

Briefe an die SÄZ



Laboranalysen in der ärztlichen Praxis

Offener Brief an das BAG

Ihre Publikation «Laboranalysen in der ärztlichen Praxis» im Bulletin 12/09 [1] möchte ich nicht unbeantwortet lassen.

Die in der Zwischenzeit hinlänglich bekannten Einwände gegen die revidierte Analysenliste sollen hier nicht nochmals wiederholt werden. Vielmehr wird auf die offenkundigen Schwächen der Detailargumentation im genannten Artikel hingewiesen.

«Die nachfolgende Zusammenstellung gibt eine Übersicht über die aktuelle und die zukünftige Vergütung von typischen Laboranalysen [...]. Die Zusammenstellung dieser sogenannten Präsenzdiagnostik will Transparenz schaffen und einen Beitrag zur Versachlichung der Diskussion leisten.» Diesem Anspruch kann der Artikel nicht gerecht werden, da in der Argumentation neben offensichtlichen Widersprüchen auch Annahmen gemacht werden, die fern jeder Realität im klinischen Alltag sind. «Insbesondere das [alte (Anm. des Verfassers)] Tarifmodell entspricht weder dem heutigen technischen Fortschritt [...] noch den gestiegenen Lohnkosten.»

- Die Abgeltung der Blutentnahme wird von Fr. 7.20 auf Fr. 6.60 reduziert. Es werden somit auch Leistungen, die keinem technischen Fortschritt unterliegen, in der revidierten Analysenliste schlechter abgegolten und eine Anpassung an die gestiegenen Lohnkosten wird offenkundig nicht vorgenommen.

«Die aktuelle AL ist veraltet und bildet die realen Verhältnisse des Aufwandes im Laborbereich nicht mehr korrekt ab.»

- In der Auflistung «Laboruntersuchungen, die im Rahmen der Präsenzdiagnostik in der Regel *einzel*n durchgeführt werden» werden diejenigen Analysen deutlich besser honoriert, die veraltet sind oder heute nicht mehr durchgeführt werden:
 - Hämoglobin mittels manueller Bestimmung (neu Fr. 14.–, alt Fr. 6.30) ist eine obsoleete Methode und wird heute nicht mehr verwendet;
 - Thrombozytenzählung mittels manueller Bestimmung (neu Fr. 12.–, alt Fr. 8.10) ist eine zeitaufwendige Methode, benötigt eine Zählkammer. Im Praxislabor ist diese Methode heute nicht mehr etabliert.

- In der Auflistung «Laboranalysen, die im Rahmen der Präsenzdiagnostik in typischen *Kombinationen* durchgeführt werden» sind die Beispiele realitätsfremd; auffallend ist hier insbesondere die Einbeziehung der Leukozytendifferenzierung ohne ersichtliche medizinische Indikation. Zudem wird in den obengenannten Beispielen jeweils die obsoleete semiquantitative und nicht die heutzutage fast ausnahmslos verwendete aussagekräftige quantitative Bestimmung des CRP zur Berechnung verwendet (CRP quantitativ, alt Fr. 20.70, neu Fr. 13.– bzw. CRP semiquantitativ, alt Fr. 10.80, neu Fr. 12.–).

Die beliebig ausgewählten Krankheitsbilder und die vermeintlich sich daraus ergebenden Laboranalysen entsprechen nicht dem klinischen Alltag (eine «akute Gastritis» ist in erster Linie eine klinische Diagnose, die in der Regel keine Labordiagnostik benötigt; «afebrile Allgemeinerkrankungen» ist ein bestenfalls weitläufiger Begriff, dem keinesfalls eine definierte Labordiagnostik zugeordnet werden kann).

«Werden hingegen insgesamt mehr als 7 Laboranalysen angeordnet und muss deshalb Blut venös entnommen werden, ist es sachgerecht, die nicht dringenden Untersuchungen zu lasten des KVG in effizienteren Laboratorien durchführen zu lassen und die Resultate in einer separaten (Telefon-) Konsultation zu besprechen.»

- Dieses Vorgehen führt in jedem Fall zu Mehrkosten (Bearbeitungstaxe im auswärtigen Labor von Fr. 24.– + Konsultation (je nach Kanton bzw. Taxtpunktwert Fr. 14.21 bis Fr. 17.58), also etwa Fr. 40.– pro Blutentnahme.

Der zur Diskussion stehende Artikel gibt ein Zerrbild der Auswirkungen der revidierten Analysenliste wieder, indem veraltete oder inadäquate Labormethoden zu Vergleichen herangezogen und Annahmen gemacht werden, die nicht den klinischen Gegebenheiten im Praxisalltag entsprechen. Fachlich kompetente Hilfe zur Revision der Analysenliste wurde dem BAG von verschiedenen Fachgruppen angeboten. Es wird auch Aufgabe der zuständigen politischen Stellen sein, die gemeinsame Erarbeitung einer brauchbaren Version dieses wichtigen Instruments der medizinischen Versorgung unserer Bevölkerung zu ermöglichen. «Eine Investition in Wissen bringt noch immer die besten Zinsen» (Benjamin Franklin).

Dr. med. Hans-Peter Schäfer, Schaffhausen

1 BAG. Laboranalysen in der ärztlichen Praxis. Bulletin. 2009;(12):206-9.



PSA-Screening – differenzierte Betrachtungsweise nötig

Replik auf die Leserbriefe [1–3] zum Artikel von Kwiatkowski, Huber und Recker [4]

Bei eingehender Betrachtung der beiden Screeningstudien zum Mortalitätsbenefit (ERSPC: Benefit ja; PLCO: Benefit nein) sind sich die meisten internationale Experten darüber einig, dass die Europäische ERSPC-Studie in der Lage war, die Frage eines Benefits zum Prostata-Screening zu beantworten [5]. Die amerikanische PLCO-Studie war von der Anlage, Auswahl der Population und Durchführung her dazu nicht hinreichend, da:

1. 44 % der Teilnehmer in den letzten drei Jahren vor Studieneinschluss schon 1 oder mehrere PSA/DRU-Untersuchungen hatten und damit aggressive Tumoren im Vorhinein herausgefiltert wurden;
2. die Compliance in der Screeninggruppe fehlte. Nur 44 % liessen sich bei auffälligem PSA/DRU biopsieren (NB: die Patienten mussten die Kosten tragen);
3. die Kontaminationsrate in der Kontrollgruppe zu hoch war: 53 % erhielten PSA-Tests → Differenz zum Screeningarm nur 33 %;
4. 1., 2. und 3. dazu führten, dass das T-Stadium und -Grading in beiden Gruppen identisch waren. Dies widerspricht allen bisherigen Beobachtungen, dass eine verspätete Diagnostik mit fortgeschrittenen und aggressiveren Tumoren einhergeht;
5. dem PLCO-Trial eine statistische Poweranalyse fehlte.

Die meistzitierte ERSPC-Angabe, dass 1410 PSA-Tests durchgeführt und 48 therapiert (number needed to treat NNT) werden müssen, um einen Toten zu verhindern, ist irreführend hoch und eine rein studienspezifische, aktuelle statistische Angabe, um sie mit dem Mamma- und Colon-Screening vergleichen zu können (Benefit im gleichen Bereich). Sie spiegelt aus folgenden Gründen nicht die Benefitrealität wieder:

1. Es handelt sich um eine Momentaufnahme (Interrimsanalyse) nach nur 8,8 Jahren. Auf «lead time»-Annahmen basierend war die Studienauswertung erst Ende 2010 geplant. Dass ein signifikanter Unterschied früher zum Vorschein kommt, weist darauf hin, dass, trotz durchschnittlich hoher Latenzzeit der meisten PCa von über 10 Jahren, aggressive Tumoren eine wesentlich kürzere Latenz besitzen und somit ein Screening die Mortalität stärker beeinflussen kann als bisher angenommen.

Quantitativ ist sie erst nach 10–15 Jahren zu bestimmen, da nur Männer mit einer Lebenserwartung von >10 Jahren therapiert werden. Die Tatsache, dass im Screeningarm aktuell 41 % weniger Metastasen vorhanden sind, sollte für den weiteren Verlauf registriert werden. (Nächste Auswertung 2010.)

2. Es handelt sich um eine «Intention-to-screen-Analyse», bei der der Mortalitätsbenefit dadurch verdünnt wurde, dass er auf die Gesamtzahl der Screeninggruppe bezogen werden musste und nicht auf die wirklichen PSA-Benutzer (82 %). Der Mortalitätsbenefit der Screeningbenutzer beträgt schon jetzt 27 % versus 20 % für die gesamte Gruppe.
3. Ebenso musste sich die notwendige Behandlungsanzahl (NNT) auf die Gesamtzahl entdeckter Karzinome beziehen und schloss auch die Nichttherapierten ein (20 % Nichtbehandlungen in der ERSPC, 30 % im Schweizer Arm trotz Karzinomdiagnose!).
4. Die Kontrollgruppe war keine wahre nichtbehandelte Gruppe, sondern ebenfalls kontaminiert (etwa 4,8 % Karzinominzidenz).
5. Die im NEJM explizit aufgeführte Überbehandlungsrate betrug 30–50 % in der ERSPC. Nach Ansicht des Unterzeichners ist es dringend notwendig, eine Überbehandlung, wie auch bei anderen Tumorentitäten, zu verhindern (z. B. durch Vorhersagemodelle Steyerberg, Kattan, Epstein). Mögliche die Lebensqualität einschränkende Nebenwirkungen wie Impotenz/Inkontinenz sind durch Qualitätssteigerungen zu reduzieren. Der Therapiebedürftige muss jedoch rechtzeitig erkannt werden. Es braucht den individuell über Risiko, diagnostische und therapeutische Schritte inkl. Nebenwirkungen informierten Mann – eine differenzierte Aufgabe von Hausärzten und Urologen vor PSA-Abnahme. Eine Vorenthaltung der Information ist im Jahr 2009 nicht tragbar.

Prof. Dr. med. Franz Recker,
Chefarzt Urologische Klinik, Kantonsspital Aarau

- 1 Strebel U. Kommentar zum Artikel «PSA-Screening verringert Sterblichkeit um 20 %». Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(19):751.
- 2 Bumbacher H. PSA-Screening verringert Sterblichkeit um 20%: einseitige Darstellung. Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(19):752.
- 3 Paky A. Männer über 55: hopp, hopp zum PSA-Test ... sonst stirbt ihr! Schweiz Ärztezeitung. 2009; 90(19):752.
- 4 Kwiatkowski M, Huber A, Recker F. PSA-Screening verringert Sterblichkeit um 20%. Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(13):514.
- 5 http://urology.jhu.edu/prostate/PSA_controversy2.php.