

Inhaltliche Gliederung der Anlage 5 (Stand 20.08.2021)

Themenbereich	Bezeichnung der Regelung
1	Leistungsrecht allgemein
1.1	Gesetze/bundesweite Bestimmungen
	1.1.1 Bundesmantelvertrag Ärzte
	1.1.2 Off-label-use von Medikamenten
	1.1.3 Ausstellen von Bescheinigungen, Gutachten und Berichten für Dritte
	1.1.4 Begriffsdefinitionen (Behandlungsfall/Krankheitsfall)
	1.1.5 Codierung von Diagnosen im Rahmen der Abrechnung
1.2	Versicherungsstatus
	1.2.1 Ausland Versicherte
	1.2.2 Außerbayerische Kasse
	1.2.3 Postbeamtenkrankenkasse A
1.3	Konkurrierende Abrechnungen
	1.3.1 Aufnahmetag
	1.3.2 Bezirkspflegeheime
	1.3.3 Entlassungstag
	1.3.4 Parallele Behandlung bei niedergelassenen Psychotherapeuten
	1.3.5 Praxisvertretung
	1.3.6 Stationärer Krankenhausaufenthalt
	1.3.7 Stationäre Rehabilitationsmaßnahme
	1.3.8 Tagesklinische oder nachtklinische Behandlung
	1.3.9 Verordnungen am Entlassungstag
1.4	Zielgruppe
	1.4.1 Adipositas
	1.4.2 Diagnosen aus dem Z-Kapitel
	1.4.3 Legasthenie
	1.4.4 Heimbewohner*

2 Spezifische Regelungen PIA-Bayern

2.1	Regelungen allgemein	2.1.1	Ausstellen von Verordnungen
		2.1.2	Begründungsziffer
		2.1.3	Beratungsleistungen
		2.1.4	Drogensubstitution
		2.1.5	Erstellung eines Arztbriefes ohne Patientenkontakt
		2.1.6	Forensische Ambulanz
		2.1.7	Leistungsziffersystematik
		2.1.8	Psychotherapie
		2.1.9	Soziotherapie
		2.1.10	Supervision
		2.1.11	Nachbeobachtung nach Injektionen
		2.1.12	Arzneimittelverordnung ohne Patientenkontakt
		2.1.13	Arzneimittelverordnung mit ärztlichem Patientenkontakt
		2.1.14	Heilmittelverordnung ohne Patientenkontakt
		2.1.15	Standardisierte Kontrollen und Vergaben
		2.1.16	Verordnungsvordruck Verwendung BSNR
		2.1.17	Arbeitsdiagnostik
		2.1.18	Therapieplanung
		2.1.19	Videosprechstunde
		2.1.20	Psychotherapie-Zusatzleistungsschlüssel
2.2	Berufsgruppen	2.2.1	Apparative Diagnostik und Therapie
		2.2.2	MFA
		2.2.3	Berufsgruppe Zuordnung
		2.2.4	Dolmetscher
		2.2.5	Nicht ärztliche Leistungen
		2.2.6	Personen im Praktikum
		2.2.7	Verwaltungstätigkeiten
		2.2.9	Heimbewohner*
		2.2.10	Heilerziehungspfleger

2.3	Mehrere Leistungserbringer	2.3.1	Diagnostik und Behandlung schwieriger Patienten
		2.3.2	Fallbesprechungen
		2.3.3	Mehrere Leistungserbringer/Dokumentation
		2.3.4	Parallele Behandlung aufsuchend durch zwei Berufsgruppen
		2.3.5	Verlaufsbesprechung
2.4	Gruppenbehandlungen	2.4.1	Betreuung einer Großgruppe
		2.4.2	DBT-Gruppen
		2.4.3	Gruppenleistungen/Angehörigengruppe
		2.4.4	Zwei Leistungserbringer in Gruppen
2.5	Labor	2.5.1	Laborleistungen
		2.5.2	Laborpauschale
		2.5.3	Substitution
		2.5.4	Laborbefundung
2.6	AmBADO	2.6.1	AmBADO-Ziffern Abrechenbarkeit
		2.6.2	AmBADO Datenerhebung
2.7	Fahrten	2.7.1	Fahrzeiten
		2.7.2	Parallele Behandlung, aufsuchen durch zwei Berufsgruppen*
2.8	KJP	2.8.1	Fallkonferenz/KJP
		2.8.2	Patienten zwischen 18 und 21 Jahren

* Der Inhalt der Regelung betrifft mehr als einen Themenbereich aus dem Inhaltsverzeichnis

Anlage 5 (zu § 12) (Stand: 01.11.2020)

Ausführungsbestimmungen

(Zwecks besserer Übersichtlichkeit finden für den Bereich KJP nur die letzten 4 Ziffern und für den Bereich Erwachsene nur die letzten 3 Ziffern des 8-stelligen Entgeltschlüssels Verwendung.)

	Abgestimmt in Sitzung vom		Bemerkungen	Gültig ab
Adipositas 1.4.1	27.11.03	Die Diagnose Adipositas ist als alleinige Diagnose kein Anlass für die Behandlung in einer PIA.		
AmBADO-Ziffern – Abrechenbarkeit 2.6.1	20.07.07 AG 11.12.08 AG 24.06.09 AG 15.09.09 23.10.18 AG 12.01.12 AG	Eine alleinige Abrechnung der Positionen 101,201, 0101 und 0201 ohne den dazugehörigen Patientenkontakt im gleichen Quartal ist nicht möglich. Eine erneute Abrechenbarkeit dieser Ziffern ist möglich im gleichen Quartal des Folgejahres (Jahresaktualisierung). Hierbei wird nicht auf das Kalenderjahr, sondern auf das Quartal abgestellt. Vor Ablauf dieses Zeitrahmens ist eine erneute Abrechenbarkeit nur bei den Kriterien des neuen Falls gegeben, d. h. dass in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen keine Leistung der PIA in Anspruch genommen worden ist oder der Fall beendet wurde und ein AmBADO-Beendigungsbogen ausgefüllt wurde, oder in der KJP zu Beginn einer neuen Behandlungsepisode nach einem (teil-) stationären Aufenthalt. Bei evtl. Nachfrage des Kostenträgers reicht die Bestätigung der PIA, dass der Fall gem. Glossar (vgl. Anhang 1 und 2 zur Anlage 3) beendet war.	Auch Pkt. 2.6.2 AmBADO – Datenerhebung beachten	

AmBADO – Datenerhebung 2.6.2	09.05.06 11.12.08 AG 24.06.09 AG 15.09.09 23.10.18 AG	Die Positionen 101, 201, 0101 und 0201 sind nur dann abrechnungsfähig, wenn sie von einem ärztlichen/psychologischen Mitarbeiter erbracht worden sind. Lediglich bei der Erhebung der sog. Kurz-AmBADO ist diese abrechnungsfähig, wenn sie von anderen therapeutischen Mitarbeitern erbracht wird. Wird die Erhebung der AmBADO-Daten z. B. von einer Pflegekraft vorgenommen, muss diese immer mit ärztlicher oder psychologischer Beteiligung erfolgen. Für die Kurz-AmBADO gelten jedoch die gleichen Abrechnungsbestimmungen wie für die Vollversion.	Auch Pkt. 2.6.1 AmBADO-Ziffern – Abrechenbarkeit beachten	
Apparative Diagnostik und Therapie 2.2.1	11.12.08 AG	Der Zeitanatz für die Gebührenziffer ist für den reinen Personalaufwand gedacht und nicht für die Gerätelaufzeit. Die Ziffern aus dem Bereich 77x sind ggf. mehrfach an einem Tag berechenbar. Man ist sich einig, dass für ein EKG die Ziffer 771 und für ein EEG die Ziffer 773 abzurechnen ist.		
Arbeitsdiagnostik 2.1.17	15.09.20 AG	In Fällen, in denen eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund desjenigen Krankheitsbildes besteht, das die Behandlung in der PIA begründet, kann frühestens nach 3 Monaten Dauer der Arbeitsunfähigkeit, zur qualifizierten Einschätzung der weiteren Arbeitsfähigkeit ein kombiniertes Assessment (Arbeitsdiagnostik) eingesetzt werden. Dabei können folgende Bausteine zum Tragen kommen: <ol style="list-style-type: none"> 1. Psychologische Diagnostik (persönlich und/oder gerätegestützt als Einzelkontakt bis maximal 2 Stunden) 2. Ergotherapeutische Diagnostik (im Einzelkontakt bis maximal 5 Stunden und als Gruppenanwendung bis maximal 10 Stunden) 		

		<p>3. Teambesprechung zwischen Arzt, Psychologen und Ergotherapeuten</p> <p>Die Arbeitsdiagnostik ist bei gegebener Indikation frühestens nach 6 Monaten wiederholbar.</p>		
<p>Arzneimittelverordnung mit ärztlichem Patientenkontakt 2.1.13</p>	<p>18.11.19 AG</p>	<p>Bei jeder Verordnung von Arzneimitteln ist die Arzneimittelrichtlinie und das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten.</p> <p>Das Ausstellen einer Arzneimittelverordnung im Rahmen eines ärztlichen Patientenkontaktes löst nicht die Abrechnung der Geb.-Ziff. 100 bzw.0100 aus.</p> <p>Vielmehr ist in diesem Falle der Inhalt des zu Grunde liegenden ärztlichen Patientenkontaktes zu dokumentieren und die gesamte Leistungszeit (Patientenkontakt und Rezepterstellung) gemäß Punkt 2.1.7 „Leistungsziffersystematik“ in eine Gebührenziffer umzuwandeln.</p> <p>1. Ein gesonderter Dokumentationsnachweis zur Einhaltung der Pflichten, die sich aus § 8 Arzneimittelrichtlinie für die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt ergeben ist dabei nur zu führen für:</p> <p>1.1. Name des Medikaments, Dosierung und Packungsgröße (Beispiel: „Mirtazapin ratiopharm 15 mg, 0-0-0-1, 100 Stück“)</p> <p>1.2. Medizinische Begründung im Falle eines „Autidem“-Ausschlusses (Beispiel: „Unverträglichkeit von wirkstoffgleichen Arzneimitteln“)</p> <p>2. Falls im Behandlungsverlauf eines Patienten daneben auch die Gebührenziffern 100 bzw. 0100</p>	<p>Siehe auch Pkt. 2.1.7 „Leistungsziffersystematik“</p>	<p>01.04.2020</p>

		zur Abrechnung gelangt, sollte bei diesem Patienten auch beim Ausstellen einer Arzneimittelverordnung im Rahmen eines ärztlichen Patientenkontaktes der Verordnungsabstand dokumentiert und bei Änderungen der Medikationsplan aktualisiert werden.		
Arzneimittelverordnung ohne Patientenkontakt 2.1.12	18.11.19 AG	Bei jeder Verordnung von Arzneimitteln ist die Arzneimittelrichtlinie und das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten. Aber nicht jede Verordnung von Arzneimitteln löst eine Abrechnung aus. Nach der Anforderung einer Arzneimittelverordnung durch den Patienten oder einen durch ihn bevollmächtigten Dritten berechtigt das Ausstellen einer Arzneimittelverordnung ohne ärztlichen Patientenkontakt nur dann zur Abrechnung der Geb.-Ziff. 100 bzw.0100, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind (qualifizierte Arzneimittelverordnung): 1. Dokumentationsnachweis zur Einhaltung der Pflichten, die sich aus § 8 Arzneimittelrichtlinie für die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt ergeben: 1.1. Name des Medikaments, Dosierung und Packungsgröße (Beispiel: „Mirtazapin ratiopharm 15 mg, 0-0-0-1, 100 Stück“) 1.2. Indikation (Beispiel: „F32.2“) 1.3. Notwendigkeit (Beispiel: „schwere Symptomatik“, „PT nicht ausreichend“, „Erhaltungstherapie“, o.ä.) 1.4. Verträglichkeit (Beispiel: „keine UAW“, „leichte Sedierung“, „GOT-Anstieg?“, o.ä.) 1.5. Verordnungsabstand		01.04.2020

		<p>(Beispiel: (reicht bis) „25.11.19“))</p> <p>1.6. Medizinische Begründung im Fall eines „Autidem“-Ausschlusses (Beispiel: „Unverträglichkeit von wirkstoffgleichen Arzneimitteln“)</p> <p>1.7. Die Dokumentation hat durch die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt zu erfolgen oder ist im Falle einer teilweisen Zuarbeit durch MFA durch die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt freizugeben und zu verantworten.</p> <p>2. Die Abrechnung der Geb.-Ziff. 100 bzw.0100 setzt das Vorhandensein eines aktuellen Medikationsplans voraus. Dabei kann es sich entweder um den bundesweit einheitlichen Medikationsplan oder um einen PIA-internen Medikationsplan handeln. In beiden Fällen gilt:</p> <p>2.1. Der Medikationsplan muss im Abrechnungsquartal zumindest einmal aktualisiert worden sein (auch wenn keine Änderungen eingetreten sind)</p> <p>2.2. Dies ist mittels datierter Abspeicherung oder Ausdruck zu belegen.</p> <p>2.3. Alle fachspezifischen Medikamente sind im Medikationsplan in übersichtlicher Form aufzuführen (z.B. in einer Datumsspalte)</p> <p>3. Weitere Abrechnungsregeln:</p> <p>3.1. Die Geb.-Ziff. 100 bzw.0100 ist am Tag einer ärztlichen Leistungserbringung oder an dem Tag, der dieser ärztlichen Leistungserbringung folgt, nicht abrechenbar.</p> <p>3.2. Die Geb.-Ziff. 100 bzw.0100 ist ohne weitere ärztliche Leistungserbringung im Quartal nicht an zwei aufeinanderfolgenden Quartalen abrechenbar.</p> <p>3.3 Die Geb.-Ziff. 100 bzw.0100 dokumentiert definitionsgemäß keinen persönlichen Arzt-</p>	<p>Siehe Pkt. 2.2.5 „Nicht ärztliche Leistungen“</p>	
--	--	--	--	--

		Patientenkontakt. Der Ansatz dieser Gebührensiffer ist daher auch per se nicht geeignet, die Durchführung von nicht-ärztlichen Leistungen zu legitimieren.		
MFA 2.2.2	03.06.08 AG	Leistungen von MFA sind nicht abrechenbar, außer im Zusammenhang mit den Ziffern 77x (Diagnostik und Therapie)	Auch Pkt. 2.2.7 Verwaltungstätigkeiten beachten	
Aufnahmetag 1.3.1	03.05.02	Bei der Aufnahme eines Patienten nach externer Verordnung von (teil-) stationärer Krankenhausbehandlung, sind die üblichen Tätigkeiten des Aufnahmearztes nicht abrechnungsfähig. Ambulanzleistungen sind jedoch abrechnungsfähig, wenn eine der folgenden drei Konstellationen zutrifft: 1. Ein fortlaufend in der Institutsambulanz behandelte Patient hat einen regulären Ambulanztermin, wird aber zu einem späteren Zeitpunkt am gleichen Tag, z. B. wegen aktueller Symptomatik, o. ä. stationär aufgenommen. 2. Ein Ambulanzpatient nimmt einen regulär geplanten Termin (auch bei einem nichtärztlichen Mitarbeiter) wahr, im Verlaufe dessen sich ein akutes stationäres Behandlungserfordernis ergibt. Nach Einschaltung des Ambulanzarztes verordnet dieser Krankenhausbehandlung 3. Mitarbeiter der Institutsambulanz erbringen eine Kriseninterventionsleistung (z. B. auch im Rahmen aufsuchender ambulante Tätigkeit, dies auch auf Veranlassung aus dem Umfeld eines Patienten), z. B. bei Behandlungsabbruch, akute Suizidalität, Intoxikation, u.a.m., mit der Absicht, eine stationäre Behandlung zu vermeiden. Lässt sich dieses Ziel nicht erreichen, oder kommt es dennoch zu einem späteren Zeitpunkt zur Einweisung, sind die zuvor ambulant erbrachten Leistungen abrechnungsfähig (sogenannte „erfolgreiche“ Krisenintervention).		

Ausland Versicherte 1.2.1	01.12.98	Im Ausland Versicherte sind nicht in die Statistiken (Gesamtübersicht, Kassenartstatistik) mit aufzunehmen.		
Ausstellen von Bescheinigungen, Gutachten und Berichten für Dritte 1.1.3	09.05.17 AG	Für Leistungen, die außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden (schriftliche Stellungnahmen für Dritte, z.B. Jugendämter, Versorgungsämter, Führerscheinstelle, Agentur für Arbeit, Gerichte u.a.) sind die gesetzlichen Krankenkassen gem. § 3 BMV-Ä nicht leistungspflichtig. Diese Kosten sind vielmehr dem Auftraggeber in Rechnung zu stellen.		
Ausstellen von Verordnungen 2.1.1	07.07.16 AG 18.11.19	Gestrichen, siehe jetzt Punkte 2.1.12, 2.1.13 und 2.1.14		01.04.2020
Außerbayerische Kasse 1.2.2	14.07.98	Hat eine außerbayerische Kasse Probleme bei der Überprüfung der Abrechnung der bayerischen psychiatrischen Institutsambulanzen, kann sie den Vergütungsvertrag (sowie die aktuell gültigen Sätze) bei der Abrechnungsstelle der jeweiligen bayerischen Krankenkasse (Landesverband/Landesvertretung) anfordern.		
Begriffsdefinitionen 1.1.4	09.05.17 AG	Behandlungsfall: Der Behandlungsfall ist definiert in § 21 Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) als Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis in einem Kalendervierteljahr zu Lasten derselben Krankenkasse. Krankheitsfall: Der Krankheitsfall ist definiert in § 21 Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und umfasst das aktuelle sowie die drei nachfolgenden Kalendervierteljahre, die der Berechnung der krankheitsfallbezogenen Leistungsposition folgen.		

Begründungsziffern 2.1.2	12.01.12/ 29.02.12 AG	Derzeit keine Regelung notwendig.		
Beratungsleistungen 2.1.3	01.03.16 AG	Eine Beratung der Bezugsperson eines Patienten kommt nur im Rahmen von Diagnostik und Therapie des Patienten in Betracht. Die von der PIA erbrachten Leistungen werden dem jeweiligen Patienten zugeordnet. Reine Beratungen „Dritter“ ohne Diagnostik und Therapie durch die PIA sind keine Leistung der GKV und nicht mit den Kostenträgern abrechenbar.		
Berufsgruppen Zuordnung 2.2.3	20.10.10 AG	Die Zuordnung der Mitarbeiter zu einer Berufsgruppe der Leistungsbeschreibung erfolgt nach dem Arbeitsvertrag und nicht nach der Tätigkeit. Ausnahme s. Pkt. „Verwaltungstätigkeiten“.	Beachte Pkt. 2.2.7 „Verwaltungstätigkeiten“	
Betreuung einer Großgruppe 2.4.1	21.10.96	Sind bei der Betreuung einer Großgruppe z. B. sowohl Arzt als auch der Psychologe, 90 Minuten anwesend, so ist am selben Behandlungstag sowohl die Nummer 154 als auch die Nummer 254 nebeneinander abrechnungsfähig. Dies gilt selbstverständlich auch für eine andere Zusammensetzung von Berufsgruppen.		
Bezirkspflegeheime 1.3.2	03.05.02	Bei Bewohnern von Bezirkspflegeheimen können Arbeits- und Beschäftigungstherapie im Sinne tagesstrukturierender Maßnahmen nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden.		
Bundesmantelvertrag-Ärzte 1.1.1	24.06.09 AG	Lt. § 2 Abs. 3 BMV-Ä i.V. § 1 Abs. 1 BMV-Ä gilt der Bundesmantelvertrag-Ärzte auch für die Psychiatrischen Institutsambulanzen.		
Codierung von Diagnosen im Rahmen der Abrechnung 1.1.5	09.05.17 AG	Auf den Abrechnungsunterlagen nach § 295 SGB V sind alle Diagnosen zu übermitteln, derentwegen der Patient im entsprechenden Quartal behandelt wurde und für die Leistungen abgerechnet wurden (siehe		

		Anleitung zur Verschlüsselung nach ICD 10 des DIMDI).		
DBT-Gruppen (Dialektisch-Behaviorale Therapie) 2.4.2	30.11.15 AG 23.10.18 AG	Da DBT-Gruppen bei Patienten mit der Diagnose F60.3- mit zwei Therapeuten besetzt sein sollten, kann der zweite Therapeut auch dann abgerechnet werden, wenn lediglich eine Kleingruppe durchgeführt wird.	Beachte Pkt. 2.4.4 „Zwei Leistungserbringer in Gruppen“	
Diagnosen aus dem Kapitel Z 1.4.2	25.06.07 AG	Die Diagnosen aus dem Kapitel Z des ICD 10 lösen in begründeten Einzelfällen einen Leistungsanspruch aus.		
Diagnostik und Behandlung schwieriger Patienten 2.3.1	25.06.07 AG 12.01.12 AG	Der oberärztliche Zusatzaufwand bei der Diagnostik und Behandlung schwieriger Patienten ist abrechnungsfähig (zwei Abrechnungsziffern der gleichen Berufsgruppe an einem Tag). Bei evtl. Nachfrage des Kostenträgers reicht die Bestätigung der PIA, dass es sich um die Konstellation „Diagnostik und Behandlung schwieriger Patienten“ handelt.		
Dolmetscher 2.2.4	19.07.00	Leistungen eines Dolmetschers fallen nicht in den Zuständigkeitsbereich der GKV.		
Drogensubstitution 2.1.4	25.06.07 AG 12.01.12 AG 18.11.19 AG	Für die Vergabe des Substituts ist in der Regel nur die Pos. 310 abrechenbar. Bei evtl. Nachfrage des Kostenträgers reicht die Bestätigung der PIA, dass es sich um einen Substitutionspatienten handelt. Wird von dieser Regel abgewichen, so muss eine inhaltliche Begründung hierfür dokumentiert werden. Eine standardmäßige Abrechnung einer höheren Leistungsziffer für die Vergabe ist nicht zulässig.		01.01.2020
Entlassungstag 1.3.3	03.05.02, 11.12.08 AG	Leistungen am Entlassungstag aus der eigenen Klinik sind grundsätzlich nicht abrechnungsfähig, die üblichen zur guten Praxis gehörenden Leistungen wie Übergabegespräch, Terminvereinbarung, Rezeptausstellung, etc. sind durch den stationären Pflegesatz mit abgegolten.		

Erstellung eines Arztbriefes ohne Patientenkontakt 2.1.5	20.07.07 AG 12.01.12 AG	Ist die Erstellung eines ausführlichen Arztberichtes/Epikrise erforderlich, ist diese abrechenbar. In begründeten Ausnahmefällen ist diese Leistung auch ohne unmittelbaren Patientenkontakt abrechnungsfähig. Die bereits erbrachte Leistung im Quartal ist mit dem entsprechenden Zeitfaktor zu addieren. Erfolgt diese Leistung in einem Quartal ohne Patientenkontakt, wird nicht die Laborpauschale ausgelöst. Bei evtl. Nachfrage des Kostenträgers reicht die Bestätigung der PIA, dass es sich um die Konstellation „Erstellen eines Arztbriefes ohne Patientenkontakt“ handelt.		
Fahrzeiten 2.7.1	28.11.97 25.06.07 20.10.10 AG	Probleme ergeben sich bei der Abrechnung von regelmäßig anfallenden Fahrzeiten, wenn der Arzt eine Patientengemeinschaft besucht, deren Mitglieder unterschiedlichen Kassen angehören. Hier erfolgt keine Aufteilung der Fahrzeiten auf die beteiligten Krankenkassen. Vielmehr ist in einem roulierenden Verfahren den beteiligten Krankenkassen der Gesamtzeit in Rechnung zu stellen. So ist gewährleistet, dass jede beteiligte Krankenkasse an den Fahrzeiten beteiligt wird. Wird der Patient nach vorheriger Absprache zu Hause nicht erreicht, sind die Fahrzeiten dennoch abrechnungsfähig. Eine entsprechende Begründung ist in den Unterlagen zu hinterlegen. Als Fahrzeit gilt: Abfahrt von der PIA (Ausnahme: Wohnort des Therapeuten entsprechend Festlegung vom 20.10.10) bis zur Wohnung/Aufenthaltort des ersten Patienten. Werden mehrere Patienten hintereinander aufgesucht, wird die Fahrzeit jeweils zwischen zwei Patienten abgerechnet. Beim letzten Patienten wird zusätzlich die Fahrt von dessen Wohnung/Aufenthaltort zurück zur PIA abgerechnet. Dieses Verfahren gilt bei Aufsuchen einzelner Patienten hintereinander.	Auch Pkte. 2.3.4 , 2.7.2 - Parallele Behandlung, aufsuchen durch zwei Berufsgruppen beachten	

	12.01.12 AG	Werden mehrere Patienten einer therapeutischen Wohngruppe, eines Heimes, etc. aufgesucht, gilt weiterhin das roulierende Verfahren für die Abrechnung von Fahrzeiten. Dies bedeutet, dass einem der zu behandelnden Patienten der Einrichtung die Fahrzeit zugeordnet wird und bei einem weiteren Besuch die Zuordnung zu einem anderen Patienten getroffen wird.		
	29.02.12 AG	Bei evtl. Nachfrage des Kostenträgers bei mehr als einer Fahrt pro Tag beim gleichen Patienten reicht die Bestätigung der PIA über die Notwendigkeit der Fahrt. Die jeweils tatsächlich angefallene Fahrzeit vom Wohnort des Therapeuten bis zur Wohnung/Aufenthaltort des Patienten kann zur Abrechnung gebracht werden, wenn hierbei das Wirtschaftlichkeitsgebot beachtet wird. Findet die Fahrt zusammen mit dem Patienten statt, hat der Therapeut zu entscheiden, ob es sich dabei um eine Fahrzeit oder Therapiezeit handelt. Bei einer Therapiezeit bedarf dies einer therapeutischen Indikation. Eine Abrechnung erfolgt dann als Behandlungszeit. Reine Hol- und Bringdienste sind zur Abrechnung ausgeschlossen.		
Fallbesprechungen 2.3.2	09.05.06	Der Leistungsinhalt der Ziffer 609 ist dann erfüllt, wenn mind. 4 Mitarbeiter mind. dreier unterschiedlicher Berufsgruppen der PIA anwesend sind.		
	24.06.09 AG	Der Leistungsinhalt der Ziffer 600 ist dann erfüllt, wenn mind. 3 Mitarbeiter mind. zweier unterschiedlicher Berufsgruppen der PIA anwesend sind.		
	20.10.10 AG	Bei den Ziffern 0040, 0048 und 0059 werden als		
	17.11.11 Arge	Mindestteilnehmer-zahl 5 Mitarbeiter aus 4		
	24.06.09	unterschiedlichen Berufsgruppen angesehen		

	AG 19.04.12 AG 29.02.12/ 19.04.12 AG	(gültig ab 01.01.2012). Bei Unterschreitung dieser Vorgaben bezüglich einer Teambesprechung sind maximal 2 Mitarbeiter (KJP analog max. 3 MA) mit jeweils maximal 10 Minuten einzeln abrechnungsfähig. Wegen der Komplexität der Fälle kann in der KJP zusätzlich eine Verlaufsbesprechung von bis zu 20 Minuten pro Quartal abgerechnet werden. Die Abrechnung einer Fallbesprechung muss im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit einem/mehreren Patientenkontakten stehen. Die Abrechnung einer Fallbesprechung, ohne Patientenkontakt auch im vorangegangenen Quartal ist nicht zulässig. Zusätzlich oder alternativ zu Fallbesprechungen sind auch Verlaufsbesprechungen möglich und abrechenbar.	auch Pkt. 2.3.5 „Verlaufsbesprechung“ beachten	
Fallkonferenz/KJP 2.8.1	10.10.12 AG 23.10.18 AG	Die Gebührensnummer 0059 unterscheidet sich hinsichtlich Zeitansatz, Inhalt und Zielsetzung wesentlich von der Geb.ziff. 0048 und 0040. Da die Geb.ziff. 0059 zudem nur einmal im Jahr zur Abrechnung kommen kann, wird ein Zusammentreffen der Geb.ziff. 0040/0048 und 0059 in einem Quartal eines Jahres als abrechenbar angesehen. Die inhaltliche Notwendigkeit muss der Dokumentation entnommen werden können.		
Forensische Ambulanz 2.1.6	12.01.12 AG	Als Grundlage für die Zuordnung zu den unterschiedlichen Kostenträgern dient das „Rahmenkonzept für Forensisch-Psychiatrische (Nachsorge-) Ambulanzen in Bayern“, sowie das Schreiben des VdB vom 24.11.2010. Die Begründungspflicht liegt dabei bei der PIA.		

		<p>Aber nicht jede Verordnung von Heilmitteln löst eine Abrechnung aus. Nach der Anforderung einer Heilmittelverordnung durch den Patienten oder einen durch ihn bevollmächtigten Dritten berechtigt das Ausstellen einer Heilmittelverordnung ohne ärztlichen Patientenkontakt nur dann zur Abrechnung der Geb.-Ziff. 110 bzw.0110, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Es handelt sich um die Folgeverordnung des Heilmittels. 2. Bei Ausstellung der Heilmittelfolgeverordnung liegt ein Zwischenbericht zum bisherigen Verlauf der Heilmittelanwendung vor. <p>Im Falle einer Heilmittelerstverordnung soll die Verordnung regelhaft im Rahmen eines ärztlichen Patientenkontaktes erfolgen In diesem Falle ist der Inhalt des zu Grunde liegenden ärztlichen Patientenkontaktes zu dokumentieren und die gesamte Leistungszeit (Patientenkontakt und Erstellung der Heilmittelverordnung) ist gemäß Punkt 2.1.7 „Leistungsziffersystematik“ in eine Gebührenziffer umzuwandeln.</p>	Siehe auch Pkt. 2.1.7 „Leistungsziffersystematik“	
Heimbewohner 2.2.9 1.4.4	09.05.17 AG	<p>Allgemeine Beratungsleistungen für Mitarbeiter von Heimen oder anderen Einrichtungen sind nicht mit der GKV abrechenbar. Werden nichtärztliche Berufsgruppen der PIA in Heimen/Einrichtungen tätig, muss die medizinische Notwendigkeit von einem Arzt der PIA angeordnet werden. Dabei muss der therapeutische Inhalt anhand der Dokumentation inkl. Therapieplan nachvollziehbar sein.</p>		
	18.11.19 AG	<p>Besteht bei Heimbewohnern die medizinische Notwendigkeit für die Durchführung eines EKGs und kann diese Leistung nicht durch andere</p>		01.01.2020

		Behandler (z.B. Hausarzt) sichergestellt werden, so kann dies auch aufsuchend durch die PIA im Heim erbracht werden. Die Leistung kann durch die Berufsgruppen Ärzte, Pflege und Medizinische Fachangestellte erbracht werden. Durch die Berufsgruppe Medizinische Fachangestellte kann ausschließlich die Gebührenziffer 771 abgerechnet werden. Bei unauffälligem EKG ist die Durchführung maximal 2 x jährlich abrechenbar.		
Laborbefundung 2.5.4	30.11.15 AG	Ergeben sich aus den Laborergebnissen keine auffälligen Befunde, ist die ärztliche Befundung nicht abrechenbar.		
Laborleistungen 2.5.1	29.10.99	Falls Laborleistungen nicht vollständig selbst erbracht werden, kann die Überweisung an einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Laborarzt erfolgen. <i>Selbstverständlich kann in diesen Fällen die Pauschale nicht abgerechnet werden.</i>	auch Pkt. 2.5.2 Laborpauschale beachten	
Laborpauschale 2.5.2	21.10.96 12.01.12 AG	Jeder Behandlungsfall löst dem Grunde nach die Laborpauschale aus. Eine Ausnahme stellt hierzu lediglich die Überweisung der Laborleistungen an ein Fremdlabor dar.	auc Pkt. 2.5.1 Laborleistungen beachten auch Pkt. 2.1.5 „Erstellung eines Arztbriefes ohne Patientenkontakt“ beachten	
Legasthenie 1.4.3	14.11.2018	Eine ausschließliche Diagnostik einer Legasthenie fällt nicht in den Leistungskatalog der Krankenkassen. Im Rahmen einer Differentialdiagnostik komplexer Störungsbilder ist eine entsprechende Diagnostik jedoch zulässig und abrechenbar. Die Legastheniebehandlung fällt nicht in den Leistungskatalog der Krankenkassen.		

Nachbeobachtung nach Injektionen 2.1.11	23.10.18 AG	Die vorgeschriebene Nachbeobachtungszeit bei der Injektion von bestimmten Arzneimitteln (z.B. Zypadhera) durch die „angemessen geschulte Berufsgruppe“, in einem Setting gemäß Wirtschaftlichkeitsgebot (Gruppe oder intermittierend bei Einzelbetreuung) ist abrechenbar. Eine inhaltliche Dokumentation im Falle von auftretenden Symptomen sowie obligatorisch zum Zustand bei Beendigung der Überwachung ist erforderlich.	Beachte Pkt. 2.1.7 „Leistungsziffersystematik“	
---	----------------	--	---	--

<p>Nicht ärztliche Leistungen 2.2.5</p>	<p>25.06.07 AG 11.12.08 AG 24.06.09 AG 05.04.16 30.11.15 AG 01.03.16 AG 12.01.12 AG 09.05.17 AG 10.10.12 AG 30.11.15 AG 01.03.16 AG 05.04.16 22.06.2021 AG 18.11.19 AG</p>	<p>Die Durchführung von nichtärztlichen Leistungen ist, ohne persönlichen Arzt-Patientenkontakt mindestens 1 x pro Quartal, nur in begründeten Ausnahmefällen möglich. Ausnahmefälle sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Abbruch durch Patient vor geplantem Termin 2. ärztliche Kontakte (auch im Rahmen eines stationären/teilstationären Aufenthaltes in der eigenen Klinik) max. 4 Wochen vor oder nach Quartalsende 3. Enge Führung durch Bezugsperson unter Absprache mit Arzt, z.B. bei Noncompliance. 4. Leistungen beschränken sich auf psychologische Diagnostik oder psychotherapeutische Behandlung. Dies gilt auch für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. 5. Für die Dauer eines Quartals sind sozialpädagogische Leistungen auch im Zusammenhang mit ausschließlich psychologischen, psychotherapeutischen oder kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischen Leistungen möglich. 6. Für die Dauer eines Quartals kann die Indikation zur Erbringung der „nicht-ärztlichen“ Leistungen vom Arzt auch im Rahmen einer Verlaufs- oder Fallbesprechung, oder eines ärztlichen Telefonats mit dem Patienten, medizinisch verantwortlich gestellt werden. <p>Bei evtl. Nachfrage des Kostenträgers hat die PIA die entsprechende Konstellation zu benennen.</p>		<p>01.04.2020</p>
--	--	--	--	-------------------

		Die Geb.-Ziff. 100 bzw.0100 dokumentiert definitionsgemäß keinen persönlichen Arzt-Patientenkontakt. Der Ansatz dieser Gebühreisziffern ist daher per se nicht geeignet die Durchführung von nicht-ärztlichen Leistungen zu legitimieren. Siehe Pkt. 2.1.12 „Arzneimittelverordnung ohne Patientenkontakt“		
Off-label-Use von Medikamenten 1.1.2	20.07.07	Hier sind die aktuell gültigen Richtlinien zum Off-label-Use des Gemeinsamen Bundesausschusses auch von den PIA zu beachten.		
Parallele Behandlung, aufsuchend durch zwei Berufsgruppen 2.3.4 2.7.2	25.06.07 AG	Klärung der Abrechnung paralleler aufsuchender Behandlung 2er unterschiedlicher Berufsgruppen: Jede Berufsgruppe rechnet die Fahrzeit nach der bestehenden Vergütungsregelung separat ab. In der Systematik der Vergütungsregelung wird die Arbeitszeit abgerechnet, insofern ist Fahrzeit Arbeitszeit gleichzusetzen.	Auch Pkt. 2.7.1 „Fahrzeiten“ beachten	
Parallele Behandlung in PIA und bei niedergelassenen Psychotherapeuten 1.3.4	25.06.07 AG	Eine ärztliche Behandlung in der PIA und parallel eine ambulante Psychotherapie bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten schließen sich nicht grundsätzlich aus.		
Patienten zwischen 18 und 21 Jahren 2.8.2	03.05.02	Die Institutsambulanzen der KJP sind bestrebt, den Anteil heranwachsender Patienten zwischen 18 und 21 Jahren gering zu halten. Gründe, die für eine ambulante Behandlung von Patienten dieser Altersgruppe in der KJP sprechen, sind: a) Der Patient befindet sich bereits in der KJP in Behandlung, die Krankheits- bzw. Behandlungsperiode ist aber mit Erreichen der Volljährigkeit noch nicht abgeschlossen. b) Es liegt noch ein jugendtypisches Störungsbild vor, dem eine Behandlung in der KJP aus fachlichen Gründen besser gerecht wird.		

		<p>Bei Patienten, die sich in längerfristiger Behandlung befinden, sollte die Überleitung in die Erwachsenenpsychiatrie im Alterzeitraum von 18 – 21 Jahren möglichst frühzeitig erfolgen, die Bestimmung des geeigneten Zeitpunkts hierfür sollte sich in erster Linie an sachlichen Gesichtspunkten orientieren (z. B. besser in einer Zeit relativer Stabilität des psychiatrischen Störungsbildes als in einer Krisenzeit; lebensgeschichtliche Abschnitte wie Schul- oder Ausbildungsabschluss sollten berücksichtigt werden).</p> <p>Wird eine psychiatrische Behandlung in einer Institutsambulanz bei Patienten erforderlich, die kurz vor Vollendung des 18. Lebensjahres stehen, sollte diese vorzugsweise bereits in der Erwachsenenpsychiatrie erfolgen, sofern nicht ein jugendtypisches Störungsbild vorliegt.</p> <p>Eine Behandlung in den Institutsambulanzen der KJP über das vollendete 21. Lebensjahr hinaus ist nicht möglich.</p> <p>Die Institutsambulanzen berücksichtigen die oa. Richtlinien, die Krankenkassen verzichten grundsätzlich auf fallbezogene Begründungen.</p>		
Personen im Praktikum 2.2.6	25.06.07 AG 19.04.12 AG	Die Abrechnung z. B. der von Personen im Praktikum oder auch der von Auszubildenden erbrachten Leistungen ist nur möglich, wenn diese unter Aufsicht und fachlicher Anleitung erbracht werden. Die Aufsicht bzw. Anleitung ist in diesen Fällen nicht zusätzlich abrechnungsfähig.		
Postbeamtenkrankenkasse A 1.2.3	21.10.96	Für Versicherte der Postbeamtenkrankenkasse A sind Rechnungen an den Versicherten auf der Grundlage der für die gesetzlich Versicherten gültigen Sätze zu richten.		

		<i>Mehrere Versuche des Verbandes der Bayerischen Bezirke die Kasse zum Beitritt zur Rahmenvereinbarung zu bewegen, schlugen fehl. Zuletzt erhielten wir die Auskunft der Postbeamtenkrankenkasse München, dass die Rechnungen mit dem 1,9-fachen Satz direkt an die Versicherung zu senden sind.</i>		
Praxisvertretung 1.3.5	12.01.12 AG 20.04.21 AG	Die Praxisvertretung für Niedergelassene fällt in den Sicherstellungsauftrag der KVB. Eine regelhafte Vertretung ist nicht Aufgabe der PIA. Kommt es dennoch zu einer vertretungsweisen Versorgung von Patienten niedergelassener Fachärzte ist der § 2 Abs. 1 der PIA-Rahmenvereinbarung zu beachten. Liegen die darin genannten Voraussetzungen nicht vor, ist der Patient für über den Erstkontakt hinausgehende Kontakte weiter zu verweisen. Im Einzelfall kann in Analogie zur Regelung des §118 Abs. 1 SGB V „Erreichbarkeit eines geeigneten Arztes“ die PIA vertretungsweise tätig werden. Sie hat dabei in besonderer Weise das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten (Beschränkung auf den notwendigen Vertretungsumfang).		
Psychotherapie 2.1.8	30.11.15 AG	Lt. § 6 Abs. 2 der PIA Rahmenvereinbarung können PIA auch Richtlinien-Psychotherapie durchführen. Für die PIA gelten auch die Vorschriften des BMV-Ä, insbesondere die Anlage 1 (Psychotherapie-Vereinbarung) sowie die Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Das vollständige Antrags- und Genehmigungsverfahren ist von den Psychiatrischen Institutsambulanzen einzuleiten, wenn eine Richtlinien-Psychotherapie durchgeführt werden soll.		

Psychotherapie- Zusatzleistungsschlüssel 2.1.20	20.04.21 AG	Der Zusatzleistungsschlüssel PIA-83 Z ist nicht dafür geeignet, bestimmte Behandlungs- oder Anwendungsformen von Psychotherapie zu identifizieren und ist somit auch nicht für eine Abrechnungsprüfung heranzuziehen.		
Soziotherapie 2.1.9	19.04.12 AG	Eine Verordnung durch die PIA ist möglich, wenn die Voraussetzungen gemäß Nr. 15 der Soziotherapie-Richtlinien (Verordnung und Leistungsumfang) erfüllt sind.		
Standardisierte Kontrollen und Vergaben 2.1.15	18.11.19 AG	Für die Durchführung von Atemluftalkoholkontrollen und Urinkontrollen sowie die Vergabe von Disulfiram ist bei alleiniger Erbringung die Gebührenziffer 310 abrechenbar. Wird von dieser Vorgabe abgewichen, so muss eine inhaltliche Begründung hierfür dokumentiert werden. Eine standardmäßige Abrechnung einer höheren Leistungsziffer ist nicht zulässig.		01.01.2020
Stationäre Rehabilitationsmaßnahme 1.3.7	12.01.12 AG	Es gelten hier die Bestimmungen des BMV-Ä zu „interkurrenten Erkrankungen“, § 2 Abs. 2 Nr. 3 BMV-Ä. „Zur ärztlichen Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gehören auch ärztliche Leistungen bei interkurrenten Erkrankungen während ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten sowie ambulant ausgeführte Leistungen, die während einer stationären Rehabilitation erforderlich werden <u>und nicht mit dem Heilbehandlungsleiden im Zusammenhang stehen</u> “. Soweit in Einzelfällen Unklarheiten bezüglich der Zuständigkeit bestehen, sollten diese zur Abklärung an die jeweilige Krankenkasse herangetragen werden.		
Stationärer Krankenhausaufenthalt 1.3.6	12.01.12 AG	PIA-Leistungen während eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes (Ausnahme Belegabteilung) sind gegenüber den Krankenkassen <u>nicht</u> abrechnungsfähig.		

	18.11.19 AG	Unbenommen davon bleibt es der PIA überlassen ggf. im Einzelfall eine Kostenübernahme zu erwirken. Wurde die Indikation zur stationären Behandlung bereits durch einen Facharzt gestellt, ist die nochmalige Indikationsprüfung keine Leistung der PIA.		01.01.2020
Substitution 2.5.3	03.06.07 AG 05.04.16	Die Pos. 172 und 173 können nur bei substituierten Patienten abgerechnet werden. Bei entsprechender Notwendigkeit bei nicht substituierten Patienten ist die Leistung mit der Laborpauschale (Pos. 170) abgegolten. Für die Substitutionsbehandlung in der PIA gelten die gleichen Eingangsvoraussetzungen wie für das übrige PIA-Klientel. Komorbidität ist demnach kein entscheidendes Kriterium.		
Supervision 2.1.10	19.04.12 AG	Der Begriff Supervision ist im Leistungsspektrum der PIA nicht definiert. Diesbezüglich wird auf die Regelungen zur „Verlaufsbesprechung“ und „Diagnostik und Therapie schwieriger Patienten“ verwiesen.		
Tagesklinische oder nachtklinische Behandlung 1.3.8	12.01.12 AG 09.05.17 AG	Erscheint der Patient außerhalb der Öffnungszeiten der Tagesklinik bzw. Nachtklinik in der PIA sind die erforderlichen Leistungen abrechenbar bzw. eine Notfallmedikation verordenbar.		

<p>Therapieplanung 2.1.18</p>	<p>15.09.20 AG</p>	<p>Die PIA's sind gehalten, im Rahmen der Therapieplanung auch folgende Punkte zu berücksichtigen und zu dokumentieren:</p> <p>Abgrenzung zu und Verzahnung mit anderen Hilfsangeboten</p> <p>Benennung erforderlicher oder möglicher komplementärer Dienste und Netzwerke (z. B. Medizinisch-soziale Basisdienste, Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen, Tagesstätten, Jugendhilfe, Psychiatrisch-psychotherapeutische Fachdienste und Netzwerke):</p> <hr/> <p>Falls ja:</p> <p>Benennung der Aufgabe des externen Dienstes/Netzwerkes:</p> <hr/> <p>Benennung der Aufgaben der PIA im Rahmen der Kooperation:</p> <hr/> <p>Begründung: Während der laufenden Behandlung in der PIA und im Anschluss daran, kann es notwendig sein, andere Dienste und Netzwerke in die Therapieplanung zu integrieren. Dabei ist es auch wichtig, Aufgaben zu beschreiben und abzugrenzen, da hierfür auch andere Kostenträger als die gesetzliche Krankenversicherung zuständig sein können.</p>		
--	------------------------	--	--	--

Verlaufsbesprechung 2.3.5	19.04.12 AG	<u>Verlaufsbesprechungen</u> sind alle übrigen Besprechungen (neben einer Fallbesprechung) zwischen Therapeuten untereinander über einen gemeinsamen Patienten. Diese können auch der gleichen Berufsgruppe angehören.	auch Pkt. 2.3.2 „Fallbesprechungen“ beachten	
Verordnungen am Entlassungstag 1.3.9	20.10.04/ 30.11.04	Verordnungen am Entlassungstag der (teil-)stationären Behandlung sind grundsätzlich möglich. Die Dokumentation der Verordnung erfolgt entweder über das EDV-Ambulanzprogramm („automatisch“) oder durch einen entsprechenden Eintrag in die Ambulanzakte. Eine Abrechnung dieser Leistung ist nicht möglich. Der Aufwand ist mit den Kosten der (teil-)stationären Behandlung abgegolten.		
Verordnungsvordruck Verwendung BSNR 2.1.16	18.11.19 AG Große Runde PIA 12.12.19	Für Verordnungen durch PIA wird auf bayerischer Ebene zum 01.01.2020 über eine Ergänzung der Anlage 5 übergangsweise Folgendes geregelt: Mit Wirkung zum 01.01.2020 verwenden die bayerischen PIA zur korrekten Befüllung von Verordnungsvordrucken weiterhin die BSNR im Feld „Betriebsstätten-Nr.“. Sie bestellen zudem weiterhin die Verordnungsvordrucke unter eben dieser BSNR beim Kohlhammer-Verlag. Somit ist auf den Verordnungsvordrucken für das Muster 16 durch den Kohlhammer-Verlag weiterhin in der Kodierleiste die BSNR eingedruckt. Die PIA befüllt das Feld „Betriebsstätten-Nr.“ sodann selbständig mit der BSNR. Wichtig ist,		01.01.2020

		dass diese beiden Positionen auf dem Verordnungsvordruck mit einer einheitlichen Nummer, derzeit der BSNR, gefüllt sind.		
Verwaltungstätigkeiten 2.2.7	25.06.07 AG	Verwaltungstätigkeiten, egal von wem erbracht, sind nicht abrechnungsfähig, da diese Leistungen bereits in die Abrechnungsziffern einkalkuliert wurden.		
Videosprechstunde 2.1.19	Große Runde PIA 12.12.19	<p>Die Vorgaben des Bundesmantelvertrages-Ärzte, insbesondere auch technischer Art, zur Erbringung von Videosprechstunden (Anlage 31b) sind von den PIA einzuhalten.</p> <p>Als Videosprechstunde wird die Kommunikation zwischen einem Leistungserbringer der benannten Berufsgruppen und einem ihm bekannten Patienten, ggf. unter Assistenz z.B. durch eine Bezugsperson des Patienten angesehen. Damit entspricht die Kommunikation zwischen zwei Therapeuten per Videokanal nicht den Vorgaben der Vereinbarung.</p> <p>Im Detail gelten folgende Regelungen entsprechend: Alle allgemeinen Ausführungen zum „Vertragsarzt“ sind auf die gesamte PIA bzw. den Leiter der PIA anzuwenden. Die Leistung "Videosprechstunde" ist durch Ärzte und Psychologen (Berufsgruppen 1 und 2 der Anlage 1a und 1b des Rahmenvertrages) erbringbar. Sie ist ausschließlich über die dafür in Anlage 1a und 1b vorgesehenen Ziffern abrechenbar. Eine Behandlung im Rahmen eines Erstkontaktes oder eine Gruppenbehandlung kann nicht in Form einer Videosprechstunde erbracht werden. Die Erbringung von Videosprechstunden ist nur möglich, wenn daneben ein persönlicher Arzt-</p>		01.04.2020

		<p>Patienten-Kontakt regelmäßig und in angemessener Weise erfolgt. Die Erbringung von Videosprechstunden ist mittels eigener Leistungsziffer gemäß der Anlage 1a und 1b des Rahmenvertrages zu dokumentieren. Nur in begründeten Fällen ist eine Videosprechstunde zwischen zwei Psychiatrischen Institutsambulanzen, wobei sich Therapeut und Patient an unterschiedlichem Standort befinden, möglich. Die Abrechnung der Leistungsziffer erfolgt von dem PIA-Standort, von dem aus die Leistungserbringung erfolgt.</p>		
<p>Zwei Leistungserbringer in Gruppen 2.4.4</p>	<p>17.02.97</p> <p>29.02.12 AG</p>	<p>Abgesehen von Leistungen mit Großgruppen können nur in Ausnahmefällen zur gleichen Zeit zwei Leistungserbringer tätig sein. Ein derartiger Ausnahmefall wird bei Patienten die unter die Diagnosegruppe F84 fallen gesehen. Hier ist die Abrechnung von Kleingruppen auch mit zwei Therapeuten zugelassen. Diese können auch der gleichen Berufsgruppe angehören. In den Großgruppen ist eine Leistungsabrechnung beider Leistungserbringer möglich. Die Begründung kann jederzeit von den Krankenkassen eingesehen bzw. abgefragt werden. Eine Abrechnung ist nur für maximal zwei Therapeuten möglich.</p>	<p>Beachte Pkt. 2.4.2 „DBT-Gruppen“</p>	