

BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT (BAG)

MONITORING ANALYSENLISTE

Schlussbericht

Zürich, 17. Januar 2012

Thomas von Stokar, Anna Vettori, Juliane Fliedner

B1999A-MONITORINGAL_SCHLUSSBERICHT_120117.DOCX



INFRAS

INFRAS

BINZSTRASSE 23
POSTFACH
CH-8045 ZÜRICH
t +41 44 205 95 95
f +41 44 205 95 99
ZUERICH@INFRAS.CH

MÜHLEMATTSTRASSE 45
CH-3007 BERN

WWW.INFRAS.CH

MONITORING ANALYSENLISTE

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Entwurf Schlussbericht, Zürich, 17. Januar 2012

b1999a-MonitoringAL_Schlussbericht_120117.docx

Auftraggeber

Andreas Faller, BAG

Sandra Schneider, BAG

Ameli Kruse, BAG

Barbara Frêche, BAG

Kaspar Siegrist, BAG

Markus Weber, BAG

Begleitgruppe

Willy Conrad, FAMH Schweizerischer Verband der Leiter Medizinisch-Analytischer Laboratorien

Ernst Gähler, FMH Verbindung der Schweizer ÄrztInnen und Ärzte

Markus Gnägi, santésuisse

Michael Jordi, GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)

Elwina Kaufmann, BSMVA Bund Schweizer Verbände Medizinischer Praxisassistentinnen

Guido Klaus, Helsana

Pedro Koch, SPO Patientenschutz

Marcel Mesnil, Pharmasuisse

Antoinette Monn, Labmed Schweizerischer Berufsverband der Biomedizinischen Analytikerinnen und Analytiker

Marc Müller, Berufsverband der Haus- und Kinderärztinnen Schweiz

Martin Risch, Schweizerische Union für Labormedizin SULM

Urs Schönenberger, H+ Die Spitäler der Schweiz

Wolfgang Tröbs, SVDI Schweizerischer Verband der Diagnostica- und diagnostica-Geräte-Industrie

INHALT

Zusammenfassung	5
1. Hintergrund und Ziel des Monitorings	5
2. Grundlagen und Methodik	6
3. Ergebnisse	6
4. Fazit und Ausblick	12
1. Ziel und Methodik	14
1.1. Hintergrund und Ziele des Monitorings	14
1.2. Fragestellungen des Monitorings	18
1.3. Methodisches Vorgehen	22
1.3.1. Sekundärdaten	23
1.3.2. Primärerhebungen	31
1.3.3. Interviews	32
1.3.4. Referenzszenarien	32
2. Helpdesk	33
3. Mengen- und Umsatzentwicklung	36
3.1. Mengen und Umsätze Total	37
3.2. Nach Leistungserbringer	39
3.3. Veränderung gegenüber der Trend- und Referenzentwicklung ohne Revision	48
3.3.1. Veränderung gegenüber dem erwarteten Trend	50
3.3.2. Veränderung gegenüber einem Referenzszenario ohne Revision	52
3.4. Entwicklung Helsana	53
3.5. Nach Analyseart	59
3.6. Nach Laborfachgebiet	68
3.7. Nach Facharztrichtung	72
3.8. Nach Spitaltyp	79
4. Strukturentwicklung Laborlandschaft Schweiz	86
4.1. Praxislaboratorien	86
4.2. Privatlaboratorien	102
4.3. Spitallaboratorien	104
4.4. Offizinlaboratorien	106
5. Arbeitsweise	108
5.1. Praxislaboratorien	108

5.2.	Privatlaboratorien	114
5.3.	Spitallaboratorien	118
5.4.	Offizinlaboratorien	118
6.	Weiterreichende Wirkungen	119
6.1.	Gesundheitskosten	119
6.2.	Auswirkungen auf Versorgungs- und Analysequalität	121
Annex		122
	Methoden und Datenquellen aufgeschlüsselt nach Monitoring-Fragen	122
	Spitalumfrage	130
Glossar		134
Literatur		139

ZUSAMMENFASSUNG

1. HINTERGRUND UND ZIEL DES MONITORINGS

Der Bundesrat setzte die total revidierte Analysenliste (AL) per 1.7.2009 in Kraft. Er kam damit dem gesetzlichen Auftrag des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) nach, für eine effiziente Versorgung mit Analysenleistungen in der notwendigen Qualität zu sorgen. Dabei sollen die Tarife betriebswirtschaftlich bemessen und sachgerecht ausgestaltet sein. Die Revision wurde aus Sicht des Bundesrates nötig, um die Analysenliste dem technischen Fortschritt und den gestiegenen Lohnkosten anzupassen. Neben den Tarifstrukturen wurden auch die Tarife geändert, indem unter anderem die Tarife für automatisierte Analysen gesenkt und Grundtaxen in Form von Auftragstaxen bzw. Präsenztaxen eingeführt wurden. Unter Einbezug des befristeten Übergangszuschlags rechnete das Bundesamt für Gesundheit (BAG) mit Kosteneinsparungen bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) von 100 Mio. CHF pro Jahr oder knapp 10% der gesamten Analysenkosten.

Zusammen mit der Inkraftsetzung der neuen AL beauftragte der Bundesrat das BAG, die Auswirkungen der neuen AL im Rahmen eines Monitorings laufend zu beobachten. Das Monitoring sollte aufzeigen, wie sich die neue AL auswirkt:

- › auf die Analysenmengen und -umsätze,
- › auf die Arbeitsweise der Leistungserbringer, die Versorgungsqualität und die Laborlandschaft,
- › auf die Kosten der OKP und die Volkswirtschaft.

Im Weiteren sollte das Monitoring untersuchen, inwieweit die im Vorfeld der Einführung durchgeführten Schätzungen des Bundes zur Entwicklung der Analysenumsätze respektive Analysenkosten eintrafen.

Das BAG beauftragte das Forschungs- und Beratungsbüro INFRAS mit der wissenschaftlichen Durchführung des Monitorings von Mitte 2009 bis Ende 2011. Zur fachlichen Begleitung des Monitorings setzte das BAG im April 2009 eine Begleitgruppe ein, die sich aus Vertretern und Vertreterinnen der betroffenen Leistungserbringer, ihrer Lieferanten, der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren und -direktorinnen (GDK), der Krankenkassen und Patientenorganisationen zusammensetzte.

2. GRUNDLAGEN UND METHODIK

Die Fragestellungen des Monitorings über die Auswirkungen der neuen Analysenliste sind breit gefasst und betreffen die Auswirkungen der neuen AL bei verschiedenen Leistungserbringern auf verschiedenen Ebenen, so dass das Monitoring mehrere bestehende Datenquellen kombinieren und in Zusammenarbeit mit verschiedenen Leistungserbringern separate Datenerhebungen und -auswertungen vornehmen musste. Zu den wichtigsten Datenquellen des Monitorings zählten namentlich der Daten- und Tarifpool von santésuisse, Rechnungsdaten der FMH/Ärzteliste, Helsana und des Trustcenters der FAMH und eine eigene Erhebung bei den Spitallaboratorien.

Es hatte sich gezeigt, dass die verfügbaren Datengrundlagen zur schlüssigen Darstellung und Erklärung der Auswirkungen der Tarifrevision dürftig waren und dass die Tarifrevision Effekte mit sich brachte, die sich auf Basis der bestehenden und unbereinigten Datenquellen nicht abbilden liessen. Dazu zählen u.a. starke saisonale Schwankungen, verschiedene Arten von Spezial- und Pauschaltarifen (Blöcke), die vor der Tarifrevision nicht als einzelne Analysen abgebildet waren, und eine grosse Anzahl von nicht zugeordneten Tarifpositionen in den ersten Monaten nach der Tarifrevision. Letzteres führte dazu, dass die Effekte der neuen Analysenlisten erst auf Basis der Daten von 2010 ohne signifikante Verzerrungen dargestellt werden konnten. Die Auswirkungen der neuen AL werden deshalb auch primär anhand eines Vergleichs der beiden „normalen“ Jahre 2008 und 2010 dargestellt.

Die Schwierigkeiten bei der Datenlage konnten schliesslich dank der verschiedenen Datenquellen soweit bereinigt werden, dass eine robuste und schlüssige Darstellung der Auswirkungen möglich ist. Auswertbare Daten lagen mit einer zeitlichen Verzögerung von sechs bis neun Monaten vor, womit das vorliegende Monitoring die Entwicklung von 2007 bis Ende 2010 darstellt.

3. ERGEBNISSE

Auswirkungen auf die Analysenmengen und -umsätze

Hauptfrage des Monitorings war, wie sich die Menge und die Umsätze der Laboranalysen bei den Leistungserbringern nach Einführung der neuen AL entwickelten. Die Tabellen 1 und 2 fassen die Entwicklung insgesamt und nach Leistungserbringer für die Jahre 2008 bis 2010 zusammen. Da die Tarifrevision auf Mitte 2009 erfolgte und das Jahr 2009 verzerrte, vergleichen wir primär die Jahre 2008 und 2010.

ENTWICKLUNG DER MENGEN UND UMSÄTZE INSGESAMT						
Beobachtungsperiode	Anzahl Analysen (Mio.)			Umsatz (Bruttoleistungen Mio. CHF)		
	1. Halbjahr	2. Halbjahr	Gesamtjahr	1. Halbjahr	2. Halbjahr	Gesamtjahr
2008	38.0	33.9	71.9	664	611	1'275
2009	36.4	37.0	73.3	644	566	1'210
2010	40.2	38.0	78.2	607	594	1'201
Änderung 2010/08						
Absolut	+2.2	+4.1	+6.2	-56.5	-16.9	-73.4
in %	+6%	+12%	+8.7%	-9.3%	-2.8%	-5.8%

Tabelle 1 Quelle: santésuisse Daten-/Tarifpool, hochgerechnete Werte.

ENTWICKLUNG DER MENGEN UND UMSÄTZE NACH LEISTUNGSERBRINGER									
Beobachtungsperiode	Ärzte			Spitäler			Privatlaboratorien		
	1. HJ	2. HJ	GJ	1. HJ	2. HJ	GJ	1. HJ	2. HJ	GJ
Anz. Analysen (Mio.)									
2008	20.7	17.1	37.8	8.0	8.1	16.1	9.3	8.8	18.1
2009	19.5	16.6	36.0	7.8	10.1	17.9	9.1	10.3	19.4
2010	18.6	16.3	34.9	10.1	10.2	20.3	11.5	11.5	22.9
Änderung 2010/08	-10.2%	-4.4%	-7.6%	+25.6%	+26.4%	+26.0%	+24.0%	+30.4%	+27.1%
Umsatz (Mio. CHF)									
2008	239.9	197.1	437.0	159.7	159.5	319.1	264.1	254.5	518.6
2009	228.0	161.5	389.5	154.9	155.0	309.9	261.1	249.2	510.3
2010	189.1	167.2	356.3	158.0	159.5	317.4	260.1	267.6	527.7
Änderung 2010/08	-21.2%	-15.2%	-18.5%	-1.1%	0.0%	-0.5%	-1.5%	+5.1%	+1.7%

Tabelle 2 Quelle: santésuisse Daten-/Tarifpool, hochgerechnete Werte. HJ=Halbjahr, GJ=Gesamtjahr.

Die Zahl der Analysen ist von 2008 bis 2010 um 6.2 Mio. bzw. 8.7% gestiegen, der Umsatz ist demgegenüber um 73 Mio. CHF (-5.8%) von 1.27 Mia. auf 1.20 Mia. CHF gesunken. Aufgeschlüsselt nach Leistungserbringer verlief die Entwicklung sehr unterschiedlich: Während bei den Praxislaboratorien der Ärzte die Anzahl der Analysen von 2008 bis 2010 um 7.6% und der Umsatz um 18.5% deutlich zurückgegangen sind, haben die Spitallaboratorien (+26%) und die Privatlaboratorien (+27%) deutlich mehr Analysen durchgeführt und konnten den Umsatz fast halten oder leicht erhöhen (-0.5% bzw. +1.7%).

Gemäss den Abrechnungsdaten der Ärztekasse, die rund die Hälfte aller Ärzte in der Schweiz abdecken, ging die Zahl der Analysen bei den Praxislaboratorien noch etwas stärker zurück als bei den breiter abgestützten Daten des Datenpools. Gemäss Daten der Ärztekasse führten die Grundversorger im Jahr 2010 13%, die Gynäkologen 12%, die Spezialisten der Inneren Medizin 11% und die Pädiater 23% weniger Analysen durch als im Jahr 2008. Ausser bei den Gynäkologen ging der Umsatz bei allen genannten Facharztgruppen in der gleichen Periode bis zu 29%

(Grundversorger) zurück. Die Gynäkologen steigerten den Umsatz um 15%, weil sich die Tarifänderungen für sie erwartungsgemäss günstig ausgewirkt hatten.

Die Zahl der Analysen entwickelte sich je nach Automatisierungsgrad der Analyse unterschiedlich. Bei den beiden am stärksten automatisierten Analysearten Outer Corelab¹ und Corelab² stiegen die Mengen von 2008 bis 2010 mit +32% bzw. +17% stärker an als bei den Manuellen Methoden³ (+6%). Ein Spezialfall bildet die Humangenetik⁴, bei der sich die Anzahl ausserordentlich stark erhöht hat (+730%). Allerdings beträgt ihr Anteil an allen Analysen nur gerade 2%. Die Umsätze haben sich beim Corelab praktisch halbiert (-48%) und sind beim Outer Corelab leicht zurückgegangen (-11%), während sie bei den übrigen Analysearten z.T. deutlich angestiegen sind.

Vergleich mit einer Referenzentwicklung ohne Revision

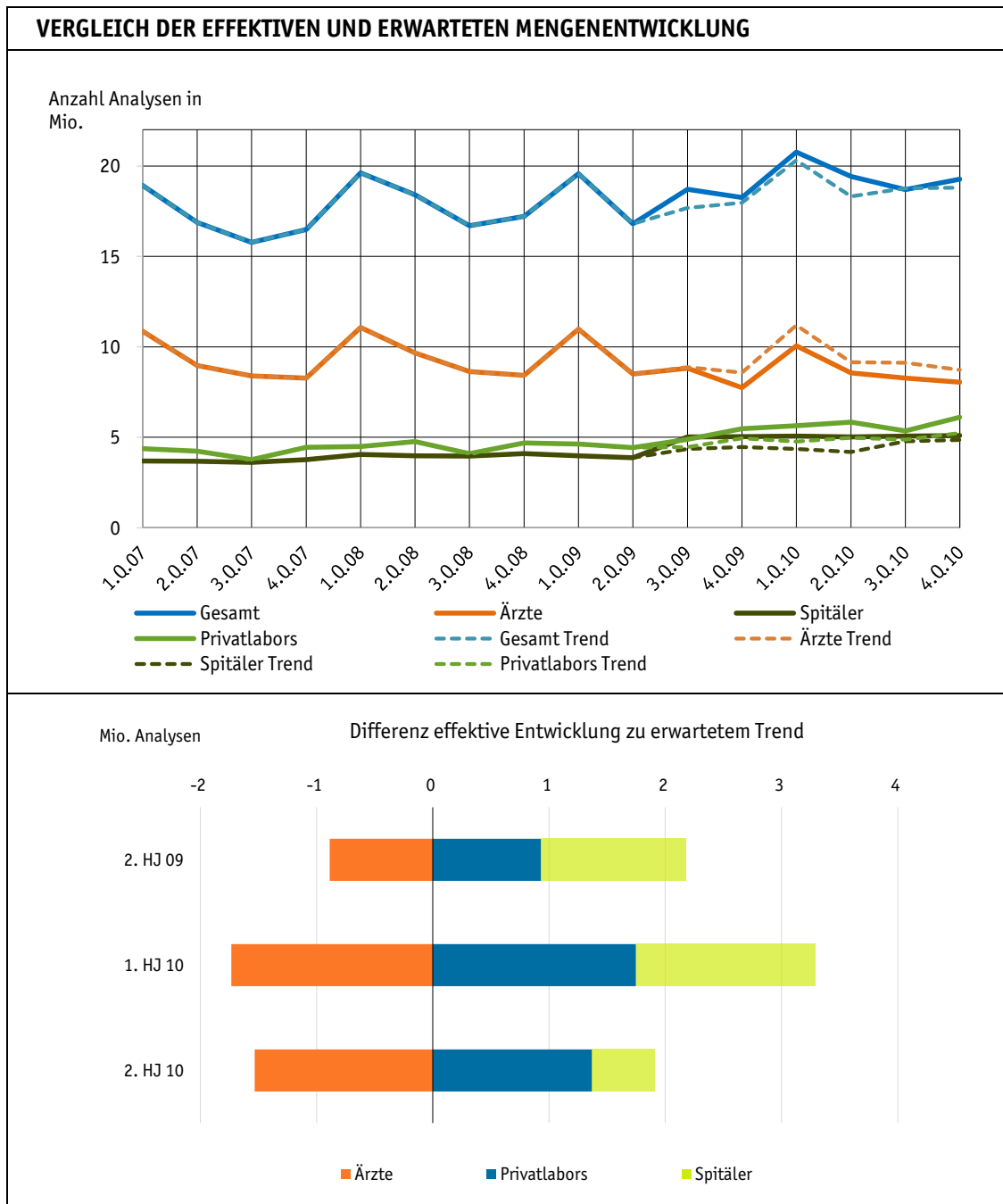
Damit die Nettoeffekte der neuen AL sichtbar gemacht und erklärt werden können, müssen die oben dargestellten Entwicklungen einer hypothetischen Referenzentwicklung ohne Revision gegenüber gestellt werden. Ausgangspunkt zur Bestimmung einer Referenzentwicklung bildet in der Regel die bisherige Trendentwicklung. Aufgrund fehlender langjähriger Zeitreihen und tarifärer Verzerrungen in den Jahren 2006 und 2009 wurde dazu die Entwicklung zwischen 2007 und 2008 herangezogen. Im Vergleich mit dieser Trendentwicklung ist die Menge bei den Privat- und den Spitallaboratorien deutlich stärker als erwartet angestiegen. Im Gegensatz dazu haben die Praxislaboratorien wie gezeigt 7.6% weniger Analysen durchgeführt, obwohl auf Basis des Trends auch bei diesen ein Wachstum von 3.5% zu erwarten gewesen wäre. Figur 1 unten stellt für die drei wichtigsten Leistungserbringer die reale und erwartete Mengentwicklung gegenüber.

¹ Outer Corelab: Durchführung der Analysen selber hoch automatisiert; benötigt zwischen den Arbeitsschritten jedoch noch Personal, um die Proben von einem „Stand-alone-Gerät“ zum nächsten zu bringen.

² Corelab: Durchführung der Analysen selber hoch automatisiert, die verschiedenen Arbeitsschritte in einer Produktionsstrasse sind integriert; benötigt kaum Personal.

³ Manuelle Methoden: Durchführung der Analysen weitestgehend in Handarbeit.

⁴ Humangenetik: Durchführung der Analysen teils automatisiert.



Figur 1 Quelle: santésuisse-Daten-/Tarifpool, eigene Berechnungen, hochgerechnete Werte.

Wie aus der Figur 1 herausgelesen werden kann, entspricht der Mengenanstieg bei den Privatlaboratorien in den dargestellten Halbjahren jeweils in etwa dem Rückgang bei den Praxislaboratorien und liesse sich durch entsprechende Verlagerungen gut erklären (3 Mio. Analysen im 2010). Das heisst, dass etwa jede zehnte Analyse nicht mehr in der Praxis durchgeführt und in

die Privatlaboratorien oder vereinzelt auch in Spitallaboratorien ausgelagert wurde. Gestützt wird diese Vermutung im Weiteren dadurch, dass der Anteil der Arztpraxen, die selber Laboranalysen durchführen, insbesondere bei den Grundversorgern von 2008 bis 2010 deutlich zurückgegangen ist. Zugleich ist in den Praxislaboratorien die durchschnittliche Anzahl Analysen pro Laborsitzung von 3.8 Analysen im 2008 auf 3.6 Analysen im 2010 gesunken.

Neben möglichen Verlagerungen bilden „tariftechnische“ Effekte aus dem Tarifsystemwechsels in Form von sog. Block- und 600er Tarifen eine zweite Erklärung für den Mengenanstieg bei den Privatlaboratorien. Diese Tarife beinhalteten eine unbestimmte Anzahl pauschal verrechneter Analysen zwischen Laboratorien und Krankenkassen, wie dies unter der alten Analysenliste möglich war. In der Folge erschienen unter der alten Analysenliste nicht alle effektiv durchgeführten Analysen in der Statistik. Die genaue Anzahl dieser pauschal in Blöcken verrechneten Analysen ist für die gesamte Schweiz nicht bekannt. Bei der grössten Schweizer Krankenkasse Helsana betrug der Anteil dieser Analysen gemäss eigenen Berechnungen 1.5%, Angaben aus einzelnen Laboratorien weisen auf eine ähnliche Grössenordnung hin. Daraus lässt sich schliessen, dass ein Anstieg in dieser Grössenordnung bei den Privatlaboratorien rein tariftechnisch bedingt ist. Ein (kleinerer) Teil des beobachteten Mengenanstiegs bei den Privatlaboratorien ist auf diesen Effekt zurückzuführen.

Der gleiche Effekt zeigt sich noch verstärkt bei den Spitallaboratorien. Der überproportionale Anstieg bei den Spitallaboratorien kann zwar in einem geringen Umfang ebenfalls von Verlagerungseffekten herrühren. Primäre Ursache für den starken Anstieg dürften hier jedoch die Effekte aus dem Systemwechsel sein, die dazu führten, dass zuvor pauschal verrechnete Aufträge (940er-Tarife) neu einzeln verrechnet (und gezählt) werden und dass generell systematischer verrechnet wird. Gemäss Angaben der Helsana lässt sich bei den Spitälern mit der Aufhebung der Pauschaltarife ein Anstieg von fünf bis zehn Prozent erklären.

Die oben anhand der Daten aus dem Daten- und Tarifpool von santésuisse dargestellte Entwicklung wird durch die separate Analyse von Abrechnungsdaten von 750'000 Versicherten der Helsana erhärtet. Gemäss den Daten von Helsana ist bei den Praxisärzten der Anteil der extern vergebenen Analysen mit der Einführung der neuen Analysenliste sprunghaft von zuvor konstanten 30% auf 37% angestiegen und seither auf diesem Niveau stehen geblieben. Der Mengenanstieg bei den Privatlaboratorien lässt sich auch hier im Wesentlichen mit Verlagerungen aus den Praxislaboratorien erklären.

Wirkungen auf die Arbeitsweise, Versorgungsqualität und Laborlandschaft

Neben den Wirkungen auf die Mengen und Umsätze ging das Monitoring der Frage nach, ob sich die neue AL auf die Arbeitsweise der Leistungserbringer und die Versorgungsqualität auswirkt und wie sich die Laborlandschaft verändert. Gestiegen ist einzig die Anzahl Analysen pro Auftrag in Privatlaboratorien. Dies führen wir jedoch primär auf die genannten tariftechnischen Effekte zurück, insbesondere auf die Aufhebung der Blocktarife. Die Anzahl Analysen pro Laborsitzung ist bei den Ärzten sogar gesunken, wofür gemäss FMH vor allem medizinische und technische Gründe verantwortlich sein dürften. Weder die Datenauswertungen noch die Aussagen von befragten Akteuren geben Hinweise darauf, dass sich die Behandlungsqualität oder die Analysequalität verschlechtert haben. Wenn die Erklärung zutrifft, dass die Praxislaboratorien infolge der Tarifrevision einen Teil der Analysen an die Privatlaboratorien ausgelagert haben, dann sind in diesen Fällen die Analyseresultate weniger rasch verfügbar als wenn dies in der Arztpraxis geschehen würde. Vor diesem Hintergrund hat sich aber die Befürchtung nicht bestätigt, dass es aufgrund von Verlagerungen aus den Praxis- zu den Privatlaboratorien zu vermehrten Nachfolgebearbeitungen in der Arztpraxis kommt. In der Regel werden die PatientInnen in einem solchen Fall telefonisch kontaktiert.

In Bezug auf die Analysen- und Versorgungsqualität zeichnen sich bisher keine wesentlichen Veränderungen ab. Es gibt vorläufig keine Hinweise, dass bei den Ärzten das Spektrum der durchgeführten Analysen kleiner wird, z.B. um nur noch betriebswirtschaftlich lohnende Analysen durchzuführen. Im Weiteren gibt es bisher keine Hinweise, dass Ärzte allfällige Umsatzausfälle infolge der neuen AL durch Mengenausweitungen bei anderen Leistungen kompensieren würden. Im 2. Halbjahr 2010 stieg die Anzahl der Analysen auch bei Ärzten wieder an, womit der in den Jahren zuvor beobachtete langjährige Trend fortgesetzt wird. Ebenfalls ist bis jetzt nicht zu erkennen, dass Ärzte Analysen auf mehrere Sitzungen verteilen würden, um vermehrt von den neuen Präsenztaxen zu profitieren.

Um Auswirkungen auf die Laborlandschaft festzustellen, ist es noch zu früh. In der Privatlaborlandschaft ist gemäss Branchenexperten seit längerem ein deutlicher Konzentrationsprozess im Gang, bei dem vor allem grössere Privatlaboratorien kleinere Laboratorien übernommen haben. Dieser Prozess dürfte durch die neue AL eventuell noch verstärkt werden. Daten der Ärztekasse weisen darauf hin, dass der Anteil der Ärzte, die selber Laboranalysen durchführen, sinken könnte.

Wirkungen auf die Kosten der OKP und die Volkswirtschaft

Bei den Wirkungen auf die Volkswirtschaft interessieren insbesondere die Wirkungen der neuen AL auf Kosten in der OKP. Wie bereits oben aufgeführt sanken die Laborkosten in der OKP im Jahr 2010 gegenüber 2008 um gut 70 Mio. CHF, gegenüber einer Referenzentwicklung ohne Revision sogar um rund 90 Mio. CHF. Allein aufgrund der veränderten Preise und ohne Mengenwachstum wäre sogar eine Reduktion von über 160 Mio. CHF zu erwarten gewesen (Preiseffekt). Bei den Praxislaboratorien wurden rund 70 Mio., bei den Privalaboratorien 30 Mio. CHF eingespart. Bei den Spitallaboratorien gleichen sich die Preis- und Mengeneffekte ungefähr aus, so dass unter dem Strich kaum Einsparungen erzielt wurden.

KOSTEN- BZW. UMSATZVERÄNDERUNG GEGENÜBER DER REFERENZENTWICKLUNG (2010)				
Effekt	Total	Praxislaboratorien	Spitallaboratorien	Privatlaboratorien
Preiseffekt ¹	-163 Mio. CHF	-35 Mio. CHF	-28 Mio. CHF	-100 Mio. CHF
Mengeneffekt ²	+70 Mio. CHF	-34 Mio. CHF	+33 Mio. CHF	+71 Mio. CHF
Gesamteffekt	-93 Mio. CHF	-69 Mio. CHF	+5 Mio. CHF	-29 Mio. CHF
in %	-7.2%	-16.2%	+1.6%	-5.8%
<i>Erwartung BAG vor Inkraftsetzung in %</i>		-9%	-8%	-16%

Tabelle 3 ¹ = Gemäss erwarteter durchschnittlicher Preisreduktion des BAG. ² = Vergleich der Umsätze zu neuem Tarif gegenüber dem Umsatz mit erwarteter Mengenentwicklung gemäss Trend (vgl. Abschnitt oben). Quelle: Daten- und Tarifpool Sasis, BAG.

Vor der Inkraftsetzung der neuen Analysenliste rechnete das BAG unter Einbezug des Übergangszuschlags mit einer Kostenreduktion in der OKP von 100 Mio. CHF. Die effektiven Kosteneinsparungen dürften nun in einer ähnlichen Grössenordnung liegen, obwohl die damalige Schätzung auf einer anderen Methodik beruhte, indem sie das Mengenwachstum nicht berücksichtigte und wichtige Kostenparameter mangels genauer Daten schätzen und hochrechnen musste. Neben Kosteneffekten interessieren aus volkswirtschaftlicher Sicht auch allfällige Effekte auf die Versorgungsqualität. Im Rahmen des Monitorings ergaben sich bisher keine Hinweise, dass sich die Versorgungsqualität infolge der neuen AL verändert hat.

4. FAZIT UND AUSBLICK

Mit der Tarifrevision sanken die Umsätze respektive Kosten in der OKP in etwa im erwarteten Ausmass von rund 90 Mio CHF. Neben reduzierten Preisen führte die neue AL aufgrund von tariftechnischen Effekten auch zu einem Megenanstieg bei den Spital- und Privatlaboratorien und zu Verlagerungen von den Praxislaboratorien zu den Privatlaboratorien. Etwa jede zehnte Analyse dürfte infolge der neuen AL nicht mehr im Praxislaboratorium, sondern in einem Privatlaborato-

rium durchgeführt worden sein. Aufgrund der Tarif- und Mengenänderung sank der Umsatz bei den Ärzten von 2008 bis 2010 um 18.5%, während er sich bei den Spitälern und Privatlaboratorien knapp halten konnte (-0.5%) bzw. leicht anstieg (+1.7%). Hinweise für Veränderungen in der Behandlungsqualität und allfällige zusätzliche Folgesitzungen ergaben sich bisher keine.

Aus volkswirtschaftlicher und gesundheitspolitischer Sicht positiv ins Gewicht fallen die generelle Kostensenkung und der erhöhte Effizienzdruck, die durch die Tarifrevision ausgelöst wurden. Die strittige und im Rahmen des Monitoring nicht zu beantwortende Frage ist, inwiefern die induzierte Verlagerung von Laborleistungen von den Praxis- zu den Privalaboratorien und die verminderte Attraktivität des Grundversorgers volkswirtschaftlich und gesundheitspolitisch sinnvoll sind.

Die Erfahrungen aus dem Monitoring zeigen, dass kaum Datengrundlagen in der gewünschten Qualität zur Verfügung stehen, um die Wirkungen wichtiger gesundheitspolitischer Massnahmen wie die Revision der Analysenliste ohne vielfältige und aufwändige Spezialauswertungen beobachten und bewerten zu können. Im Hinblick auf ähnliche Aufgaben in Zukunft empfehlen wir dem BAG und den übrigen Akteuren des Gesundheitswesens, den Datenbedarf für solche Aufgaben generell zu bestimmen und Lücken in der Datenverfügbarkeit und -qualität zu schliessen. In Bezug auf das Monitoring zur Analysenliste konnten wichtige Lücken erst in den letzten Monaten dank Beizug verschiedenster Datenquellen geschlossen werden. Auch wenn sich dadurch in der Zwischenzeit ein schlüssiges Gesamtbild ergab, empfehlen wir das Monitoring zur neuen Analysenliste fortzuführen, um zukünftige Effekte abzubilden und die Veränderungen noch besser zu erklären.

1. ZIEL UND METHODIK

1.1. HINTERGRUND UND ZIELE DES MONITORINGS

Ausgangslage

Nach längeren Vorarbeiten hat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) die total revidierte Analysenliste (AL) per 1.7.2009 in Kraft gesetzt. Die AL bildet den Anhang 3 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) und enthält die von den Krankenversicherern im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung als Pflichtleistung zu vergütenden Analysen (Art. 52 Abs. 1 KVG). Sie ist ein sogenannter Amtstarif, d.h. ein behördlich erlassener Tarif. Die AL ist als Positivliste ausgestaltet, d.h. nur die gelisteten Analysen können den Versicherern in Rechnung gestellt werden.

Im Krankenversicherungsgesetz (KVG) wird festgehalten, dass das EDI nach Anhören der zuständigen Eidgenössischen Kommission für Analysen, Mittel und Gegenstände eine Liste der Analysen mit Tarif erlässt, die für alle Laboratorien gilt. Um den spezifischen Betriebsbedingungen und Kostenstrukturen in Arztpraxis-, Spital- und Auftragslaboratorien sowie in der Offizin der Apotheken Rechnung zu tragen, orientiert sich die revidierte AL an einem gesplitteten Vergütungsmodell. Dieses sieht für die Analysen Tarife in Taxpunkten (aktuell liegt der Taxpunkt-wert bei 1 CHF) sowie Taxen für die verschiedenen Laborkategorien vor. Letztere beinhalten

- › eine fixe Auftragstaxe für Privatlaboratorien und Spitallaboratorien des Typs C (Verrechnung einer einmaligen Auftragstaxe im Fremdauftrag),
- › eine Präsenztaxe für Arztpraxis- bzw. Spitallaboratorium des Typs A, B bzw. C (Verrechnung einer einmaligen Präsenztaxe pro Patient und Tag bzw. pro Eigen- und/oder Fremdauftrag) sowie
- › variable Analysezuschläge in Kombination mit der Präsenztaxe (Verrechnung eines Zuschlags pro durchgeführte Analyse).

Bis am 31. Dezember 2011 galt eine Übergangsregelung, welche einen zusätzlichen Taxpunkt pro Analyse erlaubte. Dieser Übergangszuschlag wurde für die Ärzte bis Ende 2012 verlängert.

Ziele des Monitorings

Zusammen mit der Inkraftsetzung der neuen AL wurde ein Monitoring installiert, das Auskunft gibt über die Wirkungen der neuen Tarife. Das BAG beauftragte INFRAS mit der Durchführung dieses Monitorings. Das Monitoring lief während der Zeit von Mitte 2009 bis Ende 2011.

Ziel dieses Monitorings war erstens im Zuge der Tarifeinführung die Funktionalität des Tarifs zu prüfen. Hier wurde nach der Qualität des Tarifs hinsichtlich seiner Korrektheit und seiner Vollständigkeit sowie nach der Zweckmässigkeit der die Einführung begleitenden Prozesse, Hilfestellungen und Dokumentationen gefragt.

Zweitens waren die finanziellen Auswirkungen des Tarifs, die Reaktionen darauf seitens der Leistungserbringer und Versicherten und die Auswirkungen auf die medizinische Versorgungsqualität aufzuzeigen. Hier inbegriffen sind Fragen

- › nach den Veränderungen der gesamten Gesundheitskosten im Laborbereich,
- › nach der Mengen- und Umsatzentwicklung von Laboranalysen in verschiedenen Bereichen,
- › nach der wirtschaftlichen Strukturentwicklung der „Laborlandschaft Schweiz“,
- › nach den finanziellen Auswirkungen bei den Leistungserbringern sowie
- › nach der Arbeitsweise in Arztpraxen sowie in Spital- und Privatlaboratorien.

Die Ergebnisse des Monitorings dienen der laufenden Beobachtung der Wirkungen (beabsichtigte und unbeabsichtigte, Haupt- und Nebenwirkungen) der neuen Analysentarife auf die Laborlandschaft Schweiz und ermöglichen dem EDI, adäquat darauf zu reagieren.

Erwartete Wirkungen der Revision der Analysenliste

Ausgangslage vor der Revision

Die alte, bis zum 30.6.2009 geltende AL stammt im Wesentlichen aus den Neunzigerjahren. Seit-her erfolgten zwei Tarifsenkungen: mit der ersten per 1. Oktober 1997 wurden die Tarife der 50 häufigsten Analysen (hauptsächlich Analysen der Grundversorgung) um 10% gesenkt. Zudem wurde das Analysespektrum der Praxislaboratorien eingeschränkt, für das ein Tarif nach Artikel 46 und 48 KVG vereinbart werden kann. Mit der zweiten Tarifsenkung wurde der Taxpunktwert um linear 10 % gesenkt.⁵

Gemäss Angaben des BAG widerspiegelte die im Juli 09 abgelöste AL „weitgehend die Verhältnisse, wie sie Anfang der Neunzigerjahre bestanden und berücksichtigt nicht die – insbesondere im Bereich der Basis-Analytik – zwischenzeitlich erreichten massiven technischen Fortschritte“ (BAG 2009b).

Neben der Labortechnologie und dem verminderten Personalaufwand entsprechen jedoch auch andere Parameter (z.B. Personalkosten) nicht mehr den Gegebenheiten zur Zeit der Einführung der AL.

⁵ Mittelfristige Auswirkungen dieser Preissenkungen könnten damit immer noch nachwirken.

Zielsetzung der Revision

Ziel der Revision war, die AL betriebswirtschaftlich bemessen und sachgerecht auszugestalten.⁶ Damit wollte man dem gesetzlichen Auftrag des KVGs nachkommen und für eine effiziente Versorgung mit Analysenleistungen in der notwendigen Qualität sorgen (BAG 2009b). Im Weiteren wollte man mit der neuen AL die Nomenklatur in redaktioneller Hinsicht bereinigen, d.h. falsche, alte oder missverständliche Analysenbezeichnungen hätten korrigiert und offensichtlich obsolete Analysen gestrichen werden sollen. Gemäss BAG hätte die Krankenversicherung durch die neue AL während des Einführungszeitraums jährlich um rund 100 Millionen Franken, nach dem Wegfall des Übergangszuschlages 2012 um über 200 Millionen Franken entlastet werden sollen (BAG 2009a).

Änderungen im Rahmen der Revision

In diesem Abschnitt fassen wir die konkreten Änderungen zusammen, welche im Rahmen der AL-Revision am Tarif vorgenommen wurden.

- › Die unterschiedlichen Kostenstrukturen in Praxis-, Privat- und Spitallaboratorien werden neu mit Pauschalen, Zuschlägen etc. berücksichtigt. Das heisst, dass neu zu jeder Analysenposition weitere Positionen abgerechnet werden können, sogenannte Allgemeine Positionen. Diese machen neu je nach Anzahl und Art der Analysen ein wesentliches Element der Entschädigung der Leistungserbringer aus. Allerdings sind nicht alle Taxen und Zuschläge neu. Privatlaboratorien durften schon zuvor Bearbeitungstaxen abrechnen.
- › Die Preise der Analysen wurden der Kostenentwicklung (Technik und Lohnkosten) angepasst. Dies hatte zur Folge, dass vollständig oder halb automatisierte Analysen aufgrund des technischen Fortschritts günstiger, personalintensive Analysen teurer wurden. Ersteres betraf vor allem Analysen der Analyseart Corelab und Outer Corelab. Die FMH wies darauf hin, dass diese Analysen im Praxislaboratorium erst teilweise automatisiert durchgeführt würden.
- › Der Taxpunktwert wurde gleichzeitig mit der Revision von 0.90 CHF auf 1.00 CHF angehoben.
- › Daneben wurden weitere Anpassungen an der Tarifstruktur vorgenommen. Früher bestand für Leistungserbringer die Möglichkeit, mit einzelnen Kassen Pakete aus mehreren Analysen als eine Position abzurechnen (sogenannte 600er-Blocktarife). Diese Möglichkeit besteht nicht mehr, es sind nun alle Analysen einzeln abzurechnen. Dadurch erhöht sich die abgerechnete Anzahl Analysen auch bei konstant bleibenden Mengen.

⁶ Die Leistungserbringer (insbesondere die Ärzteschaft) ihrerseits forderten, dass die Tarife nicht nur kostendeckend, sondern angemessen gewinnbringend festgelegt werden müssten.

- › Im Weiteren wurden die anonymen Positionen aufgehoben. Bei den anonymen Positionen handelt es sich um Positionen mit 98er-Nummern, über die bis zur Einführung der neuen AL Analysen abgerechnet werden konnten. Diese Positionen waren einzeln in den santésuisse-Daten enthalten. Die Aufhebung der 98er-Tarife hat also keine Verzerrungen zur Folge.
- › Ausserdem wurde besonders das Kapitel Humangenetik neu tarifiert. Neu werden einige Sequenzen von Analysen nicht mehr als eine Position abgerechnet (d.h. eine Position pro angestrebtes Analyseresultat), sondern je nach Aufwand einzeln als Position abgerechnet (d.h. eine Position pro durchgeführte Analyse), so dass sich die Zahl der abgerechneten Analysen erhöht.

Erwartete finanzielle Wirkungen der Revision

Über alle Laboranalysen gesehen sind die Tarife im Mittel mit der neuen AL gesunken. Das BAG hat auf Basis der santésuisse Tarifpooldaten von 2006 und 2007 die Auswirkungen auf die Einnahmen geschätzt. Die folgende Tabelle zeigt, dass ein deutlicher Rückgang der Umsätze (inkl. Umsatz aus allgemeinen Positionen) erwartet wurde. Das Aktionskomitee für eine faire AL hat sogar noch grössere Einbussen berechnet: Kleinere Spitäler werden demnach 33%, grössere Spitäler 25%, Privatlaboratorien 20% und Praxislaboratorien der Grundversorgung 10 bis 40% weniger Einnahmen erzielen können (Aktionskomitee AL, 2009).

ERWARTETER UMSATZRÜCKGANG INFOLGE DER REVISION, NACH LEISTUNGSERBRINGER			
Leistungserbringer	BAG mit Übergangszuschlag	BAG ohne Übergangszuschlag	Aktionskomitee AL
Praxislaboratorien	-9%	-19%	-10% bis -40%
Spitallaboratorien	-8%	-15%	-25% bis -33%
Privatlaboratorien	-16%	-21%	-20%

Tabelle 4 Quellen: BAG, Aktionskomitee AL (2009). Umsatz inkl. Umsatz aus allg. Positionen.

Von Seiten der FMH wird darauf hingewiesen, dass es mit den neuen Tarifen nicht nur „Verlierer“, sondern vereinzelt auch „Gewinner“ gibt. Der Grund dafür sei, dass es mit der neuen AL auch Gebiete gäbe (manuelle Methoden, Molekularbiologie), deren Tarife im Durchschnitt gestiegen sind. Verlierer dürften insbesondere auf Seiten der Grundversorger zu finden sein.

Aufgrund der Schätzungen des BAG wurden auch für die verschiedenen Analysegruppen grössenteils Ertragseinbussen erwartet (BAG 2009a)⁷. Die folgende Tabelle zeigt die erwarteten Umsatzveränderungen (Umsatz aus allg. Positionen).⁸

ERWARTETE UMSATZVERÄNDERUNGEN INFOLGE DER REVISION, NACH ANALYSEART		
Analyseart	BAG ohne Übergangszuschlag	BAG mit Übergangszuschlag
Corelab	-30%	-22%
Outer Corelab	-15%	-12%
Manuelle Methoden	+23%	+33%
Molekularbiologie	+100%	+101%
Humangenetik	-12%	-10%

Tabelle 5 Quelle: BAG. Umsatz inkl. Umsatz aus allg. Positionen.

1.2. FRAGESTELLUNGEN DES MONITORINGS

Das Monitoring erfasst und beurteilt die Wirkungen auf verschiedenen Ebenen. Wir unterscheiden zwischen drei Ebenen:

- › **Output:** Hier geht es um die Auswirkungen auf die Qualität und die Funktionalität des Tarifs, z.B. die Beanspruchung der Helpline durch die betroffenen Kreise
- › **Outcome:** Hier geht es um die Auswirkungen auf direkt betroffene Akteure, d.h. Mengen- und Umsatzentwicklung der einzelnen Leistungserbringer (z.B. Umsatzentwicklung der Gynäkologen), Strukturentwicklung der Laborlandschaft (z.B. die Entwicklung der Anzahl Privatlaboratorien), Arbeitsweise (z.B. Anzahl Analysen pro Arztsitzung),
- › **Impact:** Hier geht es um weiterreichende Wirkungen auf Gesundheit und Volkswirtschaft, z.B. wirtschaftliche Auswirkungen von allfälligen Mehrfachkonsultationen

Fragen auf Ebene Output

Im Bereich des Outputs führt das Monitoring einen umfassenden Fragekatalog zu der Funktionalität des Tarifs: In der Beobachtung der Aktivitäten rund um die Helpline des BAG wird die Korrektheit und Güte des Tarifs an und für sich (Fehler im Tarif und Revisionen einzelner Tarife)

⁷ Die vom BAG berechnete erwartete Umsatzentwicklung nach Analyseart versteht sich inklusive eines Anteils an den Zuschlägen, die für Analysen möglich sind (Allgemeine Positionen wie Präsenztaxen, Auftragspauschalen, Analysenzuschläge und Übergangszuschläge).

⁸ Die FMH weist darauf hin, dass Corelab- und Outer Corelab-Analysen im Praxislaboratorium nicht automatisiert durchgeführt werden.

sowie die Dokumentation und Umsetzung des Tarifs (Häufigkeit von Nachfragen und fehlerhafter Abrechnungen) beobachtet.

1. Fragen zur Umsetzung und Funktionalität des Tarifs

- a. Wie gross ist die Anzahl Fehlermeldungen und **Fehlerkorrekturen** im Tarifwerk? Nach Analysenfachgebiet?
- b. Wie gross ist die Anzahl von Anträgen für **neue Tarifpositionen**? Nach Analysenfachgebiet?
- c. Wie gross ist die Anzahl von **Tarifkorrekturen** für einzelne Positionen? Nach Analysenfachgebiet?
- d. Wie gut ist der neue Tarif **dokumentiert**?
- e. Wie gross ist die Anzahl der **Nachfragen** zum Tarif?
- f. Wie gross ist die **Bearbeitungsdauer** für Anfragen und Korrekturen seitens des BAG und der Helpline?
- g. Wie viele **Abrechnungen** müssen zurückgewiesen werden? Wie viele waren bereits vor der Revision nicht KVG-konform?
- h. Wie verändert sich das **Zahlungsverhalten** der Patienten?

Fragen auf Ebene Outcome

Im Bereich des Outcomes deckt der Fragenkatalog des Monitorings die wichtigsten Auswirkungen der Tarifrevision auf die Analysenmengen und -umsätze, auf die Struktur der Laboratorien in der Schweiz und die Arbeitsweise in der Praxis ab.

Fragen zu den Auswirkungen auf direkt betroffene Akteure

1. Mengentwicklung und -verteilung von Laboranalysen

- a. Wie entwickeln sich die **Mengen und Umsätze** insgesamt?
- b.
 - b1. Mengen und Umsätze nach Analysenart
 - b2. Mengen und Umsätze für Praxis-, Privat- und Spitallaboratorien, Apotheken
 - b3. Mengen und Umsätze nach Facharztgebiet
 - b4. Mengen und Umsätze nach Laborfachgebiet
 - b5. Mengen und Umsätze nach Spitalabortyp A/B/C

2. Strukturentwicklung Laborlandschaft Schweiz

- a. Wie entwickeln sich die Strukturen bei **Praxislaboratorien**?
 - a1. Anzahl Arztpraxen mit/ohne Laboratorium
 - a2. Anzahl Beschäftigte und Lehrstellen, gesamt und pro Praxis (Medizinische/r PraxisassistentIn, Biomedizinische/r AnalytikerIn)
 - a3. Anzahl Analysen (total und distinkte Positionen) pro Laboratorium (Häufigkeitsverteilung)
 - a4. Umsätze aus Laboranalysen von Praxislaboratorien (Strukturveränderungen)
 - a5. Umsätze über alle Arztpraxen und Leistungsarten (Laboratorium, Konsultationen, Medikamente etc.) hinweg

- b. Wie entwickeln sich die Strukturen bei **Privatlaboratorien**?
 - b1. Anzahl Laboratorien, Neueröffnungen/Schliessungen/Fusionen/Übernahmen
 - b2. Anzahl Beschäftigte (Biomedizinische/r AnalytikerIn HF und HFP, Medizinische/r PraxisassistentIn), Studierende (Biomedizinische/r AnalytikerIn HF) und Praktikumsplätze
 - b3. Anzahl Analysen (total und distinkte Positionen) pro Laboratorium (Häufigkeitsverteilung)
 - b4. Umsätze von Privatlaboratorien (empirische Mengengerüste)

- c. Wie entwickeln sich die Strukturen bei **Spitallaboratorien**?
 - c1. Anzahl Spitäler mit Labortyp A, B, C
 - c2. Anzahl Beschäftigte und Studierende (Biomedizinische/r AnalytikerIn), evtl. in ambulanten und stationärem Bereich
 - c3. Anzahl Analysen (total und distinkte Positionen) pro Laboratorium (Häufigkeitsverteilung)
 - c4. Umsätze von Spitallaboratorien (empirische Mengengerüste)

- d. Wie entwickeln sich die Strukturen bei **Apotheken**?
 - d1. Anzahl Apotheken mit/ohne Laboratorium
 - d2. Anzahl Beschäftigte und Lehrstellen (Medizinische/r PraxisassistentIn)
 - d3. Anzahl Analysen (total und distinkte Positionen) pro Laboratorium (Häufigkeitsverteilung)
 - d5. Umsätze über alle Apotheken und Leistungsarten (Laboratorium, Medikamente etc.) hinweg

3. Arbeitsweise und indirekte Kosten

- a. Gibt es Veränderungen in der **Arztpraxis**?
 - a1. Ergebnisse aus den externen Qualitätskontrollen
 - a2. Anzahl durchgeführter Analysen pro Konsultation
 - a3. Anteil des Laborumsatzes, Entwicklung weiterer Umsatzkomponenten
 - a4. Verlust von Patienten aufgrund der Laborauslagerung

- b. Gibt es Änderungen in **Privatlaboratorien**?
 - b1. Ergebnisse aus den externen Qualitätskontrollen
 - b2. Anteil Laboratorien, die interne Qualitätskontrollen durchführen
 - b3. Durchschnittliche Ausführungsdauer für Analyseaufträge

- c. Gibt es Änderungen in der **Spitalpraxis**?
 - c1. Ergebnisse aus den externen Qualitätskontrollen
 - c2. Anteil Laboratorien, die interne Qualitätskontrollen durchführen
 - c3. Anzahl durchgeführter Analysen pro Konsultation
 - c4. Verschiebungen zwischen ambulantem und stationärem Bereich

- d. Gibt es Änderungen in **Apotheken**?
 - d1. Ergebnisse aus den externen Qualitätskontrollen

Fragen auf Ebene Impact

Im Bereich des Impacts umfasst das Monitoring Fragen zur Gesamtwirkung auf das Gesundheitssystem in Bezug auf die Versorgungsqualität im Sinne einer optimalen Behandlung⁹ und die Gesundheitskosten aus sektorieller (KVG) und gesamtwirtschaftlicher Sicht. Auf die Frage, ob die AL aus betriebswirtschaftlicher Sicht angemessen ist, kann das Monitoring insofern indirekte Hinweise liefern, als bei starken unbeabsichtigten Veränderungen die AL möglicherweise nicht oder nicht in jedem Fall sachgerecht ist.

Die Berechnungsgrundlagen selbst sind gemäss BAG nicht Gegenstand des Monitorings, sondern einer allfälligen separaten, periodischen Überprüfung der AL. Sie wäre die logische Konsequenz, wenn festgestellt würde, dass die neuen Labortarife zu unerwünschten Wirkungen führten.

⁹ Eine Behandlung nach WZW-Kriterien.

1. Wirkungen auf die Gesundheitskosten

- a. Wie entwickeln sich die **Laborkosten** insgesamt?
- b. Wie entwickeln sich die **Kosten für die Krankenversicherung bzw. das Gesundheitswesen?**
- c. Wie sind die **Kosten aus einer volkswirtschaftlichen Sicht** zu beurteilen?

2. Wirkungen auf die Versorgungsqualität¹⁰

- a. Wie wirkt sich die AL auf die **Versorgungsqualität** aus?

3. Wirkungen und Rückschlüsse auf die Kostenrealität (nicht Teil des Monitorings)

- a. *Verändern sich die **Eckwerte des Berechnungsmodells?***
- b. *Sind die **Tarife betriebswirtschaftlich sachgerecht?***

Die Frage der Kostenrealität ist nicht Gegenstand des laufenden Monitorings.

1.3. METHODISCHES VORGEHEN

Die Komplexität der Laboranalysen und der Analysenliste sowie die Vielzahl der betroffenen Akteure erforderten eine enge Zusammenarbeit mit allen Beteiligten. Die aus diesem Grund eingesetzte Monitoring-Begleitgruppe begleitete und unterstützte die Arbeiten, gleichzeitig trug sie zur Qualitätskontrolle der Arbeiten bei. Bereits in der Konzeptphase wurde die Begleitgruppe in die Erarbeitung der Fragestellungen und der Erhebungsmethoden miteinbezogen. Während des eigentlichen Monitorings wurde die Begleitgruppe regelmässig in Form von Berichten und Präsentationen an Begleitgruppensitzungen über die Ergebnisse informiert.

Das Fragespektrum des Monitorings versucht, die Entwicklung der Laboranalysen aus unterschiedlicher Perspektive zu beleuchten. Es wurden deshalb alle betroffenen Akteure einbezogen und Daten und Informationen aus verschiedenen Quellen zusammengetragen. Ziel war es, die Fragestellungen des Monitorings mit einer geschickten Kombination von verschiedenen, bereits bestehenden Datengrundlagen abzudecken und mit einzelnen gezielten Primärerhebungen sowie qualitativen Gesprächen, das Bild zu vervollständigen. Konkret haben wir die Fragen des Monitorings mit einem Mix aus Daten- und Dokumentenanalysen sowie qualitativen Gesprächen zu beantworten versucht. Für die Datenanalysen haben wir uns primäre auf Sekundärdaten der Akteure und ergänzend auf Daten aus eigenen Primärerhebungen abgestützt. Letztere sind in

¹⁰ Die Versorgungs- bzw. Behandlungsqualität bezieht sich bspw. auf Wartezeiten und Mehrfachkonsultationen der PatientInnen (Inconvenience), zeitlicher Verzögerung bei der Diagnose, Verzicht auf (sinnvolle) Laboranalysen oder die Qualität der Laboranalyse. Die Frage der Versorgungsqualität gilt es im Verlauf des Monitorings sorgfältig zu definieren und zu analysieren.

der Regel aufwändig und mit Repräsentativitätsproblemen verbunden. Sie wurden deshalb nur subsidiär und dort eingesetzt, wo Sekundärdaten fehlten und wo Primärerhebungen vom Aufwand her vertretbar waren. Für die Datenanalysen stellten uns verschiedene Akteure z.T. umfangreiche Sekundärdatengrundlagen zur Verfügung. In den Bericht eingeflossen sind primär Auswertungen von santésuisse, FMH/AEK sowie Helsana sowie für spezifische Auswertungen die Trustdaten der FAMH. Die Auswertungen der Daten sowie ihre Interpretation wurden mit den jeweiligen Datenlieferanten vorbesprochen. Um die Ergebnisse zu plausibilisieren, wurden weitere Gespräche mit Akteuren geführt. Soweit zuverlässige Daten zur Verfügung standen, wird im Bericht die Entwicklung für die Jahre 2007 bzw. 2008 bis 2010 dokumentiert. Daten aus dem Jahr 2011 wurden nicht berücksichtigt, da jeweils erst nach sechs Monaten genügend Rechnungen vorlagen. Die verschiedenen Datenquellen, die zur Verfügung gestellten Daten und allfällige Einschränkungen werden in der Folge beschrieben:

1.3.1. SEKUNDÄRDATEN

1. BAG

Helpline

Auf die Einführung der neuen AL per 1.7.2009 richtete das BAG ein Helpdesk ein. Dieses beantwortete Fragen und nahm Beschwerden, Anträgen etc. entgegen. Meldungen konnten per Telefon, E-Mail oder Post eingegeben werden. Die Helpline wird zum jetzigen Zeitpunkt nach wie vor betrieben, die Zahl der Anfragen ist aber sehr gering geworden (ca. 5-10 Anfragen pro Woche gemäss BAG). Das BAG hat die Anfragen aus der Zeit vom 1. Juli bis 16. Oktober 2009 ausgewertet und uns zur Verfügung gestellt. Danach wurden gemäss BAG keine Auswertungen mehr vorgenommen.

2. santésuisse/Sasis

santésuisse, Branchenverband der schweizerischen Krankenversicherer, bzw. ihre Tochtergesellschaft Sasis¹¹ haben uns Monatsdaten aus dem Tarifpool (TP) und dem Datenpool (DP) für die Jahre 2006 (DP ab 2007) bis 2010 zur Verfügung gestellt. Die Daten wurden von uns zwecks besserer Anschaulichkeit auf Quartalsdaten aggregiert. Umfang und Qualität der Daten werden in der Folge kurz dargestellt:

¹¹ Sasis ist eine Tochtergesellschaft von santésuisse. Sasis betreut Daten- und Tarifpool.

Umfang

Aus dem Datenpool wurden uns Umsatzdaten (Bruttoleistungen) für Praxislaboratorien und Privatlaboratorien zur Verfügung gestellt. Die Daten umfassen die im Rahmen der OKP abgerechneten Laboranalysen. Angaben zu Analysen in Spitallaboratorien sind auf Ebene Datenpool nur aggregiert verfügbar und können nicht separat für den ambulanten Laborbereich ausgewiesen werden. Der stationäre Laborbereich im Spital ist separat weder im Daten- noch im Tarifpool ausweisbar.

Aus dem Tarifpool haben wir Mengen und Umsätze pro Tarifposition (alte und neue Liste) für Praxislaboratorien, Spitallaboratorien (nur ambulanter Bereich) und Privatlaboratorien erhalten. Auch hier wurden die im Rahmen der OKP abgerechneten Laboranalysen berücksichtigt. Sasis lieferte ausserdem Mengen und Umsätze je Leistungserbringerkategorie für folgende Dimensionen:

- › nach Analyseart: Dabei werden die Analysen in mehr und weniger stark automatisierte Analysen unterteilt: Corelab, Outer Corelab, Manuelle Methoden, Humangenetik, Molekularbiologie. Die Zuordnung der einzelnen Positionen zu einer Analyseart erfolgte aufgrund von Unterlagen von Primenetworks. Die Dokumentation der Berechnungsgrundlagen für die neue AL hält fest: „Alle in der AL enthaltenen Positionen wurden von Experten der FAMH einer Struktur, bestehend aus Clustern (...), Subclustern und Analysengruppen, zugeordnet.“ Von Seiten der Akteure wurden keine Änderungen dieser Zuordnung verlangt. Die Einteilung nach Analyseart besteht erst seit Einführung der neuen AL. Damit die Ergebnisse mit den Vorjahren verglichen werden konnten, wurde den entsprechenden alten Positionen die gleiche Analyseart zugeordnet.
- › Nach Spitaltyp, d.h. nach der Versorgungsstufe des Spitals (Zentrums- vs. Grundversorgung, Spezialfälle). Die Einteilung wird von Sasis vorgenommen.
- › Nach Privatlabortyp, d.h. nach den Analysen, welche ein Laboratorium durchführen darf. Unterschieden werden Blutspendezentren, allgemeine Privatlaboratorien, Mikrobiologie, Mikrobiologie-Genetik-Laboratorien. Die Einteilung der Privatlabortypen basiert auf einer Selbstzuordnung der Privatlaboratorien zu den von santésuisse definierten Privatlaborkategorien.
- › Nach Laborfachgebiet: aufgeteilt nach medizinisch-fachlichen Kriterien, im Einzelnen Chemie, Genetik, Hämatologie, Immunologie, Mikrobiologie. Die Zuordnung der Analysen zum Laborfachgebiet erfolgte aufgrund von Angaben des BAG. Da eine Analyse mehreren Laborfachgebieten zugeordnet werden kann, ist eine Interpretation schwierig und nur beschränkt aussagekräftig. Die Auswertungen werden deshalb nicht vertieft.

Qualität

Die zur Verfügung gestellten Daten beziehen sich auf das Behandlungsdatum. Da Rechnungen erst nach einiger Zeit bei den Versicherern eintreffen (Rechnungen können bis maximal 5 Jahre nach der Behandlung bei den Krankenkassen eingereicht werden), wurden die Daten jeweils erst nach 6 Monaten zur Verfügung gestellt. Die letzten Datenlieferungen erfolgten Ende August 2011 und enthielten Daten bis und mit Dezember 2010. Sasis geht davon aus, dass innerhalb dieser sechs Monate über 90% der Rechnungen eingetroffen sein sollten. Die Daten wurden jeweils als Monatsdaten zur Verfügung gestellt und von uns zu Quartalsdaten aggregiert, um kurzfristige Effekte etwas zu glätten.

Der Abdeckungsgrad des Datenpools beträgt bei den Laboranalysen 93% aller in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung versicherten Personen. Im Tarifpool sind nur Daten aus elektronisch erfassten Rechnungen enthalten. Der Abdeckungsgrad ist deshalb geringer (Ärzte 53%, Spitäler 49%, Laboratorien 51%).

Gemäss Sasis werden die Daten von den Versicherern nach einheitlichen Standards angeliefert. Grundsätzlich beurteilen wir die Qualität der Sasisdaten als gut. Bei der Interpretation sind allerdings folgende Einschränkungen bezüglich der Datenqualität zu beachten:

- › **Analysen in der Dummy-Position:** Analysen, die nicht exakt zugeordnet werden konnten, werden von den Versicherern einer sogenannten Dummy-Position zugewiesen. Bei der Gesamtbetrachtung der Anzahl Analysen haben wir diese Position und damit die darin enthaltene Menge mitberücksichtigt. Infolge der Tarifumstellung ist die Anzahl in der Dummyposition bei den Ärzten im 3. Quartal 2009 stark angestiegen. Dies lässt sich mit der EDV-Umstellungen bei den Leistungserbringern erklären. Gemäss Aussagen Sasis kann nicht ausgeschlossen werden, dass allgemeine Positionen (Taxen/Zuschläge) auf die Dummy-Position gematcht wurden. Da Sasis die Daten der Dummy-Position von den Versicherern übernimmt, konnte die Position nicht bereinigt werden. Es ist deshalb davon auszugehen, dass die ausgewiesene Menge (Anzahl Analysen) im 3. Quartal bei den Ärzten überhöht ist. Wir haben den Einfluss dieser Verzerrung dadurch gemindert, dass wir für die Hauptaussagen das Übergangsjahr 2009 nicht berücksichtigen, sondern uns in erster Linie darauf abstützen, die Jahre 2008 und 2010 miteinander zu vergleichen.
- › **600er-Tarife:** Vor Einführung der neuen AL konnten Privat- und Spitallaboratorien Analysen über 600er-Tarife abrechnen. Dabei wurden jeweils eine oder mehrere Analysen als eine Blockanalyse abgerechnet. Bei Helsana haben in den Jahren 2008 und 2009 sieben Laboratorien 3'000 Blöcke mit insgesamt 20'000 Analysen über die 600er-Tarife abgerechnet. Mengenmässig entspricht dies ca. 1% aller Analysen von Helsana. Die über die 600er-Tarife abgerechneten

Analysen sind nicht in den Sasis-Daten enthalten. Hinzu kommt, dass über die 600er-Tarife Blöcke von Analysen abgerechnet wurden. Diese enthielten nicht immer alle Analysen, die effektiv durchgeführt wurden, weil die Anzahl Analysen pro Block beschränkt war (max. konnten 10 Analysen abgerechnet werden). Da die 600er-Tarife mit der neuen AL aufgehoben wurden, gab es einen Mengeneffekt, weil Analysen, die früher über die 600er-Tarife abgerechnet worden wären, heute über Positionen der AL abgerechnet werden. Basierend auf den Angaben von Helsana schätzen wir diesen Effekt über die ganze Schweiz auf ca. 1-2% der Analysen. Auf Seiten einzelner Privatlaboratorien haben die 600er-Tarife durchaus eine grössere Bedeutung haben können.

› **Abgestufte Blocktarife:** Unter der bis Ende Juni 2009 gültigen AL gab es nebst den vier fixen Analysenblöcken im Kapitel 4.3 der Analysenliste noch eine verbindliche Tarifierungsregel für die verschiedenen Analysenblöcke, die von den Laboratorien angeboten wurden. Diese Regel war in den Vorbemerkungen der Analysenliste Punkt 5 enthalten: „Laboratorien, die eigene Analysenblöcke (Zusammenfassung einer Mehrzahl von Einzelanalysen des gleichen Laborfachgebiets in Form von Auftrags- bzw. Bestellungseinheiten) in ihrem Dienstleistungsangebot führen, haben diese nach folgendem abgestuftem Blocktarif (ELT = Einzelleistungstarif) abzurechnen:

- › teuerste Analyse 100% des ELT
- › die zweitteuerste und drittteuerste Analyse je 50% des ELT
- › die drei nächstteuersten Analysen je 20% des ELT
- › die vier nächstteuersten Analysen je 10% des ELT
- › weitere gegebenenfalls im angebotenen Block enthaltene Analysen können nicht verrechnet werden (vergütungsberechtigt sind somit maximal 10 Analysen pro Block).

Beim abgestuften Blocktarif verrechneten die Laboratorien die ganz normalen Positionsnummern der Analysenliste. Gemäss Auskunft des BAG wäre es möglich, dass eine vermeintliche Mengenausweitung entstanden ist, indem früher von verordneten Blöcken mit über 10 Analysen nur die ersten 10 Analysen auf der Rechnung aufgeführt wurden, weil man für die restlichen Analysen keine Vergütung erhielt.¹² Heute nach Abschaffung der Blöcke kann man alle Analysen in Rechnung stellen. Dem BAG ist jedoch nicht bekannt, wie gross dieser Effekt allenfalls wäre. Auch die anderen Leistungserbringer konnten den Effekt nicht beziffern.

¹² Beispiele für Analysen, die oft in Analysenblöcken stecken und früher abgeschnitten wurden, weil sie preiswert waren, sind Kalium und Kreatinin. Ihre Anzahl ist gemäss FAMH-Trustdaten bei den Privatlaboratorien mit der neuen AL deutlich angestiegen.

- › **98er-Positionen (anonyme Positionen):** Gemäss Analysenliste vom 1.1.2006 mussten gewisse Analysen über anonyme Positionen – sogenannte 98er-Positionen – abgerechnet werden (siehe Analysenliste vom 1.1.2006, Kapitel 4.2., S. 111). Die 98er-Positionen wurden mit der neuen AL ebenfalls aufgehoben. Die Positionen sind in den Sasis-Daten enthalten und können daher keinen Mengeneffekt ausgelöst haben. Zu beachten ist, dass die Analyse 317.1626.00, Prostata spezifisches Antigen (PSA) für einen grossen Anteil der von den Ärzten über die 98er-Positionen abgerechneten Analysen verantwortlich ist. Weitere Analysen, die über die 98er-Positionen abgerechnet wurden, sind: HIV, Gonorrhoe, etc.
- › **940er-Tarife:** Abklärungen von Helsana haben ergeben, dass viele Spitäler vor der Einführung der neuen AL Analysen mit Versicherungen über sogenannte 940er-Pauschalen abgerechnet haben (die Versicherungen waren aber nicht verpflichtet, 940er-Tarife abzurechnen). Dabei handelte es sich vor allem um Analysen, die vom Spital extern gegeben wurden (Fremdlaborleistungen). Es können aber auch vom Spitallaboratorium durchgeführte Analysen in diesen Pauschalen enthalten sein. Wie viele und welche Analysen über die 940er-Tarife abgerechnet wurden, lässt sich nur noch schätzen (Helsana schätzt ca. 3 Analysen pro Pauschale). Helsana geht davon aus, dass die 940er-Tarife bei den Laboranalysen ca. 10% der Bruttoleistungen ausmachen und somit einen wesentlichen Mengeneffekt verursacht haben. In den Tarifpool sind die Mengen und Umsätze aus dem 940er-Tarif (wie auch die aus dem 600er-Tarif) nicht eingeflossen. Auf den Zeitpunkt der Einführung der neuen AL wurden die Spitäler durch Helsana erneut darauf hingewiesen, ihre Rechnungsstellung anzupassen und keine "Fremdlaborleistungen" pauschal im Tarif 940, sondern via AL-Tarif aufzuführen. Effektiv wurden im 2. Halbjahr 2009 aber immer noch 940er-Pauschalen abgerechnet. D.h. die meisten Spitäler haben die Pauschalen auf 2010 umgestellt.
- › Für die Spitäler sind keine Datenpooldaten verfügbar. Sowohl Mengen als auch Umsätze mussten aus Tarifpooldaten hochgerechnet werden (siehe Abschnitt unten). Die Daten sind deshalb weniger valide als die Daten für Privat- und Praxislaboratorium.

Auswertungen INFRAS

Die von Sasis zur Verfügung gestellten Daten wurden von uns aggregiert (Quartale, Leistungserbringer, Analysearten etc.), weiter ausgewertet (Veränderungsraten) und grafisch aufbereitet. Soweit möglich, wurden die Auswertungen jeweils für die Jahre 2007 bzw. 2008 erstellt (Veränderungen waren erst ab 2008 möglich, da 2007 das erste Jahr mit Datenpooldaten war). Bei den Mengendaten wurden jeweils nur die Anzahl Analysen ohne die allgemeinen Positionen ausge-

wertet. Auswertungen von Umsatzdaten verstehen sich hingegen immer inklusive Zuschläge und Taxen (allgemeine Positionen).

Hochrechnung

Um absolute Zahlen angeben zu können, haben wir die Totalangaben sowie die Angaben nach Leistungserbringern von santésuisse/Sasis nach folgendem Verfahren hochgerechnet:

- › Die Umsatzzahlen von Praxis- und Privatlaboratorien gemäss Datenpool wurden mit dem Abdeckungsgrad von Sasis auf 100% der Versicherten hochgerechnet. Der Abdeckungsgrad des Datenpools lag im Jahr 2007 bei 92.9%, im Jahr 2008 bei 92.6% und im Jahr 2009 bei 92.4%.
- › Für die Mengenentwicklung bei Praxis- und Privatlaboratorien haben wir zwei Schritte vorgenommen:
 - › In einem ersten Schritt haben wir die Anzahl Analysen gemäss Tarifpool mit dem Anteil des Umsatzes im Tarifpool am Datenpoolumsatz hochgerechnet. Diese Berechnungen wurden separat für Praxis- und Privatlaboratorien durchgeführt.
 - › Im zweiten Schritt wurden diese Werte mit dem Abdeckungsgrad des Datenpools auf 100% der Versicherten hochgerechnet.
- › Den Umsatz für die Spitallaboratorien haben wir ebenfalls in zwei Schritten berechnet:
 - › In einem ersten Schritt haben wir den Umsatz gemäss Tarifpool mit dem Abdeckungsgrad von Sasis für Spitallaboratorien auf einen theoretischen Datenpoolwert hochgerechnet. Der Abdeckungsgrad für Spitallaboratorien ist gemäss Sasis von 43% im Jahr 2007 auf 48% im Jahr 2009 gestiegen.
 - › Im zweiten Schritt wurde dieser Wert mit dem Abdeckungsgrad des Datenpools auf 100% der Versicherten hochgerechnet.
- › Die Menge für die Spitallaboratorien haben wir analog zur Menge bei Praxis- und Privatlaboratorien berechnet. Für den Datenpoolumsatz haben wir den hochgerechneten Wert verwendet.

Alle übrigen Auswertungen mit Sasis-Daten wurden nicht hochgerechnet, d.h. es werden keine Totalzahlen ausgewiesen. Da wir sowieso primär die Entwicklung im Zeitverlauf aufzeigen und nicht absolute Werte darstellen, ist eine Hochrechnung nicht notwendig. Bei der Interpretation der Resultate muss aber berücksichtigt werden, dass sich der Abdeckungsgrad im Zeitverlauf ändert. Das heisst, falls der Abdeckungsgrad zunimmt, wird die Zunahme von Mengen und Umsätzen überschätzt, bzw. die Abnahme unterschätzt. Ebenso ist der Abdeckungsgrad bei verschiedenen Leistungserbringern unterschiedlich hoch, zum Beispiel ist der Anteil der Privatlaboratorien, welche im Tarifpool enthalten sind, geringer als der Anteil der Praxislaboratorien.

Grundsätzlich priorisieren wir daher, wo vorhanden, die Ergebnisse aus dem Datenpool, da diese eine höhere Abdeckung aufweisen als der Tarifpool.

3. FMH/Ärztelasse

Umfang

FMH/Ärztelasse (AEK) haben ebenfalls Mengen- und Umsatzdaten zur Verfügung gestellt. Die Daten beziehen sich ebenfalls auf das Behandlungsdatum und wurden mit einer Verzögerung von sechs Monaten ausgewertet. FMH/AEK haben Daten ab 2007, teilweise ab 2004 geliefert.

Qualität

Der Abdeckungsgrad der Ärztelasse-Daten beträgt ca. 50%. Er bezieht sich auf den Umsatz, den qualifizierte Leistungserbringer mit Laborleistungen erreichen, d.h. Leistungserbringer, welche nur sehr selten Laboratorium abrechnen, werden nicht mitgezählt, was den Abdeckungsgrad etwas reduziert. Die Angaben der Ärztelasse wurden nicht hochgerechnet.

4. Helsana

Umfang

Helsana ist die grösste Krankenversicherung der Schweiz. Sie versichert knapp 1.25 Mio. Versicherte und erreicht damit einen Marktanteil von ca. 17%. Für das Monitoring stellte uns Helsana Quartalsdaten zu Mengen und Umsätzen für die Periode von 2008 bis 2010 und für alle drei Leistungserbringer zur Verfügung.

Qualität

Die Daten basieren auf einem stabilen Stamm von rund 750'000 Versicherten, um Verzerrungen aufgrund von Schwankungen in der Zahl der Versicherten zu vermeiden. Die Daten beziehen sich auf das Behandlungsdatum. Trotz der hohen Zahl der Versicherten dürften die Daten für die gesamte Schweiz nicht ganz repräsentativ sein, da die Helsana in der Deutschschweiz- und insbesondere in der Ost- und Zentralschweiz überdurchschnittlich stark vertreten ist. Änderungen im Abrechnungssystem (Tiers Payant) könnten allenfalls zu Verzerrungen führen.

5. FAMH/Trustcenter

Umfang

FAMH und FMH haben ein gemeinsames Trustcenter eingerichtet, in welches Privat- und Spitallaboratorien Mengen- und Umsatzdaten liefern. Die Daten wurden von der AEK aufbereitet und INFRAS zur Verfügung gestellt.

Qualität

Die meisten Laboratorien im Trust liefern Daten ab dem Jahr 2010. Um die Auswirkungen der neuen AL aufzeigen zu können, müssen Daten von vor der neuen AL zur Verfügung stehen. Ausgewertet wurden deshalb die Daten von fünf Laboratorien, die kontinuierliche Daten für die Zeit vor und nach der Einführung der neuen AL geliefert haben. Da diese Laboratorien zum Teil grössere Veränderungen zu verzeichnen hatten (Zukäufe von Unternehmenseinheiten), werden im Bericht aus den Trustdaten nur Kennzahlen dargestellt. Die Datenlieferungen werden aber mit-helfen, die Auswirkungen zukünftiger Veränderungen besser aufzeigen zu können.

6. Bundesamt für Statistik

Umfang

Vom Bundesamt für Statistik (BFS) sind Angaben zur Anzahl Unternehmen und zu den Beschäftigten aus dem Betriebs- und Unternehmensregister (BUR) sowie aus der Betriebszählung (BZ) und der Krankenhausstatistik in den Bericht eingeflossen. Das BUR widerspiegelt den aktuellen Stand. In den Bericht eingeflossen sind Daten vom April 2011.

Qualität

In Bezug auf die Angaben des BUR und der Betriebszählung gelten folgende Einschränkungen: Das BUR erfasst sämtliche existierenden Betriebe und Unternehmen, auch solche mit weniger als 20 Arbeitsstunden pro Woche. Soweit uns die Angaben zur Verfügung standen, haben wir nur die aktiven Betriebe mit mehr als 20 Arbeitsstunden pro Woche in den Bericht aufgenommen. Die Betriebszählung erfasst generell nur diejenigen Arbeitsstätten (Betriebe), in denen pro Woche mindestens 20 Arbeitsstunden geleistet werden. Die Betriebszählung war eine Vollerhebung. Sie wird so nicht mehr durchgeführt, sondern durch die Registererhebung ersetzt. Die Daten aus der Registererhebung für das Jahr 2011 werden erstmals im Jahr 2013 publiziert und werden danach jährlich erhoben.

Für die Zuordnung des Unternehmens in eine Unternehmenskategorie (z.B. medizinische Laboratorien) ist beim BUR der Zweck gemäss Handelsregistereintrag oder die Selbstdeklaration

im Rahmen der Erstbefragung massgebend. Die Erstbefragung ist von den Unternehmen auszufüllen, wenn sie beim BFS erstmalig registriert werden (aufgrund von Hinweisen der Post, der Steuerverwaltung, des Handelsregisters etc.).

Bei der Interpretation der Angaben der BZ sind folgende Einschränkungen zu beachten. Da in der Anzahl Betriebe und Unternehmen auch regionale Aktiengesellschaften enthalten sind, kann es zu Mehrfachzählungen von Laboratorien mit mehreren regionalen Filialen kommen (z.B. taucht Viollier mehr als 10 Mal bei den Unternehmen auf). Ausserdem ist die Zuordnung für das BFS nicht immer ganz einfach (z.B. wurde die Firma Rodiag „Radiologische Diagnostik“ als medizinisches Laboratorium eingeteilt). Aufgrund dieser Unschärfen werden die Angaben nur als Grössenordnung für die Entwicklung der Laborlandschaft herangezogen.

7. Weitere Datenquellen

In den Bericht eingeflossen sind ausserdem Angaben von Berufs- und Branchenverbänden (FMH, FAMH, labmed, pharmaSuisse) zur Anzahl Betriebe und Beschäftigter und zu Auszubildenden.

Angaben zur Anzahl Qualitätskontrollen stellte der Verein für medizinische Qualitätskontrolle (MQ) zur Verfügung. Dieses ist hauptsächlich für Praxislaboratorien tätig, führt aber auch Qualitätskontrollen für Privatlaboratorien durch. Vom Centre Suisse de Contrôle de Qualité CSCQ in Genf, welches ebenfalls Qualitätskontrollen durchführt wurden keine Daten zur Verfügung gestellt. Das CSCQ verweist darauf, dass die Daten nicht durch das CSCQ übermittelt würden, weil die FAMH beschlossen hatte, eine eigene Übermittlung aufzubauen.

Daneben wären auch Daten zu den Ergebnissen der externen Qualitätskontrollen von Interesse. Diese Daten stehen jedoch noch nicht in einer aufbereiteten Form zur Verfügung, welche von uns ausgewertet werden könnte. Allfällige Veränderungen der Qualität dürften sich gemäss dem Verein für medizinische Qualitätskontrolle (MQ) jedoch erst nach mehreren Jahren in diesen Daten niederschlagen.

1.3.2. PRIMÄRERHEBUNGEN

8. Spitallaboratorien

Umfang

Um die Auswertungen der santésuisse/Sasis-Daten validieren zu können, wurden zu Beginn des Monitoring 26 Spitäler für Daten angefragt. Acht Spitäler haben Daten geliefert. Im April 2010 wurde ausserdem eine Umfrage zur Mengen- und Umsatzentwicklung von Laboranalysen bei

allen Spitälern durchgeführt (siehe Anhang). Gleichzeitig wurden die Spitäler im Rahmen dieser Umfrage nochmals gebeten, Daten zur Verfügung zu stellen. Schlussendlich haben rund 15 Spitäler Daten geliefert. Angefragt wurden Mengendaten – Anzahl Analysen, Anzahl allgemeine Positionen – und Umsatzdaten, unterteilt in ambulant und stationär sowie nach Analyseart.

Qualität

Die von den Spitälern gelieferten Daten sind nicht einheitlich, so dass die Auswertungsmöglichkeiten sehr beschränkt sind. Es gab z.B. Spitäler, bei denen stationäre und ambulante Analysen nicht unterschieden waren. Oder bei denen in der Menge auch die allgemeinen Positionen enthalten waren. Ausserdem ist nicht klar, inwieweit 600er- und 940er Tarife in den Daten enthalten sind. Auf eine Darstellung der Auswertungen im Bericht wurde deshalb weitgehend verzichtet.

1.3.3. INTERVIEWS

Ergänzend zu den quantitativen Auswertungen wurden vereinzelte Interviews mit den betroffenen Akteuren durchgeführt. Die Interviews dienten dazu, die quantitativen Resultate zu interpretieren und Hinweise auf weitergehende Auswirkungen zu erhalten, die nicht direkt messbar sind (z.B. Änderungen in der Praxis, Patientenpfade, Versorgungsqualität, Patientenzufriedenheit, Effekte in Spitälern und Privatlaboratorien). Interviews wurden mit drei Praxisärzten sowie einem Lieferanten von Laboratorium-Reagenzien geführt. Mit verschiedenen Versicherern und Laboratorien wurden ausgewählte Aspekte telefonisch oder per Mail geklärt. Zusätzlich wurden mit den Datenlieferanten ausführliche Gespräche im Vorfeld der Sitzungen der Begleitgruppe geführt.

1.3.4. REFERENZSZENARIEN

Mengen und Umsätze mit Laboranalysen im ambulanten Bereich weisen seit Jahren tendenziell einen eher steigenden Trend auf. Gründe dafür gibt es viele: technologischer Fortschritt, Verlagerung vom stationären zum ambulanten Bereich etc. Diese Entwicklung muss bei der Beurteilung der Mengen- und Umsatzveränderungen infolge der neuen AL miteinbezogen werden. Zu diesem Zweck haben wir ein Referenzszenario für die Mengen- und Umsatzentwicklung berechnet. Detaillierte Ausführungen dazu finden sich im Kapitel 3.3

2. HELPDESK

Monitoring-Frage: A1a-f Korrektheit, Modifikationen und Dokumentation des Tarifs¹³

Die Evaluation im Oktober 2009 hat gezeigt, dass das Helpdesk vor allem von Praxislaboratorien konsultiert wurde. Daneben gingen aber auch Anfragen von Spitälern, Krankenkassen und Informatikfirmen ein. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die eingegangenen Anfragen:

ANFRAGEN HELPDESK		
Akteur	Anzahl Anfragen	Anteil an allen Anfragen
Praxislaboratorien	269	60.7%
Spitäler und Kliniken	75	16.9%
Krankenkassen	37	8.4%
Informatikfirmen	28	6.3%
Privatlaboratorien	12	2.7%
Hersteller diagnostischer Produkte	12	2.7%
Apotheken	1	0.2%
Andere	9	2.0%
Total	446	100.0%

Tabelle 6 Quelle: BAG, eigene Darstellung.

Es wurden überwiegend Fragen zu den Laboranalysen und deren Tarifpositionen sowie Verrechnung gestellt. Fragen zu Dokumentation und Informatik waren selten.

AL-HELPDESK: ART DER FRAGEN	
Art der Frage	Anteil an allen Anfragen
Analysen und Taxen	87.8%
Dokumentation	7.5%
Informatik	4.7%

Tabelle 7 Quelle: BAG, eigene Darstellung.

¹³ Vgl. Monitoring-Konzept vom 1.9.2009, Kapitel 4.2., S. 31ff.

Die folgende Tabelle zeigt die am häufigsten gestellten Anfragen:

AL-HELPDESK: HÄUFIGE ANFRAGEN		
Kategorie	Häufigkeit	Typische Fragen
Verrechnung der Taxen und Zuschläge	214	<ul style="list-style-type: none"> › Wann können die Taxen und Zuschläge verrechnet werden? › Können Präsenztaxen ohne Konsultation verrechnet werden? › Können Blutentnahmen durch Praxislaboratorien verrechnet werden?
Änderungen von Positionen und Tarifen	104	<ul style="list-style-type: none"> › Welche Tarifposition hat die Analyse X? › Welche Analyse ist mit Tarifposition X gemeint? › Warum ist der Tarif für X gestiegen/gesunken?
Verrechnung der Analyse-Tarifpositionen	68	<ul style="list-style-type: none"> › Kann Labortyp X die Tarifposition Y verrechnen? › Wie können zusätzliche Parameter verrechnet werden (Multi-Parameter-Analysen)?
Techniken für Laboranalysen	23	<ul style="list-style-type: none"> › Welche Technik kommt bei der Tarifposition X zur Anwendung?

Tabelle 8 Quelle: BAG, eigene Darstellung.

Personen und Organisationen, welche den AL-Helpdesk kontaktiert haben, äusserten sich damals ausgeglichen zum BAG/EDI generell und zur Information und Dokumentation zur Analysenliste. Bei den Reaktionen auf die Revision der AL und auf das Vorgehen überwogen kritische Stimmen. Generell waren die Reaktionen schwierig zu kategorisieren und quantifizieren. Festgehalten wurden explizite Meinungsäusserungen.

Die Mehrheit der Anfragen konnte innerhalb eines Tages beantwortet werden. In wenigen Fällen erfolgten Antworten erst nach mehreren Monaten.

AL-HELPDESK: BEANTWORTUNGSZEIT	
Beantwortungszeit	Anteil der Anfragen
1 Tag	69.5%
1 Woche	11.2%
2 Wochen	7.0%
3 Wochen	2.9%
1 Monat	1.1%
2 Monate	5.2%
3 Monate	2.7%
4 Monate	0.4%

Tabelle 9 Quelle: BAG, eigene Darstellung.

Aus unserer Sicht war das Helpdesk sinnvoll, es hat Fragen beantwortet und Probleme bei der Umsetzung aufgezeigt. Insbesondere machte es deutlich, dass die Leistungserbringer teilweise Schwierigkeiten hatten, das neue Tarifsysteem zu verstehen und dass in den ersten Monaten auch noch fälschlicherweise das alte Tarifsysteem angewandt wurde. Die vom Helpdesk erfassten Meldungen zeigen aber auch, dass bei einigen Leistungserbringern Widerstand und Unzufriedenheit herrschen.

3. MENGEN- UND UMSATZENTWICKLUNG

In diesem Kapitel besprechen wir die Entwicklung der Mengen und Umsätze insgesamt sowie aufgegliedert nach Leistungserbringern, nach Analyseart, nach Laborfachgebiet, nach Facharzt-richtung, nach Spitallaborotyp und nach Privatlaborotyp. Hergeleitet werden die Resultate durch eine Kombination verschiedener Datenquellen, vor allem von Tarif- und Datenpool von santésuisse sowie Daten der Ärztekasse/FMH und der Versicherung Helsana. Die Werte in der Totalbetrachtung (alle Laboranalysen) sowie die Aufgliederung nach Leistungserbringern (Praxislaboratorien, Spitallaboratorien, Privatlaboratorien) wurden auf das Total hochgerechnet, die übrigen Analysen wurden nicht hochgerechnet, weil die Datenbasis dafür zu schmal ist.

Der Schlussbericht ist, im Hinblick auf die Berichtstruktur, im Grossen und Ganzen aufgebaut wie der 2. Zwischenbericht. Zum Zeitpunkt des Schlussberichts verfügen wir über Daten bis zu 1,5 Jahren nach Einführung der neuen Analysenliste. Anders als im 2. Zwischenbericht, in dem wir bei statischen Betrachtungen, jeweils die letzten zwölf Monate (3. Quartal 2009 bis 2. Quartal 2010) gezeigt haben, stellen wir im vorliegenden Bericht jeweils den Vergleich zwischen den 3. Quartalen der Jahre 2008, 2009 und 2010 dar.¹⁴ Des Weiteren wurden an verschiedenen Stellen Auswertungen hinzugefügt, insbesondere zur Vertiefung der Fragestellung, wie der Mengenanstieg bei den Privatlaboratorien zu erklären ist.

¹⁴ Daten standen jeweils erst mit sechs Monaten Verzögerung zur Verfügung.

3.1. MENGEN UND UMSÄTZE TOTAL

Monitoring-Frage: B1a Mengen und Umsätze insgesamt

Im Jahr 2008 wurden 72 Mio. Analysen und im Jahr 2010 78 Mio. Analysen durchgeführt (hochgerechnete Werte basierend auf Sasis). Der Umsatz belief sich im Jahr 2008 auf 1275 Mio. CHF, im Jahr 2010 auf 1201 Mio. CHF (hochgerechnete Werte basierend auf Sasis).

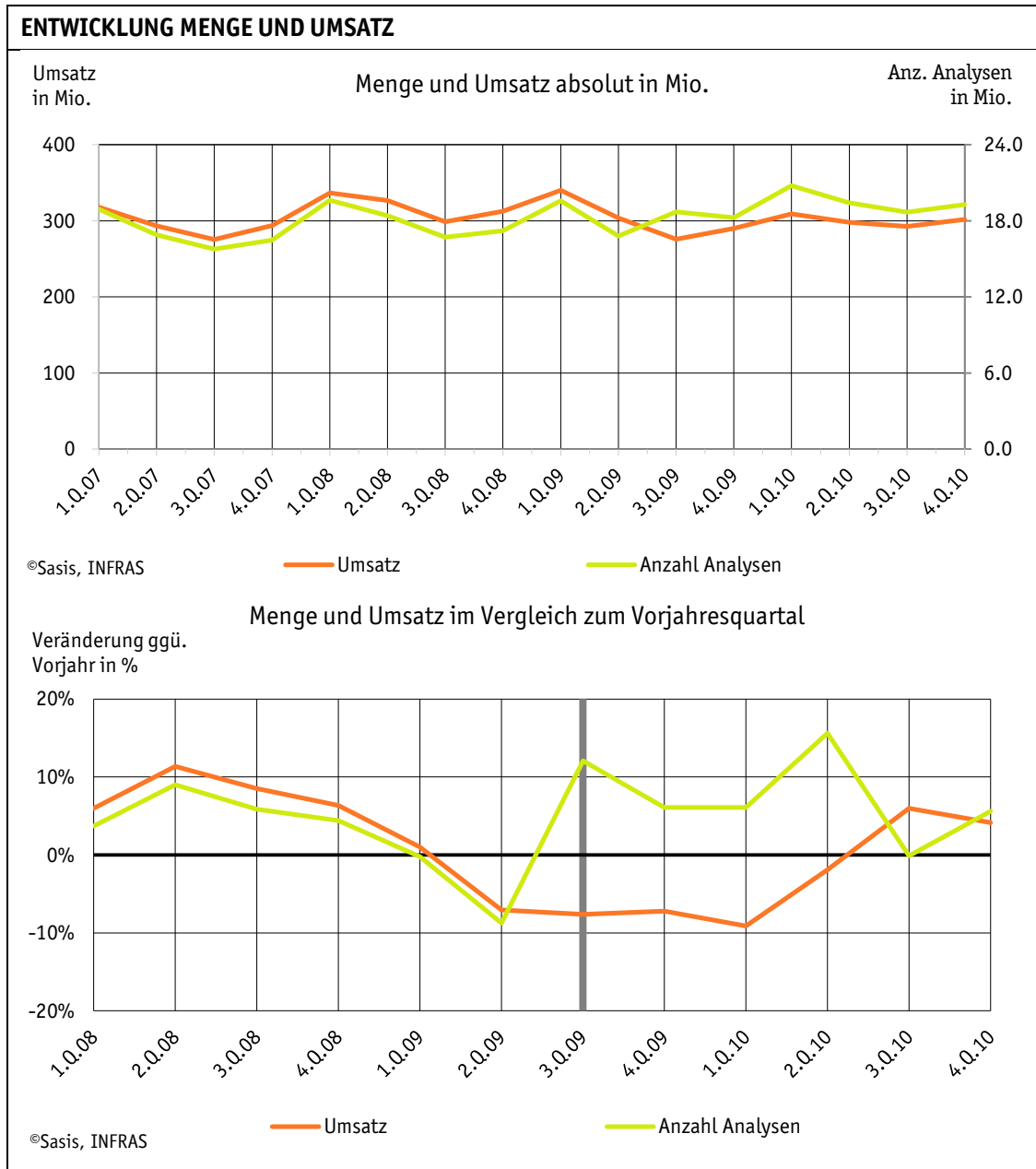
Die folgende Figur zeigt oben die absolute und unten die relative Entwicklung von Mengen und Umsätzen, hochgerechnet auf alle Leistungserbringer.¹⁵ Die Menge umfasst die Anzahl Analysen, ohne allgemeine Positionen (Taxen und Zuschläge). In den Umsätzen sind hingegen auch die Umsätze aus allgemeinen Positionen (Taxen und Zuschläge) enthalten.

Niveaumässig betrachtet liegen die absoluten Mengen im Jahr 2010 über dem Niveau von 2008, die Umsätze hingegen liegen darunter (siehe folgende Figur, obere Grafik). Bei der Anzahl Analysen scheint sich die alte Saisonalität zu bestätigen. Auf einen Rückgang im 2. und 3. Quartal folgt ein erneuter Anstieg im 1. und 4. Quartal 2010. Beim Umsatz zeigt sich ein ähnliches Bild, auch hier setzen sich die saisonalen Schwankungen fort.

Die folgende Figur (untere Grafik) zeigt die Veränderung von Menge und Umsatz jeweils im Vergleich zum Vorjahresquartal. Diese Darstellung wurde gewählt, um die bei den absoluten Werten beobachtbare Saisonalität auszuschalten. Verglichen wird also jeweils nicht mit dem vorangehenden Quartal, sondern mit dem aus saisonaler Sicht vergleichbaren Quartal aus dem Vorjahr. Die Veränderungen im Jahr 2008 zeigen die damaligen Wachstumsraten und geben damit Hinweise auf den Trend vor der Einführung der neuen Analysenliste.¹⁶ Im Jahr 2009 zeigen die Veränderungsdaten für das 3. und 4. Quartal, wie sich Menge und Umsatz nach der Einführung der neuen AL entwickelten. Die Veränderungsdaten im 3. und 4. Quartal 2010 hingegen zeigen die Veränderung gegenüber dem 3. und 4. Quartal 2009, also einer Zeit, in der bereits die neue Analysenliste in Kraft war. Wenn man davon ausgeht, dass sich dann die neuen Tarifstrukturen eingependelt haben, dann wäre zu erwarten, dass die Veränderungsdaten ab dem 3. Quartal 2010 in etwa wieder das Niveau des Jahres 2008 erreichen würden. Dies ist im 4. Quartal 2010 der Fall.

¹⁵ Eine detaillierte Beschreibung der Hochrechnung befindet sich im Kapitel 1.3.1.

¹⁶ Im Prinzip wären für einen aussagekräftigen Trend längere Zeitreihen notwendig. Für den Laborbereich stehen von santésuisse/Sasis erst ab 2007 Datenpooldaten zur Verfügung.



Figur 2 Quelle: santésuisse-Daten-/Tarifpool, eigene Berechnungen, hochgerechnete Werte.

3.2. NACH LEISTUNGSERBRINGER

Monitoring-Frage: B1b2 Mengen und Umsätze nach Leistungserbringer

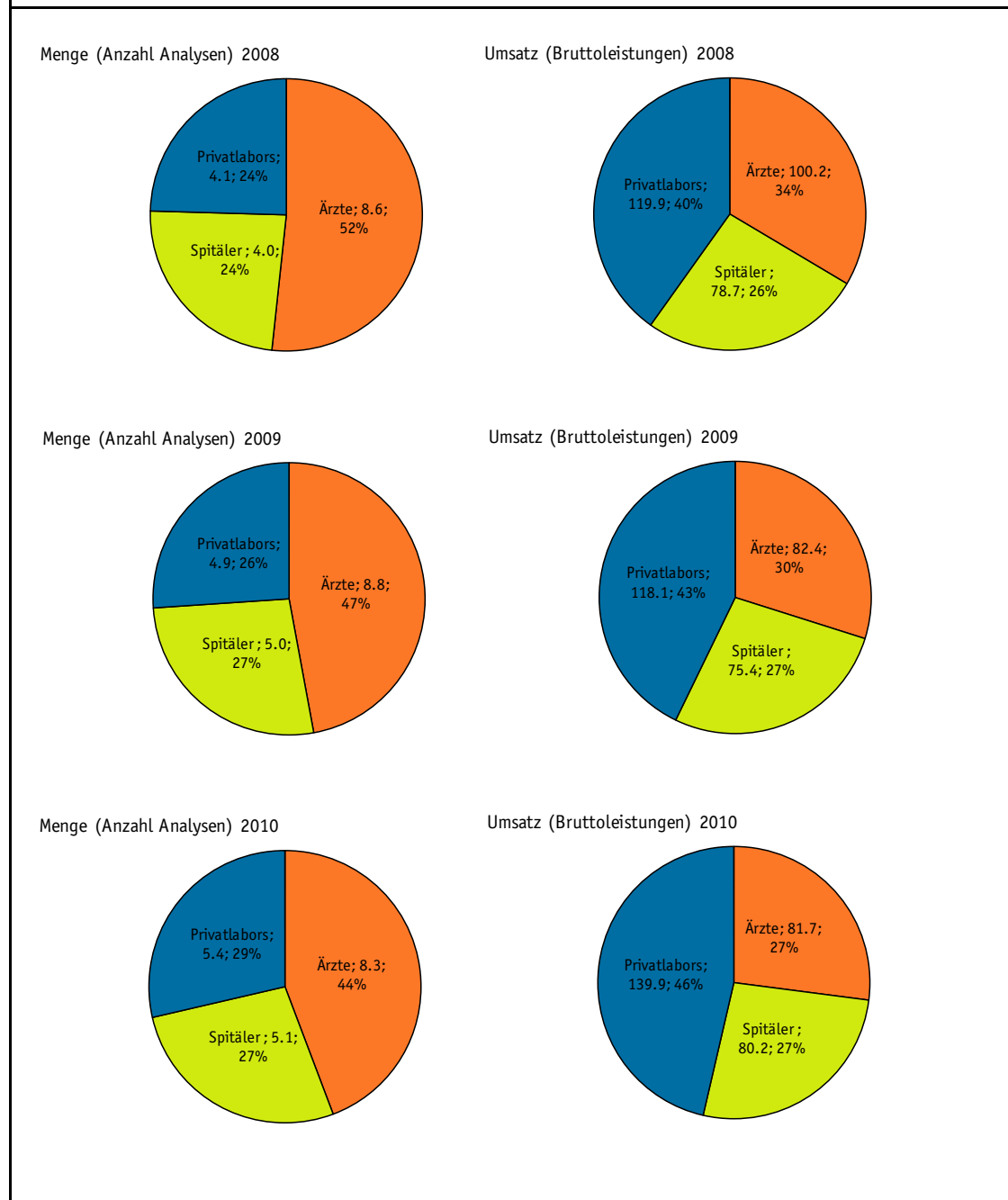
A. Verteilung von Mengen und Umsatz auf Leistungserbringer

Die folgende Tabelle zeigt die absoluten Werte der Anzahl Analysen und des Umsatzes (Bruttoleistungen) in den Jahren 2008, 2009 und 2010 und den jeweiligen Halbjahren.

ANZAHL ANALYSEN (IN MIO.) UND UMSATZ (IN MIO. CHF) NACH LEISTUNGSERBRINGER									
Beobachtungsperiode	Ärzte			Spitäler			Privatlaboratorien		
	1. HJ	2. HJ	GJ	1. HJ	2. HJ	GJ	1. HJ	2. HJ	GJ
Anzahl Analysen (in Mio.)									
2008	20.7	17.1	37.8	8.0	8.1	16.1	9.3	8.8	18.1
2009	19.5	16.6	36.0	7.8	10.1	17.9	9.1	10.3	19.4
2010	18.6	16.3	34.9	10.1	10.2	20.3	11.5	11.5	22.9
Umsatz (in Mio. CHF)									
2008	239.9	197.1	437.0	159.7	159.5	319.1	264.1	254.5	518.6
2009	228.0	161.5	389.5	154.9	155.0	309.9	261.1	249.2	510.3
2010	189.1	167.2	356.3	158.0	159.5	317.4	260.1	267.6	527.7

Tabelle 10 Quelle: santésuisse Daten-/Tarifpool, hochgerechnete Werte. HJ=Halbjahr, GJ=Gesamtjahr.

Die folgende Figur zeigt die Mengen- und Umsatzverteilung im jeweils 3. Quartal. Der Umsatzanteil der Ärzte ist kleiner als ihr Mengenanteil, weil sie eher billigere Analysen (Corelab, Outer Corelab) durchführen. Bei Privatlaboratorien ist es andersrum und bei Spitälern entspricht der Mengenanteil etwa dem Umsatzanteil. Der Vergleich der drei statischen Aufnahmen zeigt, dass die Mengen- und Umsatzanteile der Privatlaboratorien eher grösser und diejenigen der Praxislaboratorien eher kleiner werden. Wurden im 3. Quartal 2008 noch über die Hälfte der Analysen in Praxislaboratorien gemacht, liegt deren Anteil im 3. Quartal 2010 noch bei 44%.

VERTEILUNG MENGEN UND UMSATZ NACH LEISTUNGSERBRINGER JEWEILS IM 3. QUARTAL


Figur 3 Quellen: santésuisse-Tarifpool, eigene Berechnungen, hochgerechnete Werte.

B. Mengenentwicklung nach Leistungserbringer

Die folgende Figur zeigt die Mengen nach Leistungserbringern. Die Mengen verstehen sich als Anzahl Analysen ohne allgemeine Positionen (Taxen, Zuschläge). Die absoluten Werte wurden hochgerechnet.¹⁷ Die Ergebnisse sind also nicht durch die Veränderung des Abdeckungsgrades verzerrt.

Die Auswertung (siehe nachfolgende Figur, obere Grafik) zeigt in den ersten vier Quartalen seit der Einführung der neuen AL bei den Praxislaboratorien einen ähnlich saisonalen Verlauf wie in den Vorjahren. D.h. auf den Rückgang im 2. und 4. Quartal 2009 folgt der Anstieg im 1. Quartal 2010 und erneut ein schrittweiser Rückgang vom 2. über das 3. bis zum 4. Quartal.

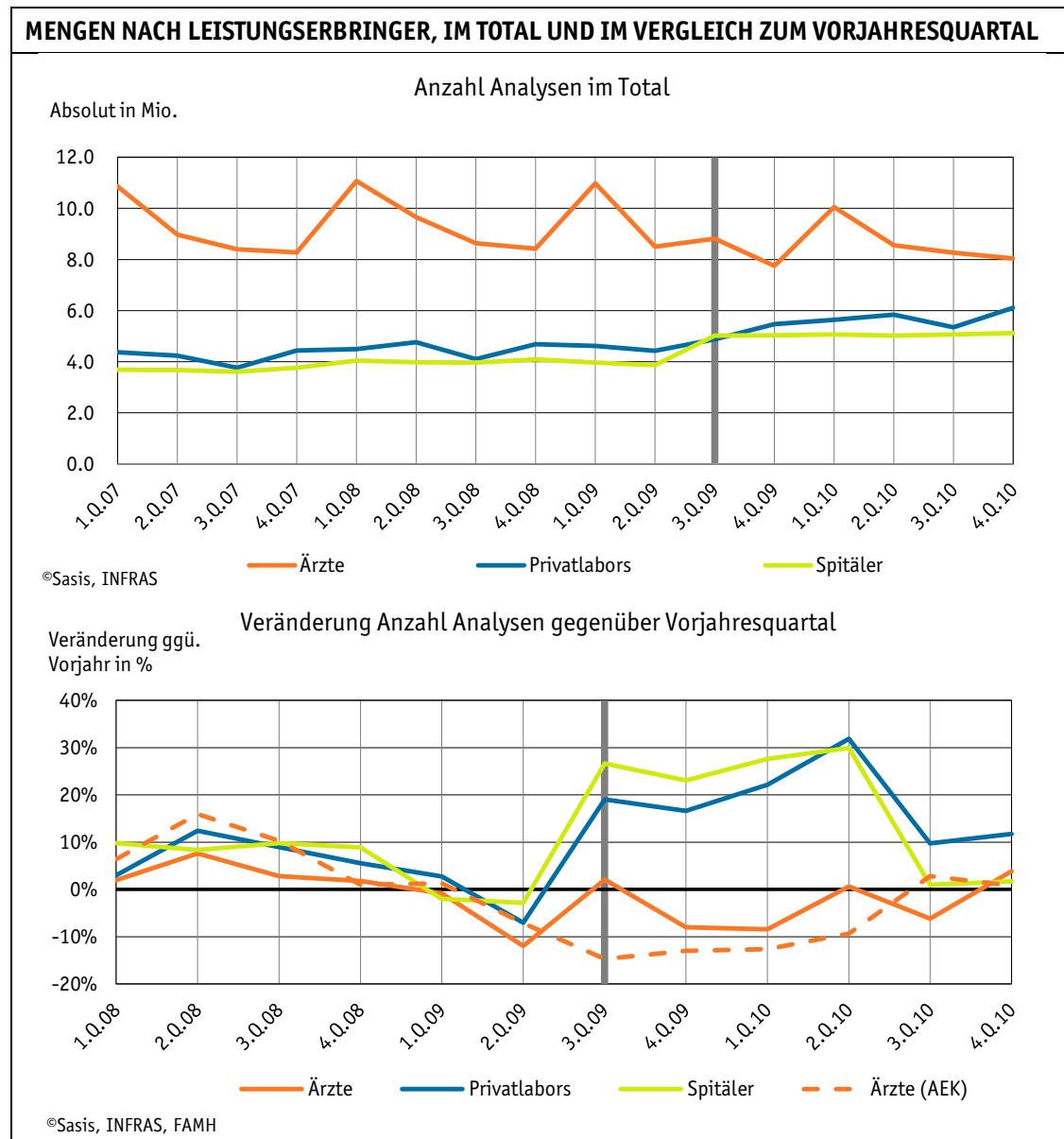
Bei den Spitälern und Privatlaboratorien sind die absoluten Mengen im 3. Quartal 2009 nicht wie in den Vorjahren zurückgegangen, sondern angestiegen. Dieser Anstieg hat sich bei den Privatlaboratorien im 1. und 2. Quartal 2010 weiter fortgesetzt, bei den Spitallaboratorien stagniert die Entwicklung seither mehr oder weniger. Bei den Privatlaboratorien ist im 3. Quartal 2010 wieder der übliche saisonale Rückgang sichtbar.

Betrachtet man die Entwicklung der Mengen im Vergleich zum Vorjahresquartal (siehe nachfolgende Figur, untere Grafik), zeigen sich bei den Praxislaboratorien seit der Einführung der neuen AL negative Veränderungsrate. D.h. es werden weniger Analysen als im Vorjahr abgerechnet. Bei den Spital- und Privatlaboratorien hingegen sind die Veränderungsrate nicht nur positiv, sondern sie liegen auch über dem Niveau von 2008. D.h. Privat- und Spitallaboratorien rechnen erstens mehr Analysen ab als im Vorjahresquartal und sie haben zweitens ein grösseres Wachstum als im 2008. Im 3. und 4. Quartal 2010 liegen die Veränderungsrate in etwa wieder auf dem gleichen Niveau wie im 2008. D.h. die Teilmärkte wachsen etwa wieder mit der gleichen Wachstumsrate wie vor der Einführung der neuen AL.

Noch ein Hinweis zum 3. Quartal 2009: In diesem Quartal klaffen die Veränderungsrate bei den Ärzten zwischen Sasis- und den AEK-Daten auseinander. Abklärungen bei Sasis haben ergeben, dass im 3. Quartal 2009 bei den Ärzten (und in geringerem Umfang auch bei den Spital- und Privatlaboratorien) eine sehr grosse Anzahl Dummy-Positionen abgerechnet wurde. Die Anzahl in der Dummy-Position stieg von durchschnittlich 10'000 vor der Einführung auf über 800'000 im 3. Quartal 2009 bzw. 50'000 im 4. Quartal 2009. Im Jahr 2010 sank die Anzahl der Dummy-Position wieder auf einige wenige Tausend. Gemäss Sasis ist nicht auszuschliessen, dass über diese Dummy-Position auch allgemeine Positionen (Taxen, Zuschläge) abgerechnet wurden. Würden diese Dummy-Position eliminiert, ergäbe sich bei den Ärzten im 3. Quartal 2009 eine

¹⁷ Eine detaillierte Beschreibung der Hochrechnung findet sich im Anhang im Abschnitt Fragestellungen und methodisches Vorgehen.

ähnliche Veränderungsrate (ca. -10%) wie mit den AEK-Daten. Um den Einfluss dieser Verzerrung zu eliminieren, vergleichen wir in erster Linie die Jahre 2008 und 2010 miteinander.



Figur 4 Quellen: santésuisse Tarifpool, Ärztekasse, eigene Berechnungen, hochgerechnete Werte.

In den folgenden zwei Abschnitten werden weitere Informationen und Daten zu den Praxis- und Spitallaboratorien dargestellt. Zu den Privatlaboratorien lagen keine weitergehenden Daten vor.¹⁸

Mengenentwicklung Ärzte

Ergänzend zu den Datenauswertungen wurden zwei Ärzte aus Gemeinschaftspraxen mit Praxislaboratorien zu ihrer Mengen- und Umsatzentwicklung befragt.¹⁹ Die Aussagen sind nicht repräsentativ, runden aber das Bild der Datenauswertungen ab. Die Aussagen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Die Verordnungspraxis habe sich nicht wesentlich verändert. Auch an der Laborinfrastruktur und am Personal sei nichts geändert worden. Im Gegenteil, man habe sogar ausgebaut. Zumindest zu Beginn seien aufgrund von Wirtschaftlichkeitsüberlegungen intern weniger Analysen durchgeführt und dafür mehr Analysen extern vergeben worden. Weil aber die Medizinische Praxisassistentin (MPA) auch Aufwand fürs Verschicken gehabt hätte, würden diese Analysen jetzt wieder intern durchgeführt. Es würden sogar eher mehr Analysen durchgeführt, weil die Infrastruktur ja vorhanden und die Margen eher gesunken seien. Bsp. Hämoglobin: Dieses sei früher einzeln durchgeführt worden. Heute werde ein ganzer Hämatologieblock verrechnet, weil die Maschine die Analysen sowieso durchführe. Dass Analysen gar nicht mehr durchgeführt werden, sei nicht vorgekommen. Auf Seiten der Privatlaboratorien seien keine Änderungen wahrgenommen worden. Dass Privatlaboratorien durch standardisierte Listen versucht hätten, die Anzahl Analysen pro Auftrag zu erhöhen, sei nicht vorgekommen. Allerdings würden Privatlaboratorien Marketingvergünstigungen ausrichten, wenn eine Praxis neu hinzukomme. Solange ein Laboratorium nicht massiv Verlust einfahre, würde es wohl weiterbetrieben. Denkbar sei auch, das Praxislaboratorium durch Externe betreiben zu lassen.

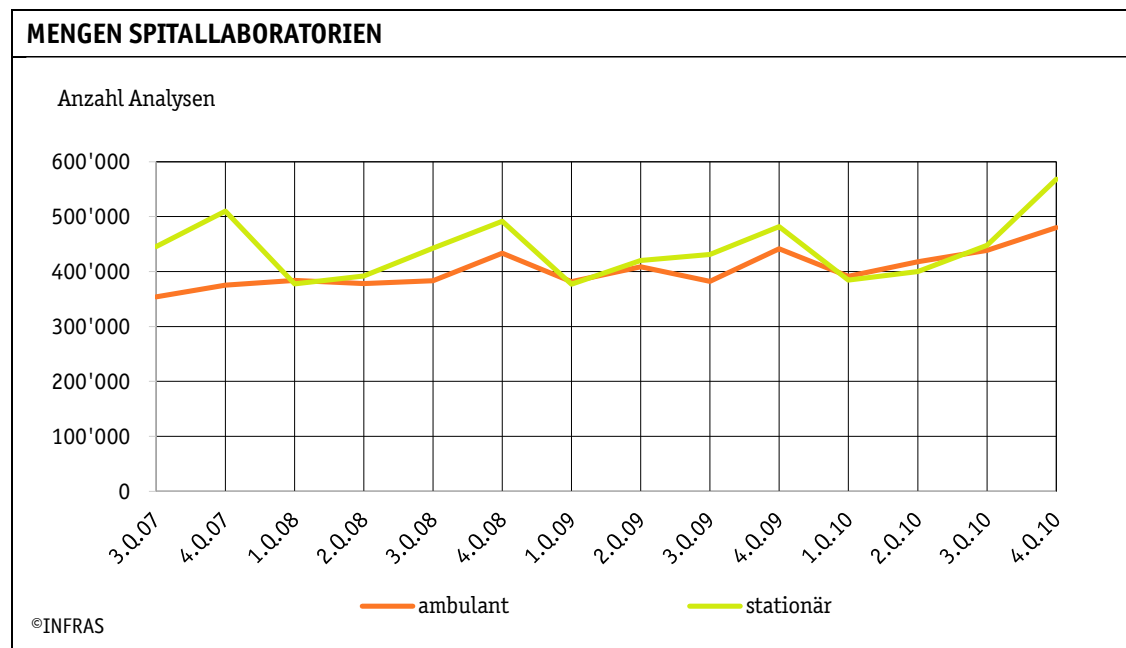
¹⁸ Die Trustdaten von FAMH konnten für die Mengenentwicklung nicht beigezogen werden, da ihre Entwicklung durch andere Faktoren (insbesondere Zukäufe) verzerrt wird.

¹⁹ Die Interviews haben nicht den Anspruch von Repräsentativität, sondern sollen in erster Linie Hinweise auf Gründe bei Änderungen von Mengen- und Umsatzentwicklung geben. Massgebend bleiben die Daten von santésuisse/Sasis und FMH/AEK.

Mengenentwicklung Spitallaboratorien

Um die Mengenentwicklung der Sasis-Daten validieren zu können, wurden die von den Spitallaboratorien gelieferten Daten soweit möglich ausgewertet. Da der Umfang der von den Spitallaboratorien gelieferten Daten aber sehr unterschiedlich war, mussten wir unsere Auswertungen beschränken. Es gab z.B. Spitäler, bei denen stationäre und ambulante Analysen nicht unterschieden waren. Oder bei denen in der Menge auch die allgemeinen Positionen enthalten waren. Da es den Rahmen des Monitorings gesprengt hätte, wenn wir alle Daten hätten bereinigen müssen, wurden die Auswertungen nur mit denjenigen Spitälern durchgeführt, für die sich ein gemeinsamer Nenner finden liess. Aus diesem Grund wird hier nur die Mengenentwicklung der im ambulanten bzw. stationären Bereich durchgeführten Laboranalysen dargestellt.

Im Gegensatz zu den Sasis-Daten ist hier im 3. Quartal 2009 kein deutlicher Anstieg ersichtlich. Dieser folgt erst im 3. und 4. Quartal 2010. Die Gründe für die Abweichung zur gesamtschweizerischen Entwicklung liessen sich im Rahmen des Monitorings nicht klären. Ein möglicher Grund könnte die Zusammensetzung des Samples sein: Kleinere und mittlere Spitallaboratorien. Wie weiter hinten ausgeführt wird, sind Spitallaboratorien von kleineren Spitälern in der Entwicklung mit Praxislaboratorien vergleichbar. D.h. bei ihnen dürfte die Anzahl Analysen mit der Einführung der neuen AL eher zurückgegangen sein.



Figur 5 Quelle: Daten von sechs kleineren und mittleren Spitälern.

C. Umsatzentwicklung nach Leistungserbringer

Monitoring-Frage: B2b4 und c4 Umsatzveränderungen von Privat- und Spitallaboratorien

Die folgende Figur zeigt die Umsätze nach Leistungserbringern, jeweils inkl. allgemeine Positionen (Taxen, Zuschläge). Die absoluten Werte sind hochgerechnet.²⁰

Bei den Praxislaboratorien zeigt die Entwicklung der absoluten Umsatzwerte nach der Einführung der neuen AL die gleiche Saisonalität wie vorher: Nach einem Rückgang im 3. und 4. Quartal 2009 steigt der Umsatz im 1. Quartal 2010 wieder an, ab dem 2. Quartal 2010 sinkt er wieder. Der Umsatz liegt allerdings ganz klar auf einem deutlich tieferen Niveau. Bei den Privat- und Spitallaboratorien liegen die absoluten Umsatzwerte in etwa auf dem Vorjahresniveau.

Diese Entwicklung spiegelt sich auch in den negativen Veränderungsraten bei den Praxislaboratorien wieder. Diese bedeuten, dass die Umsätze in diesen Quartalen unter den Umsätzen der Vorjahresquartale lagen. Die Veränderungsraten von Privat- und Spitallaboratorien lagen nach der Einführung bei etwa 0%, d.h. die Umsätze blieben gegenüber den Vorjahresquartalen etwa gleich.

Auswertungen der FMH/AEK-Daten zeigen ein zu den Sasis-Daten sehr ähnliches Bild.

²⁰ Eine detaillierte Beschreibung der Hochrechnung findet sich im Kapitel 1.



Figur 6 Quellen: santésuisse Daten-/Tarifpool, Ärztekasse, eigene Berechnungen, hochgerechnete Werte.

²¹ Da die Trustdaten der FAMH durch andere Faktoren wie Zukäufe verzerrt werden, wird hier auf eine Darstellung der Trustdaten verzichtet.

Umsatzentwicklung Ärzte

Die wichtigsten Gründe für den Umsatzrückgang bei den Ärzten seit Einführung der neuen AL sind:

- › Die Ärzte haben einen Teil ihrer Analysen nicht mehr selber im Praxislaboratorium durchgeführt, sondern an Privatlaboratorien vergeben (siehe Abschnitt 3.3, Seite 45).
- › Die Preise für die von Praxislaboratorien hauptsächlich durchgeführten Corelab-Analysen sind mit der neuen AL deutlich gesunken.

Umsatzentwicklung Privat- und Spitallaboratorien

Die wichtigsten Gründe für die Umsatzentwicklung bei Privatlaboratorien und Spitälern sind:

- › Analysen aus den Praxislaboratorien wurden an Privatlaboratorien vergeben (in einem geringeren Ausmass vergeben Ärzte auch an Spitallaboratorien).²²
- › Die Preise bei den manuell durchgeführten Analysen, wurden erhöht.
- › Die Auftragstaxe wurde erhöht und Zuschläge wurden eingeführt.

Die FAMH betont, dass die Umsatzvolumen nach Einführung der neuen AL eben unter anderen Rahmenbedingungen haben generiert werden müssen. Um das gleiche Umsatzvolumen zu erzielen hätten die Privat- und Spitallaboratorien eine deutlich höhere Menge an Analysen durchführen müssen. Dies lasse sich damit illustrieren, dass die FAMH-Trustdaten im 2. Halbjahr 2009 beim Umsatz einen klaren Einbruch des Rechnungsmittels verzeichnen. Zu berücksichtigen sei ausserdem, dass neben der AL auch noch andere Faktoren (z.B. Konkurrenzdruck) auf den Umsatz wirken würden.

²² Laborspezialisten bei Helsana schätzen, dass wenn ein Arzt eine Analyse intern durchführt, in 90% aller Fälle auch gleich externe Analysen in Auftrag gegeben werden.

3.3. VERÄNDERUNG GEGENÜBER DER TREND- UND REFERENZENTWICKLUNG OHNE REVISION

Für die Beurteilung der Tarifrevision interessiert, wie sich die Mengen und Umsätze gegenüber einer Referenzentwicklung verändert haben. Im Vordergrund stehen dabei zwei verschiedene Fragestellungen:

1. Wie haben sich Mengen und Umsatz entwickelt, wie sie aufgrund des **aktuellen Mengentrends und mit Tarifrevision** ohne Verhaltensänderungen zu erwarten gewesen wären? (Mengeneffekt)
2. Wie haben sich Mengen und Umsatz gegenüber einer Referenz entwickelt, **wie sie aufgrund des aktuellen Mengentrends und ohne Tarifrevision** zu erwarten gewesen wären? (Preis- und Mengeneffekt)

Aus dem ersten Vergleich lassen sich die Effekte der Tarifrevision auf das Verhalten der Leistungserbringer ableiten (Mengeneffekt). Der zweite Vergleich beziffert den Effekt der Tarifrevision gegenüber einer hypothetischen Entwicklung ohne eine Revision (Mengen- und Preiseffekt).

ALTERNATIVSZENARIEN		
Szenario	Menge	Preise
A. Trendszenario	Erwarteter Trend	Neue AL
B. Szenario ohne Revision (Referenzszenario)	Erwarteter Trend	Alte AL

Tabelle 11

Bei beiden Vergleichen kommt der erwarteten Trendentwicklung eine grosse Bedeutung zu: wie hätte sich die Anzahl der Analysen einem allgemeinen Trend folgend ohne Tarifrevision entwickelt? Um diese Trendentwicklung zu bestimmen, sind folgende Einschränkungen und Schwierigkeiten zu beachten:

Die Mengenentwicklung unterliegt deutlichen Schwankungen, die teils auf tarifäre und teils auch auf saisonale Schwankungen zurückgeführt werden müssen. Im Rückblick der Jahre 2006 bis 2009 fallen zwei Besonderheiten auf:

1. einen Mengerückgang im 2007 gegenüber 2006, welcher möglicherweise durch die 10%ige Tarifrevision im Jahre 2006 hervorgerufen wurde.
2. einen ungewöhnlich deutlichen Mengerückgang im 1. Halbjahr 2009 kurz vor der Tarifrevision.

Wir stufen die Jahre 2006 (Tarifänderung, fehlende Daten aus dem Datenpool) und 2009 (vorgezogenen Effekte der neuen AL, Schwierigkeiten der Leistungserbringer im Umgang mit der neuen AL und der Zuordnung von korrekten Tarifpositionen) statistisch als ausserordentlich ein. Vergleiche zwischen den verschiedenen zur Verfügung stehenden Datengrundlagen zeigen, dass die Entwicklung zwischen den beiden „normalen“ Jahren 2007 und 08 vielleicht am oberen Rand ist, sich daraus aber am ehesten ein allgemeiner Grundtrend abbilden lässt.

Erwartete Trendentwicklung in Mio. Analysen				
	Total	Praxislaboratorium	Spitallaboratorium	Privatlaboratorium
Änderung pro Jahr	+5.7%	+3.5%	+9.2%	+7.5%

Tabelle 12 Quelle: Daten- und Tarifpool Sasis.

Da das Jahr 2009 ein Mischjahr zwischen alter und neuer AL darstellt und aufgrund der oben genannten Effekte Verzerrungen aufweist, erscheint uns in der Folge auch ein Vergleich zwischen den Jahren 2010 und 2008 aus statistischer Sicht am angemessensten zu sein.

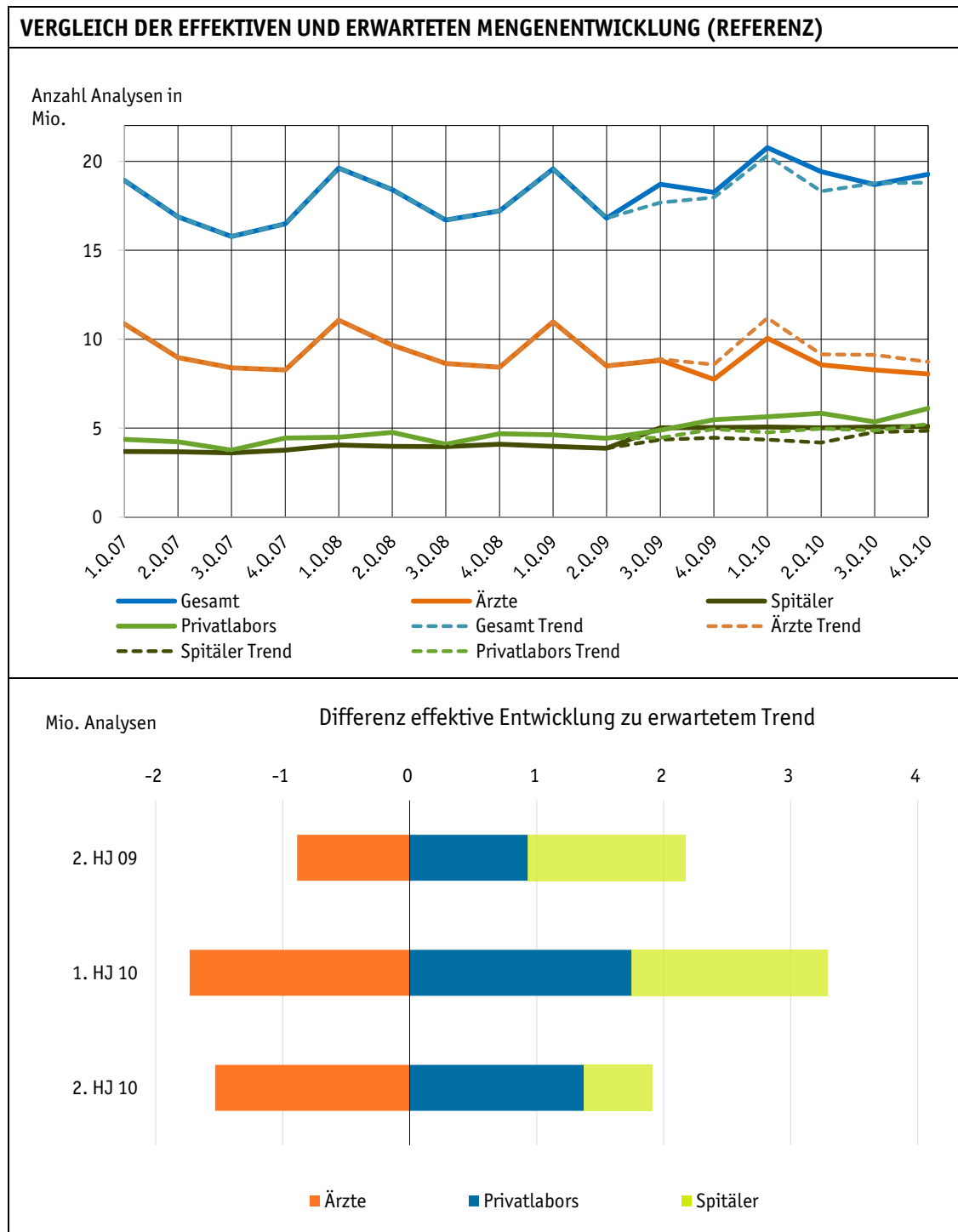
3.3.1. VERÄNDERUNG GEGENÜBER DEM ERWARTETEN TREND

VERGLEICH DER EFFEKTIVEN ENTWICKLUNG ZUM TRENDSZENARIO (A)				
	Total	Praxislaboratorium	Spitallaboratorium	Privatlaboratorium
A. MENGE				
Erwartete Trendentwicklung in Mio. Analysen (Trend)				
Änderung pro Jahr	+5.7%	+3.5%	+9.2%	+7.5%
2008	71.9	37.8	16.1	18.1
2009	72.0	36.9	16.7	18.5
2010	76.2	38.2	18.2	19.8
Änderung 2010/08	4.3	0.4	2.1	1.8
Effektive Entwicklung in Mio. Analysen (Daten-/Tarifpool)				
2008	71.9	37.8	16.1	18.1
2009	73.3	36.0	17.9	19.4
2010	78.2	34.9	20.3	22.9
Änderung 2010/08	6.2	-2.9	4.2	4.9
Effektive Entwicklung vs. Trend				
2010	+2.0	-3.3	+2.1	+3.1
B. UMSATZ				
Erwartete Trendentwicklung in Mio. CHF (auf Basis Mengentrendentwicklung)				
2008	1274.7	437.0	319.1	518.6
2009	1177.1	398.5	290.7	487.9
2010	1130.7	389.6	284.9	456.2
Änderung 2010/08	-144.0	-47.4	-34.2	-62.4
Effektive Entwicklung in Mio. CHF (Daten-/Tarifpool)				
2008	1274.7	437.0	319.1	518.6
2009	1209.7	389.5	309.9	510.3
2010	1201.3	356.3	317.4	527.7
Änderung 2010/08	-73.4	-80.7	-1.7	9.1
Effektive Entwicklung vs. Trend				
2010	70.6	-33.3	32.5	71.4

Tabelle 13 Quelle: Daten- und Tarifpool Sasis.

Der Vergleich mit der erwarteten Trendentwicklung (Trendszenario A) zeigt, dass Mengen und Umsätze bei den Privat- und den Spitallaboratorien stärker als erwartet gestiegen und bei den Praxislaboratorien gesunken sind. Der Mengenanstieg bei den Privatlaboratorien entspricht in etwa dem Rückgang bei den Praxislaboratorien und liesse sich damit durch entsprechende Verlagerungseffekte gut erklären. Der Anstieg bei den Spitallaboratorien könnte neben Verlagerungseffekten auf eine konsequentere Verrechnung der Leistungen infolge neuer AL-

Abrechnungssysteme zurückzuführen sein. Die folgende Figur zeigt den Vergleich zwischen der effektiven und der erwarteten Entwicklung gemäss Trendszenario.



Figur 7 Quelle: Daten- und Tarifpool Sasis.

3.3.2. VERÄNDERUNG GEGENÜBER EINEM REFERENZSCENARIO OHNE REVISION

Um den Kosteneffekt der Tarifrevision gegenüber einer Referenzentwicklung ohne Revision grob abzuschätzen, lässt sich die effektive Entwicklung mit einer hypothetischen Entwicklung ohne Preis- und induzierte Mengenänderung vergleichen. Der Gesamteffekt ergibt sich aus einem Preiseffekt und einem Mengeneffekt. Der Preiseffekt ergibt sich aus der Gegenüberstellung der Umsätze unter neuen und alten Tarifen bei gleichen (effektiven) Mengen, der Mengeneffekt aus dem Vergleich effektiven gegenüber der gemäss Trend zu erwartenden Umsätze per 2010 bei neuen Preisen (vgl. Abschnitt oben).

UMSATZVERÄNDERUNG GEGENÜBER DER REFERENZENTWICKLUNG (2010)				
Effekt	Total	Praxislaboratorien	Spitallaboratorien	Privatlaboratorien
Preiseffekt ¹	-163 Mio. CHF	-35 Mio. CHF	-28 Mio. CHF	-100 Mio. CHF
Mengeneffekt ²	+70 Mio. CHF	-34 Mio. CHF	+33 Mio. CHF	+71 Mio. CHF
Gesamteffekt	-93 Mio. CHF	-69 Mio. CHF	+5 Mio. CHF	-29 Mio. CHF

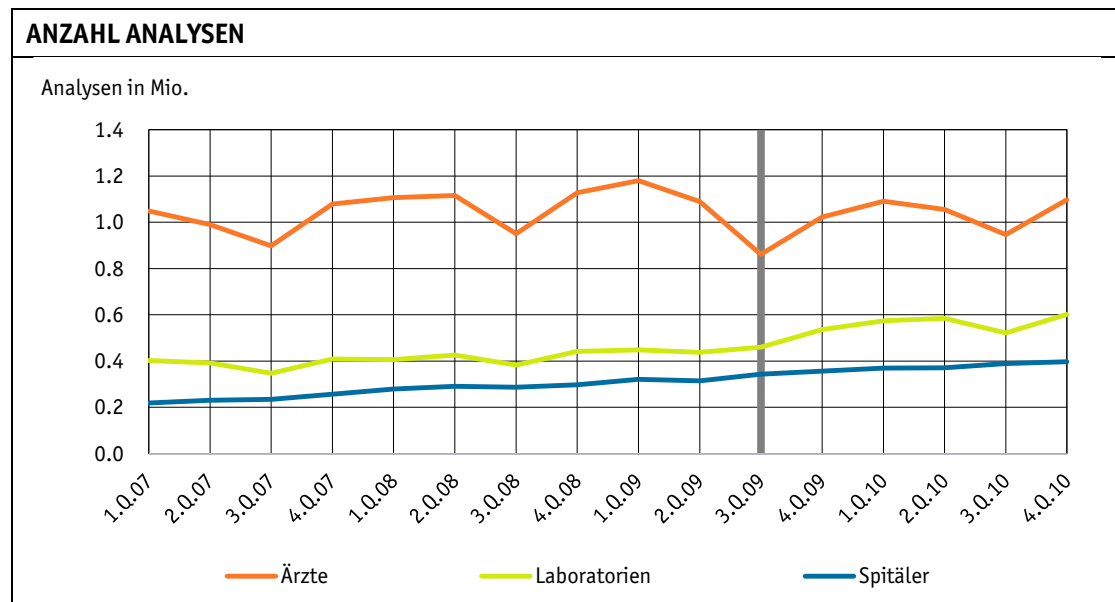
Tabelle 14 ¹ = Gemäss erwarteter durchschnittlicher Preisreduktion des BAG. ² = Vergleich der Umsätze zu neuem Tarif gegenüber dem Umsatz mit erwarteter Mengenentwicklung gemäss Trend (vgl. Abschnitt oben). Quelle: Daten- und Tarifpool Sasis, BAG.

Kurz zusammengefasst heisst das, dass die Laborkosten in der OKP im Jahr 2010 gegenüber 2008 um gut 70 Mio. CHF gesunken sind, gegenüber einer Referenzentwicklung ohne Revision wären sie sogar um rund 90 Mio gesunken. CHF. Allein aufgrund der veränderten Preise und ohne Mengenwachstum wäre sogar eine Reduktion von über 160 Mio. CHF zu erwarten gewesen (Preiseffekt). Bei den Praxislabors wurden rund 70 Mio., bei den Privallabors 30 Mio. CHF eingespart. Bei den Spitallabors gleichen sich die Preis- und Mengeneffekte ungefähr aus, so dass unter dem Strich kaum Einsparungen erzielt wurden.

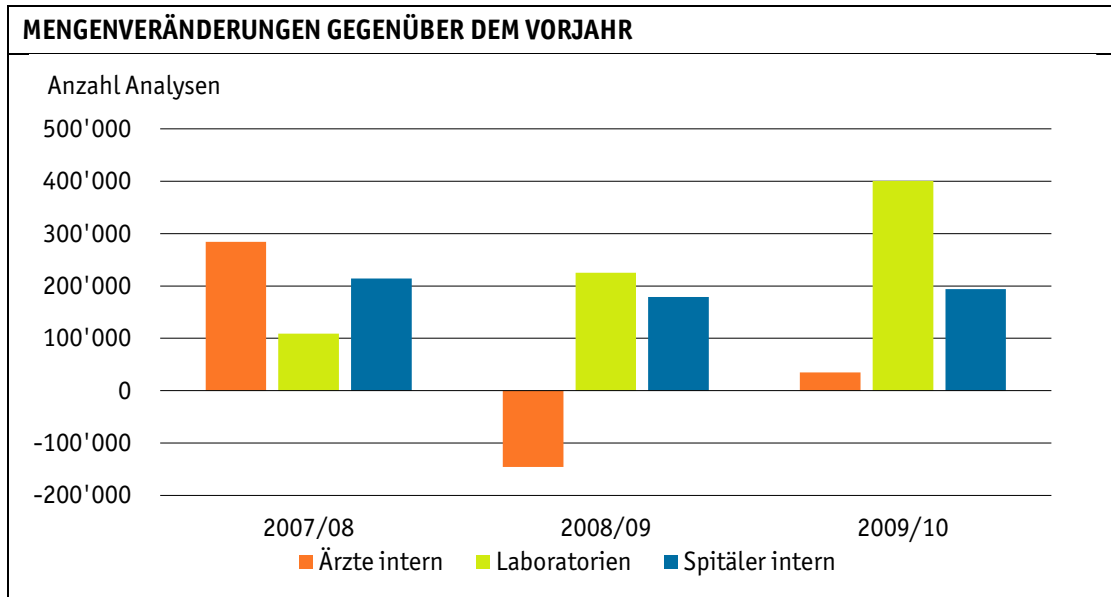
3.4. ENTWICKLUNG HELSANA

Absolute Mengenentwicklung

Die absoluten Mengendaten von Helsana zeigen bei der Auswertung nach Leistungserbringer ein ähnliches Bild wie die Daten von santésuisse/Sasis und FMH/AEK: Bei den Ärzten ist eine ausgeprägte Saisonalität ersichtlich und die Mengen liegen nach der Einführung der neuen AL auf einem tieferen Niveau. Bei den Privat- und Spitallaboratorien steigen die Mengen.



Figur 8 Quelle: Helsana, eigene Darstellung.



Figur 9 Quelle: Helsana, eigene Darstellung.

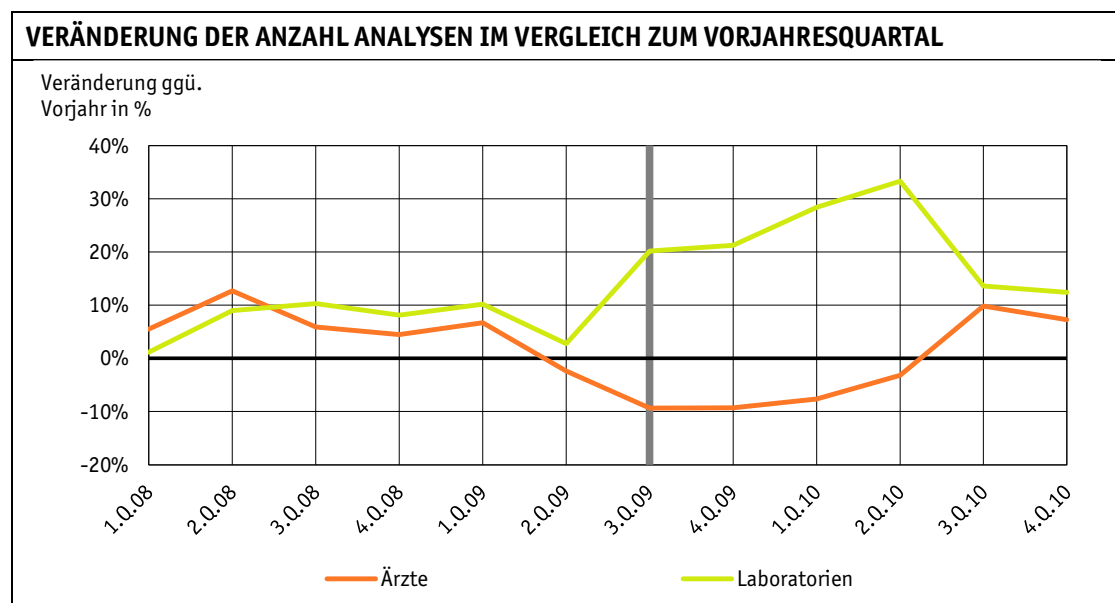
Während die Ärzte im Jahr 2008 noch 280'000 Analysen mehr als im Vorjahr durchführten, ging die Anzahl im 2009 um 150'000 (-3.4%) deutlich zurück und stieg im 2010 nur vergleichsweise leicht. Demgegenüber verzeichneten die Privatlaboratorien im 2009 und 2010 gegenüber 2008 einen deutlich stärkeren Anstieg. Bei den Spitälern blieb der Zuwachs über die Jahre auf gleicher Höhe.

Mengenentwicklung im Vergleich zum Vorjahresquartal

Ein Vergleich der Anzahl Analysen mit dem Vorjahresquartal ergibt bei den Ärzten nach der Einführung der neuen AL negative Veränderungsrate. D.h. die Ärzte haben selber weniger Analysen durchgeführt als im entsprechenden Vorjahresquartal. Bei den Privatlaboratorien ist die Veränderungsrate positiv und sie liegt deutlich höher als im Vorjahr. D.h. bei den Privatlaboratorien steigt die Anzahl der durchgeführten Analysen im Vergleich zum Vorjahresquartal nach der Einführung der neuen AL deutlich an und das Wachstum ist höher als im Vorjahr.

Sowohl bei den Ärzten als auch bei den Privatlaboratorien liegt die Veränderungsrate im 3. und 4. Quartal 2010 wieder bei ca. +10%, d.h. es kann ein Rückgang zum Trend (d.h. zu den Wachstumsraten) vor der Einführung beobachtet werden.

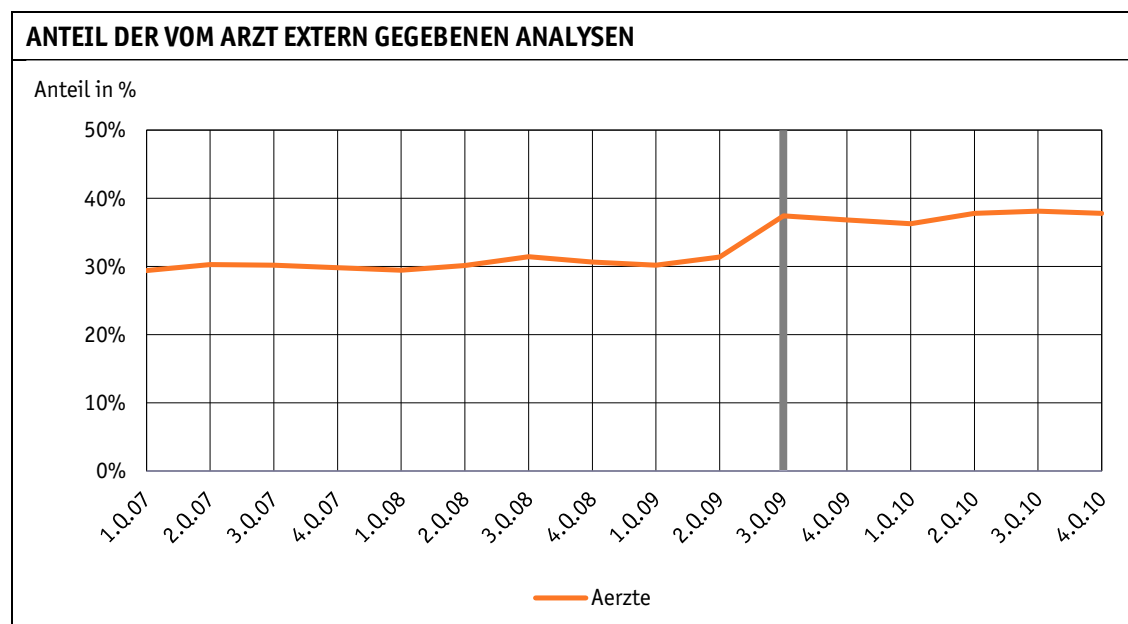
Generell verläuft die Entwicklung bei den Privatlaboratorien und den Ärzten sehr ähnlich wie bei santésuisse/Sasis und FMH/AEK.



Figur 10 Quelle: Helsana, eigene Darstellung.

Mengenentwicklung bei den Ärzten

Betrachtet man die Summe der von den Ärzten im Praxislaboratorium durchgeführten und den an die Privat- (und Spital-)laboratorien verordneten Analysen, so zeigt es sich, dass diese Summe in den ersten 2-3 Quartalen nach der Einführung der neuen AL im Vergleich zu den Vorjahresquartalen praktisch unverändert bleibt. D.h. die Ärzte haben in dieser Periode in der Summe gleiche viele Analysen selber erbracht und extern gegeben wie im jeweiligen Vorjahresquartal. Anders formuliert: der Rückgang bei den im Praxislaboratorium durchgeführten Analysen wird vollständig kompensiert mit einem Anstieg der an die Privat- und Spitallaboratorien verordneten Analysen. Die Ärzte haben im 2010 ein Drittel mehr Analysen extern vergeben als zwei Jahre zuvor und bei den selber durchgeführten Analysen 3% weniger.²³ Diese Entwicklung spiegelt sich darin wieder, dass der Anteil der vom Arzt extern gegebenen Analysen an allen von den Ärzten ausgelösten Analysen im 3. Quartal 2009 von 30% auf 37% steigt, was bei der betrachteten Versichertengruppe von Helsana im 2010 einer Verlagerung von 500'000 Analysen oder jeder zehnten Analyse (11%) der Praxislaboratorien zu den Privatlaboratorien entspricht.

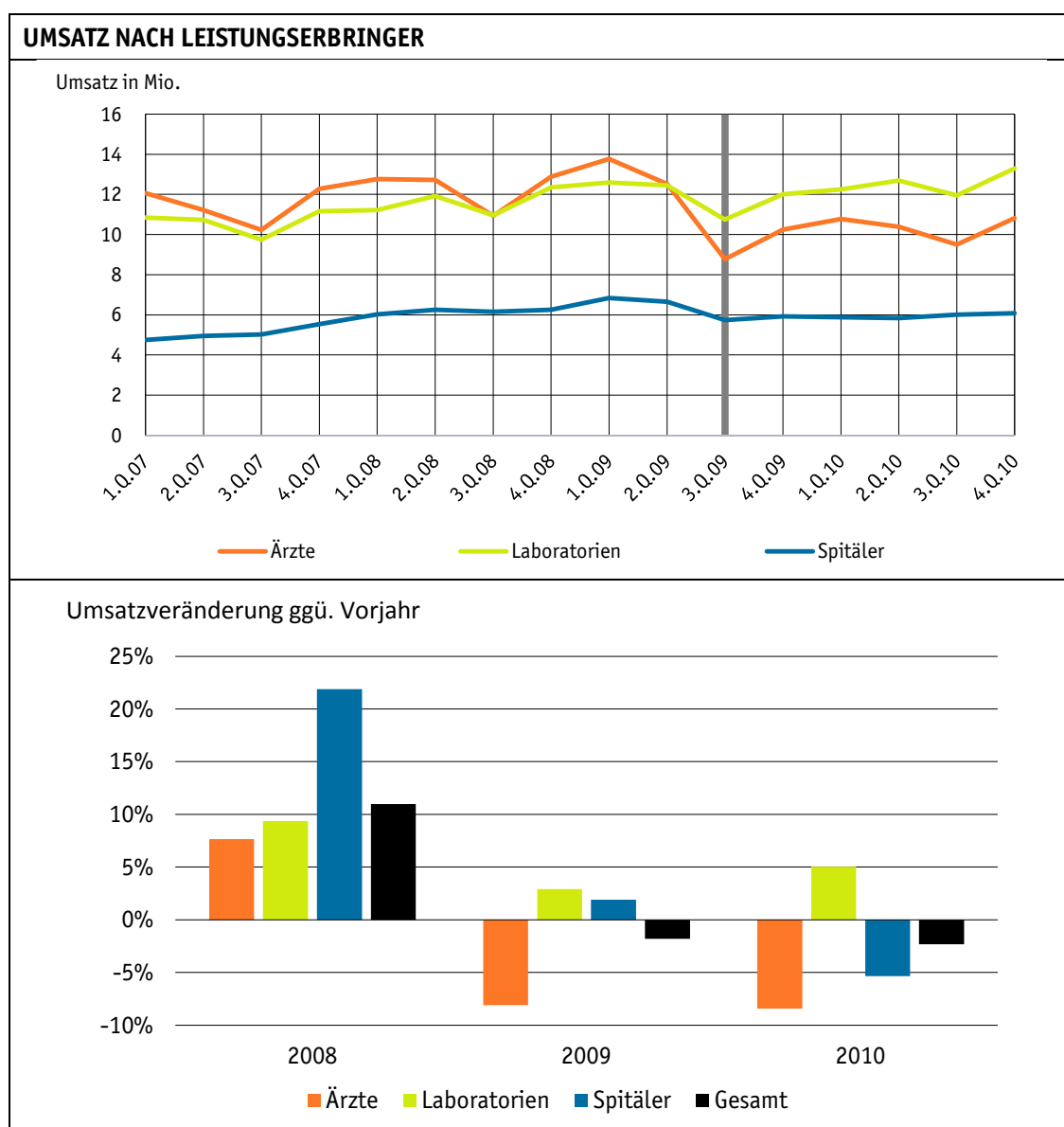


Figur 11 Quelle: Helsana, eigene Darstellung.

²³ Die Helsana-Daten zeigen mit -3% damit eine ähnliche Grössenordnung wie die Ergebnisse von santésuisse/Sasis, welche bei den Ärzten einen Rückgang von 7.6% bei den selber durchgeführten Analysen ergeben haben.

Ab 2010 nimmt dann die Summe der von Ärzten ausgelösten Analysen zu. Dies ist darauf zurückzuführen, dass sie erstens mehr Patienten behandeln (erklärt ca. 30%-50% des Effekts) und zweitens, dass sie mehr Analysen pro Leistungsbezüger (=Patient) durchführen. Dies wiederum lässt sich u.a. damit erklären, dass generell mehr Analysen pro Patient durchgeführt werden (Trendentwicklung).

Umsatzentwicklung

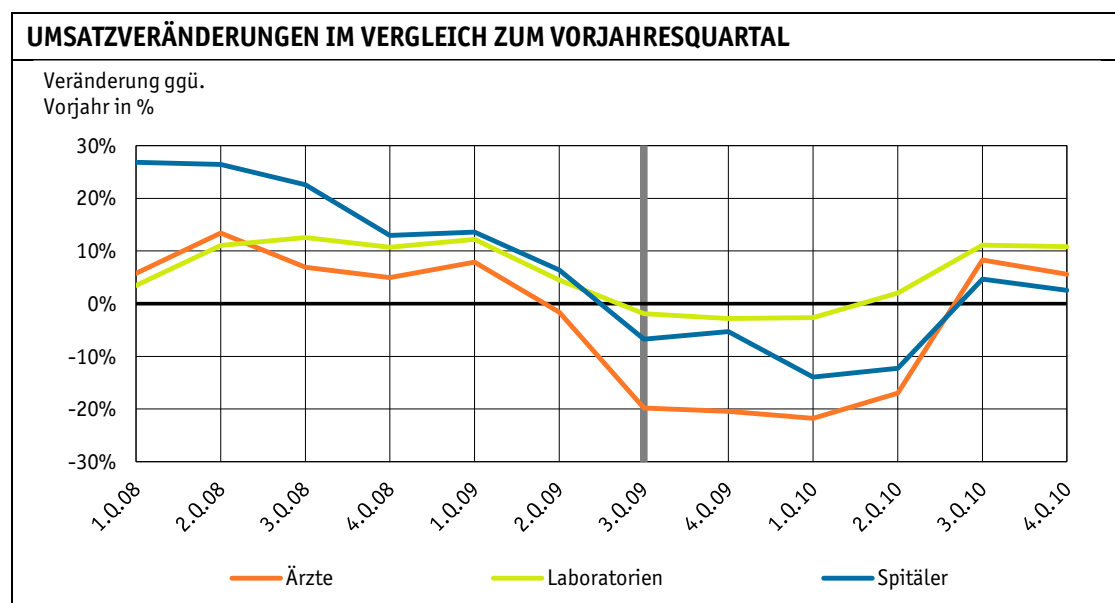


Figur 12 Quelle: Helsana. Eigene Darstellung.

Die Umsätze der Ärzte liegen nach der Einführung der neuen AL auf einem deutlich tieferen Niveau. Gegenüber dem Vorjahr sanken die Umsätze sowohl im 2009 als auch im 2010 jeweils um 8%, so dass die Umsätze der Praxislaboratorien im 2010 um 16% tiefer lagen als im 2008. Dies hat zwei Gründe: einerseits der Tarif und andererseits die geringere Anzahl Analysen. Sowohl die Privatlaboratorien wie auch Spitäler können ihre Umsätze demgegenüber aufgrund der Mengensteigerung zumindest halten oder im Fall der Privatlaboratorien sogar ausbauen. Bei den Spitälern lässt sich die Mengen- und Umsatzsteigerung primär durch einer konsequenteren Leistungsverrechnung erklären.

Bei der näheren Betrachtung der einzelnen Quartale zeigt sich folgendes Bild: Die Veränderungsraten sind bei den Ärzten in den Quartalen nach der Einführung der neuen AL deutlich negativ. Die Privatlaboratorien weisen nach der Einführung Veränderungsraten von 0% aus, d.h. ihr Umsatz ist im Vergleich zum Vorjahr etwa gleich geblieben.

Im 3. und 4. Quartal 2010 weisen Ärzte und Privatlaboratorien wieder etwa ähnliche Veränderungsraten aus wie vor der Einführung der neuen AL. D.h. die Umsätze wachsen etwa wieder wie vor der Einführung. Erklären lässt sich diese Entwicklung bei den Ärzten damit, dass sie dem Trend folgend wieder mehr Analysen selber durchführen (und gleichzeitig die extern vergebenen Analysen nicht zurückfahren). Dies äussert sich dann auch darin, dass die Anzahl Analysen pro Patient im 2010 ansteigt.



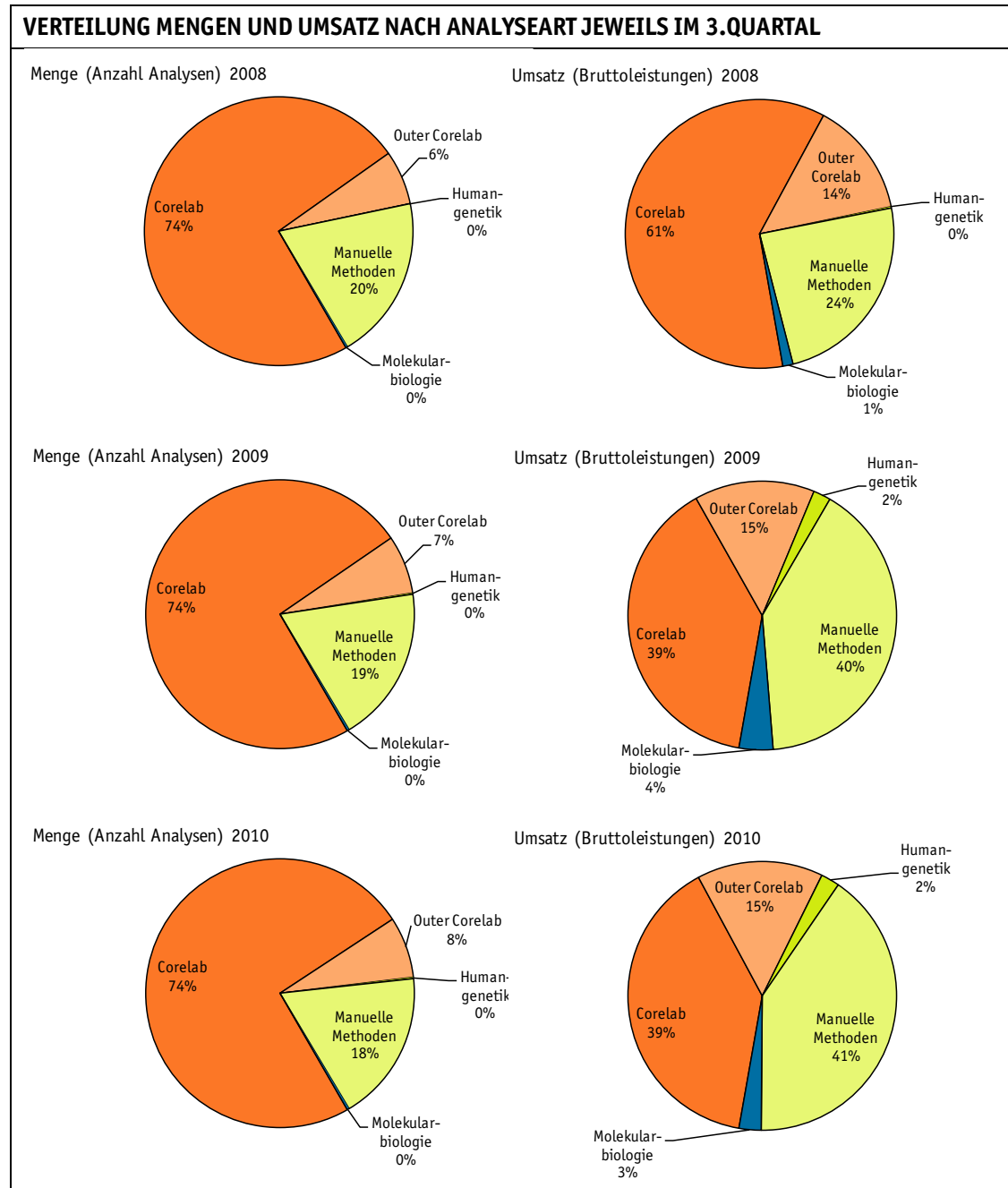
Figur 13 Quelle: Helsana, eigene Darstellung.

3.5. NACH ANALYSEART

Monitoring-Frage: B1b1 Mengen und Umsätze nach Analyseart

A. Verteilung von Mengen und Umsatz auf Analysearten

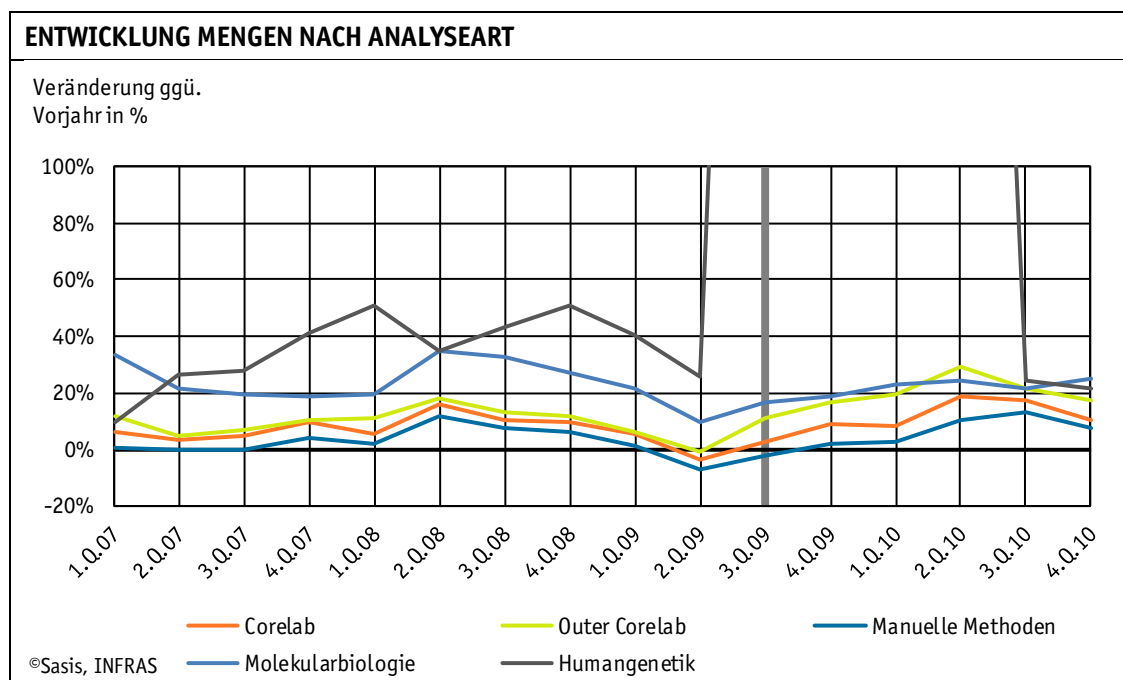
Die folgende Figur zeigt die Mengen- und Umsatzaufteilung auf Analysearten jeweils im 3. Quartal der Jahre 2008, 2009 und 2010. Sie macht deutlich, dass auf der Mengenseite wenig bis keine Veränderungen stattgefunden haben. Auf der Umsatzseite sind erwartungsgemäss die Umsätze mit Corelab-Analysen zugunsten der Umsätze mit manuellen Analyse-Methoden deutlich zurückgegangen.



Figur 14 Quellen: santésuisse-Tarifpool, eigene Berechnungen, nicht hochgerechnete Werte.

B. Mengenentwicklung nach Analyseart

Bei den drei mengenstärksten Analysearten – Corelab, Manuelle Methoden und Outer Corelab – spiegelt sich die Gesamtentwicklung der Analysen wieder: Seit der Einführung der neuen AL werden wie in den Vorjahren positive Veränderungsrate ausgewiesen (siehe folgende Figur). D.h. die Mengen steigen absolut weiter an. Im Unterschied dazu verzeichnet die Humangenetik in den ersten 12 Monaten nach der Einführung der neuen AL massiv höhere Veränderungsrate als in den Vorjahren. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass die Tarifstruktur in diesem Bereich, im Rahmen der AL-Revision stark überarbeitet wurde. Sequenzen von Analysen, die zuvor als eine Analyse galten, werden nun für jeden Analysevorgang einzeln abgerechnet, was die Anzahl Analysen erhöht. Auf die Gesamtentwicklung hat dieser Umstand jedoch keinen Einfluss, da Humangenetik-Analysen nur einen unbedeutenden Anteil an allen Analysen ausmachen.

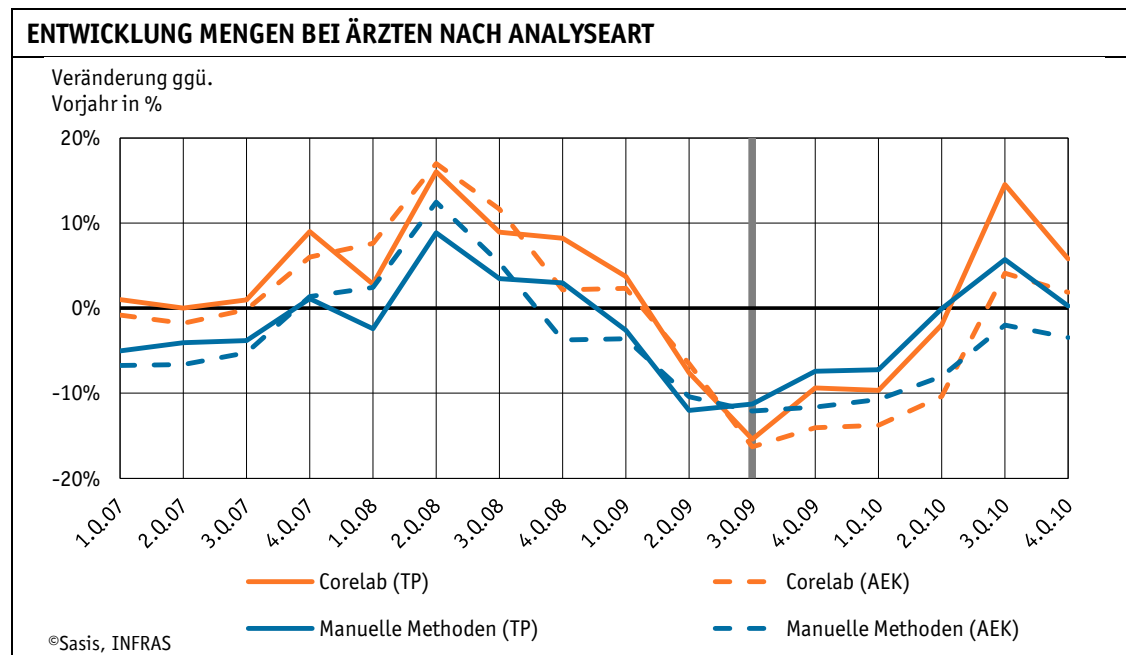


Figur 15 Werte Humangenetik 1. Quartal 2010: +528%, 2. Quartal 2010: +531%. Quellen: santésuisse-Tarifpool, eigene Berechnungen, nicht hochgerechnete Werte.

Mengenentwicklung nach Analyseart bei Ärzten

75% der im Praxislaboratorium durchgeführten Analysen sind Corelab-Analysen, 20% entfallen auf Analysen aus dem Kapitel Manuelle Methoden. Humangenetische Analysen, Outer-Corelab-Analysen und Molekularbiologie-Analysen spielen im Praxislaboratorium keine Rolle.

Im Gegensatz zur Entwicklung über alle Leistungserbringer verzeichnen die Ärzte bei den Analysearten Corelab und Manuelle Methoden im ersten Jahr nach der Einführung deutlich negative Veränderungsrate. D.h. die Mengen liegen unter denjenigen des Vorjahresquartals. Ab dem 3. Quartal 2010 sind die Veränderungsrate wieder mehrheitlich positiv und in der Grössenordnung der Jahre vor der Einführung der neuen AL.

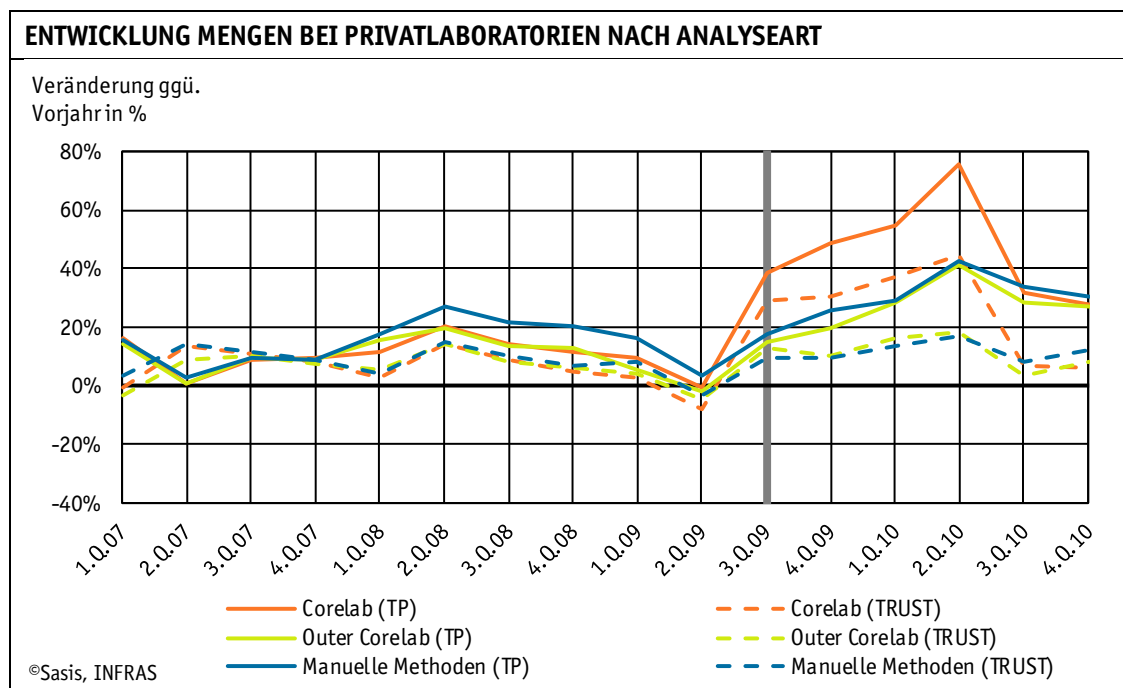


Figur 16 Quellen: Ärztekasse, santésuisse-Tarifpool, eigene Berechnungen, nicht hochgerechnete Werte.

Mengenentwicklung nach Analyseart bei Privatlaboratorien

Privatlaboratorien führen zu 70% Corelab-Analysen durch. Je ca. 15% der in Privatlaboratorien durchgeführten Analysen entfallen auf Outer Corelab-Analysen und Analysen aus dem Bereich Manuelle Methoden.

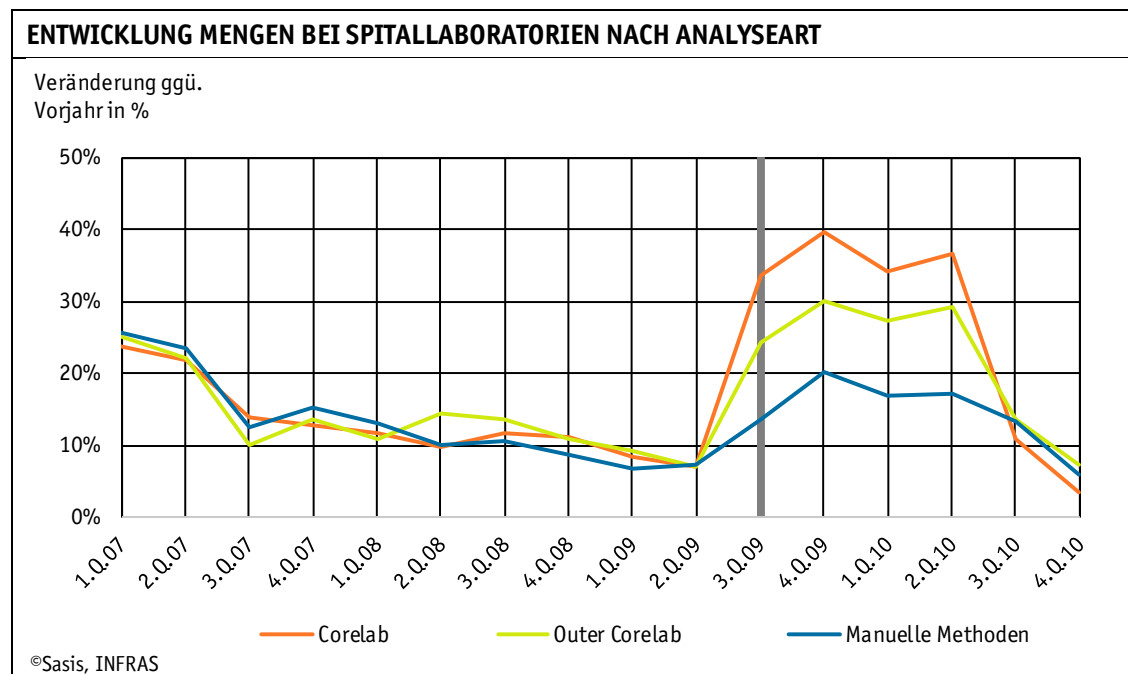
Privatlaboratorien weisen insbesondere bei den Corelab-Analysen in den ersten 12 Monaten nach der Einführung der neuen AL deutlich höhere Veränderungsrate als in den Vorjahren auf. Ab dem 3. Quartal 2010 sind die Veränderungsrate bei Corelab wieder deutlich tiefer, aber immer noch höher als in den Jahren vor der Einführung der neuen AL. Der Anstieg bei den Corelab-Analysen spiegelt den Rückgang der Corelab-Analysen bei den Ärzten wieder.



Figur 17 Quellen: FAMH, santésuisse-Tarifpool, eigene Berechnungen, nicht hochgerechnete Werte.

Mengenentwicklung nach Analyseart bei Spitallaboratorien

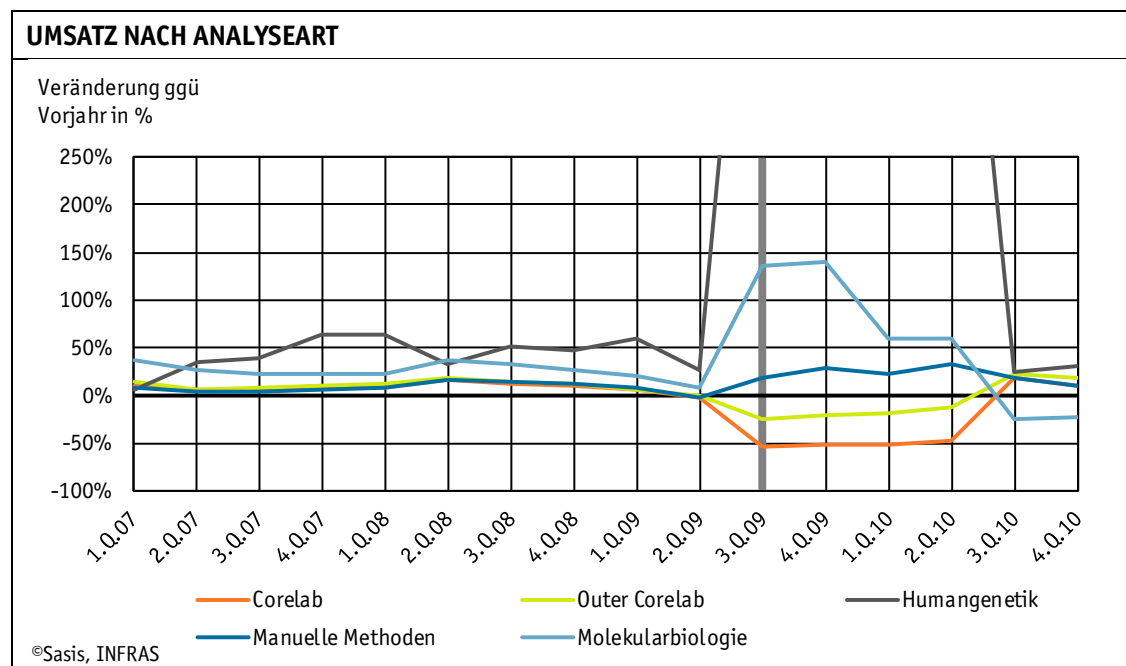
Die Auswertung der Daten aus dem Tarifpool zeigt eine starke positive Mengenveränderung gegenüber den Vorjahresquartalen in der Zeit nach der Einführung der neuen AL. Hier ist insbesondere bei Corelab Analysen (40% im 4. Quartal 2009) ein starker Anstieg zu verzeichnen, gefolgt von Outer Corelab (30% im 4. Quartal 2009) und den Manuellen Methoden (20% im 4. Quartal 2009). Im 3. und 4. Quartal 2010 fallen die Veränderungsraten auf ein niedrigeres Niveau zurück, das in etwa der Grössenordnung der Jahre vor Einführung der neuen AL entspricht. Im 4. Quartal 2010 betragen sie 3% (Corelab), 7% (Outer Corelab) und 6% (Manuelle Methoden).



Figur 18 Quellen: santésuisse-Tarifpool, eigene Berechnungen, nicht hochgerechnete Werte.

C. Umsatzentwicklung nach Analyseart

Mit Einführung der neuen AL zeigen sich je nach Analyseart klar unterschiedliche Veränderungen im Umsatz (siehe folgende Figur). In den Analysearten Corelab und Outer Corelab zeigen sich negative Veränderungsrate, d.h. die Umsätze liegen unter den vergleichbaren Umsätzen des Vorjahres (vor der Einführung der neuen AL). In den Analysearten Molekularbiologie und Humangenetik legten die Umsätze z.T. massiv zu. Letztere beide machen umsatzmässig nur einen geringen Anteil aus. Bis zum 2. Quartal 2010 setzte sich diese Entwicklung bei den umsatzrelevanten Analysen weiter fort. Ab dem 3. Quartal 2010 bewegen sich die Veränderungsrate in etwa wieder in der Grössenordnung der Jahre vor der Einführung der neuen AL.

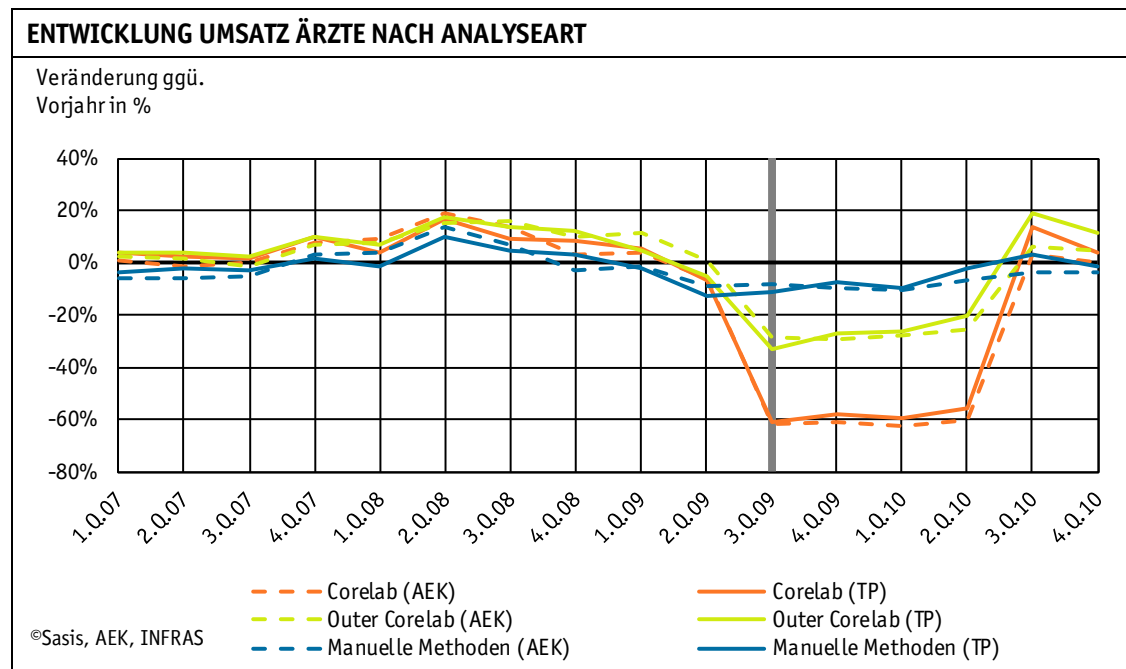


Figur 19 Quellen: santésuisse-Tarifpool, eigene Berechnungen, nicht hochgerechnete Werte.

Im Bereich Humangenetik sind die Umsätze sehr stark gewachsen, weil einerseits die Preise gestiegen sind und andererseits Tarifstrukturveränderungen vorgenommen wurden (Sequenzierung, d.h. Aufteilung einer Analyse auf verschiedene Analysen).

Umsatzentwicklung nach Analyseart bei Ärzten

Betrachtet man lediglich die Ärzte (siehe folgende Figur), zeigen sich im Vergleich zur Betrachtung über alle Leistungserbringer leichte Unterschiede. Die Umsätze sinken in den umsatzrelevanten Analysearten Corelab, Outer Corelab und Manuelle Methoden stärker als im Durchschnitt aller Leistungserbringer. Ab dem 3. Quartal 2010 steigen die Veränderungsrate in etwa wieder auf die Grössenordnung der Jahre vor der Einführung der neuen AL. Diese Entwicklung findet sich auch in den Daten der FMH/AEK.



Figur 20 Quellen: Ärztekasse, santésuisse-Tarifpool, eigene Berechnungen, nicht hochgerechnete Werte.

D. Vergleich mit Erwartungen

Im Vergleich zu den Erwartungen sind die Umsätze mit Corelab-Analysen deutlich stärker gesunken als erwartet. Bei den übrigen Analysen sind die Umsätze stärker gestiegen als erwartet. Die Gegenüberstellung ist insofern mit Unsicherheiten behaftet, als der Umsatz aus den allgemeinen Positionen (Taxen und Zuschläge) anteilmässig am Gesamtumsatz auf die Analysearten verteilt wurde.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die erwarteten und eingetretenen Umsatzveränderungen infolge der neuen AL, nach Analyseart in den zwölf Monaten nach der Einführung (3. Quartal 2009 - 2. Quartal 2010) im Vergleich zur Vorjahresperiode. Auffällig ist die Discrepanz zwischen erwarteter und effektiver Umsatzentwicklung insbesondere in der Humangenetik. Hier ist der Umsatz nicht etwa gesunken, sondern massiv angestiegen.

UMSATZVERÄNDERUNGEN INFOLGE DER NEUEN AL BEI DEN ANALYSEARTEN				
Analyseart	Erwartete Umsatzentwicklung, inkl. Taxen und Zuschläge, aber exkl. Übergangszuschlag	Erwartete Umsatzentwicklung inkl. Taxen und Zuschläge, auch inkl. Übergangszuschlag	Eingetretene Umsatzentwicklung gesamt (Tarifpool), inkl. alle Taxen und Zuschläge²⁴	Eingetretene Umsatzentwicklung gesamt (Tarifpool), exkl. alle Taxen und Zuschläge
Corelab	-30%	-22%	-34%	-51%
Outer Corelab	-15%	-12%	+9%	-19%
Humangenetik	-12%	-10%	+968%	+688%
Manuelle Methoden	+23%	+33%	+71%	+26%
Molekularbiologie	+100%	+101%	+169%	+98%

Tabelle 15 Quelle: santésuisse-Tarifpool, BAG, Ärztekasse, eigene Berechnungen.

²⁴ Der Umsatz aus den allgemeinen Positionen (Taxen und Zuschläge) wurde hier je nach Anteil der Analyseart am Gesamtumsatz auf die Analysearten verteilt.

3.6. NACH LABORFACHGEBIET

Monitoring-Frage: B1b4 Mengen und Umsätze nach Laborfachgebiet

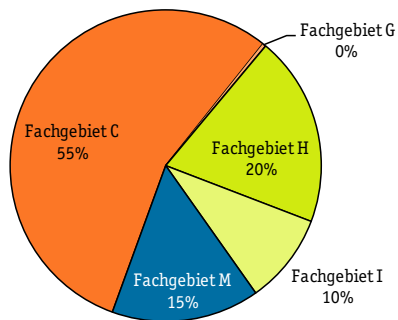
A. Verteilung von Mengen und Umsatz auf Laborfachgebiete

Jede Analyse der AL ist einem oder mehreren Laborfachgebiet(en) zugeordnet. Wir untersuchen im Folgenden, wie sich der Tarifwechsel auf die verschiedenen Laborfachgebiete ausgewirkt hat. Analysen, die zu zwei oder mehr Fachgebieten gehören, zählen wir jeweils bei jedem einzelnen Fachgebiet dazu, dem sie zugehörig sind. Einige Analysen werden also doppelt gezählt.

Die folgende Figur zeigt die Umsatz- und Mengenaufteilung für drei Zeitpunkte im Vergleich jeweils im 3. Quartal der angegebenen Jahre nach Laborfachgebiet. Zwischen dem 3. Quartal 2008 und dem 3. Quartal 2009 hat es bei den Mengen nur kleine Veränderungen gegeben. Demgegenüber sind die Umsatzanteile des Fachgebiets C (Chemie) in den 3. Quartalen der Jahre 2009 und 2010 gegenüber dem 3. Quartal 2008 deutlich gesunken. Gleichzeitig sind die Umsatzanteile des Fachgebiets M (Mikrobiologie) gegenüber dem 3. Quartal 2008 deutlich gestiegen. Die Umsatzanteile der Fachgebiete H (Hämatologie), I (Immunologie) und G (Genetik) haben sich nur leicht verändert.

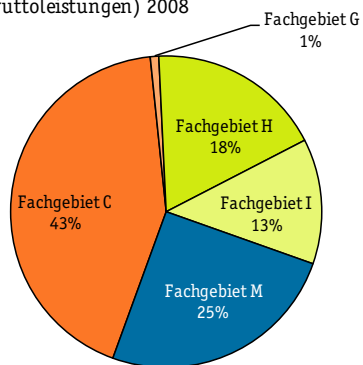
MENGEN UND UMSATZ NACH LABORFACHGEBIET JEWEILS IM 3. QUARTAL

Mengen (Anzahl Analysen) 2008



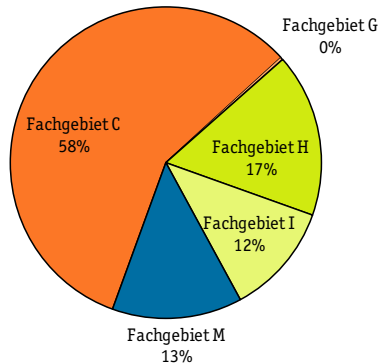
©Sasis, INFRAS

Umsatz (Bruttoleistungen) 2008



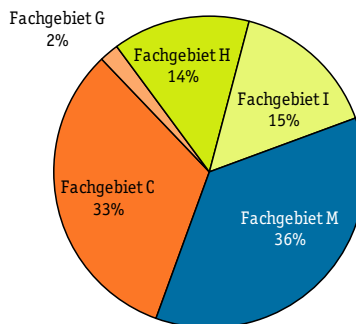
©Sasis, INFRAS

Mengen (Anzahl Analysen) 2009



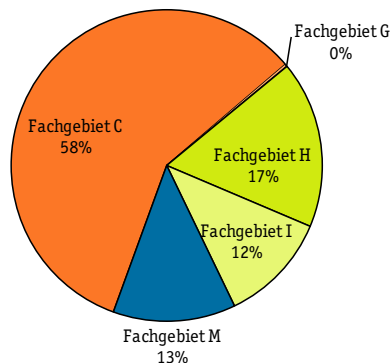
©Sasis, INFRAS

Umsatz (Bruttoleistungen) 2009



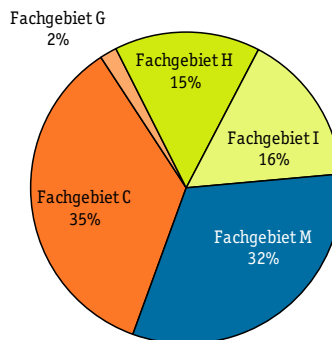
©Sasis, INFRAS

Mengen (Anzahl Analysen) 2010



©Sasis, INFRAS

Umsatz (Bruttoleistungen) 2010



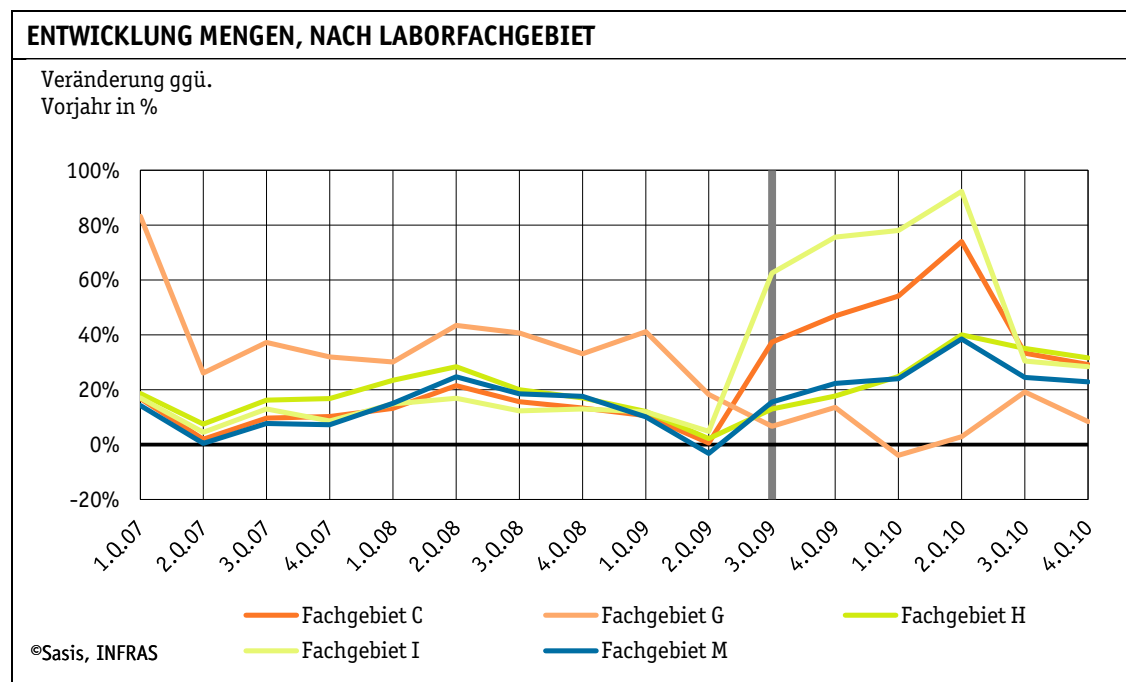
©Sasis, INFRAS

Figur 21 Quellen: santésuisse-Tarifpool, eigene Berechnungen, nicht hochgerechnete Werte. C: Chemie, G: Genetik, H: Hämatologie, I: Immunologie, M: Mikrobiologie.

B. Mengenentwicklung nach Laborfachgebiet

Die Mengen nehmen in allen Laborfachgebieten auch bis ins 4. Quartal 2010 zu. Nach Einführung der neuen AL verstärkte sich der Anstieg in allen Fachgebieten bis zum 2. Quartal 2010; im 3. und 4. Quartal fallen die Anstiege deutlich geringer aus, sind jedoch immer noch positiv. Besonders stark ist der Anstieg bei den Fachgebieten C und I. Die Ausnahme bildet das Fachgebiet G, bei dem sich der Anstieg verlangsamt bzw. im 1. Quartal 2010 eine Mengenreduktion gegenüber dem Vorjahresquartal aufgetreten ist, im 3. und 4. Quartal 2010 wieder höhere Wachstumsraten gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen waren. Mögliche Gründe für diese Entwicklung könnten sein:

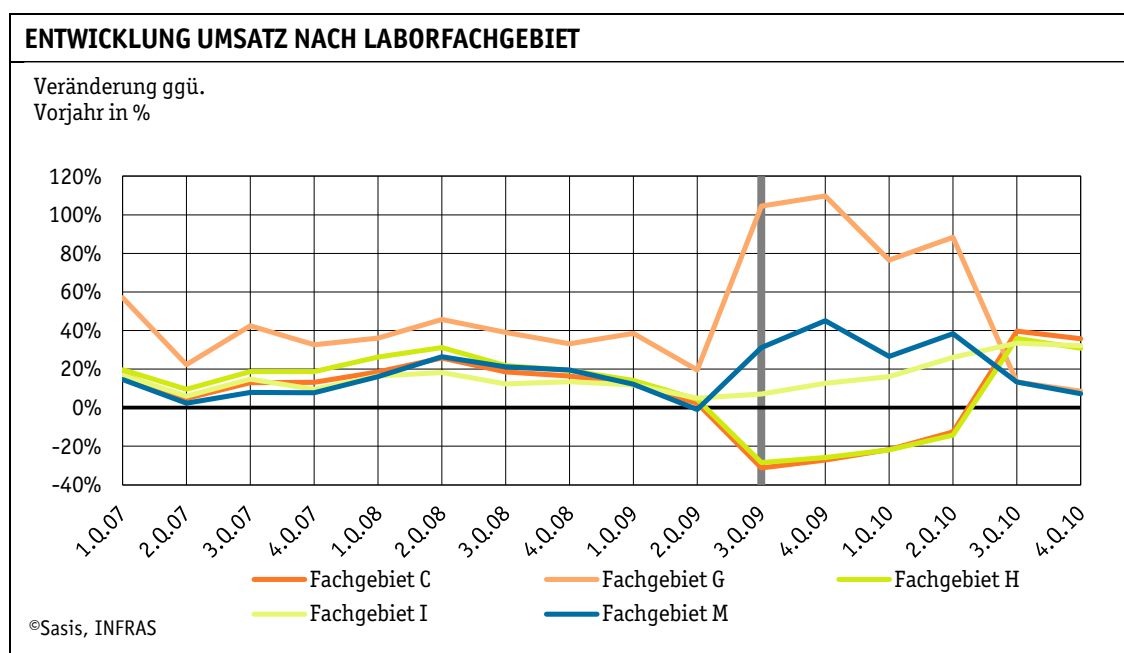
- › Preisveränderungen, d.h. Analysen, die mit der neuen AL besser entschädigt werden, werden häufiger durchgeführt.
- › Veränderungen der Tarifstruktur, d.h. Analysen wurden zwischen Laborfachgebieten verschoben.



Figur 22 Quellen: santésuisse-Tarifpool, eigene Berechnungen, nicht hochgerechnete Werte.

C. Umsatzentwicklung nach Laborfachgebiet

Die Umsätze in den einzelnen Laborfachgebieten verändern sich mit der Einführung der neuen AL stark. Im 4. Quartal 2009 legten die Fachgebiete G (+110%), M (+45%) und I (+13%) umsatzmässig deutlich zu. Die Umsätze in den Fachgebieten H (-26%) und C (-27%) sanken demgegenüber. Der Grund für diese Entwicklung liegt darin, dass in den Laborfachgebieten G, M und I vor allem Manuelle Analysen durchgeführt werden. Diese werden in der neuen AL mit eher höheren Preisen entschädigt. Die Laborfachgebiete H und C umfassen vor allem automatisierte Analysen, die mit der neuen AL eher schlechter entschädigt werden. Bis zum 2. Quartal 2010 haben sich diese Entwicklungen teilweise etwas abgeschwächt. Die positive Umsatzentwicklung in den Fachgebieten G und M hat sich mit 88% respektive 38% etwas verlangsamt. Die negative Umsatzentwicklung in den Fachgebieten H und C hat sich mit -14% respektive -13% ebenfalls abgeschwächt. Ab den Quartalen 3 und 4 des Jahres 2010 scheinen sich die Veränderungsdaten der Laborfachgebiete G und M wieder bei ähnlichen Grössenordnungen wie vor der Einführung der neuen AL einzufinden.



Figur 23 Quellen: santésuisse-Tarifpool, eigene Berechnungen, nicht hochgerechnete Werte.

3.7. NACH FACHARZTRICHTUNG

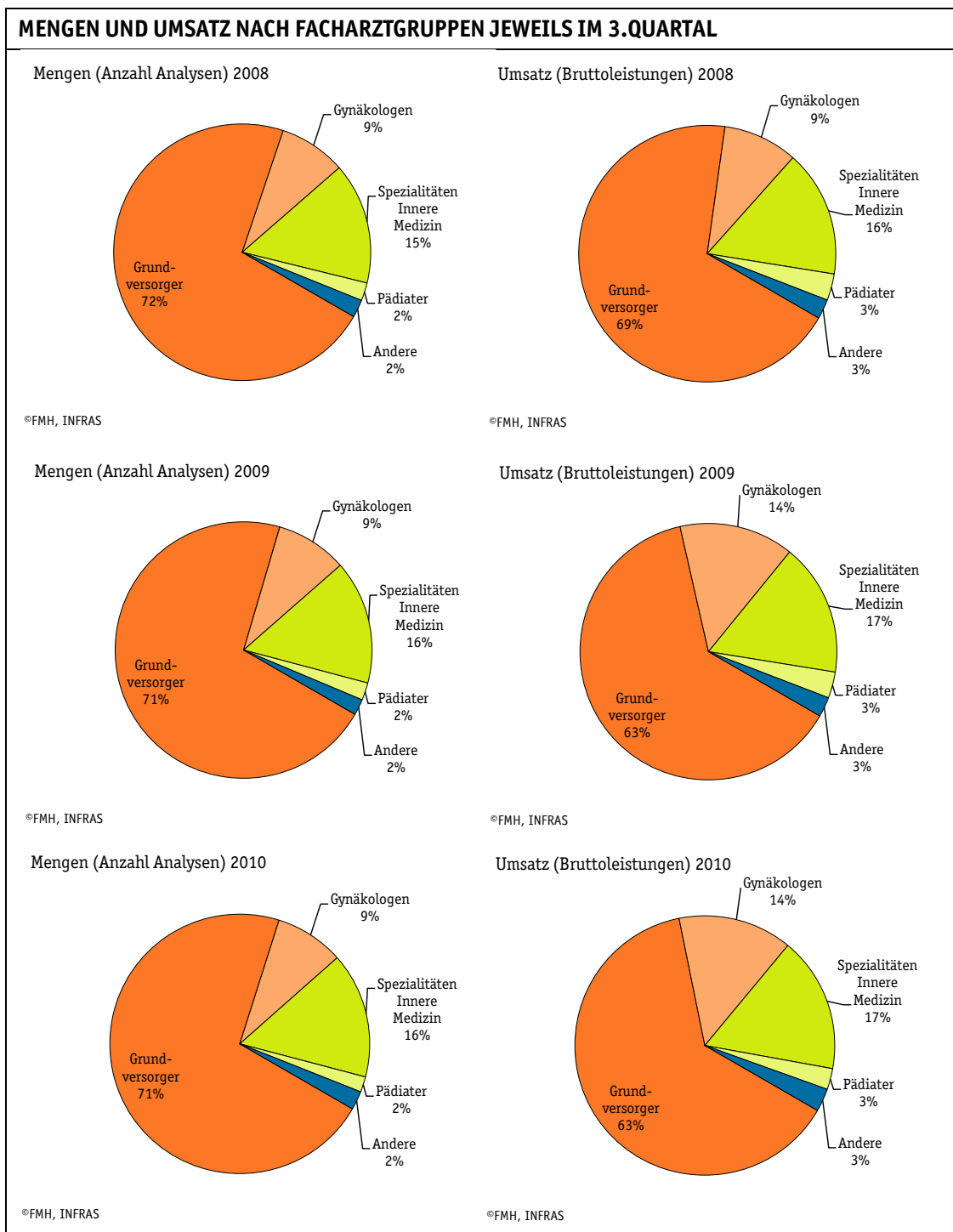
Monitoring-Frage: B1b3 Mengen und Umsätze nach Facharztgebiet

Für die Entwicklung der Facharztrichtung wurden Daten von der Ärztekasse und Daten aus dem Datenpool von santésuisse ausgewertet:

A. Verteilung von Mengen und Umsätze auf Facharztgruppen

Die folgende Figur zeigt die Mengen- und Umsatzverteilung nach Facharztgruppe. Gegenüber dem 3. Quartal 2008 ist die Verteilung in den 3. Quartalen der Jahre 2009 und 2010 nahezu identisch geblieben. Dies betrifft vor allem die Mengenverteilung; bei der Umsatzverteilung haben sich leichte Verschiebungen von den Grundversorgern hin zu den Gynäkologen ergeben.

Die Kategorie „Andere“ umfasst sämtliche übrigen Facharztgruppen, die nicht zu den Grundversorgern, den Gynäkologen, den Pädiatern oder der Spezialitäten der Inneren Medizin gehören.



Figur 24 Quellen: Ärztekasse, eigene Berechnungen.

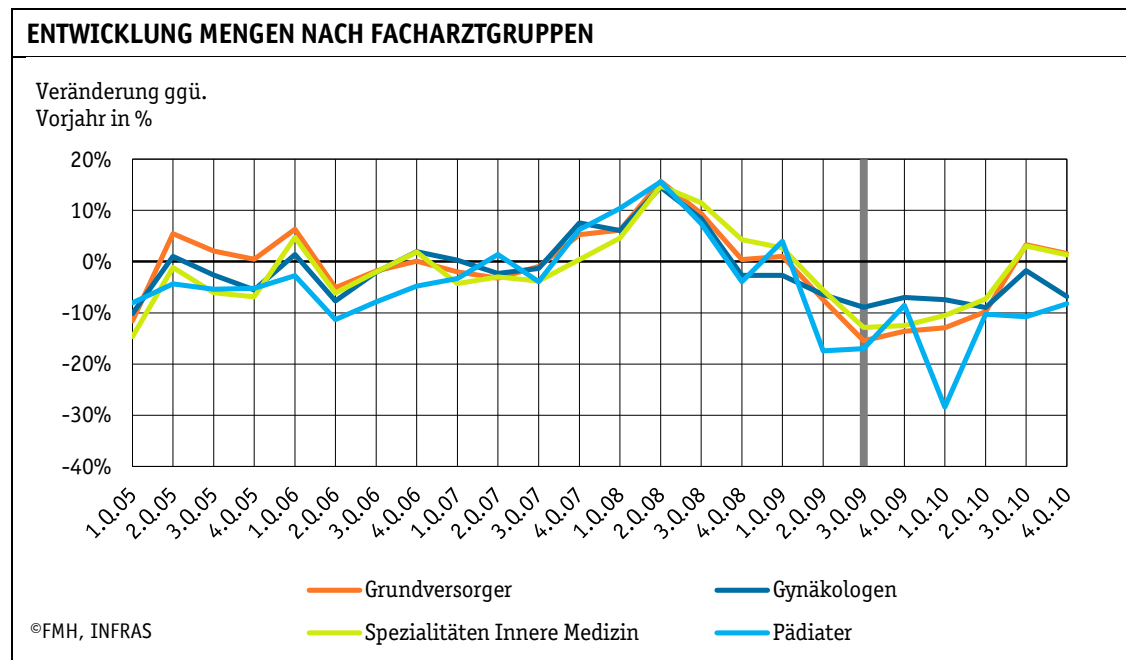
Der Umsatzanteil bei den Grundversorgern ist im Jahr 2008, vor Einführung der neuen AL noch unwesentlich kleiner als der Mengenanteil. Grund dafür ist, dass die Grundversorger eher die

günstigeren Analysen (Corelab, Outer Corelab) durchführen. Seit der Einführung der neuen AL driften die Umsatz- und Mengenanteile der Grundversorger etwas stärker auseinander, da die Tarife für Corelab und Outer Corelab Analysen durch die neue AL gesunken sind.

B. Mengenentwicklung nach Facharztgruppen

Bei allen untersuchten Facharzttrichtungen werden in den ersten 12 Monaten nach der Einführung der neuen AL negative Veränderungsrate festgestellt. D.h. die Anzahl Analysen ist nach der Einführung der neuen AL gesunken. Ab dem 3. Quartal 2010 gehen die Veränderungsrate wieder hoch, liegen teilweise schon wieder im positiven Bereich.

Die folgende Figur zeigt die Entwicklung der Anzahl Analysen nach Facharztgruppen. Dabei ist zu beachten, dass die Pädiater nur einen geringen Anteil ausmachen.



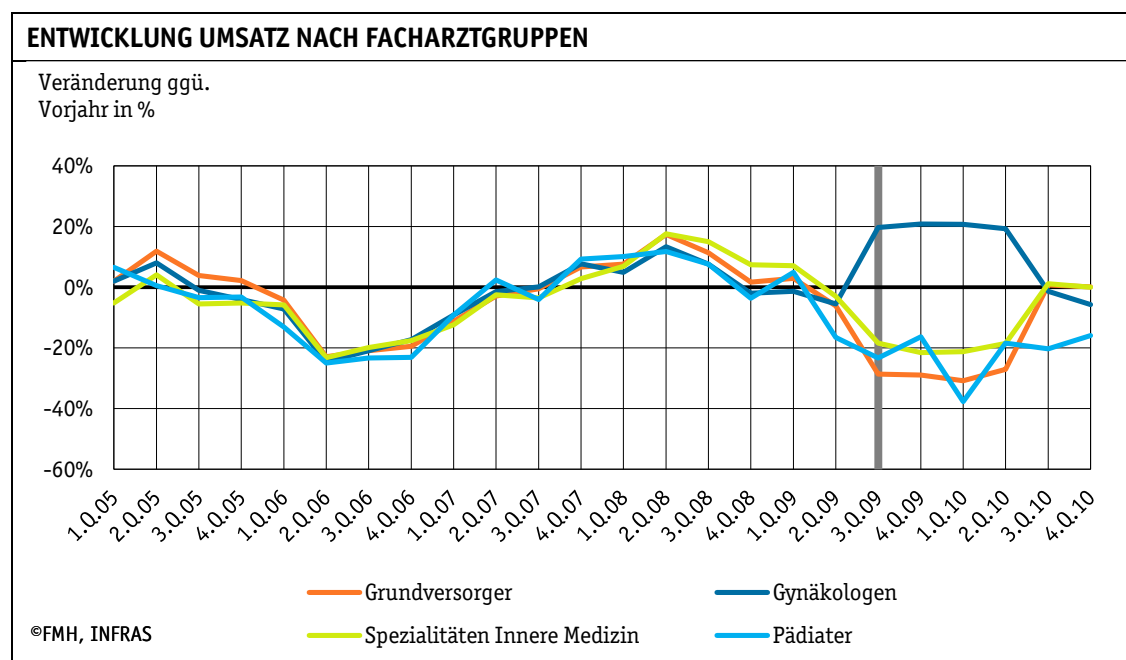
Figur 25 Quellen: Ärztekasse, eigene Berechnungen.

Mögliche Gründe für den Mengenrückgang ab dem 3. Quartal 2009 könnten sein:

- › die Ärzte vergeben Analysen vermehrt an externe Privatlaboratorien u.a. weil das BAG Empfehlungen verbreitete, dass Aufträge mit mehr als drei Analysen aus Wirtschaftlichkeitsüberlegungen nicht mehr im eigenen Laboratorium durchgeführt werden sollen.
- › die Ärzte verzichten auf nicht unbedingt notwendige Analysen.
- › es waren aus medizinischen Gründen weniger Analysen notwendig.

C. Umsatzentwicklung nach Facharztgruppen

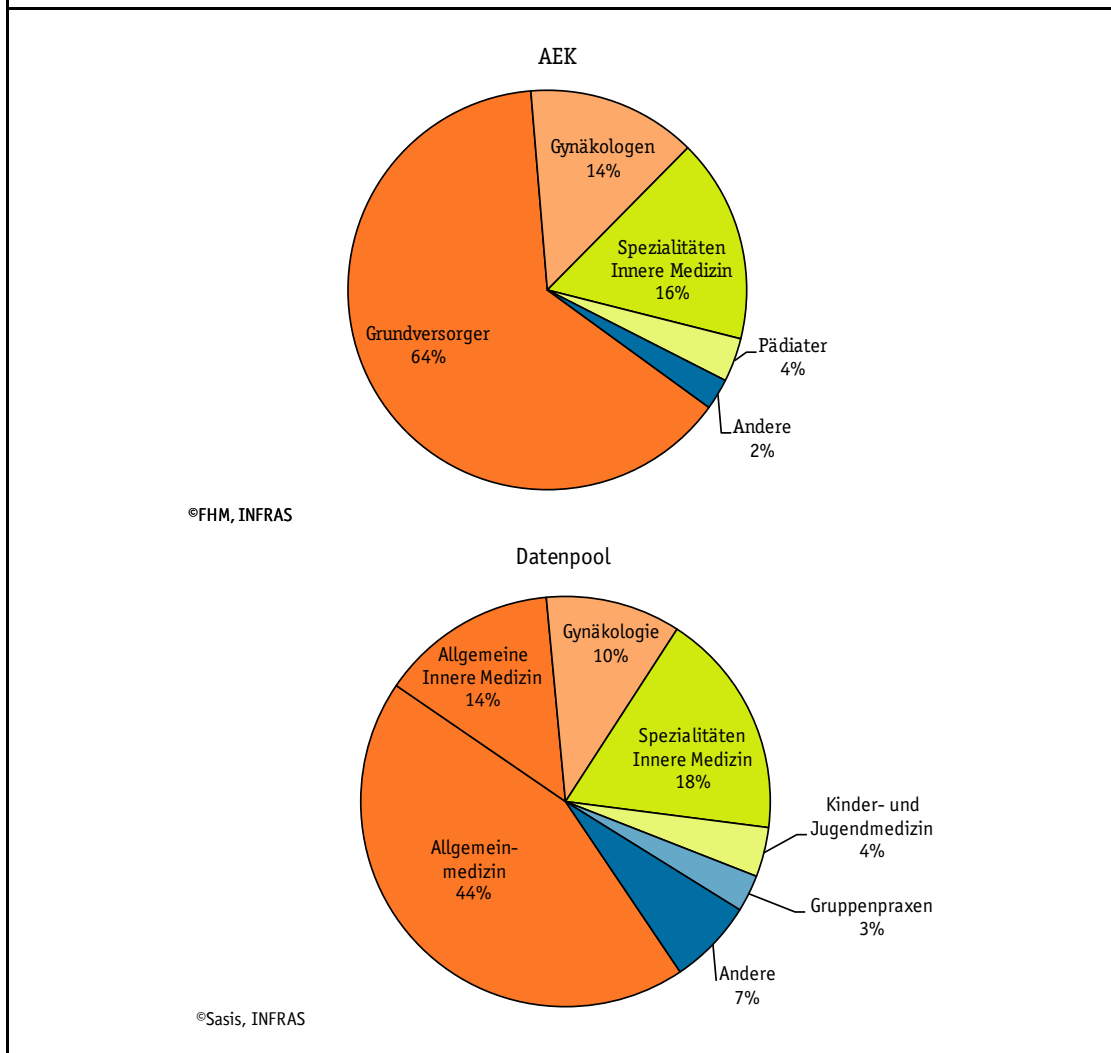
Beim Umsatz weisen fast alle Facharzttrichtungen nach der Einführung der neuen AL negative Veränderungsrate auf. D.h. die Umsätze liegen zum Teil deutlich unter dem Vorjahr (bzw. dem vergleichbaren Vorjahresquartal). Einzig bei den Gynäkologen ist der Umsatz nach der Einführung der neuen AL ggü. dem Vorjahresquartal deutlich angestiegen (+20%). Ab dem 3. Quartal 2010 pendeln sich die Veränderungsrate in etwa wieder in der Grössenordnung der Jahre vor der Einführung der neuen AL ein.



Figur 26 Quellen: Ärztekasse, eigene Berechnungen.

D. Vergleich mit Datenpool santésuisse

Zur Plausibilisierung überprüfen wir die Daten der Ärztekasse mit jenen der santésuisse. Die Resultate bleiben weitgehend gleich. Die folgende Figur zeigt die Umsatzanteile der Facharzt-richtungen basierend auf den Daten des Datenpools von santésuisse im Jahr nach der Einführung der neuen AL. Die Anteile der Fachrichtungen stimmen weitgehend mit jenen der Ärztekasse überein. Gemäss Datenpool erzielen Allgemeinmediziner und allgemeine Internisten zusammen im Jahr nach der Einführung 57% des Umsatzes, ungefähr gleich viel wie bei der Ärztekasse die entsprechende Kategorie der Grundversorger (64%). Spezialisierte Internisten sind im Jahr nach der Einführung gemäss Ärztekasse für 13% des Umsatzes verantwortlich, gemäss Datenpool für 16%. Die Anteile von Gynäkologen und Pädiatern stimmen ungefähr überein. Die leichten Abweichungen ergeben sich unter anderem dadurch, dass im Datenpool Ärzte verschiedener Fachrichtungen in Gruppenpraxen zusammengefasst sind. Daneben können auch kleine Unterschiede im Abdeckungsgrad der beiden Datenquellen je nach Fachrichtung eine Rolle spielen.

UMSATZ NACH FACHARZTRICHTUNGEN GEMÄSS DATENPOOL UND AEK (3.Q. 2009 – 2.Q. 2010)


Figur 27 Quellen; AEK, santésuisse-Datenpool, eigene Berechnungen, nicht hochgerechnete Werte.

3.8. NACH SPITALTYP

Monitoring-Frage: B1b5 Mengen und Umsätze nach Spitaltyp²⁵

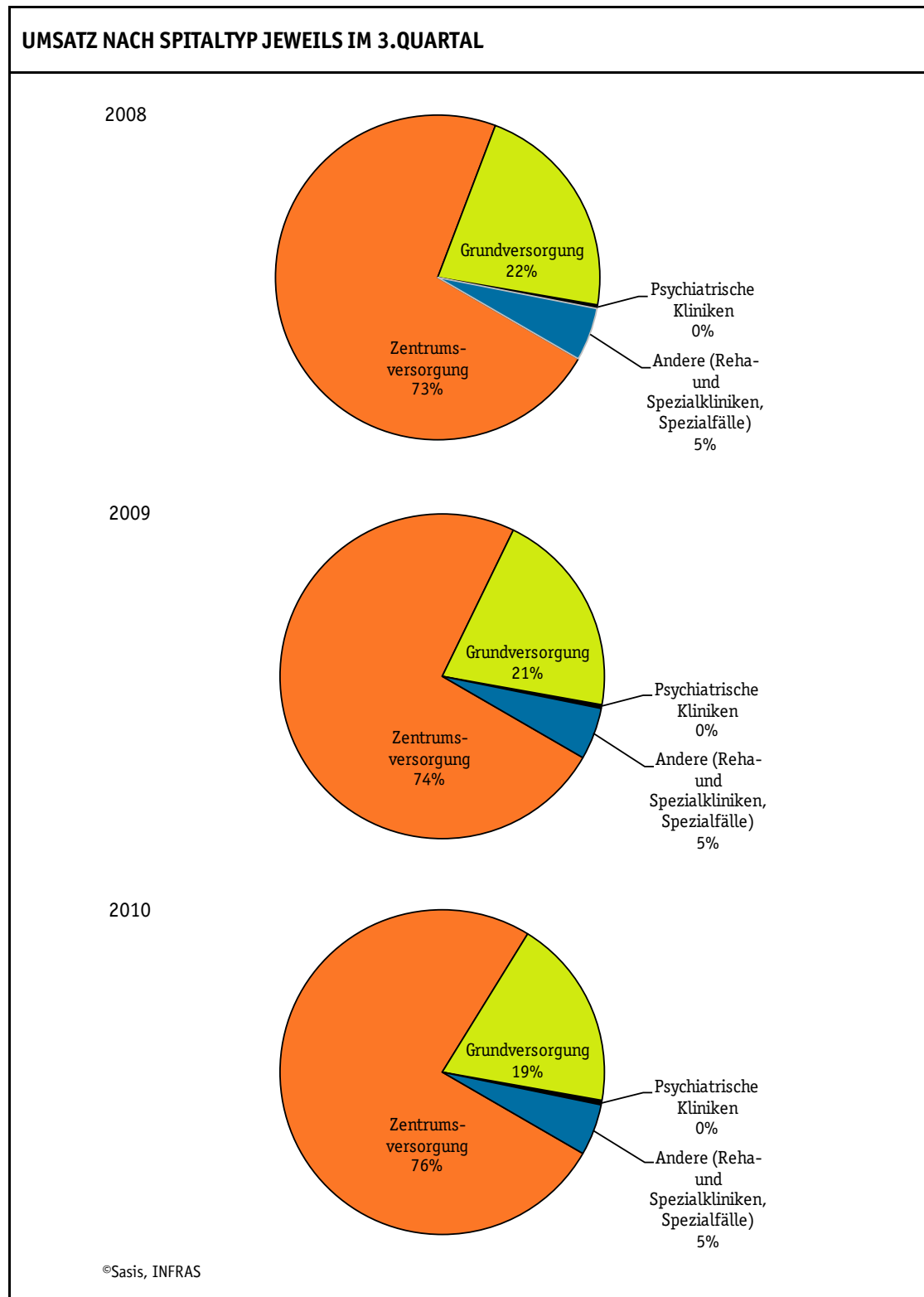
A. Aufteilung des Umsatzes auf Spitaltypen

Die folgende Figur zeigt die Aufteilung des Umsatzes auf die verschiedenen Spitaltypen. Die von santésuisse vorgenommene Einteilung der Spitaltypen basiert auf den vom BFS (2006) in der Krankenhaustypologie definierten Kategorien (Zentrums- und Grundversorgung, Psychiatrische Kliniken, Spezialfälle). Es ist tendenziell davon auszugehen, dass Spitäler der Zentrumsversorgung (Labortyp B, C) mit höherer Wahrscheinlichkeit auch mehr Fremdaufträge annehmen dürfen als Spitäler der Grundversorgung. Eine Zuordnung der Umsätze zu den drei Labortypen A, B, C²⁶ ist gemäss santésuisse nicht möglich.

An der Umsatzverteilung auf die betrachteten Spitaltypen ändert sich, abgesehen von einem leichten Zuwachs zu Gunsten der Zentrumsversorgung im Grossen und Ganzen wenig.

²⁵ Vgl. Monitoring-Konzept vom 1.9.2009, Kapitel 4.2., S. 31ff.

²⁶ Gemäss Qualitätssicherungsvertrag lassen sich Spitallaboratorien in folgende Typen einteilen: Labortyp A (nur Analysen der Grundversorgung, nur Eigenbedarf), Labortyp B (Eigenbedarf: alle Analysen ausser Humangenetik, Fremdauftrag: nur Grundversorgung), Labortyp C (Eigenbedarf und Fremdauftrag: Gesamtes Analysenspektrum gemäss Weiterbildung der Laborleitung).



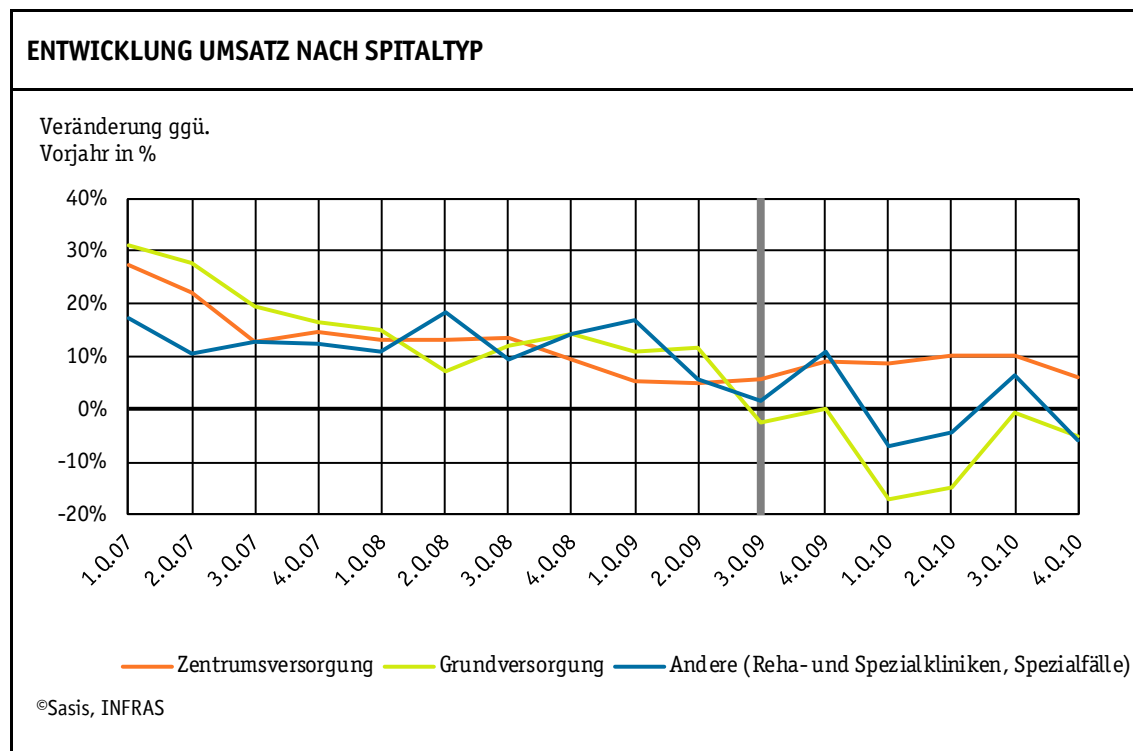
Figur 28 Quellen: santésuisse-Tarifpool, eigene Berechnungen, nicht hochgerechnete Werte.

B. Mengenentwicklung nach Spitaltyp

Die Anzahl Analysen nimmt in den Spitallaboratorien in den ersten 12 Monaten nach Einführung der neuen AL gegenüber dem Vorjahr um fast 30% zu (siehe Abschnitt 3.2, Seite 39). Weitere Auswertungen waren mit den santésuisse-Daten nicht möglich.

C. Umsatzentwicklung nach Spitaltyp

Die Umsätze aus Analysen haben bei den Spitallaboratorien in den ersten zwölf Monaten nach der Einführung der neuen AL gegenüber dem Vorjahr stagniert (siehe Abschnitt 3.2, Seite 39). Die folgende Figur zeigt das je nach Spitaltyp unterschiedliche Umsatzwachstum. Dabei ist zu berücksichtigen, dass psychiatrische und andere Kliniken nur einen geringen Anteil am Gesamtumsatz ausmachen. Während Spitäler der Zentrumsversorgung nach der Einführung der neuen AL positive Veränderungsrate ausweisen, d.h. ihr Umsatz über dem Vorjahresquartal liegt, weisen Spitäler der Grundversorgung in den ersten 12 Monaten z.T. deutlich negative Veränderungsrate aus.



Figur 29 Quellen: santésuisse-Tarifpool, eigene Berechnungen, nicht hochgerechnete Werte.

Die Gründe für diese unterschiedliche Umsatzentwicklung sind nicht eindeutig. Spitäler der Grundversorgung (mit einem Laboratorium Typ A) könnten allenfalls ähnlich wie Praxislaborato-

rien aus Wirtschaftlichkeitsüberlegungen (geringe Auslastung der Infrastruktur) dazu tendieren, Analysen an Privatlaboratorien oder andere Spitallaboratorien zu vergeben. Dies dürfte auch dadurch bedingt sein, dass Spitäler der Grundversorgung überproportional viele (teil-) automatisierte Analysen durchführen, welche mit dem neuen Tarif billiger wurden.²⁷ Spitäler der Zentrumsversorgung verfügen über eine Laborinfrastruktur mit einem breiten Spektrum an Analysemethoden. Sie dürften deshalb stärker von allfälligen Verlagerungen aus Praxislaboratorien profitiert haben als Spitäler der Grundversorgung. Diese können sich Investitionen in komplexere Geräte/Methoden nicht leisten.

D. Ergebnisse aus der Umfrage bei den Spitallaboratorien

Die Online-Umfrage bei den Spitallaboratorien Ende April/Anfang Mai 2011 (Details siehe Anhang) hat folgende Ergebnisse hervorgebracht:

- › 60% der befragten Spitäler haben angegeben, dass bei ihnen die Anzahl Analysen gestiegen ist. Bei 22% ist die Menge zwischen 5% und 15% gewachsen, bei 22% über 15%. Bei 18% ist sie gleich geblieben, bei 10% gesunken. Der Rest konnte keine Angaben machen.
- › 36% der Spitäler vermelden eine Umsatzzunahme. Bei 6% ist dem Umsatz gleich geblieben, 46% der Spitäler verzeichnen einen Umsatzrückgang.
- › Bezüglich Analysearten hat die Umfrage keine aussagekräftigen Resultate ergeben. Die Differenzierung der Mengenentwicklung nach den verschiedenen Analysearten (Corelab, Outer Corelab, Manuelle Methoden, Humangenetik, Molekularbiologie) fällt vielen Spitälern schwer. Zwischen 25% und 60% konnten dazu keine Angaben machen. 20-30% gaben an, dass sich die Menge in der betreffenden Analyseart nicht verändert habe. Auf dem Niveau einzelner Analysearten sind deshalb aus der Spitalbefragung keine Rückschlüsse möglich. Aus den zusätzlichen Angaben lässt sich schliessen, dass nicht einzelne Analysen viel häufiger oder viel weniger häufig durchgeführt wurden.
- › 46 von 50 Spitälern geben Analysen auswärts, entweder an ein privates Laboratorium oder an ein anderes Spitallaboratorium. Die Frage nach der Mengen- und Umsatzentwicklung scheint wiederum schwierig zu beantworten sein. Die meisten Spitäler geben an, keine Angaben machen zu können. Im Gegenzug führen zwei Drittel der Spitäler auch Analysen im Auftrag von Externen durch. Fast 50% der Spitäler geben an, dass sich die Mengen nicht geändert hätten.

²⁷ Von Seiten des BAG wird darauf hingewiesen, dass als Reaktion auf die neue AL eine Konsolidierung im Labormarkt stattgefunden hat und viele kleine Labors, darunter auch Spitallabors, von Privatlabors übernommen wurden. Dadurch könnte die Mengenentwicklung nach Spitallabortyp evtl. verzerrt sein, weil diese Labors evtl. nicht immer klar den Privatlabors bzw. den Spitallabors zugeordnet werden konnten.

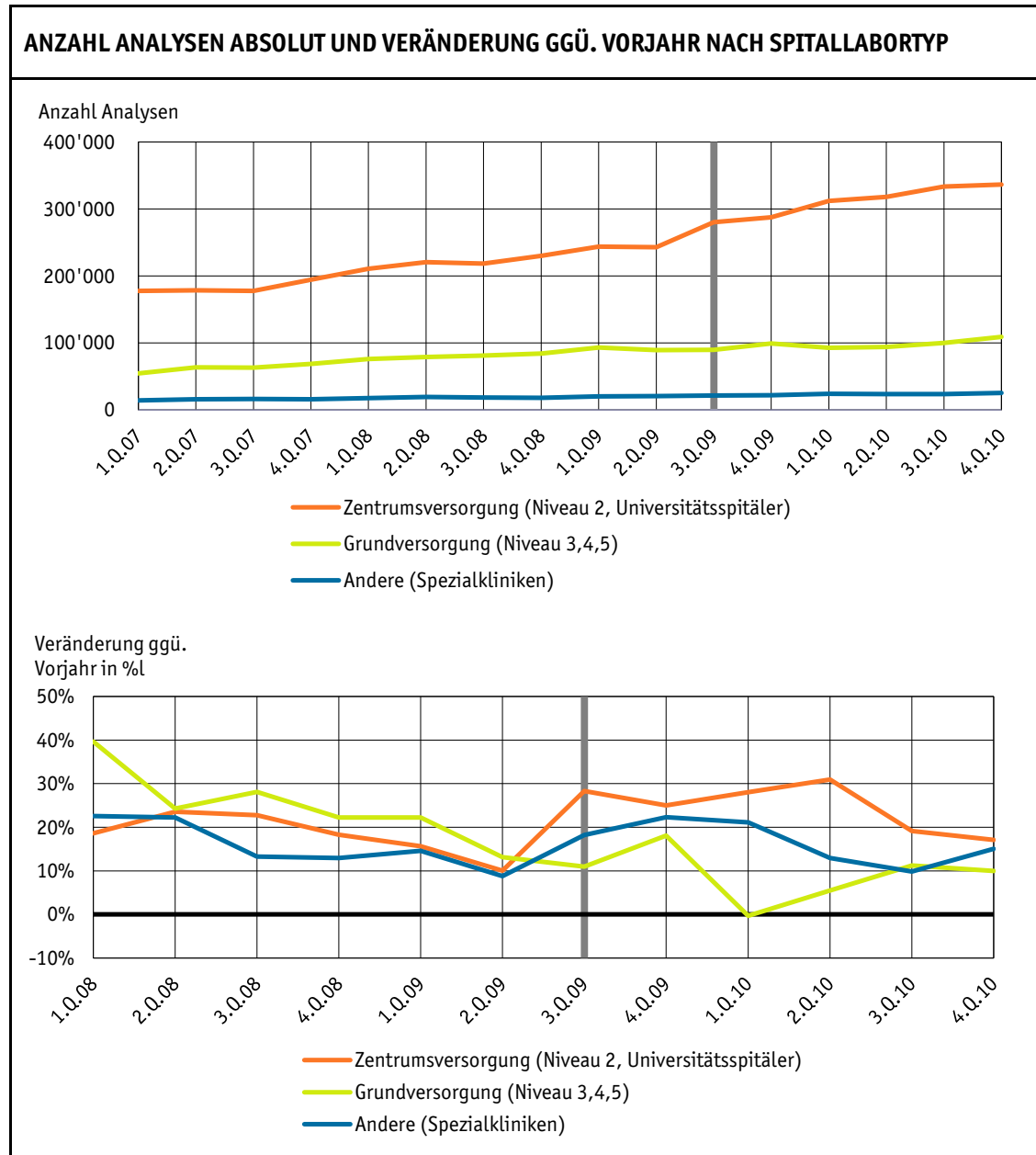
Beim Umsatz ist eine leicht sinkende Tendenz auszumachen. Bei der Mehrheit der Spitallaboren hat die neue AL zu keinen organisatorischen Veränderungen geführt. Entsprechend wurden keine wesentlichen Mengen- oder Umsatzveränderungen festgestellt.

- › Verschiebungen vom stationären in den ambulanten Bereich finden bei 20% der Spitäler statt. Als Grund für diese Verschiebung wird am häufigsten der generelle Trend von stationär zu ambulant genannt. Aus der Befragung ergeben sich aber keine Hinweise, dass der Tarifwechsel zu einer Verlagerung von Analysen zwischen stationärem und ambulantem Bereich geführt haben könnte.

Zusammenfassend lässt sich aus den Umfrageergebnissen eine ähnliche Entwicklung wie aus den Daten von santésuisse herauslesen: Die Mengen sind mit dem Wechsel zum Teil deutlich angestiegen, während der Umsatz etwa gleich geblieben ist. Grössere organisatorische Veränderungen scheinen nicht stattgefunden zu haben.

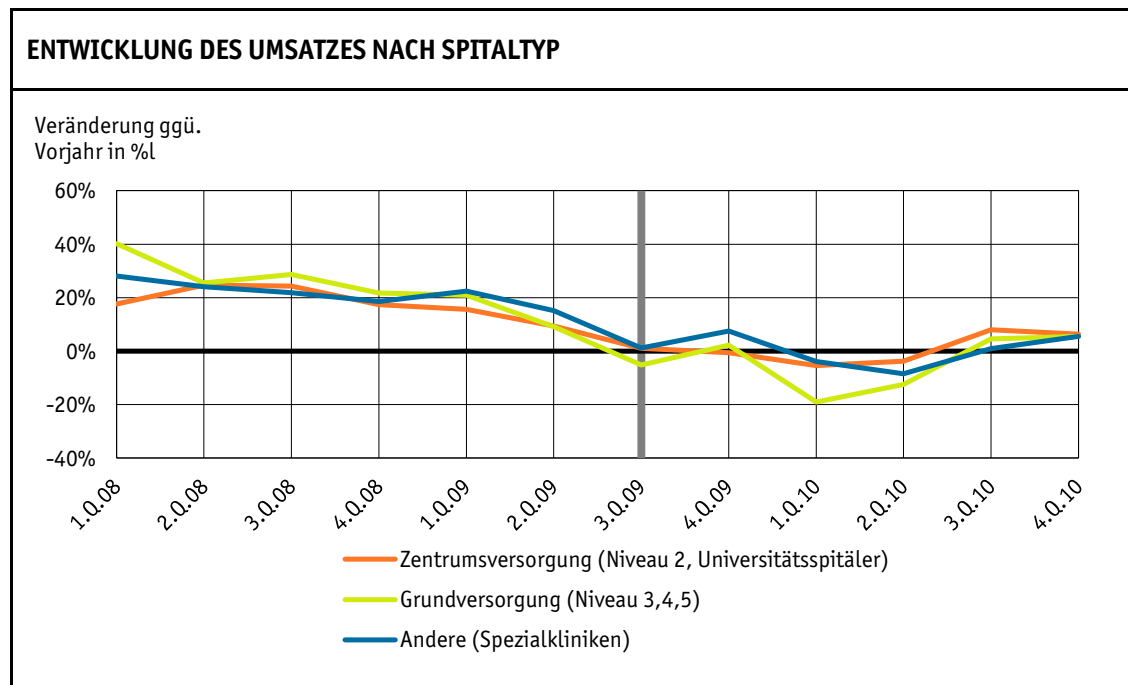
E. Ergebnisse der Auswertungen der Helsana-Daten

Die Daten der Helsana zeigen, dass die Anzahl Analysen vor allem bei den Zentrumsspitalern angestiegen ist. Zwischen dem 2. und 3. Quartal 2009 ist zwar ein leichter Sprung zu erkennen, was darauf hindeutet, dass der Anstieg zum Teil durch die Tarifrevision bedingt ist. Allerdings scheint das Mengenwachstum bei den Analysen in den Spitälern und insbesondere in Spitälern der Zentrumsversorgung eine Fortsetzung des Trends zu sein, welcher schon vor der Einführung der neuen AL bestand. Sowohl die Wachstumsraten bei Spitälern der Zentrumsversorgung als auch der Grundversorgung bewegen sich seit 2008 im positiven Bereich.



Figur 30 Quellen: Helsana, eigene Berechnungen.

Im Unterschied zu den Daten der santésuisse zum Umsatz der einzelnen Spitallabortypen, zeigen die Daten der Helsana deutlicher, dass sich die Umsatzentwicklung bei Zentrums-, Grundversorgungs- und anderen Spitälern seit der Einführung der neuen AL umgekehrt hat. Bis zum 2. Quartal 2009 lagen die Veränderungsdaten gegenüber den Vorjahresquartalen bei diesen Spitaltypen durchgängig im positiven Bereich; zwischen dem 3. Quartal 2009 und 2. Quartal 2010 sinken die Umsätze gegenüber den Vorjahresquartalen und seit dem 3. Quartal scheinen sie wieder auf den alten positiven Wachstumstrend von 5-7% zurückzufinden.



Figur 31 Quellen: Helsana, eigene Berechnungen.

4. STRUKTURENTWICKLUNG LABORLANDSCHAFT SCHWEIZ

4.1. PRAXISLABORATORIEN

Anzahl Praxislaboratorien

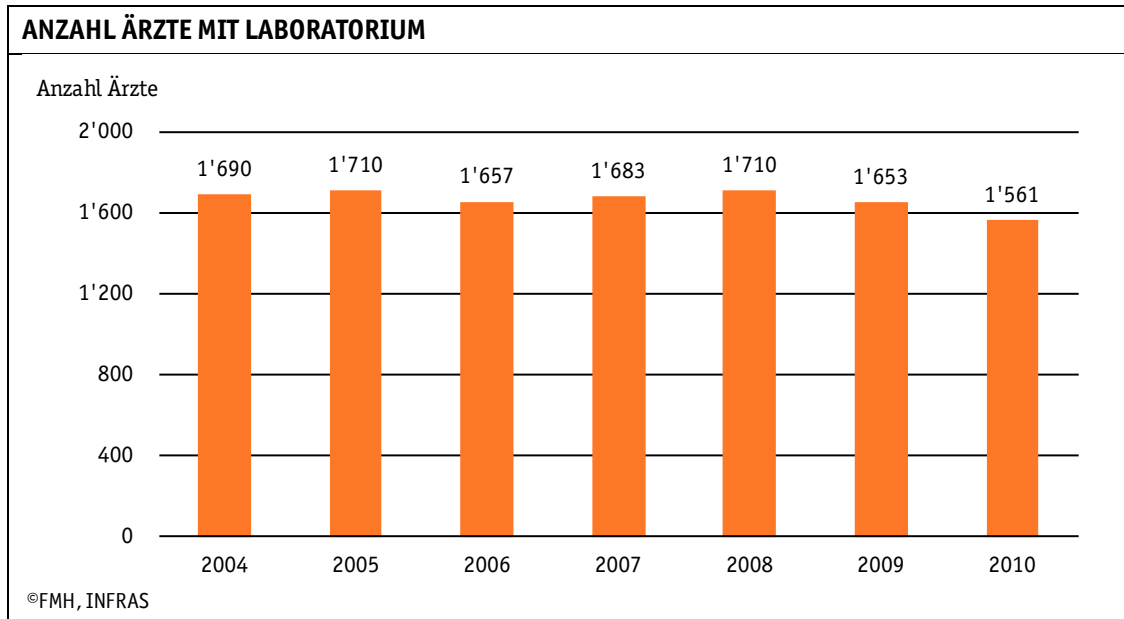
Monitoring-Frage: B2a1 Anzahl Arztpraxen

Gemäss Betriebs- und Unternehmensregister (BUR) gab es im April 2011 rund 10'300 Arztpraxen (mit mindestens 20 Arbeitsstunden/Woche). Davon waren 5'900 allgemeinmedizinische Praxen und 4'400 Facharztpraxen. Gemäss Betriebszählung (BZ) existierten 2008 9'125 Arztpraxen, darunter 5'600 Praxen für Allgemeinmedizin und 2'600 Facharztpraxen. Die Abweichung zum BUR ergibt sich dadurch, dass im BUR Ärzte in Gemeinschaftspraxen als mehrere Einheiten gelten (eine für jeden Arzt). Die Anzahl der Arztpraxen für Allgemeinmedizin ist gemäss BZ seit 2001 von 6'500 auf 5'600 gesunken. Aufgrund dieser Daten ist aus unserer Sicht noch keine Aussage möglich, ob und inwieweit die Einführung der neuen Analysenliste die Anzahl Arztpraxen verändert hat.

Die folgende Figur zeigt die Anzahl Ärzte,²⁸ die Laboranalysen durchführen und abrechnen (gemäss Angaben der Ärztekasse AEK, wobei nur qualifizierte Ärzte, d.h. Ärzte mit einem Mindestumsatz, berücksichtigt wurden). Nach einem Anstieg im 2008 geht die Zahl deutlich zurück. Dies könnte ein erster Hinweis darauf sein, dass Ärzte ihre Labortätigkeit einstellen. Gemäss FAMH sind allerdings die Kurse für den Fachausweis Praxislabor weiterhin ausgebucht. Dies könne als Hinweis interpretiert werden, dass die Ärzte weiterhin daran interessiert sein könnten, Laboranalysen durchzuführen, wenn auch selektiver.

Durch den Verein für medizinische Qualitätskontrolle (MQ) wurden zwischen 2007 und 2010 jeweils bei gut 3'000 Praxislaboratorien externe Qualitätskontrollen durchgeführt. Es sind gemäss Aussagen des Vereins für medizinische Qualitätskontrolle (MQ) bisher keine Veränderungen aufgrund des Tarifwechsels erkennbar.

²⁸ Da ZSR-Nummern gezählt wurden, wird hier die Anzahl Ärzte und nicht die Anzahl Arztpraxen oder Praxislaboratorien dargestellt.

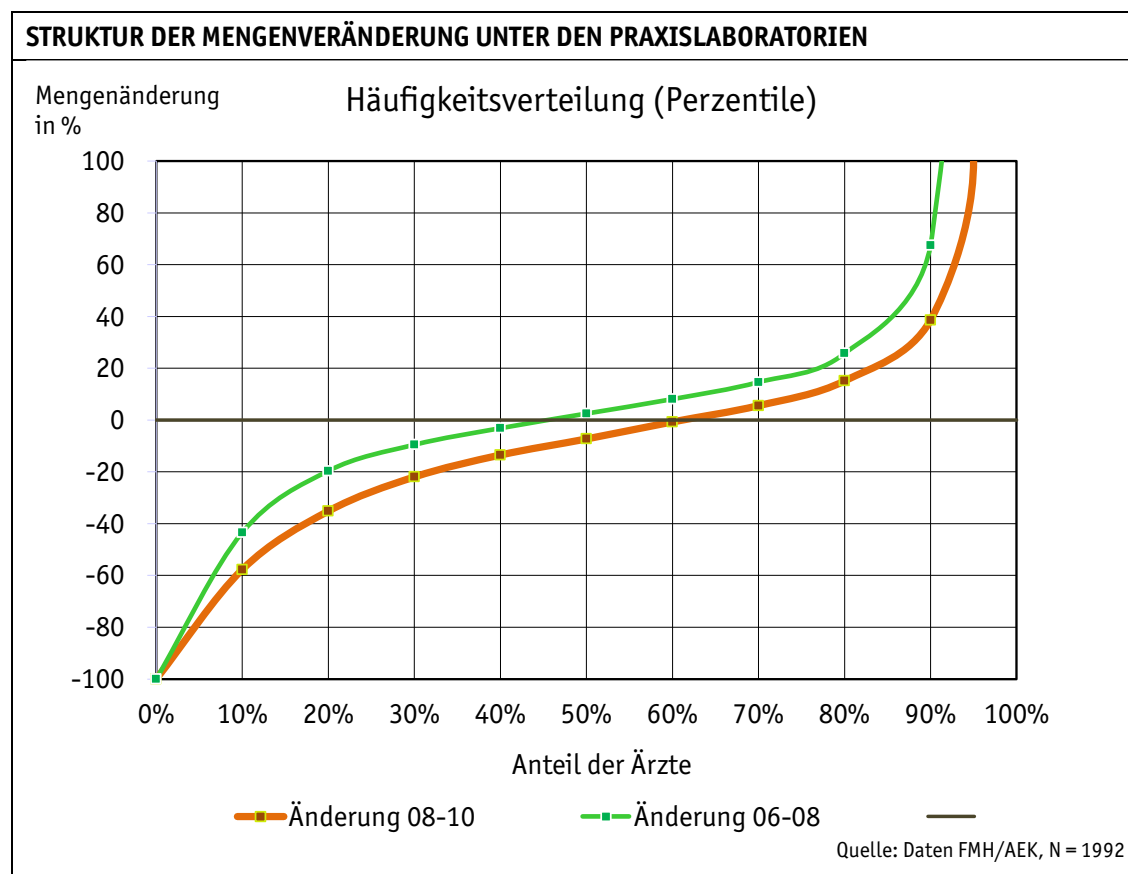


Figur 32 Quellen: Ärztekasse, eigene Berechnungen. Es sind nur Ärzte berücksichtigt, deren Laboratorium einen Mindestumsatz mit Laboranalysen aufweisen.

Struktur der Mengen- und Umsatzentwicklung unter den Praxislaboratorien

Neben der Mengen- und Umsatzentwicklung bei den Praxislaboratorien insgesamt interessiert, wie sich Rückgänge und Zuwächse innerhalb der Gruppe der Praxislaboratorien verteilen. Die folgende Figur zeigt die Mengenveränderungen unter den Praxislaboratorien für die beiden Perioden 2006-2008 (vor Revision) und 2008-10 (mit Revision) auf der Datenbasis der Ärztekasse von rund 2000 Praxislaboratorien.

Im Durchschnitt aller Praxislaboratorien sank die Anzahl Analysen zwischen 2008 und 2010 um 9.0% (Median -7.2%), in der Periode zuvor stieg sie noch um 3.4%. Fast zwei Drittel (62%) aller Praxislaboratorien haben nach der Einführung der neuen AL im 2010 weniger Analysen durchgeführt als zwei Jahre zuvor (gegenüber 44% in der Vorperiode 2006-2008). Jede zehnte Arztpraxis reduzierte die Anzahl drastisch (-57% und mehr), jeder fünfte um mindestens 35%. Am anderen Ende sank gegenüber der Vorperiode der Anteil der Arztpraxen, die ihre Anzahl stark erhöhten, bspw. im Rahmen einer Praxiseröffnung. Der Anteil der Arztpraxen, die mindestens 40% mehr Analysen durchführte, lag im 2010 noch bei 10%; im 2008 waren es 15%.



Figur 33 Quellen: Ärztekasse, eigene Berechnungen.

Mengen- und Umsatzentwicklung nach Regionen

Monitoring-Frage: B2a5 Umsatzveränderungen von Arztpraxen insgesamt und nach Kantonen²⁹

Seit der Einführung der neuen AL ist der Umsatz bei den Praxislaboratorien um ca. 20% zurückgegangen.³⁰ Je nach Grossregion ist der Umsatz stärker oder weniger gesunken. Die Abweichungen vom gesamtschweizerischen Durchschnitt sind jedoch klein bei gleichzeitig beträchtlichen Unterschieden innerhalb der Grossregionen (d.h. auf kantonaler Ebene). Die Menge (Anzahl Analysen inkl. Anzahl allgemeine Positionen) ist 2010 im Vergleich zum Vorjahr 2009 gesamtschweizerisch um 20% gestiegen.

29 Vgl. Monitoring-Konzept vom 1.9.2009, Kapitel 4.2., S. 31ff.

30 santésuisse-Datenpool.

Anteil der Leistungserbringer mit Laboratorium

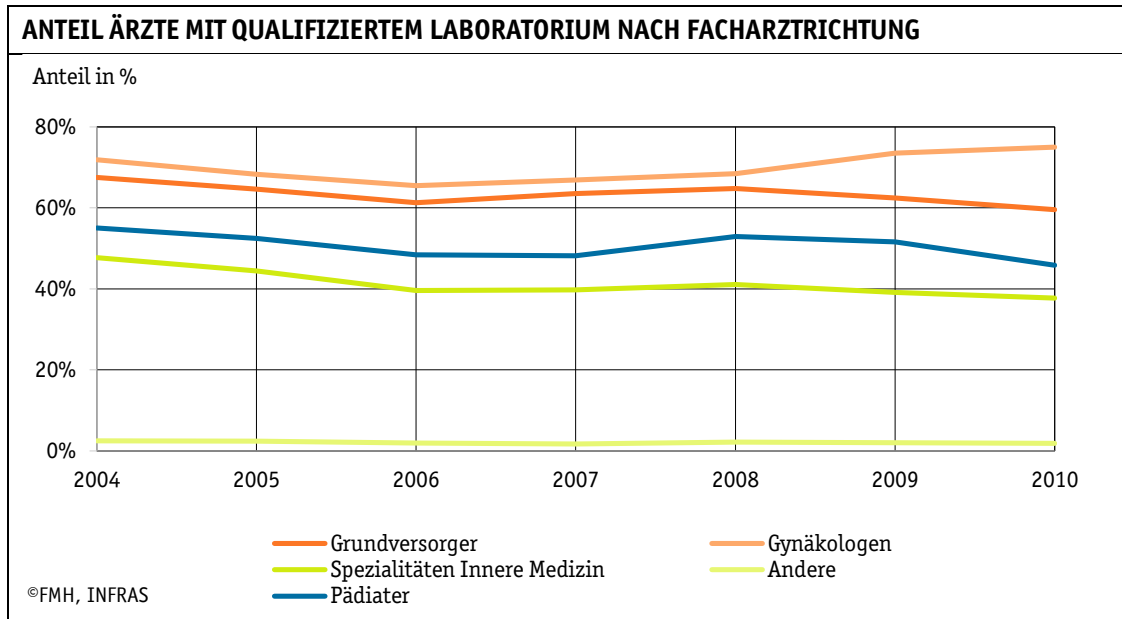
Monitoring-Frage: B2a1 Anzahl Ärzte mit Laboratorium

Der Anteil der Ärzte mit qualifiziertem Laboratorium ist je nach Facharztrichtung sehr unterschiedlich.³¹ Während bei den Grundversorgern und Gynäkologen über 60% über ein qualifiziertes Praxislaboratorium verfügen, sind es bei Pädiatern und Inneren Medizinern 40% bis gut die Hälfte. Von den anderen Facharztrichtungen führen im Durchschnitt lediglich 2-3% ein qualifiziertes Praxislaboratorium.

Die Entwicklung bis Ende 2010 zeigt, dass der Anteil der Ärzte mit Laboratorien z.T. deutlich gesunken ist. Am stärksten fällt der Rückgang bei Pädiatern (von 52% in 2009 auf 46% in 2010) aus. Ausnahme sind die Gynäkologen, deren Anteil gestiegen ist (von 73% in 2009 auf 75% in 2010). Dies lässt vermuten, dass sich ein Laboratorium für Gynäkologen lohnt, weil sie vom neuen Tarif wohl eher profitieren. Der Grund liegt darin, dass Gynäkologen einerseits vorwiegend manuelle Analysen durchführen, welche mit dem Tarifwechsel teurer geworden sind. Andererseits benötigen sie meist pro Sitzung bzw. pro Patient nur eine Analyse und können daher die neu eingeführte Präsenztaxe jedes Mal verrechnen.

Dass der Anteil bei den anderen Facharztrichtungen gesunken ist, lässt vermuten, dass der Betrieb eines Praxislaboratoriums kommerziell weniger interessant geworden ist. In den zwei mit Ärzten durchgeführten Interviews wird diese These allerdings nicht bestätigt. Vielmehr wird ein Laboratorium als unverzichtbar beurteilt. Es würde erst geschlossen, wenn massive Verluste resultieren würden. Aufgrund der Interviews könnte die Entwicklung allenfalls ein Hinweis darauf sein, dass es sich für Grundversorger, die eine neue Praxis eröffnen, nicht mehr lohnt, ein Laboratorium einzurichten.

31 Ein qualifiziertes Laboratorium weist einen Mindestumsatz mit Laboranalysen aus.



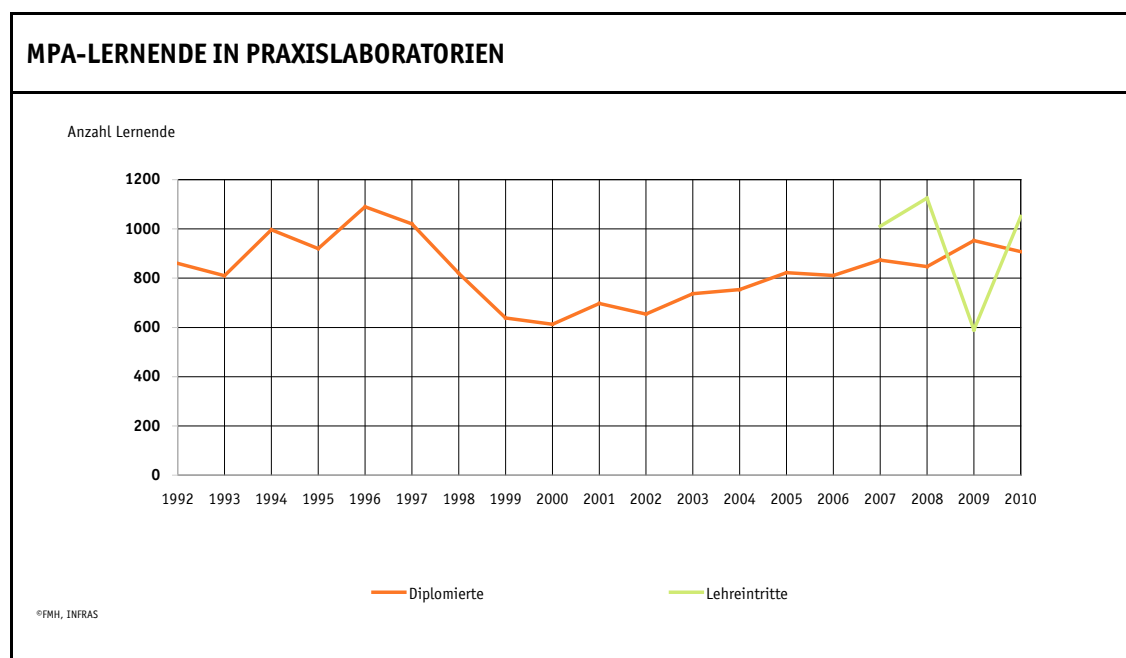
Figur 34 Quellen: Ärztekasse, eigene Berechnungen.

Beschäftigte und Lernende in Praxislaboratorien

Monitoring-Frage: B2a2 Anzahl Beschäftigte und Lehrstellen³²

Gemäss Betriebszählung (BZ) 2008 waren in Arztpraxen insgesamt 27'000 Beschäftigte (VZÄ) aktiv. Gegenüber 2005 war dies eine Zunahme von 5%.

Die folgende Figur zeigt die Entwicklung der diplomierten medizinischen Praxisassistentinnen (MPA) in Arztpraxen. Ihre Zahl steigt seit rund 10 Jahren an, auch wenn sie im Zeitverlauf leicht schwankt. Falls der Betrieb oder die Neueröffnung eines Praxislaboratoriums kommerziell uninteressant geworden wäre, würde die Zahl der diplomierten MPA und der Auszubildenden in Praxislaboratorien möglicherweise langfristig sinken. Bis anhin sind keine Effekte des Tarifwechsels zu beobachten. Dies ist nicht unerwartet, da eine MPA neben dem Praxislaboratorium viele andere Aufgaben hat und sich Veränderungen im Laborbereich deshalb nur abgeschwächt in der Anzahl MPA-Lernenden niederschlagen dürften.



Figur 35 Quelle: FMH.

³² Vgl. Monitoring-Konzept vom 1.9.2009, Kapitel 4.2., S. 31ff.

Der Einbruch der Lehreintritte im 2009 könnte gemäss FMH/AEK darauf hindeuten, dass die Ärzte damals im Hinblick auf die Einführung der neuen AL und der noch ungewissen Entwicklung mit Einstellungen gezögert haben.

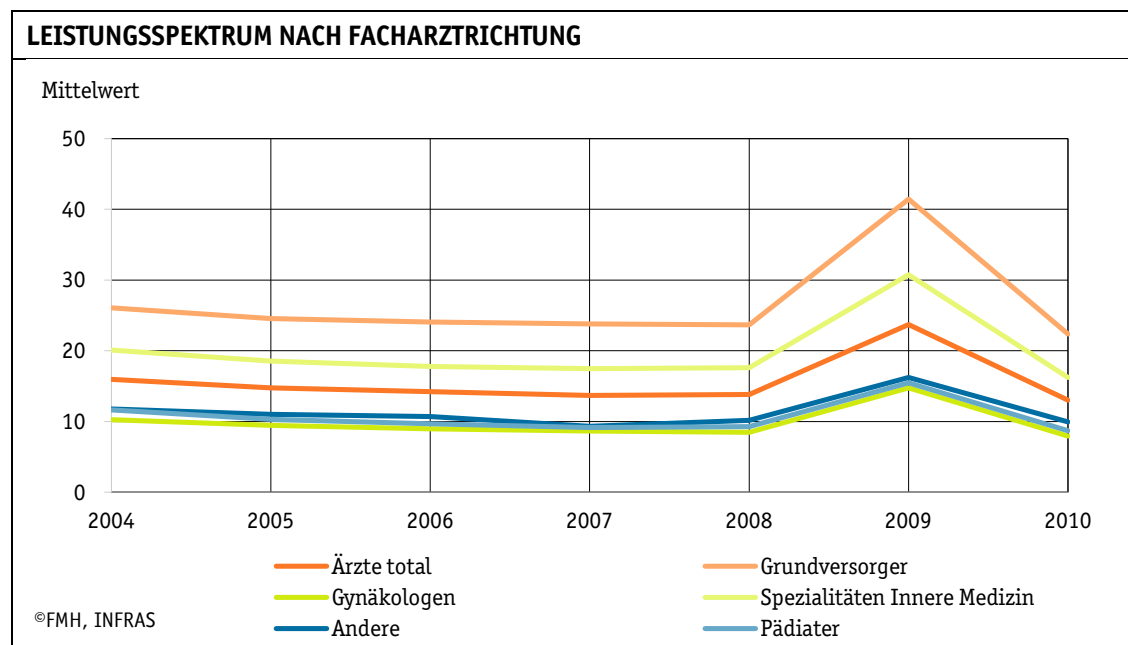
Im Zusammenhang mit der neuen AL wurde auch diskutiert, das Thema Laboratorium aus dem Lehrplan der MPA zu streichen. Darauf wurde verzichtet, das Thema Laboratorium ist weiterhin Bestandteil des Lehrplans.

Breite des Analysespektrums

Monitoring-Frage: B2a3 Anzahl distinkte Analysen³³

Die folgende Figur zeigt die Anzahl distinkte Analysen, d.h. das Leistungsspektrum der jeweiligen Facharzttrichtung. Im Jahr 2009 ist die Anzahl gestiegen, weil neue und alte Positionen verwendet wurden. Die Werte sind im 2010 wieder auf das Ausgangsniveau gesunken.

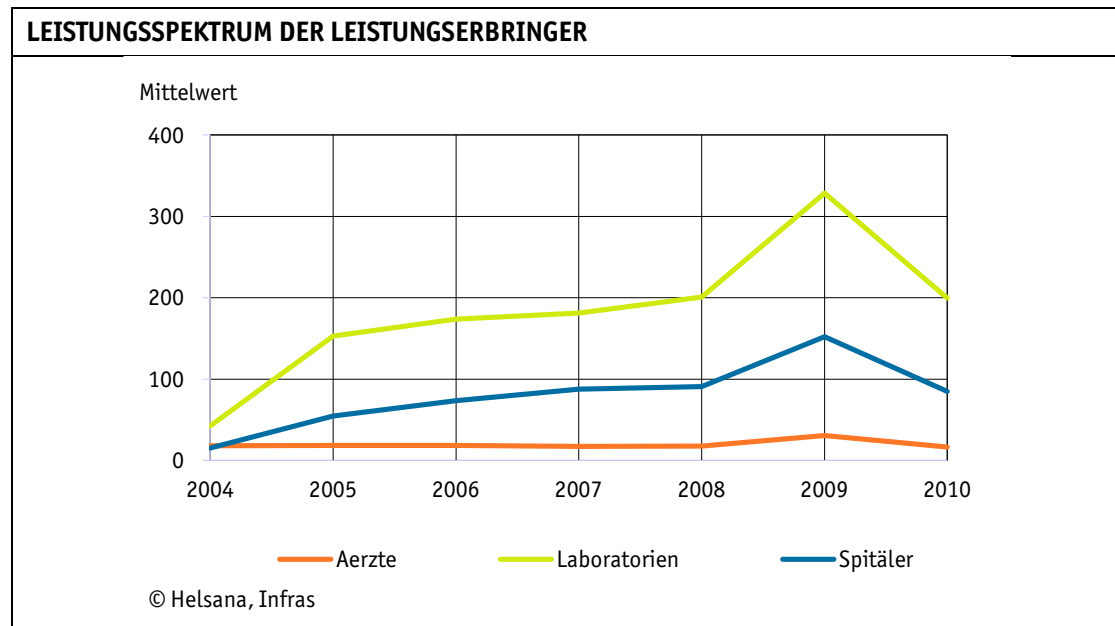
Es gibt vorläufig keine Hinweise, dass das Spektrum kleiner wird, weil nur noch die lohnenden Analysen durchgeführt würden.



Figur 36 Quelle: FMH/AEK, eigene Berechnungen.

Die Auswertung von Helsana-Daten ergibt das gleiche Resultat (siehe folgende Figur). Auch hier fällt das Spektrum im 2010 wieder auf den Wert von 2008 (Mittelwert: 18 bzw. 17 Analysen) zurück.

³³ Vgl. Monitoring-Konzept vom 1.9.2009, Kapitel 4.2., S. 31ff.

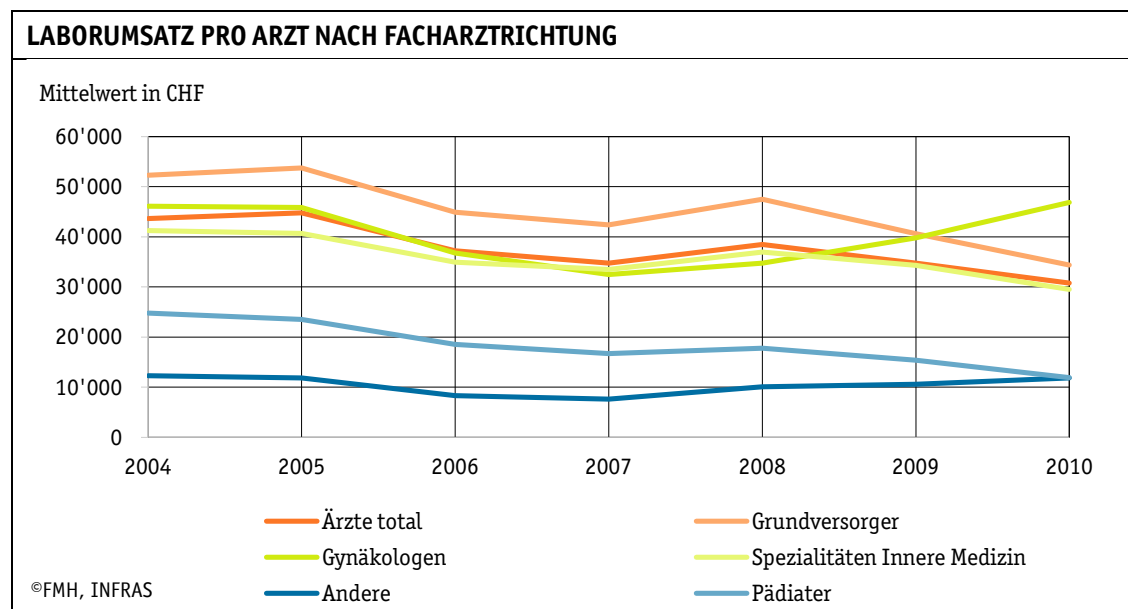


Figur 37 Quelle: Helsana, eigene Berechnungen.

Laborumsatz pro Arzt

Monitoring-Frage: B2a4 Umsatzveränderungen von Praxislaboratorien³⁴

Die folgende Figur zeigt die Entwicklung des Umsatzes bezogen auf die einzelnen Facharzttrichtungen. Der durchschnittliche Umsatz pro Arzt (Mittelwert³⁵) ist in den meisten untersuchten Facharzttrichtungen zwischen 2008 und 2010 gesunken. Eine Ausnahme bilden die Gynäkologen, bei denen der Umsatz auch 2010 zunahm. Der Median³⁶ des Umsatzes liegt bei allen Facharzttrichtungen unter dem Mittelwert, d.h. bei mehr als der Hälfte der Ärzte liegt der Umsatz tiefer.



Figur 38 Quellen: Ärztekasse, eigene Berechnungen.

34 Vgl. Monitoring-Konzept vom 1.9.2009, Kapitel 4.2., S. 31ff.

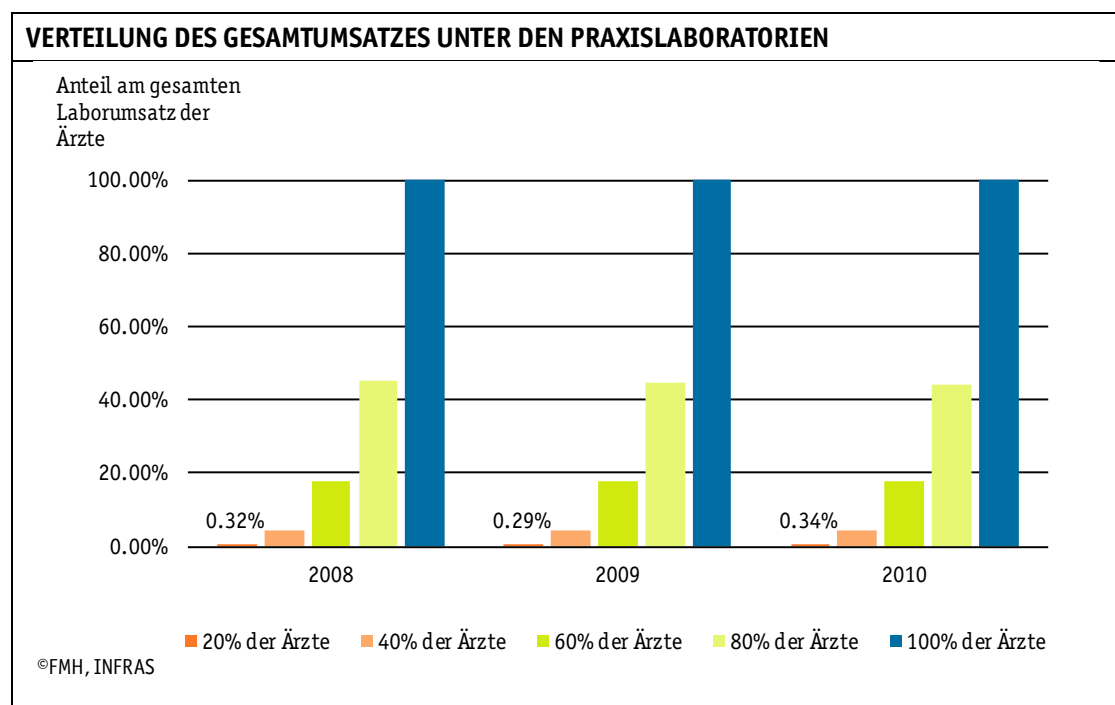
35 Das arithmetische Mittel bezeichnet den Umsatz, welchen die Laboratorien im Durchschnitt erreichen. Dazu wird der Umsatz aller Laboratorien durch die Anzahl der Laboratorien geteilt. Dieser Wert kann von extremen Werten am Rand der Verteilung stark beeinflusst werden, z.B. von einzelnen sehr grossen Laboratorien.

36 Der Median bezeichnet den Umsatz, welcher jeweils von genau der Hälfte der Laboratorien übertroffen bzw. untertroffen wird. Dieser Wert ist nicht beeinflusst von extremen Werten am Rand der Verteilung, also von besonders grossen oder kleinen Laboratorien.

Umsatzkonzentration

Monitoring-Frage: Keine Frage im Konzept

Die folgende Figur zeigt die Umsatzverteilung innerhalb der Praxislaboratorien. Im 2010 haben 80% der Ärzte etwas über 40% des Umsatzes erzielt. Dies bedeutet, dass 20% der Ärzte 60% des Gesamtumsatzes mit Laboranalysen generieren. Es sind keine wesentlichen Veränderungen seit der Einführung der neuen AL ersichtlich.

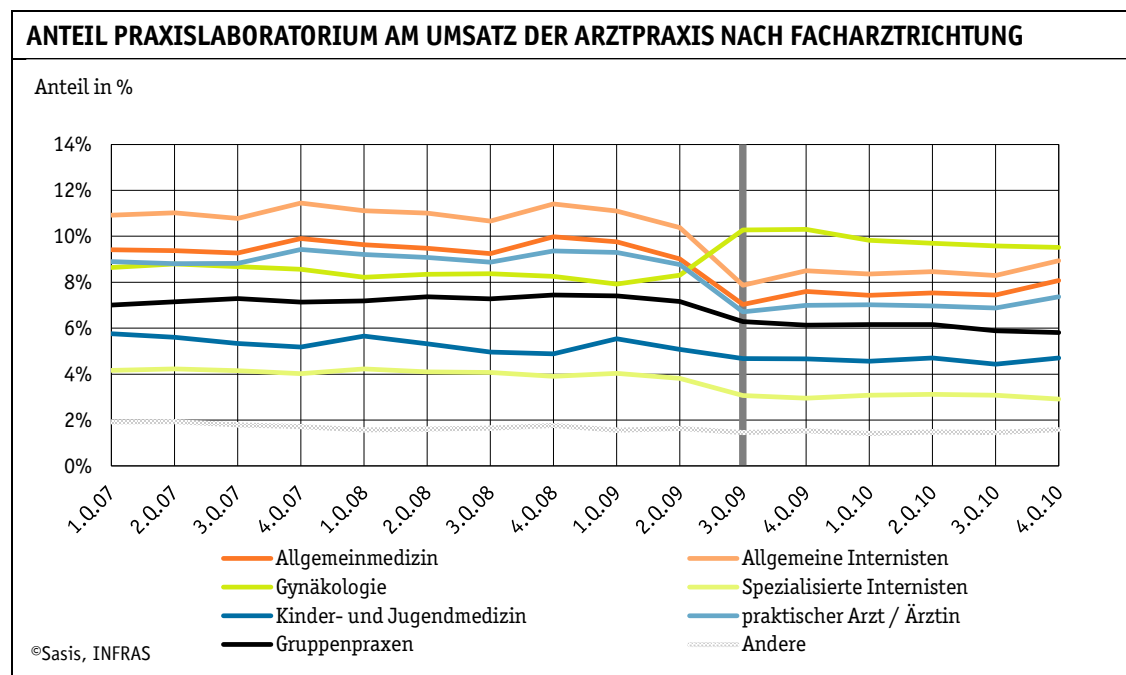


Figur 39 Quellen: Ärztekasse, eigene Berechnungen.

Anteil Praxislaboratorium am Umsatz der Ärzte

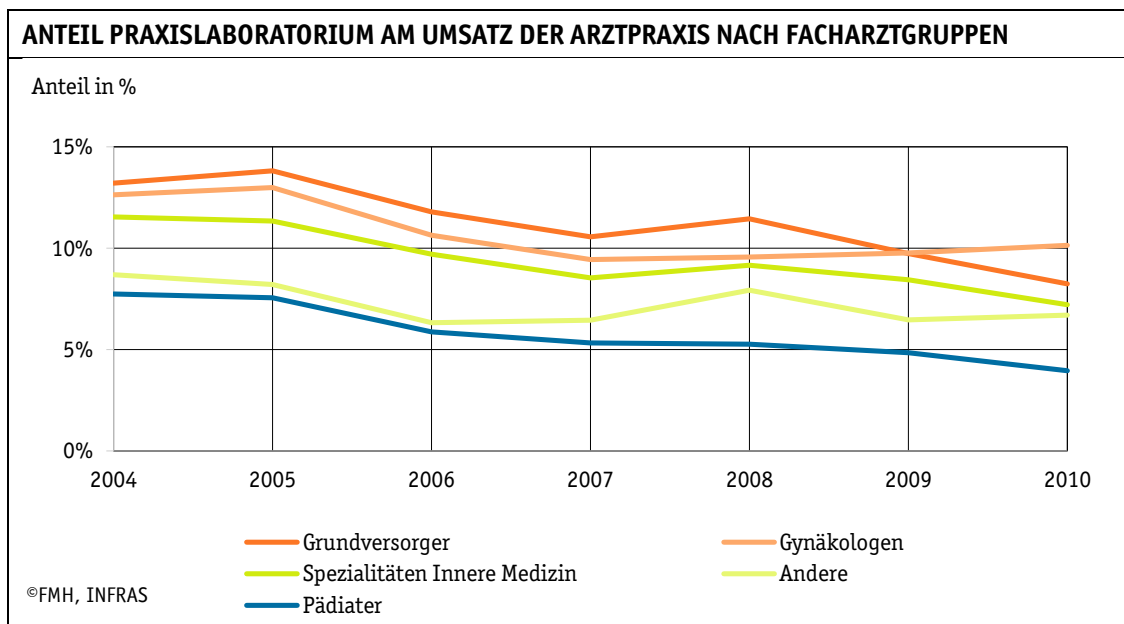
Monitoring-Frage: Keine Frage im Konzept

Der Anteil des Laboratoriums am Umsatz der Ärzte ist je nach Facharzttrichtung unterschiedlich. Den bedeutendsten Anteil am Umsatz hat das Praxislaboratorium bei Allgemein- und Inneren Medizinern, praktischen Ärzten (jeweils 7-9% im 4. Quartal 2009) sowie Gynäkologen (10%). Die folgende Figur zeigt, dass der Anteil des Praxislaboratoriums am Umsatz der Ärzte mit der Einführung der neuen AL in den meisten Facharzttrichtungen gesunken ist. Einzig bei den Gynäkologen ist der Umsatzanteil gestiegen. Sie weisen nach dem Tarifwechsel neu den höchsten Umsatzanteil von allen Fachärzten aus.



Figur 40 Quellen: santésuisse-Datenpool, eigene Berechnungen, nicht hochgerechnete Werte.

Die Daten der Ärztekasse (siehe nachfolgende Figur) vermitteln ein ähnliches Bild, auch wenn die Facharzttrichtungen aufgrund unterschiedlicher Definitionen nicht unmittelbar vergleichbar sind. Es ist ebenfalls ersichtlich, dass der Umsatzanteil des Laboratoriums bei den Gynäkologen steigt, während er in den übrigen Facharztgruppen sinkt.

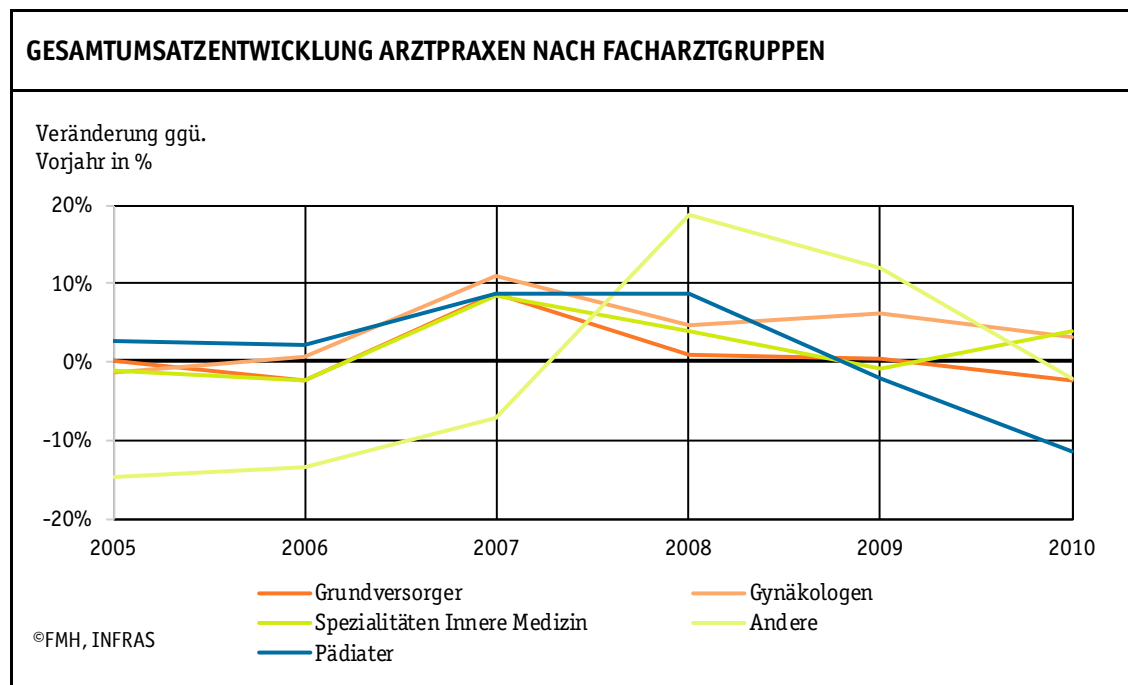


Figur 41 Quellen: Ärztekasse, eigene Berechnungen.

Weitere Umsatzquellen der Ärzte

Monitoring-Frage: Keine Frage im Konzept

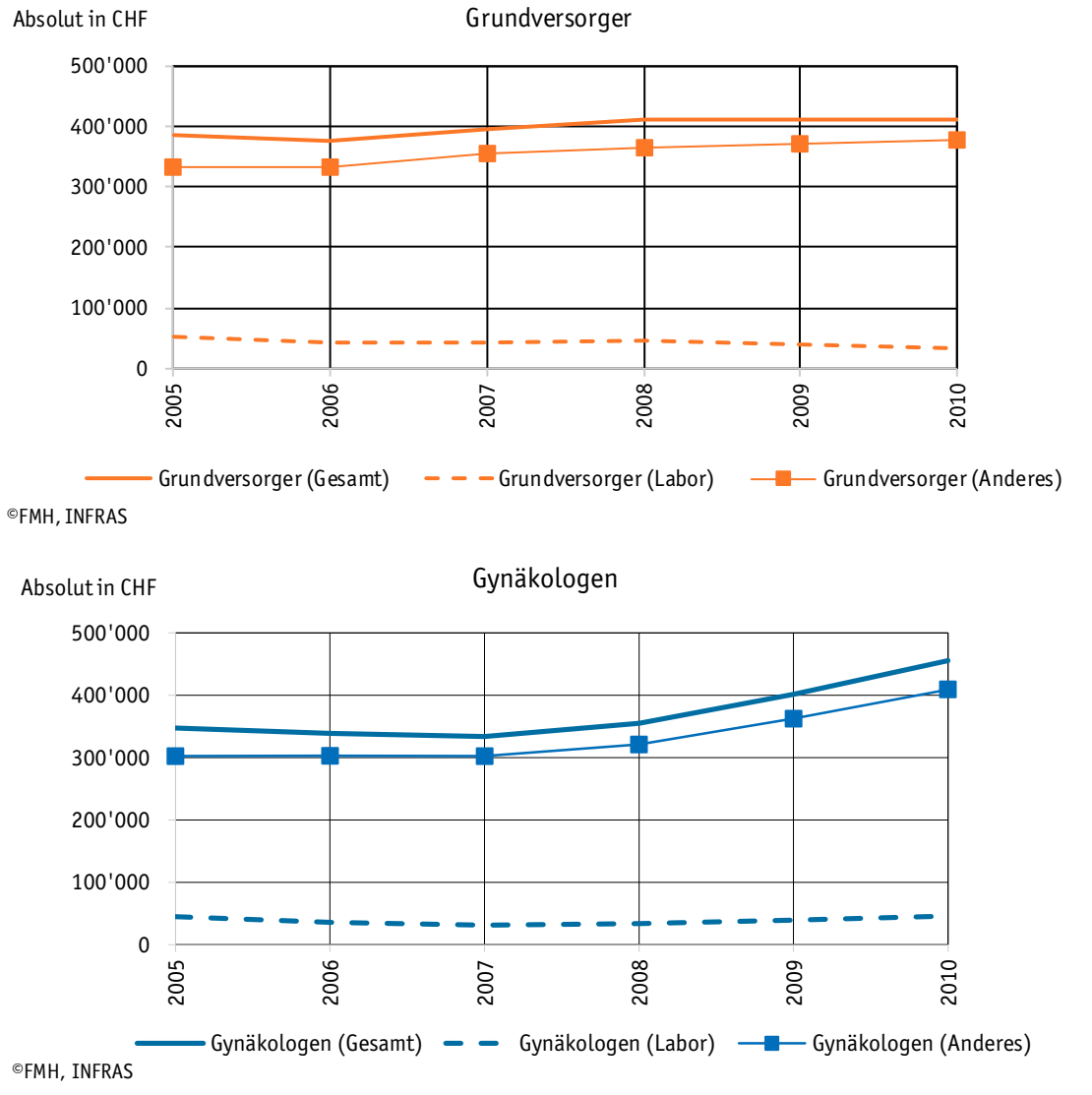
Die folgende Figur zeigt die Gesamtumsatzentwicklung der Arztpraxen nach Facharztgruppen. Es ist keine eindeutige Entwicklung sichtbar. Bei einem Teil der Ärzte lag der Gesamtumsatz 2010 unter dem Vorjahresumsatz (Grundversorger, Pädiater, Andere), bei anderen darüber (Gynäkologen, Spezialisten Innere Medizin).



Figur 42 Gesamtumsatz = Umsatz aus TARMED, Laboratorium, Medikamenten etc. Quellen: Ärztekasse, eigene Berechnungen.

Es gibt vorläufig keine Hinweise, dass allfällige Umsatzausfälle infolge der neuen AL durch andere Umsätze kompensiert würden. Bei den Gynäkologen ist der Umsatz mit anderen Leistungen seit 2008 zwar deutlich angestiegen, während der Umsatz mit Laborleistungen pro Arzt nur sehr leicht angestiegen ist. Dies spricht aber nicht für eine Kompensation. Hier dürften sich gemäss FMH/AEK Veränderungen erst mit einer zeitlichen Verzögerung zeigen, wenn die Ärzte allenfalls aus wirtschaftlichen Überlegungen Änderungen vornehmen würden.

GESAMT-, LABORATORIUM- UND ANDERER UMSATZ PRO ARZT BEI GRUNDVERSORGERN UND GYNÄKOLOGEN



Figur 43 Quellen: Ärztekasse, eigene Berechnungen.

4.2. PRIVATLABORATORIEN

Anzahl Privatlaboratorien

Monitoring-Frage: B2b1 Anzahl Laboratorien³⁷

In der Laborlandschaft ist gemäss FAMH ein deutlicher Konzentrationsprozess im Gange. Dieser zeige sich darin, dass in den letzten Jahren vor allem grössere Privatlaboratorien kleinere Laboratorien übernommen haben (Beispiele: Übernahme Medica, Übernahme Futurelab). Zu erkennen sei dieser Konzentrationsprozess auch daran, dass die FAMH vor zehn Jahren noch etwa doppelt so viele Mitglieder zählte wie heute.³⁸ Die Gründe für diesen Konzentrationsprozess seien einerseits die technologische Entwicklung, aber auch die Tarifumstellung habe zu einem Margendruck geführt und damit die Umwälzungen im Labormarkt beschleunigt.

Über die Anzahl der medizinischen Laboratorien liegen keine Angaben vor. Die Daten des Betriebs- und Unternehmensregister (BUR) zu den medizinischen Laboratorien enthalten auch Regionalgesellschaften und laborfremde Unternehmen, weshalb diese Angaben hier nicht weiter verwendet werden.

Durch den Verein für medizinische Qualitätskontrolle (MQ) wurden zwischen 2007 und 2010 jeweils bei 68 bis 76 Privatlaboratorien externe Qualitätskontrollen durchgeführt. Der Höchststand wurde Ende 2008 erreicht, seither sinkt die Zahl der betreuten Privatlaboratorien leicht. Inwieweit es sich dabei um einen langfristigen Trend handelt, kann noch nicht abgeschätzt werden. Gemäss Aussagen des MQ sind bisher keine Veränderungen aufgrund des Tarifwechsels erkennbar. Die FAMH weist darauf hin, dass das Centre Suisse de Contrôle de Qualité CSCQ stärker als das MQ Qualitätskontrollen bei Privatlaboratorien durchführt. Vom CSCQ wurden allerdings keine Daten zur Verfügung gestellt.

³⁷ Vgl. Monitoring-Konzept vom 1.9.2009, Kapitel 4.2., S. 31ff.

³⁸ FAMH zählt 85 Mitglieder. Nach Abzug der Spitallaboratorien, persönlicher Mitgliedschaften und Mehrfachmitgliedschaften (z.B. Viollier an verschiedenen Standorten) bleiben noch ca. 50-60 Namen übrig.

Beschäftigte und Lernende in Privatlaboratorien

Monitoring-Frage: B2b2 Anzahl Beschäftigte und Studierende³⁹

Gemäss Betriebszählung (BZ) waren in den Privatlaboratorien im Jahr 2008 4'300 Beschäftigte (VZÄ) aktiv, eine Zunahme von 14% gegenüber 2005.

Die Anzahl der Lernenden in Privatlaboratorien schwankte über die letzten Jahre hinweg nur leicht, wie die folgende Tabelle zeigt:

LERNENDE IN PRIVATLABORATORIEN				
	2007	2008	2009	2010
Anzahl Lernende	73	99	97	84

Tabelle 16 Quelle: Labmed.

Analysenspektrum in Privatlaboratorien

Monitoring-Frage: B2c3 Anzahl distinkte Analysen⁴⁰

Das Leistungsspektrum bei den Privatlaboratorien hat sich 2010 im Vergleich zu 2008 praktisch nicht verändert (200 statt 201, siehe Figur 37). Im Durchschnitt führt ein Privatlaboratorium 200 verschiedene Analysen durch. Der Anstieg im Jahr 2009 ist darauf zurückzuführen, dass bis Mitte 2009 noch die alte AL gültig war. Der deutliche Anstieg des Mittelwertes in den Jahren 2004 bis 2008 ist auf andere Gründe als die neue AL zurückzuführen (Fusionen der Laboratorien, Ausbau des Angebotes der Laboratorium, medizinischer Fortschritt).

³⁹ Vgl. Monitoring-Konzept vom 1.9.2009, Kapitel 4.2., S. 31ff.

⁴⁰ Vgl. Monitoring-Konzept vom 1.9.2009, Kapitel 4.2., S. 31ff.

4.3. SPITALLABORATORIEN

Anzahl Spitallaboratorien und Beschäftigte in Spitallaboratorien

Monitoring-Frage: B2c2 Anzahl Beschäftigte und Studierende⁴¹

Gemäss Betriebs- und Unternehmensregister (BUR) gibt es im April 2011 450 Krankenhäuser mit mindestens 20 Arbeitsstunden/Woche und Betrieb. Gemäss Betriebszählung (BZ) gab es im Bereich Krankenhäuser im Jahr 2008 264 Unternehmen mit insgesamt 434 Arbeitsstätten. Im Jahr 2005 waren es noch 360 Unternehmen mit 507 Arbeitsstätten gewesen.⁴²

Die Zahl der Beschäftigten (VZÄ) hat im selben Zeitraum von 125'000 auf 135'000 zugenommen. Es hat also ein gewisser Konzentrationsprozess stattgefunden.

Durch den Verein für medizinische Qualitätskontrolle (MQ) wurden zwischen 2007 und 2010 jeweils bei rund 140 bis 180 Spitallaboratorien externe Qualitätskontrollen durchgeführt.

Gemäss Krankenhausstatistik gab es im Jahr 2008 insgesamt 1'218 Spitallaboratorien. Die Zahl der Spitallaboratorien ist in den Vorjahren stetig gesunken, ausgehend von 1'339 Laboratorien im Jahr 2003. Im Jahr 2008 hat sich die Zahl stabilisiert.

Die Zahl der Beschäftigten in den diagnostischen Diensten beläuft sich im Jahr 2008 gemäss Krankenhausstatistik auf gut 2'700 Vollzeitäquivalente (VZÄ). Hier ist kein eindeutiger Trend sichtbar.

Allfällige Neuorganisationen (Outsourcing) von Spital- in Privatlaboratorien infolge der neuen AL haben gemäss Sasis bisher keine Auswirkungen im ZSR gezeigt:

- › Die Anzahl der Spitalnummern nahm von 512 auf 484 ab, was in erster Linie auf die Gründung von Spitalgruppen zurückzuführen ist. ZSR-Nummern für Spitalabteilungen werden nur sehr selten angefordert (ev. für ambulanten Bereich). Grundsätzlich wird mit einer Nummer für den ganzen Spitalbetrieb gearbeitet.
- › Die Anzahl an Privatlaboratorien ist mit 170 im Jahre 2009 und 168 (heute) ebenfalls praktisch unverändert.

⁴¹ Vgl. Monitoring-Konzept vom 1.9.2009, Kapitel 4.2., S. 31ff.

⁴² Die Zahlen sind nicht direkt vergleichbar, da sie sich auf unterschiedliche Branchenkategorien (NOGA 08 bzw. NOGA 02) stützen. Die daraus resultierenden Unterschiede sind aber gering und ändern nichts an der Aussage, dass die Zahl der Arbeitsstätten und Unternehmen bei den Krankenhäusern abgenommen haben.

Analysenspektrum in Spitallaboratorien

Monitoring-Frage: B2c3 Anzahl distinkte Analysen⁴³

Das Leistungsspektrum bei den Spitallaboratorien ist im Jahr 2010 im Vergleich zu 2008 leicht zurück gegangen, von 91 auf 85 (siehe Figur 37). Der Anstieg im Jahr 2009 ist darauf zurückzuführen, dass bis Mitte 2009 noch die alte AL gültig war. Der deutliche Anstieg des Mittelwertes in den Jahren 2004 bis 2008 ist auf andere Gründe als die neue AL zurückzuführen (Fusionen der Laboratorien, Ausbau des Angebotes der Laboratorium, medizinischer Fortschritt).

Fremdaufträge in Spitallaboratorien

Monitoring-Frage: B2c3 Auswertung nach Eigen-/Fremdauftrag⁴⁴

Ergebnisse Spitalumfrage

Siehe Abschnitt 3.8, Seite 79.

⁴³ Vgl. Monitoring-Konzept vom 1.9.2009, Kapitel 4.2., S. 31ff.

⁴⁴ Vgl. Monitoring-Konzept vom 1.9.2009, Kapitel 4.2., S. 31ff.

4.4. OFFIZINLABORATORIEN

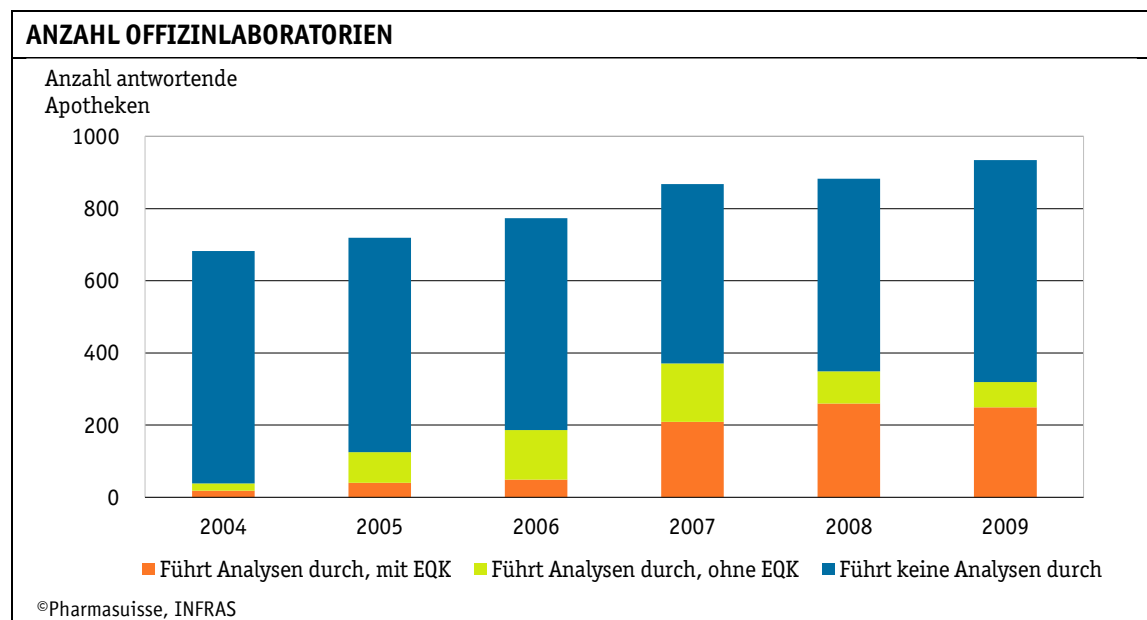
Monitoring-Frage: B2d1-d4 Strukturentwicklung Offizinlaboratorien⁴⁵

Gemäss Pharmasuisse bestanden 2008 1'721 Apotheken, gemäss Betriebs- und Unternehmensregister (BUR) waren es im 2008 1'750 Apotheken. Im April 2011 zählte das BUR rund 1'770 Apotheken.

Gemäss Betriebszählung (BZ) waren 2008 in diesem Bereich 1'701 Arbeitsstätten von 1'297 Unternehmen aktiv. Gegenüber 2005 war gemäss BZ auch bei den Apotheken ein Konzentrationsprozess zu verzeichnen: Die Zahl der Arbeitsstätten stieg um 4%, die Beschäftigten (VZÄ) um 12%, die Zahl der Unternehmen sank hingegen um 5%.

Der Verein für medizinische Qualitätskontrolle (MQ) führte zwischen 2007 und 2010 bei 227 bis 258 Offizinlaboratorien Qualitätskontrollen durch.

Die folgende Figur zeigt, dass mindestens 350 Apotheken der 1'700 Apotheken externe Qualitätskontrollen durchführen liessen (basierend auf Umfrage der Pharmasuisse, an der knapp 60% der Apotheken teilnehmen).

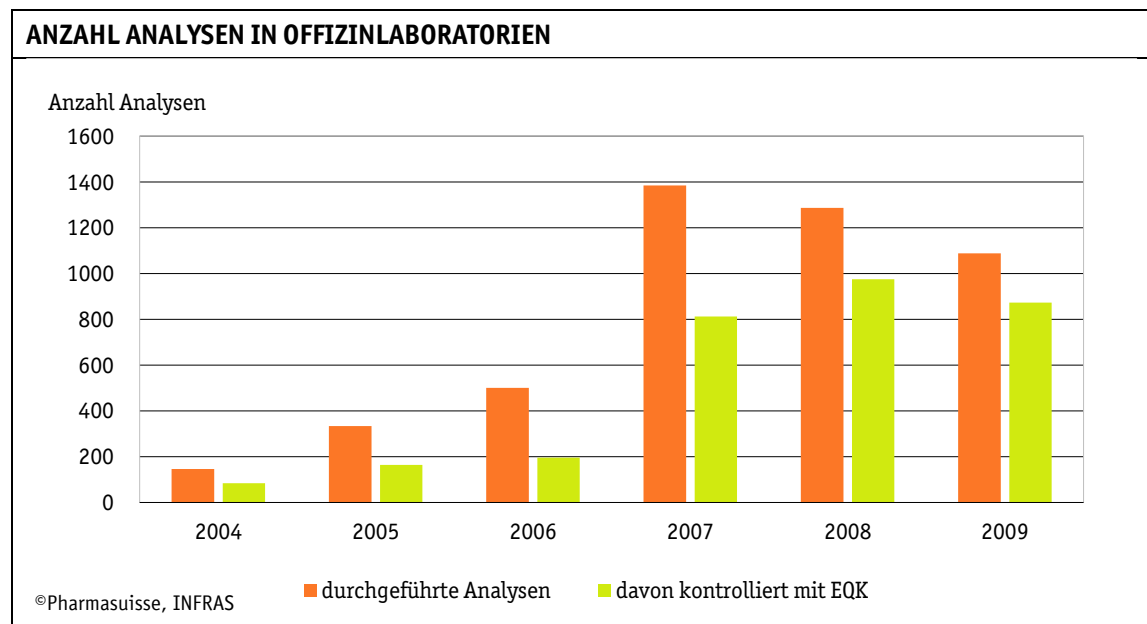


Figur 44 Quellen: Pharmasuisse, eigene Berechnungen. EQK: externe Qualitätskontrollen.

⁴⁵ Vgl. Monitoring-Konzept vom 1.9.2009, Kapitel 4.2., S. 31ff.

Die folgende Figur zeigt die Anzahl Analysen, die in den Offizinlaboratorien durchgeführt wurden.

Der Anteil der Analysen, welche in Offizinlaboratorien durchgeführt werden, die sich an externen Qualitätskontrollen beteiligen, hat sich in den letzten Jahren fortlaufend erhöht.



Figur 45 Quellen: Pharmasuisse, eigene Berechnungen. EQK: externe Qualitätskontrollen.

Gemäss Pharmasuisse werden in Offizinlaboratorien pro Jahr insgesamt nicht mehr als 100'000 CHF Umsatz durch Laboranalysen erzielt. Die in Apotheken durchgeführten Analysen umfassen primär Messungen der Glucose- und Blutfettwerte und in einzelnen Apotheken auch Drogen-screensings .

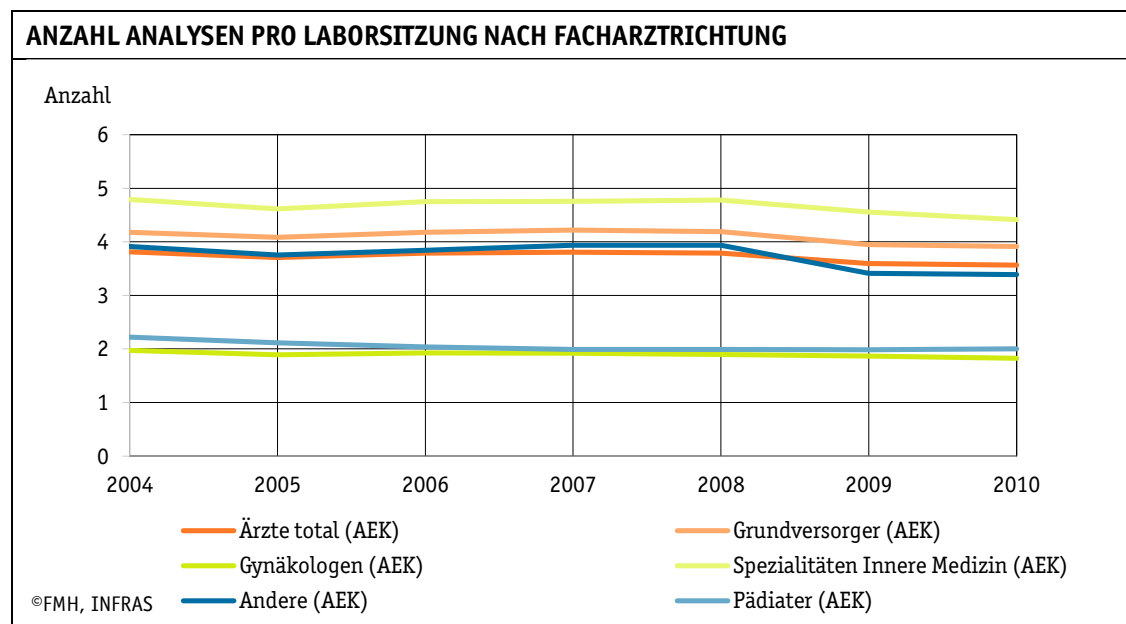
5. ARBEITSWEISE

5.1. PRAXISLABORATORIEN

Analysen pro Sitzung mit Laboranalysen

Monitoring-Frage: B3a2 Anzahl Analysen pro Sitzung⁴⁶

Die folgende Figur zeigt die Anzahl durchgeführter Analysen pro Sitzung mit Laboranalyse. Seit Einführung der neuen AL scheint sich eine sinkende Tendenz abzuzeichnen. Gemäss FMH/AEK hat diese Tendenz schon vor Einführung der neuen AL bestanden.



Figur 46 Quellen: Ärztekasse, eigene Berechnungen.

Dass die Anzahl Analysen pro Laborsitzung gesunken ist, ergibt sich dadurch, dass die Anzahl der durchgeführten Analysen etwas stärker gesunken ist als die Anzahl Laborsitzungen (-6%).

Gründe für die sinkende Anzahl Analysen pro Laborsitzung könnten aus Sicht von FMH/AEK sein:

⁴⁶ Vgl. Monitoring-Konzept vom 1.9.2009, Kapitel 4.2., S. 31ff.

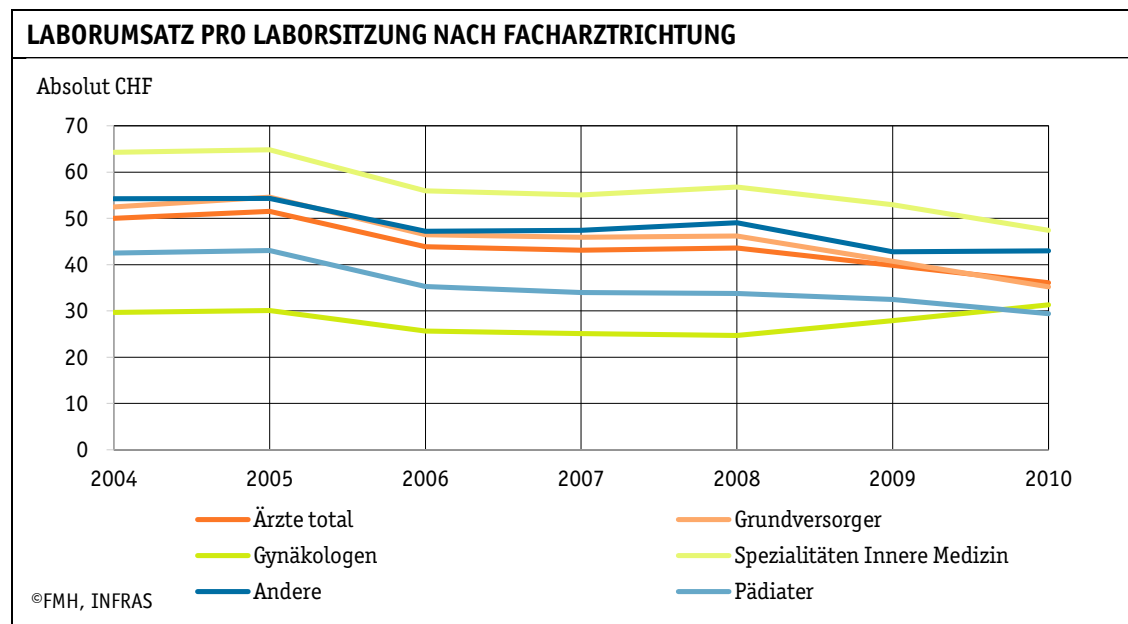
- › Infolge des medizinisch-technischen Fortschritts werden vermehrt Aufträge mit nur einer Analyse durchgeführt (z.B. CRP).
- › Für gewisse Diagnosen musste früher eine ganze Reihe von Analysen durchgeführt werden. Heute braucht es nur noch eine Analyse (z.B. Hämatogramm).
- › Zivilisationskrankheiten (z.B. Diabetes) treten immer häufiger auf. Diese benötigen z.T. nur eine Analyse (Zucker, Quick).

Von Seiten FMH/AEK wird ausserdem vermutet, dass die jüngeren, noch wenig erfahrenen Ärzte häufiger Analysen durchführen als ältere Ärzte. Die Ärztekasse wird Auswertungen der Anzahl Analysen pro Sitzung und nach Alter des Praxisinhabers erstellen.

Laborumsatz pro Sitzung mit Laboranalyse

Monitoring-Frage: Keine Frage im Konzept

Die folgende Figur zeigt den Umsatz aus Laboratorium pro Sitzung mit Laboranalyse. Bei den meisten Facharzttrichtungen ist eine sinkende Tendenz ersichtlich. Einzig bei den Gynäkologen steigt der Umsatz, weil sie wenige Analysen pro Sitzung, aber in über 50% der Sitzungen (siehe Figur 49) mindestens eine Analyse durchführen und deshalb überproportional von der neuen Präsenztaxe profitieren. Bei den übrigen Fachrichtungen kommt hingegen stärker zum Tragen, dass die Tarife für viele Analysen gesenkt wurden.

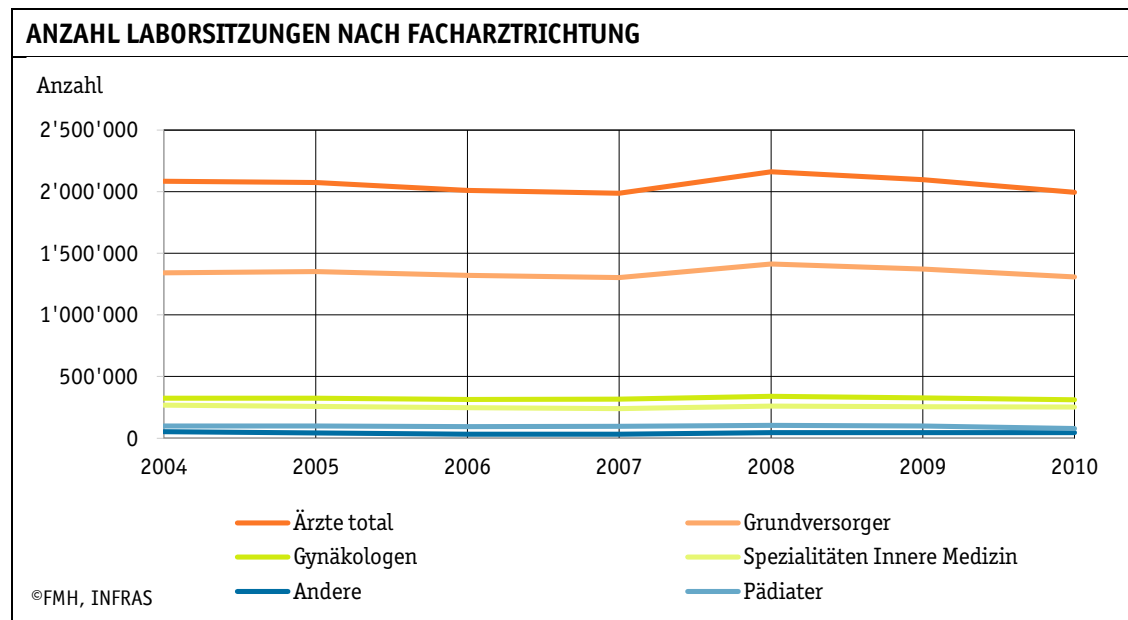


Figur 47 Quellen: Ärztekasse, eigene Berechnungen.

Anzahl Sitzungen mit Laboranalyse

Monitoring-Frage: Keine Frage im Konzept

Die folgende Figur zeigt die Zahl der Sitzungen mit Laboranalyse. Es sind keine wesentlichen Änderungen seit Einführung der neuen AL ersichtlich. Der Grund für den Anstieg im 2008 ist der Ärztekasse nicht bekannt.



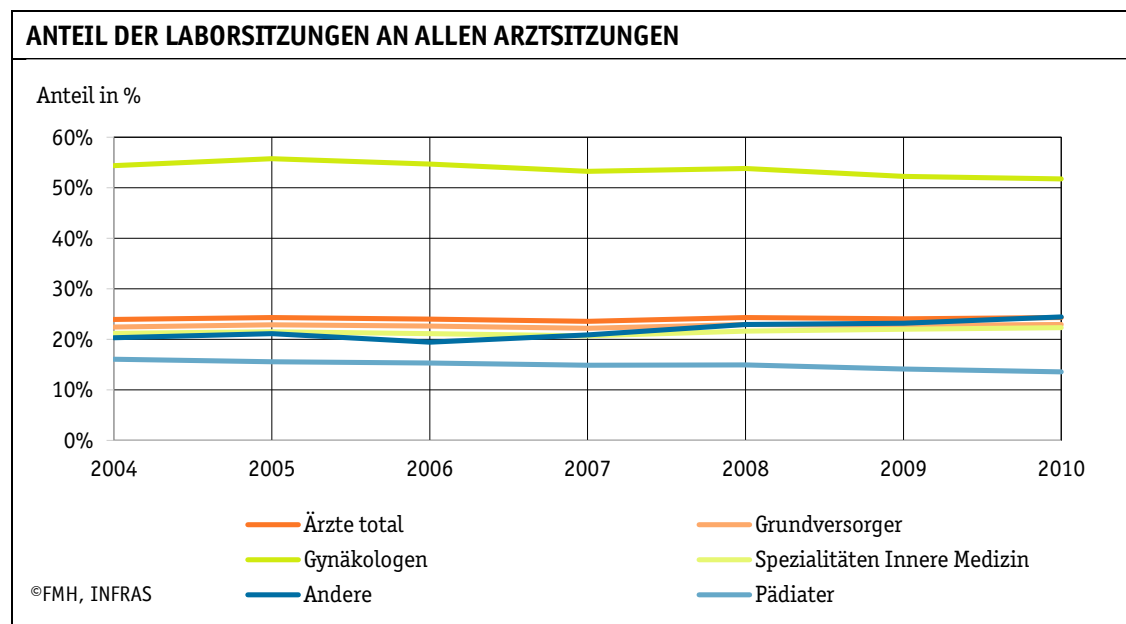
Figur 48 Quellen: Ärztekasse, eigene Berechnungen.

Anteil der Sitzungen mit Laboranalysen an allen Arztsitzungen

Monitoring-Frage: Keine Frage im Konzept

Die folgende Figur zeigt den Anteil der Sitzungen mit Laboranalysen an allen Arztsitzungen. Die Entwicklung verläuft je nach Facharzttrichtung unterschiedlich. Die Veränderungen erfolgen jedoch kontinuierlich und sind damit nicht als Reaktion auf die neue AL zu werten.

Der Anteil der Sitzungen mit Laboranalysen ist verknüpft mit der Anzahl Analysen pro Sitzung mit Laboranalysen. Falls beispielsweise viele Leistungserbringer die Analysen auf mehrere Sitzungen verteilen, um von den neuen Präsenztaxen zu profitieren, würde sich der Anteil der Sitzungen mit Laboranalysen an allen Sitzungen erhöhen. Dies ist bis jetzt nicht der Fall.



Figur 49 Quellen: Ärztekasse, eigene Berechnungen.

Qualitätsentwicklung

Monitoring-Frage: B3a1 Ergebnisse aus externen Qualitätskontrollen⁴⁷

Gemäss dem Verein für medizinische Qualitätskontrolle (MQ) ist vorerst keine Veränderung der Qualität festzustellen. Allfällige Auswirkungen des neuen Tarifs würden sich allerdings erst nach einigen Jahren zeigen.

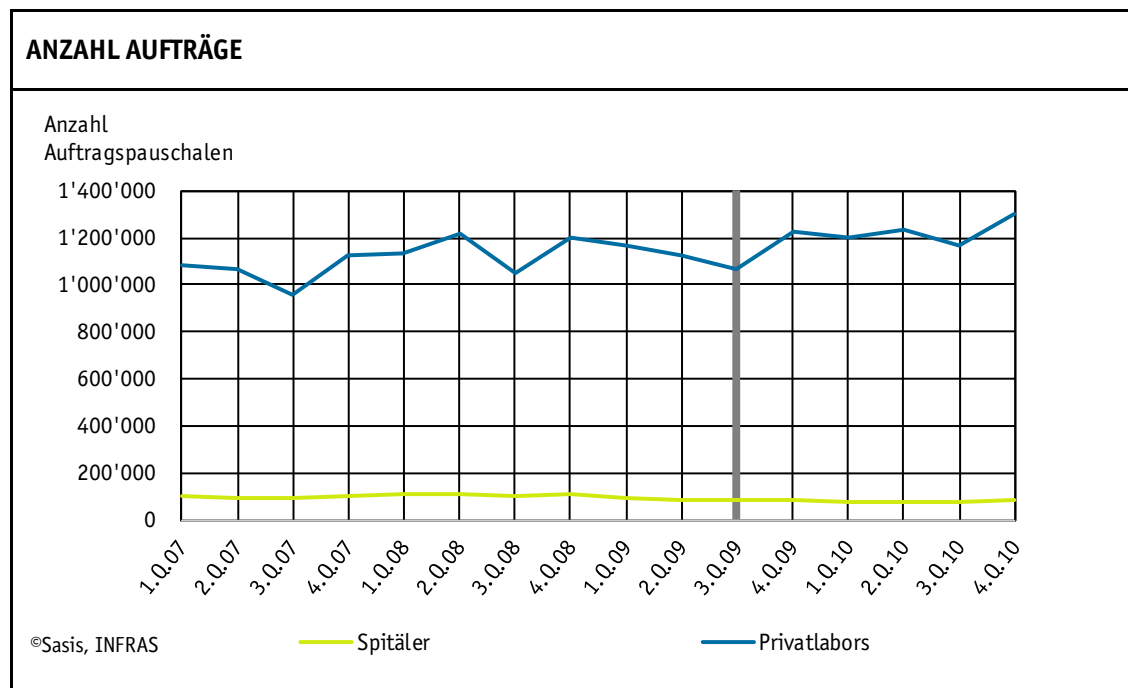
⁴⁷ Vgl. Monitoring-Konzept vom 1.9.2009, Kapitel 4.2., S. 31ff.

5.2. PRIVATLABORATORIEN

Anzahl Aufträge

Monitoring-Frage: Keine Frage im Konzept

Die folgende Figur zeigt die Zahl der durchgeführten Aufträge, welche die Laboratorien im Auftrag von Dritten durchführen auf Basis der abgerechneten Auftragspauschalen.⁴⁸ Insgesamt scheint sich ein leicht steigender Trend mit jeweils einem Einbruch im 3. Quartal abzuzeichnen.



Figur 50 Quellen: santésuisse-Tarifpool, eigene Berechnungen, hochgerechnete Werte.

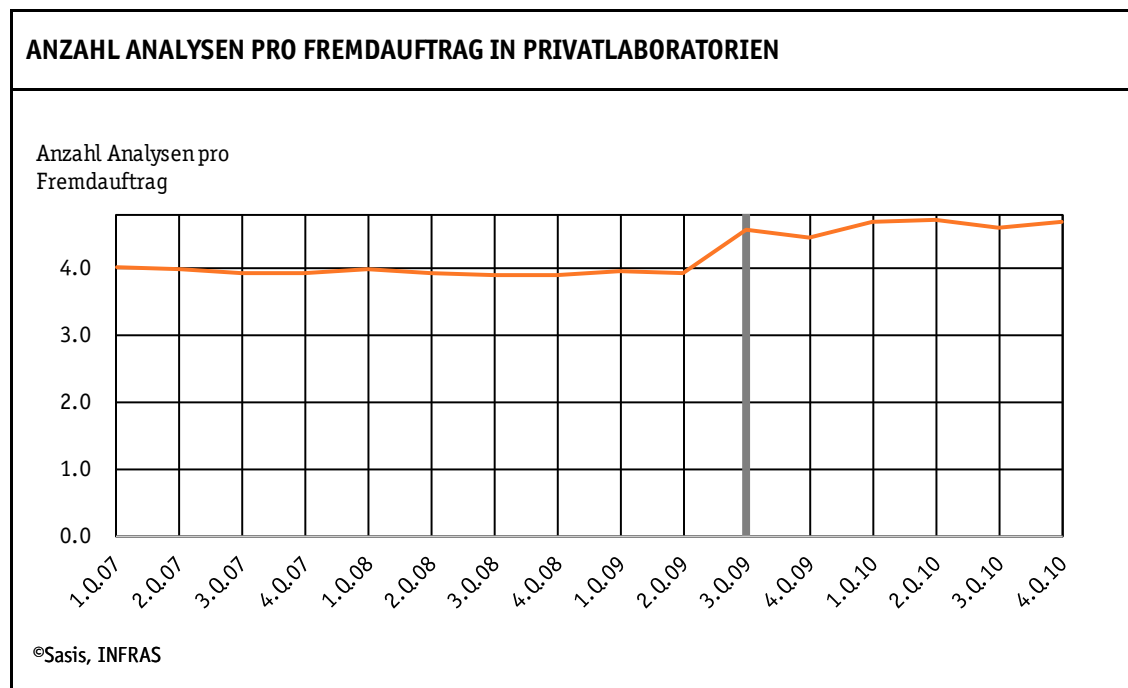
⁴⁸ In Privatlaboratorien werden in diesem Verständnis also ausschliesslich Fremdaufträge durchgeführt, weil ein Privatlaboratorium sich selbst keinen Auftrag erteilen kann.

Analysen pro Auftrag

Monitoring-Frage: Keine Frage im Konzept

Die folgende Figur zeigt die Anzahl Analysen, welche durchschnittlich pro Fremdauftrag in Privatlaboratorien durchgeführt wird. Es zeigt sich ein deutlicher Anstieg seit der Einführung der neuen AL. Mögliche Gründe dafür könnten sein:

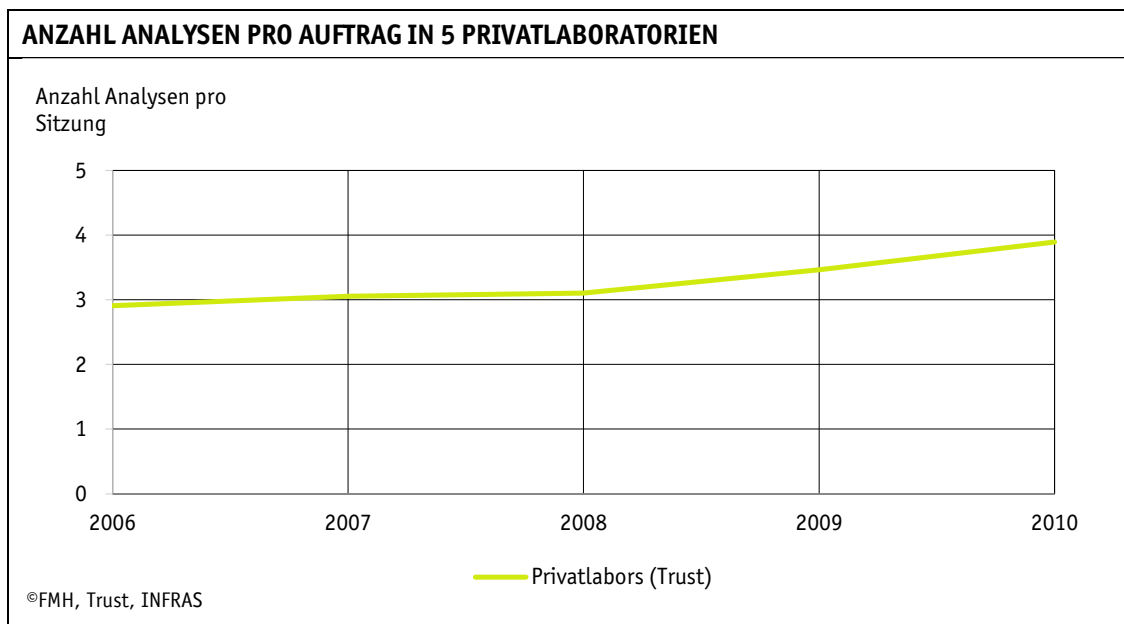
- › Veränderungen der Tarifstruktur, u.a. in der Humangenetik, Aufhebung der 600er-Tarife⁴⁹.
- › Ärzte geben zusätzliche Analysen in Auftrag.



Figur 51 Quellen: santésuisse-Tarifpool, eigene Berechnungen, nicht hochgerechnete Werte.

⁴⁹ Siehe Kapitel 1.3.1, Seite 23 .

Die folgende Figur zeigt die Entwicklung der Anzahl Analysen pro Laborsitzung basierend auf den Trustcenter-Daten bei den 5 Privatlaboratorien, welche durchgängig Daten von 2006 bis 2010 an das Trustcenter geliefert haben. Sie zeigt wie die Daten von FMH/AEK, dass die Anzahl Analysen pro Auftrag zwischen 2008 und 2010 steigt.



Figur 52 Quellen: FAMH/Trustcenter.

Qualitätsentwicklung

Monitoring-Frage: B3b1/b2 externe und interne Qualitätskontrollen, B3b3 Dauer zwischen Auftragsannahme und -ausführung⁵⁰

Gemäss dem Verein für medizinische Qualitätskontrolle (MQ) hat sich die Qualität bis anhin nicht verändert. Allfällige Auswirkungen des Tarifwechsels würden erst über Jahre sichtbar.

⁵⁰ Vgl. Monitoring-Konzept vom 1.9.2009, Kapitel 4.2., S. 31ff.

5.3. SPITALLABORATORIEN

Ambulanter vs. stationärer Sektor

Monitoring-Frage: B3c4 Anzahl Analysen im ambulanten und stationären Bereich⁵¹

Siehe Abschnitt 3.2, Seite 39.

Qualitätsentwicklung

Monitoring-Frage: B3c1/c2 externe und interne Qualitätskontrollen⁵²

Gemäss dem Verein für medizinische Qualitätskontrolle (MQ) ist vorerst keine Veränderung der Qualität festzustellen. Allfällige Auswirkungen des neuen Tarifs würden sich allerdings erst nach einigen Jahren zeigen.

5.4. OFFIZINLABORATORIEN

Monitoring-Frage: B3d1 Ergebnisse aus externen Qualitätskontrollen⁵³

Gemäss dem Verein für medizinische Qualitätskontrolle (MQ) ist vorerst keine Veränderung der Qualität festzustellen. Allfällige Auswirkungen des neuen Tarifs würden sich allerdings erst nach einigen Jahren zeigen.

51 Vgl. Monitoring-Konzept vom 1.9.2009, Kapitel 4.2., S. 31ff.

52 Vgl. Monitoring-Konzept vom 1.9.2009, Kapitel 4.2., S. 31ff.

53 Vgl. Monitoring-Konzept vom 1.9.2009, Kapitel 4.2., S. 31ff.

6. WEITERREICHENDE WIRKUNGEN

6.1. GESUNDHEITSKOSTEN

Monitoring-Frage: C1a Entwicklung Laborkosten und KV-Gesamtkosten⁵⁴

Entwicklung der Laborkosten und der Gesamtkosten der obligatorischen Krankenversicherung

Die folgende Tabelle zeigt die Bruttokosten (OKP) pro versicherte Person nach Kostengruppe für das jeweils 1. Halbjahr 2009 und 2010 sowie die neuesten verfügbare Zahlen von Januar bis September 2011. Die Angaben sind dem BAG-Kostenmonitoring entnommen.⁵⁵ Praxislaboratorien haben an Bedeutung verloren, während Privatlaboratorien ihren Anteil erhöhen konnten. Der Grund dafür ist, dass die Kosten pro versicherte Person im Praxislaboratorium zumindest im 2010 deutlich sanken, während die Kosten in allen anderen Bereichen anstiegen.⁵⁶

ANTEILE DER KOSTEN LABORATORIUM UND ANDERER KOSTENGRUPPEN AN DEN GESAMTKOSTEN DER OKP PRO VERSICHERTE			
Kostengruppe	Anteil an Gesamtkosten OKP im 1. Halbjahr 2009	Anteil an Gesamtkosten OKP im 1. Halbjahr 2010	Anteil an Gesamtkosten OKP Jan.-Sep. 2011
Privatlaboratorien	2.2%	2.2%	2.3%
Praxislaboratorien	2.0%	1.5%	1.5%
Ärzte Behandlungen (ohne Laboratorium)	21.1%	20.9%	21.4%
Medikamente (Arzt)	7.0%	6.8%	6.4%
Medikamente (Apotheken)	13.6%	13.4%	12.8%
Spital ambulant	15.3%	16.2%	16.8%
Spital stationär	23.3%	23.2%	22.4%
Pflegeheime	7.7%	7.7%	7.1%
Physiotherapie	2.4%	2.4%	2.5%
Spitex	2.2%	2.3%	2.2%
Übrige	3.3%	3.3%	4.6%
Total	100.0%	100.0%	100%

Tabelle 17 Quellen: BAG.

⁵⁴ Vgl. Monitoring-Konzept vom 1.9.2009, Kapitel 4.2., S. 31ff.

⁵⁵ Quelle: BAG-Kostenmonitoring KVG, auf Basis Datenpool (Abrechnungsdatum).

⁵⁶ In der Zeit von Januar bis September 2010 gingen die Kosten pro versicherte Person für Praxislaboratorien um 16% zurück. Die Kosten für Privatlaboratorien stiegen in dieser Zeit überdurchschnittlich um 2.9% im Vergleich zu den Gesamtkosten, die um 2.6% gestiegen sind.

Um die Kostenfolgen der Tarifänderung beurteilen zu können, sind einerseits die Auswirkungen auf die Laborkosten, die Gesamtkosten der OKP sowie weitere volkswirtschaftliche Kosten zu berücksichtigen:

Die unmittelbare Folge der Tarifänderung ist, dass die Laborkosten sinken, weil die Tarife über alles gesehen reduziert wurden. Hieraus ist auch ein dämpfender Effekt auf die Gesamtkosten der OKP zu erwarten.

Werden Reaktionsmöglichkeiten der Akteure miteinbezogen, ergeben sich folgende Auswirkungen auf die Kosten:

- › Ein Arzt kann entscheiden, dass er aufgrund der Tarifänderung eine Analyse nicht mehr durchführt. Dieser Fall ist eher unwahrscheinlich, gegeben, dass Analysen grundsätzlich aufgrund medizinischer Notwendigkeiten veranlasst werden. Entsprechend sind auch keine Kostenfolgen zu erwarten.
- › Ein Arzt kann sodann entscheiden, dass er aufgrund der Tarifänderung eine Analyse extern vergibt, weil ihre Durchführung im Praxislaboratorium nicht mehr wirtschaftlich ist. Gemäss Helsana werden, wenn ein Arzt eine Analyse intern durchführt, in 90% aller Fälle auch gleich externe Analysen in Auftrag gegeben werden. Falls also eine neu extern vergebene Analyse im Rahmen weiterer extern vergebener Analysen durchgeführt wird, wären die OKP-Kosten tiefer, weil die Präsenztaxe wegfallen würde.

Aufgrund von Gesprächen mit Akteuren gehen wir davon aus, dass die externe Vergabe von Analysen in der Regel keine Folgesetzung und damit Mehrkosten verursacht hat. Aus den Datenanalysen schliessen wir ausserdem, dass die Ärzte nicht versucht haben, die Umsatzeinbusen bei den Laboranalysen durch Mengenausweitungen bei anderen Leistungen (TARMED) zu kompensieren. Die Entwicklung der Ärzte mit Laboratorien könnte aber darauf hindeuten, dass die Labortätigkeit bei Ärzten sinkt und damit auch der Beruf des Grundversorgers an Attraktivität einbüsst. Dies könnte wiederum zu einer schlechteren medizinischen Grundversorgung in Randregionen führen, was schliesslich zu volkswirtschaftlichen Mehrkosten führen würde. Eher kostendämpfend dürfte der Umstand wirken, dass der Umsatzrückgang den Druck auf Ärzte erhöhen könnte, sich zusammenzuschliessen. Dadurch können Effizienzverbesserungen erzielt und die Gesundheitskosten als Ganzes gedämpft werden.

- › Eine längerfristige Entwicklung wäre, dass Praxislaboratorien ganz aufgegeben oder bei neuen Praxen schon gar nicht mehr eingebaut würden. Dies könnte dazu führen, dass Patienten vermehrt in Notfallstationen geschickt würden, weil der Arzt die notwendigen Analysen nicht mehr durchführen kann. Als Folge könnten höhere Kosten entstehen, da in Notfallstationen in der Regel umfangreichere Abklärungen durchgeführt werden.

6.2. AUSWIRKUNGEN AUF VERSORGUNGS- UND ANALYSEQUALITÄT

Monitoring-Frage: C2a Auswirkungen auf die Versorgungsqualität⁵⁷

Neben den finanziellen Folgen kann die neue AL auch Auswirkungen auf die Behandlungs- und Versorgungsqualität haben. Dabei sind folgende Wirkungsmechanismen denkbar:

- › Eine Analyse wird nicht mehr durchgeführt: In diesem Fall würde die Diagnose weniger genau ausfallen, eine suboptimale Behandlung/Therapie wäre die Folge sein. In Anbetracht der insgesamt immer noch steigenden Analysenzahl und aufgrund von Interviewaussagen gehen wir davon aus, dass medizinisch notwendige Analysen weiterhin durchgeführt werden. Die Auswirkungen auf die Behandlungsqualität dürften also gering sein.
- › Analysen werden extern durchgeführt: In diesem Fall wäre es denkbar, dass Patienten nochmals aufgeboten werden müssten, damit der Arzt das Laborergebnis mitteilen kann. Dadurch würde sich auch die optimale Behandlung verzögern. Auf der anderen Seite wird die Qualität von Privatlaboratorien besser eingeschätzt. Von Seiten Ärzteschaft wird allerdings der therapeutische Mehrwert dieser Qualität als gering eingeschätzt. Dadurch ergibt sich ein Trade off zwischen rascher Verfügbarkeit und Qualität auf. Gemäss Interviewaussagen der Akteure sind Folgesitzungen selten. Dass vermehrt Mehrfachkonsultationen durchgeführt würden, lasse sich gemäss FMH/AEK nicht bestätigen. Vielmehr habe sich die Praxis etabliert, dass PatientInnen telefonisch kontaktiert würden. Auch von Seiten der Qualitätskontrollen sind bisher keine grösseren Veränderungen feststellbar.

⁵⁷ Vgl. Monitoring-Konzept vom 1.9.2009, Kapitel 4.2., S. 31ff.

ANNEX

METHODEN UND DATENQUELLEN AUFGESCHLÜSSELT NACH MONITORING-FRAGEN

Im folgenden Tabellenraster werden die Monitoring-Fragen in Bezug gesetzt zu den Datenquellen und Methoden, die zu ihrer Beantwortung verwendet werden. Zudem werden spezifische Merkmale der Datenquelle aufgeführt, die sich im Zusammenhang mit deren Nutzung für das Monitoring ergeben (Periodizität der Datenauswertung, Verfügbarkeit der Daten, Abdeckungsgrad der Daten, Vorhandensein von Daten aus der Vergangenheit zur Erstellung einer Baseline).

FRAGESTELLUNGEN A UMSETZUNG UND FUNKTIONALITÄT DES TARIFS		
Monitoring-Frage	Datenquelle/Methodik	Merkmale
1. Korrektheit, Modifikationen und Dokumentation des Tarifs		
a. Anzahl Fehlermeldungen b. Anzahl von Anträgen neue Tarifpositionen c. Anzahl von Tarifkorrekturen d. Dokumentation der AL e. Anzahl der Nachfragen f. Bearbeitungsdauer seitens BAG	Qualitative und quantitative Auswertung der vom BAG eingerichteten Helpline	Periodizität: quartalsweise Verfügbarkeit: Die Helpline wurde am 1.7.2009 in Betrieb genommen Baseline: nicht vorhanden
f. Zurückweisung von Abrechnungen g. Zahlungsverhalten der Patienten	Auswertung von Daten von Versicherungen Auswertung von Daten der Ärztekasse und anderen Abrechnungsstellen bzw. grösseren Laboratorien	Periodizität: jährlich Abdeckung: Stichprobe, kleiner als 100% Baseline: wurde 1–2 Jahre rückwirkend erstellt werden

FRAGESTELLUNGEN B FINANZIELLE AUSWIRKUNGEN DER AL, REAKTIONEN DER AKTEURE		
Monitoring-Frage	Datenquelle/Methodik	Merkmale
1. Mengenentwicklung und -verteilung von Laboranalysen		
a. Mengen und Umsätze insgesamt (Behandlungsdatum)	Quantitative Auswertung aggregierter Abrechnungsdaten aus santésuisse Tarifpool (alle Auswertungen, nur ambulanter Bereich), santésuisse Datenpool (Leistungserbringer ohne Spitäler) und Ärztekasse/NewIndex (Leistungserbringer nur Ärzte, Facharztgebiete), Vergleich und Plausibilisierung der Daten.	Periodizität: quartalsweise Abdeckung: 50–60% (Tarifpool), 92% (Datenpool), 40–50% (Ärztekasse) Verfügbarkeit: Für die zuverlässige Angabe von Volumina beträgt die Verzögerung zwischen Behandlungsdatum und Erscheinen in der Statistik mindestens 6 Monate Baseline: Tarifpooldaten bereits vorhanden für 2006/07/08, Datenpool möglich >5 Jahre rückwirkend, Auswertungen der Ärztekasse >5 Jahre rückwirkend möglich
b1. Auswertung nach Analysenart		
b2. Auswertung nach Leistungserbringer		
b3. Auswertung nach Facharztgebiet		
b4. Auswertung nach Laborfachgebiet		
b5. Auswertung nach Spitalabortyp		

Monitoring-Frage	Datenquelle/Methodik	Merkmale
2. Strukturentwicklung Laborlandschaft Schweiz		
a. Strukturentwicklung Praxislaboratorien		
a1. Anzahl Arztpraxen mit/ohne Laboratorium, Auswertung nach Facharztgebiet	Quantitative Auswertung der Statistiken der Ärztekasse/New Index, Vergleich mit Unternehmensregister BFS	Periodizität: jährlich Abdeckung: 100% (BFS), 40-50% (FMH) Verfügbarkeit: Anfang April Folgejahr (BFS), ein bis zwei Monate nach Jahresabschluss (QZ/FMH)
a2. Anzahl Beschäftigte und Lehrstellen, Auswertung insgesamt und pro Praxis	Auswertung der Erhebungen der Ärztekasse/FMH (Beschäftigte, Lernende), Vergleich mit BFS Erhebung der Berufslernenden (Lernende)	Baseline: Auswertungen der Ärztekasse >5 Jahre rückwirkend möglich, BFS-Daten bereits vorhanden für 2003-08 (Beschäftigte)/2004-08 (Lernende)
a3. Anzahl Analysen (total, distinkte Positionen) pro Laboratorium, Häufigkeitsanalyse, Auswertung nach Facharztgebiet	Quantitative Auswertung von Leistungsdaten der Ärztekasse/NewIndex, Vergleich mit santésuisse Tarifpool.	Periodizität: jährlich Abdeckung: 40-50%
a4. Umsatzveränderungen von Praxislaboratorien (Strukturveränderungen)		Verfügbarkeit: Angabe von Volumina nach 6 Monaten
a5. Umsatzveränderungen von Arztpraxen über alle Leistungsarten hinweg,		Baseline: Auswertungen der Ärztekasse >5 Jahre rückwirkend möglich
b. Strukturentwicklung Privatlaboratorien		
b1. Anzahl Laboratorien (standortbezogen), Neueröffnungen/Schliessungen/Fusionen/Übernahmen, Auswertung nach Fachbereich	Auswertung der Erhebungen von QZ/ Qualitätskontrollzentren und evtl. FAMH, Vergleich mit Unternehmensregister BFS	Periodizität: jährlich Abdeckung: 100% (BFS), weniger als 100% (QZ, FAMH) Verfügbarkeit: einige Monate nach Jahresabschluss Baseline: Auswertungen z.T. einige Jahre rückwirkend möglich
b2. Anzahl Beschäftigte und Studierende, Auswertung insgesamt und pro Laboratorium	Auswertungen der Erhebungen der FAMH (Beschäftigte, Praktikanten) und von labmed (Studierende)	Periodizität: jährlich Abdeckung: unklar, evtl. über 50% (Beschäftigte), 100% (Studierende) Verfügbarkeit: muss abgeklärt werden (Beschäftigte), ein bis zwei Monate nach Jahresabschluss (Studierende) Baseline: kaum verfügbar (Beschäftigte), aus Daten von Schulen verfügbar (Studierende)
b3. Anzahl Analysen (total, distinkte Positionen) pro Laboratorium, Auswertung nach Fachbereich	Auswertung von Primärerhebung einzelner Betriebe in Zusammenarbeit mit/durch FAMH, Vergleich mit santésuisse Tarifpool	Periodizität: jährlich Abdeckung: weniger als 100% (FAMH)
b4. Umsatzveränderungen von Privatlaboratorien (Strukturveränderungen)		Verfügbarkeit: einige Monate nach Jahresabschluss Baseline: Auswertungen prinzipiell einige Jahre rückwirkend möglich

Monitoring-Frage	Datenquelle/Methodik	Merkmale
c. Strukturentwicklung Spitallaboratorien		
c1. Anzahl Spitallaboratorien, nach Spitallabortyp und Fachgebiet	Auswertung der Erhebungen von QZ/ Qualitätskontrollzentren Vergleich mit Krankenhausstatistik von H+ , Unternehmensregister BFS	Periodizität: jährlich Abdeckung: 100% (BFS), weniger als 100% (QZ) Verfügbarkeit: einige Monate nach Jahresabschluss Baseline: vorhanden seit 2003 (BFS)
c2. Anzahl Beschäftigte und Studierende	Auswertung von Primärerhebungen einzelner Spitäler in Zusammenarbeit mit Kantonen/H+, Vergleich mit santésuisse Tarifpool	Periodizität: jährlich Abdeckung: gering Verfügbarkeit: je nach Spital unterschiedlich Baseline: je nach Spital unterschiedlich
c3. Anzahl Analysen (total, distinkte Positionen) pro Laboratorium		
c4. Umsatzveränderungen von Spitallaboratorien		
d. Strukturentwicklung Offizinlaboratorien		
d1. Anzahl Apotheken mit/ohne Laboratorium	Auswertung der Erhebungen von pharmaSuisse, Vergleich mit Unternehmensregister BFS	Periodizität: jährlich Abdeckung: ca. 50% (Laborstudie), gegen 100% (Apothekenlisten, Rollende Kostenstudie) Verfügbarkeit: Zahlen zum Vorjahr sind erst in der zweiten Jahreshälfte verfügbar (Laborstudie), Zeitspanne zwischen Leistungsbezug und Erscheinen in Statistik beträgt ca. 2 Monate (MedicPool).
d2. Anzahl Beschäftigte und Lehrstellen, Auswertung insgesamt und pro Apotheke, nach Beschäftigungsgrad	Auswertungen der rollenden Kostenstudie von pharmaSuisse	
d3. Anzahl Analysen (total, distinkte Positionen) pro Laboratorium, Häufigkeitsanalyse, Auswertung nach Facharztgebiet und Eigen-/Fremdauftrag	Quantitative Auswertung aus der jährlichen Laborstudie von pharmaSuisse	
d4. Umsatzveränderungen von Apotheken über alle Leistungsarten, Auswertung insgesamt und nach Kantonen	Quantitative Auswertungen aus MedicPool	

Monitoring-Frage	Datenquelle/Methodik	Merkmale
3. Arbeitsweise und indirekte Kosten		
a. Veränderungen in der Arbeitsweise von Arztpraxen/Praxislaboratorien		
a1. Ergebnisse aus externen Qualitätskontrollen	Quantitative Auswertung der Daten aus den Qualitätskontrollen, Häufigkeiten und Durchschnittswerte	Periodizität: jährlich Verfügbarkeit: gemäss MQ Verein für medizinische Qualitätskontrolle Abdeckung: 100% der Laboratorien Baseline: Auswertung sollten rückwirkend möglich sein
a2. Anzahl durchgeführter Analysen pro Sitzung und Sitzung mit Laboratorium, Auswertung nach Facharztgebiet	Quantitative Detailauswertung von Leistungsdaten der Ärztekasse/NewIndex, Kombination von AL- und TARMED-Leistungen sowie Medikamentenabgabe	Periodizität: jährlich Verfügbarkeit: ein bis zwei Monate nach Jahresabschluss (Ärztekasse) Abdeckung: 40–50% der Ärzte Baseline: Auswertungen können rückwirkend bis 2004 vorgenommen werden
a3. Relativer Anteil von Laborleistungen und Verrechnung zusätzlicher Arztleistungen		
a4. Entwicklung der Patientenzahlen für Praxen in Abhängigkeit von Labortätigkeiten der Praxis	Quantitative Auswertung der Daten der Ärztekasse/NewIndex	Periodizität: jährlich Verfügbarkeit: ein bis zwei Monate nach Jahresabschluss (Ärztekasse) Abdeckung: 40–50% der Ärzte
b. Änderungen in der Arbeitsweise von Privatlaboratorien		
b1. Ergebnisse aus externen Qualitätskontrollen	Quantitative Auswertung der Qualitätskontrolldaten, Häufigkeiten und Durchschnittswerte	Periodizität: jährlich Verfügbarkeit: gemäss MQ Verein für medizinische Qualitätskontrolle Abdeckung: 100% der Laboratorien Baseline: Auswertung sollten rückwirkend möglich sein
b2. Anzahl Laboratorien mit internen Qualitätskontrollen	Auswertung der Erhebungen der Akkreditierungsstelle SAS	Periodizität: jährlich Verfügbarkeit: nach Jahresabschluss mit kurzer Bearbeitungszeit Abdeckung: 100% der akkreditierten Laboratorien Baseline: Auswertungen rückwirkend 5 Jahre möglich
b3. Dauer zwischen Auftragsannahme und Auftragsausführung	Falls sinnvoll: Quantitative Auswertung der Rechnungsdaten der Ärztekasse	Periodizität: jährlich Verfügbarkeit: ein bis zwei Monate nach Jahresabschluss (Ärztekasse) Abdeckung: 40–50% der Ärzte Baseline: Auswertungen können rückwirkend bis 2004 vorgenommen werden

c. Änderungen in der Arbeitsweise von Spitälern/Spitallaboratorien		
c1. Ergebnisse aus externen Qualitätskontrollen	Quantitative Auswertung der Qualitätskontroll- daten, Häufigkeiten und Durchschnittswerte	Periodizität: jährlich Verfügbarkeit: muss mit QZ abgeklärt werden Abdeckung: 100% der Laboratorien Baseline: Auswertung sollten rückwirkend möglich sein
c2. Anzahl Laboratorien mit internen Qualitätskontrollen	Auswertung der Erhebungen der Akkreditie- rungsstelle SAS	Periodizität: jährlich Verfügbarkeit: ein bis zwei Monate nach Jahresabschluss Abdeckung: 100% der akkreditierten Laboratorien Baseline: Auswertungen rückwirkend 5 Jahre möglich
c3. Anzahl durchgeführter Analysen pro Konsultation	Auswertung von Primärerhebungen einzelner Spitäler	Periodizität: jährlich Abdeckung: gering Verfügbarkeit: je nach Spital unterschiedlich Baseline: je nach Spital unterschiedlich
c4. Anzahl Analysen in ambulantem und stationärem Bereich		
d. Änderungen in der Arbeitsweise von Apotheken/Offizinlaboratorien		
d1. Ergebnisse aus externen Qualitätskontrollen	Quantitative Auswertung der Qualitätskontroll- daten, Häufigkeiten und Durchschnittswerte	Periodizität: jährlich Verfügbarkeit: MQ Verein für medizinische Qualitätskontrolle Abdeckung: 100% der Laboratorien Baseline: Auswertung sollten rückwirkend möglich sein

FRAGESTELLUNGEN C WEITERREICHENDE WIRKUNGEN		
Monitoring-Frage	Datenquelle/Methodik	Merkmale
1. Gesundheitskosten und Versorgungsqualität		
a. Wie entwickeln sich die Laborkosten und die KV-Gesamtkosten?	Quantitative Synthesestatistik BAG. Zur Interpretation dieser Daten müssen die Auswertungen des Frageblocks B (Mengen und Umsätze, Strukturentwicklung, Arbeitsweise) herangezogen werden	BAG: Periodizität: jährlich Verfügbarkeit: jeweils 6 Monate nach Jahresabschluss publik Baseline: vorhanden für letzte 5 Jahre santésuisse: Periodizität: monatlich Verfügbarkeit: jeweils 6 Monate nach Jahresabschluss Baseline: sollte vorhanden sein
b. Wie sind Kosten aus einer volkswirtschaftlichen Sicht zu beurteilen?		
2. Versorgungsqualität		
a. Wie wirkt sich die AL auf die Versorgungsqualität aus?	Qualitative Beurteilung aufgrund von verschiedenen Indikatoren (interne Qualitätskontrollen, Mengenverlagerungen, Wartezeiten, Mehrfachbesuche u.a.)	Synthese aus verschiedenen Quellen Ergänzt durch vereinzelte qualitative Interviews bei Akteuren
3. Bemessungsgrundlagen (nicht Teil dieses Monitorings, müssen in separater Studie geklärt werden)		
a. Verändern sich die Eckwerte des Berechnungsmodells?	Vergleich von Daten BAG mit Daten aus bestehenden oder auszubauenden Studien (FAMH, Rollende Kostenstudie FMH, Praxislabostudie, H+)	Laufende Beobachtung macht wenig Sinn. Besser im Rahmen einer Gesamtüberprüfung zu einem zu bestimmenden Zeitpunkt.
b. Sind die Tarife betriebswirtschaftlich Sachgerecht?		

Tabelle 18

SPITALUMFRAGE

Um die bisherigen Resultate des Monitorings AL basierend auf santésuisse-Daten zu plausibilisieren und um weitere Daten von Spitallaboratorien einzuholen, haben wir Ende April/Anfang Mai 2011 eine online-Umfrage bei den Spitallaboratorien durchgeführt. Damit sollte den Spitälern Gelegenheit gegeben werden, zu den Resultaten des Monitorings Stellung zu nehmen und auf auffällige Entwicklungen seit dem Tarifwechsel hinzuweisen.

Für die Befragung angeschrieben wurden rund 200 Spitäler. 51 Spitäler haben die Umfrage ausgefüllt. Die Spitäler konnten den Fragebogen auf Deutsch oder auf Französisch ausfüllen.

Die wichtigsten Ergebnisse sind im Abschnitt 3.8 zusammengefasst.

Fragen der Spitalumfrage

1. Anzahl und Umsatz mit Laboranalysen aus dem ambulanten Bereich

Wie haben sich die Anzahl Analysen⁵⁸ und der Umsatz⁵⁹ mit Analysen aus dem **ambulanten** Bereich in Ihrem Laboratorium im Jahr **2010** im Vergleich zum Jahr **2008** entwickelt?

2. Anzahl Analysen nach Analyseart

Hat Ihr Laboratorium nach der Einführung der neuen Analysenliste spürbar mehr oder weniger Analysen aus dem **ambulanten** Spitalbereich in den verschiedenen Analysearten durchgeführt?

3. Anzahl Analysen nach Analysenart

3.1 Gibt es bestimmte Analysen aus der neuen Analysenliste, die Ihr Laboratorium seit der Einführung der revidierten Analysenliste nicht mehr oder deutlich weniger häufig durchführt?

Wenn ja, geben Sie bitte deren Positionsnummern gemäss Analysenliste an:

3.2 Gibt es bestimmte Analysen, die es vor der Einführung der neuen Analysenliste schon gab und die Ihr Laboratorium seit der Einführung der neuen Analysenliste deutlich häufiger durchführt? Wenn ja, geben Sie bitte deren Positionsnummern gemäss Analysenliste an:

⁵⁸ Anzahl Analysen: ohne allg. Positionen wie Taxen und Zuschläge, aber inkl. Analysen, die im Auftrag von Dritten (andere Spitallaboratorien, Arztpraxen) durchgeführt werden.

⁵⁹ Umsatz: inkl. Umsatz aus allgemeinen Positionen und inkl. Umsatz aus Analysen, die im Auftrag von Dritten (Fremdaufträge) durchgeführt werden.

4. Aufträge an externe Labors

4.1 Vergibt Ihr Laboratorium Analysen aus dem ambulanten Spitalbereich vollständig oder teilweise an externe Labors?

- › Ja
- › Nein
- › Weiss nicht

4.2 Wenn Analysen aus dem ambulanten Spitalbereich an externe Labors vergeben werden, an wen werden diese vergeben?

- › An ein privates Laboratorium, an welchem das Spital teilweise oder vollständig beteiligt ist
- › an ein anderes Spitallabor
- › an ein anderes privates Laboratorium, an dem das Spital nicht beteiligt ist
- › Weiss nicht

4.3 Falls Aufträge an externe Labors vergeben werden:

Wie haben sich die **Anzahl Analysen** und der **Umsatz** mit Analysen aus dem **ambulanten** Spitalbereich, die an externe Labors vergeben werden, seit der Einführung der neuen Analysenliste verändert?

4.4 Bei welchen Analysearten und in welchem Ausmass hat sich die **Anzahl Analysen** aus dem **ambulanten** Spitalbereich, die an externe Labors vergeben werden, verändert?

5. Aufträge von extern

5.1 Führt Ihr Laboratorium Analysen im Auftrag von Dritten (andere Spitallaboratorien, Arztpraxen) durch?

- › Ja
- › Nein
- › Weiss nicht

5.2 Wie haben sich die **Anzahl Analysen** und der **Umsatz**, die Ihr Laboratorium im Auftrag von Dritten (andere Spitallaboratorien, Arztpraxen) durchführt, seit der Einführung der neuen AL verändert?

5.3 Bei welchen Analysearten und in welchem Ausmass hat sich die **Anzahl Analysen** aus dem ambulanten Spitalbereich, die Ihr Laboratorium im Auftrag von Dritten (andere Spitallaboratorien, Arztpraxen) durchführt, verändert?

6. Organisation

Hat die Einführung der neuen AL etwas an der Organisation Ihres Labors geändert? (*Mehrfachantworten möglich*)

- › Internes Spitallabor oder Teile davon wurden geschlossen und an ein externes Laboratorium ausgelagert, an welchem das Spital beteiligt ist.
- › Internes Spitallabor oder Teile davon wurden geschlossen und an ein externes Laboratorium ausgelagert, an welchem das Spital NICHT beteiligt ist.
- › externes Laboratorium wurde neu in den Spitalbetrieb integriert
- › andere Veränderung, nämlich:...
- › Keine Veränderung
- › Bemerkungen:.....

7. Entwicklung ambulant vs. stationär

7.1 Haben seit der Einführung der neuen Analysenliste bei den Laboranalysen Verschiebungen stattgefunden zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich?

- › Ja, einige Laboranalysen, die vorher stationär durchgeführt wurden, werden jetzt ambulant durchgeführt.
- › Ja, einige Laboranalysen, die vorher ambulant durchgeführt wurden, werden jetzt stationär durchgeführt.
- › Nein, in Bezug auf Laboranalysen gab es praktisch keine Verschiebungen zwischen dem stationären und ambulanten Bereich.
- › Weiss nicht.

7.2 Falls es Verschiebungen gab:

Wie gross ist heute der Anteil der Analysen, die früher im stationären Bereich durchgeführt wurden, an allen Analysen aus dem ambulanten Bereich?

7.3 Wie gross ist ungefähr der Anteil der Analysen aus dem ambulanten Spitalbereich, die früher im stationären Bereich durchgeführt wurden?

7.4 Welche Gründe haben zu der Verlagerung geführt? (Mehrfachantworten möglich)

- › Genereller Trend von stationär zu ambulant
- › DRG-Einführung
- › Wirtschaftlichkeit der Verarbeitung von Analysen
- › Andere Gründe:....
- › Weiss nicht

GLOSSAR

AEK

Ärztelasse.

Allgemeine Position

Die AL führt Positionen als einzelne Elemente auf. Allgemeine Positionen sind diejenigen Positionen der AL, welche keiner bestimmten medizinischen Leistung entsprechen. Bei allgemeinen Positionen handelt es sich also nicht um Analysen, sondern um Zuschläge für bestimmte Leistungen oder Leistungserbringer, Pauschalen und Auftragstaxen. Allgemeine Positionen können jeweils zusammen mit Analysen verrechnet werden.

Analyse

Unter „Analyse“ verstehen wir eine einzelne medizinische Leistung, welche als Position auf der AL aufgeführt ist. Nicht unter den Begriff „Analyse“ fallen Positionen der AL, welche nicht selbst eine medizinische Leistung darstellen (d.h. allgemeine Positionen des Kapitels 4.1. der AL). Wenn wir von Analysen bzw. Anzahl Analysen sprechen, sind damit die Mengen der durchgeführten medizinischen Leistungen gemeint, im Gegensatz zur Anzahl Positionen, welche sich auf die Menge der abgerechneten Tarifpositionen (inklusive allgemeiner Positionen) bezieht.

Analyseart

Jede Analyse ist einer Analyseart zugeordnet. Die Analyseart bezieht sich darauf, wie bei der Durchführung der Analyse vorgegangen wird. Analysearten sind Corelab, Outer Corelab, Manuelle Methoden, Humangenetik und Molekularbiologie. Die Analyseart Corelab bezeichnet stark automatisiert durchführbare Analysen, Outer Corelab-Analysen sind teilautomatisiert.

Analysenliste

Die AL führt alle medizinischen Leistungen sowie dazugehörige Zuschläge, Taxen und Pauschalen auf, welche von Leistungserbringern zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgerechnet werden können. Die AL wurde per 1.7.2009 revidiert. In diesem Zusammenhang sprechen wir von „alter“ und „neuer“ AL. Die AL ist in Teillisten gegliedert. Positionen auf diesen Teillisten dürfen jeweils von einem unterschiedlichen Kreis von Leistungserbringern (abhängig vom Facharztstitel) abgerechnet werden.

Andere

Im Zusammenhang mit Facharztgruppen: alle anderen Facharztgruppen.

Anzahl Analysen

=Menge

Bruttoleistungen

= Umsatz.

Datenpool

Der Datenpool von santésuisse/Sasis erfasst die Bruttoleistungen (Umsatz) von ambulanten Leistungen für Ärzte und Privatlaboratorien.

Distinkte Analysen

Die Anzahl distinkter Analysen bezeichnet die Anzahl unterschiedlicher Analysen, welche in einem bestimmten Zeitraum bei einem Leistungserbringer durchgeführt werden. Führt ein Praxislaboratorium beispielsweise im Lauf eines Jahres vier Analysen A, drei Analysen B und eine Analyse C durch, dann ist die Anzahl distinkter Analysen in diesem Praxislaboratorium und Jahr gleich drei. Die Anzahl distinkter Analysen bezeichnet also die Breite des Analysenspektrums, d.h. des Angebots, welches ein bestimmter Leistungserbringer durchführt.

Facharztgruppen

Unter „Facharztgruppen“ verstehen wir Aggregate verschiedener Fachartrichtungen FMH. Wir verwenden die Facharztgruppen „Grundversorger“, „spezialisierte Internisten“, „Gynäkologen“, „Pädiater“ (=Kinder- und Jugendmediziner) sowie „Andere“.

FAMH

Schweizerischer Verband der Leiter Medizinisch-Analytischer Laboratorien.

FMH

Berufsverband der Schweizer Ärzteschaft und die Dachorganisation der kantonalen und fachspezifischen Ärztesellschaften.

Fremdauftrag

Analysen können entweder im eigenen Praxislaboratorium durchgeführt werden (Eigenauftrag) oder bei einem anderen Laboratorium in Auftrag gegeben werden (Fremdauftrag). Unter Fremdauftrag verstehen wir also einen Auftrag, der einem Laboratorium (primär Privatlaboratorium oder Spitallaboratorium) von einem externen Auftraggeber (primär Praxisarzt oder Spital) zufließt. Privatlaboratorien können in diesem Verständnis nur Fremdaufträge durchführen, da sie sich selbst keine Eigenaufträge erteilen können. Für einen Fremdauftrag kann pro Auftrag eine Auftragspauschale (bzw. früher eine Bearbeitungstaxe) für Auftragnehmer von externen Aufträgen verrechnet werden.

Grundversorger

Unter „Grundversorger“ verstehen wir eine Facharztgruppe, welche sich aus den Allgemeinmedizinern und den allgemeinen Internisten zusammensetzt.

Laborfachgebiet

Jede Analyse ist mit einem Suffix einem bestimmten Laborfachgebiet zugeordnet. Suffixe sind C, G, H, I und M, diese stehen für Chemie, Genetik, Hämatologie, Immunologie und Mikrobiologie.

Labortypen Spital

Spitallabortypen, wie sie im Qualitätssicherungsvertrag eingeteilt sind: Labortyp A (nur Analysen der Grundversorgung, nur Eigenbedarf), Labortyp B (Eigenbedarf: alle Analysen ausser Humangenetik, Fremdauftrag: nur Grundversorgung), Labortyp C (Eigenbedarf und Fremdauftrag: Gesamtes Analysenspektrum gemäss Weiterbildung der Laborleitung).

Menge

= Anzahl Analysen.

MPA

Medizinische PraxisassistentIn.

Pädiater

Ärzte mit Spezialisierung in der Fachrichtung Kinder- und Jugendmedizin FMH, welche pädiatrisch tätig sind, d.h. primär Kinder und Jugendliche behandeln.

Position

Eine „Position“ ist die kleinste Einheit der AL. Eine „Position“ kann eine medizinische Leistung (d.h. eine Analyse) oder eine allgemeine Position (Taxe, Zuschlag, Pauschale) sein. Jeder Position ist eine bestimmte Zahl Taxpunkte zugeordnet. Wenn wir von Positionen bzw. Anzahl Positionen sprechen, sind damit alle abgerechneten Einheiten der AL gemeint, unabhängig davon ob diese medizinische Leistungen oder allgemeine Positionen sind. Die Anzahl Positionen ist deshalb immer höher als die zugehörige Anzahl Analysen.

Praxislaboratorium

Arztpraxis mit Laborinfrastruktur.

Privatlaboratorium

Privat geführtes Laboratorium.

Qualifiziertes Laboratorium

Laboratorium mit einem Mindestumsatz für Laboranalysen.

Quartal (Q.)

Vierteljahr.

Quintil

Mit „Quintilen“ bezeichnen wir jeweils einen Fünftel aller Praxislaboratorien, geordnet nach ihrem Umsatz. Das 1. Quintil entspricht also jenem Fünftel der Laboratorien, welches am wenigsten Umsatz erwirtschaftet, usw. Das 5. Quintil entspricht demjenigen Fünftel der Laboratorien, welches am meisten Umsatz erwirtschaftet.

Santésuisse

Branchenverband der schweizerischen Krankenversicherer

Sitzung

Arztsitzung mit oder ohne Laboranalyse.

Sitzung mit Laboranalyse

Arztsitzung, bei der mindestens eine Laboranalyse durchgeführt wird.

Spezialisierte Internisten

Aggregat verschiedener Facharzttrichtungen gemäss FMH: Endokrinologie und Diabetologie, Pneumologie, Rheumatologie, Angiologie, Kardiologie, Hämatologie, Gastroenterologie, Allergologie, Onkologie, Nephrologie, Infektiologie sowie Dermatologie.

Spitallaboratorium

In Spital integriertes Laboratorium.

Tarifpool

Der Tarifpool erfasst alle ambulanten Tarifpositionen, monatlich, nach Behandlungsperiode und nach Leistungserbringer.

Umsatz

= Bruttoleistungen.

LITERATUR

Aktionskomitee AL 2009: Revidierte Analysenliste, bedrohliche Auswirkungen für alle Labors,
Pressecommuniqué, 6.März 2009

BAG 2009a: Faktenblatt, Revision der Analysenliste mit Tarif, Bundesamt für Gesundheit, Bern
2009

BAG 2009b: Revision der Analysenliste, Fakten und Hintergründe, Bundesamt für Gesundheit,
Bern 2009

BAG 2009c: BAG-Bulletin März 2009, Bundesamt für Gesundheit, Bern 2009

BFS 2006: Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens, Krankenhaustypologie,
Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2006.