

Anlage 8 Einschluss- und Ausschlusskriterien für die Ansprache und Einschreibung bei psychischen Erkrankungen

Die Teilnahmevoraussetzungen für die Versicherten regelt § 5 des Vertrages. Die Therapie richtet sich an Versicherte die eine psychische Erkrankung aufweisen, wie beispielsweise:

- leichte bis schwere depressive Episode
- rezidivierende depressive Störung, auch mit gegenwärtig leichter bis schwerer Episode
- sonstige Angststörung
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörung
- somatoforme Störung
- Neurasthenie
- Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit
- Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (z.B. Burn-out)

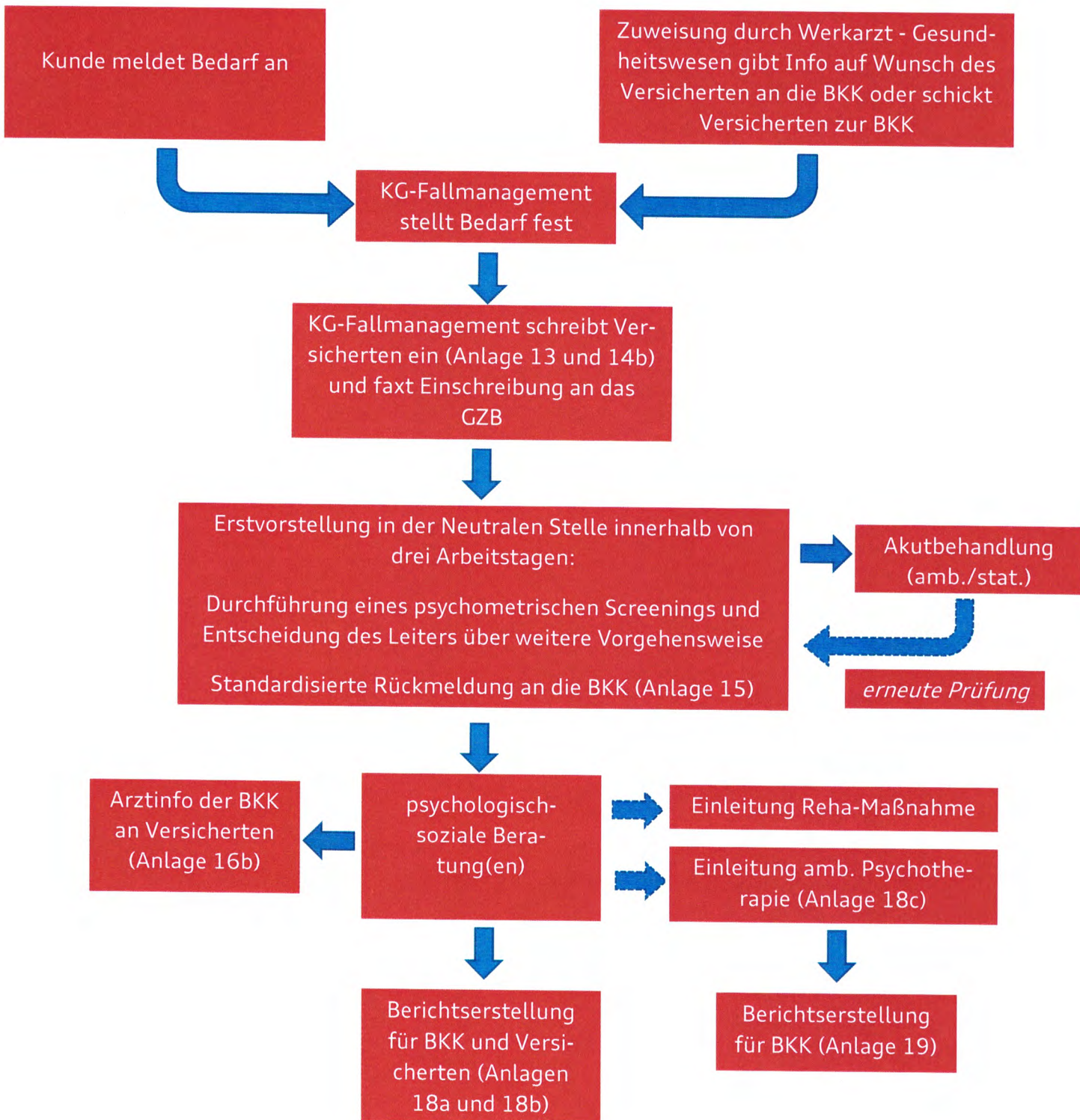
Wichtige Hinweise:

Die Vertragspartner sind sich einig, dass die Indikationsliste nicht abschließend ist. Bei der kontinuierlichen Vertragsweiterentwicklung ist eine Erweiterung der Indikationsliste jederzeit möglich.

Unabhängig davon, ob eine der oben angegebenen Diagnosen vorliegen, ist das Programm für Versicherte mit folgenden Diagnosen aus medizinischen Gründen nicht geeignet. Sie kommen daher für eine Aufnahme in das Programm nicht in Betracht:

- F0 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- F32.3, F33.3 Depressive Störungen mit psychotischen Symptomen
- F44 dissoziative Störungen (Konversionsstörung)
- F7 Intelligenzminderung

Anlage 9 Versorgungsprozess bei psychischen Erkrankungen



Anlage 10 Leistungen bei psychischen Erkrankungen

Leistungen:

- *psychologisch-soziale Beratung in der Neutralen Stelle (Leistungsbaustein 4.1)*
Tätigkeit der Neutralen Stelle umfasst in der Regel zwei Stunden, maximal bis zu 5 x pro Behandlungsfall sowie bis zu 10 x pro Behandlungsfall bis zum Beginn einer stationären Reha-Maßnahme

Leistungsinhalte der Neutralen Stelle:

- Diagnostik mittels psychometrischem Screenings (klinisch; testtheoretisch)
- Kurzanamnese
- Abklärung Selbst-/Fremdgefährdung
- ggf. Krisenintervention: Notfallplan; Sicherstellung der medizinischen Betreuung, Kontaktaufnahme zum Tagesklinik, Krankenhäusern, Sozialpsychiatrischen Dienst; Klinikeinweisung
- Kontaktaufnahme mit Ärzten und Arbeitsmedizinern
- Kontaktvermittlung zu Psychotherapeuten
- Empfehlung zur Kontaktaufnahme zu sonstigen Beratungsstellen, z.B. Schuldnerberatung, Selbsthilfegruppen
- Supportive Gespräche
- Psychologische Beratung
- Klärungsorientierte Gespräche
- Erarbeitung von Störungsmodelle
- Beschaffung und Weitergabe von Informationsmaterial
- Literaturempfehlungen
- Vorbereitung auf die Folgegespräche mit dem Beschäftigten
- Dokumentation der Beratungsstunde
- Rückmeldung/Information über die eingeleiteten Maßnahmen zur weiteren Fallsteuerung

Qualifikation:

Dipl.-Psychologe, psychologischer Psychotherapeut oder Psychologische Beraterin

Anlage 13 Versicherteninformation RehaFit

Sehr geehrte Versicherte,
sehr geehrter Versicherter,

die Audi BKK möchte Sie in Ihrer akuten Lebenssituation gerne umfangreich unterstützen und bietet eine spezielle Versorgung nach § 43 Abs. 1 SGB V unter dem Namen **RehaFit** an.

Hier haben wir für Sie die wichtigsten Informationen zusammengefasst:

1. Die Teilnahme am Versorgungsprogramm ist für Sie freiwillig.

2. Wie können Sie teilnehmen?

Zur Teilnahme am Versorgungsprogramm benötigen wir von Ihnen Ihr schriftliches Einverständnis anhand der Ihnen zur Verfügung gestellten Teilnahme- und Einwilligungserklärung.

3. Eingangsgespräch

Es folgt ein Eingangsgespräch im Rehazentrum (*Name und Anschrift des Rehazentrums*) durch einen Physiotherapeuten (RehaFit Bewegung) bzw. durch einen Psychotherapeuten (RehaFit Seele). Bei diesem Gespräch wird mit Ihnen gemeinsam besprochen, ob das Versorgungsprogramm für Ihre individuelle Lebenssituation geeignet ist. Sollte dies nicht der Fall sein, endet Ihre Teilnahme am Programm.

4. RehaFit-Programm

Falls Sie für das Versorgungsprogramm geeignet sind, sorgen im Rahmen des Versorgungsprogramms alle Beteiligten dafür, dass Sie ein auf Ihre Situation abgestimmtes Programm erhalten, das auf aktuellen, wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht. Darüber hinaus hat sich das Rehazentrum freiwillig zu einer umfangreichen Qualitätskontrolle bereit erklärt. Damit ist es der Audi BKK möglich, in Ihrem Interesse die Einhaltung der zugesagten hohen Qualität der Versorgung zu überprüfen.

Ihre **Teilnahme** an diesem Versorgungsprogramm ist **freiwillig**. Sie kann von Ihnen jederzeit aus wichtigem Grund schriftlich gegenüber der Audi BKK gekündigt werden, ohne dass Ihnen dabei persönliche Nachteile entstehen.

Belehrung zum Widerrufsrecht:

Ihre Erklärung zur Teilnahme am Vertrag können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift gegenüber der Audi BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Audi BKK. Die Widerrufsfrist beginnt nach Abgabe der Teilnahmeerklärung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Audi BKK

Nachfolgende Seiten bitte unterschreiben:

- Erklärung zur Teilnahme an RehaFit einschließlich Einverständniserklärung zum Datenschutz (Anlage 14a bzw. 14b)

Anlage 14b Versichertenerklärung RehaFit Seele

Kontaktdaten der/s Versicherten:

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____ Versicherten-Nr.: _____

Anschrift: _____

Teilnahmeerklärung

Die Audi BKK hat mich ausführlich über das Versorgungsprogramm **RehaFit** informiert und mich darauf aufmerksam gemacht, dass die Teilnahme freiwillig ist. Mir ist bekannt, dass ich die Teilnahme jederzeit ohne Angaben von Gründen beenden kann.

Mit meiner Unterschrift, erkläre ich mich mit der Teilnahme und der Durchführung des vorgestellten und erläuterten Behandlungsprogramms einverstanden. Ich verpflichte mich, an allen Therapieeinheiten des Behandlungskonzeptes regelmäßig teilzunehmen und die Anweisungen der verantwortlichen Fachkräfte zu folgen. Ich verpflichte mich weiter, zusätzliche Behandlungen während der Therapiedauer nur in Absprache mit dem Rehasentrum (*Name und Anschrift des Rehasentrums*) vorzunehmen.

Mir ist bekannt:

1. dass die Einhaltung dieser Verpflichtungen wesentlich ist, um den Behandlungserfolg und die Kostenbeteiligung der Audi BKK nicht zu gefährden. Vereinbarte Termine sind spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Bei Nichteinhaltung ist das Rehasentrum oder die Audi BKK berechtigt, mir die entstandenen Kosten privat in Rechnung zu stellen.
2. dass ich die Teilnahme jederzeit ohne Angaben von Gründen beenden kann,
3. sofern das Rehasentrum ein Behandlungsprogramm nach diesem Vertrag empfiehlt, ist für die Durchführung dessen meine Zustimmung erforderlich.
4. dass die Fahrkosten selbst zu bezahlen sind.
5. dass nach Abschluss des Programmes ein Bericht in zweifacher Ausfertigung erstellt wird und von mir an den behandelnden Arzt bzw. Werkarzt weitergegeben werden kann.

Belehrung zum Widerrufsrecht:

Ihre Erklärung zur Teilnahme am Vertrag können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift gegenüber der Audi BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Audi BKK. Die Widerrufsfrist beginnt nach Abgabe der Teilnahmeerklärung.

Ja, ich möchte am Vertrag **RehaFit** teilnehmen.

Datum

Unterschrift des Versicherten

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich hiermit ausdrücklich einverstanden, dass die Audi BKK dem Rehazentrum (*Name und Anschrift des Reha zentrums*) meine Daten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Versichertennummer, Telefonnummer, Haus-/Facharzt, Arbeitgeber, Tätigkeitsfeld, Diagnosen, Dauer der Arbeitsunfähigkeit, zuständiger Rentenversicherungsträger) weiterleiten darf. Weiter darf das Rehazentrum meine Daten im Rahmen der folgenden Erläuterungen unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses erheben und verarbeiten.

Erklärung zum Datenschutz:

1. Das Rehazentrum hat den Auftrag Ihnen im Rahmen von **RehaFit** eine individuelle Therapie anzubieten und eine evtl. weitergehende notwendige medizinische/therapeutische Versorgung gemeinsam mit Ihnen, Ärzten, Krankenhäusern und/oder Therapeuten zu koordinieren. Dazu gehören insbesondere

- die Unterstützung während einer Arbeitsunfähigkeit
- die Nachsorge nach stationärer Behandlung
- die Klärung weiterer Schritte im Rahmen des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung

2. Damit das Rehazentrum Ihre Versorgung optimal koordinieren kann, stehen ihm im Falle Ihrer Teilnahme folgende Informationen der Audi BKK zur Verfügung bzw. erhebt er die Informationen direkt bei behandelnden Ärzten, Krankenhäusern und/oder Therapeuten und speichert diese in elektronischer Form für die Dauer des Versorgungsprogrammes:

- Informationen zu Krankenhausaufenthalten, wie Diagnosen und Behandlungszeiten
- Informationen zur Pflegeversicherung, wie Pflegestufe
- Informationen zur Hilfsmittelversorgung, z. B. Bandagen, Schienen
- Informationen zur Heilmittelversorgung, z. B. Physiotherapie, manuelle Therapie
- Informationen zur häuslichen Krankenpflege, z. B. Zeiträume
- Informationen zur Arbeitsunfähigkeit, z. B. Dauer, Diagnosen
- Informationen zu genutzten Kursen und Beratungsangeboten, z. B. Rückenschulkurse
- Informationen zu Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen, z. B. Dauer, Diagnosen
- Ansprechpartner, wie beispielsweise Therapeuten oder behandelnde Ärzte

Mit Beendigung des Programms werden die Daten gelöscht, soweit diese für die Abrechnung oder aufgrund gesetzlicher Aufbewahrungspflichten nicht mehr benötigt werden.

3. Die Audi BKK hat mit **RehaFit** das Ziel Sie in Ihrer Lebenssituation zu unterstützen, indem sie zusätzliche Leistungen finanziert.

Damit Sie die Audi BKK dazu bestmöglich aufklären kann, ist Ihre Einwilligung zur Speicherung der Empfehlungen des RehaZentrums bei der Audi BKK nötig. Gespeichert werden nur die für die Umsetzung der empfohlenen Maßnahmen unbedingt erforderlichen Informationen. Die Audi BKK stellt sicher, dass diese ausschließlich zu Ihrer Beratung genutzt werden. In keinem Fall werden ärztliche Befunde oder Berichte durch das RehaZentrum an die Audi BKK übermittelt. Das RehaZentrum ist darüber hinaus zur Verschwiegenheit verpflichtet. Eine Weitergabe von Informationen oder Daten an Dritte findet nicht statt. Sie entscheiden selbstverständlich frei über die Nutzung konkreter Angebote oder empfohlener Maßnahmen.

An die Mitarbeiter der Audi BKK werden vom RehaZentrum in diesem Zusammenhang ausschließlich das jeweilige Datum des Kontaktes zu Ihnen sowie Empfehlungen für weitere Maßnahmen zur Verbesserung Ihrer Versorgungssituation weitergegeben.

4. Die Abrechnung der im Rahmen von **RehaFit** erbrachten Leistungen erfolgt gemäß § 302 SGB V, § 80 SGB X durch die beauftragte Abrechnungsstelle (Abrechnungszentrum Emmendingen, An der B3 Haus Nr. 6, 79312 Emmendingen) gegenüber der Audi BKK. Zum Zwecke der Abrechnung wird das RehaZentrum Ihre dazu erforderlichen Abrechnungsdaten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Versichertennummer, Behandlungstage und erbrachte Leistungen) an das Abrechnungszentrum Emmendingen weiterleiten. Das Abrechnungszentrum Emmendingen wird daraus die korrekte Abrechnung erstellen und sie an die Audi BKK weiterleiten. Alle Mitarbeiter des Abrechnungszentrums Emmendingen unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht, dem Datenschutz und dem Sozialgeheimnis.

5. Die erhobenen, verarbeiteten und genutzten Daten unterliegen umfassend dem Datenschutz. Das RehaZentrum sowie alle Mitarbeiter der Audi BKK sind zur Einhaltung des Datenschutzes verpflichtet.

Ja, der beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung stimme ich freiwillig zu.

Hinweis:

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen schriftlich gegenüber der Audi BKK vor Ort oder postalisch (Postfach 10 01 60, 85001 Ingolstadt) widerrufen. Eine Teilnahme an RehaFit ist nur bei vorliegender Einwilligung möglich. Sie endet darüber hinaus, wenn Sie eine erfolgte Einwilligung widerrufen.

Datum

Unterschrift des Versicherten

Anlage 16b Arztansreiben zur Teilnahme an RehaFit Seele

Information für den behandelnden Arzt

Sehr geehrte(r) Frau/Herr Dr. *Nachname*,

Ihr Patient *Vorname Nachname* interessiert sich für unsere Versorgungsprogramm RehaFit.

Im Rahmen des Programmes erfolgt eine Vorstellung Ihres Patienten in unserer Neutralen Stelle. Der Psychologe der Neutralen Stelle ermittelt in einem Screening den weiteren Behandlungsbedarf des Patienten. Bis zu fünf psychologische Beratungsgespräche können hier stattfinden. Bei weiterem Behandlungsbedarf wird er kurzfristig zu einem niedergelassenen Psychotherapeuten in die Kurzzeittherapie weitervermittelt.

Sofern aus medizinischer Sicht nichts gegen die Teilnahme an RehaFit spricht, bitten wir Sie Ihren Patienten zu unterstützen.

Für weitere Informationen stehe ich Ihnen gern zur Verfügung.

Freundliche Grüße

Unterschrift des Fallmanagers

Anlage 18a Abschlussbericht Audi BKK & Arzt RehaFit Seele

Audi BKK

Postfach 10 01 60
85001 Ingolstadt

Bitte **unmittelbar** nach dem Therapieende an die Audi BKK übermitteln!

Abschlussbericht zum Vertrag nach § 43 Abs. 1 SGB V – RehaFit Seele

Kontaktdaten der/s Versicherten:

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____ Versicherten-Nr.: _____

Ergebnisdokumentation:

ICD-Diagnose(n): _____ ohne Befund

Der Versicherte hat die Maßnahmen im Rahmen des Vertrages „RehaFit Seele“ absolviert:

Anzahl Beratungen: _____ Gesprächstermine: _____

Interventionen: Beziehungsaufbau Diagnostik Anamnese Psychischer Befund

Klärung Kriseninterventionen kognitive Umstrukturierung Stressimpfung

Krankheitsmodell Motivationsaufbau Aktivitätenaufbau Ressourcenaufbau

Entspannung Psychoedukation Sonstiges

Eingeleitete Maßnahmen:

Psychotherapie: ambulant: Vermittlung an _____

teilstationär stationär Reha

Vorstellung Facharzt am ____ . ____ . ____ / Hausarzt am ____ . ____ . ____

RehaFit Bewegung/Ernährung / Prävention

Sonstige Empfehlungen: Beratung durch den Werkarzt/Werkpsychologe: empfohlen/eingeleitet

Datum

Unterschrift/Stempel Rehabilitationszentrum

Anlage 18b Abschlussbericht Werkarzt RehaFit Seele

An den Werkarzt/Werkpsychologen

Abschlussbericht zum Vertrag nach § 43 Abs. 1 SGB V – RehaFit Seele
(zur Weitergabe an den Versicherten)

Kontaktdaten der/s Versicherten:

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____ Versicherten-Nr.: _____

Ergebnisdokumentation:

ICD-Diagnose(n): _____ ohne Befund

Der Versicherte hat die Maßnahmen im Rahmen des Vertrages „RehaFit Seele“ absolviert:

Anzahl Beratungen: _____ Gesprächstermine: _____

Eingeleitete Maßnahmen:

Psychotherapie: ambulant teilstationär stationär Reha

Vorstellung Facharzt am ____ . ____ . ____ / Hausarzt am ____ . ____ . ____

RehaFit Bewegung/Ernährung

Prävention

Sonstige Empfehlungen: Beratung durch den Werkarzt/Werkpsychologe: empfohlen/eingeleitet

Datum

Unterschrift/Stempel Rehabilitationszentrum

Anlage 18c Vermittlungsbogen Ambulante Psychotherapie

An den niedergelassenen Arzt/Psychotherapeuten

Vermittlungsbogen zum Vertrag nach § 43 Abs. 1 SGB V – RehaFit Seele
(zur Weitergabe an den Versicherten)

Kontakt Daten der/s Versicherten:

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____ Versicherten-Nr.: _____

Ergebnisdokumentation:

Der Versicherte hat folgende im Rahmen des Vertrages „RehaFit Seele“ absolviert:

Anzahl Beratungen: _____ Gesprächstermine: _____

Dieses Schreiben dient zur Abrechnungsberechtigung der Zusatzvergütung mit Audi BKK.

Datum

Unterschrift/Stempel Rehabilitationszentrum

Anlage 19 Rückmeldebogen Psychotherapeut

Audi BKK

Postfach 10 01 60
85001 Ingolstadt

Bitte **unmittelbar** nach Abschluss der probatorischen Phase und bei Arbeitsunfähigkeit zusätzlich nach zwölf Therapiestunden an die Audi BKK übermitteln!

Rückmeldebogen zum Vertrag nach § 43 Abs. 1 SGB V – RehaFit Seele

Kontaktdaten der/s Versicherten:

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____ Versicherten-Nr.: _____

Ergebnisdokumentation:

Der Versicherte hat folgende Maßnahmen absolviert:

- Durchführung von psychotherapeutischen Sprechstunden
- Abschluss der probatorischen Phase
- zwölf Therapiestunden

Prognose/Behandlungsempfehlungen:

- Überführung in KZT2 Überführung in LZT
- aus psychotherapeutischer Sicht ist derzeit Ihrerseits keine weitere Unterstützung möglich/notwendig
- der Antrag auf psychosomatische Rehabilitation wurde am ____ . ____ . ____ gestellt und am ____ . ____ . ____ an die Audi BKK weitergegeben
- hilfreich für die Reintegration in das Berufsleben wäre nach Absprache mit dem Versicherten:

Datum

Unterschrift/Stempel Arzt/Psychotherapeut

Anlage 20b Kundenfeedbackbogen RehaFit Seele

Ein Blick zurück ...

Wir hoffen, das Programm **RehaFit** hat Ihnen gefallen. Ihre Meinung ist uns sehr wichtig. Daher möchten wir Sie bitten die unten stehenden Fragen durch ankreuzen kurz zu beantworten. Den Bogen können Sie völlig anonym mit dem beiliegenden Umschlag kostenfrei an Ihre Audi BKK senden.

Hinweis: Alle Angaben sind freiwillig!

Bitte ankreuzen	Audi BKK	Behandelnder Arzt	Werkarzt	Reha-Zentrum	Sonstige
Wer hat Ihnen das Programm empfohlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte entsprechend der Schulnoten ankreuzen von 1 = Sehr gut, vollständig zutreffend bis 6 = Ungenügend, trifft überhaupt nicht zu	1	2	3	4	5	6
Folgende Aussagen treffen zu:						
Die Zusammenarbeit mit dem Therapeuten war sehr gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Therapeut hat mir genügend Raum für Fragen/Anmerkungen eingeräumt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Therapeut hat alle ggf. notwendigen Folgemaßnahmen für mich eingeleitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Organisation und der Ablauf waren sehr gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich erhielt Empfehlungen zu anderen Aktivitäten (Prävention) oder anderen Bausteinen Reha Fit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Teilnahme an RehaFit hat sehr mir geholfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde RehaFit weiterempfehlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

§ 2 Vergütung DPtV

Baustein	Leistungsbeschreibung	Abrechnungshinweis	Vergütung pro Einheit
5.	Zuschläge Psychotherapie		
5.1	Zuschlag zur EBM 35140 (Biographische Anamnese)	einmal je Krankheitsfall abrechenbar, soweit die Dauer mind. 50 Minuten betrug	40,00 €
5.2	Zuschlag zur EBM 35150 (Probatorische Sitzung)	max. 4-mal – je vollendete 50 Minuten - im Krankheitsfall abrechenbar	40,00 €
5.3	Zuschlag zur EBM 35151 (Psychotherapeutische Sprechstunde)	max. 4-mal – je vollendete 25 Minuten -im Krankheitsfall abrechenbar	12,50 €
5.4	Zuschlag zur EBM 35152 (Psychotherapeutische Akutbehandlung)	max. 24-mal – je vollendete 25 Minuten -im Krankheitsfall abrechenbar	12,50 €
5.5	Zuschlag zur EBM 35401, KZT1 bzw. 35402 , KZT2 (Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie)	jeweils max. 12-mal – je vollendete 50 Minuten - im Krankheitsfall abrechenbar	25,00 €
5.6	Zuschlag zur EBM 35411, KZT1 bzw. 35412 , KZT2 (Analytische Psychotherapie)	jeweils max. 12-mal – je vollendete 50 Minuten - im Krankheitsfall abrechenbar	25,00 €
5.7	Zuschlag zur EBM 35421, KZT1 bzw. 35422 , KZT2 (Verhaltenstherapie)	jeweils max. 12-mal – je vollendete 50 Minuten - im Krankheitsfall abrechenbar	25,00 €

§3 Abrechnungs- und Zahlungsmodalitäten

- (3) Die Abrechnungsdaten nach § 2 (Vergütung DPtV) sind auf dem Postweg an die BKK versichertenbezogen zu übermitteln.
- (4) Die Abrechnung und Auszahlung der Vergütung auf der Basis der Vergütungspauschalen erfolgt pro teilnehmendem Versicherten. Die BKK vergütet die Leistungen innerhalb von vier Wochen nach Rechnungseingang gegenüber dem GZB oder dem Psychotherapeuten mit befreiender Wirkung.
- (5) Soweit erfüllbare Rückzahlungsansprüche der BKK aus sachlichen oder rechnerischen Berichtigungen nicht im Rahmen der Verrechnung ausgeglichen werden, sind diese innerhalb von 10 Kalendertagen nach schriftlicher Geltendmachung zu erfüllen.
- (6) Sämtliche Kosten für das Abrechnungsverfahren sind mit der Zahlung der Vergütung des Vertragsnehmers gemäß dieser Anlage abgegolten.
- (7) Die Vergütungen für die am Vertrag teilnehmenden Versicherten werden auf das Konto des GZB bzw. des Psychotherapeuten überwiesen. Die Bankverbindung ist auf der Teilnahmeerklärung (Anlage 23) anzugeben.
- (8) Das GZB bzw. die Psychotherapeuten stellen selbst sicher, dass die Rechnungslegung und die -inhalte in der vereinbarten Form erfolgen.

§ 4 Laufzeit und Kündigung

- (1) Die Laufzeit dieser Vergütungsvereinbarung richtet sich grundsätzlich nach der Laufzeit des Vertrages.
- (2) Die Vergütungsvereinbarung kann jedoch frühestens zum 1. Januar 2021 angepasst werden.

Baunatal, den 16.4.2019

Sport- und Gesundheitszentrum
Umbach GmbH

Claus Umbach

Claus Umbach
Geschäftsführer

Frankenberg, den 25.4.19

DPtV
Landesgruppe Hessen

Michael Ruh

Dipl.-Psych. Michael Ruh
stellv. Landesvorsitzender

Ingolstadt, den 11.04.2019

Audi BKK

Gerhard Fuchs

Gerhard Fuchs
Vorstandsvorsitzender

Anlage 22c Musterabrechnung PT-Zusatzgelte

Audi BKK
 Ettinger Str. 70
 85057 Ingolstadt

Abrechnung zum Vertrag nach § 43 Abs. 1 SGB V

Kontaktdata der/s Versicherten:

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____ Versicherten-Nr.: _____

	Leistung	Vergütung in Euro	abzgl. Eigenanteil in Euro	Gesamtbetrag in Euro
<input type="checkbox"/>	LB 5.____ Leistungsdatum: ____ . ____ . ____	____ , ____	---	<input type="checkbox"/> ____, __
<input type="checkbox"/>	LB 5.____ Leistungsdatum: ____ . ____ . ____	____ , ____	---	<input type="checkbox"/> ____, __
<input type="checkbox"/>	LB 5.____ Leistungsdatum: ____ . ____ . ____	____ , ____	---	<input type="checkbox"/> ____, __
<input type="checkbox"/>	LB 5.____ Leistungsdatum: ____ . ____ . ____	____ , ____	---	<input type="checkbox"/> ____, __
<input type="checkbox"/>	LB 5.____ Leistungsdatum: ____ . ____ . ____	____ , ____	---	<input type="checkbox"/> ____, __
<input type="checkbox"/>	LB 5.____ Leistungsdatum: ____ . ____ . ____	____ , ____	---	<input type="checkbox"/> ____, __
<input type="checkbox"/>	LB 5.____ Leistungsdatum: ____ . ____ . ____	____ , ____	---	<input type="checkbox"/> ____, __
<input type="checkbox"/>	LB 5.____ Leistungsdatum: ____ . ____ . ____	____ , ____	---	<input type="checkbox"/> ____, __
<input type="checkbox"/>	LB 5.____ Leistungsdatum: ____ . ____ . ____	____ , ____	---	<input type="checkbox"/> ____, __
<input type="checkbox"/>	LB 5.____ Leistungsdatum: ____ . ____ . ____	____ , ____	---	<input type="checkbox"/> ____, __
<input type="checkbox"/>	LB 5.____ Leistungsdatum: ____ . ____ . ____	____ , ____	---	<input type="checkbox"/> ____, __
<input type="checkbox"/>	LB 5.____ Leistungsdatum: ____ . ____ . ____	____ , ____	---	<input type="checkbox"/> ____, __
<input type="checkbox"/>	LB 5.____ Leistungsdatum: ____ . ____ . ____	____ , ____	---	<input type="checkbox"/> ____, __
<input type="checkbox"/>	LB 5.____ Leistungsdatum: ____ . ____ . ____	____ , ____	---	<input type="checkbox"/> ____, __
<input type="checkbox"/>	LB 5.____ Leistungsdatum: ____ . ____ . ____	____ , ____	---	<input type="checkbox"/> ____, __
<input type="checkbox"/>	LB 5.____ Leistungsdatum: ____ . ____ . ____	____ , ____	---	<input type="checkbox"/> ____, __
<input type="checkbox"/>	LB 5.____ Leistungsdatum: ____ . ____ . ____	____ , ____	---	<input type="checkbox"/> ____, __
				<input type="checkbox"/> _____, _____

Hiermit bestätige ich, dass die Leistungen entsprechend dem o.g. Vertrag vollumfänglich erbracht wurden.

 Datum

 Unterschrift/ Stempel Psychotherapeut

Anlage 23 Beitrittserklärung für Psychotherapeuten

Beitrittserklärung zur Teilnahme am Versorgungsprogramm RehaFit nach § 43 Abs. 1 SGB V zwischen der Audi BKK, der Sport- und Gesundheitszentrum Umbach GmbH und der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung e.V.:

Name der Einrichtung: _____

IK: _____

Anschrift: _____

Bankverbindung: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Der unterzeichnende Leistungserbringer ist umfassend über die Ziele und Inhalte des oben genannten Vertrages informiert worden. Der Vertrag liegt dem unterzeichnenden Leistungserbringer vor.

Auf Grundlage des oben genannten Vertrages bietet der Leistungserbringer den Abschluss eines eigenen Vertrages zu den gleichen Bedingungen an:

1. Ich erkläre mit dieser Beitrittserklärung verbindlich gegenüber der Audi BKK die Teilnahme an RehaFit. Ich verpflichte mich zur Einhaltung aller Regelungen, auch soweit diese hier nicht gesondert genannt sind. Ich erfülle die genannten Teilnahmevoraussetzungen und werde die Audi BKK unverzüglich informieren, wenn ich diese Voraussetzungen nicht mehr erfülle oder sich Änderungen der o. a. Daten ergeben.
2. Mir ist bekannt, dass
 - die Teilnahme am Vertrag freiwillig ist und frühestens nach Ablauf eines Kalenderjahres beendet werden kann; die Kündigungsfrist beträgt 6 Wochen zum Ende des Quartals. Die Kündigung hat gegenüber der Audi BKK schriftlich per Einschreiben zu erfolgen. Es gilt das Datum des Poststempels.
 - die Teilnahme am Vertrag mit Beendigung dieses Vertrages, oder sofern die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr erfüllt sind, endet.
 - ich bei fortgesetzter Nichteinhaltung der Vertragspflichten, insbesondere die Nichterfüllung der in diesem Vertrag und seinen Anlagen geregelten Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen, nach einer schriftlichen Abmahnung von der Teilnahme an dem Vertrag ausgeschlossen werde – der Ausschluss bzw. die Kündigung vom Vertrag erfolgt durch die Audi BKK.
3. Ich erkläre hiermit meine Zustimmung zu Vertragsanpassungen, die die Vertragspartner im Rahmen der Weiterentwicklung des Vertrags vornehmen. Sofern ich mit den Vertragsanpassungen nicht einverstanden bin, bin ich berechtigt, meine Teilnahme mit Wirkung des Zeitpunktes des Inkrafttretens der jeweiligen Vertragsanpassung zu kündigen.
4. Ich verpflichte mich, dass ich
 - bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Speichern, Verändern, Übermitteln, Sperren, Löschen und Nutzen) personenbezogener Daten die für die Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie die Spezialvorschriften (z. B. SGB V,

SGB VII, SGB IX) für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe.

- bei der Übermittlung von personenbezogenen Patientendaten, deren Zweckbindung entsprechend dem zugrunde liegenden Vertrag sicherstelle.
 - die Einhaltung der Schweigepflicht nach dem allgemeinen Strafrecht gewährleistet.
 - die erforderlichen medizinischen Standards vollständig und korrekt dokumentiere.
5. Die Behandlungsverträge werden jeweils durch mich abgeschlossen. Ich hafte für meine Leistung selbst. Eine Haftung der Vertragsparteien für jegliche Behandlungsfehler ist ausgeschlossen.
6. Die Haftung für die von mir und meinem Praxispersonal bei der Erbringung der Leistungen der nach dieser Vereinbarung ausgeübten Tätigkeiten obliegt ausschließlich mir selbst. Gegenüber dem Vertragsparteien und die sie vertretenen Personen können keine Ansprüche, gleich welcher Art, geltend gemacht werden.

Datum

Unterschrift/Stempel Psychotherapeut