

Stand: Februar 2023

Anmerkungen zur Anwendung der Gebührentabelle

Die nachfolgenden Tabellen enthalten einen Auszug aus der GOÄ, nämlich die Leistungen der Abschnitte B und G der GOÄ, die als GOP-Ziffern von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten abgerechnet werden können.

Steigerungssatz

Psychotherapeuten können zwischen dem 1-fachen Steigerungssatz und der „Begründungsschwelle“ (das ist allgemein der 2,3-fache Steigerungssatz, bei technischen Leistungen der 1,8-fache Steigerungssatz) ohne weitere Begründung ihr Honorar berechnen. Der Höchststeigerungssatz liegt bei dem 3,5-fachen Satz, ggf. auch höher (z.B. 808 Bericht an den Gutachter). Bei Zuschlägen und Schreibgebühren ist lediglich der einfache Gebührensatz in Ansatz zu bringen, eine Steigerung ist ausgeschlossen.

Höhere Steigerungssätze als 2,3 (bei techn. Leistungen 1,8) können wie folgt geltend gemacht werden:

- Honorarsätze zwischen 2,3-fach und 3,5-fach (und ggf. höher) werden auf der Rechnung, z.B. durch eine kurze schriftliche Erläuterung bei der entsprechenden Leistung begründet. Private Krankenversicherungen und die Beihilfe akzeptieren solche Begründungen durchaus und das erhöhte Honorar wird häufig erstattet.
- Mittels einer Honorarvereinbarung nach § 2 der GOÄ wird mit dem Patienten ein Steigerungssatz vereinbart, der das 1,8 fache bzw. 2,3 fache, ggf. auch 3,5-fache überschreitet. Die Honorarvereinbarung ersetzt nicht die Rechnung, die den Anforderungen nach § 12 Abs. 1 GOÄ/GOP entsprechen und die gesondert gestellt werden muss. Für die Begründung erhöhter Steigerungssätze wird dabei auf die Honorarvereinbarung verwiesen. Die Gebührenordnung als Ganzes kann durch die Honorarvereinbarung nicht ausgesetzt werden, d.h. die Honorarvereinbarung muss sich auf bestimmte Leistungen beziehen. Die Honorarvereinbarung muss mit dem Patienten persönlich und schriftlich vor der Behandlung getroffen werden.

Der Patient ist immer darüber aufzuklären, dass der Kostenträger möglicherweise nicht die volle Gebühr erstattet. Dies ist bei der Beihilfe und bei etlichen privaten Krankenversicherungen der Fall.

Anmerkungen

Zum besseren Verständnis sind einzelne Gebührenordnungspositionen mit unseren Anmerkungen versehen.

Abschnitt A: Gebühren in besonderen Fällen (Auszug)

Für die nachfolgend genannten Leistungen dürfen Gebühren nach Maßgabe des § 5 nur bis zum 2,5-fachen des Vergütungssatzes bemessen werden. Nummern 855 bis 857 in Abschnitt G.

Abschnitt B: Grundleistungen und allgemeine Leistungen (Auszug)

Allgemeine Bestimmungen

1. Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes.
2. Die Leistungen nach den Nummern 1 und/oder 5 sind neben Leistungen nach den Abschnitten C bis O im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.
3. Die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5, 6, 7 und/oder 8 können an demselben Tag nur dann mehr als einmal berechnet werden, wenn dies durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalles geboten war. Bei mehrmaliger Berechnung ist die jeweilige Uhrzeit der Leistungserbringung in der Rechnung anzugeben. Bei den Leistungen nach den Nummern 1, 5, 6, 7 und/oder 8 ist eine mehrmalige Berechnung an demselben Tag auf Verlangen, bei der Leistung nach Nummer 3 generell, zu begründen.
4. Die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 22, 30 und/oder 34 sind neben den Leistungen nach den Nummern 804 bis 812, 817, 835, 849, 861 bis 864, 870, 871, 886 sowie 887 nicht berechnungsfähig.
5. Mehr als zwei Visiten an demselben Tag können nur berechnet werden, wenn sie durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalls geboten waren. Bei der Berechnung von mehr als zwei Visiten an demselben Tag ist die jeweilige Uhrzeit der Visiten in der Rechnung anzugeben. Auf Verlangen ist die mehr als zweimalige Berechnung einer Visite an demselben Tag zu begründen. Anstellt oder neben der Visite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8 und/oder 15 nicht berechnungsfähig.
6. Besuchsgebühren nach den Nummern 48, 50 und/oder 51 sind für Besuche von Krankenhaus- und Belegärzten im Krankenhaus nicht berechnungsfähig.
7. Terminvereinbarungen sind nicht berechnungsfähig.
8. Neben einer Leistung nach den Nummern 5, 6, 7 oder 8 sind die Leistungen nach den Nummern 600, 601, 1203, 1204, 1228, 1240, 1400, 1401 und 1414 nicht berechnungsfähig.

Abschnitt B

Kapitel I Allgemeine Beratungen und Untersuchungen

GOP-Nr.	daneben anrechenbar	Leistungsbeschreibung	Punkte	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 mind. 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		40,22		61,20

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

Allgemeine Bestimmungen: Die Zuschläge nach den Buchstaben A bis D sowie K1 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 K1 dürfen die Zuschläge nach den Buchstaben E bis J sowie K2 nicht berechnet werden. Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluss an die zugrundeliegende Leistung aufzuführen.

GOP-Nr.	daneben anrechenbar	Leistungsbeschreibung	Punkte	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 zw. 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 20.00 u. 8.00 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				

Kapitel III Spezielle Beratungen und Untersuchungen

GOP-Nr.	daneben anrechenbar	Leistungsbeschreibung	Punkte	1x	1,8x	2,3x	2,5x	3,5x
20		Beratungsgespräche in Gruppen von 4 bis 12 Teilnehmern im Rahmen der Behandlung von chronischen Krankheiten, je Teilnehmer und Sitzung (Dauer mind. 50 Min.). Neben der Leistung nach Nr. 20 sind die Leistungen nach den Nrn. 847, 862, 864, 871 und/oder 887 nicht berechnungsfähig.	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 – neben der Nr. 22 sind die Leistungen gem. Nrn. 1, 3, 21 oder 34 nicht berechnungsfähig.	300	17,49		40,22		61,20
34	5	Erörterung (Dauer mind. 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

Kapitel IV Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz

GOP-Nr.	daneben anrechenbar	Leistungsbeschreibung	Punkte	1x	1,8x	2,3x	2,5x	3,5x
45		Visite im Krankenhaus. Die Leistung ist neben den Leistungen des Abschnitts B nicht berechnungsfähig; sie 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 (§ 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 unmittelbaren 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 angefangene halbe Stunde. Die Verweilgebühr darf nur berechnet werden, wenn der Arzt nach der Beschaffenheit des Krankheitsfalls mind. 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 oder 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 oder ähnlicher Fachrichtung sind. Nicht berechnungsfähig für routinemäßige Besprechungen	120	6,99		16,09		24,48

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

Allgemeine Bestimmungen: Die Zuschläge nach den Buchstaben E bis J sowie K2 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 K2 dürfen die Zuschläge nach den Buchstaben A bis D sowie K1 nicht berechnet werden. Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluss an die zugrundeliegende Leistung aufzuführen.

GOP-Nr.	daneben anrechenbar	Leistungsbeschreibung	Punkte	1x	Keine Steigerung möglich
E	50, 51, 55, 56, 60	Zuschlag für dringend angeforderte u. unverzüglich erfolgte Ausführung. Zuschlag E ist neben Leistungen nach den Nrn. 45, 46 und neben Zuschlägen nach den Buchstaben F, G und/oder H nicht berechnungsfähig.	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. Der Zuschlag nach Buchstabe F ist neben den Leistungen nach den Nrn. 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.	260	15,15	
G	45, 46, 50, 51, 55, 56, 60	Zuschlag für i. D Zeit zwischen 22 und 6 Uhr erbrachte Leistungen. Der Zuschlag nach Buchstabe G ist neben den Leistungen nach den Nrn. 45, 46, 48, 52 und Zuschlag F nicht berechnungsfähig.	450	26,23	
H	50, 55, 56, 60, F, G	Zuschlag für an Samstagen, Sonn- und Feiertagen erbrachte Leistungen. Der Zuschlag nach Buchstabe H ist neben den Leistungen nach den Nrn. 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.	340	19,82	

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 €)

Kapitel VI Berichte, Briefe

GOP-Nr.	daneben anrechenbar	Leistungsbeschreibung	Punkte	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		61,20
85		Ggf. mit wissenschaftlicher Begründung , je angefangene Stunde Arbeitszeit siehe Einschränkung 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		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				

Abschnitt G

(Auszug) Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie

GOP-Nr.	daneben anrechenbar	Leistungsbeschreibung	Punkte	1x	1,8x	2,3x	2,5x	3,5x
801 ²		Eingehende psychiatrische Untersuchung – ggf. unter Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson <ul style="list-style-type: none"> • eingehende psychiatrische Untersuchung, nicht umfassender oder vollständiger psychopathologischer Befund • Erfassung wesentlicher Kernbereiche der psychopathologischen Symptomatik in hinreichendem Detaillierungsgrad • Im Wesentlichen Befundung der Teilbereiche Bewusstsein und Orientierung, Affekt, Antrieb, Wahrnehmung, inhaltliches und formales Denken, Ich-Störungen, wesentliche kognitiv-mnestische Funktionen 	250	14,57		33,52		51,00
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
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
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
845		Behandlung einer Einzelperson durch Hypnose. Anmerkung: nur als Einzelbehandlung	150	8,74		20,11		30,60
846		Übende Verfahren (z.B. autogenes Training, Jacobson), Einzelbehandlung , mind. 20 Min.	150	8,74		20,11		30,60

² Strittig, ob nur für Psychiatrie anwendbar; wird aber oft von Kostenträgern akzeptiert

847		Übende Verfahren (z.B. autogenes Training), Gruppenbehandlung mit höchstens zwölf Teilnehmern (Anmerkung: absolute Teilnehmerzahl unabhängig vom Versichererstatus), Dauer mind. 20 Min., je Teilnehmer	45	2,62		6,03		9,18
849		Psychotherapeutische Behandlung bei psychoreaktiven, psychosomatischen oder neurotischen Störungen, Dauer mind. 20 Min., als Einzelbehandlung. Bei zwei Sitzungen am Tag. Uhrzeit auf der Rechnung angeben.	230	13,41		30,83		46,92
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	
856		Anwendung u. Auswertung standardisierter Intelligenz- u. Entwicklungstests (Staffeltest 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	
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		16,90	
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
861		Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Einzelbehandlung , Dauer mind. 50 Min.	690	40,22		92,50		140,76
862		Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Gruppenbehandlung , mit einer Teilnehmerzahl von höchstens 8 Personen, Dauer mind. 100 Min., je Teilnehmer	345	20,11		46,25		70,38
863		Analytische Psychotherapie, Einzelbehandlung , Dauer mind. 50 Min.	690	40,22		92,50		140,76
864		Analytische Psychotherapie, Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens 8 Personen, Dauer mind. 100 Min., je Teilnehmer	345	20,11		46,25		70,38
865		Besprechung mit dem nichtärztlichen Psychotherapeuten über die Fortsetzung der Behandlung.	345	20,11		46,25		70,38
870		Verhaltenstherapie, Einzelbehandlung , Dauer mind. 50 Min., ggf. Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mind. 25 Min.	750	43,72		100,55		153,00
871		Verhaltenstherapie, Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens 8 Personen, Dauer mind. 50 Min., je Teilnehmer. Bei einer Dauer von mind. 100 Min. kann die Leistung nach Nr. 871 zweimal berechnet werden.	150	8,74		20,11		30,60
886		Psychiatrische Behandlung bei Kindern und/oder Jugendlichen unter Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson(en) unter Berücksichtigung familien- medizinischer u. entwicklungspsychologischer Bezüge, Dauer mind. 40 Min.	700	40,80		93,84		142,80
887		Psychiatrische Behandlung in Gruppen bei Kindern und/oder Jugendlichen, Dauer mind. 60 Min., bei einer Teilnehmerzahl von höchstens 10 Personen, je TN	200	11,66		26,81		40,80

Basistarif

Jede private Krankenversicherung muss einen Basistarif anbieten. In diesem Tarif besteht eine Aufnahmepflicht (Kontrahierungszwang) für die Versicherung; Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse gibt es nicht.

Der Basistarif ist in seinem Leistungsumfang mit dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar. Im Hinblick auf die Vergütung haben der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine Vereinbarung zur Vergütung ärztlicher Leistungen für im Basistarif-Versicherte getroffen. Die Vereinbarung legt fest, dass Laborleistungen mit dem 0,9-fachen des Vergütungssatzes, technische Leistungen mit dem 1,0-fachen des Vergütungssatzes (z.B. Diagnostik) und die übrigen Leistungen (z.B. Psychotherapie) mit dem 1,2-fachen des Vergütungssatzes vergütet werden.

Beihilfe und Postbeamtenkrankenkassen

Die im Rahmen der Beihilfe anerkannten GOP-Ziffern sind in der ersten Spalte der nachfolgenden Leistungsübersicht kursiv und fett gedruckt (z.B. 1, 860, 870).

Die Postbeamtenkasse erbringt Beihilfeleistungen für die Nachfolgeunternehmen der ehemaligen Deutschen Bundespost und ergänzt diese um Krankenkassenleistungen. Die Allg. Versicherungsbedingungen (AVB) orientieren sich an den Beihilfevorschriften des Bundes, ebenso das Antragsverfahren. Die Mitglieder der Gruppe B (mittlerer, gehobener und höherer Dienst und deren Hinterbliebene, Mitglieder ohne Beihilfeanspruch) werden wie Privatversicherte auf Rechnung behandelt und erhalten das 1,9-fache der Aufwendungen erstattet. Darüber hinaus in Rechnung gestellte Gebühren müssen vom Patienten zugezahlt werden.

Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB)

In der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (Beamte der Besoldungsgruppen A1 bis A10 einschließlich Versorgungsempfänger und Hinterbliebene), sowie für die mitversicherten Angehörigen gelten Sondertarife.

Die KVB zahlt Zuschüsse nach der Leistungstafel KVB-Tarife. Bei Mitgliedern und Mitversicherten der Beitragsklassen I bis III kann ein GOP-Satz bis zum 2,2-fachen des Ein-fachsatzes auf der Grundlage des GOP-Punktwertes von 5,82873 Cent berechnet werden. Die KVB erstattet nur 80 % der erstattungsfähigen Aufwendungen, der Rest ist Selbstbeteiligung. KVB-Versicherte sind Selbstzahler, deshalb werden sie wie privat Versicherte behandelt. Die Rechnung muss den Vermerk „KVB-Vertrag“ enthalten.