

Erläuterungen zur Anwendung der bundeseinheitlichen Abstufungsquote ab dem 1. Januar 2013

Die KBV errechnet auf Basis der von den KV'en zur Verfügung gestellten Daten eine halbjährlich bundeseinheitliche Abstufungsquote „Q“ und gibt diese vor Beginn des betreffenden Zeitraumes gegenüber den KV'en bekannt. Diese Quote dient der bundesweiten Vereinheitlichung der Vergütung von Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin und gilt für alle Leistungserbringer. Somit werden die im EBM aufgeführten Beträge für die Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 des EBM nicht zu dem im EBM angegebenen Preis, sondern zu einem unter Anwendung der Abstufungsquote „Q“ neu ermittelten Preis berechnet. Nicht angewendet wird die Abstufungsquote „Q“ für die Leistungen der Basisdiagnostik nach den Nummern 32025 (Glucose), 32026 (TPZ), 32027 (D-Dimer), 32035 (Erythrozytenzählung), 32036 (Leukozytenzählung), 32037 (Thrombozytenzählung), 32038 (Hämoglobin), 32039 (Hämatokrit), 32097 (BNP/NT-Pro-BNP) und 32150 (Troponin I/Troponin T). Ebenso gilt diese Quote nicht für die Laborleistungen, die die Krankenkassen außerhalb der MGV zahlen (z. B. 32880 bis 32882, Laborleistungen im Rahmen der künstlichen Befruchtung, Laborleistungen MRSA 86782 und 86784). Hier erfolgt die Vergütung der Leistungen gemäß dem Wert im EBM.

Die von der KBV für das **1. Halbjahr 2013** bekannt gegebene bundesweite Abstufungsquote „Q“ beträgt **89,18 Prozent**.

Beispiel der Vergütung zur Anwendung der Abstufungsquote „Q“

EBM-Leistung	Wert der Leistung gem. EBM	Vergütung der Leistung
32061	0,25 €	0,22 €

Fallwertbezogene Budgetierung für „Nicht-Laborärzte“ für Leistungen des Abschnitts 32.3 des EBM

Mit der Einführung der Budgetierung im Rahmen der Eigenerbringung von Laborleistungen des Abschnitts 32.3 des EBM seit dem 1. Oktober 2012 wird zusätzliche eine Budgetierung für die Ärzte der in der Tabelle aufgeführten Arztgruppen eingeführt, bei der "nur" die eigen erbrachten Leistungen des Abschnitts 32.3 betrachtet werden. Die veranlassten Leistungen bleiben unberücksichtigt. Auf die in der Tabelle aufgeführten Fallwerte in Euro wird die Abstufungsquote „Q“ ab dem 1. Quartal 2013 angewendet.

Arztgruppe	Fallwert in €	Fallwert in Euro für das 1. Halbjahr 2013 unter Anwendung „Q“
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/ Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Dermatologie	4,00	3,57
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/ Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin ohne Schwerpunkt	40,00	35,67
FÄ für Innere Medizin mit SP* Angiologie	40,00	35,67
FÄ für Innere Medizin mit SP* Rheumatologie	40,00	35,67
FÄ für Nuklearmedizin	21,00	18,73
FÄ für Urologie	4,00	3,57
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/ Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Urologie	4,00	3,57
FÄ für HNO/FÄ für Phoniatrie u. Pädaudiologie / Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	4,00	3,57

Ärzte aus nicht in o. a. Tabelle aufgeführten Arztgruppen unterliegen nicht der gesonderten Budgetregelung.

Bei diesen seit dem 1.10.2012 zusätzlich geltenden Budgets ist eine Budgetbefreiung über Kennziffern für bestimmte Patienten/-gruppen nicht vorgesehen. Es handelt sich bei diesem Budget im Endergebnis der Berechnung um ein Budget der Praxis. Bei Überschreitung des Budgets erfolgt für die darüber hinausgehenden Laborleistungen keine Vergütung.

Bei der Berechnung der Budgethöhe werden alle Behandlungsfälle der Praxis des aktuellen Quartals, somit z. B. auch Zielaufträge zur Erbringung von Laborleistungen, Notfalldienstfälle, präventive Fälle, jedoch ohne die Fälle der Sonstigen Kostenträger zur Berechnung herangezogen.

In Praxen mit mehr als einem zu betrachtenden Arzt wird mit Hilfe der anteiligen Behandlungsfallzahlen der zur Erbringung von Labor gem. Abschn. 32.3 berechtigten Ärzte und unter Anwendung der Abstufungsquote „Q“ ein quotierter Fallwert zugrunde gelegt. Mit der Summe der quotierten Fallwerte der Praxis werden die Gesamtfälle der Praxis multipliziert, um das Budget zu errechnen. Ärzte der Praxis, die nicht über die Berechtigung zur Erbringung der Laborleistungen des Abschn. 32.3 verfügen, gehen bei der Berechnung des quotierten Fallwertes mit 0 € ein, wobei die Behandlungsfälle der Ärzte mitgerechnet werden.

Sind in der Praxis Ärzte der Fachrichtungen vertreten, für die in obiger Tabelle kein Referenzfallwert ausgewiesen ist, die jedoch berechtigt sind Laborleistungen gem. Abschnitt 32.3 zu erbringen (z. B. Laborärzte, z. B. nicht ermächtigte Dermatologen), bleiben die Fälle der Ärzte und auch die von den Ärzten zur Abrechnung kommenden Leistungen des Abschnitts 32.3 sowohl bei der Berechnung als auch bei der Betrachtung der Auslastung der Budgets unberücksichtigt.

Ein Berechnungsbeispiel für die Berechnung in einer Praxis mit mehr als einem Arzt finden Sie nachfolgend.

Auf begründeten Antrag des Arztes kann der Vorstand den Referenzfallwert für den Arzt anpassen. Vom Arzt sind geeignete Unterlagen zum Nachweis der medizinisch notwendigen laboratoriumsmedizinischen Leistungserbringung beizufügen.

Zum Ausgleich eines Honorarverlustes der von der zusätzlichen Laborbudgetierung des Abschnitts 32.3 betroffenen Praxen von mehr als 15 Prozent im Laborbereich des Abschnitts 32.3, der durch die Einführung des zusätzlichen Laborbudgets resultiert, ist eine Ausgleichszahlung auf Antrag des Arztes bis max. 85 % des Honorars des Leistungsbereiches des Abschnitts 32.3 des EBM des Vorjahresquartals möglich.

Die in der Vergangenheit bereits bestehenden veranlasserbezogenen Budgets für die Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 des EBM bleiben unverändert bestehen.

Ansprechpartner:

Herr Andreas Welz
Frau Antje Beinhoff
Frau Silke Brötzmann

Tel.-Nr. 0391 / 627 6101
Tel.-Nr. 0391 / 627 7208
Tel.-Nr. 0391 / 627 6208