



Einzel- und Gruppentherapie: Auszug meiner Leistungen und Honorare

Im Folgenden finden Sie einen Auszug meiner üblichen Leistungen und Honorare im Rahmen der Einzel- und Gruppentherapie. Ich rechne nach der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) ab.

Leistung	GOP-Ziffer	Steigerungsfaktor	Betrag	Anzahl
Psychotherapeutische Sprechstunde //Kurzzeittherapie // Gruppentherapie	812a	2,3	134,06 €	Probatorische Phase, 1.-24. Sitzung
Probatorik, Langzeittherapie	870	3,1	135,53 €	Probatorische Phase, Ab der 25. Sitzung, nach Bedarf
Erhebung des aktuellen psychischen Befunds	801a	2,3	33,52 €	ab der 1. Therapiesitzung (nicht bei Gruppentherapie-Sitzungen!)
Test-Batterie Interview	855a	1,8	75,75 €	1x pro Testbatterie // Interview, Anzahl nach Bedarf
Therapieantrag für die Krankenkasse/Beihilfe	85a	2,3	67,03 €	pro angefangene Stunde
Erhebung der biographischen Anamnese	860a	2,3	123,34 €	1x zu Beginn der Therapie
Ausfallhonorar	80 %	Das Ausfallhonorar ist keine GOP-Leistung und somit nicht erstattungsfähig!		

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

Die Leistungen bis zum 2,3fachen Satz (bis auf das Ausfallhonorar) werden im Regelfall von Privaten Krankenversicherungen übernommen. Die Differenz müssen Sie in der Regel selbst zahlen (z.B. 34,98€ für die 870, ab der 25. Sitzung). Prüfen Sie bitte im Vorfeld, ob eine Psychotherapie bei einem psychologischen Psychotherapeuten zu den Leistungen Ihres individuellen Versicherungsvertrages gehört.

Die oben genannte Tabelle zeigt die üblichen Leistungen. Es können im Einzelfall nach Bedarf noch weitere GOP-Leistungen hinzukommen, wie z.B. Bescheinigungen, telefonische Beratung, konsiliarische Erörterung mit anderen behandelnden Ärzten, Zuschläge für Leistungen außerhalb der regulären Praxisöffnungszeiten etc.

Bitte sprechen Sie vor Beginn einer Psychotherapie mit Ihrer Versicherung, da sich das Antragsverfahren, die Anzahl der erstatteten Sitzungen sowie die Höhe der erstatteten Sätze sich je nach Versicherung stark unterscheiden können. Bei Fragen sind wir Ihnen gerne behilflich.

Die **Tabelle gilt nicht für die gesetzlichen Krankenkassen**, hier wird nach EBM abgerechnet. Im Rahmen eines **Kostenerstattungsverfahrens** wird der Antrag jedoch nach GOP (siehe Tabelle) gestellt. Einige Krankenkassen übernehmen dies, andere wiederum nicht. Leider kann ich Ihnen nicht im Vorhinein sagen, ob die Krankenkasse dem Antrag stattgeben und wie die Krankenkasse die Kosten übernehmen wird. Die Entscheidung kann bis zu 6 Wochen dauern. Dies ist abhängig davon, ob die Krankenkasse noch ein Gutachten verlangt. Wird ein Gutachten verlangt, entstehen Ihnen zusätzliche Kosten nach Ziff. 85a. Weitere Informationen zum Kostenerstattungsverfahren erhalten Sie separat.