

EBM 2000plus

# Bewertung eines Bewertungsmaßstabes

**Nach langem Tauziehen trat der EBM 2000plus am 1. April 2005 in Kraft. Für die Labordiagnostik ging die Reform diesmal eher glimpflich aus**

Der „einheitliche Bewertungsmaßstab“ EBM wurde 1993 ins Leben gerufen, um Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung GKV mit niedergelassenen Ärzten einheitlich abzurechnen. Reformen gab es schon 1996 und 1999, doch die umfangreichste wurde im Jahr 2000 als EBM 2000plus auf den Weg gebracht. Das „Plus“ dauerte fünf Jahre voller zäher Verhandlungen, beispielsweise um die Frage, welchen Wert eine Arztminute hat und wie viele Minuten ein Arzt pro Jahr arbeiten darf bzw. kann. Wer den täglichen Praxisbetrieb kennt, mag sich fragen, wie die Ökonomen Mitte 2003 auf genau 140.148 Minuten bei einer Produktivität von 87,5% kamen.

Viele Leistungen lassen sich nur dann erfassen, wenn sie vom Arzt selbst erbracht werden. Überschreitet die Summe dieser Leistungen regelmäßig die Öffnungszeiten der Praxis, kommt der Arzt in Erklärungsnot. Aufgrund der neu eingeführten strikten Zeitvorgaben darf er nicht beliebige Leistungen erbringen und sieht sich somit einem weiteren Controlling-Tool gegenüber, das er neben Deckelung und Arzneimittelbudgets beachten muss.

Das neue System wird nicht mehr Geld in die Kassen spülen, sondern laut Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) für eine gerechtere Verteilung sorgen. Dass es Gewinner und Verlierer gibt, liegt dabei auf der Hand. Die neue Gebührenordnung schreibt nicht nur den bisherigen EBM mit aktualisierten Zahlen fort, sondern sie basiert erstmals auf einer betriebswirtschaftlichen Kalkulation.

Die ambulanten ärztlichen Leistungen, so die Zielrichtung der KBV, sollen mittelfristig wieder angemessen vergütet werden. Dabei soll der EBM 2000plus den Weg aus dem fatalen Hamsterrad (immer mehr Leistungen für immer weniger Geld) weisen, in dem die niedergelassenen Ärzte seit Beginn der gesetzlich verordneten Honorarbudgetierung gefangen sind. Die neue Gebührenordnung soll die Grundlage dafür bilden, dass mit der Abschaffung der Budgetierung im Jahr 2007 eine morbidi-

tätsorientierte Vergütung nach festen Preisen greifen kann. Das Krankheitsrisiko wäre damit wieder da angesiedelt, wo es hingehört: bei den Krankenkassen.

Die strategische Ausrichtung auf das Jahr 2007 bedeutet im Umkehrschluss: Solange die Budgetierung der Honorare noch Bestand hat, wird der EBM 2000plus kaum mehr bewirken können, als den Mangel so gut es geht zu verteilen. Aber dies wird – so die Hoffnung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung – nicht mehr wie bisher in einer Art Blackbox geschehen. Die Zeiten, in denen die Krankenkassen unbegrenzte Leistungen für begrenztes Geld fordern konnten, sollen vorbei sein.

## Labordiagnostik

Nach Aussage führender Laborarztpraxen blieben die Umsätze im ersten halben Jahr nach der Umstellung in etwa konstant. Dies ist zunächst erfreulich, darf aber nicht über den Umstand hinwegtäuschen, dass es bei der letzten EBM-Reform 1999 zu gravierenden Honorareinbußen von durchschnittlich 30%, in Einzelfällen von über 50% kam und zu einer erheblichen Konsolidierung des deutschen Labormarkts führte. Wer jetzt dank Rationalisierung und Automation noch im Markt ist, der findet offenbar sein Auskommen.

Laborärzte und Diagnostica-Industrie beklagen, dass die Versorgung der Kassenpatienten deutlich schlechter als die der Privatversicherten ist. Sie müssen z.B. die Bestimmung spezifischer Marker für Herzinsuffizienz oder Rheuma aus der eigenen Tasche bezahlen. Auf einer Tagung des Laborärztesverbandes BDL stellte Dr. Rochell, Leiter der KBV-Honorarabteilung, eine Aufnahme von Buprenorphin, BNP/NT-proBNP und Anti-CCP in Aussicht: Geschätzte Mehrbelastung der GKV von 80 Mio. Euro. Eine teilweise Gegenfinanzierung solle durch eine Streichliste erfolgen.

Die KBV will 2006 ein Kompetenzzentrum in Berlin einrichten, das die KVen speziell in Laborfragen beraten soll; es geht z.B. um die zentrale Wirtschaftlichkeitsprüfung, Labor-Richtlinien sowie die Etablierung eines Labor-spezifischen Verfahrens für die Einführung von Innovationen in den EBM. ■

## CD-ROM-Besprechung

# Kommentar für Labormediziner

Die neue Gebührenordnung gibt Auskunft über alle abrechnungsfähigen Leistungen - und das für jede Fachrichtung. Da die Informationen in einem zentralen Dokument aufgelistet sind, handelt es sich um ein sehr umfangreiches und komplexes Werk. Dementsprechend aufwändig und zeitraubend kann sich für den einzelnen Arzt die Suche nach den tatsächlich abrechenbaren EBM-Ziffern gestalten. Eine Hilfestellung bei dieser Suche gibt jetzt ecomed MEDIZIN mit seiner neuen interaktiven CD-ROM-Reihe. Für 14 verschiedene Facharztgruppen hat ecomed jeweils einen speziellen EBM 2000plus-Kommentar herausgebracht.

In der benutzerfreundlichen Spezialausgabe für Labormediziner sind die Humangenetik, Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Transfusionsmedizin, Pathologie und Neuropathologie berücksichtigt. Nach Eingabe der Facharzt-Richtung erscheint im Programm direkt eine Übersicht über alle in Frage kommenden EBM-Nummern, die mit weiteren Detailinformationen und Erläuterungen verknüpft sind. Klickt man z.B. die Nummer 01621 (Krankheitsbericht) an, gelangt man zu dem erläuternden Dokument, das neben der Kurzbeschreibung den Zeitaufwand für den Vertragsarzt, die Berichtspflicht, die Bewertung in der Punkteskala und die Abrechnungsrelevanz enthält.

Die CD-ROM ist einfach zu installieren und leicht zu bedienen. Als zusätzliche Hilfestellung für den Umstieg auf das neue System enthält die CD-ROM eine Umsteigetabelle mit häufig verwendeten Ziffern des EBM96 und den jetzt gültigen Ziffern des EBM 2000plus. ■

os



Ascher

EBM 2000plus –

Kommentar für Ärzte

Spezialausgabe Labormedizin 2005, ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, CD-ROM mit laufenden Updates

EUR 39,-

ISBN 3-609-10659-X

os

Neues DRG Watchdog-Projekt

# Über 1000 klinische Pfade für die Diagnostik

Ausgehend von dem seit Jahren im Internet verfügbaren Programm „DRG Watchdog“ wurde die Idee geboren, analog zu klinischen Behandlungspfaden auch Empfehlungen für eine IT-gestützte Labordiagnostik zu entwickeln.

Der Arzt formuliert bei Aufnahme eines Patienten seine diagnostische Vermutung wie z.B. „Verdacht auf Leukämie“ oder „unklare Anämie“. Bisher markiert er auf Antragsformularen eine Palette von Untersuchungen, die diesen Verdacht möglicherweise bestätigen können. Zukünftig soll ihn ein von Experten erstelltes EDV-Werkzeug unterstützen, das über eine beleglose Anforderung von Laboruntersuchungen (Order Entry) ein Stufenprogramm aktiviert. Es liefert ausgehend vom Basisprogramm erste Ergebnisse und schlägt dem Kliniker weiterführende Untersuchungen vor. Sollten diese nicht zu einer eindeutigen Diagnose führen, so können zusätzliche Spezialuntersuchungen Klarheit schaffen.

In einer sechswöchigen Pilotphase wurde eine standardisierte Datenstruktur erarbeitet und mit über 1000 Empfehlungen gefüllt. Diese diagnostischen Pfade kommen nicht, wie sonst üblich, vom Labortest her, sondern von der medizini-

schen Frage. Als Primärschlüssel dient der ICD-10-Kode, so dass die abschließende Kodierung der Diagnosen erleichtert wird. Unter 13097 ICD-Ziffern wurden vor allem diejenigen berücksichtigt, die im G-DRG-System vergütungsrelevant sind.

Die Datenfelder beinhalten ICD-Longtext, Definition und Ätiologie der Erkrankung, das diagnostische Basisprogramm sowie weiterführende und spezielle Diagnostik, klinische Hinweise und präanalytische Angaben zum Probenmaterial. Darüber hinaus können Hinweise zur Kodierung hinterlegt und DRG-Fallvergütungen über den „Watchdog“ eingespielt werden. Schließlich wird zu jedem Pfad der verantwortliche Autor genannt.

Das medizinische Lehrbuch Herold 2005 bildet die Grundlage der Datenbank. Mit Hilfe dieses Standardwerkes konnten ca. 900 ICDs um labordiagnostische Angaben und andere medizinischen Informationen erweitert werden. Von diesen sind inzwischen mehr als 400 durch den Autor sowie Mitarbeiter des Klinikums (Dres. Bauer, Hallbach, Schmolke und Schwarzkopf) validiert. Der Schwerpunkt liegt bei Nieren- und Autoimmunerkrankungen, Anämien und toxikologischen Fragestellungen sowie mikrobiologischen Diagnosen. Zusätzlich wurden ca. 120

Empfehlungen des BNLD (Bund der Naturwissenschaftler in der Labordiagnostik) in die Datenbank übertragen.

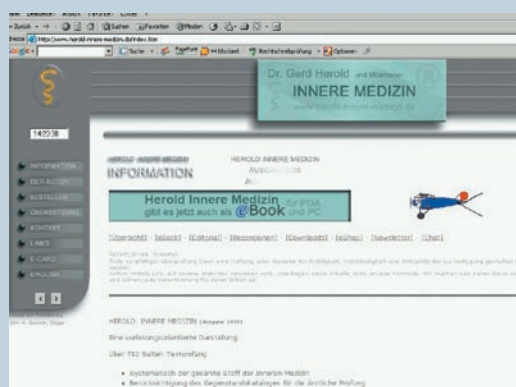
### Chancen und Risiken

Das hier diskutierte Modul ist dazu gedacht Routinearbeiten zu unterstützen, will und kann aber den Fachmann nicht ersetzen. Es soll vor allem die Behandlungsqualität steigern, Prozesse beschleunigen und unnötige Untersuchungen einsparen. Kehrseite der Medaille ist, dass bei ausschließlich ökonomischer Sichtweise nur Untersuchungen durchgeführt würden, die Bezug zur DRG und dem damit verbundenen Erlös haben. Nicht vergütete Diagnosen und weitergehende Risiken des Patienten würden bei einem solchen Vorgehen aus Kostengründen nicht beleuchtet und gingen nicht in das Anforderungs- und Behandlungskonzept ein. Dies wäre eine erhebliche Minderung der medizinischen Qualität.

Die Einbindung von DRG-spezifischen IT-Werkzeugen in die KIS-Umgebung sehen wir als kritischen Erfolgsfaktor im Wettbewerb an; in der Praxis ergeben sich jedoch – nicht nur in München – technische und organisatorische Probleme, z.B. mit Schnittstellen, Datenschutz und Datenpflege. Sie müssen im weiteren Verlauf des Projekts nun mit internen und externen Fachleuten geklärt werden.

Das DRG Watchdog-Programm, das ebenso wie unser Pfadprojekt dankenswerterweise vom VDGH e.V. gefördert wird, war als Basis der bisherigen Arbeit sehr wichtig, muss aber für den künftigen Einsatz im Bereich der Klinikum München GmbH mit ihren über 4.000 Planbetten gründlich überdacht werden. Dass der Watchdog sowohl medizinische als auch ökonomische Daten auf engstem Raum übersichtlich darstellt, ist für Demonstrationszwecke und zum Einstieg nützlich, gleichzeitig aber für die IT-Integration auch hinderlich. Bei der Weiterentwicklung sollten die verschiedenen Funktionen nach Möglichkeit modularisiert werden, damit man sie in der hauseigenen Umgebung weiter entwickeln kann. ■

Prof. Dr. Walter Hofmann  
Städtisches Klinikum München GmbH  
w.hofmann@kh-neuperlach.de



Ingo Leufke, BWL-Student im Schwerpunktfach Krankenhausmanagement der Universität Münster, erstellte über 1000 standardisierte diagnostische Pfade, von denen etwa 40% bereits von Labordiagnostikern validiert sind. Als Basis diente ein E-Book von G. Herold ([www.herold-innere-medin.de](http://www.herold-innere-medin.de)) und der DRG Watchdog ([www.watchdog-online.de](http://www.watchdog-online.de)).

MultiLab™ WIN von Sysmex

# Webbasierte Laborkommunikation

**Im Landkreis Schwäbisch Hall ist die virtuelle Laborwelt bereits Realität. Durch eine innovative webbasierte Laborkommunikationslösung werden die Laboratorien von zwei Krankenhäusern mit allen Einsendern interaktiv verbunden.**

Das Kreiskrankenhaus Crailsheim versorgt neben den eigenen 230 Planbetten eine nahegelegene Rehabilitationsklinik sowie diverse niedergelassene Ärzte mit Laborleistungen. Daneben unterhält der Träger im 35 km entfernten Gaildorf ein weiteres Haus mit 85 Planbetten und eigenem Labor.

Im Jahr 2004 stand die Anschaffung eines Laborinformationssystems an, dessen Hauptziel es war, die Arbeitsabläufe in beiden Häusern zu vereinheitlichen und

Qualitätskontrolle und das Blutdepot eingeführt, um die bis dahin mit Labor-EDV nicht vertrauten Anwender in die Logik und Benutzeroberfläche einzuführen. Als Nächstes wurden diese beiden Komponenten in das Laborsystem eingebunden, und abschließend dann die insgesamt 20 Stationen und Ambulanzen mit ca. 40 Bildschirmen angeschlossen.

Nach nur vierwöchiger Implementationszeit war das gesamte System funktionsbereit – ein Quantensprung für das Labor und seine Einsender. Nach der erfolgreichen Einführung in Crailsheim benötigte die Installation in Gaildorf nur zwei Wochen. Derzeit wird auch dort der WEBviewer in Betrieb genommen; dann verfügen beide Häuser über gemeinsame Patientendaten und einen direkten Datenaustausch über die WEBviewer-Anwendungen.

## DRG-Unterstützung

Durch diese Profile wird der Grundstein für eine zukunftsweisende ökonomische Option gelegt: Über den WEBviewer sollen klinische und insbesondere diagnostische Pfade DRG-gerecht abgelegt und verwaltet werden. Diesem Zweck dient der direkt integrierte „DRG Watchdog“, eine vom VDPH e.V. initiierte Software, die eine umfassende Abklärung der Krankenhausfälle unter dem Aspekt vergütungsrelevanter Diagnosen ermöglicht ([www.watchdog-online.de](http://www.watchdog-online.de)).

Als Ziel wird eine Reduktion des Arbeitsaufwandes bei der ICD-Kodierung von Diagnosen und Komplikationen durch eine treffsichere Labordiagnostik angestrebt. Der Watchdog kann von beliebig vielen Arbeitsplätzen mit einem



*Station und Labor stehen über MultiLab™ WIN und WEBviewer in ständigem elektronischen Kontakt. Anforderungen werden interaktiv direkt am Stationsarbeitsplatz erfasst, Etiketten gedruckt und wichtige Zusatzinformationen wie Uhrzeit oder Menge abgefragt. Die intuitive Benutzeroberfläche erlaubt die weitere Statusverfolgung in Echtzeit, gibt Einzel- und Kumulativbefunde mit Trend- und Verlaufsgrafiken aus und weist durch farbliche Kennungen der Patientennamen auf neue Befunde, pathologische Resultate u.ä. hin – eine intelligente und benutzerfreundliche Lösung.*

*Das Kreiskrankenhaus Crailsheim mit der leitenden MTA Christiane Schulz.*

durch Automation manueller Arbeiten Zeit und Geld zu sparen. Zur Sicherung der eigenen Zukunft sollten ferner Grundlagen für weitere Kooperationen mit externen Einsendern geschaffen werden.

Der Start des Projekts wurde mitbestimmt durch die Einstellung der leitenden MTA Christiane Schulz, die bereits in anderen Krankenhauslaboratorien diverse Softwarelösungen kennen gelernt hatte. Die Entscheidung fiel auf das Labor-EDV-System MultiLab™ WIN von Sysmex, das über ein webbasiertes Laborkommunikationsmodul (WEBviewer) mit dem SAP-Krankenhausinformationssystem und den Stationen beider Häuser kommuniziert.

Bei der Installation wählte man einen sanften Einstieg: Im ersten Schritt wurden „stand-alone“ einsetzbare Module für die

Den Hauptvorteil für das Labor sieht Christiane Schulz in der eindeutigen Patienten- und Auftragsidentifikation, die es erlaubt, wesentlich früher als bisher mit der eigentlichen Laboranalytik zu beginnen: Alle Informationen sind bereits am Arbeitsplatz, wenn die Proben dort eintreffen. Durch die elektronische Übermittlung der Daten entfällt jegliche Schreiarbeit. Dazu kommen umfangreiche Plausibilitätsprüfungen gleich am Ort der Anforderung, wo auch die Etiketten gedruckt werden: Das System überprüft die Notwendigkeit von Untersuchungen und deren Mindestwiederholzeiträume, kann Tests nach hausinternen definierten Regeln automatisch ergänzen oder stornieren und erlaubt die Hinterlegung von stationsspezifischen Standardanforderungsprofilen.

Browser aufgerufen werden. Im Dialog mit Klinikern und Controlling sollen sinnvolle Einsatzgebiete für die automatische Verarbeitung von Haupt- und Nebendiagnosen sowie Prozeduren im Dienste einer wirtschaftlichen Labordiagnostik erarbeitet werden. Schließlich stehen Diagnosen am Anfang des Behandlungsprozesses und entscheiden nicht nur über den Behandlungserfolg, sondern auch ganz wesentlich über Fallkosten und Fallerlöse. ■

Weitere Informationen:  
Christiane Schulz  
Kreiskrankenhaus Crailsheim  
Tel.: 07951-4900

[www.sysmex.de](http://www.sysmex.de)

cobas IT 5000 Solution

# Ein deutsches Produkt wird international

Seit vielen Jahren ist die Firma Roche Diagnostics mit ihrem Labor-Informationssystem LIS@roche.com erfolgreich im Markt vertreten. Inzwischen hat sich das System in Deutschland in über 120 Projekten bewährt und wird nun unter der Bezeichnung cobas IT 5000 global verfügbar.

Mit dem weltweiten Einsatz von cobas IT 5000 sind eine ganze Reihe neuer, internationaler Anforderungen an das Produkt und dessen Lebenszyklus verbunden, darunter die Mehrsprachigkeit. Dazu kamen Produkt-, Hersteller- und

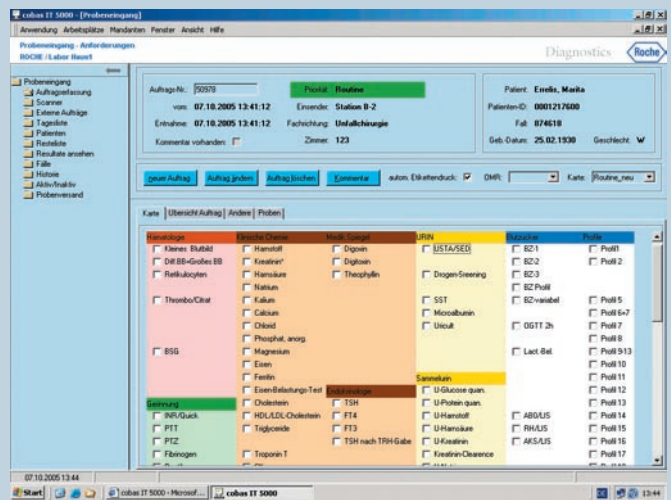
2000 Qualitätsmanagementsysteme (spezielle Erweiterung für Unternehmen/Hersteller medizinischer Geräte) und ISO 14971:2000 Medizinprodukte – Risikomanagement für Medizinprodukte. Elemente aus den Zusatzanforderungen ISO 13485 und ISO 14971 finden sich in dem erweiterten Qualitätsansatz für cobas IT 5000 wieder.

Als weitere Neuerung unterliegt cobas IT 5000 jetzt einer umfassenden Risikobetrachtung (Risk Assessment) in allen Lebensphasen. Jeder mögliche Einfluss auf Patientengesundheit, Systemstabilität und Bediener-sicherheit wird für

getrieben. So belegen z.B. Testdokumentationen mit Unterschrift für jeden Test und ausgedrucktem Bildschirmergebnis, dass alle vereinbarten Produkthanforderungen realisiert wurden. Eine Querverfolgung von Produkthanforderungen bis zum Testergebnissen und zum Freigabe-Bericht ist sichergestellt.

Zusätzlich fließen in diesen Prozess auch die Erfahrungen und Kenntnisse aus der Entwicklung der Diagnostik-Analysegeräte mit ein.

Speziellen Anforderungen an die Sorgfaltspflicht wurde ebenfalls Rechnung getragen - durch ein umfangreiches Set an



Markus Schrimpf (Quality Manager R&D, rechts) und sein Team wachen bei Roche Diagnostics über die Einhaltung internationaler Qualitätsstandards für Software-Produkte. Martin Knöpfle (Produktmanager IT-Solutions, links) kümmert sich darum, dass das Produkt nach Kundenwünschen weiter entwickelt wird. Beim Design der Benutzeroberfläche von cobas IT 5000 flossen zahlreiche Erfahrungen aus der Entwicklung der Diagnostik-Analysegeräte mit ein.

Prozessanforderungen, die bislang ausschließlich an den deutschen Rechtsraum angepasst waren und nun auch internationale Forderungen erfüllen.

Einer der Schwerpunkte sind die Qualitätsstandards. Sie werden durch EU-Richtlinien festgelegt, die nicht nur im europäischen Raum, sondern auch weltweit verbindlichen Charakter haben. Betroffen sind die ISO 9001:2000 Qualitätsmanagementsysteme, die durch das QS-System von Roche Diagnostics bereitgestellt werden, die ISO 13485:

sich bewertet und Gegenmaßnahmen definiert, die im Designprozess Niederschlag finden.

Das identifizierte Gefährdungspotenzial wird im Verifikations- und Validierungsprozess aufgegriffen und den definierten Maßnahmen gegenüber gestellt. Der Verifikations- und Validierungsprozess für cobas IT 5000 erhielt in diesem Zusammenhang eine wesentlich größere Bedeutung. Um die Nachvollziehbarkeit und Überprüfbarkeit der Daten zu sichern, wird ein enormer Dokumentationsaufwand be-

Produkt-Dokumentation. Die Dokumentation beinhaltet Bediener-, Installations- und Administrationshandbuch inklusive Hilfsfunktion zu jedem Bildschirmdialog. So aufwändig die nötigen Schritte für den globalen Einsatz sind – sie tragen dazu bei, die Qualität des cobas IT 5000 dauerhaft zu sichern. ■

Martin Knöpfle  
Tel.: 0621/759-2765  
[www.roche.de/diagnostics/labor/labkomsys.htm](http://www.roche.de/diagnostics/labor/labkomsys.htm)