

Laborreform: Stark wachsende Ausgaben in den Griff bekommen

Im April startet die erste Stufe der Laborreform mit dem Ziel, die Mengensteigerung im Labor in den Griff zu bekommen. Diese steigen laut KBV jedes Jahr um rund fünf Prozent und damit deutlich stärker als die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung. Dies führt dazu, dass immer mehr Geld in Laboruntersuchungen fließt, was für andere ärztliche Leistungen fehlt.²

Eine Änderung betrifft die Mindestquote für die Vergütung veranlasster Laboruntersuchungen. Sie wird von 91,58 auf 89 Prozent abgesenkt. Um den Anreiz für eine wirtschaftliche Veranlassung von Laboruntersuchungen zu erhöhen, wird zudem der Wirtschaftlichkeitsbonus neu ausgerichtet.

Änderungen beim Wirtschaftlichkeitsbonus

Aus dem Grundbetrag „Labor“, der mit Geldern aus dem haus- und fachärztlichen Honorartopf gespeist wird, werden ab April nur noch der Wirtschaftlichkeitsbonus und die auf Muster 10 veranlassten Laboruntersuchungen vergütet. Alle anderen Positionen, zum Beispiel Untersuchungen im organisierten Notfalldienst oder in Laborgemeinschaften, werden in den jeweiligen Grundbetrag überführt. Damit sollen die Kosten für Laborleistungen gerechter auf Haus- und Fachärzte verteilt werden.

Neue Nachschussregeln für Haus- und Fachärzte

Mit dem verringerten Grundbetrag „Labor“ wird zudem der Nachschussbetrag sinken. Dieser wird immer dann fällig, wenn der Grundbetrag nicht ausreicht, um alle angeforderten Laborleistungen zu mindestens 89 Prozent zu vergüten.

In der zweiten Stufe der Laborreform wird es auch darum gehen festzulegen, was eine gute Laborversorgung qualitativ ausmacht. Ziel ist es, dass Laborleistungen künftig extrabudgetär vergütet werden. Im Zusammenhang mit der Laborreform wurden auch die Kostennachweise für Laborgemeinschaften zum 1. Januar 2018 abgeschafft. Mehr Informationen zum Thema finden Sie auf der [Webseite der KBV](#).

Psychotherapeuten können Reha und Soziotherapie verordnen

Der Bewertungsausschuss hat mit Wirkung zum 01.04.2018 die Vergütung der Verordnung von medizinischer Rehabilitation und Soziotherapie durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beschlossen.³

Reha-Abrechnung und Vergütung

Die Verordnung einer Rehabilitation wird mit 32,18 Euro (302 Punkte) vergütet. Die Abrechnung erfolgt über die Gebührenordnungsposition GOP 01611. Für das Ausstellen der Verordnung verwenden Psychotherapeuten das Formular 61. Um die Leistung abrechnen zu können, benötigen sie eine Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung.

Soziotherapie: Abrechnung und Vergütung

Psychotherapeuten erhalten für die Erst- und Folgeverordnung einer Soziotherapie jeweils 17,90 Euro (168 Punkte). Um die Leistung abrechnen zu können, benötigen sie eine Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung. Die Leistung umfasst nicht nur das Ausstellen der Verordnung, sondern beispielsweise auch, dass der Psychotherapeut den Patienten bei der Auswahl des Soziotherapeuten unterstützt und an der Erstellung des Behandlungsplans mitwirkt. Aufgabe des Psychotherapeuten bei der Folgeverordnung ist es unter anderem, den soziotherapeutischen Behandlungsplan zu überprüfen und anzupassen sowie den Therapieverlauf abzustimmen und zu beobachten. Erst- und Folgeverordnungen erfolgen auf dem Formular 26.

Die aufgeführten Ziffern werden zunächst bis zum 31.03.2020 extrabudgetär vergütet, sodass diese Leistungen voraussichtlich nicht abgestaffelt honoriert werden. Die Verordnungsformulare 26 (Soziotherapie) und 61 (Reha) sowie 2 (Krankenhausbehandlung) und 4 (Krankenbeförderung) sind in den Praxisverwaltungssystemen hinterlegt.

iFOBT: Keine PFG bei GOP 01738

Der Bewertungsausschuss hat klargestellt, dass die GOP 01738 (Hämoglobin im Stuhl, immunologisch) nicht zur fachärztlichen Grundversorgung (PFG) gehört. Ärzte erhalten deshalb keine Pauschale für die PFG, wenn sie im Behandlungsfall die quantitative immunologische Bestimmung von occultem Blut im Stuhl (iFOBT) im Rahmen der Darmkrebsfrüherkennung abrechnen.¹ Diese Regelung gilt ebenfalls ab April.

Koloskopie nach iFOBT gehört nicht zur Früherkennung

Abklärungskoloskopien nach einem positiven iFOBT-Stuhltest müssen als kurative Untersuchungen abgerechnet werden. Das hat der Erweiterte Bewertungsausschuss gegen die Stimmen der KBV festgelegt.⁴ Mit dem Beschluss wird ab 1. April im EBM klargestellt, dass die GOP 01741 ausschließlich für die Abrechnung von Früherkennungskoloskopien vorgesehen ist, auf die Versicherte ab dem 55. Lebensjahr zweimal alle zehn Jahre Anspruch haben. Abklärungskoloskopien nach einem positiven iFOBT fallen nicht darunter. Sie müssen künftig als kurative Darmspiegelungen über die GOP 13421 abgerechnet werden. Die KBV hat gegen diesen Beschluss Klage eingelegt.

Digitale Überweisung: Mehr Nutzungsmöglichkeiten für Ärzte

Ab 1. April können Ärzte bei weiteren Überweisungen das digitale Formular 6 nutzen.¹ Der digitale Überweisungsschein darf dann für jede Arzt-zu-Arzt-Kommunikation verwendet werden, wenn beim Überweisungsannehmenden Arzt kein Patientenkontakt erforderlich ist. Bislang ist dies nur für Überweisungen zum radiologischen Telekonsil möglich. Künftig kann das digitale Formular 6 auch für die Überweisung vom Chirurgen zum Pathologen genutzt werden oder beim Übersenden von Langzeit-EKG-Daten zur Auswertung durch qualifizierte Vertragsärzte. Auch das Übermitteln von Daten für ein geriatrisches Assessment kann mit dem digitalen Formular 6 künftig vollständig papierlos erfolgen.

Prostataoperation mit Thulium-Laserresektion

Die Thulium-Laserresektion wird zum 1. April als weitere Methode zur Behandlung des obstruktiven benignen Prostatasyndroms in den Anhang 2 des EBM aufgenommen.² Sie kann dann vertragsärztlich als Kassenleistung alternativ zur transurethralen Resektion der Prostata, zur Holmium-Laserresektion und zur Holmium-Laserenukleation eingesetzt werden. Ärzte benötigen eine Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung.

Extrabudgetäre Vergütung

Die Abrechnung erfolgt über die bereits bestehenden GOP für die Holmium-Laserverfahren: Für den laserendoskopischen urologischen Eingriff (OP-Kategorie RW3) mit einer Schnitt-Naht-Zeit bis 45 Minuten Dauer rechnen Ärzte die GOP 36289 ab. Zudem gibt es einen Zuschlag je weitere 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit (GOP 36290).

Die Vergütung der Leistungen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und damit extrabudgetär zu festen Preisen.

Voraussetzungen für Fachärzte

Die Thulium-Laserresektion dürfen Fachärzte für Urologie durchführen, die über nachgewiesene Erfahrungen mit der Methode und eine entsprechende Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung verfügen.

Monatliche Aktualisierung der Arzneimittelsoftware

In der Verordnungssoftware ist ab 1. April eine monatliche Aktualisierung der Arzneimittelstammdaten vorgeschrieben.³ Der Arzt erhält einen Hinweis, wenn der Zeitpunkt des vorgesehenen Updates um fünf Arbeitstage überschritten ist. Außerdem wird ab April die Pharmazentralnummer automatisch auf das Rezept gedruckt, um Fehlinterpretationen in der Apotheke und entsprechende Rückfragen in der Arztpraxis zu vermeiden.

Die Verkürzung der Aktualisierungsfrequenz geht auf das E-Health-Gesetz zurück. Demnach sind Arzneimittelverordnungen zulasten der Krankenkassen künftig nur noch mit Software erlaubt, die aktuelle Informationen beispielsweise zu den Arzneimittelpreisen und den Inhalten der Arzneimittel-Richtlinie enthält. Mehr Informationen lesen Sie auf der [Internetseite der KBV](#).