BESCHLUSS

des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 864. Sitzung am 18. November 2026

zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 3 Satz 15 SGB V zur Bereinigung der Leistungen gemäß § 87d Abs. 1 Nummer 5 und 7 SGB V

[Bereinigung Psychotherapie]

mit Wirkung zum 1. Quartal 2027 unter der Bedingung gemäß Nr. 7

Präambel

Der Bewertungsausschuss beschließt Vorgaben gemäß § 87a Abs. 3 Satz 15 SGB V zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) für die Leistungen gemäß § 87d Abs. 1 Nummer 5 und 7 SGB V. Die ab dem Inkrafttreten der Vergütungsregelungen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes erbrachten und nach sachlich-rechnerischer Prüfung in den vier Abrechnungsquartalen des Jahres 2027 abgerechneten Leistungen gemäß § 87d Abs. 1 Nummer 5 und 7 SGB V sind unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartals begrenzt auf die vier Abrechnungsquartale des Jahres 2027 zu bereinigen.

1. Bereinigungszeitraum

Die einmalige basiswirksame Bereinigung erfolgt für die Leistungen gemäß § 87d Abs. 1 Nummer 5 und 7 SGB V (Leistungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und psychotherapeutische Leistungen für Patienten, die die Voraussetzungen der Richtlinien nach § 92 Absatz 6b SGB V erfüllen) in den Quartalen 1/2027 bis 4/2027.

2. Zu bereinigende Leistungen

Zu bereinigen sind definierte sachlich-rechnerisch geprüfte Leistungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und definierte sachlich-rechnerisch geprüfte psychotherapeutische Leistungen für Patienten, die die Voraussetzungen der Richtlinien nach § 92 Absatz 6b SGB V erfüllen und die im Rahmen der (KJ-)KSVPsych-RL behandelt werden, die im Rahmen der Quartalsabrechnung des aktuellen Quartals vom Arzt abgerechnet, von der Kassenärztlichen Vereinigung nach bundeseinheitlichen Kriterien gekennzeichnet und gemäß § 87d Abs. 1 Nr. 5 und 7 SGB V außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden. Nicht zu bereinigen sind diejenigen Leistungen, die für Patienten abgerechnet wurden, die bereits aufgrund von Selektivvertragsteilnahme bereinigt wurden, und die dem jeweiligen Ziffernkranz (gemäß der Satzart L08) – ggf. eingeschränkt auf bereinigungsrelevante Arztgruppen – zuzuordnen sind (nicht vertragskonforme Inanspruchnahme).

Die Kassenärztlichen Vereinigungen nehmen die bundeseinheitliche Kennzeichnung für die Leistungen von Patienten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr vor sowie für die Leistungen von Patienten, bei denen in mindestens einem der zwei Vorquartale oder im selben Quartal die Gebührenordnungspositionen 37510, 37525, 37610 oder 37625 abgerechnet worden sind.

Die zu bereinigenden Leistungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gemäß § 87d Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V sind definiert als:

- Die bundeseinheitliche gekennzeichneten Gebührenordnungspositionen 22210, 22211, 22220, 23210, 23211, 23214, 23220, 35140, 35141, 35150, 35151, 35163 bis 35169, 35173 bis 35179 und Leistungen der Abschnitte 30.11, 35.2 und 35.3 EBM für Patienten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr bzw. bei Patienten, deren Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wurde.

Die zu bereinigenden psychotherapeutischen Leistungen gemäß § 87d Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 SGB V für Patienten, die die Voraussetzungen der Richtlinien nach § 92 Absatz 6b SGB V ((KJ-)KSV-Psych-RL) erfüllen, sind definiert als:

- Die bundeseinheitliche gekennzeichneten Gebührenordnungspositionen 21210 bis 21212, 22210 bis 22212, 22220, 23210 bis 23212, 23214, 23220, 35140, 35141, 35150, 35151, 35163 bis 35169, 35173 bis 35179, 37500, 37510, 37600, 37610 und Leistungen der Abschnitte 35.2 und 35.3 EBM für Patienten, die die Voraussetzungen der Richtlinien nach § 92 Absatz 6b SGB V erfüllen und die im Rahmen der (KJ-)KSVPsych-RL behandelt werden.

3. Bestimmung der zugrunde zu legenden relevanten Leistungsmengen

Für jede betroffene Arztgruppe in der Gliederung nach dem zweistelligen Fachgruppencode gemäß Anlage 1 der Vereinbarung gemäß § 293 Absätze 4 und 7 SGB V über eine zentrale Arztnummernvergabe wird für jedes Bereinigungsquartal die Summe der gemäß Nr. 2 identifizierten bzw. gekennzeichneten Leistungsmengen gemäß Euro-Gebührenordnung für die im jeweiligen KV-Bezirk wohnhaften Versicherten sowie – insofern diese innerhalb der MGV vergütet werden – für die Wohnausländer mit Kassensitz im jeweiligen KV-Bezirk im jeweiligen Quartal je Krankenkasse ermittelt.

4. Bestimmung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des Vorjahresquartals

Die arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten werden bestimmt als Honorar des jeweiligen Vorjahresquartals dividiert durch den Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung des jeweiligen Vorjahresquartals der jeweiligen Arztgruppe in der Gliederung nach dem zweistelligen Fachgruppencode gemäß Anlage 1 der Vereinbarung gemäß § 293 Absätze 4 und 7 SGB V über eine zentrale Arztnummernvergabe, jeweils in der Abgrenzung der MGV des jeweiligen Vorjahresquartals.

5. Nachweis der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die gemäß Nr. 4 bestimmten Quoten gegenüber den Krankenkassen nachzuweisen. Das Nähere hierzu wird der Bewertungsausschuss bis zum 31. Januar 2027 analog zur Datenlieferung in der Satzart „AUSZQ2“ gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 640. Sitzung am 29. März 2023 zur Bereinigung der offenen Sprechstunden beschließen. Diese Datenlieferung umfasst Leistungsbedarfs- und Honorarsummen je gesamtvertragszuständiger Kassenärztlicher Vereinigung, Quartal, Arztgruppe, Krankenkasse und differenziert in der Abgrenzung der der MGV zugehörigen Leistungen einerseits sowie allen Leistungen andererseits.

6. Ermittlung der Bereinigungsmengen

Durch Multiplikation der jeweiligen gemäß Nr. 3 bestimmten Summe der gemäß Nr. 2 gekennzeichneten relevanten Leistungsmengen je Krankenkasse mit der gemäß Nr. 4 bestimmten entsprechenden arztgruppenspezifischen Auszahlungsquote des Vorjahresquartals ergibt sich der Bereinigungsbetrag in Euro. Durch Division durch den jeweils zutreffenden regionalen Punktwert des aktuellen Quartals ergibt sich die

Bereinigungsmenge in Punkten. Diese wird in den Quartalen 1/2027 bis 4/2027 vom Behandlungsbedarf des jeweiligen KV-Bezirks nach der Umsetzung der Rechenschritte in Nr. 2.2.4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 864. Sitzung am 18. November 2026 [Aufsatzwerte] oder entsprechender Folgebeschlüsse abgezogen. Die jeweilige Bereinigungsmenge in Punkten wird zudem aus Transparenzgründen parallel jeweils differenziert nach Kassenärztlichen Vereinigungen und zweistelligen Fachgruppencodes über die Kassenärztliche Bundesvereinigung in Form einer vom Institut des Bewertungsausschusses bis zum 31. Januar 2027 auf seiner Internetseite zu veröffentlichenden Exceltabelle an das Institut des Bewertungsausschusses und den GKV-Spitzenverband übermittelt.

7. Inkrafttreten

Dieser Beschluss tritt – unter der Bedingung der Verkündung von Art. 1b und Art. 11 Abs. 3 des Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung in der Fassung der BR-Drucksache 620/26 im Bundesgesetzblatt – mit Wirkung ab 1. Januar 2027 in Kraft.

Protokollnotiz:

Zur Ermöglichung kassenseitiger Prüfungen und Plausibilisierungen verständigen sich die Partner der Gesamtverträge, ob eine Anpassung der Zahlungsfrist der Gesamtvergütung und der Höhe der dafür zu leistenden Abschlagszahlungen notwendig ist.

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 3 Satz 15 SGB V zur Bereinigung der Leistungen gemäß § 87d Abs. 1 Nummer 5 und 7 SGB V [Bereinigung Psychotherapie] unter einer Bedingung mit Wirkung zum 1. Januar 2027

1. Rechtsgrundlage

Der Bewertungsausschuss beschließt Vorgaben gemäß § 87a Abs. 3 Satz 15 SGB V zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) für die Leistungen gemäß § 87d Abs. 1 Nummer 5 und 7 SGB V.

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Zunächst wird der Bereinigungszeitraum auf den Zeitraum 1. Quartal 2027 bis 4. Quartal 2027 festgelegt.

Sodann wird festgelegt, dass für diese Quartale jeweils die für das Quartal mit einer entsprechenden Kennzeichnung abgerechneten, sachlich-rechnerisch geprüften Leistungen zu bereinigen sind, die gemäß § 87d Abs. 1 Nummer 5 und 7 SGB V außerhalb der MGV vergütet werden. Die entsprechenden Leistungsmengen gemäß Euro-Gebührenordnung sind je Krankenkasse nach dem Wohnortprinzip in der Gliederung des zweistelligen Fachgruppencodes gemäß Anlage 1 der Vereinbarung gemäß § 293 Absätze 4 und 7 SGB V über eine zentrale Arztnummernvergabe aufzusummieren. Damit wird eine für alle Krankenkassen, KV-Bezirke und sowohl bereichseigene als auch bereichsfremde Leistungen einheitliche und transparente Gliederung vorgegeben.

Entsprechend der gesetzlichen Vorgaben gemäß § 87a Abs. 3 Satz 15 SGB V sind die auf diese Leistungsmengen anzuwendenden arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten als Honorar des jeweiligen Vorjahresquartals dividiert durch den Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung des jeweiligen Vorjahresquartals zu bestimmen. Der Bewertungsausschuss gibt vor, dass auch hier die Gliederung der Arztgruppen nach dem zweistelligen Fachgruppencode gemäß Anlage 1 der Vereinbarung gemäß § 293 Absätze 4 und 7 SGB V über eine zentrale Arztnummernvergabe sowie die Abgrenzung der MGV des jeweiligen Vorjahresquartals anzuwenden ist. Damit wird die Konsistenz der Quoten zu den zu bereinigenden

Leistungen sichergestellt. Der Nachweis dieser Quoten gegenüber den Krankenkassen soll durch anlassbezogene Datenlieferungen gemäß § 87a Abs. 6 SGB V erfolgen, zu denen der Bewertungsausschuss bis zum 31. Januar 2027 das Nähere beschließen wird. Diese Datenlieferungen werden die Leistungsbedarfs- und Honorarsummen je gesamtvertragszuständiger Kassenärztlicher Vereinigung, Quartal, Arztgruppe, Krankenkasse und – zur Verbesserung der Plausibilisierungsmöglichkeiten – eine Differenzierung nach den der MGV zugehörigen Leistungen einerseits sowie allen Leistungen andererseits umfassen.

Die mit den Auszahlungsquoten multiplizierten zu bereinigenden Leistungsmengen sind außerdem noch durch den jeweiligen regionalen Punktwert des aktuellen Quartals zu dividieren, um die Bereinigungsmenge in Punkten zu erhalten. Diese ist aufgrund der retrospektiven Bestimmung der zu bereinigenden Leistungsmengen im Rahmen der Aufsatzwertberechnung nach der Umsetzung der Rechenschritte in Nr. 2.2.4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 864. Sitzung am 18. November 2026 [Aufsatzwerten] in Abzug zu bringen.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. Januar 2027 in Kraft unter der Bedingung der Verkündung von Art. 1b und Art. 11 Abs. 3 des Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung in der Fassung der BR-Drucksache 620/26 im Bundesgesetzblatt.