

Anlage 5 (zu § 16) (Stand: ~~01.09.2021~~25.03.2025)

	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		
1.3	Konkurrierende Abrechnungen	1.3.1	Aufnahmetag
		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 Rehamaßnahme
		<u>1.3.8</u>	<u>Parallele Behandlung in einer PIA und PsiA</u>
		<u>1.3.9</u>	<u>Verordnung am Entlassungstag (gestrichen am 04.02.2025)</u>
2	Spezifische Regelungen Bayern zu § 118 Abs. 3 SGB V-Institutsambulanzen		
2.1	Regelungen allgemein	2.1.3	Beratungsleistungen
		2.1.5	Erstellung eines Arztbriefes ohne Patientenkontakt
		2.1.7	Leistungsziffersystematik
		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
		2.1.16	Verordnungsvordruck Verwendung BSNR
		2.1.17	Arbeitsdiagnostik
		2.1.18	Therapieplanung
		2.1.19	Videosprechstunde
		2.1.20	Screening auf Erkrankungssymptome
		2.1.21	E-Mail-Kontakte
		2.1.22	Direkte Überleitung aus dem Krankenhaus
2.2	Berufsgruppen	2.2.1	Apparative Diagnostik und Therapie
		2.2.2	MFA
		2.2.3	Berufsgruppen Zuordnung
		2.2.4	Dolmetscher
		2.2.5	Nichtärztliche Leistungen
		2.2.6	Personen im Praktikum
		2.2.7	Verwaltungstätigkeiten
		2.2.10	Heilerziehungspfleger
2.3	Mehrere Leistungserbringer	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
		2.4.3	Gruppenleistungen/Angehörigengruppe
		2.4.4	Zwei Leistungserbringer in Gruppen
2.5	Labor	2.5.1	Laborleistungen/ Laborpauschale

		2.5.2	Laborpauschale (gestrichen am 04.02.2025)
		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 aufsuchend durch zwei Berufsgruppen*

Ausführungsbestimmungen

(Zwecks besserer Übersichtlichkeit finden nur die letzten 3 Ziffern des 8-stelligen Entgeltschlüssels Verwendung.)

			Bemerkungen	
AmBADO-Ziffern – Abrechenbarkeit 2.6.1	<u>01.09.2021</u> <u>04.02.2025</u>	<i>Eine alleinige Abrechnung der Positionen 101, 201, 0101 und 0201 109 und 209 ohne den dazugehörigen Patientenkontakt im gleichen Quartal ist nicht möglich. Eine erneute Abrechenbarkeit dieser Ziffern ist möglich im gleichen Quartal des Folgejahres. Hierbei wird nicht auf das Kalenderjahr, sondern auf das Quartal abgestellt.</i>	Auch Pkt. 2.6.2 AmBADO – Datenerhebung beachten	
AmBADO – Datenerhebung 2.6.2	<u>01.09.2021</u> <u>04.02.2025</u>	<i>Die Positionen 101, 201, 0101 und 0201 109 und 209 sind nur dann abrechnungsfähig, wenn sie von einem ärztlichen/psychologischen Mitarbeiter erbracht worden sind. Wird die Erhebung der AmBADO-Daten z. B. von einer Pflegekraft vorgenommen, muss diese immer mit ärztlicher oder psychologischer Beteiligung erfolgen.</i>	Auch Pkt. 2.6.1 AmBADO-Ziffern – Abrechenbarkeit beachten	
Apparative Diagnostik und Therapie 2.2.1	01.09.2021	Der Zeiteinsatz für die Gebührenziffer ist für den reinen Personalaufwand gedacht und nicht für die Gerätelauzeit. Die Ziffern aus dem Bereich 77x sind ggf. mehrfach an einem Tag berechenbar. Für ein EKG ist die Ziffer 771 und für ein EEG die Ziffer 773 abzurechnen.		

Formatierte Tabelle

Arbeitsdiagnostik 2.1.17	01.09.2021	<p>In Fällen, in denen eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund desjenigen Krankheitsbildes besteht, das die Behandlung in der Institutsambulanz begründet, kann frühestens nach 3 Monaten Dauer der Arbeitsunfähigkeit, zur qualifizierten Einschätzung der weiteren Arbeitsfähigkeit ein kombiniertes Assessment (Arbeitsdiagnostik) eingesetzt werden.</p> <p>Dabei können folgende Bausteine zum Tragen kommen:</p> <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) 3. Teambesprechung zwischen Arzt, Psychologen und Ergotherapeuten <p>Die Arbeitsdiagnostik ist bei gegebener Indikation frühestens nach 6 Monaten wiederholbar.</p>		
------------------------------------	------------	---	--	--

		<p>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 internen Medikationsplan der Institutsambulanz 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-Patientenkontakt. Der Ansatz dieser Gebührenziffer ist daher auch per se nicht geeignet, die Durchführung von nicht-ärztlichen Leistungen zu legitimieren.</p> <p><u>3.4 Um für die Kassen eine Nachvollziehbarkeit der Leistungen zu gewährleisten, muss dabei das Datum der Abrechnung der Geb.-Ziff. 100 mit dem Ausstellungsdatum der Arzneimittelverordnung identisch sein.</u></p>	Siehe 2.2.5 „Nicht ärztliche Leistungen“	
--	--	---	--	--

04.02.2025

Ausstellen von Bescheinigungen, Gutachten und Berichten für Dritte 1.1.3	01.09.2021	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.		
Begriffsdefinitionen 1.1.4	01.09.2021	Behandlungsfall: Der Behandlungsfall ist definiert in § 21 Abs. 1 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 BMV-Ä und umfasst das aktuelle sowie die drei nachfolgenden Kalendervierteljahre, die der Berechnung der krankheitsfallbezogenen Leistungsposition folgen.		
Beratungsleistungen 2.1.3	01.09.2021	Eine Beratung der Bezugsperson eines Patienten kommt nur im Rahmen von Diagnostik und Therapie des Patienten in Betracht. Die von der Institutsambulanz erbrachten Leistungen werden dem jeweiligen Patienten zugeordnet. Reine Beratungen „Dritter“ ohne Diagnostik und Therapie durch die Institutsambulanz sind keine Leistung der GKV und nicht mit den Kostenträgern abrechenbar.		

Berufsgruppen Zuordnung 2.2.3	01.09.2021	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	01.09.2021	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.		
Bundesmantelvertrag-Ärzte 1.1.1	01.09.2021	Lt. § 2 Abs. 3 BMV-Ä i.V. § 1 Abs. 1 BMV-Ä gilt der Bundesmantelvertrag-Ärzte auch für die Institutsambulanzen.		
Codierung von Diagnosen im Rahmen der Abrechnung 1.1.5	01.09.2021	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	01.09.2021	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“	
<u>Direkte Überleitung aus dem Krankenhaus</u> <u>2.1.22</u>	<u>04.02.2025</u>	<u>Eine direkte Überleitung von der stationären Krankenhausbehandlung in die PsIA-Behandlung nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 der PsIA-Landesvereinbarung ist gegeben, wenn die PsIA-Behandlung innerhalb von 35 Tagen nach Krankenhausentlassung aufgenommen wird.</u>		
Diagnostik und Behandlung schwieriger Patienten 2.3.1	01.09.2021	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 Institutsambulanz, dass es sich um die Konstellation „Diagnostik und Behandlung schwieriger Patienten“ handelt.		

hat formatiert: Schriftart: Nicht Kursiv

hat formatiert: Schriftart: (Standard) +Textkörper (Arial), 11 Pt.

hat formatiert: Schriftart: (Standard) +Textkörper (Arial), 12 Pt.

Formatiert: Standard

hat formatiert: Schriftart: (Standard) +Textkörper (Arial)

Dolmetscher 2.2.4	01.09.2021	Leistungen eines Dolmetschers fallen nicht in den Zuständigkeitsbereich der GKV.		
<u>E-Mail-Kontakte</u> <u>2.1.212</u>	<u>04.02.2025</u>	<u>E-Mail-Kontakte können nicht abgerechnet werden.</u>		

Fahrzeiten 2.7.1	<u>01.09.2021</u>	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.	Auch Pkte. 2.3.4, 2.7.2 - Parallele Behandlung, aufsuchen durch zwei Berufsgruppen beachten	
	<u>04.02.2025</u>	Als Fahrzeit gilt: Abfahrt von der Institutsambulanz (Ausnahme: Wohnort des Therapeuten entsprechend Festlegung vom 20.10.10) bis zur Wohnung/Aufenthaltort des ersten Patienten. <u>Abweichend davon kann die tatsächlich angefallene Fahrzeit vom Wohnort des Therapeuten bis zur Wohnung/Aufenthaltort des Patienten zur Abrechnung gebracht werden, wenn hierbei das Wirtschaftlichkeitsgebot (kürzere Fahrzeit) beachtet wird.</u> 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 Institutsambulanz abgerechnet. <u>Abweichend davon kann die tatsächlich angefallene Fahrzeit vom Wohnort/Aufenthaltort des Patienten bis zum Wohnort des Therapeuten zur Abrechnung gebracht werden, wenn hierbei das Wirtschaftlichkeitsgebot (kürzere Fahrzeit) beachtet wird.</u> Dieses Verfahren gilt bei Aufsuchen einzelner Patienten hintereinander. Werden mehrere Patienten einer therapeutischen Wohngruppe, eines Heimes, etc. aufgesucht, gilt weiterhin das roulierende Verfahren für die Abrechnung von Fahrzeiten. Dies bedeutet, dass		

hat formatiert: Nicht Hervorheben

einem der zu behandelnden Patienten der Einrichtung die Fahrzeit zugeordnet wird und bei einem weiteren Besuch die Zuordnung zu einem anderen Patienten getroffen wird.

Bei evtl. Nachfrage des Kostenträgers bei mehr als einer Fahrt pro Tag beim gleichen Patienten reicht die Bestätigung der Institutsambulanz über die Notwendigkeit der Fahrt.

04.02.2025

~~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 von der Abrechnung ausgeschlossen.

04.02.2025

Bewegen sich Mitarbeiter der PslA am Standort (gleiche Postanschrift), ist die Abrechnung von Fahrleistungen ausgeschlossen.

Gruppenleistungen/ Angehörigengruppe 2.4.3	01.09.2021	<p>Die Abrechnung von Leistungen in einer Angehörigengruppe ist für solche Teilnehmer möglich, deren kranker Angehöriger Patient der Institutsambulanz ist. Die von den Mitarbeitern der Institutsambulanz in der Gruppe erbrachten Leistungen werden dem jeweiligen Patienten zugeordnet.</p> <p>Die Teilnahme eines Angehörigen eines Patienten der Institutsambulanz an einer (gemischten) Angehörigengruppe während der Patient selbst stationär ist, kann nicht abgerechnet werden, da die Gruppe in diesem Fall zum Angebotsspektrum der stationären Behandlung gehört.</p> <p>Die tatsächliche Teilnehmerzahl einer Gruppe – dies gilt für alle Gruppen einer Institutsambulanz – legt fest, ob die Gruppe als Klein- oder Großgruppe abzurechnen ist. Der Teiler bezieht sich also auf die Größe der Gesamtgruppe. Dies gilt auch für gemischte Gruppen aus stationären/ambulanten Patienten.</p> <p>Der therapeutische Verlauf muss aus der Dokumentation nachvollzogen werden können. Als Mindeststandard bei Gruppenbehandlungen wird die Dokumentation des Behandlungstages, der Zeitdauer und des Themas in der Patientenakte angesehen. Der inhaltliche Verlauf kann anhand einer zeitlichen Zusammenfassung mehrerer Termine dokumentiert werden.</p>		
Heilmittelverordnung ohne Patientenkontakt 2.1.14	01.09.2021	<p>Bei jeder Verordnung von Heilmitteln ist die Heilmittelrichtlinie und das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten.</p> <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>		

		<p>1. Es handelt sich um die Folgeverordnung des Heilmittels, und</p> <p>2. bei Ausstellung der Heilmittelfolgeverordnung liegt ein Zwischenbericht zum bisherigen Verlauf der Heilmittelanwendung vor.</p> <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 „Leistungsziffernsystematik“ in eine Gebührenziffer umzuwandeln.</p>	Siehe auch Pkt. 2.1.7 „Leistungsziffernsystematik“	
Heilerziehungspfleger 2.2.10	01.09.2021	Leistungen von Heilerziehungspflegern können in der Berufsgruppe 3 (Pflegekräfte) abgerechnet werden.		
Laborbefundung 2.5.4	01.09.2021	Ergeben sich aus den Laborergebnissen keine auffälligen Befunde, ist die ärztliche Befundung nicht abrechenbar.		
Laborleistungen/Laborpauschale 2.5.1	01.09.2021 <u>04.02.2025</u>	<p><u>Jeder Behandlungsfall löst dem Grunde nach die Laborpauschale aus.</u></p> <p><u>Werden Leistungen im Rahmen vertraglicher Abkommen mit einem externen Labor durch die PsIA eingekauft, können die entsprechenden Gebührenziffern abgerechnet werden (sog. „Einkaufsmodell“).</u> Werden Leistungen dagegen mittels Überweisungsscheins (Muster 10) an ein Fremdlabor zu Lasten der Krankenkasse vergeben, können die entsprechenden Gebührenziffern nicht abgerechnet werden. Fälle Laborleistungen nicht vollständig selbst</p>	<u>auch Pkt. 2.5.2 Laborpauschale beachten</u>	

		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>		
Laborpauschale 2.5.2	01.09.2021	Jeder Behandlungsfall löst dem Grunde nach die Laborpauschale aus. Eine Ausnahme stellt hierzu lediglich die Überweisung der Laborleistungen an ein Fremdlabor dar.	auch Pkt. 2.5.1 Laborleistungen beachten auch Pkt. 2.1.5 „Erstellen eines Arztbriefes ohne Patientenkontakt“ beachten Gestrichen am 04.02.2025	
Leistungsziffersystematik 2.1.7	01.09.2021 <u>04.02.2025</u>	Pro Leistungserbringer und Leistungsart (<u>Die verschiedenen Leistungsarten sind:</u> <u>Regelbehandlung</u> <u>Einzelkontakt</u> , <u>Videobehandlung in Einzelkontakt</u> , <u>Videobehandlung in Gruppe</u> , Kleingruppe, Großgruppe, Fahrt) erfolgt 1. die Aufsummierung der am jeweiligen Behandlungstag erbrachten Leistungszeiten am Patienten, 2. die Umwandlung der so ermittelten aufsummierten Zeit plus eines Zuschlages von einem Drittel für Vor- und Nachbereitung in <u>eine</u> Gebühren-Nr. pro Tag und Leistungsart und Leistungserbringer gemäß Leistungs- und Vergütungsverzeichnis der Anlage 1. Dies entspricht der Regelung von 25% in der Anlage 1. Die Leistungsziffern 100, <u>109</u> , <u>209</u> , <u>sowie die</u> <u>Gebührenziffern für Verlaufsbesprechungen 0100</u> , <u>101</u> , <u>0101</u> , <u>201</u> und <u>0201</u> fallen nicht unter diese Regelung.	Siehe Pkt. 2.1.12 „Arzneimittelverordnung ohne Patientenkontakt“	

hat formatiert: Durchgestrichen

Mehrere Leistungserbringer 2.3.3	01.09.2021	Die Notwendigkeit des zeitgleichen Tätigwerdens mehr als eines Therapeuten (ggf. auch der gleichen Berufsgruppe), muss anhand der Dokumentation nachvollziehbar sein. Ansonsten gilt die Leistung gem. § 11 Abs. 1 der Rahmenvereinbarung als nicht erbracht. Die Leistungen sind gem. Pkt. 2.1.7 (Leistungsziffersystematik) separat abrechenbar.		
MFA 2.2.2	01.09.2021 <u>04.02.2025</u>	Leistungen von MFA sind nicht abrechenbar, außer im Zusammenhang mit den Ziffern 77x (<u>apparative Diagnostik und Therapie</u> (z. B. Blutabnahme, Injektionen usw.)).	Auch Pkt. 2.2.7 Verwaltungstätigkeiten beachten	
Nachbeobachtung nach Injektionen 2.1.11	01.09.2021 <u>04.02.2025</u>	<u>Die bei bestimmten Arzneimitteln vorgeschriebene Beobachtungszeit während bzw. nach deren Gabe durch eine „angemessen geschulte Berufsgruppe“ in einem Setting gemäß Wirtschaftlichkeitsgebot (z. B. Gruppe oder intermittierend bei Einzelbetreuung) ist abrechenbar.</u> 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“	
Nichtärztliche Leistungen 2.2.5	01.09.2021	Die Durchführung von nicht-ärztlichen Leistungen ist, ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt mindestens 1 x pro Quartal, nur in begründeten Ausnahmefällen möglich. Ausnahmefälle sind: 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		

		<p>3. Enge Führung durch Bezugsperson unter Absprache mit Arzt, z. B. bei Noncompliance.</p> <p>4. Leistungen beschränken sich auf psychologische Diagnostik oder psychotherapeutische Behandlung.</p> <p>5. Für die Dauer eines Quartals sind sozialpädagogische Leistungen auch im Zusammenhang mit ausschließlich psychologischen oder psychotherapeutischen Leistungen möglich.</p> <p>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> <p>Bei evtl. Nachfrage des Kostenträgers hat die Institutsambulanz die entsprechende Konstellation zu benennen.</p> <p>Die Geb.-Ziff. 100 bzw. 0100 dokumentiert definitionsgemäß keinen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt. Der Ansatz dieser Gebührensätze ist daher per se nicht geeignet die Durchführung von nicht-ärztlichen Leistungen zu legitimieren. Siehe 2.1.12 „Arzneimittelverordnung ohne Patientenkontakt“</p>		
Off-label-Use von Medikamenten 1.1.2	01.09.2021	Hier sind die aktuell gültigen Richtlinien zum Off-label-Use des Gemeinsamen Bundesausschusses auch von den Institutsambulanzen zu beachten.		
Parallele Behandlung, aufsuchend durch zwei Berufsgruppen 2.3.4 2.7.2	01.09.2021	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 der Arbeitszeit gleichzusetzen.	Auch Pkt.2.7.1 Fahrzeiten beachten	

Parallele Behandlung in einer PIA und PsIA 1.3.8	04.02.2025	<u>Eine parallele Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz und einer Psychosomatischen Institutsambulanz aufgrund derselben psychischen Hauptdiagnose ist im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V zu vermeiden. Ab bekannt werden einer solchen parallelen Behandlung, haben sich die Beteiligten auf einen Behandler zu einigen.</u>		
Parallele Behandlung in Institutsambulanz und bei niedergelassenen Psychotherapeuten 1.3.4	01.09.2021	Eine ärztliche Behandlung in der Institutsambulanz und parallel eine ambulante Psychotherapie bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten schließen sich nicht grundsätzlich aus.		
Personen im Praktikum 2.2.6	01.09.2021	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.		
Praxisvertretung 1.3.5	01.09.2021	Die Praxisvertretung für Niedergelassene fällt in den Sicherstellungsauftrag der KVB und ist keine Leistung nach § 118 Abs. 3 SGB V.		
Screening auf Erkrankungssymptome im Fall einer Pandemie 2.1.204	04.02.2025	<u>Das Screening auf Erkrankungssymptome ist von der Institutsambulanz nur abrechnungsfähig, wenn der Katastrophenfall vom Freistaat Bayern ausgerufen wird. Eine Abrechnung setzt eine individuelle Dokumentation voraus und ist bis maximal 10 Minuten (Geb.-Ziff. 310) abrechenbar.</u>		

hat formatiert: Schriftart: (Standard) +Textkörper (Arial), 11 Pt.

hat formatiert: Schriftart: Nicht Fett

hat formatiert: Schriftart: (Standard) +Textkörper (Arial)

hat formatiert: Schriftart: (Standard) +Textkörper (Arial)

Soziotherapie 2.1.9	01.09.2021	Eine Verordnung durch die Institutsambulanz ist möglich, wenn die Voraussetzungen gemäß Nr. 15 der Soziotherapie-Richtlinien (Verordnung und Leistungsumfang) erfüllt sind.		
Stationäre Rehamaßnahme 1.3.7	01.09.2021	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</u> im Zusammenhang stehen“. Soweit in Einzelfällen Unklarheiten bezüglich der Zuständigkeit bestehen, sollten diese zur Abklärung an die jeweilige Krankenkasse herangetragen werden.		
Stationärer Krankenhausaufenthalt 1.3.6	01.09.2021	Leistungen der Institutsambulanz während eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes (Ausnahme Belegabteilung) sind gegenüber den Krankenkassen <u>nicht</u> abrechnungsfähig. Es bleibt der Institutsambulanz 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 Institutsambulanz.		
Supervision 2.1.10	01.09.2021	Der Begriff Supervision ist im Leistungsspektrum der Institutsambulanz nicht definiert. Diesbezüglich wird auf die Regelungen zur „Verlaufsbesprechung“ und „Diagnostik und Therapie schwieriger Patienten“ verwiesen.		

I

--	--	--	--	--

Therapieplanung 2.1.18	01.09.2021	<p>Die Institutsambulanzen 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 Institutsambulanz im Rahmen der Kooperation:</p> <hr/> <p>Begründung: Während der laufenden Behandlung in der Institutsambulanz 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>		
----------------------------------	------------	--	--	--

		Die Institutsambulanz befüllt das Feld „Betriebsstätten-Nr.“ sodann selbständig mit der BSNR. Wichtig ist, dass diese beiden Positionen auf dem Verordnungsvordruck mit einer einheitlichen Nummer, derzeit der BSNR, gefüllt sind.		
Verwaltungstätigkeiten 2.2.7	01.09.2021	Verwaltungstätigkeiten, egal von wem erbracht, sind nicht abrechnungsfähig, da diese Leistungen bereits in die Abrechnungsziffern einkalkuliert wurden.		
Videosprechstunde 2.1.17	01.09.2021 <u>04.02.2025</u>	<p><u>Die Vorgaben des Bundesmantelvertrages-Ärzte, insbesondere auch technischer Art, zur Erbringung von Videosprechstunden (Anlage 31b) sind von den PsIA einzuhalten.</u></p> <p><u>Alle darin enthaltenen, allgemeinen Ausführungen zum „Vertragsarzt“ sind dabei entsprechend auf die gesamte Institutsambulanz bzw. den Leiter der Institutsambulanz anzuwenden.</u></p> <p><u>Als Videosprechstunde wird die synchrone Kommunikation zwischen einem in der Institutsambulanz tätigen Therapeuten und einem ihm bekannten Patienten, ggf. unter Assistenz z.B. durch eine Bezugsperson des Patienten, im Wege einer Onlinebehandlung per Video in Echtzeit angesehen.</u></p> <p><u>In Abgrenzung dazu stellen aufgezeichnete Videofilme oder digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) keine Behandlung in diesem Sinne dar.</u></p> <p><u>Die Kommunikation zwischen zwei Therapeuten per Videokanal entspricht ebenfalls nicht den Vorgaben der Vereinbarung.</u></p> <p><u>Daneben sind folgende Bestimmungen zu beachten: Die Entscheidung über die Erbringung von Leistungen auf telemedizinischer Basis trifft der Patient gemeinsam mit dem Therapeuten unter Beachtung der vertraglichen Regelungen. Sie ist als Therapieentscheidung ärztlich zu verantworten und zu dokumentieren.</u></p> <p><u>Die Erbringung als telemedizinische Leistung ist für jede Patientin oder jeden Patienten im Einzelfall zu</u></p>		

		<p><u>entscheiden. Der Therapeut muss den Patienten auf die Möglichkeit einer Behandlung im unmittelbar persönlichen Kontakt hinweisen. Die Erbringung von Leistungen im Rahmen eines unmittelbar persönlichen Kontaktes ist derzeit etablierter fachlicher Standard. Sie hat Vorrang vor einer Erbringung als telemedizinische Leistung, sobald das Therapieziel aus therapeutischer und medizinischer Sicht nicht in gleichem Maße wie bei einer Präsenztherapie erreicht werden kann.</u></p> <p><u>Kann die Behandlung als telemedizinische Leistung nicht sachgerecht erfolgen oder entscheidet sich der Patient oder der Therapeut gegen eine weitere telemedizinische Leistungserbringung, muss die Behandlung im Wege eines unmittelbar persönlichen Kontaktes fortgesetzt werden.</u></p> <p><u>Eine Behandlung im Rahmen eines Erstkontaktes in der Institutsambulanz kann nicht in Form einer Videosprechstunde erbracht werden. Als Erstkontakt wird dabei die erstmalige Vorstellung des Patienten in der Institutsambulanz angesehen.</u></p> <p><u>Die Erbringung und Abrechnung von Videosprechstunden ist nur möglich, wenn daneben noch regelmäßig und in angemessener Weise ein unmittelbarer, persönlicher Kontakt (in Präsenz) zwischen Therapeut und Patienten erfolgt.</u></p> <p><u>Die Durchführung von nichtärztlichen Videosprechstunden ist, ohne persönlichen Arzt-Patientenkontakt mindestens 1 x pro Quartal, nur in den unter Punkt 2.2.5 der Anlage 5 genannten Ausnahmefällen möglich.</u></p> <p><u>Die Leistung "Videosprechstunde" ist durch die Berufsgruppen 1, 2, 4 und 5 der Anlage 1 der PsIA-Landesvereinbarung erbringbar.</u></p> <p><u>Sie ist ausschließlich über die dafür in Anlage 1 vorgesehenen Ziffern (Einzel- und Kleingruppenbehandlung) abrechenbar.</u></p>		
--	--	---	--	--

Die Erbringung von Videosprechstunden ist mittels eigener Leistungsziffer gemäß der Anlage 1 der Landesvereinbarung zu dokumentieren.

Generell ist die Erbringung der Leistung und die Abrechnung der jeweiligen Leistungsziffer der Videosprechstunde an den Ermächtigungsort der Institutsambulanz gebunden.

Das Fehlen von therapeutischen Mitarbeitern an einem Standort kann nicht durch eine Videosprechstunde kompensiert werden und stellt keine Indikation für eine Videosprechstunde dar.

Die Anzahl der abgerechneten Entgeltschlüssel für Videobehandlungen ist auf 30 Prozent aller abgerechneten Entgeltschlüssel der jeweiligen Institutsambulanz innerhalb eines Behandlungsquartals beschränkt. Die Vorgaben des Bundesmantelvertrages-Ärzte, insbesondere auch technischer Art, zur Erbringung von Videosprechstunden (Anlage 31b) sind von den Institutsambulanzen einzuhalten.

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.

Im Detail gelten folgende Regelungen entsprechend: Alle allgemeinen Ausführungen zum „Vertragsarzt“ sind auf die gesamte Institutsambulanz bzw. den Leiter der Institutsambulanz anzuwenden. Die Leistung „Videosprechstunde“ ist durch Ärzte und Psychologen (Berufsgruppen 1 und 2 der Anlage 1 des Rahmenvertrages) erbringbar. Sie ist ausschließlich über die dafür in Anlage 1 vorgesehenen Ziffern abrechenbar.

		<p>Eine Behandlung im Rahmen eines Erstkontaktes oder eine Gruppenbehandlung kann nicht in Form einer Videosprechstunde erbracht werden.</p> <p>Die Erbringung von Videosprechstunden ist nur möglich, wenn daneben ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt regelmäßig und in angemessener Weise erfolgt.</p> <p>Die Erbringung von Videosprechstunden ist mittels eigener Leistungsziffer gemäß der Anlage 1 des Rahmenvertrages zu dokumentieren.</p> <p>Nur in begründeten Fällen ist eine Videosprechstunde zwischen zwei Institutsambulanzen, wobei sich Therapeut und Patient an unterschiedlichem Standort befinden, möglich.</p> <p>Die Abrechnung der Leistungsziffer erfolgt von dem Standort der Institutsambulanz, von dem aus die Leistungserbringung erfolgt.</p>		
Zwei Leistungserbringer in Gruppen 2.4.4	01.09.2021	<p>Abgesehen von Leistungen mit Großgruppen können nur in Ausnahmefällen zur gleichen Zeit zwei Leistungserbringer tätig sein. 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>	Beachte Pkt. 2.4.2 „DBT-Gruppen“	