

## **Entscheidungserhebliche Gründe**

### **zum Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 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**

---

#### **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). Darüber hinaus beschließt er gemäß § 87a Abs. 3c Satz 14 SGB V Vorgaben 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 zahlender Zuschlägen zur Förderung der hausärztlichen Versorgung, zu leistungsbezogenen und nicht leistungsbezogenen Zuschlägen und zusätzlichen Honorarauszahlungen im Jahr 2023 sowie zu den Ausgleichszahlungen.

#### **2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe**

Mit dem vorliegenden Beschluss wird zunächst der Zeitraum für die erstmalige Festsetzung der auf die Leistungen des Versorgungsbereichs der allgemeinen hausärztlichen Versorgung einschließlich der in Zusammenhang mit diesem Versorgungsbereich erbrachten Hausbesuche entfallenden MGV mit den Quartalen 4/2025 bis 4/2026 vorgegeben.

Zudem werden die zu entbudgetierenden Leistungen definiert als die Leistungen des Kapitels 3 EBM und die hausärztlich (mit Ausnahme von Kinder- und Jugendmedizinern) 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. Damit wird insbesondere klargestellt, dass extrabudgetäre Leistungen wie die GOPen 03008, 03011, 03012, 03013, 03014 und 03015 (Terminvermittlungszuschläge), 03222 (Medikationsplan), 03325 und 03326 (Telemedizinmonitoring) sowie 03355 (Echtzeitglukosemessung) von den Regelungen nicht umfasst sind.

Für die erstmalige Festsetzung der auf die zu entbudgetierenden Leistungen entfallenden MGV (Hausarzt-MGV) durch die jeweiligen Gesamtvertragspartner wird gemäß § 87a Abs. 3c Satz 3 SGB V eine dreischrittige Vorgehensweise vorgegeben:

Zunächst ist das MGV-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 sind die gemäß Beschlussteil B um das Feld ‚Honorar‘ ergänzten Daten der Satzart ARZTRG87aKA\_SUM, weitere zu übermittelnde Transparenzdaten sowie die vom Institut des Bewertungsausschusses ermittelten hausärztlichen MGV-Honoraranteile an den Hausbesuchen gemäß den GOPen 01410 bis 01413 sowie 01415 EBM 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 Honorarzahlungen 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 Beschluss vorgegeben ist. Das Institut des Bewertungsausschusses plausibilisiert die Datengrundlagen und teilt den Gesamtvertragspartnern seine Ergebnisse über die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses bis zum 15. August 2025 mit. Die Gesamtvertragspartner verständigen sich auf dieser Grundlage einvernehmlich bis zum 12. September 2025 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 Leistungsbedarf sämtlicher Arztgruppen einschließlich leistungsbezogener und nicht leistungsbezogener Zuschläge und zusätzlicher Honorarauszahlungen in den einzelnen Quartalen des Jahres 2023 festzustellen.

Im dritten Schritt ist für die einzelnen Quartale des Jahres 2023 jeweils das hausärztliche MGV-Honorarvolumen durch das MGV-Honorarvolumen sämtlicher Arztgruppen zu teilen. Die so ermittelten Honoraranteile sind sodann mit dem auf Grundlage der Satzart KASSRG87aMGV\_SUM abgestimmten basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf des jeweiligen Quartals des Jahres 2023 und dem jeweiligen regionalen Punktwert zu multiplizieren und um die Veränderungsrate des regionalen Punktwerts, die Veränderungsrate nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 bis 5 SGB V sowie weiteren ggf. regional vereinbarten Anpassungen und die basiswirksamen prozentualen

Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses, Ein- und Ausdeckelungen sowie selektivvertraglicher Differenzvereinbarung, sofern sie die zu entbudgetierenden Leistungen betreffen, auf das entsprechende Quartal des erstmaligen Festlegungszeitraums fortzuschreiben.

Zur Fortschreibung der Hausarzt-MGV ab dem 1. Quartal 2027 auf der Grundlage des jeweiligen Vorjahresquartals wird die Anwendung der Veränderungsdaten des regionalen Punktwerts, der Veränderungsdaten nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 bis 5 SGB V sowie der weiteren ggf. regional vereinbarten Anpassungen und der basiswirksamen prozentualen Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses, von Ein- und Ausdeckelungen, die die zu entbudgetierenden Leistungen betreffen, sowie der selektivvertraglichen Differenzvereinbarung 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 Hausarzt-MGV und evtl. aus zusätzlichen Ausgleichszahlungen gemäß § 87a Abs. 3c Satz 9 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. 3c Satz 11 SGB V. Das Honorar für etwaige MGV-Zuschläge nach § 87a Abs. 3c Satz 6 SGB V wird dabei gemäß § 87a Abs. 3c Satz 13 SGB V ebenfalls aus der Hausarzt-MGV gespeist; zusätzliche Vergütung wird hierzu von den Krankenkassen nicht gezahlt.

Die Ermittlung etwaiger Ausgleichszahlungen gemäß § 87a Abs. 3c Satz 9 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. 3c Satz 11 SGB V und zusätzlicher Honorarauszahlungen einerseits und der Hausarzt-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 C im Aufsatzwerteverfahren geregelt.

Zur Vereinbarung von Zuschlägen gemäß § 87a Abs. 3c Satz 11 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. 3c Satz 6 SGB V im jeweiligen Quartal im Zeitraum vom 2. Quartal des Vorjahres bis zum 1. Quartal des aktuellen Kalenderjahres die Hausarzt-MGV insgesamt unterschreitet. Bei der erstmaligen Überprüfung im Jahr 2026 ist abweichend der Zeitraum vom 4. Quartal 2025 bis zum 1. Quartal

2026 zugrunde zu legen. Im Falle einer solchen Unterschreitung gemäß § 87a Abs. 3c Satz 11 SGB V haben die Gesamtvertragspartner bis zum Ende des jeweiligen Jahres in Höhe dieser Unterschreitung nicht basiswirksame Zuschläge zur Förderung der hausärztlichen 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 das Jahr 2023 betreffenden Sachverhalte (leistungsbezogenen und nicht leistungsbezogenen Zuschläge, zusätzlichen Honorarauszahlungen sowie periodenfremde Honorarzahungen und weitere Sachverhalte, die die Differenz zwischen Honorarsumme und MGV weitestgehend darstellen) die Tabellenstruktur in der Anlage zum Beschlussteil A dargestellt und vom Institut des Bewertungsausschusses auf seiner Internetseite bis zum 31. Mai 2025 als Excel-Tabelle veröffentlicht. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben diese Tabellen bis zum 30. Juni 2025 zu befüllen und über die Kassenärztliche Bundesvereinigung bereitzustellen. Zum Zweiten wird zur Dokumentation der erstmaligen Festsetzung und der 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 mit Wirkung ab dem 4. Quartal 2025 die Veröffentlichung von Excel-Tabellen mit entsprechenden Berechnungsformeln auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses bis zum 1. August 2025 angekündigt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben diese Tabellen jeweils bis zum Ende des fünften auf das jeweilige Abrechnungsquartal folgenden Monats über die Kassenärztliche Bundesvereinigung bereitzustellen.

Abschließend werden in Protokollnotizen Vorgaben für die Rechnungslegung im Formblatt 3 sowie zur Kennzeichnung von Hausbesuchen in den ARZTRG-Daten gemacht.

### **3. Inkrafttreten**

Der vorliegende Beschlussteil A tritt mit Wirkung zum 1. Juni 2025 in Kraft.

## **Teil B**

### **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**

---

#### **1. Rechtsgrundlage**

Der Bewertungsausschuss beschließt gemäß § 87a Abs. 6 SGB V die Bereitstellung der für die Umsetzung der Entbudgetierung der allgemeinen hausärztlichen Leistungen nach § 87a Abs. 3c SGB V durch die regionalen Gesamtvertragspartner erforderlichen Daten der artzseitigen 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 Beschluss wird der Datenlieferbeschluss 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, dahingehend angepasst, dass rückwirkend ab dem 1. Quartal 2023 und so lange, wie die Regelung nach § 87a Abs. 3c SGB V gilt, die Satzart ARZTRG87aKA\_SUM um das Feld ‚Honorar‘ ergänzt wird. Dabei erfolgt die rückwirkende Lieferung zusammen mit der regulären Lieferung für das 4. Quartal 2024 zum 30. Juni 2025. Um Veränderungen an der Datengrundlage gegenüber dem Stand zum Inkrafttreten der Regelung in § 87a Abs. 3c SGB V auszuschließen, ist dabei der Korrekturstand zum 1. März 2025 heranzuziehen.

#### **3. Inkrafttreten**

Der vorliegende Beschlussteil B tritt mit Wirkung zum 1. Juni 2025 in Kraft.

## Teil C

### **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**

---

#### **1. Rechtsgrundlage**

Der Bewertungsausschuss beschließt 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. 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 Beschluss werden die Aufsatzwertvorgaben ab dem 4. Quartal 2025 um ein Verfahren zur Ermittlung des auf die jeweilige Krankenkasse entfallenden Anteils an Ausgleichszahlungen nach § 87a Abs. 3c Satz 9 SGB V erweitert.

Hierzu wird in einer neu aufgenommenen Nr. 4 das Verfahren zur Ermittlung der kassenspezifischen Anteile an den Ausgleichszahlungen nach § 87a Abs. 3c Satz 9 SGB V durch die Kassenärztliche Vereinigung vorgegeben. Dabei wird – sofern vorhanden – die Ausgleichszahlung entsprechend dem maßgeblichen Leistungsmengenanteil einer Krankenkasse im jeweiligen KV-Bezirk im jeweiligen Quartal aufgeteilt. Die notwendige Abgrenzung des Leistungsbedarfs wird dazu entsprechend Nr. 2 des Beschlusstils A des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 85. Sitzung am 20. Mai 2025 definiert als die im jeweiligen Quartal der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zugehörigen und nicht als nicht vorhersehbarer Anstieg des Behandlungsbedarfs gekennzeichneten und nicht als nicht vertragskonforme Inanspruchnahme abgerechneten Leistungen des Kapitels 3 EBM sowie der hausärztlich durchgeführten Hausbesuche nach den Gebührenordnungspositionen 01410 bis 01413 sowie 01415 EBM jeweils einschließlich Gebührenordnungspositionen mit Suffix. Da die hierfür maßgeblichen ARZTRG87aKA-Daten des aktuellen Quartals nicht rechtzeitig vorliegen, führen die Kassenärztlichen

Vereinigungen die Berechnungen mit den bereits vorliegenden Abrechnungsdaten durch, die den späteren ARZTRG87aKA-Datenlieferungen zugrunde liegen.

### **3. Inkrafttreten**

Der vorliegende Beschlussteil C tritt mit Wirkung zum 1. Oktober 2025 in Kraft.