

Leistungen und Honorare

Die Abrechnung der nachstehenden psychotherapeutischen Leistungen erfolgt gemäß der Gebührenordnung für Psychotherapeut*Innen (GOP/GOÄ), sowie den Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer, die ab dem 01.07.2024 in Kraft getreten ist. Ich orientiere mich bei den Leistungen im Bereich: Beratung, Coaching und Paartherapie ebenfalls an der Gebührenordnung (GOP), diese werden jedoch, weil sie nicht als Heilbehandlung von der Krankenkasse klassifiziert werden, nicht erstattet.

Leistung	GOP-Ziffer	Steigerungsfaktor	Betrag	Anzahl
Psychotherapeutische Sprechstunde (50 Min.)	812a (analog)	2,3	134,06 Euro	nach Bedarf
Psychotherapeutische Sitzung (50 Min., inkl. Erhebung eines psychischen Befundes)	870 + 801 (analog)	2,7* + 2,3	151,56 Euro	pro Sitzung
Biographische Anamnese	860	2,3	123,34 €	zu Beginn der Therapie
Durchführung, Auswertung und Besprechung einer Testbatterie (z.B. 3 störungsspezifische Fragebögen/ klinisch- diagnostischer Interviews)	855 (analog)	1,8	75,75 €	Anzahl nach Bedarf
Anträge/Berichte	808	3,5	81,60 €	nach Bedarf
Erstellung des Berichts an den Gutachter zur Beantragung und/oder Fortführung der Psychotherapie	85 analog	2,3	je angefangene 60 Min 67,03€	je nach Aufwand

* Der Steigerungsfaktor kann bei entsprechender Begründung bis zum 3,5-fachen Satz erhöht werden.

Beratung / Coaching / Paartherapie (50 Min. oder 75 Min.) (Angelehnt an GOP)	3,5	153 Euro (50 Min.) 229,50 Euro (75 Min.)	pro Sitzung
Ausfallhonorar (<i>falls keine Terminabsage 24 Stunden vorher erfolgt ist</i>) <i>Wird nicht von der Krankenkasse erstattet</i>		75 Euro	je ausgefallene Sitzung

Die angeführte Tabelle listet die üblichen Leistungen auf. Zusätzliche GOP-Leistungen, wie die konsiliarische Erörterung mit Fachkollegen (vgl. Ziffer 60), telefonische Beratung (vgl. Ziffer 3), vertiefte Exploration (vgl. Ziffer 807 analog), die Beratung von Bezugspersonen (vgl. Ziffer 817 analog), sowie die Ausstellung von Bescheinigungen können entsprechend den Erfordernissen und nach umfassender Aufklärung in Anspruch genommen werden.

Der Steigerungsfaktor (siehe *) kann in spezifischen Fällen, die eine fundierte Begründung erfordern, auf bis zu das 3,5-fache des regulären Satzes angehoben werden. Zu solchen Gründen zählen ein erheblich erhöhter Zeitaufwand, dringende Bearbeitungen, komplexe Behandlungsansätze oder Differentialdiagnosen, sowie ein hoher Schwierigkeitsgrad, einschließlich der Inanspruchnahme außerhalb der regulären Praxiszeiten.

Die Honorare im Bereich des 2,3 bis 3,5 Satzes werden in der Regel von privaten Krankenversicherungen übernommen. Ich empfehle Ihnen im Voraus zu überprüfen, welche vertraglichen Leistungen (Anzahl der erstatteten Sitzungen, sowie die Höhe der erstatteten Sätze) in Ihrer individuellen Versicherung integriert sind.

Rechnungsempfänger sind in der Regel Sie selbst. Die Verantwortung für die vollständige Begleichung des Rechnungsbetrags liegt ausschließlich bei Ihnen, ungeachtet möglicher Erstattungen, die Ihnen durch Ihre Versicherung, Beihilfen oder vergleichbare Leistungen zustehen könnten.