

# Beispielabrechnung Gruppenweiterbildung

PHB-TP-GR-E

Dieses Beispiel zeigt die Abrechnung von 4 Patienten (TP-Gruppe):

Beim Abgabetermin sollten Sie immer dabei haben:

- **GKV** = Patientenübersicht (ausgefüllt und ausgedruckt)
- **Abrechnungsscheine** Ihrer Patienten (ausgefüllt, ausgedruckt und von Ihnen und dem jeweiligen Patienten unterschrieben)
- **Berichtspflichtformular im Original** (falls neu erstellt, da altes in der Akte hinfällig)
- **Berichte an den Hausarzt**, die in dem abzurechnenden Quartal erfolgten, in Kopie
- **Anerkennungsbescheide**
- **Formular „Erfassung Raumbuchungen“** (ausgefüllt)
- **Genehmigungsschreiben über die Durchführung von Gesprächsziffern** (falls erfolgt).  
Sollten Sie Krisensitzungen durchgeführt haben, so muss Ihr Supervisor die Notwendigkeit der Krisensitzung während der Antragspause oder nach Beendigung der Therapie bescheinigen. Ohne dieses Genehmigungsschreiben können die Krisensitzungen nicht abgerechnet werden.

Krisensitzungen müssen immer vor der Durchführung mit dem Supervisor abgestimmt werden, in Ausnahmefällen (Unerreichbarkeit des Supervisors) unmittelbar danach.

## Erläuterungen zu den einzelnen Abrechnungsscheinen

### Patient 1

#### Musterano Mustermann:

**Zum besseren Verständnis der aufgeführten Ziffern ist diesem Abrechnungsscheinbeispiel eine Anlage mit Texterläuterung beigelegt.**

- Dieser Patient wurde nachträglich aufgenommen, da von den ursprünglich 6 Patienten der Therapeutin 3 die Gruppe vorzeitig verlassen haben und die erforderliche Mindestgruppengröße von 3 Patienten gefährdet schien. Damit er parallel mit den anderen Patienten beendet wird, ist hier nur eine Kurzzeittherapie geplant.
- Das Ambulanzvorgespräch hat im gleichen Quartal stattgefunden, in dem die Therapeutin den Patienten zum ersten Mal sieht. Daher führt sie das Vorgespräch auf ihrem Abrechnungsschein mit auf. Läge es im Vorquartal, so würde die Ambulanz es allein abrechnen.
- Die Therapeutin vermerkt in jedem Quartal, sofern es einen persönlichen Patientenkontakt gibt, gleich in der ersten Zeile die Grundpauschale.

Grundpauschalen:

Ziffer 23210 (Patienten bis vollendetem 5. Lebensjahr = Alter 0-4)

Ziffer 23211 (Patienten ab Beginn des 6. bis vollendetem 59. Lebensjahr  
= Alter 5-58)

Ziffer 23212 (Patienten ab Beginn des 60. Lebensjahrs = Alter ab 59)

- Der Patient hat auf dem Formular „Berichtspflicht“ angekreuzt, dass er einen Bericht an den Hausarzt wünscht (siehe Anlage). Die Therapeutin ist dem in Form eines kurzen Berichtes nach der **ersten bewilligten** Stunde nachgekommen und hat den Bericht in Kopie der Abrechnung beigelegt (siehe Anlage). Sie vermerkt das Porto gleich unter der ersten Zeile mit der Grundpauschale und darunter in Klammern den Namen des Arztes.
- Nach 4 probatorischen Sitzungen, einer biografischen Anamnese und der vorgeschriebenen PHB-Testdiagnostik, die sie am selben Tag durchgeführt hat, zeigt sie der Kasse eine geplante Kurzzeittherapie 1 im Gruppenverfahren an. Das Porto rechnet sie ab.
- Die Kasse möchte trotz Kurzzeittherapie einen Gutachter einschalten und fordert die Therapeutin auf, einen Gutachterbericht nachzureichen, den sie ebenfalls abrechnet. Ohne diese Nachforderung hätte sie nur das Porto in Rechnung stellen dürfen.
- Bevor die Krankenkasse den Antrag bewilligt, gerät der Patient in eine Krise. Die Therapeutin führt ein Krisengespräch durch, setzt den Supervisor wenn möglich noch vor, sonst aber unmittelbar nach der Durchführung in Kenntnis. Der Supervisor schätzt die Krisensitzung in dem Fall als notwendig ein und genehmigt diese durch ein Schreiben, das er der Therapeutin aushändigt, um die Abrechnung der Ziffer freizugeben.

- Am 10.09.18 erfolgt die Bewilligung der Kurzzeittherapie durch die Krankenkasse. Die erste Stunde wird am 11.09.18 durchgeführt. Die letzte Zahl der Leistungsziffer (4) sagt aus, dass 4 Patienten an dem Gruppensetting teilgenommen haben.
- Am 18.09.18 haben nur 3 Patienten teilgenommen.
- Am 30.09.18 führt sie mit dem Patienten noch eine Einzelsitzung durch. Einzelsitzungen, sind in einem besonderen Schlüssel, ohne besondere Beantragung erlaubt. Die Psychotherapie-Vereinbarungen setzen dies unter § 11 Antragstellung (7) mit folgendem Wortlaut fest:

*“Werden im Rahmen einer genehmigten Gruppentherapie Einzelbehandlungen notwendig, die nicht beantragt wurden, können diese in einem Verhältnis von einer Einzelbehandlung auf zehn Gruppenbehandlungen ohne besondere Antragstellung durchgeführt werden. Dabei sind die Einzelbehandlungen dem genehmigten Kontingent der Gruppenbehandlungen hinzuzurechnen.“*

## **Patient 2**

### **Musina Musteroma:**

- Die Patientin befindet sich schon seit Beginn der Gruppe in der Langzeitbehandlung von 60 Stunden, die am 05.02.18 bewilligt wurde. Die Patientin hat auf dem Formular „Berichtspflicht“ angekreuzt, dass sie keinen Bericht an den Hausarzt wünscht (siehe Anlage). Die Therapeutin vermerkt jedes Quartal gleich in der ersten Zeile neben der Grundpauschale die so genannte Pseudoziffer 98999, die ausdrückt, dass kein Bericht gewünscht wird oder aber kein Hausarzt vorhanden ist.

## **Patient 3**

### **Mimi Musterfrau:**

- Die Patientin befindet sich schon seit Beginn der Gruppe in der Langzeitbehandlung von 60 Stunden, die am 12.02.18 bewilligt wurde. Im Berichtspflichtformular hat sie angekreuzt, dass sie einen Bericht an den Hausarzt wünscht. Die Therapeutin hat unter dem Link, der auf dem Formular angegeben ist, festgestellt, dass der Arzt nicht an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt. Sie hat die Patientin darüber informiert und das Formular nochmals korrekt ausfüllen lassen.
- Die Therapeutin vermerkt jedes Quartal gleich in der ersten Zeile neben der Grundpauschale die so genannte Pseudoziffer 98999, die ausdrückt, dass kein Bericht gewünscht wird oder aber kein Hausarzt vorhanden ist.
- Die Patientin wechselt mitten im Quartal (15.09.18) die Krankenkasse. Die Therapeutin hat dies umgehend den Ambulanzmitarbeitern gemeldet und mit diesen zusammen bei der neuen Kasse die Kostenübernahme von Psychotherapieleistungen nach Kassenwechsel beantragt (siehe Anlage).

Solange noch keine Kostenzusage der neuen Kasse vorlag, hat die Therapeutin die Behandlung ausgesetzt. Der Gruppentermin am 18.09.18 hat daher ohne diese Patientin stattgefunden.

Die Therapeutin hat beide Chipkarten eingelesen und sich von der Patientin zwei Abrechnungsscheine unterschreiben lassen (für jede Kasse einen).

Sie vermerkt auf beiden Scheinen die Grundpauschale.

Auf den zweiten Schein (neue Kasse TK) schreibt sie hinter die erste Leistung den Begriff („Kassenwechsel“).

Auf beide Scheine schreibt sie die so genannte Pseudoziffer, die ausdrückt, dass kein Bericht gewünscht wird oder aber kein Hausarzt vorhanden ist.

Entsprechend des Zeitpunktes des Kassenwechsels ordnet die Therapeutin die erfolgten Leistungen den beiden Kassenscheinen zu.

Sie nummeriert die beiden Scheine handschriftlich in der rechten oberen Ecke (Schein 1 von 2, bzw. Schein 2 von 2).

#### **Musterpatient 4:**

Da die ersten drei Patienten-Beispiele die möglichen Variationen hinreichend erläutern, haben wir bei Patient 4 auf weitere Auflistungen verzichtet.



# Abrechnungsschein

05

Krankenkasse bzw. Kostenträger

**AOK Berlin TP-GR-E-Beispiel Pat. 1**

Name, Vorname des Versicherten

**Mustermann, Musterano** geb. am **12.08.67**

Kostenträgerkennung

109519005

Versicherten-Nr.

V012321456456

Status

1

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Inst.-kennz.

999999900

02.07.18

ambulante Behandlung  bei belegärztlicher Behandlung

Unfall, Unfallfolgen

Quartal **3** **18**

Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie

anerkannte Psychotherapie

Geschlecht

Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen

F43.2G

Supervisor:

Supermusta

Ausbildungsteilnehmer:

Mustertherapeutin, Mustana

10.09.18

Bei Psychotherapie: Datum des Anerkennungsbescheides

Tag	Mon.		Tag	Mon.	
02	07	35151-35151-23211	12	08	35130-40124
		(Ambulanz-Vorgespräch)	25	08	23220
		40120 (Dr. Dietrich)			(50 Min. persönlich Krise)
16	07	35150	11	09	35504
21	07	35150	18	09	35503
26	07	35150	25	09	35504
01	08	35150	30	09	35401
03	08	35140			
06	08	35600(150 Min.Tests div.)			

Mutmaßlicher Tag der Entbindung

Stationäre belegärztliche Behandlung

Tag Monat Tag Monat  
von   bis

Ich bin bei den oben genannten Krankenkassen versichert.

**Unterschrift Patient**

Datum Unterschrift

**Unterschrift Therapeut**

Stempel des Vertragsarztes/Therapeuten

Muster 5 (10.2014)

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

**Hier finden Sie die Bedeutung der Ziffern anhand des Abrechnungsscheinbeispiels Patient 1**

AOK Berlin	<b>TP-GR-E-Beispiel Pat. 1</b>	X		3	18
	<b>linke Seite</b>				
Mustermann, Musterano	12.08.67		X		X
		F43.2G		Supervisor:	Supermusta
109519005	V012321456456	1	Ausbildungsteilnehmer:	Mustertherapeutin, Mustana	
Inst.-kennz.	999999900	02.07.18			10.09.18

02	07	35151-35151-23211 (Ambulanz-Vorgespräch) 40120 (Dr. Dietrich)	Sprechstunde-Grundpauschale  Porto Hausarztbericht (Arztname)
16	07	35150	Probatorik
21	07	35150	Probatorik
26	07	35150	Probatorik
01	08	35150	Probatorik
03	08	35140	biograf. Anamnese
06	08	35600(150 Min.Tests div.)	Test (standardisiert)

  
**Unterschrift Patient**

  
**Unterschrift Therapeut**

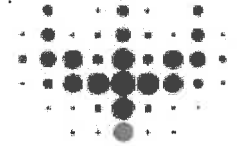
AOK Berlin	<b>TP-GR-E-Beispiel Pat. 1</b>	X		3	18
	<b>rechte Seite</b>				
Mustermann, Musterano	12.08.67		X		X
		F43.2G		Supervisor:	Supermusta
109519005	V012321456456	1	Ausbildungsteilnehmer:	Mustertherapeutin, Mustana	
Inst.-kennz.	999999900	02.07.18			10.09.18

Antrag (Kurzzeit)-Porto	12	08	35130-40124
Gesprächsleistung	25	08	23220 (50 Min. persönlich Krise)

Gruppensitzung KZT1 (4 Pat.)	11	09	35504
Gruppensitzung KZT1 (3 Pat.)	18	09	35503
Gruppensitzung KZT1 (4 Pat.)	25	09	35504
Einzelstzung KZT1	30	09	35401

  
**Unterschrift Patient**

  
**Unterschrift Therapeut**



## BERICHTSPFLICHT

Patient/in: *Musterano Mustermann*

Geboren am: *12.08.67*

Therapeut/in: *Mustana Mustertherapeutin*

Wenn der Patient zustimmt, dann ist dem **Hausarzt** zu Beginn (d. h. ab der ersten bewilligten Therapiestunde) und am Ende einer Behandlung ein Bericht zuzusenden. Bei längerer Behandlungsdauer zusätzlich nach jeweils einem Jahr.

Ihre schriftliche Entscheidung ist nach einer Bestimmung des V. Sozialgesetzbuches, § 73, Abs. 1b notwendig. Sie kann jederzeit widerrufen werden.

Möchten Sie, dass Ihr Hausarzt einen Bericht erhält?

Nein

Ja

Name / Adresse / Telefon des Hausarztes:

*Dr. Dietrich, Behandlungsstraße 17, 10117 Berlin,  
030 - 999 59 85*

**Ich bestätige, dass ich von diesem Formular eine Ausfertigung für meine Unterlagen erhalten habe.**

Berlin, den *01.08.18*

Datum

*Masterano Mastermann*

Unterschrift Patient/in, bzw. Unterschrift Erziehungsberechtigte/r  
(bei Kindern und Jugendlichen)

### Info an den Therapeuten:

Klären Sie bitte unter u. a. Link, ob es sich bei dem vom Patienten angeführten Arzt um einen Hausarzt handelt, denn nur hier gilt die Berichtspflicht. Verfügt er nicht über die Bezeichnung, so lassen Sie das Formular nochmals korrekt vom Patienten ausfüllen und geben es bei der Abrechnungsabteilung ab.

<https://www.arzt-auskunft.de/>



**Dipl.-Psych. Mustana Mustertherapeutin  
Psychotherapeutische Ambulanz der  
Psychologische Hochschule Berlin gGmbH  
Am Kölnischen Park 2  
10179 Berlin  
Tel.: 030 – 20 99 66 - 110**

---

**Herrn  
Dr. Dietrich  
Behandlungsstraße 17  
  
10117 Berlin**

**KOPIE für die Ambulanz**

Berlin, den 12.09.18

**Bericht an den Hausarzt**

Sehr geehrter Herr Dietrich,

zu Ihrer Information möchte ich Ihnen mitteilen, dass sich der Patient Musterano Mustermann, geb. 12.08.67, seit dem 16.07.18 bei mir in psychotherapeutischer Behandlung befindet. Am 12.08.18 wurde mit der Diagnose F 43.2 G eine Kurzzeittherapie 1 beantragt und die erste bewilligte Stunde ist am 11.09.18 erfolgt.

Mit freundlichem Gruß



Mustana Mustertherapeutin

**Schreiben wird vom Therapeuten persönlich bei der Abrechnungsabteilung abgegeben.**

Berlin, den 27.08.18

**Abrechnungsgenehmigung Gesprächsziffer**

Sehr geehrte Frau Werner,  
sehr geehrter Herr Büttner,

die Therapeutin Frau Mustana Mustertherapeutin hat nach vorheriger Absprache mit mir eine Krisensitzung mit dem Patienten M120867 durchgeführt wegen begründeter Krisenintervention während der Antragsphase.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Supermusta', written in a cursive style.

Supervisorin Dr. Supermusta

# Erfassung Raumbuchungen Quartal 3/18

Wir bitten Sie, dieses Formular zu Ihrem Abrechnungstermin mitzubringen.

Therapeut/in: *Mustana Mustertherapeutin*

Raumbuchungsnummer: *007*

Schwerpunkt/Jahrgang: *TP-GR-E 18*    Institution: *PHB gGmbH*

Erfassung von:

- **Anamnesen** (*keine Raummiete*)
- **Tests** (*keine Raummiete*) - hier nur SCL-90, IIP-D, CBCL, CFT, YSR, Leistungs- und Entwicklungstests und vom Institut vorgefertigte Testpakete
- **Supervisionsstunden** (*keine Raummiete*)
- **ausgefallener Probatorik** (*€ 1,00, bei Nichterscheinen des Patienten*)

Sagt der Patient vorher ab, bitte den Raum freistellen und nicht hier aufführen.

Patient	Bitte eintragen: „A“ für Anamnese „T“ für Tests „Su“ für Supervision „P“ für ausgefallene Probatorik	Sitzungsdatum	Uhrzeit	Raum
<i>Musterano Mustermann</i>	<i>T</i>	<i>06.08.18</i>	<i>17:00</i>	<i>26</i>

Gesamtzahl: Anamnesen/Tests/Supervision      *1*  
                   Ausgefallene Probatorik                *0*

# Abrechnungsschein

05

Krankenkasse bzw. Kostenträger  
**TK Berlin TP-GR-E-Beispiel Pat. 2**

Name, Vorname des Versicherten  
**Musteroma, Musina** geb. am **20.10.50**

Kostenträgerkennung **109577507** Versicherten-Nr. **K531254521126** Status **5**

Betriebsstätten-Nr. **999999900** Arzt-Nr. **04.07.18** Datum  
Inst.-kennz.

ambulante Behandlung  bei belegärztlicher Behandlung  Unfall, Unfallfolgen  
 Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie  anerkannte Psychotherapie

Quartal **3** **18**  
Geschlecht

Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen  
**F43.2G** Supervisor: **Supermusta**  
Ausbildungsteilnehmer: **Mustertherapeutin, Mustana** **05.02.18**

Bei Psychotherapie: Datum des Anerkennungsbescheides

Tag	Mon.	Tag	Mon.
04	07	35513-23212-98999	
10	07	35513	
16	08	35513	
21	08	35513	
04	09	35513	
11	09	35514	
18	09	35513	
25	09	35514	

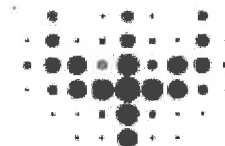
Mutmaßlicher Tag der Entbindung  
[ ] [ ] [ ]

Stationäre belegärztliche Behandlung  
von Tag [ ] Monat [ ] bis Tag [ ] Monat [ ]

Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert  
**Unterschrift Patient**  
Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

**Unterschrift Therapeut**  
Stempel des Vertragsarztes/Therapeuten  
Muster 5 (10.2014)

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schlägerunfällen



## BERICHTSPFLICHT

Patient/in: *Musina Musteroma*

Geboren am: *20.10.50*

Therapeut/in: *Mustana Mustertherapeutin*

Wenn der Patient zustimmt, dann ist dem **Hausarzt** zu Beginn (d. h. ab der ersten bewilligten Therapiestunde) und am Ende einer Behandlung ein Bericht zuzusenden. Bei längerer Behandlungsdauer zusätzlich nach jeweils einem Jahr.

Ihre schriftliche Entscheidung ist nach einer Bestimmung des V. Sozialgesetzbuches, § 73, Abs. 1b notwendig. Sie kann jederzeit widerrufen werden.

Möchten Sie, dass Ihr Hausarzt einen Bericht erhält?

Nein

Ja

Name / Adresse / Telefon des Hausarztes:

---

---

---

**Ich bestätige, dass ich von diesem Formular eine Ausfertigung für meine Unterlagen erhalten habe.**

Berlin, den *18.01.18*

Datum

*Musina Musteroma*

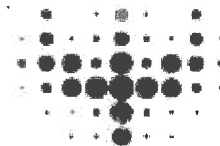
Unterschrift Patient/in, bzw. Unterschrift Erziehungsberechtigte/r  
(bei Kindern und Jugendlichen)

### Info an den Therapeuten:

Klären Sie bitte unter u. a. Link, ob es sich bei dem vom Patienten angeführten Arzt um einen Hausarzt handelt, denn nur hier gilt die Berichtspflicht. Verfügt er nicht über die Bezeichnung, so lassen Sie das Formular nochmals korrekt vom Patienten ausfüllen und geben es bei der Abrechnungsabteilung ab.

<https://www.arzt-auskunft.de/>





## BERICHTSPFLICHT

Patient/in: *Mimi Musterfrau*

Geboren am: *17.04.84*

Therapeut/in: *Mustana Mustertherapeutin*

Wenn der Patient zustimmt, dann ist dem **Hausarzt** zu Beginn (d. h. ab der ersten bewilligten Therapiestunde) und am Ende einer Behandlung ein Bericht zuzusenden. Bei längerer Behandlungsdauer zusätzlich nach jeweils einem Jahr.

Ihre schriftliche Entscheidung ist nach einer Bestimmung des V. Sozialgesetzbuches, § 73, Abs. 1b notwendig. Sie kann jederzeit widerrufen werden.

Möchten Sie, dass Ihr Hausarzt einen Bericht erhält?

Nein

Ja

Name / Adresse / Telefon des Hausarztes:

---

---

---

**Ich bestätige, dass ich von diesem Formular eine Ausfertigung für meine Unterlagen erhalten habe.**

Berlin, den *25.01.18* *Mimi Musterfrau*

Datum

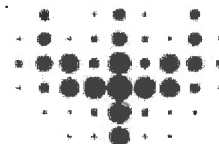
Unterschrift Patient/in, bzw. Unterschrift Erziehungsberechtigte/r  
(bei Kindern und Jugendlichen)

### Info an den Therapeuten:

Klären Sie bitte unter u. a. Link, ob es sich bei dem vom Patienten angeführten Arzt um einen Hausarzt handelt, denn nur hier gilt die Berichtspflicht. Verfügt er nicht über die Bezeichnung, so lassen Sie das Formular nochmals korrekt vom Patienten ausfüllen und geben es bei der Abrechnungsabteilung ab.

<https://www.arzt-auskunft.de/>

# Psychologische Hochschule Berlin gGmbH



Psychologische Hochschule Berlin gGmbH • Psychotherapeutische Ambulanz  
Am Köllnischen Park 2 • 10179 Berlin

Rechnungsadresse  
Psychologische Hochschule Berlin gGmbH  
Psychotherapeutische Ambulanz  
Am Köllnischen Park 2, 10179 Berlin

*TK*

Britta Chélaré  
Leistungsabteilung / Kassenfragen  
Tel. +49 30/20 91 66 - 130  
Fax +49 30/20 91 66 - 27  
b.chelard@bdp-verband.de

20905 Hamburg

Berlin, den **12.09.18**

## Kostenübernahme von Psychotherapieleistungen nach Kassenwechsel

Patient: **Mimi Musterfrau** geb. : **17.04.84**

VS-Nr.: **R12547895465**

Sehr geehrte Damen und Herren,

für o. g. Mitglied wurden durch die vorherige Krankenkasse **BKK VBU**

**60** Stunden und **0** Bezugspersonenstunden im Verfahren Verhaltenstherapie/  
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bewilligt. Die letzte Stellungnahme des Gutachters  
erfolgte am **06.02.18** durch Frau/Herrn **Dipl.-Psych. Margit Seelchen**  
mit der Anschrift **Begutachtungsmeile 19, 81539 München**

Bisher sind **30** Stunden und **0** Bezugspersonenstunden abgerechnet.

Wir bitten um Übernahme der restlichen **30** Stunden und **0** Bezugspersonenstunden  
ab Datum der Mitgliedschaft o. g. Patientens. Vielen Dank.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter der 030- 20 91 66 - 110 oder - 130.

Mit freundlichen Grüßen

i. A. 

Britta Chélaré Ambulanzmitarbeiterin	gez. Imke Konopka Ambulanzleiterin TP	gez. Dr. Ruth Uwer Ambulanzleiterin VT	gez. Sabine Sterry Ambulanzleiterin TP-KiJu
---	---	--	---

### Anlage

Kopie des Anerkennungsbescheides



