

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin (DGLM) zur beabsichtigten EBM-Laborreform

Zu den bisher bekannt gewordenen Reformplänen der KBV bezüglich der Erbringung und Vergütung von Laborleistungen im vertragsärztlichen Bereich nimmt die DGLM wie folgt Stellung:

Positive Aspekte

Grundsätzlich befürwortet die DGLM die Initiative der KBV, durch Reformen der Leistungsausweitung im Laborbereich Einheit zu gebieten, soweit diese Leistungsausweitung medizinisch nicht indiziert ist, sondern vielmehr von kommerziellen Interessen gesteuert wird.

Die DGLM kann auch nachvollziehen, daß durch eine Reform den Veranlassern von Laborleistungen ihre bisher aus dem OI/OII-Laborbereich geschöpften Honorare (geschätzt: 880 Mio DM) nicht ersatzlos gestrichen werden können. Eine wie auch immer geartete Herausnahme dieses Honorarvolumens aus dem jetzigen Labortopf und seine Versenkung in Form einer definitiven pauschalen Höherbewertung der ärztlichen Gesprächsleistung ist deshalb notwendiger Bestandteil der Laborreform.

Auch

- die Einführung von Komplexleistungen im Laborbereich,
 - die Begrenzung der jährlichen Fallzahl für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin,
 - die fachgruppenspezifischen Richtgrößen für die überweisenden Ärzte,
 - die Einbeziehung betriebswirtschaftlicher Berechnungen hinsichtlich der Vergütungshöhe laboratoriumsmedizinischer Leistungen sowie
 - eine bundeseinheitliche Vergütung
- werden von der DGLM als sinnvolle Reformen begrüßt.

Negative Aspekte

Folgende Punkte der bisher bekannt gewordenen Reformpläne können von der DGLM in dieser Form nicht akzeptiert werden:

- (1) Die Beibehaltung der schon immer eher willkürlichen Aufteilung der Laborleistungen in die Leistungskataloge OI, OII und OIII.
- (2) Die Trennung der Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen in einen ärztlichen und einen sächlichen Anteil.
- (3) Die Honorierung von laboratoriumsmedizinischen Leistungen, die nicht erbracht werden.

- (4) Die fehlende Perspektive, mit dieser Reform die gut ausgestatteten Krankenhaus-Zentrallaboratorien in die laboratoriumsmedizinische Versorgung der Bevölkerung mit einzubeziehen.
- (5) Die fehlende Perspektive, mit dieser Reform eine Regionalisierung der laboratoriumsmedizinischen Versorgung zu erreichen.

Alternativen

An Stelle dieser aus Sicht der DGLM nicht akzeptablen Punkte 1-5 sollten folgende Maßnahmen, ergänzend zu den bereits anfänglich erwähnten positiven Reformansätzen, in die Reformpläne mit einbezogen werden:

- (I) Eine **strikte honorarpolitische Trennung** im Laborbereich **zwischen den Leistungsverursachern und Leistungserbringern**. Die bisherige Honorarsumme, die im OI/OII-Bereich den Leistungsverursachern zufiel (geschätzt: 880 Mio DM), wird - ähnlich wie es die KBV vorsieht - in die **Gesprächsleistungen** der überweisenden Ärzte pauschal integriert, das heißt, die Bewertung dieser Leistungsziffern wird definitiv entsprechend angehoben. Die restliche Honorarsumme im Laborbereich steht ausschließlich für die Vergütung von **Leistungen** zur Verfügung, die in den **Laboratorien** erbracht werden. **Fachgruppenspezifische Richtgrößen** hinsichtlich des Ausmaßes der Auftragsvergabe sowie **Abstaffelungen der Vergütung** in Abhängigkeit von der Serienlänge werden für die gesamte Laboratoriumsdiagnostik eingeführt. Die **Trennung der Leistungen in OI, OII und OIII entfällt**. Hierdurch können bei der Beschreibung von Komplexleistungen jetzige OI/OII-Leistungen mit einbezogen werden.
- (II) Die honorarpolitische Herausstellung der technischen Leistung als ein gesondert zu vergütender Anteil der laboratoriumsmedizinischen Diagnostik ist kontraproduktiv. Dieser **technische Anteil** muß nach Auffassung der DGLM [1] **integraler Bestandteil laboratoriumsmedizinischer Leistungen** bleiben. Mit der Herausstellung des technischen Anteils einer ärztlichen Leistung und deren gesonderten Vergütung im Sinne einer Sachkostenerstattung wird nicht aufzuhalten sein, daß diese technische Leistung alsbald unabhängig vom Volumen in eine rein gewerbliche, profitorientierte Tätigkeit abgeleitet, mit allen negativen Konsequenzen, die sich hieraus bezüglich der dann nicht mehr in ärztlicher Hand liegenden

Qualitätssicherung ergeben können. Abzusehen ist zudem, daß dann in Kürze auch in anderen Bereichen ärztlicher Leistungen mit hohem technischen Anteil dieser definiert und als **ärztliche Berufsausübung** gestrichen wird. Damit **verliert die Ärzteschaft** zunehmend Teile ihrer **originären Aufgabenfelder**.

- (III) Nur mit der **uneingeschränkten Einbeziehung** der zahlreichen gut ausgestatteten **Krankenhaus-Zentrallaboratorien** in die **vertragsärztliche Versorgung** kann die beabsichtigte **Regionalisierung** der laboratoriumsdiagnostischen Versorgung in Deutschland erreicht werden. Die Vergangenheit hat gezeigt, daß durch immer größere, überregional operierende Laborgemeinschaften zwar die Kosten für die Durchführung von Laboruntersuchungen optimiert werden konnten (wenn auch nicht in dem Maße, wie Dumpingpreislisten zu suggerieren versuchen), dies oft aber nur unter Mißachtung des Gebots einer strengen medizinischen Indikationsstellung. **Mit der beabsichtigten Laborreform werden Infrastrukturen, die sich nicht bewährt haben, beibehalten und sogar noch gefördert.** Letzteres muß vor allem dann prognostiziert werden, wenn für die Festlegung der Vergütung des Sachkostenanteils auf Betriebskosten zurückgegriffen werden, die nur von überregional operierenden Laborunternehmen realisiert werden können. Für alle anderen Laborarztpraxen bedeutet dies jedoch das Aus, zumal durch die richtigerweise beabsichtigte Deckelung der Fallzahlen die Serienlänge pro Analyt und Praxiseinheit sowieso zurückgehen wird. Der Weg in die **Vergewerblichung** mit allen ihren ärztlichen Defiziten [2] ist somit durch die derzeit beabsichtigte Laborreform **vorprogrammiert**.

Mit der Einbeziehung adäquat ausgestatteter Krankenhauslaboratorien in die vertragsärztliche

Versorgung wäre hingegen eine flächendeckende laboratoriumsdiagnostische Versorgung auch ohne Mega-Laborgemeinschaften möglich, mit dem Vorteil der **Regionalisierung** laboratoriumsmedizinischer Versorgung und darüber hinaus mit dem Vorteil, eine tatsächliche **Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung** zu verwirklichen. Die größeren Krankenhauslaboratorien haben darüber hinaus bewiesen, daß auch ohne die artifizielle Trennung der Laborleistungen in OI/OII-Leistungen einerseits und OIII-Leistungen andererseits eine effiziente Laboratoriumsdiagnostik möglich ist [3], die durch die Einbeziehung in die vertragsärztliche Versorgung sogar noch gesteigert werden könnte. Zahlen von akademisch geleiteten Krankenhaus-Zentrallaboratorien zeigen, daß eine Kosten- und Mengenexplosion in diesem Bereich nicht stattgefunden hat [4].

Zusammenfassend plädiert deshalb die DGLM dringend dafür, Teilaspekte der bekannt gewordenen Laborreform zu verwerfen. Statt dessen sollten die unter Punkt I-III skizzierten Gesichtspunkte zum Tragen kommen.

Literatur

1. Krieg M, Lippelt CH. Der Honoraranspruch für laborärztliche Leistungen ist unteilbar. J Lab Med 1996;20:457.
2. Krieg M. Laboratoriumsmedizin im Sog der Kommerzialisierung. Dt Arztebl 1997;94:A-902-6.
3. Krieg M. Fachabteilung für Laboratoriumsmedizin im Krankenhaus mittlerer Größe: Wirtschaftlich gerechtfertigt und medizinisch sinnvoll. Lab Med 1992;6:188-92.
4. Pfeiffer R. Kosten- und Leistungsvergleich von Zentrallaboratorien in Krankenhäusern von 1988-1994. J Lab Med 1997;21:686-90.

Univ.-Prof. Dr. med. M. Krieg, Präsident der DGLM

Anzeige

**Reagenzien für die
virologische, bakteriologische und
mykologische Diagnostik**

Vorwahl: (0 73 52)
Telefon: 34 00
30 44
Telefax: 48 34

LABOR
DR. KOCH — DR. MERK
88416 OCHSENHAUSEN

Hämatologie-System von Bayer überzeugt nicht nur technologisch

Unifluidics™-Modul von ADVIA™ 120 gewinnt Design-Wettbewerb

Tarrytown/Leverkusen - Das Herzstück des ADVIA™ 120 Hämatologie-Systems, das Unifluidics™-Modul, wurde jetzt mit dem Medical Design Excellence Award 1998 ausgezeichnet. Der jährlich von der Industrial Designers Society of America vergebene Preis würdigt die Formgebung medizintechnischer Geräte und wird in insgesamt zwölf unterschiedlichen Kategorien verliehen. In der Klasse „Medical Components and Material“ errang das Unifluidics™-Modul des ADVIA™ 120 Hämatologie-Systems von Bayer Diagnostika den ersten Platz.

Das ADVIA™ 120 Hämatologie-System ist ein vollautomatisch arbeitendes Großgerät zur Blutbildbestimmung. Die verschiedenen Analysen werden in einem mit feinsten Bohrungen versehenen Acrylblock - dem Unifluidics™-Modul - ausgeführt. Dieser Block von der Größe eines Aktenordners ersetzt rund 26 Meter wartungsintensive Schläuche. Die Unifluidics™-Technologie wurde von Bayer speziell für ADVIA™ 120 entwickelt.

Universalkontrollseren Precinorm U und Precipath U - optimierte Wertelagen¹

Die Firma Roche Diagnostics Boehringer Mannheim GmbH bietet ab sofort ihre Universalkontrollseren Precinorm U und Precipath U mit optimierten Wertelagen, bezüglich einer Vielzahl von Parametern nach den Vorgaben der Bundesärztekammer, an. So wurden z. B. die Enzyme, Bilirubin, Creatinin, Eisen und Elektrolyte in Precinorm U gesenkt, so daß nun die Konzentrationen aller Parameter im absoluten Normbereich liegen. Dies gelang, ohne daß eine Einbuße an Präzision in Kauf genommen werden mußte. Zusätzlich wurden durch Anhebung einiger Wertelagen in Precipath U, z. B. für Cholesterin und Triglyceride, die Konzentrationsunterschiede zwischen Precipath U und Precinorm U deutlicher hervorgehoben.

Damit zog die Firma die Konsequenzen aus den Arbeitsergebnissen der Eichbehörden und kann bei unverändert hoher Reagenzqualität, gemeinsam mit den Spezialkontrollseren für Lipide, Proteine und Medikamente, die gesamte Breite an Analyten in unterschiedlichen Konzentrationen optimal abdecken.

Dies erfüllt exakt die Forderung der RiLiBÄK und stellt ohne Zweifel eine wesentliche Hilfe für die ordnungsgemäße Durchführung der internen Qualitätskontrolle dar.

¹ Redaktionelle Anmerkung: Siehe auch die einschlägige in dieser Zeitschrift publizierte Arbeit: da Fonseca-Wollheim F, Ausländer W, Schellenberg I, Schreiber G. Präzisionskontrolle „an der wichtigsten Entscheidungsgrenze“: Sind geeignete Kontrollproben verfügbar? Lab Med 1992;16:340-5.

Etablierung von PCR-Diagnostik in Klinik- oder Privatlabor

Molekularbiologe, apl. Prof. mit mehrjähriger praktischer Erfahrung in der PCR-Diagnostik von Infektionserregern, Erbkrankheiten und genetischen Risikofaktoren *bietet Starthilfe* bei der Einrichtung und Durchführung einer aktuellen PCR-Diagnostik; evtl. auch auf Honorarbasis. *Zuschriften erbeten unter* Chiffre LabMed 09/98

Blackwell Wissenschafts-Verlag GmbH,
Kurfürstendamm 57, D-10707 Berlin.