

Änderungsvereinbarung

**zur Vereinbarung
zu den Psychiatrischen Institutsambulanzen
gemäß § 118 Absatz 2 SGB V**

zwischen

der **Kassenärztliche Bundesvereinigung**, K.d.ö.R., Berlin

und

dem **GKV-Spitzenverband**, K.d.ö.R., Berlin

und

der **Deutsche Krankenhausgesellschaft**, e. V., Berlin

Präambel

Die Vereinbarung zu Institutsambulanzen nach § 118 Absatz 3 SGB V ist nach gesetzlicher Vorgabe in die bestehende Vereinbarung nach § 118 Absatz 2 SGB V zu integrieren. Aufgrund dessen vereinbaren die oben genannten Parteien zur Umsetzung der Regelungen des § 118 Absatz 3 SGB V nachfolgende Änderungsvereinbarung zur Vereinbarung zu den Psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 Absatz 2 SGB V.

Artikel 1

Die Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 Absatz 2 SGB V vom 30.04.2010 (PIA-Vereinbarung) wird wie folgt ergänzt:

Nr. 1: Es wird folgender § 1a nach § 1 in die bestehende PIA-Vereinbarung eingefügt:

§ 1a Gegenstand

„(1) Diese Vereinbarung konkretisiert den Versorgungsauftrag der psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 Absatz 2 SGB V und der Institutsambulanzen nach § 118 Absatz 3 SGB V.

(2) Das Nähere zu den psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 Absatz 2 SGB V sind in den §§ 1 – 10 und der Anlage 1 geregelt.

(3) Das Nähere zu den Institutsambulanzen nach § 118 Absatz 3 SGB V ist in § 9 und § 10 und in Anlage 2 geregelt.“

Nr. 2: Der § 9 wird wie folgt neu gefasst:

„Dieser Vertrag tritt mit Wirkung zum 1. Juli 2010 in Kraft. § 1a Absatz 3 tritt zum 01. Oktober 2019 in Kraft.“

Nr. 3: Der bisherige Satz 2 in § 10 der PIA-Vereinbarung wird gestrichen.

Nr. 4: Der § 10 der PIA-Vereinbarung wird um einen neuen Satz 2 ergänzt:

„Die Anlage 2 (Vereinbarung über Institutsambulanzen nach § 118 Absatz 3 SGB V) ist mit einer Frist von sechs Monaten zum Jahresende gesondert kündbar.“

Nr. 5: Folgender Satz 3 wird in § 10 neu angefügt:

„Bis zu einer Neuvereinbarung bzw. einer Festsetzung durch das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a SGB V gilt jeweils der Vertrag und die Anlage 2.“

Nr. 6: Die bisherige Anlage zur PIA-Vereinbarung wird Anlage 1.

Nr. 7: Die Anlage 2 - Vereinbarung zu Institutsambulanzen nach § 118 Absatz 3 SGB V - wird wie folgt gefasst:

*EINFÜGUNG VEREINBARUNG § 118 Absatz 3 SGB V:
§§ 1- 10 der neuen Vereinbarung zuzgl. Anhänge*

Artikel 2

Diese Änderungsvereinbarung tritt zum 01. Oktober 2019 in Kraft.

Anlage 2: Vereinbarung für Institutsambulanzen gemäß § 118 Absatz 3 SGB V

Aus Gründen der Lesbarkeit wird meist nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint.

§ 1 Gegenstand und Ziele

- (1) Institutsambulanzen nach § 118 Absatz 3 SGB V erfüllen einen spezifischen Versorgungsauftrag für psychisch Kranke, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung eines besonderen ambulanten, krankenhausnahen Versorgungsangebotes bedürfen. Das Angebot der Institutsambulanzen nach § 118 Absatz 3 SGB V 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 können.
- (2) Die Institutsambulanz nach § 118 Absatz 3 SGB V soll auch dazu beitragen, Krankenhausaufnahmen zu vermeiden bzw. stationäre Behandlungszeiten zu verkürzen und Behandlungsabläufe durch ambulante Behandlungsalternativen am Krankenhaus zu optimieren.
- (3) Es ist nicht Ziel der Ermächtigung von Institutsambulanzen nach § 118 Absatz 3 SGB V, neben ambulanter außerklinischer Versorgung zusätzliche Angebote im Sinne von Doppelstrukturen aufzubauen. Der Versorgungsauftrag von Institutsambulanzen nach § 118 Absatz 3 SGB V umfasst daher keine Leistungen des Krankenhauses nach § 75 Absatz 1a Satz 6 SGB V.
- (4) Die Vereinbarung im Sinne dieser Anlage 2 konkretisiert den Versorgungsauftrag der Institutsambulanzen nach § 118 Absatz 3 SGB V, um eine systemkonforme Koordination der Versorgungsebenen im Bereich der ambulanten psychosomatischen Versorgung zu gewährleisten.
- (5) Die in der Vereinbarung im Sinne dieser Anlage 2 geregelten vertraglichen Vorgaben sind zu erfüllen und entsprechend nachzuweisen.

§ 2 Einrichtungen und Ermächtigung

- (1) Ermächtigt im Sinne der Vereinbarung im Sinne dieser Anlage 2 sind psychosomatische Krankenhäuser sowie psychiatrische Krankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen, fachärztlich geleiteten psychosomatischen Abteilungen (nachfolgend: Einrichtung), die nicht zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung nach § 118 Absatz 1 oder 2 SGB V ermächtigt sind und die Voraussetzungen nach § 3 erfüllen.

- (2) Eine ambulante psychosomatische Versorgung durch die Einrichtung ist dann als bedarfsgerecht anzusehen, wenn die Institutsambulanz nach § 118 Absatz 3 SGB V eine zentrale Versorgungsfunktion wahrnimmt. Eine zentrale Versorgungsfunktion kann die Institutsambulanz nach § 118 Absatz 3 SGB V nur dann wahrnehmen, wenn sie die Anforderungen nach § 3 erfüllt.
- (3) Vor erstmaliger Leistungserbringung erfolgt ein Nachweis der Einrichtung über die Erfüllung der Voraussetzungen nach § 3 an die jeweiligen Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen.
- (4) Sofern die Voraussetzungen nach § 3 nicht mehr vorliegen, ist dies unverzüglich den jeweiligen Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mitzuteilen. Eine Leistungserbringung kann von den Krankenkassen und Vertragspartnern bis zur Erfüllung der Anforderungen und erneutem Nachweis dessen ausgesetzt werden.
- (5) Bei einer Ermächtigung im Sinne des Absatzes 1 erfolgt eine entsprechende Information durch die Einrichtung an den jeweils zuständigen Zulassungsausschuss.

§ 3 Strukturelle Mindestanforderungen

- (1) Die Institutsambulanz nach § 118 Absatz 3 SGB V 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 Einrichtung zur Verfügung stehen. Dies ist durch entsprechende Fachabteilungen in der Einrichtung oder durch Ärzte mit abgeschlossener entsprechender fachärztlicher Weiterbildung zu gewährleisten.
- (3) Zur Sicherstellung einer multiprofessionellen Behandlung müssen Vertreter der folgenden Berufsgruppen in der Institutsambulanz nach § 118 Absatz 3 SGB V 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 Absatz 3 lit. 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 Einrichtung ermöglicht die Diagnostik und Behandlung der Patientengruppe gemäß § 4 oder stellt eine Nutzung über entsprechende Kooperationsverträge sicher.
- (7) Die räumliche Ausstattung der Institutsambulanz nach § 118 Absatz 3 SGB V ermöglicht die Diagnostik und Behandlung der Patientengruppe gemäß § 4. 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 Einrichtung verfügt außerhalb der regulären Dienstzeiten der Institutsambulanz nach § 118 Absatz 3 SGB V über einen Notfalldienst für die Patientengruppe gemäß § 4.

§ 4 Patientengruppe

- (1) 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 nach Anhang 1 vorliegt und eine begleitende, damit pathogenetisch verbundene somatische Diagnose besteht, die eine Kombinationsbehandlung beider Erkrankungsanteile erfordert. Bei Erkrankungen der Diagnoseliste II nach Anhang 1 ist abweichend keine begleitende, damit verbundene somatische Diagnose erforderlich.
- (2) Für die Gruppe psychisch Kranker nach Absatz 1 ist eine Behandlung indiziert, wenn die Schwere und Dauer ihrer Erkrankung einer spezifischen ambulanten Behandlung in der Institutsambulanz nach § 118 Absatz 3 SGB V bedürfen, weil diese durch andere vertragsärztliche Versorgungsangebote, insbesondere niedergelassene Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten oder Medizinische Versorgungszentren, nicht erfolgreich behandelt werden können.

§ 5 Inanspruchnahme und Zugang

- (1) Zur Abgrenzung des Versorgungsauftrages und zur Vermeidung medizinisch nicht gerechtfertigter Leistungsausweitungen darf für die Patientengruppe nach § 4 eine Behandlung in der Institutsambulanz nach § 118 Absatz 3 SGB V nur erfolgen, wenn mindestens eine der folgenden Zugangsvoraussetzungen erfüllt ist:
 1. Für die Inanspruchnahme einer Institutsambulanz nach § 118 Absatz 3 SGB V 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 Einrichtung 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 nach § 118 Absatz 3 SGB V 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 sechs Monate.
- (2) Die Institutsambulanz nach § 118 Absatz 3 SGB V hat bei jedem Patienten zu Beginn der Behandlung und mindestens halbjährlich zu prüfen, ob und inwieweit die Behandlung in der Institutsambulanz nach § 118 Absatz 3 SGB V 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 gemäß § 10 Absatz 2.
 - (3) Eine Behandlung in einer Institutsambulanz nach § 118 Absatz 3 SGB V ist ausgeschlossen bei:
 - einer vollstationären, stationsäquivalenten oder teilstationären Krankenhausbehandlung gemäß § 39 SGB V oder Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation gemäß § 40 SGB V,
 - bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren.

§ 6 Behandlungsangebot

- (1) Die Institutsambulanz nach § 118 Absatz 3 SGB V hält ein hochspezialisiertes und multiprofessionelles Behandlungsangebot vor, das der Patientengruppe gemäß § 4 und dem spezifischen Versorgungsauftrag gemäß § 1 gerecht wird.
- (2) Die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen in der Institutsambulanz nach § 118 Absatz 3 SGB V 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 Absatz 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 Behandlungsangebot der Institutsambulanz nach § 118 Absatz 3 SGB V umfasst das gesamte Behandlungsspektrum 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 Institutsambulanzen nach § 118 Absatz 3 SGB V kann durch Komplexeleistungen nach Anhang 2 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 nach § 118 Absatz 3 SGB V 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 nach § 118 Absatz 3 SGB V gewährleistet eine regelmäßige Intervention und Supervision.

§ 7 Dokumentation

- (1) Die Dokumentation der erbrachten Leistungen erfolgt entsprechend der PIA-Dokumentations-Vereinbarung gemäß § 295 Absatz 1b Satz 4 SGB V (PIA-

Doku-Vereinbarung). In der PIA-Doku-Vereinbarung sind zusätzliche Leistungsschlüssel für den Zugang (Anschlussbehandlung nach stationärem Aufenthalt/Überweisung) und den Übergang in die vertragsärztliche Versorgung zu ergänzen.

- (2) Die für die Erkrankung nach § 4 Absatz 1 führende Behandlungsdiagnose ist zu kennzeichnen. Eine begleitende pathogenetisch verbundene somatische Diagnose ist ebenfalls zu kennzeichnen.
- (3) Der schwere Krankheitsverlauf ist durch eine standardisierte Erhebung des psychosozialen Funktionsniveaus mit dem Erfassungsinstrument „Global Assessment of Functioning“ (GAF) zu Beginn der Behandlung und im Behandlungsverlauf alle sechs Monate zu erheben, in der Patientendokumentation zu dokumentieren und im Struktur- und Leistungsbericht gemäß § 9 zu übermitteln.

§ 8 Qualitätsberichte

Die Institutsambulanz nach § 118 Absatz 3 SGB V veröffentlicht die Leistungen im Qualitätsbericht der Krankenhäuser nach den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses.

§ 9 Nachweisverfahren

- (1) Der Nachweis zur Erfüllung der vertraglichen Vorgaben erfolgt durch die Einrichtung bis zum 31. März des Folgejahres über einen Struktur- und Leistungsbericht nach Anhang 3 an die Landesverbände der Krankenkassen und an die Ersatzkassen und an den Auftragnehmer nach Absatz 2. Der Bericht umfasst die gemäß Anhang 3 dokumentationspflichtigen Leistungen der Institutsambulanz nach § 118 Absatz 3 SGB V aller gesetzlich krankenversicherten Patienten des vorangegangenen Kalenderjahres.
- (2) Die Vertragspartner der Vereinbarung beauftragen gemeinsam die Erstellung von Bundesauswertungen für die Jahre 2020 bis 2025 auf Basis der Struktur- und Leistungsberichte der Krankenhäuser mit dem Ziel, die Umsetzung der Ermächtigung von Institutsambulanzen nach § 118 Absatz 3 SGB V darzustellen. Die Bundesauswertung nach Satz 1 enthält keine personenbezogenen Daten. Die Datenverarbeitung durch den Auftragnehmer erfolgt eigenverantwortlich. Die Beauftragung erfolgt bis spätestens ein Jahr nach Inkrafttreten der Vereinbarung. Die Ergebnisse sollen Grundlage der Weiterentwicklung des spezifischen Versorgungsauftrages der Institutsambulanzen nach § 118 Absatz 3 SGB V sein. Die beauftragte Einrichtung wird von den Vertragspartnern der Vereinbarung paritätisch finanziert.
- (3) Die Vertragspartner der Vereinbarung legen elektronische Dokumentenvorlagen fest, die für die Übermittlung der Struktur- und Leistungsberichte an die Empfänger nach Absatz 1 und den Auftragnehmer nach Absatz 2 zu verwenden sind.

- (4) Die Prüfung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung der Institutsambulanz nach § 118 Absatz 3 SGB V erfolgt auf der Grundlage des § 113 Absatz 4 SGB V.

§ 10 Kooperation

- (1) Die Institutsambulanz nach § 118 Absatz 3 SGB V kooperiert mit den niedergelassenen Vertragsärzten, Vertragspsychotherapeuten, Medizinischen Versorgungszentren sowie komplementären Einrichtungen.
- (2) Die Institutsambulanz nach § 118 Absatz 3 SGB V 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 im Rahmen der Überweisung die Institutsambulanz nach § 118 Absatz 3 SGB V über:
- Diagnosen oder Verdachtsdiagnosen,
 - Vorbefunde (Diagnostik),
 - bisherige Therapie,
 - Medikation,
 - Auftrag.
- (4) Die Institutsambulanz nach § 118 Absatz 3 SGB V soll die Bildung von Selbsthilfegruppen fördern und mit diesen kooperieren.

Anhangverzeichnis zu Anlage 2

Anhang 1: Patientengruppe

Anhang 2: Komplexleistungen

Anhang 3: Struktur- und Leistungsbericht zum Nachweis der Erfüllung der vertraglichen Vorgaben

Anhang 1: Patientengruppe

Diagnoseliste I

- F32 Depressive Episode
- F33 Rezidivierende depressive Störung
- F34 Anhaltende affektive Störungen
- F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- F60 Spezifische Persönlichkeitsstörungen
- F61 Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen
- F62 Andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns
- F63 Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle
- F64 Störung der Geschlechtsidentität

Diagnoseliste II

- F44 Dissoziative Störungen
- F45 Somatoforme Störungen

Anhang 2: Komplexeleistungen

Die definierten Komplexeleistungen stellen eine Ergänzung zur Konkretisierung des Versorgungsauftrages auf Basis des Behandlungsangebots nach § 6 Absatz 6 der Vereinbarung im Sinne der Anlage 2 dar. Sie kombinieren Einzelleistungen, um eine hohe Intensität sowie Multiprofessionalität in der Behandlung zu gewährleisten. Ziel ist die Abgrenzung der spezifischen ambulanten Leistungen der Institutsambulanz nach § 118 Absatz 3 SGB V von Leistungen niedergelassener Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten sowie Medizinischen Versorgungszentren.

1. Diagnostik

1.1 Diagnostische Regelleistung

Die diagnostische Regelleistung umfasst die ausführliche somatische, psychosomatische, psychiatrische Exploration sowie die psychologische Diagnostik. Dazu zählt auch die laborchemische Standarddiagnostik.

Vorhandene Vorbefunde sind zu berücksichtigen. Ziel ist es, Doppeluntersuchungen bis auf begründete Ausnahmen zu vermeiden.

Die Leistung soll innerhalb von sieben Tagen nach Behandlungsbeginn abgeschlossen sein.

1.2 Spezialisierte diagnostische Komplexeleistung

Die Spezialisierte diagnostische Komplexeleistung umfasst über die diagnostische Regelleistung hinausgehende besonders aufwändige und medizinisch notwendige diagnostische Maßnahmen. Hierzu zählen je nach Indikation und Notwendigkeit z. B. radiologische Untersuchungen, endoskopische Untersuchungen und kardiologische Diagnostik (24-h-RR-Messung, 24-h-EKG, Herzkatheter etc.).

Vorbefunde sind aktiv anzufordern und in Zusammenschau zu würdigen. Ziel ist es, Doppeluntersuchungen bis auf begründete Ausnahmen zu vermeiden.

Die Leistung soll innerhalb von 21 Tagen nach Behandlungsbeginn abgeschlossen sein.

2. Behandlung

2.1 Psychosomatische Komplexbehandlung

Die psychosomatische Komplexbehandlung setzt sich aus dem in § 6 Absatz 6 der Vereinbarung im Sinne der Anlage 2 beschriebenen Behandlungsangebot zusammen. Die therapiezielorientierte Behandlung auf Grundlage eines individualisierten Behandlungsplanes wird durch ein multiprofessionelles Team unter fachärztlicher Leitung sichergestellt. Zur psychosomatischen Komplexbehandlung zählen insbesondere:

- ärztliche, psychotherapeutische und/oder spezialtherapeutische Interventionen sowie pflegerische Leistungen von mindestens 20 Minuten Dauer,

- psychotherapeutische Einzel- und Gruppentherapien auf der Basis sozialrechtlich anerkannter psychotherapeutischer Techniken, Methoden und Verfahren von 50 bis 100 Minuten Dauer je Kontakt durch einen ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeuten,
- psychopharmakologische und somatische medikamentöse Einstellung und Umstellung des Patienten sowie medikamentöses Monitoring.

Die hohe Behandlungsintensität wird durch geplante wöchentliche ärztliche/psychotherapeutische/spezialtherapeutische Kontakte gewährleistet. Der Behandlungsplan umfasst mehr als zehn Kontakte (von mindestens 20 Minuten Dauer) von mindestens drei Berufsgruppen innerhalb von drei Monaten. Die Behandlerkontinuität ist zu gewährleisten.

2.2 Psychosomatische Behandlung im Anschluss an eine stationäre Behandlung

Die psychosomatische Behandlung im Anschluss an eine stationäre Behandlung setzt sich aus dem in § 6 Absatz 6 der Anlage 2 beschriebenen Behandlungsangebot zusammen. Die therapiezielorientierte Behandlung auf Grundlage eines individualisierten Behandlungsplanes wird durch ein multiprofessionelles Team unter fachärztlicher Leitung sichergestellt. Hierzu zählen insbesondere:

- ärztliche, psychotherapeutische und/oder spezialtherapeutische Interventionen sowie pflegerische Leistungen von mindestens 20 Minuten Dauer,
- psychotherapeutische Einzel- und Gruppentherapien auf der Basis sozialrechtlich anerkannter psychotherapeutischer Techniken, Methoden und Verfahren von 50 bis 100 Minuten Dauer je Kontakt durch einen ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeuten,
- psychopharmakologische und somatische medikamentöse Umstellung des Patienten sowie medikamentöses Monitoring.

Die hohe Behandlungsintensität wird durch geplante wöchentliche ärztliche/psychotherapeutische/spezialtherapeutische Kontakte gewährleistet. Der Behandlungsplan umfasst mehr als zehn Kontakte (von mindestens 20 Minuten Dauer) von mindestens drei Berufsgruppen innerhalb von drei Monaten. Die Behandlerkontinuität ist zu gewährleisten.

Die Behandlung erfolgt in direkter Überleitung aus der psychiatrischen oder psychosomatischen stationären Behandlung.

Die Behandlung umfasst auch den indizierten komplexen Aufwand in der Umsetzung des bedarfsgerechten Entlassungsplans der vorangegangenen stationären Behandlung.

2.3 Störungsspezifische psychosomatische Versorgungskomplexe

Ergänzend zum Leistungsangebot niedergelassener Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten sowie Medizinischen Versorgungszentren können die Institutsambulanzen nach § 118 Absatz 3 SGB V besondere störungsspezifische psychosomatische Versorgungsangebote anbieten.

Diese können insbesondere gruppentherapeutische Spezialangebote beispielsweise für Patienten mit Essstörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen, Zwangsstörungen, somatoformen Störungen oder emotional-instabilen Persönlichkeitsstörungen umfassen.

Die Leistungen umfassen einen wöchentlichen Umfang von mindestens 90 Minuten. Die Behandlerkontinuität ist zu gewährleisten.

Inhaltliche und strukturelle Besonderheiten sind im Einzelfall und bei ausgewiesener Besonderheit des therapeutischen Angebots für ein spezifisches Indikationsspektrum bei Bedarf von den Vertragsparteien der Vergütungsvereinbarung nach § 120 Absatz 2 Satz 2 SGB V festzulegen. Doppelstrukturen zu anderen entsprechenden ambulanten Angeboten sind auszuschließen.

Anhang 3: Struktur- und Leistungsbericht zum Nachweis der Erfüllung der vertraglichen Vorgaben

Gliederung Gesamtbericht:

1. Strukturelle Voraussetzungen
2. Leistungsübersicht

Der Nachweis der Erfüllung der vertraglichen Vorgaben **vor der ersten Leistungserbringung** der Institutsambulanz nach § 118 Absatz 3 SGB V umfasst ausschließlich den Teil 1 „Strukturelle Voraussetzungen“ (ohne Angabe des Zeitraums der Leistungserbringung und 1.6).

Der **jährliche** Nachweis der Erfüllung der vertraglichen Vorgaben umfasst die Bearbeitung des gesamten Berichtes.

Einrichtung: _____

Zeitraum der Leistungserbringung (Kalenderjahr): _____

1. Strukturelle Voraussetzungen

1.1 Fachärztliche Leitung der Institutsambulanz (§ 3 Absatz 1):

- Name des leitenden Facharztes: _____
- FA für psychosomatische Medizin und Psychotherapie: [] ja [] nein

1.2 Internistische/somatische Fachkompetenz in der Einrichtung (§ 3 Absatz 2):

1.	Internistische/somatische Fachabteilungen (sofern vorhanden)	<ul style="list-style-type: none">○ _____○ _____○ _____○ ...
2.	Internistische/somatische fachärztliche Kompetenz	<ul style="list-style-type: none">○ _____○ _____○ _____○ ...

1.3 Kooperationspartner (optionale Angabe):

- _____
- _____
- _____
- ...

1.4 Zur Verfügung stehende Berufsgruppen in der Institutsambulanz (§ 3 Absatz 3):

	Berufsgruppe	Vorhanden- sein	Spezifische fachliche Qualifikationen (bei Nr. 1. bis 4. optionale Angaben, bei Nr. 5. Pflichtangabe)
1.	Fachärzte (inkl. fachärztliche Leitung der Institutsambulanz)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<ul style="list-style-type: none"> • _____ • _____ • _____ • ...
2.	Psychologische Psychotherapeuten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<ul style="list-style-type: none"> • _____ • _____ • _____ • ...
3.	Krankenpfleger	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<ul style="list-style-type: none"> • _____ • _____ • _____ • ...
4.	Sozialpädagogen ¹	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<ul style="list-style-type: none"> • _____ • _____ • _____ • ...
5.	Spezialtherapeuten ² (mind. 2 verschiedene)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<ul style="list-style-type: none"> • _____ • _____ • _____ • ...

1.5 Berufserfahrung im Bereich Psychiatrie/Psychosomatik (§ 3 Absatz 4)

- Das Personal entsprechend § 3 Absatz 4 verfügt über eine mindestens zweijährige einschlägige Berufserfahrung im Bereich Psychiatrie/Psychosomatik/Psychotherapie:
 Ja Nein

1.6 Personelle Ausstattung der Institutsambulanz (§ 3 Absatz 5):

	Übersicht Personal	Vollzeitäquivalente
1.	Ärzte (inkl. der fachärztlichen Leitung)	
2.	Psychologische Psychotherapeuten	
3.	Krankenpfleger	
4.	Sozialpädagogen ¹	
5.	Spezialtherapeuten ²	

Hinweis: Die Angaben beziehen sich auf die tatsächlich eingesetzten personellen Kapazitäten im vorangegangenen Kalenderjahr. Die tatsächlichen Personalkapazitäten können damit von den ermittelten personellen Kapazitäten nach § 6 der PIA-Doku-Vereinbarung abweichen.

¹ inkl. Sozialarbeiter, Heilpädagogen

² z. B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden, Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten und Kreativtherapeuten

1.7 Räumliche und apparative Ausstattung (§ 3 Absätze 6 bis 8)

- Sprechzimmer mit entsprechender Ausstattung/Gestaltung für störungsfreie Gespräche vorhanden: Ja Nein
- Untersuchungszimmer mit Ausstattung für entsprechende Untersuchungen vorhanden: Ja Nein
- Patientenempfang/-anmeldung vorhanden: Ja Nein
- Patientenwartebereich/-zimmer vorhanden: Ja Nein
- Räumlichkeiten sind barrierefrei zugänglich: Ja Nein
- entsprechende Untersuchungsverfahren stehen für notwendige diagnostische Maßnahmen (z. B. testpsychologische Verfahren, EKG, EEG, CCT, MRT, Röntgen, Labor) – ggf. auch extern – zur Verfügung: Ja Nein

1.8 Notfalldienst (§ 3 Absatz 9)

- Notfalldienst außerhalb der regulären Dienstzeiten für die Patienten der Institutsambulanz vorhanden: Ja Nein

1.9 Standort/e der Leistungserbringung

- Die Leistungen der Institutsambulanz werden an folgenden Standorten erbracht:

Nr.	Name des Standortes	Standortnummer
1		
2		
3		
...		

Hinweis: Standorte nach der Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen gemäß § 2a Absatz 1 KHG.

2. Leistungsübersicht (§ 9 Absatz 1)

Die Angaben beziehen sich auf das vorangegangene Kalenderjahr. Die Auswertungen der Leistungen basieren unter den Punkten 2.1 bis 2.8 auf den Daten gemäß der Vereinbarung des bundeseinheitlichen Kataloges für die Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 295 Absatz 1b Satz 4 SGB V (PIA-Doku-Vereinbarung) und Abrechnungsdaten nach § 120 Absatz 3 Satz 4 SGB V.

2.1 Basisangaben

- Anzahl Abrechnungsfälle im Kalenderjahr: _____
- Abrechnung erfolgt quartalsbezogen: [] ja [] nein
- falls nein, Abrechnung erfolgt: _____

2.2 Basisleistungsschlüssel

- Anzahl der Basisleistungsschlüssel im Kalenderjahr:

Basisleistungsschlüssel	Anzahl Basisleistungsschlüssel
11A	
11B	
11C	
14A	
14B	
14C	
15A	
.	
.	
56A	
56B	
56C	
60Z	
17Z	
18Z	

2.3 Zusatzleistungsschlüssel

- Anzahl der Zusatzleistungsschlüssel im Kalenderjahr:

Zusatzleistungsschlüssel	Anzahl Zusatzleistungsschlüssel
81Z	
82Z	
83Z	
86Z	
91Z	
92Z	
93Z	

2.4 Kontakthäufigkeit

- Anzahl Fälle je Kontaktfrequenz (Summe der Basisleistungsschlüssel je Abrechnungsfall und im Kalenderjahr summieren):

Anzahl Kontakte	Anzahl Fälle
1	
2	
3	
4	
.	
.	
.	

2.5 Multiprofessionelle Behandlung

- Anzahl Fälle je Anzahl verschiedener beteiligter Berufsgruppen³ (Summe der Basisleistungsschlüssel nach Anzahl der Berufsgruppen und Abrechnungsfall und im Kalenderjahr summieren):

Anzahl beteiligte Berufsgruppen	Anzahl Fälle
1	
2	
3	
4	
5	

2.6 Dauer der Behandlung in der Ambulanz

Dauer der Behandlung	Anzahl Fälle
bis 2 aufeinanderfolgende Abrechnungsquartale	
3 bis 4 aufeinanderfolgende Abrechnungsquartale	
5 bis 8 aufeinanderfolgende Abrechnungsquartale	
mehr als 8 aufeinanderfolgende Abrechnungsquartale	

Hinweis: Ende der Behandlung definiert durch Übergabe in die vertragsärztliche Versorgung, durch Aufnahme in die stationäre Versorgung oder durch Behandlungsunterbrechung von einem Quartal oder länger.

³ Berufsgruppen nach PIA-Doku-Vereinbarung: Ärzte, Psychologen (einschließlich Psychologische Psychotherapeuten), Pflegepersonal, Sozialpädagogen, Spezialtherapeuten

2.7 Art der psychischen Erkrankung

- Anzahl Fälle je führender Behandlungsdiagnose:

Diagnose (ICD-10 3-stellig)	Anzahl Fälle

2.8 Begleitende somatische Erkrankung

- Anzahl Fälle je pathogenetisch verbundener somatischer Diagnose:

Diagnose (ICD-10 3-stellig)	Anzahl Fälle

2.9 Schwere der Erkrankung – Psychosoziales Funktionsniveau

- Anzahl der Patienten je GAF-Wertbereich:

GAF-Wert	Anzahl Patienten
100-91	
90-81	
80-71	
...	
10-1	
0	

Hinweis: GAF zu Beginn der Behandlung oder erste Folgeeinstufung im Kalenderjahr

Erläuterungen der Einrichtung zu möglichen Besonderheiten und statistischen Auffälligkeiten:

--

Hinweis: ggf. Abweichungen vom Zeitraum der Leistungserbringung, wenn abweichend vom Kalenderjahr, hier erläutern.