

Privatpatient:innen – Approbiert

Behandlungsverträge Privat

Für Privatversicherte gibt es einen separaten Behandlungsvertrag, der in den internen FAQ auf der Ambulanzwebsite hinterlegt ist.

Achtung: Der/die behandelnde Therapeut:in schließt den Behandlungsvertrag nur mit dem/der Patient:in oder dessen Sorgeberechtigten und nicht der jeweiligen Versicherung. Die Verantwortung über die Kostenübernahme liegt also grundsätzlich bei dem/der Patient:in.

Rechnungsstellung Privat

Die Privatrechnung wird durch die Mitarbeiter:innen der Ambulanz ca. 1-2x im Quartal (unabhängig von der Quartalsabrechnung) anhand deiner in Smarty eingetragenen Leistungsziffern (nach GOÄ) erstellt und dem/der Patient:in bzw. dessen/deren Sorgeberechtigten an die private Adresse gesendet. Die Rechnung muss diese/r innerhalb einer festgelegten Frist an uns bezahlen. Die Kosten können anschließend bei der privaten Versicherung oder Beihilfe eingereicht und erstattet werden.

Sobald der Betrag der Rechnung auf unserem Konto eingegangen ist und durch die Mitarbeiter:innen der Ambulanz überprüft worden ist (meist 1x pro Woche), überweisen wir dir anteilig (50%) den Betrag auf deine im Selfservice hinterlegte Kontoverbindung.

Du kannst den Status der Rechnung jederzeit selbst in Smarty im Reiter Therapie bei „F6: Scheine“ einsehen, wenn du wissen willst, ob die Rechnung bereits bezahlt wurde oder nicht.

Antragsverfahren

Die Antragsunterlagen unterscheiden sich von Versicherung zu Versicherung, daher ist keine Angabe vorab möglich. Welche Unterlagen konkret benötigt werden, muss der/die Pat.

(bestenfalls in Unterstützung durch euch) bei der jeweiligen Versicherung nachfragen.

Inhaltlich gibt es allerdings meist wenige Unterschiede zu den bekannten PTV-Formularen.

- Sollte ein Bericht an den Gutachter notwendig sein, muss auch bei diesem Antrag seine/n Supervisor:in miteinbezogen werden und den Bericht kontrollieren und unterschreiben.
- Sollten Formulare durch die Ambulanzleitung unterschrieben oder gestempelt werden müssen, werden diese an schriftverkehr@dgvt-erlangen.de gesendet. Ihr erhaltet diese dann per Mail zurück.
- Bitte prüft die Unterlagen vor der Versendung erneut: - Unterlagen vollständig (wie angefordert)?
 - alle Unterschriften und Stempel vorhanden?

- mind. 1 im Smarty hinterlegte Diagnose sollte die Sicherheit „Gesichert“ haben - Versicherungsart „Privat“ und Private Versicherung im Smarty (Daten) hinterlegt?
- Anschrift im Smarty (Daten) korrekt hinterlegt? (Rechnungsadresse)
- Vor der postalischen Versendung müssen die vollständigen Antragsunterlagen ordnungsgemäß eingescannt und in die digitale Patientenakte des/der Privatpatient:in hochgeladen werden.
- Der postalische Versand muss im Smarty unter dem Hauptmenü Patient, Reiter Daten im Feld „Antrag versendet an“ notiert werden (z.B. am 01.01.2021 an Privatkasse). Eine Portoziffer kann bei Privatpatienten:innen nicht abgerechnet werden.
- Gutachterliche Stellungnahme und Anerkennungsbescheid der privaten Versicherung werden, wie bei gesetzlich versicherten Patient:innen, durch das Ambulanzsekretariat bearbeitet. Wir laden euch diese in die digitale Patientenakte und gebe den Eingang in Smarty (Reiter Daten) ein.

Privatpatient:innen manuell in Smarty anlegen

Bei Privatpatient:innen wird keine Gesundheitskarte eingelesen, der/die Pat. muss manuell in Smarty angelegt werden.

- Login in Smarty mit eurem eigenen Nutzer. Im Hauptmenü „Patienten“ unter dem Reiter „Daten“ in der grauen Leiste unten auf „F2: Neu“ klicken.
- Es erscheint die Maske zur Eingabe der persönlichen Daten. Rechts in der Mitte kannst du dann die Versichertenart angeben und entsprechend „Privat“ auswählen.

- Bitte achtet darauf, dass die Anschrift des/der Pat. korrekt eingetragen ist, da die Rechnung an die Adresse des Pat. gesendet wird.

Achtung: Bei Kindern und Jugendlichen müsst ihr bitte im Reiter Daten im Smarty unter Rechnungsempfänger in der Patienteninfo die Anrede anpassen (z.B. Familie).

- Unten „Neu anlegen“ klicken und mit „Ja“ bestätigen.
- Nun erscheint eine Maske zu den PKV-Daten (Private Krankenversicherung). Hier muss im Regelfall nichts verändert werden (Ausnahme Post-B und KVB I-II und KVB IV). Mit OK bestätigen und fertig!

- Nach eingegangener Anerkennung durch das Ambulanzsekretariat können die Privatziffern nach GOÄ nun im Reiter Therapie im entsprechenden Ziffernfeld eingetragen werden. Im Feld neben dem Datum erscheint ein „G“ für GOÄ anstatt eines „E“ (EBM). Der Faktor muss entsprechend angepasst werden (siehe unten in der Anleitung).
- Die Leistungen werden unter dem Schein „Nicht zugeordnete Leistungen“ eingetragen, da keine Karte eingelesen werden kann. Die Anzeige verändert sich erst mit der Rechnungsstellung in „Privat-Abrechnung vom Datum (Privat)“. Das „G“ erscheint dann grün hinterlegt.

- Alle weiteren Eintragungen (Diagnose, Notizen, Termine usw.) und die weitere Handhabung funktioniert wie bei gesetzlich Versicherten.

Abrechnungsziffern

Stunden mit Privatpatient:innen werden nicht nach dem Ziffernkatalog EBM, sondern nach GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) abgerechnet.

Die wichtigsten Abrechnungsziffern sind nachfolgend aufgelistet:

Ziffer	Beschreibung
85	schriftliche gutachterliche Äußerung (jede angefangene Stunde)
860	Biographische Anamnese
870	Einzeltherapie (Dauer mind. 50 Min)
871	Gruppentherapie (Dauer mind. 50 Min --> 871*2 für 100 Min)
845	Hypnose
846	PMR im Einzelsetting
847	PMR im Gruppensetting
855	Anwendung und Auswertung projektiver Testverfahren (z.B. Rorschach-Test)
856	Anwendung und Auswertung standardisierter Intelligenz- und
	Entwicklungstests (z.B. WISC)
	GOÄ 857: Anwendung und Auswertung orientierender Testuntersuchungen
857	

(z.B. Fragebogentest nach Eysenck)

Wichtige Infos zu den GOÄ-Ziffern und der Abrechnung

Bei GOÄ-Ziffern gibt es keine separate Ziffer für **Sprechstunden oder Probatorische Sitzungen**. Es wird hier direkt mit der **Einzeltherapie GOÄ-Ziffer 870** abgerechnet. Da die Privatkassen dennoch Probatorische Sitzungen kennen, musst du diese in der Begründung der Ziffer (über die rechte Maustaste auf „Zusätzliche Angaben“) manuell vermerken.

G	870	2,3	Verhaltenstherapie Einzelbehandlung Dauer mindestens 50
---	-----	-----	---

Zusätzliche Angaben

Leistung löschen

Weitere Angaben

Ziffer: Datum: Uhrzeit:

Begründungen

B (Begründung)

Die Begründung erscheint dann in der Privatrechnung.

Die durch die Privatkasse/Beihilfe genehmigten weiteren Einzeltherapien können ohne diese Begründung eingetragen werden.

Leistungen (GOÄ, 3/2021)				
Datum	Ziffer	Faktor	Beschreibung	
03.07.21	G 870	2,3	Verhaltenstherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten – gegebenenfalls Unterteilung in z	
30.07.21	G 870	2,3	Verhaltenstherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten – gegebenenfalls Unterteilung in z	

Eine **Gruppentherapiesitzung (GOÄ-Ziffer 871)** wird mit dem 5,6-fachen Satz (Faktor) abgerechnet. Außerdem beschreibt der Umfang der und Gruppenziffer ebenfalls „nur“ 50 Minuten, daher muss die Ziffer 871 mit Faktor 2 eingetragen werden (für 100 Min), also $871 \cdot 2$.

Leistungen (GOÄ, 1/2023)				
Datum	Ziffer	Faktor	Beschreibung	
04.01.23	G 871*2	5,6	Verhaltenstherapie, Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens 8 Personen	

Der Betrag der Ziffern für Einzel- und Gruppentherapie mit den soeben beschriebenen Faktoren wird dem/der Patient:in im Behandlungsvertrag bereits beschrieben und richtet sich nach dem aktuellen GOÄ-Satz.

Achtung: Alle **Testverfahren** und deren GOÄ-Ziffern werden mit dem Faktor 1,8 abgerechnet. Für die Abrechnung eines höheren Faktors (max. 2,5) muss eine Begründung hinterlegt werden.

Achtung: Porto noch Grundpauschale können nicht abgerechnet werden.