

Änderung des

Honorarverteilungsmaßstabes
(HVM)

gem. § 87b Abs. 1 S. 2 SGB V

der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

gültig ab: 1. Oktober 2025

Beschluss der Vertreterversammlung vom 25.10.2025

Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen gem. § 87b Abs. 1 S. 2 SGB V wird mit Wirkung ab 01.10.2025 wie folgt geändert:

I. Abschnitt II Teil A Nr. 3 „Grundbeträge“ wird wie folgt neugefasst:

3. Grundbeträge

Zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung ist nach KBV-Vorgaben die Bildung verschiedener Grundbeträge je Versicherten vorgesehen, sofern die entsprechenden Leistungen nach den regionalen Gesamtverträgen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach Abschnitt II Teil A 1. zu vergüten sind.

Folgende Grundbeträge sind nach KBV-Vorgaben zu bilden:

- Bereitschaftsdienst und Notfall (GB BD/Notfall)
- Labor (GB LAB)
- Hausärztliche Versorgungsebene (GB HäV)
- Fachärztliche Versorgungsebene (GB FäV)
- Pauschale für fachärztliche Grundversorgung (GB PFG)
- Leistungen des genetischen Labors (GB gen.LAB)

Die Basis für den jeweiligen Ausgangswert ist das im Vorjahresquartal gebildete Vergütungsvolumen je Grundbetrag zuzüglich Kostenerstattungsfälle (§§ 13 Abs. 2, 53 Abs. 4 SGB V) abzüglich der noch nicht bereits berücksichtigten arztseitigen Bereinigungen zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) nach Abschnitt II Teil C Nr. 4, dividiert durch die Versichertenzahl im Vorjahr.

Die im Vorjahresquartal zur Anwendung gekommenen Ein- und Ausdeckelungen der MGV nach Abschnitt II Teil A 1. sowie Verschiebungen von Leistungen in andere Grundbeträge sind bereits bei der Bildung der Ausgangswerte berücksichtigt.

Anpassung des fachärztlichen Grundbetrags und des Grundbetrags Labor

Für das 1. Quartal 2025 bis zum 4. Quartal 2025 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des fachärztlichen Grundbetrags um folgenden Betrag basiswirksam vermindert und der Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags Labor in gleicher Höhe erhöht:

Der im Vorjahresquartal für die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 40100 und 12230 EBM auf Muster 10 (Scheinuntergruppe 27) in Zusammenhang mit Leistungen des Kapitels 32 EBM angeforderte Leistungsbedarf gemäß regionaler Euro-Gebührenordnung für bereichseigene Versicherte wird ermittelt und mit dem Faktor 0,9 sowie mit der „rechnerischen Quote des fachärztlichen Grundbetrags“ multipliziert und durch die Anzahl der Versicherten im jeweiligen Vorjahresquartal dividiert. Die „rechnerische Quote des fachärztlichen Grundbetrags“ ergibt sich durch die Division des Vergütungsvolumens des fachärztlichen Grundbetrags (ohne Berücksichtigung von Unter- bzw. Überschüssen) durch den angeforderten Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung für die Behandlung bereichseigener Versicherter der dem fachärztlichen Grundbetrag unterliegenden Leistungen im Vorjahresquartal.

Anpassung des fachärztlichen Grundbetrags und des Grundbetrags hausärztliche Versorgungsebene

Für das 4. Quartal 2025 bis zum 3. Quartal 2026 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des fachärztlichen Grundbetrags um folgenden Betrag basiswirksam vermindert und der Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags hausärztliche Versorgungsebene in gleicher Höhe erhöht:

Der Betrag wird gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 85. Sitzung bezogen auf die im fachärztlichen Grundbetrag befindlichen Leistungen ermittelt und durch die Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, dividiert.

Anpassung des Grundbetrags „Bereitschaftsdienst und Notfall“ und des Grundbetrags hausärztliche Versorgungsebene

Für das 4. Quartal 2025 bis zum 3. Quartal 2026 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „Bereitschaftsdienst und Notfall“ um folgenden Betrag basiswirksam vermindert und der Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags hausärztliche Versorgungsebene in gleicher Höhe erhöht:

Der Betrag wird gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 85. Sitzung bezogen auf die im Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ befindlichen Leistungen ermittelt und durch die Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, dividiert.

II. Abschnitt II Teil B Nr. 3 „Grundbetrag hausärztliche Versorgungsebene“ wird wie folgt neu gefasst:

3. Grundbetrag hausärztliche Versorgungsebene

Aus dem Grundbetrag der hausärztlichen Versorgungsebene nach Abschnitt II Teil A Nr. 3 werden zunächst die Grundbeträge für Hausärzte (GB HÄ) und Kinderärzte (GB Ki) sowie Rückstellungen und Vorwegleistungen abgezogen und im Anschluss die Vergütung der restlichen Leistungen von Haus- und Kinderärzten bestimmt.

Die Überträge der FKZ-Salden aus Vorjahresquartalen für die Quartale 4/2024 bis 3/2025 werden der gebildeten Rückstellung in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 Buchstabe a) entnommen oder hinzugefügt.

III. Abschnitt II Teil B Nr. 3.1.1 „Vergütung“ wird wie folgt neugefasst:

Die Vergütung von hausärztlichen Leistungen des Kapitels 3 EBM und die hausärztlich (mit Ausnahme der kinderärztlichen) durchgeführten Hausbesuche nach den Gebührenordnungspositionen GOP 01410 bis 01413 sowie 01415 EBM (ausgenommen die mit den Buchstaben E, R, S, U und W modifizierten GOP) erfolgt unquotiert aus dem Grundbetrag Hausärzte, welcher erstmalig nach eBA in der 85. Sitzung für die Quartale 4/2025 – 4/2026 festgesetzt und fortentwickelt wird.

IV. Die Punkte 3.2.1 und 3.2.2 im Abschnitt II Teil B Nr. 3.2 „Grundbetrag Kinderärzte“ werden wie folgt geändert:

3.2 Grundbetrag Kinderärzte

3.2.1 Vergütung

Die Vergütung für kinder- und jugendmedizinische Leistungen des Kapitel 4 EBM (ausgenommen GOP 04004 und 04005 EBM inkl. Suffixe) erfolgt unquotiert aus dem Grundbetrag Kinderärzte, welcher erstmalig nach BA in der 807. Sitzung festgesetzt und fortentwickelt wird.

3.2.2 Über-/Unterschreitungen

Sofern dieser Grundbetrag im Abrechnungsquartal überschritten wird, erfolgt eine Ausgleichszahlung der Krankenkassen. Bereits festgestellte Unterschreitungen in den vorausgegangenen Quartalen der nachfolgend genannten Zeiträume sind mit einer Ausgleichszahlung im aktuellen Quartal zu verrechnen. Im Falle einer Unterschreitung des Grundbetrages im aktuellen Quartal wird das nicht ausgeschöpfte Finanzvolumen vorerst zurückgestellt. Jeweils vom 2. Quartal des Vorjahres bis zum 1. Quartal des aktuellen Kalenderjahres erfolgt eine Saldierung zwischen Über- und Unterschreitung des Grundbetrages. Kommt es nach der jeweiligen Saldierung zu einer Unterschreitung, werden nicht basiswirksame Zuschläge zur Förderung der kinderärztlichen Versorgung mit den Krankenkassen bis zum Ende des jeweiligen Jahres vereinbart und an die Kinderärzte in der Höhe des Unterschreitungsvolumens ausgezahlt.

V. Abschnitt II Teil C Nr. 2 „Hausarztzentrierte Versorgung (HzV)“ wird wie folgt neugefasst:

2. Hausarztzentrierte Versorgung (HzV)

Für die Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen nach §§ 63, 73b, 140a SGB V gelten die folgenden Grundsätze:

Grundlage für die Bereinigung ist die je Quartal und je zu bereinigendem Vertrag nach §§ 63, 73c oder 140a SGB V gesonderte Feststellung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (mGV) für die teilnehmenden Versicherten. Diese Feststellung basiert auf den zwischen den Selektivvertrag schließenden Krankenkassen und der KV Hessen vereinbarten Regelungen zur Bereinigung der mGV.

Nach diesem Verfahren ist für die Bestimmung der Grundbeträge des aktuellen Quartals der mGV Differenzbereinigungsbetrag zum Vorjahresquartal in Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.3 zu berücksichtigen.

Im GB HäV ist bei der Bildung der Verteilungsvolumen für die Vorwegleistungen nach Teil B Nr. 3.3.2 und der restlichen Leistungen Kinderärzte nach Teil B Nr. 3.4.2 der jeweils darauf entfallende Anteil des mGV Differenzbereinigungsbetrages zum jeweiligen Vorjahresquartal zu beachten. Im Grundbetrag Hausärzte und Grundbetrag Kinderärzte wurde der Anteil Selektivverträge nach §§ 63, 73b, 140a SGB V bereits bei der Bildung dieser berücksichtigt. Für das Verteilungsvolumen der restlichen Leistungen der Hausärzte ist keine Anpassung notwendig, da dies durch die Ermittlungsweise unter Teil B Nr. 3.4.1 a) bereits beinhaltet ist.

Sollten sich für Fachärzte ebenfalls Bereinigungsbeträge aufgrund von Selektivverträgen nach §§ 63, 73b, 140a SGB V im GB FÄ ergeben, erfolgt bei der Bildung der Verteilungsvolumen für die Vorwegleistungen nach Teil B Nr. 4.3.1, für die arztgruppenspezifischen RLV/QZV und freien Leistungen nach Teil B Nr. 4.3.3 ebenfalls die Berücksichtigung anteilig am entfallenden Anteil des mGV Differenzbereinigungsbetrages zum jeweiligen Vorjahresquartal.

Frankfurt, den 25.10.2025

Kassenärztliche Vereinigung Hessen




Dr. med. Klaus-Wolfgang Richter
Vorsitzender der Vertreterversammlung