

INFORMATIONEN FÜR DIE PRAXIS

Labor

März 2018

Wirtschaftlichkeitsbonus Labor: So wird er ab 1. April 2018 berechnet

Ärzte können bei wirtschaftlicher Veranlassung und Erbringung von Laborleistungen einen Wirtschaftlichkeitsbonus erhalten. Ab April erfolgt die Berechnung nach einer neuen Systematik und auf Basis aktueller Leistungsdaten. Änderungen gibt es auch bei den Untersuchungsindikationen der Kennnummern. In dieser Praxisinformation stellen wir die Neuerungen vor und erläutern, wie sich der Bonus berechnet. Ein genauer Blick lohnt sich: Denn der Wirtschaftlichkeitsbonus kann den Überschuss einer Praxis steigern.

Der Wirtschaftlichkeitsbonus

Der Wirtschaftlichkeitsbonus stellt einen Anreiz dar: Bleiben die Kosten für veranlasste und eigenerbrachte Leistungen (Abschnitt 32.2 und 32.3 EBM) innerhalb der Bewertungsgrenze, können Ärzte zusätzliches Geld erhalten. Je nach Fachgruppe und Zahl der Behandlungsfälle können das einige tausend Euro im Jahr sein. Ein kurzer Überblick:

- Der Wirtschaftlichkeitsbonus ist Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM). Die Abrechnung erfolgt mit der Gebührenordnungsposition (GOP) 32001. Die GOP wird von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zugesetzt.
- Ärzte, die eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale der EBM-Kapitel 3, 4, 7 bis 11, 13, 16 bis 18, 20, 21, 26, 27 oder 30.7 abrechnen, können einen Wirtschaftlichkeitsbonus erhalten.
- Die GOP 32001 wird je nach Fachgruppe unterschiedlich hoch vergütet. Die Spannweite reicht ab April 2018 von 32 Cent bei Chirurgen bis 3,94 Euro bei Nephrologen und Endokrinologen. Generell gilt: Bei Fachgruppen, die umfangreiche Labordiagnostik veranlassen oder durchführen, ist der Betrag höher.

Grund für die Änderung sind die wachsenden Kosten für Laboruntersuchungen: Sie steigen jedes Jahr deutlich stärker als die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, aus der Laborleistungen vergütet werden. Dies geht zulasten der Vergütung anderer Leistungen.

Der Wirtschaftlichkeitsbonus incentiviert die wirtschaftliche Veranlassung von Laboruntersuchungen und soll so den Kostenanstieg bremsen. Veränderungen in der Versorgung, zum Beispiel in der Onkologie, wurden zuletzt nicht mehr ausreichend berücksichtigt. Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben deshalb eine neue Systematik zur Berechnung des Bonus entwickelt.

Wirtschaftlichkeitsbonus als Anreiz

KV setzt GOP 32001 zu

Welche Arztgruppen können Bonus erhalten

32 Cent bis 3,94 Euro je Fall

Steuerung soll Laborkostenanstieg bremsen



SO WIRD DER WIRTSCHAFTLICHKEITSBONUS AB APRIL BERECHNET

Die neue Systematik

Zur Berechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus gibt es ab 1. April 2018 zwei entscheidende Parameter: Die tatsächlich veranlassten und eigenerbrachten Laborkosten der Praxis und die neuen arztgruppenspezifischen begrenzenden Fallwerte. Letztere geben vor, wie hoch die durchschnittlichen Kosten je Behandlungsfall sein dürfen, um den Wirtschaftlichkeitsbonus zu erhalten. Beide Werte werden schließlich miteinander verglichen.

Begrenzende Fallwerte für jede Arztgruppe

Die arztgruppenspezifischen begrenzenden Fallwerte basieren auf aktuellen Leistungsdaten. In die Berechnung sind alle Laborleistungen eingeflossen, die von der jeweiligen Arztgruppe selbst durchgeführt oder veranlasst wurden. Hierbei wurden auch die Kennnummern und die im Ziffernkranz der Kennnummern hinterlegten GOP, wie sie ab 1. April gelten, berücksichtigt.

Die arztgruppenspezifischen begrenzenden Fallwerte sind im EBM abgebildet. Dabei gibt es für jede Fachgruppe zwei Werte: einen unteren begrenzenden Fallwert – bis zu dem erhalten Ärzte den Bonus in voller Höhe – und einen oberen begrenzenden Fallwert – ab dem erhalten Ärzte keinen Bonus. Liegen die Laborkosten der Praxis zwischen beiden Werten, wird der Bonus anteilig ausgezahlt.

Die Fallwerte bieten eine Orientierung. Ärzte können besser abschätzen, wie sie mit ihren Laborkosten pro Fall im Vergleich zur arztgruppenspezifischen Vorgabe liegen.

Vorteil: Die durchschnittlichen Laborkosten der Praxen je Fall werden mit Fallwerten verglichen, die auf Basis aktueller Daten und unter Berücksichtigung der neu gefassten Kennnummern ermittelt wurden.

Die Rechenschritte im Detail

Ärzte müssen sich um die genaue Berechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus eigentlich nicht kümmern: Diese Aufgabe übernimmt die KV bei der Quartalsabrechnung. Der Bonus wird automatisch zugesetzt. Um aber die Rechenschritte nachvollziehen zu können, sind ein paar Erläuterungen hilfreich:

1. Ermittlung des arztpraxisspezifischen Fallwertes

Um die Laborkosten der Praxis mit den arztgruppenspezifischen Fallwerten vergleichen zu können, wird zunächst der arztpraxisspezifische Fallwert berechnet. Dies sind die durchschnittlichen Laborkosten einer Praxis je Behandlungsfall. Dazu werden die Laborkosten der Praxis durch die Anzahl der Behandlungsfälle dividiert.

Welche Kosten fließen ein: In die Summe der Kosten fließen alle Laborleistungen nach den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM ein, die eine Praxis von Laborgemeinschaften bezogen (Formular 10A), als Auftragsleistung überwiesen (Formular 10) und/oder selbst durchgeführt hat.

Welche Kosten fließen nicht ein: Nicht addiert werden die Kosten der Laboruntersuchungen, die unter die Kennnummern-Regelung fallen. Auftragsleistungen, die von der Arztpraxis abgerechnet werden, bleiben ebenfalls unberücksichtigt.

Laborkosten werden mit arztgruppenspezifischen Fallwerten verglichen

Unterer und oberer begrenzender Fallwert

Fallwerte bieten Orientierung für die Wirtschaftlichkeit

Berechnung übernimmt die KV

Leistungen mit Kennnummern fließen nicht ein



Welche Fälle werden gezählt: Es werden alle Behandlungsfälle im Quartal gezählt, in denen mindestens eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale der EBM-Kapitel 3, 4, 7 bis 11, 13, 16, 17, 18, 20, 21, 26, 27 oder 30.7 abgerechnet wurde.

Bei Ärzten, die an einem Selektivvertrag teilnehmen, werden auch folgende Fälle berücksichtigt: wenn Laborleistungen für Selektivvertragspatienten weiter als kollektivvertragliche Leistung veranlasst oder abgerechnet werden und in diesen Behandlungsfällen keine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale berechnet wird. Diese Fälle sind gegenüber der KV mit der Zusatznummer 88192 zu kodieren. Eine weitere Voraussetzung ist, dass der Wirtschaftlichkeitsbonus nicht Gegenstand des Selektivvertrags ist.

2. Ermittlung des Wirtschaftlichkeitsfaktors

Im nächsten Schritt wird der arztpraxisspezifische Fallwert mit dem arztgruppenspezifischen unteren und oberen Fallwert verglichen. Dabei wird ein Wirtschaftlichkeitsfaktor bestimmt:

- Ist der arztpraxisspezifische Fallwert kleiner oder gleich dem arztgruppenspezifischen unteren Fallwert, beträgt der Wirtschaftlichkeitsfaktor 1. Die Praxis erhält den Bonus in voller Höhe.
- Ist der Wert größer oder gleich dem arztgruppenspezifischen oberen Fallwert, beträgt der Wirtschaftlichkeitsfaktor 0. Die Praxis erhält keinen Bonus.
- Liegt die Praxis mit ihren Kosten zwischen dem unteren und oberen Fallwert, dann liegt der Wirtschaftlichkeitsfaktor zwischen 0 und 1. Die Praxis bekommt einen anteiligen Bonus.

Zur Berechnung des Wirtschaftlichkeitsfaktors wird die Differenz zwischen dem arztgruppenspezifischen oberen Fallwert und dem arztpraxisspezifischen Fallwert dividiert durch die Differenz zwischen dem arztgruppenspezifischen oberen und unteren Fallwert.

3. Abschließende Berechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus

Um zu wissen, wie hoch der Wirtschaftlichkeitsbonus für die Praxis letztlich ausfällt, werden die anzurechnenden Fälle der Praxis, die Punktzahl der GOP 32001 und der Wirtschaftlichkeitsfaktor multipliziert. Bei einer Hausarztpraxis (GOP 32001: 19 Punkte) mit 1.000 Scheinen und einem Faktor von 0,9 wären dies 17.100 Punkte (1.818 Euro).

Besonderheit: (Teil-)BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten

Der Wirtschaftlichkeitsbonus wird nicht pro Arzt, sondern pro Praxis ermittelt. Folglich sind für (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Praxen mit angestellten Ärzten ein paar zusätzliche Rechenschritte nötig. Denn für jede Fachgruppe sind die arztgruppenspezifischen Fallwerte und die GOP 32001 unterschiedlich hoch.

Da in den Einrichtungen in der Regel Ärzte verschiedener Fachrichtungen tätig sind, müssen mehrere arztgruppenspezifische Fallwerte berücksichtigt werden. Dazu werden die Fallwerte, zum Beispiel eines Hausarztes, eines Rheumatologen und eines Orthopäden, unter Berücksichtigung ihrer Arztfälle im Abrechnungsquartal gewichtet.

Alle Fälle werden gezählt

Auch Fälle aus Selektivverträgen

Drei Szenarien:
Praxis erhält Bonus

Praxis erhält keinen Bonus

Praxis erhält anteiligen Bonus

Fallwerte der Ärzte werden gewichtet



Das Ergebnis ist ein spezifischer unterer und oberer Fallwert für die Praxis beziehungsweise das MVZ, mit denen schließlich die Laborkosten der Einrichtung verglichen werden.

Genauso wird mit der GOP 32001 für den Wirtschaftlichkeitsbonus verfahren: Die unterschiedlichen Punktzahlen je Fachgruppe werden unter Berücksichtigung der Arztfälle gewichtet. In einer BAG beispielsweise mit einem Hausarzt (19 Punkte), einem Chirurgen (3 Punkte) und einem Gynäkologen (10 Punkte) ist die GOP 32001 folglich mit 3 bis 19 Punkten bewertet. Der gewichtete Punktwert wird ebenso wie die gewichteten Fallwerte jedes Quartal auf Basis der Arztfälle neu ermittelt.

Außerdem: Sofern in einer (Teil-)BAG, einem MVZ und in Praxen mit angestellten Ärzten auch Vertragsärzte, die keinen Wirtschaftlichkeitsbonus erhalten, Laboruntersuchungen veranlassen oder abrechnen, fließen diese Kosten in die Bestimmung des arztpraxisspezifischen Fallwertes ein.

Bewertung GOP 3201
ebenfalls gewichtet

Rechenbeispiele: So hoch ist der Wirtschaftlichkeitsbonus

Hausärzte

Arztgruppenspezifischer unterer und oberer begrenzender Fallwert 1,60 Euro bzw. 3,80 Euro / Bonus je Fall 19 Punkte (2,02 Euro)

Fallbeispiel: Praxis mit 1.000 Behandlungsfällen, 2. Quartal 2018

Bonus in voller Höhe: Die Praxis hat Laborkosten von durchschnittlich 1,55 Euro je Fall. Die Kosten liegen also unter dem arztgruppenspezifischen unteren begrenzenden Fallwert von 1,60 Euro. Der Wirtschaftlichkeitsfaktor beträgt 1. Ergebnis: Der Bonus wird in voller Höhe ausgezahlt. Die Praxis erhält 2.020 Euro (2,02 Euro x 1.000 Behandlungsfälle x Wirtschaftlichkeitsfaktor 1).

Bonus anteilig: Die Praxis hat Laborkosten von durchschnittlich 2,80 Euro je Fall. Die Kosten liegen also zwischen dem arztgruppenspezifischen unteren und oberen begrenzenden Fallwert. Der Wirtschaftlichkeitsfaktor beträgt 0,455. Ergebnis: Der Bonus wird anteilig ausgezahlt. Bei einem Wirtschaftlichkeitsfaktor von 0,455 erhält der Arzt rund 919 Euro (2,02 Euro x 1.000 Behandlungsfälle x Wirtschaftlichkeitsfaktor 0,455).

Der Wirtschaftlichkeitsfaktor wurde so bestimmt: Die Differenz zwischen dem arztgruppenspezifischen oberen Fallwert und dem arztpraxisspezifischen Fallwert ($3,80 - 2,80 = 1,00$) wurde dividiert durch die Differenz zwischen dem arztgruppenspezifischen unteren und oberen begrenzenden Fallwert ($3,80 - 1,60 = 2,20$). Also: $1,00 : 2,20 = 0,455$.

Kein Bonus: Die Praxis hat Laborkosten von durchschnittlich 3,80 Euro je Fall. Die Kosten sind gleich dem oberen begrenzenden Fallwert von 3,80 Euro. Der Wirtschaftlichkeitsfaktor beträgt 0. Ergebnis: Es wird kein Bonus ausgezahlt.

Beispiel Hausärzte



Fachärzte für Hämatologie / Onkologie

Arztgruppenspezifischer unterer und oberer begrenzender Fallwert 10,90 Euro bzw. 30,50 Euro / Bonus je Fall 23 Punkte (2,45 Euro)

Fallbeispiel: Praxis mit 1.000 Behandlungsfällen, 2. Quartal 2018

Bonus in voller Höhe: Die Praxis hat Laborkosten von durchschnittlich 9,75 Euro je Fall. Die Kosten liegen also unter dem arztgruppenspezifischen unteren begrenzenden Fallwert von 10,90 Euro. Der Wirtschaftlichkeitsfaktor beträgt 1. Ergebnis: Der Bonus wird in voller Höhe ausgezahlt. Die Praxis erhält 2.450 Euro (2,45 Euro x 1.000 Behandlungsfälle x Wirtschaftlichkeitsfaktor 1).

Bonus anteilig: Die Praxis hat Laborkosten von durchschnittlich 18 Euro je Fall. Die Kosten liegen also zwischen dem unteren und oberen Fallwert. Der Wirtschaftlichkeitsfaktor beträgt 0,638. Ergebnis: Der Bonus wird anteilig ausgezahlt. Bei einem Wirtschaftlichkeitsfaktor von 0,638 erhält die Praxis 1.563 Euro (2,45 Euro x 1.000 Behandlungsfälle x Wirtschaftlichkeitsfaktor 0,638).

Der Wirtschaftlichkeitsfaktor wurde so bestimmt: Die Differenz zwischen dem arztgruppenspezifischen oberen begrenzenden Fallwert und dem arztpraxisspezifischen Fallwert ($30,50 - 18,00 = 12,50$) wurde dividiert durch die Differenz zwischen dem arztgruppenspezifischen oberen und unteren begrenzenden Fallwert ($30,50 - 10,90 = 19,60$). Also: $12,50 : 19,60 = 0,638$.

Kein Bonus: Die Praxis hat Laborkosten von durchschnittlich 35 Euro je Fall. Die Kosten liegen damit über dem oberen begrenzenden Fallwert von 30,50 Euro. Der Wirtschaftlichkeitsfaktor beträgt 0. Ergebnis: Es wird kein Bonus ausgezahlt.

Neue Bewertung GOP 32001

Durch die neue Systematik musste teilweise auch die Bewertung der GOP 32001 für den Wirtschaftlichkeitsbonus verändert werden. Bei einigen Arztgruppen wird die Punktzahl angehoben, bei anderen abgesenkt. Diese Anpassung erfolgt mit dem Ziel, den Bonus gerechter zu verteilen.

Doch Achtung: Die Erhöhung oder Absenkung der Punktzahl führt nicht automatisch dazu, dass die betroffenen Arztgruppen einen höheren oder niedrigeren Bonus erhalten. Denn die Höhe des Bonus hängt letztlich davon ab, wie sich die neue Systematik insgesamt auswirkt. So wird nicht nur die Bewertung der GOP 32001 angepasst, ab April werden auch alle Fälle gezählt, die mit einer Kennnummer gekennzeichnet sind.

Laborleistungen mit Kennnummern

Für bestimmte Untersuchungsindikationen sind einzelne Laborleistungen von der Steuerung der wirtschaftlichen Veranlassung und Erbringung durch den Wirtschaftlichkeitsbonus ausgenommen. Folglich fließen deren Kosten nicht in die Berechnung des arztpraxisspezifischen Fallwertes ein.

Zu jeder Kennnummer gibt es einen Ziffernkranz. Dieser Ziffernkranz definiert, welche Leistungen bei ausgewählten Indikationen aus den Laborkosten der Praxis herausgerechnet werden. Er definiert nicht, welche Leistungen medizinisch notwendig sind.

Beispiel Fachärzte

Punktzahl teilweise neu



Auf einen Blick: Die Neuerungen ab April

- Für jede Untersuchungsindikation werden nur einzelne Leistungen aus den Laborkosten der Praxis herausgerechnet. Sie sind im Ziffernkranz der jeweiligen Kennnummer aufgeführt. Alle anderen Laboruntersuchungen, die der Arzt für den Patienten im Quartal veranlasst oder abrechnet, sind für den Wirtschaftlichkeitsbonus relevant.
- Bei Komorbiditäten können für einen Behandlungsfall auch mehrere Kennnummern angegeben werden, zum Beispiel wenn der Patient an einem manifesten Diabetes mellitus erkrankt ist und eine orale Antikoagulantientherapie erhält (Kennnummern 32022 und 32015).
- Ärzte geben die Kennnummern nur noch auf der Abrechnung gegenüber der KV an und nicht mehr auf dem Laborauftrag.
- Die Kennnummer 32013 (Diagnostik und Therapie von Fertilitätsstörungen) entfällt. Die Leistungen der Kennnummer unterliegen zukünftig der Steuerung durch den Wirtschaftlichkeitsbonus. Diese Änderung wurde bei der Neuberechnung der begrenzenden Fallwerte berücksichtigt.
- Auch die Kennnummer 32016 (Präoperative Labordiagnostik) entfällt. Die dahinterliegenden Leistungen – die GOP 32125 (präoperative Labordiagnostik) sowie die GOP 32880, 32881 und 31882 (Gesundheitsuntersuchungen) – werden künftig grundsätzlich aus den Laborkosten der Praxis herausgerechnet.
- Die Untersuchungsindikation „Erkrankungen oder Verdacht auf prä-beziehungsweise perinatale Infektionen“ wird aus der Kennnummer 32007 herausgelöst und als Kennnummer 32024 fortgeführt.

Nur bestimmte GOP befreit

Mehrere Kennnummern pro Patient möglich

Kennnummern nur auf der Abrechnung

Diese Kennnummern wurden inhaltlich neu gefasst:

32006

Bisher: Erkrankungen oder Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht, sofern in diesen Krankheitsfällen mikrobiologische, virologische oder infektionsimmunologische Untersuchungen durchgeführt werden, oder Krankheitsfälle mit meldepflichtigem Nachweis eines Krankheitserregers

Neu: Erkrankungen oder Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht, oder Mukoviszidose

Länderspezifische Besonderheiten bei Meldepflichten wurden im Ziffernkranz berücksichtigt. Die Indikation der Mukoviszidose wurde aus der Kennnummer 32009 in diese Kennnummer übertragen, da insbesondere die mikrobiologische Diagnostik für die Therapieführung wesentlich ist.

32007

Bisher: Vorsorgeuntersuchungen gemäß den Mutterschafts-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, soweit die Leistungen nach Kapitel 32 abzurechnen sind, oder prä- beziehungsweise perinatale Infektionen

Neu: Leistungen der Mutterschaftsvorsorge gemäß den Mutterschafts-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung

Die Kennnummer befreit im Vertretungsfall, im Notfall und bei Mit- und Weiterbehandlung die Laborleistungen, die in der GOP 01770 Betreuung einer Schwangeren inkludiert sind. Der Grund: Die GOP 01770 ist im Vertretungsfall, im Notfall sowie bei Mit- und Weiterbehandlung nicht berechnungsfähig.

In der Mutterschaftsvorsorge kennzeichnen Ärzte den Laborauftrag grundsätzlich im entsprechenden Feld der Überweisung als präventiv. So kann der Laborarzt die Laborleistungen nach dem Programm der Mutterschaftsvorsorge mit den GOP der Mutterschaftsvorsorge des Abschnitts 1.7.4 EBM abrechnen und im Vertretungsfall, im Notfall und bei Mit- und Weiterbehandlung die Laboruntersuchungen in der Abrechnung nach Vorgabe der KV kennzeichnen.

Die Untersuchung der prä- und perinatalen Infektionen wird künftig in einer eigenen Kennnummer 32024 abgebildet.

32011

Bisher: Therapiepflichtige hämolytische Anämie, Diagnostik und Therapie der hereditären Thrombophilie, des Antiphospholipidsyndroms oder der Hämophilie

Neu: Therapie der hereditären Thrombophilie, des Antiphospholipidsyndroms oder der Hämophilie

Die therapiepflichtige hämolytische Anämie und die Diagnostik der hereditären Thrombophilie, des Antiphospholipidsyndroms oder der Hämophilie unterliegen künftig der Steuerung durch den Wirtschaftlichkeitsbonus.

32012

Bisher: Tumorerkrankung unter parenteraler tumorspezifischer Behandlung oder progrediente Malignome unter Palliativbehandlung

Neu: Erkrankungen unter antineoplastischer Therapie oder systemischer Zytostatika-Therapie und/oder Strahlentherapie

Ärzte können die Kennnummer weiterhin für die parenterale tumorspezifische Therapie, zum Beispiel mit Zytostatika oder Biologica, und neu für orale antineoplastische Therapien sowie die Strahlentherapie ansetzen. Ab April umfasst die Kennnummer 32012 somit auch die Untersuchungsindikationen der bisherigen Kennnummer 32019.

32015

Orale Antikoagulantientherapie

Diese Kennnummer befreit zukünftig ausschließlich die für die Steuerung von Vitamin K-Antagonisten notwendigen Laboruntersuchungen von der Anrechnung auf den arztpraxisspezifischen Fallwert. Die direkten oralen Antikoagulantien bedürfen in der Regel keiner Therapieüberwachung.

32019

Bisher: Erkrankungen unter systemischer Zytostatika-Therapie und/oder Strahlentherapie

Die Kennnummer 32019 wird aufgrund des ähnlichen Leistungsinhalts mit der Kennnummer 32012 zusammengefasst und in der neu gefassten Kennnummer 32012 abgebildet.



Mehr Informationen

Zur Laborreform und zum Wirtschaftlichkeitsbonus – mit Übersichten zu den arztgruppenspezifischen Fallwerten, zur Bewertung der GOP 32001 je Fachgruppe und zu allen Kennnummern sowie den Beschluss des Bewertungsausschusses: www.kbv.de/html/33487.php

Kennen Sie schon die PraxisNachrichten? Sie können den Newsletter der KBV hier kostenlos abrufen und abonnieren: www.kbv.de/praxisnachrichten.

Themenseite im
Internet