Erratum

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

Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 848. Sitzung am 25. August 2026 [Veröffentlichung auf der Internetseite des Instituts am 26. August 2026 unter https://institut-ba.de] bedurfte bezüglich Beschlussteil A und Beschlussteil C einer redaktionellen Klarstellung.
Mit dem Beschlussteil A werden Anpassungen an der Hausarzt-MGV in der Folge der Neufestsetzung der Kinderarzt-MGV vorgenommen. Der Verweis unter Nr. 2 auf Nr. 3.1 und Nr. 3.2 wird durch den korrekten Verweis lediglich auf Nr. 3.1 ersetzt. In der Interaktion des Abzugs der Ausgleichszahlung gemäß Tabelle 3 der Anlage 2 bei der Bestimmung des MGV-Honorarvolumens in Nr. 3.2 des Beschlusses und dem nicht zu erfolgenden Abzug der Werte der Tabelle 2 der Anlage einerseits und dem o. g. Rechenweg andererseits würden hier keine sinnvollen Ergebnisse resultieren. Mit dem Erratum vom 18. September 2026 wird dies berichtigt.
Mit dem Beschlussteil C wird die Übermittlung der Honorarsummen in der Satzart ARZTRG87aKA_SUM rückwirkend auch für die Quartale 2/2022 bis 4/2022 ergänzt. Mit dem Erratum vom 18. September 2026 wird in der Präambel klargestellt, dass die Änderung des Berichtszeitraums von 1/2023 auf 2/2022 auch die Anlage zum Beschlussteil B der 438. Sitzung, zuletzt geändert durch Beschlussteil B der 85. Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses am 25. Mai 2025, umfasst und entsprechend in der Lesefassung zum Beschluss der 438. Sitzung nachvollzogen wird.

B E S C H L U S S

des Bewertungsausschusses gemäß § 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

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).

Mit dem vorliegenden Beschlussteil A werden Anpassungen an Teil A des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in der 85. Sitzung am 20. Mai 2025 vorgenommen und darin die Vorgaben gemäß dem Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz, BStabG) angepasst.

1. Anpassungen an der Nummer 2

Nr. 2 wird wie folgt neu gefasst:

„Die nach § 87a Abs. 3c Satz 1 SGB V entbudgetierten Leistungen sind ab dem Quartal 1/2027 die dann jeweils im Kapitel 3 des EBM enthaltenen Leistungen sowie die hausärztlich (mit Ausnahme von Kinder- und Jugendmedizinern) durchgeführten Hausbesuche nach den Gebührenordnungspositionen (GOPen) 01410 bis 01413, 01415, 37113, 37305, 37306, 38100, 38105, 38200 sowie 38205 EBM jeweils einschließlich GOPen mit Suffix, sofern sie nicht gemäß § 87d SGB V außerhalb der MGV vergütet werden.

Die gemäß Nr. 3 für die Quartale 4/2025 bis 4/2026 zu entbudgetierenden Leistungen sind die Leistungen des Kapitels 3 EBM und die hausärztlich (mit Ausnahme von Kinder- und Jugendmedizinern) durchgeführten Hausbesuche nach den 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.“

2. Anpassungen an der Nummer 4

Nach dem ersten Absatz werden die folgenden Absätze neu eingefügt: „Abweichend sind die Ausgangswerte für die Quartale 2/2027 bis 4/2027 erneut zu bestimmen, d.h. die gemäß Nr. 3 bestimmten Werte für das jeweilige Quartal 2026 werden unter Verwendung des entsprechenden Rechenschemas auf der Homepage des Instituts des Bewertungsausschusses erneut bestimmt. Dabei sind die bislang nach Nr. 3.1 bestimmten MGV-Honorarvolumina jeweils um die vereinbarten Beträge „Zusätzlich ausgezahltes Honorar aufgrund von Finanzmitteln der Kinderarzt-MGV“ nach Nr. 6 (Tabelle 2) sowie „Nicht ausgeschüttete Honorare aufgrund Festlegung der Kinderarzt-MGV“ nach Nr. 6 (Tabelle 3) zu reduzieren. Zur Vorbereitung der Aufnahme der Ziffern 37113, 37305, 37306, 38100, 38105, 38200 sowie 38205 EBM in die zu entbudgetierenden Leistungen nach Nr. 2 ab dem Jahr 2027 ermittelt das Institut des Bewertungsausschusses analog zum zweiten Absatz der Nr. 3.1 je gesamtvertragszuständiger Kassenärztlicher Vereinigung und Quartal des Jahres 2025 den Anteil der MGV-Honorare der Hausärzte und veröffentlicht diese Anteile bis zum 30. September 2026 auf seiner Internetseite.

Für den Fall der Rückführung der TSVG-Konstellationen in die Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 8 SGB V werden die Anteile der Rückführungsbeträge, die die Abgrenzung der Hausarzt-MGV nach Nr. 2 betreffen, der Hausarzt-MGV zugesetzt. Die Umsetzung erfolgt durch entsprechende Abbildung in der Excel-Tabelle gemäß Nr. 6; dies gilt auch für die Streichung der Hygienezuschläge gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V sowie die Eindeckelungen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 11-13 SGB V.“

3. Anpassungen an der Nummer 5

Der zweite Absatz wird wie folgt neu gefasst:

"Die Honorierung der Leistungen gemäß Nr. 2 kann aus bis zu zwei Bestandteilen bestehen: den mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung unter Berücksichtigung der allgemeinen Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen 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 16 SGB V aus der Hausarzt-MGV honoriert.“

4. Anpassungen an der Nummer 6

In Nummer 6 werden in Absatz 4 das Datum „1. August 2025“ durch das Datum „1. Oktober 2026“ und in Absatz 5 das Wort „fünften“ durch das Wort „sechsten“ ersetzt.

5. Anpassungen an den Protokollnotizen

Die Protokollnotizen werden wie folgt neu gefasst:

„1. Die Rechnungslegung der Leistungen des Kapitels 3 EBM sowie der von Hausärzten abgerechneten GOPen 01410 bis 01413, 01415, 37113, 37305, 37306, 38100, 38105, 38200 sowie 38205 EBM jeweils einschließlich GOPen mit Suffix und ggf. regional hierfür vereinbarter Zuschlagsziffern erfolgt im Formblatt 3, Konto 4000 - ärztliche Leistungen - morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Ebene 6.

2. Die Rechnungslegung der extrabudgetären Vergütung für Ausgleichszahlungen gemäß § 87a Abs. 3c Satz 9 SGB V erfolgt im Formblatt 3 im Vorgang 20, Konto 4001 - ärztliche Leistungen - extrabudgetäre Gesamtvergütung.

3. Die von Fachärzten sowie Kinderärzten abgerechneten GOPen 01410 bis 01413, 01415, 37113, 37305, 37306, 38100, 38105, 38200 sowie 38205 EBM jeweils einschließlich GOPen mit Suffix werden in den ARZTRG-Daten und im Formblatt 3 mit den Suffices E, R, S, U und W ausgewiesen und sind damit selektierbar.

4. Das Institut des Bewertungsausschusses wird mit den jeweils bis zum 30. September der Jahre 2027, 2028 und 2029 vorzulegenden Evaluationen sowie den quartalsweisen Analysen gemäß § 87a Abs. 3c Satz 18 SGB V beauftragt. Die AG Datenkonzepte wird die dazu erforderlichen Datenlieferungen bis zum 31. Dezember 2026 beschließen.“

Protokollnotiz:

Das Institut des Bewertungsausschusses wird eine Lesefassung des durch diesen Beschlussteil geänderten Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 85. Sitzung am 20. Mai 2025 erstellen und auf seiner Internetseite veröffentlichen.

Teil B

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

mit Wirkung zum 1. Quartal 2027

Präambel

Der Bewertungsausschuss beschließt Vorgaben gemäß § 87a Abs. 3b Satz 10 SGB V für ein Verfahren zur Festsetzung der auf die Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin entfallenden morbiditätsbedingen Gesamtvergütung (MGV). Die Festsetzung der auf diese Leistungen entfallenden MGV (Kinderarzt-MGV) gilt für die Quartale 1/2027 bis 4/2028 sowie deren Fortschreibung in den Folgejahren.

Darüber hinaus beschließt der Bewertungsausschuss Vorgaben gemäß § 87a Abs. 3b Satz 19 SGB V zur Übermittlung von Transparenzdaten zum Nachweis der erstmaligen Festsetzung und Fortschreibung der Kinderarzt-MGV, zur Entwicklung des finanziellen Bedarfs für die kinder- und jugendmedizinischen Leistungen, zu einer etwaigen Unterschreitung der Kinderarzt-MGV und hierfür zu zahlenden Zuschlägen zur Förderung der Kinder- und Jugendmedizin, zu leistungsbezogenen und nicht leistungsbezogenen Zuschlägen und zusätzlichen Honorarauszahlungen in den Quartalen 2/2022 bis 1/2023 sowie zu den Ausgleichszahlungen.

1. Zeitraum der Neufestsetzung

Die Neufestsetzung der Kinderarzt-MGV erfolgt in den Quartalen 1/2027 bis 4/2028.

2. Abgrenzung der zu entbudgetierenden Leistungen

Die zu entbudgetierenden Leistungen sind die Leistungen des Kapitels 4 EBM mit Ausnahme der Gebührenordnungspositionen (GOPen) 04008, 04010 und 04020 sowie etwaiger Gebührenordnungspositionen, die gemäß § 87d SGB V außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden.

3. Neufestsetzung der Kinderarzt-MGV für die Quartale 1/2027 bis 4/2028

3.1 MGV-Honorarvolumen für den kinder- und jugendmedizinischen Leistungsbedarf 2/2022 bis 1/2023

Gemäß § 87a Abs. 3b Sätze 5 und 8 SGB V ist von den regionalen Gesamtvertragspartnern je KV-Bezirk das Honorarvolumen für die kinder- und jugendmedizinischen Leistungen einschließlich sämtlicher auf diese entfallenden leistungsbezogenen und nicht leistungsbezogenen Zuschläge und einschließlich zusätzlicher Honorarauszahlungen in den einzelnen Quartalen 2/2022 bis 1/2023 festzustellen.

Für die einzelnen Quartale des Zeitraums 2/2022 bis 1/2023 wird dafür durch die Gesamtvertragspartner das nach dem Verteilungsmaßstab ausgezahlte Honorarvolumen 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 C um das Feld ‚Honorar' ergänzte Satzart ARZTRG87aKA_SUM für die Quartale 2/2022 bis 1/2023 herangezogen. Periodenfremde Honorarzahlungen und ggf. weitere Sachverhalte, die die Differenz zwischen Honorarsumme und MGV darstellen, die dem Versorgungsbereich der Kinder- und Jugendmedizin zurechenbar sind, sind mittels Transparenzdaten nach Nr. 6 (Tabelle 3) für die vier Abrechnungsquartale 2/2022 bis 1/2023 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 30. November 2026 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 30. November 2026 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 Honorarauszahlungen hinzuzuaddieren, sofern diese nicht bereits in den Honoraren nach Abs. 2 enthalten sind. In den Transparenzdaten nach Nr. 6 sind die leistungsbezogenen Zuschläge in Tabelle 1 und die nicht leistungsbezogenen Zuschläge sowie zusätzlichen Honorarauszahlungen in Tabelle 2 einzeln auszuweisen und dabei jeweils anzugeben, ob sie bereits in den Honoraren nach Abs. 2 enthalten sind oder nicht.

Sachverhalte, die gemäß § 87d SGB V der extrabudgetären Vergütung zugeordnet sind, sowie Datensätze mit NVA_Kennzeichen>0 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 2/2022 bis 1/2023

Analog zu Nr. 3.1 wird von den regionalen Gesamtvertragspartnern auf der Grundlage der gemäß Beschlussteil C um das Feld ‚Honorar' ergänzten Satzart ARZTRG87aKA_SUM das im jeweiligen Quartal 2/2022 bis 1/2023 für Leistungen sämtlicher Arztgruppen nach dem Verteilungsmaßstab ausgezahlte Honorarvolumen für sämtliche Gebührenordnungspositionen mit Ausnahme der gemäß § 87d SGB V außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergüteten GOPen, der GOP 01110 und der gemäß §§ 87 Abs. 2b Satz 3 sowie Abs. 2c Satz 3 (TSVG-Zuschläge), Abs. 2b Satz 5 (Organspendeberatung), Abs. 2c Satz 7 (Kurzzeittherapiezuschläge), Abs. 2a Satz 25 (Hygienezuschläge) sowie aufgrund der Streichung von § 346 Abs. 3 SGB V (Erst- und Folgebefüllung ePA) gestrichenen GOPen für die im jeweiligen KV-Bezirk wohnhaften Versicherten und sonstigen im jeweiligen KV-Bezirk innerhalb der MGV berücksichtigten Personengruppen bestimmt.

Periodenfremde Honorarzahlungen 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 2/2022 bis 1/2023 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 30. November 2026 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 30. November 2026 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 berücksichtigten Leistungen aller Arztgruppen gezahlten leistungsbezogenen und nicht

leistungsbezogenen Zuschläge sowie zusätzliche Honorarauszahlungen aller Arztgruppen hinzuzuaddieren, sofern diese nicht bereits in den Honoraren nach Abs. 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 Abs. 1 enthalten sind oder nicht.

Sachverhalte, die gemäß § 87d SGB V der extrabudgetären Vergütung zugeordnet sind, sowie Datensätze mit NVA_Kennzeichen>0 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 Kinderarzt-MGV der Quartale 1/2027 bis 4/2028

Die regionalen Gesamtvertragspartner dividieren jeweils für die einzelnen Quartale 2/2022 bis 1/2023 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 Honorarvolumina für die Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin 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 2/2022 bis 1/2023. Die Ergebnisse einschließlich der zugrunde liegenden Transparenzdaten nach Nr. 6 werden bis zum 15. November 2026 in einer vorab mit der AG Aufsatzwerte abzustimmenden Form jeweils den Trägerorganisationen und über diese den regionalen Gesamtvertragspartnern zur Verfügung gestellt.

Die regionalen Gesamtvertragspartner bestimmen für den Neufestsetzungszeitraum nach Nr. 1 die Kinderarzt-MGV der Quartale 1/2027 bis 4/2028 einvernehmlich durch Multiplikation der für das jeweilige Quartal insgesamt basiswirksam vereinbarten, bereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung mit dem für das jeweilige Quartal des Zeitraums 2/2022 bis 1/2023 ermittelten Honoraranteil.

4. Fortschreibung der Kinderarzt-MGV ab dem Jahr 2029

Ab dem Quartal 1/2029 wird die Kinderarzt-MGV jeweils auf Basis des Vorjahresquartals wie folgt fortgeschrieben. Ausgangswert für das jeweilige Quartal 2029 sind die gemäß Nr. 3 bestimmten Werte für das jeweilige Quartal 2028.

Für den Fall von Änderungen der gemäß § 87d SGB V außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergüteten Leistungen, die die Abgrenzung der Kinderarzt-MGV nach Nr. 2 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 D 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.

Sollten dem Kapitel 4 neue Leistungen zugeordnet, Bewertungsanpassungen vorgegeben oder Verschiebungen von Leistungen in die bzw. aus der Kinderarzt-MGV vorgenommen werden, beschließt der Bewertungsausschuss zu der notwendigen Anpassung der Kinderarzt-MGV. Die Umsetzung kann auch durch entsprechende Abbildung in der Excel-Tabelle gemäß Nr. 6 erfolgen.

Für im Gesetz vorgesehene Bereinigungen sind die Verfahren gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 489. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 759. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), bzw. gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 824. Sitzung am 12. Februar 2026, sowie gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 827. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) oder entsprechenden Folgebeschlüssen analog anzuwenden und die ermittelten Beträge anteilig aus der Kinderarzt-MGV zu bereinigen bzw. ihr anteilig zuzusetzen. Dabei ist sicherzustellen, dass eine Differenzbereinigung der Kinderarzt-MGV nur für die Leistungen erfolgt, die zu den zu entbudgetierenden Leistungen nach Nr. 2 gehören.

5. Honorierung und Vergütung im jeweiligen Abrechnungsquartal ab 1/2027

Die Vergütung der Leistungen gemäß Nr. 2 kann aus bis zu zwei Bestandteilen bestehen: der Kinderarzt-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 ggf. mit Abschlag wegen Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen versehen und Zuschlägen nach Nr. 5.2. Etwaige MGV-Zuschläge

nach § 87a Abs. 3b Satz 8 SGB V werden gemäß § 87a Abs. 3b Satz 9 SGB V aus der Kinderarzt-MGV honoriert.

5.1 Ausgleichszahlungen gemäß § 87a Abs. 3b Satz 13 SGB V einschließlich Abschlag wegen Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen

Die in Nr. 2 definierten Leistungen werden mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung ohne Honorarbegrenzung oder -minderung vergütet, soweit sie aus der für diese Leistungen festgesetzten Kinderarzt-MGV vollständig vergütet werden können. Sofern die Kinderarzt-MGV hierfür nicht ausreicht, erfolgen gemäß § 87a Abs. 3b Satz 13 SGB V Ausgleichszahlungen durch die Krankenkassen.

Die Ausgleichszahlung für eine Kassenärztliche Vereinigung ergibt sich je Quartal als Differenz zwischen den innerhalb der MGV des gesamtvertragszuständigen KV-Bezirks mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung bewerteten Leistungen nach Nr. 2 ausschließlich leistungsbezogener und nicht leistungsbezogener Zuschläge und zusätzlicher Honorarauszahlungen im aktuellen Quartal einerseits und der Kinderarzt-MGV nach Nr. 3 bzw. fortgeschrieben gemäß Nr. 4 andererseits. Bei den mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung bewerteten Leistungen nach Nr. 2 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 die Leistungsmenge in Punkten für die nach Nr. 2 definierten Leistungen innerhalb der MGV des gesamtvertragszuständigen KV-Bezirks ausschließlich leistungsbezogener und nicht leistungsbezogener Zuschläge und zusätzlicher Honorarauszahlungen im aktuellen Quartal die Kinderarzt-MGV nach Nr. 3 bzw. fortgeschrieben gemäß Nr. 4 unterschreitet. Zuschläge nach § 87a Abs. 3b Satz 3 SGB V werden dabei nicht berücksichtigt.

Ggf. nach Abs. 3 festgestellte Unterschreitungen in den vorausgegangenen Quartalen sind mit einer Ausgleichszahlung nach Abs. 2 im aktuellen Quartal zu verrechnen. Die Höhe der den Abschlag für die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen berücksichtigenden Ausgleichszahlung 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 D 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. 3b Satz 3 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. 3b Satz 8 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 Kinderarzt-MGV nach Nr. 3 bzw. fortgeschrieben gemäß Nr. 4 insgesamt unterschreitet. In diesem Fall vereinbaren sie bis zum Ende des jeweiligen Jahres gemäß § 87a Abs. 3b Satz 3 SGB V jeweils nicht basiswirksame Zuschläge zur Förderung der Kinder- und Jugendmedizin, 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. 3.1 und 3.2 übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen bis zum 31. Oktober 2026 gemäß § 87 Abs. 3f SGB V über die Kassenärztliche Bundesvereinigung an das Institut des Bewertungsausschusses für die vier Quartale 2/2022 bis 1/2023 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 Honorarzahlungen 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 30. September 2026 veröffentlichten Excel-Tabellen.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen dokumentieren ab dem 1. Quartal 2027 die Neufestsetzungen, die Fortschreibungen sowie die Ausgleichszahlungen, Unterschreitungen und Zuschläge gemäß den Nrn. 3 bis 5 gegenüber den Krankenkassen anhand einer Excel-Tabelle, die den jeweiligen Rechenweg abbildet. Sie umfassen den Nachweis der Neufestsetzung und Fortschreibung der Kinderarzt-MGV, der Entwicklung des finanziellen Bedarfs für die nach Nr. 2 definierten Leistungen, einer etwaigen – ins Folgequartal zu übertragenden – Unterschreitung der Kinderarzt-MGV und hierfür etwaig zu zahlender Zuschläge zur Förderung der Kinder- und Jugendmedizin 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. Oktober 2026 auf seiner Internetseite veröffentlichen.

Darüber hinaus übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen die von ihnen ausgefüllten Excel-Tabellen jeweils bis zum Ende des sechsten 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. Zudem plausibilisiert das Institut des Bewertungsausschusses die enthaltenen Angaben und stellt die Ergebnisse dieser Plausibilisierung jeweils innerhalb von drei Wochen den Trägerorganisationen und über diese den regionalen Gesamtvertragspartnern zur Verfügung.

7. Außerkrafttreten der Vorgängerregelungen

Die in der 804. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung) beschlossenen Vorgaben zur auf die Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung treten mit Wirkung zum Ablauf des 4. Quartals 2026 außer Kraft.

Protokollnotizen:

1. Die Rechnungslegung der Leistungen des Kapitels 4 EBM jeweils einschließlich GOPen mit Suffix und ggf. regional hierfür vereinbarter Zuschlagsziffern erfolgt im Formblatt 3, Konto 4000 – ärztliche Leistungen – morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Ebene 6.

2. Die Rechnungslegung der extrabudgetären Vergütung für Ausgleichszahlungen gemäß § 87a Abs. 3b Satz 13 SGB V erfolgt im Formblatt 3 im Vorgang 24, Konto 4001 – ärztliche Leistungen - extrabudgetäre Gesamtvergütung, Budgetkennung 2.
3. Das Institut des Bewertungsausschusses wird mit den bis zum 31. Dezember der Jahre 2026, 2027, 2028 und 2029 dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegenden Evaluationen sowie den quartalsweisen Analysen gemäß § 87a Abs. 3b Satz 17 SGB V beauftragt. Die AG Datenkonzepte wird die dazu ggf. erforderlichen Datenlieferungen bis zum 31. Dezember 2026 beschließen.

Anlage
Struktur der zu veröffentlichenden Excel-Tabellen gemäß Nr. 6

Anlage

zum Beschlussteil 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, zur Ermittlung kassenspezifischer Ausgleichszahlungen sowie zu Transparenzdatenlieferungen

---

Die Struktur der vom Institut des Bewertungsausschusses bis zum 30. September 2026 auf seiner Internetseite zu veröffentlichenden Exceltabellen zum Einzelnachweis aller in den Quartalen 2/2022 bis 1/2023 auf die zu entbudgetierenden Leistungen nach Nr. 2 einerseits sowie auf die Leistungen aller Arztgruppen nach Nr. 3.2 Abs. 1 andererseits entfallenden leistungsbezogenen und nicht leistungsbezogenen Zuschläge sowie zusätzlichen Honorarauszahlungen wird wie folgt vorgegeben:

1. Für jedes der vier Quartale 2/2022 bis 1/2023 jeweils ein Tabellenblatt für leistungsbezogene Zuschläge auf die zu entbudgetierenden Leistungen nach Nr. 2 sowie für leistungsbezogene Zuschläge auf die Leistungen aller Arztgruppen nach Nr. 3.2 Abs. 1:

Leistungs-abgrenzung (Nr. 3.1 oder Nr. 3.2)	**Bezuschlagte Leistung**	**Zuschlags ziffer**	**Erläute-rung**	**Honorarvolumen aus Zuschlag**	**Im Honorarvolumen nach Nr. 3.1 Abs. 3 bzw. Nr. 3.2 Abs. 1 bereits enthalten (ja/nein)**
3.2	Versicherten- und Grundpauschalen bei Behandlung von Kindern <	GOP 01110 im 4. Quartal 2022 und 1.	Kinder-NVA 2/2022 und 1/2023		ja

	12J. mit Atemwegsinfektionen	Quartal 2023			

2. Für jedes der vier Quartale 2/2022 bis 1/2023 jeweils ein Tabellenblatt für nicht leistungsbezogene Zuschläge und zusätzliche Honorarauszahlungen auf die zu entbudgetierenden Leistungen nach Nr. 2 sowie für nicht leistungsbezogene Zuschläge und zusätzliche Honorarauszahlungen auf die Leistungen aller Arztgruppen nach Nr. 3.2 Abs. 1:

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 Abs. 3 bzw. Nr. 3.2 Abs. 1 bereits enthalten (ja/nein)**

3. Für jedes der vier Quartale 2/2022 bis 1/2023 jeweils ein Tabellenblatt zu periodenfremden Honorarzahlungen 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
3.1 bzw. 3.2	Mittel aus der Rückbereinigung der Neupatienten, die im 1. Quartal 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 bzw. 3.2	Ausgleich aufgrund Spitzabrechnung der TAMG-Bereinigungs-korrektur im 1. Quartal 2023 für das 4. Quartal 2022			-
3.2	Kinder-NVA 4/2022 und 1/2023	GOP 01110 im 4. Quartal 2022 und 1. Quartal 2023 als Zuschlag auf Versicherten- und Grundpauschalen bei Behandlung von Kindern < 12J. mit Atemwegsinfektionen		0
3.1 bzw. 3.2	Für den Corona-NVA verrechnete MGV des 2. Quartals 2022, unabhängig vom Zeitpunkt der Verrechnung			+
	… ggf. weitere Zeilen ergänzen			

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

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 Beschlussteil C werden Anpassungen am hierzu in der 438. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil B des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 85. Sitzung am 20. Mai 2025, gefassten Beschluss (einschl. der Anlage zu Teil B) vorgenommen und darin die Übermittlung der Honorarsummen in der Satzart ARZTRG87aKA_SUM rückwirkend auch für die Quartale 2/2022 bis 4/2022 ergänzt.

Änderung von Teil B Abschnitt II.

Hinter dem dritten Satz wird folgender Satz eingefügt:

„Mit der Lieferung zum 30. September 2026 übermittelt das Institut des Bewertungsausschusses die Daten der arztseitigen Rechnungslegung in der Satzart ARZTRG87aKA_SUM rückwirkend für die Berichtsquartale 2/2022 bis 4/2022 erneut in der zu dem Zeitpunkt gültigen Datensatzbeschreibung unter Berücksichtigung von bis zum 1. September 2026 eingegangenen Korrekturlieferungen.“

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 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

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 Beschlussteil D werden Anpassungen am hierzu in der 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 827. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), gefassten Beschluss vorgenommen und darin die Vorgaben gemäß §§ 87a Abs. 3b Satz 12 und Abs. 3c Satz 15 SGB V angepasst.

1. Änderungen der Präambel

Im zweiten Satz der Präambel wird der Verweis auf § 87a Abs. 3b Satz 8 SGB V durch Verweis auf § 87a Abs. 3b Satz 12, der Verweis auf § 87a Abs. 3b Satz 9 SGB V durch Verweis auf § 87a Abs. 3b Satz 13 sowie der Verweis auf § 87a Abs. 3c Satz 12 SGB V durch Verweis auf § 87a Abs. 3c Satz 15 ersetzt.

2. Anpassung der Nummer 3

Die Nummer 3 wird wie folgt neu gefasst:

„3. Verfahren zur Ermittlung der kassenspezifischen Anteile an den Ausgleichszahlungen nach § 87a Abs. 3b Satz 12 SGB V

Gemäß § 87a Abs. 3b Satz 13 SGB V ergibt sich in einem Quartal in einem KV-Bezirk eine Ausgleichszahlung, wenn die auf die in § 87a Abs. 3b 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. 3b Satz 4 SGB V mit einer Unterschreitung der festgesetzten, auf die in § 87a Abs. 3b Satz 1 SGB V genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch den Leistungsbedarf dieser Leistungen in den vorangegangenen Kalenderquartalen zu verrechnen und gemäß § 87a Abs. 3b Satz 14 SGB V ggf. um einen Abschlag wegen allgemeiner Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen zu vermindern.

Diese Ausgleichszahlung ist gemäß Nr. 5.1 des Beschlussteils B des Bewertungsausschusses in seiner 848. Sitzung am 25. August 2026 entsprechend dem Leistungsmengenanteil der für Versicherte einer Krankenkasse mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk im jeweiligen Quartal nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung abgerechneten Leistungen des Kapitels 4 EBM, sofern sie im Abrechnungsquartal nicht gemäß § 87d SGB V außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden, 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 Gebührenordnungspositionen des Kapitels 4 EBM, die im Abrechnungsquartal nicht gemäß § 87d SGB V außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden, jeweils einschließlich Gebührenordnungspositionen mit Suffix, die keine Kennzeichnung als nicht vorhersehbarer Anstieg des Behandlungsbedarfs aufgrund von Ausnahmeereignissen 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 4 EBM jeweils einschließlich Gebührenordnungspositionen mit Suffix wird dabei nicht berücksichtigt.“

3. Anpassung der Nummer 4

Die Nummer 4 wird wie folgt neu gefasst:

„4. Verfahren zur Ermittlung der kassenspezifischen Anteile an den Ausgleichszahlungen nach § 87a Abs. 3c Satz 15 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 13 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 und gemäß § 87a Abs. 3c Satz 10 SGB V ggf. um den Abschlag wegen allgemeiner Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen zu vermindern.

Diese Ausgleichszahlung ist gemäß Nr. 5.1 des Beschlussteils A des Bewertungsausschusses in seiner 848. Sitzung am 25. August 2026 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, 01415, 37113, 37305, 37306, 38100, 38105, 38200 sowie 38205 EBM, sofern sie im Abrechnungsquartal nicht gemäß § 87d SGB V außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden, 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, 01415, 37113, 37305, 37306, 38100, 38105, 38200 sowie 38205 EBM, jeweils einschließlich Gebührenordnungspositionen mit Suffix, die im Abrechnungsquartal nicht gemäß § 87d SGB V außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden und die keine Kennzeichnung

als nicht vorhersehbarer Anstieg des Behandlungsbedarfs aufgrund von Ausnahmeereignissen 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, 01415, 37113, 37305, 37306, 38100, 38105, 38200 sowie 38205 EBM jeweils einschließlich Gebührenordnungspositionen mit Suffix wird dabei nicht berücksichtigt.“

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.

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 morbiditätsbedingen 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 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 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 Ausgleichzahlungen 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 Honorarzahlungen 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 Instituts 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.