

David Meyle¹

Neue Labortarife 2013

SULM-Tagung zur Labormedizin im Spannungsfeld von Fortschritt, Finanzen und Politik.

Die Tarife für Labormedizinische Leistungen sind in Bewegung. Die starken Einschnitte in Folge der Revision der Analysenliste 2009 (AL2009), vor allem aufseiten der Praxis- und Spitallabors, sind nicht ohne Folgen geblieben. Die vom Geschäftsführer der SULM, Stephan Hill, organisierte Tagung am 13. Juni in Bern interessierte über 100 Personen und bildete eine «Tour d'Horizon» der Schweizerischen Labormedizin.



Martin Risch, Präsident der SULM und der QUALAB sowie Mitglied der Arbeitsgruppe Analysenliste [1], schilderte zu Beginn die aktuelle Situation der Labormedizin (LM) in der Schweiz. Wie stellen sich die Zahlen zusammen, wie kommen die Kosten des Gesundheitswesens zustande, wo ist die Labormedizin darin verankert? Seit Jahren beträgt ihr Anteil knapp 3% an den Gesamtkosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Dass es trotz der AL2009 nicht weniger wurde, liegt an den globalen Entwicklungen des Gesundheitswesens. Folgende Faktoren sind bestimmend:

A) Volumenzunahme (u.a. Bevölkerungswachstum 2009 bis 2012 + 3,5%, bei gleichzeitiger Zunahme des älteren Bevölkerungsanteils), B) Spezialisierung (u.a. als Auswirkung des verschärften Kostendrucks), und C) Innovation infolge des medizinischen Fortschritts. Weiter verschieben sich die Verhältnisse ambulanter und stationärer Behandlungen in Richtung der ambulanten Behandlungen. Das führte seitens der Arbeitsgruppe Analysenliste zur Bildung des Projekts «Trans-AL», in dem die SULM aktiv beteiligt ist. Ziel der Trans-AL ist es, dass sich Veränderungen in der Medizin auch in der Art und Weise der konstanten Tarifgestaltung abbilden. In der Arbeitsgruppe – wie auch an der Tagung – wechseln Blickwinkel und Prioritäten. Es gibt keine allgemein gültige Richtigkeit, die Summe aller Aspekte soll ein Gesamtbild ergeben

und Zukunftsszenarien ermöglichen. Ein Begriff, der in den Voten öfters fiel, war «Schnelligkeit». Die patientennahe Diagnostik, in der Arztpraxis durchgeführt, bedeutet für gewisse Diagnosen einen grossen Zeitgewinn. Diese Schnelligkeit hat ihren Preis. Sie ist günstig für den Patienten, aber teurer als die – dank hohem Automatisierungsgrad – im Spital- oder Auftragslabor durchgeführte Analyse.



Ernst Gähler, Vizepräsident FMH, Verantwortlicher für Ressort Tarife und Verträge, blickte zurück auf die Tarifanpassungen der vergangenen Jahre. Resultat des «nebulösen» Vorgehens im Zuge der AL-Revision 2009 sind 18–30% Umsatzrückgang bei den Praxislabors. Dabei wurde vonseiten der Ärzteschaft keine Mengenausweitung betrieben, es gab für niedergelassene Ärzte keine Möglichkeiten zu Kompensation des Verlustes. Ein grundlegendes Problem sind die falschen Voraussetzungen für die Berechnung der AL2009-Tarife. Die Analysen der Grundversorger wurden überproportional gesenkt, die Infrastrukturkosten basieren auf Zahlen eines Auftragslabors. Tarife für viele Schnelltests wurden willkürlich festgelegt [2], d.h. es sei nicht nachvollziehbar, welche Kriterien zu den entsprechenden Tarifen geführt haben.

Für etliche Therapien ist die rasche Verfügbarkeit der Resultate eine Voraussetzung, um die Medikation korrekt zu bestimmen. Das Ergebnis der Schnelligkeit im Praxislabor ist das Patientenwohl. Im Auftragslabor ist es die Effizienz. Die La-

borborkonsolidierungen infolge der AL-Revision haben zu einem Effizienzzuwachs geführt, wurden doch mit demselben Umsatz in den Auftragslabors 20% mehr Analysen durchgeführt [3]. Nun scheinen sich die Akteure nicht einig zu sein, wie die Balance zwischen Patientenwohl und Effizienz im Rahmen der TransAL zu gewichten ist. Ernst Gähler warnt eindringlich vor «italienischen Verhältnissen», wo dem Arzt ein Pult mit Schreibstift, Papier und Blutdruckmessgerät genügen muss und alle weiteren Mittel und Werkzeuge wegdelegiert wurden. Das ist keine attraktive Perspektive für einen Berufsstand, der in den kommenden Jahren mit massiven Nachfolgeproblemen kämpfen wird.



Wolfgang Korte, CEO und Chefarzt des Zentrums für Labormedizin in St. Gallen, verwies auf die Resultate des Monitorings Analysenliste. Die Spitallabors konnten die Umsätze weniger gut als die Privatlabors halten, führten aber rund 25% mehr Analysen durch. Die Rentabilität ist deutlich gesunken, Verschlan- kungen und Prozessoptimierungen sind nur bedingt möglich. Ein Spitallabor erbringt «Grundversorger»-Leistungen, hat einen 7×24h-Betrieb und muss ein breites Analytik-Spektrum vor Ort anbieten. Unrentable Analysen können nicht gestrichen werden, sie gehören zum Versorgungsauftrag. Unter den DRGs kommt der «Turnaround-Time» (TAT) eine grosse Bedeutung zu. Eine rasche TAT führt zu kurzen Behandlungspfaden und kann

¹ David Meyle, Redaktion «pipette»

mehr Geld einsparen, als durch Analytik ausgegeben wird. Die Hoffnung, weitere Laborfusionen verbesserten die Effizienz, ist daher falsch. Dieser «Effizienzgewinn» kann nur zentralisiert erbracht werden, die TAT werden darunter leiden. So wird – durch die Zentralisierungstendenzen der Auftragslabors – das Spitallabor immer wichtiger. Die erste Fusionswelle im Zuge der AL2009 hat die Versorgung der grossen Agglomerationen gestärkt, als Nächstes werden nationale und internationale Konzentrationen folgen. Für die Aufhebung des Territorialitätsprinzips wird aktiv lobbyiert, oder gar – entgegen der gesetzlichen Grundlage – bereits praktiziert.



Hans H. Siegrist, Präsident der FAMH, startet ebenfalls mit einem Rückblick auf die AL-Revision 2009. Markante Strukturbereinigungen führten einerseits zu

einer Verlagerung von Analysen in Privatlabors, andererseits konnten Umsatzeinbussen dank Volumen- und Skaleneffekten ausgeglichen werden. Heute zählt die FAMH noch halb so viele Labor-Mitglieder wie vor 10 Jahren. Eine Stärke der heutigen Situation seien die mittelgrossen dezentralen Labors in den Randgebieten. Wenn der bundesrätliche Masterplan «Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung» kostenneutral umgesetzt werden soll, können – nach Berechnungen der FAMH – die Mehrkosten von 45 Mio. Franken nur durch Tarifsenkungen bei Analysen in Spital- und Auftragslabors kompensiert werden. Resultat wird ein stärkerer Druck auf mittelgrosse Labors sein, Leidtragende sind die Randregionen. Spital- und Auftragslabors verursachen zusammen nur 1,5% der Gesamtkosten des Gesundheitswesens (960 Mio. CHF). Mögliche Folgen weiterer Tarifsenkungen werden Betriebsschliessungen, Entlassungen und weniger Investitionen sein. Um Spitallabors im ambulanten Bereich zu erhalten, sind Subventionen notwendig.



Sandra Schneider, Leiterin der Abteilung Leistungen und Leiterin a.i. des Direktionsbereichs Kranken- und Unfallversicherung im Bundesamt für Gesundheit betonte, es sei schwierig, über etwas zu sprechen, dass noch gar nicht vorliegt. Eine Anpassung der Analysenliste ist frühestens per Ende 2013 zu erwarten. Sicher ist jedoch, dass die Positivliste bleibt (durch Krankenversicherer als Pflichtleistung zu vergütende Laboranalysen) und der im September 2012 um 10% erhöhte Übergangszuschlag für das Praxislabor bis Ende 2013 verlängert wird. Sie erläutert die rechtlichen Grundlagen, allen voran die WZW-Kriterien (wirksam, zweckmässig, wirtschaftlich) des Krankenversicherungsgesetzes. Diese drei Kriterien müssen periodisch überprüft werden. Die aktuelle Analysenliste umfasst rund 1700 Positionen. Dem Gebot der periodischen Überprüfung wurde in der Vergangenheit

Calprotectin and Pancreatic Elastase

Gold Standard Faecal Test Package

Monoclonal antibodies

→ *highest sensitivity and specificity*

Validated application protocols for the Dynex DS2[®] offered by BÜHLMANN and for other ELISA robots

BÜHLMANN and POLYGON

→ *quality, reliability and service*



BÜHLMANN Laboratories AG
Phone: +41 61 487 12 12
info@buhlmannlabs.ch
www.buhlmannlabs.ch



Polygon-Diagnostics AG
Phone: +41 41 250 53 59
info@polygon-diagnostics.ch
www.polygon-diagnostics.ch

nur vereinzelt nachgegangen. Das alte Tarifmodell entsprach weder dem wissenschaftlich-technischen Fortschritt noch der hochgradigen Automatisierung. Es drängte sich ein Systemwechsel auf, um die Realität der Entwicklung zu berücksichtigen. Das Projekt «Trans-AL» wurde Mitte letzten Jahres gestartet, um die Struktur der Analysenliste zu überarbeiten. Im Rahmen dieses Projekts wird bis Ende 2013 ein eigenes Kapitel «schnelle Analysen im Praxislabor» (TransAL 1) geschaffen. Die Expertengruppe des BAG hat 18 Analysen definiert, die mit dem «Point of Care»-Tarif (POCT) abgerechnet werden können. Nach Vorstellung der FMH sollte diese Liste aber 45 Positionen umfassen. Nach intensiven Diskussionen hat das BAG einen Kompromiss vorgeschlagen; 18 Analysen gemäss POCT, 27 weitere mit Zuschlägen. Dieser Kompromiss wurde an der Delegiertenversammlung der FMH Anfang 2013 abgelehnt. Die komplette Neustrukturierung der Analysenliste (TransAL 2) läuft, Anpassungen werden jedoch frühestens per 2015 umgesetzt werden können.



Juerg B. Reust, Leiter Abteilung ambulante Versorgung und Mitglied der Direktion tarifsuisse ag, zog – als Vertreter der Kostenträger – den Vergleich zur Landwirtschaft: «Die Kosten entstehen nicht durch das Kerngeschäft (Laboranalysen), sondern durch Zuschläge.» Das aktuelle Vergütungsmodell setzt sich zusammen aus der technischen Leistung für die eigentliche Analyse, und je nach Labortyp (Offizinlabor, Praxislabor, Spitallabor Typ A, B, C, Privatlabor), einer Präsenz- oder Auftragstaxe [4]. Bei den je ersten 10 Positionen beträgt das Verhältnis zwischen den Kosten für die Taxen/Zuschläge und der Analysen [5]:

- im Praxislabor 4,9:1
- im Privatlabor 0,7:1
- im Spitallabor 2,1:1

Tarifsuisse erkennt eine Stabilisierung des Wachstums im Praxis- und Spitallabor, ist jedoch besorgt über das ungebremste Wachstum bei den Privatlabors.

Aus den präsentierten Diagrammen geht jedoch nicht hervor, ob sich das monierte Wachstum auf die Anzahl Analysen oder die Kosten bezieht. Gemäss FAMH wurden durch Spital- und Privatlabors seit 2009 bei gleichem Umsatz plus 20% Analysen durchgeführt. Die Daten der FAMH und tarifsuisse sind nicht deckungsgleich, spiegeln aber dieselben Erfahrungen. Ein Dorn im Auge ist tarifsuisse die Anwendung der Auftragstaxe im ambulanten Bereich bei gewissen Spitalern. Die rechtlichen Voraussetzungen (juristisch selbständige Gesellschaftsform) wurden jedoch zum Teil lange vor der AL2009 geschaffen.

Gemäss Reust wird wie bei den Medikamenten auch bei Laboranalysen der Auslandspreisvergleich kommen. Hier ist er im selben Boot wie Sandra Schneider, die auf die Möglichkeit verwies, dank Parallelimporten zu günstigeren Reagenzien zu kommen [6].

Im von der Landwirtschaft geprägten Vortrag dürfen Äpfel und Birnen nicht fehlen. Gemäss dem Beispiel «BRCA-Analyse» sollen 5000 Franken Differenz zwischen deutschen und schweizerischen Kosten (3000.– vs. 8000.–) stehen. Es sind Preisunterschiede, die auch von anderen Seiten (z.B. Myriad Genetics) gerne zitiert werden. Sie sind nachweislich falsch, wie auch die erwähnten langen TATs. Sie liegen, gemäss Angaben des BAG (Stand 24.7.2013), aktuell bei CHF 4300.– und 19 Tagen TAT (Median- und Mittelwert).

Qualitätssicherung wird in der Labormedizin bereits seit 40 Jahren betrieben. Leider fehlen aber Sanktionsmöglichkeiten. Was, wenn die Ergebnisse der Ringversuche schlecht sind, wie vorgehen, wenn keine Akkreditierung vorliegt? Zu Recht stört sich tarifsuisse am Umstand, dass fehlbares Verhalten ohne Konsequenzen auf die Leistungsabrechnung bleibt. Aufgabe der CSCQ oder MQ ist es, zu beurteilen, nicht aber zu richten. Ein Organ oder Instrument, um Sanktionen verhängen zu können, fehlt zurzeit. Abschliessend betont Juerg Reust, dass Analysen dort gemacht werden sollen, wo die WZW-Kriterien am besten erfüllt werden, «der Tarif darf nicht Strukturhaltung betreiben».



Andreas Faller, Rechtsanwalt, Experte im Gesundheitswesen, nimmt das letzte «W» der WZW-Kriterien auf. Er zitiert aus dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) Art. 43 Abs. 4 «Tarife und Preise werden ... vereinbart. Dabei ist auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur der Tarife zu achten». Betriebswirtschaftliche Bemessung und sachgerechte Struktur sind die massgebenden Kriterien zur Festsetzung von Tarifen. Kommen mehrere Leistungserbringer für dieselbe Leistung in Frage, muss das Gleichbehandlungs- bzw. Differenzierungsgebot befolgt werden. Dies ist keine juristische Spitzfindigkeit, sondern ein tief in unserem Rechtssystem verankertes Prinzip. «Wenn mehrere Leistungserbringer die gleiche Leistung erbringen, bergen Sonderregelungen zugunsten einzelner Leistungserbringer das Risiko einer Verletzung des Gleichbehandlungsgebotes in sich.»

Das KVG folgt dem Grundsatz des minimal regulierten Wettbewerbs. Tarife dürfen nur dann staatlich festgesetzt werden, wenn dies sachlich gerechtfertigt und nicht anders möglich ist, «der Tarif ist kein Spielfeld für politische Interventionen und Fördermassnahmen». Darum: «Hände weg von Tarifen, wenn es um politische Interventionen, Fördermassnahmen oder Ungleichbehandlungen geht». Unter den staatlich festgelegten Abgeltungen (Medikamente, Mittel- und Gegenstände, Analysenliste) ist letztgenannte die Einzige ohne Rechtsmittel. Der Bundesrat hat das letzte Wort, wenn sich die Parteien nicht einigen können (KVG, Art. 43 Abs. 5bis). Bringt die Zukunft also betriebswirtschaftliche berechnete, oder frei verhandelte Tarife? Dies hängt ab von der Entwicklung der Gesetze und Verordnungen. Aufschlussreich ist jedenfalls die sich selbst zugewiesene Rolle des Bundes im Rahmen der Strategie «Gesundheit 2020». Seine Rolle gewichtet er doppelt so stark wie diejenige der Leistungserbringer [7]. Der Entscheid zur Einheitskasse wird auf administrativem Weg vorweggenommen. →

Podiumsdiskussion

In der anschliessenden, vom Geschäftsführer der SULM geleiteten Podiumsdiskussion mit Beteiligung des Publikums zeigten sich nochmals die brennenden Fragen der aktuellen Situation. Die Labormedizin verfügt zwar über jahrelange Erfahrung in der Qualitätssicherung. Die Qualitätssicherung ist aber nicht bindende Voraussetzung, um Leistungen verrechnen zu können. Vonseiten der Krankenkassen werden Transparenz und Sanktionen gefordert. Gemäss Schneider besteht die Absicht, Ergebnisse der Qualitätssicherung auch zu veröffentlichen. Uneinig ist man sich betreffend der Grösse des Analysespektrums im Praxislabor. Je nach Sichtweise kommen 15 bis 30 Analysen im Praxislabor in nur 2 bis 10% der Fälle zur Anwendung. Gähler unterstreicht, dass es den Ärzten nicht darum gehe, Subventionen zu erhalten. Reust hält fest, dass die günstigste Medizin diejenige des Grundversorgers sei. Kortes Frage nach der betriebswirtschaftlichen Gewichtung beantwortet das von Reust formulierte gleichschenklige Dreieck der WZW-Kriterien, alle drei Faktoren sind gleichwertig. Risch hält fest, dass – noch vor der Frage der Anzahl Analy-

sen im Praxislabor – festgelegt werden muss, welche Behandlungen in der Praxis stattfinden sollen. Fallner erinnert daran, dass die Auslandpreisvergleiche im Falle der Medikamentenpreise zwar hilfreiche Indizien, aber keine gültigen Antworten geben. Nur schon die Währungsschwankungen können schnell zu starken Verzerrungen führen. Die konkrete Frage aus dem Publikum, was die Labormedizin aus Sicht des BAG denn kosten darf, blieb verständlicherweise unbeantwortet, auch wenn der Umstand, dass vielerorts in der IV-Diagnostikindustrie seit 10 Jahren keine Preisanpassungen mehr stattfinden konnten, bedenklich ist [8]. Eine Herausforderung der Zukunft wird sein, den Nutzen der Labormedizin innerhalb des gesamten Gesundheitssystems mit Zahlen und Fakten zu verdeutlichen. Harald Borrmann, General Manager von Roche Diagnostics (Schweiz) AG, erinnert an die volkswirtschaftliche Bedeutung und patientenzentrierte Methode der Labormedizin. «Es ist ein grosser Vorteil der Schweiz, dass die Akteure – auch dank der SULM – miteinander sprechen und im Idealfall Fehler aus dem Ausland vermeiden können.» Stephan Hill beendete die rege Diskussion mit der

Feststellung, dass wir uns bei der Preisrevision im Dreieck zwischen Preis, Qualität und Verfügbarkeit bewegen. Wo immer angepasst wird – es hat Auswirkungen auf die beiden anderen Faktoren.

Korrespondenz:
pipette@sulm.ch

Referenzen

- 1 Weitere Mitglieder der Arbeitsgruppe Analytikerliste: Schweiz. Gesellschaft für Hämatologie (SGH) | Schweiz. Gesellschaft für klinische Chemie (SGKC/SSCC) | Schweiz. Gesellschaft für Allergologie und Immunologie (SGAI) | Schweiz. Gesellschaft für Mikrobiologie (SGM) | Schweiz. Gesellschaft für Medizinische Genetik (SGMG) | Schweiz. Union für Laboratoriumsmedizin (SULM) | Verband der Medizinischen Laboratorien der Schweiz (FAMH) | Berufsverband Hausärzte Schweiz | Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) | Initiative «Ja zur Hausarztmedizin» | santésuisse | Spitalverband H+
- 2 Präsentation E. Gähler, Folie 8
- 3 Präsentation H. Siegrist, Folie 2
- 4 Präsentation S. Schneider, Folie 6
- 5 Präsentation J. Reust, Folie 7
- 6 Swissmedic, Leitfaden zur Medizinprodukte-Regulierung (preview.tinyurl.com/pzde8v3)
- 7 Gesundheit 2020, Zusatzgrafiken, Seite 4 (<http://preview.tinyurl.com/lmry46>)
- 8 Gemäss D. Rothenbühler, Firma RUWAG, konnten die Preise in der vergangenen Dekade – bei einer Teuerung von 10% – nur um 2% angepasst werden.

Präsentationen der Redner finden sich unter:
www.sulm.ch/d/aktuell/neue-laborarife

Rückblick SGKC - Jahresversammlung und SGKC-Award 2013

Die Jahresversammlung der SGKC fand dieses Jahr zusammen mit dem International Congress of Porphyrins and Porphyrins und dem International Meeting of Porphyria Patients im KKL Luzern statt.

Das Thema des Kongresses war «Personalized Medicine and Rare Diseases», wobei sich am Donnerstag und Freitag ein Programmteil ausschliesslich mit den Porphyrinen befasste. Im parallel dazu angebotenen Programmteil der SGKC wurde am Donnerstag die Pharmakogenetik und die personalisierte Medizin in verschiedenen medizinischen Fachgebieten behandelt und die Risikoprädiktion durch genetische Marker bei der Medikamententherapie, aber auch bei kardiovaskulären Erkrankungen, der Obesitas und dem Lipid signalling diskutiert. Am Freitag war das erste Symposium den neuen Biomarkern und der Entwicklung von Tests zu

deren Analyse gewidmet. Anschliessend wurde die Diagnostik verschiedener seltener Erkrankungen vorgestellt, so zum Beispiel das Neugeborenencreening in der Schweiz und die sehr komplexe Diagnostik der mitochondrialen Erkrankungen. Am Nachmittag präsentierten zahlreiche Autoren von eingereichten Abstracts ihre Arbeiten, die einmal mehr aufzeigten, wie breit das Gebiet der Klinischen Chemie ist. Am Samstag fand das Satelliten-Meeting für den Euromedlab Kongress in Mailand statt, das ganz dem Thema Porphyrinen gewidmet war.

Vor der Generalversammlung der SGKC konnte der **Förderpreis der SGKC** an Dr. Alexander B. Leichtle aus dem Universitätsinstitut für Klinische Chemie im Zentrum für Labormedizin des Inselspitals Bern verliehen werden. Die preisgekrönte Arbeit trägt den Titel: «Serum amino acid profiles and their alterations in colorectal cancer» und wurde im August 2012 in der Zeitschrift *Metabolomics* veröffentlicht.

Der nächste Förderpreis wird 2014 anlässlich der Jahresversammlung der



Dr. Alexander B. Leichtle, Gewinner des diesjährigen SGKC-Förderpreises.

SGKC in Basel verliehen. Die SGKC ermuntert alle Mitglieder unter 40 Jahren, sich dafür zu bewerben. Die Anmeldeinformationen werden rechtzeitig auf der Homepage der SGKC (www.sccc.ch) aufgeschaltet.

Prof. Katharina Rentsch, Basel

SGKC/SSCC JV 2014

Datum: Mittwoch, 29. bis Freitag, 31. Oktober 2014
Ort: Congress Center Basel