

# Die Quartalsabrechnung

PHB VT GR Erw

## Inhalt

- Die Quartalsabrechnung S. 2 - 4
- Wichtig!!!! Das Formular Berichtspflicht S. 5 - 6
- Textbeispiele für die Berichtspflicht gegenüber HausärztInnen S. 7 - 8
- Privat- und SelbstzahlerInnen S. 9
- Fragen und Infos
- zur Chipkarte S. 10
- zum Abrechnungsschein S. 11
- zur Vergütung S. 12-13

## Anlagen

- EBM mit Stand der letzten Anpassung zum 01.07.2020
- Testpunktabelle KiJu
- Erläuterungen zum Abrechnungsschein
- Erläuterungen zur PatientInnen-Übersicht GKV
- 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 PatientInnen behandeln und die Leistungen abrechnen.

Voraussetzung ist, dass Sie die PatientInnen 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

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 AmbulanzmitarbeiterInnen. Ca. 4 Wochen vor Ablauf des Quartals hängt Am Köllnischen Park 2 im 3. Stock im TherapeutInnen-Aufenthaltsraum eine Liste aus, in die Sie sich bitte eintragen.

## UNTERLAGEN, DIE SIE ZU DIESEM TERMIN BITTE MITBRINGEN MÜSSEN:

*(siehe auch beiliegende Beispielabrechnung)*

- **PatientInnen-Übersicht GKV** (am PC ausgefüllt und ausgedruckt und von Ihnen unterschrieben)
- **Abrechnungsschein pro PatientIn** (am PC ausgefüllt, ausgedruckt und von Ihnen und der/dem PatientIn unterschrieben, 😊 bei minderjährigen PatientInnen bitte den Elternteil unterschreiben lassen, bei dem die Mitversicherung besteht, 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 TherapeutInnenfach Am Köllnischen Park. KZT-Bescheide schicken Kassen i.d.R. nur an die PatientInnen, bitte kümmern Sie sich hier um eine Kopie)
- **Berichte an HausärztInnen, sofern erfolgt** (in Kopie)

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

Die PatientInnen-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 PatientInnen-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 TherapeutInnen-Aufenthaltsräumen oder sprechen Sie uns bitte an. Vor Ausdruck der Abrechnungsscheine können Sie auch einen Test mit einem Blankoschein (ohne PatientInnenunterschrift) 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 die betreffenden PatientInnen 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 PatientInnen ist nicht möglich. Also verzögert sich das Rausschicken **aller** Rechnungen, wenn einige TherapeutInnen 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 TherapeutInnen. Wir möchten aber das berechnete Interesse der TherapeutInnen an einer zeitnahen Honorierung schützen!
- 2) Fehlen erforderliche HausärztInnenberichte, so kann die Krankenkasse die gezahlten Gelder für bewilligte Sitzungen von den BehandlerInnen 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 MitarbeiterInnen der Abrechnungs-abteilung und teils auch durch die Ambulanzleitung!!

Aussagen zu Abrechnungsfragen **durch SupervisorInnen** haben **keinerlei Gültigkeit** für die Abläufe in unserem Institut. Diese beziehen sich i. d. R. auf die Erfahrungen von BehandlerInnen in einer Niederlassung. Die SupervisorInnen 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 InstitutsmitarbeiterInnen 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 TherapeutInnen-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)  
Haben PatientInnen von Ihnen 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 bitte zwei Abrechnungsscheine mit der PatientInnenunterschrift versehen, einen für jede Kasse, und lesen Sie beide Chipkarten ein.
- **Berichtspflicht abklären** (sehr wichtig!!!! Siehe Erläuterungen auf der folgenden Seite)

## **WICHTIG!! Das Formular Berichtspflicht:**

<b>BERICHTSPFLICHT</b>	
PatientIn	_____
	<small>(Name bitte in Druckbuchstaben)</small>
Geboren am	_____
TherapeutIn	_____
<p>Wenn die Patientin / der Patient zustimmt, dann ist der <b>HausärztIn</b> / dem <b>Hausarzt</b> 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.</p> <p>Ihre schriftliche Entscheidung ist nach einer Bestimmung des V. Sozialgesetzbuches, § 73, Abs. 1b notwendig. Sie kann jederzeit widerrufen werden.</p> <p>Möchten Sie, dass Ihre Hausärztin / Ihr Hausarzt einen Bericht erhält?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Name / Adresse / Telefon der Hausärztin / des Hausarztes:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Ich bestätige, dass ich von diesem Formular eine Ausfertigung für meine Unterlagen erhalten habe.</b></p> <p>Berlin, den _____ Datum                      _____ Unterschrift PatientIn, bzw. Unterschrift Erziehungsberechtigte/r <small>(bei Kindern und Jugendlichen)</small></p>	
<p><b>Info an TherapeutIn:</b></p> <p>Klären Sie bitte unter u. a. Link, ob es sich bei den von PatientInnen angeführten ÄrztInnen um HausärztInnen handelt, denn nur hier gilt die Berichtspflicht. Verfügen diese nicht über die Bezeichnung, so lassen Sie das Formular nochmals korrekt von den PatientInnen ausfüllen und unterschreiben. Geben Sie es bei der Abrechnungsabteilung ab, bzw. zusammen mit dem Erstantrag.</p> <p><a href="https://www.arzt-auskunft.de/">https://www.arzt-auskunft.de/</a></p>	

Dieses Formular lassen Sie bitte immer und rechtzeitig von den PatientInnen vollständig ausfüllen und unterschreiben, und zwar zum Zeitpunkt der Erstantragstellung, wenn Ihnen die PatientInnen auch das Formular PTV1 „Antrag des Versicherten auf Psychotherapie“ unterschreiben. Wird gewünscht, dass die/der HausärztIn einen Bericht über den Therapieverlauf bekommt, so müssen Sie dem nachkommen, und zwar am Anfang der Therapie (1. bewilligte Sitzung), am Ende und sofern die Behandlung länger andauert, 1 x pro 4 Behandlungsquartalen (also 1 x jährlich - d. h. erfolgte z. B. im Quartal 1-18 ein Bericht, ist der nächste in 1-19 fällig, nicht früher, aber auch nicht später!).

**Wurde es versäumt, die Zustimmung/Ablehnung einzuholen, oder sind Sie der gewünschten Berichtspflicht nicht nachgekommen, so dürfen Sie keine bewilligten Sitzungen abrechnen (Ziffern der Gruppe 35.2). Die Kassen lehnen die Erstattung dann ab!!**

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 ÄrztInnennamen. 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. Lehnen PatientInnen die Berichtspflicht ab, so schreiben Sie die Pseudoziffer 98999.

Die Berichtspflicht besteht nur gegenüber HausärztInnen.

PatientInnen sind über diesen besonderen Stand oft nicht informiert und bezeichnen daher einfach ÄrztInnen ihres Vertrauens als **HausärztInnen**. Vergewissern Sie sich dann bitte über den Link <https://www.arzt-auskunft.de/>, ob es sich tatsächlich um HausärztInnen handelt und falls nicht, klären Sie bitte die PatientInnen 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 KinderärztInnen können HausärztInnen sein. Nur diesen ÄrztInnen gegenüber besteht die Berichtspflicht.

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

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

Entweder geschieht dies durch eine Schweigepflichtsentbindung der PatientInnen, die anfordernde ÄrztInnen beigelegt haben, oder Sie lassen sich von den PatientInnen schriftlich bestätigen, dass diese der Übermittlung zustimmen (formlos, hier gibt es kein Ambulanzformular).

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

Bei Berichten an Nicht-HausärztInnen können Sie lediglich das Porto abrechnen (bitte ÄrztInnennamen in Klammern nennen).

# Text-Beispiele

für die

## Berichtspflicht gegenüber HausärztInnen

(Besteht mit Einverständnis der PatientInnen 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 HausärztInnen**

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 HausärztInnen**

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 HausärztInnen**

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 PatientInnen:

#### Bei Therapiebeginn:

##### **Betreff: Bericht an HausärztInnen**

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 am ..... statt.

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 PatientInnen sowie hoher Bereitschaft zur Mitarbeit ist von einer günstigen Prognose auszugehen.

#### Nach 4 Behandlungsquartalen:

##### **Betreff: Bericht an HausärztInnen**

Betreffend Ihren PatientInnen ....., 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 HausärztInnen**

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 SelbstzahlerInnen

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

Dennoch zählen die PrivatpatientInnen- 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 PrivatpatientInnen gestaltet sich schwierig, da die Privatversicherungen i. d. R. nur approbierte BehandlerInnen akzeptieren.

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

Auch die Behandlung von SelbstzahlerInnen unterliegt gesonderten Regelungen.

Fragen zur Übernahme von PrivatpatientInnen und SelbstzahlerInnen erläutert Ihnen die Abrechnungsabteilungsmitarbeiterin Frau Chélard in einem persönlichen Gespräch.

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

Das Formular finden Sie in den TherapeutInnen-Aufenthaltsräumen.

## **Gruppentherapie und PrivatpatientInnen / SelbstzahlerInnen:**

Aufgrund der o. g. Schwierigkeiten lässt die Ambulanz für Gruppentherapien **keine** Privat- oder SelbstzahlerInnen zu. Die möglicherweise auftretenden versicherungs-/erstattungstechnischen Probleme können zu Therapieausfällen führen und damit den therapeutischen Gruppenprozess stören.

Außerdem lässt sich die tatsächliche Größe einer hauptsächlich kassenfinanzierten Gruppe bei der Kassenabrechnung nicht nachweisen, denn Privat- und SelbstzahlerInnen werden über ein gesondertes Abrechnungssystem geführt.

# FRAGEN UND INFOS ZUR CHIPKARTE

## **Wo finde ich die Chipkarten-Lesegeräte?**

Sie finden in der Ambulanz Am Köllnischen Park je ein Lesegerät in den TherapeutInnen-Aufenthaltsräumen im 2. und 3. Stock sowie in den TherapeutInnenaufenthaltsräumen 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 TherapeutInnen immer zur Verfügung steht.

## **Wann muss die Chipkarte eingelesen werden?**

Tun Sie dies beim ersten persönlichen PatientInnenkontakt im Quartal (jedes Quartal!). Auch, obwohl kurz vorher ein Ambulanz-Vorgespräch stattfand, denn Sie können nicht wissen, ob zu diesem Termin die Chipkarte vorlag, die Einlesung erfolgreich war oder sich die Kassendaten seit dem geändert haben und eine neue Chipkarte vorliegt.

Für PatientInnen, die innerhalb des Quartals die Kasse gewechselt haben, 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 PatientInnen über keine verfügen?**

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

Angenommen, PatientInnen verfügen über keinen Versicherungsschutz, verwenden die Chipkarte aber dennoch. Das aktuelle Gültigkeitsdatum auf der Karte lässt die BehandlerInnen die Leistungen in gutem Glauben erbringen, und die Krankenkasse muss diese Leistungen erstatten (*Bundesmantelvertrag-Ärzte in der Fassung vom 16.01.17, Anlage 4, § 6 (8)*).

Seit Januar 2015 gelten bei Versicherten über 15 Jahren nur elektronische Gesundheitskarte (eGK) mit einem **Lichtbildaufdruck**.

Ausnahmen:

- Bundespolizei und Bundeswehr (Heilfürsorgekarte)
- PrivatpatientInnen

Sofern bei diesen Ausnahmefällen gar keine Karte vorhanden ist, entfällt die Einlesung.

Allerdings verfügen diese PatientInnen oft über einen Versicherungs- und/oder Kostenübernahmeschein, die Sie dann bitte kopieren, bzw. sich aushändigen lassen.

Lassen Sie sich unbedingt noch einen blauen Abrechnungsschein unterschreiben, 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 PatientInnen nicht versichert sind, erhebt die Ambulanz eine Bearbeitungsgebühr von 5,00 €, die den Mehraufwand der manuellen Datenerfassung und der evtl. nötigen Klärung des Versicherungsverhältnisses abdeckt.

# FRAGEN UND INFOS ZUM ABRECHNUNGSSCHEIN

## **Warum müssen PatientInnen pro Quartal einen Abrechnungsschein unterschreiben?**

Als Leistungsnachweis muss pro PatientIn und Quartal ein unterschriebener Abrechnungsschein abgegeben werden. Sollten PatientInnen 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, PatientInnen unterschreiben zu lassen, ist folgender: Diese bestätigen mit der Unterschrift den Leistungsauftrag und erklären, dass ein Versicherungsverhältnis besteht.

Sollte zum Zeitpunkt der Behandlung keines vorhanden sein, so haben TherapeutInnen aufgrund der Unterschrift die Möglichkeit, die Kostenerstattung direkt bei den PatientInnen einzufordern, notfalls per Gerichtsverfahren.

Damit es nicht zu solchen Situationen kommt, müssen Sie zur Absicherung immer auch die Chipkarte einlesen! Denn ist diese lt. Kartendaten noch gültig und Sie wussten nichts von einem beendeten Versicherungsverhältnis, so muss die Krankenkasse die Kosten übernehmen und holt sie sich gegebenenfalls von den PatientInnen zurück.

😊 Bei minderjährigen PatientInnen lassen Sie bitte den Elternteil unterschreiben, bei dem die Mitversicherung (Familierversicherung) besteht. Manchmal möchten diese PatientInnen keinen Kontakt zu ihren Eltern haben, bzw. wollen nicht, dass diese von der Therapie erfahren und unterschreiben den Abrechnungsschein selbst.

Hier achten Sie umso mehr darauf, dass Sie die Chipkarte einlesen und ein Versicherungsverhältnis besteht, denn die Unterschrift von Minderjährigen bei nicht bestehendem Versicherungsverhältnis stellt keine rechtliche Grundlage dar, um Ihren Anspruch auf Leistungsvergütung gegenüber diesen PatientInnen geltend zu machen <sup>1</sup>.

## **Wie ist der Abrechnungsschein auszufüllen?**

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

1 Quelle: KV-Berlin, Abrechnungsstelle , 23.05.08

## FRAGEN UND INFOS ZUR VERGÜTUNG:

### Wie hoch beläuft sich die Vergütung pro Sitzung?

#### Einzeltherapie:

Probatorik:	77,90 €	abzgl. 36,51 €	AMBULANZ-Gebühr	=	41,39 €
Biograf. Anamnese:	77,68 €	abzgl. 45,86 €	AMBULANZ-Gebühr	=	31,82 €
Bewilligte Sitzung:	101,30 €	abzgl. 31,98 €	AMBULANZ-Gebühr	=	69,32 €
10 x KZT-Sitzung:	116,57 €	abzgl. 36,80 €	AMBULANZ-Gebühr	=	79,77 €

#### Gruppentherapie:

Probatorik:	77,90 €	abzgl. 36,51 €	AMBULANZ-Gebühr	=	41,39 €
Biograf. Anamnese:	77,68 €	abzgl. 45,86 €	AMBULANZ-Gebühr	=	31,82 €

#### Bewilligte Sitzung / pro PatientIn:

(Gruppengröße 3 PatientInnen)	100,64 € / 100 min.	abzgl. 28,02 €	AMBULANZ-Gebühr	=	72,62 €
(10x KZT 3 PatientInnen)	115,80 € / 100 min.	abzgl. 31,05 €	AMBULANZ-Gebühr	=	84,75 €
(Gruppengröße 4 PatientInnen)	84,82 € / 100 min.	abzgl. 26,04 €	AMBULANZ-Gebühr	=	58,78 €
(10x KZT 4 PatientInnen)	97,57 € / 100 min.	abzgl. 29,07 €	AMBULANZ-Gebühr	=	68,05 €
(Gruppengröße 5 PatientInnen)	75,37 € / 100 min.	abzgl. 24,85 €	AMBULANZ-Gebühr	=	50,52 €
(10x KZT 5 PatientInnen)	86,69 € / 100 min.	abzgl. 27,89 €	AMBULANZ-Gebühr	=	58,80 €
(Gruppengröße 6 PatientInnen)	69,00 € / 100 min.	abzgl. 24,06 €	AMBULANZ-Gebühr	=	44,94 €
(10x KZT 6 PatientInnen)	79,44 € / 100 min.	abzgl. 27,09 €	AMBULANZ-Gebühr	=	52,35 €
(Gruppengröße 7 PatientInnen)	64,38 € / 100 min.	abzgl. 23,49 €	AMBULANZ-Gebühr	=	40,89 €
(10x KZT 7 PatientInnen)	74,05 € / 100 min.	abzgl. 26,52 €	AMBULANZ-Gebühr	=	47,53 €
(Gruppengröße 8 PatientInnen)	61,09 € / 100 min.	abzgl. 23,07 €	AMBULANZ-Gebühr	=	38,02 €
(10x KZT 8 PatientInnen)	70,32 € / 100 min.	abzgl. 26,10 €	AMBULANZ-Gebühr	=	44,22 €
(Gruppengröße 9 PatientInnen)	58,45 € / 100 min.	abzgl. 22,74 €	AMBULANZ-Gebühr	=	35,71 €
(10x KZT 9 PatientInnen)	67,24 € / 100 min.	abzgl. 25,77 €	AMBULANZ-Gebühr	=	41,47 €

### Welche Gebühren behält die AMBULANZ ein?

#### Einzeltherapie:

Z. Zt. 31,98 € pro Sitzung.

(Entspricht 11,88 € Raummiete und 20,10 € Betriebs- und Verwaltungskosten).

*Ausnahme: Die Raummiete in der Außenstelle Lichtenberg beträgt z. Zt. 2 € weniger.*

#### Gruppentherapie/PatientIn:

Z. Zt. 20,10 € pro Doppelstunde an Betriebs- und Verwaltungskosten.

Hinzu kommt die Verteilung der Doppelstundenraummiete von 23,76 €, d. h. bei der kleinsten Gruppenstärke von 3 PatientInnen beläuft sich diese auf 7,92 €/PatientIn und bei der größten Gruppenstärke von 9 PatientInnen auf 2,64 € pro Patient.

Pro Doppelstunde/Patient belaufen sich die Abzüge also auf mind. 22,74 € und max. 28,02 €.

### 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-TherapeutInnen, die während ihrer Ausbildung zur/zum Psychologischen PsychotherapeutIn Kinder und Jugendliche im Rahmen der KiJu-Zusatzqualifikation behandeln:

### **Standardisierte Tests nach Ziffer 35600**

Delegieren TherapeutInnen die Auswertung der vom Institut vorgeschriebenen standardisierten Tests (CBCL, TRF, YSR) die hier tätigen PraktikantInnen, so erhalten die TherapeutInnen von den 22,44 € Vergütung nur einen Anteil von 3,00 €.

### **Psychometrische Tests nach Ziffer 35601**

Delegieren TherapeutInnen die Testung an die hier tätigen PraktikantInnen, so einigen sich diese im Vorfeld über eine Honorierung. Sobald die Testgelder eingehen, zahlen die TherapeutInnen den PraktikantInnen deren Anteil aus.

## **Wann erhalten die TherapeutInnen 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 PatientInnen ungeklärt, so können sich die Weiterleitungen der Gelder an die betreffenden TherapeutInnen verzögern.

## **Wohin werden die Gelder überwiesen?**

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

## **Erhalten die TherapeutInnen einen Beleg über die Höhe der ausgezahlten Gelder?**

Ja. Dies geschieht quartalsweise, aber erst, nachdem alle Krankenkassen bezahlt und alle TherapeutInnen ihre Gelder überwiesen bekommen haben. Die AmbulanzmitarbeiterInnen erstellen dann die Vergütungsnachweise für die TherapeutInnen, 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 0,109871.

Eine bewilligte Einzel-Sitzung mit 922 Punkten multipliziert mit dem Punktwert von 0,109871 ergibt also 101,30 €.

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

**EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) mit Stand der letzten Anpassung zum 01.07.2020 (Punktwert: 0,109871)**


**LEISTUNGSZIFFERN und PUNKTE**

**PHB + FAM-PSY5 + KJ-Zusatz an der BAP**

Diese Liste ist den Institutsregelungen unserer Einrichtung angepasst.

Sie ist für die hier in Ausbildung befindlichen TeilnehmerInnen bindend, nicht der umfangreichere Original-EBM

EBM-Nr.	Punkte (€)	Leistungsbeschreibung	Häufigkeit der Abrechenbarkeit	Erläuterungen/Einschränkungen
<b>Berichte / Bescheinigungen</b>				
01600	55 (=6,04 €)	Ärztlicher Bericht über das Ergebnis einer Patientenuntersuchung	nur im Ausnahmefall bis zu 180 Punkten je Quartal <b>(s. Erläuterungen/Einschränkungen)</b>	Die Berichtsziffern 01600 und 01601 sind bereits in den Grundpauschalen enthalten und werden daher nicht extra vergütet. Ist ein Bericht erfolgt, so soll auf dem Abrechnungsschein in die Zeile unter der Grundpauschale das Porto vermerkt werden und in Klammern der Ärztlinnenname.  Berichte sind <b>nur dann separat abrechenbar</b> , wenn kein persönlicher PatientInnen-ÄrztInnen-Kontakt stattgefunden hat, da die Grundpauschale hier nicht berechnet wurde. Es dürfen <b>lt. Ambulanzbeschluss</b> auch nur Berichte angegeben werden, die im Rahmen der Berichtspflicht an HausärztInnen erfolgt sind (keine FachärztInnenberichte).
01601	108 (=11,87 €)	Ärztlicher Brief in Form einer individuellen schriftlichen Information der/s ÄrztIn (TherapeutIn) an eine/n andere/n ÄrztIn über den Gesundheits- bzw. Krankheitszustand der/s PatientIn		
01602	12 (=1,32 €)	Gebühr für die Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes nach den Nummern 01600 und 01601 an die/den HausärztIn		Die Gebühr ist nur berechnungsfähig, wenn bereits ein Bericht oder Brief an eine/n andere/n ÄrztIn erfolgt ist. Auch hier bitte auf dem Abrechnungsschein den <b>ÄrztInnen-namen</b> vermerken.
01620	30 (=3,30 €)	Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis, <b>nur auf besonderes Verlangen der Krankenkasse</b> oder Ausstellung des vereinbarten Vordrucks nach dem Muster 50		Muster 50: Anfrage zur Zuständigkeit einer anderen Krankenkasse
01621	44 (=4,83 €)	Krankheitsbericht; <b>nur auf besonderes Verlangen der Krankenkasse</b> oder Ausstellung der vereinbarten Vordrucke nach den Mustern 11, 53 und 56		z. B. Mitteilung über Diagnose, Prognose, Verlauf oder  Muster 11: Bericht für den Medizinischen Dienst Muster 53: Anfrage zum Zusammenhang von Arbeitsfähigkeitszeiten Muster 56: Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport / Funktionstraining

EBM-Nr.	Punkte (€)	Leistungsbeschreibung	Häufigkeit der Abrechenbarkeit	Erläuterungen/Einschränkungen
<b>Grundpauschalen</b>				
23210	60 (=6,59 €)	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	1 x im Behandlungsfall (d. h., pro Quartal)  immer beim ersten PatientInnenkontakt (d. h., in der 1. Sitzung)	<p><i>Obligator Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Persönlicher ÄrztInnen-PatientInnen-Kontakt</li> </ul> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- weitere persönliche oder andere ÄrztInnen-PatientInnen-Kontakte</li> <li>- ärztlicher Bericht entsprechend 01600 oder individueller ÄrztInnenbrief entsprechend 01601</li> <li>- Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer</li> </ul> <p><i>Abrechnungsausschluss</i></p> <p>In der selben Sitzung, d. h., am selben Tag, nicht neben der Ziffer 01600 und 01601 abrechenbar.</p>
23211	79 (=8,68 €)	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr		
23212	73 (=8,02 €)	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres		
<b>Grundpauschale KiJu</b>				
23214	293 (=32,19 €)	 Grundpauschale für Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen	1 x im Behandlungsfall (d. h., pro Quartal)  immer beim ersten PatientInnenkontakt (d. h., in der 1. Sitzung)	<p><i>Obligator Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Persönlicher ÄrztInnen-PatientInnen-Kontakt</li> <li>- Bei Säuglingen, Kleinkindern, Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen bei Therapien, die vor dem vollendeten 21. Lebensjahr begonnen wurden.</li> </ul> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- weitere persönliche oder andere ÄrztInnen-PatientInnen-Kontakte</li> <li>- Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer</li> <li>- Intensive Beratung zu den therapeutischen, familiären, sozialen oder beruflichen bzw. schulischen Auswirkungen und deren Bewältigung</li> <li>- ärztlicher Bericht entsprechend 01600 oder individueller ÄrztInnenbrief entsprechend 01601</li> </ul> <p><b>Nur abrechenbar durch AusbildungsteilnehmerInnen in der Grundausbildung KiJu.</b></p>
<p><b><u>Allgemeine Info zur Grundpauschale:</u></b></p> <p><b>Erfolgt während des Quartals innerhalb unserer Einrichtung ein TherapeutInnenwechsel, so darf nur die/der FolgetherapeutIn die Grundpauschale abrechnen, für ErsttherapeutInnen entfällt diese.</b></p>				

EBM-Nr.	Punkte (€)	Leistungsbeschreibung	Häufigkeit der Abrechenbarkeit	Erläuterungen/Einschränkungen
<b>Gesprächsleistung</b>				
23220	154 (=16,92 € à 10 Min.)	Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung	15 x 10 Min. im Behandlungsfall (d. h., pro Quartal), entspricht 3 Sitzungen à 50 Min. pro Quartal	<p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- als Einzelbehandlung</li> <li>- Dauer mindestens 10 Minuten</li> </ul> <p><b>Ambulanzbeschluss:</b> Nur abrechenbar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- als <b>Krisenintervention</b> während der Antragspause</li> <li>- als Krisenintervention nach Beendigung der Therapie</li> <li>- nur persönlich, keine telefonischen Kontakte</li> </ul> <p><b>Die SupervisorInnen müssen eine schriftliche Genehmigung für Krisengespräche ausstellen, die die TherapeutenInnen zum Abrechnungstermin mitbringen.</b></p> <p>Findet die Gesprächsleistung am selben Tag statt, an dem die Grundpauschale berechnet wird, so muss sie mindestens 20 Minuten andauern, damit sie abgerechnet werden darf.</p> <p><i>Abrechnungsausschluss</i> In der selben Sitzung, d. h., am selben Tag, nicht neben den Ziffern 35130, 35131, 35140, 35141, 35150 und 35.2 abrechenbar.</p>
<b>Anträge auf Psychotherapie / Berichte an den Gutachter</b>				
35130	296 (=32,52 €)	Bericht an die/den GutachterIn oder ObergutachterIn zum Antrag der/s Versicherten auf Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder der Verhaltenstherapie, als <b>Kurzzeittherapie</b>	Abrechenbar nur, wenn der Bericht von der Kasse zum Versand an die/den GutachterIn angefragt wird.	<p><i>Abrechnungsausschluss</i> In der selben Sitzung, d. h., am selben Tag, nicht neben der Ziffer 23220 und 35131 abrechenbar.</p> <p>Der Antrag darf bereits während der Probatorikphase gestellt werden, d. h. Probatorik darf auch danach noch durchgeführt werden.</p>
35131	591 (=64,93 €)	Bericht an die/den GutachterIn oder ObergutachterIn zum Antrag der/s Versicherten auf Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung oder Verlängerung der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder der Verhaltenstherapie, als <b>Langzeittherapie</b>	Abrechenbar bei Erstanträgen und Umwandlungsanträgen auf Langzeit. Bei Fortführungsanträgen nur, wenn der Bericht von der Kasse zum Versand an die/den GutachterIn angefragt wird.	<p><i>Abrechnungsausschluss</i> In der selben Sitzung, d. h., am selben Tag, nicht neben der Ziffer 23220 und 35130 abrechenbar.</p> <p>Der Antrag darf bereits während der Probatorikphase gestellt werden, d. h. Probatorik darf auch danach noch durchgeführt werden.</p>



EBM-Nr.	Punkte (€)	Leistungsbeschreibung	Häufigkeit der Abrechenbarkeit	Erläuterungen/Einschränkungen
<b>Sitzungen (Probatorik / biographische Anamnese)</b>				
35140	707 (=77,68)	Biographische Anamnese	1 x im Krankheitsfall	<p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Erstellen der biographischen Anamnese</li> <li>- Bestimmung des psychodynamischen bzw. verhaltensanalytischen Status</li> <li>- Dauer mindestens 50 Minuten</li> </ul> <p><i>Abrechnungsausschluss</i></p> <p>In der selben Sitzung, d. h., am selben Tag, nicht neben den Ziffern 23220 und 35151 abrechenbar.</p> <p><b>Lt. Ambulanzbeschluss muss die biografische Anamnese in Form einer persönlichen 50minütigen Sitzung erfolgen und darf nur während der Probatorikphase durchgeführt werden.</b></p> <p><b>Es muss keine schriftliche Anamnese bei der Ambulanz/ Abrechnungsstelle eingereicht werden. Die Stunden-dokumentation reicht aus, muss aber jederzeit bei Bedarf zur Verfügung stehen.</b></p>
35141	257 (=28,24)	vertiefte Exploration	2 x im Krankheitsfall	<p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Differentialdiagnostische Einordnung des Krankheitsbildes unter Einbeziehung der dokumentierten Ergebnisse der selbsterbrachten Leistungen</li> <li>- Entsprechend der Gebührenordnungsposition 35140 im Zusammenhang mit einem Antragsverfahren oder bei Beendigung der Therapie</li> <li>- Dauer mindestens 20 Minuten</li> </ul> <p><i>Abrechnungsausschluss</i></p> <p>In der selben Sitzung, d. h., am selben Tag, nicht neben den Ziffern 23220 und 35151 abrechenbar.</p> <p><b>Lt. Ambulanzbeschluss muss die vertiefte Exploration in Verbindung mit der biografische Anamnese erfolgen, wobei hier kein persönlicher Kontakt mehr nötig ist.</b></p>

EBM-Nr.	Punkte (€)	Leistungsbeschreibung	10 x im Krankheitsfall bei Kindern und Jugendlichen bis	Erläuterungen/Einschränkungen
35150	709 (=77,90 €)	Probatorische Sitzung (TP, KiJu, VT)	4 x im Krankheitsfall bei Erwachsenen 6 x im Krankheitsfall bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 21. Lebensjahr	<p><i>Obligator Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Probatorische Sitzung</li> <li>- Einzelbehandlung</li> <li>- Dauer mindestens 50 Minuten</li> </ul> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Überprüfung auf Einleitung einer genehmigungspflichtigen Psychotherapie</li> <li>- weitere differentialdiagnostische Abklärung</li> <li>- Abklärung der Motivation und der Kooperations- und Beziehungsfähigkeit der/s PatientIn</li> </ul> <p><i>Abrechnungsausschluss</i></p> <p>In der selben Sitzung nicht neben 23220, 35151 und 35.2 abrechenbar.</p> <p>Am selben Tag darf nur <b>eine</b> Probatorische Sitzung stattfinden, Doppelstunden sind nicht zulässig!</p> <p><b>Ausnahme:</b> 🤗 In der KiJu-Behandlung darf neben der Probatorik mit der/m PatientIn falls nötig auch eine mit der Bezugsperson stattfinden. Hinter den Sitzungen muss dann ein "B" vermerkt werden. Die Probatorikstunden der/s PatientIn reduzieren sich um die der Bezugspersonen.</p>

EBM-Nr.	Punkte (€)	Leistungsbeschreibung	10 x im Krankheitsfall bei Kindern und Jugendlichen bis	Erläuterungen/Einschränkungen
<b>Sitzungen (Psychotherapeutische Sprechstunde)</b>				
35151	462 (=50,76 €)  à 25 Min.	Psychotherapeutische Sprechstunde	6 x im Krankheitsfall bei Erwachsenen 10 x im Krankheitsfall bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 21. Lebensjahr (davon bis zu 4 x auch mit relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit des Kindes oder Jugendlichen)  <b>Das Vorgespräch der Ambulanzleitung im Rahmen der Vorgesprächsdiagnostik wird durch diese Leistung erbracht!</b>	<p><i>Obligator Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychotherapeutische Sprechstunde gemäß § 11 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie mit dem Ziel der Abklärung des Vorliegens einer krankheitswertigen Störung</li> <li>- Beratung und/oder Erörterung</li> <li>- Einzelbehandlung</li> <li>- Dauer mindestens 25 Minuten</li> </ul> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- orientierende, diagnostische Abklärung der krankheitswertigen Störung</li> <li>- differentialdiagnostische Abklärung der krankheitswertigen Störung</li> <li>- Abklärung des individuellen Behandlungsbedarfes und Empfehlungen über die weitere Behandlung</li> <li>- psychotherapeutische Intervention</li> <li>- Hinweise zu weiteren Hilfemöglichkeiten</li> <li>- individuelle PatientInneninformation mit schriftlichem Befundbericht</li> </ul> <p><i>Abrechnungsausschluss</i></p> <p>In der selben Sitzung nicht neben 23220, 35140, 35141, 35150 und Ziffern der Richtlinienpsychotherapie (d. h., genehmigte Stunden in TP und VT, 35.2.1 und 35.2.2) abrechenbar.</p>

EBM-Nr.	Punkte (€)	Leistungsbeschreibung	Häufigkeit der Abrechenbarkeit	Erläuterungen/Einschränkungen
<b>Sitzungen (TP) Einzel</b>				
35401	922 (=101,30 €)	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzeittherapie 1, Einzelbehandlung)	höchstens 12 Sitzungen  max. 3 Behandlungsstunden pro Woche (Notwendigkeit einer abschnittsweisen höheren Wochenfrequenz ist in der Antragstellung differenziert zu begründen)	<i>Obligator Leistungsinhalt</i> - Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie - als Kurzeittherapie - als Einzelbehandlung - Dauer mindestens 50 Minuten <i>Abrechnungsausschluss</i> In der selben Sitzung nicht neben 23220, 35140, 35150 und 35151 abrechenbar.
35591	139 (=15,27 €)	Zuschlag zu den ersten zehn Kurzeittherapiestunden	höchstens 10 mal	<i>Obligator Leistungsinhalt</i> - Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie - als Kurzeittherapie - als Einzelbehandlung - Dauer mindestens 50 Minuten <i>Abrechnungsausschluss</i> In der selben Sitzung nicht neben 23220, 35140, 35150 und 35151 abrechenbar.
35402	922 (=101,30 €)	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzeittherapie 2, Einzelbehandlung)	höchstens 12 Sitzungen  max. 3 Behandlungsstunden pro Woche (Notwendigkeit einer abschnittsweisen höheren Wochenfrequenz ist in der Antragstellung differenziert zu begründen)	<i>Obligator Leistungsinhalt</i> - Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie - als Kurzeittherapie - als Einzelbehandlung - Dauer mindestens 50 Minuten <i>Abrechnungsausschluss</i> In der selben Sitzung nicht neben 23220, 35140, 35150 und 35151 abrechenbar.
35405	922 (=101,30 €)	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)	max. 3 Behandlungsstunden pro Woche (Notwendigkeit einer abschnittsweisen höheren Wochenfrequenz ist in der Antragstellung differenziert zu begründen)	<i>Obligator Leistungsinhalt</i> - Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie - als Langzeittherapie - als Einzelbehandlung - Dauer mindestens 50 Minuten <i>Abrechnungsausschluss</i> In der selben Sitzung nicht neben 23220, 35140, 35150 und 35151 abrechenbar.

EBM-Nr.	Punkte (€)	Leistungsbeschreibung	Häufigkeit der Abrechenbarkeit	Erläuterungen/Einschränkungen
<b>Sitzungen (TP) Gruppe Kurzeit</b>				
35503	916 (=100,64 €)	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzeittherapie 1+2, Gruppe - 3 Teiln.Innen)	höchstens 24 Sitzungen (bzw. 10 mal der Zuschlag)  höchstens 2 Sitzungen am Behandlungstag	<p><i>Obligator Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie</li> <li>- als Kurzeittherapie</li> <li>- als Gruppenbehandlung</li> <li>- Dauer mindestens 100 Minuten</li> </ul> <p><i>Abrechnungsbestimmung - je TeilnehmerIn</i></p> <p><i>Abrechnungsausschluss</i></p> <p>In der selben Sitzung nicht neben 23220, 35140, 35150 und 35151 abrechenbar.</p>
35593	139 (=15,16 €)	Zuschlag zu den ersten zehn Kurzeittherapiestunden		
35504	772 (=84,82 €)	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzeittherapie 1+2, Gruppe - 4 Teiln.Innen)		
35594	116 (=12,75 €)	Zuschlag zu den ersten zehn Kurzeittherapiestunden		
35505	686 (=75,37 €)	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzeittherapie 1+2, Gruppe - 5 Teiln.Innen)		
35595	103 (=11,32 €)	Zuschlag zu den ersten zehn Kurzeittherapiestunden		
35506	628 (=69,00 €)	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzeittherapie 1+2, Gruppe - 6 Teiln.Innen)		
35596	95 (=10,44 €)	Zuschlag zu den ersten zehn Kurzeittherapiestunden		
35507	586 (=64,38 €)	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzeittherapie 1+2, Gruppe - 7 Teiln.Innen)		
35597	88 (=9,67 €)	Zuschlag zu den ersten zehn Kurzeittherapiestunden		
35508	556 (=54,87 €)	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzeittherapie 1+2, Gruppe - 8 Teiln.Innen)		

EBM-Nr.	Punkte (€)	Leistungsbeschreibung	Häufigkeit der Abrechenbarkeit	Erläuterungen/Einschränkungen
35598	84 (=9,23 €)	Zuschlag zu den ersten zehn Kurzzeittherapiestunden	siehe vorherige Seite	siehe vorherige Seite
35509	532 (=58,45 €)	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie 1+2, Gruppe - 9 Teiln.Innen)		
35599	80 (=8,79 €)	Zuschlag zu den ersten zehn Kurzzeittherapiestunden		

### Sitzungen (TP) Gruppe Langzeit

35513	916 (=100,64 €)	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Gruppe - 3 Teiln.Innen)	höchstens 2 Sitzungen am Behandlungstag	<p>Obligater Leistungsinhalt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie</li> <li>- als Langzeittherapie</li> <li>- als Gruppenbehandlung</li> <li>- Dauer mindestens 100 Minuten</li> </ul> <p>Abrechnungsbestimmung - je Teilnehmer/In</p> <p>Abrechnungsausschluss</p> <p>In der selben Sitzung nicht neben 23220, 35140, 35150 und 35151 abrechenbar.</p>
35514	772 (=84,82 €)	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Gruppe - 4 Teiln.Innen)		
35515	686 (=75,37 €)	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Gruppe - 5 Teiln.Innen)		
35516	628 (=69,00 €)	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Gruppe - 6 Teiln.Innen)		
35517	586 (=64,38 €)	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Gruppe - 7 Teiln.Innen)		
35518	556 (=54,87 €)	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Gruppe - 8 Teiln.Innen)		

EBM-Nr.	Punkte (€)	Leistungsbeschreibung	Häufigkeit der Abrechenbarkeit	Erläuterungen/Einschränkungen
35519	532 (=58,45 €)	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Gruppe - 9 Teiln.Innen)	siehe vorherige Seite	siehe vorherige Seite
<b>Sitzungen (VT) Einzel</b>				
35421	922 (=101,30 €)	Verhaltenstherapie (Kurzeittherapie 1, Einzelbehandlung)	höchstens 12 Sitzungen höchstens 4 x am Behandlungstag bei Expositionen, ansonsten max. 3 Behandlungsstunden pro Woche (Notwendigkeit einer abschnittsweisen höheren Wochenfrequenz ist in der Antragstellung differenziert zu begründen)	<i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Verhaltenstherapie - als Kurzeittherapie - als Einzelbehandlung - Dauer mindestens 50 Minuten  <i>Abrechnungsausschluss</i> In der selben Sitzung nicht neben 23220, 35140, 35150 und 35151 abrechenbar.
35591	139 (=15,27 €)	Zuschlag zu den ersten zehn Kurzeittherapiestunden	höchstens 10 mal	<i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Verhaltenstherapie - als Kurzeittherapie - als Einzelbehandlung - Dauer mindestens 50 Minuten  <i>Abrechnungsausschluss</i> In der selben Sitzung nicht neben 23220, 35140, 35150 und 35151 abrechenbar.
35422	922 (=101,30 €)	Verhaltenstherapie (Kurzeittherapie 2, Einzelbehandlung)	höchstens 12 Sitzungen höchstens 4 x am Behandlungstag bei Expositionen, ansonsten max. 3 Behandlungsstunden pro Woche (Notwendigkeit einer abschnittsweisen höheren Wochenfrequenz ist in der Antragstellung differenziert zu begründen)	<i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Verhaltenstherapie - als Kurzeittherapie - als Einzelbehandlung - Dauer mindestens 50 Minuten  <i>Abrechnungsausschluss</i> In der selben Sitzung nicht neben 23220, 35140, 35150 und 35151 abrechenbar.

EBM-Nr.	Punkte (€)	Leistungsbeschreibung	Häufigkeit der Abrechenbarkeit	Erläuterungen/Einschränkungen
35425	922 (=101,30 €)	Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)	höchstens 4 x am Behandlungstag bei Expositionen, ansonsten max. 3 Behandlungsstunden pro Woche  (Notwendigkeit einer abschnittsweisen höheren Wochenfrequenz ist in der Antragstellung differenziert zu begründen)	<i>Obligator Leistungsinhalt</i> - Verhaltenstherapie - als Langzeittherapie - als Einzelbehandlung - Dauer mindestens 50 Minuten  <i>Abrechnungsausschluss</i> In der selben Sitzung nicht neben 23220, 35140, 35150 und 35151 abrechenbar.

### Sitzungen (VT) Gruppe Kurzzeit

35543	916 (=100,64 €)	Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie 1+2, Gruppe - 3 Teiln.Innen)	höchstens 24 Sitzungen (bzw. 10 mal der Zuschlag)  höchstens 2 Sitzungen am Behandlungstag	<i>Obligator Leistungsinhalt</i> - Verhaltenstherapie - als Kurzzeittherapie - als Gruppenbehandlung - Dauer mindestens 100 Minuten  <b>Lt. Ambulanzbeschluss Halbierung der Leistung auf 50 Minuten nicht möglich und damit auch keine Durchführung von 1 1/2-stündigen Gruppensitzungen.</b>  <i>Abrechnungsbestimmung</i> - je TeilnehmerIn  <i>Abrechnungsausschluss</i> In der selben Sitzung nicht neben 23220, 35140, 35150 und 35151 abrechenbar.
35593	139 (=15,16 €)	Zuschlag zu den ersten zehn Kurzzeittherapiestunden		
35544	772 (=84,82 €)	Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie 1+2, Gruppe - 4 Teiln.Innen)		
35594	116 (=12,75 €)	Zuschlag zu den ersten zehn Kurzzeittherapiestunden		
35545	686 (=75,37 €)	Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie 1+2, Gruppe - 5 Teiln.Innen)		
35595	103 (=11,32 €)	Zuschlag zu den ersten zehn Kurzzeittherapiestunden		
35546	628 (=69,00 €)	Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie 1+2, Gruppe - 6 Teiln.Innen)		
35596	95 (=10,44 €)	Zuschlag zu den ersten zehn Kurzzeittherapiestunden		



EBM-Nr.	Punkte (€)	Leistungsbeschreibung	Häufigkeit der Abrechenbarkeit	Erläuterungen/Einschränkungen
35547	586 (=64,38 €)	Verhaltenstherapie (Kurzeittherapie 1+2, Gruppe - 7 Teiln.Innen)		
35597	88 (=9,67 €)	Zuschlag zu den ersten zehn Kurzeittherapiestunden		
35548	556 (=54,87 €)	Verhaltenstherapie (Kurzeittherapie 1+2, Gruppe - 8 Teiln.Innen)		siehe vorherige Seite
35598	84 (=9,23 €)	Zuschlag zu den ersten zehn Kurzeittherapiestunden		
35549	532 (=58,45 €)	Verhaltenstherapie (Kurzeittherapie 1+2, Gruppe - 9 Teiln.Innen)		
35599	80 (=8,79 €)	Zuschlag zu den ersten zehn Kurzeittherapiestunden		

**Sitzungen (VT) Gruppe Langzeit**

35553	916 (=100,64 €)	Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, Gruppe - 3 Teiln.Innen)		<p>Obligater Leistungsinhalt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verhaltenstherapie</li> <li>- als Langzeittherapie</li> <li>- als Gruppenbehandlung</li> <li>- Dauer mindestens 100 Minuten</li> </ul> <p><b>Lt. Ambulanzbeschluss Halbierung der Leistung auf 50 Minuten nicht möglich und damit auch keine Durchführung von 1 1/2-stündigen Gruppensitzungen.</b></p> <p>Abrechnungsbestimmung - je TeilnehmerIn Abrechnungsausschluss In der selben Sitzung nicht neben 23220, 35140, 35150 und 35151 abrechenbar.</p>
35554	772 (=84,82 €)	Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, Gruppe - 4 Teiln.Innen)	höchstens 2 Sitzungen am Behandlungstag	
35555	686 (=75,37 €)	Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, Gruppe - 5 Teiln.Innen)		




EBM-Nr.	Punkte (€)	Leistungsbeschreibung	Häufigkeit der Abrechenbarkeit	Erläuterungen/Einschränkungen
35556	628 (=69,00 €)	Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, Gruppe - 6 Teiln.Innen)	siehe vorherige Seite	siehe vorherige Seite
35557	586 (=64,38 €)	Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, Gruppe - 7 Teiln.Innen)		
35558	556 (=54,87 €)	Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, Gruppe - 8 Teiln.Innen)		
35559	532 (=58,45 €)	Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, Gruppe - 9 Teiln.Innen)		


### Psychodiagnostische Testverfahren

35600	34 (=3,74 € à 5 Min.)  = 22,44 € bei 30 Min.	Anwendung und Auswertung der Tests lt. PHB-Testdokumentationsformular während der Probatorik und bei Abschluss der Behandlung (standardisierte Testverfahren)	Für Testverfahren <b>sind insgesamt</b> je Behandlungsfall (d. h., pro Quartal) berechnungsfähig:  - eine maximale Gesamtpunktzahl von 1.636 Punkten bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 21. Lebensjahr  - eine maximale Gesamtpunktzahl von 1.092 Punkten bei Versicherten ab Beginn des 22. Lebensjahres	<b>Lt. Ambulanzbeschluss sind über die Psychotherapeutische Ambulanz nur die Tests der PHB-Testpakete "Probatorik" und "Abschluss" mit der dort angegebenen Minutenbegrenzung abrechenbar.</b>
35601	entfällt			

EBM-Nr.	Punkte (€)	Leistungsbeschreibung	Häufigkeit der Abrechenbarkeit	Erläuterungen/Einschränkungen
35602	entfällt			

**Psychodiagnostische Testverfahren nur für Therapeuten in der KJG und KJ-Zusatzqualifikation an der BAP**

35600	<p>34 (=3,74 € à 5 Min.)</p> <p> <b>Nur für KiJu</b></p> <p>Anwendung und Auswertung der Tests CBCL YSR TRF (standardisierte Testverfahren)</p>	<p>Für die Testverfahren <b>35600, 35601 und 35602 sind insgesamt</b> je Behandlungsfall (d. h., pro Quartal) berechnungsfähig:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- eine maximale Gesamtpunktzahl von 1.636 Punkten bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 21. Lebensjahr</li> <li>- eine maximale Gesamtpunktzahl von 1.092 Punkten bei Versicherten ab Beginn des 22. Lebensjahres</li> </ul> <p>Während der Probatorikphase, erstatten die Krankenkassen Testverfahren bis zur o. g. Punktgrenze ohne Einschränkung.</p> <p><b>Während der laufenden Therapie (bewilligte Sitzungen) dürfen Sie lt. Ambulanzbeschluss für den gesamten Behandlungszeitraum nur max. 3 (KZT) bzw. 7 (LZT) Testverfahren abrechnen.</b></p>	<p><b>Lt. Ambulanzbeschluss sind über die Psychotherapeutische Ambulanz nur folgende Tests mit festgelegter Minutenbegrenzung abrechenbar:</b></p> <p><b>KiJu:</b> CBCL, YSR, TRF  <b>und zwar mit 30 Minuten pro Test (entspricht 204 Punkten / Test)</b></p> <p>Beispiel für den Eintrag auf dem Abrechnungsschein: = 15.06. 35600 (60 Min. CBCL, YSR)</p> <p>Findet die Testung während der laufenden Therapie statt, bitte in der Klammer noch vermerken "Qualitätssicherung".</p>
35601	<p>39 (=4,28 € à 5 Min.)</p> <p> <b>Nur für KiJu</b></p> <p>Anwendung und Auswertung psychometrischer Testverfahren bei 30 Min.</p>	<p>Die Psychotherapeutische Ambulanz interpretiert, dass unter drei (sieben) Testverfahren 3 x (7 x) die verschiedenen Testziffern zu verstehen sind. Daher empfiehlt sich folgende Terminierung bei der Testdurchführung (Beispiel):</p> <p>14.01. 35600 (60 Min. CBCL, YSR) = 1 Mal <b>statt</b> 14.01. 35600 (30 Min. CBCL) = 1 Mal 20.01. 35600 (30 Min. YSR) = 1 Mal</p>	<p><b>Lt. Ambulanzbeschluss ist folgender Test wie folgt begrenzt abrechenbar:</b></p> <p>Test CFT mit 30 Minuten (entspricht 234 Punkten/Test)</p> <p><b>Andere Leistungs- und Entwicklungstests</b> dürfen mit einem Zeitaufwand bis Ausschöpfung des Punktkontingents durchgeführt und abgerechnet werden (28 Punkte je 5 Minuten).</p> <p>Beispiel für den Eintrag auf dem Abrechnungsschein: = 15.06. 35601 (30 Min. CFT)</p>

EBM-Nr.	Punkte (€)	Leistungsbeschreibung	Häufigkeit der Abrechenbarkeit	Erläuterungen/Einschränkungen
35602	56 (=6,15 € à 5 Min.)	<b>Nur für KiJu</b>  Anwendung und Auswertung projektiver Testverfahren (z. B. Sceno, Familie in Tieren)		Zeitaufwand bis Ausschöpfung des Punktkontingents möglich (46 Punkte je 5 Minuten)  Beispiel für den Eintrag auf dem Abrechnungsschein: = 15,06.      35602 (95 Min. Sceno)

### Kostenpauschalen

<p><b>Porto darf nur berechnet werden für die Datenübermittlung</b>                      - an KollegInnen (ÄrztInnen / TherapeutInnen)                      - an Krankenkassen                      (in Zusammenhang mit Anträgen, Bescheinigung auf Anfrage, Melden der Therapiebeendigung).                      Bescheinigungen für PatientInnen etc. dürfen nicht abgerechnet werden (Serviceleistung).</p>				
40110	0,81 €	Pauschale für den Transport von Briefen oder Telefax	1 x im Behandlungsfall (d. h., pro Quartal)	<b>Kein finanzieller Wert, da reine Information für die Krankenkasse</b>
88130	0,00 €	Anzeige: Beendigung der Therapie	Nach der letzten Therapiestunde	<b>Kein finanzieller Wert, da reine Information für die Krankenkasse</b>
98999	0,00 €	Anzeige: keine Hausärztliche Berichtspflicht	erst während der laufenden Therapie notwendig 1 x im Behandlungsfall (d. h., pro Quartal)	<b>Kein finanzieller Wert, da reine Information für die Krankenkasse</b>

Testziffer 35600		
Minuten	Faktor	Punkte
5	1	34
10	2	68
15	3	102
20	4	136
25	5	170
30	6	204
35	7	238
40	8	272
45	9	306
50	10	340
55	11	374
60	12	408
65	13	442
70	14	476
75	15	510
80	16	544
85	17	578
90	18	612
95	19	646
100	20	680
105	21	714
110	22	748
115	23	782
120	24	816
125	25	850
130	26	884
135	27	918
140	28	952
145	29	986
150	30	1020

Testziffer 35601		
Minuten	Faktor	Punkte
5	1	39
10	2	78
15	3	117
20	4	156
25	5	195
30	6	234
35	7	273
40	8	312
45	9	351
50	10	390
55	11	429
60	12	468
65	13	507
70	14	546
75	15	585
80	16	624
85	17	663
90	18	702
95	19	741
100	20	780
105	21	819
110	22	858
115	23	897
120	24	936
125	25	975
130	26	1014
135	27	1053
140	28	1092
145	29	1131
150	30	1170

Testziffer 35602		
Minuten	Faktor	Punkte
5	1	56
10	2	112
15	3	168
20	4	224
25	5	280
30	6	336
35	7	392
40	8	448
45	9	504
50	10	560
55	11	616
60	12	672
65	13	728
70	14	784
75	15	840
80	16	896
85	17	952
90	18	1008
95	19	1064
100	20	1120
105	21	1176
110	22	1232
115	23	1288
120	24	1344
125	25	1400
130	26	1456
135	27	1512
140	28	1568
145	29	1624
150	30	1680

**TP-KJG+FAMPSY-Testpunkttabelle**

Bei Kindern + Jugendlichen sind pro Quartal maximal **1636 Punkte** abrechenbar.

**Ausnahme, bei der diese Punktzahl eingeschränkt sein kann:**

Nach Antragstellung, im Rahmen der bewilligten Sitzungen, dürfen insgesamt nur **3 Testverfahren** bei KZT und **7 Testverfahren** bei LZT abgerechnet werden.

**Beispiel Testdurchführung:**

Probatorikphase **KiJu** (max.1636 Pkt):

CBCL 30 Min. = 204 Punkte  
 YSR 30 Min. = 204 Punkte  
 TRF 30 Min. = 204 Punkte  
 Sceno 90 Min. = 1.008 Punkte  
 1.620 Punkte

# Erläuterungen zum Abrechnungsschein

(Stand 21.02.19)

Sie haben von uns per Mail die Excel-Datei „Abrechnungsschein-blanko“ erhalten.

Beim Öffnen zeigt sie sich wie u. a., nur 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)	SupervisorIn:	14)
Inst.-kennz.		AusbildungsteilnehmerIn:		15)	
9999999900		7)		16)	17)
18)	19)	20)	18)	19)	20)
					21)
					22)

Alle Felder des Formulars, die nicht ausgefüllt werden sollen, sind schreibgeschützt.



Die Felder werden wie folgt ausgefüllt:

FELD	Eintrag	Bemerkung
1)	Vollständiger Name der Krankenkasse, z. B. AOK Berlin oder AOK Niedersachsen	
2)	Name und Vorname der/s PatientIn	
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 PatientInnenfeld auf dem Konsiliarbericht entnehmen. Ist Ihnen der Eintrag nicht möglich, so übernehmen das die AmbulanzmitarbeiterInnen 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 bei weiblicher PatientIn.
12)	X (männlich)	Hier Kreuz setzen bei männlichem Patienten.

FELD	Eintrag	Bemerkung
13)	Diagnose nach ICD-10-GM eintragen <small>(International Classification of Diseases – German Modifikation)</small>  z. B. F43.2G	<p>Wenn nur Probatik 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 bei der/dem PatientIn 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 Kurzeitantrags an (auch, wenn bereits ein Umwandlungsantrag auf Langzeit mit anderer Diagnose gestellt wurde).</li> </ul> <p>Bei einem SupervisorInnenwechsel innerhalb des Quartals bitte nur die/den gerade aktuelle/n SupervisorIn eintragen.</p>
14)	Name der/s SupervisorIn	
15)	Name und Vorname der/s TherapeutIn	
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
20)	<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 HausärztInnen 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 der/s ÄrztIn.</li> <li>- Bringen Sie zum Abrechnungstermin bitte eine Kopie des Berichtes mit.</li> </ul> <p>Wollen Sie in dem Quartal nur den Bericht abrechnen und hatten Sie keinen persönlichen PatientInnenkontakt, 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 Namen der/s ÄrztIn.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- eine biografische Anamnese ab, so muss keine schriftliche Anamnese bei der Ambulanz/Abrechnungsstelle eingereicht werden. Die Stunden-dokumentation 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“.</li> </ul> <p>Zusätzliche Testungen in der Erwachsenenbehandlung können Sie zwar durchführen, aber nicht abrechnen.</p> <p><u>Ausnahme:</u> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in der BAP: Die Tests SCL 90-R, IIP-D, CBCL, CFT, YSR und TRF sind lt.</p> <p>Ambulanzbeschluss auf abrechenbare 30 Min. pro Test begrenzt. Alle anderen sind je nach Zeitaufwand bis zur Ausschöpfung des</p>

		<p>Zeitkontingents und unter Beachtung der Häufigkeitsbegrenzung durch die Krankenkassen während laufender Therapien 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 den zuständigen SupervisorInnen im Voraus, spätestens aber gleich nach Durchführung gemeldet werden, und die SupervisorInnen müssen 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 PatientInnenakte 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 PatientInnenunterschrift muss in dem abzurechnenden Quartal liegen.</p> <p> Bei minderjährigen PatientInnen lassen Sie bitte den Elternteil unterschreiben, bei dem sie mitversichert sind.</p>

		<p>Sollten PatientInnen keinen Kontakt zu den Eltern haben, bzw. nicht wollen, 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 von Minderjährigen bei nicht bestehendem Versicherungsverhältnis keine rechtliche Grundlage gibt, Ihren Anspruch auf Leistungsvergütung gegenüber den PatientInnen 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 der PatientInnen 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 und gezahlte Gelder zurückverlangen!!**
- Auf dem Abrechnungsschein vermerken Sie unter der Grundpauschale bitte entweder das Porto für den erfolgten Bericht und in Klammern den Ärztinnenamen oder die Pseudoziffer 98999 (Bericht nicht möglich, da kein/e HausärztIn 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? Je PatientIn darf pro Quartal und Krankenkasse nur ein Abrechnungsschein eingereicht werden. Achten Sie daher auf die Vollständigkeit Ihrer Angaben. Leistungen, die Sie zu melden vergessen haben, *verfallen*. (Ambulanzbeschluss)

### Sachverhalt: Ein/e PatientIn hat während des Quartals die Kasse gewechselt.

Was tun? Wechseln PatientInnen innerhalb des Quartals die Kasse, so lassen Sie zwei Abrechnungsscheine unterschreiben, für jede Kasse einen. Die Grundpauschale (Ziffer 23210 oder 23211 oder 23212 oder 23214) darf in diesem Falle zweimal abgerechnet werden, d. h. einmal pro Kasse. (Sie dürfen mit den bewilligten Sitzungen erst weitermachen, wenn die Folgekasse den Bewilligungsbescheid geschickt hat)

### Sachverhalt: Ein/e PatientIn wechselt während der Probatorik von Ihnen zu einer/m anderen TherapeutIn innerhalb desselben Instituts.

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

### Sachverhalt: Ein/e PatientIn wechselt während der Probatorik von Ihnen zu einer/m externen, also institutsfremden TherapeutIn.

Was tun? Sie rechnen die Probatorik mit der Ziffer 35150 wie gewohnt ab.

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

Was tun? Sie rechnen 12 bzw. 24 Sitzungen mit den entsprechenden Kurzziffern 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 einem Quartal statt, in dem Sie Leistungen für die/den PatientIn 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 PatientInnen-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 in einem Quartal statt, in dem Sie noch keine Leistungen für die/den PatientIn erbracht haben.**

Was tun?

Die Ambulanz kümmert sich um die Abrechnung des Vorgesprächs.

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 den zuständigen SupervisorInnen 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 „inhaltilch 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 PatientInnenunterschriftsfeld „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 TherapeutInnenwechsel innerhalb unserer Einrichtung gab (die/der erste TherapeutIn vergibt die Scheinnummer 1, die/der FolgetherapeutIn die 2).

# Erläuterungen zur PatientInnen-Übersicht GKV für die Zusatzqualifikationen

## KJZ und Gruppe TP + VT

Die PatientInnen-Übersicht GKV ist eine Auflistung all Ihrer gesetzlich versicherten PatientInnen, für die Sie im abzurechnenden Quartal Leistungen erbracht haben (auch, wenn es sich nicht um Sitzungen handelt) und ist außerdem als Übersicht über die geleisteten und abgerechneten Therapiestunden gedacht. (PrivatpatientInnen und SelbstzahlerInnen werden hier nicht aufgeführt, denn sie werden nicht über die gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet.)

**ACHTUNG:** In der Gruppenzusatzqualifikation sind an unserem Institut keine PrivatpatientInnen und SelbstzahlerInnen vorgesehen!!

**Die Krankenkassen beschränkt die Kostenübernahme auf folgende Stundenanzahl:**

**200 h** bei TP-KJZ (*inkl. Probatorik, biografischer Anamnese und Bezugspersonenstunden*)

**180 h** bei VT-KJZ (*inkl. Probatorik, biografischer Anamnese und Bezugspersonenstunden*)

**120 h** bei TP-/VT-GR-Z (*zusätzlich abrechnungsfähig sind Probatorikstunden und die biografischen Anamnesen zur Zusammenstellung der Gruppe*)  
(60 Doppel-h)

Die PatientInnen-Übersicht GKV soll Ihnen also u.a. bei der Planung helfen und verhindern, dass Sie das Stundenkontingent versehentlich überschreiten.

**Ausnahme:** Im Rahmen der 800 h der Grundausbildung zur/zum Psychologischen PsychotherapeutIn dürfen bis zu 400 Stunden KiJu geleistet und auch die Gruppenstunden überschritten werden. Um sie für die Zusatzqualifikation anrechnen lassen zu können, müssen die dafür festgeschriebenen Voraussetzungen erfüllt sein. Zur weiteren Klärung offener Fragen bezüglich der Kontingente setzen Sie sich bitte mit den AmbulanzmitarbeiterInnen des Themenbereichs Abrechnung in Verbindung.

### **Wichtige Anmerkung:**

Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin verlangt als Nachweis:

**TP-KJZ** 4 abgeschlossene Fälle mit 200 Behandlungsstunden

**VT-KJZ** 5 abgeschlossene Fälle mit 180 Behandlungsstunden

**Probatorik, die nicht zum Fall führt, erkennt sie dabei nicht an.**

Bitte prüfen Sie daher genau, ob nach Erreichen der 180 bzw. 200 h-Grenze, die von den Kassen vergütet wird, auch die Voraussetzungen für den KV-Nachweis erfüllt sind, oder ob noch Stunden fehlen.

Bei Fragen können Sie sich gern an die MitarbeiterInnen der Abrechnungsabteilung und der Ausbildungsorganisation wenden.

## AUSFÜLLHILFE:

Im oberen Bereich der PatientInnen-Übersicht tragen Sie bitte ein:

- Ihren Namen und Vornamen
- Das abzurechnende Quartal mit Jahresangabe
- Das Jahr, in dem Ihre Zusatzqualifikation begonnen hat

In die Tabelle der PatientInnen-Übersicht tragen Sie bitte ein:

- Namen und Vornamen der PatientInnen
- Geburtsdatum der PatientInnen
- Name der/des SupervisorIn (Nachname genügt)
- Probatorische Sitzungen, die in dem abzurechnenden Quartal stattfanden
- Biografische Anamnesen, die in dem abzurechnenden Quartal stattfanden
- Bewilligte Sitzungen (bei Gruppe: Einzelsitzungen), die in dem abzurechnenden Quartal stattfanden
- Gesprächsleistungen, die in dem abzurechnenden Quartal stattfanden (nur eintragen, wenn es einen persönlichen Kontakt mit Raumbuchung gab)
- Expositionen, die in dem abzurechnenden Quartal außerhalb der Ambulanz-Räumlichkeiten stattfanden
- Bei Gruppe: Gruppenstunden, die in dem abzurechnenden Quartal stattfanden (graues Kästchen)

Die einmal festgesetzte PatientInnen-Reihenfolge behalten Sie bitte für die Folgequartale bei. Das erhöht die Übersichtlichkeit bei der Abrechnung. Bereits abgeschlossene PatientInnen nehmen Sie bitte aus der Liste heraus, pausierende PatientInnen bleiben stehen.

Unten in die Tabelle in die 4 Felder „Übertrag Vor-Quartal“ (bei Gruppe sind es 5 Felder) tragen Sie bitte die entsprechenden Werte aus dem Vor-Quartal ein. Diese entnehmen Sie den Feldern „aktueller Stand (=Übertrag für das nächste Quartal)“. Nur so kann das Programm Ihren neuen Stundenstand errechnen.

Sollten Sie die Zusatzqualifikation im Rahmen Ihrer Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin / zum Psychologischen Psychotherapeuten durchführen, so übertragen Sie den aktuellen Stand bitte noch in die GKV für die Grundständige Ausbildung im dortigen Feld „aktueller Stand KiJu-Zusatz bzw. Gruppe-Zusatz“.

Bitte datieren und unterschreiben Sie die PatientInnen-Übersicht GKV unten rechts. Damit erklären Sie, die aufgeführten Leistungen persönlich erbracht zu haben.

## AUSFÜLLHILFE / INFOS BEI BESONDERHEITEN:

Sachverhalt: **Die/der SupervisorIn der/des PatientIn wurde während des Quartals gewechselt.**

Was tun? Vermerken Sie bitte nur die/den aktuelle/n SupervisorIn.

Sachverhalt: **Das Vorgespräch hat in Ihrem abzurechnenden Quartal stattgefunden.**

Was tun? Das Vorgespräch durch die Ambulanzleitung wird in der PatientInnen-Übersicht GKV **nicht** eingetragen, da Sie es sonst Ihrem Stundenkontingent zurechnen. Auf dem Abrechnungsschein vermerken Sie es jedoch bitte.

**Ausnahme:** Das Vorgespräch hat institutsfremd stattgefunden, in diesem Fall vermerken Sie es nicht auf dem Abrechnungsschein!!

# Beispielabrechnung

## Gruppenweiterbildung

Dieses Beispiel zeigt die Abrechnung von zwei VT-Gruppen mit insgesamt 9 Patienten.

Es dürfen nur max. 60 Doppelstunden (= 120 Stunden) abgerechnet werden. Die Therapeutin plant ihre beiden Gruppen daher wie folgt:

1. Gruppe = LZT mit 60 Dh, davon durchgeführt	40 Dh
2. Gruppe = KZT mit 24 Dh, davon durchgeführt	<u>20 Dh</u>
	= 60 Dh

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 10.09.20 erfolgt die Bewilligung der Kurzzeittherapie durch die Krankenkasse. Die erste Stunde wird am 11.09.20 durchgeführt.

Die letzte Zahl der Leistungsziffer (4) sagt aus, dass 4 Patienten an dem Gruppensetting teilgenommen haben.

- Am 18.09.20 haben nur 3 Patienten teilgenommen.
- Am 30.09.20 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 05.02.20 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 12.02.20 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 (15.09.20) 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 18.09.20 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“).

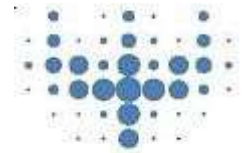
Auf beide Scheine schreibt sie die so genannte Pseudoziffer, die ausdrückt, dass kein Bericht gewünscht wird oder aber kein Hausarzt vorhanden ist.

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 und Patient 5-9 aus Gruppe 2:**

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



## BERICHTSPFLICHT

PatientIn: *Musterano Mustermann*

Geboren am: *12.08.69*

TherapeutIn: *Mustana Mustertherapeutin*

Wenn die PatientIn / der Patient zustimmt, dann ist der **HausärztIn** / 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 Ihre Hausärztin / Ihr Hausarzt einen Bericht erhält?

Nein

Ja

Name / Adresse / Telefon der/des HausärztIn:

*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 *01.08.20*

Datum

*Musterano Mustermann*

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

### Info an TherapeutIn:

Klären Sie bitte unter u. a. Link, ob es sich bei den von PatientInnen angeführten ÄrztInnen um HausärztInnen handelt, denn nur hier gilt die Berichtspflicht. Verfügen diese nicht über die Bezeichnung, so lassen Sie das Formular nochmals korrekt von den PatientInnen ausfüllen und unterschreiben.

Geben Sie es bei der Abrechnungsabteilung ab, bzw. zusammen mit dem Erstantrag.

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

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

---

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

**KOPIE für die Ambulanz**

Berlin, den 12.09.20

**Bericht an den Hausarzt**

Sehr geehrter Herr Dietrich,

zu Ihrer Information möchte ich Ihnen mitteilen, dass sich der Patient Musterano Mustermann, geb. 12.08.69, seit dem 16.07.20 bei mir in psychotherapeutischer Behandlung befindet. Am 12.08.20 wurde mit der Diagnose F 43.2 G eine Kurzzeittherapie 1 beantragt und die erste bewilligte Stunde ist am 11.09.20 erfolgt.

Mit freundlichem Gruß



Mustana Mustertherapeutin

**Schreiben wird von TherapeutInnen persönlich bei der Abrechnungsabteilung abgegeben.**

Berlin, den 27.08.20

**Abrechnungsgenehmigung Gesprächsziffer**

Sehr geehrter Herr Büttner,

die Therapeutin Frau Mustana Mustertherapeutin hat nach vorheriger Absprache mit mir eine Krisensitzung mit dem Patienten M120869 durchgeführt wegen begründeter Krisenintervention während der Antragsphase.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Supermusta', with a long horizontal line extending to the right.

Supervisorin Dr. Supermusta

# Erfassung Raumbuchungen

Quartal 3 / 20

Wir bitten Sie, dieses Formular zu Ihrem Abrechnungstermin mitzubringen.

TherapeutIn: *Mustana Mustertherapeutin*

Raumbuchungsnummer: *007*

Schwerpunkt/Jahrgang: *VT-GR-E 20* Institution: *TP*

Erfassung von:

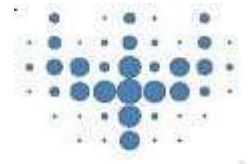
- **Anamnesen** (*keine Raummiete*)
- **Tests** (*keine Raummiete*) - hier nur SCL-90, IIP-D, CBCL, CFT, YSR, Leistungs- und Entwicklungstests  
und vom Institut vorgefertigte Testpakete
- **Supervisionsstunden** (*keine Raummiete*)
- **ausgefallener Probatorik** (€ 1,00, bei Nichterscheinen von PatientInnen)

Sagen PatientInnen vorher ab, bitte den Raum freistellen und nicht hier aufführen.

PatientIn	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>06.08.20</i>	<i>17:00</i>	<i>26</i>

Gesamtzahl: Anamnesen/Tests/Supervision *1*

Ausgefallene Probatorik *0*



## BERICHTSPFLICHT

PatientIn: *Musina Musteroma*

Geboren am: *20.10.52*

TherapeutIn: *Mustana Mustertherapeutin*

Wenn die PatientIn / der Patient zustimmt, dann ist der **HausärztIn** / 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 Ihre Hausärztin / Ihr Hausarzt einen Bericht erhält?

Nein

Ja

Name / Adresse / Telefon der/des HausärztIn:

---

---

---

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

Berlin, den *18.01.20*

Datum

*Musina Musteroma*

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

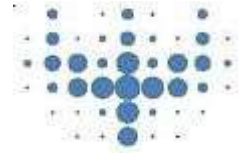
### Info an TherapeutIn:

Klären Sie bitte unter u. a. Link, ob es sich bei den von PatientInnen angeführten ÄrztInnen um HausärztInnen handelt, denn nur hier gilt die Berichtspflicht. Verfügen diese nicht über die Bezeichnung, so lassen Sie das Formular nochmals korrekt von den PatientInnen ausfüllen und unterschreiben.

Geben Sie es bei der Abrechnungsabteilung ab, bzw. zusammen mit dem Erstantrag.

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





## BERICHTSPFLICHT

PatientIn: *Mimi Musterfrau*

Geboren am: *17.04.86*

TherapeutIn: *Mustana Mustertherapeutin*

Wenn die PatientIn / der Patient zustimmt, dann ist der **HausärztIn** / 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 Ihre Hausärztin / Ihr Hausarzt einen Bericht erhält?

Nein

Ja

Name / Adresse / Telefon der/des HausärztIn:

---

---

---

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

Berlin, den *25.01.20* *Mimi Musterfrau*

Datum

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

### Info an TherapeutIn:

Klären Sie bitte unter u. a. Link, ob es sich bei den von PatientInnen angeführten ÄrztInnen um HausärztInnen handelt, denn nur hier gilt die Berichtspflicht. Verfügen diese nicht über die Bezeichnung, so lassen Sie das Formular nochmals korrekt von den PatientInnen ausfüllen und unterschreiben.

Geben Sie es bei der Abrechnungsabteilung ab, bzw. zusammen mit dem Erstantrag.

<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 Chélard  
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 **12.09.20**

## Kostenübernahme von Psychotherapieleistungen nach Kassenwechsel

PatientIn: *Mimi Musterfrau* geb. : *17.04.86*

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 der/des  
GutachterIn erfolgte am *06.02.20* 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. PatientIn. Vielen Dank.

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

Mit freundlichen Grüßen

i. A. 

Britta Chélard  
Ambulanzmitarbeiterin

gez.  
Imke Konopka  
Ambulanzleiterin TP

gez.  
Dr. Ruth Uwer  
Ambulanzleiterin VT

gez.  
Sabine Sterry  
Ambulanzleiterin TP-KiJu

### Anlage

Kopie des Anerkennungsbescheides



Behandlungserlaubnis seit: 2020

Quartal: 3 20

Patienten-Name	Geburtsdatum	Supervisor	Summe Gruppensitzungen pro Patient + in Summe (grau unterlegt)	Probat. Sitzg.	Biograf. Anamnese	Einzel-Sitzung	Gesprächsleistung (23220) à 50 Minuten persönlich	davon Expositionen außerhalb der BAP-Räumlichkeit
Mustermann, Musterano GR1	12.08.69	Supermusta		4	1	1	1	
Musteroma, Musina GR1	20.10.52	Supermusta						
Musterfrau, Mimi GR1	17.04.86	Supermusta						
Musterpatient 4 GR1	20.03.72	Supermusta						
Musterpatient 5 GR2	15.11.80	Supervista						
Musterpatient 6 GR2	08.02.87	Supervista						
Musterpatient 7 GR2	01.06.92	Supervista						
Musterpatient 8 GR2	10.05.97	Supervista						
Musterpatient 9 GR2	17.11.89	Supervista						
<b>Gruppenstunden dieses Quartal</b> (pro 100-Minuten-Sitzung bitte 2 Stunden eintragen)			<b>22</b>					
<b>Gesamtstunden</b>	<b>dieses Quartal</b>		<b>22</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
	<b>Übertrag Vor-Quartal</b>		<b>70</b>	<b>44</b>	<b>11</b>	<b>14</b>		
	<b>aktueller Stand</b> (= Übertrag für das nächste Quartal)		<b>92</b>	<b>48</b>	<b>12</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	
<b>Summe aller abgerechneten Stunden</b> (Probatorik + Einzelsitzungen + Gruppensitzungen)			<b>167</b>					Hiermit erkläre ich, die oben genannten Leistungen persönlich erbracht zu haben.
<b>davon abgerechnete Gruppensitzungen</b> <b>Insgesamt maximal 120 Stunden aus Gruppensitzungen zulässig! (= 60 Doppelstunden)</b>			<b>92</b>					

30.09.20

(Datum / Unterschrift Therapeut/in)

AOK Berlin	<b>VT-GR-E-Beispiel Pat. 1</b>		X				3	20
						X		X
Mustermann, Musterano		12.08.69						
			F43.2G			Supervisor:	Supermusta	
109519005	V012321456456	1	Ausbildungsteilnehmer:			Mustertherapeutin, Mustana		
	999999900	02.07.20					10.09.20	
Inst.-kennz.								
02	07	35151-35151-23211	12	08	35130			
		(Ambulanz-Vorgespräch)	25	08	23220			
		40110 (Dr. Dietrich)			(50 Min. persönlich Krise)			
16	07	35150	11	09	35544-35594			
21	07	35150	18	09	35543-35593			
26	07	35150	25	09	35544-35594			
01	08	35150	30	09	35421-35591			
03	08	35140						
06	08	35600(150 Min.Tests,div.)						

  
**Unterschrift Patient**

  
**Unterschrift Therapeut**

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

AOK Berlin	<b>VT-GR-E-Beispiel Pat. 1</b>		X		3	20
	<b>linke Seite</b>			X		X
Mustermann, Musterano	12.08.69					
			F43.2G	Supervisor:	Supermusta	
109519005	V012321456456	1	Ausbildungsteilnehmer:	Mustertherapeutin, Mustana		
Inst.-kennz.	999999900	02.07.20				10.09.20
02	07	35151-35151-23211	Sprechstunde-Grundpauschale			
		(Ambulanz-Vorgespräch)				
		40120 (Dr. Dietrich)	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>VT-GR-E-Beispiel Pat. 1</b>		X		3	20
	<b>rechte Seite</b>			X		X
Mustermann, Musterano	12.08.69					
			F43.2G	Supervisor:	Supermusta	
109519005	V012321456456	1	Ausbildungsteilnehmer:	Mustertherapeutin, Mustana		
Inst.-kennz.	999999900	02.07.20				10.09.20

Antrag (Kurzzeit) 12 08 35130

Gesprächsleistung 25 08 23220

(50 Min. persönlich Krise)

Gruppe KZT1 (4 Pat.) + Zuschlag 11 09 35544-35594

Gruppe KZT1 (3 Pat.) + Zuschlag 18 09 35543-35593

Gruppe KZT1 (4 Pat.) + Zuschlag 25 09 35544-35594

Einzelsitzung KZT1 + Zuschlag 30 09 35421-35591



**Unterschrift Patient**



**Unterschrift Therapeut**

TK Berlin **VT-GR-E-Beispiel Pat. 2**

X

3 20

Musteroma, Musina

20.10.52

X

X

F43.2G

Supervisor: Supermusta

109577507

K531254521126

5

Ausbildungsteilnehmer:

Mustertherapeutin, Mustana

999999900

04.07.20

05.02.20

Inst.-kennz.

04 07 35553-23212-98999

10 07 35553

16 08 35553

21 08 35553

04 09 35553

11 09 35554

18 09 35553

25 09 35554

  
**Unterschrift Patient**

  
**Unterschrift Therapeut**

BKK VBU VT-GR-E-Beispiel Pat. 3  
mit Kassenwechsel

X

Schein 1/2 3 20

X

X

Musterfrau, Mimi 17.04.86

F33.0G

Supervisor: Supermusta

109723913 R12547895465 1

Ausbildungsteilnehmer:

Mustertherapeutin, Mustana

12.02.20

Inst.-kennz. 999999900 05.07.20

04 07 35553-23211-98999

10 07 35553

16 08 35553

21 08 35553

04 09 35553

11 09 35554



**Unterschrift Patient**



**Unterschrift Therapeut**

TK	<b>VT-GR-E-Beispiel Pat. 3</b>	X	<b>Schein 2/2</b>	3	20
	<b>mit Kassenwechsel</b>		X		X
Musterfrau, Mimi		17.04.86			
			F33.0G	Supervisor:	Supermusta
109939003	R12547895465	1	Ausbildungsteilnehmer:	Mustertherapeutin, Mustana	
Inst.-kennz.	999999900	05.07.20			12.02.20
25	09	35554-23211-98999			
		(Kassenwechsel)			



**Unterschrift Patient**



**Unterschrift Therapeut**



DAK	VT-GR-E-Beispiel	Pat. 4	X			3	20
					X		X
Musterpatient 4		20.03.72					
			F40.0G		Supervisor:	Supermusta	
109567992	F027528614	1	Ausbildungsteilnehmer:		Mustertherapeutin, Mustana		
	999999900	05.07.20					16.02.20
Inst.-kennz.							

**Da die ersten drei Patienten die möglichen Variationen hinreichend erläutern, verzichten wir bei den Patienten 4 - 9 auf genauere Ausführungen.**



**Unterschrift Patient**



**Unterschrift Therapeut**