

# „Handwerkliche Mängel“ bei der Reform

Die aktuellen Umstellungen im Labor können nur ein Zwischenschritt auf dem Weg zu einer echten Laborreform sein. Das postuliert der Vorsitzende des Laborverbands ALM Dr. Michael Müller im Interview. Er sieht handwerkliche Fehler im aktuellen Reformwerk und hofft auf diagnostische Pfade für Laborleistungen.

Das Interview führte Hauke Gerlof



Ärzte Zeitung: Herr Dr. Müller, Laborreform 2018 – wie bewerten Sie die Maßnahmen insgesamt? Können die Ziele erreicht werden?

Dr. Michael Müller: Die bisherigen Maßnahmen sind aus meiner Sicht rein honorarpolitische Maßnahmen, die etwas mit der Finanzierung der Laborleistungen zu tun haben und die Interessenkonflikte zwischen Haus- und Fachärzten bedienen. Diese auch als „erste Stufe“ bezeichneten Maßnahmen haben eine wirksamere Mengensteuerung für Laborleistungen im Sinne einer Mengenreduktion sowie eine Reduktion der **Nachschusspflicht** für die Laborvergütung zum Ziel. Das hat weniger mit einer am medizinischen Bedarf und an klinischen Fragestellungen orientierten Weiterentwicklung der Versorgung zu tun.

Was sind die Schwächen, aber auch die Stärken der Laborreform?

Bei dieser ersten Stufe der Laborreform überwiegt aus unserer Sicht klar die Schattenseite. Ich möchte zunächst einmal mit den Patienten anfangen. Denn darum muss es ja gehen: Patienten optimal zu versorgen – bei begrenzten Ressourcen. Für Patienten bringt dieser erste Schritt der Laborreform aus meiner Sicht im Kern keine Vorteile. Wenn sich behandelnde Ärzte primär von honorarpolitischen Erwägungen leiten lassen, nämlich dem Erreichen des Wirtschaftlichkeitsbonus, dann besteht das Risiko, dass der medizinisch-ärztliche Bedarf und damit die Qualität der Versorgung zu sehr in den Hintergrund gerät.

...und wie ist Ihre eigene Fachgruppe betroffen?

Für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin bringt die Reform bei der Kostenerstattung der Laboruntersuchungen im Kapitel 32 des EBM eine weitere Absenkung um 2,58 Prozent ohne irgendeinen Bezug zu den tatsächlichen Kosten. Diese steigen für uns Laborärzte in nahezu allen Bereichen. Zudem ist die nochmalige Abwertung der laborfachärztlichen Arbeit durch die Absenkung der Laborgrundpauschale (EBM 12220) nicht hinnehmbar und aus vertragsärztlicher Sicht auch ein fatales Signal an die Kostenträger. Wer den ärztlichen Inhalt der fachärztlichen Laborversorgung stärken möchte, sollte auch eine faire und angemessene Honorierung dieser ärztlichen Arbeit der Laborärzte und Mikrobiologen nicht aus den Augen verlieren.





Sieht die Maßnahmen der Laborreform zum 1. April skeptisch, weil sie die falschen Anreize setzen: Dr. Michael Müller, 1. Vorsitzender des ALM e.V. © ALM

*Und was haben die zuweisenden Haus- und Fachärzte zu erwarten?*

Für die Zuweiser birgt die Reform einige Unsicherheiten. Der Neuzuschnitt der Ausnahmekennziffern ist hinsichtlich der Zielrichtung unklar; es gibt hier keine Erläuterung dazu, unter welchem medizinischen Blickwinkel der Zuschnitt der 16 Ausnahmeindikationen erfolgte.

Und wir erkennen auch handwerkliche Mängel. So wurde zum Beispiel in den Indikationen regelmäßig zu Recht das Kreatinin (EBM-Ziffer 32066) eingeschlossen, jedoch mit der heutzutage nicht mehr angewendeten Messmethode nach Jaffé. Die heute durchgeführte Standardmethode (32067) ist dagegen nicht eingeschlossen. Das ist dringend im Sinne einer guten Patientenversorgung anzupassen. Inhaltlich gibt es bei einzelnen Indikationen ebenfalls noch Anpassungsbedarf. So fehlt bei der Ausnahmekennziffer beim manifesten Diabetes mellitus (32022) die quantitative Albuminbestimmung im Urin, um nur ein Beispiel zu nennen.

Die Neustrukturierung des Wirtschaftlichkeitsbonus muss man kritisch sehen, zumal es nahezu keine wirklich solide Möglichkeit gibt für einen Zuweiser, eine „Vorher-Nachher-Betrachtung“ anzustellen. Ob hier eine Steuerungswirkung erreicht werden kann, ist eher fraglich.

*In welche Richtung sollte es denn gehen für die Zuweiser?*

Aus unserer Sicht besteht eine wirtschaftliche Verordnung bzw. Veranlassung von Laborleistungen darin, dass sich der Arzt bei der Indikationsstellung allein an medizinisch-ärztlichen Fragestellungen orientiert und das macht bzw. veranlasst, was für die Versorgung medizinisch richtig ist und benötigt wird. Hierzu wollen wir durch Entwicklung von Standards für die wichtigsten Indikationen, an denen sich der Zuweiser in jedem Einzelfall orientieren kann, beitragen.

Ich bin froh, dass die KBV hier erste Schritte eingeleitet hat und zu einem Workshop von Hausärzten, Internisten und Laborärzten eingeladen hat. Nur in einem interdisziplinären Dialog lassen sich die für die medizinische Versorgung besten qualitativen Ergebnisse erzielen. Insofern kann eine wichtige Empfehlung zum Umgang mit der Reform nur sein, weiterhin die Laboruntersuchungen zu erbringen bzw. zu veranlassen, die ärztlich-medizinisch indiziert sind.

*Nach der Reform ist vor der Reform: Wie könnte die nächste Stufe der Laborversorgung aussehen, Stichwort labordiagnostische Pfade?*

Wie zum Beispiel auch von den Internisten bereits vorgeschlagen, sollte sich die Weiterentwicklung der Laborversorgung am medizinischen Bedarf und Nutzen für die Versorgung orientieren. Dabei helfen insbesondere „labordiagnostische Pfade“, denn sie können dem behandelnden Arzt in der immer komplexer werdenden Behandlungssituation als Orientierungshilfe dienen. So kann er jeden Einzelfall leichter managen und dabei auch auf Besonderheiten wie Komorbiditäten eingehen.

Haus- und Fachärzte sind gemeinsam für die labormedizinische Versorgung der Patienten verantwortlich und sollten gemeinsam daran arbeiten. Hier leisten die Laborärzte einen wichtigen Beitrag.

*Wie kann man sich das in der Praxis vorstellen? Ist das nicht noch mehr Bürokratie, wenn Ärzte sich an solchen Pfaden orientieren müssten?*

Es ist sehr wichtig, den behandelnden bzw. zuweisenden Arzt bei der Etablierung von standardisierten Hilfen für die Indikationsstellung von Laboruntersuchungen nicht mit noch mehr Bürokratie zu belasten. Insofern ist es wichtig, dass solche unterstützende Maßnahmen aus dem Blickwinkel des behandelnden Arztes zu entwickeln sind. In der Umsetzung kommt es darauf an, möglichst leicht handhabbare und digitalisierbare Wege zu gehen. Hierzu gibt es bereits erste Erfahrungen. Allerdings: Sparmaßnahmen haben in der ärztlichen Versorgung bisher oft zu mehr Bürokratie geführt.



*Würde das tatsächlich dazu beitragen, die Mengen zu begrenzen?*

Zunächst einmal: Es gibt kein Mengenproblem. Die angeforderten Mengen entsprechen den Versorgungsnotwendigkeiten und dienen dem Patientenwohl. Das hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung nachgewiesen.

Aus unserer Sicht geht es in erster Linie darum, den medizinischen Bedarf an Laboruntersuchungen für eine qualitativ gute Patientenversorgung weiter zu erarbeiten. Es gibt bis heute keine einzige Untersuchung, die sich damit befasst hat, ob die heute durchgeführten Laboruntersuchungen ein „Zuviel“ darstellen. Auch Vergleiche mit anderen Ländern helfen hier wenig weiter.

Insofern kann nicht im Vordergrund stehen, dass die Reform eine Mengenreduktion bewirken soll. Es sollte vielmehr oberstes Ziel sein, dass sich die Indikationsstellung für Laboruntersuchungen am medizinisch Notwendigen orientiert. Im Ergebnis wird man feststellen, welche Leistungsmengen sich wie entwickeln. Dabei sollten wir nicht vergessen, dass eine Reihe von Faktoren, die den Bedarf an medizinischer Versorgung beeinflussen, wenig steuerbar aber vorhersehbar sind: Altersentwicklung, Morbiditätsentwicklung, Leitlinienempfehlungen, Vorgaben von Laboruntersuchungen bei Medikamentengabe zur Beurteilung von Nebenwirkungen, Vorgaben von Laboruntersuchungen vor dem Einsatz von Medikamenten, Weiterentwicklung der diagnostischen Effizienz von Laboruntersuchungen. All das trägt auch dazu bei, dass Ärztinnen und Ärzte bei der Patientenversorgung einen zunehmenden Bedarf an ärztlicher Labordiagnostik sehen. Das zeigt sich auch in dem zunehmenden Bedarf an fachärztlicher Beratung bei der Indikationsstellung sowie der Befundinterpretation am individuellen Krankheitsgeschehen.

*Wie ließen sich diagnostische Pfade in der Praxis-EDV abbilden?*

Bei der Digitalisierung solcher Vorhaben gibt es verschiedene Optionen. Das Grundprinzip könnte sein, dass der behandelnde Arzt bei der Indikationsstellung, also der ärztlichen Entscheidung für Laboruntersuchungen, direkt Informationen zur Verfügung gestellt bekommt, die ihn bei der Auswahl der richtigen Diagnostik unterstützen. Das kann auf unterschiedliche Weise geschehen. Erste Ansätze dazu gibt es an verschiedenen Stellen. Im Rahmen des interdisziplinären Workshops könnte hier ein Prozessablauf als „Standard“ entwickelt werden, der dann von verschiedenen Anbietern in Software-Anwendungen umgesetzt wird.

*Können Sie Beispiele für einen möglichen Pfad nennen?*

Es ist sicher gut, sich zunächst an den häufigen Diagnosen und Indikationen zu orientieren. Beispielhaft seien hier die Schilddrüsenfunktionsdiagnostik, die Anämiediagnostik und auch die serologische Allergiediagnostik genannt. In allen diesen Bereichen könnte eine Standardisierung helfen. Insgesamt wäre es sinnvoll, sich zunächst an den häufigsten Laboruntersuchungen bzw. Indikationen zu orientieren und hier bundesweit geltende Standards zu entwickeln.

*Wie wahrscheinlich ist denn eine Reform, die in eine solche Richtung gehen würde? Könnten Sie dafür Mehrheiten gewinnen?*

Wir haben den Eindruck, dass eine solche Richtung von vielen Beteiligten als richtig angesehen wird. Es zeigt sich ein immer wieder wahrnehmbarer Frust der Vertragsärzte darüber, dass für die Versorgung der Patienten durch die Kostenträger kein ausreichender Finanzierungsrahmen zur Verfügung gestellt wird. Die Kostenträger argumentieren häufig über den Vorbehalt, dass die Mengenentwicklung im Labor medizinisch nicht begründbar sei und ein nicht unerheblicher Teil an Laboruntersuchungen nicht notwendig wäre. Eine sachorientierte Begründung, basierend auf fundierten Untersuchungen, lässt diese Einschätzung regelmäßig vermissen. Dem sollte ärztlicherseits durch eigene Aktivität entschieden entgegengetreten werden. Die Aufhebung der Budgetierung in der vertragsärztlichen Versorgung wird von allen Meinungsbildern, insbesondere auch von Gesundheitspolitikern, aktiv diskutiert.

*Welche konkreten Schritte in diese Richtung gibt es bisher?*

Es gibt auf verschiedenen Ebenen gute und konstruktive Gespräche dazu. Ein wesentlicher Aspekt ist, dass die Lösung nur eine Interdisziplinäre sein kann, an der alle Fachgruppen beteiligt sind. Laborärzte und Mikrobiologen als Teil der Fachärzteschaft werden sich hier aktiv mit ihrem fachärztlichen Wissen und ihrer Erfahrung einbringen. Um es auf den Punkt zu bringen: Ohne eine gute Labormedizin ist eine Patientenversorgung heute nicht mehr denkbar. Das wissen alle, die in der Versorgung tätig sind.