

**Vereinbarung gem. §§ 113, 118 Abs. 3 und 120 SGB V  
vom 01.09.2021**

über die Erbringung, Vergütung und Abrechnung von Leistungen  
der Institutsambulanzen nach § 118 Abs. 3 SGB V

**Die Bayerische Krankenhausgesellschaft e. V.,  
Radlsteg 1, 80331 München,**

**der Bayerische Bezirktag,  
Ridlerstr. 75, 80339 München,**

**der Verband der Privatkrankenanstalten in Bayern e.V.  
Kreillerstr. 24, 81673 München**

und

**die AOK Bayern – Die Gesundheitskasse,  
Carl-Wery-Straße 28, 81739 München,**

**die KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion München,  
Putzbrunner Str. 73, 81739 München,**

**der BKK Landesverband Bayern,  
Züricher Straße 25, 81476 München,**

**die IKK classic,  
Hauptverwaltung, vertreten durch den Vorstand, Tannenstraße 4b, 01099 Dresden,**

**der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)  
als Landwirtschaftliche Krankenkasse  
Postfach 10 13 20, 34013 Kassel,**

**die nachfolgend genannten Ersatzkassen**

Techniker Krankenkasse (TK)  
BARMER  
DAK-Gesundheit  
Kaufmännische Krankenkasse - KKH  
Handelskrankenkasse (hkk)  
HEK - Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:  
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),  
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Bayern  
Arnulfstraße 201 a, 80634 München

## **§ 1 Gegenstand der Vereinbarung**

Gegenstand dieser Vereinbarung ist die Versorgung derjenigen Gruppe psychisch Kranker, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung einer ambulanten, krankenhausnahen Versorgung durch Institutsambulanzen nach § 118 Abs. 3 SGB V bedarf.

Darüber hinaus regelt die Vereinbarung die Festlegung der Vergütung dieser Institutsambulanzen sowie das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnung sowie die Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung.

## **§ 2 Ziele der Vereinbarung**

- (1) Institutsambulanzen nach § 118 Abs. 3 SGB V erfüllen einen spezifischen Versorgungsauftrag. Ihr Angebot richtet sich mit qualitativ hochwertigen multiprofessionellen Behandlungsangeboten an eine Gruppe Kranker, die von anderen vertragsärztlichen Versorgungsangeboten, insbesondere von niedergelassenen Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten sowie Medizinischen Versorgungszentren, nicht erfolgreich behandelt werden kann. Die Institutsambulanz nach § 118 Abs. 3 SGB V soll auch dazu beitragen, Krankenhausaufnahmen zu vermeiden bzw. stationäre Behandlungszeiten zu verkürzen und Behandlungsabläufe durch ambulante Behandlungsalternativen am Krankenhaus zu optimieren.
- (2) Es ist nicht Ziel der Ermächtigung von Institutsambulanzen nach § 118 Abs. 3 SGB V neben ambulanter außerklinischer Versorgung zusätzliche Angebote im Sinne von Doppelstrukturen aufzubauen. Der Versorgungsauftrag von Institutsambulanzen nach § 118 Abs. 3 SGB V umfasst daher keine Leistungen des Krankenhauses nach § 75 Abs. 1a Satz 7 SGB V.

## **§ 3 Einrichtungen**

- (1) Einrichtungen (im nachfolgenden Institutsambulanzen genannt) im Sinne dieser Vereinbarung sind psychosomatische Krankenhäuser sowie psychiatrische Krankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen, fachärztlich geleiteten psychosomatischen Abteilungen; des Weiteren psychiatrische Krankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen, die Leistungen nach § 118 Abs. 3 SGB V im Rahmen ihrer bereits bestehenden Ermächtigung nach §§ 118 Abs. 1, 2 SGB V erbringen.
- (2) Eine ambulante psychosomatische Versorgung durch die Institutsambulanz ist dann als bedarfsgerecht anzusehen, wenn die Institutsambulanz nach Abs. 1 eine zentrale Versorgungsfunktion wahrnimmt. Eine zentrale Versorgungsfunktion kann die Institutsambulanz nur dann wahrnehmen, wenn sie die Anforderungen nach § 4 erfüllt.
- (3) Vor erstmaliger Leistungserbringung erfolgt ein Nachweis der Institutsambulanz über die Erfüllung der Voraussetzungen nach § 4 an die gemeinsame Prüfungsstelle der Krankenkassen nach § 15 Abs. 2. Der Nachweis erfolgt anhand Anlage 6 der Vereinbarung an die Prüfungsstelle. Diese bestätigt aufgrund der Angaben der Institutsambulanz innerhalb von 4 Wochen im Namen der Krankenkassen, dass die Voraussetzungen nach

§ 4 erfüllt sind. Bestehen Zweifel an der eindeutigen Richtigkeit der Angaben, kann die Prüfungsstelle von der Institutsambulanz Belege für die Richtigkeit ihrer Angaben fordern (insbesondere Urkunden oder Inaugenscheinnahme). Eine Erbringung und Abrechnung von Leistungen ist erst ab Zugang der schriftlichen Bestätigung der Prüfungsstelle möglich. Die Bestätigung dient für psychosomatische Krankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen fachärztlich geleiteten psychosomatischen Abteilungen als Feststellung ihres Status nach § 118 Abs. 3 SGB V und der damit verbundenen Abrechnungsbefugnis nach dieser Vereinbarung.

Für psychiatrische Krankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen stellt die Prüfungsstelle auf Antrag fest, dass die Voraussetzungen für die Abrechnungsbefugnis der Leistungen nach dieser Rahmenvereinbarung im Rahmen der bereits bestehenden Ermächtigung nach § 118 Abs. 1 oder 2 SGB V gegeben sind.

Vor Aufnahme der Tätigkeit ist von Institutsambulanzen nach § 118 Abs. 3 SGB V anhand dieser Bestätigung vorab eine Betriebsstättennummer bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zu beantragen. Die Institutsambulanzen mit Ermächtigung nach § 118 Abs. 1 oder 2 SGB V beantragen entsprechend eine Nebenbetriebsstättennummer. Betriebsstätten- bzw. Nebenbetriebsstättennummer sind der Prüfungsstelle unaufgefordert bekannt zu geben und werden von ihr in das Verzeichnis nach Abs. 6 aufgenommen.

- (4) Die Institutsambulanz verpflichtet sich, der Prüfungsstelle nach § 15 Abs. 2 rechtzeitig vor dem ersten Tätigwerden das Datum des tatsächlichen Beginns der Ambulanztätigkeit mitzuteilen.
- (5) Die Vereinbarungspartner auf Leistungserbringerseite wirken auf die Erfüllung der Voraussetzungen nach § 4 durch ihre Mitglieder hin.
- (6) Die Vereinbarungspartner wirken auf eine bedarfsgerechte Versorgung hin. Die gemeinsame Prüfungsstelle der Krankenkassen führt für die Vereinbarungspartner ein Verzeichnis der ermächtigten Institutsambulanzen.
- (7) Die Institutsambulanz darf ausschließlich an dem Standort des Krankenhauses betrieben werden von dem sie ihre Berechtigung zur ambulanten Behandlung nach § 118 Abs. 3 SGB V ableitet, weil sich an diesem Standort gem. der gesetzlich vorgegebenen Alternativen ein psychosomatisches Krankenhaus oder die selbstständige fachärztlich geleitete psychosomatische Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses oder eines psychiatrischen Krankenhauses befindet.
- (8) Die Erfüllung der strukturellen Mindestvoraussetzungen nach § 4 ist von den Institutsambulanzen stets zu gewährleisten. Sofern die Voraussetzungen nach § 4 nicht mehr vorliegen, ist dies unverzüglich der gemeinsamen Prüfungsstelle der Krankenkassen mitzuteilen. Eine Leistungserbringung kann von den Krankenkassen und Vertragspartnern bis zur Erfüllung der Anforderungen und deren erneutem Nachweis ausgesetzt werden.

#### **§ 4**

#### **Strukturelle Mindestanforderungen**

- (1) Die Institutsambulanz muss unter der ärztlichen Leitung eines Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie stehen.

- (2) Um eine breit gefächerte Fachkompetenz zu gewährleisten, müssen eine internistische sowie mindestens eine weitere spezifische somatische fachärztliche Kompetenz in der Institutsambulanz zur Verfügung stehen. Dies ist durch entsprechende Fachabteilungen in der Institutsambulanz oder durch Ärzte mit abgeschlossener entsprechender fachärztlicher Weiterbildung zu gewährleisten.
- (3) Zur Sicherstellung einer multiprofessionellen Behandlung müssen Vertreter der folgenden Berufsgruppen in der Institutsambulanz zur Verfügung stehen:
  - a) Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
  - b) Psychologischer Psychotherapeut,
  - c) Krankenpfleger,
  - d) Sozialpädagoge (inkl. Sozialarbeiter, Heilpädagogen),
  - e) mindestens zwei verschiedene Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden, Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten und Kreativtherapeuten).
- (4) Das Personal nach Abs. 3 Buchst. c) bis e) muss spätestens ab dem 1. Januar 2022 jeweils über eine mindestens zweijährige einschlägige Berufserfahrung im Bereich Psychiatrie/Psychosomatik/Psychotherapie verfügen.
- (5) Die erforderlichen Fachkräfte stehen in angemessener Zahl zur Verfügung.
- (6) Die apparative Ausstattung der Institutsambulanz ermöglicht die Diagnostik und Behandlung der Patientengruppe gem. § 5 oder stellt eine Nutzung über entsprechende Kooperationsverträge sicher.
- (7) Die räumliche Ausstattung einer Institutsambulanz ermöglicht die Diagnostik und Behandlung der Patientengruppe gem. § 5. Insbesondere sind ausreichend räumliche Kapazitäten für Einzel- und Gruppeninterventionen vorzuhalten.
- (8) Der Zugang und die Räumlichkeiten für die Patientenbetreuung und -untersuchung sind behindertengerecht. Barrierefreiheit ist gewährleistet.
- (9) Die Institutsambulanz verfügt außerhalb der regulären Dienstzeiten der Institutsambulanz über einen Notfalldienst für die Patientengruppe gem. § 5.

## **§ 5**

### **Patientengruppe**

Die Gruppe psychisch Kranker, die wegen der Art ihrer Erkrankung einer spezifischen ambulanten Behandlung bedarf, umfasst Patienten, bei denen gegenwärtig eine Erkrankung aus der Diagnoseliste I der Bundesvereinbarung<sup>1</sup> (F32, F33, F34, F40-F48, F50-59, F60, F61, F62, F63,

---

<sup>1</sup> Anlage 2 der Änderungsvereinbarung zur Vereinbarung zu den Psychiatrischen Institutsambulanzen vom 19.09.2019“

F64) vorliegt und eine begleitende, damit pathogenetisch verbundene somatische Diagnose besteht, die eine Kombinationsbehandlung beider Erkrankungsanteile erfordert. Bei Erkrankungen der Diagnoseliste II der Bundesvereinbarung (F44, F45) ist abweichend keine begleitende, damit verbundene somatische Diagnose erforderlich.

## **§ 6 Inanspruchnahme und Zugang**

- (1) Zur Abgrenzung des Versorgungsauftrages und zur Vermeidung medizinisch nicht gerechtfertigter Leistungsausweitungen darf für die Patientengruppe nach § 5 eine Behandlung in der Institutsambulanz nur erfolgen, wenn mindestens eine der folgenden Zugangsvoraussetzungen erfüllt ist:
  1. Für die Inanspruchnahme einer Institutsambulanz gilt das Erfordernis einer fachärztlichen Überweisung. Zur Sicherstellung einer strukturierten Vorbehandlung hat eine Überweisung durch den die maßgebliche Erkrankung behandelnden Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder den ärztlichen Psychotherapeuten zu erfolgen. Eine erneute fachärztliche Überweisung ist ein Jahr nach Behandlungsbeginn in der Institutsambulanz erforderlich und bei Fortdauern der Behandlung nach jedem Jahr erneut einzuholen.
  2. Zur Verkürzung von stationären Behandlungszeiten und zur Sicherung des Behandlungserfolges kann im Ausnahmefall nach Entlassung aus der psychiatrischen oder psychosomatischen stationären Behandlung bei direkter Überleitung in die Institutsambulanz auf die fachärztliche Überweisung nach Nr. 1 verzichtet werden, wenn die Behandlungsleistungen nicht durch niedergelassene Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten oder Medizinische Versorgungszentren erbracht werden können. Die maximale Behandlungsdauer ohne Vorliegen einer fachärztlichen Überweisung beträgt in diesen Fällen 6 Monate.
- (2) Die Institutsambulanz hat bei jedem Patienten zu Beginn der Behandlung und mindestens halbjährlich zu prüfen, ob und inwieweit die Behandlung in der Institutsambulanz weiterhin erforderlich ist und ob eine Weiterbehandlung durch niedergelassene Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten oder Medizinische Versorgungszentren erfolgen kann. Die Ergebnisse der Prüfung finden Eingang in die Patientendokumentation und in die Therapieberichte gem. § 8 Abs. 2.
- (3) Eine Behandlung in einer Institutsambulanz ist ausgeschlossen bei:
  - einer vollstationären, stationsäquivalenten oder teilstationären Krankenhausbehandlung gem. § 39 SGB V oder Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation gem. § 40 SGB V,
  - bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren.

## **§ 7 Behandlungsangebot**

- (1) Die Institutsambulanz hält ein hochspezialisiertes und multiprofessionelles Behandlungsangebot vor, das der Patientengruppe gem. § 5 und dem spezifischen Versorgungsauftrag gem. § 2 gerecht wird.

- (2) Die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen in der Institutsambulanz können nur von einem Facharzt mit abgeschlossener Weiterbildung in Psychosomatischer Medizin und Psychotherapie getroffen werden.
- (3) Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie können entsprechend dem Stand ihrer Weiterbildung unter Verantwortung eines Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der ärztlichen Behandlung nach Abs. 1 beteiligt werden.
- (4) In einem individualisierten Behandlungsplan werden aufbauend auf den Ergebnissen der Diagnostik und der Indikationsstellung die daraus abgeleiteten Behandlungsmaßnahmen und Therapieziele festgelegt. Vorbefunde, insbesondere durch den niedergelassenen Vertragsarzt, Vertragspsychotherapeut oder das Medizinische Versorgungszentrum oder der stationären Vorbehandlung sind bei der Diagnose- und Indikationsstellung heranzuziehen.
- (5) Im Rahmen eines individualisierten Behandlungsplans kann die psychotherapeutische Behandlung von einem ärztlichen Psychotherapeuten oder einem psychologischen Psychotherapeuten mit Fachkundenachweis durchgeführt werden.
- (6) Das Leistungsangebot der Institutsambulanz umfasst das gesamte Spektrum psychosomatischer Diagnostik und Therapie entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse. Hierzu gehören insbesondere:
  - psychosomatische und bio-psycho-soziale Diagnostik (psychologische, psychometrische und psychopathologische Diagnostik),
  - psychosomatische/psychotherapeutische Einzel- und Gruppeninterventionen,
  - psychoedukative Einzel- und Gruppeninterventionen,
  - Einbezug von Bezugspersonen in die Behandlung,
  - somatische Behandlung,
  - pflegerische Interventionen,
  - Spezialtherapien,
  - Physiotherapie,
  - sozialarbeiterische Betreuung,
  - Psychopharmakotherapie,
  - Interventionsmöglichkeiten bei psychosomatischen und somato-psychischen Krisen,
  - nonverbale und übende Therapieverfahren.
- (7) Das Behandlungsangebot der Institutsambulanz kann durch Komplexleistungen nach Anlage 1 Anhang 1 dieser Vereinbarung ergänzt werden.
- (8) Die ausschließliche psychotherapeutische Behandlung mit Leistungen im Sinne der Kurz- und Langzeittherapie der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) entspricht nicht den Anforderungen dieser Vereinbarung.
- (9) Die Institutsambulanz führt regelmäßig multiprofessionelle und ggf. auch interdisziplinäre Fallbesprechungen im Rahmen eines individualisierten Behandlungsplanes mit Einbeziehung der beteiligten Berufsgruppen zur individuellen Behandlungsplanung durch.
- (10) Die Institutsambulanz gewährleistet eine regelmäßige Intervention und Supervision.



## **§ 8 Kooperation**

- (1) Die Institutsambulanz kooperiert mit den niedergelassenen Vertragsärzten, Vertragspsychotherapeuten, Medizinischen Versorgungszentren sowie komplementären Einrichtungen.
- (2) Die Institutsambulanz informiert den überweisenden niedergelassenen Arzt im Rahmen eines Therapieberichts jährlich und bei Beendigung der Behandlung über:
  - Diagnosen,
  - Indikationsprüfungen,
  - Zwischenbefund/Entlassungsbefund,
  - Medikation,
  - weiteres Prozedere/Empfehlungen für die Weiterbehandlung.
- (3) Der niedergelassene Arzt informiert gem. § 10 Abs. 3 der Bundesvereinbarung im Rahmen der Überweisung die Institutsambulanz über:
  - Diagnosen oder Verdachtsdiagnosen,
  - Vorbefunde (Diagnostik),
  - bisherige Therapie,
  - Medikation,
  - Auftrag.
- (4) Die Institutsambulanz soll die Bildung von Selbsthilfegruppen fördern und mit diesen kooperieren.

## **§ 9 Vergütung**

- (1) Die Krankenkassen vergüten die ärztlichen und nichtärztlichen Leistungen, die von den Institutsambulanzen erbracht werden, nach dem Leistungs- und Vergütungsverzeichnis der Anlage 1 dieser Vereinbarung.
- (2) Das Leistungs- und Vergütungsverzeichnis enthält die Beschreibung der in den Institutsambulanzen zu erbringenden Leistungen und deren Vergütung (Anlage 1). Das Leistungs- und Vergütungsverzeichnis kann einvernehmlich von den Vertragsparteien in Nachträgen angepasst werden, ohne dass es einer Kündigung dieser Vereinbarung bedarf; § 120 Abs. 4 SGB V bleibt davon unberührt.

## **§ 10 Abrechnung**

- (1) Die von den Institutsambulanzen erbrachten Leistungen werden kalendervierteljährlich gegenüber der jeweils zuständigen Krankenkasse abgerechnet.
- (2) Form und Inhalt der Abrechnung sowie die Übermittlung von statistischen Daten werden in der Anlage 2 dieser Vereinbarung geregelt.
- (3) Die Abrechnung von Leistungen ist ab 12 Monaten nach Ende des Quartals, in dem die Leistungen erbracht wurden, ausgeschlossen.

## **§ 11 Dokumentation**

- (1) Die Dokumentation der erbrachten Leistungen erfolgt entsprechend der PIA-Dokumentations-Vereinbarung gem. § 295 Absatz 1b Satz 4 SGB V.
- (2) Die für die Erkrankung nach § 5 Abs. 1 führende Behandlungsdiagnose ist zu kennzeichnen. Eine begleitende pathogenetisch verbundene somatische Diagnose ist ebenfalls zu kennzeichnen.
- (3) Die Schwere des Krankheitsverlaufs ist durch eine standardisierte Erhebung des psychosozialen Funktionsniveaus mit dem Erfassungsinstrument „Global Assessment of Functioning“ (GAF) zu Beginn der Behandlung und im Behandlungsverlauf alle 6 Monate zu erheben, in der Patientendokumentation zu dokumentieren und im Struktur- und Leistungsbericht gem. § 14 Abs. 1 zu übermitteln.

## **§ 12 Qualitätsberichte**

Die Institutsambulanz veröffentlicht die Leistungen im Qualitätsbericht der Krankenhäuser nach den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses.

## **§ 13 Qualitätssicherung**

- (1) Die Institutsambulanzen haben ihre Leistungen nachvollziehbar zu dokumentieren.
- (2) Mit dem Ziel, qualitätssichernde Maßnahmen zu ergreifen und Qualitätsberichte zu erstellen, führen die Institutsambulanzen eine Basisdokumentation. Die Daten sind entsprechend § 17 datenschutzkonform zu verarbeiten und anonymisiert auf Datenträger oder elektronisch und verschlüsselt der Auswertungsstelle nach Anlage 3 dieser Vereinbarung termingerecht zur Verfügung zu stellen.
- (3) Zur fachlichen Beratung der Vereinbarungspartner und der Auswertungsstelle nach Anlage 3, zur Evaluation der Ergebnisse und insbesondere zur Festlegung der Inhalte der Berichte sowie der Weiterentwicklung der Basisdokumentation wird ein Fachbeirat Psychosomatik aus Vertretern der Leistungserbringer und der Krankenkassenverbände eingerichtet. Der Fachbeirat wird von den Vereinbarungspartnern gebildet. Er gibt sich eine Geschäftsordnung. Die Prüfungsstelle organisiert die Sitzungen des Fachbeirates und der entsprechenden Unterarbeitsgruppen.
- (4) Das Nähere zur Qualitätssicherung wird in Anlage 3 geregelt.
- (5) Daneben dienen auch die regelmäßigen Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Qualitätssicherung.



## **§ 14**

### **Nachweisverfahren**

Der Nachweis zur Erfüllung der vertraglichen Vorgaben erfolgt durch die Institutsambulanz bis zum 31. März des Folgejahres über einen Struktur- und Leistungsbericht nach Anlage 4, Anhang 3 dieser Vereinbarung an die Landesverbände der Krankenkassen und an die Ersatzkassen, an die Prüfungsstelle und an den Auftragnehmer der Bundesauswertung. Der Bericht umfasst die gem. Anlage 4, Anhang 3 dokumentationspflichtigen Leistungen der Institutsambulanz aller gesetzlich krankenversicherten Patienten des vorangegangenen Kalenderjahres.

## **§ 15**

### **Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung**

- (1) Die Prüfung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch die Institutsambulanz erfolgt auf der Grundlage der § 113 Abs. 4 SGB V.
- (2) Die Planung, Durchführung und Abwicklung der Prüfungen erfolgt durch die Prüfungsstelle für die Wirtschaftlichkeitsprüfung, AOK Bayern – Die Gesundheitskasse, Dienstleistungszentrum Ärzte Oberfranken, Am Bauhof 12, 95445 Bayreuth.
- (3) Das Prüfungsverfahren wird in der Anlage 4 dieser Vereinbarung geregelt.

## **§ 16**

### **Arbeitsgruppe Zweifelsfragen**

- (1) Zweifelsfragen und Meinungsverschiedenheiten im Zusammenhang mit dem Betrieb der Institutsambulanzen sollen nach Möglichkeit zwischen der leistungspflichtigen Krankenkasse und der Institutsambulanz beigelegt werden.
- (2) Zur Klärung von Fragen im Zusammenhang mit dieser Vereinbarung, insbesondere zur Abrechenbarkeit von Leistungen, wird eine „Arbeitsgruppe Zweifelsfragen“ eingerichtet.
- (3) Für die „Arbeitsgruppe Zweifelsfragen“ benennen die Vertragsparteien namentlich Vertreter.
- (4) Die „Arbeitsgruppe Zweifelsfragen“ bestimmt aus ihrer Mitte für eine Periode von 2 Jahren einen Vorsitzenden, der die Sitzungen leitet.
- (5) Die Geschäftsführung der „Arbeitsgruppe Zweifelsfragen“ obliegt der Prüfungsstelle nach § 15 Abs. 2. Die Prüfungsstelle nimmt die auf Wunsch der Vertragsparteien oder von Institutsambulanzen zu behandelnden Themen entgegen, beruft die Sitzungen bei Bedarf oder auf besonderen Wunsch der Vertragsparteien ein, bereitet diese vor und informiert die Vertragsparteien über die Ergebnisse.
- (6) Die Ergebnisse der „Arbeitsgruppe Zweifelsfragen“ werden den Vertragsparteien in Form einer Ergebnisniederschrift mitgeteilt.

- (7) Werden von den Vertragsparteien Einwendungen gegen die konsentierten Ergebnisse erhoben, sind diese innerhalb von 5 Wochen nach Zugang der Ergebnisniederschrift gegenüber der Prüfungsstelle schriftlich vorzutragen; ansonsten gelten die Festlegungen als Bestandteil der Vereinbarung und werden in das Verzeichnis „Ausführungsbestimmungen gem. § 16 dieser Vereinbarung (Anlage 5)“ aufgenommen und von der Prüfungsstelle den Vertragsparteien in der jeweils gültigen Fassung aktuell zur Verfügung gestellt.
- (8) Die Anlage 5 dieser Vereinbarung kann angepasst werden, ohne dass es einer Kündigung dieser Vereinbarung bedarf.
- (9) Nicht abschließend geklärte Sachverhalte werden zwischen den Vertragsparteien direkt verhandelt.

## **§ 17**

### **Datenschutz/Wahrung von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen**

- (1) Die Vereinbarungspartner verpflichten sich, die im Rahmen dieses Vertrages bekanntwerdenden Daten und persönlichen Verhältnisse Betroffener entsprechend ihrer gesetzlichen Verpflichtung geheim zu halten und nicht unbefugt an Dritte weiterzugeben. Insbesondere haben sie sicherzustellen, dass die mit der Durchführung des Vertrages beauftragten Stellen, Arbeitsgruppen und Fachbereiche zur Einhaltung der Datenschutzvorschriften informiert, belehrt und verpflichtet werden.
- (2) Die Vereinbarungspartner sind verpflichtet, bei der Abwicklung dieses Vertrages die nach den datenschutzrechtlichen Vorschriften erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen.
- (3) Die Vereinbarungspartner und die von ihnen vertretenen Krankenkassen dürfen die ihnen überlassenen Sozialdaten nur zu dem Zweck verarbeiten oder nutzen, zu dem sie ihnen übermittelt wurden. Die Daten dürfen nicht anderweitig verwendet und nicht länger gespeichert werden, als es zur Erfüllung des in Satz 1 genannten Zwecks erforderlich und datenschutzrechtlich zulässig ist. Näheres zum Datenschutz im Rahmen der Qualitätssicherung (§ 13 des Vertrages) regelt Anhang 2 zu Anlage 3 dieser Vereinbarung.

## **§ 18**

### **Inkrafttreten/Kündigung**

- (1) Dieser Vertrag tritt mit Wirkung zum 01.09.2021 in Kraft. § 13 Abs. 2 tritt zum 01.01.2022 in Kraft. Der Vertrag kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Die Anlagen 1, 3 und 4 können gesondert gekündigt werden, ohne dass davon die Vereinbarung selbst oder die weiteren Anlagen betroffen sind.
- (2) Auch nach einer Kündigung nach Abs. 1 gilt die Vereinbarung (einschließlich ihrer Anlagen) solange weiter bis eine sie ersetzende Vereinbarung abgeschlossen ist. Die Vertragspartner verpflichten sich im Falle einer Kündigung der Vereinbarung (einschließlich ihrer Anlagen) unverzüglich Verhandlungen zu führen mit dem Ziel, bis zur Wirksamkeit der Kündigung eine Vereinbarung zu schließen.

- (3) Sollten einzelne Regelungen dieses Vertrages unwirksam oder nichtig werden, bleiben die übrigen Bestimmungen dieses Vertrages unberührt. An die Stelle der unwirksamen oder nichtigen Bestimmungen soll eine Regelung treten, die dem am nächsten kommt, was die Vertragspartner gewollt haben oder nach dem Sinn und Zweck des Vertrages gewollt hätten.
- (4) Sämtliche in dieser Vereinbarung genannten Anlagen sowie deren Anhänge sind wesentlicher Bestandteil der Vereinbarung.

## **Verzeichnis der Anlagen:**

**Anlage 1** (zu § 9)      Leistungs- und Vergütungsverzeichnis für Institutsambulanzen

Anhang 1: Komplexleistungen (noch zu vereinbaren)

**Anlage 2** (zu § 10)      Form und Inhalt der Abrechnung sowie die Übermittlung von statistischen Daten

Anhang 1: Struktur des BKG-Erfassungstools

**Anlage 3** (zu § 13)      Qualitätssicherung

Anhang 1: Dokumentationsbogen (noch zu vereinbaren)

Anhang 2: AmBADO-Anleitung (noch zu vereinbaren)

**Anlage 4** (zu §§ 14, 15)      Prüfungsvereinbarung und Nachweisverfahren

Anhang 1: Vereinbarung zur Kostenermittlung und -aufteilung

Anhang 2: Prüfungskriterien

Anhang 3: Nachweisverfahren (Anhang 3 Teil 1 und 2 der Bundesvereinbarung)

Anhang 4: Fragebogen Basisdaten (Anhang 3 Teil 1 der Bundesvereinbarung)

**Anlage 5** (zu § 16)      Ausführungsbestimmungen gem. § 16

**Anlage 6** (zu § 3 Abs. 3)      Vorabfrage Strukturelle Mindestanforderungen

Protokollnotizen:

Die Vereinbarungspartner einigen sich darauf, sich für zwei Jahre auf die Vergütungsstruktur festzulegen. Jährliche Anpassungen bezüglich der Vergütungshöhe können verhandelt werden.

Die Vereinbarungspartner auf Landesebene verständigen sich darauf, folgende Punkte innerhalb eines Jahres zu evaluieren und auf Basis dessen diese Vereinbarung ggf. weiter zu entwickeln:

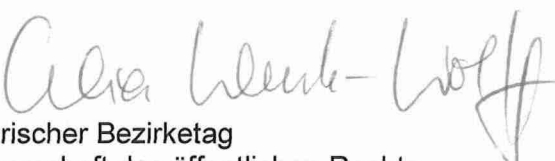
- die Zugangswege der Patienten (§ 6 Abs. 1): Aus Sicht der Leistungserbringer ist eine Ausweitung der Zuweisungsmöglichkeit auf weitere Fachgruppen erforderlich, z. B. auf Allgemeinärzte mit Zusatzweiterbildung „Psychosomatische Grundversorgung“.
- ob und welche zusätzlichen Labor- bzw. Diagnostikziffern in die Anlage 1 übernommen werden müssen. Die Leistungserbringer können erstmalig nach 6 Monaten, d. h. auf Datenbasis zweier Quartale die Kostenträger zu Verhandlungen über Labor- bzw. Diagnostikziffern auffordern.
- Im Einvernehmen zwischen den Vertragspartnern können im Einzelfall durch die Prüfungsstelle auf Begründung auch Daten der einrichtungsindividuellen Qualitätsberichte (Anlage 3 § 3 Abs. 3 Buchstabe a) direkt an Vertragspartner weitergegeben werden. Dies erfordert im individuellen Einzelfall die Abfrage und Zustimmung aller Vertragspartner.

München, den 19.8.2021

  
Bayerische Krankenhausgesellschaft e. V.

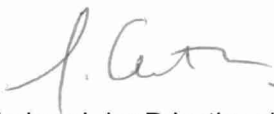


München, den 20. August 2021

  
Bayerischer Bezikretag  
-Körperschaft des öffentlichen Rechts-

München, den 25.08.2021

Verband der Privatkrankenanstalten  
in Bayern e.V.

  
Verband der Privatkrankenanstalten  
in Bayern e.V.

München, den 25.8.21

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rüdiger Carl', written in a cursive style.

AOK Bayern – Die Gesundheitskasse  
-Körperschaft des öffentlichen Rechts-

München, den 26.08.2021

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke extending to the right.

KNAPPSCHAFT,  
Regionaldirektion München

München, den 26.8.21

S. Hone

BKK Landesverband Bayern  
-Körperschaft des öffentlichen Rechts-

München, den

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized, overlapping loops and strokes.

IKK classic

-Körperschaft des öffentlichen Rechts-




München, den 19.08.2021

A handwritten signature in black ink, consisting of a vertical line followed by a series of loops and a horizontal stroke.

Sozialversicherung für Landwirtschaft,  
Forsten, Gartenbau (SVLFG)

München, den 24.8.21



Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)  
Landesvertretung Bayern  
Der Leiter der Landesvertretung