

## Von wegen „viel Luft“ im Laborhonorar

Die alte Masche der „Spiegel“-Agitation: Ein ärztlicher Informant, in diesem Fall ein Laborunternehmer aus Augsburg, liefert die Munition, die von den „Spiegel“-Routiniers wie aus dem Automaten gegen die gesamte Kassenärzteschaft abgeschossen wird.

Der neue Fall: „Viel Luft“ überschrieb der „Spiegel“ jüngst einen Artikel mit dem Vorspann „Ein Kassenarzt weist nach, wie preiswert Blutanalysen gemacht werden können. Verschwenden die Krankenkassen Milliarden für ärztliche Laborleistungen?“

Gestützt auf die Eigen-Reklame des Augsburger Labormanagers gibt der „Spiegel“ wie selbstverständlich die Jawoll-Antwort, als seien von den Krankenkassen in 1981 für „knapp zwei Dutzend Routinetests“ insgesamt 2,25 Milliarden DM gezahlt worden, obwohl diese Standardanalysen „nach den Regeln industrieller Massenproduktion“ nicht einmal die Hälfte hätten kosten dürfen, und selbst das wäre noch zuviel gewesen.

Solche Fehldarstellung sollte nicht unberichtigt bleiben. Von wegen „viel Luft“ im Laborhonorar! Der Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Eckart Fiedler, legte die Karten offen auf den Tisch: ob der „Spiegel“ sie aufnimmt? Mit anderen Worten: ob der „Spiegel“ die sachliche Berichtigung seinen Lesern zugänglich macht? Nachstehend sei zumindest der Ärzteschaft und den mitlesenden Experten des Gesundheitswesens die wahre Sachlage noch einmal dokumentiert:

„Leider sieht die Wirklichkeit erheblich anders aus. Die Luft ist im Labor zunehmend dünn geworden. So ist der Anteil des Laborhonorars an den Gesamtzahlungen der Krankenkassen für ambulante ärztliche Leistungen von über 17

Prozent Mitte der 70er Jahre auf 13 Prozent in 1981 gesunken. Ursache für diesen deutlichen Rückgang ist die pauschalierte Bezahlung für Laborleistungen durch die meisten Krankenkassen. In der Regel wird nicht mehr die einzelne Laborleistung, sondern ein Pauschale je Behandlungsfall bzw. je Kassenmitglied gezahlt. Damit liegt das Mengenrisiko im Labor allein bei den Kassenärzten. Jede Zunahme der Zahl der Laborleistungen belastet also nicht die Krankenkassen, sondern führt zu einer Minderung der Auszahlungsquote an den Arzt.

Diese pauschalierte Honorierung wird seit nahezu fünf Jahren praktiziert. Die Zahl der Laborleistungen nimmt aber ständig zu. So müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Verteilung des Labortopfes insbesondere die Honorare der Routine- bzw. rationalisierungsfähigen Laborleistungen kürzen. Die Folge: 1981 entfiel weit weniger als die Hälfte der gesamten Laborhonorare von 2,1 Milliarden DM auf rationalisierungsfähige Laborleistungen.

► Im Klartext heißt dies, nicht die vom „Spiegel“ behaupteten 2,25 Milliarden DM, sondern *weniger als eine* Milliarde D-Mark wurden in 1981 für diese Standardanalysen ausgegeben.

► Die 18 000 Kassenärzte, die auch heute noch ein eigenes Praxislabor betreiben, können mit dieser schmal gewordenen Honorierung gerade noch die Kosten decken.

► Auch in Laborgemeinschaften stellt sich die wirtschaftliche Situation nicht mehr rosig dar. So liegen nach jüngsten Analysen die durchschnittlichen Gesamtkosten pro Laborparameter bei zirka 4 DM. Zu den reinen Analysekosten von 1,50 DM, wie sie von wenigen Großgemeinschaften, u. a. von Herrn Dr. Schottdorf, angeboten

werden, müssen Kosten für den Transport, die Analysenvorbereitung in der eigenen Praxis und die anschließende Dokumentation hinzugerechnet werden. Auch Dr. Schottdorf kassiert für den Transport der Blutprobe von der Praxis zum Labor eine Pauschale von 300 DM pro Monat. Bei 400 Laborleistungen, die ein Allgemeinarzt im Durchschnitt pro Monat abrechnet, ein erheblicher Kostenfaktor.

Unbeantwortet bleibt dabei die Frage, inwieweit die Erbringung von Laborleistungen in Großgemeinschaften den medizinischen Erfordernissen gerecht wird. Gemessen an den Anforderungen der Laborrichtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung stellen sich erhebliche Zweifel ein.

► Bei weiterer Rückläufigkeit der Vergütung für Routinelaborleistungen muß entweder das Einzellabor aufgegeben oder die ungedeckten Kosten müssen aus dem Honorar der übrigen ärztlichen Leistungen beglichen werden. In der Vergangenheit wurden spezifisch ärztliche Leistungen aus dem Laborhonorar subventioniert. Wie sonst könnten magere 10,60 DM Honorar für die eingehende Untersuchung eines Patienten akzeptiert werden? Wenn also eine erneute Korrektur am Laborhonorar erfolgen soll, muß die Vergütung für die eingehende, zeitlich aufwendige Untersuchung eines Patienten deutlich angehoben werden. Diese sicherlich verständliche Forderung der Kassenärzteschaft wird derzeit mit den Krankenkassen verhandelt.“

Bis zum Redaktionsschluß des vorliegenden Heftes stand allerdings noch nicht fest, ob es zu einer Bundesempfehlung der KBV und der RVO-Kassen in dieser Frage gekommen ist; die Kassenverbände hatten bis zum 15. Januar Frist, sich zu dem Verhandlungsergebnis vom 16. Dezember 1982 zu erklären.

Zumindest das „Timing“ hat also bei dem Querschuß des „Spiegel“ vom 27. Dezember 1982 gestimmt. . . F/EB