

ANGESTELLT UND TROTZDEM FREI: WIE SIEHT DER ARZTBERUF DER ZUKUNFT AUS?

## Labor 2.0 – zwischen Strukturwandel, dynamischer Entwicklung und E-Health

„Nichts ist so beständig wie der Wandel“ ist ein häufig verwendetes Zitat des griechischen Philosophen Heraklit. Das trifft auch auf die aktuelle Situation im Gesundheitswesen zu, die geprägt ist von Wandel, Veränderung und dynamischer Innovation. Insbesondere mit der Digitalisierung zeichnen sich Umbrüche ab, die trotz der im Kern positiven Aussichten auf eine erhebliche Verbesserung der Kommunikation zwischen allen Beteiligten in der Versorgung auch Unsicherheit und intuitive Ablehnung in der Ärzteschaft auslösen.

Im fachärztlichen Labor ist das weitaus weniger zu spüren. Die Arbeit in einem modernen medizinischen Labor ist schon seit etlichen Jahren von der Nutzung von IT für eine gute Patientenversorgung geprägt. Das betrifft die Anwendung von wissensbasierten komplexen Softwarelösungen zur internen Qualitätssicherung und Ergebnisbewertung ebenso wie die schon in den 90er Jahren etablierte elektronische Labordatenfernübertragung im LDT-Format.

Der nächste Schritt hin zu einer wirklichen Verbesserung, die auch in der Patientenversorgung ankommt, hängt entschei-



Dr. Michael Müller ist niedergelassener Facharzt für Laboratoriumsmedizin und Geschäftsführer des MVZ Labor 28. Seit Mai 2016 ist er 1. Vorsitzender des ALM e.V.

dend davon ab, ob und wie weitreichend es über die Sektorengrenzen hinweg und unter Einbeziehung aller Beteiligten inklusive der Patienten gelingt, eine gute und sichere Kommunikation mit Austausch der für die Versorgung wichtigen Daten zu erreichen. Der Schlüssel zum Erfolg liegt in der Bereitschaft zur weitgehenden und übergreifenden Strukturierung und Standardisierung der Daten, um die Kommunikation entsprechend zu erleichtern. Dabei müssten Daten, die in allen IT-Systemen benötigt werden, unter Verwendung international erprobter Standards möglichst bundesweit strukturiert werden. Zur Verbesserung des Datenaustausches und der Kommunikation im Labor wird derzeit im Rahmen einer sektorenübergreifenden Gruppe intensiv an der Etablierung des international schon

*Lesen Sie weiter auf Seite 2 »*

EDITORIAL

### Medizin ist zuallererst für den Menschen da



*Cornelia Wanke*

CORNELIA WANKE, Geschäftsführerin ALM e.V.

Digitalisierung, innovative Therapien, Personalisierung der Medizin: Das Gesundheitswesen entwickelt sich seit Jahrzehnten in rasanter Geschwindigkeit und wird zum Transformationsmotor einer ganzen Nation. Bei all der Euphorie, dem Streben nach höchster Evidenz und größtmöglicher Effizienz sollte man eines nicht vergessen: Medizin ist zuallererst für den Menschen da! Die Diskussionen um das Digitale Versorgung-Gesetz und die vielen spannenden Neuerungen, die in den Acceleratoren, Hubs und Hackathons entwickelt werden, zeigen: Technik alleine verbessert die Versorgung nicht. E-Patientenakte, E-Gesundheitskarte, Apps und Telemedizin können nur dort Nutzen stiften, wo Ärzte und Patienten einen Mehrwert erkennen. Zum Beispiel darin, dass Daten sicher und ohne Brüche von Arzt zu Arzt und über die Sektoren hinweg übermittelt oder durch den Einsatz von Telemedizin Versorgungslücken geschlossen werden können. Ganz bestimmt aber dadurch, dass durch die Nutzung neuer Technologien mehr Zeit für das wirklich Wichtige zur Verfügung steht: die persönliche Beziehung zwischen Arzt und Patient. |

länger entwickelten Kodierstandards *LOINC (Logical Observation Identifiers Names and Codes)* gearbeitet. Der Nutzen dieses erheblichen Aufwandes wird auch darin liegen, Daten entsprechend der sozialgesetzlichen Rahmenbedingungen für die Versorgungsforschung nutzbar zu machen. Hier hat der ALM e.V. bereits die Zusammenarbeit mit wichtigen Institutionen auf den Weg gebracht.

Im Zusammenhang mit den Auswirkungen der Laborreform konnten wichtige qualitative medizinische Erkenntnisse erarbeitet werden, beispielsweise mit dem Ziel, das Augenmerk einer Reform stärker auf medizinische Aspekte der Versorgung zu lenken. Die Versorgungsforschung wird immer bedeutender, um den Nutzen von Innovationen im Versorgungsalltag besser messen zu können. Standardisierte und strukturierte Daten erleichtern diese wichtige Arbeit.

Die Untersuchung des klinischen Nutzens von Labordiagnostik für die Versorgung setzt voraus, dass die jeweilige Indikation für die Laboruntersuchungen möglichst gut gestellt worden ist. Die Formeln zur Abschätzung des positiven wie negativen prädiktiven Wertes (PPV, NPV) zeigen den Einfluss der Prävalenz auf diese beiden wichtigen Wahrscheinlichkeitsbetrachtungen. Über eine möglichst gute Vorauswahl der für die Anwendung einer Laboruntersuchung geeigneten Patienten wird die Prävalenz durch die Indikationsstellung quasi im Vorweg erhöht, womit die Indikationsstellung auch einen direkten Einfluss auf die Güte der Vorhersagewerte hat.

Vor diesem Hintergrund ist die aktuelle interdisziplinäre Arbeit an der Entwicklung von Empfehlungen für ein standardisiertes Vorgehen (*Diagnostische Pfade*) besonders wichtig, um den Ärztinnen und Ärzten bei der Auswahl der richtigen Laboruntersuchungen zu helfen. Der ALM e.V. ist in den Arbeitsgruppen aktiv beteiligt, denn die spezifischen Kenntnisse der im medizinischen Labor tätigen Kolleginnen und Kollegen sind für eine solche Arbeit essenziell.

„Bestmögliche Medizin mit Labor“, lautet das Credo eines Facharztes für Laboratoriumsmedizin oder der Fachärztin für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie. Für den zuweisenden Arzt ist das beim kollegialen Austausch mit Beratung zur Indikation, zur Interpretation und auch zur Veranlassung weiterer Labordiagnostik bei komplexeren medizinischen Fragestellungen erlebbar.

Häufig wird auch die Frage diskutiert, was denn noch ärztliche Tätigkeit sei im Labor und ob denn dem Arzt nicht nahezu alles durch Automatisierung und IT quasi aus der Hand genommen, mithin sein Mitwirken völlig überflüssig sei. Diese Diskussion lässt außer Acht, dass es der Facharzt im Labor und nur dieser ist, der über die Untersuchungsmethoden, die Analysensysteme und auch über den Grad der Automatisierung bzw. den unterstützenden Einsatz von IT im Labor nach ärztlich-medizinischen Erwägungen entscheidet und entsprechend der geltenden gesetzlichen Vorgaben zur Qualitätssicherung im Verlauf überwacht. Diese Vorgaben setzen eine besondere ärztliche und für Speziallaboruntersuchungen auch fachliche Kompetenz für die Durchführung von Laboruntersuchungen voraus. So übt der Arzt im Labor seinen Beruf im Sinne der ärztlichen Berufsordnung frei und nach seinem medizinisch-ärztlichem Gewissen aus.

Gerade für die junge Generation der Ärzteschaft ist es von großer Bedeutung, für eine gute Medizin am Patienten arbeiten zu können. Das gilt für alle Fächer gleichermaßen und ebenso für junge Laborärztinnen oder Mikrobiologen. Sie erwarten eine Willkommenskultur der Selbstverwaltung, ob in der Anstellung oder auf dem Weg zur Niederlassung als selbständig tätiger Vertragsarzt, ob in Vollzeit oder mit flexiblen Arbeitszeitmodellen.

Schon in unserer Ausgabe vom Januar 2019 haben wir ausführlich über die bisweilen von blanken Vorurteilen und „Nichtwissenwollen“ geprägte Debatte um das Thema „MVZ/Kapitalgeber/Investoren/angestellte Ärzte“ berichtet. Den Patienten und der Versorgung hat diese Diskussion – bei der bisweilen von externen Beobachtern der Verdacht geäußert wurde, dass manchem die Fragen nach unliebsamer Konkurrenz, Verteilung von Ressourcen und Macht wichtiger seien als Themen der künftigen flächendeckenden und wirtschaftlichen Patientenversorgung – nicht genutzt.

Und auch nach der Verabschiedung des TSVG (*Terminservice- und Versorgungsgesetz*) wird diese Diskussion geführt. Doch wem soll sie eigentlich nutzen? Im Interesse der Patienten und einer guten und sicheren Versorgung sollten die Qualität der Medizin und die Effizienz der Versorgung bei gleichzeitigem Schutz des gesellschaftlichen Interesses vor Abhängigkeit von Einzelinteressen, ob von Personen oder Unternehmen, als Gradmesser gelten. Hier bedarf es sicherlich einer intensiven gesellschaftlichen Debatte, an der wir uns als ALM e.V. weiter aktiv beteiligen werden. |



DR. KLAUS REINHARDT, NEUER PRÄSIDENT DER  
BUNDESÄRZTEKAMMER, IM INTERVIEW

## „Der Patient ist kein Kunde und Gesundheit keine Ware!“

Mit Dr. Klaus Reinhardt steht zum ersten Mal ein niedergelassener Hausarzt an der Spitze der Bundesärztekammer (BÄK). Im Interview spricht er über seine Ziele im Amt, ärztliche Freiberuflichkeit, Kommerzialisierung der Medizin und was es für ihn persönlich bedeutet, Arzt zu sein.

**ALM E. V.: Herzlichen Glückwunsch, Herr Dr. Reinhardt, zu Ihrem neuen Amt. Mit Ihnen ist erstmals seit Jahrzehnten ein niedergelassener Hausarzt an der Spitze der BÄK. Welcher Impuls geht von dieser Wahl aus?**

DR. KLAUS REINHARDT: Vielen Dank. Aber lassen Sie mich gleich zu Beginn eines klarstellen: Ich vertrete die Interessen aller Ärztinnen und Ärzte in Deutschland, nicht die Partikularinteressen irgendeiner Gruppe innerhalb der Ärzteschaft. Gleichwohl halte ich es für gut, dass jemand an der Spitze der Bundesärztekammer steht, der selbst ärztlich tätig ist und die Versorgungswirklichkeit aus eigener Erfahrung kennt. Und dass es sich, nachdem die letzten Präsidenten ja alle aus dem stationären Sektor kamen, jetzt um einen Hausarzt mit eigener Praxis handelt, ist sicherlich kein Nachteil.

**Welche kurz- bis mittelfristigen Zielen verfolgen Sie in Ihrem neuen Amt?**

Entscheidend ist das langfristige Ziel. Und da erscheint es mir besonders wichtig, dass Ärzte endlich wieder Zeit für ihre Patienten haben. Denn jede Minute, die ein Arzt mit dem Ausfüllen von Formularen verbringt, fehlt ihm für Diagnostik und Therapie, für die persönliche Zuwendung und das Patientengespräch. Diese

Vergeudung wertvoller Arztzeit ist gerade vor dem Hintergrund des Ärztemangels fatal. Daher hat der Abbau von Bürokratie für mich die höchste Priorität. Mehr Zeit für den Patienten, das heißt aber auch, dass wir das Honorarsystem neu justieren müssen.

**Wie wird sich das Bild des Arztes und seiner Tätigkeit im ambulanten wie stationären Bereich zukünftig verändern?**

Die Digitalisierung verändert praktisch jeden Lebensbereich. Sie wird auch vor dem Gesundheitssystem nicht Halt machen. Das eröffnet viele neue Möglichkeiten. Fernbehandlungen, Gesundheits-Apps, Telemedizin sind hier nur einige Stichworte. Ein weiteres ist Big Data, also die Auswertung riesiger Datenmengen zu Forschungszwecken und zur Versorgungssteuerung. Davon kann die Wissenschaft enorm profitieren.

Klar ist aber auch: Algorithmen dürfen nicht über Therapien entscheiden. Das ist und bleibt die Aufgabe des Arztes. Wichtig ist, dass wir als Ärzte diese Entwicklung aktiv mitgestalten, und zwar mit dem klaren Primat einer guten gesundheitlichen Versorgung. Wir dürfen das Thema Digitalisierung nicht den Internetgiganten überlassen. Es muss um das Patientenwohl gehen, nicht um Profite.

*Lesen Sie weiter auf Seite 4 »*



© picture alliance/Guido Kirchner/dpa

*„Die Freiberuflichkeit ist kein Selbstzweck, sie ist das Fundament der Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient.“*

DR. KLAUS REINHARDT,  
PRÄSIDENT DER BUNDESÄRZTEKAMMER

**Im Zusammenhang mit dem TSVG wurden in der Gesundheitspolitik die Themen „Ökonomisierung der Medizin“, „Nutzen von MVZ und MVZ-Strukturen für die Versorgung“, „Macht von Investoren“ und auch „Angestellte Ärztinnen und Ärzte“ intensiv, kontrovers und bisweilen auch sehr emotional diskutiert. Wie werten Sie diese Diskussion? Und was muss getan werden, damit es eben nicht zu einer Ökonomisierung der Medizin kommen kann?**

Es versteht sich von selbst, dass wir Ärzte wirtschaftlich handeln und vernünftig mit den Geldern der Versicherten umgehen müssen. Die große Gefahr liegt in der Kommerzialisierung der Medizin. Die wird übrigens von der Politik schon seit Jahrzehnten forciert.

*„Die große Gefahr liegt in der Kommerzialisierung der Medizin (...) auf Kosten der ärztlichen Unabhängigkeit und der Patientensicherheit.“*

Das führt dazu, dass Investoren und Controller mehr und mehr versuchen, Einfluss auf medizinische Entscheidungen zu nehmen – auf Kosten der ärztlichen Unabhängigkeit und der Patientensicherheit. Die Übernahmewelle durch Fremdinvestoren bei den MVZ ist dafür ein aktuelles Beispiel. Die Politik muss endlich umdenken und eine klare Grenze zwischen ärztlicher und gewerblicher Tätigkeit ziehen. Der Patient ist kein Kunde und Gesundheit keine Ware.

**In den politischen und innerärztlichen Diskussionen wird der Begriff Freiberuflichkeit häufig mit dem der Selbständigkeit deckungsgleich verwendet. Wie sehen Sie das? Was macht Freiberuflichkeit für Sie als Arzt und Vertreter der Deutschen Ärzteschaft aus? Was ist hier die künftige Aufgabe aus der Sicht der Ärzteschaft?**

Freiberuflichkeit bedeutet die Unabhängigkeit des Arztes bei medizinischen Entscheidungen, begründet auf ethischen Normen und Werten bei hoher fachlicher Kompetenz. Die Freiberuflichkeit ist also kein Selbstzweck, sie ist das Fundament der Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient. Ob angestellt oder niedergelassen, das spielt in diesem Zusammenhang keine Rolle. Ich sehe mit größter Sorge, dass das hohe Gut der Freiberuflichkeit immer mehr unter Druck gerät. Durch Wettbewerb, Deregulierung und Kommerzialisierung, durch immer mehr staatliche Lenkung und sozialrechtliche Fesseln. Hier müssen wir entschieden dagegenhalten und uns klar zur Freiberuflichkeit und zur ärztlichen Selbstverwaltung bekennen.

**Sie setzen sich sehr für den Erhalt der Laboratoriumsmedizin und Mikrobiologie als ärztliches Fach im Kanon der fachärztlichen Disziplinen ein. Dafür danken wir Ihnen. Wie wird sich Ihrer Auffassung nach das Berufsbild des Laborarztes und Mikrobiologen weiterentwickeln?**

Labormedizin und Mikrobiologie sind extrem wichtig für die Diagnosestellung. Daher wird ihr Stellenwert in Zukunft eher noch zunehmen. Das hängt nicht zuletzt mit dem Innovationschub durch die personalisierte Medizin zusammen. Ich sehe hier ein enormes Innovationspotenzial für die Labormediziner und Mikrobiologen.

**Was bedeutet es für Sie persönlich, Arzt zu sein?**

Ich stamme aus einer Arztfamilie. Dadurch habe ich schon früh mitbekommen, was diesen Beruf so besonders macht. Kranken Menschen dabei helfen, wieder gesund zu werden – einen schöneren und sinnvolleren Beruf kann ich mir nicht vorstellen. |



# Wie sieht das Arztsein der Zukunft aus?

„Angestellt und trotzdem frei?“ – Die Fokusveranstaltung des ALM e.V. am 04. November 2019 geht Fragen nach der Zukunft des Arztberufes auf den Grund, mit Gästen und Referenten aus Politik, Selbstverwaltung, Wirtschaft und Wissenschaft.

Das TSVG (*Terminservice- und Versorgungsgesetz*) ist schon längst in der Umsetzung und das Bundesgesundheitsministerium produziert einen um den anderen Referentenentwurf zu unterschiedlichsten Themen. Doch eine Frage wird die Ärzteschaft in Zeiten demografischen Wandels und begrenzter Ressourcen zunehmend beschäftigen:

*Wie sieht der Arztberuf der Zukunft aus? Droht tatsächlich eine Ökonomisierung der Medizin? Und wenn ja, wie kann dem entgegengewirkt werden?*

Der ALM e.V. nimmt sich dieses wichtigen Themas in seiner diesjährigen Fokusveranstaltung an. Diese findet am 04. November 2019 in der Landesvertretung Rheinland-Pfalz statt.

**Prof. Giovanni Maio von der Albert-Ludwigs-Universität** erklärt, wie gute Medizin trotz ökonomischer Zwänge gelingen kann. Zum Thema „Der Arzt der Zukunft: Angestellt und trotzdem frei?“ debattieren im Streitgespräch **Dr. Ellen Lundershausen, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer sowie Präsidentin der Landesärztekammer Thüringen** und **Kevin Schulte, Sprecher des Bündnis Junge Ärzte**. Im anschließenden Podium diskutiert **Moderatorin Lisa Braun** mit Entscheidern aus Politik, Selbstverwaltung, Wirtschaft und Wissenschaft über das Arztsein der Zukunft. Zum Abschluss liest der **Mikrobiologe Dr. Markus Egert aus seinem Erfolgsbuch „Ein Keim kommt selten allein“**. Ein spannendes Programm also am 04. November, den Sie sich schon einmal vormerken sollten! |



© Wikimedia Commons

## DIE FOKUSVERANSTALTUNG 2019

Montag, 04. November 2019  
16.00–19.30 Uhr  
anschließend Get-Together

Vertretung des Landes Rheinland-Pfalz  
In den Ministergärten 6, 10117 Berlin

Wir freuen uns auf Sie!  
Anmeldung unter [info@alm-ev.de](mailto:info@alm-ev.de)  
oder [www.alm-ev.de](http://www.alm-ev.de)

# Labormedizinische Patientenversorgung transparent und sichtbar machen: So unterstützen die Mitgliedslabore des ALM e.V. die Versorgungsforschung

Die Labormedizin hat als Konditionalfach grundlegende Bedeutung für die Patientenversorgung. Viele medizinische Laboratorien werden daher zur sogenannten kritischen Infrastruktur in Deutschland gezählt. Moderne Labordiagnostik optimiert den Krankheitsverlauf von der Früherkennung bis hin zur Nachsorge. Zwei Drittel aller Diagnosen werden mit Hilfe der Labormedizin gestellt.

Die etwa 900 Fachärzte der Mitgliedslabore im ALM e.V. versorgen jeden Tag etwa eine halbe Million Patienten – das entspricht über 173 Millionen Behandlungsfällen im Jahr. Die Einführung digitaler und technischer Innovationen in der Labormedizin trägt dazu bei, die Versorgung sicherer zu machen, Erkrankungen schneller zu diagnostizieren, besser zu behandeln und Infektionen oder Resistenzen effektiver zu bekämpfen.

Patientenrechte und Datenschutz haben dabei oberste Priorität. Pro Tag erhalten die Facharztlabore des ALM e.V. etwa 712.000 Aufträge, das entspricht mit ca. 4,5 Millionen Einzelergebnissen an einem Tag einer enormen Menge an für die Patientenversorgung wichtigen Daten und Informationen – ein Wissensschatz, aus dem zum Nutzen der Patienten Rückschlüsse auf die Versorgung gezogen werden können. Neben dem gesetzlichen Meldewesen in der täglichen Laborroutine werden anonymisierte Labordaten im Rahmen der AG Versorgungsforschung des ALM e.V. auch im Hinblick auf versorgungsrelevante Fragen wissenschaftlich betrachtet. Dies geschieht retrospektiv anonymisiert in Kooperationen mit wissenschaftlichen Partnern wie Universitäten,

dem Institut für Gesundheitsforschung (IGES) oder dem Institut für angewandte Gesundheitsforschung (InGef) Berlin.

Die Arbeitsgruppe Versorgungsforschung des ALM e.V. verfolgt die Aufgabe, anonymisiert Daten der ALM-Mitgliedslabore zu aktuellen Fragen in der Patientenversorgung wissenschaftlich auszuwerten, um den Einsatz von Labordiagnostik sinnvoll zu gestalten und Unter- bzw. Überversorgung von Patienten laborärztlich aufzuzeigen.

**Labordiagnostik ist die Basis für ein erfolgreiches Meldewesen und für die Infektionsprävention**

Die laborärztliche mikrobiologische Diagnostik der medizinischen Labore spielt eine entscheidende Rolle für den Infektionsschutz in Deutschland (Abb. 1). So stammen die meisten meldepflichtigen Daten an die Gesundheitsämter aus den medizinischen Laborarztpraxen. Im Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen

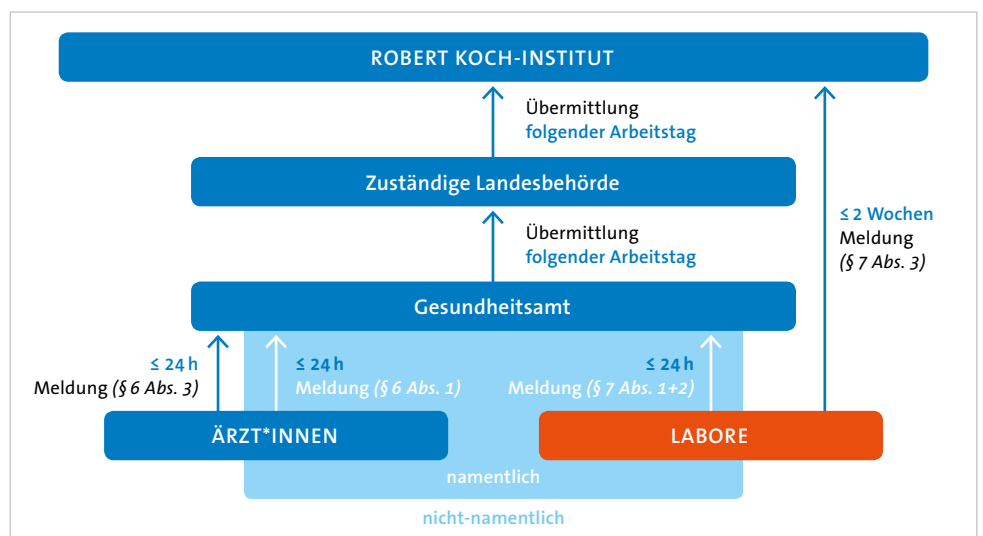


Abbildung 1: Melde- und Übermittlungsweg gemäß Infektionsschutzgesetz  
(Quelle: Robert Koch-Institut, Infektionsepidemiologisches Jahrbuch 2018)

(Infektionsschutzgesetz – IfSG) ist gemäß § 1 der Zweck festgehalten, übertragbaren Krankheiten vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen sowie ihre Weiterverbreitung zu verhindern. Im IfSG sind auch die Meldepflichten des Laborarztes bei labordiagnostischem Nachweis von Krankheitserregern als Hinweis auf eine akute Infektion (§ 7) und des Arztes am Patienten bei Verdacht einer Erkrankung, Diagnose einer Erkrankung sowie Tod in Bezug auf definierte Infektionskrankheiten (§ 6) festgelegt.

Impfungen sind eine der wichtigsten präventiven Leistungen zur Aufrechterhaltung der Gesundheit der Bevölkerung. Medizinische Labordiagnostik dient hierbei häufig zur Überprüfung des Impferfolgs. Damit ist die Labordiagnostik sowohl die Basis für ein erfolgreiches Meldewesen als auch für die Infektionsprävention. Daten aus den medizinischen Laboren tragen zudem entscheidend zur Übersicht der Keim- und Resistenzsituation in den Surveillance-Berichten gemäß der Antibiotika-Resistenz-Strategie in Deutschland bei.

### Die wissenschaftlich anonymisierte Datenauswertung der Labore ergänzt das Meldewesen

Im infektionsepidemiologischen Jahrbuch des Robert Koch-Instituts (RKI, 2018) wird eine Zunahme der Fälle der Hepatitis B und C seit 2015 aufgrund der Änderung der Referenzdefinition, der vermehrten Testung Asylsuchender sowie der IfSG-Änderung 2017 angegeben. Die AG Versorgungsforschung des ALM e.V. konnte

jedoch auf Laboranforderungsebene zusätzlich transparent darstellen, dass die Laborreform des EBM vom 01.04.2018 im Hinblick auf die Früherkennung der Hepatitis B und C gegen den Infektionsschutz in Deutschland arbeitet und einen entsprechenden Rückgang der Anforderung von HBsAg (EBM 32781) um 7,4% und anti-HCV (EBM 32618) um 9,4% seit Beginn der Reform nachweisen (Kramer et al., 2019; Journal of Viral Hepatitis).

Aus Sicht der Laborärzte ist es eine ethisch-ärztliche Pflicht, darauf hinzuweisen, dass eine strukturelle Vergütungsreform, welche die Nichtanforderung von Labordiagnostik durch Ärzte finanziell honoriert, auch zu einem deutlichen Rückgang von Laborwerten geführt hat, die entscheidend für den Infektionsschutz und die Früherkennung von Infektionskrankheiten sind. Auch von einer Verbesserung der Indikationsqualität kann in diesem Zusammenhang keinesfalls gesprochen werden.

In einer aktuellen retrospektiven Auswertung anonymisierter Daten konnte die AG Versorgungsforschung darüber hinaus nachweisen, dass die Anforderungen von Laboruntersuchungen des Infektionsschutzes im Bereich Impf- und Meldewesen sowie zur Diagnostik sexuell übertragbarer Erkrankungen seit Beginn der EBM-Laborreform um bis zu 10% zurückgegangen sind (Abb. 2). In die Datenauswertung gingen die in Klammern dargestellten EBM-Ziffern für die Labordiagnostik von Masern (32623), Mumps (32624), Varizellen (32629, 32630), Pertussis



Prof. Dr. Jan Kramer ist Facharzt für Laboratoriumsmedizin und für Innere Medizin, Hämostaseologie. Er ist Vorstandsmitglied und Sprecher der AG Versorgungsforschung des ALM e.V. sowie Ärztlicher Leiter und Geschäftsführer des LADR Laborverbundes Dr. Kramer & Kollegen.

(32585, 32829), Rotavirus (32790), HIV (32575), Lues (32566), Chlamydien (kurativ: 32826; präventiv: 01915, 01840, 01816), Gonokokken (32703, 32741, 32836), Humanes Papillomvirus und HPV (32819, 32820) ein.

Zwar hat die Bedeutung der HPV-Testung durch medizinische Labore in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen und ihre Veranlassung ist von den entsprechenden Fachgesellschaften und gesundheitspolitisch gewollt. Umso alarmierender ist es, dass nach der Laborreform 2018 im Vergleich zum Vorjahr die Laboranforderungen im 3. bzw. 4. Quartal 2018 zum Nachweis von HPV-DNA aus einem Körperflüssigkeit (EBM 32819) um 24% bzw. 16% sowie der HPV-Nachweis aus einem Zervix- oder Vaginalabstrich (EBM 32820) um 21% bzw. 25% zurückgegangen sind. Die Analysen der AG Versorgungsforschung des ALM e.V. lassen den Schluss zu, dass es eines Überdenkens der (Fehl-) Anreize im Bereich der Labormedizin bedarf: Statt an der Labordiagnostik zu sparen, sollte besser mehr Geld in Programme zur Stärkung der Indikationsqualität fließen. |

Anzahl der Untersuchungen 2018

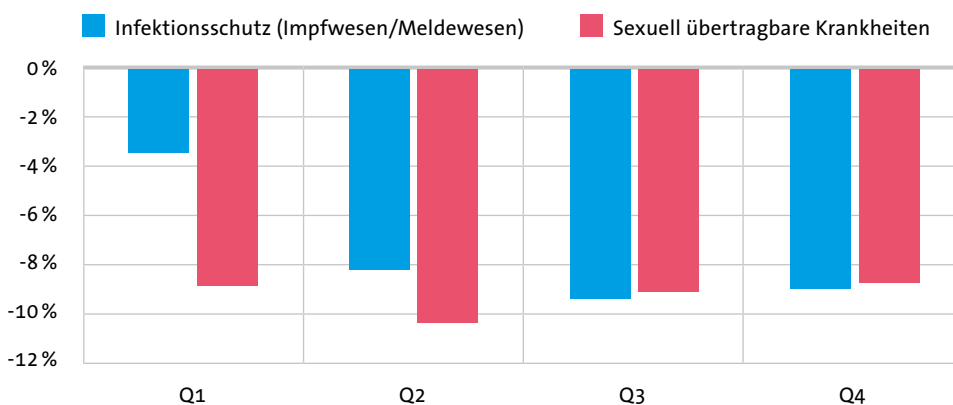


Abbildung 2: Rückgang der Anforderung von Labordiagnostik im Bereich des Infektionsschutzes und der Erkennung sexuell übertragbarer Infektionskrankheiten Q1–Q4 2018. (Unveröffentlichte Originaldaten der AG Versorgungsforschung, Prof. Dr. med. Jan Kramer, 2019.)

## ***Impressum***

### **Herausgeber:**

ALM – Akkreditierte Labore in der Medizin e.V.

HELIX HUB

Invalidenstraße 113

10115 Berlin

Tel. +49 030 516 959-310

E-Mail: [info@alm-ev.de](mailto:info@alm-ev.de)

Website: [www.alm-ev.de](http://www.alm-ev.de)

**Verantwortlich für die Inhalte:** Cornelia Wanke

**Redaktion:** ALM e.V.

**Agentur:** RIGHT Marketing Berlin GmbH

**Stand:** Oktober 2019

ALM Aktuell ist auch abrufbar unter [www.alm-ev.de/newsletter](http://www.alm-ev.de/newsletter)