



Berufsverband
Deutscher
Laborärzte e. V.

BDL Aktuell
Frühjahr 2017
www.bdlev.de



Von wegen
„Weiterentwicklung Labor“

Liebe Kollegen,

die Novellierung der GOÄ hat wieder Fahrt aufgenommen und ein besonderes Thema dabei ist die „Persönliche Leistungserbringung“. Gerade bei den mehr durch den Einsatz von Technik geprägten ärztlichen Disziplinen, die in der Regel dazu auch sogenanntes Hilfspersonal einsetzen müssen, ist diese persönliche Leistungserbringung dem Patienten oft schwierig zu vermitteln. Dazu kommt, dass mit der Beziehbarkeit von Leistungen in der Laborgemeinschaft im MII-Labor die „Persönliche Leistungserbringung“ teilweise ausgehöhlt wurde, und es ist nicht überraschend, dass aktuell über die Ausweitung der Beziehbarkeit nachgedacht wird. Wenn dann noch Juristen sich damit beschäftigen, kann es zu ungewöhnlichen Interpretationen über den Inhalt der persönlichen Leistungserbringung kommen.

Die Folgen der Erweiterung der Beziehbarkeit wären evident: Unser interessantes und wichtiges Fach würde nur zum Datenlieferanten degradiert und die Gesetze der Marktwirtschaft führten letztlich dazu, dass nur noch ein oder zwei große Labore Laborleistungen industriell anbieten.

Was wir dagegen tun können: Wir sind gefordert, das ärztlich geprägte Labor weiterzuentwickeln. Dazu gehören neben Selbstverständlichkeiten wie Qualität und Servicebereitschaft die Stärkung der medizinischen Kompetenz sowie ein klares Bekenntnis zum ärztlichen Berufsbild. Als Freiberufler dürfen wir unsere Tätigkeit nicht unbegrenzt erweitern, da wir sonst als Gewerbe betrachtet würden. Auch müssen wir aufpassen, nicht durch die exzessive Beschäftigung externer Dienstleister den Status des

Freiberuflers zu verlieren. Ein Gedanke dazu wäre eine Beschränkung in der Zahl der Befunde, die ein Arzt pro Tag erstellen darf, ähnlich der Regelung in der Mikrobiologie in Frankreich, oder auch eine kleinteiligere Bedarfsplanung mit einer Erhöhung der Laborarztzahlen.

Ein anderes wichtiges Thema in diesem Kontext ist der Einsatz von IT. Auf der einen Seite wird hier vonseiten der Politik Druck aufgebaut, um E-Health schnellstmöglich umzusetzen. Auf der anderen Seite besteht die Gefahr, dass durch die Übermacht von IT-Firmen hier der unbestritten notwendige besondere Schutz medizinischer Daten ausgehöhlt wird. So hat die Techniker Krankenkasse kürzlich IBM mit der elektronischen Datenspeicherung ihrer Patientendaten beauftragt.

Es wäre naiv anzunehmen, dass eine Firma, die ein immenses Forschungsprogramm zur Auswertung von patientenbezogenen Gesundheitsdaten betreibt, diese deutschen Patientendaten nicht auswertet. Wir Laborärzte sollten hier auch sehr wachsam bleiben und schon jetzt bei allen Einsätzen von fremden IT-Technikern an unseren Systemen auf die Besonderheiten der ärztlichen Datenspeicherung hinweisen. Es ist zu hoffen, dass wir so die langsame Erosion des Datenschutzes vermeiden können.

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



Impressum

Berufsverband Deutscher Laborärzte e. V.

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

Verantwortlich im Sinne des Presserechts

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

Herstellung und Gestaltung

Trillium GmbH Medizinischer Fachverlag, Grafrath
www.trillium.de

Inhalt

- S. 2: Editorial
- S. 3: „Weiterentwicklung Labor“: Versorgung in Gefahr
- S. 5: Neue IVD-Verordnung tritt in Kraft
- S. 6: Digitale Laboranforderung
- S. 7: Terminankündigungen
VDGH-Diagnostica-Forum
Darmkrebsvorsorge: iFOBT nun Kassenleistung
Neue Mitglieder
- S. 8: Erster TestIdent-Workshop in Berlin
- S. 9: KBV-VV: Teamarbeit versprochen
- S. 11: BDL-Umzug – Abschied nach 25 Jahren

Titelfoto: angellodeco/Shutterstock.com

„Weiterentwicklung Labor“

Versorgung in Gefahr: Der aktuelle Beratungsstand

Noch auf der letzten Sitzung der alten KBV-Vertreterversammlung wurde das als „Weiterentwicklung Labor“ bezeichnete Konzept, das eine neunköpfige Arbeitsgruppe aus KV-Vorständen erarbeitet hatte, im Schnelldurchgang verabschiedet. Schon damals war klar, dass es sich hierbei nicht etwa um größere Korrekturmaßnahmen im Laborkapitel, sondern um eine echte Laborreform handelt, vergleichbar mit den Einschnitten und Auswirkungen wie bei der letzten großen Reform 1999.

Obwohl ich in meinen Redebeiträgen auf der Dezember-Sitzung der KBV letzten Jahres auf die fehlende Datenlage und die damit verbundene Unmöglichkeit einer Risikoabschätzung für die laboratoriumsmedizinische Versorgung in Deutschland mehr als deutlich hingewiesen hatte, wurde der Beschlussantrag zu „Reform“ mit großer Mehrheit bei nur wenigen Gegenstimmen verabschiedet.

Nachdem sich die Gremien in den Regional-KVen aber jetzt mit den Details der Veränderungsvorschläge beschäftigt haben, wird den Beteiligten langsam klar, wie hoch komplex und kaum kalkulierbar die beabsichtigten Abänderungen der aktuellen Abrechnungsbestimmungen auf dem Laborsektor sind. Dies gilt umso mehr, als die Reformvorschläge der Arbeitsgruppe an zahlreichen Stellen im EBM aber auch in den HVM-Maßstäben der einzelnen KVen Veränderungen mit weitreichenden Auswirkungen vorsehen.

Schon jetzt zeigt sich, dass das gleichzeitige Drehen an so vielen unterschiedlichen Honorarstellschrauben unkalkulierbare Risiken sowohl für die Fachärzte für Laboratoriumsmedizin als auch für die von ihnen ambulant versorgten Patienten darstellt. Soweit es sich aus dem momentan vorhandenen Stand ableiten lässt, betreffen die Reformvorschläge zwei Bereiche innerhalb der Laborvergütung.

1. Neuformulierung der EBM-Bestimmung zur Berechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus und der damit verbundenen Neustrukturierung der Kennnummernsystematik: Dieser Teil muss im Bewertungsausschuss mit dem Spitzenverband der Kassen konsentiert werden, da er ohne deren definitive Zustimmung nicht in Kraft treten kann.

2. Neuordnung des Grundbetrages Labor und Vorwegabzug innerhalb der MGV: Diese Vorschläge betreffen lediglich die Honorarverteilungsstrukturen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und fallen deshalb in die Kompetenzen der KBV beziehungsweise der Landes-KVen.

Hierzu müssen der GKV-Spitzenverband und die kassenseitigen Verhandlungspartner auf Landesebene lediglich ins Benehmen gesetzt werden, ohne dass sie den Regelungen explizit zustimmen müssen.

Neuformulierung Wirtschaftlichkeitsbonus und Kennnummern

Die bisher für die Berechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus geltenden arztgruppenbezogenen Fallzahlen für die Kosten der Leistung des Labor-Kapitels werden durch bundeseinheitliche Wirtschaftlichkeitsgrenzen ersetzt. Innerhalb dieser Grenzen erfolgt zukünftig die individuelle Vergütung des Wirtschaftlichkeitsbonus je Arztpraxis in Abhängigkeit der in Arztpraxen individuell abgerechneten Kosten für Laboratoriumsuntersuchungen. Die Unterschiede nach Allgemein- und Spezial-Labor entfallen dabei genauso wie die Aufteilung nach Allgemein-Versicherten und Rentnern. Zukünftig werden Fallwert-Quartile gebildet, wobei die Quote für den Bonus zwischen 1,0 (1. Quartil vollständige Auszahlung) und 0,0 (4. Quartil keine Auszahlung) liegt. Dazwischen erfolgt eine teilweise Ausschüttung des Wirtschaftlichkeitsbonus in Abhängigkeit von den arztindividuellen abgerechneten Laborkosten. Diese Kosten setzen sich aus bezogenen (Laborgemeinschaft), überwiesenen (Facharzt) und eigenerbrachten Leistungen zusammen.

Die angedachte Neustrukturierung der Kennnummern bedeutet, dass zukünftig jeder Kennnummer ein Katalog von Gebührenziffern zugeordnet wird, die von der veranlasserbezogenen Vergütung des Wirtschaftlichkeitsbonus wie oben beschrieben ausgenommen werden. Außerdem sollen die Legendierungen der einzelnen Kennziffern insoweit verändert werden, dass zukünftig vor allem die laboratoriumsmedizinische Therapiebegleitung und nicht so sehr die Diagnostikfindung unterstützt wird.

Von den bisher bekannt gewordenen Vorschlägen zu den neuen Ziffernkränzen, soll hier auf die Kennziffer 32022 „Manifeste Diabetes mellitus“ eingegangen werden. Da bisher der gesamte Krankheitsfall befreit wurde, konnten unter der Kennnummer 32022 mehr als 500 unterschiedliche Ziffern bei diesen multimorbiden Patienten abgerechnet werden. Diese Zahl wird zukünftig auf lediglich fünf Gebührenpositionen begrenzt, die ausschließlich nur die diabetischen Grunderkrankungen (Glukose [Praxislabor], Glukose [Überweisung oder LG], Kreatinin, HbA1c; Albumin im Urin) betreffen. Inwieweit dies zu einem deutlichen Rückgang laboratoriumsmedizinischer Anforderungen führen wird, lässt sich erst abschätzen, wenn neben den neuen Ziffernkränzen auch die untere und obere Fallwertgrenze sowie die Bewertungshöhe des Wirtschaftlichkeitsbonus bekanntgegeben werden.

Je nachdem wie diese Beträge ausfallen, wird es zu einem mehr oder weniger starken Rückgang in der Anforderung laboratoriumsmedizinischer Leistungen kommen, sodass schon jetzt der Patient als einer der Verlierer der Laborreform 2017 feststeht. Wie 1999 wird eine rein monetär verursachte Reduktion von Laboruntersuchungen auch immer eine Verzögerung der Diagnosefindung und schlechtere Therapiekontrolle nach sich ziehen. Damit wurde wieder einmal die Chance vertan, wie vom BDL vorgeschlagen, den Wirtschaftlichkeitsbonus nicht „weiterzuentwickeln“, sondern in einen „Qualitätsbonus“ umzuwandeln.

Die in der wissenschaftlichen Studie von Dr. Thomas Drabinski gemachten Vorschläge (Steigerung der Probenqualität, Strukturqualität und Indikationsqualität, etc.) wurden leider nicht von der KBV aufgegriffen. Hier wäre ein echter Neuanfang zum Wohle der Patienten möglich gewesen.

Neuordnung des Grundbetrages Labor

Neben den EBM-Regelungen zur Auszahlung des Wirtschaftlichkeitsbonus soll außerdem ab 1. Juli 2017 der Grundbetrag „Labor“ im Vorwegabzug neu aufgeteilt werden.

An der Frage, wer die Stützungszahlungen bei ständig zunehmenden Fallzahlen im Labor zu begleichen hat, war in der Vergangenheit immer wieder der Hausarzt-Facharzt-Konflikt aufgeflammt. In den beabsichtigten Neuregelungen soll hier eine gewisse Entspannung zulasten der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin und anderer aus dem Vorwegabzug vergüteter Arztgruppen vorgenommen werden. Zukünftig sollen nur noch die veranlassten Laborleistungen (Anforderungsmuster 10) sowie der Wirtschaftlichkeitsbonus aus dem Vorwegabzug vergütet werden.

Die eigenerbrachten Leistungen (Abschnitt 32.2 und 32.3) sowie die Untersuchungen, die in den Laborgemeinschaften durchge-

führt werden (Anforderungsmuster 10a) sollen zukünftig je nach abrechnendem Arzt aus dem haus- beziehungsweise fachärztlichen Grundbetrag vergütet werden. Die Labor-Grundpauschale (GOP 12210 und 12220) soll entsprechend der Zugehörigkeit der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin im fachärztlichen Bereich aus diesem Grundbetrag vergütet werden.

Gleichzeitig sollen alle bisher gültigen bundesweiten Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung für das Kapitel 32 entfallen. Damit wird es zukünftig weder eine bundesweit gültige Mindestquote noch eine Vorgabe zur besseren Vergütung der Laborgrundpauschalen geben. Auch die Vorgaben zur Vergütung des Wirtschaftlichkeitsbonus, die Privilegierung des Praxislabors sowie bundesweit geltende Budgets für Nicht-Laborärzte sollen entfallen.

Die Kompetenz zur Festlegung der Vergütung für laboratoriumsmedizinische Leistungen des Kapitels 32 soll stattdessen ab 1. Juli 2017 ausschließlich in den Händen der Landes-KVen liegen und damit Teil der regionalen HVM-Regelungen werden. Wegen der unterschiedlichen Erbringungsdichte von laboratoriumsmedizinischen Leistungen in den einzelnen KV-Bezirken besteht bei der Regionalisierung der Vergütung jedoch die große Gefahr, ein Wiederaufflammen des Proben-tourismus in diejenigen KVen, die die höchsten Laborquotenauszahlungen vorweisen, zu fördern. Auch die Abkehr vom Hausarzt-Facharzt-Trennungsfaktor für mögliche Stützung des Laborbereichs hin zum Verursacherprinzip aus dem jeweiligen Versorgungsbereich werden den Hausarzt-Facharzt-Konflikt eher anfeuern, denn entschärfen.

Ob die ebenfalls beschlossene einheitliche Fremdkassenzahlungsausgleichsquote (FKZ-Quote) von 90 Prozent dies verhindern wird, bleibt mehr als fraglich. Zu groß wird die Verlockung gerade derjenigen KVen mit einem hohen Anteil an Fremdkassen-Patienten im Laborbereich sein, die Quote abzusenken, um zusätzliche Mittel aus der höher liegenden FKZ-Quote zu generieren und diese zum Stopfen von anderen Honorarlöchern zu benutzen. Auch dieser Teil der „Laborreform 2017“ enthält somit zahlreiche Möglichkeiten, Mittel aus dem Laborbereich zu anderen Haus- und Facharztgruppen zu verschieben, was zusammen mit den o. b. EBM-Veränderungen in Summe zu einer Katastrophe für die laboratoriumsmedizinische Versorgung in Deutschland vergleichbar mit der Situation im Jahre 1999 führen kann.

Aus Sicht des BDL sind deshalb die einzig zielführenden Lösungen der Mengenproblematik im Labor die Überführung des Überweisungslabors in den extrabudgetären Bereich und begleitende Maßnahmen zur Förderung der Indikationsqualität. Nur so kann eine bundesweit nachvollziehbare und transparente Abrechnung und Honorierung von Laborleistungen mit einem

funktionierenden Clearing umgesetzt werden. Darüber hinaus würde sich der Labor-FKZ deutlich vereinfachen, und in den Verhandlungen mit den Kassen könnten Versorgungsdefizite auf dem Laborsektor unmittelbar sichtbar werden. Die wissenschaftliche Herleitung zur Stützung dieser Forderung wurde im letzten Jahr in den „Reformoptionen der vertragsärztlichen Labormedizin“ durch Dr. Thomas Drabinski vom Institut für Mikrodaten-Analyse (IfMDA) veröffentlicht.

Der Vorstand des BDL wird sich mit der Unterstützung seiner Mitglieder und insbesondere der Landesvorsitzenden dafür einsetzen, dass sich die Vergütungsregelungen im Laborbereich nicht wieder zu einem Verschiebebahnhof für Honorare in andere Versorgungsbereiche entwickeln. Als systemrelevantes Fach dürfen der Labormedizin in Deutschland auf keinen Fall die notwendigen Mittel entzogen werden, da dies die gesamte ambulante Versorgung insbesondere aber auch in den ländlichen Bereichen in Gefahr bringen würde. Dasselbe gilt auch für jeglichen Preisverfall und das regionale Auseinanderdriften der Vergütung für Laboratoriumsleistungen.

Um diese Gefahren von unserem Fach abzuhalten, benötigt der Berufsverband die Unterstützung und die Solidarität aller Fachärzte für Laboratoriumsmedizin sowie sämtlicher im Labor tätigen ärztlich-diagnostischen Kolleginnen und Kollegen.

*Dr. Andreas Bobrowski
1. Vorsitzender*



Bobrowski einziger Laborarzt der VV

Dr. Andreas Bobrowski ist weiterhin der einzige Arzt, der die Laborärzteschaft in der Vertreterversammlung (VV) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vertritt. Bobrowski wird im beratenden Fachausschuss Fachärzte für die nächsten sechs Jahre die Laboratoriumsmedizin und die übrigen medizinisch diagnostischen Fächer auf Bundesebene vertreten. Damit ist sichergestellt, dass die berechtigten Interessen der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin in der neuen Legislatur der KBV nicht nur in der VV, sondern auch in den entscheidenden Ausschüssen gewahrt werden können.

Der BDL-Vorsitzende war Mitte Januar von der Vertreterversammlung der KV Schleswig-Holstein für weitere sechs Jahre als Delegierter für die KBV-VV bestätigt worden. In der KV Schleswig-Holstein führt Bobrowski ebenfalls den Fachausschuss Fachärzte.

Neue IVD-Verordnung tritt in Kraft

Hersteller von In-vitro-Diagnostika (IVD) stehen 2017 vor neuen Herausforderungen. Im Frühsommer tritt eine neue EU-Verordnung in Kraft, über die rund vier Jahre lang in Brüssel verhandelt wurde. Sie löst die IVD-Richtlinie 98/79/EG ab, die von einzelnen Reagenzprodukten und Kalibriermaterialien über Kits bis hin zu Großgeräten oder Systemen alle für die In-vitro-Untersuchung eingesetzten (Human-)Medizinprodukte reguliert.

Kernstück der neuen IVD-Verordnung ist ein risikobasiertes System der Produktklassifizierung, das die Anforderungen an die Zulassung und Marktüberwachung von IVD europaweit vereinheitlicht und verschärft. Unterschieden werden künftig vier Produktklassen von A (unkritisch) bis D (hoch-kritisch).

Bereits in Klasse A müssen Hersteller ein Qualitätssicherungssystem (QS) implementieren, sofern spezifische Anforderungen an die Sterilität des IVD bestehen. Ein vollständig umgesetztes QS-System erlaubt ihnen eine selbständige Konformitätsbewertung. Insbesondere Klasse-D-Produkte erfordern jedoch den Einbezug umfangreicher externer Prüfungen und Expertise. Verschärfte Regeln zur Validierung schließen auch den „Post-Market Performance Follow-up“ ein. Und auch die Anforderungen an die Softwareentwicklung wurden umfangreich konkretisiert. Dies betrifft die Entwicklung und Testung, das Risikomanagement, die Laufzeitumgebung und Interoperabilität sowie die Dokumentation.

Allgemein wird erwartet, dass die neue Verordnung zu einer Verteuerung der nunmehr strenger regulierten Produkte führen wird. Einzelne Diagnostika könnten vom Markt genommen werden, da sie nicht mehr rentabel produziert werden können. Zugleich erhofft sich die Industrie mehr Rechtssicherheit für die Produktentwicklung und Markteinführung im EU-Binnenmarkt. In der Folge könnten weitere ausländische Produzenten in den deutschen Markt eintreten. Die Hersteller konnten in ihren Verhandlungen mit der Europäischen Kommission eine Übergangsfrist von fünf Jahren bis zur vollständigen Implementierung des komplexen, gut 300 Seiten starken neuen Regelwerks durchsetzen.



*Jens Philipp Michalke
Repräsentant des BDL in Berlin*

Digitale Laboranforderung

Quantensprung für die Kommunikation

Zum 1. Juli 2017 ist es soweit: In der vertragsärztlichen Versorgung werden digitale Vordrucke für die Beauftragung von Laborleistungen eingeführt. Ab diesem Zeitpunkt können die Vertragsärzte zwischen drei Möglichkeiten entscheiden: konventionelle Bedruckung, Blankoformularbedruckung (Muster s. Abb.) oder vollelektronische Beauftragung. Bei letzterem wird der Vordruck nach der digitalen Erstellung zudem elektronisch übermittelt sowie empfangen. Digitale Muster können ab Juli 2017 freiwillig verwendet werden, bringen aber allen Beteiligten viele Vorteile.

Für Ärzte liegt der Vorteil darin, dass sie Laboranforderungen komplett digital erfassen, mit einer qualifizierten elektronischen Signatur mittels des elektronischen Heilberufsausweises (eHBA) versehen und dann sofort über ihre Praxisverwaltungssoftware an ein medizinisches Laborium übermitteln können. Gewiss muss dazu der Workflow in der Arztpraxis angepasst werden. Die Arbeit wird aber dadurch deutlich effizienter. Die digitalen Vordrucke können maschinell und damit ohne Medienbruch verarbeitet werden.

Auch seitens der Laboratorien erhöht sich die Effizienz. Bislang wurden die Auftragsdaten sehr aufwendig mittels OCR-Technologie und manueller Nachbearbeitung im Laboratorium erfasst. Dabei kam es neben möglichen Fehlern bei der eigentlichen Datenerfassung oft schon vorher zu Problemen durch unleserliche handschriftlich ausgefüllte Anforderungen oder grenzwertige Qualität bei einer Bedruckung der Muster. All das konnte zu mangelhaften Daten führen. Nötige Rückfragen bzw. Fehlerquellen entfallen bei einer digitalen Erstellung und Übermittlung.

Weiterhin spielt die Sicherheit bei der digitalen Übermittlung der digitalen Vordrucke eine sehr große Rolle. Es handelt sich dabei ja um besonders schützenswerte Sozialdaten. Laut der „Anlage 2b des BMV-Ä“, die zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband verhandelt wurde (<http://www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php>), werden an die Übermittlung von digitalen Vordrucken folgende Anforderungen gestellt:

1. Der Übertragungsinhalt ist während der Übermittlung Ende-zu-Ende-verschlüsselt und die Entschlüsselung darf nur durch den intendierten Empfänger möglich sein.
2. Auf dem Übermittlungsweg wird eine elektronische Transportsignatur eingesetzt, damit der Übertragungsinhalt während der Übermittlung nicht unbemerkt verändert werden kann.

The image shows a sample of a laboratory requisition form titled "Überweisungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung". The form includes fields for patient identification (Krankennummer, Geburtsdatum, etc.), a QR code, and checkboxes for patient type (Kurativ, Präventiv, etc.) and lab instructions (e.g., "Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einleben!"). It also contains sections for diagnosis, medication, and a list of requested tests. A "Beispiel" watermark is visible across the form.

3. Für Transport-Verschlüsselung und Transport-Signatur muss ein geeignetes Verfahren, das vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) empfohlen wird, verwendet werden.
4. Meta-Informationen, die die korrekte Übermittlung ermöglichen oder steuern, zum Beispiel Informationen zu Absender und Empfänger, gelten nicht als Übertragungsinhalte nach Punkt 1.
5. Der Übermittlungsweg muss eine eindeutige Identifizierung von Absender und Empfänger gewährleisten.

Diese Punkte machen schließlich deutlich: Bei der Übertragung der digitalen Vordrucke werden hohe Anforderungen an die zu verwendenden Kommunikationsdienste gestellt.

Ein Kommunikationsdienst, der all diese Anforderungen bietet, ist beispielsweise KV-Connect. KV-Connect ist bereits in allen KVDT zertifizierten Software-Systemen für die vertragsärztliche Versorgung vorhanden.

Schließlich wird auch die Patientensicherheit auf eine neue Stufe gehoben: Von der Arztpraxis, welche die Laborleistungen anfordert, werden die originären Patientendaten an das medizinische Laboratorium komplett elektronisch und damit medienbruchfrei übertragen. Die anfordernde Praxis bekommt mit den ebenfalls elektronisch übertragenen Befunddaten die Zuordnung zu den Patientendaten, welche im Praxisverwaltungssystem vorhanden sind.

Helena Dreznjak
KV-Telematik



BDL-Terminankündigungen 2017

April 2017

22.4.: Tag des Offenen Labors (bundesweit)

23.4.: Welttag des Labors 2017

24.4.: Aktionstag Labordiagnostik (Berlin)

Mai 2017

4.5.: Pressekonferenz medizinischer Diagnostiker; die Arbeitsgemeinschaft Ärztlicher Methodenfelder (AGMF) präsentiert ihre Erwartungen an Politik und Selbstverwaltung. Mit dabei: der 1. Vorsitzende des BDL und stellvertretende Sprecher der AGMF, Dr. Andreas Bobrowski.

24.5.: Mitgliederoffene BDL-Vorstandssitzung während des Deutschen Ärztetags, Freiburg

September 2017

21.–22.9.: BDL-Herbsttagung mit Themenschwerpunkt Gebührenordnungen. Referenten: Dr. Andreas Gassen, Vorsitzender der KBV, Dr. Klaus Reinhardt, Vorsitzender des Ausschusses Gebührenordnung der BÄK, Dr. Florian Reuther, Verband der Privaten Krankenversicherer, Dr. Manfred Partsch, GKV-Spitzenverband. Über das wissenschaftliche Programm informiert der BDL seine Mitglieder frühzeitig.



VDGH-Diagnostica-Forum

Kein Spielraum für höhere Vergütungen? Dr. Manfred Partsch vom GKV-Spitzenverband ging beim VDGH-Diagnostica-Forum (17. Februar 2017) auch auf Quotierungen und Vergütungen von Laborleistungen ein. Angesichts einer jährlichen Steigerungsrate des Kostenpunktes ‚Labor insgesamt‘ um 5,4 Prozent sieht er „keinen Spielraum für höhere Vergütung von Laborleistungen.“
Foto: Henning Schacht.

Darmkrebsvorsorge

Immunologische Tests auf okkultes Blut im Stuhl zur Darmkrebsvorsorge (iFOBT) stehen ab April als Kassenleistung für Menschen über 50 zur Verfügung. Sie ersetzen die bisher üblichen Guajak-basierten Tests. KBV und GKV-Spitzenverband haben sich auf die Vergütung für die Ausgabe und Durchführung des Tests geeinigt. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) wurde entsprechend angepasst.

Wie bisher gibt der Arzt, der die Früherkennungsuntersuchung auf kolorektales Karzinom durchführt, den Stuhltest an den Patienten aus. Anders als bislang erfolgt die Auswertung des Tests allerdings nicht in dessen Praxis, sondern im Labor.

Für die Untersuchung der Stuhlprobe im Labor gibt es ab April zwei neue Gebührenordnungspunkte: die GOP01738 (Bewertung 75 Punkte, Vergütung 7,90 Euro) bei einer präventiven Untersuchung und die GOP 32457 (Bewertung 6,21 Euro) bei einer kurativen Untersuchungsindikation. In den Laborleistungen enthalten sind die Kosten für das Stuhlproben-Entnahmesystem.

Entsprechend der geänderten Früherkennungs-Richtlinie wurde der Test als Leistung des Speziallabors, die eine vorherige Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) voraussetzt, in den EBM aufgenommen. Die Durchführung des iFOBT dürfen somit nur die Ärzte vornehmen, die eine Abrechnungsgenehmigung für diese Leistung haben.

Der BDL hat die Aufnahme der neuen Tests grundsätzlich begrüßt, insbesondere, da die Laboruntersuchungen – anders als zuvor – auf das Kerngebiet des Faches begrenzt werden, also ausschließlich zur Aufgabe der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin werden. Allerdings zeigte sich der BDL-Vorsitzende Dr. Andreas Bobrowski über die Honorierung enttäuscht: In einem Gespräch mit der „Ärzte Zeitung“ bedauerte er, dass das Honorar im Vergleich zu dem bayerischen Modellprojekt „sehr knapp kalkuliert“ sei. Gewinne würden Laborärzte mit dem Test sicher nicht machen. Dafür, dass der Staat diese Präventionsmaßnahme einführe, „wäre es eigentlich angemessen, den Arzt nicht im Grenzkostenbereich zu vergüten“.

red

Der BDL begrüßt seine neuen Mitglieder:

Dr. med. Marc Becker, 81671 München
 Dr. med. Fred Buchwald, 92637 Weiden
 Dr. med. Richard Mauerer, 92637 Weiden
 Dr. med. Alexander von Meyer, 92637 Weiden
 Dr. med. Christian Wolter, 85586 Poing
 Dr. med. Mark Georg Wylenzek, 71065 Sindelfingen

Labor-IT

Erster TestIdent-Workshop in Berlin

Rund 40 Teilnehmer aus den Bereichen Labor-IT und Laborärzteschaft waren Anfang Februar zum ersten Workshop ins BDL-Hauptstadtbüro gekommen, der der Entwicklung eines gemeinsamen und einheitlichen TestIdent-Verfahrens dienen sollte. Ein solches Verfahren wird für die Feldkennung 8410 des

LDT 3.0 und das bundeseinheitliche Leistungsverzeichnis 1LV gefordert. Es soll einheitlich für

Arztinformationssystem (AIS), Order Entry oder Laborinformationssystem (LIS) gelten und menschenlesbar sein sowie die wichtigsten Attribute der angeforderten Untersuchung transportieren. Bisherige Laborinformationssysteme sollen auf diesen einheitlichen Testident-Verfahren aufsetzen können.

Konsentiert wurde allseits die zwingende Hoheit und Verantwortung der Laborärzteschaft über das anforderbare Analysenspektrum einschließlich präanalytischer Rahmenbedingungen. Es wird keine Steuerung durch Softwarehersteller oder Selbstverwaltung akzeptiert. Dazu sollen die anwesenden Fachorganisationen und Verbände eine enge und konstruktive Zusammenarbeit anstreben und ihre Interessen auch auf politischer Ebene durchsetzen. Sektorengrenzen sollen dabei überwunden werden, da eine Vereinheitlichung allen Beteiligten gleichermaßen zugute kommt.

Konsens war auch, dass die Auswahl der laborärztlichen Auftragsmöglichkeiten von jedem Laboratorium individuell zu verantworten ist und sich dies bestmöglich über individuelle Order-Entry-Systeme oder ähnliche Auftragsverfahren realisieren lässt. Im Zuge der Einführung des elektronischen Überweisungsverfahrens „Digitales Muster 10“ ist davon auszugehen, dass der Order-Entry-Auftragsweg zukünftig einen wachsenden Anteil einnehmen wird.

Konsentiert wurde zudem, dass der bisherigen Testident 8410 unterteilt werden muss in Auftrags-Ident und Befund-Ident. (Hinweis: Im LDT 3.0 wurden dafür schon die passenden Feldken-



Einheitlichkeit angestrebt: Rund 40 Teilnehmer waren Anfang Februar zum ersten Workshop ins BDL-Hauptstadtbüro gekommen.

nungen – 7365 und 7366 sowie 7363 – eingeführt. Diese können nur vorerst nicht immer bedient werden, sofern referenzierbare Kataloge keine Anwendung finden.)

Im Rahmen der Veranstaltung wurde nur der Befund-Ident betrachtet. Der Anforderungs-Ident ist einer zweiten Runde vorbehalten.

Der Befund-Ident soll in jedem Fall mit dem LOINC, dem

Logical Observation Identifiers Names and Codes zur eindeutigen Verschlüsselung von medizinischen Untersuchungen, verknüpft, aber um zusätzliche Attribute ergänzt werden, die im LOINC nicht abbildbar sind. Hingewiesen wurde auf die Notwendigkeit, Deutschland wieder als LOINC-User-Land zu etablieren.

Dies bedeutet aus Sicht der Labormedizin, dass unter Berücksichtigung der bisherigen Entwicklungen in Österreich (ELGA) und der Schweiz sowie der deutschen Version von LOINC beim DIMDI noch fehlende Verfahrenselemente (Kürzel) zu beantragen sind, um eine eindeutige Zuordnung der LOINC-Schlüssel zu erlauben.

Das LOINC muss allerdings ergänzt werden um die Angaben zur Analysenmethode einschließlich Gerät und Hersteller, damit die Vergleichbarkeit der Ergebnisse als Langzeitbetrachtung in den Arzt-Praxis-Systemen der Zuweiser gewährleistet ist.

Im nächsten Schritt hat eine kleine Arbeitsgruppe einen fachlich fundierten Vorschlag für 100 bis 150 häufige Untersuchungen erarbeitet, der dann der gesamten Arbeitsgruppe 1LV vorgestellt werden soll – dies unter Einbezug sämtlicher Sparten der Labormedizin.



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

KBV-Vertreterversammlung

Teamarbeit versprochen

Die Zeit interner Querelen an der Spitze der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sind offensichtlich vorbei. Auf ihrer konstituierenden Sitzung hat die Vertreterversammlung (VV) die Weichen in Richtung Harmonie gestellt. Sowohl der neue Vorstand von VV wie der KBV betonten ihren Willen zur Teamarbeit.

Nach Abschluss sämtlicher Vorstandswahlen in den Landes-KVen trat am 2. und 3. März 2017 die KBV-Vertreterversammlung (VV) zu ihrer konstituierenden Sitzung zusammen. Schon im Vorfeld dieser Wahlveranstaltung hatte man sich im Gegensatz zu den letzten KBV-Wahlen auf einen gemeinsamen Wahlvorschlag für den zukünftigen KBV-Vorstand der 15. Amtsperiode geeinigt. Allen Beteiligten war dabei klar, dass die Streitereien und die daraus resultierende Plan- und Führungslosigkeit an der KBV-Spitze sich nicht wiederholen dürfen.

Nur mit Mühe konnte in dem vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) auf den Weg gebrachten GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz eine weitgehende Fachaufsicht des Ministeriums über die KBV verhindert werden. Trotzdem greifen zahlreiche Vorgaben, wie die Installation eines dauerhaft Entsandten für besondere Angelegenheiten des BMG, weitgehende haushaltsrechtliche Kontrollmöglichkeiten sowie die Anordnung eines dritten Vorstandsmitglieds weit in die Kompetenzen der KBV-VV ein.

Dennoch liegt es jetzt in den Händen der KBV-VV sowie des von ihr gewählten und überwachten Vorstandes, durch eine nachhaltige und in der Sache orientierte Arbeit sich wieder als Gesprächspartner für die Politik zu empfehlen. So ist es auch nicht verwunderlich, dass sämtliche Redner auf der zweitägigen Sitzung immer wieder die Einheit der Vertragsärzteschaft sowie deren Repräsentanten beschworen. Keiner der 60 Mitglieder der KBV kann ein Interesse haben – und auch diese Tatsache wurde immer wieder betont – den Hausarzt-/Facharztkonflikt, aber auch Differenzen zwischen den einzelnen KVen (Falk-KVen versus Nichtfalk-KVen), weiterhin aufrechtzuerhalten.

Um dies auch nicht nur gegenüber der Ärzteschaft, sondern auch der Politik deutlich zu machen, gab es schon bei den Wahlen zu den Vorsitzenden der Vertreterversammlung für die drei zu besetzenden Positionen jeweils keine Gegenkandidaten. Gewählt wurde jeweils mit großer Stimmenmehrheit:

- zur Vorsitzenden der KBV-Vertreterversammlung Dr. Petra Reis-Berkowicz, Allgemeinmedizinerin aus Gefrees, die ebenfalls Vorsitzende der Vertreterversammlung in Bayern ist;
- zur stellvertretenden Vorsitzenden der KBV-VV wurde die Dipl.-Psychologin Barbara Lubisch aus Aachen gewählt, die derzeit noch Vorsitzende des Berufsverbandes der Psychotherapeuten ist;
- zum zweiten Stellvertreter wurde Dr. Rolf Englisch gewählt, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe aus Bielefeld und Landesvorsitzender der Frauenärzte in Westfalen-Lippe. In ihren kurzen Statements versicherte das gewählte Führungstrio der KBV-VV, in der nächsten Legislaturperiode die Versammlung nicht nur konstruktiv und solidarisch zu leiten, sondern auch ihre Kontrollfunktion gegenüber dem Vorstand transparent und konstruktiv auszuüben.

Der öffentliche Teil des ersten Sitzungstages schloss dann mit dem Bericht zur Lage durch den noch amtierenden Vorstandsvorsitzenden Dr. Andreas Gassen. Mit seinem Bericht ging er zuerst auf die intensive Aufarbeitung der Fragen um die Immobilien der KBV, die Vorstandsdienstverträge ehemaliger Vorstände sowie den anhängigen gerichtlichen Klärungsprozess ein.

Alle drei Problemkreise haben einen Verhandlungsstand erreicht, der in der neuen Legislatur für das operative Geschäft der KBV keine Belastung mehr darstellen sollte. Trotz des Dauerstreits an der KBV-Spitze gibt es aus der zurückliegenden Legislaturperiode auch Positives zu berichten. So konnten Maßnahmen zur Notfallversorgung, neue Regelungen zur Bedarfsplanung, die Förderung der ambulanten Weiterbildung und sektorübergreifende Qualitätssicherung zusammen mit der Abschaffung der Richtgrößenprüfung erfolgreich abgeschlossen werden. Auch die von der Bundesebene aus erzielten Honorarzuwächse 2014 bis 2016 können sich sehen lassen. Innerhalb von drei Jahren stieg die Gesamtvergütung um 8 Prozent auf jetzt aktuell 35,2 Milliarden Euro.

Auch bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens gibt es Fortschritte, die allerdings, wie beim Medikamentenplan gesehen, mit deutlichen finanziellen Belastungen der Vertragsärzte einhergehen. Zukünftig sollen technische Neuerungen, die ausschließlich der Versorgung der Patienten dienen, auch durch eine ausreichende Gegenfinanzierung durch die Kostenträger mitgetragen werden.

Im Hinblick auf die Zukunft der ambulanten fachärztlichen Versorgung erhob der KBV-Vorsitzende mahnende Worte, da die von der Politik stetig vorangetriebene Öffnung des Kliniksektors keine echte Kooperation darstellt, sondern vor allen Dingen auf Kosten der Facharztqualität in der Versorgung geht, und einem transparenten und qualitätsgesicherten Leistungsgeschehen zum Wohle der Patienten entgegensteht.

Eine echte Antwort auf die dringenden Probleme im deutschen Gesundheitswesen stellt dagegen das Konzept „KBV 2020“ dar, auf das Dr. Gassen am Ende seines Berichtes nochmals einging. Zentrale Themen dieses Konzeptes, mit dem sich die KBV auch in den Bundestagswahlkampf einmischen möchte, sind

- die stärkere Kooperation von ambulantem und stationärem Sektor (Stärkung des Belegarztwesens);
- die bessere Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen (NÄPA);
- das Vorantreiben einer Digitalisierung der Versorgung;
- die koordinierte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, die bei der Eigenverantwortung der Patienten ansetzt.

Auch Dr. Gassen schloss seine Rede mit einem dringenden Appell an die innere Solidarität der Vertragsärzteschaft, ohne die ein Neuanfang nicht möglich sein dürfte.

Der Höhepunkt am zweiten Tag der konstituierenden Sitzung war dann die Wahl des neuen KBV-Vorstandes für die Legislatur 2017 bis 2023.

Auch hier gab es bereits einen mit allen relevanten Gruppen konsentierten Besetzungsvorschlag, sodass in den einzelnen durchgeführten Wahlgängen jeweils nur ein Kandidat zur Verfügung stand.

Der Vorstandsvorsitzende der KBV wird auch für die nächsten sechs Jahre **Dr. Andreas Gassen**, Facharzt für Orthopädie aus Düsseldorf, sein. An seiner Seite steht der Vertreter der Hausärzte, der erste stellvertretende Vorstandsvorsitzende, **Dr. Stephan Hofmeister**, Allgemeinarzt aus Hamburg, der bisher Vizevorstand der KV Hamburg war. Als drittes Vorstandsmitglied wurde **Dr. Thomas Kriedel**, Dipl.-Volkswirt, gewählt, der Hauptgeschäftsführer und anschließend Vorstandsmitglied



KBV-Führungstrio (v. l.): Dr. Thomas Kriedel, Dr. Andreas Gassen, Dr. Stephan Hofmeister. Foto: KBV/Lopata/axentis.de.

der KV Westfalen-Lippe war. Schwerpunktmäßig wird er sich mit den Themen Personalcontrolling und IT beschäftigen.

Der neue Vorstand wirkte auch bei seinem ersten gemeinsamen Auftritt sehr homogen, sodass die Hoffnung besteht, dass der von Dr. Gassen beschworene Neuanfang wirklich gelingen kann.

Der Wahlreigen dieser konstituierenden Sitzung wurde dann mit den Blockwahlen zu den beratenden Fachausschüssen für hausärztliche, fachärztliche und psychotherapeutische Versorgung abgeschlossen. Besonders erfreulich ist es aus Sicht des BDL, dass Dr. Andreas Bobrowski im beratenden Fachausschuss Fachärzte für die nächsten sechs Jahre die Laboratoriumsmedizin und die übrigen medizinisch diagnostischen Fächer auf Bundesebene vertreten wird. Zusammen mit seiner Mitgliedschaft in der Fachkommission der ehrenamtlichen Mitglieder der KBV ist somit sichergestellt, dass die berechtigten Interessen der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin in der neuen Legislatur der KBV nicht nur in der VV, sondern auch in den entscheidenden Ausschüssen gewahrt werden können.

Die Beratungen schlossen mit einem nicht-öffentlichen Teil, in dem die Verabschiedung der Vorstandsgehälter, deren Höhe mittlerweile auch veröffentlicht wurde, erfolgte. Ein Jahresgehalt von über 300.000 Euro sollte jedenfalls eine Garantie dafür sein, dass sich jedes Vorstandsmitglied voll und ganz der Tätigkeit in der KBV widmet und seine ganze Arbeitskraft in die Dienste der deutschen Vertragsärzteschaft stellt.

Die nächste reguläre KBV-Vertreterversammlung findet am 22. Mai 2017 auf dem Deutschen Ärztetag in Freiburg statt.

*Dr. Andreas Bobrowski
1. Vorsitzender Berufsverband Deutscher Laborärzte
andreas.bobrowski@labor-luebeck.de*

BDL-Umzug

Abschied nach 25 Jahren

Im April ist es soweit: Die langjährige BDL-Mitarbeiterin Jutta Wehmeyer tritt in den Ruhestand und die BDL-Geschäftsstelle zieht von Düsseldorf in die Bundeshauptstadt, wo Jens Philipp Michalke bisher schon die Kontakte zur Politik pflegte. Vom Berliner Büro am Spreebogen (Alt-Moabit 96) werden künftig die Mitgliederkommunikation und -verwaltung sowie die zentralen Services organisiert. Die Buchhaltung bleibt am Rhein, wo sich Karin Schneider im Home Office auch weiterhin darum kümmern wird.

Nur ganz wenige können von sich behaupten, 25 Jahre für den BDL gewirkt zu haben. Am 1. April war es bei Jutta Wehmeyer soweit. 1992 hatte die gebürtige Düsseldorferin unter dem damaligen BDL-Vorsitzenden Dr. Helmut Adamek und dem Präsidenten der früheren Deutschen Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin Prof. Kruse-Jarres die Arbeit in der gemeinsamen Geschäftsstelle in der Witzelstraße aufgenommen. Zuvor war sie 18 Jahre lang bei der Firma Rheinmetall tätig.

Zum 1. Mai verabschieden Sie sich in den verdienten Ruhestand. Was hatte Sie damals bewogen, die Stelle beim BDL anzutreten?

Die Chance, durch eine sichere Halbtagsstelle meinen familiären und finanziellen Verpflichtungen nachkommen zu können und trotz meiner Berufstätigkeit in den Nachmittagsstunden Zeit für meine sozialen ehrenamtlichen Tätigkeiten zu haben, die mir immer sehr wichtig waren und sind.

Wie hat sich die Arbeit für den BDL in den vergangenen Jahren verändert?

Die Weiterentwicklung der elektronischen Bürokommunikation hat die Erledigung der täglichen Büroarbeiten auf jeder Ebene verändert und beschleunigt. Nachdem Rechtsanwalt Reineck als Geschäftsführer in den Ruhestand getreten ist, konnten wir unsere eigenverantwortliche Tätigkeit in der Geschäftsstelle mit dem ehrenamtlichen ärztlichen Geschäftsführer Dr. Bernhard Wiegel auf einer sehr vertrauensvollen Ebene reibungslos fortführen.



Niemals geht man so ganz: Jutta Wehmeyer (links) und Karin Schneider sind dem BDL seit über 24 Jahren verbunden.

Ihr Abschied ist auch der Abschied des BDL aus Düsseldorf. Was sollte der BDL sich aus der Düsseldorfer Zeit unbedingt für Berlin bewahren?

Die Bestrebungen, viele neue interessierte Mitglieder für die intensive berufspolitische Arbeit des Verbandes zu begeistern und so das Fortbestehen des BDL zu sichern.

Nach mehreren Umzügen innerhalb Düsseldorfs wird jetzt der Umzug nach Berlin organisiert und es ist ein gutes Gefühl zu wissen, dass Herr Michalke ab 1. Mai die Belange der Verbandsgeschäftsstelle nunmehr von Berlin aus regeln wird.

Worauf freuen Sie sich am meisten, wenn Sie an den neuen Lebensabschnitt im Ruhestand denken? Oder wird es der sprich-

wörtliche Unruhestand?

Ich werde natürlich die unkomplizierte, freundschaftliche Zusammenarbeit mit meiner Kollegin Karin Schneider vermissen. Ansonsten freue ich mich auf die Weiterführung meiner sozialen Projekte in der Nachbarschaft, einige Reisen und auf sportliche Aktivitäten, die mich fit halten sollen.

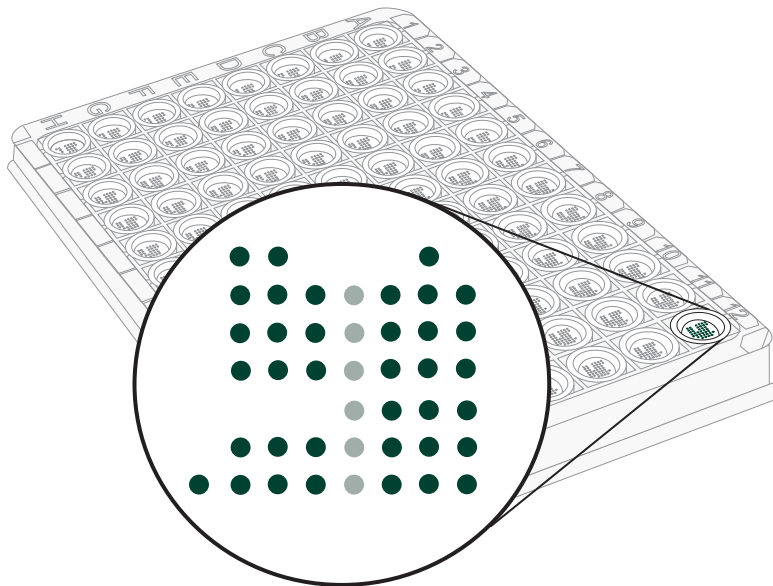
*Das Interview führte
Jens Philipp Michalke*

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

Autoimmundiagnostik

Liver ViraChip® IgG

ANA ViraChip® IgG

Viramed Biotech AG

Behringstraße 11 · 82152 Planegg · Germany

Tel: +49 89 899336 · Fax: +49 89 8599949

E-Mail: viramed@viramed.de

Web: www.viramed.de