

Was ändert sich mit der Laborreform zum 1. April?

Doris Scharrel

KBV und GKV-Spitzenverband haben die Verhandlungen zur Laborreform abgeschlossen. Ziel der Reform ist es, den überproportional steigenden Anteil an Kosten für Laborleistungen zu begrenzen, da das Geld sonst im Bereich ärztlicher Leistungen fehlt. Haus- und Fachärzte haben sich über die Finanzierung der Laboruntersuchungen verständigt, so dass die neuen Vergütungsregelungen zum 1. April 2018 in Kraft treten können.

Der Anreiz für eine wirtschaftliche Veranlassung von Laboruntersuchungen soll erhöht werden. Dafür wird der Wirtschaftlichkeitsbonus neu ausgerichtet und Ärzte, die wirtschaftlicher veranlassen und erbringen, erhalten eine höhere Summe als bisher.

Ein geänderter Auszahlungsmodus wurde erarbeitet. Ab April 2018 soll ein Stufenverfahren dafür sorgen, dass Laborleistungen zurückhaltend angefordert werden. Das wirtschaftliche Erbringen und Veranlassen von labormedizinischen Untersuchungen wird einmal im Behandlungsfall vergütet, in dem mindestens eine Versichertenpauschale über die GOP 32001 anfällt. Das machte für Frauenärzte bisher 1,16 Euro aus. Für die Neuberechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus nach der Laborreform mit einem Orientierungspunktwert von 10,53 Cent nur noch 1,05 Euro, d. h. 9 % weniger. Im Vergleich dazu sind es bei den Urologen bis zum 1.4.2018 2,63 Euro und nach der Laborreform 1,58 Euro, d. h. 40 % weniger. Als neue Gruppe werden die Frauenärzte mit einer Spezialisierung auf Reproduktionsmedizin (IVF) mit 3,90 Euro Wirtschaftlichkeitsbonus aufgenommen.

Auch die alte Berechnung nach fallzahlabhängigen und nach EBM-Kapitel gestaffelten Laborbudgets wird verlassen. So gab es bisher eine Berechnung nach Kapitel 32.2 für Allgemeinversicherte und Rentner von 1,60 Euro, in Kapitel 32.3 für Allge-

meinversicherte 6,39 Euro, für Rentner 5,33 Euro und für das Gesamtbudget für Allgemeinversicherte 7,99 Euro und für Rentner 6,93 Euro.

Für die Neuberechnung der Laborbudgets gibt es in Zukunft bundeseinheitliche Wirtschaftlichkeitsgrenzen im EBM zur Berechnung arztindividueller Laborfallwerte (iFW). Der Wirtschaftlichkeitsbonus, bisher in Kapitel 32.2 und 32.3 aufgeteilt, entfällt sowie die Aufteilung der Laborbudgets in Allgemeinversicherte und Rentner. Auch die Budgetmitteilung durch die Laboratorien für veranlassete Laboruntersuchungen wird nicht fortgesetzt. Eine Neuberechnung der Budgets erfolgt nach aktuellen statistischen Vorgaben.

Arztgruppenbezogene Fallzahlen werden ersetzt durch arztpraxisindividuelle Laborfallwerte mit folgender Berechnung: die Kosten für laboratoriumsmedizinische Untersuchungen

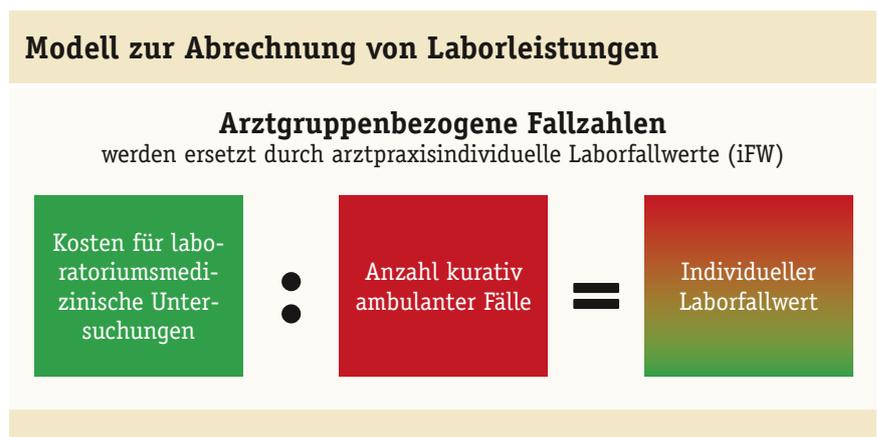
geteilt durch die Anzahl kurativ ambulanter Fälle ergibt den individuellen Laborfallwert. Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen sind bezogene, überwiesene und eigenerbrachte Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 des EBM (Abbildung unten).

So gilt für die begrenzenden Fallwerte pro Arztgruppe zur Bestimmung des Wirtschaftlichkeitsbonus für Frauenärzte aus dem EBM-Kapitel 8 ein unterer Fallwert von 1,00 Euro, ein oberer Fallwert von 2,60 Euro. Das entspricht einer Spannbreite von 1,60 Euro und einem Wirtschaftlichkeitsbonus von zehn Punkten. Für die Fachgruppe Frauenärzte (IVF) liegt die Begrenzung des Fallwerts bei einem unteren Fallwert von 3,90 Euro und einem oberen Fallwert von 60,80 Euro mit einer Spannbreite von 50,90 Euro und einem Wirtschaftlichkeitsbonus mit 37 Punkten.

Beispielsweise erhält ein Arzt mit arztpraxisindividuellem Laborfallwert mit einer unteren Fallwertgrenze von 1,00 Euro eine Quote von 100%, die Praxis mit 2,70 Euro Fallwert erhält eine Quote von 50 % und eine Praxis mit 5,00 Euro Fallwert eine Quote von 0%.

EBM-Änderungen

Einige EBM-Kennnummern werden im Text geändert bzw. gestrichen. So wird zur GOP 32012 der alte Text „Tumorerkrankung unter parenteraler tumorspezifischer Behandlung oder progrediente Malignome unter Palliativbe-



Gegenüberstellung der mit der Laborreform zum 1. April wirksam werdenden Änderungen

Alt	Neu
Die Höhe des Budgets ergab sich bisher aus dem Produkt des für die Arztgruppe vorgegebenen, mit der bundeseinheitlichen Abstufungsquote Q multiplizierten Referenzfallwerts und der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Vertragsärzte nach Bundesmantelvertrag des Abrechnungsquartals der Arztpraxis.	In der neuen Berechnung ergibt sich die Höhe des Budgets aus dem Produkt des für die Arztgruppe vorgegebenen Referenzfallwerts und der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Ärzte nach Bundesmantelvertrag des Abrechnungsquartals der Arztpraxis.
In der alten Regelung konnte die einzelne KV für jede der genannten Arztgruppen einen KV-spezifischen Referenzfallwert festsetzen, maximal jedoch in Höhe des für die jeweilige Arztgruppe genannten Werts.	Nach der Laborreform kann die KV für jede Arztgruppe einen KV-spezifischen Referenzfallwert festsetzen, maximal jedoch in Höhe des in der jeweiligen Arztgruppe genannten unquotierten Werts.
Die Regelungen sind für alle Nicht-Laborärzte verbindlich anzuwenden, es sei denn, betroffene Ärzte weisen der KV nach, dass sie die Anforderungen der RiLiBAK erfüllen. In diesem Fall kann die KV das Budget erweitern, aussetzen oder bedarfsgerecht anpassen.	Die KV kann das Budget erweitern, aussetzen oder bedarfsgerecht anpassen. Keine fallwertbezogene Budgetierung für Leistungsziffer: 32860–32865, 32902–32908, 32931, 32932, 32937–32946.

handlung“ geändert in „Erkrankungen unter antineoplastischer Therapie oder systematischer Zytostatika-Therapie und/oder Strahlentherapie“. Die Kennziffer 32013 für die Diagnostik und Therapie von Fertilitätsstörungen entfällt. In der Zukunft wird es unter anderem eine universelle Befreiungsziffer für OP-Vorbereitung (GOP 32125) und für den Urinstatus (GOP 32880) geben sowie eine neue Kennnummertabelle für die Untersuchungsindikation „orale Antikoagulantien-Therapie“ mit der Kennnummer 32015 und „manifestes Diabetes mellitus“ mit der Kennnummer 32022 unter Berücksichtigung verschiedener ausgenommener GOPs.

Im Fokus der Laborreform stehen auch die Leistungen der Selbstzuweiser (s. Tabelle oben).

Änderungen laut Beschluss des Bewertungsausschusses

Behandlungsfälle mit entsprechenden Untersuchungsindikationen sind mit zutreffenden Kennnummern zu kennzeichnen. Für diese Behandlungsfälle bleiben die für die jeweilige Untersu-

chungsindikation genannten Gebührenordnungspositionen bei der Ermittlung des arztpraxispezifischen Fallwerts unberücksichtigt. Die Kennnummern des Behandlungsfalles sind ausschließlich in der Abrechnung der beziehenden, eigenerbringenden oder veranlassenden Arztpraxis anzugeben.

Beispiel Untersuchungsindikation: Leistungen der Mutterschaftsvorsorge gemäß den Mutterschafts-Richtlinien des G-BA bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung – Kennnummer: 32007 – Ausgenommene GOPs: 32031, 32035, 32038, 32120.

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.

Wie geht es weiter?

Der Bewertungsausschuss prüft die Auswirkungen des Beschlusses auf die

Durchführung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen und Punktmenge bis spätestens zum 31.12.2020. Die für die Evaluation notwendige Auswertung erfolgt durch das Institut des Bewertungsausschusses. Dieses legt dem Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses bis zum 31.12.2018 ein Evaluationskonzept vor. Der Bewertungsausschuss passt die Bewertungen der laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen an die aktuelle Kostenentwicklung unter Berücksichtigung einer wirtschaftlichen Durchführung der Untersuchungen bis spätestens zum 31.12.2019 an.

Eine grundlegende Überprüfung und gegebenenfalls Weiterentwicklung der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM wird bis zum 31.12.2020 vereinbart. Geprüft werden soll auf strukturelle Anpassungen zur Begrenzung der Mengendynamik, auf Einführung weiterer mengenbezogener Abstufungen und auf Aufnahme indikationsbezogener Stufendiagnostik oder indikationsbezogener Pauschalen.

Kritisiert wird seitens der Ärzteschaft, dass die Laborreform innovative, leitliniengerechte Diagnostik und Therapien einschränkt. Das mag im Einzelfall stimmen. Realität in der ambulanten Versorgung ist nach Erhebungen eine häufig sehr unkritische Anforderung und Erbringung von Laborleistungen, die nicht indikationsbezogen ist und als Zusatzleistungen von Laboratorien mal schnell angefordert wird.



Autorin

Doris Scharrel

Frauenärztin/Naturheilverfahren Landesvorsitz Schleswig-Holstein 2. Vorsitzende des Vorstandes Berufsverband der Frauenärzte e.V. Eichkoppelweg 74 24119 Kronshagen scharrel-doris@t-online.de

Nach der Laborreform vom 1.4.2018: Fragen und Beispiele zur Umsetzung

Doris Scharrel

Allgemeine Veröffentlichungen und der Artikel im FRAUENARZT 3/2018 haben zu vielen Anfragen der BVF-Mitglieder geführt. Im Folgenden soll versucht werden, die für die Frauenärzte relevanten Änderungen anhand der gesetzlichen Grundlagen und der Fragestellungen zu verdeutlichen.

Nach einer Veröffentlichung der KBV will man die überproportional wachsenden Ausgaben im Labor in den Griff bekommen, die jedes Jahr um rund fünf Prozent und damit deutlich stärker als die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung steigen. Dies führt dazu, dass immer mehr Geld in Laboruntersuchungen fließt, was für andere ärztliche Leistungen fehlt. Ein Anreiz für eine wirtschaftliche Veranlassung von Laboruntersuchungen soll durch Neuausrichtung des Wirtschaftlichkeitsbonus gegeben werden. Der bisherige Betrag des oberen Fallwertes von 1,16 € wird auf 2,60 € pro Patientin erhöht. Neben der Gruppe der „normalen Gynäkologen“ gibt es jetzt die Fachgruppe der Reproduktionsmediziner mit höheren arzt-spezifischen Fallwerten.

Wie wird der neue Wirtschaftlichkeitsbonus berechnet?

Nach Neufassung des Abschnitts 32.1 EBM (Grundleistungen) wird ein arztpraxis-spezifischer Fallwert errechnet

(Tab. 1). Liegt dieser unterhalb des unteren begrenzenden Fallwertes, beträgt der Wirtschaftlichkeitsfaktor 1. Das heißt, der Wirtschaftlichkeitsbonus (WB) beträgt 1,06 €. Ist der arztpraxis-spezifische Fallwert größer oder gleich dem arztgruppenspezifischen oberen begrenzenden Fallwert, beträgt der Wirtschaftlichkeitsfaktor 0. Das heißt, es wird kein WB gezahlt. Insgesamt unterliegt die Berechnung des WB einer Staffelung nach Summe der erbrachten und veranlassten Laborleistungen.

Gibt es keine „Ausnahmeziffern“ mehr?

Auch in der Fachgruppe Frauenärzte können Behandlungsfälle mit einer oder mehreren Untersuchungsindikationen mit entsprechender Kennnummer gekennzeichnet werden. **Für diese Behandlungsfälle bleiben die für die jeweilige Untersuchungsindikation genannten Gebührenordnungspositionen bei der Ermittlung des arztpraxis-spezifischen Fallwerts unberücksichtigt.**

Diese Kennnummern sind ausschließlich in der Abrechnung der beziehenden, eigenerbringenden oder veranlassenden Arztpraxis anzugeben. Das heißt, nach Angaben der KBV nicht mehr auf dem Überweisungsschein zur Laboruntersuchung (Tab. 2).

FAQs

■ Belasten Laboruntersuchungen im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge meinen Wirtschaftlichkeitsbonus?

Solange die Laborleistungen nicht aus dem Kapitel 32.1 veranlasst oder erbracht werden, wird der Wirtschaftlichkeitsbonus nicht belastet. Zu beachten ist, dass viele Leistungen wie Blutgruppe, Rh-Faktor und Glukose im Bereich der Prävention und auch im kurativen Bereich angesiedelt sind. Die Veranlassung von kurativen Leistungen hat immer eine Wirkung auf den Wirtschaftlichkeitsbonus (Tab. 3).

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
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

Tab. 1

Häufige Ausnahmeziffern für die Fachgruppe Frauenärzte

Untersuchungsindikation	Kennnummer	Ausgenommene GOPen
Leistungen der Mutterschaftsvorsorge gemäß den Mutterschafts-Richtlinien des G-BA bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung	32007	32031 Mikroskopische Untersuchung des Harns 32035 Erythrozytenzählung 32038 Hämoglobin 32120 Mechanisiertes Blutbild, Retikulozytenzählung
Leistungen der Mutterschaftsvorsorge, die bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung nach den kurativen Gebührenordnungspositionen erbracht werden, sind vom Labor mit dem für die Mutterschaftsvorsorge vereinbarten Kennzeichen „V“ zu versehen.		
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
Erkrankungen oder Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht oder Mukoviszidose	32006	Beispiel (Gesamt-Liste EBM 1-2018) 32570 Toxoplasmen IgM-AK quant; 32574 Röteln-AK Immunoassay; 32586 Borrelien-AK; 32623; Masern-Virus AK; 32630 Varizella-Zoster-Virus IgM-AK 32660 HIV-1, HIV-2 AK Western blot; 32789 Nachweis von Adeno Viren; 32835 HCV; 32837 MRSA
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

Tab. 2

■ **Warum kann ich im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge die Laborleistungen Urinstreifen-test, Urinsediment, Hämoglobin und Erythrozyten nicht ansetzen?**

Diese oben genannten Laborleistungen sind Bestandteil der Pauschale GOP 01770 und dürfen nur im kurativen Fall extra abgerechnet werden!

■ **Ich bekomme häufig Überweisungen zu Auftragsleistungen „Hormonstatus“ von Hausärzten. Werden diese Laborleistungen meinem Laborbudget angerechnet?**

Ja, auch diese veranlassten Laborleistungen reduzieren den Wirtschaftlichkeitsbonus. Diese Überweisungen sollten Anlass sein, die Sinnhaftigkeit dieser Hormonbestimmungen zulasten der Kostenträger zu hinterfragen.

■ **Bedeutet der neue Wirtschaftlichkeitsbonus automatisch Verlust von Honorar?**

Ob es ein Verlust von Honorar sein wird, hängt von der wirtschaftlichen Veranlassung von Laboruntersuchungen ab. Der Bonus wurde neu ausgerichtet und Ärzte, die wirtschaftlicher veranlassen und erbringen, erhalten eine höhere Summe als bisher.

■ **Was passiert durch den Verlust der GOP 32013 (Reproduktionsmedizin)? Soll ich gleich zur Kinderwunschklinik schicken?**

Natürlich können Sie weiterhin gezielt und indikationsbezogen Laborleistungen bei Ihren Kinderwunschpatientinnen veranlassen. Aber zum

Beispiele

GOP 01804	Bestimmung der Blutgruppe (A, B, 0) und des Rh-Faktors D einschließlich der Serumeigenschaften im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge (nicht Kapitel 32.1)
GOP 32540	Nachweis der Blutgruppenmerkmale A, B, 0 und Rh-Faktor D (kurativ, EBM-Kapitel 32, Reduzierung des Wirtschaftlichkeitsbonus)
GOP 01833	Varizellen-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis bei ungeklärter Immunitätslage im Rahmen der Empfängnisregelung (mindestens IgG-Nachweis) nicht EBM-Kapitel 32!
GOP 32629	dasselbe kurativ, EBM-Kapitel 32, Reduzierung des Wirtschaftlichkeitsbonus
GOP 01812	Glukosebestimmung im venösen Plasma im Rahmen des Screenings auf Gestationsdiabetes (Mutterschafts-Richtlinien)
GOP 32025	Glukosebestimmung kurativ, EBM-Kapitel 32, senkt den Wirtschaftlichkeitsbonus

Tab. 3

Beispiel die dreimalige Bestimmung von AMH gibt keinen größeren Erkenntnisgewinn und es muss nicht immer die große „Hormon-Latte“ sein.

■ **Ich bin Reproduktionsmediziner, welche Laborleistungen kann ich in meinem O-III-Labor erbringen, ohne meinen Wirtschaftlichkeitsbonus zu senken?**

Alle Laborleistungen, die in der Richtlinie Reproduktionsmedizin genannt werden und nicht aus dem EBM-Kapitel 32 stammen. Das heißt, die Untersuchung auf Toxoplasmose, CMV ohne Krankheitsverdacht oder der Chlamydiennachweis belasten Ihren Wirtschaftlichkeitsbonus.

■ **Wo trage ich die „Ausnahmeziffern“ ein?**

Diese Ausnahmeziffern tragen Sie in die medizinischen Daten zur Abrechnung ein. Der Eintrag auf den Über-

weisungsschein für den Labormediziner ist nicht vorgesehen. Überweisungsscheine für Laboruntersuchungen im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge kennzeichnen Sie mit dem Kreuz bei „Prävention“. Beim Nachweis von Chlamydien (ESA-Richtlinien) können Sie auf der Überweisung „Empfängnisregelung“ oder die entsprechende Gebührenordnungsposition angeben.

Das Kreuz bei „Prävention“ setzen Sie auch bei der Rückgabe der Stuhlröhrchen an das Labor im Rahmen der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Nachträgliche Änderungen in eine kurative Untersuchung bei Fehlern durch das Labor lehnen Sie bitte ab.

■ **Wo trage ich das „V“ bei Erbringung von Laborleistungen bei der Mutterschaftsvorsorge in Vertretung, im Notfall usw. ein?**

Bei selbst erbrachten Laborleistungen entsprechend der Tab. 2 nach Kenn-

nummer 32007 rechnen Sie die landestypische Pseudoziffer für den Vertretungsfall „Mutterschaftsvorsorge“ (in Schleswig-Holstein z. B. 99023) ab und ergänzen neben der GOP der entsprechenden Laborleistung das Kennzeichen „V“.



Autorin

Doris Scharrel

Frauenärztin/Naturheilverfahren
Landesvorsitz Schleswig-Holstein
2. Vorsitzende des Vorstandes
Berufsverband der Frauenärzte e.V.
Eichkoppelweg 74
24119 Kronshagen
scharrel-doris@t-online.de

Ab 25. Mai gilt die EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Ab 25. Mai 2018 gilt die Europäische Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) unmittelbar in allen europäischen Staaten und damit auch in Deutschland.

Die zum Teil neuen Datenschutzaufgaben der DSGVO bringen auch für die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten Änderungen mit sich. Dazu zählt u. a., dass für alle Datenverarbeitungsvorgänge ein Verzeichnis erstellt werden muss, aus dem hervorgeht, wer welche Daten zu welchem Zweck verarbeitet, wann diese Daten gelöscht werden etc.

Die KBV stellt zur DSGVO und der praktischen Umsetzung in der Arztpraxis Praxisinformationen und Checklisten auf ihrer Website zur Verfügung:
http://www.kbv.de/html/1150_33427.php

Sie finden dort auch einen ersten Praxischeck sowie die am 9. März 2018 aktualisierten „Hinweise und Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis“. Beachten Sie auch die Informationsveranstaltungen und -angebote Ihrer KV.

Der BVF hat zudem in seinen Newslettern bvf@ktuell 1/2018 und 2/2018 mit einer ausführlichen Übersicht zu den Neuregelungen im Datenschutz informiert. Sie können sich unter www.bvf.de jederzeit für den BVF-Newsletter anmelden, um stets aktuell informiert zu sein. Die BVF-Newsletter zur DSGVO können bei Bedarf per Email in der Geschäftsstelle angefordert werden.

*Claudia Halstrick
Justiziarin
Berufsverband der
Frauenärzte e.V.*