

B E S C H L U S S

**des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V
in seiner 810. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)**

**zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses
in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert
durch Teil C des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsaus-
schusses in seiner 85. Sitzung am 20. Mai 2025,**

**zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für ein Verfah-
ren 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 ab dem Jahr 2017**

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 sowie gemäß § 87a Abs. 3b Satz 8 SGB V Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung des auf die jeweilige Krankenkasse entfallenden Anteils an Ausgleichszahlungen nach § 87a Abs. 3b Satz 9 SGB V, 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.

Mit dem vorliegenden Beschluss werden Anpassungen am hierzu in der 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch Teil C des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 85. Sitzung am 20. Mai 2025, gefassten Beschluss vorgenommen.

Änderung von Nummer 3 („Verfahren zur Ermittlung der kassenspezifischen Anteile an den Ausgleichszahlungen nach § 87a Abs. 3b Satz 9 SGB V“)

Nummer 3 wird wie folgt neu gefasst:

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

Gemäß § 87a Abs. 3b Satz 9 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 3 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.

Diese Ausgleichszahlung ist gemäß Nr. 6 Ziffer 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 804. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) 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 4 EBM mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04004 und 04005 EBM sowie mit Wirkung bis einschließlich dem Abrechnungsquartal 3/2025 auch mit Ausnahme der Versichertenpauschale 04003 EBM, jeweils einschließlich Gebührenordnungspositionen mit Suffix auf die einzelnen Krankenkassen aufgeteilt.

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 4 EBM mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04004 und 04005 EBM sowie mit Wirkung bis einschließlich dem Abrechnungsquartal 3/2025 auch mit Ausnahme der Versichertenpauschale 04003 EBM, 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 mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04004 und 04005 EBM sowie mit Wirkung bis einschließlich dem Abrechnungsquartal 3/2025 auch mit Ausnahme der Versichertenpauschale 04003 EBM, werden hiervon abgezogen.“

Protokollnotiz:

Das Institut des Bewertungsausschusses wird eine Lesefassung des durch diesen Beschluss 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 810. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch Teil C des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 85. Sitzung am 20. Mai 2025, zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V 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 ab dem Jahr 2017 mit Wirkung zum 1. Oktober 2025

1. Rechtsgrundlage

Der Bewertungsausschuss beschließt gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V 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 sowie zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 3b Satz 8 SGB V sowie gemäß § 87a Abs. 3b Satz 8 SGB V Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung des auf die jeweilige Krankenkasse entfallenden Anteils an Ausgleichszahlungen nach § 87a Abs. 3b Satz 9 SGB V, 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.

2. Regelungshintergrund und -inhalt

Mit dem vorliegenden Beschluss werden die Aufsatzwertvorgaben ab dem 1. Oktober 2025 in Nummer 3 angepasst.

Es wird mit dieser Anpassung auf die gemäß § 87a Abs. 3b Satz 3 SGB V eingeführte Verrechnung von Ausgleichszahlungen hingewiesen. Ferner wird auf die Verwendung der Ausgleichszahlungen gemäß dem in der 804. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung) neu gefassten Beschluss zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 3b SGB V zur auf die in § 87a Abs. 3b Satz 1 SGB V genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (Kinderarzt-MGV) verwiesen. Schließlich werden die maßgeblichen Leistungsmengen für die Bestimmung der

Leistungsmengenanteile der einzelnen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung aufgrund einer Änderung des Leistungsumfangs in der Kinderarzt-MGV mit Wirkung ab dem Abrechnungsquartal 4/2025 angepasst.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. Oktober 2025 in Kraft.