

Dieser Artikel gibt eine Übersicht über die ab 1. Juli 2009 geltende Vergütung für Laboranalysen in der ärztlichen Praxis und Antworten auf häufig gestellte Fragen.

Einleitung

Nach Krankenversicherungsgesetz (KVG)¹ erlässt das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) eine Liste der Analysen mit Tarif. Diese enthält die durch die Krankenversicherer als Pflicht-Leistung zu vergütenden Laboranalysen. Dabei stellt die Analysenliste (AL) einen behördlich erlassenen Tarif dar. Dieser kommt jedoch nur bei ambulanter Behandlung zur Anwendung, bei stationärer Behandlung sind die Analysenleistungen grundsätzlich in der Pauschale inbegriffen². Zudem gilt der Tarifschutz, d. h. die Leistungserbringer dürfen keine höheren Vergütungen als im Tarif vorgesehen in Rechnung stellen.

Das KVG schreibt vor, dass alle Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen und dass diese drei Kriterien periodisch zu überprüfen sind. Die AL stammt im Wesentlichen aus den 90er-Jahren und wurde seither nur vereinzelt angepasst. Insbesondere das Tarifmodell entspricht weder dem heutigen technischen Fortschritt und der erfolgten Automatisierung noch den gestiegenen Lohnkosten.

¹ Art. 52 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10)

² Art. 49 KVG

³ Präsenzdiagnostik: Im Rahmen der Grundversorgung durchgeführte Laboruntersuchungen gemäss Anhang A der AL, vorausgesetzt, sie werden nach Artikel 54 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 3 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV) räumlich im eigenen Praxislaboratorium und nach Artikel 54 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 2 KVV zeitlich in Anwesenheit des Patienten oder der Patientin erbracht.

⁴ Quelle: nicht veröffentlichte Auswertung der Laborabrechnungen des Jahres 2007 von 2568 Ärztinnen und Ärzten der Ärztekasse; dem BAG im Laufe der Erarbeitung der Revision der Analysenliste von der FMH zugestellt.

Deshalb musste die ganze AL auf den aktuellen Gegebenheiten betriebswirtschaftlich bemessen und sachgerecht ausgestaltet werden, sodass sie wieder den KVG-Auftrag gewährleistet, nämlich eine effiziente Versorgung mit Analysenleistungen in der notwendigen Qualität. Dabei wurde auch die Nomenklatur in redaktioneller Hinsicht bereinigt, d. h. falsche, alte oder missverständliche Analysenbezeichnungen wurden korrigiert und offensichtlich obsoletere Analysen gestrichen.

AB 1. JULI 2009 GÜLTIGE VERGÜTUNG FÜR IN PRÄSENZ DES PATIENTEN ODER DER PATIENTIN IN DER ÄRZTLICHEN PRAXIS DURCHFÜHRTE ANALYSEN³

Das EDI hat am 28. Januar 2009 eine überarbeitete AL (Anhang 3 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) vom 29. September 1995) beschlossen, die auf den 1. Juli 2009 in Kraft tritt. Die Einführung der neuen Vergütung wird in zwei Schritten erfolgen: vom 1. Juli 2009 bis 31. Dezember 2011 gilt eine Übergangsregelung, welche einen zusätzlichen Taxpunkt pro Analyse beinhaltet. Damit soll allen beteiligten Kreisen genügend Zeit zur Anpassung an die neuen Gegebenheiten eingeräumt und Gelegenheit geboten werden für mögliche Detailkorrekturen, die sich aus den Erfahrungen in der Einführungsphase ergeben. Ab 1. Januar 2012 fällt der Übergangszuschlag weg. Die Einführung der neuen AL wird von einem Monitoring begleitet, über welches wir in einer nächsten Ausgabe des Bulletins detaillierter informieren werden.

Der neuen AL wird vor allem von Seiten der in freier Praxis tätigen Ärzteschaft viel Kritik und Ablehnung entgegengebracht. Insbesondere wird vorgeworfen, dass das

neue Modell es nicht ermögliche, die in Präsenz des Patienten oder der Patientin notwendigen Laboranalysen auch zukünftig kostendeckend durchzuführen.

Die nachfolgende Zusammenstellung gibt eine Übersicht über die aktuelle und die zukünftige Vergütung von typischen Laboranalysen, deren Ergebnisse noch in Gegenwart des Patienten oder der Patientin vorliegen sollten, da sie einen unmittelbaren Einfluss auf zu fällende Diagnose- oder Therapieentscheidungen haben. Die Zusammenstellung dieser sogenannten Präsenzdiagnostik will Transparenz schaffen und einen Beitrag zur Versachlichung der Diskussion leisten.

Gemäss Angaben der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) vom 17. Oktober 2008⁴ wird in 42,2 Prozent aller in der ärztlichen Praxis durchgeführten Analysen **einzig eine Laboranalyse** durchgeführt. Die bei weitem häufigste allein durchgeführte Analyse – und die dritthäufigste Analyse überhaupt – ist dabei die Bestimmung der Thromboplastinzeit nach Quick bei Personen mit Blutverdünnung. Bei Konsultationen mit Quickbestimmung sei diese in 71,9 Prozent sogar die einzige Analyse. Die nachfolgende Liste zeigt die aktuelle und zukünftige Vergütung von dieser sowie weiteren typischerweise allein durchgeführten Analysen auf:

Laboruntersuchungen, die im Rahmen der Präsenzdiagnostik in der Regel *einzel*n durchgeführt werden:

Untersuchung	Vergütung heute (in Franken)	Vergütung 1.7.2009 – 31.12.2011 (in Franken)	Vergütung ab 1.1.2012 (in Franken)
Thromboplastinzeit nach Quick/INR	12.60	12.00	11.00
Glukose, Blut/Plasma/Serum	8.10	9.50	8.50
Hämoglobin mittels manueller Bestimmung	6.30	14.00	13.00
Urin-Teilstatus, 5–10 Parameter	3.60	8.00	7.00
Streptococcus, Beta-hämolisierend, Gruppe A, Schnelltest	18.00	20.80	19.80
Thrombozyten-Zählung mittels manueller Bestimmung	8.10	12.00	11.00
Glykiertes Hämoglobin (HbA1c)	27.00	24.90	23.90

Die Vergütung ab 1.7.2009 versteht sich als Gesamtvergütung, bestehend aus (a) einer Präsenztaxe von 4 Taxpunkten (TP) je Patient und Tag, (b) variablen Zuschlägen von 1 TP (für die Fachbereiche Hämatologie, klinische Immunologie und medizinische Mikrobiologie) bzw. 2 TP (für den Fachbereich klinische Chemie) je Analyse – sodass pro Tag mit (a) und (b) bis maximal 24 TP verrechnet werden können – sowie (c) dem spezifischen Analysentarif. Dazu kommt vom 1.7.2009 bis zum 31.12.2011 ein Übergangszuschlag von 1 TP je Analyse zur Abfederung zu grosser Sprünge bei der Einführung. Dabei wird der per 1.1.2006 auf 0.90 Franken herabgesetzte Taxpunktwert per 1.7.2009 wieder auf 1 Franken angehoben. Zu diesen Vergütungen addieren sich wie bisher die Tarmed-Positionen für kapilläre oder venöse Blutentnahme, etc.

Je nach Krankheitsbild werden Laboranalysen in der ärztlichen Praxis auch in **typischen Analysenkombinationen** durchgeführt. Die nachfolgende Liste zeigt die aktu-

elle und zukünftige Vergütung solcher typischer Kombinationen von 2–3 Analysen auf, deren Ergebnisse noch in Gegenwart des Patienten oder der Patientin vorliegen sollten:

Laboranalysen, die im Rahmen der Präsenzdiagnostik in typischen *Kombinationen* durchgeführt werden:

Klinik, Symptome etc.	Untersuchung	Vergütung heute (in Franken)	Vergütung 1.7.2009 – 31.12.2011 (in Franken)	Vergütung ab 1.1.2012 (in Franken)
Akute Gastritis	Hb/Lc, CRP	24.30	25.00	23.00
Arthritis	CRP, Urat, Lc-diff	39.60	49.80	46.80
Afebrile Allgemeinerkrankungen	CRP, Hämatogramm I, Lc-diff	42.30	54.00	51.00
Chronische Herzinsuffizienz	Kreatinin, Kalium	14.40	15.30	13.30

Die Vergütung ab 1.7.2009 versteht sich als Gesamtvergütung, bestehend aus (a) einer Präsenztaxe von 4 Taxpunkten (TP) je Patient und Tag, (b) variablen Zuschlägen von 1 TP (für die Fachbereiche Hämatologie, klinische Immunologie und medizinische Mikrobiologie) bzw. 2 TP (für den Fachbereich klinische Chemie) je Analyse – sodass pro Tag mit (a) und (b) bis maximal 24 TP verrechnet werden können – sowie (c) dem spezifischen Analysentarif. Dazu kommt vom 1.7.2009 bis zum 31.12.2011 ein Übergangszuschlag von 1 TP je Analyse zur Abfederung zu grosser Sprünge bei der Einführung. Dabei wird der per 1.1.2006 auf 0.90 Franken herabgesetzte Taxpunktwert wieder per 1.7.2009 auf 1 Franken angehoben. Zu diesen Vergütungen addieren sich wie bisher die Tarmed-Positionen für kapilläre oder venöse Blutentnahme, etc.

Ebenfalls nach Angaben der FMH vom 17. Oktober 2008 werden nur in 5,5 Prozent aller in der ärztlichen Praxis durchgeführten Analysen mehr als 15 Analysen pro Patient und Tag vorgenommen. Aus der

Praxislaborstudie I⁵ geht ferner hervor, dass 25,2 Prozent der in der ärztlichen Praxis durchgeführten Analysen bei Erwachsenen in einer separaten Konsultation besprochen werden.

ANTWORTEN AUF HÄUFIG GESTELLTE FRAGEN

Weshalb wurde bei der Neukonzeption der AL ein geteiltes Modell bestehend aus einer «technischen» Laborleistung und einer Auftrags- bzw. Präsenztaxe samt Zuschlägen gewählt?

Nach Artikel 52 Absatz 2 Buchstabe a Ziffer 1 KVG ist das EDI beauftragt, **eine** Liste der Analysen mit Tarif zu erlassen. Diese Liste gilt für **alle** Laboranalysen, unabhängig davon, ob sie in der ärztlichen Praxis, in der Apotheke, im Spital oder im Privatlabor durchgeführt werden. Mit dem gesplitteten Vergütungsmodell, bestehend aus den Tarifen der Analysen – kalkuliert zu den direkten Gestehungskosten – und den verschiedenen Taxen, kann einerseits die Vorgabe eines einheitlichen Tarifs erfüllt und andererseits den unterschiedlichen Betriebsbedingungen Rechnung getragen werden. Ein ähnlich geteiltes Modell mit verschiedener Vergütung existiert bereits bei anderen Tarifen, z.B. Tarmed-Betriebsstellen bei den radiologischen Leistungen.

Welche Leistungen werden zukünftig höher und welche tiefer vergütet?

Die aktuelle AL ist veraltet und bildet die realen Verhältnisse des Aufwandes im Laborbereich nicht mehr korrekt ab. Aufgrund des technischen Fortschritts und der Automatisierung kann rund ein Viertel der über 1600 Analysen weniger personalaufwändig durchgeführt werden. Somit können diese Analysen heute deutlich kostengünstiger erbracht werden als in der Vergangenheit. Umgekehrt schlagen bei der Durchführung von rund drei Vierteln der über 1600 Analysen vor allem die gestiegenen Lohnkosten sowie auch die höhere Komplexität zu Buche; damit ist ihre Erbringung heute teurer als in der Vergangenheit. Da erstere mengenmässig deutlich überwiegen, wird insge-

⁵ Quelle: «Schweizerische Praxislaborstudie 1998–2000» (sogenannte Praxislaborstudie I), durchgeführt von der Abteilung Medizinische Ökonomie des Universitätsspitals Zürich und des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

samt von einer Reduktion des zulasten des KVG abgerechneten Laboranalysenvolumens von heute rund einer Milliarde Franken auf rund 800 Millionen Franken pro Jahr ausgegangen. Je nach angebotener Portfolio ist es aber durchaus möglich, dass die neue AL bei einzelnen Leistungserbringern insgesamt zu höheren Vergütungen führen wird.

Wie erklärt es sich, dass der Umsatz der Labordiagnostik in den Arztpraxen ab 1. Juli 2009 um 9% pro Jahr und ab 1. Januar 2012 sogar um 19% pro Jahr zurückgehen dürfte? Welches Bezugsjahr wurde für diese Abschätzung gewählt?

Auf der Grundlage der gemittelten Daten des santésuisse-Tarifpools aus den Jahren 2006 und 2007 ist gemäss Hochrechnungen davon auszugehen, dass der gesamtschweizerische jährliche Umsatz der Laboranalysen in der ärztlichen Praxis, der im Mittel der Jahre 2006 und 2007 rund 435 Millionen Franken betrug, sich ab 1. Juli 2009 um rund 39 Millionen Franken (-9%) und ab 1. Januar 2012 um rund 83 Millionen Franken (-19%) reduzieren dürfte. Allerdings handelt es sich dabei um eine Projektion mit Hilfe von Vergangenheitsdaten. Nicht berücksichtigt ist in dieser Projektion das dynamische Leistungserbringungs- und Abrechnungsverhalten der Ärzteschaft, das mit grosser Wahrscheinlichkeit zu einer anderen Gesamtmenge sowie zu einer anderen Aufteilung dieser Menge auf das Analysenspektrum führen wird. Solche Veränderungen frühzeitig zu erfassen, wird eine Aufgabe des Monitorings sein (auf dieses wird in einer nächsten Ausgabe des Bulletins detaillierter eingegangen).

Bedeutet die revidierte AL das Ende des Praxislabor?

Nein. Auf der Grundlage der ausgewiesenen Gestehungskosten in der Praxislaborstudie II der FMH⁶ kann das Praxislabor weiterhin kostendeckend betrieben werden. Mit der

fixen Präsenztaxe von 4 TP pro Tag und Patient und den variablen, mengenabhängigen Zuschlägen von 1 TP (für die Fachbereiche Hämatologie, klinische Immunologie und medizinische Mikrobiologie) bzw. 2 TP (für den Fachbereich klinische Chemie) pro Analyse – sodass pro Tag bis maximal 24 TP verrechnet werden können – wird aber bei der Vergütung berücksichtigt, ob gleichzeitig eine, wenige oder viele Analysen durchgeführt werden. Ärztinnen und Ärzte, die in Anwesenheit des Patienten oder der Patientin lediglich 1 bis 3 Laboranalysen durchführen, werden z.B. durch die neue AL zum Teil besser entlohnt als mit der aktuellen Liste. Werden hingegen insgesamt mehr als 7 Laboranalysen angeordnet und muss deshalb Blut venös entnommen werden, ist es sachgerecht, die nicht dringenden Untersuchungen zulasten des KVG in effizienteren Laboratorien durchführen zu lassen und die Resultate in einer separaten (Telefon-)Konsultation zu besprechen. Grössere Untersuchungsserien werden in der Arztpraxis gemäss Angaben der FMH vom 17. Oktober 2008 nur in einem kleinen Prozentsatz der Fälle durchgeführt und sind für die Präsenzdiagnostik in der Regel nicht erforderlich.

Weshalb wurde das von der Ärzteschaft vorgeschlagene sogenannte «Point-of-care»-Modell nicht übernommen?

Das «Point-of-Care»-Modell wurde einerseits nicht übernommen, weil es die gesetzliche Vorgabe des einheitlichen Tarifs nicht erfüllt. In der AL werden nur dann verschiedene Methoden einer Analyse tarifiert, wenn diesen auch eine unterschiedliche klinische Aussagekraft gegenübersteht: beispielsweise «Tropo-nin, T oder I, Schnelltest» gegenüber «Troponin, T oder I mittels ELISA». Andererseits beinhaltet das «Point-of-Care»-Modell keinen Anreiz, eine kompensatorische Mengenausweitung zu vermeiden, und könnte in der Umsetzung sogar mehr Kosten verursachen als die aktuelle AL. Mit dem zugrunde gelegten Vollkostentarif würden der Ärzteschaft zudem beispielsweise die Kosten von Empfang, Wartezimmer, usw. bei einer Mengenausweitung der Laboranalysen oder bei parallel erbrachten Arzt- und Laborleistungen gleich mehrfach erstattet.

Wie werden «Fehler» der AL korrigiert?

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) prüft jede Fehlermeldung: ist sie gerechtfertigt, wird der Fehler

SO KOMMEN SIE ZUR AB 1. JULI 2009 GÜLTIGEN ANALYSENLISTE

- Die ab 1. Juli 2009 gültige AL ist seit 29. Januar 2009 in deutscher Sprache als PDF-Dokument auf der Internetseite des Bundesamtes für Gesundheit (www.bag.admin.ch) abrufbar.
- Seit dem 19. Februar 2009 steht zusätzlich eine entsprechende elektronisch verarbeitbare Liste der Analysenpositionen als Excel-Datei zur Verfügung.
- Ab sofort können zudem mittels eines Online Praxislabor-Kalkulators die aktuellen sowie die neuen Vergütungen ab 1. Juli 2009 und ab 1. Januar 2012 schnell und einfach abgefragt werden. Geben Sie eine einzelne Analyse oder gleich einen ganzen Auftrag (bis zu 15 Analysen) ein und der Kalkulator zeigt umgehend auf, wie sich der revidierte Tarif auf Ihre Vergütung auswirkt.
- Die französischen und italienischen Versionen werden im April aufgeschaltet.
- Gedruckte Versionen der AL in allen Sprachen können ab 1. Juni 2009 unter folgender Adresse bestellt werden:

Bundesamt für Bauten und Logistik BBL

Vertrieb Publikationen

3003 Bern, Fax 031 325 50 58

Bestell-Nr: 316.935d

www.bundespublikationen.admin.ch (Sucheingabe: Analysenliste)

⁶ Quelle: «Workflow-Analyse des Labors in der ärztlichen Praxis» (sogenannte Praxislaborstudie II), Schweizerische Ärztezeitung 2006; 87: 26

entsprechend korrigiert. Nicht jede Fehlermeldung erweist sich auch als tatsächlicher Fehler: der vielzitierte Zentrifugationsschritt bei der Bestimmung der Glucosekonzentration z.B. ist gerechtfertigt, da er im **Auftragslabor** so durchgeführt wird und werden soll (Glucosebestimmung im Plasma ist WHO-Standard). Im **Praxislabor** hingegen ist dieser Schritt überflüssig, da die dort üblichen Handmessgeräte auf Vollblut (Kapillarblut) geeicht sind. Die tarifizierte Analysenposition heisst «Glucose, Blut/Plasma/Serum» und ist entsprechend sowohl im Auftrags- als auch im Praxislabor verrechenbar. Dagegen wurde bei der Analysenposition «Glykiertes Hämoglobin (HbA1c)» vom für diesen Bereich verantwortlichen FAMH-Laborexperthen tatsächlich *fälschlicherweise* ein Zentrifugationsschritt vorgegeben. Bei dieser Analysenposition wird der Tarif entsprechend korrigiert.

Warum ist der Erarbeitungsprozess nicht transparenter erfolgt?

Der Revisionsprozess ist mit der gebotenen Transparenz erfolgt: das BAG hat von Beginn an aktiv das Gespräch mit allen Branchenvertretern gesucht und regelmässige Treffen mit betroffenen Akteuren durchgeführt. Zwei zusätzliche Vertreter der Grundversorger haben an allen Sitzungen der zuständigen Kommission teilnehmen und ihre Standpunkte und Einwände zu jeder Zeit einbringen können. Das BAG hat zu den geplanten Verordnungsänderungen vorgängig eine öffentliche Anhörung durchgeführt. Die Rückmeldungen aller Seiten wurden sorgfältig geprüft und nach Möglichkeit berücksichtigt. ■

Bundesamt für Gesundheit
Kranken- und Unfallversicherung
Abteilung-Leistungen@bag.admin.ch
www.bag.admin.ch