

**Protokoll der Jahreshauptversammlung der BNLD am 14. Juni 2008
in 69126 Heidelberg-Rohrbach, Rohrbacher Schlösschen, Amalienstraße 5**

Das Ziel der Veranstaltung sollte darin bestehen, bei einer erweiterten Sichtweise herauszuarbeiten, welche gemeinsamen Schnittmengen die verschiedenen Interessengruppen zusammen bringen könnten. Im nahe gelegenen Spiegelsaal im Schlösschen entstand einst ein bedeutendes Reformwerk, das Bayern zu einem Verfassungsstaat machte. Es war geprägt vom Begriff der Gleichheit: Gleichheit vor dem Gesetz, Gleichheit bei öffentlichen Ämtern, Gleichheit der Religionen. Deshalb ist es für die BNLD, deren Zielsetzung ebenfalls den Gedanken der Gleichheit beinhaltet, eine besonders ehrwürdige Tagungsstätte.

**Blick in die Zukunft – Welche Veränderungen wird die Labordiagnostik
in Deutschland im Jahre 2015 erfahren haben?**

Moderation: Prof. Dr. R. Lichtinghagen, Hannover

**Prof. Dr. K. Lackner, Mainz:
Labordiagnostik aus Sicht der DGKL**

Hätte man 1980 gefragt, ob es in 10 Jahren noch eine DDR geben wird, so hätte es wohl wenig Anlass dazu gegeben, die Geschichte korrekt vorher zu sagen. Vorhersagbarkeit setzt kontinuierliche Prozesse voraus, während die reale Entwicklung sich häufig sprunghaft vollzieht. Wer hätte 1970 die PCR vorher gesehen und welche falschen Schlussfolgerungen hätte man auf Grund der Unvorhersagbarkeit gezogen? Die Darstellung muss sich also auf die einschätzbaren, kontinuierlichen Prozesse beschränken und unter dieser Einschränkung kann folgende These formuliert werden: Moderne Medizin ist nur mit Labordiagnostik möglich. Zur Diskussion steht nur das „Wie“; das „Ob“ ist hier keine Diskussion wert. Unter dieser Annahme können drei wesentliche Einflussfaktoren für die Entwicklung in den nächsten Jahren untersucht werden: Der wissenschaftliche Fortschritt, die wirtschaftliche Entwicklung und der Nachwuchs.

Der wissenschaftliche Fortschritt ist geprägt durch die Bereiche Biochemie, Technik und Datenverarbeitung. Die Entwicklung der Pathobiochemie, der Molekularbiologie und der Zellbiologie vollzieht sich mit hoher Dynamik. Welche Entwicklungen sich über die Prädispositionsdiagnostik hinaus in den nächsten Jahren abzeichnen werden, ist kaum vorhersehbar. Dennoch ist sicher, dass hier eine Vielzahl von Entdeckungen zu neuen Ansätzen in der Diagnostik führen werden, die eine hohe Expertise von denen abverlangen, die diese Ansätze in den Routinealltag überführen.

Die technische Entwicklung findet zunehmend in der Industrie statt. Wird an deren Anfang eine hohe Expertise benötigt, so folgt ihr schließlich der Breitereinsatz. Auf diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob die Labordiagnostik die Expertise benötigt oder nicht. Vergleicht man die Labordiagnostik mit der Pathologie, so ist bei der Entscheidung „maligne oder nicht maligne“ eine hohe Expertise offensichtlich unverzichtbar, während beim Einsatz von POCT-Testen die Expertise vollkommen verzichtbar erscheint. Die evidenzbasierte Medizin wird zweifelsfrei Einzug ins Labor halten und zur Folge haben, dass neue Laborteste teurer werden und kleine Unternehmen an dieser Entwicklung nicht mehr beteiligt sein können.

Die wirtschaftliche Entwicklung führt dazu, dass unter dem stetig steigenden Kostendruck das leistungsstärkste Modell überleben wird. Welches Modell dies sein könnte, soll anhand zweier Extreme dargestellt werden: Das eine Extrem ist dadurch charakterisiert, dass Labor Diagnostik nur noch als qualitätsgesicherte Analytik betrachtet wird, die dem behandelnden Arzt die angeforderten Analysenergebnisse mit hoher Richtigkeit und Präzision zur Verfügung zu stellen hat. Das andere Extrem könnte eine Labor sein, an das der behandelnde Arzt eine Frage stellt, deren Beantwortung einschließlich Testauswahl, -durchführung und -beurteilung ausschließlich Aufgabe der Labordiagnostik ist. Das erste Extrem ist sicher das billigere, das zweite Extrem aus Sicht der DGKL aber sicherlich das wünschenswertere.

Schon heute ist der Markt an akademischen Nachwuchskräften zumindest im niedergelassenen Bereich leer. Ohne Universitäten kann kein akademischer Nachwuchs entstehen. Die Ausbildungsentscheidung fällt am Ende des Studiums, und ohne labormedizinische Institute kann die Entscheidung nicht zu Gunsten der Labordiagnostik ausfallen. Man kann aufgrund der Altersverteilung der Lehrstuhlinhaber davon ausgehen, dass bis 2015 etwa die Hälfte der deutschen Lehrstühle nicht mehr besetzt sein werden. Das gefährdet den Nachwuchs grundlegend und macht das vorgenannte zweite Extrem der zukünftigen Modelle der Labordiagnostik weitgehend unwahrscheinlich.

Aus dieser persönlich geprägten Sicht, muss man davon ausgehen, dass die Entwicklung der nächsten Jahre zu einer Labordiagnostik führt, die sich auf die qualitätsgesicherte Durchführung einer zunehmend evidenzbasierten Analytik beschränkt. Die eigentlichen Inhalte der Labormedizin müssen damit in den angrenzenden Fachbereichen bearbeitet werden.

Dr. J. Schulze, Frankfurt (Sysmex) Labordiagnostik aus Sicht des VDGH

Zu den anhaltenden Mega-Trends gehören die Themen Outsourcing / Insourcing von Krankenhäusern, Privatisierung von Krankenhäusern, Entstehung von Laborketten, Entstehung von Netzwerken, MVZ-Gründungen, Internationalisierung der Laborketten, Synergien von Pharma und Diagnostik (Theragnostics) und Synergien von in-vivo- und in-vitro Diagnostik. Alle diese Mega-Trends werden die Entwicklung prägen, sollen aber nicht Gegenstand dieser Betrachtungen sein. Aus Sicht des VDGH ist es viel wichtiger, sich mit der Frage der Rahmenbedingungen zu beschäftigen.

Wie sich die zukünftige Labordiagnostik im Jahr 2015 präsentiert, wird wesentlich von den zu Grunde liegenden Rahmenbedingungen abhängen. Die Ursache für den in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern geringen Zuwachs der Diagnostika-Industrie liegt in der fehlenden Wertschätzung von Innovationen in Deutschland. Die Gebührensysteme sind innovationsfeindlich, und für innovative Firmen fehlt der Heimatmarkt. Obwohl die IVD-Industrie überproportional in Forschung und Entwicklung investiert, werden in Deutschland der medizinische Nutzen für den Patienten und die signifikanten Einspareffekte für das Gesundheitssystem bei ganzheitlicher Betrachtung nicht gesehen. Allenfalls werden innovative Ansätze zur Prozessoptimierung und Qualitätssteigerung sowie zur Kostensenkung genutzt.

Die Zersplitterung der Laborlandschaft schafft einen undurchschaubaren Flickenteppich, in dem kaum vorhersehbar ist, was Änderungen bewirken. Sicher hängt die Entwicklung der Labordiagnostik entscheidend von der Entwicklung des gesamten Gesundheitssystems ab, aber dennoch wird entscheidend sein, ob der Stellenwert der Labordiagnostik in Zukunft besser erkannt wird. Wird es gelingen, das Labor als etwas anderes als eine Kostenstelle zu sehen? Wird es gelingen, das Gebührensystem innovationsfreundlicher zu gestalten? Wird die Akzeptanz von IGEL-Leistungen, der Zuzahlung zu Laborleistungen, steigen? Die Beantwortung dieser Fragen wird erheblichen Einfluss auf die Entwicklung der Diagnostika-Industrie haben und damit die Bedeutung des Standortes Deutschland beeinflussen. Darüber hinaus beeinflussen die Antworten die zukünftige Laborstrukturen und damit die Qualität und Quantität der Versorgung mit Laborleistungen.

Die Internationalisierung der Labordiagnostik beinhaltet die Gefahr, dass Laborkonzerne die internationale Analytik zu deutschen Tiefpreisbedingungen erbringen lassen und damit die Investitionsmöglichkeiten der Industrie drosseln. Damit hätte die deutsche Innovationsfeindlichkeit weltweiten Einfluss. Der kleine deutsche Diagnostika-Markt wird vor der weltweiten Bedrohung nur bestehen, wenn es gelingt, in gemeinsamer Zusammenarbeit aller Beteiligten die Bedeutung der Labordiagnostik und ihre Potentiale publik zu machen, damit ihr die Wertschätzung zukommt, die sie verdient. Hier haben alle Beteiligten eine Aufgabe.

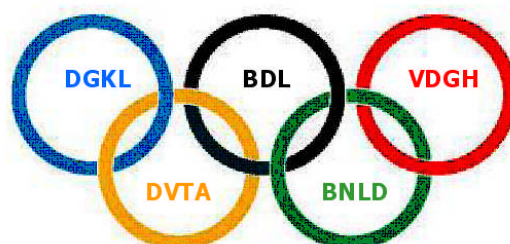
Dr. A. Bobrowski, Lübeck **Labordiagnostik aus Sicht des BDL**

Aufgrund der Altersentwicklung in Deutschland ist davon auszugehen, dass die Zahl der Patienten und damit die Zahl der Laboranforderungen weiter ansteigen wird. Damit wäre es Aufgabe der Politik, die Finanzierung dieser Leistungen zu planen. Statt dessen plant sie die ständige Umverteilung innerhalb eines gedeckelten Budgets. Der dreiteilige Markt von GKV-Basisversorgung, freiwilliger Zusatzversorgung und Selbstzahlern (IGEL-Leistungen) wird dabei zukünftig so verändert, dass der GKV-Anteil sinken und die anderen beiden Teile zunehmen werden. Die Bedeutung der ambulanten Versorgung soll dabei weiterhin zunehmen – ein Trend, der schon jetzt in der Labordiagnostik deutlich zu erkennen ist. Die Anzahl der niedergelassenen Laborfachärzte nimmt zu, während die der Laborfachärzte im Krankenhaus abnimmt.

Betrachtet man die Strukturen, die zukünftig relevant sein werden, so muss zunächst der Fortbestand der Kassenärztlichen Vereinigung bzw. der KBV hinterfragt werden. Nicht nur durch Bildung von Verbänden, die direkt mit den Kassen verhandeln, wird der Fortbestand in Frage gestellt. Vielmehr versucht der Gesetzgeber mit zahlreichen Maßnahmen an den KVen vorbei zu arbeiten. Die ständigen Änderungen der Gebührenordnungen schaffen ein unternehmerisches Wagnis für die Labordiagnostik. Gleichzeitig wurde die Gebührenordnung durch Abschaffung der „ähnlichen Untersuchungen“ innovationsfeindlich. Der wirtschaftliche Druck auf die Laboratoriumsmedizin erzwingt einen Konzentrationsprozess, der zu Netzwerken führt, die entweder als Partnerschaftsstrukturen oder in Filialstrukturen ausgeprägt sind. Gleichzeitig ist zu beobachten, dass die Konzentrierung von Labormedizin, Mikrobiologie, Transfusionsmedizin und Humangenetik in der selben Einrichtung zunimmt.

Die Bedeutung internationaler Laborunternehmen steigt in Europa zunehmend, wobei der deutsche Markt nur attraktiv ist, um unter kostengünstigen Bedingungen Leistungen für das Ausland zu erbringen - die Inlandsbedingungen liefern keine Kostendeckung mehr. Für den BDL ist eine wohnortnahe Versorgung mit Laborleistungen unverzichtbar. Um sie zu gewährleisten, muss die Selbstzuweisung von Laborleistungen beendet, eine Direktabrechnung aller Laborleistungen möglich und die selben Qualitätsstandards für alle eingeführt werden. Neue Parameter müssen schneller und rechtssicherer integriert werden, als dies bisher möglich ist. Die Erbringung von Laborleistungen muss auf einer einheitlichen betriebswirtschaftlichen Grundlage erfolgen. Schließlich müssen auch die Sektorengrenzen zwischen Klinik und niedergelassenem Bereich fallen.

Langfristig muss ein qualifizierter Nachwuchs durch entsprechende Weiterbildungsstellen garantiert und die Zersplitterung des Faches verhindert werden. Außerdem muss die arbeitsteilige Zusammenarbeit mit den nicht-ärztlichen Mitarbeitern fortentwickelt werden.



**Prof. Dr. N. Gässler, Hildesheim:
Labordiagnostik aus Sicht der BNLD**

Während die GKV-Ausgaben stetig wachsen und weiter wachsen werden, stagnieren die Ausgaben für das Labor. Dies gilt sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Laborbereich. Beide entwickeln sich parallel zum gesamten Krankenhausbereich, der einen Zuwachs von 0,6 % verzeichnet. Überdurchschnittlich sind die Zuwachsraten bei Arzneimitteln (6,7 %) und dem Krankengeld (5,1 %). Der Anteil des Labors an den GKV-Ausgaben ist mit 8,0 % im niedergelassenen und mit 3 % im stationären Bereich eher unbedeutend, wenn man ihn mit den Ausgaben für Verwaltung oder Arzneimittel vergleicht.

Betrachtet man die Trägerschaft der Krankenhäuser, so scheint die private Trägerschaft stetig zuzunehmen. 28 % der Krankenhäuser stehen unter privater Trägerschaft, während 34 % unter öffentlicher oder 38 % unter freigemeinnütziger Trägerschaft stehen. Das Bild aber täuscht hinsichtlich der tatsächlichen Versorgungslage. 52 % der Betten stehen unter öffentlicher Trägerschaft. Nur 13 % der Betten stehen unter privater und 35 % freigemeinnütziger Trägerschaft. Dennoch zeigen die privaten Betreiber, dass Krankenhäuser wirtschaftlich betrieben werden können - dies gilt für das Krankenhaus genau so wie für das Labor.

Gleichzeitig verändert sich die Labortechnik gravierend. PCR- und Chip-Techniken, die nur in wenigen Einrichtungen aus Kostengründen zentriert werden müssen, stehen einem wachsendem POCT-Markt gegenüber. Dieser ist nicht mehr nur auf die klassische Messung klinisch-chemischer Kenngrößen begrenzt, sondern hält auch Einzug in die Mikrobiologie. Gleichzeitig erweitert sich die e-Health-Technologie und ermöglicht durch Vernetzung der Datenstrukturen eine zeitnahe Verfügbarkeit aller Analytikdaten im Behandlungszentrum.

In diesem Umfeld kommt es im Laborbereich zunehmend zur Integration von ambulanter und stationärer Versorgung. Es bilden sich Kooperationen, Netzwerke, medizinische Versorgungszentren, Laborbetriebsgesellschaften. Dabei ist es letztlich unerheblich, ob das Facharztlabor von außen ein Krankenhauslabor betreibt, das wiederum mehrere Krankenhäuser versorgen kann, oder ob das Facharztlabor im Krankenhaus angesiedelt ist und von dort aus die Versorgung auch der niedergelassenen Arztpraxen vornimmt. Ebenso unerheblich ist die Frage, ob der Facharzt das Krankenhauslabor übernimmt oder durch gemeinsame Gründung eines MVZ dieser Bereich separiert bleiben. Entscheidend ist die Beseitigung der Grenze zwischen ambulant zu stationär bei gleichzeitiger Konzentration der Laborleistung.

Es kann angenommen werden, dass nur etwa 20 bis 50 Facharztpraxen in diesem Konzentrationsprozess verbleiben werden. An Krankenhäusern könnten es etwa 10 bis 20 - alle anderen werden als Filialen betrieben werden - und an Universitäten etwa 5 bis 10 sein, wobei ein Trennung der Versorgung von Forschung und Lehre vollzogen werden wird. Nur wenige Krankenhäuser benötigen unter diesen Bedingungen ein Präsenzlabor, das dann für das gesamte Umfeld zuständig sein muss, und Notfalllabore werden weitgehend auf POCT beschränkt sein. Die technische Geräteentwicklung und die Fortschritte der e-Health-Technologie werden andere Formen der Notfallanalytik weitgehend überflüssig machen. POC wird in seiner Verfügbarkeit einem Handy entsprechen.

Die Aufgabe, die von der Labordiagnostik heute gemeistert werden sollte, lässt sich treffend mit den Worten von Antoine de Saint-Exupéry beschreiben: „Wenn Du ein Schiff bauen willst, fange nicht an Holz zusammen zu tragen, Bretter zu schneiden und Arbeit zu verteilen, sondern wecke in den Männern die Sehnsucht nach dem großen, weiten Meer.“

**Frau A. Michelsen, Lahr
Labordiagnostik aus Sicht des DVTA**

Labordiagnostik muss eine Optimierung im Spannungsfeld zwischen den Patienten, der Wissenschaft und der Ökonomie finden. Hierbei ist das Stellenprofil der Hauptakteure im Laborbereich, nämlich das Stellenprofil der MTAs, entscheidend. Sie muss technisch versiert sein,

profunde IT-Kenntnisse besitzen, hochgradig flexibel und belastbar sein, eigene Initiative und "soft skills" besitzen. Eine MTA sollte sowohl qualitäts- und kundenorientiert als auch kaufmännisch denken können und sie benötigt profundes Überblickwissen mit Spezialisierung. Sie braucht Organisationstalent und eine Führungspersönlichkeit, soll mehrere Ebenen im Blick haben und Zusammenhänge verstehen können, sie sollte prozessorientiert Entwicklungen erkennen und entsprechend reagieren können. Die Beschäftigung mit Zertifizierung und Akkreditierung ist heute eine Selbstverständlichkeit. Aber die MTA benötigt auch Sozialkompetenz. Sie muss der aufgrund der Technisierung ständig steigenden Komplexität der Aufgaben gewachsen sein und benötigt ein ständig tiefer gehendes Hintergrundwissen. Die hierzu erforderlichen Grundlagenkenntnisse einschließlich statistischer Methoden können nicht mehr in der bisherigen Form vermittelt werden.

Bisher wurde eine weitergehende Fachqualifikation zum Beispiel am Deutschen Institut für Weiterbildung für MTAs in Berlin angeboten. Dort konnte mit 800 Stunden einschließlich Diplomarbeit berufsbegleitend ein qualifizierender Abschluss erworben werden. An der Martin-Luther-Universität in Halle wird ein Bachelor- und Masterstudium in Gesundheits- und Pflegewissenschaften angeboten. Die Steinbeis Hochschule bietet ein Bachelorstudium in Biomedical Analytics an, die Hochschule in Weisenfels eines in Medical Technology. Dazu kommen Lehrerbildungsstudiengänge an bisher acht verschiedenen Universitäten bzw. Fachhochschulen. Alle diese Ausbildungsgänge zeigen den Trend zur Auflösung der mono-beruflichen Qualifikationsstruktur zugunsten einer sinnvoll gestuften Qualifikation mit dem Ziel der Tätigkeit in unterschiedlichen Kompetenzebenen. Die Durchlässigkeit der Ausbildungsgänge wird mit einer Durchlässigkeit in der Berufsausbildung in den Tertärbereichen einher gehen müssen, wenn auch hier Evidenz basiertes Handeln und wissenschaftliche Reflexion die Berufsfelder durchdringen sollen.

Eine Steigerung der Expertise auf der Steuerungsebene muss mit einer Deprofessionalisierung auf der Durchführungsebene einher gehen. Nur in einem Gesamtqualifikationskonzept, in dem vertikale und horizontale Flexibilität planbar ist, wird es gelingen, die Ausbildung den zukünftigen Berufsbildern anzupassen. Es ist für das Jahr 2015 anzunehmen, dass europaweit einheitliche Berufsbezeichnungen für MTAs bestehen werden und damit eine europäische Anerkennung bestehen wird. Das Modell der MTA-Schule in Lemgo, bei dem mit dem Abschluss der MTA-Schule die Fachhochschulreife erworben wird, wird übergangsweise sicherlich Bedeutung behalten. Die Berufsqualifikation durch ein Bachelor Studium wird aber unausweichlich kommen müssen, und damit erweitern sich die beruflichen Perspektiven der MTAs: MTLAs als Auditoren, als Fachgutachter und als Laborleiter werden das Tätigkeitsspektrum spürbar erweitern.

Herr S. Wolf, Eschborn **Labordiagnostik aus Sicht der Industrie (Siemens)**

Die Triebkräfte des Klinikmarktes werden wesentlich durch steigende Personalkosten bei fehlender Gegenfinanzierung bestimmt und können auf die Formel „mehr tun für weniger Geld“ gebracht werden. Der Markt reagiert durch MVZ-Gründungen und Verträge zur integrierten Versorgung. Vorreiter dieser Entwicklung sind die Krankenhäuser in den neuen Bundesländern und private Ketten. Langfristige Trends lassen erkennen, dass es 2020 nur noch 1500 Krankenhäuser geben wird, wobei der Anteil privater Ketten von heute 11 % weiter steigen wird. Gleichzeitig erzwingt die Zunahme an Patienten um etwa 50 % eine Verkürzung der Verweildauer auf etwa zwei Drittel der heutigen Verweildauer. Die Zunahme privater Klinikketten wird flankiert durch die Zunahme privater Laborketten. Der Labormarkt ist international geworden und kapitalkräftige, ausländische Investoren kaufen die deutschen Labore auf.

Die Rahmenbedingungen der Krankenhäuser durch die Einführung der DRGs, steigende Tarifabschlüsse, das Arbeitszeitgesetz bei fehlender Gegenfinanzierung (380 Mio. € Solidarbeitrag) und fehlender Investitionsfinanzierung sind schwierig geworden. Sie müssen ihre

Erlössituation verbessern (Fallzahlsicherung, Privatliquidation, ambulante Erlöse und Verträge mit den Kostenträgern), die Kosten senken (Verweildauerverkürzung, Gebäudebewirtschaftung und notwendige Investitionen selbst erwirtschaften. Nur wenn sie voll-integrierter Gesundheitsdienstleister einer Region und in der Versorgung der niedergelassenen Ärzte sind, haben sie eine Überlebenschance. Der Aufbau gemeinsamer MVZ, die Konzentrierung von Leistungen in Zentren, die Implementierung von Versorgungspfaden können Mittel sein, dieses Ziel zu erreichen.

Die Industrie hat in dieser Situation nur die Chance besser und billiger zu werden, wenn sie auf diese Marktbedingungen reagieren will. Siemens sieht sich dabei als Partner zur Prozess- und Strukturoptimierung. Wenn der medizinische Leistungsprozess von Prävention über Krankenhausaufnahme, Diagnose, Therapie, Pflege und Entlassung bis zur Nachsorge auf einer evidenzbasierten Basis stehen soll, dann geht dies nur in der Partnerschaft von Industrie und Krankenhaus. Nur durch gemeinsame klinische Studien und Forschung ist diese Evidenz zu schaffen. Dabei betrifft die Partnerschaft auch die sekundären (administrative Prozesse, in-vitro und in-vivo Diagnostik, medizinische IT) und tertiären Bereiche (nicht medizinische IT, Facility-Management, Infrastruktur). Anzustreben ist die Integration von in-vitro Diagnostik und bildgebenden Verfahren, da beides während des gesamten medizinischen Leistungsprozesses gebraucht wird und gegenwärtig nebeneinander durchgeführt wird.

Von der Kostenbewertung und Optimierung der sektorenübergreifenden Behandlungsabläufe über die Erarbeitung von Vertrags- und Vergütungsmodellen und die Definition der Anforderungen an die technische Infrastruktur bis hin zur Implementierung und Bewertung denkbarer Versorgungsmodelle hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit, ergeben sich wachsende Aufgabenfelder für die Industrie. Die für die Krankenhäuser und Labore zwingend notwendige Konsolidierung und Effizienzsteigerung wird sich am ehesten in einer Partnerschaft mit der Industrie realisieren lassen. Dass in dieser Entwicklung das Labor zur Kernkompetenz eines Krankenhauses zu rechnen ist, ist offensichtlich.

Herr H. von Eicke, Mannheim Labordiagnostik aus Sicht der Industrie (Roche)

Das Spannungsfeld zwischen Kostenfokus und Serviceorientierung wird geprägt vom Fallpauschalensystem, das auch im ambulanten Bereich Einzug halten wird. Gleichzeitig unterstützt das BMG die Kassen bei dem Versuch, mit individuellen Vereinbarungen die Kosten noch weiter zu drücken. Andererseits fordert es steigende Qualität und Transparenz dieser Qualität. Beispiele dieser Entwicklung sind der öffentliche Vergleich Berliner Kliniken bei Hüftprothesen und die Bewertungen von Kliniken durch Patienten hinsichtlich ihrer Qualität, z.B. bei Geburten, im Internet (www.medmonitor.de/suche).

Während die Transparenz bei steigendem Kostendruck zunimmt, steigt bei den Laboren der Vernetzungsgrad. Diese Vernetzung reicht von POC und Notfalllaboren über Basis-Labore als Krankenhauslabor mit Laborgemeinschaft oder MVZ bis hin zu den Privat- oder Uni-Laboren. Das Netzwerk sorgt für Standardisierung, Qualitätsmanagement und den erforderlichen Austausch der Daten und trägt so zur Optimierung von Strukturen und Prozessen bei. Die expandierenden Klinikketten drängen verstärkt in den ambulanten Bereich. Da erst 20 % der Krankenhauslaboratorien vernetzt sind, ist hier noch viel Bewegung zu erwarten.

Neben dem Fallpauschalensystem hat die Emanzipation der Patienten Einfluss auf die Labordiagnostik, und diese beeinflusst schon heute nachhaltig die Therapie. Die Definition des Herzinfarktes, die Diagnose der Herzinsuffizienz und die Viruslastbestimmung und deren Kinetik bei der Therapie von Hepatitis- und HIV-Erkrankungen sind Beispiele hierfür. Betrachtet man eine onkologische Erkrankung, so können im gesamten Krankheitsprozess vom Vorstadium über Frühstadium, Karzinom- und Metastasenbildung bis zu Therapie und Rückfall Laboruntersuchungen zur Prozesssteuerung genutzt werden: Risikoanalyse, Früherkennung und Diagnose, Prognose und Therapieauswahl und die Überwachung nach Therapie.

Beispielsweise sind zwei Drittel aller Brusttumoren hormonsensitiv und können mit einem preiswerten oder anderen, etwa 20 mal so teuren Medikamenten, behandelt werden. Die Wirksamkeit des preiswerten Medikaments hängt vom Medikamenten-Metabolismus der Patientin ab, der mittels einer Genotypisierung ermittelt werden kann. Die Genotypisierung verbessert damit die Effektivität der Therapie und senkt die Kosten. Diese Beispiele zeigen das Zusammenwachsen von Diagnostik und Therapie. Die Labordiagnostik steckt nicht in der Sackgasse, sondern sie muss die Netzwerke aktiv angehen und gestalten, die ihre Fortentwicklung sicher stellen.

In der nachfolgenden Diskussion konnte die von allen zuvor betonte Gemeinsamkeit leider noch nicht erreicht werden.

Am Nachmittag folgte der interne, berufspolitische Teil, an dessen Ende mehrheitlich beschlossen wurde, den Tagungsort Heidelberg auch für die nächste Jahreshauptversammlung am 20. Juni 2009 beizubehalten.

Walter Bauersfeld
Clemens Kaiser