



**Berufsverband
Deutscher
Laborärzte e. V.**

BDL Aktuell
Winter 2016/2017
www.bdlev.de



Labormedizin in Bewegung

Laborarzt 2020

Die Gesundheitspolitik steht im Jahr 2017 im Zeichen der Bundestagswahl. Die Parteien arbeiten an Konzeptpapieren und Programmen, die – ob wir wollen oder nicht – das Gesundheitswesen in Deutschland nachhaltig beeinflussen werden. Zeit für uns Laborärzte, uns mit unseren Überlegungen zur Zukunft der Labormedizin in die Programmdiskussion einzubringen. Hier dazu einige Thesen zur Diskussion:

- Vergütung laborärztlicher Leistungen im EBM beziehungsweise der Konsiliarpauschale auf Augenhöhe mit den anderen Fachgebieten (also mindestens das Doppelte des derzeitigen Honorars).
- Nachhaltige Anerkennung unseres unternehmerischen Risikos und der Erfordernis bürgernaher Versorgung mit Laborleistungen.
- Neuordnung der Bedarfsplanung, bei der zentrale und wohnortnahe Versorgung in ein neues Verhältnis gesetzt werden müssen.
- Solide und nachhaltige Voll- (GOÄ) und Teilkostenerstattung (EBM) auf der Basis aktueller transparenter betriebswirtschaftlicher Daten, zum Beispiel anhand der Kostenrechnungsstudie 2013/2014 des BDL.
- Reform des Wirtschaftlichkeitsbonus im Sinne des vom BDL beauftragten Drabinski-Gutachtens einschließlich der Betrachtung der Prä- und Postanalytik.
- Rechtssichere Auflösung des Spannungsfeldes „Persönliche Leistungserbringung“, Telemedizin und elektronische Laborbeauftragung und -befundung.
- Neuordnung der Verwaltung labormedizinischer Abrechnungsdaten im Sinne straffer Bundeseinheitlichkeit.
- Nachhaltiger gemeinsamer Auftritt mit anderen diagnostischen

Fächern einschließlich Gründung eines „Labordiagnostischen Dachverbandes“ zusammen mit den Mikrobiologen, Humangenetikern und Pathologen.

- Entwicklung gemeinsamer Qualifikations- und Gebührenmodelle bei überlappenden Tätigkeitsfeldern wie etwa der molekularen Diagnostik auf der Basis betriebswirtschaftlicher Bewertungen, die auch den Querschnittscharakter unseres Faches beachten.
- Aufrechterhaltung der Freiberuflichkeit des Arztes, der eigenständig und in eigener Verantwortung arbeitet – gleich, ob selbstständig in eigener Praxis oder im Angestelltenverhältnis.
- Rechtssichere Feststellung der Kernkompetenz für unser Fach durch die Körperschaft – was seit mehr als einem Jahrzehnt überfällig ist.
- Bundeseinheitlicher, regelhafter Vollzug der Überwachung der Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung labormedizinischer Untersuchungen bei Haupt- und Nebenerwerbslaborärzten.
- Weiterentwicklung der Muster-Weiterbildungsordnung, die der Kernkompetenz unseres Faches genügt und Raum lässt für dessen medizinische und wissenschaftliche Weiterentwicklung.

Genug provoziert?

Ich freue mich auf Ihre Reaktionen unter bdlev@t-online.de.

*Dr. Bernhard Wiegel
Ehrenamtlicher Beauftragter des Vorstandes
für die Geschäftsführung*



Impressum

Berufsverband Deutscher Laborärzte e. V.

Medical Center Süd
Aachener Straße 164, 40223 Düsseldorf
Telefon: 0211/13 23 63, Telefax: 0211/13 25 22
bdlev@t-online.de, www.bdlev.de

Verantwortlich im Sinne des Presserechts

Priv.-Doz. Dr. med. Matthias Orth
Marienhospital Stuttgart, Inst. für Laboratoriumsmedizin
Adlerstraße 7, 70199 Stuttgart

Herstellung und Gestaltung

Trillium GmbH Medizinischer Fachverlag, Grafrath
www.trillium.de

Inhalt

- S. 2 Editorial
 - S. 3: KBV-VV: Nach dem Streit Aufbruch in die Zukunft
 - S. 4: Laborreform
 - S. 5: GOÄ und EBM – vergleichbar?
 - S. 6: Kostenerstattung
 - S. 7: Welttag des Labors, EBM-Änderungen 2017
Reform des Kassenausgleichs
 - S. 8: Musterweiterbildungsordnung
 - S. 9: BDL: Umzug nach Berlin
 - S. 10: Nachlese Herbsttagung 2016
 - S. 11: Berufshaftpflichtversicherung, Termine 2017
- Titelfoto: BDL/Labor Lübeck
Bearbeitung: C. Hoffmann, adlinea design, Grafrath

KBV-Vertreterversammlung

Nach dem Streit Aufbruch in die Zukunft

Mit der Vertreterversammlung (VV) Anfang Dezember 2016 ging eine der schwierigsten Legislaturperioden in der Geschichte der deutschen Vertragsärzteschaft zu Ende, die im gesamten KV-System tiefe Spuren hinterlassen hat. Durch den sechs Jahre währenden Dauerstreit an der Spitze der KBV haben das Ansehen der deutschen Vertragsärzteschaft und – wegen des dadurch initiierten GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes – ihre Unabhängigkeit schweren Schaden genommen.

Nichtsdestotrotz gab es auch positive Aspekte. Dazu zählte der KBV-Vorsitzende, Dr. Andreas Gassen, das Konzept KBV 2020, mit dem die KBV ihre wichtigsten gesundheitspolitischen Forderungen und zukunftssträchtigen Vorschläge in den beginnenden Bundestagswahlkampf einbringt. Aufgrund einer sehr guten Sacharbeit, zweier Klausursitzungen und zahlreicher Gremientreffen liegen Lösungsvorschläge sowohl für die zukünftige Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Bereich wie auch für eine zunehmende Vernetzung im Gesundheitswesen auf dem Tisch. Darüber hinaus enthält das Konzept die Weiterentwicklung der Delegationsmöglichkeiten in der vertragsärztlichen Versorgung und Vorschläge für eine effektivere Mittelverwendung in unserem weiterhin stark budgetierten Gesundheitssystem.

Am Schluss seiner Ausführungen ging der Vorsitzende dann auf die aktuellen Honorarprobleme ein. So muss dringend ein Weg gefunden werden, die noch offenen Honoraranteile der Nicht-ärztlichen Praxisassistentinnen (NäPa) abzurufen und die Ausdifferenzierung der Chroniker-Ziffern voranzutreiben. Zu den eher mittelfristigen Aufgaben gehört auch die Lösung der Vergütungsfrage im Vorwegabzug Labor, die in einem weiteren Tagesordnungspunkt ebenfalls noch behandelt wurde (siehe gesonderten Beitrag).

Gassens Stellvertreterin Regina Feldmann lobte in ihrem letzten Bericht zur Lage die erreichte Stärkung der patientennahen haus- und fachärztlichen Versorgung, die Verbesserung von Aus- und Weiterbildung für junge Mediziner sowie die Neugestaltung der hausärztlichen Vergütung durch eine EBM-Reform. Zur Nachwuchsförderung gehören auch die Bemühungen der KBV, in den Master-Studienplan 2020, eine bessere, am Patienten orientierte Ausbildung aufzunehmen. Nicht so erfolgreich verliefen dagegen die Verhandlungen zum neuen hausärztlichen EBM sowie



Dr. Andreas Bobrowski warnt vor falschen Weichenstellungen bei der Laborreform. (Foto: KBV)

das zweistufige Konzept der allgemeinen und qualifizierten geriatrischen Versorgung und die angekündigte zweite Stufe der hausärztlichen EBM-Reform.

In der Diskussion sparten die zahlreichen Redner nicht mit teilweise sehr deutlich vorgetragener Kritik. Die Tatsache, dass auf der VV-Klausursitzung am 8. Dezember 2016 der Haushalt 2014 genehmigt werden konnte und die Probleme mit der APO-Vermietungsgesellschaft im Einklang mit der Aufsichtsbehörde einer Lösung zugeführt wurden, zeigt jedoch, dass man bemüht ist, die Wunden der Vergangenheit zu heilen. Die finanziellen Risiken für die KBV konnten gelöst werden und belasten somit die zukünftige Vertreterversammlung der nächsten Legislaturperiode nicht mehr.

Ein deutliches Zeichen für eine bessere Zukunft setzte die KBV-VV auch durch die mit großer Mehrheit verabschiedete neue Satzung, die sich durch Transparenz, gute Lesbarkeit und hohe Genauigkeit auszeichnet. Mit dieser Satzung legt die noch im Amt befindliche KBV-VV einen soliden Grundstein für die KBV in der nächsten Legislaturperiode.



Dr. Andreas Bobrowski

1. Vorsitzender

*Berufsverband Deutscher Laborärzte
andreas.bobrowski@labor-luebeck.de*

Laborreform

Vertreterversammlung will Warnungen nicht hören

Ein Laborarzt gegen den Rest der Ärzteschaft: Dieses Bild beschreibt ziemlich treffend die Diskussion und Abstimmung in der KBV-Vertreterversammlung zur Reform der Laborversorgung. Der BDL-Vorsitzende scheute klare Worte nicht, doch alle Appelle blieben wirkungslos. Was am Ende herauskam, führt wohl zu einem weiteren Rückzug der Laboratorien aus der Fläche und damit zu einer schlechteren Versorgung.

Dr. Andreas Bobrowski warf der AG *Weiterentwicklung Labor* vor, dass es ihr nicht um die Verbesserung der Laborversorgung gehe, sondern lediglich um die Reduktion der Laboranforderungen und der notwendigen Stützungsbeiträge aus dem haus- und fachärztlichen Bereich. „Das bedeutet jedoch nichts anderes, als dass eine funktionierende und zunehmend in Anspruch genommene Patientenversorgung mit Laborleistungen auf dem Altar des haus- und fachärztlichen Konfliktes geopfert werden soll.“

Statt den Wirtschaftlichkeitsbonus abzuschaffen und die freiwerdenden 300 Millionen in qualitätssichernde Maßnahmen zu stecken, wird er in einem komplexen Berechnungsverfahren individuell für den einzelnen Arzt ermittelt. Die Differenzierung der Budgets nach Allgemein- und Speziallabor wird aufgehoben und die Mengensteuerung laborärztlicher Leistungen wieder den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen überlassen.

Doch weder gute Argumente, noch kämpferischer Einsatz ändern etwas an den Mehrheitsverhältnissen. Die Eckpunkte zur Neuregelung der Laborvergütung wurden – wie von der AG Labor vorgeschlagen – mit deutlicher Mehrheit angenommen. Nun hat der Bewertungsausschuss das letzte Wort: Dort sollen Ärzte und Krankenkassen die Details der Reform ausformulieren, die zum 1. Juli 2017 inkrafttreten soll.

Die Eckpunkte der Reform

Der Wirtschaftlichkeitsbonus, der seine steuernde Wirkung längst verloren hat – weshalb die darin gebundenen 300 Millionen Euro aus Sicht des BDL besser in qualitätssichernde Maßnahmen gesteckt werden sollten – wird nicht abgeschafft, sondern modifiziert.

Die bisher erfolgte Saldierung des Wirtschaftlichkeitsbonus mit dem Labor-Budget wird abgeschafft und durch die Ermittlung eines arztindividuellen Labor-Fallwertes ersetzt. Im Vergleich mit dem durchschnittlichen Fallwert der betroffenen Arztgruppe wird dann ein sogenannter „Wirtschaftlichkeitsfaktor“ ermittelt, der die Höhe

des individuell ausgezahlten Wirtschaftlichkeitsbonus bestimmt. Als Aufsatzjahr für die Festlegung des arztgruppenspezifischen Eckwertes soll das Jahr 2015 dienen.

Das Viertel der Ärzte, das am wenigsten Laborleistungen in Anspruch nimmt, erhält den vollen Bonus, das Viertel mit den höchsten Ausgaben nichts. Bei allen, die dazwischen liegen, wird der Laborbonus abgeschmolzen. Die durchschnittlichen Fallwerte je kurativ ambulantem Behandlungsfall werden neu berechnet.

Die Differenzierung des Budgets nach Allgemein- und Speziallabor (nach Abschn. 32.2 und 32.3) entfällt. Die bisherigen Ausnahmekennziffern, bei denen von vornherein kein Abzug vom Wirtschaftlichkeitsbonus erfolgt, werden überarbeitet und reduziert. Das bedeutet, dass der Patient künftig nur noch für wenige Ziffern budgetfrei gestellt wird und nicht mehr für das gesamte Krankheitsbild. Gegebenenfalls muss also pro Patient zukünftig mehr als nur eine Kennnummer angegeben werden.



Dr. Bobrowski (Bild Mitte) bei der Abstimmung in der KBV-Vertreterversammlung. (Foto: KBV)

Gravierend sind auch die Eckpunkte zu den Änderungen des Grundbetrages Labor:

- Aus dem Grundbetrag Labor werden zukünftig nur noch der Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001) und veranlasste Laborleistungen (Anforderung über Muster10 Laborauftrag) vergütet.
- Eigenerbrachte Laborleistungen werden entsprechend der Zuordnung des erbringenden Arztes zum jeweiligen Versorgungsbereich in den haus- und fachärztlichen Grundbetrag überführt.
- In Laborgemeinschaften erbrachte Laborleistungen werden dem haus- und fachärztlichen Grundbetrag zugeordnet.
- Die Laborgrundpauschalen (GOP 12210 und 12220) gehören künftig zum fachärztlichen Grundbetrag.
- Laborleistungen im organisierten Notdienst werden dem Grundbetrag „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ zugeordnet.

Gleichzeitig werden alle Regelungen zur Mengensteuerung aller labormedizinischen Leistungen und Kostenpauschalen einschließlich der Grundpauschale des Kapitels 12 und des Wirtschaftlichkeitsbonus zukünftig in den jeweiligen KVen geregelt. Mit der Abkehr von einer bundesweiten Regelung fällt man wieder in die Steinzeit der regionalen Quoten zurück.

Zur Eindämmung des dadurch mit Sicherheit wieder entstehenden Proben-tourismus sollen alle Leistungen, die dem Grundbetrag Labor zugeordnet werden, im Fremdkassen-Zahlungsausgleich (FKZ) mit einer einheitlichen Quote von 90 Prozent vergütet werden. Die Höhe dieser FKZ-Quote, die immerhin fast zwei Prozent niedriger liegt als die jetzige Quotierung, soll bis zum 1. Juli 2019 gelten und dann wieder überprüft werden.

Erste Bewertung des BDL

Die Regionalisierung hat in der Vergangenheit zu stark unterschiedlichen Quoten geführt. Grund hierfür war die Tatsache, dass es sowohl Labor-importierende wie auch Labor-exportierende KVen gibt und je nach lokaler Situation der Bezug auf den FKZ für eine KV entweder Vorteile oder deutliche Nachteile bringen kann.

Die Reform führt zu einer weiteren Verschärfung in der Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen sowie zu einem beschleunigten Rückzug der Laboratorien aus der Fläche – und damit zu einer Verschlechterung der Versorgung.

Eine konstante FKZ-Quote bis 2019 bietet nur eine scheinbare Struktursicherheit, da nicht auszuschließen ist, dass es zwischenzeitlich durch die EBM-Reform zu einer weiteren Abwertung im laboratoriumsmedizinischen Kapitel kommt.

Auch die Herausnahme der Laborgemeinschaften aus dem Vorwegabzug Labor und ihre Zuordnung in den haus- bzw. fachärztlichen Bereich kann bei Leistungsverlagerungen zu einer deutlichen Verschärfung der Honorarsituation für das überwiesene Labor führen, da nicht festgelegt ist, ob das Geld auch stets der Leistung folgt.

Angesichts der Erfahrungen mit der Regionalisierung beim Umgang mit den Selbstzuweisern ist zu befürchten, dass es auch zu einer unterschiedlichen Behandlung der Laborärzteschaft in den einzelnen KV-Gebieten kommen kann.

Durch das Drehen an so vielen unterschiedlichen Stellschrauben und dem dadurch verursachten honorarpolitischen Nihilismus sind nicht nur die Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, sondern auch viele andere Facharztgruppen betroffen..

red

GOÄ und EBM – vergleichbar?

Gesundheitspolitiker von SPD und Grünen fordern immer lauter die Angleichung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) an den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Motto: Gleicher Lohn für gleiche Arbeit. Doch sind GOÄ und EBM vergleichbar?

Zumindest in der Labormedizin sind sie es nicht. Denn das Laborhonorar im EBM besteht aus zwei Teilen: der Laborarzt-pauschale und der Kostenerstattung. Die GOÄ fasst beides, also Laborarztlohn und Ersatz für die Laborkosten, im Sinne einer Vollkostenrechnung zusammen.

Wesentlich zur Bewertungsdifferenz zwischen GOÄ und EBM trägt bei, dass die Labormediziner mit der Laborarzt-pauschale höchstens auf 50 Prozent der Vergütung anderer Fachgebiete kommen. Das liegt auch daran, dass – anders als im McKinsey-Gutachten von 1998 angenommen – statt 49.000 Fällen pro Arzt und Jahr nur 24.000 Fälle abgerechnet werden können.

Im europäischen Vergleich entspricht die GOÄ etwa der Laborvergütung in anderen EU-Mitgliedstaaten. Für die Kostenerstattung im EBM trifft dies weder im Kapitel 32.2 noch im Kapitel 32.3 zu.

red

Kostenerstattung



Ans gemeinsame Ziel erinnern

Die hehre Absicht der gesamten Vertragsärzteschaft, durch eine Reform der Laborvergütung Chancengleichheit hinsichtlich des erzielbaren ärztlichen Einkommens zwischen Laborärzten und anderen Facharztgruppen herzustellen, ist nach fast 20 Jahren noch immer nicht verwirklicht. Daran gilt es gerade nach den jüngsten Beschlüssen der KBV-Vertreterversammlung die lieben Kollegen der anderen Fachgebiete zu erinnern. Deren gern gepflegten Vorurteilen gegenüber der Laborärzteschaft hat der BDL Fakten und fundierte Analysen entgegengesetzt: Durch die Kostenstudie der WCG AG und die Drabinski-Studie ist wieder Bewegung in die Diskussion um eine angemessene Vergütung gekommen. Möglich war dies nur dank der solidarischen Unterstützung der BDL-Mitglieder in ideeller wie – per Sonderumlage – finanzieller Hinsicht. Für dieses Engagement und Verständnis dankt der Vorstand.

Angesichts der neuen Entwicklung sei an die Ausgangslage im Jahr 1998 erinnert. Die in den Kapiteln 32.2 und 32.3 EBM genannten Geldbeträge waren als Kostenerstattung gedacht. Dies war Kern des Vergütungskonzeptes, das die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in Zusammenarbeit mit McKinsey am 19. Mai 1998 der Vertreterversammlung zur Abstimmung vorgelegt hatte. Ein wesentlicher Punkt des Grundsatzbeschlusses bestand darin, die Vergütung der Laborleistungen in einen Kostenanteil je Parameter in D-Mark einerseits und eine getrennte pauschalisierte Vergütung der ärztlichen Tätigkeit andererseits zu differenzieren. Fehlentwicklungen aufgrund von stark differierenden Punktwerten für Laborleistungen sollten damit vermieden werden.

Die Festlegung der Kosten je Parameter erfolgte aufgrund von betriebswirtschaftlichen Erhebungen in Laborgemeinschaften und Laborpraxen. Zur Vergütung der ärztlichen Tätigkeit eines Laborarztes oder Arztes für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie war in diesem Konzept die Einführung einer „Konsiliarpauschale“ vorgesehen. Durch eine sich an das „Regelleistungsvolumen“ anlehnde Struktur mit einer fallzahlabhängigen Abstufung sollte Chancengleichheit zwischen Laborärzten und anderen Fachgruppen erreicht werden.

Durch diese Trennung der Vergütung in Kostenerstattung und Pauschale für die laborärztliche Tätigkeit sollte der Anreiz zur Erbringung von Laborleistungen aus wirtschaftlichen Motiven

entfallen. Veranlasserbezogene Budgets/Richtgrößen sollten die Leistungsentwicklung um etwa 15 Prozent auf das Niveau von 1994 absenken und von der Anrechnung auf die „Richtgröße“, im späteren Sprachgebrauch „Wirtschaftlichkeitsbonus“, ausgenommen werden.

Parallel zu der veranlasserbezogenen Mengenregulierung wurde für eine Reihe von Indikationen die Einführung von Leistungskomplexen vorgeschlagen. Dadurch sollte die konkrete Wahl der untersuchten Parameter in die Verantwortung des Erbringers gestellt und somit ein Anreiz zur Wirtschaftlichkeit gesetzt werden. Die Realisierung dieses Teils des Konzeptes ist bis dato offen.

Beide Maßnahmen zielten – wenn auch indirekt – darauf ab, die Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringer und Veranlasser zu fördern, da der Austausch ärztlicher Informationen zu einem gegenseitigen Vorteil führt. Für die veranlasserbezogene Mengenbegrenzung war eine bundesweite Erfassung vorgesehen. Der vorgeschlagene Ablauf sollte die Transparenz fördern, da der Veranlasser dank einer zentralen Datenverarbeitung monatlich einen Nachweis über die ausgelösten Kosten erhält. Ein reibungsloses Nebeneinander dieses Berichtssystems und der klassischen Abrechnung sollte gewährleistet werden.

Das Konzept verankerte Laborleistungen weiterhin als ärztliche Leistungen. Die damals (und heute wieder) stattfindende Subventionierung des Labors aus der ärztlichen Gesamtvergütung sollte über die vorgeschlagenen Maßnahmen vermieden werden.

Ein weiterer Eckpunkt: Die Festlegung der Vergütungsanteile für die ärztliche Leistung sollte so erfolgen, dass keine Umverteilung zwischen den veranlassenden Arztgruppen entsteht. Zudem enthielt der damalige Beschlussantrag bereits die Einführung der Direktabrechnung der Parameterkosten durch Laborgemeinschaften.

Interessant sind aber auch die Prämissen, die McKinsey damals getroffen hatte: So ging man hinsichtlich der Konsiliarpauschale für Laborärzte von einer abrechenbaren Fallzahl von 49.000 pro Jahr aus – die Kappung der Fallzahl für die Konsiliarpauschale beginnt derzeit jedoch bei 24.000 Fällen pro Jahr und Laborarzt. Aus heutiger Sicht besteht hier der größte Handlungsbedarf, wie die BDL-Gutachten zeigen.

Dr. Bernhard Wiegel

Welttag des Labors: „Blick ins Blut“

Was leisten medizinische Laboratorien in der Patientenversorgung? Wo liegen die Potenziale innovativer diagnostischer Verfahren? Was zeichnet den Arbeitsort Labor aus und welche Qualifikationsprofile sind hier gefordert? Unter dem Motto „Blick ins Blut“ liefert der Welttag des Labors, der am 23. April 2017 begangen wird, die Antworten.

Mit dem Welttag sollen nicht nur medizinische Fachkreise angesprochen werden, sondern auch die interessierte Öffentlichkeit. Neugierige medizinische Laien können vor Ort bei einem *Tag der offenen Labor-Tür* interessante Einblicke in die Labordiagnostik gewinnen. Der Welttag ist die Gelegenheit, medizinische Laboratorien ganzheitlich zu präsentieren – als den wichtigsten Ankerpunkt medizinischer Diagnostik, als Ort innovativer Gesundheitsversorgung oder als Musterbeispiel für die Chancen digitalisierter Prozessorganisation.

Neben medizinisch-fachlichen Aspekten können Schüler, junge Leute, die einen Ausbildungsplatz suchen, und Studierende einen attraktiven Lern- und Arbeitsort kennenlernen. Gerade für den Medizinnachwuchs sind zudem die guten Betreuungsverhältnisse in der Weiterbildung und die familienfreundlichen Arbeitsbedingungen von Interesse. Intensives Teamwork im Labor sowie umfassende Möglichkeiten zur Qualifizierung, Weiterbildung und beruflichen Entwicklung sind zugkräftige Argumente für die medizinisch-technischen Assistenzberufe.



Rückblick auf den Weltlabortag 2016: Dr. Andreas Bobrowski als Dozent an der Kinderuni „MiniMaster Lübeck“.

Der BDL ruft seine Mitglieder auf, die vielfältigen Chancen des Welttages des Labors 2017 zu nutzen und medizinische Laboratorien deutschlandweit für ein breites Publikum zu öffnen. Da der Welttag des Labors im Jahr 2017 auf einen Sonntag fällt, sollen die Laboröffnungen um einen Tag auf den 22. April vorgezogen werden, um die Vor-Ort-Organisation und auch die Berichterstattung durch lokale Medien zu erleichtern. Im Verbund von „Labs Are Vital Deutschland“ wird der BDL den Welttag wie schon im Jahr 2016 erneut mit einer Website unterstützen, die die Vor-Ort-Aktionen transparent macht.

Jens Philipp Michalke

EBM-Änderungen zum Jahreswechsel

Die bereits seit September 2016 in Kraft getretenen Änderungen im Neugeborenen-Screening, die nun auch die Testung auf Mukoviszidose umfassen, sind seit 1. Januar 2017 auch im EBM abgebildet. Insbesondere neue Laborziffern spiegeln die laut Richtlinie vorgesehene 3-stufige Testung auf die Erkrankung wider.

Außerdem gab es Änderungen im humangenetischen Kapitel 11 und Pathologie-Kapitel 19. Hierbei handelt es sich überwiegend um inhaltliche Änderungen der bestehenden Ziffern und Abrechnungsausschlüsse. Auch das Kapitel 32.3.15.1 (transplantationsvorbereitende immungenetische Untersuchungen) ist von Anpassungen betroffen.

red

Reform des Kassenausgleichs später

Eine Reform des wegen Manipulationsvorwürfen ins Gerede geratenen Finanzausgleichs unter den gesetzlichen Krankenkassen wird es kurzfristig nicht geben. Solche Manipulationen sind möglich, wenn die Ärzte angehalten werden, bei der Diagnose Krankheiten schwerer darzustellen, als dies angemessen wäre. In einem solchen Fall erhält eine Krankenkasse mehr Geld über den sogenannten morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) aus Gesundheitsfonds.

Alle Kassen mit Ausnahme der AOK hatten sich daher in den letzten Wochen für eine Überarbeitung des Morbi-RSA eingesetzt. Doch das Bundesgesundheitsministerium forderte zunächst nur ein Gutachten beim Wissenschaftlichen Beirat des Bundesversicherungsamts an, das erst Ende September 2017 vorliegen soll.

red

Musterweiterbildungsordnung

Einblicke in die Genese

Der Deutsche Ärztetag hat die Bundesärztekammer (BÄK) beauftragt, eine kompetenzbasierte Novellierung der Muster-Weiterbildungsordnung (MWBO) vorzunehmen, die derzeit in Bearbeitung ist. Ein Blick auf den aktuellen Stand, die Facetten der Diskussionen sowie die Perspektiven.

Die Novelle der Musterweiterbildungsordnung geht in die nächste Runde. Der Ablauf sieht grundsätzlich ein Verfahren vor, in dem zunächst die Verbände und Gesellschaften eines Teilgebietes eine erste Version erstellen.

Diese Version wurde dann in die elektronische Plattform WIKI-BÄK eingestellt und konnte von den anderen Verbänden und Gesellschaften kommentiert werden. Nach einer ersten Revision unter Berücksichtigung der eingegangenen Kommentare ging diese erste Version an die einzelnen Landesärztekammern zur weiteren Kommentierung und parallel dazu an weitere Stellen wie etwa Bundeswehr und öffentlichen Gesundheitsdienst. Mit der Kommentierung der Landesärztekammern ist nun die zweite Runde erreicht.

Parallel dazu prüft die Bundesärztekammer grundsätzlich, wie die Weiterbildung an die veränderten Bedürfnisse der Weiterzubildenden und die gelebte Realität angepasst werden kann. Stichworte: Work-life-balance, Teilzeitweiterbildung, Nutzung neuer Lernformen, Korrektheit von Zeugnissen.

Dabei scheute die BÄK auch revolutionäre Ideen nicht. So gab es Überlegungen, von der zeitorientierten Weiterbildung (sechs Monate Weiterbildung in ...) auf nur kompetenzbasierte Weiterbildung umzustellen. Daneben sollten die Mindestzahlen angepasst werden, was in der Laboratoriumsmedizin eine besondere Herausforderung ist. In der aktuellen Version der Weiterbildung spielen Mindestzahlen keine Rolle mehr.

Eine weitere Idee war, dass Forschungszeiten auf die Weiterbildung angerechnet werden und so die Mindestinhalte nicht auf die gesamte Zeit verteilt werden dürfen, sondern dass ein Jahr frei für Forschung bleiben soll. Von dieser Vorstellung hat man sich derzeit wieder verabschiedet.

Eine andere Idee ist, Weiterbildung künftig nur noch als Verbundweiterbildung durchzuführen. Eine Weiterbildungs-ermächtigung für einen Teil der Weiterbildung soll nicht mehr erteilt werden, sondern den Weiterbildungsassistenten wird eine



komplette Weiterbildung im ambulanten und stationären Bereich zugesichert.

Wie die praktische Ausgestaltung ablaufen soll, ist anscheinend noch nicht hinreichend hinterlegt. In einem Krankenhaus kann man sich einen solchen Vertrag noch vorstellen. Eine Teilzeitweiterbildung soll möglich sein und darüber sind Elternzeiten zu berücksichtigen. Es kommen so leicht Verträge zusammen, die einen Zeitraum von bis zu 15 Jahren abdecken, etwa durch Weiterbildung in 50 Prozent Teilzeit und mehrere Elternzeiten à drei Jahre.

Wenn nun eine Praxis veräußert wird, kann dies zum Problem werden. Diese Verträge müssten eventuell mit den Weiterbildungsassistenten wie eine Hypothek mitverkauft werden. Es ist noch nicht klar, wie bindend die Verträge sind oder ob sie eher nur eine Willensbekundung gegenüber dem Weiterzubildenden sind. Künftig soll die Zulassung als Weiterbildungsstelle stärker standardisiert werden und die sehr unterschiedlichen Anforderungen in den einzelnen Ländern sollen entfallen.

Die letzte Überraschung war, dass die Landesärztekammern sich einstimmig für maximal 60 Monate Weiterbildung für jedes Fach ausgesprochen haben. Der Entwurf für Laboratoriumsmedi-

zin sieht aktuell 72 Monate vor. Bei einer Reduktion auf 60 Monate wäre die Unterscheidung zwischen Laboratoriumsmedizin und Mikrobiologie recht gering. Die Definition für das Klinische Jahr ist für beide Fächer jetzt schon identisch.

Die Initiative zur Verkürzung der Weiterbildung wird als deutliche Schwächung der ärztlichen Kompetenz angesehen: Vor dem Hintergrund einer längeren Lebensarbeitszeit, einer verkürzten Schulzeit und Wegfall des Wehrdienstes gibt es keine Notwendigkeit für eine „Schnellbleiche“ in Laboratoriumsmedizin. Damit würde auch die Gefahr für die Substitution der ärztlichen Aufgaben durch Assistenzpersonal mit den entsprechenden negativen Konsequenzen für die Patientensicherheit deutlich erhöht.

Überraschend ist auch die Entscheidung zur Genetischen Beratung durch die Intervention der Gemeinsamen Kommission (GEKO). Ursprünglich stand im Entwurf eine Formulierung wie bei den Organfächern, sodass die fachgebundene genetische Beratung automatisch in der Weiterbildung enthalten wäre. Auf Intervention der GEKO wurde die Ärztekammer aufgefordert, die genetische Beratung in der Laboratoriumsmedizin zu streichen. Ein Argument war, dass Laborärzte niemals Patientenkontakt hätten und ihnen, trotz einem Jahr Stationsdienst, die Kompetenz zum Patientengespräch fehlen würden.

Interessant ist diese Aussage insbesondere vor dem Hintergrund, dass in der Humangenetik die meisten Beratungen durch Fachhumangenetiker durchgeführt werden. Fachhumangenetiker sind in der Regel Biologen oder Chemiker mit einer Weiterbildung vergleichbar der des Klinischen Chemikers. Das entscheidende Argument war aber, dass die Weiterbildung nur die fachgebundene genetische Beratung umfassen kann - und das würde in der Laboratoriumsmedizin die gesamte Humangenetik umfassen, d. h. der Laborarzt wäre dann ein „Humangenetiker light“.

Diesem letzten Argument ist schwer zu widersprechen. Die Fächer mit fachgebundener Beratung haben diesen eindeutigen Fachbezug (wie Augenheilkunde oder die Teilgebietsinternisten). Man könnte versuchen, unser Fach zu definieren (zum Beispiel Faktor V Leiden, HLA B27, HFE, LCT, usw.), aber es ist fraglich, ob das sinnvoll und zielführend ist. Es würde ja das Fach stark einschränken und gerade bei der zellfreien DNA ist unklar, was die Zukunft bringt und wie die Diagnostik eingestuft wird (beim

Aneuploidiescreening oder bei Tumoruntersuchungen werden ja immer auch konstitutionelle Mutationen der Mutter / des Patienten mituntersucht und müssen ausgeblendet werden).

Die BÄK setzt sich sehr für eine Fachkunde ein, die die Kompetenz zur genetischen Beratung vermittelt. Diese Fachkunde soll einfach zu erwerben und kostengünstig sein, auch schon weiterbildungsbegleitend oder als „blended learning“. Es ist zu hoffen, dass die Weiterbildung auch tatsächlich angeboten wird und nicht durch einen Boykottaufruf an die möglichen Dozenten hintergangen wird.

Nun steht eine weitere Kommentierungsphase bevor. Frühestens beim nächsten Ärztetag in Freiburg könnte die MWBO verabschiedet und dann bis 2018 von den Landesärztekammern umgesetzt werden. Realistischer ist aber, dass es zu einer weiteren Verzögerung von einem Jahr kommt.



Priv.-Doz. Dr. Matthias Orth
orth@vinzenz.de

Umzug nach Berlin

Ende April 2017 zieht die BDL-Geschäftsstelle von Düsseldorf in die Bundeshauptstadt. Bereits jetzt ist der BDL am Berliner Spreebogen (Adresse: Alt-Moabit 96) vertreten. Von hier aus werden künftig auch die Mitgliederkommunikation und -verwaltung sowie die zentralen Services organisiert.





Nachlese

Herbsttagung 2016

Ohne Beanstandung: Professor Hans Reinauer (am Rednerpult) erläutert der Mitgliederversammlung sowie dem am Podium versammelten Vorstand den Bericht der Kassenprüfer.

Ein intensives Programm mit Fachvorträgen, Sektionssitzungen und Neuwahlen erwartete die Teilnehmer der BDL-Herbsttagung 2016. Sie fand vom 29. September bis zum 1. Oktober in Mannheim statt.

Während die ersten zwei Tage durch Fachsymposien und -vorträge geprägt war, stand der letzte Tag ganz im Zeichen der Verbandsarbeit. In getrennten Sitzungen bereiteten sich die Sektionen auf die abschließende Mitgliederversammlung vor. Dort wies der BDL-Vorsitzende Dr. Andreas Bobrowski darauf hin, dass die persönliche ärztliche Leistungserbringung durch einen Facharzt für Laboratoriumsmedizin immer wieder infrage gestellt werde. Zudem sei die wohnortnahe Versorgung mit Laborleistungen, die in einer alternden Gesellschaft immer wichtiger werde, auch durch die Bedarfsplanungsrichtlinien des G-BA bedroht.

Kontinuität an der Spitze

Bei den Vorstandswahlen für die Amtszeit 2017 und 2018 wurde Dr. Andreas Bobrowski in seinem Amt mit großer Mehrheit bestätigt. Auch die übrigen Mitglieder des geschäftsführenden Vorstands wurden wiedergewählt: Stellvertretender Vorsitzender bleibt Dr. Theo Stein aus Mönchengladbach.

Dem Vorstand gehören weiterhin an: Dr. Andreas Gerritzen, Bremen, sowie Dr. Bernhard Wiegel, Straubing. Als gewählter Vorsitzender der Sektion Niedergelassene Laborärzte ist auch Dr. Michael Müller, Berlin, weiterhin Mitglied des geschäftsführenden Vorstands, ebenso Privat-Dozent Dr. Matthias Orth, der als Vorsitzender der Sektion Klinikbereich wiedergewählt wurde.

Schließlich ist Diplom-Chemiker Gerd Kirmse, Luckau, neu gewählter Vorsitzender der Sektion Fachwissenschaftler der Medizin und damit ebenfalls Mitglied des geschäftsführenden Vorstands.



Gespräch am Rande: Die Vorstandsmitglieder Dr. Bernhard Wiegel, Dr. Andreas Bobrowski und Dr. Matthias Orth (von links).



Dr. Thomas Drabinski, Leiter des Instituts für Mikrodaten-Analyse (IfMDA) erläutert Vorschläge für eine sinnvolle Reform.



Dr. Janne Cadamuro sieht die Probennahme als größte Fehlerquelle der Labordiagnostik an.

red

Berufshaftpflichtversicherung für Mitglieder

Exklusives Angebot

Mit einer preisgünstigen, individuell auf Laborärztinnen und Laborärzte zugeschnittenen Berufs-/Betriebshaftpflichtversicherung speziell für die Laboratoriumsmedizin baut der BDL seine Mitglieder-Services in Kooperation mit dem MediCura-Versicherungsservice der Ecclesia Versicherungsdienst GmbH an.

Abgesichert ist das gesamte Tätigkeitsspektrum der Laboratoriumsmedizin, das über die Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer rechtssicher definiert wird. Zu den Highlights zählt die Mitversicherung von Haftungsrisiken, die sich aus der Logistik, etwa dem Transport medizinischer Proben, ergeben. Für Mitglieder mit älteren Versicherungsverträgen dürfte besonders die im direkten Vergleich meist weitaus höhere Versicherungssumme von 7,5 Millionen Euro pro Jahr, pauschal für Personen- und Sachschäden, interessant sein. Diese Summe kann gegen einen Prämienzuschlag von 15% auf 10 Millionen Euro erhöht werden. Mit einem Neuabschluss über unseren Partner Ecclesia sichern sich Inhaber und bis zu zehn nicht-ärztliche Mitarbeiter(innen) bereits für 290 Euro Nettojahresprämie nach aktuellen Erfordernissen ab. Natürlich hält das Konzept auch attraktive Konditionen für Berufsausübungsgemeinschaften/MVZ bereit; wir empfehlen Ihnen, sich ein individuelles Angebot rechnen zu lassen.

Der BDL verfolgt mit diesem Angebot keine kommerziellen Interessen. Wir unterhalten keinerlei finanzielle Beziehungen zur Ecclesia und können daher Vorteile aus der neuen Kooperation 1 : 1 an unsere Mitglieder weitergeben. Vor dem Hintergrund unserer bisherigen Erfahrungen können wir Ihnen auch die weiteren Versicherungsangebote der Ecclesia für medizinische Einrichtungen empfehlen. So können Sie als BDL-Mitglied im Verbund mit rund 25.000 Praxen und medizinischen Einrichtungen anderer Fachrichtungen von weiteren attraktiven Rahmenverträgen profitieren, etwa im Bereich der Elektronikversicherung oder der Absicherung gegen IT-Ausfälle und Cyberangriffe.

Die Ecclesia ist der führende Versicherungsmakler im Gesundheitswesen, der für Leistungserbringer im stationären Bereich genauso wie für MVZ, Ärzte, Apotheker und andere Freiberufler im ambulanten Gesundheitswesen tätig ist. Mit mehr als 200.000 begleiteten Heilwesen-Haftpflichtschäden blickt die Ecclesia auf eine geradezu beispiellose Schadenerfahrung zurück. Als

BDL-Terminankündigungen 2017

April 2017

22.04., deutschlandweit: Tag des Offenen Labors

23.04., deutschlandweit: Welttag des Labors 2017

24.04., Berlin: BDL-Symposium zum Welttag des Labors

Mai 2017

24.05., Freiburg: Mitgliederoffene Vorstandssitzung, Deutscher Ärztetag

September 2017

21.–22.09., Berlin: BDL-Herbsttagung

Oktober 2017

11.–14.10., Oldenburg: Der BDL auf dem Deutschen Kongress der Laboratoriumsmedizin

BDL-Aktionstag im April

Ein halbes Jahr vor der Bundestagswahl lädt der BDL zu einem berufspolitischen Aktionstag nach Berlin ein. Am 24. April 2017 will er von 14 bis 17 Uhr in der Kaiserin-Friedrich-Stiftung ein Resümee der gesundheitspolitischen Entwicklung in den letzten Jahren ziehen und die Herausforderungen, etwa E-Health-Gesetz oder Verschiebung der Sektorengrenzen in der Versorgung, sowie Handlungsoptionen für die Zeit vor und nach der Bundestagswahl, ausloten.

freier und unabhängiger Versicherungsmakler vertritt die Ecclesia nicht die Interessen der Versicherer, sondern agiert konsequent im Interesse ihrer ärztlichen Kunden.

So können Sie als BDL-Mitglied profitieren: Wenn Sie die attraktiven Sonderkonditionen der Ecclesia nutzen oder Ihren bestehenden Versicherungsschutz überprüfen möchten, übersenden Sie das bereits per E-Mail im Rahmen unserer Mitgliederinformation übermittelte Formular ausgefüllt an die Ecclesia. Auf Basis Ihrer dort angegebenen Versicherungsverträge erhalten Sie dann ein auf Ihre individuellen Angaben und Ihren Bedarf zugeschnittenes Angebot. Selbstverständlich steht Ihnen die Ecclesia bei Fragen auch direkt zur Verfügung:

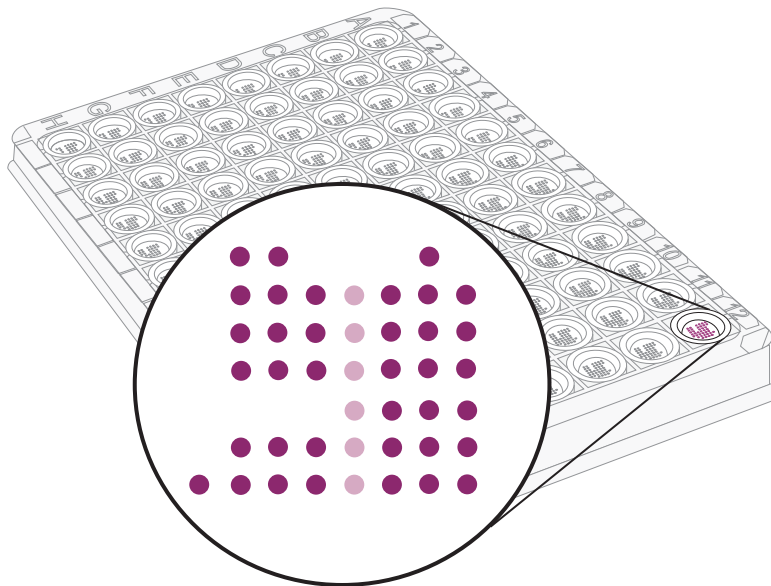
*MediCura Versicherungsservice – Ecclesia Versicherungsdienst GmbH, Klingenbergstraße 4, 32758 Detmold
Kostenlose Servicenummer 0800/60 360 30
info@medicura-online.de*

Serologische Diagnostik

mit dem

ViraChip[®] System

Antikörpernachweis im Microarray-Format



Infektionsserologie

- Borrelia ViraChip[®] IgG
- Borrelia ViraChip[®] IgM
- Bordetella pertussis ViraChip[®] IgG
- Bordetella pertussis ViraChip[®] IgA
- EBV ViraChip[®] IgG
- EBV ViraChip[®] IgM
- Helicobacter ViraChip[®] IgG
- Helicobacter ViraChip[®] IgA
- Parvovirus B19 ViraChip[®] IgG
- Parvovirus B19 ViraChip[®] IgM
- Treponema ViraChip[®] IgG
- Treponema ViraChip[®] IgM
- Yersinia ViraChip[®] IgG
- Yersinia ViraChip[®] IgA

Autoimmundiagnostik

- Liver ViraChip[®] IgG
- ANA ViraChip[®] IgG

Viramed Biotech AG

Behringstraße 11 · 82152 Planegg · Germany
Tel: +49 89 899336 · Fax: +49 89 8599949
E-Mail: viramed@viramed.de
Web: www.viramed.de