

Abrechnung von Laborleistungen – Anforderungen an Laborinformationssysteme

Accounting for laboratory measurements – laboratory information system requirements

Bernd Wolters^{1,*}, Guido Zander² und Peter Blasius³

¹ Institut für Laboratoriums- und Transfusionsmedizin,
Klinikum Bremerhaven, Bremerhaven, Deutschland

² IMP Computersysteme AG (OSM-Gruppe), Berlin,
Deutschland

³ SWISSLAB GmbH, Berlin, Deutschland

Zusammenfassung

Die Abrechnung von Laborleistungen ist für das wirtschaftliche Überleben der Labore ganz wesentlich. Zunehmend komplexe organisatorische Strukturen müssen auch in der Abrechnung berücksichtigt werden. Laborinformationssysteme (LIS) sind in allen medizinischen Laboren vorhanden und müssen auch die Aufgaben der Abrechnung unterstützen. In dem vorliegenden Artikel beschreiben wir den aktuellen Stand der Abrechnung von Laborleistungen, Besonderheiten der Labormedizin und relevante Unterschiede zwischen der Abrechnung im Laborsystem selbst bzw. der Abrechnung in einem Drittssystem. Zwar scheint die Abrechnung im Patientenverwaltungssystem meist erst der einfache Weg, so ist es aber doch so, dass auch hier viele Punkte zu beachten sind. Insbesondere die Laboreinrichtungen, die keine externen Einsendungen bekommen, können hier besonders leicht zum Ziel kommen. Je vielfältiger aber die Einsenderstruktur eines Laboratoriums ist, desto eher ist die Durchführung der Abrechnung im Laborsystem selbst zu empfehlen. Anhand einer Checkliste kann bei der Auswahl eines Systems geprüft werden, ob es den jeweiligen Anforderungen entspricht. Die Abrechnung von Laborleistungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen ist momentan besonders von Veränderungen betroffen. Es bleibt abzuwarten, welche Änderungen die Neugestaltung der Gebührenordnung für Ärzte bringen wird.

Schlüsselwörter: Abrechnung; einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM); Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ96); Labor-EDV; Laborinformationssysteme (LIS).

Abstract

Accounting services of a medical laboratory are important for an organisation to be profitable. Increasingly complex structures of an organisation need to be considered. Many medical laboratories use laboratory information systems (LISs) that have to support accounting. Here, we describe the current state of accounting in medical laboratories. We focus on special situations in laboratory medicine and on relevant differences between accounting with LISs and accounting with third party or patient administration systems. Accounting with a patient administration system seems to be the simplest method, but special circumstances need to be considered. The more complex the requesting structure is, the more accounting with LISs is recommended. A checklist will provide the reader with the opportunity to choose a matching method of accounting for each individual situation of the laboratory in question. In particular, the ‘‘Kassenärztliche Vereinigungen’’, responsible for accounting with compulsory health insurances, is currently undergoing large-scale changes. In the near future more changes are to be expected, particularly with the new medical fee regulation.

Keywords: accounting; billing; laboratory; laboratory information system; medical fee regulation.

Einleitung

Dieser Artikel beschreibt die Unterstützung und Durchführung der Abrechnung von Laborleistungen (häufig auch „Liquidation“ genannt) mit Hilfe elektronischer Datenverarbeitungssysteme. Mit den Änderungen des Regelwerkes der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) ist diese in den letzten Jahren deutlich komplizierter geworden. Eine aktuelle Änderung ist die Umstellung der Vergütung auf feste Euro-Beträge. Und schon bald wird die KV-Abrechnung durch die Verlagerung der Leistungsvergütung, die heute noch mehrheitlich über den Kollektivvertrag erfolgt, hin zu einer Vielzahl von Leistungsvergütungen über Selektivverträge, einem großen Anpassungsdruck unterworfen sein [1]. Des Weiteren ist mit der Aktualisierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ96) zu rechnen, da diese nun seit 13 Jahren ohne nennenswerte Anpassung geblieben ist.

*Korrespondenz: Dr. med. Bernd Wolters, Institut für Laboratoriums- und Transfusionsmedizin, Klinikum Bremerhaven, Postbrookstr. 103, 27574 Bremerhaven, Deutschland
Tel.: +49 471-299-3219
Fax: +49 471-299-3291
E-Mail: bernd.wolters@klinikum-bremerhaven.de

Für die wirtschaftliche Situation der diagnostischen Labore ist es wichtig, dass die Laborinformationssysteme (LIS) so eingerichtet sind, dass die Abrechnung regelgerecht und vollständig möglich ist. Fehler in diesem Bereich können zu deutlichen wirtschaftlichen Nachteilen führen. Im Unterschied zur Abrechnung ist die Erfassung und Auswertung von Leistungsdaten getrennt zu betrachten und daher nicht Thema dieses Artikels.

Dem Leser wird ein Leitfaden gegeben, der ihm bei der Auswahl eines abrechnenden EDV-Systems hilft (Tabelle 1). Er kann prüfen, welche Leistungen er konkret benötigt und ein in Frage kommendes System hierzu prüfen. Denn im medizinischen Laboratorium sind über die Grundfunktionen hinaus laborspezifische Besonderheiten zu berücksichtigen. Die Vielzahl von üblichen Abkürzungen sind in der Tabelle 2 zusammengefasst.

Die Hauptfrage bei der Auswahl eines abrechnenden Systems ist, ob aus einem Drittensystem heraus oder im Laborsystem selbst erfolgen soll. Wir beschreiben daher die gemeinsamen Anforderungen und gehen nachfolgend auf die Besonderheiten der beiden Lösungen ein.

Gemeinsame Voraussetzungen der Abrechnungssysteme

Das System muss verschiedene Abrechnungen unterscheiden können:

- Abrechnung von Überweisungsscheinen Muster 10 einsender ermächtigter Ärzte mit der zuständigen kassenärztlichen Vereinigung (KV) (ADT-Abrechnung),
- Abrechnung von Überweisungsscheinen Muster 10A ermächtigter Ärzte mit der zuständigen kassenärztlichen Vereinigung (KV) (ADT-Abrechnung für LG),
- Einzelrechnungen an den Versicherten bzw. den Patienten (ambulant, stationär) bei privat versicherten Personen,
- Einzelrechnungen, ggf. Sammelrechnungen an die jeweilig zuständigen Berufsgenossenschaften,
- Sammelrechnungen an Einrichtungen mit speziellen Verträgen,
- Einzelrechnungen an Patienten auf der Basis von definierten Sachkosten,
- Einzelrechnungen an Patienten auf der Basis von Sondervereinbarungen (IGEL).

Dabei sind immer die jeweils rechtlichen Rahmenbedingungen und Regelwerke einzuhalten. Die zurzeit geltenden Regelwerke sind die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ96) [2], der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) [3, 4] und der Tarif der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG-NT) [5]. Es kann aber regelmäßig notwendig sein, individuelle Gebührenwerke (z.B. für Sachkosten, spezielle Verträge oder Sondervereinbarungen) einzurichten.

Den Leistungen im Labor werden Gebührenziffern mit entsprechenden Bewertungen zugeordnet. In Abhängigkeit von der Art der Abrechnung sind unterschiedliche Ziffern unterschiedlich aufgebauter Gebührenordnungen notwendig.

Tabelle 1 Beispiel-Checkliste für die Auswahl des Abrechnungssystems.

- Liegt eine Zulassung der KV-Abrechnung durch die KBV vor?
- Sind Einzelrechnungen möglich?
- Sind Sammelrechnungen möglich?
- Kann im System gemahnt und gebucht werden?
- Kann das System Buchungsübersichten und teil- sowie unbezahlte Rechnungen listen?
- Wie werden die ambulanten von stationären/teilstationären Patienten unterschieden?
- Wie werden externe Aufträge erkannt?
- Welche Gebührenordnungen sind möglich? (GOÄ96, EBM, DKG-NT, Sachkosten, Sondervereinbarungen)
- Lassen sich weitere Gebührenordnungen anlegen?
- Falls benötigt: Können Rechnungen mit Sachkosten ausgewiesen werden?
- Müssen Rechnungen mit Sachkosten ausgewiesen werden?
- Werden die Rechnungen je Fall oder Auftrag durchgeführt?
- Definition von Steigerungsfaktoren/Rabatten zu Wochenenden, Feiertagen bzw. bestimmten Uhrzeiten (z.B. 20:00 bis 5:00 Uhr)?
- Sind Rechnungen an die notwendigen Berufsgenossenschaften möglich?
- Wie ist eine Berufsgenossenschaft als Rechnungsempfänger definiert?
- Wie werden die Abrechnungsregeln der GOÄ96 und des EBM2009 umgesetzt?
- Wann greifen die Regeln für Höchstwerte in den Gebührenordnungen?
- Sind Abrechnungsregeln durch den Anwender änderbar und zu ergänzen?
- Können mehrere Währungen verwaltet werden?
- Wie erkennt das System Intensivpatienten?
- Sind die Regeln der Intensiv-Laborpauschale (Ziffer 437) hinterlegt?

In Abhängigkeit vom Einsender und/oder Rechnungsempfänger können Steigerungs- oder auch Minderungsfaktoren je Leistungsziffer oder Gesamtrechnung notwendig sein. Sachkosten werden über gesonderte Tarifwerke (z.B. DKG-NT) oder auch selbst ermittelt angegeben.

Ist einem Analysencode genau eine Gebührenziffer zugeordnet, so ist sicher zu stellen, dass bei nicht durchgeföhrter Analyse die Abrechnung unterdrückt wird (Beispiel: fehlendes Material). Bei einigen (meist komplexeren) Untersuchungen stehen einer Untersuchung (einem Analysencode) mehrere abzurechnende Leistungen und Ziffern gegenüber. Daher muss eine Analyse ggf. zu mehreren Abrechnungsziffern eines Gebührenwerkes führen [Beispiel der GOÄ96: HCV-RNA mit Nukleinsäure-Extraktion (4780), RT-PCR (4782, 4783) und anschließender Detektion (4785); die gleiche Untersuchung ist im EBM2009 mit der einzelnen Ziffer 32822 belegt].

Alle Tarifwerke haben gewisse Regeln, welche z.B. Höchstwerte definieren oder Kombinationen von Ziffern ausschließen. Diese Regeln sollten möglichst schon in das Laborsystem eingepflegt sein – auch wenn über ein Drittensystem abgerechnet wird – damit das Labor frühzeitig die Möglichkeit der Intervention und Beratung des Einsenders hat. Das abrechnende System sollte die Regeln möglichst

Tabelle 2 Abkürzungen in der Abrechnung.

ADT	Abrechnung per Datenträger
BSNR	Betriebsstättennummer
DKG-NT	Tarif der Deutschen Krankenhausgesellschaft
EBM2009	Einheitlicher Bewertungsmaßstab (2009)
GOÄ96	Gebührenordnung der Ärzte (1996)
IGEL	Individuelle Gesundheitsleistung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KIS	Krankenhausinformationssystem
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVDT	KV Abrechnung per Datenträger
LANR	Lebenslange Arztnummer
LG	Laborgemeinschaft
LIS	Laborinformationssystem
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
UV-GOÄ	Gebührenordnung der berufsgenossenschaftlichen Unfallversicherung

automatisiert berücksichtigen. Wenn über ein Drittsystem abgerechnet wird, sollte aber dennoch eine ungeregelte Leistungsübertragung vom Laborsystem zum Drittsystem zum Einsatz kommen können und erst im Drittsystem geregelt werden. Eine Anpassung der Regelanwendung im Labor- und Drittsystem ist dann allerdings erforderlich.

Ist über eine Leistung eine Rechnung erstellt worden, so sollte das abrechnende System die Leistung als abgerechnet kennzeichnen. Es kann dann die kompletten Aufträge oder den Fall vor Veränderung schützen oder nur die einzelnen abgerechneten Laborleistungen. Im letzteren Fall ist es möglich, dass evtl. Nachforderungen an das Labor durchführbar sind und durch eine erneute Rechnungsstellung auch abgerechnet werden können.

Individuell einzustellende Mahnungszeiträume müssen mit Mahngebühren belegt werden können. Die Mindestanforderung ist sicher die Festlegung fixer Mahngebühren für jede Mahnstufe. Es kann aber auch wünschenswert oder erforderlich sein, einen Zins für die Berechnung der Mahngebühren heranzuziehen, wodurch sich eine Mahngebühr im proportionalen Verhältnis zum ausstehenden Rechnungsbetrag ergibt. Die Anzahl der benötigten Mahnstufen variiert, so dass hier Anpassungen möglich sein müssen.

Die eingegangenen Zahlungen werden verbucht. Es müssen Teilzahlungen möglich sein. Für den Fall einer Ratenzahlung muss die Rechnung aus dem Mahnverfahren genommen werden können.

Sowohl bezahlte als auch offene Rechnungen sollten in leicht lesbaren Übersichten dargestellt werden. In grenznahen Gebieten und bei der Versorgung internationaler Patienten kann die Notwendigkeit bestehen, verschiedene Währungen und Sprachen verwenden zu können.

Eine manuelle Auftragserfassung im Labor sollte sicherstellen, dass die Aufträge im Rahmen des korrekten Falles bearbeitet werden. Ist die Zuordnung zu Fällen nicht gegeben, so sollte eine auftragsbezogene Abrechnung durchgeführt werden.

Der Einsatz eines Anforderungssystems beim Einsender (auch „Order Entry“ genannt) führt meistens zu deutlich weniger Fehlerfassungen von Aufträgen, da z.B. keine alten

Etiketten aus der Akte auf den Laboranforderungsbogen geklebt werden [6].

Hauptabrechnungsarten

Im Folgenden werden die drei Hauptabrechnungsarten Privatabrechnung, KV-Abrechnung und die Erstellung von Sammelrechnungen dargestellt. Obwohl niedergelassene Labore auch Krankenhäuser versorgen und immer mehr Krankenhauslabore eine (Teil-)Niederlassung besitzen, unterscheiden sich die beiden in einigen Aspekten. Daher unterscheiden wir nachfolgend das Krankenhauslabor von einem niedergelassenen Labor.

Privatabrechnung Krankenhauslabor

Üblicherweise erfolgt die Privatabrechnung von Laborleistungen im Krankenhaus pro Fall. Alternativ kann auch die Abrechnung pro Auftrag durchgeführt werden. Es ist zu prüfen, wie zu verfahren ist, wenn die Angaben im Fall nicht komplett mit den Angaben der Aufträge übereinstimmen (Beispiel: der erste Auftrag eines Falles trägt die Kennung „ambulant“, der Fall aber die Kennung „stationär“; Ursache z.B.: bei Einsendung des ersten Auftrages war noch nicht entschieden, dass der Patient stationär aufgenommen wird). Es gibt Abrechnungssysteme, die den Behandlungsstatus (ambulant/stationär) nur zum Fall und nicht in den Aufträgen speichern.

Grundsätzlich ist zu beachten, dass während eines Falles der Status des Patienten sich ändern kann, z.B. dadurch, dass er zwischenzeitlich einen Wahlleistungsvertrag abschließt.

Aus Kostengründen und der besseren Übersichtlichkeit wegen, ist die Abrechnung pro Fall zu empfehlen (weniger Rechnungsnummern, weniger Portokosten, weniger Buchungen, etc.).

Bei der Rechnungsstellung je Fall möchten die Einrichtungen die Rechnungen nach Abschluss des Falles stellen. Das System sollte daher das Kriterium der Entlassung prüfen können. Möglicherweise nach Entlassung noch zu erbringende Leistungen, z.B. nachstationäre Behandlungen, können in die Abrechnung eingeschlossen werden, wenn der entsprechende Zeitraum (meist 14 Tage) noch abgewartet wird. Abrechnungssysteme, die den Fall erst nach kompletter Fertigstellung aller Aufträge des Falls abrechnen, sorgen für weniger manuelle Kontrollnotwendigkeit, stellen also selbst fest, ob der Fall bereits abgerechnet werden kann. Hier sollte allerdings eine maximale Wartedauer konfigurierbar sein, nach deren Überschreiten dann doch eine Teilrechnung erstellt wird (Beispiel: stationärer Daueraufenthalt über mehrere Monate).

Arbeiten mehrere Laborbereiche (z.B. Institut für Mikrobiologie, Institut für Laboratoriumsmedizin und Institut für Transfusionsmedizin) oder auch mehrere Laborstandorte in einem gemeinsamen EDV-System, so kann es notwendig sein, die Leistungen auf getrennten Rechnungen auszuweisen. Jedes Labor sollte prüfen, ob dabei gemeinsame oder

getrennte Rechnungsnummernkreise verwendet werden müssen und ob die Buchungen ebenfalls getrennt vorgenommen werden müssen. Idealerweise stellt die Abrechnungssoftware aber auch eine Möglichkeit zur Verfügung, für Privatpatienten eine Gesamtrechnung über alle Laborbereiche zu erstellen.

Privatabrechnung beim niedergelassenen Labor

Die Privatabrechnung von Laborleistungen beim niedergelassenen Labor kennt in der Regel keine Fälle, so dass hier wieder auftragsweise abgerechnet wird. Das niedergelassene Labor kennt aber auch gemischte Aufträge unter verschiedenen Aspekten: Bei Privatpatienten kann es vorkommen, dass der Auftrag IGEL-Anteile enthält, die der einsendende Arzt dem Patienten direkt in Rechnung stellt, während das Labor dem Patienten die übrigen Leistungen berechnet. Über die IGEL-Leistungen erhält der einsendende Arzt vom Labor eine Monatssammelrechnung mit Konditionen, die das Labor individuell mit den Einsendern vereinbart hat.

KV-Abrechnung (KVDT mittels ADT) im Krankenhauslabor

Die ADT-Abrechnung im Krankenhaus hat durch die Konstruktion der MVZ einen gewissen Aufschwung erfahren. Trotzdem ist das Scheinaufkommen oft so gering, dass eine manuelle Erfassung der Scheindaten zumutbar erscheint. Ideal ist es, wenn vom Krankenhaus KIS-System die Daten der Krankenversichertenkarte elektronisch an das Laborsystem übermittelt werden können. Das gilt natürlich nur für Krankenhaus-interne Patienten, die bei MVZ-Einsendern wieder eher die Minderheit sind. Bei der ADT-Abrechnung wird grundsätzlich auftragsweise abgerechnet; dabei kann ein eingereichter Überweisungsschein aus labororganisatorischen Gründen auch zu mehreren Aufträgen führen. Seit ca. einem Jahr muss jede einzelne abgerechnete Leistung mit einer Betriebsstättennummer (BSNR) und einer Lebenslangen Arztnummer (LANR) gekennzeichnet sein. Ein ADT-Abrechnungsprogramm sollte das Labor dabei möglichst automatisiert unterstützen. Gibt es in einem Labor nur eine Betriebsstätte und einen zugelassenen Arzt, sollte die automatisierte Zuordnung kein Problem darstellen. Bei mehreren LANR innerhalb einer Betriebsstätte ist eine Option hilfreich, die über die medizinische Validierung die Verbindung von abgerechneter Gebührenziffer und LANR des Validierers herstellt. Es ist von mehreren KV-en bekannt, dass sie die Zulässigkeit der Kombination von LANR (dessen implizitem Fachgebiet) und Gebührenziffer überprüfen.

Noch relativ neu sind die Bemühungen der KV-en anstatt eines Datenträgers alle relevanten Informationen online zu übermitteln.

Bisher werden die Daten von den Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten zu den Kassenärztlichen Vereinigungen üblicherweise mittels verschlüsselter Diskette oder CD-ROM auf dem Postweg transportiert. Dieses Verfahren

ist sehr arbeitsintensiv. Um eine für den Anwender künftig einfachere und zeitsparende Übertragung der Abrechnungsdaten zu ermöglichen, ist die Onlineabrechnung ab Januar 2010 verpflichtend. Der Zeitpunkt der Einführung wurde jedoch Ende 2009 auf Januar 2011 verschoben [7], unter anderem, um den Softwarehäusern mehr Zeit zur Umsetzung zu geben, letztlich aber auch, um die KV-en bei einer Standardisierung des Übertragungsweges zu unterstützen. Denn wie diese leitungsgebundene elektronische Abrechnung von jeder einzelnen Kassenärztlichen Vereinigung umgesetzt wird (jede KV kann frei entscheiden) ist noch nicht gänzlich absehbar, obwohl sich heute bereits abzeichnet, dass die vorherrschende Form der Onlineabrechnung das sogenannte KV-Safenet darstellen wird [8]. Das KV-Safenet ist ein geschütztes, vom Internet getrenntes Netzwerk nur für Vertragsärzte, -psychotherapeuten und medizinische Institute. Das KV-SafeNet vernetzt die Teilnehmer mit den KV-en, aber auch untereinander. Weitere Dienste, die über den einfachen Abrechnungsdatentransfer hinausgehen, sind technisch möglich und werden ebenfalls vorbereitet. So können beispielsweise über eine Rücksendeschmittstelle Leistungsstreichungen der KV gegenüber den Teilnehmern online begründet werden.

Beim Thema Onlineabrechnung wird es in nächster Zeit also zu großen Veränderungen kommen. Die Anbieter solcher Abrechnungslösungen sollten sicherstellen, dass die Onlineanbindung (KV-Safenet oder Alternative) in jedem Fall gewährleistet ist. Das bedeutet, dass bei der Auswahl von KVDT-Abrechnungssystemen auch Fragen zur Onlineabrechnung einbezogen werden sollten.

KV-Abrechnung (KVDT mittels ADT) im niedergelassenen Labor

Die ADT-Abrechnung im niedergelassenen Bereich stellt das Standbein des Labors dar. Da es hier keine elektronische Anbindung an ein Hostsystem gibt, das Falldaten übertragen könnte, ist der Einsatz eines Scannersystems zur Scheinerfassung heute obligatorisch. Nur so lässt sich die benötigte Datenqualität wirtschaftlich erzielen, auch wenn ein (gutes) Scannersystem zunächst Investitionen von etwa 25.000€ erfordert. Auch bei Aufträgen mit ADT Abrechnung kann es sich um Mischaufträge handeln, die das Abrechnungssystem berücksichtigen sollte. Ein Kassenpatient kann innerhalb eines Auftrages einen IGEL-Anteil haben, der direkt mit dem Patienten als Privatrechnung abgerechnet wird oder als Sammelrechnung an den einsendenden Arzt geht.

Seit Anfang 2009 rechnen die Laborgemeinschaften (LG) direkt mit den KV-en ab. Dazu muss das ADT-Abrechnungssystem auch Scheine nach Muster 10A verarbeiten. Die Bearbeitung erfolgt analog zu Muster 10, nur muss das Abrechnungsprogramm hier jede Abrechnungsziffer mit der BSNR und LANR des einsendenden Arztes versehen, da nicht der Laborarzt, sondern der einsendende Arzt für die KV als Leistungserbringer gilt. Daher ist hier besondere Sorgfalt bei der Angabe/Überprüfung von BSNR und LANR

nötig, die das Abrechnungsprogramm durch Plausibilitätsüberprüfung von BSNR und LANR leisten sollte. Schließlich muss das Abrechnungsprogramm in der Performance mit bei größeren Laboren möglichen Datenmengen (>300.000 Scheine pro Quartal) umgehen können.

Sammelabrechnung im Krankenhauslabor

Mittlerweile arbeitet fast jedes Krankenhauslabor ganz oder teilweise auch für andere Krankenhäuser und rechnet diese Leistung über eine Monatssammelrechnung ab, die jeden Patienten mit seinen Einzelleistungen aufführt. Hier hat die Abrechnungssoftware eine große Flexibilität zu zeigen. Es muss sowohl möglich sein, einen Standardkatalog (z.B. GOÄ96) mit einem beliebigen einsenderspezifischen (Minderungs-)Faktor zu versehen, als auch einen komplett individuellen Katalog mit Sonderkonditionen zu verwenden. Da eine solche Rechnung für ein größeres externes Haus sehr umfangreich werden kann, sollte eine Möglichkeit bestehen, auch ein elektronisches Exportformat (z.B. Microsoft Excel[®]) zu wählen.

Sammelabrechnung im niedergelassenen Labor

Auch im niedergelassenen Bereich werden Aufträge anderer Häuser ganz oder teilweise mittels Sammelrechnungen abgerechnet. Da jedes Labor auch selbst Aussteller von Überweisungen ist, sollte das Abrechnungssystem dem Anwender das Ausstellen von Überweisungsscheinen ermöglichen. Die Anforderungen eines niedergelassenen Labors entsprechen heute weitestgehend denen der Krankenhauslabore.

Besonderheit Berufsgenossenschaften

In Deutschland gibt es viele verschiedene Berufsgenossenschaften, die als Kostenträger für ambulante und stationäre Leistungen erscheinen. Das System muss sicherstellen, dass die jeweils zuständige Berufsgenossenschaft als Rechnungsempfänger erkannt wird.

Das Tarifwerk der Berufsgenossenschaften (DKG-NT/BG-T [5]) kann aus der GOÄ96 abgeleitet werden.

Besonderheit Intensivpauschale

Die Pauschale für Laborleistungen während der Intensivpflegezeiten wird über die Ziffer 437 abgedeckt und ist nur einmal pro 24 h anzugeben. Neben dieser Ziffer können nur die Laborleistungen der Mikrobiologie und Immunhämatologie abgerechnet werden (MIII Kapitel 13 und MIV). Das Problem dieser Ziffer ist häufig, dass im Labor die Zeit der Intensivbehandlung nicht eindeutig bekannt ist. Bei Laboruntersuchungen durch externe Leistungserbringer muss die Angabe gemacht werden, da auch hier die Regeln der Intensivpauschale gelten. Das externe Labor muss die Kosten für die Leistungen dann dem Krankenhaus in Rechnung stellen.

Besonderheit Stationärrabatt

Nach §6a GOÄ96 ist die Rechnung über den stationären Aufenthalt um 25% zu reduzieren, wenn sie durch den Krankenhausarzt erbracht werden. Bei Leistungserbringung durch einen niedergelassenen Arzt reduziert sich die Minderung auf 15% der Rechnung.

Über diese Minderung gibt es regelmäßig Konflikte zwischen den Parteien, wenn externe Leistungserbringer bei der Versorgung der Patienten eingebunden werden.

Abrechnung in einem Drittssystem

Die Durchführung der Abrechnung über ein separates System bedarf der Übermittlung aller relevanten Daten an dieses Drittssystem. Im einfachsten Fall ist das System identisch mit dem System, welches die Stammdatensätze der Patienten an das Labor übermittelt hat (z.B. SAP, Siemens Medico, Orbis, etc.). In diesem Fall kann die Abrechnung auf die Falldaten des Verwaltungssystems zurückgreifen und diese müssen nicht vom Laborsystem geliefert werden. Das bietet den entscheidenden Vorteil, dass alle Falländerungen vorliegen.

Problematisch bleiben erfahrungsgemäß manuell erfasste Laboraufträge. Aus den unterschiedlichsten Gründen müssen immer wieder handschriftliche Laborantragskarten erfasst werden, so dass die Aufträge versehentlich mit einem falschen (z.B. alten) Fall verknüpft werden.

Hat das Labor auch über die eigene Einrichtung hinaus Einsender, dann werden im Labor diesbezügliche Patienten, Fälle und Aufträge angelegt. Meist sind die Fallnummern eindeutig trennbar (z.B. durch einen eigenen Fallnummernkreis) aber nicht automatisch im abrechnenden Drittssystem vorhanden. Entweder erfolgt eine manuelle Aufnahme der Daten im Drittssystem oder es wird über eine Schnittstelle gelöst.

Ein besondere Situation ergibt sich aus verschlüsselt eingesandten Identitäten von betriebsärztlichen Diensten. Diese Kodierungen sind in den Patientenverwaltungssystemen meist nicht abgebildet, so dass häufig eine manuelle Erfassung dieser Einsendungen durch das Labor erfolgt. Hier sollte aber sichergestellt sein, dass alle Aufträge unter einer einheitlichen Identität geführt werden können, damit die kumulative Beurteilung möglich bleibt.

Mit der Zeit ergeben sich regelmäßig Veränderungen der Analysencodes, Abrechnungsziffern und ähnliches. Sind diese Angaben im Drittssystem unabhängig vom Laborsystem vorhanden, ist es notwendig die Pflege und Aktualisierung sicherzustellen. Eine Aktualisierung der Analysencodes, Abrechnungsziffern und deren Bewertung können auch automatisiert erfolgen.

Stand und Zukunft der Abrechnung mit den KVEn

Zu beachten ist, dass solche Drittssysteme gelegentlich keine Zulassung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Durchführung der KV-Abrechnung haben. Wird die vollständi-

dige Erstellung aller Dokumente durch andere Personen als den ermächtigten Laborarzt durchgeführt, so ist darauf zu achten, dass es in enger Abstimmung mit der zuständigen regionalen KV erfolgt. In jedem Quartal sind die notwendigen Aktualisierungen durchzuführen.

Wie bereits angeführt, ist im Bereich der KV-Abrechnung eine enorme Umwälzung im Gange. „Das System der gesetzlichen Krankenversicherung ist zunehmend überreguliert. Die Detailtiefe der Vorgaben seitens der Politik hat ein bisher ungekanntes Ausmaß erreicht“ [9]. So spielt in der Folgezeit die Verlagerung der Leistungsvergütung über den Kollektivvertrag hin zu einer Vielzahl von Leistungsvergütungen über Selektivverträge eine immer größere Rolle. Das bedeutet, dass es neben „Standard-Kassen-Leistungen“ auch spezielle Leistungsvergütungen geben wird, die einzeln abgebildet werden. Aktuell betrifft das eine in die Kassenabrechnung eingegliederte Abrechnung nach Sondervertrag „Wahltarif BKK Arzt privat“ der KV Mecklenburg-Vorpommern, in der GOÄ-Ziffern zum Einsatz kommen [10]. Von diesen Möglichkeiten machen aktuell wenige Abrechnungssysteme Gebrauch. Eine Verbreitung des Sondervertrages auf weitere KV-Bereiche als auch die zunehmende Nachfrage weiterer Sonderverträge wird erwartet.

Es ist wichtig, dass die Softwareanbieter zeitnah die erforderlichen Umsetzungen ausführen. Zwar ist davon auszugehen, dass die Minimalfunktionalität der umzusetzenden Pflichtfunktionen in der KV-Abrechnung bei entsprechender Zertifizierung gegeben ist. Darüber hinaus haben die Softwareanbieter aber viele Möglichkeiten zur Ausgestaltung der optional umsetzbaren Funktionen. Welche optionalen Umsetzungen möglich sind, kann auf der Webseite der KBV eingesehen werden [11].

Aber auch die Pflichtfunktionen, die die KBV für die KV-Abrechnung festlegt, sind nur grobe Empfehlungen und keine konkrete Programmierzvorlage. Hier unterscheiden sich die Ausprägungen der Abrechnungssysteme sehr. Wir möchten hier zwei Beispiele nennen:

Besonderer Wert sollte beispielsweise auf eine übersichtliche und damit schnelle (z.B. farblich hervorgehobene) Fehlererkennung aller Fehlerfassungen bzw. Unplausibilitäten des Überweisungsscheins gelegt werden. Der Anwender hat dann die Möglichkeit, die Fehler bereits vor der Speicherung des Scheins zu korrigieren. Auch ist bei entsprechend großer Menge an abzurechnenden Überweisungsscheinen darauf zu achten, dass das Abrechnungssystem neben der Einzelabrechnung eine Verarbeitung der Scheine in Rechnungsläufen anbietet. Im letzteren Fall werden dann nur noch vom System angezeigte Problemfälle manuell nachzukorrigieren sein, was eine enorme Zeitsparnis bedeutet. Der überwiegende Teil der Scheine wird über einen einzelnen Rechnungslauf abgerechnet und muss nicht nochmals aufgerufen werden.

Abrechnung im Laborsystem

In diesem Fall erfolgt die vollständige Bearbeitung der Abrechnung innerhalb des Laborsystems. Selbstverständlich

können auch Kombinationen aus der Abrechnung im Laborsystem und in Drittssystemen eingesetzt werden. Eine Besonderheit stellen die Systeme dar, die integrativ sowohl die Patientenverwaltung als auch das Laborsystem betreiben.

In diesem Abrechnungsmodell ist die Schnittstelle zur Patientenverwaltung sehr wichtig, da es immer sehr fehlerträchtig ist, wenn der Einsender zu jedem Auftrag umfangreiche Angaben zum Versichertenstatus und ähnlichem machen muss. Idealerweise sind bei Erfassung oder Aktivierung des Auftrages im Laborsystem über die Schnittstelle alle notwendigen Daten vorhanden und müssen über eine eindeutige Fallnummer nur mit dem Auftrag verknüpft werden.

Die entscheidende Problematik liegt in den Änderungen der Falldaten. Erfahrungsgemäß ergeben sich regelmäßig Änderungen, z.B. wird ein Patient initial ambulant behandelt (z.B. in der Notaufnahme) und dann nach Vorliegen der Laborbefunde stationär aufgenommen. Weitere Laboraufträge des Patienten würden als „stationäre“ Leistungen erfasst werden.

Anders verhält es sich, wenn ein Patient einen „Wahlarztvertrag“ erst im Verlauf des Aufenthaltes oder z.B. nur für die Operation abschließt. Die Rechnungsstellung kann dann nur für die Gültigkeit des Vertrages erfolgen. Wieder anders ist die Situation bei Patienten, die im Verwaltungssystem versehentlich als „Privatpatient“ erfasst werden, aber sich herausstellt, dass sie keinen Wahlarztvertrag abgeschlossen haben und es sich daher um Regelpatienten handelt.

Daraus folgt, dass das Labor sicherstellen muss, dass die Kennungen der Aufträge korrekt erfolgen und diese häufig noch nachträglich geändert werden müssen. Eine automatisierte Änderung der Aufträge erscheint schwierig und sollte mit großer Vorsicht betrieben werden.

Wird das Laborsystem an mehrere Patientendaten-Schnittstellen angeschlossen, dann ergeben sich nur wenige zusätzliche Probleme, solange im Laborsystem eindeutige Bezeichnungen geführt werden.

Literatur

15. Anbietermeeting der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 6. April 2009, Berlin. Redebeitrag von Dr. Köhler, KBV-Vorstand.
2. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)/UV-GOÄ: Gebührenordnung für Ärzte Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger. Gebührenverzeichnis ärztlicher Leistungen. Deutscher Ärzteverlag 29.04.2008, ISBN-10: 3769133838.
3. Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM): Ausgabe mit Euro-Beträgen auf der Grundlage des bundeseinheitlichen Orientierungspunktwertes. Deutscher Ärzteverlag, 09.12.2008, ISBN-10: 3769134001.
4. Einheitlicher Bewertungsmaßstab Online. <http://www.kbv.de/ebm2009/ebmgesamt.htm> (Stand: 01.11.2009).
5. DKG-NT Band I Tarif der Deutschen Krankenhausgesellschaft BG-T 31. Auflage 2007, Kohlhammer Verlag, ISBN-10: 3170198661.
6. Hayden RT, Patterson DJ, Jay DW, Cross C, Dotson P, Possel RE, et al. Computer-assisted bar-coding system significantly

- reduces clinical laboratory specimen identification errors in a pediatric oncology hospital. *J Pediatr* 2008;152:219–24.
7. Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für den Einsatz von IT-Systemen in der Arztpraxis zum Zweck der Abrechnung: § 1.1 „Die Übermittlung der in Satz 2 genannten Daten [Abrechnungsdaten, der abrechnungsbegründenden Daten, einschl. Dokumentationen und Qualitätsindikatoren, sowie der zu übermittelnden Statistikdaten] hat ab dem 01. Januar 2010 leitungsgebunden elektronisch zu erfolgen.“
 8. Das KV. SafeNet, Kassenärztliche Bundesvereinigung. <http://www.kbv.de/24874.html> (20.04.2010).
 9. Klartext (Zeitung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung). KBV warnt vor Kollaps des solidarischen Gesundheitssystems und lädt zur Diskussion. 04. April 2009.
 10. Anschreiben an Entwickler von Praxis- und Laborcomputersystemen zum CD-Update der KBV. 02. February 2009.
 11. Anforderungskatalog H01 KVDT, Webseite der KBV. http://www.kbv.de/ita/register_H.html.