

VORGABEN DER KASSENÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG GEMÄß § 87B ABS. 4 SGB V ZUR HONORARVERTEI- LUNG DURCH DIE KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN

DEZERNAT VERGÜTUNG UND
GEBÜHRENORDNUNG

10. DEZEMBER 2024

LESEFASSUNG

ÄNDERUNGEN GÜLTIG AB 1. QUARTAL 2025

- Teil A** Vorgaben zu den Honorarverteilungsmaßstäben der Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V
- Teil B** Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung
- Teil C** Vorgaben zur angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen
- Teil D** Vorgaben zur Berücksichtigung kooperativer Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen
- Teil E** (unbesetzt)
- Teil F** Vorgaben zu den Grundsätzen der Bereinigung des zu erwartenden Honorars gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V
- Teil G** Vorgaben zu gesonderten Vergütungsregelungen für Praxisnetze gemäß § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit und Verständlichkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung von mehreren Geschlechtern bei den Personenbezeichnungen verzichtet. Mit der männlichen Personenbezeichnung sind grundsätzlich alle Geschlechter gemeint.

TEIL A

IM BENEHMEN MIT DEM GKV-SPITZENVERBAND

Vorgaben zu den Honorarverteilungsmaßstäben der Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V

geändert am 12. Dezember 2017 mit Wirkung zum 1. April 2018

geändert am 15. März 2018 mit Wirkung zum 1. April 2018¹

geändert am 15. Dezember 2020 mit Wirkung zum 1. Quartal 2021

geändert am 29. November 2022 mit Wirkung zum 1. Quartal 2023

geändert am 13. Juli 2023 mit Wirkung zum 2. Quartal 2023

geändert am 10. Dezember 2024 mit Wirkung zum 1. Quartal 2025

1. Die Kassenärztlichen Vereinigungen verteilen gemäß § 87b Abs. 1 SGB V die vereinbarten Gesamtvergütungen an die Ärzte, Psychotherapeuten, Medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigte Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, gemäß einem im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene festgelegten Verteilungsmaßstab.
2. Dieser hat gemäß § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V Regelungen vorzusehen, die verhindern, dass die Tätigkeit der Ärzte, Psychotherapeuten, Medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigten Einrichtungen über den zugestandenen Versorgungsauftrag oder den Ermächtigungsumfang hinaus übermäßig ausgedehnt wird. Für Leistungen des Grundbetrags „Bereitschaftsdienst und Notfall“ sowie für Leistungen des Kapitels 4 mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04003, 04004 und 04005 EBM einschließlich Gebührenordnungspositionen mit Suffix dürfen gemäß § 87b Abs. 1 Satz 3 SGB V keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars angewandt werden.
3. Dabei soll den Ärzten, Psychotherapeuten, Medizinischen Versorgungszentren und ermächtigten Einrichtungen eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe des zu erwartenden Honorars ermöglicht werden.
4. Ausgangsgröße der Honorarverteilung ist die jeweils für das Abrechnungsquartal von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung zu entrichtende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V sowie die nicht mit befreiender Wirkung entrichtete morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gemäß § 87a Abs. 3b Satz 2 SGB V, die unter Berücksichtigung von Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung getrennt wird.
5. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V Vorgaben für die Honorarverteilungsmaßstäbe im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband zu bestimmen.
6. Sofern die Kassenärztliche Vereinigung keinen Honorarverteilungsmaßstab festgelegt hat, der
 - den gesetzlichen Vorgaben in § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V,
 - den Vorgaben Teil A, Nr. 2. bis 5., und
 - den Vorgaben in Teil B bis G, einschließlich Anlagen entspricht,

werden die im folgenden gelisteten Regelungen aus Abschnitt I. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010 zu Teil F zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V (GKV-WSG), geändert durch Beschlüsse in der 239., 242., 245., 248. und 256. Sitzung des Bewertungsausschusses analog durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung festgelegt:

¹ Soweit diese Änderungen von einer Kassenärztlichen Vereinigung nicht mehr bei der Honorarverteilung für das 2. Quartal 2018 berücksichtigt werden können, sind die Vorgaben spätestens mit Wirkung zum 1. Juli 2018 umzusetzen.

Regelung nach den Nrn. 1.1, 1.2, 1.3.1 unter Berücksichtigung der sich ggf. aus der Umsetzung der Vorgaben gemäß Teil D ergebenden Aufschläge für die kooperative Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen, 1.3.2, 1.4, 2.1, 2.2, 2.3, 2., 2.5., 2.6, 3 (3.1.1 bis 3.9), einschließlich der Anlagen 1 bis 3 und 5 bis 8.

7. Bei der Vergütung der Gebührenordnungspositionen, die dem Grundbetrag „Labor“ unterliegen, ist eine Mindestquote in Höhe von 85 % anzuwenden.

Sofern die Honorarverteilung einer Kassenärztlichen Vereinigung für die Gebührenordnungspositionen des Grundbetrags „Labor“ individuelle Steuerungsmaßnahmen vorsieht, ist diese Quote im Rahmen der quartalsweisen Bestimmung der arzt- und praxisindividuellen Budgetierung auf den historischen nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung anerkannten Leistungsbedarf anzuwenden. Bis zum Erreichen der zugeteilten Höhe werden erbrachte Leistungen nicht abgestaffelt vergütet. Für über die zugeteilte Höhe hinaus erbrachte Leistungen ist eine Vergütung mit einer Mindestquote von 25 % vorzunehmen.

8. Möglichkeit der Steuerung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen von Nicht-Laborärzten

Für Vertragsärzte, die zur Abrechnung von Laboratoriumsuntersuchungen berechtigt sind und nicht Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sind (kurz: „Nicht-Laborärzte“) sowie aufgrund der Arztgruppenzugehörigkeit von nachfolgenden Regelungen erfasst werden, kann die Kassenärztliche Vereinigung die Kostenerstattungen für spezielle Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM sowie mit diesen im Zusammenhang stehenden Kostenpauschalen nach den GOPen 40089 bis 40095 EBM Mengenbegrenzungsmaßnahmen wie beispielweise einer fallwertbezogenen Budgetierung unterziehen. Die in den Budgets enthaltenen Kostenerstattungen sind bei einer fallwertbezogenen Budgetierung je Arztpraxis und Abrechnungsquartal nur bis zu einem begrenzten Gesamthonorarvolumen zu vergüten.

Die Höhe der Budgets ergibt sich in diesem Fall aus dem Produkt des für die Arztgruppe vorgegebenen Referenz-Fallwertes ggf. multipliziert mit einer Quote und der Zahl der Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 BMV-Ärzte des Abrechnungsquartals der Arztpraxis.

Die Kassenärztliche Vereinigung kann für jede der unten genannten Arztgruppen einen KV-spezifischen Referenzfallwert festsetzen, maximal jedoch in Höhe des für die jeweilige Arztgruppe genannten unquotierten Wertes.

Unquotierte Referenz-Fallwerte für die Ermittlung des Budgets

Arztgruppe	Referenz-Fallwert in Euro
Rheumatologen, Endokrinologen	40
Nuklearmediziner, Hämatologen	21
Dermatologen, Gynäkologen, Pneumologen, Urologen	4

Der Referenz-Fallwert einer (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft, eines Medizinischen Versorgungszentrums und einer Praxis mit angestellten Ärzten wird als Summe der Produkte des relativen Anteils der Fälle eines Arztes in der Arztpraxis der arztgruppenbezogenen Referenz-Fallwerte der beteiligten Ärzte errechnet. Beteiligte Ärzte, die nicht zur Abrechnung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM berechtigt sind oder der Fallwertsteuerung nicht unterliegen, werden mit einem Referenz-Fallwert von 0 Euro berücksichtigt.

Die Kassenärztliche Vereinigung kann darüber hinaus Praxen mit Ärzten aus nicht in der Übersicht aufgeführten Arztgruppen einer Referenz-Fallwertgruppe gemäß der Übersicht zuordnen und eine entsprechende Budgetierung durchführen.

Die Kassenärztliche Vereinigung kann das Budget erweitern, aussetzen oder bedarfsgerecht anpassen.

TEIL B

IM EINVERNEHMEN MIT DEM GKV-SPITZENVERBAND

Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung

beschlossen am 23. Dezember 2014 mit Wirkung zum 1. Januar 2015
geändert am 9. Juni 2015 mit Wirkung zum 1. Oktober 2015 und
geändert am 31. Mai 2016 mit Wirkung zum 1. Juli 2016 und
geändert am 23. August 2016 mit Wirkung zum 1. Juli 2016
sowie geändert am 15. November 2017 mit Wirkung zum 1. Januar 2018
geändert am 12. Dezember 2017 mit Wirkung zum 1. April 2018
geändert am 15. März 2018 mit Wirkung zum 1. April 2018²
geändert am 27. März 2019 mit Wirkung zum 1. April 2019
geändert am 4. August 2020 mit Wirkung zum 1. Quartal 2020
geändert am 15. Dezember 2020 mit Wirkung zum 1. Quartal 2021
geändert am 29. November 2022 mit Wirkung zum 1. Quartal 2023
geändert am 13. Juli 2023 mit Wirkung zum 2. Quartal 2023
geändert am 10. Dezember 2024 mit Wirkung zum 1. Quartal 2025

Präambel

Zur Berücksichtigung von Beschlüssen des Bewertungsausschusses oder gesetzlichen Änderungen, die keine grundsätzliche Änderung der in Teil B dargestellten Systematik des Verfahrens zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung zur Folge haben, werden die notwendigen Regelungen in Form von Anlagen zu Teil B gegeben.

1. Definition von Kategorien der Trennungsbeträge je Versicherten und Vorwegabzüge

Diese Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung sieht die Bildung verschiedener **Grundbeträge je Versicherten** sowie **bedarfsabhängige Vorwegabzüge** und die Art deren Bestimmung – sofern die entsprechenden Leistungen gemäß den regionalen Gesamtverträgen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergüten sind – verpflichtend vor:

1.1 Vorwegabzüge sind für gesetzliche und vertragliche Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung **bedarfsabhängig** aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu bildende Vergütungsvolumina, die insbesondere auch zur Sicherstellung der Versorgung und Erfüllung gesetzlicher Aufgaben nach der Festlegung der haus- und fachärztlichen Grundbeträge innerhalb des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs gebildet werden können, sofern nicht Rückstellungen im Grundbetrag „Labor“ oder Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ zu bilden sind.

1.2 Grundbeträge sind je **Versicherten** zu bildende Beträge, die für

- veranlasste laboratoriumsmedizinische Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM (Anforderungen über Muster 10) sowie mit diesen im Zusammenhang stehenden Kostenpauschalen nach den GOPen 40089 bis 40095 EBM und den Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001 EBM) (Grundbetrag „Labor“),
- alle Aufwendungen betreffend Bereitschaftsdienst und Notfall inkl. der dabei erbrachten und vom Grundbetrag „Labor“ umfassten laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Kapitel 32 EBM sowie mit diesen im Zusammenhang stehenden Kostenpauschalen nach den GOPen 40089 bis 40095 EBM, die im organisierten Notfalldienst erbracht bzw. abgerechnet wurden (Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“³) ohne die kinder- und jugendmedizinischen Leistungen des Kapitels 4

² Soweit diese Änderungen von einer Kassenärztlichen Vereinigung nicht mehr bei der Honorarverteilung für das 2. Quartal 2018 berücksichtigt werden können, sind die Vorgaben spätestens mit Wirkung zum 1. Juli 2018 umzusetzen.

³ Aus dem Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ werden die der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unterliegenden Leistungen auf Abrechnungsscheinen mit Scheinuntergruppen 41, 44, 45 oder 46 sowie bei Nicht-Vertragsärzten die der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

EBM mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04003, 04004 und 04005 EBM einschließlich Gebührenordnungspositionen mit Suffix,

- die kinder- und jugendmedizinischen Leistungen des Kapitels 4 EBM mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04003, 04004 und 04005 EBM einschließlich Gebührenordnungspositionen mit Suffix (Grundbetrag „Kinder- und Jugendärzte),
- Zuschläge zur Förderung der kinder- und jugendärztlichen Versorgung (Grundbetrag „Förderung Kinder- und Jugendärzte“) sowie
- den hausärztlichen Versorgungsbereich - (hausärztlicher Grundbetrag) ohne die kinder- und jugendmedizinischen Leistungen des Kapitels 4 EBM mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04003, 04004 und 04005 EBM einschließlich Gebührenordnungspositionen mit Suffix und
- den fachärztlichen Versorgungsbereich (fachärztlicher Grundbetrag) ohne die kinder- und jugendmedizinischen Leistungen des Kapitels 4 EBM mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04003, 04004 und 04005 EBM einschließlich Gebührenordnungspositionen mit Suffix

verpflichtend bestimmt werden. Zum Zeitpunkt der erstmaligen Festsetzung ist die Höhe dieser Grundbeträge abschließend bestimmt.

- 1.3 Versorgungsbereichsspezifische Grundbeträge** sind je Versicherten verpflichtend im fachärztlichen Versorgungsbereich zu bestimmende Beträge, die für den Leistungsbereich Humangenetik (Grundbetrag „genetisches Labor“ für die Vergütung der Leistungen der Abschnitte 11.4 und 19.4 EBM) und für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (Grundbetrag „PFG“) zu bilden sind. Die Bereitstellung der Finanzmittel für die versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge erfolgt aus fachärztlichen Finanzmitteln. Zum Zeitpunkt der erstmaligen Festsetzung ist die Höhe dieser versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge abschließend bestimmt.

Damit sind die zu bildenden Vergütungsbereiche abschließend beschrieben.

2. Regelverfahren zur Ermittlung der Ausgangswerte für Grundbeträge

Die gemäß diesen KBV-Vorgaben, Teil B nach 2. bis 5. bestimmten Grundbeträge im jeweiligen Vorjahresquartal unter Berücksichtigung der Anlagen zu Teil B bilden die Ausgangswerte für die Anpassung der Grundbeträge. Dabei sind Beträge aus dem Vorjahresquartal, die gemäß den Ziffern 3.5 und 7 nicht basiswirksam sind, entsprechend nicht zu berücksichtigen. Auf der Basis dieser Ausgangswerte werden in jedem aktuellen Abrechnungsquartal die entsprechenden Grundbeträge gemäß den Verfahren gemäß 3. bis 5. festgelegt.

3. Fortschreibung der Grundbeträge

Nach der Ermittlung der Ausgangswerte für die Grundbeträge für das aktuelle Abrechnungsquartal gemäß 2. erfolgt die Fortschreibung aller Grundbeträge nach folgendem Verfahren:

- 3.1** Die Ausgangswerte für die Grundbeträge des aktuellen Abrechnungsquartals werden unter Verwendung der vereinbarten Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V und einer gegebenenfalls zusätzlich erfolgten Steigerung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V gesteigert.

Gegebenenfalls zusätzlich erfolgte Steigerungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V werden nicht auf den Grundbetrag „Labor“ und die versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge „genetisches Labor“ und „PFG“ angewendet. Die Zuführung der aus diesen Steigerungen resultierenden Beträge zum hausärztlichen bzw. fachärztlichen Grundbetrag erfolgt gemäß Nr. 3.3. Abweichende gesamtvertragliche Regelungen sind zu beachten.

Eine Anpassung des regionalen Punktwerts gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V ist entsprechend den Regelungen in den regionalen Gesamt- bzw. Vergütungsverträgen zu berücksichtigen.

unterliegenden Leistungen auf Abrechnungsscheinen mit Scheinuntergruppe 43 vergütet. Bei regional abweichenden Vergütungsmodellen des Bereitschaftsdienstes werden die entsprechenden Aufwendungen ebenfalls aus dem Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ vergütet.

- 3.2** Zusätzliche spezifische Veränderungen der Grundbeträge des aktuellen Abrechnungsquartals ergeben sich aufgrund der entsprechend für den jeweiligen Grundbetrag vereinbarten Anpassungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V.

Eine Anpassung des regionalen Punktwerts gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V ist entsprechend den Regelungen in den regionalen Gesamt- bzw. Vergütungsverträgen zu berücksichtigen.

- 3.3** Der Betrag aus der Multiplikation gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V mit dem Grundbetrag „Labor“ wird nach dem jeweiligen Anteil, der entsprechend dem angewandten Trennungsfaktor gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem hausärztlichen und dem fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

Der Betrag aus der Multiplikation gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V mit dem Grundbetrag „genetisches Labor“ wird dem fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

Der Betrag aus der Multiplikation gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V mit dem Grundbetrag „PFG“ wird dem fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

Eine Anpassung des regionalen Punktwerts gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V ist jeweils entsprechend den Regelungen in den regionalen Gesamt- bzw. Vergütungsverträgen zu berücksichtigen.

- 3.4** Aus der Multiplikation der Grundbeträge mit der Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, entstehen die jeweiligen Vergütungsvolumina der Grundbeträge.

- 3.5** In den Vergütungsvolumina der jeweiligen Grundbeträge sind im aktuellen Abrechnungsquartal die notwendigen Bereinigungen, die durch das SGB V vorgesehen sind, sowie Änderungen in der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und Anpassungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung wegen Anpassungen des EBM oder anderer Vorgaben des Bewertungsausschusses zu berücksichtigen. Die Umsetzung erfolgt anteilig aus dem bzw. in den jeweiligen betroffenen Vergütungsvolumen des jeweiligen Grundbetrags in der Höhe der gemäß dem gesamtvertraglich vereinbarten bzw. vom Bewertungsausschuss vorgegebenen Verfahren der Bereinigung bzw. Ein- oder Ausdeckelung bestimmten Beträge oder den Vorgaben und Empfehlungen des Bewertungsausschusses. Mit Ausnahme der Bereinigung aufgrund von Ausdeckelungen oder der Addition aufgrund von Eindeckelung sowie der Bereinigung aufgrund der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) und der Entbudgetierung der kinder- und jugendpsychiatrischen Leistungen gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 652. Sitzung bleiben die Bereinigungen in den Ausgangswerten gemäß 2. der jeweiligen Grundbeträge für das Folgejahr unberücksichtigt.

Bei der Bereinigung aufgrund ASV sind die gesetzlichen Vorgaben, dass die Bereinigung des Behandlungsbedarfs gemäß § 116b Abs. 6 Satz 14 SGB V nicht zulasten des hausärztlichen Vergütungsanteils und der fachärztlichen Grundversorgung gehen darf, umzusetzen.

Die Bereinigung der kinder- und jugendpsychiatrischen Leistungen darf gemäß § 87a Abs. 3 Satz 26 SGB V nicht zu Lasten anderer Arztgruppen gehen.

- 3.6** Die Kassenärztliche Vereinigung beobachtet, ob aufgrund des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 709. Sitzung eine Verlagerung von auf Muster 10A bezogene allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen des Kapitels 32.2 EBM im Grundbetrag des jeweiligen Versorgungsbereichs durch veranlasste allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen des Kapitels 32.2 EBM im Grundbetrag „Labor“ erfolgt. Wenn eine Verlagerung festgestellt wird, gibt die KBV ein Verfahren für die Anpassung der Grundbeträge vor.

- 3.7** Die Kassenärztliche Vereinigung beobachtet, ob aufgrund des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 709. Sitzung eine Verlagerung eigenerbrachter Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM (nicht auf Muster 10) im Grundbetrag des jeweiligen Versorgungsbereichs durch veranlasste

Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM im Grundbetrag „Labor“ erfolgt. Wenn eine Verlagerung festgestellt wird, gibt die KBV ein Verfahren für die Anpassung der Grundbeträge vor.

4. 1. Angleichung an die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

Soweit die Summe der gemäß 3. gebildeten Vergütungsvolumina aller Grundbeträge, die die gemäß 6. ermittelten Vorwegabzüge beinhalten, nicht der Summe der vereinbarten bereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen des aktuellen Abrechnungsquartals entspricht, wird folgende Korrektur vorgenommen: Die Differenz zwischen der vereinbarten bereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und der Summe der Vergütungsvolumina aller Grundbeträge wird ermittelt und entsprechend den Anteilen der gemäß 2. bestimmten Ausgangswerte eines jeden Grundbetrags mit Ausnahme der Grundbeträge „Kinder- und Jugendärzte“ und „Förderung Kinder- und Jugendärzte“ dem jeweiligen Vergütungsvolumen des Grundbetrags zugeführt oder entnommen.

5. Berücksichtigung von Wechsel zwischen den Versorgungsbereichen

Beim Wechsel des Versorgungsbereichs durch einen Vertragsarzt sind die Vergütungsvolumina der haus- und fachärztlichen Grundbeträge mit Ausnahme der nachfolgenden Regelung nicht anzupassen:

5.1 Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören und aus Gründen der Sicherstellung nach dem 1. Juli 2010 eine Genehmigung erhalten haben, in den Vereinbarungen gemäß § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung genannte Leistungen abzurechnen, erhalten die Vergütungen für den abgerechneten Leistungsbedarf dieser Leistungen aus dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags.

5.2 Für Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören, aus Gründen der Sicherstellung eine Genehmigung besitzen, nach dem 1. Januar 2003 in den Vereinbarungen gemäß § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung genannte Leistungen abzurechnen, und den Versorgungsbereich wechseln, sind basiswirksam die Vergütungen für den abgerechneten Leistungsbedarf dieser Leistungen, soweit sie im Zeitraum vom 1. Januar 2009 bis zum 30. Juni 2010 infolge des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschuss in seiner 7. Sitzung vom 27. und 28. August 2008 aus dem versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen des hausärztlichen Vergütungsbereichs gezahlt werden, quartalsweise auf der Basis des Vorjahresquartals im Vergütungsvolumen des hausärztlichen Grundbetrags zu bereinigen und dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags zuzuführen.

6. Ermittlung von Vorwegabzügen für gesetzliche und vertragliche Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung

Die Bereitstellung der benötigten Vergütungsvolumina für Vorwegabzüge gemäß 1.1 erfolgt aus dem jeweiligen Vergütungsvolumen des betroffenen Grundbetrags.

7. Ausgleich von Unter- und Überschüssen in Bezug auf die Vergütungsvolumina der Grundbeträge „Labor“, „Bereitschaftsdienst und Notfall“, „genetisches Labor“ und „PFG“

Soweit in der Quartalsabrechnung Unter- und Überschüsse in Bezug auf die gemäß 2. bis 6. abschließend bestimmten Vergütungsvolumina der Grundbeträge „Labor“ und „Bereitschaftsdienst und Notfall“ sowie der versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge „genetisches Labor“ und „PFG“ festgestellt werden, werden diese wie nachfolgend dargestellt angepasst und die dafür notwendigen Finanzmittel wie folgt bereitgestellt:

7.1 Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Unterschusses im Grundbetrag „Labor“ erfolgt nach dem jeweiligen Anteil des haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereichs 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. Im Falle von Überschüssen erfolgt die Aufteilung auf die Vergütungsvolumina des haus- und fachärztlichen

Grundbetrags nach dem gleichen Verfahren gemäß Satz 1. Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben im Ausgangswert des Grundbetrags „Labor“ sowie den Ausgangswerten der haus- und fachärztlichen Grundbeträge für das Folgejahr unberücksichtigt.

- 7.2** Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Unterschusses im Vergütungsvolumen des Grundbetrags „Bereitschaftsdienst und Notfall“ erfolgt entsprechend der Anzahl der Vertragsärzte entsprechend in den jeweiligen Versorgungsbereichen im Abrechnungsquartal der Zahlung gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 11.). Im Falle von Überschüssen erfolgt die Aufteilung auf die Vergütungsvolumina des haus- und fachärztlichen Grundbetrags nach dem gleichen Verfahren gemäß Satz 1. Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben im Ausgangswert des Grundbetrags „Bereitschaftsdienst und Notfall“ sowie in den Ausgangswerten der haus- und fachärztlichen Grundbeträge für das Folgejahr unberücksichtigt.
- 7.3** Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Unterschusses im Vergütungsvolumen des Grundbetrags „genetisches Labor“ erfolgt aus dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags. Im Falle von Überschüssen erfolgt die Zuführung dieses Überschusses zum Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags. Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben in den Ausgangswerten des Grundbetrags „genetisches Labor“ sowie des fachärztlichen Grundbetrags für das Folgejahr unberücksichtigt.
- 7.4** Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Unterschusses im Vergütungsvolumen des Grundbetrags „PFG“ erfolgt aus dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags. Im Falle von Überschüssen erfolgt die Zuführung dieses Überschusses zum Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags. Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben in den Ausgangswerten des Grundbetrags „PFG“ sowie des fachärztlichen Grundbetrags für das Folgejahr unberücksichtigt.

Darüber hinausgehende Anpassungen dürfen nicht durchgeführt werden.

8. Ausgleich von Unter- und Überschüssen in Bezug auf das Vergütungsvolumen des Grundbetrags „Kinder- und Jugendärzte“

Soweit in der Quartalsabrechnung Unter- und Überschüsse in Bezug auf das gemäß 2. bis 6. abschließend bestimmte Vergütungsvolumen des Grundbetrags „Kinder- und Jugendärzte“ festgestellt werden, wird wie folgt verfahren:

- 8.1** Im Falle von Unterschüssen wird der Ausgleichbetrag gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 653. Sitzung ermittelt und den Krankenkassen in Rechnung gestellt.
- 8.2** Im Falle von Überschüssen werden die vorhandenen Finanzmittel an die Leistungen aus dem Kapitel 4 mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04003, 04004 und 04005 EBM einschließlich Gebührenordnungspositionen mit Suffix abrechnenden Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin als Zuschläge gemäß § 87a Abs. 3b Satz 3 SGB V ausgezahlt.

9. Auszahlung des Vergütungsvolumens des Grundbetrags „Förderung Kinder- und Jugendärzte“

Die vorhandenen Finanzmittel im Vergütungsvolumen des Grundbetrags „Förderung Kinder- und Jugendärzte“ werden an die aus dem Kapitel 4 mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04003, 04004 und 04005 EBM einschließlich Gebührenordnungspositionen mit Suffix abrechnenden Ärzte der Kinder- und Jugendmedizin als Zuschläge gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V ausgezahlt.

Anmerkung:

Zum jetzigen Zeitpunkt sind keine wissenschaftlich evaluierten Indikatoren zur Berücksichtigung von Leistungsverlagerungen zwischen dem haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich bekannt. Sobald diese vorliegen, werden diese Vorgaben entsprechend angepasst.

ANLAGE

ZU DEN KBV-VORGABEN TEIL B

GÜLTIG FÜR DAS JAHR 2023

IM EINVERNEHMEN MIT DEM GKV-SPITZENVERBAND

Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung

beschlossen am 29. Dezember 2022 mit Wirkung für das Jahr 2023

geändert am 13. Juli 2023 mit Wirkung zum 2. Quartal 2023

Gemäß der Präambel zu den KBV-Vorgaben, Teil B werden zur Berücksichtigung von Beschlüssen des Bewertungsausschusses oder gesetzlichen Änderungen, die keine grundsätzliche Änderung der in Teil B dargestellten Systematik des Verfahrens zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung zur Folge haben, die notwendigen Regelungen in Form eines Anhangs zu Teil B gegeben. Für das 1. Quartal 2023 bis zum 4. Quartal 2023 wird dazu das Folgende geregelt:

1. Für das 1. Quartal 2023 gilt:

Anpassung der Vergütung humangenetischer Leistungen aufgrund des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 614. Sitzung

Für das 1. Quartal 2023 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „Labor“ um folgenden Betrag basiswirksam vermindert und der Ausgangswert für die Fortschreibung des fachärztlichen Grundbetrags in gleicher Höhe erhöht:

Der im Vorjahresquartal für die Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 32819 EBM angeforderte Leistungsbedarf gemäß regionaler Euro-Gebührenordnung für bereichseigene Versicherte wird mit der „rechnerischen Quote Labor“ multipliziert und durch die Anzahl der Versicherten im jeweiligen Vorjahresquartal dividiert. Die „rechnerische Quote Labor“ ergibt sich durch die Division des Vergütungsvolumens des Grundbetrags „Labor“ (ohne Berücksichtigung von Unter- bzw. Überschüssen) durch den angeforderten Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung für die Behandlung bereichseigener Versicherter der dem Grundbetrag „Labor“ unterliegenden Leistungen im Vorjahresquartal.

Einbudgetierung humangenetischer Beratungsleistungen aufgrund des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 448. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Für das 1. Quartal 2023 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des fachärztlichen Grundbetrags um den Betrag basiswirksam erhöht, der sich gemäß den Vorgaben des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 448. Sitzung zur Überführung der Gebührenordnungspositionen 01841, 11230 und 11233 bis 11236 EBM in morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ergibt.

Anpassung des Grundbetrags „genetisches Labor“ und des fachärztlichen Grundbetrags

Für das 1. Quartal 2023 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „genetisches Labor“ um folgenden Betrag basiswirksam vermindert und der Ausgangswert für die Fortschreibung des fachärztlichen Grundbetrags in gleicher Höhe erhöht:

Der im Vorjahresquartal für die Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 01842 EBM angeforderte Leistungsbedarf gemäß regionaler Euro-Gebührenordnung für bereichseigene Versicherte wird mit der „rechnerischen Quote genetisches Labor“ multipliziert und durch die Anzahl der Versicherten im jeweiligen Vorjahresquartal dividiert. Die „rechnerische Quote genetisches Labor“ ergibt sich durch die Division des

Vergütungsvolumens des Grundbetrags „genetisches Labor“ (ohne Berücksichtigung von Unter- bzw. Überschüssen) durch den angeforderten Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung für die Behandlung bereichseigener Versicherter der dem Grundbetrag „genetisches Labor“ unterliegenden Leistungen im Vorjahresquartal.

Anpassung des Grundbetrags „genetisches Labor“ und des Grundbetrags „Labor“

Für das 1. Quartal 2023 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „genetisches Labor“ 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 32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946 EBM angeforderte Leistungsbedarf gemäß regionaler Euro-Gebührenordnung für bereichseigene Versicherte wird mit der „rechnerischen Quote genetisches Labor“ multipliziert und durch die Anzahl der Versicherten im jeweiligen Vorjahresquartal dividiert. Die „rechnerische Quote genetisches Labor“ ergibt sich durch die Division des Vergütungsvolumens des Grundbetrags „genetisches Labor“ (ohne Berücksichtigung von Unter- bzw. Überschüssen) durch den angeforderten Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung für die Behandlung bereichseigener Versicherter der dem Grundbetrag „genetisches Labor“ unterliegenden Leistungen im Vorjahresquartal.

2. Für das 2. Quartal 2023 bis zum 4. Quartal 2023 gilt:

Anpassung der Vergütung humangenetischer Leistungen aufgrund des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 614. Sitzung

Für das 2. Quartal 2023 bis zum 4. Quartal 2023 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „Labor“ um folgenden Betrag basiswirksam vermindert und der Ausgangswert für die Fortschreibung des fachärztlichen Grundbetrags in gleicher Höhe erhöht:

Der im Vorjahresquartal für die Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 32819 EBM angeforderte Leistungsbedarf gemäß regionaler Euro-Gebührenordnung für bereichseigene Versicherte wird mit der „rechnerischen Quote Labor“ multipliziert und durch die Anzahl der Versicherten im jeweiligen Vorjahresquartal dividiert. Die „rechnerische Quote Labor“ ergibt sich durch die Division des Vergütungsvolumens des Grundbetrags „Labor“ (ohne Berücksichtigung von Unter- bzw. Überschüssen) durch den angeforderten Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung für die Behandlung bereichseigener Versicherter der dem Grundbetrag „Labor“ unterliegenden Leistungen im Vorjahresquartal.

Einbudgetierung humangenetischer Beratungsleistungen aufgrund des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 448. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Für das 2. Quartal 2023 bis zum 4. Quartal 2023 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des fachärztlichen Grundbetrags um den Betrag basiswirksam erhöht, der sich gemäß den Vorgaben des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 448. Sitzung zur Überführung der Gebührenordnungspositionen 01841, 11230 und 11233 bis 11236 EBM in morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ergibt.

Anpassung des Grundbetrags „genetisches Labor“ und des fachärztlichen Grundbetrags

Für das 2. Quartal 2023 bis zum 4. Quartal 2023 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „genetisches Labor“ um folgenden Betrag basiswirksam vermindert und der Ausgangswert für die Fortschreibung des fachärztlichen Grundbetrags in gleicher Höhe erhöht:

Der im Vorjahresquartal für die Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 01842 EBM angeforderte Leistungsbedarf gemäß regionaler Euro-Gebührenordnung für bereichseigene Versicherte wird mit der „rechnerischen Quote genetisches Labor“ multipliziert und durch die Anzahl der Versicherten im jeweiligen Vorjahresquartal dividiert. Die „rechnerische Quote genetisches Labor“ ergibt sich durch die Division des Vergütungsvolumens des Grundbetrags „genetisches Labor“ (ohne Berücksichtigung von Unter- bzw. Überschüssen) durch den angeforderten Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung für die Behandlung bereichseigener Versicherter der dem Grundbetrag „genetisches Labor“ unterliegenden Leistungen im Vorjahresquartal.

Anpassung des Grundbetrags „genetisches Labor“ und des Grundbetrags „Labor“

Für das 2. Quartal 2023 bis zum 4. Quartal 2023 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „genetisches Labor“ 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 32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946 EBM angeforderte Leistungsbedarf gemäß regionaler Euro-Gebührenordnung für bereichseigene Versicherte wird mit der „rechnerischen Quote genetisches Labor“ multipliziert und durch die Anzahl der Versicherten im jeweiligen Vorjahresquartal dividiert. Die „rechnerische Quote genetisches Labor“ ergibt sich durch die Division des Vergütungsvolumens des Grundbetrags „genetisches Labor“ (ohne Berücksichtigung von Unter- bzw. Überschüssen) durch den angeforderten Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung für die Behandlung bereichseigener Versicherter der dem Grundbetrag „genetisches Labor“ unterliegenden Leistungen im Vorjahresquartal.

Anpassung des hausärztlichen Grundbetrags und des Grundbetrags „Kinder- und Jugendärzte“

Für das 2. Quartal 2023 bis zum 4. Quartal 2023 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des hausärztlichen Grundbetrags um folgenden Betrag basiswirksam vermindert und der Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „Kinder- und Jugendärzte“ in gleicher Höhe festgelegt:

Der Betrag wird gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 653. Sitzung bezogen auf die im hausärztlichen Grundbetrag befindlichen Leistungen ermittelt und durch die Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, dividiert.

Anpassung des fachärztlichen Grundbetrags und des Grundbetrags „Kinder- und Jugendärzte“

Für das 2. Quartal 2023 bis zum 4. Quartal 2023 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des fachärztlichen Grundbetrags um folgenden Betrag basiswirksam vermindert und der Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „Kinder- und Jugendärzte“ in gleicher Höhe festgelegt:

Der Betrag wird gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 653. 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 „Kinder- und Jugendärzte“

Für das 2. Quartal 2023 bis zum 4. Quartal 2023 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „Bereitschaftsdienst und Notfall“ um folgenden Betrag basiswirksam vermindert und der Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „Kinder- und Jugendärzte“ in gleicher Höhe festgelegt:

Der Betrag wird gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 653. 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.

Anpassung des hausärztlichen Grundbetrags und des Grundbetrags „Förderung Kinder- und Jugendärzte“

Für das 2. Quartal 2023 bis zum 4. Quartal 2023 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des hausärztlichen Grundbetrags um folgenden Betrag basiswirksam vermindert und der Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „Förderung Kinder- und Jugendärzte“ in gleicher Höhe festgelegt:

Dazu sind die Finanzmittel zu verwenden, auf die sich die regionalen Gesamtvertragspartner gemäß Nr. 4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 653. Sitzung verständigt haben; diese sind durch die Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, zu dividieren.

ANLAGE

ZU DEN KBV-VORGABEN TEIL B

GÜLTIG FÜR DAS JAHR 2024

IM EINVERNEHMEN MIT DEM GKV-SPITZENVERBAND

Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung beschlossen am 13. Juli 2023 mit Wirkung zum 2. Quartal 2023

Gemäß der Präambel zu den KBV-Vorgaben, Teil B werden zur Berücksichtigung von Beschlüssen des Bewertungsausschusses oder gesetzlichen Änderungen, die keine grundsätzliche Änderung der in Teil B dargestellten Systematik des Verfahrens zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung zur Folge haben, die notwendigen Regelungen in Form eines Anhangs zu Teil B gegeben. Für das 1. Quartal 2024 wird dazu das Folgende geregelt:

1. Für das 1. Quartal 2024 gilt:

Anpassung des hausärztlichen Grundbetrags und des Grundbetrags „Kinder- und Jugendärzte“

Für das 1. Quartal 2024 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des hausärztlichen Grundbetrags um folgenden Betrag basiswirksam vermindert und der Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „Kinder- und Jugendärzte“ in gleicher Höhe festgelegt:

Der Betrag wird gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 653. Sitzung bezogen auf die im hausärztlichen Grundbetrag befindlichen Leistungen ermittelt und durch die Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, dividiert.

Anpassung des fachärztlichen Grundbetrags und des Grundbetrags „Kinder- und Jugendärzte“

Für das 1. Quartal 2024 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des fachärztlichen Grundbetrags um folgenden Betrag basiswirksam vermindert und der Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „Kinder- und Jugendärzte“ in gleicher Höhe festgelegt:

Der Betrag wird gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 653. 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 „Kinder- und Jugendärzte“

Für das 1. Quartal 2024 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „Bereitschaftsdienst und Notfall“ um folgenden Betrag basiswirksam vermindert und der Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „Kinder- und Jugendärzte“ in gleicher Höhe festgelegt:

Der Betrag wird gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 653. 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.

Anpassung des hausärztlichen Grundbetrags und des Grundbetrags „Förderung Kinder- und Jugendärzte“

Für das 1. Quartal 2024 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des hausärztlichen Grundbetrags um folgenden Betrag basiswirksam vermindert und der Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „Förderung Kinder- und Jugendärzte“ in gleicher Höhe festgelegt:

Dazu sind die Finanzmittel zu verwenden, auf die sich die regionalen Gesamtvertragspartner gemäß Nr. 4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 653. Sitzung verständigt haben; diese sind durch die Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, zu dividieren.

ANLAGE

ZU DEN KBV-VORGABEN TEIL B

GÜLTIG FÜR DAS JAHR 2025

IM EINVERNEHMEN MIT DEM GKV-SPITZENVERBAND

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.

TEIL C

IM BENEHMEN MIT DEM GKV-SPITZENVERBAND

Vorgaben zur angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen

Die mit Beschluss des Bewertungsausschusses empfohlene Vergütung der Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie sowie der probatorischen Sitzungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung setzt die angemessene Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V um. Soweit die hierfür notwendige gesamtvertragliche Vereinbarung nicht vorliegt, erfolgt die Vergütung und Steuerung der psychotherapeutischen Leistungen nach Maßgabe der Kas senärztlichen Vereinigung.

TEIL D

IM BENEHMEN MIT DEM GKV-SPITZENVERBAND

Vorgaben zur Berücksichtigung kooperativer Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen

1. Die Kassenärztliche Vereinigung prüft, ob Tatbestände für eine angemessene Berücksichtigung der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür vorgesehenen Versorgungsformen bei der Honorarverteilung vorliegen.
2. Liegen Tatbestände für eine Berücksichtigung vor, kann zur Förderung der gemeinsamen vertragsärztlichen Versorgung in dafür vorgesehenen Versorgungsformen das zu erwartende praxisbezogene Honorar
 - a) bei nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe um 10 Prozent erhöht werden,
 - b) bei standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe um 10 Prozent erhöht werden, soweit ein Kooperationsgrad von mindestens 10 % erreicht wird und
 - c) in fach- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen tätig sind, unter Berücksichtigung des Kooperationsgrades der Einrichtung oder Praxis um die in nachstehender Tabelle in Prozent ausgewiesenen Anpassungsfaktoren erhöht werden.

TABELLE: ANPASSUNGSFAKTOREN IN PROZENT

Kooperationsgrad in Prozent	Anpassungsfaktor in Prozent
0 bis unter 10	0
10 bis unter 15	10
15 bis unter 20	15
20 bis unter 25	20
25 bis unter 30	25
30 bis unter 35	30
35 bis unter 40	35
40 und größer	40

- d) Dabei ist der Kooperationsgrad wie folgt definiert: $\text{Kooperationsgrad (KG) je Abrechnungsquartal in Prozent} = (\text{relevante Arztfallzahl der Arztpraxis im Vorjahresquartal} / \text{Zahl der relevanten Behandlungsfälle im Vorjahresquartal}) - 1) * 100$.
- e) Die Kassenärztliche Vereinigung kann ergänzende Regelungen zur Erleichterung der Ermittlung des Kooperationsgrades, zum Beispiel durch Kennzeichnung der Arztfälle, festlegen.
- f) Die Kassenärztliche Vereinigung kann für förderungswürdige fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten gemäß c. mit weit überwiegend fach- bzw. schwerpunktungleicher ärztlicher Besetzung einen Anpassungsfaktor in Höhe von 10 % für deren fach- bzw. schwerpunktgleiche Tätigkeit festlegen, auch wenn der Kooperationsgrad den Wert von 10 % unterschreitet.

3. Von den in dem Vorschlag gemäß 2. zur Förderung der gemeinsamen vertragsärztlichen Versorgung in dafür vorgesehenen Versorgungsformen angegebenen Werten kann nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigung abgewichen werden.
4. Die Regelung in 2. ist auch nur in einzelnen Punkten anwendbar.
5. Von den vorgeschlagenen Zuschlägen gemäß 2. kann die Kassenärztliche Vereinigung abweichende Regelungen festlegen, um der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür vorgesehenen Versorgungsformen angemessen Rechnung zu tragen.

TEIL E

IM BENEHMEN MIT DEM GKV-SPITZENVERBAND

(UNBESETZT)

TEIL F

IM BENEHMEN MIT DEM GKV-SPITZENVERBAND

Vorgaben zu den Grundsätzen der Bereinigung des zu erwartenden Honorars gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V

beschlossen am 12. April 2016 mit Wirkung zum 1. April 2016

geändert am 15. Mai 2019 mit Wirkung zum 11. Mai 2019

geändert am 29. November 2022 mit Wirkung zum 1. Quartal 2023

geändert am 13. Juli 2023 mit Wirkung zum 2. Quartal 2023

Gemäß §§ 64 Abs. 3 Satz 1, 73b Abs. 7 und § 140a Abs. 6 SGB V haben die Partner der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 SGB V den Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der teilnehmenden Versicherten sowie dem vereinbarten Versorgungsauftrag zu bereinigen. Ebenso ist gemäß § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V der Behandlungsbedarf jeweils begrenzt auf ein Jahr um die in § 87a Abs. 3 Satz 5 Nummer 3, 4, 6 und 8 SGB V genannten Leistungen sowie gemäß § 87a Abs. 3 Satz 8, Satz 15 und Satz 23 SGB V basiswirksam zu bereinigen (Entbudgetierung) und gemäß § 87a Abs. 3 Satz 14 SGB V aufgrund der Rückführung des Bereinigungsvolumens für Leistungen nach § 87a Abs. 3 Satz 5 Nummer 5 zu erhöhen.

Erfolgt eine Bereinigung nach diesen Vorschriften haben die Kassenärztlichen Vereinigungen in der Honorarverteilung nach § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V in Verbindung mit § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V folgende Grundsätze einzuhalten:

1. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben das Verfahren zur Bereinigung der (zu erwartenden) Honorare innerhalb der Honorarverteilungsmaßstäbe (im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen) zu regeln.
2. Bei der Bereinigung des (zu erwartenden) Honorars ist sicherzustellen, dass für die gleichen Quartale und in der Höhe der Summe der Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bereinigt wird.
3. Die Bereinigung des (zu erwartenden) Honorars erfolgt ausschließlich für den bereinigungsrelevanten selektivvertraglichen Versorgungsumfang (insbesondere Ziffernkranz des Selektivvertrages).
4. Für die Ermittlung der Höhe der Bereinigung des zu erwartenden Honorars sind ausschließlich die kollektivvertraglichen Honorarregelungen nach §§ 83, 85 und 87a SGB V zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der Partner der Gesamtverträge heranzuziehen.
5. Auswirkungen der Selektivverträge auf die Höhe der Rückstellungen sowie der Vergütungsvolumina der (versorgungsbereichsspezifischen) Grundbeträge werden entsprechend der jeweiligen Anteile berücksichtigt.
6. Mehrfachbereinigungen bei einem Versicherten bei Abschluss von mehreren Selektivverträgen durch eine Krankenkasse werden vermieden.
7. Zur Bereinigung des (zu erwartenden) Honorars hat die KBV geeignete und neutrale Verfahren gemäß § 87b Abs. 4 SGB V in der Fassung des GKV-VSG vorzugeben. Ein geeignetes und neutrales Verfahren ist gegeben, wenn die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der arztbezogenen Bereinigung des (zu erwartenden) Honorars und der bereinigten Fallwerte die individuelle Fallzahl bzw. deren Veränderung bei jedem Arzt berücksichtigt; die Umsetzung erfolgt je nach Ausgestaltung der Honorarverteilung:
 1. Bei Verwendung der Fallzahlen des aktuellen Quartals im Rahmen der Honorarverteilung (beispielsweise Regelleistungsvolumen oder Qualitätsgebundene Zusatzvolumen) ist ein gemäß der gesetzlichen Vorgaben geeignetes und neutrales Verfahren der Honorarbereinigung auf Arzzebene sichergestellt.
 2. Sofern Kassenärztliche Vereinigungen auf Vorjahresfallzahlen basierende Honorarverteilungsinstrumente verwenden, darf bei Ärzten keine individuelle Kürzung der Fallzahl für bislang von ihm nicht betreute Patienten vorgenommen werden.

3. Wenn andere Arten der Mengensteuerung verwendet werden, ist ein Bereinigungsverfahren entsprechend dem Grundsatz nach Satz 2 anzuwenden.

Eine Kassenärztliche Vereinigung kann zudem bei Vorliegen valider Daten z. B. eine anteilige Berücksichtigung von Selektivvertragsbehandlungen bei einem Selektivvertragsversicherten vornehmen und damit die Behandlung auf Kollektiv- und Selektivvertrag aufteilen. Die Kassenärztliche Vereinigung kann über die dargestellten arztbezogenen Bereinigungsverfahren hinaus weitere Methoden verwenden, die in ihren Auswirkungen dem Grundsatz nach Satz 2 entsprechen.

8. Bei Ärzten und Psychotherapeuten, die einer Kapazitätsgrenze unterliegen wird abweichend von den vorherigen Regelungen wie folgt bereinigt.
 1. Zunächst werden die für eine betroffene Arztgruppe zur Verfügung stehenden Finanzmittel entsprechend der Höhe der auf die psychotherapeutischen Leistungen entfallenden Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung reduziert.
 2. Die quartalsbezogene Bereinigung innerhalb des Quartals und auch quartalsversetzt für in einen Selektivvertrag eingeschriebene Versicherte erfolgt bei den Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten, durch die sie zuvor behandelt wurden.
 3. Die Kassenärztliche Vereinigung kann darüber hinaus eine Bereinigung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze vornehmen.
9. Die Bereinigung aufgrund der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) ist auf Arzzebene so umzusetzen, dass die Bereinigung des Behandlungsbedarfs gemäß § 116b Abs. 6 Satz 14 SGB V nicht zu Lasten des hausärztlichen Vergütungsanteils (dies gilt nicht für die Bereinigung des Honorars von an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, die Leistungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß der jeweiligen Anlagen zur ASV-RL erbringen; sofern keine oder nur eine geringe Anzahl von Vertragsärzten an ASV-Teams teilnehmen, kann zur Sicherstellung der Honorarverteilungsgerechtigkeit das Bereinigungsvolumen auf alle Ärzte der zur Teilnahme an der ASV berechtigten Arztgruppe aufgeteilt werden) und der fachärztlichen Grundversorgung geht.
10. Die Bereinigung aufgrund der Entbudgetierung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V ist auf Arzzebene so umzusetzen, dass von der Bereinigung ausschließlich diejenigen Ärzte betroffen sind, die die extrabudgetär gestellten Leistungen durchführen und abrechnen.
11. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können die Finanzierung ihrer gesetzlichen Aufgaben entsprechend berücksichtigen.

TEIL G

IM BENEHMEN MIT DEM GKV-SPITZENVERBAND

Vorgaben zu gesonderten Vergütungsregelungen für Praxisnetze gemäß § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V

beschlossen am 12. April 2016 mit Wirkung zum 1. April 2016

Präambel

Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V für anerkannte Praxisnetze gesonderte Vergütungsregelungen vorsehen. Gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung Vorgaben zu den Regelungen in § 87b Abs. 2 Satz 1 bis 4 SGB V zu bestimmen. Dazu gibt die Kassenärztliche Bundesvereinigung folgende Regelungen vor:

Für die Ausgestaltung gesonderter Vergütungsregelungen beachten die Kassenärztlichen Vereinigungen die regional vorhandenen Strukturen und legen entsprechende Regelungen fest. Dabei können die Vergütungsregelungen unter anderem

1. eine finanzielle Unterstützung von Qualitätszirkelarbeit der teilnehmenden Ärzte eines anerkannten Praxisnetzes,
2. Einmalzahlungen im Sinne einer Anschubfinanzierung,
3. Zahlungen im Sinne einer Projektfinanzierung,
4. Anpassungen im Rahmen der Mengenbegrenzung der Ärzte im anerkannten Praxisnetz,
5. ein Zuschlag oder Punktwertzuschlag für alle oder einzelne von Netzärzten abgerechnete Leistungen oder
6. eigene Honorarvolumen zur Vergütung anerkannter Praxisnetze

umfassen.

Die Anerkennungsstufen der Praxisnetze (gemäß Richtlinien der KVen für die Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87b Abs. 4 SGB V) können bei der Vergütung berücksichtigt werden.

Zur Vergütung von anerkannten Praxisnetzen können beispielsweise im Rahmen von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 105 SGB V auch Finanzmittel aus dem Strukturfonds zusätzlich eingesetzt werden.

Die Kassenärztliche Vereinigung kann von den vorgeschlagenen Vergütungsregelungen abweichende Regelungen treffen.