



I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen

Nr.	daneben abrechenbar	Beschreibung	Pkte	1x	1,8x	2,3x	2,5x	3,5x
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 Leistung nach Nr. 3 (Dauer min. 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 Kranken. 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 Leistung nach Nr. 15 darf nur einmal im Kalenderjahr berechnet werden.	300	17,49		34,20		61,20

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

Allgemeine Bestimmungen: Die Zuschläge nach den Buchstaben A bis D sowie K 1 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Sie dürfen, unabhängig von der Anzahl und Kombination der erbrachten Leistungen, je Inanspruchnahme des Arztes nur einmal berechnet werden.

Neben den Zuschlägen nach den Buchstaben A bis D sowie K 1 dürfen die Zuschläge nach den Buchstaben E bis J sowie K 2 nicht berechnet werden. Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluss an die zugrundeliegende Leistung aufzuführen.

Nr.	daneben abrechenbar	Beschreibung	Pkte	1x	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 zwischen 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. 22.00 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 u. 8 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	



III. Spezielle Beratungen und Untersuchungen

Nr.	daneben abrechenbar	Beschreibung	Pkte	1x	1,8x	2,3x	2,5x	3,5x
20		Beratungsgespräch in Gruppen von 4 bis 12 Teilnehmern im Rahmen der Behandlung von chronischen Krankheiten, je Teilnehmer und Sitzung (Dauer min. 50 Min.). <i>Neben der Leistung nach Nr. 20 sind die Leistungen nach den Nrn. 847, 862, 864, 871 und/oder 887 nicht berechnungsfähig.</i>	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 – <i>Neben der Nr. 22 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 21 oder 34 nicht berechnungsfähig.</i>	300	17,49		40,22		61,20
34	5	Erörterung (Dauer min. 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

IV. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz

Nr.	daneben abrechenbar	Beschreibung	Pkte	1x	1,8x	2,3x	2,5x	3,5x
45		Visite im Krankenhaus. Die Leistung nach Nr. 45 ist neben and. 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		65,28
51	Wegegeld ¹ (§ 8 GOÄ)	Besuch eines weiteren Kranken in derselben häuslichen Gemeinschaft in unmittelbar zeitlichem Zusammenhang m. d. Leistung nach Nr. 50, einschließlich Beratung u. symptombezogener Untersuchung, Einschränkungen siehe Nr. 50.	250	14,57		33,52		51,00
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		67,03		102,00
56	833	Verweilen , ohne Unterbrechung u. ohne Erbringung anderer ärztlicher Leistungen, wg. Erkrankung erforderlich, je angefragte halbe Stunde. Die Verweilgebühr darf nur berechnet werden, wenn der Arzt nach der Beschaffenheit des Krankheitsfalls min. 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 od. 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 od. ähnlicher Fachrichtung sind. Nicht berechnungsfähig für routinemäßige Besprechungen.	120	6,99		16,09		24,48

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 €)



VI. Bericht, Briefe

Nr.	daneben abrechenbar	Beschreibung	Pkte	1x	1,8x	2,3x	2,5x	3,5x
70		Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis mit Ausnahme von Dienst- und Arbeitsfähigkeitsbescheinigungen.	40	2,33		5,36		8,16
75		Ausführlicher schriftlicher Krankheits- u. 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- u. Befundberichte sind ausschließlich nach Ziffer 75 abzurechnen!	300	17,49		40,22		
85		Ggf. mit wissenschaftlicher Begründung , je angefangene Stunde Arbeitszeit siehe Einschränkungen 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	80, 85, 90	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				

V. Zuschläge zu den Leistungen nach den Nummern 45 bis 62

Allgemeine Bestimmungen: Die Zuschläge nach den Buchstaben E bis J sowie K 2 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Abweichend hiervon sind die Zuschläge nach den Buchstaben E bis H neben der Leistung nach Nr. 51 nur mit dem halben Gebührensatz berechnungsfähig. Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nrn. 45 bis 55 und 60 dürfen die Zuschläge unabhängig von der Anzahl und Kombination der erbrachten Leistungen je Inanspruchnahme des Arztes nur einmal berechnet werden. Neben den Zuschlägen nach den Buchstaben E bis J sowie K 2 dürfen die Zuschläge nach den Buchstaben A bis D sowie K 1 nicht berechnet werden. Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluss an die zugrundeliegende Leistung aufzuführen.

Nr.	daneben abrechenbar	Beschreibung	Pkte	1x	Keine Steigerung möglich
E	50, 51, 55, 56, 60	Zuschlag für dringend angeforderte u. unverzüglich erfolgte Ausführung. <i>Zuschlag E ist neben Leistungen nach den Nrn. 45, 46 u. neben Zuschlägen nach den Buchstaben F, G und/oder H nicht berechnungsfähig.</i>	160	9,33	
F	50, 51, 55, 56, 60	Zuschlag für i. d. Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr erbrachte Leistungen. <i>Der Zuschlag nach Buchstabe F ist neben den Leistungen nach den Nrn. 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.</i>	260	15,15	
G	45, 46, 50, 51, 55, 56, 60, H	Zuschlag für i. d. Zeit zwischen 22 u. 6 Uhr erbrachte Leistungen. <i>Der Zuschlag nach Buchstabe G ist neben den Leistungen nach den Nrn. 45, 46, 48, 52 und Zuschlag F nicht berechnungsfähig.</i>	450	26,23	
H	50, 55, 56, 60, F, G	Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen erbrachte Leistungen. <i>Der Zuschlag nach Buchstabe H ist neben den Leistungen nach den Nrn. 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.</i>	340	19,82	



Abschnitt G: Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie (Auszug)

Nr.	daneben abrechenbar	Beschreibung	Pkte	1x	1,8x	2,3x	2,5x	3,5x	UV- GOÄ Allg.	UV- GOÄ Bes.
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	27,61	34,36
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	19,68	24,48
835		Einmalige, nicht in zeitlichem 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	4,42	5,50
845		Behandlung einer Einzelperson durch Hypnose. Anmerkung: nur als Einzelbehandlung.	150	8,74		20,11		30,60	10,35	12,88
846		Übende Verfahren (z. B. autogenes Training, Jacobson), Einzelbehandlung , Dauer min. 20 Min.	150	8,74		20,11		30,60	10,35	12,88
847		Übende Verfahren (z. B. autogenes Training), Gruppenbehandlung mit höchstens zwölf Teilnehmern (Anmerkung: absolute Teilnehmerzahl unabhängig vom Versichertenstatus), Dauer min. 20 Min., je Teilnehmer.	45	2,62		6,03		9,18	3,11	3,87
849		Psychotherapeutische Behandlung bei psychoreaktiven, psychosomatischen oder neurotischen Störungen, Dauer min. 20 Min., Anmerkung für die Beihilfe: nur als Einzelbehandlung, bis zu zwei Sitzungen am Tag (Uhrzeit auf der Rechnung angeben!) bis zu 12 Sitzungen im Behandlungsfall (i.d.R. 1 Jahr), wenn keine Psychotherapie gemäß Ziffern 861 u. folgende indiziert ist.	230	13,41		30,83		46,92	15,88	19,76
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		49,84	62,02
856		Anwendung u. Auswertung standardisierter Intelligenz- u. Entwicklungstests (Staffeltests oder HAWIE(K), IST/Amthauer, Bühler-Hetzer, Binet-Simon, Kramer) mit schriftlicher Aufzeichnung, nur einmal je Sitzung berechnungsfähig, insgesamt.	361	21,04	37,88		52,60		24,92	31,01
857		Anwendung u. Auswertung orientierender Testuntersuchungen (z. B. Fragebogentest nach Eysenck, MPQ oder MPI, Raven-Test, Sceno-Test, Wartegg-Zeichentest, Haus-Baum-Mensch, mit Ausnahme des sog. Lüscher-Tests), nur einmal je Sitzung berechnungsfähig, insgesamt.	116	6,76	12,17		19,90		8,01	9,96
860		Erhebung einer biographischen Anamnese unter neurosenpsychologischen Gesichtspunkten mit schriftlicher Aufzeichnung zur Einleitung u. Indikationsstellung bei tiefenpsychologisch fundierter u. analytischer Psychotherapie, ist bei Verhaltenstherapie analog anzuwenden, auch in mehreren Sitzungen , nicht neben Nr. 835 berechnungsfähig. Die Nr. 860 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig .	920	53,62		123,34		187,69	63,50	79,03
861		Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Einzelbehandlung , Dauer min. 50 Min.	690	40,22		92,50		140,76	47,63	59,27



Nr.	daneben abrechenbar	Beschreibung	Pkte	1x	1,8x	2,3x	2,5x	3,5x	UV- GOÄ Allg.	UV- GOÄ Bes.
862		Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Gruppenbehandlung , mit einer Teilnehmerzahl von höchstens 8 Personen, Dauer min. 100 Min., je Teilnehmer.	345	20,11		46,25		70,38	23,81	29,63
863		Analytische Psychotherapie, Einzelbehandlung , Dauer min. 50 Min.	690	40,22		92,50		140,76	47,63	59,27
864		Analytische Psychotherapie, Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens 8 Personen, Dauer min. 100 Min., je Teilnehmer.	345	20,11		46,25		70,38	23,81	29,63
865		Besprechung mit dem nichtärztlichen Psychotherapeuten über die Fortsetzung der Behandlung.	345	20,11		46,25		70,38	23,81	29,63
870		Verhaltenstherapie, Einzelbehandlung , Dauer min. 50 Min., ggf. Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils min. 25 Min.	750	43,72		100,55		153,00	51,77	64,42
871		Verhaltenstherapie, Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens 8 Personen, Dauer min. 50 Min., je Teilnehmer. Bei einer Dauer von min. 100 Min. kann die Leistung nach Nr. 871 zweimal berechnet werden.	150	8,74		20,11		30,60	10,35	12,88
886		Psychiatrische Behandlung bei Kindern und/oder Jugendlichen unter Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson(en) unter Berücksichtigung familienmedizinischer u. entwicklungspsychologischer Bezüge, Dauer min. 40 Min.	700	40,80		93,84		142,80	48,32	60,13
887		Psychiatrische Behandlung in Gruppen bei Kindern und/oder Jugendlichen, Dauer min. 60 Min., bei einer Teilnehmerzahl von höchstens 10 Pers., je Teilnehmer.	200	11,66		26,81		40,80	13,80	17,18

für detaillierte Informationen, auch Quelle:

<http://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=408&token=d1bc46877965eed9dfd9d92afe6587c8d4c2a7f7>