

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 848. Sitzung am 25. August 2026 zur Umsetzung des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes

Teil A

zur Änderung von Teil A des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 85. Sitzung am 20. Mai 2025 zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 3c Satz 7 SGB V für ein Verfahren zur Festsetzung und Fortschreibung der auf den Versorgungsbereich der allgemeinen hausärztlichen Versorgung entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sowie zu Transparenzdatenlieferungen mit Wirkung zum 1. Quartal 2027

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 87a Abs. 3c Satz 7 SGB V beschließt der Bewertungsausschuss Vorgaben für ein Verfahren zur Festsetzung der auf die Leistungen des Versorgungsbereichs der allgemeinen hausärztlichen Versorgung einschließlich der in Zusammenhang mit diesem Versorgungsbereich erbrachten Hausbesuche entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV).

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Mit dem vorliegenden Beschlussteil A wird in Nummer 1 eine Klarstellung zur Abgrenzung der entbudgetierten Leistungen ab dem Quartal 1/2027 vor dem Hintergrund der durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vorgenommenen Eindeckelungen und Streichungen von EBM-Ziffern vorgenommen.

In Nummer 2 wird eine Anpassung der Höhe der Hausarzt-MGV aufgrund nicht mehr verfügbarer Finanzmittel durch die Neufestsetzung der Kinderarzt-MGV vorgenommen und eine Klarstellung zur Berücksichtigung der ab dem Quartal 1/2027 durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vorgenommenen Eindeckelungen und Streichungen ergänzt.

In Nummer 3 wird der Hinweis auf die Berücksichtigung der allgemeinen Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen ergänzt.

In Nummer 4 wird ein Datum für die Veröffentlichung der angepassten Transparenztabelle als Excel-Tabelle vom InBA bestimmt und die Frist für die Abgabe der Transparenztabellen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung an das Institut des Bewertungsausschusses auf sechs Monate verlängert.

In den Protokollnotizen 1 bis 3 werden die Vorgaben zur Rechnungslegung aktualisiert.

3. Inkrafttreten

Der Beschlussteil A tritt mit Wirkung zum 1. Quartal 2027 in Kraft.

Teil B

zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 3b Satz 10 SGB V für ein Verfahren zur Festsetzung und Fortschreibung der auf den Versorgungsbereich der Kinder- und Jugendmedizin entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sowie zu Transparenzdatenlieferungen mit Wirkung zum 1. Quartal 2027

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 87a Abs. 3b Satz 10 SGB V beschließt der Bewertungsausschuss Vorgaben für ein Verfahren zur Festsetzung und Fortschreibung der auf den Versorgungsbereich der Kinder- und Jugendmedizin entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV). Darüber hinaus beschließt er gemäß § 87a Abs. 3b Satz 19 SGB V Vorgaben zur Übermittlung von Transparenzdaten zum Nachweis der erstmaligen Festsetzung und Fortschreibung der Kinderarzt-MGV, zur Entwicklung des kinderärztlichen Leistungsbedarfs, einer etwaigen Unterschreitung der Kinderarzt-MGV und hierfür zu zahlender Zuschlägen zur Förderung der kinder- und jugendmedizinischen Versorgung, zu leistungsbezogenen und nicht leistungsbezogenen Zuschlägen und zusätzlichen Honorarauszahlungen im Jahr 2023 sowie zu den Ausgleichszahlungen.

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Mit dem vorliegenden Beschlussteil B wird zunächst der Zeitraum für die Neufestsetzung der auf die Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin entfallenden MGV mit den Quartalen 1/2027 bis 4/2028 vorgegeben.

Zudem werden die zu entbudgetierenden Leistungen definiert als die Leistungen des Kapitels 4 EBM mit Ausnahme der durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz gestrichenen Gebührenordnungspositionen 04008, 04010 und 04020 sowie etwaiger Gebührenordnungspositionen, die gemäß § 87d SGB V außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden.

Für die Neufestsetzung der auf die zu entbudgetierenden Leistungen entfallenden MGV (Kinderarzt-MGV) durch die jeweiligen Gesamtvertragspartner wird gemäß § 87a Abs. 3b Satz 5 SGB V eine dreischrittige Vorgehensweise vorgegeben:

Zunächst ist das MGV-Honorarvolumen für den kinderärztlichen Leistungsbedarf in der Abgrenzung nach Nr. 2 einschließlich sämtlicher auf diesen entfallender leistungsbezogener und nicht leistungsbezogener Zuschläge und einschließlich zusätzlicher Honorarauszahlungen in den einzelnen Quartalen von 2/2022 bis 1/2023 festzustellen. Dazu sind die gemäß Beschlussteil C um das Feld ‚Honorar‘ ergänzten Daten der Satzart

ARZTRG87aKA_SUM sowie weitere zu übermittelnde Transparenzdaten zu verwenden. In den Transparenzdaten sind die leistungsbezogenen und nicht leistungsbezogenen Zuschläge sowie zusätzlichen Honorarauszahlungen einzeln auszuweisen und anzugeben, ob sie bereits in den Honoraren der Satzart ARZTRG87aKA_SUM enthalten oder zusätzlich zu berücksichtigen sind. Gleiches gilt für periodenfremde Honorarzahlen und ggf. weitere Sachverhalte, die die Differenz zwischen Honorarsumme und MGV weitestgehend darstellen, wobei die Art der Berücksichtigung verbindlich umzusetzen ist, soweit diese in der Anlage zum Beschlussteil B vorgegeben ist. Die Gesamtvertragspartner verständigen sich einvernehmlich bis zum 30. November 2026 über die Höhe des für die einzelnen Sachverhalte zu berücksichtigenden Honorars. Kommt innerhalb dieser Frist keine Einigung zustande, ist das Schiedsamt gemäß § 89 SGB V anzurufen.

Als zweites ist in derselben Weise das MGV-Honorarvolumen für den nach § 87d SGB V mit Ausnahme von durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz gestrichener Gebührenordnungspositionen abgegrenzten Leistungsbedarf sämtlicher Arztgruppen einschließlich leistungsbezogener und nicht leistungsbezogener Zuschläge und zusätzlicher Honorarauszahlungen in den einzelnen Quartalen von 2/2022 bis 1/2023 festzustellen.

Im dritten Schritt ist für die einzelnen Quartale von 2/2022 bis 1/2023 jeweils das kinderärztliche MGV-Honorarvolumen durch das MGV-Honorarvolumen sämtlicher Arztgruppen zu teilen. Die Kinderarzt-MGV der Quartale 1/2027 bis 4/2028 errechnet sich schließlich durch Multiplikation der für das jeweilige Quartal insgesamt basiswirksam vereinbarten, bereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung mit dem so für das jeweilige Quartal des Zeitraums 2/2022 bis 1/2023 ermittelten Honoraranteil.

Zur Fortschreibung der Kinderarzt-MGV ab dem 1. Quartal 2029 auf der Grundlage des jeweiligen Vorjahresquartals wird die Anwendung der Veränderungsraten des regionalen Punktwerts, der Veränderungsraten nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 bis 5 SGB V sowie der weiteren ggf. regional vereinbarten Anpassungen, der Kassenwechslereffekt und der basiswirksamen prozentualen Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses, von Ein- und Ausdeckelungen, die die zu entbudgetierenden Leistungen betreffen, der selektivvertraglichen Differenzbereinigung, ASV-Bereinigung sowie Hybrid-DRG-Bereinigung, bezogen auf die zu entbudgetierenden Leistungen vorgegeben.

Anschließend werden die neuen gesetzlichen Vorgaben noch einmal zusammengefasst: Die Vergütung der zu entbudgetierenden Leistungen besteht zukünftig aus der Kinderarzt-MGV und evtl. aus zusätzlichen Ausgleichszahlungen gemäß § 87a Abs. 3b Satz 13 SGB V. Die Honorierung der zu entbudgetierenden Leistungen besteht zukünftig aus den mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung bewerteten Leistungen und evtl. aus Zuschlägen gemäß § 87a Abs. 3b Satz 3 SGB V. Das Honorar für etwaige MGV-Zuschläge nach § 87a Abs. 3b Satz 8 SGB V wird dabei gemäß § 87a Abs. 3b Satz 9 SGB V ebenfalls aus der Kinderarzt-MGV gespeist; zusätzliche Vergütung wird hierzu von den Krankenkassen nicht gezahlt.

Die Ermittlung etwaiger Ausgleichszahlungen gemäß § 87a Abs. 3b Satz 13 SGB V wird vorgegeben als Differenz zwischen dem innerhalb der MGV nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung abgerechneten Leistungsbedarf der zu entbudgetierenden Leistungen ausschließlich leistungsbezogener und nicht leistungsbezogener Zuschläge, Zuschlägen nach § 87a Abs. 3b Satz 3 SGB V und zusätzlicher Honorarauszahlungen einerseits und der Kinderarzt-MGV andererseits. Ist diese Differenz negativ, liegt eine sogenannte Unterschreitung vor und die entsprechenden Finanzmittel sind mit zukünftigen Ausgleichszahlungen zu verrechnen. Die Berechnungen zu Ausgleichszahlungen, Unterschreitungen und Verrechnungen sind durch die Kassenärztlichen Vereinigungen in Form von Transparenzdatenlieferungen zu dokumentieren. Die Aufteilung der Ausgleichszahlungen auf die einzelnen Krankenkassen wird durch Beschlussteil D im Aufsatzwerteverfahren geregelt.

Zur Vereinbarung von Zuschlägen gemäß § 87a Abs. 3b Satz 3 SGB V wird vorgegeben, dass die regionalen Gesamtvertragspartner jährlich nach Vorliegen der jeweiligen Abrechnungsdaten für das 1. Quartal und damit zum frühestmöglichen Zeitpunkt prüfen, ob der für die zu entbudgetierenden Leistungen innerhalb der MGV abgerechnete Leistungsbedarf einschließlich leistungsbezogener und nicht leistungsbezogener Zuschläge und zusätzlicher Honorarauszahlungen nach § 87a Abs. 3b Satz 8 SGB V im jeweiligen Quartal im Zeitraum vom 2. Quartal des Vorjahres bis zum 1. Quartal des aktuellen Kalenderjahres die Kinderarzt-MGV insgesamt unterschreitet. Im Falle einer solchen Unterschreitung haben die Gesamtvertragspartner bis zum Ende des jeweiligen Jahres in Höhe dieser Unterschreitung nicht basiswirksame Zuschläge zur Förderung der kinder- und jugendmedizinische Versorgung zu vereinbaren. Auch diese Zuschläge sind durch die Kassenärztlichen Vereinigungen in Form von Transparenzdatenlieferungen zu dokumentieren.

Zu den verschiedenen Transparenzdatenlieferungen wird zum Ersten zum Ausweis der die Quartale 2/2022 bis 1/2023 betreffenden Sachverhalte (leistungsbezogene und nicht leistungsbezogene Zuschläge, zusätzliche Honorarauszahlungen sowie periodenfremde Honorarzahlen und weitere Sachverhalte, die die Differenz zwischen Honorarsumme und MGV weitestgehend darstellen) die Tabellenstruktur in der Anlage zum Beschlussteil B dargestellt und vom Institut des Bewertungsausschusses auf seiner Internetseite bis zum 30. September 2026 als Excel-Tabelle veröffentlicht. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben diese Tabellen bis zum 31. Oktober 2026 zu befüllen und über die Kassenärztliche Bundesvereinigung bereitzustellen. Zum Zweiten wird zur Dokumentation der Neufestsetzung und der Fortschreibung der Kinderarzt-MGV, der Entwicklung des kinderärztlichen Leistungsbedarfs, einer etwaigen – ins Folgequartal zu übertragenden – Unterschreitung der Kinderarzt-MGV und hierfür etwaig zu zahlender Zuschläge zur Förderung der kinder- und jugendmedizinische Versorgung sowie der Ausgleichszahlungen mit Wirkung ab dem 1. Quartal 2027 die Veröffentlichung von Excel-Tabellen mit entsprechenden Berechnungsformeln auf der Internetseite des Bewertungsausschusses bis zum 1. Oktober 2026 angekündigt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben diese Tabellen jeweils bis zum Ende des sechsten auf das jeweilige

Abrechnungsquartal folgenden Monats über die Kassenärztliche Bundesvereinigung bereitzustellen.

Das Institut des Bewertungsausschusses wird mit der Plausibilisierung der von den Kassenärztlichen Vereinigungen für die Neufestsetzung in den Jahren 2027 und 2028 sowie für die Fortschreibung ab dem Jahr 2029 bereitgestellten Transparenzdaten beauftragt. Die Ergebnisse werden den regionalen Gesamtvertragspartnern über die jeweilige Trägerorganisation zur Verfügung gestellt.

Zudem wird das Außerkrafttreten der Vorgängerregelungen aus der 804. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung) geregelt.

Abschließend werden in Protokollnotizen Vorgaben für die Rechnungslegung im Formblatt 3 gemacht.

3. Inkrafttreten

Der Beschlussteil B tritt mit Wirkung zum 1. Quartal 2027 in Kraft.

Teil C

zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 438. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil B des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 85. Sitzung am 20. Mai 2025 mit Wirkung zum 1. September 2026

1. Rechtsgrundlage

Der Bewertungsausschuss beschließt gemäß § 87a Abs. 6 SGB V die Bereitstellung der für die Umsetzung der Entbudgetierung der Kinder- und Jugendmedizin nach § 87a Abs. 3b SGB V durch die regionalen Gesamtvertragspartner erforderlichen Daten der arztseitigen Rechnungslegung durch das Institut des Bewertungsausschusses über die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses an die jeweilige Seite der Vertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V.

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Mit dem vorliegenden Beschlussteil C wird der Datenlieferbeschluss des Bewertungsausschusses in seiner 438. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil B des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 85. Sitzung am 20. Mai 2025, dahingehend angepasst, dass rückwirkend vom 2. Quartal 2022 bis zum 4. Quartal 2022 die Satzart ARZTRG87aKA_SUM um das Feld ‚Honorar‘ ergänzt wird. Dabei erfolgt die rückwirkende Lieferung zusammen mit der regulären Lieferung für das 1. Quartal 2026 zum 30. September 2026.

3. Inkrafttreten

Der Beschlussteil C tritt mit Wirkung zum 1. September 2026 in Kraft.

Teil D

zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 827. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) mit Wirkung zum 1. Quartal 2027

1. Rechtsgrundlage

Der Bewertungsausschuss beschließt gemäß §§ 87a Abs. 3b Satz 12 und Abs. 3c Satz 15 SGB V Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung des auf die jeweilige Krankenkasse entfallenden Anteils an Ausgleichszahlungen nach §§ 87a Abs. 3b Satz 13 und Abs. 3c Satz 9 SGB V. Dazu passt er seine gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V beschlossenen Vorgaben für ein Verfahren 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 an.

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Mit dem vorliegenden Beschlussteil D werden die Aufsatzwertvorgaben redaktionell an die neuen gesetzlichen Vorgaben des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes angepasst.

3. Inkrafttreten

Der Beschlussteil D tritt mit Wirkung zum 1. Quartal 2027 in Kraft.