

„Wir hätten ein Viertel des Honorars verloren“

Das GVSG ist Geschichte, doch es wirkt nach. Warum eine Jahrespauschale für Diabetes-Patienten nicht ideal wäre und welche Folgen die Laborreform für Diabetologen haben könnte, erläutert BVND-Chef Toralf Schwarz im Interview.

DAS INTERVIEW FÜHRTE HAUKE GERLOF

Herr Schwarz, die Ampel-Koalition ist zerbrochen. Karl Lauterbach ist zwar noch im Amt, aber vom „Herbst der Reformen“ ist wenig übrig geblieben. Sie sind Diabetologe. Ist Ihnen im November ein Stein vom Herzen gefallen?

Wahrscheinlich ist den meisten Menschen, die in der Medizinbranche beschäftigt sind, Ärzten, Krankenhäusern und Krankenhausdirektoren etc. pp., ein Stein vom Herzen gefallen, wenn man gesehen hat, wie unausgegoren die Vorschläge aus dem Lauterbach-Ministerium waren. Über 40 Gesetze und Verordnungen waren auf den Weg gebracht. Da konnte letztlich kein Parlamentarier mehr durchblicken, und dann kann man schon froh sein, dass diese Dinge nicht beschlossen werden.

Den Diabetologen lag vor allem das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) ziemlich schwer im Magen. Was stand da für Sie auf dem Spiel?

Es hat sich zunächst ganz harmlos angehört. Es hieß, der Bewertungsausschuss solle eine zusätzliche Pauschale für Patienten einführen, die keinen besonders großen Betreuungsbedarf haben, aber chronisch krank sind. Diese zusätzliche Pauschale hätte aber für die Krankenkassen kostenneutral finanziert werden müssen. Zur Gegenfinanzierung war vorgesehen, dass die Chronikerpauschalen nur von einem Arzt, nämlich dem ersten behandelnden Arzt, der den Patienten hausärztlich betreut, zu berechnen seien.

Das klingt zunächst mal logisch und gut. Es wurde auch damit begründet, dass Patienten angeblich unnötigerweise mehrere Hausärzte aufsuchen.

Was war dann das Problem?

Nicht bedacht wurde dabei, dass die diabetologische Versorgung weit überwiegend von hausärztlich niedergelassenen Internisten oder von Allgemeinmedizinerinnen übernommen wird. Das heißt, viele Diabetes-Patientinnen und -Patienten müssen zwei hausärztlich niedergelassene Kolleginnen oder Kollegen aufsuchen. Wenn dann die Chronikerpauschale



© B. BORSCHHEL, LEIPZIG

Toralf Schwarz

Hausärztlich niedergelassener Facharzt für Innere Medizin, Diabetologe, mit Praxis in Zwenkau, Sachsen, südlich von Leipzig

Vorsitzender des Bundesverbands Niedergelassener Diabetologen

le nur noch von einem Arzt hätte abgerechnet werden können, dann wäre für die diabetologischen Schwerpunktpraxen ungefähr ein Viertel ihres Einkommens weggebrochen.

Und dann sind Sie aktiv geworden...

Ja, und das Gute war, dass wir vom Bundesverband der Niedergelassenen Diabetologen (BVND) auch tatsächlich gehört worden sind. In der Gesundheitspolitik und auch von der zuständigen Abteilungsleitung im Gesundheitsministerium ist uns zumindest zugesichert worden, dass man das so nicht wolle.

... und da waren Sie sich sicher?

Es gab jedenfalls eine entsprechende Mitteilung vom Bundesgesundheitsministerium. Deshalb müssten wir jetzt sogar traurig sein, dass unsere ganze Mühe vergebens war. So ist es aber nicht. Zum einen wird es in Zukunft doch wieder eine gesetzliche Regelung geben, die das Problem der Budgetierung der Hausärzte in bestimmten Regionen adressiert. Und da ist es wichtig, dass wir dort schon mal im Gespräch waren. Das ist das eine.

Das andere ist, dass wir als Verband sehr viel dabei gelernt haben. Wir waren sehr glücklich über die große Unterstützung, die wir bekommen haben – und zwar aus allen Bereichen, auch von unseren Patientinnen und Patienten. Das ist ein Pfund, mit dem wir in Zukunft wuchern können.

Ich möchte einmal den advocatus diaboli spielen, was die doppelte Abrechnung der Chronikerpauschale angeht. Im Sinne des EBM und auch wirtschaftlich effizient ist das ja eigentlich nicht. Und der Hausärzteverband hat auch vor Kurzem kritisiert, dass Schwerpunktpraxen hausärztlich niedergelassen sind. Gibt es da innerärztlichen Dissens?

Nein, da gibt es keinen echten Dissens der Diabetologen mit den Hausärzten. Das liegt zum einen daran, dass es Diabetologen als Fachgruppe im Weiterbildungskatalog nicht gibt. Diabetologen sind allgemeinmedizinisch weitergebil-

dete Ärzte sowie Pädiater und Internisten. Und dann gibt es noch ein oder zwei Kollegen, glaube ich, die von Haus aus Augenarzt sind und auch Diabetologe.

Welche Konsequenzen hat das?

Ganz einfach: Fachgruppen, die von der Bundesärztekammer nicht als solche definiert sind, tauchen im EBM nicht auf. Das lässt sich aber nicht einfach durch Änderung der Weiterbildungsordnung lösen. Deshalb muss die Finanzierung der Schwerpunktpraxen über den EBM im Bereich der hausärztlichen Versorgung geregelt werden. In der Tat übernehmen die Diabetes-Schwerpunktpraxen in der Regel auch die hausärztliche Betreuung der Diabetiker, die in der Schwerpunktpraxis versorgt werden. Etwa 80 Prozent aller Diabetiker werden beim Hausarzt in der normalen hausärztlichen Versorgung betreut. Nur 20 Prozent – vor allem Typ I-Diabetiker, aber auch Typ II-Diabetiker mit komplizierteren Krankheitsverläufen – gehen regelmäßig in die Schwerpunktpraxis. Dort werden sie in der Regel im hausärztlichen Setting betreut.

Und warum dann zwei Hausärzte?

Ganz einfach, weil der Gesetzgeber in den DMP vorschreibt, dass wir in der Schwerpunktpraxis nur auf Überweisung des Hausarztes tätig werden dürfen. Und zum anderen, weil es natürlich so ist, dass für bestimmte Vor-Ort-Leistungen, wenn der Patient mal einen Infekt hat, er ganz gerne noch einen Arzt haben möchte, der in der näheren Umgebung ist. Gerade auf dem Land ist der Einzugsbereich der Diabetes-Schwerpunkte teilweise 40 bis 50 Kilometer groß.

Die Planungen für das GVSG gingen in Richtung Entbudgetierung und endlich weg vom Quartalsdenken hin zur Jahrespauschale. Was hätte eine solche Jahrespauschale denn für Konsequenzen speziell für Diabetologen?

Na gut, im Gesetzestext stand ja drin, die Maßnahme solle kostenneutral erfolgen. Hätte das zur Konsequenz, dass Leistungen, die sowieso schon unterfinanziert



sind, dann noch schlechter finanziert werden? Ob das budgetiert ist oder nicht, spielt dann am Ende keine Rolle mehr.

Haben Sie ein Beispiel?

Wenn ich eine Patientin habe mit Typ II-Diabetes mit einer intensivierten Insulintherapie, mit kardiovaskulären Komplikationen und vielleicht noch einer Niereninsuffizienz. Die muss ich schon aufgrund der Leitlinien zwingend viermal im Jahr sehen. Da kontrollieren wir Laborwerte, Blutzuckerverlauf, HbA_{1c}, Albuminausscheidung im Urin, wir werten bei Bedarf die CGM-Aufzeichnungen aus – nebenbei gesagt, das wird auch nicht bezahlt, obwohl es mehr Aufwand bringt als ein Blick ins per Hand geführte Blutzucker-Tagebuch. Für diese Termine brauche ich Diabetesberaterinnen, ich brauche spezielle Soft- und Hardware – deshalb müssen die Patienten regelmäßig in die Schwerpunktpraxis kommen. Eine Jahrespauschale würde für diese Betreuung sicher zu niedrig ausfallen.

Gilt das für alle Diabetiker?

Nein, natürlich nicht. Die große Mehrheit der Diabetes-Patientinnen und -Patienten muss einmal im Jahr kontrolliert werden – das reicht. Für die wäre eine Jahrespauschale sicherlich sinnvoll. Wobei ich nebenbei bemerken darf: Wenn eine Praxis mit diesen Patienten tatsächlich weniger Aufwand hat, dann könnte sie mehr Patienten versorgen. Das ist ja auch Ziel des Ganzen. Aber dann wäre das Honorar niedriger, als es jetzt vier Chronikerpauschalen sind. Die Konsequenz wäre, dass eine Praxis für jeden Patienten noch weniger Zeit als heute hätte.

Herr Schwarz, es gibt noch ein Thema, das auch Diabetologen umtreibt, die „Laborreform 2025“. Die kommt nun tatsächlich im Januar. Diabetologen sind insoweit betroffen, als Sie manche Blutwerte selbst in der Praxis erheben, vor allem Glukose und HbA_{1c}...

... einige Praxen bestimmen noch das Urinalbumin mit beziehungsweise dem Urinalbumin-Kreatinin-Quotienten. Für

das Labor braucht man eine spezielle, professionelle Laborausstattung – und Mitarbeiter, die eine korrekte Handhabung beherrschen.

Die Vergütung des HbA_{1c} soll um ein Drittel abgesenkt werden. Kommen Sie dann mit Ihren Kosten noch hin?

In der Tat, statt vier Euro werden wir ab 1. Januar nur noch mit 2,67 Euro vergütet. Die Einkaufsbeträge für den Test bewegen sich ungefähr um drei Euro je Test, teilweise sogar deutlich darüber. Dazu kommt jeweils noch die Mehrwertsteuer, die wir bezahlen. Der Test ist also am Point of Care in der Praxis nicht mehr wirtschaftlich zu erbringen.

Und was wäre die Lösung?

Wir brauchen eine Leistungsposition für die Vor-Ort-Erbringung, sozusagen eine Point-of-Care-Ziffer. Da gibt es bisher die GOP 32089 als Zuschlag für die Messung der Glucose mit trägergebundenen Reagenzien. Unsere Intention ist es jetzt tatsächlich, dass für die Erbringung vor Ort ein entsprechender Zuschlag zu der Abrechnungsziffer gebildet werden kann.

Gibt es denn sonst eine Möglichkeit, die Honorarminde rung beim HbA_{1c}-Wert auszugleichen?

Es gibt natürlich, wie überall auch in der Wirtschaft, die Möglichkeit, durch Addition von nicht notwendigen oder zu diesem Zeitpunkt nicht notwendigen, aber wirtschaftlichen Zusätzen dann am Ende dennoch einen Gewinn zu erzielen. Was weder korrekt noch empfehlenswert ist. Am Ende müssen wir schauen, dass Laboruntersuchungen, die bisher gemacht werden, hoffentlich auch weiter gemacht werden, auch wenn uns das zunächst mal etwas Geld kostet. Immerhin sind die Summen, um die es hier geht, geringer als die Einnahmeausfälle, die bei der Chronikerpauschale angefallen wären.

Könnten Sie die Proben einschicken?

Ja, das ginge. Aber dann müssten die Patienten einen oder zwei Tage vor dem eigentlichen Termin zusätzlich in die Pra-

Ohne fachkundiges Personal kommt ein Diabetes-Schwerpunkt nicht aus, wenn in der Praxis Laborwerte wie der HbA_{1c} erhoben werden: Im Bild Fabian Burkhardt, Diabetesberater DDG, im Labor der Praxis von Toralf Schwarz in Zwenkau/Sachsen.

© TORALF SCHWARZ

xis kommen. Das ist weder effizient noch ökologisch, und es kostet unnötig Zeit und Energie und Geld des Patienten. Nun könnten Praxen auf die Idee kommen, es für Patienten einfach zu machen, und den Test in der Praxis machen – aber als Privatleistung, damit sie nicht zweimal kommen müssen.

Da bewegen sich diese Praxen aber rechtlich auf ganz dünnem Eis, oder? Schließlich steht die Leistung im EBM...

Ich würde das auch nicht so empfehlen. Schon deshalb nicht, weil die Patienten gewohnt sind, dass es anders läuft. Allein der Diskussionsaufwand... Aber formal korrekt wäre es, weil die Leistung nicht in einer Pauschale enthalten ist, sondern die Bestimmung des Wertes eine Zusatzleistung ist, auf die ich auch verzichten kann. Dann ist es eine freiwillige Entscheidung des Patienten, der sich einen Arztbesuch pro Quartal sparen möchte.

Glauben Sie, da passiert noch etwas in Sachen Laborreform vor Januar?

Nein, das glaube ich nicht. Aber wir müssen nach der geplanten Evaluation sehen, dass wir im Bewertungsausschuss vermitteln können, dass es hier nicht darum geht, dass sich eine Berufsgruppe Gewinne sichern möchte, sondern es geht darum, eine qualitativ vernünftige Versorgung aufrechtzuerhalten und nicht einen Schritt zurückzugehen zu einer Versorgung wie vor 20 Jahren. Da sind alle Patienten zweimal gekommen im Quartal.

Angesichts der Entscheidungen und Nicht-Entscheidungen dieses Jahres: Gehen die Diabetologen mit einer Winterdepression in den Jahreswechsel?

Gut, die eine Kröte mit der Laborreform, die mussten wir schlucken. Aber wir haben in der Diskussion um das GVSG unheimlich viel gelernt für den Umgang mit solchen Prozessen. Das wird uns für die Zukunft helfen. Insofern dürfen wir wirklich entspannt und positiv dem neuen Jahr entgegenblicken.

Vielen Dank für das Gespräch!