

Labor-EBM-Reform zum 01.04.2018



WCG CONSULTING AG
Strategie · Marketing · Controlling · Organisation

Uli Früh

Gliederung

- (1) Chronologie zur Laborvergütung
- (2) Laborreform 01.04.2018:
zukünftige Vergütung der Laborleistungen Kapitel 32
- (3) Laborreform 01.04.2018:
zukünftige Vergütung des Wirtschaftlichkeitsbonus
- (4) Laborreform 01.04.2018:
zukünftige Handhabung der Labor-Ausnahmekennziffern
- (5) Übersichtliche Zusammenfassung ALT - NEU

... so leid es mir tut: vergessen Sie alles, was Sie gelernt haben ...

Ärzte Zeitung, 13.12.2016 15:37

KBV

Neuregelung der Vergütung im Labor bis Sommer 2017

BERLIN. Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) hat am Freitag Eckpunkte für eine Anpassung der Laborvergütung mit großer Mehrheit beschlossen. Änderungen sind unter anderem beim Wirtschaftlichkeitsbonus (EBM-Nr. 32001) vorgesehen, den veranlassende Ärzte je nach Menge der veranlassenden und selbst erbrachten Laborleistungen erhalten (für Hausärzte derzeit 17 Punkte je Fall). Hier soll in Zukunft die Unterscheidung nach Allgemein- und Speziallabor sowie nach Allgemeinversicherten und Rentnern entfallen. Statt der bisher üblichen arztgruppenbezogenen Fallpunktzahlen für die Laborkosten soll unter anderem eine individuelle Vergütung des Wirtschaftlichkeitsbonus in Abhängigkeit der abgerechneten Laborkosten erfolgen. Auch bei der Honorarverteilung und beim Fremdkassenzahlungsausgleich sind Modifikationen vorgesehen. Die Änderungen sollen im Juli 2017 in Kraft treten. (ger)

Ärzte Zeitung, 14.12.2016 08:31

Honorar

Eckpunkte zur Anpassung der Laborvergütung stehen

Seit Jahren knirscht es zwischen Haus- und Fachärzten, wenn es um die kassenärztliche Laborvergütung geht. Die KBV hat jetzt kurz vor Ende der Legislatur das Thema angepackt – mit Konsequenzen für Ärzte unter anderem bei den Ausnahmekennziffern.

Medical Tribune, Januar 2017

Im Juli gibt es wieder mal eine Reform beim Laborhonorar

Wirtschaftlichkeitsbonus soll individuell berechnet werden

Medical-Tribune-Bericht

HOFHEIM – Die Vertreterversammlung der KBV hat Eckpunkte zur Anpassung der Laborvergütung ab Juli 2017 beschlossen. So soll u.a. eine individuelle Vergütung des Wirtschaftlichkeitsbonus in Abhängigkeit von den abgerechneten Laborkosten erfolgen.

Bevor die Gesamtvergütung in den haus- und in den fachärztlichen Anteil aufgeteilt wird, werden die Mittel zur Bezahlung der Laborleistungen abgezogen. D.h.: Die Hausärzte sind zur Hälfte an dem Defizit beteiligt, das Quartal für Quartal im Laborpfopf entsteht. Auf diesem Weg fließt kontinuierlich Geld der Hausärzte in eine nicht gewünschte Richtung ab.

Die Experten berieten, fanden aber keine einfache Lösung



Labor
Untersuchungen im Labor erfordern oft einen Ringversuch. Das rechnet sich nur, wenn diese Parameter häufig bestimmt werden. Die genauere Zuordnung der Laborkosten sorgt für mehr Transparenz.

ursprünglich verschoben auf 01.10.2017 dann auf 01.04.2018

U vergütung zwischen Haus- und Fachärzten zu beenden, hat die KBV-VV am 8. Dezember 2016 ein Eckpunktepapier mit Wirkung zum 1. Juli 2017 beschlossen. Einzelheiten müssen noch zwischen Kassen und Ärzten beschlossen werden. Kernpunkte sind:

1. Ersatz der arztgruppenbezogenen Fallpunktzahlen durch einen arztindividuellen Fallwert (iFW),
2. eine Neuregelung der Auszahlung des Wirtschaftlichkeitsbonus,
3. eine Überarbeitung der Ausnahmekennziffern und
4. eine Neuregelung der Laborvergütungen.

1. Arztindividueller Fallwert (iFW)

Der iFW gibt den Betrag an, zu welchem eine Praxis im Durchschnitt für einen Patienten Laboranalysen erbringt, bezieht und überweist. Er bestimmt sich aus dem Quotienten Gesamtkosten aller von der Praxis veranlassten und durchgeführten Laboranalysen dividiert durch die Zahl

terscheidung bei arztgruppenbezogenen Fallpunktzahlen zwischen Allgemeinversicherten und Rentnern oder zwischen Basis- und Speziallabor entfällt dann. (Beispiel: 1.000 Behandlungsfälle, Gesamtkosten Labor 3.000,00 €, iFW: 3,00 €).

2. Wirtschaftlichkeitsbonus (WB)

Der WB wird ausbezahlt werden in Abhängigkeit des iFW. Dabei werden gemäß der Verteilung aller Fallwerte innerhalb einer Arztgruppe ein unterer (25. Perzentile) und ein oberer (75. Perzentile) Eckwert vorgegeben. Liegt der iFW unterhalb 25 Prozent, kommt er voll zur Auszahlung; liegt der iFW oberhalb 75 Prozent, wird kein Wirtschaftlichkeitsbonus ausbezahlt; liegt er zwischen 25 und 75 Prozent, erfolgt die Auszahlung anteilmäßig.

3. Labor-Ausnahmekennziffern

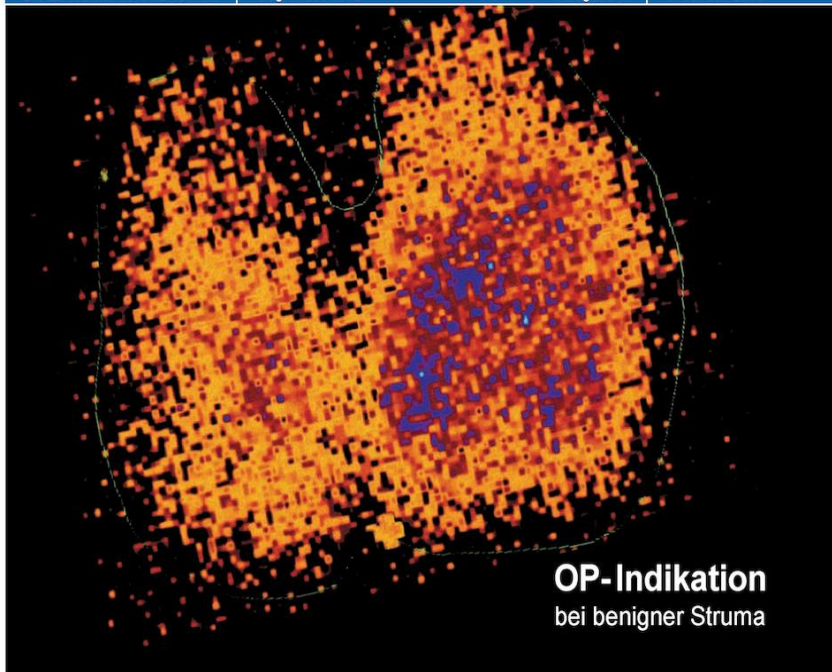
Die Ausnahmekennziffern 32005 bis 32023 werden überarbeitet. Jede Kennnummer erhält einen Katalog von GOP (Ziffernkranz). Nur diese werden von der

(s. o.) ausgenommen.

4. Anpassung der Honorarvergütung Labor

Bisher werden alle Laborleistungen vorweg aus dem Grundbetrag Labor vergütet. Geplant ist hier in Zukunft nur die Auszahlung des WB und der (über Muster 10) veranlassten Leistungen.

In den hausärztlichen Grundbetrag („Hausarzttopf“) überführt werden alle durch Hausärzte eigenerbrachten (Abschn. 32.2 und bei Genehmigung 32.3) und in Laborgemeinschaften erbrachten Laborleistungen. In den fachärztlichen Grundbetrag („Facharzttopf“) überführt werden alle durch Fachärzte eigenerbrachten (Abschn. 32.2 und 32.3), von Fachärzten in Laborgemeinschaften erbrachte Laborleistungen und die Grundpauschalen (12210/12220). In den Grundbetrag ärztlicher Bereitschaftsdienst werden alle Laborleistungen des organisierten Notdienstes überführt. ■
Dr. med. Heiner Basch



Studienplatzvergabe: Der Numerus clausus ist teilweise verfassungswidrig Seite 12

Zertifizierte Fortbildung: Therapiekonzepte der Epistaxis in Praxis und Klinik Seite 12

Bekanntmachungen

Beschluss des Bewertungsausschusses

nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V
in seiner 412. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)
zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

Teil A

mit Wirkung zum 1. Januar 2018

Änderung der ersten Bestimmung im Abschnitt 32.2 EBM

Teil B

mit Wirkung zum 1. April 2018

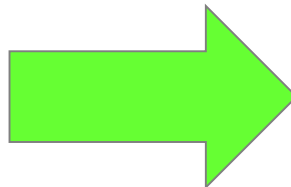
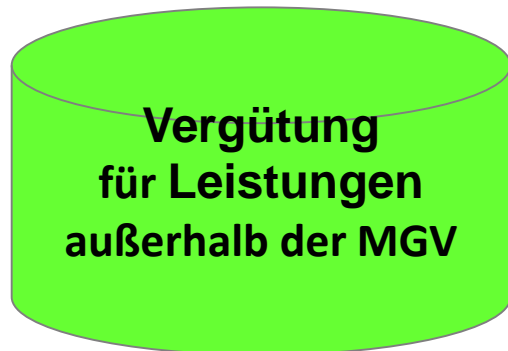
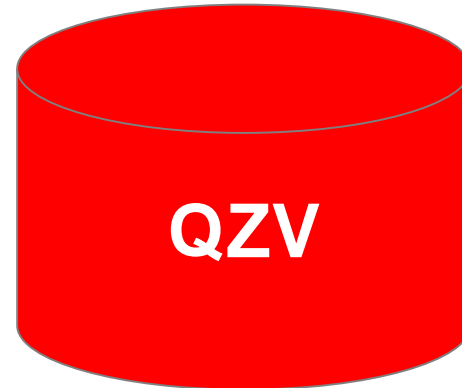
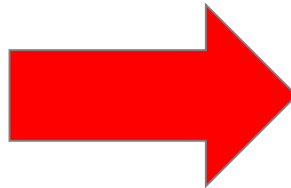
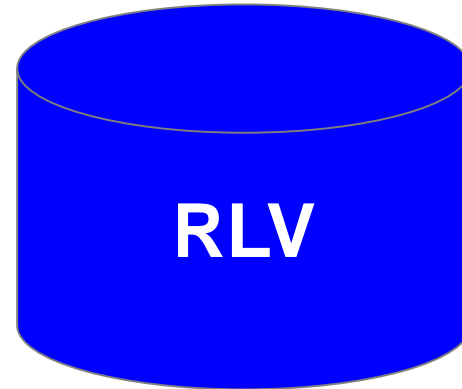
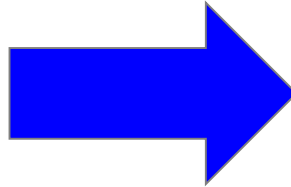
Deutsches Ärzteblatt | Jg. 115 | Heft 1-2 | 8. Januar 2018

A 41 bis A 46

Gliederung

(1) Chronologie zur Laborvergütung

- (2) Laborreform 01.04.2018:
zukünftige Vergütung der Laborleistungen Kapitel 32
- (3) Laborreform 01.04.2018:
zukünftige Vergütung des Wirtschaftlichkeitsbonus
- (4) Laborreform 01.04.2018:
zukünftige Handhabung der Labor-Ausnahmekennziffern
- (5) Übersichtliche Zusammenfassung ALT - NEU



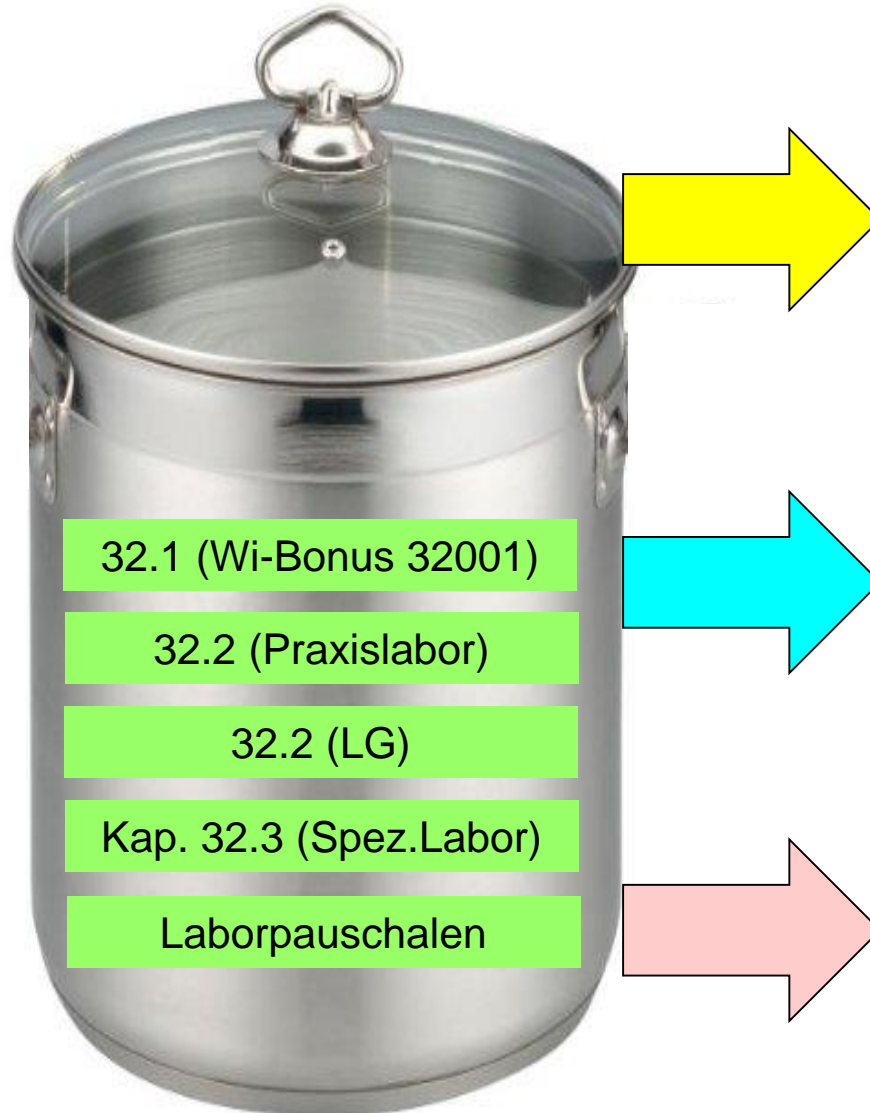
Wie erfolgt die Labor-Vergütung seit 01.10.2012 ?

Bonus 32001	32.1	Grundleistungen.	586
Praxislabor + LG	32.2	Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen.	587
	32.2.1	Basisuntersuchungen.	591
	32.2.2	Mikroskopische Untersuchungen.	593
	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen.	594
	32.2.4	Gerinnungsuntersuchungen.	596
	32.2.5	Funktions- und Komplexuntersuchungen.	597
	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen. . .	598
	32.2.7	Mikrobiologische Untersuchungen.	599
	32.2.8	Laborpauschalen im Zusammenhang mit präventiven Leistungen. . . .	600
Speziallabor	32.3	Spezielle Untersuchungen.	601
	32.3.1	Mikroskopische Untersuchungen.	604
	32.3.2	Funktionsuntersuchungen.	605
	32.3.3	Gerinnungsuntersuchungen.	606
	32.3.4	Klinisch-chemische Untersuchungen.	608
	32.3.5	Immunologische Untersuchungen.	616
	32.3.6	Blutgruppenserologische Untersuchungen.	622
	32.3.7	Infektionsimmunologische Untersuchungen.	623
	32.3.8	Parasitologische Untersuchungen.	628
	32.3.9	Mykologische Untersuchungen.	628
	32.3.10	Bakteriologische Untersuchungen.	630
	32.3.11	Virologische Untersuchungen.	635
	32.3.12	Molekularbiologische Untersuchungen.	636
	32.3.14	Molekulargenetische Untersuchungen.	639
	32.3.15	Immungenetische Untersuchungen.	640
	32.3.15.1	Transplantationsvorbereitende immungenetische Untersuchungen. . . .	640
	32.3.15.2	Allgemeine immungenetische Untersuchungen.	642

Laborvergütung ab 01.10.2012

Grundbetrag Labor (Labor-Topf)

Basis 2008



Freie Leistungen vorab zu 100%:

- Wirtschaftlichkeitsbonus 32001
- Laborleistungen Praxislabor
(32025-32027, 32035-32039, 32097, 32150)
- Laborpauschalen

Laborleistungen Kapitel 32-2 und 32-3 für Laborärzte mit bundeseinheitlicher Quote Q

1. Quartal 2018	= 91,6%
Jahre 2015 bis 2017	= 91,6%
2. Halbjahr 2014	= 91,8%

Laborleistungen des Kapitels 32-3
von „Nicht-Laborärzten“
mit bundeseinheitlicher Quote Q
und
mit Berücksichtigung
derer Referenz-Fall-Werte

**VERGÜTUNG DER
Laborleistungen des Kapitels 32-3
von „Nicht-Laborärzten“
mit Berücksichtigung derer Referenz-Fall-Werte**

<u>Arztgruppe</u>	<u>Referenz-Fallwert in Euro</u>
Rheumatologen, Endokrinologen	40 €
Nuklearmediziner, Hämatologen	21 €
Dermatologen, Gynäkologen Pneumologen, Urologen	4 €

bzw. nicht überall umgesetzt
z.B. mit Anpassungen umgesetzt
z.B. höhere Referenzfallwerte

Budgetberechnung: Behandlungsfallzahl der Praxis x Quote x Referenz-Fallwert

Beispiel Urologe: 1.000 Fälle x 91,6% x 4 € = 3.664 € Budget für Labor aus 32-3

Überweisung an Laborfacharzt möglich → läuft nicht in das Referenz-Fallwert-Budget

Reform des

Wirtschaftlichkeits-Bonus

zum 01.04.2013

Zusammenfassung Änderungen zum 01.04.2013

Kriterium	Änderung	Auswirkung
Wirtschaftlichkeitsbonus	Für Behandlungsfälle <u>mit Ausnahme-kennziffern</u> wird der Wirtschaftlichkeitsbonus nicht mehr vergütet	<u>Bei allen Ärzten:</u> Weniger-Vergütung bei Laborüberweisungen mit Ausnahmeziffern
Wirtschaftlichkeitsbonus	Vergütung je <u>Behandlungsfall</u> anstatt <u>Arztfall</u>	<u>Bei GP/MVZ (BAGs):</u> Weniger-Vergütung (keine Ausweichmöglichkeit)
Laborbudget	Berechnung auf Grundlage <u>Behandlungsfall</u> anstatt <u>Arztfall</u>	<u>Bei GP/MVZ (BAG`s):</u> geringeres Laborbudget

Reduktion Bonus-Vergütung bei BAG`s um 40 – 50%
➔ damit Finanzierung der PFG ←

Was ist mit dem frei gewordenem Geld passiert?

PFG: Pauschale Fachärztliche Grundversorgung

Ärzte Zeitung, 28.03.2013 05:02

Facharzt-EBM

Erster Reformschritt kommt zum 1. Juli

Stärkung der wohnortnahen fachärztlichen Grundversorger mit einer Strukturpauschale: Damit steigt die KBV in die Reform des Facharzt-EBM zum 1. Juli ein.

BERLIN. Über einen Zeitraum von insgesamt zwei Jahren will die KBV die Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für insgesamt 26 Facharztgruppen vorbereiten. Das Ziel sei, die wohnortnah tätigen Fachärzte in der Grundversorgung zu stärken.

Im ersten Schritt wird dazu mit Wirkung vom 1. Juli die Fachärztliche Grund- oder Strukturpauschale realisiert.

Finanziert wird die Grundpauschale durch eine Extraerhöhung der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) von 125 Millionen Euro, die Absenkung der Dialyse-Sachkosten von 30 Millionen Euro, 40 Millionen Euro aus einer Bewertungsminderung von drei Laborparametern und knapp 20 Millionen Euro, die bei der Humangenetik frei werden.

Gliederung

- (1) Chronologie zur Laborvergütung
- (2) Laborreform 01.04.2018:
zukünftige Vergütung der Laborleistungen Kapitel 32
- (3) Laborreform 01.04.2018:
zukünftige Vergütung des Wirtschaftlichkeitsbonus
- (4) Laborreform 01.04.2018:
zukünftige Handhabung der Labor-Ausnahmekennziffern
- (5) Übersichtliche Zusammenfassung ALT - NEU

EBM

Laborreförmchen: Schauen Sie künftig genauer hin

Nach langem Anlauf passiert es jetzt zum 1. April 2018: Eine Mini-Reform des Laborkapitels des EBM tritt in Kraft, genauer gesagt eine Neujustierung des Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001) und die Einführung eines arztpraxisspezifischen Laborfallwertes als Richtschnur für die Wirtschaftlichkeit.



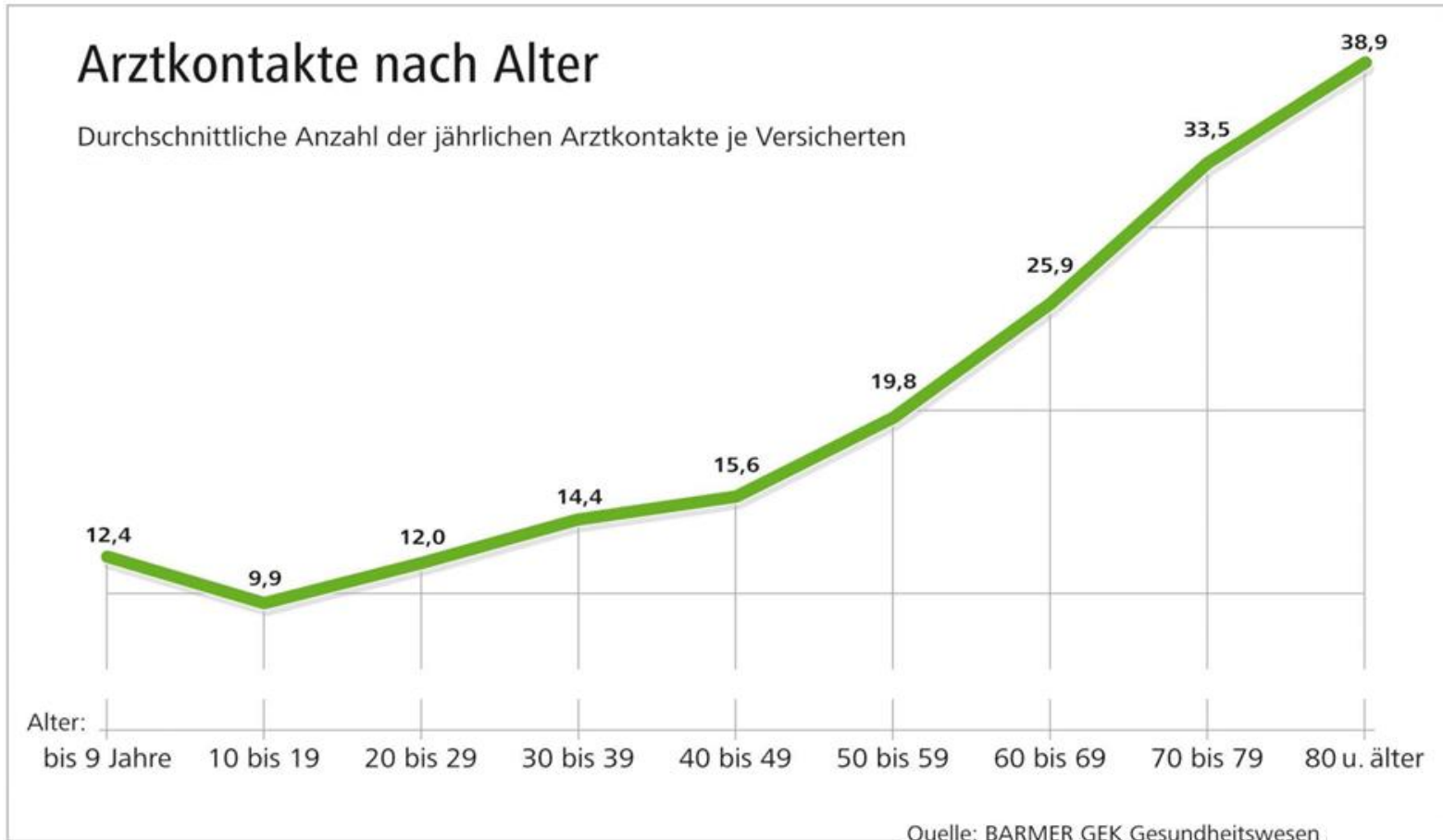
Warum eine Labor-Reform ?

- überproportional steigende Labor-Anforderungen
 - nach Aussage KBV allerdings nicht außer der Reihe im Vergleich mit den bundesweiten Fallzahlen
- **BMG-Entscheidung Mitte 2016:**
 - Hausärzte dürfen Fachärzte nicht „unterstützen“
- **Hausarzt-Facharzt-Zwist um Honorar - u.a. auch bzgl. Labor**
 - dahingehend, wer für die Leistungssteigerung im Labor verantwortlich ist und „das bezahlen muß“

Gründe für die Mengensteigerung:

- In einzelnen Quartalen mehr Influenza-Untersuchungen
- Abschaffung der Praxisgebühr - höheres Patientenaufkommen in den Praxen
- generelle Fallzahlsteigerungen in Deutschland über alle Fachgruppen von mind. 4 %.
- **Reform des Wirtschaftlichkeitsbonus (1.4.13) führt zu Mehrüberweisungen ins Facharztlabor. Aussage KBV: „... der Bonus hat seine Zugkraft verloren“**
- Disease Management Programme (DMP)
Diabetes (HBA1c), Brustkrebs (Tumormarker), Koronare Herzkrankheit (Lipid-Diagnostik, Troponin, pro-BNP), Asthma bronchiale (Allergie-Diagnostik)
- Medizinische Leitlinien (AWMF Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Med. Fachgesellschaften e.V.)
- **Demographie:**
 - Älter werdende Bevölkerung muss mit mehr Medizin versorgt werden (auch Labor)
 - Höhere Überlebensraten bei schweren Erkrankungen (Krebsleiden)
 - Höhere Überlebensraten nach Transplantationen
- Verlagerungen von „eigentlich“ stationären KH-Leistungen in den ambulanten Sektor (KH MVZ)
- Labormedizinischer Fortschritt und individualisierte, teurere Labordiagnostik - „Companion Diagnostics“

Älter werdende Bevölkerung – Zunahme der Fallzahlen



Beschluss des Bewertungsausschusses zur Labor-Reform 01.04.2018

Kern-Inhalte der neuen Labor-Vergütung:

- Neu-Strukturierung des „Grundbetrags Labor“ (Labor-Topf)
- Streichung der KBV-Vorgaben zur Quotierung
 - keine „klare bzw. eindeutige“ bundesweite Labor-Quote Q mehr
- Zurückführung der Laborvergütung zu den einzelnen KV`en
 - Regionalisierung der Laborvergütung und Quotierung
 - jede KV regelt die Vergütung im Rahmen ihrer Honorarverteilungs-Kompetenz selbst
- Neue Vergütung des Wirtschaftlichkeitsbonus
- Neu-Strukturierung der Labor-Ausnahmekennziffern
- Senkung des Honorars GOP 12220 (ärztl. Honorar)
- Abschaffung des KV-LG-Kostennachweises
- Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ) mit 89%-Quote für 2 Jahre

Heute - bis 31.03.18
Grundbetrag Labor (Labor-Topf)
Basis 2008



Vergütung ab 01.04.2018

M10



M10A-LG



M10A-LG



aber ...

Heute - bis 31.03.18
Grundbetrag Labor (Labor-Topf)
Basis 2008

Vergütung ab 01.04.2018



32.1 (Wi-Bonus 32001)

32.2 (Praxislab

32.2

Kap. ...oor)

schalen

Zuständig: jede KV selbst

M10 Grundbetrag Laborärzte
32.2 (M10) + 32.3 (M10)
+ Wirtschaftlichkeitsbonus

M10A-LG

Grundbetrag Hausarzt

32.2 (Praxislabor + LG) + 32.3

M10A-LG

Grundbetrag Facharzt

32.2 (Praxislabor + LG) + 32.3



Grundbetrag ärztlicher Bereitschaftsdienst (LL
im org. Notfalldienst)

Grundbetrag Facharzt

Laborgrundpauschalen 12210, 12220

Lesefassung
Änderungen gültig ab 1. April 2018
der

Vorgaben
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
gemäß § 87b Abs. 4 SGB V
zur Honorarverteilung
durch die Kassenärztlichen Vereinigungen

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 A

Teil A

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

Vergütung der Laborleistungen Kapitel 32.3: Nicht-Laborärzte / Eigenlaborbringer

Teil A – Ziffer 9: KBV-Vorgabe an die KVen

9. 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** (ohne Gebührenordnungspositionen 32860 bis 32865, 32902 bis 32908, 32931, 32932, 32937 bis 32946) EBM einer **fallwertbezogenen Budgetierung unterziehen**. Die in den Budgets enthaltenen Kostenerstattungen sind in diesem Fall je Arztpraxis und Abrechnungsquartal nur bis zu einem begrenzten Gesamthonorarvolumen zu vergüten.

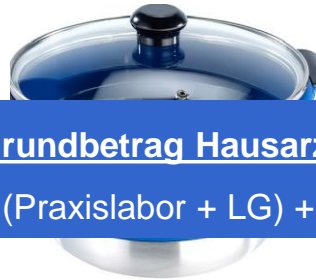
Die Höhe der Budgets ergibt sich aus dem Produkt des für die Arztgruppe vorgegebenen Referenz-Fallwertes ggf. multipliziert mit einer Quote und der Zahl der Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 BMV-Ärzte des Abrechnungsquartals der Arztpraxis.

Die KV 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

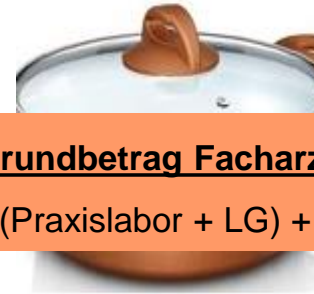
Arztgruppe	Referenz-Fallwert in Euro
Rheumatologen, Endokrinologen	40
Nuklearmediziner, Hämatologen	21
Dermatologen, Gynäkologen, Pneumologen, Urologen	4

Vergütung der Laborleistungen Kapitel **32.3: Nicht-Laborärzte / Eigenlaborbringer**



Grundbetrag Hausarzt

32.2 (Praxislabor + LG) + 32.3



Grundbetrag Facharzt

32.2 (Praxislabor + LG) + 32.3

trotz zukünftiger „Topfbildung“
... man kann von 89 % Quote ausgehen

Vergütung der Laborleistungen Kapitel 32: **Laborfachärzte**

Teil A – Ziffer 8: KBV-Vorgabe an die KVen



8.

Bei der Vergütung der Gebührenordnungspositionen, die dem Grundbetrag „Labor“ unterliegen, ist eine Mindestquote in Höhe von 89 % 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 zugewiesenen Höhe werden erbrachte Leistungen nicht abgestaffelt vergütet. Für über die zugewiesene Höhe hinaus erbrachte Leistungen ist eine Vergütung mit einer Mindestquote von 35 % vorzunehmen.

Wahlmöglichkeit für die KVen:

1. Möglichkeit für die KVen: feste Vergütung aller Laborleistungen mit 89 %

Vergütung der Laborleistungen Kapitel 32: **Laborfachärzte**



Teil A – Ziffer 8: KBV-Vorgabe an die KVen

8.

Bei der Vergütung der Gebührenordnungspositionen, die dem Grundbetrag „Labor“ unterliegen, ist eine Mindestquote in Höhe von 89 % 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 zugewiesenen Höhe werden erbrachte Leistungen nicht abgestaffelt vergütet. Für über die zugewiesene Höhe hinaus erbrachte Leistungen ist eine Vergütung mit einer Mindestquote von 35 % vorzunehmen.

Wahlmöglichkeit für die KVen:

1. Möglichkeit für die KVen: feste Vergütung aller Laborleistungen mit 89 %
2. Möglichkeit für die KVen: Individualbudgets (= RLV) für jedes einzelne Labor
 - feste Vergütung des RLV mit 89 %
 - Vergütung der Leistungen über RLV mit mindestens 35%

GOP 12220 (ärztliches Honorar)

Teil E mit Grundpauschale GOP 12220 ist gestrichen



Grundbetrag Facharzt
Laborgrundpauschalen 12210, 12220

~~3.2 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 1,4458 aus dem zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen VG₂ gemäß 2.2 vergütet.~~

Wegfall des Anpassungsfaktors (Zuschlags) in Höhe von 44,58% und somit Honorarreduktion um 31%.

Gliederung

- (1) **Chronologie zur Laborvergütung**
- (2) Laborreform 01.04.2018:
zukünftige Vergütung der Laborleistungen Kapitel 32
- (3) **Laborreform 01.04.2018:
zukünftige Vergütung des Wirtschaftlichkeitsbonus**
- (4) Laborreform 01.04.2018:
zukünftige Handhabung der Labor-Ausnahmekennziffern
- (5) Übersichtliche Zusammenfassung ALT - NEU

Teil B

Teil B

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

Wirtschaftlichkeitsbonus GOP 32001

Umstellung der Systematik des Wirtschaftlichkeitsbonus

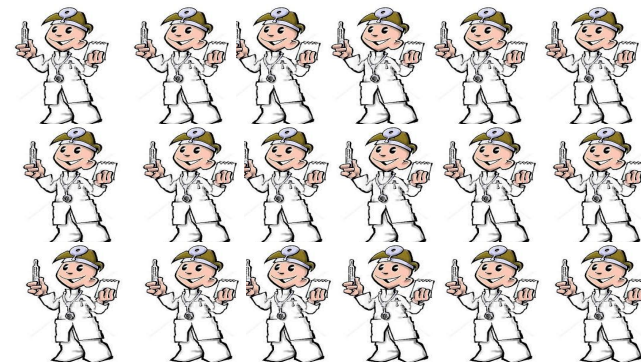
- vollständiger Wegfall der heutigen Laborbudgets 32.2 und 32.3 (unterteilt nach Allgemeinversicherte und Rentner)
- keine Saldierung des Wirtschaftlichkeitsbonus mit dem Laborbudget mehr

stattdessen:

- Ermittlung eines **arztpraxisspezifischen Labor-Fallwertes (iFW - individueller Fallwert)** und
- Ermittlung eines **Korridors** für Labor-Fallwerte der jeweiligen Arztgruppe
→ Einführung von **unteren** und **oberen** Fallwerten für die einzelnen Arztgruppen

Grundlage für Wirtschaftlichkeitsbonus:

- Bezug des **arztpraxisspezifischen Labor-Fallwertes** **auf den** Labor-Fallwert der Arztgruppe



Wirtschaftlichkeitsbonus GOP 32001

iFW - arztpraxisspezifische Fallwert

6.2. Beschlußfassung

Der **arztpraxisspezifische Fallwert** wird unter Berücksichtigung der Ausnahmeregelung nach Nummer 6 ermittelt als:

Summe der Kosten der in dem jeweiligen Quartal von Laborgemeinschaften (M10A) bezogenen, als Auftragsleistung überwiesenen (M10) und eigenerbrachten Leistungen (32.2 bis 32.3) nach den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2 und 32.3 der Arztpraxis

dividiert

durch die Anzahl der Behandlungsfälle, in denen mindestens eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale der Kapitel 3, 4, 7 bis 11, 13, 16 bis 18, 20, 21, 26, 27 oder 30.7 abgerechnet wurde.

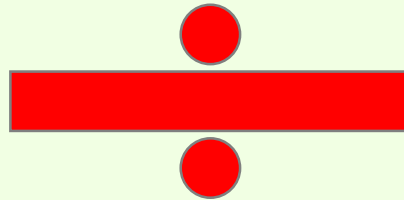
Sofern die Kosten der Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 in einem Folgequartal abgerechnet werden, sind die Kosten bei der Ermittlung des arztpraxisspezifischen Fallwertes in diesem Folgequartal ohne erneute Zählung des auslösenden Behandlungsfalles für die Berechnung des Wirtschaftlichkeitsfaktors zu berücksichtigen.

Bei der Ermittlung des arztpraxisspezifischen Fallwertes bleiben die Kosten der von der Arztpraxis abgerechneten Auftragsleistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 unberücksichtigt.

Wirtschaftlichkeitsbonus GOP 32001

iFW - arztpraxisspezifische Fallwert

Σ **Laborkosten Kap. 32** (Eigenlabor, LG, Facharztlabor)
ohne Laborkosten mit Ausnahmeziffern



Anzahl Behandlungsfälle
mit Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschalen

Wirtschaftlichkeitsbonus GOP 32001

iFW - arztpraxisspezifische Fallwert

Besonderheit bei Setzen von Ausnahmeziffern

6. Behandlungsfälle mit einer oder mehreren der nachfolgend aufgeführten Untersuchungsindikationen sind mit der (den) zutreffenden Kennnummer(n) zu kennzeichnen. Für diese Behandlungsfälle bleiben die für die jeweilige Untersuchungsindikation genannten Gebührenordnungspositionen bei der Ermittlung des arztpraxisspezifischen Fallwertes unberücksichtigt.

Fazit: Ausnahmeziffern reduzieren den iFW

Wirtschaftlichkeitsbonus GOP 32001

iFW - arztpraxisspezifische Fallwert

Beispiel zur Ermittlung von arztpraxisspezifischen Fallwerten

Arztgruppe	Laborkosten	BHFälle	Fallwert (iFW)
Allgemeinarztpraxis 1	1.000,00 €	1.000	1,00 €
Allgemeinarztpraxis 2	3.600,00 €	1.300	2,76 €
Allgemeinarztpraxis 3	6.000,00 €	1.500	4,00 €

Die Berechnung des arztpraxisspezifischen Laborkosten-Fallwertes erfolgt stets ohne die Berücksichtigung der Laborkosten bei Ausnahmekennziffern

Wirtschaftlichkeitsbonus GOP 32001

Vergütung

Beschluß 4:

Sofern der arztpraxisspezifische Fallwert **kleiner oder gleich** dem arztgruppenspezifischen **unteren begrenzenden Fallwert** ist, beträgt der Wirtschaftlichkeitsfaktor 1.

Ist der arztpraxisspezifische Fallwert größer oder gleich dem arztgruppenspezifischen **oberen begrenzenden Fallwert**, beträgt der Wirtschaftlichkeitsfaktor 0.

Liegt der arztpraxisspezifische Fallwert **zwischen** dem arztgruppenspezifischen unteren begrenzenden Fallwert und dem arztgruppenspezifischen oberen begrenzenden Fallwert, wird der Wirtschaftlichkeitsfaktor anteilig wie folgt bestimmt: Die Differenz zwischen dem arztgruppenspezifischen oberen begrenzenden Fallwert und dem arztpraxisspezifischen Fallwert wird dividiert durch die Differenz zwischen

<u>arztpraxisspezifischer Fallwert (iFW)</u>	<u>Wirtschaftlichkeitsfaktor</u>
kleiner oder gleich unterer Fallwert	1 = volle Auszahlung
größer oder gleich oberer Fallwert	0 = keine Auszahlung
zwischen unterem u. oberem Fallwert	anteilige Auszahlung

Wirtschaftlichkeitsbonus GOP 32001

untere und obere Fallwerte

Arztgruppenspezifische untere und obere begrenzende Fallwerte

Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale des EBM Kapitels bzw. Abschnitts	Arztgruppe	Unterer begrenzender Fallwert in Euro	Oberer begrenzender Fallwert in Euro
3	Allgemeinmedizin, hausärztliche Internisten und praktische Ärzte	1,60	3,80
4	Kinder- und Jugendmedizin	0,90	2,40
7	Chirurgie	0,00	0,40
8	Gynäkologie, Fachärzte ohne SP Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	1,00	2,60
8	Gynäkologie, SP Endokrinologie und Reproduktionsmedizin: Nur für Ärzte, die die Gebührenordnungspositionen 08520, 08531, 08541, 08542, 08550, 08551, 08552, 08560 und 08561 berechnen	3,90	60,80
9	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	0,10	0,80
10	Dermatologie	0,50	2,30
11	Humangenetik	0,00	2,80
13.2	Innere Medizin, fachärztliche Internisten ohne SP	1,20	4,60

Wirtschaftlichkeitsbonus GOP 32001

untere und obere Fallwerte

Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale des EBM Kapitels bzw. Abschnitts	Arztgruppe	Unterer begrenzender Fallwert in Euro	Oberer begrenzender Fallwert in Euro
13.3.1	Innere Medizin, SP Angiologie	0,20	2,00
13.3.2	Innere Medizin, SP Endokrinologie	12,60	71,70
13.3.3	Innere Medizin, SP Gastroenterologie	1,60	6,30
13.3.4	Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie	10,90	30,50
13.3.5	Innere Medizin, SP Kardiologie	0,30	1,50
13.3.6	Innere Medizin, SP Nephrologie	22,20	55,90
13.3.7	Innere Medizin, SP Pneumologie	0,80	5,20
13.3.8	Innere Medizin, SP Rheumatologie	8,40	35,30
16	Neurologie, Neurochirurgie	0,00	0,90
17	Nuklearmedizin	0,10	17,90
18	Orthopädie, Fachärzte ohne SP Rheumatologie	0,00	0,40
18	Orthopädie, SP Rheumatologie: Nur für Ärzte, die die Gebührenordnungsposition 18700 berechnen	0,20	1,40
20	Phoniatrie, Pädaudiologie	0,00	0,40
21	Psychiatrie	0,00	0,30
26	Urologie	2,40	7,10
27	Physikalische und Rehabilitative Medizin	0,00	0,30
30.7	Schmerztherapie	0,00	0,40

Wirtschaftlichkeitsbonus GOP 32001

Vergütung

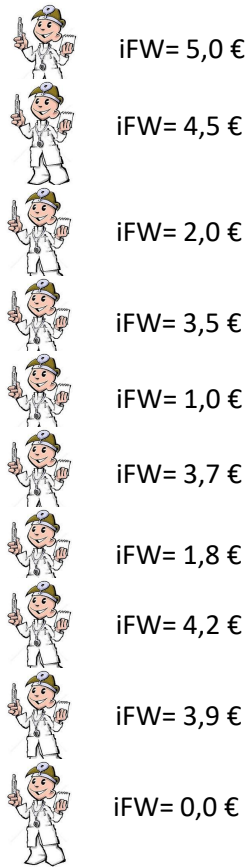
Vergütung des Wirtschaftlichkeitsbonus: Auszahlung in Abhängigkeit vom Verhältnis:

arztpraxisspezifischen/individuellem Laborfallwert (iFW)
zum
Laborfallwert der Arztgruppe

- **iFW unter dem 25. Perzentil** (= 1. Quartil) des „Laborfallwerts der Arztgruppe“
= **unterer Fallwert (UFW)** → Auszahlung in voller Höhe
- **iFW über dem 75. Perzentil** (= 4. Quartil) des „Laborfallwerts der Arztgruppe“
= **oberer Fallwert (OFW)** → keine Auszahlung
- **dazwischen** (2. + 3. Quartil) erfolgt eine anteilige Auszahlung:
je geringer der individuelle Fallwert desto höher der auszuzahlende Bonus.

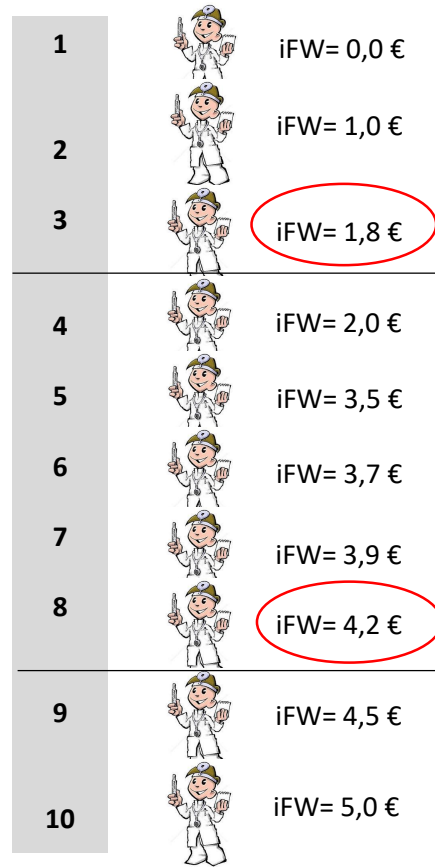
Perzentilen-Berechnung für 1 Arztgruppe

willkürliche
iFW-Berechnung



10 Ärzte

aufsteigende
Sortierung der iFW



10 Ärzte

Perzentilen

alle Ärzte mit einem iFW < 1,8 €
bekommen den Bonus voll

25. Perzentil = 1,8 €

alle Ärzte mit einem iFW
zwischen 2,0 € und 4,2 €
bekommen den Bonus anteilig

75. Perzentil = 4,2 €

alle Ärzte mit einem iFW > 4,2 €
bekommen keinen Bonus

Wirtschaftlichkeitsbonus GOP 32001

Vergütung des Wirtschaftlichkeitsbonus

je Behandlungsfall,

in dem mindestens eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale der Kapitel 3, 4, 7 bis 11, 13, 16 bis 18, 20, 21, 26, 27 oder 30.7 abgerechnet wird,

... im Gegensatz zu heute auch bei denjenigen Fällen, wo eine Ausnahmeziffer gesetzt wird

Zusätzlich relevant für die Fallzählung ist die Anzahl der **selektivvertraglichen Fälle** im Quartal bei Ärzten, die an einem **Selektivvertrag teilnehmen**, sofern gemäß diesem Vertrag die Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3 **weiter als kollektivvertragliche Leistungen** gemäß § 73 SGB V veranlasst oder **abgerechnet werden** und in diesen Fällen keine Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale berechnet wird.

Der Nachweis aller selektivvertraglichen Fälle im Quartal erfolgt gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung anhand der kodierten **Zusatznummer 88192**.

... Selektivverträge: alles was über KV geht (an das Facharztlabor überwiesen wird) ist mit **88192** bzw. **88194** zu kennzeichnen.

Rundschreiben der KV BaWü:

Die Kennnummern gemäß der Bestimmung 32.2 Nr. 6 des EBM können auch bei **selektivvertraglichen Fällen (Kennzeichnung mit Pseudo-GOP 88192 oder 88194 bei Hausärzten mit NäPa)** angegeben werden.

Wirtschaftlichkeitsbonus GOP 32001

Versicherten-, Grund- oder Konsiliar-pauschale des EBM Kapitels bzw. Abschnitts	Arztgruppe	Punkte
3	Allgemeinmedizin, hausärztliche Internisten und praktische Ärzte	19
4	Kinder- und Jugendmedizin	17
7	Chirurgie	3
8	Gynäkologie, Fachärzte ohne SP Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	10
8	Gynäkologie, SP Endokrinologie und Reproduktionsmedizin: Nur für Ärzte, die die Gebührenordnungspositionen 08520, 08531, 08541, 08542, 08550, 08551, 08552, 08560 und 08561 berechnen	37
9	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	6
10	Dermatologie	10
11	Humangenetik	3
13.2	Innere Medizin, fachärztliche Internisten ohne SP	15
13.3.1	Innere Medizin, SP Angiologie	10
13.3.2	Innere Medizin, SP Endokrinologie	37
13.3.3	Innere Medizin, SP Gastroenterologie	15
13.3.4	Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie	23
13.3.5	Innere Medizin, SP Kardiologie	6
13.3.6	Innere Medizin, SP Nephrologie	37
13.3.7	Innere Medizin, SP Pneumologie	15
13.3.8	Innere Medizin, SP Rheumatologie	23
16	Neurologie, Neurochirurgie	6
17	Nuklearmedizin	23

Wirtschaftlichkeitsbonus GOP 32001

Versicherten-, Grund- oder Konsiliar-pauschale des EBM Kapitels bzw. Abschnitts	Arztgruppe	Punkte
18	Orthopädie, Fachärzte ohne SP Rheumatologie	3
18	Orthopädie, SP Rheumatologie: Nur für Ärzte, die die Gebührenordnungsposition 18700 berechnen	6
20	Phoniatrie, Pädaudiologie	3
21	Psychiatrie	3
26	Urologie	15
27	Physikalische und Rehabilitative Medizin	3
30.7	Schmerztherapie	3

Vergütung:

Anzahl Behandlungsfälle (einschl. BHF mit Ausnahmekennziffern)

multipliziert

mit dem Auszahlungsfaktor

multipliziert

mit den definierten Punkten je Arztgruppe

multipliziert

mit dem Punktwert 10,65 Cent → Vergütung Bonus in Euro

Hinweis: keine „garantierte“ 100%-Vergütung, da „feste Töpfe“ für Haus-/Fachärzte in den KV`en

Wirtschaftlichkeitsbonus GOP 32001

Vergütung in Punkten vor und nach 01.04.18

Arztgruppe	Neu ab 1.4.18	Alt vor 1.4.18
Allgemeinärzte, hausärztliche Internisten	19	17
Kinder- und Jugendärzte	17	6
Gynäkologie, ohne SP	10	11
Gynäkologie, SP Endokrinologie/Rheuma	37	11
Fachärztliche Internisten ohne SP	15	18
Internisten, SP Endokrinologie	37	28
Internisten, SP Rheumatologie	23	46
Internisten, SP Hämato-/Onkologie	23	85
Internisten, SP Nephrologie	37	58
Urologen	15	25

Wirtschaftlichkeitsbonus GOP 32001

Beispiel zur zukünftigen Vergütung des Bonus

Wie wird ausbezahlt?

Vergleich iFW (Praxisfallwert) mit unterem (UFW) und oberem (OFW) Fallwert	Auszahlungsfaktor
iFW <= unterer Fallwert	1,0 (volle Auszahlung)
iFW >= oberer Fallwert	0 (keine Auszahlung)
iFW zwischen oberem und unterem Fallwert	$(OFW - iFW) / (OFW - UFW)$

Beispiel für Allgemeinarzt

Arztgruppe	BHF	iFW	Auszahlungsfaktor
Allgemeinpraxis 1	1.000	1,00 €	1,0
Allgemeinpraxis 2	1.300	2,76 €	$(3,80 - 2,76) / (3,80 - 1,60) = 0,47$ → 47%-ige Auszahlung
Allgemeinpraxis 3	1.500	4,00 €	0,0

Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale des EBM Kapitels bzw. Abschnitts	Arztgruppe	Unterer begrenzender Fallwert in Euro	Oberer begrenzender Fallwert in Euro
3	Allgemeinmedizin, hausärztliche Internisten und praktische Ärzte	1,60	3,80

Wirtschaftlichkeitsbonus GOP 32001

KV BaWü: Rundschreiben Anfg. März 2018 (Beispiel für Bonusvergütung)

Beispielrechnung zur Quotierung des Wirtschaftlichkeitsbonus:

FA für Allgemeinmedizin:

Unterer begrenzender Fallwert der Arztgruppe:	1,60 €
Oberer begrenzender Fallwert der Arztgruppe:	3,80 €
GOP 32001 in Punkten:	19 Punkte

Relevante Fallzahl

Fallzahl mit Versichertenpauschale:	655
Fallzahl Selektivfälle (88192):	300
Gesamt:	955

Veranlasste und selbst abgerechnete

Laborkosten:	2.803,20 €
Davon Kosten bei Ausnahmeindikationen:	825,50 €
Relevante Laborkosten:	1.977,70 €

Arztpraxisspezifischer Fallwert (iFW):

1.977,70 € : 955 Fälle = 2,07 €

Vergleich zu den Grenzwerten der Arztgruppe:

iFW (2,07 €) liegt innerhalb der begrenzenden Fallwerte der Arztgruppe (zwischen 1,60 € / 3,80 €)

Wirtschaftlichkeitsfaktor:

$$\frac{\text{Oberer begr. FW AGR} - \text{iFW}}{\text{Oberer begr. FW AGR} - \text{Unterer begr. FW AGR}} = \frac{3,80 - 2,07}{3,80 - 1,60} = 0,79$$

Vergütung des Bonus:

Fallzahl mit Versichertenpauschale x Punkte für GOP 32001 x Wirtschaftlichkeitsfaktor x Orientierungspunktwert x HVM-Laborquote (mindestens 89 %) = Höhe des zu vergütenden Wirtschaftlichkeitsbonus

$$655 \times 19 = 12.445 \text{ Punkte} \times 0,79 = 9.831,6 \text{ Punkte} \times \text{Punktwert } 10,6543 \text{ Cent} = 1.047,49 \text{ €}$$

Dies multipliziert mit (zum Beispiel) der Labor-Mindestquote:

$$1.047,49 \text{ €} \times 89 \% = 932,26 \text{ €}$$

KV Hessen: Rundschreiben

Beispiel fachübergreifende BAG

Eine BAG mit einem **Hausarzt und einem fachärztlichen Internisten** ohne Schwerpunkt rechnet insgesamt **1.500 Behandlungsfälle** (inklusive Fälle mit Kennziffer 88192 für zu berücksichtigende selektivvertragliche Fälle) ab. Der **Hausarzt (HA)** hat auf diesen Behandlungsfällen in **1.000 Fällen Versichertenpauschalen** abgerechnet, der **Internist (INT)** in **700 Fällen Grundpauschalen**. Die von der BAG selbst erbrachten, von der Laborgemeinschaft bezogenen und beim Laborarzt veranlassten **Laborkosten** betragen – ohne Berücksichtigung der Kosten für Laboruntersuchungen mit Ansatz einer Kennnummer – **3.600 Euro**.

Fallwert: 3.600 € : 1.500 BHF= 2,40 €

Unterer begrenzender Fallwert	Allgemeinmedizin:	1,60 Euro
	Internist ohne SP:	1,20 Euro
Oberer begrenzender Fallwert	Allgemeinmedizin:	3,80 Euro
	Internist ohne SP:	4,60 Euro
Punkte WiBo FG	Allgemeinmedizin:	19
	Internist ohne SP:	15

Wichtig: In BAGs müssen gemittelte Werte für die Praxis gebildet werden, da der WiBo praxisbezogen gewährt wird. Relevant für die anteilige Berechnung sind jeweils die Ärzte, die auf einem WiBo-relevanten Behandlungsfall eine Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale gem. EBM-Definition abrechnen. Daraus ergeben sich die „WiBo-Arztfälle“ in den folgenden Berechnungen.

KV Hessen: Rundschreiben

Berechnung unterer FG-Fallwert BAG

$$\frac{((\text{Arztfälle HA} \times \text{unterer begrenz. Fallwert FG}) + (\text{Arztfälle INT} \times \text{unterer begrenz. Fallwert FG}))}{\text{Behandlungsfälle}}$$

$$\frac{((1.000 \times 1,60 \text{ €}) + (700 \times 1,20 \text{ €}))}{1.500} = 1,63 \text{ €}$$

Berechnung oberer FG- Fallwert BAG

$$\frac{((\text{Arztfälle HA} \times \text{oberer begrenz. Fallwert FG}) + (\text{Arztfälle INT} \times \text{oberer begrenz. Fallwert FG}))}{\text{Behandlungsfälle}}$$

$$\frac{((1.000 \times 3,80 \text{ €}) + (700 \times 4,60 \text{ €}))}{1.500} = 4,68 \text{ €}$$

Berechnung Wirtschaftlichkeitsfaktor

$$\frac{(\text{oberer FG} - \text{Fallwert BAG} - \text{arztpraxisspezifischer Fallwert})}{(\text{oberer FG} - \text{Fallwert BAG} - \text{unterer FG} - \text{Fallwert BAG})} = \text{anteiliger WiBo}$$

$$\frac{(4,68 \text{ €} - 2,40 \text{ €})}{(4,68 \text{ €} - 1,63 \text{ €})} = 0,7475: \text{ entspricht einer Anerkennung i. H. v. 74\%}$$

Fallwert: 3.600 € : 1.500 BHF= 2,40 €

Gliederung

- (1) **Chronologie zur Laborvergütung**
- (2) Laborreform 01.04.2018:
zukünftige Vergütung der Laborleistungen Kapitel 32
- (3) Laborreform 01.04.2018:
zukünftige Vergütung des Wirtschaftlichkeitsbonus
- (4) **Laborreform 01.04.2018:**
zukünftige Handhabung der Labor-Ausnahmekennziffern
- (5) Übersichtliche Zusammenfassung ALT - NEU

„heutige“ Ausnahmekennziffern: bis 31.03.2018

Untersuchungsindikation	Kennnummer
Antivirale Therapie der chronischen Hepatitis B oder C mit Interferon und/oder Nukleosidanaloga	32005
Erkrankungen oder Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht, sofern in diesen Krankheitsfällen mikrobiologische, virologische oder infektionsimmunologische Untersuchungen durchgeführt werden, oder Krankheitsfälle mit meldepflichtigem Nachweis eines Krankheitserregers	32006
Vorsorgeuntersuchungen gemäß den Mutterschafts-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen , soweit die Leistungen nach Kapitel 32 abzurechnen sind, oder prä- bzw. perinatale Infektionen	32007
Anfallsleiden unter antiepileptischer Therapie oder Psychosen unter Clozapintherapie	32008
Allergische Erkrankungen bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr	32009
Genetisch bedingte Erkrankungen oder Verdacht auf diese Erkrankungen, sofern Untersuchungen nach den Nrn. Gebührenordnungspositionen 11310 bis 11312, 11320 bis 11322 sowie der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 11.4 durchgeführt werden	32010
Therapiepflichtige hämolytische Anämie, Diagnostik und Therapie der hereditären Thrombophilie, des Antiphospholipidsyndroms oder der Hämophilie	32011
Tumorerkrankung unter parenteraler tumorspezifischer Behandlung oder progrediente Malignome unter Palliativbehandlung	32012
Diagnostik und Therapie von Fertilitätsstörungen, soweit die Laborleistungen nicht Bestandteil der Gebührenordnungspositionen 08530 bis 08561 sind	32013

Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen	32014
Orale Antikoagulantientherapie	32015
Präoperative Labordiagnostik vor ambulanten oder belegärztlichen Eingriffen in Narkose oder in rückenmarksnaher Regionalanästhesie	32016
Manifeste angeborene Stoffwechsel- und/oder endokrinologische Erkrankung(en) bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr oder Mukoviszidose	32017
Chronische Niereninsuffizienz mit einer endogenen Kreatinin-Clearance < 25 ml/min	32018
Erkrankungen unter systemischer Zytostatika-Therapie und/oder Strahlentherapie	32019
HLA-Diagnostik vor und/oder Nachsorge unter immunsuppressiver Therapie nach allogener Transplantation eines Organs oder hämatopoetischer Stammzellen	32020
Therapiebedürftige HIV-Infektionen	32021
Manifester Diabetes mellitus	32022
Rheumatoide Arthritis (PCP) einschl. Sonderformen und Kollagenosen unter immunsuppressiver oder immunmodulierender Langzeit-Basistherapie	32023

Ausnahmekennziffern ab 01.04.2018

Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V

Geschäftsführung des Bewertungsausschusses

6. Behandlungsfälle mit einer oder mehreren der nachfolgend aufgeführten Untersuchungsindikationen sind mit der (den) zutreffenden Kennnummer(n) zu kennzeichnen. Für diese Behandlungsfälle bleiben die für die jeweilige Untersuchungsindikation genannten Gebührenordnungspositionen bei der Ermittlung des arztpraxispezifischen Fallwertes unberücksichtigt.

Die Kennnummer(n) des Behandlungsfalls ist (sind) ausschließlich in der Abrechnung der beziehenden, eigenerbringenden oder veranlassenden Arztpraxis anzugeben.

Neu:

Die Ausnahmeziffern werden zukünftig nur in der Arzt-Praxis-Software erfasst, verwaltet und abgerechnet. Eine Weitergabe an das Labor muß nicht mehr erfolgen.

Ausnahmekennziffern ab 01.04.2018

Neu:

- 16 Untersuchungsindikationen (= Ausnahmeziffern) mit fest definiertem Ziffernkranz.
- Nur die Leistungen des Ziffernkranzes bleiben bei der Berechnung des arztpraxis-individuellen Fallwertes (iFW) unberücksichtigt.
- Die Leistungen mit den Ausnahmekennziffern werden für die iFW-Berechnung (individuelle Labor-Fallkosten) nicht berücksichtigt, **senken / mindern also den iFW !!**
- Die Ausnahmeziffern werden zukünftig nur in der Arzt-Praxis-Software erfasst und verwaltet. Eine Weitergabe an das Labor muß nicht mehr erfolgen.
- Es können – im Gegensatz zu heute – mehr als 1 Ausnahmeziffer je Patient angegeben werden.

Rundschreiben der KVBAWü: Die Kennnummern gemäß der Bestimmung 32.2 Nr. 6 des EBM

- befreien zukünftig nur noch bestimmte Leistungen von der Anrechnung auf den individuellen Fallwert
- werden nur noch auf dem eigenen Behandlungsfall (nicht mehr auf der Laborüberweisung) angegeben
- können auch bei selektivvertraglichen Fällen (Kennzeichnung mit Pseudo-GOP 88192 oder 88194 bei Hausärzten mit NÄPa) angegeben werden.
- für einen Patienten können gegebenenfalls mehrere Kennnummern angegeben werden.

Handhabung der Labor-Ausnahmekennziffern ab 01.04.2018

Konkretisierung der Ausnahmeziffern/Kennnummern mittels Ziffernkranz

Beschränkung der Ausnahmeziffern auf ausgewählte Laborleistungen, die **nicht** auf den **individuellen Fallwert (iFW)** angerechnet werden.

→ „somit – nach altem Denken – quasi budgetfrei sind

→ nur die zum Ziffernkranz gehörenden Untersuchungen sind budgetfrei

Beispiel: Diabetes mellitus

GOP	GOP-Legende	
32025	Glucose	Eigenlabor
32057	Glucose	Laborgemeinschaft
32066	Kreatinin (Jaffé-Methode)	
32094	HbA1c	
32135	Urin-Mikroalbumin	

Ausnahmekennziffern ab 01.04.2018

Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V

Geschäftsführung des Bewertungsausschusses

6. Behandlungsfälle mit einer oder mehreren der nachfolgend aufgeführten Untersuchungsindikationen sind mit der (den) zutreffenden Kennnummer(n) zu kennzeichnen. Für diese Behandlungsfälle bleiben die für die jeweilige Untersuchungsindikation genannten Gebührenordnungspositionen bei der Ermittlung des arztpraxispezifischen Fallwertes unberücksichtigt.

Die Kennnummer(n) des Behandlungsfalles ist (sind) ausschließlich in der Abrechnung der beziehenden, eigenerbringenden oder veranlassenden Arztpraxis anzugeben.

Untersuchungsindikation	Kennnummer	Ausgenommene GOPen
Nebensichende Gebührenordnungspositionen bleiben grundsätzlich bei der Ermittlung des arztpraxispezifischen Fallwertes unberücksichtigt		32125; 32880; 32881; 32882 32125 = prä-operativ 32880-32882 = Gesundheitsuntersuchungen
Antivirale Therapie der chronischen Hepatitis B oder C mit Interferon und/oder Nukleosidanaloga	32005	32058; 32066; 32070; 32071; 32781; 32823; 32827

Anmerkung:

a) 32066 = Krea Jaffé-Methode

b) i.d.R. wird in den Laboren 32067 Krea, enzymatisch bestimmt.

Ausnahmekennziffern ab 01.04.2018

Untersuchungsindikation	Kennnummer	Ausgenommene GOPen
Erkrankungen oder Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht oder Mukoviszidose	32006	32172; 32176; 32177; 32178; 32179; 32185; 32186; 32565; 32566; 32567; 32568; 32569; 32570; 32571; 32574; 32575; 32576; 32586; 32587; 32590; 32592; 32593; 32600; 32612; 32613; 32614; 32615; 32619; 32620; 32623; 32624; 32629; 32630; 32636; 32640; 32660; 32662; 32664; 32680; 32700; 32705; 32707; 32721; 32722; 32723; 32724; 32725; 32726; 32727; 32743; 32745; 32746; 32747; 32748; 32749; 32750; 32760; 32761; 32762; 32764; 32766; 32767; 32768; 32780; 32781; 32782; 32783; 32786; 32789; 32790; 32791; 32792; 32793; 32825; 32829; 32830; 32833; 32834; 32835; 32836; 32837; 32838; 32839; 32841; 32842
Leistungen der Mutterschaftsvorsorge gemäß den Mutterschafts-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung	32007	32031; 32035; 32038; 32120

Ausnahmekennziffern ab 01.04.2018

Untersuchungsindikation	Kennnummer	Ausgenommene GOPen
Erkrankungen oder Verdacht auf prä- bzw. perinatale Infektionen	32024	32565; 32566; 32567; 32568; 32569; 32570; 32571; 32574; 32575; 32594; 32602; 32603; 32621; 32626; 32629; 32630; 32640; 32660; 32740; 32750; 32760; 32781; 32832; 32833
Leistungen der Mutterschaftsvorsorge, die bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung nach den kurativen Gebührenordnungspositionen erbracht werden, sind mit dem für die Mutterschaftsvorsorge vereinbarten Kennzeichen „V“ zu versehen.		
Anfallsleiden unter antiepileptischer Therapie oder Psychosen unter Clozapintherapie	32008	32070; 32071; 32120; 32305; 32314; 32342
Allergische Erkrankungen bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr	32009	32380; 32426; 32427
Therapie der hereditären Thrombophilie, des Antiphospholipidsyndroms oder der Hämophilie	32011	32112; 32113; 32115; 32120; 32203; 32208; 32212; 32213; 32214; 32215; 32216; 32217; 32218; 32219; 32220; 32221; 32222; 32228
Erkrankungen unter antineoplastischer Therapie oder systemischer Zytostatika-Therapie und/oder Strahlentherapie	32012	32066; 32068; 32070; 32071; 32120; 32122; 32155; 32156; 32157; 32159; 32163; 32168; 32169; 32324; 32351; 32376; 32390; 32391; 32392; 32394; 32395; 32396; 32397; 32400; 32446; 32447; 32527

Ausnahmekennziffern ab 01.04.2018

Untersuchungsindikation	Kennnummer	Ausgenommene GOPen
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	32014	32137; 32140; 32141; 32142; 32143; 32144; 32145; 32146; 32147; 32148; 32292; 32293; 32314; 32330; 32331; 32332; 32333; 32334; 32335; 32336; 32337
Orale Antikoagulantientherapie	32015	32026; 32113; 32114; 32120
Manifeste angeborene Stoffwechsel- und/oder endokrinologische Erkrankung(en) bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	32017	32082; 32101; 32309; 32310; 32320; 32321; 32359; 32361; 32367; 32368; 32370; 32371; 32401; 32412
Chronische Niereninsuffizienz mit einer endogenen Kreatinin-Clearance < 25 ml/min	32018	32064; 32065; 32066; 32081; 32083; 32197; 32237; 32411; 32435
HLA-Diagnostik vor einer Organ-, Gewebe- oder hämatopoetischen Stammzelltransplantation und/oder immunsuppressive Therapie nach erfolgter Transplantation	32020	32374; 32379; 32784; 32843; 32844; 32901; 32902; 32904; 32906; 32908; 32910; 32911; 32915; 32916; 32917; 32918; 32939; 32940; 32941; 32942; 32943
Therapiebedürftige HIV-Infektionen	32021	32058; 32066; 32070; 32071; 32520; 32521; 32522; 32523; 32524; 32525; 32526; 32822; 32824; 32828
Manifester Diabetes mellitus	32022	32025; 32057; 32066; 32094; 32135

Ausnahmekennziffern ab 01.04.2018

Untersuchungsindikation	Kenn- nummer	Ausgenommene GOPen
Rheumatoide Arthritis (PCP) einschl. Sonderformen und Kollagenosen unter immunsuppressiver oder immunmodulierender Langzeit-Basistherapie	32023	32042; 32066; 32068; 32070; 32071; 32081; 32120; 32461; 32489; 32490; 32491

was verändert sich bei der
Legendierung ?

Ausnahmekennziffern ab 01.04.2018

GOP	Legende alt (bis 31.03.18)	Legende neu (ab 01.04.8)
32005	Antivirale Therapie der chronischen Hepatitis B oder C mit Interferon und/oder Nukleosidanaloga	Antivirale Therapie der chronischen Hepatitis B oder C mit Interferon und/oder Nukleosidanaloga
32006	Erkrankungen oder Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht, sofern in diesen Krankheitsfällen mikrobiologische, virologische oder infektionsimmunologische Untersuchungen durchgeführt werden, oder Krankheitsfälle mit meldepflichtigem Nachweis eines Krankheitserregers	Erkrankungen oder Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht oder Mukoviszidose
32007	Vorsorgeuntersuchungen gemäß den Mutterschafts-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, soweit die Leistungen nach Kapitel 32 abzurechnen sind, oder prä- bzw. perinatale Infektionen	Leistungen der Mutterschaftsvorsorge gemäß den Mutterschafts-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung
32024	-	Erkrankungen oder Verdacht auf prä- bzw. perinatale Infektionen
32008	Anfallsleiden unter antiepileptischer Therapie oder Psychosen unter Clozapintherapie	Anfallsleiden unter antiepileptischer Therapie oder Psychosen unter Clozapintherapie

Ausnahmekennziffern ab 01.04.2018

GOP	Legende alt (bis 31.03.18)	Legende neu (ab 01.04.8)
32005	Antivirale Therapie der chronischen Hepatitis B oder C mit Interferon und/oder Nukleosidanaloga	Antivirale Therapie der chronischen Hepatitis B oder C mit Interferon und/oder Nukleosidanaloga
32006	Erkrankungen oder Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht, sofern in diesen Krankheitsfällen mikrobiologische, virologische oder infektionsimmunologische Untersuchungen durchgeführt werden, oder Krankheitsfälle mit meldepflichtigem Nachweis eines Krankheitserregers	Erkrankungen oder Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht oder Mukoviszidose
32007	Vorsorgeuntersuchungen gemäß den Mutterschafts-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, soweit die Leistungen nach Kapitel 32 abzurechnen sind, oder prä- bzw. perinatale Infektionen	Leistungen der Mutterschaftsvorsorge gemäß den Mutterschafts-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung
32024	-	Erkrankungen oder Verdacht auf prä- bzw. perinatale Infektionen
32008	Anfallsleiden unter antiepileptischer Therapie oder Psychosen unter Clozapintherapie	Anfallsleiden unter antiepileptischer Therapie oder Psychosen unter Clozapintherapie

Ausnahmekennziffern ab 01.04.2018

GOP	Legende alt (bis 31.03.18)	Legende neu (ab 01.04.8)
32009	Allergische Erkrankungen bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr	Allergische Erkrankungen bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr
32011	Therapiepflichtige hämolytische Anämie, Diagnostik und Therapie der hereditären Thrombophilie, des Antiphospholipidsyndroms oder der Hämophilie	Therapie der hereditären Thrombophilie, des Antiphospholipidsyndroms oder der Hämophilie
32012	Tumorerkrankung unter parenteraler tumorspezifischer Behandlung oder progrediente Malignome unter Palliativbehandlung	Erkrankungen unter antineoplastischer Therapie oder systemischer Zytostatika-Therapie und/oder Strahlentherapie
32013	Diagnostik und Therapie von Fertilitätsstörungen, soweit die Laborleistungen nicht Bestandteil der Gebührenordnungspositionen 08530 bis 08561 sind	-
32014	Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses
32015	Orale Antikoagulantientherapie	Orale Antikoagulantientherapie

Ausnahmekennziffern ab 01.04.2018

GOP	Legende alt (bis 31.03.18)	Legende neu (ab 01.04.8)
32016	Präoperative Labordiagnostik vor ambulanten oder belegärztlichen Eingriffen in Narkose oder in rückenmarksnaher Regionalanästhesie	- nicht mehr relevant, da GOP 32125 (Laboruntersuchungen vor ambulanter OP) immer unberücksichtigt bleibt.
32017	Manifeste angeborene Stoffwechsel- und/oder endokrinologische Erkrankung(en) bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr oder Mukoviszidose	Manifeste angeborene Stoffwechsel- und/oder endokrinologische Erkrankung(en) bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
32018	Chronische Niereninsuffizienz mit einer endogenen Kreatinin-Clearance < 25 ml/min	Chronische Niereninsuffizienz mit einer endogenen Kreatinin-Clearance < 25 ml/min
32019	Erkrankungen unter systemischer Zytostatika-Therapie und/oder Strahlentherapie	- geht in 32012 ein
32020	HLA-Diagnostik vor und/oder Nachsorge unter immunsuppressiver Therapie nach allogener Transplantation eines Organs oder hämatopoetischer Stammzellen	HLA-Diagnostik vor einer Organ-, Gewebe- oder hämatopoetischen Stammzelltransplantation und/oder immunsuppressive Therapie nach erfolgter Transplantation
32021	Therapiebedürftige HIV-Infektionen	Therapiebedürftige HIV-Infektionen
32022	Manifester Diabetes mellitus	Manifester Diabetes mellitus
32023	Rheumatoide Arthritis (PCP) einschl. Sonderformen und Kollagenosen unter immunsuppressiver oder immunmodulierender Langzeit-Basistherapie	Rheumatoide Arthritis (PCP) einschl. Sonderformen und Kollagenosen unter immunsuppressiver oder immunmodulierender Langzeit-Basistherapie



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Diese Kennnummern wurden inhaltlich neu gefasst:

32006

Bisher: Erkrankungen oder Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht, sofern in diesen Krankheitsfällen mikrobiologische, virologische oder infektionsimmunologische Untersuchungen durchgeführt werden, oder Krankheitsfälle mit meldepflichtigem Nachweis eines Krankheitserregers

Neu: Erkrankungen oder Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht, oder Mukoviszidose

Länderspezifische Besonderheiten bei Meldepflichten wurden im Ziffernkranz berücksichtigt. Die Indikation der Mukoviszidose wurde aus der Kennnummer 32009 in diese Kennnummer übertragen, da insbesondere die mikrobiologische Diagnostik für die Therapieführung wesentlich ist.

32007

Bisher: Vorsorgeuntersuchungen gemäß den Mutterschafts-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, soweit die Leistungen nach Kapitel 32 abzurechnen sind, oder prä- beziehungsweise perinatale Infektionen

Neu: Leistungen der Mutterschaftsvorsorge gemäß den Mutterschafts-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung

Die Kennnummer befreit im Vertretungsfall, im Notfall und bei Mit- und Weiterbehandlung die Laborleistungen, die in der GOP 01770 Betreuung einer Schwangeren inkludiert sind. Der Grund: Die GOP 01770 ist im Vertretungsfall, im Notfall sowie bei Mit- und Weiterbehandlung nicht berechnungsfähig.

In der Mutterschaftsvorsorge kennzeichnen Ärzte den Laborauftrag grundsätzlich im entsprechenden Feld der Überweisung als präventiv. So kann der Laborarzt die Laborleistungen nach dem Programm der Mutterschaftsvorsorge mit den GOP der Mutterschaftsvorsorge des Abschnitts 1.7.4 EBM abrechnen und im Vertretungsfall, im Notfall und bei Mit- und Weiterbehandlung die Laborleistung in der Abrechnung nach KV-Vorgabe kennzeichnen.

Die Untersuchung der prä- und perinatalen Infektionen wird künftig in einer eigenen Kennnummer 32024 abgebildet.



32011

Bisher: Therapiepflichtige hämolytische Anämie, Diagnostik und Therapie der hereditären Thrombophilie, des Antiphospholipidsyndroms oder der Hämophilie

Neu: Therapie der hereditären Thrombophilie, des Antiphospholipidsyndroms oder der Hämophilie

Die therapiepflichtige hämolytische Anämie und die Diagnostik der hereditären Thrombophilie, des Antiphospholipidsyndroms oder der Hämophilie unterliegen künftig der Steuerung durch den Wirtschaftlichkeitsbonus.

32012

Bisher: Tumorerkrankung unter parenteraler tumorspezifischer Behandlung oder progrediente Malignome unter Palliativbehandlung

Neu: Erkrankungen unter antineoplastischer Therapie oder systemischer Zytostatika-Therapie und/oder Strahlentherapie

Ärzte können die Kennnummer weiterhin für die parenterale tumorspezifische Therapie, zum Beispiel mit Zytostatika oder Biologica, und neu für orale anti-neoplastische Therapien sowie die Strahlentherapie ansetzen. Ab April umfasst die Kennnummer 32012 somit auch die Untersuchungsindikationen der bisherigen Kennnummer 32019.

Diese Kennnummern wurden inhaltlich neu gefasst:

32015

Orale Antikoagulantientherapie

Diese Kennnummer befreit zukünftig ausschließlich die für die Steuerung von Vitamin K-Antagonisten notwendigen Laboruntersuchungen von der Anrechnung auf den arztpraxisspezifischen Fallwert. Die direkten oralen Antikoagulantien bedürfen in der Regel keiner Therapieüberwachung.

32019

Bisher: Erkrankungen unter systemischer Zytostatika-Therapie und/oder Strahlentherapie

Die Kennnummer 32019 wird aufgrund des ähnlichen Leistungsinhalts mit der Kennnummer 32012 zusammengefasst und in der neu gefassten Kennnummer 32012 abgebildet.

Mehr Informationen

Zur Laborreform und zum Wirtschaftlichkeitsbonus – mit Übersichten zu den arztgruppenspezifischen Fallwerten, zur Bewertung der GOP 32001 je Fachgruppe und zu allen Kennnummern sowie den Beschluss des Bewertungsausschusses: www.kbv.de/html/33487.php

3.6 Für den Fall, dass 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“ ersetzt werden, sind die Finanzmittel ab dem 2. Quartal 2018 gemäß nachfolgendem Verfahren aus dem Vergütungsvolumen des haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrags in das Vergütungsvolumen des Grundbetrags „Labor“ zu überführen:

1. Der Leistungsbedarf nach regionaler Euro-GO der auf Muster 10A bezogenen allgemeinen Laboratoriumsuntersuchungen des Kapitels 32.2 EBM bezogen auf bereichseigene Versicherte wird für das Vorjahresquartal („Referenzwert Muster 10A“) und das aktuelle Quartal („Vergleichswert Muster 10A“) jeweils für den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich bestimmt.
2. Der Leistungsbedarf nach regionaler Euro-GO für auf Muster 10 veranlasste allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen des Kapitels 32.2 EBM von bereichseigenen Versicherten wird für das Vorjahresquartal („Referenzwert Muster 10“) und das aktuelle Quartal („Vergleichswert Muster 10“) jeweils für den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich bestimmt.
3. Zu dem Vergleichswert des aktuellen Quartals wird bei gegebenenfalls erfolgter Bereinigung für allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen des Kapitels 32.2 EBM der entsprechende Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung addiert. Ebenfalls werden die Überführung von Leistungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in die extrabudgetäre Vergütung sowie relevante Änderungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab berücksichtigt.
4. Ist die Differenz aus dem „Referenzwert Muster 10A“ und dem gemäß Ziffer 3 erhöhten „Vergleichswert Muster 10A“ im jeweiligen Versorgungsbereich negativ, d. h. ein Leistungsmengenzuwachs bei Muster 10A liegt vor, erfolgt keine Anpassung des haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrags.
5. Ist die Differenz aus „Referenzwert Muster 10“ im jeweiligen Versorgungsbereich und gemäß Ziffer 3 erhöhten „Vergleichswert Muster 10“ positiv, d. h. ein Leistungsmengenzuwachs bei Muster 10 liegt vor, erfolgt keine Anpassung des haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrags.
6. Insofern weder ein Leistungsmengenzuwachs bei Muster 10A nach Ziffer 4 noch ein Leistungsmengenzuwachs bei Muster 10 nach Ziffer 5 im jeweiligen Versorgungsbereich vorliegt, werden die Differenzen gemäß Ziffer 1 und 2 unter Berücksichtigung von Ziffer 3 verglichen und der kleinere absolute Wert verwendet.

was passiert bei Verlagerungen?

Vergütung ab 01.04.2018



M10

Grundbetrag Laborärzte
32.2 (M10) + 32.3 (M10)
+ Wirtschaftlichkeitsbonus

M10A-LG

Grundbetrag Hausarzt
32.2 (Praxislabor + LG) + 32.3

M10A-LG

Grundbetrag Facharzt
32.2 (Praxislabor + LG) + 32.3



Grundbetrag ärztlicher Bereitschaftsdienst (LL im org. Notfalldienst)



Grundbetrag Facharzt
Laborgrundpauschalen 12210, 12220

Gliederung

- (1) **Chronologie zur Laborvergütung**
- (2) Laborreform 01.04.2018:
zukünftige Vergütung der Laborleistungen Kapitel 32
- (3) Laborreform 01.04.2018:
zukünftige Vergütung des Wirtschaftlichkeitsbonus
- (4) Laborreform 01.04.2018:
zukünftige Handhabung der Labor-Ausnahmekennziffern
- (5) **Übersichtliche Zusammenfassung ALT - NEU**

Kriterium	Regelung bis 31.03.18	zukünftige Regelung ab 01.04.18
Praxis-Laborleistungen <small>32025-32027, 32035-32039, 32097, 32150</small>	Vergütung zu 100% - ohne Kürzung	<u>keine</u> „garantierte“ 100%-Vergütung, da Haus-/Facharzttopf mit regionalem HVM <i>- man kann von 89% ausgehen</i>
Eigenlaborerbringer 32.3	Vergütung mit Quote 91,58 ggf. Referenzfallwerte - abhängig von KV	<i>- man kann von 89% ausgehen</i> - allerdings abhängig davon, ob der „Topf“ (Grundbetrag Haus-/Facharzt) ausreicht. - ggf. Referenzfallwerte - abhängig von KV
Ausnahmeziffern	Anzahl = 18 alle Laborleistungen und somit alle Labor-kosten je Behandlungsfall in 1 Quartal sind budgetbefreit	Anzahl = 16 nur die der Ausnahmeziffer zugeordneten Laborleistungen und somit Laborkosten gehen <u>nicht</u> in die Berechnung des Laborfallwertes (iFW) der Praxis ein und <u>reduzieren somit den iFW</u>
Laborbudget	Laborbudget für 32.2 und für 32.3 unterteilt nach AV und Rentnern Berechnung: Anzahl Fälle ohne Ausnahmeziffer multipliziert mit Punktzahlen	Laborbudgets fallen weg - dafür Einführung von unteren und oberen Laborfallwerten

<u>Kriterium</u>	<u>Regelung bis 31.03.18</u>	<u>zukünftige Regelung ab 01.04.18</u>
------------------	------------------------------	--

Laborveranlassungen und relevante Laborkosten

mit Nicht-Ausnahmeziffern versehene Laborleistungen (eigenerbracht/ veranlasst) werden in Euro zusammenaddiert und in Punkte mittels Faktor umgerechnet
 Faktor 32.2 = 9,4
 Faktor 32.3 = 10,1

keine Umrechnung der Laborkosten in Punkte mehr, stattdessen Berechnung eines arztpraxisspezifischen Fallwertes (iFW):

$$\frac{\sum \text{Laborkosten 32.2 (Praxis+LG) + 32.3 (ohne Laborkosten bei Ausnahmeziffern)}}{\text{Anzahl Behandlungsfälle}}$$

Fallzählung für den Wirtschaftlichkeitsbonus

Anzahl Behandlungsfälle ohne die BHF mit Ausnahmekennziffern

alle Behandlungsfälle einschl. der BHF mit Ausnahmekennziffern

Berechnungsschema zur Vergütung des Wirtschaftlichkeitsbonus

Behandlungsfälle (ohne Fälle mit Ausnahmekennziffern) multipliziert mit den jew. Punktzahlen je Arztgruppe abzüglich evtl. Budgetüberschreitungen

Formel:
Fälle x PZ ./ . Überschreitungen in Punkte

abhängig vom individuellen Laborfallwert in Bezug zum Korridor der Arztgruppe (untere und obere Fallwerte)

 < unterer Fallwert → 100% Bonus
 > oberer Fallwert → 0% Bonus
 dazwischen → gleitend

KriteriumRegelung bis 31.03.18zukünftige Regelung ab 01.04.18

Vergütung des
Wirtschaftlichkeitsbonus
in Euro

gewährte Punkte x Punktwert
(PW = 10,65 Cent)

Anzahl Behandlungsfälle mit Ausn.Ziffer
multipliziert
mit dem Auszahlungsfaktor
multipliziert
mit den definierten Punkten je Arztgruppe
multipliziert
mit dem Punktwert 10,65 Cent

=

Vergütung Bonus in Euro

Hinweis:
eine Quotierung kann erfolgen, sofern der
HVM einer KV das vorsieht.

KV Berlin

Veränderung der Honorierung der Laborleistungen

Nachdem sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband geeinigt haben, treten zum **2. Quartal 2018** weitreichende Änderungen im Laborbereich in Kraft. Hiervon ist auch die Honorierung der Laborleistungen betroffen. Die Vertreterversammlung hat hierzu am 22. März die Honorierung von Laborleistungen neu geregelt. Der folgenden Übersicht können Sie die alte und neue Laborvergütung entnehmen:

	Bis zum 1. Quartal 2018	Ab dem 2. Quartal 2018
eigenerbrachtes Labor in der eigenen Praxis und eigenerbrachtes Labor in der Laborgemeinschaft, veranlasst auf Muster 10A	91,58 Prozent	89 Prozent
GOPen 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150	100 Prozent	89 Prozent
Auftragslabor veranlasst auf Muster 10	91,58 Prozent	89 Prozent
Wirtschaftlichkeitsbonus nach der GOP 32001	100 Prozent	100 Prozent
Grundpauschalen der Laborärzte nach den GOPen 12210 und 12220.	144,58 Prozent	89 Prozent
Labor im Rahmen des Bereitschaftsdienstes bzw. in der Notfallbehandlung der Rettungsstellen an den Krankenhäusern	100 Prozent	100 Prozent

Take-Home-Message und Empfehlung

- ✓ Die grundsätzliche Berechnungsformel für den Wirtschaftlichkeitsbonus bleibt unverändert. (Arztgruppenspezifische Punktzahl x relevante Behandlungsfälle/Quartal)
- ✓ Ein Fallwert oberhalb des oberen Fallwerts der Arztgruppe kann mit der heutigen Budgetüberschreitung verglichen werden.
- ✓ Der Wirtschaftlichkeitsbonus kann wie bisher auf maximal 0 € sinken.
- ✓ Labor wird nach medizinischen Indikationen angefordert.
 - siehe Entwicklung nach LG-Direktabrechnung 01.10.2008 und WiBonus-Reform 01.04.2013
 - „keine Auffälligkeit im System“
 - Gefahr der Anpassung von UFW und OFW durch KBV bei Rückgang
- ✓ Intensive Beschäftigung mit Ausnahmeziffern. Vergessen Sie keine in Ihrer Praxis-EDV → „viel hilft viel“.
- ✓ Konsequentes Markieren der „präventiven Fälle“ → Ankreuzen
- ✓ Ruhige und sachliche Überprüfung nach Erhalt des KV-Bescheids 2. Quartal 2018.
- ✓ Der Versuch einer eigenen Standortbestimmung mit Hochrechnungen wird scheitern.

Vincent Jörres, Sprecher des Deutschen Hausärzteverbands:

Die neuen Regeln zum Wirtschaftlichkeitsbonus schmecken den Hausärzten allerdings gar nicht:

„Die Regelungen beim Wirtschaftlichkeitsbonus sind dermaßen kompliziert, dass die Praxen hier kaum seriös planen und rechnen können“, schimpft Jörres. Und die Grenzfälle für Hausärzte seien relativ wahllos festgelegt. Sie berücksichtigten auch "die Breite der hausärztlichen Tätigkeit nicht in ausreichendem Maß".

Dr. Hans-Friedrich Spies, Vorsitzende des Berufsverbands Deutscher Internisten:

„Die Reform ist nur Stückwerk. Das Geld für die angeforderten Leistungen reicht nicht. Durch neue Rechenkunststücke wird es leider nicht mehr, nur der Verteilungskampf wird neu justiert“.

Er (Dr. Spies) sieht Perspektiven in einer "grundsätzlichen Neuorientierung" beim Labor und plädiert für labordiagnostische Pfade. Dabei würden Laborleistungen indikationsspezifisch definiert, ähnlich wie bei Leitlinien.

**Vielen Dank
und Ihnen Allen
viel Erfolg für die Zukunft !**



WCG CONSULTING AG

Strategie · Marketing · Controlling · Organisation

Uli Früh

WCG Consulting AG

Diskussion

