KVB
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

KVB ▪ 80684 München
An alle ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Fachärzte mit der Genehmigung für die antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapie und/oder neuropsychologische Therapie

Dr. med. Claudia Ritter-Rupp
2. stv. Vorsitzende des Vorstandes

Unser Zeichen: Ref GH
Ansprechpartner: KVB Servicecenter
Telefon: 089 57093-40010

Elsenheimerstraße 39
80687 München

25. November 2026

Honorarverteilungsmaßstab (HVM) ab 1. Januar 2027
Information nach der Vertreterversammlung am 20. November 2026
Vergütung Psychotherapie

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

bereits in unserem gemeinsamen Vorstands-Statement im September haben wir deutlich zum Ausdruck gebracht: Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BStabG), das am 29. Juli 2026 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht wurde und für die psychotherapeutischen Leistungen ab 1. Januar 2027 gilt, ist ein großer folgenreicher Fehler. Die darin enthaltenen rigorosen Sparmaßnahmen werden die ambulante Versorgung negativ verändern und Ihren Praxen ebenso wie den Patientinnen und Patienten leider einiges zumuten.

Im Bereich der psychotherapeutischen Leistungen konnten nicht zuletzt durch unsere anhaltende scharfe Kritik einige positive Nachbesserungen am BStabG erreicht werden, die im Gesetz zur Reform der Notfallversorgung am 15. Oktober 2026 vom Bundestag beschlossen wurden. Das Gesetz hat ganz aktuell am 20. November 2026 den Bundesrat passiert und muss nun noch formell verkündet werden.

Am vergangenen Freitag, den 20. November 2026, fand außerdem die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns statt, in der der neue Honorarverteilungsmaßstab (HVM) mit für Sie wichtigen Regelungen für die Zeit ab 1. Januar 2027 beschlossen wurde.

In diesem Schreiben finden Sie Regelungen auf der Grundlage aktueller Gesetzesänderungen/Beschlüsse des Bewertungsausschusses und Informationen zu den neuen HVM-Regelungen im Bereich Psychotherapie. Danach werden Sie Leistungen haben, die extrabudgetär, und Leistungen, die innerhalb der begrenzten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) vergütet werden.

Extrabudgetär vergütet werden*

- **Leistungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie:**
  Gebührenordnungspositionen 22210, 22211, 22220, 23210, 23211, 23214, 23220, 35140, 35141, 35150 bis 35152, 35163 bis 35169, 35173 bis 35179 EBM und Leistungen der Abschnitte 30.11, 35.2 und 35.3 EBM für Patienten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr bzw. bei Patienten, deren Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wurde.

- **Psychotherapeutische Leistungen für Patienten, die die Voraussetzungen der Richtlinien nach § 92 Absatz 6b SGB V (KSVPsych-RL/KJ-KSVPsych-RL) erfüllen:**
  Gebührenordnungspositionen 21210 bis 21212, 22210 bis 22212, 22220, 23210 bis 23212, 23214, 23220, 35140, 35141, 35150 bis 35152, 35163 bis 35169, 35173 bis 35179, 37500, 37510, 37600, 37610 EBM und Leistungen der Abschnitte 35.2 und 35.3 EBM für Patienten, die die Voraussetzungen der Richtlinien nach § 92 Absatz 6b SGB V erfüllen und die im Rahmen dieser Richtlinien behandelt werden.

- **Psychotherapeutische Akutbehandlung GOP 35152 EBM (für alle Fachgruppen)**

Hinweis: Die Festlegung der extrabudgetären Leistungen beruht auf einem Beschluss des Bewertungsausschusses aus der 864. Sitzung am 18. November 2026. Der Beschluss tritt – unter der Bedingung der Verkündung der entsprechenden Neuregelungen im Gesetz zur Reform der Notfallversorgung – mit Wirkung ab 1. Januar 2027 in Kraft.

Innerhalb der MGV vergütet werden

Innerhalb der MGV werden alle psychotherapeutischen Leistungen vergütet, sofern sie nicht der extrabudgetären Vergütung zugeordnet sind. Die Regelungen für Ihre MGV-Leistungen finden Sie im HVM ab 1. Januar 2027. In der Honorarverteilung müssen dabei die Rahmenbedingungen berücksichtigt werden, die der Gesetzgeber für die Vergütung vertragsärztlicher und vertragspsychotherapeutischer Leistungen vorgibt. Das zur Vergütung psychotherapeutischer MGV-Leistungen zur Verfügung stehende Honorarvolumen ist begrenzt.

Aufgabe des HVM ist es, die begrenzten verfügbaren Mittel unter dem Gesichtspunkt der Honorarverteilungsgerechtigkeit möglichst ausgewogen und rechtssicher auf die Praxen zu verteilen.

*§ 87d SGB V in der im Gesetz zur Reform der Notfallversorgung vorgesehenen Fassung in Verbindung mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 864. Sitzung am 18. November 2026 zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 3 Satz 15 SGB V zur Bereinigung der Leistungen gemäß § 87d Abs. 1 Nummer 5 und 7 SGB V [Bereinigung Psychotherapie]

Zugleich gibt es auch Gründe, die Entwicklung mit Augenmaß zu betrachten: Für bisher extrabudgetär vergütete Leistungen, die ab dem 1. Januar 2027 innerhalb der MGV vergütet werden, erhalten wir von den Krankenkassen für die MGV das Honorarvolumen des Jahres 2025 plus Weiterentwicklung der B€GO und Morbiditätsentwicklung. Bei einem im Vergleich zum Jahr 2025 weitgehend stabilen Leistungsgeschehen ohne nennenswerte Mengenentwicklung ist von einer grundsätzlichen Honorarstabilität auszugehen.

Ziel ist es also, große Mengenentwicklungen zu vermeiden. Wenn sich nach dem Willen des Gesetzgebers das Geld nicht mehr nach den Leistungen richtet, sollten sich die Leistungen nunmehr nach dem Geld richten. Bitte sehen Sie die nachfolgenden Regelungen daher nicht als Gängelung, sondern als Maßnahme, um einen Preisverfall der einzelnen Leistungen für alle zu verhindern.

Lassen Sie sich bitte nicht durch einzelne Berichte oder Aussagen in Presse und sozialen Medien verunsichern. Aussagen wie „Ab dem x-ten Patienten bekomme ich kein Geld mehr“ beschreiben die Honorarverteilung in Bayern nicht zutreffend. Nach den von der Vertreterversammlung beschlossenen neuen HVM-Regelungen führt die Honorarverteilung ab dem 1. Januar 2027 weder bei vollem noch bei hälftigem Versorgungsauftrag dazu, dass Sie für Leistungen oberhalb einer bestimmten Grenze keinerlei Vergütung erhalten.

Jedoch müssen Sie sich darauf einstellen, dass ein Teil der Leistungen künftig nicht mehr ungekürzt, sondern nur mit einer rechnerischen Quote vergütet werden kann, wenn es insgesamt zu einer Mengenentwicklung/ Leistungsdynamik kommen sollte.

Je nach Auslastung und individuellem Abrechnungsverhalten kann die Neuregelung insbesondere für Praxen mit hälftigem Versorgungsauftrag relevant sein, deren bisheriger Leistungsumfang bereits über der nun geltenden Kapazitätsgrenze lag. In diesen Fällen empfehlen wir, sich frühzeitig mit den möglichen Auswirkungen der Neuregelung vertraut zu machen. Eine hilfreiche Orientierung bietet Ihnen dabei die Darstellung der HVM-Regelungen in der Anlage zu diesem Schreiben.

Wir werden das Honorargeschehen intensiv beobachten, analysieren und bei Bedarf durch HVM-Anpassungen schnell reagieren. Dabei werden wir – wie auch im Vorfeld der Vertreterversammlung am 20. November 2026 – wieder in enger Abstimmung mit dem beratenden Fachausschuss für Psychotherapie stehen.

Wie sieht die Vergütung nach HVM ab 1. Januar 2027 aus? Für die Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen gibt es im HVM drei wesentliche Bausteine.

1. Einführung **zeitbezogener Kapazitätsgrenzen** (KAP-Grenzen): Leistungen innerhalb der KAP-Grenze werden bis zur jeweiligen KAP-Grenze vollständig vergütet.
   Für bis zum 31. Dezember 2026 noch nicht abgeschlossene Behandlungen mit antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen gelten dabei Sonderregelungen.
2. **Strukturzuschläge**: Auch die Strukturzuschläge werden im HVM in voller Höhe vergütet.

3. **Leistungen über der KAP-Grenze** sowie **sonstige psychotherapeutische Leistungen**: Diese Leistungen werden ggf. nicht in voller Höhe, sondern mit einer rechnerisch ermittelten Quote honoriert. Diese Quote kann unter den Preisen der B€GO liegen.

Wir haben für Sie die neuen Regelungen in der Anlage zu diesem Schreiben (**Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen im HVM)** noch einmal übersichtlich zusammengefasst. Ergänzend werden wir im Laufe des Dezembers unter www.kvb.de, in der Rubrik Mitglieder/ Abrechnung/ Honorar weiteres Informationsmaterial zur Verfügung stellen.

Für Fragen oder weitere Informationen erreichen Sie unser KVB Servicecenter telefonisch unter 089 / 5 70 93 – 4 00 10.

Über die Auswirkungen des BStabG auf die Psychotherapie informieren wir Sie auch in unserer Online-Veranstaltung am 16.12.2026. Zu dieser Veranstaltung werden Sie von uns noch gesondert eine Einladung mit der Möglichkeit zur Anmeldung erhalten. Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme und den Austausch mit Ihnen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
ich möchte Ihnen versichern, dass ich mich auch weiterhin mit Nachdruck auf politischer Ebene für die Belange der psychotherapeutischen Versorgung einsetzen und nicht nachlassen werde, auf die negativen Auswirkungen des BStabG hinzuweisen. Wir brauchen weitere Verbesserungen!

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

gez.
Dr. med. Claudia Ritter-Rupp
2. stv. Vorsitzende des Vorstandes

KVB Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

Anlage
Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen im HVM

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5
I. Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen (KAP-Grenzen) 6
1. Fachgruppen 6
2. Höhe der KAP-Grenze 6
3. Leistungen in der KAP-Grenze 6
4. Vergütung der Leistungen innerhalb der KAP-Grenze 6
5. Anrechnung der Prüfzeiten von EGV-Leistungen im Rahmen der KAP-Grenze 7
II. Vergütung Strukturzuschläge (GOP 35571 bis 35573 EBM) 8
III. Vergütung außerhalb der KAP-Grenze 8
1. Leistungen außerhalb der KAP-Grenze 8
2. Wie ermittelt sich die rechnerische Quote? 9
IV. Sonderfall: Bis 31. Dezember 2026 noch nicht abgeschlossene Behandlungen 10

Einleitung

Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) regelt die Verteilung der für die Honorierung psychotherapeutischer Leistungen zur Verfügung stehenden, begrenzten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV). Ab 1. Januar 2027 wird es im HVM drei unterschiedliche Vergütungsbereiche mit jeweils eigenen Begrenzungsregelungen geben, denen die psychotherapeutischen MGV-Leistungen zugeordnet werden:

1. **Leistungen innerhalb der KAP-Grenze**: Diese Leistungen werden bis zur jeweiligen KAP-Grenze vollständig vergütet (siehe Ziffer I.).
2. **Strukturzuschläge**: Auch die Strukturzuschläge werden in voller Höhe vergütet (siehe Ziffer II).
3. **Leistungen über der KAP-Grenze** sowie **sonstige psychotherapeutische Leistungen**: Diese Leistungen werden ggf. nicht in voller Höhe, sondern mit einer rechnerisch ermittelten Quote honoriert. Diese Quote kann unter den Preisen der B€GO liegen (siehe Ziffer III).

Damit unterscheidet der HVM künftig zwischen Leistungen, für die eine vollständige Vergütung sichergestellt ist, und Leistungen, deren Vergütung von der jeweils verfügbaren MGV und der daraus resultierenden Quote abhängt.

I. Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen (KAP-Grenzen)

1. Fachgruppen

Für die Fachgruppen der Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten[1], Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachpsychotherapeuten sowie andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Fachärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinie werden KAP-Grenzen gebildet.

2. Höhe der KAP-Grenze

Die KAP-Grenze ist eine in Minuten ausgedrückte Grenze. Sie gilt je Psychotherapeut/Arzt und beträgt im Quartal bei einer vollen Zulassung 27.090 Minuten. Ist ein Psychotherapeut/Arzt nicht in vollem Umfang tätig, wird die KAP-Grenze entsprechend reduziert. Bei einer halben Zulassung beträgt die KAP-Grenze beispielsweise 13.545 Minuten.

Die Höhe der KAP-Grenze setzt dabei auf der von der Rechtsprechung entwickelten Vollauslastungshypothese auf: Danach kann eine voll ausgelastete Praxis je Psychotherapeut/ Arzt mit 43 Wochen Arbeitszeit im Jahr bei 36 Sitzungen genehmigungspflichtiger Psychotherapie pro Woche und einer EBM-Prüfzeit von 70 Minuten im Jahr fiktiv 108.360 Minuten Arbeitszeit erbringen. Je Quartal ergibt dies damit eine Minutengrenze in Höhe von 27.090 Minuten.

3. Leistungen in der KAP-Grenze

Folgende Leistungen sind der KAP-Grenze zugeordnet:

Leistung	EBM
Antragspflichtige Leistungen (Einzel- und Gruppe)	Abschnitt 35.2 EBM[2]
Psychotherapeutische Sprechstunde	GOP 35151 EBM
Neuropsychologische Therapie (Einzelbehandlung)	GOP 30932 EBM
Neuropsychologische Therapie (Gruppenbehandlung)	GOP 30933 EBM

4. Vergütung der Leistungen innerhalb der KAP-Grenze

Um festzustellen, ob Leistungen innerhalb oder über der KAP-Grenze liegen, werden die der KAP-Grenze zugeordneten Leistungen, gemessen an den jeweiligen Prüfzeiten gemäß des Anhangs 3 zum EBM, gegen die Minutengrenze in Höhe von 27.090 Minuten gerechnet. Bei einem halben Sitz gegen eine Minutengrenze in Höhe von 13.545 Minuten etc.

- Leistungen innerhalb der KAP-Grenzen werden zu den Preisen der B€GO vergütet.
- Die Zuordnung der Leistungen zur KAP-Grenze und die Berechnung einer möglichen Überschreitung erfolgt durch die KVB im Rahmen der Abrechnung.

[1] Aufgrund des inzwischen vorliegenden Beschlusses des Bewertungsausschusses zur extrabudgetären Vergütung der Leistungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist die KAP-Grenze für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten de facto irrelevant.

[2] Mit Ausnahme der Strukturzuschläge GOP 35571 bis 35573 EBM, hier gilt eine gesonderte Regelung, siehe Nummer II.

- Sie erhalten zusammen mit Ihren Honorarunterlagen zukünftig einen Nachweis, in dem Sie nachvollziehen können, ob und ggf. in welchem Umfang Sie Ihre KAP-Grenze überschritten haben. Nachdem diese Nachweise erst noch programmiert werden müssen, können wir Ihnen an dieser Stelle leider noch keinen Muster-Nachweis zur Verfügung stellen.
- Leistungen, die die KAP-Grenze überschreiten, werden mit einer rechnerischen Quote vergütet (siehe unter Ziffer III. Nummer 2.).

Beispiel 1: Bei zwei abgerechneten Einzeltherapiesitzungen (Verhaltenstherapie, KZT) über 100 Minuten wird zweimal die GOP 35421 EBM abgerechnet. Es erfolgt im Rahmen der KAP-Grenze eine Anrechnung in Höhe von 140 Minuten (= 70 Minuten Prüfzeit x 2).

Beispiel 2: Bei einer Gruppentherapiesitzung (Verhaltenstherapie, KZT) mit 7 Teilnehmern über 100 Minuten wird bei jedem Teilnehmer jeweils die GOP 35547 EBM abgerechnet. Es erfolgt im Rahmen der KAP-Grenze eine Anrechnung von 133 Minuten (= 19 Minuten Prüfzeit x 7).

5. Anrechnung der Prüfzeiten von EGV-Leistungen im Rahmen der KAP-Grenze

Psychotherapeutische Leistungen, die ab dem 1. Januar 2027 extrabudgetär vergütet werden, werden zu den Preisen der B€GO honoriert. Die hierfür angesetzten Prüfzeiten (Plausibilitätsminuten) werden allerdings in bestimmten Fällen im Rahmen der KAP-Grenze angerechnet.

Eine Anrechnung erfolgt dabei dann, wenn Leistungen aus der Tabelle in Ziffer I., Nummer 3 abgerechnet werden und diese aufgrund der Vorgaben des Gesetzgebers extrabudgetär vergütet werden.

Beispiel 1: Eine Erwachsenenpsychotherapeutin mit einer Genehmigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen rechnet bei einem Kind zweimal die GOP 35421 EBM (Verhaltenstherapie, KZT) ab. Sie erhält die GOP 35421 EBM extrabudgetär vergütet. Es wird allerdings die Prüfzeit für diese beiden Leistungen in Höhe von 140 Minuten (= 70 Minuten Prüfzeit x 2) auf ihre KAP-Grenze angerechnet.

Beispiel 2: Ein Psychotherapeut behandelt eine Patientin, die die Voraussetzungen der KSVPsych-Richtlinie erfüllt und im Rahmen dieser Richtlinie behandelt wird. Im Rahmen der Behandlung rechnet er zweimal die GOP 35411 EBM (Analytische Psychotherapie, KZT) ab. Er erhält die GOP 35411 EBM extrabudgetär vergütet. Es wird allerdings die Prüfzeit für diese beiden Leistungen in Höhe von 140 Minuten (= 70 Minuten Prüfzeit x 2) auf seine KAP-Grenze angerechnet.

Die Anrechnung hat im Wesentlichen zwei Gründe:

Die 27.090 Minuten der KAP-Grenze entsprechen der von der Rechtsprechung entwickelten Vollauslastungshypothese einer Praxis. Ob eine Praxis mit EGV-Leistungen oder MGV-Leistungen ausgelastet wird, spielt dabei keine Rolle. Jede 2027 erbrachte EGV-Leistung, die der KAP-Grenze

zugeordnet ist, führt zu einer Reduzierung der MGV (sogenannte Bereinigung). Entsprechend ist zur Entlastung des psychotherapeutischen Honorartopfes auch eine KAP-Grenze geboten.

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass die verfügbare Arbeitszeit einer Psychotherapeutin bzw. eines Psychotherapeuten entsprechend des Zulassungsauftrags nur einmal in Anspruch genommen werden kann. Auch wenn eine Leistung extrabudgetär vergütet wird, beansprucht sie tatsächlich Arbeitszeit und trägt damit zur Ausschöpfung der zeitlichen Behandlungskapazität bei. Eine Nichtberücksichtigung dieser Zeiten würde dazu führen, dass dieselben zeitlichen Kapazitäten rechnerisch doppelt berücksichtigt würden.

Die Anrechnung der auf EGV-Leistungen entfallenden Plausibilitätsminuten auf die individuelle KAP-Grenze trägt somit sowohl der tatsächlichen zeitlichen Inanspruchnahme als auch den finanziellen Auswirkungen auf die MGV Rechnung.

Wichtig: Die psychotherapeutische Akutbehandlung (GOP 35152 EBM) ist von dieser Regelung nicht betroffen. Sie wird extrabudgetär, ohne Bereinigung und ohne Anrechnung auf die KAP-Grenze vergütet.

II. Vergütung Strukturzuschläge (GOP 35571 bis 35573 EBM)

Unter Einbeziehung des beratenden Fachausschusses für Psychotherapie wurde im HVM ab 1. Januar 2027 eine Regelung aufgenommen, wonach die GOP 35571 bis 35573 EBM nach Anwendung der entsprechenden EBM-Regelungen im Rahmen des HVM keinerlei Kürzung unterliegen und zu den Preisen der B€GO vergütet werden. Dies bedeutet, dass die Strukturzuschläge - wie bisher - gemäß Präambel zum Abschnitt 35.2 EBM ermittelt werden und der sich so ergebende Euro-Betrag über den HVM unmittelbar weitergeben wird, d.h. über den HVM erfolgt keine Quotierung der Strukturzuschläge.

III. Vergütung außerhalb der KAP-Grenze[3]

1. Leistungen außerhalb der KAP-Grenze

- Leistungen, die über die KAP-Grenze hinaus erbracht wurden
- Probatorik (GOP 35150, 35163 bis 35169 EBM) – für alle Fachgruppen
- Neuropsychologische Therapie (GOP 30930 bis 30937 EBM)[4]
- Gruppentherapeutische Grundversorgung (GOP 35173 bis 35179 EBM)
- Abschnitte 37.5 und 37.6 EBM (KSVPsych-Richtlinie bzw. KJ-KSVPsych-Richtlinie)
- Leistungen nach Kapitel 22 und 23 EBM, Abschnitte 35.1 und 35.3 EBM sowie alle sonstigen von psychotherapeutischen Fachgruppen erbrachten EBM-Leistungen
- Alle Leistungen, die grundsätzlich der KAP-Grenze zugeordnet sind, aber von Ärzten erbracht werden, für die die KAP-Grenze nicht gilt (z.B. Psychiater, Nervenärzte, Neurologen, Anästhesisten)

[3] Soweit nicht nach den Vorgaben des Gesetzgebers eine extrabudgetäre Vergütung erfolgt.
[4] Ohne die GOP 30932 und 30933 EBM, die zur KAP-Grenze zählen.

Kurzzeittherapie: Aufgrund der Vorgaben im BStabG wurden im EBM die Zuschläge zur Kurzzeittherapie in der Psychotherapie (GOP 35591, 35593 bis 35599 EBM) zum 1. Januar 2027 gestrichen, siehe auch KVB Infos, Ausgabe 11/12-2026. Sie sind daher in der Aufzählung der Leistungen außerhalb der KAP-Grenze nicht mehr enthalten.

Wichtig
In der Aufzählung der Leistungen außerhalb der KAP-Grenze finden Sie auch Leistungen, die grundsätzlich den extrabudgetären Leistungen zugeordnet sind.
Warum ist das so?
In der neuen Honorarwelt gibt es Leistungen, die je nach konkreter Abrechnungssituation entweder eine EGV-Leistung oder eine MGV-Leistung sein können.

Beispiel: Wird eine probatorische Sitzung im Rahmen der Behandlung eines Kindes/Jugendlichen abgerechnet, wird diese Leistung gemäß gesetzlicher Regelung/Beschlüssen des Bewertungsausschusses extrabudgetär vergütet. Im Rahmen der Erwachsenenbehandlung fällt die probatorische Sitzung aber in die MGV und unterliegt der nachfolgend in Nummer 2 beschriebenen Quote.

2. Wie ermittelt sich die rechnerische Quote?

Alle Leistungen innerhalb der MGV, aber außerhalb der KAP-Grenze werden mit einer rechnerischen Quote ausgezahlt, die am Ende des Quartals nach Eingang aller Abrechnungen ermittelt und der Honorarabrechnung zugrunde gelegt wird.

Die rechnerische Quote wird für alle einheitlich ermittelt, in dem das zur Verfügung stehende Honorarvolumen zur Summe aller angeforderten Leistungen rechnerisch in ein Verhältnis (= rechnerische Quote) gesetzt wird.

Schritt 1: Honorarvolumen Psychotherapie (PT) für das Quartal insgesamt

- minus Vergütung für die von allen abgerechneten Leistungen der Strukturzuschläge
- minus Vergütung für die von allen abgerechneten Leistungen innerhalb der KAP-Grenzen
- minus Vergütung für die von allen abgerechneten Leistungen für noch nicht abgeschlossene Behandlungen (siehe Ziffer IV.)

= für alle verbleibendes PT-Honorarvolumen

Schritt 2: Das verbleibende PT-Honorarvolumen wird allen Leistungen gegenübergestellt, die außerhalb der KAP-Grenze angefordert wurden.

Schritt 3: Es ergibt sich für alle einheitlich eine rechnerische Quote. Mit dieser Quote werden alle Leistungen außerhalb der KAP-Grenze vergütet.

„Worst-Case“-Szenario: Sollte die rechnerische Quote im Falle einer sehr starken Mengendynamik unter 50 Prozent absinken, wird die Vergütung der Strukturzuschläge und der Leistungen innerhalb der KAP-Grenze zum B€GO-Preis bis auf 85 Prozent abgesenkt und das frei werdende Honorarvolumen zur Stützung der Quote für die Leistungen außerhalb der KAP-Grenze verwendet.

IV. Sonderfall: Bis 31. Dezember 2026 noch nicht abgeschlossene Behandlungen

Der HVM sieht ab 1. Januar 2027 für die Abrechnung und Vergütung **von antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen nach Abschnitt 35.2 EBM** eine Privilegierung vor, falls diese im Rahmen von Behandlungen erbracht werden, die bis zum 31. Dezember 2026 noch nicht abgeschlossen waren. So wird sichergestellt, dass Sie diese Leistungen entsprechend den Vorgaben des Gesetzgebers zu den Preisen der B€GO ohne Kürzungen vergütet erhalten (§ 87b Absatz 2 Satz 7 SGB V), und zwar auch dann, wenn die KAP-Grenze überschritten sein sollte.

- Eine Behandlung gilt als noch nicht abgeschlossen, wenn für den Patienten im Jahr 2026 bereits eine antrags- und genehmigungspflichtige Leistung des Abschnitt 35.2 EBM von demselben Psychotherapeuten/Arzt abgerechnet wurde.
- **Wichtig**: Die Leistungen müssen von Ihnen ab dem 1. Januar 2027 mit der **Kennziffer 80352** auf dem Abrechnungsschein gekennzeichnet werden (Feld 5001 „GNR“). Die Kennzeichnung ist quartalsweise einmal im Behandlungsfall anzusetzen, in dem noch nicht abgeschlossene Behandlungen aus Abschnitt 35.2 EBM abgerechnet werden.
- Leistungen mit der **Kennziffer 80352** werden vorrangig im Rahmen der KAP-Grenze angerechnet. Die Anrechnung ist erforderlich, da die KVB für diese bereits begonnenen Behandlungen keine zusätzlichen finanziellen Mittel erhält, sondern die Vergütung – wie bei allen anderen MGV-Leistungen – ab dem 1. Januar 2027 aus der MGV finanzieren muss.

Hinweis: In diesem Zusammenhang wurde die Frage aufgeworfen, ob die Privilegierung auch für die Umwandlung einer Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie bzw. die Verlängerung einer Langzeittherapie gilt. Der Gesetzgeber führt in seiner Gesetzesbegründung zur Privilegierung noch nicht abgeschlossener Therapien aus, „*dass bei der Vergütung der psychotherapeutischen Versorgung für Patienten, die sich am 31. Dezember 2026 noch in einer nicht abgeschlossenen, beantragten und **genehmigten** Einzel- oder Gruppentherapie befinden*“, seitens der KVen innerhalb der MGV bis zum Ende der Therapie keine Begrenzungsmaßnahmen angewandt werden dürfen. U.a. auf Grundlage dieser Formulierung werden Umwandlungen und Verlängerungen nur dann privilegiert, wenn **sie noch im Jahr 2026 genehmigt** wurden. Im Grunde ist diese Frage aber nachrangig, da die Entscheidung, ob eine Therapie 2027 fortgeführt, umgewandelt, verlängert oder abgeschlossen werden kann, grundsätzlich eine therapeutische ist und nicht davon abhängig gemacht werden sollte, ob gegebenenfalls eine bessere Auszahlungsquote für die therapeutische Leistung zur Anwendung kommt.

Zum Abschluss. Wir haben die HVM-Neuregelungen in dieser Darstellung zum Teil verkürzt dargestellt. Einen Link auf den vollständigen HVM-Text finden Sie ab 27. November 2026 unter www.kvb.de, in der Rubrik Mitglieder/Abrechnung/ Honorar. Dort werden wir im Laufe des Dezembers für Sie auch sukzessive weitere Informationen zum Thema „Psychotherapeutische Vergütung im HVM“ einstellen und Sie unverzüglich informieren, sobald es relevante Neuigkeiten gibt.

Bitte denken Sie auch an unsere Informationsveranstaltung am 16. Dezember 2026, für die Sie noch eine gesonderte Einladung erhalten.

Wichtiger allgemeiner Hinweis

Bitte bedenken Sie, dass ganz oder teilweise aus dem oder den Vorquartal(en) eingereichte Abrechnungen (Nachtragsfälle) nach den im Einreichungsquartal geltenden Regelungen vergütet werden.

Für Leistungen, die Sie noch im Quartal 4/2026 erbringen, empfehlen wir Ihnen, diese mit der Abrechnung für das Quartal 4/2026 einzureichen, damit sie noch nach den bis 31. Dezember 2026 geltenden Bestimmungen vergütet werden können.

Nachtragsfälle, die erst mit der Abrechnung für das Quartal 1/2027 eingereicht werden, werden dagegen nach den in diesem Serviceschreiben dargestellten neuen Bestimmungen vergütet.