

ALM Aktuell

SPEZIAL

Laborreform 2025: Die Reform, die keine ist

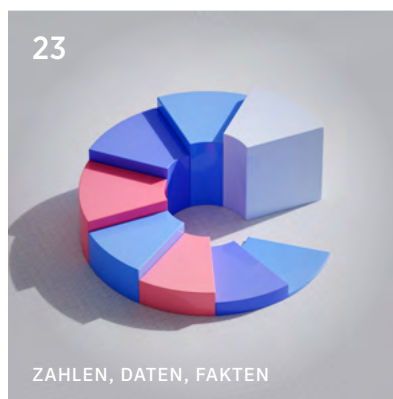
„Süßes Gift“ für die fachärztlichen Labore:
Hintergründe, Details und Auswirkungen des
aktuellen Beschlusses | Seite 5

ERHEBLICHER NACHBESSERUNGSBEDARF

Schädlich für die Patientenversorgung,
ohne Nutzen für die fachärztlichen Labore:
Kritik und Anpassungsvorschläge | Seite 17

ZAHLEN, DATEN, FAKTEN

Die wirtschaftlichen Auswirkungen der Reform
auf die Labore | Seite 23



Inhalt

Vowort	3
Laborreform 2025: Hintergründe, Details und Auswirkungen des aktuellen Beschlusses	5
Eine Laborreform, die schädlich für die Patientenversorgung und ohne Nutzen für die fachärztlichen Labore ist, gehört gestoppt und angepasst	17
Zahlen, Daten, Fakten und finanzielle Auswirkungen der Reform	23

„Süßes Gift“ für die fachärztlichen Labore



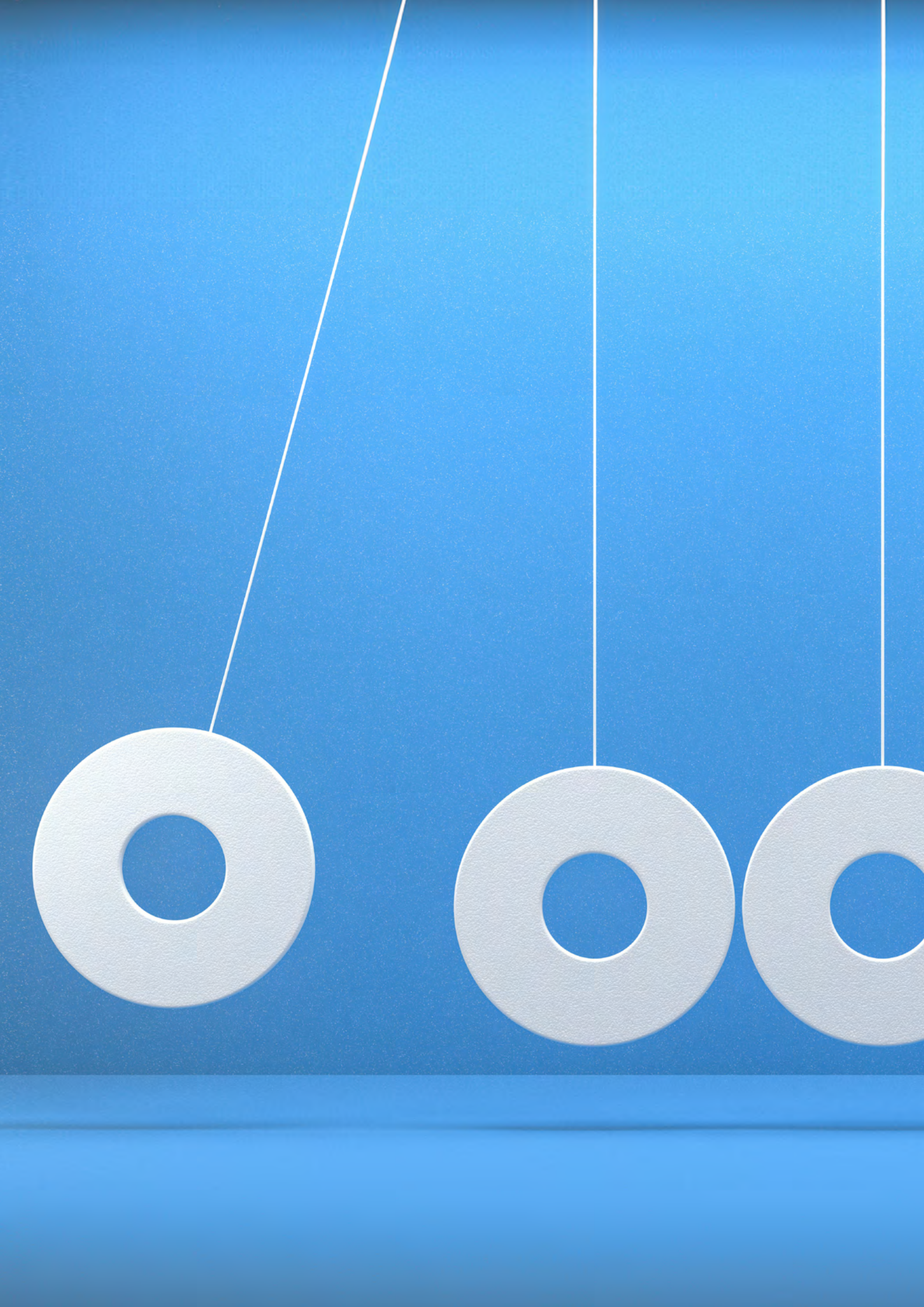
Laborreform 2025: Die Reform, die keine ist

Mit dem schriftlich gefassten Beschluss vom 19. April 2024 haben der Spitzenverband der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung in ihrer 709. Sitzung weitreichende Änderungen, Anpassungen und substanzielle Abwertungen im Bereich der labordiagnostischen Versorgung vorgenommen mit überwiegend negativen Folgen für insbesondere die fachärztlichen Labore und darüber hinaus für viele Facharztgruppen mit einem Eigenlabor sowie die Fachärztinnen und Fachärzte für Humangenetik und Pathologie.

Aus der Sicht der Mitgliedslabore des ALM e.V. ist dieser Beschluss, der zum 01. Januar 2025 seine Wirkung entfalten soll, weitreichender als die Beschlussfassung zur Laborreform 2018.

Vor diesem Hintergrund widmen wir diese Spezial-Ausgabe des ALM Aktuell exklusiv dem Thema. In drei Artikeln befassen wir uns ausführlich mit den Inhalten und organisatorischen sowie wirtschaftlichen Auswirkungen des Beschlusses. Anschließend präsentieren wir Vorschläge zu seiner Anpassung.

Dr. Michael Müller
Erster Vorsitzender ALM e.V.



Laborreform 2025: Hintergründe, Details und Auswirkungen des aktuellen Beschlusses

In seiner 709. Sitzung hat der Bewertungsausschuss umfassende Änderungen im Bereich der labordiagnostischen Versorgung beschlossen. Wir erläutern die genauen Regelungen und die Historie der Beschlussteile.

DR. MICHAEL MÜLLER

Warum der Beschluss? – Begründungen des GKV-SV und der KBV

In den entscheidungserheblichen Gründen zum Beschluss¹ heißt es hierzu: „Der EBM wird mit dem Ziel einer rechtssicheren und angemessenen Vergütung der präanalytischen Leistungen (Transportkosten, Entnahmematerial und elektronische Auftragserteilung), die außerhalb der eigenen Arztpraxis durchgeführt werden, sowie der Anpassung des laborärztlichen Honorars an den kalkulatorischen Arztlohn insgesamt leistungsbedarfsneutral weiterentwickelt.“

Die KBV schreibt zur Finanzierung der neuen Pauschalen und zur Anpassung des laborärztlichen Honorars in den PraxisNachrichten vom 11.04.2024²:

„Mit den neuen Kostenpauschalen werden die Aufwände der Laborarztpraxen für Transport, Entnahmematerial und eine elektronische Auftragsübermittlung transparent im EBM ausgewiesen. Die Leistungsinhalte der neuen Pauschalen werden derzeit aus den Leistungen der In-vitro-Diagnostik querfinanziert. Diese Querfinanzierung wird ab 1. Januar 2025 aufgehoben und die Bewertung der Leistungen wird deshalb entsprechend gemindert. Im Zusammenhang mit den neuen Kostenpauschalen hat der Bewertungsausschuss die Grundpauschale für Laborärzte im EBM-Kapitel 12 überprüft.“

In der letzten EBM-Reform wurde für die Berechnungen der kalkulatorische Arztlohn mit 117.060 Euro pro Jahr (bei 51 Wochenarbeitsstunden und 5 Arbeitstagen/Woche) bestimmt. Diese Festlegung erfolgt nunmehr auch für das laborärztliche Honorar: Ärztinnen und Ärzte, die zur Versorgung gemäß EBM-Kapitel 12 zugelassen sind, sollen über die laborärztlichen Grundpauschalen bei Vollauslastung den kalkulatorischen Arztlohn erreichen können. Hierfür passt der Bewertungsausschuss die Grundpauschalen und deren Abstufungsgrenzen zum 01. Januar 2025 an. Zur Gegenfinanzierung werden die Bewertungen der technischen Leistungen zum 01. Januar 2025 entsprechend gemindert.“

Im ersten Moment des Lesens und der Befassung mit dem Beschluss könnte man denken, es sei doch alles in Ordnung und im besten Sinne geregelt. Die leistungsbedarfsneutrale Anpassung im EBM, was eine eher technische Umschreibung des Umstandes darstellt, dass Anpassungen im EBM häufig ohne zusätzliche Finanzmittel „kostenneutral/ausgabenneutral“ für die Gesetzlichen Krankenkassen vorzunehmen sind, ist als willkürliche Festlegung ohnehin eher die Regel als die Ausnahme. Bei Betrachtung der einzelnen Beschlussteile, ihrer Historie und der Auswirkungen wird deutlich, dass in diesem Beschluss nur wenig in Ordnung ist oder im besten Sinne geregelt erscheint.

Der Hinweis, dass die neuen Pauschalen bisher aus den Leistungen der In-vitro-Diagnostik durch die fachärztlichen Labore querfinanziert seien, ist zunächst nur eine nicht näher begründete oder belegte Festlegung. Mit den später noch zu beschreibenden Kostenrechnungen haben die fachärztlichen Berufsverbände mehrfach belegt, dass bei durchschnittlicher Kostenbetrachtung im Labor schon vor der Pandemie eine fehlende Kostendeckung durch die Kostenerstattung für Laborleistungen im EBM festzustellen ist. Die vollständige Finanzierung von bereitgestelltem Entnahmematerial, der Bereitstellung von Order/Entry-Systemen und auch der Transportkosten erfolgte und erfolgt zur Sicherstellung der Versorgung sehr überwiegend aus den Nicht-GKV-Einnahmen der Labore.

Wir betrachten nachfolgend die einzelnen für die fachärztliche Labordiagnostik relevanten Teile des Beschlusses, klären die Historie dieser Teile und ihre Herleitungen, führen alles in einer zusammenfassenden Bewertung zusammen und enden mit konkreten Vorschlägen zur Anpassung des Beschlusses. Denn das steht fest: So kann und darf der Beschluss im Sinne einer bestmöglichen Qualität und Sicherheit der flächendeckenden und wohnortnahen Patientenversorgung mit In-vitro-Diagnostik nicht bleiben.

1 https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2024-04-19_ba709_eeg.pdf (zuletzt aufgerufen: 05.05.2024)

2 https://www.kbv.de/html/1150_68777.php (zuletzt aufgerufen: 05.05.2024)

Teil A: Einführung von Pauschalen für Entnahmematerial, die Bereitstellung von Systemen zur digitalen Auftragskommunikation (Order/Entry) und Neufassung der Transportkostenpauschale

In Teil A konkretisiert der Beschluss zunächst eine im Zusammenhang mit der Einführung der Pauschalen die in den Gebührenordnungen enthaltenen Inhalte in der Nr. 7.1. der Allgemeinen Bestimmungen des EBM und definiert, dass in den Gebührenordnungspositionen In-vitro-diagnostischer Untersuchungen – soweit nichts anderes bestimmt ist – die Kosten für Laborgeräte, Reagenzien, allgemeiner und spezieller Laborbedarf sowie allgemeine Praxiskosten zur Durchführung der In-vitro-Diagnostik enthalten sind. Die zusätzlich aufgenommenen Pauschalen für Entnahmematerial und Order/Entry werden im neugefassten Abschnitt 40.3 aufgenommen, der nähere Abrechnungsvorschriften für die Gebührenordnungspositionen in diesem Abschnitt enthält.

Pauschalen für Entnahmematerial

Die Einführung von Pauschalen für die Beschaffung und Bereitstellung von Entnahmematerial wird seitens des Bewertungsausschusses mit der Rechtssicherheit begründet. Bereits in einer gemeinsamen Erklärung vom 12.07.2018 zu Materialkosten im Labor vertraten der GKV-SV sowie die KBV die Auffassung, dass eine kostenfreie Bereitstellung von Materialien für die Blutentnahme durch Laborärzte an veranlassende Ärzte auf die Regelung in Nr. 10 der Präambel zu Kapitel 32 gestützt werden könne. Diese besagt:

„Die Kosten für die Beschaffung und ggf. die Aufbereitung von Reagenzien, Substanzen und Materialien für In-vitro- und In-vivo-Untersuchungen, die mit ihrer Anwendung verbraucht sind, sowie die Kosten dieser Substanzen selbst sind in den Gebührenordnungspositionen enthalten, soweit nichts anderes bestimmt ist.“³

In derselben Erklärung sichern beide die Prüfung zu, eine Präzisierung der Zuordnung der Kosten zu den Leistungen im EBM hinsichtlich der Erforderlichkeit vorzunehmen. Das ist mit dem Beschluss der 709. Sitzung mit Datum vom 19.04.2024 nun geschehen.

Seit der Laborreform 1999 besteht insgesamt Einigkeit zwischen allen Beteiligten, dass die Kosten für die Beschaffung und Bereitstellung von Entnahmematerialien für die In-vitro-Labordiagnostik nicht in den Kalkulationen der Eurobeträge der Laborleistungen im EBM enthalten sind. Die Labore haben wegen der dargestellten Einschätzung den zuweisenden Praxen diese Materialien, gegebenenfalls auch kostenpflichtig, zur Verfügung gestellt. Das erfolgte und erfolgt in erster Linie aus Gründen der Qualitätssicherung, da bei teils hochautomatisierten Prozessen der Gerätesysteme die Verwendung genormter Blutröhrchen erforderlich ist.

Nach der einschneidenden Laborreform 1999 erfolgte zum 01.01.2009 eine erneute Abwertung der Laborleistungen. Seit 2012 erfolgte die Auszahlung des Honorars für die Laborleistungen quotiert, zunächst regional unterschiedlich, dann bundeseinheitlich. Die Einführung der Mindestquote von 89 % durch die Laborreform 2018 führte zur weiteren Reduktion der verfügbaren Finanzmittel für eine qualitätsgerechte Leistungserbringung durch die Facharztlabore. Aus diesem Grunde hat der ALM e.V. eine gutachterliche Bewertung der Kosten für die Beschaffung und Bereitstellung von Entnahmematerialien als Ergänzung einer aktualisierten Kostenrechnung des BDL e.V. in Auftrag gegeben.

Diese ergänzende Kostenrechnung ermittelte die für die Beschaffung und Bereitstellung von Entnahmematerialien entstandenen Kosten in Höhe von 0,98 Euro je Behandlungsfall. Entsprechend hat der ALM e.V. 2019 die Einführung einer mit zusätzlichen Finanzmitteln auszustattenden Pauschale empfohlen (9 Punkte). Die Einführung der Entnahmematerialpauschale wäre mit der Bereitstellung zusätzlicher Finanzmittel durch die Krankenkassen verbunden gewesen.

Im aktuellen Beschluss des Bewertungsausschusses sind nun ab dem 01.01.2025 verschiedene Pauschalen für die Beschaffung und Bereitstellung von Entnah-

³ https://www.kbv.de/media/sp/EBM_Gesamt_-_Stand_2_Quartal_2024.pdf (zuletzt aufgerufen: 06.05.2024)

Kostenpauschale	Beschreibung	Bewertung
40089	Zuschlag zu den GOP 01812 und 01930 und zu den GOP des Abschnitts 32.2. für die Kosten der Beschaffung und Bereitstellung von Entnahmematerial durch Laborärzte oder in Laborgemeinschaften	0,95 Euro (1x im Behandlungsfall) nicht neben 40090 berechnungsfähig
40090	Zuschlag zu den GOP 01724, 01738, 01743, 01756, 01762, 01763, 01766 bis 01768, 01783, 01793, 01800, 01802 bis 01811, 01816, 01826, 01833, 01840, 01865, 01869, 01915, 01931 bis 01936, 12224 und zu den GOP der Abschnitte 11.4, 19.3, 19.4, 30.12.2 und 32.3 für die Kosten der Beschaffung und ggf. Bereitstellung von Entnahmematerial	0,95 Euro (1x im Behandlungsfall)
40091	Zuschlag zur Kostenpauschale 40090 für die Kosten der Beschaffung und ggf. Bereitstellung von Transportmedien für den direkten Erregernachweis überwiesener Leistungen für GOP nach den Abschnitten 30.12.2, 32.38, 32.39 und 32.3.10	1,98 Euro (1x im Behandlungsfall)

Tabelle 1: Neue Pauschalen „Entnahmematerial“ im EBM ab 01.01.2025

mematerial in den EBM aufgenommen (*Tabelle 1*). Das ist aus der Sicht der ALM-Mitgliedslabore in dieser Form weder notwendig noch sachgerecht. Vor diesem Hintergrund hat der ALM der KBV nach Übermittlung des Beschlussentwurfes vom 06.11.2023 vorgeschlagen, nur eine GOP für die Beschaffung und Bereitstellung von Entnahmematerial mit einer Durchschnittsbewertung von 0,70 Euro je Behandlungsfall aufzunehmen. Damit würden weniger Finanzmittel benötigt, die wiederum der Aufrechterhaltung des aktuellen Niveaus der Kostenerstattung für die Laboruntersuchungen im Kapitel 32 verwendet werden sollten. Zudem ist es aus der Sicht des ALM e.V., wie bereits begründet, erforderlich, dass diese Pauschale mit zusätzlichen Finanzmitteln der gesetzlichen Krankenkassen gestützt wird.

Pauschale für Order/Entry

Das bereits angesprochene Gutachten von 2019 hat sich auch mit den Kosten für die Bereitstellung von Systemen zur digitalen Auftrags- und Befundkommunikation (Order/Entry-Systeme) befasst. Deren Entwicklung und Bereitstellung für die Digitalisierung und damit Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Facharztlaboren und zuweisenden Praxen und Krankenhäusern hat mittlerweile eine Tradition von fast zwanzig Jahren.

Mit Einführung der Blankoformularbedruckung war es möglich, gleichzeitig mit der Erstellung des Laborüberweisungsscheins in eigens dafür entwickelten Softwareprodukten mit elektronischer Anbindung an das Praxisverwaltungssystem (PVS) eine Auftragsdatei zu erzeugen, die auf einem gesicherten elektronischen Weg an das Facharztlabor übermittelt werden konnte.

Bei Eintreffen der beim Patienten entnommenen Proben zusammen mit dem ausgedruckten Laborüberweisungsschein konnten die bereits übermittelten Informationen des Auftrages unmittelbar ohne weiteren manuellen Datenerfassungsaufwand in das Laborinformati-

onssystem (LIS) importiert werden, was wiederum zu einer rascheren Durchführung der überwiesenen Laboruntersuchungen mit entsprechend früherer Rückübermittlung des laborfachärztlichen Befundes und somit zu einer schnelleren Behandlung des betroffenen Patienten führte. Die für die eindeutige Kennzeichnung und Identifizierung der Proben sowie des zugehörigen Überweisungsscheins erforderlichen Etiketten werden bei dem Prozess jeweils gleichzeitig mit einem der Praxis leihweise zur Verfügung gestellten Barcode-Drucker erzeugt und auf beides geklebt.

Auf diese Weise kann die Arbeit der Datenerfassung im fachärztlichen Labor vereinfacht und der gesamte Prozess der Leistungserbringung verbessert werden. Das stetige Mehraufkommen an beauftragten Laboruntersuchungen konnte somit bei gleicher oder verkürzter Befundlaufzeit im Sinne einer guten Patientenversorgung bewältigt werden.

Für die Facharztlabore und ihre Zusammenarbeit mit den zuweisenden Praxen und Krankenhäusern waren diese meist in Eigeninitiative entwickelten Systeme ein wichtiger weiterer Schritt zur Digitalisierung der Gesamtprozesse in der Zusammenarbeit zwischen Zuweiser-Praxen und -Krankenhäusern mit den Facharztlaboren. Im Zusammenhang mit den seit 2016 bestehenden zusätzlichen erheblichen Anforderungen an die IT-Sicherheit von Facharztlaboren, die entsprechend des BSI-Gesetzes und der KRITIS-Verordnung zu Kritischen Infrastrukturen gehören, und den insgesamt steigenden Kosten für diese wenige Jahre nach der Einführung nicht mehr wegzudenkende, weil wichtige und die innerärztliche Zusammenarbeit deutlich verbessernde Innovation, entstand durch die wirtschaftlichen Auswirkungen der Laborreform 2018 die Erfordernis, diese Leistung über den EBM zu refinanzieren, da dies über die Laborkostenerstattung aus dem Kapitel 32 nicht mehr möglich war.

Kostenpauschale	Beschreibung	Bewertung
40092	Zuschlag zu den GOP 01738, 01743, 01756, 01762, 01763, 01768, 01783, 01793, 01800, 01802 bis 01812, 01816, 01833, 01840, 01865, 01869, 01915, 01931 bis 01936, 12224 und zu den GOP der Abschnitte 11.4, 19.3, 19.4, 30.12.2 und 32.3 für die Bereitstellung eines Systems oder eines Moduls zur digitalen Auftragserteilung und -nachverfolgung	0,60 Euro (1x im Behandlungsfall)
40093	Zuschlag zu den GOP 01762, 01763, 01766, 01767, 01793, 01826, 19327, 19328 für die Bereitstellung eines Systems oder eines Moduls zur digitalen Auftragserteilung und -nachverfolgung	0,30 Euro (1x im Behandlungsfall)

Tabelle 2: Neue Pauschalen „Order/Entry“ im EBM ab 01.01.2025

So wurden durch den bereits erwähnten externen Gutachter auch die Kosten für die Bereitstellung von Order/Entry-Systemen ermittelt, die dann zu dem konkreten Vorschlag des ALM e.V. an die KBV zur Etablierung einer neuen und mit zusätzlichen Mitteln finanzierten Pauschale je Behandlungsfall für die digitale Auftrags- und Befundkommunikation (Bewertung mit 6 Punkten) führte. Der aktuelle Beschluss des Bewertungsausschusses vom 19.04.2024 bildet das in etwa ab (**Tabelle 2**).

Allerdings soll diese wichtige Innovation und der damit verbundene finanzielle Bedarf durch eine Absenkung der Kostenpauschalen für Laboruntersuchungen im Kapitel 32 und der Honorare für Laboruntersuchungen im Abschnitt 1.7. des EBM finanziert werden. Der Beschluss macht also genau das Gegenteil dessen, was durch das Gutachten in 2019 als wirtschaftlich sachgerecht und angemessen bewertet worden ist.

Die „Selbstfinanzierung“ einer seitens des Bewertungsausschusses für sachgerecht gehaltenen Pauschale durch die Facharztlabore selbst lehnt der ALM e.V. und auch die überwiegende Zahl der nicht im ALM e.V. organisierten Labore ab. Der ALM e.V. blickt in dem Zusammenhang sehr besorgt auf die Protokollnotiz zum Beschlussteil A, denn diese sieht eine Überprüfung der Erfordernis der Fortführung oder Anpassung der Zuschläge nach 40092 und 40093 mit Wirkung zum 01.01.2028 vor. Zu erwarten ist also eine Abwertung der Pauschale nach diesem Zeitraum oder sogar eine Streichung, was dann de facto zu einem dauerhaften Entzug von Finanzmitteln aus dem Grundbetrag Labor führen würde. Daran ändert auch die Protokollnotiz zum Teil D nichts (*siehe Seite 15*).

Vor diesem Hintergrund hat der ALM der KBV nach Übermittlung des Beschlussentwurfes vom 06.11.2023 vorgeschlagen, für die Bereitstellung von Order/Entry-Systemen eine Bewertung von 0,30 Euro je Behandlungs-

fall aufzunehmen. Damit würden weniger Finanzmittel benötigt, die wiederum dauerhaft zur Aufrechterhaltung des aktuellen Niveaus der Kostenerstattung für die Laboruntersuchungen im Kapitel 32 verwendet werden sollten. Zudem ist es aus der Sicht des ALM e.V. erforderlich, dass auch diese Pauschale mit zusätzlichen Finanzmitteln der gesetzlichen Krankenkassen gestützt wird.

Neufassung der Transportkostenpauschale

Die Neufassung der Transportkostenregelung durch Streichung der GOP 40100, der Zuschläge GOP 01699 zur GOP 01700 sowie der GOP 12230 zur GOP 12220 bei gleichzeitiger Einführung der GOP 40094 sowie 40095 in den EBM stellt den Anlass für den Beschluss des Bewertungsausschusses vom 19.04.2024 (709. Sitzung) dar.

Grundlage hierfür bildet die schriftliche Beschlussfassung des Bewertungsausschusses in seiner 481. Sitzung (veröffentlicht am 26.03.2020)⁴ mit Einführung von zwei Zuschlägen (GOP 01699 und GOP 12230, bewertet mit jeweils 6 Punkten; die Kassenärztlichen Vereinigungen setzen die Zuschläge zu den GOP 01700 sowie 12220 automatisch zu) für den begrenzten Zeitraum vom 01.07.2020 bis zum 30.06.2021. In einer Protokollnotiz zu dem Beschluss gibt sich der Bewertungsausschuss bis zum 31.12.2020 einen Prüfauftrag zur Abbildung der Transportkosten in Verbindung mit Labordiagnostik, Histologie, Zytologie und Molekulargenetik im EBM. Dieser Beschluss wurde im weiteren Verlauf, wohl bedingt durch die Corona-Pandemie, mehrfach verlängert, zuletzt durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 675. Sitzung bis zum 30.09.2024.⁵ Die Zuschläge wurden eingeführt, um für die fachärztlichen Labore nach Streichung der Kostenpauschalen 40120 bis 40126 und 40144 die Kosten für die Versendung bzw. den Transport von Briefen und Telefaxen sachgerecht abzubilden.⁶

4 https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2020-03-26_ba481.pdf (zuletzt aufgerufen: 08.05.2024)

5 https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2023-10-02_ba675.pdf (zuletzt aufgerufen: 08.05.2024)

6 https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2020-03-26_ba481_eeg.pdf (zuletzt aufgerufen: 08.05.2024)

Kostenpauschale	Beschreibung	Bewertung
40094	Zuschlag zu den GOP 01724, 01738, 01743, 01756, 01762, 01768, 01783, 01793, 01800, 01802 bis 01812, 01816, 01833, 01840, 01865, 01869, 01915, 01931 bis 01936, 12224 GOP der Abschnitte 11.4, 19.3 (ausgenommen der GOP 19327 und 19328), 19.4, 30.12.2 und 32.3 für die Bereitstellung von Versandmaterial, den Transport von – ggf. auch infektiösem – Untersuchungsmaterial, Übermittlung der Ergebnisse ggf. einschließlich Übermittlung der Kosten der Leistungen der Abschnitte 11.4.1 bis 11.4.4 gemäß Präambel 11.1 Nr. 12 sowie ggf. einschließlich Übermittlung der Kosten der Leistungen der Abschnitte 32.2. und 32.3 gemäß Bestimmung Nr. 15 zum Kapitel 32	2,80 Euro (1x im Behandlungsfall)
40095	Zuschlag zu den GOP 01762, 01763, 01766, 01767, 01793, 01826, 19327, 19328 für die Bereitstellung von Versandmaterial, den Transport von – ggf. auch infektiösem – Untersuchungsmaterial, Übermittlung der Ergebnisse	1,05 Euro (1x im Behandlungsfall)

Tabelle 3: Neufassung der Transportkosten im EBM ab 01.01.2025

In **Tabelle 3** sind die neu in den EBM aufgenommenen Pauschalen nach GOP 40094 und 40095 dargestellt. Die bisherige GOP 40100 sowie die zuvor genannten Zuschläge (GOP 01699 und 12230) werden entsprechend aus dem EBM gestrichen.

Die für die fachärztlichen Labore wesentliche Änderung ist neben einer Anhebung der Bewertung Transportkostenpauschale um 0,20 Euro je BHF (7,7%) auf 2,80 Euro die Abrechenbarkeit der GOP 40094 auch bei Fällen mit Leistungen aus dem Abschnitt 32.2 des EBM. Damit ist die vollständige Abrechenbarkeit von Transportkosten bei Behandlungsfällen mit 32.2- und/oder 32.3-Leistungen ab dem 01.01.2025 nunmehr gegeben, was seit April 2009 für mehr als 15 Jahre nicht möglich war. Davor war dies seit Einführung der Transportkostenpauschale jedoch stets möglich und sachgerecht.

Mit Beschluss des GKV-SV und der KBV am 17.10.2008 wurde die zuvor für alle Leistungen des Kapitels 32 abrechenbare Transportkostenpauschale nach GOP 40100 ab dem 01. April 2009 nur noch abrechenbar für Behandlungsfälle mit Laborleistungen des Abschnittes 32.3 (Speziallabor).⁷ Ab dem 2. Quartal 2009 durfte die Pauschale von Laborfachärzten nicht mehr neben Leistungen des Abschnittes 32.2.1 bis 32.2.7 (Allgemeinlabor) abgerechnet werden. Das bedeutete, dass auch bei Überweisungsaufträgen mit Laboruntersuchungen aus dem Allgemeinlabor sowie aus dem Speziallabor die Transportkosten nicht mehr berechnungsfähig waren. Im Ergebnis erhielten die Facharztlabore, denen Leistungen aus dem Allgemeinlabor und dem Speziallabor überwiesen wurden, in weniger als der Hälfte der Fälle die Transportkostenpauschale ausbezahlt, obwohl sie auch nach der Änderung den Probentransport von Proben mit Aufträgen für Allgemeinlaborleistungen flächendeckend und wohnortnah aufrechterhalten haben und somit entsprechende Kosten für den Probentransport anfielen.

Der Verbleib der eingesparten Finanzmittel im Zusammenhang mit dem Beschluss aus 2008 ist ebenso unklar wie die Beantwortung der Frage, ob das Honorar aus den beiden Zuschlägen nach GOP 01699 und 12230 (je bewertet mit 6 Punkten) für die Neufassung der Transportkosten ab dem 01.01.2025 verwendet wurde. Der mit der Beschlussfassung zum 01.01.2025 verbundene Mehrbedarf an Finanzmitteln für die wichtige und richtige Wiedereinführung der Transportkostenerstattung bei Überweisungsleistungen des Allgemeinlabors (Abschnitt 32.2) und für die Erhöhung soll durch eine Querfinanzierung aus dem Kapitel 32 über die Abwertung der Laborleistungen erfolgen.

Das ist vor dem Hintergrund der Erläuterung zur Historie der Transportkostenerstattung weder verständlich noch sachgerecht. Der ALM e.V. lehnt diese von den Facharztlaboren zu tragende Querfinanzierung ab und fordert, dass die vormals entnommenen Finanzmittel wieder in den Grundbetrag Labor rückgeführt werden und dabei die kalkulatorische Honorarentwicklung seit 2009 entsprechend nachvollzogen wird. Der Erstattungsbetrag je Behandlungsfall kann dann durch Division mit der aktuellen Behandlungsfallzahl im Jahresmittel 2023 kalkulatorisch ermittelt werden.

Teil B: Änderung der Leistungslegende zur iFOBT-Bestimmung

Mit Wirkung zum 01.01.2025 wird als Folge aus der Einführung der Pauschale für die Beschaffung und Bereitstellung von Entnahmematerial die Leistungslegende der GOP 01738 sowie 32457 dahingehend geändert, dass die Kosten für das Stuhlprobenentnahmesystem und das Probengefäß nicht mehr in der Vergütung der beiden Leistungen enthalten sind.

Teil C: Anpassung der Grundpauschalen für die ärztliche Leistung bei Laborleistungen

Mit Teil C des Beschlusses verfolgt der Bewertungsausschuss mehrere Ziele: Er setzt den Teil E des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 455. Sitzung am 11.12.2019 mit Festlegung des kalkulatorischen Arztlohns auf 117.060,00 Euro für das Kapitel 12 im EBM um.⁸ Betroffen sind hier die Fachärztinnen und Fachärzte der labordiagnostischen Fächer (Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie u. a.). Gleichzeitig erfolgt eine Trennung der Grundpauschalen für arztgruppenübergreifende und arztgruppenspezifische Leistungen sowie eine Anpassung der Grundpauschalen für präventive Leistungen. Für die Pauschalen werden zudem sinnvollerweise höhere Abstaffelungsgrenzen festgelegt, die das reale Versorgungsgeschehen besser abbilden. **Tabelle 4** auf der Folgeseite gibt hierzu eine Übersicht.

Für die fachärztlichen Labore stellt die Umsetzung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 455. Sitzung eine seit der Laborreform 2018 geforderte wichtige und richtige Anpassung dar. Die Entwicklung der fachärztlichen Grundpauschale im Kapitel 12 für die Fachärztinnen und Fachärzte für Laboratoriumsmedizin sowie Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie

⁷ <https://www.aerzteblatt.de/archiv/inhalt?heftid=2842> (zuletzt aufgerufen: 09.05.2024)

⁸ https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2019-12-11_ba455_8.pdf (zuletzt geöffnet: 12.05.2024)

Kostenpauschale	Beschreibung	Bewertung
01437 neu	Grundpauschale für Vertragsärzte, die zur Versorgung gemäß Kapitel 3 bis 11 oder 13 bis 27 zugelassen sind, für Auftragsleistungen nach den GOP 01840 und 01915 und GOP der Abschnitte 32.2 und 32.3 (ersetzt die GOP 12225)	5 Punkte (1 x im Behandlungsfall [BHF]) <i>Abstaffelung:</i> Die GOP 01437 wird ab dem 14.001. BHF mit 1 Punkt je BHF bewertet
01698 neu	Zuschlag für Leistungen nach den GOP 01840 und 01915 für Vertragsärzte, die zur Versorgung gemäß Kapitel 8 zugelassen sind	5 Punkte (1 x im Behandlungsfall)
01700 angepasst	Grundpauschale für Vertragsärzte, die zur Versorgung gemäß Kapitel 12 zugelassen sind, für Auftragsleistungen nach den GOP 01738, 01783, 01800, 01802 bis 01812, 01816, 01833, 01865 bis 01867, 01869, 01930 bis 01936, 30954 und 30956	23 Punkte (1 x im Behandlungsfall [BHF]) Empfehlung zur extrabudgetären Vergütung <i>Abstaffelung:</i> Die GOP 01700 wird ab dem 1001. BHF mit 7 Punkten je BHF bewertet
01701 angepasst	Grundpauschale für Vertragsärzte, die zur Versorgung gemäß Kapitel 3 bis 11 oder 13 bis 27 zugelassen sind, für Auftragsleistungen nach den GOP 01738, 01783, 01800, 01802 bis 01812, 01816, 01833, 01869, 30954 und 30956	5 Punkte (1 x im Behandlungsfall) Empfehlung zur extrabudgetären Vergütung
12220 gestrichen		
12222 neu	Grundpauschale für Auftragsleistungen nach den GOP des Abschnitts 32.2	4 Punkte (1 x im Behandlungsfall [BHF]) <i>Abstaffelung:</i> Die GOP 12222 wird ab dem 14.001. bis zum 24.000. BHF mit 1 Punkt je BHF bewertet und ab dem 24.001. BHF mit 0,2 Punkten je BHF bewertet
12223 neu	Grundpauschale für Auftragsleistungen nach den GOP 01840 und 01915 sowie den GOP des Abschnitts 32.3	14 Punkte (1 x im Behandlungsfall [BHF]) <i>Abstaffelung:</i> Die GOP 12222 wird ab dem 14.001. bis zum 24.000. BHF mit 7 Punkten je BHF bewertet und ab dem 24.001. BHF mit 0,2 Punkten je BHF bewertet
12224 neu	Untersuchungsauftrag auf Muster 10, der zur Durchführung vollständig an eine andere Arztpraxis weiterüberwiesen wird	1 Punkt (1 x im Behandlungsfall)
12225 gestrichen		

Tabelle 4: Neufassung der Grundpauschalen für ärztliche Leistungen im Labor im EBM ab 01.01.2025

Beschreibung	Q1/2009	Q2/2009	Q2/2012	Q4/2013	Q2/2018	Q1/2025
Punktzahl/BHF	65	40	40	14	14	18 32.2: 4 32.3: 14
Anpassungsfaktor	1,0	0,6407	1,4458	1,4458	1,0	1,0
Orientierungswert (Cent)	3,5001	3,5001	3,5363	10,00	10,6543	11,9339
Wert/BHF (Euro)	2,28 €	1,40 €	2,05 €	2,02 €	1,49 €	2,15 €

Tabelle 5: Historie der fachärztlichen Grundpauschale 12220 seit dem Quartal 1/2009

hat eine nunmehr lange Geschichte. Bis zum zweiten Quartal 2009 wurde die Grundpauschale zur Vergütung der ärztlichen Arbeit im Labor mit 65 Punkten bewertet. Mit Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 8. Sitzung am 23.10.2008 wurde die Bewertung mit einem Anpassungsfaktor von 0,6407 um mehr als ein Drittel abgewertet.⁹ Zur Begründung wurde damals angeführt, dass dieses im Sinne der Fortschreibung des damaligen bisherigen Vergütungsniveaus erfolge. Daten zum Beleg wurden nicht vorgelegt.

Zur Abwendung dieser drastischen Kürzung haben die fachärztlichen Labore daraufhin intensiv interveniert, sodass die KBV in ihren Vorgaben gemäß § 87 Absatz 4 SGB V zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen mit Wirkung zum 01.04.2012 den Teil E ergänzte und einen Anpassungsfaktor von 1,4458 für die GOP 12220 festlegte.¹⁰ Im Zusammenhang mit der Festlegung des Orientierungswertes auf 0,10 Euro zum 01.10.2013 erfolgte durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 304. Sitzung mit schriftlicher Beschlussfassung eine Neubewertung aller GOP durch Multiplikation mit dem Faktor 0,3563.¹¹

Im Zuge der Laborreform zum 01.04.2018 wurden die Vorgaben zur Vergütung der Laborleistungen in den Teil B überführt mit Ausnahme des Teils E, der nunmehr gestrichen wurde. In der Folge entfiel der Anpassungsfaktor, der seitdem 1,0 beträgt und eine erneute Abwertung der fachärztlichen Grundpauschale für ärztliche Leistungen im Kapitel 12 bedeutete.¹² Diese komplexe Entwicklung zeigt **Tabelle 5** auf, in der rechten Spalte ist die vorgesehene Anpassung zum 01.01.2025 dargestellt. Die Tabelle verdeutlicht, dass mit den in 2025 vorgesehenen Anpassungen in etwa das Honorarniveau je Behandlungsfall aus dem Jahr 2009 erreicht wird.

Der Verbleib der eingesparten Finanzmittel im Zusammenhang mit der Änderung der KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung im Zuge der Laborreform 2018 ist unklar. Der mit der Beschlussfassung zum 01.01.2025 ver-

bundene Mehrbedarf an Finanzmitteln für die wichtige und richtige Anpassung der Bewertung der fachärztlichen Grundpauschale mit dem Ziel, dass Fachärzte für Laboratoriumsmedizin sowie Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie und weitere bei Vollausslastung wie alle übrigen Fachgruppen den kalkulatorischen Arztlohn erreichen können, soll wie die Anpassung der Transportkosten durch eine Querfinanzierung aus dem Kapitel 32 durch die Abwertung der Laborleistungen erfolgen. Im Ergebnis bedeutet das, dass die Fachärzte im Labor die Anpassung der eigenen Grundpauschale, also die bessere und im Vergleich zu anderen Fachgruppen gleichgestellte Honorierung ihrer ärztlichen Tätigkeit, im Kern selbst zu finanzieren haben, also ihr ärztliches Honorar selbst bezahlen.

So sehen es die entscheidungserheblichen Gründe vor, denn hier ist festgehalten, dass die Anpassungen der bisher beschriebenen Teile A bis C leistungsbedarfsneutral durch eine entsprechende Abwertung der Laborleistungen im Kapitel 32 gegenfinanziert werden sollen. Der ALM e. V. lehnt die Querfinanzierung der berechtigten Anpassung des ärztlichen Honorars durch Abwertung der einzelnen Laborleistungen kategorisch ab und fordert, dass die vormals entnommenen Finanzmittel wieder in den Grundbetrag rückgeführt werden und dabei die kalkulatorische Honorarentwicklung seit 2018 entsprechend nachvollzogen wird. Es sei der Hinweis erlaubt, dass mit der Neufassung des EBM im Jahr 1999 erstmals eine Trennung der Vergütung der ärztlichen Tätigkeit und der Sachkosten für die Laborleistungen selbst erfolgt ist. Diese Trennung jetzt willkürlich aufzuheben, ist weder im Sinne der EBM-Systematik noch den Ärztinnen und Ärzten im Labor gegenüber gerecht und fair.

Ebenso ist nicht zu rechtfertigen, dass auch andere Arztgruppen über die Abwertung der von Ihnen als „Labor-Eigenerbringer“ erbrachten und abgerechneten Laboruntersuchungen im Abschnitt 32.3 an der Finanzierung indirekt beteiligt werden.

9 https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2008-10-23_eba8.pdf (zuletzt aufgerufen: 12.05.2024)

10 https://www.kbv.de/media/sp/KBV-Vorgaben_2012-04-01_bis_2012-06-30_AB.pdf (zuletzt aufgerufen: 12.05.2024)

11 https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2013-04-19_ba304_1.pdf (zuletzt aufgerufen: 12.05.2024)

12 https://www.kbv.de/media/sp/KBV-Vorgaben_2018-04-01_LF.pdf (zuletzt aufgerufen: 12.05.2024)

Teil D: Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 01.01.2025 zur leistungsbedarfsneutralen Gegenfinanzierung der Beschlussteile A bis C

Mit dem Beschlussteil D legt der Bewertungsausschuss individuell und willkürlich neue Bewertungen der GOP in den Bereichen der Laboratoriumsmedizin, Pathologie, Humangenetik sowie Zytologie fest. Zur Begründung wird angeführt, dass die für die Umsetzung der Beschlussteile A bis C erforderlichen Finanzmittel „leistungsbedarfsneutral“ durch entsprechende Abwertungen der In-vitro-diagnostischen Laborleistungen zu mobilisieren seien. Dabei werden auch die präventiven Untersuchungen im Abschnitt 1.7. des EBM auf das Kostenniveau der entsprechenden kurativen Leistungen im Abschnitt 32.3 abgewertet.

Der zwischen KBV und GKV-SV als ausverhandelt verstandene Beschlussentwurf wurde Ende November 2023 an die Berufsverbände übermittelt. Zuvor wurden sie im September 2023 über das anstehende Konzept informiert. Eine echte Anhörung der Berufsverbände unter der Fragestellung, ob der vorgesehene Beschluss wirtschaftlich verkraftbar ist, erfolgte nicht.

Mit geringfügigen Anpassungen, insbesondere durch Aufnahme der Protokollnotizen in die Teile A und D, wurde der Beschluss dann in der 709. Sitzung am 19.04.2024 mit schriftlicher Beschlussfassung getroffen und dann beim Institut des Bewertungsausschusses veröffentlicht. Die entscheidungserheblichen Gründe zum Beschluss enthalten keine Hinweise, aufgrund welcher kalkulatorischen Basis diese Bewertungsanpassungen erfolgt sind. So drängt sich der Eindruck einer willkürlichen Bewertungsanpassung auf. Die Abwertungen erfolgen in den einzelnen EBM-Abschnitten unterschiedlich. In **Abbildung 1** sind diese zunächst zusammengefasst beschrieben.

Tabelle 6 gibt einen exemplarischen Überblick über Abwertungen von GOP in einzelnen Bereichen. Parallel stellen Marcel und Uli Früh im **Artikel auf Seite 23** dieser Ausgabe ausführlich anhand von Abrechnungsdaten die wirtschaftlichen Auswirkungen des Beschlusses für die fachärztlichen Labore dar.

Für einen erheblichen Teil der Laborleistungen aus dem Bereich der mikrobiologischen In-vitro-Diagnostik (Abschnitt 32.3 des EBM) stellt dieser Beschluss eine erneute Abwertung dar. Denn zuvor wurden durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 596. Sitzung am 15.06.2022 bereits Abwertungen vorgenommen, auch bei erst neu in den EBM aufgenommenen Leistungen (**siehe Tabelle 7 auf Seite 14**).

Für die fachärztlichen Labore stellt der Beschlussteil D eine signifikante Abwertung eines Großteils der In-vitro-diagnostischen Laboruntersuchungen dar. Die Neubewertungen erfolgen offensichtlich willkürlich und ohne eine transparente und nachvollziehbare Kostenkalkulation. Sie betreffen in unterschiedlicher Weise die

Abwertungen in den einzelnen EBM-Abschnitten

Abschnitt 1.7 (Prävention)

- ▶ 20/52 Laborleistungen werden abgewertet auf das Kostenniveau im Kapitel 32
- ▶ 3/52 Laborleistungen werden aufgewertet auf das Kostenniveau im Kapitel 32

Abschnitt 19.3 (Diagnostische Pathologie)

- ▶ 9/14 Leistungen der Pathologie werden abgewertet

Abschnitt 32.2 (Allgemeinlabor)

- ▶ 34/100 Laborleistungen werden abgewertet (meist 0,75 % bis 3,0 %, Ausnahmen)
- ▶ 66/100 Laborleistungen werden in der Bewertung nicht geändert

Abschnitt 32.3 (Speziallabor)

- ▶ 451/520 Laborleistungen werden abgewertet (meist 8,0 %, Ausnahmen)
- ▶ 68/520 Laborleistungen werden in der Bewertung nicht geändert
- ▶ 1/520 Laborleistungen (GOP 32457iFOBT) wird auf 7,21 € (+ 16,1 %) erhöht
- ▶ 4/21 Höchstwerten werden abgewertet (ca. 2 % bis 4 %)

Abbildung 1: Abwertungen (Zusammenfassung)

Kernleistungen im fachärztlichen Labor; vereinzelt werden Abwertungen um mehr als ein Drittel oder die Hälfte vorgenommen. Es wirkt so, als ob gezielt Einzelleistungen unter honorarpolitischen Aspekten ausgewählt wurden.

In den PraxisNachrichten der KBV wird dargestellt, dass die Abwertung erforderlich sei, da bereits durch die Labore zur Verfügung gestellte Leistungen lediglich in Pauschalen neu gefasst würden und deswegen die dafür erforderlichen Finanzmittel „logischerweise“ über die Abwertung der In-vitro-diagnostischen Laboruntersuchungen zu „mobilisieren“ seien, weil über diese Kosten erstattungen würden diese Leistungen ja finanziert. Belegt wird das anhand von Daten nicht. Auch bleibt offen, in welcher Weise die KBV und der GKV-SV die Einschätzungen über die notwendigen Vergütungsanteile zur Finanzierung der Pauschalen vorgenommen haben.

Mit der signifikanten Abwertung des überwiegenden Teils aller Laboruntersuchungen wird den fachärztlichen Laboren die wirtschaftliche Kraft genommen, grundsätzlich nicht kostendeckende Laboruntersuchungen durch

GOP	Beschreibung	Bewertung alt	Bewertung neu	Delta (€, relativ)
01738	iFOBT	75 Punkte	63 Punkte	-1,38 € / -16,0 %
01803	Röteln-IgM-Ak	97 Punkte	77 Punkte	-2,30 € / -20,6 %
01809	Indirekter Coombstest	80 Punkte	64 Punkte	-1,84 € / -20,0 %
01810	HbsAg	55 Punkte	44 Punkte	-1,26 € / -20,0 %
01812	Glukose im Plasma	16 Punkte	7 Punkte	-1,04 € / -56,3 %
01932	HbsAg u. HCV-Ak vor PREP	105 Punkte	91 Punkte	-1,61 € / -13,4 %
01936	Neiss. Gonorrhoe u/o. Chlamydien als NAT	320 Punkte	231 Punkte	-10,21 € / -27,8 %
32087	Lithium quantitativ	0,60 €	0,58 €	-0,02 € / -3,3 %
32094	HbA1c	4,00 €	2,67 €	-1,33 € / -33,3 %
32097	BNP/NT-pro-BNP (Praxis)	19,40 €	11,90 €	-7,50 € / -38,7 %
32101	TSH	3,00 €	2,39 €	-0,61 € / -20,3 %
32114	Thromboplastinzeit, kapillär	0,75 €	0,73 €	-0,02 € / -2,7 %
32122	Vollständiges Blutbild	1,10 €	1,07 €	-0,03 € / -2,7 %
32163	Knochenmark (Mikroskop)	7,90 €	7,27 €	-0,63 € / -8,0 %
32206	Aktiviertes Protein C	15,60 €	14,35 €	-1,25 € / -8,0 %
32216	Gerinnungsfaktor VIII	24,30 €	22,36 €	-1,94 € / -8,0 %
32232	Lactat	6,90 €	2,00 €	-4,90 € / -71,0 %
32247	Blutgase	13,80 €	9,50 €	-4,30 € / -31,2 %
32291	Porphyrine, qualitative	29,60 €	20,80 €	-7,80 € / -29,7 %
32314	Substanzen mit DC, GC, u./o. HPLC, Massenspektrometrie	51,90 €	43,00 €	-8,90 € / -17,1 %
32325	Ferritin	4,20 €	3,50 €	-0,70 € / -16,7 %
32351	PSA	4,80 €	4,42 €	-0,38 € / -7,9 %
32363	sFlt-1/PIGF-Quotient	62,25 €	57,27 €	-4,98 € / -8,0 %
32374	Cyclosporin	29,60 €	14,00 €	-15,60 € / -52,7 %
32379	Tacrolimus (FK 506)	31,90 €	14,00 €	-17,90 € / -56,1 %
32390	CA 125	10,60 €	9,75 €	-0,85 € / -8,0 %
32413	25-OH-Cholecalciferol (Vitamin D)	18,40 €	14,00 €	-4,40 € / -23,9 %
32416	Ähnliche Untersuchung (Immunoassay)	24,90 €	21,50 €	-3,40 € / -13,7 %
32421	1,25-Dihydroxy-Cholecalciferol (Vitamin D3)	33,80 €	14,00 €	-19,40 € / -58,6 %
32435	Albumin quantitativ	3,40 €	3,13 €	-0,27 € / -7,9 %
32460	C-reaktives Protein (CRP)	4,90 €	3,36 €	-1,54 € / -31,4 %
32468	Hämoglobin-Elektrophorese	21,90 €	20,15 €	-1,75 € / -8,0 %
32494	Antimitochondriale Ak	6,00 €	5,52 €	-0,48 € / -8,0 %
32540	Blutgruppe (AB0, Rh D)	9,60 €	8,83 €	-0,77 € / -8,0 %
32566	Treponemen-Antikörper	4,60 €	4,23 €	-0,37 € / -8,0 %
32575	HIV-1- u./o. HIV-2-Antikörper	4,45 €	4,09 €	-0,36 € / -8,1 %
32660	HIV-1- u./o. HIV-2-Westernblot zur Bestätigung	53,60 €	20,30 €	-33,30 € / -62,1 %
32661	HCV-Immunoblot zu Bestätigung	44,10 €	20,30 €	-22,80 € / -54,0 %
32720	Urin-Untersuchungen (mindestens 2 Nährböden)	5,50 €	5,06 €	-0,44 € / -8,0 %
32722	Stuhl-Untersuchung (mindestens 5 Nährböden)	8,00 €	7,36 €	-0,64 € / -8,0 %
32759	Differenzierung von Bakterien mit MALDI-TOF-Massenspektrometrie	6,59 €	6,06 €	-0,53 € / -8,0 %
32780	HBs-Antigen	5,50 €	5,06 €	-0,44 € / -8,0 %
32860	Faktor V-Leiden-Mutation	30,00 €	27,60 €	-2,40 € / -8,0 %

Tabelle 6: Zusammenfassende Darstellung der angepassten Bewertungen zum 01.01.2025

GOP	Beschreibung	Bewertung vor 01.01.2022 oder neue (n) ab 01.07.2022	Bewertung neu	Delta (€, relativ)
32584 n	HEV-Antikörper	10,60 €	9,75 €	-0,85 € / -8,0 %
32683 n	NAT Parasiten	19,90 €	18,31 €	-1,59€ / -8,0 %
32701 n	Clostridoides difficile (Stuhl)	23,80 €	23,80 €	
32702 n	Zuschlag für NAT	19,90 €	18,31 €	-1,59€ / -8,0 %
32777 n	Empfindlichkeitsprüfung nach EUCAST/CLSI	6,93 €	6,93 €	
32800 n	HSV-1/-2-NAT	19,90 €	18,31 €	-1,59 € / -8,0 %
32801 n	VZV-NAT	19,90 €	18,31 €	-1,59 € / -8,0 %
32802 n	Pneumocystis jiroveci-NAT	19,90 €	18,31 €	-1,59 € / -8,0 %
32803 n	Listerien-NAT	19,90 €	18,31 €	-1,59 € / -8,0 %
32804 n	Zika-Virus-RNA-NAT	19,90 €	18,31 €	-1,59 € / -8,0 %
32805 n	Sonstige Arboviren	19,90 €	18,31 €	-1,59 € / -8,0 %
32806 n	Masernvirus-NAT	19,90 €	18,31 €	-1,59 € / -8,0 %
32807 n	Mumpsvirus-NAT	19,90 €	18,31 €	-1,59 € / -8,0 %
32808 n	Rötelnvirus-NAT	19,90 €	18,31 €	-1,59 € / -8,0 %
32809 n	Adenoviren konjunktival	19,90 €	18,31 €	-1,59 € / -8,0 %
32815 n	HDV-RNA-NAT	89,50 €	82,34 €	-7,16 € / -8,0 %
32817 n	HBV-DNA-NAT quantitativ	89,50 €	82,34 €	-7,16 € / -8,0 %
32830	Mycobact. tuber.-NAT	20,50 €	18,31 €	-2,19 € / -10,7 %
32831	CMV-NAT	20,50 €	18,31 €	-2,19 € / -10,7 %
32832	Parvovirus-NAT	20,50 €	18,31 €	-2,19 € / -10,7 %
32833	Toxoplasma-NAT	20,50 €	18,31 €	-2,19 € / -10,7 %
32834	Liquor-Erreger mit NAT	20,50 €	18,31 €	-2,19 € / -10,7 %
32835	HCV-NAT	44,00 €	39,93 €	-5,07 € / -9,3 %
32837	MRSA-NAT	20,50 €	18,31 €	-2,19 € / -10,7 %
32839	Chlamydien-NAT	20,50 €	18,31 €	-2,19 € / -10,7 %
32842	Mykoplasmen-NAT	20,50 €	18,31 €	-2,19 € / -10,7 %
32843	Polyomavirus-NAT	20,50 €	18,31 €	-2,19 € / -10,7 %
32844	EBV-NAT	20,50 €	18,31 €	-2,19 € / -10,7 %
32845 n	HAV-NAT	19,90 €	18,31 €	-1,59 € / -8,0 %
32846 n	HEV-NAT	19,90 €	18,31 €	-1,59 € / -8,0 %
32847 n	HDV-NAT	19,90 €	18,31 €	-1,59 € / -8,0 %
32851 n	Multiplex-PCR respiratorisch ab 2. Erreger Höchstwert	19,90 €	18,31 €	-1,59 € / -8,0 %
		7,23 €	7,23 €	keine Änderung
		85,00 €	83,40 €	-1,60 € / -1,9 %
32852 n	Multiplex-PCR STD ab 2. Erreger Höchstwert	19,90 €	18,31 €	-1,59 € / -8,0 %
		7,23 €	7,23 €	keine Änderung
		40,00 €	38,40 €	-1,60 € / -4,0 %
32853 n	Multiplex-PCR gastrointestinal ab 2. Erreger Höchstwert	19,90 €	18,31 €	-1,59 € / -8,0 %
		7,23 €	7,23 €	keine Änderung
		85,00 €	83,40 €	-1,60 € / -1,9 %

n = neu in den EBM aufgenommen ab 01.07.2022, NAT = Nukleinsäurenachweis

Tabelle 7: Leistungsbewertung durch BA-Beschluss vom 15.06.2022 (596. Sitzung)

Laboruntersuchungen mit einem wirtschaftlichen Überschuss querzufinanzieren. Die **Tabelle 8** listet hierfür wichtige Beispiele auf. Durch die teilweise mit dem Beschluss erfolgte Abwertung können einzelne Laboruntersuchungen nur noch mit erheblicher Unterdeckung erbracht werden.

Der Teil D des Beschlusses endet mit einer Protokollnotiz, die vorsieht: „*Sofern der Bewertungsausschuss bei der Überprüfung der Auswirkungen dieses Beschlusses, insbesondere gemäß der Protokollnotiz zu Teil A, einen Anpassungsbedarf feststellt und der Bewertungsausschuss Anpassungen oder Streichungen der Kostenpauschalen in Teil A oder des laborärztlichen Honorars in Teil C vornimmt, ist für die Verwendung von ggf. freiwerdendem Leistungsbedarf zu berücksichtigen, dass dieser ursprünglich dem Leistungsbedarf der in Teil D genannten Gebührenordnungspositionen entnommen wurde.*“

Diese Protokollnotiz stellt leider keine verbindliche Sicherung des Status quo der Finanzierung der Laborleistungen, der neuen Pauschalen in der Präanalytik sowie der fachärztlichen Grundpauschale dar. Angesichts der sehr komplexen Beschlussfassung wäre dies im Sinne der bestmöglichen Patientenversorgung jedoch angemessen und sachgerecht gewesen. Wenn der Bewertungsausschuss im Nachhinein nun feststellt, dass die Pauschalen zu ändern wären, z. B. durch Streichung bzw. Abwertung, so ist nicht gesichert, dass die damit freiwerdenden Finanzmittel, die ja aus den Kostenerstattungsätzen für die Laboruntersuchungen im Kapitel 32 zur Finanzierung der Pauschalen entnommen wurden, dort hin zurückfließen. Das jedoch hätte systematisch für den Fall zu erfolgen.

Teil E: Verlängerung des BA-Beschlusses aus 481. Sitzung bis zum 31.12.2024

Der Teil E verlängert die vormals in der 481. Sitzung (26.03.2020), der 549. Sitzung (17.02.2021), der 570. Sitzung (15.09.2021), der 617. Sitzung (16.11.2022) sowie der 675. Sitzung (16.11.2022) getroffenen Beschlüsse zur Neuregelung der Transportkosten letztmalig bis zum 31.12.2024. Die Neuregelung erfolgt dann mit dem Beschluss der 709. Sitzung (19.04.2024) im Teil A.

Teil F: Änderung des BA-Beschlusses aus 596. und 647. Sitzung zum 01.01.2025

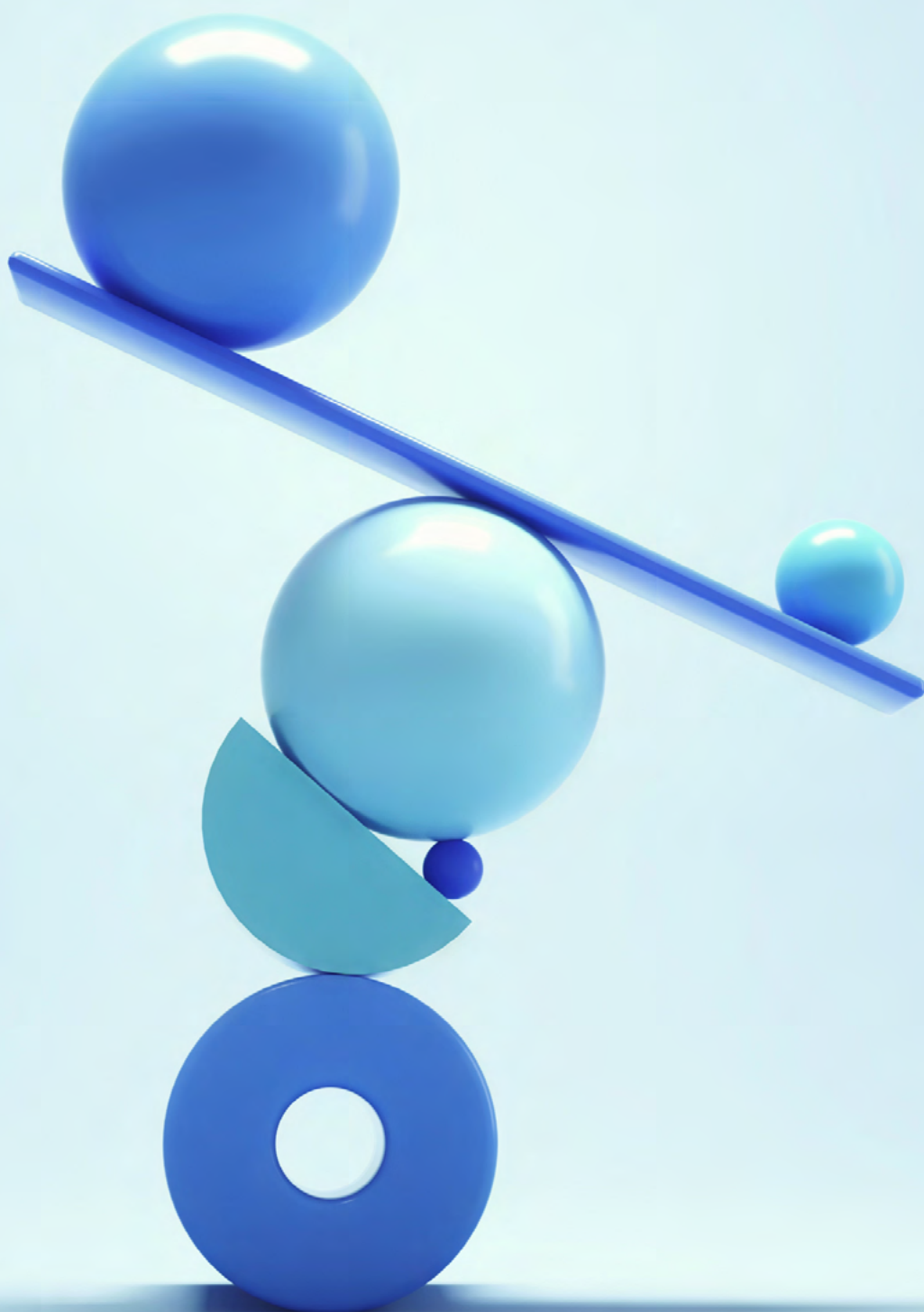
Im Teil F wird die mit den Beschlüssen des Bewertungsausschusses vom 15.06.2022 (596. Sitzung) und vom 13.06.2023 (647. Sitzung, schriftliche Beschlussfassung) verbundene Überprüfung des finanziellen Mehrbedarfs für die mit den Beschlüssen verbundene Leistungsbedarfsentwicklung dahingehend ergänzt, dass die Bewertungen zum Quartal 2024 für die Prüfung herangezogen werden. Der finanzielle Mehrbedarf wurde im Beschluss mit 5,75 Millionen Euro beziffert.

Teil G: Empfehlungen zum 01.01.2025

Teil G enthält die Empfehlung, die Grundpauschalen nach GOP 01700 und GOP 01701 ohne eine Anpassung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) extrabudgetär zu vergüten. Dieser Empfehlung kann man nur zustimmen. |

GOP	Beschreibung	Bewertung alt	Bewertung neu	Delta (€, relativ)
32107	Serumprotein-Elektrophorese	0,75 €	0,73 €	-0,02 € / -2,7 %
32114	TPZ aus Kapillarblut	0,75 €	0,73 €	-0,02 € / -2,7 %
32122	Vollständiger Blutstatus bei Mitbestimmung der Retikulozyten	1,10 €	1,07 €	-0,02 € / -2,7 %
32123	Zuschlag bei nachfolgender mikroskopischer Differenzierung und Beurteilung mikroskopischer Blutaussstrich	0,40 €		
32179	Karbolfuchsinfärbung auf Kryptosporidien	1,40 €	1,29 €	-0,11 € / -7,9 %

Tabelle 8: Beispiele von grundsätzlich nicht kostendeckend erbringbaren Laboruntersuchungen



Eine Laborreform, die schädlich für die Patientenversorgung und ohne Nutzen für die fachärztlichen Labore ist, gehört gestoppt und angepasst

DR. MICHAEL MÜLLER

Am 19. April 2024 veröffentlichte der Bewertungsausschuss einen schriftlich gefassten Beschluss zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband, GKV-SV) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V aus der 709. Sitzung, der auch als „Transportkostenbeschluss“ bezeichnet wird.¹³

¹³ https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2024-04-19_ba709.pdf (zuletzt aufgerufen: 05.05.2024)

Namensgebend ist der Teil A des Beschlusses, der die mit dem schriftlich gefassten und am 26.03.2020 veröffentlichten Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 481. Sitzung vorgesehene Abbildung der Transportkosten in Verbindung mit Labordiagnostik, Histologie, Zytologie und Molekulargenetik im EBM nun verbindlich ab dem 1. Januar 2025 regelt. Dieser Beschluss aus der 481. Sitzung wurde mehrfach in der Corona-Pandemie verlängert, zuletzt mit dem schriftlich gefassten Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 675. Sitzung (veröffentlicht am 02.10.2022).

Besser wäre es, den Beschluss der 709. Sitzung als „Laborreform 2025“ zu bezeichnen, denn er ist weitreichend in Bezug auf die Auswirkungen auf die Versorgung mit ärztlicher Labordiagnostik und enthält neben der bereits erwähnten Neufassung der Transportkosten auch die Neuaufnahme von neuen Pauschalen für die Bereitstellung von Entnahmematerial, die Versorgung von Patienten mit Systemen zur digitalen Auftragserteilung und -nachverfolgung („Order-/Entry-Systeme“) und eine Pauschale für die vollständige Weiterüberweisung von Laboraufträgen. Zudem erfolgt eine Anpassung der Grundpauschale für Auftragsleistungen (fachärztliche Grundpauschale Labor).

Aufgrund der zwischen KBV und GKV-SV offensichtlich vereinbarten Kostenneutralität, die gern als

„leistungsbedarfsneutral“ umschrieben wird, soll die Gegenfinanzierung dieser Anpassungen mit einer Abwertung der Honorare und Kostenerstattungen für Laborleistungen im präventiven und kurativen Bereich (Abschnitte 1.7, 11.4, 19.3, 19.4, 32.2 und 32.3) erfolgen. In seiner Architektur hat der Beschluss weitreichende Auswirkungen auf weitere Bereiche des EBM sowie auf die KBV-Vorgaben gemäß § 87 b Absatz 4 SGB V zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, zu denen bisher keine weiteren Informationen vorliegen. Es ist darüber hinaus sehr wahrscheinlich, dass auch die Honorarverteilungsmaßstäbe in den KVen durch die Beschlussfassung beeinflusst und Änderungen erfahren werden.

Gesamtbewertung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in 709. Sitzung vom 19.04.2024

Aus der Perspektive der fachärztlichen Labore enthält der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 709. Sitzung „Licht und Schatten“, also richtige und sachgerechte sowie falsche und unsachgemäße Regelungen. In seiner aktuellen Form ist er deswegen nicht akzeptabel und bedarf erheblicher Nachbesserungen zur Aufrechterhaltung der gewohnten Qualität und Sicherheit der flächendeckenden und wohnortnahen Patientenversorgung mit In-vitro-Labordiagnostik.

Kritik an der Abwertung der Laboruntersuchungen

Kernpunkt der Kritik ist die beabsichtigte signifikante Abwertung des überwiegenden Teils der Laboruntersuchungen in der Prävention (Abschnitt 1.7) und ebenso in der kurativen Diagnostik (Abschnitte 32.2 und 32.3) ohne Vorlage einer betriebswirtschaftlichen Kalkulation bzw. eines Nachweises, dass die Facharztlabore dieses wirtschaftlich verkraften könnten.

Die Begründung in den PraxisNachrichten der KBV, die Abwertung sei erforderlich und möglich, da durch die Labore bereits zur Verfügung gestellte Leistungen lediglich neu in Pauschalen gefasst würden und deswegen die dafür erforderlichen Finanzmittel „logischerweise“ über die Abwertung der In-vitro-diagnostischen Laboruntersuchungen, aus denen diese von den Laboren ja bereits erbrachten Leistungen finanziert würden, zu „mobilisieren“ seien, trägt nicht.

Zunächst wäre es an der KBV, diese Einschätzung zu begründen. Die Abwertung mit einer reinen Vermutung zu begründen, ist weder angemessen noch sachgerecht. Die Kosten der Pauschalen für Entnahmematerial sowie für die Bereitstellung von Order/Entry-Systemen werden in erheblichem Umfang durch die Nicht-GKV-Einnahmen mitfinanziert, soweit die Labore diese Leistungen den zuweisenden Praxen überhaupt zur Verfügung stellen.

Die Transportkostenpauschale (GOP 40100) hat zu keinem Zeitpunkt die tatsächlich anfallenden Kosten für die in der Legende enthaltenen Leistungen abgedeckt. Die Einführung der GOP 40094 und damit die wieder mögliche Abrechenbarkeit von Transportkosten für Facharztlabore bei Überweisungsaufträgen mit Allgemeinlaborleistungen aus dem Abschnitt 32.2 ist daher sinnvoll und erforderlich, auch wenn damit ebenfalls keine vollständige Kostendeckung erreicht werden kann.

Der ALM e.V. lehnt eine Querfinanzierung der neuen Pauschalen sowie der Anpassung von Transportkosten und fachärztlicher Grundpauschale über eine korrespondierende Abwertung der In-vitro-Laboruntersuchungen (Abschnitte 1.7, 19.3, 32.2 und 32.3) generell ab. Diese Querfinanzierung hebt die mit der Einführung des EBM 2000 vorgenommene strikte Trennung von Sachkosten, repräsentiert durch die Euro-Beträge der Kostenerstattungen für Laboruntersuchungen im Kapitel 32, und von ärztlicher Arbeit, repräsentiert durch die Bewertung der Grundpauschale im Kapitel 12, sowie der Kosten im Kapitel 40 aus. Damit werden den Euro-Beträ-

gen aus dem Kapitel 32 Finanzmittel für die Querfinanzierung von Leistungen entnommen und zweckentfremdet.

Die laborfachärztlichen Berufsverbände haben der KBV in 2018/2019 in zwei Gutachten umfassend die Kostensituation in den Facharztlaboren dargelegt und nachdrücklich auf die bereits bestehende durchschnittliche Unterfinanzierung der Kostenerstattungssätze im EBM hingewiesen. Zugleich wurden der KBV konkrete Vorschläge für die Aufnahme von Pauschalen zur Finanzierung des Entnahmematerials, der Bereitstellung von Order/Entry-Systemen zur Verbesserung und Digitalisierung der innerärztlichen Zusammenarbeit sowie zur Anpassung der Transportkosten und auch der fachärztlichen Grundpauschale vorgetragen. Diese Vorschläge basierten auf der für die Einführung erforderlichen Bereitstellung zusätzlicher Finanzmittel (Entnahmematerial, Transportkosten) sowie der Rückführung der bereits dem Grundbetrag Labor entnommenen Finanzmittel (Transportkosten, Grundpauschale) zur Finanzierung.

Positive Aspekte des Beschlusses

Insgesamt ist sehr zu begrüßen, dass der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 709. Sitzung vom 19.04.2024 die Vorschläge der fachärztlichen Labore aufgenommen hat und damit zu einer Verbesserung der flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung der Bevölkerung mit einer bedarfsgerechten In-vitro-Labordiagnostik beiträgt. Das gilt insbesondere auch für die Abrechenbarkeit von Transportkosten bei allen labordiagnostischen Behandlungsfällen unabhängig davon, ob Allgemeinlaborleistungen (Abschnitt 32.2) und/oder Speziallaborleistungen (32.3) überwiesen werden.

Ebenso ist es lange überfällig, dass die in einer Resolution der fachärztlichen Berufsverbände BDL e.V. (Berufsverband Deutscher Laborärzte), BÄMI e.V. (Berufsverband der Ärztinnen und Ärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie) und ALM e.V. (Akreditierte Labore in der Medizin) schon 2019 vorgetragene Forderung nach der Aufhebung der Abwertung der fachärztlichen Grundpauschale nun umgesetzt wird.

GKV-SV und KBV verfolgen mit dem Beschluss das Ziel einer „leistungsbedarfsneutralen“ Beschlussfassung. Dabei haben sie, so ist zu vermuten, den Leistungsbedarf für die Pauschalen nach GOP 40089, 40090 und 40091 (Entnahmematerial) sowie der GOP 40092 und 40093 (Order/Entry) und den Finanzierungsbedarf für die GOP 40094 und 40095 (Transportkosten) sowie die

GOP 12222, 12223 sowie 12224 (Grundpauschalen) aus den verfügbaren Abrechnungsdaten grob kalkuliert und den Gesamtbedarf durch eine entsprechende Abwertung der Laborleistungen in verschiedenen Abschnitten „mobilisiert“. Auffällig ist dabei, dass einzelne Leistungen gegenüber anderen überproportional abgewertet werden, andere jedoch unberührt geblieben sind. Für dieses Vorgehen liefern die entscheidungserheblichen Gründe zum Beschluss keine Erläuterungen. Auch ist unklar, wie hoch die sich aus der Streichung der GOP 01699, 12220, 12230 und 40100 verfügbaren Finanzmittel sind und wie diese in der Gesamtkalkulation berücksichtigt wurden. Letztlich bleibt auch offen, warum überhaupt Leistungen aus den Bereichen der Humangenetik und der Pathologie abgewertet werden.

Widersprüchliche und unklare Finanzierungsentscheidungen

Uli und Marcel Früh haben in ihrem *Beitrag auf Seite 23* die betriebswirtschaftlichen Folgen des Beschlusses anhand von Abrechnungsdaten und Honorarbescheiden einer großen Gruppe von fachärztlichen Laboren dargestellt. In der Gesamtbetrachtung kommen beide zu dem Ergebnis, dass jedes vierte Labor zu den „Verlierern“ der Laborreform 2025 gehört, d.h. im Ergebnis für alle erbrachten Leistungen weniger bezahlt bekommt als vorher. Fachgruppen wie beispielsweise die Pathologinnen und Pathologen, gehören ausschließlich zu den „Verlierern“. Sie verlieren durch die Reform an Honorar und sehen, so in einer aktuellen Pressemitteilung zu lesen, „eine systematische Degradierung von pathologischen Diagnostikleistungen durch die Gemeinsame Selbstverwaltung“.¹⁴

Diese Einschätzungen sind besorgniserregend, denn sie basieren auf einer Betrachtung ohne die weitere Beeinflussung des laborfachärztlichen Honorars durch die regionalen Honorarverteilungsmaßstäbe. Ob ein fachärztliches Labor nach der Reform „leistungsbedarfsneutral“, d.h. mit einem identischen Honorar, oder mit Verlusten oder mit Honorarzuwächsen rechnen darf, lässt sich an einigen Faktoren abschätzen:

- Behandlungsfallzahl
- Fallwert
- Anzahl der fachärztlichen Zulassungen
- Anzahl an Behandlungsfällen mit Order/Entry

Eine hohe Zahl an Behandlungsfällen führt zu einem entsprechenden Honorarzuwachs durch die neuen Pau-

schalen für das Entnahmematerial sowie Order/Entry. Bekommt das fachärztliche Labor auch die Laborleistungen des Allgemeinlabors (Abschnitt 32.2) überwiesen, fällt der Honorarzuwachs über die Neufassung der Transportkostenpauschale deutlich höher aus als in Laboren, die hier keine oder nur wenige Behandlungsfälle abrechnen.

Facharztlabore mit einem hohen Anteil an Speziallaborleistungen, die beispielsweise überregional auch andere Labore im Wege der Unterüberweisung mit diesen besonders komplexen, aufwändigen und damit auch kostenintensiven Laboruntersuchungen versorgen oder besondere fachliche Schwerpunkte gebildet haben, verzeichnen demgegenüber deutlich höhere Verluste aufgrund der signifikanten Abwertung im Abschnitt 32.3.

Auch Facharztlabore mit einem hohen Anteil an Behandlungsfällen mit Laboruntersuchungen bei chronisch Erkrankten werden überproportional negativ von der Laborreform getroffen, denn hier werden bei relativ niedriger Behandlungsfallzahl wegen der häufigeren medizinisch indizierten Laborkontrollen höhere Fallwerte erreicht, die über die neu eingeführten Pauschalen (Entnahmematerial, Order/Entry) und die Anpassung bei den Transportkosten sowie der fachärztlichen Grundpauschale dann nicht kompensiert werden können.

Man darf hier die Frage nach der rationalen Begründung stellen, warum Speziallabore und die Labore der Grund- und Regelversorgung von chronischen Erkrankungen mit ihrer besonderen Bedeutung für die Qualität der Versorgung und jedes andere Facharztlabor überhaupt Verluste durch eine Laborreform hinzunehmen haben.

Nach KBV-Angaben stammen die für die wirtschaftliche Folgenabschätzung verwendeten Daten aus dem Jahr 2021, also einem der Jahre der COVID-19-Pandemie. Ob diese Daten das Leistungsgeschehen repräsentativ widerspiegeln, darf angesichts des Verlaufs der Pandemie und auch dadurch veränderten Art der Arzt-Patienten-Kontakte in den Haus- und Facharztpraxen wohl zurecht bezweifelt werden.

Zudem kann auf diese Weise nicht die Entwicklung des Leistungsbedarfs bewertet werden, der im Zusammenhang mit dem „Mikrobiologie-Beschluss“ des Bewertungsausschusses (*siehe unter Teil D Seite 12*) steht. Auch ist unklar, welche kalkulatorischen Annahmen zugrunde gelegt wurden, um den Leistungsbedarf zur Finanzierung der neuen Pauschalen für das Entnahmematerial sowie die Bereitstellung von Systemen zur Auftrags- und Befundkommunikation und die Behandlungsfallzahlen mit

¹⁴ <https://www.pathologie.de/aktuelles/pressemitteilungen/2024/selbstverwaltung-setzt-onkologische-diagnostik-aufs-spiel-1> (zuletzt aufgerufen: 06.06.2024)

Auftragsleistungen aus dem Allgemeinlabor (32.2) korrekt für das folgende Jahr 2025 festzustellen.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 709. Sitzung mit der „Laborreform 2025“ ist auch in einem engen Zusammenhang mit weiteren Bestimmungen und Regelungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und auch den KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen auf der Grundlage von § 87b Absatz 4 des SGB V zu sehen.

Zunächst berührt eine Änderung der Euro-Beträge für die Kostenerstattungen der Laboruntersuchungen im Kapitel 32 auch die Ausgestaltung der arztgruppenspezifischen Fallwerte und ihrer unteren und oberen Grenze zur Steuerung der wirtschaftlichen Veranlassung von Laborleistungen (siehe Abschnitt 32.1 Nummern 1 bis 6 im EBM).¹⁵ Ebenso hat sie Auswirkungen auf die GOP 32001 (Wirtschaftlichkeitsbonus) und die diesbezügliche Leistungslegende.

Fazit und Notwendigkeit weiterer Anpassungen

Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 709. Sitzung („Laborreform 2025“) steht zudem im engen Zusammenhang mit den aktuellen KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen auf der Grundlage von § 87b Absatz 4 des SGB V.¹⁶ Hier sind im Einzelnen die nachfolgend genannten Aspekte anzusprechen:

Teil A (im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband)

Nr. 7: Bei der Vergütung von Gebührenordnungspositionen, die dem Grundbetrag „Labor“ unterliegen, ist eine Mindestquote in Höhe von 89 % anzuwenden.

Teil B (im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband)

Nr. 3.6: Für den Fall, dass auf Muster 10A bezogene allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen des Kapitels 32.2 EBM im Grundbetrag des jeweiligen Versorgungsbereichs durch veranlasste allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen des Kapitels 32.2 EBM im Grundbetrag „Labor“ ersetzt werden, sind die Finanzmittel ab dem 2. Quartal 2018 gemäß nachfolgendem Verfahren aus dem Vergütungsvolumen des haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrags in das Vergütungsvolumen des Grundbetrags „Labor“ zu überführen.

Nr. 3.7: Für den Fall, dass eigenerbrachte Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM (nicht auf Muster 10) im Grundbetrag des jeweiligen Versorgungsbereichs durch veranlasste Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM im Grundbetrag „Labor“ ersetzt werden, sind die Finanzmittel ab dem 2. Quartal 2018 gemäß nachfolgendem Verfahren aus dem Vergütungsvolumen des haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrags in das Vergütungsvolumen des Grundbetrags „Labor“ zu überführen.

Die Regelungen zu Teil B Nr. 3.6 und 3.7 sind aktuell ausgesetzt und bedürfen dringend einer Reaktivierung. Ebenso ist sicherzustellen, dass es nicht zu einer weiteren Absenkung der Mindestquote für die Vergütung der Leistungen aus dem Grundbetrag „Labor“ kommt.

Das hängt sicher auch mit der festgeschriebenen Vorgabe zum Ausgleich von Unter- und Überschüssen in Bezug auf den Grundbetrag „Labor“ gemäß Teil B Nr. 7.1. zusammen. Hier ist festgelegt, dass im Falle bestehender Unterschüsse, also eines nachträglichen Finanzierungsbedarfs für beauftragte Laboruntersuchungen, der haus- und fachärztliche Versorgungsbereich nach dem jeweiligen Anteil am Vergütungsvolumen des Grundbetrages „Labor“ im jeweiligen Abrechnungsquartal mitzufinanzieren hat.

Nach dem Beschluss der Vertreterversammlung der KBV vom 23.05.2016 auf Grundlage einer schriftlichen Einschätzung aus dem Bundesministerium für Gesundheit vom 02.05.2016 wurde festgelegt, dass das hausärztliche Kontingent zur Finanzierung fachärztlicher Leistungen selbst dann nicht herangezogen werden kann, wenn Leistungsausweitungen in einzelnen fachärztlichen Leistungsbereichen auf hausärztliche Überweisungen zurückzuführen seien.

Diese Einschätzung ist, auch mit Blick auf den Referentenentwurf zum Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) und der darin enthaltenen Entbudgetierung des hausärztlichen Versorgungsbereiches, sicher zu überdenken und dahingehend zu aktualisieren, dass dem hausärztlichen Versorgungsbereich ein angemessener Anteil an der Finanzierung der von ihm beauftragten, weil aus medizinischen Gründen benötigten, Laboruntersuchungen zuzuordnen ist.

¹⁵ https://www.kbv.de/media/sp/EBM_Gesamt_-_Stand_1._Quartal_2023.pdf (zuletzt aufgerufen: 04.06.2024)

¹⁶ <https://www.kbv.de/html/2753.php> (zuletzt aufgerufen: 04.06.2024)

Für die fachärztlichen Labore steht im Gesamtergebnis fest, dass der Beschluss des Bewertungsausschusses aus seiner 709. Sitzung in der aktuellen Form so nicht bestehen bleiben kann. Es besteht die dringliche Erfordernis der Korrektur und Anpassung. Diese sollten beinhalten:

- ▶ Rücknahme der Abwertungen der Laboruntersuchungen im Kapitel 32
- ▶ Festlegung der Mindestquote bei 89 Prozent bei der Vergütung der Leistungen aus dem Grundbetrag „Labor“ bei unverändertem Zuschnitt des Grundbetrages
- ▶ Erhöhung der Kostenerstattungen für die Laboruntersuchungen im Kapitel 32, mindestens jedoch für die chronisch unterfinanzierten Laboruntersuchungen im Kapitel 32
- ▶ Es sollte nur eine Pauschale für die Beschaffung und Bereitstellung von Entnahmematerial mit einer einheitlichen Bewertung (Größenordnung: 0,70 Euro je BHF) geschaffen werden. Die erforderlichen Finanzmittel sind zusätzlich von den Krankenkassen zur Verfügung zu stellen.
- ▶ Bewertung der Order/Entry-Pauschale mit 0,30 Euro je BHF und eine sichere Vergütung bis zum 31.12.2029. Die erforderlichen Finanzmittel sind zusätzlich von den Krankenkassen zur Verfügung zu stellen.
- ▶ Es sollte nur eine Pauschale für die fachärztliche Grundpauschale mit einer einheitlichen Bewertung von 18 Punkten je BHF, ab 15.001. BHF von 9 Punkten je BHF und 30.0001. BHF von 2 Punkten je BHF geschaffen werden. Die Finanzierung ist aus den vormals entnommenen Mitteln unter Berücksichtigung der Honorarentwicklungen vorzunehmen.

- ▶ Die Vergütung der neu geschaffenen Pauschale für Transportkosten (GOP 40094) sollte weiterhin mit 2,60 Euro je BHF vergütet werden. Die Finanzierung des Mehrbedarfs ist aus den vormals entnommenen Mitteln unter Berücksichtigung der Honorarentwicklung vorzunehmen.
- ▶ Verwendung der Mittel aus dem Wirtschaftlichkeitsbonus für die Finanzierung von Überschüssen im Grundbetrag „Labor“
- ▶ Prüfung der Steuerungswirkung von arztgruppenspezifischen Fallwerten auf das Leistungsgeschehen
- ▶ Aufwertung durchgehend nicht wirtschaftlich erbringbarer Laboruntersuchungen
- ▶ Bei erforderlicher selektiver Abwertung einzelner GOP (Beispiel CRP) sind die freiwerdenden Mittel in der Laborversorgung, z. B. zur Finanzierung eines Praxis-Notfall-Labors, zu verwenden.

Angemessen und sachgerecht wäre es, die aktuelle Beschlussfassung zunächst auszusetzen und den Beschluss zur Neufassung der Transportkosten (481. Sitzung vom 26.03.2020) nochmals um ein Jahr zu verlängern. Diese Zeit sollte genutzt werden, um einerseits die Konsequenzen der Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung für die Honorarverteilung zu bearbeiten und danach eine Laborreform anzugehen. Die Reform sollte sich am medizinischen Bedarf der Patientinnen und Patienten ausrichten und die erreichbare Qualität der Leistungserbringung berücksichtigen, damit die notwendige breite Struktur fachärztlicher Labore als zentrale Rahmenbedingung für eine flächendeckende und wohnortnahe Versorgung auch weiterhin gesichert ist. |



Laborreform 2025: Zahlen, Daten, Fakten und finanzielle Auswirkungen der Reform

Am 19.04.2024 haben der Spitzenverband der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in ihrer 709. Sitzung die Inhalte der Laborreform zum 01.01.2025 veröffentlicht. Die Reform sieht zum einen eine Reduktion der Kostenerstattungsbeträge im Kapitel 32 vor und zum anderen die Einführung von neuen Pauschalen sowie die Anpassung heutiger Pauschalen.

ULI FRÜH | MARCEL FRÜH

Einleitung und Aufgabenstellung

Der Berufsverband ALM e.V. hat die Uli Früh Consulting GmbH (UFCG) beauftragt, eine Folgenabschätzung für die vorgesehene Laborreform durchzuführen. Die Durchführung und Bearbeitung erfolgte federführend durch Uli Früh und Dr. Marcel Früh. Ziel ist es, die finanziellen Auswirkungen der Laborreform auf die von niedergelassenen Fachärzten für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie betriebenen ambulanten Laboratorien in Deutschland zu konkretisieren.

Die Hauptaufgabe bestand darin, die möglichen Auswirkungen der Reform auf die Laboratorien durch Simulationsrechnungen zu analysieren. Im Ergebnis sollen die finanziellen Auswirkungen auf die Gesamthonorarentwicklung abgeschätzt und die Auswirkungen auf Labore mit unterschiedlichen Versorgungsspektren („Labortypen“) aufgezeigt werden. Dabei soll auch eine Rolle spielen, inwieweit die seitens des Bewertungsausschusses vorgesehene „Leistungsbedarfsneutralität“ sich auf der Einzellaborebene widerspiegelt oder ob Rückschlüsse auf „Gewinner“ und „Verlierer“ der Laborreform gewonnen werden können.

Methodik und Vorgehen

Für die Datenerhebung wurde ein ALM-Anschreiben an die ALM-Mitgliedslaboratorien versandt. In diesem Schreiben wurde über das Projekt und die Vorgehensweise informiert und um die Bereitstellung folgender Unterlagen und Daten gebeten:

1. KV-Honorarbescheide für das 1. Quartal 2023
2. Angabe zum relativen Anteil derjenigen Behandlungsfälle, die durch digitale Auftragserteilung (Order/Entry) beauftragt werden (notwendig für neue GOP 40092)
3. Angaben, soweit möglich, zum relativen Anteil derjenigen Behandlungsfälle, die
 - a) das EBM-Kapitel 32.3.8 bis 32.3.10 betreffen (notwendig für neue GOP 40091)
 - b) auf das EBM-Kapitel 32.2 entfallen (notwendig für neue GOP 12222)
 - c) auf das EBM-Kapitel 32.3 entfallen (notwendig für neue GOP 12223)
 - d) auf Zytologie entfallen (notwendig für neue GOP 40095)

Sämtliche Unterlagen und Daten wurden von den teilnehmenden Laboratorien direkt an UFCG geschickt und dort ausgewertet.

Da die Informationen für die in den Ziffern 3a bis 3d aufgeführten Angaben kaum oder gar nicht von den Laboren mitgeteilt werden konnten, da diese nicht Inhalt der Honorarbescheide sind und ein Laborinformationssystem (LIS) eine solche Auswertung in der Regel nicht ermöglicht, wurden für eine sachgerechte Berechnung die KV-Abrechnungsdateien (CON-Dateien) der einzelnen Laboratorien verwendet. In diesen CON-Dateien sind sämtliche Informationen enthalten, die die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) haben und benötigen, um die zukünftigen neuen Gebührenordnungspositionen (GOP) und Pauschalen vergüten zu können.

Vor dem Hintergrund der Bedeutung und auch der Notwendigkeit, möglichst genaue Wertansätze für die zukünftigen neuen Pauschalen zu erhalten, wurde ein Konzept und eine Vorgehensweise entwickelt, die es ermöglicht, diese CON-Dateien unter Einhaltung aller Datenschutzrichtlinien und der Anonymität auszuwerten. Dabei wurde wie folgt vorgegangen:

1. UFCG hat eine Software programmiert, die die CON-Dateien vollständig anonymisiert und alle personenbezogenen Daten löscht. Diese Software wurde von den Laboren verwendet, um die CON-Dateien zu anonymisieren und um diese datenschutzrechtlich unbedenklich für das 1. Quartal 2023 zur Verfügung stellen zu können.

2. UFCG hat auf Basis dieser datenschutzrechtlich unbedenklichen Dateien die Anzahl der Behandlungsfälle für die durch die Laborreform neu hinzugekommenen Pauschalen ermittelt und berechnet.

Die Abrechnungsregeln der neuen Pauschalen wurden in der Auswertungssoftware exakt abgebildet.

Mit diesem Vorgehen ist es möglich, die Wertansätze für die neuen GOP nahezu exakt zu ermitteln. Somit konnten die Bewertungsergebnisse und Wirkungsabschätzungen bestmöglich ermittelt und berechnet werden.

An einem konkreten Beispiel soll verdeutlicht werden, wie komplex die Abrechnung und die Vergütung der neuen GOP sind. Der Beschluss zur Laborreform sieht in Teil A Ziffer 5 die folgende Regelung vor:

Neufassung des Abschnitts 40.3 EBM einschließlich Streichung der Kostenpauschale 40100

40.3 Kostenpauschalen für Auftragsleistungen der In-vitro-Diagnostik

1. Bei überwiesenen Auftragsleistungen der In-vitro-Diagnostik sind die Kostenpauschalen 40089 bis 40095 nur in der Arztpraxis berechnungsfähig, die den Untersuchungsauftrag mit Auftragsleistungen der In-vitro-Diagnostik erstmals erhalten hat. Werden einzelne oder alle Auftragsleistungen zur Durchführung an eine andere Arztpraxis weiterüberwiesen, sind auf dem Überweisungsauftrag die Auftragsleistungen als weiterüberwiesene Auftragsleistungen zu kennzeichnen und die Kostenpauschalen 40089 bis 40095 sind nicht erneut berechnungsfähig.

Dies bedeutet, dass Labore, die Aufträge als Unterüberweisungen erhalten, sämtliche neuen Pauschalen im Kapitel 40 für diese Laborleistungen nicht abrechnen können. Um dies in den Berechnungen zu den Folgenabschätzungen sachgerecht abbilden zu können, ist die Verwendung der KV-Abrechnungsdateien erforderlich, denn diese enthalten auch die Angaben zu diesem Aspekt.

Auf die Einhaltung der Vorschriften zum Datenschutz und zur Anonymität wurde strengstens geachtet. Sämtliche personenbezogenen Daten wurden gelöscht, aus den Unterlagen entfernt oder unkenntlich gemacht, unabhängig davon, ob sie sich auf Papierdokumenten, PDF-Dateien oder anderen digitalen Daten befanden, die von den Laboratorien zur Verfügung gestellt wurden.

Im Ergebnis wurden für die Auswertung also die Daten verwendet, die auch den Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV vorliegen. Im Unterschied zur Folgenabschätzung der KBV, die sich auf die Auswertung von Daten aus 2021 bezieht, hat sich der ALM e.V. zur Auswertung von Daten aus dem ersten Quartal 2023 entschieden, um hier auch die sich durch die Beschlussfassung zur Mikrobiologie (BA-Beschluss vom 15.06.2022 in seiner 596. Sitzung) ergebende Änderung im Leistungsgeschehen abbilden zu können.

Datengrundlagen und Datenumfang

Insgesamt nahmen 62 fachärztliche Labore an der Datenerhebung teil. Die nachfolgende Tabelle stellt weitere Kennzahlen dar.

Kriterium	Angaben für 1 Quartal
Anzahl Laborstandorte	62
Anzahl KV-Zulassungen (VZK*)	ca. 550
Ø KV-Zulassungen/Labor	ca. 8,7
GKV-Behandlungsfälle (BHF)	ca. 10,8 Mio.
Ø Zahl BHF/Zulassung (VZK)	ca. 20.000
Leistungsbedarf/ Honoraranforderung	ca. 345 Mio. €

* VZK = Vollzeitkraft

Tabelle 1: Kennzahlen der teilnehmenden Facharztlabore

Die Angaben zu den Tätigkeitsumfängen beziehen sich auf die erteilten Tätigkeitsumfänge gemäß Zulassungsbescheid. Die Kopfzahl der Ärzte, die diese Zulassungen mit ihrer Tätigkeit ausfüllen, ist höher, da in den Facharztlaboren regelmäßig Vertragsärzte mit Teilzulassung (Tätigkeitsumfang: 0,25/0,50/0,75) tätig sind.

Die teilnehmenden Labore sind hinsichtlich ihrer regionalen Verteilung, Größe, Teilnahmeumfang an der vertragsärztlichen Versorgung, Versorgungsumfang (Leistungsspektrum) als repräsentativ für die Gesamtgruppe aller vertragsärztlich zugelassenen und tätigen Facharztlabore unter laborfachärztlicher Leitung anzusehen (*siehe Abbildungen 1 und 2 auf Seite 26*).

Da der Fokus der Datenerhebung auf die vertragsärztlich zugelassenen und tätigen Facharztlabore unter laborfachärztlicher Leitung ausgerichtet ist, können die Ergebnisse der Datenerhebung nicht oder nur sehr eingeschränkt auf Leistungserbringerstrukturen in der Laboratoriumsmedizin übertragen werden, die in anderen vertragsärztlichen Strukturen organisiert oder integriert sind (z. B. Eigenlaborerbringer).

Die erhobenen Daten erfüllen das Kriterium der Repräsentativität, da sie einen sehr hohen Anteil des gesamten Leistungsgeschehens in fachärztlichen Laboren in Deutschland beschreiben. Zur Einschätzung und Überprüfung des Umfangs der Datenerhebung in Bezug auf die in Deutschland insgesamt erbrachten Laborleistungen und des Gesamt-Leistungsbedarfs/-Honorars wird der KBV-Honorarbericht vom 4. Quartal 2022 herangezogen (*siehe Tabelle 2*).¹

Die Übersicht zeigt, dass der Anteil der an der ALM-Datenerhebung teilnehmenden Laboratorien mehr als 60 % des Gesamthonorars in Deutschland ausmacht.

Die *Abbildungen 1 und 2 (siehe Seite 26)* verdeutlichen grafisch die Repräsentativität der Datenerhebung. Dargestellt sind alle teilnehmenden Labore in Form einer Tree Map-Grafik in Bezug auf die Behandlungsfälle und die KV-Zulassungen. Es wird deutlich, dass sowohl große als auch mittlere und kleine Laboratorien an der Datenerhebung teilgenommen und Daten zur Verfügung gestellt haben.

Vorgehen zur Berechnung der Folgenabschätzungen (Simulationsrechnungen)

Zur Berechnung der finanziellen Auswirkungen der geplanten Laborreform auf die Labore hat die UFCG ein Berechnungsmodell erstellt. Für jedes Labor werden dabei tabellarisch alle von den KVen beschiedenen GOP – also auch die GOP außerhalb des Kapitels 32 – und deren Anzahl aus dem KV-Honorarbescheid 1/23 übernommen. Die Anzahl der effektiv erstatteten Leistungen wurde sowohl mit der aktuellen Vergütung (d.h. den momentan geltenden EBM-Kostenerstattungsbeträgen) als auch mit der ab 01.01.2025 vorgesehenen Vergütung (d.h. mit den zukünftig vorgesehenen Kostenerstattungsbeträgen) multipliziert und bewertet. Grundlage für die Berechnung der aktuellen Vergütung sind die im EBM ausgewiesenen EBM-Kostenerstattungsbeträge, woraus sich dann der aktuelle Honorarbedarf ergibt.

Das final ausbezahlte Honorar unterliegt bekanntermaßen nach der sachlich-rechnerischen Richtigstellung noch weiteren Abstaffelungs-, Quotierungs- und Budgetierungsregeln, die in den regionalen HVM-Regelungen der Kassenärztlichen Vereinigungen festgelegt sind. Sie wurden bewusst nicht mitbetrachtet, da sie den sachgerechten Vergleich der Honorare vor und nach der Laborreform 2025 nicht ermöglichen.

Für die Berechnung und Simulation der Gebührenordnungspositionen außerhalb der Kapitel 32 und 40, also den GOP im Abschnitt 1.7 und Kapitel 12 einschließlich der neuen Grundpauschalen 01700, 12222 und 12223 (ärztliche Honorare), wurde der aktuelle Orientierungspunktwert von 11,9339 Euro-Cent für das Jahr 2024 verwendet.

(Angaben für 1 Quartal)	ALM-DATENERHEBUNG		KBV-HONORARBERICHT
Kriterium	1. Quartal 2023	4. Quartal 2022	1. Quartal 2020 (vor Pandemie)
Anzahl Ärzte nach Teilnahmeumfang			
Anzahl KV-Zulassungen (VZK)	550	1.126	1.104
GKV-Behandlungsfälle (BHF)	10,8 Mio.	17,4 Mio.	16,8 Mio.
Ø Zahl BHF/Zulassung (VZK)	20.000	15.500	15.300
Leistungsbedarf nach €-Gebührenordnung			
Leistungsbedarf	345 Mio. € (ohne Corona)	575 Mio. € (inkl. Corona)	509 Mio. €

Tabelle 2: Vergleich der Daten aus ALM-Datenerhebung mit KBV-Honorarbericht

¹ <https://www.kbv.de/html/honorarbericht.php> (zuletzt aufgerufen: 04.06.2024)

Vorgehen bei den Simulationsrechnungen

1. Schritt: Berechnung und Abbildung des Honorarbedarfs vor Reform auf Grundlage der Vergütungen im 1. Quartal 2023 durch Auswertung der vorliegenden Honorarbescheide desselben Quartals

2. Schritt: Berechnung des Honorarbedarfs auf der Grundlage der ab 01.01.2025 vorgesehenen angepassten Vergütungen und Multiplikation mit den Leistungsmengen aus dem Honorarbescheid für das 1. Quartal 2023

3. Schritt: Ermittlung und Berechnung der Anzahl der BHF für die neu im EBM in den Kapiteln 12 und 40 eingeführten Pauschalen und Kalkulation der Honorare für diese neu eingeführten Pauschalen

4. Schritt: Berechnung des Gesamthonorars nach Einführung der Laborreform mit Berücksichtigung aller Kostenerstattungen und aller Pauschalen

Zusammenfassung und Fazit

Durch die vorgenannte Methodik ist es möglich, nachvollziehbare, belastbare und präzise Honorare vor und nach der Laborreform 2025 zu berechnen und eine

umfassende Abschätzung der finanziellen Auswirkungen der Reform auf die Labore vorzunehmen.

Die Folgenabschätzungen basieren auf dem per Honorarbescheid abgerechneten Leistungsmengen unter Berücksichtigung der EBM-Höchstwertregelungen (nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung durch die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung), also dem Netto-Leistungsbedarf vor der Anwendung von Abstaffelungs-, Quotierungs- und Budgetregelungen auf der regionalen KV-Ebene. Somit kann der Einfluss der Reform auf das tatsächlich auszahlende Honorar exakter ermittelt werden.

Nach unserer Kenntnis kalkuliert die KBV die Auswirkungen von Reformen nach dem Prinzip des Leistungsbedarfs und nicht nach dem Prinzip „ausbezahltes“ Honorar. Da hier ebenfalls die regional sehr unterschiedlichen Abstaffelungen bei Erreichen von 450.000 abrechenbaren Leistungen aus dem Abschnitt 32.3, weitere Leistungsbeschränkungen, Quotierungen und Budgetierungen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) unberücksichtigt bleiben, ist der Vergleich mit den hier vorgenommenen Auswertungen besser möglich.

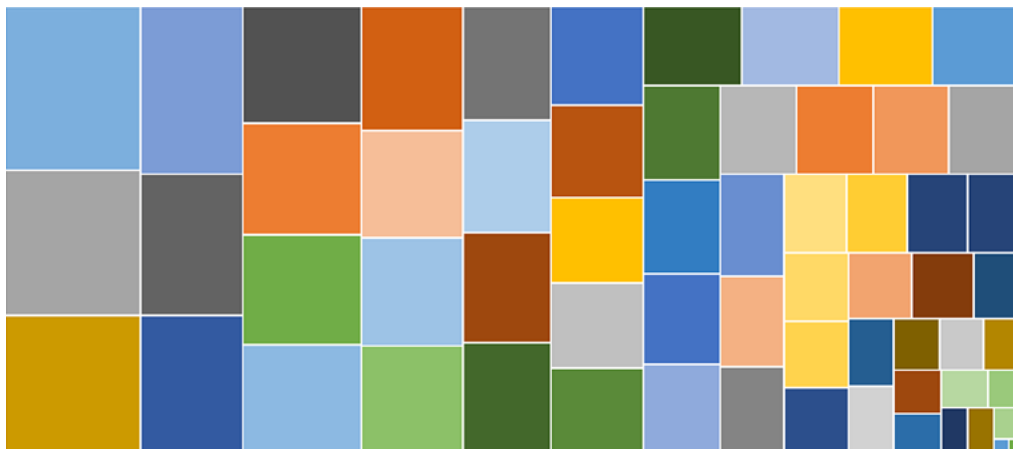


Abbildung 1: Struktur der Behandlungsfälle (BHF) – Basis ist die Anzahl BHF der teilnehmenden Labore.

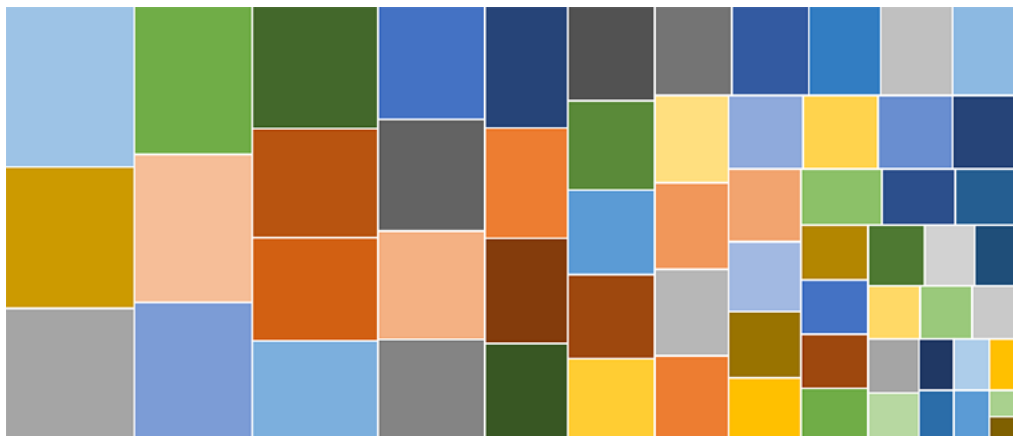


Abbildung 2: Struktur der KV-Zulassungen – Basis ist die Anzahl der Zulassungen der teilnehmenden Labore.

Ergebnisse der Folgenabschätzung auf der Grundlage von Abrechnungsdaten

Folgende wesentliche Ergebnisse wurden durch die Simulationsrechnung ermittelt:

Das Ausmaß der Abwertungen der Kostenerstattungen im Kapitel 32 durch die Reform liegt auf der Grundlage der betrachteten abgerechneten Leistungsmenge

(a) im Abschnitt 32.2 umfasst die Abwertung in der Gesamtbetrachtung ca. 14 % und hängt im Wesentlichen von der Leistungsmenge der Laboruntersuchungen HBA1c (32094), BNP (32097) und TSH (32101) ab. Aufgrund der Leistungsmengen dieser Laboruntersuchungen werden durch die besondere Abwertung dieser Laboruntersuchungen (siehe Artikel zum Beschluss) mehr als 95 % der gesamten Abwertung im Abschnitt 32.2 verursacht.

- ▶ 34/100 Laborleistungen werden abgewertet (meist 0,75 % bis 3,0 %, Ausnahmen)
- ▶ 66/100 Laborleistungen werden in der Bewertung nicht geändert
- ▶ 0/100 Laborleistungen werden in der Bewertung erhöht

(b) im Abschnitt 32.3 umfasst die Abwertung in der Gesamtbetrachtung knapp 10 %. Mehr als die Hälfte der Gesamtabwertung wird durch die selektiv erhebliche Abwertung einzelner Leistungen (*siehe Tabelle 6 auf Seite 13*) verursacht.

- ▶ 451/520 Laborleistungen werden abgewertet (meist 8,0 %, Ausnahmen)
- ▶ 68/520 Laborleistungen werden in der Bewertung nicht geändert
- ▶ 1/520 Laborleistungen (GOP 32457iFOBT) wird auf 7,21 € (+16,1 %) erhöht
- ▶ 4/21 Höchstwerten werden abgewertet (ca. 2 % bis 4 %)

Auswirkungen der Laborreform auf die wesentlichen Vergütungsbestandteile der Labore

(a) Die *Tabelle 3* zeigt zusammenfassend für die ausgewerteten Labore die finanziellen Auswirkungen auf die wesentlichen Vergütungsbestandteile der Labore und stellt dabei die jeweiligen Anteile der Vergütungsanteile am Gesamthonorar dar. In Spalte 4 ist die relative Veränderung innerhalb des jeweiligen Vergütungsbestands, bedingt durch die Anpassungen aufgrund der Laborreform, dargestellt.

Die Kernaussagen der Tabelle sind:

1. Die Anteile der einzelnen Vergütungsbestandteile am Gesamtleistungsbedarf verändern sich signifikant. Die Laborreform führt damit zu einer signifikanten Umverteilung innerhalb der Vergütungsanteile.

2. Die Vergütungsbestandteile außerhalb der direkten Leistungserbringung der Laboruntersuchungen, also Entnahmematerial, Order/Entry, ärztliches Honorar und Transportkosten, gewinnen stärker an Gewicht.

3. Die zentralen Leistungen des Labors, d.h. die Laboruntersuchungen (Abschnitte 1.7, 32.2 und 32.3), verlieren demgegenüber durch die erhebliche Abwertung deutlich an Gewicht. Die Laborreform bewirkt also eine Honorarumverteilung weg von den Kernleistungen des fachärztlichen Labors hin zu den Serviceleistungen. Ebenso wird die Anhebung der Vergütung ärztlicher Tätigkeit zulasten der Höhe der Kostenerstattungen für die Kernleistungen im Labor durchgeführt.

Vergütungsbestandteile	Anteil vor Laborreform	Anteil nach Laborreform	relative Differenzen
Entnahmematerial neu		3,6 %	
Order/Entry neu		1,0 %	
Grundpauschale 1.7	0,7 %	0,5 %	- 30,9 %
Grundpauschale 12	2,0 %	3,8 %	93,9 %
Transportkosten	3,9 %	8,3 %	116,9 %
Laborleistungen alle	93,3 %	82,7 %	-9,7 %
Summe	100,0 %	100,0 %	
Laborleistungen 1.7	8,5 %	7,8 %	-7,2 %
Laborleistungen 11	2,4 %	2,3 %	-1,5 %
Laborleistungen 32.2	12,9 %	10,9 %	-13,9 %
Laborleistungen 32.3	69,6 %	61,7 %	-9,6 %

Tabelle 3: Übersicht über die finanziellen Auswirkungen in der Gesamtbetrachtung

Der Gesamtanteil des Honorars für die Laborleistungen selbst sinkt durch die Reform von 93 % auf 83 % (siehe Abbildungen 3 und 4).

4. Aufgrund der bereits dargestellten wesentlichen Einflussfaktoren „Behandlungsfallzahl (BHF)“, „Fallwert“, „Anzahl der fachärztlichen Zulassungen“ und „Anteil der BHF mit Order/Entry-Bereitstellung“ entstehen in der Betrachtung der einzeln ausgewerteten Labore teils erhebliche Verwerfungen, die dazu führen, dass Labore nach der Reform Honorarzuwächse („Reformgewinner“) oder auch deutliche Honorarverluste („Reformverlierer“) zu verzeichnen haben.

Die Auswertungsergebnisse zeigen, dass jedes vierte Labor zu den „Reformverlierern“ gehört und gegenüber der momentanen Vergütung nach der Reform weniger Honorar erzielen kann (teilweise bis zu -5%). Die Reformgewinner können im Einzelfall einen Honorarzuwachs von bis zu ca. 5–6 % erreichen. Insgesamt führt die Laborreform also zu erheblichen Verwerfungen innerhalb der Gruppe der fachärztlichen Labore. Die **Abbildung 5 (Seite 29)** fasst das zusammen.

5. In der Gesamtbetrachtung aller Labore zusammen bewirkt die Laborreform eine Kostenneutralität, d. h. die geforderte Leistungsbedarfsneutralität innerhalb der Gesamtgruppe wird erreicht.

Auswirkungen der Laborreform auf die Labore

Wesentlicher Aspekt der Laborreform ist die Absenkung der Kostenerstattungsbeträge im Kapitel 32. Diese Kostenerstattungsbeträge wurden letztmals zum 01.01.2009 seitens der KBV neu festgelegt und im Mittel um ca. 7 % abgewertet. Eine Anpassung der Euro-Kostenerstattungsbeträge für die Laboruntersuchungen hat es seit mehr als 15 Jahren nicht gegeben. Es haben vielmehr sogar überwiegend Abwertungen durch die Einführung von Quotierungen stattgefunden.

Demzufolge wurden Kostensteigerungen in den Laboren über mehr als 15 Jahre, auch unter Berücksichtigung der Entwicklung des Orientierungswertes, nicht ausreichend vergütet. Auch bei der letzten Laborreform zum 01.04.2018 wurde dies nicht berücksichtigt. Anpassungen haben nicht stattgefunden. Vielmehr hat die damalige Laborreform dazu beigetragen, dass durch die Bildung der „Grundbeträge Labor“ die Auszahlungshöhe der im EBM im Kapitel 32 ausgewiesenen Kostenerstattungsbeträge aufgrund der Quotierungsregelungen und der individuellen Auslegungen der KVen über deren HVM stetig zurückgegangen ist. Betriebswirtschaftlich gesagt hat es seit dem Jahr 2018 von Jahr zu Jahr nur „Preissenkungen“ gegeben. Die in den Laboren anfallenden Kostensteigerungen wurden und werden über Jahre nicht vergütet und finanziert. Konnten die Labore dies früher noch über Kostendegressionen einigermaßen auffangen, so hat sich dies heute genau in das Gegenteil umgedreht.

Der ALM e. V. hat bereits am 05.12.2022 einen Bericht an die KBV übergeben, in welchem die Kostensteigerungen in den Jahren 2017 bis 2021 ausführlich dargestellt wurden. Die weiteren inflationären Kostenentwicklungen bis zum heutigen Tage (v. a. Personalkosten) sind dabei noch nicht berücksichtigt gewesen.

Resümee zur Auswirkung der Laborreform auf die Labore:

- ▶ Die im EBM-Kapitel 32 ausgewiesenen Kostenerstattungsbeträge sind Stand heute bereits und erst recht nach Einführung der Laborreform bei weitem nicht kostendeckend.
- ▶ Die Laborreform-Verlierer bekommen als Erste sofort ernsthafte wirtschaftliche Probleme durch die Laborreform, die sich bei diesen Laboren als existenzbedrohend abzeichnen.

Honorar-/Leistungsbedarf VOR Reform

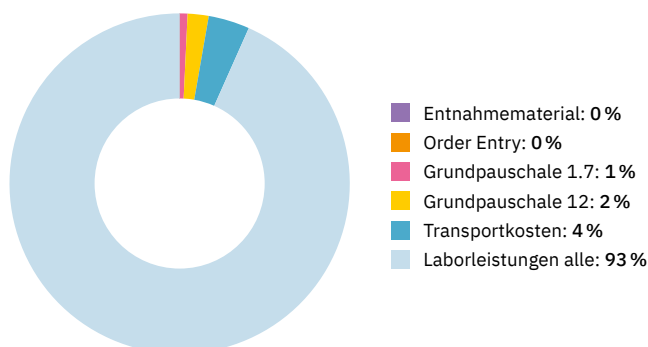


Abbildung 3: Verteilung der Vergütungsanteile im fachärztlichen Labor aktuell

Honorar-/Leistungsbedarf NACH Reform

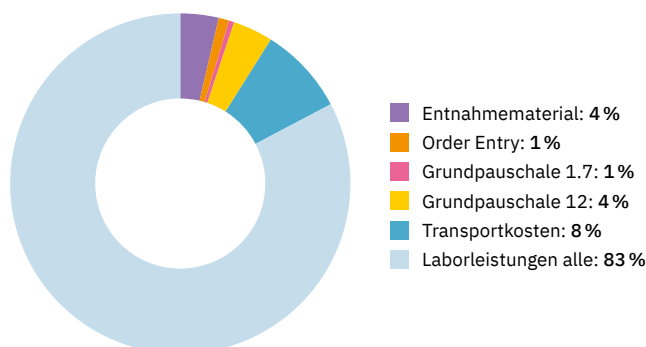


Abbildung 4: Verteilung der Vergütungsanteile im fachärztlichen Labor nach der Laborreform 2025

Diese Bewertung wird durch mehrere von UFCG für die Berufsverbände durchgeführten Kostenkalkulationen und Studien zu Leistungsentwicklungen bestätigt. Der BDL e. V. hat im Februar 2019 der KBV eine Kosten- und Leistungsrechnung (KORE) präsentiert und übergeben. Diese Kostenrechnung basiert auf Daten von 41 Laboren aus allen Regionen Deutschlands und kommt in der Durchschnittskostenbetrachtung für die Labore zu dem Ergebnis, dass

(a) die Laborgrundleistungen (Kap. 32.2 EBM) rund 13 % unter den realen Kosten vergütet werden

und

(b) bei den Spezial-Laborleistungen (Kap. 32.3 EBM) die Differenz zwischen den von der GKV finanzierten Kostenerstattungsbeträgen und den realen Kosten sogar bei 20 % liegt (Unterfinanzierung).

Zur Vervollständigung der KORE hat der ALM e. V. im Jahr 2019 Herrn Früh beauftragt, in einer ergänzenden Datenauswertung die Kosten für die in der KORE

nicht berücksichtigten Leistungsanteile eines Facharztlabors in einer ergänzenden Datenauswertung zu ermitteln und zu bewerten. Hierzu gehören die Kosten für die EBM-GOP 12220 (Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin bei Probeneinsendungen), die Kosten für die EBM-GOP 40100 (Kostenpauschale für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial) sowie die EBM-GOP 40120 bis 40126 (Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen).

Die Ergebnisse wurden am 28.10.2019 der KBV präsentiert und am 16.01.2020 dem GKV-Spitzenverband. Fazit war, dass sowohl die GOP 12220 wie auch die GOP 40100 unterfinanziert sind und die Kosten für Entnahmematerialien zusätzlich bei der Vergütung zu berücksichtigen sind. |

Simulation Leistungsbedarfs-Änderung durch Laborreform 01. Januar 2025 – Gewinner und Verlierer

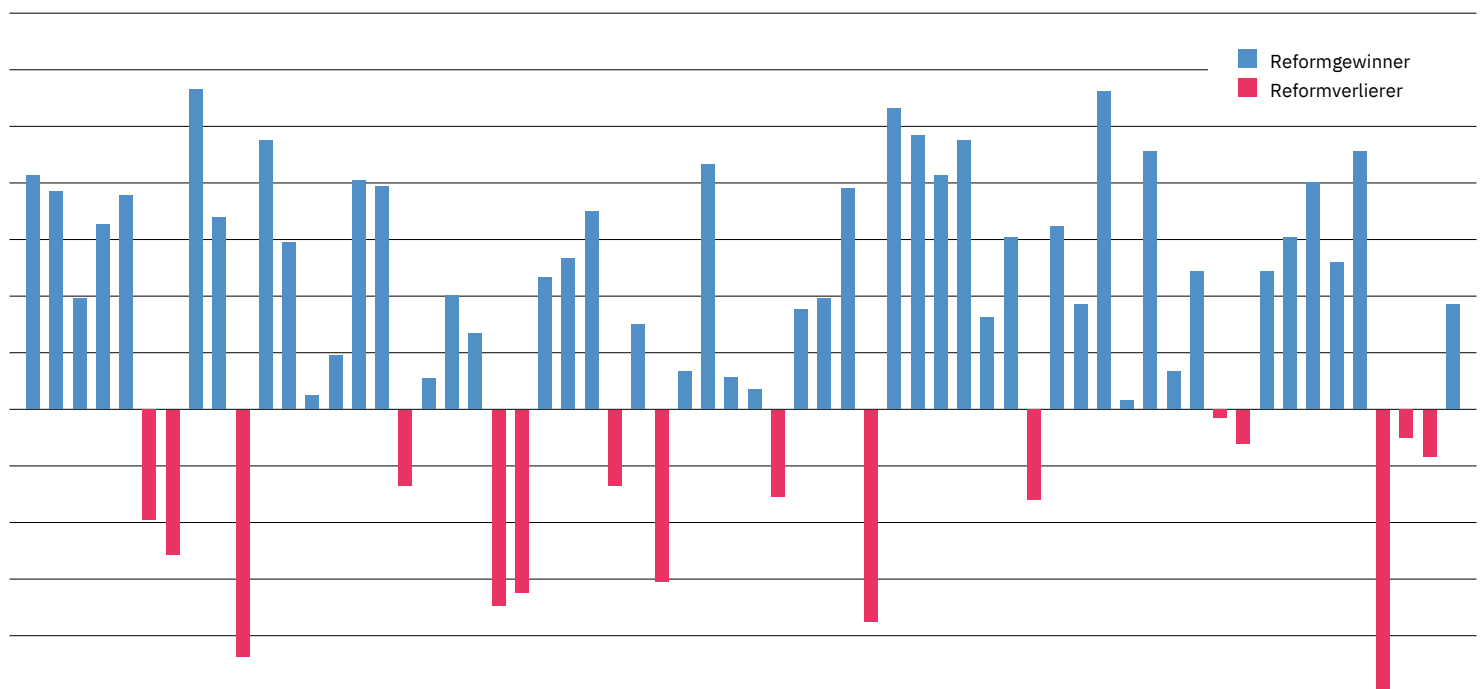


Abbildung 5: Darstellung der Auswirkungen der Laborreform auf die einzeln ausgewerteten Labore; dargestellt ist der relative Effekt auf das Gesamthonorar jedes Labors nach der Laborreform im Vergleich zum Honorar aktuell

Impressum

Herausgeber:

ALM – Akkreditierte Labore in der Medizin e. V.
HELIX HUB, Invalidenstraße 113, 10115 Berlin

+49 030 403 688 4000

kontakt@alm-ev.de

www.alm-ev.de



Lobbyregister: R001160, V. i. S. d. P.: Axel Oppold-Soda

Onlinefassung unter www.alm-ev.de/newsletter

Ausgabe Juni 2024