

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
<p>D. KINDER – UND JUGENDPSYCHIATRIE</p> <p>Abrechenbar für in das Facharztprogramm der AOK eingeschriebene Versicherte.</p> <p>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>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>Die Vergütungspositionen KJPYP2 und KJPYP3, KJPYP3D sowie KJPYP4 können nach Absprache mit dem behandelnden Krankenhaus im Einzelfall auch für Patienten abgerechnet werden, die sich noch in stationärer Behandlung befinden und deren Entlassung innerhalb der nächsten 14 Tage bereits geplant ist, insbesondere bei schweren psychischen Erkrankungen. Ziel ist es, einen nahtlosen Übergang aus der stationären in die ambulante psychiatrische Versorgung zu ermöglichen.</p> <p>Die psychiatrische Behandlung findet dann in der Regel beim niedergelassenen FACHARZT statt.</p>			
<p>Grundpauschale KJPYP1</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>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>22,00 EUR</p>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
	<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 ▪ 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 ▪ 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/GesInDtld/gesundheits_in_deutschland_2015.pdf?_blob=publicationFile, https://www.kiggs-studie.de/deutsch/home.html) u.a. Tabakkonsum, Alkoholkonsum, Übergewicht/Adipositas, 	<p>Für die Erstbehandlung ist eine Überweisung durch den HAUSARZT/ FACHARZT erforderlich.</p> <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 PYV1 <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</p>	

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
	<p>Schulschwierigkeiten, familiäre Erkrankungen z.B. Suchtprobleme, auch Gewalterfahrungen usw. mit entsprechender Kodierung soweit möglich</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. ○ 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) 	<p>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"> ○ 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 		
Grundpauschale KJPY-P1a	siehe KJPYP1	Einmal pro Abrechnungsquartal, sofern <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)). 	10,00 EUR

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

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nutzung der Einheiten aus dem Kontingent 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>KJPY P4</p>	<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"> ▪ 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) ▪ 1 Einheit à 10 Min. ▪ max. 10 Einheiten innerhalb von max. 4 Quartalen abrechenbar ▪ bei gesicherten Diagnosen gemäß ICD-Liste (Anh. 2 zu Anl. 12) 	<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. Behandlungsansatz Lebensumfeld (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 Teilhabeplanung 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 Psychosozialen 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-Elterntainer, 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) 	<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 	<p>24,00 EUR</p>

	<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.

Die Vergütungspositionen KJPYE1/E1D und KJPYE2/E2D können nach Absprache mit dem behandelnden Krankenhaus im Einzelfall auch für Patienten abgerechnet werden, die sich noch in stationärer Behandlung befinden und deren Entlassung innerhalb der nächsten 14 Tage bereits geplant ist, insbesondere bei schweren psychischen Erkrankungen. Ziel ist es, einen nahtlosen Übergang aus der stationären in die ambulante psychiatrische Versorgung zu ermöglichen. Die psychiatrische Behandlung findet dann in der Regel beim niedergelassenen FACHARZT statt.

<p>KJPY E1</p> <p>KJPY E2</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 <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <ul style="list-style-type: none"> • ggf. Transition gemäß Anhang Transition (Anhang 4 zu Anlage 17) <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"> ▪ 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. 	<p>19,00 EUR</p>
---	--	--	-----------------------------

	<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"> - 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 ○ Teilhabeplanung 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) 	<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>12,00 EUR</p>

KJPY E3	Psychiatrische Gruppenbehandlung <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 • Bezugspersonen von max. 6 Kindern/Jugendlichen je ärztlichem Behandler • Leistungsinhalte gemäß Darstellung EBM 14221 	<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 15 Min. ▪ je Einheit 1x pro Patient (ggf. unter Einbeziehung der Bezugsperson) oder Bezugsperson abrechenbar ▪ max. 48 Einheiten (=720 Min.) / Quartal abrechenbar 	13,00 EUR
KJPY E3D	Gruppenübungsbehandlung Therapeutische Mitarbeiter/innen <ul style="list-style-type: none"> • gem. Delegation durch KINDER- UND JUGENDPSYCHIATER • Gruppenzuordnung gemäß dem aktuellen Wissensstand, insbesondere gemäß Vorgaben von entsprechend evaluierten Manualen • Leistungsinhalte gemäß Darstellung EBM 14311 (Funktionelle Gruppen-Entwicklungstherapie), 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 	9,00 EUR
KJPY E4	Behandlungsansatz Lebensumfeld (BALU) <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 	<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 	40,00 EUR

	<ul style="list-style-type: none"> • ggf. z.B. zur Unterstützung und Anleitung in schwierigen Alltagssituationen 	Mitarbeiter/innen gem. Anl. 2 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abrechnung der Gesprächszeit über KJPYE2 bzw. bei Delegation KJPYE2D 	
KJPY E5	<p>Hilfeplankonferenz</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"> ▪ Diese Leistung wird persönlich oder telemedizinisch erbracht ▪ 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 	30,00 EUR

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 	110 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 	
<p>KJPYZ2</p>	<p>Zuschlag für zeitnahe psychiatrische Anschlussbehandlung nach stationärem Aufenthalt</p> <p>Ziel ist die Behandlungskontinuität durch eine lückenlose zeitnahe Anschlussversorgung in der Umsetzung der Weiterbehandlung zu fördern und zu sichern, insbesondere zur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stabilisierung des stationären Therapieerfolgs • Sicherstellung der nahtlosen medikamentösen Therapie • Rückfallprophylaxe und Vermeidung einer Rehospitalisierung • Koordination von Unterstützungsangeboten, auch im Sinne biopsychosozialer Versorgungsplanung/ Case-Managements • Kooperation/ Austausch mit stationärem Vorbehandler inkl. Einholung der relevanten Vorbefunde (insbesondere Entlassbericht Krankenhaus) zur Berücksichtigung im Gesamtbehandlungsplan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maximal 5 Zuschläge innerhalb von maximal 12 Wochen nach stationärer Entlassung aus einer psychiatrischen Einrichtung der Akutversorgung abrechenbar auf <ul style="list-style-type: none"> • KJPYP2, • KJPYP3, KJPYP3D • KJPYP4 • KJPYE1 und KJPYE1D • KJPYE2 und KJPYE2D ▪ Beginn der psychiatrischen Behandlung erfolgt innerhalb von 14 Tagen nach der stationären Entlassung ▪ Befristet bis zum 30.06.2027. 	<p>20,00 EUR</p>

4. Auftragsleistungen

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 anderen FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN.

KJPY-A0	Grundpauschale für die Erbringung der Auftragsleistung	max. 1 x pro Patient/Quartal abrechenbar Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.	12,50 EUR
KJPY-A3	Auftragsleistung psychiatrische Gruppenbehandlung	siehe KJPYE3	13,00 EUR
KJPY-A3D	Auftragsleistung Gruppenübungsbehandlung Therapeutische Mitarbeiter/innen	siehe KJPYE3D	9,00 EUR
KJPY-A6	Auftragsleistung EEG (analog EBM 14320)	siehe KJPYE6	25,00 EUR
KJPY-A7	Auftragsleistung Langzeitelektroenzephalographische (Schlaf-)Untersuchung (analog EBM 14321)	siehe KJPYE7	50,00 EUR
KJPY-A8	Auftragsleistung Eletronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung (analog EBM 14330)	siehe KJPYE8	13,00 EUR
KJPY-A9	Auftragsleistung Neurophysiologische Untersuchung, z.B. SEP, VEP, AEP, MEP (analog EBM 14331)	siehe KJPYE9	30,00 EUR

5. Vertretungsleistungen

KJPY-V1	Vertretungspauschale	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)). Nicht im selben Quartal abrechenbar neben Grundpauschalen und Vertretungspauschalen (Neurologie,	12,50 EUR
---------	----------------------	---	----------------------

		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		