlich für die neuropsychologische Psychotherapie abrechenbar.

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.01.2023

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Anlage 12_Anhang 2

Dia		Psychotherapie																																
ICD-Kode	ICD-Klartext	PT1_Koop.zuschl. PY	PT1_Koop.zuschl. HA	PT21Kl_Koop.zuschl. PY	PT21Kl_Koop.zuschl. HA	PT3_KI-Zuschlag	PT3A_Zuschlag	PT4_Fallkonferenz Rücken	PT1_Akute / Zeitn. Vers.	Psychoth. - Einzeltherapie	PT1Kl_Akute / Zeitn. Ver. Psychother.	PT2_Erstbeh. - Einzelther.	PT2Kl_Erstbeh. - Einzelther.	PT3>Weiterbeh. - Einzelther.	PT3Kl_Weiterbeh. Einzelther.	PT3TR_Traumata Behandlung	PT4_Niederfrequ. Beh. - Einzelther.	PT4Kl_Niederfrequ. Beh.-Einzelther.	PT5_Pschoanal. - Einzelbeh.	PT6_Gruppenbeh. klein	PT6_Gruppenbeh. groß	PT7_Gruppenbeh. groß	PT_Ind._EMG	PT_Ind._Verhaltensmed.	PT_Ind._Hypnother.	PT_Ind._EMDR	PT_Ind._IPT	PT_Ind._System. (E)	PT_Ind._System. (K)					
F53.0	Leichte psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert																																	
F53.1	Schwere psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert	X	X	X	X	X			X		X	X	X	X	X																			
F53.8	Sonstige psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert																																	
F53.9	Psychische Störung im Wochenbett, nicht näher bezeichnet																																	
F54	Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten											X										X				X								
F55.0	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitszerzeugenden Substanzen:																																	
F55.1	Antidepressiva																																	
F55.1	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitszerzeugenden Substanzen:																																	
F55.1	Laxanzien																																	
F55.2	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitszerzeugenden Substanzen:																																	
F55.2	Analgetika																																	
F55.3	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitszerzeugenden Substanzen:																																	
F55.3	Antazida																																	
F55.4	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitszerzeugenden Substanzen:																																	
F55.4	Vitamine																																	
F55.5	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitszerzeugenden Substanzen:																																	
F55.5	Steroide und Hormone																																	
F55.6	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitszerzeugenden Substanzen:																																	
F55.6	Pflanzen oder Naturheilmittel																																	
F55.8	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitszerzeugenden Substanzen:																																	
F55.8	Sonstige Substanzen																																	
F55.9	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitszerzeugenden Substanzen:																																	
F55.9	Nicht näher bezeichnete Substanz																																	

*die PTE3TR ist nur in Kombination mit der gesicherten Diagnose F43.1 abrechenbar.

**Die Diagnosen F04, F06.6, F06.7, F06.8, F06.9, F07.0, F07.1, F07.8 sind ausschließlich für die neuropsychologische Psychotherapie abrechenbar.

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.01.2023

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Anlage 12_Anhang 2

Dia		Psychotherapie																										
ICD-Kode	ICD-Klartext	PT1_Koep.zuschl. PY	PT1_Koep.zuschl. HA	PT21K1_Koep.zuschl. PY	PT21K1_Koep.zuschl. HA	PT23_KI-Zuschlag	PT23A_Zuschlag	PT24_Fallkonferenz Rücken	PT1_Akute / Zeitr. Vers. Psychoth. - Einzeltherapie	PT1_Akute / Zeitr. Ver. Psychother.	PT2_Erstbeh. - Einzelther.	PT2K1_Erstbeh. - Einzelther.	PT3>Weiterbeh. - Einzelther.	PT3K1_Weiterbeh. Einzelther.	PT3TR_Traumata Behandlung	PT4_Niederfrequ. Beh. - Einzelther.	PT4K1_Niederfrequ. Beh.-Einzelther.	PT5_Psychosanal. - Einzelbeh.	PT6_Gruppenbeh. klein	PT6_Gruppenbeh. groß	PT_Ind._EMG	PT_Ind._Verhaltensmed.	PT_Ind._Hypnother.	PT_Ind._EMDR	PT_Ind._IPT	PT_Ind._System. (E)	PT_Ind._System. (K)	
F59	Nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen und Faktoren																											
F60.0	Paranoide Persönlichkeitsstörung	X		X		X					X	X	X	X	X*	X	X	X	X	X	X							X
F60.1	Schizoide Persönlichkeitsstörung	X		X		X					X	X	X	X	X*	X	X	X	X	X	X							X
F60.2	Dissoziale Persönlichkeitsstörung	X		X		X					X	X	X	X	X*	X	X	X	X	X	X							X
F60.30	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Impulsiver Typ	X		X		X					X	X	X	X	X*	X	X	X	X	X	X							X
F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ	X		X		X			X		X	X	X	X	X*	X	X	X	X	X	X							X
F60.4	Histriomische Persönlichkeitsstörung	X		X		X					X	X	X	X	X*	X	X	X	X	X	X							X
F60.5	Anankastische [zwanghafte] Persönlichkeitsstörung	X		X		X					X	X	X	X	X*	X	X	X	X	X	X							X
F60.6	Ä„ngstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung	X		X		X					X	X	X	X	X*	X	X	X	X	X	X							X
F60.7	Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung	X		X		X					X	X	X	X	X*	X	X	X	X	X	X							X
F60.8	Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen	X		X		X					X	X	X	X	X*	X	X	X	X	X	X							X
F60.9	Persönlichkeitsstörung, nicht näher bezeichnet																											
F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	X		X		X					X	X	X	X	X*	X	X	X	X	X	X							X
F62.0	Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung	X		X		X					X	X	X	X	X*	X	X	X	X	X	X							X
F62.1	Andauernde Persönlichkeitsänderung nach psychischer Krankheit	X		X		X					X	X	X	X	X*	X	X	X	X	X	X							X
F62.80	Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom	X		X		X		X			X	X	X	X	X*	X	X	X	X	X	X							X
F62.88	Sonstige andauernde Persönlichkeitsänderungen	X		X		X					X	X	X	X	X*	X	X	X	X	X	X							X
F62.9	Andauernde Persönlichkeitsänderung, nicht näher bezeichnet																											
F63.0	Pathologisches Spielen								X		X	X	X	X														X

*die PTE3TR ist nur in Kombination mit der gesicherten Diagnose F43.1 abrechenbar.

**Die Diagnosen F04, F06.6, F06.7, F06.8, F06.9, F07.0, F07.1, F07.8 sind ausschließlich für die neuropsychologische Psychotherapie abrechenbar.

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.01.2023

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Anlage 12_Anhang 2

Dia		Psychotherapie																								
ICD-Kode	ICD-Klartext	PT1_Koop.zuschl. PY	PT1_Koop.zuschl. HA	PT21KJ_Koop.zuschl. PY	PT21KJ_Koop.zuschl. HA	PT23_KJ-Zuschlag	PT24_Fallkonferenz Rücken	PT1_Akute / Zeitn. Vers. Psychoth. - Einzeltherapie	PT1KJ_Akute / Zeitn. Ver. Psychother.	PT2_Erstbeh. - Einzelther.	PT2KJ_Erstbeh. - Einzelther.	PT3_Weiterbeh. - Einzelther.	PT3KJ_Weiterbeh. Einzelther.	PT3TR_Traumata Behandlung	PT4_Niederfrequ. Beh. - Einzelther.	PT4KJ_Niederfrequ. Beh.-Einzelther.	PT5_Psychosanal. - Einzelbeh.	PT6_Gruppenbeh. klein	PT7_Gruppenbeh. groß	PT_Ind._EMG	PT_Ind._Verhaltensmed.	PT_Ind._Hypnother.	PT_Ind._EMDR	PT_Ind._IPT	PT_Ind._System. (E)	PT_Ind._System. (K)
F63.1	Pathologische Brandstiftung [Pyromanie]									X	X	X	X		X	X			X							X
F63.2	Pathologisches Stehlen [Kleptomanie]					X				X	X	X	X		X	X			X							X
F63.3	Trichotillomanie					X				X	X	X	X		X	X			X							X
F63.8	Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	X				X																				
F63.9	Abnorme Gewohnheit und Störung der Impulskontrolle, nicht näher bezeichnet																									X
F64.0	Transsexualismus									X					X											X
F64.1	Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen									X																X
F64.2	Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters					X				X	X	X	X		X	X										X
F64.8	Sonstige Störungen der Geschlechtsidentität																									
F64.9	Störung der Geschlechtsidentität, nicht näher bezeichnet																									
F65.0	Fetischismus									X					X											X
F65.1	Fetischistischer Transvestitismus									X					X											X
F65.2	Exhibitionismus									X					X											X
F65.3	Voyeurismus									X					X											X
F65.4	Pädophilie	X	X	X	X			X		X	X	X	X		X											X
F65.5	Sadomasochismus	X	X	X	X					X	X	X	X		X											X
F65.6	Multiple Störungen der Sexualpräferenz	X	X	X	X					X	X	X	X		X											X
F65.8	Sonstige Störungen der Sexualpräferenz									X					X											X
F65.9	Störung der Sexualpräferenz, nicht näher bezeichnet																									X

*die PTE3TR ist nur in Kombination mit der gesicherten Diagnose F43.1 abrechenbar.

**Die Diagnosen F04, F06.6, F06.7, F06.8, F06.9, F07.0, F07.1, F07.8 sind ausschließlich für die neuropsychologische Psychotherapie abrechenbar.

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.01.2023

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Anlage 12_Anhang 2

Dia		Psychotherapie																								
ICD-Kode	ICD-Klartext	PT1_Koop.zuschl. PY	PT1_Koop.zuschl. HA	PT21KJ_Koop.zuschl. PY	PT21KJ_Koop.zuschl. HA	PT3A_Zuschlag	PZ4_Fallkonferenz Rücken	PT1_Akute / Zeitn. Vers. Psychoth. - Einzeltherapie	PT1KJ_Akute / Zeitn. Ver. Psychother.	PT2_Erstbeh. - Einzelther.	PT2KJ_Erstbeh. - Einzelther.	PT3>Weiterbeh. - Einzelther.	PT3KJ>Weiterbeh. Einzelther.	PT3TR_Traumata Behandlung	PT4_Niederfrequ. Beh. - Einzelther.	PT4KJ_Niederfrequ. Beh.-Einzelther.	PT5_Psychosanal. - Einzelbeh.	PT6_Gruppenbeh. klein	PT7_Gruppenbeh. groß	PT_Ind.-EMG	PT_Ind.-Verhaltensmed.	PT_Ind.-Hypnother.	PT_Ind.-EMDR	PT_Ind.-IPT	PT_Ind.-System. (E)	PT_Ind.-System. (KJ)
F66.0	Sexuelle Reifungskrise									X	X				X	X										X
F66.1	Ichdystone Sexualorientierung									X	X				X	X										X
F66.2	Sexuelle Beziehungsstörung									X																X
F66.8	Sonstige psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung																									
F66.9	Psychische und Verhaltensstörung in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung, nicht näher bezeichnet																									X
F68.0	Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen	X	X	X	X					X	X			X*	X*	X										X
F68.1	Artifizielle Störung (absichtliches Erzeugen oder Vortäuschen von körperlichen oder psychischen Symptomen oder Behinderungen)									X	X			X*	X*	X										X
F68.8	Sonstige näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen													X*	X*											
F69	Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung													X*	X*											
F70.0	Leichte Intelligenzminderung: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung					X																				
F70.1	Leichte Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert			X	X				X	X	X		X		X											
F70.8	Leichte Intelligenzminderung: Sonstige Verhaltensstörung																									
F70.9	Leichte Intelligenzminderung: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung																									
F71.0	Mittelgradige Intelligenzminderung: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung																									
F71.1	Mittelgradige Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert			X	X				X	X	X		X		X											
F71.8	Mittelgradige Intelligenzminderung: Sonstige Verhaltensstörung																									

*die PTE3TR ist nur in Kombination mit der gesicherten Diagnose F43.1 abrechenbar.

**Die Diagnosen F04, F06.6, F06.7, F06.8, F06.9, F07.0, F07.1, F07.8 sind ausschließlich für die neuropsychologische Psychotherapie abrechenbar.

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.01.2023

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Anlage 12_Anhang 2

Dia		Psychotherapie																										
ICD-Kode	ICD-Klartext	PT1_Koep.zuschl. PY	PT1_Koep.zuschl. HA	PT21K1_Koep.zuschl. PY	PT21K1_Koep.zuschl. HA	PT23A_Zuschlag	PT24_Fallkonferenz Rücken	PT21_Akute / Zeitn. Vers. Psychoth. - Einzeltherapie	PT21K1_Akute / Zeitn. Ver. Psychother.	PT22_Erstbeh. - Einzelther.	PT22K1_Erstbeh. - Einzelther.	PT23>Weiterbeh. - Einzelther.	PT23K1>Weiterbeh. Einzelther.	PT23TR_Traumata Behandlung	PT24_Niederfrequ. Beh. - Einzelther.	PT24K1_Niederfrequ. Beh.-Einzelther.	PT25_Psychosanal. - Einzelbeh.	PT26_Gruppenbeh. klein	PT27_Gruppenbeh. groß	PT_Ind.EMG	PT_Ind.Verhaltensmed.	PT_Ind.Hypnother.	PT_Ind.EMDR	PT_Ind.LPT	PT_Ind.System. (E)	PT_Ind.System. (K)		
F71.9	Mittelgradige Intelligenzminderung: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung																											
F72.0	Schwere Intelligenzminderung: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung																											
F72.1	Schwere Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert					X			X		X	X	X			X												
F72.8	Schwere Intelligenzminderung: Sonstige Verhaltensstörung																											
F72.9	Schwere Intelligenzminderung: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung																											
F73.0	Schwerste Intelligenzminderung: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung																											
F73.1	Schwerste Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert					X			X		X	X	X			X												
F73.8	Schwerste Intelligenzminderung: Sonstige Verhaltensstörung																											
F73.9	Schwerste Intelligenzminderung: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung																											
F74.0	Dissoziierte Intelligenz: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung																											
F74.1	Dissoziierte Intelligenz: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert					X			X		X	X	X			X												
F74.8	Dissoziierte Intelligenz: Sonstige Verhaltensstörung																											
F74.9	Dissoziierte Intelligenz: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung																											
F78.0	Andere Intelligenzminderung: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung																											
F78.1	Andere Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert					X			X		X	X	X			X												
F78.8	Andere Intelligenzminderung: Sonstige Verhaltensstörung																											

*die PTE3TR ist nur in Kombination mit der gesicherten Diagnose F43.1 abrechenbar.

**Die Diagnosen F04, F06.6, F06.7, F06.8, F06.9, F07.0, F07.1, F07.8 sind ausschließlich für die neuropsychologische Psychotherapie abrechenbar.

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.01.2023

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Anlage 12_Anhang 2

Dia		Psychotherapie																																
ICD-Kode	ICD-Klartext	PT1_Koep.zuschl. PY	PT1_Koep.zuschl. HA	PT21_Koep.zuschl. PY	PT21_Koep.zuschl. HA	PT21K1_Koep.zuschl. PY	PT21K1_Koep.zuschl. HA	PT23_KI-Zuschlag	PT3A_Zuschlag	PZ4_Fallkonferenz Rücken	PT1_Akute / Zeitr. Vers.	Psychoth. - Einzeltherapie	PT1K1_Akute / Zeitr. Ver. Psychother.	PT2_Erstbeh. - Einzelther.	PT2K1_Erstbeh. - Einzelther.	PT3>Weiterbeh. - Einzelther.	PT3K1_Weiterbeh. Einzelther.	PT3TR_Traumata Behandlung	PT4_Niederfrequ. Beh. - Einzelther.	PT4K1_Niederfrequ. Beh.-Einzelther.	PT5_Psychosanal. - Einzelbeh.	PT6_Gruppenbeh. klein	PT7_Gruppenbeh. groß	PT_Ind.EMG	PT_Ind.Verhaltensmed.	PT_Ind.Hypnother.	PT_Ind.EMDR	PT_Ind.LPT	PT_Ind.System. (E)	PT_Ind.System. (K)				
F78.9	Andere Intelligenzminderung: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung																																	
F79.0	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung																																	
F79.1	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert							X					X		X		X			X														
F79.8	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung: Sonstige Verhaltensstörung																																	
F79.9	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung																																	
F80.0	Artikulationsstörung					X		X						X																				
F80.1	Expressive Sprachstörung			X		X		X						X																				
F80.20	Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung [AVWS]			X		X		X						X																				
F80.28	Sonstige rezeptive Sprachstörung																																	
F80.3	Erworbene Aphasie mit Epilepsie [Landau-Kleffner-Syndrom]			X		X		X						X																				
F80.8	Sonstige Entwicklungsstörungen des Sprechens oder der Sprache			X		X		X						X							X													
F80.9	Entwicklungsstörung des Sprechens oder der Sprache, nicht näher bezeichnet																																	
F81.0	Lesen- und Rechtschreibstörung			X		X		X						X							X													
F81.1	Isolierte Rechtschreibstörung			X		X		X						X							X													
F81.2	Rechenstörung			X		X		X						X							X													
F81.3	Kombinierte Störungen schulischer Fertigkeiten			X		X		X						X							X													
F81.8	Sonstige Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten																																	X

*die PTE3TR ist nur in Kombination mit der gesicherten Diagnose F43.1 abrechenbar.

**Die Diagnosen F04, F06.6, F06.7, F06.8, F06.9, F07.0, F07.1, F07.8 sind ausschließlich für die neuropsychologische Psychotherapie abrechenbar.

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.01.2023

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Anlage 12_Anhang 2

Dia		Psychotherapie																						
ICD-Kode	ICD-Klartext	PT1_Koop.zuschl. PY	PT1_Koop.zuschl. HA	PT21K1_Koop.zuschl. PY	PT21K1_Koop.zuschl. HA	PT1_Akute / Zeitn. Vers. Psychoth. - Einzeltherapie	PT1_Akute / Zeitn. Vers. Fallkonferenz Rücken	PT2_Erstbeh. - Einzelther.	PT2K1_Erstbeh. - Einzelther.	PT3>Weiterbeh. - Einzelther.	PT3K1_Weiterbeh. Einzelther.	PT3TR_Traumata Behandlung	PT4_Niederfrequ. Beh. - Einzelther.	PT4K1_Niederfrequ. Beh.-Einzelther.	PT5_Psychosanal. - Einzelbeh.	PT6_Gruppenbeh. klein	PT7_Gruppenbeh. groß	PT_Ind._EMG	PT_Ind._Verhaltensmed.	PT_Ind._Hypnother.	PT_Ind._EMDR	PT_Ind._IPT	PT_Ind._System. (E)	PT_Ind._System. (K)
F81.9	Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten, nicht näher bezeichnet																							
F82.0	Umschriebene Entwicklungsstörung der Grobmotorik	X		X				X																
F82.1	Umschriebene Entwicklungsstörung der Fein- und Graphomotorik	X		X				X																
F82.2	Umschriebene Entwicklungsstörung der Mundmotorik	X		X				X																
F82.9	Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen, nicht näher bezeichnet																							
F83	Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	X		X				X						X										
F84.0	Frühkindlicher Autismus	X		X				X						X										
F84.1	Atypischer Autismus	X		X				X						X										
F84.2	Rettsyndrom	X		X				X						X										
F84.3	Andere desintegrative Störung des Kindesalters	X		X				X						X										
F84.4	Äsberaktive Störung mit Intelligenzinderung und Bewegungsstereotypien	X		X				X						X										
F84.5	Asperger-Syndrom	X		X				X						X										
F84.8	Sonstige tief greifende Entwicklungsstörungen																							
F84.9	Tief greifende Entwicklungsstörung, nicht näher bezeichnet																							
F88	Andere Entwicklungsstörungen	X		X				X						X										
F89	Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung																							
F90.0	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	X		X				X						X										X
F90.1	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	X		X				X						X										X
F90.8	Sonstige hyperkinetische Störungen																							

*die PTE3TR ist nur in Kombination mit der gesicherten Diagnose F43.1 abrechenbar.

**Die Diagnosen F04, F06.6, F06.7, F06.8, F06.9, F07.0, F07.1, F07.8 sind ausschließlich für die neuropsychologische Psychotherapie abrechenbar.

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.01.2023

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Anlage 12_Anhang 2

Dia		Psychotherapie																										
ICD-Kode	ICD-Klartext	PT21_Koop.zuschl. PY	PT21_Koop.zuschl. HA	PT21KI_Koop.zuschl. PY	PT21KI_Koop.zuschl. HA	PT23_KI-Zuschlag	PT23A_Zuschlag	PT24_Fallkonferenz Rücken	PT21_Akute / Zeitn. Vers. Psychoth. - Einzeltherapie	PT21KI_Akute / Zeitn. Ver. Psychother.	PT22_Erstbeh. - Einzelther.	PT22KI_Erstbeh. - Einzelther.	PT23>Weiterbeh. - Einzelther.	PT23KI_Weiterbeh. Einzelther.	PT23TR_Traumata Behandlung	PT24_Niederfrequ. Beh. - Einzelther.	PT24KI_Niederfrequ. Beh.-Einzelther.	PT25_Psychosanal. - Einzelbeh.	PT26_Gruppenbeh. klein	PT27_Gruppenbeh. groß	PT_Ind._EMG	PT_Ind._Verhaltensmed.	PT_Ind._Hypnother.	PT_Ind._EMDR	PT_Ind._IPT	PT_Ind._System. (E)	PT_Ind._System. (K)	
F90.9	Hyperkinetische Störung, nicht näher bezeichnet																											
F91.0	Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens	X		X		X			X	X	X	X	X	X		X	X		X							X		X
F91.1	Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen	X		X		X			X	X	X	X	X	X		X	X		X							X		X
F91.2	Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen	X		X		X			X	X	X	X	X	X		X	X		X							X		X
F91.3	Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten	X		X		X			X	X	X	X	X	X		X	X		X							X		X
F91.8	Sonstige Störungen des Sozialverhaltens	X		X		X			X	X	X	X	X	X		X	X		X							X		X
F91.9	Störung des Sozialverhaltens, nicht näher bezeichnet																											
F92.0	Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung	X		X		X			X	X	X	X	X	X		X	X		X							X		X
F92.8	Sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	X		X		X			X	X	X	X	X	X		X	X		X							X		X
F92.9	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen, nicht näher bezeichnet																											
F93.0	Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters	X		X		X			X	X	X	X	X	X		X	X		X									
F93.1	Phobische Störung des Kindesalters	X		X		X			X	X	X	X	X	X		X	X		X							X		X
F93.2	Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters	X		X		X			X	X	X	X	X	X		X	X		X							X		X
F93.3	Emotionale Störung mit Geschwisterrivalität	X		X		X			X	X	X	X	X	X		X	X		X							X		X
F93.8	Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters	X		X		X			X	X	X	X	X	X		X	X		X							X		X
F93.9	Emotionale Störung des Kindesalters, nicht näher bezeichnet																											
F94.0	Elektriver Mutismus	X		X		X			X	X	X	X	X	X		X	X		X							X		X
F94.1	Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters	X		X		X			X	X	X	X	X	X		X	X		X							X		X
F94.2	Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung	X		X		X			X	X	X	X	X	X		X	X		X							X		X

*die PTE3TR ist nur in Kombination mit der gesicherten Diagnose F43.1 abrechenbar.

**Die Diagnosen F04, F06.6, F06.7, F06.8, F06.9, F07.0, F07.1, F07.8 sind ausschließlich für die neuropsychologische Psychotherapie abrechenbar.

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.01.2023

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Anlage 12_Anhang 2

Dia		Psychotherapie																							
ICD-Kode	ICD-Klartext	PT1_Koep.zuschl. PY	PT1_Koep.zuschl. HA	PT21KJ_Koep.zuschl. PY	PT21KJ_Koep.zuschl. HA	PZ4_Fallkonferenz Rücken	PT1_Akute / Zeitn. Vers. Psychoth. - Einzeltherapie	PT1KJ_Akute / Zeitn. Ver. Psychother.	PT2_Erstbeh. - Einzelther.	PT2KJ_Erstbeh. - Einzelther.	PT3>Weiterbeh. - Einzelther.	PT3KJ_Weiterbeh. Einzelther.	PT3TR_Traumata Behandlung	PT4_Niederfrequ. Beh. - Einzelther.	PT4KJ_Niederfrequ. Beh.-Einzelther.	PT5_Psychosanal. - Einzelbeh.	PT6_Gruppenbeh. klein	PT7_Gruppenbeh. groß	PT_Ind._EMG	PT_Ind._Verhaltensmed.	PT_Ind._Hypnother.	PT_Ind._EMDR	PT_Ind._IPT	PT_Ind._System. (E)	PT_Ind._System. (K)
F94.8	Sonstige Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit																								
F94.9	Störung sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit, nicht näher bezeichnet																								
F95.0	Vorübergehende Ticstörung																								
F95.1	Chronische motorische oder vokale Ticstörung																								
F95.2	Kombinierte vokale und multiple motorische Tics [Tourette-Syndrom]																								
F95.8	Sonstige Ticstörungen																								
F95.9	Ticstörung, nicht näher bezeichnet																								
F98.00	Enuresis nocturna																								
F98.01	Enuresis diurna																								
F98.02	Enuresis nocturna et diurna																								
F98.08	Sonstige und nicht näher bezeichnete nichtorganische Enuresis																								
F98.1	Nichtorganische Enkopresis																								
F98.2	Fütterstörung im frühen Kindesalter																								
F98.3	Pica im Kindesalter																								
F98.40	Stereotype Bewegungsstörungen: ohne Selbstverletzung																								
F98.41	Stereotype Bewegungsstörungen: mit Selbstverletzung																								
F98.49	Stereotype Bewegungsstörungen: ohne Angabe einer Selbstverletzung																								
F98.5	Stottern [Stammeln]																								
F98.6	Poltern																								

*die PTE3TR ist nur in Kombination mit der gesicherten Diagnose F43.1 abrechenbar.

**Die Diagnosen F04, F06.6, F06.7, F06.8, F06.9, F07.0, F07.1, F07.8 sind ausschließlich für die neuropsychologische Psychotherapie abrechenbar.

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.01.2023

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Anlage 12_Anhang 2

Dia		Psychotherapie																										
ICD-Kode	ICD-Klartext	PT1_Koop.zuschl. PY	PT1_Koop.zuschl. HA	PT21_Koop.zuschl. PY	PT21_Koop.zuschl. HA	PT23_KI-Zuschlag	PT3A_Zuschlag	PT4_Fallkonferenz Rücken	PT1_Akute / Zeitn. Vers. Psychoth. - Einzeltherapie	PT1K1_Akute / Zeitn. Ver. Psychother.	PT2_Erstbeh. - Einzelther.	PT2K1_Erstbeh. - Einzelther.	PT3_Weiterbeh. - Einzelther.	PT3K1_Weiterbeh. Einzelther.	PT3TR_Traumata Behandlung	PT4_Niederfrequ. Beh. - Einzelther.	PT4K1_Niederfrequ. Beh.-Einzelther.	PT5_Psychosanal. - Einzelbeh.	PT6_Gruppenbeh. klein	PT7_Gruppenbeh. groß	PT_Ind.EMG	PT_Ind.Verhaltensmed.	PT_Ind.Hypnother.	PT_Ind.EMDR	PT_Ind.IPT	PT_Ind_System.(E)	PT_Ind_System.(KJ)	
F98.80	Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität mit Beginn in der Kindheit und Jugend					X					X	X	X	X			X					X						X
F98.88	Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend			X	X	X					X	X	X	X			X					X						X
F98.9	Nicht näher bezeichnete Verhaltens- oder emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend																											
F99	Psychische Störung ohne nähere Angabe																											

*die PTE3TR ist nur in Kombination mit der gesicherten Diagnose F43.1 abrechenbar.

**Die Diagnosen F04, F06.6, F06.7, F06.8, F06.9, F07.0, F07.1, F07.8 sind ausschließlich für die neuropsychologische Psychotherapie abrechenbar.

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm für Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie			
* leichte Diagnosen werden bei schwerer Funktionseinschränkung (MAS Achse_6 größer 5) den schweren Diagnosen zugeordnet			
ICD	Diagnose	Psycho-sozialer Bedarf 1*	Psycho-sozialer Bedarf 2
F00	(F00.-*) Demenz bei Alzheimer-Krankheit(G30.-+)		
F000	(F00.0*) Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit frühem Beginn (Typ 2)(G30.0+)		x
F001	(F00.1*) Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1) (G30.1+)		x
F002	(F00.2*) Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form (G30.8+)		x
F009	(F00.9*) Demenz bei Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet(G30.9+)		
F01	(F01.-) Vaskuläre Demenz		
F010	(F01.0) Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn		x
F011	(F01.1) Multiinfarkt-Demenz		x
F012	(F01.2) Subkortikale vaskuläre Demenz		x
F013	(F01.3) Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz		x
F018	(F01.8) Sonstige vaskuläre Demenz		x
F019	(F01.9) Vaskuläre Demenz, nicht näher bezeichnet		
F02	(F02.-*) Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten		
F020	(F02.0*) Demenz bei Pick-Krankheit(G31.0+)		x
F021	(F02.1*) Demenz bei Creutzfeldt-Jakob-Krankheit(A81.0+)		x
F022	(F02.2*) Demenz bei Chorea Huntington(G10+)		x
F023	(F02.3*) Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom(G20.-+)		x
F024	(F02.4*) Demenz bei HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit](B22+)		x
F028	(F02.8*) Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheitsbildern		x
F03	(F03) Nicht näher bezeichnete Demenz		
F04	(F04) Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt		x
F05	(F05.-) Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt		
F050	(F05.0) Delir ohne Demenz		x
F051	(F05.1) Delir bei Demenz		x
F058	(F05.8) Sonstige Formen des Delirs		x
F059	(F05.9) Delir, nicht näher bezeichnet		
F06	(F06.-) Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit		
F060	(F06.0) Organische Halluzinose	x	
F061	(F06.1) Organische katatone Störung	x	
F062	(F06.2) Organische wahnhafte [schizophreniforme] Störung	x	
F063	(F06.3) Organische affektive Störungen	x	
F064	(F06.4) Organische Angststörung	x	
F065	(F06.5) Organische dissoziative Störung	x	
F066	(F06.6) Organische emotional labile [asthenische] Störung	x	
F067	(F06.7) Leichte kognitive Störung	x	
F068	(F06.8) Sonstige näher bezeichnete organische psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	x	
F069	(F06.9) Nicht näher bezeichnete organische psychische Störung aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit		

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm für Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie			
* leichte Diagnosen werden bei schwerer Funktionseinschränkung (MAS Achse_6 größer 5) den schweren Diagnosen zugeordnet			
ICD	Diagnose	Psycho- sozialer Bedarf 1*	Psycho- sozialer Bedarf 2
F07	(F07.-) Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns		
F070	(F07.0) Organische Persönlichkeitsstörung		x
F071	(F07.1) Postenzephalitisches Syndrom		x
F072	(F07.2) Organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma		x
F078	(F07.8) Sonstige organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	x	
F079	(F07.9) Nicht näher bezeichnete organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns		
F09	(F09) Nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische psychische Störung		
F10	(F10.-) Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol		
F100	(F10.0) Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	x	
F101	(F10.1) Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch	x	
F102	(F10.2) Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	x	
F103	(F10.3) Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom	x	
F104	(F10.4) Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir	x	
F105	(F10.5) Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Psychotische Störung	x	
F106	(F10.6) Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Amnestisches Syndrom	x	
F107	(F10.7) Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	x	
F108	(F10.8) Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen	x	
F109	(F10.9) Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung		
F11	(F11.-) Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide		
F110	(F11.0) Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	x	
F111	(F11.1) Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Schädlicher Gebrauch	x	
F112	(F11.2) Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom	x	
F113	(F11.3) Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Entzugssyndrom	x	
F114	(F11.4) Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Entzugssyndrom mit Delir	x	
F115	(F11.5) Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Psychotische Störung	x	
F116	(F11.6) Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Amnestisches Syndrom	x	
F117	(F11.7) Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	x	
F118	(F11.8) Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen	x	

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm für Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie			
* leichte Diagnosen werden bei schwerer Funktionseinschränkung (MAS Achse_6 größer 5) den schweren Diagnosen zugeordnet			
ICD	Diagnose	Psycho- sozialer Bedarf 1*	Psycho- sozialer Bedarf 2
F119	(F11.9) Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung		
F12	(F12.-) Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide		
F120	(F12.0) Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	x	
F121	(F12.1) Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Schädlicher Gebrauch	x	
F122	(F12.2) Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom	x	
F123	(F12.3) Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Entzugssyndrom	x	
F124	(F12.4) Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Entzugssyndrom mit Delir	x	
F125	(F12.5) Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Psychotische Störung	x	
F126	(F12.6) Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Amnestisches Syndrom	x	
F127	(F12.7) Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	x	
F128	(F12.8) Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen	x	
F129	(F12.9) Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung		
F13	(F13.-) Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika		
F130	(F13.0) Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	x	
F131	(F13.1) Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Schädlicher Gebrauch	x	
F132	(F13.2) Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom	x	
F133	(F13.3) Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Entzugssyndrom	x	
F134	(F13.4) Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Entzugssyndrom mit Delir	x	
F135	(F13.5) Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Psychotische Störung	x	
F136	(F13.6) Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Amnestisches Syndrom	x	
F137	(F13.7) Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	x	
F138	(F13.8) Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen	x	
F139	(F13.9) Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung		
F14	(F14.-) Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain		
F140	(F14.0) Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	x	
F141	(F14.1) Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Schädlicher Gebrauch	x	
F142	(F14.2) Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Abhängigkeitssyndrom	x	
F143	(F14.3) Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Entzugssyndrom	x	

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm für Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie			
* leichte Diagnosen werden bei schwerer Funktionseinschränkung (MAS Achse_6 größer 5) den schweren Diagnosen zugeordnet			
ICD	Diagnose	Psycho-sozialer Bedarf 1*	Psycho-sozialer Bedarf 2
F144	(F14.4) Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Entzugssyndrom mit Delir	x	
F145	(F14.5) Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Psychotische Störung	x	
F146	(F14.6) Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Amnestisches Syndrom	x	
F147	(F14.7) Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	x	
F148	(F14.8) Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen	x	
F149	(F14.9) Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung		
F15	(F15.-) Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein		
F150	(F15.0) Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	x	
F151	(F15.1) Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Schädlicher Gebrauch	x	
F152	(F15.2) Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Abhängigkeitssyndrom	x	
F153	(F15.3) Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Entzugssyndrom	x	
F154	(F15.4) Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Entzugssyndrom mit Delir	x	
F155	(F15.5) Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Psychotische Störung	x	
F156	(F15.6) Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Amnestisches Syndrom	x	
F157	(F15.7) Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	x	
F158	(F15.8) Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen	x	
F159	(F15.9) Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung		
F16	(F16.-) Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene		
F160	(F16.0) Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	x	
F161	(F16.1) Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Schädlicher Gebrauch	x	
F162	(F16.2) Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Abhängigkeitssyndrom	x	
F163	(F16.3) Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Entzugssyndrom	x	
F164	(F16.4) Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Entzugssyndrom mit Delir	x	
F165	(F16.5) Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Psychotische Störung	x	
F166	(F16.6) Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Amnestisches Syndrom	x	

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm für Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie			
* leichte Diagnosen werden bei schwerer Funktionseinschränkung (MAS Achse_6 größer 5) den schweren Diagnosen zugeordnet			
ICD	Diagnose	Psycho- sozialer Bedarf 1*	Psycho- sozialer Bedarf 2
F167	(F16.7) Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	x	
F168	(F16.8) Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen	x	
F169	(F16.9) Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung		
F17	(F17.-) Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak		
F170	(F17.0) Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Akute Intoxikation [akuter Rausch]		
F171	(F17.1) Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Schädlicher Gebrauch		
F172	(F17.2) Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom		
F173	(F17.3) Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Entzugssyndrom		
F174	(F17.4) Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Entzugssyndrom mit Delir		
F175	(F17.5) Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Psychotische Störung		
F176	(F17.6) Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Amnestisches Syndrom		
F177	(F17.7) Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung		
F178	(F17.8) Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen		
F179	(F17.9) Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung		
F18	(F18.-) Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel		
F180	(F18.0) Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	x	
F181	(F18.1) Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Schädlicher Gebrauch	x	
F182	(F18.2) Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Abhängigkeitssyndrom	x	
F183	(F18.3) Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Entzugssyndrom	x	
F184	(F18.4) Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Entzugssyndrom mit Delir	x	
F185	(F18.5) Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Psychotische Störung	x	
F186	(F18.6) Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Amnestisches Syndrom	x	
F187	(F18.7) Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	x	
F188	(F18.8) Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen	x	
F189	(F18.9) Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung		
F19	(F19.-) Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen		
F190	(F19.0) Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	x	

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm für Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie			
* leichte Diagnosen werden bei schwerer Funktionseinschränkung (MAS Achse_6 größer 5) den schweren Diagnosen zugeordnet			
ICD	Diagnose	Psycho-sozialer Bedarf 1*	Psycho-sozialer Bedarf 2
F191	(F19.1) Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Schädlicher Gebrauch	x	
F192	(F19.2) Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom	x	
F193	(F19.3) Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Entzugssyndrom	x	
F194	(F19.4) Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Entzugssyndrom mit Delir	x	
F195	(F19.5) Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Psychotische Störung	x	
F196	(F19.6) Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Amnestisches Syndrom	x	
F197	(F19.7) Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	x	
F198	(F19.8) Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen	x	
F199	(F19.9) Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung		
F20	(F20.-) Schizophrenie		
F200	(F20.0) Paranoide Schizophrenie		x
F201	(F20.1) Hebephrene Schizophrenie		x
F202	(F20.2) Katatone Schizophrenie		x
F203	(F20.3) Undifferenzierte Schizophrenie		x
F204	(F20.4) Postschizophrene Depression		x
F205	(F20.5) Schizophrenes Residuum		x
F206	(F20.6) Schizophrenia simplex		x
F208	(F20.8) Sonstige Schizophrenie		x
F209	(F20.9) Schizophrenie, nicht näher bezeichnet		
F21	(F21) Schizotype Störung		x
F22	(F22.-) Anhaltende wahnhaftige Störungen		
F220	(F22.0) Wahnhaftige Störung		x
F228	(F22.8) Sonstige anhaltende wahnhaftige Störungen		x
F229	(F22.9) Anhaltende wahnhaftige Störung, nicht näher bezeichnet		
F23	(F23.-) Akute vorübergehende psychotische Störungen		
F230	(F23.0) Akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie		x
F231	(F23.1) Akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie		x
F232	(F23.2) Akute schizophreniforme psychotische Störung		x
F233	(F23.3) Sonstige akute vorwiegend wahnhaftige psychotische Störungen		x

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm für Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie			
* leichte Diagnosen werden bei schwerer Funktionseinschränkung (MAS Achse_6 größer 5) den schweren Diagnosen zugeordnet			
ICD	Diagnose	Psycho- sozialer Bedarf 1*	Psycho- sozialer Bedarf 2
F238	(F23.8) Sonstige akute vorübergehende psychotische Störungen		x
F239	(F23.9) Akute vorübergehende psychotische Störung, nicht näher bezeichnet		
F24	(F24) Induzierte wahnhafte Störung		x
F25	(F25.-) Schizoaffektive Störungen		
F250	(F25.0) Schizoaffektive Störung, gegenwärtig manisch		x
F251	(F25.1) Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv		x
F252	(F25.2) Gemischte schizoaffektive Störung		x
F258	(F25.8) Sonstige schizoaffektive Störungen		x
F259	(F25.9) Schizoaffektive Störung, nicht näher bezeichnet		
F28	(F28) Sonstige nichtorganische psychotische Störungen		x
F29	(F29) Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose		
F30	(F30.-) Manische Episode		
F300	(F30.0) Hypomanie		x
F301	(F30.1) Manie ohne psychotische Symptome		x
F302	(F30.2) Manie mit psychotischen Symptomen		x
F308	(F30.8) Sonstige manische Episoden		x
F309	(F30.9) Manische Episode, nicht näher bezeichnet	x	
F31	(F31.-) Bipolare affektive Störung		
F310	(F31.0) Bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomanische Episode		x
F311	(F31.1) Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome		x
F312	(F31.2) Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen		x
F313	(F31.3) Bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode		x
F314	(F31.4) Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome		x
F315	(F31.5) Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen		x
F316	(F31.6) Bipolare affektive Störung, gegenwärtig gemischte Episode		x
F317	(F31.7) Bipolare affektive Störung, gegenwärtig remittiert		x
F318	(F31.8) Sonstige bipolare affektive Störungen		x
F319	(F31.9) Bipolare affektive Störung, nicht näher bezeichnet		
F32	(F32.-) Depressive Episode		
F320	(F32.0) Leichte depressive Episode	x	
F321	(F32.1) Mittelgradige depressive Episode		x
F322	(F32.2) Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome		x
F323	(F32.3) Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen		x
F328	(F32.8) Sonstige depressive Episoden		x
F329	(F32.9) Depressive Episode, nicht näher bezeichnet		
F33	(F33.-) Rezidivierende depressive Störung		
F330	(F33.0) Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode	x	
F331	(F33.1) Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode		x
F332	(F33.2) Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome		x

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm für Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie			
* leichte Diagnosen werden bei schwerer Funktionseinschränkung (MAS Achse_6 größer 5) den schweren Diagnosen zugeordnet			
ICD	Diagnose	Psycho-sozialer Bedarf 1*	Psycho-sozialer Bedarf 2
F333	(F33.3) Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen		x
F334	(F33.4) Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert		x
F338	(F33.8) Sonstige rezidivierende depressive Störungen		x
F339	(F33.9) Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet		
F34	(F34.-) Anhaltende affektive Störungen		
F340	(F34.0) Zylothymia		x
F341	(F34.1) Dysthymia		x
F348	(F34.8) Sonstige anhaltende affektive Störungen		x
F349	(F34.9) Anhaltende affektive Störung, nicht näher bezeichnet		x
F38	(F38.-) Andere affektive Störungen		
F380	(F38.0) Andere einzelne affektive Störungen		x
F381	(F38.1) Andere rezidivierende affektive Störungen		x
F388	(F38.8) Sonstige näher bezeichnete affektive Störungen		x
F39	(F39) Nicht näher bezeichnete affektive Störung		x
F40	(F40.-) Phobische Störungen		
F400	(F40.0-) Agoraphobie		
F4000	(F40.00) Agoraphobie: Ohne Angabe einer Panikstörung	x	
F4001	(F40.01) Agoraphobie: Mit Panikstörung	x	
F401	(F40.1) Soziale Phobien	x	
F402	(F40.2) Spezifische (isolierte) Phobien	x	
F408	(F40.8) Sonstige phobische Störungen	x	
F409	(F40.9) Phobische Störung, nicht näher bezeichnet		
F41	(F41.-) Andere Angststörungen		
F410	(F41.0) Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]	x	
F411	(F41.1) Generalisierte Angststörung	x	
F412	(F41.2) Angst und depressive Störung, gemischt	x	
F413	(F41.3) Andere gemischte Angststörungen	x	
F418	(F41.8) Sonstige spezifische Angststörungen	x	
F419	(F41.9) Angststörung, nicht näher bezeichnet		
F42	(F42.-) Zwangsstörung		
F420	(F42.0) Vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang		x
F421	(F42.1) Vorwiegend Zwangshandlungen [Zwangsrituale]		x
F422	(F42.2) Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt		x
F428	(F42.8) Sonstige Zwangsstörungen		x
F429	(F42.9) Zwangsstörung, nicht näher bezeichnet		
F43	(F43.-) Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen		
F430	(F43.0) Akute Belastungsreaktion	x	
F431	(F43.1) Posttraumatische Belastungsstörung		x
F432	(F43.2) Anpassungsstörungen	x	
F438	(F43.8) Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung	x	
F439	(F43.9) Reaktion auf schwere Belastung, nicht näher bezeichnet		
F44	(F44.-) Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]		
F440	(F44.0) Dissoziative Amnesie	x	

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm für Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie			
* leichte Diagnosen werden bei schwerer Funktionseinschränkung (MAS Achse_6 größer 5) den schweren Diagnosen zugeordnet			
ICD	Diagnose	Psycho-sozialer Bedarf 1*	Psycho-sozialer Bedarf 2
F441	(F44.1) Dissoziative Fugue	x	
F442	(F44.2) Dissoziativer Stupor	x	
F443	(F44.3) Trance- und Besessenheitszustände	x	
F444	(F44.4) Dissoziative Bewegungsstörungen	x	
F445	(F44.5) Dissoziative Krampfanfälle	x	
F446	(F44.6) Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen	x	
F447	(F44.7) Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen], gemischt	x	
F448	(F44.8-) Sonstige dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]		
F4480	(F44.80) Ganser-Syndrom	x	
F4481	(F44.81) Multiple Persönlichkeit(ssörung)		x
F4482	(F44.82) Transitorische dissoziative Störungen [Konversionsstörungen] in Kindheit und Jugend	x	
F4488	(F44.88) Sonstige dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]	x	
F449	(F44.9) Dissoziative Störung [Konversionsstörung], nicht näher bezeichnet		
F45	(F45.-) Somatoforme Störungen		
F450	(F45.0) Somatisierungsstörung	x	
F451	(F45.1) Undifferenzierte Somatisierungsstörung	x	
F452	(F45.2) Hypochondrische Störung	x	
F453	(F45.3-) Somatoforme autonome Funktionsstörung		
F4530	(F45.30) Somatoforme autonome Funktionsstörung: Herz und Kreislaufsystem	x	
F4531	(F45.31) Somatoforme autonome Funktionsstörung: Oberes Verdauungssystem	x	
F4532	(F45.32) Somatoforme autonome Funktionsstörung: Unteres Verdauungssystem	x	
F4533	(F45.33) Somatoforme autonome Funktionsstörung: Atmungssystem	x	
F4534	(F45.34) Somatoforme autonome Funktionsstörung: Urogenitalsystem	x	
F4537	(F45.37) Somatoforme autonome Funktionsstörung: Mehrere Organe und Systeme	x	
F4538	(F45.38) Somatoforme autonome Funktionsstörung: Sonstige Organe und Systeme	x	
F4539	(F45.39) Somatoforme autonome Funktionsstörung: Nicht näher bezeichnetes Organ oder System		
F454	(F45.4-) Anhaltende Schmerzstörung		
F4540	(F45.40) Anhaltende somatoforme Schmerzstörung		x
F4541	(F45.41) Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren		x
F458	(F45.8) Sonstige somatoforme Störungen	x	
F459	(F45.9) Somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet		
F48	(F48.-) Andere neurotische Störungen		
F480	(F48.0) Neurasthenie	x	
F481	(F48.1) Depersonalisations- und Derealisationssyndrom	x	
F488	(F48.8) Sonstige neurotische Störungen	x	
F489	(F48.9) Neurotische Störung, nicht näher bezeichnet		
F50	(F50.-) Essstörungen		
F500	(F50.0-) Anorexia nervosa		
F5000	(F50.00) Anorexia nervosa, restriktiver Typ		x
F5001	(F50.01) Anorexia nervosa, aktiver Typ		x

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm für Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie			
* leichte Diagnosen werden bei schwerer Funktionseinschränkung (MAS Achse_6 größer 5) den schweren Diagnosen zugeordnet			
ICD	Diagnose	Psycho-sozialer Bedarf 1*	Psycho-sozialer Bedarf 2
F5008	(F50.08) Sonstige und nicht näher bezeichnete Anorexia nervosa		x
F501	(F50.1) Atypische Anorexia nervosa		x
F502	(F50.2) Bulimia nervosa		x
F503	(F50.3) Atypische Bulimia nervosa		x
F504	(F50.4) Essattacken bei anderen psychischen Störungen		x
F505	(F50.5) Erbrechen bei anderen psychischen Störungen		x
F508	(F50.8) Sonstige Essstörungen		x
F509	(F50.9) Essstörung, nicht näher bezeichnet		
F51	(F51.-) Nichtorganische Schlafstörungen		
F510	(F51.0) Nichtorganische Insomnie	x	
F511	(F51.1) Nichtorganische Hypersomnie	x	
F512	(F51.2) Nichtorganische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus	x	
F513	(F51.3) Schlafwandeln [Somnambulismus]	x	
F514	(F51.4) Pavor nocturnus	x	
F515	(F51.5) Alpträume [Angsträume]	x	
F518	(F51.8) Sonstige nichtorganische Schlafstörungen	x	
F519	(F51.9) Nichtorganische Schlafstörung, nicht näher bezeichnet		
F52	(F52.-) Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit		
F520	(F52.0) Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen	x	
F521	(F52.1) Sexuelle Aversion und mangelnde sexuelle Befriedigung	x	
F522	(F52.2) Versagen genitaler Reaktionen	x	
F523	(F52.3) Orgasmusstörung	x	
F524	(F52.4) Ejaculatio praecox	x	
F525	(F52.5) Nichtorganischer Vaginismus	x	
F526	(F52.6) Nichtorganische Dyspareunie	x	
F527	(F52.7) Gesteigertes sexuelles Verlangen	x	
F528	(F52.8) Sonstige sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit	x	
F529	(F52.9) Nicht näher bezeichnete sexuelle Funktionsstörung, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit		
F53	(F53.-) Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert		
F530	(F53.0) Leichte psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert	x	
F531	(F53.1) Schwere psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert		x
F538	(F53.8) Sonstige psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert	x	
F539	(F53.9) Psychische Störung im Wochenbett, nicht näher bezeichnet		
F54	(F54) Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	x	
F55	(F55.-) Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen		
F550	(F55.0) Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen: Antidepressiva	x	
F551	(F55.1) Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen: Laxanzien	x	

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm für Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie			
* leichte Diagnosen werden bei schwerer Funktionseinschränkung (MAS Achse_6 größer 5) den schweren Diagnosen zugeordnet			
ICD	Diagnose	Psycho-sozialer Bedarf 1*	Psycho-sozialer Bedarf 2
F552	(F55.2) Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen: Analgetika	x	
F553	(F55.3) Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen: Antazida	x	
F554	(F55.4) Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen: Vitamine	x	
F555	(F55.5) Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen: Steroide und Hormone	x	
F556	(F55.6) Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen: Pflanzen oder Naturheilmittel	x	
F558	(F55.8) Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen: Sonstige Substanzen	x	
F559	(F55.9) Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen: Nicht näher bezeichnete Substanz		
F59	(F59) Nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen und Faktoren		
F60	(F60.-) Spezifische Persönlichkeitsstörungen		
F600	(F60.0) Paranoide Persönlichkeitsstörung		x
F601	(F60.1) Schizoide Persönlichkeitsstörung		x
F602	(F60.2) Dissoziale Persönlichkeitsstörung		x
F603	(F60.3-) Emotional instabile Persönlichkeitsstörung		
F6030	(F60.30) Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Impulsiver Typ		x
F6031	(F60.31) Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ		x
F604	(F60.4) Histrionische Persönlichkeitsstörung		x
F605	(F60.5) Anankastische [zwanghafte] Persönlichkeitsstörung		x
F606	(F60.6) Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung		x
F607	(F60.7) Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung		x
F608	(F60.8) Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen		x
F609	(F60.9) Persönlichkeitsstörung, nicht näher bezeichnet		
F61	(F61) Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen		x
F62	(F62.-) Andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns		
F620	(F62.0) Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extremlastung	x	
F621	(F62.1) Andauernde Persönlichkeitsänderung nach psychischer Krankheit	x	
F628	(F62.8-) Sonstige andauernde Persönlichkeitsänderungen		
F6280	(F62.80) Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom	x	
F6288	(F62.88) Sonstige andauernde Persönlichkeitsänderungen	x	
F629	(F62.9) Andauernde Persönlichkeitsänderung, nicht näher bezeichnet		
F63	(F63.-) Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle		
F630	(F63.0) Pathologisches Spielen	x	
F631	(F63.1) Pathologische Brandstiftung [Pyromanie]	x	
F632	(F63.2) Pathologisches Stehlen [Kleptomanie]	x	
F633	(F63.3) Trichotillomanie	x	
F638	(F63.8) Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	x	
F639	(F63.9) Abnorme Gewohnheit und Störung der Impulskontrolle, nicht näher bezeichnet	x	
F64	(F64.-) Störungen der Geschlechtsidentität		

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm für Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie			
* leichte Diagnosen werden bei schwerer Funktionseinschränkung (MAS Achse_6 größer 5) den schweren Diagnosen zugeordnet			
ICD	Diagnose	Psycho-sozialer Bedarf 1*	Psycho-sozialer Bedarf 2
F640	(F64.0) Transsexualismus	x	
F641	(F64.1) Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen	x	
F642	(F64.2) Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters	x	
F648	(F64.8) Sonstige Störungen der Geschlechtsidentität	x	
F649	(F64.9) Störung der Geschlechtsidentität, nicht näher bezeichnet		
F65	(F65.-) Störungen der Sexualpräferenz		
F650	(F65.0) Fetischismus	x	
F651	(F65.1) Fetischistischer Transvestitismus	x	
F652	(F65.2) Exhibitionismus	x	
F653	(F65.3) Voyeurismus	x	
F654	(F65.4) Pädophilie	x	
F655	(F65.5) Sadomasochismus	x	
F656	(F65.6) Multiple Störungen der Sexualpräferenz	x	
F658	(F65.8) Sonstige Störungen der Sexualpräferenz	x	
F659	(F65.9) Störung der Sexualpräferenz, nicht näher bezeichnet	x	
F66	(F66.-) Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung		
F660	(F66.0) Sexuelle Reifungskrise	x	
F661	(F66.1) Ichdystone Sexualorientierung	x	
F662	(F66.2) Sexuelle Beziehungsstörung	x	
F668	(F66.8) Sonstige psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung	x	
F669	(F66.9) Psychische und Verhaltensstörung in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung, nicht näher bezeichnet	x	
F68	(F68.-) Andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen		
F680	(F68.0) Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen	x	
F681	(F68.1) Artifizielle Störung [absichtliches Erzeugen oder Vortäuschen von körperlichen oder psychischen Symptomen oder Behinderungen]	x	
F688	(F68.8) Sonstige näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	x	
F69	(F69) Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung		
F70	(F70.-) Leichte Intelligenzminderung		
F700	Verhaltensstörung	x	
F701	(F70.1) Leichte Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert		x
F708	(F70.8) Leichte Intelligenzminderung: Sonstige Verhaltensstörung	x	
F709	(F70.9) Leichte Intelligenzminderung: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung		
F71	(F71.-) Mittelgradige Intelligenzminderung		
F710	(F71.0) Mittelgradige Intelligenzminderung: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung	x	
F711	(F71.1) Mittelgradige Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert		x
F718	(F71.8) Mittelgradige Intelligenzminderung: Sonstige Verhaltensstörung	x	
F719	(F71.9) Mittelgradige Intelligenzminderung: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung		
F72	(F72.-) Schwere Intelligenzminderung		
F720	(F72.0) Schwere Intelligenzminderung: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung	x	

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm für Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie			
* leichte Diagnosen werden bei schwerer Funktionseinschränkung (MAS Achse_6 größer 5) den schweren Diagnosen zugeordnet			
ICD	Diagnose	Psycho- sozialer Bedarf 1*	Psycho- sozialer Bedarf 2
F721	(F72.1) Schwere Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert		x
F728	(F72.8) Schwere Intelligenzminderung: Sonstige Verhaltensstörung	x	
F729	(F72.9) Schwere Intelligenzminderung: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung		
F73	(F73.-) Schwerste Intelligenzminderung		
F730	(F73.0) Schwerste Intelligenzminderung: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung	x	
F731	(F73.1) Schwerste Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert		x
F738	(F73.8) Schwerste Intelligenzminderung: Sonstige Verhaltensstörung	x	
F739	(F73.9) Schwerste Intelligenzminderung: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung		
F74	(F74.-) Dissoziierte Intelligenz		
F740	(F74.0) Dissoziierte Intelligenz: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung	x	
F741	(F74.1) Dissoziierte Intelligenz: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert		x
F748	(F74.8) Dissoziierte Intelligenz: Sonstige Verhaltensstörung	x	
F749	(F74.9) Dissoziierte Intelligenz: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung		
F78	(F78.-) Andere Intelligenzminderung		
F780	Verhaltensstörung	x	
F781	(F78.1) Andere Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert		x
F788	(F78.8) Andere Intelligenzminderung: Sonstige Verhaltensstörung	x	
F789	(F78.9) Andere Intelligenzminderung: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung		
F79	(F79.-) Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung		
F790	(F79.0) Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung		
F791	(F79.1) Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert		
F798	(F79.8) Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung: Sonstige Verhaltensstörung		
F799	(F79.9) Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung		
F80	(F80.-) Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache		
F800	(F80.0) Artikulationsstörung	x	
F801	(F80.1) Expressive Sprachstörung	x	
F802	(F80.2-) Rezeptive Sprachstörung		
F8020	(F80.20) Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung [AVWS]	x	
F8028	(F80.28) Sonstige rezeptive Sprachstörung	x	
F803	(F80.3) Erworbene Aphasie mit Epilepsie [Landau-Kleffner-Syndrom]	x	
F808	(F80.8) Sonstige Entwicklungsstörungen des Sprechens oder der Sprache	x	
F809	(F80.9) Entwicklungsstörung des Sprechens oder der Sprache, nicht näher bezeichnet		
F81	(F81.-) Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten		
F810	(F81.0) Lese- und Rechtschreibstörung	x	
F811	(F81.1) Isolierte Rechtschreibstörung	x	
F812	(F81.2) Rechenstörung	x	
F813	(F81.3) Kombinierte Störungen schulischer Fertigkeiten	x	

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm für Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie			
* leichte Diagnosen werden bei schwerer Funktionseinschränkung (MAS Achse_6 größer 5) den schweren Diagnosen zugeordnet			
ICD	Diagnose	Psycho-sozialer Bedarf 1*	Psycho-sozialer Bedarf 2
F818	(F81.8) Sonstige Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	x	
F819	(F81.9) Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten, nicht näher bezeichnet		
F82	(F82.-) Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen		
F820	(F82.0) Umschriebene Entwicklungsstörung der Grobmotorik	x	
F821	(F82.1) Umschriebene Entwicklungsstörung der Fein- und Graphomotorik	x	
F822	(F82.2) Umschriebene Entwicklungsstörung der Mundmotorik	x	
F829	(F82.9) Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen, nicht näher bezeichnet		
F83	(F83) Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	x	
F84	(F84.-) Tief greifende Entwicklungsstörungen		
F840	(F84.0) Frühkindlicher Autismus		x
F841	(F84.1) Atypischer Autismus		x
F842	(F84.2) Rett-Syndrom		x
F843	(F84.3) Andere desintegrative Störung des Kindesalters		x
F844	(F84.4) Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien		x
F845	(F84.5) Asperger-Syndrom		x
F848	(F84.8) Sonstige tief greifende Entwicklungsstörungen		x
F849	(F84.9) Tief greifende Entwicklungsstörung, nicht näher bezeichnet		
F88	(F88) Andere Entwicklungsstörungen	x	
F89	(F89) Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung	x	
F90	(F90.-) Hyperkinetische Störungen		
F900	(F90.0) Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	x	
F901	(F90.1) Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	x	
F908	(F90.8) Sonstige hyperkinetische Störungen	x	
F909	(F90.9) Hyperkinetische Störung, nicht näher bezeichnet		
F91	(F91.-) Störungen des Sozialverhaltens		
F910	(F91.0) Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens	x	
F911	(F91.1) Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen	x	
F912	(F91.2) Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen	x	
F913	(F91.3) Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten	x	
F918	(F91.8) Sonstige Störungen des Sozialverhaltens	x	
F919	(F91.9) Störung des Sozialverhaltens, nicht näher bezeichnet		
F92	(F92.-) Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen		
F920	(F92.0) Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung	x	
F928	(F92.8) Sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	x	
F929	(F92.9) Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen, nicht näher bezeichnet		
F93	(F93.-) Emotionale Störungen des Kindesalters		
F930	(F93.0) Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters	x	
F931	(F93.1) Phobische Störung des Kindesalters	x	
F932	(F93.2) Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters	x	
F933	(F93.3) Emotionale Störung mit Geschwisterrivalität	x	
F938	(F93.8) Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters	x	

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm für Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie			
* leichte Diagnosen werden bei schwerer Funktionseinschränkung (MAS Achse_6 größer 5) den schweren Diagnosen zugeordnet			
ICD	Diagnose	Psycho- sozialer Bedarf 1*	Psycho- sozialer Bedarf 2
F939	(F93.9) Emotionale Störung des Kindesalters, nicht näher bezeichnet		
F94	(F94.-) Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend		
F940	(F94.0) Elektiver Mutismus	x	
F941	(F94.1) Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters		x
F942	(F94.2) Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung		x
F948	(F94.8) Sonstige Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit	x	
F949	(F94.9) Störung sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit, nicht näher bezeichnet	x	
F95	(F95.-) Ticstörungen		
F950	(F95.0) Vorübergehende Ticstörung	x	
F951	(F95.1) Chronische motorische oder vokale Ticstörung	x	
F952	(F95.2) Kombinierte vokale und multiple motorische Tics [Tourette-Syndrom]	x	
F958	(F95.8) Sonstige Ticstörungen	x	
F959	(F95.9) Ticstörung, nicht näher bezeichnet	x	
F98	(F98.-) Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend		
F980	(F98.0-) Nichtorganische Enuresis		
F9800	(F98.00) Enuresis nocturna	x	
F9801	(F98.01) Enuresis diurna	x	
F9802	(F98.02) Enuresis nocturna et diurna	x	
F9808	(F98.08) Sonstige und nicht näher bezeichnete nichtorganische Enuresis	x	
F981	(F98.1) Nichtorganische Enkopresis	x	
F982	(F98.2) Fütterstörung im frühen Kindesalter	x	
F983	(F98.3) Pica im Kindesalter	x	
F984	(F98.4-) Stereotype Bewegungsstörungen		
F9840	(F98.40) Stereotype Bewegungsstörungen: Ohne Selbstverletzung	x	
F9841	(F98.41) Stereotype Bewegungsstörungen: Mit Selbstverletzung	x	
F9849	(F98.49) Stereotype Bewegungsstörungen: Ohne Angabe einer Selbstverletzung		
F985	(F98.5) Stottern [Stammeln]	x	
F986	(F98.6) Poltern	x	
F9880	(F98.80) Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität mit Beginn in der Kindheit und Jugend	x	
F9888	(F98.88) Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	x	
F989	(F98.9) Nicht näher bezeichnete Verhaltens- oder emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend		
F99	(F99) Psychische Störung ohne nähere Angabe		

Qualitätszuschläge Rationale Pharmakotherapie

Die Vertragspartner streben durch diesen Vertrag die Umsetzung einer Rationalen Pharmakotherapie an. Die ärztliche Hoheit und Verantwortung bei der Verordnung bleibt dabei voll gewahrt. Der FACHARZT soll für alle Patienten eine leitliniengerechte und unter qualitativen und wirtschaftlichen Aspekten angemessene Verordnung von Arzneimitteln durchführen. Aktuelle und wissenschaftlich fundierte Hilfestellungen zur Realisierung einer rationalen Pharmakotherapie erhält der FACHARZT sowohl in den Qualitätszirkeln gem. Anlage 2 als auch in der Vertragssoftware.

1. Zuschlag Rationale Pharmakotherapie

Die Empfehlungen, welche in die Vertragssoftware eingeflossen sind, sind von einem Gremium aus Experten, insbesondere des niedergelassenen neurologischen, psychiatrischen und hausärztlichen Bereichs, Apothekern und Ärzten der AOK und BKK sowie Vertretern von BVDN und MEDIVERBUND auf der Basis von medizinischen und ökonomischen Kriterien unter Einbeziehung systematischer Bewertungsverfahren erarbeitet worden. Es handelt sich dabei um einen permanenten Prozess, die Empfehlungen werden laufend fortgeschrieben und an die aktuellen wissenschaftlichen Entwicklungen angepasst.

Die Kriterien, nach denen der Zuschlag von 4,00 € pro Quartal auf die Pauschalen NP1, NP1H, PYP1 und PYP1H ausgezahlt wird, können von der AOK, der BKK und vom MEDIVERBUND einvernehmlich vierteljährlich angepasst werden. Falls keine Anpassung erfolgt, sind die für das Vorquartal gültigen Kriterien auch im laufenden Quartal gültig. **Die übrigen Vertragspartner stimmen einer entsprechenden Änderung schon jetzt zu.**

Falls ein FACHARZT in einem Quartal Arzneimittel außerhalb der Vertragssoftware verordnet und die Ermittlung einer oder mehrerer seiner Quoten dadurch verfälscht wird, kann der Zuschlag Rationale Pharmakotherapie für diesen FACHARZT für dieses Quartal auch im Nachhinein gestrichen und verrechnet werden.

Da die in der Vertragssoftware hinterlegten Arzneimittelempfehlungen regelmäßig aktualisiert werden können, erfolgt auch die Auswertung der Quoten jeweils taggleich auf Basis des jeweiligen Standes der Arzneimittelempfehlungen. Abweichend von den durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf der Grundlage von § 73 Abs. 8 Satz 7 SGB V erlassenen Richtlinien, sind in der Software farbliche Hinterlegungen von Arzneimitteln enthalten. Diese dienen dazu, den Arzt bei einem wirtschaftlichen Ordnungsverhalten zu unterstützen.

In der Vertragssoftware gibt es für Arzneimittel folgende Kennzeichnungen:

Grün hinterlegt sind:

1. Patentfreie Arzneimittel, für die im Rahmen von Ausschreibungen Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen wurden (= **Rabatt-Grün**)
2. Grün berechnete Arzneimittel. Sie haben keine Auswirkung auf die Quote.

Blau hinterlegt sind:

Patentgeschützte und / oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel, für die Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen wurden.

Orange hinterlegt sind:

Patentgeschützte und / oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel, die durch patentgeschützte und / oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel substituiert werden können, für die Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen wurden (Blau hinterlegt).

Rot hinterlegt sind:

Arzneimittel, die in der Regel durch qualitative und wirtschaftliche Alternativen unter Beachtung medizinischer Ausschlusskriterien substituiert werden können.

Nicht farblich hinterlegt sind:

Alle übrigen Arzneimittel.

Dem FACHARZT wird empfohlen, im Rahmen der bestehenden Therapiefreiheit bevorzugt grün hinterlegte Arzneimittel zu verordnen.

Verordnungen von blau hinterlegten Arzneimitteln sollen den Verordnungen von orange hinterlegten Arzneimitteln bevorzugt werden.

Verordnungen von grün hinterlegten Arzneimitteln sollen bevorzugt werden.

Bei Verordnungen von rot hinterlegten Arzneimitteln soll der Substitutionsvorschlag bevorzugt werden.

Ermittlung des Zuschlages

Der Zuschlag von 4,00 € wird aufgeteilt in

1. einen Zuschlag Rot (0,50 €),
2. einen Zuschlag Rabatt-Grün (2,50 €) und
3. einen Zuschlag Blau (1,00 €).

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.01.2014

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Die Zuschläge können einzeln ausgelöst werden und werden in Form von Prozentangaben ermittelt, indem zunächst die folgenden Indikatoren gebildet werden:

Indikator	Zähler	Nenner
Rot	Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln, die rot markiert sind	Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln, die rot markiert sind sowie die Anzahl der Verordnungen der Wirkstoffe, die zu ihrer Substitution vorgeschlagen werden
Rabatt-Grün	Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln, die "Rabatt-Grün" markiert sind	Anzahl von Verordnungen von Arzneimitteln mit ausgeschriebenen Wirkstoff-Rabattverträgen sowie der Anzahl der Verordnungen von wirkstoffgleichen Alternativen ohne Rabattvertrag.
Blau	Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln, die blau markiert sind	Anzahl der Verordnungen der blau hinterlegten Arzneimittel sowie die Verordnungen der Alternativen ohne Rabattvertrag.

Ausgelöst werden die Zuschläge, wenn folgende Schwellenwerte erreicht werden:

Rot	$\leq 3\%$
Rabatt-Grün	$\geq 90\%$
Blau	$\geq 70\%$

2. Indikationsbezogene Zielgrößen

2.1 Grundsätze

- Die Ermittlung der indikationsbezogenen Zielgrößen erfolgt quartalsweise.
- Zur Ermittlung der indikationsbezogenen Quoten werden ATC/PZN-Listen mit dem Stand zum jeweiligen Quartalsende herangezogen.
- Bei der Ermittlung der indikationsbezogenen Zielgrößen werden immer alle in das AOK-Hausarztprogramm eingeschriebenen Versicherten berücksichtigt. Dabei ist das HzV-Teilnehmerverzeichnis des Quartals maßgeblich, für welches die Auswertung erfolgt.
- Bei der Ermittlung der indikationsbezogenen Zielgrößen werden immer alle Verordnungen aller Ärzte für diese HzV-Versicherten (unabhängig von deren Arztnummer, Arztgruppe oder Vertragsteilnahme) berücksichtigt.
- Maßgeblich für die zeitliche Zuordnung der Verordnungen zum Quartal ist das Verordnungsdatum.
- Die Ermittlung der Verordnungen erfolgt anhand der Apothekenabrechnungsdaten (§ 300 SGB V) der AOK Baden-Württemberg.
- Reimporte werden bei der Ermittlung der Quoten mit berücksichtigt.
- Die indikationsbezogenen Zielgrößen werden für alle FACHÄRZTE gemeinsam und nicht arztindividuell ermittelt. Bei Erreichen der Zielwerte erhalten alle FACHÄRZTE einen Zuschlag auf die betreffenden Vergütungspositionen gem. Anlage 12.
- Die generischen Verordnungen werden über den GKV-Status „Generika“ ermittelt.
- Die Ermittlung der Zielgrößen erfolgt unverzüglich nach vollständigem Vorliegen der Rezeptdaten durch die AOK und wird den Vertragspartnern unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften transparent gemacht.
- Bei Erreichen der indikationsbezogenen Zielgrößen verfährt die BKK analog zur AOK.

2.2 Anpassung

Die indikationsbezogenen Zielgrößen und die Zielwerte können vom Beirat insbesondere bei wichtigen Änderungen im Arzneimittelmarkt, wie

- Patentabläufen
- Neueinführungen
- neueren pharmakologischen Bewertungen
- veränderter Morbidität

einvernehmlich angepasst werden. Falls keine Anpassung erfolgt, sind die für das Vorquartal gültigen Kriterien auch im laufenden Quartal gültig. **Die FACHÄRZTE stimmen einer entsprechenden Änderung schon jetzt zu.**

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.01.2014
 AOK-Facharztprogramm / Boscé BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
2.3 Die einzelnen Indikationsbezogenen Zielgrößen

Zielgröße	Kürzel	Zuschlag auf	Zähler	Nenner	Zielwert
Parkinson 1: Dopaminagonisten	NQ10	NP2d1	Versicherte mit Verordnung eines langwirksamen oder retardierten Dopaminagonisten (Neupro, Leganto, Sifrol, Requip) (Originale und Reimporte)	Versicherte mit Verordnung eines Dopaminagonisten (ATC N04BC)	<= 25% bis 31.03.2014. Quote entfällt ab Q2/14
Parkinson 2: Kombination Levodopa/Carbidopa/ Entacapon	NQ11	NP2d1	Versicherte mit Verordnung eines Kombinationsarzneimittels aus Levodopa, Carbidopa sowie Entacapon	Versicherte mit Verordnung von Entacapon und einem Levodopa-Präparat	<= 63%, bis 31.03.2014. Quote entfällt ab Q2/14

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.04.2016

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Vergütung für Neuein- bzw. Umstellungen auf ausgewählte rabattierte Antiepileptika, Parkinsontherapeutika und Antipsychotika

Der Vergütung der im Rahmen des PNP-Facharztvertrages zwischen den Vertragspartnern vereinbarten Leistungen zur Vergütung des Aufwands einer Neuein- bzw. Umstellung auf ein rabattiertes Arzneimittel aus den Wirkstoffgruppen der Antiepileptika, Parkinsontherapeutika und Antipsychotika liegen folgende Rahmenbedingungen zu Grunde:

I. Ziel und Definition der Therapie

Ziel der Aufwandsvergütung für Neuein- bzw. Umstellungen auf ein aktuelles Rabattprodukt der Wirkstoffgruppen Antiepileptika, Parkinsontherapeutika oder Antipsychotika ist es, den Beratungsaufwand insbesondere einer Umstellung auf das rabattierte Arzneimittel zu honorieren und eine rationale Pharmakotherapie zu fördern.

Für die Vergütung einer Neuein- bzw. Umstellung auf ein Rabattprodukt gelten für folgende Wirkstoffe die jeweils aktuell gültigen Arzneimittel-Rabattverträge der AOK bzw. der Bosch BKK:

Neuein- bzw. Umstellung auf ein rabattiertes Arzneimittel der folgenden Wirkstoffgruppen:

Wirkstoffgruppe Antiepileptika

- a) Levetiracetam
- b) Lamotrigin

Wirkstoffgruppe Parkinsontherapeutika

- c) Ropinirol
- d) Pramipexol

Wirkstoffgruppe Antipsychotika

- e) Olanzapin
- f) Quetiapin

II. Vergütungsvoraussetzungen

Je Wirkstoff ist eine Vergütungsposition zur Neueinstellung bzw. Umstellung auf ein Rabattprodukt vorgesehen:

Modul A Neurologie

- NE10a – Neuein- bzw. Umstellung auf rabattiertes Antiepileptikum gemäß I.a
- NE10b – Neuein- bzw. Umstellung auf rabattiertes Antiepileptikum gemäß I.b
- NE11a – Neuein- bzw. Umstellung auf rabattiertes Parkinsontherapeutikum gemäß I.c
- NE11b – Neuein- bzw. Umstellung auf rabattiertes Parkinsontherapeutikum gemäß I.d
- NE12a – Neuein- bzw. Umstellung auf rabattiertes Antipsychotikum gemäß I.e
- NE12b – Neuein- bzw. Umstellung auf rabattiertes Antipsychotikum gemäß I.f

Modul B Psychiatrie

- PYE4a – Neuein- bzw. Umstellung auf rabattiertes Antipsychotikum gemäß I.e
- PYE4b – Neuein- bzw. Umstellung auf rabattiertes Antipsychotikum gemäß I.f

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.04.2016

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Den Vergütungspositionen werden folgende Vergütungsvoraussetzungen hinterlegt:

- Die Vergütung der NE10a/b, NE11a/b, NE12a/b sowie der PYE4a/b erfolgt kalenderjährlich je Versichertem. Die mit der gleichen Zahl benannten Abrechnungsziffern bilden eine Wirkstoffgruppe, deren Wirkstoffe abrechnungstechnisch miteinander in Wechselwirkung stehen.
- Der betreuende FACHARZT erhält eine Vergütung für die erstmalige Einstellung oder für die Umstellung eines Patienten auf eines der unter I. genannten Wirkstoffe aus den oben aufgeführten Wirkstoffgruppen des jeweils aktuell gültigen Rabattvertrags der AOK-Baden-Württemberg bzw. der Bosch BKK.
- Ein persönlicher Arzt-Patientenkontakt mit Beratung muss stattgefunden haben.
- Die Vergütungspositionen innerhalb einer Wirkstoffgruppe können maximal 2-mal pro Kalenderjahr und maximal 1-mal pro Quartal abgerechnet werden (Bsp.: NE10a + NE10a können innerhalb eines Kalenderjahres abgerechnet werden z. B. bei Tranchen- mit PZN-Wechsel, NE10a + NE10b können innerhalb eines Kalenderjahres abgerechnet werden, NE10a + NE10b + NE10b nicht).
- Eine erstmalige Neuein- oder Umstellung auf ein Rabattprodukt liegt vor, sofern in den 4 Quartalen vor dem Abrechnungsquartal keine Verordnung der aktuellen Rabattpräparate des jeweiligen Wirkstoffs erfolgte. Dabei werden arztunabhängig alle Verordnungen zum jeweiligen Wirkstoff innerhalb der ambulanten Versorgung berücksichtigt. Abgaben oder Verordnungen durch den stationären Sektor oder auch Klinikambulanzen werden nicht berücksichtigt.
- Ein FACHARZT, der an den Modulen A und B teilnimmt, darf in einem Kalenderjahr für einen Patienten innerhalb der Wirkstoffgruppe Antipsychotika maximal 2 Ziffern aus NE12a/b oder PYE4a/b abrechnen und die Ziffern der Module nicht mischen (Bsp.: NE12a + NE12b können innerhalb eines Kalenderjahres abgerechnet werden, NE12a + NE12b + PYE4b nicht, NE12b + PYE4a nicht).
- Maßgeblich für die zeitliche Zuordnung der Verordnungen zum Quartal ist das Verordnungsdatum des Arztes.
- Die Ermittlung hinsichtlich der retrospektiven Prüfung der Vorquartale erfolgt anhand der Apothekenabrechnungsdaten (§ 300 SGB V) der AOK bzw. Bosch BKK.
- Die für die Prüfung bzw. Abrechnung notwendigen ATC/PZN-Listen werden mit dem Stand zum jeweiligen Quartalsende herangezogen und von der AOK bzw. Bosch BKK dem MEDIVERBUND übermittelt. Zum Rhythmus der Bereitstellung verständigen sich die Vertragspartner.

III. Abrechnung

Die Vergütung erfolgt im Rahmen der quartalsweisen Abrechnung des PNP-Vertrages mittels der Vertragssoftware.

Die Vergütung der NE10a/b, NE11a/b, NE12a/b, PYE4a/b erfolgt zunächst bis zum Ende der Tranchenlaufzeiten gemäß Rabattvertrag der AOK bzw. Bosch BKK. Eine Anpassung bzw. Fortführung der genannten Vergütungspositionen wird von den Vertragspartnern rechtzeitig überprüft und ggf. angepasst. Werden nach Ablauf der Rabattverträge zu einem Wirkstoff einer Wirkstoffgruppe oder einer ganzen Wirkstoffgruppe keine neuen Anschlussvereinbarungen durch die AOK bzw. Bosch BKK getroffen, entfallen die davon betroffenen Abrechnungspositionen unter II. mit Beendigung der Tranchenlaufzeiten zum nächstmöglichen Quartalsende (Bsp.: Endet eine Tranche am 31.05.2017 ohne Anschlussvereinbarung zu einem neuen Rabattvertrag, wird die Vergütungsposition zum 30.06.2017 beendet). Stehen neue Wirkstoffe bzw. ganze Wirkstoffgruppen nach Ablauf der

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.04.2016

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

bisherigen Tranche zur Verfügung, verlängert sich die Laufzeit der unter I. beschriebenen Abrechnungspositionen entsprechend der neuen Laufzeiten. Neue Tranchen bzw. deren Laufzeiten werden per MEDIVERBUND-Rundschreiben den FACHÄRZTEN kommuniziert. Die Anpassungen schließen eine Sonderkündigung gemäß § 26 Abs. 3 des Vertrags aus.

IV. Kündigung

Die AOK bzw. Bosch BKK werden für jedes Quartal mittels Apothekenabgabedaten die Wirtschaftlichkeit der Vereinbarung überprüfen. Stellen die AOK bzw. Bosch BKK Unwirtschaftlichkeiten fest, z. B. durch inkonsequente Weiterbehandlung nach Einstellung auf rabattierte Arzneimittel, können sie außerordentlich einzelne oder alle Abrechnungsziffern gemäß II. mit einer Frist von 6 Wochen auf Quartalsende kündigen.

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.04.2016

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Vergütung für die Verordnung des Wirkstoffs Gabapentin

I. Grundsätze

- Ziel ist die qualitativ hochwertige Versorgung der Versicherten durch den rationalen Einsatz der Wirkstoffe Gabapentin und Pregabalin durch FACHÄRZTE der Module Neurologie und Psychiatrie.
- Basis ist die Ermittlung einer PNP-Kollektivquote, der über diesen Vertrag abgerechnete Versicherte zu Grunde liegen, die durch die FACHÄRZTE mindestens eine Verordnung mit dem Wirkstoff Gabapentin bzw. Pregabalin im Abrechnungsquartal erhalten haben. Die Berechnung der PNP-Kollektivquote erfolgt jedes Quartal auf DDD-Basis auf Grundlage der Apothekenabrechnungsdaten durch die AOK bzw. Bosch BKK.
- Maßgeblich für die zeitliche Zuordnung der Verordnungen zum Quartal ist das Verordnungsdatum des Arztes. Ein persönlicher Arzt-Patientenkontakt mit Beratung muss stattgefunden haben.

Formel für die PNP-Kollektivquote:

$$\frac{\text{Summe DDDs Gabapentin}^*}{\text{Summe DDDs Gabapentin} + \text{Summe DDDs Pregabalin}^{**}} = \text{Quote}$$

* Grundlage sind alle über diesen Vertrag abgerechneten Versicherten mit Gabapentin-Verordnungen durch den FACHARZT im Quartal

** Grundlage sind alle über diesen Vertrag abgerechneten Versicherten mit Gabapentin- bzw. Pregabalin-Verordnungen durch den FACHARZT im Quartal

- Wird die Quote in den Quartalen Q2/2016 bis Q1/2017 für jedes einzelne Quartal im Vergleich zum Basisquartal Q3/2015 (32,2 %) um **4,5** Prozentpunkte (Vergleichswert) erhöht, ist die PNP-Kollektivquote im jeweiligen Quartal erfüllt. Das Ergebnis teilt die AOK MEDIVERBUND zum Ende des Quartals, das auf das Abrechnungsquartal folgt, mit. Das Ergebnis der AOK gilt für die Bosch BKK gleichermaßen.

II. Abrechnung

- Die Vergütung erfolgt im Rahmen der quartalsweisen Abrechnung des PNP-Vertrages mit folgenden Vergütungspositionen.
 - Modul Neurologie: NQ14;
 - Modul Psychiatrie: PYQ5.
- Die AOK informiert quartalsweise MEDIVERBUND über den Erreichungsgrad der PNP-Kollektivquote im Abrechnungsquartal (rückwirkend). Wird die Quote gemäß I erreicht, rechnet MEDIVERBUND bei jedem FACHARZT der Module N und PY eine Anzahl von Vergütungspositionen ab, die mit der Anzahl der über diesen Vertrag abgerechneten Versicherten im Abrechnungsquartal korrespondiert, für die der FACHARZT eine Verordnung mit dem Wirkstoff Gabapentin ausgestellt hat.
- Nimmt ein FACHARZT an beiden Modulen N + PY teil, können NQ14 und PYQ5 für den gleichen Patienten nicht nebeneinander im Quartal von MEDIVERBUND für den FACHARZT abgerechnet werden.
- MEDIVERBUND erhält – zeitversetzt – die Verordnungsdaten über die Vertragssoftware. Über diese Daten kann pro FACHARZT die Anzahl der realisierten Verordnungen gemäß I ermittelt und der Abrechnung zugesetzt werden.

Vertrag vom 10.10.2011 i.d.F. vom 01.04.2016

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

- Die AOK bzw. Bosch BKK überprüfen regelmäßig anhand der Apothekenabgabedaten das Verhältnis zwischen abgerechneten Verordnungen und tatsächlichen Abgaben.
- Die für die Prüfung bzw. Abrechnung notwendigen ATC/PZN-Listen werden mit dem Stand zum jeweiligen Quartalsende herangezogen und von der AOK bzw. Bosch BKK dem MEDIVERBUND übermittelt. Zum Rhythmus der Bereitstellung verständigen sich die Vertragspartner.

III. Kündigung

Die AOK bzw. Bosch BKK werden für jedes Quartal mittels Apothekenabgabedaten die Wirtschaftlichkeit der Vereinbarung überprüfen. Stellen die AOK bzw. Bosch BKK Unwirtschaftlichkeiten fest, z. B. durch inkonsequente Weiterbehandlung nach Einstellung auf Gabapentin, können sie außerordentlich den Anhang 4 mit einer Frist von 6 Wochen auf Quartalsende kündigen. Des Weiteren ist eine Kündigung mit einer Frist von 6 Wochen auf Quartalsende durch die AOK bzw. Bosch BKK möglich, wenn sie Rabattverträge zu den Wirkstoffen gemäß I abschließen.

IV. Laufzeit

Die Regelung beginnt am 01.04.2016 und endet am 31.03.2017, sofern die bestehende Regelung nicht verlängert wird.

Qualitätszuschlag zielgenaue stationäre Krankenhauseinweisung

Durch das AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie wird eine verbesserte ambulante Versorgung realisiert. Die Vertragspartner verbinden damit die Erwartung, dass insbesondere bei HZV-Versicherten medizinisch nicht notwendige Krankenhauseinweisungen reduziert werden. Gleichwohl ist mit diesem Vertrag für jeden in die HZV eingeschriebenen Versicherten auch weiterhin das Recht verbunden, im medizinisch erforderlichen Fall uneingeschränkt Krankenhausbehandlungen gemäß SGB V in Anspruch nehmen zu können.

Die am AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie teilnehmenden FACHÄRZTE gemäß Anlage 12 Abschnitt 1 Teil B erhalten einen Bonus PYQ1, wenn sich im Zuge der Umsetzung einer zielgenauen Krankenhauseinweisung die Krankenhausausgaben im Analysejahr über alle HZV-Versicherten gemäß der in dieser Anlage beschriebenen Berechnung gegenüber dem jeweils zugeordneten Basisjahr verringern.

Für die Berechnung des Qualitätszuschlags PYQ1 haben sich die Vertragspartner ab dem Analysejahr 2014 auf das nachfolgende Verfahren geeinigt.

1. Basisdaten

1.1 Bildung von Versichertenkollektiven

Zur Ermittlung der Größe „Krankenhausausgaben pro Kopf“ werden je Analysejahr jeweils Kollektive für Versicherte, die an der HZV teilnehmen (**HZV-Kollektiv**), und für Versicherte, die im Rahmen der kollektivvertraglichen Versorgung bzw. der Regelversorgung (RV) ambulant behandelt werden (**RV-Kollektiv**), gebildet.

In beiden Kollektiven werden nur Versicherte berücksichtigt, die im untersuchten Kalenderjahr an mindestens 360 Tagen versichert waren, das 18. Lebensjahr bereits vollendet und mindestens einen Hausarztkontakt in Anspruch genommen haben. Darüber hinaus bleiben Versicherte, die im Analyse- oder Folgejahr verstorben sind, von der Betrachtung ausgeschlossen.

Von diesen Versicherten werden im HZV-Kollektiv nur diejenigen berücksichtigt, die an mindestens 360 Tagen des Analysejahres an der HZV teilnahmen und wenigstens eine ver-

tragskonforme Behandlung bei einem HZV-Arzt in Anspruch genommen haben. Weiterhin werden für das HZV-Kollektiv nur Versicherte berücksichtigt, die im Analysejahr höchstens eine hausärztliche Behandlung im Rahmen der Regelversorgung in Anspruch genommen haben.

Im RV-Kollektiv werden hingegen nur die Versicherten herangezogen, die weder im Analysejahr, noch in den drei davorliegenden Kalenderjahren an der HZV teilgenommen haben. Weiterhin werden für das RV-Kollektiv nur Versicherte berücksichtigt, die im Analysejahr höchstens eine Behandlung bei einem HZV-Arzt im Rahmen der Regelversorgung in Anspruch genommen haben.

In beiden Kollektiven werden ambulante Notfall- oder Vertreter-Behandlungen nicht berücksichtigt.

1.2 Basisjahr

Bis zum Analysejahr 2017 wird das Jahr 2012 als Basisjahr herangezogen. Für die Folgejahre wird jeweils das 5. Jahr vor dem jeweiligen Analysejahr als Basisjahr verwendet. Somit gilt beispielsweise für das Analysejahr 2018 das Jahr 2013 als Basisjahr. Hierdurch sollen Verzerrungen, z.B. durch jährliche ICD-10-Änderungen, reduziert werden.

2. Ermittlung der Krankenhauseinsparungen

2.1. Krankenhausausgaben pro Kopf

Es werden zunächst die Krankenhausausgaben pro Kopf im Analyse- und Basisjahr sowohl für das HZV-Kollektiv als auch für das RV-Kollektiv in Form von Rohwerten ermittelt.

Dafür werden alle Krankenhauspatienten aus dem jeweiligen Versichertenkollektiv berücksichtigt, die im untersuchten Kalenderjahr mit einer **Krankenhaushauptdiagnose** aus dem Kapitel V. des ICD 10 (Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)) entlassen wurden. Von diesen Krankenhausfällen wird der Gesamtbetrag der Krankenhausrechnung berücksichtigt.

2.2 Standardisierung

Da das HZV-Kollektiv und das RV-Kollektiv eine unterschiedliche Struktur aufweisen, erfolgt eine Standardisierung des RV-Kollektivs nach der Struktur des HZV-Kollektivs hinsichtlich Alter, Geschlecht und relativem Risikowert. Im Ergebnis werden dadurch die standardisierten Krankenhausausgaben im RV-Kollektiv ermittelt, welche dann den Krankenhausausgaben im HZV-Kollektiv gegenüber gestellt werden.

2.3 Preisentwicklung

Zur Korrektur der Preisentwicklung wird für die Jahre bis inklusive 2012 zunächst die Veränderungsrate gem. § 71 Abs. 3 SGB V zzgl. 40% der Berichtigungsrate gem. § 6 Abs. 2 Satz 3 BPflV herangezogen.

Für das Jahr 2013 ist der Veränderungswert gem. § 18 Satz 1 BPflV i.V.m. § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 BPflV zzgl. 40% der Berichtigungsrate gem. § 6 Abs. 2 Satz 3 BPflV des Jahres 2012 anzusetzen. → 2 % + 0,61 %.

Für das Jahr 2014 wird der Veränderungswert gem. § 18 Satz 1 BPflV i.V.m. § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 BPflV zzgl. 40% der Erhöhungsrates gem. § 18 Abs. 1 Satz 2 BPflV i.V.m. § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG des Jahres 2013 herangezogen. → 2,81 % + 0,26 %.

Für die Jahre 2015 und 2016 wird der Veränderungswert gem. § 18 Satz 1 BPflV i.V.m. § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 BPflV angesetzt. → 2015: 2,53 % bzw. 2016: 2,95 %.

Ab dem Jahr 2017 ist der Veränderungswert gem. § 18 Satz 1 BPflV i.V.m. § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 BPflV zzgl. 40% der Erhöhungsrates gem. § 18 Abs. 3 BPflV i.V.m. § 9 Abs. 1 Nr. 7 KHEntgG des jeweiligen Vorjahres anzusetzen. → 2017: 2,5 %. Die folgenden Jahre werden analog berechnet. Sollten sich insbesondere gesetzliche Änderungen ergeben, die die Berechnung der Preisentwicklung betreffen, wird die Berechnungsweise zwischen den Vertragspartnern neu konsentiert.

2.4 Brutto-Kosteneinsparung der Krankenhausaussgaben

Zur Ermittlung der Brutto-Kosteneinsparungen werden zunächst die Krankenhausaussgaben pro Kopf des HZV- und des RV-Kollektivs um die unter 2.3 beschriebenen Preisentwicklungen für das jeweilige Analysejahr bereinigt. Daraufhin werden jeweils für das Analyse- und Basisjahr die bereinigten Pro-Kopf-Krankenhausaussgaben des HZV-Kollektivs von den bereinigten Pro-Kopf-Aussgaben des RV-Kollektivs subtrahiert. Anschließend wird die ermittelte Ausgabendifferenz im Basisjahr von der Ausgabendifferenz im Analysejahr abgezogen.

2.5 Krankenhaus-Budgeteffekt

Die Krankenhausfinanzierung erfolgt nicht ausschließlich auf Basis der abgerechneten Leistungen. Zusätzlich werden Budgets vereinbart und Mehr- und Mindererlösausgleiche mit

abgestaffelten Erlösausgleichssätzen durchgeführt. Die Vertragspartner stimmen darüber ein, dass diese Methodik bei der Ermittlung der jährlichen Veränderung der Krankenhausausgaben zu berücksichtigen ist. So wird ein Abschlag von 35 % auf die nach 2.4 errechnete Bruttoeinsparung vorgenommen.

2.6 Netto-Kosteneinsparung der Krankenhausausgaben

Nach Bereinigung der Brutto-Einsparungen um den Krankenhaus-Budgeteffekt ergeben sich die Netto-Einsparungen pro Kopf. Das Verhältnis von den Netto-Einsparungen pro Kopf im Analysejahr zu den Ausgaben pro Kopf des RV-Kollektivs im Analysejahr ergibt die Netto-Einsparungsquote pro Kopf.

3. Vereinbarte Quoten

Der Qualitätszuschlag PYQ1 wird an alle an der Anlage 12 Abschnitt 1 Teil B teilnehmenden FACHÄRZTE ausgeschüttet, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

Die Netto-Einsparquote der Krankenhausausgaben pro Kopf ist im laufenden Analysejahr gegenüber dem Basisjahr größer oder gleich 5,0%

Der Zuschlag wird – wenn die vertraglichen Voraussetzungen erfüllt sind – rückwirkend auf die im Analysejahr abgerechneten Entgelte aufgeschlagen.

4. Verfahren zur Ermittlung und Auszahlung

Die Ermittlung der Netto-Krankenhausausgaben und damit die Ermittlung der Quote PYQ1 erfolgt erstmals im 3. Quartal 2016 für das Jahr 2014. Die AOK ermittelt hierfür bis 30.09. die Netto-Entwicklung der Krankenhausausgaben und stellt den Vertragspartnern unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen die Informationen zur Verfügung, die erforderlich sind, um diese Berechnung nachvollziehen zu können. Der Projektbeirat stellt gemeinsam auf Basis dieser Daten bis 30.09. fest, ob die Voraussetzungen für die Ausschüttung dieses Qualitätszuschlags erfüllt sind. Falls die Voraussetzungen gemäß dieser Anlage erfüllt sind, erfolgt die Ausschüttung mit der nächstmöglichen Abrechnung. Bei Erreichen der Quote PYQ1 gem. o.g. Regeln erfolgt die Vergütung auch durch die Bosch BKK.

Qualitätszuschlag Krankengeld

Durch das AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie wird eine verbesserte und beschleunigte ambulante Versorgung realisiert. Die Vertragspartner verbinden damit die Erwartung, dass insbesondere bei HZV-Versicherten die Arbeitsunfähigkeitszeiten und damit auch die Krankengeldzahlungen zurückgehen.

Die am AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie teilnehmenden FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN erhalten einen Qualitätszuschlag PTZ2, wenn sich im Zuge der Umsetzung dieses Vertrages die Krankengeldausgaben im Analysejahr über alle HZV-Versicherten gemäß der in dieser Anlage beschriebenen Berechnung gegenüber dem jeweils zugeordneten Basisjahr verringern. Maßstab für die Entwicklung der Krankengeldausgaben sind die Krankengeldtage.

Für die Berechnung des Qualitätszuschlags PTZ2 haben sich die Vertragspartner ab dem Analysejahr 2014 auf das nachfolgende Verfahren geeinigt.

1. Basisdaten

1.1 Bildung von Versichertenkollektiven

Zur Ermittlung der Größe „Krankengeldtage pro Kopf“ werden je Analysejahr jeweils Kollektive für Versicherte, die an der HZV teilnehmen (**HZV-Kollektiv**), und für Versicherte, die im Rahmen der kollektivvertraglichen Versorgung bzw. Regelversorgung (RV) ambulant behandelt werden (**RV-Kollektiv**), gebildet.

In beiden Kollektiven werden nur Versicherte berücksichtigt, die sowohl im Analyse- als auch im Vorjahr an jeweils mindestens 360 Tagen mit Anspruch auf Krankengeld versichert waren, das 18. Lebensjahr bereits vollendet und mindestens einen Hausarztkontakt in Anspruch genommen haben. Darüber hinaus bleiben Versicherte, die im Analyse- oder Folgejahr verstorben sind, von der Betrachtung ausgeschlossen.

Von diesen Versicherten werden im HZV-Kollektiv nur diejenigen berücksichtigt, die an mindestens 360 Tagen des Analysejahres an der HZV teilnahmen und wenigstens eine vertragskonforme Behandlung bei einem HZV-Arzt in Anspruch genommen haben. Weiterhin werden für das HZV-Kollektiv nur Versicherte berücksichtigt, die im Analysejahr höchstens eine hausärztliche Behandlung im Rahmen der Regelversorgung bzw. kollektivvertraglichen Versorgung in Anspruch genommen haben.

Im RV-Kollektiv werden hingegen nur die Versicherten herangezogen, die weder im Analysejahr, noch in den drei davorliegenden Kalenderjahren an der HZV teilgenommen haben. Weiterhin werden für das RV-Kollektiv nur Versicherte berücksichtigt, die im Analysejahr höchstens eine Behandlung bei einem HZV-Arzt im Rahmen der Regelversorgung in Anspruch genommen haben.

In beiden Kollektiven werden ambulante Notfall- oder Vertreter-Behandlungen nicht berücksichtigt.

1.2 Basisjahr

Bis zum Analysejahr 2017 wird das Jahr 2012 als Basisjahr herangezogen. Für die Folgejahre wird jeweils das 5. Jahr vor dem jeweiligen Analysejahr als Basisjahr verwendet. Somit gilt beispielsweise für das Analysejahr 2018 das Jahr 2013 als Basisjahr.

2. Einsparermittlung der Krankengeldtage

2.1. Krankengeldtage pro Kopf

Es werden die Krankengeldtage pro Kopf im Analyse- und Basisjahr sowohl für das HZV-Kollektiv als auch für das RV-Kollektiv ermittelt. Berücksichtigt werden dabei nur Leistungszeiträume, für die tatsächlich Krankengeld ausgezahlt wurde („Netto-Krankengeldtage“).

Darüber hinaus werden nur abgeschlossene Krankengeldfälle im Analyse- bzw. Basisjahr herangezogen. Sofern für diese abgeschlossenen Krankengeldfälle bereits im Vorjahr zugehörige Netto-Krankengeldtage ausgezahlt wurden, werden diese entsprechend für die Ermittlung der Krankengeldtage pro Kopf im Analyse- oder Basisjahr berücksichtigt.

Es erfolgt keine Einschränkung auf die Krankengeldfälle, bei denen im Laufe des Krankengeldfalls eine Diagnose aus Kapitel V. des ICD 10 (Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)) vorlag, da bei Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen mit Rücksicht auf den Patienten nicht immer eine Diagnose aus Kapitel V. des ICD 10 aufgeführt wird.

2.2 Standardisierung

Da das HZV-Kollektiv und das RV-Kollektiv eine unterschiedliche Struktur aufweisen, erfolgt eine Standardisierung des RV-Kollektivs nach der Struktur des HZV-Kollektivs hinsichtlich Alter, Geschlecht und relativem Risikowert. Im Ergebnis werden dadurch die standardisierten Krankengeldtage im RV-Kollektiv ermittelt, welche dann den Krankengeldtagen im HZV-Kollektiv gegenüber gestellt werden.

2.3 Entwicklung der Krankengeldtage

Bei der Entwicklung der Krankengeldtage wird zunächst die Differenz von den Krankengeldtagen pro Kopf des standardisierten RV-Kollektivs und den Krankengeldtagen pro Kopf des HZV-Kollektivs sowohl für das Basis- als auch das Analysejahr ermittelt. Anschließend wird die ermittelte Differenz des Basisjahres von der ermittelten Differenz des Analysejahres subtrahiert. Daraufhin wird dieses Resultat ins Verhältnis zu den Krankengeldtagen pro Kopf des standardisierten RV-Kollektivs im Analysejahr gesetzt. Das Ergebnis stellt die Quote „Abnehmende Entwicklung der Krankengeldtage“ dar.

3. Vereinbarte Quoten

Der Qualitätszuschlag PTZ2 wird an alle an der Anlage 12 Abschnitt 1 Teil C teilnehmenden FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN ausgeschüttet, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

Abnehmende Entwicklung der Krankengeldtage	Höhe PTZ2
>= 1,3%	5,00 EUR
>= 1,5%	10,00 EUR
>= 1,8%	15,00 EUR
>= 2,0%	20,00 EUR
>= 2,2%	25,00 EUR

Der Zuschlag wird – wenn die vertraglichen Voraussetzungen erfüllt sind – rückwirkend auf alle im Analysejahr abgerechneten Einzelleistungen PTE1 und PTE1SD aufgeschlagen.

4. Verfahren zur Ermittlung und Auszahlung

Die Ermittlung der Krankengeldtage und damit die Ermittlung der Quote PTZ2 erfolgt erstmals im 3. Quartal 2016 für das Jahr 2014. Die AOK ermittelt hierfür bis 30.09. die Entwicklung der Krankengeldtage und stellt den Vertragspartnern unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen die Informationen zur Verfügung, die erforderlich sind, um diese Berechnung nachvollziehen zu können. Die Vertragspartner stellen gemeinsam auf Basis dieser Daten bis 30.09. fest, ob die Voraussetzungen für die Ausschüttung dieses Qualitätszuschlags erfüllt sind. Falls die Voraussetzungen gemäß dieser Anlage erfüllt sind, erfolgt die Ausschüttung mit der nächstmöglichen Abrechnung. Bei Erreichen der Quote PTZ2 gem. o.g. Regeln erfolgt die Vergütung auch durch die Bosch BKK.

Diagnosenliste Traumata

Es entfällt bei Trauma-Patienten das Genehmigungsverfahren (GDK-Antrag) für bis zu 150 weitere Therapieeinheiten:

Nach Ablauf der normalen Behandlungsserie „PTE1-3“ (insgesamt 60 Therapieeinheiten) können die FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN für Trauma-Patienten die Vergütungsposition „PTE3TR“ - ohne Antragsstellung (GDK) - maximal fünfmal hintereinander abrechnen. Voraussetzung: Eine jeweilige Überweisung vom HAUSARZT sowie gesicherte Diagnosen entsprechend dieser Diagnosenliste liegen vor. Insgesamt können somit 210 Einheiten für Trauma-Patienten ohne erneute Genehmigung (GDK) abgerechnet werden (60 Einheiten „PTE1-3“ + 150 Einheiten „PTE3TR“ = 210 Einheiten). Sofern darüber hinaus weitere hochfrequente Behandlungseinheiten notwendig sind, können diese über das GDK-Antragsverfahren erfolgen.

Ein Trauma-Patient in diesem Sinne liegt vor, wenn neben der gesicherten Diagnose F43.1 (Posttraumatische Belastungsstörung) mindestens eine weitere der folgenden gesicherten Diagnosen vorliegt:

- F44.0 Dissoziative Amnesie
- F44.1 Dissoziative Fugue
- F44.2 Dissoziativer Stupor
- F44.3 Trance- und Besessenheitszustände
- F44.4 Dissoziative Bewegungsstörungen
- F44.5 Dissoziative Krampfanfälle
- F44.6 Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen
- F44.7 Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen], gemischt
- F44.80 Ganser-Syndrom
- F44.81 Multiple Persönlichkeit(ssörung)
- F44.82 Transitorische dissoziative Störungen [Konversionsstörungen] in Kindheit und Jugend
- F44.88 Sonstige dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]
- F60.0 Paranoide Persönlichkeitsstörung
- F60.1 Schizoide Persönlichkeitsstörung
- F60.2 Dissoziale Persönlichkeitsstörung
- F60.30 Impulsiver Typ
- F60.31 Borderline-Typ
- F60.4 Histrionische Persönlichkeitsstörung
- F60.5 Anankastische [zwanghafte] Persönlichkeitsstörung
- F60.6 Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung
- F60.7 Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung
- F60.8 Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen
- F61 Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen
- F62.0 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung
- F62.1 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach psychischer Krankheit
- F62.80 Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom
- F62.88 Sonstige andauernde Persönlichkeitsänderungen
- F68.0 Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen
- F68.1 Artifizielle Störung [absichtliches Erzeugen oder Vortäuschen von körperlichen oder psychischen Symptomen oder Behinderungen]
- F68.8 Sonstige näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F69 Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung

ELEKTRONISCHE ARZTVERNETZUNG

Der FACHARZT hat die Möglichkeit, am Vertragsmodul zur elektronischen Arztvernetzung im Rahmen der AOK BW Selektivverträge teilzunehmen und die Fachanwendungen zu nutzen. Die Teilnahme (siehe II) ist für den FACHARZT freiwillig und kann entsprechend dieser Anlage gekündigt (siehe III) werden.

Ziel der elektronischen Arztvernetzung ist der sichere und schnelle Austausch strukturierter Behandlungsdaten zwischen den an der Patientenbehandlung beteiligten HAUSÄRZTEN und FACHÄRZTEN sowie im Falle der eAU der elektronische Versand eines bundeseinheitlichen Formularmusters (Muster 1a) an die AOK BW.

Mit diesem Vernetzungsschritt bauen die Vertragspartner die Funktionalität der alternativen Regelversorgung für HAUSÄRZTE und FACHÄRZTE sowie für am Haus- bzw. Facharztprogramm der AOK teilnehmende Versicherte weiter aus und sichern den digitalen Transformationsprozess in eigenständiger und unabhängiger Umsetzung. Dabei setzen sie weitestmöglich auf technische Standards, die eine rechtliche und ökonomische Anschlussfähigkeit an zentrale Entwicklungen im Gesundheitswesen (Telematikinfrastruktur) ermöglichen.

Die elektronische Arztvernetzung startet mit drei Fachanwendungen. Mit der Teilnahme an dem Vertragsmodul „Elektronische Arztvernetzung“ verpflichten sich die FACHÄRZTE zur Schaffung der entsprechenden technischen Voraussetzungen.

I. Fachanwendungen

Die elektronische Arztvernetzung beinhaltet nachfolgend aufgeführte Fachanwendungen:

a) eArbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU; gültig bis 30.06.2023, Umstellung auf eAU gemäß Anforderungen Telematik-Infrastruktur mit erweiterter Regelwerksprüfung ab 01.04.2023)

Der elektronische Versand des Musters 1a der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erfolgt im Rahmen des PNP-Vertrags und über die dort bereits verfügbaren Systeme und etablierten Infrastrukturen mit dem Ziel, weitestgehend papierersetzend zu sein. Hierzu wird ein neuer Prozess in der Arztpraxis etabliert, in dem die Übermittlung des Musters 1a an die AOK BW nicht mehr durch den Patienten, sondern durch die Arztpraxis direkt und digital erfolgt. Die Muster 1b und 1c müssen weiterhin in jedem Fall ausgedruckt werden. Die papierersetzende elektronische Version des Musters 1a wird mit einer elektronischen Signatur eines an der IT-Vernetzung teilnehmenden Arztes signiert. Hierbei kann es z.B. durch Delegation an ärztliches Personal zu Abweichungen zwischen ausstellendem Arzt und signierendem Arzt kommen. Die Vertragspartner sind sich einig, dass diese Abweichungen kein Sanktionsgrund, sondern durch den Praxisablauf begründet sind.

Die Details zur Verwendung der elektronischen Signatur sind Bestandteil des Anforderungskatalogs der Vertragssoftware (Anlage 10) sowie der Anforderungen an die zentrale Infrastruktur/Betreibergesellschaft. Die Fachanwendung eAU ist gültig bis

30.06.2023. Die Umstellung der eAU auf die gesetzlichen Anforderungen der Telematik-Infrastruktur ist ab 01.04.2023 möglich. Mit dem Übergangsquartal Q2/2023 endet die Möglichkeit eAUs über die Infrastruktur der eAV an die AOK BW übermitteln zu können. Im Zuge dessen müssen die eAUs gem. der Regelungen innerhalb der Vereinbarung über die Verwendung digitaler Vordrucke in der vertragsärztlichen Versorgung (Vordruck-Vereinbarung digitale Vordrucke) Anlage 2b BMV-Ä übertragen werden. Ergänzend zu dem gesetzlichen Weg wird die erweiterte Regelwerksprüfung der eAU für alle HZV-Versicherten der AOK BW bei Ausstellung einer eAU verwendet.

b) eArztbrief

Mit dem elektronischen Arztbrief (eArztbrief) werden Daten, die für einen eArztbrief relevant sind, in strukturierter Form unter Zuhilfenahme eines offenen Standards elektronisch versendet, sodass der Empfänger des eArztbriefs die Möglichkeit hat, diese Daten elektronisch (weiter-)verarbeitbar in sein eigenes Praxisverwaltungssystem zu übernehmen. Zusätzlich können auch unstrukturierte Daten Teil des eArztbriefes sein.

Die Daten werden vor dem Versenden elektronisch signiert.

Die dann folgende Verschlüsselung ist so aufgebaut, dass nur der Empfänger in der Lage ist, die Daten zu entschlüsseln und zu lesen. Während des kompletten Transports des Briefes ist es keiner Stelle möglich, Zugriff auf das Dokument zu erhalten.

Der FACHARZT erhält in seiner Vertragssoftware die Möglichkeit, einen eArztbrief zu erstellen. Das Praxisverwaltungssystem unterstützt ihn weitestmöglich durch die automatische Befüllung des eArztbriefes.

Grundsätzlich werden zwei Arten des Versands eines eArztbriefes unterschieden:

a. Adressierter Versand:

Dieser Versand dient dazu, einer bestimmten Einzelarztpraxis/einer BAG/einem MVZ einen eArztbrief zukommen zu lassen.

Der FACHARZT hat die Möglichkeit, über eine Suchmaske einen direkten Empfänger für seinen eArztbrief zu suchen. Hierfür stehen in der Suche verschiedene Merkmale zur Verfügung.

Wenn der FACHARZT über diese Maske einen Adressaten ausgewählt hat, wird der eArztbrief adressiert an diese Einzelarztpraxis/diese BAG/dieses MVZ verschickt.

Abholung:

Der FACHARZT erhält von seiner Vertragssoftware automatisch einen Hinweis, dass er einen neuen eArztbrief zugesendet bekommen hat. Er kann diesen dann aufrufen und weiterverarbeiten.

Wenn ein eArztbrief vom Server abgeholt wurde, so steht er keinem anderen Arzt mehr zur Verfügung. Bezüglich der Abholung gilt, dass es keine Verpflichtung gibt, innerhalb eines bestimmten Zeitraums die Dokumente entgegenzunehmen. Jedoch ist zu beachten, dass

sämtliche bis zum Ende des Folge- quartals nicht abgeholten eArztbriefe automatisch gelöscht werden.

b. Gerichteter Versand:

Dieser Versand dient dem FACHARZT dazu, einer definierten Empfängergruppe (Empfängergruppe der Praxis) einen Brief zuzusenden, ohne dass beim Versand der Adressat namentlich bekannt ist. Näheres regelt die Beschreibung der Fachanwendung eArztbrief.

Der FACHARZT hat die Möglichkeit, eine Empfängergruppe zu wählen. Jeder FACHARZT gibt bei seiner Teilnahmeerklärung die Empfängergruppe an, deren typischen Leistungen Bestandteil seines Leistungsangebots sind (z.B. Diabetologie).

Abholung:

Der FACHARZT erhält von seiner Vertragssoftware automatisch einen Hinweis auf den Eingang eines gerichtet versendeten eArztbriefes, wenn die Karteikarte des betreffenden Patienten geöffnet wird und die Versichertenkarte des Patienten im aktuellen Quartal eingelesen wurde. Er kann sich dann entscheiden, diesen Arztbrief in sein System zu importieren.

Wenn ein eArztbrief vom Server abgeholt wurde, so steht er keinem anderen Arzt mehr zur Verfügung. Bezüglich der Abholung gilt, dass es keine Verpflichtung gibt, innerhalb eines bestimmten Zeitraums die Dokumente entgegenzunehmen. Jedoch ist zu beachten, dass sämtliche bis zum Ende des Folge- quartals nicht abgeholten eArztbriefe automatisch gelöscht werden.

c) HAUSKOMET (hausärztlich kontrollierte medikamentöse Therapie)

Bei HAUSKOMET handelt es sich um einen zentralen, durch den HAUSARZT gepflegten Medikati- onsspeicher zu einem Patienten mit AMTS-Funktionalität. FACHÄRZTE können lesend auf den Me- dikationsspeicher zugreifen und Ergänzungen in Form von Änderungsdatensätzen angeben. Haus- und Facharzt verantworten die Sicherheit der Pharmakotherapie gemeinsam, der HAUSARZT entscheidet im Sinne eines finalen Editors über die Änderungsdatensätze und übernimmt diese in den Medikati- onsspeicher. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen werden von den beteiligten Haus- und Fachärzten über ein AMTS-Modul geprüft. Der Arzt-zu-Arzt-Austausch von Medikationsinformationen auf elektronischen Weg wird berücksichtigt und fokussiert. HAUSKOMET ermöglicht die Schaffung einer Zusammenstellung von Medikationsinformationen, die vollumfänglich strukturiert verwendet werden können, z.B. für einen elektronischen AMTS-Check.

II. Teilnahme des FACHARZTES

Die Teilnahme ist gegenüber der Managementgesellschaft durch Abgabe der Teilnahmeerklärung nach diesem Anhang des PNP-Vertrags („Teilnahmeerklärung zur elektronischen Arztvernetzung“) schriftlich zu beantragen. Voraussetzung für die Teilnahme ist der Nachweis über die Installation des Vertragssoftwaremoduls zur elektronischen Arztvernetzung. Nach Eingang der Teilnahmeerklärung des FACHARZTES wird der

FACHARZT mit Ausstellung der Teilnahmebestätigung als Teilnehmer der Vernetzung geführt. Im Rahmen seiner Teilnahmeerklärung zur elektronischen Arztvernetzung stimmt der FACHARZT der Veröffentlichung seiner Teilnahme an der elektronischen Arztvernetzung sowohl im Rahmen der Fachanwendungen als auch auf den Web-Angeboten der Vertragspartner zu.

III. Kündigung der Teilnahme des FACHARZTES

Ein an der Vernetzung teilnehmender FACHARZT kann seine Teilnahme an der Vernetzung mit einer Frist von 4 Wochen zum Kalenderquartalsende schriftlich gegenüber der Managementgesellschaft kündigen. Mit dem Folgequartal wird der Arzt nicht mehr als Teilnehmer der Vernetzung geführt.

Messenger-Lösung im Rahmen der ELEKTRONISCHEN ARZTVERNETZUNG

Nicht besetzt

Medikamentöse Prophylaxe der Migräne

Indikationsstellung zur medikamentösen Migräneprophylaxe

- Besonderer Leidensdruck
- Einschränkung der Lebensqualität
- Risiko eines Übergebrauchs von Schmerz-/Migränemitteln (>10 Tage/Monat)

Aufklärung des Patienten im Vorfeld

- Realistische Erwartungshaltung gegenüber des Therapieziels:
 - Wirksamkeit der Prophylaxe = Reduktion der Anfallshäufigkeit um ca. 50%
 - Notwendigkeit der kontinuierlichen Medikamenteneinnahme in beschwerdefreier Zeit und zeitlich verzögerter Wirkeintritt der Migräneprophylaxe
- Aufklärung möglicher unerwünschter Arzneimittelwirkungen (v.a. während der Aufdosierung)

Immer in Kombination mit nicht-medikamentösen Maßnahmen

- Triggerfaktoren eruieren und meiden
- Regelmäßiger aerober Ausdauersport mit hochintensiven Belastungen (Intervalltraining)
- Regelmäßiger Lebensstil
- Verhaltenstherapeutische Maßnahmen, z.B. kognitive Verhaltenstherapie, Entspannungsverfahren, Biofeedback
- Psychologische Schmerztherapie, z.B. Schmerzbewältigung, Stressmanagement

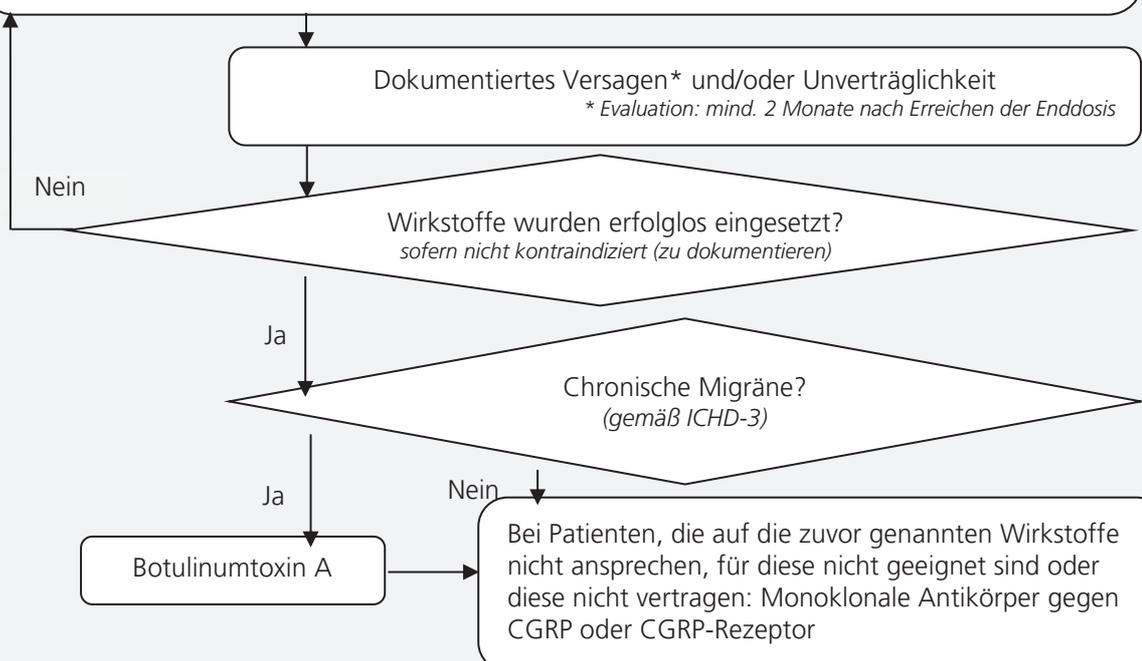
Grundsätze der medikamentösen Prophylaxe

- Medikamente: langsam einschleichen (außer Flunarizin), Grundsatz: „start low, go slow“
- Therapiemonitoring: Kopfschmerztagebuch
- Therapiewechsel/-abbruch: falls innerhalb von 2 Monaten nach Erreichen der Enddosis keine befriedigende Besserung
- Therapieevaluation: Prüfung der Notwendigkeit der Prophylaxebehandlung alle 6-12 Monate

Therapiealgorithmus (wirtschaftliche Alternativen prüfen)

Wirkstoffe, die zur Migräneprophylaxe bevorzugt einzusetzen sind:

- Amitriptylin *(Alphabetische Nennung)*
- Flunarizin
- Metoprolol / Propranolol
- Topiramat (unter Beachtung der Teratogenität und möglicher kognitiver Hemmung)



Entlastungsassistent/-in in der Facharztpraxis Neurologie („EFA® Neurologie“)

Der Vergütung des im Rahmen des Facharztvertrages vereinbarten Vergütungszuschlages (NQ2) liegen folgende Rahmenbedingungen zugrunde:

Abrechnungsvoraussetzungen für FACHARZT und EFA®

1. Allgemeine Abrechnungsvoraussetzung

Teilnehmen können alle FACHÄRZTE, wenn sie mindestens eine/n ausgebildete und bei MEDIVERBUND gemeldete Medizinische Fachangestellte/n, Arzthelfer/-in, Krankenschwester/Krankenpfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger/-in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in oder Altenpfleger/-in (im Nachfolgenden gemeinsam als Medizinische/r Fachangestellte/r bezeichnet) in ihrer Praxis beschäftigen (mindestens halbe Stelle, sozialversicherungspflichtige Festanstellung).

2. Spezielle Abrechnungsvoraussetzungen

- a) Erfolgreiche Teilnahme der/des Medizinischen Fachangestellten (MFA) am zwischen den Vertragspartnern gemeinsam vereinbarten Weiterbildungslehrgang „EFA® Neurologie“ in Baden-Württemberg.

Medizinische Fachangestellte (MFA), für die eine Bescheinigung/Zertifikat der Teilnahme an einer Fortbildung zur EFA® gegenüber MEDIVERBUND bereits nachgewiesen wurde und dadurch gem. Anl. 2 die Anforderungen zur Abrechnung der NQ2a-d erfüllt sind, können ergänzend den Schulungsteil (8 Unterrichtseinheiten) der AOK und Bosch BKK absolvieren. Ab dem Beginn des Quartals mit Abschluss des vertragspezifischen Teils der Schulung kann die EFA®-Vergütung gem. dieser Anlage erfolgen.

Das Nähere zum Inhalt und Umfang der Teilnahme am Lehrgang, insbesondere zum Curriculum des Lehrgangs, der Art und Form erforderlichen Abschlussprüfung und der Anerkennung von zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Vereinbarung bereits in anderen Bundesländern oder nach anderen Curricula ausgebildeten EFA@s, regelt der Beirat gemäß § 22 des Hauptvertrages.

- b) Die MFA muss mindestens ein Jahr Vorbeschäftigungszeit in einer Facharztpraxis oder vergleichbaren stationären Einrichtung mit Schwerpunkt neurologischer Leistungen vorweisen. Auf diese Vorbeschäftigungszeit werden Ausbildungszeiten einer/s MFA in einer entsprechenden Facharztpraxis oder stationären Einrichtung angerechnet. Die Anstellung, das Ausscheiden sowie Unterbrechungen der Anstellung ab einem vollen Quartal (z.B. Elternzeit, Arbeitsunfähigkeit, unbezahlter Urlaub und sonstige Freistellungen ohne Tätigkeit) einer EFA® sind seitens der Arztpraxis mittels des vorgeschriebenen Formvordrucks unverzüglich bei der Managementgesellschaft anzuzeigen.
- c) Teilnahme der EFA® an mindestens einem von den Vertragspartnern organisierten Qualitätszirkel pro Kalenderjahr. Wird der Zuschlag innerhalb eines Kalenderjahres in nur zwei Quartalen oder weniger abgerechnet (unterjährige EFA®-Anerkennung zur Abrechnung), ist die Teilnahme an einem Qualitätszirkel in diesem Kalenderjahr fakultativ.

3. Abrechnung des EFA®-Zuschlages NQ2

Der EFA®-Zuschlag NQ2 wird auf die Zusatzpauschalen NP2A1 bis NP2G1 sowie NP3A und NP3B erstmalig ab dem Beginn des Quartals mit Abschluss des vertragsspezifischen Teils der Schulung (8 Unterrichtseinheiten) zur EFA® Neurologie gem. Ziffer 2. lit. a) und der Erfüllung der Voraussetzung gemäß Ziffer 2. lit. b) ausbezahlt. Die Meldung der EFA® erfolgt mit dem vereinbarten Formvordruck. Während der Durchführung der Weiterbildung gem. Ziffer 2 lit. a) erfolgt die Auszahlung des EFA®-Zuschlages unter dem Vorbehalt des erfolgreichen Abschlusses der Weiterbildung. Der erfolgreiche Abschluss der Weiterbildung ist durch eine Urkunde bzw. ein Zertifikat nachzuweisen.

Der EFA®-Zuschlag erfolgt nur dann, wenn die EFA®-Tätigkeit in einer Praxis mindestens 50% einer Vollzeitkraft entspricht. Pro Quartal und pro EFA®-Vollzeitkraft (wöchentliche Arbeitszeit mind. 38,5 Stunden) werden einer Praxis bis zu 300 EFA®-Zuschläge vergütet. Bei einem Tätigkeitsumfang von 75% (wöchentliche Arbeitszeit mind. 28 Stunden) werden einer Praxis bis zu 225 EFA®-Zuschläge vergütet. Bei einem Tätigkeitsumfang von 50% (wöchentliche Arbeitszeit mind. 19 Stunden) werden einer Praxis bis zu 150 EFA®-Zuschläge vergütet.

Bei nicht nachgewiesener Teilnahme der EFA® an einem Qualitätszirkel nach Ziffer 2. lit. c) bleibt der bereits ausgezahlte EFA®-Zuschlag für das Kalenderjahr der Nichtteilnahme zunächst unangetastet. Erfolgt im anschließenden Kalenderjahr erneut keine Teilnahme an einem Qualitätszirkel, werden für beide Kalenderjahre der Nichtteilnahme die EFA®-Zuschläge vollständig zurückgefordert und für die zukünftigen Quartale gestrichen. Erfolgt nach einer Streichung / Rückforderung eine erneute Teilnahme am Qualitätszirkel, wird der EFA®-Zuschlag ab dem Kalenderjahr, in dem der Qualitätszirkel erstmals wieder besucht wurde, erneut in voller Höhe vergütet.

Für Quartale, in denen keine EFA® in der Arztpraxis tätig wird (Unterbrechungen siehe Nr. 2 lit. b)), kann kein EFA®-Zuschlag abgerechnet werden.

Der EFA®-Zuschlag kann nur abgerechnet werden, wenn die Aufgaben gemäß beiliegender Aufgabenübersicht entsprechend beachtet und umgesetzt werden.

Entlastungsassistent/-in in der Facharztpraxis („EFA®“)

Aufgabenbeschreibung EFA® Neurologie

	Neurologische Erkrankungen	
	Obligatorisch	Nicht obligatorisch
Feste erste Ansprechpartnerin für Patienten und Angehörigen; niederschwellige Ansprechpartnerin	X	
Strukturiertes Vorgespräch in der Sprechstunde mit Notizen, mitgebrachte Befunde und Bilder sichten und sortieren, Arztgespräch vorbereiten, Fragen notieren, Verlaufsdokumentation für das entsprechende Krankheitsbild erstellen	X	
Aufstellung eines Therapieplans nach Vorgaben des Arztes	X	
Beratung von Pat. und Angehörigen zur Compliance der medikamentösen Behandlung (Tages- und Wochen-dosette, Erinnerungshilfen, Einnahmezeiten, Überwachung durch Angehörige und Betreuer, Fragen zu Um-stellung auf rabattierte Arzneimittel etc.)	X	
Hinweise auf Angebote der Krankenkasse zur Mitbetreuung und Aufzeigen spezifischer nicht- medikamentöse Therapieangebote	X	
Ergänzende Beratung zu psychosozialen Fragen, z.B. REHA, REHA-Sport Rentenantrag, Schwerbehinderten-recht, Kfz-Eignung, Mobilität, Vollmachten, Patientenverfügung	X	
Ergänzende Beratung zu Gesundheitsförderung und klimaresilienter Versorgung		X
Beratung von Angehörigen und Betreuern		X
Bei Bedarf Zusammenarbeit mit dem Sozialen Dienst der AOK bzw. Bosch BKK Patientenbegleitung	X	
Feste Telefonsprechstunde für Pat. oder Angehörige (z.B. 1 Std / Woche); telefonische Beratung bei besonde-ren Problemen mit den Symptomen und der Therapie – ggf. Weitergabe an den Arzt		X
Terminvergabe für ihre Patienten zu festgelegten Zeiten, (z.B. 1 Std / Woche) / ggf. Verschicken eines Frage-bogens bei Terminvergabe	X	
Unterstützung der Umsetzung von Rabattarzneimittel bei Arzneimittelverordnungen im Praxisalltag	X	
Strukturierte Arztbriefe vorbereiten		X
Unterstützung der korrekten Kodierung	X	
Kontakt zu Selbsthilfegruppen pflegen, Vermittlung von Patienten an Selbsthilfegruppen z.B. über Flyer		X
Organisation von Patientenschulungen		X
Patienteninformationen und Abrechnung PNP-Vertrag	X	
Kontakt zu Hausarztpraxen (VERAH/MFA) pflegen	X	
Klimaresiliente Beratung (siehe Tischvorlage unter www.medi-verbund.de)	X	

Abrechnungsprüfkriterien

- (1) Die Managementgesellschaft prüft die Abrechnung des FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN auf Vertragsmäßigkeit und Plausibilität (§§ 19, 20 des Vertrages, **Anlage 12**) im Hinblick auf die gesetzlich und vertraglich ordnungsgemäße Leistungserbringung und die formal richtige Abrechnung der erbrachten Leistungen (ordnungsgemäße Dokumentation über und gemäß den Vorgaben der Vertragssoftware). Zusätzlich führen die AOK bzw. die BKK eine solche Prüfung anhand der AOK- bzw. BKK-Abrechnung der Managementgesellschaft durch.
- (2) Die Prüfung erfolgt **insbesondere** anhand der folgenden Daten:
 - a) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Teilnahme am Vertrag;
 - b) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Erbringung der Leistungen und der Zuschläge (erforderliche Qualifikationen, Ausstattung, um Leistungen zu erbringen);
 - c) Vorliegen vollständiger Abrechnungsdatensätze;
 - d) Angabe der erforderlichen Diagnosendokumentation gemäß ICD 10 (endstellig, korrekt, aktuell);
 - e) Vorliegen vollständiger Informationen zur Zahlung der Praxisgebühr bzw. des Befreiungsgrundes (§ 18 Abs. 1 BMV-Ä in der jeweils geltenden Fassung) gemäß den Einstellungen der Vertragssoftware.
- (3) Der Umfang der von der Managementgesellschaft zum Zwecke der Prüfung der AOK – bzw. BKK-Abrechnung gemäß § 20 des Vertrages i.V.m. Anlage 12 übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 SGB V übermittelten Daten.
- (4) Die Prüfungen erfolgen soweit technisch möglich automatisiert und basierend auf der durch den FACHARZT/ PSYCHOTHERAPEUT über die Vertragssoftware nach ihrem jeweiligen Entwicklungsstand (**Anlage 10**) übermittelten Dokumentation.
- (5) Die Managementgesellschaft erfasst die nach ihrer Prüfung und der Prüfung der AOK bzw. BKK gesetzlich und vertraglich im Sinne der vorstehenden Absätze ordnungsgemäß erbrachten Leistungen in einem dem FACHARZT/ PSYCHOTHERAPEUT übersandten Abrechnungsnachweis (§ 19 Abs. 5 des Vertrages). Zu Einzelheiten der Prüfung und Versendung des Abrechnungsnachweises sowie zu möglichen Abrechnungskorrekturen wird auf das in den §§ 19, 20 des

Vertrages und **Anlage 12** ABSCHNITTE III und IV niedergelegte Verfahren verwiesen.

- (6) Die Managementgesellschaft und die AOK bzw. die BKK unterrichten sich wechselseitig unverzüglich über auffällige Abrechnungen von FACHÄRZTEN/ PSYCHOTHERAPEUTEN.
- (7) Wenn die Prüfungen gemäß Ziffer 2 Auffälligkeiten ergeben, kann neben der vertraglich vorgesehenen Abrechnungskorrektur das Verfahren nach **Anlage 15** Anwendung finden.
- (8) **Bei einer Änderung der Vergütungsregelung nach Maßgabe von § 19 Abs. 2 des Vertrages wird als Teil dieser Änderung eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Abrechnungskriterien vorgenommen.**

Prüfwesen

Abschnitt I: Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung

- (1) Die AOK bzw. die BKK prüfen die Abrechnungen der FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN über die Abrechnungsprüfkriterien der **Anlage 13** im Rahmen der Prüfung der AOK- bzw. BKK-Abrechnung (§ 20 Abs. 1 des Vertrages) hinaus insbesondere hinsichtlich
 - a) des Bestehens und des Umfangs ihrer Leistungspflicht;
 - b) der Plausibilität von Art und Umfang der für die Behandlung eines Versicherten abgerechneten Leistungen, auch in Bezug auf die angegebene Diagnose;
 - c) der Plausibilität der Zahl der von eingeschriebenen Versicherten in Anspruch genommenen FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN und sonstigen Ärzten/Psychotherapeuten und der dabei abgerechneten Leistungen durch Überprüfung der FACHARZT-/PSYCHOTHERAPEUTEN-Abrechnung und der Abrechnung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg auf Grundlage der ihr insoweit über die aus der Umsetzung des Vertrags hinaus vorliegenden Daten;
 - d) entfällt
 - e) der Plausibilität von Verordnungen im Rahmen dieses Vertrags – auch in Verbindung mit Verordnungen aus der kollektivvertraglichen Versorgung soweit davon eingeschriebene Versicherte betroffen sind.
- (2) Die AOK bzw. die BKK kann (z. B. über Versichertenbefragungen) auch die Leistungserbringung der FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN hinsichtlich der Leistungsqualität (z.B. die grundsätzliche Einhaltung von Behandlungsleitlinien gemäß **Anlage 2**) sowie die Einhaltung der sonstigen vertraglichen Verpflichtungen, insbesondere gemäß § 5 des Vertrages (z.B. werktägliche Sprechstunde, Abendsprechstunde) überprüfen.
- (3) Durch das Verfahren nach den vorstehenden Absätzen 1 und 2 soll die gesetzeskonforme, vertragsgemäße, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Leistungserbringung sichergestellt werden. Unnötiger bürokratischer Prüfaufwand soll vermieden werden.

- (4) Die AOK und die BKK unterrichten die Managementgesellschaft über die Durchführung der Prüfungen gemäß den vorstehenden Absätzen 1 und 2 und deren Ergebnisse, soweit sie diesen Vertrag betreffen.

- (5) Wenn die Prüfungen gemäß Absatz 1 Auffälligkeiten ergeben, die diesen Vertrag betreffen, kann die Managementgesellschaft den betroffenen FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN zu einer schriftlichen Stellungnahme auffordern. Lassen sich die Auffälligkeiten durch die schriftliche Stellungnahme nicht vollständig ausräumen oder wird eine Stellungnahme nicht innerhalb angemessener Frist vorgelegt, führt die Managementgesellschaft in der Regel mit dem FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN ein Gespräch (telefonisch oder persönlich). Der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT ist verpflichtet, an diesem Gespräch teilzunehmen. Das Gespräch dient dazu, die durch die Prüfung entstandenen Auffälligkeiten soweit möglich auszuräumen. Seitens der Managementgesellschaft kann mit Zustimmung des FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN ein von BVDN, DPtV, Freier Liste der Psychotherapeuten, MEDI Baden-Württemberg e.V. und/oder von der AOK/BKK vorgeschlagener Arzt/eine Ärztin/Psychotherapeut(-in) (je nachdem, ob es sich bei dem Geprüften um einen FACHARZT oder einen PSYCHOTHERAPEUTEN handelt) oder ein sonstiger Mitarbeiter der AOK oder BKK hinzugezogen werden. Der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT kann einen Beistand, maximal 2 Personen, hinzuziehen. Für Prüfungen gemäß Abs. 1 lit. e kann die Managementgesellschaft darüber hinaus auch FACHÄRZTE beauftragen, einen FACHARZT, der gemäß Abs. 1 auffällig ist, hinsichtlich der Klärung von Auffälligkeiten persönlich oder telefonisch zu kontaktieren. Sowohl die Managementgesellschaft als auch die von der Managementgesellschaft beauftragten FACHÄRZTE erhalten von der AOK/BKK zur Erfüllung ihrer Aufgabe die Adressen des betreffenden FACHARZTES, der gemäß Abs. 1 auffällig wurde, mitgeteilt. Zur Identifizierung der konkreten Fälle erhalten die Managementgesellschaft und die beauftragten FACHÄRZTE neben dem Sachverhalt und Zeitraum das Geburtsjahr und das Geschlechtsmerkmal des betroffenen, eingeschriebenen Versicherten mitgeteilt.

- (6) Lassen sich die Auffälligkeiten durch das Gespräch nach Absatz 5 und eine Abrechnungskorrektur durch die Managementgesellschaft nicht klären bzw. beseitigen (§ 19 Abs. 5 bzw. Abs. 9 des Vertrages), erfolgt die Abstimmung von im Einzelfall angemessenen Maßnahmen (z.B. Hinweise, Beratungen) im Abrechnungsgremium. Das Abrechnungsgremium setzt sich aus jeweils zwei Vertretern der Managementgesellschaft und der AOK bzw. zwei Vertretern der BKK zusammen. Unbeschadet des vorstehenden Satzes kann die Managementgesellschaft rechtliche

Schritte gemäß § 8 Absatz 4 des Vertrages einleiten (Abmahnung bis hin zur fristlosen Kündigung).

- (7) Falls nach Durchführung des Verfahrens gemäß Ziffern 5 und 6 konkrete Anhaltspunkte für schwerwiegende Verstöße gegen den Vertrag bestehen, die nicht ausgeräumt werden können, kann die AOK oder die BKK in begründeten Einzelfällen als ultima ratio Schweigepflichtentbindungserklärungen von den betroffenen Patienten einholen und entsprechende Einsicht in die Patientenakten nehmen oder Patienten befragen. Dem FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN wird vor einer solchen Maßnahme erneut Gelegenheit zur Stellungnahme innerhalb einer Frist von mindestens 6 Wochen gegeben.
- (8) Die AOK und die BKK können, sofern dazu Veranlassung besteht, die Managementgesellschaft zu einer gezielten Abrechnungsprüfung hinsichtlich einzelner Abrechnungsprüfkriterien gemäß **Anlage 13** auffordern. Die Managementgesellschaft kann, sofern dazu Veranlassung besteht, die AOK oder die BKK zu Prüfungen nach dieser **Anlage 15** auffordern.
- (9) Die Prüfungen gemäß dieser Anlage können im Auftrag der AOK oder BKK auch durch Auftragnehmer im Sinne des § 80 SGB X durchgeführt werden.
- (10) Eine sachlich-rechnerische Richtigstellung nach § 19 Abs. 5. bzw. 9 des Vertrages bleibt von Maßnahmen nach dieser Anlage 15 unberührt.
- (11) **Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass das Prüfwesen fortzuschreiben und an aktuelle Entwicklungen anzupassen ist.** Zur näheren Ausgestaltung des Prüfverfahrens wird der Beirat Verfahrensregelungen im Einzelnen vorschlagen.

Abschnitt II: Verhältnis zu § 106

- (1) § 106 SGB V bleibt im Übrigen unberührt.
- (2) Wird im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäß §§ 106 SGB V und 106b SGB V von der Gemeinsamen Prüfungsstelle oder vom Gemeinsamen Beschwerdeausschuss ein rechtskräftiger Bescheid ausgestellt, ist MEDIVERBUND verpflichtet im Auftrag der AOK/BKK, den Anteil der Nachforderung, der auf die selektivvertragliche Versorgung nach diesem VERTRAG entfällt, bei dem FACHARZT einzufordern. Für die Fälle in denen FACHÄRZTE einer Verrechnung mit den Honorarzahungen zustimmen, muss MEDIVERBUND eine Verrechnung vornehmen und den Zahlungseingang sicherstellen. Eine Ratenzahlung ist auf max. 5 Monate begrenzt. Der FACHARZT wird über den festgesetzten Betrag durch ein

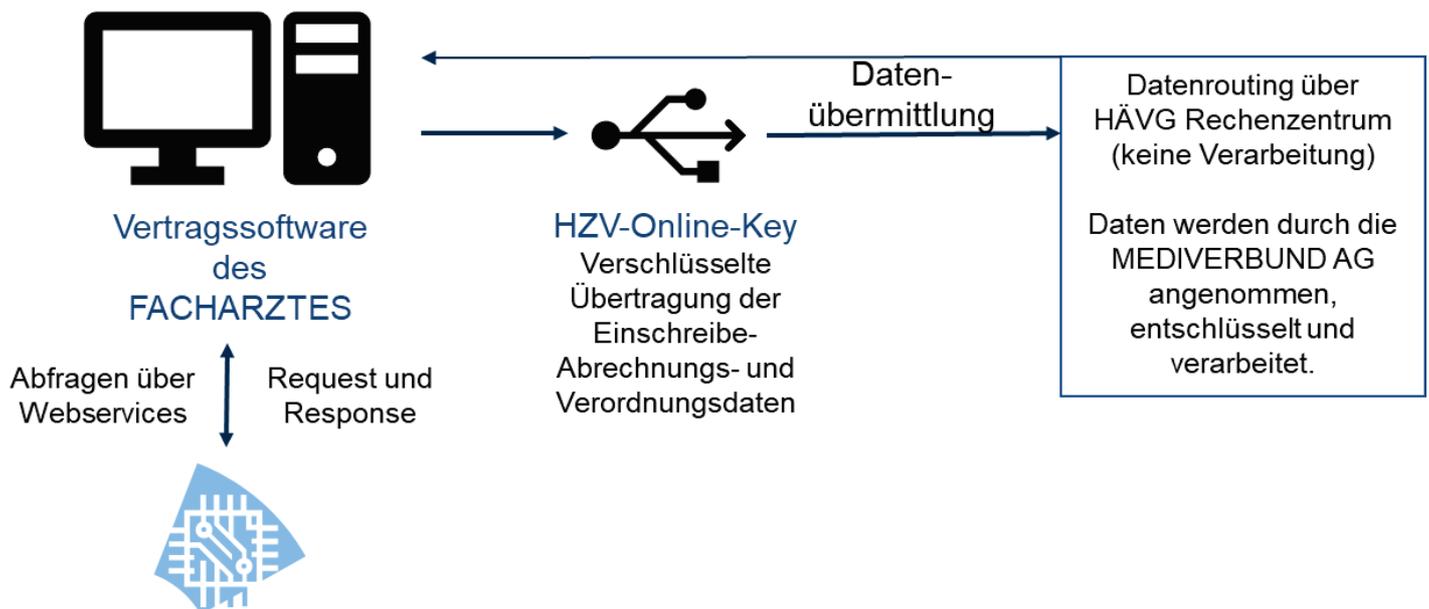
Rechnungsstellungsverfahren in Kenntnis gesetzt. FACHÄRZTE ohne Honorarauszahlungen, z.B. aufgrund der Beendigung der Vertragsteilnahme oder Insolvenz, sind von der Regelung ausgeschlossen. Der Einzug wird in diesen Fällen von der AOK/BKK übernommen. Zudem erfolgt bei Regressforderungen über 15.000 € der Regresseinzug direkt durch die AOK/BKK. Gleiches gilt für FACHÄRZTE, die einer Aufrechnung/Verrechnung mit den Abschlags- bzw. Restzahlungen widersprechen.

Datenschutz

Datenübermittlung

I. Schaubild der Datenübermittlung

Übermittlung der Einschreibe- und Abrechnungsdaten vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT an die Managementgesellschaft:



HÄVG-Prüfmodul

Das HÄVG-Prüfmodul ist ein durch die Vertragssoftware der Selektivvertragspartner genutztes Modul, auf dem dieser Facharztvertrag aufsetzt, und enthält:

- Algorithmus zur Arzneimittelsubstitution (Rabattverträge)
- Vertragliche und abrechnungsrelevante Plausibilitätsprüfungen
- Verschlüsselung der Daten

II. Datenübermittlung vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT an die Managementgesellschaft gem. § 295a Abs. 2 SGB V:

- Informationen über den abrechnenden Arzt/Psychotherapeut (BSNR, LANR, MEDIVERBUND-ID, ggf. akademischer Grad, Vorname, Name, Straße, PLZ, Ort, ggf. Telefon und Fax)
- Informationen zur verwendeten Software (KV- Prüfnummer, System-ID, Name der Software, Version, Ansprechpartner des Softwarehauses mit Kontaktdaten)
- Informationen zum HÄVG-Prüfmodul (HÄVG-Prüfmodul-ID, Name, Version, Ansprechpartner des Softwarehauses mit Kontaktdaten)
- Identifikator für den Facharztvertrag

- Angaben zum abzurechnenden Versicherten (Versicherten-ID, Vorname, Name, Straße, PLZ, Ort, Geburtsdatum, Geschlecht, Kassen-IK, Versichertennummer und Status)
- Abrechnungsrelevante Daten (Art der Inanspruchnahme, Abrechnungsziffern, Diagnosen-Text, Diagnosen-Code, Art der Diagnosen, Behandlungsdatum, verwendete ICD-Version, Seitenlokalisierung, Diagnosesicherheit)
- LANR und BSNR des überweisenden Arztes/Psychotherapeuten
- ggf. Informationen zu Stellvertretern (LANR, BSNR, MEDIVERBUND-ID, ggf. akademischer Grad, Vorname, Name)
- Informationen zur Weiterüberweisung (Überweisungsdatum, Quartal, Geschlecht, Überweisung an, Überweisungsart, Auftragsart, Unfallkennzeichen)
- Hinweise zur Medikamentenverordnung (Aut idem, Anzahl, PZN, ATC, Preis, Gebührenpflicht, Begründungspflicht, Impfstoff, Sprechstundenbedarf, Verordnungszeitpunkt, Freitext)

III. Datenübermittlung von der Managementgesellschaft an die AOK/Bosch BKK

- Informationen über den abrechnenden Arzt/Psychotherapeut (LANR, BSNR, MEDIVERBUND-ID, ggf. akademischer Grad, Vorname, Name, LANR und BSNR des überweisenden Arztes/Psychotherapeuten)
- Angaben zum abzurechnenden Versicherten (Versicherten-ID, Vorname, Name, Versichertennummer, Kassen-IK, Status, Geschlecht, Abrechnungsziffern, präventive bzw. kurative Behandlungsfälle, ICD-10 Diagnosen, OPS, Behandlungsdatum, Art der Inanspruchnahme)

IV. Datenschutzvereinbarungen zwischen der Managementgesellschaft, der AOK/Bosch BKK und teilnehmenden FACHÄRZTEN/PSYCHOTHERAPEUTEN

Die Zusammenarbeit der Parteien nach Maßgabe des Facharztvertrages bringt es mit sich, dass die Managementgesellschaft, die AOK/Bosch BKK und die teilnehmenden FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN gemeinsam über die Zwecke und/oder Mittel im Bereich der Verarbeitung von Versichertendaten im Rahmen der Versicherteneinschreibung gem. § 4 des Facharztvertrages und der Abrechnung gem. Abschnitt V des Facharztvertrages bestimmen und durch ihre Zusammenarbeit als gemeinsame Verantwortliche iSv Art. 26 iVm Art. 4 Nr. 7 DSGVO agieren. Dementsprechend regeln die Parteien nachfolgend ihre datenschutzrechtlichen Rechte und Pflichten in Bezug auf die gemeinsame Verarbeitung der Versichertendaten i.S.d. Art. 26 DSGVO.

1. Zweck der Verarbeitung:

- (1) Die Verarbeitung von Daten ist der Managementgesellschaft, der AOK/Bosch BKK und den teilnehmenden FACHÄRZTEN/PSYCHOTHERAPEUTEN nur zum Zweck der Erfüllung des Facharztvertrages und nach Maßgabe der datenschutzrechtlichen Vorschriften gestattet. Die Daten und die daraus erzielten Verarbeitungsergebnisse werden ausschließlich für die Erfüllung und nach den vereinbarten Vorgaben des Vertrages verwendet. Die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK legen die Inhalte des Facharztvertrages gemeinsam fest.
- (2) Die Parteien bewahren die verarbeiteten Daten jeweils im eigenen Zuständigkeitsbereich unter Verschluss bzw. unter Einsatz entsprechender technischer Mittel vor unbefugtem Zugriff gesichert und nur solange auf, wie es für die Erfüllung der genannten Leistungen erforderlich ist, es sei denn, zwingende gesetzliche Vorschriften sehen eine entsprechend längere Aufbewahrungsfrist vor. Für die Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen ist jede Partei selbst verantwortlich.
- (3) Der Umfang und Inhalt der von den Versicherten im Rahmen der besonderen Versorgung verarbeiteten Daten ergeben sich aus §§ 140a, 295 und 295a SGB V i.V.m. dem Facharztvertrag.

2. Informationspflichten gegenüber den Versicherten gem. Art. 13 DSGVO

- (1) Die Informationspflichten nach Artikel 13 DSGVO gegenüber dem teilnehmenden Versicherten werden vom HAUSARZT/FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT erfüllt. Die Versicherten werden vom HAUSARZT/FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT mit der Teilnahmeerklärung und dem dazugehörigen Merkblatt über die erforderlichen Informationen und die wesentlichen Inhalte der Vereinbarung gem. Art. 26 DSGVO in präziser, transparenter, verständlicher und leicht zugänglicher Form unentgeltlich informiert.
- (2) Die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK legen gemeinsam den Inhalt und die Formulierung dieser Informationen im Einzelnen fest.

3. Wahrnehmung sonstiger Betroffenenrechte der Versicherten gem. Art. 15 ff. DSGVO

Für die Erfüllung der Betroffenenrechte der Versicherten nach Art. 15 ff. ist die AOK/Bosch BKK verantwortlich. Ungeachtet dessen, sind sich die Parteien einig, dass sich betroffene Personen zwecks Wahrnehmung ihrer Betroffenenrechte an alle Parteien wenden können. In diesem Fall wird die jeweils andere Partei das Ersuchen an die zuständige Partei unverzüglich weiterleiten. Näheres hierzu regeln die Teilnahmeerklärungen und Merkblätter der Versicherten gem. Anlage 7.

4. Datensicherheit

Jede Partei trägt im Rahmen ihres Verantwortungsbereiches die Gewähr dafür, dass die in Art. 32 DSGVO genannten technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit getroffen worden sind und eingehalten werden.

5. Vorgehen bei Datenschutzverletzungen/Kommunikation mit Aufsichtsbehörden

- (1) Für die Prüfung und Bearbeitung aller Verletzungen des Schutzes personenbezogener Daten, einschließlich der Erfüllung deshalb bestehender Meldepflichten gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde (Art. 33 DSGVO) bzw. den Betroffenen (Art. 34 DSGVO) ist jede Partei selbst zuständig.
- (2) Die Managementgesellschaft und die AOK/BOSCH BKK unterrichten sich gegenseitig unverzüglich über den Verdacht auf Datenschutzverletzungen oder andere Unregelmäßigkeiten bei der Datenverarbeitung und bei Störungen des Verarbeitungsablaufs.

6. Haftung

- (1) Die Parteien haften gegenüber den Betroffenen nach Art. 82 DSGVO.
- (2) Die Managementgesellschaft, die AOK/Bosch BKK und die FACHÄRZTE haften nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen für Schäden, die infolge eines schuldhaften Verstoßes gegen die Datenschutzbestimmungen und/oder durch die schuldhafte Verletzung dieser Vereinbarungen entstehen. Eine Partei, die von Dritten oder einer weiteren Partei im Zusammenhang mit der Verletzung von gesetzlichen und vertraglichen Datenschutzbestimmungen in Anspruch genommen wird, hat gegen die Partei, in deren Verantwortungsbereich gemäß der Zuordnung der Verantwortung für die Datenverarbeitung die Einhaltung der verletzten Datenschutzvorschriften fällt, einen Anspruch auf Freistellung von sämtlichen dieser Ansprüche.
- (3) Im Innenverhältnis haften die Parteien einander nur für ihren Anteil an der haftungsauslösenden Ursache. Nummer 6 Absatz 2 Satz1 gilt entsprechend im Falle einer gegen eine Partei wegen eines Verstoßes gegen Datenschutzvorschriften verhängten Geldbuße, sofern die mit der Geldbuße belegte Partei die Rechtsmittel gegen den Bußgeldbescheid ausgeschöpft hat. Bleibt eine Partei mit einer Geldbuße belastet, die nicht ihrem Verantwortungsanteil an dem Verstoß entspricht, ist die jeweils andere Partei verpflichtet, sie von der Geldbuße in dem Umfang freizustellen, in dem sie die Verantwortung für den sanktionierten Verstoß trägt. Ungeachtet dessen bleibt durch diesen Vertrag die volle Eigenverantwortung der Parteien gegenüber Betroffenen unberührt (Art. 26 Abs. 3 DSGVO).

7. Sonstige Pflichten

- (1) Die Parteien werden alle mit der Datenverarbeitung beschäftigten Personen schriftlich zur Vertraulichkeit im Hinblick auf die Daten verpflichtet.
- (2) Jede Partei führt für sich ein eigenes Verzeichnis zu allen Kategorien von in gemeinsamer Verantwortung durchgeführten Tätigkeiten der Verarbeitung, das alle Angaben nach Art. 30 Abs. 2 DSGVO enthält.
- (3) Sofern und solange die gesetzlichen Voraussetzungen gegeben sind, bestellt jede Partei selbst einen fachkundigen und zuverlässigen Datenschutzbeauftragten gemäß Art. 37 DSGVO.

V. **Datenschutzvereinbarungen zwischen der Managementgesellschaft und der AOK/Bosch BKK**

- (1) Die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK verarbeiten über den Regelungsbe-
reich von **Ziffer III** hinaus im Rahmen dieses Vertrages gemeinsam die Daten der teilneh-
menden **FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN** gemäß den Bestimmungen von **Ab-
schnitt IV des Facharztvertrages**. Nachfolgend regeln die Managementgesellschaft und die
AOK/Bosch BKK ihre datenschutzrechtlichen Rechte und Pflichten in Bezug auf die gemein-
same Verarbeitung der Daten i.S.d. Art 26 DSGVO in diesem Verarbeitungsbereich.
- (2) Die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK sind verpflichtet für ihren Zuständig-
keitsbereich den Datenverarbeitungsablauf lückenlos und soweit technisch möglich revisions-
sicher zu dokumentieren. Die entsprechende Dokumentation ist für einen Zeitraum von 12
Monaten vorzuhalten und bei Bedarf der Managementgesellschaft und der AOK/Bosch BKK
vorzulegen.
- (3) Die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK sind nur berechtigt, die Daten im
Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches oder eines Mitgliedsstaates der EU oder eines ande-
ren Vertragsstaates des Abkommens über den EWR zu verarbeiten.

1. **Informationspflichten gegenüber den FACHÄRZTEN/PSYCHOTHERAPEUTEN gem. Art. 13 DSGVO**

- (1) Die Informationspflichten nach Artikel 13 DSGVO gegenüber dem teilnehmenden FACH-
ARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN werden von der Managementgesellschaft erfüllt. Der FACH-
ARZT/PSYCHOTHERAPEUT wird von der Managementgesellschaft im Rahmen der
Teilnahmeerklärung der Ärzte (Anhang zu Anlage 1) sowie dieser Anlage 16 (Ziffer VI) über
die erforderlichen Informationen und die wesentlichen Inhalte der Vereinbarung gem. Art. 26
DSGVO in präziser, transparenter, verständlicher und leicht zugänglicher Form unentgeltlich
informiert.

2. **Wahrnehmung sonstiger Betroffenenrechte der FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEU- TEN gem. Art. 15 ff. DSGVO**

Für die Erfüllung der Betroffenenrechte der FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN nach
Art. 15 ff. ist die Managementgesellschaft verantwortlich. Ungeachtet dessen, sind sich die
Parteien einig, dass sich betroffene Personen zwecks Wahrnehmung ihrer Betroffenenrechte
an alle Parteien wenden können. In diesem Fall wird die jeweils andere Partei das Ersuchen
an die zuständige Partei unverzüglich weiterleiten. Näheres hierzu regeln die Teilnahmeerklä-
rungen für die FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN.

3. **Verpflichtung auf das Sozialgeheimnis**

Die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK sind verpflichtet, für die vertragsge-
mäßige Datenverarbeitung nur Personen einzusetzen, die auf das Sozialgeheimnis gem. § 35
SGB I verpflichtet sind. Ferner stellen sie sicher, dass das von ihnen eingesetzte Personal im

Sinne der Datenschutzvorschriften ausreichend informiert, angewiesen und auf die Vertraulichkeit verpflichtet wurde.

4. Sonstige Rechte und Pflichten

- (1) Die nach der DSGVO, dem BDSG oder anderen Regelungen im Sozialgesetzbuch erforderlichen Meldungen über die Datenverarbeitung an die zuständigen Aufsichtsbehörden nehmen die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK in eigener Zuständigkeit wahr.
- (2) Änderungen und Nebenabreden zu dieser Datenschutzanlage bedürfen der Schriftform und sind von allen Vertragsparteien zu unterschreiben. Mögliche Auftragnehmer der Managementgesellschaft und/oder der AOK/Bosch BKK müssen auch nach dem im Vertrag genannten Vertragsende hinsichtlich der im Rahmen der Abwicklung der vertraglich vereinbarten Leistungen verarbeiteten Daten zur Geheimhaltung verpflichtet werden. Die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK unterliegen entsprechend der Geheimhaltungspflicht.
- (3) Die Verletzung von gesetzlichen oder vertraglichen Datenschutzbestimmungen durch eine Partei ist stets ein wichtiger Grund für die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK zur außerordentlichen Kündigung des Vertrages. Dies gilt auch, wenn ein Auftragnehmer gegen gesetzliche oder vertragliche Datenschutzbestimmungen verstößt und dieses Verhalten einem Vertragspartner zuzurechnen ist.
- (4) Mögliche Auftragnehmer der Managementgesellschaft oder der AOK/Bosch BKK müssen auch nach dem Ende des Vertrages hinsichtlich der im Rahmen der Abwicklung der vertraglich vereinbarten Daten zur Geheimhaltung verpflichtet werden. Die AOK/Bosch BKK und die Managementgesellschaft unterliegen entsprechend der Geheimhaltungspflicht.
- (5) Im Übrigen gelten die getroffenen Vereinbarungen aus **Ziffer III** für die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK entsprechend für den Verarbeitungsbereich von **Ziffer IV**.

VI. Information für den FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN gem. Artikel 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung über die Verarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen der Teilnahme und des Teilnahmeantrages am Facharztvertrag

- (1) Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung durch den MEDI Baden-Württemberg e.V., den BVDN, Freie Liste, DPtV und IG KJPP und die Managementgesellschaft zum Zweck der Teilnahme des Arztes an dem Facharztvertrag ist Art. 5 und Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO in Verbindung mit dem Facharztvertrag nach § 140a SGB V. Die Datenverarbeitung erfolgt in Kenntnis des betroffenen Vertragsarztes bzw. FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN. Er kennt den Inhalt des Vertrages und die mit Eingehung, Durchführung und Beendigung seiner Teilnahme am Vertrag verbundene Datenverarbeitung. Die Daten werden ausschließlich für diese Zwecke verarbeitet.
- (2) Empfänger der Daten des FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN sind die jeweilige Krankenkasse und Ihre Dienstleister sowie die Managementgesellschaft, MEDI Baden-Württemberg e.V. und die teilnehmenden Berufsverbände BVDN, Freie Liste, DPtV und IG KJPP.

- (3) Die Dauer der Datenverarbeitung ergibt sich aus Vertrag sowie aus Gesetz. Nach Ablauf der vertraglichen und gesetzlichen Fristen werden die entsprechenden Daten gelöscht.
- (4) Der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT hat das Recht auf Auskunft zu seinen Daten (Art. 15 Abs. 1 und Abs. 2 DSGVO), auf Löschung seiner Daten (Art. 17), auf Berichtigung seiner Daten z.B. falscher Daten (Art. 16 Satz 1) und auf Sperrung seiner Daten (Art. 18) sowie ein Recht auf Datenübertragbarkeit (Art 20 DSGVO) und ein Beschwerderecht (Art. 77 DSGVO). Hierfür wendet er sich an die verantwortliche Stelle:

MEDIVERBUND AG
Industriestraße 2
70565 Stuttgart
Telefon: (07 11) 80 60 79-0
Fax: (07 11) 80 60 79-555
E-Mail: datenschutz-team@medi-verbund.de

- (5) Datenschutzbeauftragter der MEDIVERBUND AG, Industriestraße 2, 70565 Stuttgart; Tel. 0711 80 60 79-0; ist Herr Markus Zechel; migosens Datenschutz Service Desk, Wiesenstraße 35, 45473 Mülheim a. d. Ruhr, Tel.: 0208 993 95 112, Email: datenschutz@migosens.de, Internet: www.migosens.de)
- (6) Beschwerden gegen die Datenverarbeitung durch die Facharztverbände/ Verbände der Psychotherapeuten und/oder die Krankenkasse sowie gegen die Datenverarbeitung durch die Managementgesellschaft sind an die verantwortliche Stelle zu richten. Alternativ besteht ein Beschwerderecht gegenüber einer Aufsichtsbehörde. Die Aufsichtsbehörde in Baden-Württemberg:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Hausanschrift:
Königstrasse 10 a
70173 Stuttgart

Postanschrift:
Postfach 10 29 32 70025 Stuttgart
Tel.: 0711/615541-0
Fax: 0711/615541-15

BESCHREIBUNG DER MEDIZINISCHEN UND SOZIALEN VERSORGUNG

EINFÜHRUNG

- A. NEUROLOGIE**
- B. PSYCHIATRIE**
- C. PSYCHOTHERAPIE**
- D. KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE**

Übersicht der Anhänge zu Anlage 17 PNP

Anhang 1 zu Anlage 17:

Grundlagen der Schnittstellenkoordination

Anhang 2 zu Anlage 17:

Sozialer Dienst der AOK Baden-Württemberg/Patientenbegleitung der Bosch BKK

Anhang 3.1 zu Anlage 17:

Antrag auf Genehmigung durch Krankenkasse (GDK) – Modul C. PSYCHOTHERAPIE

Anhang 3.2 zu Anlage 17:

Antrag auf Genehmigung durch Krankenkasse (KJPY-GDK) – Modul D. KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Anhang 4 zu Anlage 17:

Transition – Modul D. KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Anhang 4.1 zu Anlage 17:

Arbeitshilfe Transition – Modul D. KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Anhang 5 zu Anlage 17:

Nicht-medikamentöse auf den Lebensstil bezogene Versorgung und Online-Coaches – Modul D. KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Anhang 6 zu Anlage 17:

Medizinische Rehabilitation für Kinder und Jugendliche – Modul D. KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Anhang 7 zu Anlage 17:

Medikamentöse Therapie – Modul D. KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Inhaltsverzeichnis

Einführung	4
Bewertungsschritte	7
Ziele des Vertrags im Überblick	8
A. Neurologie	10
1.1 Allgemeiner Teil Versorgungswege.....	10
1.2 Spezielle Neurologie Versorgungswege	13
1.2.1 Zerebrovaskuläre Krankheiten.....	13
1.2.2 Multiple Sklerose	15
1.2.3 Epilepsie	18
1.2.4 Extrapyramidale Syndrome.....	19
1.2.5 Polyneuropathie.....	22
1.2.6 Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks	24
1.2.7 Demenz	24
B. Psychiatrie	28
2.1 Allgemeiner Teil Versorgungswege.....	28
2.2 Spezielle Psychiatrie Versorgungswege	31
2.2.1 Schizophrenie Wahn, psychotische Störungen.....	31
2.2.2 Multiple Persönlichkeitsstörungen.....	33
2.2.3 Angststörungen	35
2.2.4 Zwangsgedanken und -handlungen gemischt.....	36
2.2.5 Affektive Störungen.....	38
2.2.6 Bipolare affektive Störungen	40
2.2.7 Posttraumatische Belastungsstörungen.....	42
2.2.8 Akute Belastungsreaktion	42
2.2.9 Verhaltensstörungen wie Pathologisches Spielen, Essstörungen wie Anorexia nervosa.....	44
2.2.10 Verhaltensstörungen bei Intelligenzminderung	46
2.2.11 Aufmerksamkeitsdefizit–Hyperaktivitätsstörung (ADHS)	46
2.2.12 Psychische und Verhaltensstörungen durch Substanzmissbrauch	48
C. Psychotherapie	52
3.1 Allgemeiner Teil	52
3.2 Psychotherapeutische Behandlung auf der Basis von Anl. 12 mit Anhängen ...	53
3.2.1 Affektive Störungen	53
3.2.2 Schizophrenie, schizotype, wahnhaft, vorübergehende akute psychotische und schizoaffektive Störungen	55
3.3.3 Alkoholsucht	56
3.3.4 AD(H)S und Störungen des Sozialverhaltens	58

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.04.2022

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

D. Kinder- und Jugendpsychiatrie	65
Zusammenfassung	65
4.1 Einleitung	70
4.2 Inhalt	70
4.2.1 Grundlagen und Hintergründe des Facharztvertragsmoduls Kinder- und Jugendpsychiatrie (Anlage 12 und Anlage 17).....	70
4.2.2 Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter	75
4.2.3 Versorgungssituation in Baden-Württemberg und Deutschland	79
4.2.4 Besonderheiten und Möglichkeiten für eine Verbesserung der Versorgung gemäß Fachliteratur	81
4.3. Quellen Modul D. Kinder- und Jugendpsychiatrie	87

Einführung

Wege aus der Krise

*“Probleme kann man niemals mit derselben Denkweise lösen, durch die sie entstanden sind.”
Albert Einstein*

Psychisch und neurologisch erkrankte Menschen sind je nach Schweregrad der Krankheit in ihrer Lebensführung und Lebensqualität körperlich, seelisch und sozial oft eingeschränkt. Im Verlauf der Erkrankung gelingt es häufig immer weniger, alltägliche Aufgaben zu bewältigen - Selbstzweifel, Ängste, Zukunftssorgen, Antriebsstörungen nehmen zu. Die Motivation zur Teilhabe am Leben vermindert sich, wenn die Krankheit fortschreitet und je länger die Krankheit unbehandelt oder fehlerversorgt bleibt.

Versorgungsqualität und Lebensqualität fördern

Um die Versorgung der betroffenen Menschen hinsichtlich der Behandlungsmöglichkeiten und des Behandlungsablaufs zu fördern, sind gemäß Leitlinien, Gesundheitsberichtserstattung und aktueller Fachliteratur mehrere Maßnahmenbündel von Nutzen für die Patienten:

- Eine differenzierte Diagnosestellung für die frühzeitige leitliniengemäße Zuordnung der Erkrankungen in die entsprechenden therapeutischen Versorgungsstufen,
- ein sektorenübergreifend gemeinsames Grundverständnis zu Art und Schwere der Symptome, abgebildet durch eine vereinfachte Dokumentation (1 Buchstabe, 4-5 Ziffern nach ICD-10 als Codes, ohne umständliche Fachbegriffe),
- eine medizinisch-pharmakologische und psychotherapeutische Versorgung, die leitlinien-, evidenzbasiert und patientenbezogen abgestimmt ist auf den Schweregrad der Erkrankung,
- erweiterte Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten medizinisch und psychotherapeutisch für eine flexible und individuelle Versorgung,
- eine leitlinienbezogene Information und Beratung des Patienten (*shared decision making*) und bei Bedarf der Angehörigen,
- Förderung und Honorierung der sprechenden Medizin,
- Förderung und Honorierung einer zugangs- und bedarfsgerechten Versorgung,
- Koordination und Kooperation von Hilfsangeboten zur Unterstützung der Teilhabe am Leben,
- vorausschauende Versorgung
 - als kontinuierliche Weiterbehandlung zur Rezidiv- und Rückfallprophylaxe,
 - zur frühzeitigen Einleitung von Hilfsmaßnahmen für die Teilhabe am Leben,
 - abgestimmt auf die individuelle Lebenssituation und Krankheitsphase,
- erweiterte Versorgungsangebote und psychosoziale Unterstützung auch für Kinder/Jugendliche.

(Quellen: www.g-ba.de; www.awmf.de; www.dimdi.de; www.svr-gesundheit.de; u.a.)

Zahlen & Fakten im Überblick

- zu den häufigsten chronischen psychischen und neurologischen Erkrankungen zählen bei jungen Menschen Depressionen, Angststörungen, Schizophrenie, Verhaltens- und Ess-Störungen, Epilepsie und Multiple Sklerose; bei älteren Menschen darüber hinaus Schlaganfall, Parkinson, Demenz
- zudem sind etwa 3% der Bevölkerung in Deutschland alkoholabhängig
- 1,9 Millionen AOK-Versicherte mit Depressionen wurden deutschlandweit 2007 behandelt
- 33% dieser AOK-Versicherten wurden stationär behandelt
- am längsten dauert eine stationäre Behandlung wegen psychischer Erkrankungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie/ -psychotherapie mit durchschnittlich 41 Tagen
- Frauen sind von Depressionen fast doppelt so oft betroffen wie Männer
- etwa 16 Prozent der verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre gehen auf seelische Erkrankungen zurück
- letztere sind damit nach Verletzungen und Vergiftungen mit wachsender Tendenz Ursache für Arbeitsausfall
- psychische Erkrankungen verursachen deutschlandweit direkte Krankheitskosten von etwa 27 Milliarden Euro pro Jahr
- daneben betragen die Gesamtkosten für alkoholbezogene Krankheiten ca. 24 Milliarden Euro, zu über zwei Dritteln sind Männer betroffen
- hinsichtlich neurologischer Erkrankungen ist die Multiple Sklerose eine der häufigsten mit Erkrankungsbeginn zwischen dem 20. und 45 Lebensjahr
- Schlaganfälle stehen in Deutschland in der Todesursachenstatistik auf Platz 2 nach Herz-, Kreislauferkrankungen und gehören zu den häufigsten Ursachen für Invalidität im höheren Lebensalter

(Quellen: WiDO 2009; www.gbe-bund.de; Gesundheitsberichtserstattung des Bundes Heft 40 RKI 2010; DIMDI HTA-Bericht 112, 2011; http://portal.dimdi.de/de/hta_berichte; Statistisches Landesamt Baden-Württemberg; www.rp-stuttgart.de Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg Grundlagenpaper Suchtprävention 2010; Niebling et al. 2008; Herold u.a. 2011;)

Defizite der Versorgung

In den maßgeblichen Berichten des Gemeinsamen Bundesausschusses, des Sachverständigenrats sowie entsprechender Leitlinien werden für Deutschland insbesondere folgende Versorgungsdefizite dargestellt:

- unterschiedliche und auch undifferenzierte medizinische Diagnosestellungen und daraus abgeleitete Therapieformen
- zu lange Wartezeiten
- nicht adäquate Zuweisungen (Über- und Einweisungen)
- unzureichende Kommunikation und Kooperation zwischen den Behandlern
- mangelnde Therapieangebote
- unzureichende wohnortnahe Versorgung
- unzureichende Berücksichtigung des Lebensalltags (zum Beispiel Arbeitsumfeld, Familienstand usw.) und der Teilhabe am Leben

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.04.2022

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

- unzureichende Beratung zur Rückfallprophylaxe
- unzureichende kontinuierliche fachärztliche Begleitung bei komplexen Krankheitsbildern

(Quellen: www.svr-gesundheit.de/Startseite/Startseite.htm; www.g-ba.de; www.rki.de/; www.awmf.de; www.gesundheitsinformation.de; u.a.)

Verbesserung der Versorgung

Demgegenüber werden folgende Verbesserungsansätze realisiert:

- genaue Diagnosestellung für die weitere Beratung und Therapie
- sorgfältige differenzierte Erhebung der Diagnose nach Art und Schweregrad abgebildet als korrekte ICD-10-Schlüssel
- Einleitung einer evidenzbasierten rationalen Pharmakotherapie, die auf die individuelle Risikokonstellation des Patienten abgestimmt wird
- Wegfall aufwendiger und zeitraubender Zugangsverfahren, weil leitlinienkonforme Psychotherapie als Grundlage dient
- gemeinsame Entscheidungsfindung mit dem Patienten und ggf. nach Bedarf/auf Wunsch mit den Angehörigen zum Beispiel
 - zur Psychotherapie
 - zur Pharmakotherapie (Dosierung, Dauer leitlinienbasiert)
 - zur Lebensweise
 - zur Lebensbewältigung
 - zur sozialen Unterstützung
 - zur Teilhabe am Leben
 - zur Rückfallprophylaxe
- erweiterte psychotherapeutische Therapieangebote
- Koordination der haus- und fachärztlichen Versorgung zur Diagnostik und Therapie
- Kooperation mit dem Psychotherapeuten
- Honorierung der sprechenden Medizin
- Bereitschaft zur evidenzbasierten Fortbildung und Anwendung

(Quellen: www.svr-gesundheit.de/Startseite/Startseite.htm; www.g-ba.de; www.awmf.de; www.cochrane.org, www.cochrane.de/De/leucht.htm; www.ebm-netzwerk.de; www.drks.de; <http://clinicaltrials.gov>; www.bapk.de; www.bpe-online.de; u.a.)

Bewertungsschritte

1. Sichtung der Literatur

- Gesundheitsberichtserstattung u.a. wie o.g. und
www.rki.de/; www.g-ba.de;
www.iqwig.de; www.dimdi.de; www.statistisches.Landesamt.de;
www.statistik.baden-wuerttemberg.de; www.BzqA.de;
- Krankenhaus-Report 2007; Arzneiverordnungsreport 2010; Versorgungsreport 2011/WIdO u.a.
- Leitlinien neurologisch, psychiatrisch, psychotherapeutisch, hausärztlich u.a.
www.awmf.de; www.versorgungsleitlinien.de; www.degam.de
- Fachzeitschriften, -literatur

2. Routinedaten

- Vergleich der Versorgungsgegebenheiten anhand von Routinedaten zur stationären, ambulanten und Arzneimittelversorgung u.a. sowie zur Prävalenz und allgemeinen Krankheitsentwicklung der häufigsten Volkskrankheiten (WidO Berichterstattungen, Versorgungsreport 2011 u.a.).

3. Integrative Versorgungswege

- Strukturierte Aufteilung der Versorgung unter anderem in Ursache der Erkrankung, Häufigkeit, Diagnostik und Therapiemöglichkeiten sowie Rückfallprophylaxe und vorausschauende Versorgung zur Minderung von Komplikationen aus medizinischer und sozialer Sicht.
- Interdisziplinäre Konsentierung innovativer Versorgungswege zum Abbau von Über-, Fehl- und Unterversorgung (Anlage 12).
- Grundlagen sind:
 - das biopsychosoziale Krankheitsverständnis
 - die Förderung der Teilhabe am Leben
 - die medizinische Information, Kommunikation und Beratung auf Basis überprüfbarer Beweise (evidence-based medicine)
 - die bedarfsgerechte Einleitung von Hilfsmaßnahmen
 - die vereinfachte und strukturierte Kommunikation und Dokumentation

Ziele des Vertrags im Überblick

Biopsychosoziales Krankheitsverständnis

Das Versorgungskonzept beruht auf einem biopsychosozialen Krankheitsverständnis: Körperliche, seelische und soziale Faktoren werden integrativ behandelt und die Teilhabe am Leben unterstützt.

Leitlinienorientierung

Die Versorgungsstruktur leitet sich ab

- aus den klinischen Leitlinien und der höchstmöglichen Evidenz,
- der Gesundheitsberichterstattung,
- der aktuellen Fachliteratur

und ist abgestimmt auf die ICD-10-bezogenen Diagnosekriterien.

Daraus ergibt sich die Grundlage für einen individuellen Versorgungsplan, um die Teilhabe am Leben zu fördern, Rückfälle und Komplikationen vorzubeugen oder frühzeitig zu erkennen und zu vermeiden (Anlage 12).

Differenzierte Diagnostik

- Verbesserte leitlinienkonforme Diagnostik gemäß Kriterien nach ICD-10 auf der Basis von Beschwerden, Symptomen und Schweregrad.

Rationale Pharmakotherapie

- Evidenzbasierte, leitlinienbezogene Arzneimitteltherapie,
- Rationale Arzneimitteltherapie von HAUS- und FACHARZT.

Psychotherapie

- Leitlinienorientierter Einsatz von Psychotherapieverfahren, -methoden und -techniken auf der Basis ICD-10-bezogener Diagnosekriterien
- Kooperation mit dem FACH-, HAUSARZT abgestimmt auf den Schweregrad der Erkrankung

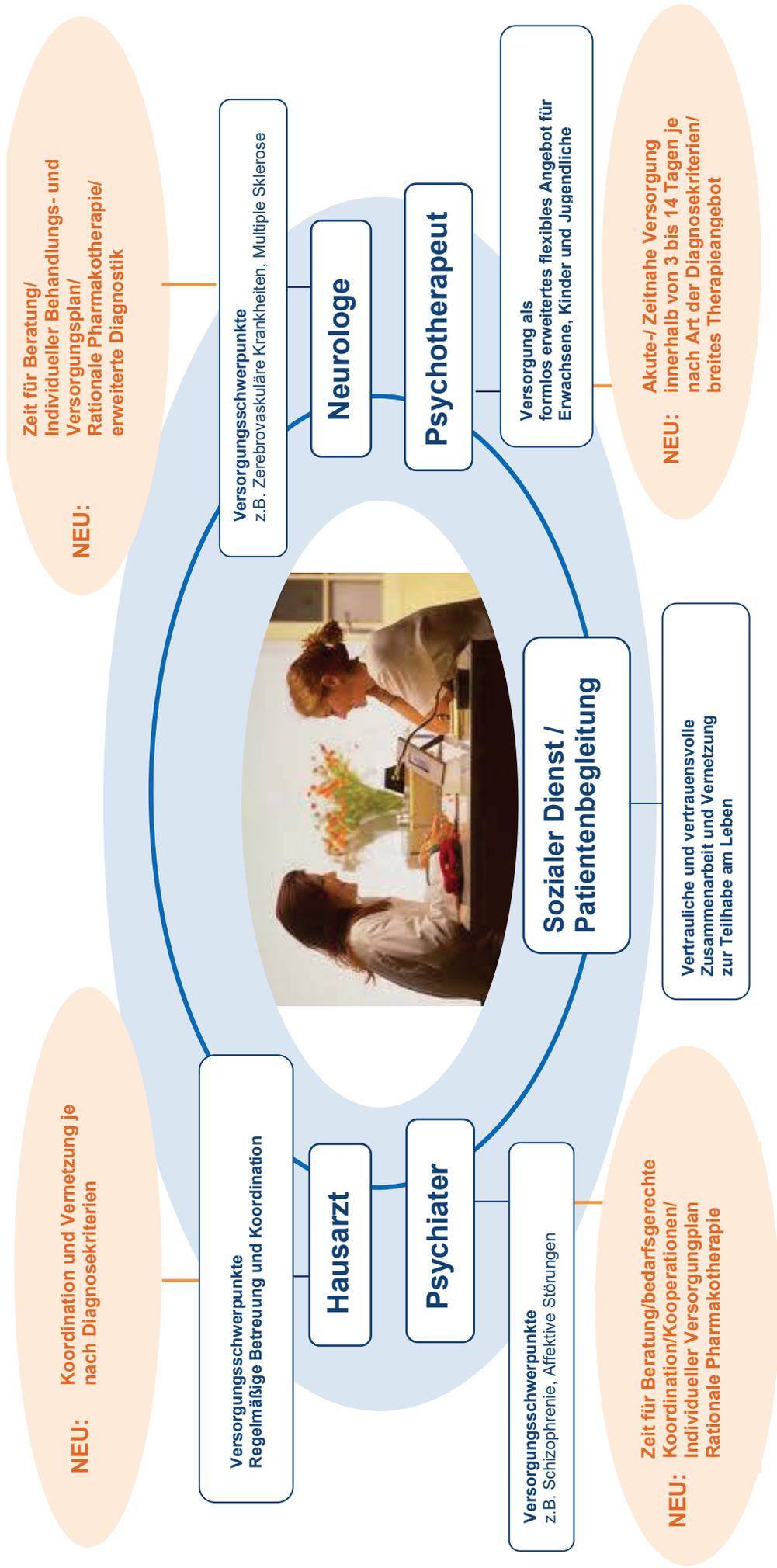
Koordination und Kooperation

- Bedarfsgerechte und erweiterte Zugänglichkeit von diagnostischen und therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten
- Kontinuierlich vorausschauende Versorgung mit Gesprächs- und Beratungsleistungen und Koordination von Hilfeleistungen
- Interdisziplinäre Kooperation mit vereinfachter Dokumentation auf vertraulicher und vertrauensvoller Basis

Fortbildungen

Diese gelten für Ärzte/Psychotherapeuten/ Praxispersonal.

Individuelle Versorgung: vorausschauend, zeitnah und leitlinienbezogen



Versorgungsschritte:

1. differenzierte Diagnosestellung auf der Basis der ICD-10-Diagnosekriterien und gemäß Leitlinien,
2. Leitlinienbezogene Behandlung abgestimmt auf den Schweregrad der Erkrankung und die individuelle Lebenslage,
3. interdisziplinäre Kooperation und Koordination zur Unterstützung der Teilhabe am Leben.

A. Neurologie

1.1 Allgemeiner Teil Versorgungswege

Modul Hausarzt

Dokumentationsbogen „Hausarzt“ (Anlage zur Überweisung)

a) Basisdaten

- Kassenkopf, in Behandlung seit/letzte Konsultation
- hausärztliche Diagnosen
- Grund der Überweisung / Fragestellung

Wichtige medizinische Daten wie

- bekannte Vorbehandlung, Medikamente, Suchtmittel, auch Nikotin usw. (soweit bekannt), Begleiterkrankungen, die für eine Medikamentenauswahl von Bedeutung sind
- kardiale Erkrankungen, kardiovaskuläre Risiken, Übergewicht, chronische Erkrankungen (KHK, Diabetes, neurologische Erkrankungen), Unverträglichkeiten/Allergien (Antihistaminika, auch Selbstmedikation) usw.

b) Soziale Daten

- aktuelle berufliche Tätigkeit, Arbeitsunfähigkeit, Kontaktpersonen (für Fremdanamnese), ggf. Betreuer
- ggf. Hinweise auf weitere, bereits vorliegende Befunde

Modul Neurologe

Diagnostik

- I.1 Allgemein anamnestisch & klinisch
- I.2 Neuropsychologie gemäß www.g-ba.de
- I.3 Speziell apparativ:
 - 1) Lumbalpunktion gemäß www.dgn.org
 - 2) neurophysiologische Methoden
 - 3) Neurosonologie
 - 4) neuroradiologische Untersuchungen
 - 5) Biopsien
 - 6) Laboruntersuchungen

Ad I.1 Allgemeine klinische Untersuchung

- Sensibilität (Oberflächen-, Tiefensensibilität)
- Schmerzwahrnehmung, Temperatursinn usw.)
- Nervendehnungszeichen
- Allgemeinzustand und Vegetativum (Atmung, Herz, Lunge, Blutdruck usw., Allgemeinzustand, Ernährungszustand, Gefäße, Wirbelsäule, vegetativ mit Testung der Vasomotorik usw.)

Ad I. 2. Neuropsychologische Befundung Indikationsstellung und Qualitätsstandards

- bei erworbener Hirnschädigung nach Versorgung im Akutkrankenhaus und ggf. isoliert neuropsychologischen Störungen oder
- chronisch zentralnervösen Erkrankungen wie MS, leicht ausgeprägte Demenzformen usw. oder
- im Anschluss an eine bisher einmalige teil-/stationäre neurologische
- Rehabilitation zu Praxen“ ambulant (gemäß Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung (Neuropsychologische Therapie www.g-ba in zweistufiger Diagnostik (die im Rahmen einer Behandlung nicht durch denselben Leistungserbringer vorgenommen werden darf):
 - Stufe 1 somatische Abklärung in der Regel im Rahmen der fachärztlichen Erstversorgung mit Feststellung eines neurologischen Schadens im Befundbericht durch einen Neurologen/Nervenarzt oder Psychiater
 - Stufe 2 neuropsychologische Diagnostik gemäß Weg in die ambulante neuropsychologische Therapie bzw. Algorithmus Weg NPS www.gnp.de), Indikationsstellung, Behandlungsplan vertragsärztlich durch Psychotherapeuten oder Ärzte mit neuropsychologischer Zusatzqualifikation, Anforderungen an „Qualitätsstandards zu Praxen neuropsychologischer Therapie“ www.gnp.de
 - (Anmerkung: *Behandlerliste gemäß www.gnp.de/behandlerliste mit Antrag auf Genehmigung bei der Krankenkasse gemäß Anspruch § 13 Absatz 3 SGB V*)

ad I. 3. spezielle apparative Diagnostik

Indikationsstellung und Qualitätsstandards

- Liquordiagnostik mit **Liquorbefundbericht** zusammenführend zu zytologischen, klinisch-chemischen und mikrobiologischen Teilbefunden.
- Indikationsstellungen z.B. entzündliche, autoimmun-entzündliche, degenerative, vaskuläre, neoplastische und sonstige Erkrankungen wie z.B. Liquorfistel,
- idiopathische intrakranielle Hypertension (IIH)/ Pseudotumor cerebri.
- **Versorgungskoordination** gemäß www.awmf.org **Lumbalpunktion und Liquordiagnostik aktueller Stand**
- **neurophysiologische Methoden**
 - als Messungen der elektrischen Leitfähigkeit von Nerven, bei Schädigung des Gehirns, des Rückenmarks und des peripheren Nervensystems wie EEG, ENG, EP bzw. SSEP/AEP/VEP, ggf. auch durch Fachkräfte für neurophysiologische Diagnostik www.dgkn.de „QS der klinischen neurophysiologischen Diagnostik“, zudem DGKN-Zertifikat für ÄrztInnen wünschenswert“ gemäß DGKN-Geschäftsstelle www.dgkn.de
- **neuroradiologische Untersuchungen**
 - zur Darstellung und Beurteilung von Veränderungen des Zentralen Nervensystems (ZNS) bzw. von Gehirn und Rückenmark mit Bildgebungsverfahren wie z.B.
 - Magnetresonanztomographie, Computertomographie, Sonographie, Angiographie, Melographie (Untersuchung des Rückenmarkskanals mit Kontrastmittel), ggf. auch interventionell gefäßeröffnend, gefäßverschließend und/oder schmerztherapeutisch unter Bildkontrolle gemäß www.dgn.org
- **Neurosonologie**
- **Allgemeine Neurologie**

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.04.2022

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

- **Neurologische Versorgung ggf. inkl. notwendiger** Ultraschall für die Gefäße am Hals und Kopf als Doppler- und Duplexsonographie als extra- und intrakranielle Duplexsonographie der Arterien und Venen (Duplex, TCCS) oder Doppler (ECD, TCD) der Funktionstests zur zerebralen Reservekapazität (Diamoxtest/CO₂-Test), PFO-Test, B-Wellen Analyse, Hirnperfusion, zerebrale Zirkulationszeiten und transkranielle B-Bildsonographie (TCS) (Liste z.B. nach www.neurologie.charite.de usw.)

- **Biopsien**
 - am Ende einer diagnostischen Kette zur Diagnosesicherung
 - vor allem bei Verdacht auf eine entzündliche Neuropathie v.a. vaskulitische Neuropathie oder einem Lymphom, bei CIDP chronisch-inflammatorisch demyelinisierende Polyradikuloneuropathie, ggf. auch bei Neuropathie bei Sarkoidose, Amyloidose, in unklaren Fällen ggf. auch bei Speichererkrankungen, z.B. gemäß „Empfehlungen zu Entnahme, Fixation und Versand von Biopsien“ www.ukaachen.de sowie „Nervenhistologie“ LMU Klinikum www.klinikum.uni-muenchen.de usw.

- **Spezielle Laboruntersuchungen**

Therapie

- nicht-medikamentöse und medikamentöse Beratung und Betreuung auf der Basis aktueller Leitlinien und Fachliteratur und rechtlicher Grundlagen

Berichte und Befunde mit korrekter ICD-10-Kodierung an den Hausarzt

1.2. Spezielle Neurologie Versorgungswege

1.2.1 Zerebrovaskuläre Krankheiten

Diagnoseverschlüsselung

- Die Kriterien zur Abgrenzung einer TIA (zerebrale transitorische ischämische Attacke) von einem Schlaganfall sind die Zeitdauer bis zur kompletten Rückbildung und/oder der Nachweis eines korrelierenden Hirninfarktes in der Bildgebung.
- Solange der akute Schlaganfall behandelt wird; ist eine Schlüsselnummer I60-64* zu kodieren. Ergänzend sind die jeweils passenden ICD-Kodes für die bestehenden Defizite z.B. Hemiplegie, Aphasie, Hemianopsie, Neglect zu verschlüsseln, sofern sie der Definition der Behandlungsdiagnose entsprechen.
- Liegt anamnestisch ein Schlaganfall mit gegenwärtig bestehenden neurologischen Ausfällen, die die Kriterien der Behandlungsdiagnose erfüllen, vor, sind die neurologischen Ausfälle (z.B. Hemiplegie, Aphasie, Hemianopsie, Neglect) gemeinsam mit einer Schlüsselnummer aus I69.- **Folgen** einer zerebrovaskulären Krankheit zu verschlüsseln.
- Die Verschlüsselung einer zerebralen transitorischen Ischämie und verwandter Syndrome (ICD-Codes aus G 45) mit dem Zusatzkennzeichen „Gesichert“ setzt die Durchführung eines Computertomogramms zur Sicherung der Erstdiagnose voraus.

* (I60.- Subarachnoidalblutung, I61.- Intrazerebrale Blutung; I62.- sonstige nichttraumatische interkraniale Blutung; I63.- Hirninfarkt; I64 Schlaganfall nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet)

Ätiologie

- generalisierte Hirngefäßveränderungen durch Arteriosklerose meist bei arterieller Hypertonie als wichtigstem Risikofaktor, Diabetes mellitus, Nikotinabusus u.a.
 - Thromboembolien u.a.
 - bei einem Drittel unklar
 - etwa 85% ischämisch bedingt, 15% intrakranielle Blutungen
 - Stenosen-Lokation zu 90% im vorderen Stromgebiet der Arteria carotis
- TOAST-Kriterien: Ursache und Kriterien der Stenose I-V

Epidemiologie

- in Deutschland ereignen sich etwa 190.000 erstmalige und 66. 000 wiederholte Schlaganfälle pro Jahr
- Karotisstenose bei Männern über 65 Jahren zu 9%, bei Frauen 7%
- ist die dritthäufigste Todesursache in Deutschland

Diagnostik

im Akutfall sofortige Einweisung stationär möglichst in eine Stroke Unit („Time is brain“, „Competence is brain“) mit optimaler Dokumentation von

- Anamnese, Ereigniszeitpunkt, Begleitmedikation und vorausgegangenen Erkrankungen und Operationen bei plötzlichem Auftreten von Lähmungen, Seh-, Sprach-, Sprech-, Gang- oder/und Sensibilitätsstörungen
- erstmals akut einsetzende Kopfschmerzen, akuter Schwindel, Vigilanzminderung u.a. mit Uhrzeitangaben zum Zeitpunkt der letztmaligen Beschwerdefreiheit

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.04.2022

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

- sowie unter Versorgung des Patienten mit Oberkörper-Hochlagerung, Kanüle und ggf. Sauerstoff 4L/Min bei Zeichen der Hypoxämie (Sauerstoffsättigung unter 95%) u.a.

Je nach Phase und Schweregrad im Überblick individuell zu entscheiden abhängig von der Symptomatik, Anamnese, neurologischen Untersuchungen, Bildgebung, internistischen Untersuchungen wie EKG, Langzeit-EKG, RR, Echokardiographie, TEE, Labor usw., ggf. Ergänzung/Komplettierung der Diagnostik

- ggf. EEG, neurosonologische Diagnostik, Diagnostik von Schluckstörungen u.a.
- Erfassung von bleibenden funktionellen Defiziten
- ggf. neuropsychologische Testung
- ggf. Risikoanalyse (Essener Risikoscore z.B.)
- Auswertung erfolgt durch den Neurologen, Befunde und Empfehlungen werden dem Hausarzt übermittelt, insbesondere: risikoadaptierte Sekundärprophylaxe.

Therapie

Versorgungsplan:

Nichtmedikamentöse Therapie

wie z.B. je nach Lebenssituation und klinischem Bild

- Ergotherapie, Krankengymnastik
- symptomatische Behandlung von Schlaganfallfolgen wie bei
ggf. Dysphagie, Spastik, Epilepsie, neurokognitive Defizite und Depression
(Vermeidung und Behandlung von Komplikationen) u.a.
- Beratung zum Lebensstil und zur Alltagsgestaltung, Hobbys, ggf. Ernährungsberatung, Bewegungstherapie usw.
- ggf. Vernetzung/Nutzung der AOK / Bosch BKK-Gesundheits- und Beratungsangebote
- vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung mit dem Sozialen Dienst der AOK / der Patientenbegleitung der BKK gemäß Anlage 12 und Ausführung in Anhang 2 zu Anlage 17

Bei Schlaganfall-Folgen

- alltagsfunktionale Bewertung der Defizite je nach Alter und Komorbiditäten mit Möglichkeiten der Verbesserung der Prognose in Abhängigkeit von klinischen Untersuchungsbefunden, familiäre und berufliche Situation sowie Umfeld in jedem Alter, Abschätzung der Motivation und Prognose
- breite Unterstützung der Alltagsbewältigung
- Koordination zur medizinischen Rehabilitation (stationär wie ambulant)
- bei folgenden Indikationen G 81 und I69.0-4 gemäß hierarchischem Phasenmodell in Absprache zwischen Haus- und Facharzt (Phasen A-F mit Zielen, Kostenträger wie AOK, BKK, LVA, BfA, ggf. spezielle Formulare)
- zu Heilmitteln wie Krankengymnastik, Ergotherapie einzeln oder Gruppe, Logopädie, Sporttherapie, außerdem Sozialer Dienst und Angebote AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.04.2022

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

- zu Hilfsmitteln wie Inkontinenzhilfsmittel, sonstige wie Badehilfen
Rollstühle nach Funktionsdiagnostik auch in Absprache mit AOK / Bosch BKK u.a.
- ggf. Pflegeversicherung (auch ggf. Beratung Sozialer Dienst AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK), häusliche Krankenpflege
- Rehabilitationssport
- ggf. hypothesengeleitete, neuropsychologische Diagnostik und Behandlung in Abstimmung mit dem Neurologen
- ggf. Psychotherapie in Kooperation mit ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten
- Koordination weiterer fachärztlicher diagnostischer Abklärung in Abstimmung mit dem Hausarzt
- Beratung zur Rationalen Pharmakotherapie (cave Multimedikation, Sturzneigung, Depressionen reaktiv usw.)
- Prävention nach einem Schlaganfall im Verlauf mit konsequenter Therapie, Blutdruckeinstellung, Gewicht, Nikotinkarenz, Ausdauertraining, usw. (ggf. ARRIBA-HAUSARZT zur Primär- und Sekundärprävention) in Abstimmung mit dem HAUSARZT

Befunddokumentation mit aktueller Kodierung (Schlaganfall mit oder ohne Folgen, usw.) an Hausarzt mit Unterstützung der nicht-medikamentösen und medikamentösen Therapie

Medikation

- Bei geringem Rezidivrisiko Acetylsalicylsäure bei ischämischen Insulten auf Dauer
- bei Unverträglichkeiten oder weiteren Gefäßerkrankungen oder erhöhtem Rezidivrisiko stattdessen. ADP-Antagonist oder Aggrenox,
- bei rezidivierenden kardialen Embolien Antikoagulation mit Vitamin-K-Antagonisten oder den neuen oralen Antikoagulantien
- gegen Spastik gezielte Therapie
- ggf. antidepressive Medikation durch Neurologen und Psychiater in Abstimmung mit dem Hausarzt u.a.

www.kompetenznetz-schlaganfall.de;
www.schlaganfall-hilfe.de

1.2.2. Multiple Sklerose

Diagnoseverschlüsselung

Die Multiple Sklerose (Encephalomyelitis disseminata) ist mit G35.- zu verschlüsseln. Aktuell vorhandene Manifestationen sind zusätzlich zu verschlüsseln bei gesicherter Behandlungsdiagnose, z.B. als

- G35.11 G MS mit vorherrschend schubförmigem Verlauf mit Angaben einer akuten Exazerbation oder Progression
- H48.1* G B Retrobulbäre Neuritis bei andernorts klassifizierten Krankheiten
- G82.11 G Spastische Paraparese und Paraplegie

Ätiologie

- letztlich nicht geklärt, Autoimmungenese

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.04.2022

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

- Verlauf sehr unterschiedlich: schubförmig, schubförmig progredient, chronisch progredient, auch klinisch stumm möglich
- im Verlauf der Erkrankung treten ggf. Sehstörungen, Paresen, Sensibilitätsstörungen, Koordinations-, Blasen-, Mast-, neuropsychologische Störungen, Fatigue u.a. auf

Epidemiologie

- etwa 240.000 Patienten in Deutschland
- Auftreten zwischen dem 20.-40. Lebensjahr, in Deutschland etwa doppelt so viele Frauen wie Männer betroffen

Diagnostik

- spezielle Diagnostik je nach neurologischer oder/und psychiatrischer Symptome einschließlich der Sehstörungen bzw. je nach Störungen vielfacher Art vegetativ, zerebellär, kognitiv, psychisch, auch Schmerzen
- Liquorpunktion (Elektrophorese)
- evozierte Potentiale EP mit gutem diagnostischem Aussagewert
- Bildgebung, hier ggf. auch Bewertung im Verlauf
- Diagnostikkriterien nach McDonald 2001 bzw. Revision 2017
- Vegetative Diagnostik (Blase, Sexualität usw.)
- Ausschluss zerebellärer, psychischer, kognitiver Störungen u.a.
- neuropsychologische Testungen, z.B. MUSIC-Test, FACES-SYMBOL-Test
- ggf. Abklärung Verdacht auf Depression u.a.

Dokumentation EDSS Expanded Disability Status Scale:
Bewertung der Behinderung nach Kurtzke von 1 bis 10,
ggf. weitere Skalen.

Therapie

Versorgungsplan:

Nicht-medikamentös

- Zeit für Mitteilung der Diagnose, sozialmedizinische Beratung
- Beratung zur Lebensplanung, Lebensstil einschließlich Beratung zu Bewegung wie Gehen, Schwimmen, usw., Impfungen, Schwangerschaft usw. nach Leitlinien DGN und Empfehlungen des Kompetenznetzwerkes MS, Ergotherapie u.a. abgestimmt auf die individuelle Lebenssituation
- ggf. Pflegeversicherung (auch ggf. Beratung Sozialer Dienst AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK), häusliche Krankenpflege
- Beratung zum Lebensstil und zur Alltagsgestaltung, Hobbys, ggf. Ernährungsberatung, Bewegungstherapie usw.
- ggf. Kooperation mit Psychotherapeuten
- ggf. Vernetzung/Nutzung der AOK / Bosch BKK-Gesundheits- und Beratungsangebote
- vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung mit dem Sozialen Dienst der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 12 und Ausführung in Anhang 2 zu Anlage 17

Medikation

Zeit für Beratung erforderlich

- zur individuellen risikostratifizierten Therapie der Grunderkrankung jeweils abhängig von der klinischen Verlaufsform
 - aa) Immunmodulatorische Behandlung (Basistherapie)
 - ab) Eskalationstherapie mit besonderem Aufwand (vgl. Anlage 2, Qualitätsanforderungen)
- Schubbehandlung, als Infusionsbehandlung mit hochdosiertem Cortison i.V. (Qualitätsanforderungen Anlage 2)
- Indikationsstellung beim Facharzt, Absprache mit dem Hausarzt
- ggf. Monitoring von Diabetes, Osteoporose (unter besonderer Berücksichtigung des Lebensalters in Abstimmung mit dem Hausarzt)
- Symptomatische Behandlung
- Somatische Ausschlussdiagnostik, z.B. auch kardiologisch LVEF (wegen Mitoxanton)
- Monitoring
 - regelmäßiger Laborkontrollen (Leber, Kreatinin, Blutbild, ggf. weitere Parameter wie AP usw.), incl. Prüfung auf Neutralisierung der Antikörper
- im Verlauf Erfassung der funktionellen Defizite
- ggf. weitere Behandlung einer depressiven Symptomatik z.B. beim Psychiater in Abstimmung mit dem Hausarzt, ggf. Ehe- und Familienberatung u.a.
- ggf. Hilfsmittel wie Orthesen, Physiotherapie, SPK, PEG-Sonde usw.

Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft Bundesverband e.V. Hannover

www.dmsg.de

<http://www.kompetenznetz-multiplesklerose.de/>

1.2.3.Epilepsie

Diagnoseverschlüsselung

Epilepsien werden mit ICD-Kodes aus G40 Epilepsie und G41 Status epilepticus verschlüsselt. Die Kodierung setzt eine spezifische Diagnostik zur Sicherung der Diagnose voraus. Klassifikation gemäß Internationale Liga gegen Epilepsie fokal oder generalisiert

- ein einzelner Krampfanfall ohne Hinweis auf Epilepsie wird mit R56.8 sonstige und nicht näher bezeichnete Krämpfe kodiert
- Fieberkrämpfe werden mit R56.0 verschlüsselt, dissoziative Krampfanfälle mit F44.5

Ätiologie

- endogen/genetisch, kryptogenetisch oder exogen wie Hirntumore, Schlaganfall usw.
- Einteilung nach Alter in Früh- und Spät-Epilepsie
- besonders aufwändige Anamnese, ggf. wiederholt, auch in Rücksprache mit Angehörigen (Fremdanamnese)

Epidemiologie

- 600.000 Patienten in Deutschland, Lebenszeitprävalenz 2-5% (einschl. vereinzelter Krämpfe)

Diagnostik

- Stufen-Diagnostik
- EEG
- ggf. Schlafentzugs-EEG
- ggf. Video-Langzeit-EEG
- Labor einschl. Kontrollen
- Bildgebung (Überweisung, ggf. MRT)

Therapie

Versorgungsplan:

Nicht-medikamentös

ggf. auch Schnittstelle zum Kardiologen, Internisten in Abstimmung mit dem Hausarzt, z.B. zum Ausschluss von kardialen Ursachen von Synkopen, endokrinologischen Ursachen, Schnittstelle zum Psychiater bei Verdacht auf dissoziative Anfälle.

- Zeit für Mitteilung der Diagnose, sozialmedizinische Beratung, Beratung zur Lebensplanung, Lebensstil einschließlich Beratung zu Verhütung, Schwangerschaft (EURAP-Register) und Kinderwunsch, Fahrtauglichkeit, Freizeitverhalten, Vermeidung von Auslösern, Gefährdungsbeurteilung im Beruf, Langzeitwirkungen usw. hier besonders wichtig bei der Erstdiagnose auch auf Basis der Leitlinien der DGN und der Deutsche Sektion der internationalen Liga gegen die Epilepsie
- Anfallskalender, Protokoll
- Beratung zum Lebensstil und zur Alltagsgestaltung, Hobbys, ggf. Ernährungsberatung, Bewegungstherapie usw.
- ggf. Kooperation mit Psychotherapeuten
- ggf. Vernetzung/Nutzung der AOK / Bosch BKK-Gesundheits- und Beratungsangebote

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.04.2022

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

- Sozialmedizinische Empfehlungen: Beruf, Reisen, Impfungen usw.
- vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung mit dem Sozialen Dienst der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 12 und Ausföhrung in Anhang 2 zu Anlage 17

Medikation

- Anfallsfreiheit:
- Einleitung einer Monotherapie
- Überprüfung der Wirksamkeit
- Umstellung auf zweite Monotherapie, ggf. Kombinationstherapie
- bei Pharmakotherapieresistenz Hinzuziehung einer epileptologischen Schwerpunktpraxis
- ggf. Klärung operativer Behandlungsmöglichkeiten
- Nachbetreuung (VAGUS-Stimulatoren und ähnliche in Schwerpunktpraxen, Qualitätsanforderungen in Anlage 2)
- ggf. weitere Behandlung einer depressiven Symptomatik z.B. beim Psychiater in Abstimmung mit dem Hausarzt, ggf. Ehe- und Familienberatung u.a.
- Monitoring
Labor (Wirkspiegel, Leber, Kreatinin, Blutbild, ggf. weitere Parameter wie AP)
EEG

Dt. Epilepsievereinigung

www.epilepsie.sh

Informationszentrum Epilepsie

www.izepilepsie.de

1.2.4.Extrapyramidale Syndrome

Diagnoseverschlüsselung

G20 M. Parkinson, Chorea Huntington G10 und degenerative Basalganglienerkrankungen
G23

Ätiologie

- autosomal-dominant Huntington
- minor entzündlich (rheumatisches Fieber u.a.) – Ausheilung ohne Residuen, bei einem Drittel spätes Rezidiv
- Chorea gravidarum

Epidemiologie

- Huntington etwa 8000 Patienten in Deutschland

Diagnostik

- klinisch und apparativ EEG, Bildgebung, Labor (Gennachweis)

Therapie

- Versorgungsplan
- kausale Therapie nicht möglich
- Huntington Medikation Tiaprid u.a.
- bei minor Antibiose usw.

Sozialmedizinische Betreuung im Vordergrund

Selbsthilfegruppen Deutsche Huntington-Hilfe

www.huntington-hilfe.de

Atypische Parkinsonsyndrome

Bedarf nach einer besonders aufwändigen differentialdiagnostischen Abklärung und individuellen therapeutischen Strategie sowie auch sozialmedizinisch intensiver Begleitung und Betreuung (s. Parkinson als Vorlage)

Dystonien**Ätiologie**

- sporadische und genetische Formen, auch symptomatische Formen nach Durchblutungsstörungen, Entzündungen, Raumforderungen

Diagnostik

- typische Bewegungsmuster
- Differentialdiagnostik z.B. bei Medikation wie Neuroleptika, psychogen,
- ggf. Bildgebung
- Gentests möglich

Therapie**Versorgungsplan:****Nicht-medikamentös**

- KG, Ergotherapie, Beratung zum Lebensstil wie v.a. zu Bewegungsübungen
- sozialmedizinische Betreuung, ggf. Logopädie usw.
- Beratung zum Lebensstil und zur Alltagsgestaltung, Hobbys, ggf. Ernährungsberatung, Bewegungstherapie usw.
- ggf. Vernetzung/Nutzung der AOK / Bosch BKK-Gesundheits- und Beratungsangebote
- vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung mit dem Sozialen Dienst der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 12 und Ausführung in Anhang 2 zu Anlage 17

Medikation

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.04.2022

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

- funktionelle Denervierung durch Injektion von Botulinumtoxin alle 3-5 Monate
- Bei Torsionsdystonien Medikation wie Anticholinergika

Selbsthilfegruppe Bundesverband Torticollis e.V.,

Dt. Dystonie Gesellschaft e.V.

<http://www.bvts.de/>

Selbsthilfegruppe Deutsche Parkinson Vereinigung

<http://www.parkinson-vereinigung.de/>

Deutsche Parkinson Selbsthilfe

<http://www.parkinson-selbsthilfe.de/>

Essentieller Tremor und andere Bewegungsstörungen

- Diagnostik, Therapie und Versorgungsplan in Anlehnung an das Vorgehen bei Parkinson-Syndrom

Parkinsonsyndrom

Ätiologie

- Über 80% primär idiopathisch, seltenere symptomatische Formen
- seltene erbliche Formen Morbus Parkinson bei (5%)
- Multisystemerkrankungen
- auch Parkinsonoid medikamentös induziert, v.a. Neuroleptika

Epidemiologie

- Prävalenz etwa 0,2%
- 250.000 Patienten in Deutschland
- Häufigkeitsgipfel über 65. Lebensjahr, über 1%, Häufigkeit steigt mit zunehmendem Lebensalter
- zwangsläufig progredienter Krankheitsverlauf u.a. mit ständiger Therapieanpassung

Diagnostik

- u.a. nach Trauma, Hirntumoren, Durchblutungsstörungen
- Arzneimittelinduziertes Parkinson-Syndrom
- arzneimittelinduzierte Dystonie G24.0
- malignes Neuroleptikasyndrom G21.0
- oft halbseitig beginnend, 4 Kardinalsymptome:
 - Rigor (erhöhter Tonus für Beuge- und Streckmuskulatur)
 - Tremor (Zittern)
 - Akinese (trotz grüner Ampel nicht laufen können u.a.)
- Posturale Instabilität (Gangunsicherheit)
- nichtmotorische Symptome:
- Vegetative, sensorische, psychische Symptome

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.04.2022

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Stadieneinteilung nach Hoehn und Jahr

- Anamnese und Fremdanamnese, Klinik
- EEG unauffällig, ebenso Liquorpunktion
- Bildgebung, ggf. EMG, Sonographie
- Differentialdiagnostik (Tremor bei Alkohol, Nikotin, Medikamenten usw.).
- bei Immobilisation Komplikationen und Komorbiditäten wie Osteoporose, Embolien, Gelenkversteifungen, Pneumonien usw., Schluckstörungen, Risiko einer Demenz 2-3mal höher u.a.

Therapie

Versorgungsplan:

Nicht-medikamentös

- Zeit für Mitteilung der Diagnose, sozialmedizinische Beratung, Beratung zur Lebensplanung, Lebensstil einschließlich Bewegungsübungen, Krankengymnastik, Logopädie, Ergotherapie, Selbsthilfe usw., Rücksprache mit den Angehörigen
- ggf. Pflegeversicherung (auch ggf. Beratung Sozialer Dienst AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK), häusliche Krankenpflege
- Beratung zum Lebensstil und zur Alltagsgestaltung, Hobbys, ggf. Ernährungsberatung, Bewegungstherapie usw.
- ggf. Kooperation mit Psychotherapeuten
- ggf. Vernetzung/Nutzung der AOK/Bosch BKK-Gesundheits- und Beratungsangebote
- vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung mit dem Sozialen Dienst der AOK/ der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 12 und Ausführung in Anhang 2 zu Anlage 17

Medikation

- L-Dopa oder/und Dopa-Agonisten langsam ein- und ausschleichend
- MAO-B-Hemmer, COMT Hemmer, Amantadin, Anticholinergika
- Antidepressiva ggf.
- Therapiekontrolle Webster-Rating-Scale 0-10

Selbsthilfegruppen Dt. Parkinson Vereinigung

Kompetenznetz Parkinson

<http://www.parkinson-selbsthilfe.de/>

1.2.5.Polyneuropathie

Diagnoseverschlüsselung

- je nach Krankheitsursache z.B. Guillain-Barré-Syndrom G61.0 usw.

Ätiologie

- genetisch bedingt u.a., ggf. metabolisch, paraneoplastisch, exogen wie Gifte, Medikamente, Systemerkrankungen wie Kollagenosen, Infektionskrankheiten usw.
- zu 30% D.m., auch Alkoholismus 25% der Fälle

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.04.2022

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Diagnostik

- Sensibilitätsstörungen, motorisch, vegetativ chronisch progrediente Entwicklung
- klinisch, Vibrationsempfindung
- Labor, NLG, EMG, ggf. Nerven-, Muskelbiopsie usw.
- ggf. Liquoruntersuchung

Therapie

Versorgungsplan:

Nicht-medikamentös

- Behandlung der Grunderkrankung, Ausschaltung der Noxen
- Physiotherapie
- Beratung wie vorgenannt sozialmedizinisch usw. je nach Ursache.
- Beratung zum Lebensstil und zur Alltagsgestaltung, Hobbys, ggf. Ernährungsberatung, Bewegungstherapie usw.
- ggf. Vernetzung/Nutzung der AOK / Bosch BKK-Gesundheits- und Beratungsangebote
- vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung mit dem Sozialen Dienst der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 12 und Ausführung in Anhang 2 zu Anlage 17

Medikation

- falls möglich ursächliche Therapie, ggf. Alpha-Liponsäure als Infusion und oral, auch Vitamin B usw.
- Symptomatische Behandlung von Reizerscheinungen und Schmerzen usw.
- Schnittstellen-Betreuung je nach Ursache mit Hausarzt gemeinsam z.B. bei Alkohol, Diabetes usw.

Selbsthilfegruppen

Gesprächskreis für Menschen mit Polyneuropathie

Heischstraße 7

24143 Kiel

Selbsthilfegruppe SHG - Polyneuropathie

Friedenstraße 4

45964 Gladbeck

1.2.6. Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks

Diagnostik

- je nach Ursache

Therapie

Versorgungsplan:

Nicht-medikamentös

- Umfassende Beratung und Betreuung auch sozialmedizinisch, psychosomatisch
- unter Berücksichtigung schwer beeinflussbarer chronischer Schmerzsyndrome, symptomatisch vielseitig mit Pflege, Rehabilitation, Hilfsmittel, Blasentraining, Ergotherapie usw.
- Beratung zum Lebensstil und zur Alltagsgestaltung, Hobbys, ggf. Ernährungsberatung, Bewegungstherapie usw.
- ggf. Vernetzung/Nutzung der AOK / Bosch BKK-Gesundheits- und Beratungsangebote
- vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung mit dem Sozialen Dienst der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 12 und Ausführung in Anhang 2 zu Anlage 17

Medikamentös

- spezielle Medikation je nach Anlass und Ursache

Selbsthilfegruppen

Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V.,

<http://www.bsk-ev.org/>

Förderungsgemeinschaft der Querschnittsgelähmten

<http://www.fgg.de/>

1.2.7. Demenz

Diagnoseverschlüsselung

- Demenzerkrankungen sind mit einem ICD-10 Kode aus F00-03 zu verschlüsseln auf der Basis von Gedächtnisstörungen, weiteren kognitiven Störungen und dadurch bedingter Beeinträchtigungen der Alltagsfähigkeiten seit mehr als 6 Monaten bestehend. Die Demenz ist abzugrenzen von anderen kognitiven Störungen wie Intelligenzminderungen (F70-79), affektiven Störungen (F30-39) und iatrogenen Störungen infolge Medikation.
- Die Diagnose F03 nicht näher bezeichnete Demenz ist den Fällen vorbehalten, in denen sich keinerlei Hinweise auf die Ätiologie ergeben. Die Verschlüsselung für eine organisch bedingte psychische Störung mit dem Zusatzkennzeichen „G“ setzt voraus, dass die Diagnose durch psychopathologische Befunde, valide Testverfahren und klinische Untersuchungen hinreichend gesichert ist.
- Grundsätzlich gilt, dass die Diagnose Morbus Alzheimer am Ende einer Ausschlussdiagnostik anderer behandelbarer Demenzformen steht.

- Bei der Alzheimer-Demenz ist immer ein ICD-Code aus F00.-* Demenz bei Alzheimer-Krankheit gemeinsam mit einem Code aus G30.- Alzheimer-Krankheit zu ver-schlüsseln.

Ätiologie

- neurodegenerativ (Morbus Alzheimer 60% aller Demenzformen, fronto-temporale Demenzen, Lewy Körperchen Demenz)
- vaskulär (Schlaganfall-Folgen, Binswanger-Krankheit als Multiinfarktdemenz 20% aller Demenzformen)
- Systemerkrankungen des ZNS (Parkinson-Syndrom, multisystemdegenerative Erkrankungen)
- infektiös (HIV u.a.)
- mechanisch (Schädel-Hirn-Trauma)
- Spätmanifestationen von Stoffwechselstörungen (M. Wilson)
- toxisch (alkoholisch u.a.)
- symptomatisch bei intrazerebralen Raumforderungen, Hydrozephalus u.a.
- genetische Disposition
- Menschen mit einer Depression haben ein doppelt erhöhtes Risiko, später eine Demenz zu entwickeln

Epidemiologie

- doppelt so viele Frauen wie Männer sind bisher betroffen, in Deutschland über eine Million Menschen bei steigender Tendenz in einer Gesellschaft des längeren Lebens (www.svr-gesundheit.de)
- die Klinik zeigt Störungen des Gedächtnisses, intellektuellen Abbau mit Verlangsamung, der Konzentration, der Orientierung, des Verhaltens mit Depressionen und Ängsten, fehlendes Krankheitsbewusstsein, neurologische Symptome

Diagnostik z.B.

- Ausführliche Eigen- und Fremdanamnese unter besonderer Berücksichtigung der Medikamentenanamnese und Komorbiditäten erforderlich
- Testverfahren kognitiv Mini-Mental-Status-Test (9-Fragenkomplexe zur Orientierung, Aufnahmefähigkeit, Aufmerksamkeit, Kurzzeitgedächtnis, Sprache usw.), Uhren-Zeichen-Test, DemTect u.a.
- Bildgebung, Labor (internistische Erkrankungen oft dazu), Liquorpunktion z.B. Alzheimer Proteine für Früherkennung und Verlaufskontrolle.

Therapie

Versorgungsplan:

Nichtmedikamentös

- kognitives Training (Gedächtnistraining), soziotherapeutische Maßnahmen, Förderung sozialer und Bewegungs-Aktivitäten
- Beratung der Patienten und Angehörigen zeitgerecht (Orientierungshilfe z.B. durch Farbmarkierungen im Alltag, geregelter verlässlicher Tagesablauf personell, zeitlich und örtlich)
- ggf. Beratung durch sozialpsychiatrische Dienste

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.04.2022

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

- Vernetzung mit dem Hausarzt zur zeitgerechten Abklärung, Diagnostik und Therapie
- Pflegeberatung (auch ggf. Beratung Sozialer Dienst AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK), häusliche Krankenpflege
- Beratung zum Lebensstil und zur Alltagsgestaltung, Hobbys, ggf. Ernährungsberatung, Bewegungstherapie usw.
- ggf. Vernetzung/Nutzung der AOK/BKK-Gesundheits- und Beratungsangebote
- vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung mit dem Sozialen Dienst der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 12 und Ausführung in Anhang 2 zu Anlage 17

Medikamentös

- symptomatisch wie Memantin, Cholinesterasehemmern
- ggf. Medikamenteneinnahmeplan

Selbsthilfe Deutsche Alzheimer Gesellschaft

<http://www.deutsche-alzheimer.de/>

Kompetenznetz Demenzen e. V.

<http://www.kompetenznetz-demenzen.de/>

www.bag-geriatrie.de;

www.dggeriatrie.de;

www.kcgeriatrie.de;

Zur besonderen Versorgung und Beratung werden folgende Diagnosen noch aufgenommen wegen erhöhtem Versorgungsaufwand auch zu ersehen in Anlage 12 Anh. 2:

- F00.0 –F04 neben der neurologischen Klassifikation zur Demenz
- G44.0 Clusterkopfschmerz
- G44.3 chronischer posttraumatischer Kopfschmerz
- G95.80 Syringomyelie und Syringobulbie
- G95.81 Harnblasenlähmung bei Schädigung des oberen motorischen Neurons
- G95.84 Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie und
- G95.85 Deafferentierungsschmerz bei Schädigungen des Rückenmarks
- I62.1 Nichttraumatische extradurale Blutung und
- I63.0-I69.8 Hirninfarkt bei erhöhtem chronischem Versorgungsbedarf
- M48.00-.08 Spinalkanalstenosen, wenn neurologisch chronisch versorgungsbedürftig
- N31.0-.80 Blasenstörungen, wenn chronisch versorgungsbedürftig
- Q03.8-07.8 Angeborene Fehlbildungen bei erhöhtem chronischen Versorgungsbedarf

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.04.2022

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

B. Psychiatrie

2.1 Allgemeiner Teil Versorgungswege

Modul Hausarzt

Dokumentationsbogen „Hausarzt“ (Anlage zur Überweisung)

Vor Überweisung eines Patienten zur psychotherapeutischen oder psychiatrischen Diagnostik oder/und Behandlung ist eine mögliche somatische Ursache auszuschließen.

a) Basisdaten

- Kassenkopf, in Behandlung seit; letzte Konsultation
- Hausärztliche Diagnosen
- Grund der Überweisung / Fragestellung

Wichtige medizinische Daten

- bekannte Vorbehandlung, Medikamente, Suchtmittel, auch Nikotin (soweit bekannt)
- Begleiterkrankungen, die für eine Medikamentenauswahl von Bedeutung sind
- kardiale Erkrankungen, kardiovaskuläre Risiken, Übergewicht, chronische Erkrankungen (KHK, Diabetes, neurologische Erkrankungen), Unverträglichkeiten/Allergien (Antihistaminika, auch Selbstmedikation) usw.

b) Soziale Daten

- aktuelle berufliche Tätigkeit, Arbeitsunfähigkeit, Kontaktpersonen (für Fremdanamnese),
- ggf. Betreuer

ggf. Hinweise auf weitere, bereits vorliegende Befunde

Modul Psychiatrie

Anamnese

- Beginn mit unstrukturierter Anamneseerhebung hin zu gezielter strukturierter Anamneseerhebung wie z.B.: Beginn der Beschwerden, frühere Anamnese bzw. Vorerkrankungen
- Familienanamnese
- Risikofaktoren wie Alkohol, Nikotin, Drogen
- seelische und somatische Komorbiditäten
- Allergien
- vegetative Funktionen (Miktion, Schlaf usw.) u.a.

Medikation

auch Wechselwirkungen, Verträglichkeit usw.

Soziale Anamnese

- Beruf, Hobbys, Selbst- und Fremdversorgung
- Familienstand, Sozialer Status
- Berentung, finanzielle Belastungen, sonstige soziale Belastungen usw.

Fremdanamnese**Psychopathologischer Befund**

- Bewusstsein quantitativ und qualitativ (Bewusstseinsengung, -verschiebung, -trübung)
- Aufmerksamkeit, Konzentration und Auffassung
- Gedächtnis (z.B. Kategorien Merkfähigkeit, Kurz- und Langzeitgedächtnis), spezielle Formen (u.a. Konfabulationen, Paramnesien = Trugerinnerungen, Hypermnese = überdeutliche Erinnerung, Amnesie) usw.
- Orientierung (Zeit, Ort, Situation)
- Denken (formal: z.B. weitschweifig bei Demenz, zerfahren bei Schizophrenie, ideenflüchtig bei Manie, grübelnd bei Depression u.a.; inhaltlich: z.B. Wahn)
- Wahrnehmung
- Ich-Funktionen (z.B. Gedankeneingebung)
- Stimmung und Affekt (z.B. Affektinkontinenz, Ambivalenz)
- Ängste (Phobien, Panik usw.)
- Zwangssymptome
- Intentionalität und Antrieb
- Suizidalität
- Krankheits- und Behandlungseinsicht
- Äußere Erscheinung und Verhalten usw.

Vegetative Erhebung**Apparative Diagnostik**

- ggf. EEG, psychologische Testverfahren wie z.B. BDI /SCL90 u.a.

Diagnoseweg über Symptom zum Syndrom zur Diagnose gemäß ICD-10**Grundlagen der Versorgung je nach Schwere der Erkrankung im Überblick**

- ggf. Erstellung eines individuellen Versorgungsplans nach abgeschlossener Diagnostik zur Medikation, zum Lebensstil, zur Alltagsbewältigung, zur Teilhabe am Leben
- ggf. bedarfsgerechte Kooperationen und Vernetzung
- ggf. weiterer nicht-medikamentöser Maßnahmen in Abstimmung mit dem Hausarzt

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.04.2022

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Therapie

- nicht-medikamentöse und medikamentöse Beratung und Betreuung auf der Basis aktueller Leitlinien und Fachliteratur und rechtlicher Grundlagen

Berichte und Befunde mit korrekter Kodierung der Diagnosen an Hausarzt

2.2. Spezielle Psychiatrie Versorgungswege

2.2.1 Schizophrenie Wahn, psychotische Störungen

Diagnoseverschlüsselung

- erforderlich für die Diagnose ist mindestens ein eindeutiges Symptom aus den Leitsymptomen ICD-10 F20 der Gruppe 1-4 oder mindestens 2 Symptome der Gruppen 5-8, die während eines Monats oder länger vorhanden gewesen sein müssen
- hierzu werden die Diagnosen gemäß Anlage 12 Anhang 2 aufgenommen

Ätiologie

- Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell auf neurobiologischer, psychologischer und sozialer Basis (Vulnerabilität im Sinne von Disposition, genetische und umweltbedingte Einflüsse)
- etwa 20% der Betroffenen remittieren vollständig, bei etwa 80% kommt es zu Teilremissionen mit unterschiedlich Symptompersistenz bis hin zu kognitiven und sozialen Beeinträchtigungen von unterschiedlicher Qualität
- der Anteil schwerer progredienter Verläufe liegt bei etwa 5-10%

Epidemiologie

- Lebenszeitprävalenz 0,5 – 1,6% der Bevölkerung
- Manifestationsalter oft bis 30. Lebensjahr, selten Spätschizophrenie
- Neuerkrankungen 0,1 pro 1.000 pro Jahr

Diagnostik

- Früherkennung der Diagnose bei den meist jungen Menschen erforderlich für die Lebensplanung
- Prüfen der Ich-Funktionen, der Wahrnehmung, der Affektivität, des Antriebs und der Psychomotorik, Störungen des Denkens, Zwangssymptome
- Plussymptome: Wahn, Halluzination, formale und inhaltliche Denkstörungen, psychomotorische Symptome
- Minussymptome 6xA: wie Apathie, Aufmerksamkeitsstörung, Affektverflachung, Alogie (Sprachverarmung), Anhedonie (Unfähigkeit zur Freude), Asozialität, kognitive Störungen, Antriebsstörungen, emotionale Störungen u.a.

Komorbiditäten

- z.B. ggf. Alkoholismus gehäuft auch ursächlich, Drogenkonsum, Medikamentenabusus,
- weitere psychische Komorbiditäten evtl. wie Zwangsstörungen, Angststörungen usw.
- ggf. Tests zur Differenzierung von Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen

Therapie

Versorgungsplan:

Vorausschauende Versorgung als regelmäßige Wiedervorstellung in der fachärztlichen Betreuung mit kontinuierlicher psychiatrisch supportiver Gesprächsbehandlung bis zu 12x pro Quartal mindestens 25 Minuten oder 6x pro Quartal mindestens 50 Minuten je nach Schweregrad der Erkrankung gemäß Anlage 12.

Stationäre Therapie bei ausgeprägt produktiven Syndromen oder Selbst- bzw. Fremdgefährdung**Nicht-medikamentös**

- Motivation zur Lebensbewältigung und Lebensgestaltung durch umfassende Kooperation und Koordination von Unterstützungsangeboten angepasst an die individuelle Lebenssituation z.B. Soziotherapie, Beschäftigungstherapie, psychiatrische häusliche Krankenpflege, zur Leistungen der Wiedereingliederungshilfe, Koordination der beruflichen Wiedereingliederung
- Kooperation mit dem Psychotherapeuten
- Beratung zum Lebensstil und zur Alltagsgestaltung, Hobbys, ggf. Ernährungsberatung, Bewegungstherapie usw.
- ggf. Vernetzung/Nutzung der AOK / Bosch BKK-Gesundheits- und Beratungsangebote
- Unterstützung des Bedarfs der Familien nach professioneller Unterstützung, insbesondere nach Gesprächen mit Kindern und Jugendlichen psychisch kranker Eltern
- vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung mit dem Sozialen Dienst der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 12 und Ausführung in Anhang 2 zu Anlage 17
- ggf. Einbeziehung und/oder Anleitung der Angehörigen/Familie

Medikamentös**Rationale Pharmakotherapie** s. gesonderte Anlagen im Vertrag

- Monitoring gemäß S3 Praxis-Leitlinie
 - Körpergewicht (BMI): z.B. 1x zu Beginn, 3x im Quartal; dann vierteljährlich
 - Hüftumfang: Beginn, z.B. 1x zu Beginn, 3x im Quartal; dann vierteljährlich
 - Blutdruck: Beginn, z.B. 1x zu Beginn, 3x im Quartal; dann vierteljährlich
 - auch in Abstimmung mit dem Hausarzt
- Monitoring der Psychopharmakotherapie
z.B. Erfragen, Überprüfung und Besprechung der Compliance, von Nebenwirkungen, der Anleitung zur Einnahme von Medikamenten, Erstellung und Ausdruck eines Einnahmeplanes

Labor

- Durchführung: z.B. 1x zu Beginn, 3x im Quartal, halbjährlich Kontrollen von Blutbild; Leberwerte, evtl. Elektrolyte, Kreatinin, Nüchtern- Blutzucker- und Nüchternblutfette, (z.B. bei Clozapin 18 Wochen wöchentlich, dann monatliche Blutbild Kontrollen, nach Absetzen);
- Veranlassung von EKG Kontrollen beim Hausarzt zu Beginn, nach einem Monat, dann halbjährlich
- ggf. EEG, z.B. bei Clozapin nach drei Monaten, dann halbjährlich
- ggf. Medikamentenspiegelbestimmung bei Behandlungsresistenz oder unvollständiger Remission

Krisenintervention

- Bei akuter Dekompensation engmaschige Kontrollen ggf. täglich
- ggf. zudem Telefonmonitoring

Behandlungsfrequenz bei unvollständiger Remission oder Behandlungsresistenz oder Komorbidität

Definition **Behandlungsresistenz**: fehlende oder unbefriedigende Verbesserung der Ziel-symptome trotz Behandlung in empfohlener Dosierung und Dauer jeweils zwischen 6 und 8 Wochen mit mind. 2 Antipsychotika/ Antidepressiva usw.

- neben einer persistierenden Positiv- oder Negativsymptomatik sollten auch kognitive Dysfunktionen mit starker Beeinträchtigung, affektiver Symptome, bizarres Verhalten, Suizidalität, ein niedriges Funktionsniveau im Arbeits- und sozialen Bereich und eine niedrige Lebensqualität berücksichtigt werden
- über 12 Monate bis zu zweimal monatlich je 10-20 Minuten zur Sicherung der Behandlungscompliance, als fortlaufender diagnostisch-therapeutischer Prozess
- zum Monitoring der Medikation und eventuell auftretender Nebenwirkungen, zur Früherkennung sozialer Probleme, zur Koordinierung von Unterstützungsmaßnahmen, zur Schulung des Patienten im Umgang mit den Beschwerden zur Verbesserung der Lebensqualität

Je nach Grad der Beschwerden und sozialer Einbindung Weiterführung in niederfrequenter psychiatrisch supportiver Behandlung z.B. 1-2x/Quartal als Langzeittherapie

oder

Fortsetzung der oben genannten Behandlungsintensität bei schlechter sozialer Einbindung, mangelnder sozialer Unterstützung, unzuverlässiger Compliance zur Verhinderung einer Verschlechterung und stationärer Einweisung, bei Auftreten von Nebenwirkungen.

www.fetz.org (Checkliste zum Psychoseerisiko)

www.kompetenznetz-schizophrenie.de

2.2.2. Multiple Persönlichkeitsstörungen**Diagnoseverschlüsselung**

- diese ist von ätiologischen Modellen unabhängig zugeordnet nach F60-61
- wenn eindeutig keine hirnrorganischen Ursachen vorliegen sind hierzu mindestens 3 von 6 möglichen Kriterien zu erfüllen wie andauernd auffällige Verhaltensmuster mit großen Einschränkungen mehrerer Funktionsbereiche und der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit u.a. (International Personality Disorder Examination IPDE nach Mombour et al. 1996, das die ICD-10- und DSM-IV-Kriterien einbezieht)

Ätiologie

- v.a. schwerste sexuelle Gewalt seit frühester Kindheit bzw. lebensbedrohlicher Gefährdung

Epidemiologie

- die Diagnosezuordnung ist erst ab der Adoleszenz möglich, zumal die Abgrenzung zwischen akzentuierter und pathologischer Persönlichkeitsstörung schwierig ist insbesondere auch bei belastendem sozialen Umfeld

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.04.2022

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

- keine Unterschiede in den globalen Prävalenzen zwischen den verschiedenen Kulturen

Diagnostik

- Abklärung von Komorbidität und Suizidalität und Konfliktbereichen, ggf. Minderung der Leistungsfähigkeit, Leidensdruck
- ggf. Testpsychologie
- Ausschluss organischer Ursachen wie bei allen psychischen Erkrankungen eingangs in Abstimmung mit dem Hausarzt
- ggf. Fremdanamnese
- biografische Anamnese zur diagnostischen Verifizierung

Therapie

Versorgungsplan:

Vorausschauende regelmäßige Wiedervorstellung in der fachärztlichen Betreuung mit psychiatrisch supportiver Gesprächsbehandlung bis zu 6x pro Quartal mindestens 50 Minuten bzw. bis zu 12x pro Quartal mindestens 25 Minuten bei emotional instabiler Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typ ICD F60.30 und F60.31 gemäß Anlage 12 und Anlage 12 Anhang 2.

Nicht-medikamentös

- auf der Basis einer stabilen Arzt- bzw. Therapeut-Patienten-Beziehung mit „Behandlungsvertrag“ (in Abstimmung mit dem Hausarzt für die Umsetzung) ohne konfrontierendes Verhalten als wertschätzend-akzeptierendes Vorgehen
- Motivation zur Lebensbewältigung und Lebensgestaltung durch umfassende Kooperation und Koordination von Unterstützungsangeboten
- Kooperation mit Psychotherapeut
- Behandlung evtl. Komorbiditäten wie Depressionen usw.
- Aufrechterhaltung der Berufstätigkeit und der sozialen Integration
- ggf. Vernetzung/Nutzung der AOK / Bosch BKK-Gesundheits- und Beratungsangebote
- Beratung zum Lebensstil und zur Alltagsgestaltung, Hobbys, ggf. Ernährungsberatung, Bewegungstherapie usw.
- vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung mit dem Sozialen Dienst der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 12 und Ausführung in Anhang 2 zu Anlage 17
- ggf. Einbeziehung und/oder Anleitung der Angehörigen/Familie

Medikamentös

- z.B. Antipsychotika und je nach Hauptbeschwerden pragmatisches individuelles Vorgehen abgestimmt auf die Lebenssituation

Telefonmonitoring

- bei z.B. medizinischer Ersteinstellung und Umstellung, bei krisenhaften Zuspitzungen
- Erstellung eines medikamentösen Behandlungsplanes mit Aufklärung über die Krankheit, die Medikation und die Nebenwirkungen

www.blumenwiesen.org/borderline.html;
www.blumenwiesen.org/dissoziation.html
<http://www.borderline-plattform.de/>
www.borderline-selbsthilfe.de
www.borderline-netzwerk.info
<http://psychosoziale-gesundheit.net/>

2.2.3. Angststörungen

Diagnoseverschlüsselung

Je nach Arzt der Störung z.B.

- F40.00 Agoraphobie ohne Angabe einer Panikstörung
- F40.01 mit Panikstörung
- F41.1 generalisierte Angststörung
- F40.1 soziale Phobie

Die Kriterien sind spezifisch als nicht vorhersehbar auftretende Panikattacken u.a. in Situationen ohne objektive Gefahr definiert oder als generalisierte Angst ohne Bezug zu bestimmten Situationen oder als Angst z.B. „prüfend beobachtet“ zu werden usw.

Ätiologie

- multifaktoriell genetisch, neurobiologisch und psychosozial bedingt, Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell

Epidemiologie

- etwa 5% der Bevölkerung je nach Art der Angststörung, Frauen sind häufiger betroffen, häufiger Beginn im dritten Lebensjahrzehnt

Diagnostik

- allgemeine psychiatrische Diagnostik unter Berücksichtigung einer breiten Differentialdiagnostik zu unterschiedlichen Formen der Angst (über Wochen bestehende frei-flottierende Angst, Befürchtungen bei Panik, plötzlich heftige Angst bei Phobien, unangemessene Angst vor Situationen oder Objekten, die ungefährlich sind und vermieden werden. Es treten diverse körperliche Beschwerden und eine vegetative Übererregbarkeit auf)
- Klärung von psychischen Komorbiditäten, häufig mit Depressionen, Sucht, Zwang, somatische Erkrankungen, Differentialdiagnostik
- Fremdanamnese
- Biografische Anamnese (z.B. bei Traumatisierung)
- Ausschluss körperlicher Erkrankungen in Abstimmung mit dem Hausarzt

Therapie

Versorgungsplan:

Vorausschauende regelmäßige Wiedervorstellung in der fachärztlichen Betreuung mit kontinuierlicher psychiatrisch supportiver Gesprächsbehandlung bis zu 12x pro Quartal mindestens 25 Minuten oder 6x pro Quartal mindestens 50 Minuten je nach Schweregrad der Erkrankung gemäß Anlage 12 und Anlage 12 Anhang 2.

Nicht-medikamentös

- Motivation zur Lebensbewältigung und Lebensgestaltung durch umfassende Kooperation und Koordination von Unterstützungsangeboten
- Kooperation mit Psychotherapeut
- ggf. Vernetzung/Nutzung der AOK / Bosch BKK-Gesundheits- und Beratungsangebote
- Beratung zum Lebensstil und zur Alltagsgestaltung, Hobbys, ggf. Ernährungsberatung, Bewegungstherapie usw.
- vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung mit dem Sozialen Dienst der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 12 und Ausführung in Anhang 2 zu Anlage 17
- ggf. Einbeziehung und/oder Anleitung der Angehörigen/Familie

Medikamentös

- Antidepressiva, die frühestens 6 Monate nach Auftreten der letzten Symptome abzusetzen sind
- ggf. Antikonvulsiva usw. u.a.

www.panik-attacken.de

www.angsterkrankungen.de

www.gwdg.de

2.2.4. Zwangsgedanken und -handlungen gemischt**Ätiologie**

- vielschichtig: diskutiert werden lerntheoretische, neurobiologische u.a. Ansätze

Epidemiologie

- Lebenszeitprävalenz von etwa 2% von subklinischen Formen, 0,5-0,7 an klinischen Formen

Diagnostik

- allgemeine psychiatrische Diagnostik unter Berücksichtigung einer Differentialdiagnostik zu unterschiedlichen Formen der Zwangsstörung, (Wasch- und Kontrollzwänge, Putzzwänge, Grübelzwänge), mit Zwangsgedanken und Zwangshandlungen, Angst und Unruhe bei dem Versuch, die Zwangshandlung zu unterdrücken. Erfassung des zeitlichen Ausmaßes der Zwangshandlungen, der Vermeidung und des Sicherheitsverhaltens (kein Anfassen von Klinken, kein Besuch öffentlicher Toiletten)
- Klärung von psychischen Komorbiditäten, häufig mit Depressionen, sozialer Phobie und zwanghafter o. dependenter Persönlichkeitsstörung
- Ggf. Testung Hamburger Zwangsinventar Kurzform HZI-K von Klepsch et al.
- Ausschluss möglicher organischer Ursachen der körperlichen Beschwerden, gegebenenfalls mit Hausarzt

Fremdanamnese zur Klärung der Einbindung der Angehörigen in die Zwangshandlungen

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.04.2022

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Biographische Anamnese zur Klärung eventuell vorhandener Traumatisierungen

Verlauf

- Am häufigsten chronischer Verlauf mit schwankender Symptomatik und Verbesserungstendenzen
- am zweithäufigsten ein intermittierender Verlauf
- sehr selten ein progredient sich verschlechternder Verlauf

Therapie

Versorgungsplan:

Vorausschauende Versorgung mit regelmäßiger Wiedervorstellung in der fachärztlichen Betreuung mit kontinuierlicher psychiatrisch supportiver Gesprächsbehandlung bis zu 12x pro Quartal mindestens 25 Minuten oder 6x pro Quartal mindestens 50 Minuten je nach Schweregrad der Erkrankung gemäß Anlage 12.

Nicht-medikamentös

- Motivation zur Lebensbewältigung und Lebensgestaltung durch umfassende Kooperation und Koordination von Unterstützungsangeboten
- ggf. Vernetzung/Nutzung der AOK / Bosch BKK-Gesundheits- und Beratungsangebote
- Kooperation mit dem Psychotherapeuten
- Beratung zum Lebensstil und zur Alltagsgestaltung, Hobbys, ggf. Ernährungsberatung, Bewegungstherapie usw.
- vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung mit dem Sozialen Dienst der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 12 und Ausführung in Anhang 2 zu Anlage 17
- ggf. Einbeziehung und/oder Anleitung der Angehörigen/Familie

Medikamentös z.B.

- Antidepressiva (SSRI), hoch dosiert, (maximal tolerierte therapeutische Dosis), über einen Zeitraum von mind. 12 Wochen, Clomipramin, Augmentationsstrategien bei Non Response: mit –Neuroleptika: Quetiapin, Risperidon oder Haloperidol, letzteres in niedriger Dosierung als Mittel der letzten Wahl
- Monitoring der Psychopharmakotherapie
- Erfragen, Überprüfen und Besprechen der Compliance, der Nebenwirkungen, der Wechselwirkungen, Anleitung zur Einnahme der Medikamente, Erstellung und Ausdruck eines Einnahmeplanes
- Monitoring Labor
- Durchführung je nach Krankheitsbild und Medikation, ggf. Medikamentenspiegelbestimmung bei Behandlungsresistenz oder unvollständiger Remission auch in Abstimmung mit dem Hausarzt

www.zwaenge.de

2.2.5. Affektive Störungen

Diagnoseverschlüsselung

- die differentialdiagnostische Abgrenzung der affektiven Erkrankungen von Diagnosen aus der ICD-Gruppe F40-F48 neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen ist zu berücksichtigen
- eine einmalig auftretende manische Episode ist ein ICD-Kode aus F30.-
- Treten im Verlauf weitere manische, hypomanische und depressive Episoden auf, entspricht dies F31.- bipolare affektive Störungen
- eine depressive Episode entspricht je nach Schweregrad und Ausprägung usw. z.B. einem Kode aus F32.- depressive Episode
- je nach Anzahl der Haupt- und Zusatzsymptome wird die depressive Episode nach einer Mindestdauer von 2 Wochen als leicht F32.1, mittelgradig F32.2. oder schwer F32.3 eingeordnet
- wiederholt auftretende depressive Episoden sind mit F33.- rezidivierende depressive Störung zu kodieren mit den Schweregraden auf der Basis der Anzahl der Symptome und von bipolaren Störungen abzugrenzen
- fluktuierende Stimmungsstörungen werden mit F34.- anhaltende affektive Störung verschlüsselt, dabei ist F34.1 Dysthymia den chronisch depressiven Verstimmungen vorbehalten, die sowohl nach Schweregrad als auch Dauer nicht die Definition einer depressiven Episode nach F32.- erfüllen.
- kurze rezidivierende depressive Episoden sind mit F38.1 andere affektive Störungen zu verschlüsseln. Davon abzugrenzen ist F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

Ätiologie

- multifaktoriell bedingt (Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell)
- altersbedingt unterschiedlich: bei Älteren oft eher im Kontext von Komorbidität, bei jungen Menschen in der Adoleszenz eher bei belastenden Umweltfaktoren, Traumata, mangelndem Selbstwertgefühl usw., betrifft überwiegend Frauen v.a., bei Männern eher Sucht- bzw. Alkoholprobleme z.B.

Epidemiologie

- die Prävalenz ist abhängig vom Schweregrad und schwer abzuschätzen wegen bisher weitestgehend unspezifischer Diagnoseverschlüsselung
- die Prävalenz schwankt je nach Alter/Region usw. zwischen 5-15%
- junge Menschen haben einen besonders hohen Versorgungsbedarf, weil sie am häufigsten und längsten stationär aufgenommen werden
- Depressionen sind die psychischen Erkrankungen mit einem wesentlich erhöhten Suizidrisiko
- ältere Menschen häufiger bei chronischen somatischen Erkrankungen und Multimedikation betroffen, Jüngere eher im Kontext Sucht, insgesamt häufiger bei psychosozialen Belastungen wie Tod des Partners, Arbeitslosigkeit, Scheidung usw.

Diagnostik

- Früherkennung in der hausärztlichen Versorgung meist auf der Basis z.B. des 2-Fragen-Tests „fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, be-

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.04.2022

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

drückt oder hoffnungslos“ und „hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun“

- differenzierte Diagnosestellung mit leitlinienkonformer Diagnostik gemäß Kriterien nach ICD-10 auf der Basis von Haupt- und Zusatzsymptomen in die Schweregrade leicht, mittel, schwer
- ggf. WHO-5-Fragebogen oder Gesundheitsfragebogen für Patienten PHQ-D u.a., klinische Bestätigung durch die Erfassung der ICD-10-Kriterien s.o.
- das Erfragen von Suizidgedanken ist erforderlich und kann den Patienten frühzeitig entlasten
- akute Suizidalität ist ein Einweisungsgrund in die stationäre Behandlung

Definition einer Episode nach ICD-10

- depressiv mindestens 2 Wochen, mindestens 4 Symptome erforderlich u.a.
- hypomanisch mindestens 4 Tage, mindestens 3 weitere Symptome bei abgrenzbarer Periode mit deutlich gehobener oder gereizter Stimmung u.a.
- manisch mindestens 1 Woche und mindestens 3 weitere Symptome u.a.

Therapie

Versorgungsplan:

Vorausschauende Versorgung mit regelmäßiger Wiedervorstellung mit psychiatrisch supportiver Gesprächsbehandlung bis zu 12x pro Quartal mindestens 25 Minuten bzw. bis zu 6x pro Quartal mindestens 50 Minuten gemäß Anlage 12 als fortlaufender diagnostisch-therapeutischer Prozess.

Nicht-medikamentös

- leitlinienkonforme Versorgung je nach Schweregrad und Risikofaktoren, z.B. mit Beratung zur Alltagsbewältigung und zum Lebensstil v.a. mit Motivation zu körperlicher Aktivität usw. je nach individueller Lebenssituation
- Motivation zur Lebensbewältigung und Lebensgestaltung durch umfassende Kooperation und Koordination von Unterstützungsangeboten
- ggf. Suchtentwöhnung
- ggf. Vernetzung/Nutzung der AOK / Bosch BKK-Gesundheits- und Beratungsangebote
- Beratung zum Lebensstil und zur Alltagsgestaltung, Hobbys, ggf. Ernährungsberatung, Bewegungstherapie usw.
- Kooperation mit dem Psychotherapeut
- vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung mit dem Sozialen Dienst der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 12 und Ausführung in Anhang 2 zu Anlage 17
- ggf. Einbeziehung und/oder Anleitung der Angehörigen/Familie

Medikamentös

- leitlinienkonform und gemäß Rationaler Pharmakotherapie als Akuttherapie, Erhaltungstherapie, Langzeit- bzw. Rezidivprophylaxe, bei leichten Depressionen auch Johanniskraut
- Antidepressiva einschleichend (bei Älteren vorsichtig aufdosiert), sorgfältige Beachtung von Komorbiditäten, Geschlecht, Alter usw.
- bei mittelgradigen Depressionen gilt die Psychotherapie oder Medikation als gleichwertig und wird je nach Wunsch des Patienten eingesetzt (NVL)
- bei schwerer depressiver Episode medikamentöse Therapie **und** Psychotherapie
- Monitoring der pharmakologischen Behandlung
- Telefonmonitoring bei z.B. medikamentöser Ersteinstellung, Umstellung

Die Medikation sollte bei Patienten mit 2 oder mehr depressiven Episoden und funktionellen Einschränkungen mindestens 2 Jahre lang mit der gleichen Dosis erfolgen wie sie sich in der Akutbehandlung bewährt hat.

Selbsthilfegruppen Kompetenznetz Depression/Suizidalität

www.kompetenznetz-depression.de

Netzwerk Depression

www.buendnis-depression.de

<http://www.ahg.de/AHG/Standorte/Berus/Klinik/> (Mobbing am Arbeitsplatz und Krankheit mit depressiven Symptomen, Angststörungen usw.)

Selbsthilfegruppe für Angehörige

www.aqus-selbsthilfe.de

2.2.6. Bipolare affektive Störungen

Diagnoseverschlüsselung

Die differentialdiagnostische Abgrenzung der affektiven Erkrankungen von Diagnosen aus der ICD-Gruppe F40 – F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen ist zu berücksichtigen. Eine einmalig auftretende manische Episode ist mit einem ICD-Code aus F30 Manische Episode zu verschlüsseln. Treten im Verlauf weitere manische, hypomanische und depressive Episoden auf, dann ist eine Schlüsselnummer aus F31.- Bipolare affektive Störung zu kodieren.

Ätiologie

- es wird eine Kombination aus genetischen, neurobiologischen und psychosozialen Faktoren als pathogenetisch relevant diskutiert

Epidemiologie

- Lebenszeitprävalenz 1-5% mit Erstmanifestation im jungen Erwachsenenalter, häufig wiederkehrenden Krankheitsschüben und erheblicher psychosozialer Beeinträchtigung und Suizidalität

Diagnostik

- möglichst frühzeitige und genaue Verlaufsexploration unter Berücksichtigung depressiver und hypomanischer Symptome
- Erfassung häufiger psychischer und physischer Komorbiditäten

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.04.2022

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

- Differentialdiagnostische Überlegungen (ADHS/Borderline)

Therapie

Versorgungsplan:

Vorausschauende Versorgung mit regelmäßiger Wiedervorstellung mit psychiatrisch supportiver Gesprächsbehandlung bis zu 12x pro Quartal mindestens 25 Minuten bzw. bis zu 6x pro Quartal mindestens 50 Minuten gemäß Anlage 12 als fortlaufender diagnostisch-therapeutischer Prozess: Dieser geht auf die Alltagsstruktur ein, dient der Erkennung der Symptome, fördert die Problemlösung im Hier und Jetzt, informiert über medizinische und sonstige Behandlungen, unterstützt den Patienten in einer angemessenen Krankheitsbewältigung, Aufbau eines individuellen Krisennetzes.

Nicht-medikamentös

- leitlinienkonforme Versorgung je nach Risikofaktoren, z.B. mit Beratung zur Alltagsbewältigung und zum Lebensstil v.a. mit Motivation zu körperlicher Aktivität usw. je nach individueller Lebenssituation
- Motivation zur Lebensbewältigung und Lebensgestaltung durch umfassende Kooperation und Koordination von Unterstützungsangeboten
- ggf. Suchtentwöhnung
- ggf. Vernetzung/Nutzung der AOK / BKK-Gesundheits- und Beratungsangebote
- Beratung zum Lebensstil und zur Alltagsgestaltung, Hobbys, ggf. Ernährungsberatung, Bewegungstherapie usw.
- umfassende koordinierende und/oder kooperierende Betreuung und Versorgung je nach Schweregrad der Erkrankung gemäß Anlage 12 abgestimmt auf die individuelle Lebenssituation in Abstimmung mit dem Hausarzt
- Kooperation mit dem Psychotherapeuten
- vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung mit dem Sozialen Dienst der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 12 und Ausführung in Anhang 2 zu Anlage 17
- ggf. Einbeziehung und/oder Anleitung der Angehörigen/Familie

Medikamentös

- leitlinienkonform und gemäß Rationaler Pharmakotherapie
- Monitoring der pharmakologischen Behandlung
- Telefonmonitoring bei z.B. medikamentöser Ersteinstellung, Umstellung

<http://www.dqbs.de/>

Selbsthilfegruppen BSNe Bipolar Selbsthilfenetzwerk

<http://www.vpug.de/linkliste/bipolar-selbsthilfe-netzwerk>

Dt. Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V.

www.dqbs.de

Selbsthilfegruppen Horizonte e.V.

www.verein-horizonte.de

BSNe Bipolar Selbsthilfe Netzwerk e.V., Selbsthilfegruppe für Angehörige

www.aqus-selbsthilfe.de

2.2.7. Posttraumatische Belastungsstörungen

Diagnoseverschlüsselung

Kriterium ist u.a. verzögert und wiederholt auftretende unausweichliche Erinnerung (Flashback) an ein Trauma mit emotionalem Rückzug u.a. innerhalb von 6 Monaten danach F 43.1.

Ätiologie

- belastendes, einschneidendes Erlebnis, Trauma

Epidemiologie

- schwer einschätzbar, weil nur etwa jeder 20. Patient in ärztliche Behandlung kommt.

Diagnostik

- zeitnah diagnostische Interviews bei psychischen Störungen DIPS oder andere (Suizidalität erhöht)

Therapie

Versorgungsplan:

Vorausschauende Versorgung mit regelmäßiger Wiedervorstellung in der fachärztlichen Betreuung mit kontinuierlicher psychiatrisch supportiver Gesprächsbehandlung bis zu 12x pro Quartal mindestens 25 Minuten oder 6x pro Quartal mindestens 50 Minuten je nach Schweregrad der Erkrankung gemäß Anlage 12.

Nicht-medikamentös

- ggf. Vernetzung/Nutzung der AOK / Bosch BKK-Gesundheits- und Beratungsangebote
- Motivation zur Lebensbewältigung und Lebensgestaltung durch umfassende Kooperation und Koordination von Unterstützungsangeboten
- Beratung zum Lebensstil und zur Alltagsgestaltung, Hobbys, ggf. Ernährungsberatung, Bewegungstherapie usw.
- Kooperation mit dem Psychotherapeuten
- vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung mit dem Sozialen Dienst der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 12 und Ausführung in Anhang 2 zu Anlage 17
- ggf. Einbeziehung und/oder Anleitung der Angehörigen/Familie

Medikamentös

ggf. z.B. Serotoninwiederaufnahmehemmer je nach Risikokonstellation.

www.awmf.de Leitlinie posttraumatische Belastungsstörung ICD-10: F43.1

Selbsthilfegruppe für psychosoziale Gesundheit

www.psychosoziale-gesundheit.net

2.2.8. Akute Belastungsreaktion

Diagnoseverschlüsselung

Akute, sich innerhalb von wenigen Minuten bis drei Stunden entwickelnde Reaktion bei einem vorher psychisch unauffälligen Menschen auf ein Ereignis von außerordentlicher Schwere F 43.0

Ätiologie

- Zusammenspiel einer außergewöhnlichen physischen oder psychischen Belastung mit einer individuellen Vulnerabilität und zur Verfügung stehenden Bewältigungsmechanismen

Epidemiologie

- Häufiges Auftreten, in jedem Alter möglich

Diagnostik

- Auftreten von Betäubung, Bewusstseinsminderung, eingeschränkter Aufmerksamkeit, eine Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten
- ggf. Desorientiertheit, sozialer Rückzug, Unruhe oder Überaktivität, zusammen mit vegetativen Reaktionen wie Tachykardie, Schwitzen mit Beginn der Beschwerden innerhalb von Minuten bis wenigen Stunden nach dem Ereignis mit Rückgang innerhalb von Stunden oder bis zu drei Tagen nach dem Ereignis
- Es kann eine teilweise oder vollständige Amnesie für das Ereignis auftreten, ggf. Fremdanamnese

Therapie**Versorgungsplan:**

Ggf. vorausschauende regelmäßige Wiedervorstellung in der fachärztlichen Betreuung mit kontinuierlicher psychiatrisch supportiver Gesprächsbehandlung bis zu 12x pro Quartal mindestens 25 Minuten oder 6x pro Quartal mindestens 50 Minuten je nach Schweregrad der Erkrankung gemäß Anlage 12, vor allem zur Vermeidung einer Chronifizierung der Beschwerden mit Ausbildung einer Posttraumatischen Belastungsstörung PTSD.

Nicht-medikamentös

Ruhe, Sicherheit herstellen und vermitteln, eine vertraute Bezugsperson zur Verfügung stellen, darüber informieren, dass es sich um eine normale Reaktion handelt, die mit dem Ereignis in Verbindung steht. Abwartend beobachtendes Verhalten

- Motivation zur Lebensbewältigung und Lebensgestaltung durch umfassende Kooperation und Koordination von Unterstützungsangeboten
- Kooperation mit dem Psychotherapeuten
- ggf. Vernetzung/Nutzung der AOK / Bosch BKK-Gesundheits- und Beratungsangebote
- Beratung zum Lebensstil und zur Alltagsgestaltung, Hobbys, ggf. Ernährungsberatung, Bewegungstherapie usw.
- vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung mit dem Sozialen Dienst der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 12 und Ausführung in Anhang 2 zu Anlage 17
- ggf. Einbeziehung und/oder Anleitung der Angehörigen/Familie

Medikamentös

Sollte sehr zurückhaltend erfolgen, keine Benzodiazepine, ggf. Pregabalin.

2.2.9. Verhaltensstörungen wie Pathologisches Spielen, Essstörungen wie Anorexia nervosa

Diagnoseverschlüsselung

- Diagnose Anorexia nervosa bei einem Body-Mass-Index unter 17,5 usw. F 50.0 z.B.
- Pathologisches Glücksspielen F63.0 bei Impulsen zu spezifischen Handlungen, so dass kein Widerstand geleistet werden kann, obwohl dies versucht wird, vorausgehende Anspannung mit Drang und Euphorie nach der Umsetzung von Glücksspiel, Wiederholungsdrang trotz psychosozialer Komplikationen

Ätiologie

- Diathese-Stress-Ansatz als interaktives Zusammenwirken verschiedener Faktoren entwicklungsphasenabhängig, Identitäts-, Autonomiekrise u.a.

Epidemiologie

- Spiel-, Mediensucht Männer bis zu viermal häufiger betroffen
- Essstörungen: Frauen zehnmal häufiger betroffen als Männer („Frauen internalisieren, Männer externalisieren“)
- höchste Inzidenz der Anorexia nervosa bei Frauen im Alter von 14-18 Jahren

Diagnostik

Früherkennung auch hier zentral für den Verlauf zur Vermeidung von Chronifizierung, Klärung von Komorbiditäten und evtl. Differenzierung von Primär- und Sekundärerkrankung.

Therapie

Versorgungsplan:

Vorausschauende Versorgung mit regelmäßiger Wiedervorstellung in der fachärztlichen Betreuung mit kontinuierlicher psychiatrisch supportiver Gesprächsbehandlung bis zu 12x pro Quartal mindestens 25 Minuten oder 6x pro Quartal mindestens 50 Minuten je nach Schweregrad der Erkrankung gemäß Anlage 12.

Nicht-medikamentös

- multimodales Vorgehen je nach Lebenssituation mit Förderung der Autonomie und Identität bei Anorexie
- Motivation zur Lebensbewältigung und Lebensgestaltung durch umfassende Kooperation und Koordination von Unterstützungsangeboten
- Beratung zum Lebensstil und zur Alltagsgestaltung, Hobbys, ggf. Ernährungsberatung, Bewegungstherapie usw.
- Kooperation mit dem Psychotherapeuten
- ggf. Vernetzung/Nutzung der AOK / Bosch BKK-Gesundheits- und Beratungsangebote
- Beratung zum Lebensstil und zur Alltagsgestaltung, Hobbys, ggf. Ernährungsberatung, Bewegungstherapie usw.
- vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung mit dem Sozialen Dienst der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 12 und Ausführung in Anhang 2 zu Anlage 17

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.04.2022

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

- ggf. Einbeziehung und/oder Anleitung der Angehörigen/Familie

Medikamentös

- unter Vorbehalt, weil multimodale individuelle beratende Betreuung im Vordergrund
- ggf. Serotoninwiederaufnahmehemmer bei Impulskontrollstörungen

Selbsthilfegruppen ANAD e.V.

Beratungszentrum bei Essstörungen Dick und Dünn e.V.

www.abserver.de

www.mybmi.de

<http://www.magersucht.de/>

Fachstelle Glücksspielsucht

<http://www.gluecksspielsucht.de/>

http://caritas.erzbistum-koeln.de/neuss_cv/sucht_hilfe/gluecksspiel/index.html

www.onlinesucht.de

<http://www.dg-sucht.de/cms/>

2.2.10. Verhaltensstörungen bei Intelligenzminderung

Diagnoseverschlüsselung F 70.-F 73.0-2

Ätiologie

Je nach Definition, Vorkommen von Verhaltensstörungen bei Intelligenzminderung durch einen Mangel an Alltagsfertigkeiten, kognitiven und geistigen Fähigkeiten und dadurch bedingt Überforderung und Angst

Diagnostik

Intelligenztests zur Quantifizierung der Intelligenzminderung

Therapie

Versorgungsplan

Wiedervorstellung ggf. in der fachärztlichen Betreuung mit kontinuierlicher psychiatrisch supportiver Gesprächsbehandlung bis zu 12x pro Quartal mindestens 25 Minuten oder 6x pro Quartal mindestens 50 Minuten je nach Schweregrad der Erkrankung gemäß Anlage 12.

Nicht-medikamentös

- Pädagogische Hilfen, Anleitung der Angehörigen
- Motivation zur Lebensbewältigung und Lebensgestaltung durch umfassende Kooperation und Koordination von Unterstützungsangeboten
- ggf. Vernetzung/Nutzung der AOK/BKK-Gesundheits- und Beratungsangebote
- Beratung zum Lebensstil und zur Alltagsgestaltung, Hobbys, ggf. Ernährungsberatung, Bewegungstherapie usw.
- Ggf. Kooperation mit dem Psychotherapeuten
- vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung mit dem Sozialen Dienst der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 12 und Ausführung in Anhang 2 zu Anlage 17
- ggf. Einbeziehung und/oder Anleitung der Angehörigen/Familie

Medikamentös

Die Behandlung richtet sich nach der zugrundeliegenden Symptomatik

2.2.11. Aufmerksamkeitsdefizit–Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Diagnoseverschlüsselung nach Interview, Fragebögen zur Erhebung der Symptome und Dokumentation, z.B. Wender Utah Rating Scale (Retz-Jungin et al. 2002), Selbstbeurteilungsskala u.a. s.u.

Ätiologie

- Verschiedene Modelle/Risikofaktoren werden diskutiert, auch eine genetische Disposition (Zwillingsstudien)

Epidemiologie

- Eine im Kindesalter beginnende, in ca. 30 % der Fälle bis ins Erwachsenenalter reichende Störung der Aufmerksamkeit, mit Hyper-/Hypoaktivität und Impulskontrollstörung einhergehende Erkrankung

- ca. 1-2 % der Erwachsenen sind betroffen, im Kindesalter mit Betonung des männlichen Geschlechts, bei Erwachsenen eher ausgeglichen

Diagnostik

- Ausführliche Anamnese plus Kindheitsanamnese, ggf. Fremdanamnese
- Fragebögen zur Erkennung wie Wender-Utah-Rating Scale zur Beurteilung der Beschwerden: Aufmerksamkeitsstörung und Hyperaktivität obligatorisch für die Diagnose u.a.
- Für die Beurteilung der aktuellen Symptomatik: Conners- Skalen oder Homburger ADHS Skalen für Erwachsene (Hase) o.a.
- Verhaltensbeobachtungen bei Kindern, auch unter Hinzuziehung der Lehrer
- Evtl. testpsychologische Untersuchungen wie Intelligenztest
- Körperliche Untersuchungen
- Evtl. EEG/cCT/MRT zum Ausschluss organischer Störungen oder einer frühkindlichen Hirnschädigung
- Klärung einer möglichen Komorbidität mit anderen psychischen Störungen, wie Depressionen, Suchterkrankungen
- Klärung evtl. vorhandener sozialer /beruflicher Schwierigkeiten u.a.

Therapie**Versorgungsplan:**

Vorausschauende Versorgung mit regelmäßiger Wiedervorstellung in der fachärztlichen Betreuung mit kontinuierlicher psychiatrisch supportiver Gesprächsbehandlung bis zu 12x pro Quartal mindestens 25 Minuten oder 6x pro Quartal mindestens 50 Minuten je nach Schweregrad der Erkrankung gemäß Anlage 12.

Nicht-medikamentös

- Motivation zur Lebensbewältigung und Lebensgestaltung durch umfassende Kooperation und Koordination von Unterstützungsangeboten
- ggf. Vernetzung/Nutzung der AOK / Bosch BKK-Gesundheits- und Beratungsangebote
- Beratung zum Lebensstil und zur Alltagsgestaltung, Beruf, Hobbys, ggf. Ernährungsberatung, Bewegungstherapie usw.
- Kooperation mit dem Psychotherapeuten
- vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung mit dem Sozialen Dienst der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 12 und Ausföhrung in Anhang 2 zu Anlage 17
- ggf. Einbeziehung und/oder Anleitung der Angehörigen/Familie

Medikamentös

- Ggf. Methylphenidat in retardierter /unretardierter Form
- Atomoxetin oder bei Erwachsenen alternativ Bupropion u.a.
- Behandlung komorbider Erkrankungen

2.2.12. Psychische und Verhaltensstörungen durch Substanzmissbrauch

Diagnoseverschlüsselung

- der Gebrauch einer oder mehrerer psychotroper Substanzen kann ein breites Spektrum psychischer Störungen hervorrufen.
- das klinische Erscheinungsbild wird in der vierten Stelle verschlüsselt, z.B. F10.2 Abhängigkeitssyndrom bzw. -abhängigkeit
- ein Abhängigkeitssyndrom (.2) besteht, wenn drei oder mehr der folgenden Symptome gleichzeitig aufgetreten sind:
 - starker Wunsch oder Zwang die Substanz aufzunehmen
 - verminderte Kontrolle bei Beginn, Beendigung und Menge des Konsums
 - körperliches Entzugssyndrom bei Absetzen oder Reduktion der Substanz
 - Nachweis einer Toleranz
 - fortschreitende Vernachlässigung anderer Aktivitäten zu Gunsten des Konsums
 - persistierender Konsum trotz manifester Gesundheitsschäden

Ätiologie

- multifaktorielle Ursache mit gehäuften familiärem Auftreten, der Begriff Sucht stammt aus dem Mittelhochdeutschen „Siechtum“
- ggf. genetisch auch bei Mangel an Dopamin-D2-Rezeptoren im Gehirn

Epidemiologie

Alkohol

- ca. 3% der Bevölkerung sind abhängig
- primäre Alkoholabhängigkeit (80% der Fälle) bei angstbedingter Persönlichkeitsstörung, soziales Umfeld, Stress
- sekundäre Alkoholabhängigkeit bei bestehenden psychiatrischen Erkrankungen
- je nach Schweregrad dreimal so viele Männer wie Frauen
- Beginn oft in mittlerem Alter (500.000 Jugendliche und Kinder gelten als alkoholgefährdet in Deutschland)
- Lebenszeitverkürzung um mindestens 15 Jahre
- Frauen auch öfter tablettensüchtig komorbid
- Kinder haben ein vierfach erhöhtes Risiko selber auch abhängig zu werden
- 15% Suizid

Psychostimulantienabhängigkeit

- etwa 500.000 Menschen haben Erfahrungen mit Drogen wie Ecstasy (3600 neu registrierte Erstkonsumenten/J., steigend – Kokain, Amphetamine doppelt so hoch), Beginn 15.-25. Lebensjahr

Diagnostik

- Früherkennung/Information ab Schulalter und Prävention bedeutsam

- Offenlegung der meist schambesetzten Situation
- gemäß Abhängigkeitskriterien nach ICD-Kodierung sind mindestens 3 Kriterien zu erfüllen wie starker Wunsch, vegetativer Entzug, Kontrollverlust usw.
- Komplikationen sind schizophrene Psychosen, Halluzinationen, Delir, Depressionen, Hirninfarkt, usw., körperliche und seelische Symptome gastrointestinal, Lebererkrankungen, ggf. epileptische Anfälle, Karzinome, Hypertonus, Kardiomyopathie, Stoffwechselfolgen, Ängste, Demenz u.a.
- CAGE-Test bei Verdacht auf Alkoholismus, AUDIT-C-Test als Kurztest
- Labor, Klinik
- die Anamnese/Aufklärung alkoholkranker Patienten ist besonders aufwändig und sorgfältig im Gespräch durchzuführen und zu dokumentieren.

Therapie**Versorgungsplan:**

Vorausschauende Versorgung mit regelmäßiger Wiedervorstellung in der fachärztlichen Betreuung mit kontinuierlicher psychiatrisch supportiver Gesprächsbehandlung bis zu 12x pro Quartal mindestens 25 Minuten oder 6x pro Quartal mindestens 50 Minuten je nach Schweregrad der Erkrankung gemäß Anlage 12.

Nicht-medikamentös

- multidisziplinär, Schaffung einer Behandlungsmotivation, Koordination und ggf. Einleitung von Entgiftung, ggf. auch ambulant, und Entwöhnung. Regelmäßige Wiedervorstellung, je nach Ausprägungsgrad der Sucht, Rehabilitation, Nachsorge, FORD-Modell, Konflikt- und Stressbewältigung, Entspannungstraining, Suchthilfe, Beratung zum Lebensstil, jeweils auch in Abstimmung mit dem Hausarzt (Ernährungsberatung wegen evtl. Vitaminmangel, Organschäden usw.), Aufklärung unter Einbeziehung des sozialen Umfelds ggf.
- F--.0 akute Intoxikation: ausnüchtern, entgiften (situativ ambulant/stationär in Abstimmung mit dem Hausarzt)
- F--.1 schädlicher Gebrauch: Entwöhnung, Voraussetzung zur ambulanten Entgiftung prüfen und ggf. durchführen in Abstimmung mit dem Hausarzt, ggf. Neurologen und Psychotherapeuten gemäß Anlage Psychotherapie
- F--.2 Abhängigkeitssyndrom: ggf. Voraussetzung zur ambulanten Entgiftung prüfen und ggf. durchführen in Abstimmung mit dem Hausarzt, ggf. Neurologen und Psychotherapeuten gemäß Anlage 12 Psychotherapie, Weiterleitung Koordination weiterführender Behandlungsmaßnahmen wie Entwöhnungsbehandlung, Rehabilitationsmaßnahmen, Koordination einer Kooperation mit der Suchtberatung,
- F--.3 Entzugssyndrom: Je nach Ausprägungsgrad ambulante Entgiftung mit oder ohne Medikamente
- F--.4 Entzugssyndrom mit Delir z.B. Delir tremens: Stationäre Aufnahme
- F--.5 Psychotische Störung z.B. alkoholische Paranoia, Eifersuchtswahn: In der Regel stationäre Aufnahme
- F--.6 Amnestisches Syndrom, z.B. Korsakow-Syndrom: In Abstimmung mit dem Hausarzt gezielte Versorgung unter Berücksichtigung des häuslichen Umfelds und Koordination von ambulanten Pflegemaßnahmen und Angehörigenberatung
- F--.7 Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung: Psychotherapie und Medikation, symptomatische Behandlung

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.04.2022

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

- ggf. Kooperation mit dem Psychotherapeuten
- ggf. Einbeziehung und/oder Anleitung der Angehörigen/Familie
- ggf. Vernetzung/Nutzung der AOK / Bosch BKK-Gesundheits- und Beratungsangebote
- Beratung zum Lebensstil und zur Alltagsgestaltung, Hobbys, ggf. Ernährungsberatung, Bewegungstherapie usw.
- frühzeitige vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung mit dem Sozialen Dienst der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 12 und Ausführung in Anhang 2 zu Anlage 17
- Motivation zur Lebensbewältigung und Lebensgestaltung durch umfassende Kooperation und Koordination von Unterstützungsangeboten

Medikamentös

- Rückfallprophylaxe ggf. Anticravingsubstanzen ggf. Acamprosat (und Naltrexon mehr als drei Monate) in den ersten Monaten, ggf. als Dauerbehandlung für ca. 1 Jahr insbesondere mit begleitender Psychotherapie und psychosozialen Maßnahmen beginnend nach der Entgiftung
- Therapie evtl. Komorbiditäten wie Depressionen, ggf. auch sedierendes Antidepressivum bei Schlafstörungen (letztere sind Risikofaktor für Alkoholrückfälle)

Selbsthilfegruppen

Anonyme Alkoholiker

<http://www.anonyme-alkoholiker.de/>

Deutscher Guttemplerorden e.V.

<http://www.bagso.de/>

Kreuzbund e.V.

<http://www.kreuzbund.de/kreuzbund-startseite.html>

Blaues Kreuz e.V.

<http://www.blaues-kreuz.de/>

www.dhs.de;

www.al-anon.de

www.bw-suchtweb.de

<http://www.narcotics-anonymous.de/>

www.prevnet.de;

Giftzentralen des Landes;

Medikamentenabhängigkeit www.bundesaerztekammer.de

Ergänzende Diagnoseanmerkungen mit besonders erhöhtem Versorgungsbedarf auch gemäß vorgenannter Betreuung und auf der Grundlage entsprechender Leitlinien bei differenzierter Verschlüsselung (.8 und .9 Diagnosen sollten vermieden werden, weil in der Regel zu unspezifisch für die Einleitung einer leitlinienbezogenen Versorgung):

- F10.-19.9 Psychische und Verhaltensstörungen durch Substanzmissbrauch
- F23, F23.8 akute schizophrene/psychotische Symptome je nach Ausprägung, ggf. stationäre Einweisung erforderlich
- F 32.1 PYE1 als Übergang von 2 Monaten gemäß leitlinienentsprechender Förderung der Versorgung mit Pharmakotherapie o d e r Psychotherapie
- F43.0 PYE1 kann im 1. Quartal mit P1 abgerechnet werden bis zum Beginn einer

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.04.2022

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Psychotherapie

- F63.0 Pathologisches Glücksspielen ggf. Betreuung in Spezialambulanzen, v.a. bei jungen Menschen
- F84.5 ein schneller Zugang zur Psychotherapie ist anzustreben
- F90.0 ADHS besonders sorgfältige Diagnosestellung und Klassifikation gemäß ICD-10 bei Symptomen entsprechend der Wender-Utah-Kriterien, Testpsychologie fachärztlich (neuropsychologisch z.B. Wisconsin Card Sorting Test, Continuous Performance Test, IQ mit HAWIE-R u.a.), somatische Differentialdiagnostik beachten, Medikation Methylphenidat auch im Erwachsenenalter (Betäubungsmittelverschreibungsverordnung zu beachten) /Psychotherapie/Gesprächsbehandlung/vermehrte Bewegungsmöglichkeiten
- www.bv-ah.nanugruppe.de
- www.ads-ev.de

Links Grundlagen

www.awmf.de; www.dimdi.de; www.svr-gesundheit.de;

C. Psychotherapie

3.1 Allgemeiner Teil

Modul Hausarzt

Dokumentationsbogen „Hausarzt“ (Anlage zur Überweisung)

Vor Überweisung eines Patienten zur psychotherapeutischen oder psychiatrischen Diagnostik oder/und Behandlung ist eine mögliche somatische Ursache auszuschließen.

a) Basisdaten

- Kassenkopf
- Grund der Überweisung / Fragestellung

b) Wichtige medizinische Daten wie

- Somatische Diagnosen
- Bekannte relevante Vorbehandlungen
- Vorliegende Befunde und veranlasste Untersuchungen
- Medikamentenplan

Diagnostik

- Screeningverfahren, Fragebögen, psychometrische, standardisierte und projektive Tests.
- Interaktionsdiagnostik.
- Maßgeschneiderte Verlaufskontrolle.
- Differentialdiagnostik
- ggfs. Fremdanamnese
- Bei Verdacht auf relevante somatische Erkrankungen soll der Pat. zum Hausarzt für die weitere Abklärung gehen (Bericht an Hausarzt)
- Festlegung der Diagnose(n) und des Schweregrads.
- Abklärung, ob eine psychiatrische Medikation erfolgen soll (Bericht an Mitbehandler)
- Abklärung, ob Eigen- oder Fremdgefährdung (Bericht an Mitbehandler)
- Abklärung, ob stationäre Intervention notwendig ist (Bericht an Hausarzt).
- Feststellen, ob eine Indikation für Psychotherapie vorliegt bzw. welche alternativen Behandlungsmöglichkeiten, auch ergänzend sinnvoll sind (Bericht an Hausarzt)
- Biographische Anamnese, Psychodynamik, Verhaltensanalyse, psychopathologischer Befund.

Berichte und Befunde mit korrekter Kodierung stets an Hausarzt wie auch im Folgenden.

3.2 Psychotherapeutische Behandlung auf der Basis von Anlage 12 mit Anhängen

In diesem Abschnitt wird nach einem allgemeinen Teil die Behandlung ausgewählter Krankheiten näher beschrieben. Die im Vertrag festgelegten Zuordnungen von Therapiemodulen und Diagnose sind der Anlage 12 und Anhang 2 zu Anlage 12 zu entnehmen.

Um die Therapiehoheit des Behandlers und die Einmaligkeit des Patienten in seinen Lebensbedingungen zu unterstreichen, haben wir darauf geachtet, eine möglichst freie, dem einzelnen Patienten und dennoch leitlinienkonforme Behandlungsplanung darzustellen.

Erläuterungen zur Versorgung an ausgewählten Beispielthemen

3.2.1 Affektive Störungen

Diagnoseverschlüsselung

- **F32 Depressive Episode**
 - F32.0 Leichte depressive Episode
 - F32.1 Mittelgradige depressive Episode
 - F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
 - F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
- **F33 Rezidivierende depressive Störung**
 - F33.0 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode
 - F33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenw. mittelgradige Episode
 - F33.2 Rezidivierende depressive Störung, gegenw. schwere Episode ohne psychotische Symptome
 - F33.3 Rezidivierende depressive Störung, gegenw. schwere Episode mit psychotischen Symptomen
 - F33.4 Rezidivierende depressive Störung, gegenw. remittiert
- **F34 Anhaltende affektive Störungen**
 - F34.0 Zylothymia
 - F34.1 Dysthymia
- **F30 Manische Episode**
 - F30.0 Hypomanie
 - F30.1 Manie ohne psychotische Symptome
 - F30.2 Manie mit psychotischen Symptomen
- **F31 Bipolare affektive Störung**
 - F31.0 Bipolare aff. Störung, gegenwärtig hypomanische Episode
 - F31.1 Bipolare aff. Störung, gegenw. manische Episode oder psychot. Sympt.
 - F31.2 Bipolare aff. Störung, gegenw. manische Episode mit psychot. Sympt.
 - F31.3 Bipolare aff. Störung, gegenw. mittelgradige oder leichte depr. Episode

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.04.2022

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

- F31.4 Bipolare aff. Störung, gegenw. schwere depr. Episode oder psychot. Sympt.
- F31.5 Bipolare aff. Störung, gegenw. schwere depr. Episode mit psychot. Sympt.
- F31.6 Bipolare aff. Störung, gegenw. gemischte Episode
- F31.7 Bipolare aff. Störung, gegenw. remittiert

Ätiologie

- Im Rahmen des Diathese-Stress Modells lassen sich folgende Faktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung affektiver Störungen festhalten:

Vulnerabilität

negative Lebensereignisse (Life-Events, daily Hassels), genetische Faktoren usw.

Auslöser

akute psychosoziale Belastung, Distress, Überaktivität der Stresshormonachse, neurochemische Dysfunktionen (z.B. Serotonin, Neuroadrenalin) usw.

Eingangsdiagnostik am Beispiel der depressiven Störungen

Der differentialdiagnostischen Klassifikation depressiver Störungen im Kontext der affektiven Störungen liegt ein mehrstufiger klinischer Entscheidungsprozess zugrunde (RKI, Heft 51):

1. Erfüllen Art und Anzahl der depressiven Symptome die Schwellenkriterien für eine depressive Episode?
2. Ist die Episode leicht-, mittel- oder schwergradig ausgeprägt (anhand der Ausprägung und Anzahl der Symptome gemäß ICD-Kriterien)?
3. Liegt eine rezidivierende Depression oder eine Depression im Rahmen einer bipolaren Störung vor? (Gab es früher schon einmal im Lebensverlauf derartige Episoden? = rezidivierende depressive Störung; traten früher schon einmal manische oder hypomane Episoden auf? = bipolare Störung)
4. Wurde die Depression durch Substanzen (= Substanzinduzierte Depression) oder einen körperlichen Faktor ausgelöst? Siehe auch S3 Leitlinie auch für Patienten.

Erfassungsinstrumente, wie z.B.: SKID, BDI, HAM-D, SCL 90, BL, HADS-D und maßgeschneiderte differentialdiagnostische Tests usw.

Verlaufsdiagnostik

Durch entsprechende Verlaufssensible Erfassungsinstrumente, wie z.B. (BDI, HAM-D, SCL 90, BL, Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version (HADS-D) usw.)

Behandlungsplan

- Hier liegen unterschiedliche Ansatzpunkte, je nach Verfahren bzw. Methode (Verhaltenstherapie, Kognitive Therapie, systemische Therapie, Schematherapie, Interpersonelle Therapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie).
- Ab einer schweren Depression ist eine parallele medikamentöse Therapie gemäß Leitlinie indiziert.
- Bei Manie und bipolaren Störungen ist eine parallele medikamentöse Therapie ebenso indiziert.

3.2.2 Schizophrenie, schizotype, wahnhaft, vorübergehende akute psychotische und schizoaffektive Störungen

Diagnoseverschlüsselung

- **F20 Schizophrenie**
 - F20.0 Paranoide Schizophrenie
 - F20.1 Hebephrene Schizophrenie
 - F20.2 Katatone Schizophrenie
 - F20.3 Undifferenzierte Schizophrenie
 - F20.4 Postschizophrene Depression
 - F20.5 Schizophrenes Residuum
 - F20.6 Schizophrenia simplex
- **F21 Schizotype Störungen**
- **F22 Anhaltende wahnhaft Störungen**
- **F23 Vorübergehende akute psychotische Störungen**
 - F23.0 Akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie
 - F23.1 Akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie
 - F23.2 Akute schizophreniforme psychotische Störungen
- **F25 Schizoaffektive Störungen**
 - F25.0 Schizoaffektive Störungen gegenwärtig manisch
 - F25.1 Schizoaffektive Störungen gegenwärtig depressiv
 - F25.2 gemischte schizoaffektive Störungen

Ätiologie

Im Rahmen des Diathese-Stress Modells lassen sich folgende Faktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung affektiver Störungen festhalten:

Vulnerabilität

negative Lebensereignisse (Life-Events, daily Hasses), genetische Faktoren usw.

Auslöser

akute psychosoziale Belastung, Distress, Überaktivität der Stresshormonachse, neurochemische Dysfunktionen usw.

Eingangsdiagnostik am Beispiel der Schizophrenie

- Gemäß ICD-10 wird die Diagnose Schizophrenie gestellt, wenn über einen Monat oder länger mindestens eines der oben beschriebenen Symptome aus den Bereichen Ich-Störungen, Wahn und Stimmenhören oder zwei Symptome aus den Bereichen andere Halluzinationen, formale Denkstörungen, Psychomotorik oder Negativsymptome auftreten. Vor einer solchen Diagnosestellung muss durch klinische und apparative Untersuchungen ausgeschlossen werden, dass die Symptomatik auf hirnorganische Veränderungen (Entzündungen, Tumore, Traumata, degenerative Erkrankungen), auf Stoffwechsel- oder hormonelle Störungen, auf medikamentös bedingte Störungen oder auf Drogenkonsum beruhen, die ebenfalls psychotische Symptome hervorrufen können. Die zur Diagnosestellung benötigten Informationen liefern die psychopathologische Exploration des Patienten, seine eigene Anamnese sowie die

Fremdanamnese seiner Angehörigen. Auf der Grundlage dieser gesamten diagnostischen und differentialdiagnostischen Informationen kann die Diagnose einer Schizophrenie heute mit hoher Sicherheit gestellt werden. (RKI Heft 50).

- Gemäß Kodierrichtlinien bedarf eine gesicherte Diagnose in diesem Bereich eine Diagnosestellung durch einen Psychiater, Nervenarzt oder Psychotherapeuten.
- Erfassungsinstrumente, wie z.B.: SKID, ICDL, IMPS, BPRS, GAS, BDI, SCL 90 R und maßgeschneiderte differentialdiagnostische Tests usw.

Verlaufsdiagnostik

Durch entsprechende verlaufssensible Erfassungsinstrumente, wie z.B. (BDI, Verlaufsbögen nach Hahlweg usw.)

Behandlungsplan

- Hier liegen unterschiedliche Ansatzpunkte, je nach Verfahren bzw. Methode (Verhaltenstherapie, Kognitive Therapie, systemische Therapie).
- **Eine parallele psychiatrisch begleitete, medikamentöse Therapie ist gemäß Leitlinie indiziert.**

3.3.3 Alkoholsucht

Diagnoseverschlüsselung

- **F10.0Alkohol**
- F10.0 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation
- F10.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch
- F10.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom
- F10.3 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom
- F10.4 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir
- F10.5 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Psychotische Störung
- F10.6 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Amnestisches Syndrom
- F10.7 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung

Ätiologie

Im Rahmen des Diathese-Stress Modells lassen sich folgende Faktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung affektiver Störungen festhalten:

Vulnerabilität negative Modelle usw.

Auslöser akute psychosoziale Belastung, Distress usw.

Eingangsdagnostik

- Jüngere Studien [42, 43, 44, 45] verwendeten für die Erfassung von Alkoholabhängigkeit und –missbrauch das internationale Diagnosesystem DSMIV, das die Störungen Alkoholabhängigkeit und -missbrauch unterscheidet (vgl. [46]). Für persönliche Interviews liegt mit dem M-CIDI [47] eine validierte Operationalisierung der DSM-IV und ICD-10-Kriterien vor, die in den regionalen Studien in München [42] und Lübeck [45] eingesetzt wurde.
- Weniger aufwändig als die Durchführung von diagnostischen Interviews ist der Einsatz von Screening-Verfahren. Weit verbreitet sind der Michigan Alcoholism Screening-Test (MAST [48]) oder der Kurzfragebogen CAGE [49].

- Mit dem Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -missbrauchs- Screening-Test, das die Items des MAST und CAGE kombiniert, steht im deutschen Sprachraum eine sensitive Diagnostik von Alkoholabhängigkeit und -missbrauch zur Verfügung (LAST [50]). Andere Entwicklungen wie der Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) zielen eher auf die Identifikation von Personen mit riskantem oder schädlichem Alkoholkonsum ab (RKI Heft 40).
- Erfassungsinstrumente, wie z.B.: SKID, BDI, **LAST** (Lübecker Alkoholismus Screening Test), **CAGE** und maßgeschneiderte differentialdiagnostische Tests usw.

Verlaufsdiagnostik

Durch entsprechende Verlaufssensible Erfassungsinstrumente.

Behandlungsplan

Hier liegen unterschiedliche Ansatzpunkte, je nach Verfahren bzw. Methode (Verhaltenstherapie, Kognitive Therapie, systemische Therapie, Schematherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie).

Besonderheiten und spezielle Interventionsprinzipien in der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen:

- Gerade in der Diagnostik und Therapie von Kindern und Jugendlichen spielen der jeweilige Entwicklungsstand und das soziale Umfeld eine wichtige Rolle. Einige kindliche Symptome sind zunächst als normale Verhaltensweisen und Anpassungsversuche an den Reifungsprozess und als Entwicklungsübergänge zu bewerten. Erst die Dauer und der Ausprägungsgrad von Symptomen und deren entwicklungsbehindernde Auswirkungen machen sie zu krankheitswertigen Erscheinungen. So ist Wissen sowohl über regelhafte Entwicklungsprozesse als auch über die Entwicklungspsychopathologie und beides im Kontext unterschiedlicher psychosozialer Umstände notwendig. Die genaue Kenntnis des aktuellen kognitiven wie emotionalen Entwicklungsstandes ist also für die Differentialdiagnostik und Therapie bei Kindern und Jugendlichen von großer Bedeutung.
- Das soziale Umfeld von Kindern und Jugendlichen, ihre Familie, ihre Peer-Gruppe, ihre Kindergarten- oder Schulsituation haben bei Kindern und Jugendlichen Auswirkungen auf Aufrechterhaltung wie auch auf Beeinträchtigungen ihrer psychische Gesundheit sowie auf die Bewältigungsprozesse von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen.
- Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen berücksichtigt also neben den störungsspezifischen Bedingungen immer auch den individuellen Entwicklungsstand als auch den jeweiligen psychosozialen Kontext.
- Daher kommen neben den in der psychotherapeutischen Behandlung von Erwachsenen bekannten therapeutischen Interventionen bei Kindern und Jugendlichen deren jeweiligen Entwicklungsstand und ihrer psychosozialen Situation angemessene Interventionsmethoden zum Einsatz.
- Weil Therapieentscheidungen bei jüngeren Kindern nicht von ihnen selbst, sondern von den Bezugspersonen gemeinsam mit dem jeweiligen Psychotherapeuten getroffen werden, nimmt der Psychotherapeut sowohl in der Beziehungsgestaltung als auch in der Erarbeitung eines altersentsprechenden Störungsverständnisses durch das Kind als auch im Therapieprozess selbst eine aktivere Rolle als in der Behandlung von Erwachsenen ein, welche er sowohl der Kommunikationsfähigkeit des jeweiligen Kindes als auch dem Störungsverständnis der kindlichen Bezugspersonen als auch den störungsspezifischen Anforderungen anpassen und kontrollieren muss. Aufgrund des Entwicklungsalters finden gerade bei jüngeren Kindern nicht nur verbale sondern auch spieltherapeutische Interventionen statt.

- Die regelhafte Einbeziehung der Bezugspersonen ist nicht nur der altersentsprechenden Abhängigkeit von Kindern und Jugendlichen und deren noch nicht vollständig gegebener Selbständigkeit und Entscheidungsfähigkeit geschuldet.
- Eltern und andere wichtige Bezugspersonen stellen mit ihrem jeweiligen Bindungsverhalten dem jeweiligen Kind oder Jugendlichen gegenüber und ihrem Störungs- und Behandlungskonzept sowie ihren alltäglichen Interaktionsmustern sowohl eine mögliche störungsaufrechterhaltende als auch eine potentielle störungsverringemde Ressource da. Diese Ressource positiv im Sinne der Behandlungsziele und der Störungsbewältigung nutzbar zu machen, ist ein wichtiges Element in der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen.
- Bei der Bewältigung von altersentsprechenden Entwicklungsaufgaben ist darüber hinaus häufig auch eine Interdisziplinäre Zusammenarbeit notwendig, welche oft auch über die Grenzen des Gesundheitswesens hinaus reicht (z.B. gemeinsame Hilfeplangespräche mit dem Jugendamt im Rahmen von Jugendhilfemaßnahmen und Maßnahmen der Hilfe zur Erziehung), vgl. auch Schnittstelle Sozialen Dienst der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 12 und Ausführung in Anhang 2 zu Anlage 17).

3.3.4 AD(H)S und Störungen des Sozialverhaltens

Diagnoseverschlüsselung

- **F90 Hyperkinetische Störungen**
 - F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung
 - F90.1 Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens
 - F90.8 Sonstige hyperkinetische Störungen
 - F90.9 Hyperkinetische Störung, nicht näher bezeichnet
- **F91 Störungen des Sozialverhaltens**
 - F91.0 Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens
 - F91.1 Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen
 - F91.2 Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen
 - F91.3 Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten
 - F91.8 Sonstige Störungen des Sozialverhaltens
 - F91.9 Störung des Sozialverhaltens, nicht näher bezeichnet

Ätiologie

Im Rahmen des Diathese-Stress Modells lassen sich folgende Faktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung affektiver Störungen festhalten:

Vulnerabilität

negative Modelle, teilweise genetische Faktoren, Sauerstoffmangel bei der Geburt, Deprivation, Bindungsstörung usw.

Auslöser

Verschiedenste Stressoren.

Eingangsdiagnostik

Im Allgemeinen sollen folgende diagnostische Instrumente verwendet werden

- Klinisches Urteil
- Fremdurteil von Lehrern, Eltern oder anderen Bezugspersonen
- Selbsturteil von Kindern und Jugendlichen
- Verhaltensbeobachtung
- Projektive Verfahren usw.

Weitergehende Diagnostik (falls notwendig): Entwicklungs-, Intelligenz-, Leistungs-, neuropsychologische Diagnostik.

Diagnostik psychosozialer Beziehungen

Fragebögen

- a) als Basisverfahren zur Erfassung eines breiten Spektrums psychischer Auffälligkeiten (z.B. CBCL, TRF, YSR, VBV-EL, VBV-ER) und
- b) zur differenzierteren störungsspezifischen Diagnostik (z.B. DIKJ, EAS, HSQ-D, DISYPS-KJ II, SDQ) usw.

Verlaufsdiagnostik

Durch entsprechende verlaufssensible Erfassungsinstrumente.

Behandlungsplan

Hier liegen unterschiedliche multimodale Ansatzpunkte, je nach Verfahren bzw. Methode (Verhaltenstherapie, Kognitive Therapie, systemische Therapie, Schematherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie).

Links

Leitlinien

www.uni-duesseldorf.de, www.awmf.de, aus hogrefe usw.

Angst

<http://www.paniknetz.de/>

<http://www.christoph-dornier-stiftung.de>

www.psychologie.tu-dresden.de

<http://www.panik-attacken.de/>

<http://www.panikattacken.at/>

Depression

Kompetenznetz Depression und Suizidalität

www.kompetenznetz-depression.de

Deutsches Bündnis gegen Depression

www.buendnis-depression.de

<http://www.deutsche-depressionshilfe.de>

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.04.2022

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

PT bei Kindern und Jugendlichen

<http://www.psychologie-online.ch/add>

<http://www.mentalhealth.com/dis/p20-ch01.html>

<http://www.kinderpsychiatrie.de/hyperkinetisch.htm>

<http://www.bkjpp.de/linksads.htm>

<http://www.psychologie-online.ch/add/add/addmemo.htm>

<http://www.psychologie-online.ch/add/add/downloadarea.htm>

Homepage der Deutschen Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie

<http://www.kinderheilkunde.org/dgkjp.html>

Homepage des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte

<http://www.kinderheilkunde.org/bvkjd.html>

Homepage der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin e. V.

<http://www.kinderheilkunde.org/dgki.html>

Homepage der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)

<http://www.dgppn.de/>

Kinder- und Jugendpsychiatrische Einrichtung in Deutschland

<http://www.dgkjp.de/kjp-verz-liste.htm>

Schizophrenie

<http://www.kompetenznetz-schizophrenie.de>

<http://www.psychosenetz.de/>

<http://www.selbsthilfeschizophrenie.de/>

Sucht

<http://www.sucht.de/>

<http://www.dhs.de>

Biofeedback

<http://www.dqgbf.de/index.php/bioundneurofeedback/wissenschaft>

Verbände und Fachgesellschaften

<http://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/>

<http://www.dgsf.org/>

<http://www.dft-online.de/>

<http://www.dgvt.de/>

<http://www.dpv-psa.de/>

<http://www.verhaltenstherapie.de/>

<http://www.gnp.de/>

<http://www.vakjp.de/>

<http://www.dgsf.org/>

<http://www.igst.org/>

weitere auf: <http://www.lpk-bw.de/links.html>

Literatur

Babor TF, de la Fuente JR, Saunders J et al. (1989) The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary health care. World Health Organization: Division of Mental Health Genf

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.04.2022

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Barkley RA (2003) Attention deficit/hyperactivity disorder. In: Mash EJ, Barkley RA (eds) Child psychopathology. Guilford Press, New York, pp 75–143.

Baumgaertel A, Wolraich M, Dietrich W (1995) Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorder in a German elementary school sample. *J Am Academy Child Adolesc Psychiatry* 34:629–638.

Beck A (1970) Depression. Cases and treatment. University of Pennsylvania Press, Philadelphia.

Beck A (1974) The development of depression. A cognitive model. In: Friedman R, Katz M (Hrsg) The psychology of depression: Contemporary theory and research. Winston-Wiley, New York, S 3–28

Bornisch T, Wittchen HU (1998) Suicidal ideation and suicide attempts. The role of comorbidity with depression, anxiety disorders, and substance-use disorder. In: DeLeo D, Schmidtke A, Diekstra RFW (hrsg) Suicide prevention. A holistic approach. Kluwer Academic Publishers, London, S 15–26

Bruhl B, Dopfner M, Lehmkuhl G (2009) Der Fremdbeurteilungsbogen für hyperkinetische Störungen (FBB-HKS) – Prävalenz hyperkinetischer Störungen im Elternurteil und psychometrische Kriterien. *Kindheit Entwicklung* 9:115–125

Bundesärztekammer (2005) Stellungnahme zur Aufmerksamkeitsdefizit/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004. Teilband Alkohol. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Köln

Curtis GC, Magee WJ, Eaton WW et al. (1998) Specific fears and phobias: epidemiology and classification. *Br J Psychiatry* 173: 212–217

Degona M, Angst J (1993) The Zurich Study. Social phobia and agoraphobia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 243: 95–102

Emrick CD (1974) A review of psychologically oriented treatment of alcoholism. I. The use and interrelationship of outcome criteria and drinking behavior following treatment. *Journal of Studies on Alcohol* 35: 523–549

Emrick CD (1975) A review of psychologically oriented treatment of alcoholism. II. The relative effectiveness of different treatment. *Journal of Studies on Alcohol* 36: 88–108

European Alliance Against Depression (2009) www.eaad.net/deu/index.php (Stand: 17.03.2010)

Ewing JA (1984) Detecting alcoholism – the CAGE questionnaire. *Journal of the American Medical Association* 252: 1905–1907

Feuerlein W, Kufner H (1989) A prospective multicenter study on inpatient treatment for alcoholics: 18- and 48-months follow-up (Munich Evaluation for Alcoholism Treatment, MEAT). *European Archives of Psychiatry and Neurological Science* 239: 144–157

Gilg T (1995) Diagnose von Alkoholmissbrauch und Alkoholismus, biologische und biochemische Alkoholismusmarker bzw. -parameter. In: Soyka M (Hrsg) Die Alkoholkrankheit – Diagnose und Therapie, Chapman & Hall Weinheim, S 79–104

Hegerl U, Wittmann M, Arensman E et al. (2008) The 'European Alliance Against Depression (EAAD)': A multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality. *World J Biol Psychiatry* 9: 51–58

Hegerl U, Althaus D, Pfeiffer-Gerschel T (2006) Früherkennung und Awareness. In: Stoppe G, Bramesfeld A, Schwartz FW (Hrsg) Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektive. Springer, Berlin, Heidelberg, S 371–386

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.04.2022

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Hoyer J, Margraf J (Hrsg) (2002) Angstdiagnostik. Grundlagen und Testverfahren. Springer Verlag, Berlin

Hox J, Gils G, Klugkist L (1998) Treatment of alcohol and drug dependency. Meta-Analysis. Final report. Beleids Onderzoek en Advies Utrecht

Huss M (2004) Was wird aus Kindern mit Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung? Vom Zappelphilipp zum ausgewachsenen Chaoten. MMW Fortschr Med 146:36–39

Ihle W, Esser G (2002) Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. Psychologische Rundschau 53: 159–169

Jacobi F, Schneider S, Barnow S (2003) Die Angst vor der Angst. Angststörungen: Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten. In: Barnow S, Freiberger HJ, Fischer W et al. (Hrsg) Von Angst bis Zwang. Ein ABC der psychischen Störungen: Formen, Ursachen und Behandlung, 2. Korrigierte und erweiterte Auflage. Verlag Hans Huber, Bern, S 115–141

Klingberg S, Wittorf A, Bechdorf A, Herrlich J, Kircher T, König HH, Müller B, Sartory G, Wagner M, Wiedemann G, Wölwer W, Buchkremer G (2009). Psychotherapieforschung zur Kognitiven Verhaltenstherapie bei Positiv-Symptomen psychotischer Störungen. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 59, 141-148.

Konnopka A, Klingberg S, Wittorf A, Köning HH (2009). Die Kosten der Schizophrenie in Deutschland: ein systematischer Literaturüberblick. Psychiatrische Praxis, 36, 211-218.

Klingberg S, Buchkremer G (2009). Neue Entwicklungen in der Psychotherapie schizophrener Psychosen. Nervenarzt, 80, 22-30.

Klingberg S, Wittorf A, Sickinger S, Wittorf A, Buchkremer G (2008). Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung von Positiv-Symptomatik psychotischer Störungen - Hintergrund und Therapiekonzeption der POSITIVE-Studie. Nervenheilkunde, 27, 1014-1020.

Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR (1998) Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications. Clin Psychol Rev 18: 765–794

Ruhmland M, Margraf J (2001a) Effektivität psychologischer Therapien von generalisierter Angststörung und sozialer Phobie: Meta-Analysen auf Störungsebene. Verhaltenstherapie 11: 27–40

Ruhmland M, Margraf J (2001b) Effektivität psychologischer Therapien von Panik und Agoraphobie: Meta-Analysen auf Störungsebene. Verhaltenstherapie 11: 41–53

Ruhmland M, Margraf J (2001c) Effektivität psychologischer Therapien von spezifischer Phobie und Zwangstörung: Meta-Analysen auf Störungsebene. Verhaltenstherapie 11: 14–26

Rumpf HJ, Hapke U, Hill A et al. (1997) Development of a screening questionnaire for the general hospital and general practices. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 5: 894–898

Saunders JB, Aasland OG, Babor TF et al. (1993) Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption – II. Addiction 88: 791–804

Seiffge-Krenke I (2007) Depression bei Kindern und Jugendlichen: Prävalenz, Diagnostik, ätiologische Faktoren, Geschlechtsunterschiede, therapeutische Ansätze. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 56: 185–205

Selzer ML (1971) The Michigan Alcoholism Screening Test: the quest for a new diagnostic instrument. American Journal of Psychiatry 127: 1653–1658

Sus HM (1995) Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. Psychologische Rundschau 46: 248–266

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.04.2022

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Wienberg G (2002) Versorgungsstrukturen von Menschen mit Alkoholproblemen in Deutschland – eine Analyse aus Public Health Perspektive. In: Mann K (Hrsg) Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen, Pabst Lengerich, S 17–45

Wittchen HU, Jacobi F (2001) Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 44: 993–1000

Wittchen HU, Müller N, Pfister H et al. (1999) Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys Psychische Störungen. Gesundheitswesen 61: S216–S222

Wittchen HU, Beloch E, Garczynski E et al. (1995) Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI, Paper-pencil 2.2, 2/95). Max-Planck-Institut für Psychiatrie München

Wittorf A, Buchkremer G, Klingberg S (2008). Kognitive Verhaltenstherapie zur Behandlung persistierender psychotischer Symptome. Neuro aktuell, 22, 36-39

Auszüge weiterer Quellen fachübergreifend:

<http://bmg.bund.de>;

<http://www.g-ba.de>

<http://gbe-bund.de>

<http://dimdi.de>

<http://eur-lex.europa.eu>

<http://gesundheitsinformation.de>

<http://patienten-information.de>

<http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de>

<http://www.hogrefe.de>

www.springer.de

www.thieme.de

www.elsevier.de

www.herold-innere-medizin.de

www.beltz-verlag.de

<http://dnb.d-nb.de>

<http://www.leitlinien.de>

Arzt Handbuch (2009): Rationale Pharmakotherapie - Wirtschaftliche und evidenzbasierte Arzneiverordnung für die Praxis, Verlag Urban & Vogel GmbH, Springer Science + Business Media. Realisierung MED.KOMM

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2011): Psychische und Verhaltensstörungen Kapitel V F00-F99

Döpfner M, Lehmkuhl G, Petermann F (fortlaufende Reihe): Leitfaden Kinder- und Jugend-Psychotherapie

Evidenzbasierte Leitlinien Psychotherapie Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG

Gemeinsamer Bundesausschuss (2011): AG Versorgungsorientierung/Priorisierung Modellprojekt Verfahren zur verbesserten Versorgungsorientierung am Beispielthema Depression

Günster C, Klose J, Schmacke N (2011): Versorgungs-Report 2011 Schwerpunkt: Chronische Erkrankungen

Hacke W (2010): Neurologie, Springer Medizin Verlag Heidelberg

Härter M, Schneider F, Gaebel W et al (2003): Versorgungsleitlinien für depressive Störungen in der ambulanten Praxis, Z ärztl Fortbil Quallsich 97, Supplement IV

Herold G (2011): Innere Medizin by Gerd Herold, Köln

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.04.2022

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Klingelhöfer J, Berthele A (2009): Klinikleitfaden Neurologie, Urban & Fischer München

Korczak D, Steinhäuser G, Dietl M (2011): Prävention des Alkoholmissbrauchs von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, Medizinwissen DIMDI HTA-Bericht 112, Köln

Korczak D, Kister C, Huber B (2010): Differentialdiagnostik des Burnout-Syndroms, DIMDI HTA-Bericht 278, Köln

Kunz R, Ollenschläger G, Raspe H, Jonitz G, Donner-Banzhoff N (2007): Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis, Deutscher Ärzteverlag

Laux G, Möller HJ (2011): Psychiatrie und Psychotherapie, Georg Thieme Verlag Stuttgart New York

Leitlinien zur Diagnostik von psychischen Störungen im Säuglings-, Kinder- und Jugendalter (2007): Deutscher Ärzte-Verlag

Manuale psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen (fortlaufende Reihe)

National Clinical Practice Guideline Number 82 (2009): Schizophrenia, National Collaborating Centre for Mental Health Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence

Payk ThR (2007): Psychiatrie und Psychotherapie, Georg Thieme Verlag Stuttgart New York

Psychotherapeutenjournal (2009): Leitlinien in der Psychotherapie, Ausschuss Wissenschaft, Forschung und Qualitätssicherung der Psychotherapeutenkammer Berlin

Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S et al (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 50:871-878

Robert Koch Institut Statistisches Bundesamt (2010): Gesundheitsberichtserstattung des Bundes Heft 51 Depressive Erkrankungen u.a.

Schauder P, Berthold H, Eckel H, Ollenschläger G (2006): Zukunft sichern: Senkung der Zahl chronisch Kranker, Deutscher Ärzteverlag

Schneider F, Niebling W (2008): Psychische Erkrankungen in der Hausarztpraxis, Springer Verlag Heidelberg

Schwartz FW (2006): Public Health Gesundheit und Gesundheitswesen, Urban & Fischer Verlag München

Sikorksi C, Lupp M, Riedel-Heller S (2010): Bewertung der Wirksamkeit innovativer Versorgungsansätze zur Depressionsbehandlung auf der Basis eines systematischen Literaturrecherche, Universität Leipzig Medizinische Fakultät Selbständige Abteilung für Sozialmedizin

SVR-G Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens

WIdO-Reihe im Kompart-Verlag (2011): Sicherstellung der Gesundheitsversorgung
Neue Konzepte für Stadt und Land

World Health Organization (2004): Prevention of mental disorders (u.a. WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden Selbsterkennung Depression, Version 1998)

WHO (2008): Primary health Care. Now More Than Ever, Genf

Zentralstelle der Deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin (ÄZQ) (2009): Leitlinien-Clearingbericht „Depression“. Berlin

D. Kinder- und Jugendpsychiatrie

Evidenz basierte Medizin (EbM)

ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz

für die Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten.

EbM beinhaltet die Integration individueller klinischer Expertise

mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung.

(David Sackett)

Zusammenfassung

In einer **Gesellschaft des längeren Lebens von Geburt an** hat eine gute psychische Gesundheit eine hohe Bedeutung persönlich wie auch als gesamtgesellschaftliches Ziel (Sachverständigenratsgutachten 2009, Robert Koch-Institut Gesundheitsbericht 2015).

Gerade bei Kindern und Jugendlichen gilt es, diese zu schützen und Risikofaktoren zu erkennen und zu mindern präventiv, um damit auch möglichen nachhaltig belastenden Fehlentwicklungen für die individuelle Lebensperspektive vorzubeugen.

Prävention und Gesundheitsförderung als biopsychosoziales Modell bedeutet, in der Gesundheitsversorgung auch **soziale und seelische Aspekte** im Zusammenhang zu berücksichtigen (Hurrelmann et al. Hrsg. Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, 4. Auflage 2014, Verlag Hans Huber).

Krankheitsprävention in Richtung von **Schutzfaktoren zu fördern und Risikofaktoren zu mindern** hat auch in einer Gesellschaft des längeren Lebens eine sehr hohe Bedeutung und sollte dafür **Ressourcen, Werthaltungen und Selbstmanagementstrategien** berücksichtigen und einbeziehen (Hurrelmann, 2014).

Diese sind bei Kindern und Jugendlichen in der Entwicklung und werden aus der Umgebung heraus erlernt als Gesundheitsverhalten: bei psychischen Belastungen und Störungen spielt dabei die **Rückfallprophylaxe** auch eine hohe Rolle, z.B. bei Depressionen, Psychosen und Suchterkrankungen (Hurrelmann, 2014).

Das Erlernen und Anwenden erfolgreicher Bewältigungsreaktionen als sog. Relapse-Prevention-Modell gilt vor allem auch bei sog. Hochrisikosituationen wie zum Beispiel bei negativen emotionalen Zuständen wie Angst, Ärger, negativen sozialen Situationen. Diese können in Situationen wie zum Beispiel bei Konflikten oder sozialem Druck (zum Beispiel Freunde trinken Alkohol usw.) auftreten.

Gesundheitsförderung umfasst die **Stärkung von Ressourcen** auf individueller Ebene wie auch zu den sozialen Rahmenbedingungen und kombiniert verhaltens- und verhältnisbezogene Interventionsmaßnahmen (Hurrelmann, 2014).

Kinder und Jugendliche erlernen im Rahmen ihrer Sozialisation grundlegende Verhaltensmuster unter anderem auch den Umgang mit der eigenen Gesundheit, was sich ein Leben lang für sie auswirken kann, wie zum Beispiel ein ungünstiger frühzeitiger Umgang mit schädigenden Einflussfaktoren wie Alkohol- und Tabakkonsum (Hurrelmann, 2014).

Daher sind die familiären Ressourcen besonders bedeutsam, das heißt vor allem die soziale Unterstützung, der Rückhalt durch die Eltern und ein positives Familienklima.

Zum Beispiel kann das Risiko eines Aufmerksamkeits-Defizits-Syndroms unter vielem anderen auch durch Rauchverzicht in der Schwangerschaft, intensivere Beschäftigung mit dem Kind, gute Tagesstrukturierung, klare Regelungen und ungeteilte Aufmerksamkeit weniger in der absoluten Zeit als besonders in der jeweiligen Zeit der Zuwendung, vermindert werden.

Durch gute Bewegungsgewohnheiten mit regelmäßiger körperlicher Aktivität, Begrenzung passiver Freizeitaktivitäten wie Computerspiele lassen sich zudem auch seelische und körperliche Gesundheitsförderung und Prävention stärken als Schutzfaktoren (Hurrelmann, 2014).

Der Prozentsatz psychisch auffällig eingeschätzter Kinder und Jugendlichen liegt bei etwa 10 - 20 Prozent, bei den unter 10jährigen bestehen bei bis zu 10 Prozent Hinweise auf Depressionen, ADHS, Störungen des Sozialverhaltens usw..

In einer Gesellschaft des längeren Lebens von Geburt an treten chronische Erkrankungen auch natürlich häufiger auf, psychisch und physisch.

Viele (lebens-) bedrohliche Erkrankungen wie Keuchhusten, Windpocken, Masern, Röteln, Scharlach, Mumps können mittlerweile durch Impfungen großteils vermieden werden zum Wohl und Schutz der Kinder und Jugendlichen.

In Deutschland leiden gleichwohl etwa 1,5 Millionen Kinder an einer oder mehreren chronischen Erkrankungen einschließlich Ess-Störungen, v.a. auch an Adipositas auch mit über 6% der 3-17-Jährigen (Hurrelmann, 2014).

Ein Anstieg riskanter Verhaltensweisen im Jugendalter wird auf neurobiologische Veränderungen im Gehirn wissenschaftlich zurückgeführt, weil die sog. Erregungssuche ansteigt, der (natürliche) Wunsch nach Unabhängigkeit von den Eltern und der Aufbau von Beziehungen zu Gleichaltrigen mit entsprechendem Gruppendruck auch bei gleichzeitiger Auseinandersetzung mit der eigenen Geschlechterrolle.

Bei bereits frühzeitig bestehenden Belastungen, Risikofaktoren und auch entsprechender persönlicher Prädisposition können sog. Kompetenzdefizite wachsen und zunehmend zu Misserfolgserlebnissen führen und damit eine Spirale negativer Verhaltensweisen fördern (Hurrelmann, 2014).

Das Gefühl von Selbstwirksamkeit und Selbstbestimmung ist daher ebenso bedeutsam wie auch die Kontextfaktoren aus dem Lebensumfeld wie der Schule, Freizeitaktivitäten, Einfluss Gleichaltriger usw..

Kombinierte Interventionsstrategien wie o.g. mit multiprofessioneller Unterstützung, und nicht nur sehr kurz angelegt, zeigen die effektivsten Ergebnisse wie auch u.a. Gruppenarbeit, Elterntraining.

Die Stärkung von Stressbewältigungsfähigkeiten ist daher in der Familie besonders wichtig sowohl zur Primär-, Sekundär- als auch Tertiär- bzw. auch Quartär-Prävention.

Daher werden gemäß aktuellem Stand der Versorgungsforschungsliteratur, der Gesundheitsberichtserstattung, der Fachliteratur und weiterer evidenzbasierter Quellen wie Leitlinien folgende Ziele mit diesem Versorgungskonstrukt angestrebt und differenziert abgebildet in den vertraglichen Vereinbarungen (Anlagen 12, 17 und Anhänge):

1. Förderung multiprofessioneller und multimodaler bzw. **psychosozialer Abstimmung und Vernetzung** durch **strukturierte indikationsbezogene Versorgungswege** zwischen Haus- und FachärztInnen, PsychotherapeutInnen und Hilfesystemen wie Jugendhilfe, SozialpädagogInnen (sog. „collaborative care model“) -
 - Grundlage ist der sog. PNP-Vertrag mit der darin aufgeführten Koordination und Kooperation zu Diagnostik, Verfahren und Methoden und weiteren Behandlungsmaßnahmen zur Stärkung der **Teilhabe am Leben**
 - einschließlich von **altersgerechten Gesundheitsangeboten** zur Bewegung, Ernährung usw. durch die AOK Baden-Württemberg sowie zu rasch einleitbaren **rehabilitativen Maßnahmen**.
2. **Förderung von Schutzfaktoren** und Minderung von Risikofaktoren - wie z.B. soziale Belastungen und damit einhergehende soziale Verhaltensauffälligkeiten - konkret auch durch sog. **aufsuchende Hilfe im Lebensumfeld** durch ÄrztInnen wie auch durch sozialpsychiatrisch ausgebildete ExpertInnen in den jeweiligen Facharztpraxen bzw. auch von dort delegiert.
3. **Wissensvermittlung** bzw. **psychoedukative Maßnahmen** einschließlich **Gruppenangeboten** für die Bezugspersonen, die Familie gerade auch bei belastenden Risikofaktoren wie auch durch Online-Angebote (sog. stepped care Modell).

Insgesamt ist ein strukturierter Zugang zu **psychosozialen Beratungs- und Hilfesystemen** im unmittelbaren Lebensumfeld sehr wichtig, der in diesem Versorgungsvertrag und -Modell durch die multiprofessionelle systemische Beratungs- und Behandlungsweise erleichtert wird.

Ziel dieses Versorgungsvertrags ist es daher gemäß aktueller Evidenz eine psychosozial-präventiv ausgerichtete Versorgung zu stärken, die die persönlichen Risikofaktoren neben den Umwelteinflüssen versucht zu integrieren und damit auch Schutzfaktoren zu fördern.

Insgesamt erscheint eine gestufte psychosoziale Behandlung mit verschiedenen evidenzbasierten Möglichkeiten wie Psychoedukation in Gruppen- oder Einzeltrainings - auch mit den Bezugspersonen – häufig sinnvoll neben Psycho- und ggf. Pharmakotherapie, bei stärkeren Beeinträchtigungen, wie auch Jugend- und Familienhilfe vor Ort, ggf. digitale Online-Angebote usw. (Banaschewski et al., 2017).

Gemäß Gesundheitsbericht 2015 (www.rki.de/gesundheitsbericht) des Robert Koch-Instituts weisen etwa 10 bis 20 % der Kinder und Jugendlichen sog. psychische Störungen auf:

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.04.2022

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

- Jungen sind wohl häufiger davon betroffen, insbesondere die mittlere Altersgruppe 7 bis 13 Jahre, wie auch niedrigere sozioökonomische Schichten.
- In der KIGGS-Untersuchung berichten die Hälfte aller befragten Eltern mindestens leichte Schwierigkeiten zu Alltagsfunktionen ihrer 3- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen wie u.a. der Stimmung, des Verhaltens und/oder des Umgangs mit auch nicht seltener Chronifizierung.
- Zu den weltweit häufigsten Störungen zählt ADHS, die am häufigsten im Grundschulalter diagnostiziert wird.
- Vor allem ein Mangel an Ressourcen erwies sich laut RKI-Gesundheitsbericht 2015 neben sozialen und sonstigen Risikofaktoren als stärkster Prädiktor für psychische Auffälligkeiten oder Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen.
- Häufige Komorbiditäten v.a. bei stationärer Aufnahme sind die sozialen Verhaltensauffälligkeiten mit entsprechenden Risikofaktoren.

Auf dieser prinzipiellen Grundlage der Versorgungsforschung und Gesundheitsberichtserstattung wurde daher in diesem Versorgungsvertrag die (bio-) **psychosoziale Betreuung in den Mittelpunkt** gestellt (Anlagen 12, 17 und Anhänge):

- Basierend auf der indikationsbezogenen engen haus- und fachärztlichen Zusammenarbeit sollen multiprofessionelle Hilfemaßnahmen gefördert werden als sog. „collaborative care“ -Modell (s.u.).
- Verstärkte strukturierte psychosoziale Unterstützung zählt ebenso dazu wie auch die Honorierung des erhöhten Ressourcenangebots abgestimmt auf individuelle Risikofaktoren zum Aufbau von Schutzfaktoren für die betroffenen jungen Menschen, z.B. Behandlungsansatz Lebensumfeld (BALU), Gruppenangebote usw..
- Ziel ist daher, die Teilhabe am Leben zu fördern wie z.B. die Ausbildung abzuschließen und damit auch die Selbstbestimmung zu stärken.
- Rehabilitative Maßnahmen als Teil auch eines kooperierenden Hilfe- und Versorgungssystems werden dafür auch vereinfacht angeboten, um rasche Unterstützung zu erleichtern.
- Damit soll psychische Gesundheit als sog. Querschnittsthema bewusst aufgegriffen und gefördert werden wie vom Robert Koch Institut beschrieben in „Erziehung, Bildung und Arbeitswelt“ - bzw. auch Umwelt interdisziplinär und multiprofessionell.

(RKI und Destatis (Hrsg.), 2015. GBE Kapitel 2 S. 117 ff)

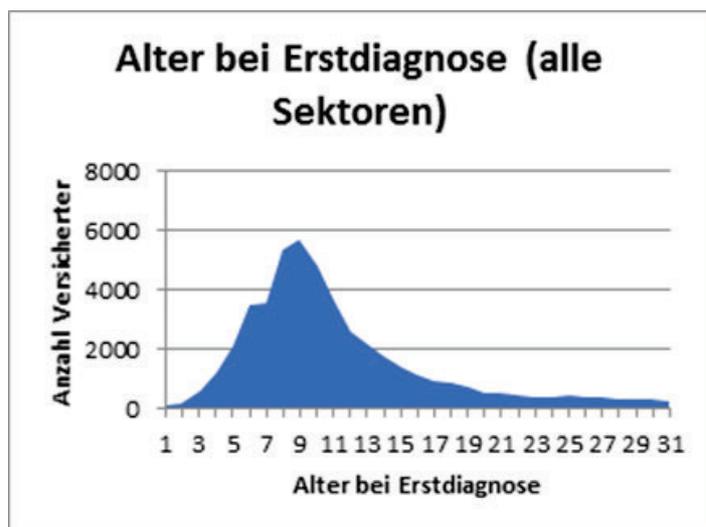
Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.04.2022

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

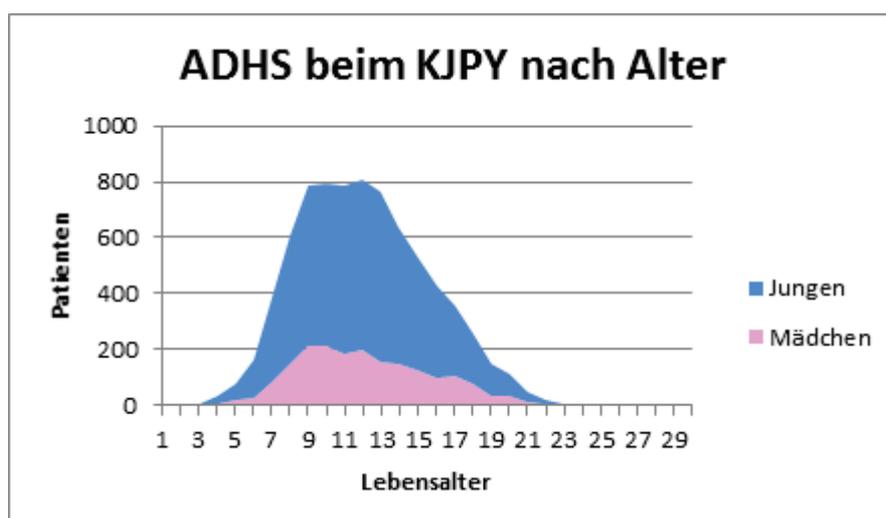
Versorgungslage in Baden-Württemberg (Daten der AOK Baden-Württemberg, Stand Dezember 2018)

Die o.g. epidemiologischen populationsbezogenen Angaben lassen sich für Baden-Württemberg in etwa bestätigen:

Im folgenden Diagramm ist die Altersverteilung bei Erstdiagnostik der ADHS abgebildet. Alle Versicherten der AOK Baden-Württemberg, die erstmalig die Diagnose ADHS im Betrachtungszeitraum 2011-2015 erhielten.



Im folgenden Diagramm sind demographische Informationen zu ADHS-Patienten der AOK Baden-Württemberg dargestellt. Patienten beim Kinder- und Jugend-Psychiater, die psychiatrisch behandelt wurden aus dem Jahr 2015 mit der gesicherten Diagnose ADHS (ICD F90.-).



Gemäß Analysen der AOK Baden-Württemberg wurde bei 30% der bei der AOK Baden-Württemberg versicherten Kinder, die im Jahr 2017 aufgrund einer psychischen Erkrankung (F-Diagnose) im Krankenhaus behandelt wurden, jahresgleich eine Störung des Sozialverhaltens (F91.- oder F92.-) dokumentiert.

4.1. Einleitung

Die Herausforderungen in der Kindergesundheit haben sich in den letzten hundert Jahren deutlich verändert:

- Während durch die Fortschritte in der Medizin Infektionskrankheiten reduziert werden konnten, gehören psychische Störungen, wie beispielsweise Depressionen oder Angststörungen, heute laut BELLA-Studie zu den häufigen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. (Klasen et al., 2017. BELLA Studie)
- Bei rund 20% der Kinder und Jugendlichen in Deutschland finden sich Anhaltspunkte für psychische Auffälligkeiten.
- Diese Kinder und Jugendlichen werden durch die Einschränkung ihrer psychischen Gesundheit stark in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt, insgesamt sogar in höherem Ausmaß als durch körperliche Erkrankungen. (Baumgarten et al., 2018. KIGGS)
- Leider gilt eine psychische Erkrankung oder als solche eingeordnete Verhaltensauffälligkeit immer noch als Stigma, auch bei den Betroffenen selbst, und beeinträchtigt dadurch zusätzlich die Lebensqualität.
- Deshalb sind Hilfsstrukturen in diesem Kontext besonders wichtig zur Förderung der Teilhabe am Leben als psychosoziale Versorgung.
- **Prävention meint dabei, das Wissen um Schutz- und Risikofaktoren zu nutzen und Risikofaktoren zu mindern, bzw. Schutzfaktoren zu stärken** (Robert Koch Institut (RKI), Gesundheitsbericht 2015). (RKI und Destatis (Hrsg.), 2015)

4.2. Inhalt

4.2.1. Grundlagen und Hintergründe des Facharztvertragsmoduls Kinder- und Jugendpsychiatrie (Anlage 12 und Anlage 17)

Biopsychosoziales Gesundheitsmodell

Das biopsychosoziale Gesundheitsmodell verknüpft die körperliche Befindlichkeit mit der seelischen und der sozialen als dynamisches, multidimensionales Erleben (Gerrig et Zimbardo, 2018):

- Dieses Modell spiegelt sich auch in einer Definition der WHO: Gesundheit hat demnach 3 Dimensionen – eine körperliche, eine psychische und eine soziale Dimension. (KIGGS Homepage).
- Im 20. Jahrhundert wurden zunehmend auch soziale und psychische Aspekte in Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit gebracht und das biopsychosoziale Modell etabliert (Hurrelmann et al., 2015).
- Beispielsweise legt Franz Resch in der letzten Auflage von Uexkülls „Psychosomatische Medizin“ dar, dass die klinische Untersuchung von kindlichen und jugendlichen

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.04.2022

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Patienten nicht bei dieser stehenbleiben darf, sondern sich auch auf das umgebende Umfeld erstrecken muss (Köhle et al., 2016).

- Hinter dem Begriff der „sozialen Gesundheit“ der WHO verbirgt sich die Vorstellung, dass beispielsweise die soziale und finanzielle Lage oder die familiäre Situation einen wichtigen Einfluss auf das Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen ausüben können. (KIGGS Homepage). Eine angemessene soziale Unterstützung kann dazu beitragen, die Länge von Krankenhausaufenthalten zu senken (Gerrig et Zimbardo, 2018).

Das **biopsychosoziale Gesundheitsmodell** dient insgesamt zur Förderung von Prävention. **Prävention ist dabei umfassend zu verstehen als primäre, sekundäre und tertiäre wie auch quartäre Prävention im Sinn des Prinzips „primum non nocere“ als Grundpfeiler der Medizin** (Kuehle T et al., 2018).

Eine wichtige Rolle spielt dabei neben intellektuellen und spirituellen Aspekten auch das Gesundheitsverhalten (Gerrig et Zimbardo, 2018).

Psychosoziale Entwicklungsphasen zitiert nach R. Gerrig

Nach Erikson durchläuft ein Individuum **acht Phasen im Lebenszyklus**, und in jeder rückt eine **bestimmte Krise in den Mittelpunkt**, die zu bewältigen ist für die eigene Weiterentwicklung:

Geburt bis 1 Vertrauen versus Misstrauen	Entwickeln eines grundlegenden Gefühls, dass die Welt sicher und gut ist
--	---

v.a. auch durch körperliche Nähe und Wärme bzw. Fürsorge, ansonsten entstehen Misstrauen, Unsicherheit und Ängste

1-3 Autonomie versus Selbstzweifel	Wahrnehmung des eigenen Selbst als Person, die unabhängig ist und Fähigkeit hat, Entscheidungen treffen
--	--

d.h. auch bei übermäßigen Einschränkungen oder Kritik können Selbstzweifel befördert werden oder auch entmutigen bei übermäßiger Strenge

3-6 Initiative versus Schuldbewusstsein	Entwickeln der Bereitschaft neue Dinge auszuprobieren einen Umgang zu finden
---	---

Selbst initiierte Aktivitäten des Kindes fördern für das Gefühl von Freiheit und Selbstvertrauen, sonst Erleben als unfähiger „Eindringling“

6-Pubertät Kompetenz versus Minderwertigkeit	Kompetenzen in grundlegenden Fertigkeiten aneignen und mit anderen kooperieren
--	---

d.h. erfolgreiche Anstrengungen führen zu Kompetenzgefühlen

Adoleszenz Identität versus Rollendiffusion	Entwickeln eines kohärenten integrierten Selbst
---	--

d.h. funktionierende soziale Beziehungen entwickeln zu Eltern und Gleichaltrigen - ansonsten kann ein Selbstbild ohne stabilen Kern entstehen

frühes Erwachsenenalter **vertrauensvolle Bindungen eingehen**
Intimität versus Isolation

d.h. auch ggf. Verzicht auf eigene persönliche Präferenzen

mittleres Erwachsenenalter **Karriere, Familie, Gemeinschaft**
Generativität versus Stagnation

baut auf den vorangegangenen Stufen auf als Entwicklungsaufgabe

Seniorenalter **eigenes Leben als zufriedenstellend und lebenswert betrachten**
Ich-Integrität versus Verzweiflung

d.h. auch ohne Bedauern zurückzublicken und ein Gefühl der Ganzheit genießen.

- Sozialisation meint dabei einen lebenslangen Prozess, eigene Einstellungen, Motive, Fertigkeiten usw. so formen, dass sie mit den Wünschen der jeweiligen Gesellschaft übereinstimmen.
- Menschen bewerten ihr Leben auch teilweise nach ihrer Fähigkeit, positiv zum Leben anderer beizutragen im Kontext der sozialen Entwicklung.

Soziale Unterstützung

- Diese beinhaltet die Ressource, sich mit anderen Menschen in gegenseitiger **Kommunikation** verbunden zu fühlen und Unterstützung bzw. Hilfen zu erleben, um Alltagsprobleme besser zu bewältigen.
- Den Menschen geht es am besten, wenn das was sie für sich benötigen mit dem übereinstimmt, was sie bekommen, z.B. Frauen mit Brustkrebs hilft weniger „aufgezwungene“ Unterstützung, sondern vor allem die **Hilfe, die sie wirklich benötigen** (Gerrig et Zimbardo, 2018)
- Die Definition des Begriffs soziale Unterstützung bzw. social support entspricht den Erläuterungen gemäß M. Wirtz, 2017 (Wirtz, 2017).

Informationen, Einstellungen und Werte

Um Einstellungen, Werte und Verhaltensweisen zu verändern bedarf es vor allem dreier Komponenten:

1. **Information**, d.h. Wissen ist zur Verfügung zu stellen
 2. **Motivation**, z.B. Prävention zu betreiben
 3. **Verhaltensfertigkeiten** müssen vermittelt werden, um das erworbene Wissen umzusetzen (Gerrig et Zimbardo, 2018, Kapitel 12).
- Zu berücksichtigen ist in dem Kontext auch, dass **Stimmungen einen starken Einfluss haben auf die Verarbeitung von Informationen**:
 - Zum Beispiel neigen **schlecht gelaunte Menschen** dazu, Informationen viel detaillierter und mühsamer zu verarbeiten als gut gelaunte, was sich wiederum auf Beurteilungs- und Entscheidungsprozesse auswirkt.

- Andererseits sind Menschen in eher negativer Stimmung auch weniger leichtgläubig, was zudem die Aufmerksamkeit schärft, während positive Stimmungen den Fokus eher weiten und Kreativität wächst.
- Das heißt bei leicht gedrückter Stimmung lässt sich eher an einem Punkt arbeiten, bei **positiverer wird eher ein breiterer und flexiblerer kreativer Informationsverarbeitungsstil und Problemlösung gefördert.**
- Bei einer höheren emotionalen Erregung sind sowohl **Ablenkung als auch Neubewertung** erfolgreiche Strategien zur Emotionsregulation.

Stress

- Ein Stressor ist ein Ereignis, dass von einem Organismus eine **Anpassungsreaktion** erfordert bzw. die Notwendigkeit einer **Veränderung auf verschiedenen Ebenen physiologisch, emotional, kognitiv und behavioristisch.**
- Oft nehmen sich heutzutage **Menschen zu viel vor** in der ihnen zur Verfügung stehenden Zeit, andererseits bedeutet das auch einen Stimulus, was als Stressor bezeichnet wird.
- Reaktionen auf Stress erfolgen teilweise auch **geschlechterspezifisch** verschieden, indem Frauen z.B. eher zu einer „tend-and-befriend-response“ neigen mit Kümmern um Bedürfnisse, Anfreunden mit Mitgliedern ihrer sozialen Gruppe usw..
- Heutzutage sind jedoch wohl oft weder die „Kampf-oder-Flucht-Reaktion“ auf Stress nützlich noch die „tend-and befriend-response“. Zugleich wirkt sich die psychische Interpretation dessen, was Stress erzeugen kann, auf die physiologischen Reaktionen aus, was wiederum erlernt wurde.
- Daher ist die eigene Bewertung wichtig, wie auch das Erleben von positiven Situationen im Alltag, d.h. **Neubewertung und Restrukturierung** helfen bei der Bewältigung von Stressreaktionen, z.B. lustigen Kontext vorstellen oder ein Tagebuch führen und sich nicht innerlich „nieder machen“, sondern positiv bewerten: statt „ich hatte Glück... bei der Prüfung“ eher „ich bin froh, mich gut vorbereitet zu haben“ usw. (Gerrig et Zimbardo, 2018, Kap. 12).
- Leider leben zu viele Kinder und Jugendliche in einer stressreichen Umgebung, so dass Bewältigungstechniken und -fertigkeiten hierzu beforscht wurden, z.B. das sog. Stressimpfungstraining:
 - Das Erlernen von Konfliktbewältigung, Stressminderung ist fast ein lebenslanger Prozess, weil oben genannte Krisenphasen auch der Persönlichkeitsreife dienen. Allerdings können Risiko- und Schutzfaktoren sich hierzu sehr ungleich in der Umwelt gestalten, so dass Kinder und Jugendliche auch Schaden nehmen können.
 - Während früher akute Infektionskrankheiten im Vordergrund standen, treten heutzutage zunehmend auch **psychosoziale Risikofaktoren stärker in den Vordergrund.**
- Carl Rogers hat daher im Rahmen einer humanistischen Theorie die unbedingt positiv **wertschätzende Grundhaltung** von Eltern gegenüber ihren Kindern betont auch bei Fehlverhalten und Fehlern, und dass sie sich die Liebe ihrer Eltern nicht „verdienen“ müssen.

Diese Wertschätzung als „**besondere Person**“ sollte auch in schwierigen Situationen erhalten bleiben, um auch **Freude an Selbstverwirklichung und konstruktiven eigenen Kräften zu spüren und zu entfalten statt einer sog. „Tyrannei des Solens“** (zitiert nach Gerrig et Zimbardo, 2018, Kap. 13).

Gesellschaftliche Wahrnehmung von psychisch Kranken und Umgang mit psychisch Kranken in Deutschland

- Nach Aussage der WHO stellte noch Anfang des 21. Jahrhunderts die Diskriminierung das größte Hindernis für die angemessene Versorgung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen dar (Sachverständigenrat, 2000/2001).
- Eine psychische Erkrankung oder eine als solche eingeordnete Verhaltensauffälligkeit wird auch heute noch immer als Stigma erlebt (Gerrig et Zimbardo, 2018).
- Stigma kann einen Teufelskreis von Ablehnung und Diskriminierung schaffen, der über soziale Isolation, Arbeitsunfähigkeit, Substanzabhängigkeit, Obdachlosigkeit oder Inhaftierung zu einer immer geringer werdenden Wahrscheinlichkeit einer Regeneration und Reintegration führt.
- Die WHO macht auch auf die hohe gesundheitspolitische und volkswirtschaftliche Bedeutung von psychischen Erkrankungen aufmerksam (Tiemann, 2013).
- Vier von den zehn häufigsten Ursachen für durch Behinderung beeinträchtigte Lebensjahre sind psychische Erkrankungen: Depression, Alkoholismus, Schizophrenie und bipolare affektive Störung (Tiemann, 2013).
- Die steigenden Leistungsanforderungen auf dem Arbeitsmarkt und die Vorstellung, dass Menschen – welche einmal an einer psychischen Erkrankung gelitten haben – nicht mehr in der Lage wären diese zu erfüllen, wirken sich besonders negativ auf die Betroffenen aus (Tiemann, 2013).
- Dieser Umstand kommt durch Vorurteile und Stereotype – beispielsweise, dass psychisch Kranke weniger intelligent, faul, arbeitsscheu oder selbst schuld an ihrer Erkrankung seien – und weiter durch die Angst und Unsicherheit der Bevölkerung gegenüber psychisch erkrankten Menschen zum Ausdruck (Tiemann, 2013).
Die Verbesserung der gesellschaftlichen Integration psychisch erkrankter Menschen war bereits eines der Hauptziele der Psychiatriereform und konnte – trotz der langfristig angelegten Strategie der Integration durch sozialen Kontaktförderung nicht optimal erreicht werden.
- Psychisch erkrankte Menschen werden in Deutschland nach wie vor teilweise stigmatisiert und diskriminiert, sei dies nun im direkten Kontakt mit ihren Mitmenschen und dem Hilfesystem oder durch die Medien.
- Psychische Krankheit wird von der Bevölkerung noch immer mit einer Vielzahl negativer Vorurteile in Verbindung gebracht. Die Folgen für die Betroffenen sind zahlreich (Tiemann, 2013)
- Vor allem das geminderte Selbstwertgefühl der Betroffenen sorgt für die Verheimlichung von Erkrankungen und zum Rückzug der Erkrankten aus sozialen Beziehungen (Tiemann, 2013)
- So können sie in Isolation geraten und vereinsamen. Um die Stigmatisierung und Diskriminierung abzubauen zu können, ist jedoch gerade eine Bewusstmachung und ein offenes und ehrliches Ansprechen von Ungerechtigkeiten von grundlegender Bedeutung (Tiemann, 2013).

4.2.2. Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter

1. Relevanz psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter

- Die psychische Gesundheit stellt ein wichtiges Fundament für gesundes Aufwachsen und soziale Teilhabe dar (Klasen et al., 2017. BELLA Studie).
- Die Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland wird seit 2003 in der bundesweiten „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS) des Robert Koch-Instituts untersucht.
- Die BELLA-Studie ist das entsprechende Modul zur psychischen Gesundheit und Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen und umfasst eine repräsentative Unterstichprobe des KiGGS mit ca. 3.000 Kindern und Jugendlichen (7-17 Jahre) und deren Eltern, sowie jungen Erwachsenen. Nach der Erhebung der Basisdaten zwischen 2003 und 2006 wurden die TeilnehmerInnen der BELLA-Studie in weiteren Erhebungswellen (zuletzt 2014-2016) wiederholt befragt (BELLA Homepage).
- Psychische Störungen, wie beispielsweise Depressionen oder Angststörungen, gehören heute zu den häufigen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter (Klasen et al., 2017. BELLA Studie). So finden sich bei bis zu 20% der Kinder und Jugendlichen in Deutschland Anhaltspunkte für psychische Auffälligkeiten (Klasen et al., 2017. BELLA Studie).
- Diese psychischen Auffälligkeiten können mit erheblichen Beeinträchtigungen im familiären, schulischen oder erweiterten sozialen Umfeld einhergehen.
- Zudem besteht ein hohes Risiko der Chronifizierung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter sowie der Entwicklung von Komorbiditäten (Begleiterkrankungen), das heißt dem zusätzlichen Auftreten weiterer psychischer Störungen (Klasen et al., 2017. BELLA Studie).
- Etwa ein Drittel der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Störungen bleiben auch im Erwachsenenalter auffällig (Klosterkötter et Maier, 2017).
- Fast die Hälfte aller psychischen Störungen beginnt bereits in der Pubertät, $\frac{3}{4}$ in den Mittzwanzigern (Fegert et al., 2018).

2. Risikofaktoren und (mögliche) Auswirkungen einer psychischen Erkrankung

- Das Risiko für Kinder oder Jugendliche eine psychische Störung zu entwickeln wird neben genetischen Faktoren vor allem durch verschiedene Faktoren, z.B. soziale beeinflusst (Fegert et al., 2018):
 - Niedriger sozioökonomischer Status der Familie
 - Alleinerziehender Elternteil
 - Psychische Erkrankung eines Elternteils
 - Niedriger Bildungsabschluss der Eltern
 - Fremduntergebrachte Kinder
 - Kinder in Schulen für Erziehungshilfe

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.04.2022

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

- Je höher der sog. soziale Status der Herkunftsfamilie, desto geringer ist der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten. Dies gilt sowohl für Mädchen als auch für Jungen. So unterlagen Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus einem 3- bis 4-fach erhöhtem Risiko für psychische Auffälligkeiten gegenüber Gleichaltrigen mit hohem Sozialstatus (Robert Koch Institut, 2014. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1).
- Auch Risiken in der Familie, wie zum Beispiel Familienkonflikte oder eine hohe elterliche Belastung, zeigten sich als Risikofaktoren für psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen.
- Beispielsweise steht elterliche Psychopathologie im Zusammenhang mit dem Vorliegen und der Entwicklung von depressiven Symptomen bei den Kindern. (BELLA Homepage)
- Die beschriebenen Risikofaktoren stehen zudem in engem Zusammenhang untereinander. Beispielsweise haben psychisch kranke Eltern ein höheres Risiko für Armut und auch für Trennung (Fegert et al., 2018).

Mit einer größeren Anzahl an Risiken gehen auch erhöhte Raten von psychischen Auffälligkeiten einher (BELLA Homepage):

- Eine typische Risikopopulation für psychische Störungen sind Kinder in der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII), insbesondere in stationären Jugendhilfemaßnahmen. Auch Kinder in Schulen für Erziehungshilfen zeigen im Vergleich zu Kindern in Regelschulen höhere Raten für psychische Auffälligkeiten (Fegert et al., 2018).
- Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter manifestieren sich insbesondere an sogenannten Entwicklungsschwellen, z.B. Einschulung, Wechsel auf eine weiterführende Schule, Beginn der Pubertät etc. (Fegert et al., 2018).
- Besonders das frühe Erleben von Misshandlung und Vernachlässigung führen dazu, dass psychische Störungen früher auftreten, einen stärkeren Schweregrad sowie eine höhere Komorbidität aufweisen und schlechter auf Therapie ansprechen (Fegert et al., 2018).
- Die Umfeldfaktoren, wie familiäre Situation oder Kommunikation etc. können die Schwere und Chronizität von Störungen beeinflussen. Insofern ist die durch die Erkrankung bedingte Teilhabebeeinträchtigung individuell unterschiedlich und meist von Umfeldfaktoren beeinflusst (Fegert et al., 2018).

So können psychische Auffälligkeiten langfristig mit negativen Auswirkungen einhergehen:

- Bei Kindern und Jugendlichen führen psychische Probleme häufig zu weitreichenden Beeinträchtigungen im familiären, schulischen und erweiterten sozialen Umfeld
- Beispielsweise hatten über mehrere Jahre bestehende psychische Auffälligkeiten bei beiden Geschlechtern eine Verminderung der Lebensqualität und der schulischen Leistungen zu Folge (BELLA Homepage).
- Negative Auswirkungen können sich auch für die körperliche Gesundheit, die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die soziale Funktionsfähigkeit ergeben (z. B. im Bereich der Alltagsgestaltung oder im Umgang mit Gleichaltrigen) sowie für die schulische und berufliche Entwicklung (Robert Koch Institut, 2014. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1).

- Hinzu kommt, dass psychische Auffälligkeiten und Störungen, die in jungen Jahren auftreten, häufig bis ins Erwachsenenalter fortbestehen (Robert Koch Institut, 2014. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1).
- Der individuelle Leidensdruck und die sozialen Kosten verweisen auf die hohe Public-Health-Relevanz (Robert Koch Institut, 2014. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1).
- Da Risikofaktoren in den Familien oft eher langfristig bestehen, sind Behandlungsansätze bei psychisch kranken Kindern auch eher langfristig angelegt (Fegert et al., 2018).
- Jungen weisen insgesamt wohl häufiger sowohl emotionale als auch verhaltensbezogene Probleme auf als Mädchen (Baumgarten et al., 2018. KIGGS)
- Eine sensible Phase für das Entstehen von psychischen Auffälligkeiten bei Jungen reicht vom Vorschulalter (3 bis 5 Jahre) bis zum Ende der Grundschulzeit (9 bis 11 Jahre). Im Vergleich zu Mädchen entwickeln Jungen in dieser Phase nicht nur vermehrt psychische Auffälligkeiten, sondern weisen darüber hinaus auch eher eine Persistenz in der Symptomatik auf. Mit zunehmendem Alter reduziert sich der Anteil der Jungen, die psychisch auffällig werden und bleiben. (Baumgarten et al., 2018. KIGGS)

3. Schutzfaktoren

- Kinder mit individuellen, familiären und sozialen Schutzfaktoren zeigen weniger psychische Auffälligkeiten. Das Vorhandensein und die Zunahme von den drei folgenden Schutzfaktoren wirken sich abmildernd auf die Entstehung einer depressiven Symptomatik der Kinder und Jugendlichen aus und verringern den negativen Einfluss einer psychischen Erkrankung der Eltern auf die Kinder: Selbstwirksamkeitsüberzeugungen beim Kind, positives Familienklima und soziale Unterstützung (BELLA Homepage).
- So ist es möglich, dass sich bei einem Kind mit erhöhter Anfälligkeit für psychische Probleme im Jugendalter eine psychische Auffälligkeit entwickelt, die in einer früheren, psychosozial stabileren Entwicklungsphase noch kompensiert werden konnte. Zudem können psychosoziale Schutzfaktoren dazu beitragen, dass sich Kinder trotz psychischen Auffälligkeiten zu gesunden Erwachsenen entwickeln. (Robert Koch Institut, 2014. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1).
- Es können personale, soziale und gesellschaftliche Schutzfaktoren unterschieden werden. (Klosterkötter et Maier, 2017, Kap. 5)
 - Personale Risikofaktoren umfassen beispielsweise Persönlichkeitsmerkmale oder Bewältigungsfertigkeiten.
 - So sind eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung, ein angemessenes Selbstwertgefühl, stabile Kontrollüberzeugungen und ein Kohärenzgefühl gesundheitsförderliche Eigenschaften.
 - Soziale Schutzfaktoren liegen im inner- und außerfamiliären Umfeld der Kinder und Jugendlichen z.B.: eine angemessene Eltern-Kind-Beziehung, Interesse und Anteilnahme der Eltern, elterliche Wärme, konsistentes Erziehungsverhalten oder soziale Unterstützung von Gleichaltrigen. Entscheidend hierfür ist die aktive Nutzung bzw. Mobilisierung durch das Kind/den Jugendlichen. Gesellschaftliche

Schutzfaktoren sind u.a. Bildungsqualität oder ein unterstützendes und anregendes soziales Netzwerk.

4. Hilfestrukturen

- Hilfestrukturen sind für psychisch kranke Kinder und Jugendliche – und auch für Kinder und Jugendliche mit Risikofaktoren - besonders wichtig zur Förderung der Teilhabe am Leben als psychosoziale Versorgung (Gerrig et Zimbardo, 2018).
- Ein Aspekt wäre beispielsweise, die pädagogischen Kompetenzen von Eltern zu fördern, ohne dass es als „Schwäche“ oder als „Kritisieren“ erlebt wird.
- Das Wissen um die Beeinflussung der kindlichen Entwicklung ist enorm gewachsen und sollte Eltern zur Verfügung gestellt werden – nicht nur Eltern von erkrankten Kindern, sondern auch präventiv.
- Besonders bei Risikofaktoren wie erkrankten Eltern und sonstigen belastenden Lebensumständen ist es wichtig, den Eltern pädagogische Unterstützung anzubieten. (Gerrig et Zimbardo, 2018):
 - Häufig ist auch eine Rehabilitation notwendig (Rabady et al., 2018).
 - Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen hat immer auch eine sozialpsychiatrische Komponente, da präventive und therapeutische Interventionen sowohl beim Kind als auch beim System ansetzen müssen (Fegert et al., 2018).

4.2.3. Versorgungssituation in Baden-Württemberg und Deutschland

1. Versorgungssituation in Deutschland gemäß Fachliteratur

In Deutschland besteht ein umfassendes und differenziertes Versorgungsangebot für psychisch kranke Kinder und Jugendliche, in das zum Teil unterschiedliche Sozialsysteme, verschiedene fachärztliche Gruppen und der ambulante wie stationäre Sektor im Bereich des SBG V involviert sind:

- hohes Maß an Interdisziplinarität: Kinder- und Jugendpsychiatrische Behandlung ist eine explizit multimodale und multiprofessionelle Behandlung. (Fegert et al., 2018).
- Neben Methoden der Psychoedukation, Psychotherapie, Pharmakotherapie sind auch Pädagogik und Maßnahmen der Koordinierung und Begleitung von Maßnahmen im Bereich anderer Rechtskreise (z.B. SBG VIII) eingeschlossen wie auch Heil- und Hilfsmittelverordnungen (Fegert et al., 2018).
- Durch die große Bandbreite der Versorgungsmöglichkeiten besteht eine Schnittstellenproblematik zwischen den beteiligten Leistungserbringern, wodurch Zugangswege erschwert werden können (Fegert et al., 2018).
- Bei rund 20 % der Kinder und Jugendlichen in Deutschland finden sich Anhaltspunkte für psychische Auffälligkeiten aufgrund Eltern-berichteter Symptome (Baumgarten et al., 2018. KIGGS).
- Die Häufigkeit psychischer Symptome ist über den Zeitraum der bisherigen KiGGS-Studien (von 2003 – 2006 bis 2009 – 2012) in Deutschland stabil geblieben (Baumgarten et al., 2018. KIGGS).
- Nicht alle Kinder mit einer psychischen Auffälligkeit bedürfen einer ambulanten oder stationären Behandlung. Ungefähr 6% aller Kinder unter 18 Jahren sind behandlungsbedürftig psychisch krank und erfüllen die Diagnosekriterien (Fegert et al., 2018).
- Jedes dritte Kind (33 %) mit einer akuten/wiederkehrenden psychischen Erkrankung und 64 % mit einer anhaltenden psychischen Erkrankung sind in Behandlung (BELLA Homepage).
- Die Inanspruchnahme ist signifikant höher bei starker psychischer Belastung, in größeren Städten und Gemeinden, im Osten Deutschlands sowie bei externalisierenden Störungen (BELLA Homepage.)
- Je höher der Sozialstatus ist, desto höher ist die Behandlungsquote der Betroffenen (BELLA Homepage).
- Als Ansprechpartner für psychisch auffällige Kinder und Jugendlichen, bzw. deren Familien fungieren (BELLA Homepage):
 - überwiegend Personen aus dem näheren Umfeld (Freunde, Familienangehörige), Kinder- und Jugendärzte (72,7 %), Lehrkräfte (69,3 %), Psychologen (59,7 %) und Psychiater (22,3 %)
- Von der Gruppe der im Jahr 2012 erstmalig mit einer F-Diagnose diagnostizierten Kindern und Jugendlichen suchten im selben Jahr auf (Erstfeststellung im niedergelassenen Bereich) (Fegert et al., 2018):

- 63,1% Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte
 - 59,1% Hausärztinnen und -ärzte
 - 21% Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiatern
 - 11,3% Kinder- und Jugendpsychotherapeuten
 - 2,3% psychologischen Psychotherapeuten auf.
- Im Jahr 2014 waren gemäß der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) Daten 1018 Kinder- und Jugendpsychiater in Deutschland tätig. Seit 2009 war ein Zuwachs um 31% feststellbar. Davon nehmen etwa Zweidrittel an der Sozialpsychiatrievereinbarung (SPV) teil, in Baden-Württemberg ca. 50%. Die durchschnittliche Zahl der Behandlungsfälle pro Ärztin oder Arzt betrug mit SPV durchschnittlich 1.500, ohne SPV knapp 400 Fälle (Fegert et al., 2018).
 - Im Jahr 2014 erhielten in SPV-Praxen (Hagen, 2015):
 - knapp 96% der Patienten und Patientinnen eine „klassische“ psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (Ärztliche Gesprächs- und Betreuungsleistung sowie Grundpauschalen).
 - 5,3%, Richtlinienpsychotherapie
 - knapp 61% eine komplexe Verordnung (Koordinationsleistungen und die Betreuung chronisch Kranker)
 - bei 67,5% wurden die Bezugspersonen einbezogen.
 - Die sozialpsychiatrischen Mitarbeiter führten in 30% ihrer Behandlungen Kriseninterventionen durch
 - Hinsichtlich der Diagnosen spielen insbesondere das hyperkinetische Syndrom (F90) und Entwicklungsstörungen (F81) eine große Rolle, hier zeigte sich ein starker Überhang bei Jungen. Hingegen bei den Diagnosegruppen der Angststörungen (F40-41), der unipolaren Depressionen (F32, F33, F34.1) und der somatoformen Störungen (F45) vorwiegend bei Mädchen.
 - Am häufigsten wurde die Altersgruppe zwischen 10 und 15 Jahren behandelt.
 - Die häufigsten F-Diagnosen waren mit 43,0% die hyperkinetische Störung (F90), Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) sowie emotionale Störungen des Kindesalters (22,5%). Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (F81) folgten an 5. Stelle mit 18,3%, bzw. umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache an 6. Stelle mit 16,0% (Fegert et al., 2018).
 - Die Frage, ob psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter zunehmen, wurde zuletzt zunehmend diskutiert und lässt sich aufgrund unterschiedlicher Faktoren schwer beantworten (Fegert et al., 2018).
 - **Nach Einschätzung vieler Experten und auch der Gesundheitsberichterstattung des Bundes gibt es keine Belege für eine Zunahme der wahren Prävalenz psychischer Erkrankungen im Erwachsenenalter in Deutschland (RKI Gesundheitsbericht 2015). Stattdessen wird von einem Effekt durch eine andere Wahrnehmung psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung, eine teilweise Entstigmatisierung, eine korrektere - oder jedenfalls häufigere - Diagnosestellung und ein verändertes Hilfesuchverhalten seitens der Patienten ausgegangen (Sachverständigenrat, 2018).**

2. Versorgungssituation in Baden-Württemberg gemäß Versorgungsanalysen der AOK Baden-Württemberg

- In Baden-Württemberg haben im Jahr 2017 133 Kinder- und Jugendpsychiater Kinder und Jugendliche, die bei der AOK Baden-Württemberg versichert sind, ambulant behandelt (Stand November 2018).
- Die Prävalenz ärztlich diagnostizierter F-Diagnosen von diesen Kindern und Jugendlichen (Alter < 18) liegt altersabhängig zwischen 23% und 31%. Ein Großteil der kodierten F-Diagnosen entfällt dabei auf Entwicklungsstörungen der Sprache, Motorik u.ä..

1-6 Jahre	31%
7-13 Jahre	28%
14-17 Jahre	23%

- Bei den Kindern und Jugendlichen, die im Jahr 2017 stationär behandelt worden sind, wurden folgende F-Diagnosen häufig verschlüsselt:
 - F61 Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen
 - F32.1 Mittelgradige depressive Episode
 - F90.1 Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens
 - F83 Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen

4.2.4. Besonderheiten und Möglichkeiten für eine Verbesserung der Versorgung gemäß Fachliteratur

Psychosoziales Umfeld

- Psychisch kranke Kinder und Jugendliche sind nicht ohne ihr Familiensystem oder das betreuende Umfeld behandelbar, so dass der Einbezug dieses Umfelds (auch z.B. Schule oder Ausbildung) eine dringende Notwendigkeit in der Behandlung darstellt (Fegert et al., 2018).
- Viele Symptome treten im Alltag der Patienten und Patientinnen auf, daher bedarf es einer Behandlung nah der Lebenswirklichkeit (Fegert et al., 2018).
- **Entscheidende Verbesserung wären aufsuchende Angebote im alltäglichen Umfeld der Kinder und Jugendlichen, die es bisher kaum gibt, z.B. in Form von Behandlungen im häuslichen und schulischen Rahmen durch Home-Treatment oder kinder- und jugendpsychiatrische Schulsprechstunden (Lehmkuhl et al., 2013).**
- **Ziel sollte sein, Kinder und Familien in ihrem natürlichen Lebensfeld zu erreichen und Hürden für Inanspruchnahme zu verringern (Lehmkuhl et al., 2013).**
- Begrenzte Ressourcen von Familien, die oftmals eine hohe Belastung mit verschiedenen Problemen aufweisen, müssen berücksichtigt werden (Fegert et al., 2018).
- Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter weisen oft lange Verläufe auf

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.04.2022

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

und viele der Kinder und Jugendlichen brauchen langfristige und/oder wiederholte Behandlungen über den Verlauf des Aufwachsens hinweg (Fegert et al., 2018).

- Die Unterstützung von Familien durch Stärkung von Elternkompetenz sollte ausgebaut werden (Fegert, 2018).

Prävention

- Ausbau der Prävention und Früherkennung psychischer Störungen notwendig (Fegert, 2018)
- Es bedarf einer Anpassung der Leistungserbringung an die Bedürfnisse der Patienten und ihrer Familien mit ausreichender Finanzierung von Schnittstellenarbeit und Prävention (Lehmkuhl et al., 2013).
- Maßnahmen zur Förderung des Bewusstseins für Faktoren, die psychische Gesundheit fördern sollten verstärkt werden (Fegert, 2018).
- Angesichts der anhaltend hohen Prävalenz und des sozialen Gefälles in der Verbreitung psychischer Auffälligkeiten kommt zielgruppenspezifischen Präventionsmaßnahmen große Bedeutung zu (Faktenblatt KIGGS Welle 1 psychische Auffälligkeiten).

Risikofaktoren

- Kritisch ist anzumerken, dass die am stärksten betroffenen Kinder, Jugendliche und ihre Familien nur zum Teil vom vorhandenen Versorgungsnetz erreicht werden (Lehmkuhl et al., 2013).
- Auch betroffen von Schnittstellenproblemen und dem Mangel an Verfügbarkeit evidenzbasierter Behandlungsangebote sind besonders vulnerable Gruppen, wie beispielsweise traumatisierte Kinder und Jugendliche (Fegert et al., 2018)
 - Als vernachlässigte Patientengruppen beschreibt Herr Warnke folgende Gruppen: (Warnke et Lehmkuhl, 2011) u.a.
 - Dissoziale und delinquente Jugendliche
 - Psychische kranke jugendliche Rechtsbrecher
 - Kinder ausländischer Arbeitnehmer
 - Suizidale Kinder
 - Drogenabhängige Kinder
 - Kinder in Lebensgemeinschaften mit schwer chron. kranken Eltern
 - Kinder mit Teilleistungsschwächen, z.B. Legasthenie und Dyskalkulie
 - Autistische Kinder
 - Jugendliche mit Schizophrenie
 - Kinder mit Schwer- und Mehrfachbehinderung
 - Besondere Risikogruppen haben besondere Bedarfe an Behandlung und Diagnostik. Kinder und Jugendliche, die mit dem System der Kinder- und Jugendhilfe in Kontakt stehen, sind eine dieser high-risk Gruppen (Fegert et al., 2018.).
 - Kinder psychisch kranker Eltern haben sehr entwicklungspezifische Bedarfe für die eigene Behandlung aufgrund psychischer Störungen und Probleme (Fegert et al., 2018).

- Im Bereich der Hochrisikogruppen sind auch Präventionsmaßnahmen notwendig und sinnvoll (Fegert et al., 2018).
- Begrenzte Ressourcen von Familien, die oftmals eine hohe Belastung mit verschiedenen Problemen aufweisen, müssen berücksichtigt werden (Fegert et al., 2018).

Förderung der ambulanten Versorgung

- Viele Symptome treten im Alltag der Patienten und Patientinnen auf, daher bedarf es einer Behandlung nah der Lebenswirklichkeit (Fegert et al., 2018).
- Ziel sollte sein, Kinder und Familien in ihrem natürlichen Lebensfeld zu erreichen (Lehmkuhl et al., 2013).
- Versorgungsstrukturen, die eine effektive und zeitnahe Behandlung betroffener Mädchen und Jungen ermöglichen, kommt eine große Bedeutung zu. (Faktenblatt KIGGS Welle 1 psychische Auffälligkeiten)
- Bisherige Fixierung auf das Krankenhausbett als Leistungserbringungsgrundlage erscheint angesichts der praktischen Herausforderungen nicht mehr zeitgemäß (Lehmkuhl et al., 2013).
 - In letzten Jahrzehnten erhöhte Nachfrage, insbesondere teilstationärer und stationärer Betreuung durch die zunehmende Veränderung familiärer Strukturen (als Hinweis unzureichender familiärer Ressourcen zu verstehen) (Lehmkuhl et al., 2013).
 - So erscheint die Ambulantisierung der Psychiatrie im Sinne eines wirklich umfassenden ambulanten Versorgungsangebots verschiedener Intensitätsstufen noch nicht abgeschlossen (Sachverständigenrat, 2018)
 - Im Gegenteil zeigt sich ein signifikanter Anstieg der Krankenhausbehandlung psychischer Erkrankungen von Kindern in allen Bundesländern außer in Bremen, Saarland, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein (Fegert, 2018)
 - Daher erscheint es sinnvoll, neue intensivere ambulante Behandlungsformate zu erproben und möglicherweise dauerhaft zu etablieren. Dies könnte etwa eine mehrmals pro Woche stattfindende Behandlung sein (Sachverständigenrat, 2018).
 - Aufsuchende, multiprofessionelle Kriseninterventionsteams auch unterhalb der Schwelle einer Krankenhausbedürftigkeit □ also unterhalb des neuen Home-Treatments könnten eine sinnvolle Ergänzung des Versorgungsspektrums sein (Sachverständigenrat, 2018).

Zugang zu Versorgungsangeboten

- relativ gesehen geringe Inanspruchnahme professioneller Hilfe (Hagen, 2014).
- 50 % der behandlungsbedürftigen Kinder bekommen laut Prof. Fegert keine Behandlung (Fegert, 2018)
- Ziel sollte sein, Hürden für Inanspruchnahme zu verringern (Lehmkuhl et al., 2013)
- Regionale Unterschiede
 - Auch gibt es im ambulanten und stationären Bereich deutliche regionale Unterschiede bezüglich der Verfügbarkeit von Versorgungsangeboten (Fegert et al., 2018).

- Ausbau ambulanter Versorgungseinrichtungen sowie mobiler kinder- und jugendpsychiatrischer Dienste, um auch ländliche Regionen mit Versorgungsdefiziten zu erreichen (Lehmkuhl et al., 2013).
- Grundproblem in der Versorgung, in der Fläche alle Angebote für alle Bedarfe sicherzustellen (Fegert et al., 2018) Weg zur Versorgung, ambulant wie stationär in der Fläche für Familien oft weit (Fegert et al., 2018).
- Gemäß KBV Daten zeigte sich mit Blick auf die Verteilung der F-Diagnosen bei Jugendlichen unter 21 Jahren und dem Anteil der Betreuung beim Kinder- und Jugendpsychiater große regionale Unterschiede (Fegert et al., 2018).
- Spezielle Störungsbilder benötigen spezifische Settings der Behandlung und besondere Versorgungsketten, exemplarisch Substanzabusus (Fegert et al., 2018)

Fragmentarisierung

- Die Fragmentarisierung des deutschen Gesundheitssystems wurde im Gutachten des Sachverständigenrats 2018 prägnant dargestellt.
- So ist beispielsweise die Koordination von Patientenwegen in der psychiatrisch-psychosomatisch/psychotherapeutischen in der Versorgung ein wichtiges Thema, zumal das Versorgungssystem selbst für Fachleute nicht in allen Aspekten übersichtlich ist (Sachverständigenrat, 2018)
- Für dieselbe Indikation können mitunter unterschiedliche Angebote infrage kommen, teilweise ist eine Kombination von Leistungen erforderlich (z.B. ambulante psychiatrische Behandlung plus Psychotherapie, Sachverständigenrat, 2018)
- Die Tatsache, dass viele Menschen mit psychischen Erkrankungen neben medizinischen und pflegerischen Leistungen, die im SGB V geregelt sind, auch Leistungen anderer Sozialrechtsgebiete z. B. Eingliederungshilfe nach SGB XII, berufliche Rehabilitation nach SGB IX etc. benötigen, verstärkt die erhebliche Fragmentierung des Versorgungssystems (Sachverständigenrat, 2018)
- **Die Langfristigkeit der meisten psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen bedingt einen hohen Grad der Notwendigkeit einer kooperativen Behandlung sowohl innerhalb des SGB V (z.B. zwischen ambulant und stationär, zwischen den verschiedenen Facharzt Disziplinen, zwischen KJPY und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie) als auch zwischen den Sozialsystemen (besonders SGB VIII und SGB IX/XII) und zwischen Bereichen wie Schule, Ausbildung etc.** (Fegert et al., 2018).
- Der Zugangsweg zu den einzelnen Systemen scheint eher zufällig sein (d. h. bei wem wird ein Kind oder eine Familie als erstes vorgestellt und welchen Versorgungsweg geht es) (Fegert et al., 2018)
- Es bedarf einer Anpassung der Leistungserbringung an die Bedürfnisse der Patienten und ihrer Familien mit ausreichender Finanzierung von Schnittstellenarbeit und Prävention (Lehmkuhl et al., 2013)
- Die Kooperation mit Nachbardisziplinen sollte ausgebaut werden, mit Ausrichtung auf z.B. gemeinsame Versorgungsangebote von Kinderpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie für Familien mit Betroffenen in mehreren Generationen (Lehmkuhl et al., 2013)

Transition

- Entwicklungspsychologisch zeigen internationale Datenerhebungen eine zunehmende Verlängerung der Übergangsphase zwischen Jugendlichen- und Erwachsenenalter. Diesbezüglich ist die Transitionszeit auch für die Versorgung von psychisch Erkrankten eine Herausforderung, für die noch keine ausreichenden Strukturen und Konzepte bestehen (Fegert et al., 2018)
- Eine besondere Schwachstelle stellt beispielsweise auch bei ADHS die Versorgung im Übergang vom Jugend- in das Erwachsenenalter dar. Das psychiatrische Hilfesystem sollte zukünftig besser auf die Besonderheiten der Transition und auf Probleme im Zusammenhang mit der Verlängerung der Adoleszenz bis in das 3. Lebensjahrzehnt hinein einstellen (Schubert et Lehmkuhl, 2017).
- Im Bereich der Behandlung im Übergang bedarf es auch z.B. bei schizophrenen Erkrankungen, die oft mit einer starken Teilhabebeeinträchtigung einhergehen, Settings, die medizinische als auch rehabilitative Maßnahmen und Maßnahmen zur Ausbildung abdecken (Fegert et al., 2018).

Umfassende Unterstützung und Hilfe beim Umgang mit der Erkrankung gemäß Literatur

- Eine psychische Störung wie z.B. die Schizophrenie wirkt sich tiefgreifend besonders auf viele Lebensbereiche aus, deshalb benötigen Betroffene und ihre Angehörigen eine umfassende Unterstützung. Medikamente können zwar wichtig sein, reichen aber in der Regel nicht aus gemäß aktueller indikationsbezogener Evidenz.
- Neben psychosozialen Unterstützungsangeboten kann auch eine [Psychotherapie](#) helfen, besser mit den Folgen der Erkrankung zurechtzukommen. Oft sind Betroffenen und Angehörigen die verschiedenen Angebote gar nicht bekannt. (IQWiG, Gesundheitsinformation).
- Selbsthilfe beispielsweise bei Schizophrenie gemäß Gesundheitsinformation, evtl. auch Selbsthilfegruppen, Behandlungsvereinbarung, Telefonseelsorge etc. (IQWiG, Gesundheitsinformation).
- Hilfen im Alltag, z.B. Umgang mit der Erkrankung im beruflichen und privaten Umfeld (IQWiG, Gesundheitsinformation):
 - Ein offener Umgang mit der Erkrankung kann den Vorteil haben, dass andere Menschen dann mehr Verständnis für die eigene Situation entwickeln und sich darauf einstellen können. Auf der anderen Seite kann man auf Vorurteile stoßen und riskiert, in eine bestimmte Schublade gesteckt zu werden. (IQWiG, Gesundheitsinformation).
 - Vor einer solchen Entscheidung kann es hilfreich sein, sich zum Beispiel mit anderen Betroffenen oder psychotherapeutischen Fachleuten auszutauschen (IQWiG, Gesundheitsinformation).

Prinzipien einer rationalen Pharmakotherapie gemäß aktueller (inter-)nationaler Leitlinien und Fachliteratur

- Im Bereich der Pharmakotherapie besteht aufgrund des sich entwickelnden Organismus, insbesondere des sich entwickelnden Gehirns, eine besondere Notwendigkeit für sichere Pharmakotherapie und eine gute – und damit sehr aufwendige – Therapieüberwachung (Fegert et al., 2018).
- Bei chronischen Störungsbildern wie u.a. ADHS kann eine regelmäßige Einnahme der Medikation notwendig sein, weshalb die Medikamentenadhärenz hier in besonderem Maße bedeutsam ist (ADHS S3-Leitlinie).
- Resorption und Verstoffwechslung der Medikamente unterscheiden sich bei Kindern und Jugendlichen teilweise erheblich von denen bei Erwachsenen. Manche Medikamente können auch spezifische altersabhängige Nebenwirkungen verursachen. (Vorderholzer et Hohagen, 2015)
- Die Zulassungslage für das Kindes- und Jugendalter ist für einige wichtige Substanzgruppen nur beschränkt oder es liegt keine Zulassung vor (Fegert et al., 2018).
- Vor allem setzt eine psychiatrische Medikation eine klare psychiatrische Indikation voraus (awmf.org z.B. ADHS S3-Leitlinie, EbM-Guidelines, Sönnichsen 2018).
- Wenn eine Polypharmazie gerechtfertigt erscheint wird möglichst immer nur eine Substanz verändert, damit die Wirkung zuzuordnen ist (Sönnichsen 2018).
- Die Pharmakotherapie muss sorgfältig überwacht werden: regelmäßige Überprüfung des Therapieerfolgs, Dosisanpassung, Absetzen unwirksamer Therapien (Sönnichsen 2018).
- Sie erfolgt zudem neben weiteren Behandlungsmethoden und Unterstützungsmaßnahmen multimodal und multiprofessionell

Forschungsstand

- Eine Besonderheit in der Versorgung von psychisch kranken Minderjährigen ist, dass viele Therapieformen bisher nicht ausreichend beforscht sind und deshalb nach klassischen Evidenzkriterien die Evidenz nicht ausreichend belegt ist. (Fegert et al., 2018).

4.3. Quellen Modul D. Kinder- und Jugendpsychiatrie

- Banaschewski T, Becker K, Döpfner M, Holtmann M, Rösler M, Romanos M: Attention-deficit/hyperactivity disorder—a current overview. Dtsch Arztebl Int 2017; 114: 149–59. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0149
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2009. Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/137/1613770.pdf>
- Robert Koch Institut (RKI) und Destatis (Hrsg.), 2015. Gesundheit in Deutschland (Gesundheitsberichterstattung GBE) https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtlId/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile
- Klasen F, Reiß F, Otto C, Haller A-C, Meyrose A-K, Barthel D, Ravens-Sieberer U, 2017. Die BELLA-Studie – das Modul zur psychischen Gesundheit in KiGGS Welle 2. Journal of Health Monitoring · 2017 2(S3) DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-103 Robert Koch-Institut, Berlin http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/ConceptsMethods/JoHM_02S3_2017_BELLA.pdf?__blob=publicationFile
- Baumgarten F, Klipker K, Göbel K, Janitza S, Hölling H, 2018. Der Verlauf psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse der KiGGS-Kohorte. Journal of Health Monitoring · 2018 3(1) DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-011 Robert Koch-Institut, Berlin https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Abstracts/JoHM_01_2018_psychische_Auffaelligkeiten_KiGGS-Kohorte.pdf?__blob=publicationFile
- Gerrig R et Zimbardo P, 2018. Psychologie. 21. Auflage, Pearson Studium.
- KiGGS Homepage. Aufgerufen am 27.11.2018 <https://www.kiggs-studie.de/deutsch/studie/kiggs-im-ueberblick/themen.html>
- Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J, 2015. Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 4. Auflage, Verlag Hans Huber
- Köhle K, Herzog W, Joraschky P, Kruse J, Langewitz W, Söllner W, 2016. Uexküll Psychosomatische Medizin. Elsevier Verlag
- Kuehlein T, Maibaum T, Klemperer D, 2018. Quartäre Prävention, eine Aufgabe für Hausärzte in: Primary Care 10(18), 2010, S. 350-354
- Wirtz M (Hrsg.), 2017. Dorsch Lexikon der Psychologie, 18. Auflage, Hogrefe Verlag.
- Klosterkötter J et Maier W (Hrsg.), 2017. Handbuch Präventive Psychiatrie. Schattauer Verlag

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.04.2022

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit
https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2000-2001/Kurzfa-01.pdf
- Tiemann M, 2013. Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch erkrankter Menschen.
<http://edoc.sub.uni-hamburg.de/haw/volltexte/2014/2282/pdf/WS.Pf.BA.ab14.16.pdf>
- Fegert JM, Kölch M, Krüger U, 2018. Sachbericht zum Projekt: Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse. Laufzeit 01.11.2014 bis 28.02.2017
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Kindergesund-heit/Versorgung_psychisch_kranke_Kinder_u_Jugendliche_Abschlussbericht.pdf
- Robert Koch Institut, 2014. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009 – 2012
https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/KiGGS_W1/kiggs1_fakten_psych_auffaelligkeiten.pdf?__blob=publicationFile
- Bella Homepage. Aufgerufen am 17.12.2018
<https://www.bella-study.org/die-studie/ergebnisse/>
- Fegert JM, 2018. Präsentation auf der Tagung der APK.
https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Fegert_11_04_2018.pdf
- Rabady S, Sönnichsen A, Ilkka K, 2018. EbM-Guidelines: Evidenzbasierte Medizin für Klinik und Praxis. Verlagshaus der Ärzte; Auflage: 7.
- Sachverständigenrat, 2018. SACHVERSTÄNDIGENRAT zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung
https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf
- Hagen B, 2015. Evaluation der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung Abschlussbericht 2014. http://www.kbv.de/media/sp/SPV_Abschlussbericht_2014.pdf
- Lehmkuhl G, Poustka F, Holtmann M, Steiner H, 2013, [Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie](#). Hogrefe Verlag
- Warnke A et Lehmkuhl G, 2011. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland. Die Versorgung von psychisch kranken Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Schattauer Verlag, Stuttgart
- IQWiG, Gesundheitsinformation gi. Aufgerufen am 03.12.2018.
https://www.gesundheitsinformation.de/themengebiet.2029.de.html?filter*cat=9&filter*tag=Psyche+und+Gem%C3%BCt
- KIGGS Der Verlauf psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse der KiGGS-Kohorte

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.04.2022

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

[https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Abstracts/JoHM_01_2018_psychische_Auffaelligkeiten_KiGGS-Kohorte.pdf? blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Abstracts/JoHM_01_2018_psychische_Auffaelligkeiten_KiGGS-Kohorte.pdf?blob=publicationFile)

- Schubert I et Lehmkuhl G, 2017. Verlauf und Therapie von ADHS und der Stellenwert im Erwachsenenalter. Dtsch Arztebl Int 2017; 114(9): 139-40; DOI: 10.3238/arztebl.2017.0140
<https://www.aerzteblatt.de/archiv/186554/Verlauf-und-Therapie-von-ADHS-und-der-Stellenwert-im-Erwachsenenalter>
- Awmf, 2017. Langfassung der interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten (S3) Leitlinie „Aufmerksamkeitsdefizit- /Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“.
https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-045I_S3_ADHS_2018-06.pdf
- Vorderholzer U und Hohagen F 2015: Therapie psychischer Erkrankungen – State of the art. 10. Auflage, S. 462-464, München.

Grundlagen der Schnittstellenkoordination

Ziel ist insbesondere die Sicherstellung sowie die qualitative und ökonomische Verbesserung der Gesundheitsversorgung von chronischen, rezidivierenden, häufig auftretenden Krankheitsbildern mit hohem Versorgungsbedarf.

Insbesondere bei komplizierten und kostenintensiven Behandlungsverläufen geht die Versorgung durch Experten wie Fachärzte/Psychotherapeuten mit besserem klinischen Outcome und niedrigeren Gesundheitsausgaben einher (www.svr-gesundheit.de).

Diagnostik und Therapie als vorausschauend koordinierte Betreuung ist der Schwerpunkt der interdisziplinären Schnittstellenbeschreibung und –koordination bei erweitertem psychotherapeutischem Versorgungsangebot, leitlinienorientierter Behandlung mit ganzheitlicher Beratung zur Pharmakotherapie, Lebensweise und sozialen Unterstützung mit rascher und verlässlicher Befundübermittlung und Kommunikation (www.awmf.de).

Hausärztliche Kernaufgaben wie Anamnese, körperliche Untersuchung und Labordiagnostik auch zur Erhebung von Risikofaktoren werden interdisziplinär erweitert je nach Krankheitsart und –schweregrad.

Diese werden frühzeitig zu einem gemeinsamen vorausschauend ausgerichteten Versorgungsablauf auf der Basis der Anlagen 2 und 12 sowie dieses Anhangs zur Anlage 17 zusammengeführt.

Im Mittelpunkt der patientenorientierten Versorgung stehen die

- Symptomatik und differenzierte Diagnosestellung gemäß ICD-10
- Aufklärung zu Behandlungszielen auch unter Berücksichtigung des Familienstands/sozialen Umfelds
- umfassende Aufklärung und Beratung zur Rationalen Pharmakotherapie gemäß aktueller Evidenz, auch alters- und geschlechtsbezogen
- Beratung zur Psychotherapie und den dazu erweiterten ambulanten Therapieangeboten
- Beratung zur nicht-medikamentösen Therapie/Lebensweise und -führung
- Beratung zur Rückfallprophylaxe und Risikominderung
- Förderung zur Teilhabe am Leben

sowie das akute/zeitnahe Versorgungs-Management bei unvermeidbaren Risikosituationen sowie auch bei Eigen- und Fremdgefährdung bzw. Suizidgefahr (www.g-ba.de).

Durch die vorausschauend gesichert interdisziplinäre Versorgungskontinuität ist zu erwarten:

1. ein besseres gesundheitliches Outcome mit geringeren Krankenhausaufnahme-raten, weniger Notfallbeanspruchung und höherer Patientenzufriedenheit mit verbesserter Prognose (www.g-ba.de)
2. eine Unterstützung der Arzt-Patient-Psychotherapeut-Beziehung durch ein verlässliches und zeitnahe Überweisungsmanagement angepasst an den Schweregrad der Erkrankung (www.g-ba.de).

Unterbringung (PsychKG/UBG bzw. § 1906 BGB) ist bei konkreter Fremd- und Selbstgefährdung gerechtfertigt (Schneider, Niebling et al.: Psychische Erkrankungen in der Hausarztpraxis, Springer-Verlag 2008).

Bei dem Übergang aus der stationären Behandlung in die kontinuierliche, ambulante Weiterversorgung ist in regelmäßiger gemeinsamer Absprache zwischen HAUS- und FACHARZT sowie PSYCHOTHERAPEUT gemäß dieses Anhangs zur Anlage 17, die Therapie auf der Grundlage von Anlage 12 zu überprüfen, insbesondere auch die längerfristige rationale Pharmakotherapie und die erweiterten Möglichkeiten zur Psychotherapie und zu den Gesprächsbehandlungen.

Die Übermittlung der Befundberichte und Begleitschreiben erfolgt, soweit technisch möglich, per elektronischem Arztbrief unter Nutzung der Vertragssoftware gemäß Anlage 3.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Befundstätten-Nr.	Acc-Nr.	Datum

Begleitschreiben an den behandelnden Facharzt/PT/KJPT

ggf. vorab handschriftliche Rückinformation durch den Facharzt auf der Rückseite; ersetzt den ausführlichen fachärztlichen Befundbericht nicht.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege

Der oben genannte Patient wird an Sie überwiesen mit/zur

Fragestellung

Mitbehandlung

Welche Diagnostik oder relevanten somatischen Diagnosen/relevanten Komorbiditäten liegen vor?
Ggf. ICD Codes angeben

Aktuelle Medikation und Laborwerte

Medikamente angeben oder Medikamentenpläne übermitteln. Liste der Laborwerte übermitteln.

Bekannte Allergien/Arzneimittelunverträglichkeiten/ sonstige Unverträglichkeiten

Nein Ja, gegen...

Welche Unverträglichkeiten liegen vor?

DMP Teilnahme

KHK Diabetes COPD/Asthma bronchiale kein DMP

Sonstiges: (z.B. supportive Maßnahme wie sozialer Dienst/Patientenbegleitung der Krankenkasse, Palliation,...)

Mit kollegialem Gruß

Datum

Unterschrift

Gliederung Befundbericht an HAUSARZT und optional an Patient

- **Diagnosen**
- **ICD-Kodierungen**
- **Anamnese**
- **Familienstand**
- **Tätigkeit/Beruf**
- **Medikation**
- **Apparative Diagnostik/Befunde**
- **Psychotherapie**
- **Zusammenfassende Beurteilung**
- **Therapievorschlag**
- **Sozialer Dienst/Patientenbegleitung**
- **Soziale Unterstützung**
- **Gesundheitsangebote**

Sozialer Dienst der AOK Baden-Württemberg/ Patientenbegleitung der Bosch BKK

Biopsychosoziale Versorgung

Inhalt

Übersicht.....	3
1. Biopsychosoziale Versorgung.....	5
2. Definition und Auftrag des Sozialen Dienstes der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK.....	6
3. Ziele im Sozialen Dienst der AOK/in der Patientenbegleitung der Bosch BKK.....	6
4. Zielgruppe und Zugangsvoraussetzungen.....	7
5. Methoden des Sozialen Dienstes der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK.....	8
5.1 Versorgungsplanung.....	8
5.2 Einzelfallberatung.....	9
5.3 Case Management.....	9
6. Kooperation und Kommunikation zwischen den Akteuren.....	10
6.1 Strukturierte Zuweisung.....	11
6.1.1 Module Neurologie und Psychiatrie.....	11
6.1.2 Modul Psychotherapie.....	11
6.1.3 Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie (ohne Beteiligung der Bosch BKK).....	13
6.2 Schnittstelle zur MFA und EFA in der PNP-Praxis.....	15
6.3 Dokumenteneinsatz.....	16
6.3.1 Versichertenbezogener Erstkontakt.....	16
6.3.2 Laufende Kooperation und Kommunikation.....	16
7. Rechtsgrundlagen.....	17
7.1 Versorgungsmanagement § 11 (4) SGB V.....	17
7.2 Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V.....	17
7.3 Besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 140a SGB V.....	17
7.4 Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V.....	17
7.5 Verschwiegenheitspflicht nach § 203 Abs. 5 Nr. 1 StGB.....	18
8. Formulare.....	19
8.1 AOK Baden-Württemberg.....	19
8.1.1 Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes.....	19

Anhang 2 zu Anlage 17: Sozialer Dienst

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.11.2024

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

8.1.2 Information für die Hausarzt-/Facharzt- und Psychotherapiepraxis	20
8.1.3 Patienten- und Datenschutzinformation des Sozialen Dienstes	21
8.1.4 Terminanfrage/Terminbestätigung	23
8.1.5 Allgemeine Checkliste „Psychosozialer Beratungsbedarf“ im Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie:	24
8.2 Bosch BKK	25
8.2.1 Beratungsbogen zur Einbindung der Patientenbegleitung	25
8.2.2 Information für die Hausarzt-/Facharzt- und Psychotherapiepraxis	26
8.2.3 Patientenflyer der Patientenbegleitung	28
8.2.4 Terminanfrage/Terminbestätigung	29

Übersicht

<p>Beidseitige, vertrauensvolle Kooperation und Kommunikation</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die PNP-Praxis kann den Sozialen Dienst der AOK (SD)¹/die Patientenbegleitung der Bosch BKK (PBG)² einbinden. ▪ Auch der SD/die PBG kann die PNP-Praxis einbinden. ▪ Die beidseitige Einbindung und Kooperation erfolgt in allen Modulen unabhängig von der Diagnose. ▪ Voraussetzung der vertrauensvollen Zusammenarbeit ist die Einwilligung der Patientinnen/Patienten/Versicherten.
<p>Begründung der beidseitigen, vertrauensvollen Kooperation und Kommunikation</p>	<p>Der SD/die PBG unterstützt, berät und informiert Patientinnen/Patienten/Versicherten, bei welchen neben einer spezifischen Diagnose ein weiterer Unterstützungsbedarf in einem oder mehreren der folgenden Bereiche</p> <ul style="list-style-type: none"> - soziale & familiäre Teilhabe - gesellschaftliche & berufliche Teilhabe - haushalterische Versorgung/Wohnumfeld - Verfassung/Konstitution - medizinische Versorgung <p>vorliegt.</p> <p>Grundlage hierfür ist das biopsychosoziale Modell.</p>
<p>Dokumenteneinsatz/ Formulare für die Kooperation und Kommunikation</p>	<p>Das Formular „Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes/der Patientenbegleitung“ (vgl. Kapitel 8) einschließlich der schriftlichen Patienteninformation wird genutzt, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> - die PNP-Praxis den SD/die PBG einbindet („neuer“ Beratungsfall für den SD/die PBG oder zur Initiierung einer interdisziplinären Versorgungsplanung). Die PNP-Praxis erhält durch Unterschrift der Patientinnen/Patienten/Erziehungsberechtigten auf dem Beratungsbogen die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung der Patientinnen/Patienten. <p>Das Formular „Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes/der Patientenbegleitung“ bzw. „Terminanfrage/ Terminbestätigung“ (Vgl. Kapitel 8) werden genutzt, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> - der SD/die PBG die PNP-Praxis einbindet (z.B. bei Terminvermittlung im Rahmen der PTE1SD oder zur Initiierung einer interdisziplinären Versorgungsplanung). Das Dokument wird im SD/bei der PBG und in der beauftragten Praxis archiviert und gilt als Nachweis für eine mögliche Abrechnung nach PTE1SD. Der SD/die

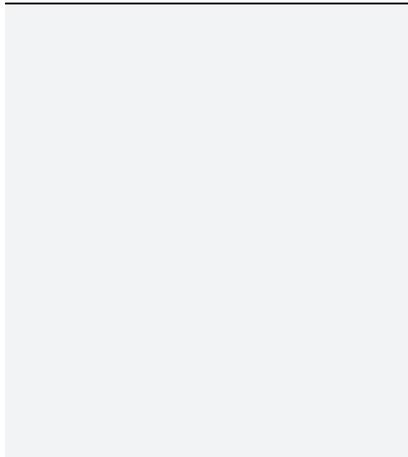
¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden der Soziale Dienst der AOK Baden-Württemberg mit „SD“ abgekürzt

² Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden die Patientenbegleitung der Bosch BKK mit „PBG“ abgekürzt

Anhang 2 zu Anlage 17: Sozialer Dienst

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.11.2024

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie



PBG holt zuvor die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung bei den Patientinnen/Patienten/Erziehungsberechtigten ein.

- der vermittelte Termin stattgefunden hat und die Psychotherapiepraxis diesen auf dem Formular bestätigt.

1. Biopsychosoziale Versorgung

Laut S3-Leitlinie „Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“ treten bei Patientinnen/Patienten in der psychosomatischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung extrem häufig nicht-spezifische, funktionelle bzw. somatoforme Körperbeschwerden auf³ ⁴. Demnach besteht starker Konsens darin, dass für die Detektion komplexer Wechselwirkungen einzelner Belastungsfaktoren das biopsychosoziale Modell berücksichtigt werden soll⁵. Aus der Leitlinie geht hervor, dass die im Versorgungsprozess Beteiligten einen orientierenden Überblick über die aktuelle Lebenssituation der Patientin bzw. des Patienten unter Berücksichtigung der „Kontexte“ ermitteln sollen, ggf. unter Einbezug fremdanamnestischer Elemente (Evidenzgrad 4)⁶.

Nach dieser S3-Leitlinie führen bei Patientinnen/Patienten mit schwer verlaufenden, nicht-spezifischen, funktionellen somatoformen Körperbeschwerden äußere Belastungsfaktoren oftmals zu einer Verschlechterung der Beschwerden⁷. Im Sinne des biopsychosozialen Modells gilt es diese Faktoren zu eruieren und eine interdisziplinäre Versorgung anzuregen. Die S3-Leitlinie „Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“ steht demnach als evidenzbasierte Begründungsgrundlage, dass die ergänzende (psycho-) soziale Begleitung durch den SD/durch die PBG zu einer Verbesserung der ganzheitlichen Versorgung der Erkrankten beiträgt.

Auf dieser Grundlage wird in komplexen Versorgungssituationen eine interdisziplinäre Versorgung angestrebt, in der der SD/die PBG unterstützend zur medizinisch ambulanten Versorgung tätig ist. Grundlage für die Kooperation und Interaktion ist das biopsychosoziale Modell. Dieses Modell ist angelehnt an die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Mit der ICF werden die biopsychosozialen Aspekte von Krankheitsfolgen unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren systematisch erfasst. Zu beachten sind dabei auch die Auswirkungen der Erkrankung auf die komplexe Lebenssituation der Betroffenen. Funktionale Probleme sind z.B. Beeinträchtigungen in den Bereichen

- Mobilität
- Kommunikation
- Selbstversorgung im häuslichen Leben
- Interaktion mit Anderen
- Erwerbsleben.

Ergeben sich bei einer oder mehreren Komponenten der Funktionsfähigkeit aus diesen Bereichen Einschränkungen oder Probleme, kann der SD bzw. die PBG ergänzend beraten und unterstützen.

³ Vgl. Hausteiner-Wiehle et al. (2013, S. 102). Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. S3-Leitlinie mit Quellentexten, Praxismaterialien und Patientenleitlinie. Stuttgart: Schattauer GmbH.

⁴ Siehe auch [Schlüsselempfehlungen aus der S3-Leitlinie](#) „Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“

⁵ Vgl. ebd., S. 102

⁶ Vgl. ebd., S. 102

⁷ Vgl. ebd., S. 103ff.

2. Definition und Auftrag des Sozialen Dienstes der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK

Im SD arbeiten ausschließlich staatlich anerkannte sozialpädagogische Fachkräfte (Hochschulstudium), mit Zusatzqualifikationen bspw. in der systemischen Beratung, zertifizierten Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und Weiterbildung Psychoonkologie.

Die PBG besteht aus Pflegefachkräften, Sozialarbeitenden (Hochschulstudium) und Sozialversicherungsfachkräften mit Zusatzqualifikation in Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, Burnout- und Präventionsberatung.

Die Mitarbeitenden des SD/der PBG führen **keine therapeutischen Behandlungen** durch; ihr Beratungsangebot ist demnach ergänzend zur Behandlung durch die PNP-Praxis zu verstehen.

Hauptauftrag des SD/der PBG ist es, Versicherte im Gesamtkontext zu betrachten und hieraus eine stabile Gesamtversorgungssituation für die Versicherten⁸ herzustellen. Für die Versicherten soll so eine angemessene Versorgung, eine individuelle Betreuung sowie eine wirtschaftliche Optimierung der Versorgung gefördert werden.

Um die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Beratungen durch den SD/die PBG sicherzustellen, bedarf es strukturierter, einheitlicher und definierter Prozesse, die in der AOK Baden-Württemberg und Bosch BKK umgesetzt werden.

Die Arbeitsweisen dieser individuellen Versorgungsgestaltung zielen im Einzelfall z. B. auf eine Steigerung der Lebensqualität und eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Versorgung.

Den Versicherten wird eine qualitativ hochwertige, optimale Gestaltung in einer oft unübersichtlichen und intransparenten Versorgungslandschaft des Gesundheitswesens zur Verfügung gestellt. Komplexe und sektorenübergreifende Versorgungsbedarfe stehen dabei im Vordergrund (vgl. Kapitel 4).

3. Ziele im Sozialen Dienst der AOK/in der Patientenbegleitung der Bosch BKK

Durch die strukturierte Zusammenarbeit zwischen dem SD bzw. der PBG und der PNP-Praxis soll das übergeordnete Gesamtziel einer stabilen Gesamtversorgungssituation der einzelnen Versicherten erreicht und so Über-, Unter- und Fehlversorgungen vermieden werden.

Die PNP-Praxis erhält von dem SD/von der PBG Unterstützung bei der Betreuung und Begleitung von z. B. psychisch erkrankten und/oder multimorbiden Versicherten. Gemeinsam zielen sie auf das Herstellen von Adhärenz und Empowerment, so dass die Versicherten im Gesamtprozess der Betreuung und Begleitung mitwirken. Durch die Kooperation und Kommunikation mit der PNP-Praxis erreicht der SD/die PBG frühzeitig potentielle Risikopatientinnen/-patienten und kann so möglichst zeitnah Interventionen zur weiteren Stabilisierung in die Wege leiten.

⁸ Bei Patientinnen/Patienten/Versicherten sind im folgenden durch das Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie auch Kinder und Jugendliche, sowie bei Minderjährigen ihre Erziehungsberechtigten gemeint und sind in der Versorgungsgestaltung zu unterstützen und mit einzubeziehen.

Innerhalb der AOK Baden-Württemberg bzw. der Bosch BKK sind der SD und die PBG in einer eigenen Organisationseinheit (CompetenceCenter) ohne Kostenverantwortung und unabhängig vom kostensteuernden Fallverantwortlichen.

Grundauftrag und Grundsatzziele im Überblick:

- Sektorenübergreifende Bedarfsermittlung
- Herstellen/Beibehalten einer stabilen Gesamtversorgungssituation
- Individuelle Betreuung und Unterstützung
- Frühzeitige und nachhaltige Interventionen
- Strukturierte und interdisziplinäre Handlungsabläufe
- Teilhabe am Leben und vorausschauende Versorgungsplanung fördern

4. Zielgruppe und Zugangsvoraussetzungen

Der Fokus der Beratung durch den SD/die PBG liegt in einer, die medizinische/ärztliche/therapeutische Behandlung der PNP-Praxis **ergänzenden, nicht therapeutischen Beratung**. Der SD/die PBG hat einen Überblick über das regionale Leistungsangebot im Gesundheitswesen und bietet beratende und organisatorische Unterstützung bei Patientinnen/Patienten an, bei welchen **neben einer spezifischen Diagnose und der Therapie ein weiterer Unterstützungsbedarf** in einem oder mehreren Bereichen vorliegt.

Seelische Belastungen im privaten und/oder beruflichen Umfeld münden ggf. bei Versicherten in Hilflosigkeit, Katastrophisierungsgedanken, Stimmungsstörungen und Passivität. In diesen Fällen kann von einer komplexen Versorgungssituation ausgegangen werden, so dass bspw. bei nachfolgenden **Kontextfaktoren** Unterstützung angeboten werden kann:

- Probleme am Arbeitsplatz (z. B. Arbeitsplatzunsicherheit, -unzufriedenheit, Mobbing)
- Abklärung beruflicher Situation/Perspektive (z. B. Wiedereingliederung, Arbeitslosigkeit)
- Unterstützung/Organisation Leistungsanträge (z. B. Reha, Rente, Pflege)
- Soziale Problemsituation (z. B. sozialer Rückzug, finanzielle Probleme)
- Familiäre Probleme (z. B. Beziehungsprobleme mit Eltern/Familie)
- Häusliche Situation/Wohnen ist nicht sichergestellt bzw. Wohnungs-/Nachbarschaftsprobleme
- Gesellschaftliche Teilhabe ist nicht sichergestellt; soziokulturelle Probleme
- Pflegebedürftigkeit droht bzw. besteht (z. B. fehlende Unterstützung bei der Organisation der Pflege)
- Probleme mit der (eigenen) Erkrankung bzw. des Partners/Kindes bzw. der Krankheitsbewältigung
- Probleme mit Verlust/Tod z. B. Eltern/Partner/Familie
- Gewalterfahrung und Verwahrlosungstendenzen.

Die **ganzheitliche Betreuung und Begleitung** bei Versicherten mit einer spezifischen Diagnose und mit mindestens einem der o.g. Kontextfaktoren durch den SD/die PBG kann – in enger Absprache mit den jeweils beteiligten Akteuren – demnach Folgendes umfassen:

- Entwicklung eines individuellen Versorgungsplans (Ziel-/Maßnahmenplanung)
- Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung bzw. beim Umgang mit der Erkrankung
- Einbezug der familiären und sozialen Situation
- Berücksichtigung des Arbeitsplatzes und beruflicher Perspektiven
- Berücksichtigung wirtschaftlicher/sozialer Probleme
- Unterstützung bei der Organisation der Rehabilitation/Nachsorge
- Umgang mit Tod und Sterben.

Basis der begründeten Zusammenarbeit bilden die generellen, gesetzlichen Rechtsgrundlagen⁹.

Die PNP-Praxis kann zudem den SD/die PBG als kompetente Ansprechpartner/innen zu spezifischen, regionalen Versorgungsthemen heranziehen. Der SD/die PBG unterstützt die PNP-Praxis mit und ohne Versichertenbezug beispielsweise bei der Suche nach Selbsthilfegruppen oder anderen Angeboten im regionalen Netzwerk. Durch den gemeinsamen Austausch im Rahmen dieses Unterstützungsmanagements kann sich auch ein direkter Beratungsbedarf für die Versicherten mit dem SD/der PBG ergeben.

5. Methoden des Sozialen Dienstes der AOK/der Patientenbegleitung der Bosch BKK

Der SD/die PBG ergänzt im konkreten Fall die medizinische und psychotherapeutische Behandlung durch gezielte sozialpädagogische Interventionen, um gemeinsam mit der PNP-Praxis eine stabile Gesamtversorgungssituation herzustellen. Je nach Fallkomplexität, Zielsetzung und Maßnahmenplanung werden im gesamten Betreuungszeitraum verschiedene sozialpädagogische Methoden eingesetzt.

5.1 Versorgungsplanung

Der SD/die PBG erstellt im Bedarfsfall einen individuellen Versorgungsplan mit der/dem Versicherten. Der Versorgungsplan basiert auf einer Situationsanalyse, die sich an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) anlehnt. Er ermöglicht die Dokumentation einer umfassenden sozialpädagogischen Anamnese, die Planung und Verlaufskontrolle von Zielen und Maßnahmen sowie eine abschließende Fallevaluation. Bezugnehmend auf ICF und das biopsychosoziale Modell nimmt die Versorgungsplanung folgende Bereiche näher in den Blick:

- soziale & familiäre Teilhabe
- gesellschaftliche & berufliche Teilhabe
- haushalterische Versorgung/Wohnumfeld
- Verfassung/Konstitution
- medizinische Versorgung.

⁹ §11 (4) SGB V, §7a SGB XI, §27 i.V.m. §10 und §26 (3) SGB IX, §17 SGB I, §100ff SGB X i.V.m. §203 StGB

5.2 Einzelfallberatung

Der SD/die PBG erkennen im Rahmen der Einzelfallberatung mögliche psychische und soziale Belastungen und Einschränkungen, bringen diese in Zusammenhang mit den aktuellen Versorgungsdefiziten und berücksichtigen sie in der Versorgungsplanung. Diese Art der Betrachtung von Lebens- und Gesundheitssituationen ist im Verständnis der Zusammenarbeit zwischen Sozialer Arbeit und Versicherten die Grundlage für eine tragfähige Problemlösung¹⁰. Sie berücksichtigt ferner Ressourcen der regionalen Versorgung und des Versicherten selbst¹¹.

Kernmerkmale der Einzelfallberatung im Überblick:

- Individuell und ganzheitlich
- Ressourcen- und lösungsorientiert
- Bezieht Versicherte und ihr soziales Umfeld mit ein.

5.3 Case Management

Der SD/die PBG erhebt eine strukturierte *Analyse*, um so die Basis zur Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur im Einzelfall zu schaffen (impliziert eine Versorgungsplanung).

Dabei geht der SD/die PBG situationsbezogenen Kooperationen mit anderen, regionalen Institutionen und Beratungsstellen ein. Die regionalen Versorgungsstrukturen werden hinzugezogen. Die Methode des Case Managements ist ein phasenhafter, ineinander übergehender und sich ggf. wiederholender Prozess¹²:

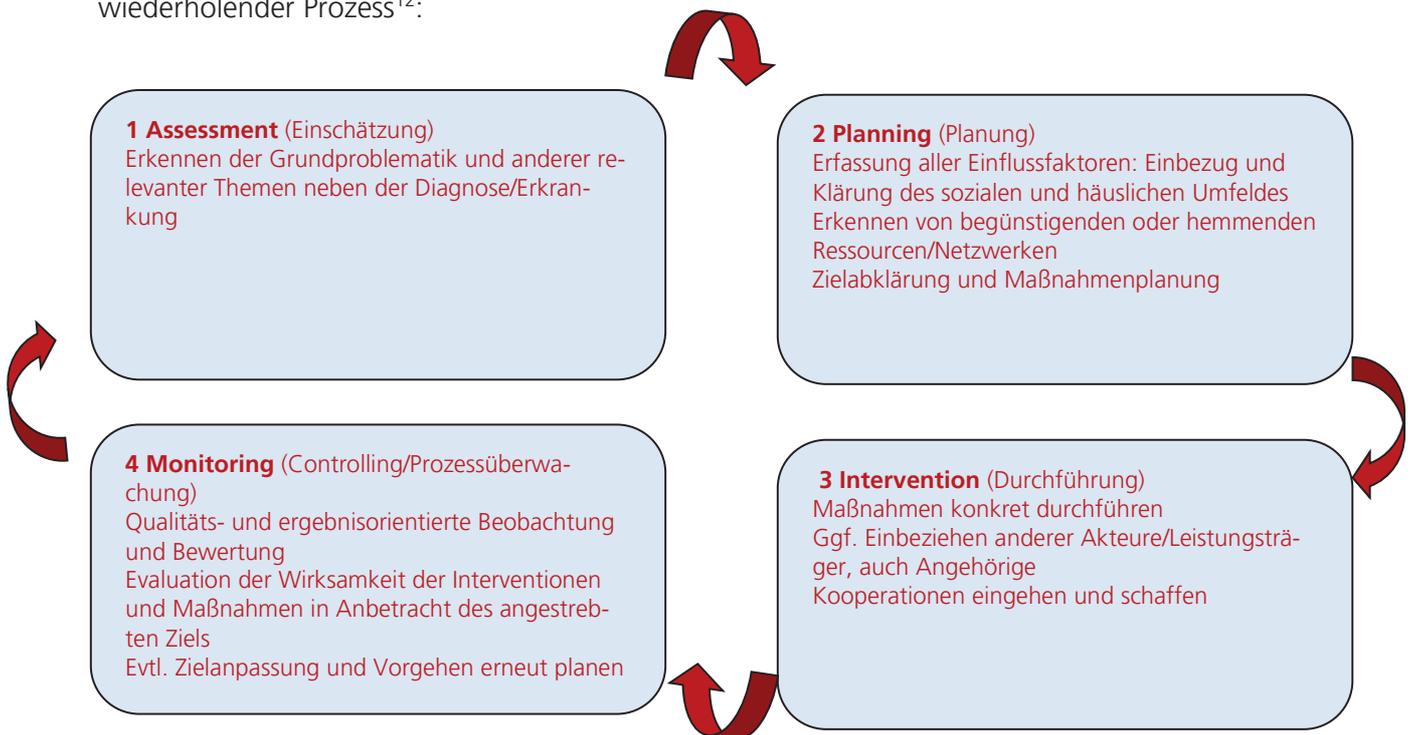


Abb. 1: Kernmerkmale des Case Managements im Sozialen Dienst/in der Patientenbegleitung im Überblick

¹⁰ vgl. Sickendiek, U. et al. (2008). Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze. 3. Auflage, Weinheim/München: Juventa-Verlag.

¹¹ vgl. Belardi, N. (2007). Beratung. Eine sozialpädagogische Einführung. 5., überarbeitete Auflage. München: Juventa-Verlag.

¹² vgl. Wendt, Wolf-Rainer (2008). Case-Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Der Case Management-Ansatz verdeutlicht, dass der SD/die PBG durch strukturierte Bedarfsarbeit und regionalen Netzwerkarbeit bei multikomplexen Problemlagen neben den medizinischen/psychischen Determinanten die sozialen Determinanten gemeinsam mit der/dem Versicherten in den Blick nimmt. Im Rahmen des Case Managements kooperiert der SD/die PBG im Einzelfall z.B. mit folgenden **Netzwerkpartnerinnen/-partnern**:

- Psychologische Beratungsstellen
- Selbsthilfegruppen
- Sozialleistungsträger wie Bundesagentur für Arbeit, Jobcenter, Grundsicherung für Erwerbsunfähige
- Soziale Einrichtungen (Pflegeheime, Jugendhilfeeinrichtungen)
- Jugendamt
- Arbeitgeber
- Integrationsfachdienst
- Rentenversicherung und weitere.

6. Kooperation und Kommunikation zwischen den Beteiligten

Der SD/die PBG und die PNP-Praxis sollen nach diesem Vertrag auf Anfrage **vertrauensvoll miteinander zusammenarbeiten** (§ 5 PNP-Facharztvertrag). Eine gelingende Kommunikation und Kooperation führt dazu, dass frühzeitig Kontakt zur entsprechenden Versicherten-Zielgruppe aufgenommen und zielgerichtet Versichertenfälle unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren dem SD/der PBG bzw. der PNP-Praxis zugeleitet werden können. Auf dieser Grundlage soll die Versorgung der Versicherten gemeinsam ganzheitlich gestaltet werden. Weitere Kooperationsziele aus Sicht des SD/der PBG sind:

- frühzeitig potenzielle „Risikopatientinnen/-patienten“ erreichen
- frühzeitig Hilfen initiieren
- frühzeitig Ressourcen mobilisieren/wiederherstellen
- frühzeitig potenzielle, weitere Hürden aufdecken.

Die Kooperation zwischen PNP-Praxis und SD/PBG erfolgt beidseitig, wofür die untenstehenden strukturierten Zuweisungs- und Einschaltwege vorgesehen sind.

Im Fokus der Interventionen steht die Eigenmotivation der Versicherten. Kommt der SD/die PBG zu dem Entschluss, dass eine PNP-Praxis eingeschaltet werden muss, dann agiert der SD/die PBG in Absprache mit bereits beteiligten PNP-Praxen als Initiator. Die konkrete Terminvereinbarung in der PNP-Praxis soll in der Regel durch die Versicherten vorgenommen werden. Im Einzelfall kann es jedoch sinnvoll sein, dass der SD/die PBG den Termin auch vereinbart, um so die Hürden für die Versicherten gering zu halten. Dieses Vorgehen soll in Absprache mit der jeweiligen PNP-Praxis erfolgen. Der SD/die PBG verfolgen hier den Grundsatz des Empowerments.

6.1 Strukturierte Zuweisung

6.1.1 Module Neurologie und Psychiatrie

Die Facharztpraxis kann den SD/die PBG diagnoseunabhängig einschalten, wenn neben der medizinischen Diagnose ein weiterer Unterstützungsbedarf vorliegt (siehe Kapitel 4). Die Vergütung der Kooperation ist in den Pauschalen NP1/PYP1 und NP2/PYP2 nach Anlage 12 inkludiert.

Der SD/die PBG kann in den Modulen Neurologie und Psychiatrie ebenfalls die Facharztpraxis kontaktieren, um im Sinne des Versicherten einen Termin binnen 14 Tagen in der Facharztpraxis in die Wege zu leiten.

6.1.2 Modul Psychotherapie

Einzelfallhilfe

Grundsätzlich kann die PNP-Praxis den SD/die PBG bei Versicherten heranziehen, bei welchen neben der medizinischen Diagnose weitere Bereiche – wie in Kapitel 4 beschrieben – betroffen sind.

Im Rahmen der Einzeltherapiepauschale PTE1SD im Modul Psychotherapie kann der SD/die PBG die PNP-Praxis einbinden. Voraussetzungen für die PTE1SD sind:

- Abrechenbar für Versicherte, die durch den SD/die PBG vorgestellt wurden
- Einschreibung in das Facharztprogramm besteht, oder wird bis zum/am ersten Termin erfolgen
- Vergütungsvoraussetzungen identisch mit PTE1(KJ) (Überweisung für Psychotherapie vom Hausarzt liegt vor),
- SD/PBG können **diagnoseunabhängig** einen Termin in der PNP-Praxis initiieren.

Schaltet der SD/die PBG die PNP-Praxis im Einzelfall ein, muss diese **innerhalb der nächsten 14 Tagen** einen Termin für die Patientin/den Patienten vorhalten. Grundlage für die Vergütung ist die schriftliche Rückkopplung durch die Formularvorlage „Terminanfrage/Terminbestätigung“ (vgl. Kapitel 8). Eine Archivierung dieses Dokumentes findet in der PNP-Praxis sowie beim SD/der PBG statt.

Interdisziplinäre Versorgungsplanung Eine interdisziplinäre Versorgungsplanung kann in komplexen Versorgungssituationen zwischen der Psychotherapiepraxis, dem SD/der PBG und dem betroffenen Kind/oder dem behinderten Menschen und/oder dessen Erziehungsberechtigte/gesetzlicher Vertreter veranlasst werden.

Ziel ist die Stabilisierung der Gesamtversorgung der Kinder, Jugendlichen und Menschen mit Behinderung durch eine enge Vernetzung der verschiedenen Leistungserbringer und -träger. Es sollen zeitnahe Hilfestellungen gegeben und eine interdisziplinäre Versorgung sichergestellt werden.

Eine interdisziplinäre Versorgungsplanung kann nur bei Kindern, Jugendlichen bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres und behinderten Menschen durchgeführt werden, die selbst oder deren Erziehungsberechtigten/Betreuungsberechtigten aktuell in psychotherapeutischer Behandlung sind.

Der psychotherapeutische Leistungserbringer informiert den SD/die PBG über die Notwendigkeit einer persönlichen Teilnahme an einer gemeinsamen interdisziplinären Versorgungsplanung (vgl. PTE8, Anlage 12 – Psychotherapie).

Zwingend erforderliche Teilnehmer an einer interdisziplinären Versorgungsplanung:

- Betroffenes Kind/Jugendlicher/Mensch mit Behinderung und/oder dessen Erziehungsberechtigter/gesetzlicher Vertreter,
- Der/die zuständige PsychotherapeutIn,
- der SD/die PBG
 - Dieses Kind/dieser Jugendliche/dieser Mensch mit Behinderung bzw. die Erziehungsberechtigten oder die gesetzliche Vertretung sollen dem SD/der PBG persönlich bekannt sein.

Im Sinne der **interdisziplinären Versorgung kann** zudem anlassbezogen

- die behandelnde Hausarztpraxis und/oder Facharztpraxis (PNP-Praxis stellt ggf. den Kontakt her)
 - der im Einzelfall zuständige VertreterIn aus der Jugend- und Erziehungshilfe und/oder aus der Jugendberufs- und Behindertenhilfe (SD/PBG stellt ggf. Kontakt her)
 - weitere an der Versorgung Beteiligte (SD/PBG stellt ggf. Kontakt her)
- hinzugezogen werden.

Organisation und Durchführung

Die interdisziplinäre Versorgungsplanung wird in der Regel von der Psychotherapiepraxis initiiert und organisiert. Der SD/die PBG erhält in **jedem Fall** den „Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes/der Patientenbegleitung“ (vgl. Kapitel 8).

Der SD/die PBG kann bei dieser Zielgruppe ebenso eine interdisziplinäre Versorgungsplanung initiieren, indem sie die Formularvorlage „Terminanfrage/Terminbestätigung“ (vgl. Kapitel 8) an die Facharztpraxis/Psychotherapiepraxis sendet.

Eine interdisziplinäre Versorgungsplanung findet grundsätzlich persönlich statt und soll 20 Minuten nicht überschreiten. In Ausnahmesituationen ist auch eine telefonische Durchführung möglich. Im Vorfeld ist das Einverständnis der Patientin/Patienten/Erziehungsberechtigten/BetreuerIn einzuholen.

- Grundsatz: Die interdisziplinäre Versorgungsplanung findet in komplexen Versorgungssituationen Anwendung.
- Teilnehmer: Eine interdisziplinäre Versorgungsplanung besteht aus mindestens drei Personen. Immer involviert sind PsychotherapeutIn, SD/PBG, Kind/Jugendlicher/der behinderte Mensch bzw. dessen Erziehungsberechtigter/gesetzl. VertreterIn.
- Organisation und Ablauf: Eine interdisziplinäre Versorgungsplanung wird i.d.R. von der Psychotherapiepraxis initiiert. In jedem Fall muss dem SD/der PBG Vorfeld der „Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes/der Patientenbegleitung“ (vgl. Kapitel 8) vorliegen.

6.1.3 Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie (ohne Beteiligung der Bosch BKK)

Besonderer Schwerpunkt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die Förderung der Teilhabe am Leben und der vorausschauenden psychosozialen Versorgungsplanung.

Es gibt verschiedene Möglichkeiten der Einbindung des SD durch die Facharztpraxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie:

Im Rahmen der interdisziplinären Kooperation und Abstimmung sollte bei einer Einbindung des SD die betreuende Kinder- und Jugendarztpraxis/ Hausarztpraxis informiert werden. Zudem werden die durchgeführten Maßnahmen und der Beratungsverlauf des SDs an die betreuende Kinder- und Jugendarztpraxis/ Hausarztpraxis weitergeleitet.

Bedarfsorientierte Einbindung des SD

- Strukturierte Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendpsychiatriepraxis und SD, z.B. durch regelmäßige persönliche und/oder telefonische Kontakte
- Eine vertrauensvolle Kooperation/Zusammenarbeit zwischen SD und den Praxen ist integraler Bestandteil dieses Vertrages und fördert den Austausch
- Einbindung des SD orientiert am psychosozialen Beratungs-/Unterstützungsbedarf der Patientinnen/Patienten
- Identifikation der Patientinnen/Patienten und ggf. Meldung an den SD durch die Praxis
 - Abgabe eines Informationsflyers zum SD an Patientinnen/Patienten (mit möglichen Unterstützungsangeboten und Aufgaben des SD)
 - Meldung mittels Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes (siehe Kapitel 8.1.1)
 - mit Einverständnis der Patientinnen/Patienten bzw. den Erziehungsberechtigten
- Information der Patientinnen/Patienten über Aufgaben und Kontaktmöglichkeit des SD, z.B. über ausliegende Visitenkarten oder Flyer
- Insbesondere Einbindung des SD bei Kindern/Jugendlichen mit erhöhtem Versorgungsbedarf gemäß ICD Liste Anhang 2 zu Anlage 12 (Psychosozialer Bedarf 2):
 - Patientinnen/Patienten, die aufgrund ihrer Erkrankung bzw. aufgrund bestimmter Rahmenbedingungen ein erhöhtes Risiko für lange und/oder rezidivierende stationäre und rehabilitative Aufenthalte, Chronifizierung oder einen schweren Verlauf haben
 - ggf. auch bei Krisensituationen, z.B. Suizidprävention, Notfallsituationen im Lebensumfeld und anderes
 - Bereits bei Diagnosestellung (Erstdiagnose) ermittelt die Arztpraxis z.B. anhand der Checkliste, ob eine Einbindung des SD angezeigt ist und informiert die Erkrankten zu den Beratungsmöglichkeiten des SD. (Checkliste vgl. Kapitel 8.2.5)
 - Kontaktmöglichkeiten
 - Die frühzeitige Einbindung des SD fördert den Vertrauensaufbau, die Kontinuität und kann vorbeugend psychosoziale Belastungen auch der Erziehungsberechtigten abfangen im Sinne auch der vorausschauenden Versorgungsplanung (siehe auch PNP Vertrag)

Poststationäre/-rehabilitative Versorgung

- Möglichkeit der Einbindung des SD bei Patientinnen/Patienten,
 - die in eine stationäre psychiatrische Krankenhausbehandlung eingewiesen werden bzw. aus dem stationären KJPY/PY-Setting entlassen werden
 - für welche eine Kinder- und Jugendrehabilitation beantragt werden soll, stattfinden wird, abgebrochen oder regulär beendet wurde
- Auftrag, Teilhabebedarf zu klären
- bis zum vollendeten 21. Lebensjahr auch nach erwachsenpsychiatrischem Aufenthalt

Transitionsangebot SD

- Einbindung des SD bei ausgewählten Patientinnen/Patienten, die am Übergang in die Erwachsenenmedizin stehen
- Arztpraxis informiert im Rahmen des Transitionsgespräches die Patientinnen/Patienten und die Bezugsperson über das Transitionsangebot des SD
 - Angebot von Unterstützung bei der Therapieplatzsuche mit Telefonnummer und Ansprechperson
 - Aufgaben und Kontaktmöglichkeiten, Information über Datenschutzregelungen gemäß Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes (Kapitel 8.1.1)
 - ggf. „Checkliste“ (Arbeitshilfe) für die Arztpraxis, erweitert um spez. Transitionsthemen, vgl. auch Anhang Transition (Anhang 7 zu Anlage 12)
 - bespricht Checkliste, stellt ggf. Kontakt her, ggf. über EFA
- Die Bedarfseinschätzung hat hier den zusätzlichen Fokus, dass auch aktuell gedeckte psychosoziale Bedarfe im Sinne der Kontinuität überprüft und ggf. ins Erwachsenensystem überführt werden müssen

Hilfeplankonferenz gemäß SGB VIII

Hilfeplankonferenzen können im Rahmen der Jugend- und Erziehungshilfe sowie der Jugendberufs- und Behindertenhilfe veranlasst werden.

Ziel ist die psychosoziale Vernetzung und Stabilisierung der Gesamtversorgung der Kinder und Jugendlichen gemeinsam mit den verschiedenen Leistungserbringern und auch kommunalen Trägern. Es sollen zeitnahe Hilfestellungen gegeben und eine interdisziplinäre Versorgung sichergestellt werden.

Hilfeplankonferenzen können nur bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres durchgeführt werden, die aktuell in psychiatrischer, bzw. psychotherapeutischer Behandlung sind.

Im vorschulischen und schulischen Bereich, im Rahmen der Jugend- und Erziehungshilfe sowie der Jugendberufs- und Behindertenhilfe informiert der kinder- und jugendpsychiatrische Leistungserbringer den SD über die Notwendigkeit einer persönlichen Teilnahme an einer gemeinsamen Hilfeplankonferenz (vgl. Anlage 12 Kinder- und Jugendpsychiatrie).

Die Hilfeplankonferenz kommt auf Einladung des Jugendamtes gemäß den gesetzlichen Bestimmungen des KJHG im Jugendamt zustande. Die eingeladene Kinder- und Jugendpsychiatriepraxis

informiert den SD über die Einladung, soweit keine datenschutzrechtlichen Gründe dagegen sprechen mittels des Beratungsbogens zur Einbindung des SD (vgl. Kapitel 8).

Der SD kann bei dieser Zielgruppe ebenso beim Jugendamt eine Hilfeplankonferenz mit Zustimmung der Erziehungsberechtigten anregen. In diesem Fall ist die betreuende Facharztpraxis zu informieren.

Hilfeplankonferenzen finden grundsätzlich persönlich statt. In Ausnahmesituationen ist auch eine telefonische Durchführung möglich. Im Vorfeld ist das Einverständnis der Patientin/des Patienten/Erziehungsberechtigten/BetreuerIn einzuholen.

- Grundsatz: Hilfeplankonferenzen dienen dem interdisziplinären Austausch in komplexen Versorgungssituationen
- Teilnehmer: gemäß Einladung durch das Jugendamt.
- Organisation und Ablauf: Findet ein Beratungsprozess mit dem SD statt, ist der SD über die Hilfeplankonferenz zu informieren, sofern keine datenschutzrechtlichen Gründe dagegensprechen. Dem SD soll im Vorfeld der „Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes“ (vgl. Kapitel 8) vorliegen.

Zusammengefasst ist der Unterschied zur interdisziplinären Versorgungsplanung, dass die **Hilfeplankonferenz gemäß SGB VIII** nur vom Jugendamt initiiert werden kann, die interdisziplinäre Versorgungsplanung dagegen sowohl von Praxen als auch vom SD.

6.2 Schnittstelle zur MFA und EFA in der PNP-Praxis

Durch die Qualifizierung von medizinischen Fachangestellten soll die PNP-Praxis als zentraler Ort der Versorgung gestärkt und entlastet werden. Die PNP-Praxis bzw. die MFA/EFA und der SD/die PBG verfolgen die Grundidee einer nachhaltigeren, gezielteren und optimierten Versorgung von Patienten mit erhöhtem Unterstützungsbedarf. Ziele sind dabei unter anderem die Verbesserung der Lebensqualität und die Entlastung der PNP-Praxis. Die Aufgaben der MFA/EFA und des SD/der PBG unterscheiden sich hinsichtlich des Tätigkeitsspektrums (s. o.). Der SD/die PBG bietet zudem ein umfangreiches und methodisch fundiertes Case Management an.

Die sich aus der Zusammenarbeit ergebenden Schnittstellen sind naturgemäß und betreffen beispielsweise Beratungen zur weiteren bzw. zusätzlichen Versorgung, Überleitungen in andere Versorgungszweige, die Herstellung von Compliance bzw. Adhärenz und dem Mitwirken der Versicherten bei der Behandlung. Die Angebote der MFA/EFA und des SD/der PBG stehen nicht in Konkurrenz zueinander, sondern greifen ineinander und ergänzen sich.

Als Information für die PNP-Praxis über die Inhalte des Beratungsservice des SD/der PBG dient die „Information für die Hausarzt-, Facharzt- und Psychotherapiepraxis“, welche Bestandteil des Beratungsbogens zur Einbindung des Sozialen Dienstes/der Patientenbegleitung“ ist (vgl. Kapitel 8)

6.3 Dokumenteneinsatz

6.3.1 Versichertenbezogener Erstkontakt

Grundsätzlich gilt, dass für jeden Versicherten

- der **„Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes/der Patientenbegleitung“** (vgl. Kapitel 8). bei Kontaktinitiation durch die PNP-Praxis oder
- die **„Terminanfrage/Terminbestätigung“** bei einer Terminvermittlung im Modul „Psychotherapie“ (vgl. Kapitel 8) durch den SD/die PBG in die PNP-Praxis

sowohl in der PNP-Praxis als auch dem SD/der PBG vorliegen soll¹³.

Den Patientinnen/Patienten ist bei Einbindung des SD/der PBG die zweiseitige „Patienteninformation“ (vgl. Kapitel 8) des SD bzw. der Flyer über die PBG auszuhändigen.

Dem Versand der „Terminanfrage/Terminbestätigung“ (vgl. Kapitel 8) und/oder des „Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes/der Patientenbegleitung“ (vgl. Kapitel 8) kann bspw. ein telefonischer Kontakt gemäß den Verfahrensabsprachen vorausgehen.

Ist der PNP-Praxis der persönliche AnsprechpartnerIn im SD (noch) nicht bekannt, dann erfolgt der Versand des „Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes der AOK Baden-Württemberg“ (vgl. Kapitel 8) an den auf der allgemeinen Adressliste hinterlegten AnsprechpartnerIn. Diese Liste ist auf der Homepage des MEDIVERBUND unter <http://www.medi-verbund.de/> abrufbar.

Bei der Bosch BKK erfolgt der Versand des „Beratungsbogen zur Einbindung der Patientenbegleitung der Bosch BKK“ (vgl. Kapitel 8) an die PC-Faxnummer (siehe Kurzinformation).

6.3.2 Laufende Kooperation und Kommunikation

Für eine transparente und qualitätsgesicherte Kooperation sollen zwischen SD/PBG und der jeweiligen PNP-Praxis konkrete Verfahrensabsprachen getroffen werden. Die Absprachen sollen mindestens folgende Punkte regeln:

- Namentliche Benennung einer/eines festen Ansprechpartnerin/-partners sowie Stellvertretung des SD/der PBG für die PNP-Praxis
- Namentliche Benennung einer/eines festen Ansprechpartnerin/-partners in der PNP-Praxis. Gewährleistung, dass die Hauptverantwortung dem/der Fachärztin/-arzt bzw. Psychotherapeutin/-therapeuten obliegt und diese/dieser dem SD/der PBG für den direkten Dialog/Austausch/Zusammenwirken zur Verfügung steht
- Verfahrensfestlegung zur Kommunikation und Rückmeldungen (bspw. Berücksichtigung von Öffnungs-/Sprechzeiten, Telefon, ggf. persönliche Praxisbesuche, Fallbesprechungen bei besonderen Zielgruppen).

¹³ Im Rahmen der PTE1SD (Modul Psychotherapie) ist die Vorlage der PNP-„Terminanfrage/Terminbestätigung“ für Abrechnungszwecke zwingend erforderlich.

7. Rechtsgrundlagen

7.1 Versorgungsmanagement § 11 (4) SGB V

Unabhängig des § 140a SGB V haben Versicherte gemäß § 11 Absatz 4 SGB V Anspruch auf Versorgungsmanagement. Das Versorgungsmanagement zielt auf die Lösung von Schnittstellenproblemen für reibungslose Übergänge in verschiedene Versorgungsbereiche. Die betroffenen Leistungserbringer arbeiten zusammen und übermitteln sich gegenseitig erforderliche Informationen. Hieraus ergibt sich für die AOK Baden-Württemberg und für die Bosch BKK der Sicherstellungsauftrag für eine sachgerechte Anschlussversorgung und Hilfevermittlung.

7.2 Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V

In seinen Grundzügen regelt §72b SGB V, dass die Krankenkassen ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung) anzubieten haben. Dabei ist sicherzustellen, dass die hausarztzentrierte Versorgung insbesondere folgenden Anforderungen genügt, die über die geregelten Anforderungen an die hausärztliche Versorgung nach § 73 hinausgehen.

Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist freiwillig. Die TeilnehmerInnen verpflichten sich für einen Zeitraum von zwölf Monaten schriftlich gegenüber ihrer Krankenkasse, nur einen von ihnen aus dem Kreis der Hausärztinnen/-ärzte nach Absatz 4 gewählten Hausärztin/-arzt in Anspruch zu nehmen.

7.3 Besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 140a SGB V

„Der Abschluss von Verträgen nach § 140a SGB V war bis Juli 2015 möglich. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz ist diese Vertragsform durch die „Besondere Versorgung“ nach § 140a SGB V ersetzt worden. Die bereits geschlossenen 140a-Verträge gelten aber fort.“¹⁴

In seinen Grundzügen regelte § 140a SGB V, dass die Krankenkassen ihren Versicherten die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung durch Abschluss von Verträgen im fachärztlichen ambulanten Versorgungsbereich anbieten können. Gegenstand der Verträge stellen Versorgungsaufträge dar, die sowohl die versichertenbezogene gesamte ambulante ärztliche Versorgung als auch einzelne Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung umfassen. Dies beinhaltet demnach im Rahmen der ambulanten ärztlichen Behandlung auch eine Versorgungscoordination und Vernetzung in weitere Versorgungsmaßnahmen.¹⁵

In den Verträgen¹⁶ nach § 140a SGB V werden Inhalt, Umfang und Durchführung der Versorgungsaufträge, insbesondere die Ausgestaltung der Qualitätsanforderungen, sowie die Vergütung näher geregelt.

7.4 Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V

¹⁴ Vgl. http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/arztundpraxis/vertraege/index_09731.html

¹⁵ Vgl. <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv.html>

¹⁶ Orthopädie-Facharztvertrag und weitere Informationen unter [MEDIVERBUND der Zusammenschluss von Ärztenetzen - Orthopädie](#)

In seinen Grundzügen basiert § 140a SGB V auf sektorenübergreifende Versorgungsformen für eine optimierte Vernetzung verschiedener Fachdisziplinen und Sektoren.

In den Verträgen nach § 140a SGB V werden Inhalt, Umfang und Durchführung der Versorgungsaufträge, insbesondere die Ausgestaltung der Qualitätsanforderungen sowie die Vergütung näher geregelt.

Auf der Grundlage des § 140a SGB V setzen die AOK Baden-Württemberg und die Bosch BKK zusätzlich im Bereich u. a. der onkologischen Leistungen auf Versorgungsaufträge, die flächendeckend zur verbesserten Versorgung dieser Patienten beitragen. Zur Überbrückung von Schnittstellen wird neben der fachspezifischen Sicherstellung der Versorgung u. a. die engmaschige Zusammenarbeit mit den hausärztlichen Vertragspartnern gefördert und dabei die Kompetenz des SD und der PBG genutzt.

7.5 Verschwiegenheitspflicht nach § 203 Abs. 5 Nr. 1 StGB

Mitarbeiter des SD/der PBG sind an die **Einhaltung der Datenschutzbestimmungen** sowie an eine datenschutzkonforme Beratungssituation gebunden. Gespräche des SD/der PBG unterliegen der besonderen Verschwiegenheitspflicht nach § 203 Abs. 5 Nr. 1 StGB. Dies erfordert auch eine besondere Beachtung bei der Weiterbearbeitung von Informationen (Einwilligungserklärung und **Schweigepflichtentbindung** des Versicherten muss vorliegen).

Die Notwendigkeit der Datenweitergabe wird mit dem Betroffenen besprochen.

7.6. Weitere rechtliche Grundlagen

Die AOK Baden-Württemberg hat als Krankenkasse allgemeine Auskunfts- und Beratungsansprüche gemäß [§ 14 Abs. 1](#) und [§ 15 SGB I](#) gegenüber der/den Versicherten zu erfüllen. Zudem hat die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft gemäß [§ 1 Satz 1 SGB V](#) die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern. Die Beratungsleistung des SD zielt auf die genannten Ansprüche und ist deshalb im Rahmen der Hausarzt- und Facharztverträge bei komplexen Versorgungssituationen durch die behandelnden Praxen einzubeziehen, damit die Gesamtsituation der Patientinnen/Patienten verbessert und stabilisiert werden kann.

Zudem ist der SD eine Satzungsleistung der AOK Baden-Württemberg¹⁷, woraus ein Anspruch auf Beratung und Hilfestellung für die Hilfestellung für Versicherte mit komplexen Hilfebedarfen besteht. Die Tätigkeit des SD ist nicht darauf angelegt, therapeutische Beratungs- oder Hilfeleistungen zu erbringen, sondern setzt zeitlich begrenzt dort an, wo es notwendig ist, auf vorhandene (regionale) Hilfsstrukturen hinzuweisen und diese zu erschließen. Dies erfolgt durch staatlich anerkannte Sozialpädagoginnen und -pädagogen. Der SD nimmt insoweit eine „Lotsenfunktion“ für weitergehende sozialmedizinische und psychosoziale Unterstützungsbedarfe wahr.

¹⁷ Satzung der AOK Baden-Württemberg §7 (Stand: 01.01.2020) und Satzung der Pflegekasse bei der AOK Baden-Württemberg §7 (Stand: 01.11.2020).

8. Formulare

8.1 AOK Baden-Württemberg

8.1.1 Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes

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



Sozialer Dienst der AOK:
Kontaktdaten siehe Fax-/
Adressliste

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

<p>Einbindung des SD der AOK Baden-Württemberg durch</p> <p><input type="checkbox"/> 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: _____</p> <p><input type="checkbox"/> PNP-Praxis: Hilfeplankonferenz bei Kindern & Jugendlichen</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> F45.40 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung</p> <p><input type="checkbox"/> F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren</p> <p><input type="checkbox"/> F62.80 Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom</p>	
<p>Vereinbartes Vorgehen</p> <p><input type="checkbox"/> Anruf in der Praxis durch SD wird gewünscht.</p> <p><input type="checkbox"/> Anruf bei dem / der Patient/in oder Erziehungsberechtigten durch SD wird gewünscht.</p> <p>Anruf erbeten am _____ zwischen _____ und _____ Uhr unter Telefon / Handy _____</p>	
<p>Erklärung Patient/in</p> <p>Ich stimme dem Unterstützungsangebot durch meine Krankenkasse zu und bin freiwillig mit der Weitergabe der gemeinsam mit meinem/r behandelnden Arzt / Ärztin oder meinem/r Psychotherapeuten/in festgelegten Daten und Informationen an meine Krankenkasse einverstanden. Die Inhalte der Patienteninformation habe ich zur Kenntnis genommen.</p>	<p>Erklärung Praxis</p> <p>Dem / der Patienten/in oder Erziehungsberechtigten wurde die Einbindung des SD empfohlen. Der erforderliche Unterstützungsbedarf durch den SD wurde ihm / ihr erläutert. Die Patienteninformation wurde dem / der Patient/in oder Erziehungsberechtigten ausgehändigt.</p>
<p>_____ Datum, Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r</p>	<p>_____ Datum, Praxisstempel, Unterschrift Arzt / Ärztin oder Psychotherapeut/in</p>

8.1.2 Information für die Hausarzt-/Facharzt- und Psychotherapiepraxis



Information für die Hausarzt-/Facharzt- und Psychotherapiepraxis

Beratungsservice des Sozialen Dienstes (SD) der AOK Baden-Württemberg

Worin liegt der Mehrwert?

Der SD unterstützt die Praxen: Im Rahmen eines Unterstützungsmanagements stehen Ihnen die Mitarbeiter/innen als fachkompetente Ansprechpartner/innen zu diversen Themen zur Seite. Im SD arbeiten ausschließlich staatlich anerkannte sozialpädagogische Fachkräfte (Hochschulstudium) mit Zusatzqualifikationen wie beispielsweise systemische Beratung, Psychoonkologie und zertifizierte Pflegeberatung (§7a SGB XI). In einem individuellen Beratungsgespräch analysiert der SD die biopsychosoziale Situation und den Hilfebedarf des Patienten. Er stimmt mit dem Patienten einen Versorgungsplan ab und unterstützt bei der Durchführung. Dazu gehören auch die Vermittlung von weiteren Hilfen und die Zusammenarbeit mit anderen Beratungsstellen oder Institutionen. Auf Wunsch kann das Beratungsgespräch auch beim Patienten zu Hause stattfinden.

Persönlich – Direkt – Nah

Sie erhalten ergänzende Informationen zur regionalen Versorgungsstruktur / Ansprechpartnern und zu sozial-/leistungsrechtlichen Fragestellungen. Darüber hinaus unterstützt der SD im konkreten Fall die medizinische oder therapeutische Behandlung durch gezielte Interventionen, um gemeinsam mit der Facharztpraxis im jeweiligen Einzelfall eine stabile Gesamtversorgungssituation herzustellen. Durch die Begleitung durch den SD wird Ihre Praxis entlastet. Das Beratungsangebot ist ergänzend zur Behandlung zu verstehen.

Klärung – Unterstützung – Vermittlung

Hinweis: Mitarbeiter des SD sind an die Einhaltung der Schweigepflicht sowie an eine datenschutzkonforme Beratungssituation gebunden. Diese Gespräche unterliegen der besonderen Verschwiegenheitspflicht. Die Notwendigkeit der Datenweitergabe setzt das Einverständnis der Patienten voraus.

In welchen Fällen ist es sinnvoll, den SD einzubinden?

Die Einbindung des SD ist in den jeweiligen Verträgen erläutert (vgl.: MEDI <http://www.medi-verbund.de/facharztvertraege73c.html> und HÄVG <https://www.hausaerzteverband.de/cms/Vertragsunterlagen.417.0.html>). In der Regel erfolgt die Einbindung über die Hausarztpraxis, wenn bei Versicherten neben einer spezifischen Diagnose mindestens einer der folgenden Kontextfaktoren vorliegt

- Berufliche oder soziale Faktoren wie zum Beispiel:
 - Probleme am Arbeitsplatz (z. B. Arbeitsplatzunsicherheit, -unzufriedenheit, Mobbing)
 - Abklärung beruflicher Situation / Perspektive (z. B. Wiedereingliederung, Arbeitslosigkeit)
 - Unterstützung / Organisation Leistungsanträge (z. B. Reha, Rente, Pflege)
 - Soziale Problemsituation (z. B. sozialer Rückzug, finanzielle Probleme)
 - Familiäre Probleme (z. B. Beziehungskonflikte / Erziehungsprobleme / familiäre Streitigkeiten)
 - Häusliche Situation (z. B. Wohnen ist nicht sichergestellt / Wohnungs- / Nachbarschaftsprobleme)
 - Gesellschaftliche Teilhabe ist nicht sichergestellt; soziokulturelle Probleme
 - Pflegebedürftigkeit droht bzw. besteht (z. B. fehlende Unterstützung bei der Organisation der Pflege)
 - Probleme mit der (eigenen) Erkrankung bzw. des Partners / Kindes bzw. der Krankheitsbewältigung
 - Probleme mit Verlust / Tod z. B. Eltern / Partner / Familie
 - Gewalterfahrung und Verwahrlosungstendenzen.
- Vermittlung weiterer Hilfen und Vernetzung regionaler Angebote (z. B. Selbsthilfegruppen) ist erforderlich
- Zusammenarbeit mit anderen Beratungsstellen oder Institutionen ist erforderlich

Psychosozial – Ressourcenorientiert – Individuell

8.1.3 Patienten- und Datenschutzinformation des Sozialen Dienstes



Patienteninformation

Sozialer Dienst der AOK Baden-Württemberg
mehr Service – mehr Nähe – mehr Leistung

Wann und in welchen Fällen kann Ihnen der Soziale Dienst helfen?

Wenn Sie am Hausarzt- oder Facharztprogramm teilnehmen, stehen wir Ihnen und Ihren Angehörigen gerne mit Rat und Tat zur Seite. Oft führen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit zu finanziellen, beruflichen, persönlichen und / oder familiären Belastungen. Deshalb unterstützen und beraten wir Sie bei

- lebensverändernden Erkrankungen
- krankheits- und belastungsbedingten Arbeitsplatzproblemen
- Pflegebedürftigkeit / Hilfe für pflegende Angehörige
- Rehabilitation und Rente
- Schwerbehinderung.

Wer engagiert sich für Sie im Sozialen Dienst der AOK Baden-Württemberg?

Staatlich anerkannte sozialpädagogische Fachkräfte bringen im Sozialen Dienst der AOK Baden-Württemberg ihre ganze Erfahrung für Sie ein. Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zeichnen sich nicht nur durch eine hohe persönliche Motivation aus. Sie alle haben ein Hochschulstudium absolviert und sich zudem durch diverse Weiterbildungen für diese sensible Aufgabe qualifiziert.

Was kann der Soziale Dienst für Sie tun?

Für Ihre persönlichen Sorgen, Unsicherheiten und Nöte haben wir immer ein offenes Ohr. Was wir miteinander besprechen, bleibt selbstverständlich unter uns. Einen diskreten und verantwortungsbewussten Umgang mit allem, was Sie uns anvertrauen, sichern wir Ihnen zu!

Wenn Sie es wünschen, können wir Ihnen bei vielen Themen ganz konkret helfen. Zum Beispiel, wenn es darum geht, sozialversicherungsrechtliche Fragen zu klären. Oder wenn wir gemeinsam mit Ihnen nach passenden

Möglichkeiten suchen, die Sie entlasten. Wir helfen Ihnen auch bei Anträgen rund um Rehabilitation und Pflege oder beim „Grad der Schwerbehinderung“. In persönlichen Gesprächen ist auch Ihre Krankheitsverarbeitung ein wichtiges Thema! Hier unterstützen wir gerne.

Wie kommen wir miteinander ins Gespräch?

Nachdem wir einen Termin vereinbart haben, begrüßen wir Sie gerne in den Räumlichkeiten der AOK oder treffen uns bei Ihnen zu Hause. Dann besprechen wir gemeinsam und ganz in Ruhe, welche Sorgen Sie beschäftigen und mit welchen Schritten es ganz konkret weitergeht. Weitere Termine vereinbaren wir individuell und in persönlicher Absprache mit Ihnen.

Unser wichtigster Grundsatz

Ob wir für Sie tätig werden dürfen, entscheiden alleine Sie! Wenn Sie unser Angebot nicht in Anspruch nehmen möchten, entstehen Ihnen keinerlei Nachteile. Dies gilt auch dann, wenn wir Ihnen im Laufe unserer Beratung bestimmte Vorschläge machen, mit denen Sie nicht einverstanden sind.

Dies kann manchmal zur Folge haben, dass Sie unseren Beratungsservice oder Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht oder nicht in vollem Umfang in Anspruch nehmen können. Selbstverständlich können Sie auf unsere Dienste sehr gerne jederzeit wieder zurückkommen.

Auf Seite 2 informieren wir Sie zu unserem Datenschutz.



Ganz im Vertrauen!

Datenschutz im Sozialen Dienst der AOK Baden-Württemberg

Ihre Daten in sicheren Händen

Den Schutz Ihrer Daten nehmen wir sehr ernst. Deshalb werden Ihre Daten bei uns so sicher verwahrt und gespeichert, dass Unbefugte nicht darauf zugreifen können. Wir geben Daten von Ihnen nur dann weiter, wenn Sie dies ausdrücklich erlauben. Auch dann, wenn Sie den Sozialen Dienst nicht mehr beanspruchen, sind Ihre Daten sicher, indem wir sie zugriffsgeschützt unter Berücksichtigung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen speichern. Nach Ablauf einer gewissen Frist werden sie gemäß den Bestimmungen zum Datenschutz vernichtet oder gelöscht.

Auch innerhalb der AOK Baden-Württemberg unterliegt der Soziale Dienst der Schweigepflicht. Er darf Informationen zu Ihrer Person nur dann intern weitergeben, wenn Sie Leistungen in Anspruch nehmen wollen (z. B. Haushaltshilfe, Pflegegeld), und diese Daten zwingend erforderlich sind. Wir geben Daten nur dann an Dritte (z. B. an behandelnde Ärzte) weiter, wenn wir dies vorher mit Ihnen abgesprochen haben. Hierzu erteilen Sie uns bitte jeweils Ihre schriftliche Einwilligung.

Um welche Daten geht es dabei genau?

- Diagnosen / Symptomatik bzw. die damit einhergehenden Funktionseinschränkungen
- Beschreibung von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen (positives / negatives Leistungsbild)
- Krankenhaus-/Rehabilitationsaufenthalte
- Einschränkungen durch drohende oder bestehende Pflegebedürftigkeit
- Ärzte / Angehörige eines Heilberufes, die in die Behandlung eingebunden sind
- geplante Behandlungen
- Maßnahmen, die aus ärztlicher Sicht notwendig erscheinen, um die gesundheitliche Situation zu verbessern.

Diese Maßnahmen können sich über die medizinische Behandlung hinaus auch auf Ihre aktuelle Lebenssituation beziehen. Dazu zählen beispielsweise:

- Ihre familiäre Situation
- Finanzielle Sorgen
- Probleme in der Umsetzung der Pflege
- Ihre häusliche Situation
- Ihre Arbeitsplatzsituation.

Besonderer Datenschutz - Ihr Sozialer Dienst

Der Soziale Dienst unterliegt den besonderen Anforderungen von §203 Abs.1 Nr.5 des Strafgesetzbuches. Dort steht, dass es unter anderem Sozialpädagogen nicht gestattet ist, unbefugt ein fremdes Geheimnis (ein persönliches oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis) das anvertraut wurde oder in sonst einer Weise bekannt geworden ist, zu offenbaren.

Zu diesen gesetzlichen Anforderungen gehört auch Transparenz. Deshalb informieren wir Sie zu Beginn unserer Tätigkeit ausführlich darüber, welche Daten zwischen welchen Institutionen ausgetauscht werden sollen und werden uns dazu Ihr Einverständnis einholen.

Ob im Rahmen Ihrer Unterstützung und Beratung zu einem späteren Zeitpunkt ein weiterer Datenaustausch erfolgen soll, entscheiden in jedem Einzelfall ausschließlich Sie selbst.

Weitergehende Informationen rund um die Verarbeitung Ihrer Daten und Ihre Rechte finden Sie unter www.aok-bw.de/datenschutz_rechte. Gerne stellen wir Ihnen auf Wunsch diese Informationen auch in Papierform zur Verfügung.

8.1.5 Allgemeine Checkliste „Psychosozialer Beratungsbedarf“ im Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie

Liegt eine Indikation auf der Ebene der psychosozialen Umstände vor? (vgl. MAS Achse V bzw. ICD-10 Z55, Z56, Z59-63, Z65, Z72-74 z.B.)	Ja	Nein
Liegt eine Komorbidität aus dem Bereich der sozialen Verhaltensstörungen vor, z.B. F91 oder F92?	Ja	Nein
Hat schon ein stationärer Krankenhausaufenthalt im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie stattgefunden?	Ja	Nein
Erleben Sie Barrieren/Schwierigkeiten bei der Umsetzung besprochener nächster Schritte (z. B. Therapieplatzsuche, Anträge, schulische Vorhaben, Versorgung)	Ja	Nein
Liegt eine psychische Belastung bei Eltern/Angehörigen/wichtigen Bezugspersonen des Kindes/Jugendlichen vor?	Ja	Nein
Besteht im/durch das Umfeld des Kindes/ Jugendlichen eine Über-/ Unter- oder Fehlversorgung? (z. B. Gesundheitsversorgung, finanzielle Belange, Beschäftigung/Arbeit)	Ja	Nein

(Bei mindestens 2x „Ja“ ist die Einbindung des Sozialen Dienstes angezeigt)

Was spricht gegen die Einbindung des Sozialen Dienstes?

Lebt das Kind bzw. der/die Jugendliche in einer Einrichtung der Jugendhilfe?	Ja	Nein
Wurde ein Jugendhilfeplan erstellt?	Ja	Nein
Ist eine sozialpädagogische Familienhilfe in der Familie tätig?	Ja	Nein

(Mindestens ein „Ja“ spricht gegen die Einbindung des Sozialen Dienstes. Widerspricht dieser Ausschlussgrund bei dieser Patientin/ diesem Patienten Ihrer ärztlichen Einschätzung, stimmen Sie sich gerne mit dem Sozialen Dienst zum weiteren Vorgehen ab)

Abschlussfragen

Wer bedarf der Beratung durch den Sozialen Dienst? (bitte ankreuzen) Mehrfachbenennungen möglich	<input type="radio"/> Kind/ Jugendlicher direkt <input type="radio"/> Eltern/Erziehungsberechtigte <input type="radio"/> Ich/meine Praxis <input type="radio"/> Sonstige: _____
Welches Ziel/ welche Ziele soll/en durch die Beratung des Sozialen Dienstes erreicht werden?	_____ _____ _____
Welche Erwartungen haben Sie bezüglich der Beratung des Sozialen Dienstes?	_____ _____ _____

8.2 Bosch BKK

8.2.1 Beratungsbogen zur Einbindung der Patientenbegleitung

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



Patientenbegleitung:
Fon 0711 / 252918-733
PC-Fax 089 / 51999-2504

Beratungsbogen zur Einbindung der Patientenbegleitung (PBG) der Bosch BKK gemäß § 140a SGB V

<p>Einbindung der PBG der Bosch BKK durch</p> <p><input type="checkbox"/> i. d. R. HZV-/PNP-Praxis: Beratung durch PBG wird gewünscht. Unterstützungs-/Beratungsbedarf des / der Versicherten (Beispiele vgl. umseitiges Informationsblatt für die Praxen) besteht bei: _____</p> <p><input type="checkbox"/> PNP-Praxis: interdisziplinäre Versorgungsplanung bei Kindern, Jugendlichen, behinderten Menschen (<i>Modul Psychotherapie</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> F45.40 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung</p> <p><input type="checkbox"/> F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren</p> <p><input type="checkbox"/> F62.80 Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom</p>	
<p>Vereinbartes Vorgehen</p> <p><input type="checkbox"/> Anruf in der Praxis durch PBG wird gewünscht.</p> <p><input type="checkbox"/> Anruf bei dem / der Patient/in durch PBG wird gewünscht.</p> <p>Anruf erbeten am _____ zwischen _____ und _____ Uhr</p> <p>unter Telefon / Handy _____</p>	
<p>Erklärung Patient/in</p> <p>Ich stimme dem Unterstützungsangebot durch meine Krankenkasse zu und bin freiwillig mit der Weitergabe der gemeinsam mit meinem/r behandelnden Arzt / Ärztin oder meinem/r Psychotherapeuten/in festgelegten Daten und Informationen an meine Krankenkasse einverstanden. Die Inhalte der Patienteninformation habe ich zur Kenntnis genommen.</p> <p>_____</p> <p>Datum, Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r</p>	<p>Erklärung Praxis</p> <p>Dem / der Patienten/in oder Erziehungsberechtigten wurde die Einbindung der PBG empfohlen. Der erforderliche Unterstützungsbedarf durch die PBG wurde ihm / ihr erläutert. Die Patienteninformation wurde dem / der Patient/in ausgehändigt.</p> <p>_____</p> <p>Datum, Praxisstempel, Unterschrift Arzt / Ärztin oder Psychotherapeut/in</p>

8.2.2 Information für die Hausarzt-/Facharzt- und Psychotherapiepraxis



Information für die Hausarzt-/Facharzt- und Psychotherapiepraxis

Beratungsservice der Patientenbegleitung (PBG) der Bosch BKK

Worin liegt der Mehrwert?

Die PBG unterstützt die Praxen: Im Rahmen eines Unterstützungsmanagements stehen Ihnen die Mitarbeiter/innen als fachkompetente Ansprechpartner/innen zu diversen Themen zur Seite. In der PBG arbeiten ausschließlich qualifizierte und in der Beratung erfahrene Mitarbeiter/innen mit unterschiedlichen Zusatzqualifikationen (u. a. Pflegeberatung (§7a SGB XI, Burnout, Prävention). In einem individuellen Beratungsgespräch analysiert die PBG die biopsychosoziale Situation des Patienten und den Hilfebedarf. Sie stimmt mit dem Patienten einen Versorgungsplan ab und unterstützt bei der Durchführung. Dazu gehören auch die Vermittlung von weiteren Hilfen und die Zusammenarbeit mit anderen Beratungsstellen oder Institutionen. Auf Wunsch kann das Beratungsgespräch auch beim Patienten zu Hause stattfinden.

Persönlich – Direkt – Nah

Sie erhalten ergänzende Informationen zur regionalen Versorgungsstruktur / Ansprechpartnern und zu sozial-/leistungsrechtlichen Fragestellungen. Darüber hinaus unterstützt die PBG im konkreten Fall die medizinische oder therapeutische Behandlung durch gezielte Interventionen, um gemeinsam mit der Facharztpraxis im jeweiligen Einzelfall eine stabile Gesamtversorgungssituation herzustellen. Durch die Begleitung der PBG wird Ihre Praxis entlastet. Das Beratungsangebot ist ergänzend zur Behandlung zu verstehen.

Klärung – Unterstützung – Vermittlung

Hinweis: Mitarbeiter der PBG sind an die Einhaltung der Schweigepflicht sowie an eine datenschutzkonforme Beratungssituation gebunden. Diese Gespräche unterliegen der besonderen Verschwiegenheitspflicht. Die Notwendigkeit der Datenweitergabe setzt das Einverständnis der Patienten voraus.

In welchen Fällen ist es sinnvoll, die PBG einzubinden?

Die Einbindung der PBG ist in den jeweiligen Verträgen erläutert (vgl.: MEDI <https://www.medi-verbund.de/facharztvertraege/> und HÄVG <https://www.hausarzt-bw.de/hzv-bosch-bkk>). In der Regel erfolgt die Einbindung über die Hausarztpraxis, wenn bei Versicherten neben einer spezifischen Diagnose mindestens einer der folgenden Kontextfaktoren vorliegt

- Berufliche oder soziale Faktoren wie zum Beispiel:
 - Probleme am Arbeitsplatz (z. B. Arbeitsplatzunsicherheit, -unzufriedenheit, Mobbing)
 - Abklärung beruflicher Situation / Perspektive (z. B. Wiedereingliederung, Arbeitslosigkeit)
 - Unterstützung / Organisation Leistungsanträge (z. B. Reha, Rente, Pflege)
 - Soziale Problemsituation (z. B. sozialer Rückzug, finanzielle Probleme)
 - Familiäre Probleme (z. B. Beziehungskonflikte / Erziehungsprobleme / familiäre Streitigkeiten)
 - Häusliche Situation (z. B. Wohnen ist nicht sichergestellt / Wohnungs- / Nachbarschaftsprobleme)
 - Gesellschaftliche Teilhabe ist nicht sichergestellt; soziokulturelle Probleme
 - Pflegebedürftigkeit droht bzw. besteht (z. B. fehlende Unterstützung bei der Organisation der Pflege)
 - Probleme mit der (eigenen) Erkrankung bzw. des Partners / Kindes bzw. der Krankheitsbewältigung
 - Probleme mit Verlust / Tod z. B. Eltern / Partner / Familie
 - Gewalterfahrung und Verwahrlosungstendenzen.
- Vermittlung weiterer Hilfen und Vernetzung regionaler Angebote (z. B. Selbsthilfegruppen) ist erforderlich
- Zusammenarbeit mit anderen Beratungsstellen oder Institutionen ist erforderlich

Psychosozial – Ressourcenorientiert – Individuell



Versicherteninformation zum Datenschutz in der Patientenbegleitung

1. Um was geht es?

Aufgabe der Patientenbegleiter ist, in Handlungsfeldern tätig zu werden, für die Ärzte, Psychotherapeuten und Sozialdienste der Krankenhäuser mit ihrem Fachpersonal in aller Regel keine Zeit haben.

Die Patientenbegleiter sind speziell qualifiziert. Ein wesentliches Handlungsfeld ist u. a. die Pflegeberatung (§7a SGB XI): Hier geht es um die Regelung der häuslichen Versorgung Pflegebedürftiger, die Beschaffung von Hilfsmitteln wie z.B. Pflegebetten und deren Integration in die häusliche Umgebung sowie die Begleitung von Versicherten in schwierigen Lebenssituationen, in denen sie angesichts der Komplexität unseres Gesundheitswesens Unterstützung brauchen. Eine Beendigung der Zusammenarbeit mit dem Patientenbegleiter ist jederzeit möglich.

Diese Hilfestellung durch die Patientenbegleiter ist ohne die Kenntnis von Daten über den Versicherten nicht möglich. Um die Daten unter Wahrung des Datenschutzes übermittelt zu bekommen, selbst zu erheben, zu speichern, zu verarbeiten und zu nutzen, ist eine entsprechende schriftliche Einwilligungserklärung des Versicherten erforderlich. Ohne ausdrückliche Einwilligungserklärung des Versicherten darf die Patientenbegleitung nicht stattfinden.

2. Warum sind Einwilligungserklärungen bzw. Schweigepflichtentbindungserklärungen erforderlich?

Die Bosch BKK darf für die Patientenbegleitung nur Daten erheben, erfassen, speichern, verarbeiten und nutzen, soweit diese für die Erbringung von Leistungen und die Unterstützungsfunktion zur Durchführung des Versorgungsmanagements der Leistungserbringer erforderlich sind (§§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 und Nr. 13 SGB V). Dabei werden die Regelungen der EU-DSGVO entsprechend berücksichtigt.

3. Was geschieht mit den Daten?

Bei den Ärzten, Psychotherapeuten und in den Krankenhäusern bleiben Befunde und Berichte über die Krankheit und die Pflegesituation in deren Verantwortungsbereich. Von den Krankenhäusern wird die Bosch BKK im Rahmen der gesetzlichen Mitteilungspflichten grundsätzlich nur über die Aufnahme- und Entlassungsdiagnosen informiert. Die Ärzte und Psychotherapeuten übermitteln Diagnosen im Zusammenhang mit Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen.

Ferner beantworten sie zulässige Anfragen der Bosch BKK, die nach einem zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen festgelegten Verfahren für die Wiedereingliederung in das Berufsleben, eine Erwerbsminderung oder die vorgezogene Rente erforderlich sein können. Mit der Einwilligungserklärung können Daten aus dem Bereich der Ärzte, Psychotherapeuten und Krankenhäuser an die Kasse übermittelt werden.

Sie werden mit den von der Bosch BKK erhobenen Daten gespeichert, verarbeitet und genutzt, wenn sie zur Bearbeitung des Falles erforderlich sind. Auf Wunsch des Versicherten können sie jederzeit gelöscht werden.

4. Wer hat Zugriff auf die Daten?

Zugriff auf die Daten haben bei der Bosch BKK nur die mit der Patientenbegleitung, befassten Mitarbeiter. Sie sind auf die Wahrung des Datenschutzes verpflichtet.

5. Wem können sonst noch Daten zur Verfügung gestellt werden?

Die Bosch BKK ist bei der Erbringung bestimmter Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung verpflichtet, eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) einzuholen, wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist. Dabei dürfen Daten, die der Versicherte über seine Mitwirkungspflicht (§§ 60 und 65 SGB I) hinaus seiner Krankenkasse freiwillig selbst überlassen hat, nur weitergegeben werden, soweit der Versicherte schriftlich eingewilligt hat. Um Leistungen zu ermöglichen, die ohne ein Gutachten des Medizinischen Dienstes nicht erbracht werden dürfen, sollte deshalb die umseitige Einwilligungserklärung unterschrieben werden. Der Medizinische Dienst darf die Daten nur für die Beratung und Begutachtung nutzen, ansonsten noch für gesetzlich geregelte Ausnahmefälle.

Die Weitergabe der Daten zur wissenschaftlichen Begleitung der Versorgungsverträge ist ebenfalls zulässig. Aber auch hierfür gilt, dass eine schriftliche Einwilligungserklärung vorliegen muss. Dabei muss sichergestellt sein, dass die erhobenen Daten nur anonymisiert zusammengefasst bzw. pseudonymisiert weitergeleitet werden. Für das beauftragte Institut sind damit die Daten anonym; ein Bezug auf den einzelnen Versicherten ist ausgeschlossen. Die Bosch BKK wird wie bei ähnlichen Projekten in der Vergangenheit gewährleisten, dass bei wissenschaftlicher Begleitung diesen Vorgaben entsprochen wird.

6. Bestehen noch Fragen?

Für die Bosch BKK hat die Gewährleistung des Datenschutzes oberste Priorität. Für Fragen stehen die Kundenberater in den Geschäftsstellen gerne zur Verfügung. Sie vermitteln auch an die jeweilig zuständigen Patientenbegleiter.

Weitere Informationen rund um die Verarbeitung Ihrer Daten und Ihrer Rechte nach der EU-DSGVO finden Sie unter: www.Bosch-BKK.de/Datenschutz. Gerne stellen wir Ihnen diese Informationen auf Wunsch auch in Papierform zur Verfügung.

8.2.3 Patientenflyer der Patientenbegleitung

Wir stehen Ihnen entlastend zur Seite. Jederzeit.
Die Patientenbegleitung der Bosch BKK.



Hohe Anforderungen im Berufs- und Privatleben können zur Belastung werden. Wenn diese andauern oder sich gesundheitliche Probleme häufen, kann man leicht das Gefühl bekommen, vor einem „Hürdenlauf“ zu stehen. Und wer ernsthaft erkrankt, muss sich oft erst mühsam orientieren: Gibt es neben der Betreuung durch meinen Arzt Unterstützung für mich und für meine Angehörigen? Welche Anträge muss ich an die Krankenkasse oder die Rentenversicherung stellen? Kann ich selbst etwas tun, damit sich meine Gesundheit stabilisiert?

Bei diesen und vielen weiteren Fragen helfen Ihnen unsere Patientenbegleiter weiter. Sie nehmen sich Zeit für ein ausführliches Gespräch – gerne auch bei Ihnen zu Hause. Als Kenner der Gesundheitsangebote in Ihrer Region nennen Sie Ihnen Ansprechpartner und zeigen Ihnen Wege, damit Sie wieder ins Gleichgewicht kommen. Oder anders gesagt

Hilfe neben der Hilfe



Ihr Patientenbegleiter unterstützt Sie ergänzend zur Betreuung durch Ihren Arzt – ganz nach dem Motto „Hilfe neben der Hilfe“.

Das kann sowohl beim Umgang mit einer Krankheit als auch in einer Pflegesituation hilfreich sein. Zum Beispiel wenn eine Haushaltshilfe, Pflegeleistungen oder eine Kur beantragt werden müssen. Ihr Patientenbegleiter berät Sie auch gerne, mit welchen Maßnahmen Sie Ihre Gesundheit stabilisieren können.

Ihr Vorteil: Sie haben einen Ansprechpartner über alle Schritte hinweg. Das Angebot der Patientenbegleitung ist **kostenlos** und **freiwillig**. Sie entscheiden selbst, wie lange Sie die Unterstützung Ihres Patientenbegleiters in Anspruch nehmen möchten.

Was macht ein Patientenbegleiter konkret?

Ihr Patientenbegleiter hilft mit Rat und Tat, wenn es darum geht, gesundheitliche Leistungen zu organisieren und aufeinander abzustimmen. Er nützt sein Wissen und Netzwerk, um eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen zu bewirken. Sie profitieren z. B. davon, indem:

- Sie sicher durch das Gesundheitssystem navigiert werden,
- Die Zusammenarbeit verschiedener Behandler verbessert wird,
- Sie intensive Beratung zu Gesundheitsangeboten in Ihrer Nähe erhalten (z. B. Bewegungs-/Ernährungskurse oder psychotherapeutische Unterstützung),
- Sie Kontakte zu Pflege- oder Sozialdiensten und Beratungsstellen vermittelt bekommen,

- Sie bei Suche und Antritt einer Rehabilitation unterstützt werden,
- Ihnen eine umfassende Pflegeberatung zukommt – gerne auch bei Ihnen zu Hause,
- Sie individuell geeignete Hilfsmittel, eine Haushaltshilfe oder Pflegeleistungen in Anspruch nehmen,
- auch Ihre Angehörigen beraten werden.

Unser Tipp:

Schauen Sie unseren Film zur Arbeit der Patientenbegleiter an. Im Internet unter:

www.Patientenbegleitung.de

Stand 01.10.2019 – Änderungen vorbehalten. Die Darstellung gibt einen ersten Überblick, ohne die Leistungen der Bosch BKK. Gerne besat Sie Ihr Krankheitsbild individuell und verbindlich.

Bosch BKK
Kruppstraße 19
70469 Stuttgart

Info@Bosch-BKK.de
www.Patientenbegleitung.de

24-Stunden-Service-Center:
Telefon: 0180 6060200

(20 Cent je Anruf aus dem deutschen Festnetz.
Für Mobilfunk max. 60 Cent.)

Wir räumen Hürden aus dem Weg. Hauptberuflich.
Die Patientenbegleitung der Bosch BKK.

Bosch BKK
Gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung

8.2.4 Terminanfrage/Terminbestätigung



Patientenbegleitung:

Fon 0711 / 252918-733

Fax 089 / 51999-2504

Beratungsbogen (Schnellinformation) zur Einschaltung der Patientenbegleitung

<p>Medizinische Daten</p> <p>Diagnosen nach ICD-10: _____</p>
<p>Empfohlene Maßnahmen</p> <p><input type="checkbox"/> Einschaltung Patientenbegleitung</p> <p><input type="checkbox"/> Fallkonferenz Rücken mit Patientenbegleitung</p>
<p><input type="checkbox"/> Rückruf durch die Patientenbegleitung gewünscht am _____ zwischen _____ und _____ Uhr</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Erklärung</p> <p>Dem/der Patienten/in wurde die Einschaltung der Patientenbegleitung der Bosch BKK empfohlen. Der aus meiner Sicht erforderliche und sinnvolle Beratungs- und Unterstützungsbedarf durch die Patientenbegleitung wurde ihm/ihr erläutert. Er/sie ist damit einverstanden:</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p>

Datum, Unterschrift Arzt/Ärztin

Arztstempel mit Telefonnummer

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

Stempel der PNP-Praxis

Antrag auf Genehmigung durch Krankenkasse (GDK)

GDK-Antrag bitte schriftlich richten an:

AOK Baden-Württemberg, Presselstr. 19, 70191 Stuttgart, HV GB 3.05 – *persönlich* – „GDK“

Antrag auf Genehmigung durch Krankenkasse (GDK) für*

- Einzeltherapie (PTE3 „GDK“)
- Gruppentherapie (PTE6/PTA1 bzw. PTE7/PTA2 „GDKG“)

Gründe für eine Wiederaufnahme der Psychotherapie bei gleicher Diagnose* (Mehrfachnennungen möglich)

- Rückfall bei einer rezidivierenden Erkrankung
- Rückfall in Verbindung mit stationärem Aufenthalt und Empfehlung zur ambulanten Weiterbehandlung
- Rückfall und Wiederaufsuchen des Psychotherapeuten auf Empfehlung des Hausarztes/Facharztes
- Rückfall in Verbindung mit einer außergewöhnlichen Belastungssituation
- Sonstiges: _____

Überweisung des Haus- oder Facharztes

- Eine Kopie der Überweisung des Haus- oder Facharztes liegt dem Antrag bei

Indikation (Mehrfachnennungen möglich)

- Ohne Wiederaufnahme der hochfrequenten psychotherapeutischen Intervention droht Verschlechterung der Symptomatik
- Eine hochfrequente psychotherapeutische Intervention ist indiziert und kosteneffizient
- Eine hochfrequente psychotherapeutische Intervention ist prognostisch ausreichend erfolgversprechend

Diagnose(n): _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum

Unterschrift Psychotherapeut/in

* Den GDK-Antrag stelle ich in Abstimmung mit dem Patienten, der über die genannten Gründe informiert ist.

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

Stempel der PNP-Praxis

**Antrag auf Genehmigung durch Krankenkasse (GDK)
PNP-Vertrag: Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie**

GDK-Antrag ist schriftlich zu richten an:
AOKBaden-Württemberg, HVGB 3.05 -persönlich- „GDK-Antrag“, Presselstr. 19, 70191 Stuttgart

Gründe für eine Erweiterung des Kontingents der Individualbehandlung der ärztlichen und/oder therapeutischen Mitarbeiter (KJPYE1/KJPYE1D bzw. KJPYE2/KJPYE2D) um bis zu weiteren 500 Min. für das laufende Quartal* (Mehrfachnennungen möglich)

Indikation (Mehrfachnennungen möglich):

- Ohne Wiederaufnahme der hochfrequenten ambulanten Behandlung droht eine Verschlechterung der Symptomatik
- hochfrequente Intervention ist indiziert, wirtschaftlich sinnvoll und prognostisch ausreichend erfolgversprechend

Begründende Diagnose(n) gemäß ICD/MAS:

Ggf. Z-Diagnosen (Mehrfachnennung möglich):

- (Z55) Kontakthanlässe mit Bezug auf die Ausbildung
- (Z60) Kontakthanlässe mit Bezug auf die soziale Umgebung
- (Z61) Kontakthanlässe mit Bezug auf Kindheitserlebnisse
- (Z62) Andere Kontakthanlässe mit Bezug auf die Erziehung
- (Z63) Andere Kontakthanlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis
- (Z81) Psychische Krankheiten oder Verhaltensstörungen in der Familienanamnese
- Sonstiges: _____

Ggf. andere Risikofaktoren (Freitext):

Ggf. Sonstiges (Freitext):

Datum, Unterschrift

***Den GDK-Antrag stelle ich in Abstimmung mit dem Patienten, der über die genannten Gründe informiert ist.**

Transitionskonzept

Definitionen:

- geplanter Übergang von Kindern oder jungen Erwachsenen mit chronischen Erkrankungen von einer kindzentrierten hin zu einer erwachsenen-orientierten Gesundheitsversorgung.
- Übergangszeit vom Jugend- ins Erwachsenenalter, in der die Überleitung von Menschen mit speziellem medizinischen Versorgungsbedarf von der Pädiatrie zur Erwachsenenmedizin stattfindet.
- Gezielte Begleitung des Transitionsprozesses im Sinne einer Koordination der Anbieter und Sicherung der Versorgungskontinuität auf dem Weg von der jugendlichenzentrierten hin zur erwachsenenorientierten Versorgung.

Klientel:

Jugendliche mit einer chronischen psychischen/psychiatrischen Erkrankung, bei denen der Wechsel in die Erwachsenenmedizin bevorsteht. Üblicherweise Transfer mit 18 Jahren, in Ausnahmefällen bis zum 25. Lebensjahr.

Anmerkung: für den Übergang ist nicht allein das Alter des Patienten ausschlaggebend, sondern die Reife und Unabhängigkeit des Patienten, die Stabilität der Erkrankung, die Absicherung der Weiterbetreuung und die Zustimmung des Patienten sowie ggf. der Betreuungspersonen.

Eine günstige Ausgangssituation für die Transition liegt vor, wenn diese altersunabhängigen Voraussetzungen erfüllt sind oder diesbez. Entwicklungspotential erkennbar ist.

Die Umsetzung der Transition ist vorrangig und wichtig insbesondere bei Schizophrenie, komplizierten Suchtverläufen (Substanzkonsum) sowie ADHS im Falle signifikanter bzw. beeinträchtigender Symptome oder anderer koexistierender, eine Behandlung erfordernder, Bedingungen. Die Durchführung der Transition ist zudem grundlegend bedeutsam bei allen F-Diagnosen, sofern eine tiefgreifende psychosoziale Beeinträchtigung vorliegt (MAS Achse 6 > 5).

Prämissen:

- Der KINDER- und JUGENDPSYCHIATER ist verantwortlich für die Koordination und Berichterstattung in alle Richtungen wie Pädiater, HAUS- und FACHARZT, Kinder-, Jugend- und Erwachsenen-Psychotherapeut sowie Sozialen Dienst u.a. nach gemeinsamer Entscheidungsfindung mit den Betroffenen einschl. Bezugspersonen und deren Zustimmung.

Anhang 4 zu Anlage 17: Transition

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

- Auch die Transition im Modul-Kinder- und Jugendpsychiatrie fußt auf dem bestehenden Vertrag PNP einschl. Kinder- und Jugendpsychotherapie und Grundlagen zum Sozialen Dienst.
- Einbezug des Sozialen Dienstes gemäß Anlage Sozialer Dienst zu Anlage 12. (Checkliste Transition als Arbeitshilfe optional einsetzbar.)
- Der Transfer sollte Folgendes berücksichtigen
 - flexible Altersgrenzen (mit Ausrichtung auf die Indikation, nicht starr)
 - enge Zusammenarbeit zwischen den Fachgruppen, s.o., sowie ggf. weiteren Bezugspersonen/Hilfs-Organisationen wie Jugendamt usw.
 - Transition therapeutisch nutzbar machen (Selbständigkeit, Krankheitseinsicht und Compliance fördern)
 - Überleitung als selbstverständlicher Baustein der Behandlung von Adoleszenten
 - Unterstützung mittels Informationsmaterialien, Bereitstellung und Förderung der Nutzung von Aufklärungs- und Hilfstoos

Kernelemente:

- Entwicklung einer Transitionsstrategie
 - unter Einbezug der Jugendlichen und Betreuungspersonen
 - Überprüfung von dieser im weiteren Verlauf bis zum Zeitpunkt der Transitionsumsetzung
- Tracking und Überwachung der Transition
 - anhand der Kernelemente in Kooperation mit Jugendlichen und Betreuungspersonen und ggf. der therapeutischen Mitarbeiter bzw. MFA
- Klärung der Transitionsbereitschaft
 - mit Jugendlichen und Betreuungspersonen unter Berücksichtigung von Bedürfnissen und Zielen in Bezug auf die Selbstversorgung
- Transitionsplanung
 - Berücksichtigung der Transitionsbereitschaft, der Entwicklungsbedürfnisse und -stufen
 - Berücksichtigung von evtl. komorbiden Störungen und damit assoziierten Problemen
 - Berücksichtigung familienanamnestischer Problemkonstellationen (z.B. psychisch kranke Eltern/Bezugspersonen)
 - Abstimmung des Bedarfs, der Ziele und des Timings
 - Vorbereitung von Jugendlichen und Betreuungspersonen auf den folgenden Übergang (einschließlich Änderungen betreffend Entscheidungsfindung, Privatsphäre, Selbstvertretung und -bestimmung)
 - Einholung der Einwilligung des Jugendlichen bzw. Vormunds
 - Unterstützung bei der Suche nach adäquater Erwachsenenbetreuung

Anhang 4 zu Anlage 17: Transition

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

- Ggf. bei Diagnosen mit erhöhtem Versorgungsbedarf gemäß ICD-Liste Unterstützungsmöglichkeit durch die therapeutischen Mitarbeiter bzw. MFA
- ggf. Nutzung der Arbeitshilfe Transition
- Erstellung eines kinder- und jugendpsychiatrischen Arztberichtes * inkl. eines Notfallplans (= Transitions-Brief)

* Übergabeschreiben mit ICD-Kodierung und MAS-Einstufung und ggf. Z-Diagnosenerweiterung, diagnostisch-therapeutischer Zusammenfassung, aktuellen und geplanten (nicht-) medikamentösen Maßnahmen, evtl. unerwünschten Auswirkungen und Complianceproblemen, weiterem Betreuungsbedarf sozial, berufsbezogen, finanziell, aktueller Bewertung von Risiko- und Schutzfaktoren.

- Übertragung der Betreuung (Transfer)
 - möglichst bei klinisch stabilem Zustand des Jugendlichen
 - unter finaler Bewertung des Bedarfes und der Übergangsbereitschaft
 - Überprüfung und ggf. Anpassung des Transitionsplans mit Übergangsziele und ausstehenden Maßnahmen v.a. bei Schwierigkeiten im Übergang hinsichtlich der Teilhabe am Leben
 - Mitgabe des Transitionsbriefes bzw. Notfallplans sowie ggf. weiterführender psychoedukativer Materialien, Informationen zur Versorgung im Erwachsenenbereich, z.B. Unterstützungsangebote bzw. Kontaktadressen
 - bedarfsweise persönliche Kontaktaufnahme mit dem weiterbetreuenden Kollegen, z.B. bei Jugendlichen mit komplexen Bedürfnissen (Voraussetzung: Einwilligung des Jugendlichen/Vormunds)
- Transferabschluss
 - Kontaktierung der jungen Erwachsenen und Eltern/Betreuer 3 - 6 Monate nach der letzten kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung beispielsweise durch die therapeutischen Mitarbeiter bzw. MFA
 - Überprüfung bzw. Bestätigung der Übertragung der Verantwortlichkeiten
 - Einholen eines Feedbacks bzgl. der Erfahrung mit dem Übergangsprozess
 - Ggf. Kontaktierung des Erwachsenenpsychiaters und Anbieten einer Beratungshilfe, z.B. bei schwerwiegenden Erkrankungen wie Schizophrenie und/oder komplizierten Suchtverläufen

Ziele:

- Vernetzung im Sinne von Collaborative Care zwischen Kinder- und Jugend- bzw. Erwachsenenpsychiatern bzw. -psychotherapeuten, Pädiatern und Hausärzten ggf. unter Einbezug des Sozialen Dienstes bzw. weiteren Hilfseinrichtungen und Bezugspersonen.
- Transfer der Gesundheitsversorgung, üblicherweise innerhalb des 18. Lebensjahres mit Ausnahmen bis zum 25. Lebensjahr - zu Anbietern im Erwachsenenbereich, für

Anhang 4 zu Anlage 17: Transition

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

den kinder- und jugendpsychiatrische Anbieter weiter als Ressource dienen sollten, bis die Transition komplettiert ist.

- Förderung der Teilhabe am Leben und damit psychosozialer Integration und Stabilisierung einschließlich Rückfallprophylaxe z.B. unter Berücksichtigung des Sozialen Dienstes.

Ablauf:

- **Transitionsgespräch (Strategie/Planung)** beim KINDER- UND JUGENDPSYCHIATER u.a. zur Vorbereitung des weiteren Ablaufes der Transition (Zielalter 17 Jahre). (Optional: Nutzung der Arbeitshilfe Transition.)
- **Transitionsgespräch (Transfer)** beim KINDER- und JUGENDPSYCHIATER mit Ausrichtung auf den aktuellen Stand und die künftige Behandlung. Besonderheit:
 - bedarfsweise gemeinsame Sprechstunde durch die Fachgruppen auf der Basis der Rückmeldung durch den KINDER- und JUGENDPSYCHIATER, Organisation beispielsweise durch die therapeutischen Mitarbeiter bzw. MFA.
- **Transitionsabschluss** mit Jugendlichen und Bezugspersonen und situativem telefonischem Einbezug des Erwachsenenpsychiaters ca. 3-6 Monate nach dem Wechsel, Kontaktaufnahme und Terminklärung über die therapeutischen Mitarbeiter bzw. MFA.

Themenkomplexe der Transitionsgespräche: 5 Bereiche:

1. Kenntnis zur psychischen/psychiatrischen Erkrankung, deren Verlauf und Behandlung
2. Krankheitsmanagement
3. Zukunftsplanung
4. Soziales Umfeld
5. Transitionsbereitschaft

Zu 1. Kenntnisse zur Erkrankung, deren Verlauf und Behandlung und partizipative Entscheidungsfindung zu möglichen individuellen Zielen

Der Patient/die Patientin

- kann seine Erkrankung benennen
- weiß, wann die Erkrankung begonnen hat, wie sie sich manifestierte und behandelt wurde und kennt mögliche gesundheitliche Folgen
- kennt seine Medikamente (mit Wirkung, d.h. Gruppenzugehörigkeit, Dosis, Einnahmezeiten) und weiß, worauf zu achten ist

Anhang 4 zu Anlage 17: Transition

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

- kennt die Zeichen eines Krankheitsschubes bzw. einer -verschlechterung und weiß, was er/sie selbst im Schub tun kann und auch möglichst vorbeugend
- kennt den Einfluss von Drogen, Nikotin und Alkohol auf die Erkrankung und die Medikation
- kennt Zusammenhänge der Krankheit und Medikation mit Sexualität, Kontrazeption und Schwangerschaft

Zu 2. Krankheitsmanagement:

Der Patient/die Patientin

- nimmt seine Medikamente selbständig und regelmäßig ein
- weiß, dass regelmäßige ärztliche Kontrolluntersuchungen erforderlich sind
- weiß, wohin er sich bei Problemen im Zusammenhang mit seiner Erkrankung wenden kann
- kennt die betreuenden Behandler und alle wichtigen Ansprechpartner, ihre Zuständigkeiten und Telefonnummern
- ist in der Lage, Termine auszumachen und einzuhalten, Rezepte anzufordern und einzulösen
- besucht Sprechstunden alleine oder sucht sich bei Bedarf selbständig Begleitung
- kennt Möglichkeiten, einen Erwachsenenmediziner zu finden
- kennt den eigenen Versicherungsstatus und weiß, welche Unterlagen für einen Arztbesuch erforderlich sind
- weiß, welche Bezugspersonen ggf. bei o.g. Zielen einzubeziehen sind

Zu 3. Zukunftsplanung:

Der Patient/die Patientin

- plant seine Zukunft im Hinblick auf den weiteren Verlauf der Schul-/Berufsausbildung und ggf. seine Wohnsituation
- kennt die gesetzlich vorgegebenen Hilfsangebote (z.B. Schwerbehindertenausweis, Nachteilsausgleich) und sozialen Konsequenzen der Erkrankung (z.B. Berufsausbildung, Führerschein)

Anhang 4 zu Anlage 17: Transition

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Zu 4. Soziales Umfeld:

Der Patient/die Patientin

- hat privat und in der Schule/Ausbildung ein unterstützendes soziales Umfeld
- kennt Möglichkeiten, sich bei Bedarf mit anderen auszutauschen, hat Ansprechpartner bei Problemen
- kann mit Ratschlägen und Befremden der Umwelt im Hinblick auf die Erkrankung umgehen

Zu 5. Transitionsbereitschaft:

Der Patient/die Patientin

- kennt die wichtigsten Aspekte der Versorgung in der Erwachsenenmedizin und die Unterschiede zur kinder- und jugendmedizinischen(-psychiatrischen) Versorgung
- ist im Besitz der wichtigsten Unterlagen zum Krankheitsverlauf und eines zusammenfassenden Arztberichtes

Quellen:

- (Sondergutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009).
- Buch Transitionsmedizin, Multiprofessionale Begleitung junger Erwachsener mit chronischer Krankheit, M. Oldhafer, Dt. Ges. für Transfusionsmedizin, Schattauer Verlag, 2016
- Eckpunktepapier von DGKJP und DGPPN vom 23.06.2016
- Nelson Textbook for Pediatrics 20th Edition Volume 2
- www.gottransition.org, Center for Health Care Transition Improvement - Six Core Elements of Health Care Transition 2.0
- Empfehlungen für den Übergang von Patienten mit ADHS von pädiatrischen zum Erwachsenen Gesundheitsdienstleistungen: eine Konsensuserklärung aus dem britischen ADHS-Netzwerk

Anhang 4 zu Anlage 17: Transition

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

- Recommendations for the transition of patients with ADHD from child to adult healthcare services: a consensus statement from the UK adult ADHD network, Young et al. BMC Psychiatry (2016) 16:301
- ADHS in Deutschland: Trends in Diagnose und medikamentöser Therapie - Dtsch Arztebl Int 2017; 114(9): 141-8; DOI: 10.3238/arztebl.2017.0141, Bachmann, Christian J.; Philipsen, Alexandra; Hoffmann, Falk
- AWMF S3 Leitlinie ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, Stand 02.05.2017

Anhang 4.1 zu Anlage 17: Arbeitshilfe Transition

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Arbeitshilfe Transition	
Betreuungssetting	
Patient	
Eltern/Betreuer	
Soziale Situation (Familie, betreutes Wohnen, Schule, Ausbildung)	
Vor- und mitbetreuende Ärzte/Therapeuten/Institutionen	
Weiterbetreuende Ärzte/ Therapeuten/Institutionen	
Einschätzung des aktuellen und zukünftigen Betreuungsbedarfs	
Versorgungssetting	
Aktuelle Medikation	
Heil- und Hilfsmittelversorgung	
Einschätzung der aktuellen gesundheitlichen Situation und des weiteren Versorgungsbedarfs	
Transitionssetting	
Strategie und Plan in Kooperation mit Patient, Eltern bzw. Betreuern entwickelt?	
Transitionsbedarf, -bereitschaft und -reife vorliegend?	
Sozialer Dienst (Kriterien gemäß Checkliste erfüllt) einbezogen?	
Erhöhter Versorgungsbedarf? → ggf. Mitarbeiter zur Unterstützung einbeziehen	
Transitionsbrief inkl. Notfallplan erstellt?	
Transition in Rücksprache mit Weiterbetreuer abgeschlossen?	

Ausfüllen des Bogens zu den Transitionsgesprächen, Ziel: Vorliegen aller Informationen zum Ende des Transitionsprozesses.

Checkliste „Transition“ Sozialer Dienst

Sind aufgrund der derzeitigen oder zukünftigen Lebensumstände der/des Jugendlichen im Hinblick auf die Transition Barrieren/Schwierigkeiten bei der Umsetzung besprochener nächster Schritte (z. B. Therapieplatzsuche, Anträge, ...) absehbar? (Vgl. Ergebnisse aus Ihrem Transitionsgespräch)	Ja	Nein
Besteht voraussichtlich über das 18./21. Lebensjahr hinaus Beratungs-/Behandlungsbedürftigkeit durch einen psychiatrischen Facharzt oder Psychotherapeuten?	Ja	Nein
Gibt es Faktoren im Lebensumfeld, welche eine psychische Stabilisierung der/des Jugendlichen erschweren/behindern?	Ja	Nein
Ist eine Rehabilitations- und Teilhabeplanung (vgl. BTHG) angezeigt?	Ja	Nein

(Bei mindestens 2x „Ja“ ist die Einbindung des Sozialen Dienstes angezeigt)

Was spricht gegen die Einbindung des Sozialen Dienstes?

Gibt es eine zuverlässige Bezugsperson, welche den/die Jugendliche/n bei der Transition begleitet?	Ja	Nein
Ist absehbar, dass der/die Jugendliche die zur Transition notwendigen Schritte selbstständig bzw. ohne intensive Unterstützung Dritter bewältigt?	Ja	Nein

(Mindestens ein „Ja“ spricht gegen die Einbindung des Sozialen Dienstes. Widerspricht dieser Ausschlussgrund bei dieser Patientin/ diesem Patienten Ihrer ärztlichen Einschätzung, stimmen Sie sich gerne mit dem Sozialen Dienst zum weiteren Vorgehen ab.)

Abschlussfragen

Wer bedarf der Beratung durch den Sozialen Dienst? (bitte ankreuzen)	<input type="radio"/> Jugendliche/r direkt <input type="radio"/> Eltern/Erziehungssorgeberechtigte <input type="radio"/> Ich/meine Praxis <input type="radio"/> Sonstige: _____
Welches Ziel/ welche Ziele soll/en durch die Beratung des Sozialen Dienstes erreicht werden?	<hr/> <hr/> <hr/>
Welche Erwartungen haben Sie bezüglich der Beratung des Sozialen Dienstes?	<hr/> <hr/> <hr/>

Nicht-medikamentöse, auf den Lebensstil bezogene Versorgung bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen/psychiatrischen Erkrankungen

Inhalt

Nicht-medikamentöse, auf den Lebensstil bezogene Versorgung bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen/psychiatrischen Erkrankungen.....	1
Hintergrund und Einleitung	2
Nicht-medikamentöse auf den Lebensstil bezogene Versorgung von Kindern und Jugendlichen	3
Schutzfaktor Bewegung:	3
Schutzfaktor Ernährung:	4
Risikofaktoren Rauchen & Alkohol:	5
Risikofaktor Mediennutzung:	6
Weitere Informationen und Unterstützungsmöglichkeiten	8
AOK (unterstützte) Angebote	8
Präventionsprogramme & Informationen für Kinder-und Jugendliche sowie für deren Angehörige	9
Indikationsspezifische Informationen und Angebote.....	10
Depression	10
Sucht.....	11
AD(H)S.....	11
Tourette-Syndrom	12
Zwänge	12
Schizophrenie	13

Hintergrund und Einleitung

Bei rund 20% der Kinder und Jugendlichen in Deutschland finden sich Anhaltspunkte für psychische Auffälligkeiten.¹ Kinder und Jugendliche werden durch Einschränkungen ihrer psychischen Gesundheit stark in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt, insgesamt sogar in höherem Ausmaß als durch körperliche Erkrankungen.²

Zudem sind psychische Faktoren neben Bewegungsmangel und Überernährung eine Hauptursache für Übergewicht und Adipositas. Übergewicht wiederum erhöht das Risiko für verschiedene körperliche Erkrankungen und ist mit einem höheren Risiko für Mobbing und weiteren psychosozialen Folgen verbunden.^{3 4}

Regelmäßige Bewegung ist somit ein wichtiger Schutzfaktor für Kinder. Körperliche Aktivität, Training und Sport haben eine antidepressive Wirkung.⁵ Bewegung macht also nicht nur körperlich, sondern auch psychisch fit.⁶

Auch eine ausgewogene Ernährung in jungen Jahren ist eine wichtige Voraussetzung für die kindliche Entwicklung, denn egal ob Übergewicht oder andere Essstörungen - Betroffene leiden darunter.⁷

Weiterhin ist die Stärkung von Schutzfaktoren wie richtiger Bewegung und Ernährung sowie das Vermindern von Risikofaktoren wie Rauchen und Alkohol ein wichtiger Bestandteil für das nationale Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“.⁸

Risikosuchendes Verhalten wie Suchtstörungen, z.B. Tabak- und Alkoholkonsum, sind mit einer erhöhten Rate von depressiven und Angststörungen sowie Aufmerksamkeit-Defizit-Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) und Störungen des Sozialverhaltens verbunden.⁹ Auch die Nutzung von Medien kann süchtig machen.

Eine psychische Erkrankung von Kindern- und Jugendlichen wirkt sich zumeist auf das gesamte Familiengefüge aus, daher sollte ein familienbasiertes Vorgehen integraler Behandlungsbestandteil sein, um auch Eltern und Bezugspersonen zu integrieren und Unterstützung anzubieten.¹⁰

Da im Kindes- und Jugendalter die Weichen für das Gesundheitsverhalten im späteren Leben gestellt werden, haben gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensmuster, die sich in jungen Jahren ausbilden, oftmals Bestand bis ins Erwachsenenalter.¹¹ Die Bedingungen unter denen Menschen aufwachsen prägen sie nicht nur, sie können auch psychische Krankheiten prädisponieren.¹²

Daher haben wir im Folgenden Informationen und Angebote für Kinder/Jugendliche und deren Bezugspersonen zu den Themen Lebensstil, Primärprävention und Sekundärprävention im Kontext psychischer Erkrankung zusammengetragen.

¹ Journal of Health Monitoring KiGGS Welle 2 – Erste Ergebnisse

² Journal of Health Monitoring KiGGS Welle 2 – Erste Ergebnisse

³ Herold, G. (Hrsg.) u.a. (2018): Innere Medizin. Köln 2018.

⁴ Journal of Health Monitoring KiGGS Welle 2 – Erste Ergebnisse

⁵ Banzer, W. (Hrsg.) (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. S. 322.

⁶ <http://www.imabe.org/index.php?id=institut> (Stand 03.07.2018)

⁷ <http://www.ernaehrungsmedizin.hamburg/jugendliche/>

⁸ Nationale Gesundheitsziele „Gesund aufwachsen“ www.gesundheitsziele.de

⁹ Erwachsenwerden ist schwer: Psychische Störungen in der Adoleszenz

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/142822/Erwachsenwerden-ist-schwer-Psychische-Stoerungen-in-der-Adoleszenz>

¹⁰ Erwachsenwerden ist schwer: Psychische Störungen in der Adoleszenz

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/142822/Erwachsenwerden-ist-schwer-Psychische-Stoerungen-in-der-Adoleszenz>

¹¹ Journal of Health Monitoring KiGGS Welle 2 – Erste Ergebnisse

¹² Zohsel et al. 2017

Nicht-medikamentöse auf den Lebensstil bezogene Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Schutzfaktor Bewegung:

Die zweite Folgeerhebung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 2) hat ergeben, dass ein Zusammenhang zwischen der Teilnahme am Schulsport und körperlicher Aktivität in der Freizeit und einem geringeren Risiko für psychische Erkrankungen besteht.

Die Förderung körperlich-sportlicher Aktivität im Kindes- und Jugendalter kann zudem zur Prävention von Adipositas und der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, zu einer gesunden Entwicklung sowie einer besseren kognitiven und schulischen Leistung und einem gesteigerten Bewegungsverhalten im Erwachsenenalter beitragen.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat 2010 Mindestempfehlungen für körperlich-sportliche Aktivität im Kindes- und Jugendalter definiert. Demnach sollten Kinder und Jugendliche täglich mindestens 60 Minuten mäßig bis sehr anstrengende körperlich-sportliche Aktivität ausüben. Aktuell erreichen lediglich rund 26% der Kinder und Jugendlichen diese Mindestempfehlungen.¹³

Bei Kindern verbessert regelmäßige Bewegung die Fitness, das psychische Wohlbefinden und die Knochengesundheit und wirkt sich günstig auf das Körpergewicht, die Risikoprofile für Herz-Kreislauf- und Stoffwechselkrankheiten aus (Bundesamt für Gesundheit – Schweiz).¹⁴

Laut dem Wiener Institut für Medizinische Anthropologie und Bioethik (IMABE) macht körperliche Bewegung Kinder nicht nur körperlich, sondern auch psychisch fit. Ein positives Selbstbild und soziale Interaktionen durch Sport sind protektive Faktoren.¹⁵

Das öffentliche Gesundheitsportal Österreichs beschreibt zudem, wie sich Bewegungsmangel negativ auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Kinder auswirkt: Es kann unter anderem zu psychischen Problemen wie seelischer Unruhe und Unausgeglichenheit kommen. Studien zeigen darüber hinaus, dass „unbewegte“ Kinder und Jugendliche eher unter Nervosität und Depressionen leiden als „bewegte“.¹⁶

Grundsätzlich geht es darum, über eine Verbesserung der körperlichen Fitness und des Körpergefühls positive Auswirkungen auf die psychische Gesundheit zu erzeugen. Neben ausdauerorientierten Ansätzen werden Krafttraining, Gymnastik oder spielerisch orientierte Gruppenaktivitäten empfohlen. In einer Untersuchung aus Deutschland, in die 1000 Jugendliche eingeschlossen wurden, zeigte sich eine positive Auswirkung auf das Selbstbild, auf geringere Angst- und Depressionswerte sowie einem geringeren Grad an sozialer Inhibition durch Ausdauertraining. Auch Alkohol, Zigaretten und Drogen wurden von sportliche aktiven Jugendlichen signifikant seltener konsumiert. In einer anderen deutschen Bevölkerungsstudie an 2548 Jugendlichen und jungen Erwachsenen führte regelmäßige körperliche Aktivität zu einer niedrigeren Prävalenz komorbider psychischer Störungen sowie niedrigeren Raten von Drogenmissbrauch, Angststörungen und Dysthymie.¹⁷

¹³ Journal of Health Monitoring KiGGS Welle 2 – Erste Ergebnisse

¹⁴ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-gesundheit/kinder-jugendgesundheit/bewegung-fuer-kinder-jugendliche.html> (Stand 03.07.2018)

¹⁵ <http://www.imabe.org/index.php?id=institut> (Stand 03.07.2018)

¹⁶ Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs <https://www.gesundheit.gv.at/leben/bewegung/gesunde-bewegung/kinder-bewegung> (Stand 03.07.2018)

¹⁷ Reimers, D.D. u.a. (2015): Prävention und Therapie durch Sport. München 2015.

Unterstützende Angebote sind u.a. z.B.

Angebote der Kindersportschulen des Schwäbischen Turnerbunds

<https://www.stb.de/kinderturnen/kindersportschule/>

AOK-BW Gesundheitsangebote vor Ort zum Thema Bewegung finden sich unter

<https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/gesundheitsangebote-vor-ort/>

Schutzfaktor Ernährung:

Eine ausgewogene Ernährung in jungen Jahren ist eine wichtige Voraussetzung für die kindliche Entwicklung – beispielsweise für die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit. Essen und Trinken hat somit einen großen Einfluss auf die körperliche und geistige Gesundheit.¹⁸ Daher ist es wichtig, dass Kinder und Jugendliche früh über richtige Ernährung informiert werden.

Ob Übergewicht oder andere Essstörungen - Betroffene leiden darunter.¹⁹

Laut der ersten KiGGS Studie zeigen rund 22% der 11- bis 17-Jährigen in Deutschland Symptome einer Essstörung. Mädchen sind häufiger betroffen als Jungen. Zunehmende Frustration und psychische Probleme können die Essstörung verstärken. Dieser Teufelskreislauf kann zu weiteren schweren Erkrankungen wie Depressionen führen.²⁰

Unabhängige Informationen und Beratung zu Essstörungen bietet hier zum Beispiel die BZgA unter www.bzga-essstoerungen.de an.

Psychische Faktoren sind neben Bewegungsmangel und Überernährung zudem eine Hauptursache für Übergewicht und Adipositas.²¹ Mittlerweile sind rund 15% der Kinder und Jugendlichen übergewichtig und rund 6% adipös wobei diese Prävalenzen mit zunehmendem Alter ansteigen.²²

Ein hoher Body Mass Index (BMI) im Kindes- und Jugendalter ist wiederum mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für Typ-2-Diabetes, Bluthochdruck und Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Erwachsenenalter assoziiert. Damit sind Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen mit einer erheblichen Reduktion der Lebensqualität sowie mit einem höheren Risiko für Mobbing und weiteren psychosozialen Folgen verbunden.²³

Aus den in KiGGS Welle 2 erfassten Ernährungsinformationen wurden einige Lebensmittelgruppen zusammengestellt und ausgewertet, die besonders wichtig für die Vermeidung von Übergewicht sind. Einerseits sind dies zuckerhaltige Getränke, Süßwaren und süße Aufstriche, die bei hohem Konsum die Entwicklung von Übergewicht eher begünstigen, andererseits sind dies Wasser, Obst und Gemüse, deren Konsum mit einer Verringerung des Übergewichts assoziiert ist.

Im Mittel trinken 3- bis 17-Jährige mehr als einen halben Liter zuckerhaltige Getränke und konsumieren rund 70 Gramm Süßwaren pro Tag.

¹⁸ EsKiMo II: Befragung zum Ernährungsverhalten

https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/kiggs_2/Eskimo_2/eskimo_2_inhalt.html;jsessionid=80F8079210547729BCEA8FE663C66CA5.1_cid298

(Stand 03.07.2018)

¹⁹ <http://www.ernaehrungsmedizin.hamburg/jugendliche/>

²⁰ Zentrum für Ernährungsmedizin Hamburg <http://www.ernaehrungsmedizin.hamburg/jugendliche/> (Stand 03.07.2018)

²¹ Herold, G. (Hrsg.) u.a. (2018): Innere Medizin. Köln 2018.

²² Journal of Health Monitoring KiGGS Welle 2 – Erste Ergebnisse

²³ Journal of Health Monitoring KiGGS Welle 2 – Erste Ergebnisse

Der Anteil der Mädchen und Jungen, die die Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Ernährung erreichen ist mit insgesamt 14 % sehr gering.

Unterstützende Angebote sind u.a. z.B.

AOK-BW Gesundheitsangebote vor Ort zum Thema Ernährung
<https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/gesundheitsangebote-vor-ort/>

Risikofaktoren Rauchen & Alkohol:

Tabak- und Alkoholkonsum zählen zu den führenden vermeidbaren Risikofaktoren für eine Vielzahl von Krankheiten mit langfristigen Effekten wie auch vorzeitigem Tod.

In der Jugendphase werden die Weichen für das Gesundheitsverhalten im späteren Leben gestellt und es ist bekannt, dass für Heranwachsende ein früher Einstieg einen späteren regelmäßigen Konsum von Alkohol und Tabak fördert.²⁴

Die Daten aus KiGGS Welle 2 zeigen, dass 7,2% der 11- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen zumindest gelegentlich rauchen. Mit dem Alter nimmt der Anteil der rauchenden Kinder und Jugendlichen deutlich zu: Von den 11- und 12-Jährigen rauchen weniger als 1%, dafür sind es bei den 17-Jährigen circa 20%. Das durchschnittliche Einstiegsalter ist 15. Tabakrauch hat auch in geringen Dosen eine gesundheitsschädigende Wirkung. Darüber hinaus birgt das im Tabak enthaltene Nikotin ein hohes Abhängigkeitspotenzial.

- 4800 Substanzen sind im Tabakrauch. Davon sind 250 giftig und 90 krebserregend.
- Rauchen hat einen starken Einfluss auf die Knochendichte. Bereits bei 18- bis 20-jährigen Raucherinnen und Rauchern ist eine Schwächung der Knochen durch Nikotin festzustellen. Auch Passivrauchen vermindert die Knochendichte.
- Rauchen erhöht das kardiovaskuläre Risiko stark.
- 90% aller Todesfälle durch Lungenkrebs sind auf das Rauchen zurückzuführen.
- Der Körper von Jugendlichen ist anfälliger für Raucherschäden als der von Erwachsenen.²⁵

Einen besonders starken Effekt bewirken rauchende Freundinnen und Freunde. Auch ist der Rauchstatus der Eltern signifikant mit dem Rauchstatus der Heranwachsenden assoziiert.²⁶ Unterstützung wie Gruppen oder Angebote zum Rauchstopp gemäß den örtlichen Gegebenheiten oder auch z.B.

- die Internetangebote der BZgA „Rauch frei“ www.rauch-frei.info, dass insbesondere Jugendliche über Wirkungen, Risiken und gesundheitliche Folgeschäden des Rauchens informiert,
- sowie die „rauchfrei“-Kampagne www.rauchfrei-info.de, die darauf ausgerichtet ist, den Einstieg in das Rauchen zu verhindern, vor Passivrauch zu schützen und Raucherinnen und Raucher beim Aufhören zu unterstützen, bietet Unterstützung
- Eltern finden z.B. Hilfe in der ELSA - Elternberatung bei Suchtgefährdung und Abhängigkeit von Kindern und Jugendlichen <https://www.elternberatung-sucht.de/ueber-uns>

²⁴ Journal of Health Monitoring KiGGS Welle 2 – Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen

²⁵ <https://www.rauch-frei.info/werde-rauchfrei/folgeschaeden-dein-koerper-raucht-mit.html>

²⁶ Journal of Health Monitoring KiGGS Welle 2 – Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen

51% der 11- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen haben bereits alkoholische Getränke konsumiert. Mit dem Lebensalter steigt der Konsum an, im Alter von 17 Jahren sind es rund 40% der Mädchen und rund 34% der Jungen.

Alkohol ist an der Entstehung von über 200 Krankheiten beteiligt und jährlich sterben in Deutschland rund 14000 Menschen an dessen Konsum. Alkohol bewirkt während und nach der Einnahme körperliche und psychische Reaktionen. Kurzfristige, aber auch langfristige körperliche, psychische und soziale Schäden können die Folge sein. Kinder und Jugendliche können bereits ab einem Blutalkoholspiegel von 0,5 Promille bewusstlos werden.²⁷

Über verhaltensbezogene präventive Maßnahmen sollen Jugendliche über die Gefahren des Alkoholkonsums aufgeklärt und zu einem verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol befähigt werden.²⁸

Informationen und Angebote zum Umgang mit Alkohol für Jugendliche gemäß den örtlichen Gegebenheiten oder auch z.B. über

- „Alkohol? Kenn dein Limit“, eine Kampagne der BZgA für Jugendliche zum Thema verantwortungsbewusster Umgang mit Alkohol, richtet sich gezielt an Jugendliche ab 16 Jahren und junge Erwachsene; siehe www.kenn-dein-limit.info
- Die BZgA-Kampagne „Null Alkohol – volle Power“ hat das Ziel, bei Kindern und Jugendlichen bis 16 Jahre eine kritische Einstellung gegenüber Alkohol zu fördern und den Einstieg in den Alkoholkonsum hinauszuzögern; siehe <https://www.null-alkohol-voll-power.de/>
- Das Alkoholpräventionsprojekt „HaLT“ („Hart am Limit“) richtet sich insbesondere an Jugendliche, die bereits wegen riskanten Alkoholkonsums (zum Beispiel wegen eines Krankenhausaufenthalts aufgrund einer Alkoholvergiftung) auffällig geworden sind <https://www.halt.de/>

Weitere Unterstützung in Suchtfragen für Kinder- und Jugendliche gibt es u.a. z.B. unter

- <https://www.drugcom.de/> ein niedrighschwelliges Internet-Projekt der BZgA, das drogenaffine Jugendliche über den Freizeitsektor anspricht
- <https://www.kinderstarkmachen.de/> "Kinder stark machen" zielt darauf ab, Kinder und Jugendliche sowie erwachsene Kontaktpersonen mit biopsychosozialen Kompetenzen auszustatten, die ein suchtfreies Leben ermöglichen
- dem Verzeichnis für Suchtberatungsstellen <https://www.bzga.de/service/beratungsstellen/suchtprobleme/>
- und der Onlineberatung der Caritas für Kinder & Jugendliche <https://www.caritas.de/hilfeundberatung/onlineberatung/kinderjugendelternefamilie/kinderundjugendliche>

Risikofaktor Mediennutzung:

Auch die Nutzung von Medien kann süchtig machen. 2,6% der Kinder- und Jugendlichen in Deutschland erfüllen die Kriterien für eine Abhängigkeit nach der sogenannten „Social Media Disorder Scale“. Durch intensive Nutzung können gesundheitliche und soziale Probleme entstehen. Auch besteht ein Zusammenhang zwischen Social-Media-Sucht und

²⁷ KiGGS Welle 2 – Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen

²⁸ s.o.

Depressionen. Wer von sozialen Medien abhängig ist, hat ein um 4,6% höheres Risiko, an einer Depression zu erkranken.²⁹ Laut einer im Deutschen Ärzteblatt zitierten Studie sind jene am „glücklichsten“, die entsprechende Medien etwas weniger als 1 Stunde pro Tag nutzen. Völlige Medienabstinenz macht auch nicht glücklich.³⁰

Unabhängige Informationen finden sich u.a. z.B. über die BZgA unter folgenden Links oder auch gemäß den örtlichen Gegebenheiten

- Online sein mit Maß und Spaß: Ein Elternratgeber zum richtigen Umgang mit digitalen Medien
<https://www.bzga.de/infomaterialien/suchtvorbeugung/online-sein-mit-mass-und-spass/>
- Im Netz bin ich am liebsten! Wo ist das Problem?: Flyer zum Thema "Soziale Netzwerke" für 12- bis 18-jährige Jugendliche, die Soziale Netzwerke nutzen.
<https://www.bzga.de/infomaterialien/suchtvorbeugung/im-netz-bin-ich-am-liebsten/>
- Computerspiele find ich toll! Wo ist das Problem?: Flyer zum Thema „Computerspiele im Internet“ für 12- bis 18-jährige Nutzerinnen und Nutzer von Computerspielen und Internet
<https://www.bzga.de/infomaterialien/suchtvorbeugung/computerspiele-find-ich-toll/>

²⁹ <https://www.drogenbeauftragte.de/presse/pressekontakt-und-mitteilungen/2018/2018-1quartal/studie-so-suechtig-machen-whatsapp-instagram-und-co.html?L=0>

³⁰ <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/88704/Digitale-Medien-machen-Jugendliche-ungluecklich>

Weitere Informationen und Unterstützungsmöglichkeiten

AOK (unterstützte) Angebote

u.a. z.B.:

- Gesundheitsangebote vor Ort
<https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/gesundheitsangebote-vor-ort/>
- Lebe Balance
Ziel des Präventionsprogramms ist es, die Herausforderungen des Alltags besser zu meistern. Es unterstützt den Nutzer dabei, den achtsamen Umgang mit sich selbst zu verbessern. Anhand von Achtsamkeitsübungen und Tests können die Teilnehmer ihre Wünsche und Bedürfnisse besser kennenlernen und ihre persönlichen Schutzfaktoren stärken. Dazu gehört auch, Situationen anzunehmen, die nicht zu ändern sind. Lebe Balance ist ein Angebot für AOK-Versicherte. Das Programm gibt es als Buch mit DVD, Webinar, Kursangebot vor Ort und als App. Weitere Informationen: <https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/lebe-balance-das-gesundheitsprogramm-3/>
- ScienceKids
(Setting Schule) Lernen und erforschen was gesund ist – aktive Gesundheitsbildung für die Klassen 1-10. Zur Stärkung/Förderung der Gesundheitskompetenzen in Ernährung, Bewegung und seelischem Wohlbefinden. Unterrichtsmaterial stellt das Kultusministerium zur Verfügung. Die AOK-BW unterstützt begleitend die Lehrer durch Fachkräfte <https://www.sciencekids.de/>
- Püppchen – das Theaterstück zur Prävention von Essstörungen
Kooperationsstellen sind Gesundheits- oder Jugendamt; www.pueppchen.info bezuschusst durch die AOK-Baden-Württemberg.
- Das Theaterstück Henrietta & Co.
Ein gesundes Kinderleben braucht physische, psychische und soziale Stärke! Mit "Henrietta & Co." bündelt die AOK die großen Gesundheitsthemen Ernährung, Bewegung und psychische Gesundheit erstmals zu einem Präventionsprogramm. Ausgehend von den drei Theaterstücken "Henrietta in Fructonia", "Henrietta und die Schatzinsel" sowie "Henriettas Reise ins Weltall" wurde ein umfassendes Portfolio an Informationen und Materialien entwickelt <http://www.aok-kindertheater.de/index.php?s=henrietta-co>

Präventionsprogramme & Informationen für Kinder-und Jugendliche sowie für deren Angehörige

u.a. z.B.:

- **Stiftung Kinderseele**
Die Stiftung "Achtung!Kinderseele" informiert Familien von Kindern mit seelischen Erkrankungen und Jugendliche, die sich selbst informieren möchten. In erster Linie Adressen von Beratungs- und Hilfseinrichtungen. <http://www.achtung-kinderseele.org/html/themen/psychische%20stoerungen.html>
- **Irrsinnig menschlich**
Der Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. Irrsinnig Menschlich e.V. hilft seit mehr als 15 Jahren Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Präventionsangeboten zur psychischen Gesundheit. <http://www.irrsinnig-menschlich.de/> & <https://www.dvgp.org/themen-engagement/jugend-und-seelische-gesundheit.html>
- **Aktionsbündnis Seelische Gesundheit**
Das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit ist eine bundesweite Initiative, gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit. Das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit informiert über die Bedeutung, aber auch die Möglichkeiten der sozialen und beruflichen Integration von psychisch erkrankten Menschen. Es will zeigen, wie Betroffene und ihre Familien an unserer Gesellschaft positiv teilhaben können. <https://www.seelischegesundheit.net/>
- www.jugendnotmail.de ist eine kostenlose Online-Beratung. „Unsere ehrenamtlichen Psycholog*innen und Sozialpädagog*innen beraten dich online, vertraulich und verlässlich. Egal wann und egal zu welchem Thema: Wir arbeiten mit dir gemeinsam an einer Lösung.“
- **Kostenfreie Medien zu seelischer Gesundheit Ernährung, Bewegung, Stressregulation für Kinder-und Jugendliche werden von u.a. der BZgA angeboten z.B.**



Unter <https://www.bzga.de/infomaterialien/medienuebersichten/medienuebersicht-ernaehrung-bewegung-stressregulation/>

- **Informationen zur Kindergesundheit-psychische Gesundheit**
<https://www.kindergesundheit-info.de/themen/entwicklung/psychische-gesundheit/>
der BZgA

Indikationsspezifische Informationen und Angebote

Depression

u.a. z.B.:

- Familiencoach Depression
Der "**Familiencoach Depression**" hilft den Angehörigen Erwachsener mit einer depressiven Störung, mit häufigen Symptomen wie Freudlosigkeit oder Antriebslosigkeit gut umzugehen. Das Programm basiert auf den Inhalten von Psychoedukationskursen, die die Belastung der Angehörigen nachweislich senken können. In vier Trainingsbereichen erfährt man, wie man seinen erkrankten Angehörigen, Freund oder Bekannten unterstützen und sich selbst vor Überlastung schützen kann. Das Online-Programm zeigt unter anderem in 14 Videos, wie es gelingt, die Beziehung zum erkrankten Angehörigen wieder zu stärken, mit Krisensituationen umzugehen, den Erkrankten zu unterstützen und sich selbst in dieser schwierigen Situation nicht zu überfordern. Zudem vermittelt das Programm Wissen über die Erkrankung. Entwickelt wurde das Programm von Prof. Elisabeth Schramm vom Universitätsklinikum Freiburg und ihrem Team. Das interaktive Online-Programm ist für jeden Interessierten kostenfrei verfügbar. Weitere Informationen: <https://depression.aok.de/>
- moodgym:
Das Online-Selbsthilfeprogramm moodgym basiert auf der kognitiven Verhaltenstherapie und hilft bei der Vorbeugung und Linderung von depressiven Symptomen. Das Programm wurde von australischen Wissenschaftlern entwickelt; die deutsche Fassung hat das Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health der Universität Leipzig erstellt. Die Wirksamkeit des Programms konnte in mehreren internationalen Studien belegt werden – zuletzt in einer randomisierten und kontrollierten Studie der Universität Leipzig auch für den Einsatz in deutschen Hausarztpraxen. Ärzte und Therapeuten können moodgym auch als Baustein ihrer Behandlung nutzen. Das Programm steht allen Interessierten zur anonymen und kostenlosen Nutzung zu Verfügung.
Weitere Informationen:
Für Fachkreise: <https://www.moodgym-deutschland.de/>
Für potentielle Teilnehmer: <https://www.moodgym.de/>
- Stiftung Deutsche Depressionshilfe; Informationsseite zu Depressionen im Kindes- und Jugendalter <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/depression-in-verschiedenen-facetten/depression-im-kindes-und-jugendalter>
- Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendtelefon e.V.; telefonische Beratung und Beratung per Email für Kinder und Jugendliche von professionellen Beratern oder von Jugendlichen für andere Jugendliche; telefonische Beratung für Eltern www.nummergegenkummer.de :
- Zahlreiche Beratungsangebote der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung für Eltern und Jugendliche, Adressen von Beratungsstellen, moderiertes Forum, Chats www.bke.de
- Youth-Life-Line im Arbeitskreis Leben; Online-Peerberatung für Jugendliche in Krisen und bei Suizidgefahr; die jugendlichen BeraterInnen werden begleitet von Fachkräften www.youth-life-line.de

- Arbeitskreis Leben Freiburg und Caritas Verband; Informationen und Online-Peerberatung für junge Menschen unter 25 Jahren in Krisen und bei Suizidgefahr www.u25-deutschland.de
- Email-Beratung von Jugendlichen für Jugendliche; Evangelische Jugend Stuttgart www.nethelp4u.de

Sucht

u.a. z.B.:

- Trampolin
Kinder aus suchtbelasteten Familien stärken. Das ist das Ziel des Präventionsprogramms für Kinder von 8-12 Jahren. Die AOK-BW übernimmt die Kosten zur Ausbildung der Übungsleiter und die Teilnehmergebühr aller Kinder <http://www.projekt-trampolin.de/>
- <https://www.drugcom.de/> ein niedrighschwelliges Internet-Projekt der BZgA, dass drogenaffine Jugendliche über den Freizeitsektor anspricht
- <https://www.kinderstarkmachen.de/> "Kinder stark machen" zielt darauf ab, Kinder und Jugendliche sowie erwachsene Kontaktpersonen mit biopsychosozialen Kompetenzen auszustatten, die ein suchtfreies Leben ermöglichen
- Verzeichnis für Suchtberatungsstellen <https://www.bzga.de/service/beratungsstellen/suchtprobleme/>
- Onlineberatung der Caritas für Kinder & Jugendliche <https://www.caritas.de/hilfeundberatung/onlineberatung/kinderjugendelternefamilie/kinderundjugendliche>
- Informationen und Angebote der Stuttgarter Suchthilfe
Überblick über die Angebote der Suchthilfe und der Suchtprävention in der Landeshauptstadt Stuttgart <https://stuttgart.de/item/show/305805/1/publ/17474?>
Angststörung
- Weiterführende Informationen und Unterstützung für Eltern von Kindern mit Angststörungen:
<https://www.angstselbsthilfe.de/>
- Allgemeine Informationen zu Angststörungen (Definition, Häufigkeiten, Therapie, selbstwirksame Maßnahmen) in leicht verständlicher Sprache.
<https://www.gesundheitsinformation.de/generalisierte-angststoerung.2707.de.html>

AD(H)S

u.a. z.B.:

- ADHS-Elterntrainer
<https://adhs.aok.de/>
Der "**ADHS-Elterntrainer**" richtet sich an Eltern in schwierigen Erziehungssituationen. Er hilft Müttern und Vätern von Kindern mit hyperaktivem oder impulsivem Verhalten bei der Bewältigung von typischen Erziehungsproblemen.

Anhand von 44 Filmsequenzen vermittelt das Trainingsprogramm einfache, auf verhaltenstherapeutischen Erkenntnissen basierende Methoden. Eltern können sie bei Problemen infolge einer "Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung" (ADHS) ihres Kindes schnell und unkompliziert anwenden. Der Elterntainer ist aber auch für Eltern von Kindern ohne ADHS geeignet. Der Elterntainer basiert auf Inhalten eines von Prof. Dr. Manfred Döpfner und Dr. Stephanie Schürmann entwickelten und etablierten Therapieprogramms für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP).

Das Online-Programm ist ein freiwillig und anonym nutzbares Zusatzangebot zur Stärkung des Selbstmanagements. Es soll Hilfe zur Selbsthilfe bieten, stellt aber kein Behandlungsangebot dar. Das Online-Angebot kann die betroffenen Eltern als Ergänzung zu den klassischen Beratungs-, Behandlungs- und Selbsthilfeangeboten zusätzlich unterstützen. Der ADHS-Elterntainer ist nicht darauf ausgerichtet, eine ADHS-Diagnose zu erheben. Diese muss von einem Arzt oder Therapeuten gestellt werden. Für die Nutzung des Programms ist es aber unerheblich, ob eine Diagnose vorliegt oder nicht – denn die vermittelten Techniken sind universell einsetzbar. Entscheidend ist der Veränderungswunsch der Familie.

Das Programm ist für alle Interessierten kostenfrei und ohne Registrierung nutzbar. Auf Wunsch können sich die Nutzer zusätzlich mit einer E-Mail-Adresse und einem selbst gewählten Passwort beim "ADHS-Elterntainer" anmelden. Dann werden ihre Eingaben gespeichert, sodass sie beim nächsten Einloggen kontinuierlich im Programm weiterarbeiten können.

- Infoportal des Zentralen ADHS-Netzwerks mit eigener Seite für Jugendliche <https://www.adhs.info/fuer-jugendliche.html>
- Informationen zu ADHS, Selbsthilfegruppenfinder etc. – aber eben auch ein Elterntainer, der allerdings nur von Mitgliedern genutzt werden kann und dessen Inhalte sich entsprechend nicht einordnen lassen <http://www.adhs-deutschland.de/Home.aspx>
- Broschüren der BZgA zu chronischen Erkrankungen im Kindesalter u.a. zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) <https://www.bzga.de/infomaterialien/kinder-und-jugendgesundheit/chronische-erkrankungen-im-kindesalter/>

Tourette-Syndrom

u.a. z.B.:

- Tourette-Gesellschaft Deutschland e.V.
Infomaterial & Selbsthilfegruppen
<https://tourette-gesellschaft.de/>

Zwänge

u.a. z.B.:

- Deutschen Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V.
Infomaterial & Selbsthilfegruppen
<http://www.zwaenge.de/>

Schizophrenie

u.a. z.B.:

- Kompetenznetz Schizophrenie (KNS)
Weiterführende Informationen und Unterstützung für Patienten mit Schizophrenie und deren Eltern
<http://www.kns.kompetenznetz-schizophrenie.info/>

Medizinische Rehabilitation für Kinder und Jugendliche mit psychischen/psychiatrischen Erkrankungen

1. Medizinische Rehabilitation

Eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene soll bei chronischen Erkrankungen eine Verbesserung des Gesundheitszustandes bzw. eine Verhinderung einer Verschlechterung u.a. auch von Spätfolgen bewirken. Durch eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme soll eine alters-/bzw. entwicklungsgemäße Teilhabe an allen Lebensbereichen ermöglicht werden.¹ Voraussetzung für eine medizinische Rehabilitation ist sowohl das Vorliegen einer Rehabilitationsbedürftigkeit als auch einer Rehabilitationsfähigkeit (s. Punkt 1.1 und 1.2).

Eine Rehabilitationsmaßnahme kommt in Frage, wenn neben der ambulanten Behandlung oder einer Krankenhausbehandlung eine komplexe und interdisziplinäre Behandlung erforderlich ist (beispielsweise wenn die ambulanten Maßnahmen nicht ausreichen) und wenn durch die Rehabilitation eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit voraussichtlich beseitigt oder gebessert werden kann.

Im Rahmen einer Rehabilitation für Kinder und Jugendliche übernimmt die AOK die anfallenden Kosten für Reise, Verpflegung, ärztliche Betreuung, therapeutische und pflegerische Leistungen und medizinische Anwendungen. Schulkinder erhalten während der Maßnahme mindestens Unterricht in Kleingruppen in allen Hauptfächern, sodass möglichst wenig Unterrichtsstoff versäumt wird. Zuzahlungen sind bis zum Beginn der Volljährigkeit grundsätzlich nicht zu leisten. Bei Kindern besteht, je nach Alter und Gesundheitszustand, die Möglichkeit der Mitaufnahme einer Begleitperson.

Die Rehabilitationsmaßnahme erstreckt sich in der Regel über einen Zeitraum von vier Wochen. Nach der Maßnahme erstellt die Rehabilitationseinrichtung einen Entlassungsbericht. Hieraus lassen sich Empfehlungen für die weitere Behandlung ableiten, die den Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme nachhaltig sichern sollen. Diese Maßnahmen werden zwischen den behandelnden Ärztinnen oder Ärzten am Wohnort und den Eltern abgestimmt.

1.1 Feststellung der Rehabilitationsbedürftigkeit

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten vorliegen, durch die in absehbarer Zeit Beeinträchtigungen der Teilhabe drohen oder Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen, und über die kurative

¹ Für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene können ebenso Vorsorgeleistung in Frage kommen. Vorsorgebedürftigkeit besteht, wenn beeinflussbare Risikofaktoren oder Gesundheitsstörungen vorliegen, die voraussichtlich in absehbarer Zeit zu einer Krankheit führen werden, oder wenn die gesundheitliche Entwicklung eines Kindes/Jugendlichen gefährdet ist (Primärprävention). Bei der Beurteilung sind die auf das Gesundheitsproblem positiv wie negativ wirkenden umwelt- und personenbezogenen Kontextfaktoren zu berücksichtigen. Vorsorgebedürftigkeit besteht nur dann, wenn über die kurative Versorgung hinaus der komplexe (interdisziplinäre, mehrdimensionale) Ansatz der Vorsorgeleistung erforderlich ist.

Versorgung hinaus ein mehrdimensionaler und interdisziplinärer Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist.

Eine Rehabilitationsbedürftigkeit für eine psychosomatische Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen kann insbesondere in Zusammenhang mit folgenden Diagnosen vorliegen:

- Störung des Sozialverhaltens
- Hyperkinetische Störungen
- Depressive Störungen
- Angst- und Panikstörungen

Diese Diagnosen sind häufige Ursache für die Antragsstellung und daher Inhalt der medizinischen Checkliste zur Erkennung des Reha-Bedarfes. Hier kann der verkürzte Antrag verwendet werden. (s. Punkt 5, s. Anlage)

Bei anderen Störungen ist das reguläre Antragsverfahren anzuwenden.

1.2 Feststellung der Rehabilitationsfähigkeit

Rehabilitationsfähigkeit liegt vor, wenn eine ausreichende Belastbarkeit der körperlichen und psychischen Verfassung sowie Motivierbarkeit bzw. Motivation für die Durchführung und die Mitwirkung bei der Rehabilitationsleistung gegeben ist.

2. Rehabilitationsprognose

Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Leistung zur medizinischen Rehabilitation auf der Basis der Erkrankung oder Behinderung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotentials oder der Rückbildungsfähigkeit. Die Rehabilitation wird begründet durch eine positive Prognose hinsichtlich Schädigung, Beeinträchtigung von Aktivität und Teilhabe, Kontext- und Risikofaktoren.

3. Rehabilitationsziele

Die ärztliche und therapeutische Behandlung verfolgt das Ziel, möglichst frühzeitig voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten zu beseitigen sowie die Gesundheit zu verbessern bzw. wiederherzustellen, einer Verschlechterung vorzubeugen oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen sollen lernen, mit den Folgen der Erkrankung umzugehen und Krisensituationen im Alltag zu bewältigen. Hierzu werden Strategien zum Selbstmanagement erarbeitet und durch gemeinsame Aktivitäten, Sport und Spiel der Umgang mit den vorhandenen Einschränkungen eingeübt.

Die Rehabilitationsziele werden individuell mit jedem Patienten und ggf. dessen Betreuungspersonen entsprechend der Schädigung bzw. Diagnose sowie der Kontext- und Risikofaktoren und der daraus resultierenden Beeinträchtigungen von Alltagsaktivitäten und Teilhabe vereinbart. Sie stellen die Grundlage für den Therapieplan dar, der je nach Bedürfnis sowohl ärztliche, psychologische, pädagogische, physiotherapeutische und/oder ergotherapeutische Leistungen umfassen kann. Bereits während der Kinder- bzw. Jugendrehabilitation soll die weiterführende Behandlung am Wohnort vorbereitet werden, um den Erfolg der Rehabilitation nachhaltig zu sichern.

Anhang 6 zu Anlage 17: med. Reha

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

4. Rehabilitationsträger

Für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen besteht eine gleichrangige Zuständigkeit von Renten- und Krankenversicherung.

5. Antragsverfahren im Hausarzt- bzw. Facharztvertrag

Verordner, die am AOK-Hausarztprogramm, bzw. am Facharztvertragsmodul Kinder- und Jugendpsychiatrie teilnehmen, profitieren von einem verkürzten Antrags- und Genehmigungsverfahren. Das Erkennen von Vorsorge- und Rehabilitationsbedarfen wird in diesen Fällen über eine medizinische Checkliste sichergestellt. Die am AOK-Hausarztprogramm teilnehmenden Kinder- und Jugendärzte und Hausärzte, bzw. die am Facharztprogramm teilnehmenden Kinder- und Jugendpsychiater wenden diese Checkliste im Rahmen der Patientenbehandlung an. Das verkürzte Antragsformular und die medizinische Checkliste (s. Anlage) werden gemeinsam mit einem ärztlichen Befundbericht bei der AOK Baden-Württemberg eingereicht. Bei Bedarf unterstützt der Soziale Dienst beim Ausfüllen des Antrages.

Praxis-Ablauf

1. **Identifikation** des Therapiebedarfs von Kindern und Jugendlichen gemäß Checkliste
2. **Ansprechen** der Eltern resp. Jugendlichen
3. **Ausfüllen** der Checkliste sowie des Formulars „Antrag auf HZV-KinderReha“ (beides in der HZV-Software hinterlegt)
4. **Mitgabe** der Checkliste und des Antrags an Eltern resp. Jugendliche
5. **Verweis** auf zuständige AOK-Bezirksdirektion

Psychosomatische Diagnosen

STÖRUNGEN DES SOZIALVERHALTENS
– ICD-10: F91.-, F92.-, F94.-
HYPERKINETISCHE STÖRUNGEN
– ICD-10: F90.-
DEPRESSIVE STÖRUNGEN
– ICD-10: F32.-, F33.-, F34.1, F92.0
ANGSTSTÖRUNGEN – PANIKSTÖRUNG
– TRENNUNGSANGST
– ICD-10: F40.-, F41.-, F93.0, F93.1, F93.2

Anhang 6 zu Anlage 17: med. Reha

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Quellen

Gemeinsame Informationen der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen, GKV Spitzenverband (https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/beratung_und_information/Gem_Info_GKV-RV_Kinder-Jugend-Reha_2012.pdf, Aufruf am 02.01.2018)

Reha für Kinder und Jugendliche – Wegweiser für Fachkräfte, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V. Frankfurt, März 2017

Sozialgesetzbuch (SGB VI) Sechstes Buch § 15a: Leistungen zur Kinderrehabilitation (Stand 2017)

Rehabilitation für Kinder und Jugendliche, Deutsche Rentenversicherung, 12. Auflage (3/2017)

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



Eingangsstempel des
Leistungsträgers

Antrag auf HZV-KinderReha – Rehabilitation Vorsorge

**1 Angaben zum Vater oder zur Mutter
(Person, aus deren Versicherung der Antrag gestellt wird)**

Name, Vorname des Vaters		Geburtsdatum
Name, Vorname der Mutter		Geburtsdatum
Straße, Hausnummer (von einem Elternteil)		Vorwahl/Telefonnummer
Postleitzahl	Wohnort	

2 Angaben zum Kind

Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Rentenversicherungsnummer des Kindes		

3 Behandelnder Arzt/Behandelnde Ärztin

Name		Vorname	
Straße, Hausnummer			Telefon
Postleitzahl	Ort		

4 Krankenkasse

Name der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> privat versichert
-----------------------	---

Rentenversicherungsnummer

KV-Nummer

5 Gesundheitsstörungen des Kindes

Sind bei dem Kind Gesundheitsstörungen anerkannt worden als

- Folge eines Unfalls in der Kindertagesstätte oder Schule?
- Impfschaden?

nein ja, von welcher Stelle? _____

Wurden dort Leistungen beantragt?

nein ja, Aktenzeichen _____

Ist die zum Rehabilitationsantrag führende Gesundheitsstörung des Kindes ganz oder teilweise Folge eines Unfalls oder durch eine andere Person verursacht worden?

nein ja

Sind Schadensersatzansprüche geltend gemacht worden (z. B. bei privaten Versicherungsgesellschaften)?

nein ja, am _____

bei welcher Stelle _____ Aktenzeichen _____

6 Angaben, wenn das Kind mindesten 18 Jahre alt ist

Das Kind

- befindet sich in Schulausbildung oder Studium (Bitte Schulbescheinigung oder Studienbescheinigung beifügen)
- befindet sich in Berufsausbildung (Bitte Kopie des Ausbildungsvertrages beifügen)
- leistet ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr oder einen Bundesfreiwilligendienst (Bitte Bescheinigung des Trägers beifügen)
- ist wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande, sich selbst zu unterhalten (Bitte Nachweis über die Behinderung beifügen)
- Sonstiges:

7 Antragstellung durch eine andere Person

Der Antrag wird gestellt von

Name, Vorname/Dienststelle		
in der Eigenschaft als		
<input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter	<input type="checkbox"/> Vormund	<input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter
Postleitzahl	Wohnort, Straße, Hausnummer	Vorwahl/Telefonnummer

Rentenversicherungsnummer

KV-Nummer

8 Kommunikationshilfen und anerkannte Heilmittel

Ist das Kind auf die Bereitstellung eines Gebärdensprachdolmetschers bzw. anderer geeigneter Kommunikationshilfen angewiesen, oder nutzt das Kind behinderungsbedingt ein anerkanntes Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl, Assistenzhund)?

nein ja, das Kind ist angewiesen auf _____

9 Dokumentenzugang für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (z. B. blinde und sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten.

Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in einer für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden, und zwar

- als Großdruck als CD (Schriftdatei oder Textdatei im „doc.“-Format)
 in Braille (Kurzschrift) als Hörmedium (DC-DAISY Format)
 in Braille (Vollschrift)

10 Unterschrift

Ort/Datum

Unterschrift Mutter oder Vater/Betreuer

11 Erklärung und Information

Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass der Leistungsträger von den Ärzten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen, die für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt, erhalten darf. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen erhalten haben. Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens – beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte – stattgefunden haben, werde ich dem Rentenversicherungsträger umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, **willige ich ein**, dass der Rentenversicherungsträger auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen erhalten darf.

Ich willige ein, dass bereits vorhandene Entlassungsberichte über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einem evtl. zu beauftragenden Gutachter übersandt werden dürfen.

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben die Erbringung von Leistungen ausschließen können.

Ich verpflichte mich, Änderungen zu den Angaben in diesem Antrag dem Leistungsträger sofort mitzuteilen.

Ort/Datum

Unterschrift Mutter oder Vater/Betreuer

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

CHECKLISTE STATIONÄRE VORSORGE¹ UND REHABILITATION² FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

INDIKATIONEN bei VERHALTENS- und PSYCHOSOMATISCHEN STÖRUNGEN³

VORSORGEBEDARF	Zutreffendes bitte ankreuzen	REHABILITATIONSBEDARF
	Vorsorge- bzw. Rehabilitationsfähigkeit gegeben? (bzgl. Motivation, Mobilität, physische und psychische Belastbarkeit)	
	Realistische Vorsorge- bzw. Rehabilitationsziele vorhanden? (bzgl. Schädigung, Beeinträchtigung Aktivität und Teilhabe, Kontext- und Risikofaktoren)	
	Positive Vorsorge- bzw. Rehabilitationsprognose gegeben? (bzgl. Schädigung, Beeinträchtigung Aktivität und Teilhabe, Kontext- und Risikofaktoren)	
	Ambulante Therapien ausgeschöpft?	

F: STÖRUNGEN DES SOZIALVERHALTENS – ICD-10: F91.-, F92.-, F94.-	
Leichte Sozialverhaltensstörung, deren Ausmaß eine Teilhabe am Alltag der altersgemäßen Umwelt (Kindergarten, Schule, Familie) noch zulässt. Noch keine 6 Monate bestehend.	Mäßig bis schwer ausgeprägte Sozialverhaltensstörung, deren Ausmaß eine Teilhabe am Alltag der altersgemäßen Umwelt (Kindergarten, Schule, Familie) zumindest zeitweise erheblich einschränkt. Länger als 6 Monate bestehend.

G: HYPERKINETISCHE STÖRUNGEN – ICD-10: F90.-	
Leicht bis mäßig unaufmerksam Subtyp, dessen Ausprägung eine Teilhabe am Alltag der altersgemäßen Umwelt (Kindergarten, Schule, Familie) noch aufrechterhält, wobei eine künftige Gefährdung nicht ersichtlich ist.	Mäßig bis stark unaufmerksam Subtyp, dessen Ausprägung eine Teilhabe am Alltag der altersgemäßen Umwelt (Kindergarten, Schule, Familie) zumindest zeitweise erheblich erschwert, wobei die Entwicklung komorbider Störungen nicht auszuschließen ist.

H: DEPRESSIVE STÖRUNGEN – ICD-10: F32.-, F33.-, F34.1, F92.0	
Leicht ausgeprägte depressive Störung - keine Suizidalität - ohne relevante Komorbiditäten - mit ausreichend Ressourcen in der Familie - ohne Rückfallgefährdung - ohne weitere Risiken	Mittelgradige depressive Störung - ohne akute Suizidalität - Mangel an Ressourcen in der Familie - erhebliche psychosoziale Belastungen (Vernachlässigung, Armut u.a.) - erkennbare Funktionseinschränkungen - unzureichende Alltagsbelastbarkeit/Reduktion schulischer Fähigkeiten

I: ANGSTSTÖRUNGEN – PANIKSTÖRUNG – TRENNUNGSANGST – ICD-10: F40.-, F41.-, F93.0, F93.1, F93.2	
Leichte Angst- und Panikstörung* In der Regel < 4 Verhaltensauffälligkeiten pro Monat erkennbare Angstzustände führen zu einer nur kurzzeitigen psychosozialen Beeinträchtigung, deren Ausmaß eine Teilhabe am Alltag der altersgemäßen Umwelt (Kindergarten, Schule, Familie) noch zulässt, eine künftige Verschlechterung jedoch nicht ausschließt. Intermittierende Symptomatik.	Schwere Angst- und Panikstörung* In der Regel ≥ 4 Verhaltensauffälligkeiten pro Woche erkennbare Angstzustände führen zu wiederholten und ausgeprägten psychosozialen Beeinträchtigungen, die eine Teilhabe am Alltag der altersgemäßen Umwelt (Kindergarten, Schule, Familie) zumindest zeitweise erheblich erschweren oder beeinträchtigen.
Leichte Trennungsangst* - Trennungssituation wird toleriert trotz erkennbarer Angst - keine psychosoziale Beeinträchtigung	Ausgeprägte Trennungsangst* - ausgeprägte psychosoziale Beeinträchtigung durch Vermeidung einer Trennung

Kontaktaufnahme durch die Einrichtung während der oder im Anschluss an die Maßnahme erwünscht.

Ort, Datum _____

Stempel, Unterschrift _____

¹ Vorsorgebedürftigkeit besteht nach § 23 SGB V, wenn beeinflussbare Risikofaktoren oder Gesundheitsstörungen vorliegen, die voraussichtlich in absehbarer Zeit zu einer Krankheit führen werden, oder wenn die gesundheitliche Entwicklung eines Kindes/Jugendlichen gefährdet ist (Primärprävention).

² Rehabilitationsmaßnahmen sind nach § 40 SGB V dann zielführend, wenn eine drohende Beeinträchtigung der Teilhabe abgewendet, eine bereits eingetretene Beeinträchtigung der Teilhabe beseitigt oder eine Verschlimmerung vermieden werden muss. Dabei sind die Kriterien Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, realistische Rehabilitationsziele und eine positive Rehabilitationsprognose zu berücksichtigen.

³ Hinweis: Die Ausführungen in Anhang 4 zu Anlage 14 sind zu beachten. Begleitpersonen können bis zur Vollendung des zehnten Lebensjahres mit beantragt werden, in medizinisch begründeten Einzelfällen bis zwölf Jahre.

* Es sollte eine weitere Abgrenzung zur akutmedizinischen Behandlung erfolgen, im Sinne einer Prüfung der Rehabilitationsfähigkeit. Ist diese nicht gegeben liegt bei gleichzeitiger Entwicklungsgefährdung in der Regel eine akutmedizinische Behandlungsindikation vor.

Medikamentöse Therapie bei psychischen Erkrankungen im Kinder- und Jugendalter

Das aktuelle Wissen zum Einsatz von Psychopharmaka bei psychischen Erkrankungen basiert überwiegend auf Studien bei Erwachsenen. Für Kinder und Jugendliche liegen vergleichsweise wenig Studien über Nutzen und Risiko von Psychopharmaka vor, sodass etwa 40-70% der in der Praxis eingesetzten Psychopharmaka bei Kindern und Jugendlichen nicht für den Einsatz bei Minderjährigen zugelassen ist bzw. trotz unsicherer Datenlage teilweise eine Zunahme der Verordnungen zu beobachten ist (z.B. Neuroleptika).

Daher sollen nachfolgend wichtige Aspekte zur Psychopharmakotherapie von Kindern und Jugendlichen im Verlauf einer indizierten medikamentösen Therapie berücksichtigt werden. Eine verstärkte interdisziplinäre Abstimmung, insbesondere im Kontext der Entscheidungsfindung zur Diagnosestellung und medikamentösen Therapie wie auch zu möglichen Auslassversuchen usw. ist anzustreben.

- Resorption und Verstoffwechslung unterscheiden sich teilweise erheblich von denen bei Erwachsenen („poor metabolizer“, „extensive metabolizer“ und „ultra rapid metabolizer“, andere Fett- und Wasseranteile als Erwachsene, sich noch entwickelnde Blut-Hirn-Schranke).
- Nebenwirkungen sind ggf. altersabhängig.
- Hohe Non-Compliance-Rate bei Kindern- und Jugendlichen, sodass eine sorgfältige Überwachung erfolgen muss, v.a. auch bei Konsum von Alkohol, Nikotin, Drogen, unregelmäßigem Essverhalten sowie der Einnahme von Kontrazeptiva. Darüber hinaus sind altersspezifische Gründe zu berücksichtigen, wie Führen eines PKW, Wunsch einen Führerschein zu erwerben, Einfluss der Peergroup, Beeinträchtigung der Sexualität sowie eine mögliche Gewichtszu- bzw. abnahme.
- Aufklärung: Vor Medikation muss eine mündliche und schriftliche altersangemessene Aufklärung der Kinder/Jugendlichen und der Sorgeberechtigten erfolgen. Ggf. ist der Einbezug von weiteren Bezugspersonen sinnvoll.
- Eine eingeschränkte Zulassung vieler Psychopharmaka bei Kindern und Jugendlichen führt im Rahmen eines individuellen Heilversuches durch den Arzt oftmals zur „off label“ oder „unlicensed“ – Verordnung. Hierbei ist eine sorgfältige Risiko-Nutzenabwägung durch den Arzt und daraus abgeleitet eine ausführliche Beratung der Betroffenen (Kinder, Jugendliche, Sorgeberechtigte) erforderlich. Eine mündliche und schriftliche Aufklärung der Minderjährigen und der Sorgeberechtigten ist verpflichtend. Ebenso eine sorgfältige Verlaufskontrolle bzw. Nutzen- und Wirksamkeitsprüfung.

Quellen:

1. Lehmkuhl G. u. Schubert I. 2014: Psychopharmaka-Verordnungen bei Kindern und Jugendlichen, Dt. Ärztebl. Int. 2014; 111(3): 23-4
2. Vorderholzer U und Hohagen F 2015: Therapie psychischer Erkrankungen – State of the art. 10. Auflage, S. 462-464, München.
3. Rabady S und Sönnichsen A (Herausgeber): EbM-Guidelines Kapitel 34 Psychiatrie des Jugendalters, Deutscher Ärzteverlag, 7. Auflage 2018

Medikamentöse Versorgung der ADHS

Indikation:

Die Behandlung der ADHS soll ausschließlich im Rahmen eines multimodalen therapeutischen Gesamtkonzeptes (Behandlungsplan) erfolgen, in dem entsprechend der individuellen Symptomatik, des Funktionsniveaus, der Teilhabe sowie der Präferenzen des Patienten/der Patientin und seines Umfeldes psychosoziale (einschließlich psychotherapeutische) und pharmakologische sowie ergänzende Interventionen kombiniert werden.

Eine verstärkte interdisziplinäre Abstimmung, insbesondere im Kontext der Entscheidungsfindung zur Diagnosestellung und medikamentösen Therapie wie auch zu möglichen Auslassversuchen usw. ist anzustreben.

Die Entscheidung für eine medikamentöse Therapie soll nur nach gesicherter Diagnosestellung (auf der Basis einer sorgfältigen Anamnese und Untersuchung) unter Berücksichtigung u.a. folgender Faktoren erfolgen:

- Alter des Patienten/der Patientin
- Schweregrad der Symptomatik und der Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen (Leidensdruck, Teilhabe)
- ggf. koexistierende Störungen
- Präferenzen des Patienten/der Patientin und seines Umfeldes nach Aufklärung über individuelle Vor- und Nachteile der Therapieoptionen (shared decision making = SDM)
- Wirksamkeit bisheriger Interventionen (nichtmedikamentös, medikamentös)

Kriterien zur Auswahl des Präparates (Wirkstoff, Darreichungsform) patientenindividuell unter Berücksichtigung des Risiko-Nutzen-Verhältnisses:

- Zulassungsstatus
- Schweregrad der Symptomatik und/oder Leidensdruck
- Koexistierende Störungen (z.B. Störung des Sozialverhaltens, Substanzkonsum und Autismusspektrumstörung, Angststörung oder Depression, umschriebenen Entwicklungsstörungen)
- Wirkungsweise und pharmakokinetisches Wirkprofil
- Nebenwirkungsprofil
- Wechselwirkungen und Kontraindikationen
- Erwartungen des Patienten/der Patientin und dessen Bezugspersonen
- Abbau von Vorurteilen und Ängsten
- Gefahr des Missbrauchs durch den Patienten/die Patientin und Dritte

Die Entscheidungsfindung sollte gemeinsam (SDM) mit dem Patienten und dessen Bezugspersonen zur Förderung der Compliance und Adhärenz anhand individueller Vor- und Nachteile stattfinden.

Rationale Pharmakotherapie:

Nach Auswahl eines geeigneten Therapieansatzes für den individuellen Patienten/die individuelle Patientin ist zu prüfen, ob rabattierte Präparate mit dem entsprechenden Wirkstoff und ggf. der Darreichungsform vorliegen. Rabattierte Präparate sind bevorzugt zu verordnen, um eine wirtschaftliche Verordnungsweise zu gewährleisten. Hinweise zur Wirtschaftlichkeit können der Vertragssoftware entnommen werden. Rabattierte Präparate sind in der Vertragssoftware „grün“ bzw. „blau“ dargestellt.

Kontrollen vor Therapiebeginn:

- Überprüfung des kardiovaskulären Status (Puls und Blutdruck)
- Frühere und aktuelle Begleiterkrankungen (v.a. psychiatrisch, kardio-/zerebrovaskulär und neurologisch)
- Familienanamnese (kardiovaskuläre Risiken und Ereignisse, Suchterkrankungen, Substanzmissbrauch, psychiatrische und neurologische Störungen)
 - ➔ Bei Hinweisen auf eine Herz-Kreislauf-Erkrankung oder bei familiärer Vorbelastung sollte ein pädiatrischer Kardiologe oder Kardiologe hinzugezogen werden und ggf. ein EKG erfolgen
- Körpergröße und Gewicht in entsprechenden Altersperzentilen
- Weitere Medikation des Patienten/der Patientin, auch OTC-Präparate (Interaktionen)
- Mögliches Missbrauchsrisiko durch den Patienten/die Patientin und Dritte
- Labor- und apparative Untersuchungen im Vorfeld einer geplanten Pharmakotherapie oder zur Abklärung möglicher zugrundeliegender somatischer Erkrankungen bzw. zur differentialdiagnostischen Abklärung. Diese sind eine gemeinsame Aufgabe in enger Absprache zwischen den behandelnden Kollegen.

Verlaufskontrollen während der Pharmakotherapie:

Bei Behandlungsbeginn sollte eine sorgfältige Dosistitration bis zum Erreichen der wirksamen Erhaltungsdosis durchgeführt werden.

Durch engmaschige Befragungen des Patienten/der Patientin und/oder einer Betreuungsperson soll das Auftreten unerwünschter Wirkungen erfasst und dokumentiert werden. Der Patient/die Patientin und dessen Bezugspersonen sollen über häufige Nebenwirkungen aufgeklärt und ggf. Maßnahmen zu deren Verminderung aufgezeigt werden. In regelmäßigen Abständen sowie bei jeder Dosisanpassung soll die Indikation zur Fortsetzung der Therapie (u.a. auch unter Berücksichtigung möglicher Nebenwirkungen z.B. wie oben genannt) kontrolliert werden.

Ein Auslass-Versuch kann vom Hausarzt oder/und Facharzt/Psychotherapeuten angeregt werden und sollte möglichst gemeinsam in der Durchführung abgestimmt und umgesetzt werden, dies insbesondere auch sorgfältig psychosozial abgestimmt mit dem Kind bzw. dem/der Heranwachsenden und seinen/ihren Bezugspersonen und nach Rücksprache mit ihnen auch dem weiteren Umfeld, z.B. der Schule, dem Ausbildungsplatz.

Insbesondere bei Behandlungsbeginn bzw. im Rahmen einer Dosisänderung, bzw. eines Auslassversuchs ist der wechselseitige Austausch und die Kooperation zwischen FACHARZT und HAUSARZT wichtig und soll im Arztbericht entsprechend dokumentiert werden.

Auf Facharzt/Hausarztbene betrifft dies (gemäß vereinbartem Vorgehen) die Überprüfung von Folgendem:

- Wirksamkeit auf die ADHS-Symptomatik und die Verträglichkeit
- Blutdruck und Puls und evtl. kardiovaskulärer Symptome
 - ➔ Bei Patienten mit neuen kardiovaskulären Symptomen im Rahmen der medikamentösen Behandlung sollte eine umgehende Untersuchung durch einen pädiatrischen Kardiologen oder Kardiologen erfolgen.
- Körpergröße, Gewicht und Appetit anhand eines Wachstumsdiagramms
 - ➔ Bei Auftreten einer signifikanten Beeinträchtigung des Längenwachstums sollte in Abstimmung mit dem Kinder- und Jugendpsychiater bzw. gemäß dessen Empfehlungen eine Unterbrechung der Behandlung (z.B. während der Schulferien) erfolgen, wenn keine wichtigeren klinischen Gesichtspunkte dagegensprechen.
- Adhärenz und Compliance

- Indikation für die Fortführung der medikamentösen Behandlung im Rahmen einer behandlungsfreien Zeit unter sorgfältiger Überwachung (dokumentierter Auslassversuch) mindestens alle 12 Monate.

Im Verantwortungsbereich des Kinder- und Jugendpsychiaters betrifft dies die nachfolgenden Punkte:

- Entwicklung neuer bzw. Verschlechterung vorbestehender psychiatrischer Störungen oder neuer neurologischer Symptome
 - ➔ Bei Auftreten psychiatrischer Symptome bzw. deren Verschlimmerung oder neuer neurologischer Symptome ist das Absetzen der Medikation zu prüfen.
- Adhärenz und Compliance
 - ➔ Bei Hinweisen auf eine mangelnde Adhärenz sollten die Ursachen individuell eruiert und abgebaut werden, u.a. mit psychoedukativen Interventionen.
- Substanzmissbrauch.

Therapie koexistierender Störungen:

Bei erfolgreicher medikamentöser oder nicht medikamentöser oder multimodaler Therapie der ADHS-Kernsymptomatik soll gemeinsam mit dem Patienten/der Patientin und seinen Bezugspersonen überprüft werden, ob koexistierende Störungen oder residual assoziierte Symptome weiterhin bestehen und entsprechende Maßnahmen in den Behandlungsplan integriert werden.

Vorgehensweise bei Nichtansprechen:

- Überprüfung der Adhärenz des Patienten/der Patientin im Bezug auf die Regelmäßigkeit der Einnahme und aufgetretene unerwünschte Wirkungen.
 - ➔ Ergeben sich Hinweise auf eine mangelnde Adhärenz, sollten die Ursachen (z.B. Ablehnung der Therapieform) individuell eruiert und abgebaut werden. Im Rahmen der partizipativen Entscheidungsfindung (SDM) sollten mögliche Lösungen entwickelt werden.
- Überprüfung der Dosierung und der Verteilung über den Tag
 - ➔ Tritt keine Verbesserung der Symptome nach angemessener Therapieanpassung ein, ist ein Absetzen zu erwägen.
- ggf. sollen weitergehende Interventionen bedacht werden.

Literatur

1. Langfassung der interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten (S3) Leitlinie „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“. Stand 02. Mai 2017. AWMF-Registernummer 028-045
2. Register Schulungsmaterial BfArM:
Methylphenidat, Dexamfetamin, Lisdexamfetamin, Guanfacin
[https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/Risikoinformationen/Schulungsmaterial/Wirkstoff/ node_Wirkstoff.html](https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/Risikoinformationen/Schulungsmaterial/Wirkstoff/node_Wirkstoff.html) Stand: 23.03.2017
3. Fachinformationen Methylphenidat-, Atomoxetin-, Lisdexamfetamin-, Dexamfetaminhaltiger Fertigarzneimittel:
<https://www.fachinfo.de/>; Abruf 20.09.2018
4. Gemeinsamer Bundesausschuss, Arzneimittel-Richtlinie Anlage III:
https://www.g-ba.de/downloads/83-691-466/AM-RL-III-Verordnungseinschraenkung_2017-11-04.pdf; Stand: 04.11.2017
5. Rote-Hand-Brief:
Strattera® (Atomoxetin): Risiko eines Blutdruck- und Herzfrequenzanstiegs; 13.12.2011
6. Gemeinsame Prüfungseinrichtungen Baden-Württemberg:
<https://www.gpe-bw.de/facharztgruppen/allgemeinmediziner/adhs-therapie/>; Abruf 20.09.2018
7. KBV Wirkstoff AKTUELL:
4/2005 Atomoxetin (Strattera® Hartkapseln)
5/2015 Lisdexamfetamin
2/2016 Guanfacin
8. arznei-telegramm® Arzneimitteldatenbank:
Abruf 20.09.2018
Methylphenidat-HCl
Atomoxetin
Dexamfetaminhemisulfat
Guanfacin
Lisdexamfetamindimesilat
9. arznei-telegramm®:
a-t 2017; 48: 55-6
a-t 2016; 47: 27-9
a-t 2014; 45: 16
a-t 2013; 44: 75-6
e-a-t 01/2012
a-t 2005; 36: 102
a-t 2005; 36: 33-5
10. Rabady S und Sönnichsen A (Herausgeber): EbM-Guidelines Kapitel 34 Psychiatrie des Jugendalters, Deutscher Ärzteverlag, 7. Auflage 2018

Anhang 8 zu Anlage 17

Biopsychosozialer Versorgungsplan bei COVID: bedarfs- und bedürfnisgerecht einschl. Rehabilitation, Beratung zu Risikofaktoren und zur Prävention (gemäß Anlage 12)

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die Umsetzung des Long-COVID-Beratungsgesprächs.

Inhalte des Beratungsgesprächs (gemäß Anlage 12):

Beratung und therapeutische Unterstützung bei langanhaltenden Beschwerden: alltagsfunktionale Bewertung der Defizite ggf. interdisziplinär frühzeitig beachten mit Möglichkeiten der Verbesserung der Prognose je nach klinischen Untersuchungsbefunden einschl. familiärer und beruflicher Situation sowie Umfeld, Abschätzung der Motivation und Prognose, breite Unterstützung der Alltagsbewältigung. Unterstützung beim Patienten-Empowerment und Förderung der Gesundheitskompetenz.

Ziel ist es, bestehende Symptome und Versorgungsbedarfe besser zu erfassen, Risikopatienten zu identifizieren und zu unterstützen.

- Ergänzend **Long-COVID-Coach zur Information und Selbsthilfe für Betroffene** <https://www.aok.de/pk/long-covid/> (Gemeinschaftsprojekt des Universitätsklinikums Heidelberg und des AOK Bundesverbandes, mit Unterstützung der Rehaklinik Heidelberg-Königstuhl):
 - **Informationen:** Überblick über die Erkrankung, Therapiemöglichkeiten und Prognose
 - **Übungen mit Video-Anleitung** zur Linderung von Beschwerden und Unterstützung der Rehabilitation ergänzend zur ärztlichen Behandlung und nach ärztlicher Rücksprache, u.a. bei Fatigue, kognitiven Störungen, Schwindel, Sensibilitätsstörungen, Riechstörungen, Atemnot
- ggf. Einbeziehung **Sozialer Dienst** der AOK/Patientenbegleitung der Bosch BKK durch die FACHARZT-Praxis in Fällen von:
 - komplexen Versorgungs- und Unterstützungsbedarfen,
 - bei (drohenden) Behinderungen oder Langzeiterkrankungen
 - zur Beratung in Bezug auf Teilhabe ggf. zur Pflegeversicherung, häuslichen Krankenpflege, Hinweis auf Pflegeberatung
 - Rehabilitationssport
 - Für die AOK: <https://www.aok.de/pk/bw/unterstuetzung-sozialer-dienste-aok/>
 - Für die Bosch BKK: www.bosch-bkk.de/Patientenbegleitung
- Koordination zur medizinischen Rehabilitation (stationär wie ambulant), ggf. zu **Heilmitteln und Hilfsmitteln gemäß Anlage 17 Anhänge 7, 9 und 10 des Facharztvertrags Orthopädie** sowie auch
- Beratung des Lebensstils mit ausgewogener, gesunder Ernährung, ausreichend Schlaf und regelmäßiger Bewegung und spezifischen Angeboten auch z.B. AOK-Gesundheitsangebote sowie gemäß Anlage 17 insbesondere zu folgenden Themen:
 - <https://www.aok.de/pk/bw/leistungen-services/services/rueckrufservice-beratung-zu-ernaehrung-bewegung-und-entspannung/>
 - <https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/gesundheitsangebote-vor-ort/>
 - <https://www.aok.de/pk/bw/landingpages/gesundheitskurse/>
 - Online-KundenCenter der AOK BW „Meine AOK“
 - <https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/app-zum-onlineportal-meine-aok-4/>
 - Terminvereinbarung im AOK KundenCenter

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2023

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

<https://www.aok.de/pk/bw/landingpages/terminvereinbarung/anmeldung/?affiliate=6508>

- Für Bosch BKK Versicherte
- das Online-Kundenportal: https://meine.bosch-bkk.de/bitgo_gs/de/oeffentlich/login/login.xhtml
und die Terminvereinbarung in der Bosch BKK vor Ort: <https://www.bosch-bkk.de/service/kontakt/terminservice/>
sowie zu den Präventionsangeboten der Bosch BKK: <https://portal.zentrale-pruefstelle-praevention.de/portfolio/bosch-bkk/suche>
- Berufliche **Wiedereingliederung**/ Sicherung der Erwerbsfähigkeit
 - <https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/arbeitsunfaehigkeit-so-hilft-ihnen-die-aok-2/>
- Beratung zur **Rehabilitation/ Teilhabe/Pflegeleistungen**
 - <https://www.aok.de/pk/uni/inhalt/arbeitsunfaehigkeit-so-hilft-ihnen-die-aok-1/>
 - <https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/beratung-fuer-pflegebeduerftige-und-angehoerige/>
- Soziale Beziehungen/ Beratung von Angehörigen einschließlich Versorgung von Kindern

- **Alltagsbewältigung**
 - kognitive Beeinträchtigungen insbesondere die Gedächtnisleistung, im Kontext anderer kognitiver Funktionen, der psychischen Befindlichkeit sowie des Verhaltens.
 - Zusätzliche Beratungen zu möglichem Gedächtnistraining und Kompensationsstrategien gemäß:
https://www.awmf.org/leitlinien/S2e_Diagnostik_Therapie_Gedaehntisstoe_rungen_2020-03.pdf03.pdf
 - Beratung zur Durchführung von Riechtrainings.

- **Patienten-Empowerment und Förderung der Gesundheitskompetenz**

- **Online-Informationsquellen gemäß aktuellem Sachstand, z.B.**
 - Long-COVID-Coach: Überblick über die Erkrankung, Therapiemöglichkeiten und Übungen zur Linderung von Beschwerden <https://www.aok.de/pk/long-covid/>
 - Empfehlung zur Unterstützung einer **selbständigen Rehabilitation nach COVID-Erkrankung u.a.** mittels der Broschüre der WHO mit Übungs- und Verhaltensvorschlägen zu den häufigsten Beschwerden
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345019/WHO-EURO-2021-855-40590-60116-ger.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (11.11.2022)
 - www.dgn.org
 - www.aerzteblatt.de Riechtraining nach Covid-19 (11. Mai 2021)
 - Deutsches Ärzteblatt, Jg. 119, Heft 10, 11.03.2022
<https://www.aerzteblatt.de/archiv/inhalt?heftid=6804>
 - www.aponet.de Covid-19: Riechtraining (22.01.2022)
 - www.bvgt.de Bundesverband Gedächtnistraining e.V.
 - Post-Covid-Reha: <https://www.deutsche-rentenversicherung.de>;
 - Bewegungsangebote www.aok.de;
 - Rauchstopp www.rauchfrei-info.de; BZgA kostenlos www.shop.bzga.de

- **Ergänzende therapeutische Angebote**
 - z.B. bei chronischem Fatigue-Syndrom
 - www.mcfs.de oder eingeschränkter Belastbarkeit, Müdigkeit
 - Dyspnoe und Husten
 - Atemkontrolltechniken gemäß WHO- Broschüre
 - Kopfschmerzen u.a.;
 - Tagebuch; <https://headache-hurts.de>;
 - eBook „ich habe Migräne- und was ist deine Superkraft“
 - Myalgien,
 - Neuropathien,
 - depressiven Verstimmungen u.a.
 - AOK-Lebe Balance <https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/lebe-balance-das-gesundheitsprogramm-3/>,
 - Familiencoach Depression für Angehörige <https://depression.aok.de/>,
 - <https://moodgym.de>;
 - Für Bosch BKK-Versicherte: <https://www.bosch-bkk.de/leistungen/leistungen-von-a-z/mentale-gesundheit.html>
Und
<https://www.bosch-bkk.de/leistungen/leistungen-von-a-z/phileo-app.html>

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2023

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

- Denkstörungen (sog. Brain-Fog)
 - Übungen zum Gedächtnistraining für zu Hause: www.akademie-gedaechtnistraining.de ,
- Schwindel (Stand vom 29.04.2022).
- **Selbsthilfegruppen**
 - Übersicht der COVID-Selbsthilfegruppen in Baden-Württemberg <https://www.nakos.de/data/Online-Publikationen/2021/NAKOS-Corona-Selbsthilfegruppen.pdf> oder (leben-mit-covid.de) und unter <https://www.aok.de/pk/long-covid/>
 - Bundesverband ME/CFS <https://www.fatigatio.de/>
 - Deutsche Gesellschaft für ME/CFS e. V. <https://www.mecfs.de/>
 - Depressionsliga <https://depressionsliga.de/>
- Sicherung der medizinisch-therapeutischen Maßnahmen einschl. Suchthilfe
- Sozialrechtliche Beratung
 - www.betanet.de

Multiprofessionell unterstützend können MFAs bzw. EFAs wirken zu analogen wie auch als evidenzbasiert wirksam erwiesenen digitalen Gesundheitsangeboten und psychosozialen Hilfestellungen (inhaltliche Voraussetzungen gemäß Vertragsvereinbarungen HZV/FAV und Curricula).

Ein interdisziplinärer Austausch zwischen VERAH (der HZV-Praxen) und EFA ist ausdrücklich erwünscht.

Anlage 17 Anhang 9

Qualitätsindikatoren Modul Psychotherapie

Grundlagen

Qualitätsindikatoren sind nach dem IQTIG *quantitative Größen zur Messung von Qualitätsmerkmalen* (z.B. Behandlungskontinuität) und beschreiben den Grad der Erfüllung konkreter Qualitätsanforderungen (vgl. IQTIG, 2022).

Als eine Grundlage zur Messung und Beurteilung der Versorgungsqualität im Modul Psychotherapie des PNP-Vertrags werden Qualitätsindikatoren definiert und regelmäßig bestimmt.

Es werden solche Qualitätsindikatoren ausgewählt, die sich von wesentlichen Versorgungszielen des Moduls Psychotherapie ableiten und welche mit relevanten Patientenoutcomes in Zusammenhang stehen. Wenn vorhanden und methodisch möglich, wird dabei auf evidenzbasierte Qualitätsindikatoren zurückgegriffen, welche an die Zielsetzungen und Gegebenheiten des Selektivvertrags angepasst werden. Dies geschieht unter wissenschaftlich-methodischer Begleitung durch das Institut für Allgemeinmedizin, Arbeitsbereich Qualitätsförderung und Versorgungsepidemiologie, der Universität Frankfurt.

Eine wesentliche Einschränkung von Qualitätsindikatoren, die sich auf Sekundärdaten stützen, ist eine Beschränkung auf durch Abrechnungsdaten erfassbare Qualitätsmerkmale. Nicht direkt erfassbar sind dadurch u.a. patientenbezogene klinische Outcomes wie z.B. eine Verbesserung der Symptomatik oder Lebensqualität. Auch das Qualitätsmerkmal Wartezeit/Zugang zu Psychotherapie ist nur eingeschränkt messbar (in einer nicht-repräsentativen Versichertenstichprobe schätzbar), weshalb dieses nicht als Qualitätsindikator aufgenommen wurde, obwohl der schnelle Zugang zur ambulanten Psychotherapie ein wichtiges Versorgungsziel im Modul Psychotherapie darstellt.

Qualitätsindikatoren bilden eine Grundlage für die gemeinsame Vertragsweiterentwicklung und bieten die Möglichkeit, die Entwicklungen intern und extern zu kommunizieren und zu diskutieren. Die Vertragspartner setzen sich zum Ziel, mindestens einmal jährlich die folgenden Qualitätsindikatoren auszuwerten und gemeinsam zu analysieren. Bei Bedarf sollen die Qualitätsindikatoren weiterentwickelt werden.

Literatur:

IQTIG (2022): Methodische Grundlagen, Version 2.0. Stand: 27.04.2022. Berlin: IQTIG. URL: [Methodische Grundlagen. Version 2.0 \(iqtig.org\)](https://www.iqtig.org/)

Qualitätsindikatoren

Die Vertragspartner verständigen sich unter Bezugnahme auf den aktuellen Stand evidenzbasierter Literatur und Leitlinien darauf, für die nachfolgenden Bereiche Qualitätsindikatoren zu vereinbaren.

In der Folge werden für jeden Qualitätsindikator der wissenschaftliche Hintergrund, die Qualitätsziele und die Operationalisierung des Indikators aufgeführt. Dabei werden die für die Berechnung und Auswertung der Indikatoren zu verwendenden Daten, Kriterien und

Parameter benannt. Soweit sich während der Betrachtungszeiträume Veränderungen ergeben, die Auswirkungen auf die Bewertung der Qualitätsziele haben, werden diese berücksichtigt, auch können Erfahrungen/Erkenntnisse aus der Umsetzung dieses Vertrags berücksichtigt werden. Entsprechend den Weiterentwicklungen des Vertrages ist auch eine Hinzunahme weiterer oder Veränderung von bestehenden Qualitätsindikatoren im Verlauf nach gemeinsamer Verständigung unter den Vertragspartnern möglich.

1. Intensität der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung

Wissenschaftliche Evidenz

Es gibt deutliche Hinweise darauf, dass eine höherfrequente, intensiviertere Psychotherapie - insbesondere bei depressiven Störungen - mit einer größeren Effektivität der Psychotherapie einhergeht.

So fand eine Meta-Regressionsanalyse 2013 bezüglich der Versorgung von Patienten mit Depression (1) einen starken Zusammenhang zwischen der Anzahl der Behandlungskontakte pro Woche und der Effektgröße. Wenn zwei anstatt einer Behandlungssitzungen pro Woche erfolgten, ohne die Gesamtzahl der Kontakte zu erhöhen, erhöhte sich die Effektgröße (Hedges' g) um 0,45, was einen moderaten Effekt darstellt.

Des Weiteren hat eine Meta-analyse (2) bezüglich Effektivität und Durchführbarkeit einer intensivierten KVT gegenüber der Regelversorgung für Patienten mit Angststörungen oder Zwangsstörungen gezeigt, dass eine intensiviertere Psychotherapie zu einer signifikanten Verbesserung von depressiven Symptomen, jedoch nicht von Angst- oder Zwangssymptomen führte.

Zielsetzung

Im Modul Psychotherapie wird eine zeitnahe Psychotherapie für akute Störungsbilder gefördert. Die Häufigkeit der Psychotherapie-Einheiten (Intensität) und Dauer der Therapie-Serie kann flexibel auf die individuellen Bedürfnisse angepasst werden.

Ziel ist die Überprüfung der Annahme, dass eine intensiviertere psychotherapeutische Behandlung insbesondere bei Depressionen mit verbesserten Therapie-Outcomes wie verminderter Hospitalisierung und Reduktion von Arbeitsunfähigkeit sowie ggfs. mit einer niedrigeren Gesamttherapiedauer in Zusammenhang steht.

Operationalisierung

Indikator	Berechnung
1.) Intensität der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung Anzahl/Anteil der Krankheitsfälle - Mehr als 500 Minuten Psychotherapie innerhalb von 3 Monaten ab Therapiebeginn - Weniger als 500 Minuten Psychotherapie innerhalb von drei Monaten ab Therapiebeginn Bei Versicherten mit Depression, da hier beste Evidenz	<u>Einschlusskriterien:</u> Inzidente fachärztliche /psychotherapeutische Depressionsdiagnose (F32.1, F32.2, F32.3, F33.0, F33.1, F33.2, F33.3, F33.4) <u>Ausschlusskriterien:</u> < 700 Therapie-minuten im Krankheitsfall; fachärztliche /psychotherapeutische (Depressions-) diagnose innerhalb der letzten 2 Jahre <u>Beobachtungszeitraum:</u> 1Jahr / 3 Monate; startet individuell mit Beginn der Therapieserie <u>Zähler:</u> Krankheitsfälle mit > 500 min innerhalb von 3 Monaten <u>Nenner:</u> Fälle mit > 700 Therapie-minuten im Krankheitsfall (1J) <u>Gruppenvergleich:</u> <u>SV-Gruppe:</u> alle im Facharztprogramm eingeschriebenen Versicherten, welche innerhalb des Beobachtungsjahres mind. eine PT-SV-Leistung in Anspruch genommen haben <u>RV-Gruppe:</u> alle nicht eingeschriebenen Versicherten, die keine PT-SV-Leistung in Anspruch genommen haben

	<p><u>Ziel:</u> Jährliche Berechnung; Deskriptiv zur Darstellung eines Trends und Vergleich SV mit RV, Vergleich der Untergruppen ggfs. bzgl. AU, Hospitalisierung, Gesamttherapiedauer nach Abschluss der PT-Serie (z.B. 6, 12, 18 und 24 Monate nach Therapiebeginn); kein Zielwert</p>
--	---

Literatur

1. Pim Cuijpers, Marcus Huibers, David Daniel Ebert, Sander L. Koole, Gerhard Andersson. How much psychotherapy is needed to treat depression? A metaregression analysis. Journal of Affective Disorders, Volume 149, Issues 1–3, 2013, Pages 1-13. ISSN 0165-0327. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.02.030>.
2. Karin C.P. Remmerswaal, Luuk Lans, Adrie Seldenrijk, Adriaan W. Hoogendoorn, Anton J.L.M. van Balkom, Neeltje M. Batelaan. Effectiveness and feasibility of intensive versus regular cognitive behaviour therapy in patients with anxiety and obsessive-compulsive disorders: A meta-analysis. Journal of Affective Disorders Reports, Volume 6, 2021, 100267, ISSN 2666-

2. Zeitnahe Anschlussbehandlung nach stationärem Aufenthalt

Wissenschaftliche Evidenz

Nationale (3) und internationale (4–8) Leitlinien bzw. evidenzbasierte Qualitätsindikatoren empfehlen eine rechtzeitige ambulante Nachsorge nach einem psychiatrischen Krankenhausaufenthalt zur Stabilisierung des Therapieerfolgs sowie zur Rückfallprophylaxe. Bei dokumentierter Suizidalität wird eine Anschlussbehandlung innerhalb 7 Tagen empfohlen (3). Laut mehreren Studien kann die rechtzeitige Nachsorge der Patienten nach einem psychiatrischen Krankenhausaufenthalt klinische Ergebnisse verbessern, die Wahrscheinlichkeit einer erneuten Krankenhauseinweisung verringern und die Gesamtkosten der ambulanten Versorgung senken (9-12).

Zielsetzung

Ziel ist es, in dieser Patienten-Gruppe eine zeitnahe psychotherapeutische Anschlussbehandlung innerhalb von 30 Tagen nach der Entlassung zu fördern. Dadurch sollte die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls bzw. einer erneuten Krankenhauseinweisung verringert werden.

Operationalisierung

2a) Indikator zeitnahe Anschlussbehandlung nach stationärem Aufenthalt	Berechnung
Anteil an teil-/stationär behandelten Versicherten (Aufenthalt in einer psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtung (Krankenhaus oder Rehabilitationseinrichtung)), welche eine psychotherapeutische Anschlussbehandlung innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung erhalten haben	<p><u>Einschlusskriterien:</u> Eingeschriebene Versicherte mit Diagnose aus ICD-10-Kapitel V (F) teil-/stationäre Entlassdiagnose). <u>Beobachtungszeitraum:</u> ab dem stationären Entlasstag 30 Tage <u>Zähler:</u> a) Anzahl der ambulanten psychotherapeutischen <u>Kontakte</u> nach einer teil-/stationären Behandlung wegen einer Diagnose aus ICD-10-Kapitel V (F) innerhalb von 30 Tagen nach der Entlassung.</p>

	<p>b) Anzahl <u>Versicherter</u> mit Kontakt entsprechend a).</p> <p><u>Nenner:</u> Anzahl der Personen, die aufgrund Diagnose aus ICD-10-Kapitel V (F)stationär behandelt wurden</p> <p><u>Gruppenvergleich:</u> <u>SV-Gruppe:</u> alle in den PNP-Vertrag eingeschriebenen Versicherten, welche innerhalb des Beobachtungsjahres mind. eine PT-SV-Leistung in Anspruch genommen haben <u>RV-Gruppe:</u> alle nicht eingeschriebenen Versicherten, die keine PT-SV-Leistung in Anspruch genommen haben</p> <p><u>Ziel:</u> Erhöhung des Anteils stationär behandelter Versicherter, welche eine zeitnahe Anschlussbehandlung erhalten</p>
<p>2b) Indikator zeitnahe Anschlussbehandlung nach stationärem Aufenthalt – bei Neupatienten</p>	<p>Berechnung</p>
<p>Anteil an teil-/stationär behandelten Versicherten (Aufenthalt in einer psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtung (Krankenhaus oder Rehabilitationseinrichtung)), welche eine psychotherapeutische Anschlussbehandlung innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung erhalten haben und nur bei Patienten, die vor der teil-/stationären Entlassung keine ambulante Psychotherapie bei einem Psychotherapeuten erhalten haben (nur „Neupatienten“),</p>	<p>Analog 2a</p> <p>Ergänzung: Berücksichtigt werden nur Patienten, die vor der teil-/stationären Entlassung keine ambulante Psychotherapie bei einem Psychotherapeuten erhalten haben („Neupatienten“),</p>

Literatur

3. Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie e.V., Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker, Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V., Bundespsychotherapeutenkammer, Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V. et al. Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression - Langfassung: Bundesärztekammer (BÄK); Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV); Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2022.
4. NICE. Depression in adults: treatment and management (NG222) 2022.
5. NICE. Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings NICE guideline [NG53] 2016.
6. Malhi GS, Bell E, Bassett D, Boyce P, Bryant R, Hazell P et al. The 2020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. Aust N Z J Psychiatry 2021; 55(1):7–117. doi: 10.1177/0004867420979353.
7. Richard Hermann, Soeren Mattke and the Members. Selecting Indicators for the Quality of Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries 2004.
8. National Committee for Quality Assurance (NCQA). HEDIS Measures and Technical Resources 2023.
9. Berekatani M, Maracy MR, Rajabi F, Baratian H. (2014). Aftercare services for patients with severe mental disorder: A randomized controlled trial. J Res Med Sci. 19(3):240-5.
10. Christopher A. Beadles, M.D., Ph.D., Alan R. Ellis, Ph.D., M.S.W., Jesse C. Lichstein, Ph.D., Joel F. Farley, Ph.D., Carlos T. Jackson, Ph.D., Joseph P. Morrissey, Ph.D., Marisa Elena Domino,

- Ph.D. First Outpatient Follow-Up After Psychiatric Hospitalization: Does One Size Fit All? Psychiatric Services 66(4) <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400081>
11. I. Lin, E. Muser, M. Munsell, J. Menzin. Outpatient Follow-Up Visits After Hospital Discharge for Mental Illness and Implications for re-admission. Value in Health 18 (3) 2015 <https://doi.org/10.1016/j.jval.2015.03.1614>
12. Yasuyuki Okumura, Naoya Sugiyama, Toshie Noda. Timely follow-up visits after psychiatric hospitalization and readmission in schizophrenia and bipolar disorder in Japan. Psychiatry Research, Volume 270, 2018, Pages 490-495, ISSN 0165-1781. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.10.020>.

3. Inanspruchnahme von Gruppenpsychotherapie

Wissenschaftliche Evidenz

Anhand der aktuellen wissenschaftlichen Evidenz auf der Basis von Metaanalysen ist davon auszugehen, dass die Gruppenpsychotherapie für viele Störungsbilder eine ebenso wirksame Psychotherapieform wie die Einzelpsychotherapie darstellt (13,14). Dabei bestehen hinsichtlich der Akzeptanz, Remissions-, Besserungs- und Abbruchraten keine Unterschiede.

Aufgrund von diversen Hemmnissen seitens der Patienten wie auch der Psychotherapeutenmacht Gruppenpsychotherapie trotz leichter Zunahme derzeit jedoch nur einen kleinen Anteil (ca. 4%) der Versorgung aus (15).

Zielsetzung

Die Teilnahme an Gruppenpsychotherapie soll bei gegebener Indikation gefördert werden. Ziel ist es daher, den Anteil von Versicherten, welche Gruppentherapie in Anspruch nehmen, zu erhöhen, sowie auch den Anteil an Gruppenpsychotherapie im Verhältnis zu Einzelpsychotherapie zu erhöhen, da es sich um eine wirksame und kosteneffiziente Therapieform handelt.

Operationalisierung

3.) Indikator Inanspruchnahme von Gruppenpsychotherapie	Berechnung
a) Anteil an Versicherten mit abgerechneten Gruppentherapien b) Anteil (in Therapieminuten) der abgerechneten Gruppentherapien und Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme	<u>Einschlusskriterien:</u> Versicherte mit Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistung: RV, PNP-Modul Psychotherapie <u>Ausschlusskriterien:</u> nur Inanspruchnahme PT-Sprechstunde der RV oder nur 1 PTE-Einheit im SV <u>Beobachtungszeitraum:</u> Kalenderjahr <u>Zu a)</u> <u>Zähler:</u> Anzahl Versicherte mit mindestens einer Therapieeinheit gruppentherapeut. Grundversorgung bzw. Gruppenpsychotherapie in RV bzw. SV <u>Nenner:</u> Anzahl Versicherte mit mindestens einer Einheit Einzel- und/ oder Gruppentherapie in RV bzw. SV

	<p><u>Zu b)</u> <u>Zähler:</u> Therapieminuten gruppentherapeut. Grundversorgung bzw. Gruppenpsychotherapie in SV (PT6, PTE6A, PTE7, PTE7A, PTA1, PTPTA1A, PTA2, PTA2A) bzw. in RV (analoge EBM-Ziffern) <u>Nenner:</u> Anzahl Gesamttherapieminuten Einzel- und Gruppentherapie in RV bzw. SV</p> <p>Jährliche Berechnung</p> <p><u>Ziel:</u> Erhöhung der Anzahl Versicherter, welche eine gruppentherapeutische Grundversorgung oder Gruppen-PT erhalten; Erhöhung des Anteils von Gruppenpsychotherapie an allen Psychotherapieleistungen</p>
--	---

Literatur:

13. Burlingame, G. M., Seebeck, J. D., Janis, R. A., Whitcomb, K. E., Barkowski, S., Rosendahl, J., & Strauss, B. Outcome differences between individual and group formats when identical and nonidentical treatments, patients, and doses are compared: A 25-year meta-analytic perspective. *Psychotherapy*, 2016, 53(4), 446–461. <https://doi.org/10.1037/pst0000090>
14. Strauß, Bernhard. Evidenz der Gruppenpsychotherapie–aktuelle Ergebnisse. *PiD-Psychotherapie im Dialog*, 2020, 21. Jg., Nr. 02, S. 17-23.
15. Gemeinsamer Bundesausschuss, Unterausschuss Psychotherapie (2021): Evaluation der Regelung zur Veränderung der Gruppengröße gemäß § 42 Absatz 3 der Psychotherapie-Richtlinie. https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5104/2016-06-16_2016-11-24_PT-RL_Aenderung_Struktureform-amb-PT_konsolidiert_Evaluation.pdf abgerufen am 28.03.2024