

Redaktion: W. März

Cornelia Wohlfart und Jan Rathenberg*

Systematik der korrekten Laborabrechnung – rechtliche Rahmenbedingungen: Ergänzung und Aktualisierung zum Artikel in J Lab Med 2014;38(4):179–205

A systematic approach to billing laboratory services – the legal framework: Supplement and update to the article in J Lab Med 2014;38(4):179–205

DOI 10.1515/labmed-2015-0056

Eingang 2.6.2015; Akzeptanz 4.6.2015; vorab online veröffentlicht 21.7.2015

Zusammenfassung: In unserem Übersichtsartikel „Systematik der korrekten Laborabrechnung – rechtliche Rahmenbedingungen“ (Rathenberg/Ivancic/Wohlfart, J Lab Med 2014;38(4):179–205) stellten wir die für die Abrechnung ärztlicher Laboruntersuchungen relevanten Aspekte zusammenfassend dar. Der dort geschaffene Überblick über die geltenden Abrechnungsregeln wird in diesem Artikel ergänzt und, wo aufgrund neuer rechtlicher Entwicklungen erforderlich, aktualisiert. Ein besonderer Schwerpunkt liegt dabei auf den Themenkomplexen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (im Folgenden „ASV“ genannt) und der Abrechnung von Laborleistungen bei Selektivverträgen sowie Leistungskomplexen. Aber auch die Arbeitsmedizin sowie die Abrechnung im Zusammenhang mit Krankenhaus-Notfallambulanzen sind Gegenstand dieses Artikels. Ziel dieser Arbeit ist es auch hier wieder, dem Leser eine Systematik an die Hand zu geben, die die praktische Umsetzung der rechtlichen Vorgaben im Rahmen der Laborabrechnung unterstützen soll.

Schlüsselwörter: Abrechnung; ärztliche Laborleistung; Gebührenordnung; privatärztliche Versorgung; vertragsärztliche Versorgung.

*Korrespondenz: Dr. rer. nat. Jan Rathenberg, Zentrale Abrechnung, synlab Services GmbH, Gubener Str. 39, 86156 Augsburg, Tel.: +49 821 52157 800, Fax: +49 821 52157 984, E-Mail: Jan.Rathenberg@synlab.com

Rechtsanwältin Cornelia Wohlfart: Fachanwältin für Medizinrecht, Kanzlei Dr. Puhle und Kollegen, Augsburg

Abstract: Our article “A systematic approach to billing laboratory services – the legal framework” (Rathenberg/Ivancic/Wohlfart, J Lab Med 2014;38(4):179–205) reviewed all relevant aspects of billing laboratory services. Here we provide supplementary information due to further legal advancements based on the German health-care law, with emphasis on specialist outpatient care (*Ambulante spezialfachärztliche Versorgung* [ASV]) and selective contracts and complexes of services, respectively. In addition, we focus on occupational medicine as well as billing in connection with hospital emergency departments.

Keywords: fee billing; medical laboratory services; medical reimbursement; medical tariff.

Abkürzungsverzeichnis: ASV, Ambulante spezialfachärztliche Versorgung; ASV-AV, Vereinbarung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsvorgangs sowie die erforderlichen Vordrucke für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung; EBM, Einheitlicher Bewertungsmaßstab; GOÄ, Gebührenordnung für Ärzte; HzV, Hausarztzentrierte Versorgung; KV, Kassenärztliche Vereinigung; MVZ, Medizinisches Versorgungszentrum.

1 Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) gemäß § 116b SGB V

Bezüglich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (im Folgenden „ASV“ genannt) beschränkt sich

unser Übersichtsartikel „Systematik der korrekten Laborabrechnung – rechtliche Rahmenbedingungen“¹ bislang auf die Aussage, dass § 116b SGB V Leistungen im Rahmen der ASV „unter anderem im Krankenhaus“ regle und das Labor,² an welches Leistungen fremdvergeben werden, eine Rechnung an das Krankenhaus stellen müsse.³ Die derzeit laufenden Zwei-Jahres-Fristen nach § 116b Abs. 8 SGB V und die damit zusammenhängenden Entscheidungsprozesse in den nach dem alten § 116b SGB V leistungsberechtigten Krankenhäusern über ihre künftige Teilnahme an der ASV machen jedoch eine Ergänzung der Thematik insbesondere auch aus Sicht des Labors erforderlich. Die dafür ursächlichen Änderungen der Rechtslage werden im Folgenden zusammengefasst und die Konsequenzen für die Abrechnung der Laborleistungen dargestellt.

1.1 Änderungen der Rechtslage

Die Neufassung des § 116b SGB V⁴ schuf den Leistungssektor der ASV, in dem neben den Krankenhäusern, die bereits nach dem alten § 116b SGB V leistungsberechtigt waren, nun auch Leistungserbringer teilnahmeberechtigt sind, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, also Vertragsärzte, Medizinische Versorgungszentren (MVZ), ermächtigte Ärzte und Einrichtungen. Die ASV umfasst, gemäß § 116b Abs. 1 SGB V, die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern. Nähere Regelungen zur ASV finden sich – wie in § 116b Abs. 4 SGB V vorgesehen – in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V⁵ (im

Folgenden „ASV-Richtlinie“ genannt), in deren Anlagen die von der ASV umfassten Erkrankungen konkretisiert werden und deren Behandlungsumfang bestimmt wird. Bislang wurden vier dieser Anlagen beschlossen: zur Tuberkulose,⁶ zu gastrointestinalen Tumoren,⁷ zu gynäkologischen Tumoren⁸ sowie zum Marfan-Syndrom.⁹ Weitere Anlagen – zum Beispiel zu Rheuma und Herzinsuffizienz – werden folgen.

Bisher verfügen zahlreiche Krankenhäuser noch über eine Berechtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V alter Fassung auf der Grundlage einer Bestimmung des Landes nach § 116b Abs. 2 SGB V alter Fassung. Der neue § 116b Abs. 8 SGB V regelt, dass diese Bestimmungen des jeweiligen Bundeslandes bis zu deren Aufhebung durch das Land weiter gelten. Diese Aufhebung hat spätestens zwei Jahre nach dem Inkrafttreten des die jeweilige Erkrankung betreffenden Richtlinienbeschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses zu erfolgen. Für die ASV im Bereich der Tuberkulose beispielsweise müssen die Bestimmungen des Landes daher spätestens mit Ablauf des 23.04.2016, können aber auch schon früher aufgehoben werden. Für die nach den Altregelungen zur ambulanten Behandlung bestimmten Krankenhäuser stellt sich also derzeit die Frage, ob sie auch künftig an der ASV teilnehmen können und die rechtlichen Voraussetzungen hierfür erfüllen.

1.2 Voraussetzungen für die Teilnahme an der ASV

Die in § 2 Abs. 1 ASV-Richtlinie definierten ASV-Berechtigten (an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser) können an der ASV teilnehmen, soweit sie die in der ASV-Richtlinie sowie in den jeweiligen Richtlinienbeschlüssen zu den einzelnen Erkrankungen geregelten personellen, sächlichen und organisatorischen Anforderungen und Voraussetzungen erfüllen. Die zentralen Voraussetzungen werden im Folgenden dargestellt.

¹ Rathenberg/Ivancic/Wohlfart, Systematik der korrekten Laborabrechnung – rechtliche Rahmenbedingungen, J Lab Med 2014; 38(4): 179–205.

² Der auch in diesem Artikel häufig verwendete Begriff des „Labors“ dient der besseren Lesbarkeit des Textes und meint ärztliche Leistungserbringer (z.B. Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Humangenetik oder Pathologie), die in verschiedenen Konstellationen organisiert sein können.

³ vgl. Rathenberg/Ivancic/Wohlfart, Systematik der korrekten Laborabrechnung – rechtliche Rahmenbedingungen, J Lab Med 2014; 38(4): 179–205. => dort Abschnitt 3.5 (S. 196 f) und Tabelle 7 (S. 202).

⁴ durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG vom 22.12.2011.

⁵ in der Fassung vom 21.03.2013, zuletzt geändert am 20.02.2014.

⁶ „Tuberkulose und atypische Mykobakteriose“, Beschluss vom 19.12.2013, in Kraft getreten am 24.04.2014.

⁷ „Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle“, Beschluss vom 20.02.2014, in Kraft getreten am 26.07.2014.

⁸ „Gynäkologische Tumoren“, Beschluss vom 22.01.2015, noch nicht in Kraft getreten.

⁹ „Marfan-Syndrom“, Beschluss vom 22.01.2015, in Kraft getreten am 30.6.2015.

1.2.1 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die ASV erfordert regelmäßig die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team (§ 3 Abs. 1 ASV-Richtlinie), wobei diese auf unterschiedliche Art und Weise gewährleistet werden kann:

Kann ein Leistungserbringer die interdisziplinäre Zusammenarbeit selbst, quasi „unter dem eigenen Dach“, erfüllen, so muss er grundsätzlich – ausgenommen die Fälle der Versorgung von Patienten mit schweren Verlaufsformen onkologischer Erkrankungen¹⁰ – keine Kooperation mit einem externen Leistungserbringer eingehen. Dies ist zum Beispiel bei Krankenhäusern der Fall, in denen sämtliche erforderlichen Fachrichtungen vorgehalten werden.

Kann ein Leistungserbringer die interdisziplinäre Zusammenarbeit nicht „unter dem eigenen Dach“ gewährleisten, so kann er sich mit verschiedenen als ASV-Berechtigte in Betracht kommenden Leistungserbringern zusammenschließen, um die in den Richtlinienbeschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den einzelnen Erkrankungen vorgegebenen Voraussetzungen gemeinsam zu erfüllen. Diese sogenannte **Leistungskooperation** ist folglich nicht zwingend, ermöglicht jedoch die Erlangung einer ASV-Berechtigung, wenn auf diese Weise die notwendige interdisziplinäre Zusammenarbeit erfüllt wird (vgl. § 3 Abs. 1 Satz 2 ASV-Richtlinie). Die Leistungskooperation kann sektorenübergreifend (zwischen Krankenhaus und vertragsärztlichem Leistungserbringer) oder innerhalb eines Versorgungssektors (z.B. zwischen zwei Krankenhäusern oder zwischen zwei vertragsärztlichen Leistungserbringern) erfolgen.

Hiervon abweichend erfordert die sogenannte **ASV-Kooperation** zwingend einen sektorenübergreifenden Zusammenschluss für die Versorgung von Patienten mit schweren Verlaufsformen onkologischer Erkrankungen (§ 116b Abs. 4 Satz 10 SGB V, § 10 Abs. 1 Satz 2 ASV-Richtlinie). Eine Ausnahme von diesem Kooperationserfordernis ist nach § 116b Abs. 4 Satz 11 SGB V nur dann möglich, wenn in einem für die ASV relevanten Einzugsbereich entweder kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist oder ein Leistungserbringer trotz ernsthaften Bemühens innerhalb eines Zeitraums von mindestens zwei Monaten keinen zur Kooperation mit ihm bereiten bzw. geeigneten Leistungserbringer finden konnte.

Zusammenfassend gilt also, dass bei der Versorgung von Patienten mit schweren Verlaufsformen onkologischer Erkrankungen immer eine sektorenübergreifende

ASV-Kooperation erforderlich ist, in allen bislang geltenden übrigen Fällen der Leistungserbringer entweder selbst „unter dem eigenen Dach“ die interdisziplinäre Zusammenarbeit gewährleisten oder sich zur Erfüllung derselben der Kooperation mit einem oder mehreren externen Kooperationspartnern bedienen kann. Für sämtliche Kooperationen empfiehlt sich aus Gründen der Rechtssicherheit der Abschluss einer schriftlichen Kooperationsvereinbarung.

1.2.2 Zusammensetzung des interdisziplinären Teams

Das für die interdisziplinäre Zusammenarbeit verantwortliche sogenannte interdisziplinäre Team besteht aus einem Teamleiter, einem Kernteam und bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehender Fachärzte (§ 3 Abs. 2 Satz 1 ASV-Richtlinie). Die Qualifikationsvoraussetzungen sämtlicher Teammitglieder sowie die sächlichen und organisatorischen Anforderungen ergeben sich aus den jeweiligen Anlagen zur ASV-Richtlinie. In Tabelle 1 ist dargestellt, welche Funktionen das Labor im Rahmen des interdisziplinären Teams bei den bisher beschlossenen Anlagen zur ASV-Richtlinie einnehmen kann. Die Teammitglieder müssen außerdem jeweils über eine Abrechnungsbefugnis in zumindest einem der beiden Sektoren verfügen, die auch diejenigen Leistungen beinhaltet, die in der ASV abgerechnet werden sollen.¹¹

1.2.3 Anzeigeverfahren

Neben der Erfüllung der konkreten sächlichen und persönlichen Voraussetzungen ist die Durchführung eines Anzeigeverfahrens weitere Voraussetzung für die Teilnahme an der ASV. § 2 Abs. 1 ASV-Richtlinie regelt, dass die Leistungserbringer die Erfüllung sämtlicher Anforderungen und Voraussetzungen der ASV-Richtlinie gegenüber dem für das Anzeigeverfahren zuständigen erweiterten Landesausschuss anzuzeigen haben. Hierfür gibt es in der Regel bereits Vordrucke, die über die Kassenärztlichen Vereinigungen angefordert werden können oder auf deren Homepage zur Verfügung stehen. Der Leistungserbringer ist nach Ablauf einer Frist von zwei Monaten nach Eingang seiner Anzeige zur Teilnahme an der ASV berechtigt, es sei denn, der Landesausschuss teilt

¹⁰ Vgl. die Ausführungen zur ASV-Kooperation.

¹¹ So auch: Roters, Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung, GesR 8/2014, 456 (457) mit weiteren Hinweisen.

ihm innerhalb dieser Frist mit, dass er die Anforderungen und Voraussetzungen hierfür nicht erfüllt (§ 116b Abs. 2 Satz 4 SGB V). Weiter heißt es dort, dass die Frist „unterbrochen“ ist, wenn zusätzliche Informationen oder Stellungnahmen vom Landesausschuss angefordert werden. Die Frage, ob es sich hier im juristischen Sinne um eine Hemmung oder eine Unterbrechung der Frist handelt, wird in der Literatur unterschiedlich beantwortet. Einerseits wird die Auffassung vertreten, dass die 2-Monatsfrist nach Eingang der nachgeforderten Unterlagen neu zu laufen beginnt.¹² Andererseits wird – unter Bezugnahme auf die Intention des Gesetzgebers, durch Verzicht auf das klassische Genehmigungsverfahren die Teilnahme-möglichkeit an der ASV zu beschleunigen – vertreten, dass sich die bereits angelaufene 2-Monatsfrist lediglich um die Zeitspanne verlängert, die für die Nachreichung der angeforderten Unterlagen erforderlich ist.¹³ Aufgrund dieser Unklarheit über den Fristablauf empfiehlt es sich, sich vor Beginn der Leistungserbringung eine Bescheinigung über die ASV-Teilnahmeberechtigung ausstellen zu lassen, wenngleich eine förmliche Genehmigung gerade nicht erforderlich ist.

1.3 Relevanz der geänderten Rechtslage für das Labor

Angesichts der geänderten Rechtslage müssen derzeit nicht nur die nach § 116b SGB V alter Fassung (noch) leistungsberechtigten Krankenhäuser entscheiden, ob und wenn ja, wie und ggf. mit welchem Kooperationspartner sie die Voraussetzungen für die zukünftige ASV-Teilnahme erfüllen. Auch Labore stehen vor der Entscheidung, ob sie an der ASV teilnehmen möchten und wie sie die diesbezüglichen Voraussetzungen gewährleisten. Dabei ist für sie, wie in Tabelle 1 ersichtlich, je nach Ausgestaltung der jeweiligen Anlage zur ASV-Richtlinie bislang eine Teilnahme im Kernteam oder in der Funktion als hinzuzuziehender Facharzt möglich. Zur Regelung und zum Nachweis der Zusammenarbeit gegenüber dem Landesausschuss sind entsprechende Kooperationsvereinbarungen zu schließen, aus denen sich der Leistungsinhalt und die Ausgestaltung der Kooperation (bzgl. Tätigkeitsort, Abrechnung etc.) ergeben sollten. Hinsichtlich des Leistungsortes ist zu beachten, dass die

Mitglieder des Kernteams die spezialfachärztlichen Leistungen grundsätzlich am Tätigkeitsort der Teamleitung oder zu festgelegten Zeiten mindestens an einem Tag in der Woche am Tätigkeitsort der Teamleitung erbringen müssen. Lediglich an immobile Apparate gebundene Leistungen sowie die Aufbereitung und Untersuchung von bei Patienten entnommenem Untersuchungsmaterial sind hiervon ausgenommen. Der Ort der Leistungserbringung für **direkt** am Patienten zu erbringende Leistungen muss dennoch – sowohl für Mitglieder des Kernteams, als auch für hinzuzuziehende Fachärzte – in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung liegen (§ 3 Abs. 2 Satz 4 ff ASV-Richtlinie).

1.4 Überweisung und Abrechnung von Leistungen im Rahmen der ASV

Vorgaben zur Überweisung im Rahmen der ASV finden sich insbesondere in § 2 Abs. 4 sowie § 8 ASV-Richtlinie. Nach § 2 Abs. 4 Satz 1 ASV-Richtlinie besteht zwischen den Mitgliedern des Kernteams kein Überweisungserfordernis. Die hinzuzuziehenden Fachärzte erbringen ihre Leistungen, gemäß § 2 Abs. 4 Satz 1 ASV-Richtlinie, entsprechend dem jeweiligen Behandlungsumfang auf Überweisung (Definitions- oder Indikationsauftrag). Alle übrigen Einzelheiten zur Überweisung von Laborleistungen im Zusammenhang mit der ASV sind im Anhang in Tabelle 1 dargestellt, wobei zwischen dem Kernteam im Sinne des § 3 Abs. 2 Satz 3 ASV-Richtlinie und dem interdisziplinären ASV-Team (bestehend aus Teamleitung, Kernteam und hinzuzuziehenden Fachärzten) unterschieden werden muss.

Die Leistungen im Rahmen der ASV werden, gemäß § 116b Abs. 6 Satz 1 SGB V, unmittelbar von der Krankenkasse vergütet. Vertragsärztliche Leistungserbringer können jedoch die Kassenärztliche Vereinigung gegen Aufwendungsersatz mit der Abrechnung dieser Leistungen beauftragen. Bis zur Einführung einer eigenen Kalkulationssystematik gemäß § 116b Abs. 6 SGB V hat die Abrechnung auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes¹⁴ (im Folgenden „EBM“ genannt) zu erfolgen. Leistungen und Untersuchungen, die im Rahmen der ASV angewendet werden dürfen, die jedoch noch nicht im EBM abgebildet sind, können bis zu ihrer Aufnahme in den EBM (dort in Kapitel 50) mit bundeseinheitlichen Pseudoziffern gekennzeichnet und zur Abrechnung gebracht

¹² Hess, Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, § 116b Rn. 17.

¹³ so wohl auch Hahne, Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) in der anwaltlichen Beratung niedergelassener Ärzte, GesR 8/2014, 463 (464).

¹⁴ In der Fassung mit Wirkung vom 1.4.2015.

werden.¹⁵ Dabei bedient man sich, mangels entsprechenden EBM-Ziffern, ausnahmsweise der Leistungsnummern aus der Gebührenordnung für Ärzte (im Folgenden „GOÄ“ genannt). Die Leistungen sind in der ASV-Abrechnung anzugeben und mit der ASV-Teamnummer zu kennzeichnen. Die als Pseudoziffern herangezogenen GOÄ-Nummern werden im Feld „Sachkosten-Bezeichnung“ (Feldkennung 5011) und die Preise im Feld „Sachkosten/Materialkosten in Cent“ (Feldkennung 5012) in der EDV erfasst. Die Vergütung erfolgt nach der GOÄ mit den für die ASV festgelegten Gebührensätzen (Labor: 1,0-fach). Ausgenommen von der Regelung sind ASV-Leistungen, die auch in der Onkologie-Vereinbarung¹⁶ enthalten sind. Diese werden bis zu ihrer Aufnahme in den EBM nach den regionalen Kostenpauschalen des Anhangs 2 der Onkologie-Vereinbarung vergütet.

Da nach § 2 Abs. 1 Satz 3 ASV-Richtlinie jeder einzelne Leistungserbringer (egal ob Teamleiter, Kernteam-Mitglied oder hinzuzuziehender Facharzt) ASV-Berechtigter bleibt und seine ASV-Leistungen im Rahmen der Kooperation eigenständig erbringt, hat die Abrechnung auch von jedem einzelnen ASV-Berechtigten gesondert gegenüber der Krankenkasse oder in Beauftragung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zu erfolgen. Eine interne Vergütung bzw. Abrechnung zwischen den ASV-Kooperationspartnern findet nicht statt.

Ausgenommen hiervon ist die Abrechnung von Laborleistungen, die von Krankenhäusern mit einer ASV-Berechtigung nach dem § 116b SGB V alter Fassung beim Labor angefordert werden. Diese sind nach wie vor, wie in unserem Übersichtsartikel dargestellt, vom Labor gegenüber dem Krankenhaus abzurechnen. Sobald die Bestimmungen der Krankenhäuser nach dem § 116b SGB V alter Fassung von den Ländern aufgehoben wurden, entfällt diese Abrechnungsmodalität und es gelten ausschließlich die vorgenannten Regelungen zur ASV.

2 Komplexziffern

2.1 Differenzierung der Rahmenbedingungen

In unserem Artikel wurden verschiedene Beispiele für die Abrechnung von Laboruntersuchungen im

Zusammenhang von Komplexleistungen bzw. Leistungskomplexen allgemein dargestellt.¹⁷ Neben den dort bereits beschriebenen Rahmenbedingungen sind, unseres Erachtens, eine weitere Differenzierung sowie eine möglichst abschließende Zusammenstellung der wichtigsten Leistungskomplexe im GKV-Bereich wichtig.

Allgemein wird ein Leistungskomplex dem Arzt als „Pauschal-Vergütung“ honoriert, mit der sämtliche in der Komplexziffer enthaltenen Einzelleistungen abgegolten sind. Diese Einzelleistungen dürfen also nicht nochmals neben der Komplexvergütung abgerechnet werden. Folglich muss der Arzt, der die Komplexziffer abrechnet, darin enthaltene Laborleistungen, die er selbst nicht erbringt bzw. erbringen kann und deshalb beim Labor beauftragt, dem Labor vergüten. Solche Leistungskomplexe im Zusammenhang mit Laborleistungen finden sich im Zusammenhang mit Selektivverträgen, aber auch unmittelbar im EBM und sind oftmals nicht auf den ersten Blick erkennbar.

Da das Labor, das nur auf Überweisung tätig wird, selbst nicht erkennen kann, ob die beauftragten Laborleistungen solche Leistungskomplexe betreffen, ist die korrekte Beauftragung durch den veranlassenden Arzt entscheidend. Leider ändern sich die Rahmenbedingungen für solche Komplexvergütungen, insbesondere im Bereich der Selektivverträge, unregelmäßig. Außerdem betrifft dies primär die Laboruntersuchungen veranlassenden Arztgruppen. Deshalb können die folgenden Beispiele nur die grundlegende Systematik beschreiben, dem anfordernden Arzt – im Rahmen seiner stets indikationsbezogenen Anforderung – jedoch nicht die regelmäßige Überprüfung der Frage abnehmen, ob und wenn ja, welche Laborleistungen in dem von ihm zu erbringenden und abzurechnenden Leistungskomplex bereits enthalten sind.

2.2 Komplexvergütung bei Selektivverträgen

Das vermutlich prominenteste Beispiel für Selektivverträge dürfte die Hausarztzentrierte Versorgung (im Folgenden „HzV“) gemäß § 73b SGB V sein. Der an einem solchen Selektivvertrag teilnehmende Hausarzt erhält für jeden in einen solchen Vertrag eingeschriebenen Patienten eine Pauschal-Vergütung und muss daraus verschiedene Leistungen bestreiten. Die im Rahmen der Pauschal-Vergütung enthaltenen und damit abgegoltenen Leistungen sind im

¹⁵ Vgl. Anlage 5 zur Vereinbarung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie die erforderlichen Vordrucke für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV-AV), in Kraft getreten zum 01.10.2014, gültig für die Abrechnungsübermittlung ab 01.01.2015.

¹⁶ Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte.

¹⁷ vgl. Rathenberg/Ivancic/Wohlfart, Systematik der korrekten Laborabrechnung – rechtliche Rahmenbedingungen, J Lab Med 2014; 38(4): 179–205. => dort Abschnitt 3.8 (S. 197).

jeweiligen „Ziffernkranz“ als Anlage zum Selektivvertrag aufgeführt. Darin sind unter anderem auch Laborleistungen enthalten, die der Arzt entweder in seiner Praxis selbst erbringen (Leistungen des Abschnitts MI GOÄ) oder aus einer privatärztlichen Laborgemeinschaft (Leistungen des Abschnitts MII GOÄ) bzw. bei einem Facharztlabor (Leistungen der Abschnitte MIII und MIV GOÄ) beziehen kann. Sofern der Arzt Laborleistungen selbst erbringt oder aus einer privatärztlichen Laborgemeinschaft bezieht, muss er die dafür anfallenden Kosten aus der im Selektivvertrag vorgesehenen Pauschal-Vergütung selbst tragen.

Da die „Ziffernkranze“ der Selektivverträge teilweise Leistungen enthalten, die zwar im EBM als Basislaborleistung unter Kapitel 32.2 fallen, in der GOÄ jedoch als Speziallaborleistung im Abschnitt MIII aufgeführt sind, ergibt sich in diesen Fällen des Weiteren die Problematik, dass diese Leistungen weder aus einer vertragsärztlichen, noch aus einer privatärztlichen Laborgemeinschaft bezogen werden können. Dies deshalb, da die vertragsärztliche Laborgemeinschaft die Direktabrechnung gegenüber der KV vorsieht und eine über die Pauschal-Vergütung hinausgehende gesonderte Abrechnung zu Lasten der KV im Rahmen der HzV-Verträge nicht möglich ist, in der privatärztlichen Laborgemeinschaft jedoch nur Leistungen des Abschnitts MII GOÄ erbracht werden können. Diese Leistungen können daher nur als Speziallaborleistung des Abschnitts MIII GOÄ an ein Facharztlabor überwiesen werden, welches dem Arzt hierfür eine Rechnung stellt.¹⁸

Insgesamt ist die Anzahl an bestehenden Selektivverträgen, die auch Laborleistungen umfassen – selbst wenn man sich nur auf die Sichtung der HzV-Verträge beschränkt – bereits sehr umfangreich. Dem geschuldet haben wir exemplarisch nur die Laborleistungen im Anhang in Tabelle 2 zusammengestellt, die Teil der mit Stand März 2015 gültigen AOK-Hausarztverträge sind.

An den Unterschieden der AOK-Ziffernkranze wird deutlich, dass jeder Selektivvertrag genau auf darin enthaltene Laborleistungen und deren korrekte Anforderung hin zu überprüfen ist, um nachträgliche Regresse bzw. Rückforderungen im Rahmen der Bereinigung der kollektivvertraglichen Vergütung zu vermeiden.

¹⁸ An dieser Stelle sei auch auf ein derzeit anhängiges Verfahren beim Sozialgericht Mainz (S 8 KA 244/14) bezüglich der Frage verwiesen, ob das HzV-Vergütungssystem zu einem faktischen Überweisungs- und Abrechnungsverbot zu Lasten der Laborärzte führt. Unabhängig davon resultiert aber jedenfalls aus dem Ausschluss einer gesonderten Vergütung für die im Ziffernkranz enthaltenen Laborleistungen eine Kostentragungspflicht des am HzV-Vertrag teilnehmenden Arztes, der die Laborleistungen lediglich als privatärztliche Leistungen überweisen kann und die dafür anfallenden Kosten aus seiner Pauschalvergütung zu bestreiten hat.

2.3 Komplexvergütung im EBM

Auch im EBM selbst finden sich verschiedene Leistungskomplexe. Dazu gehören Laborleistungen im Rahmen von

- Nephrologie (Dialyse);
- Reproduktionsmedizin (In-vitro-Fertilisation, IVF);
- Gastroenterologie (Koloskopie);
- Gynäkologie (Mutterschaftsrichtlinien);
- Operationsvorbereitungen;
- Herzkatheteruntersuchungen.

Die in diesen Leistungskomplexen enthaltenen Laboruntersuchungen sind im Anhang in Tabellen 3 A-F zusammengefasst. Darin wird – basierend auf der Zuordnung in der betreffenden EBM-Leistungslegende – unterschieden nach

- Obligat => diese Leistungen müssen erbracht worden sein;
- Fakultativ => diese Leistungen können erbracht werden, sind dann aber abgegolten;
- Abrechnungsausschluss => diese Leistungen sind nicht neben der Komplexziffer bzw. dem Leistungskomplex abrechenbar;
- In G-BA Richtlinie genannt.

Auch hier sowie bei ggf. weiteren EBM-Leistungskomplexen ist auf die korrekte Anforderung durch den behandelnden, beauftragenden Arzt sowie die korrekte Abrechnung vom beauftragten, leistungserbringenden Labor an den Einsender zu achten.

3 Arbeitsmedizin

Hier beziehen sich unsere bisherigen Ausführungen¹⁹ nur auf die Konstellation, in der der Arbeitsmediziner oder Betriebsarzt entweder im Rahmen eines Anstellungsverhältnisses mit dem Betrieb tätig wird oder seine Leistungen freiberuflich auf der Grundlage eines Honorarvertrages erbringt und mit dem Betrieb **außerhalb der GOÄ** (beispielsweise auf der Grundlage von Pauschalen oder Budgets) abrechnet. Nur in diesen Fällen kann eine Rechnungsstellung des Labors über Speziallaborleistungen nach den Abschnitten MIII und MIV der GOÄ an den einsendenden Arbeitsmediziner oder Betriebsarzt erfolgen.

¹⁹ vgl. Rathenberg/Ivandic/Wohlfart, Systematik der korrekten Laborabrechnung – rechtliche Rahmenbedingungen, J Lab Med 2014; 38(4): 179–205. => dort Abschnitt 3.10 (S. 199).

Sofern der Arbeitsmediziner oder Betriebsarzt seine eigenen Leistungen aber **auf Basis der GOÄ** gegenüber dem Betrieb abrechnet, kann er, vor dem Hintergrund des Beschlusses des Bundesgerichtshofs vom 25.01.2012 (Az.: 1 StR 45/11), keine Leistungen nach den Abschnitten MIII und MIV der GOÄ vom Labor beziehen und diese als eigene Leistungen weiterberechnen. In diesem Fall darf er die Laborleistungen nur veranlassen und das Labor muss die Rechnung dann an den Betrieb (also den Kostenträger) stellen, wobei hier aber die Abrechnungsbedingungen zwischen Labor und Betrieb frei verhandelt werden können.

Vor diesem Hintergrund ist es also entscheidend, dass der Arbeitsmediziner oder Betriebsarzt dem Labor mitteilt, ob er selbst im Rahmen der GOÄ oder außerhalb der GOÄ abrechnet. Dies kann in einer Vereinbarung zwischen Einsender und Labor geschehen oder in Einzelfällen auf dem Labor-Auftragsschein vermerkt werden. Wenn dem Labor der Abrechnungsmodus des Einsenders unbekannt ist, sollte das Labor angesichts der rechtlichen Risiken allerdings direkt mit dem Betrieb abrechnen.

4 Abrechnung Krankenhaus-Notfallambulanz

Hier sollen nicht nur die einzelnen Abrechnungskonstellationen im Zusammenhang mit Krankenhaus-Notfallambulanzen vertieft werden, sondern es soll auch auf abrechnungsrelevante Entwicklungen hingewiesen werden. In Ergänzung unseres Übersichtsartikels²⁰ sehen wir grundsätzlich folgende Abrechnungsmöglichkeiten für Laborleistungen, die von einer Krankenhaus-Notfallambulanz für gesetzlich versicherte Patienten angefordert werden.

4.1 Labor als Betriebsteil des Krankenhauses

Ist das Labor ein integrierter Betriebsteil des Krankenhauses, so sind die Laborleistungen vom Krankenhaus direkt mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nach einem zuvor zwischen Krankenhaus und Kassenärztlicher Vereinigung abgestimmten Modus abzurechnen.

²⁰ vgl. Rathenberg/Ivandic/Wohlfart, Systematik der korrekten Laborabrechnung – rechtliche Rahmenbedingungen, J Lab Med 2014; 38(4): 179–205. => dort Abschnitt 3.12 (S. 200 ff) und Tabelle 7 (S. 201): (Fall 11/11a).

4.2 Labor als ausgelagerter Fremdbetrieb ohne eigene Zulassung

Handelt es sich bei dem Labor um einen aus dem Krankenhaus ausgelagerten Fremdbetrieb, der jedoch selbst über keine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung verfügt, so erfolgt die Abrechnung der mit einem Krankenhaus-individuellen Auftragsschein angeforderten Laborleistungen von dem die Leistung erbringenden Labor an das Krankenhaus. Das Krankenhaus wiederum rechnet diese Leistungen im Regelfall mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nach einem zuvor zwischen Krankenhaus und Kassenärztlicher Vereinigung abgestimmten Modus ab.

4.3 Labor als ausgelagerter Fremdbetrieb mit eigener Zulassung

Wenn es sich bei dem Labor um einen aus dem Krankenhaus ausgelagerten Fremdbetrieb mit eigener Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung (z.B. MVZ mit vertragsärztlicher Zulassung) handelt, so hat die Abrechnung der Laborleistungen – nach entsprechender Überweisung durch die Notfallambulanz mit Muster 10-Schein – vom Labor direkt gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zu erfolgen.

Da häufig Basislaborleistungen im Krankenhaus-eigenen Vor-Ort-Labor erbracht werden, während Speziallaborleistungen bei einem externen Facharztlabor angefordert werden, kommt es in diesen Fällen zu Mischkonstellationen zwischen den dargestellten Abrechnungsvarianten.

4.4 Umfang der abrechenbaren Notfallleistungen

Zur Frage des abrechenbaren Umfangs von Notfallleistungen hat das Bundessozialgericht mit Urteil vom 12.12.2012 (Az.: B 6 KA 5/12 R) entschieden, dass sowohl Laboruntersuchungen der Blutalkoholkonzentration, als auch des C-reaktiven Proteins im Regelfall nicht zur Notfallversorgung gehören, da sie in der Regel für die Erstversorgung medizinisch nicht erforderlich und sinnvoll seien.

Vor diesem Hintergrund dürfte es aus Sicht der Notfallambulanzen bzw. Krankenhäuser sinnvoll sein, mit der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung abzuklären, welche Leistungen in welchem Volumen im Rahmen der Notfallversorgung abrechenbar sind.

Anhänge

Tabelle 1: Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV): ASV-Team.

Funktion des Labors (Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis/BAG, MVZ, etc.) bei der Zusammensetzung des ASV-Teams						Überweisung an Labor innerhalb ASV-Team ^{a,b}	Überweisung vom ASV-Team an Labor außerhalb ASV-Team ^a	
Richtlinie	Beschlussdatum	Inkrafttreten	Teamleitung	Kernteam ^b	hinzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte	Muster 10 Muster 10A	Muster 10 Muster 10A	Abrechnung Labor mit
Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	12/19/2013	4/24/2014	nicht möglich	FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	FA für Laboratoriumsmedizin	ASV-Teamnummer anstelle BSNR	BSNR	KV (KK) ^c
Onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	2/20/2014	7/26/2014	nicht möglich	nicht möglich	FA für Humangenetik FA für Laboratoriumsmedizin FA für Pathologie	ASV-Kennzeichen “1” in Zeile 6, Druckposition 30 (an Stelle 29 ist ein Leerzeichen vorzusehen)		
Onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren	1/22/2015	steht aus	nicht möglich	nicht möglich	FA für Humangenetik FA für Laboratoriumsmedizin FA für Pathologie			
Marfan-Syndrom	1/22/2015	30/6/2015	nicht möglich	nicht möglich	FA für Humangenetik FA für Laboratoriumsmedizin			
Weitere folgen...	...	...						

^aKBV-Anforderungskatalog "Formularbedruckung" vom 11.04.2014 (BSNR, Betriebsstättennummer). ^bInnerhalb Kernteam keine Überweisung erforderlich. ^cVertragsärztliche Leistungserbringer werden die Abrechnung mit der Kassenzusatzleistungenvereinbarung gegenüber dem ebenfalls möglichen Weg der Abrechnung mit den Krankenkassen vorziehen.

Tabelle 2: Komplexziffernbereich Hausarztzentrierte Versorgung (HzV).

EBM-GOP	GOP-Bezeichnung	Anforderung => bei ^a	Abrechnung => an	KV Bezirk:						Westfalen-Lippe	
				Baden Württemberg	Bayern	Berlin und Brandenburg	Hessen	Nordrhein			
				AOK	AOK	AOK	AOK	AOK	AOK		
				AOK_Baden- Württemberg ^c	AOK_Bayern ^d	AOK Nordost und IKK Brandenburg und Berlin	AOK_ Hessen	AOK Rheinland/ Hamburg, Schiedsverträge_ Nordrhein	AOK Norwest		
				Stand:	2/13/2015	2/6/2015	2/18/2015	2/13/2015	2/13/2015	3/13/2015	
				In Kraft getreten:	11/26/2014	10/1/2013	1/1/2014	1/1/2015	10/1/2013	10/1/2013	
				GOÄ-Zuordnung ^b	X bedeutet im Ziffernkranz enthalten						
01708	Laboruntersuchungen iRd Neugeborenen Screenings, genehmigungspflichtig	Facharztlabor	Einsender	MIII (keine Privat-LG möglich)	X		X	X		X	
01734	Untersuchung auf Blut im Stuhl gemäß Abschnitt D. III. der Krebsfrüherken- nungs-Richtlinie, einschl. Kosten	Praxis selbst bzw. Facharztlabor	Einsender	MI (keine Privat-LG möglich)	X	X	X	X		X	
01826	Zytologische Untersu- chung eines oder mehrerer Abstriche(s)	Facharztlabor	Einsender	N (keine Privat-LG möglich)	X		X	X		X	
01827	Mikroskopische Untersu- chung des Nativabstrichs	Facharztlabor	Einsender	N (keine Privat-LG möglich)	X	X	X	X		X	
02401	H2-Atemtest, einschl. Kosten	Facharztlabor	Einsender	MIII (keine Privat-LG möglich)	X		X	X		X	
31010	Operationsvorbereitung für ambulante und belegärzt- liche Eingriffe bei Neu- geborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	Privat-LG bzw. Facharztlabor (betrifft EBM 32 gesamt)	Einsender	MI bis MIV möglich	X		X	X		X	

Tabelle 2 (weiter)

KV Bezirk:	Baden Württemberg	Bayern	Berlin und Brandenburg	Hessen	Nordrhein	Westfalen- Lippe
Kasse:	AOK	AOK	AOK	AOK	AOK	AOK
Vertrag:	AOK_Baden- Württemberg ^c	AOK_Bayern ^d	AOK Nordost und IKK Brandenburg und Berlin	AOK_ Hessen	AOK Rheinland/ Hamburg, Schiedsverträge_ Nordrhein	AOK Norwest
Stand:	2/13/2015	2/6/2015	2/18/2015	2/13/2015	2/13/2015	3/13/2015
In Kraft getreten:	11/26/2014	10/1/2013	1/1/2014	1/1/2015	10/1/2013	10/1/2013
EBM-GOP	GOP-Bezeichnung	Anforderung => bei ^a	Abrechnung => an	GOÄ-Zuordnung ^b X bedeutet im Ziffernkranz enthalten		
31011	Operationsvorbereitung für ambulante und belegärztliche Eingriffe bei Jugendlichen und Erwachsenen bis zum vollendeten 40. Lebensjahr	Privat-LG bzw. Facharztlabor (betrifft EBM 32 gesamt)	Einsender	MI bis MIV möglich	X	X
31012	Operationsvorbereitung bei ambulanten und belegärztlichen Eingriffen bei Patienten nach Vollendung des 40. Lebensjahres bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres	Privat-LG bzw. Facharztlabor (betrifft EBM 32 gesamt)	Einsender	MI bis MIV möglich	X	X
31013	Operationsvorbereitung bei ambulanten und belegärztlichen Eingriffen bei Patienten nach Vollendung des 60. Lebensjahres	Privat-LG bzw. Facharztlabor (betrifft EBM 32 gesamt)	Einsender	MI bis MIV möglich	X	X
32001	Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (in Punkten)	Bleibt unberücksichtigt, sofern keine Leistungen außerhalb des Ziffernkranzes überwiesen werden	Bleibt unberücksichtigt, sofern keine Leistungen außerhalb des Ziffernkranzes überwiesen werden	Bleibt unberücksichtigt, sofern keine Leistungen außerhalb des Ziffernkranzes überwiesen werden	X	X

Tabelle 2 (weiter)

32025	Glucose	Praxis selbst	bei Eigener- bringung in der Arztpraxis	X	X	X	X	X
32026	TPZ (Thromboplastinzeit)	Praxis selbst	Bei Eigener- bringung in der Arztpraxis	X	X	X	X	X
32027	D-Dimer	Praxis selbst	Bei Eigener- bringung in der Arztpraxis	X	X	X	X	X
32030	Orientierende Untersu- chung	Praxis selbst bzw. Einsender Facharztlabor	MI bzw. MIII (keine Privat-LG möglich)	X	X	X	X	X
32031	Harn-Mikroskopie	Praxis selbst bzw. Einsender Facharztlabor	MI bzw. MIII (keine Privat-LG möglich)	X	X	X	X	X
32032	pH-Wert	Facharztlabor	MIII (keine Privat- LG möglich)	X	X	X	X	X
32035	Erythrozytenzählung	Praxis selbst oder Einsender kl. Blutbild aus Privat-LG	MI bei Eigener- bringung in der Arztpraxis oder MII	X	X	X	X	X
32036	Leukozytenzählung	Praxis selbst oder Einsender kl. Blutbild aus Privat-LG	bei Eigener- bringung in der Arztpraxis sonst Privat-LG	X	X	X	X	X
32037	Thrombozytenzählung	Praxis selbst oder Einsender kl. Blutbild aus Privat-LG	Bei Eigener- bringung in der Arztpraxis sonst Privat-LG	X	X	X	X	X
32038	Hämoglobin	Praxis selbst oder Einsender kl. Blutbild aus Privat-LG	bei Eigener- bringung in der Arztpraxis sonst Privat-LG	X	X	X	X	X
32039	Hämatokrit	Praxis selbst oder Einsender kl. Blutbild aus Privat-LG	bei Eigener- bringung in der Arztpraxis sonst Privat-LG	X	X	X	X	X
32040	Blut im Stuhl	Facharztlabor	MI (keine Privat-LG möglich)	X	X	X	X	X

Tabelle 2 (weiter)

EBM-GOP	GOP-Bezeichnung	Anforderung => bei ^a	Abrechnung => an	KV Bezirk:	Baden	Bayern	Berlin und	Hessen	Nordrhein	Westfalen-
					Württemberg		Brandenburg			Lippe
	Kasse:			AOK	AOK	AOK	AOK	AOK	AOK	AOK
	Vertrag:			AOK_Baden- Württemberg ^c	AOK_Bayern ^d	AOK Nordost und IKK Brandenburg und Berlin	AOK_ Hessen	AOK Rheinland/ Hamburg, Schiedsverträge_ Nordrhein	AOK	AOK
	Stand:			2/13/2015	2/6/2015	2/18/2015	2/13/2015	2/13/2015	2/13/2015	3/13/2015
	In Kraft getreten:			11/26/2014	10/1/2013	1/1/2014	1/1/2015	1/1/2015	10/1/2013	10/1/2013
	GOÄ-Zuordnung ^b	X bedeutet im Ziffernkranz enthalten								
32041	Albumin im Stuhl, qualitativ	Facharztlabor	Einsender	MIII (keine Privat-LG möglich)	X		X		X	X
32042	BSG	Facharztlabor	Einsender	MI (keine Privat-LG möglich)	X		X		X	X
32045	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials	Facharztlabor	Einsender	MIII (keine Privat-LG möglich)	X		X		X	X
32046	Fetal-Hämoglobin in Erythrozyten	Facharztlabor	Einsender	MIII (keine Privat-LG möglich)	X		X		X	X
32047	Retikulozytenzählung	Privat-LG	Einsender		X		X		X	X
32050	Mikroskopische Untersuchung nach Gram-Färbung	Facharztlabor	Einsender	MIII (keine Privat-LG möglich)	X		X		X	X
32051	Differenzial-Blutbild	Facharztlabor	Einsender	MI bzw. MIII (keine Privat-LG möglich)	X		X		X	X
32052	Bestandteile im Sammelharn, quantitativ	Facharztlabor	Einsender	MIII (keine Privat-LG möglich)	X		X		X	X
32055	Konzentrationsbestimmung eines Arzneimittels	Facharztlabor	Einsender	MIII (keine Privat-LG möglich)	X		X		X	X
32056	Gesamteiweiß	Privat-LG	Einsender		X		X		X	X
32057	Glukose	Privat-LG	Einsender		X	X nur bei 01732	X		X	X
32058	Bilirubin gesamt	Privat-LG	Einsender		X		X		X	X

Tabelle 2 (weiter)

32059	Bilirubin direkt	Privat-LG	Einsender	X	X	X	X
32060	Cholesterin gesamt	Privat-LG	Einsender	X	X nur bei 01732	X	X
32061	HDL-Cholesterin	Privat-LG	Einsender	X	X nur bei 01732	X	X
32062	LDL-Cholesterin	Privat-LG	Einsender	X	X nur bei 01732	X	X
32063	Triglyceride	Privat-LG	Einsender	X	X nur bei 01732	X	X
32064	Harnsäure	Privat-LG	Einsender	X	X nur bei 01732	X	X
32065	Harnstoff	Privat-LG	Einsender	X	X	X	X
32066	Kreatinin (Jaffé-Methode)	Privat-LG	Einsender	X	X nur bei 01732	X	X
32067	Kreatinin, enzymatisch	Privat-LG	Einsender	Privat-LG in der Regel nur die Jaffé-Methode	X nur bei 01732	X	X
32068	Alkalische Phosphatase	Privat-LG	Einsender	X	X	X	X
32069	GOT	Privat-LG	Einsender	X	X	X	X
32070	GPT	Privat-LG	Einsender	X	X	X	X
32071	Gamma-GT	Privat-LG	Einsender	X	X	X	X
32072	Alpha-Amylase	Privat-LG	Einsender	X	X	X	X
32073	Lipase	Privat-LG	Einsender	X	X	X	X
32074	Creatinkinase (CK)	Privat-LG	Einsender	X	X	X	X
32075	LDH	Privat-LG	Einsender	X	X	X	X
32076	GLDH	Privat-LG	Einsender	X	X	X	X
32077	HBDH	Privat-LG	Einsender	X	X	X	X
32078	Cholinesterase	Privat-LG	Einsender	X	X	X	X
32079	Saure Phosphatase	Privat-LG	Einsender	X	X	X	X
32081	Kalium	Privat-LG	Einsender	X	X	X	X
32082	Calcium	Privat-LG	Einsender	X	X	X	X

Tabelle 2 (weiter)

KV Bezirk:	Baden Württemberg	Bayern	Berlin und Brandenburg	Hessen	Nordrhein	Westfalen- Lippe
Kasse:	AOK	AOK	AOK	AOK	AOK	AOK
Vertrag:	AOK_Baden- Württemberg ^c	AOK_Bayern ^d	AOK Nordost und IKK Brandenburg und Berlin	AOK_ Hessen	AOK Rheinland/ Hamburg, Schiedsverträge_ Nordrhein	AOK Norwest
Stand:	2/13/2015	2/6/2015	2/18/2015	2/13/2015	2/13/2015	3/13/2015
In Kraft getreten:	11/26/2014	10/1/2013	1/1/2014	1/1/2015	10/1/2013	10/1/2013
GOÄ-Zuordnung ^b	X bedeutet im Ziffernkranz enthalten					
EBM-GOP	GOP-Bezeichnung	Anforderung => bei ^a	Abrechnung => an			
32083	Natrium	Privat-LG	Einsender	X	X	X
32084	Chlorid	Privat-LG	Einsender	X	X	X
32085	Eisen	Privat-LG	Einsender	X	X	X
32086	Phosphor anorganisch	Privat-LG	Einsender	X	X	X
32087	Lithium	Facharztlabor	Einsender	X	X	X
32089	Zuschlag Trägergebundene Reagenzien	Praxis selbst	bei Eigener- bringung in der Arztpraxis; MIII (keine Privat-LG möglich)	X	X	X
32092	CK-MB	Privat-LG	Privat LG an Einsender	X	X	X
32094	HbA1c, HbA1c	Privat-LG	Privat LG an Einsender	X	X	X
32097	BNP und/oder NT-Pro-BNP	Praxis selbst bzw. Facharztlabor	MIII (keine Privat- LG möglich)	X		
32101	TSH	Facharztlabor	MIII (keine Privat- LG möglich)	X	X	X
32103	IgA	Privat-LG	Einsender	X	X	X
32104	IgG	Privat-LG	Einsender	X	X	X

Tabelle 2 (weiter)

32105	IgM	Privat-LG	Einsender	X	X	X	X
32106	Transferrin	Privat-LG	Einsender	X	X	X	X
32107	Serum-Elektrophorese	Privat-LG	Einsender	X	X	X	X
32110	Blutungszeit (standardisiert)	Facharztlabor	Einsender	MIII (keine Privat-LG möglich)	X	X	X
32111		Facharztlabor	Einsender	MIII (keine Privat-LG möglich)	X		X
32112	PTT	Privat-LG	Einsender	X	X	X	X
32113	Quick-Wert, Plasma	Privat-LG	Einsender	X	X	X	X
32114	Quick-Wert, Kapillarblut	Privat-LG	Einsender	X	X	X	X
32115	Thrombinzeit	Privat-LG	Einsender	X	X	X	X
32116	Fibrinogen	Facharztlabor	Einsender	MIII (keine Privat-LG möglich)	X	X	X
32117	Fibrinmonomere, Spaltprodukte (qualitativ)	Facharztlabor	Einsender	MIII (keine Privat-LG möglich)	X	X	X
32120	Mechanisiertes Blutbild, Retikulozytenzählung	Privat-LG	Einsender	X	X	X	X
32121	Differenzial-Blutbild	Privat-LG	Einsender	X	X	X	X
32122	Mechanisierter vollständiger Blutstatus	Privat-LG	Einsender	X	X	X	X
32123	Zuschlag bei nachfolgender mikroskopischer Differenzierung	Facharztlabor	Einsender	MII bzw. MIII (keine Privat-LG möglich)	X	X	X
32124	Bestimmung der endogenen Kreatinin clearance	Privat-LG	Einsender	X	X	X	X
32125	Präoperative Labordiagnostik: Erythrozyten, Leukozyten, Thrombozyten, Hämoglobin, Hämatokrit, Kalium, Glukose im Blut, Kreatinin, Gamma-GT	Privat-LG	Einsender	X	X	X	X

Tabelle 2 (weiter)

KV Bezirk:		Baden Württemberg	Bayern	Berlin und Brandenburg	Hessen	Nordrhein	Westfalen- Lippe
Kasse:		AOK	AOK	AOK	AOK	AOK	AOK
Vertrag:		AOK_Baden- Württemberg ^c	AOK_Bayern ^d	AOK Nordost und IKK Brandenburg und Berlin	AOK_ Hessen	AOK Rheinland/ Hamburg, Schiedsverträge_ Nordrhein	AOK Norwest
Stand:		2/13/2015	2/6/2015	2/18/2015	2/13/2015	2/13/2015	3/13/2015
In Kraft getreten:		11/26/2014	10/1/2013	1/1/2014	1/1/2015	10/1/2013	10/1/2013
EBM-GOP	GOP-Bezeichnung	Anforderung => bei ^a	Abrechnung => an	GOÄ-Zuordnung ^b X bedeutet im Ziffernkranz enthalten			
32150	Immunologischer Nachweis von Troponin I und/oder Troponin T auf einem vorgefertigten Reagenzträger bei akutem koronaren Syndrom (ACS), ggf. einschl. apparativer quantitativer Auswertung	Facharztlabor	Einsender	MIII (keine Privat-LG möglich)	X		
32212	Quantitative Bestimmung von Einzelfaktoren des Gerinnungssystems, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32210 bis 32227, Fibrinmonomere, Fibrin- und/oder Fibrinogenspaltprodukte, z. B. D-Dimere	Facharztlabor	Einsender	MIII (keine Privat-LG möglich)	X		
32232	Quantitative chemische oder physikalische Bestimmung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32230 bis 32236, 32240 und 32242 bis 32246 und 32248, Lactat	Facharztlabor	Einsender	MIII (keine Privat-LG möglich)	X		

Tabelle 2 (weiter)

32880	Orientierende Untersuchung auf Eiweiß, Glukose, Erythrozyten, Leukozyten und Nitrit im Urin (Nr. 32030), Laborpauschale für Untersuchungen im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 01732	Praxis selbst bzw. Facharztlabor	Einsender	MI bzw. MIII (keine Privat-LG möglich)	X nur bei 01732	X
32881	Laborpauschale für Untersuchungen im Zusammenhang mit der Erbringung der Gebührenordnungsposition 01732 (Gesundheitsuntersuchung)	Privat-LG	Einsender	X	X nur bei 01732	X
32882	Laborpauschale für Untersuchungen im Zusammenhang mit der Erbringung der Gebührenordnungsposition 01732 (Gesundheitsuntersuchung)	Privat-LG	Einsender	X	X nur bei 01732	X

^aEs ist im Einzelfall zu prüfen, welche MII-Laborleistungen in der jeweiligen Privat-Laborgemeinschaft vorgehalten werden! ^bHier wird die Zuordnung der Laboruntersuchung zum GOÄ-Kapitel beschrieben. Einige Leistungen aus dem Kapitel 32.2 EBM entsprechen nicht dem Kapitel M II GOÄ und können deshalb nicht aus einer privatärztlichen Laborgemeinschaft bezogen werden. ^cVorbemerkung zum Ziffernkranz: BNP (32097), Troponin qual. (32150), D-Dimere (32212) und Laktat (32232) als § 73c-Leistungen gekennzeichnet: "Solche Leistungen können für in das AOK-Facharztprogramm eingeschriebene Versicherte weder vom HAUSARZT selbst noch von einem anderen Arzt der selben BAG/MVZ mit der KV abgerechnet werden. Wird die Leistung vom HAUSARZT selbst oder in seiner BAG/MVZ erbracht, ist sie grundsätzlich mit den Pauschalen des vorliegenden Vertrages abgegolten." Grundsatz Nr. 5 der Vorbemerkung zum HZV-Ziffernkranz ab 01.10.2013 in der Fassung der 3. Interimsvereinbarung vom 02.10.2013. "Sämtliche Laborleistungen sind nicht Bestandteil dieses HZV-Vertrages und über die KVB abzurechnen. Die erzielten Laborleistungen im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung Gesundheitsuntersuchung (01732) sowie der präoperativen hausärztlichen Betreuung (2003) sind Bestandteil der jeweiligen Laborleistungen und damit abgegolten. Diese Laborleistungen sind über Privatkarte abzurechnen. Im Zusammenhang mit 01732 sind folgende Laborziffern von der Praxis zu erbringen bzw. einzukaufen: 32057, 32060, 32061, 32062, 32063, 32064, 32066, 32067, 32880, 32881, 32882".

Tabelle 3A: Komplexziffernbereich EBM, Dialyse.

EBM-Kapitel		III.a	III.b		
EBM-Abschnitt		4.5.4	13.3.6		
EBM-GOP, EBM-Bereich		Präambel	Präambel		
Beschreibung		Gebührenordnungspositionen der pädiatrischen Nephrologie und Dialyse	Gebührenordnungspositionen der Nephrologie und Dialyse		
Bemerkung		Nr. 6: Solange sich der Kranke in Dialyse- bzw. LDL-Apherese-Behandlung befindet, können die Gebührenordnungspositionen 32038, 32039, 32065, 32066, bzw. 32067, 32068, 32081, 32082, 32083, 32086 und 32112 weder von dem die Dialyse bzw. LDL-Apherese durchführenden noch von dem Arzt berechnet werden, dem diese Leistungen als Auftrag zugewiesen werden. Für die Gebührenordnungsposition 04565 gilt dies in gleicher Weise zusätzlich für die Gebührenordnungsposition 32036.	Nr. 5: Solange sich der Kranke in Dialyse- bzw. LDL-Apherese-Behandlung befindet, können die Gebührenordnungspositionen 32038, 32039, 32065, 32066 bzw. 32067, 32068, 32081, 32082, 32083, 32086 und 32112 weder von dem die Dialyse bzw. LDL-Apherese durchführenden noch von dem Arzt berechnet werden, dem diese Leistungen als Auftrag zugewiesen werden. Für die Gebührenordnungsposition 13611 gilt dies in gleicher Weise zusätzlich für die Gebührenordnungsposition 32036.		
EBM-GOP, EBM-Bereich	GOP-Bezeichnung	Anforderung => bei ^a	Abrechnung => an	GOÄ-Zuordnung	X bedeutet als Teil der Komplexvergütung abgegolten und nicht neben Leistungskomplex abrechenbar
32036	Leukozytenzählung	Praxis selbst oder kl. Blutbild aus Privat-LG	Einsender	bei Eigenerbringung in der Arztpraxis sonst Privat-LG	X
32038	Hämoglobin	Praxis selbst oder kl. Blutbild aus Privat-LG	Einsender	bei Eigenerbringung in der Arztpraxis sonst Privat-LG	X

Tabelle 3A (weiter)

32039	Hämatokrit	Praxis selbst oder kl. Blutbild aus Privat-LG	Einsender	bei Eigener- bringung in der Arztpraxis sonst Privat-LG	X	X
32065	Harnstoff	Privat-LG	Einsender	X	X	X
32066	Kreatinin (Jaffé-Methode)	Privat-LG	Einsender	X	X	X
32067	Kreatinin, enzymatisch	Privat-LG	Einsender	Privat-LG in der Regel Jaffé- Methode	X	X
32068	Alkalische Phosphatase	Privat-LG	Einsender	X	X	X
32081	Kalium	Privat-LG	Einsender	X	X	X
32082	Calcium	Privat-LG	Einsender	X	X	X
32083	Natrium	Privat-LG	Einsender	X	X	X
32086	Phosphor anorganisch	Privat-LG	Einsender	X	X	X
32112	PTT	Privat-LG	Einsender	X	X	X

*Es ist im Einzelfall zu prüfen, welche MII-Laborleistungen in der jeweiligen Privat-Laborgemeinschaft vorgehalten werden!

Tabelle 3B: Komplexziffernbereich EBM, IVF.

EBM-Kapitel		III.b					
EBM-Abschnitt		8.5					
EBM-GOP, EBM-Bereich		08540	08550	08551	08552	08560	08561
Beschreibung	Gewinnung und Untersuchung(en) des Spermas	In-vitro-Fertilisation (IVF) mit anschließendem Embryo-Transfer (ET)	Maßnahmen zur In-vitro-Fertilisation (IVF) entsprechend der Gebührenordnungsposition 08550	Maßnahmen zur In-vitro-Fertilisation (IVF) entsprechend der Gebührenordnungspositionen 08550 bzw. 08560	IVF einschl. ICSI mit anschließendem Embryo-Transfer (ET)	IVF einschl. ICSI bis zum Ausbleiben der Zellteilung	
Bemerkung	Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall; gemäß Nr. 12.2 der Richtlinien zur künstlichen Befruchtung, Aufbereitung und Kapazitation, ggf. einschl. Laboratoriumsmedizinischer Untersuchung(en)	Abrechnungsausschluss im Zyklusfall; gemäß Nr. 10.3 der Richtlinien zur künstlichen Befruchtung, einschl. aller zur Durchführung erforderlichen Leistungen im Zyklusfall außer den Maßnahmen nach 12.1, 12.2. und 12.6	Abrechnungsausschluss im Zyklusfall; gemäß Nr. 10.3 der Richtlinien zur künstlichen Befruchtung, einschl. aller zur Durchführung erforderlichen Leistungen im Zyklusfall außer den Maßnahmen nach 12.1, 12.2. und 12.6	Abrechnungsausschluss im Zyklusfall; gemäß Nr. 10.3 der Richtlinien zur künstlichen Befruchtung, einschl. aller zur Durchführung erforderlichen Leistungen im Zyklusfall außer den Maßnahmen nach 12.1, 12.2. und 12.6	Abrechnungsausschluss im Zyklusfall; gemäß Nr. 10.5 der Richtlinien zur künstlichen Befruchtung, einschl. aller zur Durchführung erforderlichen Leistungen im Zyklusfall außer den Maßnahmen nach 12.1, 12.2 und 12.6	Abrechnungsausschluss im Zyklusfall; gemäß Nr. 10.5 der Richtlinien zur künstlichen Befruchtung, einschl. aller zur Durchführung erforderlichen Leistungen im Zyklusfall außer den Maßnahmen nach 12.1, 12.2 und 12.6	
EBM-GOP, EBM-Bereich	GOP-Bezeichnung	Anforderung => bei ^a	Abrechnung => an	GOÄ-Zuordnung X bedeutet als Teil der Komplexvergütung abgegolten und nicht neben Leistungskomplex abrechenbar			
32190	Spermiogramm	Facharztlabor	Einsender	MIII, keine Privat-LG möglich	X, Abrechnungsausschluss		
32354	Luteinisierendem Hormon (LH)	Facharztlabor	Einsender	MIII, keine Privat-LG möglich	X, in G-BA Richtlinie genannt	X, in G-BA Richtlinie genannt	
32356	Östradiol	Facharztlabor	Einsender	MIII, keine Privat-LG möglich	X, in G-BA Richtlinie genannt	X, in G-BA Richtlinie genannt	
32357	Progesteron	Facharztlabor	Einsender	MIII, keine Privat-LG möglich	X, in G-BA Richtlinie genannt	X, in G-BA Richtlinie genannt	
Kap. 32 EBM	Laboratoriumsmedizin, Molekulargenetik und Molekularpathologie	Privat-LG bzw. Facharztlabor	Einsender		X, Abrechnungsausschluss	X, Abrechnungsausschluss	

^aEs ist im Einzelfall zu prüfen, welche MII-Laborleistungen in der jeweiligen Privat-Laborgemeinschaft vorgehalten werden!

Tabelle 3C: Komplexziffernbereich EBM, Koloskopie.

EBM-Kapitel		II	III.a	III.b
EBM-Abschnitt		1.7.2	4.5.1	13.3.3
EBM-GOP, EBM-Bereich		01741	04514	13421
Beschreibung		Zusatzpauschale Koloskopie beim Säugling, Kleinkind, Kind oder Jugendlichen		
Bemerkung		Zusatzpauschale Koloskopie		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt und Abrechnungsausschluss: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild		

^aEs ist im Einzelfall zu prüfen, welche MII-Laborleistungen in der jeweiligen Privat-Laborgemeinschaft vorgehalten werden!

Tabelle 3D: Komplexziffernbereich EBM, Gynäkologie.

EBM-Kapitel		II			
EBM-Abschnitt		1.7.4	1.7.7		
EBM-GOP, EBM-Bereich		01770	01900		
Beschreibung	Betreuung einer Schwangeren gemäß Mutterschafts-Richtlinien		Beratung wegen geplanter Abruption		
Bemerkung	gemäß Abschnitt 2. b) und 4. Mutterschafts-Richtlinien i.V.m. Kölner Kommentar zum EBM		Fakultativer Leistungsinhalt: Immunologische Schwangerschaftstests		
EBM-GOP, EBM-Bereich	GOP-Bezeichnung	Anforderung ==> bei ^a	Abrechnung ==> an	GOÄ-Zuordnung	X bedeutet als Teil der Komplexvergütung abgegolten und nicht neben Leistungskomplex abrechenbar
32035	Erythrozytenzählung	Praxis selbst bzw. Facharztlabor	Einsender	MI bzw. MIII, keine Privat-LG möglich	X, in G-BA Richtlinie genannt
32038	Hämoglobin	Praxis selbst bzw. Facharztlabor	Einsender	MI bzw. MIII, keine Privat-LG möglich	X, in G-BA Richtlinie genannt
32030	Orientierende Untersuchung (Eiweiß, Zucker im Urin)	Praxis selbst bzw. Facharztlabor	Einsender	MI bzw. MIII, keine Privat-LG möglich	X, in G-BA Richtlinie genannt
32031	Mikroskopische Untersuchung des Harns auf morphologische Bestandteile	Praxis selbst bzw. Facharztlabor	Einsender	MI bzw. MIII, keine Privat-LG möglich	X, in G-BA Richtlinie genannt
32120	Mechanisiertes Blutbild, Retikulozytenzählung	Privat-LG	Einsender		X, in G-BA Richtlinie genannt
32132	Immunologische Schwangerschaftstests	Facharztlabor	Einsender	MIII, keine Privat-LG möglich	X, fakultativ
32352	Choriongonadotropin (HCG und/oder β -HCG)	Facharztlabor	Einsender	MIII, keine Privat-LG möglich	X, fakultativ

^aEs ist im Einzelfall zu prüfen, welche MI-Laborleistungen in der jeweiligen Privat-Laborgemeinschaft vorgehalten werden!

Tabelle 3E: Komplexziffernbereich EBM, OP-Vorbereitung.

EBM-Kapitel		IV				
EBM-Abschnitt		31.1.2				
EBM-GOP, EBM-Bereich		31010	31011	31012	31013	32.2.5
Beschreibung		Operationsvorbereitung bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum 12. Lj	Operationsvorbereitung für Eingriffe bei Jugendlichen und Erwachsenen bis zum vollendeten 40. Lj	Operationsvorbereitung bei Eingriffen bei Patienten nach Vollendung des 40. Lj	Operationsvorbereitung bei Patienten nach Vollendung des 60. Lj	Präoperative Labordiagnostik vor Eingriffen in Narkose oder in rückenmarksnaher Regionalanästhesie
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Laboruntersuchungen (Nr. 32101, 32125 und/oder 32110 bis 32116) Abrechnungsabschluss am Behandlungstag: Kap. 32	Fakultativer Leistungsinhalt: Laboruntersuchungen (Nr. 32101, 32125 und/oder 32110 bis 32116) Abrechnungsabschluss am Behandlungstag: Kap. 32	Fakultativer Leistungsinhalt: Laboruntersuchungen (Nr. 32101, 32125 und/oder 32110 bis 32116) Abrechnungsabschluss am Behandlungstag: Kap. 32	Obligator Leistungsinhalt: 32125 und/oder 32110 bis 32116 Fakultativer Leistungsinhalt: 32101, Weiterführende Labordiagnostik gem. 32.2) Abrechnungsabschluss am Behandlungstag: Kap. 32	Abrechnungsabschluss in der selben Sitzung
EBM-GOP, EBM-Bereich	GOP-Bezeichnung	Anforderung ==> bei*	Abrechnung ==> an	GOÄ-Zuordnung		
X bedeutet als Teil der Komplexvergütung abgegolten und nicht neben Leistungskomplex abrechenbar						
32035	Erythrozytenzählung	Praxis selbst oder kl. Blutbild aus Privat-LG	Einsender	bei Eigenerbringung in der Arztpraxis sonst Privat-LG		
32036	Leukozytenzählung	Praxis selbst oder kl. Blutbild aus Privat-LG	Einsender	bei Eigenerbringung in der Arztpraxis sonst Privat-LG		
32037	Thrombozytenzählung	Praxis selbst oder kl. Blutbild aus Privat-LG	Einsender	bei Eigenerbringung in der Arztpraxis sonst Privat-LG		
32038	Hämoglobin	Praxis selbst oder kl. Blutbild aus Privat-LG	Einsender	bei Eigenerbringung in der Arztpraxis sonst Privat-LG		
32039	Hämatokrit	Praxis selbst oder kl. Blutbild aus Privat-LG	Einsender	bei Eigenerbringung in der Arztpraxis sonst Privat-LG		
32047	Retikulozytenzählung	Privat-LG	Einsender			

Tabelle 3E (weiter)

EBM-Kapitel		IV			
EBM-Abschnitt		31.1.2			
EBM-GOP, EBM-Bereich		31010	31011	31012	31013
Beschreibung		Operationsvor- bereitung bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum 12. Lj	Operationsvor- bereitung für Eingriffe bei Jugendlichen und Erwachsenen bis zum vollendeten 40. Lj	Operationsvor- bereitung bei Eingriffen bei Patienten nach Vollendung des 40. Lj	Operationsvor- bereitung bei Patienten nach Vollendung des 60. Lj
Bemerkung		Fakultativer Leistungsinhalt: Laboruntersu- chungen (Nr. 32101, 32125 und/oder 32110 bis 32116) Abrechnungs- abschluss am Behandlungstag: Kap. 32	Fakultativer Leistungsinhalt: Laboruntersu- chungen (Nr. 32101, 32125 und/oder 32110 bis 32116) Abrechnungs- abschluss am Behandlungstag: Kap. 32	Fakultativer Leistungsinhalt: Laboruntersu- chungen (Nr. 32101, 32125 und/oder 32110 bis 32116) Abrechnungs- abschluss am Behandlungstag: Kap. 32	Obligator Leistungsinhalt: 32125 und/oder 32110 bis 32116 Fakultativer Leistungsin- halt: 32101, Weiterführende Labordiagnostik gem. 32.2) Abrechnungs- abschluss am Behandlungstag: Kap. 32
		Abrechnungs- abschluss in der selben Sitzung			
		32125			
		Präoperative Labordiagnostik vor Eingriffen in Narkose oder in rückenmarksnä- her Regionalan- ästhesie			

EBM-GOP, EBM-Bereich	GOP-Bezeichnung	Anforderung => bei*	Abrechnung => an	GOÄ-Zuordnung	X bedeutet als Teil der Komplexvergütung abgegolten und nicht neben Leistungskomplex abrechenbar
32057	Glukose	Privat-LG	Einsender		X, Abrechnungs- abschluss
32066	Kreatinin (Jaffé-Methode)	Privat-LG	Einsender		X, Abrechnungs- abschluss
32067	Kreatinin, enzymatisch	Privat-LG	Einsender	Privat-LG in der Regel Jaffé-Methode	X, Abrechnungs- abschluss
32071	Gamma-GT	Privat-LG	Einsender		X, Abrechnungs- abschluss
32081	Kalium	Privat-LG	Einsender		X, Abrechnungs- abschluss
32101	TSH	Facharztlabor	Einsender	MIII, keine Privat-LG möglich	X, fakultativ
32110	Blutungszeit (standardisiert)	Facharztlabor	Einsender	MIII, keine Privat-LG möglich	X, obligat

Tabelle 3E (weiter)

32111	Rekalzifizierungszeit	Facharztlabor	Einsender	MIII, keine Privat-LG möglich	X, fakultativ	X, fakultativ	X, obligat
32112	PTT	Privat-LG	Einsender		X, fakultativ	X, fakultativ	X, obligat
32113	Quick-Wert, Plasma	Privat-LG	Einsender		X, fakultativ	X, fakultativ	X, obligat
32114	Quick-Wert, Kapillarblut	Privat-LG	Einsender		X, fakultativ	X, fakultativ	X, obligat
32115	Thrombinzeit	Privat-LG	Einsender		X, fakultativ	X, fakultativ	X, obligat
32116	Fibrinogen	Facharztlabor	Einsender	MIII, keine Privat-LG möglich	X, fakultativ	X, fakultativ	X, obligat
32120	Mechanisieretes Blutbild, Retikulozytenzählung	Privat-LG	Einsender				X, Abrechnungs-ausschluss
32122	Mechanisierter vollständiger Blutstatus	Privat-LG	Einsender				X, Abrechnungs-ausschluss
32125	Präoperative Labordiagnostik	Privat-LG	Einsender		X, fakultativ	X, fakultativ	X, obligat
Kap. 32 EBM	Laboratoriumsmedizin, Molekulargenetik und Molekularpathologie	Privat-LG bzw. Facharztlabor	Einsender		X, Abrechnungs-ausschluss	X, Abrechnungs-ausschluss	X, Abrechnungs-ausschluss
Kap. 32.2 EBM	Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen	Privat-LG bzw. Facharztlabor	Einsender				X, fakultativ

*Es ist im Einzelfall zu prüfen, welche MII-Laborleistungen in der jeweiligen Privat-Laborgemeinschaft vorgehalten werden!

Tabelle 3F: Komplexziffernbereich EBM, Herzkatheter.

EBM-Kapitel					IV
EBM-Abschnitt					34.2.9
EBM-GOP, EBM-Bereich					34291
Beschreibung					Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie
Bemerkung					Fakultativer Leistungsinhalt: Gerinnungsuntersuchung(en) (z. B. aktivierte Gerinnungszeit);,, Abrechnungsausschluss in der selben Sitzung: Kap. 32
EBM-GOP, EBM-Bereich	GOP-Bezeichnung	Anforderung ==> bei ^a	Abrechnung ==> an	GOÄ-Zuordnung	X bedeutet als Teil der Komplexvergütung abgegolten und nicht neben Leistungskomplex abrechenbar
32110	Blutungszeit (standardisiert)	Facharztlabor	Einsender	MIII, keine Privat-LG möglich	X, fakultativ
32111	Rekalzifizierungszeit	Facharztlabor	Einsender	MIII, keine Privat-LG möglich	X, fakultativ
32112	PTT	Privat-LG	Einsender		X, fakultativ
32113	Quick-Wert, Plasma	Privat-LG	Einsender		X, fakultativ
32114	Quick-Wert, Kapillarblut	Privat-LG	Einsender		X, fakultativ
32115	Thrombinzeit	Privat-LG	Einsender		X, fakultativ
32116	Fibrinogen	Facharztlabor	Einsender	MIII, keine Privat-LG möglich	X, fakultativ
32117	Fibrinmonomere, Spaltprodukte (qualitativ)	Facharztlabor	Einsender	MIII, keine Privat-LG möglich	X, fakultativ
Kap. 32 EBM	Laboratoriumsmedizin, Molekulargenetik und Molekularpathologie	Privat-LG bzw. Facharztlabor	Einsender		X, Abrechnungsausschluss

^aEs ist im Einzelfall zu prüfen, welche MII-Laborleistungen in der jeweiligen Privat-Laborgemeinschaft vorgehalten werden!

Rechtsquellen und Referenzen

1. Gebührenordnung für Ärzte, in der Fassung der Bekanntmachung vom 09.02.1996, zuletzt geändert durch Gesetz vom 04.12.2001.
2. Einheitlicher Bewertungsmaßstab, in der Fassung mit Wirkung vom 01.04.2015.
3. Sozialgesetzbuch V, vom 20.12.1988, zuletzt geändert durch Gesetz vom 15.04.2015.
4. Bundesmantelvertrag-Ärzte, in der Fassung vom 01.01.2015.
5. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V, in der Fassung vom 21.03.2013, zuletzt geändert am 20.02.2014.
6. „Tuberkulose und atypische Mykobakteriose“, Beschluss vom 19.12.2013, in Kraft getreten am 24.04.2014.
7. „Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle“, Beschluss vom 20.02.2014, in Kraft getreten am 26.07.2014.
8. „Gynäkologische Tumoren“, Beschluss vom 22.01.2015, noch nicht in Kraft getreten.
9. „Marfan-Syndrom“, Beschluss vom 22.01.2015, in Kraft getreten am 30.6.2015.
10. Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Stand: 01.12.2014, Verlag C.H. Beck München.
11. Anlage 5 zur Vereinbarung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie die erforderlichen Vordrucke für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV-AV), in Kraft getreten zum 01.10.2014.

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass keine wirtschaftlichen oder persönlichen Interessenkonflikte bestehen.