

## Erläuterungen zum Abrechnungsschein

Rufen Sie bitte in Excel das Formular „Abrechnungsschein-blanko“ auf,  
das wir Ihnen vor dem Abrechnungsseminar per Mail zugesandt haben.

Das Formular zeigt sich wie u. a. Muster, jedoch ohne die Feldziffern.  
Wenn Sie mit dem Cursor in die Felder mit den kleinen roten Dreiecken wandern,  
so öffnet sich dort ein Kommentar, der erläutert, was Sie an der Stelle eintragen müssen.

1)			X	8) 9)	
2)		3)	10)	11) 12)	
4)	5)	6)	13)	Supervisor: 14)	
			Ausbildungsteilnehmer:	15)	
Inst.-kennz.	999999900	7)	16)		
			17)		
18)	19)	20)	18)	19)	20)
					21)
					22)

Alle Felder des Formulars, die nicht ausgefüllt werden sollen, sind schreibgeschützt und leicht dunkel unterlegt.

Die weißen Felder werden wie folgt ausgefüllt:

FELD	Eintrag	Bemerkung
1)	Vollständiger Name der Krankenkasse, z. B. AOK Berlin oder AOK Niedersachsen	
2)	Name und Vorname des Patienten	
3)	Geburtsdatum	
4)	Kostenträgerkennung	Steht auf der elektronischen Gesundheitskarte.
5)	Versicherten-Nummer z. B. T354875654	Steht auf der elektronischen Gesundheitskarte.
6)	Status (falls bekannt) 1, 3 oder 5	1 = Mitglied / 3 = Familienversichert / 5 = Rentner, Waise, ... Können Sie z. B. dem Patientenfeld auf dem Konsiliarbericht entnehmen. Ist Ihnen der Eintrag nicht möglich, so übernehmen das die Ambulanzmitarbeiter/innen bei Ihrem Abrechnungstermin.
7)	Datum des Scheins	Datum der ersten Sitzung, bzw. der ersten Leistung im Quartal
8)	Quartal 1, 2, 3 oder 4	
9)	Abrechnungsjahr	
10)	X (anerkannte Psychotherapie)	Dieses Kreuz nur setzen, wenn bewilligte Sitzungen abgerechnet werden.
11)	X (weiblich)	Hier Kreuz setzen, wenn der Patient weiblich ist.
12)	X (männlich)	Hier Kreuz setzen, wenn der Patient männlich ist.

FELD	Eintrag	Bemerkung
13)	<p>Diagnose nach ICD-10-GM eintragen (International Classification of Diseases – German Modifikation)</p> <p>z. B. F43.2G</p>	<p>Wenn nur Probatorik abgerechnet wird, bitte die Vorgesprächsdiagnose eintragen. Sobald ein Antrag gestellt und bewilligte Sitzungen abgerechnet werden, dann die Antragsdiagnose eintragen. Diese bleibt für das entsprechende Kontingent bestehen, da die Therapie aufgrund dieser Antragsdiagnose bewilligt wurde. Dabei spielt es keine Rolle, dass sich die Diagnose beim Patienten zwischenzeitlich verändert hat, dies findet erst im nächsten Antrag und dessen Kontingentabrechnung Berücksichtigung.</p> <p><b>Was tun, wenn zwei Anträge gestellt wurden, die sich in der Diagnose unterscheiden (z. B. Kurzzeittherapie und Umwandlung auf Langzeittherapie)?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rechnen Sie Stunden aus beiden beantragten Kontingenten ab (z. B. Kurzzeit- und Langzeittherapie) so geben Sie beide Antragsdiagnosen an.</li> <li>- Rechnen Sie Stunden aus nur einem Kontingent (z. B. Kurzzeittherapie) ab, so geben Sie nur die Diagnose des Kurzzeitantrags an (auch, wenn bereits ein Umwandlungsantrag auf Langzeit mit anderer Diagnose gestellt wurde).</li> </ul>
14)	Name des Supervisors	Bei einem Supervisorenwechsel innerhalb des Quartals bitte nur den gerade aktuellen Supervisor eintragen.
15)	Name und Vorname des Therapeuten	
16) + 17)	Anerkennungsdatum	<p>Hier ist das Datum des Anerkennungsbescheides einzutragen. Wenn Stunden aus zwei Bewilligungskontingenten (z. B. Kurzzeittherapie- und Umwandlungsstunden, also Langzeittherapie) auf einem Schein abgerechnet werden, müssen beide Anerkennungsdaten eingetragen werden.</p> <p>Bitte unbedingt beachten, dass die 1. Sitzung eines bewilligten Kontingentes erst nach dem Datum des entsprechenden Anerkennungsbescheides stattfindet. Ansonsten darf die Ambulanz sie nicht abrechnen.</p>
18)	Tag der Leistung	
19)	Monat der Leistung	

FELD	Eintrag	Bemerkung
------	---------	-----------

<p><b>20)</b></p>	<p>Leistungsziffer</p> <p><b>(Die Leistungen, die Sie uns mitteilen, müssen an diesem Tag auch erbracht worden sein. Vor- und Nachdatierungen gelten als Kassenbetrug.)</b></p>	<p>Am gleichen Tag geleistete Ziffern durch Bindestrich getrennt <b>nebeneinander</b> schreiben.</p> <p><u>Bitte beachten:</u> Rechnen Sie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- das VG der Ambulanz ab, so schreiben Sie in Klammern dahinter (Ambulanz-Vorgespräch).</li> <li>- einen Bericht an den Hausarzt im Rahmen der Berichtspflicht ab, so schreiben Sie in die Zeile unter der Grundpauschale die Ziffer für Porto (Ziffer 40120 bis 20 g, Ziffer 40122 bis 50 g) und in Klammern den Namen des Arztes. Bringen Sie zum Abrechnungstermin bitte eine Kopie des Berichtes mit. Wollen Sie in dem Quartal nur den Bericht abrechnen und hatten Sie keinen persönlichen Patientenkontakt, so entfällt die Grundpauschale und Sie führen die Ziffer für den Bericht auf (01600 für den kurzen und 01601 für den langen Bericht) und die Ziffer für das Porto und den Arztnamen.</li> <li>- eine biografische Anamnese ab, so muss keine schriftliche Anamnese bei der Ambulanz/Abrechnungsstelle eingereicht werden. Die Stundendokumentation reicht aus, muss aber jederzeit bei Anfrage zur Verfügung stehen. Lt. Ambulanzbeschluss muss die biografische Anamnese in Form einer persönlichen 50minütigen Sitzung erfolgen.</li> <li>- Tests ab, so schreiben Sie in Klammern dahinter die Anzahl der Minuten und die Bezeichnung „Tests, diverse“. Die Abrechenbarkeit von Tests ist lt. Ambulanzbeschluss begrenzt auf die Testpakete „Probatorik“ und „Abschluss“. Zusätzliche Testungen in der Erwachsenenbehandlung können Sie zwar durchführen, aber nicht abrechnen.</li> </ul> <p><u>Ausnahme:</u> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in der BAP: Die Tests SCL 90-R, IIP-D, CBCL, CFT, YSR und TRF sind lt. Ambulanzbeschluss auf abrechenbare 30 Min. pro Test begrenzt.</p> <p>Alle anderen sind je nach Zeitaufwand bis zur Ausschöpfung des Zeitkontingents und unter Beachtung der Häufigkeitsbegrenzung durch die Krankenkassen während laufender Therapien</p>
-------------------	---	--

		<p>abrechenbar. <b>Bitte beachten Sie hier die ausführlichen Erläuterungen im beiliegenden „EBM“.</b></p> <p>Verlaufstests SCL-90-R, IIP-D und CBCL: Handelt es sich um die Abrechnung des zweiten oder dritten Messzeitpunkts der Testdurchführung, also nach der Probatorik, innerhalb der bewilligten Therapie, so vermerken Sie bitte in der Klammer zusätzlich noch den Begriff „Qualitätssicherung“.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gesprächsziffern (23220) als Krisengespräch ab, so schreiben Sie in Klammern dahinter die Anzahl der Minuten (in 10-Minuten-Schritten, maximal 150 Minuten pro Quartal) und die Bezeichnung „Krise“ und dass es persönlich stattgefunden hat. Telefonische Krisengespräche sind lt. Ambulanzbeschluss nicht abrechenbar. Krisengespräche müssen dem Supervisor bei Verdacht im Voraus, spätestens aber gleich nach Durchführung gemeldet werden, und der Supervisor muss Ihnen die Durchführung und Abrechnung schriftlich genehmigen. Bitte bringen Sie diese Genehmigung mit zum Abrechnungstermin. Die mit 23220 abgerechneten Krisengespräche werden nicht als Ausbildungsstunden anerkannt.</li> <li>- Anträge ab, so verwenden Sie als Leistungsdatum bitte das Ausgangsdatum des Antragsschreibens (dieses ist auf dem Deckel der Patientenakte vermerkt).</li> <li>- Probetherapiestunden ab, so schreiben Sie dahinter in Klammern „P“</li> <li>- Expositionen ab, so schreiben Sie dahinter in Klammern „Exposition im Hause“ oder „Exposition außer Hause“</li> <li>- 😊 Bezugspersonengespräche ab, so vermerken Sie bitte hinter der Ziffer ein „B“.</li> </ul>
21)	Patientenunterschrift	<p>Das Datum der Patientenunterschrift muss in dem abzurechnenden Quartal liegen.</p> <p>😊 Bei minderjährigen Patienten lassen Sie bitte den Elternteil unterschreiben, bei dem der Patient versichert ist.</p> <p>Sollte der Patient keinen Kontakt zu seinen Eltern haben, bzw. will er nicht, dass diese von der Therapie erfahren, so achten Sie umso mehr darauf, dass die Chip-</p>

		<p>karte eingelesen ist und ein Versicherungsverhältnis besteht. Sollte Ihnen dies im Einzelfall nicht möglich sein, so muss Ihnen klar sein, dass Ihnen die Unterschrift eines Minderjährigen bei nicht bestehendem Versicherungsverhältnis keine rechtliche Grundlage gibt, Ihren Anspruch auf Leistungsvergütung gegenüber dem Patienten geltend zu machen.</p>
22)	Therapeutenunterschrift	Mit der Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben.

### GRUNDSÄTZLICHES:

- **WICHTIG:** Bewilligte Leistungen (Zifferngruppe 35.2) dürfen nur abgerechnet werden, wenn vorher die Berichtspflicht abgeklärt, d. h., der Wunsch des Patienten auf dem Formular „Berichtspflicht“ dokumentiert und dieses in der Ambulanz hinterlegt ist, und Sie, falls ein Bericht gewünscht ist, diesem Wunsch im Rahmen der Regelungen nachgekommen sind. Andernfalls können Ihnen die Krankenkassen die Leistungen streichen!!!

Auf dem Abrechnungsschein vermerken Sie unter der Grundpauschale bitte entweder das Porto für den erfolgten Bericht und in Klammern den Arztnamen oder die Pseudoziffer 98999 (Bericht nicht möglich, da kein Hausarzt vorhanden, oder Pat. lehnt Bericht ab), oder aber nichts, wenn in diesem Quartal kein Bericht erforderlich war.

- Sie dürfen 4 Probatorische Sitzungen durchführen (in der KiJu-Behandlung bis zu **6**). Für das Vorgespräch durch die Leitung wird die sogenannte Sprechstunde verwendet.
- Es steht Ihnen frei eine biografische Anamnese durchzuführen und abzurechnen.
- Sie sollten bitte die Ziffer für die Grundpauschale und die Pseudoziffer 98999 (falls relevant) gleich hinter der ersten Sitzung vermerken. Dies erhöht die Übersichtlichkeit und erleichtert den Ambulanzmitarbeitern die Leistungseingabe.

## **AUSFÜLLHILFE UND WICHTIGE INFOS BEI BESONDERHEITEN:**

**Sachverhalt:** Leistungen wurden versehentlich nicht gemeldet.

Was tun? Pro Quartal und Krankenkasse darf für den Patienten nur ein Abrechnungsschein eingereicht werden. Leistungen, die Sie zu melden vergessen haben, *verfallen*. (Ambulanzbeschluss)

**Sachverhalt:** Der Patient hat während des Quartals die Kasse gewechselt.

Was tun? Wechselt der Patient innerhalb des Quartals die Kasse, so geben Sie pro Kasse einen vom Patienten unterschriebenen Abrechnungsschein ab. Die Grundpauschale (Ziffer 23210 oder 23211 oder 23212 oder 23214) darf in diesem Falle zweimal abgerechnet werden, d. h. einmal pro Kasse.

**Sachverhalt:** Der Patient wechselt während der Probatorik von Ihnen zu einem anderen Therapeuten innerhalb desselben Instituts.

Was tun? Sie rechnen Ihre Probatorik mit der Ziffer 35150 wie gewohnt ab und weisen während Ihres Abrechnungstermins auf den Therapeutenwechsel hin.

**Sachverhalt:** Der Patient wechselt während der Probatorik von Ihnen zu einem externen, also institutsfremden Therapeuten.

Was tun? Sie rechnen die Probatorik mit der Ziffer 35150 wie gewohnt ab, ohne weitere Vermerke auf dem Schein.

**Sachverhalt:** Während einer laufenden Kurzzeittherapie wurde ein Umwandlungsantrag auf Langzeittherapie gestellt und bewilligt.

Was tun? Sie rechnen 12 bzw. 24 Sitzungen mit den entsprechenden Kurzzeitziffern ab, dann folgen die Langzeitziffern.

**Sachverhalt:** Auf einen Langzeittherapieantrag hin wurden nur 24 Stunden Probetherapie gewährt.

Was tun? Sie rechnen trotzdem die Ziffern für Langzeittherapie ab und schreiben dahinter in Klammern „P“ für Probe.

**Sachverhalt: Das Ambulanz-Vorgespräch fand in dem Quartal statt, in dem auch Sie Leistungen für den Patienten erbracht haben.**

Was tun? Den Vorgesprächsunterlagen können Sie entnehmen, ob das Vorgespräch an Ihrem Institut durchgeführt wurde. In diesem Fall rechnen Sie das Vorgespräch mit ab, es zählt aber nicht zu Ihrem Stundenkontingent und wird daher auf der Patienten-Übersicht GKV nicht aufgeführt. Sie schreiben auf den Abrechnungsschein:

35151-35151-23211 (Vorgespräch Ambulanz)

Sollte das Vorgespräch institutsfremd gelaufen sein, vermerken Sie es nicht!!

**Sachverhalt: Das Ambulanz-Vorgespräch fand im Vorquartal statt.**

Was tun? Die Ambulanz kümmert sich um die Abrechnung des Vorgesprächs, da Sie in dem Quartal keine Leistungen für den Patienten erbracht haben.

**Sachverhalt: Sie führen eine Doppelsitzung durch (in der VT üblich, muss aber in der Antragstellung angekündigt und von der Kasse genehmigt sein). In der TP ist eine Doppelsitzung im Krisenfall in Absprache mit dem Supervisor ebenfalls möglich.**

Was tun? Hinter der zweifach aufgeführten Sitzungsziffer schreiben Sie bitte in Klammern eine Begründung, z. B. „Exposition im Hause“, „Exposition außer Hause“, „Videoanalyse“ oder „inhaltlich begründet“.

### **ABRECHNUNGSSCHEIN AUSDRUCKEN:**

- Bevor Sie die Daten auf den unterschriebenen Abrechnungsschein drucken, empfiehlt sich ein Probeausdruck auf einem leeren Schein. Bei Fehldrucken auf Ihrem Originalschein streichen Sie diesen bitte durch, drucken die Daten auf einen Blankoschein und schreiben ins Patientenunterschriftsfeld „Unterschrift siehe Fehldruck“ und heften den Originalschein dahinter.
- Sollte ein Abrechnungsschein für Ihre Leistungsangaben nicht ausreichen, so drucken Sie bitte die ersten Daten auf einen leeren Schein, nummerieren diesen oben rechts mit „1 von 2“ und drucken die restlichen Daten auf den unterschriebenen Abrechnungsschein. Hier vermerken Sie bitte oben rechts „2 von 2“.

Die gleiche Nummerierung nehmen Sie bitte vor, wenn Sie wegen Kassenwechsels über zwei Scheine verfügen, oder es einen Therapeutenwechsel innerhalb unserer Einrichtung gab (der erste Therapeut vergibt die Scheinnummer 1, der Folgetherapeut die 2).