



**Berufsverband
Deutscher
Laborärzte e. V.**

BDL Aktuell
Frühjahr 2016
www.bdlev.de



**Welttag des Labors:
Gezeigt, was Labormedizin kann**

Editorial

Liebe Mitglieder,

wissen unsere Patienten, was wir Laborärzte für sie leisten? Kennen sie unsere Rolle, wenn es um Qualität und Versorgungssicherheit in Deutschland geht? Sicherlich nicht.

Aber wir nehmen dieses Unwissen resignierend hin: Wir haben akzeptiert, dass unsere Zuweiser die Anerkennung der Patienten einheimen, die eigentlich uns gebührt: Denn sie pflegen den unmittelbaren Kontakt zum Patienten; sie gelten als die medizinischen Koryphäen, schließlich sind sie es, die ihnen die Laborwerte erläutern. Keiner sieht, dass wir sie zuvor erarbeitet, ihnen übermittelt und interpretiert haben. Und nicht wenige Patientinnen und Patienten glauben noch immer, dass der behandelnde Arzt des Nachts in seinem Labor hockt, um Blut, Urin oder Fäzes höchstpersönlich zu untersuchen.

Wenn wir mit solchen Mythen nicht aufräumen, dann dürfen wir uns nicht wundern, wenn unsere Rolle verkannt und auf die eines Dienstleisters im Hintergrund reduziert wird – mit allen Folgen für die öffentliche Anerkennung und Honorierung unserer Leistungen. Wir müssen endlich unsere Zurückhaltung aufgeben und selbstbewusst darstellen, was wir tun.

Den Anfang haben wir am Welttag des Labors gemacht. Rund 30 medizinische Labore in ganz Deutschland hatten am 23. April ihre Türen geöffnet oder in Vorträgen erläutert, welche Innovationskraft in der Labordiagnostik steckt, welche Krankheiten wir in einem frühen Stadium erkennen und wie wir durch unsere Untersuchungen die Therapie optimal steuern und überwachen können. Das anerkennende Erstaunen der Teilnehmer war spürbar.

Ich hoffe, dass diese ermutigenden Erfahrungen viele Kollegen anstacheln, im nächsten Jahr ebenfalls beim Welttag des Labors mitzumachen. In einer Zeit, in der um EBM und GOÄ gerungen wird, zahlt sich dieses Engagement aus.



*Dr. Andreas Bobrowski
1. Vorsitzender*

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

Verlag Trillium GmbH Grafrath, www.trillium.de

Inhalt

- S. 3: GOÄ – Neue Chancen
- S. 5: BDL legt Reformgutachten vor
- S. 6: Laborreform-Historie
- S. 7: Welttag des Labors
- S. 8: Konstruktiver Geist in der KBV
- S. 9: Umsatzsteuer-Gefahren
- S. 11: Termine

Titelbild: Labor Lübeck

GOÄ

Neue Chancen durch unerwartetes Moratorium

Die honorarpolitischen Aussichten für die Laboratoriumsmedizin in Deutschland waren zu Beginn des Jahres 2016 alles andere als rosig. Die seit fast einem Jahrzehnt andauernden Verhandlungen zur neuen GOÄ steckten in einer sichtbaren Krise, die auch durch den Sonderärztetag in Berlin nicht behoben werden konnte. Dabei waren es nicht so sehr die Verhandlungsführer der Bundesärztekammer, Dr. Windhorst und Dr. Rochell, sondern vielmehr der hinter ihnen stehende Vorstand, der zusammen mit dem Präsidium der Bundesärztekammer (BÄK) so unglücklich agierte, dass ein Scheitern der neuen Gebührenordnung fast programmiert war.

Wer sich schon während der Verhandlungen durch das Bundesgesundheitsministerium eine Schweigepflicht auferlegen lässt und diese dann in Gutsherrenart gegenüber der gesamten Ärzteschaft durchzusetzen versucht, kommt leicht in den Verdacht, nicht für alle Arztgruppen optimale Honorarergebnisse zu verhandeln. Durch die immer wieder vor allem vom Präsidenten der BÄK entfachte Umverteilungsdiskussion zu Lasten der fachärztlichen Disziplin mit einem hohen Anteil an technischen Leistungen stieg auch bei den Verhandlungsführern des PKV-Spitzenverbandes und der Beihilfe die Lust, zunehmend über Umverteilung und nicht mehr über höhere Neubewertung zu sprechen.

Dies wurde vor allen Dingen im laboratoriumsmedizinischen Kapitel M deutlich. Obwohl durch Professor Dr. Krieg – dessen großer Verdienst der Zusammenhalt des Kapitels M ist – eine dezidierte Kostenrechnung vorgelegt wurde, stellten die letzten Bewertungsvorschläge des PKV-Spitzenverbandes einen Rückfall in längst vergangene Zeiten dar. Statt einer transparenten Kostenbewertung zu folgen, wurden undifferenzierte Vorschläge nach dem Rasenmäherprinzip unterbreitet, in denen es ausschließlich um die Entnahme von Honoraranteilen zu Lasten der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin ging. Die Berechnungen der privaten

Kassen wurden dabei vorwiegend am grünen Tisch gemacht, ohne dass dabei in einer Folgenabschätzung auf die Auswirkung der infrastrukturellen und versorgungspolitischen Aspekte der Laboratoriumsmedizin Rücksicht genommen wurde.



HINGESCHMISSEN: KBV-Verhandlungsführer Dr. Theodor Windhorst (Foto: KBV).

Da diese Art der Bewertung ärztlicher und medizinischer Leistungen dem Sinn einer zwischen Patienten und Ärzten auszuhandelnden unabhängigen Gebührenordnung zuwider läuft, war ein Abbruch der GOÄ-Verhandlungen von Seiten des Präsidiums der BÄK nur folgerichtig.

Der Rücktritt der bisherigen Verhandlungsführer macht die Verabschiedung einer neuen GOÄ noch in dieser Legislaturperiode mehr als unwahrscheinlich. Aufgrund der drohenden massiven Abwertungen im Kapitel M ist diese Entwicklung trotz vieler Unwägbarkeiten in zukünftigen GOÄ-Verhandlungen insgesamt also als positiv zu bewerten. Die gewonnene Zeit sollte allerdings genutzt werden, um auf Grundlage der bisherigen Arbeiten und der vorliegenden Daten für eine realistische Folgeabschätzung einen eigenen Bewertungsvorschlag des BDL für das Kapitel M vorzunehmen.

Darüber hinaus muss es aber auch in unserem Interesse sein, dass viele der bisherigen Verhandlungsergebnisse, wie der Zusammenhalt eines einheitlichen Kapitels M für die gesamte Laboratoriumsmedizin und die in dem Paragrafenteil festgelegten deutlichen Konkretisierungen der persönlichen Leistungserbringung, weiterhin Bestandskraft haben.

Ziel zukünftiger Verhandlungen muss auch im Hinblick auf die Neugestaltung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs der Erhalt einer unabhängigen, privatärztlichen Gebührenordnung sein, in der die Beziehbarkeit von laboratoriumsmedizinischen Leistungen komplett ausgeschlossen ist.

Auch wenn die Verabschiedung einer neuen GOÄ erst einmal in weite Ferne gerutscht ist, und wahrscheinlich erst nach der Bundestagswahl 2017 wieder zur Entscheidung ansteht, sollten die

Verhandlungen zwischen BÄK, PKV-Spitzenverband und Beihilfe umgehend wieder aufgenommen werden, um den Befürwortern einer Bürgerversicherung mit Abschaffung der privatärztlichen Gebührenordnungen keinen politischen Spielraum in den bevorstehenden Wahlkämpfen einzuräumen.

Aber nicht nur in der GOÄ-Diskussion hat sich das Blatt zu unseren Gunsten gewendet, auch bei der seit November letzten Jahres immer wieder aufflammenden Begehrlichkeit zur Verschärfung der Quote Q im vertragsärztlichen Bereich konnten deutliche Erfolge erzielt werden. Ausgelöst wurde die Diskussion in diesem Fall durch einen hausfachärztlichen Streit zu der Frage, ob eine Stützung des Vorwegabzuges Labor durch den Trennungsfaktor (Hausärzte 47%, Fachärzte 53%) oder nach der wirklich angeforderten Leistungsmenge laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen erfolgen sollte. Die Berechnungen in den Landes-KVen waren dabei zu so unterschiedlichen Ergebnissen gekommen, dass je nach Modell entweder die Hausärzte oder aber auch die Fachärzte begünstigt wurden.

Da dieser Konflikt unauflösbar schien, wurde sehr schnell auch die Alternative einer Quotenabsenkung auf 81 Prozent diskutiert, wodurch Stützungszahlungen grundsätzlich nicht mehr notwendig wären. Durch zahlreiche persönliche Gespräche, die Resolution der Vertreterversammlung der KV-Hamburg und die Erkenntnis vieler KV-Vorstände, dass das veranlasserbezogene Labor vielfältigen und nicht von den Fachärzten für Laboratoriumsmedizin zu steuernden Einflüssen unterliegt, wurde der Schnellschuss einer Quotierungsverschärfung vorerst verworfen.

Mit Sicherheit hat zu dieser Trendwende auch die Ankündigung einer Studie des Instituts für Mikrodaten-Analyse (IfMDA) zur Neustrukturierung der Laboratoriumsmedizin im vertragsärztlichen Bereich sowie der Erstellung der Kostenrechnung durch den BDL zur Neubewertung laboratoriumsmedizinischer Leistungen im EBM 2017 beigetragen. Beide Arbeiten sind in ihrem Umfang und ihrer Aussagekraft einzigartig und versetzen den BDL in die Lage, die vor uns liegende Diskussion zur Zukunft der Laboratoriumsmedizin in der vertragsärztlichen Versorgung aktiv und nachhaltig mitzugestalten.

Der Startpunkt für diese Initiative erfolgte auf der Pressekonferenz des BDL am 22. April 2016 in Berlin, einen Tag vor dem Welttag des Labors, auf der die Studie vom Institut für Mikrodaten-Analyse durch den Leiter, Dr. Thomas Drabinski, der Öffentlichkeit vorgestellt wurde. Der Vorstand des BDL ist der festen Überzeugung, dass mit den Vorschlägen aus der Studie eines unabhängigen Instituts in enger Zusammenarbeit mit

der KBV nicht nur das Nahziel einer Abschaffung einer Quotierung, sondern auch eine nachhaltige Neustrukturierung des gesamten Laborbereichs erreicht werden kann, sodass wir auch im vertragsärztlichen Bereich ab 2017 über klare und nachhaltige Strukturen verfügen werden, die unser Fach als ärztliche Disziplin sicher in der Versorgung verankern wird.

In der vor uns liegenden Zeit gilt es deshalb – und dies betrifft alle BDL-Mitglieder – die Sache der Laboratoriumsmedizin in Deutschland voranzutreiben. Die uns zusätzlich geschenkte Zeit bei der Neubewertung der GOÄ und der Strukturdiskussion zum EBM darf nicht verstreichen, sondern muss genutzt werden, um in den Körperschaften, der Politik, aber auch bei den von uns betreuten Patienten, die Bedeutung der Laboratoriumsmedizin für die gesundheitliche Versorgung in Deutschland zu betonen und in ihrer Wichtigkeit darzustellen.

*Dr. Andreas Bobrowski
andreas.bobrowski@labor-luebeck.de*

Antikorruptionsgesetz verabschiedet

Der Bundestag hat am 14. April in zweiter und dritter Lesung dem „Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen“ zugestimmt. Mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger werden die Tatbestände der Bestechlichkeit und der Bestechung im Gesundheitswesen als Officialdelikte ins Strafgesetzbuch aufgenommen. Damit gelten entsprechende bereits bestehende Regelungen nun auch für Gesundheitsberufe, die gesetzlich Versicherte versorgen.

Wer besticht – etwa um die Verordnung bestimmter Arzneimittel zu fördern oder Patientenzuweisungen zu erhalten – oder sich bestechen lässt, kann nun mit drei, in extremen Fällen auch mit fünf Jahren Gefängnis bestraft werden. Staatsanwälte, die von solchen Vergehen Kenntnis erlangen, müssen nun grundsätzlich eigene Ermittlungen aufnehmen und brauchen – anders als zunächst vorgesehen – nicht auf Anzeigen zu warten.

Der Weg dahin war lange Zeit blockiert. Erst einen Tag zuvor hatte der Bundestagsausschuss für Recht und Verbraucherschutz die letzte Hürde weggeräumt, indem er den ursprünglich vorgesehenen Passus strich, wonach auch bestraft wird, wer „seine berufrechtliche Pflicht zur Wahrung der heilberuflichen Unabhängigkeit verletze“. Darauf hatte insbesondere die Ärzteschaft hingearbeitet, weil die Berufsordnungen von Land zu Land unterschiedlich sind. Damit wäre ein Flickenteppich von 16 unterschiedlichen Länderregelungen entstanden, mit der Folge, dass ein und derselbe Tatbestand in einem Bundesland verboten, im anderen erlaubt gewesen wäre. Die meisten der betroffenen Berufsgruppen haben den neuen Straftatbestand begrüßt.

Laborreform

BDL legt Gutachten zur Laborreform vor

Seine Forderung nach einer Reform der laborärztlichen Vergütung hat der Berufsverband Deutscher Laborärzte (BDL) bekräftigt. Auf einer Pressekonferenz aus Anlass des Weltlabortages legte der Leiter des Instituts für Mikrodaten-Analyse (IfMDA), Dr. Thomas Drabinski, sein vom BDL beauftragtes Gutachten dazu vor. Die wichtigsten Ergebnisse:

Eine Reform der laborärztlichen Vergütung für alle Vertragsärzte ist notwendig. Zielführend sind dabei Reformoptionen, die den Anforderungen an eine Qualitätssicherung (QS) der Versorgung gerecht werden. Als nicht mehr zeitgemäß gelten finanzielle „Sanktions-Mechanismen“, die die demografische und morbiditätsbedingte Veränderung der Versorgung nicht hinreichend abbilden.

Mit dem Gutachten „Reformoptionen der vertragsärztlichen Labormedizin“ wird nun eine empirische und politökonomische Diskussionsgrundlage veröffentlicht, mit dem die Patientenversorgung in den Mittelpunkt gestellt wird, mit dem neue qualitätsgesicherte Vergütungsansätze implementiert werden können und mit dem gleichzeitig eine ökonomische Verteilung der GKV-Finanzmittel sichergestellt werden kann.

Um die Diskussion zu versachlichen, wurden umfassende Analysen anhand von KBV-Datensätzen durchgeführt, die in zahlreichen Tabellen des Gutachtens dokumentiert sind. Die Analysen werden zum Teil KV- und arztgruppenbezogen differenziert. Ein Fokus der Analyse liegt unter anderem auf dem an alle Ärzte ausgezahlten laborärztlichen Honorar, dem Vergütungsvolumen Grundbetrag Labor, das Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) ist.

Im Ergebnis werden für die vertragsärztliche Labormedizin im Gutachten acht Reformoptionen vorgeschlagen:

1. Herauslösung der Laborleistungen nach Kapitel 32.2 und 32.3 aus der MGV und Überführung in die extrabudgetäre Gesamtvergütung (Geltungsbereich: Laborärzte)
2. Aussetzung der Abstaffelungsquote (Geltungsbereich: Alle Mediziner)
3. Abschaffung des Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001) wegen unklarer Auswirkungen auf die Versorgung und wegen unklarer Vergütungs- und Präventions-Anreize (Geltungsbereich: Nicht-Laborärzte)
4. Aufwertung des ärztlichen Leistungsanteils (Geltungsbereich: Laborärzte)
5. Überführung der frei werdenden Finanzmittel des Wirtschaftlichkeitsbonus in QS-Maßnahmen (Geltungsbereich: Primär Nicht-Laborärzte)
 - 5.1 Einführung einer E-Health-Pauschale Labormedizin (Geltungsbereich: Alle Mediziner)
 - 5.2 Einführung einer Präanalytik-Pauschale (Geltungsbereich: Nicht-Laborärzte)
 - 5.3 Einführung einer Regionalisierungs- Pauschale (Geltungsbereich: Nicht-Laborärzte)
 - 5.4 Einführung einer Eil-/Notfallpauschale (Geltungsbereich: Alle Mediziner)
 - 5.5 Einführung einer Prozess-Pauschale für die Entwicklung neuer Leitlinien (Geltungsbereich: Nicht-Laborärzte)
6. Einführung einer ökonomischen Vergütungslogik (Labor-Pauschalbudgets für Haus- und Fachärzte) für Laborleistungen nach Kapitel 32.2 und 32.3 (Geltungsbereich: Nicht-Laborärzte)
7. Neubewertung der Leistungen aus Kapitel 32.2 und 32.3 gemäß aktualisierter Kostenstruktur-Analyse (Geltungsbereich: Alle Mediziner)
8. Maßnahmen für Abrechnungs-Rationalität (Geltungsbereich: Alle Mediziner)

Dr. Thomas Drabinski
institut@ifmda.de



Laborreform-Historie

Schon 1998 gab es weitreichende Ansätze für eine grundlegende Reform der laborärztlichen Vergütung, vorgelegt vom späteren Vorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Andreas Köhler. Passiert ist seither wenig. Hier die damaligen Eckpunkte:

Grundzüge des KBV-Laborkonzepts von 1998

Beschlussantrag zur Sitzung der Vertreterversammlung der KBV am 19. Mai 1998 in Köln: Die Vertreterversammlung wird um Zustimmung zu dem von der KBV vorgeschlagenen Konzept zur Neuregelung des Laborbereichs gebeten. Dabei werden folgende Kernelemente befürwortet:

Vergütung

- Trennung der Vergütung für Leistungen des OI-, OII- und OIII-Labors in einen ärztlichen Vergütungsanteil sowie einen Kostenteil.
- Bundeseinheitliche Neubewertung der Kosten der OIII-Laborparameter auf DM-Basis anhand betriebswirtschaftlicher Erhebungen.
- Vergütung der ärztlichen Leistung mittels arztgruppenspezifischer Zuschläge zur Ordinationsgebühr.
- Einführung einer fallzahlabhängig gestaffelten „Konsiliarpauschale“ für den Laborarzt als Vergütung seiner ärztlichen Leistung.

Mengenbegrenzung

- Einführung von Mengenbegrenzungsregelungen mit „Richtgrößencharakter“ für die Veranlassung und Eigenerbringung von Laborleistungen. Die resultierende Leistungsmenge ist an die Leistungsmenge 1994 anzulehnen. Ausnahmen der Anrechnung auf die „Richtgröße“ sind für Praxisbesonderheiten (insbesondere spezifische Krankheitsfälle) vorzusehen.

Transparenz

- Einführung einer monatlichen Berichterstattung seitens des Laborleistungserbringers an den Veranlasser und die Kassenärztliche Vereinigung.
- Konzentration der Erfassung der veranlassten Laborleistungen bei einer zentralen Datenerfassungsstelle zur Vermeidung unnötigen und mehrfachen Arbeitsaufwandes bei den Kassenärztlichen Vereinigungen.
- Einführung der Direktabrechnung der Parameterkosten durch Laborgemeinschaften.

Kostenrechnungsstudie auf einen Blick

Die ersten Ergebnisse der Kostenrechnungsstudie 2013–2014 liegen vor und zeigen folgendes Bild:

Die herrschende Quotierung der Laborkostenerstattung führt zur Unterdeckung im Kapitel 32, widerspricht im Wortsinn einer Erstattung der Kosten und verhindert Nachhaltigkeit und Tragfähigkeit in der labormedizinischen Versorgung.

Dies gilt vor allem für die innovativen Leistungen der molekularen Erregerdiagnostik, was aus der Geschichte des molekularbiologischen Nachweises von *C. trachomatis* nicht verwundert. Zudem wird die regelgerechte Versorgung von an viraler Hepatitis erkrankten Patienten erheblich beeinträchtigt.

Die zunehmende Anspruchshaltung nach Zeit und Ort der laborärztlichen Leistungen, aber auch die Versorgung im Eil- und Notfall finden in der derzeitigen Finanzierungssituation keine Entsprechung.

Gleiches gilt für die sachgerechte Finanzierung regelgerechter Präanalytik und regel- und zeitgerechten Probentransportes.

Der BDL-Vorstand dankt allen, die die Studie neben ihrer täglichen Routine unterstützt haben.

Dr. Bernhard Wiegel

bernhard.wiegel@labor-passau.de

Industrie optimistisch

Ihre wirtschaftliche Entwicklung in diesem Jahr sehen die Mitgliedsunternehmen des Verbands der Diagnostica-Industrie (VDGH) optimistisch. Für 2016 gehen 47 Prozent der Unternehmen von einer Verbesserung der Situation aus. Ein fast gleich großer Teil (42,9%) erwartet, dass die wirtschaftliche Lage des Unternehmens gleich bleibt. Nur ein Zehntel der Befragten (10,2%) prognostiziert eine Verschlechterung. Das geht aus dem IVD-Branchenbarometer 2016 hervor, das der Verband erhoben hat.

Über 80 Prozent der Unternehmen erwarten Umsatzzuwächse. Deutlich pessimistischer sind sie hinsichtlich der Gewinnerwartungen: Knapp 40 Prozent gehen von gleichbleibenden oder rückläufigen Gewinnen im Jahr 2016 aus. VDGH-Chef Matthias Borst nennt als Hauptursache zunehmenden Preisdruck sowie flächendeckende Quotierungen und abgesenkte Erstattungen für Laborleistungen.

Welt-Labortag

Leistungsschau der Labormedizin

Deutschlandweit haben am Welttag des Labors, dem 23. April, zahlreiche medizinische Laboratorien ihre Türen geöffnet und die Öffentlichkeit über ihre diagnostischen Angebote informiert. In Führungen, Präsentationen oder individuellen Beratungsangeboten stellten Laborärztinnen und Laborärzte ihre Arbeit einem breiten Publikum vor. Diese vielfältigen lokalen Aktivitäten wurden durch eine zentrale Pressekonferenz des BDL in Berlin flankiert.

Mit dem Welttag des Labors rücken die Initiatoren das Wie und Warum medizinischer Diagnostik in Laboratorien in den Blickpunkt der Öffentlichkeit. Zu den wichtigsten Unterstützern zählt der internationale Verbund *Labs Are Vital*, in dessen deutscher Regionalgruppe sich der BDL engagiert. Gemeinsam machen die Verantwortlichen deutlich, dass am Anfang jeder erfolgreichen Therapie die eingehende Untersuchung von Krankheitssymptomen, -ursachen und ihren individuellen Wirkungen steht. Medizinische Laboratorien und die hier tätigen ärztlichen Spezialisten sind in diesen Bereichen unverzichtbar. Auch weit darüber hinaus sind sie Motoren des Fortschritts in der Gesundheitsversorgung. Diese Leistungen müssen angemessen honoriert und strukturell gesichert werden.

Anknüpfend an eigene Aktivitäten zu Anfang der 2000er-Jahre hat der BDL den Welttag 2016 erneut intensiv unterstützt, sowohl durch Handreichungen für die Vor-Ort-Aktivitäten seiner Mitglieder als auch mit einer zentralen Pressekonferenz am Vortag in Berlin. Gast des BDL im Haus der Bundespressekonferenz war Dr. Thomas Drabinski, Leiter des Kieler Instituts für Mikrodaten-Analyse, der den Medienvertretern „Reformoptionen der vertragsärztlichen Labormedizin“ vorstellte. Die gleichnamige Studie im Auftrag des BDL erscheint in den letzten April-Tagen. Neben dem BDL-Vorsitzenden Dr. Andreas Bobrowski standen den Medienvertretern Gesprächspartner der DGKL sowie des DVTA zur Verfügung.

Der BDL wird den Welttag des Labors 2016 in den kommenden Tagen auswerten und geeignete Aktionsformen zur Fortführung im kommenden Jahr entwickeln.

Jens Philipp Michalke
buero-berlin@bdlev.de



Der Anfang ist gemacht: Dr. Andreas Bobrowski und Dr. Bernhard Wiegel führen Jens Philipp Michalke als Hauptstadtreferent in Berlin ein.

BDL ab 2017 ganz in Berlin

Mit der Eröffnung seines Hauptstadtbüros am Spreebogen in Berlin-Mitte ist der BDL nun auch geographisch ganz nah an die hauptstädtischen Institutionen gerückt. Das neue Büro soll den Wissenstransfer aus den Berliner Institutionen in die verbandlichen Strukturen hinein intensivieren und die Zusammenarbeit mit bedeutenden Partnern vor Ort noch effektiver gestalten.

Diese Ziele verfolgt der Vorstand gemeinsam mit dem neuen Hauptstadtreferenten Jens Philipp Michalke, der zuvor für den Bundesverband Deutscher Pathologen tätig war. Die Gründung des neuen Büros kündigt eine weitere wichtige Veränderung an: Im kommenden Jahr wird die BDL-Geschäftsstelle von Düsseldorf nach Berlin umziehen. Der BDL wird seine Mitglieder im Vorfeld eingehend informieren.

KBV-Vertreterversammlung

Konstruktive Mitarbeit am Konzept KBV 2020

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) bereitet sich bereits auf die kommende Bundestagswahl vor. Bei einer Strategieklausur Ende Februar wurden dazu die ersten Weichen gestellt. Vier Arbeitsgruppen diskutierten dort die Themen Zukunft des Sicherstellungsauftrags, KV und Krankenhaus, Steuerung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sowie Attraktivität des Arztberufs.

Die Ergebnisse werden derzeit ausgewertet und sollen als Grundlage für das vom KBV-Vorsitzenden Dr. Andreas Gassen angestoßene Konzept KBV 2020 zur Verbesserung der ambulanten vertragsärztlichen medizinischen Versorgung in Deutschland dienen. Gleichzeitig werden damit auch Forderungen formuliert, mit dem das KV-System in die Bundestagswahlen 2017 gehen wird.

Waren die früheren Tagungen oft durch interne Konflikte überlagert, wurde diese Klausur erstmals wieder durch ein sachlich konstruktives Miteinander geprägt, was auch in der regulären Vertreterversammlung (VV) der KBV Anfang März spürbar blieb. Erstmals wurden bei dieser VV die Stimmen von Haus- und Fachärzten gemäß der Ersatzvornahme des Bundesgesundheitsministeriums gewichtet: Die Stimmen der Hausärzte wurden mit 1,15 und die der Fachärzte mit 0,88 multipliziert.

Die erste Abstimmung nach diesen neuen Regeln betraf die Tagesordnung. Ein Antrag der KV Mecklenburg-Vorpommern zur Abänderung des Vorwegabzuges Labor wurde mit deutlicher Mehrheit abgelehnt. Das Thema wird allerdings auf einer der nächsten regulären KBV-VV eine zentrale Stellung einnehmen. Inhaltlich soll es dabei um eine Analyse des Leistungsgeschehens im Labor und der Aufteilung von Stützungsbeiträgen aus dem haus- oder fachärztlichen Grundbetrag sein.

Anhand der beiden Themenbereiche „Steuerung der Inanspruchnahme von Leistungen“ und „Verhältnis von Kollektiv- und Selektivvertrag“ zeigte der KBV-Vorsitzende Gassen, wie sich die KV zukünftig das Zusammenspiel von Haus- und Fachärzten durch die Kombination eines Primärarztsystems mit einer gebietsärztlichen Koordination bei bestimmten Krankheitssituationen vorstellen kann. Ergänzt werden könne eine solche Zusammenarbeit durch intelligente Konzepte und Tarifmodelle, die sowohl dem Wunsch des Patienten nach freier Arztwahl, aber auch einer angemessenen Steuerung der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen Rechnung

trägt. Auch das Verhältnis von Selektiv- und Kollektivvertrag sah Gassen entspannt. Zwar bleibe der Kollektivvertrag Garant für eine flächendeckende Sicherstellung der Versorgung, könne aber in manchen Versorgungs- und Vergütungsfragen sinnvoll durch die Selektivverträge ergänzt werden. Besonders wichtig sei in diesem Zusammenhang auch die Rolle der Berufsverbände, in denen der Vorstand Garanten für eine ständige Weiterentwicklung und Verbesserung auch des KV-Systems sieht.

Große Probleme sieht Gassen dagegen weiterhin in der Zusammenarbeit zwischen dem ambulanten und stationären Bereich. 2015 seien hohe dreistellige Millionenbeträge in den Klinikbereich geflossen, ohne die Versorgungssituation nachhaltig zu verbessern. Zudem würden die Krankenhäuser über Pseudonotfälle massenhaft Gelder aus der ambulanten Versorgung abgreifen.

Ein Gutachten des Berufsverbands der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland (BNHO) und der KBV offenbart am Beispiel der onkologische Versorgung ein grundsätzliches Problem: Die weitere Öffnung der Kliniken für die ambulante Versorgung führt zu einer Schwächung aller niedergelassenen Fachärzte, bei denen eine bestimmte technische Ausstattung zu den wesentlichen Merkmalen der fachärztlichen Versorgung gehört. Sind dafür die notwendigen Investitionen nicht mehr durch die Honorare generierbar, werden diese Disziplinen aus der Fläche verschwinden. Dies würde zu einer massiven Verschlechterung der fachärztlichen Versorgung bei deutlich höheren Kosten führen. Dieses Problem will die KBV in einem konstruktiven Dialog mit den Kliniken erörtern.

Das für die hausärztliche Versorgung zuständige KBV-Vorstandsmitglied Regina Feldmann betonte, entscheidend für die künftige Versorgung sei, inwieweit sich junge Ärztinnen und Ärzte für die Niederlassung begeistern lassen. Hierbei komme der haus- und fachärztlichen Weiterbildung eine zentrale Rolle zu. In zahlreichen Sitzungen mit dem Spitzenverband der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhaus-Gesellschaft habe bisher keine Einigung über die Höhe der finanziellen Förderung der Weiterbildung erreicht werden können. Dennoch geht Frau Feldmann davon aus, dass es noch im zweiten Quartal zu einer Einigung kommen wird.

Dr. Andreas Bobrowski

Achtung, wenn Finanzbehörden kreativ werden

Umsatzsteuer

In Zeiten knapper Kassen werden die Finanzämter kreativ und versuchen auch bestimmte ärztliche Leistungen mit Umsatzsteuer zu belegen. Da medizinische Leistungen umsatzsteuerfrei sind, können Praxen keine Vorsteuer geltend machen. Die Erhebung von Umsatzsteuer für bislang umsatzsteuerfreie Leistungen mindert daher unmittelbar den Überschuss der Praxis.

Eine neue sprudelnde Quelle für das Finanzamt sind die nicht in der RiliBÄK vorgeschriebenen Ringversuche, die ab sofort umsatzsteuerpflichtig sind. Darüber hinaus versuchen die Finanzbehörden – offensichtlich ohne rechtliche Grundlage – auch die labormedizinische Versorgung von anderen Kliniken unter die Umsatzsteuerpflicht zu stellen.

Die Situation, dass ein Krankenhauslabor für andere Krankenhäuser konsiliarisch die heilkundlichen Laborleistungen durchführt, kommt in Deutschland häufig vor. Die Umsatzsteuerfreiheit dieser diagnostischen medizinischen Leistungen war bislang unstrittig und die Formulierung des Umsatzsteuergesetzes lässt eigentlich keinerlei Interpretationsspielraum:

UMSTG §14

a) Heilbehandlungen im Bereich der Humanmedizin, die im Rahmen der Ausübung der Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut, Hebamme oder einer ähnlichen heilberuflichen Tätigkeit durchgeführt werden. (...);

b) Krankenhausbehandlungen und ärztliche Heilbehandlungen einschließlich der Diagnostik, Befunderhebung, Vorsorge, Rehabilitation, Geburtshilfe und Hospizleistungen sowie damit eng verbundene Umsätze, die von Einrichtungen des öffentlichen Rechts erbracht werden. Die in Satz 1 bezeichneten Leistungen sind **auch** steuerfrei, wenn sie von

aa) zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,

bb) Zentren für ärztliche Heilbehandlung und Diagnostik oder Befunderhebung, die an der vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch teilnehmen oder für die Regelungen nach § 115 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten,

cc) Einrichtungen, die von den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung nach § 34 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch an der Versorgung beteiligt worden sind,

dd) Einrichtungen, mit denen Versorgungsverträge nach den §§ 111 und 111a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestehen, ee) Rehabilitationseinrichtungen, mit denen Verträge nach § 21 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch bestehen, ff) Einrichtungen zur Geburtshilfe, für die Verträge nach § 134a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten, gg) Hospizen, mit denen Verträge nach § 39a Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestehen, oder hh) Einrichtungen, mit denen Verträge nach § 127 in Verbindung mit § 126 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die Erbringung nichtärztlicher Dialyseleistungen bestehen, erbracht werden und es sich ihrer Art nach um Leistungen handelt, auf die sich die Zulassung, der Vertrag oder die Regelung nach dem Sozialgesetzbuch jeweils bezieht.

Gerade durch die ausführliche Aufzählung der zu umsatzsteuerfreien Leistungen berechtigten Einrichtungen wird klar, dass der Gesetzgeber die humanmedizinischen Heilbehandlungen eindeutig steuerfrei stellen möchte. Vor diesem rechtlichen Hintergrund verwirrt es, wenn in dem Gesetz untergeordneten Anwendungserlass in einem Unterpunkt angeblich dazu eine komplett entgegengesetzte Meinung vertreten wird.

Der Umsatzsteuer-Anwendungserlass vom 1. Oktober 2010, BStBl I S. 846 (Stand zum 31. Dezember 2013) führt auf Seite 259 aus:

Einrichtungen von klinischen Chemikern und Laborärzten

(8) Klinische Chemiker sind Personen, die den von der Deutschen Gesellschaft für Klinische Chemie e. V. entwickelten Ausbildungsgang mit Erfolg beendet haben und dies durch die von der genannten Gesellschaft ausgesprochene Anerkennung nachweisen.

(9)1 Leistungen klinischer Chemiker beruhen, wie auch Leistungen von Laborärzten, nicht auf einem persönlichen Vertrauensverhältnis zu den Patienten.

(9)2 Eine Steuerbefreiung kommt deshalb insbesondere nur nach § 4 Nr. 14 Buchstabe b Satz 2 Doppelbuchstabe bb oder cc UStG in Betracht, sofern die Leistungen im Rahmen einer Heilbehandlung erbracht werden.

(9)3 Erforderlich ist damit eine Teilnahme an der ärztlichen Versorgung nach § 95 SGB V, die Anwendung der Regelungen



Bild: picture alliance / Klaus Ohlenschläger

nach § 115 SGB V, ein Vertrag oder eine Beteiligung an der Versorgung nach § 34 SGB VII.

Wenn diese Ausführungsbestimmung auf die ärztliche Heilbehandlung im Krankenhaus angewendet werden soll, so stellen sich dazu eine ganze Reihe von Hindernissen. So muss unterschieden werden, ob die durchgeführten Leistungen im Rahmen der Heilkunde erfolgen oder eine gewerbliche Untersuchung darstellen, wie zum Beispiel die Wasseruntersuchung auf Legionellen oder eine forensische Blutalkoholbestimmung zur Feststellung der Fahreignung oder die Borrelienuntersuchung in Zecken. Diese letztgenannten Leistungen, die in den meisten Krankenhauslaboren überhaupt nicht erbracht werden, sind unzweifelhaft umsatzsteuerpflichtig, unabhängig vom Ort der Erbringung.

Festgestellt werden muss im Umkehrschluss, dass die Krankenhausleistungen definitiv umsatzsteuerfrei sind. Das Umsatzsteuergesetz unterscheidet auch nicht zwischen den eigenen Patienten des Krankenhauses und den Patienten anderer Krankenhäuser, den sogenannten Verbringungspatienten.

Wichtig ist, dass der Abschluss „Klinischer Chemiker“ staatlich nicht anerkannt ist und nicht zur Ausübung der Heilkunde berechtigt (vgl. MTA-Gesetz). Die in der Ausführungsbestimmung dargelegte Beschreibung ist nicht korrekt: Der Abschluss wird von der Deutschen Vereinten Gesellschaft für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin e. V. und nicht von der Deutschen Gesellschaft für Klinische Chemie e. V. vergeben und es handelt sich nicht um eine Ausbildung, sondern um eine Weiterbildung von Naturwissenschaftlern. Ein Klinischer Chemiker kann, da er nicht zur Ausübung der Heilkunde berechtigt ist, kein Vertragsverhältnis mit einem Patienten zur Heilbehandlung eingehen oder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Es ist somit keine Einrichtung vorstellbar, wo der in der Ausführungsbestimmung aufgeführte Sachverhalt zutrifft, sprich, wo ein Klinischer Chemiker ein Diagnostikzentrum leitet und seine Leistungen einem anderen Krankenhaus vertraglich anbietet.

Ganz anders ist die Situation für den Laborarzt. Die Aussage der Ausführungsbestimmungen, dass regelmäßig kein persönliches Vertrauensverhältnis mit dem Patienten vorliegen würde, geht an der Realität vorbei: Die medizinischen Leistungen des Laborarztes an vom Patienten gewonnenen Flüssigkeiten sind – ebenso wie die Leistungen des Pathologen aus vom Patienten gewonnenen Geweben oder die Leistungen eines gynäkologischen Zytologen aus vom Patienten gewonnenen Zellen – individuell auf die Diagnose und Therapieentscheidung des einzelnen Patienten abgestellt und es besteht ein unmittelbares Verhältnis zwischen dem Patienten und dem Laborarzt.

Voraussetzung dafür ist ein Studium der Humanmedizin, die Approbation und die Facharztweiterbildung, das Vorliegen einer Berufshaftpflichtversicherung und die Einhaltung der Ärztlichen Berufsordnung. Aus dieser Aufstellung ist eindeutig ersichtlich, dass ein Klinischer Chemiker (DGKL) nicht einmal ansatzweise dem Laborarzt gleichgestellt werden kann. Die Begründung mit dem Fehlen eines persönlichen Vertrauensverhältnisses ist absurd: Fast alle Proben, die vom Laborarzt untersucht werden, müssen invasiv gewonnen werden. Diese dafür notwendige Körperverletzung ist nur straffrei, weil der Patient dafür im Einzelfall eine Einwilligung gegeben hat. Eine Einwilligung zu einem ärztlichen Eingriff kann ja nur gegeben werden, wenn ein persönliches Vertrauensverhältnis besteht.

Zur medizinischen Versorgung der stationären und ambulanten Leistungen eines Krankenhauses sind Laborleistungen zwingend notwendig und sie sind völlig unzweifelhaft „ärztliche Heilbehandlungen“. Diese Leistungen können erbracht werden durch eigene Mitarbeiter des Krankenhauses, etwa durch ein Institut für Laboratoriumsmedizin, extern („Outsourcing“) durch einen Laborarzt oder ein MVZ unter Beteiligung eines Laborarztes oder einer -ärztin oder konsiliarisch durch den Laborarzt eines anderen Krankenhauses. Ein Outsourcing an einen Klinischen Chemiker als Vertragspartner ist nicht möglich. Beim Outsourcing erfolgt die Vergütung der ärztlichen Leistungen einmal durch das auftraggebende Krankenhaus sowie direkt durch die behandelten Patienten, wenn sie eine Wahlleistung erbeten haben. Alleinige Grundlage für die Rechnungsstellung mit den Patienten ist die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), Kapitel M, wobei die Rechnungen an die Patienten nach Paragraph 6a gemindert werden müssen, unabhängig davon, ob der Auftragnehmer ein Laborarzt, ein MVZ oder eine andere Klinik ist.

Dass eine Umsatzsteuerpflicht für die laborärztlichen Leistungen unlogisch ist, zeigt sich auch hier: Wenn nun anhand des Anwendungserlasses argumentiert wird, dass die Versorgung der stationären Leistungen eines anderen Krankenhauses umsatzsteuerpflichtig wäre, müssten konsequenterweise auch die privatärztlichen Leistungen für die Wahlleistungspatienten umsatzsteuerpflichtig sein und die Beihilfe müsste dann für die Heilbehandlung die Umsatzsteuer übernehmen. Dies steht allerdings im klaren Widerspruch zu den Ausführungen des Umsatzsteuergesetzes.

*Die Ausführungen gelten nur für den Klinischen Chemiker (DGKL), die Situation der Fachwissenschaftler in der Medizin wurde im Einigungsvertrag separat geregelt.

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

DKLM 2016 – Beitrag des BDL

Vom 28. bis 30. September 2016 findet in Mannheim der Deutsche Kongress der Laboratoriumsmedizin 2016 (DKLM) statt, an dem sich der BDL mit einer wachsenden Zahl von Beiträgen beteiligt.



Donnerstag, 29.9.2016, 16:00 – 17:00 Uhr

BDL / INQUAM

Unter dem Vorsitz von Lutz Zabel/Göppingen und Hans-Jörg Baum/Ludwigsburg sprechen Matthias Nauck/Greifswald zu *EFQM = Ergebnisqualität + Organisationsentwicklung* und Theresa Winter/Greifswald zu *Prozessorientiertes QM mit IQsmart*.

Freitag, 30.9.2016, 8:30 – 10:00 Uhr

BDL – Reformvorschläge zur vertragsärztlichen Laboratoriumsmedizin

Unter dem Vorsitz von Matthias Orth/Stuttgart führt Andreas Bobrowski in das Thema *BDL-Reformvorschläge* ein, die Gutachter Thomas Drabinski erläutern wird. Uli Früh/Reutlingen berichtet über die *Ergebnisse der Kostenrechnung 2013/2014*.

Freitag, 30.9.2016, 18:00 Uhr

DGKL-Mitgliederversammlung

Freitag, 30.9.2016, 10:15 – 11:00 Uhr

BDL – Festvortrag

Unter dem Vorsitz von Bernhard Wiegel/Straubing spricht Armin Nassehi/München zu *Perspektivenvielfalt der modernen Welt – eine Herausforderung auch für die Labormedizin*.

Freitag, 30.9.2016, 15:15 – 16:30 Uhr

BDL – Präanalytik

Unter dem Vorsitz von Walter Guder/München trägt Janne Cadamuro/Salzburg zum Thema *Probennahme und Transport als Fehlerquelle bei Labordiagnostischen Untersuchungen – Nationale und Europäische Empfehlungen* vor. Alexander von Meyer/Weiden ergänzt hierzu mit *Preanalytical workflow techniques and procedures with a special focus on monitoring preanalytical quality by analytical means*.

Bei IGeL rangiert Labor auf Platz vier

Im Ranking der IGeL-Angebote nehmen die Laboruntersuchungen den vierten Platz ein. Ihr Anteil an allen individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) liegt bei 11,2 Prozent. Dies geht aus einer Untersuchung des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (WIdO) für das Jahr 2015 hervor.

Platz eins nehmen Ultraschalluntersuchungen mit 24,8 Prozent und Rang zwei Glaukom-Untersuchungen mit 17,6 Prozent ein. Medikamente und Heilmittel landen auf Platz drei. Die Laborleistungen werden insbesondere Frauen und Versicherten zwischen 30 und 50 Jahren offeriert.

Neumaier führt Europa-Verband

Professor Dr. med. Michael Neumaier ist als erster Deutscher zum Vizepräsidenten der European Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (EFLM) gewählt worden. Der 58 Jahre alte Facharzt für Laboratoriumsmedizin und Klinische Chemiker ist Direktor des Instituts für Klinische Chemie an der Universität Mannheim und Ordinarius an der Universität Heidelberg.

Bis Ende 2015 war Neumaier Präsident der Deutschen Vereinigen Gesellschaft für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin (DGKL). Zum neuen EFLM-Präsidenten wurde der bisherige Vizepräsident Sverre Sandberg aus Norwegen gewählt.

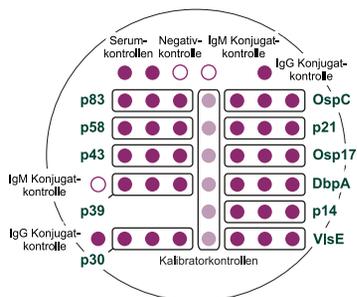
Infektionsserologische Diagnostik

mit dem

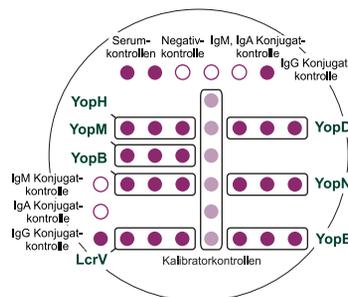
ViraChip® System

Bestätigungsdiagnostik im Microarray-Format

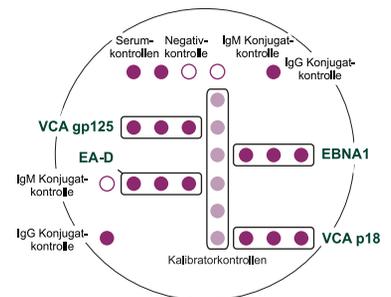
Borrelia ViraChip®



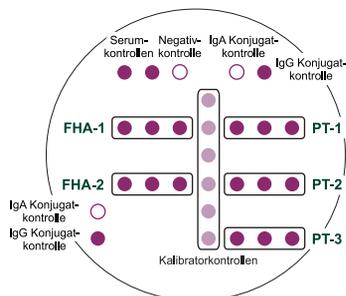
Yersinia ViraChip®



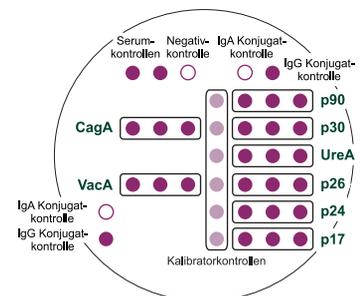
EBV ViraChip®



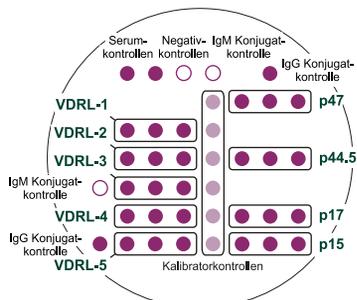
Bordetella pertussis ViraChip®



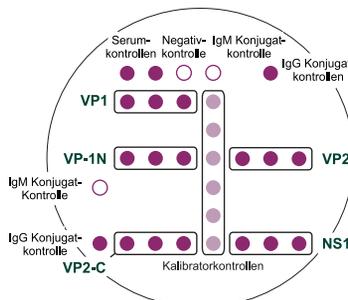
Helicobacter ViraChip®



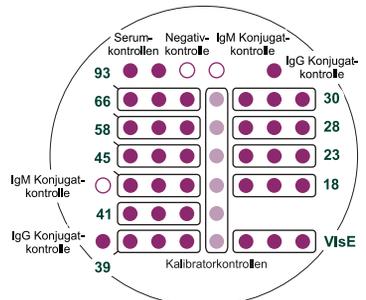
Treponema+VDRL ViraChip®



Parvovirus B19 ViraChip®



Borrelia B31 ViraChip®



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

