



**B H I**

# Bundesverband Hausärztlicher Internisten e.V.

Landhausstrasse 10, 10717 Berlin, Tel. 030 / 863 96 110, Fax: 030 / 863 96 157

Homepage: [www.Hausarzt-BHI.de](http://www.Hausarzt-BHI.de), E-mail: [Geschaeftsstelle@Hausarzt-BHI.de](mailto:Geschaeftsstelle@Hausarzt-BHI.de)

## BHI - Newsletter

## Januar 2018

### Laborreform kommt zum 1. April

Nach langen Beratungen haben sich KBV und Kassen auf einen ersten Schritt zu einer Laborreform geeinigt. Die Laborkosten steigen seit Jahren stetig um ca. 5% an und damit mehr als die jährlich erfolgte Anpassung der Gesamtvergütung. Die bisher im Grundbetrag Labor bereitgestellten Honorare reichen schon lange nicht mehr, so dass gemäß den Vorgaben der KBV ein Nachschusspflicht besteht, die von allen Ärzten aufgebracht werden muss.

Ein Problem dabei ist, dass dadurch fachärztliche Laborleistungen aus hausärztlichem Honorar bezahlt werden, was rechtlich nicht zulässig ist. Das wurde auch vom Bundesgesundheitsministerium in einem Schreiben an die KBV bemängelt und deswegen hatten wir geraten, Widerspruch gegen die Honorarabrechnung einzulegen (s. unser Rundschreiben vom März 2016). Diese Frage wird in einem Musterprozess des Hausärzterverbands vor dem sächsischen Sozialgericht geklärt werden.

### Neuregelung des Wirtschaftlichkeitsbonus

Da man festgestellt hat, dass der sog. Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001) aber keinen steuernden Effekt mehr hat wird hier die Systematik umgestellt.

Zunächst wird auf Basis der Abrechnungsdaten von 2015 einmalig ein *arztgruppenspezifischer oberer und unterer begrenzender Fallwert* festgelegt. Dieser beträgt für hausärztliche Internisten als unterer Wert € 1,60 und als oberer Wert € 3,80.

In einem zweiten Schritt wird nun der *individuelle Fallwert des Arztes* bestimmt, und das sind die durchschnittlichen Laborkosten pro Behandlungsfall im Quartal. In Gemeinschaftspraxen wird dieser Wert für die Praxis bestimmt.

Die Höhe des Wirtschaftlichkeitsbonus wird nun dadurch ermittelt, dass man den AG-spezifischen Fallwert mit dem individuellen Fallwert des Arztes vergleicht.

Liegt der individuelle Fallwert unter der unteren Grenze des AG-spezifischen Fallwerts wird der Wirtschaftlichkeitsbonus in voller Höhe ausgezahlt, liegt er über dem oberen Grenzwert gibt es keinen Bonus mehr.

Liegt der individuelle Fallwert innerhalb der Grenzwerte erfolgt folgende Berechnung: Bei uns wird der AG-spezifische Fallwert - individuelle Fallwert durch 2,20 geteilt und das gibt in Prozent an, in welcher Höhe der Bonus ausgezahlt wird. Ein Beispiel soll dies verdeutlichen: lagen Ihre Laborkosten bei 2,40/Fall, ergibt sich dann aus  $(3,80 - 2,40) / 2,20$  eine Quote von 63,63%.

Neu berechnet wird auch, was künftig aus dem Labortopf vergütet werden muss: Aus dem Grundbetrag „Labor“ werden künftig ausschließlich der Wirtschaftlichkeitsbonus und auf Muster 10 veranlasste labormedizinische Untersuchungen vergütet.

Untersuchungen im organisierten Notfalldienst, in Laborgemeinschaften und eigen-erbrachtes Labor sowie die Laborgrundpauschalen der Laborärzte werden in den jeweiligen Versorgungsbereich überführt – sie unterliegen damit zukünftig nicht mehr dem Grundbetrag „Labor“. Dadurch sinkt der Grundbetrag und entsprechend wird sich auch die Nachschusssumme verringern.

Sollte weiterhin die Notwendigkeit bestehen (und davon ist wohl auszugehen) wird die Nachschusspflicht künftig nicht mehr auf der Basis des Trennungsfaktors ermittelt sondern anhand des Anteils der Versorgungsbereichen an den Laborleistungen, was bedeutet, dass die Hausärzte wesentlich weniger als bisher nachzahlen müssen.

## Neuregelung der Kennziffern

Desweiteren wurden die Kennziffern, die bisher eine Befreiung von der Budgetberechnung hatten, geändert: künftig sind nicht mehr alle Laborleistungen, die mit einer Kennziffer versehen worden sind, berücksichtigt, sondern nur noch einige aufgezählte Parameter, die dann in die Berechnung des arztindividuellen Fallwerts nicht mit eingehen.

So sind z. B. bei der Kennziffer 32022 (Diabetes) nur noch Glucose, Kreatinin, HbA1c und Microalbumin nicht budgetrelevant, bei Antikoagulation (32015) nur noch Quick und eine kleines Blutbild budgetfrei, alle anderen bestimmten Parameter werden bei der Berechnung der eigenen Laborkosten mit herangezogen.

Dafür wird die Fallzahlzählung angepasst. Bisher wurden nur kurativ-ambulante Behandlungsfälle gezählt, für die der Arzt *keine* Kennnummer angegeben hat. Ab April erhalten Arztgruppen, die eine Grund-, Versicherten- und/oder Konsiliarpauschale abrechnen, einen Wirtschaftlichkeitsbonus in jedem Behandlungsfall.

In einem nächsten Schritt will sich die KBV damit beschäftigen, Vorgaben zur rationalen Labordiagnostik zu entwickeln, da man davon ausgeht, dass auch mit den nun beschlossenen Maßnahmen die Mengendynamik nicht in den Griff zu bekommen wird. Eine extrabudgetäre Vergütung der Laborleistungen wird mit den Kassen nicht zu machen sein.

Die Mengensteuerung der Laborleistungen soll künftig in die Verantwortung der regionalen KVen übergehen

Wir haben wohl alle in unseren Praxen schon erlebt, wie viel unsinniges Labor durchgeführt wird, KBV-Chef Gassen sprach von „völlig sinnfreien“ Anforderungen. Das hat sicher auch damit zu tun, dass vielen Kollegen nicht klar ist, dass es *ihr Honorar* ist, was im Labortopf verschwindet, auch wenn die Laborleistungen selbst nicht unmittelbar bezahlt werden müssen.

Somit sind wir alle gefordert, eine wirklich sinnvolle Labordiagnostik durchzuführen, muss bei einem Mittdreißiger wirklich zum 10. Male das Cholesterin bestimmt werden, muss es immer TSH *und* fT3 *und* fT4 sein? Tragen wir dazu bei, dass unser Honorar nicht durchs Labor aufgeessen wird!

Dr. Detlef Bothe

2. Vorsitzender