

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 28.06.2025

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 FÄ)
- Pauschale für fachärztliche Grundversorgung (GB PFG)
- Leistungen des genetischen Labors (GB gen.LAB)

Aus dem Grundbetrag hausärztliche Versorgungsebene werden in Abschnitt II Teil B Nr. 3 die Grundbeträge Hausärzte (GB HÄ, dieser wird quartalsweise nach der 85. Sitzung eBA ermittelt) und Kinderärzte (GB Ki, dieser wird nach der 653. Sitzung BA jährlich ermittelt) entnommen.

Die Basis für den jeweiligen Ausgangswert ist das im Vorjahresquartal gebildete Vergütungsvolumen je Grundbetrag zuzüglich der bis zum Vorjahresquartal durchgeführten Bereinigungen für Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) und 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 fach-ärztlichen 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.

II. In Abschnitt II Teil A Nr. 3.2 „Angleichung an die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung“ wird in Satz 2 der Einschub „mit Ausnahme des Grundbetrages „Kinder- und Jugendmedizin“ gestrichen.

III. Abschnitt II Teil B Nr. 1.7 „Über- / Unterschreitungen“ wird wie folgt neugefasst:

1.7 Über- / Unterschreitungen

Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung einer Über-/Unterschreitung im Vergütungsvolumen des Grundbetrags Bereitschaftsdienst/Notfall erfolgt anteilig nach der Anzahl der Vertragsärzte nach Zuordnung in die entsprechende Versorgungsebene nach Anlage 1 in den bzw. aus dem Grundbetrag hausärztlicher Versorgungsebene und Grundbetrag Fachärzte im Abrechnungsquartal.

Die Finanzmittel zur Finanzierung einer Überschreitung werden zu Lasten des in Abschnitt II Teil B Nr. 3.4 anteilig nach Haus- und Kinderärzten im Grundbetrag hausärztliche Versorgungsebene gebildeten Verteilungsvolumens und des in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 im Grundbetrag Fachärzte gebildeten RLV/QZV/freie Leistung Verteilungsvolumens nach dem jeweiligen Anteil nach Satz 1 entnommen. Im Falle einer Unterschreitung erfolgt die Zuführung der Finanzmittel und deren Aufteilung nach gleichem Verfahren.

Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben in den Ausgangswerten der Grundbeträge für das Folgejahr unberücksichtigt.

IV. In Abschnitt II Teil B Nr. 2 „Grundbetrag Labor“ wird Folgendes geändert:

1. Der Gliederungspunkt 2.1.1. „Rückstellungen für den zu erwartenden FKZ Saldo Labor“ wird zu „2.1 Rückstellungen für den zu erwartenden FKZ-Saldo (GB Labor)“ und die Gliederungsebene 2.1.1 entfällt ersatzlos.

2. Nr. 2.3 „Über- / Unterschreitungen“ wird wie folgt neugefasst:

„Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung einer Über-/Unterschreitung im Vergütungsvolumen des Grundbetrags Labor erfolgt anteilig nach dem jeweiligen Anteil des haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereiches am Vergütungsvolumen des Grundbetrags Labor des jeweiligen Abrechnungsquartals. Für die Bestimmung des Anteils sind Vergütungsvolumina definiert als Summe des Honorars für die Behandlung durch bereichseigene Ärzte abzüglich des Saldos aus den Forderungen für Leistungen dieses Bereichs bei bereichsfremden Versicherten durch bereichseigene Ärzte und den Verbindlichkeiten für Leistungen bei bereichseigenen Versicherten durch bereichsfremde Ärzte (FKZ-Saldo) des jeweiligen Versorgungsbereichs.“

Die Finanzmittel zur Finanzierung einer Unterschreitung werden zu Lasten des in Abschnitt II Teil B Nr. 3.4 anteilig nach Haus- und Kinderärzten im Grundbetrag hausärztliche Versorgungsebene gebildeten Verteilungsvolumens und des in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 im Grundbetrag Fachärzte gebildeten RLV/QZV/freie Leistung-Verteilungsvolumens nach dem jeweiligen Anteil nach Satz 1 entnommen. Im Falle einer Unterschreitung erfolgt die Zuführung der Finanzmittel und deren Aufteilung nach gleichem Verfahren.

Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben in den Ausgangswerten der Grundbeträge für das Folgejahr unberücksichtigt.“

V. Abschnitt II Teil B Nr. 3 wird wie folgt neugefasst:

3. Grundbetrag hausärztliche Versorgungsebene (GB HäV)

Aus dem Grundbetrag der hausärztlichen Versorgungsebene werden zunächst die Grundbeträge für Hausärzte (GB HÄ) und Kinderärzte (GB Ki) nach Abschnitt II Teil A Nr. 3 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.

3.1 Grundbetrag Hausärzte

3.1.1 Vergütung

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

3.1.2 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 Ausgleichzahlung 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 Unterschreitungen des Grundbetrages. Abweichend vom genannten Zeitraum werden bei der erstmaligen Überprüfung zunächst die Quartale 4/2025 und 1/2026 saldiert. Kommt es nach der jeweiligen Saldierung zu einer Unterschreitung, werden nicht basiswirksame Zuschläge zur Förderung der hausärztlichen Versorgung mit den Krankenkassen bis zum Ende des jeweiligen Jahres vereinbart und an die Hausärzte in der Höhe des Unterschreitungsvolumens ausgezahlt.

3.1.3 Vergütung FKZ-Saldo

Der Saldo des Fremdkassenzahlungsausgleichs (FKZ) des aktuellen Quartals für die zugeordneten Leistungen wird innerhalb des Grundbetrages Hausärzte vergütet.

3.2 Grundbetrag Kinderärzte

3.2.1 Vergütung

Die Vergütung für kinder- und jugendmedizinische Leistungen des Kapitel 4 EBM (ausgenommen GOP 04003, 04004 und 04005 EBM inkl. Suffixe) erfolgt aus dem Grundbetrag Kinderärzte, welcher sich nach Abschnitt II Teil A Nr. 3 ergibt.

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 Ausgleichzahlung 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 Unterschreitungen des Grundbetrages. Abweichend vom genannten Zeitraum werden bei der erstmaligen Überprüfung zunächst die Quartale 4/2025 und 1/2026 saldiert. 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.

3.2.3 Vergütung FKZ-Saldo

Der Saldo des Fremdkassenzahlungsausgleichs (FKZ) des aktuellen Quartals für die zugeordneten Leistungen wird innerhalb des Grundbetrages Kinderärzte vergütet.

3.3 Rückstellungen und Vorwegleistungen

3.3.1 Rückstellungen

Aus dem Grundbetrag hausärztliche Versorgungsebene sind folgende Rückstellungen zu bilden:

- a. für Sicherstellung, Honorarkorrekturen, schwebende Verfahren und Praxisbesonderheiten
- b. zur Förderung von Praxisnetzen in Höhe von 12.500 €
- c. für den zu erwartenden Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ) nach den Leistungen des Abschnitts II Teil B Nr. 3.3.2 und 3.4. Dieser basiert auf dem FKZ-Saldo des Vorjahresquartals gesteigert um die Veränderungsraten nach Abschnitt II Teil A 3.1.1 für die zugeordneten Leistungen. Die Differenz zwischen dem gesteigerten FKZ-Saldo des Vorjahresquartals und dem tatsächlichen FKZ-Saldo des aktuellen Quartals wird aus der in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 Buchstabe a) gebildeten Rückstellung berücksichtigt.

3.3.2 Vorwegleistungen

Aus dem Grundbetrag hausärztliche Versorgungsebene sind folgende Vorwegleistungen zu vergüten:

- a. Zur Vergütung für innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierte Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM und den Fernpauschalen nach GOP 94226 und 94232 der hessenspezifischen Abrechnungsziffern wird ein Verteilungsvolumen auf Basis der Vergütung des Vorjahresquartals für diese Leistungen gebildet.

Die Leistungsanforderung wird zu 100% vergütet. Bei einer Überschreitung des Verteilungsvolumens werden die entsprechenden Finanzmittel aus der gebildeten Rückstellung in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 Buchstabe a) entnommen. Unterschreitet die Leistungsanforderung das Verteilungsvolumen werden die übrigen Finanzmittel anteilig nach der aktuellen Leistungsanforderung in diesem Bereich zwischen Haus- und Kinderärzten aufgeteilt und dem jeweiligen Verteilungsvolumen in Abschnitt II Teil B Nr. 3.4.1 Buchstabe b) bzw. 3.4.2 Buchstabe c) zugeführt.

- b. Zur Vergütung von eigenerbrachten Laborleistungen der Abschnitte 32.2, 32.3 EBM und von Laborgemeinschaften abgerechneten Laborleistungen (Anforderung über Muster 10A) wird ein Verteilungsvolumen auf Basis des zur Verfügung gestellten Verteilungsvolumens des Vorjahresquartals gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1 für diese Leistungen gebildet.

Die Leistungsanforderung wird mit einer Auszahlungsquote in Höhe von 85% vergütet. Bei einer Überschreitung des Verteilungsvolumens werden die entsprechenden Finanzmittel aus der gebildeten Rückstellung Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 Buchstabe a) entnommen. Unterschreitet die Leistungsanforderung das Verteilungsvolumen werden die übrigen Finanzmittel anteilig nach der aktuellen Leistungsanforderung in diesem Bereich zwischen Haus- und Kinderärzten aufgeteilt und dem jeweiligen Verteilungsvolumen in Abschnitt II Teil B Nr. 3.4.1 Buchstabe b) bzw. 3.4.2 Buchstabe c) zugeführt.

3.4 Restliche Leistungen für Haus- und Kinderärzte

3.4.1 Restliche Leistungen Hausärzte

Für mGV-Leistungen der vollzugelassenen und ermächtigten Hausärzte, die nicht im Grundbetrag Hausärzte oder als Vorwegleistung nach Abschnitt II Teil B Nr. 3.1 und Nr. 3.3.2 vergütet werden, erfolgt die Vergütung aus dem nachfolgend zu bildenden Verteilungsvolumen der restlichen Leistungen Hausärzte.

- a. Basis für das Verteilungsvolumen bildet der Grundbetrag der hausärztlichen Versorgungsebene abzüglich der Grundbeträge Hausärzte und Kinderärzte nach Abschnitt II Teil B Nr. 3.1 und 3.2, den Verteilungsvolumen aus Rückstellung und Vorwegleistungen nach Abschnitt II Teil B Nr. 3.3 sowie dem Verteilungsvolumen der restlichen Leistungen Kinderärzte nach Abschnitt II Teil B Nr. 3.4.2 Buchstaben a) und b).
- b. Der Ausgangsbasis nach a) sind ggf. Überträge nicht basiswirksam dem Verteilungsvolumen hinzuzufügen bzw. zu entnehmen:
 - Über-/Unterschreitungen im aktuellen Quartal aus Abschnitt II Teil B Nr. 1.7 (GB BD/Notfall) für die hausärztliche Versorgungsebene werden anteilig nach der

- genannten Aufteilung in Abschnitt II Teil B Nr. 1.7 Satz 1 auf die Hausärzte bzw. Kinderärzte verteilt.
- Über-/Unterschreitungen im aktuellen Quartal aus Abschnitt II Teil B Nr. 2.3 (GB Labor) für die hausärztliche Versorgungsebene werden anteilig nach der genannten Aufteilung in Abschnitt II Teil B Nr. 2.3 Satz 1 auf die Hausärzte bzw. Kinderärzte verteilt.
- Anteil der Hausärzte an den Unterschreitungen im aktuellen Quartal der Vorwegleistungen nach Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.2
- Hausärzte, die ihrer Fortbildungspflicht, der gesetzlichen Pflicht zu Anbindung an die Telematikinfrastruktur und/oder der Einführung einer elektronischen Patientenakte nicht nachgekommen sind, werden einer prozentualen Honorarkürzung unterzogen. Die Kürzungen aus mGV-Leistungen des Vorquartals werden dem Verteilungsvolumen für restliche Leistungen Hausärzte hinzugefügt.

Die Leistungsanforderung wird bei einer Überschreitung des gebildeten Verteilungsvolumens aus den Buchstaben a) und b) quotiert vergütet. Unterschreitet diese Quote 60% wird sie zu Lasten der in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 Buchstabe a) gebildeten Rückstellung gestützt. Unterschreitet die Leistungsanforderung das gebildete Verteilungsvolumen aus den Buchstaben a) und b) entscheidet der Vorstand über die Verwendung der Mittel.

Zur Fortschreibung der korrespondierenden Quartale ab 4/2026 werden die prozentualen Anteile der Haus- und Kinderärzte des basisbildenden Verteilungsvolumens (Abschnitt II Teil B Nr. 3.4.1 Buchstabe a) und Nr. 3.4.2 Buchstabe a) und b)) aus den Quartalen 4/2025 – 3/2026 festgehalten. Hiernach wird zur Ermittlung des Verteilungsvolumens ab 4/2026 der festgehaltene quartalsrelevante Prozentanteil der Hausärzte mit dem Ergebnis aus Grundbetrag hausärztliche Versorgungsebene abzüglich GB Hausärzte (Teil B Nr. 3.1), abzüglich GB Kinderärzte (Teil B Nr. 3.2) und abzüglich der Rückstellung/Vorwegleistungen (Teil B Nr. 3.3) multipliziert.

3.4.2 Restliche Leistungen Kinderärzte

Für mGV-Leistungen der vollzugelassenen und ermächtigten Kinderärzte, die nicht im Grundbetrag Kinderärzte oder als Vorwegleistung nach Abschnitt II Teil B Nr. 3.2 und Nr. 3.3.2 vergütet werden, erfolgt die Vergütung aus dem nachfolgend zu bildenden Verteilungsvolumen der restlichen Leistungen Kinderärzte.

Die nachfolgenden Buchstaben a) und b) bilden die Basis für das Verteilungsvolumen. Auf dieser Basis wird das Verteilungsvolumen für die korrespondierenden Quartale nach Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.1 weiterentwickelt.

- a. Für die Quartale 4/2025 – 3/2026 werden basiswirksam aus dem korrespondierendem Vorjahresquartal folgende Vorwegleistungen aufgelöst. Hierbei wird der prozentuale Anteil der Leistungsanforderung für Kinderärzte nach Anlage 1 des korrespondierenden Quartals in der jeweiligen Vorwegleistung mit dem entsprechenden Verteilungsvolumen multipliziert und dem Verteilungsvolumen für die restlichen Leistungen Kinderärzte gesteigert nach Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.1 zur Verfügung gestellt. Folgende Vorwegleistungen werden überführt:
 - Haus- und Heimbesuche (nach HVM bis 3/2025 Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 Buchstabe b))
 - Leistungen von ermächtigten Arztgruppen (nach HVM bis 3/2025 Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 Buchstabe c))
 - Förderungswürdige Leistungen (nach HVM bis 3/2025 Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 Buchstabe g))
- b. Das zur Verfügung gestellte Verteilungsvolumen des Vorjahresquartals für die restlichen Leistungen Kinderärzte nach HVM bis 3/2025 Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 Buchstabe h) gesteigert nach Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.1.
- c. Der Ausgangsbasis nach a) und b) sind ggf. Überträge nicht basiswirksam dem Verteilungsvolumen hinzuzufügen bzw. zu entnehmen:
 - Über-/Unterschreitungen im aktuellen Quartal aus Abschnitt II Teil B Nr. 1.7 (GB BD/Notfall) für die hausärztliche Versorgungsebene werden anteilig nach der

- genannten Aufteilung in Abschnitt II Teil B Nr. 1.7 Satz 1 auf die Hausärzte bzw. Kinderärzte verteilt.
- Über-/Unterschreitungen im aktuellen Quartal aus Abschnitt II Teil B Nr. 2.3 (GB Labor) für die hausärztliche Versorgungsebene werden anteilig nach der genannten Aufteilung in Abschnitt II Teil B Nr. 2.3 Satz 1 auf die Hausärzte bzw. Kinderärzte verteilt.
 - Anteil der Kinderärzte an den Unterschreitungen im aktuellen Quartal der Vorwegleistungen nach Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.2
 - Kinderärzte, die ihrer Fortbildungspflicht, der gesetzlichen Pflicht zu Anbindung an die Telematikinfrastruktur und/oder der Einführung einer elektronischen Patientenakte nicht nachgekommen sind, werden einer prozentualen Honorarkürzung unterzogen. Die Kürzungen aus mGV-Leistungen des Vorquartals werden dem Verteilungsvolumen für restliche Leistungen Kinderärzte hinzugefügt.

Die Leistungsanforderung wird bei einer Überschreitung des gebildeten Verteilungsvolumens aus den Buchstaben a) – c) quotiert vergütet. Unterschreitet diese Quote 60% wird sie zu Lasten der in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 Buchstabe a) gebildeten Rückstellung gestützt. Unterschreitet die Leistungsanforderung das gebildete Verteilungsvolumen aus den Buchstaben a) – c) entscheidet der Vorstand über die Verwendung der Mittel.

Zur Fortschreibung der korrespondierenden Quartale ab 4/2026 werden die prozentualen Anteile der Haus- und Kinderärzte des basisbildenden Verteilungsvolumens (Abschnitt II Teil B Nr.3.4.1 Buchstabe a) und Nr. 3.4.2 Buchstabe a) und b)) aus den Quartalen 4/2025 – 3/2026 festgehalten. Hiernach wird zur Ermittlung des Verteilungsvolumens ab 4/2026 der festgehaltene quartalsrelevante Prozentanteil der Kinderärzte mit dem Ergebnis aus Grundbetrag hausärztliche Versorgungsebene abzüglich GB Hausärzte (Teil B Nr. 3.1), abzüglich GB Kinderärzte (Teil B Nr. 3.2) und abzüglich der Rückstellung/Vorwegleistungen (Teil B Nr. 3.3) multipliziert.

3.5 Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten

Verringert sich das Gesamthonorar der Ersatz- und Primärkassen einer Arztpraxis um mehr als 10 % gegenüber dem entsprechenden korrespondierenden Vorjahresquartal, kann der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen im Einzelfall auf Antrag der betroffenen Praxis befristete Ausgleichszahlungen an die Arztpraxis leisten, wenn sich in Folge einer Pandemie, Epidemie, Endemie, Naturkatastrophe oder eines anderen Großschadensereignisses die Fallzahl in einem die Fortführung der Arztpraxis gefährdenden Umfang mindert, die Honorarminderung mit der Umstellung der Mengensteuerung auf eine neue Systematik oder dadurch begründet ist, dass die Partner der Gesamtverträge bisherige Regelungen zu den sogenannten extrabudgetären Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nicht fortgeführt haben.

3.6 Steuerung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen von Nicht-Laborärzten

Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen kann Praxen mit Hausärzten, die über eine Abrechnungsgenehmigung für Kostenerstattungen für spezielle Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM verfügen, einer Referenz-Fallwertgruppe gemäß der Übersicht in Abschnitt II Teil B Nr. 4.12 zuordnen und eine entsprechende Budgetierung durchführen.

- VI. Abschnitt II Teil B Nr. 7 „Grundbetrag Kinder- und Jugendmedizin“ wird ersatzlos gestrichen.**
- VII. In Abschnitt II Teil C Nr. 2 „Hausarztzentrierte Versorgung (HzV)“ werden die bisherigen Gliederungsebenen Nr. 2.1 bis Nr. 2.8 ersatzlos gestrichen. Abschnitt II Teil C Nr. 2 „Hausarztzentrierte Versorgung (HzV)“ wird wie folgt neugefasst:**

„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, 73b 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.

