

Arbeitsgemeinschaft Vertragsarztrecht

„Rechtmäßigkeit der Beschränkungen von Laborleistungen durch Nichtlaborärzte am Beispiel der Rheumatologen“

Köln

20.09.2013



Christian Koller
Fachanwalt für Medizinrecht

Quotierung der Kostenerstattung für Speziallabor - bisherige Rechtslage

- Bundeseinheitliche Bewertung des analytischen Teils der Laboruntersuchungen mit festen DM- bzw. EURO-Beträgen

Nr. 1 der Präambel zu Abschnitt 32.3 EBM

- Gründe:

- Kalkulations- und Planungssicherheit
- Verhinderung, dass Laborproben in diejenigen KV-Bezirke versandt werden, die höhere Punktwerte haben

- Einführung einer zweistufigen Mengensteuerregelung für analytischen Teil

1. Stufe: **Laborbonus** (Nr. 6 der Präambel zu 32.3 EBM)

- Gilt für eigenerbrachte Leistungen und Auftragsleistungen
- Veranlasserbudget =
arztgruppenbezogene Fallpunktzahl x Fallzahl Vertragsarzt / Quartal
- Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001 EBM)
- Veranlasserbudget läuft gegen Bonus und kann diesen aufzehren
- Grund: finanzieller Anreiz, sein Veranlasserbudget nicht auszuschöpfen

- Einführung einer zweistufigen Mengensteuerregelung für analytischen Teil

2. Stufe: fallzahlbezogene Abstaffelungsregelung (Nr. 10 der Präambel zu 32.3 EBM)

- je Arztpraxis
- greift bei über 450.000 Parameter des Speziallabors / Quartal
- Leistungsbewertung der darüber hinausgehenden Parameter werden um 20% reduziert

Auswirkung der Laborreform

BSG v. 11.10.2006 – B 6 KA 46/05

„Um in den Genuss des Wirtschaftlichkeitsbonus zu gelangen, verminderten die Vertragsärzte ersichtlich die Zahl der Fälle, in denen sie überhaupt Laboruntersuchungen veranlassten, sowie den Umfang der pro Fall erteilten Aufträge. Die Klägerin verweist in diesem Zusammenhang vor allem darauf, dass dies zu einem Rückgang der so genannten Serienlängen geführt habe und sich damit die Kosten für die Untersuchung der einzelnen Laborparameter erhöht hätten. Der Rückgang der Fallzahlen und des Volumens der angeforderten Laborleistungen pro Behandlungsfall war indessen von den Normgebern des EBM-Ä gewollt, weil diese davon ausgegangen sind, dass nach dem bis zum 30. Juni 1999 geltenden Rechtszustand Anreize zur wirtschaftlichen Veranlassung von Laborleistungen gefehlt haben. Das beruht vor allem darauf, dass die von einem behandelnden Arzt bei einem Laborarzt in Auftrag gegebenen Laborleistungen keiner effektiven Wirtschaftlichkeitsprüfung unterlagen.“

Auswirkung der Laborreform

Wenner, Vertragsarztrecht nach der Gesundheitsreform,
München 2008, § 27 Rz. 4

„Besonders effektiv gelingt die Durchsetzung des Wirtschaftlichkeitsgebotes bei veranlassten Leistungen, wenn eine Verzahnung mit der Höhe des ärztlichen Honorars erfolgt.

Ein Beispiel dafür ist der sog. Laborbonus, der zum 01.Juli 1999 neu in den EBM-Ä eingeführt worden ist.“

KBV sah 2010 dennoch Handlungsbedarf

TOP 10 der GOPs im Jahr 2010

Innere Medizin – SP Rheumatologie – Labor



TACKE KRAFFT

Kapitel 32.3

Quelle: KBV

GOP	Leistungstext	Häufigkeit	Anzahl abrechn. Praxen je GOP	Anzahl abrechnende Ärzte	Häufigkeit je Behandl.-fall	Durchschnittliche Veränderung pro Jahr in Prozent (2008 – 2010)
32511	Höchstwert für die Untersuchungen nach GOP 32489 bis 32505	61.025	98	124	0,11	7,93%
32460	CRP	477.900	104	130	0,82	5,12%
32490	ANA Suchtest	238.266	106	132	0,41	3,54%
32461	Rheumafaktor	378.802	106	133	0,65	7,49%
32443	C3	177.081	87	113	0,30	11,11%
32444	C4	176.294	87	112	0,3	12,98%
32489	Antikörper gg zyklisch citrulliniertes Peptid	96.274	95	119	0,17	10,66%
32491	Doppelstrang DNS Antikörper	97.443	102	127	0,17	7,62%
32492	Antikörper gg Zellkern- oder zytoplasmatische Antigene	102.706	76	94	0,18	10,54%
32325	Ferritin	167.471	62	82	0,29	12,23%

TOP 10 der GOPs im Jahr 2010

Innere Medizin – SP Rheumatologie – Labor

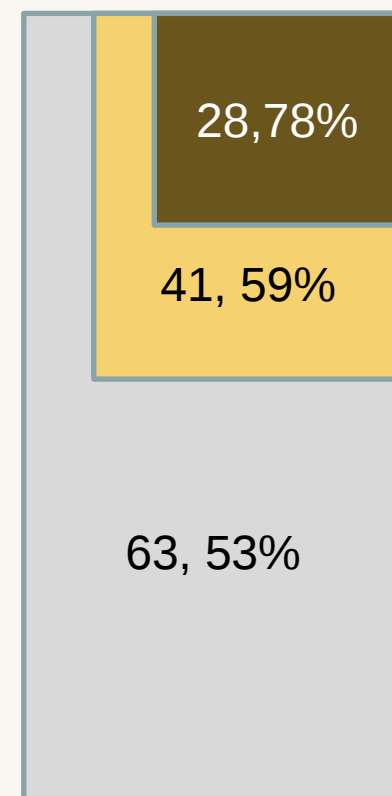


TACKE KRAFFT

Kapitel 32.3

Quelle: KBV

GOP	Leistungstext	Leistungshäufigkeit	%-Anteil kalk. Leistungsbedarf (LB) in EUR am gesamten LB
32511	Höchstwert für die Untersuchungen nach GOP 32489 bis 32505	61.025	11,20%
32460	CRP	477.900	10,09%
32490	ANA Suchtest	238.266	7,49%
32461	Rheumafaktor	378.802	6,85%
32443	C3	177.081	5,95%
32444	C4	176.294	5,70%
32489	Antikörper gg zyklisch citrulliniertes Peptid	96.274	4,65%
32491	Doppelstrang DNS Antikörper	97.443	4,37%
32492	Antikörper gg Zellkern- oder zytoplasmatische Antigene	102.706	4,20%
32325	Ferritin	167.471	3,03%



Neue Rechtslage nach dem GKV-VStG

*(4) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat Vorgaben zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung nach Absatz 1 Satz 1 sowie Kriterien und Qualitätsanforderungen für die Anerkennung besonders förderungswürdiger Praxisnetze nach Absatz 2 Satz 2 als Rahmenvorgabe für Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigungen, insbesondere zu Versorgungszielen, im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu bestimmen. Darüber hinaus hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung Vorgaben insbesondere zu den Regelungen des Absatzes 2 Satz 1 bis 3 zu bestimmen; dabei ist das **Benehmen** mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen herzustellen. Die Vorgaben nach den Sätzen 1 und 2 sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu beachten.*

(2) Der Verteilungsmaßstab hat Regelungen vorzusehen, die verhindern, dass die Tätigkeit des Leistungserbringers über seinen Versorgungsauftrag nach § 95 Absatz 3 oder seinen Ermächtigungsumfang hinaus übermäßig ausgedehnt wird; dabei soll dem Leistungserbringer eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe seines zu erwartenden Honorars ermöglicht werden.

**Vorgaben
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß
§ 87b Abs. 4 SGB V (Artikel 1, Nr. 24 GKV-VStG) zu
Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen
mit Wirkung zum 01. Juli 2012 (Stand: 27.04.2012)**

II. Neufassung des Teils E im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

Vorgaben zur Vergütung laboratoriumsmedizinischen Leistungen

Ziffer 1 Ermittlung einer Abstaffelungsquote Q

Ziffer 3.5 Vergütung der speziellen Laboratoriumsuntersuchungen bei „Nicht-Laborärzten“
durch arztgruppenspezifische fallwertbezogene Mengenbesteuerung

**Die Abstaffelungsquote Q
oder:
Die Wiedereinführung des
floatenden Punktwertes**

Berechnung der Abstaffelungsquote Q

Beschlussteil E Nr. 1.1 KBV-Vorgabe

- KVen übersenden der KBV Daten des Vorjahresquartal (Kosten für Laborleistungen bzw. Punktzahlanforderung)
- KBV berechnet anhand des zur Verfügung stehenden Geldes die Abstaffelungsquote „Q“
- Der aktuelle „Q“ wird in einem Rundschreiben an die Landes-KVen bekanntgegeben
- IV/2012 : 95,36
I/2013 : 89,18
II/2013: 89,18
III/2013: 91,81
IV/2013: 91,81

Anwendung der Abstaffelungsquote Q

Beschlussteil E Nr. 3.4 KBV-Vorgabe

Die Gebührenordnungspositionen 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150 werden zum Preis der regionalen Euro-Gebührenordnung aus dem Vergütungsvolumen VG2 vergütet.

Die **weiteren Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM** werden – sofern diese nicht außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden - **unter Berücksichtigung der Regelungen gemäß Nr. 3.4 mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert mit der bundeseinheitlichen Abstaffelungsquote Q** gemäß 1.1.5 aus dem Vergütungsvolumen VG2 gemäß 2.2 **vergütet**. Für Abschnitt 32.2 ist die Regelung für Laborgemeinschaften in Ziffer 1 Satz 2 zum Abschnitt 32.2 EBM zu berücksichtigen.

Zusätzlich für Nichtlaborärzte:

**arztgruppenspezifische
fallwertbezogene
Mengensteuerung**

Anwendungsbereich (Ziffer 3.5.1 KBV-Vorgabe):

Alle Vertragsärzte, die zur Abrechnung von Laboratoriumsuntersuchungen berechtigt sind und nicht Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin oder ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sind.

➔ Beispiel: Fachärztliche Internisten mit der Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie

Berechnung Budget

- Kostenerstattung des Speziallabors (32.3 EBM) unterliegt fallwertbezogener Budgetierung



- Die in den Budgets enthaltenen Kostenerstattungen sind je nach Arztpraxis und Abrechnungsquartal nur bis zu einem begrenzten Gesamthonorarvolumens zu vergüten.

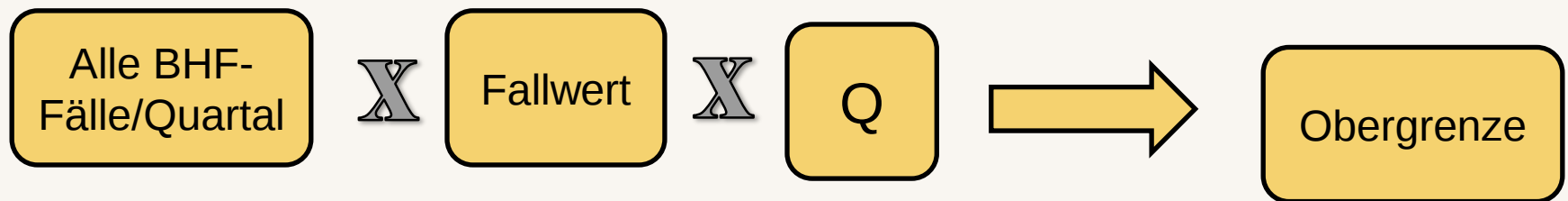
Beispiel anhand Rheumatologen

- Referenzwert Rheumatologie = € 40,00

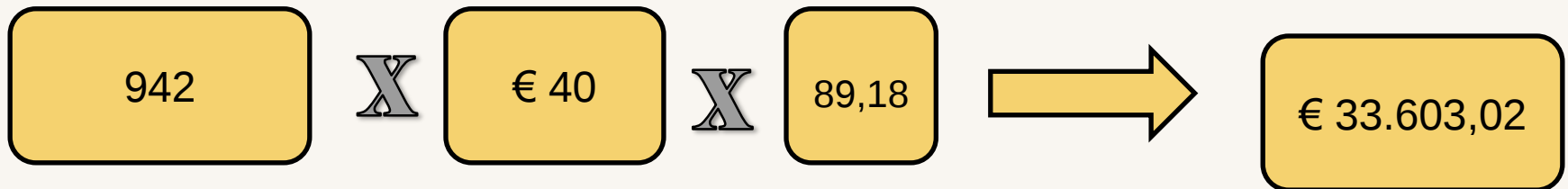


Hinzu kommt Q!

Ziffer 3.5.2 KBV-Vorgabe



Berechnung der Obergrenze



Betriebsstättennummer: [REDACTED]

Praxisname:

Dr. n. [REDACTED]

1. angeforderte Laborleistungen Kapitel 32.3 EBM

LANR	Name	Anforderung Kapitel 32.3
775545331	Dr. n. [REDACTED]	53.279,60 €
Summe der angeforderten Laborleistungen nach Kapitel 32.3 EBM		53.279,60 €

2. Vergütungsquote Q für die Leistungen nach Kap. 32.3 EBM gemäß Mitteilung der KBV

Vergütungsquote für Quartal 4/2012	95,36 %
------------------------------------	---------

3. Quotierung der angeforderten Laborleistungen Kapitel 32.3 EBM

(inkl. Berücksichtigung der EBM-Regelung gemäß Kapitel 32.3, Ziffer 10)

LANR	Name	Anforderung Kapitel 32.3
775545331	Dr. m. [REDACTED]	50.807,44 €
Summe der quotierten Laborleistungen nach Kapitel 32.3 EBM		50.807,44 €

4. Berechnung des Laborbudgets der gesamten Praxis für die Ärzte mit Laborgenehmigung 32.3 EBM

LANR	Name	Fallwert gemäß KBV bzw. ggf. gemäß Antragsbescheid	ambulante-kurative Arztfallzahl im Abrechnungsquartal	Laborbudget je LANR
775545331	Dr. [REDACTED]	40,00 €	1.173	46.920,00 €
Summe Laborbudget für die Leistungen nach Kapitel 32.3 EBM				46.920,00 €

5. Auszahlungsquote für die Leistungen nach Kapitel 32.3 EBM

angeforderte Laborleistungen Kapitel 32.3 EBM gemäß Punkt 1	53.279,60 €
quotierte Laborleistungen gemäß Punkt 3	50.807,44 €
Laborbudget gemäß Punkt 4	46.920,00 €
=ausgezahlte Laborleistungen Kapitel 32.3 EBM	46.920,00 €
Auszahlungsquote für Leistungen nach Kapitel 32.3 EBM	88,06 %

1. Problem: Festsetzung des Referenzfallwertes

Festsetzung des Referenzfallwertes

- Gemäß Beschlussteil E Nr. 3.5.3 = € 40,00 für Rheumatologen

- BSG v. 28.05.2008 - B 6 KA 41/07:

„Macht eine Norm tatsächliche Umstände - beispielsweise die bundesdurchschnittlichen Kostenquoten der Arztgruppen in einem bestimmten Jahr - zur Grundlage ihrer Regelung, erstreckt sich die gerichtliche Überprüfung insbesondere darauf, ob die Festlegung frei von Willkür ist. [...] Enthält eine Honorierungsregelung, die als solche keine Grundrechtsbeeinträchtigung gewisser Intensität betrifft, als Tatbestandsmerkmale Zahlen oder Formeln, haben die Gerichte zu prüfen, ob sachliche Gründe erkennbar sind, welche die getroffene Festlegung als nicht willkürlich erscheinen lassen.“

Festsetzung des Referenzfallwertes

- KBV hat Gestaltungsspielraum → dieser wird überschritten, wenn sachfremde oder gar keine Erwägungen herangezogen werden
- Erwägungen der KBV sind nicht bekannt, wären aber in einem gerichtlichen Verfahren offen zu legen
- Tatsache ist, dass Rheumatologen für 5 – 50 Parametern zur Eigenerbringung Abrechnungsgenehmigungen erhalten

2. Problem: Rechtsgrundlage

Rechtsgrundlage für die Vorgabe

- 87 Abs. 4 Satz 2, 2. HS SGB V

„Benehmen des GKV-Spitzenverbandes ist einzuholen“

- Problem: Ziffer 1 der Präambel des Abschnitts 32.3 EBM

„**vertraglich vereinbarte** EURO-Beträge für die Kosten der *laboratoriumsmedizinischen Analysen*“

- Frage: fallwertbezogene Budgetierung = zulässiger Inhalt einer Vorgabe iSv 87b Abs. 4 SGB V?

Rechtsnatur Nr. 1 Präambel zu 32.3.

- EBM = Bestandteil der Bundesmantelverträge (87 Abs. 1 Satz 1 SGB V)
- Vertragspartner KBV und GKV-Spitzenverband entscheiden gemeinsam durch Bewertungsausschuss
- Hier: den Speziallaborleistungen werden EURO-Beträge zugewiesen
- ➔ Abschließende Regelung ohne Öffnungsklausel
- ➔ Pauschalerstattungen sind einer mengensteuernden Regelung nicht zugänglich

LSG Niedersachsen-Bremen, v. 08.11.2006 . L 3 KA 186/03,
bestätigt durch Nichtannahmebeschluss des BSG v. 23.05.2007 – B 6 KA 91/06

KBV-Vorgabe „schießt übers Ziel hinaus“

■ Ziffer 3.5.1 KBV-Vorgabe:

Bei Überschreitung des Gesamthonorarvolumens sollen Speziallaborleistungen nicht mehr bezahlt werden

➔ Gesamtbetrachtung: durchschnittlich liegen die Laborbeträge unter den EURO-Beträgen

➔ KBV-Vorgabe greift einseitig in vertraglich vereinbarten Bereich

➔ Zustimmung des GKV-Spitzenverbandes notwendig

Hier: 87b Abs. 4 SGB V fordert aber nur „Ins-Benehmen-Setzen“

Begriff „Ins-Benehmensetzen“

- Ins-Benehmensetzen: bloße Anhörungspflicht. Entscheidung hängt nicht von der Zustimmung des Ins-Benehmenzusetzenden ab.
- Einvernehmen: erfordert Zustimmung des Vertragspartners
- ➔ Regelungen im Sinne des § 87b Abs. 4 SGB V können nur solche sein, die einseitig geändert werden können
- ➔ Änderung der vereinbarten EURO-Beträgen erfordert Einvernehmen der Vertragspartner
- ➔ Keine einseitige Regelungskompetenz der KBV

EBM geht Satzungsvorgaben des § 87b SGB V vor

„Der Senat hat bereits entschieden, dass die KÄV im Rahmen der ihr nach [§ 85 Abs 4 Satz 4 SGB V](#) obliegenden Honorarverteilung an die gesetzlichen Vorgaben und auch an die Bestimmungen des EBM-Ä gebunden ist. Der auf der Grundlage des [§ 85 Abs 4 Satz 2 SGB V](#) als Satzung zu beschließende HVM einer KÄV darf nicht gegen die Vorschriften des auf der Grundlage des [§ 87 Abs 1 SGB V](#) erlassenen Bewertungsmaßstabs verstoßen. Dieser ist nach [§ 87 Abs 1 SGB V](#) Bestandteil des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä), der wiederum in seiner Rechtsqualität Vorrang vor regionalen Gesamtverträgen und den Satzungen der KÄV hat. Ein HVM, der sich in Widerspruch zu verbindlichen Vergütungsvorgaben des EBM-Ä setzt, ist deshalb rechtswidrig und - da es sich um eine Norm handelt - nichtig.“

BSG v. 28.01.2004 – B 6 KA 25/03

HVM auf Grundlage dieser Vorgaben
ist nichtig

➔ Änderung der Präambel
zu Kapitel 32.3 EBM
notwendig!

Änderung der Präambel zum 01.04.2013

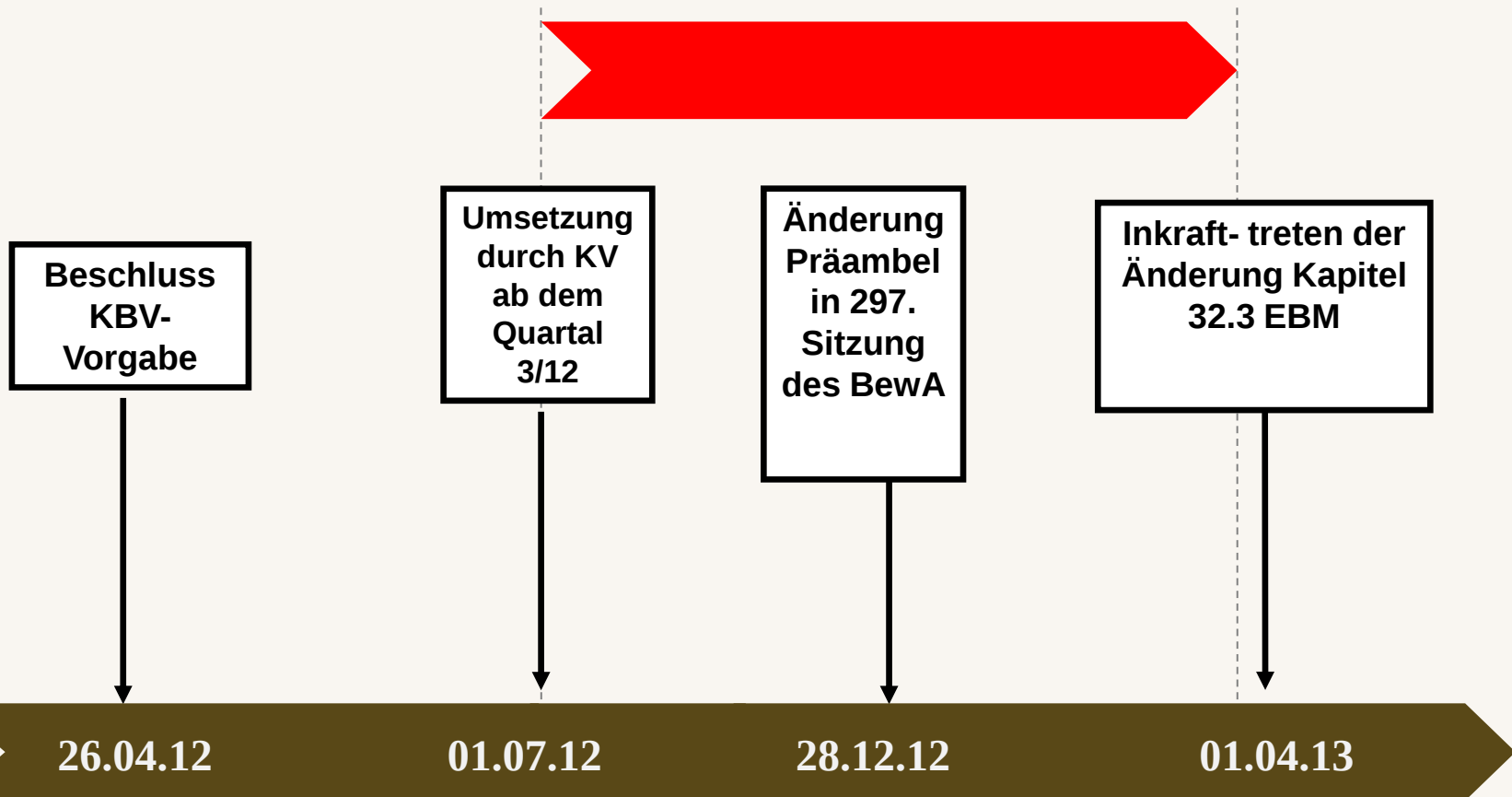


TACKE KRAFFT

(Beschluss vom 28.12.2012 in der 297. Sitzung des
Bewertungsausschuss)

1. Bei den im Abschnitt 32.2 aufgeführten Bewertungen handelt es sich um vertraglich vereinbarte EURO-Beträge für die Kosten der laboratoriumsmedizinischen Analysen. Der tatsächliche Vergütungsanspruch errechnet sich aus den vertraglich vereinbarten Euro-Beträgen nach Satz 1 multipliziert mit der für das entsprechende Quartal gültigen Abstaffelungsquote gemäß den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (Artikel 1, Nr. 24 GKV-VStG) zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen Teil E und gilt als Höchstpreis. Bei Erbringung von laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Abschnitts 32.2 durch Laborgemeinschaften haben diese Anspruch auf die Erstattung der tatsächlich entstandenen Kosten höchstens bis zum Höchstpreis. Das Nähere zur Abrechnung von laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Abschnitts 32.2 durch Laborgemeinschaften ist in § 25 Abs. 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. § 28 Abs. 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen und in den Richtlinien nach § 106a SGB V geregelt.

Umsetzung für 3/12 und 4/12 nicht möglich!



3. Problem: Grundsatz der Honorarverteilungs- gerechtigkeit

Verstoß gegen Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit

- Nach Grundsatz der leistungsproportionalen Vergütung sind vertragsärztliche Leistungen prinzipiell gleich zu vergüten
- ➔ Ärzte und Ärztegruppen dürfen nur aus sachlichen Grund ungleich behandelt werden (BSG v. 29.09.1993 – 6 Rka 65/91)
- Hier: fallwertbezogene Mengensteuerung allein für Nichtlaborärzte führt zu einer unterschiedlichen Vergütung von gleichen Laborleistungen
- Im Fall der Rheumatologen: nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung, wenn Laborleistung zu den Kernkompetenzen der Rheumatologen gehört

Das Speziallabor als Kernleistung der Rheumatologie

§ 25 Abs. 4a BMV-Ä (Stand heute!)

„Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32 EBM und entsprechende laboratoriumsmedizinische Leistungen des Kapitels 1.7 des EBM dürfen nur an Fachärzte überwiesen werden, bei denen diese Leistungen zum Kern ihres Fachgebietes gehören. Bei laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen des Kapitels 32.3 BMÄ und entsprechenden laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Kapitels 1.7 des EBM dürfen Teil 3 und 4 der Befunderhebung nur von Vertragsärzten erbracht und abgerechnet werden, für die diese Leistungen zum Kern ihres Fachgebietes gehören. Die Zugehörigkeit laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen zum Kern eines Fachgebietes bestimmt sich nach der Anlage zu § 25 Abs. 4 a BMV-Ä.“

Rechtmäßigkeit des § 25 Abs. 4a BMV-Ä?

- Angemessene Honorierung ärztlicher Tätigkeit, § 72 Abs. 2 SGB V?
- Art 14 GG, da betriebsbezogener Eingriff, der geeignet ist, die Praxen in ihrer Sach- und Rechtsgesamtheit nachhaltig zu beeinträchtigen?
- Art 12 GG
- Art 12 iVm 3 GG

Vgl. Prütting, Rechtmäßigkeit der Änderung des § 25 BMV-Ä
zum 01.01.2014, *MedR* 2013, 508

➔ nach Aussage der KBV wird § 25 Abs. 4a BMV-Ä in dieser Fassung zum
01.01.2014 nicht in Kraft treten!

Was bedeutet „Kern des Fachgebiets“?

- Leistungen, die für ihr Fachgebiet **wesentlich und prägend** sind

Std. Rspr. BSG v. 31.01.2001 – B 6 KA 11/99

- **Kern** des Fachgebiets ist zu unterscheiden vom **Rand** des Fachgebietes

BSG v. 10.06.1995 – 6 Rka 52/94

- Wesentlichkeit ist nicht nur an WBO, sondern auch an dem Versorgungsauftrag zu messen

LSG Nordrhein-Westfalen v. 29.06.2011 – L 11 KA 66/08

- Kernleistung, wenn ohne sie die medizinische Tätigkeit nicht sinnvoll ausgeübt werden kann

BSG v. 17.03.2010 – B 6 KA 3/09

Ziffer 13.9 FA Innere Medizin und Rheumatologie

Weiterbildungsinhalte

- Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten der Indikationsstellung, Methodik, Durchführung und Einordnung der Laboruntersuchungen von immunologischen Parametern in das Krankheitsbild
- Definierte Untersuchungs- und Behandlungsverfahren: rheumatologisch-immunologische Labordiagnostik einschließlich Synovialanalyse

Richtlinie zu Ziffer 13.9 FA Innere Medizin und Rheumatologie

rheumatologisch-immunologische Labordiagnostik, einschließlich

- Autoantikörper bei rheumatischen Erkrankungen, z. B. indirekte Immunfluoresentechnik, ELISA, Immunoblot
- Antikörper/Erregerbestandteile bei Verdacht auf post- oder parainfektöser rheumatischer Erkrankung, z. B. erregerserologische Tests
- immungenetische Tests, z. B. HLA-B 27-Bestimmung

Systematik des EBM : Abstaffelungsregel



TACKE KRAFFT

Arztgruppe	Versichertengruppe	
	Allgemeinversicherte	Rentner
Allgemeinärzte, Praktische Ärzte, Hausärztliche Internisten	40	30
Frauenärzte	60	50
Hautärzte	30	30
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	45	45
Nervenärzte, Neurologen, Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	15	15
Nuklearmediziner	210	160
Strahlentherapeuten	40	70
Urologen	70	75
Fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt (Teilgebiet)	70	50
Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt (Teilgebiet)		
Angiologie	70	50
Endokrinologie	850	810
Gastroenterologie	70	50
Hämatologie und Onkologie	200	220
Kardiologie	20	10
Nephrologie	250	300
Pneumologie	65	45
Rheumatologie	310	300
Nicht aufgeführte Arztgruppen	10	10

Fazit:

**Speziallabor gehört zum
Kerngebiet der Rheumatologie**

Verstoß gegen Grundsatz der Verteilungsgerechtigkeit ?

Ungleichbehandlung gegenüber Laborärzten, da diese nur der Abstaffelungsquote Q , nicht aber der fallwertbezogenen Mengensteuerung unterliegen?

KBV hat erneut reagiert...

Änderung der KBV-Vorgabe zum 01.10.2013

Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (Artikel 1, Nr. 24 GKV-VStG) zu Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen mit Wirkung zum *01. Oktober 2013* (Stand: 25.06.2013)

II. Neufassung des Teils E im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

Vorgaben zur Vergütung laboratoriumsmedizinischen Leistungen

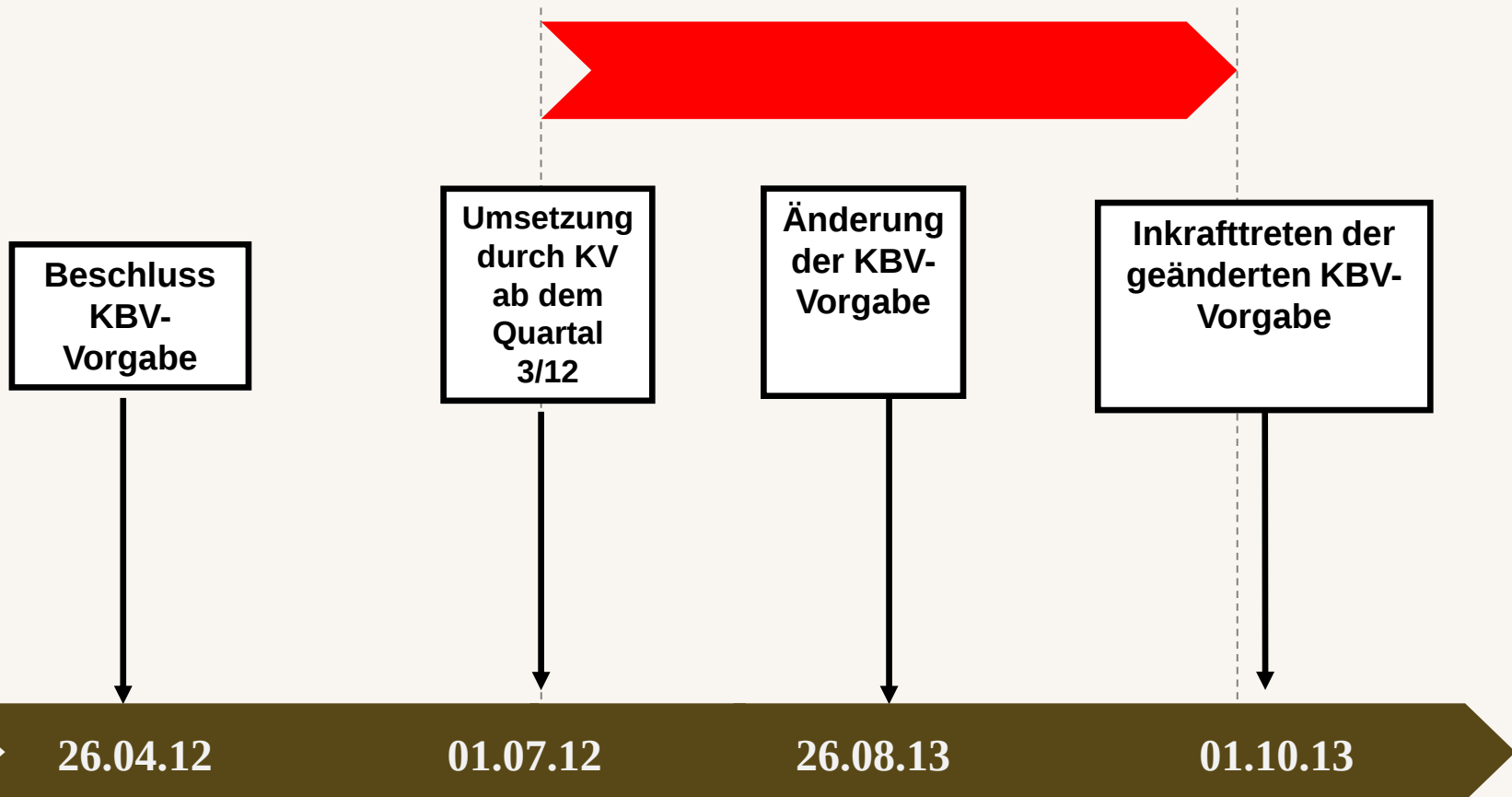
Ziffer 1 Ermittlung einer Abstaffelungsquote Q

Ziffer 3.4 Vergütung der speziellen Laboratoriumsuntersuchungen bei „Nicht-Laborärzten“
durch arztgruppenspezifische fallwertbezogene Mengenbesteuerung

Ziffer 3.4.5 KBV-Vorgabe *neu*

Die Regelungen nach 3.4.1 bis 3.4.3 sind für alle Nicht-Laborärzte verbindlich anzuwenden, es sei denn, betroffene Ärzte weisen der Kassenärztlichen Vereinigung nach, dass sie die Anforderungen der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen erfüllen. In diesem Fall kann die Kassenärztliche Vereinigung das Budget nach 3.4.2 erweitern, aussetzen oder bedarfsgerecht anpassen.

Umsetzung für 3/12 bis 3/13 nicht möglich!?



**4. Problem:
Verstoß gegen
§ 87b Abs. 2 SGB V**

*(2) Der Verteilungsmaßstab hat Regelungen vorzusehen, die verhindern, dass die Tätigkeit des Leistungserbringers über seinen Versorgungsauftrag nach § 95 Absatz 3 oder seinen Ermächtigungsumfang hinaus übermäßig ausgedehnt wird; dabei soll dem Leistungserbringer eine **Kalkulationssicherheit** hinsichtlich der Höhe seines zu erwartenden Honorars ermöglicht werden.*

Ähnliche Tendenz in Rechtsprechung I

BSG zu Sinn und Zweck der pauschalen Vergütung für analytisch-technische Laborleistungen mit EURO-Beträgen:

„Zunächst sind die Laborärzte durch die Umstellung der Vergütung für die analytisch-technische Komponente ihrer Leistungen auf feste DM- bzw Euro-Beträge begünstigt worden. [...] Die Umstellung der Vergütung der technisch-analytischen Leistungen auf feste DM- bzw Euro-Beträgen hat für die Laborärzte ein hohes Maß an Kosten- und Kalkulationssicherheit geschaffen, weil sie mit Eingang einer Laboranforderung bzw der Einsendung einer Probe wissen, welche Vergütung ihnen insoweit zusteht. Das hat nur dadurch erreicht werden können, dass zu einem bestimmten Stichtag jedem Laborparameter ein eigener Erstattungsbetrag zugeordnet worden ist.“

BSG v. 11.10.2006 – B 6 KA 46/05

Ähnliche Tendenz in Rechtsprechung II

Gewährleistung der Kosten- und Kalkulationssicherheit für Leistungen des Kapitel U zum EBM-Ä (alte Fassung) abgelehnt wird:

*„Das Regelungsziel der Vertragspartner des Kapitels U zum EBM-Ä, den Laborärzten durch die Pauschalerstattung auf einem eher niedrig kalkulierten Niveau Kalkulations- und Planungssicherheit zu gewährleisten, wäre gefährdet, wenn durch Maßnahmen der Honorarverteilung der jeweils festgesetzte Betrag den betroffenen Laborärzten nicht in dem vollen, **bundesmantelvertraglich vereinbarten** Umfang zufließen würde. [...] Deshalb muss es dabei bleiben, dass Laborärzte grundsätzlich Anspruch auf Auszahlung der vollen, im BMÄ/E-GO festgesetzten Erstattungsbeträge je Behandlungsfall für Versandleistungen haben.“*

BSG v. 23.05.2007 – B 6 KA 91/06 B

Verstoß gegen Gebot der Kalkulationssicherheit gemäß § 87b Abs. 2 SGB V

- Zusätzlich zu **Veranlasserbudget** kommt **Abstaffelungsquote Q** + **fallwertbezogene Budgetierung** für Nichtlaborärzte
 - ➔ Kummulation der Abstaffelungsregelungen
 - ➔ Erheblicher Umsatzverlust
 - ➔ Fraglich, ob Erhöhung des Budgets aufgrund Nachweis der Qualitätskriterien ausreicht, zumal KVen hier Gestaltungsspielraum haben

Verstoß gegen Gebot der Kalkulationssicherheit gemäß § 87b Abs. 2 SGB V

- Kurzfristige Bekanntgabe der Abstaffelungsquote Q
- Ziffer 1.2 der KBV-Vorgabe (Stand: 27.04.2012)

„spätestens am 15. des 4. Monats vor Quartalsbeginn an die Kassenärztlichen Vereinigungen“

- Bsp.: Für Quartal 1/14 muss die Quote Q am 15.09.2013 bekannt gemacht werden

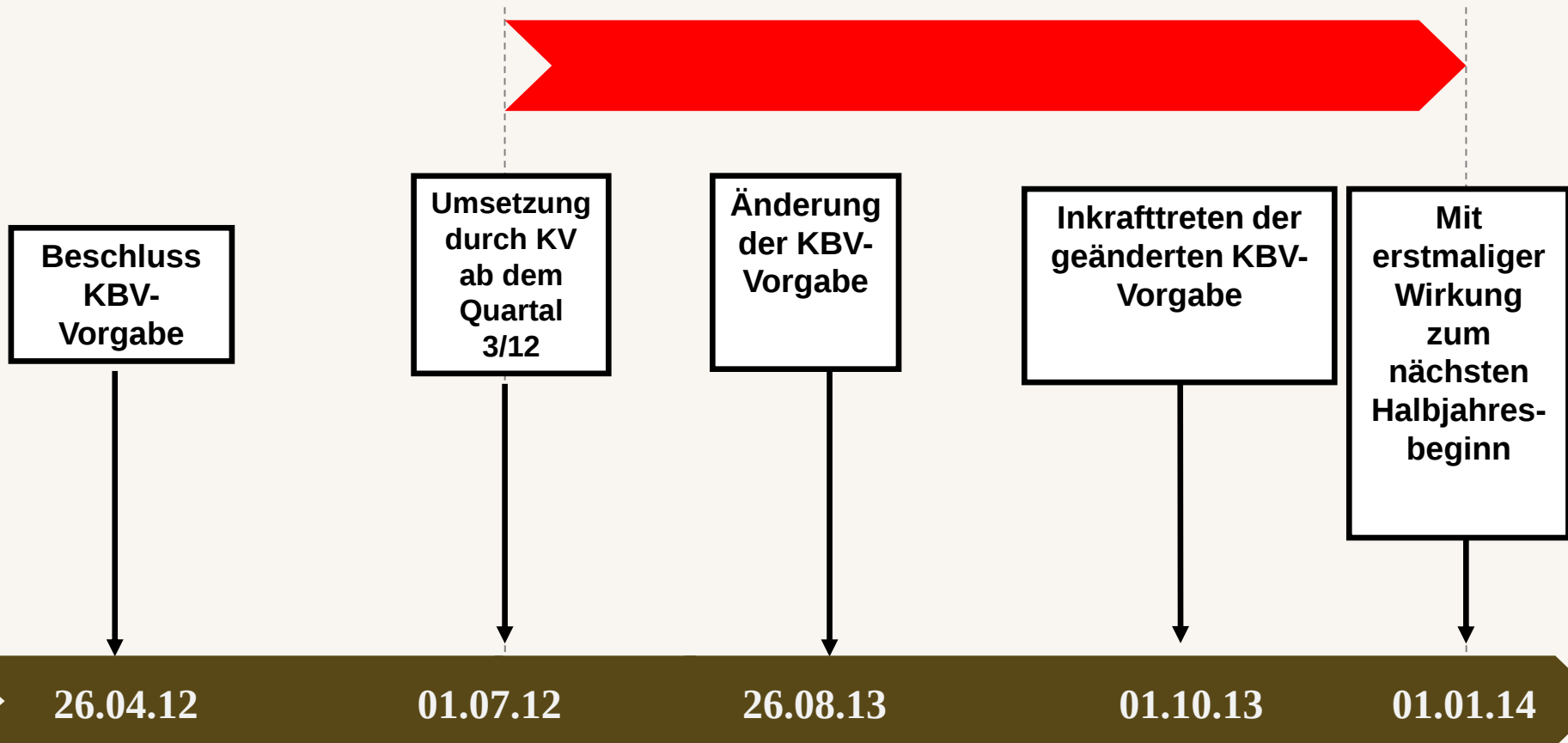
Erneute Reaktion der KBV...

- Ziffer 1.2 der KBV-Vorgabe (**Stand: 26.08.2013**)

*„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung gibt die bundeseinheitlich anzuwendende Abstaffelungsquote Q gemäß 1.1.5 **mindestens in Höhe von 0,9158** für die beiden Abrechnungsquartale des jeweiligen Halbjahres in einem Rundschreiben spätestens am 8. des Vormonats vor Halbjahresbeginn an die Kassenärztlichen Vereinigungen bekannt.“*

Bsp.: für die Quartale 1/14 und 2/14 spätestens am 08.12.2013, aber für ein halbes Jahr!

Umsetzung für 3/12 bis 4/13 nicht möglich!?



- Die KBV-Vorgabe ist bis zum 31.03.2013 mangels Rechtssetzungsbefugnis der KBV nicht wirksam. Eine Umsetzung ist erst ab 2/13 möglich
- Für die Quartale 3/12 bis 3/13 kann die Umsetzung rechtswidrig sein, wenn Kernkompetenzen bestimmter Nichtlaborärzte von den Landes-KVen missachtet werden
- Wahrscheinlich verstößt die KBV-Vorgabe bis 4/13 gegen das Gebot der Kalkulationssicherheit gemäß 87b Abs. 2 SGB V

Christian Koller
Fachanwalt für Medizinrecht

TACKE KRAFFT

Rindermarkt 3 – 4
80331 München

Tel: 089 – 189 44 3 30

Fax: 089 – 189 44 3 33

www.tacke-krafft.de

Mail: christian.koller@tacke-krafft.de