

# Die Laborreform, eine „never ending story“. Der Anfang vom Ende?



Mit der Änderung der Vorgaben zu Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen setzt mit Wirkung zum drittem bzw. vierten Quartal 2012 die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) einen Antrag der Vertreterversammlung (!) vom 26. April 2012, Vorgaben zu Kostenerstattung im Labor zu machen, durch (Information der KBV 71/2012).

Dies betrifft uns niedergelassene Urologen alle mehr oder weniger, ob mit oder ohne Laborzulassung. Eine budgetierte Kosten-erstattung haben wir heute schon mit dem Wirtschaftlichkeitsbonus und dem Sachkostenbudget. Wird der Rotstift jetzt erst recht angesetzt? Für unsere Urologen hat man einen bundesweiten Referenzfallwert von vier Euro ermittelt - vier Euro pro Behandlungsfall. Das mag auf den ersten Blick wenig erscheinen; bei differenzierter und wirtschaftlicher Betrachtung sieht das schon anders aus.

Zweck der Laborbudgetierung ist, eine Mengendynamik im Labor zu unterbinden. Zielforderung der Vertreterversammlung der KBV: künftig mehr Geld für Arztleistungen als für Laborleistungen auszugeben. Eine hehre Forderung; dagegen ist nichts einzuwenden, solange das Labor eine ärztliche Leistung und das Teillabor bei den Fachärzten bleibt!

Insbesondere Fachärzte wie wir Urologen erfüllen mit dem Teillabor in der urologischen Praxis eine qualifizierte und auch rationelle medizinische Versorgung. Das Labor in der Praxis, in der Hand des klinisch tätigen Arztes, stellt eine medizinisch notwendige und wirtschaftliche Diagnostik dar - wohnortnah und flächendeckend. Der Teilbereich Labor ist essentieller Bestandteil ambulanter urologischer Versorgung: die Mikrobiologie, die andrologische Diagnostik wie auch Hormon- und Tumormarkerbestimmung.

Dies in einer qualifizierten ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zu sichern, muss das Ziel der ärztlichen Selbstverwaltung sein und nicht das Labor als ärztliche Leistung in Frage zu stellen oder gar auszugliedern.

Der BDU setzt sich dafür ein, dass auch oben genannte Laborbereiche zu Kernaufgaben der

urologischen Versorgung gehören.

Nicht der Referenzfallwert von vier Euro ist letztendlich das Problem, sondern den Fachärzten das Teillabor zu entziehen. Die Mehrheit der urologischen Leistungserbringer mit Teillabor wird mit dieser Pauschale zurechtkommen, vorausgesetzt, man richtet sich nach dem medizinisch Notwendigen und berücksichtigt betriebswirtschaftliche Aspekte.

Herzliche Grüße  
Ihr

**Axel Schroeder**

BDU-Präsident

Neumünster, Juni 2012

Pressemitteilung von 2008 als Vorgeschichte:

## Schrittweise Einführung der Laborreform ab Oktober

Köhler: Labor bleibt ärztliche Leistung

**Berlin, 22. Juli 2008** – Die Laborreform kommt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) einigte sich jetzt im Gemeinsamen Bewertungsausschuss mit den Vertretern der Krankenkassen auf Einzelheiten. Erste Reformetappe ist die Direktabrechnung, die ab dem 1. Oktober gilt. Laborgemeinschaften rechnen ihre erbrachten Leistungen dann direkt mit den Kassenärztlichen Vereinigungen ab. „Dadurch wird das Verhältnis der Laborgemeinschaft zum einzelnen Arzt transparenter“, erläuterte Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der KBV, heute in Berlin.

„Dieses Verfahren wird nicht dazu führen, dass Laborgemeinschaften Umsatz- oder Gewerbesteuer zahlen müssen“, betonte er. Auch die Sorge, die Direktabrechnung führe zu Liquiditätsproblemen, sei unbegründet. „Es sind monatliche Abschlagszahlungen vorgesehen“, so Köhler.

Entschieden haben KBV und Krankenkassen darüber hinaus, die Rolle des Präsenzlabors in den Arztpraxen wieder zu stärken. Ärzte sollen die Parameter, die sie zur Diagnose brauchen, dadurch schnell zur Verfügung haben. Neun Parameter wurden hierfür festgelegt, drei – D-Dimer, Quickwert und Glukosebestimmung – werden bei der Abrechnung künftig aufgewertet.

Im kommenden Jahr stehen Veränderungen bei der Selbstzuweisung an. Ab 2009 können nur noch Fachärzte, bei denen Laboruntersuchungen zum Kern ihres Fachgebiets zählen, Speziallaborparameter abrechnen. Es ist vorgesehen, diese Maßnahmen über einen Zeitraum von fünf Jahren zu strecken.

Durch die Laborreform rechnet die KBV mit Einsparungen.

„Das gesparte Geld geht den Kolleginnen und Kollegen nicht verloren. Die Wirtschaftlichkeitsreserven werden den Ärzten und damit der kurativen Versorgung zugute kommen“, versicherte Köhler.

Allein durch die Erhöhung der Wirtschaftlichkeitsboni kommt ein Volumen von rund 55 Millionen Euro zusammen, von dem wiederum die Ärzte profitieren. Wenn der Hausarzt künftig wirtschaftlich mit Laborparametern umgeht, wird sein Verhalten im Zuge der Laborreform mit 48 statt 40 Punkten belohnt.

Einen Katalog mit den häufigsten Fragen und Antworten zur Laborreform hat die KBV ins Internet gestellt: <http://www.kbv.de/themen/12563.html>.

### Ansprechpartner für die Presse:

**Dr. Roland Stahl,**  
Tel.: 030 / 4005-2201

**Tanja Riepelmeier,**  
Tel.: 030 / 4005-2240

**Nadine Hintzke,**  
Tel.: 030 / 4005-2208-2

## Änderung der Vorgaben zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen

10. Sitzung der Vertreterversammlung (Sondersitzung) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (14. Amtsperiode) am 26. April 2012 in Berlin

### Antrag 1: Anpassung der KBV-Vorgaben zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen von: Vorstand KV: Kassenärztliche Bundesvereinigung

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

Die Vertreterversammlung beauftragt den Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, mit Wirkung zum 1. Juli 2012, spätestens aber zum 1. Oktober 2012 (Ausnahme FKZ), seine Vorgaben zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen wie folgt anzupassen und das Be- bzw. Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband hierzu herzustellen:

- a. Neufestlegung des regionalen Vorwegabzugs für Laborleistungen im Rahmen der Trennung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) auf der Bemessungsgrundlage, wie sie für die Bestimmung der MGV im Jahr 2009 maßgeblich war (Bruttoleistungsbedarf 2008 in Punkten, multipliziert mit der bundesdurchschnittlichen für die entsprechenden Leistungen sich ergebenden HVV-Quote, multipliziert mit den Veränderungsdaten 2009 ff., multipliziert mit dem Orientierungswert in Höhe von 3,5048 Cent).
- b. Die Berechnung einer bundeseinheitlichen Abstaffelungsquote erfolgt aus der Summe der so ermittelten KV-spezifischen Vergütungsvolumina und der im Vorjahresquartal deutschlandweit

abgerechneten Leistungsmenge.

- c. Die Abstaffelungsquote wird auf die insgesamt angeforderten Kostenerstattungen des gesamten Kapitels 32 EBM (Allgemein- und Speziallabor) angewendet.
- d. Die veranlasserbezogene Budgetierung erfolgt auf der Basis der unquotierten Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.
- e. Eine Streichung der Regelung zur 20 %igen Minderung der Kostenerstattungen im Speziallabor nach dem Abschnitt 32.3 EBM bei mehr als 450.000 abgerechneten Gebührenordnungspositionen wird nicht weiterverfolgt.
- f. Für Vertragsärzte, die zur Abrechnung von Laboratoriumsuntersuchungen berechtigt sind und nicht Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sind, wird eine arztgruppenspezifische fallwertbezogene Mengensteuerung aufgenommen. Die Kassenärztliche Vereinigung kann auf Antrag eines Vertragsarztes im Einzelfall die Mengensteuerung ändern oder aussetzen.

**Begründung:** mündlich

**Antrag 3: Labor-Sicherheitsabschluss von: Dres. Heckemann, John, Krombholz KV: Sachsen, Sachsen-Anhalt, Bayerns**

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

Bei der Festlegung der Quote für die Laborleistungen wird ein Sicherheitsabschluss entsprechend der Höhe der durchschnittlichen jährlichen Leis-

tungsdynamik der Laborleistungen der letzten 3 Jahre vorgenommen.

**Begründung:** Das Ziel, eine weitere Ausdehnung der Anforderungen für Laborleistungen zu Lasten aller anderen Arztgruppen zu verhindern, ist nur erreichbar, wenn auch die unterjährige Leistungsdynamik kostenneutral aufgefangen werden kann.

Dies wäre mit der oben genannten Regelung abzusichern.

nachgewiesener Praxisbesonderheit.

Es muss schon die Frage erlaubt sein, warum urologische Labordiagnostik in Bayern mit einem dreimal so hohen Fallwert wie z.B. in Schleswig-Holstein ausfällt. Besteht hier eine unterschiedliche Versorgungsqualität oder eine Leistungsausweitung jenseits der medizinischen Indikation? Das spezielle Labor zur Kompensation von Honorarverlusten? Verständlich, aber kein Argument. Labor als Ersatz von Honorarverlusten gefährdet das Labor nicht nur betriebswirtschaftlich, sondern generell als ärztliche Leistung.

Nichts anderes steckt hinter der Laborreform von 2008: das Labor auf das Kerngebiet des Faches zu beschränken. Eine aktuelle Übergangsvereinbarung soll zum 31. Dezember 2013 auslaufen!

Zu einer rationalen Labordiagnostik gehört deshalb die Plausibilität der Leistungserbringung. Daher empfiehlt der BDU-Hauptausschuss folgendes Vorgehen.

1. KV'en (BDU-Landesvorsitzender) zum Aussetzen der KBV-Vorgaben im dritten Quartal 2012 auffordern (ist in der Regel erfolgt).
2. Aufnahme regionaler Verhandlung und Umsetzung der Laborvorgaben entsprechend dem regionalen Versorgungsbedarf: ein selektiver fachgruppenspezifischer Referenzwert – Urologie oder – ein Individualbudget pro Praxis bzw. Arzt gemäß Qualifikation und Zulassung mit Wirkung zum vierten Quartal 2012
3. ggf. individueller (persönlich durch Vertragsarzt) Antrag auf Budgeterweiterung bei Praxisbesonderheit gem § 87b Abs.4 SGB V ; Teil E 3.5.5 an den jeweiligen KV-Vorstand
4. ggf. Rechtsmittel auf Bundesebene (KBV/BDU) und/oder regional Einzelklage Arzt/KV
5. neue Versorgungsform im Labor (Kooperation), in der urologischen überörtlichen Be-

rufsausübungsgemeinschaft (ÜBAG) oder eine Laborgemeinschaft Urologie mit angestelltem Labormediziner.

Nachfragen stellen Sie bitte an die jeweiligen Landesvorsitzenden des BDU.

Aus diesem Grunde ist der BDU bestrebt, unabhängig von der Weiterbildungsordnung vor Auslaufen dieser Übergangsvereinbarung zumindest die komplette Mikrobiologie, ggf. Tumormarker- und Hormondiagnostik als weitere Kernleistungen des Faches Urologie in der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung zu implementieren.

Ansonsten wird für die Urologinnen/Urologen das Kapitel 32.2 und 32.3 EBM für immer geschlossen.

Damit wird weiterhin das Fach Urologie in seinen Kerngebieten reduziert: nach der Radiologie nun das Labor. Für die Onkologie melden auch andere Fachgruppen ihre Ansprüche an, so dass das Fach Urologie insgesamt auf den Prüfstand steht. Ein Zurückdrängen in den „common trunk“ der Chirurgie muss mit allen Mitteln verhindert werden.

Überzeugen wir alle „Player“ im System und die Gesellschaft von der Notwendigkeit einer urologischen Versorgung. Das bedeutet neue Versorgungsaufgaben wie die fachärztliche Betreuung der Menschen in der stationären und ambulanten Pflege, wie die Altersmedizin in der Urologie, aber auch die Prävention und das nicht nur in Sachen Männergesundheit.

Das Berufsfeld der Urologie ist im Wandel, in der Klinik und in der Praxis: Urologie als integratives Fach – Versorgung aus erster Hand, von der Prävention und Versorgung, über Diagnose, Beratung und Therapie bis zu Rehabilitation und Nachsorge.

Gestalten wir dieses, dann hat die Urologie auch Zukunft!

**Axel Schroeder**  
Präsident

## Labor in ärztlicher Hand – noch medizinisch sinnvoll?

### Vorgaben zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen

In der fachärztlichen Versorgung, insbesondere der Organfächer (z.B. Urologie) ist die Versorgung aus einer Hand ein Qualitätsmerkmal, das sich in der Patientenversorgung bewährt hat. Der BDU fordert von der KBV, die Grundstruktur und Rahmenbedingung zu erhalten. Eine pauschale, undifferenzierte Budgetierung gefährdet die qualifizierte wohnortnahe Versorgung. Die Mehrheit der niedergelassenen Urologen wird bei differenzierter Betrachtung mit diesem Referenzfallwert auskommen. Rationelle Labordiagnostik: ja, wirtschaftlich ausreichend, medizinisch notwendig und sachlich richtig, aber kein falsches Signal, welches das Teillabor beim Facharzt in Frage stellt.

Der Berufsverband hat sich auf regionaler Ebene bei den KV'en dafür eingesetzt, die Möglichkeit des Aussetzens zum dritten Quartal zu nutzen. Der KBV-Beschluss ermöglicht den KV'en, die Umsetzung der Vorgaben zur Kostenerstattung im Labor entsprechend dem Versorgungsbedarf anzupassen. Diesen Zeitraum gilt es, für uns Urologen zu nutzen, um einen entsprechenden regionalen Referenzfallwert

festzulegen. Diese Handlungsfreiheit haben wieder die KV'en. Es gilt, einen urologischen Fallwert als Referenz regional zu definieren, welcher die Besonderheiten der lokalen Versorgung berücksichtigt.

Alternativ ist hier ein Individualbudget pro Arzt zu fordern. Der undifferenzierte Referenzfallwert von vier Euro führt unweigerlich zur Fehl- bzw. Unterversorgung. Für die einen sind vier Euro pro Behandlungsfall zu viel, für die anderen zu wenig.

Der durchschnittliche Fallwert in der Urologie ist regional sehr unterschiedlich:

- in Schleswig-Holstein 4,60 Euro
- in Nordrhein 6,63 Euro,
- in Hamburg 7,20 Euro,
- in Bayern 15,00 Euro.

Es gibt aber auch KV-Bereiche, in denen die Urologen unter vier Euro liegen. Eine wirtschaftliche Leistungserbringung ist ab dem Fallwert von neun Euro nicht mehr möglich. Hier bleibt nur, auf persönlichen Antrag, eine Anpassung des Fallwertes bei

## Brief des BDU-Landesverbandes Westfalen-Lippe an die KVWL

### Laborreform

#### Information der KBV 71/2012

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe  
Vorstand  
Dr. med. Wolfgang-Axel Dryden  
Dr. med. Gerhard Nordmann  
Dr. rer. soc. Thomas Kriedel  
Robert-Schimrigk-Str. 4 - 6  
44141 Dortmund 12.5.12

Sehr geehrter Herr Kollege Dryden, sehr geehrter Herr Kollege Nordmann, sehr geehrter Herr Kriedel,

den Plänen der KBV zur Einführung von Budgets für das OIII Labor muss entschieden widersprochen werden.

Urologen bieten die komplette Diagnostik und Therapie in einer Hand an. Dies gewährleistet einen hohen Standard in der Versorgung. Wesentlich ist die ganzheitliche Betrachtung von Patient und Parameter in engem zeitlichen Zusammenhang und die Beurteilung des Verlaufs, fundiert durch die detaillierten Kenntnisse über die verwendeten Analysemethoden.

Exemplarisch zeigt dies die aktuelle Diskussion zu multiresistenten Keimen und Hospitalismus. Urologen sind durch ihre bakteriologische Diagnostik kurzfristig in der Lage, eine differenzierte Therapie von Harnwegsinfektionen zu leisten und so den ungezielten Einsatz von Antibiotika zu reduzieren und vor allem zu vermeiden.

Die neue Regelung der KBV offenbart wieder einmal die Unkenntnis über das tatsächliche Spektrum urologischer Tätigkeit. Der bisher nicht budgetierte Laborbereich zeigt exemplarisch die Entwicklung im Gesundheitswesen auf. Vermehrte Laboranalysen durch Urologen sind das Resultat der zunehmen-

den Morbidität einer alternden Gesellschaft sowie der verbesserter Qualifikation und veränderter diagnostischer und therapeutischer Verfahren in der Urologie. Selbstverständlich kommt es zu Weiterentwicklungen in der Diagnostik. Daraus resultiert logischerweise eine Zunahme der notwendigen Analysen.

Dargestellt wird dies nun als ein von den Ärzten veranstalteter Kompensationsmechanismus zur Honoraroptimierung oder -stabilisierung. Es geht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung somit einzig um die Kostenkontrolle. Auf diese Diskussion werden wir uns gar nicht einlassen. Urologen beweisen durch ihr Engagement im Gebiet der Fort- und Weiterbildung, dass sie sich den veränderten Bedingungen in der Medizin stellen und ihre Arbeit nicht auf dem Stand ihres Staatsexamens praktizieren. Die Diagnostik urologischer Erkrankungen erfolgt im hohen Maße durch Laboranalysen, die durch Urologen selbst eigenverantwortlich und mit Sachverstand unmittelbar erbracht werden, und für die sie gemäß Weiterbildungsordnung ausgebildet sind.

Ein pauschales Budget, in welcher Höhe auch immer, für die Fachgruppe der Urologen berücksichtigt nicht die Zusatzqualifikationen. So ist die Zusatzqualifikation Andrologie im EBM überhaupt nicht abgebildet. Urologen, die diese Zusatzqualifikation erworben haben und über die Zulassung der Erbringung der Leistung des Kapitels 32.3 EBM verfügen, müssen zwangsläufig ein höheres Kontingent an Laborleistungen erbringen. Schließlich werden sie von einer bestimmten Patientengruppe deshalb gezielt aufge-

sucht. Deshalb wurde das Spermogramm jüngst aufgewertet.

Ist dies in den Berechnungen der KBV berücksichtigt?

Ebenfalls nicht berücksichtigt ist die höhere diagnostische Belastung im Rahmen von Tumorerkrankungen (Diagnostik und Therapie bösartiger Erkrankungen, abgebildet durch die Zusatzqualifikation „medikamentöse Tumorthherapie“). Dies erfordert ebenfalls eine zeitnahe Labordiagnostik bei steigenden Fallzahlen. Es ist zu befürchten, dass durch den Wegfall der Labor-Ausnahmeziffern bei chronisch erkrankten Patienten notwendige Labordiagnostik nicht mehr im ausreichend Maß erbracht werden kann.

Wiederum wird nicht berücksichtigt, dass im Fachgebiet der Urologen derzeit der höchste Zuwachs an Behandlungsfällen und Morbidität durch die demographische Veränderung stattfindet. Die Bevölkerungspyramide mit den daraus resultierenden zunehmenden Konsultationen in der Zielgruppe der Prävention führt in diesen Jahren das absolute Maximum an Männern im Rahmen der Früherkennung des Prostatakarzinoms in unsere Praxen. Grenzwertig erhöhte PSA-Werte müssen leitliniengerecht kontrolliert und abgeklärt werden. Dies erfordert zusätzliche Messungen von PSA und freiem PSA, in Zukunft des proPSA. Diese Werte werden somit von einem erwartungsvollen Klientel gezielt beim Facharzt mit seiner hohen Kompetenz nachgefragt.

Palliative Therapien von Prostatakarzinomen nehmen ebenfalls bedingt durch die demographische Entwicklung zu. Zur Therapiekontrolle sind PSA-Messungen unabdingbar und dem Stand der medizinischen Versorgung entsprechend die Kontrolle der Effektivität der Medikation durch eine Messung des Testosterons.

Die zeitnahe mikrobiologische Diagnostik von Harnwegsinfekten ist zwingend notwendig, wenn eine ungezielte Behandlung mit Antibiotika vermieden

werden soll (Stichwort „resistente Keime“, „MRSA“-Thematik). Im Labor der Urologen erfolgt eine schnelle, qualitätsgesicherte Identifikation der Erreger und in der Konsequenz die optimale Therapie. In zunehmendem Maße müssen Patienten von Urologen in Altenheimen versorgt werden, bei denen eine Supervision von Harnwegsinfekten dringend angezeigt ist. Dies führt zu einer Zunahme von OIII Leistungen der Kollegen mit mikrobiologischer Zusatzqualifikation.

Folgerichtig ist ein historisch abgerechnetes Laborkontingent nicht abzusenken, sondern zu erhöhen. Der seit Jahren etablierte Modus der Ausnahmeziffern muss erhalten bleiben.

Der Einsatz des Labors ist durch die Morbidität (ICD) zu erklären und kontrollierbar! Eines Budgets bedarf es nicht.

Seit dem Staatsexamen von Herrn Köhler und anderen berufspolitischen Entscheidern hat sich die Urologie erheblich verändert. Wir sind zu Fort- und Weiterbildung verpflichtet. Besonders die Urologen in Westfalen-Lippe stellen das durch doppelte CME-Kontrolle (Onkologievereinbarung) und die Anzahl ihrer Zusatzqualifikationen unter Beweis. Eine Auseinandersetzung mit den Innovationen kann nicht schaden.

Mit freundlichen Grüßen

**Dr. med. Christian Tschuschke**

1. Landesvorsitzender

**Dr. med. Dirk Spelmeyer**

2. Landesvorsitzender



Kassenärztliche Bundesvereinigung

Dezernat 3 – Vergütung, Gebührenordnung und Morbiditätsorientierung

Bei der Auswahl der Arztgruppen, die den KBV-Vorgaben einer fallwertbezogenen Budgetierung unterliegen, hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung mehrere Kriterien angewandt. Ein wichtiges Kriterium war der jeweilige Anteil am bundesweit abgerechneten Leistungsbedarf des Abschnitts 32.3 EBM. Hier wurde ein Schwellenwert in Höhe von 4 % zugrunde gelegt. In die Bestimmung des arztgruppenspezifischen Referenzfallwertes wurden nur Praxen der jeweiligen Fachgruppe, die Laborleistungen des Abschnitts 32.3 erbringen, einbezogen. Die Fachgruppen wurden entsprechend ihrer tatsächlich berechneten durchschnittlichen Fallwerte in drei Fallwertgruppen eingeteilt. Für mehrere Fachgruppen, so auch für die Urologen, wurde der mittlere Bedarf im Behandlungsfall und somit der Referenzfallwert mit 4 € ermittelt. Diese konnten daher in einer Referenzfallwertgruppe zusammengefasst werden. Für Praxen mit besonderen Schwerpunkten kann die KV nach geltendem Beschluss regional eigenständige Vorgaben erlassen.

Der Fallwert wird angesetzt für jeden Behandlungsfall, in Berufsausübungsgemeinschaften wird dabei der prozentuale Anteil des zugelassenen Eigenerbringers an den Gesamtfällen zu Grunde gelegt. Für Behandlungsfälle mit Laborausnahmeziffern gelten bezüglich der Quotierung keine Ausnahmen.

Aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wurde durch die Änderung der Vorgaben wesentlichen Wünschen der Vertragsärzte entsprochen, die mehrheitlich ein zunehmendes Risiko für das gesamte Facharztbudget sahen.

Da im Beschluss eine großzügige regionale Öffnungsklausel bereits enthalten ist, die auf Wunsch der Kassenärztlichen Vereinigungen weiter flexibilisiert wurde, sind für weitere Auskünfte zur Umsetzung der Vorgaben im Detail die für den jeweiligen Vertragsarzt zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen anzufragen.

Ich hoffe, ich konnte zur weiteren Klärung beitragen und stehe Ihnen für weitere Fragen wie gewohnt zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Patricia Klein  
Dezernentin