



Kassenärztliche  
Bundesvereinigung  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

# Änderungen in der Honorarverteilung Was bleibt für das Labor?

VDGH-Diagnostica-Forum 2013

„Aktuelle Herausforderungen und Trends im Labormarkt“

31. Januar 2013 in Berlin

*Dr. Dieter Auch*

*Kassenärztliche Bundesvereinigung*

*Dezernat 3 – Vergütung Gebührenordnung und Morbiditätsorientierung*

# Agenda

1 Vergütung in der Laboratoriumsmedizin

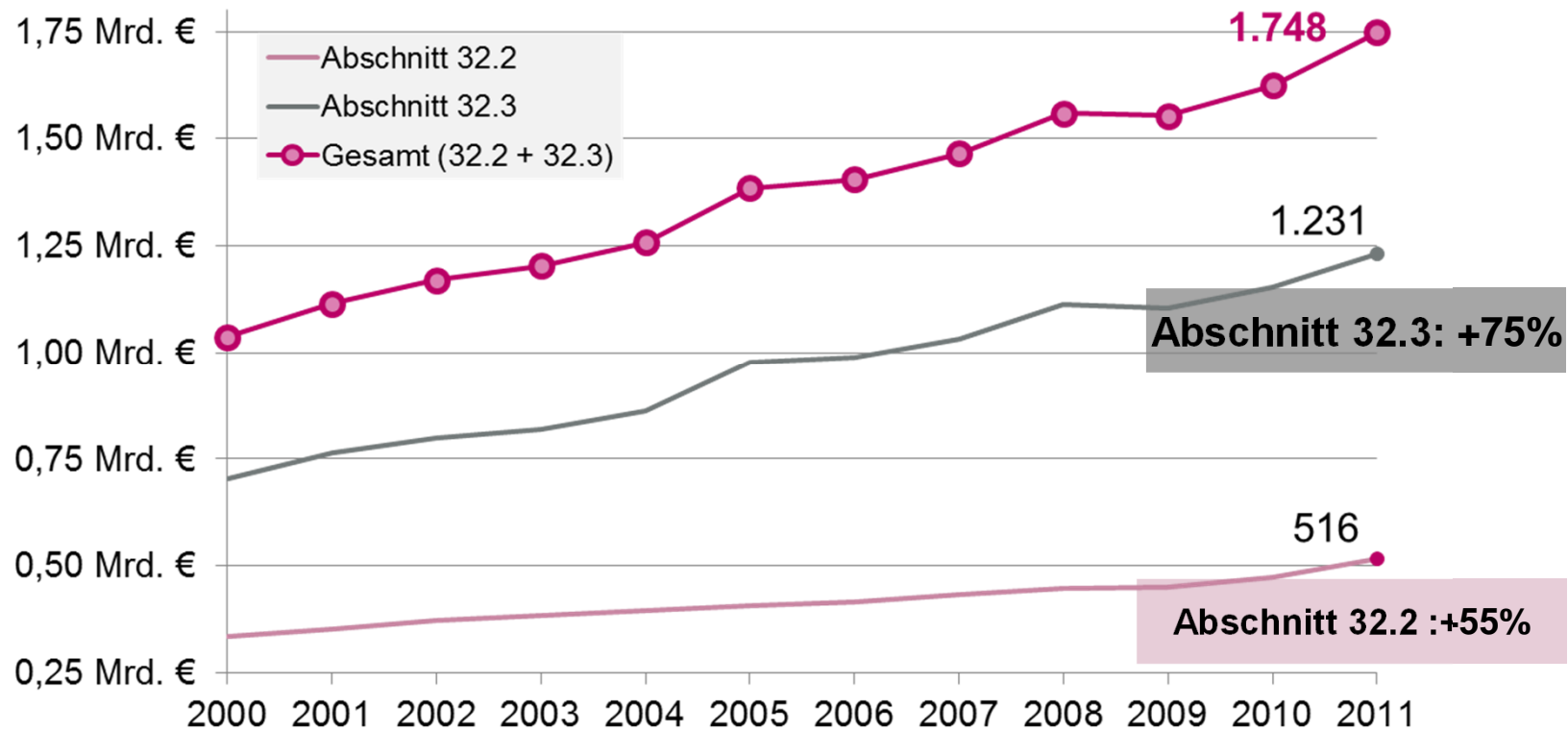
2 Neue Bedarfsplanungsrichtlinie

3 Neue Gebührenordnungspositionen

4 Ausblick



# Entwicklung der Vergütung im Labor seit 2000

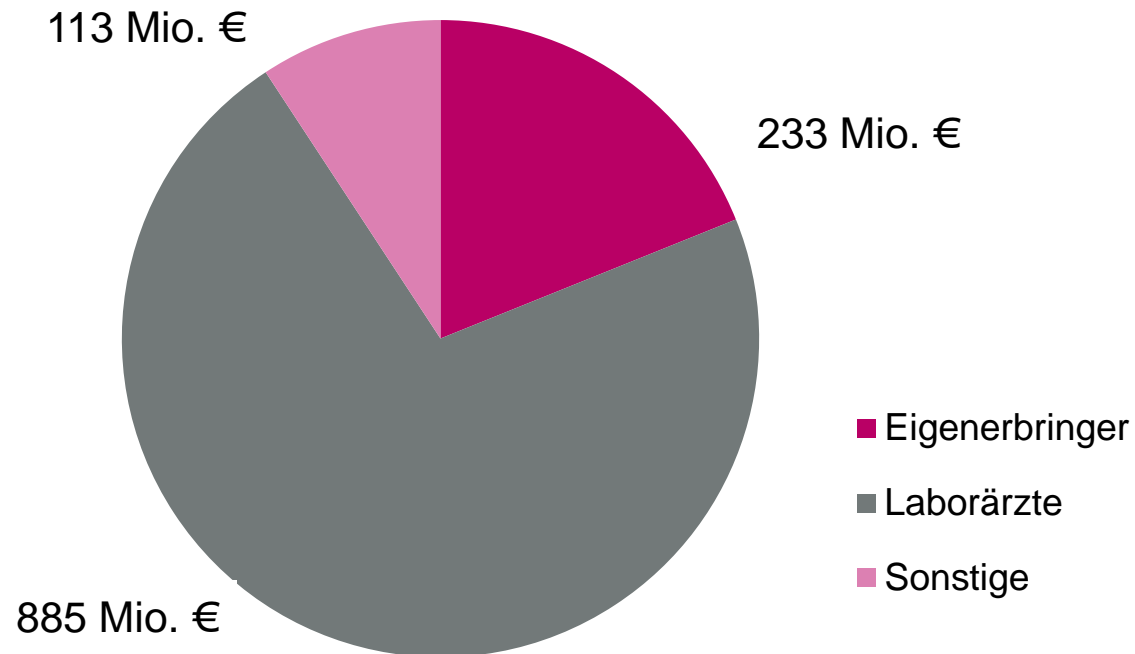


Quelle: KBV-Abrechnungsdaten



Jährliche Steigerungsrate ca. 5,9%

## Abschnitt 32.3 „Speziallabor“ 2011



Quelle: KBV-Abrechnungsdaten



Laborärzte haben einen Honoraranteil von 72% am Speziallabor

# Mengensteuerung im Labor (I)

## Warum?

### Morbiditätsbedingter Behandlungsbedarf

Im GKV-WSG § 87c Abs. 4 SGB V bestimmt der Gesetzgeber die Höhe des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs:

1. Grundlage ist die abgerechnete Leistungsmenge (in Punkten bzw. bei Kostenpauschalen in Euro) des Jahres 2008 nach Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen (HVV-Quote)
2. Fortschreibung des Behandlungsbedarfs 2008 auf das aktuelle Abrechnungshalbjahr durch Multiplikation mit den vereinbarten Veränderungsdaten (Bewertungsausschuss bzw. Erweiterter Bewertungsausschuss)

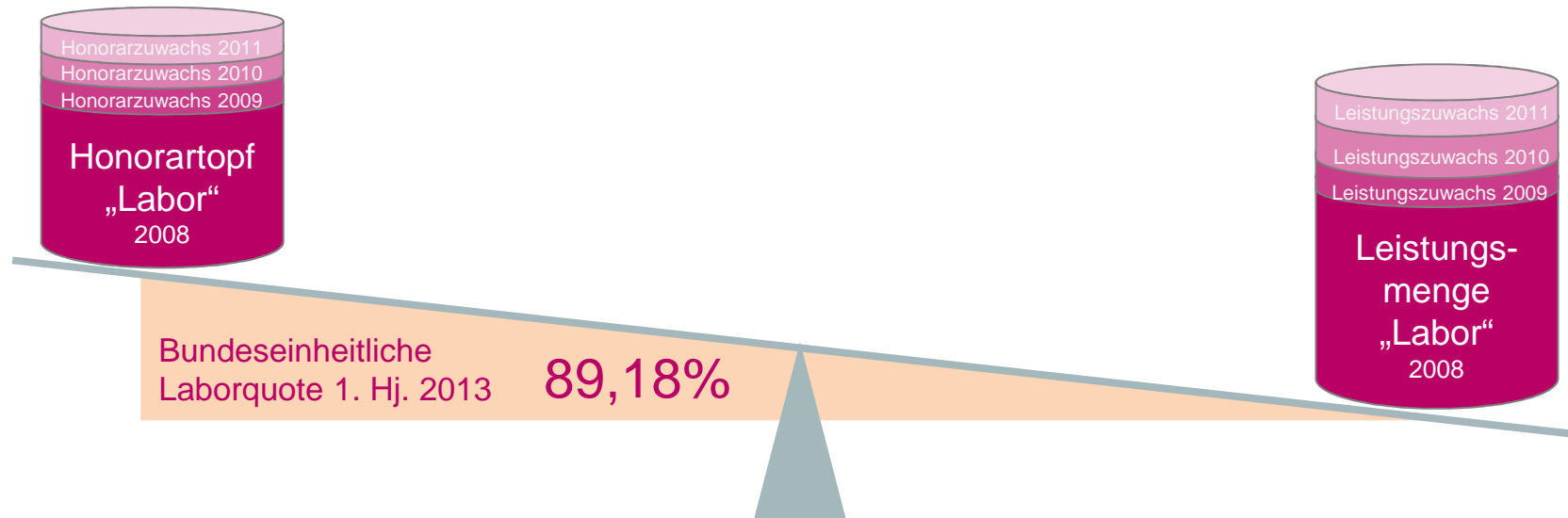


Zunehmende Diskrepanz zwischen auf das Labor entfallenden Behandlungsbedarf und abgerechneter Leistungsmenge (=angefordertes Honorar)

# Mengensteuerung im Labor (II)

## Bundeseinheitliche Abstufungsquote „Q“

### Schematische Darstellung der Systematik der Laborquotierung



- Für den Honorartopf werden die „Behandlungsbedarfe“ der KV-en bundesweit summiert
- Die Abstufungsquote „Q“ bringt Behandlungsbedarf und abgerechnete Leistungsmenge ins „Gleichgewicht“

## Mengensteuerung im Labor (III)

### Für das Labor bereitgestellter Behandlungsbedarf

1. Ermittlung der für das entsprechende Halbjahr 2008 abgerechneten Leistungsmenge
  - (1) Leistungsmenge in Punkten für die Konsiliar- und Grundpauschalen für Vertragsärzte, Ermächtigte und Krankenhäuser,
  - (2) Laborwirtschaftlichkeitsbonus
  - (3) Kostenerstattungen des Kapitels 32
2. Multiplikation mit der bundesdurchschnittlichen HVV-Quote der Mengensteuerung unterliegenden Leistungen/Kostenerstattungen im entsprechenden Halbjahr 2008
3. Fortschreibung des Behandlungsbedarfs 2008 auf das aktuelle Abrechnungshalbjahr durch Multiplikation mit den vereinbarten Veränderungsdaten

## Mengensteuerung im Labor (IV)

### Berechnung der Abstufungsquote Labor „Q“

1. Bestimmung des bundesweit für Laborleistungen insgesamt zur Verfügung stehenden Behandlungsbedarfs im Vorjahreshalbjahr:
  - (1) auf Basis der regionalen Vorwegabzüge des Vorjahr-Halbjahres und der angeforderten Honorarvolumen der Kostenpauschale 40100 bei Auftragsleistung des Abschnitts 32.3 EBM (Teil E, Ziffer 1.1.1 und 1.1.2)
  - (2) Abzug des Behandlungsbedarfs für unquotiert vergütete Leistungen der Labormedizin (Teil E, Ziffer 1.1.3)
2. Ermittlung der abgerechnete Leistungsmenge im Vorjahreshalbjahr für der Quote „Q“ unterliegende Leistungen (Teil E, Ziffer 1.1.4 und 1.1.5)
3. Berechnung der Abstufungsquote „Q“ durch Division von Nr. 1 durch Nr. 2

Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (Artikel 1, Nr. 24 GKV-VStG), Teil E



Folgeänderung in Abschnitt 32.2 EBM



# Direktabrechnung von Laborgemeinschaften

## ■ Änderung der Präambel Nr. 1 des Abschnitts 32.2

1. Bei den im Abschnitt 32.2 aufgeführten Bewertungen handelt es sich um vertraglich vereinbarte EURO-Beträge für die Kosten der laboratoriumsmedizinischen Analysen. **Der tatsächliche Vergütungsanspruch errechnet sich aus den vertraglich vereinbarten Euro-Beträgen nach Satz 1 multipliziert mit der für das entsprechende Quartal gültigen Abstaffelungsquote gemäß den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (Artikel 1, Nr. 24 GKV-VStG) zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen Teil E und gilt als Höchstpreis.**

Bei Erbringung von laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Abschnitts 32.2 durch Laborgemeinschaften haben diese Anspruch auf die Erstattung der tatsächlich entstandenen Kosten höchstens bis zum **Höchstpreis**. Das Nähere zur Abrechnung von laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Abschnitts 32.2 durch Laborgemeinschaften ist in § 25 Abs. 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. § 28 Abs. 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen und in den Richtlinien nach § 106a SGB V geregelt.

mit Wirkung zum:

01.01.2013



Kostennachweise sind weiterhin erforderlich

# Anpassung des Laborwirtschaftlichkeitsbonus

## ■ Änderungen zum 01.04.2013

---

- Umstellung des Laborwirtschaftlichkeitsbonus sowie der Fallpunktzahlen vom Arzt- auf den Behandlungsfall
- für (Teil-) Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten wird die Höhe der Leistungsbewertung der GOP 32001 und der Fallpunktzahlen nach Arztfällen gewichtet
- ambulant-kurative Fälle, für die eine Kennnummer nach der Präambel Nr. 6 des Abschnitts 32.2 angegeben wird, fließen nicht in die für die GOP 32001 relevante Fallzahlzählung ein
- Neue Regelungen zur Berechnung des Laborwirtschaftlichkeitsbonus bei Ermächtigten

 Verbesserte Steuerungswirkung des Laborwirtschaftlichkeitsbonus

# Agenda

- 1 Vergütung in der Laboratoriumsmedizin
- 2 Neue Bedarfsplanungsrichtlinie
- 3 Neue Gebührenordnungspositionen
- 4 Ausblick



# Ziele der neuen Versorgungsplanung

Sicherstellung eines gleichmäßigen Versorgungszugangs für alle GKV-Versicherten

Planungssicherheit für alle Fachgebiete

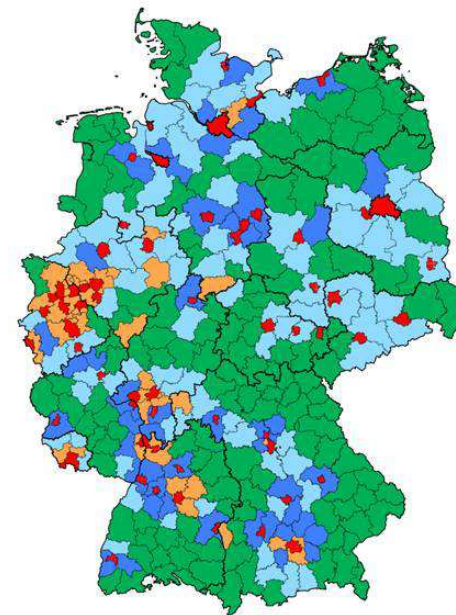
Berücksichtigung von Mitversorgereffekten

Arztgruppenspezifische Planungssystematik

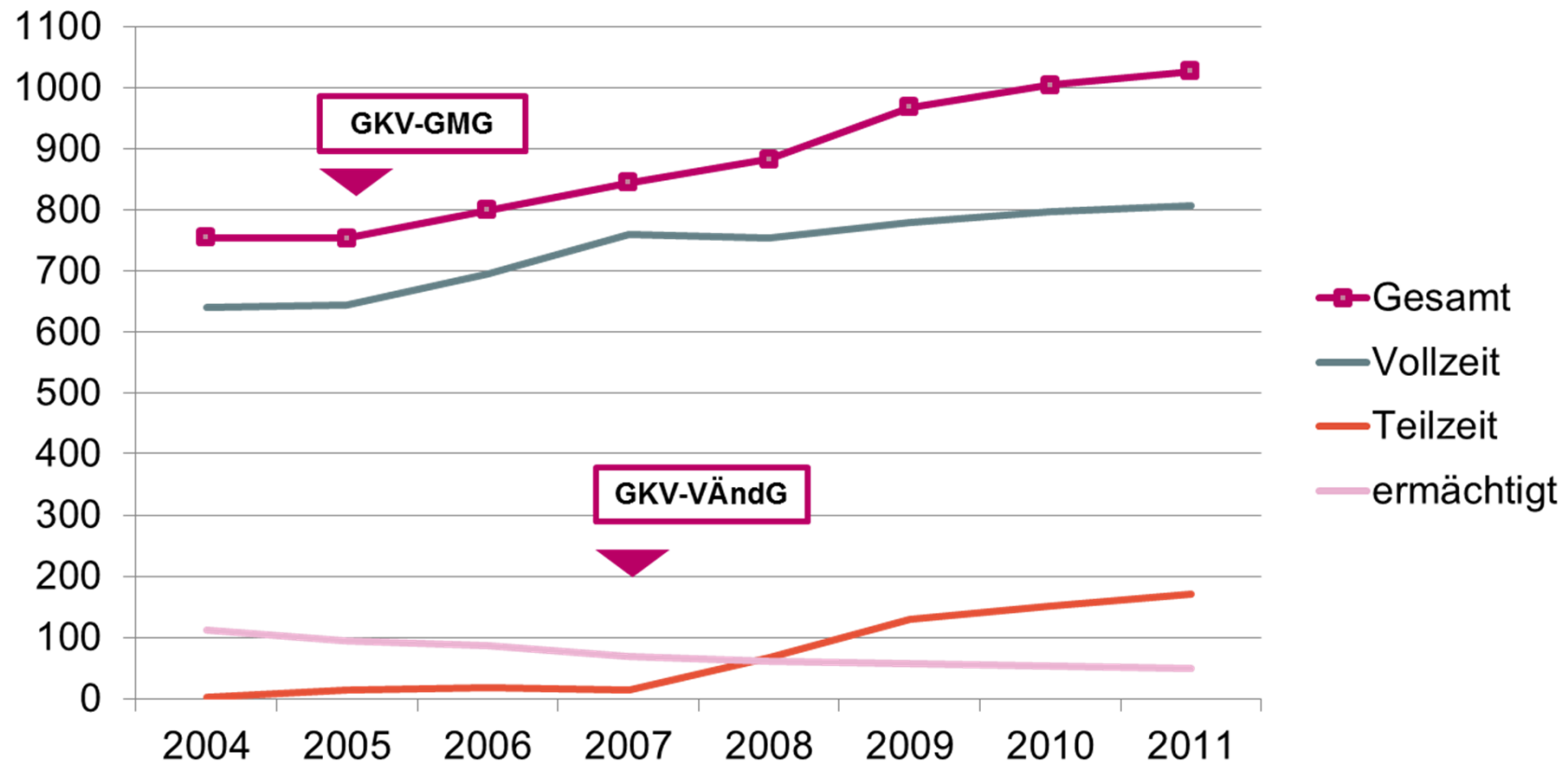
Soviel zentrale Regelungen wie nötig, bei soviel regionalem Gestaltungsspielraum wie möglich

▶ Einschluss der Laborärzte erforderlich

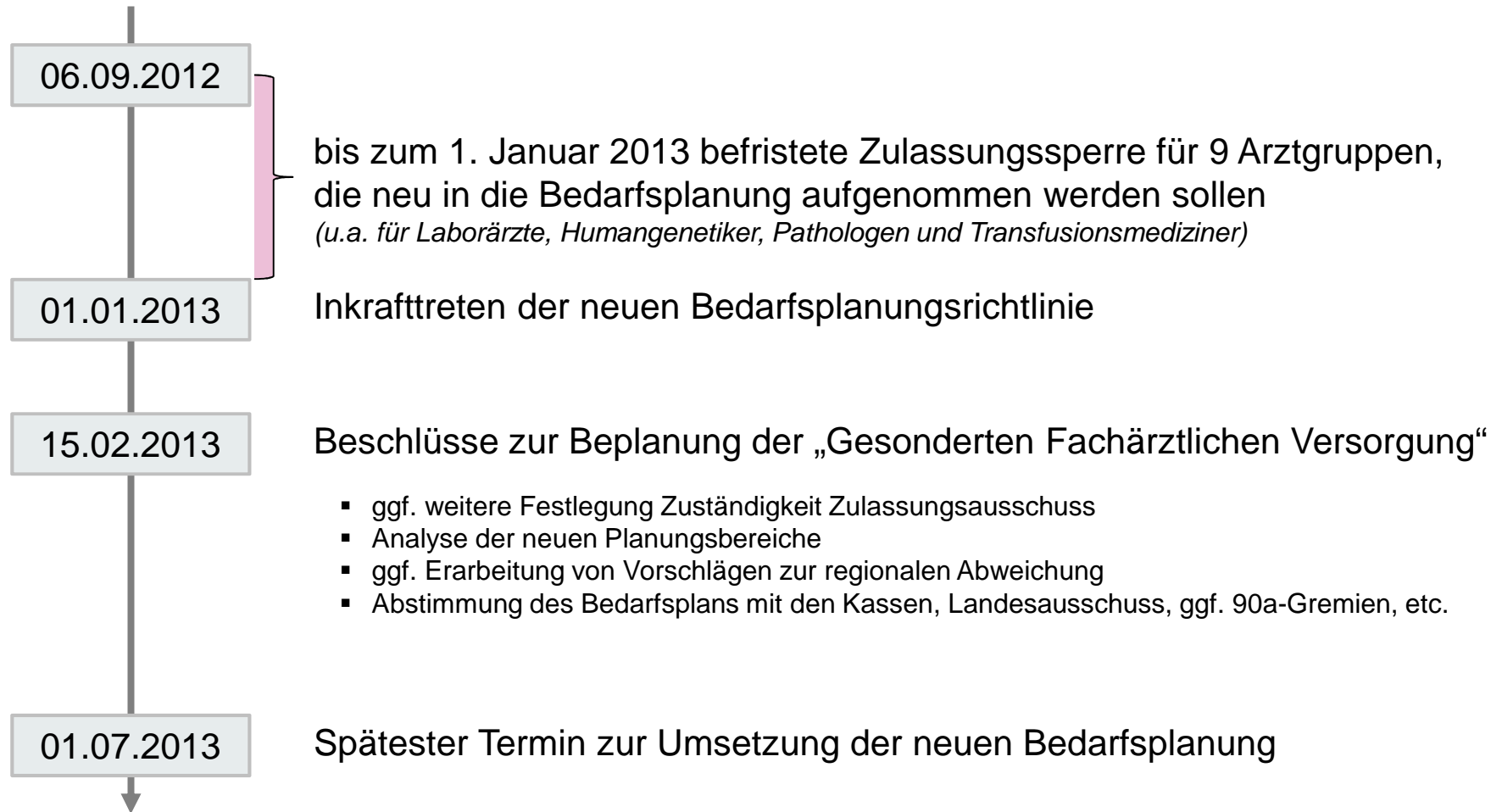
## NEUE VERSORGUNGS- PLANUNG



# Entwicklung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden „Laborärzte“



# Zulassungssperre des G-BA und Inkrafttreten der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie





# Die Arztgruppen werden auf Basis ihrer Einzugsgebiete den Versorgungsebenen zugeordnet

Hausärztliche Versorgung	Allgemeine fachärztliche Versorgung	Spezialisierte fachärztliche Versorgung	Gesonderte fachärztliche Versorgung
Mittelbereiche	Kreise	Raumordnungsregionen	KVen
eine Verhältniszahl	fünf Verhältniszahlen	eine Verhältniszahl	eine Verhältniszahl
Anzahl Planungsbereiche 883	372	97	17
<ul style="list-style-type: none"> <li>Hausärzte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Augenärzte</li> <li>Chirurgen</li> <li>Frauenärzte</li> <li>HNO-Ärzte</li> <li>Hautärzte</li> <li>Nervenärzte</li> <li>Psychotherap.</li> <li>Orthopäden</li> <li>Urologen</li> <li>Kinderärzte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fachinternisten</li> <li>Anästhesisten</li> <li>Radiologen</li> <li><i>Kinder- und Jugendpsychiater</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Laborärzte</i></li> <li><i>Transfusionsmediziner</i></li> <li><i>Humangenetiker</i></li> <li><i>Pathologen</i></li> <li><i>Nuklearmediziner</i></li> <li><i>Strahlentherapeuten</i></li> <li><i>Neurochirurgen</i></li> <li><i>PRM-Mediziner</i></li> </ul>

Die bisher nicht geplanten Arztgruppen sind hier kursiv dargestellt.

## Zulassungsmöglichkeiten in der „Gesonderten fachärztlichen Versorgung“

Anzahl der Sitze oberhalb der Sperrgrenze und der offenen Sitze auf Basis der neuen Verhältniszahlen (Modellrechnung der KBV)

	Labor- mediziner	Human- genetiker	Pathologen	Transfusions- mediziner
Zulassungen oberhalb der Sperrgrenze	98	26	77	21
Offene Vertragsarztsitze	90	17	48	17



# Agenda

- 1 Vergütung in der Laboratoriumsmedizin
- 2 Neue Bedarfsplanungsrichtlinie
- 3 Neue Gebührenordnungspositionen
- 4 Ausblick



# Aktuelle Änderungen des EBM

## ■ Neue Leistungen im EBM

mit Wirkung zum:

- Genotypische Resistenztestung des HI-Virus für neue Wirkstoffe (GOPen 32821 und 32822)
- „Untersuchung der von-Willebrand-Faktor-Multimere“ (GOP 32229)

01.01.2013

01.07.2012

## ■ Änderungen im EBM

- Rötelnantikörper-Nachweise
  - Anpassung an die geänderten Vorgaben des G-BA in der Mutterschaftsvorsorge und der Empfängnisregelung (GOPen 01801, 01829, 32572 und 32573)
  - Änderung der Leistungslegende: Rötelnantikörper-Nachweis mittels Immunoassay)

01.07.2012

# MRSA-Vergütungsvereinbarung seit 01.04.2012

## Details der Vergütungsvereinbarung

- Vergütung außerhalb der MGV - befristet bis zum 31.3. 2014
- 9 neue GOPen für Diagnostik und Behandlung (86770 bis 86781)
- 2 spezifische MRSA-Nachweise im Labor (86782 bis 86784)

- Persönliche Voraussetzungen:  
(§ 2 des Anhangs zur Vergütungsvereinbarung)



- Weitere Informationen:  
[www.mrsa-ebm.de](http://www.mrsa-ebm.de)

## Teilnahme an MRSA-Fall- und / oder regionalen Netzwerkkonferenzen

- Abrechnung der GOP 86778 durch Laborärzte bei folgenden Voraussetzungen:
  - „MRSA-Zertifizierung“ und Genehmigung der Fall-/Netzwerkkonferenz durch die KV
  - Erhebung folgender Informationen und Präsentation im Rahmen der Konferenz
    - Beschreibung der aktuellen Infektions- bzw. Resistenzentwicklung zu S. aureus bzw. MRSA anhand der im eigenen Labor erbrachten mikrobiologischen Laborleistungen
    - Übersicht der aktuellen bundesweiten und regionalen Resistenzübersichten gemäß etablierter Antibiotikaresistenz-Surveillance-Systeme (z.B. KISS, ARS, ARMIN)

# Agenda

- 1 Vergütung in der Laboratoriumsmedizin
- 2 Neue Bedarfsplanungsrichtlinie
- 3 Neue Gebührenordnungspositionen
- 4 Ausblick



## Ausblick

- Review der Auswirkungen der Laborreform 2008

---
- Review des Standardisierten Bewertungsverfahrens

---
- Anlage zu § 25 Abs. 4a BMV-Ä „Kern des Fachgebietes“

---
- Weiterentwicklung des EBM:  
Stärkung der fachärztlichen Grundversorgung

---
- Weiterentwicklung des EBM-Kapitels 11 „Humangenetik“

---

# Review der Auswirkungen der Laborreform

## Eckpunkte der Laborreform

	vereinbart zum	in Kraft seit
Kostennachweis und Direktabrechnung der Laborgemeinschaften	01.10.2008	01.10.2008
Akut-Labor (GOPen 32025 bis 32027)	01.10.2008	01.10.2008
Neubewertung Abschnitt 32.3	01.01.2009	01.01.2009
Verfahren zur Beurteilung innovativer Laborleistungen - verkürztes HTA-Verfahren - Überführung der ähnlichen Untersuchungen)	01.07.2009	01.07.2010
Anlage zu § 25 Abs. 4a „Kern des Fachgebietes“	01.01.2014	
Mengensteuerung innerhalb der MGV	01.01.2009	01.07.2010
Analyse der Auswirkungen der Laborreform	2013	



# Review des Standardisierten Bewertungsverfahrens (I)

## Das Verfahren im Überblick

- Grundlage: Verfahrensordnung (Anlage 22 zum Bundesmantelvertrag)
- Einsparungen der Laborreform 2008 sollen der Finanzierung neuer Leistungen dienen
- Ziele des Bewertungsverfahrens sind:
  - Aufnahme neuer Leistungen in das Kapitel 32
  - Bewertung von Leistungen, die als „ähnliche Untersuchungen“ abgerechnet werden können

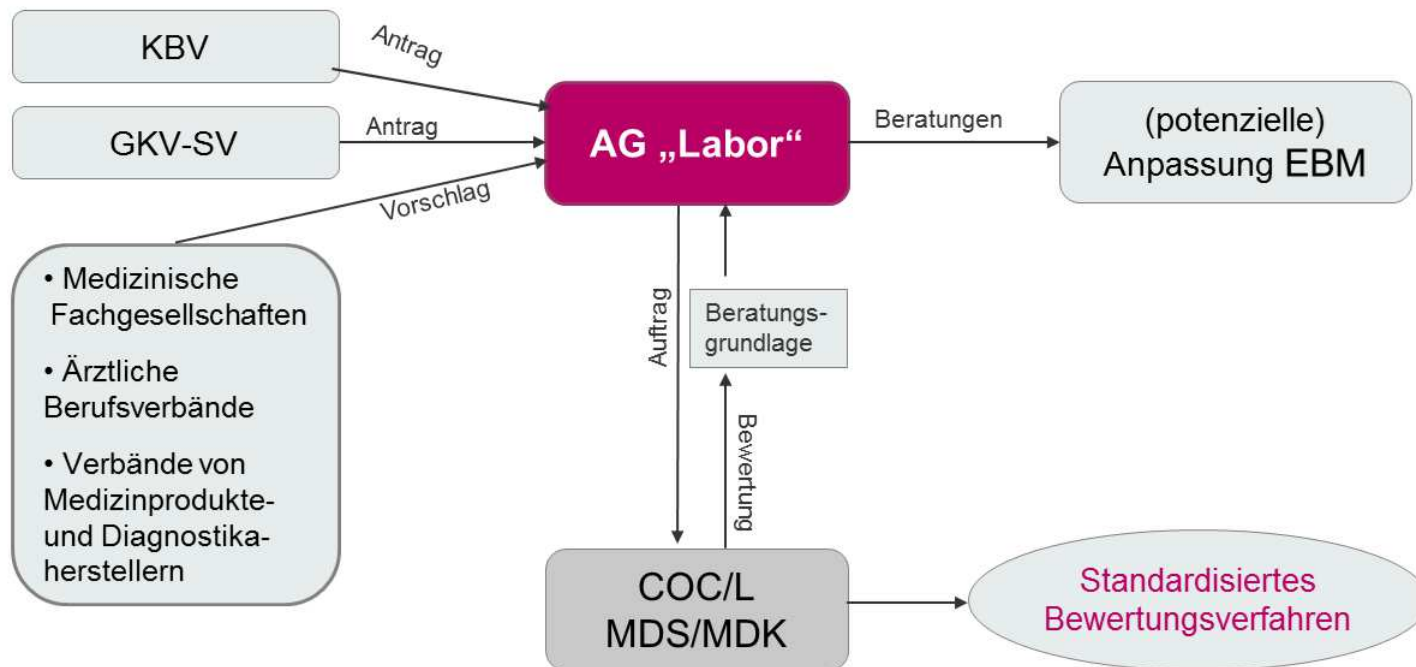
### Aktuelle Verfahrensbilanz:

– eingereichte Vorschläge:	12	
– davon abgelehnt:	2	
– Aufnahme in den EBM:	1	HIV-Resistenztestung: Einführung der GOPen 32821 und 32822 zum 01.10.2012 außerhalb des Standardisierten Bewertungsverfahrens

# Review des Standardisierten Bewertungsverfahrens (II)

## Das Verfahren im Überblick

Verfahren zur Beurteilung innovativer Laborleistungen  
im Hinblick auf Anpassungen des Kapitels 32 EBM  
(„verkürztes HTA-Verfahren“)





# Anlage zu § 25 Abs. 4a BMV-Ä „Kern des Fachgebietes“ (I)

## ■ Bundesmantelvertragliche Grundlage

---

<sup>1</sup> „Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32 EBM und entsprechende laboratoriumsmedizinische Leistungen des Kapitels 1.7 des EBM dürfen nur an Fachärzte **überwiesen** werden, bei denen diese **Leistungen zum Kern ihres Fachgebietes gehören**.“

<sup>2</sup> „Bei laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen des Kapitels 32.3 BMV-Ä und entsprechenden laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Kapitels 1.7 des EBM dürfen Teil 3 und 4 der Befunderhebung nur von Vertragsärzten **erbracht und abgerechnet** werden, für die diese **Leistungen zum Kern ihres Fachgebietes gehören**.“

## ■ Ziele dieser Regelung

---

- Durchführung von Leistungen des Kapitels 32 auf Überweisung nur, falls zum Kern des Fachgebietes gehörend
- Erbringung und Abrechnung von Speziallabor nur, falls zum Kern des Fachgebietes gehörend
- Reduktion von überhöhten Fallwerten bei Eigenerbringung und von Mengenanreizen
- Fokussierung der Fachgebiete auf ihren jeweiligen Versorgungsauftrag

# Anlage zu § 25 Abs. 4a BMV-Ä „Kern des Fachgebietes“ (II)

## ■ Aktuell: Stellungnahme der Berufsverbände

---

- Benennung der Gebührenordnungspositionen\* des Kapitels 32.3 EBM , die nach Auffassung der Verbände zum "Kern des Fachgebietes" zählen
  - \*Untersuchung ist für das Fachgebiet "prägend und statusrelevant"
- Zuordnung der Inhalte der Musterweiterbildungsordnung zu labordiagnostischen Leistungen in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden

# Stärkung der fachärztlichen Grundversorger (I)

Warum eine Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) ?



- Konservativ tätige und
- betreuungsintensiv arbeitende fachärztliche und
- wohnortnahe Grundversorger

▶ waren bisher die Verlierer jeglicher EBM-Reform

# Stärkung der fachärztlichen Grundversorger (II)

## Welcher Arzt ist Grundversorger ?

Abrechnungsgebiet	Grundversorger
Anästhesiologie	ja
Augenheilkunde	ja
Chirurgie	ja
Gynäkologie	ja
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	ja
Hautarzt	ja
Humangenetik	nein
Innere Medizin gesamt	
<i>Innere Medizin, FA ohne Schwerpunkt</i>	<i>ja</i>
<i>Innere Medizin, SP Angiologie</i>	<i>nein</i>
<i>Innere Medizin, SP Endokrinologie</i>	<i>nein</i>
<i>Innere Medizin, SP Gastroenterologie</i>	<i>nein</i>
<i>Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie</i>	<i>nein</i>
<i>Innere Medizin, SP Kardiologie</i>	<i>nein</i>
<i>Innere Medizin, SP Nephrologie</i>	<i>nein</i>
<i>Innere Medizin, SP Pneumologie</i>	<i>nein</i>
<i>Innere Medizin, SP Rheumatologie</i>	<i>Nein</i>
Kinder- und Jugendpsychiatrie	ja

Rein auftragnehmende Ärzte gemäß § 13 BMV	Grundversorger
Labormedizin	nein
Nuklearmedizin	nein
Pathologie	nein
Radiologie	nein
Strahlentherapie	nein

Teilnahmestatus	Grundversorger
Ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser u. Institute	nein

Abrechnungsgebiet	Grundversorger
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	nein
Neurologie	ja
Nervenheilkunde und Psychiatrie	ja
Orthopädie	ja
Phoniatrie und Pädaudiologie	nein
Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie	ja
Ärztl. und Nicht-Ärztl. PT, KJP	ja
Urologie	ja
Physikalische und Rehabilitative Medizin	ja

## Stärkung der fachärztlichen Grundversorger (III)

Bestimmte Leistungen eines Grundversorgers schließen eine Berechnung der Pauschale aus

1.5	Praxisklinische Betreuung
1.7.6	Sterilisation
1.7.7	Schwangerschaftsabbruch
1.8	Substitution
5.3	Narkosen
5.4	Narkosen Geburt
8.5	Reproduktionsmedizin
13.3	Internistische Schwerpunkte

30.3	Neurophysiologische Übungsbehandlung
30.4	Physikalische Therapie
30.5	Phlebologie
30.7	Schmerztherapie
30.8	Soziotherapie
30.9	Schlafstörungsdiagnostik
30.10	HIV-Versorgung
31.2	Amb. Operieren
31.3	Überwachungsraum
31.5	Narkosen
<b>32.3</b>	<b>Speziallabor</b>
34.3	Radiologie außer konventionellem Röntgen
34.6	(nur Teilradiologie)
35.2	Richtlinien-Psychotherapie

# Weiterentwicklung des EBM-Kapitels 11 „Humangenetik“

Betriebswirtschaftliche und methodische Anpassungen sind notwendig

- im Wesentlichen unverändert seit Einführung des EBM 2000plus
- seitdem neue medizinische Indikationen und technische Weiterentwicklung
- Grundlage: Gemeinsame Analyse humangenetischer Leistungen von GKV-SV und KBV in Zusammenarbeit mit dem BVdH und der GfH

- Berücksichtigung der geänderten Wirtschaftlichkeit in der Leistungsbewertung
- Anpassung der methodischen Gebührenordnungspositionen



*Vielen Dank !*