



Das würde eine **Reform** für die **Praxis** bedeuten

Die **Fehlverteilung der Laborkosten** zwischen Hausärzten und Fachärzten sorgt seit Jahren für scharfe Debatten. Doch welche Auswirkungen ergeben sich bei der bevorstehenden Reform überhaupt in der Hausarztpraxis?

Die Vergütung von Laborleistungen aus der gedeckelten Gesamtvergütung ist ein Problem, seit es eine Gebührenordnung für vertragsärztliche Leistungen, den EBM, gibt. Der Grund: Laborleistungen sind in erster Linie ein Kostenfaktor, der sich nur schwer quotieren lässt. Sie erzeugen so „chronisch“ eine Mengenentwicklung, die zu Lasten des Honorars für die übrigen vertragsärztlichen Leistungen geht.

Alle bisherigen Versuche, dieser Entwicklung Einhalt zu gebieten, haben nur kurzfristig gewirkt. Aktuell ist es wieder einmal so weit: Eine neue Reform soll helfen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat dafür einen Vorschlag vorgelegt. Noch ist dieser keine Realität – zu Redaktionsschluss wurde in den laufenden Verhandlungen eine Reform zum 1. April 2018 angestrebt –, doch die Eckpunkte und ihre Folgen für die Praxis zeichnen sich ab. Fest steht dabei: Es ist fraglich, ob die Reform in der geplanten Ausgestaltung den Durchbruch bringt. Doch sie kann ein erster Schritt sein, hausärztliches Honorar vor dem „Laborzugriff“ zu schützen. 1999 war es die Einführung eines Wirtschaft-

rggütting

EIN WICHTIGER ERSTER SCHRITT

Der Deutsche Hausärzterverband begrüßt, dass die Zeichen nach jahrelangen Diskussionen um die Laborvergütung nun auf Reform stehen. In den vergangenen Jahren haben die Hausärzte Millionen Euro draufgezahlt, um Leistungen zu finanzieren, die eindeutig zur fachärztlichen Versorgung gehören. Die Reform ist ein erster Schritt, diese Ungerechtigkeit zu beseitigen. Zeitnah ist dann ein neues, tragfähiges System gefragt – das hat auch die KBV betont.

lichkeitsbonus, der als eine Art Anreiz die Mengenentwicklung im Labor bremsen sollte. Das hat vorübergehend geklappt. Seit das Labor aber – wenn auch mit einer Quotenbegrenzung – in Euro vergütet wird und die Laborleistungen aus einem sogenannten Grundbetrag vor Trennung der Gesamtvergütung in den hausärztlichen und fachärztlichen Honoraranteil bezahlt werden, sind wieder alle Dämme gerissen. Daraus resultiert ein neues Problem: Obgleich der größte Teil des Laborgeldes in den fachärztlichen Honoraranteil fließt, sind die Hausärzte entsprechend dem Trennungsfaktor an dem Defizit beteiligt, das Quartal für Quartal im „Labortopf“ entsteht.

Auf diesem Weg fließt kontinuierlich Geld der Hausärzte in eine nicht gewünschte Richtung. Entscheidend für die „optische Ausgestaltung“ vor Ort ist, wie der Labortopf gefüllt wird: Einige KVen füllen den Laborgrundbetrag etwas großzügiger auf, dort entsteht kaum oder kein nachschusspflichtiger Unterschuss. Andere KVen machen das etwas knapper, was dann etwa in Nordrhein zu einem haus-/fachärztlichen Honorartransfer in siebenstelliger Höhe pro Quartal führt. Das Ergebnis ist in beiden Fällen gleich – beim letztgenannten Modell ist das lediglich transparenter. Die Reformschritte werden sich daher in allen KVen gleich auswirken. Das Fundament für die angestrebte Reform bilden zwei Säulen, eine Neuordnung des Wirtschaftlichkeitsbonus und eine veränderte Vorgabe zum Ausgleich von Unterdeckungen im Grundbetrag Labor. Dabei muss die Mindestquote von 89 Prozent ein-

gehalten werden. Im Falle einer weiteren Mengenausweitung muss der darüber hinausgehende Leistungsbedarf mit 35 Prozent vergütet werden. Im Folgenden werden die Auswirkungen in der Hausarztpraxis erläutert – unter der Annahme, dass die Reform, wie im KBV-Kompromiss angelegt, kommt.

Eine solche Reform wäre ein erster Schritt, aber mit Sicherheit keine endgültige Lösung des Problems!

Ulrich Weigeltdt, Bundesvorsitzender des Deutschen Hausärzterverbandes

Reform des Wirtschaftlichkeitsbonus

Eine Arbeitsgruppe der KBV hat sich intensiv mit dem Thema beschäftigt. Dabei fiel bei der Auswertung von Daten aus der KV Hessen zur Wirkung des Wirtschaftlichkeitsbonus auf, dass sich dort die Auszahlung nicht homogen verteilt. Viele Praxen bekommen entweder 100 Prozent oder null

EIN JAHRELANGES RINGEN

Die Laborreform ist seit Jahren im Gespräch. Eine Übersicht.

The infographic features a background image of a laboratory setting with a person in a white coat and blue gloves holding a test tube. Two circular callouts are overlaid on the image, connected to a timeline at the bottom.

- JULI 2015:** Mit Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes wird klargestellt, dass „die von fachärztlich tätigen Ärzten erbrachten hausärztlichen Leistungen nicht den hausärztlichen Teil der Gesamtvergütung (...) mindern“ sollen.
- DEZEMBER 2015:** Die KBV-Vertreterversammlung nimmt sich der Laborvergütung an und installiert die Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung Labor“ aus sechs haus- und sechs fachärztlichen Vertretern.

Prozent des Wirtschaftlichkeitsbonus ausgeschüttet. Eine neue Mechanik soll deshalb eine homogenere Auszahlung und eine stärkere Wirkung des Wirtschaftlichkeitsbonus erzielen.

Die Budgets nach den Abschnitten 32.2 und 32.3 fallen künftig weg und Ziffernkranze ersetzen die Kennnummern, die zu einer Befreiung von diesem Budget geführt haben. Es gibt keine Saldierung mehr mit dem Laborbudget. Stattdessen wird ein **arztindividueller (Labor-) Fallwert** ermittelt und ein Wirtschaftlichkeitsfaktor durch den Bezug auf die Fallwerte der Arztgruppe festgelegt, der die Höhe des ausgezahlten **Wirtschaftlichkeitsbonus** bestimmt:

- Unter dem Eckwert (25. Perzentil) wird der Bonus voll ausgezahlt,
- über dem Eckwert (75. Perzentil) erfolgt keine Zahlung und
- im Bereich dazwischen wird anteilig gezahlt (s. Abb).

Die arztgruppenspezifischen Eckwerte werden einmalig anhand der Abrechnungsdaten von 2015 neu festgelegt. Mit der Neugestaltung des Wirtschaftlichkeitsbonus wächst für den hausärztlichen Bereich der Anreiz, hier ein Zusatzhonorar zu generieren. Die im Beispiel erwähnten 13.000 Punkte würden beim Punktwert von 2018 zu einem Honorar von 1.385

Nach diesem Schema soll der Laborwirtschaftlichkeitsbonus künftig praxisindividuell berechnet und vergütet werden

Berechnung des Wirtschaftlichkeitsfaktors

Ein fiktives Beispiel

Festlegung des 25. Perzentils als unteren und des 75. Perzentils als oberen begrenzenden Eckwert im EBM

■ GOP 32001	13 Punkte	} Vorgaben im EBM
■ Oberer Eckwert:	150 Punkte	
■ Unterer Eckwert:	50 Punkte	
■ individueller Fallwert:	75 Punkte	
■ Anzahl der Fälle:	1000 Fälle	

Wirtschaftlichkeitsfaktor: $(150-75) / (150-50) * 100 = 75\%$

In diesem Beispiel beträgt der **Wirtschaftlichkeitsfaktor** 75 %, d.h. statt der maximal möglichen 13.000 Punkte werden 9.750 Punkte (75 %) vergütet.

Quelle: KBV

Euro führen. 75 Prozent wären noch immer 1.038,80 Euro. Inwieweit der Wegfall der budgetbefreienden Indikationen sich hier negativ auswirkt, bleibt abzuwarten. Der Ziffernkranz, also die Liste von Labor-Abrechnungsleistungen, die sich künftig nicht auf den Wirtschaftlichkeitsbonus auswirken, ist bisher noch nicht veröffentlicht. In jedem Fall sollten Hausärzte prüfen, ob eine Laborleistung tatsächlich indiziert ist. Denn da keine wesentlichen Honoraranteile aus dem Labor generiert werden (können), kann man das individuelle Honorarvolumen über den Wirtschaftlichkeitsbonus bei weniger Laborleistungen erhöhen.

Neuordnung des Grundbetrags

Die Neuordnung des Wirtschaftlichkeitsbonus soll den Abfluss aus dem Labortopf bremsen. Eine weitere Maßnahme regelt den Ausgleich eines trotzdem noch vorhandenen Defizits im Laborgrundbetrag. Eine Unterdeckung dort wird künftig nicht mehr orientiert am Honoraranteil der Hausärzte und Fachärzte an der Gesamtvergütung (MGV) ausgeglichen, sondern nach dem **Verursacherprinzip**.

Eigenerbrachte oder per Überweisung veranlasste Laborleistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 des EBM werden künftig entsprechend der Zuordnung des erbringen-

Die Arbeitsgruppe der KBV gibt das Ergebnis ihrer Beratungen bekannt: Kurzfristig ist etwa beabsichtigt, das von Fachärzten erbrachte Labor und die fachärztlichen Laborgrundpauschalen exklusiv dem fachärztlichen Vergütungsanteil zuzuordnen. Das sogenannte Praxis-Labor soll veranlasserbezogen dem hausärztlichen oder fachärztlichen Vergütungsanteil zugeschlagen werden.

Die KBV-Vertreterversammlung beschließt eine Neuordnung der Trennungsvorgaben für den Laborbereich. Aus dem Grundbetrag Labor, der in der Gesamtvergütung bisher vorweg abgezogen wurde, sollten künftig nur noch der Wirtschaftlichkeitsbonus und veranlasste Laborleistungen (Anforderungen über Muster 10) vergütet werden. Andere Laborleistungen sollten – je nachdem, wer sie erbringt – auf die Bereiche Fachärzte, Hausärzte und Bereitschaftsdienst aufgeteilt werden.

Wenige Tage, bevor der Beschluss am 1. Juli 2017 in Kraft treten sollte, stellt sich der GKV-Spitzenverband quer und lehnt den Kompromiss ab. Ein Kritikpunkt: Mit der neuen Regelung werde die fachärztliche Versorgung übermäßig stark belastet. Als neuer Starttermin wird der 1. Januar 2018 anvisiert.

Der Termin für die Reform der Laborvergütung wird erneut verschoben – auf den 1. April 2018. Als Begründung für die erneute Verschiebung nennt die KBV, dass man für die Ausgestaltung weitere Zeit benötige.

MAI 2016

DEZEMBER 2016

JUNI 2017

NOVEMBER 2017

den Arztes dem hausärztlichen oder fachärztlichen Grundbetrag zugeordnet. Laborgrundpauschalen (Nrn. 12210 und 12220 EBM) werden dem fachärztlichen Grundbetrag, Laborleistungen im organisierten Not(-fall)dienst dem Grundbetrag ärztlicher Bereitschaftsdienst zugeordnet.

Einschätzung des Autors

Diese Regelung ist das „heiße Eisen“ der Reform. Da die veranlasserbezogene Zuordnung einer Unterdeckung des Laborgrundbetrags sich nicht auf den einzelnen Arzt, sondern die jeweilige Versorgungsebene der Haus- und Fachärzte bezieht, ist solidarisches Handeln gefragt. Nur wenn jeder einzelne Hausarzt weiter nach den üblichen Kriterien sorgfältig abwägt, ob die von ihm vorgesehene Laborleistung angezeigt ist, kann sich

diese Regelung honorarfördernd für alle auswirken. Je niedriger der hausärztliche Anteil am Laborhonorar ist, desto weniger muss bei einer Unterdeckung im Laborgrundbetrag aus dem hausärztlichen Honoraranteil ausgeglichen werden. Das wirkt sich dann positiv auf den hausärztlichen Punktwert und das Honorar des einzelnen Hausarztes aus.

Das Problem, das sich hier jedoch aufbauen wird: Fachärzte, die nach dem gleichen Grundsatz von dieser Regelung profitieren, könnten vermehrt versuchen, Leistungen auf den Hausarzt zu verlagern. Hier müssen wir konsequent sein! Wenn der Radiologe künftig Kreatinin und TSH vor einer Kontrastmitteluntersuchung anfordert, sollte man ihn darauf hinweisen, dass dies Bestandteil seines und nicht unseres Honorars ist.

Gerd W. Zimmermann

FAZIT

- Laborleistungen sind ein nur schwer zu quotierender Kostenfaktor – seit Jahren wird daher über eine Reform der Vergütung diskutiert.
- Ein von der KBV eingebrachter Kompromiss fußt auf zwei Säulen: einer Neuordnung des Wirtschaftlichkeitsbonus und einer veränderten Vorgabe zum Ausgleich von Unterdeckungen im Grundbetrag Labor.
- Für den Hausärzteverband ist die Reform, die zum 1. April 2018 in Kraft treten soll (Stand Redaktionsschluss), ein erster Schritt. Dass die Selbstverwaltung nach jahrelangem Druck der Hausärzte eine Reform verabschiedet hat, ist zu begrüßen – nun gilt es die Vergütung langfristig neu zu ordnen.