



Kassenärztliche  
Bundesvereinigung  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

## 13. Herbsttagung der AG Medizinrecht im Deutschen Anwaltverein vom 20. - 21. September 2013

### Die Laborreform aus Sicht der KV

**Dr. jur. Thomas Rompf**

## Ausgangslage: Laborreform 2008

Direktabrechnung der Laborgemeinschaften

Stärkung des Präsenzlabor in der Praxis

Beschränkung der Selbstzuweiser nach  
§ 25 Abs. 4a BMV-Ä

## Beschränkung der Selbstzuweiser, § 25 Abs. 4a BMV-Ä

Überweisungen von  
laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen  
des Kapitels 32 EBM ausschließlich an  
Fachärzte, bei denen diese Leistungen zum  
Kern des Fachgebiets gehören.

Die Zugehörigkeit zum Kern des Fachgebietes  
soll sich nach einer Anlage bestimmen.

In Kraft treten zum 1. Januar 2014.

## Beschränkung der Selbstzuweiser, § 25 Abs. 4a BMV-Ä

- Bei der Bestimmung der Leistungen, die zum Kern des Fachgebiets gehören, ist die Rechtsprechung zur „Statusrelevanz“ (seit BSG-Urteil vom 01.07.1998, Az: B 6 KA 25/97) zu beachten
- Statusrelevant sind danach Leistungen, die für das jeweilige Fachgebiet prägend sind, bzw.
- Statusrelevant sind solche Leistungen, ohne die die Tätigkeit im Fachgebiet nicht mehr sinnvoll ausgeübt werden kann („Zytologie-Entscheidung“, BSG-Beschluss v. 09.05.2012, Az: B 6 KA 83/11)

## Beschränkung der Selbstzuweiser, § 25 Abs. 4a BMV-Ä

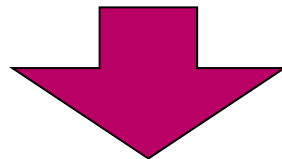
- Anforderungen an die Anlage nach § 25 Abs. 4a Satz 3 BMV-Ä: *„Jeder Leistung des Kapitels 32 EBM müsste in Bezug auf jede Fachgruppe hinsichtlich der Statusrelevanz überprüft werden“*

- Rechtliches Risiko hinsichtlich der Abgrenzung

## Beschränkung der Selbstzuweiser, § 25 Abs. 4a BMV-Ä

### – Transparenz und Vorhersehbarkeit

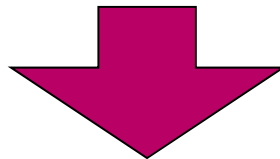
- Ärzte der betroffenen Fachgruppen können sich im Hinblick auf die Unschärfe des Begriffs „**Kern des Fachgebiets**“ ggf. nicht rechtzeitig auf einen partiellen Leistungsausschluss einstellen
- § 25 Abs. 4a BMV-Ä tritt daher zum 1. Januar 2014 **NICHT** in Kraft
- Hohe Fallwerte der Selbstzuweiser zu Lasten der MGV bedürfen dennoch im Interesse aller Vertragsärzte einer Steuerung



Verhandlungen der Partner des BMV-Ä erfolgen derzeit

## Beschränkung der Selbstzuweiser, § 25 Abs. 4a BMV-Ä

- Denkbarer Ansatz: Neue Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 Satz 1 SGB V
  - Anforderungen an die Versorgungsqualität durch Festlegung erforderlicher Kenntnisse und Erfahrungen, ggf. durch Nachweise der Ergebnisqualität
  - Vorteil QS-Voraussetzungen sind nicht arztgruppenspezifisch, sondern arztindividuell



Ärzte können Abrechnungsvoraussetzung durch Infrastruktur und Erwerb der erforderlichen Qualifikationen erlangen.

## Beschränkung der Selbstzuweiser, § 25 Abs. 4a BMV-Ä

### Erster Schritt in diese Richtung:

- Gemäß Nr. 3.4.5, Teil E der KBV-Vorgaben mit Wirkung zum 1. Oktober 2013 (spätestens 1. Januar 2014) können Ausnahmen vom Referenzfallwert für Nicht-Laborärzte nur dann erfolgen, wenn die betroffenen Ärzte die Anforderungen der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung für laboratoriums-medizinischer Untersuchungen erfüllen.
- Relevanz des Kerns des Fachgebietes „nach § 135 Abs. 2 Satz 4 SGB V“; lediglich eine Befugnis der Partner des Bundesmantelvertrages, keine Verpflichtung; nur in Fällen, in denen die Statusrelevanz offensichtlich nichtbetroffen ist.



## KBV-Vorgaben nach § 87b Abs. 4 SGB V vom 27.04.2012

### Steuerungsinstrumente (1/2)

1. Laborquote „Q“ für Laborleistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM (allgemeines und spezielle Laboruntersuchungen)
  - Berechnung:  
Division des für die Vergütung dieser Leistungen bereitgestellten Vorwegabzugs bzw. Grundbetrages, bereinigt um bestimmte GOP's wie z. B. den Wirtschaftlichkeitsbonus,  
durch
  - die im entsprechenden Zeitraum für diese Leistungen abgerechneten Punktzahlen

## KBV-Vorgaben nach § 87b Abs. 4 SGB V vom 27.04.2012

### Steuerungsinstrumente (2/2)

2. Arztgruppenspezifische Budgetierung von Nichtlaborärzten in Bezug auf Leistungen des Abschnitts 32.3 EBM (Speziallabor)
  - Berechnung:  
Multiplikation der Fallzahl nach § 21 BMV-Ä  
mit
  - einem arztgruppenspezifischen Referenzfallwert  
(z. B. Rheumatologen und Endokrinologen 40,00 €,  
Nuklearmediziner und Hämatologen, 21,00 €,  
Dermatologen, Gynäkologen, Urologen und  
Pneumologen 4,00 €)

## KBV-Vorgaben nach § 87b Abs. 4 SGB V vom 27.04.2012

### Rechtliche Implikationen (1/7)

- Rechtsgrundlage: § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V  
„**insbesondere**“ → KBV Vorgaben dürfen auch weitere dem  
Regelungszweck dieser Vorschrift entsprechende Bestimmungen  
enthalten (BT-Drs. 17/6906, S. 66)
- Gesetzliche Kompetenzverteilung für die Vergütungsregelungen  
steht der Quotierung nicht entgegen
  - BSG-Urteil vom 27.05.2007 (Az: B 6 KA 91/06), wonach eine  
Quotierung auf HVM-Ebene wg. Vorrangs von  
bundesmantelvertraglichen Regelungen unzulässig ist, hier nicht  
einschlägig.

## KBV-Vorgaben nach § 87b Abs. 4 SGB V vom 27.04.2012

### Rechtliche Implikationen (2/7)

- Bewertungsausschuss darf Vorgaben der Bundesmantelvertragspartner modifizieren und daher Quotierung von einheitlichen Kostenpauschalen des Kapitels 32 des EBM vorsehen (SG Hamburg, Urt. v. 31. Juli 2013, Az.: S 3 KA 227/11).  
Bewertungsausschuss ist den Partner der Bundesmantelverträge kompetenzrechtlich nicht untergeordnet (BSG, Urt. v. 10.12.2008, Az.: B 6 KA 38/98 B).
- Den KBV Vorgaben nach § 87b Abs. 4 SGB V kommt nunmehr gerade die bisher dem Bewertungsausschuss obliegende Funktion zu, derartige vergütungssteuernde Maßnahmen zu treffen (Bewertungsausschuss hat in Bezug auf regionale Honorarverteilung keinerlei Befugnisse mehr).

## KBV-Vorgaben nach § 87b Abs. 4 SGB V vom 27.04.2012

### Rechtliche Implikationen (3/7)

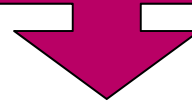
- Kalkulationssicherheit und Förderung kooperativer Versorgungsformen (1/2)
  - Bei Kooperationen von der Budgetierung betroffenen Fachgruppen mit Hausärzten fließen in die Berechnung des Referenz-Fallwert-Budgets die Behandlungsfälle ein, an denen der Laborleistungen erbringende Arzt beteiligt war.
  - Zudem: Kooperationsformen wird durch entsprechende Zuschläge nach Teil D der KBV-Vorgaben hinreichend Rechnung getragen

## KBV-Vorgaben nach § 87b Abs. 4 SGB V vom 27.04.2012

### Rechtliche Implikationen (4/7)

- Kalkulationssicherheit steht im engen Zusammenhang mit der Vermeidung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit der Leistungserbringer (BT-Drs. 17/6906, S. 65)

Quotierungen und Budgetierungen sind unter den Bedingungen einer insgesamt beschränkten Gesamtvergütung zur Gewährleistung einer Planungssicherheit erforderlich



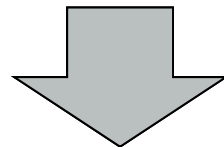
- Arzt hat keinen Anspruch auf ein Honorar in bestimmter Höhe, sondern nur auf einen angemessenen Anteil an der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (BSG Urteil vom 14.03.2001, Az: B 6 KA 54/00)

# Grundsätze der Honorarverteilungsgerechtigkeit und der leistungsproportionalen Vergütung

## Rechtliche Implikationen (5/7)

Gebot der leistungsproportionalen Vergütung:  
Alle vertragsärztlichen Leistungen sind prinzipiell gleich zu vergüten

Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit:  
Abweichung vom Prinzip der gleichmäßigen Vergütung, obwohl zwischen den betroffenen Ärzten oder Arztgruppen kein Unterschied von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass eine ungleiche Behandlung gerechtfertigt ist (BSG Urteil vom 23.03.2011, AZ: B 6 KA 6/10)



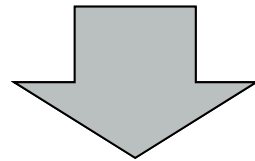
Legitimer Zweck ?

## Rechtliche Implikationen (6/7)

Laborquote „Q“: Gerade im Sinne der leistungsproportionalen Vergütung zur Vermeidung des „Probentourismus“ wg. unterschiedlicher Punktwerte erforderlich

Arztgruppenspezifische Budgetierung:

- Problematik der „Selbstzuweisung“: Vergleich innerhalb der indikationsbezogenen Fallwerten bei fachgleichen Praxen mit und ohne OIII-Labor trotz vergleichbaren Patientengutes



Fehlanreizen muss im Hinblick auf Begrenztheit der MGV zugunsten aller Vertragsärzte entgegen gewirkt werden.



## Rechtliche Implikationen (7/7)

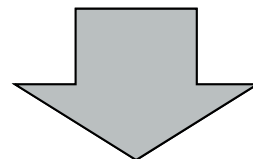
### Sachgerechte Berechnung:

- Auswahl der betroffenen Arztgruppen nach Anteil am bundesweit abgerechneten Leistungsbedarf des Abschnitts 32.3 EBM:  
Schwellenwert 4 %

### Bestimmung des Referenzwertes:

Arztgruppenspezifisch wurden alle Praxen der Fachgruppe, die Laborleistungen des Abschnitts 32.3 EBM einbezogen, die Fachgruppen wurden entsprechend ihrer tatsächlich berechneten durchschnittlichen Fallwerte in drei Fallwertgruppen eingeteilt

- Öffnungsklausel nach Ziffer 3.5.2: KV kann im Einzelfall das Budget erweitern, aussetzen oder anpassen



Sachliche Gründe für eine arztgruppenspezifische Differenzierung liegen vor.



Gegen die Rechtmäßigkeit der bundeseinheitlichen  
Laborquote „Q“ und die arztgruppenspezifische  
Budgetierung durch Speziallabor für Nichtlaborärzte  
bestehen keine Bedenken.

» Wir  
arbeiten  
für Ihr  
Leben  
gern.«

[www.ihre-aerzte.de](http://www.ihre-aerzte.de)