

Erratum

zum Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 85. Sitzung am 20. Mai 2025

Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 85. Sitzung am 20. Mai 2025 [Veröffentlichung auf der Internetseite des Instituts am 21. Mai 2025 unter <https://institut-ba.de>] bedurfte in Teil B Nr. 2 bezüglich der Erläuterung zur Satzart ARZTRG87aKA_SUM einer redaktionellen Korrektur. Die Datensatzbeschreibung wird anstelle eines Datenfelds Nr. 16 korrekterweise um ein Datenfeld Nr. 14 ergänzt. Mit Erratum vom 6. Juni 2025 wurde dies berichtigt.

Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 85. Sitzung am 20. Mai 2025 [Veröffentlichung auf der Internetseite des Instituts am 21. Mai 2025 unter <https://institut-ba.de>] bedurfte in Teil C Nr. 2 einer weiteren redaktionellen Korrektur. Die beiden Verweise auf den nicht vorhandenen § 87c Abs. 1 Satz 1 SGB V werden durch korrekte Verweise auf den § 87a Abs. 3c Satz 1 SGB V ersetzt. Mit Erratum vom 8. September 2025 wurde dies berichtigt.

B E S C H L U S S

des Erweiterten Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 85. Sitzung am 20. Mai 2025

Teil A

**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. Juni 2025

Präambel

Der Bewertungsausschuss beschließt Vorgaben gemäß § 87a Abs. 3c Satz 7 SGB V 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). Die Festsetzung der auf diese Leistungen entfallenden MGV (Hausarzt-MGV) gilt für die Quartale 4/2025 bis 4/2026 sowie deren Fortschreibung in den Folgejahren.

Darüber hinaus beschließt der Bewertungsausschuss Vorgaben gemäß § 87a Abs. 3c Satz 14 SGB V zur Übermittlung von Transparenzdaten zum Nachweis der erstmaligen Festsetzung und Fortschreibung der Hausarzt-MGV, zur Entwicklung des hausärztlichen Leistungsbedarfs, einer etwaigen Unterschreitung der Hausarzt-MGV und hierfür zu zahlenden Zuschlägen zur Förderung der hausärztlichen Versorgung, zu leistungsbezogenen und nicht leistungsbezogenen Zuschlägen und zusätzlichen Honorarauszahlungen im Jahr 2023 sowie zu den Ausgleichszahlungen.

1. Zeitraum der erstmaligen Festsetzung

Die erstmalige Festsetzung der Hausarzt-MGV erfolgt in den Quartalen 4/2025 bis 4/2026.

2. Abgrenzung der zu entbudgetierenden Leistungen

Die zu entbudgetierenden Leistungen sind die Leistungen des Kapitels 3 EBM und die hausärztlich (mit Ausnahme von Kinder- und Jugendmedizinerinnen) durchgeführten Hausbesuche nach den Gebührenordnungspositionen (GOPen) 01410 bis 01413 sowie 01415 EBM jeweils einschließlich GOPen mit Suffix, sofern diese Leistungen im jeweiligen KV-Bezirk im Jahr 2023 der MGV zugehörig waren.

3. Erstmalige Festsetzung der Hausarzt-MGV für die Quartale 4/2025 bis 4/2026

3.1 MGV-Honorarvolumen für den hausärztlichen Leistungsbedarf 2023

Gemäß § 87a Abs. 3c Satz 3 SGB V ist von den regionalen Gesamtvertragspartnern je KV-Bezirk das Honorarvolumen für den hausärztlichen Leistungsbedarf einschließlich sämtlicher auf diesen entfallender leistungsbezogener und nicht leistungsbezogener Zuschläge und einschließlich zusätzlicher Honorarauszahlungen in den einzelnen Quartalen des Jahres 2023 festzustellen.

Dazu ermittelt das Institut des Bewertungsausschusses je gesamtvertragszuständiger Kassenärztlicher Vereinigung und Quartal des Jahres 2023 den Anteil der MGV-Honorare (MGV_EGV_KZ=1 und keine Kennzeichnung gemäß KNZ_AMGV) der Hausärzte (Abrechnungsgruppen 0301 bis 0309 sowie 9305 gemäß Schlüsselverzeichnis 6) für die GOPen 01410 bis 01413 sowie 01415 EBM, jeweils

einschließlich GOPen mit Suffix, auf Grundlage der Satzarten ARZTRG87aKA_IK, AST_EBM_ARZT und AST_EBM_GOP und veröffentlicht diese Anteile bis zum 15. Juni 2025 auf seiner Internetseite.

Für die einzelnen Quartale des Jahres 2023 wird dann durch die Gesamtvertragspartner das nach dem Verteilungsmaßstab ausgezahlte MGV-Honorarvolumen (MGV_EGV_KZ=1 und NVA_Kennzeichen=0 und TSVG-Kennzeichen=0 und Leistungssegmentkennzeichen beginnt nicht mit ‚ZM‘) für gemäß Nr. 2 definierte Leistungen für die im jeweiligen KV-Bezirk wohnhaften Versicherten und sonstigen im jeweiligen KV-Bezirk innerhalb der MGV berücksichtigten Personengruppen bestimmt. Dazu wird die gemäß Beschlussteil B um das Feld ‚Honorar‘ ergänzte Satzart ARZTRG87aKA_SUM für das jeweilige Quartal 2023 herangezogen. Für die Bestimmung der MGV-Honorare der Hausärzte der GOPen 01410 bis 01413 sowie 01415 EBM werden die nach Absatz 2 vom Institut des Bewertungsausschusses je Quartal bestimmten Anteile mit den MGV-Honoraren (MGV_EGV_Kennzeichen=1 und NVA_Kennzeichen=0 und TSVG-Kennzeichen=0 und Leistungssegmentkennzeichen beginnt nicht mit ‚ZM‘) der GOPen 01410 bis 01413 sowie 01415 EBM aller Arztgruppen jeweils einschließlich GOPen mit Suffix multipliziert. Periodenfremde Honorarzahleungen und ggf. weitere Sachverhalte, die die Differenz zwischen Honorarsumme und MGV darstellen, die dem allgemeinen hausärztlichen Versorgungsbereich zurechenbar sind, sind mittels Transparenzdaten nach Nr. 6 (Tabelle 3) für die vier Abrechnungsquartale 2023 und den jeweiligen Sachverhalt zu dokumentieren. Die Gesamtvertragspartner haben die mittels Transparenzdaten nach Nr. 6 (Tabelle 3) dargelegten Sachverhalte gemäß der Vorgabe in Spalte 5 im Anhang zu berücksichtigen. Die Gesamtvertragspartner verständigen sich bis zum 12. September 2025 auf der Grundlage der Plausibilisierung des Instituts des Bewertungsausschusses gemäß Nr. 3.3 einvernehmlich darüber, ob und welche weiteren Sachverhalte nach Nr. 6 (Tabelle 3) im jeweiligen Abrechnungsquartal zu berücksichtigen sind. Zudem verständigen sie sich einvernehmlich bis zum 12. September 2025 auf der Grundlage der Plausibilisierung des Instituts des Bewertungsausschusses gemäß Nr. 3.3 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.

Diesem Honorarvolumen sind sämtliche im Zusammenhang mit den nach Nr. 2 definierten Leistungen gezahlten leistungsbezogenen und nicht leistungsbezogenen Zuschläge sowie zusätzliche Honorarzahlungen hinzuzuaddieren, sofern diese nicht bereits in den Honoraren nach Absatz 3 enthalten sind. In den Transparenzdaten nach Nr. 6 sind die leistungsbezogenen Zuschläge in Tabelle 1 und die nicht leistungsbezogenen Zuschläge sowie zusätzlichen Honorarzahlungen in Tabelle 2 einzeln auszuweisen und dabei jeweils anzugeben, ob sie bereits in den Honoraren nach Absatz 3 enthalten sind oder nicht.

Sachverhalte, die ohnehin der extrabudgetären Vergütung zugeordnet sind, wie TSVG-Konstellationen, sind nicht zu berücksichtigen. Ebenfalls nicht zu berücksichtigen sind diejenigen Leistungen, die für Patienten abgerechnet wurden, die bereits aufgrund von Selektivvertragsteilnahme bereinigt wurden, und die dem jeweiligen Ziffernkranz (gemäß der Satzart L08) – ggf. eingeschränkt auf bereinigungsrelevante Arztgruppen – zuzuordnen sind (nicht vertragskonforme Inanspruchnahme).

3.2 MGV-Honorarvolumen für den Leistungsbedarf sämtlicher Arztgruppen 2023

Analog zu Nr. 3.1 wird von den regionalen Gesamtvertragspartnern auf der Grundlage der gemäß Beschlussteil B um das Feld ‚Honorar‘ ergänzten Satzart ARZTRG87aKA_SUM das im jeweiligen Quartal 2023 für Leistungen sämtlicher Arztgruppen nach dem Verteilungsmaßstab ausgezahlte MGV-Honorarvolumen (MGV_EGV_KZ=1 und NVA_Kennzeichen=0 und TSVG-Kennzeichen=0 und Leistungssegmentkennzeichen beginnt nicht mit ‚ZM‘) für die im jeweiligen KV-Bezirk wohnhaften Versicherten und sonstigen im jeweiligen KV-Bezirk innerhalb der MGV berücksichtigten Personengruppen bestimmt. Periodenfremde Honorarzahungen und ggf. weitere Sachverhalte, die die Differenz zwischen Honorarsumme und MGV darstellen, bezogen auf sämtliche Arztgruppen, sind mittels Transparenzdaten nach Nr. 6 (Tabelle 3) für die vier Abrechnungsquartale 2023 und den jeweiligen Sachverhalt zu dokumentieren. Die Gesamtvertragspartner haben die mittels Transparenzdaten nach Nr. 6 (Tabelle 3) dargelegten Sachverhalte gemäß der Vorgabe in Spalte 5 im Anhang zu berücksichtigen. Die Gesamtvertragspartner verständigen sich bis zum 12. September 2025 auf der Grundlage der Plausibilisierung des Instituts des Bewertungsausschusses gemäß Nr. 3.3 einvernehmlich darüber, ob und welche weiteren Sachverhalte nach Nr. 6 (Tabelle 3) im jeweiligen Abrechnungsquartal zu berücksichtigen sind. Zudem verständigen sie sich einvernehmlich bis zum 12. September 2025 auf der Grundlage der Plausibilisierung des Instituts des Bewertungsausschusses gemäß Nr. 3.3 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.

Diesem Honorarvolumen sind sämtliche im Zusammenhang mit MGV-Leistungen aller Arztgruppen gezahlten leistungsbezogenen und nicht leistungsbezogenen Zuschläge sowie zusätzliche Honorarauszahlungen hinzuzuaddieren, sofern diese nicht bereits in den Honoraren nach Absatz 1 enthalten sind. In den Transparenzdaten nach Nr. 6 sind die leistungsbezogenen Zuschläge in Tabelle 1 und die nicht leistungsbezogenen Zuschläge in Tabelle 2 einzeln auszuweisen und dabei jeweils anzugeben, ob sie bereits in den Honoraren nach Absatz 1 enthalten sind oder nicht.

Sachverhalte, die ohnehin der extrabudgetären Vergütung zugeordnet sind, wie TSVG-Konstellationen, sind nicht zu berücksichtigen. Ebenfalls nicht zu berücksichtigen sind diejenigen Leistungen, die für Patienten abgerechnet wurden, die bereits aufgrund von Selektivvertragsteilnahme bereinigt wurden, und die dem jeweiligen Ziffernkranz (gemäß der Satzart L08) – ggf. eingeschränkt auf bereinigungsrelevante Arztgruppen – zuzuordnen sind (nicht vertragskonforme Inanspruchnahme).

3.3 Hausarzt-MGV der Quartale 4/2025 bis 4/2026

Die regionalen Gesamtvertragspartner dividieren jeweils für die einzelnen Quartale des Jahres 2023 die angepassten MGV-Honorarvolumina nach Nr. 3.1 durch die angepassten MGV-Honorarvolumina nach Nr. 3.2.

Das Institut des Bewertungsausschusses plausibilisiert hierzu die sich aus den ARZTRG87aKA_SUM-Daten und Transparenzdaten nach Nr. 6 (Tabelle 3) ergebenden MGV-Honorarvolumina für den hausärztlichen Leistungsbedarf nach Nr. 3.1 und für sämtliche Arztgruppen nach Nr. 3.2 sowie die hierzu jeweils zu addierenden Zuschläge und Zusatzhonorare gemäß den Transparenzdaten nach Nr. 6 (Tabellen 1 und 2) für die vier Quartale des Jahres 2023. Die Ergebnisse einschließlich der zugrunde liegenden Transparenzdaten nach Nr. 6 werden bis zum 15. August 2025 jeweils den Trägerorganisationen und über diese den regionalen Gesamtvertragspartnern zur Verfügung gestellt.

Die regionalen Gesamtvertragspartner bestimmen für den erstmaligen Festsetzungszeitraum nach Nr. 1 die Hausarzt-MGV der Quartale 4/2025 bis 4/2026 einvernehmlich aus den für das jeweilige Quartal des Jahres 2023 ermittelten Honoraranteilen durch Multiplikation mit dem auf Grundlage der KASSRG87aMGV_SUM abgestimmten basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf im jeweiligen Quartal des Jahres 2023, bewertet mit dem regionalen Punktwert im jeweiligen Quartal des Jahres 2023 und fortgeschrieben um die Anpassungen entsprechend Nr. 4 für das Jahr 2024, das Jahr 2025 und ggf. das Jahr 2026.

4. Fortschreibung der Hausarzt-MGV ab dem Jahr 2027

Ab dem Quartal 1/2027 wird die Hausarzt-MGV jeweils auf Basis des Vorjahresquartals wie folgt fortgeschrieben. Ausgangswert für das jeweilige Quartal 2027 sind die gemäß Nr. 3 bestimmten Werte für das jeweilige Quartal 2026.

Für den Fall von Ein- und Ausdeckelungen, die die Hausarzt-MGV betreffen, ist das Verfahren gemäß den Vorgaben des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen

Krankenkassen, zuletzt geändert durch Teil C des vorliegenden Beschlusses, oder entsprechenden Folgebeschlüssen anzuwenden.

Bei der Fortschreibung auf das aktuelle Quartal sind die jeweilige Anpassung des regionalen Punktwerts, die betreffenden Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 bis 5 SGB V sowie weitere ggf. regional vereinbarte Anpassungen und die basiswirksamen prozentualen Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses, jeweils zwischen dem Vorjahresquartal und dem aktuellen Quartal, zu berücksichtigen.

Für im Gesetz vorgesehene Bereinigungen sind die Verfahren gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 489. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 759. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung, oder entsprechenden Folgebeschlüssen analog anzuwenden und die ermittelten Beträge anteilig aus der Hausarzt-MGV zu bereinigen bzw. ihr anteilig zuzusetzen. Dabei ist sicherzustellen, dass eine Differenzbereinigung der Hausarzt-MGV nur für die Leistungen erfolgt, die zu den zu entbudgetierenden Leistungen nach Nr. 2 gehören.

5. Honorierung und Vergütung im jeweiligen Abrechnungsquartal ab 4/2025

Die Vergütung der Leistungen gemäß Nr. 2 kann aus bis zu zwei Bestandteilen bestehen: der Hausarzt-MGV und Ausgleichszahlungen nach Nr. 5.1.

Die Honorierung der Leistungen gemäß Nr. 2 kann aus bis zu zwei Bestandteilen bestehen: den mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung bewerteten Leistungen des EBMs und Zuschlägen nach Nr. 5.2. Etwaige MGV-Zuschläge nach § 87a Abs. 3c Satz 6 SGB V werden gemäß § 87a Abs. 3c Satz 13 SGB V aus der Hausarzt-MGV honoriert.

5.1 Ausgleichszahlungen gemäß § 87a Abs. 3c Satz 9 SGB V

Die in Nr. 2 definierten Leistungen werden mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung ohne Honorarbegrenzung oder -minderung vergütet. Sofern die Hausarzt-MGV hierfür nicht ausreicht, erfolgen gemäß § 87a Abs. 3c Satz 9 SGB V Ausgleichszahlungen durch die Krankenkassen.

Die Ausgleichszahlung für eine Kassenärztliche Vereinigung ergibt sich je Quartal als Differenz zwischen dem für die in Nr. 2 definierten Leistungen erbrachten Leistungsbedarf gemäß regionaler Euro-Gebührenordnung nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung (hausärztlicher Leistungsbedarf) innerhalb der MGV des gesamtvertragszuständigen KV-Bezirks ausschließlich leistungsbezogener und nicht leistungsbezogener Zuschläge und zusätzlicher Honorarauszahlungen im aktuellen

Quartal einerseits und der Hausarzt-MGV nach Nr. 3 bzw. fortgeschrieben gemäß Nr. 4 andererseits. Bei dem hausärztlichen Leistungsbedarf nicht zu berücksichtigen sind diejenigen Leistungen, die für Patienten abgerechnet wurden, die bereits aufgrund von Selektivvertragsteilnahme bereinigt wurden, und die dem jeweiligen Ziffernkranz (gemäß der Satzart L08) – ggf. eingeschränkt auf bereinigungsrelevante Arztgruppen – zuzuordnen sind (nicht vertragskonforme Inanspruchnahme).

Eine Unterschreitung liegt vor, insofern und insoweit der hausärztliche Leistungsbedarf innerhalb der MGV des gesamtvertragszuständigen KV-Bezirks ausschließlich leistungsbezogener und nicht leistungsbezogener Zuschläge und zusätzlicher Honorarauszahlungen im aktuellen Quartal die Hausarzt-MGV nach Nr. 3 bzw. fortgeschrieben gemäß Nr. 4 unterschreitet. Zuschläge nach § 87a Abs. 3c Satz 11 SGB V werden dabei nicht berücksichtigt.

Ggf. festgestellte Unterschreitungen in den vorausgegangenen Quartalen sind mit einer Ausgleichzahlung im aktuellen Quartal zu verrechnen. Die Höhe der Ausgleichzahlung nach Verrechnung für eine Kassenärztliche Vereinigung ist zu dokumentieren und auf die Krankenkassen nach ihrem jeweiligen Anteil an den gemäß Nr. 2 abgegrenzten Leistungen im jeweiligen Quartal aufzuteilen gemäß den Vorgaben des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen, zuletzt geändert durch Teil C des vorliegenden Beschlusses oder entsprechenden Folgebeschlüssen. Eine Unterschreitung im aktuellen Quartal ist mit etwaigen noch nicht verrechneten Unterschreitungen aus Vorquartalen zu kumulieren und der resultierende Eurobetrag in das Folgequartal zu übertragen und dies entsprechend in den Transparenzdaten nach Nr. 6 zu dokumentieren.

5.2 Zuschläge gemäß § 87a Abs. 3c Satz 11 SGB V

Die regionalen Gesamtvertragspartner überprüfen jährlich nach Vorliegen der jeweiligen Abrechnungsdaten für das 1. Quartal, ob der für die in Nr. 2 definierten Leistungen erbrachte Leistungsbedarf gemäß regionaler Euro-Gebührenordnung innerhalb der MGV des gesamtvertragszuständigen KV-Bezirks einschließlich leistungsbezogener und nicht leistungsbezogener Zuschläge und zusätzlicher Honorarauszahlungen nach § 87a Abs. 3c Satz 6 SGB V im jeweiligen Quartal innerhalb der MGV des gesamtvertragszuständigen KV-Bezirks im Zeitraum vom 2. Quartal des Vorjahres bis zum 1. Quartal des aktuellen Kalenderjahres die Hausarzt-MGV nach Nr. 3 bzw. fortgeschrieben gemäß Nr. 4 insgesamt unterschreitet; bei der erstmaligen Überprüfung im Jahr 2026 wird abweichend der Zeitraum vom 4. Quartal 2025 bis zum 1. Quartal 2026 betrachtet. In diesem Fall vereinbaren sie bis zum Ende des jeweiligen Jahres gemäß § 87a Abs. 3c Satz 11 SGB V jeweils nicht basiswirksame Zuschläge zur Förderung der hausärztlichen Versorgung, deren Auszahlungshöhe in Summe der in

Satz 1 genannten Unterschreitung entspricht und mit denen die ggf. aufgelaufenen Rückstellungen aus Unterschreitungen im jeweiligen Zeitraum vom 2. Quartal des Vorjahres bis zum 1. Quartal des aktuellen Kalenderjahres aufgelöst werden. Diese Zuschläge sind in den Transparenzdaten nach Nr. 6 zu dokumentieren.

6. Transparenzdatenlieferungen

Für die Plausibilisierung durch das Institut des Bewertungsausschusses gemäß Nr. 3.3 übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen bis zum 30. Juni 2025 gemäß § 87 Abs. 3f SGB V über die Kassenärztliche Bundesvereinigung an das Institut des Bewertungsausschusses für die vier Quartale des Jahres 2023 jeweils einen Einzelausweis aller auf die zu entbudgetierenden MGV-Leistungen nach Nr. 2 einerseits sowie auf die MGV-Leistungen aller Arztgruppen andererseits entfallenden

Tabelle 1: leistungsbezogenen Zuschläge

Tabelle 2: nicht leistungsbezogenen Zuschläge sowie zusätzlichen Honorarauszahlungen sowie

Tabelle 3: periodenfremde Honorarzahungen und weitere Sachverhalte, die die Differenz zwischen Honorarsumme und MGV weitestgehend darstellen

Hierzu verwenden sie die in der Anlage dargestellten und vom Institut des Bewertungsausschusses auf seiner Internetseite bis zum 31. Mai 2025 veröffentlichten Excel-Tabellen.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen dokumentieren ab dem 4. Quartal 2025 die erstmaligen Bestimmungen sowie die Fortschreibungen gemäß den Nrn. 3 bis 5 gegenüber den Krankenkassen anhand einer Excel-Tabelle, die den jeweiligen Rechenweg abbildet. Sie umfassen den Nachweis der erstmaligen Festsetzung und Fortschreibung der Hausarzt-MGV, der Entwicklung des hausärztlichen Leistungsbedarfs, einer etwaigen – ins Folgequartal zu übertragenden – Unterschreitung der Hausarzt-MGV und hierfür etwaig zu zahlender Zuschläge zur Förderung der hausärztlichen Versorgung sowie der Ausgleichszahlungen.

Die AG Aufsatzwerte wird diese Excel-Tabelle mit dem Institut des Bewertungsausschusses ausgestalten und das Institut des Bewertungsausschusses wird diese nach Freigabe der Trägerorganisationen in der AG Aufsatzwerte bis zum 1. August 2025 auf seiner Internetseite veröffentlichen.

Darüber hinaus übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen die von ihnen ausgefüllten Excel-Tabellen jeweils bis zum Ende des fünften auf das jeweilige Abrechnungsquartal folgenden Monats gemäß § 87 Abs. 3f SGB V über die Kassenärztliche Bundesvereinigung an das Institut des Bewertungsausschusses, welches diese jeweils unverzüglich der AG Aufsatzwerte zur Verfügung stellt.

Protokollnotizen:

1. Die Rechnungslegung der Leistungen des Kapitels 3 EBM sowie der von Hausärzten abgerechneten Gebührenordnungspositionen 01410 bis 01413 sowie 01415 jeweils einschließlich GOPen mit Suffix und ggf. regional hierfür vereinbarter Zuschlagsziffern erfolgt im Formblatt 3, Kontenart 400 – ärztliche Behandlung – Ebene 6.
2. Die Rechnungslegung der extrabudgetären Vergütung für Ausgleichszahlungen gemäß § 87a Abs. 3c Satz 9 SGB V erfolgt im Formblatt 3 im neuen Vorgang 20, Konto 4000, Budgetkennung 2.
3. Die von Fachärzten sowie Kinderärzten abgerechneten Gebührenordnungspositionen 01410 bis 01413 sowie 01415 EBM jeweils einschließlich GOPen mit Suffix werden in den ARZTRG-Daten und im Formblatt 3 mit den Suffixes E, R, S, U und W ausgewiesen und sind damit selektierbar. Im Formblatt 3 werden die Leistungen der Bereiche Hausarzt-MGV und Kinderarzt-MGV rechnerisch getrennt quotiert.
4. Das Institut des Bewertungsausschusses wird mit der bis zum 30. September 2027 vorzulegenden Evaluation gemäß § 87a Abs. 3c Satz 15 SGB V beauftragt. Die AG Datenkonzepte wird die dazu erforderlichen Datenlieferungen bis zum 31. Dezember 2026 beschließen.

Anlage

zum Beschlussteil A des Erweiterten Bewertungsausschusses 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, zur Ermittlung kassenspezifischer Ausgleichszahlungen sowie zu Transparenzdatenlieferungen

Die Struktur der vom Institut des Bewertungsausschusses bis zum 31. Mai 2025 auf seiner Internetseite zu veröffentlichen Exceltabellen zum Einzelnachweis aller im Jahr 2023 auf die zu entbudgetierenden MGV-Leistungen nach Nr. 2 einerseits sowie auf die MGV-Leistungen aller Arztgruppen andererseits entfallenden leistungsbezogenen und nicht leistungsbezogenen Zuschläge sowie zusätzlichen Honorarauszahlungen wird wie folgt vorgegeben:

1. Für jedes der vier Quartale des Jahres 2023 jeweils ein Tabellenblatt für innerhalb der MGV vergütete leistungsbezogene Zuschläge auf die zu entbudgetierenden MGV-Leistungen nach Nr.2 sowie für innerhalb der MGV vergütete leistungsbezogene Zuschläge auf die MGV-Leistungen aller Arztgruppen:

Leistungs- abgrenzung (Nr. 3.1 oder Nr. 3.2)	Bezuschlagte Leistung	Zuschlags ziffer	Erläute- rung	Honorarvolu- men aus Zuschlag	Im Honorarvolu- men nach Nr. 3.1 Absatz 3 bzw. Nr. 3.2 Absatz 1 bereits enthalten (ja/nein)

2. Für jedes der vier Quartale des Jahres 2023 jeweils ein Tabellenblatt für innerhalb der MGV vergütete nicht leistungsbezogene Zuschläge und zusätzliche Honorarauszahlungen auf die zu entbudgetierenden MGV-Leistungen nach Nr. 2 sowie für innerhalb der MGV vergütete nicht leistungsbezogene Zuschläge und zusätzliche Honorarauszahlungen auf die MGV-Leistungen aller Arztgruppen:

Leistungs- abgrenzung (Nr. 3.1 oder Nr. 3.2)	Erläuterung des nicht leistungsbezogenen Zuschlags oder der zusätzlichen Honorarauszahlung einschließlich dessen Verortung in der Honorarverteilung	Hierauf entfallendes Honorarvolumen	Im Honorarvolumen nach Nr. 3.1 Absatz 3 bzw. Nr. 3.2 Absatz 1 bereits enthalten (ja/nein)
	Zusätzlich ausgezahltes Honorar aufgrund von Finanzmitteln der Kinderarzt-MGV		ja

3. Für jedes der vier Quartale des Jahres 2023 jeweils ein Tabellenblatt zu periodenfremden Honorarzahungen und weiteren Sachverhalten, die die Differenz zwischen Honorarsumme und MGV weitestgehend darstellen (bei mit einem Sternchen gekennzeichneten Zeilen können jeweils Unterüberschriften für einzelne Sachverhalte eingefügt werden):

Leistungs- abgrenzung (Nr. 3.1, Nr. 3.2 oder Nr. 3.3)	Kurzbezeichnung	Ausführliche Beschrei- bung	Hierauf entfallendes Honorarvo- lumen	Honorar- /MGV-volumen ist hinzuzusetzen (+), abzuziehen (-) oder nur aus Transparenz- gründen ausgewiesen (0)
3.1 bzw. 3.2	*Auflösung von Rückstellungen für Sachverhalt X (wie z. B. Fehlschätzungen im Rahmen der Honorarverteilung)			-
3.1 bzw. 3.2	*Bildung von Rückstellungen für Sachverhalt X (wie z. B. Fehlschätzungen im Rahmen der Honorarverteilung)			+
3.3	Strukturfonds			0
3.3	*Weitere Sicherstellungsmaßnahmen (wie z. B. Förderung von Praxisnetzen, Sicherstellungsfonds, Förderung Weiterbildung, Maßnahmen aufgrund von Beschlüssen des Landesausschusses, überproportionale Honorarverluste)			0
3.2	Ausgleichszahlung Kinderärzte gemäß § 87a Abs. 3b Satz 9 SGB V für Leistungen des Kapitels 4 EBM entsprechend den Transparenzdaten nach Nr. 7 des Beschlusses des Bewertungsausschusses			-

	ses in seiner 653. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)			
3.1 bzw. 3.2	Mittel aus der Rückbereinigung der Neupatienten, die 2023 nicht zur Auszahlung gekommen sind			+
3.3	Kostenerstattung § 13 oder § 53 SGB V, insoweit diese in der MGV enthalten ist			-
3.2	Nicht leistungsbezogenes Honorar im Bereitschaftsdienst aus dem Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“			+
3.1	Nicht ausgeschüttete Honorare aufgrund Festlegung der Kinderarzt-MGV			+
3.1 bzw. 3.2	Ausgleich aufgrund Spitzabrechnung der TAMG-Bereinigungs-korrektur im 1. Quartal 2023 für das 4. Quartal 2022			-
	... ggf. weitere Zeilen ergänzen			

Teil B

zum Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 85. Sitzung am 20. Mai 2025

zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 438. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 640. Sitzung am 29. März 2023

mit Wirkung zum 1. Juni 2025

Präambel

Der Bewertungsausschuss beschließt zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben, insbesondere zur Ermittlung der Anteile der einzelnen Krankenkassen an dem insgesamt für alle Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung für das Vorjahr vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf gemäß § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V, die Bereitstellung der 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.

Mit dem vorliegenden Beschluss werden Anpassungen am hierzu in der 438. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 640. Sitzung am 29. März 2023, gefassten Beschluss vorgenommen und darin die Übermittlung der Honorarsummen in der Satzart ARZTRG87aKA_SUM rückwirkend ab dem 1. Quartal 2023 ergänzt. Diese Ergänzung gilt so lange wie die Regelung nach § 87a Abs. 3c SGB V Anwendung findet.

1. Änderung von Teil B Abschnitt II.

Hinter dem zweiten Satz wird folgender Satz eingefügt:

„Mit der Lieferung zum 30. Juni 2025 übermittelt das Institut des Bewertungsausschusses die Daten der arztseitigen Rechnungslegung in der Satzart ARZTRG87aKA_SUM rückwirkend ab dem Berichtsquartal 1/2023 erneut in der mit

Wirkung zum 1. Juni 2025 angepassten Datensatzbeschreibung unter Berücksichtigung von bis zum 1. März 2025 eingegangenen Korrekturlieferungen.“

2. Änderung der Anlage zu Teil B Nummer 1

Der Datensatzbeschreibung wird folgendes Feld angefügt:

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläu-terung
14	Honorar	M	13,2	dezimal	Summe des arztseitigen Honorars in Euro

Der Erläuterung zur Satzart ARZTRG87aKA_SUM wird folgender Punkt angefügt:

„f) Zu Datenfeld 14 (Honorar)

Es ist das arztseitige Honorar für die Behandlung von GKV-Versicherten vor Abzug von Verwaltungskosten und vor Abzug von Patientenzuzahlungen zu übermitteln.“

Protokollnotiz:

Das Institut des Bewertungsausschusses wird eine Lesefassung des durch diesen Beschlussteil geänderten Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 438. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) erstellen und auf seiner Internetseite veröffentlichen.

Teil C

zum Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 85. Sitzung am 20. Mai 2025

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 746. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

mit Wirkung zum 1. Oktober 2025

Präambel

Der Bewertungsausschuss beschließt gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V zu 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.

Mit dem vorliegenden Beschluss werden Anpassungen am hierzu in der 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 746. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), gefassten Beschluss vorgenommen und darin Vorgaben gemäß § 87a Abs. 3c Satz 12 SGB V ergänzt.

1. Änderungen der Präambel

Dem letzten Satz in der Präambel wird ein Komma und der Halbsatz: „sowie gemäß § 87a Abs. 3c Satz 12 SGB V Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung des auf die jeweilige Krankenkasse entfallenden Anteils an Ausgleichszahlungen nach § 87a Abs. 3c Satz 9 SGB V.“ angefügt.

2. Aufnahme einer neuen Nummer 4

Es wird folgende neue Nummer 4 aufgenommen:

„4. Verfahren zur Ermittlung der kassenspezifischen Anteile an den Ausgleichszahlungen nach § 87a Abs. 3c Satz 9 SGB V

Gemäß § 87a Abs. 3c Satz 9 SGB V ergibt sich in einem Quartal in einem KV-Bezirk eine Ausgleichszahlung, wenn die auf die in § 87a Abs. 3c Satz 1 SGB V genannten Leistungen entfallende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nicht ausreicht, um die vollständige Vergütung dieser Leistungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung zu gewährleisten. Diese Ausgleichszahlungen sind gemäß § 87a Abs. 3c Satz 10 SGB V mit einer Unterschreitung der festgesetzten, auf die in § 87a Abs. 3c Satz 1 SGB V genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch den Leistungsbedarf dieser Leistungen in den vorangegangenen Kalenderquartalen zu verrechnen.

Diese Ausgleichszahlung ist gemäß Nr. 5 Ziffer 1 des Beschlusstils A des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 85. Sitzung am 20. Mai 2025 entsprechend dem Leistungsmengenanteil der für Versicherte einer Krankenkasse mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk im jeweiligen Quartal nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung abgerechneten und im Abrechnungsquartal der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zugehörigen Leistungen des Kapitels 3 EBM sowie der hausärztlich durchgeführten Hausbesuche nach den Gebührenordnungspositionen 01410 bis 01413 sowie 01415 EBM jeweils einschließlich Gebührenordnungspositionen mit Suffix auf die einzelnen Krankenkassen aufzuteilen.

Die für die Bestimmung der Leistungsmengenanteile maßgeblichen Leistungsmengen der einzelnen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung insgesamt werden wie folgt bestimmt:

Jeweils für die einzelnen Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung insgesamt wird der abgerechnete Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung in der Wohnort-KV für die im Abrechnungsquartal der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zugehörigen Gebührenordnungspositionen des Kapitels 3 EBM sowie der hausärztlich durchgeführten Hausbesuche nach den Gebührenordnungspositionen 01410 bis 01413 sowie 01415 EBM jeweils einschließlich Gebührenordnungspositionen mit Suffix, die keine Kennzeichnung als nicht vorhersehbarer Anstieg des Behandlungsbedarfs aufgrund von Ausnahmeeignissen aufweisen, durch die Kassenärztliche Vereinigung addiert. Der auf die Inanspruchnahme bereinigter Leistungen im Rahmen des Kollektivvertrags durch an einem Selektivvertrag teilnehmende Versicherte entfallende Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung in der Wohnort-KV für die im Abrechnungsquartal der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zugehörigen Gebührenordnungspositionen des

Kapitels 3 EBM sowie der von Hausärzten abgerechneten Gebührenordnungspositionen 01410 bis 01413 sowie 01415 EBM jeweils einschließlich Gebührenordnungspositionen mit Suffix werden hiervon abgezogen.“

Protokollnotiz:

Das Institut des Bewertungsausschusses wird eine Lesefassung des durch diesen Beschlussteil geänderten Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 erstellen und auf seiner Internetseite veröffentlichen.