

Deutsches Ärzteblatt print

Rieser, Sabine

Umsetzung der Laborreform: Am 1. Oktober geht es los

Dtsch Arztebl 2008; 105(31-32): A-1654

POLITIK

Mit der neuen Direktabrechnung für Laborgemeinschaften wird das erste Element der Laborreform umgesetzt. Weitere Änderungen folgen; dadurch sollen 120 Millionen Euro frei werden. Dieses Geld steht beispielsweise für neue Laborleistungen zur Verfügung.

Dass sich im Laborbereich einiges ändern wird, ist seit Längerem klar. Bereits im Juli 2006 hatte die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) grünes Licht für eine umfassende Laborreform gegeben. Die wichtigsten Zielvorgaben damals lauteten: Überprüfung der Leistungen, vor allem im Kapitel 32 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), Neukalkulation der Vergütung, Stärkung des Präsenzlabor. Nun, zwei Jahre später, hat sich die KBV im Bewertungsausschuss mit den Vertretern der Krankenkassen auf Einzelheiten der Laborreform verständigt (siehe Bekanntgabe in diesem Heft). Nicht alle Beschlüsse werden aber sofort umgesetzt.



Mehr Kontrolle in der Praxis: Das Präsenzlabor wird gestärkt. Einzelne Laborleistungen von Hausärzten werden in Zukunft besser vergütet. Foto: Eberhard Hahne

Erste Etappe der Reform ist die Direktabrechnung für Laborgemeinschaften mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die zum vierten Quartal 2008 eingeführt wird. „Dadurch wird das Verhältnis der Laborgemeinschaft zum einzelnen Arzt transparenter“, sagt KBV-Vorstand Dr. med. Andreas Köhler. Nach Ansicht der KBV befürworten diese Änderung rund 90 Prozent der

Laborgemeinschaften. Nur Einzelne unter ihnen sträubten sich, heißt es. Kritik komme vor allem von Ärzten, die bisher finanziell als Berater von Laborgemeinschaften profitierten.

„Es ist aber ungerechtfertigt, dass nur durch eine bloße Mitgliedschaft an Laborgemeinschaften verdient wird“, betont der KBV-Honorarexperte, Dr. med. Bernhard Rochell. Viele überschätzten zudem die Einnahmen aus regulären Mitgliedschaften an Laborgemeinschaften: „Im Durchschnitt erzielen Ärzte hieraus lediglich 60 Euro netto pro Monat.“

Durch die Direktabrechnung soll den sogenannten Kick-back-Modellen ein Ende bereitet werden. Seit Jahren ist bekannt, dass Anbieter niedergelassenen Ärzten, die sie beauftragen, Laborleistungen unter dem Honorar anbieten, das die KV zahlt – sofern diese Ärzte genug lukrative Speziallaborleistungen in Auftrag geben.

Noch etwas ist der KBV wichtig: Entgegen anders lautenden Gerüchten ist sie davon überzeugt, dass die Direktabrechnung nicht dazu führen wird, dass Laborgemeinschaften Umsatz- oder Gewerbesteuer zahlen müssen. Auch die Sorge, das neue Abrechnungsverfahren führe zu Liquiditätsproblemen, kann sie nicht nachvollziehen: Es seien wie gewohnt monatliche Abschlagszahlungen der KVen vorgesehen.

Entschieden haben KBV und Krankenkassen weiterhin, die Rolle des Präsenzlabors in den Arztpraxen wieder zu stärken. Hierfür wurden neun Parameter festgelegt, drei davon werden bei der Abrechnung aufgewertet: das D-Dimer, der Quickwert und die Glucosebestimmung. „Ein Arzt soll rasch die Parameter zur Verfügung haben, die er für Diagnose und Therapie braucht“, sagt Rochell.

Er weiß, dass die Aufwertung des Präsenzlabors vor allem bei Hausärzten auf Skepsis stößt, weil die Anschaffung von Laborautomaten bis zu 2 500 Euro kostet. „Die Honorare sind aber vernünftig kalkuliert“, stellt Rochell klar. Die Kosten seien damit gedeckt. Auch die Bezahlung interner und externer qualitätssichernder Maßnahmen ist demnach einkalkuliert.

Beschlossen sind auch Veränderungen bei der Selbstzuweisung. Nach Informationen der KBV lagen die Fallwerte von Selbstzuweisern bislang zum Teil dreimal so hoch wie die des Durchschnitts. Damit soll nun Schluss sein: Speziallaborparameter können nur noch Fachärzte abrechnen, bei denen Laboruntersuchungen zum Kern ihres Fachgebiets zählen.

Kapitel 32: Kategorie „ähnliche Ziffern“ wird gestrichen

Allerdings ist vorgesehen, die entsprechenden Maßnahmen über fünf Jahre zu strecken. Kurzfristig sollen hingegen indikationsbezogene Höchstwertregelungen greifen, um überschießende Mengenentwicklungen einzudämmen. Zudem werden die Leistungen des Speziallabors mit Wirkung zum 1. Januar 2009 neu bewertet.

Weitergekommen ist die KBV auch mit dem Kapitel 32. Dort gibt es die

Kategorie „ähnliche Ziffern“. Die sind seit Langem ein Ärgernis. „Eigentlich gedacht für die schnelle und unkomplizierte Aufnahme neuer wichtiger medizinischer Laboruntersuchungen, werden diese auch genutzt, um wissenschaftlich fragwürdige Untersuchungen zu berechnen“, heißt es bei der KBV.

Nun ist beschlossen worden, obsolete „ähnliche Leistungen“ im Kapitel 32 ganz zu streichen. Einen Wunschtermin haben Kassen und KBV bereits vereinbart: den 30. Juni 2009. Er lässt sich jedoch nur einhalten, wenn bis dahin tatsächlich ein griffiges Verfahren zur Bewertung und Aufnahme neuer Laborleistungen in den EBM installiert wäre, ein sogenanntes vereinfachtes Health-Technology-Assessment (HTA). „Das Beliebigkeitsprinzip würde durch eine klare Abbildung neuer, sinnvoller Parameter ersetzt“, erläutert Rochell. Bislang werden in Anhang 4 Leistungen aufgelistet, die überflüssig oder unwirtschaftlich sind. „Effektiver wäre es zu bestimmen, was sinnvoll ist“, findet Rochell. Nach Angaben der KBV wird zudem die Kostenerstattung des Kapitels 32 vom nächsten Jahr an in die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung überführt.

Und woher kommt das Geld für eine Aufwertung des Präsenzlabors und neue sinnvolle Leistungen? Zunächst einmal aus Einsparungen: Mit circa 120 Millionen Euro rechnet die KBV, wenn alle Änderungen wie geplant greifen. Rund 70 Millionen Euro sollen sich durch die Direktabrechnung von Laborleistungen ergeben, knapp 50 Millionen Euro aus Einsparungen beim Speziallabor O 3. Das Geld bleibe aber im System, betont Rochell: „Wir wollen das Abrechnungsgeschehen transparenter und rechtssicherer machen – zum Schutz der ehrlich abrechnenden Kollegen.“ So werden für den wirtschaftlichen Umgang mit Laborparametern die Wirtschaftlichkeitsboni für Haus- und Kinderärzte aufgewertet.

Ein Beispiel: Bei den Hausärzten wird ein entsprechendes Verhalten statt mit 40 künftig mit 48 Punkten belohnt. Alles in allem kommt durch die Aufwertung der Wirtschaftlichkeitsboni ein Volumen von rund 55 Millionen Euro zusammen. Weitere 15 Millionen Euro werden den Hausärzten durch die Aufwertung der genannten drei Laborparameter zufließen.

Ein weiterer Eckpunkt der Reform ist das Kompetenzzentrum Labor, das in Nürnberg angesiedelt ist. Es soll künftig die Selbstverwaltung unterstützen. Das Kompetenzzentrum würde dabei als Dienstleister für die KVen fungieren, um Abrechnungen zu vereinfachen oder Plausibilitätsprüfungen vorzunehmen. Mittelfristig hält man es bei der KBV für sinnvoll, mithilfe des Kompetenzzentrums so etwas wie „Leitlinien Labor“ zu entwickeln, sprich: in einer Art Stufenschema festzulegen, wann welche Laborleistung überhaupt sinnvoll ist.

Denn manche Innovation lässt sich wohl noch aus Einsparungen finanzieren. So rechnet die KBV damit, dass mittelfristig durch die Einschränkungen bei den Selbstzuweisern bis zu 300 Millionen Euro zusammenkommen. Langfristig werden die Krankenkassen womöglich aber mehr Geld für Laborleistungen ausgeben müssen, das räumt auch KBV-Vorstand Köhler ein. So lässt sich bereits heute bei manchen Tumoren nur auf der Basis aufwendiger analytischer

Verfahren entscheiden, ob eine bestimmte medikamentöse Therapie für einen Patienten sinnvoll ist oder nicht. Auch vor diesem Hintergrund sei ein HTA-Verfahren hilfreich, sagt Köhler.

Beim Berufsverband Deutscher Laborärzte (BDL) treffen die Reformbeschlüsse weitgehend auf Zustimmung: „Die positiven Elemente überwiegen“, urteilt BDL-Vorsitzender Dr. rer. nat. Andreas Bobrowski. Sein Verband hatte eine Kostenstudie erstellen lassen, um aktuelle Daten zu den Laborkosten liefern zu können.

Bobrowski befürwortet die neue Direktabrechnung der Laborgemeinschaften, aber auch das neue Kompetenzzentrum Labor: „Das brauchen wir, denn viele Labors agieren nun einmal bundesweit.“ Die Aufwertung des Präsenzlabors hält er ebenfalls für richtig: „Es gibt Parameter, die für die Ärzte vor Ort für die Behandlung von Bedeutung sind.“ Der BDL-Vorstand fordert allerdings, dass Präsenzlabore dieselben Qualitätsvorgaben erfüllen müssten wie alle anderen.

Dass in Zukunft durch verkürzte HTA-Verfahren neue Leistungen rasch aufgenommen würden, würde er begrüßen: „Wir müssen uns von Altem trennen. Neue Techniken sollten aber differenziert eingesetzt werden, vor allem, um die Diagnostik bei schwierigen Krankheitsbildern effektiver und schneller zu gestalten.“ Gleichwohl ist für ihn fraglich, ob die geplanten Einsparungen von 120 Millionen Euro sinnvoll seien. Denn Laborleistungen seien längst unterfinanziert, im Schnitt zu etwa 15 Prozent. Auf Dauer wird man seiner Ansicht nach eher mehr davon benötigen: „In einer alternden Gesellschaft sind Laborleistungen wichtig. Man kann damit nämlich beispielsweise auch gut Morbidität messen.“

Sabine Rieser

Das Wichtigste in Kürze

Die Laborreform, die von 1. Oktober 2008 an stufenweise umgesetzt wird, beinhaltet im Kern folgende Neuerungen:

- Für Laborgemeinschaften wird zum vierten Quartal 2008 die Direktabrechnung mit den KVen eingeführt.
- Die Rolle des Präsenzlabors in den Arztpraxen wird gestärkt. Hierfür wurden neun Parameter festgelegt. Drei davon werden durch die Bereitstellung von rund 15 Millionen Euro aufgewertet: das D-Dimer, der Quickwert und die Glucosebestimmung.
- Die Regeln für Selbstzuweiser ändern sich: Vom Jahr 2014 an können Speziallaborparameter nur noch jene Fachärzte abrechnen, bei denen Laboruntersuchungen zum Kern des Fachgebiets zählen. Bis dahin sollen indikationsbezogene Höchstwertregelungen überschießende Mengenentwicklungen eindämmen.
- Obsolete „ähnliche Leistungen“ in Kapitel 32 werden bis 30. Juni 2009 gestrichen – sofern sich KBV und Kassen bis dahin auf ein griffiges Verfahren zur Bewertung und Aufnahme neuer Laborleistungen geeinigt haben. Rie

© Deutscher Ärzte-Verlag