

## FAQ zu den Änderungen beim Wirtschaftlichkeitsbonus ab 1. April 2018

Stichwort	Frage	Antwort
<b>Ausnahme-Kennnummern</b>	<p>Im Zuge der Laborreform ab 1. April 2018 befreien Kennnummern künftig nur bestimmte Leistungen von der Anrechnung auf die Kosten der erbrachten, bezogenen und veranlassten Laboruntersuchungen, d. h. einzelne Leistungen werden den Kennnummern zugeordnet und bei einem Patienten können künftig mehrere Kennnummern in der Abrechnung angegeben werden.</p> <p>Auf dem Labor-Überweisungsschein ist bisher nur ein Feld für die Eintragung einer Ausnahme-Kennnummer vorgesehen. Wird Muster 10/10A entsprechend erweitert oder genügt die Angabe aller zutreffenden Kennnummern in der Abrechnung?</p>	<p>Die Ausnahme-Kennnummern 32004 bis 32024 sind zukünftig nur noch von dem Arzt in seine eigene Abrechnung einzutragen, der die Laborleistungen im Eigenlabor erbringt, aus seiner Laborgemeinschaft bezieht oder bei einem Laborarzt veranlasst. Daher ist ein Eintrag der Ausnahme-Kennnummern auf Muster 10/10A nicht mehr notwendig (d. h. Laborarzt/Laborgemeinschaft benötigt diese Info nicht und übernimmt diese auch nicht in seine/ihre Abrechnung).</p> <p>Während früher der Ansatz einer Kennnummer ausgereicht hat, ist es bei notwendigen Laboruntersuchungen bei multimorbiden Patienten zukünftig wichtig, dass bei diesen Patienten auch alle zutreffenden Kennnummern in die Abrechnung eingetragen werden.</p>
	<p>Sind Ausnahmekennziffern (z.B. bei Diabetes mellitus) an jedem Tag zu den entsprechenden Laboruntersuchungen anzugeben, oder reicht der einmalige Ansatz der Ausnahme-Kennnummer im Behandlungsfall?</p>	<p>Es reicht die Angabe der zutreffenden Ausnahme-Kennnummer im Behandlungsfall. Die für die jeweilige Untersuchungsindikation genannten Laborleistungen bleiben dann für diese Behandlungsfälle bei der Ermittlung der Kosten für den individuellen Fallwert der Praxis unberücksichtigt.</p> <p>Bei multimorbiden Patienten ist zukünftig wichtig, dass alle für den Patienten zutreffenden Ausnahme-Kennnummern im Behandlungsfall angegeben werden.</p>
	<p>Kann eine Ausnahmekennziffer für eine Erkrankung (z. B. Diabetes mellitus) angegeben werden, die der Patient zwar hat, aber für die im Behandlungsfall keine Laboruntersuchung stattfindet?</p> <p>Es werden lediglich Laboruntersuchungen für eine Indikation veranlasst, die nichts mit der Diabetes-Erkrankung zu tun hat.</p>	<p>Es sollte vermieden werden, eine Ausnahme-Kennnummer auch in Fällen anzugeben, in denen die zu den Kennnummern gehörenden Erkrankungen bei den Diagnoseangaben (ICD-10-Code) fehlen oder in denen keine indikationsbezogenen Laborleistungen erbracht werden.</p> <p>Alle nicht in im Ziffernkranz einer Ausnahme-Kennnummer aufgeführten Laboruntersuchungen werden bei der Berechnung des individuellen Fallwertes der Praxis berücksichtigt.</p>
	<p>Wie werden Laborkosten für Untersuchungen bei einem Patienten bei dem Veranlasser berücksichtigt, wenn die Laboruntersuchungen vom beauftragten Labor erst im Folgequartal erbracht und abgerechnet werden?</p>	<p>Werden für einen Patienten Laborkosten erst im Folgequartal abgerechnet, werden diese ohne Zählung des Behandlungsfalles beim Veranlasser im Folgequartal berücksichtigt.</p>

	<p>Leistungen der Mutterschaftsvorsorge, die bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung nach den kurativen Gebührenordnungspositionen erbracht werden, sind lt. den Ausführungen zu den Ausnahme-Kennnummern im EBM mit dem für die Mutterschaftsvorsorge vereinbarten Kennzeichen „V“ zu versehen.</p> <p>Gilt diese Kennzeichnung auch für Bayern? Welche GOPen betrifft diese Kennzeichnung?</p> <p>Wozu dient die Kennzeichnung?</p>	<p>Diese Leistungen sind in Bayern weiterhin mit einem "M" in der KVDT-Feldkennung 5023 zu kennzeichnen (V-Kennzeichnung nicht erforderlich). Aus dem Laborbereich betrifft diese Regelung die GOPen 32540 bis 32546 und 32550 bis 32556, wenn diese als Leistungen der Mutterschaftsvorsorge bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung als kurative GOPen erbracht werden.</p> <p>Durch die Kennzeichnung lässt sich der Leistungsbedarf identifizieren, der im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge erbracht, aber über kurative Gebührenordnungspositionen abgerechnet wird.</p>
	<p>Was hat sich bei der Ausnahmekennnummer 32012 ab 01. April 2018 geändert?</p>	<p>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 2018 umfasst die Kennnummer 32012 somit auch die Untersuchungsindikationen der bisherigen Kennnummer 32019.</p>
<p><b>Zuordnung der Werte für Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001) und Grenzwerte</b></p>	<p>Kinderärzte mit Schwerpunkt - Zuordnung der Werte der internistischen Schwerpunkte: Welche Werte werden den Kinderärzten mit Schwerpunkt Neonatologie oder dem Schwerpunkt Neuropädiatrie zugeordnet?</p> <p>Erhalten die Kinderärzte mit Schwerpunkt immer die höheren Werte?</p> <p>Reproduktionsmediziner bzw. Orthopäden mit SP Rheumatologie - Zuordnung höherer Werte bei Abrechnung spezifischer Gebührenordnungspositionen:</p> <p>Reicht die einmalige Abrechnung einer der definierten Gebührenordnungspositionen im Quartal aus, um die Werte für alle Behandlungsfälle im Quartal zugeordnet zu bekommen oder werden die Werte immer nur für den jeweiligen Behandlungsfall herangezogen, in dem die Gebührenordnungsposition berechnet wurde?</p>	<p>Wenn ein Kinder- und Jugendmediziner mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung im fachärztlichen Versorgungsbereich tätig wird, bestimmen sich seine Grenzwerte und die Bewertung des Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001) für diese fachärztlichen Fälle nach <b>dem entsprechenden Schwerpunkt</b> der Inneren Medizin.</p> <p>Gibt es - wie bei der Neonatologie oder der Neuropädiatrie - keinen entsprechenden internistischen Schwerpunkt, werden die "normalen" Werte für die Kinder- und Jugendmedizin auch in den Fällen herangezogen, in denen der Neonatologe oder Neuropädiater im fachärztlichen Versorgungsbereich tätig wird.</p> <p>Nein, die höheren Werte gibt es nur für die Behandlungsfälle, in denen der Kinderarzt mit Schwerpunkt auch tatsächlich fachärztlich tätig wird (Kennzeichnung der Versichertenpauschale mit Buchstaben "F" (04000F)).</p> <p>Lt. EBM erhalten die höheren Werte die Ärzte (Reproduktionsmediziner bzw. Orthopäden mit SP Rheumatologie), die die Gebührenordnungspositionen berechnen. Insofern reicht die einmalige Abrechnung einer der definierten Gebührenordnungspositionen im Quartal aus, um diese Werte insgesamt zugeordnet zu bekommen.</p>

	<p>Ärzte mit mehreren Gebieten bzw. mehreren Schwerpunkten: Die Einordnung des Arztes für die Berechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus richtet sich nach dem Versorgungsauftrag, mit dem er zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist. Was ist darunter zu verstehen?</p>	<p>Eine eindeutige Zuordnung des „Versorgungsauftrags“ ist häufig nur schwer möglich. Ärzte mit mehreren Fachgebieten oder Schwerpunkten können jedoch bei der Abrechnung diejenige Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschale ihrer Fachgebiete bzw. Schwerpunkte wählen, in welchem sie beim Patienten tätig geworden sind (insgesamt nur eine Pauschale berechnungsfähig). Ausgehend von der jeweils vom Arzt im Quartal abgerechneten Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale werden die zutreffenden Werte für die Ermittlung des individuellen Fallwertes der Praxis herangezogen und anteilig berücksichtigt.</p>
	<p>Wie erfolgt die Ermittlung des praxisindividuellen Fallwertes bei Gemeinschaftspraxen, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten?</p>	<p>Bei Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten sind je nach Fachgruppe der Praxisteilnehmer für die Ermittlung des Wirtschaftlichkeitsfaktors ggf. unterschiedliche obere und untere begrenzende Fallwerte und für die Ermittlung der praxis-spezifischen Bewertung der GOP 32001 ggf. verschiedene Punktzahlen heranzuziehen. Für die BAG/MVZ/Praxen mit angestellten Ärzten werden die praxisindividuellen Grenzwerte und Bewertung der GOP 32001 daher berechnet, indem die unterschiedlichen Werte/Bewertungen der einzelnen Arztgruppen unter Berücksichtigung ihrer Arztfälle im Quartal gewichtet werden.</p> <p>Ein Berechnungsbeispiel für eine BAG finden Sie auf unserer Internetseite (<a href="http://www.kvb.de">www.kvb.de</a> in der Rubrik Abrechnung / BEGO - EBM / EBM-Reform).</p>
<p><b>Laborüberweisung (Muster 10)</b></p>	<p>Wann muss im Zusammenhang mit der Beauftragung von Laborleistungen der <b>Erstveranlasser auf Muster 10</b> eingetragen werden?</p>	<p>Das Feld "Erstveranlasser" auf Muster 10 ist <b>nur im folgenden Fall einzutragen</b>: Kann ein zu Laborleistungen beauftragter Arzt (Muster 10) nicht alle beauftragten Laborparameter selbst bestimmen, darf er diese mit Muster 10 weiter überweisen. Nur in diesem Fall ist von dem weiterüberweisenden Arzt auf seinem Auftragsschein der andere Arzt, der ursprünglich die Laboruntersuchungen veranlasst hat, als Erstveranlasser mit seiner Betriebsstätten-Nummer (BSNR) und Lebenslangen Arztnummer (LANR) einzutragen.</p> <p>Das Feld "Erstveranlasser" auf Muster 10 ist <b>nicht einzutragen</b> in dem folgenden Fall: Wird einem ein Patient hingegen zur Mit-/Weiterbehandlung (Muster 6) überwiesen und benötigt er für seine Diagnostik Laborwerte, so kann er diese auf Muster 10 veranlassen. In diesem Fall darf aber der ursprünglich überweisende Arzt nicht als Erstveranlasser für eine Laborleistung auf Muster 10 eingetragen werden.</p>