



KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG
Körperschaft des öffentlichen Rechts

**Rahmenvorgaben
nach § 84 Absatz 6 i. V. m. Absatz 7 SGB V**

– Heilmittel –

für das Jahr 2027

vom 30. September 2026

vereinbart zwischen dem

**Spitzenverband Bund der Krankenkassen
(GKV-Spitzenverband)**

und der

Kassenärztlichen Bundesvereinigung

– nachstehend Vereinbarungspartner genannt –

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung - nachstehend Vereinbarungspartner genannt - vereinbaren für das Jahr 2027 folgende Vorgaben für den Abschluss von regionalen Heilmittel-Vereinbarungen nach § 84 Absatz 1 SGB V.

1. Ausgangsbasis

Die Vereinbarungspartner erwarten, dass die regionalen Heilmittel-Vereinbarungen auf der Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen auf der Grundlage dieser Rahmenvorgaben unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungsbedingungen inhaltlich fortentwickelt werden. Von den Rahmenvorgaben können die Vertragspartner der regionalen Heilmittel-Vereinbarungen nach § 84 Abs. 1 SGB V abweichen, soweit dies durch die regionalen Versorgungsbedingungen begründet ist.

2. Anpassung gemäß § 84 Absatz 2 SGB V für die Jahre 2025 und 2026

- (1) Die Vereinbarungspartner hatten sich mit den Rahmenvorgaben für 2026 darauf verständigt, Abweichungen gegenüber den zugrunde gelegten Annahmen in den Verhandlungen über die Rahmenvorgaben für das Folgejahr zu berücksichtigen.
- (2) Nach Neubewertung der bundesweit vereinbarten Anpassungsfaktoren nach § 84 Absatz 2 Nummer 3, 4, 5 und 7 SGB V stellen die Vereinbarungspartner für das Jahr 2025 einen weiteren Anpassungsbedarf von plus 0,90 Prozent fest.
- (3) Zudem wird für das Jahr 2025 ein zusätzlicher regionaler Anpassungsbedarf in Höhe von bis zu plus 1,0 Prozent zur Berücksichtigung struktureller Besonderheiten vereinbart. Insbesondere wenn die tatsächlichen Heilmittelausgaben über den vereinbarten Ausgabenvolumina für das Jahr 2025 liegen, haben die regionalen Vereinbarungspartner diesen Anpassungsbedarf von bis zu plus 1,0 Prozent zu berücksichtigen. Hierauf ist zu verzichten, wenn das vereinbarte Ausgabenvolumina über den tatsächlichen Heilmittelausgaben für das Jahr 2025 liegt.
- (4) Nach Neubewertung des bundesweit vereinbarten Anpassungsfaktors nach § 84 Absatz 2 Nummer 2 SGB V (Veränderung der Preise) stellen die Vereinbarungspartner für das Jahr 2026 für die bekannten Preisabschlüsse einen weiteren Anpassungsbedarf in Höhe von plus 0,35 Prozent fest (siehe Anlage: Bewertung des Anpassungsfaktors „Veränderung der Preise“ nach § 84 Absatz 2 Nummer 2 SGB V für die Jahre 2026 und 2027).
- (5) Nach Neubewertung der bundesweit vereinbarten Anpassungsfaktoren nach § 84 Abs. 2 Nummer 3, 4, 5 und 7 SGB V stellen die Vereinbarungspartner für das Jahr 2026 einen weiteren Anpassungsbedarf von minus 0,16 Prozent fest.
- (6) Die Neubewertungen nach Absatz 2 bis 5 sind bei der Festlegung der regionalen Ausgabenvolumina für das Jahr 2027 zu berücksichtigen. Darüber hinaus ist zu prüfen, ob Neubewertungen des Anpassungsfaktors nach § 84 Absatz 2 Nummer 2 SGB V bei der Festlegung des Ausgabenvolumens für das Jahr 2026 bereits in zutreffender Höhe berücksichtigt wurden oder ob eine Anpassung erforderlich ist. Hiervon kann nur im beiderseitigen Einvernehmen zwischen den vertragsschließenden Parteien abgewichen werden, soweit dies durch die regionalen Versorgungsbedingungen begründet ist.

- (7) Die für die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106b SGB V für die Jahre 2025 und 2026 vereinbarten preisbezogenen Prüfgegenstände (z. B. Richtgrößen, Richtwerte) sind um die Erhöhungen nach Absatz 2 bis 5 rückwirkend anzupassen und im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106b SGB V entsprechend anzuwenden.
- (8) Heilmittelverordnungen aus dem Jahr 2025, die im Jahr 2026 zur Abrechnung gebracht werden, werden im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung, die das Prüfbjahr 2025 betreffen, mit den im Verordnungsjahr 2025 gültigen Heilmittelpreisen bewertet.

3. Anpassung gemäß § 84 Abs. 2 SGB V für das Jahr 2027

- (1) KV-bezogene Ausgabenvolumina werden von den Vereinbarungspartnern für das Jahr 2027 nicht festgesetzt. Die Vereinbarungspartner legen fest, dass bei der Weiterentwicklung der KV-bezogene Ausgabenvolumina für das Jahr 2027, die für das Jahr 2026 vereinbarten Ausgabenvolumina - angepasst um die Neubewertung nach Nr. 2 Abs. 2 bis 5 dieser Vereinbarung - herangezogen werden. Die Vereinbarungspartner verständigen sich darauf, dass die Anpassungsfaktoren nach § 84 Absatz 2 SGB V, Nummern

- 1. Veränderungen der Zahl und Altersstruktur der Versicherten,
- 6. Veränderungen der sonstigen indikationsbezogenen Notwendigkeit und Qualität bei der Heilmittelversorgung aufgrund von getroffenen Zielvereinbarungen und
- 8. Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven entsprechend den Zielvereinbarungen

von den regionalen Vertragspartnern zu bestimmen sind. Dabei sollte der regionale, medizinisch begründete Versorgungsbedarf und dessen Veränderung bei der Anpassung des Ausgabenvolumens berücksichtigt werden.

- (2) Die Vereinbarungspartner haben für die Anpassungsfaktoren nach § 84 Absatz 2 Nummern 3, 4, 5 und 7 SGB V eine Gesamtbewertung in Höhe von plus 0,4 Prozent vereinbart. Dabei haben die Vertragspartner insbesondere folgende Sachverhalte bewertet: erwartete Mehrausgaben im Rahmen der Heilmittelversorgung auf Grund der Aufnahme der beiden klinischen Haupttypen Multisystematrophie in die Diagnoseliste über den langfristigen Heilmittelbedarf, der veränderten Leistungsstruktur und den Wegfall der Versorgungspauschale im Bereich der Blankoversorgung, sowie die Verlagerung zwischen den Leistungsbereichen.
- (3) Nach Bewertung des bundesweit vereinbarten Anpassungsfaktors nach § 84 Absatz 2 Nummer 2 SGB V (Veränderung der Preise) stellen sie auf Grundlage der bereits bekannten Vergütungsabschlüsse für das Jahr 2027 einen Anpassungsbedarf in Höhe von plus 0,72 Prozent fest (siehe Anlage: Bewertung des Anpassungsfaktors „Veränderung der Preise“). Eine abschließende Bewertung für das Jahr 2027 war aufgrund der teilweise noch nicht absehbaren Vertragsabschlüsse nach § 125 SGB V zwischen GKV-Spitzenverband und den Verbänden der Heilmittelerbringer nicht möglich. Nach Abschluss oder Festsetzung der Verträge nach § 125 SGB V werden die Vereinbarungspartner der Rahmenvorgaben den Anpassungsfaktor nach Satz 1 unverzüglich bewerten. Hierfür stellt der GKV-Spitzenverband der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die erforderlichen Daten und Informationen zur Verfügung. Nach dem 31.03.2027 vereinbarte oder festgesetzte Preisveränderungen werden erst in

der retrospektiven Bewertung für das Jahr 2027 in den Rahmenvorgaben 2028 bewertet werden.

- (4) Die Bewertungen nach Absatz 2 und 3 sind bei der Festlegung der regionalen Ausgabenvolumina für das Jahr 2027 zu berücksichtigen.
- (5) Weitergehende Anpassungen, z. B. über vertragliche Versorgungsformen (strukturierte Versorgungsprogramme, hausärztliche Versorgungsmodelle, Integrierte Versorgung, u. a.) können - abhängig von der jeweiligen Vertragslage - von den regionalen Vertragspartnern berücksichtigt werden.

4. Maßnahmen zur Ausgabensteuerung

- (1) Für die Ausgabensteuerung stellt der GKV-Spitzenverband den Kassenärztlichen Vereinigungen Auswertungen aus dem GKV-HIS (GKV-Heilmittel-Informationssystem) als Frühinformation nach § 84 Abs. 5 SGB V quartalsweise jeweils grundsätzlich 15 Wochen nach Quartalsende zur Verfügung.¹
- (2) Werden den Kassenärztlichen Vereinigungen Informationen zur Ausgabensteuerung nicht rechtzeitig übermittelt, besteht die Möglichkeit, die Heilmittel-Vereinbarungen nach § 84 Absatz 1 SGB V zur Festlegung des KV-bezogenen Ausgabenvolumens für das Jahr 2027 neu zu verhandeln.
- (3) Die Vereinbarungspartner empfehlen den regionalen Vertragspartnern, die Ausgabenentwicklungen im Bereich ihrer Kassenärztlichen Vereinigung anhand der bereits zur Verfügung stehenden Daten fortlaufend zu beobachten und nach den regionalen Kriterien erforderlichenfalls mit den zur Verfügung stehenden Maßnahmen auf die Heilmittelversorgung einzuwirken.
- (4) Die Vereinbarungspartner empfehlen, auf KV-Ebene gemeinsame Arbeitsgruppen zur unterjährigen Steuerung der Heilmittelversorgung einzurichten.
- (5) Die Vereinbarungspartner verständigen sich darauf, strukturelle Veränderungen innerhalb der Heilmittelversorgung und deren Auswirkungen auf die Ausgabenentwicklung unterjährig gemeinsam zu analysieren. Hierzu werden insbesondere Veränderungen der Leistungsstruktur und des Verordnungsmixes unterschiedlicher Heilmittelleistungen betrachtet. Die KBV und der GKV-Spitzenverband prüfen hierfür geeignete Datengrundlagen, Kennzahlen und methodische Ansätze und stimmen das weitere Vorgehen gemeinsam ab.

5. Weiterentwicklung der Steuerung der Heilmittelversorgung

Auf der Grundlage der praktischen Anwendung dieser Rahmenvorgaben eröffnet sich für die regionalen Vertragspartner die Möglichkeit, gemeinsam die Steuerung der Heilmittelversorgung weiterzuentwickeln. Hierzu wird den Partnern nach § 84 Absatz 1 SGB V empfohlen, zu prüfen, ob auf der Landesebene eine arztbezogene Prüfung

¹ Die Vereinbarungspartner verständigen sich darauf, dass die Lieferfrist bei Störungen der Datenlieferungen, die nicht vom GKV-Spitzenverband zu verantworten sind, überschritten werden kann.

ärztlich verordneter Heilmittel auf der Grundlage vereinbarter Versorgungsziele als Ablösung von Richtgrößenprüfungen erfolgen kann.

6. Salvatorische Klausel

- (1) Die mit diesen Rahmenvorgaben getroffenen Festlegungen beruhen auf den verfügbaren Daten für die Heilmittelversorgung. Die Vereinbarungspartner verständigen sich unbenommen der Nr. 2 Absatz 4 und Nr. 3 Absatz 3 darauf, Abweichungen zu den für das Jahr 2026 und 2027 zu Grunde gelegten Annahmen zur Ausgaben- und Mengenentwicklung in den Verhandlungen für die Rahmenvorgaben des Folgejahres zu berücksichtigen.
- (2) Zum Zeitpunkt der Verhandlung der Rahmenvorgaben für das Jahr 2027 konnte der Anpassungsfaktor nach § 84 Absatz 2 Nummer 2 SGB V (Veränderung der Preise) für das Jahr 2027 insbesondere aufgrund möglicher weiterer unterjähriger Preisabschlüsse nach § 125 SGB V noch nicht vollständig abgeschätzt werden. Diese sind daher bei der Bewertung nach Absatz 1 heranzuziehen. Hierfür stellt der GKV-Spitzenverband der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die erforderlichen Daten und Informationen zur Verfügung.
- (3) Die für die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106b SGB V für das Jahr 2027 vereinbarten preisbezogenen Prüfgegenstände (z. B. Richtgrößen, Richtwerte) sind um die Preiserhöhungen nach § 125 SGB V rückwirkend anzupassen und im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106b SGB V entsprechend anzuwenden.

Berlin, den 30. September 2026

Kassenärztliche Bundesvereinigung

GKV-Spitzenverband

Anlage - Bewertung des Anpassungsfaktors „Veränderung der Preise“ nach § 84 Absatz 2 Nummer 2 SGB V für die Jahre 2026 und 2027

Bewertung für 2026*

Heilmittelbereich	Anteil an Preisberechnung	Veränderung zum Vorjahr
Physiotherapie	70%	2,48%
Ergotherapie	17%	5,92%
Logopädie	10%	2,92%
Podologie	3%	3,49%
Ernährungstherapie	0%	2,69%
Gesamt	100%	3,13%

**Es handelt sich hierbei um eine Gesamtbewertung der Veränderungen der Preise für das Jahr 2026. Die in den Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 6 i. V. m. Absatz 7 SGB V Heilmittel für das Jahr 2026 vom 30.09.2025 und der Änderungsvereinbarung vom 16.03.2026 ausgewiesenen Veränderungen der Preise sind hierin enthalten.*

Bewertung für 2027

Heilmittelbereich	Anteil an Preisberechnung	Veränderung zum Vorjahr
Physiotherapie	67%	0,00%
Ergotherapie	19%	2,01%
Logopädie	10%	2,86%
Podologie	4%	1,55%
Ernährungstherapie	0%	1,03%
Gesamt	100%	0,72%