

Gebührenordnung für Psychotherapeut*innen (GOP) – Auszug aus der GOÄ
(Übersicht Stand April 2020: ohne Gewähr)

Allgemeine Beratungen und Untersuchungen

Nr.	daneben abrechenbar	Beschreibung	Pkte	1x in €	2,3x in €	3,5x in €
1	5, A, B, C, D	Beratung – auch mittels Fernsprecher	80	4,66	10,73	16,22
3	5, A, B, C, D, K1	Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung – auch mittels Fernsprecher. Die Leistungen 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 Kranke. 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	10,73	16,22
15		Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken. Die Leistungen nach Nr. 15 darf nur einmal im Kalenderjahr berechnet werden	300	17,49	34,20	61,20

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

Nr.	daneben abrechenbar	Beschreibung	Pkte	1x in €	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. 20:00 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 u. 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 nach den Nrn. 5, 6, 7	120	6,99	

Spezielle Beratungen und Untersuchungen

Nr.	daneben abrechenbar	Beschreibung	Pkte	1x in €	2,3x in €	3,5x in €
20		Beratungsgespräche 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 nach den 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 2x berechnungsfähig.	300	17,49	40,22	61,20

Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz

Nr.	daneben abrechenbar	Beschreibung	Pkte	1x in €	1,8x in €	2,3x in €	2,5x in €	3,5x in €
45		Visite im Krankenhaus. Die Leistungen nach Nr. 45 ist neben den Leistungen des Abschnitts B nicht berechnungsfähig. Nr. 45 ist nur berechnungsfähig, wenn diese durch einen liquidationsberechtigten Arzt des Krankenhauses oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht wird.	70	4,08		9,38		14,28
46		Zweitvisite im Krankenhaus Einschränkung wie Nr. 45	50	2,91		6,70		10,26
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		

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 €)

51	Wegegeld ² (§ 8 GOÄ)	Besuch eines weiteren Kranken in derselben häuslichen Gemeinschaft in unmittelbarer zeitlichem Zusammenhang m. d. Leistung nach Nr. 50, einschließlich Beratung u. symptombezogener Untersuchung, Einschränkungen siehe Nr. 50.	250	14,57		33,52		51
55		Begleitung eines Patienten durch den behandelnden Arzt zur unmittelbar 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	52,46	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 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 Ärzten, für jeden Arzt Nr. 60 darf nur berechnet werden, wenn sich der liquidierende Arzt zuvor oder in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung persönlich mit dem Patienten befasst hat. Nicht berechnungsfähig, wenn die Ärzte Mitglieder derselben Krankenhausabteilung oder derselben Praxis gleicher oder ähnlicher Fachrichtung sind. Nicht berechnungsfähig für routinemäßige Besprechungen.	120	6,99	12,59	16,09		24,48

Zuschläge zu den Leistungen nach den Nummern 45 bis 62

Nr.	daneben abrechenbar	Beschreibung	Pkte	1x in €	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 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	26,23	

² 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 €)

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	
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	

Berichte, Briefe

Nr.	daneben abrechenbar	Beschreibung	Pkte	1x in €	2,3x in €	3,5x in €
70		Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis mit Ausnahme von Dienst- und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen	40	2,33	5,36	8,16
75		Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und 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, dazu gehören Gutachten für Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaften, Gerichte etc., Krankheits- und Befundberichte sind ausschließlich nach Ziffer 75 abzurechnen.	300	17,49	40,22	
85		Ggf. mit wissenschaftlicher Begründung, je angefangene Stunde Arbeitszeit sie Einschränkung wie Ziffer 80	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 A 4 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: Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie (Auszug)

Nr.	daneben abrechenbar	Beschreibung	Pkte	1x in €	2,3x in €	3,5x in €
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. Anmerkung: Die Leistung nach Nr. 808 kann analog auch für Verhaltenstherapie herangezogen werden.	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 zeitlichen Zusammenhang (Anmerkung: gleicher Kontakt/gleiches Datum) 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. Anmerkung: nur als Einzelbehandlung	150	8,74	20,11	30,60
846		Übende Verfahren (z. B. autogenes Training, Jacobson), Einzelbehandlung, mind. 20 Min.	150	8,74	20,11	30,60
847		Übende Verfahren (z. B. autogenes Training), Gruppenbehandlung mit höchstens 12 Teilnehmern (Anmerkung: absolute Teilnehmerzahl unabhängig vom Versichertenstatus) Dauer mind. 20 Min., je Teilnehmer	45	2,62	6,03	9,18
849		Psychotherapeutische Behandlung bei psychoreaktiven, psychosomatischen oder neurotischen Störungen, Dauer mind. 20 Min., als Einzelbehandlung. Bei zwei Sitzungen am Tag. Uhrzeit auf der Rechnung angeben	230	13,41	30,83	46,92

Nr.	daneben abrechenbar	Beschreibung	Pkte	1x in €	1,8 in €	2,5x in €
855		Anwendung u. Auswertung projektiver Testverfahren (z. B. Rorschach-Test, TAT) mit schriftlicher Aufzeichnung insgesamt. Anmerkung: 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/Amt-hauer, Bühler-Hetzer, Binet-Simon, Kramer) mit schriftlicher Aufzeichnung, nur einmal je Sitzung berechnungsfähig, insgesamt	361	21,04	37,88	52,60
857		Anwendung u. Auswertung orientierender Testuntersuchungen (z. B. Fragebogentest nach Eysenck, MPQ oder MPI, Raven-Test, Wartegg-Zeichentest, Haus-Baum-Mensch, mit Ausnahme des sog. Lüscher-Tests), nur einmal je Sitzung berechnungsfähig, insgesamt	116	6,76	12,17	16,90

Nr.	daneben abrechenbar	Beschreibung	Pkte	1x in €	2,3x in €	3,5x in €
860		Erhebung einer biographischen Anamnese unter neurosenpsychologischen Gesichtspunkten mit schriftlicher Aufzeichnung zur Einleitung und Indikationsstellung bei tiefenpsychologisch fundierter u. analytischer Psychotherapie, ist bei Verhaltenstherapie analog zu anzuwenden, auch in mehreren Sitzungen, nicht neben Nr. 835 berechnungsfähig. Die Nr. 860 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig	920	53,62	123,34	187,59
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	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	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. Bei einer Dauer von mind. 100 Min. kann die Leistung nach Nr. 871 zweimal berechnet werden.	150	8,74	20,11	30,60
886		Psychiatrische Behandlung bei Kindern und/oder Jugendlichen unter Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson(en) unter Berücksichtigung familien- medizinischer u. entwicklungspsychologischer Bezüge, Dauer mind. 40 Min.	700	40,80	93,84	142,80
887		Psychiatrische Behandlung in Gruppen bei Kindern und/oder Jugendlichen, Dauer mind. 60 Min., bei einer Teilnehmerzahl von höchstens 10 Personen, je Teilnehmer	200	11,66	26,81	40,80

Übersicht Analogabrechnungen zur Erbringung neuer psychotherapeutischer Leistungen

gemäß gemeinsamer Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer, dem Verband der Privaten Krankenversicherung und den Beihilfestellen von Bund und Ländern (außer Hamburg und Schleswig-Holstein) mit Geltung ab 1. Juli 2024



(Übersicht Stand Juli 2024: ohne Gewähr)

Analogleistungen aus den Abschnitten B und G der GOP:

Kurzbezeichnung	Originäre GOP-Nr.	Leistungsbeschreibung der analog berechneten Leistung	Anmerkungen	Pkte	1-fach in €	1,8-fach in €	2,3-fach in €
85 analog	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	kann anstelle der bisher üblichen Nr. 808 abgerechnet werden	500	29,14		67,03
801 analog	801	Erhebung des aktuellen psychischen Befunds	ohne Mindestdauer. Kann bei der Psychotherapeutischen Sprechstunde (812 analog) nicht zugerechnet werden	250	14,57		33,52
804 analog	804	Psychotherapeutische Behandlung durch eingehendes therapeutisches Gespräch – auch mit gezielter Exploration	ohne Mindestdauer	150	8,74		20,11
804 analog	804	Einbindung einer die Psychotherapie spezifisch ergänzenden oder unterstützenden DiGA, die bei psychotherapeutisch-psychiatrischer Indikation eingesetzt wird	ohne Mindestdauer	150	8,74		20,11
807 analog	807	Vertiefte Exploration in Fortführung einer biographischen psychotherapeutischen Anamnese bei Kindern oder Jugendlichen unter Ein-schaltung der Bezugs- und Kontaktpersonen mit schriftlicher Aufzeichnung, auch in mehreren Sitzungen		400	23,31		53,62

Übersicht Analogabrechnungen zur Erbringung neuer psychotherapeutischer Leistungen

gemäß gemeinsamer Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer, dem Verband der Privaten Krankenversicherung und den Beihilfestellen von Bund und Ländern (außer Hamburg und Schleswig-Holstein) mit Geltung ab 1. Juli 2024



Kurzbezeichnung	Originäre GOP-Nr.	Leistungsbeschreibung der analog berechneten Leistung	Anmerkungen	Pkte	1-fach in €	1,8-fach in €	2,3-fach in €
807 analog	807	Vertiefte Exploration in Fortführung einer biographischen psychotherapeutischen Anamnese bei Erwachsenen unter Einschaltung der Bezugs- und Kontaktpersonen mit schriftlicher Aufzeichnung		400	23,31		53,62
812 analog	812	<p>Psychotherapeutische Sprechstunde – über die Durchführung der Psychotherapie mit dem Ziel der Abklärung des Vorliegens einer krankheitswertigen Störung,</p> <p>ggf. einschließlich</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>analog Nr. 812, je vollendete 25 Minuten, daneben sind die Nrn. 801 analog, 861, 863, 870, 870 analog nicht berechnungsfähig</p> <p>Die Leistung ist höchstens sechsmal im Jahr, bei Kindern und Jugendlichen sowie Patienten mit einer geistigen Behinderung höchstens zehnmal berechnungsfähig.</p>		500	29,14		67,03

Übersicht Analogabrechnungen zur Erbringung neuer psychotherapeutischer Leistungen

gemäß gemeinsamer Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer, dem Verband der Privaten Krankenversicherung und den Beihilfestellen von Bund und Ländern (außer Hamburg und Schleswig-Holstein) mit Geltung ab 1. Juli 2024



Kurzbezeichnung	Originäre GOP-Nr.	Leistungsbeschreibung der analog berechneten Leistung	Anmerkungen	Pkte	1-fach in €	1,8-fach in €	2,3-fach in €
812 analog	812	<p>Psychotherapeutische Akutbehandlung – psychotherapeutische Behandlung zur Entlastung bei akuten psychischen Krisen- und Ausnahmeständen mittels geeigneter psychotherapeutischer Interventionen nach wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Interventionen und -methoden mit einem Behandlungsbeginn nach Indikationsstellung innerhalb von zwei Wochen</p> <p>analog Nr. 812, je vollendete 25 Minuten, daneben sind die Nrn. 861, 863, 870, 870 analog nicht berechnungsfähig</p> <p>Die Leistung ist bis zu zweimal an einem Kalendertag und bis zu vierundzwanzigmal im Jahr berechnungsfähig.</p>		500	29,14		67,03
812 analog	812	<p>Psychotherapeutische Kurzzeittherapie – symptom- und/oder konfliktbezogene Behandlung mittels geeigneter psychotherapeutischer Interventionen nach wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren und -methoden gemäß Anlage 1</p> <p>analog Nr. 812, je vollendete 25 Minuten, daneben sind die Nrn. 861, 863, 870, 870 analog nicht berechnungsfähig</p> <p>Die Leistung ist bis zu zweimal an einem Kalendertag und bis zu achtundvierzigmal im Jahr berechnungsfähig.</p>		500	29,14		67,03

Übersicht Analogabrechnungen zur Erbringung neuer psychotherapeutischer Leistungen

gemäß gemeinsamer Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer, dem Verband der Privaten Krankenversicherung und den Beihilfestellen von Bund und Ländern (außer Hamburg und Schleswig-Holstein) mit Geltung ab 1. Juli 2024

Kurzbezeichnung	Originäre GOP-Nr.	Leistungsbeschreibung der analog berechneten Leistung	Anmerkungen	Pkte	1-fach in €	1,8-fach in €	2,3-fach in €
812 analog	812	<p>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</p> <p>analog Nr. 812, je vollendete 50 Minuten und Teilnehmer, daneben sind die Nrn. 862, 864, 871, 871 analog nicht berechnungsfähig</p> <p>Die Leistung ist bis zu zweimal an einem Kalendertag und bis zu achtundvierzigmal im Jahr berechnungsfähig.</p>		500	29,14		67,03
817 analog	817	<p>Eingehende psychotherapeutische Beratung der Bezugsperson von Kindern oder Jugendlichen anhand erhobener Befunde und Erläuterung geplanter therapeutischer Maßnahmen</p>	ohne Mindestdauer	180	10,49		24,13
817 analog	817	Eingehende psychotherapeutische Beratung der Bezugsperson von Erwachsenen anhand erhobener Befunde und Erläuterung geplanter therapeutischer Maßnahmen	ohne Mindestdauer	180	10,49		24,13
855 analog	855	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		722	42,08	75,75	
855 analog	855	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	

Übersicht Analogabrechnungen zur Erbringung neuer psychotherapeutischer Leistungen

gemäß gemeinsamer Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer, dem Verband der Privaten Krankenversicherung und den Beihilfestellen von Bund und Ländern (außer Hamburg und Schleswig-Holstein) mit Geltung ab 1. Juli 2024



Kurzbezeichnung	Originäre GOP-Nr.	Leistungsbeschreibung der analog berechneten Leistung	Anmerkungen	Pkte	1-fach in €	1,8-fach in €	2,3-fach in €
860 analog	860	Erhebung einer biographischen Anamnese mit schriftlicher Aufzeichnung zur Einleitung und Indikationsstellung eines wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahrens, auch in mehreren Sitzungen analog Nr. 860	Entspricht der Nr. 860 originär mit generischer, verfahrenübergreifender Formulierung	920	53,62		123,34
870 analog	870	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 analog Nr. 870		750	43,72		100,55

Übersicht Analogabrechnungen zur Erbringung neuer psychotherapeutischer Leistungen gemäß gemeinsamer Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer, dem Verband der Privaten Krankenversicherung und den Beihilfestellen von Bund und Ländern (außer Hamburg und Schleswig-Holstein) mit Geltung ab 1. Juli 2024



Anlage 1

Die Bundesärztekammer, die Bundespsychotherapeutenkammer, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Beihilfestellen von Bund und Ländern¹ 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 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)
 - 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)

¹ Mit Ausnahme der Länder Hamburg und Schleswig-Holstein.