

Hinweise aus den bisher fünf durchgeführten Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen von PsIA in Bayern (Stand 01/2025)

- Vorbereitung der Prüfung für eine PsIA:
 - Vorbereitung „kurze Vorstellung der Ambulanz“ (am Prüfungstag 15 min Dauer)
 - Ausfüllen der „Vorabfrage Basisdaten“ nach Aufforderung der Prüfungsstelle
Zur Info: Die Datei ist als Vertragsbestandteil (Anlage 6) vereinbart und kann auch vorab eingesehen werden.
 - Vorbereitung und Auseinandersetzung mit der AmbADO-Auswertung von aQua Erläuterungen am Prüfungstag zu (am Prüfungstag 45 min Dauer)
 - Spezielles PsIA-Profil (z.B. besondere Diagnosestruktur)
 - Zielgruppenerreichung (Art, Schwere, Dauer)
 - Regionale Vernetzung
 - Behandlungsergebnisse
 - Vorbereitung der Einzelfallprüfungen: alle notwendigen Daten sollten am Prüfungstag bestenfalls direkt verfügbar sein, so dass ein reibungsloser Ablauf erfolgen kann. Nur der MD-Vertreter hat bei Bedarf Einblick in die medizinischen Unterlagen. (am Prüfungstag 2:15h Dauer)
 - Fälle 1-5 (Vorstellung der Fälle „ohne Auffälligkeiten“ (Blindziehungen durch die Krankenkassen) (am Prüfungstag 45 min Dauer, d.h. ca. 3-4min Vorstellung pro Fall, danach jeweils Fragen der Krankenkassen)
 - Fälle 6-30: hier erfolgt keine Vorstellung des Falls durch die PsIA, die Krankenkassen haben konkrete Fragen zur Abrechnung
 - Bei Zeitproblemen werden ggf. Fälle durch die Krankenkassen priorisiert oder weggelassen.

→ Hinweis zu den Einzelfällen: Bitte verwenden Sie aus Datenschutzgründen keine Klarnamen der Patient:innen. Das Prüfungsgremium verwendet die Kürzel aus Vor- und Zunamen (K.M. für Klara Müller).
 - Begehung der Räumlichkeiten: Bitte zeigen Sie dem Prüfungsgremium den Weg der Patient:innen von der Aufnahme zur Behandlung auf. (am Prüfungstag 30 min Dauer)
Das Prüfungsgremium prüft hier die Punkte
 - 1 Strukturqualität
 - 1.1 Räumliche Gegebenheiten
 - 1.2 Medizinisch-technische Gegebenheiten

aus der vereinbarten Datei Anlage 4 „Prüfungskriterien zur Struktur- und Prozessqualität – Leitfaden“ ab. Sie können sich diese Punkte vorher also ansehen und sich auf mögliche Fragen vorbereiten.
 - Parallel zur Prüfung füllt das Prüfungsgremium die Anlage 4 in unterschiedlicher Verantwortlichkeit aus:
 - 1 Strukturqualität
 - 1.1 Räumliche Gegebenheiten
 - 1.2 Medizinisch-technische Gegebenheiten
 - 1.3 Personelle Gegebenheiten
 - 1.4 Indikationsstellung / Spezifischer Versorgungsauftrag
 - 1.5 Kommunikationsstruktur
 - 1.6 Therapieangebot und Behandlungskontinuität
 - 1.7 Sonstiges
 - 2 Prozessqualität
 - 2.1 Wartezeiten
 - 2.2 Diagnostik und Behandlungsplanung
 - 2.3 Aufsuchende Behandlung
 - 2.4 Vernetzungen
 - 2.5 Fallbesprechungen / Verlaufsbesprechungen

2.6 Spezifische Konzepte bzw. Ansätze zur Vermeidung / Verkürzung stationärer Aufenthalte

2.7 Verordnungsweise

2.8 Multiprofessionelle Behandlung und Komplexleistung

2.9 Behandlungsplan/-Ziel

2.10 Weitervermittlung / Beendigung

Die Ergebnisse der Beantwortung sind Teil des Prüfergebnisses. Die Bewertung der Punkte werden als Gremium getroffen. Es wird also auf gemeinsame Sicht innerhalb des Prüfungsgremium hingearbeitet.

- Das Prüfungsgremium verliert am Ende des Tages ein Prüfprotokoll. Dieses erhält die PsIA am folgenden Werktag per Mail. Wochen später ergeht durch die Krankenkassen ein Prüfbescheid. Diesen kennen nur die geprüfte PsIA und die Krankenkassen. Die Prüfungsstelle soll den Bescheid innerhalb von 3 Monaten nach Durchführung der Prüfung der betreffenden Institutsambulanz zustellen. Nicht alle Prüfungsgremiumsmitglieder kennen die entsprechenden Formulierungen, da es grds. Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Krankenkassen sind. Sollte der Bescheid von den Beratungsergebnissen des Prüfungsgremiums abweichen, werden seine Mitglieder vorab informiert. Zu den „bedingt erfüllten“ und „nicht erfüllten“ Punkten der Struktur- und Prozessqualität sowie den übrigen in diesem Abschlussprotokoll festgehaltenen Punkten erfolgt 6 Monate nach Erhalt des Prüfbescheides eine Abfrage der Prüfungsstelle über die durch die PsIA durchgeführten Maßnahmen.
- Die Prüfungen haben grundsätzlich beratenden Charakter. Das Prüfungsgremium sieht sich in dieser Rolle. Sie können von einer konstruktiven Beratung ausgehen, in der versucht wird, auch im Prüfungsgremium entsprechende Kompromisse zu finden, sollte es „intern“ unterschiedliche Ansichten geben.
- Raum zur Prüfung mit Versorgung vorbereiten
- konkrete Punkte aus den Prüfungen / mögliche Learnings:
 - „ALLGEMEIN“
 - Vorhalten eines spezialisierten und multiprofessionellen Behandlungsangebots
 - Es müssen in einer PsIA eine internistische sowie mindestens eine weitere spezifische somatische fachärztliche Kompetenz zur Verfügung stehen mit entsprechender Zusammenarbeit dieser Kompetenzen für die PsIA-Behandlung.
 - Beteiligung der Ärzte bei den Erstkontakten
 - formalisierte Therapieplanung
 - Medikationsplan
 - Notfallkonzept für (bereits angebundene) Patient:innen außerhalb der Öffnungszeiten (inkl. Hinweis an Eingangstür und Anrufbeantworter)
 - Angebot der Gruppenbehandlung durch mehrere Berufsgruppen (nicht nur Pflege)
 - „BEGEHUNG DER RÄUMLICHKEITEN“
 - Behindertengerechter Zugang
 - Außen- und Innenbeschilderung zur Psychosomatischen Institutsambulanz
 - Bildschirme, wenn einsehbar, mit Blickschutzfolien versehen (Datenschutz)
 - Datenschutz auch im Bereich der Anmeldung gewährleisten
 - „INDIKATION UND QUALITÄTSSICHERUNG“
 - Einhaltung von § 135a SGB V (z.B. in Form eines zertifizierten Qualitätsmanagements)
 - korrekte Übermittlung aller behandlungsrelevanter Diagnosen (§ 295 SGB V) im Rahmen der Abrechnung an die Krankenkassen: d.h. Diagnosen sollten aktuell und vollständig sein und mit den Angaben der Patientenakten übereinstimmen.
 - „BEACHTUNG VERTRAGLICHER VORGABEN“
 - Nach § 11 Abs. 1 der PsIA-Landesvereinbarung haben die PsIA ihre Leistungen nachvollziehbar zu dokumentieren. Leistungen, welche nicht oder nicht nachvollziehbar dokumentiert wurden, gelten als nicht erbracht. Krankenkassen werden

nach Abrechnungsziffern in den Einzelfallprüfungen fragen. Diese sollten anhand der Patientenakte erläuterbar sein (keine „Erinnerungsprotokolle“).

- Keine doppelte Abrechnung von Leistungen, wenn dies nicht vorgesehen ist (bitte Anlagen 1 und 5 beachten, z.B. bei Ziffer 170) → Plausibilitätsprüfungen hausintern in die IT-Programme integrieren
- Patientenzugang:
 - Option A:
 - fachärztliche Überweisung (Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder den ärztlichen Psychotherapeuten) muss vorliegen
 - Für die Überweisung ist das in der aktuellen Version gültige Muster 6 zu verwenden.
 - Auf dem Dokument sollten alle Angaben, wie beispielsweise Datum oder Diagnose, gefüllt sein. Ebenso ist darauf zu achten, dass die Überweisung auf eine Institutsambulanz nach § 118 Abs. 3 SGB V/PsIA lautet. Wegen des Rechts der freien Wahl des Leistungserbringers der Patient:in sollte die PsIA nicht konkret namentlich auf dem Überweisungsschein benannt sein.
 - Eine erneute fachärztliche Überweisung ist ein Jahr nach Behandlungsbeginn in der Institutsambulanz erforderlich und bei Fortdauern der Behandlung nach jedem Jahr erneut einzuholen (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 PsIA-Landesvereinbarung).
 - Ansonsten gibt es eine Absprache mit den Krankenkassen zum Thema Überweisung, die ursprünglich für SPZ vereinbart wurde, aber auch für PsIA überwiegend Anwendung findet: Ausnahme: Anzahl der Überweisungen (im Jahr). Diese Absprache finden Sie beigefügt.
 - Der reine Überweisungsauftrag „Kunsttherapie“ wird als kritisch bewertet.
 - Überweisungen aufgrund fehlender Ressourcen im niedergelassenen Bereich rechtfertigen nicht alleinig die Behandlung in einer PsIA.
 - Option B:
 - direkte Überleitung in die PsIA aus der stationären psychiatrischen oder psychosomatischen Behandlung
- Die ausschließlich psychotherapeutische Behandlung im Sinne einer Richtlinien-Psychotherapie entspricht nicht den Anforderungen der PsIA-Landesvereinbarung. Es muss eine multiprofessionelle Behandlung angezeigt sein und erbracht werden.
- PsIA-Leistungen während einer akutstationären Behandlung sind nicht abrechenbar.
- Fallbesprechungen und Verlaufsbesprechungen müssen sich an der individuellen medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall orientieren und dürfen nur anlassbezogen erfolgen. Inhaltlich müssen diese nachvollziehbar dokumentiert werden. Dabei muss auch der Auslöser für die Fallbesprechung sowie die Teilnehmer und deren therapeutischer Anteil an der Behandlung aus der Dokumentation entnommen werden können. Anlage 1 ist zu beachten.
- Fallbesprechungen müssen in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einem Patientenkontakt stehen. Die Fallbesprechung ist am tatsächlichen Tag der Durchführung abzurechnen.
- Die Durchführung von nichtärztlichen Leistungen, ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt mind. 1x im Quartal, ist nur in begründeten Ausnahmefällen möglich (Punkt 2.2.5 der Anlage 5).
- Ziffer 100: Anlage 5 beachten
- neben der Ziffer 600 ist eine Abrechnung der Ziffer 609 im selben Quartal nicht möglich (Anlage 1)
- Sofern von einem Behandler taggleich mehrere Leistungen an einem Patienten erbracht werden, ist aus diesen Leistungen eine Behandlungsziffer zu bilden. Diesbezüglich wird auf den Punkt „Leistungsziffernsystematik“ der Anlage 5 verwiesen.
- Für die Erstellung eines AmbADO-Beendigungsbogens ist keine separate Abrechnung der Ziffer 209 oder 109 möglich.
- Gemäß der Anlage 5 Pkt. 2.2.1 ist für ein EKG nur eine Ziffer 771 abrechenbar.
- Die erneute Abrechnung der AmbADO-Ziffer ist erst im gleichen Quartal des Folgejahrs (Jahresaktualisierung) möglich (Punkt 2.6.1 Anlage 5). Vor dem Ablauf dieses Zeitrahmens ist eine erneute Abrechnung nur bei den Kriterien eines neun Falls gegeben. Je nach erhebender Berufsgruppe wird die Ziffer 109 oder 209 abgerechnet.

- Lt. dem Punkt „Apparative Diagnostik und Therapie“ der Anlage 5, ist der Zeitanatz für die entsprechenden Gebührenziffern nur für den reinen Personalaufwand gedacht und nicht für die Gerätelaufzeit. Eine doppelte Abrechnung mittels Ziffer 77x und berufsgruppenspezifischer Behandlungsziffer ist nicht möglich.
- „ARZNEIMITTEL“
 - Wenn somatische Verordnungen durch die PsIA ausgestellt werden, muss der somatische Behandlungsanteil für diese Verordnungen ausführlich aus der Therapieplanung ersichtlich sein. Ansonsten gilt diese Medikation als fachfremd und somit nicht verordnungsfähig.
 - Die Bedruckung von Verordnungen müssen den korrekten Zusatz „Psychosomatische Institutsambulanz“ enthalten.
 - Verordnungsbeschränkungen gemäß der AM-RL beachten
 - Werden Arzneimittel außerhalb ihres zugelassenen Indikationsbereiches verordnet, sind die entsprechenden Vorgaben des Bundessozialgerichts (BSG) zum Off-Label-Use zu beachten.
- „AMBADO“
 - Grad der technischen Auswertbarkeit
 - unbekannt/unklare Aussagen vermeiden
 - Siehe Seite 1
- „STRUKTUR- UND PROZESSQUALITÄT“
 - Siehe Seiten 1, 2