Berufsverband
Deutscher
Laborärzte e. V.

BDL Aktuell
Sommer 2017
www.bdlev.de

DVÄD: Fünf Diagnostikfächer an einem Strang

MEDICA LABMED FORUM

13 – 16 NOVEMBER 2017
DÜSSELDORF GERMANY

www.medica.de/MLF1

NEU auf der MEDICA

DAS INTERNATIONALE FORUM FÜR LABORMEDIZIN

Gesamtorganisation

Prof. Dr. med.
Georg Hoffmann

Trillium GmbH
Medizinischer Fachverlag
und Deutsches Herz-
zentrum München

Ärzte und Patienten, Gesundheitspolitiker und Gesundheitsdienstleister, Pressevertreter und alle anderen Besucher der „größten Medizinmesse der Welt" sind zu vier spannenden Thementagen mit hochkarätigen Vorträgen und Podiumsdiskussionen eingeladen.

Die Veranstaltungen finden jeweils von 11.00 bis 16.00 Uhr statt und sind für Messebesucher kostenlos. Die Tagungssprache ist Englisch.

Krebs- und Herz-Kreislauf-Krankheiten früher erkennen

Montag, 13. November: Onkologie –
Kann man Krebs aus dem Blut diagnostizieren?

Dienstag, 14. November: Kardiologie –
Mehr Sicherheit bei Herzinfarkt und Herzinsuffizienz

Prof. Dr. med. Stefan Holdenrieder,
Deutsches Herzzentrum München

Das Labor kommt zum Patienten

Mittwoch, 15. November: Diabetologie –
Vom Selbsttest zur kontinuierlichen Glukosemessung

Prof. Dr. med. Peter Luppa,
Klinikum rechts der Isar der TU München

Gefährliche Reisebegleiter

Donnerstag, 16. November: Infektiologie –
Infektion und Multiresistenz im Zeichen der Migration

Priv.-Doz. Dr. med. Beniam Ghebremedhin,
Universität Witten/Herdecke, HELIOS Universitätsklinikum Wuppertal

Messe Düsseldorf GmbH
Postfach 101006 _ 40001 Düsseldorf _ Germany
Tel. +49(0)211/45 60-01 _ Fax +49(0)211/45 60-6 68
www.messe-duesseldorf.de

Messe Düsseldorf

Editorial

Lieber Leser, liebe Leserin,

der Ärztetag in Freiburg hat sich erwartungsgemäß mit den angekündigten Themen „Reform der Musterweiterbildung“ und „GOÄ“ beschäftigt. Wegen unserer besonderen Rolle – wie etwa Tätigkeit nur auf Überweisung, Bedeutung des Einsatzes von aufwendiger Technik und vielen qualifizierten Mitarbeitern, einer geringen Notwendigkeit zur räumlichen und zeitlichen Koordination der Leistungserbringung im Vergleich zu vielen anderen ärztlichen Disziplinen – betreffen unser Fach aber auch ganz besonders die anderen Entscheidungen des Ärztetages.

Eine Resolution war die partielle Aufhebung des Fernbehandlungsverbotes. Ich halte das für ausgesprochen unklug. Tatsächlich wird so die besondere Situation der Heilkunde mit dem ganz speziellen Verhältnis zwischen Arzt und Patient ausgehöhlt und die ärztliche Leistung zu einer jederzeit erhältlichen „commodity“ herabgestuft. Es ist dann nur noch eine Frage der Zeit, bis Geringqualifizierte oder sogar Dr. Google komplett die Rolle der Ärzte übernehmen. Letztlich geht es hier auch um Rosinenpickerei durch Konzerne, die im Ausland schon diese Telemedizin anbieten: Es werden dort die einfachen „Fälle“ sehr gut vergütet, und den Ärzten verbleiben dann nur die unerfreulichen Fälle mit sehr hohen Haftungsrisiken – und geringer Vergütung.

Das andere Thema ist die Qualifikation der Teleärzte. Ländergrenzen stellen keine Hürde mehr dar, und es wäre ausgesprochen naiv anzunehmen, dass Anbieter solcher telemedizinischer Leistungen keinen wirtschaftlichen Nutzen daraus ziehen. Bisherige Patientenerfahrungen mit der Teleradiologie zeigten sehr große Nachteile, vom Gerichtsstand im fernen Indien bis hin zu der unklaren Bewertung von ausländischen Diplomen der Teleärzte bei Fehldiagnosen. In der Folge wird so der föderale Charakter des Gesundheitswesens angegriffen und viele vernünftige und notwendige Sonderregelungen im Gesundheitswesen – sowohl zum Schutz der Patienten wie auch der Akteure im Gesundheitswesen – lassen sich dann zum Beispiel mit Verweis auf den freien Warenverkehr nicht mehr aufrechterhalten.

Erfreulich ist dagegen die Resolution des Ärztetages gegen die Konzernbildung in der ambulanten Versorgung (Beschluss 1b-90). Es wird stattdessen die „Förderung ärztlicher Kooperationsmodelle angestrebt, bei denen selbstständig tätige und angestellte Ärztinnen und Ärzte gemeinsam in Zusammenschlüssen überschaubarer Größe eine freiberuflich geprägte, patientenorientierte, regional abgestimmte Versorgung gewährleisten und der Bevölkerung im Zulassungsbezirk Wahloptionen bieten“. Gesundheitsvorsorge ist eine öffentliche Aufgabe und es wäre ethisch verwerflich, wenn durch Monopolbildung oder durch raffinierte Konstrukte von Ärzten mit unmittelbaren Patientenkontakt und diagnostischen Einrichtungen das Ziel der Gewinnmaximierung optimiert wird – egal, ob die Gewinne an den Träger des Krankenhaus-MVZ oder an die Fondsgesellschaft fließen.

Es ist allen klar, dass die Zukunft der Medizin eher nicht in der Einzelpraxis liegt, aber es sollte auch allen Akteuren im Gesund-

Impressum

Berufsverband Deutscher Laborärzte e. V.
Geschäftstelle
Alt-Moabit 96, 10559 Berlin
Telefon: 030/23 93 74 43, Telefax: 030/47 05 92 09
buero-berlin@bdlev.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. 5: Aktionstag Labordiagnostik 2017
S. 6: Wirtschaftsfaktor Labordiagnostik
Kassen finanziell gut gepolstert
Behandlungsfehlerstatistik 2016
Warnung von der Kassenaufsicht
S. 7: Neuer Dachverband: Ärztliche Diagnostiker betonten Systemrelevanz
S. 8: Nachlese KBV-Vertreterversammlung
S. 10: eHealth: Klare Rahmenbedingungen nötig
S. 11: BDL-Herbsttagung und Stellenanzeigen

Titelfoto: Michal Bednarek/Shutterstock.com

heitswesen bewusst sein, was eine – im Sinne des Patienten – sinnvolle Kooperation ist und wo der Missbrauch des Systems der primäre Treiber der Kooperation ist. Gerade in unserem Bereich darf die Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Untersuchung nur alleine aus der medizinischen Indikation erfolgen und nicht aus dem Wunsch heraus, die zur gleichen Einrichtung oder zum Konzern gehörende diagnostische Einrichtung optimal auszulasten beziehungsweise die Marge zu optimieren. Mit solchen Konstrukten würden auch die ganzen vernünftigen Intentionen im §299a StGB zunichtegemacht. Abgesehen davon funktioniert die Wahlarztkette in der GOÄ nur, wenn tatsächlich auch eine „Wahl" möglich ist. Es ist offensichtlich, dass in einem Konzern, in dem die persönliche Leistung eines Einzelnen irrelevant wird, diese Wahlmöglichkeit infrage gestellt werden wird.

Besonders wichtig ist mir auch darauf hinzuweisen, dass wir als Freiberufler an jeder möglichen Stelle nach außen und nach innen unsere ärztliche Tätigkeit herausstellen. Wenn wir diese Tätigkeit nicht glaubhaft darstellen können, werden wir sonst nur noch als Betreiber von grauen Kisten wahrgenommen (mit dem Unwort des „black box-Verfahrens" belegt). Den richtigen Weg sind wir gegangen mit der Darstellung unserer Tätigkeit zum Welttag des Labors, als gemeinsame Veranstaltung von BDL mit unserer wissenschaftlichen Schwestergesellschaft DGKL, mit labs are vital, mit dem MTA-Verband und mit dem BNLD und auch mit der Neuaufstellung des Dachverbandes der ärztlichen Diagnostikfächer, des DVÄD, als Zusammenarbeit mit den Radiologen, Pathologen, Nuklearmedizinern sowie den Mikrobiologen, Virologen und Infektionsepidemiologen. Mehr finden Sie dazu in diesem Heft.

Ähnliches gilt bei eHealth. Das Wort ist in aller Munde und tatsächlich kann mit dem sinnvollen Einsatz von Informationstechnologie Qualität und Effizienz verbessert werden. Allerdings muss klargestellt sein, dass die Laborärzte im BDL sich eindeutig vom Missbrauch von eHealth distanzieren. Dazu gehört beispielsweise die Kommerzialisierung von Daten (Stichwort „Big data") oder alleine schon die Idee, sich die Datenlieferung für die universitäre Forschung oder für die Versorgungsforschung teuer vergüten zu lassen. Ähnliches gilt für die elektronische Patientenakte: Für den einfachen Austausch von Befunden zwischen Ärzten oder vielleicht auch mit den Patienten kann diese vernünftig sein. Wenn sie aber primär dazu dienen soll, „Leistungserbringer" außerhalb des eigenen Verbundes auszugrenzen, dann darf dies nicht unterstützt werden.

Darüber hinaus sind wir alle gefordert, uns aktiv in unsere berufspolitische Vertretung einzubringen. Entscheidend für die Glaubwürdigkeit ist dabei die persönliche Mitgliedschaft möglichst jedes einzelnen Laborarztes.

Dazu gehört auch, dass jeder im Berufsverband vertretene Arzt tatsächlich auch die Möglichkeit hat, sich aktiv in der Berufspolitik zu engagieren und dass die Berufspolitik von Ärzten und nicht von CEOs gesteuert wird. Ärztliche Berufspolitik lebt von der persönlichen Mitgliedschaft!

Ein Branchenverband dagegen, der nur von einem Dutzend institutioneller Mitglieder getragen wird, kann daher nicht den Anspruch der berufspolitischen Vertretung von Hunderten von Ärzten erheben. Das wäre ja so, als ob die Herren Zetsche und Müller als Konzernvorstände von Daimler und Volkswagen den Anspruch anmelden würden, für die gewerkschaftlichen, persönlichen Interessen ihrer 909.000 Metallarbeiter im In- und Ausland zu sprechen.

Die unmittelbare Gefahr einer Vertretung der Laborärzte durch solch einen Lobbyverband ist offensichtlich: Für einige Verhandlungspartner ist solch ein Lobbyverband ohne Basisdemokratie angenehm, da berechenbar und mit großen finanziellen Mitteln ausgestattet. Dank dieser großen Geldmittel werden dann „Alpha-Tiere", selbst wenn sie nicht Arzt sind, als Funktionäre eingesetzt, die zunächst publikumswirksam agieren.

Tatsächlich aber würden bei einer solchen Vertretung durch einen Lobbyverband die Laborärzte dabei auf den persönlichen Einsatz für ihre berufspolitischen Interessen verzichten! Die Konsequenz sieht man auch in den USA: Dort wurde per Gesetz bei der Einführung der DRG-Vergütung die „Klinische Chemie" als ausschließlich technische Leistung eingestuft mit der Folge, dass es dort jetzt wegen der zu geringen finanziellen Anreize so gut wie keinen akademischen Nachwuchs mehr gibt. Das Fach ist somit fast verschwunden.

Was können wir dagegen tun? Der BDL ermöglicht als einzige berufspolitische Vertretung jedem Laborarzt eine persönliche Mitgliedschaft, für Mitglieder in der Weiterbildung sogar mit ganz niedrigen Kosten, und freut sich über ihre aktive Mitarbeit und ihr Interesse an der Verbandstätigkeit. So können wir es schaffen, oft in Zusammenarbeit mit befreundeten Verbänden und Gesellschaften, die Interessen der Laborärzte in Deutschland und in Europa weiter erfolgreich zu vertreten und unser Fach auch für die Zukunft attraktiv zu bewahren.

Ihr

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

Aktionstag Labordiagnostik 2017

Labor-Dauerbrenner im Fokus

Vier zentrale Herausforderungen, vier ausgewiesene Experten auf dem Podium – der Aktionstag Labordiagnostik 2017 rückte ausgewiesene Labor-Dauerbrenner im Bundestagswahljahr in den Fokus: Vergütung in der GKV, Digitalisierung, Nachwuchssicherung und Qualitätsmanagement wurden auf Einladung von BDL und DGKL am 24. April auf einer Veranstaltung in Berlin attraktiv präsentiert und intensiv diskutiert.

Qualitätsentwicklung als Erfolgsmerkmal: Professor Dr. Matthias Nauck warb für strengere Kontrollen des Status quo und den Mut zu neuen Wegen.

Was die Laboratoriumsmedizin für das Gesamtsystem der Gesundheitsversorgung in Deutschland leistet, skizzierte der Vorsitzende des BDL, Dr. Andreas Bobrowski, in seinem Eingangsstatement. Er appellierte an das Selbstbewusstsein seines Fachgebietes, das sich von einer patientenrelevanten zu einer systemrelevanten Disziplin entwickelt habe. Auf ganz unterschiedlichen Feldern wie der Digitalisierung, der Intersektoralität und der Gesundheitsprävention seien Laborärztinnen und Laborärzte heute Innovatoren der medizinischen Versorgung.

Vor diesem Hintergrund kritisierte Dr. Kathrin Bauer, Fachreferentin der Abteilung Ambulante Versorgung im GKV-Spitzenverband, die Beschlüsse der KBV für eine Laborreform. Das Prinzip, dass gleiche Leistungen auch gleich bezahlt werden müssen, werde durch unterschiedliche Quoten auf KV-Ebene durchbrochen. Ein neues Laborkonzept dürfe nicht dazu führen, dass dieser tragenden Säule der medizinischen Diagnostik Mittel entzogen würden. Weitere Thesen Bauers zur finanziellen Tragfähigkeit und Nachhaltigkeit der GKV-Vergütung für das medizinische Labor stießen bei dem Publikum aus Labormedizinern und Vertretern der medizinischen Selbstverwaltungsorgane auf Widerspruch. In der Diskussion um die Integration labormedizinischer Innovationen in den Leistungskatalog der GKV und um die Weiterentwicklung des EBM bot Bauer eine Fortsetzung des gemeinsamen Gedankenaustausches an.

Auch Dr. Regina Klakow-Franck, unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses, wurde mit der Erwartung konfrontiert, sich für einen Stopp der Laborreform einzusetzen. Klakow-Franck zeichnete ein düsteres Bild von der Zukunft labormedizinischer Diagnostik in Deutschland, wenn die bereits beschlossenen Vorhaben umgesetzt werden. Demgegenüber sei die Bedarfsplanung nur eine „untergeordnete Baustelle“, deren Wirkungen regelmäßig überschätzt würden. Das Ergebnis der laufenden Evaluation für die im Jahr 2013 neu beplanten Fächer, darunter die Laboratoriumsmedizin, sei derzeit noch völlig offen. Im Grundsatz zeigte sich Klakow-Franck jedoch von der Steuerungsfunktion und Zielgerichtetheit der Bedarfsplanung überzeugt. Verbesserungen im Detail, etwa unter dem Gesichtspunkt des fortschreitenden demografischen Wandels, würden sich die Verhandlungspartner der Ärzte und Krankenkassen auf Basis der für das kommende Frühjahr zu erwartenden Evaluationsergebnisse nicht verschließen. Nachdenklich zeigte sich Klakow-Franck bei der Frage, wie der laborärztliche Nachwuchs gesichert werden kann, wenn in den 2020er-Jahren ein erheblicher Anteil der heute berufstätigen Ärztinnen und Ärzte das Ruhestandsalter erreicht. Die bisher gefundenen Antworten reichten nicht aus, um diese immense Herausforderung zu bewältigen.

Eine deutlich optimistischere Einschätzung zur Zukunft der Labordiagnostik präsentierte die hessische Bundestagsabgeordnete Dr. Katja Leikert. Die in den vergangenen Jahren erzielten

Fortschritte in der Digitalisierung der deutschen Gesundheitslandschaft seien unübersehbar. Ihre Partei, die CDU, wolle diese produktive Entwicklung auch in der kommenden Legislaturperiode fortschreiben. Insbesondere die eHealth-Gesetzgebung der Bundesregierung entfessele die Potenziale der Gesundheits-IT für mehr Transparenz, Qualität und Effizienz in der Patientenversorgung. Die Vernetzung der unterschiedlichen Akteure werde man weiter vorantreiben und künftig auch die Pflege sowie den Heil- und Hilfsmittelbereich einbinden. Leikert zeigte sich erfreut über die Vorreiterrolle der Labormedizin in der Digitalisierung der Arzt-zu-Arzt-Kommunikation. Zugleich signalisierte sie Verständnis für die Kritik des BDL an Lücken und Inkonsistenzen in der Förderung der technischen Infrastrukturen bei den ärztlichen Zuweisern. Auch der technische und bürokratische Mehraufwand durch neue oder erweiterte Meldepflichten zur Überwachung übertragbarer Krankheiten müsse minimiert werden.

DGKL-Vizepräsident Professor Dr. Matthias Nauck skizzierte in seiner engagierten Präsentation den Beitrag der Laboratoriumsmedizin für die Ergebnisqualität in der Krankenversorgung. Er warb dafür, die sehr hoch entwickelten Qualitätsstandards der labormedizinischen Diagnostik in Deutschland konsequent zu verteidigen und weiterzuentwickeln. Nauck, der zugleich Vorsitzender des Instituts für Qualitätsmanagement in Medizinischen Laboren (INQUAM) ist, appellierte an die Politik, diese Strategie zu unterstützen. Ihre Aufgabe sei es, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass erreichte Qualitätsniveaus auf Grundlage der RiliBÄK weitaus konsequenter als bisher überwacht werden können. Die Laboratoriumsmedizin müsse mitsamt ihrer elaborierten Qualitätssicherung uneingeschränkt als ärztliche Leistung erhalten bleiben. „Trittbrettfahrer“ aus dem gewerblichen Bereich, aber auch aus anderen ärztlichen Fachgruppen, die an diesen hohen Standards scheiterten, seien konsequent zu sanktionieren. Das Vertrauen der Patientinnen und Patienten in die Innovations- und Leistungsfähigkeit, aber auch das Qualitätsstreben der medizinischen Diagnostik, hänge davon ab, wie konsequent man gegen Widerstände der Kostenträger und anderer Akteure mit wirtschaftlichen Interessen an gemeinsamen Überzeugungen festhalte.

Innovation und Qualität in der Leistungserbringung, nachhaltige Vergütungsstrukturen, produktiver Einsatz modernster IT-Infrastrukturen, die Versorgung in der Fläche und den fachärztlichen Nachwuchs dauerhaft sichern – der BDL wird weiter an diesen „Dauerbrennern“ arbeiten und dabei auf die Erkenntnisse und Kontakte des Aktionstages Labordiagnostik 2017 zurückgreifen.

Jens Philipp Michalke

Wirtschaftsfaktor Labordiagnostik

Schnelle und zielgerichtete Labordiagnostik erhöht die Effizienz des deutschen Gesundheitssystems. Darauf hat der Vorsitzende des Berufsverbands Deutscher Laborärzte (BDL), Dr. Andreas Bobrowski, Mitte Mai in Berlin hingewiesen. „Die eigentliche Wertschöpfung der Laboratoriumsmedizin für das Gesundheitswesen beträgt ein Vielfaches dessen, was für die Erstellung der laborärztlichen Befunde notwendig ist“, sagte er bei der Vorstellung des von Roche Diagnostics beauftragten Gutachtens „Ökonomischer Fußabdruck In-vitro-Diagnostik“ des Instituts für Mikrodaten-Analyse (IfMDA).
Das Institut untersucht darin – bezogen auf die Bundesrepublik Deutschland – die volkswirtschaftliche Bedeutung der medizinischen Laboratorien und der Diagnostika-Industrie, die die nötigen Diagnosemittel sowie Geräte liefern.
Laut dem Gutachten erwirtschaften Hersteller und medizinische Labore pro Jahr eine Bruttowertschöpfung von rund vier Milliarden Euro. Auf einen Mitarbeiter der Diagnostika-Industrie kommen demnach elf Beschäftigte in den Laboren, die wiederum Untersuchungen für 1500 Krankenhauspatienten und 36.000 Patienten in der ambulanten Behandlung durchführen.

Kassen finanziell gut gepolstert

Die gesetzlichen Krankenkassen haben im ersten Quartal dieses Jahres einen Überschuss von 620 Millionen Euro erzielt. Damit seien ihre Rücklagen auf einen Rekordwert von 16,5 Milliarden Euro gestiegen, berichtete die "Frankfurter Allgemeine Zeitung". Der Überschuss in den ersten drei Monaten 2017 liege um gut 200 Millionen Euro über dem des Vorjahresquartals.

Behandlungsfehlerstatistik 2016

Jeder vierte Verdacht auf einen Behandlungsfehler hat sich bestätigt. Dies geht aus der aktuellen Behandlungsfehlerstatistik der Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) hervor, deren Gutachter 15.094 Verdachtsfällen nachgegangen waren. Diese Zahl sei im Vergleich zum Vorjahr leicht gesunken, erläuterte Dr. Stefan Gronemeyer, leitender Arzt und stellvertretender Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen.

Warnung von der Kassenaufsicht

Vor weiteren Manipulationen von Krankheitsdiagnosen hat der Präsident des Bundesversicherungsamts (BVA), Frank Plate, die gesetzlichen Krankenkassen gewarnt. In einem Schreiben, das an Deutlichkeit nichts vermissen lässt, betont er, die „Einnahmemaximierung auf Kosten anderer Krankenkassen darf nicht Triebfeder des Handels einer Krankenkasse sein.“
Hintergrund der Warnung sind bekanntgewordene Beeinflussungen von ärztlichen Diagnosen mit dem Ziel, mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds, den das BVA verwaltet, zu beziehen. Der Bundestag hatte daraufhin mit einer Verschärfung der entsprechenden Gesetze reagiert.

Neuer Dachverband

Ärztliche Diagnostiker betonten Systemrelevanz

Mit der Gründung eines neuen Dachverbandes unterstreichen fünf Berufsverbände vorwiegend oder ausschließlich diagnostisch tätiger Ärztinnen und Ärzte ihre Schlüsselstellung im deutschen Gesundheitssystem. Der Dachverband Ärztlicher Diagnostikfächer (DVÄD) wird getragen von den Fachgruppen der Radiologen, Pathologen, Nuklearmediziner, Laborärzte sowie Mikrobiologen, Virologen und Infektionsepidemiologen.

Ziehen an einem Strang: Prof. Dr. Karl-Friedrich Bürrig (BV Pathologen), Dr. Andreas Bobrowski (BDL), Dr. Detlef Wujciak (BDR) und Dr. Martin Eisenblätter (BÄMI) bei der Vorstellung des neuen Dachverbandes Ärztlicher Diagnostikfächer (DVÄD) (Foto: Michalke).

Die Bedeutung des neuen Bündnisses beschreibt der Hallenser Radiologe und Sprecher des DVÄD, Dr. Detlef Wujciak, so: „Auf unserer Diagnostik basiert die gesamte ärztliche Versorgung. Wir müssen daher auf Augenhöhe mit den vorwiegend therapeutisch tätigen Kollegen verhandeln". In der medizinischen Selbstverwaltung werde mehr ärztlicher Sachverstand benötigt, nicht weniger, betonte er auf einer Pressekonferenz am 1. Juni in Berlin. Entwicklungen, die die fundamentale Stellung der Ärztinnen und Ärzte in der Patientenversorgung aushöhlten, müssten revidiert werden.

Sein Stellvertreter, der Vorsitzende des BDL Dr. Andreas Bobrowski, forderte, ärztliche Grundrechte und -pflichten wie die persönliche Leistungserbringung in der aktuellen Diskussion um neue Vergütungsstrukturen zu verteidigen. Nicht nur in der Laboratoriumsmedizin müsse die Erweiterung des Spektrums sogenannter beziehbarer Leistungen verhindert werden. Das engagierte, selbstbewusste Eintreten des DVÄD für die ärztlichen Diagnostiker solle einen Beitrag dazu leisten, die Qualität in der Leistungserbringung und den Erhalt flächendeckender Versorgungsangebote zu sichern. Die DVÄD-Disziplinen wirkten innovationsfördernd und zugleich kostendämpfend, da fehlgeleitete oder ungeeignete Therapien vermieden würden. Gerade die ambulante diagnostische Patientenversorgung im GKV-Bereich mit einem Anteil der fünf diagnostischen Fachgruppen von nur drei Prozent am ärztlichen Gesamthonorar beweise, dass die ärztliche Diagnostik mit einem vergleichsweise geringen Kostenaufwand enorme Leistungen in der medizinischen Versorgung erbringe.

Gefragter Gesprächspartner: Dr. Andreas Bobrowski beim Interview am Rande der DVÄD-Pressekonferenz (Foto: Michalke).

In einem ersten Positionspapier formuliert der DVÄD acht Kernforderungen, die die Innovationskraft und Leistungsfähigkeit der ärztlichen Diagnostik dauerhaft sichern sollen. Die Schwerpunkte liegen in den Bereichen Aus- und Weiterbildung sowie intersektorale Zusammenarbeit. Im Ergebnis der laufenden Evaluation der Bedarfsplanung fordert der DVÄD Korrekturen, um eine wohnortnahe, flächendeckende fachärztliche Diagnostik zu erhalten. Die Orientierung der Bedarfsplanung an KV-Grenzen müsse revidiert werden. In der Förderung örtlicher und regionaler Zusammenarbeit von Therapeuten und Diagnostikern sieht der neue Dachverband einen wichtigen Beitrag zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen. Zur Sicherung des ärztlichen Nachwuchses soll diagnostisches Wissen einen höheren Stellenwert in den Studienordnungen angehender Mediziner erhalten. Die ärztlichen Diagnostikfächer bildeten schließlich einen der innovativsten Bereiche der Humanmedizin, so der DVÄD.

Jens Philipp Michalke

KBV-Vertreterversammlung

Eindeutiges Nein zur Bürgerversicherung

Abstimmungsreigen: KBV-Vertreterversammlung stimmt Konzept „KBV 2020“ zu (Foto: KBV).

Die nächste Bundestagswahl ist zwar erst im September, doch sie prägte bereits die erste ordentliche Vertreterversammlung (VV) der neuen Legislaturperiode. Die eher alltäglichen berufs- und honorarpolitischen Fragen traten zugunsten gesundheitspolitischer Themen in den Hintergrund. Grundlage der gesamten Diskussion bildete das in mehreren Klausursitzungen erarbeitete und konsentierte Konzept „KBV 2020“.

Die neue VV-Vorsitzende Dr. Petra Reis-Berkowics kündigte in ihrer Eröffnungsrede eine Zeitenwende in der KBV an und rief sowohl den Vorstand wie auch die Vertreterversammlung zu Solidarität und gemeinsamer Arbeit auf. Nur wenn die KBV als „Körperschaft der Körperschaften“ ihre Aufgaben voll umfänglich erfülle und als gemeinsame Vertretung der Landes-KVen über Versorgungsbereichsgrenzen hinaus die Interessen aller 165.000 Vertragsärzte wahrnehme, werde sie wieder zur alten Bedeutung heranwachsen und uneingeschränkt politisch handlungsfähig werden.

Dr. Andreas Gassen, im neugewählten Dreier-Vorstand zuständig für die Themen politische Außenvertretung und Honorar, ging auf das in die Kritik geratene Nebeneinander von ambulantem und stationärem Sektor ein. Er sprach sich nachdrücklich für dieses duale System aus und lehnte die Schaffung eines dritten Sektors für die Notfallversorgung wie auch eine weitere Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung ab.

Entschieden wandte er sich gegen die Bürgerversicherung. Die Abschaffung der Privaten Krankenversicherung und die Einführung einer Bürgerversicherung würde die Versorgung der Patienten deutlich verschlechtern, die Wahlmöglichkeiten der Bürger einschränken und die Einführung von Innovationen behindern.

Das derzeitige System sollte behutsam weiterentwickelt werden. Hierzu gehöre die weitere Einbindung nichtärztlicher Gesundheitsberufe durch weitere Delegationsmöglichkeiten genauso wie die Stärkung der Eigenverantwortlichkeit der Patienten. Gerade bei dem letzten Punkt tue sich die Politik mit ihrem grenzenlosen Leistungsversprechen schwer, obwohl alle Volkserkrankungen auch etwas mit dem Lebensstil der betreffenden Patienten zu tun haben. Gerechtigkeitsdebatten seien deshalb im Zusammenhang mit der Bürgerversicherung völlig fehl am Platze.

In den Mittelpunkt der Forderungen an die Politik stellte der Vorsitzende das Konzept “KBV 2020“. Mit diesem Konzept möchte er im KV-System den Strukturwandel gestalten und den Sicherstellungsauftrag weiterentwickeln. Neben verstärkter Nachwuchsförderung zähle dazu auch die Weiterentwicklung der digitalen Vernetzung unter der Führung der Kassenärztlichen Vereinigungen. Gassen forderte die Abschaffung der Budgetierung in der vertragsärztlichen Vergütung. Ein entsprechendes neues Tarifsystem in der GKV mit der Koordinierung der Patienten über primärärztliche Modelle ist von der KBV bereits vorgelegt worden. In diesem Zusammenhang erteilte der KBV-Vorsitzende einer arztersetzenden Versorgung durch Heilpraktiker oder Homöopathen nochmals eine deutliche Absage.

Das Thema beschäftigte auch den hausärztlichen Vorstand Dr. Stephan Hofmeister, der schwerpunktmäßig für die Themen

Sicherstellung und Arznei- und Hilfsmittel zuständig ist. Er widersprach den Vorstellungen des Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Staatssekretär Karl-Josef Laumann, der die Substitution ärztlicher Arbeit durch neue Berufe in Augenhöhe mit den Ärzten fordert. Statt Substitution, was mit der vollständigen Abgabe ärztlicher Kompetenz und Verantwortung verbunden wäre, setzt die KBV auf die Delegation ärztlicher Leistungen. Dies könne ein Weg sein, auch in den ländlichen Bereichen die flächendeckende Versorgung zu sichern. Die KBV engagiere sich deshalb bei der Erstellung von Ausbildungsgängen zum Physician Assistant, der zukünftig den Bedarf an Delegationsleistungen mit abdecken soll. Entsprechende Qualitätsstandards werden derzeit erarbeitet.

In seinen Ausführungen beschäftigte sich Hofmeister auch mit dem Thema Notfallversorgung, die – wie alle Gebiete der Medizin – einem stetigen Wandel unterliege. Dies zeige sich sowohl in einer gestiegenen Erwartungshaltung der Patienten, die selbst bei leichten Erkrankungen zunehmend eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung erwarteten und immer häufiger die Nutzung neuer Kommunikationstechniken wie medizinische Apps einfordern. Um dieser Entwicklung Rechnung zu tragen, muss nach der Auffassung von Dr. Hofmeister die Bereitschaftsnummer 116117 besser bekannt gemacht werden. Gleichzeitig sei eine ganztägige Erreichbarkeit sicherzustellen.

Der Bereitschaftsdienst sei eine Kernaufgabe des Sicherstellungsauftrages, sodass an geeigneten Klinikstandorten der Betrieb entsprechender Praxen auch während der normalen Praxisöffnungszeiten sinnvoll sein könne. Allerdings müsse im Gegenzug an allen in der Nähe befindlichen Kliniken die ambulante Behandlung zu Lasten der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen werden.

Dr. Thomas Kriedel, im Vorstand für die Themen Digitalisierung, Qualitätssicherung und Bürokratieabbau zuständig, formulierte vier Grundsätze, die seitens der KBV bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens erfüllt sein müssen. Sie muss

- dem Patienten nützen und ihm seine Wahlfreiheit erhalten;
- die Datensicherheit gewährleisten und die Versorgung verbessern;
- eine Arbeitserleichterung für den Arzt sein und keine zusätzliche Kostenbelastung darstellen sowie
- eine Vernetzung durch Interoperabilität gewährleisten.

Gerade bei den letzten Punkten konstatierte Dr. Kriedel erheblichen Nachholbedarf. Nach wie vor fehlten die für die Vernetzung notwendigen Standards, stattdessen biete die IT-Industrie zunehmend Insellösungen an. Um einer solchen Entwicklung entgegenzutreten, will die KBV ein Grundsatzpapier zur Digitalisierung entwickeln, in das auch die mobilen Anwendungen, wie Gesundheits-Apps, durch Patienten mit einbezogen werden sollen. Auch hier gelte es, Standards vorzugeben, um auch im digitalen Zeitalter das Arzt-Patienten-Verhältnis zu schützen. Ein erster positiver Lichtblick sei dabei die Finanzierung und Durchführungsvereinbarung für das Versicherten-Stammdatenmanagement, die unter Moderation des Bundesschiedsamtes zwischen dem GKV-Spitzenverband und der KBV abgeschlossen wurde.

Auch für die Qualitätssicherung und den Bürokratieabbau sieht Dr. Kriedel eine deutliche Entlastung durch die zunehmende Digitalisierung. Er schloss seinen Bericht mit der Feststellung, dass nur eine gemeinsame Weiterentwicklung der von ihm betreuten Themenbereiche die Versorgungsqualität steigern wird und rief die Landes-KVen zu einer nachhaltigen Zusammenarbeit hierzu auf.

Nach den drei Grundsatzreferaten des KBV-Vorstandes und einer intensiven berufspolitischen Diskussion wurden mit großer Mehrheit folgende Anträge zu den angesprochenen Themen verabschiedet:

1. Verabschiedung des Konzeptes KBV 2020 „Versorgung gemeinsam gestalten“.
2. Weiterentwicklung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes mit der Einführung ambulanter Bereitschaftsdienstpraxen als Portale zur Notfallversorgung an dafür geeigneten Krankenhäusern.
3. Auftrag an den Vorstand, ärztlich verantwortete ambulante Delegationsmodelle für das Berufsbild des Physician Assistant zu entwickeln.
4. Weiterentwicklung des Belegarztsystems als Konzept einer zukunftsträchtigen sektorenverbindenden integrativen Patientenversorgung.
5. Inkraftsetzen der Zertifizierungsrichtlinien der KBV, um zukünftig Zertifizierung auch bei Archivierung, Systemwechsel und Interoperabilitätsschnittstellen durchzuführen.

Außerdem wurde die Geschäftsordnung des Vorstandes der KBV mit der Ressortaufteilung genehmigt und der Sachstandsbericht zur Neufassung der Satzung der KBV entgegengenommen.

Die Versammlung schloss mit der Wahl der Mitglieder des beratenden Fachausschusses für angestellte Ärzte und Psychotherapeuten, in der leider kein Mitglied aus diagnostischen Fächern gewählt wurde.

Dr. Andreas Bobrowski
1. Vorsitzender

eHealth

Klare Rahmenbedingungen nötig

Nachholbedarf: eHealth in Deutschland (Foto: poylock19/Shutterstock.com).

Was hemmt die Einführung einer eHealth-Strategie im deutschen Gesundheitswesen? Dieser Frage ist das Beratungsunternehmen pwc im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums nachgegangen. Die Analyse bestätigt in vielen Punkten die Auffassung des BDL, dessen Mitglieder in Deutschland zu den Vorreitern der Digitalisierung zählen.

In seinem 226 Seiten starken Gutachten kommt das Beratungsunternehmen zu dem Ergebnis, dass es an einheitlichen, Sektorübergreifenden Rahmenbedingungen genauso mangelt wie an einer kompatiblen IT-Infrastruktur. Zudem gefährde das zögerliche Verhalten einzelner Akteure, die ihre Interessen nicht ausreichend berücksichtigt sehen, den Erfolg vieler eHealth-Projekte.

Das Gutachten lässt keinen Zweifel daran, dass eHealth und die Nutzung der dadurch erhobenen Daten insgesamt große Chancen bieten, um die Herausforderungen des Gesundheitssystems zu meistern. Es eröffne Potenziale, um den Transformationsprozess erfolgreich zu gestalten, den der demografische Wandel, wachsende Finanzierungsdifferenzen sowie die zunehmenden Individualisierung erzwingen. Das Gutachten unterscheidet dabei zwischen eHealth und Big Data. eHealth wird als Gewinnung persönlicher Daten und ihre Vernetzung zum Beispiel mit Ärzten, Organisationen und IT-Systemen definiert, während Big Data als Analyse-Tool gilt, das aus einer Vielzahl solcher persönlicher Daten epidemiologische Schlüsse zieht und Informationen zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens liefert.

Andere Länder – wie etwa Norwegen oder Dänemark – nutzten die Chancen der Digitalisierung des Gesundheitswesens bereits deutlich stärker als Deutschland. Um dies zu ändern, haben sie für den Gesetzgeber und die Selbstverwaltung einen Pflichtenkatalog erstellt und Ziele definiert.

Da eHealth und Big Data das gesamte Gesundheitswesen betrifft, fordern die Gutachter „ein gezieltes rahmengebendes Handeln“, bei dem die Erhöhung der Versorgungsqualität im Mittelpunkt stehen müsse. Bei der Förderung von eHealth-Infrastruktur müsse auf einen effizienten Mitteleinsatz hingewirkt und Fehlfunktionen, die die Anwenderfreundlichkeit und Akzeptanz einschränken, vermieden werden. Angesichts der Innovationsgeschwindigkeit im IT-Sektor müssten die Programme so angelegt sein, dass sie kurzfristig weiterentwickelt werden können. Wesentlich seien auch sichere Kommunikationswege zum Datenaustausch, deren Fehlen insbesondere in der Patientenkommunikation bisher hemmend wirkt. Die heute mangels Alternativen oft genutzten E-Mails oder kommerzielle Dienste wie WhatsApp seien eher ungeeignet.

Das Gutachten listet insgesamt neun Handlungsfelder auf und skizziert dazu Lösungsmöglichkeiten. Dem Bundesgesundheitsministerium etwa schreibt es ins Stammbuch, dass es seine eigenen Digitalisierungspotenziale identifizieren und gezielt ausbauen müsse. Auch der Gesetzgeber müsse bestehende Normen und Regelungen hinsichtlich der Auswirkungen auf die Digitalisierung überprüfen und notfalls ändern.

Das gesamte Gutachten ist im internen Bereich der BDL-Website unter Archiv \ Gesundheitspolitik abrufbar: http://tinyurl.com/y8wqvlho

red

BDL-Terminvorschau Herbst 2017

21. bis 22.09.2017 in Berlin
BDL-Herbsttagung

22.09.2017 in Berlin
BDL-Jahreshauptversammlung

12. bis 13.10.2017 in Oldenburg
BDL auf der 14. Jahrestagung der DGKL

Gebührenordnungen im Brennpunkt – wie geht es weiter mit EBM und GOÄ?

- Dr. Andreas Gassen, KBV
- Dr. Manfred Partsch, GKV-Spitzenverband
- Dr. Klaus Reinhardt, BÄK
- Dr. Florian Reuther, PKV-Verband

Die berufspolitische Konstante im Veranstaltungskalender der deutschen Labormedizin!

Anmeldung/Informationen: buero-berlin@bdlev.de

Innovation – Nachfrage – Investition: Wohin steuert das medizinische Labor?

- Dr. Michael Cornes, Worcestershire Acute Hospitals NHS Trust
- Stephen Church, BD Diagnostics
- Dr. Thomas Drabinski, Institut für Mikrodaten-Analyse

BDL-Herbsttagung 2017
21.–22.09.2017 Kaiserin Friedrich-Haus

Hauptsponsor BDL-Herbsttagung 2017:
Roche

---

diagnos

Die diagnos MVZ GmbH in Berlin betreibt ein Volllabor für niedergelassene Ärzte. Als "Volllabor" betreuen wir alle niedergelassenen Facharztrichtungen mit seinem umfassenden Analysespektrum. Absoluter Schwerpunkt der Labormedizin des diagnos-Labor ist die Qualität der angebotenen Analytik. Außerdem verfügen wir über umfangreiches Fachwissen auf dem Gebiet der endokrinologischen Befundung insbesondere für Frauenärzte sowie in den Fachrichtungen der Diabetologie und der Rheumatologie.

Wir sind ein freundliches aufgeschlossenes Team und suchen zur Verstärkung zum nächst möglichen Zeitpunkt einen

Facharzt für Labormedizin (m/w)

in Vollzeit oder Teilzeit (mind. 30h/Woche) (unbefristet)

Ihre Aufgaben:
- Tätigkeit in allen Bereichen der labormedizinischen Diagnostik mit Befunderstellung
- Validierung von Laborergebnissen und Kommentierung von Laborbefunden
- Beratung der zuweisenden Kollegen

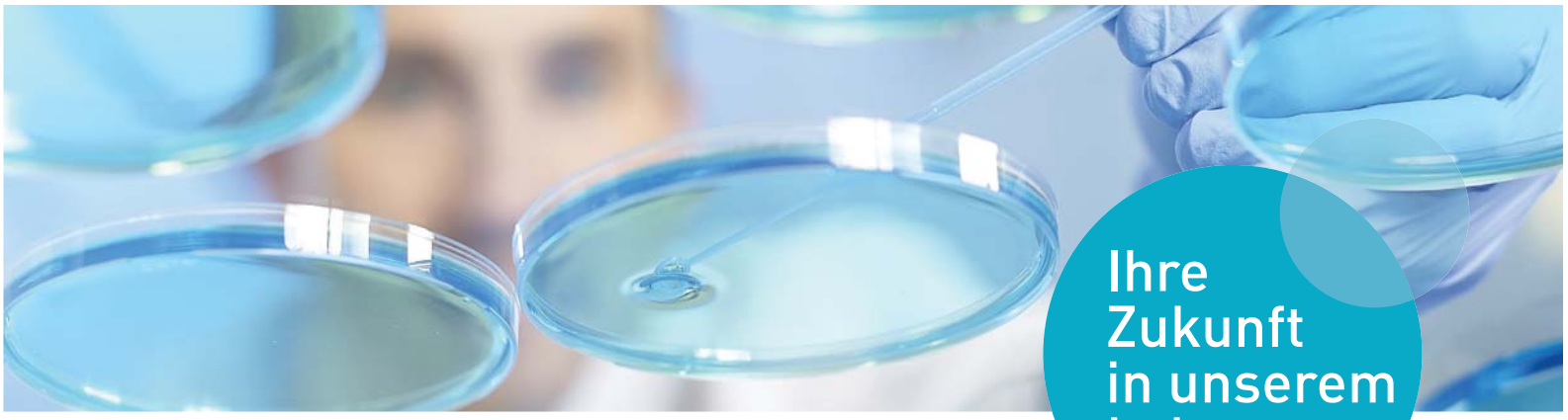
Ihr Profil:
- Erfolgreich abgeschlossene Facharzt-Weiterbildung als Facharzt/-ärztin für Labormedizin
- Fundierte Kenntnisse der praktischen Laborroutine
- Teamfähigkeit, Zuverlässigkeit und Eigeninitiative
- Fähigkeit zur interdisziplinären Zusammenarbeit

Wir bieten:
- Ein gutes Betriebsklima
- Familienfreundliche Arbeitszeiten
- Eigenverantwortliches Arbeiten
- Unbefristete Beschäftigung im Angestelltenverhältnis mit leistungsgerechter Bezahlung
- Arbeitsplatz mit sehr guter Verkehrsanbindung im Zentrum von Berlin
- Sicherer Arbeitsplatz in einem wachsendem Unternehmen

Wir haben Ihr Interesse geweckt? Bewerben Sie sich bei uns unter info@diagnos-labor.de, wir freuen uns auf Sie!

Weitere Informationen über uns finden Sie unter **www.diagnos-labor.de**

Diagnos MVZ GmbH
Uhlandstraße 20-25
10623 Berlin



FACHARZT FÜR MIKROBIOLOGIE, VIROLOGIE UND INFEKTIONSEPIDEMIOLOGIE (M/W)

FACHARZT FÜR LABORATORIUMSMEDIZIN (M/W)

→ Sie übernehmen gerne Verantwortung
→ Ihre Profession ist die Arbeit im Qualitätslabor
→ Teamwork bereichert Ihren Arbeitstag
→ Sie haben Freude an Kommuniaktion

Herzlich Willkommen!
www.imd-oderland.de/karriere.html
MVZ Ärztliches Labor
Dr. Frank Berthold und Kollegen
Frau Kathrin Schindler
Am Kleistpark 1, 15230 Frankfurt (Oder)
kontakt@imd-oderland.de

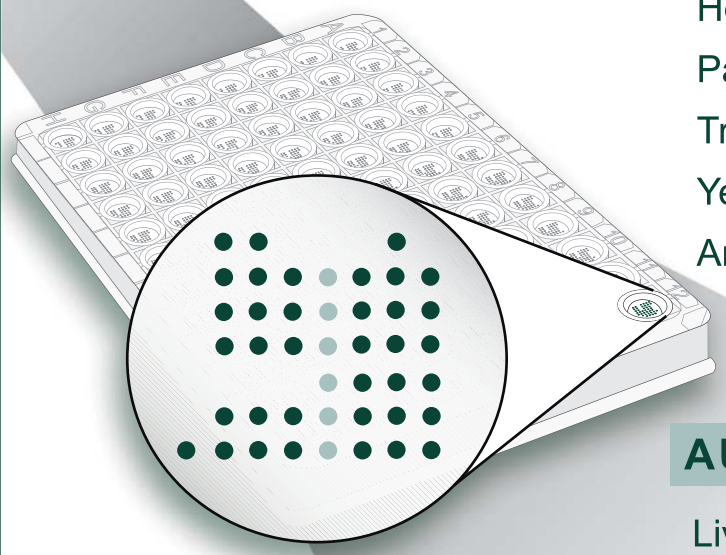
IMD®
Labor Oderland
www.imd-oderland.de

viramed®

LABORATORY · DIAGNOSTICS

Serologische Diagnostik mit dem virachip® System

Antikörpernachweis im Microarray-Format



INFEKTIONSSEROLOGIE

- Borrelia ViraChip® IgG, IgM
- Bordetella pertussis ViraChip® IgG, IgA
- EBV ViraChip® IgG, IgM, IgA
- Helicobacter ViraChip® IgG, IgA
- Parvovirus B19 ViraChip® IgG, IgM
- Treponema ViraChip® IgG, IgM
- Yersinia ViraChip® IgG, IgM, IgA
- Arbovirus ViraChip® IgG, IgM

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

www.viramed.de