



Honorarvereinbarung

nach § 2 GOÄ über
psychotherapeutische Leistungen

Praxisstempel

Hiermit wird zwischen den Parteien
Frau M.Sc.-Psych. Janina Rieger
nachfolgend **Psychotherapeutin** genannt
und
Frau/Herrn _____

_____ nachfolgend **Patient*in** genannt
vereinbart,

dass unabhängig von der Erstattung durch Dritte, z.B. Private Krankenversicherung, Beihilfe, gesetzliche Krankenversicherung gem. § 13 Abs. 2 SGB V bzw. § 13 Abs. 3 SGB V (Kostenerstattung bei Privatbehandlung) nach persönlicher Absprache für die psychotherapeutische Sitzungen gemäß der GOP/GOÄ untenstehend tabellarisch aufgeführte Steigerungssätze gelten.

Die/der Patient*in schuldet das Honorar persönlich in voller Höhe gemäß Rechnungslegung gegenüber der Psychotherapeutin. Die Honorierung der Psychotherapeutin richtet sich nach GOP/GOÄ.

Bitte beachten Sie, dass hier ein Kostenanteil für Sie je nach Ihrem Versicherungsschutz entstehen kann!

GOP Ziffer	GOP-Leistung	Häufigkeit	Übliche Steigerung	Euro	Vereinbarte Steigerung	Euro
1	Beratung (inkl. Telefonate, Maillkontakt, Zeugnisse, Datenaustausch), Dauer: max. 10 Minuten	Ggf. einmalig im Rahmen der Probatorik und bei Bedarf	2,3	10,72	3,5	16,32
3	Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung, Dauer: mind. 10 Minuten	Ggf. einmalig im Rahmen der Probatorik und bei Bedarf	2,3	20,11	3,5	30,60
812a	Psychotherapeutische Sprechstunde Je 25 Min Max. 6x/Jahr		2,3	67,03	2,3	
801	Eingehende psychotherapeutische Untersuchung ggf. unter Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson	Ggf. einmalig im Rahmen der Probatorik und bei Bedarf	2,3	33,52	3,5	51,00
85a	Erstellung eines 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	Ggf. einmalig im Rahmen der Probatorik; bei Indikation einer Fortführung	2,3	67,03	2,3	
817a	Eingehende psychotherapeutische Beratung der Bezugspersonen von Erwachsenen anhand erhobener Befunde und Erläuterung geplanter therapeutischer Maßnahmen		2,3	24,13	3,5	36,72
855a	Durchführung, Auswertung und Besprechung einer psychologischen – auch neuropsychologischen – Testbatterie zum umfassenden Assessment (mind. 3 Testverfahren, z.B. PHQ-D, BDI, PSSI, ISR, HAQ, HASE) je Testbatterie	Im Rahmen der ersten Stunden/Probatorik und bei Bedarf	1,8	75,75	2,3	96,78
855a	Anwendung eines validierten, standardisierten, strukturierten klinisch-diagnosti-	Im Rahmen der ersten Stunden/Probatorik und bei Bedarf	1,8	75,75	2,3	96,78

	schen Interviews (z.B. SIAB-EX, Module des SCID-5-CV, PANSS, WR-Interview) mit schriftlicher Aufzeichnung, je Interview					
75	Diagnostischer Befundbericht (Anamnese, Diagnosen, Epikrise)	Nach abgeschlossener Diagnostik und bei Bedarf	2,3	17,43	3,5	26,52
85	Schriftliche gutachtliche Äußerung, mit wissenschaftlicher Begründung, je angefangene Stunde Arbeitszeit	Nach abgeschlossener Diagnostik und bei Bedarf	2,3	67,03	3,5	102
860	Erhebung einer biografischen Anamnese	Im Rahmen der ersten Stunden	2,3	123,34	3,5	187,69
807a	Vertiefte Exploration	Einmalig im Rahmen der ersten Stunden sowie am Ende der Psychotherapie	2,3	53,62	2,3	
812a	Psychotherapeutische Kurzzeittherapie (max. 48 Sitzungen) Je 25 Minuten	Pro Sitzung	2,3	67,03	2,3	
812a	Psychotherapeutische Akutbehandlung (max. 24 Sitzungen) Je 25 Minuten	Pro Sitzung	2,3	67,03	2,3	
801a	Erhebung des aktuellen psychischen Befundes	Pro psychotherapeutischer Sitzung	2,3	33,52	2,3	
812a	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 50 Minuten	Pro Sitzung	2,3	67,03	2,3	
861	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Einzelbehandlung, Dauer mind. 50 Min.	Pro Sitzung	2,3	92,50	3,35	134,74

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie Ihr Einverständnis für die tabellarisch aufgeführten Steigerungssätze.

Ort

Datum

Unterschrift Patient*in

Unterschrift Psychotherapeut*in