

Anforderungen an die Vergütung aus Sicht der Laborärzte



Dr. A. Bobrowski
1. Vorsitzender

Berufsverband Deutscher Laborärzte



Benötigen wir wirklich noch weiterer Argumente....

Kieler Todeskeime sogar bei elf gestorbenen Patienten gefunden

Mindestens 27 Infizierte. Experten aus Frankfurt sollen helfen. Staatsanwaltschaft prüft.

Kiel – Neue schockierende Einzelheiten zu den Todeskeimen im Kieler Universitätsklinikum (UKSH): Es ist alles viel schlimmer. Insgesamt sind nach jetzigem Stand elf Patienten im Krankenhaus verstorben, bei denen der multiresistente und hochgefährliche MRGN-Keim nachgewiesen wurde. Das teilte UKSH-Vorstandschef Jens Scholz gestern Abend auf einer eilends einberufenen Pressekonferenz mit.

Bei zwei 87 und 70 Jahre alten Patienten habe die Todesursache nicht zweifelsfrei geklärt werden können, bei neun Patienten sei der Keim Begleitbefund zu einer schweren Grunderkrankung, aber nicht die Todesursache. Birgit Heß, Sprecherin der Kieler Staatsanwaltschaft, zu den LN: „Wir prüfen, ob zureichende tatsächliche Anhaltspunkte für strafrechtlich zu bewertendes Fehlverhalten vorliegen.“

Mit dem Stand von gestern wurden 27 Patienten positiv auf den gegen fast alle Antibiotika resistenten Keim „Acinetobacter baumannii“ getestet. Die Betroffenen sind zwischen 27 und 88 Jahre alt. Die

Gesamtzahl der Patienten, die sich seit Dezember mit dem gefährlichen Bakterium infiziert haben, ist weiterhin unklar. Nach Klinikangaben hat es mittlerweile entsprechende Screenings bei rund 50 Patienten gegeben.

Dass das Uniklinikum seine Zahlen innerhalb eines Tages korrigieren musste, ohne dass es in den vergangenen 24 Stunden Tote gab, erklärte Scholz so: „Wir haben jetzt weitergehende Befunde. Am Freitag hatten



Gesundheitsministerin Kristin Alheit (SPD). Foto: dpa

wir noch keinen klaren Überblick.“ Um die Sicherheit zu erhöhen, will das UKSH Patienten von der isolierten internistischen Intensivstation ab sofort erst verlegen, wenn die Kranken zweimal negativ auf den Keim getestet worden sind. Derweil ist immer noch unklar, ob der als Zweiter infizierte Patient, der sich vorher auf Mallorca (Spanien) auf-

gehalten hatte, das Bakterium mitbrachte oder ob der Mann sich erst im Kieler Klinikum ansteckte.

Am Montag rückt zur Verstärkung ein Spezialistenteam vom Frankfurter Universitätsklinikum an. Unter Beteiligung des Gesundheitsamtes soll es künftig täglich Lagebesprechungen geben. Alle zwei Tage soll fortan die Presse über den neuesten Stand informiert werden. Nach Angaben von Scholz können durchaus noch weitere Patienten sterben, die den multiresistenten Keim in sich tragen.

Ein Teil der 27 Infizierten sei inzwischen als geheilt entlassen, sagte Scholz. Für die internistische Intensivstation bestehe weiter ein Aufnahmestopp. Für Patienten auf anderen Stationen bestehe kein Grund zur Beunruhigung. „Wir sind in der Lage, die medizinische Krankenversorgung aufrechtzuerhalten.“ „Wir wollen sehr sensibel mit den Ängsten der Patienten umgehen“, ergänzte Gesundheitsministerin Kristin Alheit (SPD). Es sei wichtig, dass ihr Ministerium eng eingebunden wird. *cto*

Die Chronologie der Keim-Ausbreitung

- 11. Dezember:** Ein 74-jähriger Mann kommt krank in die Notfallaufnahme des Kieler Uniklinikums. Er hat zuvor Urlaub in der Türkei gemacht.
- 23. Dezember:** Auf der internistischen Intensivstation wird der gefährliche Keim bei dem Patienten festgestellt.
- 24. Dezember:** Das UKSH informiert das Gesundheitsamt.
- 3. Januar:** Der Keim wird bei weiteren

Patienten nachgewiesen. Mit Isolation und strenger Hygiene glaubt das UKSH, das Problem im Griff zu haben.

- 19. Januar:** Der Keim wird bei einem Patienten auf der Chirurgie festgestellt.
- 23. Januar:** Das UKSH geht an die Öffentlichkeit, die Pressemitteilung erwähnt die Todesfälle nicht. Auch das Kieler Gesundheitsministerium erfährt erst jetzt von den Problemen.

Benötigen wir wirklich noch weiterer Argumente....

Angst vor Keim: Rehakliniken lehnen Kieler UKSH-Patienten ab

Uni-Chef Scholz reagiert entsetzt. Gesundheitsministerium fordert Kooperation ein.

Von *Curd Tönnemann*

Kiel – Angst vor dem gefährlichen Keim: Nach der Ausbreitung eines multiresistenten Erregers am UKSH Kiel lehnen erste Reha-Zentren die Aufnahme von Patienten aus dem Universitätsklinikum ab – oder machen Auflagen. Nach Angaben des UKSH verweigerten sich gestern neun Krankenhäuser, darunter seien das Städtische Krankenhaus Kiel, die Helios-Kliniken Damp und das St.-Elisabeth-Krankenhaus in Eutin. Er könne darüber nur den Kopf schütteln, sagte UKSH-Vorstandschef Jens Scholz.

Das Gesundheitsministerium erklärte, es gebe keinen Grund für generelle Aufnahmestopps. Das Ministerium kündigte an, über die Gesundheitsämter auf die Krankenhäuser einzuwirken, weiter kooperativ mit dem UKSH zusammenzuarbeiten. Eine rechtliche Handhabe, eine Aufnahme verpflichtend anzuweisen, existiere aber nicht, räumte Ministeriumssprecher Christian Kohl ein.

Die Vorgaben, die die Reha-Kliniken machen, sind unterschied-

lich streng. „Der Keim erfordert besondere Vorsichtsmaßnahmen“, begründete Hartmut Niefer, ärztlicher Direktor des Eutiner Elisabeth-Krankenhauses den Schritt, UKSH-Patienten in seinem Haus erst aufzunehmen, wenn sie am Uniklinikum zweimal negativ auf den Keim getestet worden sind. „Wir haben viele schwer Kranke, für die eine Infektion gefährlich werden könnte.“ In den Helios-Kliniken Damp und Schönhagen müssen Patienten der vom Keim betroffenen UKSH-Abteilungen bei Aufnahme ein Screening ohne Befund mitbringen. Sonst bleibt ihnen die Tür verschlossen.



Mindestens 31 Patienten fingen sich den Erreger ein

Bei 31 Patienten der Kieler Uniklinik ist der multiresistente Keim *Acinetobacter baumannii* nachgewiesen worden. Zwölf Patienten starben. Bei der Mehrzahl von ihnen war nach Klinikangaben die Grunderkrankung Todesursache. Aktuell liegen 16 Patienten, die den Keim in sich tragen, auf gesperrten

Auch in der Bevölkerung ist die Verunsicherung nach den Todesfällen am UKSH offensichtlich groß. Zu einem Rückgang bei der Patienten-Aufnahme wollte das landeseigene Klinikum gestern aber keine Angaben machen. UKSH-Vorstandschef Scholz hatte zuvor betont, für Patienten außerhalb der isolierten Intensivstationen bestehe keinerlei Gefahr.

Die Gewerkschaft Ver.di legte gestern mit ihrer Kritik nach. Nicht nur die Pflegekräfte seien aufgrund von Personalabbau überfordert. Auch reiche die Zahl der Reinigungskräfte „schlichtweg nicht aus, um die Räume wie

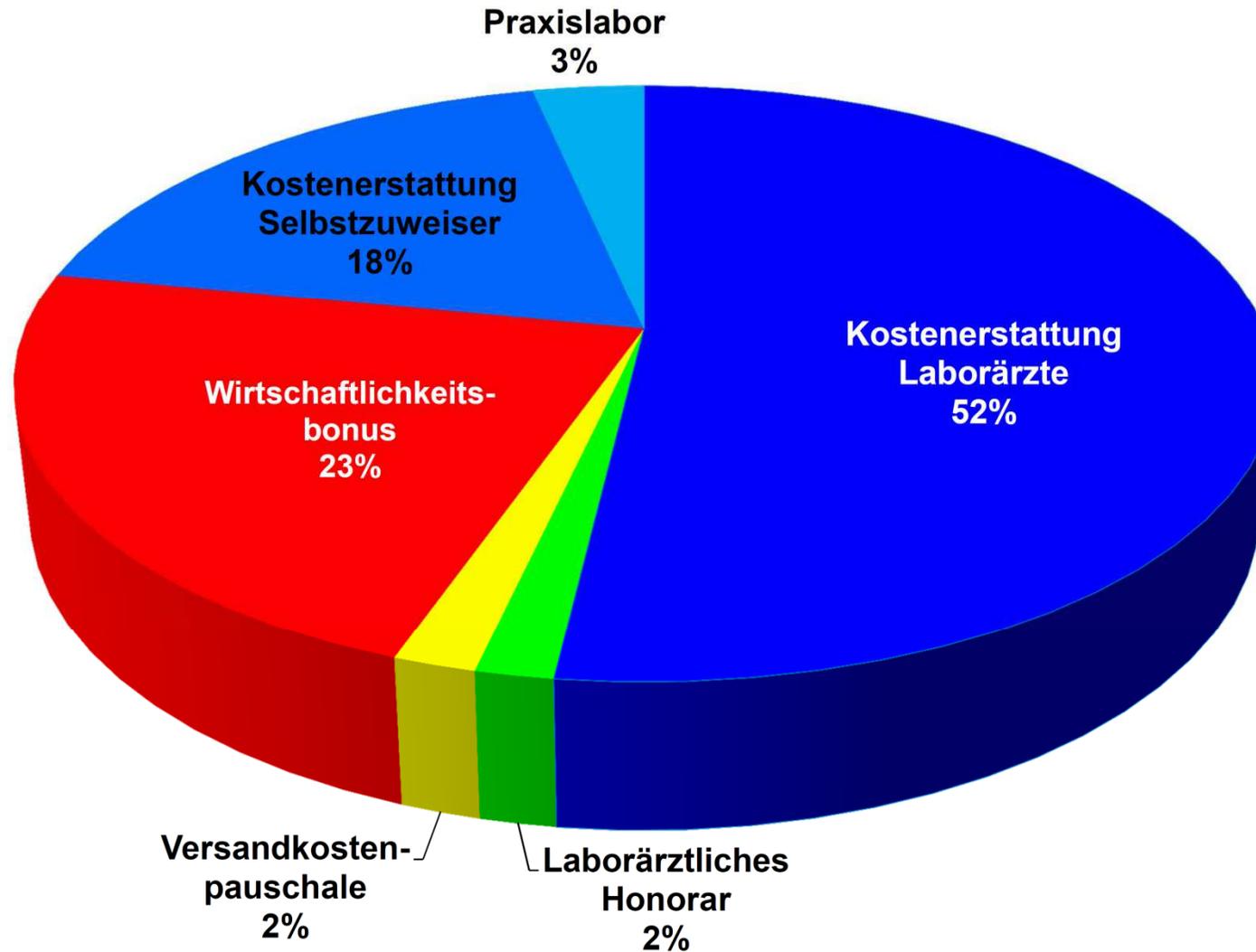
vorgeschrieben reinigen und desinfizieren zu können“. Der Vorsitzende des Berufsverbands Deutscher Hygieniker, Klaus-Dieter Zastrow, plädierte dafür, das Eingangsscreening von Krankenhäusern auszubauen. Dann könne es nicht passieren, dass ein mit multiresistentem Keim befallener Patient in einem Fünf-Bett-Zimmer landet. Für Zastrow zählt ein Screening zur natürlichen Prävention, die jedes Krankenhaus im Eigeninteresse betreiben sollte.

Die Lübecker Berufsfeuerwehr berichtet unterdessen, dass sie hochinfektiöse Patienten (etwa bei MRSA-Keimen) inzwischen nicht nur mit ihren zwei Spezialfahrzeugen, sondern auch mit normalen Krankenwagen transportiert. „Einfach weil die Zahl dieser Patienten immer größer wird“, so Sprecher Lutz Hebel. Die einfachen Krankenwagen müssten nach solchen Fahrten von Spezialisten aufwendig desinfiziert werden. Zu den Fahrten zählen auch Rücktransporte aus dem UKSH Kiel. Heute Abend will das Uniklinikum über den neuesten Stand informieren. **Seite 6**

Aktuelle Vergütungssituation

Abrechnung	Anteil / Vergütung
Anteil des Labor-Topfes für die Quotenberechnung	74,3 %
Fallwerte Kap. 32	Gesamt 32.3 15,56 € 23,40 €
Laborärztliches Honorar pro Fall	1,04 €

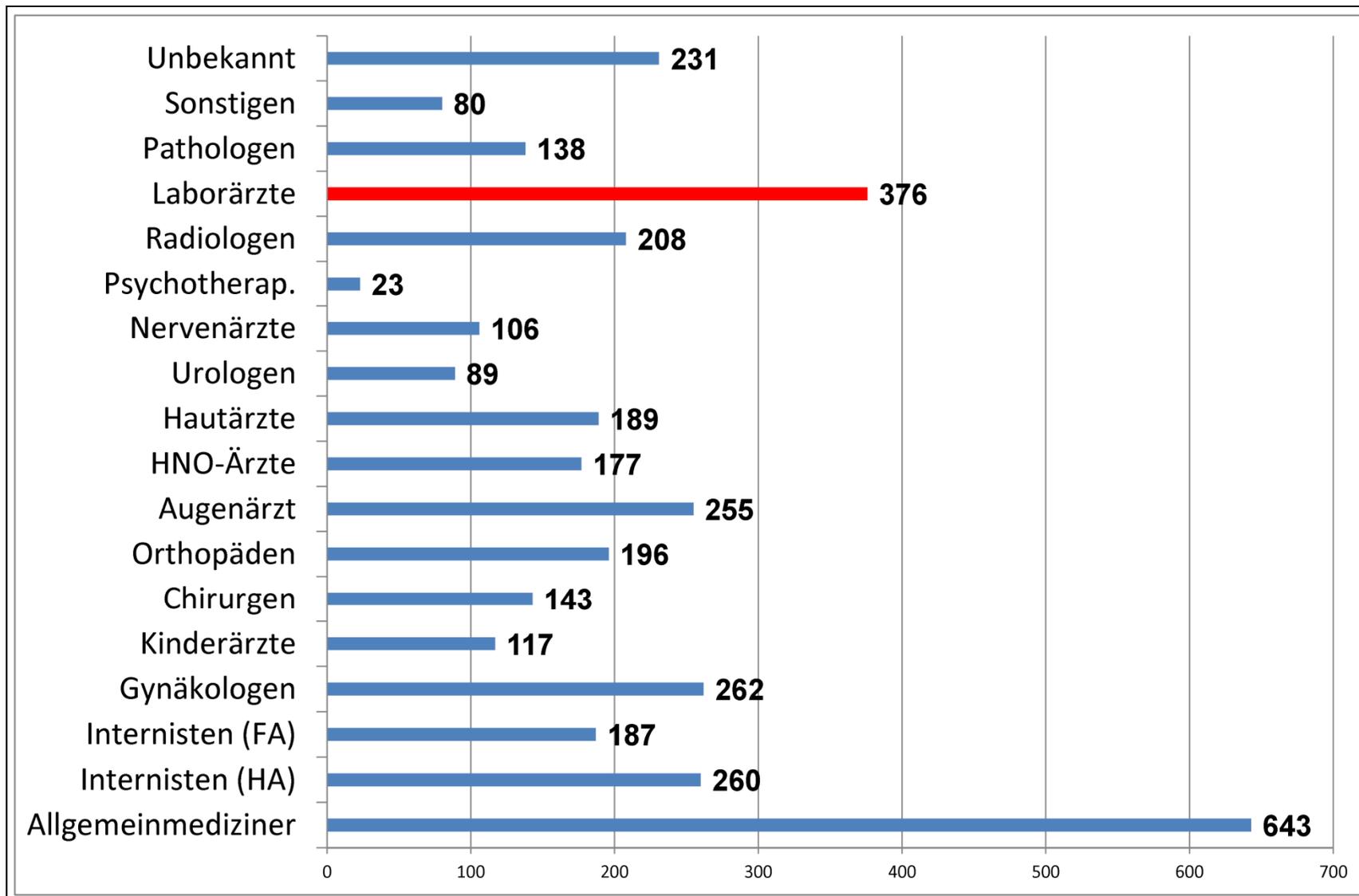
Vorwegabzug Labor 2012-2013



Zuverlässigkeit in der **Versorgung heißt
auch Zuverlässigkeit in der **Vergütung!****

- **Klarer Versorgungsauftrag**
- **Definierter Versorgungsumfang**
- **Sichere Versorgungsstrukturen**
- **Schutz der Kernkompetenz**
- **Eindeutige Anforderungen an die Qualität**
- **Transparenz der labormedizinischen Daten**

Arztkontakte je 1000 Versicherte 2012



Quelle: BARMER GEK D2012

Zuverlässigkeit in der **Versorgung heißt
auch Zuverlässigkeit in der **Vergütung!****

- **Klarer Versorgungsauftrag**
- **Definierter Versorgungsumfang**
- **Sichere Versorgungsstrukturen**
- **Schutz der Kernkompetenz**
- **Eindeutige Anforderungen an die Qualität**
- **Transparenz der labormedizinischen Daten**

Ich arbeite für ihr Leben gern

Aber nicht zu
Flatrate-Bedingungen !

Die Haus- und
Fachärzte

Wir arbeiten für Ihr Leben gern.

Labormedizin steuert das Gesundheitssystem

1000 Laborärzte beeinflussen in 60-70 % der Fälle Diagnostik und Therapie von ca. 350.000 Ärzten

Außerdem werden geleistet :

- Probentransport 3-4 mal täglich
- Kostenlose Stellung des Abnahmematerials
- Rundum EDV-Betreuung
- Medizinische Beratung für Ärztinnen/e aller Fachrichtungen insbesondere auf den Gebieten:
 - Hygiene
 - Infektionsschutz
 - Arbeitsmedizin

Zuverlässigkeit in der **Versorgung heißt
auch Zuverlässigkeit in der **Vergütung!****

- **Klarer Versorgungsauftrag**
- **Definierter Versorgungsumfang**
- **Sichere Versorgungsstrukturen**
- **Schutz der Kernkompetenz**
- **Eindeutige Anforderungen an die Qualität**
- **Transparenz der labormedizinischen Daten**

Ärzte oberhalb der Sperrgrenze (110%)

KV-Bezirk	Humangenetik	Labormedizin	Pathologie	Transfusionsmed.
Baden-Württemberg	15	29	3	5
Bayern	5	8	12	1
Berlin	5	37	27	5
Brandenburg	0	0	3	1

Aber auch 25.000 Arztpraxen
sollen wegfallen!

Saarland	0	0	1	2
Sachsen	9	16	0	4
Sachsen-Anhalt	0	0	4	1
Schleswig-Holstein	0	15	9	1
Thüringen	1	15	5	0
Westfalen-Lippe	*	*	*	*
Gesamt	62	199	137	43

Zuverlässigkeit in der **Versorgung heißt
auch Zuverlässigkeit in der **Vergütung!****

- **Klarer Versorgungsauftrag**
- **Definierter Versorgungsumfang**
- **Sichere Versorgungsstrukturen**
- **Schutz der Kernkompetenz**
- **Eindeutige Anforderungen an die Qualität**
- **Transparenz der labormedizinischen Daten**

Vergleich Praxislabor , 32.2 , 32.3 2009 - 2013

Beschreibung	VR p.a. 32.2 2009-2013	VR p.a. 32.3 2009-2013	VR p.a. 32025-32027 2010-2013
Leistungshäufigkeit	3,10%	5,20%	8,20%
Leistungsbedarf in Euro	4,60%	6,00%	13,80%
Anzahl Behandlungsfälle	0,90%	4,00%	7,40%
Leistungshäufigkeit je Behandlungsfall	2,10%	1,10%	0,70%
Leistungsbedarf je Behandlungsfall	3,60%	1,80%	5,10%

Zuverlässigkeit in der **Versorgung heißt
auch Zuverlässigkeit in der **Vergütung!****

- **Klarer Versorgungsauftrag**
- **Definierter Versorgungsumfang**
- **Sichere Versorgungsstrukturen**
- **Schutz der Kernkompetenz**
- **Eindeutige Anforderungen an die Qualität**
- **Transparenz der labormedizinischen Daten**

Richtlinie der KBV

Regelungen und Hinweise zur korrekten Beauftragung und Abrechnung von Laborleistungen im ambulanten vertragsärztlichen Bereich sowie Empfehlungen für laboratoriumsmedizinische Stufendiagnostik



Pressemitteilung des BDL vom 23.01.2015

Laborärzte mahnen einheitliche Qualitätsstandards an

23.01.2015

Multiresistente Keime im Fleisch, oft hervorgerufen durch überzogenen Antibiotika-Einsatz in der Tiermast, bedrohen zunehmend die Gesundheit der Bevölkerung. Dem sicheren Nachweis der Krankheitserreger kommt daher entscheidende Bedeutung bei der gezielten Bekämpfung der Krankheit zu, betont der Berufsverband Deutscher Laborärzte (BDL). Allerdings seien bestehende Vorschriften zur Qualitätssicherung noch längst nicht überall umgesetzt. Der BDL-Vorsitzende Dr. Andreas Bobrowski forderte daher, Politik, Körperschaften und Ärztekammern auf, den sinnvollen Vorschriften auch Taten folgen zu lassen.

Anlass der Forderung sind neue Qualitätsrichtlinien der Bundesärztekammer (RiLiBÄK) für den direkten Nachweis und die Charakterisierung von Infektionserregern. Sie müssen bis Ende Mai von allen Ärzten, die labormedizinische Untersuchungen durchführen, umgesetzt und beachtet werden. Dazu zählen neben den Fachärzten für Laboratoriumsmedizin unter anderem auch Urologen, Gynäkologen und Dermatologen. Betroffen sind insgesamt rund 20.000 Arztpraxen und Kliniklabore in Deutschland.

Um einheitliche Qualitätsstandards zu gewährleisten, müssten die Aufsichtsgremien die umfassende Umsetzung und Überwachung der RiLiBÄK gewährleisten, sagte Bobrowski. Nur bei einheitlichen Standards sei der Patientenschutz sicherzustellen. In den meisten Bundesländern seien die Eichbehörden für die Überwachung zuständig, was sich bewährt habe, in anderen sei die Zuständigkeit oft noch ungeklärt. Die regelgerechte Umsetzung der RiLiBÄK sei für die Qualität und Sicherstellung der ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung unverzichtbar.

Der BDL-Vorsitzende wies darauf hin, dass die Qualitätssicherungsmaßnahmen zusätzliche Kosten verursachen. Diese dürften nicht allein den betroffenen zehn Prozent der Vertragsärzte aufgebürdet werden, schließlich handele es sich um Maßnahmen, die dem Gemeinwohl dienen und Voraussetzung für eine funktionierende Patientenversorgung seien.

Bobrowski fordert daher von Körperschaften und Kostenträgern Regelungen, durch die die Mehrkosten, etwa durch die Anwendung der RiLiBÄK, paritätisch finanziert werden. Eine sachgerechte Mittelzuwendung dürfe keine Frage von Mehr- oder Minderheiten innerhalb der Ärzteschaft sein.

Insofern bedürfe es dringend eines Kurswechsels bei der künftigen Gestaltung der Finanzierung. Es sei nicht länger hinnehmbar, dass für laborärztliche Leistungen nicht einmal die durchlaufenden Kosten voll erstattet würden.

Ein Beschluss.....

The logo consists of a large magenta square with the letters 'KBV' in white serif font. To the right and bottom of the magenta square is a grey L-shaped shadow.

KBV

..... aber 17 Umsetzungen



Alles Gute.



Zuverlässigkeit in der **Versorgung heißt
auch Zuverlässigkeit in der **Vergütung!****

- **Klarer Versorgungsauftrag**
- **Definierter Versorgungsumfang**
- **Sichere Versorgungsstrukturen**
- **Schutz der Kernkompetenz**
- **Eindeutige Anforderungen an die Qualität**
- **Transparenz der labormedizinischen Daten**

Entwicklung 32.3 (%) 2007 - 2013

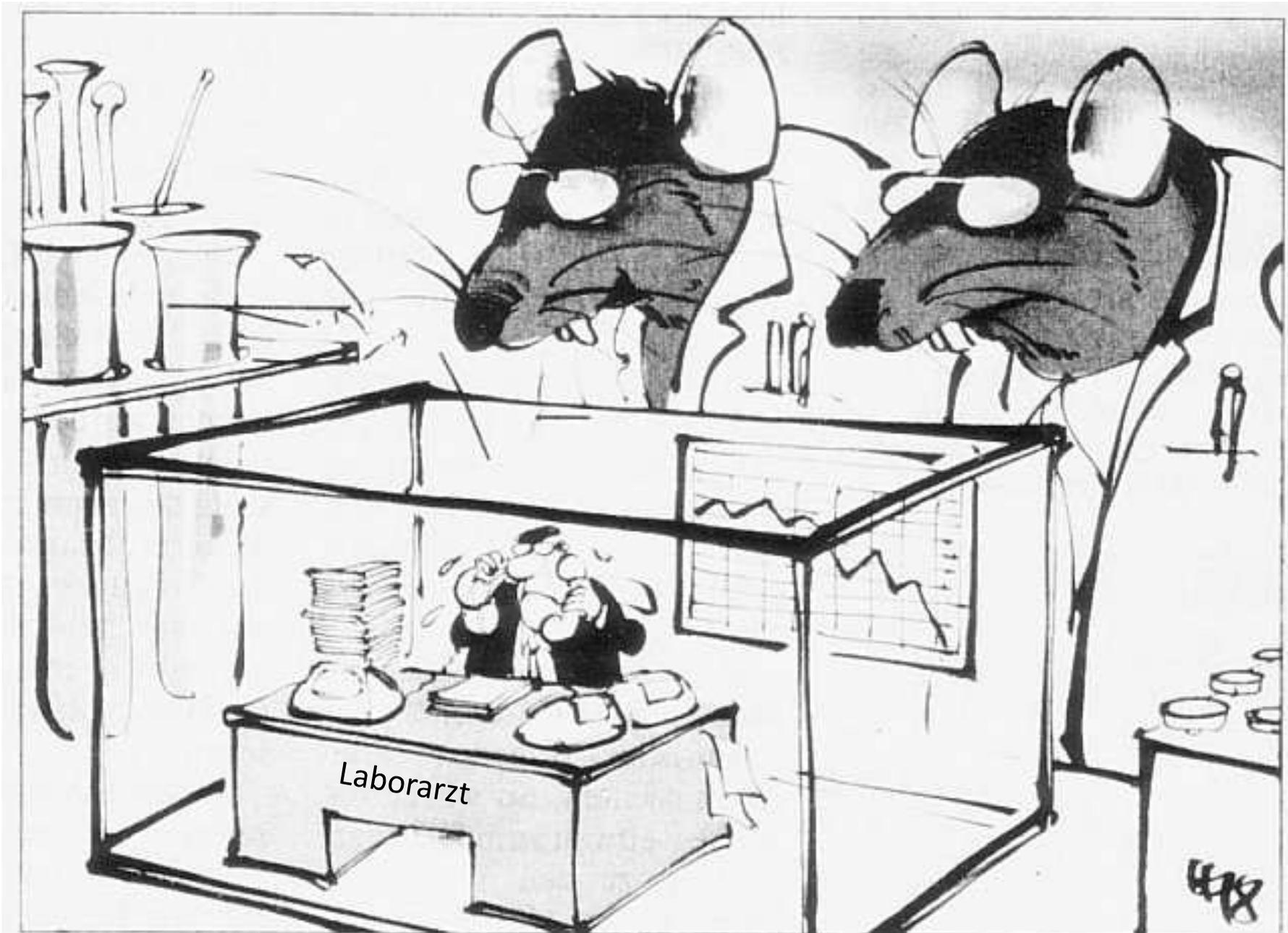
Jahr	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Leistungshäufigkeit	6,5%	2,2%	4,5%	5,8%	4,5%	4,3%
Leistungsbedarf in Euro	6,4%	-1,4%	4,4%	6,5%	5,7%	5,2%
Anzahl Behandlungsfälle	6,0%	4,5%	3,2%	4,8%	3,6%	3,2%
Leistungshäufigkeit je Behandlungsfall	0,6%	-2,4%	1,3%	1,2%	0,9%	0,9%
Leistungsbedarf je Behandlungsfall	0,4%	-5,7%	1,1%	1,6%	2,0%	1,9%

**Zuverlässigkeit in der Vergütung heißt
auch Zuverlässigkeit in der Versorgung!**

- **Abschaffung der Quotierung**
- **Anpassung des Kalk. Arztlohnes auch für Laborärzte (GOP12220)**
- **Einführung einer Grundpauschale Labor in den EBM**
- **Einführung des 4 -Augenprinzips verbunden mit einer modifizierten Überweiserhaftung**
- **Schnellere Aufnahme von Innovationen in den EBM**

Entwicklung der bundesweit einheitlichen Quote

Halbjahr	Veränderung zum Vorjahreshalbjahr
3. Quartal 2012	93,89 %
4. Quartal 2012	96,25 %
1. Quartal 2013	89,17 %
2. Quartal 2013	89,17 %
3. Quartal 2013	92,58 %
4. Quartal 2013	92,34 %
1. Halbjahr 2014	91,58 %
2. Halbjahr 2014	92,69 %
1. Halbjahr 2015	91,58 %



**„Jetzt werden wir mal die Quotierung verschärfen
und messen dann seine Stresssymptome.....“**

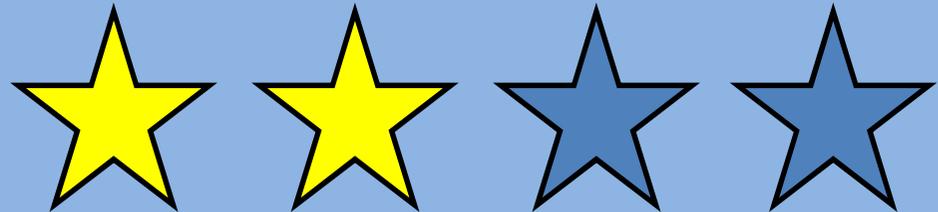
Honorarverhandlungen 2015

Ergebnis : + 800 Mio Euro

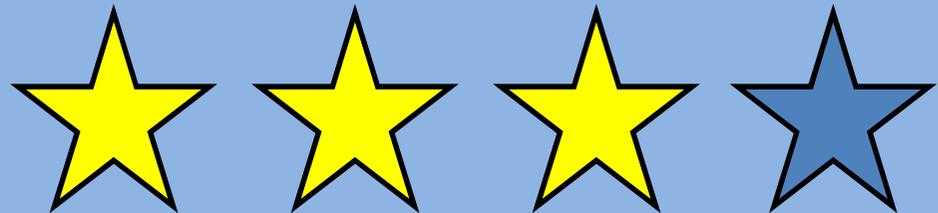
Hausärzte



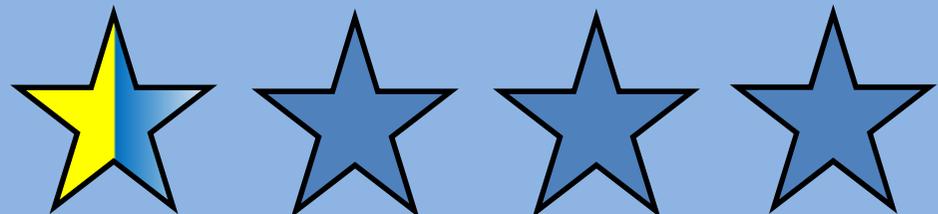
Psychotherapeuten



**Fachärzte
(Grundversorger)**



**Fachärzte für
Laboratoriumsmedizin**



Versorgungsstärkungsgesetz ?

1. Stärkung des Hausärzte-Verbandes
2. Schwächung der ambulanten fachärztlichen Versorgung in Deutschland
3. Stärkung des G-BA bei der Gestaltung der ärztlichen Versorgung in Deutschland
4. Stärkung der Kliniken in der ambulanten Versorgung
5. Erhöhung des staatlichen Einflusses auf das Gesundheitssystem in Deutschland

**Zuverlässigkeit in der Vergütung heißt
auch Zuverlässigkeit in der Versorgung!**

- **Abschaffung der Quotierung**
- **Anpassung des kalk. Arztlohnes auch für Laborärzte (GOP12220)**
- **Einführung einer Grundpauschale Labor in den EBM**
- **Einführung des 4 -Augenprinzips verbunden mit einer modifizierten Überweiserhaftung**
- **Schnellere Aufnahme von Innovationen in den EBM**

Überprüfung und Aktualisierung der Kostendaten

(1) Kostenersatz

(2) Unternehmerisches Risiko

(3) Ärztliches Honorar

**Zuverlässigkeit in der Vergütung heißt
auch Zuverlässigkeit in der Versorgung!**

- **Abschaffung der Quotierung**
- **Anpassung des Kalk. Arztlohnes auch für Laborärzte (GOP12220)**
- **Einführung einer Grundpauschale Labor in den EBM**
- **Einführung des 4 -Augenprinzips verbunden mit einer modifizierten Überweiserhaftung**
- **Schnellere Aufnahme von Innovationen in den EBM**

Beschluss des Bewertungsausschusses vom 28. August 2014

Abrechnungsgebiet	Grund- versorger
Anästhesiologie	JA
Augenheilkunde	JA
Chirurgie	JA
HNO	JA
Hautarzt	JA
Gynäkologie	JA
Kinder- und Jugendpsych.	JA
Neurologie	JA
Psychiatrie	JA
Orthopädie	JA
Urologie	JA
Reha-Medizin	JA

Abrechnungsgebiet	Grund- versorger
Innere Med. o. Schwerpunkt	JA
Innere Med. Angiologie	JA
Innere Med. Endokrinologie	JA
Innere Med. Gastroenterologie	JA
Innere Med. Häma./ Onko	JA
Innere Med. Kardiologie	JA
Innere Med. Nephrologie	JA
Innere Med. Pneumologie	JA
Innere Med. Rheumatologie	JA
MKG-Chirurgie	NEIN
Humangenetik	NEIN
AGMF-Fächer (Labor, etc.)	NEIN

**Zuverlässigkeit in der Vergütung heißt
auch Zuverlässigkeit in der Versorgung!**

- **Abschaffung der Quotierung**
- **Anpassung des Kalk. Arztlohnes auch für Laborärzte (GOP12220)**
- **Einführung einer Grundpauschale Labor in den EBM (GOP 40100)**
- **Einführung des 4 -Augenprinzips verbunden mit einer modifizierten Überweiserhaftung**
- **Schnellere Aufnahme von Innovationen in den EBM**



**Wer sein Bier bestellt
muss es auch bezahlen !**



**Wer viele Biere bestellt
bekommt sein Geld vom Wirt !**

Warum steigen die Leistungsmengen ?

- Zunahme durch Demographie und Morbidität
- Medizinischer Fortschritt mit neuen Leistungen und Parametern
- Erhöhter Leistungsanspruch der Versicherten u. Ärzte
- Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung
- Absicherungsdiagnostik aus forensischen Gründen
- DMP-Programme
- Abschaffung der Praxisgebühr
- Switch von Selbstzuweisern zum Laborarzt
- Hoher Grad der Verfügbarkeit, flächendeckend, 24/7

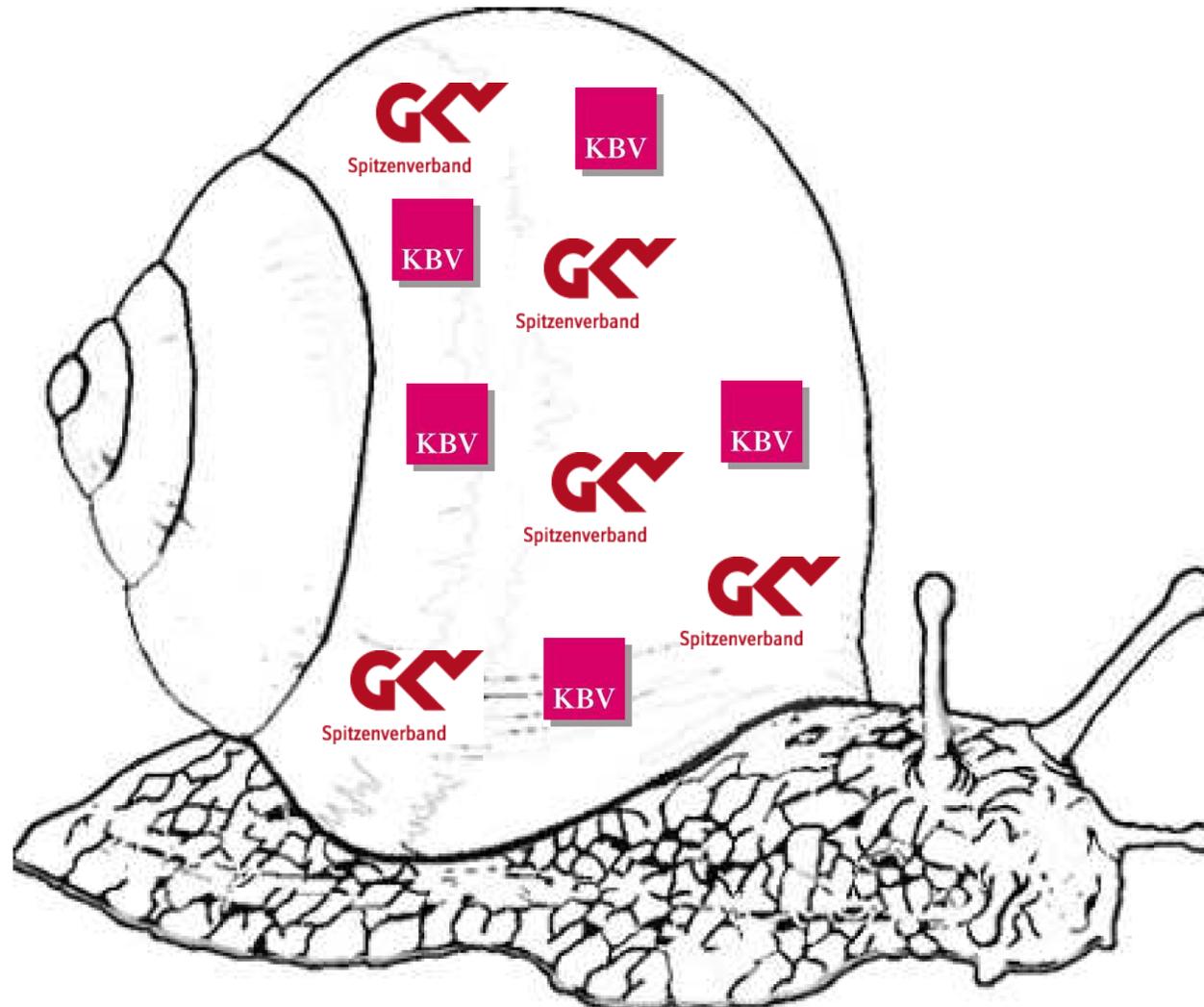
Lösungsansätze

- Darstellung des Wertschöpfungspotentials der Laboratoriumsmedizin für die Gesamtversorgung gegenüber der Politik, den Kostenträgern und der KBV
- Entwicklung diagnostischer Pfade in der Laboratoriumsmedizin
- Umsetzung des Kernkompetenz-Beschlusses zur Eindämmung der Selbstzuweisung
- Einführung des Vier-Augenprinzips
- Verbesserung der Vergütung der laborärztlichen Beratungsziffern (GOP 12220 ff.)
- Zweitmeinungsverfahren bei teuren Untersuchungsverfahren

**Zuverlässigkeit in der Vergütung heißt
auch Zuverlässigkeit in der Versorgung!**

- **Abschaffung der Quotierung**
- **Anpassung des kalk. Arztlohnes auch für Laborärzte**
- **Einführung einer Grundpauschale Labor in den EBM**
- **Einführung des 4 -Augenprinzips verbunden mit einer modifizierten Überweiserhaftung**
- **Schnellere Aufnahme von Innovationen in die GOÄ und den EBM**

Neues HTA-Verfahren ? Langsamer geht es nicht !



Zu den EBM und GOÄ-Verhandlungen 2015

Arbeitszettel für die KBV

1. Abschaffung der Quotierung
2. Anpassung des Kalk. Arztlohnes auch für Laborärzte (GOP12220)
3. Einführung einer Grundpauschale Labor in den EBM (GOP 40100)
4. Einführung des 4 Augenprinzip
5. Kostenstudie 2014 des BDL berücksichtigen
6. Innovationen schneller in den EBM
7. Labor in den extrabudgetären Vergütungsbereich
8. Abschaffung der Bedarfsplanung im Laborbereich

Arbeitszettel für die BÄK

1. Fertig werden
2. Aktualisierung der Kostendaten
3. Faire und transparente Neubewertung
4. Keine Mittelentnahme aus dem Kapitel M
5. Einführung des 4 Augenprinzip
6. Robuste nicht unterschreitbare Einzelsätze
7. Keine Öffnungsklausel in der GOÄ
8. Strenge Einhaltung der RiLiBÄK

**Eine zerstörte Laborlandschaft
wächst nicht nach !**