

**Poliklinische Ambulanz am  
Institut für Psychotherapie und Psychoanalyse  
Mecklenburg - Vorpommern e.V. (IPPMV)**

Tel. / Fax: 0381 4590393      Telefonzeit: mittwochs 15.00 - 17.00 Uhr      eMail: IPPMV@t-online.de

Leiterin:  
Frau  
Dipl.-Psych.  
Denise Pfitzner

**Ambulanzordnung  
Stand: 22. 11. 2017**

1. Die Ambulanz in **Rostock** befindet sich in 18055 Rostock, Augustenstraße 44a in den Räumen des IPPMV in der 1. Etage. Sie besteht aus dem Sekretariat, einem Behandlungsraum für Ausbildungskandidaten, einem Seminarraum mit Bibliothek und Teeküche, einer Personal- und einer Patiententoilette und einem Flur als Wartebereich. Die **Greifswalder** Ambulanz befindet sich in 17489 Greifswald, Markt 6. Sie besteht aus einem Seminarraum, einem Behandlungsraum, einer Teeküche, einer Toilette und einem Abstellraum.
2. Für die Verwaltung der Ambulanzräume, des Inventars und der gesamten Dokumentation ist die Institutssekretärin zuständig und dem Ambulanzleiter rechenschaftspflichtig. Dies schließt den gesetzlich vorgeschriebenen Verschlusszustand aller Akten, insbesondere der Patienten- und Kandidatenakten ein.
3. Die Organisation der Behandlungen durch die Ausbildungskandidaten erfolgt nach den folgenden Regeln:
  - A) Nach Legitimierung durch den jeweiligen Mentor melden sich die Ausbildungskandidaten zur geforderten diagnostischen Arbeit mit Patienten (Anlage 1: Informationsblatt zur Anfertigung diagnostischer Berichte) sowohl beim Ambulanzleiter als auch bei der Sekretärin an. Der Ambulanzleiter ist für die fachgerechte medizinische Versorgung aller Patientin in der Ambulanz verantwortlich und deshalb grundsätzlicher Ansprechpartner und zur Kontrolle der Behandlungen mit geeigneten Mitteln befugt. Er delegiert diese Verantwortung in der Regel aber an berufene Supervisoren bzw. Kontrollanalytiker des IPPMV, mit denen die Kandidaten in eigener Initiative eine **Supervisionsvereinbarung vor jedem ersten persönlichen Patientenkontakt** (z. B. Erstinterview) abschließen.

Anträge für die Kostenübernahme bei der Krankenkasse werden über das Sekretariat eingereicht. Dabei unterschreiben der Kandidat und der Supervisor auf dem Bericht an den Gutachter und sowohl der Ambulanzleiter, als auch der Kandidat auf dem Formular PTV2.

- B) Die Sekretärin ist Ansprechpartnerin für alle organisatorischen Fragen (z. B. Räumlichkeiten, Schlüssel, Dokumentation, Quartalsabrechnungen u.ä.). Sie legt für jeden Kandidaten, der in der Ambulanz tätig ist, einen Ordner für diagnostische und therapeutische Fälle an. Der Kandidat ist verpflichtet, dafür die qualitäts- und termingerechte Zuarbeit zu liefern. Falls keine Sekretärin dafür zur Verfügung steht, ist jeder Kandidat zur Führung seines Behandlungsordners selbst zuständig. Das gilt auch für Listen, die in den Behandlungsräumen des IPPMV von der Sekretärin ausgelegt werden, in denen grundsätzlich jede Patientenstunde zu dokumentieren ist.
- C) Jeder Behandlungs- oder Beratungsfall in der Ambulanz (also auch ein einmaliger telefonischer Patientenkontakt) ist ein eigenständiger Vorgang und bedarf der Dokumentation. Einmalige Telefonkontakte muß der Kandidat auf einer Sammelliste in seinem Behandlungsordner dokumentieren. (Datum, Uhrzeit, Name, Anliegen, Antwort). Kommt ein persönlicher Patientenkontakt zustande, wird in jedem Falle sofort ein Dokumentationsbogen vom Kandidaten angelegt (siehe Anlage 3) und der Sekretärin auf kürzestem Wege, spätestens mit der nächsten Quartalsabrechnung übergeben. Liegt zu diesem Zeitpunkt kein Dokumentationsbogen vor, kann keine Abrechnung erfolgen.
- D) Nach bestandenem Vorkolloquium können die psychotherapeutischen und analytischen Behandlungen beginnen. Hier ist zusätzlich zu den sinngemäß gültigen Punkten A bis C besonders die Raumsituation rechtzeitig, sowohl in gegenseitiger Absprache unter den betreffenden Kandidaten, als auch zusätzlich mit der Sekretärin zu klären. Der Zeitrahmen, der für alle Patientenkontakte in der Ambulanz zur Verfügung steht, beginnt von Montag bis Samstag morgens um 07.00 Uhr und endet jeweils um 21.30 Uhr, Samstag um 14.00 Uhr.
- E) Patienten für diagnostische Berichte müssen nicht zwangsläufig über die Institutsambulanz des IPPMV vermittelt und abgerechnet werden, sondern können mit Zustimmung des persönlichen Mentors des IPPMV und des zuständigen Klinikleiters aus dem klinischen Arbeitskontext des Ausbildungsteilnehmers stammen. Dabei dürfen 2-3 Fälle aus dem stationären Klinikbereich mit einfließen. Die diagnostische Arbeit und die Überlegungen zur Indikation sind auch in diesem Fall mit einem von IPPMV bestätigten Supervisor zu besprechen. Die Vorstellung in den kasuistischen Seminaren ist zusätzlich zu nutzen.
- F) Werden nach dem Vorkolloquium im Rahmen der Aus- oder Weiterbildung Therapien unter Supervision begonnen (gegebenenfalls auch mit Patienten, die zuvor im besagten klinischen Kontext für Erstinterviewberichte befundet worden waren), muss diese Behandlung grundsätzlich über die Institutsambulanz beantragt und abgerechnet werden. Mit Zustimmung des Ausbildungsausschusses und des Ambulanzleiters können für diese Behandlungen auch geeignete Räumlichkeiten außerhalb der Ambulanzräume genutzt werden, wenn das durch den Arbeitsort des Kandidaten bzw. den Wohnort des Patienten notwendig erscheint.
- G) Die Abrechnung aller durch den Ausbildungskandidaten erbrachten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, die über die Institutsambulanz abgerechnet werden, erfolgt durch die Ambulanz am Ende eines jeden Quartals mit den Krankenkassen, Privatpatienten und Selbstzahlern. Verantwortlich für den zügigen und qualitätsgerechten Ablauf ist die Sekretärin. Sie ist jedoch

nicht verpflichtet, die notwendige Zuarbeit (Anlage 3 Abrechnungsunterlagen) durch die Ausbildungskandidaten anzumahnen. Fälle, in denen die Abrechnungsunterlagen 10 Tage nach Ende eines Quartals nicht vollständig vorliegen, können nicht bzw. erst im folgenden Quartal berücksichtigt werden. Bei hartnäckigen Versäumnissen über zwei Quartale hinweg ist das IPPMV berechtigt, Regressforderungen für die entgangenen Instituteinnahmen zu fordern.

- H) Die praktische Tätigkeit des Ausbildungskandidaten mit Patienten, die im Rahmen der Ausbildung über die Ambulanz behandelt und abgerechnet wird, ist über eine abgeschlossene Haftpflichtversicherung der Institutsambulanz abgesichert und bedarf keiner eigenen Absicherung. Das IPPMV verzichtet im Versicherungsfall auf Regressforderungen.

## 2 Anlagen

Anlage 1: Abrechnungsunterlagen

Anlage 2: Anleitung zur elektronischen Abrechnung, sowie zum Führen der Krankenblattunterlagen.

## **Abrechnungsunterlagen**

Zu den Quartalsabrechnungen sind von jedem abrechnenden Kandidaten für jeden Patienten folgende Unterlagen einzureichen:

1. Dokumentationsbogen (liegt als Vorlage im Sekretariat vor)
2. gültiger Überweisungs- /Abrechnungsschein einmalig beim Erstkontakt, für weiterführende Behandlung genügt es, im Elefant „Behandlung“ anzuklicken und ohne Überweisungsschein abzurechnen)
3. Supervisionsbescheinigung und Eidesstattliche Erklärung
4. Formular „Einwilligung zum Bericht an den Hausarzt“ (einmalig am Anfang)
5. Verlaufsbericht:  
Dabei ist zwischen einem Ausbildungsprotokoll (persönliche Aufzeichnungen, die der Selbstreflexion und der Supervision dienen) und einer Krankenakte, auf die der Patient ein Einsichtsrecht hat, zu unterscheiden). Es genügt, das Datum mit Einzeiler zur Stunde. Es empfiehlt sich, die Krankenakte im Elefant unter der Rubrik „Krankenblatt“ zu führen.
6. Kurzbericht KV-Abrechnung:  
Dieser kann nach jeder Abrechnung im Elefant ausgedruckt werden. Bitte im Kopf des Kurzberichtes den eigenen Namen angeben und den Adresszusatz des Instituts angeben, z.B. Denise Pfitzner, IPPMV, Augustenstraße 44a, 18055 Rostock.

## **Anleitung zur elektronischen Abrechnung, sowie zum Führen der Krankenblattunterlagen.**

Die lfd. Nummer des Vorganges wird von der Ambulanzleitung (Sekretärin) festgesetzt und auf der Akte vermerkt.

### Verlaufsberichte:

Jede Ausbildungskandidatin bzw. jeder Ausbildungskandidat ist verpflichtet, **zwei Arten von Verlaufsberichten** zu führen. Ein ausführlicher Verlaufsbericht mit einem Gedächtnisprotokoll von jedem Patientenkontakt (also auch telefonische Kontakte) ist zeitnah zu führen und verbleibt bei dem Kandidaten. Dieser ist verpflichtet geeignete Maßnahmen zu ergreifen, dass diese persönlichen Aufzeichnungen **keiner weiteren Person** (also auch keiner nahe stehenden Vertrauensperson!) versehentlich oder fahrlässig einsehbar werden. Im Bedarfsfalle können diese immer in den Ambulanzräumen unter Verschluss gehalten werden. Diese ausführlichen Verlaufsberichte dienen den Supervisionen und weiteren Ausbildungsschritten. Die Verlaufsberichte von jedem Fall enden mit einem Abschlussbericht. Dies gilt auch, wenn nur diagnostische Leistungen durchgeführt wurden und keine Therapie zustande kam.

Die zweite Art der Verlaufsberichte wird kurz gefasst und muss für jeden Patientenkontakt (also auch telefonischen) in zwei oder drei Sätzen beschreiben, was geschehen ist. Es geht hierbei nicht um Gesprächsinhalte, sondern um die gesetzliche Dokumentationspflicht der Ambulanz und den Nachweis, dass auch **tatsächlich eine abrechnungsfähige Leistung** erbracht worden ist oder aber ein außergewöhnliches Ereignis für den Therapieverlauf eingetreten war. Im Krisenfall (z. B. akute Suizidalität, akute Abbruchtendenzen usw.) muss aus der Eintragung hervorgehen, welche Lösung vom Kandidaten aktuell gefunden worden ist.

Die Absage vereinbarter Stunden seitens des Behandlers oder seitens des Patienten muss aus diesem Verlaufsbericht ebenfalls ersichtlich sein.

Bitte besonders beachten: Solange die Sitzungen, ob diagnostisch oder therapeutisch, im Rahmen der vereinbarten Regeln verlaufen und vor allem keine unerwarteten Krisensituationen eintreten, genügt es, diesen kurzen Verlaufsbericht in der Ambulanz zusammen mit der Quartalsabrechnung einzureichen. Bei außergewöhnlichen Ereignissen muss selbstständig oder nach zusätzlicher Konsultation mit dem zuständigen Supervisor eine Verlaufseintragung in das Krankenblatt der Ambulanz **zeitnah** hinterlegt werden!

### Originale und Kopien:

Die **Originale** fremder Krankenblattauszüge, aller gestellten Psychotherapieanträge, der zugehörigen gutachterlichen Äußerungen, der Bewilligungsschreiben der Krankenkassen und von jedem sonstigen dem Patienten oder die Behandlung betreffenden Schriftverkehr müssen jeweils zusammen mit der Quartalsabrechnung im Krankenblatt der Ambulanz deponiert werden. Inwieweit die **Kandidaten davon selbst Kopien** in ihrem persönlichen Ausbildungskrankenblatt haben, geschieht in eigener Verantwortung und setzt stillschweigend und verbindlich voraus, dass dabei alle notwendigen Maßnahmen zur Einhaltung der Schweigepflicht getroffen werden.

### Eidesstattliche Erklärung und Supervisionsbescheinigung:

Mit jeder Quartalsabrechnung ist eine Eidesstattliche Erklärung vom behandelnden Kandidaten abzugeben, dass er alle abgerechneten Leistungen persönlich in vollem Umfang erbracht hat. Außerdem wird auf diesem Formular vom zuständigen Supervisor bestätigt, dass alle diagnostischen bzw. therapeutischen Sitzungen an den **einzelnen aufgeführten Tagen** durchge-

führt worden sind. Der Supervisor bzw. die Supervisorin übernimmt mit dieser Bestätigung stellvertretend für den Ambulanzeleiter die fachliche Verantwortung dafür, dass alle Behandlungsmaßnahmen qualitätsgerecht durchgeführt worden sind.

#### Abrechnungsscheine:

Im Regelfall aber nicht zwingend kommen die Patienten zu Beginn eines jeden Quartals mit einer Überweisung des Hausarztes zur Behandlung. Ist das nicht so, dann liegt kein Überweisungsfall, sondern ein so genannter Behandlungsfall vor. Mit dem Wegfall der Praxisgebühr kann ein Psychotherapeut von einem Patienten direkt in Anspruch genommen werden. Im Elefanten ist dann das Feld „Behandlung“ anzuklicken. Der Patient sollte jedoch aufgeklärt werden, dass der Hausarzt auch eine zusammenführende Funktion besitzt und von der therapeutischen Behandlung wissen sollte, sofern nichts ausdrücklich dagegen spricht.

Im Überweisungsfall ist das Feld „Überweisung“ anzuklicken und der Überweisungsschein mit der Abrechnung am Quartalsende abzugeben.

Die elektronische Abrechnung mit dem Elefanten beginnt am Anfang des Quartals mit dem Einlesen der Chipkarte. Es ist darauf zu achten, dass die Leistungen jeweils nach den gültigen Vorschriften vollständig erbracht werden und eingetragen werden. Hier einige oft benötigte Ziffern aus dem EBM:

#### – Allgemeine Leistungen:

- Grundpauschale (23211 vom 6.-59. Lebensjahr, ab 60 23212) 1 x pro Abrechnungsquartal
- Arztbriefe (01600, 01601)

#### – Nicht genehmigungspflichtige Leistungen:

- Biografische Anamnese (35140) 1 x pro Fall
- Zuschlag für vertiefte Explorationen wenn biografische Anamnese abgerechnet worden ist (35141). Die Leistung ist 1 x pro Krankheitsfall berechnungsfähig.
- Die 35140 und die 35141 dürfen nicht zum selben Termin einer Konsultation abgerechnet werden.
- Probatorische Sitzungen (35150) 2-4 Stunden
- Therapeutisches Einzelgespräch (23220) je 10 min – 15 x pro Patient und Quartal abrechenbar. Diese Kennziffer dient z. Bsp. zur Überbrückung zwischen Antragstellung und Genehmigung oder wenn eine Konsultation nur 20 min dauert.
- Die psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung darf nicht abgerechnet werden

#### – Leistungen bei Antragstellung und Antragsverlängerung:

- Bericht an den Gutachter (KZT = 35130, LZT = 35131)

#### – Genehmigungspflichtige Leistungen:

- Tiefenpsychologisch fundierte Kurzzeittherapie (35401, 35402, 35411, 35412)
- Tiefenpsychologisch fundierte Langzeittherapie (35405)
- Analytische Therapie (35415)

#### Privatpatienten und Selbstzahler:

Die Abrechnung von Privatpatienten und Selbstzahlern erfolgt in der Regel nach GOÄ. Abweichende Regelungen, insbesondere bei Selbstzahlern, müssen vor Abschluss der Vereinbarung ausdrücklich mit dem Supervisor diskutiert und der Ambulanz kurz schriftlich mitgeteilt werden. Dazu gehört auch die Inrechnungstellung von Ausfallhonorar – bitte Datum, Höhe des Honorars und Patient der Sekretärin mitteilen, die die Rechnung schreibt.

#### Bericht an den Hausarzt

Ab dem 1. Quartal 2007 können Leistungen nur bei den Kassen abgerechnet werden, wenn in der Abrechnung die Nummern 01600 oder 01601 belegen, dass ein Bericht an den Hausarzt gegangen ist. Da unsererseits ernsthafte Bedenken wegen der Schweigepflicht bestehen, sollte jedem Patienten ein Formular zur Unterschrift vorgelegt werden, in dem er seine Einwilligung gibt oder verweigert (Abrechnungsunterlagen Nr. 6.).

#### Abschlussbemerkung:

Ansprechpartner für alle fachlichen Behandlungsfragen ist immer der zuständige Supervisor eines Falles. Für alle formalen Fragen der Krankenblattführung, der Abrechnung, der Behandlungsorganisation in den Behandlungsräumen der Ambulanz usw. ist die Ambulanzleitung zuständig. Hier sprechen Sie bitte ohne zu zögern unsere Sekretärin Frau Schreiber an. Sollte Ihr Problem dann nicht gelöst werden, wenden Sie sich bitte an die Ambulanzleiterin Denise Pfitzner.