

Bericht über das BNLD-Symposium "Tätigkeiten von Klinischen Chemikern/Bio-wissenschaftlern in der Labordiagnostik – Ein Situationsbericht im europäischen Umfeld" auf der DGKL-Jahrestagung am 22. September 2008 in Mannheim.

Das Symposium unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. N. Gässler (Hildesheim) hatte zum Ziel, die Arbeitsbedingungen für Naturwissenschaftler in der Labordiagnostik in mehreren europäischen Ländern zu vergleichen. Wie sich die Situation in den Niederlanden, der Schweiz und in Deutschland darstellt, geht aus den im folgenden wiedergegebenen Vorträgen hervor.

Situation und Rahmenbedingungen der Klinischen Chemiker in den Niederlanden

Jan-Hendrik Prinsen, Krankenhaus Bethanien, Moers

1947 wurde in den Niederlanden die „Nederlandse Vereniging klinische Chemie (NVKC) als Berufs- und Wissenschaftsverein gegründet. Unter den aktuell 665 Mitgliedern befinden sich 240 registrierte Klinische Chemiker und weniger als 50 Ärzte. 70 Klinische Chemiker befinden sich in der Ausbildung.

Es gibt drei wesentliche Bereiche, in denen Unterschiede zwischen Deutschland und den Niederlanden bestehen. Dies sind: 1. die Aus- und Weiterbildung, 2. die Arbeitswelt und 3. die Zukunftsaussichten. Der Ausbildungsplan sieht für das erste Jahr den Erwerb von Kenntnissen in der allgemeinen Klinischen Chemie und im Bereich Point of Care-Diagnostik (POCT) vor und schließt mit einem Examen in Klinischer Chemie ab. Im zweiten Jahr kommen die Fächer Hämatologie, Transfusionswesen und Hämostasiologie hinzu; der Abschnitt wird wiederum mit einem Examen in diesen Fächern beendet. Das dritte Ausbildungsjahr beinhaltet die Gebiete Endokrinologie, PCR- und Pädiatrische Diagnostik und den Managementkurs Teil 1 und schließt mit einem Examen in Endokrinologie ab. Im 4. Jahr folgen Teil 2 des Managementkurses, daneben Ethik, Informatik und die Allergiediagnostik und eine Abschlussevaluation. Daran schließt sich eine Spezialisierung in einem der Fachgebiete Endokrinologie, Hämatologie, Toxikologie oder Diagnostik metabolischer Erkrankungen an. Die Anerkennung als Klinischer Chemiker ist nur 5 Jahre gültig und erfordert danach eine Wiederregistrierung, für welche jedoch eine laufende Fortbildung und ein Laboratoriumsarbeitsplatz Voraussetzung sind.

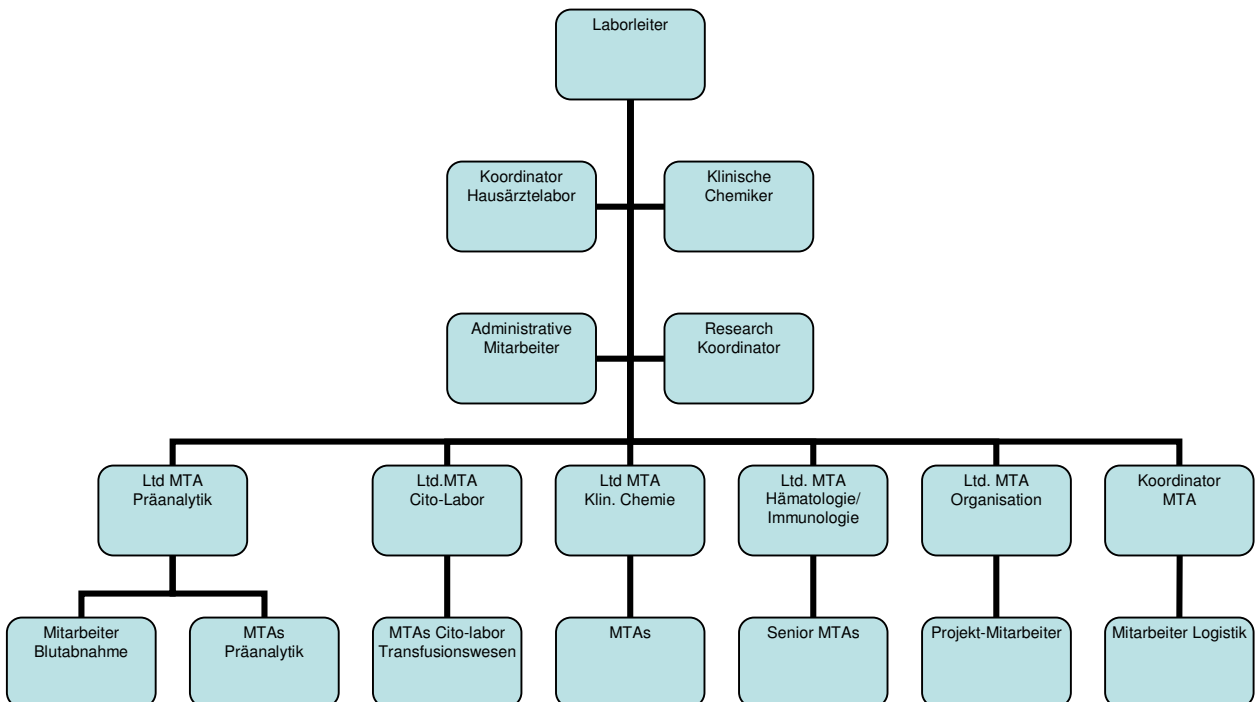
Wie sieht die Arbeitswelt eines Klinischen Chemikers in den Niederlanden aus? 90% der Laboratoriumsdiagnostik findet im Krankenhaus statt. Die Fachkompetenz der Klinischen Chemiker ist allgemein akzeptiert. Für die Einhaltung der Präanalytik sind die Laboratorien verantwortlich, da sie auch die Probennahmen durchführen. POCT gehört zum Kompetenzfeld des Labors. Jedes Krankenhauslabor hat seine arbeitsintensive Spezialdiagnostik. Allgemein findet die Diagnostik im Krankenhaus in minimal 3 selbständigen Labors statt. Die Vergütung der Labordiagnostik erfolgt innerhalb eines Festbetrages analog den DRGs (Diagnosis Related Groups). Für externe Untersuchungen gibt es Festbeträge.

Beispiele aus der Tariffliste und Vergleich mit der GOÄ in Deutschland:

Gruppe	Beispiel	Preis in Euro	GOÄ
• II	Chlorid	• 1,60	1,75
• IV	Osmolarität	• 3,20	2,91
• VI	Transferrin	• 6,40	5,83
• X	VMA	• 19,00	33,22
• XII	Metalle (AAS)	• 31,60	23,90
• XIV	Faktoren	• 44,30	41,97
• XVIII	HLA Diagn.	• 146,50	145,72

Die Laboratoriumsstruktur eines Krankenhauses soll an einem Beispiel aufgezeigt werden: Zwei Krankenhäuser mit insgesamt 725 Betten sind zusammengeschlossen und erwirtschaften einen Gewinn von 2 Mio Euro pro Jahr. Die Labordiagnostik wird in drei Hauptlaboratorien (Apotheke, Mikrobiologie und Zentrallabor Klinische Chemie) erbracht, wobei das Zentrallabor noch in zwei getrennten Gebäuden untergebracht ist. Integriert sind das Labor für 145 Hausärzte und ein sog. Thrombosedienst. Da die Probennahmen Aufgabe des Labors sind, besitzt das Labor einen umfangreichen Außendienst, der diese Aufgabe für die integrierten Hausärzte durchführt. In diesen Laboratorien werden jährlich etwa 2.5 Millionen Untersuchungen erbracht. Das tägliche Probenaufkommen teilt sich auf in 400 Aufträge für stationäre Patienten, 450 Aufträge für poliklinische Patienten und 500 Aufträge für Hausärzte inklusive des Thrombosedienstes. Die Aufgaben sind auf 13 verschiedene Arbeitsplätze verteilt. Neben der Routine genießt die Forschung (Research) eine hohe Priorität.

Die Organisationsstruktur eines derartigen Krankenhauslabors sieht folgendermaßen aus:



Die Personalstruktur der insgesamt 123 Mitarbeiter gliedert sich auf wie folgt: 6 % akademische Leitung, 9% Leitende Medizinisch-Technische Assistenten/innen (MTAs), 61% MTAs, 16% der Mitarbeiter sind für die Präanalytik zuständig und 8% stellen Servicepersonal dar.

Von zukünftiger Bedeutung ist die juristische Anerkennung des Berufs „Klinischer Chemiker“ für die Absicherung der Arbeitsplätze, den automatischen Zugang zur elektronischen Krankenakte und für die Wiederregistrierung. Dem Outsourcing der Labors kann entgegengewirkt werden durch den Zusammenschluss mehrerer Krankenhauslaboratorien und die Zentralisierung innerhalb eines Krankenhauses. Die Einstellung von Laborärzten aus Deutschland oder Frankreich wird initiiert sowohl durch das Krankenhaus als auch durch die Versicherungsgesellschaften.

Gleichberechtigung und Interdisziplinarität in der Schweiz

Katharina Rentsch, Institut für Klinische Chemie, Universitätsspital Zürich/ CH

Zum Zwecke der Qualitätssicherung im Bereich der labormedizinischen Analytik und im Sinne einer gesamtschweizerischen Vereinheitlichung hat die Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) einen 5-jährigen interdisziplinären Weiterbildungsgang in labormedizinischer Analytik in den Fachgebieten hämatologische Analytik, klinische Chemie, klinische Immunologie, medizinische Mikrobiologie und medizinisch-genetische Laboranalytik (ab 01.07.2000) geschaffen. Zudem bestehen jetzt 3-jährige monodisziplinäre Weiterbildungsprogramme für alle diese Spezialgebiete.

Die Weiterbildung zum Spezialisten für labormedizinische Analytik FAMH steht Kandidaten mit erfolgreich abgeschlossenem Hochschulstudium (Diplom) der Medizin, Zahnmedizin, Veterinärmedizin, Pharmazie, Chemie, Biochemie, Mikrobiologie oder Biologie offen. Zum Eintritt in den Weiterbildungsgang werden die in der Weiterbildungsordnung Anhang 1 aufgeführten Grundkenntnisse vorausgesetzt. Jeder Kandidat meldet sich schriftlich mit dem offiziellen Formular beim Generalsekretariat FAMH an. Er wird vom Fachausschuss zur Eintrittsprüfung aufgeboten, in deren Rahmen seine Grundkenntnisse überprüft werden. Die Modalitäten der Eintrittsprüfung regelt Ziff. 6.1.

Eine pluridisziplinäre Ausbildung dauert 5 Jahre und beinhaltet die Fachgebiete Klinische Chemie, Klinische Hämatologie, Klinische Immunologie und Mikrobiologie. Die monodisziplinäre Ausbildung dauert 3 Jahre in einem der oben erwähnten Fachgebiete. Außerdem gibt es eine Ausbildung in medizinischer Genetik.

Die Ausbildung zum Klinischen Chemiker dauert 3 Jahre. Erforderlich sind Praktika in einem oder mehreren Laboratorien und commun tronc – Kurse zu folgenden Themen: Statistik, Personalführung, Qualitätssicherung, Hygiene, Präanalytische Phase, Informatik, etc.. Beendet wird die Ausbildung durch eine mündliche Schlussprüfung (1 Stunde).

Der ausgebildete Spezialist für klinisch-chemische Analytik FAMH darf ein Labor leiten im Gebiet Klinische Chemie und kann Rechnungen schreiben, die von den Krankenkassen und anderen Versicherern bezahlt werden.

Die Analysenkosten werden von der in der Schweiz obligatorischen Grundversicherung der privaten Krankenkassen übernommen. Der Analysentarif ist in einer Verordnung reglementiert, das heißt, der Tarif ist ein „Amtstarif“.

Zulassung von Laboratorien (Art. 53 Grundsatz)

Als Laboratorien werden Einrichtungen zugelassen, die:

1. medizinische Analysen durchführen;
2. nach kantonalem Recht zugelassen sind;
3. an den Qualitätssicherungsmaßnahmen nach Artikel 77 teilnehmen;
4. den übrigen von der Gesetzgebung des Bundes oder des Kantons festgesetzten Anforderungen an Laboratorien entsprechen;
5. vom Bundesamt für Gesundheit anerkannt sind, wenn sie Untersuchungen zur Erkennung übertragbarer Krankheiten durchführen;
6. über zweckentsprechende Einrichtungen und das erforderliche Fachpersonal verfügen;
7. die Zulassungsbedingungen nach Artikel 54 erfüllen.

(Die zugelassenen Laboratoriums-Typen und ihre spezifischen Zulassungsbedingungen finden sich in den Artikeln 53 und 54 KVV sowie 42 und 43 KLV)

Laboratorien, die nur Analysen der Grundversorgung durchführen dürfen

1. Praxislaboratorium eines Arztes oder einer Ärztin; nur für den Eigenbedarf und in der Form der Präsenzdiagnostik und sofern das Labor räumlich und rechtlich Teil der Praxis ist (Art. 54 Abs. 1 Bst. a KVV).
2. Spitallaboratorium Typ A gemäss Qualitätssicherungsvertrag; nur für den Eigenbedarf (Art. 54 Abs. 1 Bst. b KVV).
3. Die Offizin eines Apothekers oder einer Apothekerin (Art. 54 Abs. 1 Bst. c KVV).

(Weitere Einzelheiten siehe Systematische Auflistung der Analysen, 5. Kapitel, Anhang A)

Laboratorien, die außer den Analysen der Grundversorgung weitere Analysen durchführen dürfen, sind:

- a. Spitallaboratorium Typ B gemäss Qualitätssicherungsvertrag: alle für den Eigenbedarf notwendigen Analysen mit Ausnahme der Analysen des Kapitels Genetik (siehe 2.2.3); im Fremdauftrag nur Analysen der Grundversorgung; unter der Leitung eines Arztes oder einer Ärztin, eines Apothekers oder einer Apothekerin oder eines Leiters oder einer Leiterin mit einer Hochschulausbildung in Zahnmedizin, Veterinärmedizin, Chemie, Biochemie, Biologie oder Mikrobiologie oder mit einem vom Schweizerischen Roten Kreuz anerkannten Diplom „Medizinischer Laborant oder Laborantin mit höherer Fachausbildung (Art. 54 Abs. 1 Bst. c und Abs. 2 KVV und Art. 42 Abs. 1 und 2 KLV).
- b. Spitallaboratorium Typ C gemäss Qualitätssicherungsvertrag: sowohl für den Eigenbedarf wie im Fremdauftrag; Analysenspektrum gemäss der Weiterbildung der Laborleitung (siehe weiter unten); unter der Leitung eines Arztes oder einer Ärztin, eines Apothekers oder einer Apothekerin oder eines Leiters oder einer Leiterin mit einer Hochschulausbildung in Zahnmedizin, Veterinärmedizin, Chemie, Biochemie, Biologie oder Mikrobiologie; als Weiterbildung ist die vom Schweizerischen Verband der Leiter Medizinisch-Analytischer Laboratorien (FAMH) anerkannte Weiterbildung in Hämatologie, Klinischer Chemie, klinischer Immunologie oder medizinischer Mikrobiologie oder eine vom eidgenössischen Departement des Innern als gleichwertig anerkannte Weiterbildung erforderlich (Art. 54 Abs. 3 KVV und Art. 42 Abs. 1 und 3 KLV). Die für die Durchführung einer bestimmten Analyse erforderliche Weiterbildung ist in der Analysenliste jeweils durch das Suffix des betreffenden Laborfachgebiets (H, C, I, M) angegeben. Für den Fachbereich Genetik bestehen gesonderte Regelungen.
- c. Privatlaboratorium: im Fremdauftrag; Analysenspektrum gemäss der Weiterbildung der Laborleitung; erforderliche Aus- und Weiterbildung der Laborleitung identisch mit 2.2.2 b. Spitallaboratorium Typ C. Auch hier gilt: Die Durchführung einer bestimmten Analyse erfordert die entsprechende Weiterbildung (Suffix).

Wer darf nun was machen? Ein Arzt mit 3-tägigem Kurs in Labormedizin bzw. Laborantin mit akademischem Chef dürfen Grundversorgungsparameter Klinische Chemie, Hämatologie und das Drogenscreening im Urin durchführen. Spezialärzte dürfen ein zusätzliches Spektrum fachspezifischer Analysen (z.B. TSH, IgE, Treponema, Kristallnachweis im Punktat) durchführen.

Wer rechnet was ab? Arztpraxen rechnen ca. 40%, Spitäler (ambulante Pat.) 17% und Privatlaboratorien 43% der Laborleistungen ab. (Statistik Santéuisse 2006)

Die Schweizer Analysenliste ist nach der Art einer Positivliste aufgebaut. Das heißt, dass nur explizit aufgeführte Analysen abgerechnet werden dürfen. Jeder Analyse ist eine Fachspezifität zugeordnet:

B = Laborfachgebiet (Suffix)
C = Klinische Chemie
G = medizinische Genetik
H = Hämatologie
I = klinische Immunologie
M = medizinische Mikrobiologie

Ist dieses Abrechnungssystem gerecht? Die Analysen der Grundversorgung im engeren Sinn sind in zwei Teillisten unterteilt. Diese Unterteilung ist eine rein tarifliche und betrifft nur das ärztliche Praxislaboratorium.

Folgender Vorschlag für die Ausbildung wird zur Diskussion gestellt: anstelle der 4-jährigen FAMH-Ausbildung für Klinische Chemie, Klinische Immunologie, Klinische Mikrobiologie oder Hämatologie wird die Ausbildung aufgespalten in 2 Jahre Grundausbildung, die zur Führung eines Corelabors berechtigt, d.h. zur automatisierten Analyse aller Fächer und 2 Jahre Spezialisierung in den jeweiligen Fächern, was zur Führung eines Speziallabors im entsprechenden Fach berechtigt.

Wie sieht es aus mit der Gerechtigkeit bei der Arbeitssuche? Von den Universitätsspitälern in der Schweiz sind 2 der drei (Genf/Lausanne/Zürich) ordentlichen Professuren mit Ärzten (Dr. med.) besetzt, eine ist vakant; erfüllen die Kandidaten auf der Berufungsliste nicht die Anforderung „Dr. med.“ so erfolgt eine Neuausschreibung. Die Universitätsspitäler Basel/Bern werden zur Zeit von Nichtmedizinern geleitet. Demnächst wird die Nachfolge neu geregelt. Auch bei den nicht-universitären großen Spitälern werden bei Neubesetzungen meistens Mediziner bevorzugt.

Welche Schlussfolgerungen ergeben sich aus diesen Ausführungen? Bei der Ausbildung sind Naturwissenschaftler und Pharmazeuten den Ärzten gleich gesetzt. Bei der Abrechnung sind innerhalb einer Disziplin alle gleich. Aber: Ein Klinischer Chemiker darf nur „klinisch-chemische“ Analysen abrechnen. Bei der Besetzung öffentlicher Stellen an großen Häusern werden Mediziner klar bevorzugt.

Berufliche Tätigkeit und Anerkennung in Deutschland

Walter *Bauersfeld*, Kliniken des Landkreises Lörrach GmbH, Lörrach

Die Ausbildung der Mitarbeiter eines humandiagnostischen Labors reicht von Laborgehilfen und Laborantinnen über Chemisch Technische Assistenten (CTA), Biologisch Technische Assistenten (BTA), Medizinische Technische Assistenten (MTA) und Medizinisch Technische Laborassistenten (MTLA) bis hin zu Klinischen Chemikern und Laborärzten. Die Ausbildungszeit umfasst damit einen Bereich von 2 Jahre bis 5 Jahre zuzüglich Studienzeit. Das MTA-Gesetz definiert als Voraussetzung für die Durchführung der Untersuchungen in § 9, dass diese Tätigkeiten nur von MTAs ausgeführt werden dürfen.

Das MTA-Gesetz lässt aber nach § 10 zahlreiche Ausnahmen zu. So dürfen die der MTA vorbehaltenen Tätigkeiten nach Abs. 1 auch von Personen erbracht werden, die in einem abgeschlossenes Hochschulstudium die erforderlichen Fachkenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten erworben haben. Mit dieser Regelung ist die Grundlage geschaffen, die es Klinischen Chemikern und Laborärzten erlaubt, im humandiagnostischen Labor tätig zu sein.

Nach Abs. 5 dürfen aber auch andere im humandiagnostischen Labor tätig werden, wenn in einer staatlich überwachte Ausbildung die Tätigkeiten Gegenstand der Ausbildung waren, die sie praktisch durchführen. Dies ist die Grundlage für die Tätigkeit von CTAs und BTAs in Teilbereichen des Labors. Andere Personen, insbesondere Arzthelferinnen, dürfen nur unter Aufsicht einer MTA tätig sein. Allerdings gilt hier Bestandschutz für alle, die vor Inkrafttreten des MTA-Gesetzes am 1.1.1994 bereits als MTA tätig waren; die Berufsbezeichnung MTA dürfen diese aber nicht führen.

Weil also die eigenverantwortliche Tätigkeit im Bereich der Labordiagnostik Naturwissenschaftlern und Ärzten auf Grund der selben Rechtsvorschrift möglich ist, hat der Gesetzgeber dies bei späteren Gesetzen auch stets berücksichtigt. So wurde in der Beschussempfehlung des Deutschen Bundestages bei der Verabschiedung des Transfusionsgesetzes (TFG) festgestellt: „Das TFG steht nicht der Berufsausübung der Fachwissenschaftler der Medizin und anderer Naturwissenschaftler entgegen.“

Ebenso hat man im Infektionsschutzgesetz (IfSG) den Naturwissenschaftlern erlaubt, Untersuchungen für die Patienten des Krankenhauses durchzuführen und die Meldepflicht nicht an den Laborarzt, sondern an den „Leiter“ des Labors gebunden.

Während also die Rechtsgrundlage für Naturwissenschaftler und Laborärzte identisch ist, sind in der Ausbildung einige Unterschiede zu finden. Die nominelle Studiendauer von 6 Jahren in der Medizin steht eine Studiendauer in den Naturwissenschaften gegenüber, die eine große Schwankungsbreite zeigt. Auch die Promotionszeiten sind äußerst unterschiedlich. Klar geregelt ist dann die Zeit der Weiterbildung, die bei Klinischen Chemikern und Laborärzten 5 Jahre beträgt. Während Laborärzte innerhalb der Weiterbildung 1 Jahr Innere Medizin machen müssen, sind Klinische Chemiker zu einem Jahr Forschung und zwei wissenschaftlichen Arbeiten, die in anerkannten Journalen veröffentlicht wurden, verpflichtet. Hieraus ist eine unterschiedliche Gewichtung der Weiterbildung offenkundig; eine Bewertung hinsichtlich der beruflichen Tätigkeit kann daraus aber nicht abgeleitet werden.

Auch der Umstand, dass die Weiterbildungsstätten der Laborärzte von den Ärztekammern nach Aktenlage genehmigt werden, während die Weiterbildungsstätten der Klinischen Chemiker einzeln vor Ort inspiziert werden, begründet ebenso keine Weiterbildungsunterschiede wie die Tatsache, dass die Abschlussprüfung der Laborärzte nur etwa 30 Minuten, die der Klinischen Chemiker im Mittel 90 Minuten dauert.

Ein in der Praxis relevanter Unterschied liegt aber in dem Einschluss der Gebiete Mikrobiologie und Immunhämatologie bei der Weiterbildung zum Facharzt für Laboratoriumsmedizin, während Klinische Chemiker diese Gebiete außerhalb ihrer Weiterbildung erarbeiten müssen. Vielfach müssen Klinische Chemiker hierzu im Anschluss an die Weiterbildung noch in Instituten tätig werden, die diesen Bereich abdecken, da die Klinisch-Chemischen Institute der Universitäten und großen Kliniken oftmals diese Bereiche nicht beinhalten.

Obwohl Klinische Chemiker und Laborärzte also auf der selben rechtlichen Grundlage tätig werden und weitgehend vergleichbare Weiterbildungen absolviert haben, wird in der Praxis ein großer Unterschied mit dem Schlagwort „Arztvorbehalt“ konstruiert. Die Berufung auf den Arztvorbehalt ist die Berufung auf das Heilpraktikergesetz (HPG) vom 20. Februar 1939. Eigentlich sollte man nicht erwarten, dass ein nahezu 70 Jahre altes Gesetz heute noch

ernsthaft in die Diskussion geworfen wird. Da es aber die einzige Rechtsgrundlage des Arztvorbehaltes ist, erscheint die Beschäftigung mit diesem Gesetz unvermeidlich. Das Gesetz hatte zum Ziel, die gesamte Heilkunde dem Diktat der gleichgeschalteten Reichärztekammer zu unterstellen. Es sah die Ausübung der Heilkunde für Nichtärzte nur mit Erlaubnis in Ausnahmefällen vor und verbot die Ausbildung zu einer solchen Tätigkeit. Dass dieses Gesetz immer noch als gültig betrachtet wird, erkennt man daran, dass der Bußgeldbetrag von 500 RM in 5000 € bei Verstoß gegen das Gesetz umgerechnet wurde. Das Bundesverfassungsgericht hat zwar mehrfach festgestellt, dass das Ausbildungsverbot und die Beschränkung der Ausübung der Heilkunde auf Ausnahmefälle nicht mit dem Grundgesetz (Artikel 12, Abs. 1) vereinbar ist, dennoch hat das Bundesverfassungsgesetz nicht das Gesetz als Ganzes aufgehoben, sondern dies ausdrücklich dem Gesetzgeber überlassen.

Damit bezieht sich der sogenannte Arztvorbehalt auf die Definition des HPG: „Ausübung der Heilkunde im Sinne dieses Gesetzes ist jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen, auch wenn sie im Dienst von anderen ausgeübt wird.“ Das Oberlandesgericht Düsseldorf folgert aus dieser Definition am 14.12.1989, dass ein Naturwissenschaftler dagegen verstoßen habe, weil er ohne Erlaubnis Laborbefunde unterzeichnete. Es stellte hierzu fest: „...denn der Bezug auf einen individuellen Menschen, ... macht sie (die Laborbefunde) zu einer medizinischen Teilbeurteilung mit dem Ziel, gerade bei diesem bestimmte Patienten Feststellungen zu treffen, ob er krank sei oder nicht.“ In Folge dieses Urteil sahen sich die Regierungspräsidien und Sozialministerien in einigen Bundesländern gezwungen, Naturwissenschaftlern diese Erlaubnis zu erteilen, so wie sie diese Erlaubnis den Psychologen erteilen mussten, die in ihrem Fachbereich ebenfalls Heilkunde ausüben. Nach Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes wollte man solche Erlaubnisse, die nicht mit der Berufsbezeichnung „Heilpraktiker“ verbunden waren, nicht mehr erteilen und die Bundesländer kamen darin überein, den Antragstellern zu bescheinigen, dass ihre Tätigkeit keine Heilkunde sei. Aus einem solchen Ablehnungsbescheid sei zitiert: „Die endgültige Diagnosestellung ... liegt ... nur beim behandelnden Arzt. ... Folglich fällt die Labortätigkeit nicht unter die Ausübung der Heilkunde.“

Diese Betrachtung wird auch durch höchstrichterliche Entscheidungen gestützt. Der Bundesgerichtshof bestätigte ein Urteil des Oberlandesgerichtes Saarbrücken aus dem Jahr 1999, in dem ein Arzt verurteilt wurde, weil er Laborergebnisse falsch interpretierte. Zur Diskussion stand ein Immunglobulin M-negativer, Immunglobulin G-positiver Befund einer Epstein-Barr-Virus (EBV)-Serologie, den der Arzt als Nachweis einer bestehenden EBV-Infektion deutete. Das Gericht stellte fest: „Von einem Arzt, der zu Diagnostik-Zwecken eine Laboruntersuchung anordnet, müsse erwartet werden, dass er die mitgeteilten Laborbefunde interpretieren kann.“ Das Urteil des OLG Düsseldorf ist somit offenkundig überholt und Labordiagnostik ist keine Heilkunde, gleichgültig ob sie unter Leitung eines Arztes oder eines Klinischen Chemikers erbracht wird.

Unterschiede zwischen Laborärzten und Klinischen Chemikern ergeben sich erst bei der Betrachtung der Abrechnungsvorschriften. Hier müssen einerseits der ambulante und der stationäre Sektor, andererseits die Versorgung von Kassen- und Privatpatienten unterschieden werden. Im Krankenhaus werden Fälle nach Fallpauschalen abgerechnet. Die Kosten dieser sogenannten DRGs (diagnosis related groups) werden von InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) kalkuliert. Sie beinhalten auch die Laborleistungen; diese werden als gesonderte Kostenart ausgewiesen. Ein Unterschied zwischen Ärzten und Nichtärzten besteht in den einschlägigen Regelungen (SBGV, KHFinanzG, KHEntgeltG, BPflegesV) nicht und wurde deshalb auch nicht in die Versorgungsverträge der Krankenhäuser aufgenommen.

Bei Privatpatienten erfolgt die Abrechnung von Laborleistungen grundsätzlich nach GOÄ, gleichgültig ob sie stationär oder ambulant erfolgt. Die GOÄ wird wie die Bundesärzteordnung von der Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates erlassen und regelt ausschließlich die ärztliche Vergütung. Ohne ärztliche Laborleistung ist eine Abrechnung von Laborleistungen gegenüber Privatpatienten nicht möglich. Außerdem definiert das KEntgeltG in § 17 einen Arztvorbehalt für diagnostische Wahlleistungen.

Die Leistungen für ambulante Patienten in oder außerhalb des Krankenhauses werden auf Grund des Bundesmantelvertrages Ärzte (BMV-Ä) und des Ersatzkassenvertrages (EKV), die zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) mit den GKV-Spitzenverbänden vereinbart werden, vergütet. Die fachliche Voraussetzung für die Abrechnung von Laborleistungen regelt die Laborrichtlinie der KBV. Aufgrund dieser Rahmenbedingungen entsteht der Einheitliche Bewertungsmaßstab für Ärzte (EBM), der die Grundlage für die Gebührenkataloge BMÄ, EGO etc. darstellt. Der BMV sieht in § 7 ausdrücklich die Möglichkeit eine Ermächtigung von Fachchemikern der Medizin vor. Hierzu heißt es: „Die Ermächtigung ... kann auch erfolgen, wenn der Klinische Chemiker Leiter eines Gemeinschaftslabors vor niedergelassenen Ärzten ist ...“. Die Leistung muss nach BMV-Ä § 25 grundsätzlich persönlich erbracht werden. In der Praxis wurden aber nur in den neuen Bundesländern vereinzelt solche Ermächtigungen gegenüber Fachchemikern der Medizin ausgesprochen.

Die Gleichstellung von Klinischen Chemikern und Laborärzten ist zwar hinsichtlich der Rechtsgrundlage und Weiterbildungsbedingungen weitgehend realisiert, bei der Bezahlung der Leistung aber besteht ein Arztvorbehalt bei Privatpatienten und in der Praxis auch weitestgehend bei ambulanten Kassenpatienten. Nur im Krankenhaus besteht durch die Fallpauschalen eine Gleichstellung beider Berufsgruppen.

Clemens Kaiser