

## Analysenliste und Praxislabor



Joerg Fritschi

Spätestens seit der Einführung des neuen KVG 1995 und der damit verbundenen Einführung der Analysenliste (AL) im Sozialversicherungsbereich ist das *Praxislabor* ein heisses Thema. Die AL wird halbjährlich vom Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) überarbeitet und ist ein sogenannter *Verordnungstarif*, das Besondere an Verordnungstarifen ist deren Endgültigkeit – es gibt im wesentlichen keine Einspruchsmöglichkeit. Um so wichtiger ist deshalb die Arbeit in den entscheidenden Gremien: die REVAL bearbeitet die Analysenliste gemäss Auftrag auf rein medizinisch-labortechnischer Ebene (typische Fragestellung: Ist der neue Test medizinisch sinnvoll, kostengünstig, und welche alten Teste werden dadurch obsolet?). Deren Präsident wird im Turnus unter den Mitgliedern gewählt, zur Zeit ist es der Arzt Dr. med. Hans-Rudolf Schwarzenbach (Melide TI, SGAM). Entscheidungsgewalt hat aber erst die der REVAL vorgesezte ALK. Sie steht unter der direkten Leitung des BSV (Herr Daniel Wiedmer, Herr Fritz Britt). In diese offizielle eidgenössische Kommission wird man vom Bundesrat (EDI) gewählt, die Ärzte haben zwei Vertreter (zur Zeit sind dies Dr. med. H.-R. Schwarzenbach und Frau Dr. med. Michelle Rossier, Morges VD, und zwei Stellvertreter: Dr. med. Hans-Ueli Brack, Mörschwil SG, und Dr. med. Jörg Fritschi, Pfeffingen BL). Die ALK ist ein (zu) grosses Gremium, es umfasst 41 Mitglieder, vertreten sind nebst der Ärzteschaft die Versicherer, die grossen und die kleineren Spitallaboratorien, die Privatlaboratorien, die Industrie, das BSV und Experten für Spezialgebiete. Auch die Beschlussfassungen der ALK unterliegen letztlich dem innerdepartementalen Entscheid des BSV bzw. der Departementvorsteherin, Frau Bundesrätin Ruth Dreifuss.

Insgesamt besteht durchaus die Möglichkeit für alle Interessengruppen inklusive Ärzteschaft, bei der Erarbeitung respektive Revision der AL mitzuwirken, die letzte Verfügungsgewalt liegt aber unmissverständlich beim Bund.

Nachfolgend berichten wir Ihnen über eine der entscheidenden ALK-Sitzungen der letzten Jahre, die Sitzung vom 12.10.2000 (Bern). Das wichtigste Traktandum, dem der

ganze Morgen gewidmet war, war die *Neue Analysenliste (NAL)*. Die Sitzung wurde geleitet vom Vizepräsidenten des BSV, Fritz Britt. Für die Ärzte anwesend waren der REVAL-Präsident H.-R. Schwarzenbach und Joerg Fritschi.

### Die Spannung vor der Sitzung: Mission impossible

Anfang des Jahres hatte das BSV sowohl die Studie Szucs am medizinisch-ökonomischen Institut USZ als auch eine Arbeitsgruppe zur Neuregelung der Analysenliste in Auftrag gegeben. Der offizielle Hintergrund waren dabei die fortschreitende Technik und Veränderungen der Berechnungsgrundlagen für die Tarife, gleichzeitig liegt aber ein Sparauftrag der Departementvorsteherin Frau Bundesrätin Dreifuss vor, und last but not least war die Problematik der Genossenschaftslaboratorien noch immer ungeklärt. Zur Überprüfung der Tarife wurde eine 10köpfige Expertengruppe eingesetzt, die ARNAL (später mit H. H. Brunner als Beobachter ergänzt). Die Experten der ARNAL sind ohne Ausnahme aus dem Industriebereich, dem Grosslabor oder dem Spitalbereich. Der *Schlussbericht* der ARNAL dokumentiert, dass die hauptsächlichlichen Veränderungen im Bereich der Grundversorger-Parameter vorgenommen wurden. Im weiteren wurde ein offenbar vom BSV (es fehlt eine klare Quellenangabe) verfasster Schlussbericht zu den Sitzungsunterlagen beigelegt, der sich mit den Streichungen der Parameter im Bereich der Grundversorgerliste befasste. Die zur Streichung vorgeschlagenen Parameter waren trotz angegebener Basierung auf der Praxislaborstudie Szucs keineswegs mit den in dieser Studie vorgeschlagenen identisch: Es handelt sich dabei um 15 Parameter (von insgesamt 52), unter anderem Thrombozyten, Urat, Hämatokrit usw.

Eine weitere Prämisse der Sitzung war die eine Woche früher in Bern durchgeführte Vorstellung der Studie Szucs. Sie zeigte, dass in Praxen mit Arztlabor die direkten und die indirekten Kosten geringer sind, dass keine Mengenausweitung besteht (durchschnittlich 4 durchgeführte Parameter pro Auftrag) und dass ein hoher sekundärer Benefit in Form eines grossen Patientenvertrauens durch ein Praxislabor besteht. Alle diese Werte gelten notabene nur bei der *Präsenzdiagnostik*.

## Die Sitzung: Star wars

Herr Britt führte in die Ausgangsproblematik ein, wobei im Verlauf der Sitzung klar wurde, dass offenbar eine lineare Kürzung aller Tarifpositionen zur Diskussion stand und bei Scheitern einer differenzierteren Lösung doch noch zum Zuge kommen könnte. Bei der NAL waren die Tarifpositionen gemäss neueren Erhebungen zu überprüfen und ein allfälliger Systemwechsel zu diskutieren. Peter Siegrist (Präsident FAMH) besprach die Arbeit der ARNAL, die sich in einer Tabelle mit über 50 zur Tarifänderung vorgeschlagenen Parametern niederschlägt. Die neuen Erhebungen ergeben dabei allerdings ein wenig einheitliches Bild – viele Parameter werden im Vergleich zum jetzt geltenden Tarif je nach Ansprechpartner teurer oder billiger angegeben. Die meisten einfacheren Analysen, ca. 90% der im Grundversorgerlabor durchgeführten, wurden zur Rückstufung vorgeschlagen, insbesondere die mit jetzt 9 TP tarifierten Enzymassays auf 7 Taxpunkte. Die Untersuchungen, welche in den Laboratorien Typ B und C (Privatlaboratorien und grosse Spitallaboratorien) durchgeführt werden, wurden weit überwiegend höher als jetzt zur Neutarifizierung vorgeschlagen. Ebenso wurde eine Erhöhung der Bearbeitungsgebühr für Fremdaufträge (nicht in der Praxis anwendbar) von jetzt 12 TP auf 14 TP empfohlen. Anschliessend führte uns Hans-Ueli Zürcher in Vertretung von Professor Szucs durch die Praxislaborstudie. Die wichtigsten Punkte: In Arztpraxen mit Praxislabor entstehen weniger direkte Laborkosten, weil weniger Analysen durchgeführt werden (im Durchschnitt vier Analysen pro Auftrag). Die indirekten Kosten sind bei den Labor-Arztpraxen wegen einer massiven Einsparung von Zusatzkonsultationen ebenfalls deutlich tiefer; die entsprechende geschätzte Differenz liegt im Bereich von 200–400 Mio. SFr. pro Jahr. Aufgrund der erstaunlich niedrigen Menge von durchgeführten Analysen im Praxislabor ist der Vorwurf einer Mengenausweitung hinfällig, und schliesslich besteht auch ein hoher Vertrauensbonus der Patienten zum Arzt mit Praxislabor. Dieser letzte Punkt mag schwer in Form von ersparten Kosten auszudrücken sein, beschreibt aber treffend die Einschätzung von uns Grundversorgern: In einer Praxis ohne schnell verfügbare Laborresul-

tate sinkt die diagnostische und allenfalls auch therapeutische Qualität, und zwar um so mehr, um so dringlicher sich ein Krankheitsbild präsentiert. Der Komfort und Produktivitätsverlust kann aufgrund dieser Studien nun ebenfalls dokumentiert und sogar einigermaßen verlässlich geschätzt werden.

Anschliessend folgte die freie Diskussion, wobei vom Sitzungsleiter zusätzlich die Thematik der Blockanalysen aufgegriffen wurde. Der erreichte Konsens, der weitgehend mit den von den Grundversorgern eingebrachten Vorstellungen übereinstimmt, kann wie folgt zusammengefasst werden:

- Reduktion der Analysen (die meisten von 9 auf 7) mit gleichzeitigem Einführen einer Handlingpauschale oder eines gesplitteten Tarifs;
- klare Definition der Präsenzdiagnostik;
- gemeinsame Anstrengung der Grundversorger (unter der Regie der FMH), der FAMH/SULM und des BSV zur Elimination von nicht AL-konformen Gemeinschaftslaboratorien (respektive der dort praktizierten illegalen Verrechnungsart von Laboranalysen);
- Erhöhung der Anstrengungen bei der Qualitätssicherung, sowohl im Bereich Privatlaboratorien als auch im Bereich der Praxislaboratorien (QUALAB);
- Erarbeitung einer neuen Grundversorgerliste durch ein Expertenteam der REVAL;
- Erarbeitung von medizinisch begründeten Blöcken, wobei mit deren Einführung gleichzeitig ein Verbot für alle anderen Blöcke erfolgen soll und die jetzt geltende Regelung der Blockverrechnung mit freier Wahl der Parameter abgeschafft werden soll; ebenfalls durch ein Expertenteam der REVAL.

Unter der Leitung von H. R. Schwarzenbach wird die REVAL diese Expertengruppen zusammenstellen, in Zusammenarbeit mit den Grundversorgergesellschaften.

Als weiterer Punkt wurde die Übernahme der AL in den Kantonen besprochen; 13 Kantone arbeiten offenbar noch mit kantonalen Tarifen. Überraschenderweise sind in 5 Kantonen die entsprechenden Preise tiefer, und in einigen weiteren unterscheiden sie sich nicht wesentlich von der AL. Herr Britt forderte die entsprechenden Vertragspartner auf, die jetzt geltenden Verträge zu kündigen

und in neuen Verträgen die AL als Basis für die Laborverrechnung einzuführen (Bundesrecht). Wir gehen dabei davon aus, dass dieser Appell den direkt betroffenen, nämlich den kantonalen Gesellschaften, den Sanitätsdirektoren der Kantone und den kantonalen Versicherungskonkordaten, auch direkt mitgeteilt wird.

### Nach der Sitzung: With a little help from my friends

Aus der Sicht der Grundversorger haben sich zwei wesentliche Punkte im Laborbereich in den letzten Monaten verändert:

1. Die Praxislaborstudie Szucs, welche einen Paradigmenwechsel in der Argumentation im Laborbereich nach sich ziehen muss (alle Parameter, die medizinisch sinnvoll sind und den Qualitätsansprüchen genügen, können kein Exklusivrecht der Privat- und Spitallaboratorien mehr beanspruchen – sie müssen zur Durchführung in der Praxis freigegeben werden).
2. Mit der Person von Fritz Britt hat eine rationale Denkweise die früher vorwiegend politisch-emotionale abgelöst.

Voraussetzung für das Gelingen dieses Umbaus, der für das weitere Bestehen des Praxislabor entscheidend sein wird, ist die Elimination der Genossenschaftslaboratorien. Mittlerweile ist dieses «Opfer» mindestens innerhalb der Führungsebene der Grundversorger unbestritten, was allerdings kaum für die Betroffenen gelten wird ... nichtsdestotrotz ist dies der Eckstein des Gebäudes. Dies soll durch vier Punkte erreicht werden:

- wirtschaftlich, durch Senkung des Analysenpreises;
- juristisch griffige Selbstdeklaration des Arztes, dass er die angegebenen Analysen gemäss der Definition des Präsenzlabors durchführt und an entsprechenden Qualitätskontrollen teilnimmt;
- Verweigerung der Zertifizierung von Laboratorien durch die entsprechenden Gremien, falls diese weiterhin Genossenschaftslabors anbieten;
- Quervergleich zwischen Qualitätskontrolle und Abrechnung (es gibt Ärzte, die Praxislaboranalysen verrechnen, aber in keiner Qualitätskontrolle auftauchen).

Dazu kommt der klare Positionsbezug der Grundversorger-Fachgesellschaften (SGIM, SGAM) sowie der FMH. Die Definition des Präsenzlabors umfasst aus unserer Sicht folgende vier Punkte:

- Die Analyse muss unmittelbar nach der Blutentnahme und innerhalb des gleichen Konsultationszeitraums (in der Regel weniger als eine Stunde) durchgeführt werden.
- Die durchgeführte Analyse wird in derselben Konsultation bewertet und für die weitere Diagnostik und Therapie zusammen mit den übrigen Informationen verwendet.
- Die Analyse wird in den Praxisräumen des Arztes durchgeführt. Dabei spielt keine Rolle, ob es sich um eine Einzel- oder Mehrfachpraxis handelt, solange sich das Labor innerhalb der definierten Praxisgrenzen befindet.
- Der Arzt/die Ärztin (bei Mehrfachpraxen mindestens ein Praxismitglied) sind im Besitze des FAPL und führen das Praxislabor.

Für alle Ärzte, die jetzt bereits ein Praxislabor mit Präsenzdiagnostik führen, bietet diese Definition keinerlei Neuigkeiten oder Hindernisse. Der Fachausweis für das Praxislabor (FAPL) wird vom KHM verwaltet und aufgrund der erworbenen Erfahrung in Anspruch genommen werden können. Die jetzige Regelung der AL, wonach bis zu maximal 5 Ärzte zusammen ein Gemeinschaftslabor führen können, wird wegen ihrer massiven Nebelzone nicht mehr favorisiert. Man könnte sich allerdings vorstellen, dass für spezielle Fälle ein Antragsrecht auf Zulassung besteht, welches fallweise geprüft werden müsste; es ist immerhin denkbar, dass in einem Ärztehaus eine sinnvolle Laborkooperation möglich ist und dabei durchaus den gestellten Anforderungen gerecht wird. Der entscheidende Punkt müsste dabei die Laborführung durch einen der praktizierenden Ärzte sein. Insgesamt dürften lediglich Ärzte mit veralteten, auf kleine Serien ausgerichteten Laboreinrichtungen mit der skizzierten Definition Probleme haben; da hier aber kein Benefit erkennbar wird (möglicherweise sogar durch mangelnde Präzision ohne Zeitgewinn eine negative Bilanz besteht), sind Argumente für einen entsprechenden Systemerhalt schwierig zu finden.

Zu den Blöcken: die angestrebte Definition von medizinisch und labortechnisch begründeten fixen Blöcken soll die zurzeit verwirrende und primär wirtschaftlich begründete Praxis der Privatlaboratorien verbessern. Es wurde geschätzt, dass mit ca. 200 fixen (aber revidierbaren) Blöcken der medizinische Bedarf gedeckt werden kann; die jetzt geltende Blockverrechnung mit frei einsetzbaren Analysen (erste Analyse = 100%, zweite Analyse = 50% etc.) soll gleichzeitig abgeschafft werden. Dabei soll die Menge der Analysen pro Block klein, jedenfalls einstellig gehalten werden. Nach unserem Verständnis sind diese Blöcke nur im Grosslaborbereich und nicht im Praxislabor anwendbar; die Grundüberlegung ist ja die Möglichkeit, durch Serien und Erhöhung des Volumens Ersparnisse einzielen zu können, vor allem auch angesichts einer nicht unwesentlichen Bearbeitungsgebühr für Fremdaufträge. Diese Voraussetzungen gelten in der Präsenzdiagnostik nicht. Wie hochkarätig das Expertengremium für die Bildung dieser Blöcke auch sein mag, Kritik von allen Seiten ist ihnen so sicher wie das Amen in der Kirche.

### **Glaube – Liebe – Hoffnung**

An einen Turnaround in der Laborpolitik haben die Grundversorger in den letzten Jahren kaum noch ernsthaft glauben mögen. Die Prämisse war diejenige, dass die Praxislaboratorien nur Kosten verursachen und

von allen betreibenden Ärzten die Befunde unkontrolliert und labortechnisch ungenügend erhoben wurden; und dies nur, um sie schliesslich noch inkompetent zu interpretieren. Der Kern dieses Ärgernisses waren und sind die illegalen Formen der *Genossenschaftslaboratorien*. Alle Führungsebenen der Grundversorger auf nationaler und kantonaler Ebene sind nicht mehr bereit, diese zunehmend schwerer werdenden Beinketten weiterhin mitzuschleppen. Die betroffenen Kollegen mögen sich auf den entsprechenden Ausstieg vorbereiten. Die Mehrzahl der Ärzte möchte um jeden Preis das eigene Praxislabor weiterhin betreiben können, was nur mit dem aufgezeigten Weg möglich sein wird.

Nach der Sitzung vom 12. 10. 2000 sind wir zwar immer noch nicht bis über beide Ohren in das BSV verliebt, es zeigen sich aber Anzeichen einer rationalen Denkweise, die den Bedürfnissen und Besonderheiten des Praxislabors mittels eines entsprechenden Systemwechsels entgegenkommt; dies geschieht notabene auf dem wissenschaftlichen Hintergrund der Praxislaborstudie Szucs, welche für die nächsten Jahre richtungweisend bleiben wird. Weitere Veränderungen im Laborbereich, vor allem auch unter dem mit Sicherheit zunehmenden finanziellen Druck im Bereich der Sozialversicherung, werden auf uns zukommen, es besteht aber die Hoffnung, diese gemeinsam mit allen Beteiligten rational lösen zu können.

## Primary Scare

«Was ist das, wenn zwei Chirurgen ein EKG anschauen?» ... «Eine Doppelblindstudie.»

Die Patientin sagt zum Psychiater: «Küssen Sie mich, Herr Doktor!»

Dieser meint: «Das darf ich auf gar keinen Fall. Streng genommen dürfte ich nicht einmal neben Ihnen auf der Couch liegen!»