

Die Grundsatzfrage

Gastkommentar

Vordergründig geht es in den zwei folgenden Beiträgen um technische und ökonomische Fragen: Wie kann man Laboranforderungen mit IT-gestützten Diagnosepfaden effizienter gestalten? Was kann man gegen die fortschreitende Erosion der Laborvergütungen tun? Dahinter steckt aber eine Grundsatzfrage: Wofür werden wir Laborärzte eigentlich bezahlt?

Beide Autoren sind seit langem selbst in diesem Fach tätig und kennen die Antwort. Trotz unterschiedlicher Formulierungen ist ihre Aussage identisch. Der Laborarzt wird dafür bezahlt, dass er sich (wie jeder andere Arzt auch) aktiv in die Patientenversorgung, insbesondere die Diagnosefindung einbringt. Das klingt vielleicht trivial, aber dass die Frage überhaupt gestellt werden muss beweist, wie wenig Anspruch und Wirklichkeit oft übereinstimmen.

Laborärzte sind viel zu häufig Empfänger von Leistungsanforderungen, die sie ohne Kenntnis des medizinischen Kontextes ausführen. Man fragt sie kaum je nach einer Diagnose, sondern meist nur nach Laborwerten. Dass sie diese in unglaublich hoher Qualität zu unglaublich niedrigen Preisen liefern, erscheint den Empfängern selbstverständlich und trägt kaum zur kollegialen Wertschätzung bei. Deshalb ist der Ansatz von Prof. Rothe, über symptom- und prozessgesteuerte labordiagnostische Pfade den Einstieg in die medizinische Diskussion zu suchen, genau der richtige.



Prof. Dr. med. Johannes Aufenanger

Klinikum Ingolstadt

Institut für Laboratoriumsmedizin

johannes.aufenanger@klinikum-ingolstadt.de



Symptome und Prozesse

Pfade steuern die Diagnostik

Diagnosepfade machen nicht nur die Labordiagnostik effizienter und preisgünstiger. Sie verbessern auch viele andere klinische Prozesse und tragen zur Verkürzung der Verweildauer bei.

Laboranforderungen sind im Krankenhaus ein so alltäglich ablaufender Prozess, dass man ihre Effizienz nur selten hinterfragt. Aus Unerfahrenheit oder zur Absicherung wird auf der einen Seite eine Vielzahl von Tests mit geringer Aussagekraft angefordert, auf der anderen Seite bestehen jedoch Hemmungen, hoch selektive oder innovative und teure Tests zum richtigen Zeitpunkt einzusetzen.

Solch ungerichtetes Screening sichert nicht die wirklich wichtigen Diagnosen, sondern identifiziert eher irrelevante subklinische Abweichungen, die unnötige Folgeuntersuchungen nach sich ziehen. Klinische Abläufe „verzetteln“ sich, was die Verweildauer zwangsläufig verlängert. Was nützt es, bei Laboruntersuchungen ein paar Euro einzusparen, wenn ein verlorener Tag – je nach DRG und Fallschwere – Hunderte oder Tausende kostet?

Man kann jedoch die Effizienz der Laboranforderungen so steigern, dass trotz gleichbleibender oder sogar reduzierter Kosten die Geschwindigkeit und Qualität der Diagnostik zunehmen. Der entscheidende Ansatz ist die Abschaffung der klassischen, starren Abteilungsprofile und deren Ersatz durch differenzierte diagnostische Pfade. Diese müssen sich am Kontext der Behandlung

(z. B. Notaufnahme versus elektive Aufnahme) sowie an den zugehörigen Prozessen und medizinischen Symptomen orientieren.

Laborkommission

Ein solcher Paradigmenwechsel erfordert allerdings breiten Konsens über die Abteilungen hinweg. Meist schafft schon eine Diskussion über den Umfang unnötiger Diagnostik in der Leistungsstatistik das gewünschte Problembewusstsein bei leitenden Ärzten. Die „Laborkommission“ ist dann die geeignete Plattform für die weitere Abstimmung neuer diagnostischer Standards an den Schnittstellen zwischen den Fachabteilungen. Publierte diagnostische Leitlinien und beispielhafte Abläufe aus anderen Krankenhäusern können hilfreich sein; in der Regel verfügen laborärztlich betreute Netzwerke über geeignetes Material.

„Symptomorientierte“ diagnostische Pfade sind vor allem in der Notaufnahme relativ leicht einzuführen. Dort kann die Unsicherheit jüngerer Mitarbeiter zu nicht leitliniengerechter, teurer und unnötiger Diagnostik führen – zum Beispiel D-Dimer-Bestimmungen zur Erkennung von Thrombosen. „Prozessorientierte“ Pfade benötigt man dagegen eher an den Schnittstellen zu operativen Eingriffen,

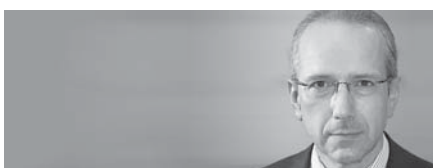


wo vor allem ein ungezieltes Screening mit Globaltests der Gerinnung wegen unspezifischer Befunde den ganzen OP-Plan durcheinanderbringen kann. Die Implementierung einer indikationsgestützten Anforderung von Blutprodukten verstärkt den wirtschaftlichen Hebeleffekt strukturierter präoperativer Pfade noch weiter.

Besonders ergiebig sind diagnostische Pfade aber in der Infektiologie, zum Beispiel für Diarrhöen, Pneumonien oder Hepatitiden im jeweiligen Kontext (ambulant oder auf der Intensivstation erworben). Kombiniert mit einer automatisierten Folgediagnostik (*reflex testing*) und Wiederholungssperren beschleunigen sie Abläufe, sparen Kosten und verhindern unnötige Doppelanforderungen von Tests, wenn Patienten abteilungsübergreifend behandelt werden.

Chancen und Perspektiven

Über den Erfolg von Pfadprojekten entscheidet letztlich die stationsangepasste Einbettung in ein elektronisches Anforderungssystem. Für Klinik- wie auch Laborärzte ist es eine nachhaltige Bereicherung, sich im Zuge der IT-Implementierung über die Systematik diagnostischer Strategien auszutauschen. Beide Seiten profitieren von schlankeren und schnelleren Prozessen sowie einer Erweiterung des eingesetzten methodischen Repertoires. Durch die strukturierte Anforderung von Blutprodukten und den gezielten Einsatz von Antibiotika schlagen diagnostische Pfade schließlich die Brücke zu den Behandlungspfaden und führen so zu einer weitreichenden Verbesserung nachgeschalteter klinischer Prozesse. 🌸



Prof. Dr. Gregor Rothe
MVZ synlab Leverkusen GmbH
gregor.rothe@synlab.com

Labormedizin am Scheideweg?

Aktuell ist eine zunehmende Verunsicherung über die Entwicklung der Labormedizin sowie die Gestaltung ihrer politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen spürbar. Seit Jahren besteht in Deutschland ein nicht mehr nachvollziehbarer Kostendruck in der Labormedizin. Der übermächtige und gewollte Trend zur Ökonomisierung der Medizin, die Vorbehalte der Kostenträger gegen Ärzteschaft und Krankenhäuser im Hinblick auf eine dem Patientenwohl verpflichtete wirtschaftliche Leistungserbringung sowie eine vorurteilsbehaftete Wahrnehmung der Labormedizin in der Ärzteschaft zerran den Blick weg vom Wesentlichen: Labormedizin ist ein integraler Bestandteil der Patientenversorgung und daher nicht substituierbar. Die medizinische Qualität der Laborleistungen hat Vorrang vor rein ökonomischer Betrachtungsweise.

Alarmierende Signale

Die heutigen Strukturen in der Laborkostenlandschaft sind Ausdruck politischer Entscheidung zur Einführung von mehr Wettbewerb sowie das Ergebnis der Honorarpolitik im GKV-System seit 1999. Wer diese Strukturen beklagt und kritisiert, wird sich auch mit der Frage der Anpassung von Rahmenbedingungen zu beschäftigen haben. Die K(B)V-Beschlüsse zur Laborkostenquotierung sowie das erkennbare Bestreben, auch die GOÄ-Reform zur Umverteilung finanzieller Mittel von methodisch-technischen Fachgebieten zur „sprechenden“ Medizin zu nutzen, sind alarmierende Signale. Es ist nicht erkennbar, dass die unterstellten Rationalisierungs- und Wirtschaftlichkeitsreserven tatsächlich in unseren Laboren vorhanden sind. Eine weitere Kürzung der Mittel wird letztlich die Qualität und auch den Umfang der Leistungen tangieren. Das ist nicht im Sinne einer guten Versorgung. Daher ist es unsere Aufgabe und eine Frage eigener Glaubwürdigkeit, sich einzumischen und zu dokumentieren, wo wir

stehen und was unsere Berufsgruppe in der Patientenversorgung mit Labormedizin für richtig hält.

Indikation und Interpretation

In Deutschland erhalten tagtäglich Millionen von Patienten flächendeckend eine labormedizinische Versorgung, die im Kern von uns organisiert und medizinisch wie wirtschaftlich verantwortet wird. Auf einem im internationalen Vergleich unerreicht niedrigen Kostenniveau erhalten die behandelnden Ärzte nahezu rund um die Uhr fachärztliche Beratung und in den Bereichen Logistik/IT einen Service, der seinesgleichen sucht. All dieses ist in anderen westlichen Industrieländern so nicht selbstverständlich.

Labormedizin ist ein interdisziplinäres Querschnittsfach, das den Laborfacharzt erfordert. Es bleibt unsere Aufgabe und Verantwortung, den Inhalt dieser Arbeit selbst zu bestimmen. Das betrifft auch die Diskussion zur Mengen- und Kostenentwicklung.

Die Beteiligung der Laborärzte an der Diskussion zur sinnvollen und die Erfordernisse der Patientenversorgung abbildenden Indikationsstellung für Laborleistungen wird die Wahrnehmung unseres Faches als fachärztlich verantworteter wichtiger Bereich in der Medizin verbessern. Sich hier nicht zu beteiligen birgt die Gefahr, den Kern des Faches anderen zu überlassen. Denn: Wer kann besser beurteilen, welchen Nutzen unsere diagnostischen Möglichkeiten für die Patientenversorgung hat als wir selbst, die Laborärzte?



Dr. Michael Müller, 1. Vorsitzender
Berufsverband Deutscher Laborärzte e.V.
info@bdlev.de