Vergütungs- position	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
	C. PSYCHOTHERAPIE **Abrechenbar für folgende FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN:** **Fachärzte für Nervenheilkunde (soweit sie über die Voraussetzung zur Erbringung der Richtlinienpsychotherapie nach der aktuellen Psychotherapie-Vereinbarung verfügen), Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie (soweit sie über die Voraussetzung zur Erbringung der Richtlinienpsychotherapie nach der aktuellen Psychotherapie-Vereinbarung verfügen), Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie, Psychologische Psychotherapeuten und/oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Vertragsärzte, die gemäß den Bedarfsplanungsrichtlinien ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind. Weiterhin ist Voraussetzung, dass psychotherapeutische Leistungen in der KV vor der Vertragsteilnahme abgerechnet wurden.** **HAUSÄRZTE, die aufgrund Beiratsbeschluss gemäß § 22 Abs. 4 Buchstabe d an diesem Vertrag teilnehmen, können keine PTP1 und keine PTV1 abrechnen.** **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.**		
	1. Pauschalen **Veranlasste Leistungen, die über den Versorgungsauftrag gemäß dem EBM-Ziffernkranz in der jeweils geltenden Fassung hinausgehen, sind nicht Gegenstand dieses Vertrages. Als Einzelleistung oder Zuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet.**		
PTP1	**Grundpauschale: Abklärung der Notwendigkeit weiterer therapeutischer Maßnahmen, psychotherapeutische Anamnese und störungsspezifischer, korrekter Diagnostik, Erstellung und Übermittlung von Berichten/Befunden an HAUS- und FACHÄRZTE** Bei einer Direktinanspruchnahme z.B. bei Notfällen, d.h. wenn keine Überweisung vorliegt, ist einmalig die Anforderung eines somatischen Befundberichts vom HAUSARZT erforderlich (vgl. auch Anlage 17 Schnittstellen). Innerhalb von in der Regel 2 Wochen ab dem Erstkontakt wird ein Bericht an den HAUSARZT und ggf. FACHARZT gemäß Anlage 17 übermittelt und zusätzlich bei besonderen Ereignissen wie z.B. Eigen-, Fremdgefährdung, Veränderung der Diagnose, somatische Abklärung oder psychiatrische Mitbehandlung wie auch zum Therapieende. Für eine störungsspezifische korrekte Diagnostik nach dem „biopsychosozialen Modell“ bedarf es neben der Exploration von sozialen, psychologischen und biologischen Risiko- und Schutzfaktoren des Patienten (Kind/Jugendlichen) der Informationen und Erläuterungen für Bezugspersonen, z.B. zu sozialunterstützenden Maßnahmen und Ressourcen wie zur (Rückfall-)Prophylaxe. Das Vorgehen ist an die Bedürfnisse der Betroffenen anzupassen und ein zielorientierter, ressourcenaktivierender Versorgungsplan zu fördern, auch unter Beachtung möglicher Prädiktoren ungünstiger Krankheitsverläufe (Quelle W. Rief, E. Schramm, B. Strauß (Hrsg.) Psychotherapie, Urban & Fischer 2021).	1 x in 4 Quartalen in Folge, sofern • eine Überweisung vom HAUSARZT/ FACHARZT vorliegt oder es sich um eine quartalsübergreifende psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der jeweiligen Therapieserie PTE1(KJ), PTE2(KJ), PTE3(KJ), PTE6 oder PTE7 handelt • und mindestens ein persönlicher oder telemedizinischer Arzt- Patienten-Kontakt stattgefunden hat. • Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)). • Nicht abrechenbar von FACHÄRZTEN, die stattdessen die PYP1 oder NP1 abrechnen können sowie von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Letztere können stattdessen die Ziffer KJPYP1 (AOK) bzw. die Grundpauschale gemäß Kapitel 14.2 des EBM über die KV abrechnen (Bosch BKK). Ausnahme: • Z.B. bei Notfällen ist die Direktinanspruchnahme und damit die Abrechnung von PTP1 auch ohne Überweisung möglich. Nicht abrechenbar durch persönlich Ermächtigte mit fachärztlichem Überweisungsvorbehalt • Ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT und auch von den FACHÄRZTEN/ PSYCHOTHERAPEUTEN einer BAG nicht im selben Quartal abrechenbar neben • PTV1 • NP1 oder NP1H • PYP1 oder PYP1H • KJPYP1 oder KJPYV1 ist vom FACHARZT/ PSYCHOTHERAPEUTEN oder einem anderen FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN derselben BAG parallel zu P1 aus einem anderen140a-Vertrag nicht am selben Tag, aber im selben Quartal abrechenbar, wenn jeweils eine eigene Überweisung des HAUSARZTES/FACHARZTES vorliegt.	62,00 EUR

Vergütungs- position	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
PTP1A	**Siehe P1**	Einmal pro Abrechnungsquartal, sofern • eine **Überweisung vom HAUSARZT** vorliegt oder es sich um eine quartalsübergreifende psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der jeweiligen Therapieserie PTE1(KJ), PTE2(KJ), PTE3(KJ), PTE6 oder PTE7 handelt. Die Überweisung gilt dann quartalsübergreifend. • mindestens ein persönlicher oder telemedizinischer Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. • Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)). Nur additiv zu PTP1 abrechenbar.	AOK: 10,00 EUR Bosch BKK: 5,00 EUR

Vergütungs- position	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
2. Einzelleistungen **Der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT kann nicht für denselben Versicherten im selben Quartal Auftragsleistungen und Einzelleistungen nebeneinander abrechnen**. **Die Reihenfolge im Behandlungszyklus der Einzeltherapie lautet -abhängig vom Krankheitsbild und –verlauf (gemäß Anlage 12 Anhang 2) - PTE1(KJ) – PTE2(KJ) – PTE3(KJ) – PTE4(KJ). Es können Behandlungsserien entfallen bzw. ausgelassen werden. Ein Neubeginn des Behandlungszyklus kann bei entsprechend wesentlich geänderter gesicherter Diagnose erfolgen (sog. DAE). Ein Neubeginn eines Behandlungszyklus mit DAE kann bei Übernahme aus der Richtlinientherapie frühestens 6 Monate nach dem letzten Behandlungstag der Richtlinientherapie geltend gemacht werden. Nach Feststellung der 1. DAE kann jede weitere DAE frühestens nach Ablauf von 3 Quartalen erfolgen. Ausnahme: findet eine Unterbrechung von mind. 6 Monaten statt, kann die 2. DAE bereits nach 2 Quartalen erfolgen. Ab der 2. DAE ist eine Überweisung durch einen FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT erforderlich.** **Bei Rückfällen mit unveränderter Diagnosestellung, die außerhalb bzw. nach Ausschöpfung der zur Verfügung stehenden Behandlungsmodule PTE1 – PTE3 therapiert werden sollen, kann der Therapeut auf der Grundlage einer entsprechenden Überweisung des HAUSARZTES/FACHARZTES bei der AOK/Bosch BKK einen begründeten Antrag auf Genehmigung zusätzlicher Therapieeinheiten (sog. GDK) im Rahmen der Vergütungsposition PTE3 stellen. Die abschließende Entscheidung ist durch AOK/Bosch BKK zu begründen. Die Abrechnung von der GDK ist einmal innerhalb von vier Quartalen in Folge möglich.** **Der Neubeginn des Behandlungszyklus per GDK erfolgt für die Einzeltherapie grundsätzlich in PTE3.** **Bei einer Therapiepause von mindestens 4 Jahren (16 Quartale) ist der Beginn (keine GDK erforderlich) ab PTE1 möglich. Die Kontingente der Gruppentherapie stehen dann ebenfalls wieder vollständig zur Verfügung.** **Bei allen Einzel- und Auftragsleistungen außer PTE5, PTE6A, PTE7A, PTA1A, PTA2A und PTE8 ist zusätzlich das Therapieverfahren, die Therapiemethode oder die Therapietechnik gemäß folgenden Kategorien anzugeben:** **a) Verhaltenstherapie sowie ggfs. dazugehörige Methoden und Techniken (V)** **b) Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie sowie ggfs. dazugehörige Methoden und Techniken (T)** **c) Neue Therapieverfahren/-techniken/-methoden (N)** **d) Neuropsychologische Therapie (P)** **Hierfür können die Ziffern in der Vertragssoftware mit der entsprechenden Endung ausgewählt werden.** **Die neuropsychologische Therapie ist für max. 60 Einheiten für die Indikationsgebiete F04, F06.6, F06.7, F06.8, F06.9, F07.0, F07.1, F07.2, F07.8 gemäß Anhang 2 zur Anlage 12 mit Vorliegen der KV-Genehmigung nach Anlage 2 abrechenbar. Indikationsstellung und Durchführung der Therapie erfolgt nach Richtlinie zu Methoden vertragsärztlicher Versorgung: Neuropsychologische Therapie vom 24.11.2011, sofern nichts Abweichendes vereinbart wurde. Die Diagnosen F04, F06.6, F06.7, F06.8, F06.9, F07.0, F07.1, F07.8 sind ausschließlich für die neuropsychologische Psychotherapie abrechenbar, die F07.2 berechtigt auch die Abrechnung der anderen Psychotherapieverfahren gemäß Anhang 2 zur Anlage 12.** **Die Vergütungspositionen PTE1SD, PTE1(KJ) – PTE3(KJ) können nach Absprache mit dem behandelnden Krankenhaus im Einzelfall auch für Patienten abgerechnet werden, die sich noch in stationärer Behandlung befinden, um einen nahtlosen Übergang aus der stationären in die ambulante psychotherapeutische Versorgung möglich zu machen. Die Psychotherapie findet dann in der Regel beim niedergelassenen PSYCHOTHERAPEUTEN/FACHARZT statt.** **Leistungen von Weiterbildungsassistenten sind analog den Voraussetzungen der Regelversorgung/ Weiterbildungsordnung für bis zu 10 Einheiten wöchentlich im Rahmen des PNP-Vertrags abrechenbar. Insgesamt dürfen im Rahmen der Weiterbildung max. 20 Einheiten pro Woche (EBM und PNP) erbracht werden.**			
PTE1 bzw. PTE1KJ	**Akute/zeitnahe Versorgung Psychotherapie – Einzeltherapie** Psychotherapieverfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, systemische Therapie oder neuropsychologische Therapie),–methoden oder –techniken gemäß Anlage 12 Anhang 2 in Verbindung mit Anlage 17, ggf. weiterführende diagnostische und unterstützende psychosoziale Maßnahmen nach aktuell anerkanntem Sachstand	Voraussetzung: • Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)). Der erstmalige Kontakt zu einem Versicherten erfordert einen persönlichen Kontakt oder eine Videosprechstunde. • Überweisung vom HAUSARZT/ FACHARZT; Die Überweisung gilt ggf. quartalsübergreifend. • Bei gesicherten Diagnosen gemäß Anl. 12 Anh. 2 (differenziert nach PTE1 und PTE1KJ), • max. 10 Einheiten (à vollendete 50 Min.) innerhalb von max. 3 Quartalen in Folge (Behandlungsserie PTE1), Grundsatz: 1 Einheit pro Tag, Ausnahme: z.B. bei Angststörungen, Kriseninterventionen ggf. auch bis max. 4 Einheiten pro Tag • Für Kinder und Jugendliche als PTE1KJ max. 13 Einheiten unter Einbeziehung der Bezugsperson(en). • PTE1KJ ist abrechenbar, wenn die KV-Genehmigung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vorliegt, bis zum vollendeten 21. Lebensjahr des Versicherten. Sollte die Therapieserie vor dem vollendeten 21. Lebensjahr begonnen, jedoch noch nicht abgeschlossen sein, können maximal die verbleibenden Einheiten der PTE1KJ, PTE2KJ sowie PTE3KJ auch nach dem vollendeten 21. Lebensjahr des Versicherten erbracht werden. Diese Regelung gilt max. bis zum vollende-	132,00 EUR

Vergütungs- position	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
		ten 25. Lebensjahr des Versicherten.PTE1 ist abrechenbar bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr • Eine ggf. notwendige Weiterbehandlung bei der neuropsychologischen Psychotherapie erfolgt mit der PTE2 oder PTE3 bzw. PTE6 oder PTE7. • Eine ggf. notwendige Weiterbehandlung erfolgt im Rahmen der Behandlungsserien PTE2(KJ)-PTE4(KJ), ausgenommen: wesentliche Änderung der gesicherten Diagnose • Nicht am selben Tag neben der PYE1 • Nicht abrechenbar für Versicherte, die sich bereits in einer laufenden PT- Behandlung gem. EBM befinden • Nicht neben oder nach den Behandlungsserien PTE1SD oder PTE2(KJ)-PTE5(KJ) • PTE1 nicht am selben Tag abrechenbar neben PTE1KJ Abweichend von Psychotherapie- Richtlinie und -Vereinbarung ohne Antrags-/Gutachterverfahren **Zuschläge:** Werden vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN pro Quartal bestimmte Mindestgrößen an Einheiten der PTE1(KJ) und PTE1SD abgerechnet, ergeben sich folgend Zuschläge: • 8,00 EUR ab 20 Einheiten PTE1(KJ) undPTE1SD pro Quartal oder • 15,00 EUR ab 30 Einheiten PTE1(KJ) und PTE1SD pro Quartal oder • 25,00 EUR ab 45 Einheiten PTE1(KJ)und PTE1SD pro Quartal oder • 30,00 EUR ab 55 Einheiten PTE1(KJ) und PTE1SD pro Quartal Bei Erreichen der jeweiligen Mindestgrößen erfolgt der Zuschlag bereits ab der ersten abgerechneten Einheit.	
PTE1SD	**Vorstellung durch AOK-Sozialdienst / BKK- Patientenbegleitung - Einzeltherapie** Psychotherapieverfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder systemische Therapie),-methoden oder -techniken gemäß Anlage 12 Anhang 2 in Verbindung mit Anlage 17, ggf. weiterführende diagnostische und unterstützende psychosoziale Maßnahmen nach aktuell anerkanntem Sachstand	• Vergütungsvoraussetzungen identisch mit PTE1(KJ), unabhängig von der Diagnose • Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)). Der erstmalige Kontakt zu einem Versicherten erfordert einen persönlichen Kontakt oder eine Videosprechstunde. • gemäß Anlage 17 abrechenbar für Versicherte, für die der Soziale Dienst der AOK (SD) bzw. die Patientenbegleitung der BKK (PBG) mit der Terminanfrage/ -bestätigung einen Termin beim FACHARZT/ PSYCHOTHERAPEUTEN initiiert und der Therapiebeginn innerhalb von 14 Tagen nach Posteingang der Terminanfrage/ -bestätigung erfolgt. Die konkrete Terminanfrage/- vereinbarung erfolgt in der Regel durch den Patienten. Rückmeldung an den SD / die PBG zum Therapiebeginn bzw. ggf. zur nicht erfolgten Terminvergabe gibt die PNP-Praxis mit der Kurzinformation/-rückmeldung. • Bei Nichteinhaltung der Frist darf die Leistung nicht als PTE1SD abgerechnet werden.	158,00 EUR
PTE2 bzw. PTE2KJ	**Erstbehandlung – Einzeltherapie** Psychotherapieverfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, systemische Therapie oder neuropsychologische Therapie),–methoden oder –techniken gemäß Anlage 12	Voraussetzung: • Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)). Der erstmalige Kontakt zu einem Versicherten erfordert einen persönlichen Kontakt oder eine Videosprechstunde.	126,00 EUR

Vergütungs- position	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
	Anhang 2 in Verbindung mit Anlage 17, ggf. weiterführende diagnostische und unterstützende psychosoziale Maßnahmen nach aktuell anerkanntem Sachstand	• Bericht an den HAUSARZT/ FACHARZT bei einer Therapiefortsetzung innerhalb von 2 Wochen ab Beginn der Behandlungsserie. • Bei gesicherten Diagnosen gemäß Anl. 12 Anh. 2 (differenziert nach PTE2 und PTE2KJ), • nicht neben, aber nach Abschluss der Behandlungsserie PTE1 (KJ) möglich • max. 20 Einheiten (à vollendete 50 Min.) innerhalb von max. 4 Quartalen in Folge (Behandlungsserie PTE2), • Grundsatz: 1 Einheit pro Tag, Ausnahme: z.B. bei Angststörungen, Kriseninterventionen: ggf. auch in Blöcken von bis maximal 4 Einheiten pro Tag (ggf. aufteilbar in max. 40 Einheiten à 25 Minuten) • PTE2KJ ist abrechenbar, wenn die KV-Genehmigung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vorliegt, bis zum vollendeten 21. Lebensjahr des Versicherten. Sollte die Therapieserie vor dem vollendeten 21. Lebensjahr begonnen, jedoch noch nicht abgeschlossen sein, können maximal die verbleibenden Einheiten der PTE2KJ sowie PTE3KJ auch nach dem vollendeten 21. Lebensjahr des Versicherten erbracht werden. Diese Regelung gilt max. bis zum vollendeten 25. Lebensjahr des Versicherten. • Für Kinder und Jugendliche als PTE2KJ max. 25 Einheiten unter Einbeziehung der Bezugsperson(en) • PTE2 ist abrechenbar bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, • PTE2 ist nicht abrechenbar am selben Tag neben PTE2KJ • Eine ggf. notwendige Weiterbehandlung bei der neuropsychologischen Psychotherapie erfolgt mit der PTE3 bzw. der PTE6 oder PTE7. • Eine ggf. notwendige Weiterbehandlung erfolgt im Rahmen der Behandlungsserien PTE3(KJ)-PTE4(KJ), ausgenommen: wesentliche Änderung der gesicherten Diagnose • Nicht am selben Tag neben der PYE1 • nicht neben den Behandlungsserien PTE1(KJ), PTE1SD oder PTE3(KJ) bis PTE5(KJ) und nicht nach den Behandlungsserien PTE3(KJ) bis PTE5(KJ), aber nach Abschluss der Behandlungsserien PTE1(KJ) und PTE1SD • Abweichend von Psychotherapie- Richtlinie und -Vereinbarung ohne Antrags-/Gutachterverfahren	
PTE3 bzw. PTE3KJ	**Weiterbehandlung – Einzeltherapie** Psychotherapieverfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, systemische Therapie oder neuropsychologische Therapie),–methoden oder –techniken gemäß Anlage 12 Anhang 2 in Verbindung mit Anlage 17 und unterstützende psychosoziale Maßnahmen nach aktuell anerkanntem Sachstand	Voraussetzung: • Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)). • Bericht an den HAUSARZT/ FACHARZT bei einer Therapiefortsetzung innerhalb von 2 Wochen ab Beginn der Behandlungsserie. • Bei gesicherten Diagnosen gemäß Anl. 12 Anh. 2 (differenziert nach PTE3 und PTE3KJ), • nicht neben den Behandlungsserien PTE1(KJ), PTE1SD, PTE2(KJ), PTE4(KJ) oder PTE5 und nicht nach den Behandlungsserien PTE4 (KJ)oder PTE5 aber nach Abschluss der Behandlungsserie PTE1(KJ) und PTE2(KJ) möglich • max. 30 Einheiten (à vollendete 50 Min.) innerhalb von max. 8 Quartalen in Folge (Behandlungsserie PTE3), Grundsatz: 1 Einheit pro Tag, Ausnahme: z.B. bei Angststörungen, Kriseninterventionen: ggf. auch in Blöcken von bis maximal 4 Einheiten pro Tag (ggf. aufteilbar in max. 60 Einheiten à 25 Minuten) • Für Kinder und Jugendliche als PTE3KJ max. 38 Einheiten unter Einbeziehung der Bezugsperson(en)	117,00 EUR

Vergütungs- position	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
		• PTE3 ist nicht abrechenbar am selben Tag neben PTE3KJ • PTE3KJ ist abrechenbar, wenn die KV-Genehmigung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vorliegt, bis zum vollendeten 21. Lebensjahr des Versicherten. Sollte die Therapieserie vor dem vollendeten 21. Lebensjahr begonnen, jedoch noch nicht abgeschlossen sein, können maximal die verbleibenden Einheiten der PTE3KJ auch nach dem vollendeten 21. Lebensjahr des Versicherten erbracht werden. Diese Regelung gilt max. bis zum vollendeten 25. Lebensjahr des Versicherten. • PTE3 ist abrechenbar bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr. • Eine ggf. notwendige Weiterbehandlung bei der neuropsychologischen Psychotherapie erfolgt ggf. mit der PTE6 oder PTE7. • Eine ggf. notwendige Weiterbehandlung erfolgt im Rahmen der Behandlungsserie PTE4(KJ), ausgenommen wesentliche Änderung der gesicherten Diagnose • Abweichend von Psychotherapie- Richtlinie und -Vereinbarung ohne Antrags-/ Gutachterverfahren	
PTE3TR	**Weiterbehandlung – Einzeltherapie bei Traumata** Psychotherapieverfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder systemische Therapie),–methoden oder –techniken gemäß Anlage 12 Anhang 2 in Verbindung mit Anlage 17 und unterstützende psychosoziale Maßnahmen nach aktuell anerkanntem Sachstand	Voraussetzung: • Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)). • Überweisung vom HAUSARZT • Bericht an den HAUSARZT/ FACHARZT bei einer Therapiefortsetzung innerhalb von 2 Wochen ab Beginn der Behandlungsserie. • Bei gesicherten Diagnosen gemäß Anl. 12 Anh. 6 • nicht neben den Behandlungsserien PTE1(KJ), PTE1SD, PTE2(KJ), PTE3(KJ), PTE4(KJ) oder PTE5 und nicht nach den Behandlungsserien PTE4 (KJ) oder PTE5, aber nach Abschluss der Behandlungsserie PTE1(KJ) bis PTE3(KJ) möglich • max. 30 Einheiten (à vollendete 50 Min.) innerhalb von max. 8 Quartalen in Folge; Grundsatz: 1 Einheit pro Tag, Ausnahme: z.B. bei Angststörungen, Krisenin-terventionen: ggf. auch in Blöcken von bis maximal 4 Einheiten pro Tag (ggf. aufteilbar in max. 60 Einheiten à 25 Minuten) • PTE3TR ist abrechenbar bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr. • Die „PTE3TR“ kann ohne Antragsstellung (GDK) bei Vorliegen der Voraussetzungen insgesamt fünfmal hintereinander abgerechnet werden. • Sofern darüber hinaus weitere hochfrequente Behandlungs-einheiten notwendig sind, können diese über das GDK-Antragsverfahren erfolgen. Eine erneute „PTE3“ im Rahmen eines GDK-Antrags ist nicht neben, aber nach Ausschöpfung der „PTE3TR“ (nach Abschluss der fünften PTE3TR-Serie) möglich.	117,00 EUR
PTE4 bzw. PTE4KJ	**Niederfrequente Behandlung – Einzeltherapie** Psychotherapieverfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder systemische Therapie),–methoden oder –techniken gemäß Anlage 12 Anhang 2 in Verbindung mit Anlage 17 und unterstützende psychosoziale Maßnahmen nach aktuell anerkanntem Sachstand	Voraussetzung: • Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)). • Überweisung vom HAUSARZT/FACHARZT • Bei gesicherten Diagnosen gemäß Anl. 12 Anh. 2 (differenziert nach PTE4 und PTE4KJ), • max. 6 x pro Quartal à vollendete 50 Min. (Behandlungsserie PTE4(KJ)), • PTE4KJ ist abrechenbar, wenn die KV-Genehmigung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	117,00 EUR

Vergütungs- position	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
		vorliegt bis zum vollendeten 21. Lebensjahr der Versicherten. • 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), PTE1SD, PTE2(KJ), PTE3(KJ), PTE5 und nicht nach der Behandlungsserie PTE5, aber nach Abschluss der Behandlungsserie PTE1(KJ), PTE1SD, PTE2(KJ) und PTE3(KJ) möglich • ggf. aufteilbar in Einheiten à 25 Minuten • Abweichend von Psychotherapie- Richtlinie und –Vereinbarung ohne Antrags-/ Gutachterverfahren	
PTE5	**Psychoanalyse – Einzelbehandlung** Nicht neben oder nach den unter PTE1(KJ) bis PTE4(KJ) genannten Psychotherapieverfahren, –methoden oder - techniken durchführbar Durchführbar, wenn gemäß Psychotherapierichtlinie auf der Basis des obligatorischen Gutachterverfahrens genehmigt nach aktuell anerkanntem Sachstand	Voraussetzung: • Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)). • Überweisung vom HAUSARZT/FACHARZT • bei gesicherten Diagnosen gemäß Anl. 12 Anh. 2 • max. 5x pro Woche • max. 300 Einheiten à 50 Minuten (Behandlungsserie PTE5), • nicht neben oder nach den Behandlungsserien PTE1(KJ), PTE1SD, PTE2(KJ), PTE3(KJ) und PTE4(KJ) • mit Antrags-/Gutachterverfahren gemäß Psychotherapie-Vereinbarung für jede Behandlungsserie	117,00 EUR

Vergütungs- position	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag

Nach aktuell anerkanntem Sachstand zeigen sich große Effektstärken störungsspezifisch zugunsten von Gruppenpsychotherapie z.B. für soziale Angst-, Panik-, generalisierte Angststörung, Effektstärken im mittleren Bereich für PTBS und Essstörungen und eher kleinere Effekte bei BPS und ein Trend zu integrativen Modellen und gemischten Gruppen, analog wie virtuell. Z.B. auch Chatgruppen für die Nachsorge nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation.

Gruppentherapeutische Grundversorgung als verhaltensmedizinische Basisintervention dient zur strukturierten Vermittlung von Wissen über relevante psychische Störungen und deren Entstehungsbedingungen, ihren Einflussfaktoren sowie zur Vertiefung von grundlegenden Inhalten der ambulanten Psychotherapie. Gruppentherapeutische Grundversorgung dient ebenso dem Aufbau eines individuellen Krankheitsverständnisses und dem Erlernen eines individuellen Umgangs mit entsprechenden Symptomen, Funktionsbeeinträchtigungen und psychischen Belastungen.

Gruppenpsychotherapie fördert aktive Informationsvermittlung, den Erfahrungsaustausch unter den Betroffenen und die gemeinsame Bearbeitung allgemeiner Krankheitsaspekte. Diese Grundversorgung dient ebenfalls dem Ziel, individuelle Hemmschwellen und Vorbehalte gegenüber Psychotherapie in Gruppen zu reduzieren.

Übergreifende Vergütungsregeln für Gruppenbehandlung PTE6/PTE6A und PTE7/PTE7A

- Voraussetzung: Überweisung vom HAUSARZT/FACHARZT
- Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)).
- Die Überweisung gilt ggf. quartalsübergreifend
- je Einheit 1x pro Patient abrechenbar, auch bei Teilnahme von Bezugspersonen
- Bei gesicherten Diagnosen gemäß Anl. 12 Anh. 2,
- Die Dauer einer Einheit ist 100 Min.
- Abrechenbar sind max. 20 Einheiten Gruppentherapie (PTE6 und PTE7) innerhalb von max. 6 Quartalen in Folge.
- Zusätzlich sind max.4 Einheiten im Rahmen der PTE6A/ PTE7A zur Gruppentherapeutischen Grundversorgung abrechenbar
- Bei Überschreitung der 20 Einheiten ist bei Erwachsenen innerhalb von max. 6 Quartalen in Folge eine Übertragung von max. 40 nicht ausgeschöpften Einheiten aus PTE1– PTE3 möglich. Bei Kindern und Jugendlichen beträgt die entsprechende Höchstgrenze zur Übertragung innerhalb von max. 6 Quartalen in Folge 60 Einheiten.
- Sind die oben genannten 40 bzw. 60 Einheiten innerhalb der 6 Quartale maximal ausgeschöpft, kann die Gruppentherapie auf dem Niveau der PTE4(KJ) (entspricht 6 Einheiten pro Quartal à 100 Minuten) weiter durchgeführt werden.
- Über die Behandlungsfrist von max. 6 Quartalen in Folge hinaus, kann ab dem 4. Quartal 2014 eine Gruppentherapie auf PTE4-Niveau weitergeführt werden.
- Bei Fällen, die außerhalb bzw. nach Ausschöpfung der zur Verfügung stehenden Einheiten therapiert werden sollen, kann der Therapeut auf der Grundlage einer entsprechenden Überweisung des HAUSARZTES/FACHARZTES bei der AOK/Bosch BKK einen begründeten Antrag auf Genehmigung (GDKG) zusätzlicher 20 Therapieeinheiten Gruppentherapie im Rahmen der Vergütungsposition PTE6/ PTE7 stellen. Die abschließende Entscheidung ist durch AOK/Bosch BKK zu begründen. **Die Abrechnung von der GDKG ist einmal innerhalb von vier Quartalen in Folge möglich**.
- Voraussetzung für die Übertragung bzw. Verrechnung von Einheiten aus PTE1-PTE4 ist die zusätzlich zur Gruppe notwendige korrekte und spezifische Kodierung von Diagnosen, die gem. Anhang 2 Anlage 12 diesen Behandlungsserien (PTE1-PTE4) entsprechen.
- Die Vergütung der verrechneten Einheiten erfolgt in Höhe der durchgeführten Gruppenbehandlung (PTE6 oder PTE7)
- Abweichend von Psychotherapie-Richtlinie und -Vereinbarung ohne Antrags-/Gutachterverfahren
- Wird im Einzelfall in einer großen Gruppe die Mindestgruppengröße wegen Verhinderung einzelner Teilnehmer vorübergehend nicht erreicht (z. B. Krankheit, Ferien, Urlaub), kann der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT diese Sitzung für die tatsächlich anwesenden Patienten weiterhin als große Gruppe abrechnen, sofern keine Diagnosen für die Abrechnung der kleinen Gruppe vorliegen
- Eine Gruppenleitung durch 2 Therapeuten ist bei einer Gruppengröße von mindestens 6 und bis zu maximal 14 Personen möglich (ggf. multiprofessionell – mit qualifizierten HAUS-/FACHARZT). Jeder FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT rechnet die Gruppengröße ab, die der Anzahl seiner Bezugspatienten entspricht. Die Abrechnung für einen Versicherten kann nur durch 1 Therapeuten erfolgen.
- Für Eltern erkrankter Kinder können Gruppen parallel zur Gruppenbehandlung der Kinder angeboten werden. In diesen Fällen können (bei Vorliegen von entsprechenden Diagnosen gem. Anhang 2 zu Anlage 12, die die Abrechnung von großen und von kleinen Gruppen ermöglichen) große und kleine Gruppen auch parallel abgerechnet werden.
- Qualifikationsgebunden gem. Anlage 2.
- Die für die Erlangung der Abrechnungsgenehmigung für Gruppen notwendigen Gruppensitzungen dürfen über Anlage 12 Psychotherapie abgerechnet werden, wenn die Behandlung den formalen Anforderungen hinsichtlich Supervision und Regelungen der Ausbildungsinstitute entspricht. Eine parallele Abrechnung über die KV ist ausgeschlossen.
- Die neuropsychologische Therapie ist für max. 60 Einheiten für die Indikationsgebiete F04, F06.6, F06.7, F06.8, F06.9, F07.0, F07.1, F07.2, F07.8 gemäß Anhang 2 zur Anlage 12 mit Vorliegen der KV-Genehmigung nach Anlage 2 abrechenbar. Indikationsstellung und Durchführung der Therapie erfolgt nach Richtlinie zu Methoden vertragsärztlicher Versorgung: Neuropsychologische Therapie vom 24.11.2011, sofern nichts Abweichendes vereinbart wurde. Die Diagnosen F04, F06.6,F06.7, F06.8, F06.9, F07.0, F07.1, F07.2, F07.8 sind ausschließlich für die neuropsychologische Psychotherapie abrechenbar.

Vergütungs- position	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
PTE6	**Gruppenbehandlung – kleine Gruppe mind. 2, max. 5 Personen gemäß Anlage 12 Anhang 2 in Verbindung mit Anlage 17** Psychotherapieverfahren (Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder systemische Therapie), -methoden oder -techniken gemäß Anlage 12 Anhang 2 in Verbindung mit Anlage 17 und unterstützende psychosoziale Maßnahmen nach aktuell anerkanntem Sachstand Bei Gruppenleitung durch 2 Therapeuten kann die Gesamt-Gruppengröße auf 14 Teilnehmer (mind. 6 Teilnehmer) erhöht werden.	• Vgl. übergreifende Vergütungsregeln für Gruppenbehandlung PTE6 und PTE7	145,00 EUR
PTE6A	**Gruppentherapeutische Grundversorgung** als verhaltensmedizinische Basisintervention **– kleine Gruppe mind. 2, max. 5 Personen gemäß Anlage 12 Anhang 2 in Verbindung mit Anlage 17** nach aktuell anerkanntem Sachstand Bei Gruppenleitung durch 2 Therapeuten kann die Gesamt-Gruppengröße auf 14 Teilnehmer (mind. 6 Teilnehmer) erhöht werden.	• Vgl. übergreifende Vergütungsregeln für Gruppenbehandlung PTE6A und PTE7A	145,00 EUR
PTE7	**Gruppenbehandlung – große Gruppe mind. 6, max. 9 Personen gemäß Anlage 12 Anhang 2 in Verbindung mit Anlage 17** nach aktuell anerkanntem Sachstand. Bei Gruppenleitung durch 2 Therapeuten kann die Gesamt-Gruppengröße auf 14 Teilnehmer erhöht werden. Psychotherapieverfahren (Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder systemische Therapie), -methoden oder -techniken gemäß Anlage 12 Anhang 2 in Verbindung mit Anlage 17 und unterstützende psychosoziale Maßnahmen nach aktuell anerkanntem Sachstand	• Vgl. übergreifende Vergütungsregeln für Gruppenbehandlung PTE6 und PTE7	82,00 EUR
PTE7A	**Gruppentherapeutische Grundversorgung** als verhaltensmedizinische Basisintervention **– große Gruppe mind. 6, max. 9 Personen gemäß Anlage 12 Anhang 2 in Verbindung mit Anlage 17** nach aktuell anerkanntem Sachstand. Bei Gruppenleitung durch 2 Therapeuten kann die Gesamt-Gruppengröße auf 14 Teilnehmer erhöht werden.	• Vgl. übergreifende Vergütungsregeln für Gruppenbehandlung PTE6A und PTE7A	82,00 EUR
PTE8	**Persönliche Teilnahme an einer bedarfsorientiert-interdisziplinären biopsychosozialen Versorgungsplanung, die für komplexe Behandlungskonzepte Anwendung findet, z.B. die aufeinander abgestimmte Zusammenarbeit von Psychotherapie, flankierende institutionelle Hilfemaßnahmen wie Jugendhilfe, Beratungsstellen, Familienhilfe v.a. bei besonderen Störungsbildern nach aktuell**	• pro interdisziplinäre Versorgungsplanung , Therapeut- oder Versichertenbezogen • Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)). • Nur für Versicherte, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben/ behinderte Menschen und dem SD/PBG persönlich bekannt sind	60,00 EUR

Vergütungs- position	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
	anerkanntem Sachstand Grundsatz: • Teilnehmer: einer interdisziplinären Versorgungsplanung besteht aus mindestens drei Personen • Die interdisziplinäre Versorgungsplanung kann persönlich und/oder telefonisch durchgeführt werden und sollte die Dauer von 20 Minuten nicht überschreiten	• Nur abrechenbar für FACHÄRZTE/ PSYCHOTHERAPEUTEN mit Abrechnungsgenehmigung für Kinder- und Jugendpsychotherapie • Eine interdisziplinäre Versorgungsplanung wird i.d.R. vom FACHARZT/ PSYCHOTHERAPEUT initiiert • SD/PBG müssen im Vorfeld per „Kurzinformation/-rückmeldung“ über geplante interdisziplinäre Versorgungsplanung informiert werden • Sozialer Dienst/Patientenbegleitung können per Kurzinformation/-rückmeldung eine interdisziplinäre Versorgungsplanung anregen	
PTON3	**Nachbereitung der Online-Coaching-Einheiten im Rahmen der PSYCHOnlineTHERAPIE Routineversorgung** • Im Anschluss an jede Online-Sitzung • eine Nachbereitung auf Basis der von den Versicherten entsprechend ausgefüllten Online-Sitzungen Geeignet für Versicherte unter folgenden Bedingungen: Die Versicherten haben das 18. Lebensjahr vollendet. Vorhandensein eines Internetzugangs sowie eines internetfähigen Endgerätes (PC/Laptop/Smartphone/Tablet) Ausreichende Deutschkenntnisse Keine klinischen Ausschlusskriterien, die gegen eine Teilnahme sprechen (gesicherte Diagnosen: F21, F22.0, F22.8, F22.9, F23.0, F23.1, F23.2, F23.3, F23.8, F23.9, F24, F25.0, F25.1, F25.2, F25.8, F25.9, F28, F29).	Voraussetzung: • Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)). • Abrechenbar für FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN, die eine Schulung durch die Universität Ulm zur Nutzung der Online-Intervention besucht und die technischen Voraussetzungen für die Nutzung dieser geschaffen haben. • PTON3 ist abrechenbar, wenn die KV-Genehmigung für Verhaltenstherapie vorliegt • Bei gesicherten Diagnosen gemäß Anl. 12 Anh. 2 • max. 24 Einheiten • PTON3 ist abrechenbar bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr • befristet vom 01.05.2023 bis zum 30.09.2029	20,00 EUR

Vergütungs- position	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
3. Zuschläge **Die Zuschläge PTZ1 und PTZ3 sind an einem Behandlungstag abzurechnen**.			
PTZ1 bzw. PTZ1KJ	**Kooperationszuschlag** umfasst die Kooperation mit FACHÄRZTEN obligatorisch bei Schizophrenie, schwerer Depression, bipolaren Störungen, alle weiteren Diagnosen gemäß Anlage 12 Anhang 2 können ggf. auch in Kooperation mit dem HAUSARZT bzw. KINDER/-JUGENDARZT erbracht werden auch auf den Grundlagen der Rationalen Pharmakotherapie gemäß Anlage 17. Dokumentationsgrundlage für den HAUSARZT, KINDER/-JUGENDARZT und den FACHARZT ist der Bericht.	• Bei gesicherten Diagnosen gemäß Anl. 12 Anh. 2 • 1 x pro Quartal abrechenbar, wenn ein persönlicher oder telemedizinischer Arzt-Patienten- Kontakt stattgefunden hat • Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)).	30,00 EUR
		•	
PTZ3	**Kinder-, Jugendlichenzuschlag** Versorgungsinhalte erweiterte (Test-) Diagnostik und Exploration, Beratungen mit Bezugspersonen, ggf. Verhaltensbeobachtungen	• Bei gesicherten Diagnosen gemäß Anl. 12 Anh. 2 • 1 x pro Quartal abrechenbar, wenn ein persönlicher oder telemedizinischer Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat • Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen	60,00 EUR

Vergütungs-position	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
		und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)). • Nicht im gleichen Quartal neben PTZ3A abrechenbar. Nur bis vollendetes 21. Lebensjahr	
PTZ3A	**Zuschlag zur Betreuung von Patientinnen und Patienten mit geistiger Behinderung** Versorgungsinhalte erweiterte (Test-) Diagnostik und Exploration, Beratungen mit Bezugspersonen	• Bei gesicherten Diagnosen gemäß Anl. 12 Anh. 2 • 1 x pro Quartal abrechenbar, wenn ein persönlicher oder telemedizinischer Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat • Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)). • Nicht im gleichen Quartal neben PTZ3 abrechenbar.	60,00 EUR
PTZ4	**Persönliche Teilnahme an einer Fallkonferenz Rücken** Um Diagnostik und Therapie chronifizierter Rückenschmerzen zu verbessern sollen interdisziplinäre Fallkonferenzen eingerichtet werden. Die Indikation dazu stellt der ORTHOPÄDE mit dem Ziel der Koordination der Fallkonferenz. Der HAUSARZT bzw. Soziale Dienst (SD) bzw. die Patientenbegleitung der Bosch BKK (PBG) können dem ORTHOPÄDEN eine Indikationsprüfung für die Fallkonferenz vorschlagen. Der ORTHOPÄDE organisiert grundsätzlich die Fallkonferenz. Mindestteilnehmer einer Fallkonferenz sind der ORTHOPÄDE und der betreuende HAUSARZT sowie der behandelnde PSYCHOTHERAPEUT, sofern Letzterer dem ORTHOPÄDEN bzw. dem HAUSARZT bekannt ist (Ausnahme: HZV-Patient hat der Befundweiterleitung im Rahmen seiner PT-Behandlung widersprochen bzw. der HAUSARZT ist über die Therapie nicht informiert) und ggf. der SD bzw. die PBG. **1. Leistungsinhalt** - Abstimmung mit ORTHOPÄDE und HAUSARZT (z. B. Differentialdiagnostik, ggf. Auswertung Fragebögen) - Ggf. Abstimmung mit dem SD bzw. der PBG - (Sichtung Bildgebung) - Abstimmung erfolgt über einen persönlichen Kontakt - Sichtung der durch den ORTHOPÄDEN vor der Fallkonferenz an den Patienten ausgegebenen und ausgewerteten Testfragebögen z. B. Funktionsfragebogen Rücken (FfbH-R), Schmerzbogen nach Korff, Arbeitsplatzbogen - Sichtung des Vorberichts des ORTHOPÄDEN zur Vorstellung in der Fallkonferenz mit Schmerzanamnese, Schmerzmedikation, jetzige Beschwerden, med. Vorgeschichte, klinischer Befund inkl. Auswertung FFbH-R, Synopse Bildgebung. **2. Durchführung** - Die Fallkonferenz kann wahlweise auch z. B. durch Telefon oder Videokonferenz durchgeführt werden. Dauer etwa 20 Minuten. Die Teilnahme an einer Fallkonferenz erfolgt durch alle erforderlichen Teilnehmer gleichzeitig. - Allen Teilnehmern müssen die Ergebnisse der Vorberichte und Test- bzw. Funktionsfragebögen vorliegen (grundsätzlich postalische Versendung). - Hierauf wird vom ORTHOPÄDEN ein Bericht erstellt, in dem Behandlungsvorschläge und ggf. zusätzliche organisatorische Interventionen z. B. im psychosozialen Kontext gemacht werden. Der Bericht wird vom ORTHOPÄDEN innerhalb von 3 Tagen an die Teilnehmer der Fallkonferenz geschickt. **3. Mögliche multimodale Therapieansätze** – Aktivierende Bewegungstherapie – Psychologische Interventionen, z. B. kognitive Verhaltenstherapie – Entspannungstechniken – Einleitung interdisziplinäre multimodale Therapie	Die Fallkonferenz Rücken kann einmal innerhalb von max. 4 Quartalen in Folge abgerechnet werden, bei Patienten (1) die an dem Facharztprogramm teilnehmen (2) mit chronischen Rückenschmerzen, bei denen erhebliche psychosoziale Risikofaktoren zur Chronifizierung beitragen, (3) mit Schmerzzuständen von über 12 Wochen oder AU ab oder über 4 Wochen (4) mit Vorliegen einer M.54-Diagnose und einer der drei ICD Codes F45.40, F45.41 oder F62.80 Dauer ca. 20 Minuten Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)). Nicht abrechenbar, wenn die Mindestteilnehmer ORTHOPÄDE und HAUSARZT am gleichen Tag nicht erfüllt sind. Sollten weitere Fallkonferenzen innerhalb der 4 aufeinander folgenden Quartale erforderlich sein, sind diese durchzuführen (obligatorische Teilnahme) und ebenfalls in der Vergütung von 50 Euro inbegriffen.	50,00 EUR
PTZ7	**Zuschlag für zeitnahe psychotherapeutische Anschlussbehandlung nach teil-/stationärem Aufenthalt** **Um eine lückenlose Anschlussversorgung sicherzustellen, besteht seit dem 1.10.2017 für Krankenhäuser die gesetzliche Verpflichtung**	• Maximal 20 Zuschläge innerhalb von maximal 12 Wochen nach teil-/stationärer Entlassung aus einer	15,00 EUR

Vergütungs-position	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
	zum Angebot eines Entlassungsmanagements: einschl. Bericht zu den ICD-10-Diagnosen anhand der Internationalen Diagnosen Checkliste IDCL und deren Begründung durch die Symptomatik bei Aufnahme, zum Bedarf z.B. an weiterführenden medizinischen und pflegerischen Maßnahmen, Arzneimitteln, Heilmitteln oder auch Soziotherapie mit Dokumentation eines Entlassplans, der dem Patienten zusammen mit dem Entlassbericht auszuhändigen ist (§39 Abs. 1a SGB V). Zudem kann die Klinik in begrenztem Umfang Medikamente verordnen und eine Arbeitsunfähigkeit für den Zeitraum von maximal 7 Tagen nach Entlassung bescheinigen (KBV 2016). Der Entlassbericht der Reha-Behandlung folgt den Gliederungsvorgaben der DRV Bund einschl. sozialmedizinischer Befundung (DRV Bund 2018). **Ziel ist die Behandlungskontinuität durch eine lückenlose zeitnahe Anschlussversorgung in der Umsetzung der Weiterbehandlung zu fördern und zu sichern, z.B.** • Indikationsstellung erfolgt evidenzbasiert durch den behandelnden Psychotherapeuten • Einholung der relevanten Vorbefunde (insbesondere Entlassbericht Krankenhaus) zur Berücksichtigung im Versorgungsgesamtbehandlungsplan, insbes. auch geplanter psychosozialer Maßnahmen (z.B. Reha) • ggfs. direkter telefonischer Austausch mit teil-/stat. Behandlern/ ambulanten Behandlern/ sozialem Dienst zur Fallbesprechung z.B. bei besonderen Anlässen wie V.a. Non-Compliance bzgl. Medikation, Eigen-, Fremdgefährdung, Veränderung der Diagnose, Indikation für stationären Aufenthalt, und zum Behandlungsergebnis und zu den Behandlungszielen wie zur Rückfallprophylaxe • 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	psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtung (Krankenhaus oder Rehabilitationseinrichtung). auf PTE1SD, PTE1 (KJ) – PTE3 (KJ) oder PTE6 bzw. PTE7 abrechenbar. • Beginn der Therapieserie innerhalb von 4 Wochen nach der teil-/stationären Entlassung • Nur abrechenbar, wenn vor der teil-/stationären Entlassung keine ambulante Psychotherapie durchgeführt wurde (nur abrechenbar für „Neupatienten“),	
4. Auftragsleistungen Der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT kann nicht für denselben Versicherten im selben Quartal Auftragsleistungen und Einzelleistungen nebeneinander abrechnen. Die Abrechnung von Auftragsleistungen schließt die Abrechnung von Grundpauschalen, Zusatzpauschalen und Einzelleistungen und Vertreterpauschalen (Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie) aus. Abrechenbar bei Vorliegen eines **Zielauftrags** eines anderen FACHARZTES/PSYCHOTHERAPEUTEN. Vergütungsvorrausetzungen identisch mit übergreifenden Vergütungsregelungen für Gruppe übergreifende Vergütungsregeln für Gruppenbehandlung PTE6/PTE6A und PTE7/PTE7A.			
PTA1	**Gruppenbehandlung – kleine Gruppe mind. 2, max. 5 Personen gemäß Anlage 12 Anhang 2 in Verbindung mit Anlage 17** Psychotherapieverfahren (Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder systemische Therapie), -methoden oder -techniken gemäß Anlage 12 Anhang 2 in Verbindung mit Anlage 17 Bei Gruppenleitung durch 2 Therapeuten kann die Gesamt-Gruppengröße auf 14 Teilnehmer (mind. 6 Teilnehmer) erhöht werden.	• Vgl. übergreifende Vergütungsregeln für Gruppenbehandlung PTA1 und PTA2	145,00 EUR
PTA1A	**Gruppentherapeutische Grundversorgung** als verhaltensmedizinische Basisintervention **– kleine Gruppe mind. 2, max. 5 Personen gemäß Anlage 12 Anhang 2 in Verbindung mit Anlage 17** nach aktuell anerkanntem Sachstand Bei Gruppenleitung durch 2 Therapeuten kann die Gesamt-Gruppengröße auf 14 Teilnehmer (mind. 6 Teilnehmer) erhöht werden.	• Vgl. übergreifende Vergütungsregeln für Gruppenbehandlung PTA1 und PTA2	145,00 EUR
PTA2	**Gruppenbehandlung – große Gruppe mind. 6, max. 9 Personen gemäß Anlage 12 Anhang 2 in Verbindung mit Anlage 17** Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Psychotherapieverfahren ,-methoden oder -techniken gemäß Anlage 12 Anhang 2 in Verbindung mit Anlage 17	• Vgl. übergreifende Vergütungsregeln für Gruppenbehandlung PTA1 und PTA2	82,00 EUR

Vergütungs-position	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxis-(BSNR) bezogene Vergütungsregeln	Betrag
	Bei Gruppenleitung durch 2 Therapeuten kann die Gesamt-Gruppengröße auf 14 Teilnehmer (mind. 6 Teilnehmer) erhöht werden.		
PTA2A	**Gruppentherapeutische Grundversorgung** als verhaltensmedizinische Basisintervention **– große Gruppe mind. 6, max. 9 Personen gemäß Anlage 12 Anhang 2 in Verbindung mit Anlage 17** nach aktuell anerkanntem Sachstand. Bei Gruppenleitung durch 2 Therapeuten kann die Gesamt-Gruppengröße auf 14 Teilnehmer (mind. 6 Teilnehmer) erhöht werden.	• Vgl. übergreifende Vergütungsregeln für Gruppenbehandlung PTA1 und PTA2	82,00 EUR
5. Vertretungsleistungen			
PTV1	**Vertretungspauschale**	• Diese Leistung ist vom FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)). Der erstmalige Kontakt zu einem Versicherten erfordert einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)). • Nicht im selben Quartal abrechenbar neben Grundpauschalen und Vertretungspauschalen (Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie) • Neben PTV1 sind bei Vorliegen der Voraussetzungen alle gesondert abrechenbaren Einzelleistungen (PTE1-PTE8) und Zuschläge (PTZ1- PTZ3) abrechenbar.	12,50 EUR