



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI

Bundesamt für Gesundheit BAG

Bericht über die Ergebnisse der Anhörung zur Revision des Anhangs
3 (Analysenliste mit Tarif) der Verordnung vom 29. September 1995
über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(KLV)

3003 Bern, 6. Oktober 2009

1	Ausgangslage	3
2	Die Revision	3
2.1	Vorbereitung der Revision	3
2.2	Die Anhörung	3
3	Stellungnahmen im Einzelnen	3
3.1	Allgemeine Einschätzung des Projekts.....	4
3.2	Auswirkungen der Revision	8
3.3	Der Revisionsprozess	14
3.4	Tarifkonzept	15
3.4.1	<i>Allgemeines</i>	15
3.4.2	<i>Gesplittete Vergütung, Auftrags- und Präsenztaxe</i>	17
3.5	Eckwerte	19
3.6	Referenzlabor.....	21
3.7	Qualitätssicherung	21
3.8	Zuschläge (Notfall-, Nacht- und Sonntagszuschlag)	22
3.9	Nomenklatur- und Strukturänderungen.....	22
3.10	Detaillierte Rückmeldungen zu den einzelnen Positionen.....	22
	Anhang 1: Adressatenliste der Anhörung	25

1 Ausgangslage

Nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) erlässt das Departement des Innern (EDI) eine Liste der Analysen mit Tarif. Die Analysenliste ist als Anhang 3 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) ausgestaltet und enthält die von den Krankenversicherern im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) als Pflichtleistung zu vergütenden Analysen.

Die heute gültigen Analysentarife stammen mit einigen wenigen Anpassungen aus den Neunzigerjahren. Mit der technischen Entwicklung und Automatisierung in der Labormedizin mit zum Teil massiver Effizienzsteigerung entsprechen die Tarife über weite Strecken nicht mehr den effektiven Kosten. Die Revision der Analysenliste soll dazu dienen, die gesetzliche Vorgabe des KVG - die Erfüllung der Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit regelmässig zu prüfen - umzusetzen und die betriebswirtschaftliche Bemessung des Tarifs sicherzustellen. Mit einer ausgewogenen und transparenten Neutarifizierung sämtlicher Positionen der Analysenliste soll die Tarifstruktur den heutigen Laborgegebenheiten angepasst werden.

2 Die Revision

2.1 Vorbereitung der Revision

Die Revision der Analysenliste ist in einem umfangreichen Projekt vorbereitet worden. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat hierzu mit einem auf das Gesundheitswesen spezialisierten und international tätigen Tarif-Expertenbüro sowie mit verschiedenen Experten der Labormedizin zusammengearbeitet. Zur Klärung der Ausgangslage wurde initial ein internationaler Kostenniveau-Abgleich sowie Datenerhebungen durchgeführt. Zudem wurde ein kontinuierlicher Dialog mit den Experten der Fachgesellschaften geführt. Die Eidgenössische Kommission für Analysen, Mittel und Gegenstände (EAMGK), welche das EDI bei der Erstellung der Analysenliste berät, hat den Revisionsprozess begleitet.

Alle Branchenvertreter und Akteure wurden von Beginn weg in den Prozess involviert.

2.2 Die Anhörung

Um Aufschluss über die sachliche Richtigkeit und Akzeptanz der Revision zu erhalten und um den Einbezug von Fachwissen und die Information aller betroffenen Kreise sicherzustellen, beschloss das EDI, eine Anhörung über die vorgeschlagene Analysenliste, deren Konzept, Vorgehen, Tarifmodell und verwendete Eckwerte durchzuführen.

Mit Schreiben vom 11. Juni 2008 lud das BAG die Kantonsregierungen, die politischen Parteien und die interessierten Organisationen ein, zur Revision der Analysenliste Stellung zu nehmen. Die Anhörung war ursprünglich vom 11. Juni 2008 bis am 9. Juli 2008 vorgesehen. Diese Frist wurde schliesslich bis zum 15. August 2008 verlängert.

Die Anhörungsunterlagen wurden an 88 Adressatinnen und Adressaten versandt. 16 Kantone und 82 andere interessierte Stellen und Organisationen (insgesamt 98) äusserten sich näher zu den vorgeschlagenen Änderungen. Zusätzlich gingen beim BAG 351 von Laborant/-innen unterzeichnete Exemplare eines vom Schweizerischen Berufsverband der Biomedizinischen Analytikerinnen und Analytikern (labmed) verfassten Schreibens, 161 von Medizinischen Praxisassistentinnen unterzeichnete Serienbriefe und ca. 410 von Ärzten unterzeichnete Serienbriefe ein.

3 Stellungnahmen im Einzelnen

Die in diesem Bericht verwendeten Abkürzungen der Anhörungs-Teilnehmenden sind in Anhang 1 aufgeführt (die Nummerierung in Klammern erleichtert die Suche). Die von den Antwortenden vorgebrachten Meinungen, Anregungen und Forderungen sind im vorliegenden Bericht weder gewichtet noch bewertet. Die Ausführungen wurden teilweise gekürzt.

Die nachfolgenden Ausführungen enthalten die themenbezogene Zusammenfassung der eingereichten Stellungnahmen.

3.1 Allgemeine Einschätzung des Projekts

Die Vorlage ist bei den Anhörungsadressaten mehrheitlich auf Kritik gestossen, wobei die Rügen sowohl das Verfahren betreffen wie auch inhaltlicher Natur sind.

Nach Ansicht der FMH (46) wären die Auswirkungen auf die Grundversorgung und die ambulante Patientenversorgung bei der Einführung der vorliegenden Beta-Version „verheerend“. Da im Praxislabor keine Kostendeckung mehr möglich sei (die Umsatzreduktion für die Grundversorger betrage durchschnittlich 36% und nicht, wie vom BAG angeführt, 20-25%), müssten viele Ärzte ihr Praxislabor aufgeben. Dadurch würden die Behandlung der Patienten verzögert und die Folgekosten der Betreuung ohne Präsenzlabor überproportional steigen. Die Interpretation der für die Revision herangezogenen Work-Flow-Analyse durch das BAG wird von der FMH als irritierend kritisiert. Eine Erhöhung der uniformen Präsenztaxe stelle zudem keine valable Lösung dar. Deshalb präsentiert die FHM basierend auf derselben Work-Flow-Analyse ein Vollkosten-Tarifmodell für das Praxislabor.

Nach Einschätzung der FAMH (45) beläuft sich der Anteil der Laborkosten auf <3% an den Gesamtgesundheitskosten und vor diesem Hintergrund liege die Zielsetzung der Analysenlisten-Revision im Dunkeln. Für die Ausarbeitung der neuen Analysenliste seien die Expertenmeinungen nicht in der ursprünglichen Form berücksichtigt worden. Zudem seien die Streuung der Reagenzkosten bei der Kategorisierung anhand technischer Ähnlichkeiten ungenügend berücksichtigt und unrealistische Eckwerte des Tarifmodells verwendet worden. Überdies könnten die Labors die durch die Tarifrevision generierten Umsatzeinbussen in der bestehenden Struktur nicht verkraften, was zu Qualitätseinbussen für die Patientenversorgung durch einen Abbau von Dienstleistungen führen werde und Arbeitsplätze aufs Spiel setze. Dadurch würden mit dieser Revision bewährte Strukturen existenziell bedroht.

Die GDK (17) hält den vorliegenden Entwurf nicht für einführungswürdig. Der Entwurf sei nicht in einem partnerschaftlichen Verfahren mit Kantonen und Fachleuten erarbeitet worden. Er werde den Anforderungen einer Versorgung, die zeitgerecht, qualitativ gut, kostengünstig und kostendeckend entschädigt werde, nicht gerecht. Das Projekt sei zu überarbeiten und betriebswirtschaftlich besser abzustützen. Eine grundlegende Revision sei unter Einbezug der betroffenen Kreise und unter Einschluss der Kantone anzupacken.

In der Stellungnahme der SULM (25) wird der Revisions-Entwurf abgelehnt und eine gründliche Überarbeitung gefordert. Bereits das Vorgehen im Revisionsprozess sei unprofessionell und fachlich unqualifiziert gewesen. Nach Ansicht der SULM schwächt der neue Tarif sowohl die Labors der Universitäts- und Zentrumsspitäler als auch die Labors der Regionalspitäler und die Praxislabs, was einen grossen Eingriff in die Patientenversorgung bedeute. Im Ergebnis führe dies zu Qualitätseinbussen sowie zu Mehrkosten für die Kantone und die Versicherer. Die SULM fordert deshalb eine vollständige Überarbeitung der Beta-Version der Analysenliste; diese müsse auf einen ökonomisch korrekten Stand gebracht werden.

Der SVDI (26) führt in seiner Stellungnahme aus, dass mit der vorliegenden Version der Analysenliste die Angaben zu den Produkten und Dienstleistungen der Industrie willkürlich pauschal um 10 bzw. 15% gekürzt worden seien. Zudem sei für Service und Support je nach Wartungsklasse von 0% - 8% der Investitionskosten eingerechnet worden; in Wirklichkeit lägen die Kosten jedoch bei mindestens 10%. Der SVDI befürchtet, dass als Folge der Analysenlisten-Revision die Versorgungslandschaft umgestaltet werde und Praxislabs sowie Auftragslabs "einer bestimmten Größe" verschwinden werden. Diese Folgen auf das Gesamtsystem des Gesundheitswesens seien bei der Erstellung der Analysenliste nicht abgeschätzt worden und müssten vorgängig mittels einer fundierten Studie abgeklärt werden.

H+ (48) begrüsst grundsätzlich die Absicht, die Analysenliste zu revidieren. Die vorgesehenen Änderungen würden jedoch eine effiziente und qualitativ hochstehende Versorgung gefährden und stellten die Laborleistungen in vielen Spitallabs in Frage. Weiter weise der Entwurf schwerwiegende Fehler auf. Die Leistungserbringer seien zudem bei der Erarbeitung des Entwurfs nicht adäquat einbezogen worden. Bei der Neutarifizierung seien die Spitallaboratorien nicht berücksichtigt worden.

KHM (56) verweist in seiner Stellungnahme auf diejenige der FMH, die beweise, dass eine Umsetzung der Beta-Version der Analysenliste die Praxislabs in ihrer Existenz ernsthaft gefährden würde. Diese drohten durch unkritische Interpretation der Ergebnisse der Praxislaborstudie „elimi-

niert“ zu werden. Nebst den direkten medizinischen Folgen für die Patienten drohe ein Qualitätsverlust der Hausarztmedizin. Dies vermindere zusätzlich die Attraktivität der Hausarztmedizin, was zu volkswirtschaftlichen Mehrkosten und nicht zuletzt auch zu einem Stellenabbau bei den medizinischen Praxisassistentinnen und zu Verlusten an Lehrstellen führe. Die KHM fordert deshalb unmissverständlich den Verzicht auf die Umsetzung dieses missglückten Revisionsprojekts.

Nach Ansicht von Swissmedic (110) erscheint das vorgestellte Modell zur Tarifierung insgesamt plausibel, doch gebe es einige Unstimmigkeiten, die erklärt bzw. eliminiert werden müssten. So würden im Kapitel Mikrobiologie einerseits für vergleichbare Analysenpositionen exorbitant verschiedene Tarife vorgeschlagen, während andererseits für unterschiedliche Analysen die gleichen Tarife gälten. Zudem seien einige Analysen unverständlicherweise gestrichen worden, während andere - auch solche, die nicht mehr dem neusten Stand entsprechen - belassen worden seien. Darüber hinaus sei die Definition des „Referenzlaboratoriums“ zur Overheadberechnung auf die Mehrzahl der mikrobiologischen Laboratorien nicht anwendbar, da sie nicht die entsprechenden Auftragsvolumina erreichen könnten. Nach Meinung von Swissmedic ist zu befürchten, dass durch die massive Senkung der Tarife die Qualitätssicherung der Mikrobiologie gefährdet wird.

Von santésuisse (103) wird die Revision der Analysenliste ausdrücklich unterstützt. santésuisse plädiert indes dafür, dass einzelne Analysen limitiert bzw. für einzelne Analysen Kumulationsverbote eingeführt werden. Zudem dürfe die „Auftragstaxe“ nicht um 122% erhöht werden, sondern müsse auf 10.8 CHF belassen und anteilmässig pro versicherte Person in Rechnung gestellt werden. Auf die Präsenztaxe für die Offizin sei zu verzichten und der Nachzuschlag für Spitallabore solle nur in der Zeit zwischen 20.00 und 06.00 Uhr gewährt werden. santésuisse schlägt vor, die Analysenliste halbjährlich zu aktualisieren und zu publizieren und den Versicherern in Form einer Datenbank elektronisch zur Verfügung zu stellen. Die Rechnungsstellung an die Versicherer müsse mittels eines Standardformulars und elektronisch erfolgen. Schliesslich sei der Taxpunktwert gemäss Artikel 46 KVG für die gesamte Analysenliste unter den Tarifpartnern auszuhandeln.

In der Stellungnahme von labmed (61) wird der Revisions-Entwurf in dieser Form entschieden abgelehnt und bemängelt, dass viele Annahmen, die dem Tarifmodell zu Grunde liegen, den Spitallabors und Praxislabors nicht gerecht würden. Beispielsweise sei die Referenz von 450'000 Analysen pro Jahr für 24-Stundenbetriebe aufgrund des deutlich höheren Präsenzaufwands unrealistisch. Auch die Arbeits- und Betriebszeiten, die Produktivität und die Lohnkosten sowie der Fortbildungsaufwand entsprächen nicht den tatsächlichen Verhältnissen in der Branche. Somit sei die Tarifgestaltung untransparent und nicht nachvollziehbar. Überdies enthalte die Analysenliste Fehler, indem z.B. Testpackungen teurer seien als die vorgesehene Entschädigung; die Seriosität der revidierten Analysenliste müsse deshalb bezweifelt werden. Nach Ansicht von labmed könnten Spitallabors und Praxislabors künftig nicht mehr kostendeckend arbeiten, was Laborschliessungen, längere Wartezeiten und mehr Folgekonsultationen bedeute. Zudem gefährde die Analysenlisten-Revision die Ausbildung zum Biomedizinischen Analytiker BMA und das Nachdiplomstudium zum leitenden BMA. Insgesamt sei zu befürchten, dass die Gesundheitskosten steigen würden.

Die SGAI (74) begrüsst grundsätzlich die Zielrichtung hin zu einem betriebswirtschaftlich bemessenen und sachgerechten Tarif. Allerdings weise die vorgeschlagene Analysenliste wesentliche Unterschiede zu den von der Expertengruppe der SGAI gelieferten Daten auf. Es sei nicht nachvollziehbar, in welchem Bezug der Entwurf der revidierten Analysenliste zur abgegebenen Expertenmeinung stehe; die Berechnungsmodelle seien deshalb offenzulegen. Nach Meinung der SGAI ist die vorgeschlagene Betaversion der Analysenliste im Bereich der Immunologie für die Umsetzung insgesamt ungeeignet.

Die SGIEM (78) bringt in ihrer Stellungnahme ihr Unverständnis und ihre Enttäuschung über die vorgelegte Fassung der Analysenliste zum Ausdruck. Die Zusammenarbeit mit den Grundversorgern im Rahmen des Revisionsprozesses sei ungenügend gewesen. Die Taxpunkte für die in der Analysenliste für die Hausarztpraxis vorgesehenen Positionen vermöchten die Selbstkosten knapp bzw. nicht mehr zu decken. Vor diesem Hintergrund seien massive Umsatzeinbussen und letztlich die Aufgabe der Praxislabors zu befürchten. Die Einführung eines eigenen Taxpunktwertes für Praxislabors sei deshalb unumgänglich.

Nach Ansicht der SGAM (75) wären die Auswirkungen der geplanten Revision der Analysenliste auf die (haus-)ärztlichen Präsenzlabors „katastrophal“. Die SGAM verweist in ihrer Stellungnahme weitgehend auf jene der FMH. Für die Präsenzdiagnostik seien Praxislabors unabdingbar; deren Verschwinden habe Qualitätseinbussen in der Grundversorgung und einen Anstieg der Gesund-

heitskosten zur Folge. Vor diesem Hintergrund müsse auf die Umsetzung der Revision der Analysenliste in dieser Form verzichtet werden.

Die SGKC (80) plädiert dafür, die vorliegende Beta-Version der Analysenliste aufgrund gravierender methodischer und inhaltlicher Mängel vollständig zu revidieren: Durch die Verwendung ungeeigneter Eckwerte und Annahmen hätten systematische Tarifierungsfehler sowie Fehler bei der Tarifierung einzelner Parameter resultiert. Zudem seien ohne Rücksprache Parameter und Zuständigkeiten gestrichen worden. Die Definition von Präsenz- und Auftragstaxen jedoch wird von der SGKC begrüsst: Allerdings führe deren unterschiedliche Taxpunktzahl und Anwendung für Praxis-, Spital- und Privatlaboratorien zu ungerechten Resultaten.

Nach Auffassung der SGH (77) sind im vorgelegten Revisionsprojekt die von den Experten der SGH eingebrachten Daten kaum wiederzuerkennen und ihre Berechnungsgrundlagen weitgehend unbeachtet geblieben. Es sei nicht nachvollziehbar, nach welchen Kriterien die Taxpunkte geändert worden seien. Zudem enthalte die Tarifliste viele Fehler. Die SGH befürchtet, das mit der vorgelegten Revision im Hämatologielabor Ertragseinbussen von 30-45% und im Hämatologie-Arztlabor von 50-55% resultieren. Dies führe zum Ruin vieler Laborbetriebe in der Schweiz, weshalb letztlich die Therapie- und Patientensicherheit erheblich gefährdet seien.

Die SGMG (81) bemängelt, dass die von ihr zur Verfügung gestellten Expertisen für die Revision nicht verwendet worden seien. Die Gestehungskosten seien unkorrekt abgebildet worden. Basierend auf den vorgesehenen Tarifen seien ihre Analysen nicht mehr kostendeckend zu erbringen. Mit der geplanten Revision der Analysenliste werde zudem die Gelegenheit versäumt, eine seit Jahren diskutierte Orphanregelung für seltene genetische Erkrankungen zu realisieren. In diesem Bereich sei schon bisher eine kostendeckende Diagnostik praktisch nicht möglich gewesen; im Ergebnis werde die geplante Revision zu einer zusätzlichen Verschärfung dieser Situation führen. Diese Entwicklung bedrohe letztlich das Angebot und die Qualität der medizinisch-genetischen Laboruntersuchungen in der Schweiz. Sinnvoll jedoch erachtet die SGMG die im Rahmen der Revision vollzogene Strukturanpassung zur klareren Gliederung des Kapitels Genetik.

Für den AAV (27) fehlen der Revisionsvorlage eine klare politische Zielsetzung und ein politisches Bekenntnis zum Praxislabor. Weiter sei die dezentrale Versorgung jeder Region mit Laborleistungen gefährdet, ebenso die Notfallanalytik in den Grundversorgerpraxen. Längerfristige Investitionen würden so torpediert.

AG (1) lehnt den Entwurf ab und beantragt eine Überarbeitung. Für weitere Ausführungen wird auf die Stellungnahmen der GDK und der SULM verwiesen.

ÄTG (29), VGV TG (99), TVFS (95) und VLS TG (100) erachten das Ergebnis der Reform der Version BETA sowohl für die Praxislabors als auch für die Zentrallabors der grossen Spitäler wie für die Regionallabors als „katastrophal“. ÄTG unterstützt den Rückweisungsantrag der FMH, der FAMH, der SULM und der GDK.

Axonlab (31) hofft, dass der vorliegende Entwurf grundlegend überarbeitet wird. Auch das centre patronal und das cssc beantragen eine Überarbeitung.

Seitens BSD SRK (32), BSD SRK BE (33), BSD SRK BL/BS (36), BSD SRK ZH (35), BSD SRK NOS (34), SRTS CRS VS (88), SRTS CRS FR (86) und SRTS CRS VD (87) wird die "Fehlerhaftigkeit" von Positionen kritisiert. Es müsse deshalb jede einzelne Position geprüft und neu evaluiert werden. Weiter wird darauf hingewiesen, dass die vorgeschlagene Regelung die Notfallanalytik gefährde sowie den Abbau bzw. Wegfall von Dienstleistungen für Patienten zur Folge haben.

Unilabs (96), BSD SRK (32), ÄTG (29), VGV TG (99), TVFS (95) und VLS TG (100) lehnen die vorgeschlagene Revision ab.

FASMED (20) ist überzeugt, dass die geplanten Tarifänderungen im Widerspruch zu den gesetzten Zielen stehen und wünscht eine Überprüfung der Zahlenbasis sowie die – daraus allenfalls resultierende – Anpassung an die tatsächlichen Verhältnisse.

Die FLD BAG (107) stellt fest, dass die Analysenliste in ihrer gegenwärtigen Fassung mit dem HIV-Testkonzept nicht vereinbar ist.

ÄTG (29), VGV TG (99), TVFS (95), VLS TG (100) und KHM (56) weisen auf "verheerende Auswirkungen" des Revisionsentwurfs für das Praxislabor hin. Das Projekt sei zurückzuziehen und unter Einbezug der Experten der FMH neu aufzusetzen.

AG (1), AI (2), SZ (11), FR (3), ÄTG (29), VGV TG (99), TVFS (95) und VLS TG (100) verweisen auf die Stellungnahme der GDK.

GE (4) begrüsst den Willen des Bundes, die Analysenliste zu modernisieren. Jedoch wird die vorliegende Revision abgelehnt und die Überarbeitung des Projekts beantragt.

Genetica (47) befürchtet aufgrund einer Einkommensverminderung die Schliessung des qualitativ hochstehenden humangenetischen Labors. Der vorgeschlagene Entwurf wird abgelehnt.

Die GUMEK (108) begrüsst die Initiative des Bundes, die Analysenliste zu revidieren. Sie fordert, dass mit der Totalrevision der Analysenliste neu eine Orphanregelung eingeführt wird, die für seltene Krankheiten ein vereinfachtes Verfahren vorsieht und somit die Vergütung der Diagnostik von seltenen Krankheiten ermöglicht.

GL (5) lehnt unter Verweis auf die Stellungnahme der GDK die Vorlage ab und beantragt eine grundlegende Revision unter Einbezug der betroffenen Kreise und unter Einschluss der Kantone.

GR (6) lehnt die Einführung des neuen Tarifmodells unter Verweis auf die Stellungnahme der GDK ab.

Die Hausärzte (49), das KS Liestal (59), medics labor (66), Medim (67), med-swiss.net (22) und das CHUV (39) stehen der Revision negativ gegenüber. VPOD (111), das Spital Linth (85) und die USKÄ (98) lehnen den Entwurf ab.

HVA (52) weist den Entwurf ab und beantragt, die Tarifgestaltung für die Praxislaboratorien neu ausarbeiten zu lassen.

Das HFR (51) beantragt das Revisionsprojekt zurückzuziehen.

Das Inselspital (55) lehnt die vorliegende Beta-Version der Analysenliste grundsätzlich ab. Sie akzeptiert jedoch eine sinnvolle und nachvollziehbare Anpassung der Labortarife. Dies unter der Bedingung, dass sie nicht die Qualität der Leistungen und die Strukturen der Universitätsspitäler gefährde.

JU (7) lehnt unter Verweis auf die GDK-Stellungnahme das Revisionsprojekt ab und beantragt die Überarbeitung.

Das KHM (56) unterstützt die Stellungnahme der FMH. Sie sieht das Praxislabor in seiner Existenz gefährdet und fordert einen Verzicht auf die Umsetzung des Revisionsprojekts.

Die KK BL (58) ist der Ansicht, dass die vorgelegte Beta-Version nicht transparent und nachvollziehbar ist. Sie weist schwerwiegende Fehler auf und sei in dieser Form nicht akzeptabel. Es wird beantragt, den vorgelegten Entwurf zurückzuweisen und einen adäquaten Einbezug der Leistungserbringerseite in einem neu einzuleitenden Reformprozess einzufordern.

LU (8) hält fest, dass die Analysenliste revisionsbedürftig ist. Jedoch wird darauf hingewiesen, dass der vorgeschlagene Entwurf erhebliche negative Auswirkungen auf die Versorgungsstruktur hätte, für die in erster Linie die Kantone zuständig seien. Etliche Experten aus der Praxis hätten viel Zeit investiert, um die Tarife nach betriebswirtschaftlichen Kriterien genau zu berechnen. Doch all diese Berechnungen seien in der neuen Liste nicht aufgenommen worden. Weiter enthalte der Entwurf Berechnungsfehler.

OW (9) beantragt, die Revision unter Einbezug der betroffenen Kreise unter Einschluss der Kantone anzupacken. Die Spitallaboratorien seien als Leistungserbringer ebenfalls in das Berechnungsmodell mit einzubeziehen. Weiter wendet sich OW gegen ein Tarifsplitting.

Die Privatkliniken (69) weisen auf die negativen Auswirkungen für die Sicherheit der Patient/-innen hin. Die Privatkliniken Schweiz lehnen den vorgeschlagenen Entwurf ab, sind jedoch gerne bereit,

an einer Neuerstellung der Analysenliste mit Tarifen, die betriebswirtschaftlich und sachgerecht ausgestaltet sind, aktiv mitzuwirken.

Der PUE (113) legt nahe, mit der Festsetzung des neuen Labortarifs zuzuwarten bis zur Abgabe der Tarifempfehlung der Preisüberwachung gemäss Art. 14 PÜG.

SG (10) lehnt das Revisionsvorhaben ab. Es fehle eine differenzierte Darstellung der finanziellen Auswirkungen auf die betroffenen Leistungserbringer.

Die SGIM (79) beantragt die Nichteinführung der Analysenliste und unterstützt die Stellungnahme der FMH.

Die SGTP (82) zeigt sich überrascht, dass der vorliegende Entwurf „kaum“ noch etwas mit der ursprünglich erarbeiteten Version gemeinsam habe. Es ist für die SGTP nicht ersichtlich, auf welchen Grundlagen die Definition der Taxpunkte der einzelnen Analysen beruht. Viele Änderungen seien nicht nachvollziehbar und „Diskrepanzen“ innerhalb ähnlichen bzw. identischen Analysemethoden seien unverständlich.

Der SVBG (90) beantragt die Überarbeitung des Revisionsprojektes, weil der Beruf und die Ausbildung der diplomierten biomedizinischen Analytiker/-innen in Frage gestellt sei sowie Arbeitsplätze gefährdet seien. Es dürfe nicht sein, dass eine flächendeckende qualitativ hochstehende medizinische Grundversorgung in der Schweiz der „Sparwut“ zum Opfer falle.

TI (13) beantragt, den Entwurf zurückzuziehen und unter Einbezug der betroffenen Kreise ein neues Projekt zu erarbeiten.

Die Tropenmedizin FMH (94) äussert sich enttäuscht über den vorliegenden Entwurf. Dieser habe nichts mehr mit der ursprünglich erarbeiteten Version gemeinsam. Die Tropenmedizin FMH kann sich mit dem Revisionsprojekt nicht einverstanden erklären und fordert eine transparente Tarifierung aufgrund der aufwändig und detailliert erhobenen Daten.

Der VPOD (111) weist auf "Fehleinschätzungen" des Revisionsprojektes hin. Der Entwurf beinhalte einen massiven Qualitätsabbau und gefährde die Berufsgruppe des diplomierten Laborfachpersonals. VPOD schliesst sich der Stellungnahme von labmed an.

VS (15) beantragt die Überarbeitung des Projektes unter Einbezug der betroffenen Kreise.

Der VLSS (101) ist der Ansicht, dass das vorliegende Projekt in der gegenwärtigen Form und Ausführung ungeeignet ist. Die Einführung wird abgelehnt. Eine Überprüfung der vorliegenden Version in Zusammenarbeit mit dem BAG und Laborexperthen sei notwendig.

ZG (16) plädiert dafür, vor Umsetzung dieser Revision zu prüfen, ob durch die vorgesehenen Tarifanpassungen nicht wieder umkehrbare Veränderungen in der Gesundheitslandschaft in Gang gesetzt würden, die insgesamt gesehen unerwünscht seien.

Die RAEVOGG (72) bezeichnet das Praxislabor als unverzichtbares Arbeitsinstrument des Grundversorgers und kritisiert das Vorgehen bei der Abklärungen zu den Auswirkungen der Revision.

Die hawa (50) bittet, entweder die allgemeine Tarifsenkung zu unterlassen oder zwischen Grosslabors und dem Praxislabor mehr zu differenzieren, weil das Praxislabor mit der geplanten Tarifsenkung nicht mehr kostendeckend geführt werden kann.

Nach SODIAG (84) sind die neuen geplanten Tarife nicht nachvollziehbar und es besteht die Gefahr, dass vermehrt Analysen im Ausland in qualitativ schlechteren Labors durchgeführt werden.

Das LAM (62) lehnt die Revision ab und befürchtet, dass die meisten Labore nicht werden überleben können.

3.2 Auswirkungen der Revision

Der AAV (27) kritisiert, dass durch das Nichtberücksichtigen der Teuerung seit 1994 ein Verlust von Arbeitsplätzen mit den entsprechenden Sozialkosten entstehe. Wenn in einer Arztpraxis kein

Labor mehr existiere, müsse zwangsläufig Personal abgebaut werden. Zahlreiche MPA-Arbeits- und Ausbildungsplätze würden verloren gehen.

Die vorgeschlagenen Tarife sind nach Ansicht des BSD SRK (32) zum grossen Teil fehlerhaft aufgeführt. Dies könne einen Abbau von Dienstleistungen, sowie Qualitätseinbussen bei der Patientenversorgung zur Folge haben und die Notfallanalytik gefährden.

Das CHUV (39) sieht durch den durch die neue Tarifierung entstehenden wirtschaftlichen Druck negative Folgen für die Qualität (Personalabbau, evtl. Aufgabe von Akkreditierungsverfahren, Gefährdung der Weiterbildung, Rückgang von Qualitätskontrollen). Auch sei eine Konzentration von Laboratorien im Spitalbereich denkbar.

Aram (28) sieht die Notfallanalytik in den Grundversorgerpraxis und die Zukunft der medizinischen Praxisassistent/-innen gefährdet.

CRS NE/JU (40) weist darauf hin, dass die vorgeschlagene Revision nicht vernachlässigbare Konsequenzen für die Organisation der Referenzlaboratorien zur Folge hat.

FAMH (45), ÄTG (29), VGV TG (99), TVFS (95) und VLS TG (100) sehen durch einschneidende Umsatzeinbussen die wirtschaftliche Existenz zahlreicher Laboratorien in Gefahr. Weiter führe das Revisionsprojekt zu einer starken Branchenmonopolisierung. Die neuen Labortarife hätten auch grosse qualitative Verluste auf Seiten der Laboratorien zur Folge. Eine Vielzahl der Arbeitsplätze wäre gefährdet. Der Preisdruck der neuen Tarife würde zudem dazu führen, dass in Zukunft die noch im Markt auftretenden Laboratorien nur noch eine Auswahl von wirtschaftlich tragbaren Analysen anbieten könnten, was einen Qualitätsverlust zur Folge habe. Ungenügende Labordiagnostik führe dazu, dass die potenziellen Folgekosten stärker ansteigen und die nun vorgesehenen Einsparungen bei weitem übersteigen würden.

BSMPA (18) ist der Ansicht, dass für die Patienten und Angehörigen die geplante Tarifsenkung nur Nachteile habe.

GR (6) befürchtet bei einer Einführung der neuen Tarife zahlreiche Schliessungen von Spitallaboratorien, was entsprechend eine weitergehende Veränderung der Versorgungslandschaft zur Folge habe. Auch bei den Arztpraxen sei mit einer grundlegenden Versorgungsverschiebung zu rechnen.

CCQ (37), La Source (60) und Dianalabs (44) weisen darauf hin, dass der vorgeschlagene Entwurf zu Qualitätseinbussen führen werde.

FASMED (20) ist der Ansicht, dass die Taxpunkt-Reduktionen zu Strukturveränderungen im gesamten Bereich der Grundversorgung führen, sei doch anzunehmen, dass die Einführung des neuen Tarifs zum Wegfall des ärztlichen Labors sowie des Mittelstandes der Auftragslabore führen werde. Zudem würden weitere Hausarztpraxen schliessen. Die erwähnte Strukturveränderung habe auch Auswirkungen auf die Anzahl der direkt in diesem Bereich Beschäftigten. Durch den Wegfall von Praxis- und Auftragslabors einer bestimmten Grösse bedingte Konzentration in immer grössere Labors, führe dazu, dass auch mehr Eventualanalysen erhoben würden. Damit würden sich die Kosten des Gesundheitswesens erhöhen. Die zu erwartende Konzentration in Grosslabors führe dazu, dass bei (fast) jeder Analyse die höhere Präsenztaxe zur Anwendung gelange, was wiederum zu einer unnötigen Verteuerung des Gesundheitswesens führe. Ausserdem werde der Wegfall der bisherigen Labormedizin zu einer Verlängerung der Krankheits- und Spitalaufenthaltsdauer führen. Bei fehlendem Präsenzlabor komme es zu vermehrten Einweisungen ins Spital, dies mit entsprechender Kostenfolge. Schliesslich bestehe die Gefahr der Zunahme der rein prophylaktischen Medikamenten-Abgaben.

Genetica (47) befürchtet eine „drastische“ Einkommensreduktion, was zu einer Schliessung des Labors führen würde.

Für Axis-Shield (30) wird eine kostendeckende Betreuung des Praxislabors durch den vorliegenden Revisionsentwurf verunmöglicht.

Die FER (21) ist der Ansicht, dass die vorliegende Revision nicht zu den geplanten Einsparungen führen wird. Weiter werde sie zu Schliessungen von Praxis- und Spitallabors führen.

FMH (46) und KHM (56) weisen darauf hin, dass das Revisionsprojekt zu einer wesentlichen Strukturveränderung im Bereich der Labormedizin führen wird. Insbesondere würde die Zahl der Praxislaboratorien stark zurückgehen.

Die SGAM (75) befürchtet, dass sich die geplanten Massnahmen so auswirken, dass die hausärztlichen Praxislabors nicht mehr kostendeckend betrieben werden könnten, in der überwiegenden Mehrzahl sogar zu einem erheblichen Verlust führen und deshalb verschwinden würden. Dies werde auch volkswirtschaftliche Auswirkungen im Sinne eines Anstieges der Gesundheitskosten mit sich bringen. Ein Stellenabbau bei den Medizinischen Praxisassistent/-innen sei mit Sicherheit zu erwarten. Weiter seien Qualitätseinbussen in der Grundversorgung mit Sicherheit zu erwarten.

Die SGIM (79) befürchtet mit der Einführung der Analysenliste Umsatzeinbussen von bis zu 35 %, was die Aufgabe des Praxislabors zur Folge habe.

Die GDK (17) erwartet eine weitgehende Veränderung der Versorgungslandschaft durch die vorgeschlagene Revision. Es sei zu erwarten, dass die Spitallaboratorien nicht mehr zeitgerecht und kostendeckend arbeiten könnten. Es sei unstatthaft, seitens des Bundes ohne wirksameren Einbezug der Kantone und der Tarifpartner ein völlig neues Tarifmodell in Kraft zu setzen, welches die Versorgung von Grund auf verändere. Es sei bei den heute durch die Arztpraxen vorgenommenen Analysen mit einer grundlegenden Versorgungsverschiebung zu rechnen, die die GDK in dieser Konsequenz nicht gutheissen könne. Die prognostizierten ungedeckten Kosten müssten durch die Leistungserbringer bzw. deren Eigentümer getragen werden. Dies sei auch im Falle der Spitallaboratorien nicht zu verantworten und tarifpolitisch falsch.

GE (4) befürchtet schwerwiegende Konsequenzen für das kantonale Gesundheitssystem, so insbesondere Qualitätseinbussen durch Personalabbau.

GL (5) ist der Ansicht, mit der Umsetzung des Revisionsprojektes könne der Notfalldienst nicht mehr wirtschaftlich erbracht werden. Weiter sei mit einer massiven Versorgungsverschiebung zu rechnen, die nicht gutgeheissen werden könne.

Die Groupe Mutuel (105) weist darauf hin, dass das neue Tarifmodell keinen Vergleich mit der alten Analysenliste zulasse. Weiter wird auf fehlende Positionen des Kapitels Genetik hingewiesen.

H+ (48) erachtet die Datengrundlagen von santésuisse als ungeeignet für eine nationale Tarifierung, da sie die Anforderungen für eine solche Hochrechnung nicht erfüllten. Das BAG stelle die Daten selber in Frage und sei nicht in der Lage, die Konsequenzen hinreichend genau abzuschätzen. Interne Berechnungen von H+ zeigten eine höhere Tarifsenkung. Nachkalkulationen hätten eine Reduktion der erarbeiteten Taxpunkte und damit der Erträge von 30 – 50 % ergeben. Die vorgesehenen Ertragsausfälle müssten folglich durch Leistungsabbau oder Quersubventionierung gedeckt werden. Kleine und mittlere Spitallaboratorien in der Peripherie und grössere Spitäler bei Spezialanalysen könnten mit der vorgeschlagenen Revision nicht mehr kostendeckend wirtschaften. Ein Leistungsabbau hätte eine schlechtere Präanalytik, längere Analysenzeiten, längere Verweildauer im Spital, höhere Kosten für den Spitalaufenthalt, längere Anfahrtswege für Patienten sowie zusätzliche Konsultationen im Spitalambulatorium zur Folge. H+ sieht die Gefahr, dass die Schweiz mit der Revision ihren hohen international anerkannten Laborstandard verliert. Schliesslich drohe der Berufsstand des diplomierten Laborfachpersonals an Attraktivität zu verlieren.

HFR (51) und SVM (91) sehen die Existenz der Praxislaboratorien gefährdet.

Die Hausärzte (49) monieren, dass mit der neuen Analysenliste keine Kosteneinsparung erzielt, sondern eine „Demontage“ der Grundversorgung erreicht werde. Der Betrieb eines Praxislabors werde uninteressant. Die Anzahl der Hausarztpraxen werde zurückgehen, für junge Ärzte beständen noch weniger Anreize, als Hausarzt zu arbeiten. Zusammenfassend werde die Qualität der Betreuung der Patienten durch das Revisionsprojekt leiden. Weiter seien die Ausbildungsstellen für medizinische Praxisassistent/-innen gefährdet.

Der HVA (52) sieht eine Verschlechterung der ärztlichen Grundversorgung der schweizerischen Bevölkerung, eine gesundheitsgefährdende Verschlechterung der Diagnostik, mehrfache Zusatz-Konsultationen wegen auswärtiger Laboranalysen bei Therapiekontrollen sowie eine mengenmässig nicht quantifizierbare Zunahme der Gesamt-Gesundheitskosten als Konsequenz der revidierten Analysenliste. Als Folge der Praxislabor-Auflösungen würden zudem qualifiziert ausgebildete Medizinische Praxisassistent/-innen entlassen werden müssen.

Das IKCH SG (54) befürchtet eine längere Verweildauer im Spital, eine schlechtere Qualität durch die langen Transportzeiten sowie Mehrkosten durch das Revisionsprojekt.

Das Inselspital (55) weist darauf hin, dass die Universitätsspitäler die Einnahmenverluste durch Abbau oder Reduktion von schlecht abgegoltenen, unrentablen Analysedienstleistungen bzw. durch deren Ersatz durch teurere, besser vergütete Tests auffangen. Eine Schwächung der universitären Dienstleistung und Forschung sei die Folge. Die entstehenden strukturellen Veränderungen würden neben Arbeitsplätzen auch die Aus- und Weiterbildungsaufgabe in den Labors der Universitätsspitäler gefährden.

JU (7) befürchtet Einnahmeneinbussen des Kantonsspitals von 42 %. Weiter hätte die Revision schwerwiegende Auswirkungen auf die Privatlaboratorien.

Das KiSpi ZH (57) hält fest, dass Laboranalysen bei Kindern in vielen Fällen kostspieliger seien als bei Erwachsenen und eine Reduktion der Taxpunkterträge die Durchführung, aber insbesondere auch die Qualität solcher Laboranalysen und die Ausbildung von Laborfachpersonal auf allen Stufen gefährde. Zudem seien einige dieser Laboranalysen, welche speziell bei Kindern angewendet würden, nicht oder nicht mehr in der neuen Analysenliste aufgeführt oder könnten nicht mehr durch die hochqualifizierten Speziallaboratorien in einem Universitätskinderspital durchgeführt werden.

Die KK BL (58) weist darauf hin, dass eine interne Nachkalkulation eine Reduktion der erarbeiteten Taxpunkte von bis zu 52 % ergeben habe. Mindereinnahmen von mehreren Millionen Franken wären im Bereich der direkt verrechenbaren Leistungen zu verzeichnen. Die Overheadkosten könnten bei Wegfall der Auftragstaxe ebenfalls nicht mehr gedeckt werden. Die Spitallaboratorien würden durch die (grösstenteils) Nichtverrechenbarkeit der Auftragstaxe deutlich benachteiligt. Das Überleben der kleinen und mittleren Spitallaboratorien sei in Frage gestellt. Schliesslich könne das Praxislabor unter diesen Rahmenbedingungen nicht überleben.

Die medizinischen Praxisassistent/-innen (63) weisen darauf hin, dass die Präsenzdiagnostik unbestreitbare Vorteile mit sich bringe. Das Revisionsprojekt bringe keine positive Entwicklung für die Notfalldiagnostik und führe zu Mehrkosten.

Med-swiss.net (22) befürchtet, dass ohne angemessene Kompensation die Übernahme der Verantwortung für die Grundversorgung für die junge Ärzteschaft so unattraktiv wird, dass unter anderem auch die Weiterentwicklung von Managed-Care-Modellen gefährdet sei. Mit dem Revisionsprojekt sinke die Qualität, Geschwindigkeit der Abklärung bzw. Behandlung und Motivation der Ärzte mit Präsenzlabor. Dies führe zu höheren Kosten. Weiter sei mit Umständen für die Patienten und unnötigen Konsultationen zu rechnen. Dies betreffe insbesondere Netzwerke mit Budgetverantwortung. Med-swiss.net beantragt die Prüfung der Erhöhung der Präsenztaxe auf CHF 15.--. Weiter wird auf die Einkommenseinbüsse für die Mitglieder von med-swiss.net hingewiesen.

LU (8) weist darauf hin, dass die Revision die Vergütungen für Labordienstleistungen um mindestens einen Drittel senken würden. Dieser Einnahmefall könne nur entweder durch einen massiven Qualitäts- und Personalabbau oder durch höhere Zuschüsse des Kantons wettgemacht werden. Die meisten Hausärzte würden künftig auf einfachste Untersuchungen in der Praxis verzichten, weil sie nicht mehr rentabel seien. Viele Praxislabs wären gezwungen, ihren Betrieb einzustellen.

Die MCL (65) weist darauf hin, dass die Senkung der Laboranalysen insbesondere die Privatlaboratorien in eine unmögliche Situation bringe.

OW (9) befürchtet eine weitgehende Veränderung der Versorgungslandschaft durch die Tarifrevision. Die Spitallaboratorien könnten nicht mehr zeitgerecht und kostendeckend arbeiten, womit auch ihr Ausbildungs- und Forschungsauftrag nicht mehr erfüllt werden könne. Es sei unstatthaft, seitens des Bundes ohne wirksameren Einbezug der Kantone und der Tarifpartner ein völlig neues Tarifmodell in Kraft zu setzen, welches die Versorgung von Grund auf verändere. Es sei bei den heute durch die Arztpraxen vorgenommenen Analysen mit einer grundlegenden Verschiebung zu rechnen, die die GDK in dieser Konsequenz nicht gutheissen könne. Die prognostizierten ungedeckten Kosten müssten durch die Leistungserbringer bzw. deren Eigentümer getragen werden. Dies sei auch im Falle der Spitallaboratorien nicht zu verantworten und tarifpolitisch falsch.

Polymed (68) sieht durch den Revisionsentwurf die Grundversorgung in der Schweiz gefährdet und stellt den Antrag, das Revisionsprojekt „einzufrieren“, bis alle relevanten Einzelheiten und Fragen beantwortet seien.

Proxilab (102) befürchtet eine strukturelle Veränderung, welche das Verschwinden der Hälfte aller Privatlaboratorien sowie schwerwiegende Probleme bei den Spital- und Praxislaboratorien hervorrufen werde.

Die Privatkliniken (69) halten fest, dass die effektiv notwendigen Kosten für die zeitgerechte Vornahme von Analysen zu tief eingeschätzt worden seien. Die Ertragseinbussen würden in der Regel zwischen 40 und 50 % betragen. Sollte an einem solchen Tarif festgehalten werden, werde deshalb die Schliessung unzähliger Labors nicht mehr zu vermeiden sein. Dadurch würden sich namhafte Verzögerungen bei der korrekten Diagnosestellung, bzw. bei der Therapieplanung ergeben. Dies führe zu Qualitätseinbussen, was wiederum Mehrkosten im Gesundheitssystem verursache.

SGH (77) und SVTM (92) befürchten durch die Tarifrevision Ertragseinbussen im Hämatologielabor von durchschnittlich 30 - 45 % und im Hämatologie-Arztpraxislabor von durchschnittlich 50 – 55 %. Deshalb würde eine Einführung der Analysenliste in der vorliegenden Beta-Version den finanziellen Ruin sehr vieler Laborbetriebe der Schweiz nach sich ziehen – mit allen Folgen für das beschäftigte Personal sowie das Dienstleistungsangebot. Dies würde die Therapie- und Patientensicherheit erheblich gefährden.

Der SVBG (90) befürchtet eine Schliessung des Spitallabors, den Verlust der Fachkompetenz sowie einen grossen Wissensverlust der diplomierten biomedizinischen Analytiker/-innen. Es werde zu einer Abwanderung in andere Berufe kommen. Damit verbunden sei eine grosse Qualitätseinbusse.

Das SECO (106) legt nahe, den Auswirkungen auf kleinere Unternehmen in der Revision genügend Beachtung zu schenken. Durch allzu radikale und rasche Tarifanpassungen ausgelöste Unternehmensschliessungen könnten zu unerwünschten ökonomischen Folgekosten in einer Branche führen.

Die SGIEM (78) hält fest, dass die vorgeschlagene Revision die Einnahmen für die in der Notfall- und Routineanalytik benötigten Analysen zwischen 25 und 60 % reduzieren werde. Solche Reduktionen würden die Wirtschaftlichkeit vieler Spitallaboratorien verunmöglichen und die notfallmässige Analysenversorgung gefährden. Absehbar würde zudem das Interesse an grossen Privatlaboratorien erlöschen, kleinere Spitallaboratorien zu unterhalten.

Die SGKC (80), dass ohne eine grundlegende Überarbeitung der Beta-Version der Analysenliste das BAG riskiere, nicht nur gewachsene Labormedizin-Strukturen in der Schweiz zu zerstören, sondern die Qualität der medizinischen Versorgung und damit die Patientensicherheit in der Schweiz zu gefährden. Zudem drohten volkswirtschaftliche Schäden durch Abbau hochqualifizierter Arbeitsplätze, Steuermindereinnahmen und Verlagerung von Kosten aus dem Krankenversicherungssystem in die Staatshaushalte.

SULM (25), ÄTG (29), VGV TG (99), TVFS (95) und VLS TG (100) weisen auf die zu erwartenden Auswirkungen in der Patientenversorgung hin. In erster Linie würden sich die Regionalspitäler von der Labortätigkeit zurückziehen, dasselbe sei für die Praxislaboratorien zu erwarten. Kleinere und mittlere Privatlaboratorien würden ebenfalls nicht mehr überleben können. Das Problem sei ein Qualitätsverlust durch ungenügende Tarifierung und fehlende Vorschriften. Der Entwurf des BAG untergrabe die Qualität der Laboranalytik, was weder ethisch noch ökonomisch vertretbar sei. Gefordert wird die Definition der Qualitätssicherung in Bezug auf eine regionale Einheit eines Laborverbundes sowie die Definition und Überwachung des Unterauftragswesens. Weiter wird eine vollständige Revidierung der Beta-Version gefordert. Das Modell zur Berechnung der Analysenlisten-Tarife sei durch mehrere Ökonomen zu evaluieren und zu validieren. Weiter sei die von den Fachgesellschaften erarbeiteten Korrekturen zu berücksichtigen.

Nach Ansicht von SO H (83) liegt es auf der Hand, dass für die Spitäler eine Zunahme von ungegerechtfertigten Einweisungen zu befürchten ist. Der Tarifdruck werde zudem dazu führen, dass vermehrt Analysen zu externen Labors verschickt werden müssten.

Nach Einschätzung der SPO (109) ist die vom BAG angenommene Tarifiereduktion von 25 % eine Untertreibung. Die zentralistische Konzentration hin zu Grosslaboratorien könne sich volkswirtschaftlich nicht kostengünstig auswirken. Weiter wird eine Änderung der bisherigen Laborstruktur erwartet. Die von SPO befürchtete Zentralisierung der Labormedizin werde sich zu Ungunsten der Patientenversorgung auswirken.

Der SVA (89) erachtet es als nachvollziehbar, dass die mit beträchtlichen Investitionen verbundenen Laboreinrichtungen aus den Grundversorgerpraxen verschwinden würden, wenn Personal-, Infrastruktur-, und Betriebskosten der Präsenzlabor für sich defizitär seien und dadurch die übrigen Einnahmen der Ärzte quersubventioniert werden müssten. Eine wirksame Hausarztmedizin könne ohne Labor nicht auskommen.

Der SVDI (26) geht davon aus, dass der neue Tarif zum Verschwinden der Praxislabors sowie des Auftragslabors von einer bestimmten Grösse führen wird. Weiter werde der neue Tarif Folgen für die Strukturen haben. Strukturveränderungen in diesem Sinne und Ausmass seien immer auch mit volkswirtschaftlichen Kosten verbunden. Das Verschwinden des Praxislabors sowie des Mittelstandes der Auftragslabore habe direkte Auswirkungen auf die Anzahl der direkt Beschäftigten in diesem Bereich, aber auch Auswirkungen auf die Beschäftigten der gesamten Zulieferindustrie. Diese Folgen seien heute weder quantifiziert noch etwaigen positiven Effekten in anderen Bereichen gegenüber gestellt. Die Auswirkungen des neuen Tarifes in der vorgeschlagenen Form seien nicht nur in Bezug auf die Strukturen der diagnostischen Labore in der Schweiz zur Zeit unbekannt, ebenfalls seien die Auswirkungen auf das Gesamtsystem Gesundheitswesen nicht evaluiert. Im Weiteren hält der SVDI fest, dass das dezentrale System der Schweiz mit einem medizinisch und ökonomisch sinnvollen Praxislabor sowie einer dezentralen Struktur von qualitativ hochwertigen Auftragslaboren jedem zentralistischen System, wie es mit diesem Tarif angestrebt wird, sowohl in medizinischer als auch in ökonomischer Hinsicht überlegen sei.

Der SVSMLS (104) weist darauf hin, dass die Revision eine Schliessung kleiner Laboratorien zur Folge habe, grössere Laboratorien würden keine personelle Struktur für die Ausbildung zur Verfügung stellen können. Weiter werde die Anzahl von Institutionen, welche den SVSMLS tatkräftig in der Ausbildung unterstütze, reduziert. Die Ausbildung zur Biomedizinischen Analytikerin HF sei gefährdet.

Swissmedic (110) befürchtet, dass mit dem neuen Tarifierungsmodell die Qualitätssicherung der Mikrobiologie gefährdet wird.

SZ (11) moniert, die finanziellen Auswirkungen seien von deutlich grösserer Tragweite als vom BAG angenommen. Aus dem Entwurf sei das Ausmass für die von den Vergütungskürzungen betroffenen Leistungserbringern nicht ersichtlich. Abschliessend wird festgehalten, dass die Revision einen „massiven“ Eingriff in die bestehende Versorgungslandschaft bedeute.

TI (13) erwartet, dass das Revisionsprojekt zu Einnahmeneinbussen der Laboratorien zwischen 30 und 50 % führen wird, was das Verschwinden von kleinen und mittleren dezentralisierten Laboratorien in Peripheriegebieten zur Folge habe. Dadurch seien Arbeitsplätze gefährdet. Weiter werde das Angebot an spezialisierteren Analysen zurückgehen. Weiter würde durch das Revisionsprojekt eine Zentralisierung der Laboratorien erfolgen. Die Ärzte mit einem Praxislabor würden aus wirtschaftlichen Gründen gezwungen, die Durchführung von Grundanalysen im eigenen Laboratorium aufzugeben.

Das USB (97) weist auf Benachteiligungen für die Spitallaboratorien hin: Der Overhead könne nicht mehr adäquat verrechnet werden. Die Materialpauschalen in der Mikrobiologie blieben erhalten, was generell Laboratorien benachteilige, die überdurchschnittlich viele Proben von komplexen, schwerkranken und immunsupprimierten Patienten bearbeiteten. Universitätslabors würden weiterhin neue, häufig kostenintensive Leistungen nicht verrechnen können.

Der VLSS (101) erwartet mit der Einführung der neuen Analysenliste eine Reduktion der Anzahl von Praxislaboratorien. Es sei offensichtlich, dass mit diesen Massnahmen keine Kosteneinsparung erreicht werde, weil die Folgekosten in der Betreuung der Patienten ohne Praxislaboratorien überproportional steigen würden.

ZG (16) ersucht um die Prüfung, ob durch die vorgesehenen Tarifierungsanpassungen allenfalls nicht wieder umkehrbare Veränderungen in der Gesundheitslandschaft in Gang gesetzt würden, die insgesamt gesehen unerwünscht seien. Zu denken sei dabei an die drohende inhaltliche Ver-

ödung der Tätigkeitsfelder der Ärzteschaft und das steigende Desinteresse an dieser Berufsausübung.

Das CSCQ (41) begrüsst die neue Analysenliste in gewissen Punkten, befürchtet jedoch, dass nicht mehr kostendeckend gearbeitet werden kann und sieht die Qualität gefährdet.

3.3 *Der Revisionsprozess*

Die CCQ (37), La Source (60), CSCQ (41) und labmed (61) bemängeln, dass die Revisionsunterlagen lediglich in deutscher Sprache verfügbar waren. labmed (61) beantragt nach Vorliegen der übersetzten Anhörungsunterlagen eine neue Anhörungsfrist von 3 Monaten. FR (3), die SVM (91) kritisieren ebenfalls das Fehlen der Unterlagen in französischer Sprache.

Die FMH (46), ÄTG (29), VGV TG (99), TVFS (95) und VLS TG (100) sind der Ansicht, dass der Revisionsprozess unsorgfältig gehandhabt wurde. Die Expertenaussagen seien nicht in der ursprünglichen Form berücksichtigt bzw. nachträglich verändert worden.

Die FAMH (45) ist der Meinung, dass die Revision der Labortarife unsorgfältig gehandelt wurde. Der Verband und seine Experten seien zwar in den Prozess zur Erarbeitung der neuen Analysenliste eingebunden, aber die Expertenaussagen seien offensichtlich nicht in der ursprünglichen Form berücksichtigt oder nachträglich verändert worden. Die in der Version BETA festgehaltenen Tarife würden substantielle Diskrepanzen zu den Expertenmeinungen und auch offensichtliche Fehler aufweisen. Diese Diskrepanzen seien zudem nicht nachvollziehbar, da das BAG bisher nicht bereit sei, die zu Grunde liegenden Berechnungsunterlagen transparent zur Verfügung zu stellen. Dies stehe im Gegensatz zur stets konstruktiven und transparenten Grundhaltung der FAMH und ihrer Experten. Diese Vorgehensweise mit einer vorschnellen Veröffentlichung der Beta-Version ohne vorhergehende präzise Validierung habe nun zu einer unkorrekten und unbrauchbaren Beta-Version geführt.

Der BSD SRK (32), CRS NE/JU (40), die BSP SRK BL/BS (36), der BSD SRK NO (34), der BSD SRK BE (33), der SRTS CRS FR (86), der SRTS CRS VS (88), der SRTS CRS VD (87) kritisieren, dass die Anhörungsunterlagen nicht in allen 3 Landessprachen zur Verfügung standen. Beantragt wird eine neue Anhörungsfrist von 3 Monaten nach Vorliegen der entsprechenden Unterlagen.

Die GDK (17) und GE (4) monieren die kurzfristige Inkraftsetzung der revidierten Analysenliste. Die Inkraftsetzung hätte mehr als 12 Monate vorher angekündigt werden und gestaffelt erfolgen müssen.

Die GUMEK (108) erachtet das Revisionsverfahren als überstürzt und nicht mit der erforderlichen Sorgfalt und Seriosität vorbereitet.

Das Inselspital (55) beanstandet, dass die vorliegende Beta-Version nicht den Inputs der Fachleute aus den Universitätsspitalern entspricht. Weiter sei das Zustandekommen der Beta-Version nicht transparent.

LU (8) beanstandet, dass die Berechnungen der Experten aus der Praxis nicht in die neue Liste aufgenommen sowie deutsche und österreichische Standards übernommen worden seien.

OW (9) kritisiert, dass die Schlussfassung des Entwurfs nicht in einem partnerschaftlichen Verfahren mit Kantonen und Fachleuten erarbeitet worden sei. Die Anhörungsfrist wird weiter als zu kurz erachtet.

SG (10) verweist auf das Communiqué der FAMH vom 11.06.08, wonach die von den Experten eingebrachten Daten durch diese kaum wieder zu erkennen und die Kriterien für die Veränderungen nicht nachvollziehbar seien. Weiter stellt SG die Unabhängigkeit des beratenden Unternehmens (Prime Networks AG) in Frage.

SGH (77) und SVTM (92) monieren, dass die von Fachexperten eingebrachten Daten in der Beta-Version der Analysenliste kaum mehr wieder zu erkennen seien. Es sei nicht nachvollziehbar, nach welchen Kriterien die Taxpunkte geändert worden seien.

Die SGKC (80) kritisiert, dass die Experten ihre Inputs nicht mehr identifizieren könnten. Die Wissenschaftlichkeit des Vorgehens wird angezweifelt.

SULM (25), ÄTG (29), VGV TG (99), TVFS (95) und VLS TG (100) beanstanden, dass das Revisionsprojekt mehr oder weniger im Alleingang ohne Beizug und Integration der Spezialisten erfolgt sei.

SZ (11) kann das gewählte Vorgehen nicht gutheissen. Eine derart grundlegende Revision sei unter Einbezug der betroffenen Kreise sowie unter Einschluss der Kantone bzw. der GDK anzugehen.

Der VLSS (101) moniert, die Vereinigung der Laborantinnen sei in der Anhörung nicht begrüsst worden.

QUALAB (71) hätte sich gewünscht, im Rahmen der vorliegenden Anhörung und in Zukunft auch als Adressat in die Revision der Analysenliste einbezogen zu werden.

3.4 *Tarifkonzept*

3.4.1 *Allgemeines*

H+ (48) begrüsst grundsätzlich die Absicht, die Analysenliste zu revidieren. Zur Erarbeitung der neuen Tarife sei allerdings von falschen Prognosen ausgegangen worden und die Eckwerte entsprächen nicht der Realität (z.B. bezüglich Lohn, Produktivität oder Auslastung). Zudem sei unklar, wie das Berechnungsmodell plausibilisiert worden sei; überdies seien die verwendeten Daten, Modelle und Berechnungen nicht nachvollziehbar. Im Übrigen bemängelt H+, dass als Datenbasis Grundlagen von *santésuisse* für den ambulanten Laborsektor verwendet worden seien, welche keine geeignete Basis für eine nationale Tarifierung darstellten. Schliesslich moniert H+, dass Spitallaboratorien lediglich unter „übrige Labortypen“ subsumiert worden seien. Die besonderen Bedingungen der Spitallabors müssten indes im Tarifmodell berücksichtigt werden.

FMH (46), KHM (56) und SGAM (75) schlagen ein Vollkostenmodell vor, welches als Grundlage für eine Neu-Kalkulation der Tarifierung des Praxislabors herangezogen werden müsse.

Die GDK (17) macht geltend, die angenommenen Grössen für Lohn, Auslastung und Produktivität seien nicht nachvollziehbar; zudem seien die Overheadkosten auf Stufe Spital nicht berücksichtigt worden; dies im Hinblick darauf, dass die Analysenlisten-Tarife auch auf die Pauschalen der stationären Behandlung ausstrahlen würden. Die Spitallaboratorien seien als Leistungserbringerkategorie ebenfalls in das Berechnungsmodell einzubeziehen.

Der AAV (27) weist darauf hin, dass die Auswirkungen der linearen Tarifsenkung von 2006 nie analysiert worden sei. Zudem sei das Unternehmerrisiko einer freien Arztpraxis in den vorgesehenen Eckwerten nicht einkalkuliert worden, was aber zwingend zu berücksichtigen sei.

Axonlab (31) moniert, dass bei der durchgeführten Revision das Verhältnis der diversen Folgen derselbigen in der Schweiz zur angestrebten Kosteneinsparung im Gesundheitssystem kaum betrachtet worden sei.

Die Hausärzte (49) weisen darauf hin, dass die niedrigen Labortarife im Ausland nicht eins zu eins auf die Verhältnisse in der Schweiz übertragen werden können.

GL (5) wehrt sich gegen eine unterschiedliche Tarifstruktur für verschiedene Labortypen.

Die KK BL (58) kritisiert, dass mit der Festlegung (Auftragslabor als Tarifgrundlage) bewährte Strukturen unberücksichtigt bzw. existenziell bedroht seien. Das politische Bekenntnis zum Praxislabor fehle.

LU (8) kritisiert, dass die deutschen und österreichischen Verhältnisse in die neue Liste übernommen worden sei. Weiter enthalte der Vorschlag des BAG gravierende Berechnungsfehler.

Die Privatkliniken (69) monieren, im stationären Bereich fehle ein effektiver Überblick über die Kosten der Laboranalysen. Was die Nutzungsdauern der erforderlichen Anlagen anbelange, seien diese zu lang angesetzt.

Die SGIEM (78) führt aus, als Tarifgrundlage sei das Privatlabor oder das Spitallabor vom Typ C gewählt worden. Dies führe dazu, dass kleinere Spitallaboratorien mit dieser Tarifierung nicht mehr kostendeckend betrieben werden könnten.

Die SGAI (74) weist darauf hin, dass der Vergleich des Revisionsprojektes mit den von der Expertengruppe der SGAI gelieferten Daten wesentliche Unterschiede zeige. Für die Experten der Laborkommission ist nicht nachvollziehbar, in welchem Bezug die in der Beta-Version vorgeschlagenen Tarife zur abgegebenen Expertenmeinung stünden.

Die SGMG (81) moniert, alle Gestehungskosten, die im aktuellen Revisionsprozess vom externen Beratungsbüro gemessen worden seien, seien in der nun vorliegenden Betaversion aus für die SGMG nicht nachvollziehbaren Gründen unkorrekt abgebildet. Die SGMG bestreitet daher die Objektivität der Tarifierung für die Mehrzahl aller Analysen des fachspezifischen Kapitels. Weiter wird darauf hingewiesen, dass die vorliegende Beta-Version der revidierten Analysenliste eine adäquate Verrechnung der molekulargenetischen Analytik der malignen Hämopathien nicht mehr zulasse.

Die GDK (17) weist darauf hin, dass die Rahmenparameter (Referenzlohnkosten des Personals, angenommene Auslastung, Produktivität) nicht nachvollziehbar seien. Die von den Experten eingebrachten Daten seien auch kaum wieder zu erkennen. Die Verteilung der Reduktion des Kostenvolumens auf die Leistungserbringerkategorien sei nicht transparent gemacht worden. Im Weiteren seien die Overheadkosten des Spitals nicht berücksichtigt worden. Die GDK äussert erhebliche Zweifel, ob mit den dargelegten Formen der Primärdatengewinnung, ergänzt durch Sekundärrecherchen eine ausreichend valide Datengrundlage bereitgestellt worden sei. Moniert wird weiter, die Benchmark-Grundlagen mit Deutschland und Österreich seien nicht offen gelegt worden. Es sei unklar, nach welchen Prinzipien der neue Tarif gepflegt werde und wie Innovationen sinnvoll eingebaut werden könnten.

Die IFIK Uni BE (53) erachtet die Tatsache, dass der vorgelegte Entwurf keinerlei Ähnlichkeit mit den durch die Uni BE erarbeiteten betriebswirtschaftlichen Grundlagen für die Tarifgestaltung aufweise, als höchst bedenklich.

labmed (61) erachtet das vorgeschlagene Tarifmodell als realitätsfremd. In Bezug auf den Bestand an Laboratorien werde der vorliegende Kommentar dem schweizerischen Sachverhalt nicht gerecht. Hinweise auf zukünftige Messsysteme, die „erwartet“ würden, seien in einer Begründung für eine Tarifrevision grotesk. Analysentarife könnten nicht auf Grund technischer Entwicklungen festgelegt werden. Die vom BAG gewählte Referenz von 450'000 Analysen/Jahr ist nach Meinung von labmed unrealistisch. Weiter stelle sich die grundsätzliche Frage, wie die Personal-, Ausbildungs- sowie Fort- und Weiterbildungskosten in die Tariffberechnung eingeflossen seien.

Medim (67) moniert, dass einige Taxpunktwerterhöhungen bar jeglicher Logik gekürzt worden seien. Das BAG solle begründen, weshalb gewisse Testarten nicht speziell und separat ausgewiesen würden.

pharmaSuisse (23) macht geltend, die versprochenen flankierenden Tarifmassnahmen (Präsenzdiagnostik) würden die massiv tieferen Ansätze bei den Taxpunkten nicht abfedern.

SULM (25), ÄTG (29), VGV TG (99), TVFS (95) und VLS TG (100) begrüßen den Ansatz, wonach gleiche Leistungen mit gleichen Taxpunkten und Taxpunktwerten abgegolten werden, während ökonomisch bedingte Unterschiede zur Aufrechterhaltung der Struktur der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung mit einer Bearbeitungs-, bzw. einer Auftrags- oder Präsenztaxe abgegolten werden. Der vorliegende Entwurf dividiere demnach die Laborlandschaft in 3 Labor-Typen. In Bezug auf die Spitallaboratorien seien im Kommentar zwei pauschalisierende Vermutungen zu finden, die als unhaltbar empfunden werden. Die SULM kritisiert diesen Ansatz als sachfremd. Der Ansatz komme deutlich zwischen Typen „Auftragslabor“ und „Spitallabor“ zum Ausdruck. Um der räumlichen Struktur der Gesundheitsversorgung gerecht zu werden und gleichzeitig eine wettbewerbsnahe Situation aufrecht zu erhalten, müssten die ökonomischen Produktionsvoraussetzungen kostengerecht im Taxsystem (Tarif, Auftrags- und Präsenztaxe) berücksichtigt sein. Die SULM fordert deshalb eine differenziertere Festlegung der Abgeltung.

Die SGKC (80) kritisiert, BAG lege eine Analysenliste und ein Tarifsysteem vor, das grobe systematische und methodische Fehler, Implausibilitäten und Ungerechtigkeiten enthalte. Die SGKC legt Widerspruch sowohl gegen das Tarifsysteem als auch gegen die Streichung von Parametern und Fachzuständigkeiten (Zuordnung der Suffixe) ein.

TI (13) weist auf schwere Inkongruenzen des vorgeschlagenen Revisionsprojektes hin.

Die USKÄ (98) ist der Ansicht, die angesetzten Taxpunktwerte würden einer betriebswirtschaftlichen Prüfung nicht standhalten. Weiter erachtet sie es als möglich, dass durch die Vermischung zwischen Privatlaboratorien und grossen Spitallaboratorien einerseits und kleinen Spitallaboratorien und Praxislaboratorien andererseits ein gemeinsamer Tarif systemimmanent nicht möglich ist.

VS (15) zeigt sich erstaunt über das Ausmass des Revisionsprojektes. Die Tarifierung einzelner Positionen sei unverständlich und unerklärbar. Der Bereich von Auftrags- und Präsenztaxe sei weder klar noch transparent. Die Empfehlungen der Expertengruppe seien nicht korrekt in das Revisionsprojekt übernommen worden.

Für die Tropenmedizin FMH (94) ist nicht ersichtlich, aufgrund welcher Kriterien die Abweichungen der Taxpunkte der einzelnen Analysen festgelegt worden seien. Es sei nicht verständlich, wie innerhalb ähnlicher bzw. identischer Analysenmethoden grosse Unterschiede auftreten könnten. Im Weiteren sei die Wichtigkeit bestimmter Untersuchungen für eine schnelle und akkurate Behandlung des Patienten und der daraus folgenden Kosteneinsparungen ausser acht gelassen worden.

Der VLSS (101) kritisiert, die Betaversion der Analysenliste 8.0 zeige viele unerklärte Veränderungen, Ungereimtheiten und Fehler. Die bisher geltende Zuordnung der Analysen entsprechend vorhandener Qualifikation sei für einen Grossteil der Blutbildanalysen nicht mehr berücksichtigt worden. Zudem scheine die bisherige Rechtslage hinsichtlich des Versands ins Ausland ausgehöhlt zu werden. Die Berechnungen gingen teilweise von realitätsfremden Annahmen aus. Schliesslich sei die Veränderung des Taxpunktwertes verschiedenster Analysen weder plausibel noch transparent, bzw. in einigen Beispielen scheinbar falsch.

3.4.2 Gesplittete Vergütung, Auftrags- und Präsenztaxe

FMH (46), KHM (56) und SGAM (75) machen geltend, gemäss Begleittext seien die Auswirkungen des BAG als „Reduktion des Gesamt-Kostenvolumens zwischen 20 und 25 %“ berechnet worden. Es werde nicht darauf eingegangen, mit welcher Variation sich dies auf das sehr inhomogene Kollektiv der Labor-Leistungserbringer im Einzelnen auswirke. Der Begleittext sei mindestens für das Praxislabor falsch. Die Reduktion der Laborkosten betrage unter Berücksichtigung der neuen Präsenztaxe für den Fall des Praxislabors 36 %.

H+ (48) moniert, die Differenzierung zwischen Spital- und Praxislaboratorien (Präsenztaxe von Fr. 8.--) und Privatlaboratorien (Auftragstaxe von Fr. 24.--) sei nicht nachvollziehbar. Mit dieser gesplitteten Vergütung seien die Spitallaboratorien benachteiligt.

Die Privatkliniken (69) beantragen, die Präsenztaxe angemessen zu erhöhen. Die unterschiedliche Entschädigung von Spital- und Arztpraxislaboratorien sei sachlich nicht gerechtfertigt.

Die SGIEM (78) kann nicht nachvollziehen, weshalb die Präsenztaxe der Spitallaboratorien denen einer Arztpraxis gleichgestellt wird. Bei der Präsenztaxe sei die Situation der Spitallaboratorien nicht berücksichtigt worden.

Axis Shield (30) hält eine einheitliche Auftragstaxe für beide Labortypen (Grosslabor und Arztlabor) sinnvoller. Die Kürzung der Industrieabgabepreise entbehre jeder Grundlage.

Nach Ansicht von GL (5) entsteht durch die aufgeteilte Vergütung in eine Präsenz- und Auftrags-taxe für ein Spitallabor eine massive Benachteiligung.

Für die Hausärzte (49) ist es unverständlich, weshalb die Grosslabors eine bedeutend höhere Taxe abrechnen können als die Präsenzlabor.

Für den HVA (52) ist die vorgesehene Taxe von CHF 8.— pro Tag und Patient ungenügend.

Nach Ansicht der KK BL (58) entsteht durch die gesplittete Vergütung für die Spitallaboratorien eine massive Benachteiligung. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb zur Deckung der Overheadkosten einmal 24 TP (Auftragstaxe) bzw. 8 TP (Präsenztaxe für Spital- und Praxislabor) in das Modell eingeflossen sind. Die postulierte Transparenz des Bewertungsmodells sei nicht ersichtlich. Weiter seien die im Absatz Spezialanalysen erwähnten Prozentabschläge für Overheadkosten nicht nachvollziehbar. Für die KK BL ist weiter nicht ersichtlich, weshalb die für die Auftragstaxe relevanten Abläufe wie Qualitätssicherung, Probenversand, administrative Auftragsbearbeitung etc. nicht auch für das Spitallabor gelten sollen. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb die Spitallaboratorien mit nur einem Drittel der Auftragstaxe (8 TP vs. 24 TP) entschädigt werden sollen. Mit dem vorgesehenen Tarifwerk sei die Akkreditierung oder Rezertifizierung stark gefährdet.

Nicht einleuchtend ist es für med-swiss.net (22), weshalb ein Grosslabor pro Auftrag CHF 24.— verrechnen dürfe, das Praxislabor jedoch lediglich CHF 8.—. Es wird zur nachhaltigen Sicherung der Grundversorgung eine Erhöhung der Präsenztaxe auf CHF 15.— pro Patient und Tag beantragt.

OW (9) wendet sich gegen ein Tarifsplittung. Hingegen könne der Ansatz einer Auftrags- und Präsenztaxe unter Berücksichtigung des speziellen Case-Mix und der Rahmenbedingungen eines Spitallabors durchaus weiterverfolgt und angepasst werden.

Für polymed (68) ist unverständlich, dass die Grosslabors eine bedeutend höhere Taxe im Vergleich zum Präsenzlabor abrechnen können.

Die SGKC (80) begrüsst die Definition von Präsenz- und Auftragstaxen. Allerdings seien die unterschiedliche Handhabung von Privatlaboratorien (Auftragstaxe 24 TP) und Spitallaboratorien (Präsenztaxe 8 TP) und die Begrenzung der Präsenztaxe auf eine Anwendung nur einmal pro Patient und Tag nicht nachvollziehbar. Die nur einmal pro Tag und Patient fakturierbare Präsenztaxe werde weder den Spitallaboratorien noch der Speziadiagnostik gerecht.

Für santésuisse (103) ist die Erhöhung der Auftragstaxe um 122 % nicht nachvollziehbar. Die Auftragstaxe sei auf 10.8 TP zu senken. Weiter weist santésuisse darauf hin, dass sich gemäss Kommentar ein Auftrag auf mehrere Patienten bzw. Personen beziehen könne. In diesem Fall bestehe Unklarheiten darüber, welchem Versicherer die Auftragstaxe verrechnet werde, da mehrere Versicherer beteiligt seien. Es wird deshalb beantragt, die Auftragstaxe anteilmässig pro versicherte Person in Rechnung zu stellen.

Für das USB (97) ist die exakte Definition des Auftrags unklar. Die Ausgestaltung sei eine klare Benachteiligung der Spitallaboratorien Typ C (Qualab). Wenn die Spitallaboratorien bei abgesenkten Taxpunkten für die Analysen nur die deutlich niedrigere Präsenztaxe im Vergleich zur Auftragstaxe berechnen dürften, würden sich etliche Analysen für diese nicht mehr rechnen. Weiter sei nicht nachvollziehbar, weshalb davon ausgegangen wurde, dass die für die Auftragstaxe eingegangenen Abläufe, welche im Spitallabor ebenfalls anfallen, bei den Spitallaboratorien nur ein Drittel so hoch sein sollen wie bei den Privatlabors.

PharmaSuisse (23) weist darauf hin, dass die Auftragstaxe so angepasst werden müsse, dass auch Artikel 54 Absatz 2 Buchstabe c der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102) darin enthalten sei.

FMH (46), KHM (56) und SGAM (75) machen geltend, das BAG stelle die unter 4.2.1 die Herleitung der Präsenztaxe auf der Basis der „Praxilabor-Kosten-Studie“ als Bereinigung der Präsenzlabor-Analysen um den in der Studie ausgewiesenen „GEWINN“ dar. Die neu geschaffene Präsenztaxe kompensiere bei 4 Untersuchungen pro Sitzung die um den „Gewinn“ bereinigte Differenz zwischen alter und neuer Liste. Diese Schritte seien nicht nachvollziehbar. Das BAG irre bei der Annahme, es handle sich beim Resultat um einen Gewinn im betriebswirtschaftlichen Sinne. Die Studie weise keinen Gewinn, sondern einen Deckungsbeitrag an die Gemeinkosten der Arztpraxis aus. Die Präsenztaxe führe zu systematischen Verzerrungen. Sie könne die ihr zugewiesene Funktion der Kompensation der Vorhaltekosten und der Nachteile der kleinen Serien korrekterweise nicht erfüllen. FMH, KHM und SGAM weisen weiter darauf hin, dass unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten eine Präsenztaxe nur dann den vom BAG beabsichtigten Zweck erfüllen könne, wenn sie auf ein relativ homogenes Kollektiv angewendet werde. Obwohl die Autoren der Work-Flow-Analyse gezielt auf die Mengensensitivität der Laborkalkulationen hinweisen und klar offen legen würden, wie ihre Auslastungszahl von 6'936 Untersuchungen zu Stande komme, bleibe dieser entscheidende Faktor unberücksichtigt. Würden diese Zahlen empirisch erhoben, so

ergebe sich für das typische Präsenzlabor ein mittlerer Range von 3'750 bis 5'300 Untersuchungen.

Das Inselehospital (55) kritisiert, die Revision berücksichtige bei den Spitallabors Typ C (Universitäts-spital-Labor) ausschliesslich eine Präsenztaxe analog der Arztpraxen. Damit werde komplett ausser Acht gelassen, dass ein Labor Typ C eine Infrastruktur ähnlich einem privaten Grosslabor brauche.

Für das CHUV (39) sind die Erläuterungen der Präsenztaxe im Spitalbereich schwierig nachvollziehbar.

3.5 Eckwerte

ÄTG (29), VGV TG (99), TVFS (95) und VLS TG (100) halten die neu formulierten Eckwerte des Tarifmodells für unrealistisch. Einen gravierenden Mangel der revidierten Vorlage wird darin gesehen, dass mit immunologischen Methoden durchgeführte Analysen aufgrund der Kosten für die dafür notwendigen Reagenzien und Geräte auch von grossen Laboratorien mit entsprechenden Serienlängen nicht mehr kostendeckend angeboten werden könnten. Ein Vergleich technisch ähnlich durchgeführter Analysen lässt die FAMH weiter darauf schliessen, dass die reinen Reagenz-kosten nicht in die Berechnung der Taxpunktzahl eingeflossen sind. Die Kategorisierung scheine vielmehr auf technischen Ähnlichkeiten zu fussen. Dies führe dazu, dass die Streuung der einzelnen Analysen mit gleicher Methodik oftmals die faktische Streuung der Gestehungskosten der Analysen nicht widerspiegelt. Weiter würden die gekürzten Tarife im Outer-Corelabor-Bereich nicht einmal mehr die Reagenzkosten decken. Vernachlässigt worden sei zudem der Aufwand für den oftmals nötigen und sinnvollen Expertenaustausch mit den Ärzten.

Die FAMH (45) hält die neu formulierten Eckwerte des Tarifmodells für unrealistisch. Eine Produktivität des Personals von 90% sei nicht realisierbar und würde nicht nur dem Arbeitsgesetz widersprechen. Der Flächenbedarf entspreche nicht den Bedürfnissen und die dafür vorgesehenen Mietkosten liegen deutlich unter den durchschnittlichen Marktpreisen. Die Eckwerte für die Infrastruktur und Investitionen seien generell falsch angesetzt. Von den Gesamtkosten einer Analyse (Präanalytik, Analytik, Postanalytik) würden 55% auf die Präanalytik entfallen, also auf Kosten bevor die Probe überhaupt ins Labor komme (Versandmaterial, Nährmedien, Kühlbox, Trockeneis, Styroporbehälter, Lichtschutz, Kurierdienst etc.) und werde durch die Privatlabors vollumfänglich berappt. Dies wurde zu wenig berücksichtigt. Die Abgeltung bestehender Verträge mit Firmen oder Spitälern und die Lagerhaltung bereits eingekaufter Reagenzien seien nicht berücksichtigt worden. Im Gegensatz zum Spital gebe es für das Privatlabor keine Möglichkeit zur Quersubventionierung von Privat- zu Allgemeinabteilung oder gar Subventionierungen durch den Steuerzahler.

FASMED (20) sieht folgenden Korrekturbedarf:

Erstens sei die pauschale Kürzung der von der Industrie zur Verfügung gestellten Angaben zu Produkten und Dienstleistungen (anzunehmende Rabatte) um 10 bzw. 15% ohne belegbaren Grund erfolgt. Dann seien die in Relation zu den Investitionskosten gesetzten Kosten für Service und Support seien in der Realität weit höher (mindestens 10%). Zudem verlangten die Kunden einen schnellen, effizienten und fachlich hochstehenden Service – dies könne die Industrie nur mit in der Schweiz tätigen Mitarbeitern wahrnehmen, was auch die Kosten beeinflusse.

Für ein Grosslabor seien die Material- und Testkosten um Faktoren tiefer als in einem Arztlabor. Zudem seien die Kosten der Materialien mengenabhängig und es werde mit rationellen Automaten gearbeitet. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb ein Grosslabor eine Auftragstaxe von 24 Tarifpunkten geltend machen könne, während das Präsenzlabor bloss 8 Taxpunkte abrechnen dürfe. Inwieweit Amortisationen schliesslich bei den als Investitionsgüter geltenden Labor-Geräten berücksichtigt wurden, sei nicht bekannt.

LU (8) beanstandet Berechnungsfehler bei den Betriebszeiten. Weiter seien die Wartungskosten häufig höher als vom BAG angenommen. Bei der Berechnung des Flächenbedarfs sei vergessen worden, dass es auch noch Arbeitsflächen brauche oder dass z.B. in der molekularen Diagnostik explizit mindestens 4 verschiedene Räume erforderlich seien. Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie Qualitätssicherung, Akkreditierung und kostenintensive Sicherheitsvorschriften seien unberücksichtigt.

Der SVBG (90) weist darauf hin, dass die produktive Zeit einer diplomierten biomedizinischen Analytikerin mit 90 % viel zu hoch eingeschätzt sei. Weiter sei es wichtig, die Eckwerte von Deutschland und Frankreich auf ihre Richtigkeit zu prüfen.

Der SVDI (26) führt in seiner Stellungnahme an, dass mit der vorliegenden Version der Analysenliste die Angaben zu den Produkten und Dienstleistungen der Industrie willkürlich pauschal um 10 bzw. 15% gekürzt worden seien. Zudem sei für Service und Support je nach Wartungsklasse von 0% - 8% der Investitionskosten eingerechnet worden; in Wirklichkeit lägen die Kosten jedoch bei mindestens 10%.

GL (5) stellt besorgt fest, dass das vorgeschlagene Tarifmodell auf Produktionszahlen von zentralen Grosslabors beruht.

Die KK BL (58) hält fest, dass die Lohnkosten deutlich zu tief angesetzt seien. Ein Spitallabor vom Typ C sei i.d.R. an 365 Tagen während 24 Stunden in Betrieb. Weiter sei die Standardproduktivität mit 90 % sehr hoch bewertet. Schliesslich seien die Wartungskosten im Labor der KK BL um 80 % höher als im vorgelegten Entwurf.

Die SGKC (80) moniert, das Tracer-Konzept weise Probleme auf: So entstammten die Grundlagen der Kostenkalkulation aus ungeeigneten oder ungenannten und deshalb nicht überprüfbar Quellen mit dem Ergebnis, dass viele Eckwerte zu niedrig angesetzt seien (Löhne, Produktivität, Wartungskosten, Mietkosten). Die Kosten für Reagenzien seien häufig zu niedrig angesetzt. Die Daten seien modelliert worden, ohne hinterher in echten Laboratorien validiert zu werden. Weiter seien etliche Beispiele von Tarifen vorhanden, die unter denjenigen in Deutschland lägen, obwohl dies vom BAG ausgeschlossen worden sei. Schliesslich berücksichtige das Tracer-Modell nicht die Qualität oder den medizinischen Nutzen eines Tests.

H+ (48) kritisiert, die Eckwerte des Modells seien unklar, teilweise falsch, wenig transparent und entsprächen in den wichtigsten Belangen nicht der Realität. Insbesondere seien die Annahmen zur Laborfläche, Produktivität, Amortisation, Lohn-, Miet- und Unterhaltskosten nicht korrekt. Teilweise seien die Einzelanalysen zu den Traceranalysen falsch zugeordnet worden.

Das Inselehospital (55) beanstandet die der Revision zu Grunde liegenden Eckwerte in Bezug auf die Produktivität, Geräteauslastung sowie die Mietwerte.

Die SGIEM (78) hält fest, im vorgeschlagenen Modell sei die Serienlänge adjustiert worden, was bei häufigen Analysen richtig sei. Doch wenn dies bei seltenen Analysen angewandt werde, verminderten sich dadurch die Gestehungskosten und der Analysenpreis.

SO H (83) macht geltend, dass die festgehaltenen Eckwerte der Realität kaum standhalten dürften.

Swissmedic (110) weist darauf hin, dass die mit den Referenzwerten errechneten Daten auf die Mehrzahl der mikrobiologischen Laboratorien seiner Ansicht nach nicht anwendbar sind. Insbesondere gelte dies für Laboratorien, die ausser der Mikrobiologie keine andere medizinische Analytik durchführten.

Das Triemli (93) weist auf seiner Ansicht nach fehlerhafte Eckwerte hin.

Das USB (97) stellt offene Fragen in Bezug auf die Jahresbetriebsdauer sowie auf die Wartungskosten fest.

Die Privatkliniken (69), SGIEM (78), SGKC (80), USB (97) und GL (5) weisen darauf hin, dass die Standardproduktivität zu hoch berechnet sei.

Das KS Liestal (59) moniert, dass die Lohnkosten der diplomierten Biomedizinischen Analytikerin FH falsch eingeflossen sind. Diese Kosten seien höher. Für ein Zentrallabor in einem Akutspital sei die Angabe von 214 Arbeitstagen pro Jahr zu niedrig. Die Angaben zur Jahres-Betriebsdauer der Laborinfrastruktur gingen nicht von einem 24-Stunden-Betrieb in einem Akutspital aus. Hier seien die Gerätschaften 24 Stunden an 365 Tagen im Jahr in Betrieb.

Die Privatkliniken (69) beanstanden, dass die Lohnkosten zu tief angesetzt seien.

Der VPOD (111) macht geltend, dass die Lohndaten nicht der Realität entsprechen. Die Anzahl Arbeitstage diplomiertes Laborfachpersonal sowie die Angaben bei der Labor-Infrastruktur und Investitionen seien nicht zutreffend. Weiter sei die Standardproduktivität zu hoch angesetzt.

Labmed (61) kritisiert den Referenzwert von Fr. 90'000.--. Eine Überprüfung auf Basis von Daten einer Laborkette in der Schweiz sei als Referenzwert nicht repräsentativ. Die Lohndaten würden der Realität nicht entsprechen. Weiter werden die Anzahl Arbeitstage „diplomiertes Laborfachpersonal“ hinterfragt. Die Standardproduktivität sei zu hoch angesetzt. Schliesslich wird auf die fehlerhaften Daten für die Labor-Infrastruktur und die Investitionen hingewiesen.

Die SGIEM (78) hält fest, dass die Lohndaten für Spitallaboratorien seiner Ansicht nach zu tief angesetzt sind.

Nach Einschätzung der SGKC (80) ist für die BMA's mit mind. 20 % höheren Lohnkosten zu rechnen. Die Kosten von Kaderpersonal im Overhead seien zu niedrig festgelegt.

Das USB (97) kritisiert der zu tiefe Durchschnittslohn für diplomiertes Laborpersonal.

GL (5) beanstandet die seiner Ansicht nach rund 30 % zu tiefen Lohnkosten.

H+ (48) befürchtet durch die tiefen Ansätze pro Einzelanalyse eine Gefährdung des Ausbildungsstandorts Spital. Es wird daher gefordert, im Tarif auch die Ausbildungskomponente zu berücksichtigen.

Die SGFM (76) möchte wissen, auf welchen Studien, welchen Parametern und auf welchen Statistiken die Berechnung der neuen Tarife beruht und zu welchem Preis die Analysen schlussendlich den Versicherten berechnet wird.

3.6 Referenzlabor

In Bezug auf das Referenzlabor geht die SGKC (80) davon aus, dass dieses nach Umsetzung der vorgestellten Revision nicht mehr wirtschaftlich arbeiten kann.

H+ (48) erachtet das Referenzlabor nicht als geeignet, um Laboratorien in der Schweiz zu repräsentieren. Insbesondere berücksichtige das Referenzlabor in keiner Weise die spezielle Situation der Spitallaboratorien, die an 365 Tagen pro Jahr rund um die Uhr Patienten mit oft komplexen Fragestellungen betreuen.

3.7 Qualitätssicherung

La Source (60) befürchtet eine Verschlechterung der Qualität, weil die diesbezüglichen Aufwendungen nicht in die neue Tarifierung einbezogen worden seien.

Die SGKC (80) bemängelt, es sei nicht nachvollziehbar, wie die Kosten der Qualitätssicherung in die Preise eingeflossen und berücksichtigt worden seien.

Die SGTP (82) weist darauf hin, dass die Qualität einer mikroskopischen Untersuchung von der Erfahrung und der Sorgfalt bei der Testdurchführung abhängig ist. Die SGTP erachtet es als befremdend, dass diesem Umstand nicht Rechnung getragen worden sei. Bei der Serologie sei der Nachweis von Antikörpern einheitlich auf 75 TP festgelegt worden (mit Ausnahme der Untersuchungen auf Amöben [24 TP] und Strongyloides [34 TP]). Es scheine, als ob diese Werte willkürlich bestimmt worden seien, nachvollziehbare Begründungen fehlten. Kulturen in der Parasitologie seien sehr arbeitsintensiv, zudem sei die Analysenfrequenz sehr tief. Eine Begründung für die Taxpunktsenkung sei nicht ersichtlich.

H+ (48) hält in Bezug auf die Qualitätssicherung fest, dass externe Laboratorien mit der vorgeschlagenen Analysenliste bevorzugt würden. H+ fordert, dass die Spitallaboratorien gleich behandelt werden wie andere Laboratorien und dass auch die wichtigen Qualitätsanstrengungen bei der Tarifierung berücksichtigt werden.

Die SULM (25) weist darauf hin, dass der Umstand, dass labormedizinischen Dienstleistungsanbietern der Zugang zu einem staatlich regulierten und staatlich subventionierten Abgeltungssys-

tem offen stehe, unbesehen von der Qualität der Dienstleistung, wettbewerbspolitisch unzureichend ist. Die SULM fordert die Qualitätsanforderungen an die Erbringung von medizinischen Labordienstleistungen ergänzend festzulegen. Der Vollzug habe durch die SAS sowie das BAG zu geschehen.

3.8 Zuschläge (Notfall-, Nacht- und Sonntagszuschlag)

Die santésuisse (103) beantragt, dass die Zuschlagsposition 9706.00 ausschliesslich für Laboratorien gemäss Art. 54 Abs. 3 KVV von 20:00 Uhr bis 6:00 Uhr, an Sonn- und Feiertagen pro ausdrücklich angeordnetem Auftrag, wenn alle Analysen dieses Auftrags auch effektiv von 20:00 Uhr bis 6:00 Uhr, an Sonn- und Feiertagen durchgeführt würden, für anwendbar erklärt wird.

H+ (48) erachtet den Notfallzuschlag von 50 TP bei den heutigen Vorgaben zum Arbeitsgesetz ungenügend. Weiter wird beantragt, den bisherigen Nacht- und Sonntagszuschlag beizubehalten.

3.9 Nomenklatur- und Strukturänderungen

FAMH (45) und Unilabs (96) machen geltend, dass sich im Teil „Nomenklatur und Strukturänderung“ zudem Beispiele von Analysen finden würden, die entweder im Entwurf für die revidierte Analysenliste fehlten, eine falsche Nomenklatur aufweisen würden oder gestrichen worden seien, was nicht akzeptabel sei.

Die SGKC (80) kritisiert, dass unter dem Titel einer Nomenklaturänderung ohne deren Rücksprache als zuständiger Fachgesellschaft teilweise wichtige Parameter als obsolet erklärt, quantitative Analysen hoher Qualität durch qualitative Verfahren niedriger Qualität ersetzt und der Klinischen Chemie fachliche und technische Zuständigkeiten v.a. in der Molekulargenetik entzogen worden seien.

Die SGAI (74) ist der Ansicht, das Ziel der Nomenklaturbereinigung für den Bereich der Immunologie sei nicht erreicht worden.

3.10 Detaillierte Rückmeldungen zu den einzelnen Positionen

Axis Shield (30) erachtet die Senkungen bei vielen Analysen als zu massiv. Mit der Senkung der Positionen 8937.00 und 8137.10 sei kaum mehr eine kostendeckende Analyse möglich. Auch bei den Positionen 8265.00 und 8548.00 sei die Tarifsenkung unangemessen ausgefallen.

Der BSD SRK (32) erläutert verschiedenste – aus seiner Sicht - fehlende Positionen. Weiter werden auf besondere Punkte bei den immunhämatologischen Analysen sowie bei den Analysen von Infektionsmarkern aufmerksam gemacht.

Die ChiroSuisse (38) beantragt die Position 8448.00 (60) zu streichen und hingegen die Analysen 8485.00 (45) 8492.00 (9), 8616.00 (60), sowie 9504.04 (45) in die Liste aufzunehmen.

Das CHUV (39) weist auf einzelne, nach seiner Ansicht abwegige Positionen hin (u.a. 8059.10, 8570.00), welche es nicht erlaubten, die Kosten für die Reagenzien zu decken. Weiter werden die Positionen 8613.00 und 8614.00 erwähnt, welche auf Kapitel 4.3 / 5.7 verweisen würden, welche jedoch nicht publiziert seien.

Das CRS NE/JU (40) deutet auf einige fehlende bzw. fehlerhafte Positionen im Kapitel Hämatologie/Immunologie hin.

Die FAMH (45) sieht einen gravierenden Mangel der revidierten Vorlage darin, dass vor allem mit immunologischen Methoden durchgeführte Analysen aufgrund der Kosten für die dafür notwendigen Reagenzien und Geräte auch von grossen Laboratorien mit entsprechenden Serienlängen nicht mehr kostendeckend angeboten werden könnten. Beispielsweise seien dies die Positionen 8561.00, 8634.01, 8448.00, 8145.01, 8509.00, 8008.001, 8492.01. Ebenfalls nicht mehr kostendeckend könnten die Analysen 8059.101, 8136.00, 8454.001, 1033.00, 9109.01, 8225.001 und 8516.00 analysiert werden. Weiter schliesst die FAMH, dass die reinen Reagenzkosten nicht in die

Berechnung der Taxpunktzahl eingeflossen sind. Bei den manuellen Methoden ortet der FAMH "substanzielle Berechnungsfehler" (8381.00, 8413.001, 8469.01, 8185.01, 8185.00). Weiter seien die Tarife für die Konkrementanalyse und die Lithiumbestimmung zu tief angesetzt. Die FAMH führt Analysen auf, bei welchen der Tarif deutlich unter dem tatsächlichen Aufwand liege. Die Tarife bei den nicht-molekularbiologischen mikrobiologischen Analysen würden grundsätzlich weit unter den Gesteungskosten liegen. Im Kapitel Molekularbiologie seien die allgemeinen Parameter zur DNA-Amplifikation, der PCR, des Gen-Nachweises und der DNA- und RNA- Extraktion gestrichen (18811.01 — 8822.00) worden. Es seien dabei aber eine ganze Reihe von Analysen gestrichen worden, die in der Krankenversorgung unentbehrlich seien.

Die DERMZH (43) erläutert einzelne „problematische“ (9340.10, 9343.10) und „fehlende“ Positionen (Bearbeitung einer positiven Pilzkur inkl. Identifikation, Spezifischer Keimnachweis mittels Nukleinsäureamplifikation inkl. Amplifikat-Nachweis, Breitspektrum-Nukleinsäureamplifikationen, Referenzkultur [Identifikation konventionell], Referenzkultur [Identifikation mittels Nukleinsäureamplifikation und Sequenzierung]) hin.

Die KK BL (58) weist auf einige Beispiele von schwer nachvollziehbaren Tarifierungen hin (8289.0, 8283.00, 8323.05, 8528.01, 8059.10). Weiter sei die Zuteilung der Suffixe (Fachbereiche) zu den Analysen teilweise verändert worden. Gründe hierfür seien nicht erkennbar und nie Gegenstand der Revision gewesen. Obsolete Tests seien nicht überarbeitet und eliminiert worden (z.B. Immunelektrophorese). Andere, sinnvolle Bestimmungen seien nicht mehr vorhanden (Lipid- und Dialyseblock, H. pylori Atemtest).

LU (8) weist auf – aus seiner Sicht – missratene Positionen hin (1085.00, 9305.9306.10, 9351.70). Weiter seien inkonsistente Tarife für genau dieselben Verfahren festzustellen (1035.00, 1042.00, 1051.00, 1060.00, 9134.34, 1069.00, 1071.00). Die Ansätze bei den Blutkulturen seien willkürlich und deckten nicht einmal die Selbstkosten.

Für pharmaSuisse (23) ist die Position 8535.04 unlogisch. Im Übrigen könnten die Positionen 8535.04 und 8535.05 gestrichen und aus den entsprechenden Positionen eliminiert werden.

Überraschend ist für Proreo pharma (70) die geplante Streichung der Heliobacter Pylori-Tests. Es wird die nochmalige Überdenkung dieser Streichung beantragt.

Die santésuisse (103) beantragt in Bezug auf die Laborpositionen des Kapitels Chemie/Hämatologie/Immunologie, das Probematerial pro Position festzulegen und aufzuführen. Im Kapitel Genetik sei jede Positionsnummer eindeutig zu beschreiben. Weiter seien die Positionen 9703.00, 9704.00 sowie 9706.00 weiterhin nach der aktuell gültigen Analysenliste vom 01.01.2006 zu vergüten.

Die SGIEM (78) beantragt in Bezug auf die Positionen 8185.00, 8469.01, 8472.00, 8513.51, 8030.00, 8472.00, 8626.07, 8627.17, 8030.00, 8513.51 Änderungen. Die SGIEM legt weiter nahe, die im Kapitel Genetik unter Molekulargenetische Analysen (2.2.2) aufgelisteten Erkrankungen allen FAMH-Titelträgern zur Durchführung zuzulassen (CGHIM). Zudem wird die Einführung einer zusätzlichen Tarifposition unter den molekulargenetischen Analysen (Orphan Disease) gewünscht.

Die SGKC (80) wehrt sich dagegen, dass unter der Überschrift Nomenklaturänderung inhaltliche Änderungen durchgeführt würden, in deren Ergebnis medizinisch relevante Parameter gestrichen oder durch weniger geeignete ersetzt würden. Weiter werden Analysengruppen mit den dazugehörigen Beispiel-Analysen aufgeführt, die aus Sicht der SGKC im Revisionsentwurf deutlich unterbewertet seien.

Die FLD BAG (107) ist der Ansicht, dass das Gesundheitswesen in Bezug auf die Schnelltests Kosten spare, wenn ein Schnelltest inkl. Besprechung in derselben Konsultation in der Praxis durchgeführt werde. Die nun vorgeschlagenen 5 TP seien nicht mehr kostendeckend. Weiter werden in Bezug auf die Positionen 9116.06, 9117.06, 9115.01, 9118.01 und 9118.36 Anträge gestellt. FLD BAG fordert zudem die Schaffung von neuen Positionen.

Die SGMG (81) weist auf die Notwendigkeit einer Orphanregelung hin. Weiter wird appelliert, die speziellen Umstände und Bedingungen bei der medizinisch-genetischen Labordiagnostik angemessen zu berücksichtigen. Sie nimmt konkret zu einzelnen Positionen im Kapitel Zytogenetik Stellung, weist auf fehlende Positionen in Bezug auf Position 8810.10 hin, macht zusätzliche Vorschläge zur Aufnahme in die Positivliste und reicht einen Vorschlag für eine „Orphan-Position“ ein.

Swissmedic (110) nimmt in Bezug auf die elektronenmikroskopischen Nachweise von Viren sowie den „Urease-Test“ Stellung. Weiter enthalte die vorgeschlagene Analysenliste eine Vielzahl von Nachweisen „in situ“. Hier sei eine Präzisierung der jeweiligen Methodik unabdingbar, um eine plausible Tarifierung zu gestatten. Da die in-situ-Nachweise relativ selten diagnostisch angewandt würden, wäre zudem zu prüfen, ob der Verbleib in der Analysenliste noch gerechtfertigt ist.

Der VLSS (101) weist auf problematische Positionen (1006 – 1031, 1090 – 1094, 8059.10, 864.50, 8137.00, 8137.10, 8160.00) hin.

Dianalabs (44) äussert sich kritisch in Bezug auf die Positionen 1070.00, 1068.00. Weiter wird auf die inkohärente Tarifierung bzw. fehlerhafte Kriterien bei verschiedenen Nachweisen hingewiesen. Es finden sich weitere Stellungnahmen zu den Positionen 9661.10, 9661.00, 8179.01, 8570, 8259.00, 9310, 9304 – 9305, 9310, 9303 sowie 9662.00.

ÄTG (29), VGV TG (99), TVFS (95) und VLS TG (100) listen die aus ihrer Sicht fehlenden Analysen sowie Beispiele falscher Nomenklaturen und Beispiel inakzeptabler Streichung auf.

H+ (48) weisen auf die aus der Sicht der Spitäler „schwer nachvollziehbare“ bzw. „nicht gerechtfertigte“ Tarifierungen hin.

labmed (61) reicht eine detaillierte Liste von aus seiner Sicht fachlich und inhaltlich nicht gerechtfertigten Reduktionen ein.

Die SGAM (75) nimmt in Bezug auf die Positionen des Kapitels Zytogenetik detailliert Stellung und reicht einen Vorschlag für die Einführung einer „Orphan“-Position bei seltenen monogenen Krankheiten ein.

Anhang 1: Adressatenliste der Anhörung

Abkürzung	Absender
Abréviation	Expéditeur
	Kantone und kantonale Konferenzen / cantons et conférences cantonales
AG (1)	Kanton Aargau
AI (2)	Kanton Appenzell Innerrhoden
FR (3)	Kanon Freiburg / Canton de Fribourg
GE (4)	Département de l'économie et de la santé du Canton de Genève
GL (5)	Kanton Glarus
GR (6)	Kanton Graubünden
JU (7)	République et canton du Jura
LU (8)	Kanton Luzern
OW (9)	Kanton Obwalden
SG (10)	Kanton St. Gallen
SZ (11)	Kanton Schwyz
TG (12)	Kanton Thurgau
TI (13)	Repubblica e Cantone Ticino
UR (14)	Kanton Uri
VS (15)	Kanton Wallis / Canton du Valais
ZG (16)	Kanton Zug
GDK ¹ (17)	Schweizerische Konferenz der Kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -Direktoren

	Politische Parteien / partis politiques
-	-

	Dachverbände und Organisationen der Wirtschaft / association faîtière et organisations de l'économie
BSMPA (18)	Bund Schweizer Verbände Medizinischer Praxis-Assistentinnen
Centre Patronal (19)	Centre Patronal, Paudex
FASMED (20)	Dachverband der Schweizerischen Handels- und Industrievereinigungen der Medizinaltechnik
FER (21)	Fédération des Entreprises Romandes
med-suisse.net (22)	Dachverband der Schweizer Ärztenetzwerke
pharmaSuisse (23)	pharmaSuisse Schweizerischer Apothekerverband
SULM USML ² (25)	Schweizerische Union für Labormedizin / Union Suisse de Médecine de Laboratoire
SVDI (26)	Schweizerischer Verband der Diagnostica- und Diatnostica-Geräte-Industrie (SVDI)

	Leistungserbringer / fournisseurs de prestations
AAV (27)	Aargauischer Ärzteverband
aram (28)	Association Romande des Assistantes Médicales
ÄTG ³ (29)	Ärztegesellschaft Thurgau
Axis-Shield (30)	Axis-Shield AG, Im- und Export, Vertrieb und Verkauf Medizinalprodukte
Axonlab (31)	Axon Lab AG, Lieferant Laborequipment
BSD SRK (32)	Blutspendedienst des Schweizerischen Roten Kreuzes, Geschäftsleitung

¹ Die Stellungnahme der GDK wird unterstützt von den Kantonen AG, AI, FR, GL, GR, JU, SZ, TG, sowie der ÄTG, dem VGV TG, dem TVFS und dem VLS TG.

² Die Stellungnahme der SULM wird unterstützt vom Kanton AG, von Unilabs, der ÄTG, dem VGV TG, dem TVFS und dem VLS TG.

³ Die Stellungnahme der ÄTG wurde unterzeichnet vom Thurgauischen Verein Grundversorger, vom Thurgauischen Verein freipraktizierender Spitalärzte und vom Thurgauischen Verein leitender Spitalärzte.

BSD SRK BE (33)	Blutspendedienst SRK Bern AG
BSD SRK NOS (34)	Regionaler Blutspendedienst Nordostschweiz
BSD SRK ZH (35)	Stiftung Zürcher Blutspendedienst SRK
BSD SRK BL/BS (36)	Stiftung Blutspendedienst SRK beider Basel
CCQ (37)	Centres de Contrôle de Qualité
ChiroSuisse (38)	Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft.
CHUV (39)	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
CRS NE/JU (40)	Service régional neuchâtelois et jurassien de transfusion sanguine CRS
CSCQ (41)	Centre Suisse de Contrôle de Qualité, Schweizerisches Zentrum für Qualitätskontrolle
cssc (42)	Centre des Soins et de Santé Communautaire du Balcon du Jura Vaudois
DERMZH (43)	Dermatologische Klinik, Allergologie, Dermato-Onkologie, Venerologie Universitätsspital Zürich
Dianalabs (44)	Diagnostics d'analyses médicales
FAMH ⁴ (45)	Schweizerischer Verband der Leiter Medizinisch-Analytischer Laboratorien
FMH ⁵ (46)	Verbindung der Schweizer Ärzte und Ärztinnen
genetica (47)	Genetica, humangenetisches Labor & genetische Beratungsstelle
H+ (48)	H+ Die Spitäler der Schweiz
Hausärzte ⁶ (49)	diverse Hausärzte aus der ganzen Schweiz / des médecins de famille de toute la Suisse
hawa (50)	Haus- und Kinderärzte der Bezirke Winterthur und Andelfingen
HFR (51)	Hôpital Fribourgeois /Freiburger Spital
HVA (52)	Hausärzteverein Angenstein
IFIK Uni BE (53)	Universität Bern, Medizinische Fakultät, Institut für Infektionskrankheiten, Klinische Mikrobiologie
IKCH SG (54)	Institut für Klinische Chemie und Hämatologie am Kantonsspital St.Gallen
Inselspital (55)	Inselspital, Universitätsspital Bern
KHM (56)	Kollegium für Hausarztmedizin
KiSpi ZH (57)	Kinderspital Zürich
KK BL (58)	Koordinationskonferenz der Kantonalen Krankenhäuser Basel-Landschaft
KS Liestal (59)	Kantonsspital Liestal, Zentrallabor
La Source (60)	Clinique de La Source, Lausanne
labmed (61)	Schweizerischer Berufsverband der Biomedizinischen Analytikerinnen und Analytiker
LAM (62)	Laboratoire d'Analyses Médicales, Dr Edgar Boillat, Lausanne
Serienbrief Medizinische Praxisassistentinnen (63)	Serienbrief in Französischer Sprache, unterzeichnet von Medizinischen Praxisassistentinnen (161 Stück)
Serienbrief Ärzte (64)	Serienbrief in Französischer Sprache, unterzeichnet von Ärzten der aus der Romandie (538 Stück)
MCL (65)	MCL LMC Medizinische Laboratorien AG
medics labor (66)	Medics Labor AG, Privatlabor
Medim (67)	Medim Schweiz GmbH, Vertriebsfirma für medizinisch-diagnostische Produkte.
polymed (68)	Polymed Medical Center, Medizintechnik und Aэрztebedarf
Privatkliniken (69)	Privatkliniken Schweiz
Proreo pharma (70)	Proreo pharma AG
QUALAB (71)	Schweizerische Kommission für Qualitätssicherung im medizinischen Labor
RAEVOGG (72)	Regionale Ärztevereinigung Olten Gösgen Gäu
Serienbrief labmed (73)	Serienbrief erstellt von labmed, unterzeichnet von Biomedizinischen Analytikerinnen und Analytikern HF (340 Stück)
SGAI (74)	Schweizerische Gesellschaft für Allergologie und Immunologie

⁴ Die Stellungnahme der FAMH wird unterstützt von Unilabs, dem BSD SRK, der ÄTG, dem VGV TG, dem TVFS und dem VLS TG.

⁵ Die Stellungnahme der FMH wird vom KHM, der SGAM, der ÄTG, dem VGV TG, dem TVFS und dem VLS TG unterstützt.

⁶ Diverse Hausärzte aus der ganzen Schweiz haben Stellung genommen (101 Briefe). Die Aussagen wurden in kurzen Sätzen zusammengefasst.

SGAM (75)	Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin
SGFM (76)	Schweizerische Gesellschaft für freiheitliche Medizin
SGH (77)	Schweizerische Gesellschaft für Hämatologie
SGIEM (78)	Swiss Group for Inborn Errors of Metabolism (SGIEM)
SGIM (79)	Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin
SGKC (80)	Schweizerische Gesellschaft für Klinische Chemie
SGMG (81)	Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Genetik
SGTP (82)	Schweizerische Gesellschaft für Tropenmedizin und Parasitologie
SO H (83)	Solothurner Spitäler AG
SODIAG (84)	SODIAG SA, Hans Sonnberger, Losone
Spital Linth (85)	Spital Linth, Labor und Blutspendedienst SRK
SRTS CRS FR (86)	Service Régional fribourgeois de transfusion sanguine de la Croix-Rouge suisse
SRTS CRS VD (87)	Service Régional vaudois de transfusion sanguine de la Croix-Rouge suisse
SRTS CRS VS (88)	Service Régional Valaisan de transfusion sanguine de la Croix-Rouge suisse
SVA (89)	Schweizerischer Verband Medizinischer PraxisAssistentinnen
SVBG (90)	Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen.
SVM (91)	Société vaudoise de médecine
SVTM (92)	Schweizerische Vereinigung für Transfusionsmedizin
Treimli (93)	Stadtspital Triemli Zürich, Stadt Zürich
Tropenmedizin FMH (94)	Schweizerische Fachgesellschaft für Tropen- und Reisemedizin FMH
TVFS (95)	Thurgauischer Verein freipraktizierender Spezialärzte
Unilabs (96)	Unilabs Management & Services SA
USB (97)	Universitätsspital Basel, Abteilung Labormedizin
USKÄ (98)	Union schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen
VGv TG (99)	Thurgauischer Verein Grundversorger
VLS TG (100)	Thurgauischer Verein leitender Spitalärzte
VLSS (101)	Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz

	Versicherer / assureurs
Proxilab (102)	Proxilab analyses médicales SA
santésuisse (103)	Santésuisse – Die schweizer Krankenversicherer
SVSMLS (104)	Schweizerischer Verband der Schulleiter anerkannter medizinischer Laborantinnen- und Laborantenschulen
Groupe Mutuel (105)	Groupe Mutuel Versicherungen

	Andere / autres
SECO (106)	Staatssekretariat für Wirtschaft SECO
FLD BAG (107)	Fachkommission Labor und Diagnostik von HIV/AIDS des BAG
GUMEK (108)	Expertenkommission für genetische Untersuchungen beim Menschen
SPO (109)	SPO Patientenschutz
swissmedic (110)	swissmedic, Schweizerisches Heilmittelinstitut
VPOD (111)	Schweizerischer Verband des Personals öffentlicher Dienste
WEKO (112)	Wettbewerbskommission
PUE (113)	Eidg. Volkswirtschaftsdepartement, Preisüberwachung PUE