

Ergänzung des

**Honorarverteilungsmaßstabes
(HVM)**

gem. § 87b Abs. 1 S. 2 SGB V

der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Umsetzung

der Vorgabe der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V, Teil E

Stützung der Vergütung konservativ tätiger Fachärzte

gültig ab: 1. Oktober 2012

Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen gem. § 87b Abs. 1 S. 2 SGB V wird mit Wirkung ab 1. Oktober 2012 wie folgt geändert:

1) Ziffer 2.3.2 lautet wie folgt:

2.3.2 Vergütung der Laborleistungen und -kosten ab dem 01. Oktober 2012

Die Vergütung der Laborleistungen und -kosten nach 2.3.2.1 – 2.3.2.6 erfolgt - in Umsetzung der Vorgabe der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V, Teil E - aus dem Vergütungsvolumen, das sich nach Ziffer 2.3 dieser Vorgabe – nachstehend „Vorgabe Teil E“ genannt - ergibt. Über- und Unterschreitungen des Vergütungsvolumens werden bei der Kalkulation des nächstmöglichen Quartals berücksichtigt.

2.3.2.1 Vergütung des Laborwirtschaftlichkeitsbonus

Die Gebührenordnungsposition 32001 EBM für die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 EBM wird nach Anwendung der Regelungen in den Ziffern 1. ff. zu den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung aus dem zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen VG₃ gemäß 2.3 der Vorgabe Teil E vergütet.

2.3.2.2 Vergütung der Grundleistungen für Laborärzte

Die Konsiliar- und Grundpauschalen für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sowie für zur Abrechnung von Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 12210 und 12220 EBM) werden zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert mit einem Anpassungsfaktor in Höhe von 1,4588 aus dem zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen VG₃ gemäß 2.3 der Vorgabe Teil E vergütet.

2.3.2.3 Vergütung der Laborversandpauschale

Die Kostenpauschale 40100 für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, ggf. auch von infektiösem Untersuchungsmaterial, einschließlich der Kosten für die Übermittlung von Untersuchungsergebnissen der Laboratoriumsdiagnostik, ggf. einschließlich der Kosten für die Übermittlung der Gebührenordnungspositionen und der Höhe der Kosten überwiesener kurativer-ambulanter Auftragsleistungen des Abschnitts 32.3 EBM werden zum Preis der regionalen Euro-Gebührenordnung aus dem Vergütungsvolumen VG₃ gemäß 2.3 der Vorgabe Teil E vergütet.

2.3.2.4 Vergütung der Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM

Die Gebührenordnungspositionen 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150 werden zum Preis der regionalen Euro-Gebührenordnung aus dem Vergütungsvolumen VG₃ vergütet. Die weiteren Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM werden – sofern diese nicht außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden - unter Berücksichtigung der Regelungen gemäß Nr. 2.3.2.5 mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert mit der bundeseinheitlichen Abstaffelungsquote Q gemäß 1.1.5 aus dem Vergütungsvolumen VG₃ gemäß 2.3 der Vorgabe Teil E vergütet. Für Abschnitt 32.2 ist die Regelung für Laborgemeinschaften in Ziffer 1 Satz 2 zum Abschnitt 32.2 EBM zu berücksichtigen.

2.3.2.5 Vergütung der speziellen Laboratoriumsuntersuchungen bei „Nicht-Laborärzten“

2.3.2.5.1 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 unterliegen die Kostenerstattungen für spezielle Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM einer fallwertbezogenen Budgetierung. Die in den Budgets enthaltenen Kostenerstattungen sind je Arztpraxis und Abrechnungsquartal nur bis zu einem begrenzten Gesamthonorarvolumen unter Berücksichtigung von Nr. 2.3.2.4 zu vergüten.

2.3.2.5.2 Die Höhe der Budgets ergibt sich aus dem Produkt des für die Arztgruppe vorgegebenen, mit der bundeseinheitlichen Abstufungsquote Q gemäß 1.1.5 der Vorgabe Teil E multiplizierten Referenz-Fallwertes und der Zahl der Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 BMV-Ärzte bzw. § 25 Abs. 1 Arzt-/Ersatzkassenvertrag des Abrechnungsquartals der Arztpraxis.

2.3.2.5.3 Referenz-Fallwerte für die Ermittlung des Budgets nach 2.3.2.5.2

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 und 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.

2.3.2.5.4 Die Kassenärztliche Vereinigung kann darüber hinaus Praxen mit Ärzten aus nicht in 2.3.2.5.3 genannten Arztgruppen einer Referenz-Fallwertgruppe nach 2.3.2.5.3 zuordnen und eine entsprechende Budgetierung nach 2.3.2.5.1 durchführen.

2.3.2.5.5 Die Kassenärztliche Vereinigung kann im Einzelfall oder für die Arztgruppen insgesamt das Budget nach 2.3.2.5.2 erweitern, aussetzen oder bedarfsgerecht anpassen.

2.3.2.6 Finanzierung der Leistungen

Das Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens VG₃ durch die Vergütungen nach 2.3.2.1 bis 2.3.2.5 ist durch den Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen zu bestimmen.

2) Ziffer 3.1.1 wird um folgende Absätze ergänzt:

Abweichend vom vorstehend genannten Beschluss des Bewertungsausschusses wird ab dem 4. Quartal 2012 die asymmetrische Verteilung des Zuwachses der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) der fachärztlichen Versorgungsebene (MGV-Zuwachs) wie folgt vorgenommen: 50 % des MGV-Zuwachses werden auf die MGV der fachärztlichen Versorgungsebene aufgeschlagen. Die weiteren 50 % werden in einem separaten Honorartopf für die Stützung konservativ tätiger Fachärzte zur Verfügung gestellt.

Dabei gilt ein Facharzt als konservativ tätig, wenn mehr als 80 % seines angeforderten Leistungsbedarfs nach den EBM-Regelungen aus den Anteilen des RLV, der QZV's und der freien Leistungen bestehen. Basis für die Ermittlung der konservativen Tätigkeit ist das aktuelle Abrechnungsquartal.

3) Nach Ziffer 3.2.2 wird folgende Ziffer 3.2.3 eingefügt:

3.2.3 Sofern ein Facharzt konservativ tätig ist, erhält er einen Fallwertzuschlag je RLV relevanten Fall des Vorjahresquartals. Der Fallwertzuschlag je RLV relevanten Fall ermittelt sich in dem das im Honorartopf zur Stützung der konservativ tätigen Fachärzte zur Vergütung gestellte Vergütungsvolumen durch die Summe der RLV relevanten Fälle des Vorjahresquartal der konservativ tätigen Fachärzte dividiert wird.

Ein konservativ tätiger Facharzt nimmt nicht an dieser Regelung teil, sofern im aktuellen Abrechnungsquartal bereits eine individuelle Erhöhung des RLV-Fallwertes erfolgt.

Frankfurt, den 18. August 2012
Kassenärztliche Vereinigung Hessen

gez. Frank Dastych
Vorsitzender der Vertreterversammlung

Ausgefertigt zum Zwecke der Veröffentlichung gem. § 14 der Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Frankfurt, den 18. August 2012
Kassenärztliche Vereinigung Hessen



Frank Dastych
Vorsitzender der Vertreterversammlung