

## **BESCHLUSS**

### **des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 43. Sitzung am 22. September 2015**

#### **Teil A**

### **zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)**

#### **mit Wirkung zum 1. Januar 2012**

---

- 1. Aufnahme von Nr. 2 bis Nr. 5 in die Präambel zum Abschnitt 35.2 EBM**
2. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 35251 und 35252 [ab dem 01.01.2015: 35251, 35252 und 35253] ist eine im Quartalszeitraum abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35200 bis 35225 von mindestens 459.563 Punkten [ab 01.10.2013: 162.734 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 und 35252 [ab 01.01.2015: 35251, 35252 und 35253] sind berechnungsfähig, sobald im Abrechnungsquartal die abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35200 bis 35225 das Punktzahlvolumen gemäß Nummer 2 überschreitet.
4. Die Regelung gemäß Nummer 3 wird wie folgt umgesetzt: Die Kassenärztliche Vereinigung setzt die Gebührenordnungspositionen 35251 und 35252 [ab 01.01.2015: 35251, 35252 und 35253] im Quartal als Zuschläge zu allen abgerechneten Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 35200 bis 35225 zu. Die Bewertung der zugesetzten Gebührenordnungspositionen ist jeweils mit einer 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.
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 Kapitel 35.2 auf Nachweis des Vertragsarztes bzw. -therapeuten zu berücksichtigen.

## 2. Änderung der Bewertung der Gebührenordnungspositionen im Abschnitt 35.2 EBM

GOP des EBM	Bewertung in Punkten			
	bis 31.12.2011	01.01.2012 bis 30.09.2013	01.10.2013 bis 31.12.2014	ab 01.01.2015
35200	2315	2375	841	841
35201	2315	2375	841	841
35202	1150	1180	418	418
35203	1150	1180	418	418
35205				836
35208				836
35210	2315	2375	841	841
35211	1150	1180	418	418
35212				836
35220	2315	2375	841	841
35221	2315	2375	841	841
35222	1150	1180	418	418
35223	1150	1180	418	418
35224	580	595	211	211
35225	580	595	211	211

## 3. Aufnahme von Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 35251 und 35252 in den Abschnitt 35.2 EBM (gültig ab 01.01.2012)

35251 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35200, 35201, 35210, 35220 und 35221** gemäß der Nummer 2 der Präambel zu Abschnitt 35.2

405 Punkte  
[ab 01.10.2013: 143 Punkte]

*Die Gebührenordnungsposition 35251 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt und gemäß Nummer 4 der Präambel zum Abschnitt 35.2 bewertet.*

35252 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35202, 35203, 35211, 35222, 35223, 35224 und 35225**

gemäß der Nummer 2 der Präambel zu  
Abschnitt 35.2

165 Punkte  
[ab 01.10.2013: 58 Punkte]

*Die Gebührenordnungsposition 35252 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt und gemäß Nummer 4 der Präambel zum Abschnitt 35.2 bewertet.*

**4. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 35253 in den Abschnitt 35.2 EBM (gültig ab 01.01.2015)**

35253 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35205, 35208 und 35212** gemäß der Nummer 2 der Präambel zu Abschnitt 35.2

114 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 35253 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt und gemäß Nummer 4 der Präambel zum Abschnitt 35.2 bewertet.*

**5. Aufnahme weiterer Leistungen im Anhang 3 zum EBM**

<b>GOP</b>	<b>Kurzlegende</b>	<b>Kalkulationszeit in Minuten</b>	<b>Prüfzeit in Minuten</b>	<b>Eignung der Prüfzeit</b>
35251	Zuschlag I	KA	./.	Keine Eignung
35252	Zuschlag II	KA	./.	Keine Eignung
35253	Zuschlag III	KA	./.	Keine Eignung

**Protokollnotiz:**

Der Bewertungsausschuss wird die künftige Ausgestaltung der Gebührenordnungspositionen 35251, 35252 und 35253 in Abhängigkeit von der Ausgestaltung der Psychotherapie-Richtlinie im Gemeinsamen Bundesausschuss im Hinblick auf die sachgerechte Verwendung der zur Vergütung dieser Gebührenordnungspositionen bereitgestellten Finanzmittel überprüfen.

## TEIL B

### **zur Ausdeckelung im Rahmen der Höherbewertung der Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie**

**mit Wirkung zum 22. September 2015**

---

#### **Präambel**

Gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V wurde vom Bewertungsausschuss in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 empfohlen, die Leistungen gemäß Beschluss Teil A Nr. 2.2.1 Ziffer 18 für die Abgrenzung der in den Aufsatzwerten für den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf des Jahres 2013 zu berücksichtigenden Leistungsmengen nicht mit einzubeziehen. In diesem Falle haben die Partner der Gesamtverträge bei der Berechnung der Behandlungsbedarfe des Jahres 2013 gemäß Teil A Nr. 2.2.1 fünfter Absatz des genannten Beschlusses die für diese Leistungen im Vorjahresquartal festgestellte Punktmenge vom für das Vorjahresquartal vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf abzuziehen (Ausdeckelung). Die in einem KV-Bezirk einvernehmlich festgestellte Punktmenge für die Leistungen nach Teil A Nr. 2.2.1 Ziffer 18 des genannten Beschlusses ist aufgrund der Anhebung der Bewertungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ab dem Jahr 2016 zu korrigieren.

#### **Ausdeckelung aus der Gesamtvergütung aufgrund der Höherbewertung der Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie für das Jahr 2016**

Aufgrund der Höherbewertung der Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie des Abschnitts 35.2 EBM gemäß Beschlussteil A ist bei der Ermittlung des vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarfes für das Jahr 2016 ein Betrag von bundesweit insgesamt 54,4 Mio. Euro zzgl. Fortentwicklung abzuziehen und für das Jahr 2019 ein Betrag von bundesweit insgesamt 14,4 Mio. Euro zzgl. Fortentwicklung wieder zuzusetzen. Die Bereinigungsbeträge je Kasse und KV werden nach dem Aufteilungsschlüssel der Leistungsmenge der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie des Abschnitts 35.2 EBM des Jahres 2012 durch die Partner der Gesamtverträge wie folgt bestimmt und angesetzt:<sup>1</sup>

1. In jedem KV-Bezirk sind die quartals- und kassenspezifischen Leistungsmengen nach regionaler Euro-Gebührenordnung für das Segment „A5“ (antrags- und ge-

---

<sup>1</sup> Im KV-Bezirk Brandenburg können sich die Partner der Gesamtverträge aufgrund des dort getroffenen Schiedsspruchs zur Ausdeckelung der psychotherapeutischen Leistungen im Jahr 2013 auf eine abweichende Vorgehensweise im Sinne dieses Beschlusses verständigen.

- nehmungspflichtige Psychotherapie des Abschnitts 35.2 EBM) aus den Daten der Satzart ARZTRG87aKA\_IK gemäß Beschluss Teil B des Bewertungsausschusses in seiner 274. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), bzw. gemäß entsprechender Folgebeschlüsse unter Berücksichtigung etwaiger Korrekturlieferungen für das entsprechende Quartal des Jahres 2012 festzustellen.
2. Die Leistungsmengen gemäß Schritt 1 sind mit 5,5936 % zu multiplizieren und durch den im Jahr 2012 gültigen regionalen Punktwert zu dividieren.
  3. Die kassen- und quartalsweisen Ergebnisse gemäß Schritt 2 sind mit den für die Jahre 2013, 2014 und 2015 jeweils gegenüber dem Vorjahresquartal von den Gesamtvertragspartnern vereinbarten Veränderungen des Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V – unter Berücksichtigung weiterer ggf. regional vereinbarter Anpassungen – sowie der aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses für die Jahre 2013, 2014 und 2015 anzuwendenden Anpassungsfaktoren fortzuentwickeln.
  4. Die kassen- und quartalsweisen Ergebnisse nach Anwendung des Anpassungsfaktors des Jahres 2015 gemäß Schritt 3 werden zur Abbildung der Angleichung von kalkulatorischem Punktwert und Orientierungswert mit dem Faktor 0,35363 multipliziert.
  5. Die kassen- und quartalsweisen Ergebnisse aus Schritt 4 sind jeweils durch die im jeweiligen KV-Bezirk im jeweiligen Quartal des Jahres 2012 verwendete Versichertenzahl gemäß der Datenlieferung KASSRG87aMGV\_IK zu teilen und mit der im jeweiligen KV-Bezirk im jeweiligen Quartal des Jahres 2015 verwendeten Versichertenzahl gemäß der Datenlieferung KASSRG87aMGV\_IK zu multiplizieren.
  6. Die kassen- und quartalsweisen Ergebnisse gemäß Schritt 5 werden mit dem Faktor 0,6800 multipliziert.
  7. Von den gemäß Teil A Nr. 2.2.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 333. Sitzung bestimmten kassenspezifischen Aufsatzwerten des bereinigten Behandlungsbedarfs für die Abrechnungsquartale des Jahres 2016 sind vor ihrer Verwendung gemäß Teil A Nr. 2.2.4 des genannten Beschlusses noch die jeweiligen kassen- und quartalsweisen Ergebnisse aus Schritt 6 basiswirksam abzuziehen.

#### **Ausdeckelung aus der Gesamtvergütung aufgrund der Höherbewertung der Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie für das Jahr 2019**

8. Die kassen- und quartalsweisen Ergebnisse gemäß Schritt 5 sind mit den für die Jahre 2016, 2017 und 2018 jeweils gegenüber dem Vorjahresquartal von den Gesamtvertragspartnern vereinbarten Veränderungen des Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V – unter Berücksichtigung weiterer ggf. regional vereinbarter Anpassungen – sowie der aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses für die Jahre 2016, 2017 und 2018 anzuwendenden Anpassungsfaktoren fortzuentwickeln. Die kassen- und quartalsweisen Ergebnisse nach Anwendung der Anpassungsfaktoren des Jahres 2018 sind je-

weils durch die im jeweiligen KV-Bezirk im jeweiligen Quartal des Jahres 2015 verwendete Versichertenzahl gemäß der Datenlieferung KASSRG87aMGV\_IK zu teilen und mit der im jeweiligen KV-Bezirk im jeweiligen Quartal des Jahres 2018 verwendeten Versichertenzahl gemäß der Datenlieferung KASSRG87aMGV\_IK zu multiplizieren. Nach diesem Schritt sind die sich für das jeweilige Quartal des Jahres 2018 ergebenden Beträge mit dem Faktor 0,18 zu multiplizieren.

9. Zu den gemäß Teil A Nr. 2.2.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 333. Sitzung bestimmten kassenspezifischen Aufsatzwerten des bereinigten Behandlungsbedarfs für die Abrechnungsquartale des Jahres 2019 sind vor ihrer Verwendung gemäß Teil A Nr. 2.2.4 des genannten Beschlusses noch die jeweiligen kassen- und quartalsweisen Ergebnisse aus Schritt 8 basiswirksam zu addieren.

#### **Beauftragung des Institutes des Bewertungsausschusses zur Bereitstellung von Datengrundlagen**

10. Das Institut des Bewertungsausschusses wird auf einvernehmlichen Wunsch der Gesamtvertragspartner durch den Bewertungsausschuss mit den Berechnungen der Ausdeckelungsbeträge je Kasse und KV beauftragt.

## **Entscheidungserhebliche Gründe**

**zum Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach  
§ 87 Abs. 4 SGB V in seiner 43. Sitzung am 22. September 2015**

### **Teil A**

**zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) mit  
Wirkung zum 1. Januar 2012**

---

#### **1. Rechtsgrundlage**

Rechtsgrundlage für den Beschluss des Erweiterten 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 des Erweiterten Bewertungsausschusses setzt den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses aus seiner 38. Sitzung vom 18. Dezember 2013 um, die Bewertung der antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen des EBM-Abschnitts 35.2 dahingehend zu überprüfen, ob die seit dem 1. Januar 2009 gültige Bewertung dieser Leistungen die angemessene Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen sicherstellt. Der Beschluss gibt weiter vor, dass bei der Überprüfung die einschlägige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) berücksichtigt werden soll. In den entscheidungserheblichen Gründen zu dem Beschluss ist festgehalten, dass die Überprüfung auf Basis der Daten des Jahres 2012 erfolgt.

Nach der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Rechtslage hatten die Honorarverteilungsmaßstäbe Regelungen zur Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen zu enthalten, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten (§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V a. F.). Gemäß § 85 Abs. 4a Satz 1 SGB V hatte der Bewertungsausschuss den Inhalt dieser Regelungen zu bestimmen. Diese mit dem GKVRfG 2000 zum 1. Januar 2000 eingeführten Regelungen knüpfen an Entscheidungen des BSG zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen an (vgl. insbesondere Urteile vom 20. Januar 1999 (B 6 KA 46/97 R) und vom 25. August 1999 (B 6 KA 14/98 R)). In diesen Entscheidungen hat das BSG auf den Umstand reagiert, dass die Punktwerte, die sich bei der Verteilung der Gesamtvergütungen an die Ärzte ergeben, wegen der begrenzten Gesamtvergütung und eines kontinuierlichen Anstiegs der Menge der abgerechneten Leistungen gesunken sind. Während dies bei der Mehrzahl der

Arztgruppen nicht zu sinkenden Honorarüberschüssen geführt hat, hatte das Absinken des Verteilungspunktwertes bei den Psychotherapeuten durch die weitgehende Festlegung auf zeitgebundene und genehmigungspflichtige Leistungen unmittelbar niedrigere Honorarüberschüsse zur Folge. Dem gesetzlichen Auftrag aus § 85 Abs. 4a Satz 1 SGB V a. F. ist der Bewertungsausschuss mit einem Beschluss „zur angemessenen Höhe der psychotherapeutischen Leistungen mit Wirkung ab dem 01. Januar 2000“ vom 18. Februar 2005 nachgekommen. Mit Urteilen vom 28. Mai 2008 (u. a. Az.: B 6 KA 9/07 R) hat das BSG diesen Beschluss für Zeiträume ab dem Jahr 2002 als rechtmäßig angesehen.

Aufgrund eines Hinweises in dieser Entscheidung hat der Bewertungsausschuss im Jahr 2011 die anzusetzenden Betriebsausgaben für die Jahre 2007 und 2008 überprüft. Mit Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 27. Sitzung vom 31. August 2011 wurden die anzusetzenden Betriebsausgaben für den Zeitraum vom 1. Januar bis 31. Dezember 2008 auf 42.974 Euro erhöht.

Für Zeiträume ab dem 1. Januar 2009 sind die oben dargestellten Regelungen aufgrund der Honorarreform durch das GKV-WSG nicht mehr einschlägig. Die zentrale gesetzliche Vorgabe für die Bewertung der psychotherapeutischen Leistungen auf der Bundesebene findet sich nunmehr in § 87 Abs. 2c Satz 6 SGB V. Danach haben die Bewertungen für diese Leistungen eine angemessene Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten. Gemäß § 87 Abs. 2d Satz 3 SGB V in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung war ein Beschluss hierzu erstmals bis zum 31. August 2008 mit Wirkung zum 1. Januar 2009 zu treffen. Dieser Vorgabe ist der Erweiterte Bewertungsausschuss in seiner 7. Sitzung mit Teil D der Beschlüsse vom 27./28. August 2008 nachgekommen, durch den die Leistungsbewertungen unter ausdrücklicher Bezugnahme auf § 87 Abs. 2c Satz 6 SGB V und die Rechtsprechung des BSG zunächst um den Faktor 1,2923 gesteigert wurden. Durch einen weiteren Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 8. Sitzung vom 23. Oktober 2008 wurde der Steigerungsfaktor auf 1,3196 angehoben.

Bereits zuvor hatte der Bewertungsausschuss im Zuge der zum 1. Januar 2008 erfolgten Novellierung des EBM die punktzahlmäßigen Bewertungen psychotherapeutischer Leistungen deutlich angehoben. So wurde z. B. die Bewertung der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (GOP 35200) von 1.495 Punkten auf 1.755 Punkte erhöht.

Aufgrund der veränderten Vergütungssystematik ab dem Jahr 2009 ist dem Grunde nach davon auszugehen, dass die Veränderung des ärztlichen Einkommens im Wesentlichen für alle Arztgruppen gleich über die Anpassung des Orientierungswertes erfolgt, so dass größere Verwerfungen im Hinblick auf die Einkommensentwicklung schon auf der Basis des Vergütungssystems ausgeschlossen sind.



Die aufgrund des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 38. Sitzung vom 18. Dezember 2013 vorgenommene Überprüfung der angemessenen Bewertung der psychotherapeutischen Leistungen orientiert sich an dem bisherigen – vom Bundessozialgericht bestätigten – Verfahren des Bewertungsausschusses.

Die wesentlichen Annahmen und Grundsätze dieses Verfahrens sind:

- 1) Eine vollausgelasteter Arzt bzw. Therapeut 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.
- 2) Eine vollausgelasteter Arzt bzw. Therapeut 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.
- 3) 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. Eine vollausgelastete Praxis soll eine Halbtagskraft für die Praxisorganisation beschäftigen können. Die Betriebsausgaben müssen diese Finanzierung abbilden.
- 4) Zur Berechnung des Vergleichsertrages bzw. die Ermittlung der Betriebsausgaben einer vollausgelasteten psychotherapeutischen Praxis werden die zum Prüfungszeitraum vorliegenden aktuellen Kostenstrukturanalysen verwendet.

Diese Verfahrensgrundsätze wurden wie folgt gegenüber den früheren Vorgaben des Bewertungsausschusses aus seiner 93./96. Sitzung modifiziert und an die veränderte Sach- und Rechtslage angepasst:

#### **Zu Nr. 2)**

Das Verfahren des Bewertungsausschusses soll gewährleisten, dass die Überschüsse voll ausgelasteter Psychotherapeuten mindestens so hoch sind wie die Überschüsse der Ärzte der Arztgruppen im fachärztlichen Versorgungsbereich im unteren Einkommensbereich. Dies entspricht auch der Vorgabe des Bundessozialgerichtes, wonach der „Einkommensvergleich...nur noch auf fachärztliche Arztgruppen im unteren Einkommensbereich abgestellt werden“ solle (Az.: B 6 KA 49/07 R, Rn 40). Aus diesem Grund wurden diejenigen Facharztgruppen ausgewählt, die unterhalb des mit der Anzahl der Ärzte gewichteten Ertragsdurchschnitts aller Facharztgruppen liegen. Es han-

delt sich dabei um die Arztgruppen der Chirurgen, der Frauenärzte, der Hautärzte, der HNO-Ärzte und der Urologen. Da die Anzahl der Ärzte dieser Arztgruppen zusammen einen Anteil von rd. 50 % an den Fachärzten haben, können stärkere Schwankungen bei der Ermittlung des Durchschnittsertrags ausgeglichen werden. Die bisher für den Vergleich mitberücksichtigten Arztgruppen der Orthopäden und Augenärzte weisen deutlich oberhalb des Facharzt Durchschnitts liegende Erträge aus und werden deshalb nicht mehr miteinbezogen.

Regionale Kosten werden bei der Umsetzung von Nummer 2) mit Ausnahme der Wegepauschalen nicht mehr abgezogen, da dem Bewertungsausschuss derzeit keine Kenntnisse über die Abrechnung regional vereinbarter Kosten vorliegen.

Honorarumsatzanteile aus der Abrechnung von Laborleistungen werden bei Urologen im Gegensatz zu den anderen Facharztgruppen nunmehr berücksichtigt, da ihr Honoraranteil einen prägenden Charakter dieser Leistungen nahe legt.

### **Zu Nr. 3)**

Eine Überprüfung der Personalaufwendungen hat ergeben, dass annähernd 75 % der psychotherapeutischen Praxen keine Personalaufwendungen aufweisen und dass keine bedeutende Zunahme von Beschäftigungsverhältnissen zu beobachten war, obwohl seit dem Jahr 2003 normative Personalaufwendungen für eine Halbtagskraft in die EBM-Bewertung einkalkuliert wurden. Dies verdeutlicht, dass der überwiegende Teil der psychotherapeutischen Praxen keinen Bedarf an einer Beschäftigung von Praxispersonal hat.

Diesem Umstand hat der Bewertungsausschuss durch ein differenzierendes Verfahren Rechnung getragen. Die Finanzierung von Personalaufwendungen für eine Halbtagskraft setzt einen bestimmten Leistungsumfang voraus, der eine Beschäftigung von Personal als möglich und sinnvoll begründet. Das ist bei Praxen mit einer Auslastung von mindestens 50 % in Bezug auf die Vollauslastungshypothese des BSG gemäß Nummer 1) anzunehmen. Diese Praxen können nach vorliegendem Beschluss neben den GOP 35200 bis 35225 besondere Zuschlags-GOP abrechnen, die auf Basis der Personalausgaben einer sozialversicherungspflichtigen Halbtagskraft bewertet wurden. Für die Honorierung von Praxen und Vertragsärzten bzw. -therapeuten mit einer Auslastung von weniger als 50 % in Bezug auf die Vollauslastungshypothese des BSG gemäß Nummer 1) werden die empirischen Personalkosten die den Personalaufwendungen der Gruppe der Therapeuten mit Kasseneinnahmen von mindestens 83.000 Euro entsprechen, bei der Bewertung der GOP 35200 bis 35225 berücksichtigt. Die Besonderheit voll ausgelasteter Ärzte und Therapeuten wird durch die Zuschlags-GOP berücksichtigt.

**Zu Nr. 4)**

Zur Umsetzung von Nummer 4) wurden die Kosten auf Grundlage der Daten der „Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten“ des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2007 ermittelt. Das Statistische Bundesamt hat diese Auswertung am 5. August 2009 in der Fachserie 2, Reihe 1.6.1 veröffentlicht, so dass diese Daten gemäß Nummer 4) für den Prüfungszeitraum vorlagen. Kostenstrukturanalysen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI) in Deutschland lagen für den Prüfungszeitraum aus dem Untersuchungszeitraum 2003 bis 2005 vor, die 2007 veröffentlicht und bei früheren Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses zur angemessenen Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen herangezogen wurden. Aktuelle ZI-Daten waren zum Jahr 2012 nicht veröffentlicht. Da nach gängiger Rechtsauffassung eine aktuelle Datenbasis zu verwenden ist, ist der vorgenommene Wechsel der Datengrundlage notwendig. In Fortführung der Berechnungen, die der Bewertungsausschuss bis 2008 durchgeführt bzw. als Verfahren definiert hat, werden bei der Ermittlung der Betriebsausgaben einer vollausgelasteten psychotherapeutischen Praxis die Daten der Praxen verwendet, die zum oberen Umsatzdrittel gehören, d. h. die einen Umsatz von größer als 83.000 Euro erwirtschafteten. Mit diesem Verfahren einer indirekten Beschreibung vollausgelasteter psychotherapeutischer Praxen wird die Beschlusslogik des Bewertungsausschusses beibehalten.

Um die Bewertung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen zu bestimmen, ermittelt der Bewertungsausschuss den notwendigen Honorarumsatz je Therapiestunde, der eine angemessene Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen garantiert. Dabei wird die modellhafte Berechnung auf Basis der Abrechnung der GOP 35200 beibehalten. Dieser Honorarumsatz je Therapiestunde wird als Quotient aus Sollumsatz und der jährlichen Therapiestundenzahl einer vollausgelasteten Praxis (36 Therapiestunden je Woche \* 43 Wochen = 1.548 Therapiestunden) bestimmt. Die Veränderungsrate der EBM-Bewertung der GOP 35200 zu diesem Honorarumsatz je Therapiestunde bestimmt die Bewertungsänderung aller antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2.

Aus der Analyse der vorliegenden Daten für das Jahr 2012 erwächst die Notwendigkeit, die Bewertungen der GOPen des Abschnitts 35.2 um 2,6909 % anzuheben, um die Angemessenheit der Vergütung ab dem Jahr 2012 herzustellen. Basis ist ein zu erzielender Vergleichsertrag nach Nummer 2) in Höhe von 91.549 Euro. Berücksichtigt werden Betriebsausgaben einer vollausgelasteten psychotherapeutischen Praxis nach Nummer 3) in Höhe von 37.436 Euro. Darin sind Personalaufwendungen in Höhe von 3.948 Euro enthalten.

Daneben werden auf Basis eines jährlichen Strukturzuschlages von 11.045 Euro, Zuschlags-GOP für Einzel- und Gruppentherapieleistungen vereinbart. Der Betrag von 11.045 Euro ergibt sich aus der Differenz aus 14.993 Euro für die Personalaufwendungen für eine Halbtagskraft gemäß Gehaltstarifvertrag für Medizinische Fachangestellte (Tätigkeitsgruppe II, 11. - 16. Berufsjahr, 13 Monatsgehälter) einschließlich Lohnnebenkosten und der bereits in der Bewertung der GOP 35200 bis 35225 enthaltenen empirisch festgestellten Personalaufwendungen.

Die Abrechnung der Zuschlags-GOP ist Vertragsärzten bzw. -therapeuten (gemäß Nummer 1.1 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM, d. h. auch für angestellte Vertragsärzte und -psychotherapeuten) vorbehalten, die im Quartal eine Mindestpunktzahl aus der Abrechnung von antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen erzielen. Bezugsgröße ist die in Nummer 2 der Präambel zum Abschnitt 35.2 für den Quartalszeitraum bestimmte Gesamtpunktzahl, die sich aus der Multiplikation der Bewertung der GOP 35200 mit den Faktoren 36 (Therapiestunden je Woche), 43 (Anzahl der Wochen im Jahr), 0,25 (Quartalswert) und 0,5 (Mindestauslastung) ergibt.

Damit werden die Rechtsprechung und die bisherige Beschlussarchitektur des Bewertungsausschusses berücksichtigt. Eine vollausgelastete Praxis kann einen Honorarumsatz erzielen, der es ihr gestattet, einen Ertrag zu erzielen, der dem von Fachärzten im unteren Einkommensbereich entspricht und der erzielte Honorarumsatz gestattet die Beschäftigung einer Halbtagskraft.

Bei der Ermittlung der Auslastung sind die in einem Selektivvertrag abgerechneten Leistungen, die inhaltlich den Leistungen des EBM-Abschnitts 35.2 entsprechen, auf Nachweis des Vertragsarztes bzw. -therapeuten zu berücksichtigen.

Der Bewertungsausschuss wird im Rahmen der in der 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 beschlossenen Weiterentwicklung des EBM auch die antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen des EBM-Abschnitts 35.2 dahingehend überprüfen, ob die gültige Bewertung dieser Leistungen die angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gemäß § 87 Absatz 2c Satz 6 SGB V gewährleistet. Dabei sind die Vorgaben des § 87 Abs. 2c Satz 6 SGB V und die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu beachten.

### **3. Inkrafttreten**

Dieser Beschlussteil A tritt mit Wirkung zum 1. Januar 2012 in Kraft.

## **Teil B**

### **zur Ausdeckelung im Rahmen der Höherbewertung der Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie mit Wirkung zum 22. September 2015**

---

#### **1. Rechtsgrundlage**

Der Bewertungsausschuss beschließt gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V Vorgaben für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs in den durch das SGB V vorgesehenen Fällen sowie zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen nach § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V. Außerdem beschließt er gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V Empfehlungen zur Bestimmung von nach § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen sowie gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V Empfehlungen zur Anpassung des Behandlungsbedarfs aufgrund von Veränderungen von Art und Umfang der ärztlichen Leistungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V.

#### **2. Bisherige Berücksichtigung der geänderten Abgrenzung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung**

Gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V wurde vom Bewertungsausschuss in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 empfohlen, die Leistungen gemäß Beschluss Teil A Nr. 2.2.1 Ziffer 18 (Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM aller Arztgruppen sowie probatorische Sitzungen (GOP 35150) der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen) für die Abgrenzung der in den Aufsatzwerten für den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf des Jahres 2013 zu berücksichtigenden Leistungsmengen nicht mit einzubeziehen. In diesem Falle hatten die Partner der Gesamtverträge bei der Berechnung der Behandlungsbedarfe des Jahres 2013 gemäß Teil A Nr. 2.2.1 fünfter Absatz des genannten Beschlusses die für diese Leistungen im Vorjahresquartal festgestellte Punktmenge vom für das Vorjahresquartal vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf abzuziehen (Ausdeckelung).

### **3. Ermittlung des Ausdeckelungsbetrages für das Jahr 2016 bzw. das Jahr 2019**

Eine geänderte Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung dem Grunde bzw. dem Volumen nach hat Auswirkungen auf die Bestimmung der kassenspezifischen Aufsatzwerte, die gemäß Teil A Nr. 2.2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 333. Sitzung bestimmt werden. Der auf die Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM entfallende Anteil der in einem KV-Bezirk einvernehmlich festgestellten Punktmenge für die Leistungen nach Teil A Nr. 2.2.1 Ziffer 18 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung ist aufgrund der Anhebung der Bewertungen des Abschnitts 35.2 EBM im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) nach dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 43. Sitzung ab dem Jahr 2016 zu korrigieren.

Bei der Ermittlung des vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2016 ist aufgrund der Höherbewertung der Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie des Abschnitts 35.2 EBM gemäß Beschlussteil A ein Betrag von bundesweit 54,4 Mio. Euro abzuziehen. Für das Jahr 2019 ist bei der Ermittlung des vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarfs ein Betrag von bundesweit 14,4 Mio. Euro zuzusetzen. Die Festlegung der Bereinigungsbeträge je Kasse und KV nach dem Aufteilungsschlüssel der Leistungsmenge des Abschnitts 35.2 EBM des Jahres 2012 erfolgt durch die Partner der Gesamtverträge auf Grundlage des folgenden Verfahrens:

Es erfolgt zunächst eine quartalsweise Ermittlung der kassenspezifischen Leistungsmengen nach regionaler Euro-Gebührenordnung für das Leistungssegment „A5“ (antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapie des Abschnitts 35.2 EBM) je KV-Bezirk (Schritt 1). Diese so ermittelten kassenspezifischen Leistungsmengen werden zunächst mit dem Faktor 5,5936 % multipliziert (Schritt 2). Bei der Ermittlung der Leistungsmengen nach Schritt 1 sind ggf. für das Jahr 2012 vereinbarte Bereinigungen dieses Leistungsbereiches aufgrund der durch das SGB V vorgesehenen Fälle zu berücksichtigen. Der Faktor 5,5936 % ergibt sich, indem der Quotient aus der dem Gesamtbereinigungsvolumen in Höhe von 80 Mio. Euro und der bundesweiten Leistungsmenge des Abschnitts 35.2 EBM nach Euro-Gebührenordnung des Jahres 2012 in Höhe von 1.430,215 Mio. Euro gebildet wird. Diese je Quartal ermittelten kassenspezifischen Leistungsmengen gemäß Schritt 2 werden in den Schritten 3 bis 5 mit den von den Gesamtvertragspartnern vereinbarten Veränderungen des Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V, weiteren regional vereinbarten Anpassungen, sowie aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses für die Jahre 2013, 2014 und 2015 anzuwendenden Anpassungsfaktoren und unter Berücksichtigung der Entwicklung der Versichertenzahl fortentwickelt. Die gemäß den Schritten 3 bis 5 ermittelten kassenspezifischen Ergebnisse werden mit dem Faktor 0,68, der

im Rahmen der Beratungen zur Finanzierung des Mehrbedarfs aufgrund der Neubewertung der psychotherapeutischen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM zum 1. Januar 2012 einvernehmlich vereinbart wurde, multipliziert (Schritt 6). Bei der Bestimmung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs für die Abrechnungsquartale des Jahres 2016 wird ein basiswirksamer Abzug vorgenommen (Schritt 7).

Die Berücksichtigung des geänderten Volumens zur geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezüglich der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen erfolgt nicht an der im Beschluss der 333. Sitzung des Bewertungsausschusses vorgesehenen Stelle. Der Beschluss des Bewertungsausschusses sieht die Korrektur der kassenspezifischen Anteile am vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf im Vorjahresquartal (Nr. 2.2.2 des Beschlusses der 333. Sitzung) anstelle der Korrektur der Gesamtbehandlungsbedarfs einer Kassenärztlichen Vereinigung im Vorjahresquartal (Nr. 2.2.1.2 des Beschlusses der 333. Sitzung) vor.

Zur Berücksichtigung der aufgrund der Höherbewertung der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie erforderlich werdenden Bereinigung der Gesamtvergütung für das Jahr 2019 hat der Bewertungsausschuss folgendes Verfahren vereinbart:

Die gemäß Schritt 5 quartalsweise ermittelten kassenspezifischen Ergebnisse sind für die Jahre 2016, 2017 und 2018 um die von den Gesamtvertragspartnern vereinbarten Veränderungen des Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V sowie unter Berücksichtigung weiterer ggf. regional vereinbarter Anpassungen und aufgrund der von Beschlüssen des Bewertungsausschusses für die Jahre 2016, 2017 und 2018 anzuwendenden Anpassungsfaktoren und unter Berücksichtigung der Versichertenzahlen je KV-Bezirk fortzuentwickeln. Die sich danach für die Quartale des Jahres 2018 ergebenden Beträge sind mit dem Faktor 0,18, der im Rahmen der Beratungen zur Finanzierung des Mehrbedarfs aufgrund der Neubewertung der psychotherapeutischen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM zum 1. Januar 2012 einvernehmlich vereinbart wurde, zu multiplizieren (Schritt 8). Bei der Ermittlung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs für die Abrechnungsquartale des Jahres 2019 sind die gemäß Schritt 8 je Quartal hergeleiteten kassenspezifischen Beträge basiswirksam zu addieren (Schritt 9).

#### **4. Inkrafttreten**

Dieser Beschlussteil B tritt mit Wirkung ab dem 22. September 2015 in Kraft.