

FAQ zur Abrechnung und Vergütung Labor

Bei der Veranlassung und Abrechnung von Laborleistungen sind verschiedene Vorgaben einzuhalten. Diese hat der Bewertungsausschuss (BA) in seiner 412. Sitzung grundlegend für den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) beschlossen hat. Wichtige Informationen zu Wirtschaftlichkeitsbonus (WiBo), Kennnummern, den Honorarvorgaben und häufig gestellte Fragen sind unten in Form eines Fragen-Antworten-Katalogs (FAQ) zusammengefasst.

Stichwort	Frage	Antwort
Abkürzungen rund um das Thema Labor		<p>GB Grundbetrag GP Grundpauschale HV Honorarverteilung HVM Honorarverteilungsmaßstab KP Konsiliarpauschale MGV Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung SP Schwerpunkt VP Versichertenpauschale WiBo Wirtschaftlichkeitsbonus</p>
Zuordnung Wirtschaftlichkeitsbonus (WiBo) GOP 32001	Wie und unter welchen Voraussetzungen wird der WiBo berücksichtigt?	<p>Der WiBo wird je Behandlungsfall berücksichtigt, vorausgesetzt es wird eine Versicherten- (VP), Grund- (GP) oder Konsiliarpauschale (KP) aus den Kapiteln 3, 4, 7 bis 11, 13, 16 bis 18, 20, 21, 26, 27 oder 30.7 im EBM abgerechnet. Bei Selektivverträgen gibt es eine Sonderregelung (s.u. Selektivvertragliche Fälle).</p> <p>Arztgruppen, die keine der genannten VP/GP/KP abrechnen können, haben keinen Anspruch auf den WiBo. [BA-Beschluss aus der 412. Sitzung Teil B Nr. 6 Unterpunkt Nr. 1.]</p>

Stichwort	Frage	Antwort
Zuordnung Wirtschaftlichkeitsbonus (WiBo) GOP 32001	Wie bestimmt sich die Höhe des WiBo?	<p>Die Höhe des WiBo bestimmt sich danach ob der arztpraxisbezogene Fallwert unterhalb, zwischen oder oberhalb der vorgegebenen Arztgruppen-Fallwerte liegt.</p> <p>Der arztpraxisbezogene Fallwert ergibt sich aus den eigenerbrachten, veranlassten und bezogenen Laborkosten dividiert durch die WiBo-relevanten Behandlungsfälle.</p> <p>Für die einzelnen Arztgruppen gelten unterschiedliche obere und untere begrenzende Fallwerte. Der arztgruppenspezifische Fallwert orientiert sich an den durchschnittlichen Kosten der veranlassten, eigenerbrachten und bezogenen Laborleistungen. [BA-Beschluss aus der 412. Sitzung Teil B Nr. 6 Unterpunkt Nr. 4.]</p>
	Wann erhalten Ärztinnen und Ärzte den vollen WiBo?	<p>Eine Anerkennung des vollen WiBo erfolgt dann, wenn der individuelle arztpraxisspezifische Fallwert kleiner oder gleich dem arztgruppenspezifischen unteren begrenzenden Fallwert ist. [BA-Beschluss aus der 412. Sitzung Teil B. Nr. 6 Unterpunkt Nr. 4.]</p>
	Wird beim WiBo zwischen Allgemeinlabor und Speziallabor bzw. Allgemeinversicherten sowie Rentnerinnen und Rentnern unterschieden?	<p>Bei dem von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KvH) zugesetzten WiBo wird nicht zwischen Allgemeinlabor (Abschnitt 32.2 EBM) und Speziallabor (Abschnitt 32.3 EBM) sowie zwischen Allgemeinversicherten sowie Rentnerinnen und Rentnern unterschieden. [BA-Beschluss aus der 412. Sitzung Teil B Nr. 6 Unterpunkt Nr. 1.]</p>
	Warum erhalten Ärztinnen und Ärzte manchmal keinen WiBo vergütet, obwohl sie prinzipiell für diesen berechtigt sind, Labor veranlasst und Kennnummern angesetzt haben?	<p>Liegt der arztpraxisspezifische Fallwert oberhalb des oberen begrenzenden Fallwerts bzw. entspricht diesem, erhält die Arztpraxis keinen WiBo vergütet. [BA-Beschluss aus der 412. Sitzung Teil B. Nr. 6 Unterpunkt Nr. 4.]</p>
	Wann wird der WiBo anteilig vergütet?	<p>Der WiBo wird anteilig vergütet, wenn der arztpraxisspezifische Fallwert zwischen dem oberen und unteren begrenzenden Fallwert liegt. [BA-</p>

Stichwort	Frage	Antwort
Zuordnung Wirtschaftlichkeitsbonus (WiBo) GOP 32001	<p>Wie wird der WiBo bei BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärztinnen und Ärzten berechnet?</p>	<p>Beschluss aus der 412. Sitzung Teil B. Nr. 6 Unterpunkt Nr. 4.]</p> <p>Es erfolgt eine praxisspezifische Ermittlung der Bewertung des WiBo und der Fallwerte anhand der hier tätigen Arztgruppen.</p> <p>Dazu werden gemittelte Werte für die Praxis gebildet. Relevant für die anteilige Berechnung sind jeweils die Ärztinnen und Ärzte, die auf einem WiBo-relevanten Behandlungsfall eine VP/GP/KP laut EBM-Definition abrechnen. [BA-Beschluss aus der 412. Sitzung Teil B. Nr. 6 Unterpunkt Nr. 5.]</p> <p>Rechenbeispiele für Einzelpraxen und BAG sind auf unsere Homepage veröffentlicht.</p>
	<p>Welche Werte werden den Kinderärztinnen und Kinderärzten mit Schwerpunkt/Zusatzweiterbildung zugeordnet?</p>	<p>Für die Arztfälle, in denen die Fachärztin-Kinderärztin oder der Facharzt-Kinderarzt laut Präambel im fachärztlichen Versorgungsbereich tätig wird, richten sich die begrenzenden Fallwerte und der WiBo nach dem entsprechenden SP der Inneren Medizin. In diesem Sonderfall geht der Anteil der fachärztlichen Tätigkeit mit in die Bewertung ein. [BA-Beschluss aus der 412. Sitzung Teil B. Nr. 6 Unterpunkt Nr. 5.]</p>
	<p>Was passiert, wenn die Erbringerin oder der Erbringer das Labor erst im Folgequartal der Veranlassung abrechnet?</p>	<p>Werden Laborkosten durch die Überweisungsnehmerin oder den Überweisungsnehmer erst im Folgequartal und von der Veranlasserin oder vom Veranlasser keine VP, GP oder KP abgerechnet, werden diese Kosten ohne Zählung des Behandlungsfalles für die Ermittlung des WiBo im Folgequartal berücksichtigt. Der Behandlungsfall wird nicht erneut gezählt, da der WiBo für diesen ja bereits im aktuellen Quartal zugesetzt wurde.</p> <p>Ggf. von der Veranlasserin oder von dem Veranlasser in seiner Abrechnung angegebene Kennnummern, werden quartalsübergreifend bei der Ermittlung der Laborkosten im Folgequartal mitberücksichtigt. [BA-Beschluss aus der 412. Sitzung Teil B. Nr. 6 Unterpunkt Nr. 2.]</p>

Stichwort	Frage	Antwort
Zuordnung Wirtschaftlichkeitsbonus (WiBo) GOP 32001	Wird der WiBo auch in stationären Fällen gewährt?	Nach neuer Definition im EBM erfolgt die Zusetzung des WiBo auch bei stationären Fällen, sofern eine relevante VP, GP oder KP im BHF abgerechnet wurde. Die Vergütung erfolgt jedoch nicht belegärztlich, sondern intrabudgetär. [Beschluss aus der 412. Sitzung Teil B. Nr. 1 gerecht zu werden.]
Selektivvertragliche Fälle	Warum entfällt die Hessenspezifische Abrechnungsziffer 98191 zur Kennzeichnung von HZV-Fällen der AOK Hessen mit kollektivvertraglicher Veranlassung Allgemeinlabor?	<p>Diese wird nicht mehr benötigt, da ab dem 1. April 2018 auch die kollektivvertragliche Veranlassung Allgemeinlabor Abschnitt 32.2 über die 88192 gekennzeichnet werden kann.</p> <p>Voraussetzung für die Berücksichtigung dieser Fälle ist, dass die Leistungen aus Abschnitt 32.2 und 32.3 nicht Vertragsgegenstand des HZV-Vertrages sind. [BA-Beschluss aus der 412. Sitzung Teil B. Nr. 6 Unterpunkt Nr. 3.]</p>
	Werden HZV-Fälle für den WiBo bei Ansatz der Hessenspezifischen Abrechnungsziffer 99980 berücksichtigt?	<p>Die 99980 („Kennziffer für Arzt-Patienten-Kontakte oder Besuchsleistungen“) hat keine Relevanz für die Berechnung des WiBo. Bei selektivvertraglichen Fällen wird nur die 88192 für die Fallzählung berücksichtigt.</p> <p>Voraussetzung für die Berücksichtigung dieser Fälle ist, dass die Leistungen aus Abschnitt 32.2 und 32.3 nicht Vertragsgegenstand des HZV-Vertrages sind. [BA-Beschluss aus der 412. Sitzung Teil B. Nr. 6 Unterpunkt Nr. 3.]</p>
Kennnummern	Muss eine Kennnummer immer angegeben werden?	<p>Die Angabe der Kennnummern erfolgt grundsätzlich durch Sie und liegt in Ihrem Ermessen.</p> <p>Die Kennnummern befreien bestimmte Laborleistungen von der Anrechnung auf die Kosten der erbrachten, bezogenen und veranlassten Laboruntersuchungen. Der WiBo für diese Fälle bleibt grundsätzlich erhalten. [BA-Beschluss aus der 412. Sitzung Teil B. Nr. 6 Unterpunkt Nr. 3.]</p>

Stichwort	Frage	Antwort
Kennnummern		<p>6.]</p> <p>Da einzelne Leistungen den Kennnummern zugeordnet sind, ist es im Gegenzug möglich und notwendig mehrere Kennnummern für multimorbide Patienten in der Abrechnung anzugeben.</p> <p>Alle Laboruntersuchungen, die Sie für die Patientin oder den Patienten im Quartal veranlassen oder abrechnen, die nicht über eine Kennnummer abgedeckt sind, sind für die Berechnung des Wirtschaftlichkeitsfaktors relevant.</p>
	Muss bei veranlassten Laborleistungen die veranlassende Ärztin oder der veranlassende Arzt die Kennnummern in seiner Abrechnung angeben?	<p>Ja, die Kennnummern sind immer von der veranlassenden Ärztin oder vom veranlassenden Arzt in seiner Abrechnung anzugeben. Ggf. vorhandene Kennnummern in der Abrechnung der Überweisungsnehmerin oder des Überweisungsnehmers werden nicht den veranlassenden Ärztinnen und Ärzten zugeordnet und sind damit nicht relevant für die Ermittlung des WiBo. [BA-Beschluss aus der 412. Sitzung Teil B. Nr. 6 Unterpunkt Nr. 6.]</p>
	Wo finde ich die Kennnummern?	<p>Eine Übersicht der Kennnummern haben wir für Sie auf unserer Homepage veröffentlicht.</p>
	Muss eine Kennnummer für den kurativen PCR-Test (GOP 32816) und den Labor-Antigentest (GOP 32779) angegeben werden?	<p>Nein, eine Kennnummer muss nicht angegeben werden. PCR-Test (GOP 32816) und Labor-Antigentest (GOP 32779) belasten nicht das Laborbudget.</p>
	Wie erfolgt die Beauftragung des Labors bei PCR-Test oder Labor-Antigentest?	<p>Die Beauftragung des Labors für den PCR-Test bzw. Labor-Antigentest bei symptomatischen Patienten erfolgt über Muster 10. Die Veranlassung belastet nicht das Laborbudget.</p>
	Ist die präoperative Diagnostik über eine	<p>Nein. Die GOP 32125 (präoperative Labordiagnostik) wird jedoch</p>

Stichwort	Frage	Antwort
Kennnummern	Kennnummer befreit?	grundsätzlich aus den Laborkosten der Praxen herausgerechnet. [BA-Beschluss aus der 412. Sitzung Teil B. Nr. 6 Unterpunkt Nr. 6.]
	Belasten die Laboruntersuchungen für die Diagnostik und Therapie von Fertilitätsstörungen den WiBo?	Ja. Die entsprechenden Leistungen unterliegen der Steuerung durch den WiBo. Dies wurde bei der Berechnung der begrenzenden Fallwerte berücksichtigt. [BA-Beschluss aus der 412. Sitzung Teil B. Nr. 6 Unterpunkt Nr. 6.]
	Wann sind Kennnummern im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge anzugeben?	<p>Wenn Leistungen der Mutterschaftsvorsorge im Vertretungsfall, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung erbracht werden, wird die Scheinart 24 (Mit-/Weiterbehandlung), 42 (Urlaubs-/Krankheitsvertretung) oder 43 (Notfall) angelegt.</p> <p>Die zugehörigen Laborleistungen werden mit der Kennnummer 32007 versehen und bei Veranlassung ist bei der Laborüberweisung das entsprechende Feld kurativ anzukreuzen.</p> <p>Andere Leistungen sind, wenn kurativ auf der Überweisung angekreuzt wurde, über das vom Überweisungsnehmer anzugebende Suffix „V“ befreit.</p> <p>Werden Leistungen der Mutterschaftsvorsorge präventiv auf einem Originalschein erbracht, sind die Laborleistungen (entsprechende kurative GOP: 32031, 32033, 32035, 32038) in der GOP 01770 EBM inkludiert. Zusätzliche Laboraufträge im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge werden im entsprechenden Feld der Überweisung als präventiv gekennzeichnet und der Laborarzt rechnet die GOP des Unterabschnitts 1.7.4 ab. [BA-Beschluss aus der 412. Sitzung Teil B. Nr. 6 Unterpunkt Nr. 6.]</p>
	Warum sind manche Laboruntersuchungen, die zu den Kennnummern passen würden, nicht in die Liste der ausgenommenen GOP aufgenommen worden?	Es sind nicht pauschal alle Laboruntersuchungen bei einer Untersuchungsindikation aufgenommen worden. Andererseits ist aber auch ein gewisser Anteil an Laborleistungen dadurch berücksichtigt, dass die unteren begrenzenden Fallwerte bei laborelevanten Fachgruppen

Stichwort	Frage	Antwort
Kennnummern	Beispiel: Die GOP 32618 (HCV-Antikörper) würde sachlich in den Kreis der bei der Kennnummer 32006 genannten ausgenommenen GOP gehören, da es sich um eine Laboruntersuchung zu einer meldepflichtigen Erkrankung handelt.	nicht bei null Euro beginnen. Im Gegenzug erhalten Sie auch für Fälle mit Kennnummern einen WiBo (GOP 32001).
	Wie werden die Kennnummern den befreiten GOP zugeordnet?	<p>Sie geben in Ihrer Abrechnung je Quartal und je Patientin oder je Patient einmalig die zutreffenden Kennnummern an.</p> <p>Die KVH ordnet den Kennnummern die zu befreien den eigenerbrachten, von Laborgemeinschaften bezogenen und veranlasssten Laborleistungen zu.</p>
	Müssen die Kennnummern auf Muster 10 / 10a zur Überweisung Labor eingetragen werden?	Nein, die Kennnummern sind ausschließlich in der Abrechnung der beziehenden, eigenerbringenden oder veranlassenden Arztpraxis anzugeben. [BA-Beschluss aus der 412. Sitzung Teil B. Nr. 6 Unterpunkt Nr. 6.]
Überweisung und Veranlassung	Warum muss das Datum der Veranlassung bei Laborüberweisungen (Muster 10 und 10a) angegeben und vom Labor übermittelt werden?	<p>Das Datum wird für das Laborclearing zwingend benötigt. Nur so ist eine quartalsübergreifende Zuordnung von Kennnummern in der Abrechnung der Veranlasserin oder des Veranlassers zu den Laborkosten in der Abrechnung der Überweisungsnehmerinnen oder der Überweisungsnehmer gewährleistet.</p> <p>Die Erbringerin oder der Erbringer – in der Regel die Laborärztin oder der Laborarzt – ist dafür verantwortlich, dass das Datum der Ausstellung bei der Abrechnung übermittelt wird. Die Angabe im Feld 4102 bei der Abrechnung ist verpflichtend.</p>
	Wie wird beim Laborauftrag an ein Labor (Muster 10) oder beim Auftrag an eine Laborgemeinschaft (Muster 10a) mit den Kennnummern für	Die Kennnummern werden der Abrechnung der Veranlasserin oder des Veranlassers entnommen und sind durch die KVH in der Berechnung des individuellen Fallwertes zu berücksichtigen. Die Hauptverantwortung liegt

Stichwort	Frage	Antwort
Überweisung und Veranlassung	<p>besondere Untersuchungsindikationen konkret verfahren? Werden die Kennnummern, von der veranlassenden/beziehenden Praxis erfasst und von dem/der beauftragten Labor/Laborgemeinschaft in die Abrechnung übernommen?</p>	<p>bei der Veranlasserin oder beim Veranlasser. Die Veranlasserin oder der Veranlasser brauchen die Kennnummer dem Labor nicht mitzuteilen. Die Kennnummern werden bei dem/der beauftragten Labor/Laborgemeinschaft nicht in die Abrechnung übernommen. [EBM Abschnitt 32.1 Nr. 6]</p>
	<p>Ist die Hausärztin und der Hausarzt oder die auf Überweisung tätige Fachärztin und der auf Überweisung tätige Facharzt für die Veranlassung von benötigten Laborwerten zuständig?</p> <p>Was gibt es bei radiologischen Untersuchungen zu beachten?</p>	<p>Nach § 24 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) kann eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt durch Überweisung an eine andere Vertragsärztin oder einen anderen Vertragsarzt die Durchführung erforderlicher diagnostischer oder therapeutischer Leistungen veranlassen.</p> <p>Dies betrifft sowohl Hausärztinnen und Hausärzte wie auch Fachärztinnen und Fachärzte. Benötigen Fachärztinnen und Fachärzte Laborwerte für die Behandlung, können diese Laborwerte von den Fachärztinnen und Fachärzten selbst veranlasst werden, sofern aktuelle Befunde nicht von den zuweisenden Hausärztinnen und Hausärzten übermittelt werden konnten.</p> <p>Unbenommen besteht die Möglichkeit sich kollegial auf ein Procedere zu verständigen.</p> <p>Hinweis: Bei Unsicherheiten in der Vorgehensweise rät die KVH der überweisenden Haus- oder Facharztpraxis dazu, im Vorfeld zu radiologischen Untersuchungen die notwendigen Laborparameter zu erheben.</p> <p>Die Praxisstruktur einer radiologischen Praxis ist für die Einbestellung, Durchführung und Veranlassung von Laboruntersuchungen im Vorfeld zur radiologischen Untersuchung meistens kaum geeignet. Eine Veranlassung der notwendigen Laborparameter bei einer Laborpraxis ist aufgrund des einmaligen Arzt-Patienten-Kontakts organisatorisch kompliziert und angesichts von oftmals langen Anfahrtswegen für die</p>

Stichwort	Frage	Antwort
Überweisung und Veranlassung		<p>Patienten wenig sinnvoll.</p> <p>Um den Auftrag zur radiologischen Untersuchung im Rahmen eines einmaligen Termins durchführen zu können, sind Radiologen somit bei Patientinnen und Patienten mit Risikofaktoren auf die Übermittlung des Kreatinin-Werts oder des TSH-Wertes durch die überweisende Praxis angewiesen. Zuständig für die notwendigen Laborparameter sind deshalb die überweisenden Praxen.</p> <p>Wenn Sie bereits gut funktionierende und nach dem EBM und dem BMV-Ä erlaubte kollegiale Strukturen für die Bestimmung von Laborparametern vor radiologischen Untersuchungen haben, bleiben Sie natürlich gerne dabei.</p>