

Die Quartalsabrechnung

- PHB -

Inhalt

(Stand 08.03.18)

- Die Quartalsabrechnung S. 2 - 4

- Wichtig!!!! Das Formular Berichtspflicht S. 5 - 6

- Textbeispiele für die Berichtspflicht gegenüber dem Hausarzt S. 7 - 8

- Privat- und Selbstzahler S. 9

- Fragen und Infos

- zur Chipkarte S. 10 - 11
- zum Abrechnungsschein S. 12
- zur Vergütung S. 13 - 14

Anlagen

- Erläuterungen zur Patienten-Übersicht GKV

- Erläuterungen zum Abrechnungsschein

- EBM mit Stand der letzten Anpassung zum 01.01.2018

- Beispielabrechnung

Die Quartalsabrechnung

(Erläuterungen, die nur die KiJu-Behandlung betreffen, sind mit einem 😊 gekennzeichnet)

Liebe Ausbildungsteilnehmerinnen und –teilnehmer,

Sie haben Ihre Zwischenprüfung bestanden und die Hälfte Ihrer Ausbildungszeit absolviert, bzw. sind als Approbierte hier in der Zusatzausbildung. Nun können Sie über die Psychotherapeutische Ambulanz Patienten behandeln und die Leistungen abrechnen.

Voraussetzung ist, dass Sie die Patienten in einer der folgenden Einrichtungen behandeln:

- Psychotherapeutische Ambulanz
Standorte:
 - Am Köllnischen Park 2, 10179 Berlin-Mitte
 - Juliusstraße 41, 12051 Berlin-Neukölln
 - Oranienburger Str. 173-175, 13437 Berlin-Reinickendorf
 - Bismarckstraße 54, 10627 Berlin-Charlottenburg
 - Alt-Friedrichsfelde 65 a, 10315 Berlin-Lichtenberg

Behandeln Sie in anderen Einrichtungen, so dürfen Sie die erbrachten Leistungen nicht über unser Institut abrechnen.

Die Abgabe der Abrechnungsunterlagen geschieht quartalsweise, bei einem persönlichen, etwa 1-stündigen Termin mit den Ambulanzmitarbeitern/innen. Ca. 4 Wochen vor Ablauf des Quartals hängt eine Liste im Therapeuten-Aufenthaltsraum im 3. Stock aus, in die Sie sich bitte eintragen.

UNTERLAGEN, DIE SIE ZU DIESEM TERMIN BITTE MITBRINGEN MÜSSEN:

(siehe auch beiliegende Beispielabrechnung)

- **Patienten-Übersicht GKV** (am PC ausgefüllt und ausgedruckt und von Ihnen unterschrieben)
- **Abrechnungsschein pro Patient** (am PC ausgefüllt, ausgedruckt und von Ihnen und vom Patienten unterschrieben, 😊 bei minderjährigen Patienten bitte den Elternteil unterschreiben lassen, bei dem der Patient mitversichert ist, s. a. Seite 12)
- **Anerkennungsbescheide** (zum Abrechnungstermin bringen Sie bitte nur die Anerkennungsbescheide mit, aus deren Kontingent Sie gerade Leistungen abrechnen. LZT-Bescheide erhalten Sie nach Posteingang über Ihr Therapeutenfach am Köllnischen Park. KZT-Bescheide schicken Kassen i. d. R. nur an den Patienten, bitte kümmern Sie sich hier um eine Kopie)
- **Berichte an Hausärzte, sofern erfolgt** (in Kopie)

- **Supervisorengenehmigung für durchgeführte Krisensitzungen**
- **Formular „Erfassung Raumbuchungen“** (Liegt im Teilnehmeraufenthaltsraum aus. Nur ausfüllen und mitbringen, wenn in dem Quartal unbezahlte Anamnesen, Tests oder ausgefallene Probatorikstunden erfolgten. (Nähere Informationen zur Raummiete entnehmen Sie bitte dem Ambulanzhandbuch.)

Die Patienten-Übersicht GKV und das Abrechnungsscheinformular (Excel-Dateien) hat die Ambulanz Ihnen per Mail zugeschickt. Wie sie auszufüllen sind und welche Leistungen Sie innerhalb Ihrer Ausbildung abrechnen dürfen, entnehmen Sie bitte den beiliegenden

*„Erläuterungen zur Patienten-Übersicht GKV“
 „Erläuterungen zum Abrechnungsschein“ und dem aktuellen
 „EBM“ (Einheitlicher Bewertungsmaßstab).*

Da sich das Dateien-Format der Formulare je nach Hardware verändern kann, ist es möglich, dass einige von Ihnen Probleme beim Ausdrucken haben. In diesem Falle nutzen Sie die Ambulanz-Rechner in den Therapeuten-Aufenthaltsräumen oder sprechen Sie uns bitte an. Vor Ausdruck der Abrechnungsscheine können Sie auch einen Test mit einem Blankoschein (ohne Patientenunterschrift) durchführen.

Abgabebestimmungen:

Da der Abgabetermin auf eine Stunde begrenzt ist, können fehlerhafte oder unvollständige Unterlagen aus Zeitgründen leider nicht angenommen werden. Sollten sich also bei der Vorbereitung Ihrer Unterlagen Probleme auftun oder Sie haben spezielle Fragen, so melden Sie sich bitte einige Tage vor Ihrem Abgabetermin, wir helfen Ihnen dann gern weiter.

Kommt es trotz dieses Angebots dazu, dass beim Abgabetermin Unterlagen fehlen, so geben Ihnen die AbrechnungsmitarbeiterInnen eine **fixe** Nachreichungsfrist. Wird diese überschritten, wird eine Gebühr von 10,00 € fällig und Sie erhalten das Honorar Ihrer abgerechneten und von den Kassen erstatteten Leistung für den betreffenden Patienten erst, wenn alle Unterlagen vollständig sind. Aus Zeitgründen erhalten Sie von uns keine Erinnerungsanrufe oder –mails.

Hintergründe dieser rigide erscheinenden Regelung:

- 1) Die Ambulanz schickt Sammelrechnungen an die Krankenkassen, d. h., das Nachsenden von Rechnungen für einzelne Patienten ist nicht möglich. Also verzögert sich das Rausschicken **aller** Rechnungen, wenn einige Therapeuten ihre Unterlagen nicht vollständig abgeben/nachreichen. Ergebnis dessen ist, dass sich dann auch die Erstattungen durch die Krankenkassen verzögern und damit auch die Weiterleitung der Gelder an die Therapeuten. Wir möchten aber das berechtigte Interesse der Therapeuten an einer zeitnahen Honorierung schützen!
- 2) Fehlen erforderliche Hausarztberichte, so kann die Krankenkasse die gezahlten Gelder für bewilligte Sitzungen vom Behandler zurückverlangen.

Vergessene Leistungen:

Es gibt lt. Ambulanzbeschluss für Leistungen, die Sie vergessen haben aufzulisten, **keine Nachmeldemöglichkeit im Folgequartal**, das heißt, die Erstattung entfällt dann leider!!

WICHTIGES Allgemeines zu Abrechnungsfragen:

Wenn Sie Informationen zu Abrechnungsmodalitäten benötigen, so erhalten Sie diese über unsere Abrechnungsunterlagen und/oder durch die Mitarbeiter/innen der Abrechnungsabteilung und teils auch durch die Ambulanzleitung!!

Aussagen zu Abrechnungsfragen durch Supervisor/innen haben **keinerlei Gültigkeit** für die Abläufe in unserem Institut. Diese beziehen sich i. d. R. auf die Erfahrungen von Behandlern in einer Niederlassung. Die Supervisor/innen wissen darum, und doch kommt es immer wieder vor, dass der eine oder andere aus einem Fürsorgewunsch heraus, dennoch Auskünfte gibt. Daher der dringende Hinweis.... fragen Sie **uns**!

Gleiches gilt in Fragen zur Ausbildung, Prüfungsvoraussetzungen etc. Bitte immer die zuständigen Institutsmitarbeiter/innen kontaktieren.

WORUM SIE SICH IM VORFELD KÜMMERN MÜSSTEN, UM ABRECHNEN ZU KÖNNEN:

- **Chipkarte einlesen** (am Anfang eines jeden Quartals)
Die Lesegeräte befinden sich in den Therapeuten-Aufenthaltsräumen.
(Sollte der Speicherplatz erschöpft sein, geben Sie bitte eine kurze Info an die Abrechnungsabteilung.)
- **Einen Abrechnungsschein unterschreiben lassen** (am Anfang eines jeden Quartals)
- **Kassenwechsel melden** (falls erfolgt)
Hat einer Ihrer Patienten die Kasse gewechselt, so melden Sie dieses bitte unverzüglich der Ambulanz, damit die Kostenübernahme durch die neue Kasse beantragt werden kann! Sonst ist keine korrekte Rechnungsstellung gewährleistet und die Folgekasse ist nicht verpflichtet, Ihnen die Leistung zu erstatten! *Bis die Kostenübernahmebestätigung der neuen Kasse vorliegt, müssen Sie leider mit der Therapie aussetzen!!* Lassen Sie sich bitte zwei Abrechnungsscheine vom Patienten unterschreiben, einen für jede Kasse, und lesen Sie beide Chipkarten ein.
- **Berichtspflicht abklären** (sehr wichtig!!!! Siehe Erläuterungen auf der folgenden Seite)

Wurde ein Bericht geschrieben, so vermerken Sie bitte auf dem Abrechnungsschein gleich neben der Grundpauschale die Ziffer 40120 für ein kleines Porto und dahinter in Klammern den Arztnamen. Der geschriebene Bericht selbst ist schon in der Grundpauschale enthalten. Wenn kein persönlicher Kontakt im Quartal stattgefunden hat, können Sie die Ziffer für den Bericht (01600 für kurzen, 01601 für langen Bericht) und das Porto abrechnen. Lehnt der Patient die Berichtspflicht ab, so schreiben Sie die Pseudoziffer 98999.

Die Berichtspflicht besteht nur gegenüber Hausärzten.

Patienten sind über diesen besonderen Stand oft nicht informiert und bezeichnen daher einfach den Arzt ihres Vertrauens als Hausarzt. Vergewissern Sie sich dann bitte über den Link <https://www.arzt-auskunft.de/>, ob es sich tatsächlich um einen Hausarzt handelt und falls nicht, klären Sie bitte die Patienten dahingehend auf, dass hier keine Berichtspflicht vorliegt, lassen das Formular erneut ausfüllen und geben es bei der Abrechnungsabteilung ab.



Bei Kindern unterschreiben die Eltern das Formular. Jugendliche, sofern die Eltern keine Kenntnis von der Therapie erhalten sollen, können dies ab dem 15. Lebensjahr selbst tun (notfalls auch früher, dies entscheidet dann die Ambulanzleitung). Auch Kinderärzte können Hausärzte sein. Nur diesen Ärzten gegenüber besteht die Berichtspflicht.

Es geschieht hin und wieder, dass z. B. Psychiater und Neurologen, die nicht an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, einen Bericht anfordern.

Da hier keine Berichtspflicht vorliegt, müssen Sie der Aufforderung nicht nachkommen. Sollte der Patient dies dennoch wünschen, so muss es gesondert dokumentiert werden.

Entweder geschieht dies durch eine Schweigepflichtsentbindung des Patienten, die der anfordernde Arzt beigelegt hat, oder Sie lassen sich vom Patienten schriftlich bestätigen, dass dieser der Übermittlung zustimmt (formlos, hier gibt es kein Ambulanzformular).

Diese Patientenerklärung/Schweigepflichtsentbindung geben Sie bitte bei der Ambulanz ab, da sie in der Akte als Nachweis vorliegen muss.

Bei Berichten an andere Ärzte als Hausärzte können Sie lediglich das Porto abrechnen (bitte Arztnamen in Klammern nennen).

Text-Beispiele

für die

Berichtspflicht gegenüber dem Hausarzt

(Besteht mit Einverständnis des Patienten und zwar am Anfang und Ende der Therapie, also mit der ersten und nach der letzten Therapiesitzung, und bei längerer Behandlung zusätzlich 1 x pro 4 Behandlungsquartale, also 1 x jährlich)

Kurzer Bericht nach Ziffer 01600

Beispiel anhand einer Patientin:

Bei Therapiebeginn:

Betreff: Bericht an den Hausarzt

Zu Ihrer Information möchte ich Ihnen mitteilen, dass sich die Patientin , geb., seit dem bei mir in psychotherapeutischer Behandlung befindet. Am wurde mit der Diagnose F 33.1 G eine Langzeittherapie im Verfahren Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie beantragt und die erste bewilligte Stunde ist am erfolgt.

Nach 4 Behandlungsquartalen:

Betreff: Bericht an den Hausarzt

Ich berichte über unsere gemeinsame Patientin....., geb., die sich seit dem bei mir mit der Diagnose F 33.1 G in Behandlung befindet. Die depressive Symptomatik ist rückläufig und mit einem Verlängerungsschritt der Therapie ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht zu rechnen.

Bei Therapieende:

Betreff: Bericht an den Hausarzt

Ich danke Ihnen nochmals für die Überweisung der Patientin, die sich vom bis bei mir wegen F 33.1 G in tiefenpsychologischer Behandlung befand. Die depressive Symptomatik hat sich insgesamt deutlich gebessert, so dass nach beiderseitiger Einschätzung keine Verlängerung der Therapie mehr nötig war und diese nach 60 bewilligten Stunden beendet wurde.

Langer Bericht nach Ziffer 01601

Beispiel anhand mehrerer Patienten:

Bei Therapiebeginn:

Betreff: Bericht an den Hausarzt

Der Patient....., geb., befindet sich seit dem bei mir in Behandlung.

Bei der Krankenkasse wurde eine Kurzzeittherapie 1 im Verfahren Verhaltenstherapie zur Überprüfung der Indikation auf Langzeittherapie mit folgenden Diagnosen beantragt: Leichte depressive Episode (F32.0 G) und generalisierte Angststörung (F41.1 G). Auf der Persönlichkeitsebene zeigen sich Anteile einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung. Eine entsprechende Diagnose kann derzeit noch nicht zuverlässig gestellt werden, soll im Verlauf der Psychotherapie jedoch Berücksichtigung finden. Die erste bewilligte Sitzung fand amstatt.

Die Therapie soll im Wesentlichen auf die Behandlung der generalisierten Angststörung sowie begleitender depressiver Beschwerden ausgerichtet werden. Es wird ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Vorgehen mit den folgenden Therapiezielen gewählt: Aufbau von mit Angst inkompatiblen angenehmen Aktivitäten, Steigerung der Genussfähigkeit, Entwicklung eines angemessenen Umgangs mit aufkommenden Sorgen, Verringerung interpersoneller Kontrollausübung. Aufgrund guter Introspektions- und Reflektionsfähigkeit des Patienten sowie hoher Bereitschaft zur Mitarbeit ist von einer günstigen Prognose auszugehen.

Nach 4 Behandlungsquartalen:

Betreff: Bericht an den Hausarzt

Betreffend Ihren Patienten geb., können wir Ihnen berichten, dass der Patient die psychotherapeutischen Gespräche an unserer Ambulanz in diesem Quartal regelmäßig wahrgenommen hat. Nach Genehmigung eines Antrags auf Kurzzeittherapie 2 wurde nun auch die Umwandlung auf Langzeittherapie (insgesamt 60 Stunden) bewilligt. Frau/Herr ist weiterhin gut motiviert, die therapeutische Arbeitsbeziehung konnte ausgebaut werden. Die Symptomatik hat sich verbessert und der Patient hat sich stabilisiert. Die weitere therapeutische Arbeit soll das Erreichte sichern und eine Aufarbeitung der tieferen psychodynamisch wirksamen Faktoren ermöglichen.

Bei Therapieende:

Betreff: Bericht an den Hausarzt

Ich berichte über unsere gemeinsame Patientin....., geb.

Die Patientin hat kürzlich die verhaltenstherapeutische Behandlung (Kurzzeittherapie), die sie mit den Diagnosen F33.10 G (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode), F34.1 G (Dysthymia) und F50.2 G (Bulimia nervosa) bei mir begonnen hatte, nach 24 Stunden abgeschlossen. Im Verlauf der Therapie konnte sie eine differenziertere Selbstwahrnehmung entwickeln und somit ihre Selbstakzeptanz verbessern sowie ihr Selbstvertrauen erhöhen.

Sie entwickelte mit großem Engagement neue Zukunftsperspektiven und bemühte sich um eine Verbesserung ihrer Sozialkontakte. Insgesamt war ihre depressive aber auch bulimische Symptomatik – mit Schwankungen – rückläufig. Die Patientin erwarb funktionalere Strategien im Umgang mit Spannungszuständen und konnte diese auch erfolgreich einsetzen. Es gelang ihr allerdings nicht, sich von der rigiden Kontrolle ihres Gewichts vollständig zu lösen, so dass sie zur weiteren Stabilisierung eines gesunden Essverhaltens eine Selbsthilfegruppe für Frauen mit Bulimie besuchen möchte.

Privat- und Selbstzahler

Privatpatienten und Selbstzahler werden bei der Quartalsabrechnung nicht berücksichtigt, da sie nicht über die gesetzlichen Kassen abgerechnet werden.

Dennoch zählen die Privatpatienten- und Selbstzahlerstunden mit zu dem Kontingent von 800 Stunden, die Sie über die gesetzlichen Krankenkassen abrechnen dürfen. Behalten Sie dies bitte besonders im Blick.

Die Übernahme von Privatpatienten gestaltet sich schwierig, da die Privatversicherungen i. d. R. nur approbierte Behandler akzeptieren.

Oft ist auch die Beihilfestelle anteilig für die Kostenübernahme zuständig und diese verweigert Zahlungen an Therapeuten in Ausbildung grundsätzlich. Daher ist die Erstattung immer im Vorfeld zu klären. Dies übernimmt die Ambulanz, bevor sie ein Vorgespräch mit dem Patienten vereinbart.

Auch die Behandlung von Selbstzahlern unterliegt gesonderten Regelungen.

Fragen zur Übernahme von Privatpatienten und Selbstzahlern erläutert Ihnen die Abrechnungsabteilungsmitarbeiterin Frau Chélar in einem persönlichen Gespräch.

Ist die Kostenübernahme geregelt, so erfolgt die Leistungsabrechnung monatlich. Bitte reichen Sie hierfür das Formular „Leistungsnachweis Privatpatienten/ Selbstzahler“ in der Ambulanz ein. Wir erstellen dann die Rechnung.

Das Formular finden Sie in den Therapeuten-Aufenthaltsräumen.

Gruppentherapie und Privatpatienten / Selbstzahler:

Aufgrund der o. g. Schwierigkeiten lässt die Ambulanz für Gruppentherapien **keine** Privat- oder Selbstzahler zu, da es durch mögliche auftretende versicherungs-/erstattungstechnische Probleme zu Therapieausfällen und damit Störungen im therapeutischen Gruppenprozess kommen kann.

Eine weitere Schwierigkeit ist, dass die Gruppengrößen, die von den gesetzlichen Krankenkassen festgelegt sind und eingehalten werden müssen, nicht nachweisbar bzw. nicht eindeutig sind, da die Privatpatienten und Selbstzahler über ein anderes Abrechnungssystem erfasst werden.

FRAGEN UND INFOS ZUR CHIPKARTE

Wo finde ich die Chipkarten-Lesegeräte?

Sie finden in der Ambulanz Am Köllnischen Park je ein Lesegerät in den Therapeuten-Aufenthaltsräumen im 2. und 3. Stock sowie in den Therapeutenaufenthaltsräumen der Außenstellen.

Bitte lesen Sie die Chipkarten direkt dort ein und nehmen Sie das Gerät nicht mit in die Behandlungsräume, damit es auch den anderen Therapeuten immer zur Verfügung steht.

Wann muss die Chipkarte eingelesen werden?

Tun Sie dies, wenn Sie den Patienten zum ersten Mal im Quartal sehen (jedes Quartal!). Auch, wenn er kurz vorher im Vorgespräch bei der Ambulanzleitung war, denn Sie können nicht wissen, ob er zu diesem Termin seine Chipkarte dabei hatte, die Einlesung erfolgreich war oder sich die Kassendaten geändert haben und er über eine neue Chipkarte verfügt.

Sollte der Patient innerhalb des Quartals die Kasse gewechselt haben, so müssen Sie sowohl die alte, als auch die neue Karte einlesen, da die Abrechnung dann über beide Kassen erfolgt.

Warum muss die Chipkarte eingelesen werden und was, wenn der Patient über keine verfügt?

Mit der Einlesung der Karte wird die Krankenkasse in Haftung genommen.

Angenommen, der Patient verfügt über keinen Versicherungsschutz, verwendet seine Chipkarte aber dennoch. Das aktuelle Gültigkeitsdatum auf der Karte lässt den Behandler seine Leistungen in gutem Glauben erbringen, und die Krankenkasse muss dem Behandler diese Leistungen erstatten (*Bundesmantelvertrag-Ärzte in der Fassung vom 16.01.17, Anlage 4, § 6 (8)*).

Bitte beachten Sie, dass seit Januar 2015 nur die elektronische Gesundheitskarte (eGK) mit einem **Lichtbildaufdruck** Gültigkeit hat. Ausnahme: Bei Kindern- und Jugendlichen unter 15 Jahren ist noch kein Lichtbildaufdruck vorhanden.

Ausnahmen stellen nur dar:

- Bundespolizei und Bundeswehr (Heilfürsorgekarte)
- Privatpatienten
- Flüchtlinge und Asylbewerber

Sofern bei diesen Ausnahmefällen gar keine Karte vorhanden ist, entfällt die Einlesung. Allerdings verfügen diese Patienten oft über einen Versicherungs- und/oder Kostenübernahmeschein, die Sie dann bitte kopieren, bzw. sich aushändigen lassen.

Bei Flüchtlingen und Asylbewerbern hat schon vor der Vermittlung des Patienten an den Therapeuten eine Abklärung des Abrechnungsprocedures durch Frau Chélarde stattgefunden. Entsprechende Informationen findet dieser dann in der Patientenakte.

Wichtig ist, dass Sie nicht vergessen, sich einen Abrechnungsschein unterschreiben zu lassen, der bei ungeklärtem Versicherungsverhältnis hilft, Ihren Anspruch auf Vergütung geltend zu machen.

Ich habe vergessen, die Chipkarte einzulesen, was nun?

Ein nachträgliches Einlesen nach Ablauf des Quartals ist nicht möglich. Da ohne Chipkarte keine automatische Registrierung im Abrechnungsprogramm erfolgen kann und zusätzlich das Risiko besteht, dass der Patient nicht versichert ist, erhebt die Ambulanz eine Bearbeitungsgebühr von 5,00 €, die den Mehraufwand der manuellen Datenerfassung und der etwaigen Klärung des Versicherungsverhältnisses abdeckt.

FRAGEN UND INFOS ZUM ABRECHNUNGSSCHEIN

Warum muss der Patient pro Quartal einen Abrechnungsschein unterschreiben?

Als Leistungsnachweis muss pro Patient und Quartal ein unterschriebener Abrechnungsschein abgegeben werden. Sollte der Patient innerhalb des Quartals die Kasse gewechselt haben, so müssen Sie sowohl für die alte als auch die neue Kasse einen Abrechnungsschein unterschreiben lassen und abgeben.

Ein weiterer wichtiger Grund, den Patienten unterschreiben zu lassen, ist folgender: Der Patient bestätigt mit seiner Unterschrift den Leistungsauftrag und erklärt, dass ein Versicherungsverhältnis besteht.

Sollte er zum Zeitpunkt der Behandlung jedoch nicht versichert sein, so hat der Therapeut aufgrund der Unterschrift die Möglichkeit, die Kostenerstattung direkt beim Patienten einzufordern, notfalls per Gerichtsverfahren.

Natürlich wünscht sich kein Therapeut so eine Situation und bliebe bei Insolvenz des Patienten schlimmstenfalls auf den Kosten sitzen. Daher müssen Sie zur Absicherung immer zusätzlich die Chipkarte einlesen! Denn ist diese lt. Kartendaten noch gültig und Sie wussten nichts von dem beendeten Versicherungsverhältnis, so muss die Krankenkasse die Kosten übernehmen und holt sie sich gegebenenfalls vom Patienten zurück.

😊 Bei minderjährigen Patienten lassen Sie bitte den Elternteil unterschreiben, bei dem der Patient versichert ist. 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 Chipkarte 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.

Wie ist der Abrechnungsschein auszufüllen?

Am PC, nicht handschriftlich! Wie dies im Einzelnen erfolgen soll, wird in den beiliegenden „Erläuterungen zum Abrechnungsschein“ erklärt.

FRAGEN UND INFOS ZUR VERGÜTUNG:

Wie hoch beläuft sich die Vergütung pro Sitzung?

Einzeltherapie:

Probatorik:	66,16 €	abzgl. 27,50 €	AMBULANZ-Gebühr	=	38,66 €
Biograf. Anamnese:	52,53 €	abzgl. 27,50 €	AMBULANZ-Gebühr	=	25,03 €
Bewilligte Sitzung:	89,60 €	abzgl. 27,50 €	AMBULANZ-Gebühr	=	62,10 €

Gruppentherapie:

Probatorik:	66,16 €	abzgl. 27,50 €	AMBULANZ-Gebühr	=	38,66 €
Biograf. Anamnese:	52,53 €	abzgl. 27,50 €	AMBULANZ-Gebühr	=	25,03 €

Bewilligte Sitzung / pro Patient:

(Gruppengröße 3 Patienten)	89,07 € / 100 min.	abzgl. 24,10 €	AMBULANZ-Gebühr	=	64,97 €
(Gruppengröße 4 Patienten)	75,01 € / 100 min.	abzgl. 22,40 €	AMBULANZ-Gebühr	=	52,61 €
(Gruppengröße 5 Patienten)	66,70 € / 100 min.	abzgl. 21,37 €	AMBULANZ-Gebühr	=	45,33 €
(Gruppengröße 6 Patienten)	61,05 € / 100 min.	abzgl. 20,69 €	AMBULANZ-Gebühr	=	40,36 €
(Gruppengröße 7 Patienten)	57,00 € / 100 min.	abzgl. 20,21 €	AMBULANZ-Gebühr	=	36,79 €
(Gruppengröße 8 Patienten)	54,02 € / 100 min.	abzgl. 19,84 €	AMBULANZ-Gebühr	=	34,18 €
(Gruppengröße 9 Patienten)	51,67 € / 100 min.	abzgl. 19,56 €	AMBULANZ-Gebühr	=	32,11 €

Welche Gebühren behält die AMBULANZ ein?

Einzeltherapie:

Z. Zt. 27,50 € pro Sitzung (seit Quartal 4-2015).

(Entspricht 10,21 € Raummiete und 17,29 € Betriebs- und Verwaltungskosten).

Ausnahme: Die Raummiete in der Außenstelle Lichtenberg beträgt z. Zt. nur 8,21 €.

Gruppentherapie/Patient:

Z. Zt. 17,29 € pro Doppelstunde an Betriebs- und Verwaltungskosten.

Hinzu kommt die Verteilung der Doppelstundenraummiete von 20,42 €, d. h. bei der kleinsten Gruppenstärke von 3 Patienten beliefen sich diese auf 6,81 €/Patient und bei der größten Gruppenstärke von 9 Patienten auf 2,27 € pro Patient.

Somit belaufen sich die Abzüge auf mind. 19,56 € und max. 24,10 € pro Doppelstunde/Patient.

Wie hoch beläuft sich die Vergütung der anderen psychotherapeutischen Leistungen?

Diese entnehmen Sie bitte dem beiliegenden EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab).

Besonderheiten bei der Testdurchführung und – vergütung:

Bestimmungen für PHB-Therapeuten, die während ihrer Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten Kinder und Jugendliche im Rahmen der KiJu-Zusatzqualifikation behandeln:

Standardisierte Tests nach Ziffer 35600

Delegiert ein Therapeut die Auswertung der vom Institut vorgeschriebenen standardisierten Tests (CBCL, TRF, YSR) an einen der hier tätigen Praktikanten, so erhält der Therapeut von den 17,88 € Vergütung nur einen Anteil von 3,00 €.

Psychometrische Tests nach Ziffer 35601

Delegiert ein Therapeut die Testung an einen hier tätigen Praktikanten, so einigt er sich mit diesem im Vorfeld über eine Honorierung und erstattet ihm nach Abrechnung und Erhalt der Testgelder den vereinbarten Anteil.

Wann erhalten die Teilnehmer die Gelder?

I. d. R. drei bis vier Monate nach Quartalsende, also wie folgt:

1. Quartal im Juni / Juli
2. Quartal im September / Oktober
3. Quartal im Dezember / Januar
4. Quartal im März / April

Zahlen die Krankenkassen nicht fristgerecht oder sind Versicherungsverhältnisse einzelner Patienten ungeklärt, so können sich die Weiterleitungen der Gelder an die betreffenden Teilnehmer verzögern.

Wohin werden die Gelder überwiesen?

Auf das Konto, von dem unsere Einrichtung Ihre Ausbildungsgebühren einzieht.

Erhalten die Teilnehmer einen Beleg über die Höhe der ausgezahlten Gelder?

Ja. Dies geschieht quartalsweise, aber erst, nachdem alle Krankenkassen bezahlt und alle Teilnehmer ihre Gelder überwiesen bekommen haben. Die Ambulanzmitarbeiter erstellen dann die Vergütungsnachweise für die Teilnehmer, die sogenannten Honorarbescheide.

Beachten Sie bitte, dass darüber hinaus keine Jahreseinkommensnachweise erstellt werden, Sie also die Quartalsbelege gut aufbewahren sollten.

Benötigen Sie bei Verlust eine Neuausstellung, so ist dies möglich durch die Entrichtung von 5,00 € pro Honorarbescheid.

Wie errechnet sich die Höhe der Vergütung pro Leistung?

Um das Entgelt pro Leistungseinheit zu ermitteln, wird die Punktzahl mit einem bestimmten Punktwert multipliziert. Der aktuelle Punktwert liegt bei 0,106543.

Eine bewilligte Einzel-Sitzung mit 841 Punkten multipliziert mit dem Punktwert von 0,106543 ergibt also 89,60 €.

Berücksichtigen Sie aber bitte, dass die AMBULANZ pro Therapiesitzung eine Gebühr abzieht (siehe Aufstellung oben unter Frage „Welche Gebühren behält die AMBULANZ ein?“).