



Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen nach der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) und nach den Abrechnungsempfehlungen

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

LPK Baden-Württemberg, Webinar am 25.6.2025

Inhalte

1. Grundlagen der GOÄ/GOP
2. Gemeinsame Abrechnungsempfehlungen zur Erbringung neuer psychotherapeutischer Leistungen
3. Abrechnung nach GOP
4. Bundesbeihilfeverordnung / Landesbeihilfe Baden-Württemberg

Inhalte

1. **Grundlagen der GOÄ/GOP**
2. Gemeinsame Abrechnungsempfehlungen zur Erbringung neuer psychotherapeutischer Leistungen
3. Abrechnung nach GOP
4. Bundesbeihilfeverordnung / Landesbeihilfe Baden-Württemberg

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 sind staatliche Gebührenordnungen

- GOÄ und GOP sind Rechtsverordnungen des BMG. 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: „Die Vergütungen für die beruflichen Leistungen der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ... richten sich nach der Gebührenordnung für Ärzte“ und: „Vergütungen (der GOP) sind nur für Leistungen berechnungsfähig, die in den Abschnitten B und G der GOÄ aufgeführt sind“
- „In dieser Gebührenordnung sind Mindest- und Höchstsätze für die ärztlichen Leistungen festzusetzen. Dabei ist den berechtigten Interessen der Ärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen.“

Die vorhandenen Kommentierungen zur GOÄ/GOP

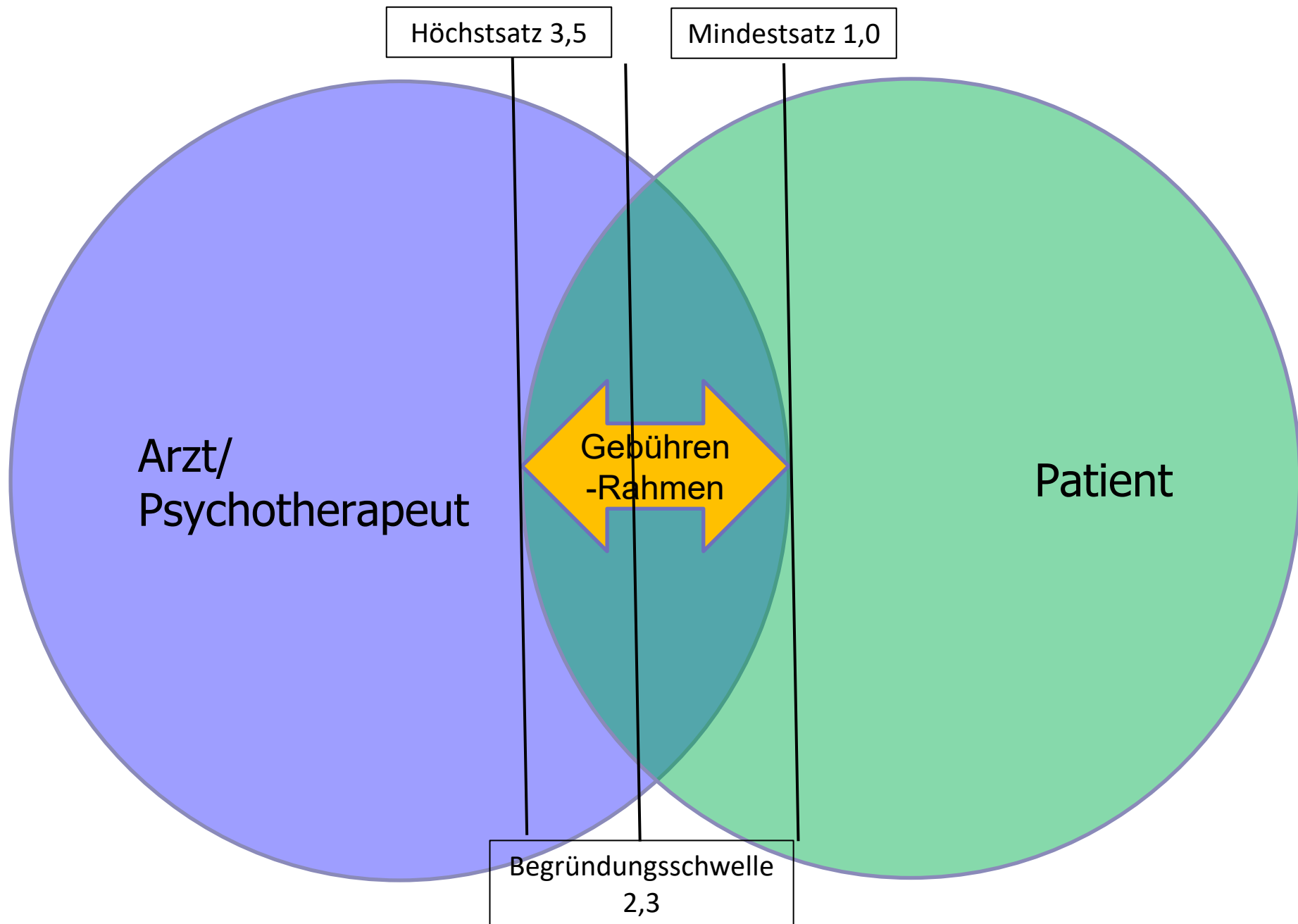


Die wichtigsten der 12 Paragraphen in der Übersicht

§ 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. Ausnahme: wenn Umstände eintreten, die bei Behandlungsbeginn nicht vorherzusehen waren, und die eine abweichende Vereinbarung erfordern.
- 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.

- Für Leistungen nach den Abschnitten A, E, M und O ist eine Honorarvereinbarung unzulässig. Im Bereich der Psychotherapie betrifft dies die Testleistungen der Nrn. 855 bis 857.
- 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.
- Den Patienten ist eine Kopie der Vereinbarung auszuhändigen.

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.

Beispiel einer Honorarvereinbarung

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)

Allgemeine 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 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 zusätzlich für die Zeit der Abwesenheit bis zu 8 Std., 51,13 €, über 8 Std. 102,26 €.

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 im Wert von weniger als einem Euro sind mit den Gebühren für die ärztlichen/psychotherapeutischen 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/GOP)

- 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: nicht 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

Zukunft der GOÄ ?

GOÄ und GOP sind völlig veraltet – alle bisherigen Reformbemühungen waren vergebens - eine Reform ist noch nicht in Sicht

- Neue Leistungen, wie sie bei gesetzlich versicherten Patienten seit der Richtlinienreform von 2017 angewandt werden können, sind in der GOÄ/GOP nicht enthalten.
- Viele Leistungslegenden sind nicht mehr zeitgemäß.
- Die Gebühren sind seit 29 Jahren unverändert. Ein Inflationsausgleich hat – im Unterschied zum EBM - nicht stattgefunden.

Wann kommt die neue GOÄ?

- Bestrebungen der 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 liegt vor. Dieser hat der Deutsche Ärztetag am 29.5.2025 mit großer Mehrheit zugestimmt. Sie wurde dem BMG mit der Aufforderung übermittelt, die Reform zügig anzugehen.
- BMG: „Die Ärzteschaft hat uns ihren Entwurf vorgelegt. Die Prüfung ist noch nicht abgeschlossen...Die Ministerin hat prinzipiell befürwortet, dass die Gebührenordnung für Ärzte an den aktuellen wissenschaftlichen Stand angepasst wird“ (Meldung des „änd“ vom 23.6.2025).
- Ob die neue Bundesregierung mit Ministerin Warken das Reformvorhaben aufgreift, ist ungewiss. Der Koalitionsvertrag erwähnt die Reform nicht. Auch auf der Vorhabenliste des BMG taucht die GOÄ nicht auf.

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 konnte (abgesehen davon war auch nicht damit zu rechnen, dass die Regierung das Reformvorhaben aufgreifen würde). Nochmals überarbeitete Version wird demnächst vorgestellt.
- Angesichts der derzeitigen politischen Lage müsste die Reform von der nächsten Regierung wieder aufgegriffen werden.

Inhalte

1. Grundlagen der GOÄ/GOP
2. **Gemeinsame Abrechnungsempfehlungen zur Erbringung neuer psychotherapeutischer Leistungen**
3. Abrechnung nach GOP
4. Bundesbeihilfeverordnung / Landesbeihilfe Baden-Württemberg

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

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

*) zunächst mit Ausnahme der Landesbeihilfen HH und S-H, inzwischen beigetreten.

Geltung ab 01.07.2024

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 originäre Leistungen für die Analogabrechnung neuer psychotherapeutischer Leistungen 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

Grundsatz: Die Abrechnungsbestimmungen der originären Leistungen werden grundsätzlich „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).

Beispiel

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.“

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.

Beispiel:

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 (über den Behandlungsablauf mit den einzelnen Versorgungselementen erfolgt im Übrigen in den FAQs noch eine Klarstellung).

Umsetzung der Abrechnungsempfehlungen bei den PKVen und den Beihilfen

- **PKVen:** 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 die Abrechnungsempfehlungen umsetzen. Auch die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten und die Postbeamtenkrankenkasse haben die Empfehlungen umgesetzt. Probleme sollten der BPtK gemeldet werden (am besten mit schriftlichen Belegen).
- **Beihilfen:** 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.

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 („robuster Regelsatz“) 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. „Komorbiditäten“ oder „Chronizität“ der Erkrankung allein zählen nicht als Ausnahmen, wenn damit kein überdurchschnittlicher Aufwand verbunden ist.
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.

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.

Die Anmerkungen zu den nachfolgenden Abrechnungsempfehlungen berücksichtigen eine zwischen den Verhandlungspartnern im Dezember 2024 konsentierte FAQ-Liste

<https://www.bptk.de/neuigkeiten/faq-zu-abrechnungsempfehlungen-in-der-privatpsychotherapeutischen-versorgung/>

Neu ist:

- Begrenzung der abrechnungsfähigen Stundenzahl beim Bericht an den Gutachter
- Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen zusätzliche Bezugspersonenstunden bei Akutbehandlung und Kurzzeittherapie
- Keine A 801 neben einer Gruppentherapie
- Gruppenpsychotherapeutische KZT parallel zu einer LZT ist möglich

Die Anmerkungen zu den nachfolgenden Abrechnungsempfehlungen berücksichtigen eine zwischen den Verhandlungspartnern im Dezember 2024 konsentierte FAQ-Liste

<https://www.bptk.de/neuigkeiten/faq-zu-abrechnungsempfehlungen-in-der-privatpsychotherapeutischen-versorgung/>

Neu ist:

- Begrenzung der abrechnungsfähigen Stundenzahl beim Bericht an den Gutachter
- Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen zusätzliche Bezugspersonenstunden bei Akutbehandlung und Kurzzeittherapie
- Keine A 801 neben einer Gruppentherapie
- Gruppenpsychotherapeutische KZT parallel zu einer LZT ist möglich

Ein weiteres Abstimmungsgespräch zur Ergänzung der FAQ-Liste und evtl. zu Ergänzungen der Abrechnungsempfehlungen fand am 27.5.2025 statt.

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

Auch für Verlaufskontrollen berechenbar. Die alleinige Ausstellung einer Bescheinigung für die Krankenversicherung berechtigt keine Abrechnung der A 804. Erfolgt die Einbindung/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

Bei mindestens 3 Untertests einer Testbatterie ist die Bedingung zur Abrechnung erfüllt. Eine weitere Testbatterie in derselben Sitzung kann berechnet werden, wenn mindestens drei weitere Untertests einer anderen Testbatterie durchgeführt werden. Der Begriff „insgesamt“ der originären Leistung ist durch die Bestimmung „je Testbatterie“ der Analogleistung insofern nicht zu beachten.

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	<p>Eingehende psychiatrische Untersuchung – gegebenenfalls unter Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson</p> <p>– <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></p>
-----	--

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 16.12.2016) Untersuchung von Teilaspekten reichen aus. A 801 kann bei Notwendigkeit der Erhebung des psych. Befundes zusätzlich zu einer Behandlung (z.B. Akutbehandlung, KZT, TP, AP, VT, ST (Nr. A 870), NP (Nr. A 870), EMDR (Nr. A 870), eingeh. therapeutisches Gespräch (A 804), psychoth. Behandlung (Nr. 849) usw. berechnet werden.
- A 801 ist nicht kombinierbar mit Sprechstunde (A 812) und jeglicher Gruppentherapie.
- Mindestdauer u. max. Häufigkeit nicht vorgeschrieben. Zusätzlich zu einer zeitgebundenen psychot. 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. Wegen des Zielleistungsprinzips nicht neben einer Behandlungsleistung.			

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, – <i>Die Leistung nach Nr. 807 ist im Behandlungsfall nur 1x berechnungsfähig.</i>
-----	---

Anmerkung

Minstdauer nicht vorgeschrieben. Die Erhebung einer biographischen Anamnese nach der Nr. 860 bzw. A 860 muss zu einem früheren Zeitpunkt vorausgegangen sein. Die „Einschaltung der Bezugs- und Kontaktpersonen“ ist obligatorischer Leistungsinhalt. Als „Behandlungsfall“ gilt in der GOÄ/GOP der Kalendermonat, wenn zwischen zwei Leistungen ein Zeitraum von mindestens vier Wochen liegt. In diesem Fall ist „Behandlungsfall“ als Krankheitsfall zu verstehen. Wegen Zielleistungsprinzip nicht neben der Nr. 860 bzw. A 860.

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, – Die Leistung nach Nr. 807 ist im Behandlungsfall nur 1x berechnungsfähig.
-----	--

Anmerkung

Minstdauer nicht vorgeschrieben. Die Erhebung einer biographischen Anamnese nach der Nr. 860 bzw. A 860 muss zu einem früheren Zeitpunkt vorausgegangen sein. 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. In diesem Fall ist „Behandlungsfall“ als Krankheitsfall zu verstehen. Wegen Zielleistungsprinzip nicht neben der Nr. 860 bzw. A 860.

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	<p>Erhebung einer biographischen Anamnese unter neurosenpsychologischen Gesichtspunkten mit schriftlicher Aufzeichnung zur Einleitung und Indikationsstellung bei tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie, auch in mehreren Sitzungen.</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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. Keine „Schreibtischziffer“. „Die vergleichsw. hohe Bewertung dieser Nr. 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

Minstdauer und maximale Häufigkeit nicht vorgeschrieben. Alternativ ist die Abrechnung der Nr. 4 („Erhebung der Fremdanamnese über einen Kranken und/oder Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en) in Zusammenhang mit der Behandlung eines Kranken...” möglich, da die Inhalte weitgehend identisch sind. Nr. 4 ist mit 29,49 € etwas höher bewertet. Eine Nebeneinanderberechnung beider Leistungen ist nicht möglich.

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

Minstdauer und maximale Häufigkeit nicht vorgeschrieben. Alternativ ist die Abrechnung der Nr. 4 („Erhebung der Fremdanamnese über einen Kranken und/oder Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en) in Zusammenhang mit der Behandlung eines Kranken...” möglich, da die Inhalte weitgehend identisch sind. Nr. 4 ist mit 29,49 € etwas höher bewertet. Eine Nebeneinanderberechnung beider Leistungen ist nicht möglich.

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 entweder eigenständig mit dem halben Gebührensatz berechnet werden oder mit dem ganzen Gebührensatz, jedoch erst dann, wenn die zweite Hälfte der Sitzung erbracht wurde.

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

Nr. A 85 macht den Ansatz der Nr. 808 obsolet. Die Erstellung eines Berichts an den Gutachter dauert in der Regel 1,5 - 3 Stunden. Eine darüber hinausgehende Berechnung, jedoch maximal mit dem vierfachen Ansatz, bedarf einer schriftlichen Begründung. Kann auch für gutachtenpflichtige Fortführungsanträge und für ergänzende Berichte oder Stellungnahmen im Rahmen einer Zweitbegutachtung berechnet werden, jedoch maximal mit dem zweifachen Ansatz. Ein darüber hinausgehender Zeitbedarf (jedoch maximal 4 Std.) ist zu begründen. Ein höherer Steigerungsfaktor als das 2,3-fache ist aufgrund der Zeitbezogenheit der Leistung nicht möglich. In Zusammenhang mit der Berechnung von 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. Das Ausfüllen der Antragsformulare (ohne Bericht) ist nicht berechnungsfähig.

Abrechnungsempfehlung 13

Nr.	Leistungsinhalt		2,3-fach
A812	<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> – <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. Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen stehen zusätzlich bis zu 6 Sitzungen (25 Min.) für Bezugspersonen zur Verfügung. Das Jahr beginnt mit der 1. Sitzung.

Abrechnungsempfehlung 14

Nr.	Leistungsinhalt		2,3-fach
A812	<p>Psychotherapeutische Kurzzeittherapie – symptom- und/oder konfliktbezogene Behandlung mittels geeigneter psychotherapeutischer Interventionen nach wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren und –methoden gemäß Anlage 1, je vollendete 25 Minuten</p> <ul style="list-style-type: none"> – <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, Bei Expositionsbehandlungen, EMDR, beim Mehrpersonensetting in der Systemischen Therapie auch viermaliger Ansatz möglich (100 Min.). Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen stehen zusätzlich bis zu 12 Sitzungen (25 Min.) für Bezugspersonen zur Verfügung. Das Jahr beginnt mit der 1. Sitzung.

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 <ul style="list-style-type: none"> – 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, A 870 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. Das Jahr beginnt mit der 1. Sitzung.
-----	---

Abrechnungsempfehlung 16

Nr.	Leistungsinhalt		2,3-fach
A812	<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, je vollendete 50 Minuten und Teilnehmer</p> <ul style="list-style-type: none"> – Die Leistung ist bis zu 2x an einem Kalendertag und bis zu 48x im Jahr berechnungsfähig – Daneben sind die Nr. 862, 864, 871, 871analog nicht berechnungsfähig 		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

Kombinationsbehandlungen von KZT (A 812) und Gruppenpsychotherap. KZT sind möglich, ebenso die Kombination von Langzeittherapie und Gruppenpsychotherapeutische KZT (sofern das Regelwerk des Kostenträgers nicht entgegensteht). Nicht neben A 801. Das Jahr beginnt mit der 1. Sitzung.

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.

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 die Patientin/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?

Bei Langzeittherapien nach der Nr. 870 nicht. Es empfiehlt sich, vor Beginn der Behandlung die Zustimmung des Kostenträgers für eine Doppelt- oder Mehrfachberechnung einzuholen. Alternativ bietet sich an, einen erhöhten Steigerungssatz anzuwenden.

Bei Kurzzeittherapie und Akutbehandlung (Abrechnungsempfehlungen 13 und 14) sind als Ausnahmefall auch Sitzungen von bis zu 2 Stunden berechenbar bei entsprechendem x-fachen Ansatz der Leistungen.

Wie können Video-Behandlungen abgerechnet werden?

Abrechnungsempfehlung zwischen BPtK, PKV-Verband und Beihilfen zur Erbringung telemedizinischer Leistungen

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.

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), ...“.

Kann ich während oder im Anschluss an eine Langzeittherapie als Einzeltherapie eine Gruppenpsychotherapeutische Kurzzeittherapie nach der Analogleistung A 812 durchführen?

Ja, im Umfang von bis zu 24 Sitzungen zu je 100 Min. (bzw. 48 Sitzungen zu je 25 Min.) im Jahr – sofern der Kostenträger dies in seinen Tarifbestimmungen vorsieht. Bei der Beihilfe gelten die vorgegebenen Kontingente.

Beispiel: Wird eine Kombinationsbehandlung (überwiegend Einzeltherapie) mit insgesamt 60 Sitzungen genehmigt, können in diesem Rahmen beispielsweise 40 Sitzungen Einzeltherapie und 20 Sitzungen Gruppenpsychotherapeutische Kurzzeittherapie mit jeweils 100 Minuten abgerechnet werden.

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 im Rahmen der BhV vorausgesetzt werden, richtet sich nach der Beihilfeverordnung (Anlage 3 Abschnitt 6 BbhV) und ggf. nach den Bestimmungen der jeweiligen PKV. Darüber hinaus besteht die berufsrechtliche Pflicht, nur solche Leistungen anzuwenden, für die man qualifiziert ist.

Welche Qualifikation benötigt die Neuropsychologische Therapie als Privatbehandlung

- „Aufwendungen für ambulante neuropsychologische Therapie sind beihilfefähig, wenn... (die Behandler) ... über eine neuropsychologische Zusatzqualifikation verfügen“ (§ 30a Abs. 1 BbhV)

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. Aufwendungen für EMDR-Behandlung sind nur bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, mit posttraumatischen Belastungsstörungen im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzepts der Verhaltenstherapie, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder analytischen Psychotherapie beihilfefähig.“ (§ 18a Abs. 7 BBhV). Ergänzung Allg. Verw. Vorschrift vom 5.12.2024: auch bei Systemischer Therapie.

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 im Rahmen der BhV vorausgesetzt werden, richtet sich nach der Beihilfeverordnung (Anlage 3 Abschnitt 6 BbhV) und ggf. nach den Bestimmungen der jeweiligen PKV. Darüber hinaus besteht die berufsrechtliche 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
01.08.20xx	A 812	Psychotherapeutische Sprechstunde, analog Nr. 812, 25 Min.	2	2,3	134,06 €
07.08.20xx	A 812	Psychotherapeutische Sprechstunde, analog Nr. 812, 25 Min.	2	2,3	134,06 €
13.08.20xx	A 855	Psychol. Testbatterie (hoher Zeitaufwand,100 Min.), analog Nr. 855	1	2,5	105,21 €
20.08.20xx	A 812	Psychotherapeutische Sprechstunde, analog Nr. 812, 25 Min.	2	2,3	134,06 €
20.08.20xx	A 860	Biografische Anamnese, analog Nr. 860	1	2,3	123,34 €
04.09.20xx	A 817	Eingehende Beratung der Bezugsperson, analog Nr. 817	1	2,3	24,13 €
		usw.			
17.09.20xx	A 801	Erhebung des aktuellen psychischen Befundes, analog Nr. 801	1	2,3	33,52 €
17.09.20xx	A 812	Psychotherapeutische Akutbehandlung, analog Nr. 812, 25 Min.	2	2,3	134,06 €
25.09.20xx	A 801	Erhebung des aktuellen psychischen Befundes, analog Nr. 801	1	2,3	33,52 €
25.09.20xx	A 812	Psychotherapeutische Akutbehandlung, analog Nr. 812, 25 Min.	2	2,3	134,06 €
		usw.			
15.12.20xx	A 801	Erhebung des aktuellen psychischen Befundes, analog Nr. 801	1	2,3	33,52 €
15.12.20xx	870	Verhaltenstherapie (prob. Sitzung)	1	2,3	100,55 €
15.12.20xx	A 804	Einbindung einer DiGA, analog Nr. 804	1	2,3	20,11 €
02.01.20xx	A 801	Erhebung des aktuellen psychischen Befundes, analog Nr. 801	1	2,3	33,52 €
02.01.20xx	870	Verhaltenstherapie (prob. Sitzung)	1	2,3	100,55 €
		usw.			
03.02.20xx	A 801	Erhebung des aktuellen psychischen Befundes, analog Nr. 801	1	2,3	33,52 €
03.02.20xx	A 812	Psychotherapeutische Kurzzeittherapie, analog Nr. 812, 25 Min.	2	2,3	134,06 €
10.02.20xx	A 801	Erhebung des aktuellen psychischen Befundes, analog Nr. 801	1	2,3	33,52 €
10.02.20xx	A 812	Psychotherapeutische Kurzzeittherapie, analog Nr. 812, 25 Min.	2	2,3	134,06 €
		usw.			
11.09.20xx	A 85	Verfahrensspezifischer Bericht an den Gutachter, analog Nr.85	3	2,3	201,09 €
11.09.20xx	95	Schreibgebühr, 3 Seiten	3	1,0	10,50 €
18.10.20xx	A 801	Erhebung des aktuellen psychischen Befundes, analog Nr. 801	1	2,3	33,52 €
18.10.20xx	870	Verhaltenstherapie	1	2,3	100,55 €
25.10.20xx	A 801	Erhebung des aktuellen psychischen Befundes, analog Nr. 801	1	2,3	33,52 €
25.10.20xx	870	Verhaltenstherapie	1	2,3	100,55 €
		usw.			

Inhalte

1. Grundlagen der GOÄ/GOP
2. Gemeinsame Abrechnungsempfehlungen zur Erbringung neuer psychotherapeutischer Leistungen
- 3. Abrechnung nach GOP**
4. Bundesbeihilfeverordnung / Landesbeihilfe Baden-Württemberg

Und nun zu den bestehenden Gebührenordnungspositionen der GOÄ/GOP

- Leistungen, die grau gedruckt sind, kommen für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nur selten zum Einsatz oder sie sind durch die gemeinsamen Abrechnungsempfehlungen obsolet geworden.
- Die Video-Symbole beziehen sich auf die Leistungen, die in den Abrechnungsempfehlung zwischen BPtK, PKV-Verband und Beihilfen zur Erbringung telemedizinischer Leistungen aufgeführt sind.

	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
5***	Symptombezogene Untersuchung	10,72 – 16,32

*) 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

***) Wenn sich die Nr. 5 auf eine psychische Symptomatik bezieht, kann sie von PP und KJP nur analog abgerechnet werden (s. 4. Änderungsverordnung zur GOÄ). Alternativ zur symptombezogenen Untersuchung nach der Nr. 5 kann die Abrechnungsempfehlung Nr. 4 („Erhebung des aktuellen psychischen Befundes“) herangezogen werden, die außerdem höher bewertet ist.

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. Nr. 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 und/oder Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en))
- 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

*) Alternative zur Nr. 849 für kürzere Gespräche: Abrechnungsempfehlung 5 („Psychotherapeutische Behandlung durch eingehendes therapeutisches Gespräch – auch mit gezielter Exploration, 1x je Kalendertag“).

	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.

*) Alternativen: Abrechnungsempfehlungen Nr. 2 und 3

	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)

Inhalte

1. Grundlagen der GOÄ/GOP
2. Gemeinsame Abrechnungsempfehlungen zur Erbringung neuer psychotherapeutischer Leistungen
3. Abrechnung nach GOP
4. **Bundesbeihilfeverordnung / Landesbeihilfe Baden-Württemberg**

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

- Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen oder geistig behinderten Patienten: zusätzlich 2 probatorische Sitzungen bei allen Verfahren (d.h. bei AP 10, bei TP, VT, ST 7 probatorische Sitzungen).
- EMDR nur bei PBTS und nur bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, Behandlung muss im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzepts der TP, AP, VT oder ST erfolgen.
- Verordnungen durch PP/KJP: Rehabilitation, Psychiatrische häusliche Krankenpflege, DiGAs.
- 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 geistiger Behinderung zusätzlich bis zu 100 Min. je Krankheitsfall. Keine Anrechnung auf ein Psychotherapiekontingent.
- Per Vorgriffsregelung: Einführung von Sprechstunde und ST bei KJ

**Damit endet das heutige
Abrechnungsseminar -
und nun zu Ihren weiteren Fragen**

