



Bundesamt
für Soziale Sicherung

Verfahrensbeschreibung

für die Stufeneinteilung
und die Ermittlung der Höhe der Pauschalen

im Zuweisungsverfahren für
Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen
nach § 270 Abs. 4 SGB V i. V. m. § 15 RSAV

für das Ausgleichsjahr 2026

Bonn, den 30.04.2026

Inhaltsverzeichnis

I	Vorbemerkungen	3
1	Rechtsgrundlagen	3
2	Umsetzung durch das BAS	4
II	Berücksichtigungsfähige Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen	6
1	EBM	6
2	BEMA.....	7
3	Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V.....	9
III.	Stufeneinteilung und Ermittlung der Höhe der Pauschalen.....	10
1	Ermittlung der Stufengrenzen und Zuordnung der Leistungen	10
2	Zuordnung der Früherkennungs- und Vorsorgeleistungen (ohne Schutzimpfungen) zu den Stufen.....	10
3	Ermittlung der Höhe der Pauschalen.....	10
3.1	Höhe der Pauschale der Stufe 1	10
3.2	Ermittlung des Verhältniswertes der kleinsten Pauschale zu den Durchschnittskosten der Stufe 1	10
3.3	Höhe der Pauschalen der Stufen 2 und 3.....	11
3.4	Zuordnung der Schutzimpfungen	11
IV	Erläuterungen zur Stufenzuordnung und Ermittlung der Höhe der Pauschalen	12
1	Zur Ermittlung der Höhe der Pauschale für Stufe 1 (III.3.1)	12
2	Zur Ermittlung der Höhe der Pauschalen für die Stufen 2 und 3 (III.3.2 und III.3.3)	13
2.1	Orientierung an den Durchschnittskosten	13
2.2	Beziehung der Höhe der Pauschalen zu den Kosten der am höchsten bewerteten Leistung einer Stufe	13
2.3	Zusammenfassung der Prinzipien zur Stufeneinteilung und zur Ermittlung der Pauschalen.....	14
3	Zur Auswahl des Verfahrens zur Stufeneinteilung.....	14

Anlage: Anlage zur Verfahrensbeschreibung Stufeneinteilung und Höhe der Pauschalen nach § 270 Abs. 4 SGB V i. V. m. § 15 RSAV für das Ausgleichsjahr 2026

I Vorbemerkungen

1 Rechtsgrundlagen

Mit dem Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) vom 22. März 2020 sollen Präventionsbemühungen der Krankenkassen im Risikostrukturausgleich (RSA) ab dem Ausgleichsjahr 2021 stärker gefördert werden. Krankenkassen erhalten jährlich für jeden Versicherten eine Vorsorgepauschale, wenn eine Mutterschaftsvorsorge-, Gesundheits- oder Früherkennungsuntersuchung, eine zahnärztliche Leistung der Früherkennungsuntersuchung oder Individualprophylaxe oder eine Schutzimpfung in Anspruch genommen und vom Leistungserbringer zu Lasten der Krankenkasse erbracht und abgerechnet wurde (§ 270 Abs. 4 SGB V). Finanziert wird die Pauschale über die Berücksichtigung bei der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisungen im Jahresausgleich gemäß § 18 Abs. 2 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV).

Das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) ermittelt die Höhe der Pauschalen und weist die entsprechenden Mittel den Krankenkassen zu (§ 270 Abs. 4 Satz 2 SGB V). § 15 RSAV bestimmt das Nähere zum Zuweisungsverfahren für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen.

In § 15 Abs. 2 RSAV ist geregelt, dass die Leistungen nach § 270 Abs. 4 SGB V durch das BAS auf Grundlage der festgelegten Bewertung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab nach § 87 SGB V (EBM) mit Stichtag 1. Januar des jeweiligen Ausgleichsjahres und des bundeseinheitlichen Punktwerts oder auf Grundlage durchschnittlicher Punktwerte in drei Stufen eingeteilt werden, die zu unterschiedlich hohen Pauschalen führen. Die Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V und Leistungen nach § 15 Abs. 1 Satz 1 RSAV, für die zum Stichtag 1. Januar des jeweiligen Ausgleichsjahres keine Bewertung im EBM festgelegt wurde, werden der Stufe mit der niedrigsten Höhe der Pauschale zugeordnet. Das BAS ermittelt die Höhe der Pauschale für jede Stufe nach den Vorgaben des § 15 Abs. 3 RSAV. Die Stufeneinteilung und die Höhe der Pauschalen gibt das BAS bis zum 30. April des jeweiligen Ausgleichsjahres bekannt (§ 15 Abs. 4 RSAV).

Für die Ermittlung der Höhe der Vorsorgepauschale erheben die Krankenkassen für jedes Jahr je Versicherten die Angaben über die Teilnahme an den in § 270 Abs. 4 Satz 1 SGB V genannten Leistungen und übermitteln diese bis zum 15. August des Folgejahres über den GKV-Spitzenverband (GKV-SV) an das BAS (§ 270 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 SGB V i. V. m. § 15 Abs. 6 Satz 1 Nr. 2 RSAV). § 7 Abs. 2 bis 5 RSAV gilt entsprechend, was bedeutet, dass die Verfahrensvorgaben zu den Datenmeldungen für die Durchführung und Weiterentwicklung des RSA einschlägig sind. Dies beinhaltet auch den Verweis auf die in § 7 Abs. 4 Satz 2 RSAV geregelten Korrekturmeldungen im RSA-Verfahren, beispielsweise für das Korrekturverfahren des Jahresausgleichs.

Gemäß § 270 Abs. 2 Satz 2 SGB V wird das Nähere zum Datenmeldeverfahren nach § 270 Abs. 4 SGB V i. V. m. § 15 RSAV in Anlage 4.1 zur Bestimmung nach § 267 Abs. 4 Satz 2 SGB V durch den GKV-SV im Einvernehmen mit dem BAS geregelt. Die Datenmeldung ist auf der Grundlage von § 20 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 RSAV Teil der RSA-Prüfungen.

2 Umsetzung durch das BAS

Aus den dargestellten Vorgaben folgt in zeitlicher Hinsicht, dass die Stufeneinteilung und Berechnung der Höhe der Pauschalen für jede Stufe zwischen dem 1. Januar und dem 30. April eines Ausgleichsjahres erfolgt. Das BAS erstellt in diesem Zeitraum eine Verfahrensbeschreibung nebst Anlage einer Zuordnungsliste mit Gebührenordnungspositionen (GOPs) bzw. Dokumentationsziffern der Vorsorgeleistungen für das jeweilige Ausgleichsjahr, die mit entsprechendem Vorlauf vor der Bekanntgabe nach § 15 Abs. 4 RSAV mit dem GKV-SV abgestimmt wird.

In Einzelfällen kann sich die Konstellation ergeben, dass aufgrund neuer Vorsorgeleistungen i. S. v. § 15 Abs. 2 Satz 2 RSAV, für die zum Stichtag 1. Januar des jeweiligen Ausgleichsjahres keine Bewertung im EBM nach § 87 SGB V festgelegt wurden, eine nachträgliche Ergänzung der Anlage zur Verfahrensbeschreibung durch das BAS notwendig wird. Maßgeblicher Zeitpunkt für eine solche Berücksichtigung ist das Inkrafttreten des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über eine entsprechende Richtlinien-Änderung. Leistungen, für die zum Stichtag 1. Januar des jeweiligen Ausgleichsjahres keine Bewertung im EBM nach § 87 SGB V festgelegt wurde, jedoch der G-BA-Beschluss über die Aufnahme in eine der in § 270 Abs. 4 Satz 1 SGB V genannten Richtlinien bis zu diesem Stichtag in Kraft getreten ist, werden der Stufe mit der niedrigsten Pauschalenhöhe zugeordnet. Bei der Stufenabgrenzung und der Ermittlung der Höhe der Pauschalen bleiben neu eingeführte GOPs unberücksichtigt. Dies gilt gleichermaßen für die nachträgliche Ergänzung von beschlossenen BEMA-Positionen und nach dem Stichtag festgelegten Dokumentationsziffern für Schutzimpfungen. Kommt es im Laufe des Ausgleichjahres zu Änderungen der Schutzimpfungsrichtlinie, der GOPs oder der BEMA-Positionen, so wird eine notwendige Änderungsbekanntgabe Anfang des Folgejahres durch das BAS mit allen zu diesem Zeitpunkt in Kraft getretenen GOPs, Dokumentationsziffern und BEMA-Positionen durchgeführt.

Hat der G-BA eine Änderung der Schutzimpfungsrichtlinie bis Ende des Jahres 2026 beschlossen und ist der Wirkstoff bereits zugelassen, wird verimpft und abgerechnet, so kann eine nachträgliche Aufnahme in die Anlage zur Verfahrensbeschreibung durch das BAS gemäß § 15 Abs. 2 Satz 2 RSAV analog vorgenommen werden, um die de facto abgerechneten Leistungen im Rahmen der Vorsorgepauschale zu berücksichtigen.

Die Zuweisung der Vorsorgepauschalen erfolgt im Rahmen der Durchführung des Jahresausgleichs durch Bescheidung des dem jeweiligen Ausgleichsjahr folgenden Jahres. Aus den Bescheiden ergeben sich die Höhen der Zuweisungen sowie die Berechnungsgrundlagen für die Einzelkassen. Wie sich aus dem Wortlaut der §§ 270 Abs. 4 Satz 1 SGB V und 15 Abs. 1 Satz 1 RSAV sowie im Umkehrschluss aus § 15 Abs. 1 Satz 3 RSAV ergibt, erhält eine Krankenkasse für jeden Versicherten, der eine entsprechende Leistung in Anspruch genommen hat, eine Vorsorgepauschale (bei Inanspruchnahme mehrerer Leistungen die der höchsten Stufe). Eine Berücksichtigung individueller Versicherungszeiten erfolgt nicht.

Gemäß § 270 Abs. 4 Satz 3 SGB V i. V. m. § 266 Abs. 7 Satz 3 und 6 SGB V erfolgt im Rahmen der Durchführung des Jahresausgleichs für das Ausgleichsjahr 2027 eine Korrektur der für 2026 zugewiesenen Vorsorgepauschalen. Die Änderung des Zuweisungsvolumens der Vorsorgepauschale durch die Zugrundelegung korrigierter Daten führt zu einer Anpassung der mitgliederbezogenen Veränderung im Rahmen der Korrektur des Jahresausgleichs 2026.

Die Datenmeldung hat nach § 270 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V i. V. m. § 15 Abs. 6 Satz 1 Nr. 2 RSAV bis zum 15. August 2027 und die Korrekturmeldung dementsprechend bis zum 15. April 2028 zu erfolgen, so dass das Nähere hierzu durch den GKV-SV im Einvernehmen mit dem BAS in der Bestimmung nach § 267 Abs. 4 Satz 2 SGB V für das Schlüsseljahr 2027/2028 zu regeln ist.

Soweit nicht anders angegeben, werden alle vom BAS berechneten und bekanntzugebenden Werte auf 12 Stellen hinter dem Komma gerundet.

II Berücksichtigungsfähige Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen

Anknüpfungspunkt für Zuweisungen im Rahmen der Vorsorgepauschale sind gemäß § 270 Abs. 4 SGB V vom G-BA in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2, 3, 4 und 15 SGB V konkretisierte und als Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnungsfähige Leistungen der Mutterschaftsvorsorge, Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, zahnärztliche Individualprophylaxeleistungen sowie Schutzimpfungen.

Die in § 270 Abs. 4 SGB V genannten Leistungen werden, sofern sie im EBM oder im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) enthalten sind, auf der Grundlage der hierin enthaltenen Bewertung zum Stichtag 1. Januar des jeweiligen Ausgleichsjahres und des bundeseinheitlichen Punktwerts oder auf Grundlage durchschnittlicher Punktwerte zum Stichtag 1. Januar des jeweiligen Ausgleichsjahres in drei Stufen eingeteilt (§ 15 Abs. 2 Satz 1 RSAV, siehe auch BT-Drs. 19/15662, S. 112).

Die Abgrenzung der berücksichtigungsfähigen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen nach § 270 Abs. 4 SGB V erfolgt insofern grundsätzlich anhand der Gebührenordnungspositionen des EBM bzw. des BEMA.

Nach der Gesetzesbegründung zum GKV-FKG erhalten die Krankenkassen auch dann eine Zuweisung im Rahmen der Vorsorgepauschale, wenn die Leistungen nach § 270 Abs. 4 SGB V außerhalb der gesamtvertraglichen Regelversorgung erbracht und zulasten der Krankenkasse abgerechnet werden. Voraussetzung ist dann, dass der Leistungsinhalt der selektivvertraglichen Leistungen die benannten Leistungen der Regelversorgung umfasst (BT-Drs. 19/15662, S. 112). In diesen Fällen nehmen die Krankenkassen im Rahmen der Erstellung der Datenmeldung nach § 270 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 SGB V i. V. m. § 15 Abs. 6 Satz 1 Nr. 2 RSAV eine Zuordnung der Original-Abrechnungsziffern zu den jeweils einschlägigen Gebührenordnungspositionen vor. Das Nähere hierzu und zu weiteren Sonderkonstellationen wird in der Bestimmung nach § 267 Abs. 4 SGB V geregelt.

Eine Auflistung der i. S. d. § 270 Abs. 4 SGB V i. V. m. § 15 RSAV berücksichtigungsfähigen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen und der entsprechenden Gebührenordnungspositionen bzw. BEMA-Positionen und Dokumentationsziffern für Schutzimpfungen ergibt sich aus der Anlage zu dieser Verfahrensbeschreibung. Hierzu ergeben sich die folgenden Anmerkungen.

1 EBM

Berücksichtigungsfähige Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen im Sinne des § 270 Abs. 4 Satz 1 SGB V sind grundsätzlich die bundeseinheitlichen Gebührenordnungspositionen der Unterabschnitte 1.7.1 bis 1.7.4 sowie die GOP 13421 (mit Kennzeichnung als Abklärungsdiagnostik) des EBM (Stand 1. Januar 2026). Die Gebührenordnungspositionen 01710B, 01710C und 01710D bleiben unberücksichtigt, da es sich bei den Positionen um Zusatzpauschalen für die Terminvermittlung durch Terminservicestellen handelt, die selbst keine Vorsorge- oder Früherkennungsleistung darstellen.

Für die Stufeneinteilung werden die Leistungen anhand ihrer für 2026 geltenden Euro-Leistungsbewertung berücksichtigt. Diese ergibt sich aus der Multiplikation der jeweiligen Punktzahl mit dem

für das Jahr 2026 festgelegten Orientierungswert nach § 87 Abs. 2e SGB V. Sofern zu EBM- Ziffern Zusatznummern existieren, werden diese grundsätzlich nicht aufgeführt. Etwas anderes ergibt sich für den Fall, dass die Suffixe zu einer unterschiedlichen Euro-Leistungsbewertung führen oder sie zur Differenzierung von nicht berücksichtigungsfähigen Leistungen notwendig sind.

2 BEMA

Die berücksichtigungsfähigen zahnärztlichen Vorsorgeleistungen i. S. d. § 270 Abs. 4 Satz 1 SGB V ergeben sich aus der unten dargestellten Tabelle 1.

Die Euro-Leistungsbewertungen der BEMA-Leistungen ergeben sich durch Multiplikation ihrer Bewertungszahl mit dem (auf 2026 fortgeschriebenen) durchschnittlichen Punktwert. Die zum Stichtag 1. Januar 2026 geltenden Bewertungszahlen wurden dem BEMA mit Stand 1. Januar 2026 entnommen.

Die Punktwerte für die BEMA-Leistungen werden – mit Ausnahme des Teils 5 des BEMA (Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen) – auf Ebene der Länder zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) und den Krankenkassen jährlich neu verhandelt. Aus diesem Grund sind für die Ermittlung der Kosten die (bundes-)durchschnittlichen Punktwerte heranzuziehen (§ 15 Abs. 2 RSAV).

Die statistisch ermittelten durchschnittlichen Punktwerte für die einschlägigen BEMA-Leistungen werden dem BAS von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) zur Verfügung gestellt. Sie basieren auf den Abrechnungsdaten der KZVen des Jahres 2024 und werden folgendermaßen ermittelt:

1. Für jede BEMA-Leistung wird die bundesweite Summe der Gesamtpunkte ermittelt, indem die BEMA-Bewertungszahl der Leistung mit ihrer jeweiligen Abrechnungshäufigkeit multipliziert wird.
2. Die Summe des für eine BEMA-Leistung bundesweit abgerechneten Honorarvolumens wird durch die bundesweite Summe der Gesamtpunkte dieser Leistung dividiert.
3. Das Ergebnis stellt einen bundesdurchschnittlichen Punktwert für die jeweilige Leistung dar.

Zum Stichtag 1. Januar eines Jahres stehen allerdings nur die durchschnittlichen Punktwerte des Vorvorjahres (hier 2024) zur Verfügung, da die Vergütungsverhandlungen für das Vorjahr zum Stichtag noch nicht abgeschlossen sind. Abschließende Zahlen für das Vorjahr liegen in der Regel erst im Mai eines Jahres vor.

Infolgedessen werden die Punktwerte für die Berechnungen durch das BAS geschätzt, indem diese in der Höhe der Grundlohnsummen-Entwicklung fortgeschrieben werden. Da gemäß § 15 Abs. 2 RSAV vom Stichtag 1. Januar des Ausgleichsjahres (hier: 2026) auszugehen ist, werden die vorliegenden BEMA-Punktwerte des Jahres 2024 anhand der Veränderungsraten nach § 71 Abs. 3 SGB V für die Jahre 2025 (+4,41%) und 2026 (+5,17%) durch Multiplikation mit dem Faktor 1,09807997 angepasst (siehe Tabelle 1). Der Faktor 1,09807997 ergibt sich als Produkt der beiden einzelnen Veränderungsfaktoren (1,0441 und 1,0517).

Tabelle 1: Berücksichtigte BEMA-Leistungen, Punktwerte, Bewertungszahlen und Euro-Leistungsbewertungen für das Jahr 2026

BEMA-Leistung		Punktwert (2024)	Punktwert (2026)*	Be- wer- tungs- zahl	Euro- Leistungsbewer- tung*
IP1	Mundhygienestatus	1,3767	1,5117	20	30,2345 €
IP2	Mundgesundheitsaufklärung bei Kindern	1,3766	1,5116	17	25,6975 €
IP4	Lokale Fluoridierung der Zähne	1,3766	1,5116	12	18,1394 €
IP5	Versiegelung von kariesfreien Fissuren und Grübchen...	1,3754	1,5103	16	24,1648 €
FUZ1	Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung eines Kindes vom 6. bis zum vollendeten 9. Lebensmonat	1,3722	1,5068	28	42,1900 €
FUZ2	Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung eines Kindes vom 10. bis zum vollendeten 20. Lebensmonat	1,3765	1,5115	28	42,3222 €
FUZ3	Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung eines Kindes vom 21. bis zum vollendeten 33. Lebensmonat	1,3768	1,5118	28	42,3314 €
FUPr	Praktische Anleitung der Betreuungsperson zur Mundhygiene beim Kind	1,3783	1,5135	10	15,1348 €
FUZ4	Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung vom 34. bis zum vollendeten 48. Lebensmonat	1,3766	1,5116	26	39,3020 €
FUZ5	Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung vom 49. bis zum vollendeten 60. Lebensmonat	1,3766	1,5116	26	39,3020 €
FUZ6	Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung vom 61. bis zum vollendeten 72. Lebensmonat	1,3766	1,5116	26	39,3020 €
FLA	Fluoridlackanwendung zur Zahnschmelzhärtung	1,3718	1,5063	14	21,0888 €
174a	Mundgesundheitsstatus und individueller Mundgesundheitsplan bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten	1,2515	1,3742	20	27,4849 €
174b	Mundgesundheitsaufklärung bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten	1,2513	1,3740	26	35,7247 €

BEMA-Leistung		Punktwert (2024)	Punktwert (2026)*	Be- wer- tungs- zahl	Euro- Leistungsbewer- tung*
107a	Entfernen harter Zahnbeläge bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten	1,2488	1,3713	16	21,9405 €

Quelle: KZBV / BAS; *dargestellte Werte auf vier Dezimalstellen gerundet; Berechnungen des BAS erfolgen mit zwölf Dezimalstellen.

3 Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V

Die Dokumentationsziffern für die berücksichtigungsfähigen Schutzimpfungen ergeben sich aus der jeweils aktuellen Anlage 2 zur Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA über Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V (Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL). Dabei werden nur Schutzimpfungen berücksichtigt, für welche die erforderlichen Leistungen gemäß §§ 7 ff. der Schutzimpfungs-Richtlinie abgerechnet wurden. Da die Vergütung der Schutzimpfungen nach § 20i SGB V auf Verhandlungen zwischen den Vertragspartnern i. S. v. § 132e Abs. 1, Abs. 1a SGB V und den Kostenträgern basiert und keine einheitlichen Kostenbewertungen vorliegen, werden diese Leistungen gemäß § 15 Abs. 2 Satz 2 RSAV pauschal der Stufe mit der niedrigsten Pauschalenhöhe zugeordnet. Diese Zuordnung wird in der Anlage zu dieser Verfahrensbeschreibung über die gelisteten Dokumentationsziffern für Schutzimpfungen vorgenommen.

III. Stufeneinteilung und Ermittlung der Höhe der Pauschalen

1 Ermittlung der Stufengrenzen und Zuordnung der Leistungen

Die unter II.1 und II.2 aufgeführten Leistungen des EBM bzw. des BEMA werden für die Ermittlung der Stufengrenzen anhand ihrer jeweiligen Euro-Leistungsbewertung in einer gemeinsamen Liste aufsteigend sortiert. Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V (II.3) und Leistungen ohne Leistungsbewertung zum Stichtag 01. Januar des Ausgleichsjahres bleiben bei Ermittlung der Stufengrenzen unberücksichtigt.

Zur Festsetzung der Stufengrenzen werden das 30. Perzentil und das 92. Perzentil über die Verteilung der Euro-Leistungsbewertung der o.g. Leistungen ermittelt.

Der Wert des 30. Perzentils wird auf den nächsten ganzzahligen Cent-Wert aufgerundet. Das Ergebnis bildet die Grenze zwischen der ersten und zweiten Stufe.

Der Wert des 92. Perzentils wird auf den nächsten ganzzahligen Cent-Wert aufgerundet. Das Ergebnis bildet die Grenze zwischen der zweiten und dritten Stufe.

2 Zuordnung der Früherkennungs- und Vorsorgeleistungen (ohne Schutzimpfungen) zu den Stufen

Alle unter II.1 und II.2 aufgeführten Leistungen des EBM und des BEMA, deren Euro-Leistungsbewertung unterhalb des Grenzwertes zwischen erster und zweiter Stufe liegt, werden der ersten Stufe zugeordnet. Von den verbleibenden werden alle Leistungen, deren Euro-Leistungsbewertung unterhalb des Grenzwertes zwischen zweiter und dritter Stufe liegt, der zweiten Stufe zugeordnet. Die übrigen Leistungen werden der dritten Stufe zugeordnet.

3 Ermittlung der Höhe der Pauschalen

3.1 Höhe der Pauschale der Stufe 1

Die Höhe der Pauschale der Stufe 1 beträgt 50 Prozent der Euro-Leistungsbewertung der Leistung mit der geringsten Bewertung der Stufe 1.

3.2 Ermittlung des Verhältniswertes der kleinsten Pauschale zu den Durchschnittskosten der Stufe 1

Auf Grundlage der Werte für die erste Stufe wird der Verhältniswert der Höhe der Pauschale zu den Durchschnittskosten folgendermaßen ermittelt: Über alle Euro-Leistungsbewertungen der in Stufe 1 enthaltenen Leistungen wird der arithmetische Mittelwert berechnet. Zur Ermittlung des Verhältniswertes der Pauschale zu den Durchschnittskosten der Stufe 1 wird der Wert der Pauschale nach 3.1 durch den Mittelwert der Euro-Leistungsbewertungen der Leistungen in der Stufe 1 dividiert.

3.3 Höhe der Pauschalen der Stufen 2 und 3

Zur Ermittlung der Höhe der Pauschalen der Stufe 2 und 3 werden die jeweiligen Durchschnittskosten der Leistungen der Stufe (arithmetisches Mittel) mit dem Verhältniswert aus 3.2 multipliziert. Liegt das jeweilige Ergebnis unterhalb von 50 Prozent der Euro-Leistungsbewertung der Leistung mit der niedrigsten Bewertung innerhalb der Stufe, so entspricht die Höhe der Pauschale der Stufe dem Ergebnis dieser Berechnung. Andernfalls beträgt die Höhe der Pauschale 50 Prozent des Euro-Leistungsbewertung der Leistung mit der niedrigsten Bewertung der Stufe.

3.4 Zuordnung der Schutzimpfungen

Die Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V (II.3) werden der ersten Stufe zugeordnet.

IV Erläuterungen zur Stufenzuordnung und Ermittlung der Höhe der Pauschalen

Die beiden Verfahrensschritte der Einteilung der Vorsorge- und Früherkennungsleistungen in drei Stufen (§ 15 Abs. 2 RSAV) und der anschließenden Ermittlung der Höhe der Pauschalen für die Stufen auf Grundlage von § 15 Abs. 3 RSAV bedingen sich gegenseitig und sind daher im Zusammenhang zu betrachten. Die Pauschalenhöhen für die drei Stufen sollen sich an den Durchschnittskosten der Leistungen innerhalb der Stufe orientieren (§ 15 Abs. 3 Satz 1 RSAV). Sie sind somit immer direkt abhängig von den in den Stufen enthaltenen Leistungen. Bei der Zuordnung der Leistungen zu den drei Stufen müssen daher auch die in der RSAV definierten Bedingungen für die Höhe der Pauschalen berücksichtigt werden. So soll die Pauschale nach § 15 Abs. 3 Satz 2 RSAV Anreize zur Förderung der Leistungen nach § 270 Abs. 4 SGB V setzen, aber nicht deren Kosten decken. Die Höhe der Pauschalen beträgt ferner 50 Prozent der Kosten der Leistung mit der geringsten Bewertung der jeweiligen Stufe und steht in einem angemessenen Verhältnis zu den Kosten der Leistung mit der höchsten Bewertung der jeweiligen Stufe (§ 15 Abs. 3 Satz 3 RSAV). Diesen Vorgaben zufolge soll die Höhe der Pauschalen somit Anreize zur Förderung der Leistungen setzen und hat sich dabei sowohl am Minimum, dem Durchschnitt, als auch dem Maximum der Kosten der in den Stufen enthaltenen Leistungen zu orientieren. Darüber hinaus ist in § 15 Abs. 2 Satz 1 RSAV die Bildung von lediglich drei Stufen vorgesehen, was die Möglichkeit zur Abgrenzung homogener Stufen zusätzlich limitiert.

Das im Folgenden beschriebene Vorgehen hat das Ziel, die Stufeneinteilung und Ermittlung der Höhe der Pauschalen unter Einhaltung der Vorgaben so auszugestalten, dass den genannten Rahmenbedingungen widerspruchsfrei Rechnung getragen wird.

Schutzimpfungen nach § 20i SGB V (sowie Leistungen, für die zum Stichtag 1. Januar des jeweiligen Ausgleichsjahres keine Bewertung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab festgelegt wurde), sind nach § 15 Abs. 2 Satz 2 RSAV der ersten Stufe zuzuordnen. Sie bleiben daher bei der Stufenabgrenzung und der Ermittlung der Höhe der Pauschalen unberücksichtigt.

1 Zur Ermittlung der Höhe der Pauschale für Stufe 1 (III.3.1)

Unabhängig von der weiteren Stufeneinteilung ergibt sich aus den Vorgaben der RSAV für die Pauschale der ersten Stufe ein definierter Höchstwert. Die günstigste Leistung der Stufe 1 entspricht definitionsgemäß der Leistung des EBM bzw. des BEMA (im Bereich Vorsorgeleistungen) mit der niedrigsten Euro-Leistungsbewertung. Zum Stichtag 1. Januar 2026 handelt es sich dabei um die GOP 01812 „Glukosebestimmung (Screening zum Gestationsdiabetes)“, die eine Euro-Leistungsbewertung in Höhe von 0,89 € aufweist. Als maximale Höhe der Pauschale jeder Stufe gestattet § 15 Abs. 3 Satz 3 RSAV einen Wert von höchstens 50 Prozent der Kosten der günstigsten Leistung der jeweiligen Stufe. Im Fall der ersten Stufe ist die Höhe der Pauschale somit auf 0,45 € limitiert. Die Voraussetzung, dass sich aus der Pauschale für die erste Stufe Anreize zur Förderung der in der Stufe enthaltenen Leistungen ergeben (§ 15 Abs. 3 Satz 2 RSAV), wird dann erreicht, wenn sie diesen Maximalwert nicht unterschreitet. Die Höhe der Pauschale für die erste Stufe wird daher auf 0,45 € festgelegt.

2 Zur Ermittlung der Höhe der Pauschalen für die Stufen 2 und 3 (III.3.2 und III.3.3)

2.1 Orientierung an den Durchschnittskosten

Abhängig davon, welche weiteren Leistungen der ersten Stufe zugeordnet werden, ergibt sich ein Verhältniswert der Pauschale zu den Durchschnittskosten der enthaltenen Leistungen. Es wird von der Vorgabe ausgegangen, dass sich die Pauschalen aller drei Stufen gleichermaßen an ihren jeweiligen Durchschnittskosten orientieren sollen (§ 15 Abs. 3 Satz 1 RSAV), was dadurch erreicht wird, dass das Verhältnis der Pauschalen zu den jeweiligen Durchschnittskosten in allen drei Stufen einen konstanten Wert annimmt. Der Verhältniswert, der sich für die erste Stufe ergibt, wird daher für die Bestimmung der Pauschalenhöhen der Stufen 2 und 3 herangezogen, soweit dies nicht zu einer Pauschale führt, deren Wert 50 Prozent der Kosten der jeweils am günstigsten bewerteten Leistung der Stufe überschreitet (§ 15 Abs. 3 Satz 3 RSAV). In diesem Fall ist die Höhe der Pauschale auf 50 Prozent der Kosten der Leistung mit der niedrigsten Euro-Leistungsbewertung zu begrenzen.

2.2 Beziehung der Höhe der Pauschalen zu den Kosten der am höchsten bewerteten Leistung einer Stufe

Ausgehend von diesem Ansatz (identische Verhältniswerte zwischen Pauschale und Durchschnittskosten) lassen sich für jede denkbare Stufeneinteilung für alle drei Stufen hypothetische Pauschalen bestimmen. Für jede dieser Pauschalen lässt sich zudem das Verhältnis zu den Kosten der jeweils am höchsten bewerteten Leistung der Stufe ermitteln. Dieses Verhältnis ist laut § 15 Abs. 3 Satz 3 RSAV zu beachten, weil die Pauschale einer Stufe in einem angemessenen Verhältnis zu der am höchsten bewerteten Leistung stehen soll.

Bei der Einteilung der Leistungen zu den Stufen ist daher sicher zu stellen, dass die resultierenden Pauschalen zu den Leistungen mit den jeweils höchsten Kosten stufenübergreifend einen vergleichbaren Verhältniswert aufweisen. Diese Nebenbedingung ist anzustreben, weil sich hierdurch für keine der kostenintensiveren Leistungen innerhalb einer Stufe ein vergleichsweise stärkerer oder schwächerer Förderungsanreiz ergibt als in den anderen Stufen. Ein angemessenes Verhältnis der Höhe der Pauschalen zur jeweils teuersten Leistung einer Stufe (§ 15 Abs. 3 Satz 3 RSAV) wird darüber sichergestellt, dass die Pauschale der ersten Stufe den höchsten von der RSAV zugelassenen Wert annimmt, sich das hieraus ergebende Verhältnis der Pauschale zur teuersten Leistung bei gegebener Stufenabgrenzung also nicht weiter erhöhen lässt und die Höhe der Pauschale daher als angemessen im Sinne der RSAV anzusehen ist. Eine zumindest näherungsweise Übertragung des Verhältnisses der Pauschale zu den Kosten der am höchsten bewerteten Leistung in der Stufe 1 auf die Stufen 2 und 3 kann somit nicht zu einer im Sinne der RSAV unangemessenen Pauschalenhöhe für diese Stufen führen.

2.3 Zusammenfassung der Prinzipien zur Stufeneinteilung und zur Ermittlung der Pauschalen

Aus den voranstehenden Überlegungen lassen sich zusammenfassend die folgenden Prinzipien ableiten, die bei der Stufeneinteilung und der Ermittlung der Höhe der Pauschalen für die Stufen zu Grunde gelegt wurden:

- Die Vorsorge- und Früherkennungsleistungen sind in drei Stufen einzuteilen.
- Die Höhe der Pauschale für die erste Stufe beträgt 50 Prozent der Kosten der am niedrigsten bewerteten Leistung der Stufe.
- Das Verhältnis der Pauschalen der ersten Stufe zu den Durchschnittskosten aller Leistungen der Stufe soll mit den entsprechenden Verhältnissen in den Stufen 2 und 3 übereinstimmen. Überschreitet die sich hieraus ergebende Pauschale für die Stufe 2 oder 3 jedoch einen Wert von 50 Prozent der Kosten der günstigsten Leistung der Stufe, so ist die Pauschale auf 50 Prozent der Kosten der günstigsten Leistung zu beschränken.
- Das Verhältnis der Pauschalen zu den Kosten der Leistung mit der höchsten Bewertung in Stufe 1 soll bei den entsprechenden Verhältniswerten in den Stufen 2 und 3 eine vergleichbare Höhe aufweisen.

3 Zur Auswahl des Verfahrens zur Stufeneinteilung

Da sich sowohl die Anzahl der Leistungen (121), die zu drei Stufen zusammengefasst werden sollen, als auch die Verteilung der jeweiligen Euro-Leistungsbewertungen im Vergleich zum Vorjahr lediglich geringfügig verändert haben, erfolgte die Stufenabgrenzung für das Ausgleichsjahr 2026 erneut mittels der für das Ausgleichsjahr 2025 festgelegten Perzentilwerte. Zu den Einzelheiten der erstmals für das Ausgleichsjahr 2021 erfolgten Auswahl dieser Stufengrenzen durch das BAS wird auf die diesbezügliche Verfahrensbeschreibung für die Stufeneinteilung und die Ermittlung der Höhe der Pauschalen nach § 270 Abs. 4 SGB V i. V. m. § 15 RSAV verwiesen. Den o.g. Prinzipien der Stufeneinteilung wurde bei dieser Ermittlung der Stufengrenzen Rechnung getragen, indem die Grenzen so lange variiert wurden, bis die Höhe der Pauschalen in allen drei Stufen ein vergleichbares Verhältnis zur Leistung mit dem jeweils höchsten Euro-Punktwert innerhalb der Stufe aufwies. Dies führt zu folgender Stufeneinteilung (Tabelle 2):

Tabelle 2: Stufeneinteilung

Stufe	Iterativ ermittelte Stufen (Stufengrenzen 14,78 € 133,07 €)			
	N	Pauschale	% zu MW	% zu Max
1	36	0,45 €	5,3 %	3,2 %
2	75	2,32 €	5,3 %	1,8 %
3	10	13,93 €	5,3 %	2,1 %

Quelle: BAS

Wenn beginnend mit der Leistung mit der niedrigsten Bewertung 30 Prozent der Leistungen (n=36) der ersten Stufe, die folgenden 62 Prozent der Leistungen (n=75) der zweiten Stufe und die verbleibenden 8 Prozent der Leistungen (n=10) der dritten Stufe zugeordnet werden, ergeben sich rechnerisch Pauschalen in Höhe von 0,45 €, 2,32 € und 13,93 €. Diese Pauschalen decken jeweils 5,3 % der

durchschnittlichen Kosten der in den Stufen enthaltenen Leistungen. Gemessen an den Leistungen mit der jeweils höchsten Bewertung liegen die Deckungsverhältnisse bei 3,2 % (Stufe 1), 1,8 % (Stufe 2) und 2,1 % (Stufe 3).

Da für die Schutzimpfungen gemäß § 20i Abs. 1 SGB V keine einheitlichen Kostenbewertungen vorliegen, werden diese entsprechend der Anlage zu dieser Verfahrensbeschreibung der niedrigsten Stufe zugeordnet.

Die Zuordnung zur niedrigsten Stufe ist auch für den Fall vorgesehen, dass für eine Leistung zum Stichtag 1. Januar des Ausgleichsjahres keine Leistungsbewertung im EBM vorliegt.