

Leistungen/Honorar

1. Pauschalen				
Position	Leistungsinhalt	Praxisbezogene Vergütungsregeln	Entgeltschlüssel	Vergütung
PTP1	<p>Grundpauschale: Abklärung der Notwendigkeit weiterer therapeutischer Maßnahmen, psychotherapeutische Anamnese und Diagnostik, Erstellung und Übermittlung von Berichten/Befunden an Haus- und Fachärzte</p> <p>Innerhalb von in der Regel 2 Wochen ab dem Erstkontakt wird ein Bericht an den mitbehandelnden Haus- oder Facharzt 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 leitliniengemäße multiaxiale Diagnostik bedarf es neben der Exploration des Patienten (Kind/Jugendlichen) auch der Exploration der Bezugspersonen, Anamnese und Erhebung des psychopathologischen Befundes, einer testpsychologischen Entwicklungsdiagnostik, Intelligenzdiagnostik, allgemeine und störungsspezifische Fragebogenverfahren durch Schule und Eltern und eine Verhaltensbeobachtung des Kindes/Jugendlichen.</p>	<p>1 x in 4 Quartalen in Folge, sofern mindestens ein persönlicher oder telemedizinischer Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat.</p> <p>Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt II Ziffer V Abs. 2 lit. e).Ausnahme: Persönlich Ermächtigte mit fachärztlichem Überweisungsvorbehalt können diese Position nicht abrechnen.</p>	<i>PTP 1</i>	60,00 €

PTPA1	Basispauschale bei Auftragsleistung Gruppenbehandlung: Leistungsinhalt analog PTP1	<ul style="list-style-type: none"> • Voraussetzung: Zielauftrag (formlos) für Gruppentherapie vom Psychotherapeuten, der die Einzeltherapie durchführt. • 1 x in 4 Quartalen in Folge, sofern mindestens eine Sitzung Gruppentherapie als Auftragsleistung stattgefunden hat. • Nicht neben PTP1 im selben Zeitraum von 4 Quartalen abrechenbar. • Nicht im selben Quartal abrechenbar, in dem Fachärzte eine Grundpauschale nach EBM Abschnitt 14.2, 16.2 und 21.2 über die KV BW abrechnen. 	PTPA1	30,00 €
-------	--	---	-------	---------

2. Einzelleistungen

Berücksichtigte Therapieverfahren:

- Verhaltenstherapie sowie ggfs. dazugehörige Methoden und Techniken (V)
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie sowie ggfs. dazugehörige Methoden und Techniken (T)
- Neue Therapieverfahren/-techniken/-methoden (Hypnose, Entspannungsverfahren (z.B. Biofeedback), Systemische Psychotherapie, Hypnotherapie, Interpersonelle Psychotherapie, EMDR) (N)
 Diese Leistungen können im Rahmen der durch den wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie bzw. den Gemeinsamen Bundesausschuss anerkannten Anwendungsbereiche erbracht werden.
- Neuropsychologische Therapie (P)
- Analytische Psychotherapie (PTE 5)

Die Reihenfolge im Behandlungszyklus (PTE1-PTE4) lautet –abhängig vom Krankheitsbild und –verlauf PTE1 (KJ) – PTE2 (KJ) – PTE3 (KJ) – PTE4 (KJ).
 Es können Behandlungsserien entfallen bzw. ausgelassen werden.

Ein Neubeginn des Behandlungszyklus (PTE1-PTE4; PTE6 / PTE7) kann bei entsprechender wesentlich geänderter gesicherter Diagnose erfolgen.

Eine wesentlich geänderte, gesicherte Diagnose (DAE)

- kann bei Übernahme aus der Richtlinienherapie (URT) frühestens 6 Monate nach dem letzten Behandlungstag der Richtlinienherapie geltend gemacht werden,
- kann innerhalb desselben Einschreibezeitraumes frühestens nach Ablauf von min. 3 Quartalen nach Feststellung der 1. Diagnoseänderung erfolgen. Ausnahme: findet eine Unterbrechung der Behandlung von min. 6 Monaten statt, kann die 2. Diagnoseänderung bereits nach 2 Quartalen festgestellt werden,
- muss ab der 2. Diagnoseänderung, innerhalb desselben Einschreibezeitraumes eines Versicherten, von einem gemäß § 3 Abs. 2 lit. c) dieses Vertrags teilnahmeberechtigten Facharztes oder Psychotherapeuten durch Vorlage eines Überweisungsscheins bestätigt werden.

Überschreitet die Anzahl der mit DAE gekennzeichneten Behandlungsfälle eines teilnehmenden Leistungserbringers im Abrechnungsquartal 10 % der insgesamt abgerechneten Behandlungsfälle nach diesem Vertrag kann MEDIVERBUND eine Prüfung gemäß **Abschnitt II Ziffer IV dieser Anlage** veranlassen.

Ein Neubeginn des Behandlungszyklus (PTE1-PTE4; PTE6 / PTE7) kann bei Rückfällen mit unveränderter Diagnosstellung, nach Genehmigung die teilnehmende Krankenkasse (GDK-Antrag) erfolgen. Die oben genannten Fristen zur DAE gelten entsprechend.

Für die Abrechnung einer PTE3 ist im Sinne einer **Zweitmeinung** die patientenbezogene Vorstellung und Diskussion aus der Dokumentation über Krankheitssymptomatik, Krankheitsanamnese, bisheriger Behandlungsverlaufs, Diagnose, Veränderungen der Symptomatik und weiterer Behandlungsziele mit Prognose in einer Interventionsgruppe erforderlich. Dabei wird die Indikation für die Psychotherapie bzw. die weitere Behandlungsbedürftigkeit geprüft.

Position	Leistungsinhalt	Abrechnungsvoraussetzung	Entgeltschlüssel	Vergütung
PTE1 bzw. PTE1KJ	Akute/zeitnahe Versorgung Psychotherapie – Einzeltherapie Psychotherapieverfahren (Verhaltenstherapie V , Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie T , Neue Therapieverfahren/-techniken/-methoden, Systemische Therapie N oder neuropsychologische Therapie P), -methoden oder –techniken, ggf. weiterführende diagnostische Maßnahmen.	<ul style="list-style-type: none"> • Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHE-RAPEUT zu erbringen (persönlich oder telemedizi-nisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt II Ziffer V Abs. 2 lit. e). Der erstmalige Kontakt zu einem Versicherten erfordert einen persönlichen Kontakt oder eine Videosprechstunde. • bei gesicherten Diagnosen (gemäß ICD-10 Kapitel F), • max. 10 Einheiten (à vollendete 50 Minuten) 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 Jugendpsychotherapie 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, • eine ggf. notwendige Weiterbehandlung erfolgt im Rahmen der Behandlungsserien PTE2(KJ) - PTE4(KJ), ausgenommen: wesentliche Änderung der gesicherten Diagnose, • nicht abrechenbar für Versicherte, die sich bereits in einer laufenden PT-Behandlung gem. EBM befinden, • nicht neben oder nach den Behandlungsserien PTE1VM(KJ) oder PTE2(KJ) – PTE 4(KJ) sowie nicht neben der Behandlungsserie PTE5 • PTE1 nicht am selben Tag abrechenbar neben PTE1KJ 	PTE1 V PTE1 T PTE1 N PTE1 P PTE1 KJ V PTE1 KJ T PTE1 KJ N PTE1 KJ P	145,00 €
PTE1VM bzw. PTE1VMKJ	Vorstellung durch das Versorgungsmanagement der teilnehmenden Krankenkasse – Einzeltherapie	<ul style="list-style-type: none"> • Vergütungsvoraussetzungen identisch mit PTE1(KJ), unabhängig von der Diagnose(-sicherheit), • Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHE-RAPEUT zu erbringen (persönlich oder telemedizi- 	PTE1 VM V PTE1 VM T PTE1 VM N PTE1 VM P PTE1 VMKJ V	145,00 €

	Psychotherapieverfahren (Verhaltenstherapie V , tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie T , Neue Therapieverfahren/-techniken/-methoden, Systemische Therapie N oder neuropsychologische Therapie P), -methoden oder -techniken, ggf. weiterführende diagnostische Maßnahmen.	nisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt II Ziffer V Abs. 2 lit. e). Der erstmalige Kontakt zu einem Versicherten erfordert einen persönlichen Kontakt oder eine Videosprechstunde. <ul style="list-style-type: none"> • Abrechenbar für Versicherte, die über das Versorgungsmanagement der teilnehmenden Krankenkasse vorgestellt wurden. 	PTE1 VMKJ T PTE1 VMKJ N PTE1 VMKJ P	
PTE2 bzw. PTE2KJ	Erstbehandlung – Einzeltherapie Psychotherapieverfahren (Verhaltenstherapie V , tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie T , Neue Therapieverfahren/-techniken/-methoden, Systemische Therapie N oder neuropsychologische Therapie P), -methoden oder -techniken, ggf. weiterführende diagnostische Maßnahmen	Voraussetzung: <ul style="list-style-type: none"> • Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt II Ziffer V Abs. 2 lit. e). Der erstmalige Kontakt zu einem Versicherten erfordert einen persönlichen Kontakt oder eine Videosprechstunde. • bei gesicherten Diagnosen (gemäß ICD-10 Kapitel F), • 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 Jugendpsychotherapie 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 erfolgt im Rahmen der Behandlungsserien PTE3(KJ) – PTE4(KJ) , ausgenommen: wesentliche Änderung der gesicherten Diagnose, 	PTE2 V PTE2 T PTE2 N PTE2 P PTE2 KJ V PTE2 KJ T PTE2 KJ N PTE2 KJ P	121,00 €

		<ul style="list-style-type: none"> nicht neben den Behandlungsserien PTE1(KJ), PTE1VM(KJ) oder PTE3(KJ) - PTE5(KJ) und nicht nach den Behandlungsserien PTE3(KJ) bis PTE4(KJ), aber nach Abschluss der Behandlungsserien PTE1(KJ) und PTE1VM(KJ), 		
PTE3 bzw. PTE3KJ	Weiterbehandlung – Einzeltherapie Psychotherapieverfahren (Verhaltenstherapie V , tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie T , Neue Therapieverfahren/-techniken/-methoden, Systemische Therapie N oder neuropsychologische Therapie P), -methoden oder –techniken	<ul style="list-style-type: none"> Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt II Ziffer V Abs. 2 lit. e). bei gesicherten Diagnosen (gemäß ICD-10 Kapitel F), nicht neben den Behandlungsserien PTE1(KJ), PTE1VM(KJ), PTE2(KJ), PTE4(KJ) oder PTE5 und nicht nach der Behandlungsserie PTE4(KJ), aber nach Abschluss der Behandlungsserien 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. 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, PTE3KJ ist abrechenbar, wenn die KV-Genehmigung für Kinder- und Jugendpsychotherapie vorliegt, bis zum vollendeten 21. Lebensjahr 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 erfolgt im Rahmen der Behandlungsserie PTE4(KJ), ausgenommen: wesentliche Änderung der gesicherten Diagnose 	<i>PTE3 V</i> <i>PTE3 T</i> <i>PTE3 N</i> <i>PTE3 P</i> <i>PTE3 KJ V</i> <i>PTE3 KJ T</i> <i>PTE3 KJ N</i> <i>PTE3 KJ P</i>	110,00 €
PTE3TR	Weiterbehandlung – Einzeltherapie bei Traumata Weiterbehandlung – Einzeltherapie	Voraussetzung: <ul style="list-style-type: none"> Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt II Ziffer V Abs. 2 lit. e). Bei gesicherten Diagnosen gemäß (gemäß ICD-10 Kapitel F) 	<i>PTE3 TRV</i> <i>PTE3 TRT</i> <i>PTE3 TRN</i>	110,00 €

	<p>Psychotherapieverfahren (Verhaltenstherapie V, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie T oder Neue Therapieverfahren/-techniken/-methoden, Systemische Therapie N), -methoden oder –techniken</p>	<ul style="list-style-type: none"> • nicht neben den Behandlungsserien PTE1(KJ), PTE1VM(KJ), PTE2(KJ), PTE3(KJ), PTE4(KJ) oder PTE5 und nicht nach den Behandlungsserien PTE4(KJ), aber nach Abschluss der Behandlungsserie PTE1(KJ) bis PTE3(KJ) möglich • max. 40 Einheiten (à vollendete 50 Min.) innerhalb von max. 8 Quartalen in Folge (Behandlungsserie PTE3TR), Grundsatz: 1 Einheit pro Tag, Ausnahme: z.B. bei Angststörungen, Kriseninterventionen: ggf. auch in Blöcken von bis maximal 4 Einheiten pro Tag • PTE3TR ist abrechenbar bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr. • Die „PTE3TR“ kann ohne Antragsstellung (GDK) bei Vorliegen der Voraussetzungen abgerechnet werden. • Sofern darüber hinaus weitere hochfrequente Behandlungseinheiten notwendig sind, können diese über das GDK-Antragsverfahren erfolgen. 		
<p>PTE4 bzw. PTE4KJ</p>	<p>Niederfrequente Behandlung – Einzeltherapie Psychotherapieverfahren (Verhaltenstherapie V, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie T, Neue Therapieverfahren/-techniken/-methoden, Systemische Therapie N oder neuropsychologische Therapie P), -methoden oder –techniken</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt II Ziffer V Abs. 2 lit. e). • bei gesicherten Diagnosen (gemäß ICD-10 Kapitel F), • max. 6 pro Quartal à vollendete 50 Min. (Behandlungsserie PTE4(KJ), • PTE4KJ ist abrechenbar, wenn die KV-Genehmigung für Kinder- und Jugendpsychotherapie vorliegt bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, • PTE4 ist abrechenbar bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, • PTE4 ist nicht abrechenbar am selben Tag neben PTE4KJ, nicht neben den Behandlungsserien PTE1(KJ), PTE1VM(KJ), PTE2(KJ), PTE3(KJ), PTE5, aber nach Abschluss der Behandlungsserie PTE1(KJ), PTE1VM(KJ), PTE2(KJ) und PTE3(KJ) möglich, • ggf. aufteilbar in Einheiten à 25 Minuten 	<p><i>PTE4 V</i> <i>PTE4 T</i> <i>PTE4 N</i> <i>PTE4 P</i></p> <p><i>PTE4 KJ V</i> <i>PTE4 KJ T</i> <i>PTE4 KJ N</i> <i>PTE4 KJ P</i></p>	<p>110,00 €</p>
<p>PTE5</p>	<p>Analytische Psychotherapie – Einzelbehandlung Durchführbar, wenn gemäß Psychotherapierichtlinie auf der Basis des</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt II Ziffer V Abs. 2 lit. e). • bei gesicherten Diagnosen, • max. 5x pro Woche, 	<p><i>PTE 5</i></p>	<p>110,00 €</p>

	obligatorischen Gutachterverfahrens genehmigt.	<ul style="list-style-type: none"> • max. 300 Einheiten à 50 Minuten (Behandlungsserie PTE5), • nicht neben den Behandlungsserien PTE1(KJ), PTE1VM(KJ), PTE2(KJ), PTE3(KJ) und PTE4(KJ), • ab der 9. Einheit mit Antrags-/Gutachterverfahren gemäß Psychotherapie-Vereinbarung. 		
--	--	--	--	--

Übergreifende Vergütungsregeln für Gruppenbehandlung PTE6 und PTE7

- diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt II Ziffer V Abs. 2 lit. e).
- je Einheit 1x pro Patient abrechenbar, auch bei Teilnahme von Bezugspersonen,
- bei gesicherten Diagnosen,
- die Dauer einer Einheit ist 100 Minuten,
- abrechenbar sind max. 20 Einheiten Gruppentherapie (PTE6 und PTE7)
- bei Überschreitung der 20 Einheiten ist bei Erwachsenen eine Übertragung von max. 40 nicht ausgeschöpften Einheiten aus PTE1 – PTE3 möglich. Bei Kindern und Jugendlichen beträgt die entsprechende Höchstgrenze zur Übertragung 60 Einheiten,
- Sind die 40 bzw. 60 Einheiten maximal ausgeschöpft, kann die Gruppentherapie mit max. 6 Einheiten (à 100 min.) pro Quartal weiter durchgeführt werden.
- die Vergütung der verrechneten Einheiten erfolgt in Höhe der durchgeführten Gruppenbehandlung (PTE6 oder PTE7),
- 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 große und kleine Gruppen auch parallel abgerechnet werden,
- Qualifikationsgebunden gem. § 3 (3) lit. g
- die für die Erlangung der Abrechnungsgenehmigung für Gruppen notwendigen Gruppensitzungen dürfen über diese Anlage abgerechnet werden, wenn die Behandlung den formalen Anforderungen hinsichtlich Supervision und Regelungen der Ausbildungsinstitute entspricht. Eine parallele Abrechnung über die KV ist ausgeschlossen.

PTE6	Gruppenbehandlung – kleine Gruppe mind. 2 max. 5 Personen Psychotherapieverfahren (leitlinienorientiert, Verhaltenstherapie V , tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie T , Neue Therapieverfahren/-techniken/-methoden, Systemische Therapie N oder neuropsychologische Therapie P)), -methoden oder -techniken Bei Gruppenleitung durch 2 Therapeuten kann die Gesamt-	Siehe übergreifende Vergütungsregelungen für Gruppenbehandlung PTE6 und PTE7.	PTE 6 V PTE 6 T PTE 6 N PTE 6 P Verrechnet mit Einzelbehandlung: PTE 6 V PTE 6 T PTE 6 N PTE 6 P	145,00 €
-------------	--	---	--	----------

	Gruppengröße auf 14 Teilnehmer (mind. 6 Teilnehmer) erhöht werden.			
PTE7	Gruppenbehandlung – große Gruppe mind. 6 max. 9 Personen Psychotherapieverfahren (Verhaltenstherapie V , tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie T , Neue Therapieverfahren/-techniken/-methoden, Systemische Therapie N oder neuropsychologische Therapie P) - methoden oder –techniken Bei Gruppenleitung durch 2 Therapeuten kann die Gesamt-Gruppengröße auf 14 Teilnehmer (mind. 6 Teilnehmer) erhöht werden.	Siehe übergreifende Vergütungsregelungen für Gruppenbehandlung PTE6 und PTE7.	<i>PTE 7 V PTE 7 T PTE 7 N PTE 7 P Verrechnet mit Einzelbehandlung: PTE 7 V PTE 7 T PTE 7 N PTE 7 P</i>	77,00 €
PTE8	Persönliche Teilnahme an einer interdisziplinären Versorgungsplanung, die in komplexen Versorgungssituationen auf Veranlassung des Versorgungsmanagements der teilnehmenden Krankenkasse Anwendung findet.	<ul style="list-style-type: none"> • pro interdisziplinärer Versorgungsplanung, Therapeut- oder versichertenbezogen, • Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt II Ziffer V Abs. 2 lit. e). • nur bis zum vollendeten 21. Lebensjahr • Auslöser Versorgungsmanagement der teilnehmenden Krankenkasse: nur abrechenbar für Fachärzte/Psychotherapeuten mit Abrechnungsgenehmigung für Kinder- und Jugendpsychotherapie. 	<i>PTE 8</i>	60,00 €

3. Zuschläge

PTQ1	Strukturzuschlag Videosprechstunde	<ul style="list-style-type: none"> • Nur additiv zur PTP1 abrechenbar. Nur bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 4b des Hauptvertrags abrechenbar. 	<i>PTQ1</i>	4,00 €
PTZ1	Kooperationszuschlag	<ul style="list-style-type: none"> • bei gesicherten Diagnosen, • 1 x pro Quartal abrechenbar, wenn ein persönlicher oder telemedizinischer Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. 	<i>PTZ 1</i>	30,00 €

	Umfasst die Kooperation mit Haus- und Fachärzten (obligatorisch bei Schizophrenie, schwerer Depression, bipolaren Störungen)	<ul style="list-style-type: none"> • Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt II Ziffer V Abs. 2 lit. e). 		
PTZ3	Kinder-, Jugendlichenzuschlag Versorgungsinhalte erweiterte (Test-) Diagnostik und Exploration, Beratungen mit Bezugspersonen, ggf. Verhaltensbeobachtungen	<ul style="list-style-type: none"> • bei gesicherten Diagnosen, • 1 x pro Quartal abrechenbar, wenn ein persönlicher oder telemedizinischer Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat, • diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt II Ziffer V Abs. 2 lit. e). • nur bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, • nicht im gleichen Quartal neben PTZ3A abrechenbar. 	<i>PTZ3</i>	60,00 €
PTZ3A	Zuschlag zur Betreuung von Patientinnen und Patienten mit geistiger Behinderung Versorgungsinhalte erweiterte (Test-) Diagnostik und Exploration, Beratungen mit Bezugspersonen	<ul style="list-style-type: none"> • bei gesicherten Diagnosen, • 1 x pro Quartal abrechenbar, wenn ein persönlicher oder telemedizinischer Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat, • Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt II Ziffer V Abs. 2 lit. e). • nicht im gleichen Quartal neben PTZ3 abrechenbar. 	<i>PTZ3A</i>	60,00 €
PTZ5	Mitteilung über die Beendigung der Teilnahme des Versicherten Gemäß Anlage 6		<i>PTZ5</i>	5,00 €
PTZ6	Befundbericht an MDK auf Anforderung durch das Versorgungsmanagement der teilnehmenden Krankenkasse	<ul style="list-style-type: none"> • bei gesicherten Diagnosen, • Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt II Ziffer V Abs. 2 lit. e). • 1 x pro Quartal abrechenbar, • bei paralleler Abrechnung der PTZ1 im selben Quartal wird PTZ6 mit 15,00 € vergütet 	<i>PTZ6</i> <i>PTZ6 reduziert</i>	30,00 € bzw. 15,00 €
PTZ7	Zuschlag für zeitnahe psychotherapeutische Anschlussbehandlung nach teil-/stationärem Aufenthalt nach teil-/stationärem Aufenthalt Um eine lückenlose Anschlussversorgung sicherzustellen, besteht seit dem 1.10.2017 für Krankenhäuser die gesetzliche Verpflichtung zum Angebot eines	<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 PTE1VM (KJ), 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“) 	<i>PTZ7</i>	15,00 €

<p>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). 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/ Versorgungsmanagement 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 • Koordination von therapeutischen Maßnahmen im Sinne biopsychosozialer Versorgungplanung/ Case-Managements •aktivierende Unterstützung bei der Alltags- und Krankheitsbewältigung, auch unter Einbezug der Angehörigen/ des sozialen Umfelds			
		4. Infoziffern		
DAE	Diagnoseänderung	Infoziffer	<i>DAE</i>	0,00 €
GDK	Genehmigung durch Kasse	Infoziffer	<i>GDK</i>	0,00 €
URT	Übernahme aus Richtlinientherapie	Infoziffer	<i>URT</i>	0,00 €

5. Auftragsleistungen

Übergreifende Vergütungsregeln für Auftragsleistung Gruppenbehandlung PTA1 und PTA2

- Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt II Ziffer V Abs. 2 lit. e).
- je Einheit 1x pro Patient abrechenbar, auch bei Teilnahme von Bezugspersonen,
- bei Vorliegen einer entsprechenden gesicherten Diagnose
- die Dauer einer Einheit ist 100 Minuten,
- abrechenbar sind max. 60 Einheiten Gruppentherapie (PTA1 und PTA2)
- eine Übertragung nicht ausgeschöpften Einheiten aus PTE1 – 3 ist im Rahmen der Auftragsleistung PTA1 und PTA2 nicht möglich
- für Eltern erkrankter Kinder können Gruppen parallel zur Gruppenbehandlung der Kinder angeboten werden. In diesen Fällen können große und kleine Gruppen auch parallel abgerechnet werden,
- Qualifikationsgebunden gem. § 3 des Vertrags
- die für die Erlangung der Abrechnungsgenehmigung für Gruppen notwendigen Gruppensitzungen dürfen über diese Anlage abgerechnet werden, wenn die Behandlung den formalen Anforderungen hinsichtlich Supervision und Regelungen der Ausbildungsinstitute entspricht. Eine parallele Abrechnung über die KV ist ausgeschlossen.
- Gruppenbehandlungen können per Zielauftrag (formlos) von einem anderen am Vertrag teilnehmenden Psychotherapeuten erbracht werden (PTA1 und PTA2). Beendet der beauftragende Psychotherapeut die Einzelbehandlung, informiert er den mit der Gruppenbehandlung beauftragten Psychotherapeuten unverzüglich.

PTA1	<p>Auftragsleistung Gruppenbehandlung – kleine Gruppe mind. 2 max. 5 Personen Psychotherapieverfahren, leitlinienorientiert</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verhaltenstherapie V Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie T • Neue Therapieverfahren/-techniken/-methoden N • neuropsychologische Therapie P -methoden oder –techniken 	<p>Siehe übergreifende Vergütungsregelungen für Gruppenbehandlung PTA1 und PTA2</p> <p>Voraussetzung: Zielauftrag (formlos) vom Psychotherapeuten, der die Einzeltherapie durchführt.</p>	<p><i>PTA1V</i> <i>PTA1T</i> <i>PTA1N</i> <i>PTA1P</i></p>	145,00 €
PTA2	<p>Auftragsleistung Gruppenbehandlung – große Gruppe mind. 6 max. 9 Personen Psychotherapieverfahren, leitlinienorientiert</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verhaltenstherapie V Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie T • Neue Therapieverfahren/-techniken/-methoden N • neuropsychologische Therapie P -methoden oder –techniken 	<p>Siehe übergreifende Vergütungsregelungen für Gruppenbehandlung PTA1 und PTA2</p> <p>Voraussetzung: Zielauftrag (formlos) vom Psychotherapeuten, der die Einzeltherapie durchführt.</p>	<p><i>PTA2V</i> <i>PTA2T</i> <i>PTA2N</i> <i>PTA2P</i></p>	77,00 €

Abschnitt II Allgemeine Vergütungsregelungen und Abrechnungsverfahren

I. Vergütungsänderungen

- (1) Vergütungsänderungen in der Regelversorgung werden analog in diesem Vertrag angepasst.

II. EBM-Ziffernkranz (Anlage 9)

Der Leistungsumfang nach diesem Vertrag bestimmt sich grundsätzlich anhand des „EBM-Ziffernkranzes“ gemäß Anlage 9. Die im Ziffernkranz enthaltenen Ziffern dürfen für eingeschriebene Versicherte nicht gegenüber der KV abgerechnet werden. Für Leistungserbringung und Abrechnung gilt das Leistungsspektrum der Praxis. Zusätzlich zur Vergütung nach diesem Vertrag darf ein Arzt/Psychotherapeut weiterhin bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß EBM im Einzelfall die psychotherapeutischen Leistungen über die KV abrechnen, die nicht in der Anlage 9 aufgeführt sind.

III. 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, Apparategemeinschaften 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 Anlage 9 nicht durch den abrechnenden Arzt/Psychotherapeuten, sondern durch einen anderen Arzt/Psychotherapeuten bzw. Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeuten innerhalb der BAG/des MVZ erbracht und zusätzlich gegenüber der KV abgerechnet, ist dies eine Doppelabrechnung im Sinne des § 8 Abs. 1 des Vertrages.

IV. Abrechnung der Vergütung gegenüber der teilnehmenden Krankenkasse nach diesem Vertrag

- (1) Die Managementgesellschaft ist gegenüber der teilnehmenden Krankenkasse verpflichtet, die Vertragsabrechnung des Arzt/Psychotherapeuten auf Plausibilität zu prüfen.

- (2) Die Managementgesellschaft übersendet den teilnehmenden Krankenkassen bzw. den benannten Dienstleistern nach ihrer Prüfung eine Abrechnungsdatei auf Grundlage der Abrechnung des Arzt/Psychotherapeuten nach diesem Vertrag.
- (3) Die teilnehmenden Krankenkassen haben ihre Zahlungen auf das von der Managementgesellschaft gegenüber der GWQ schriftlich benannte Konto („Abrechnungskonto“) zu leisten. Soweit nach Ablauf der Zahlungsfrist kein Zahlungseingang auf dem Abrechnungskonto erfolgt ist, geraten die teilnehmenden Krankenkassen in Verzug.

V. Arzt-Patienten-Kontakt

- (1) Leistungen durch den Arzt/Psychotherapeut können persönlich oder telemedizinisch durchgeführt werden.
- (2) Arzt-Patienten-Kontakte sind wie nachfolgend definiert:
 - a) Ein APK beschreibt die Interaktion eines FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN und/oder eines/r medizinisch qualifizierten Praxismitarbeiters/in und dem Patienten und/oder dessen Bezugsperson und beinhaltet einen konkreten Bezug zur fachärztlichen/psychotherapeutischen 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.