



Berufsverband
Deutscher
Laborärzte e. V.

BDL Aktuell
Herbst 2017
www.bdlev.de



Brennpunkt Gebührenordnungen

BDL-Herbsttagung im
Kaiserin-Friedrich-Haus

Editorial

Neustart gefordert

Die Suche nach einer zukunftssicheren Lösung für die Versorgung der deutschen Bevölkerung mit laboratoriumsmedizinischen Leistungen kommt nicht voran. Nach Ablehnung des KBV-Vorschlages zur „Laborreform 2017“ durch den GKV-Spitzenverband herrscht wieder große Ratlosigkeit.

Dies ist umso verwunderlicher, hat doch der Berufsverband Deutscher Laborärzte mit seinen Vorschlägen zur extrabudgetären Stellung des Überweisungslabors sowie dem Drabinski-Gutachten zur Auflösung und Neustrukturierung der Gelder des Wirtschaftlichkeitsbonus zukunftsweisende und der Bedeutung der Laboratoriumsmedizin gerecht werdende Vorschläge unterbreitet. Aber die KBV hält auch nach dem Nein der Krankenkassen weiterhin an ihrem Beschluss vom Dezember 2016 fest.

Dies ist umso bedauerlicher, da die eigentlichen Drahtzieher dieses Beschlusses heute nicht mehr Mitglieder der VV sind, aber die Finanzierung des Überweisungslabors jahrelang genutzt hatten, um den Hausarzt-Facharzt-Konflikt immer wieder neu anzufachen. Nach wie vor besteht der Eindruck, dass die jetzt vorgeschlagene Reform nicht die verbesserte Versorgung der Bevölkerung mit Laborleistungen zum Ziel hat, sondern einen wesentlichen Grund für den Hausarzt-Facharzt-Konflikt auf Kosten der kleinen Gruppe der Laborärzte aus der Welt zu schaffen.

Dies wird so aber nicht gelingen, da die Einführung der Regionalisierung, ein verschärfter Wirtschaftlichkeitsbonus, verkleinerte Budgets und die Verschiebung von Labortöpfen von einem Versorgungsbereich in den anderen höchstens eine kurze Atempause bringen werden. Aufgrund der starken Innovationskraft der Laboratoriumsmedizin wird die Inanspruchnahme von diagnostischen und therapiebegleitenden Leistungen weiter wachsen, sodass schon nach einem relativ kurzen Zeitraum über neue Lösungen nachgedacht werden muss, die dann sicher auf eine deutlich veränderte Versorgungslandschaft treffen werden, da das wohnortnahe Regionallabor dann wohl der Vergangenheit angehören wird.

Um das zu verhindern und gleichzeitig die für die Versorgung der Patienten ebenfalls verantwortlichen Kostenträger mit ins Boot zu nehmen, ist deshalb die extrabudgetäre Vergütung der Laboratoriumsmedizin eine Grundvoraussetzung für eine nachhaltige und längerfristige Reform des Systems. Erst in einem zweiten Schritt sollte dann überlegt werden, inwieweit regionale Besonderheiten in einem solchen Konzept berücksichtigt werden können.

Erst wenn alle Beteiligten verstanden haben, dass die zunehmende Inanspruchnahme von Laborleistungen nicht nur demografisch und morbiditätsbedingt ist, sondern auch ein Zeichen für eine rasante, vor allen Dingen dem Patienten nützende Entwicklung auf den Gebieten der Laboratoriumsmedizin (Genetik, Infektionsprophylaxe, personalisierte Medizin) ist, werden wir wieder zu einer ehrlichen Diskussion kommen. Dieser Zeitpunkt darf jedoch nicht in der fernen Zukunft liegen, sondern die Zeit ist jetzt reif.

Lassen Sie uns also auch weiter für ein extrabudgetäres Überweisungslabor kämpfen und uns gemeinsam bei der Politik, den Krankenkassen und den Landes-KVen für dieses Ziel einsetzen. Wir erfüllen damit letztendlich auch unsere ärztliche Verpflichtung, die bestmögliche Versorgung für unsere Patienten, auch auf dem Gebiet der Laboratoriumsmedizin und Mikrobiologie, sicherzustellen.



*Dr. Andreas Bobrowski
1. Vorsitzender Berufsverband
Deutscher Laborärzte e. V.*

Impressum

Berufsverband Deutscher Laborärzte e. V.

Geschäftsstelle
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
Institut für Laboratoriumsmedizin
Adlerstraße 7, 70199 Stuttgart

Herstellung und Gestaltung

Trillium GmbH Medizinischer Fachverlag, Grafrath
www.trillium.de

Titelfoto: Kaiserin Friedrich-Stiftung

Die Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie – Zwischenbilanz und Ausblick

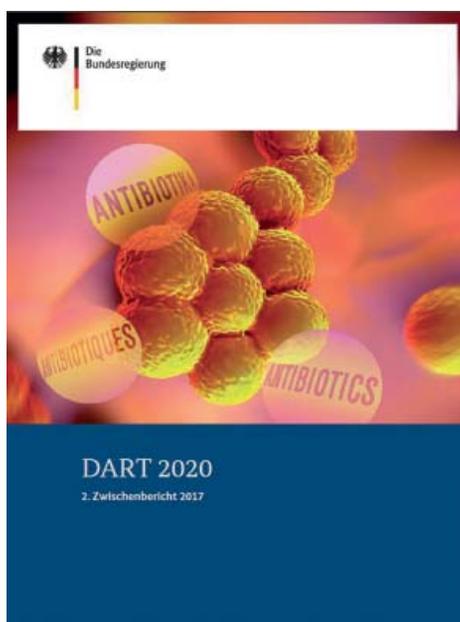
Wo die Laboratoriumsmedizin die Schlüsselrolle spielt

Was erwarten die Bürger in Deutschland von den gesundheitspolitisch Verantwortlichen in Berlin? Wenn man sich an den Suchanfragen auf der Website des Bundesgesundheitsministeriums orientiert, haben nach der Pflege die Problemkreise „Impfen“ und „Antibiotika-Resistenzen“ oberste politische Priorität. Auf beiden Feldern nimmt die Laboratoriumsmedizin eine Schlüsselrolle ein. Der BDL setzt sich dafür ein, dass diese Rolle politisch gestärkt wird.

Die Ausbreitung multiresistenter Keime rief vor zwei Jahren die WHO und in der Folge den G7-Gipfel in Deutschland auf den Plan. Im gleichen Jahr wurde die Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie „DART 2020“ verabschiedet und die Zusammenarbeit auf internationaler Ebene intensiviert.

Das Bundesgesundheitsministerium schätzt, dass in Deutschland jährlich zwischen 400.000 und 600.000 behandlungsassoziierte Infektionen auftreten. Die Schätzungen speziell zu den Folgen übertragener multiresistenter Keime reichen von 2.000 bis 4.500 (Deutsche Krankenhausgesellschaft) bis zu 30.000 (Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene) jährlichen Todesfällen. Weltweit könnte sich die Zahl der Todesopfer auf bis zu zehn Millionen im Jahr 2050 erhöhen, warnt die Hygiene- und Umweltmedizinerin Elisabeth Meyer von der Berliner Charité – wenn nicht wirksame Gegenmaßnahmen ergriffen werden.

Die Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie DART 2020 hat eine Laufzeit von fünf Jahren. Sie bündelt zahlreiche Einzelmaßnahmen, von einem sachgerechteren Antibiotikaeinsatz über die Sensibilisierung der Bevölkerung und des medizinischen Personals, die Verbesserung der Infektionsprävention, den Ausbau der Monitoring- und Surveillancesysteme bis zur Unterstützung von Forschung und Entwicklung. Prägend ist der sogenannte One-Health-Ansatz, der sowohl die Human- und Veterinärmedizin als auch die Landwirtschaft einbezieht.



ZWISCHENBERICHT: Bundesregierung dokumentiert Aktivitäten gegen Resistenzen.

Die Bundesregierung hat im Sommer 2017 den zweiten Zwischenbericht zu DART 2020 vorgelegt. Aus Sicht der deutschen Laborärztinnen und Laborärzte sind diese drei Zielsetzungen besonders bedeutsam:

1. Resistenzentwicklungen frühzeitig erkennen

Im humanmedizinischen Bereich wurde seit 2015 die Anzahl der an der Antibiotika-Resistenz-Surveillance (ARS) des Robert-Koch-Instituts beteiligten Labore deutlich erhöht. ARS ist an das „Global Antimicrobial Resistance Surveillance System“ (GLASS) der WHO angeschlossen. Weitere Maßnahmen von „DART 2020“ zur frühzeitigen Erkennung von Resistenzentwicklungen betreffen das

Resistenzmonitoring bei tierpathogenen Bakterien bzw. Zoonoseerregern und Kommensalen. Derzeit wird ein Nationales Referenzzentrum statt des bisherigen Konsiliarlaboratoriums für „Clostridium difficile“ aufgebaut, um der stark wachsenden Verbreitung dieses nosokomialen Erregers gerecht zu werden.

2. Therapie-Optionen erhalten und verbessern

Parallel zur Antibiotika-Resistenz-Surveillance wurde auch die Antibiotika-Verbrauchs-Surveillance ausgebaut, an der zur Mitte dieses Jahres 282 Krankenhäuser teilnahmen. Mit einer erweiterten Datenbasis zu den abgegebenen und eingesetzten Antibiotika-Mengen sollen gezielte Interventionen entwickelt und deren Wirksamkeit beurteilt werden.

3. Infektionsketten frühzeitig unterbrechen und Infektionen vermeiden

Das Infektionsschutzgesetz verpflichtet medizinische Einrichtungen, Erreger mit besonderen Resistenzen und Mehrfachresistenzen aufzuzeichnen, zu bewerten und die resultierenden Daten dem Gesundheitsamt auf Verlangen vorzulegen. Die seit 2009



WELTWEIT AKTIV: Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe präsentiert die Aktivitäten der Bundesregierung zur Bekämpfung von Antibiotika-Resistenzen und gibt 56 Mio. Euro für die Produktentwicklungspartnerschaft GARDP frei (BMG/M. Schinkel).

bestehende Meldepflicht für MRSA aus Blut und Liquor wurde 2016 um MRGN (4MRGN Enterobacteriaceae und Acinetobacter spp.) erweitert. Moderiert durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst wurden über 100 regionale MRE-Netzwerke gegründet. Für eine adäquate Diagnostik, um Antibiotika zielgenauer einzusetzen und die Weiterverbreitung von resistenten Erregern zu verhindern, wurden Neuregelungen zur Erstattung diagnostischer Verfahren angestoßen (Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz). Darüber hinaus soll im System der Arzneimittelpreisbildung künftig die Resistenzbildung besser berücksichtigt werden.

DART 2020 umfasst darüber hinaus diese drei weiteren Zielsetzungen und Arbeitsfelder: a) One-Health-Ansatz national und international stärken; b) Bewusstsein fördern und Kompetenzen stärken; c) Forschung und Entwicklung unterstützen.

Mit dem Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz hat die Bundesregierung den Bewertungsausschuss von KBV und GKV-Spitzenverband beauftragt, die Regelungen zur Erstattung diagnostischer Verfahren in der Antibiotikatherapie zu verbessern. Im Gesetzgebungsprozess hat der BDL gegenüber Bundestag und Bundesregierung die labormedizinischen Möglichkeiten dargelegt und die Bedeutung einer qualitätsgesicherten Diagnostik betont. Sowohl die konventionellen nass-chemischen Labormethoden als auch die POCT-Methoden unterliegen der RiliBÄK. Im direkten Vergleich zeigen viele POCT-Methoden eine deutlich schlechtere Qualität – zu vielfach höheren Kosten. Bei häufigen Indikationen für den therapeutischen Antibiotikaeinsatz wie Harnwegsinfektionen oder Sinusitis ist die POCT-CRP-Bestimmung ohne Be-

deutung. In der Chlamydiendiagnostik ist nur der molekulare Direktnachweis zielführend.

Die deutschen Laborärztinnen und Laborärzte halten insbesondere mit der CRP-, (PCT-) und Differenzialblutbildbestimmung die Schlüssel für eine effektive und effiziente „Antibiotika-Diagnostik“ in der Hand. Der BDL hat daher im Kontext der Beratungen zum Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz auch unter den Mitgliedern des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages für die qualitätsgesicherte und kostengünstige Diagnostik in medizinischen Laboratorien geworben.

Ganz entscheidend für den Erfolg einer Antibiotika-Resistenzstrategie ist, dass die infektiologische Labordiagnostik zeitgemäß und sachgerecht flächendeckend in Deutschland erhalten bleibt. Die infektiologische und molekularbiologische Diagnostik ist in der GKV unterfinanziert. Der BDL tritt daher in den anstehenden Entscheidungen der medizinischen Selbstverwaltungsgremien unter anderem dafür ein, dass Mittel, die durch rückläufige Antibiotika-Verordnungen frei werden, der labormedizinischen Versorgung zugutekommen.

Ein kurzer Ausblick: Die Deutsche G20-Präsidentschaft setzt auf eine verstärkte internationale Zusammenarbeit zur Bekämpfung von Antibiotika-Resistenzen. Im Zwischenbericht zu „DART 2020“ hat die Bundesregierung gefordert, dass alle Staaten ihren Verpflichtungen zur Entwicklung nationaler Aktionspläne nachkommen müssen. Auf nationaler Ebene kündigt sie für die kommenden Jahre eine Schwerpunktsetzung auf den ambulanten Bereich an, da hier 85 Prozent aller Antibiotika in der Arztpraxis verordnet werden. Im Bereich der Tierhaltung und Tiermedizin wächst der Druck der Verbraucher, den Antibiotikaeinsatz besser zu steuern und insgesamt deutlich zu reduzieren.

Auch die Programme der Parteien zur Bundestagswahl greifen die Thematik auf. So macht sich die CDU für neue Untersuchungsmethoden stark, die einen sachgerechten Antibiotika-Einsatz unterstützen. SPD, Grüne und Linke fordern, den Antibiotika-Einsatz in der Landwirtschaft zu reduzieren. In den Wahlprogrammen von CSU und FDP findet sich zum Thema Antibiotika hingegen keine Aussage.

*Jens Philipp Michalke
BDL-Geschäftsstelle Berlin*



Bei der Standardisierung könnte ELGA die Lösung sein

Das Rad nicht neu erfinden

Die Standardisierung von Labordaten im stationären wie im ambulanten Bereich ist wieder einen kleinen Schritt vorangekommen. Bei einem Arbeitstreffen, zu dem sich Anfang Juli rund 40 Fachleute in der Berliner BDL-Geschäftsstelle trafen, wurde beschlossen, die Einführung internationaler Standards für Syntax und Semantik in der Labordaten-Übermittlung nach dem Vorbild des österreichischen ELGA-Systems anzustreben. Außerdem wurde die Bundesregierung aufgefordert, für Deutschland die Lizenz für die medizinische Nomenklatur SNOMED zu erwerben, die sich international mittlerweile durchgesetzt hat.

Der BDL-Vorsitzende Dr. Andreas Bobrowski führte in das Thema ein, während Sascha Lüdemann, Leiter IT SONIC, Hamburg, einen Überblick über die bisherigen Arbeitsgruppensitzungen und den aktuellen Stand gab.

Wie Lüdemann berichtete, hatte die Unterarbeitsgruppe DFUE-Kürzel bei ihrem Workshop am 1. Februar 2017 folgende Anforderungen an das DFUE-Kürzel definiert:

- ◆ passfähig für LDT 3.0 Feld 8410 (≤ 60 Zeichen)
- ◆ sprechend, da viele PVS das Feld als Zeilenbeschriftung anzeigen
- ◆ eindeutig für Befund
- ◆ zusammenführendes Kriterium für kumulierte Befunde
- ◆ nicht zwingend für Anforderungen nutzbar
- ◆ Lösungsansatz: Angelehnt an LOINC Kurzbezeichnung, Übersetzen und ggf. kürzen
- ◆ Nomenklatur für den Aufbau des DFÜ-Kürzels (Fragmente, Kürzungsvorschrift)

In einer weiteren Sitzung Ende März sei diskutiert worden, ob das in Österreich längst etablierte ELGA-System (Elektronische Gesundheitsakte) diesen Anforderungen nicht entgegenkommt. Daher wurde der dort vorhandene Datenbestand auf Abdeckung und Umfang hin gesichtet und auf Duplikate und Passfähigkeit zu 8410 analysiert. Da sich die Vermutung grundsätzlich bestätigte, wurde bei einem weiteren Arbeitsgruppentreffen am 20. April 2017 das weitere Vorgehen abgestimmt und unter anderem die enge Zusammenarbeit mit dem ELGA-Projekt, die Vorstellung der Erfahrungen mit ELGA und SNOMED im Kontext Labor beschlossen.

In Berlin bot Dr. Stefan Sabutsch, der Leiter Standards and Usability bei der ELGA GmbH, jetzt erste Einblicke. Unter dem Titel "ELGA, LOINC und SNOMED CT" erläuterte er das ELGA-Projekt. ELGA sei ein modernes, elektronisches Informationssystem, mit dessen Unterstützung bereits vorhandene Befunde und Verordnungen patientenbezogen gebündelt werden. Außerdem werden Gesundheits- und Sozialeinrichtungen über bestehende, sichere (Gesundheits-)Netze verbunden; berechnete Gesundheits- und Sozialorganisationen können auf Gesundheitsdaten zugreifen und verfügen damit über einheitlich strukturierte Informationen. Die Patienten können über ein ELGA-Portal auf ihre eigenen Gesundheitsdaten steuernd zugreifen und werden durch ein Protokoll über die Zugriffe der Gesundheitseinrichtungen auf ihre Daten informiert. ELGA überbrückt zudem die Informationsschnittstellen im österreichischen Gesundheitssystem.

Gesetzlich wurde festgelegt, dass der Patient grundsätzlich über eine Portallösung eingebunden ist und entscheiden kann, ob er am ELGA-Projekt teilnimmt. Zum Start wurden alle Einwohner Österreichs erfasst. Der Zugang erfolgt über eine eCard, über die 99,9 Prozent der Einwohner verfügen. Optiert der Bürger gegen ELGA, so werden sofort alle bisher erfassten Daten gelöscht und können nicht wieder hergestellt werden. Ärzte und KKH dürfen dann nur noch ihre persönlichen Aufzeichnungen nutzen. Patienten können auch einzelne Dokumente oder Krankheitsbereiche löschen oder sperren. Das gilt auch für einzelne Fachgruppen. Der Zugriff auf die ELGA ist nach Freigabe durch den Patienten auf 28 Tage beschränkt und muss dann erneuert werden.

Die Anschubfinanzierung für das ELGA-Projekt stellte die Bundesrepublik Österreich als Zuschuss für die Software-Hersteller bereit. Diese sind wiederum verpflichtet, die ELGA-Funktionen

BDL-Herbsttagung

Die BDL-Herbsttagung ist der Fixpunkt im Kalender der deutschen Labormedizin. Vom 21. bis 22. September 2017 findet sie wieder in Berlin im Haus der Kaiserin-Friedrich-Stiftung statt. Themenschwerpunkte sind in diesem Jahr die Novellen von GOÄ und EBM und die Herausforderungen im Zusammenspiel von Innovation, Nachfrage und Investitionen im medizinischen Labor.

kostenfrei an die Nutzer weiterzugeben und den Workflow so einzurichten, dass der Arzt oder die Praxis keinen zusätzlichen Aufwand hat. Ärzte erhalten für die Leistungen für ELGA keine Vergütung. Struktur und Inhalte zu den Labor-Inhalten in ELGA sind öffentlich und finden sich unter den untenstehenden Quellenangaben.

Professor Sylvia Thun von der Hochschule Niederrhein stellte den Nomenklaturstandard Snomed CT vor. Sie berichtete, dass die Europäische Union Vorgaben zur Interoperabilität erarbeite, bereits 40 Länder Lizenznehmer von SNOMED sind, und auch Deutschland, Österreich und die Schweiz gut beraten wären, sich hieran zu beteiligen. Eine Generallizenz, die das Bundesgesundheitsministerium erwerbe, komme mit etwa 1,4 Millionen Euro deutlich günstiger als Einzellizenzen für Unternehmen, Vertragsärzte und Kliniken, die sich auf rund 240 Millionen Euro addieren würden. Eine entsprechende Forderung nach Übernahme einer Generallizenz hatte zuvor schon der Dachverband der Ärztlichen Diagnostikfächer (DVÄD) an die Minister Wanka, Zypries, Gröhe und Altmeier geschickt.

In Berlin wurde nun beschlossen, dass eine kleine Arbeitsgruppe die notwendige Detailarbeit zur Anlehnung an ELGA übernehmen und Fragen – auch zur Arzthaftung – klären soll. Parallel dazu sollen BDL und ALM gemeinsam die Politik für das Thema sensibilisieren.



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

Alle Vortragsfolien sind auf der BDL-Website zu finden unter <http://www.bdlev.de/bdl-intern/>

Weitere Informationen:

- <https://www.elga.gv.at/index.html>
- <https://termpub.gesundheit.gv.at/TermBrowser/gui/main/main.zul>
- <http://elga.art-decor.org/elga-html-20170327T091532/voc-1.2.40.0.34.10.44-2015-01-30T000000.html>
- <http://www.snomed.org/snomed-ct>
- <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/loinc/index.htm>

DVÄD für SNOMED-Beitritt

Der neu gegründete Dachverband Ärztlicher Diagnostikfächer (DVÄD), ein Zusammenschluss des BDL mit den Berufsverbänden der Mikrobiologen (BÄMI), Nuklearmediziner, Pathologen und Radiologen macht sich für den Beitritt Deutschlands zu SNOMED International stark. Ein damit verbundener Lizenzerwerb für die aktuelle systematisierte Nomenklatur der Medizin (SNOMED CT) würde den deutschen Vertragsärzten die Kosten und Nutzungsbeschränkungen einer Einzellizensierung ersparen. SNOMED CT gehört zu den bedeutendsten Nomenklaturen der Medizin. Elementare E-Health-Standards und die Interoperabilitätslösungen von IHE/HL7 basieren auf SNOMED CT. Bundeswirtschaftsministerin Brigitte Zypries hat dem DVÄD Ende Juli Gespräche auf internationaler Ebene zur Nutzung von SNOMED CT zugesagt und einen Austausch zu Fragen der Digitalisierung des Gesundheitswesens angeregt.

Hämotherapie-Richtlinie novelliert

Die Bundesärztekammer hat die im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut vollständig überarbeitete Hämotherapie-Richtlinie im Internet veröffentlicht. Zu den Neuerungen zählen praktikable Rahmenbedingungen für die maschinelle Autotransfusion unter Beachtung des Transfusionsgesetzes. Neu aufgenommen wurde auch ein Hinweis auf die Grundsätze der Patienten-individualisierten Hämotherapie. Weitere Änderungen betreffen neue gesetzliche Regelungen zur Aufklärung und Einwilligung der Empfänger von Blutprodukten, neue Erkenntnisse zu Blutgruppenbestimmungen und die Präzisierung von Spenderauswahlkriterien gemäß EU-Recht.

Arztpraxen in Deutschland

Die Zahl der Arztpraxen in Deutschland bleibt stabil bei zurückgehender Investitionsneigung. Das ist ein Ergebnis des aktuellsten, vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) veröffentlichten „Zi-Praxis-Panels“. Daten von rund 5.000 Praxen in Deutschland wurden in die Studie im Auftrag der KVen und der KBV einbezogen. Weitere Ergebnisse: Das durchschnittliche verfügbare Nettoeinkommen je Praxisinhaber beträgt 80.295 Euro pro Jahr. Der Gesamtumsatz je Praxis ist von 2012 bis 2015 mit 10,2 Prozent leicht stärker gestiegen als die Gesamtaufwendungen mit plus 9,0 Prozent. Die Abschreibungen auf Geräte (Investitionen) sind im Vergleichszeitraum mit minus 14,4 Prozent deutlich zurückgegangen, während die Personalkosten um 18,1 Prozent gestiegen sind. Fachgruppenspezifische Auswertungen in den Diagnostikfächern bietet das Zi-Praxis-Panel bisher nur für die Nuklearmedizin und die Radiologie.

Regressrisiken im Labor

Wie sich der Laborarzt dagegen absichert

Auch der niedergelassene Laborarzt ist nicht vor Regressen gefeit. Doch er kann sich schützen.

Risikobereich: Formale Voraussetzungen

Um für gesetzlich krankenversicherte Patienten Laborleistungen erbringen und abrechnen zu können, ist eine Zulassung des Labors durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) erforderlich. Darüber hinaus müssen die Laborärzte selbst zugelassen sein bzw. über eine Anstellungsgenehmigung verfügen.

Um über die allgemeinen Laboruntersuchungen hinaus Facharzt-Laborleistungen abrechnen zu können, ist zusätzlich eine Abrechnungsgenehmigung von der jeweils zuständigen KV einzuholen. In dieser Genehmigung wird explizit definiert, welche Gebührenordnungspunkte (GOP) des EBM abgerechnet werden dürfen.

Regressrisiko: *Auch wenn die Zulassungs-/Genehmigungsvoraussetzungen vollständig vorliegen und die Leistung ordnungsgemäß erbracht wurde, ist die KV zum Regress berechtigt, sofern die erforderlichen Zulassungen/Genehmigungen formal nicht vorliegen.*

Risikobereich: Vertretung

Um auch im Falle der Abwesenheit des zugelassenen bzw. genehmigten Arztes Laborleistungen abrechnen zu können, ist die Vertretung zu regeln. Hierbei gelten folgende Grundsätze:

- Bei Krankheit, Urlaub, Entbindung, Teilnahme an einer Fortbildung oder einer Wehrübung kann sich der Arzt/die Ärztin pro Zwölf-Monats-Zeitraum bis zu drei Monate vertreten lassen.
- Dauert die Vertretung länger als eine Woche, ist sie der zuständigen KV mitzuteilen.
- Zwischen dem vertretenen Arzt und dem Vertreter muss mindestens Fachverwandschaft bestehen.
- Erfordern die Leistungen eine besondere Qualifikation, muss auch der Vertreter über die entsprechende Qualifikation verfügen.

Regressrisiko: *Liegen die oben genannten Voraussetzungen nicht vor, ist die KV zum Regress der durch den Vertreter erbrachten Leistung berechtigt. Zu beachten ist in diesem Fall, dass der Regress nicht gegenüber dem Vertreter, sondern gegenüber dem vertretenen Arzt festgesetzt wird.*

Risikobereich: Ähnliche Untersuchung

Um eine Laboruntersuchung abrechnen zu können, muss diese entweder mit einem GOP im EBM aufgeführt sein oder einer Un-

tersuchung ähnlich sein, die unter einer GOP aufgeführt ist. Eine Abrechnung ist in diesem Fall allerdings nur dann möglich, wenn sie durch die KVen anerkannt ist.

Problematisch ist, dass die KVen hinsichtlich der Anerkennung nicht einheitlich entscheiden. Mit anderen Worten: Ist eine Untersuchung im Zuständigkeitsbereich einer KV als „ähnliche Untersuchung“ anerkannt, heißt das nicht, dass sie im Zuständigkeitsbereich einer anderen KV auch anerkannt ist.

Regressrisiko: *Da es keinen bundesweit gültigen, abschließenden Katalog der Laborleistungen gibt, der die nicht anerkannten Leistungen auflistet, besteht die Gefahr, dass abgerechnete, nicht anerkannte Leistungen von der KV regressiert werden.*

Risikobereich: Wirtschaftlichkeitsprüfung

Um einen hohen Standard zu gewährleisten, prüfen die Krankenkassen und KVen auf der Grundlage sozialrechtlicher Vorgaben auch die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung. Neben den allgemeinen sozialrechtlichen Vorgaben ergeben sich spezielle Regeln zur Abrechnung aus dem EBM.

Regressrisiko: *Sollte eine KV bei einer Prüfung feststellen, dass der Laborarzt nicht wirtschaftlich gehandelt hat, ist sie berechtigt, die von den Krankenkassen übernommenen, aber unwirtschaftlichen Kosten zurück zu fordern.*

Absicherungsmöglichkeiten

Zur Absicherung von Vermögensschäden, die sich aus Regressfestsetzungen und Honorarrückforderungen ergeben können, stehen Ärztinnen und Ärzten Vermögensschaden-Haftpflicht- oder Ärzteregressversicherungen zur Verfügung. Zum Schutz gegen finanzielle Belastungen, die durch die Abwehr strafrechtlicher Konsequenzen und rufschädigender Berichterstattungen entstehen können, bieten sich Straf-Rechtsschutzversicherungen an. Mitgliedern des BDL steht der Kooperationspartner MediCura Versicherungsservice – Ecclesia Versicherungsdienst GmbH zur Verfügung.

*Christina Helms, Ecclesia Versicherungsdienst GmbH
Servicetelefon 0800 603 603 0, info@medicura-online.de*

Antikörpernachweis im Microarray-Format

Serologische Diagnostik

mit dem

 **System**

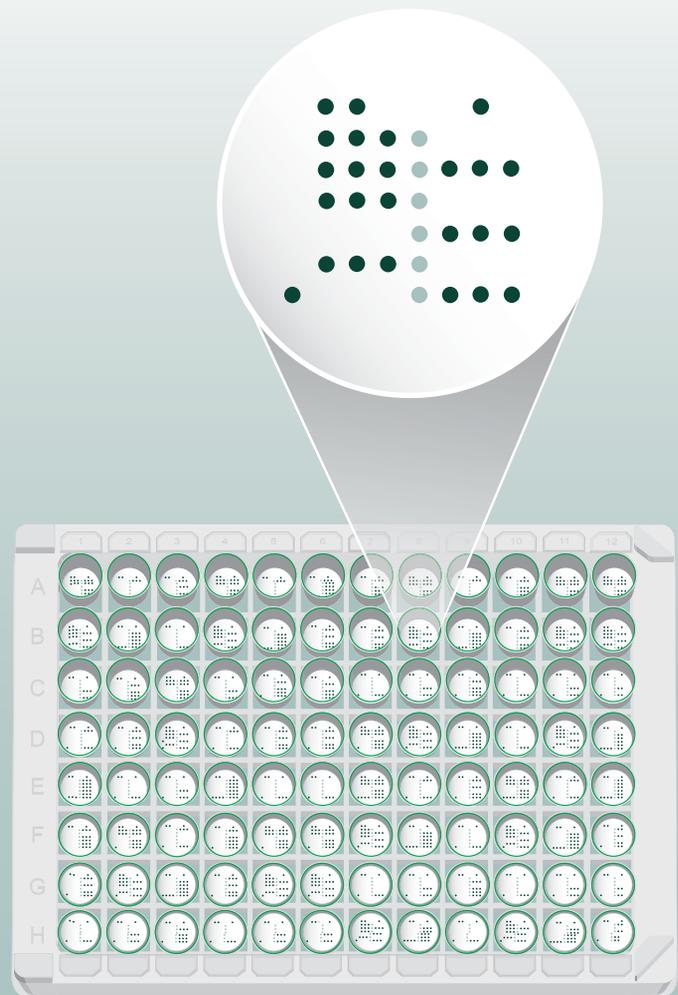
The logo for ViraChip, featuring a stylized green drop icon above the word "virachip" in a bold, lowercase, sans-serif font. A registered trademark symbol (®) is located at the top right of the logo.

INFEKTIONSSEROLOGIE

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

AUTOIMMUNDIAGNOSTIK

- ANA ViraChip® IgG
- Liver 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