

Vergütung leicht gemacht:

Ambulante Versorgung

im Fokus



MIT UNS KÖNNEN SIE (AB)RECHNEN. 

Abkürzungsverzeichnis	3
1. Abrechnungsmodelle in der gesetzlichen und privatärztlichen Versorgung	5
1.1 Einführung	5
1.2 Versicherungssysteme und zugehörige Abrechnungsmodelle	5
2. GKV: Vergütung in der ambulanten Versorgung	7
2.1 Einführung	7
2.2 Funktion der Vergütung	7
2.3 Einheitlicher Bewertungsmaßstab	8
2.4 Steuerungselemente zwischen Labor und Arztpraxis	9
2.4.1 Budgetäre Leistungen	9
2.4.2 Extrabudgetäre Leistungen	9
2.4.3 Vertragsärztliches Laborbudget	10
2.4.4 Wirtschaftlichkeitsbonus	10
2.4.5 Ausnahmekennziffern	10
3 GKV: Laboranforderungen	11
3.1 Laborüberweisungsscheine	11
3.2 Kurative und präventive Laboranforderungen	12
3.3 Komplexziffern – Schnittstelle zur Laborabrechnung	12
3.4 Laborgemeinschaften und Unterschiede zwischen Basis- und Privatlabor	15
4. IGeL: Vergütung in der ambulanten Versorgung	17
5. IGeL: Laboranforderungen	18
6. PKV: Vergütung in der ambulanten Versorgung	19
6.1 Einführung	19
6.2 Funktion der Vergütung	19
6.3 Gebührenordnung für Ärzte	19
6.4 Steigerungsmöglichkeiten von Ziffern in der GOÄ	20
6.5 Möglichkeiten der Analogabrechnung	20
7. PKV: Laboranforderungen	21
Abbildungsverzeichnis	22
Quellenverzeichnis	23

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AIS	Arztinformationssystem (Praxissoftware)
AKZ	Ausnahmekennziffer
BA	Bewertungsausschuss
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EGV	Extrabudgetäre Gesamtvergütung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-Spitzenverband	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOP	Gebührenordnungsposition
H _z V	Hausarztzentrierte Versorgung
iFOBT	Immunologischer Test auf okkultes Blut im Stuhl
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KK	Krankenkasse
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LG	Laborgemeinschaft
MGV	Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
PKV	Private Krankenversicherung
RSA	Risikostrukturausgleich
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch

LABOR

Abrechnung

EBM

GOÄ

IGeL



1. ABRECHNUNGSMODELLE IN DER GESETZLICHEN UND PRIVATÄRZTLICHEN VERSORGUNG

1.1 Einführung

Die Anforderung und Abrechnung von ärztlichen Leistungen und Laboruntersuchungen ist ein Bereich, der wiederkehrende Fragen aufwirft. Die Komplexität von Laboranforderungen zeigt sich vor allem durch die verschiedenen Abrechnungsarten und Kostenträger, die involviert sein können.

Diese Broschüre führt in das Thema **Vergütung in der ambulanten gesetzlichen und privatärztlichen Versorgung** ein und gibt wichtige Praxistipps zum Erstellen korrekter und vollständiger Laboranforderungen.

1.2 Versicherungssysteme und zugehörige Abrechnungsmodelle

Grundsätzlich werden in Deutschland zwei Versicherungssysteme unterschieden: Die **gesetzliche Krankenversicherung (GKV)** und die **private Krankenversicherung (PKV)**. Je nach Versicherung des/der Patient*in erfolgt die Abrechnung der ärztlichen Leistungen über den **Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)**, der die Abrechnungsgrundlage für den GKV-Bereich bildet, oder über die **Gebührenordnung**

für Ärzte (GOÄ), die die Grundlage im PKV-Bereich darstellt. Die GOÄ dient auch dann als Abrechnungsgrundlage, wenn Patient*innen aus dem GKV-Bereich Leistungen wünschen, die nicht Teil des Leistungskataloges der GKV sind und daher von den Patient*innen selbst gezahlt werden müssen (**gesetzlich versicherte Selbstzahler*innen**). Diese Leistungen sind sogenannte individuelle Gesundheitsleistungen (**IGeL**).¹

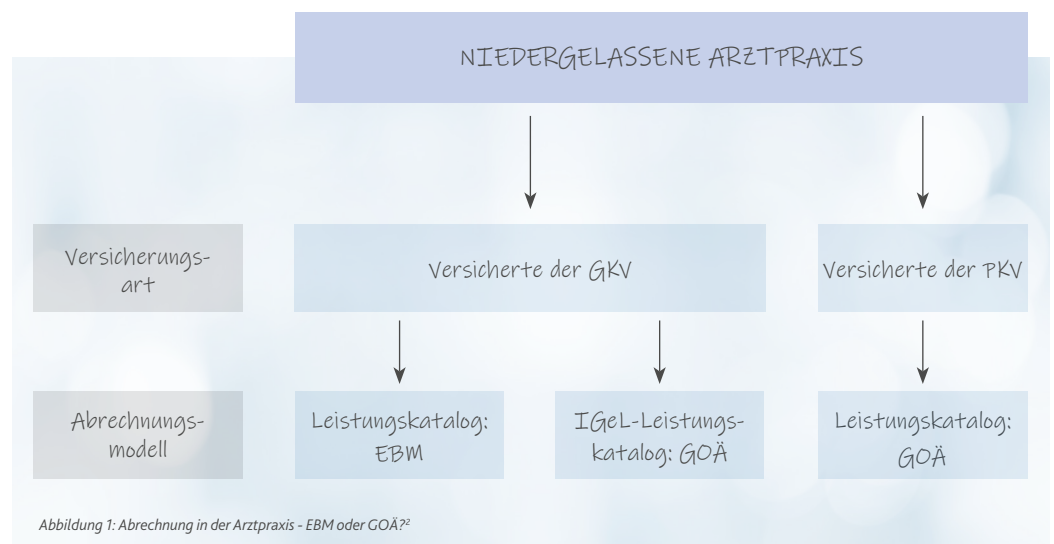


Abbildung 1: Abrechnung in der Arztpraxis - EBM oder GOÄ?²



2. GKV: VERGÜTUNG IN DER AMBULANTEN VERSORGUNG

2.1 Einführung

Damit eine Vergütung stattfinden kann, muss das staatliche Gesundheitssystem finanziert werden. Die Finanzierung der GKV erfolgt über den **Gesundheitsfonds**. Er besteht aus den Krankenversicherungsbeiträgen von Arbeitnehmer*innen und -gebern, einem Zuschuss des Bundes sowie weiteren zusätzlichen Einnahmen.

Die Mittel aus dem Gesundheitsfonds werden zur Sicherstellung des Versorgungsauftrags an die Krankenkassen verteilt. Die Krankenkassen erhalten somit für jede versicherte Person eine Grundpauschale, die um eine Zahlung für die individuelle Struktur der Versicherten ergänzt wird. Diese Zuzahlung wird **Risikostrukturausgleich (RSA)** genannt.

2.2 Funktion der Vergütung

In Deutschland erfolgt die Vergütung in der ambulanten Versorgung in der GKV nach verschiedenen Honorarsystemen, Mechanismen sowie unter Beteiligung unterschiedlicher Akteure, wie bspw.:

HONORARSYSTEME

- **Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)**,
- **Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)**.

MECHANISMEN

- **Selektivverträge** (spezielle Versorgungsmodelle und Vergütungsstrukturen mittels Direktverträgen zwischen Leistungserbringern),
- **Chronikerprogramme** (Programme koordinierter Versorgung von chronisch kranken Patient*innen).

AKTEURE

- Kassenärztliche Vereinigungen (KV (regional organisiert, es gibt 17 KVen bundesweit)),
- Krankenversicherungen (KK).

AUSSERDEM BESTEHT DIE GESAMTVERGÜTUNG AUS ZWEI TEILEN

- Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung,
- Vergütung außerhalb der Gesamtvergütung (extrabudgetäre Vergütung).⁴

Haben Krankenkassen bspw. einen hohen Anteil an Versicherten eines höheren Alters, bei denen höhere Krankheitskosten zu erwarten sind, erhalten diese durch den RSA einen höheren Morbiditätsausgleich.³

Diese Gelder können die Krankenkassen u. a. dazu nutzen, die Vergütung in der vertragsärztlichen Versorgung zu finanzieren. Je nach Leistung erfolgt diese aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) oder der extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV). Die MGV finanziert budgetäre sowie budgetfreie Leistungen und die EGV alle extrabudgetären (s. Kapitel 2.2, 2.4).⁴

Kurz beschrieben ist die **Gesamtvergütung** der zentrale "Vergütungstopf" für Gesundheitsleistungen im GKV-Bereich. Sie gibt an, welche Geldmenge für vertragliche Leistungen in einem Quartal ausgegeben werden kann (§85 Abs. 2 SGBV).⁵

Nach Abrechnung anhand des EBM gelangt das Geld über die Honorarverteilung zu den Vertragsärzt*innen als Vergütung. Die Honorarverteilung obliegt regional den KVen.

Die Gesamtvergütung kommt dadurch zustande, dass die Krankenkassen mit Hilfe der Gelder aus dem Gesundheitsfonds die für ihre Versicherten erbrachten Gesundheitsleistungen mit den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) abrechnen. Das Geld fließt dabei von den KK zu den KVen. Die KVen wiederum kommen für die Vergütung der Ärzt*innen auf (Honorarverteilung), die die mit der Gesamtvergütung abgeregelteten Leistungen erbracht und über den EBM abgerechnet haben.⁶ Dabei wird die Entwicklung der Morbidität (= der Behandlungsbedarf aufgrund der Krankheitslast in der Bevölkerung) der Versicherten in dem Bezirk der jeweiligen KV berücksichtigt. Daher wird die Gesamtvergütung als **morbiditätsbedingte Gesamtvergütung/MGV** bezeichnet (§ 87a Abs. 3 SGB V).⁷ Sie ist Teil des Systems der Honorarverteilung in der GKV.⁸

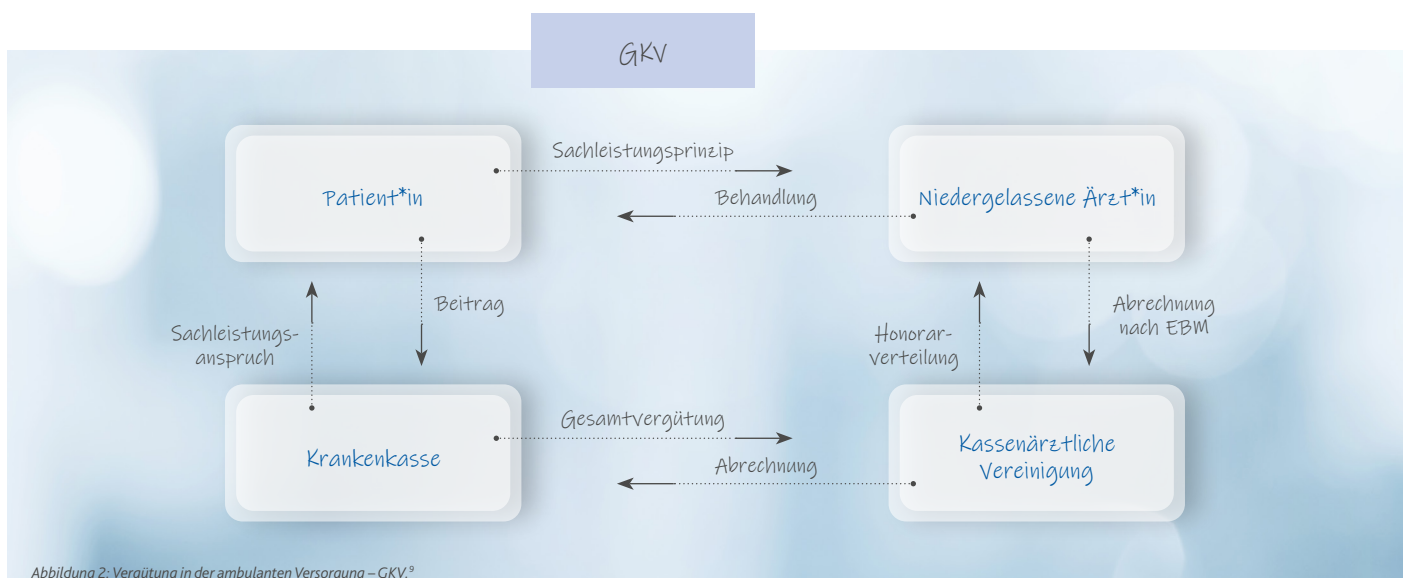


Abbildung 2: Vergütung in der ambulanten Versorgung – GKV.⁹



Orientierungswert

- Ist ein zentraler **Faktor bei der Berechnung der Vergütung von Vertragsärzt*innen** der GKV.
- Es handelt sich um einen auf Bundesebene jährlich zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) **neu verhandelten** bzw. bei Nichteinigung vom (erweiterten) BA festgelegten **Cent-Wert**.
- Der Orientierungswert multipliziert mit der Punktzahl der betreffenden GOP bewertet die Leistung und legt damit die Höhe der Vergütung fest.
- Änderungen des Orientierungswerts können zu einer Steigerung des ärztlichen Honorars führen und sind ein wichtiger Aspekt in der vertragsärztlichen Vergütung.¹²

2.3 Einheitlicher Bewertungsmaßstab – Vergütungsgrundlage

Der bundesweit einheitlich geltende EBM ist das zentrale **Instrument zur Vergütung ärztlicher und medizinischer Leistungen in der ambulanten Versorgung**. Hier sind die abrechnungsfähigen Leistungen und die damit einhergehende Vergütung definiert (§87 Absatz 2 SGB V).¹⁰

- Der EBM ist ein **bundesweiter Leistungskatalog**, der durch den Bewertungsausschuss (BA) festgelegt wird.
- Beinhaltet > 1.500 Leistungspositionen, die mit einer Punktzahl bzw. €-Betrag und einer 5-stelligen **Gebührenordnungsposition (GOP)** versehen sind.

AUFBAU DER GOP

- **Obligater Leistungsinhalt:** Zwingend zu erbringende Leistungen
- **Fakultativer Leistungsinhalt:** Variabel zu erbringende Leistungen
- **Zusatz:** Beschränkungen und/oder Abrechnungsausschlüsse

PREISBESTIMMUNG PRO GOP

Punktzahl x Orientierungspunktwert bzw. fixer €-Betrag

Darüber wird die monetäre Vergütung pro Leistung abgebildet, welche mithilfe des jährlich verhandelten Orientierungswertes (2024: 0,119339 €) berechnet wird.¹¹

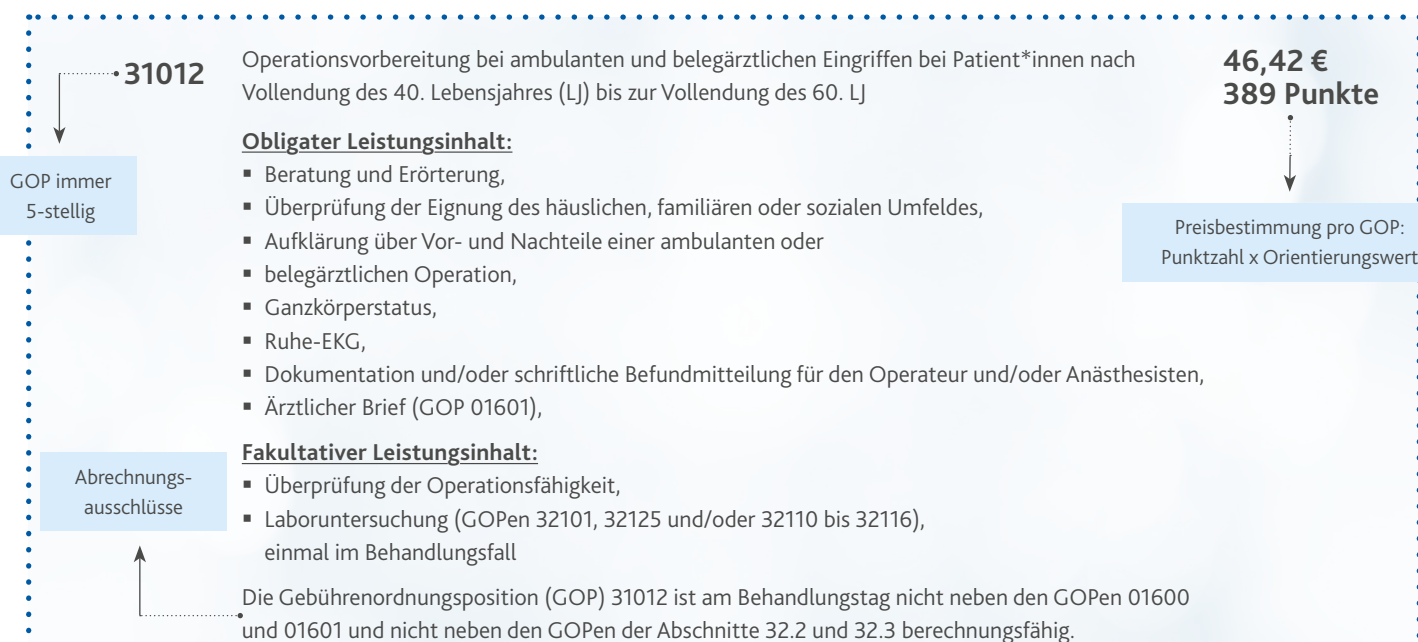


Abbildung 3: GOP 31012 – Darstellungsbeispiel aus dem EBM.¹³

2.4 Steuerungselemente zwischen Labor und Arztpraxis

Alle **Gesundheitsleistungen** im Rahmen der GKV müssen dem **Wirtschaftlichkeitsgebot** (§ 12 SGB V) entsprechen und demnach "**ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich**" sein sowie das **Maß des Notwendigen nicht überschreiten**.¹⁴

Zur Einhaltung dieser Paradigmen dienen u. a. folgende **Steuerungsinstrumente** zwischen der Arztpraxis und dem Labor:

- **vertragsärztliches Laborbudget,**
- **Wirtschaftlichkeitsbonus,**
- **budgetäre Leistungen des EBM,**
- **Ausnahmekennziffern (AKZ),**
- **extrabudgetäre Leistungen des EBM.**

2.4.1 Budgetäre Leistungen

Budgetäre Leistungen werden aus der MGV finanziert. Leistungen dieser Finanzierungsquelle sind durch ein von den KVen festgelegtes, quartalsweise zugewiesenes Honorar begrenzt. Damit sind sie "budgetiert". Diese budgetären Leistungen machen ca. **70 % aller ärztlichen Leistungen** aus.¹⁵

DIE MGV IM ÜBERBLICK

- **Berücksichtigt die Morbidität**, die Krankheitslast der Bevölkerung, und versucht sicherzustellen, dass die zur Verfügung gestellten finanziellen Ressourcen in angemessener Weise auf die Gesundheitseinrichtungen verteilt werden.
- **Form der Honorarverteilung**, bei der die Zahl und der Schweregrad der behandelten Krankheitsfälle in die Berechnung einfließen, um eine angemessene Vergütung sicherzustellen.¹⁶
- Leistungen der MGV sind u. a.:
 - Versicherten- und Grundpauschalen,
 - Untersuchungsleistungen,
 - Basisdiagnostik.
- Bei Überschreitungen der von der KV quartalsweise vorgegebenen Leistungsmengen werden die Mehrleistungen abgestaffelt vergütet.¹⁷

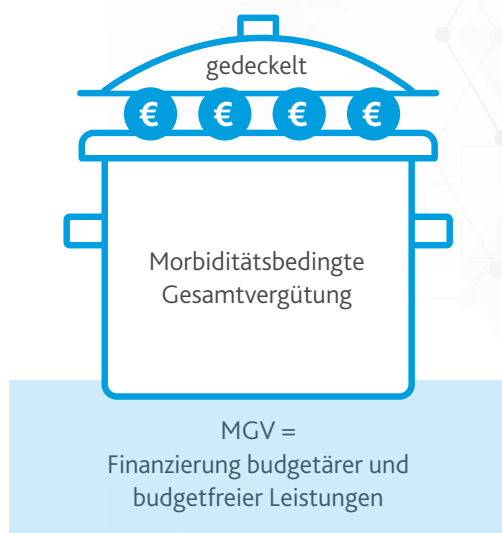


Abbildung 4: Finanzierungsform – Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)¹⁸

In einer vereinfachten Erklärung kann der Begriff *vertragsärztliches Laborbudget* als ein **Vergleichsinstrument** für die KV bezeichnet werden, um die Menge quartalsweiser Laboranforderungen innerhalb der verschiedenen Arztgruppen zu beobachten. Der *Wirtschaftlichkeitsbonus* kann vor diesem Hintergrund als **Belohnungsinstrument** für die Einhaltung einer von der KV vorgeschriebenen Mengenbegrenzung der Laboranalysen je Ärzt*in verstanden werden. Dieser **Mengenbegrenzung** unterliegen außerdem die budgetären Leistungen des EBM. AKZ und Leistungen im Rahmen der *extrabudgetären Vergütung* können als **Anreizinstrumente** für Untersuchungen, die einen besonderen Fokus haben, dienen.

2.4.2 Extrabudgetäre Leistungen

Extrabudgetäre Leistungen im Gesundheitswesen sind medizinische Leistungen oder Gesundheitsdienstleistungen, die **außerhalb der "normalen" Budgetierung** oder Finanzierungssysteme eines Gesundheitssystems erbracht und als besonders förderungswürdig erachtet werden. Sie machen **ca. 30 % aller ärztlichen Leistungen** aus und werden aus der EGV finanziert.

DIE EGV IM ÜBERBLICK

- Kann dazu beitragen, **Engpässe oder Lücken in der Gesundheitsversorgung zu schließen**, insbesondere wenn das öffentliche Gesundheitssystem begrenzte Ressourcen hat.
- **Extrabudgetäre Leistungen werden in voller Höhe vergütet und sind immer budgetfrei.**
- **Empfehlungen zu extrabudgetären Leistungen werden jährlich vom BA veröffentlicht.**
- Die KVen können von den Empfehlungen abweichen, daher sind regionale Unterschiede möglich.
- **Extrabudgetäre Leistungen betreffen die Ermittlung des Wirtschaftlichkeitsbonus nicht.**
- Beispiel: Präventionsleistungen (bspw. Gesundheitsuntersuchungen ab 35 Jahren, Mutterschaftsvorsorge).¹⁹

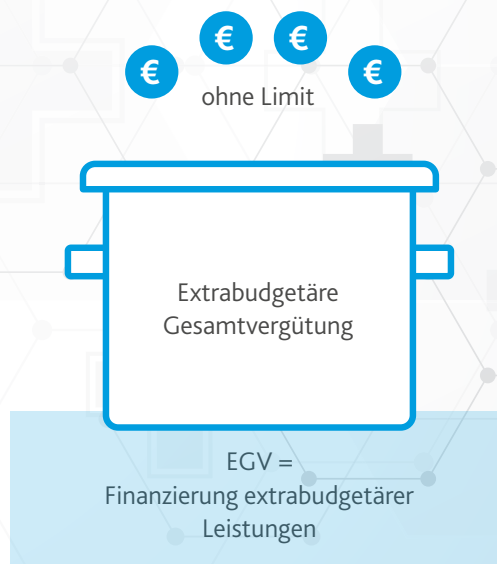


Abbildung 5: Finanzierungsform – Extrabudgetäre Vergütung (EGV).²⁰

2.4.3 Vertragsärztliches Laborbudget

Das vertragsärztliche Laborbudget ist **kein monetäres Budget**, welches bspw. zu Quartalsbeginn in einer Praxis zur Verfügung gestellt wird. Es ist vielmehr eine finanzielle Orientierung seitens der KV für die Laborausgaben, die eine ärztliche Praxis im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung verursachen kann. Dieser Wert bildet eine finanzielle Spanne für die spätere Berechnung/Auszahlung des Wirtschaftlichkeitsbonus (WiBo) und dient daher dem Zweck der Mengenbegrenzung im Gesundheitswesen.

- Die KV ermittelt das Laborbudget **quartalsaktuell**.
- Berücksichtigt werden Laborleistungen der Kapitel 32.2 (**Basislabor**) und 32.3 (**Speziallabor**) des EBM.
- **Es ist eine Regulierungsmaßnahme** zur Begrenzung der Ausgaben im Gesundheitswesen (Mengenbegrenzung).
- Es dient als Grundlage für die KV, die im Quartal erbrachten oder angeforderten Laborleistungen aus den EBM-Kapiteln 32.2 und 32.3 einzelner niedergelassener Ärzt*innen bzw. niedergelassener Arztpraxen mit denen der Fachgruppe zu vergleichen, um einzuordnen, ob ein Wirtschaftlichkeitsbonus ausbezahlt wird.²¹

2.4.4 Wirtschaftlichkeitsbonus

Mithilfe der Berechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus kann die KV die **durchschnittlichen Laboranforderungen aus den EBM-Kapiteln 32.2 und 32.3 eines/einer Ärzt*in oder ärztlichen Praxis** je Behandlungsfall **mit den Kosten der jeweiligen Fachgruppe vergleichen**. Dabei werden Fälle mit Abrechnung der Versichertenpauschale und **ausschließlich die EBM-Kapitel 32.2 und 32.3** einbezogen. **Es sei denn**, die Indikation und zugehörige GOP gehören zu einer der **17 AKZ** oder sind **extrabudgetär**.

- Die KV gibt **einmal im Behandlungsfall** (Quartal) die **GOP 32001** an und führt die **Berechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus** durch.
- Es werden **veranlasste, bezogene und selbst erbrachte Laboruntersuchungen** (Muster 10 und Muster 10A) in die Berechnung einbezogen.
- Damit der individuelle Wirtschaftlichkeitsbonus ohne Einschränkung erreicht werden kann, ist die **konsequente Angabe zutreffender AKZ** wichtig.²²

2.4.5 Ausnahmekennziffern

Die Angabe von zutreffenden AKZ im Praxisverwaltungssystem dient dazu, die zugehörigen GOPen nicht bei der Berechnung der Laborkosten pro Behandlungsfall zu berücksichtigen. Somit haben die betreffenden GOPen keinen Einfluss auf das Laborbudget. Damit werden optimale Voraussetzungen für die Erzielung des Wirtschaftlichkeitsbonus geschaffen.

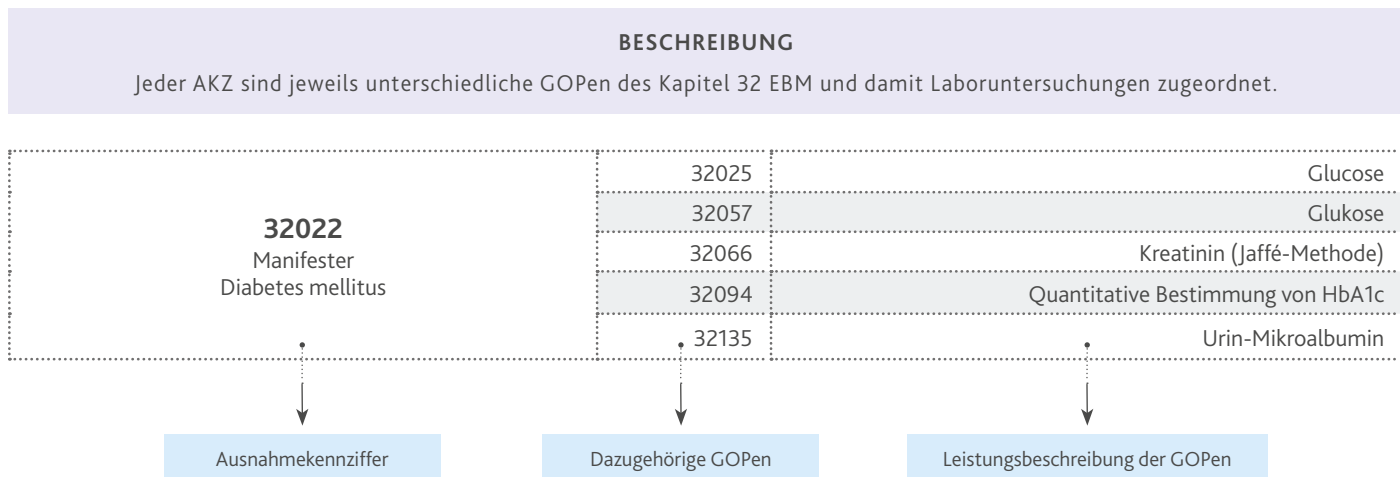


Abbildung 6: AKZ – Darstellungsbeispiel aus dem EBM.²³

- Insgesamt gibt es 17 AKZ (32004-32009, 32011, 32012, 32014, 32015, 32017, 32018, 32020-32024), welche für verschiedene ärztliche Fachrichtungen relevant sind.
- Die definierten GOPen (AKZ-Ziffernkranz) werden extrabudgetär vergütet.

DOKUMENTATION

- Die AKZ gilt **pro Behandlungsfall** und muss deswegen nur einmal im Quartal angegeben werden. Der Eintragungszeitpunkt in die Praxissoftware (=Arztinformationssystem (AIS)) für die Quartalsabrechnung in dem jeweiligen Quartal ist nicht vorgegeben.
- Pro Behandlungsfall können – je nach ärztlicher Indikationsstellung – **mehrere AKZ im Quartal pro Patient*in** angesetzt werden.
- Die **GOPen** des Ziffernkranzes müssen **nicht zusätzlich zur AKZ angegeben** werden.
- Die **Dokumentation der AKZ** erfolgt ausschließlich in dem **AIS**. Mit der Quartalsabrechnung werden die AKZ an die KV übermittelt.²⁴

Weitere Informationen und Materialien stehen hier zur Verfügung:

<https://www.amedes-group.com/service/abrechnung/nuetzliches/ausnahmekennziffern-und-wirtschaftlichkeitsbonus.html>



3. GKV: LABORANFORDERUNGEN

3.1 Laborüberweisungsscheine

Damit in Laboren Proben von Patient*innen untersucht werden können, muss dies von einem/r behandelnden Ärzt*in veranlasst werden. Dies geschieht mittels Laborüberweisungsscheinen. Im GKV-Bereich sind das für Labore das Muster 10 oder Muster 10A.

MUSTER 10

Das Muster 10 gliedert sich in zwei Teile, Identifikation und Auftrag. Es enthält Informationen über den/die behandelnde Ärzt*in, den/die Patient*in, die erbrachte Leistung sowie die Diagnose bzw. Verdachtsdiagnose.

LEISTUNGSBEAUFTRAGUNG

Für Leistungen des Kapitels 32 und laboratoriumsmedizinische Leistungen der Kapitel 1.7, 30.12.2, 11.4 und 19.4 muss das Muster 10 zur Beauftragung verwendet werden.²⁵

Das korrekte und vollständige Ausfüllen des Muster 10 ist entscheidend für die Sicherstellung der Vergütung der erbrachten Leistungen.

MUSTER 10A

Handelt es sich um GKV-Leistungen, die durch eine **Laborgemeinschaft** erbracht werden, wird das **Muster 10A** verwendet. **Muster 10 und 10A unterscheiden sich hauptsächlich im Anforderungsteil.**

Freigabe 12.05.2020

Überweisungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung

10

Krankenkasse bzw. Kostenträger
Muster Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten
Patient*in
Muster
Musterstraße 1
D 12345 Musterstadt

geb. am 08.03. 1.

Kurativ Präventiv bei belegärztl. Behandlung Unfall, Unfallfolgen

Knappschafts-kennziffer

Quartal 1 2 4
Geschlecht W

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

Behandlung gemäß § 116b SGB V eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!
Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers
Arzt-Nr. des Erstveranlassers
Abnahmedatum 15.01.24
Abnahmezeit 08:00
SSW

2. Befund eilt, Übermittlung an Telefon Fax Nr. 4.

Diagnose/Verdachtsdiagnose
E11.90 V

Befund/Medikation
Fußmykose beiderseits (B35.3GB),
arterielle Hypertonie (I10.00G)

Auftrag
Bestimmung von HbA1c, Glucose, Kreatinin

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt
Dr. Muster
Musterstraße 1
D 12345 Musterstadt
Tel. 1234567

Muster 10 (10.2020)

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülernfällen

Abbildung 7: Beispielanforderung Laborüberweisungsschein Muster 10.²⁶

INFORMATIONEN, DIE AUF DEM MUSTER 10/10A SCHEIN ZWINGEND ERFORDERLICH SIND

Wichtig ist, dass alle notwendigen Angaben auf dem Muster 10/10A Schein vorgenommen werden, damit eine Laboranforderung durchgeführt werden kann. Im Personalienfeld muss die Betriebsstättennummer und die lebenslange Arztnummer numerisch angegeben werden.

BEIM AUSFÜLLEN VON MUSTER 10/10A SCHEINEN IST FOLGENDES ANZUGEBEN

1. Korrekte Angabe präventiv oder kurativ (s. Kapitel 3.2),
2. Korrekte Angabe einer ICD-10 Diagnose bzw. Verdachtsdiagnose,
3. Probenentnahme (Zeit und Datum),
4. Ggf. Schwangerschaftswoche,
5. Ggf. Eilprobe.²⁶



HINWEIS: Es ist zwingende Vorgabe der KV, immer den **Muster 10 Schein** auszufüllen. Dieses gilt auch, wenn dem Muster 10 ein Begleitschreiben beigelegt ist.

3.2 Kurative und präventive Laboranforderungen

Auf einem Laboranforderungsschein wird zwischen einer präventiven und einer kurativen Leistung unterschieden. Präventive und kurative Leistungen beziehen sich auf die verschiedenen Arten von Untersuchungen, die entweder vorbeugend sind (präventiv) oder der Diagnose und Behandlung dienen (kurativ).

PRÄVENTIVE LABORANFORDERUNGEN

- Bewertung eines Krankheitsrisikos
- Erkennung von Frühsymptomen
- Teil von Vorsorgeuntersuchungen
- Bspw. Chlamydien-Screening, Mutterschaftsvorsorge bei der Erstuntersuchung, Darmkrebsvorsorge (z. B. mittels iFOBT), Check-up 35²⁷

KURATIVE LABORANFORDERUNGEN

- Abklärung vorhandener Symptome
- Identifikation einer Krankheit zur Einleitung von passenden Maßnahmen
- Überwachung des Gesundheitszustandes oder Beurteilung des Verlaufs einer bereits diagnostizierten Erkrankung eines/r Patient*in
- Bspw. Diagnostik und Therapiekontrolle bei erkrankten Patientinnen innerhalb und außerhalb einer Schwangerschaft²⁸



Angabe auf dem Anforderungsschein Muster 10/10A

- Im AIS ist die Auswahl einer kurativen Anforderung voreingestellt.
- Präventiv muss aktiv angewählt werden.
 - Präventive Leistungen werden meist extrabudgetär vergütet und belasten das Laborbudget nicht.
- Nach Vorgabe der KV müssen präventive Leistungen auf einem eigenen separaten Anforderungsschein angefordert werden.
 - Eine Ausnahme davon bilden Laborgemeinschaften, bei denen über das Muster 10A Mischaufträge möglich sind.

3.3 Komplexziffern – Schnittstelle zur Laborabrechnung

Innerhalb eines Leistungskomplexes werden **Einzelleistungen** mehrerer besonders häufiger Behandlungsschritte sowie Laboranalysen **zusammengefasst** und mit der Angabe der zugehörigen GOP in der Abrechnung abgegolten. Diese bereits abgegoltenen Laborleistungen müssen zur **Vermeidung einer doppelten Abrechnung** in der eigenen Praxis oder über eine private Laborgemeinschaft erbracht werden. Darüberhinausgehende Laboruntersuchungen sind über den Muster 10/10A Schein wie gewohnt anforderbar.

ABRECHNUNG KOMPLEXZIFFERN

- In den allgemeinen Bestimmungen des EBM ist die Abrechnung der Komplexziffern näher beschrieben.
- Bei behandlungs-, krankheits- oder arztfallbezogenen Komplexen muss **mind. ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt** stattgefunden haben, soweit in den Leistungsbeschreibungen nicht anders angegeben.
- Bei inhaltsgleichen GOPen ist der Komplex einer Einzelleistung vorzuziehen.
- Existiert zusätzlich noch eine Pauschale, ist diese wiederum ggü. der Komplexziffer zu favorisieren.²⁹
- Die KV wird bei fälschlicher Angabe die jeweilig abgerechneten Einzelleistungen in eine Komplexleistung umwandeln, wenn es eine solche inhaltsgleiche im EBM gibt.
- **GOPen ohne genaue Wortkennzeichnung**, aber mit **mehreren Teilleistungen**, sind ebenfalls als **Komplexleistungen** zu verstehen. Diese Teilleistungen gelten als unselbstständig und können nicht gesondert abgerechnet werden. Eine Auflistung dieser befindet sich im Anhang 1 des EBM.
- **Achtung:** Im EBM ist nicht immer ganz eindeutig für KV und Ärzt*innen genannt, welche GOP einen Leistungskomplex darstellt. Die Herausforderung der korrekten Abrechnung liegt darin, die zutreffenden Komplexe zu erkennen.³⁰

BEISPIEL KOMPLEXZIFFERN PRÄOPERATIVE LABORUNTERSUCHUNGEN: GOP 31010 – 31013

Im EBM-Kapitel 31.1 „Präoperative Gebührenordnungspositionen“ sind vier GOPen aufgeführt, die im Rahmen der Operationsvorbereitung abgerechnet werden können: 31010 – 31013. Sie werden **extrabudgetär vergütet**, zählen zu den Komplexziffern des EBM und können auch vor allen Eingriffen in Lokalanästhesie unabhängig davon, ob die geplanten Eingriffe in der eigenen Hausarztpraxis oder per Überweisung an eine/n anderen Ärzt*in erbracht werden, abgerechnet werden.³¹

Die im Rahmen der Operationsvorbereitung für ambulante und belegärztliche Eingriffe relevanten GOP dürfen von

- Fachärzt*innen für Allgemeinmedizin,
- Fachärzt*innen für Innere und Allgemeinmedizin,
- praktischen Ärzt*innen,
- Ärzt*innen ohne Gebietsbezeichnung,
- Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendmedizin sowie
- Fachärzt*innen für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die ggü. dem Zulassungsausschuss die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung (gemäß § 73 Abs. 1a SGB V) erklärt haben,

angesetzt werden. Damit die oben genannten GOPen **einmal pro Behandlungsfall** (= 1 x pro Quartal) abgerechnet werden können, **müssen mehrere Leistungen vollständig durchgeführt** werden.



GOP 31010 – 31012 „**Operationsvorbereitung** für ambulante und belegärztliche Eingriffe bei **Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern (31010) bei Jugendlichen u. Erwachsenen bis zum vollendeten 40. Lebensjahr (31011) nach Vollendung des 40. Lebensjahres bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres (31012)**“

Obligater Leistungsinhalt Laboruntersuchungen:

- Keine

Fakultativer Leistungsinhalt Laboruntersuchungen:

- Präoperative Labordiagnostik mit kleinem Blutbild, Kalium, Gamma-GT, Glukose im Blut, Kreatinin und/oder Blutungszeit, Rekalkifizierungszeit, Partielle Thromboplastinzeit, Quick aus Plasma oder Quick aus Kapillarblut, Thrombingerinnungszeit, Fribinogenbestimmung und Thyrotropin (TSH)

GOP 31013 „**Operationsvorbereitung** bei ambulanten und belegärztlichen Eingriffen bei Patienten **nach Vollendung des 60. Lebensjahres**“

Obligater Leistungsinhalt Laboruntersuchungen:

- Präoperative Labordiagnostik mit kleinem Blutbild, Kalium, Gamma-GT, Glukose im Blut, Kreatinin und/oder Blutungszeit, Rekalkifizierungszeit, Partielle Thromboplastinzeit, Quick aus Plasma oder Quick aus Kapillarblut, Thrombingerinnungszeit, Fribinogenbestimmung)

Fakultativer Leistungsinhalt Laboruntersuchungen:

- Bestimmung des Thyrotropins (TSH)
- Weiterführende Labordiagnostik (Abschnitt 32.2)

Auf den ersten Blick ist nicht zu erkennen, dass es sich um einen Leistungskomplex handelt. Am Beispiel der **GOP 31013** wird allerdings deutlich, dass der obligate Leistungsinhalt weitere Behandlungsschritte auflistet, welche innerhalb der 31013 bereits abgegolten sind. Hierunter fallen Laboruntersuchungen wie bspw. die Abklärung einer plasmatischen Gerinnungsstörung, welche dann in der Praxis selbst oder in der privaten Laborgemeinschaft erbracht werden müssen.

ABRECHNUNGS AUSSCHLÜSSE GOP 31013

Die **Prä-Op-Komplexziffer 31013** darf, wie oben genannt, **nur einmal pro Behandlungsfall (= 1 x pro Quartal)** berechnet und es dürfen **keine weiteren Laboruntersuchungen aus dem EBM-Kapitel 32** an dem Behandlungstag berechnet werden.

Wenn keine Prä-Op-Komplexziffer (31010-31013) angesetzt wird, kann das Prä-OP-Laborprofil nach **GOP 32125 budgetfrei** von jeder/m Vertragsärzt*in angefordert werden.³²



LABOR-ANFORDERUNGEN

GOP 32125 „Bestimmung von **mindestens sechs** der folgenden **Parameter**: Erythrozyten, Leukozyten, Thrombozyten, Hämoglobin, Hämatokrit, Kalium, Glukose im Blut, Kreatinin, Gamma-GT **vor Eingriffen in Narkose oder in rückenmarksnaher Regionalanästhesie** (spinal, peridural)“

GOP 32101 „**Quantitative Bestimmung von Thyrotropin (TSH)**“

GOP 32110 – 32116 „**Untersuchungen zur Abklärung einer plasmatischen Gerinnungsstörung** oder zur Verlaufskontrolle bei **Antikoagulantientherapie**, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32110 bis 32117,

Blutungszeit (standardisiert) (32110)

Rekalzifizierungszeit (32111)

Partielle Thromboplastinzeit (PTT) (32112)

Thromboplastinzeit (TPZ) aus Plasma (32113)

Thromboplastinzeit (TPZ) aus Kapillarblut (32114)

Thrombingerinnungszeit (TZ) (32115)

Fibrinogenbestimmung (32116)“

ZUSAMMENFASSUNG

- Die **obligaten Leistungen** sind bereits durch die Abrechnung der Komplexziffer durch den/die niedergelassene/n Ärzt*in abgegolten und dürfen **nicht separat vergütet** werden.
- Daraus folgt, dass es nicht gestattet ist, die Laboruntersuchungen zu Lasten der KV zusätzlich zu beauftragen bzw. zu berechnen.
- Die Laborleistungen müssen dann von dem/der Vertragsarzt*in **selbst erbracht** oder über eine **privatärztliche Laborgemeinschaft (LG)** bezogen werden.³³
 - Die Mitgliedschaft in einer privatärztlichen LG berechtigt zur Erbringung von **Laborleistungen des Abschnitts MII der GOÄ (Basislabor)** außerhalb der eigenen Praxisräume, sofern sie nach fachlicher Weisung unter Aufsicht einer/s Ärzt*in erbracht werden.³⁴
 - Die privatärztliche LG wird **vorrangig für die Erbringung von Leistungen für versicherte Patient*innen** (der PKV) genutzt. Die Beauftragung in der LG kann aber in manchen Fällen ebenfalls für gesetzlich Versicherte relevant sein, wie bspw. für Laborparameter im Rahmen von Komplexleistungen (OP-Vorbereitung)³⁵ oder im Rahmen einiger Selektivverträge, bspw. Hausarztzentrierte Versorgung (HzV). Hierbei ist die Verwendung der **spezifischen Anforderungsformulare der LG** unerlässlich.³⁶

3.4 Laborgemeinschaften und Unterschiede zwischen Basis- und Privatlabor

Laborgemeinschaften setzen sich zusammen aus niedergelassenen Ärzt*innen, derselben oder verschiedener Fachrichtungen, mit dem Ziel, Laborinfrastrukturen gemeinsam zu nutzen, um die im eigenen Praxisumfeld anfallenden Laboruntersuchungen zu ermöglichen.^{49,50}

Eine Übersicht der verschiedenen Anforderungen und nach EBM und GOÄ zugehörigen Laboruntersuchungen zeigt die Abbildung 8:

Basisuntersuchungen und das Vorhaltelabor können in den eigenen Praxisräumen erbracht und direkt mit der KV abgerechnet werden. Ebenso Allgemeine Laboruntersuchungen wie bspw. der Urinstreifentest. Einige Proben müssen allerdings versandt werden, da z. B. besondere Maschinen zur Probenanalyse benötigt werden (gemeinsame Nutzung der Infrastruktur im Rahmen einer LG).

Es kann auch Fälle geben, in denen die Behandlung gesetzlich versicherter Patient*innen wie bspw. im Rahmen von Selektivverträgen

stattfindet oder Komplexleistungen (bspw. GOP 31010-31013 „Prä-OP“) beinhaltet. In dieser Konstellation müssen Proben wie bei privatversicherten Patient*innen in eine privatärztliche LG versandt werden, da somit Doppelabrechnungen vermieden werden (s. Kapitel 3.3).⁵¹

Handelt es sich um spezielle Laboruntersuchungen, sind spezifische Facharztbezeichnungen für die Erbringung und Abrechnung erforderlich, daher müssen diese Proben (EBM-Kapitel 32.3, Genetik (EBM-Kapitel 11 und 19) bzw. Abschnitte M III und M IV GOÄ) an das Facharztlabor versandt werden. Eine Ausnahme bildet die Erbringung dieser Probenanalysen in der eigenen Praxis sofern eine Ermächtigung seitens der KV vorliegt.

Die Muster 10 A und Muster 10 Scheine werden bei der KBV bestellt und die Anforderungsscheine für die LGs können von den Laborstandorten bezogen werden.



Innerhalb der eigenen Praxisräume:
Vorhaltelabor/Basisuntersuchungen M I GOÄ & tlw. aus 32.2.1 EBM

Innerhalb und außerhalb der eigenen Praxisräume

Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen Kapitel 32.2 (EBM)

Spezielle Laboratoriumsuntersuchungen („Facharztlabor“) Kapitel 32.3 (EBM)

Erbringung in eigener Praxis und Abrechnung mit KV (z.B. Urinstreifentest)

Erbringung in LG und Abrechnung hier mit der KV

vertragsärztliche LG



Muster 10A

Erbringung durch Fachärzt*innen für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Transfusionsmedizin und Abrechnung hier mit der KV



Muster 10

Fachärzt*innen für Laboratoriumsmedizin, u. a. Fachärzt*innen für Mikrobiologie, u. a. Fachärzt*innen für Transfusionsmedizin



Muster 10

Erbringung in eigener Praxis mit KV-Ermächtigung („Laborzulassung“) und Abrechnung mit KV



Basislabor M II GOÄ & tlw. aus 32.2 EBM (z. B. bei einigen Selektivverträgen und Komplexziffern (GKV))

privatärztliche LG



Anforderungsschein privatärztliche LG

Speziallabor M III, M IV GOÄ



Facharztanforderungsschein

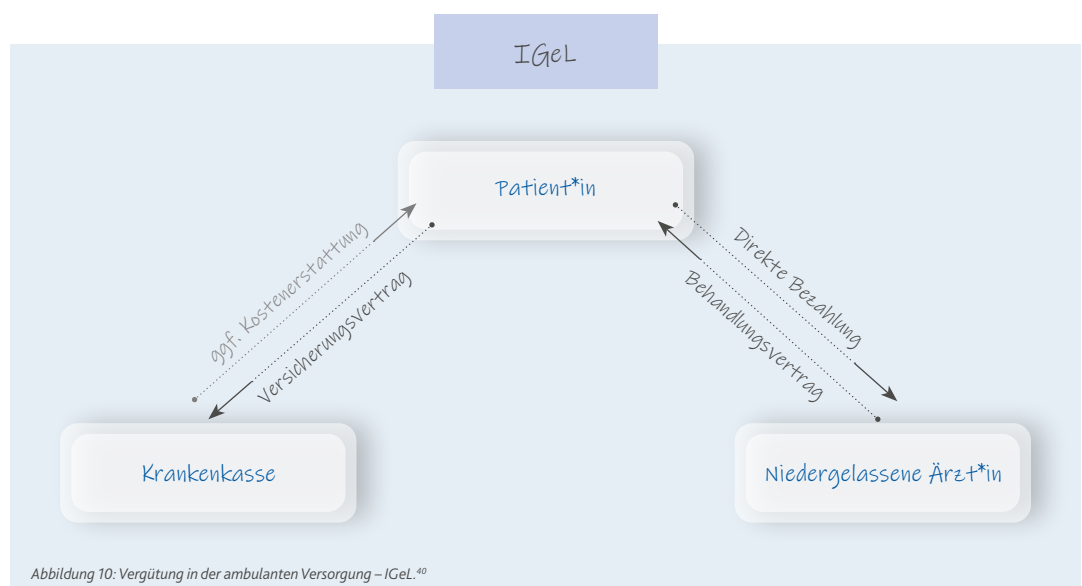
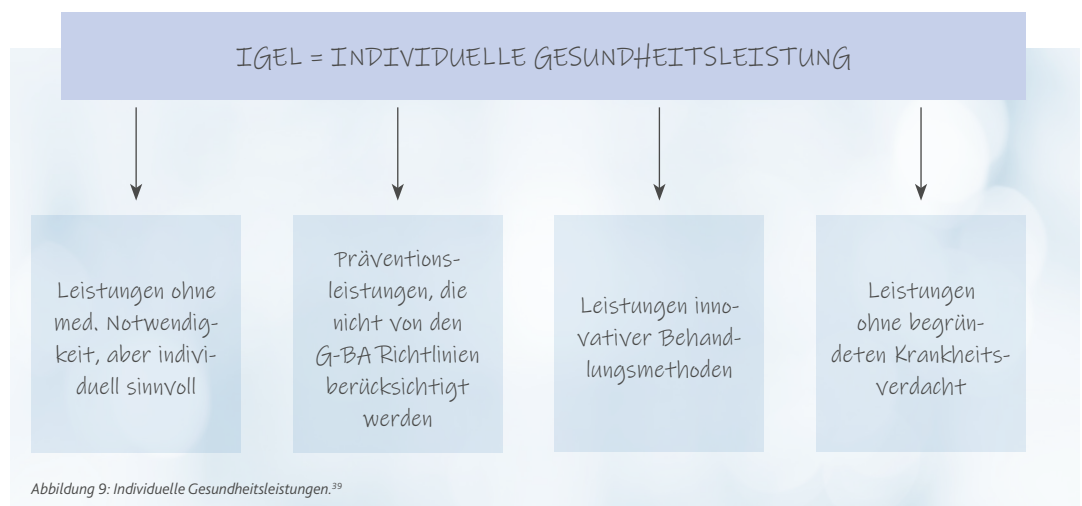
Abbildung 8: Laborleistungen nach EBM und GOÄ.³⁷



4. IGEL: VERGÜTUNG IN DER AMBULANTEN VERSORGUNG

Vertragsärzt*innen haben die Möglichkeit, ihren in der GKV versicherten Patient*innen **IGeL** anzubieten. Dabei handelt es sich um **von der/dem Patient*in selbst zu tragende Zusatzleistungen**, die nicht zum Leistungskatalog des EBM gehören und aus diesem Grund nicht innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung gegenüber den KK abgerechnet werden können.

- Es handelt sich um **Selbstzahlerleistungen**, die **auf Basis der GOÄ** dem/der Patient*in in **Rechnung** gestellt werden müssen.
- IGeL sind **bspw. Leistungen, die medizinisch nicht notwendig, aber** ggf. individuell sinnvoll sein können oder innovative Behandlungsmethoden darstellen.
- IGeL können auf Wunsch des/der Patient*in von dem/der Behandler*in veranlasst oder von dem/der Behandler*in selbst vorgeschlagen werden (**Zustimmung des/der Patient*in nötig**). Die Preise, die dem/der Patient*in in Rechnung gestellt werden, können nach Leistung und Ärzt*in sowie in Abhängigkeit von dem zugrunde gelegten **GOÄ-Steigerungssatz** variieren.
- Die Patient*innen müssen über die entstehenden **Kosten** von dem/der Behandler*in **aufgeklärt** werden und **schriftlich zustimmen** (Honorarvereinbarung).
- Die Zustimmung der Laboranalyse sowie Zahlung derer wird mittels IGeL-Laboranforderungsschein eingeholt, welcher dem/der Patient*in zur Unterschrift ausgehändigt wird.³⁸





5. IGeL: LABORANFORDERUNGEN

Die IGeL-Anforderungsscheine werden von den Laboren ausgegeben und enthalten einen **Parameter spezifizierenden, individuellen Abschnitt**. Das korrekte und vollständige Ausfüllen des Anforderungsscheins ist für die einwandfreie Probenanalyse und anschließende Abrechnung grundlegend.

WICHTIG SIND DIE KORREKTEN ANGABEN VON

- Den Stammdaten (Name, Adresse, Geburtsdatum, Geschlecht)
- Die Probenentnahme (Datum und Zeit)
- Ggfs. die Schwangerschaftswoche
- Die Verdachtsdiagnose(n)

Weiterhin ist darauf zu achten, dass alle notwendigen Parameter beauftragt werden und der/die **Patient*in die private Kostenübernahme unterschreibt**. Sollte eine Untersuchung nach Gendiagnostikgesetz angefordert werden, muss auch der/die Patient*in die **Aufklärung nach dem Gendiagnostikgesetz unterzeichnen**.

Abschließend ist der Anforderungsschein mit **Praxisstempel und Unterschrift des/der Ärzt*in** zu versehen.⁴¹

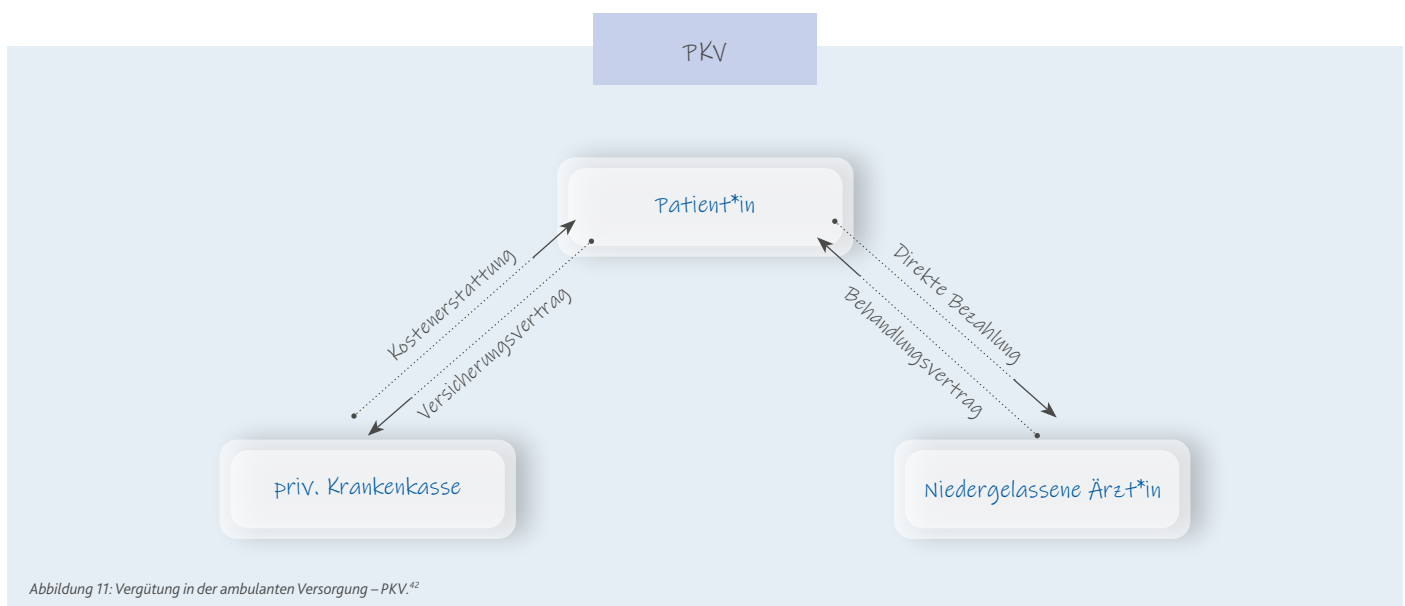
6. PKV: VERGÜTUNG IN DER AMBULANTEN VERSORGUNG

6.1 Einführung

Die **Vergütung in der ambulanten Versorgung** in Deutschland erfolgt im **PKV-Bereich abweichend von dem des GKV-Bereichs**. In der PKV haben Versicherte **individuelle Versicherungsverträge**, welche aus Versicherungsperspektive die individuelle Risikostruktur (bspw. Eintrittsalter, Gesundheitszustand, Leistungsumfang) und aus Versichertenperspektive den persönlichen Versicherungsbedarf wiedergeben.⁴²

6.2 Funktion der Vergütung

In der PKV stellt der/die **Ärzt*in** dem/der **Patient*in nach der Behandlung** eine **Rechnung** anhand der **GOÄ** aus. Der/die **Versichert*e zahlt diese Rechnung** in der Regel zunächst selbst und reicht diese im Anschluss bei der jeweiligen privaten Krankenversicherung ein, um eine **Erstattung** zu erhalten. Die Höhe der Erstattung bzw. ob es eine solche gibt, hängt von den individuell getroffenen vertraglichen Vereinbarungen und dem gewählten Versicherungstarif ab.⁴²



6.3 Gebührenordnung für Ärzte

Die **GOÄ** ist eine Verordnung, die die Abrechnung ärztlicher Leistungen und die Festlegung der Honorare in Deutschland im **privatärztlichen Bereich** regelt. Sie bildet damit die **Abrechnungsgrundlage** – äquivalent zum EBM im GKV-Bereich. Im GKV-Bereich kann die GOÄ lediglich bei Selbstzahler*innen (IGeL) angewandt werden.

AUFBAU DER GOÄ

- Vor Auflistung der Leistungen sind in Paragraphen die Gebühren in besonderen Fällen (z. B. Berechnung der einzelnen Gebühren (§ 5), Wegegeld (§ 8)) nachlesbar.
- Das darauffolgende Leistungsverzeichnis der GOÄ gliedert sich in nummerisch geordnete **Grundleistungen** (z. B. Beratungen und Untersuchungen) und **nichtgebietsbezogene Sonderleistungen** (z. B. Anlegen von Verbänden und Blutentnahmen) sowie alphabetisch geordnete **gebietsbezogene Leistungen** (z. B. Behandlungen im Bereich der Chirurgie und labormedizinische Untersuchungen).

- Das Kapitel M der GOÄ beschreibt bspw. die Abrechnung von Laborleistungen:
 - **M I**: Praxislabor (in der Praxis zu erbringende Leistungen),
 - **M II**: Basislabor (Laborgemeinschaften),
 - **M III und IV**: Speziallabor (Facharztlabor),
 - **M III sind nicht laborgemeinschaftsfähig** und dürfen gemäß § 4 Abs. 2 GOÄ nur von Ärzt*innen abgerechnet werden, die die Laboruntersuchungen selbst erbracht haben bzw. die unter ihrer Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden.^{43,44}

AUFBAU DER GOÄ-ZIFFERN

- Jede Leistung hat eine Leistungsbeschreibung und einen spezifischen Gebührensatz in **Punkten** gekennzeichnet, wobei **jeder Punkt einen festgelegten Geldwert (§ 5 GOÄ) hat**.
- Die Preisfindung für die Abrechnung erfolgt, indem die **Punkte mit dem entsprechenden Geldwert multipliziert** werden.

PREISBESTIMMUNG PRO ZIFFER

Punktzahl x Punktwert x Steigerungssatz⁴⁵

6.4 Steigerungsmöglichkeiten von Ziffern in der GOÄ

- Der **Steigerungssatz** oder Faktor ist wie ein **Multiplikator** anzuwenden (s. Kapitel 6.3).
- Die Höhe der einzelnen Leistungsgebühren in der GOÄ kann von dem **1,0-fachen bis zum 3,5-fachen des Gebührensatzes** reichen, vorausgesetzt es trifft keine Besonderheit zu.
 - Eine Steigerung **bis zum 2,3-fachen Satz** ist **ohne medizinische Begründung** möglich.
 - Zwischen dem 2,3-fachen und 3,5-fachen Satz** darf nur **mit medizinischer Begründung** gesteigert werden.
- Eine Steigerung der Gebühren ist unter Berücksichtigung der Schwierigkeit, des Zeitaufwandes und der Umstände des Krankheitsfalles nach Einschätzung des/der Ärzt*in festzulegen.

BESONDERHEITEN

- Leistungen der **Abschnitte A, E und O** der GOÄ dürfen **ohne medizinische Begründung** bis zum **1,8-fachen Satz** gesteigert werden und **mit med. Begründung** bis zum **2,5-fachen Satz**.
- Leistungen des **Abschnitts M** (+ Ziffer 437) dürfen **ohne medizinische Begründung** bis zum **1,15-fachen Satz** gesteigert werden und **mit med. Begründung** bis zum 1,3-fachen Satz.
- Wahlärztliche Leistungen**, die **nicht** von ihm/ihr oder dem benannten ständigen ärztlichen Vertreter **persönlich erbracht** werden, dürfen **ohne medizinische Begründung** bis zum **1,8-fachen Satz** gesteigert werden und **mit med. Begründung** bis zum **2,3-fachen Satz**.⁴⁶

GOÄ-ZIFFER: 250



Abbildung 12: Ziffer 250 – Darstellungsbeispiel aus der GOÄ.⁴⁷

6.5 Möglichkeiten der Analogabrechnung

Im Gegensatz zum EBM wird die GOÄ nicht laufend aktualisiert. Damit das Leistungsverzeichnis dennoch auf dem **aktuellen Stand des medizinischen Wissens und der Medizintechnik** ist, wird in der GOÄ in dem Abschnitt "Gebühren in besonderen Fällen" die **Analogabrechnung** eingeführt. Mittels dieser können Leistungen, die nicht in der GOÄ abgebildet werden, angegeben und abgerechnet werden. Auf **Bundesebene** wird außerdem ein **Verzeichnis analoger Bewertungen** geführt. Dieses Verzeichnis ist auf der Seite der **Bundesärztekammer online abrufbar**.

Zwei Wege der Kennzeichnung von Analogabrechnungen:

- Listung der Leistung im Verzeichnis der Analogen Bewertungen (GOÄ)

Wird eine Leistung erbracht und abgerechnet, welche in diesem Verzeichnis gelistet wird, wird die Ziffer mit einem "A" gekennzeichnet.

BEISPIELE

Listung der Leistung im Verzeichnis der Analogen Bewertungen (GOÄ):

Ziffer (GOÄ)	Leistungsbeschreibung (GOÄ)	Faktor 1,0	Faktor 2,3
A 409	A-Bild-Sonographie (analog der Ziffer 410 GOÄ)	11,66 €	26,81 €

Keine Listung der Leistung im Verzeichnis der Analogen Bewertungen (GOÄ):

Ziffer (GOÄ)	Leistungsbeschreibung (GOÄ)	Faktor 1,0	Faktor 2,3
33	Ausführliche individuelle Ernährungsberatung analog der Ziffer 33 GOÄ (Analogbewertung § 6 Abs. 2 GOÄ)	17,49 €	40,22 €

- Keine Listung der Leistung im Analogverzeichnis oder der GOÄ

Wird die erbrachte Leistung weder in dem Analogverzeichnis noch in der GOÄ aufgeführt, dann muss diese **mit einem "entsprechend" oder "analog" gekennzeichnet** werden.

Besonderheit Labor: Wird im Labor eine Leistung analog erbracht und abgerechnet, muss diese immer mit einem "A" gekennzeichnet werden.

Allgemeine Voraussetzungen: Die Angabe von Analogziffern muss verständlich beschrieben, entsprechend gekennzeichnet und gleichwertig (in Art, Kosten und Zeitaufwand) der in der GOÄ gelisteten Leistung sein. Die Leistung darf kein Bestandteil einer anderen gelisteten Leistung sein.



7. PKV: LABORANFORDERUNGEN

Im PKV-Bereich werden die Proben der Privatversicherten analog zum GKV- und IGeL-Bereich auf Veranlassung des/der Behandler*in analysiert. Die PKV-Anforderungsscheine können wie die IGeL-Anforderungsscheine direkt von den Laboren bezogen werden. Auch hierbei ist das korrekte und vollständige Ausfüllen des Anforderungsscheins für die Probenanalyse und anschließende Abrechnung entscheidend.

WICHTIG SIND DIE KORREKTEN ANGABEN VON

- Den Stammdaten (Name, Adresse, Geburtsdatum, Geschlecht)
- Die Probenentnahme (Datum und Zeit)
- Ggfs. die Schwangerschaftswoche
- Die Verdachtsdiagnose(n)

Weiterhin ist darauf zu achten, dass alle notwendigen Parameter beauftragt werden und der/die **Patient*in die private Kostenübernahme unterschreibt**. Sollte eine Untersuchung nach Gendiagnostikgesetz angefordert werden, muss auch wie bei den anderen Anforderungsscheinen der/die Patient*in die **Aufklärung nach dem Gendiagnostikgesetz** unterzeichnen.

Abschließend ist der Anforderungsschein mit **Praxisstempel und Unterschrift des/der Ärzt*in** zu versehen.⁴⁸



HINWEIS FÜR PRAXEN: Bitte korrekte Adresse der Patient*innen angeben. Bei minderjährigen Patient*innen wird die Angabe des/der Hauptversicherten benötigt.

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Abrechnung in der Arztpraxis	5
Abbildung 2: Vergütung in der ambulanten Versorgung – GKV	7
Abbildung 3: GOP 31012 – Darstellungsbeispiel aus dem EBM	8
Abbildung 4: Finanzierungsform – Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)	9
Abbildung 5: Finanzierungsform – Extrabudgetäre Vergütung (EGV)	9
Abbildung 6: AKZ – Darstellungsbeispiel aus dem EBM	10
Abbildung 7: Beispielanforderung Laborüberweisungsschein Muster 10	11
Abbildung 8: Laborleistungen nach EBM und GOÄ	15
Abbildung 9: Individuelle Gesundheitsleistungen	17
Abbildung 10: Vergütung in der ambulanten Versorgung – IGeL	17
Abbildung 11: Vergütung in der ambulanten Versorgung – PKV	19
Abbildung 12: Ziffer 250 – Darstellungsbeispiel aus der GOÄ	20

QUELLENVERZEICHNIS

- 1 Simon, M. (2017): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 6. Hogrefe: Bern. Doi: 10.1024/85743-000.
- 2 Eigene Darstellung in Anlehnung an: Simon, M. (2017): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 6. Hogrefe: Bern. Doi: 10.1024/85743-000.
- 3 Bundesamt für Soziale Sicherung (2023): Was macht der Risikostrukturausgleich genau? Verfügbar unter: [RSA – einfach erklärt – www.bundesamtsozialesicherung.de](https://www.bundesamtsozialesicherung.de).
- 4 Walendzik, A.; Wasem, J.; Universität Duisburg-Essen (2019): Vergütung ambulanter und ambulant erbringbarer Leistungen. Gesundheitspolitisch zielgerechte Integrationsmodelle über sektorale Leistungsträger und Finanzierungssysteme. Bertelsmann Stiftung. Verfügbar unter: Doi: 10.11586/2019048.
- 5 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (1988): § 85 Gesamtvergütung. Verfügbar unter: [§ 85 SGB 5 – Einzelnorm \(gesetze-im-internet.de\)](https://www.gesetze-im-internet.de/sgeb_5_1988/s_85.html).
- 6 Simon, M. (2017): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 6. Hogrefe: Bern. Doi: 10.1024/85743-000.
- 7 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (1988): § 87a Regionale Euro-Gebührenordnung. Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten. Verfügbar unter: [§ 87a SGB 5 – Einzelnorm \(gesetze-im-internet.de\)](https://www.gesetze-im-internet.de/sgeb_5_1988/s_87a.html).
- 8 Simon, M. (2017): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 6. Hogrefe: Bern. Doi: 10.1024/85743-000.
- 9 Eigene Darstellung in Anlehnung an: Simon, M. (2017): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 6. Hogrefe: Bern. Doi: 10.1024/85743-000.
- 10 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (1988): § 87 Bundesmantelvertrag einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte. Verfügbar unter: [§ 87 SGB 5 - Einzelnorm \(gesetze-im-internet.de\)](https://www.gesetze-im-internet.de/sgeb_5_1988/s_87.html).
- 11 Kassenärztliche Bundesvereinigung (2024): Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Stand: 1. Quartal 2024. Verfügbar unter: [KBV – Arztgruppen-EBM](https://www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php).
- 12 Simon, M. (2017): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 6. Hogrefe: Bern. Doi: 10.1024/85743-000.
- 13 Eigene Darstellung in Anlehnung an Kassenärztliche Bundesvereinigung (2024): Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Stand: 1. Quartal 2024. Verfügbar unter: [KBV – Arztgruppen-EBM](https://www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php).
- 14 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (1988): § 12 Wirtschaftlichkeitsgebot. Verfügbar unter: [§ 12 SGB 5 – Einzelnorm \(gesetze-im-internet.de\)](https://www.gesetze-im-internet.de/sgeb_5_1988/s_12.html).
- 15 GKV-Spitzenverband (2023): Fokus: Vergütung ärztlicher Leistungen. Verfügbar unter: [Vergütung ärztlicher Leistungen – GKV-Spitzenverband](https://www.gkv-sv.de/verguetung-aeztlicher-leistungen).
- 16 Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (2022): Honorarsystematik. 4. Quartal 2022. Verfügbar unter: <https://www.kvbwue.de/api-file-fetcher?fid=4387>.
- 17 Simon, M. (2017): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 6. Hogrefe: Bern. Doi: 10.1024/85743-000.
- 18 Eigene Darstellung in Anlehnung an: Simon, M. (2017): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 6. Hogrefe: Bern. Doi: 10.1024/85743-000.
- 19 Simon, M. (2017): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 6. Hogrefe: Bern. Doi: 10.1024/85743-000.
- 20 Eigene Darstellung in Anlehnung an: Simon, M. (2017): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 6. Hogrefe: Bern. Doi: 10.1024/85743-000.
- 21 Simon, M. (2017): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 6. Hogrefe: Bern. Doi: 10.1024/85743-000.
- 22 Kassenärztliche Bundesvereinigung (2023): Wirtschaftlichkeitsbonus Labor. Verfügbar unter: [KBV – Wirtschaftlichkeitsbonus Labor](https://www.kbv.de/html/wirtschaftlichkeitsbonus-labor.php).
- 23 Eigene Darstellung in Anlehnung an Kassenärztliche Bundesvereinigung (2024): Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Stand: 1. Quartal 2024. Verfügbar unter: [KBV – Arztgruppen-EBM](https://www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php).
- 24 Kassenärztliche Bundesvereinigung (2024): Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Stand: 1. Quartal 2024. Verfügbar unter: [KBV – Arztgruppen-EBM](https://www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php).
- 25 Kassenärztliche Bundesvereinigung (2023): Erläuterungen zur Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung. Stand: November 2023. Verfügbar unter: https://www.kbv.de/media/sp/02_Erlaeuterungen.pdf.
- 26 Eigene Darstellung in Anlehnung an Kassenärztliche Bundesvereinigung (2024): Formulare, Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung. Verfügbar unter: https://www.kbv.de/media/sp/02_Muster-sammlung.pdf.
- 27 Puhlmann, C. (o.J.): Prävention & Vorsorge. Vorsorgespezialisten finden. Verfügbar unter: [Vorsorge-spezialisten finden | Prävention & Vorsorge \(leading-medicine-guide.com\)](https://www.leading-medicine-guide.com/).
- 28 Arzt & Wirtschaft (2023): Kurative Leistungen. Verfügbar unter: [Kurative Leistungen | ARZT & WIRTSCHAFT \(arzt-wirtschaft.de\)](https://www.arzt-wirtschaft.de/kurative-leistungen).
- 29 Kassenärztliche Bundesvereinigung (2024): Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Stand: 1. Quartal 2024. Verfügbar unter: [KBV – Arztgruppen-EBM](https://www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php).
- 30 IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH (2005): Was ist ein Komplex? Klarstellung wird angestrebt. Verfügbar unter: [EBM 2000plus | Was ist ein Komplex? Klarstellung wird angestrebt \(iww.de\)](https://www.iww.de/ebm-2000plus-was-ist-ein-komplex-klarstellung-wird-angestrebt).
- 31 Weichmann, H. (2018): Operationsvorbereitung nach der Laborreform. Verfügbar unter: [EBM 2018 | Operationsvorbereitung nach der Laborreform \(iww.de\)](https://www.iww.de/ebm-2018-operationsvorbereitung-nach-der-laborreform).
- 32 Kassenärztliche Bundesvereinigung (2024): Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Stand: 1. Quartal 2024. Verfügbar unter: [KBV – Arztgruppen-EBM](https://www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php).
- 33 Kassenärztliche Bundesvereinigung (2024): Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Stand: 1. Quartal 2024. Verfügbar unter: [KBV – Arztgruppen-EBM](https://www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php).
- 34 Gebührenordnung für Ärzte (Bundesrechtsverordnung) i. d. F. der Bekanntmachung vom 12. November 1982 (BGBl. I S. 1522). Zuletzt geändert durch Art. 1 der VO vom 21. Oktober 2019 (BGBl. I S.1470). Verfügbar unter: [GOÄ – nichtamtliches Inhaltsverzeichnis \(gesetze-im-internet.de\)](https://www.gesetze-im-internet.de/boa-nichtamtliches-inhaltsverzeichnis).
- 35 Kassenärztliche Bundesvereinigung (2024): Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Stand: 1. Quartal 2024. Verfügbar unter: [KBV – Arztgruppen-EBM](https://www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php).
- 36 Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (2023): Fragen und Antworten (FAQs). Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) in Hessen. Verfügbar unter: [2022-12-15 HZV HE FAQs Q1 2023 final.pdf \(hausarztverband.de\)](https://www.hausarztverband.de/2022-12-15-HZV-HE-FAQs-Q1-2023-final.pdf).
- 37 Eigene Darstellung in Anlehnung an Kassenärztliche Bundesvereinigung (2024): Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Stand: 1. Quartal 2024. Verfügbar unter: [KBV – Arztgruppen-EBM](https://www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php) und Gebührenordnung für Ärzte (Bundesrechtsverordnung) i. d. F. der Bekanntmachung vom 12. November 1982 (BGBl. I S. 1522). Zuletzt geändert durch Art. 1 der VO vom 21. Oktober 2019 (BGBl. I S.1470). Verfügbar unter: [GOÄ – nichtamtliches Inhaltsverzeichnis \(gesetze-im-internet.de\)](https://www.gesetze-im-internet.de/boa-nichtamtliches-inhaltsverzeichnis).
- 38 Simon, M. (2017): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 6. Hogrefe: Bern. Doi: 10.1024/85743-000.
- 39 Eigene Darstellung in Anlehnung an: Simon, M. (2017): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 6. Hogrefe: Bern. Doi: 10.1024/85743-000.
- 40 Eigene Darstellung in Anlehnung an: Simon, M. (2017): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 6. Hogrefe: Bern. Doi: 10.1024/85743-000.
- 41 Rathenberg, J.; Ivandic, B.; Wohlfahrt, C. (2014): Systematik der korrekten Laborabrechnung – rechtliche Rahmenbedingungen. In: LaboratoriumsMedizin 38(4). Doi: 10.1515/labmed-2014-0015.
- 42 Eigene Darstellung in Anlehnung an: Simon, M. (2017): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 6. Hogrefe: Bern. Doi: 10.1024/85743-000.
- 43 Medas (2022): GOÄ-Infothek. Kapitel M GOÄ: Wer darf Laborleistungen liquidieren? Verfügbar unter: [Kapitel M GOÄ: Wer darf welche Laborleistungen liquidieren? – Medas](https://www.medas.de/kapitel-m-goae-wer-darf-laborleistungen-liquidieren).
- 44 Gebührenordnung für Ärzte (Bundesrechtsverordnung) i. d. F. der Bekanntmachung vom 12. November 1982 (BGBl. I S. 1522). Zuletzt geändert durch Art. 1 der VO vom 21. Oktober 2019 (BGBl. I S.1470). Verfügbar unter: [GOÄ – nichtamtliches Inhaltsverzeichnis \(gesetze-im-internet.de\)](https://www.gesetze-im-internet.de/boa-nichtamtliches-inhaltsverzeichnis).
- 45 Gebührenordnung für Ärzte (Bundesrechtsverordnung) i. d. F. der Bekanntmachung vom 12. November 1982 (BGBl. I S. 1522). Zuletzt geändert durch Art. 1 der VO vom 21. Oktober 2019 (BGBl. I S.1470). Verfügbar unter: [GOÄ – nichtamtliches Inhaltsverzeichnis \(gesetze-im-internet.de\)](https://www.gesetze-im-internet.de/boa-nichtamtliches-inhaltsverzeichnis).
- 46 Simon, M. (2017): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 6. Hogrefe: Bern. Doi: 10.1024/85743-000.
- 47 Eigene Darstellung in Anlehnung an: Gebührenordnung für Ärzte (Bundesrechtsverordnung) i. d. F. der Bekanntmachung vom 12. November 1982 (BGBl. I S. 1522). Zuletzt geändert durch Art. 1 der VO vom 21. Oktober 2019 (BGBl. I S.1470). Verfügbar unter: [GOÄ – nichtamtliches Inhaltsverzeichnis \(gesetze-im-internet.de\)](https://www.gesetze-im-internet.de/boa-nichtamtliches-inhaltsverzeichnis).
- 48 Rathenberg, J.; Ivandic, B.; Wohlfahrt, C. (2014): Systematik der korrekten Laborabrechnung – rechtliche Rahmenbedingungen. In: LaboratoriumsMedizin 38(4). Doi: 10.1515/labmed-2014-0015.
- 49 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (1988): § 105 Förderung der vertragsärztlichen Versorgung. Verfügbar unter: [https://www.gesetze-im-internet.de/sgeb_5_105.html](https://www.gesetze-im-internet.de/sgeb_5_1988/s_105.html).
- 50 Kassenärztliche Bundesvereinigung (2023): Bundesmantelvertrag – Ärzte vom 1. Oktober 2023. § 25 Erbringung und Abrechnung von Laborleistungen. Verfügbar unter: <https://www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php>.
- 51 Rathenberg, J.; Ivandic, B.; Wohlfahrt, C. (2014): Systematik der korrekten Laborabrechnung – rechtliche Rahmenbedingungen. In: LaboratoriumsMedizin 38(4): 179-205. Doi: 10.1515/labmed-2014-0015.

Genetische Analyse des Stoffwechsels

Stärken des genactive® slim

- Genetische Analyse des Stoffwechsel- und Sporttyps*
- Individuelle Handlungsempfehlungen als Beitrag zum Wohlfühlgewicht
- Rezeptvorschläge und Lebensmittelampel

*von amedes definiert

www.genactive-slim.de

Sie möchten mehr zum Thema Abrechnung erfahren?



Hier geht's zum kostenfreien Abonnement:

<https://www.amedes-group.com/service/abrechnung/anmeldung-newsletter-abrechnungsnews/>

Kennen Sie schon unser amedes UPDATE Kundenmagazin?



Hier geht's zum kostenfreien Abonnement:

<https://www.amedes-group.com/unternehmen/newsroom/anmeldung-kundenmagazin/>

Kontakt:

amedes Medizinische Dienstleistungen GmbH

Haferweg 40 · 22769 Hamburg

Telefon 0800 58 91 669

Telefax 0800 58 91 911

www.amedes-group.com



Diese Broschüre wurde mit größtmöglicher Sorgfalt erstellt. Eine direkte oder indirekte Haftung aufgrund der Nutzung der bereitgestellten Informationen wird jedoch ausgeschlossen, soweit sie nicht auf Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit beruht.