

Ernst Gähler

# Laboranalytik in der ärztlichen Praxis

## Die Revision der Analysenliste und ihre Entwicklung

Das Praxislabor hat beim praktizierenden Arzt in der Diagnostik seit eh und je einen sehr hohen Stellenwert und ist ein wichtiges Instrument bei der täglichen Arbeit am Patienten. Die Tarifierung erfolgte bis zur Einführung des TARMED-Tarifs 2004 auf verschiedenen Kanälen (eidgenössische Analysenliste, kantonale Labortarife). Seit 2004 erfolgt die Abgeltung der Laborleistungen über die Analysenliste, welche als Amtstarife in die Zuständigkeit des Bundesamts für Gesundheit (BAG) gehört. Der Leistungskatalog für das Praxislabor ist in zwei Anhängen der Analysenliste definiert. Er ist einerseits für das Präsenzlabor (Laboranalysen, auf deren Resultate der Patient direkt warten kann) und andererseits für das Labor bei bestimmten Spezialisierungen geregelt. Der Tarif für die Abgeltung der Laborleistungen wurde 2006 linear um 10% abgesenkt und mit der Revision der Analysenliste auf den 1.7.2009 nochmals massiv beeinflusst. Die Ärzteschaft hat die Vorgaben im Praxislabor aus dem Jahr 2006 vorbildlich und ohne Mengenausweitung umgesetzt, wie die Grafik mit Zahlen von NewIndex zeigt. Die Absenkung 2006 ist hier gut zu erkennen.

Der Beginn der Revision der Analysenliste durch das BAG begann bereits 2006 und endete mit der Einführung der neuen Analysenliste am 1.7.2009. Die Ziele für 2006 waren:

- Die Überprüfung der Preisbildung
- Die Formatierung der Nomenklatur
- Keine Überprüfung des Leistungskatalogs

Die Preisbildung mit dem Ziel des BAG, einen einheitlichen Tarif für alle zu schaffen, sollte sich als «pièce de résistance» für die gesamte Revision der Analysenliste erweisen. Ein weiteres größeres Problem entstand mit der Aussage der Exponenten des BAG: «... durch die Abgeltung aus dem Praxislabor darf kein Gewinn gemacht werden. Ärztinnen und Ärzte sollen ihr Einkommen einzig aus ärztlichen Leistungen generieren.» Es stellte sich die Frage, warum denn Physiotherapie, Labor, Röntgen, EKG, ärztliche Medikamentenabgabe usw. plötzlich keine ärztlichen Leistungen mehr sein sollten. Gerade diese Leistungen dienen der praktizierenden Ärzteschaft zur Diagnostik sowie zur Einleitung von Behandlungen und führen zu einer kostengünstigen Arbeit der Grundversorger.

Für die Bewertung der Abgeltung hat das BAG den sogenannten Gewinn aus der Work-Flow-Analyse (WFA) einfach gestrichen, obwohl es sich hierbei nur um einen Deckungsbeitrag handelte und wohlwissend, dass das Praxislabor nach betriebswirtschaftlichen Berechnungen bereits vor der Revision nicht mehr kostendeckend betrieben werden konnte.



Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte  
Fédération des médecins suisses  
Federazione dei medici svizzeri  
Swiss Medical Association

Es zeigte sich dann auch schnell, dass das Konzept des BAG zur Berechnung der Abgeltung der Analysen des Praxislabors nicht aufgehen konnte. Als Grundlage dienten die Berechnungen für das Auftragslabor. Die Nachteile des Praxislabors wurden mit einer Präsenztaxe und Pauschalen pro Analyse «kompensiert». Unsere Simulationen haben gezeigt, dass diese Berechnungen der Vielfalt des Praxislabors keineswegs gerecht wurden.

### Point-of-Care-Modell

Die Ärzteschaft hat mit dem «Point-of-Care-Modell», dem eine betriebswirtschaftliche Berechnung der Analysen aus dem Praxislabor zugrunde lag, einen konstruktiven Beitrag zur Lösung des Problems eingebracht. Das BAG hat das Modell, ohne es sauber zu prüfen, mit der Begründung abgelehnt, dass es der geforderten Einheitlichkeit des Tarifs nicht gerecht werde. Ein juristisches Gutachten, das zum Thema Stellung nahm, zeigte, dass das Modell diesen Grundsatz nicht verletzt. Im Gegenteil: Es entspricht den gesetzlichen Vorgaben besser als das BAG-Modell.

### Was ist seit der Einführung der neuen Analysenliste passiert?

Die Revisionsresultate wurden vom BAG mit den bekannten schwerwiegenden Fehlern umgesetzt. Die Auswirkungen sind fatal und entsprechen leider voll und ganz den Ergebnissen der Simulationen im Vorfeld. Verlierer sind die Grundversorger (Allgemeinmediziner und Allgemein-Internisten) mit einer Umsatzeinbusse von 25% pro Laborsitzung. Bei der «Winner-Spezialität» hingegen resultiert aus rein tarifarischer Mechanik ein Umsatzgewinn von 30%.

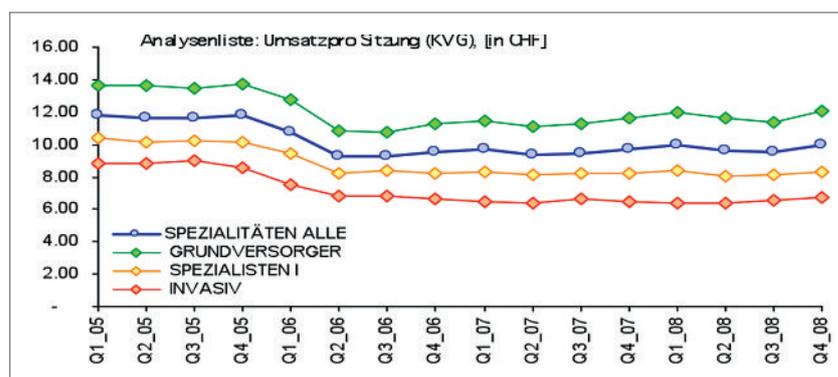


Abbildung 1

Die Revision der Analysenliste und ihre Auswirkungen auf den Umsatz pro Sitzung (KVG).

Solche Umsatzverschiebungen führen nach ökonomischer Theorie zu Gegenreaktionen, die dann wieder negativ ausgelegt werden können. Deshalb haben wir unser Monitoring in über 4000 Arztpraxen mit Praxislabor und speziell bei den stark betroffenen Grundversorgern nun auch auf diesen Aspekt ausgerichtet. Statistisch verhält sich die betroffene Ärzteschaft vorbildlich – sie konzentriert sich eindeutig mehr auf die qualitative Be-

treuung der Patienten als auf die von BAG und Preisüberwacher permanent unterstellten pekuniären Interessen.

#### Schlussfolgerungen

Die einzige Lösung für das Praxislabor in der Revision der Analysenliste wäre die betriebswirtschaftlich saubere Abbildung des Praxislabors gewesen. Dies hätte ausschliesslich mit dem «Point-of-Care-Modell» realisiert werden können. Nachdem das BAG es

explizit abgelehnt hat, die betriebswirtschaftlich und sachgerechte Berechnung zu monitorisieren, wird die FMH dieses Monitoring selber übernehmen müssen.

Korrespondenz:  
Dr. med. Ernst Gähler  
Vizepräsident FMH/  
Verantwortlicher Tarife und Verträge  
Gossauerstrasse 24  
CH-9100 Herisau  
ernst.gaehler@hin.ch

Roger Lehmann<sup>1</sup>, A. Troendle<sup>2</sup>, M. Brändle<sup>3</sup>

## New insights into diagnosis and management of gestational diabetes mellitus

Recommendations of the Swiss Society for Endocrinology and Diabetology (SSED)

Physiology and current knowledge about gestational diabetes led to the adoption of new diagnostic criteria and blood glucose target levels during pregnancy by the SSED. The full recommendations have been published in "Therapeutische Umschau" (2009; 66:695-706).

The 6<sup>th</sup> International Workshop Conference on Gestational Diabetes mellitus in Pasadena (held in 2008) defined new diagnostic criteria based on the results of the HAPO-Trial. These criteria were presented during the American Diabetes Association (ADA) congress in New Orleans in 2009. According to the new criteria, there is no need for screening, but all pregnant women have to be tested with a 75 g oral glucose tolerance test (OGTT) between the 24<sup>th</sup> and 28<sup>th</sup> week of pregnancy. The new diagnostic values are very similar to the ones previously adopted by the ADA, with the exception that only one out of three values has to be elevated in order to make the diagnosis of gestational diabetes. Due to this important difference it is very likely that gestational diabetes will be diagnosed more frequently in the future. The diagnostic criteria are: Fasting plasma glucose  $\geq 5.1$  mmol/l, 1-hour value  $\geq 10.0$  mmol/l or 2-hour value  $\geq 8.5$  mmol/l. Based on current knowledge and randomized trials, it is

much more difficult to define glucose target levels during pregnancy. This difficulty has led to many different recommendations being issued by diabetes societies. The SSED follows the arguments of the International Diabetes Federation (IDF) that self-blood glucose monitoring itself lacks precision and that there are very few randomized trials. Therefore, the target levels have to be easy to remember and might be slightly different in mmol/l or mg/dl. The SSED adopts the tentative target values of the IDF with fasting plasma glucose values  $< 5.3$  mM and 1- and 2-hour postprandial (after the end of the meal) values of  $< 8.0$  and  $7.0$  mmol/l, respectively (table 1).

**Table 1** Recommendations of the IDF and SSED 2009 (values referenced on plasma)

Fasting or preprandial	$< 5.3$ mM (95 mg/dl)
1-hour postprandial	$< 8.0$ mM (145 mg/dl)
2-hour postprandial	$< 7.0$ mM (125 mg/dl)

The last part of these recommendations deals with the therapeutic options during pregnancy (nutrition, physical exercise and pharmaceutical treatment). If, despite lifestyle changes, the target values are not met, approximately 25% of the patients have to be treated pharmaceutically.



Insulin therapy is still the preferred treatment option, but metformin (and as an exception glibenclamide) can be used, if there are major hurdles for the initiation of insulin therapy.

#### SSED management board

Roger Lehmann (president), Emanuel Christ (vice president), Peter Wiesli (finances), Sylvia Baer Cornu, Mirjam Christ-Crain, Petra Elsässer Imboden, Christoph Henzen, Alain Golay, Pierre Maechler, Christian Meier, François Pralong, Andreas Rohrer, Eugen Schönle.

Correspondence:  
Prof. Dr. med. Roger Lehmann  
Universitätsspital Zürich  
Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und klinische Ernährung  
Rämistrasse 100  
CH-8091 Zürich  
roger.lehmann@usz.ch

- 1 Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und klinische Ernährung, Universitätsspital Zürich
- 2 Endokrinologie/Diabetologie, Spital Netz Bern Tiefenau
- 3 Endokrinologie/Diabetologie, Kantonsspital St. Gallen