



Stellungnahme des Berufsverbandes Deutscher Laborärzte (BDL) zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG; Stand: 23.07.2018)

I. VORBEMERKUNG

Der vorliegende Gesetzesentwurf wird vom Berufsverband Deutscher Laborärzte (BDL) grundsätzlich begrüßt, da nach Jahren des Stillstandes von Seiten des Gesetzgebers wichtige Themen, wie Digitalisierung, Bedarfsplanung, sektorenübergreifende Versorgung und Vergütungen aufgegriffen werden.

Der Berufsverband Deutscher Laborärzte vertritt die Interessen der Fachärztinnen und Fachärzte für Laboratoriumsmedizin in Deutschland.

Die Fachärztinnen und Fachärzte für Laboratoriumsmedizin sichern zusammen mit den Fachärztinnen und Fachärzten für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sowie den Fachärztinnen und Fachärzten für Transfusionsmedizin die flächendeckende, wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung mit laboratoriumsmedizinischen Leistungen sowohl in den urbanen, aber im besonderen Maße auch in den ländlichen Gebieten in Deutschland und liefern damit einen wichtigen Beitrag für eine gleichwertige, qualitativ hochstehende haus- und fachärztliche Versorgung in unserem Land.

Dabei beschränkt sich die Tätigkeit der Fachärztinnen und Fachärzte für Laboratoriumsmedizin nicht nur auf die Durchführung einer zeitnahen, qualitativ hochwertigen Analytik, sondern erstreckt sich über den gesamten Prozess laboratoriumsmedizinischer Diagnostik einschließlich der Prä- und Postanalytik.

Während die Beratungstätigkeit zur Präanalytik (Vorgänge vor der eigentlichen Erstellung des Messergebnisses, v. a. beim Auftraggeber) vor allen Dingen der Steigerung der Proben- und Indikationsqualität dient, hat das laborärztliche Engagement in der Postanalytik (Prozess von der Befunddarstellung bis zur Befundrezeption durch die Empfänger und angeschlossene Vorgänge) dazu beigetragen, dass die zeitnahe und sichere Befundrückübermittlung zu den am höchsten digitalisierten Bereichen im deutschen Gesundheitssystem gehört und selbstverständlich auch die Versorgung der Krankenhäuser miteinschließt.

Die Fachärzte für Laboratoriumsmedizin sind somit ein entscheidender Motor in der intersektoralen Interoperabilität, deren Standardisierung durch eine verbesserte Lizenzsituation mit Einführung internationaler Nomenklaturen und Codesysteme wie LONIC und SNOMED noch deutlich verbessert werden könnte.

Derzeit erfolgt die Vergütung für die Fachärzte für Laboratoriumsmedizin in der GKV aufgrund einer seit der Laborreform 1999 geltenden Systematik aus Laborarzthonorar, analytischer Kostenerstattung sowie dem Ersatz von Porto- und Transportkosten. Diese im Gegensatz zu allen anderen Arztgruppen im EBM hochtransparente Vergütungsstruktur hat in den zurückliegenden Jahren zu verschiedenen Entwicklungen geführt, die den Versorgungsauftrag der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin nachhaltig gefährden.



Dies sind im Einzelnen:

1. Die Einführung einer Quotierung von 89% für Leistungen aus dem Laborkapitel im EBM, deren betriebswirtschaftliche Bewertungen nach dem Prinzip der individuellen Kostenerstattung zwischen KBV und GKV-Spitzenverband verhandelt wurden.
2. Eine im Vergleich zu anderen kurativ tätigen Fachgebieten nur bruchstückhaften Honorierung der ärztlichen Leistung (Laborarztlohn EBM-Ziffer 12220).
3. Eine in der Fläche den Aufwand bei Weitem nicht deckende Erstattung der Kosten für Probentransport und Befundübermittlung.
4. Eine in den Jahren 2012 und 2013 etablierte willkürlich an den KV-Grenzen orientierte Bedarfsplanung. Diese wurde weder an den Erfordernissen einer regelrechter Beratungs- und Konsiliartätigkeit, noch an den zahlreichen system- und infrastrukturellen Aufgaben durch die Ärzte für Laboratoriumsmedizin und Mikrobiologie ausgerichtet.
5. Eine aufgrund der mangelnden Honorierung immer schwieriger werdende Gewinnung des ärztlichen Nachwuchses für das Fach Laboratoriumsmedizin.

Trotz dieser ungünstigen Randbedingungen hat sich das Fach Laboratoriumsmedizin in den letzten Jahren von einem versorgungsrelevanten zu einem **systemrelevanten** Fach entwickelt, was z. B. auch in der zentralen Rolle der Laboratoriumsmedizin im Zuge der Deutschen Antibiotikaresistenzstrategie (DART) zum Ausdruck kommt.

II. ALLGEMEINE BEWERTUNG

Aus den oben genannten Gründen begrüßt der Berufsverband alle Initiativen in dem Referentenentwurf, die zu einer Stärkung der ärztlichen Berufsfreiheit, einer an der Versorgung orientierten Bedarfsplanung sowie einer Verbesserung der elektronischen Vernetzung im Gesundheitssystem führen.

Massive negative Auswirkungen auf ihr ärztliches Handeln erwarten die Fachärztinnen und Fachärzte für Laboratoriumsmedizin dagegen durch die geplanten Honorarverschiebungen im Zuge der Erweiterung des § 87 Absatz 2 SGB V. Die hier vermuteten Rationalisierungsreserven bei einer Neubewertung sogenannten technischer Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) stehen im krassen Gegensatz zu den realen Kostensteigerung sowohl bei den Personal- aber auch bei den Material- und Sachkosten in den letzten Jahren.

Der Berufsverband Deutscher Laborärzte lehnt daher diese geplante Gesetzesänderung als fehlgeleitet ab. Das Ziel einer Förderung der „sprechenden Medizin“ kann nicht gegen, sondern muss in der bewährten Zusammenarbeit mit den Fachärztinnen und Fachärzten für Laboratoriumsmedizin erreicht werden.



III. STELLUNGNAHME IM EINZELNEN

Zu den hier aufgelisteten (vorgesehenen) Gesetzesänderungen bitten wir Sie, folgendes zu verändern bzw. wie von uns dargelegt im Gesetz zu berücksichtigen.

40. b) § 87 Absatz 2 Satz 3 SGB V [Vergütung]

Streichung der vorgesehenen Änderungen:

~~Im Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen ist die Bewertung der Leistungen nach Satz 1 und die Überprüfung der wirtschaftlichen Aspekte nach Satz 2 insbesondere bei medizinisch-technischen Geräten unter Berücksichtigung der Besonderheiten der betroffenen Arztgruppen auf in bestimmten Zeitabständen zu aktualisierender betriebswirtschaftlicher Basis durchzuführen. Basis der Kalkulation bilden grundsätzlich die Daten der Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten des Statistischen Bundesamtes nach dem Gesetz über die Kostenstrukturstatistik (KoStrukStatG); ergänzend können sachgerechte Stichproben von Daten über die Einnahmen und Aufwendungen bei vertragsärztlichen Leistungserbringern verwendet werden. Der Bewertungsausschuss hat die nächste Aktualisierung der Bewertung gemäß Satz 3 spätestens bis zum 30. September 2019 mit der Maßgabe durchzuführen, insbesondere die Angemessenheit der Bewertung von Leistungen zu aktualisieren, die einen hohen technischen Leistungsanteil aufweisen. Hierzu legt der Bewertungsausschuss dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 31. März 2019 ein Konzept vor, wie er die verschiedenen Leistungsbereiche im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen einschließlich der Sachkosten anpassen wird. Dabei soll die Bewertung der technischen Leistungen, die in einem bestimmten Zeitraum erbracht werden, insgesamt so festgelegt werden, dass sie ab einem bestimmten Schwellenwert mit zunehmender Menge sinkt.“~~

Die hier vorgesehenen Vorgaben zum Zeitpunkt und zur Kalkulation des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes sind unangemessen und nicht zielführend. Sie greifen tief in die Kompetenzen des Bewertungsausschusses als einem Gremium der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens ein.

Zur Begründung für diesen Eingriff wird in dem vorliegenden Gesetzentwurf die angestrebte Nutzung von „Rationalisierungsreserven“ (vgl. S. 47, 98) bei der Bewertung sogenannten technischer Leistungen bzw. dem Einsatz von medizinisch-technischen Geräten im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen „...zugunsten von Verbesserungen von zuwendungsorientierten ärztlichen Leistungen...“ (S. 98) angeführt. Hierzu ist für die medizinischen Laboratorien festzuhalten, dass der gesamte Prozess der Labordiagnostik einschließlich des Geräteinsatzes durch Fachärztinnen und Fachärzte für Laboratoriumsmedizin verantwortet wird. Jegliche monetären Einschnitte gefährden massiv die nachfolgend exemplarisch aufgeführten Qualitätsmerkmale der deutschen Laboratoriumsmedizin:

- Die sogenannten technischen Leistungen werden mit der ärztlichen Kompetenz der Fachärztinnen und Fachärzte für Laboratoriumsmedizin erbracht. Sie sind für die Qualität dieser Leistungen nach den strengen Maßgaben der „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien“ (RiliBÄK) persönlich verantwortlich (vgl. Bundesmantelvertrag Ärzte § 25 Abs. 4).
- Die Fachärztinnen und Fachärzte für Laboratoriumsmedizin versorgen zuweisungsgebunden die große Mehrzahl ärztlicher Disziplinen mit ihren Leistungen und sind somit für die Gesundheitsversorgung systemrelevant. Nur auf Basis einer flächendeckenden, wohnortnahen laborärztlichen Versorgung kann die „sprechende Medizin“ erfolgreich wirken.



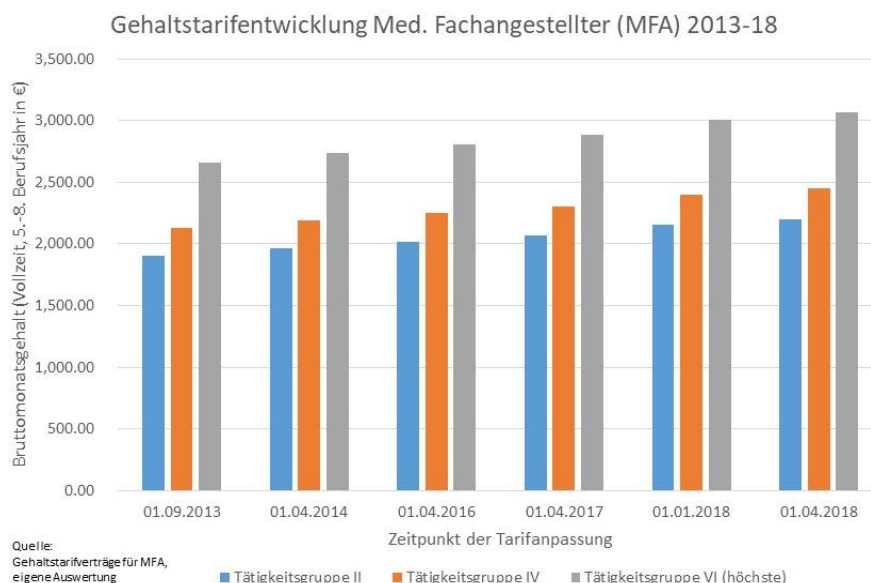
- Das 4-Augen-Prinzip der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen den Laborärztinnen und Laborärzten und ihren Kollegen mit direktem Patientenkontakt schützt die Patienten vor Überforderung und trägt entscheidend zur Qualität und Angemessenheit des ärztlich-medizinischen Leistungsgeschehens bei.
- Labormedizinische Diagnostik trägt nach dem Grundsatz „Diagnose vor Therapie“ entscheidend zum effizienten Mitteleinsatz in der Gesundheitsversorgung bei. Nicht die Diagnostik ist teuer, sondern die Therapie.
- Einige Therapien werden erst durch begleitende oder vorausgehende Diagnostik möglich (companion diagnostics).

Darüber hinaus müssen die Laboratorien auch im Interesse der zu versorgenden Patientinnen und Patienten den weitaus größten Teil der Infrastrukturkosten für den Probentransport und der digitalen Befundübermittlung selbst schultern. Dies trifft auch für die Kosten für das Entnahme- und Transportmaterial zu, das derzeit aufgrund einer nicht eindeutigen Formulierung im EBM ebenfalls von den Laboratorien getragen werden muss.

Hinzu kommt, dass die Laboratorien trotz hoher interner Qualitätsstandards, in den letzten Jahren wie keine andere Arztgruppe im Gesundheitssystem von zahlreichen neuen nationalen und europäischen Vorschriften und Normen betroffen sind, die zu einer deutlichen Steigerung des bürokratischen Aufwandes geführt haben.

Dennoch arbeiten im internationalen Vergleich die medizinischen Laboratorien in Deutschland außerordentlich kostengünstig. Dies gelingt den ärztlichen Kollegen in den medizinischen Laboratorien vor allen deshalb, weil sie ihre Arbeit hocheffizient organisieren.

Den in der Begründung zu dem Gesetzentwurf postulierten Rationalisierungsreserven (vgl. S. 98) stehen in der Realität Kostensteigerungen sowohl beim medizinisch-technischen Personal (s. nachfolgende Grafik zu MFA: 15% Tarifsteigerung in 5 Jahren) als auch bei Gerätekosten gegenüber.



Grafik: Gehaltstarifentwicklung Medizinischer Fachangestellter (MFA) 2013-18



Die Aufwertung der sogenannten „sprechenden Medizin“ kann daher nicht zu Lasten der Laboratoriumsmedizin erfolgen. Im Gegenteil ist damit zu rechnen, dass neben einer zunehmend stärker werdenden Patientenaufklärung und -beratung auch ein höherer Beratungsbedarf z. B. der haus- und fachärztlichen Veranlasser von Laborleistungen bei dem/r leistungserbringenden Labormediziner/in führen.

Bemerkt sei, dass derzeit dem Statistischen Bundesamt keinerlei valides Zahlenmaterial zur Kostensituation von laborärztlichen Einrichtungen vorliegt, so dass sich auch aus diesen Gründen eine Einbindung des statistischen Bundesamtes verbietet.

Aus diesem Grund führt der BDL beginnend mit dem Jahr 2006/2008 unter transparenter Offenlegung der betriebswirtschaftlichen Kalkulationsgrundlagen und in enger Zusammenarbeit mit der KBV und dem GKV-Spitzenverband Kostenrechnungsstudien durch, die auf der Grundlage der vom Bewertungsausschuss anerkannten Mengen- und Abrechnungsstatistiken kalkuliert wurden. Die letzte Studie aus dem Jahre 2013/2014 zur allgemeinen Kostenentwicklung sowie zwischenzeitliche Hochrechnungen auf das Jahr 2016 ergeben im Vergleich zu den heutigen Bewertungen eine deutliche Kostenunterdeckung auf dem Gebiet der Laboratoriumsmedizin. Darüber hinaus liegt eine von Dr. Thomas Drabinski vom Institut für Mikrodaten-Analyse (IfMDA, Kiel) im Jahr 2016 erstellte Studie mit dem Titel „Reformoptionen der vertragsärztlichen Labormedizin“ vor, in der zahlreiche Vorschläge zur effektiveren Nutzung der labormedizinischen Ressourcen unter anderem durch eine Steigerung der Indikations- und Strukturqualität gemacht werden.

Der BDL ist der festen Überzeugung, dass nach Jahrzehnten einer ausschließlich auf Vergütungstransfer aus dem laborärztlichen Topf ausgerichteten Honorarpolitik der Geldfluss von dem laborärztlichen Grundbetrag in die haus- und fachärztlichen Grundbeträge gestoppt werden muss. Dieser Mittelabfluss von fast 33 % der laborärztlichen Vergütung seit 1999 hat nicht nur die Anzahl eigenständig geführter Laboratorien deutlich reduziert, sondern auch das Engagement von Finanzinvestoren im Deutschen Gesundheitssystem begünstigt. Durch strukturelle Maßnahmen müssen die ärztlichen Kompetenzen in der Labormedizin vor allen Dingen aus versorgungspolitischen Gründen dringend gestärkt werden. Dazu gehören selbstverständlich auch eine angemessene Erhöhung des laborärztlichen Honorars und der Wegfall von derzeit noch gültigen Abstufungsregelungen für die Vergütung der laborärztlichen Expertise.

Möglicherweise zusätzlich angedachte Mengensteuerungen führen vor dem Hintergrund einer rigorosen Bedarfsplanung, die derzeit keine Versorgungseffekte berücksichtigt, zu einer deutlichen Verschlechterung der Versorgungsqualität und werden deshalb vom Berufsverband Deutscher Laborärzte abgelehnt.

41. § 87 a SGB V [Vergütung]

Durch die Tatsache, dass die Fachärzte für Laboratoriumsmedizin und Mikrobiologie ausschließlich auf Überweisung tätig werden können und sie nach den Regularien des Bundesmantelvertrages grundsätzlich keine Untersuchungsaufträge ablehnen dürfen, fordern wir, auch das laborärztliche Honorar in diesen Fällen zusätzlich und extrabudgetär zu vergüten. Dies gilt sowohl für Akut- und Notfälle während der Praxisöffnungszeiten, aber auch für dringlich angeforderte Untersuchungen, sowie Basisuntersuchungen für neue Patientinnen und Patienten mit unbekannter Vorgeschichte.



47. § 95 SGB V [MVZ]

Anerkannte Praxisnetze spielen in der regionalen Versorgung seit vielen Jahren eine wichtige Rolle und werden dementsprechend auch von den Landes-KV'en unterstützt. Bei der Möglichkeit der Praxisnetze, zukünftig auch in unterversorgten Gebieten MVZ gründen zu können, muss allerdings sichergestellt werden, dass dies ausschließlich der lokalen Versorgung dient und die MVZ ärztlich geleitet sind. Darüber schlägt der BDL vor, den Einfluss von reinen Kapiteleinvestoren über das jetzt im Referentenentwurf vorgeschlagene Maß zu beschränken. Grundsätzlich muss sichergestellt sein, dass auch ein MVZ in der Laboratoriumsmedizin immer ärztlich geleitet wird und deren Trägerschaft ärztlich geprägt ist.

49. § 101 SGB V [Bedarfsplanung]

Die Erweiterung der Regelungskompetenzen des G-BA macht nur dann Sinn, wenn dadurch eine genauere Abbildung der Versorgungsrealität erreicht werden kann. In keinem Fall darf es dabei jedoch zu einer Einschränkung der Niederlassungsmöglichkeiten für die breiter aufgestellten Generalisten (z. B. Facharzt/in für Laboratoriumsmedizin) zugunsten hochspezialisierter Fachrichtungen (z. B. Facharzt/in für Mikrobiologie oder Transfusionsmedizin) kommen. Stets sind dabei auch die Kriterien einer kleinräumigen Bedarfsplanung sowie die Mitversorgungseffekte in den jeweiligen Regionen zu berücksichtigen.

50. § 103 SGB V [Bedarfsplanung]

In Analogie zur Fristenaufhebung von Zulassungsbeschränkungen bei den Rheumatologen, Psychiatern und Pädiatern bis zur Überprüfung der Bedarfsplanung durch den G-BA hält der BDL eine analoge Vorgehensweise auch für die ausschließlich auf Überweisung tätigen Fächer der ärztlichen Diagnostik (Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und andere) für angebracht. Dies ist auch deshalb sachgerecht, weil die derzeit gültigen Bedarfszahlen in keinem Fall die tatsächliche Versorgungssituation vor Ort abbilden. Ursache hierfür sind unsachgemäße Abschlüsse (-10%) bei Einführung der Bedarfsplanung und eine durch die starren KV-Grenzen verursachte Nichtberücksichtigung von Mitversorgungseffekten.

51. § 105 SGB V [MVZ]

Grundsätzlich begrüßt der BDL die im Referentenentwurf aufgeführte Klarstellung im Rahmen von Nachbesetzungsverfahren bei MVZ. Für eine sachgerechte Entscheidung durch die Zulassungsausschüsse sollte allerdings klar definiert werden, was zukünftig unter „Einschränkung auf ein sachgerechtes Maß“ zu verstehen ist. Gerade in der Entscheidung, ob eine Angestelltenstelle oder ein Kassenarztsitz ausgeschrieben werden sollen, gibt es derzeit in den Landes-KV'en recht unterschiedliche Spruchpraxen mit einer großen Variationsbreite. Dies sollte mit einer Neuregelung zukünftig verhindert werden.



IV. Zusammenfassung

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die in der Begründung zu dem Referentenentwurf postulierten Rationalisierungsreserven im Tätigkeitsbereich der Fachärztinnen und Fachärzte für Laboratoriumsmedizin nicht existieren. Die derzeit im EBM festgelegten Kostensätze decken den Aufwand nachweislich nicht, so dass ein wirtschaftlicher Betrieb nur durch Querfinanzierung aus dem privatärztlichen Bereich möglich ist (vgl. Unterschiede zwischen EBM – Vergütung durch Aufsplittung in Arztleistung und reine Kostenerstattung weiterer Leistungsanteile und GOÄ – Vollkostenrechnung).

Über das bisherige Maß hinausgehende Einschnitte im EBM gefährden deshalb massiv die flächendeckende, qualitätsgesicherte labormedizinische Versorgung in Deutschland. Aufgrund seiner Systemrelevanz für deutsche Gesundheitssystem gefährden alle Einschnitte im Fachgebiet der Laboratoriumsmedizin, insbesondere auch die hausärztliche Patientenversorgung in den ländlichen Gebieten der Bundesrepublik.

Eine echte Aufwertung der „sprechenden Medizin“ kann nur durch die Bereitstellung von zusätzlicher Mittel durch die Krankenkassen erreicht werden.

Wir fordern zudem den Übergang der Kostenerstattung laborärztlicher Leistungen in den extrabudgetären Bereich.

Hierzu stehen valide, in Zusammenarbeit mit den Partnern des Bundesmanteltarifes entwickelte und konsenterte Kostenermittlungsverfahren in ausreichender Repräsentativität zur Verfügung. Abzulehnen weil impraktikabel ist hingegen die Einbindung des Statistischen Bundesamtes mangels dort vorhandener, dem Stand von Wissenschaft und Technik für die Bewertung sogenannter „technischer Fachgebiete“ genügender „Zahlen“.

Begrüßenswert wäre die Ausweitung der „temporären Öffnung“ der Bedarfsplanung auch auf die Ärzte für Mikrobiologie und Laboratoriumsmedizin um dem eklatanten Mangel an Zulassungen für Laborärztinnen und Laborärzte und damit dem nichtgedeckten Beratungsaufwand abzuhelpfen.