

FAQ zum Vertrag Psychische Gesundheit

Was ist Ziel des Vertrages?	- Schnellerer Zugang für Patienten mit psychischen Erkrankungen (siehe Diagnosen) zur bedarfsgerechten Versorgung - Engere Verzahnung der Leistungserbringer - Senkung der Anzahl medizinisch nicht notwendiger stationärer Aufenthalte und vermeidbarer Selbsteinweisungen - Raschere Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit sowie rascher Zugang zu rehabilitativen Maßnahmen
Was hat der Patient von der Teilnahme am Vertrag?	Individuelle und flexible Hilfestellung sowie schnellerer Zugang zur bedarfsgerechten Versorgung. Persönliche Kontaktaufnahme durch IVP und Abstimmung des Versorgungsprozesses mit allen an der Versorgung beteiligten Akteuren.
Was unterscheidet die Leistungen des Vertrags von den normalen EBM Leistungen? Bzw.: Welchen Vorteil bietet der Vertrag für den Patienten?	Der Vertrag definiert zusätzliche Leistungen neben der Regelversorgung (z.B. kurzfristige Termine für die eingeschriebenen Versicherten). Dies ermöglicht es, den eingeschriebenen Versicherten in ihren speziellen Situationen eine bedarfsorientierte und zeitnahe Versorgung über eine oder mehrere der vereinbarten Leistungsmodule anzubieten. Gesetzliche Vorgaben bzw. vertragliche Vereinbarungen der Regelversorgung gelten weiterhin, d.h. die genannten Ziffern werden neben dem EBM/der Regelversorgung abgerechnet. <u>Ausnahme:</u> Die Abrechnung der Ziffer 99149 ist am gleichen Behandlungstag nicht neben der GOP 35151 oder weiterer sitzungsbezogener psychotherapeutischer EBM-Leistungen abrechenbar.
Welche Fachgruppen dürfen teilnehmen?	- Allgemeinmediziner (nur Einschreibung) - Hausärztlich tätige Internisten (nur Einschreibung) - Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie - Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie - Fachärzte für Nervenheilkunde - Fachärzte für Neurologie - Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin

	- Psychologische Psychotherapeuten Kinder- und Jugendtherapeuten sowie FÄ KiJ sind nicht teilnahmeberechtigt.
Welche Ziffern gibt es? Neu seit 01.07.2022: GOP 99149 Besonderheit:	Abrechnungsberechtigte Fachgruppen: Hausärzte, Teilnahmeberechtigte Fachärzte, Ärztliche/Psychologische Psychotherapeuten - 99145: Pseudoziffer für die erfolgreiche Einschreibung (25,00 €) Abrechnungsberechtigte Fachgruppen: Teilnahmeberechtigte Fachärzte - 99146: Zuschlag für ein Eingangsassessment auf die GP gem. Regelversorgung (26,50 € einmalig) - 99147: Koordinations-/Managementzuschlag (z.B. für kurzfristige Termine) auf GP (33,00 € je Quartal) Abrechnungsberechtigte Fachgruppen: Ärztliche/Psychologische Psychotherapeuten - 99146: Zuschlag für ein Eingangsassessment auf die GP gem. Regelversorgung (26,50 € einmalig) - 99149: Koordinations- und Managementvergütung inkl. der Durchführung einer besonderen Versorgung Psychotherapiestunde (50min) im Rahmen dieses Moduls (138,00 € je Psychotherapiestunde á 50 Minuten, in der Regel bis zu 24-mal je Versicherten abrechnungsfähig) (Am gleichen Behandlungstag nicht neben der GOP 35151 oder weiterer sitzungsbezogener psychotherapeutischer EBM-Leistungen abrechenbar) Die Leistungen sind nur im Zusammenhang mit einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig. Die Vergütung ist nicht Bestandteil der Gesamtvergütung. Die Vergütung der GOP 99146, 99147 sowie 99149 erfolgt nur auf Grundlage des vorab durch IVP vermittelten Versorgungsbedarfs
Wie häufig dürfen die Ziffern abgerechnet werden?	- 99145: Einmalig - 99146: Einmalig - 99147: Quartalsweise - 99149: i.d.R. bis zu 24mal
Was passiert, wenn die GOP 99149 „aufgebraucht“ ist?	Falls der Versicherte weiterhin Versorgungsbedarf hat, organisieren die Krankenkassen und IVP die Vermittlung in die Versorgungsoptionen der Regelversorgung oder Möglichkeiten über den Selektivvertrag. Das Vorgehen wird mit den psychotherapeutischen bzw. ärztlichen Behandlern über den vereinbarten Kommunikationsweg abgestimmt.
Setzt die KVHB Ziffern zu?	Nein, die Ziffern werden nicht zugesetzt. Die von Ihnen erbrachten Leistungen nach den GOP 99145, 99146, 99147 oder 99149 müssen Sie in der Quartalsabrechnung eintragen, damit Ihnen diese vergütet werden kann.
Welche Leistungen beinhaltet die	Sie umfasst- sitzungsbezogen - alle weiteren psychotherapeutischen Leistungen, die für den jeweiligen Versicherten über

GOP 99149?	den EBM abgerechnet werden können (insbesondere Akutbehandlungen, probatorische Sitzungen oder genehmigungspflichtige Leistungen wie z.B. GOP 35151). Sie enthält einen ggf. erforderlichen fallbezogenen Austausch („Fallkonferenz“) mit weiteren an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern und Akteuren.
Wie wirkt sich die Abrechnung der GOP 99149 bei Jobsharing oder halben Versorgungsaufträgen aus?	Die GOP 99149 ist von der Regelversorgung abgekoppelt und hat somit keinen Einfluss auf Begrenzungen im Leistungsumfang im Rahmen der Regelversorgung.
Was muss ein Arzt /Psychotherapeut tun, um am Vertrag teilzunehmen?	- Teilnahmeerklärung an die KV Bremen (Arzt erhält daraufhin Genehmigungsschreiben von KV) - Stammdatenblatt an IVP (Daten von jedem Mitarbeiter der auf Datenbank zugreifen will eintragen + Handynummer wegen SMS Tan Verfahren)
Wo finde ich die Vertragsunterlagen?	https://www.kvhb.de/praxen/downloadcenter
Wie erhält der Arzt die Zugangsdaten zum Online-Portal?	Nachdem der Arzt/die Praxis das Stammdatenblatt an IVP gesendet hat, werden die Anmeldedaten für das Onlineportal von IVP (IVPnet) an den Arzt/die Praxis übermittelt. Wichtig: Für den Login wird ein Handy benötigt. Entweder die Handynummer jedes Arztes/Mitarbeiters (auch MFAs) oder eine Handynummer für die ganze Praxis (das Handy muss für jeden zugänglich sein).
Warum ist der Zugang zum Online-Portal IVPnet erforderlich?	Der Zugang zum Online-Portal ist erforderlich, um - den Patienten in den Vertrag einschreiben zu können - die Leistungen für den Patienten (nur Datum, Art) erfassen zu können - Übersicht über den Versorgungsverlauf der eigenen Patienten zu erhalten
1. Was ist IVPnet? 2. Welche Zugangsrechte gibt es? 3. Wozu dient IVPnet?	1. IVPnet ist eine webbasierte IT-Plattform. 2. Die IT-Plattform besitzt einen mehrfachgeschützten dreistufigen Login für registrierte Benutzer. Alle externen Netzwerkpartner und alle IVP-eigenen Fallmanager/Coaches haben einen rollenbasierten Zugriff auf die IT-Plattform mit zugehörigen Lese- und Schreibrechten. 3. Die IVPnet dient zur Einschreibung und der Verwaltung von Programmteilnehmern, zur Leistungsdokumentation und zur Kommunikation zwischen Netzwerkpartnern. Zusätzlich bietet die IVPnet als Patienten-Fallakte vollständige Transparenz über den Versorgungsverlauf der Programmteilnehmer. Darüber hinaus können Kommunikationsfunktionen zur Prozesssteuerung und vertragsrelevante Download-Materialien bereitgestellt werden.
Wer betreibt die Onlineplattform?	Die Plattform wird von IVP betrieben. Alle Parteien haben unterschiedliche Rollen und Berechtigungen und können nur bestimmte Daten einsehen und bearbeiten.
Welche Daten werden auf der Onlineplattform eingegeben?	Hausärzte: nur Stammdaten des Patienten zur Einschreibung und Beantwortung der Screeningfragen Fachärzte sowie Psychotherapeuten: insbesondere Datum der Behandlung (z.B. Akuttherapie)
Wird die Patientendokumentation im Online-Portal IVPnet eingestellt?	Nein, es erfolgt keine inhaltliche Dokumentation im Behandlungsverlauf. Im Online-Portal müssen nur das Datum und die Art der erbachten Leistung anhand der GOP angegeben werden und dienen der Informationen der an im

	Versorgungsprozess Beteiligten.
Kündigungsfrist Arzt	Einen Monat zum Quartalsende
Welche Patienten dürfen teilnehmen?	Versicherte der AOK Bremen/Bremerhaven und der Handelskrankenkasse ab 18 Jahren mit einer der folgenden Diagnosen: - F2*: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen - F3*: Affektive Störungen - F4*: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen - F6*: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen Ausgeschlossen sind: - Patienten der besonderen Personengruppe (BPG) 4 oder 9 - Patienten mit einem Pflegegrad 4 oder 5 oder - Patienten bei Aufenthalt in einer stationären Pflegeeinrichtung
Welche Scheinarten sind eingeschlossen?	Die Berechnung der Ziffern der einzelnen Module ist nur auf ambulanten (Scheinart 00) oder auf Mit- und Weiterbehandlungsscheinen (Scheinart 24) möglich. Der Kostenträger/Abrechnungsbereich wie z.B. Sozialversicherungsabkommen (SVA) oder Bundesversorgungsgesetz (BVG) ist ausgeschlossen
Ein Patient mit entsprechender Diagnose möchte teilnehmen. Wie gehe ich vor?	1. Patient unterzeichnet zuerst die Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) (Anlage 6). Original verbleibt in der Praxis. Patientenflyer wird Patient ausgehändigt. Zusätzlich bei HKK: Patient erhält eine Kopie der TE/EWE sowie einer separaten datenschutzrechtlichen Versicherteninformation (Anlage 7, bei AOK bereits in Anlage 6 erhalten) 2. Aufnahme des Patienten in das Onlineportal (inkl. Stammdatenabgleich über Kartenlesegerät) 3. Beantwortung der Screeningfragen im Online-Portal 4. Abrechnung der Pseudo-GOP 99145 in der Quartalsabrechnung

Wie aufwändig ist der Screeningfragebogen?	Die 8 Fragen sind schnell per Kreuz mit „ja“, „nein“ oder „nicht bekannt“ zu beantworten oder ein Wert (Pflegegrad) wird eingefügt. 1. Pflegegrad 2. Aufenthalt in einer stationären Pflegeeinrichtung 3. Drohenden stationären Aufenthalt oder einer längeren AU 4. Aktuelle Möglichkeiten einer bedarfsgerechten Versorgung 5. Akuter Versorgungsbedarf in den nächsten Wochen 6. Akute Suizidalität / Absprachefähigkeit 7. Aufklärung des Patienten über das Versorgungsmodell 8. ausgefüllte / unterschriebene TE/EWE des Patienten
Wie aufwändig ist es einen Patienten in der Onlineplattform anzulegen/	Die Stammdaten des Patienten werden über das integrierte Kartenlesegerät eingelesen, somit entfällt der Aufwand für eine fehleranfällige manuelle Erfassung.
Ein Patient wurde eingeschrieben und nun?	Das Eingangsassessment und die weitere Vermittlung des Patienten in niedrigschwellige Vertragsangebote oder zu teilnehmenden Fachärzten oder psychologischen Psychotherapeuten für die weitere Akutversorgung übernimmt IVP. Patient und angesprochener Facharzt bzw. Psychotherapeut entscheiden über die tatsächliche Zusammenarbeit. Bei Ablehnung übernimmt IVP erneut die Organisation. Der Hausarzt und die im Versorgungsverlauf tätigen Fachärzte bzw. Psychotherapeuten sehen im Online-Portal den Behandlungsverlauf ihrer Patienten.
Wer führt das Eingangsassessment durch?	approbierte psychologische Psychotherapeuten oder Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
Was genau sind die niedrigschwelligen Angebote?	Vermittlung in Beratungsstellen oder Selbsthilfegruppen, Online-Angebote, Telefoncoaching durch Psychologen. Zusätzlich kann nach der Bedarfsklärung eine intensivisierte fachärztliche Steuerung oder eine schnelle Vermittlung in eine psychotherapeutische Maßnahme initiiert werden.
Wird sichergestellt, dass bei einem Patienten somatische Beschwerden ausgeschlossen werden können? Erfolgt immer ein Termin bei einem Psychiater oder ist die Anamnese durch den HA ausreichend?	Die Abklärung somatischer Beschwerden obliegt grundsätzlich dem einschreibenden Haus-/Facharzt. Dies ist Teil der Regelversorgung und nicht Bestandteil des Vertrages "Psychische Gesundheit". Sofern der einschreibende Arzt eine Vorstellung beim Psychiater/Neurologen für erforderlich hält, so hat er diese zu veranlassen bzw. darauf hinzuwirken. Sollten sich im Verlauf der Programmteilnahme Hinweise auf die Notwendigkeit einer Vorstellung ergeben, dann wird diesen selbstverständlich an den behandelnden Arzt weitergegeben (z.B. von IVP nach dem Eingangsassessment).
Welche Leistungen können weiter verordnet werden?	Die Leistungen der APP und Soziotherapie sind im Modul MBE 2.0 enthalten und können nach Rücksprache über IVP angeboten werden. Eine separates Ausstellen einer Verordnung ist dafür nicht erforderlich.
Kassenindividuelle Teilnahmeerklärung für Versicherte?	Jede Krankenkasse hat einen eigene TE/EWE für Patienten mit ihren jeweiligen Angaben zum Widerruf bzw. Kündigung sowie Datenschutz.

Wo bekomme ich die aktuelle TE/EWE für Patienten?	Die TE/EWE für Patienten können auf der Homepage unter https://www.kvhb.de/praxen/downloadcenter heruntergeladen werden oder bei der KVHB abgeholt werden. Sie stehen auch im Online-Portal IVP zum Abruf bereit.
Wie lange müssen die Teilnahmeerklärungen (TE/EWE) der Patienten aufbewahrt werden?	15 Jahre
Unterlagen für den Patienten bei Einschreibung	AOK: TE/EWE Patient (inkl. Datenschutzinformation), Patientenflyer hkk: TE/EWE Patient (Anlage 6), Datenschutzinformation (Anlage 7), Patientenflyer
Muss die Versichertenkarte eingelesen werden?	Ja. Nur im Ausnahmefall: Bei manueller Erfassung der Daten in der IVPnet kann auf das Einlesen der Versichertenkarte verzichtet werden.
Wann endet die Teilnahme des Patienten?	Die Teilnahme des Patienten endet, wenn kein Bedarf mehr für eine Teilnahme an diesem Angebot der Besonderen Versorgung vorhanden ist/gesehen wird. Weitere Endegründe sind: Widerruf oder Kündigung des Patienten bzw. Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen
Hat der Vertrag eine Laufzeit?	Die Verträge laufen unbefristet.
Wie heißt der Vertrag?	AOK: Der kurze Weg - Kompetenznetzwerk mentale Gesundheit hkk: medirekt Gesunde Seele IVP: Psychische Erkrankungen KVHB: Psychische Gesundheit
IVP: 24/7 Patientenhotline	040 607722211
IVP: Tel. für Rückfragen der Ärzte	040 607722266