

## **EBM-Änderung Labor zum 1. April 2018**

Februar 2017

Zum 1. April 2018 findet die erste Stufe der Laborreform – mit dem Ziel die Mengendynamik zu begrenzen – statt. Bundesweit steigen nämlich in den letzten Jahren die Ausgaben für Laborleistungen stärker an, als die mit den Krankenkassen erzielten Anpassungen der Gesamtvergütung.

Daher hat der Bewertungsausschuss zum 1. April 2018 die Neubewertung der veranlasserbezogenen Steuerung von Laboruntersuchungen (Wirtschaftlichkeitsbonus) und die Weiterentwicklung der Kennnummern beschlossen.

Noch zu beschließen sind die Detailregelungen zur Vergütung der Laborleistungen auf Basis der KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung. Die Vertreterversammlung (VV) der KV Hessen beschäftigt sich mit den entsprechenden Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabes bis Mitte März. Nach Beschluss der VV informieren wir Sie über ein Rundschreiben und auf unserer Homepage.

### **Kennnummern, was ist neu?**

Die Kennnummern (sog. „Ausnahmeziffern“ oder „Befreiungsziffern“) befreien zukünftig nur bestimmte Laborleistungen von der Anrechnung auf die Kosten der erbrachten, bezogenen und veranlassten Laboruntersuchungen. Der Wirtschaftlichkeitsbonus (WiBo) auf diesen Fällen bleibt Ihnen erhalten. Bislang befreien die Kennnummern den kompletten Behandlungsfall. Außerdem ändern sich Kennnummern und deren Inhalt.

Nachdem nun einzelne Leistungen den Kennnummern zugeordnet werden, ist es im Gegenzug möglich und notwendig mehrere Kennnummern in der Abrechnung für einen Patienten anzugeben.

Wichtig: Sie geben in Ihrer Abrechnung je Quartal einmalig und je Patient die zutreffenden Kennnummern an – auch wenn Sie Laborleistungen veranlassen oder beziehen. Wir ordnen die Kennnummern dann den zu befreienden Laborleistungen zu. Auf der Laborüberweisung und -anforderung (Muster 10 und 10A) brauchen Sie die Kennnummern nicht mehr angeben, **ausschließlich in Ihrer Abrechnung.**

Die Kennnummern sind auf der 5. Seite für Sie zusammengestellt.

### **Was gilt es bei Selektivverträgen zu beachten?**

Bei selektivvertraglichen Fällen setzen Sie bitte die bereits bekannte Kennziffer 88192 an, damit diese bei der Fallzählung für die Ermittlung des WiBo berücksichtigt werden. Die Kennziffer 88192 ist für die selektivvertraglichen

**Kennnummer je Leistung**

**Mehrere Kennnummern  
je Patient möglich**

**Kennziffer 88192 bei  
Allgemeinlabor und  
Speziallabor**

Fälle relevant, bei denen Sie keine Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen abrechnen können, jedoch Laborleistungen als kollektivvertragliche Leistungen veranlassen oder abrechnen.

Neu ist, dass Sie die Kennziffer 88192 nun auch für das Allgemeinlabor Abschnitt 32.2 EBM nutzen können. Aus diesem Grund entfällt die bisher gültige Hessenziffer 98191 für die Kennzeichnung von HZV-Fällen der AOK Hessen mit kollektivvertraglicher Abrechnung Allgemeinlabor.

### Wirtschaftlichkeitsbonus neu geregelt

Bei dem von der KV Hessen zugesetzten WiBo (GOP 32001) wird ab dem 1. April 2018 nicht mehr zwischen Allgemeinlabor und Speziallabor unterschieden.

Der WiBo (GOP 32001) wird je Behandlungsfall – vorausgesetzt es wird eine Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale aus den unten aufgeführten Kapiteln des EBM abgerechnet – berücksichtigt. Eine Sonderregelung gibt es bei Selektivverträgen.

**Wegfall Hessenziffer  
98191**

**KV Hessen setzt WiBo zu**

Berechnungsgrundlage WiBo je Fachgruppe				
VP, GP und KP aus Kap. EBM	Arztgruppe	Punkte WiBo	Unterer begrenzender Fallwert	Oberer begrenzender Fallwert
3	Allgemeinmedizin, hausärztliche Internisten und praktische Ärzte	19	1,60 €	3,80 €
4	Kinder- und Jugendmedizin	17	0,90 €	2,40 €
7	Chirurgie	3	0,00 €	0,40 €
8	Gynäkologie, Fachärzte ohne SP Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	10	1,00 €	2,60 €
8	Gynäkologie, SP Endokrinologie und Reproduktionsmedizin: Nur für Ärzte, die die GOP 08520, 08531, 08541, 08542, 08550, 08551, 08552, 08560 und 08561 abrechnen	37	3,90 €	60,80 €
9	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	6	0,10 €	0,80 €
10	Dermatologie	10	0,50 €	2,30 €
11	Humangenetik	3	0,00 €	2,80 €
13.2	Innere Medizin, fachärztliche Internisten ohne SP	15	1,20 €	4,60 €

Berechnungsgrundlage WiBo je Fachgruppe				
VP, GP und KP aus Kap. EBM	Arztgruppe	Punkte WiBo	Unterer begrenzender Fallwert	Oberer begrenzender Fallwert
13.3.1	Innere Medizin, SP Angiologie	10	0,20 €	2,00 €
13.3.2	Innere Medizin, SP Endokrinologie	37	12,60 €	71,70 €
13.3.3	Innere Medizin, SP Gastroenterologie	15	1,60 €	6,30 €
13.3.4	Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie	23	10,90 €	30,50 €
13.3.5	Innere Medizin, SP Kardiologie	6	0,30 €	1,50 €
13.3.6	Innere Medizin, SP Nephrologie	37	22,20 €	55,90 €
13.3.7	Innere Medizin, SP Pneumologie	15	0,80 €	5,20 €
13.3.8	Innere Medizin, SP Rheumatologie	23	8,40 €	35,30 €
16	Neurologie, Neurochirurgie	6	0,00 €	0,90 €
17	Nuklearmedizin	23	0,10 €	17,90 €
18	Orthopädie, Fachärzte ohne SP Rheumatologie	3	0,00 €	0,40 €
18	Orthopädie, SP Rheumatologie: Nur für Ärzte, die die GOP 18700 abrechnen	6	0,20 €	1,40 €
20	Phoniatrie, Pädaudiologie	3	0,00 €	0,40 €
21	Psychiatrie	3	0,00 €	0,30 €
26	Urologie	15	2,40 €	7,10 €
27	Physikalische und Rehabilitative Medizin	3	0,00 €	0,30 €
30.7	Schmerztherapie	3	0,00 €	0,40 €

Für die Bestimmung der Höhe des WiBo gelten für jede Arztgruppe obere und untere begrenzende Fallwerte (vgl. obige Tabelle). Die arztgruppenspezifische Höhe der Fallwerte orientiert sich dabei an den durchschnittlichen Kosten der veranlassten, eigenerbrachten und bezogenen Laborleistungen.

Eine Anerkennung des vollen WiBo erfolgt dann, wenn Ihr arztpraxispezifischer Fallwert kleiner oder gleich dem arztgruppenspezifischen unteren begrenzenden Fallwert ist.

**Rechenformel arztpraxispezifischer Fallwert:**

$$\frac{\text{Summe der Laborkosten im Quartal}}{\text{Anzahl Behandlungsfälle mit Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen}}$$

Liegt Ihr Wert oberhalb des oberen begrenzenden Fallwerts erhalten Sie keinen WiBo. Liegt Ihr Wert zwischen dem oberen und unteren begrenzenden Fallwert, wird der WiBo anteilig gewährt.

Für Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten erfolgt eine praxisspezifische Ermittlung der Bewertung des WiBo und der Fallwerte anhand der hier tätigen Arztgruppen.

Werden Laborkosten erst im Folgequartal ohne eine Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale abgerechnet, werden diese ohne Zählung des Behandlungsfalls im Folgequartal berücksichtigt.

Neu ist zudem, dass die GOP 32001 auch neben präoperativen Leistungen gewährt werden kann.

#### **Ausblick**

Die jetzt beschlossenen Maßnahmen sind aus Sicht der KBV nur ein erster Schritt einer nachhaltigen Laborreform. Im Hinblick auf die steigenden Kosten des Laborbereichs wurde eine weitergehende Überprüfung der Laboruntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 des EBM bis Ende 2020 in den Protokollnotizen zum Beschluss vereinbart.

**Sie haben Fragen?** Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der info.line stehen Ihnen unter der Rufnummer 069 24741-7777 gerne zur Verfügung.

**Neu: WiBo neben präoperativen Leistungen**

**Kontakt**

Kennnummern		
Untersuchungsindikation	Kennnummer	GOP bleiben bei der Ermittlung des arzt spezifischen Fallwertes unberücksichtigt
Nebenstehende GOP bleiben grundsätzlich bei der Ermittlung des arztpraxispezifischen Fallwertes unberücksichtigt	—	32125; 32880; 32881; 32882
Antivirale Therapie der chronischen Hepatitis B oder C mit Interferon und/oder Nukleosidanaloga	32005	32058; 32066; 32070; 32071; 32781; 32823; 32827
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 <b>Mutterschaftsvorsorge</b> anhand den Mutterschaftsrichtlinien des GBA bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung	32007	32031; 32035; 32038; 32120
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 GOP erbracht werden, sind mit dem für die Mutterschaftsvorsorge vereinbarten Kennzeichen „V“ zu versehen.	—	32540V; 32541V; 32542V; 32543V; 32544V; 32545V; 32546V; 32550V; 32551V; 32552V; 32553V; 32554V; 32555V; 32556V
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
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger anhand den Richtlinien des GBA	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
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