

Berufspolitische Mitteilungen 07/2018

Die Rahmenbedingungen für Laboruntersuchungen haben sich im Zuge der Laborreform zum 01. April 2018 geändert, was auch die Veranlassung und Abrechnung hämostaseologischer Untersuchungen nachhaltig beeinflusst.

Für Ärzte, die Laborleistungen erbringen, wird in der 1. Stufe der Laborreform bei der Abrechnung von Laborleistungen die bisherige Mindestquote von 91,58% auf 89% abgesenkt. Werden also Laborleistungen bei kassenärztlich Versicherten veranlasst, werden die im EBM ausgewiesenen Beträge für die jeweiligen Untersuchungen nur noch zu 89% erstattet. Dies entspricht aktuell einer weiteren Reduktion des Erlöses für diese Untersuchungen um ca. 2,8%. Die Regelung betrifft alle Ärzte, die Laborleistungen erbringen, also nicht nur Labormediziner, sondern auch Hämostaseologen, welche ein eigenes Gerinnungslabor für ihre Patienten unterhalten. Ansonsten wird die Labordiagnostik von Ärzten, die im Rahmen ihrer hämostaseologischen Tätigkeit Laboruntersuchungen durchführen und abrechnen, durch die aktuellen Regelungen nicht relevant eingeschränkt. Abzuwarten bleibt allerdings diesbezüglich das Inkrafttreten des neuen einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und die hierdurch gegebene Neufestsetzung der Abrechnung der Laborleistungen auf dem Gebiet der Hämostaseologie.

Die zweite aktuelle Änderung betrifft die Erstattung des sogenannten Wirtschaftlichkeitsbonus. Hierbei werden Ärzte unter anderem dafür finanziell entschädigt, wenn sie weniger Laboruntersuchungen bei ihren Patienten veranlassen. Hierfür werden die durchschnittlichen Laborkosten eines Arztes je Behandlungsfall und Quartal ermittelt und mit dem Durchschnitt der jeweiligen Arztgruppe verglichen. Liegt der Betrag unterhalb des für die jeweilige Arztgruppe ermittelten unteren Fallwertes, so wird der Wirtschaftlichkeitsbonus in voller Höhe erstattet, liegt er oberhalb des oberen Fallwertes wird kein Wirtschaftlichkeitsbonus gezahlt; liegt der Betrag zwischen dem unteren und oberen Fallwert, so erfolgt eine partielle Erstattung des Wirtschaftlichkeitsbonus (**Abb. 1**). Sehr ernüchternd sieht dies aus, wenn man sich die exakten Zahlen vergegenwärtigt: Für Hausärzte liegt der arztgruppenspezifische untere begrenzendes Fallwert bei etwa 1,60 Euro, der obere begrenzendes Fallwert bei etwa 3,80 Euro. Den Wirtschaftlichkeitsbonus in voller Höhe erhält also nur der Hausarzt, der für Laborleistungen je Quartal und Patientenfall weniger als 1,60 Euro aufwendet. Eine Hausarztpraxis mit 1.000 Fällen darf dann für das betreffende Quartal mit einem Wirtschaftlichkeitsbonus von ca. 2.000 Euro rechnen, entsprechend ca. 670 Euro pro Monat oder netto ca. 300–400 Euro.

Ziel dieser Maßnahme ist es, Ärzte zu einer wirtschaftlicheren Veranlassung von Laborleistungen zu motivieren. Gesundheitsgefährdend für Patienten wird dieser Ansatz, wenn durch die neue Regelung notwendige Laboruntersuchungen bei den Patienten unterbleiben. Verschärft wird dieser Aspekt durch eine Revision der Ausnahmebudgetziffern; bisher belasteten zahlreiche Laborleistungen, unter anderem die meisten der kostenintensiven hämostaseologischen Untersuchungen, nicht das Budget des veranlassenden Arztes. Von besonderem Interesse ist dabei für den Arzt, der Gerinnungsdiagnostik anfordert, die Ausnahme Kennziffer 32011. Die aktuelle Revision führt jedoch dazu, dass bei dieser Ziffer der Aspekt der Diagnostik für die Budgetbefreiung gestrichen wurde, und sich die Befreiung nur noch auf die Therapie von Erkrankungen bezieht, nicht mehr auf die Initialdiagnostik; wo hier die exakte Grenze zu ziehen ist, ist unklar, da Diagnostik und Therapie in der Regel Hand in Hand gehen und eine Therapie ohne Diagnostik kaum möglich ist. Laut Auskunft der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sollte die Streichung des Wortes „Diagnose“ so interpretiert werden, als dass die Erstdiagnostik budgetpflichtig ist und für dann folgende Untersuchungen (z. B. Kontrolle einer bekannten Hämophilie, Überwachung einer Schwangeren mit Thromboseneigung) diese Ziffer 32011 gezogen werden darf.

Selbst wenn bei Anwendung einer Ausnahmebudgetziffer der Aspekt der Therapie einer Störung gegeben ist, bedeutet dies noch lange nicht, dass alle veranlassten Laborleistungen budgetfrei werden; je nach Ausnahmebudgetziffer werden dann nämlich nur einzelne Leistungen aus dem veranlassten Untersuchungsspektrum budgetfrei und werden aus den Laborkosten der jeweiligen Praxis herausgenommen, während andere Leistungen weiter das Budget belasten (**Tab. 1**). Da je nach Behandlungsumfang mehrere Ausnahmebudgetziffern vorliegen können, bei denen jeweils unterschiedliche Laborleistungen budgetfrei gestellt werden, ist die Auswertung und damit verbundene Zahlung des Wirtschaftlichkeitsbonus äußerst komplex und wird wohl wenig transparent und kaum nachvollziehbar sein. Die Reform der Ausnahmebudgetziffern beinhaltet auch die Streichung einzelner Ausnahmeziffern, etwa für die präoperative Diagnostik bei ambulanten operativen Eingriffen.

Insgesamt dürfte die Laborreform nicht zu dem beabsichtigten Rückgang der durchgeführten Laboruntersuchungen führen, viel mehr zu einer Verlagerung von der bisher geübten vernünftigen Versendung von Laboruntersuchungen bei Patienten, die keinen zwingenden persönlichen Facharztkontakt benötigten, zu einer ärztlichen Konsultation

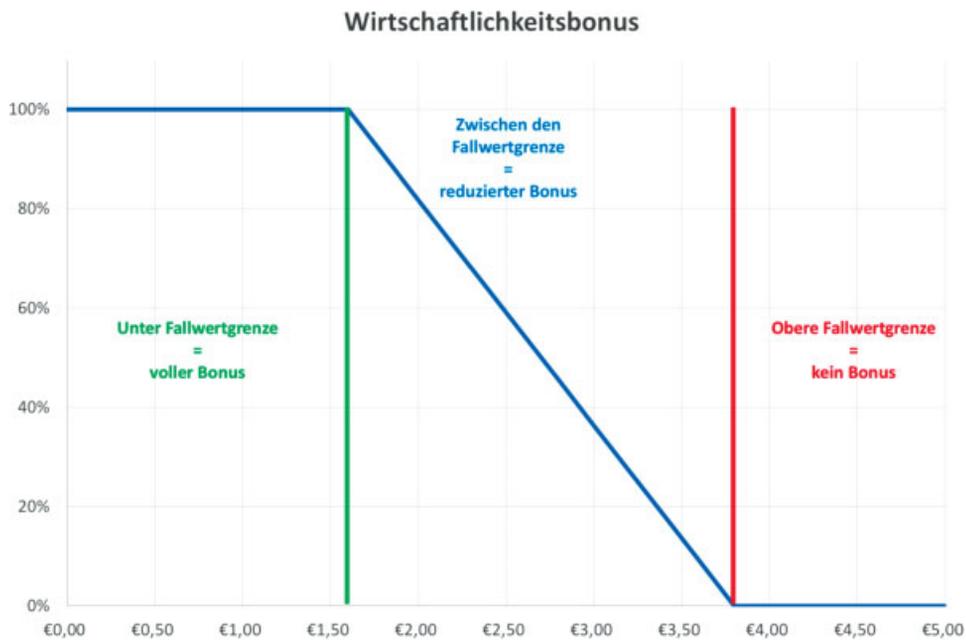


Abbildung 1 Liegt die durchschnittlich angeforderte Laborleistung pro Fall unterhalb der unteren Grenze erhält der Arzt den vollen Wirtschaftlichkeitsbonus, liegt er oberhalb der oberen Grenze, erlangt er diesen nicht. Zwischen den Grenzen wird nur ein Teil des Bonus ausgezahlt.

dieser Patienten in einer Gerinnungssprechstunde. Dies wird möglicherweise zu einem erhöhten Aufwand in den Gerinnungsambulanzen führen und die verfügbaren personellen, räumlichen und apparativen Ressourcen weiter einschränken. Dem Patienten, der ohnehin bereits jetzt schon lange auf Vorstellungstermine in einer Spezialambulanz warten muss, ist hiermit sicherlich nicht gedient.

Die Sinnhaftigkeit der Laborreform und deren Wirksamkeit zur Reduktion der Kosten der Laboranalytik ist ohnehin aus verschiedenen Gründen stark anzuzweifeln. Nach Einschätzung anderer Berufsverbände läuft diese Reform „am Kern der Sache vorbei“, wie beispielsweise der Berufsverband der Internisten (BDI) mitteilte. Schon der Umstand, dass Ärzte dafür belohnt werden, dass sie sinnvolle Laboruntersuchungen

Tabelle 1 Wichtige Ausnahmekennziffern für die Untersuchung von Gerinnungsstörungen mit Indikation und Analysen, die dadurch nicht vom Budget erfasst werden

Kennziffer	Indikation	GOP	Analysen
32011	<u>Therapie</u> der hereditären Thrombophilie, des Antiphospholipidsyndroms oder der Hämophilie	32112	aPTT
		32113	Quick-Wert, Plasma
		32115	Thrombinzeit
		32120	mechanisiertes Blutbild, Reti-Zählung
		32203	Thrombelastogramm
		32208	ähnliche Untersuchungen
		32212	Fibrinmonomere, Spaltprodukte
		32213	Faktor II
		32214	Faktor V
		32215	Faktor VII
		32216	Faktor VIII
		32217	Faktor VIII assoziiertes Protein
		32218	Faktor IX
		32219	Faktor X
32220	Faktor XI		
32221	Faktor XII		
32222	Faktor XIII		
32228	Unters. Thrombozytenfunktion		
32015	orale Antikoagulantientherapie	32026	TPZ (Thromboplastinzeit als POCT)
		32113	Quick-Wert, Plasma
		32114	Quick-Wert, Kapillarblut
		32120	mechanisiertes Blutbild, Reti-Zählung

unterlassen, und andere dafür zu bestrafen, dass sie gewissenhaft zum Wohle des Patienten sinnvolle Laboruntersuchungen veranlassen, ist nicht nachzuvollziehen und geht letztendlich – wie so oft – zu Lasten des Patienten. Es steht zu befürchten, dass indizierte Laboruntersuchungen aufgrund ökonomischer Ängste des veranlassenden Arztes bei Patienten unterbleiben, was dann zu gesundheitlichen Konsequenzen für die betroffenen Patienten führen kann. Somit wird durch die Reform eine mögliche Verschlechterung der Versorgungsqualität bis hin zur gesundheitlichen Gefährdung von Patienten billigend in Kauf genommen. Die juristischen Folgen im Falle einer Schädigung von Patienten durch Unterlassung indizierter Laboruntersuchungen sind derzeit kaum absehbar. Auch die Arzt-Patienten-Beziehung könnte massiv gestört werden, wenn vom Patienten zurecht geforderte und bislang auch anstandslos durchgeführte Laboruntersuchungen nun unter Hinweis auf die Laborreform durch den Arzt nicht mehr veranlasst werden.

Möglicherweise wird die hämostaseologische Diagnostik durch Probeneinsendung wegen dieser Reform zurückgehen, Patienten aber stattdessen in eine Gerinnungssprechstunde mittels Überweisung an einen Facharzt (Überweisungsschein Muster 6) überwiesen; es ist dann damit zu rechnen, dass sich mehr Patienten in Gerinnungsambulanzen vorstellen werden, da hierdurch das Budget des Veranlassers nicht belastet wird und die Eigenerbringung von Laborleistungen (noch) nicht eingeschränkt ist. Dies ist eine nicht zielfüh-

rende Entwicklung, da sich nun Spezialambulanzen mit Diagnostik und Beratung von Patienten vermehrt befassen müssen, bei denen die Diagnostik bisher durch Probeneinsendung mit deutlich weniger Aufwand zu erbringen war. Es steht zu befürchten, dass daher das Zeitkontingent, was bisher für schwerkranke therapiebedürftige Patienten in den Gerinnungsambulanzen zur Verfügung stand, durch Routineaufgaben stark eingeschränkt wird, was letztendlich die Patientenversorgung verschlechtern wird.

Diese Maßnahmen sind lt. Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) nur ein erster Schritt einer ausgiebigen Laborreform. Weitere Änderungen sind zu erwarten, insbesondere stehen auch die EBM- und GOÄ-Reform an. Der Vorstand des Berufsverbandes der Deutschen Hämostaseologen (BDDH) wird sich im Sinne der Mitglieder weiterhin darum bemühen, einer Einschränkung der hämostaseologischen Diagnostik entgegen zu wirken, um eine Verschlechterung der Versorgungsqualität auf dem Gebiet der Hämostaseologie zu verhindern und auch künftig eine adäquate hämostaseologische Patientenversorgung aufrecht erhalten zu können.

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Christoph Sucker,
2. Beisitzer des Vorstands
Dr. med. Günther Kappert, 1. Beisitzer des Vorstands
für den Vorstand des Berufsverbandes der
Deutschen Hämostaseologen e.V. (BDDH)