



(In-) Fusionen

Nun versendet sogar die Kirche schon Pressemitteilungen im typischen Marketingdeutsch: Die Fusion der Landeskirchen von Mecklenburg, Pommern und Nordelbien sei ein „bedeutendes Ereignis für die Entwicklung des Protestantismus in Deutschland“, die Nordkirche gehe mit 2,3 Millionen Protestanten „an den Start“. Im eher Kleingedruckten liest man, dass von den vier amtierenden Bischöfen nur einer übrig bleiben wird. Solche Fusionen haben eben auch immer den Charakter von „Infusionen“, um die wirtschaftlich angeschlagenen Patienten am Leben zu halten.

Im Gesundheitswesen sind wir zweischneidige Meldungen dieser Art gewöhnt: Marktmacht und Not, Fusionen und Insolvenzen gehören untrennbar zusammen, gleichgültig ob es sich um Krankenhäuser oder Krankenkassen, Pharma-Unternehmen oder Laborketten handelt. Beispielhaft beleuchtet unser Beitrag auf S. 254 einen solchen Konzentrationsprozess: Mit der Übernahme des Laborbetriebs am Universitätsklinikum Aachen gewinnt die größte deutsche Laborkette an Ansehen und Umsatz, und die notleidende Universität spart sich die Besetzung eines Lehrstuhls.

Über diese Entwicklung zu klagen, macht keinen Sinn; das sind die Gesetze eines reifen, gesättigten Marktes, in dem die Großen nur noch auf Kosten der Kleinen wachsen können. Für den Endkunden hat es häufig sogar positive Auswirkungen, weil die Produkte bei gleicher Qualität preisgünstiger werden. Was für ihn allerdings meist verloren geht, ist die Nähe – sowohl räumlich als auch menschlich. Das gilt für das Kreis Krankenhaus um die Ecke genauso wie für den Laborarzt im eigenen Hause, und auch für die Kirche im Dorf.

gh

Neues zum Versorgungsstrukturgesetz

Investoren-Run auf Dialysezentren?

Am 2. Dezember 2011 verabschiedete der Bundestag das Versorgungsstrukturgesetz, das am 1. Januar 2012 in Kraft treten soll. Der Referenten- und Regierungsentwurf wurde insoweit übernommen, als der Gründerkreis von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) beschränkt wird¹.

Kurz vor Verabschiedung des Gesetzes im Bundestag wurde allerdings noch eine Regelung aufgenommen, derzufolge nicht-ärztliche Dialyse-Dienstleister weiterhin berechtigt sein sollen, MVZ zu gründen bzw. Anteile an ihnen zu halten. Dies kann zu einem regelrechten „Run“ führen: Investoren, die Labore oder andere ambulante ärztliche Dienstleister erwerben wollen, werden nun vermutlich überwiegend nicht-ärztliche Dialyседienstleistungsgesellschaften als Beteiligungs-Vehikel (i. S. einer Holdinggesellschaft) nutzen. Einen hierzu erforderlichen Vertrag nach §126 Abs. 3 SGB V abzuschließen oder

eine Gesellschaft zu erwerben, die einen solchen Vertrag bereits abgeschlossen hat, dürfte deutlich einfacher sein als die Übernahme und das Betreiben eines Krankenhauses. Die bislang als MVZ-Holdinggesellschaften verbreiteten Sanitätshäuser oder Physiotherapeuten-GmbHs werden vom Gründerkreis ausgeschlossen. MVZ mit diesen Gesellschaftern können jedoch auch nach 2011 im Rahmen des Bestandsschutzes von jedem anderen Leistungserbringer übernommen werden. Im Übrigen sind alle Investoren, die bereits Labore als MVZ halten, berechtigt, weitere als sogenannte Nebenbetriebsstätten zu erwerben oder in eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft mit bestehenden MVZ aufzunehmen – vorausgesetzt, dass darin zumindest ein Arzt des erworbenen Labors als Gesellschafter verbleibt. ❁

Dr. Stephan Rau

Mitglied des Fachbeirats

¹ Wir berichteten hierzu in den beiden letzten Trillium-Ausgaben 9(2), S. 79 und 9(3), S. 196 f.

Schwangerschaftsdiabetes

Ein überfälliges Weihnachtsgeschenk

Ende 2011 beschloss der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), das Screening auf Gestationsdiabetes als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzunehmen. Die sogenannten Mutterschaftsrichtlinien werden nun um diese Früherkennungsmaßnahme erweitert. Ein Weihnachtsgeschenk an alle werdenden Mütter? Wohl eher eine überfällige Entscheidung des G-BA! Zu bedrohlich erscheint die Liste möglicher Risiken und Komplikationen für Mutter und Kind, zu nachdrücklich sind die Leitlinien und Empfehlungen zahlreicher Fachgesellschaften, den Gestationsdiabetes als diagnose- und behandlungswürdige Störung anzusehen, und zu offenkundig ist die wachsende Zahl derjenigen Krankenkassen, die ihren Versicherten diese Diagnostik längst als Gratis-Extra anbieten.

Für den Verband der Diagnostica-Industrie, der zuletzt im November öffentlichkeitswirksam für eine Erweiterung der Schwangerschaftsdiagnostik plädierte, ist dies Bestätigung und Ansporn zugleich: Denn auch bei Infektionskrankheiten sind noch erhebliche Lücken in den Mutterschaftsrichtlinien zu schließen, will man eine umfassende Vorsorge auf dem Niveau unserer Nachbarstaaten gewährleisten.

Dr. Martin Walger

Geschäftsführer, VDGH e. V.

www.vdgh.de

StatStrip®
GLU/KET

Blutzucker-/Blutketoneanalyzesystem für das Krankenhaus

- Misst und eliminiert Interferenzen durch Hämatokrit, Sauerstoff, Ascorbinsäure, Paracetamol, Galaktose, Maltose und weitere
- Benötigt keine Kalibration
- kleine Probenmenge, nur 1,2 µl, bzw. 0,6 µl
- Misst in Laborpräzision vom hypo- bis hyperglykämischen Bereich

nova
biomedical

Messenhäuser Straße 42 · 63322 Rödermark · Tel. 06074 8448-0 · www.novabiomedical.com · info@novabiomedical.de



Vernetzbares StatStrip®
Blutzucker-/Blutketone-
analyzesystem

StatStrip™ Xpress

Großes Interesse

Gastkommentar

In den angelsächsischen Ländern steuern Krankenhäuser ihre Prozesse seit über zwanzig Jahren mit *Clinical Pathways*, während Deutschland erst vor etwa fünf Jahren auf breiter Front damit begann, computergestützte Ablaufpläne und Entscheidungsbäume als Basis von Handlungsabläufen einzusetzen. Die Verzögerung liegt u. a. an der relativ späten Einführung von DRG-Fallpauschalen - rund zwanzig Jahre nach den USA und zehn Jahre nach Großbritannien. Umso größer ist jetzt die Nachfrage nach Anleitungen zur Erstellung und Implementierung solcher Pfade. Wie in allen Ländern, die DRGs einführen, reift nach Jahren von Versuch und Irrtum die Erkenntnis, dass pauschalierte Vergütungen genormte Prozesse verlangen, um Verweildauer und Kosten im Griff zu behalten.

Das auf S. 262 vorgestellte Klinikhandbuch legt sein Augenmerk nicht von ungefähr auf die Diagnostik: Eine korrekte Diagnose steht am Anfang jedes erfolgreichen Behandlungsprozesses; Fehler, die hier gemacht werden, pflanzen sich durch den gesamten Klinikaufenthalt fort. Das mag das große Interesse speziell am Thema „diagnostische“ Pfade erklären: Über 100.000 Einträge verzeichnete Google 2011 zu diesem Stichwort, fünfmal so viel wie 2009. Die Aktivitäten der Fachgesellschaft DGKL, aus der das genannte Buch hervorging, rangieren dabei ganz oben.



Prof. Dr. Johannes Aufenanger, Ingolstadt
Prof. Dr. Walter Hofmann, München
DGKL e. V., AG Diagnostische Pfade



IT-gestützte Pfade

Ein Navi für die Diagnostik

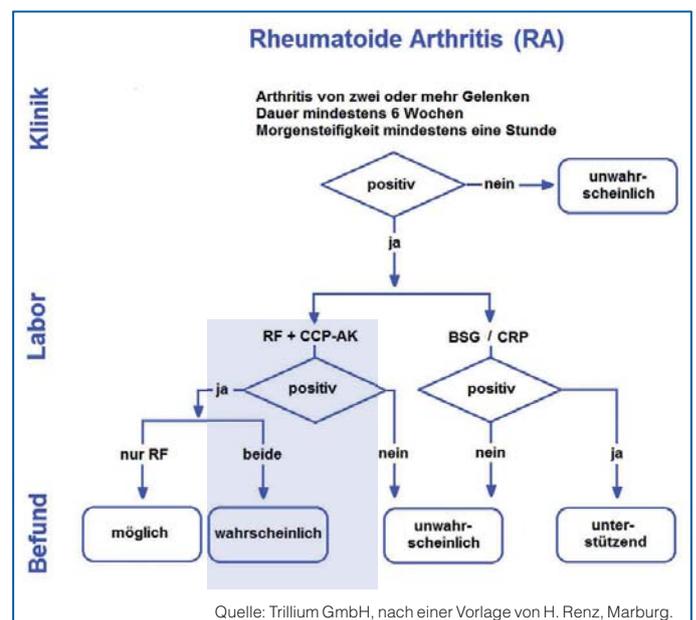
Diagnostische Pfade erstellt man in Form von Entscheidungsbäumen auf Papier und überführt sie mit geeigneten Werkzeugen in computergerechte Regelwerke. Im Idealfall muss nur die Fragestellung angeklickt werden; alles Weitere läuft automatisch.

Die Geschichte der diagnostischen Pfade begann vor zehn Jahren mit einem „Wachhund“: 2002, kurz vor Einführung der DRGs in Deutschland, gab der Verband der Diagnostica-Industrie e. V. ein Computerprogramm namens *DRG Watchdog* in Auftrag, das über die korrekte und vollständige Kodierung von vergütungsrelevanten Diagnosen im Krankenhaus „wachen“ sollte (siehe rechte Spalte). Ab 2004 war das Programm im Internet verfügbar.

Es enthielt u. a. ein kleines Feld mit Empfehlungen für Labortests, die die jeweils angeklickte Diagnose unterstützten (beispielsweise Troponin und BNP bei kardialen Erkrankungen). Die Feldbezeichnung *Diagnostischer Pfad* war für diese einfache Auflistung sicher etwas hoch gegriffen, doch 2006 begann eine interdisziplinäre *Arbeitsgruppe Diagnostische Pfade* damit, das Konzept zu verfeinern. 2007 wurden erste Ergebnisse auf der Medica vorgestellt.

Entscheidungsbaum zur Absicherung einer rheumatoiden Arthritis (RA) mit Laborwerten. Die Endpunkte geben Wahrscheinlichkeiten an, die Diagnose RA wird im Kontext aller Befunde gestellt.

RF=Rheumafaktor
CCP-AK= Antikörper gegen citrullinierte Peptide
BSG=Blutsenkungsgeschwindigkeit
CRP=C-reaktives Protein



Mittlerweile ist der Begriff zum Synonym für IT-gestützte Handlungsanweisungen im Bereich der Diagnostik geworden. Anstelle von Listen verwendet man heute typischerweise Entscheidungsbäume, wie in der Abbildung gezeigt: Der „Baum“ steht gewissermaßen auf dem Kopf und besitzt eine Wurzel – hier der klinische Verdacht auf eine rheumatoide Arthritis – sowie Äste und Zweige, die die Entscheidungen repräsentieren. Die zu erntenden „Früchte“ sind im vorliegenden Fall Angaben, wie wahrscheinlich die klinische Verdachtsdiagnose ist, können aber je nach Zielsetzung des Pfades auch Diagnosen mit und ohne Therapievorschlägen sein.

Praktisches Vorgehen

Um diagnostische Pfade in den Routinebetrieb einer Abteilung einzuführen, müssen zunächst die organisatorischen und wirtschaftlichen Voraussetzungen geschaffen werden, sprich Auftragserteilung durch die Geschäftsführung, Bereitstellung finanzieller Mittel und Gründung einer Arbeitsgruppe, in der alle betroffenen Berufsgruppen (Ärzte, Pflege, Controlling, IT usw.) vertreten sind. Diese erstellt die Pfade zunächst in Form von Diagrammen und textlichen Erläuterungen auf Papier.

Mindestens ebenso wichtig aber ist die Umsetzung in IT-Programme, denn grundsätzlich gilt: Pfade sind nur dann nützlich, wenn sie ohne Mehraufwand weitgehend automatisiert ablaufen. Es ist ähnlich wie beim Autofahren: Man kann sich auch mit Straßenkarten orientieren, aber wirklich effizient ist nur das Navi – vor allem, wenn es in fremder Umgebung schnell gehen muss.

Im Idealfall setzt man auf dem Stationsbildschirm ein einziges Häkchen (zum Beispiel „unklares Fieber“) und erhält eine Anzeige, welche Tests durchgeführt und welche Röhren wann abgenommen werden müssen. Der Unterschied zum klassischen Laborprofil besteht darin, dass diese Tests nicht starr, sondern nach den

Regeln des Entscheidungsbaums abgearbeitet werden.

Wenn-Dann-Regeln

Die „Programmierung“ ist kein Hexenwerk, sondern erfolgt in Form anschaulicher Wenn-Dann-Regeln; so könnte eine Programmzeile für den farbig hinterlegten Teil des Diagramms lauten: *Wenn RF positiv und CCP-AK positiv dann RA wahrscheinlich*. Die meisten KIS- und LIS-Hersteller bieten für die Erstellung solcher Regelwerke Werkzeuge und Kurse an, so dass die Implementierung meist in Eigenregie erfolgen kann.

Es darf allerdings nicht verschwiegen werden, dass sich die hier vorgestellten Entscheidungsbäume und Regelwerke nur für Fragestellungen eignen, die in maximal drei bis vier Schritten zu einer Antwort führen. Wie sich mathematisch zeigen lässt, nimmt die Fehlerwahrscheinlichkeit bei größerer Tiefe rasch zu, von der Unübersichtlichkeit komplizierter Diagramme ganz zu schweigen.

80/20-Regel

Bei den typischen *Top-Ten*-Diagnosen einer Abteilung ist die im Beispielpfad gezeigte Entscheidungstiefe aber völlig ausreichend, so dass man damit den Großteil der Patienten bzw. DRGs gut abdeckt. Wieder einmal gilt die 80/20-Regel: Mit relativ wenig Aufwand lässt sich das Häufige automatisieren, so dass für seltene, aber komplizierte Fälle mehr Zeit zum gründlichen Nachdenken bleibt. 🌸



Prof. Dr. Georg Hoffmann, Grafrath DGKL e. V., AG Diagnostische Pfade

www.dgkl.de

DRG Watchdog 2012

www.watchdog-online.de

Das Programm *DRG Watchdog* von Trillium hat im Internet sozusagen eine neue „Hundehütte“ gefunden: Unter dem gemeinsamen Dach der



DiaProf
Diagnostik für Profis

neuen Website www.diaprof.org werden künftig Dienstleistungen für Profis der Diagnostik zusammengefasst, darunter insbesondere auch Softwareprogramme, die zum medizinischen und ökonomischen Mehrwert der Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Pathologie und anderer diagnostischer Fächer beitragen. Der DRG Watchdog wird seit acht Jahren deutschlandweit von Krankenhäusern, Krankenkassen, Beratungsunternehmen usw. genutzt, um nach Eingabe von Hauptdiagnosen und Prozeduren die Bandbreite möglicher Fallvergütungen im deutschen DRG-System zu analysieren. Weitere Trillium-Services wie der LIS-Evaluator, diagnostische Pfade und Data Mining Programme werden ab 2012 schrittweise in die neue Marke *DiaProf* integriert.

SULM

Die Schweiz führt DRGs ein

Ab 2012 rechnen auch Schweizer Spitäler über Fallpauschalen nach deutschem Vorbild ab. Zum Start werden 1.200 DRGs (*diagnosis-related groups*) eingeführt. Was die Umstellung des Vergütungssystems für die Medizin und insbesondere für die Labordiagnostik bedeutet, stellte das Publikationsorgan *pipette* der Schweizerischen Union für Labormedizin (SULM) in seiner aktuellen Ausgabe ausführlich dar.



Alle Beiträge sind unter www.sulm.ch zugänglich, darunter auch ein Artikel des Trillium-Herausgebers mit dem Titel *DRG und Labor – Erfahrungen aus Deutschland*.

Als Resonanz gab es bereits erste Anfragen von Schweizer Krankenhäusern nach einem „Schweizer Watchdog“, denen wir im Rahmen unserer obigen Internetaktivität gerne nachkommen werden.

gh

Podiumsdiskussion beim Laborforum in Augsburg

Neues Etikett gesucht

Wenn sich die deutsche Labormedizin nicht selbst abschaffen will, muss sie die Abwärtsspirale von Preisverfall und Personalabbau durchbrechen. Das aber erfordert gründliches Umdenken.



Sündenfall oder Geniestreich? Im Oktober 2011 übernahm ein privater Anbieter die Labordiagnostik am Universitätsklinikum Aachen.

An einem für die Labormedizin eher ungewöhnlichen Ort, nämlich in der Fußball-Arena des FC Augsburg, veranstalteten sechs befreundete Diagnostika-Unternehmen¹ am 28. Oktober 2011 ihr *Regionales Laborforum*. Gewissermaßen zum Anpfiff gab Dr. Michael Müller, Vorsitzender des Berufsverbandes Deutscher Laborärzte (BDL), einen Überblick zur aktuellen Lage der Labormedizin in Deutschland, die dem der Augsburger Kicker leider nicht ganz unähnlich ist: Man spielt zwar in der ersten Liga, kämpft aber ums Überleben am Tabellenende der alljährlichen Liste medizinischer Fachdisziplinen im Deutschen Ärzteblatt.

Eine symbolische Anekdote

Ohne die Symbolik des Ortes überbewerten zu wollen, gab es bei der Veranstaltung eine anekdotisch erwähnenswerte Verlosung von Karten für das Bundesligaspiel FC Augsburg gegen VfL Wolfsburg, sprich Abstiegskandidat gegen Mittelfeld. Es endete bekanntlich mit dem ersten Heimsieg der Augsburger. Ob dies als gutes

Zeichen zu werten ist, bleibt nach einer von Dr. Michael Müller moderierten Podiumsdiskussion² über *In- und Outsourcing von Krankenhauslaboratorien* offen. Seitdem sein niedergelassener Kollege Dr. Stein den Betrieb des Labors am Universitätsklinikum Aachen übernommen hat, ist „*Outsourcing um jeden Preis*“ das wohl heißeste und umstrittenste Topthema in der Szene (s. a. nächste Seite).

Als weitere Diskutanten dazu meldeten sich Marianne Nordheim aus dem Vorstand des 20.000 Mitglieder zählenden MTA-Verbandes DVTA, Manfred Schell als Projektleiter des genannten MVZ Dr. Stein und Kollegen für den Bereich Krankenhäuser, Prof. Jörg Debatin, der im September 2011 vom Uniklinikum Hamburg Eppendorf zur ebenfalls als privater Anbieter tätigen amedes Holding AG wechselte sowie Florian Kainzinger, Geschäftsführer des 2011 gegründeten Laborverbands von Charité (Universität) und Vivantes (kommunal).

Bei aller Vielfalt der Konzepte, die diese Diskussionsredner vertraten, bestand doch Einigkeit darüber, dass der Abwärtsspirale von Leistungsvergütung und Arbeitsplatzvernichtung ein Ende gesetzt werden müsse. An so mancher Laboraussschreibung will sich kaum noch ein privater Anbieter beteiligen, da die Preise, die die Krankenhäuser zu zahlen bereit sind, oft nur durch Personalabbau und Qualitätsverlust gehalten werden können. Als Lösungen

werden laut Müller Laborleistungen auf den Stationen (*Point of Care Testing*) und die Delegation fachärztlicher Leistungen an MTAs diskutiert, was aber gesamtwirtschaftlich betrachtet für das Krankenhaus nur eine Verlagerung der Probleme bewirkt. Kainzinger brachte das in Berlin vertretene Modell von Satellitenlaboren – ein Mittelweg zwischen POCT und Zentrallabor – ins Spiel, bestätigte aber ebenfalls die Gefahr des damit verbundenen Stellenabbaus.

Mehr Mitsprache für MTAs

Marianne Nordheim machte klar, dass der MTA-Beruf durch mehr Mitspracherechte und verbesserte Aufstiegsmöglichkeiten, etwa durch Bachelor- und Masterstudiengänge, attraktiver gemacht werden müsse, um einen Nachwuchsnotstand mit gravierenden Folgen für die gesamte medizinische Diagnostik zu vermeiden. Schell forderte, leitende MTAs stärker in Prozesse und Entscheidungen einzubinden, was vom Auditorium eher als Wunschdenken eingestuft wurde.

Was blieb, war die von Prof. Debatin formulierte Erkenntnis, dass das technische „Laboretikett“ durch ein medizinisches Diagnoseetikett ersetzt werden muss, wenn sich die Labormedizin letztlich nicht selbst abschaffen will; in der Klinischen Chemie stehe sie bereits kurz davor. Voraussetzung für höhere Wertschätzung sei letztlich mehr Investition in die Forschung und Entwicklung neuer diagnostischer Verfahren. 

¹eppendorf, Hitado, mcs, Roche, Sarstedt, Sysmex, ²Podcast zum Download unter www.sysmex.de/podcast

Pro & Contra

Zwei angesehene Ärzte, die bis vor wenigen Jahren große Laboratorien in München leiteten – der eine im niedergelassenen, der andere im universitären Bereich, kommentieren ein „Experiment“.

Pro: Frau Heike Zimmermann, stellvertretende Kaufmännische Direktorin am Universitätsklinikum Aachen, darf sich beglückwünschen. Mit der Vergabe des Zentrallabors an das Labor *Dr. Stein und Kollegen* in der Limbach-Gruppe wird eine Einsparung von jährlich drei Millionen Euro erreicht. Muss das Universitätsklinikum Aachen nun um die Sicherung seiner labordiagnostischen Versorgung fürchten?

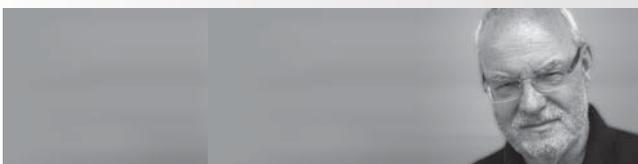
Wer so fragt, hat die vergangenen zwanzig Jahre Entwicklung der Labormedizin im Bereich der Kassenärzte nicht wahrgenommen. An die Stelle der „Laborarztpraxis“ klassischen Zuschnitts sind Institute mit in der Regel mehr als 150 Mitarbeitern getreten, die nur aus standesrechtlichen Gründen noch als Gemeinschaftspraxis oder MVZ firmieren. Das vorgehaltene Methodenspektrum ist breit, die Dynamik hoch. Labordiagnostische Innovationen werden dort nicht weniger schnell umgesetzt als in den Krankenhäusern der Universitäten.

Das Labor Limbach hat sich als eines der ersten im Krankenhaus engagiert, und deshalb kam der Gewinn der Aachener Ausschreibung nicht ganz unerwartet. Mit dem Heidelberger Stammhaus verfügt die Gruppe über ein europaweit tätiges Laborinstitut von hervorragendem Ruf; an allen Standorten arbeiten ausgewiesene Fachleute mit unbestrittener Kompetenz und Expertise. Und das in der Gruppe realisierte Qualitätsmanagement ist beispielhaft. Ohne Zweifel werden Dr. Stein und Kollegen die medizinische Versorgungsaufgabe bewältigen.

Dennoch muss hinter das „Pro“ der Überschrift ein Fragezeichen gesetzt werden, weil die deutschen Laborketten – darunter auch die Limbach-Gruppe – mehr denn je auf Effizienz und Profit achten müssen. Das Ziel sei es, „den Laborbetrieb des Uniklinikums Aachen auf eine schwarze Null zu bringen“ (FAZ 04.10.11). Das kann den Kenner der Szene nicht verwundern: Eine längerfristig unrentable Zone im Limbach-Verbund wäre wohl kaum vorstellbar.

„Der private Sektor garantiert weder Qualität noch Moral – die Dienstleistung wechselt lediglich in einen Bereich, ... in dem moralische Kriterien keine Geltung haben“ – so hart, wie es Colin Crouch¹ formuliert, wird es in Aachen wohl nicht kommen. Fakt aber ist: Mit der Übergabe des Laborbetriebs hat das angesehene Universitätsklinikum Aachen eine bis dato nicht auf Profit ausgerichtete Organisationseinheit dem kaufmännischen Geschäftsbetrieb überantwortet. Über die Rolle des Marktes, über Werte und Erhaltenswertes wird im Banne der laufenden Krisen Gott sei Dank wieder laut nachgedacht. Dabei hätte man den Medizinern historische Sensibilität für den eigenen Stand und akademischen Weitblick über das Tagesgeschäft hinaus zutrauen können. Zu spät. Die Universitätskliniken – laut FAZ bislang eine Bastion – sind kein Tabu mehr. Die ersten Mauern sind geschleift.

¹Das befremdliche Überleben des Neokapitalismus; S. 50. Suhrkamp, Berlin 2011



Priv.-Doz. Dr. Friedrich-Wilhelm Tiller, Bavaria Health Center München

Contra: „Das Klinikum Aachen beginnt ein Experiment in der Laborwelt“ schrieb die FAZ am 04.10.2011: Die Laboratoriumsmedizin und Mikrobiologie sollen in private Unternehmungen ausgelagert werden. Dieses ist in mancherlei Hinsicht eine bemerkenswerte Offenbarung, die die Akademische Medizin wachrütteln muss. Bemerkenswert, weil die Ankündigung und Begründung für dieses Experiment nicht etwa von der Medizinischen Fakultät der TU Aachen, sondern von der dortigen stellvertretenden kaufmännischen Direktorin abgegeben wird – und zwar basierend auf der Meinung sogenannter „spezialisierte Berater“, die davon überzeugt sind, dass Finanzen als Dreh- und Angelpunkt in allen Bereichen unserer Gesellschaft oben anzustehen haben. Bemerkenswert an dem Experiment sind aber vor allem zwei weitere Wahrheiten, die im FAZ-Artikel keine Berücksichtigung finden:

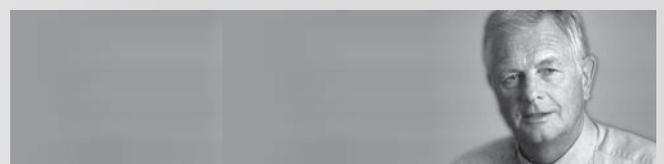
1. Solche Experimente schlugen bereits an anderen deutschen Universitätskliniken fehl oder wurden noch im Projektstatus aufgegeben.
2. Es wirken in Deutschland kaufmännische Direktionen zunehmend in akademische Strukturen nachhaltig (und eher negativ) ein.

Es ist zu befürchten, dass es nicht bei der Auflösung der Mikrobiologie und Laboratoriumsmedizin als akademische Disziplinen bleibt; andere sogenannte „kleine“ oder „technische“ Fächer werden folgen. Diesen Abbau von akademischer Kernkompetenz an ihrer Medizinischen Fakultät hat die Hochschulmedizin in Aachen nicht verdient.

An dieser Stelle wäre eine Diskussion um die eigentlichen und untrennbaren Aufgaben und Ziele der Hochschulmedizin und ihrer Spezialitäten in den drei Bereichen Forschung, Lehre und Krankenversorgung angebracht, würde aber den Rahmen einer kurzen Stellungnahme sprengen. Festzuhalten ist: Wer diese an den Spitzenuniversitäten in aller Welt bewährte Einheit durch ökonomische Experimente zur Disposition stellt, handelt verantwortungslos.

Laboratoriumsmedizin an einer Universitätsklinik ist für den Kundigen mehr als das Auslasten von Großgeräten. Gerade auf den Fachärzten und Wissenschaftlern in den Medizinischen Laboratorien der Universitätskliniken ruhen große Hoffnungen einer Gesellschaft, die für die „molekulare Medizin“ der Zukunft viel Geld ausgibt und dafür zu Recht Erfolge sehen will. Das setzt aber voraus, dass Forschung und Behandlung der Patienten aus einer Hand kommen.

Man möchte hoffen, dass es an den Medizinischen Fakultäten noch Menschen mit Einfluss gibt, deren Ziele nicht in erster Linie auf die Wirtschaftlichkeit des Klinikums oder Bonuszahlungen auf ihr Gehaltskonto hin ausgerichtet sind. Auch in Deutschland müssen Menschen weiterhin am medizinischen Fortschritt teilhaben können – und dazu gehören ganz wesentlich eine universitär und nicht monetär ausgerichtete Labormedizin und Mikrobiologie.



Prof. Dr. Dietrich Seidel, Emeritus der Universität München