

BESCHLUSS

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 436. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung ab dem 1. Januar 2009

Präambel

Gemäß § 87 Abs. 2c Satz 6 SGB V haben die Bewertungen für psychotherapeutische Leistungen eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten. Der Bewertungsausschuss beschließt im Folgenden die Anpassungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes, die zur Erfüllung der gesetzlichen Erfordernisse notwendig sind.

Für den Zeitraum ab dem 1. Januar 2009 bis zum 31. Dezember 2011 setzt der Beschluss eine Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 11. Oktober 2017 (Az.: B 6 KA 8/16 R) zur Überprüfung der auf den Honoraren des Jahres 2007 basierenden Bewertungen um.

Für die Zeit ab dem 1. Januar 2012 werden weitere Entscheidungen des Bundessozialgerichts vom 11. Oktober 2017 (Az.: B 6 KA 35/17 R u.a.) berücksichtigt, die einzelne Festlegungen aus dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 43. Sitzung am 22. September 2015 betreffen.

Darüber hinaus hat der Bewertungsausschuss für die Zeiträume ab dem 1. Januar 2014 die Angemessenheit der Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen unter Berücksichtigung der Erhebungen des Statistischen Bundesamtes zur „Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten“ für die Jahre 2011 bzw. 2015 überprüft und die sich daraus ergebenden Anpassungen der Bewertungen vorgenommen.

Die sich aus den geänderten Bewertungen für psychotherapeutische Leistungen ergebenden Nachvergütungen sind nur für Vertragsärzte und -therapeuten zu leisten, deren Honorarbescheide für die jeweiligen Quartale noch nicht bestandskräftig sind. Gleiches gilt, soweit die KV den Honorarbescheid für das jeweilige Quartal mit dem Vorbehalt erlassen hat, dass im Fall einer rückwirkenden Beschlussfassung des Bewertungsausschusses zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen eine entsprechende Anpassung auch dann erfolgt, wenn der Honorarbescheid bestandskräftig geworden ist.

Gliederung des Beschlusses

Der Beschluss gliedert sich in folgende Teile:

- Teil A: Änderung der Bewertung der Gebührenordnungspositionen im Kapitel 35 EBM
- Teil B: Neufassung der Bestimmungen zum Abschnitt 35.2 EBM
- Teil C: Änderung der Bewertungen der Gebührenordnungspositionen 30932 und 30933 und zur Änderung der Bestimmungen zum Abschnitt 35.2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

Teil A

zur Änderung der Bewertung der Gebührenordnungspositionen im Kapitel 35 EBM

mit Wirkung ab dem 1. Januar 2009

Gemäß § 87 Abs. 2c Satz 6 SGB V haben die Bewertungen für psychotherapeutische Leistungen eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten. Nach Überprüfung beschließt der Bewertungsausschuss für den Zeitraum ab dem 1. Januar 2009 wie folgt:

- 1. Änderung der Bewertung der Gebührenordnungspositionen im Abschnitt 35.2 EBM, gültig vom 1. Januar 2009 bis zum 31. Dezember 2011**

GOP des EBM	Bewertung in Punkten	
	bisher	neu
35200	2.315	2.325
35201	2.315	2.325
35210	2.315	2.325
35220	2.315	2.325
35221	2.315	2.325

2. Änderung der Bewertung der Gebührenordnungspositionen im Abschnitt 35.2 EBM, gültig vom 1. Januar 2012 bis zum 30. September 2013

GOP des EBM	Bewertung in Punkten	
	bisher	neu
35200	2.375	2.390
35201	2.375	2.390
35202	1.180	1.190
35203	1.180	1.190
35210	2.375	2.390
35211	1.180	1.190
35220	2.375	2.390
35221	2.375	2.390
35222	1.180	1.190
35223	1.180	1.190
35224	595	600
35225	595	600

3. Änderung der Bewertung der Gebührenordnungsposition 35251, gültig vom 1. Januar 2013 bis zum 30. September 2013

GOP des EBM	Bewertung in Punkten	
	bisher	neu
35251	405	415

4. Änderung der Bewertung der Gebührenordnungspositionen im Abschnitt 35.2 EBM, gültig vom 1. Oktober 2013 bis zum 30. Juni 2017

GOP des EBM	Bewertung in Punkten	
	bisher	neu
35200	841	846
35201	841	846
35202	418	420
35203	418	420
35210	841	846
35211	418	420
35220	841	846
35221	841	846
35222	418	420
35223	418	420
35224	211	212
35225	211	212

5. Änderung der Bewertung der Gebührenordnungspositionen 35205, 35208 und 35212, gültig vom 1. Januar 2015 bis zum 30. Juni 2017

GOP des EBM	Bewertung in Punkten	
	bisher	neu
35205	836	841
35208	836	841
35212	836	841

6. Änderung der Bewertung der Gebührenordnungspositionen 35251 und 35252 gültig vom 1. Oktober 2013 bis zum 31. Dezember 2014

GOP des EBM	Bewertung in Punkten		
	bisher	neu	
		01.10.2013- 31.12.2013	01.01.2014-31.12.2014
35251	143	147	147
35252	58	58	60

7. Änderung der Bewertung der Gebührenordnungspositionen 35251, 35252, 35253 und 35254 gültig vom 1. Januar 2015 bis zum 30. Juni 2017

GOP des EBM	Bewertung in Punkten			
	bisher	neu		
		01.01.2015- 31.12.2016	01.01.2017- 31.03.2017	01.04.2017- 30.06.2017
35251	143	147	148	148
35252	58	59	60	60
35253	114	117	118	118
35254	72	-	-	75

8. Änderung der Bewertung der Gebührenordnungspositionen im Abschnitt 35.2 EBM, gültig ab dem 1. Juli 2017

GOP des EBM	Bewertung in Punkten		
	bisher	neu	
		01.07.2017 - 30.06.2018	ab 01.07.2018
35401	841	846	922
35402	841	846	922
35405	841	846	922
35411	841	846	922
35412	841	846	922
35415	841	846	922
35421	841	846	922
35422	841	846	922
35425	841	846	922
35503	836	841	916
35504	704	708	772
35505	626	630	686
35506	573	577	628
35507	535	538	586
35508	507	510	556
35509	485	488	532
35513	836	841	916
35514	704	708	772
35515	626	630	686
35516	573	577	628
35517	535	538	586
35518	507	510	556
35519	485	488	532
35523	836	841	916
35524	704	708	772
35525	626	630	686
35526	573	577	628
35527	535	538	586
35528	507	510	556

GOP des EBM	Bewertung in Punkten		
	bisher	neu	
		01.07.2017 - 30.06.2018	ab 01.07.2018
35529	485	488	532
35533	836	841	916
35534	704	708	772
35535	626	630	686
35536	573	577	628
35537	535	538	586
35538	507	510	556
35539	485	488	532
35543	836	841	916
35544	704	708	772
35545	626	630	686
35546	573	577	628
35547	535	538	586
35548	507	510	556
35549	485	488	532
35553	836	841	916
35554	704	708	772
35555	626	630	686
35556	573	577	628
35557	535	538	586
35558	507	510	556
35559	485	488	532

9. Änderung der Bewertung der Gebührenordnungspositionen 35571, 35572 und 35573, gültig ab dem 1. Juli 2017

GOP des EBM	Bewertung in Punkten				
	bisher	neu			
		01.07.2017- 31.12.2017	01.01.2018- 30.06.2018	01.07.2018- 31.12.2018	ab 01.01.2019
35571	143	148	157	166	166
35572	60	62	66	70	70
35573	72	75	79	83	84

10. Änderung der Bewertung der Gebührenordnungspositionen 35151 und 35152, gültig ab dem 1. April 2017

GOP des EBM	Bewertung in Punkten		
	bisher	neu	
		01.04.2017 - 30.06.2018	ab 01.07.2018
35151	421	424	462
35152	421	424	462

Teil B

zur Änderung der Bestimmungen des Abschnitts 35.2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. Januar 2012

Gemäß § 87 Abs. 2c Satz 6 SGB V haben die Bewertungen für psychotherapeutische Leistungen eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten. Nach Überprüfung beschließt der Bewertungsausschuss für den Zeitraum ab dem 1. Januar 2012 wie folgt:

- 1. Neufassung der Bestimmung Nr. 2 zum Abschnitt 35.2 EBM, gültig vom 1. Januar 2012 bis zum 30. September 2013**
 2. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 35251 und 35252 ist eine im Quartalszeitraum abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35200 bis 35225 von mindestens 462.465 Punkten je Vertragsarzt bzw. -therapeut (Mindestpunktzahl) nach Nummer 1 der Präambel. Sofern bei einem Vertragsarzt bzw. -therapeuten kein voller Tätigkeitsumfang vorliegt, ist die Mindestpunktzahl mit dem Tätigkeitsumfang laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid anteilig zu reduzieren.

- 2. Neufassung der Bestimmung Nr. 2 zum Abschnitt 35.2 EBM, gültig vom 1. Oktober 2013 bis zum 31. Dezember 2014**
 2. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 35251 und 35252 ist eine im Quartalszeitraum abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35200 bis 35225 von mindestens 163.701 Punkten je Vertragsarzt bzw. -therapeut (Mindestpunktzahl) nach Nummer 1 der Präambel. Sofern bei einem Vertragsarzt bzw. -therapeuten kein voller Tätigkeitsumfang vorliegt, ist die Mindestpunktzahl mit dem Tätigkeitsumfang laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid anteilig zu reduzieren.

- 3. Neufassung der Bestimmung Nr. 2 zum Abschnitt 35.2 EBM, gültig vom 1. Januar 2015 bis zum 31. März 2016**
 2. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 35251, 35252 und 35253 ist eine im Quartalszeitraum abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35200 bis 35225 von mindestens 163.701 Punkten je Vertragsarzt bzw. -therapeut (Mindestpunktzahl)

nach Nummer 1 der Präambel. Sofern bei einem Vertragsarzt bzw. -therapeuten kein voller Tätigkeitsumfang vorliegt, ist die Mindestpunktzahl mit dem Tätigkeitsumfang laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid anteilig zu reduzieren.

4. Neufassung der Bestimmungen Nrn. 2, 3 und 4 zum Abschnitt 35.2 EBM, gültig vom 1. April 2016 bis zum 31. März 2017

2. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 35251, 35252 und 35253 ist eine im Quartalszeitraum abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35200 bis 35225 von mindestens 163.701 Punkten je Vertragsarzt bzw. -therapeut (Mindestpunktzahl) nach Nummer 1 der Präambel. Sofern bei einem Vertragsarzt bzw. -therapeuten kein voller Tätigkeitsumfang vorliegt, ist die Mindestpunktzahl mit dem Tätigkeitsumfang laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid anteilig zu reduzieren.
3. Die Gebührenordnungspositionen 35251, 35252 und 35253 sind berechnungsfähig, sobald im Abrechnungsquartal die abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35200 bis 35225 das Punktzahlvolumen gemäß Nummer 2 überschreitet. Sofern die abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35200 bis 35225 im Abrechnungsquartal das Doppelte der zu berücksichtigenden Mindestpunktzahlen gemäß Nummer 2 überschreitet, werden die Bewertungen der überschreitenden Gebührenordnungspositionen 35251, 35252 und 35253 bis zu einer Maximalpunktzahl von 381.969 Punkten (voller Tätigkeitsumfang) bzw. 190.985 Punkten (häftiger Tätigkeitsumfang) mit einem Faktor von 0,5 multipliziert. Sobald die abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35200 bis 35225 die Maximalpunktzahl von 381.969 Punkten bei vollem Tätigkeitsumfang bzw. 190.985 Punkten bei häftigem Tätigkeitsumfang überschreitet, sind die Gebührenordnungspositionen 35251, 35252 und 35253 nicht mehr berechnungsfähig.
4. Die Regelung gemäß Nummer 3 wird wie folgt umgesetzt: Die Kassenärztliche Vereinigung setzt die Gebührenordnungspositionen 35251, 35252 und 35253 im Quartal als Zuschläge zu allen abgerechneten Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 35200 bis 35225 zu.
 1. Sofern die im Abrechnungsquartal abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35200 bis 35225 das Doppelte der zu berücksichtigenden Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 nicht überschreitet, ist die Bewertung der zugesetzten Gebührenordnungspositionen 35251,

35252 und 35253 jeweils mit der Quote zu multiplizieren, die sich aus der Differenz der abgerechneten Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35200 bis 35225 des Vertragsarztes bzw. -therapeuten zur Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 im Verhältnis zur abgerechneten Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35200 bis 35225 des Vertragsarztes bzw. -therapeuten ergibt und mindestens den Wert 0 annimmt.

2. Sofern die im Abrechnungsquartal abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35200 bis 35225 das Doppelte der zu berücksichtigenden Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 überschreitet, ist die Bewertung der zugesetzten Gebührenordnungspositionen 35251, 35252 und 35253 jeweils mit einer Quote zu multiplizieren, die sich aus der zu berücksichtigenden Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 zuzüglich dem 0,5-fachen der Differenz der abgerechneten Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35200 bis 35225 – jedoch maximal 381.969 Punkte bei vollem Tätigkeitsumfang bzw. 190.985 Punkte bei hälftigem Tätigkeitsumfang – und des Doppelten der zu berücksichtigenden Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 im Verhältnis zur abgerechneten Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35200 bis 35225 des Vertragsarztes bzw. -therapeuten ergibt und mindestens den Wert 0 annimmt.

5. Neufassung der Bestimmungen Nrn. 2, 3 und 4 zum Abschnitt 35.2 EBM, gültig vom 1. April 2017 bis zum 30. Juni 2017

2. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 35251, 35252, 35253 und 35254 ist eine im Quartalszeitraum abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 35200 bis 35225 von mindestens 163.701 Punkten je Vertragsarzt bzw. -therapeut (Mindestpunktzahl) nach Nummer 1 der Präambel. Sofern bei einem Vertragsarzt bzw. -therapeuten kein voller Tätigkeitsumfang vorliegt, ist die Mindestpunktzahl mit dem Tätigkeitsumfang laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid anteilig zu reduzieren.
3. Die Gebührenordnungspositionen 35251, 35252, 35253 und 35254 sind berechnungsfähig, sobald im Abrechnungsquartal die abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 35200 bis 35225 das Punktzahlvolumen gemäß Nummer 2 überschreitet. Sofern die abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 35200 bis 35225 im Abrechnungsquartal das Doppelte der zu berücksichtigenden Mindestpunktzahlen gemäß Nummer 2 überschreitet, werden die Bewertungen der überschreitenden Gebührenordnungspositionen 35251,

35252, 35253 und 35254 bis zu einer Maximalpunktzahl von 381.969 Punkten (voller Tätigkeitsumfang) bzw. 190.985 Punkten (häftiger Tätigkeitsumfang) mit einem Faktor von 0,5 multipliziert. Sobald die abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 35200 bis 35225 die Maximalpunktzahl von 381.969 Punkten bei vollem Tätigkeitsumfang bzw. 190.985 Punkten bei häftigem Tätigkeitsumfang überschreitet, sind die Gebührenordnungspositionen 35251, 35252, 35253 und 35254 nicht mehr berechnungsfähig.

4. Die Regelung gemäß Nummer 3 wird wie folgt umgesetzt: Die Kassenärztliche Vereinigung setzt die Gebührenordnungspositionen 35251, 35252, 35253 und 35254 im Quartal als Zuschläge zu allen abgerechneten Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 35200 bis 35225 zu.
 1. Sofern die im Abrechnungsquartal abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 35200 bis 35225 das Doppelte der zu berücksichtigenden Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 nicht überschreitet, ist die Bewertung der zugesetzten Gebührenordnungspositionen 35251, 35252, 35253 und 35254 jeweils mit einer Quote zu multiplizieren, die sich aus der Differenz der abgerechneten Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 35200 bis 35225 des Vertragsarztes bzw. -therapeuten zur Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 im Verhältnis zur abgerechneten Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 35200 bis 35225 des Vertragsarztes bzw. -therapeuten ergibt und mindestens den Wert 0 annimmt.
 2. Sofern die im Abrechnungsquartal abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 35200 bis 35225 das Doppelte der zu berücksichtigenden Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 überschreitet, ist die Bewertung der zugesetzten Gebührenordnungspositionen 35251, 35252, 35253 und 35254 jeweils mit einer Quote zu multiplizieren, die sich aus der zu berücksichtigenden Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 zuzüglich dem 0,5-fachen der Differenz der abgerechneten Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 35200 bis 35225 – jedoch maximal 381.969 Punkte bei vollem Tätigkeitsumfang bzw. 190.985 Punkte bei häftigem Tätigkeitsumfang – und des Doppelten der zu berücksichtigenden Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 im Verhältnis zur abgerechneten Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 35200 bis 35225 des Vertragsarztes bzw. -therapeuten ergibt und mindestens den Wert 0 annimmt.

6. Neufassung der Bestimmungen Nrn. 2, 3 und 4 zum Abschnitt 35.2 EBM, gültig vom 1. Juli 2017 bis zum 30. Juni 2018

2. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 35571 bis 35573 ist eine im Quartalszeitraum abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 von mindestens 163.701 Punkten je Vertragsarzt bzw. -therapeut (Mindestpunktzahl) nach Nummer 1 der Präambel. Sofern bei einem Vertragsarzt bzw. -therapeuten kein voller Tätigkeitsumfang vorliegt, ist die Mindestpunktzahl mit dem Tätigkeitsumfang laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid anteilig zu reduzieren.
3. Die Gebührenordnungspositionen 35571 bis 35573 sind berechnungsfähig, sobald im Abrechnungsquartal die abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 das Punktzahlvolumen gemäß Nummer 2 überschreitet. Sofern die abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 im Abrechnungsquartal das Doppelte der zu berücksichtigenden Mindestpunktzahlen gemäß Nummer 2 überschreitet, werden die Bewertungen der überschreitenden Gebührenordnungspositionen 35571 bis 35573 bis zu einer Maximalpunktzahl von 381.969 Punkten (voller Tätigkeitsumfang) bzw. 190.985 Punkten (hälfziger Tätigkeitsumfang) mit einem Faktor von 0,5 multipliziert. Sobald die abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 die Maximalpunktzahl von 381.969 Punkten bei vollem Tätigkeitsumfang bzw. 190.985 Punkten bei hälftigem Tätigkeitsumfang überschreitet, sind die Gebührenordnungspositionen 35571 bis 35573 nicht mehr berechnungsfähig.
4. Die Regelung gemäß Nummer 3 wird wie folgt umgesetzt: Die Kassenärztliche Vereinigung setzt die Gebührenordnungspositionen 35571 bis 35573 im Quartal als Zuschläge zu allen abgerechneten Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 zu.
 1. Sofern die im Abrechnungsquartal abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 das Doppelte der zu berücksichtigenden Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 nicht überschreitet, ist die Bewertung der zugesetzten Gebührenordnungspositionen 35571 bis 35573 jeweils mit einer Quote zu multiplizieren, die sich aus der Differenz der abgerechneten Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen

35151, 35152 und der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 des Vertragsarztes bzw. -therapeuten zur Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 im Verhältnis zur abgerechneten Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 des Vertragsarztes bzw. -therapeuten ergibt und mindestens den Wert 0 annimmt.

2. Sofern die im Abrechnungsquartal abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 das Doppelte der zu berücksichtigenden Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 überschreitet, ist die Bewertung der zugesetzten Gebührenordnungspositionen 35571 bis 35573 jeweils mit einer Quote zu multiplizieren, die sich aus der zu berücksichtigenden Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 zuzüglich dem 0,5-fachen der Differenz der abgerechneten Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 – jedoch maximal 381.969 Punkte bei vollem Tätigkeitsumfang bzw. 190.985 Punkte bei hälftigem Tätigkeitsumfang – und des Doppelten der zu berücksichtigenden Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 im Verhältnis zur abgerechneten Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 des Vertragsarztes bzw. -therapeuten ergibt und mindestens den Wert 0 annimmt.

7. Neufassung der Bestimmungen Nrn. 2, 3 und 4 zum Abschnitt 35.2 EBM, gültig vom 1. Juli 2018 bis zum 31. Dezember 2018

2. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 35571 bis 35573 ist eine im Quartalszeitraum abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 von mindestens 178.407 Punkten je Vertragsarzt bzw. -therapeut (Mindestpunktzahl) nach Nummer 1 der Präambel. Sofern bei einem Vertragsarzt bzw. -therapeuten kein voller Tätigkeitsumfang vorliegt, ist die Mindestpunktzahl mit dem Tätigkeitsumfang laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid anteilig zu reduzieren.
3. Die Gebührenordnungspositionen 35571 bis 35573 sind berechnungsfähig, sobald im Abrechnungsquartal die abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 das Punktzahlvolumen gemäß Nummer 2 überschreitet. Sofern die abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und der Gebührenordnungspositionen der Ab-

schnitte 35.2.1 und 35.2.2 im Abrechnungsquartal das Doppelte der zu berücksichtigenden Mindestpunktzahlen gemäß Nummer 2 überschreitet, werden die Bewertungen der überschreitenden Gebührenordnungspositionen 35571 bis 35573 bis zu einer Maximalpunktzahl von 416.283 Punkten (voller Tätigkeitsumfang) bzw. 208.142 Punkten (hälftiger Tätigkeitsumfang) mit einem Faktor von 0,5 multipliziert. Sobald die abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 die Maximalpunktzahl von 416.283 Punkten bei vollem Tätigkeitsumfang bzw. 208.142 Punkten bei hälftigem Tätigkeitsumfang überschreitet, sind die Gebührenordnungspositionen 35571 bis 35573 nicht mehr berechnungsfähig.

4. Die Regelung gemäß Nummer 3 wird wie folgt umgesetzt: Die Kassenärztliche Vereinigung setzt die Gebührenordnungspositionen 35571 bis 35573 im Quartal als Zuschläge zu allen abgerechneten Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 zu.
 1. Sofern die im Abrechnungsquartal abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 das Doppelte der zu berücksichtigenden Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 nicht überschreitet, ist die Bewertung der zugesetzten Gebührenordnungspositionen 35571 bis 35573 jeweils mit einer Quote zu multiplizieren, die sich aus der Differenz der abgerechneten Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 des Vertragsarztes bzw. -therapeuten zur Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 im Verhältnis zur abgerechneten Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 des Vertragsarztes bzw. -therapeuten ergibt und mindestens den Wert 0 annimmt.
 2. Sofern die im Abrechnungsquartal abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 das Doppelte der zu berücksichtigenden Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 überschreitet, ist die Bewertung der zugesetzten Gebührenordnungspositionen 35571 bis 35573 jeweils mit einer Quote zu multiplizieren, die sich aus der zu berücksichtigenden Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 zuzüglich dem 0,5-fachen der Differenz der abgerechneten Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 – jedoch maximal 416.283 Punkte bei

vollem Tätigkeitsumfang bzw. 208.142 Punkte bei hälftigem Tätigkeitsumfang – und des Doppelten der zu berücksichtigenden Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 im Verhältnis zur abgerechneten Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 des Vertragsarztes bzw. -therapeuten ergibt und mindestens den Wert 0 annimmt.

Protokollnotiz

Für den Nachweis der aus den Beschlussteilen A und B resultierenden Nachvergütungen verständigen sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband darauf, in der Inhaltsbeschreibung zum Formblatt 3 ab dem 1. Quartal 2019 einen separaten Vorgang in der Kontenart 996 aufzunehmen, in der die jeweiligen Nachvergütungsbeträge ausgewiesen werden.

Ergänzend zu den Lieferungen des Formblatts 3 werden den Krankenkassen von den Kassenärztlichen Vereinigungen kassenspezifische Übersichten über die sich je Quartal ab dem 01.01.2013 aus den Beschlussteilen A und B ergebenden Nachvergütungen übermittelt. Diese ergänzenden Übersichten je Krankenkasse enthalten folgende Informationen:

- Abrechnungsquartal
- Gebührenordnungsposition (GOP)
- Anzahl der GOP
- (KV-spezifischer) Punktwert des jeweiligen Quartals zur Vergütung der GOP

Teil C

zur Änderung der Bewertungen der Gebührenordnungspositionen 30932 und 30933 und zu Änderungen im Abschnitt 35.2 des Ein- heitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. Januar 2019

1. Änderung der Bewertung der Gebührenordnungspositionen 30932 und 30933

GOP des EBM	Bewertung in Punkten	
	bisher	neu
30932	819	922
30933	591	665

2. Änderung der Legenden der Gebührenordnungspositionen 35571 und 35572 im Abschnitt 35.2.3 EBM

35571 Zuschlag **zur Gebührenordnungsposition 30932 und** zu den Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 35.2.1 gemäß der Nummer 2 der Präambel zu Abschnitt 35.2

35572 Zuschlag **zur Gebührenordnungsposition 30933 und** zu den Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 35.2.2 gemäß der Nummer 2 der Präambel zu Abschnitt 35.2

3. Änderung der Bestimmungen Nrn. 2, 3, 4 und 5 zum Abschnitt 35.2 EBM

2. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 35571 bis 35573 ist eine im Quartalszeitraum abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen **30932, 30933**, 35151, 35152 und der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 von mindestens 178.407 Punkten je Vertragsarzt bzw. -therapeut (Mindestpunktzahl) nach Nummer 1 der Präambel. Sofern bei einem Vertragsarzt bzw. -therapeuten kein voller Tätigkeitsumfang vorliegt, ist die Mindestpunktzahl mit dem Tätigkeitsumfang laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid anteilig zu reduzieren.

3. Die Gebührenordnungspositionen 35571 bis 35573 sind berechnungsfähig, sobald im Abrechnungsquartal die abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen **30932**, **30933**, 35151, 35152 und der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 das Punktzahlvolumen gemäß Nummer 2 überschreitet. Sofern die abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen **30932**, **30933**, 35151, 35152 und der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 im Abrechnungsquartal das Doppelte der zu berücksichtigenden Mindestpunktzahlen gemäß Nummer 2 überschreitet, werden die Bewertungen der überschreitenden Gebührenordnungspositionen 35571 bis 35573 bis zu einer Maximalpunktzahl von 416.283 Punkten (voller Tätigkeitsumfang) bzw. 208.142 Punkten (hälfziger Tätigkeitsumfang) mit einem Faktor von 0,5 multipliziert. Sobald die abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen **30932**, **30933**, 35151, 35152 und der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 die Maximalpunktzahl von 416.283 Punkten bei vollem Tätigkeitsumfang bzw. 208.142 Punkten bei hälftigem Tätigkeitsumfang überschreitet, sind die Gebührenordnungspositionen 35571 bis 35573 nicht mehr berechnungsfähig.

4. Die Regelung gemäß Nummer 3 wird wie folgt umgesetzt: Die Kassenärztliche Vereinigung setzt die Gebührenordnungspositionen 35571 bis 35573 im Quartal als Zuschläge zu allen abgerechneten Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen **30932**, **30933**, 35151, 35152 und der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 zu.
 1. Sofern die im Abrechnungsquartal abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen **30932**, **30933**, 35151, 35152 und der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 das Doppelte der zu berücksichtigenden Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 nicht überschreitet, ist die Bewertung der zugesetzten Gebührenordnungspositionen 35571 bis 35573 jeweils mit einer Quote zu multiplizieren, die sich aus der Differenz der abgerechneten Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen **30932**, **30933**, 35151, 35152 und der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 des Vertragsarztes bzw. -therapeuten zur Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 im Verhältnis zur abgerechneten Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen **30932**, **30933**, 35151, 35152 und der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 des Vertragsarztes bzw. -therapeuten ergibt und mindestens den Wert 0 annimmt.

2. Sofern die im Abrechnungsquartal abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen **30932**, **30933**, 35151, 35152 und der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 das Doppelte der zu berücksichtigenden Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 überschreitet, ist die Bewertung der zugesetzten Gebührenordnungspositionen 35571 bis 35573 jeweils mit einer Quote zu multiplizieren, die sich aus der zu berücksichtigenden Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 zuzüglich dem 0,5-fachen der Differenz der abgerechneten Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen **30932**, **30933**, 35151, 35152 und der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 – jedoch maximal 416.283 Punkte bei vollem Tätigkeitsumfang bzw. 208.142 Punkte bei hälftigem Tätigkeitsumfang – und des Doppelten der zu berücksichtigenden Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 im Verhältnis zur abgerechneten Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen **30932**, **30933**, 35151, 35152 und der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 des Vertragsarztes bzw. -therapeuten ergibt und mindestens den Wert 0 annimmt.

5. Bei der Ermittlung der abgerechneten Gesamtpunktzahl gemäß den Nummern 2 und 3 sowie der Quote gemäß Nummer 4 sind die in einem Selektivvertrag abgerechneten Leistungen inhaltlich entsprechend der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2, der psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß der Gebührenordnungsposition 35151, **und** der psychotherapeutischen Akutbehandlung gemäß der Gebührenordnungsposition 35152 **und der Gebührenordnungspositionen 30932 und 30933** auf Nachweis des Vertragsarztes bzw. -therapeuten zu berücksichtigen.

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 436. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung ab dem 1. Januar 2009

Teil A zur Änderung der Bewertungen der Gebührenordnungspositionen des Kapitels 35 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Januar 2009

Teil B zur Änderung der Bestimmungen des Abschnitts 35.2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Januar 2012

Teil C zur Änderung der Bewertungen der Gebührenordnungspositionen 30932 und 30933 und zu Änderungen im Abschnitt 35.2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Januar 2019

1. Rechtsgrundlage

Rechtsgrundlage für den Beschluss des Bewertungsausschusses ist § 87 Abs. 2c Satz 6 SGB V. Danach haben die Bewertungen für psychotherapeutische Leistungen eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten.

2. Regelungshintergründe

Der vorliegende Beschluss setzt sich aus mehreren Beschlussteilen zusammen und bezieht sich auf verschiedene Zeiträume.

Die Präambel verweist auf die Hintergründe, die den Entscheidungen des Bewertungsausschusses in den jeweiligen Zeiträumen zugrunde gelegen haben:

Für den Zeitraum vom 1. Januar 2009 bis zum 31. Dezember 2011 setzt dieser Beschluss die Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 11. Oktober 2017 (Az.: B 6 KA 8/16 R) zur Überprüfung der auf den Honoraren des Jahres 2007 basierenden Bewertungen für psychotherapeutische Leistungen in diesen Quartalen um.

Für den Zeitraum ab dem 1. Januar 2012 berücksichtigt der Beschluss weitere Entscheidungen des Bundessozialgerichts vom 11. Oktober 2017 (Az.: B 6 KA 35/17 R, B 6 KA 36/17 R und B 6 KA 37/17 R), in denen das Bundessozialgericht Korrekturbedarf hinsichtlich einzelner Regelungsbestandteile (Bereinigung von Vergleichserträgen, Festsetzung der normativen Personalkosten für das Jahr 2013) des Beschlusses des

Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 43. Sitzung am 22. September 2015 festgestellt hatte.

Weiterhin hat der Bewertungsausschuss im vorliegenden Beschluss für die Zeiträume ab dem 1. Januar 2014 gemäß § 87 Abs. 2c Satz 6 SGB V die angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit für psychotherapeutische Leistungen überprüft. Dazu wurden insbesondere die Erhebungen des Statistischen Bundesamtes zur „Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten“ für die Jahre 2011 und 2015 herangezogen. Im Ergebnis dieser Überprüfungen wurden für die Zeiträume ab dem 1. Januar 2014 und dem 1. Juli 2018 Erhöhungen der Bewertungen für psychotherapeutische Leistungen vorgenommen.

In Beschlussteil A sind die neuen Bewertungen der psychotherapeutischen Leistungen für die unterschiedlichen Zeiträume ab dem 1. Januar 2009 festgelegt. Beschlussteil B beinhaltet in Abhängigkeit der Anpassungen der Bewertungen in Beschlussteil A die Neufassungen der Bestimmung Nr. 2 zum Abschnitt 35.2 EBM für die jeweiligen Zeiträume vom 1. Januar 2012 bis zum 31. März 2015 sowie die Neufassung der Bestimmungen Nrn. 2, 3 und 4 zum Abschnitt 35.2 EBM für die jeweiligen Zeiträume vom 1. April 2015 bis 31. Dezember 2018.

In Beschlussteil C wird schließlich die Änderung der Bewertungen der Gebührenordnungspositionen 30932 (neuropsychologische Therapie – Einzelbehandlung) und 30933 (neuropsychologische Therapie – Gruppenbehandlung) auf die Höhe der Bewertung der den Regelungen des § 87 Abs. 2c Satz 6 SGB V unterliegenden Leistungen, die Einbeziehung und Berücksichtigung der Gebührenordnungspositionen 30932 und 30933 in die Zuschlagssystematik der Gebührenordnungspositionen 35571 und 35572 in Abschnitt 35.2.3 EBM sowie die Änderung der Bestimmungen 2, 3, 4 und 5 zum Abschnitt 35.2.3 EBM mit Wirkung zum 1. Januar 2019 geregelt.

a) Zeitraum vom 1. Januar 2009 bis zum 31. Dezember 2011

Das Bundessozialgericht hat mit Urteil vom 11. Oktober 2017 (B 6 KA 8/16 R) die im Jahr 2011 geltenden Vergütungen der antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen im Wesentlichen als rechtmäßig angesehen.

Die vom Erweiterten Bewertungsausschuss in seiner 7. Sitzung vom 27./28. August 2008 sowie in seiner 8. Sitzung am 23. Oktober 2008 getroffenen Regelungen zur Vergütung der antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen ab dem 1. Januar 2009, die unverändert auch im Jahr 2011 galten, waren nach Auffassung des Bundessozialgerichts grundsätzlich nicht zu beanstanden.

Korrekturbedarf wurde lediglich insoweit gesehen, als der Erweiterte Bewertungsausschuss in seinen Beschlüssen vom 27./28. August 2008 und 23. Oktober 2008 an das Honorarvolumen des Jahres 2007 angeknüpft hatte. Für dieses Jahr war, wie das Bundessozialgericht in zwei Urteilen vom 28. Juni 2017 (Az.: B 6 KA 29/17 R und B 6

KA 36/16 R) entschieden hatte, ein zu geringer Betriebskostenansatz berücksichtigt worden, der mittelbar auch Auswirkungen auf die Vergütung ab dem 1. Januar 2009 hatte.

In Umsetzung der Urteile des Bundessozialgerichts vom 28. Juni 2017 hat der Bewertungsausschuss in seiner 423. Sitzung am 28. Juni 2018 die Betriebsausgaben einer modellhaften psychotherapeutischen Praxis für das Jahr 2007 von 40.634 Euro auf 41.052 Euro erhöht.

Die rückwirkende Anpassung der Betriebskosten im Jahr 2007 wirkt sich auf die notwendige Höhe der Bewertung einer Therapiestunde aus dem Abschnitt 35.2 EBM im Zeitraum vom 1. Januar 2009 bis zum 31. Dezember 2011 aus, da sich diese aus der Division des Soll-Umsatzes durch 1.548 Therapiestunden pro Jahr (Produkt aus 43 Jahreswochen und 36 Therapiestunden je Woche) ergibt. Der Soll-Umsatz setzt sich aus der Summe der Betriebsausgaben einer modellhaften psychotherapeutischen Praxis und dem Vergleichsertrag der Vergleichsarztgruppen zusammen. Somit führt die Berücksichtigung der um 418 Euro erhöhten Betriebsausgaben rückwirkend für den Zeitraum vom 1. Januar 2009 bis zum 31. Dezember 2011 zu einem gestiegenen Soll-Umsatz, der - nach Division durch den nicht angepassten Nenner (1.548 Therapiestunden pro Jahr) - eine geringfügig höhere Bewertung je Therapiestunde (+0,43 Prozent) ab dem 1. Januar 2009 zur Folge hat.

b) Zeitraum vom 1. Januar 2012 bis zum 31. Dezember 2013

Mit einem Beschluss in seiner 43. Sitzung am 22. September 2015 hat der Erweiterte Bewertungsausschuss auf der Grundlage eines Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 38. Sitzung vom 18. Dezember 2013 eine Überprüfung der angemessenen Bewertung der psychotherapeutischen Leistungen für die Zeit ab dem Jahr 2012 vorgenommen. Dieser Beschluss sah die folgenden Anpassungen für die Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen mit Wirkung ab dem 1. Januar 2012 vor:

- Die Bewertungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM wurden um 2,6909% angehoben.
- Zusätzlich wurden Strukturzuschläge für die Einzel- und Gruppentherapielösungen geschaffen.

In grundsätzlicher Fortführung des bisherigen Verfahrens des Bewertungsausschusses und unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts basierte der Beschluss vom 22. September 2015 insbesondere auf den folgenden Annahmen und Grundsätzen:

- Ein vollausgelasteter Arzt bzw. Psychotherapeut erbringt im Jahr in 43 Wochen jeweils 36 Therapiestunden, d. h. 1.548 Therapiestunden pro Jahr bzw. 387

Therapiestunden pro Quartal. Die Therapiestunden beziehen sich auf die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM.

- Ein vollausgelasteter Arzt bzw. Psychotherapeut soll mit der Berechnung von antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des EBM-Abschnitts 35.2 einen Ertrag (Vergleichsertrag) erzielen können, der dem von Fachärzten (Vergleichsgruppe) im unteren Einkommensbereich entspricht. Der Vergleichsertrag wird ermittelt aus dem gewichteten Mittel der Erträge der einbezogenen Facharztgruppen, wobei nicht prägende Leistungen unberücksichtigt bleiben.
- Der für die Bestimmung der angemessenen Höhe der Vergütung notwendige Honorarumsatz (Sollumsatz) ergibt sich aus der Addition des Vergleichsertrages und der Betriebsausgaben einer vollausgelasteten psychotherapeutischen Praxis. Für die Bestimmung der Betriebsausgaben einer vollausgelasteten psychotherapeutischen Praxis wird auf das oberste Umsatzdrittel abgestellt.
 - Die danach empirisch ermittelten Betriebskosten (einschließlich der empirischen Personalkosten) werden in den Bewertungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM abgebildet.
 - Der sich aus der Differenz aus den Personalkosten für eine Halbtagskraft gemäß Gehaltstarifvertrag für Medizinische Fachangestellte (Tätigkeitsgruppe II, 11. – 16. Berufsjahr, 13 Monatsgehälter) einschließlich Lohnnebenkosten (normative Personalkosten) und der bereits in der Bewertung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM enthaltenen empirischen Personalkosten ergebende Betrag wird in Form von Strukturzuschlägen für Einzel- und Gruppentherapieleistungen vergütet. Damit ist es einer vollausgelasteten psychotherapeutischen Praxis möglich, eine Halbtagskraft zu beschäftigen. Durch die Abrechnungsbestimmungen zu den Strukturzuschlägen hatte der Bewertungsausschuss einen Anreiz geschaffen, dass psychotherapeutische Leistungen entsprechend des Versorgungsauftrages angeboten werden. Bei einem vollen Versorgungsauftrag sollen mindestens 18 Therapiestunden durchgeführt werden.
- Zur Berechnung des Vergleichsertrages bzw. Ermittlung der Betriebsausgaben einer vollausgelasteten psychotherapeutischen Praxis werden die zum Prüfungszeitraum vorliegenden aktuellen Datengrundlagen herangezogen. Dies waren die Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2007 sowie die ärztlichen Abrechnungsdaten des Jahres 2011.
 - Die Ermittlung der Betriebsausgaben erfolgt anhand der Kostenstrukturerhebung.

- Datengrundlage zur Ermittlung der Erträge vergleichbarer Facharztgruppen sind sowohl die ärztlichen Abrechnungsdaten als auch die Kostenstrukturhebung (Kostenquoten).

Das Bundessozialgericht hat in seinen Urteilen vom 11. Oktober 2017 (Az.: B 6 KA 35/17 R, B 6 KA 36/17 R und B 6 KA 37/17 R) den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 22. Oktober 2015 im Wesentlichen als rechtmäßig angesehen:

Die strukturelle Entscheidung des Erweiterten Bewertungsausschusses, die empirischen Personalkosten in die Bewertung der Gebührenordnungspositionen der psychotherapeutischen Leistungen einzubeziehen und die darüber hinausgehenden normativen Personalkosten mit einer Strukturpauschale abzugelten, sei nicht zu beanstanden. Gebilligt wurden auch die vom Erweiterten Bewertungsausschuss herangezogenen Datengrundlagen, d.h. die Verwendung der ärztlichen Abrechnungsdaten sowie der Kostenstrukturhebung des statistischen Bundesamtes.

Korrekturbedarf wurde lediglich hinsichtlich der vom Erweiterten Bewertungsausschuss vorgenommenen Bereinigung der Erträge der zum Vergleich herangezogenen ärztlichen Facharztgruppen (Vergleichsarztgruppe) sowie bei der Festsetzung der normativen Personalkosten für das Jahr 2013 gesehen.

Mit dem vorliegenden Beschluss werden die vom Bundessozialgericht für notwendig gehaltenen Korrekturen wie folgt vorgenommen:

Nicht prägende Leistungen:

Nach den Urteilen des Bundessozialgerichts vom 11. Oktober 2017 muss bei der Ermittlung des Vergleichsertrages der Abzug von Honoraren für die „nicht prägenden“ Leistungen neu geregelt werden. Demnach dürfen von vornherein Leistungsbereiche nur dann als nicht prägend eingeordnet werden, wenn auf sie weniger als 5 Prozent des Umsatzes der betreffenden Arztgruppe entfällt. Die Umsätze der als nicht prägend eingeordneten Leistungsbereiche dürfen auch in der Summe nicht mehr als 5 Prozent des durchschnittlichen Umsatzes einer Arztgruppe ausmachen (vgl. z.B. BSG, Urteil 11. Oktober 2017 Az.: B 6 KA 35/17 R, Rn 43).

Auf dieser Grundlage hat der Bewertungsausschuss eine Korrektur des Abzuges der nicht prägenden Leistungen bei der Ermittlung des Vergleichsertrages mit Wirkung zum 1. Januar 2012 vorgenommen. Dabei wurde folgende Vorgehensweise gewählt:

In einem ersten Schritt erfolgt eine Überprüfung für jeden einzelnen Bereich der nicht prägenden Leistungen (Laborleistungen, belegärztliche Leistungen, Kostenpauschalen und Wegepauschalen) dahingehend, ob der Anteil des abzuziehenden Leistungsbedarfes am Gesamtumsatz der Arztgruppe 5 Prozent oder weniger beträgt. Übersteigt ein Leistungsbereich mit seinem Anteil den Schwellenwert von 5 Prozent, wird der Leistungsbedarf dieses Bereiches nicht zum Abzug gebracht.

In einem zweiten Schritt wird dann überprüft, ob der Anteil der Summe des Leistungsbedarfs der verbleibenden (nicht prägenden) Bereiche am Gesamtumsatz weniger als 5 Prozent beträgt. Sofern der Anteil 5 Prozent übersteigt, wird der insgesamt abzuziehende Leistungsbedarf bei 5 Prozent des Gesamtumsatzes der betreffenden Arztgruppe gekappt.

Die Überprüfung des im Jahre 2015 bei der Ermittlung des Vergleichsertrages vorgenommenen Abzugs der nicht prägenden Leistungen hat zu folgendem Korrekturbedarf geführt:

Bei der Arztgruppe Dermatologie lag der Anteil aller nicht prägenden Leistungen mit ca. 5,2 Prozent (9.932 Euro) über dem Schwellenwert von 5 Prozent. Folglich wurde der Abzugsbetrag bei 5 Prozent des Gesamtumsatzes (9.592 Euro) gekappt.

Bei der Arztgruppe Gynäkologie lag der Anteil der Laborkosten mit 5,03 Prozent (9.866 Euro) über dem Schwellenwert von 5 Prozent, so dass der Bereich der Laborkosten keine Berücksichtigung bei dem Abzug nicht prägender Leistungen am Gesamtumsatz der Gynäkologen gefunden hat.

Der bei der Ermittlung des Vergleichsertrages zu berücksichtigende arztzahlgewichtete Überschuss der Dermatologen hat sich durch diese Korrektur von 91.538 Euro auf 91.709 Euro erhöht. Bei den Gynäkologen stieg der arztzahlgewichtete Überschuss von 89.552 Euro auf 94.359 Euro. Diese Änderungen haben letztlich zu einem Anstieg des Vergleichsertrages von 91.549 Euro auf 92.300 Euro geführt.

Damit steigt die ab dem 1. Januar 2012 geltende Veränderungsrate der Bewertung der psychotherapeutischen Leistungen von 2,69 Prozent auf 3,29 Prozent.

Normative Personalkosten:

Das Bundessozialgericht hat in seinen Urteilen vom 11. Oktober 2017 beanstandet, dass der Erweiterte Bewertungsausschuss eine zum 1. April 2012 erfolgte Erhöhung der Tarifgehälter für Medizinische Fachangestellte um ca. 3 Prozent bei der Ermittlung der normativen Personalkosten ab dem 1. Januar 2013 nicht berücksichtigt hatte. Dabei sei eine Gehaltssteigerung von 3 Prozent eine nicht von vornherein zu vernachlässigende Größenordnung, so dass sie bei einer prospektiven Betrachtung durchaus hätte berücksichtigt werden müssen. Diesem Umstand Rechnung tragend hat der Bewertungsausschuss bei seiner aktuellen Beschlussfassung den für das Jahr 2013 geltenden Tarifvertrag für Medizinische Fachangestellte (Tätigkeitsgruppe II, 11. – 16. Berufsjahr, 13 Monatsgehälter) und damit insgesamt höhere Personalkosten zugrunde gelegt.

In der nachfolgenden Tabelle sind die vom Bewertungsausschuss nunmehr für den Zeitraum vom 1. Januar 2012 bis zum 31. Dezember 2013 berücksichtigten Gehaltstarifabschlüsse für Medizinische Fachangestellte dargestellt. Die für die Anpassung der Bewertung der Strukturzuschläge relevanten normativen Personalkosten für eine sozialversicherungspflichtige Halbtagskraft sind in der rechten Spalte abgebildet.

Geltungsjahr Struktur- zuschlag	Tarifvertrag vom	Zeitraum	Gehalt pro Monat ¹⁾	Lohnneben- kosten	Jahreswert Vollzeit- kraft ²⁾	Jahres- wert Halbzeit- kraft = Normati- ve Perso- nalkosten
			Euro	Prozent	Euro	Euro
2012	20.01.2011	Ganzjährig	1.895	21,575	29.950	14.975
2013	01.03.2012	Ganzjährig	1.950	21,275	30.743	15.372

1) Tätigkeitsgruppe II: In den Jahren 2012 und 2013 mit 11-16 Berufsjahren

2) Laut jeweils gültigem Manteltarifvertrag inkl. eines 13. Monatsgehaltes

Durch die Berücksichtigung der ab dem 1. April 2012 geltenden Tariferhöhung mit Wirkung zum 1. Januar 2013 wurden die Bewertungen der Strukturzuschläge, die der Refinanzierung der Differenz zwischen den normativen Personalkosten und den in den Bewertungen der psychotherapeutischen Leistungen abgebildeten empirischen Personalkosten entsprechend angepasst.

c) Zeitraum vom 1. Januar 2014 bis zum 30. Juni 2018

Der Bewertungsausschuss hat die am 15. August 2013 veröffentlichte (Fachserie 2 Reihe 1.6.1) Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamtes zur Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten 2011 (Kostenstrukturerhebung 2011) zum Anlass genommen, die Angemessenheit der Bewertungen für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen gemäß § 87 Abs. 2c Satz 6 SGB V mit Wirkung ab dem 1. Januar 2014 erneut zu überprüfen. Die vom Statistischen Bundesamt erhobenen Mikrodaten wurden hierzu vom Institut des Bewertungsausschusses auf dem Weg der kontrollierten Datenfernverarbeitung beim Forschungsdatenzentrum des Statistischen Bundesamtes ausgewertet.

Als weitere Datengrundlage wurden die dem Institut des Bewertungsausschusses von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in anonymisierter Form zur Verfügung gestellten ärztlichen Abrechnungsdaten des Jahres 2012 herangezogen.

Damit wurden die in dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 22. September 2015 verwendeten Datengrundlagen in aktualisierter Form beibehalten.

Auch die Herleitung der Bewertung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM sowie – seit dem 2. Quartal 2017 - der psychotherapeutischen Sprechstunde (GOP 35151) und der psychotherapeutischen Akutversorgung (35152) führt das Verfahren fort, welches der Bewertungsausschuss in seiner Beschlussfassung am 22. September 2015 gewählt hatte.

Betriebsausgaben:

Die für den Überprüfungszeitraum vom 1. Januar 2014 bis zum 30. Juni 2018 erforderlichen Betriebsausgaben einer vollausgelasteten psychotherapeutischen Praxis wurden auf Grundlage einer vom Institut des Bewertungsausschusses bei der Fachabteilung des Statistischen Bundesamtes in Auftrag gegebenen Sonderauswertung der Daten der „Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten“ des Statistischen Bundesamtes (Fachserie 2, Reihe 1.6.1) für das Jahr 2011 erhoben, die dem Bewertungsausschuss seit dem 23. August 2018 vorliegen. In dieser Analyse wurden ausschließlich Daten von psychologischen Psychotherapeuten (Praxisinhaber) ausgewertet, die in Einzel- oder Gemeinschaftspraxis tätig sind und mindestens 50 Prozent ihrer Einnahmen aus der Versorgung gesetzlich Versicherter generieren. Zur Abbildung der Betriebskosten einer voll ausgelasteten Praxis hat der Bewertungsausschuss wie bisher auf das obere Einnahmendrittel der psychotherapeutischen Praxen abgestellt. Dieses Vorgehen hatte das Bundessozialgericht bereits mit Urteil vom 28. Mai 2008 (Az.: B 6 KA 9/07 R) gebilligt. Diese Rechtsprechung ist in den Urteilen des Bundessozialgerichts vom 28. Juni 2017 (Az.: B 6 KA 29/17 R, Rn. 31 und B 6 KA 36/16 R, Rn. 31) ausdrücklich bestätigt worden.

In seinem Beschluss vom 22. September 2015 hatte der Erweiterte Bewertungsausschuss die oberste Umsatzklasse anhand der vertragsärztlichen Abrechnungsdaten bestimmt und auf dieser Basis anhand der Kostenstrukturerhebung 2007 auf die Betriebsausgaben von Praxen mit Einnahmen von 83.000 Euro und mehr abgestellt. Diese Kombination der Datengrundlagen ist vom Bundessozialgericht ebenfalls als zulässig angesehen worden (BSG, Urteil vom 11. Oktober 2017, Az.: B 6 KA 35/17 R, Rn. 48).

Bei der Überprüfung für den Zeitraum ab dem Jahr 2014 hat sich gezeigt, dass eine solche Vermischung der Datengrundlage problematisch ist. Während sich nach den ärztlichen Abrechnungsdaten eine Einnahmeschwelle von 84.540 Euro ergeben hätte, ergibt sich unmittelbar aus der Kostenstrukturerhebung eine Einnahmeschwelle von 87.137 Euro. Eine Berücksichtigung der sich aus den Abrechnungsdaten ergebenden Einnahmeschwelle hätte somit zu einer Verzerrung zu Lasten der Psychotherapeuten geführt. Vor diesem Hintergrund hat der Bewertungsausschuss entschieden, an der – auch grundsätzlich methodisch angreifbaren – Kombination beider Datengrundlagen nicht festzuhalten und das oberste Umsatzdrittel ausschließlich unmittelbar aus den Daten der Kostenstrukturerhebung abzuleiten.

Für die Herleitung der Betriebsausgaben einer vollausgelasteten psychotherapeutischen Praxis auf Basis der Kostenstrukturerhebung 2011 wurden daher die Daten derjenigen Praxen verwendet, die einen Umsatz von mehr als 87.137 Euro erwirtschafteten.

Die Betriebsausgaben dieser Stichprobe belaufen sich auf 36.298 Euro. Darin sind (empirische) Personalkosten in Höhe von 5.290 Euro enthalten.

Normative Personalkosten:

Der Bewertungsausschuss hat im vorliegenden Beschluss auch für die Zeit vom 1. Januar 2014 bis zum 30 Juni 2018 geprüft, inwieweit die Gehaltstarifverträge für Medizinische Fachangestellte eine Anpassung der Strukturzuschläge zur Berücksichtigung der (normativen) Personalkosten für eine sozialversicherungspflichtige Halbtagskraft erforderlich machen.

Mit den im Beschluss festgelegten Anpassungen der Bewertungen der jeweils geltenden Strukturzuschläge zur Refinanzierung der normativen Personalkosten ist der Bewertungsausschuss seiner Beobachtungs- und Reaktionspflicht nachgekommen.

In der nachfolgenden Tabelle sind die vom Bewertungsausschuss in seinem Beschluss berücksichtigten Gehaltstarifabschlüsse für Medizinische Fachangestellte dargestellt. Die für die Anpassung der Bewertung der Strukturzuschläge relevanten normativen Personalkosten für eine sozialversicherungspflichtige Halbtagskraft sind in der rechten Spalte abgebildet.

Geltungsjahr Struktur- zuschlag	Tarifvertrag vom	Zeitraum	Gehalt pro Monat ¹⁾	Lohnneben- kosten	Jahreswert Vollzeit- kraft ²⁾	Jahres- wert Halbzeit- kraft = Normati- ve Perso- nalkosten
			Euro	Prozent	Euro	Euro
2014	09.07.2013	bis 31.03.2014	2.086	21,275	33.629	16.815
		ab 01.04.2014	2.149			
2015	09.07.2013	Ganzjährig	2.149	21,325	33.890	16.945
2016	09.07.2013	Ganzjährig	2.149	21,325	33.890	16.945
2017	13.04.2016	Ganzjährig	2.202	21,425	34.766	17.383
2018	01.08.2017	bis 31.03.2018	2.345	21,375	36.447	18.224
		ab 01.04.2018	2.406			

1) Tätigkeitsgruppe II mit 13-16 Berufsjahren.

2) Laut jeweils gültigem Manteltarifvertrag: In den Jahren 2014 bis 2017 inkl. eines 13. Monatsgehaltes, im Jahr 2018 inkl. einer Sonderzahlung in Höhe von 55 % des regelmäßigen Monatsgehaltes

Die Bewertungen der Strukturzuschläge, die der Refinanzierung der Differenz zwischen den normativen Personalkosten und den in den Bewertungen der psychotherapeutischen Leistungen abgebildeten empirischen Personalkosten dienen, wurden entsprechend angepasst.

Vergleichsertrag:

Der Bewertungsausschuss hat für die Ermittlung des Vergleichsertrages den im September 2015 zugrunde gelegten Facharztmix auch für den Zeitraum vom 1. Januar 2014 bis zum 30. Juni 2018 beibehalten. Demzufolge setzt sich der Facharztmix aus den Arztgruppen der Chirurgen, der Frauenärzte, der Hautärzte, der HNO-Ärzte und der Urologen zusammen.

Zur Herleitung des Vergleichsertrages wurden für diese Arztgruppen die GKV-Umsätze des Jahres 2012 ausgewertet und unter Berücksichtigung der vom Bundessozialgericht in seinem Urteil vom 11. Oktober 2017 diesbezüglich gemachten Einschränkungen (Az.: B 6 KA 35/17 R, Rn 43) um die nicht prägenden Leistungen und um die nach Anwendung der arztgruppenspezifischen Kostenquote (Datengrundlage: Kostenstrukturerhebung 2011) resultierenden Aufwendungen bereinigt. Der für den Zeitraum vom 1. Januar 2014 bis zum 30. Juni 2018 zu verwendende Vergleichsertrag beträgt 96.411 Euro.

Die Bewertung einer Therapiestunde als Quotient des Soll-Umsatzes in Höhe von 132.709 Euro (96.411 Euro Vergleichsertrag zzgl. 36.298 Euro Betriebsausgaben) und der jährlichen Therapiestundenzahl (36 Therapiestunden je Woche * 43 Wochen = 1.548 Therapiestunden/Jahr) hat sich unter Berücksichtigung des aktualisierten Soll-Umsatzes ab dem 1. Januar 2014 gegenüber der bis zum 31. Dezember 2013 geltenden Bewertung nicht verändert und liegt weiterhin bei 846 Punkten.

d) Zeitraum ab dem 1. Juli 2018

Für den Zeitraum ab dem 1. Juli 2018 hat der Bewertungsausschuss eine weitere Überprüfung der Angemessenheit der Bewertungen für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen gemäß § 87 Abs. 2c Satz 6 SGB V vorgenommen.

Anlass war die Veröffentlichung einer neuen Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamtes zur Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten 2015 in der Fachserie 2 Reihe 1.6.1 (Kostenstrukturerhebung 2015). Die Kostenstrukturerhebung wurde zwar bereits am 15. August 2017 veröffentlicht, die vom Institut des Bewertungsausschusses für die Überprüfung der psychotherapeutischen Vergütungen bei der Fachabteilung des Statistischen Bundesamtes in Auftrag gegebenen Sonderauswertung der Daten lagen allerdings erst im Juli 2018 vor. Aufgrund von Verzögerungen, die weder vom Institut des Bewertungsausschusses noch vom Bewertungsausschuss zu verantworten waren, kam es nach mehrmonatigem Kontakt Anfang Juni 2018 zum Abschluss des Nutzungsvertrages zwischen dem Statistischen Bundesamt und dem Institut des Bewertungsausschusses, wodurch das Institut des Bewertungsausschusses erstmals die Daten der Kostenstrukturerhebung 2015 auswerten konnte.

Als weitere Datengrundlage wurden die dem Institut des Bewertungsausschusses von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in anonymisierter Form zur Verfügung gestellten ärztlichen Abrechnungsdaten des Jahres 2016 herangezogen.

Damit wurden die in dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 22. September 2015 verwendeten Datengrundlagen in aktualisierter Form beibehalten.

Die Herleitung der Bewertung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM sowie – seit dem 2. Quartal 2017 - der psychotherapeutischen Sprechstunde (GOP 35151 EBM) und der psychotherapeutischen Akutversorgung (GOP 35152 EBM) knüpft – mit den unten beschriebenen Anpassungen – an das Verfahren an, welches der Erweiterte Bewertungsausschuss bereits in seiner Beschlussfassung am 22. September 2015 gewählt hatte.

Betriebsausgaben:

Die für den Überprüfungszeitraum ab dem 1. Juli 2018 erforderlichen Betriebsausgaben einer vollausgelasteten psychotherapeutischen Praxis wurden erneut auf Grundlage einer vom Institut des Bewertungsausschusses bei der Fachabteilung des Statistischen Bundesamtes in Auftrag gegebenen Sonderauswertung der Daten der Kostenstrukturerhebung 2015 erhoben. In dieser Analyse werden ausschließlich Daten von psychologischen Psychotherapeuten (Praxisinhaber) ausgewertet, die in Einzel- oder Gemeinschaftspraxis ohne angestellte Psychotherapeuten tätig sind und mindestens 50 Prozent ihrer Einnahmen aus der Versorgung gesetzlich Versicherter generieren.

Für die Herleitung der Betriebsausgaben einer vollausgelasteten psychotherapeutischen Praxis auf Basis der Kostenstrukturerhebung 2015 wurde – wie in den vorangegangenen Zeiträumen – auf das obere Einnahmendrittel der psychotherapeutischen Praxen abgestellt. Anhand der Daten der Kostenstrukturerhebung wurde hierfür eine Einnahmeschwelle von 87.922 Euro ermittelt.

Es wurden daher die Daten derjenigen Praxen verwendet, die einen Umsatz von mehr als 87.922 Euro erwirtschafteten. Die Betriebsausgaben dieser Stichprobe belaufen sich auf 33.957 Euro. Darin sind (empirische) Personalkosten in Höhe von 4.553 Euro enthalten. Im Vergleich der Kostenstrukturerhebungen 2011 und 2015 zeigt sich, dass der aus der Stichprobenabgrenzung resultierende Umsatz (Honorargrenze) im Zeitraum 2011 bis 2015 um 785 Euro gestiegen ist, während die Betriebsausgaben und die darin enthaltenen Personalkosten im selben Zeitraum um 2.612 Euro (- 7,15 Prozent) bzw. 1.008 Euro (- 12,13 Prozent) gesunken sind.

Normative Personalkosten:

Der Bewertungsausschuss hat im vorliegenden Beschluss auch für die Zeit ab dem 1. Juli 2018 geprüft, inwieweit die Gehaltstarifverträge für Medizinische Fachangestellte eine Anpassung der Strukturzuschläge zur Berücksichtigung der (normativen) Personalkosten für eine sozialversicherungspflichtige Halbtagskraft erforderlich machen.

In der nachfolgenden Tabelle sind die vom Bewertungsausschuss in seinem Beschluss berücksichtigten Gehaltstarifabschlüsse für Medizinische Fachangestellte dargestellt. Die für die Anpassung der Bewertung der Strukturzuschläge relevanten normativen Personalkosten für eine sozialversicherungspflichtige Halbtagskraft sind in der rechten Spalte abgebildet.

Geltungsjahr Struktur- zuschlag	Tarifvertrag vom	Zeitraum	Gehalt pro Monat ¹⁾	Lohnneben- kosten	Jahreswert Vollzeit- kraft ²⁾	Jahres- wert Halbzeit- kraft = Normati- ve Perso- nalkosten
			Euro			
2018	01.08.2017	bis 31.03.2018	2.345	21,375	36.447	18.224
		ab 01.04.2018	2.406			
2019	01.08.2017	ab 01.01.2019	2.406	21,825	36.927	18.464

1) Tätigkeitsgruppe II mit 13-16 Berufsjahren.

2) Laut jeweils gültigem Manteltarifvertrag: Im Jahr 2018 inkl. einer Sonderzahlung in Höhe von 55 % und im Jahr 2019 in Höhe von 60 % des regelmäßigen Monatsgehaltes.

Die Bewertungen der Strukturzuschläge, die der Refinanzierung der Differenz zwischen den normativen Personalkosten und den in den Bewertungen der psychotherapeutischen Leistungen abgebildeten empirischen Personalkosten, dienen wurden entsprechend angepasst

Vergleichsertrag:

Für die Ermittlung des Vergleichsertrages hat sich der Bewertungsausschuss in Fortführung seiner für den Überprüfungszeitraum vom 1. Januar 2014 bis zum 30. Juni 2018 von einer Anpassung des Facharztmixes abgesehen und den bisherigen Facharztmix beibehalten. Hätte der Bewertungsausschuss den in seiner Beschlussfassung des Jahres 2015 zugrunde gelegten Algorithmus zur Bildung des Facharztmixes angewandt, wäre ein niedrigerer Vergleichsertrag und damit eine um ca. 2,5 Prozentpunkte niedrigere Anpassung der Bewertung der psychotherapeutischen Leistungen die Folge gewesen.

Zur Herleitung des Vergleichsertrages wurden für diese Arztgruppen (Chirurgen, Frauenärzte, Hautärzte, HNO-Ärzte und Urologen) die GKV-Umsätze des Jahres 2016 ausgewertet und unter Berücksichtigung der vom Bundessozialgericht in seinem Urteil vom 11. Oktober 2017 diesbezüglich gemachten Einschränkungen (vgl. Az.: B 6 KA 35/17 R, Rn 43) um die nicht prägenden Leistungen und um die nach Anwendung der arztgruppenspezifischen Kostenquote (Datengrundlage: Kostenstrukturerhebung) resultierenden Aufwendungen bereinigt. Der für den Zeitraum ab dem 1. Juli 2018 geltende Vergleichsertrag beläuft sich auf 119.410 Euro. Nach Einbeziehung der Betriebsausgaben (einschließlich der empirischen Personalkosten) in Höhe von 33.957 Euro ergibt sich ein Soll-Umsatz von 153.367 Euro.

Anpassungen der Grundsystematik:

Der Bewertungsausschuss hat darüber hinaus Anpassungen der bisherigen Grundsystematik zur Ermittlung der angemessenen Bewertung psychotherapeutischer Leistungen mit Wirkung zum 1. Juli 2018 beschlossen. Diese Anpassungen des Verfahrens beziehen sich auf eine regelhafte Berücksichtigung der Gruppentherapie und neuer zusätzlicher Vergütungselemente.

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) hat der Gesetzgeber Maßnahmen vorgesehen, die nachhaltig zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung beitragen sollten. Diese Maßnahmen bezogen sich unter anderem darauf, durch die Einführung einer psychotherapeutischen Sprechstunde und einer psychotherapeutischen Akutversorgung die frühzeitige diagnostische Abklärung zu fördern und somit einen zeitnahen und niedrighschweligen Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung sicherzustellen. Weitere Maßnahmen sollten dazu beitragen, die Gruppentherapie zu fördern, indem bestehende Umsetzungshindernisse beseitigt werden sollten.

Vor dem Hintergrund dieser gesetzlichen Regelung hat der Bewertungsausschuss in seiner 396. Sitzung die Leistungen der Gruppentherapie im EBM zum 1. Juli 2017 neu strukturiert und deren Bewertung um ca. 20 Prozent deutlich angehoben. Damit sollten gezielt Anreize zur vermehrten Erbringung dieser Therapieform gesetzt werden. Die über die Erbringung der Gruppentherapie, deren Anteil am gesamten Zeitbedarf für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen im ersten Halbjahr 2018 bei 1 Prozent lag, erzielten Mehreinnahmen sind derzeit nicht im angewendeten Verfahren zur Überprüfung der Angemessenheit der Höhe der Bewertung psychotherapeutischer Leistungen berücksichtigt. Mit der zum 1. Juli 2018 beschlossenen Anpassung wird diesem Sachverhalt dadurch Rechnung getragen, indem bei der Ermittlung des erzielbaren Umsatzes eines vollausgelasteten Psychotherapeuten 0,5 Prozent der angesetzten Jahresarbeitszeit von 1.548 Therapiestunden, also jährlich ca. 8 Therapiestunden bzw. 4 Sitzungen zu je 100 Minuten, auf Gruppentherapie verwendet werden.

Ein weiterer – bislang ebenfalls nicht im Verfahren abgebildeter Aspekt – bezieht sich auf die zusätzlichen Umsätze aufgrund der zum 1. April 2017 vom Bewertungsausschuss beschlossenen strukturellen Änderungen im Kapitel 35 EBM. Hierzu zählen die Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde (Gebührenordnungsposition 35151) und der psychotherapeutischen Akutversorgung (Gebührenordnungsposition 35152) zum 1. April 2017 in den Abschnitt 35.1 EBM. Bezogen auf eine 50 Minuten dauernde Therapiestunde sind diese Leistungen genauso hoch bewertet wie die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM. Beide Leistungen werden – obwohl nicht antrags- und genehmigungspflichtig - in die Zuschlagssystematik nach Abschnitt 35.2.3 EBM einbezogen, sowohl hinsichtlich der Ermittlung der Auslastung als auch bei der Zuschlagsgewährung nach den Bestimmungen des Abschnitts 35.2 EBM, Nrn. 2, 3 und 4.

Somit kann ein Psychotherapeut durch die Erbringung der psychotherapeutischen Sprechstunde und der psychotherapeutischen Akutversorgung andere niedriger bewertete Leistungen wie z.B. das psychotherapeutische Gespräch (GOP 23220 EBM) oder die probatorische Sitzung (GOP 35150 EBM) bei gleichzeitiger Umsatzsteigerung substituieren. Anhand der sich aus den Abrechnungsfrequenzen der probatorischen Sitzung (Gebührenordnungsposition 35150), der psychotherapeutischen Sprechstunde (Gebührenordnungsposition 35151) und der psychotherapeutischen Akutversorgung (Gebührenordnungsposition 35152) ergebenden Leistungsbedarfe der Quartale 2/2016 und 2/2018 wurden unter Einbeziehung der psychotherapeutischen Behandlungsfälle der jeweiligen Quartale zunächst der Leistungsbedarf je Behandlungsfall, der Minutenpreis für jede der einbezogenen Leistungen sowie die Anzahl der Minuten je Behandlungsfall – bezogen auf die oben genannten Leistungen – hergeleitet (wobei im Quartal 2/2016 lediglich die probatorischen Sitzung (Gebührenordnungsposition 35150) abrechenbar war). Aus diesen Informationen wurde der zusätzliche Umsatz je psychotherapeutischem Behandlungsfall in Höhe von ca. 9,50 Euro abgeleitet. Unter Einbeziehung der Anzahl der psychotherapeutischen Behandlungsfälle im Jahr und der Anzahl psychotherapeutischer Praxisinhaber (2018: 27.775) ergibt sich über den beschriebenen Substitutionseffekt ein erzielbarer Mehrumsatz in Höhe von ca. 1.700 Euro je Praxisinhaber ohne Berücksichtigung des Versorgungsumfangs.

Mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 und dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 37. Sitzung am 25. September 2013 wurden dem fachärztlichen Versorgungsbereich basiswirksam ab dem Jahr 2013 zusätzliche 125 Mio. Euro und ab dem Jahr 2014 weitere 70 Mio. Euro zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung zur Verfügung gestellt. Diese Finanzmittel stehen für die Vergütung der „Pauschale zur fachärztlichen Grundversorgung“ (PFG) bzw. deren extrabudgetären Zuschlag zur Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung zur Verfügung. Das auf die psychologischen Psychotherapeuten entfallende Finanzvolumen, dem kein zusätzlicher Zeitaufwand gegenübersteht und das ebenfalls nicht in der bisherigen Systematik zur Ermittlung der

angemessenen Höhe der Bewertung psychotherapeutischer Leistungen berücksichtigt ist, beträgt im Jahr 2018 ca. 40 Mio. Euro. Bezogen auf den psychotherapeutischen Praxisinhaber (ohne Berücksichtigung des Versorgungsumfangs) ergibt sich ein jährlicher Mehrumsatz von ca. 1.500 Euro.

Der Bewertungsausschuss hat die bisherige Systematik dahingehend angepasst, dass der erzielbare Umsatz eines vollausgelasteten Psychotherapeuten ab dem 1. Juli 2018 um einen Betrag von 600 Euro erhöht wird.

Somit ergibt sich eine Anpassung der Grundsystematik. Während die bisherige Berechnung für die notwendige Bewertung der Therapiestunde sich aus dem Quotienten aus Soll-Umsatz und 1.548 Therapiestunden ergab, so wird die ab 1. Juli 2018 anzuwendende Berechnung die notwendige Veränderung der Bewertung einer Therapiestunde als Quotient aus Soll-Umsatz und erzielbarem Umsatz bei 99,5 Prozent Einzeltherapie und 0,5 Prozent Gruppentherapie bei 1.548 Therapiestunden zuzüglich 600 Euro Mehrertrag ermitteln.

Der Nenner setzt sich wie folgt zusammen:

- Erzielbarer Umsatz aus 99,5 % Einzeltherapie = $1.548 \text{ Therapiestunden} * 99,5 \% * 89,60 \text{ Euro}$ (aktuelle Bewertung Einzeltherapie)
Erzielbarer Umsatz aus 99,5 % Einzeltherapie = **138.007 Euro**
- Erzielbarer Umsatz aus 0,5 % Gruppentherapie = $1.548 \text{ Therapiestunden} * 50 \text{ Minuten} / 100 \text{ Minuten} * 0,5 \% * 5 \text{ Teilnehmer} * 66,70 \text{ Euro}$ (aktuelle Bewertung Gruppentherapie, 5 Teilnehmer)
Erzielbarer Umsatz aus 0,5 % Gruppentherapie = **1.291 Euro**
- Zu berücksichtigender Mehrumsatz = **600 Euro**
- **Summe der erzielbaren Umsätze = 139.898 Euro**

Die ab dem 1. Juli 2018 geltende Bewertung der Therapiestunde ermittelt sich wie folgt: Der oben hergeleitete Soll-Umsatz in Höhe von **153.367 Euro** wird durch die Summe der erzielbaren Umsätze in Höhe von 139.898 Euro dividiert. Die erforderliche Bewertungsanpassung von der alten Bewertung (89,60 Euro bzw. 841 Punkte) beträgt demnach ca. 9,6 Prozent, so dass die neue Bewertung der Therapiestunde (Einzeltherapie) bei 98,23 Euro bzw. 922 Punkten liegt.

e) Neuropsychologische Leistungen

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 291. Sitzung mit Wirkung zum 1. Januar 2013 neuropsychologische Leistungen in den neuen Abschnitt 30.11 EBM aufgenommen, um damit die neuropsychologische Versorgung von Versicherten innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung zu ermöglichen. Die Leistungsbeschreibung der Gebührenordnungspositionen sowie die Qualitätsvoraussetzungen ergeben sich dabei

weitgehend aus den Anforderungen der geänderten Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Neuropsychologische Therapie des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Zum Zeitpunkt der Einführung der Gebührenordnungspositionen 30932 (neuropsychologische Therapie – Einzelbehandlung) und 30933 (neuropsychologische Therapie – Gruppenbehandlung) in den EBM hat der Bewertungsausschuss sich an bestehenden Bewertungen von Leistungen des Kapitels 35 EBM orientiert. Die neuropsychologische Diagnostik und Therapie beinhaltet Elemente sowohl der anerkannten Psychotherapieverfahren (Verhaltenstherapie) als auch der übenden Verfahren. Bei der Bewertung der Gebührenordnungspositionen 30932 (neuropsychologische Therapie – Einzelbehandlung) und 30933 (neuropsychologische Therapie – Gruppenbehandlung) hat sich der Bewertungsausschuss an den im Vergleich zu den übenden Verfahren höher bewerteten Richtlinienverfahren orientiert, auch wenn die neuropsychologischen Leistungen nicht antrags- und genehmigungspflichtig sind.

Die jetzt mit Wirkung zum 1. Januar 2019 erfolgte Höherbewertung der Gebührenordnungspositionen 30932 (neuropsychologische Therapie – Einzelbehandlung) von 819 Punkten auf 922 Punkte bzw. 30933 (neuropsychologische Therapie – Gruppenbehandlung) von 591 Punkten auf 665 Punkte entspricht einem Bewertungsanstieg von ca. 12,5 Prozentpunkten. Außerdem wurden die neuropsychologischen Leistungen in die Regelungen zu den Strukturzuschlägen der psychotherapeutischen Leistungen im Abschnitt 35.2 EBM einbezogen.

Damit soll die ambulante neuropsychologische Versorgung gefördert werden.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss Teil A tritt mit Wirkung zum 1. Januar 2009, Teil B mit Wirkung zum 1. Januar 2012 und Teil C mit Wirkung zum 1. Januar 2019 in Kraft.