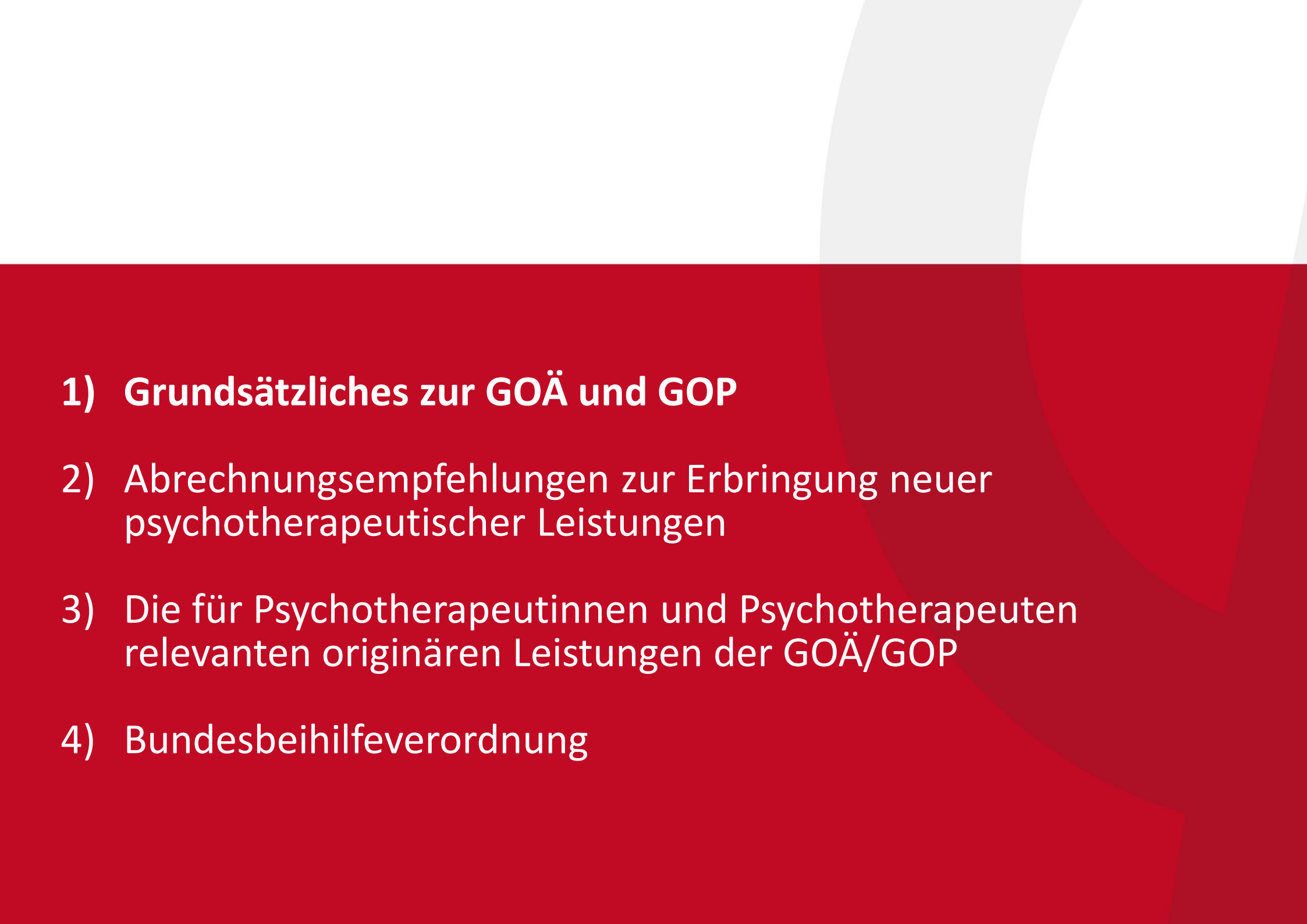


Psychotherapeutische Privatleistungen richtig abrechnen – GOÄ/GOP, neue Abrechnungsempfehlungen, Bundesbeihilfe

Dipl.-Psych. Dieter Best, Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Medhochzwei-Verlag, Webinar am 20.11.2024

- 
- 1) **Grundsätzliches zur GOÄ und GOP**
 - 2) Abrechnungsempfehlungen zur Erbringung neuer psychotherapeutischer Leistungen
 - 3) Die für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten relevanten originären Leistungen der GOÄ/GOP
 - 4) Bundesbeihilfeverordnung

Historie der GOÄ/GOP

12.11.1982	Erlass der GOÄ, weitgehend in der jetzigen Fassung
01.01.1996	Teil-Novellierung der GOÄ
01.01.1999	§ 9 Psychotherapeutengesetz: BMG wird ermächtigt, eine Gebührenordnung der Psychotherapeuten zu erlassen
24.06.2000:	GOP wird vom Bundesrat verabschiedet

GOÄ und GOP als staatliche Gebührenordnungen

- GOÄ und GOP sind Rechtsverordnungen des Bundesministeriums für Gesundheit. Sie bedürfen der Zustimmung des Bundesrats. Die GOÄ ist von 1982, seit der Teilnovellierung von 1996 gab es keine Veränderungen.
- Die GOP vom 8.6.2000 verweist auf die GOÄ: „Vergütungen für die beruflichen Leistungen der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ... richten sich nach der Gebührenordnung für Ärzte...“. Und: „Vergütungen ... sind nur für Leistungen berechnungsfähig, die in den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte aufgeführt sind.“

Die vorhandenen Kommentierungen zur GOÄ/GOP



Die wichtigsten Paragrafen in der Übersicht

§ 5 GOÄ: Höhe der Gebühr

Die Höhe der Gebühr bemisst sich nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes.

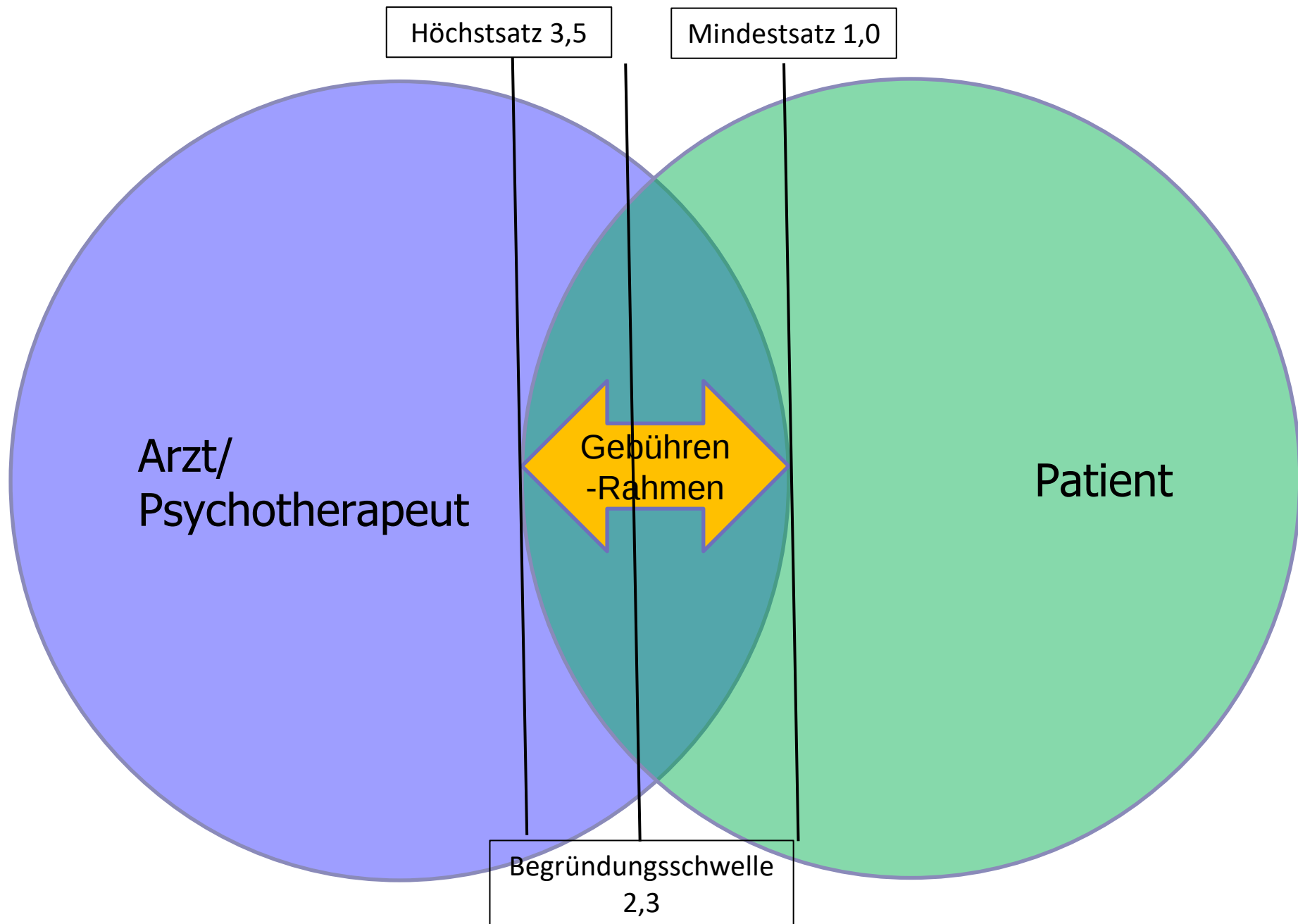
In der Regel darf eine Gebühr nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3fachen des Gebührensatzes bemessen werden; ein Überschreiten des 2,3fachen des Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 (des Absatzes 2) genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen.

§ 5 Abs. 2 Satz 1: „Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen. Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles begründet sein; ... In der Regel darf eine Gebühr nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3-fachen des Gebührensatzes bemessen werden; ein Überschreiten des 2,3-fachen des Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen.“

Welche Besonderheiten können dies beispielsweise sein?

- Erhebliche Zeitüberschreitung bei einer mit einer Mindestzeit versehenen Leistung
- überdurchschnittlicher Aufwand bei der Vor- und Nachbereitung einer Leistung
- Komplexes Krankheitsbild, Berücksichtigung von Komorbiditäten
- Erschwerende Umstände der Ausführung
- Erschwerte Verständigung
- Notwendiges Literaturstudium bei seltenen Erkrankungen
- Leistung wird vom Patienten dringend angefordert
- Leistungserbringung zur Unzeit (sofern Unzeitzuschläge des Kapitels B nicht geltend gemacht werden können)

Grundsatz: Der Aufwand muss überdurchschnittlich sein. Bei mittlerer Schwierigkeit und durchschnittlichem Zeitaufwand ist eine Gebühr innerhalb der Spanne vom 1- bis 2,3-fachen des Gebührensatzes zu bemessen (Regelspanne).



§ 2 Abweichende Vereinbarung („Honorarvereinbarung“)

Mit einer Honorarvereinbarung nach § 2 GOÄ können die Begrenzungen der Steigerungsfaktoren nach § 5 Abs. 2 im gegenseitigen Einverständnis aufgehoben werden. Dies ist an mehrere Bedingungen geknüpft:

- Vereinbarung muss vor Beginn der Behandlung geschlossen werden.
- Sie muss sich auf einzelnen aufgeführten Leistungen beziehen. Eine pauschale Vereinbarung, z.B. über den generellen Ansatz des 3,5-fachen, ist nicht erlaubt.
- Die Vereinbarung darf keine Erläuterung oder Begründung enthalten.

- In der Rechnung (§ 12 GOÄ/GOP) ist ein Verweis bei den betreffenden Leistungen auf die Honorarvereinbarung zulässig und ausreichend (s. amtliche Begründung zur GOÄ: „Im Falle der Abdingung nach § 2 genügt der Hinweis auf die Sondervereinbarung.“)
- Die Vereinbarung muss eine Feststellung enthalten, „dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf die Erklärung nicht enthalten.“ GOÄ § 2 Abs. 2), s.a. wirtschaftliche Informationspflicht nach § 630c Abs. 3 BGB.
- Nach der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) gelten solche Honorarvereinbarungen als unwirtschaftlich, d.h. die Kosten werden nicht oder nur bis zum 2,3-fachen, bzw. mit zusätzlicher inhaltlicher Begründung ggf. auch bis zum 3,5-fachen erstattet.

Abweichende Vereinbarung (Beispiel):

Zwischen _____ und _____ wird nach § 2 Abs. 1 in Verbindung mit § 5 der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) nach Erörterung der Steigerungssätze durch die Unterzeichnenden folgende Vereinbarung getroffen:

Die Leistungen gemäß GOP-Nr. _____ werden mit dem ____ -fachen Gebührensatz berechnet. Eine Erstattung der Kosten durch den Kostenträger ist möglicherweise nicht gewährleistet.

„Weitere Erklärungen darf die Erklärung nicht enthalten. Der Arzt hat dem Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Vereinbarung auszuhändigen.“ (§ 6 Abs. 2 GOÄ)

Empfehlungen zum Umgang mit den Steigerungsfaktoren

1. Zwischen 2,3-fach und 3,5-fach ist eine fachliche Begründung gemäß § 5 Abs. 2 GOÄ in der Rechnung bei jeder Leistung erforderlich. Voraussetzung: überdurchschnittlicher Behandlungsaufwand. Eine Vereinbarung ist überflüssig.
2. Wenn keine Besonderheiten eine Überschreitung des 2,3-fachen rechtfertigen, ist eine abweichende Vereinbarung nach § 2 möglich (mit Begründung in der Rechnung „gemäß Vereinbarung nach § 2“).
3. Bei Überschreitung des 3,5-fachen: Abweichende Vereinbarung nach § 2 mit Begründung in der Rechnung „gemäß Vereinbarung nach § 2“ ist ausreichend. Wenn jedoch zusätzliche Erschwernisgründe vorliegen, sollten diese in der Rechnung zusätzlich genannt werden.

Ausnahme vom Gebührenrahmen: Gesetzlicher Basistarif

- Seit 1.1.2009 im Rahmen des GKV-WSG (s. § 75 Abs. 3a-3c SGB V), Tarif für bestimmte Versichertengruppen mit dem Zweck, eine allgemeine Versicherungspflicht durchzusetzen (geregelt im Versicherungsaufsichtsgesetz § 152).
- Nur bis zum 1,2-/1,0fachen des Gebührensatzes, keine Zuzahlung erlaubt.
- Mitteilungspflicht des Patienten vor Behandlungsbeginn. Falls nicht erfolgt: normale Privatabrechnung.

§ 4 Gebühren

(Abs. 2a, „Zielleistungsprinzip“) „Für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, kann der Arzt eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet.“

§ 6 Analogabrechnung

„Selbständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden.“

„Eine von der BÄK etablierte Darstellungsweise aufgreifend wird allen Analogabgriffen ein „A“ vorangestellt.“ (aus: Kommentierung praxisrelevanter Analogabrechnungen, Stand: 25. April 2024, Kommentierung der PKV zur GOÄ)

§ 8 Wegegeld und § 9 Reiseentschädigung

Wegegeld: Radius vom Haus bzw. Praxis

- Bis 2 Km: 3,58 € (bei Nacht 7,16 €)
- 2 bis 5 Km: 6,65 € (bei Nacht 10,23 €)
- 5 bis 10 Km: 10,23 € (bei Nacht 15,34 €)
- Mehr als 10 Km: 15,34 € (bei Nacht 25,56 €)

Reiseentschädigung: Bei Fahrten mit eigenem PKW über eine Entfernung von mehr als 25 Km. Die Kosten für Bus, Bahn oder (wenn vertretbar) Taxi können nur in der tatsächlich entstandenen Höhe berechnet werden. Je Km (Hin- und Rückfahrt) 26 Cent und für die Zeit der Abwesenheit, z.B. bis zu 8 Std., 51,13 €.

Kein Steigerungsfaktor!

§ 10 Auslagen

- Nur in der tatsächlichen Höhe der Kosten berechenbar, Rabatte müssen weitergegeben werden.
- Z.B. Portokosten (aber kein Porto für den Versand der Rechnung), Informationsschriften, Bücher usw.
- Praxiskosten wie z.B. Testmaterial, wenn die Kosten höher als ein Euro sind. Kleinmaterialien sind mit den Gebühren für die ärztlichen Leistungen abgegolten. (s. GOP-Kommentar zu § 10 GOÄ sowie Deutsches Ärzteblatt vom 25.2.2011, S. A-422).

§ 12 Rechnung

(1) „Die Vergütung wird fällig, wenn dem Zahlungspflichtigen eine dieser Verordnung entsprechende Rechnung erteilt worden ist.“ (d.h. auch: Vorkasse ist nicht erlaubt)

Die Rechnung muss enthalten:

- Datum der Leistung
- Nr. der Leistung
- Inhalt der Leistung,
- Ggf. die genannte Mindestdauer
- Betrag
- Steigerungssatz

Angabe der Diagnose ist nicht verpflichtend, jedoch sinnvoll, da Kostenträger in der Regel nur erstatten, wenn die Diagnose angegeben ist.

Weitere Hinweise zur Rechnung (nicht in Zusammenhang mit der GOÄ)

- Steuerrechtlich: Angabe der Steuer-Nummer (optional, nicht verpflichtend für Heilberufe) und fortlaufende Nummerierung der Rechnung
- Forderungen verjähren nach 3 Jahren ab Beginn des folgenden Jahres
- Abtretungserklärungen müssen nicht akzeptiert werden.
- Ausfallhonorar auf eigenem Rechnungsformular

Zum Verständnis der Leistungslegenden

Nicht neben: nicht in einer Sitzung

Insgesamt: pro Sitzung bzw. Kontakt ist die Leistung nur 1x berechenbar
(relevant bei den Testverfahren)

Behandlungsfall: ein Monat (entspr. Monatsname) bei derselben Erkrankung
(Gemäß § 188 Abs. 2 BGB wird der Tag des
Behandlungsbeginns bei der Berechnung der Monatsfrist
nicht mitgezählt. Wird also beispielsweise am 17.3. eine
Behandlung begonnen, so beginnt der nachfolgende
Behandlungsfall am 18.4.).

Krankheitsfall: unklar definiert, z. T. wird darunter 1 Jahr, z.T. aber auch die
gesamte Behandlung verstanden

Abschnitt A Gebühren in besonderen Fällen

„Für die nachfolgend genannten Leistungen dürfen Gebühren nur bis zum Zweieinhalbfachen des Vergütungssatzes bemessen werden: ...Nummern 855 bis 857“ (Tests)

Begründungsschwelle liegt beim 1,8fachen

Abschnitt B Grundleistungen und allgemeine Leistungen

Allgemeine Bestimmung Nr. 4

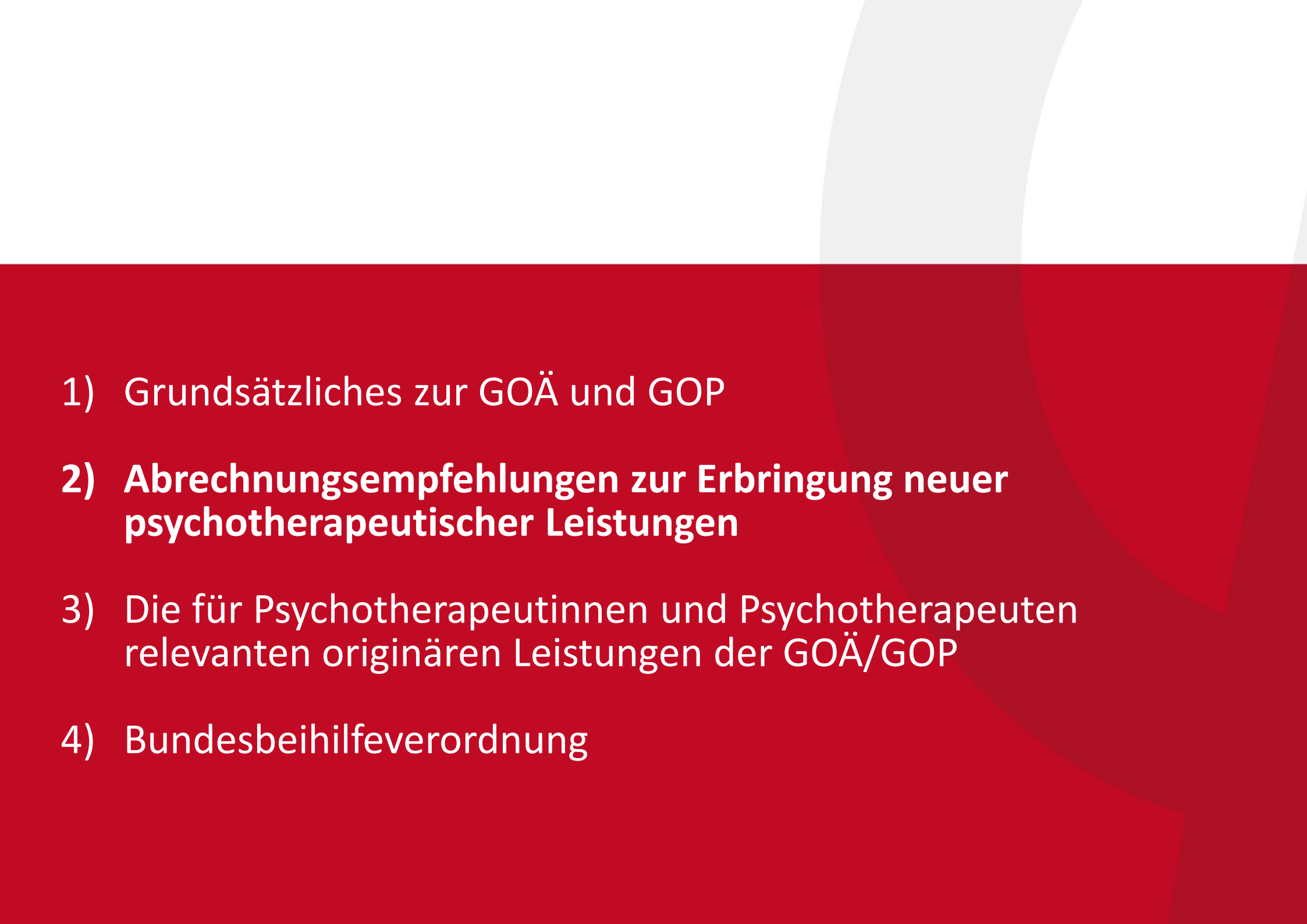
1, 3, 22, 30
und/oder 34



804 bis 812, 817, 835,
849, 861 bis 864, **870,**
871, 886 sowie 887

Allgemeine Bestimmung Nr. 7

Terminvereinbarungen sind nicht berechnungsfähig

- 
- 1) Grundsätzliches zur GOÄ und GOP
 - 2) Abrechnungsempfehlungen zur Erbringung neuer psychotherapeutischer Leistungen**
 - 3) Die für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten relevanten originären Leistungen der GOÄ/GOP
 - 4) Bundesbeihilfeverordnung

Ausgangslage: GOÄ und GOP sind völlig veraltet – eine Reform ist nicht in Sicht

- Neue Leistungen, wie sie bei gesetzlich versicherten Patienten angewandt werden können, sind in der GOÄ/GOP nicht enthalten,
- Die Leistungslegenden sind zum Teil völlig veraltet,
- Ebenso wie die Leistungslegenden sind auch die Gebühren seit 28 Jahren unverändert.

Bisherige Reformbestrebungen

- Die Bestrebungen der Bundesärztekammer (BÄK) zur Reform der GOÄ laufen schon seit 20 Jahren - unter Einbezug der PKVen und der Beihilfen seit mehr als 10 Jahren. Eine zwischen BÄK (unter Beteiligung der BPtK), PKV-Verband und Beihilfen abgestimmte Konzeption für die GOÄneu wurde am 11.9.2024 den ärztlichen Verbänden und der BPtK vorgestellt.
- Statt auf breite Zustimmung stieß der Entwurf der GOÄneu aber auf heftige Ablehnung einiger Arztgruppen und Ärztekammern, mit der Folge, dass der Entwurf vorerst nicht - wie geplant - dem Bundesminister für Gesundheit übergeben werden kann. Abgesehen davon war auch nicht damit zu rechnen, dass die derzeitige Regierung das Reformvorhaben aufgreift.
- Angesichts der derzeitigen politischen Lage müsste eine Reform von der nächsten Regierung wieder aufgegriffen werden.

In dieser Situation war es umso wichtiger, mit den Kostenträgern Überlegungen anzustellen, wie die Bedingungen der Psychotherapie in der Privatbehandlung verbessert werden können.

Dies mündete in die

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

***) mit Ausnahme der Landesbeihilfen HH und S-H**

Geltung ab 01.07.2024

Die Verhandlungen wurden mit Beteiligung der DPtV geführt.

Ziele der Abrechnungsempfehlungen

sind die Erweiterung und Flexibilisierung des Leistungsspektrums in der Privatbehandlung und die Verbesserung der Vergütungen – im Rahmen der bestehenden GOÄ:

- Modernisierung der Leistungslegenden (Nr. 860),
 - Erweiterung des Abrechnungsspektrums um bestehende, als psychiatrisch gekennzeichnete Leistungen (z.B. Nr. 801, 804, 807),
 - sachgerechtere Abrechnungsmöglichkeiten bestehender Leistungen (Nr. 85 statt Nr. 808, Testverfahren),
 - Erweiterung des Abrechnungsspektrums um neue Leistungen, die in der GOÄ bisher nicht enthalten sind (z.B. Systemische Therapie, EMDR, Sprechstunde, Akutbehandlung, Kurzzeittherapie als Einzel- und Gruppenbehandlung).
- Die Anwendung der Abrechnungsempfehlungen ist für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten freiwillig!

Die Abrechnungsempfehlungen sind keine Reform der GOÄ/GOP

- Eine Reform wäre nur durch eine Rechtsverordnung des BMG mit Zustimmung des Bundesrates möglich.
- Die Abrechnungsempfehlungen ändern nichts an den Leistungen und Vergütungen der GOÄ/GOP – auch nicht an der unterschiedlichen Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen der TP/AP (Nrn. 861, 863) im Verhältnis zu denen der VT und ST (870, 870analog).

Grundlage der Abrechnungsempfehlungen ist die Analogabrechnung nach § 6 Abs. 2 GOÄ

- „§ 6 Abs. 2 der Gebührenordnung für Ärzte gilt mit der Maßgabe, dass psychotherapeutische Leistungen, die nicht im Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Ärzte enthalten sind, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung der Abschnitte B und G des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte berechnet werden können.“ (GOP vom 24.6.2000)
- Es gibt nur wenige originäre Leistungen der GOÄ/GOP, an denen sich die neuen, nach „Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistungen der Abschnitte B und G“ orientieren können. Kreative Lösungen waren gefragt.

Als (psychiatrische) Leistungen für eine Analogabrechnung kamen nur in Frage:

- **801** Eingehende psychiatrische Untersuchung – gegebenenfalls unter Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson
- **804** Psychiatrische Behandlung durch eingehendes therapeutisches Gespräch – auch mit gezielter Exploration
- **807** Vertiefte Exploration in Fortführung einer biographischen psychotherapeutischen Anamnese bei Kindern oder Jugendlichen unter Einschaltung der Bezugs- und Kontaktpersonen mit schriftlicher Aufzeichnung, auch in mehreren Sitzungen
- **812** Psychiatrische Notfallbehandlung bei Suizidversuch und anderer psychischer Dekompensation durch sofortige Intervention und eingehendes therapeutisches Gespräch
- **817** Eingehende psychotherapeutische Beratung der Bezugsperson von Kindern oder Jugendlichen anhand erhobener Befunde und Erläuterung geplanter therapeutischer Maßnahmen

Die Abrechnungsbestimmungen der originären Leistungen werden „geerbt“

„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.“ (II. Hinweise zu den Abrechnungsempfehlungen).

Beispiele

- für geerbt: Nr. A 801 (Eingehende psychiatrische Untersuchung - ggf. unter Einschaltung der Bezugs- und / oder Kontaktperson): „Neben der Leistung nach Nummer 801 sind die Leistungen nach den Nummern 4, ...nicht berechnungsfähig.“
- für neu: Nr. A 812 (Akutbehandlung): „Die Leistung ist bis zu 2x an einem Kalendertag und bis zu 24x im Jahr berechnungsfähig.“

Verhältnis von Beihilfeverordnung(en)/PKV-Bestimmungen einerseits und Abrechnungsempfehlungen andererseits

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder Tarifbestimmungen der PKVen und die Beihilfeverordnungen zu Antragsverfahren, Kontingenten, Qualifikationen usw. sind den Abrechnungsempfehlungen übergeordnet.

Beispiele:

- Die BBhV sieht in § 18a Abs. 6 eine KZT mit bis zu 24 Sitzungen zu je 50 Min. vor. Nach der Abrechnungsempfehlung kann eine KZT bis zu 48x im Jahr zu je 25 Min. abgerechnet werden. Nach Ablauf des Jahres wäre zwar nach der Abrechnungsempfehlung eine erneute KZT möglich, nicht jedoch nach der BBhV.
- (fiktives) Beispiel einer PKV: Wenn die vertragliche Bestimmung keine Sprechstunde vorsieht, wird sie (möglicherweise) von der PKV nicht erstattet.

Wie soll mit den Steigerungsfaktoren in Zusammenhang mit den Abrechnungsempfehlungen umgegangen werden?

1. Die Verhandlungspartner waren sich einig, dass die analogen Leistungen der Abrechnungsempfehlungen bis zum 2,3-fachen Steigerungssatz berechnet werden können. Ausnahmen sowohl bei den analogen Leistungen als auch bei den originären GOÄ/GOP-Leistungen sind möglich, wenn Erschwerungsgründe nach § 5 Abs. 2 GOÄ, die einen überdurchschnittlichen Aufwand zur Folge haben, geltend gemacht werden können.
2. Auf Honorarvereinbarungen nach § 2 GOÄ sollte möglichst verzichtet werden, 1. um die Patienten nicht zu sehr zu belasten und 2. um längerfristig den Erhalt der Abrechnungsempfehlungen nicht zu gefährden.

Umsetzung der Abrechnungsempfehlungen bei den PKVen und den Beihilfen

- Die Abrechnungsempfehlungen sind keine verbindlichen Vorgaben für die einzelnen **PKVen**, sondern Empfehlungen. Der PKV-Verband mit 42 Vollversicherungs-PKVen, kann nicht für die Umsetzung durch die einzelnen Unternehmen garantieren. Die Erwartung ist jedoch, dass alle Unternehmen (auch die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten und die Postbeamtenkrankenkasse) die Abrechnungsempfehlungen umsetzen werden. Probleme sollten der BPtK bzw. der BÄK oder dem PKV-Verband gemeldet werden.
- Das BMI hatte zwar ein Verhandlungsmandat für alle **Landesbeihilfen** (mit Ausnahme HH und SH), dies bedeutet jedoch nicht, dass alle Landesbeihilfen die Abrechnungsempfehlungen umsetzen. Außerdem kann es zu Verzögerungen in der Verwaltungspraxis kommen.

Ergänzung zur Beihilfe

Mittels einer „Vorgriffsregelung“ vom 17.5.2024 auf die nächste Änderung der BBhV wurde ermöglicht,

1. dass „Aufwendungen für eine Systemische Therapie bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben“ bereits jetzt beihilfefähig sind,
2. dass „Aufwendungen für eine psychotherapeutische Sprechstunde als Einzeltherapie ... je Krankheitsfall für bis zu 6 Sitzungen in Einheiten von mindestens 25 Minuten beihilfefähig“ sind und dass „für Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und für Menschen mit einer geistigen Behinderung ... Aufwendungen für bis zu 10 Sitzungen je Krankheitsfall als Einzeltherapie beihilfefähig“ sind.

Abrechnungsempfehlung 1

Nr.	Leistungsinhalt		2,3-fach
A804	Einbindung einer die Psychotherapie spezifisch ergänzenden oder unterstützenden DiGA, die bei psychotherapeutisch-psychiatrischer Indikation eingesetzt wird.		20,11 €

Leistungsinhalt und Abrechnungsbestimmungen der originären GOÄ-/GOP-Nr.

804	Psychiatrische Behandlung durch eingehendes therapeutisches Gespräch – auch mit gezielter Exploration
-----	---

Anmerkungen

Für Verordnung und Verlaufskontrolle berechenbar. Erfolgt die Verlaufskontrolle im Rahmen einer mit einer Mindestzeit versehenen psychotherapeutischen Sitzung, ist sie nur dann abrechenbar, wenn dadurch ein zusätzlicher – nicht näher quantifizierter - Zeitaufwand geltend gemacht werden kann.

Abrechnungsempfehlung 2

Nr.	Leistungsinhalt	1,8-fach	2,5-fach
A855	Durchführung, Auswertung und Besprechung einer psychologischen – auch neuropsychologischen – Testbatterie zum umfassenden Assessment (mindestens 3 Testverfahren, z.B. PHQ-D, BDI, PSSI, ISR, HAQ), je Testbatterie	75,75 €	105,21 €

Leistungsinhalt und Abrechnungsbestimmungen der originären GOÄ-/GOP-Nr.

855	Anwendung u. Auswertung projektiver Testverfahren (z. B. Rorschach-Test, TAT) mit schriftlicher Aufzeichnung, insgesamt
-----	---

Anmerkung

„Insgesamt“ bedeutet, dass in einem Kontakt nur ein Test derselben Testkategorie berechnet werden kann.

Abrechnungsempfehlung 3

Nr.	Leistungsinhalt	1,8-fach	2,5-fach
A855	Anwendung eines validierten, standardisierten, strukturierten klinisch-diagnostischen Interviews (z.B. SIAB-EX, Module des SCID-5-CV, PANSS-Interview) mit schriftlicher Aufzeichnung, je Interview	75,75 €	105,21 €

Leistungsinhalt und Abrechnungsbestimmungen der originären GOÄ-/GOP-Nr.

855	Anwendung u. Auswertung projektiver Testverfahren (z. B. Rorschach-Test, TAT) mit schriftlicher Aufzeichnung, insgesamt
-----	---

Anmerkungen

Die Leistung kann für jedes Interview abgerechnet werden, z.B. wenn es zur differenzialdiagnostischen Einordnung eines Krankheitsbildes notwendig ist, ein weiteres oder mehrere weitere Interviews durchzuführen. Der Begriff „insgesamt“ der originären Leistung ist durch die Bestimmung „je Interview“ der Analogleistung insofern nicht zu beachten.

Abrechnungsempfehlung 4

Nr.	Leistungsinhalt		2,3-fach
A801	Erhebung des aktuellen psychischen Befundes		33,52 €

Leistungsinhalt und Abrechnungsbestimmungen der originären GOÄ-/GOP-Nr.

801	Eingehende psychiatrische Untersuchung – gegebenenfalls unter Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson – <i>Neben der Leistung nach Nummer 801 sind die Leistungen nach den Nummern 4, 8, 715 bis 718, 825, 826, 830 und 1400 nicht berechnungsfähig.</i>
-----	--

Anmerkungen

- Eine eingehende Untersuchung erfordert nach einem Auslegungsbeschluss der BÄK die Untersuchung der wesentlichen Kernbereiche der psychopathologischen Symptomatik in hinreichendem Detaillierungsgrad: „In der Regel beinhaltet eine eingehende psychiatrische Untersuchung eine Befundung der Teilbereiche Bewusstsein und Orientierung, Affekt, Antrieb, Wahrnehmung, inhaltliches und formales Denken, Ich-Störungen sowie wesentliche kognitiv-mnestische Funktionen.“ (DÄB vom 16.12.2016) Die Untersuchung kann sich auch auf Teilaspekte beziehen. Die Nr. A 801 kann bei Notwendigkeit der Erhebung des aktuellen psychischen Befundes zusätzlich zu einer psychotherapeutischen Behandlung (z.B. Akutbehandlung, KZT, TP, AP, VT, ST (Nr. A 870), Neuropsychologische Therapie (Nr. A 870), EMDR (Nr. A 870), eingehendes therapeutische Gespräch (A 804), psychotherapeutische Behandlung (Nr. 849) usw. berechnet werden.
- Die Nr. A 801 ist nicht kombinierbar mit der Psychotherapeutischen Sprechstunde (Nr. A 812).
- Minstdauer nicht vorgeschrieben. Zusätzlich zu einer zeitgebundenen psychotherapeutischen Leistung „muss ein eigener, quantitativ nicht näher bezifferter Zeitbedarf geltend gemacht werden können.“ (BÄK)

Abrechnungsempfehlung 5

Nr.	Leistungsinhalt		2,3-fach
A804	Psychotherapeutische Behandlung durch eingehendes therapeutisches Gespräch – auch mit gezielter Exploration, 1x je Kalendertag		20,11 €
Leistungsinhalt und Abrechnungsbestimmungen der originären GOÄ-/GOP-Nr.			
804	Psychiatrische Behandlung durch eingehendes therapeutisches Gespräch – auch mit gezielter Exploration		
Anmerkung			
Mindestdauer und maximale Häufigkeit nicht vorgeschrieben			

Abrechnungsempfehlung 6

Nr.	Leistungsinhalt		2,3-fach
A807	Vertiefte Exploration in Fortführung einer biographischen psychotherapeutischen Anamnese bei Kindern oder Jugendlichen unter Einschaltung der Bezugs- und Kontaktpersonen mit schriftlicher Aufzeichnung, auch in mehreren Sitzungen		53,62 €

Leistungsinhalt und Abrechnungsbestimmungen der originären GOÄ-/GOP-Nr.

807	Erhebung einer biographischen psychiatrischen Anamnese bei Kindern oder Jugendlichen unter Einschaltung der Bezugs- und Kontaktpersonen mit schriftlicher Aufzeichnung, auch in mehreren Sitzungen, – Die Leistung nach Nr. 807 ist im Behandlungsfall nur 1x berechnungsfähig.
-----	--

Anmerkung

Minstdauer nicht vorgeschrieben. Die „Einschaltung der Bezugs- und Kontaktpersonen“ ist ein obligatorischer Leistungsinhalt. Als „Behandlungsfall“ gilt in der GOÄ/GOP der Kalendermonat, wenn zwischen zwei Leistungen ein Zeitraum von mindestens vier Wochen liegt.

Abrechnungsempfehlung 7

Nr.	Leistungsinhalt		2,3-fach
A807	Vertiefte Exploration in Fortführung einer biographischen psychotherapeutischen Anamnese bei Erwachsenen unter Einschaltung der Bezugs- und Kontaktpersonen mit schriftlicher Aufzeichnung		53,62 €

Leistungsinhalt und Abrechnungsbestimmungen der originären GOÄ-/GOP-Nr.

807	Erhebung einer biographischen psychiatrischen Anamnese bei Kindern oder Jugendlichen unter Einschaltung der Bezugs- und Kontaktpersonen mit schriftlicher Aufzeichnung, auch in mehreren Sitzungen, – <i>Die Leistung nach Nr. 807 ist im Behandlungsfall nur 1x berechnungsfähig.</i>
-----	---

Anmerkung

Minstdauer nicht vorgeschrieben. Die „Einschaltung der Bezugs- und Kontaktpersonen“ ist ein obligatorischer Leistungsinhalt.

Abrechnungsempfehlung 8

Nr.	Leistungsinhalt		2,3-fach
A860	Erhebung einer biographischen Anamnese mit schriftlicher Aufzeichnung zur Einleitung und Indikationsstellung eines wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahrens, auch in mehreren Sitzungen		123,34 €

Leistungsinhalt und Abrechnungsbestimmungen der originären GOÄ-/GOP-Nr.

860	Erhebung einer biographischen Anamnese unter neurosenpsychologischen Gesichtspunkten mit schriftlicher Aufzeichnung zur Einleitung und Indikationsstellung bei tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie, auch in mehreren Sitzungen. – Die Nr. 860 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig. – Neben der Leistung nach Nr. 860 sind die Leistungen nach Nrn. 807 und 835 nicht berechnungsfähig.
-----	--

Anmerkung

Mindestdauer nicht vorgeschrieben. „Die vergleichsweise hohe Bewertung dieser Gebührenposition sollte sich dabei – auch im Erleben des Patienten – in einer hierfür tatsächlich aufgewandten angemessenen Zeitdauer widerspiegeln. Wenn beispielsweise eine Behandlung nach ein oder zwei psychotherapeutischen Sitzungen abgebrochen wird und die jeweiligen Patientenkontakte dabei kaum länger als die jeweilige Dauer der – abgerechneten – Behandlungssitzungen waren, sind daher Liquidationsstreitigkeiten programmiert, wenn zusätzlich die Nr. 860 für im Zusammenhang damit nebenbei erörterte biografische Fragestellungen angesetzt wird.“ (Brück: Kommentar zur GOÄ). Eine Berechnung 1x im Behandlungsfall wäre nicht plausibel.

Abrechnungsempfehlung 9

Nr.	Leistungsinhalt		2,3-fach
A817	Eingehende psychotherapeutische Beratung der Bezugsperson von Kindern oder Jugendlichen anhand erhobener Befunde und Erläuterung geplanter therapeutischer Maßnahmen		24,13 €
Leistungsinhalt und Abrechnungsbestimmungen der originären GOÄ-/GOP-Nr.			
817	Eingehende psychiatrische Beratung der Bezugsperson psychisch gestörter Kinder oder Jugendlicher anhand erhobener Befunde und Erläuterung geplanter therapeutischer Maßnahmen		
Anmerkung			
Mindestdauer und maximale Häufigkeit nicht vorgeschrieben.			

Abrechnungsempfehlung 10

Nr.	Leistungsinhalt		2,3-fach
A817	Eingehende psychotherapeutische Beratung der Bezugsperson von Erwachsenen anhand erhobener Befunde und Erläuterung geplanter therapeutischer Maßnahmen		24,13 €
Leistungsinhalt und Abrechnungsbestimmungen der originären GOÄ-/GOP-Nr.			
817	Eingehende psychiatrische Beratung der Bezugsperson psychisch gestörter Kinder oder Jugendlicher anhand erhobener Befunde und Erläuterung geplanter therapeutischer Maßnahmen		
Anmerkung			
Mindestdauer und maximale Häufigkeit nicht vorgeschrieben.			

Abrechnungsempfehlung 11

Nr.	Leistungsinhalt		2,3-fach
A870	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		100,55 €

Leistungsinhalt und Abrechnungsbestimmungen der originären GOÄ-/GOP-Nr.

870	Verhaltenstherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten – gegebenenfalls Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten
-----	---

Anmerkung

Probatorische Sitzungen können mit den verfahrensspezifischen Nrn. abgerechnet werden (861, 863, 870, A 870). Sofern Doppel- oder Mehrfach Sitzungen benötigt werden, sollte deren Erstattung durch den Kostenträger vor der Behandlung geklärt werden. Wird eine Sitzung in zwei Hälften geteilt, kann die Leistung erst dann berechnet werden, wenn die zweite Hälfte der Sitzung erbracht wurde. Eine eigenständige Berechnung der Teilleistungen ist nicht vorgesehen.

Abrechnungsempfehlung 12

Nr.	Leistungsinhalt		2,3-fach
A 85	Erstellung des 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		67,03 €

Leistungsinhalt und Abrechnungsbestimmungen der originären GOÄ-/GOP-Nr.

85	Schriftliche gutachtliche Äußerung mit einem das gewöhnliche Maß übersteigenden Aufwand – gegebenenfalls mit wissenschaftlicher Begründung –, je angefangene Stunde Arbeitszeit
----	---

Anmerkung

Die Nr. 85a macht den Ansatz der Nr. 808 obsolet. Kann auch für gutachtenpflichtige Fortführungsanträge und für ergänzende Berichte oder Stellungnahmen im Rahmen einer Zweitbegutachtung verwendet berechnet werden. In Zusammenhang mit der Berechnung der Nr. A 85 kann zusätzlich eine Schreibgebühr nach der Nr. 95, jedoch nur mit dem 1,0-fachen Satz, d.h. mit 3,50 Euro je angefangener DIN-A4-Seite berechnet werden.

Abrechnungsempfehlung 13

Nr.	Leistungsinhalt		2,3-fach
A812	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 – <i>Daneben sind die Nr. 861, 863, 870, A 870 GOÄ/GOP nicht berechnungsfähig</i> – <i>Die Leistung ist bis zu 2x an einem Kalendertag und bis zu 24x im Jahr berechnungsfähig.</i>		67,03 €

Leistungsinhalt und Abrechnungsbestimmungen der originären GOÄ-/GOP-Nr.

812	Psychiatrische Notfallbehandlung bei Suizidversuch und anderer psychischer Dekompensation durch sofortige Intervention und eingehendes therapeutisches Gespräch
-----	---

Anmerkung

Im Unterschied zum EBM nicht mehr als 50 Min. am Tag. Die Möglichkeit der Mehrfachabrechnung und die Einbeziehung von Bezugspersonen soll mit den Partnern der Vereinbarung noch geklärt werden.

Abrechnungsempfehlung 14

Nr.	Leistungsinhalt		2,3-fach
A812	Psychotherapeutische Kurzzeittherapie – symptom- und/oder konfliktbezogene Behandlung mittels geeigneter psychotherapeutischer Interventionen nach wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren und –methoden gemäß Anlage 1, je vollendete 25 Minuten – <i>Daneben sind die Nr. 861, 863, 870, 870 analog nicht berechnungsfähig</i> – <i>Die Leistung ist bis zu zweimal an einem Kalendertag und bis zu achtundvierzigmal im Jahr berechnungsfähig.</i>		67,03 €

Leistungsinhalt und Abrechnungsbestimmungen der originären GOÄ-/GOP-Nr.

812	Psychiatrische Notfallbehandlung bei Suizidversuch und anderer psychischer Dekompensation durch sofortige Intervention und eingehendes therapeutisches Gespräch
-----	---

Anmerkung

Im Unterschied zum EBM nicht mehr als 50 Min. am Tag. Die Möglichkeit der Mehrfachabrechnung und die Einbeziehung von Bezugspersonen soll mit den Partnern der Vereinbarung noch geklärt werden.

Abrechnungsempfehlung 15

Nr.	Leistungsinhalt		2,3-fach
A812	Psychotherapeutische Sprechstunde – über die Durchführung der Psychotherapie mit dem Ziel der Abklärung des Vorliegens einer krankheitswertigen Störung, je vollendete 25 Minuten, ggf. einschließlich – orientierende, diagn. 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 – <i>Daneben sind die Nrn. A 801, 861, 863, 870, 870a nicht berechnungsfähig</i> – <i>Die Leistung ist höchstens 6x im Jahr, bei Kindern und Jugendlichen sowie Patienten mit einer geistigen Behinderung höchstens 10x berechnungsfähig</i>		67,03 €

Leistungsinhalt und Abrechnungsbestimmungen der originären GOÄ-/GOP-Nr.

812	Psychiatrische Notfallbehandlung bei Suizidversuch und anderer psychischer Dekompensation durch sofortige Intervention und eingehendes therapeutisches Gespräch.
-----	--

Abrechnungsempfehlung 16

Nr.	Leistungsinhalt		2,3-fach
A812	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 – <i>Die Leistung ist bis zu 2x an einem Kalendertag und bis zu 48x im Jahr berechnungsfähig</i> – <i>Daneben sind die Nr. 862, 864, 871, 871analog nicht berechnungsfähig</i>		67,03 €
Leistungsinhalt und Abrechnungsbestimmungen der originären GOÄ-/GOP-Nr.			
812	Psychiatrische Notfallbehandlung bei Suizidversuch und anderer psychischer Dekompensation durch sofortige Intervention und eingehendes therapeutisches Gespräch		

Anlage 1

Die Bundesärztekammer, die Bundespsychotherapeutenkammer, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Beihilfestellen von Bund und Ländern (mit Ausnahme HH und S-H) stellen zur Konkretisierung der Abrechnungsempfehlungen 11, 13, 14 und 16 fest:

- 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 psychotrope 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)

6. EMDR bei Erwachsenen bei der Indikation „Posttraumatische Belastungsstörung“ (F43.1 nach ICD-10)

Können die Abrechnungsempfehlungen auch bei laufenden Therapien angewandt werden?

Ja, sofern es zum vorgesehenen Behandlungsablauf passt. Beispielsweise wäre es nicht logisch, während einer Langzeittherapie eine Sprechstunde, Akutbehandlung oder eine Kurzzeittherapie „einzuschieben“. Wenn jedoch eine Behandlung abgeschlossen ist, kann bei vorhandener Indikation mit einem anderen Versorgungsangebot neu begonnen werden.

Bei welchen Leistungen darf ich zusätzlich die Nr. 801a abrechnen?

Die Erhebung des aktuellen psychischen Befunds kann – sofern psychotherapeutisch notwendig - kombiniert werden mit Behandlungsleistungen (z.B. Akutbehandlung, KZT, TP, AP, VT, ST (A 870), EMDR (A 870), psychotherapeutisches Gespräch (Nr. A 804), jedoch nicht mit der Psychotherapeutischen Sprechstunde (Nr. A 812) und nicht mit der Fremdanamnese nach der Nr. 4. Eine Kombination mit weiteren Leistungen ist möglich, wenn dies fachlich begründbar ist, auch z.B. bei einem diagnostischen Interview (Nr. A 855).

Warum gibt es keine Abrechnungsempfehlung zu den probatorischen Sitzungen?

Zum einen wurde kein Regelungsbedarf gesehen, da die probatorischen Sitzungen mit den verfahrensspezifischen Nummern abgerechnet werden können (861, 863, 870, 870a). Diese Nummern stehen auch für die probatorischen Sitzungen der neuen KZT zur Verfügung.

Zum anderen wäre eine einheitliche Empfehlung problematisch, da nicht jede PKV probatorische Sitzungen in ihren Bestimmungen vorsieht. Die Abrechnungsempfehlungen sollen jedoch für alle PKVen gleichermaßen gelten.

Sofern die übergeordnete Norm des Kostenträgers (Beihilfe, PKV-Bestimmungen) probatorische Sitzungen vorsieht, sind diese zusätzlich zum Sitzungskontingent abzurechnen. BBhV: bis 5 Sitzungen (TP, VT, ST) oder 8 Sitzungen (AP), zusätzlich bei Kindern und Jugendlichen oder geistig behinderten Patienten + 2 Sitzungen.

Kann man zusätzlich zu den probatorischen Sitzungen die Nr. 801a abrechnen?

Ja, denn die Erhebung des aktuellen psychischen Befundes ist in der Regel die Voraussetzung für eine probatorische Sitzung.

Kann ich die Durchführung eines Tests während einer Sprechstundensitzung zusätzlich zur Sprechstundensitzung abrechnen?

Hier gilt das sog. Zielleistungsprinzip nach § 4 Abs. 2a GOÄ : „Für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, kann der Arzt eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet.“

Das bedeutet, dass eine Abrechnung von zwei oder mehr Leistungen im selben Kontakt nur möglich ist, wenn beide Leistungen zeitlich getrennt erbracht werden. So ist es nicht erlaubt, bei der Durchführung eines Tests während einer Psychotherapeutischen Sprechstunde sowohl die Psychotherapeutische Sprechstunde als auch den Test abzurechnen. Andernfalls wäre es eine nicht erlaubte Doppelabrechnung. Die „Zielleistung“ ist in diesem Fall die Psychotherapeutische Sprechstunde.

Wenn ein Kostenträger die Zahlung verweigert, kann ich die Rechnung neu, nach altem Muster, stellen (wenn ich den Patienten nicht mit einer Zuzahlung belasten will)?

Ja, eine Rechnung kann nachträglich ohne weiteres geändert oder neu gestellt werden.

Kann ich für Expositionsbehandlungen in der Verhaltenstherapie auch mehrstündige Sitzungen abrechnen?

Sowohl in der neuen Kurzzeittherapie (Abrechnungsempfehlung 14) als auch in der Langzeitverhaltenstherapie ist pro Kontakt bzw. pro Tag nur eine Sitzung von 50 Minuten berechnungsfähig.

Bei Doppelsitzungen kann ein erhöhter Steigerungssatz angewandt werden. Bei der KZT (nach der Nr. A 812) ist dies zwar, wie mit den Kostenträgern vereinbart, nicht vorgesehen, im Ausnahmefall dennoch denkbar, jedoch – wie ein erhöhter Steigerungssatz bei der Nr. 870 bzw. A 870 – wirtschaftlich keine befriedigende Lösung.

In jedem Fall ist es besser, vor Beginn der Behandlung die Zustimmung des Kostenträgers für eine Doppelt- oder Mehrfachberechnung einzuholen.

Was ist mit Video-Behandlungen?

Bundesbeihilfe

Aus einem Informationsblatt des Bundesverwaltungsamtes zur 10. Änderungsverordnung der BBhV zum 1.4.2024: „Aufwendungen für telemedizinische Leistungen (z. B. Videosprechstunden) sind grundsätzlich beihilfefähig, da die BBhV diese nicht ausschließt. Nicht beihilfefähig sind hingegen Kosten für die Beschaffung und den Betrieb haushaltsüblicher Kommunikationsmittel (z. B. Internetanschluss, Smartphone oder Laptop), ...“

PKV

Abrechnungsempfehlung zwischen BPtK, PKV-Verband und Beihilfen: Im Kapitel B können die Nrn. 1, 3, 15 (analog) und 60 (analog) per Video durchgeführt und abgerechnet werden, die Nr. 1 auch per E-Mail. Im Kapitel G können die Leistungen der Nrn. 801, 804, 806, 807, 808, 835, 846, 849, 855, 856, 857, 860, 861, 863, 865, 870 analog abgerechnet werden, wenn sie per Video durchgeführt worden sind.

Wie kann ich EMDR abrechnen? Ist eine Weiterbildung in EMDR die Voraussetzung?

EMDR ist hier – anders als im EBM – eigenständig abrechenbar, wenn EMDR gemäß Nr. A 870 in einer eigenen Sitzung angewandt wird.

Alternativ kann EMDR im Rahmen einer Psychotherapiesitzung durchgeführt werden, ist dann aber nicht zusätzlich berechnungsfähig (Zielleistungsprinzip).

Die Leistungen nach der GOÄ/GOP und die analog abgerechneten Leistungen sind generell nicht an eine Qualifikation gebunden. Welche Qualifikationen für EMDR vorausgesetzt werden, richtet sich nach der Beihilfeverordnung und ggf. nach den Bestimmungen der jeweiligen PKV. Darüber hinaus besteht die berufrechtliche Pflicht, nur solche Leistungen anzuwenden, für die man qualifiziert ist.

Wie sollen die Rechnungen aussehen, wenn Leistungen nach den Abrechnungsempfehlungen abgerechnet werden?

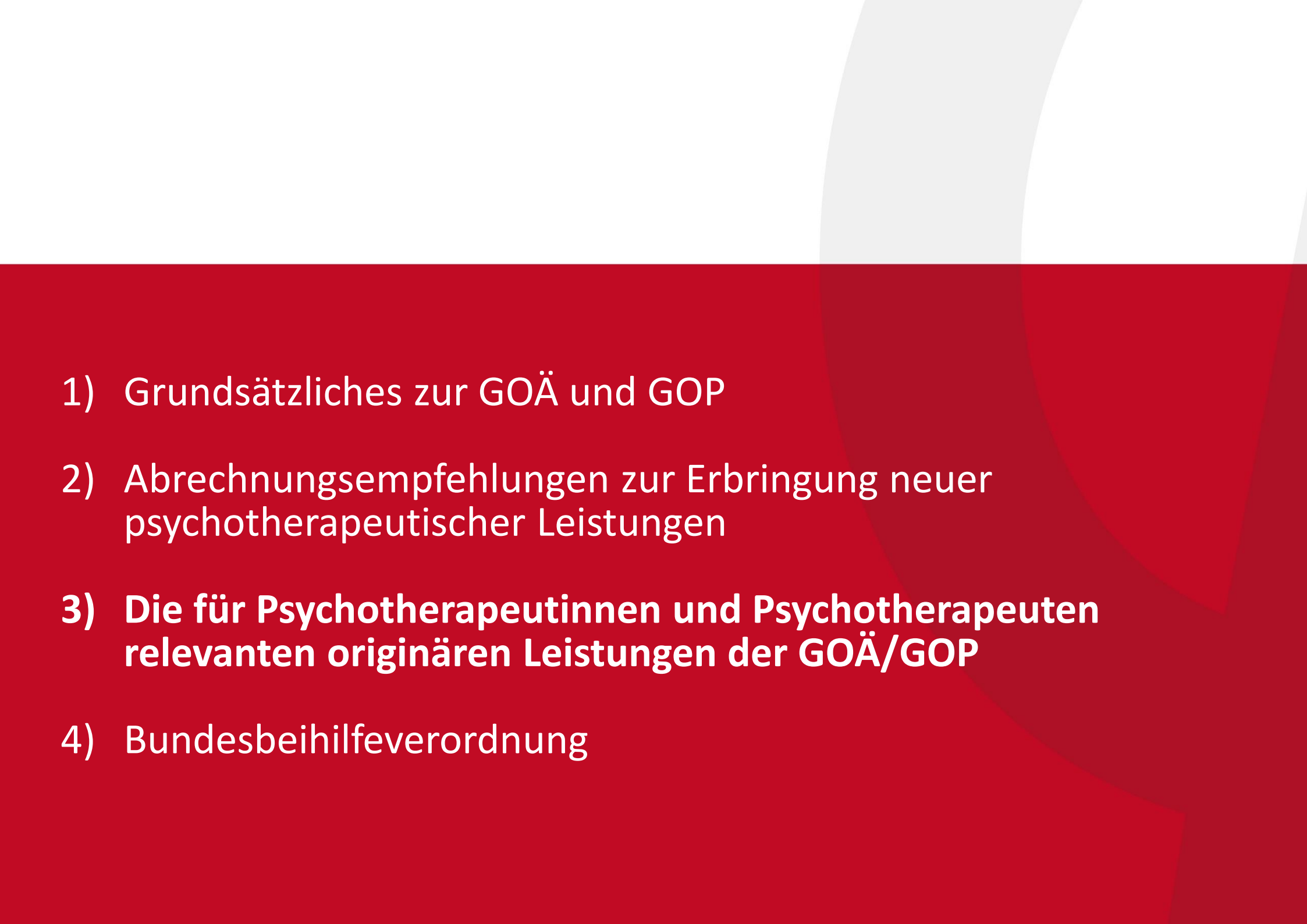
Grundsätzlich gelten die Vorgaben für die Inhalte einer Rechnung nach § 12 Abs. 2 GOÄ: „Datum der Leistung, die Nummer und die Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistung einschließlich einer in der Leistungsbeschreibung ggf. genannten Mindestdauer sowie der jeweilige Betrag und der Steigerungssatz.“

Es ist sinnvoll, z.B. in einer Fußnote, darauf hinzuweisen, dass sich die analog abgerechneten Leistungen der Rechnung auf die Gemeinsamen Abrechnungsempfehlungen zwischen BÄK, BPtK, PKV-Verband und Beihilfen beziehen.

Fiktives Beispiel einer Rechnung über eine VT (Auszug) - ohne Gewähr

Anm.:Das Beispiel ist stark verkürzt. Die Leistungen der Sprechstunde, Akutbehandlung, probatorischen Sitzungen und Kurzzeittherapie sind nicht in dem möglichen Ausmaß wiedergegeben.

Datum	Nr.	Bezeichnung	Anzahl	Faktor	Betrag
01.08.2024	A 812	Psychotherapeutische Sprechstunde, analog Nr. 812, 25 Min.	2	2,3	134,06 €
07.08.2024	A 812	Psychotherapeutische Sprechstunde, analog Nr. 812, 25 Min.	2	2,3	134,06 €
13.08.2024	A 855	Psychol. Testbatterie (Zeitaufwand 100 Min.), analog Nr. 855	1	2,5	105,21 €
16.08.2024	A 801	Erhebung des aktuellen psychischen Befundes, analog Nr. 801	1	2,3	33,52 €
16.08.2024	A 860	Biografische Anamnese, analog Nr. 860	1	2,3	123,34 €
04.09.2024	A 817	Eingehende Beratung der Bezugsperson, analog Nr. 817	1	2,3	24,13 €
04.09.2024	A 801	Erhebung des aktuellen psychischen Befundes, analog Nr. 801	1	2,3	33,52 €
04.09.2024	A 812	Psychotherapeutische Akutbehandlung, analog Nr. 812, 25 Min.	2	2,3	134,06 €
13.09.2024	A 801	Erhebung des aktuellen psychischen Befundes, analog Nr. 801	1	2,3	33,52 €
13.09.2024	870	Verhaltenstherapie (prob. Sitzung)	1	2,3	100,55 €
13.09.2024	A 804	Einbindung einer DiGA, analog Nr. 804	1	2,3	20,11 €
08.11.2024	A 801	Erhebung des aktuellen psychischen Befundes, analog Nr. 801	1	2,3	33,52 €
08.11.2024	A 812	Psychotherapeutische Kurzzeittherapie, analog Nr. 812, 25 Min.	2	2,3	134,06 €
15.11.2024	A 801	Erhebung des aktuellen psychischen Befundes, analog Nr. 801	1	2,3	33,52 €
15.11.2024	A 812	Psychotherapeutische Kurzzeittherapie, analog Nr. 812, 25 Min.	2	2,3	134,06 €
19.11.2024	A 85	Verfahrensspezifischer Bericht an den Gutachter, analog Nr.85	3	2,3	201,09 €
05.12.2024	A 801	Erhebung des aktuellen psychischen Befundes, analog Nr. 801	1	2,3	33,52 €
05.12.2024	870	Verhaltenstherapie	1	2,3	100,55 €
Rechnungsbetrag					1.546,40 €

- 
- 1) Grundsätzliches zur GOÄ und GOP
 - 2) Abrechnungsempfehlungen zur Erbringung neuer psychotherapeutischer Leistungen
 - 3) Die für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten relevanten originären Leistungen der GOÄ/GOP**
 - 4) Bundesbeihilfeverordnung

	Grundleistungen und allgemeine Leistungen	Euro (2,3x-3,5x)
 1	Beratung, auch telefonisch	10,72 – 16,32
 3	Eingehende Beratung, auch telefonisch, mind. 10 Min.	20,11 – 30,60
 4	Fremdanamnese und/oder Unterweisung der Bezugsperson (keine Mindestzeit angegeben)	29,49 – 44,88

Nrn. 1 und 3 am selben Tag nur, wenn dies durch die „Beschaffenheit des Krankheitsfalles“ geboten ist, in diesem Fall ist die Uhrzeit auf der Rechnung anzugeben, bei Nr. 3 muss zusätzlich auf der Rechnung die Begründung angegeben sein.

Nr. 3 ohne Begründung nur 1x/Behandlungsfall

Nr. 4 nach Wezel/Liebold auch telefonisch

Zuschläge für die Nrn. 1, 3 und 4:

A (außerhalb der Sprechstunde, nur einfach, 4,08 €)

B (zwischen 20 und 22 Uhr oder 6 und 8 Uhr, nur einfach, 10,49 €)

C (zwischen 22 und 6 Uhr, nur einfach, 18,65 €)

D (Samstag, Sonn- oder Feiertag, nur einfach, 12,82 €)

Kombination von B und C mit D ist möglich

	Grundleistungen und allgemeine Leistungen	Euro (2,3x – 3,5x)
15	Koordination flankierender therapeutischer Maßnahmen bei einem chronisch Kranken (nur 1x/Kalenderjahr, n.n. 4	40,22 – 61,20
20	Beratung in Gruppen, (4-12 TN), mind. 50 Min. bei chron. Kranken, n.n. Psychotherapie	16,09 – 24,48
22	Eingehende Beratung einer Schwangeren im Konfliktfall, n.n. 1, 3	40,22 – 61,20
34	Erörterung der Auswirkungen einer Krankheit auf die Lebensgestaltung in Zusammenhang mit der Feststellung oder erheblichen Verschlimmerung einer nachhaltig lebensverändernden oder lebensbedrohenden Erkrankung, mind. 20 Min., bis 2x in 6 Monaten	40,22 – 61,20
45	Visite im Krankenhaus	9,38 – 14,28
50	Besuch, nicht neben Nr. 1, nur auf Anforderung	42,90 – 65,28
51	Besuch eines weiteren Kranken	33,52 – 51,00

Besuch nach der Nr. 50

Jeder Weggang aus der Praxis, um mit dem Patienten die Behandlung an einem anderen Ort durchzuführen

Zuschläge für die Nrn. 50 – 60 (nur einfacher Steigerungssatz)

- E (dringend angeforderte und unverzüglich erfolgte Ausführung, 9,33 €)
- F (zwischen 20 und 22 Uhr oder 6 und 8 Uhr, 15,16 €)
- G (zwischen 22 und 6 Uhr, 26,23 €)
- H (Samstag, Sonn- oder Feiertag, 19,82 €)
- Kombination von B und C mit D ist möglich
- K2 (bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr, 7 €)

	Grundleistungen und allgemeine Leistungen	Euro (2,3x – 3,5x)
60	Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzten, für jeden Arzt (Alternative: 865)	16,09 – 24,48
70	Kurze Bescheinigung	5,36 – 8,16
75	Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht	17,43 – 26,52
80	Schriftliche gutachtliche Äußerung, nur auf schriftliche Anforderung	40,22 – 61,20
85	Schriftliche gutachtliche Äußerung mit einem das gewöhnliche Maß übersteigenden Aufwand – gegebenenfalls mit wissenschaftlicher Begründung –, je angefangene Stunde Arbeitszeit	67,03 – 102,00
95	Schreibgebühr (für Nr. 80/85), je angefangene DIN A 4-Seite	3,50
96	Schreibgebühr (für Nr. 80/85), je Kopie	0,17

	Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie	Euro (2,3x – 3,5x)
808 	Einleitung oder Verlängerung der TP oder der AP einschl. Antrag auf Feststellung der Leistungspflicht im Rahmen des Gutachterverfahrens, ggf. einschl. Besprechung mit dem nichtärztlichen Psychotherapeuten	53,62 - 81,60

	Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie	Euro (2,3x – 3,5x)
833	Begleitung eines psychisch Kranken bei Überführung in die Klinik – einschließlich Ausstellung der notwendigen Bescheinigungen, ggf. Verweilgebühr	38,21 – 58,14
835*	Einmalige, nicht in zeitlichem Zusammenhang mit einer eingehenden Untersuchung durchgeführte Erhebung der Fremdanamnese über einen psychisch kranken...	8,58 – 13,06
845	Behandlung einer Einzelperson durch Hypnose	20,11 – 30,60

***) Alternativen**

- Nr. 4 (Fremdanamnese)
- Nr. A 807 (vertiefte Exploration in Fortführung einer biografischen psychotherapeutischen Anamnese bei Kindern und Jugendlichen bzw. bei Erwachsenen unter Einschaltung der Bezugs- und Kontaktpersonen mit schriftlicher Aufzeichnung)

	Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie	Euro (2,3x – 3,5x)
 846	Übende Verfahren (z.B. autogenes Training, in Einzelbehandlung, mind.20 Min.	20,11 – 30,60
847	Übende Verfahren (z.B. autogenes Training, in Gruppenbehandlung, bis 12 TN, mind.20 Min.. Je TN	6,03 – 9,18
 849	Psychotherapeutische Behandlung bei psychoreaktiven, psychosomatischen oder neurotischen Störungen, mind. 20 Min.	30,83 – 46,92

	Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie	Euro (1,8x – 2,5x)
 855	Anwendung und Auswertung projektiver Testverfahren (z.B. Rorschach-Test, TAT) mit schriftlicher Aufzeichnung, insgesamt	75,75 - 105,21
 856*	Anwendung und Auswertung standardisierter Intelligenz- und Entwicklungstests (Staffeltests oder HAWIE (K), IST/Amthauer, Bühler-Hetzer, Binet-Simon, Kramer) mit schriftlicher Aufzeichnung, insgesamt	37,88 - 52,60
 857*	Anwendung und Auswertung orientierender Testuntersuchungen (z.B. Fragebogentest nach Eysenck, MPQ oder MPI, Raven-Test, Sceno-Test, Wartegg-Zeichentest, Haus-Baum-Mensch, mit Ausnahme des sogenannten Lüscher-Tests, insgesamt	12,17 - 16,90

Bei den Testverfahren ist eine abweichende Vereinbarung nach § 2 nicht erlaubt.

	Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie	Euro (2,3x – 3,5x)
860*	Erhebung einer biogr. Anamnese unter neurosenpsychologischen Gesichtspunkten mit schriftlicher Aufzeichnung zur Einleitung und Indikationsstellung bei TP und AP, auch in mehreren Sitzungen (keine Mindestzeit angegeben)	123,34 – 187,69

Die Nr. **860** ist im „Behandlungsfall“ nur 1x berechnungsfähig. Eine regelmäßige Abrechnung der Nr. 860 ist fachlich nicht plausibel. „Nur in seltenen Ausnahmefällen ist die erneute Berechnungsfähigkeit auch gegeben, wenn sich der Charakter derselben Erkrankung gravierend geändert hat, so dass eine erneute ausführliche Exploration der biografischen Anamnese erforderlich ist“ (Best, D.: GOP-Kommentar).

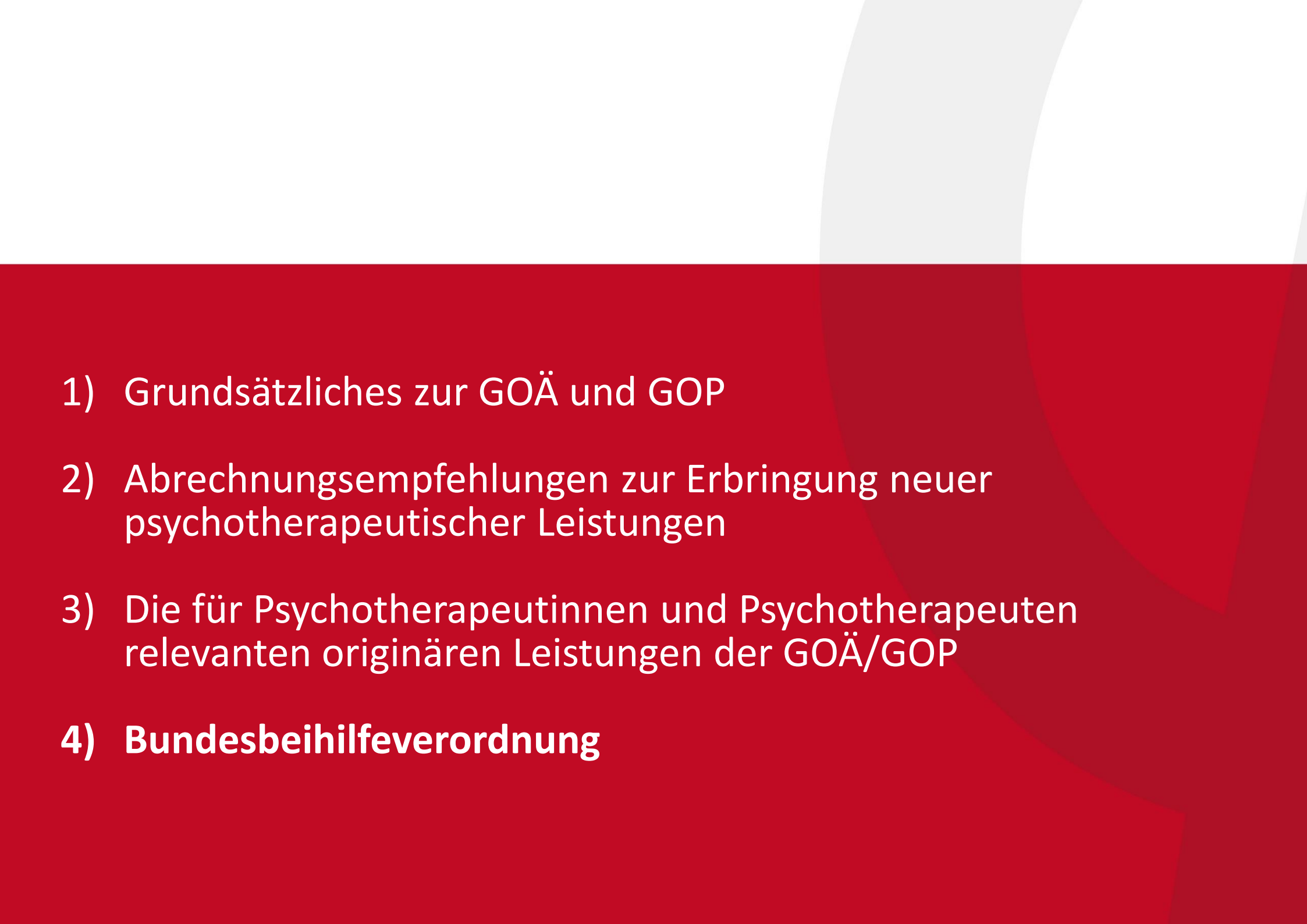
	Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie	Euro (2,3x – 3,5x)
861/863	TP (861), AP (863), Einzelbehandlung, mind. 50 Min.	92,50 – 140,76
862/864	TP (862), AP (864), Gruppe, mit einer Teilnehmerzahl von höchstens 8 Personen, mind. 100 Min., je TN	46,25 – 70,38
870	VT*, Einzelbehandlung, mind. 50 Min. – ggf. Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mind. 25 Min.	100,55 – 153,00
871	Verhaltenstherapie, Gruppe, mit einer Teilnehmerzahl von höchstens 8 Personen, mind. 50 Min., je TN. <i>Bei einer Mindestdauer von 100 Min. kann die Leistung zweimal berechnet werden.</i>	20,11 – 30,60

861 - 870: Doppelsitzungen sind nicht vorgesehen

	Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie	Euro (2,3x – 3,5x)
865	Besprechung mit dem nichtärztlichen Psychotherapeuten über die Fortsetzung der Behandlung	46,25 – 70,38

„In der Legende zu dieser Leistung spiegelt sich noch das Prinzip des Delegationsverfahrens wider. Da durch die GOP eine Gleichstellung von Ärzten und Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt ist, macht der Textbestandteil „Arzt“, „ärztlich“ bzw. „nicht-ärztlich“ in den Leistungsbezeichnungen im Falle der Anwendung durch Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten keine Analogkennzeichnung erforderlich.“
(Best, D., Kommentar zur GOP, 3. Aufl., Deutscher Ärzte Verlag)

Analoge Berechnung für Gespräche mit anderen heilberuflich tätigen Personen ist nicht möglich. Nr. 865 kann nicht für Teambesprechungen, Inter- oder Supervisionen berechnet werden. (sinngemäß aus Brück: Kommentar zur GOÄ, Deutscher Ärzte Verlag)

- 
- 1) Grundsätzliches zur GOÄ und GOP
 - 2) Abrechnungsempfehlungen zur Erbringung neuer psychotherapeutischer Leistungen
 - 3) Die für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten relevanten originären Leistungen der GOÄ/GOP
 - 4) **Bundesbeihilfeverordnung**

Bundesbeihilfeverordnung, Änderungen durch die 10. Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) vom 1.4.2024

- Bei TP, VT, ST: 5 probat. Sitzungen, bei AP 8 probat. Sitzungen. Bei allen Verfahren: Personen, die das 21. Lj. noch nicht vollendet haben und bei Menschen mit einer geistigen Behinderung 2 zusätzliche probat. Sitzungen (10. ÄndVO).
- EMDR nur bei PBTS bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, Behandlung muss im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzepts der TP, AP, VT oder ST erfolgen.
- Rehabilitation: Bescheinigung zur Notwendigkeit auch durch PP/KJP
- Psychiatrische häusliche Krankenpflege: Verordnung auch durch PP/KJP
- DiGAs: Verordnung auch durch PP/KJP
- Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung: je Krankheitsfall für bis zu 4 Sitzungen in Einheiten von 100 Min. oder bis zu 8 Sitzungen zu je 50 Min. Bei Kindern und Jugendlichen, die das 21. Lj. noch nicht vollendet haben und bei Menschen mit einer geistigen Behinderung zusätzlich bis zu 100 Min. je Krankheitsfall.

Damit endet das heutige Seminar zur Abrechnung von Leistungen in der Privatbehandlung

