GOP – GEBÜHRENORDNUNG FÜR PSYCHOTHERAPEUT*INNEN

DPtV Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung

Stand: Juli 2024

Anmerkungen zur Anwendung der Gebührentabelle

Die nachfolgenden Tabellen enthalten einen Auszug aus der GOÄ, nämlich die Leistungen der Abschnitte B und G der GOÄ, die als GOP-Nummern von Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen abgerechnet werden können.

Steigerungssatz

Psychotherapeut*innen können zwischen dem 1-fachen Steigerungssatz und der „Begründungsschwelle" (das ist allgemein der 2,3-fache Steigerungssatz, bei den Tests und der Nr. 56 der 1,8-fache Steigerungssatz) ohne weitere Begründung ihr Honorar berechnen. Der Höchststeigerungssatz liegt bei dem 3,5-fachen. Bei Zuschlägen und Schreibgebühren ist lediglich der einfache Gebührensatz in Ansatz zu bringen, eine Steigerung ist ausgeschlossen.

Höhere Steigerungssätze als 2,3 (bei technischen Leistungen 1,8) können wie folgt geltend gemacht werden:

- Honoraransätze zwischen 2,3-fach und 3,5-fach (und ggf. höher) werden auf der Rechnung, z. B. durch eine kurze schriftliche Erläuterung bei der entsprechenden Leistung begründet. Private Krankenversicherungen und die Beihilfe akzeptieren solche Begründungen durchaus und das erhöhte Honor wird häufig erstattet.
- Mittels einer Honorarvereinbarung nach § 2 der GOÄ wird mit den Patient*innen ein Steigerungssatz vereinbart, der das 1,8-fache bzw. 2,3-fache, ggf. auch 3,5-fache überschreitet. Die Honorarvereinbarung ersetzt nicht die Rechnung, die den Anforderungen nach § 12 Abs. 1 GOÄ/GOP entsprechen und die gesondert gestellt werden muss. Für die Begründung erhöhter Steigerungssätze wird dabei auf die Honorarvereinbarung verwiesen. Die Gebührenordnung als Ganzes kann durch die Honorarvereinbarung nicht ausgesetzt werden, d. h. die Honorarvereinbarung muss sich auf bestimmte Leistungen beziehen, die in der Honorarvereinbarung einzeln genannt werden. Die Honorarvereinbarung muss mit den Patient*innen persönlich und schriftlich vor der Behandlung getroffen werden.

Der*die Patient*in ist immer darüber aufzuklären, dass der Kostenträger möglicherweise nicht die volle Gebühr erstattet. Dies ist bei der Beihilfe und bei etlichen privaten Krankenversicherungen der Fall.

Anmerkungen

Zum besseren Verständnis sind einzelne Gebührenordnungspositionen mit unseren Anmerkungen versehen.

Abschnitt A: Gebühren in besonderen Fällen (Auszug)

Für die nachfolgend genannten Leistungen dürfen Gebühren nach Maßgabe des § 5 nur bis zum 2,5-fachen des Vergütungssatzes bemessen werden: Nummer 56 in Abschnitt B, Nummern 855 bis 857 in Abschnitt G.

Abschnitt B: Grundleistungen und allgemeine Leistungen (Auszug)

Allgemeine Bestimmungen

1. Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes bzw. der Ärztin.
   Anmerkung: Unter dem Begriff des „Monats" ist der Kalendermonat zu verstehen.
2. Die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5, 6, 7 und/oder 8 können an demselben Tag nur dann mehr als einmal berechnet werden, wenn dies durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalls geboten war. Bei mehrmaliger Berechnung ist die jeweilige Uhrzeit der Leistungserbringung in der Rechnung anzugeben.
   Bei den Leistungen nach den Nummern 1, 5, 6, 7 und/oder 8 ist eine mehrmalige Berechnung an demselben Tag auf Verlangen, bei der Leistung nach Nummer 3 generell, zu begründen.
3. Die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 22, 30 und/oder 34 sind neben den Leistungen nach den Nummern 804 bis 812, 817, 835, 849, 861 bis 864, 870, 871, 886 sowie 887 nicht berechnungsfähig.
4. Terminvereinbarungen sind nicht berechnungsfähig.

Abschnitt B

Kapitel I Allgemeine Beratungen und Untersuchungen

GOP-Nr.	daneben anrechenbar	Leistungsbeschreibung	Punkte	1x	1,8x	2,3x	2,5x	3,5x
1	5, A, B, C, D	Beratung – auch mittels Fernsprecher	80	4,66		10,72		16,32
3	5, A, B, C, D, K1	**Eingehende**, das gewöhnliche Maß übersteigende **Beratung** – auch mittels Fernsprecher. Die Leistung nach Nr. 3 (Dauer mind. 10 Min.) ist nur berechnungsfähig als einzige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Untersuchung nach den Nrn. 5, 6, 7, 8, 800 oder 801. Eine mehr als einmalige Berechnung im Behandlungsfall bedarf einer besonderen Begründung.	150	8,74		20,11		30,60

4	5, A, B, C, D	Erhebung der **Fremdanamnese** über einen Kranken und/oder Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en) – im Zusammenhang mit der Behandlung eines Kranken. Die Leistung nach Nr. 4 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig und neben den Leistungen nach den Nrn. 30, 34, 801, 806, 807, 816, 817 und/oder 835 nicht berechnungsfähig.	220	12,82		29,49		44,88
5	1, 3, 4, A, B, C, D, K1	**Symptombezogene Untersuchung**	80	4,66		10,72		16,32
15		**Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen** während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken. Die Leistung nach Nr. 15 darf nur einmal im Kalenderjahr berechnet werden. Neben der Leistung nach Nummer 15 ist die Leistung nach Nummer 4 im Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.	300	17,49		40,22		61,20

Kapitel II Zuschläge zu Beratungen und Untersuchungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5

Allgemeine Bestimmungen: Die Zuschläge nach den Buchstaben A bis D sowie K1 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Sie dürfen, unabhängig von der Anzahl und Kombination der erbrachten Leistungen, je Inanspruchnahme des Arztes bzw. der Ärztin nur einmal berechnet werden.

Neben den Zuschlägen nach den Buchstaben A bis D sowie K1 dürfen die Zuschläge nach den Buchstaben E bis J sowie K2 nicht berechnet werden. Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluss an die zugrundeliegende Leistung aufzuführen.

GOP-Nr.	daneben anrechenbar	Leistungsbeschreibung	Punkte	1x	Keine Steigerung möglich
A	1, 3, 4, 5, K1	Zuschlag für **außerhalb der Sprechstunde** erbrachte Leistungen. Der Zuschlag nach Buchstabe A ist neben den Zuschlägen nach den Buchstaben B, C und/oder D nicht berechnungsfähig.	70	4,08	
B	1, 3, 4, 5, D, K1	Zuschlag für i. d. **Zeit zw. 20.00 u. 22.00 Uhr oder 6.00 u. 8.00 Uhr außerhalb d. Sprechstunde** erbrachte Leistungen	180	10,49	
C	1, 3, 4, 5, D, K1	Zuschlag für i. d. **Zeit zw. 22.00 u. 6.00 Uhr** erbrachte Leistungen. Neben dem Zuschlag nach Buchstabe C ist der Zuschlag nach Buchstabe B nicht berechnungsfähig.	320	18,65	
D	1, 3, 4, 5, B, C, K1	Zuschlag für an **Samstagen, Sonn- oder Feiertagen** erbrachte Leistungen. Bei Leistungen innerhalb einer Sprechstunde an Samstagen ist der Zuschlag nach D nur mit dem halben Gebührensatz berechnungsfähig. Werden Leistungen an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen zwischen 20.00 und 8.00 Uhr erbracht, ist neben dem Zuschlag nach Buchstabe D, ein Zuschlag nach Buchstabe B oder C berechnungsfähig.	220	12,82	
K1	5, A, B, C, D	Zuschlag zu Untersuchungen bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr nach den Nrn. 5, 6, 7	120	6,99	

Kapitel III Spezielle Beratungen und Untersuchungen

GOP-Nr.	daneben anrechenbar	Leistungsbeschreibung	Punkte	1x	1,8x	2,3x	2,5x	3,5x
20		**Beratungsgespräch in Gruppen** von 4 bis 12 Teilnehmern im Rahmen der Behandlung von chronischen Krankheiten, je Teilnehmer und Sitzung (Dauer mind. 50 Min.). Neben der Leistung nach Nr. 20 sind die Leistungen nach den Nrn. 847, 862, 864, 871 und/oder 887 nicht berechnungsfähig.	120	6,99		16,09		24,48
22	5	**Eingehende Beratung einer Schwangeren im Konfliktfall über die Erhaltung oder den Abbruch der Schwangerschaft** auch einschließlich Beratung über soziale Hilfen, ggf. auch einschließlich Beurteilung über das Vorliegen einer Indikation für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch – neben der Nr. 22 sind die Leistungen gem. Nrn. 1, 3, 21 oder 34 nicht berechnungsfähig.	300	17,49		40,22		61,20
34	5	**Erörterung (Dauer mind. 20 Min.) der Auswirkungen einer Krankheit auf die Lebensgestaltung** in unmittelbarem Zusammenhang m. d. Feststellung oder erheblichen Verschlimmerung einer nachhaltig lebensverändernden oder lebensbedrohenden Erkrankung, ggf. einschließlich Planung eines operativen Eingriffs u. Abwägung seiner Konsequenzen und Risiken, einschließlich Beratung ggf. unter Einbeziehung von Bezugspersonen. Die Nr. 34 ist innerhalb von 6 Monaten höchstens zweimal berechnungsfähig.	300	17,49		40,22		61,20

Kapitel IV Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz

GOP-Nr.	daneben anrechenbar	Leistungsbeschreibung	Punkte	1x	1,8x	2,3x	2,5x	3,5x
45		**Visite im Krankenhaus.** Die Leistung ist neben den Leistungen des Abschnitts B nicht berechnungsfähig; sie ist nur berechnungsfähig, wenn diese durch eine*n liquidationsberechtigte*n Arzt*Ärztin des Krankenhauses oder der ständigen ärztlichen Vertretung persönlich erbracht wird.	70	4,08		9,38		14,28
46		**Zweitvisite im Krankenhaus.** Einschränkung wie Nr. 45.	50	2,91		6,70		10,20
50	Wegegeld[1] (§ 8 GOÄ)	**Besuch**, einschließlich Beratung u. symptombezogene Untersuchung Nr. 50 darf anstelle oder neben den Nrn. 45 oder 46 nicht berechnet werden, neben der Nr. 50 sind die Nrn. 1, 5, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.	320	18,65		42,90		65,28
51	Wegegeld (§ 8 GOÄ)	Besuch eines weiteren Kranken in derselben häuslichen Gemeinschaft in unmittelbar zeitlichem Zusammenhang m. d. Leistung nach Nr. 50, einschließlich Beratung u. symptombezogener Untersuchung, Einschränkungen siehe Nr. 50.	250	14,57		33,52		51,00
55		**Begleitung** eines Patienten*einer Patientin durch den*die behandelnde*n Arzt*Ärztin **zur unmittelbaren notwendigen stationären Behandlung**, ggf. einschließlich organisatorischer Vorbereitung der Krankenhausaufnahme, neben Nr. 55 sind die Nrn. 56, 60 und/oder 833 nicht berechnungsfähig	500	29,14		67,03		102,00
56	833	**Verweilen**, ohne Unterbrechung u. ohne Erbringung anderer ärztlicher Leistungen, wg. Erkrankung erforderlich, je angefangene halbe Stunde. Die Verweilgebühr darf nur berechnet werden, wenn der Arzt*die Ärztin nach der Beschaffenheit des Krankheitsfalls mind. eine halbe Stunde verweilen muss u. während dieser Zeit keine ärztliche(n) Leistung(en) erbringt.	180	10,49	18,89		26,23	
60		**Konsiliarische Erörterung** zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzt*innen, für jede*n Arzt*Ärztin Nr. 60 darf nur berechnet werden, wenn sich der*die liquidierend*e Arzt*Ärztin zuvor oder in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung persönlich mit dem Patienten*der Patientin befasst hat. Nicht berechnungsfähig, wenn die Ärzt*innen Mitglieder derselben Krankenhausabteilung oder derselben Praxis gleicher oder ähnlicher Fachrichtung sind. Nicht berechnungsfähig für routinemäßige Besprechungen.	120	6,99		16,09		24,48

Kapitel V Zuschläge zu den Leistungen nach den Nummern 45 bis 62

Allgemeine Bestimmungen: Die Zuschläge nach den Buchstaben E bis J sowie K2 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Abweichend hiervon sind die Zuschläge nach den Buchstaben E bis H neben der Leistung nach Nr. 51 nur mit dem halben Gebührensatz berechnungsfähig. Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nrn. 45 bis 55 und 60 dürfen die Zuschläge unabhängig von der Anzahl und Kombination der erbrachten Leistungen je Inanspruchnahme des Arztes*der Ärztin nur einmal berechnet werden. Neben den Zuschlägen nach den Buchstaben E bis J sowie K2 dürfen die Zuschläge nach den Buchstaben A bis D sowie K1 nicht berechnet werden. Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluss an die zugrundeliegende Leistung aufzuführen.

GOP-Nr.	daneben anrechenbar	Leistungsbeschreibung	Punkte	1x	Keine Steigerung möglich
E	50, 51, 55, 56, 60	Zuschlag für dringend angeforderte u. unverzüglich erfolgte Ausführung. Zuschlag E ist neben Leistungen nach den Nrn. 45, 46 und neben Zuschlägen nach den Buchstaben F, G und/oder H nicht berechnungsfähig.	160	9,33	
F	50, 51, 55, 56, 60	Zuschlag für i. d. Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr erbrachte Leistungen. Der Zuschlag nach Buchstabe F ist neben den Leistungen nach den Nrn. 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.	260	15,15	
G	45, 46, 50, 51, 55, 56, 60	Zuschlag für i. d. Zeit zwischen 22 und 6 Uhr erbrachte Leistungen. Der Zuschlag nach Buchstabe G ist neben den Leistungen nach den Nrn. 45, 46, 48, 52 und Zuschlag F nicht berechnungsfähig.	450	26,23	

[1] Wegegeld im Radius um die Praxis, bis zu 2 km 3,58 €; 2 bis 5 km 6,65 €; 5 bis 10 km 10,23 €; mehr als 10 km 15,34 € (zwischen 20.00 Uhr und 8.00 Uhr 7,14 €/10,23 €/15,34 €/25,56 €)

H	50, 55, 56, 60, F, G	Zuschlag für an Samstagen, Sonn- und Feiertagen erbrachte Leistungen. Der Zuschlag nach Buchstabe H ist neben den Leistungen nach den Nrn. 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.	340	19,82				

Kapitel VI Berichte, Briefe

GOP-Nr.	daneben anrechenbar	Leistungsbeschreibung	Punkte	1x	1,8x	2,3x	2,5x	3,5x
70		**Kurze Bescheinigung** oder kurzes Zeugnis Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen	40	2,33		5,36		8,16
75		**Ausführlicher schriftlicher Krankheits- u. Befundbericht** (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem/n Befund/en zur epikritischen Bewertung u. ggf. zur Therapie. **Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht ist mit der Gebühr für die zugrundeliegende Leistung abgegolten.**	130	7,58		17,43		26,52
80	95, 96	**Schriftliche gutachtliche Äußerung.**	300	17,49		40,22		61,20
85		**Schriftliche gutachtliche Äußerung** mit einem das gewöhnliche Maß übersteigenden Aufwand, ggf. **mit wissenschaftlicher Begründung**, je angefangene Stunde Arbeitszeit	500	29,14		67,03		102,00
90	95, 96	Schriftliche Feststellung über das Vorliegen oder Nichtvorliegen einer Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch	120	6,99		16,09		24,48
95	80, 85, 90	**Schreibgebühr**, je angefangene DIN-A4-Seite	60	3,50				
96		Schreibgebühr, je **Kopie** Schreibgebühren nach den Nrn. 95 u. 96 sind nur neben den Leistungen nach den Nrn. 80, 85 und 90 und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.	3	0,17				

Abschnitt G

(Auszug) Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie

GOP-Nr.	daneben anrechenbar	Leistungsbeschreibung	Punkte	1x	1,8x	2,3x	2,5x	3,5x
801		Eingehende psychiatrische Untersuchung – ggf. unter Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson	250	14,57		33,52		51,00
808		Einleitung oder Verlängerung der tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie, einschließlich Antrag auf Feststellung der Leistungspflicht im Rahmen des Gutachterverfahrens, ggf. einschließlich Besprechung mit dem nichtärztlichen Psychotherapeuten*Psychotherapeutin.	400	23,31		53,62		81,60
833	56	**Begleitung eines psychisch Kranken bei Überführung in die Klinik**, einschließlich Ausstellung der notwendigen Bescheinigungen. Verweilgebühren sind nach Ablauf einer halben Stunde zusätzlich berechnungsfähig.	285	16,61		38,21		58,14
835		Einmalige, nicht in zeitlichem Zusammenhang mit einer eingehenden Untersuchung durchgeführte Erhebung der Fremdanamnese über einen psychisch Kranken oder über ein verhaltensgestörtes Kind.	64	3,73		8,58		13,06
845		**Behandlung einer Einzelperson** durch **Hypnose**.	150	8,74		20,11		30,60
846		**Übende Verfahren** (z. B. autogenes Training, **Einzelbehandlung**, mind. 20 Min.	150	8,74		20,11		30,60
847		**Übende Verfahren** (z. B. autogenes Training), **Gruppenbehandlung** mit höchstens zwölf Teilnehmer*innen Dauer mind. 20 Min., je Teilnehmer*in	45	2,62		6,03		9,18
849		Psychotherapeutische Behandlung bei psychoreaktiven, psychosomatischen oder neurotischen Störungen, Dauer mind. 20 Min., als Einzelbehandlung.	230	13,41		30,83		46,92
855		Anwendung u. Auswertung projektiver Testverfahren (z. B. Rorschach-Test, TAT) mit schriftlicher Aufzeichnung insgesamt. Anmerkung zum Begriff „insgesamt": nur einmal je Sitzung berechnungsfähig	722	42,08	75,75		105,21	
856		Anwendung u. Auswertung **standardisierter Intelligenz- u. Entwicklungstests** (Staffeltest oder HAWIE(K), IST/Amthauer, Bühler-Hetzer, Binet-Simon, Kramer) mit schriftlicher Aufzeichnung insgesamt	361	21,04	37,88		52,60	

		Anmerkung zum Begriff „insgesamt“: nur einmal je Sitzung berechnungsfähig						
857		Anwendung u. Auswertung orientierender Testuntersuchungen (z. B. Fragebogentest nach Eysenck, MPQ oder MPI, Raven-Test, Sceno-Test, Wartegg-Zeichentest, Haus-Baum-Mensch, mit Ausnahme des sog. Lüscher-Tests), nur einmal je Sitzung berechnungsfähig, insgesamt Anmerkung zum Begriff „insgesamt“: nur einmal je Sitzung berechnungsfähig	116	6,76	12,17		16,90	
860		Erhebung einer **biographischen Anamnese** unter neurosenpsychologischen Gesichtspunkten mit schriftlicher Aufzeichnung zur Einleitung u. Indikationsstellung bei tiefenpsychologisch fundierter u. analytischer Psychotherapie, ist bei Verhaltenstherapie analog anzuwenden, **auch in mehreren Sitzungen**, nicht neben Nr. 835 berechnungsfähig. Die Nr. 860 ist **im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig**.	920	53,62		123,34		187,69
861		**Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Einzelbehandlung**, Dauer mind. 50 Min.	690	40,22		92,50		140,76
862		**Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Gruppenbehandlung**, mit einer Teilnehmerzahl von höchstens 8 Personen, Dauer mind. 100 Min., je Teilnehmer*in	345	20,11		46,25		70,38
863		**Analytische Psychotherapie, Einzelbehandlung**, Dauer mind. 50 Min.	690	40,22		92,50		140,76
864		**Analytische Psychotherapie, Gruppenbehandlung** mit einer Teilnehmerzahl von höchstens 8 Personen, Dauer mind. 100 Min., je Teilnehmer*in	345	20,11		46,25		70,38
865		Besprechung mit dem nichtärztlichen Psychotherapeuten über die Fortsetzung der Behandlung.	345	20,11		46,25		70,38
870		**Verhaltenstherapie, Einzelbehandlung**, Dauer mind. 50 Min., ggf. Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mind. 25 Min.	750	43,72		100,55		153,00
871		**Verhaltenstherapie, Gruppenbehandlung** mit einer Teilnehmerzahl von höchstens 8 Personen, Dauer mind. 50 Min., je Teilnehmer*in. **Bei einer Dauer von mind. 100 Min. kann die Leistung nach 871 zweimal berechnet werden.**	150	8,74		20,11		30,60

Basistarif

Jede private Krankenversicherung muss einen Basistarif anbieten. In diesem Tarif besteht eine Aufnahmepflicht (Kontrahierungszwang) für die Versicherung; Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse gibt es nicht.

Der Basistarif ist in seinem Leistungsumfang mit dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar. Im Hinblick auf die Vergütung haben der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine Vereinbarung zur Vergütung ärztlicher Leistungen für im Basistarif-Versicherte getroffen. Die Vereinbarung legt fest, dass Laborleistungen mit dem 0,9-fachen des Vergütungssatzes, technische Leistungen mit dem 1,0-fachen des Vergütungssatzes (z. B. Diagnostik) und die übrigen Leistungen (z. B. Psychotherapie) mit dem 1,2-fachen des Vergütungssatzes vergütet werden.

Beihilfe und Postbeamtenkrankenkassen

Die Postbeamtenkasse erbringt Beihilfeleistungen für Beschäftigte in den Nachfolgeunternehmen der ehemaligen Deutschen Bundespost und ergänzt diese um Krankenkassenleistungen. Die Allg. Versicherungsbedingungen (AVB) orientieren sich an der Behilfeverordnung des Bundes, ebenso das Antragsverfahren. Die Mitglieder der Gruppe B (mittlerer, gehobener und höherer Dienst und deren Hinterbliebene, Mitglieder ohne Beihilfeanspruch) werden wie Privatversicherte auf Rechnung behandelt und erhalten das 1,9-fache der Aufwendungen erstattet. Darüber hinaus in Rechnung gestellte Gebühren müssen von den Patient*innen zugezahlt werden.

Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB)

In der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (Beamte der Besoldungsgruppen A1 bis A10 einschließlich Versorgungsempfänger und Hinterbliebene), sowie für die mitversicherten Angehörigen gelten Sondertarife.

Die KVB zahlt Zuschüsse nach der Leistungstafel KVB-Tarife. Bei Mitgliedern und Mitversicherten der Beitragsklassen I bis III kann ein GOP-Satz bis zum 2,2-fachen des Einfachsatzes auf der Grundlage des GOP-Punktwertes von 5,82873 Cent berechnet werden. Die KVB erstattet nur 80 % der erstattungsfähigen Aufwendungen, der Rest ist Selbstbeteiligung. KVB-Versicherte sind Selbstzahler*innen, deshalb werden sie wie privat Versicherte behandelt. Die Rechnung muss den Vermerk „KVB-Vertrag“ enthalten.

Neue psychotherapeutische Leistungen nach GOÄ und GOP ab 01.07.2024

Gemeinsame Abrechnungsempfehlungen der Bundespsychotherapeutenkammer, der Bundesärztekammer, dem Verband der Privaten Krankenversicherung und den Beihilfestellen von Bund und Ländern zur Erbringung neuer psychotherapeutischer Leistungen

Nr. der Empfehlung	Analog GOP-Nr.	Leistungsbeschreibung	Punkte	1x	1,8x	2,3x
1	**804a**	Einbindung einer die Psychotherapie spezifisch ergänzenden oder **unterstützenden DiGA**, die bei psychotherapeutisch-psychiatrischer Indikation eingesetzt wird	150	8,74		20,11
2	**855a**	Durchführung, Auswertung und Besprechung einer **psychologischen – auch neuropsychologischen – Testbatterie** zum umfassenden Assessment (mind. 3 Testverfahren, z.B. PHQ-D, BDI, PSSI, ISR, HAQ) *je Testbatterie*	722	42,08	75,75	
3	**855a**	Anwendung eines validierten, standardisierten, strukturierten **klinisch-diagnostischen Interviews** (z.B. SIAB-EX, Module des SCID-5-CV, PANSS-Interview) mit schriftlicher Aufzeichnung, *je Interview*	722	42,08	75,75	
4	**801a**	Erhebung des aktuellen **psychischen Befundes** *Anmerkung: nicht zusätzlich zur psychotherapeutischen Sprechstunde abrechenbar*	250	14,57		33,52
5	**804a**	Psychotherapeutische Behandlung durch eingehendes **therapeutisches Gespräch** – auch mit gezielter Exploration *einmal je Kalendertag*	150	8,74		20,11
6	**807a**	**Vertiefte Exploration** in Fortführung einer biografischen psychotherapeutischen Anamnese bei **Kindern und Jugendlichen** unter Einschaltung der Bezugs- und Kontaktpersonen mit schriftlicher Aufzeichnung, auch in mehreren Sitzungen	400	23,31		53,62
7	**807a**	**Vertiefte Exploration** in Fortführung einer biografischen psychotherapeutischen Anamnese bei **Erwachsenen** unter Einschaltung der Bezugs- und Kontaktpersonen mit schriftlicher Aufzeichnung	400	23,41		53,62
8	**860a**	Erhebung einer **biografischen Anamnese** mit schriftlicher Aufzeichnung zur Einleitung und Indikationsstellung eines wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahrens, auch in mehreren Sitzungen	920	53,62		123,34
9	**817a**	**Eingehende psychotherapeutische Beratung der Bezugspersonen von Kindern und Jugendlichen** anhand erhobener Befunde und Erläuterung geplanter therapeutischer Maßnahmen	180	10,49		24,13
10	**817a**	**Eingehende psychotherapeutische Beratung der Bezugspersonen von Erwachsenen** anhand erhobener Befunde und Erläuterung geplanter therapeutischer Maßnahmen	180	10,49		24,13
11	**870a**	**Systemische Therapie sowie Neuropsychologische Psychotherapie oder EMDR** als psychotherapeutische Methode in den Anwendungsbereichen der Psychotherapie gemäß Anlage 1, **Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten – gegebenenfalls Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten**	750	43,72		100,55
12	**85a**	**Erstellung eines verfahrensspezifischen Berichts** an den Gutachter für die Beantragung einer Psychotherapie mit einem wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren unter Einbeziehung vorliegender Befunde und ggf. Abstimmung mit vor- und mitbehandelnden Ärzten und Psychotherapeuten *je angefangene Stunde Arbeitszeit*	500	29,14		67,03
13	**812a**	**Psychotherapeutische Akutbehandlung –** psychotherapeutische Behandlung zur Entlastung bei akuten psychischen Krisen- und Ausnahmezuständen mittels geeigneter psychotherapeutischer Interventionen nach wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren und -methoden gemäß Anlage I mit einem **Behandlungsbeginn nach Indikationsstellung innerhalb von zwei Wochen** *je vollendete 25 Minuten, daneben sind die Nrn. 861, 863, 870, 870 analog nicht berechnungsfähig* Die Leistung ist bis zu zweimal an einem Kalendertag und bis zu vierundzwanzigmal im Jahr berechnungsfähig.	500	29,14		67,03
14	**812a**	**Psychotherapeutische Kurzzeittherapie –** symptom- und/oder konfliktbezogene Behandlung mittels geeigneter psychotherapeutischer Interventionen nach wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren und -methoden gemäß Anlage 1, *je vollendete 25 Minuten, daneben sind die Nrn. 861, 863, 870, 870 analog nicht berechnungsfähig* Die Leistung ist bis zu zweimal an einem Kalendertag und bis zu achtundvierzigmal im Jahr berechnungsfähig.	500	29,14		67,03

15	**812a**	**Psychotherapeutische Sprechstunde –** über die Durchführung der Psychotherapie mit dem Ziel der Abklärung des Vorliegens einer krankheitswertigen Störung, ggf. einschließlich - orientierende, diagnostische Abklärung der krankheitswertigen Störung - differentialdiagnostische Abklärung der krankheitswertigen Störung - Abklärung des individuellen Behandlungsbedarfes und Empfehlungen über die weitere Behandlung - psychotherapeutische Intervention - Hinweise zu weiteren Hilfemöglichkeiten *je vollendete 25 Minuten, daneben sind die Nrn. 801 analog, 861, 863, 870, 870 analog nicht berechnungsfähig* Die Leistung ist höchstens sechsmal im Jahr, bei Kindern und Jugendlichen sowie Patienten mit einer geistigen Behinderung höchstens zehnmal berechnungsfähig.	500	29,14		67,03
16	**812a**	**Gruppenpsychotherapeutische Kurzzeittherapie – symptom-, konfliktbezogene und/oder störungsspezifische Gruppenbehandlung mittels geeigneter psychotherapeutischer Interventionen nach wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren und -methoden gemäß Anlage 1 mit mindestens 2 bis 9 Teilnehmern** *je vollendete 50 Minuten und Teilnehmer, daneben sind die Nrn. 862, 864, 871, 871 analog nicht berechnungsfähig* Die Leistung ist bis zu zweimal an einem Kalendertag und bis zu achtundvierzigmal im Jahr berechnungsfähig.	500	29,14		67,03

Hinweise zu den Abrechnungsempfehlungen

(1) Wird eine Leistung nach diesen Abrechnungsempfehlungen analog abgerechnet, gilt der Gebührenrahmen nebst sämtlichen weiteren gebührenrechtlichen Vorgaben, für die zur analogen Berechnung herangezogene Gebührenposition auch für die tatsächlich erbrachte und analog berechnete Leistung (Erben von Rahmenbedingungen) soweit sich aus dieser Abrechnungsempfehlung nichts anderes ergibt.

(2) Aus der Rechnung muss der Leistungstext bzw. bei analog abrechenbaren Leistungen der Leistungstext, der sich aus dieser Abrechnungsempfehlung ergibt, hervorgehen.

Anlage 1

Die Bundesärztekammer, die Bundespsychotherapeutenkammer, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Beihilfestellen von Bund und Ländern[2] stellen zur Konkretisierung der Abrechnungsempfehlungen 11, 14 und 16 fest:

Die nachstehenden wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren und Psychotherapiemethoden können wie folgt Anwendung finden:

1. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Erwachsenen sowie bei Kindern und Jugendlichen im gesamten Spektrum der Indikationen für eine psychotherapeutische Behandlung
2. Analytische Psychotherapie bei Erwachsenen sowie bei Kindern und Jugendlichen im gesamten Spektrum der Indikationen für eine psychotherapeutische Behandlung
3. Verhaltenstherapie bei Erwachsenen sowie bei Kindern und Jugendlichen im gesamten Spektrum der Indikationen für eine psychotherapeutische Behandlung
4. Systemische Therapie bei Erwachsenen sowie bei Kindern und Jugendlichen im gesamten Spektrum der Indikationen für eine psychotherapeutische Behandlung
5. Neuropsychologische Therapie bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen bei den Indikationen
   - Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psycho-trope Substanzen bedingt (F04 nach ICD-10),
   - Organische emotional labile (asthenische) Störung (F06.6 nach ICD-10),
   - Leichte kognitive Störung (F06.7 nach ICD-10),
   - Sonstige näher bezeichnete organische psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit (F06.8 nach ICD-10),
   - Nicht näher bezeichnete organische psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit (F06.9 nach ICD-10),
   - Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns (F07 nach ICD-10)
6. EMDR bei Erwachsenen bei der Indikation „Posttraumatische Belastungsstörung" (F43.1 nach ICD-10)

[2] mit Ausnahme der Länder Hamburg und Schleswig-Holstein