

Inhaltsverzeichnis

Spitäler

- 1 Spitäler gegen Tarifsystem
Neue Zürcher Zeitung 16.08.2011
- 2 Financement hospitalier: Les données des patients au cœur de la bataille
Le Temps 16.08.2011
- 3 Spitäler lehnen Kompromiss zur Fallpauschale ab
Radio DRS 1 16.08.2011
- 4 Kein System für Fallpauschalen?
Aargauer Zeitung 16.08.2011
- 5 Le nouveau financement hospitalier a du plomb dans l'aile
Le Matin 16.08.2011
- 6 Streit um Spital-Geld - Burkhalter greift ein
Blick 16.08.2011
- 7 Hôpitaux et caisses: discussion au point mort
24 Heures 16.08.2011
- 8 Le Conseil fédéral tranchera sur le transfert du dossier médical
Tribune de Genève 16.08.2011
- 9 Weiteres Nein zu Fallpauschalen
Basler Zeitung 16.08.2011
- 10 Financement hospitalier: Pierre-Yves Maillard relance la convention
20 minutes 16.08.2011
- 11 Burkhalter will Bundesregelung für Patientendaten
Der Bund 16.08.2011
- 12 Salta l'accordo sugli ospedali
Corriere del Ticino 16.08.2011
- 13 Burkhalter will Bundesregelung für Patientendaten
Tages-Anzeiger 16.08.2011
- 14 Financement hospitalier: Burkhalter attrape la balle au bond
Le Nouvelliste 16.08.2011
- 15 Financement hospitalier: Les hôpitaux suisses opposés à l'accord
Quotidien jurassien 16.08.2011
- 16 Fallpauschalen: Spitäler leisten Widerstand
Berner Zeitung 16.08.2011
- 17 Financement hospitalier: Burkhalter attrape la balle au bond
L'Express 16.08.2011

- | | |
|--|------------|
| 18 Forfaits par cas: le conseiller fédéral Burkhalter attrape la balle au bond
<i>La Liberté</i> | 16.08.2011 |
| 19 Nun will Bundesrat Didier Burkhalter handeln
<i>Bündner Tagblatt</i> | 16.08.2011 |
| 20 «Il Governo salvi il segreto medico»
<i>Giornale del Popolo</i> | 16.08.2011 |
| 21 Fallpauschale: Burkhalter muss durchgreifen
<i>Bieler Tagblatt</i> | 16.08.2011 |
| 22 Spitäler stellen sich quer
<i>Der Landbote</i> | 16.08.2011 |
| 23 Spitäler lehnen die Umsetzung der Fallpauschalen ab
<i>Walliser Bote</i> | 16.08.2011 |
| 24 Spitäler sträuben sich weiter gegen Fallpauschalen-System
<i>Bote der Urschweiz</i> | 16.08.2011 |
| 25 Spitäler wollen Patientendaten nicht an Krankenkassen weitergeben
<i>Sarganserländer</i> | 16.08.2011 |
| 26 Santésuisse und Spitäler streiten um Fallpauschale
<i>Freiburger Nachrichten</i> | 16.08.2011 |
| 27 Spitäler wollen Patientendaten nicht an Krankenkassen weitergeben
<i>Werdenberger & Obertoggenburger</i> | 16.08.2011 |
| 28 Spitäler sträuben sich weiter gegen Fallpauschalen-System
<i>March-Anzeiger</i> | 16.08.2011 |
| 29 Spitäler lehnen Kompromiss zur Einführung ab
<i>Schaffhauser Nachrichten</i> | 16.08.2011 |
| 30 Spitalfinanzierung: Neuer Streit über Umsetzung
<i>Zürcher Unterländer</i> | 16.08.2011 |
| 31 Fallpauschalen: Die Spitäler gehen auf die Barrikaden
<i>Neue Luzerner Zeitung</i> | 16.08.2011 |
| 32 Spitäler sträuben sich weiter gegen Fallpauschalen-System
<i>Südostschweiz GESAMT</i> | 16.08.2011 |
| 33 Spitäler steigen auf die Barrikaden
<i>St. Galler Tagblatt</i> | 16.08.2011 |
| 34 Spitäler gegen Fallpauschalen
<i>20 Minuten</i> | 16.08.2011 |
| 35 Financement de la santé: tout est à reprendre à zéro
<i>Radio Suisse Romande</i> | 15.08.2011 |
| 36 Les hôpitaux suisses ont rejeté un convention sur le financement hospitalier | |

TSR	15.08.2011
37 Spitäler lehnen Kompromiss zur Fallpauschale ab <i>Radio DRS 1</i>	15.08.2011
38 Spitäler gegen Umsetzung der Fallpauschalen <i>Blick Online</i>	15.08.2011
39 Spitäler sind mit Umsetzung nicht zufrieden <i>20min Online</i>	15.08.2011
40 Spitäler lehnen Umsetzung der Fallpauschalen ab <i>NZZ Online</i>	15.08.2011
41 Spitäler gegen Umsetzung der Fallpauschalen <i>Bieler Tagblatt Online</i>	15.08.2011
42 Spitäler lehnen die Weitergabe von Patientendaten ab <i>BAZonline</i>	15.08.2011
43 Fallpauschale: Burkhalter interveniert und will regeln <i>SF Online</i>	15.08.2011
44 Fallpauschale: Datenschützer erfreut über Gegenwehr der Spitäler <i>SF Online</i>	15.08.2011
45 Spitalfinanzierung: Spitäler lehnen Fallpauschalen ab <i>drs.ch</i>	15.08.2011
46 Gegen die Weitergabe der Patientendaten <i>SF DRS</i>	15.08.2011
47 Schweizer Spitäler gegen neue Fallpauschale <i>SF DRS</i>	15.08.2011

Gesundheitspolitik

48 Fallpauschalen: Spitäler gegen Tarifsysteem, Burkhalter greift ein - Medienecho <i>Infonlinemed</i>	16.08.2011
49 Financement hospitalier: Les données des patients au coeur de la bataille - cho médiatique <i>Infonlinemed</i>	16.08.2011

SCHWEIZ, SEITE 7

Spitäler gegen Tarifsystem

Bund strebt Verordnung an

Das neue Fallpauschalensystem wird von den Spitälern nicht goutiert. Der Spitalverband H+ will Verhandlungen in den Kantonen, während der Bund einheitliche Regeln will.

(sda) · Die Schweizer Spitäler lehnen die Umsetzung des neuen Fallpauschalensystems ab. Sie wehren sich vor allem dagegen, dass sie ab nächstem Jahr alle Patientendaten und Angaben zu Diagnosen an die Krankenkassen übermitteln müssten. Diese Regelung ist Teil einer Vereinbarung zwischen dem Spitalverband H+ und den Krankenkassen, mit welcher das Fallpauschalensystem ab 2012 hätte umgesetzt werden sollen. Die anderen Punkte der Einigung waren aber ebenfalls stark umstritten. So sei auch die vereinbarte Abgeltung der Investitionskosten von vielen Spitälern als zu wenig hoch eingestuft worden, so H+.

Umfassender Systemwechsel

Mit der von den Verhandlungspartnern als Kompromiss bezeichneten Einigung hätte das Fallpauschalensystem umgesetzt werden sollen, das im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung 2012 eingeführt wird. Künftig werden Spitäler nicht mehr nach erbrachter Leistung, sondern pauschal pro Diagnose entschädigt. Von diesem System erhofft man sich eine bessere Vergleichbarkeit zwischen den Spitälern und dadurch eine bessere Kostenkontrolle.

Dass dadurch die Kosten sinken könnten, glaubt niemand mehr so recht. Inzwischen sieht es im Gegenteil danach aus, dass die Umsetzung des Fallpauschalensystems punktuell zu einem Kostenschub führen wird. Neben grundsätzlicher Kritik am neuen System schwelt seit Monaten ein Streit über offene Fragen zu Umsetzung und Anwendung des Fallpauschalensystems. Eine davon ist, wie viel Geld die Spitäler von den Krankenkassen für ihre Investitionen erhalten. Umstritten ist auch, wie die Kosten überwacht und wie Korrekturmassnahmen aussehen sollen. Die höchsten Wellen hatte aber der Zwist rund um die Übermittlung von Patientendaten geworfen. Vorgesehen war, dass in der Regel alle Informationen an die Krankenkassen weitergeleitet werden müssen, neben den Patientendaten also auch sämtliche Diagnosen. Der Patient hätte verlangen

können, dass die Daten stattdessen an den Vertrauensarzt der Kasse geschickt werden. Mit dieser Regelung sah H+ den Datenschutz und die Persönlichkeitsrechte der Patienten gewahrt.

Der Ärzteverband FMH dagegen sprach von einem «Ausverkauf des Arztgeheimnisses», die Stiftung SPO Patientenschutz sah den «gläsernen Patienten» Realität werden. Beide Organisationen werfen den Krankenkassen vor, die Daten zur besseren Risikoselektion missbrauchen zu wollen.

Verhandeln oder verordnen?

Wie es nun weitergeht, ist nicht ganz klar. H+ geht davon aus, dass die offenen Fragen auf kantonaler Ebene zwischen den einzelnen Spitälern oder Spitalgruppen und den Krankenkassen im Rahmen der Tarifverhandlungen geregelt werden müssen. Davon will Gesundheitsminister Didier Burkhalter aber nichts wissen. Die noch ausstehenden Regelungen sollen nun vom Bund per Verordnung einheitlich geregelt werden, wie sein Sprecher Jean-Marc Crevoisier erklärt. Verhandlungen zwischen Spitälern und Krankenkassen würden im Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) nicht als sinnvoll eingeschätzt.

© **Neue Zürcher Zeitung**

Les données des patients au cœur de la bataille

> Financement hospitalier **Les hôpitaux suisses rejettent l'accord avec les assureurs**

A quatre mois et demi de son entrée en vigueur, le nouveau financement hospitalier a du plomb dans l'aile. Les hôpitaux suisses ont rejeté à 81% la convention passée par leur faîtière, H+, avec celle des assureurs, Santésuisse. La transmission des données est un des points d'achoppement. Mais «c'est l'ensemble du compromis qui n'a pas convaincu», selon H+.

Négociée début juillet, la convention complémentaire entre les partenaires tarifaires concernait les modalités de l'introduction, prévue au 1er janvier 2012, du système de forfaits par cas. Celui-ci détermine le prix d'un séjour hospitalier en fonction de la pathologie concernée.

L'accord entre Santésuisse et H+ portait sur quatre points: la livraison des données des patients aux assureurs pour contrôler les factures, l'indemnisation des investissements, la surveillance des coûts et la présentation des données de coûts pour les négociations.

Secret médical en danger?

Selon les observateurs, c'est avant tout la question de la transmission des données des patients qui a surtout été critiquée. L'insistance des assureurs à obtenir ces informations a fait capoter l'accord, estime ainsi Pierre-Yves Maillard, conseiller d'Etat vaudois et président de la Conférence des directeurs cantonaux de la santé.

Les médecins et les patients ont appelé les hôpitaux à rejeter l'accord, craignant que les caisses maladie utilisent les données pour leurs activités commerciales dans le secteur des assurances complémentaires. Leur avis était partagé par l'association des commissaires suisses à la protection des données, qui n'hésitait pas à dire que le secret médical était en danger.

Désavouée par ses membres, H+ estime que l'introduction du système de forfaits par cas doit se régler au niveau des cantons. Concrètement, cela signifie que chaque hôpital ou groupe hospitalier doit négocier une solution individuelle avec les caisses maladie. Par la voix de son porte-parole, le conseiller fédéral Didier Burkhalter estime qu'il ne serait pas judicieux de régler canton par canton les questions concernant la transmission médicale de données ou l'indemnisation des

coûts d'investissement.

ATS

© **Le Temps**



Gewicht: "Mittlere" Story

16. August 2011

Info 3 vom Montag, 15.8.2011, 17.00 Uhr, DRS 3 und DRS 4 News

Spitäler lehnen Kompromiss zur Fallpauschale ab

Ein Eclat bei der Einführung der Fallpauschale: Der Spitalverband H+ lehnt den ausgehandelten Kompromiss ab.

Verantwortlich für diese Sendung: Moderation: Simon Leu



© Radio DRS 1

Kein System für Fallpauschalen?

Das Communiqué des Spitalverbands H+ kam gestern wie aus heiterem Himmel: Die Schweizer Spitäler würden die Umsetzung des neuen Fallpauschalen-Systems ablehnen, schrieb die Organisation. Der Systemwechsel war Ende 2007 vom Parlament beschlossen worden und soll 2012 eingeführt werden. Als wichtigste Änderung sollen die Spitäler künftig von den Krankenkassen nicht mehr nach erbrachter Leistung, sondern pauschal pro Diagnose entschädigt werden. Ein Dorn im Auge ist dem Verband in erster Linie die neue Regel, wonach die Spitäler künftig sämtliche Patientendaten und Diagnosen an die Krankenkassen übermitteln müssen. Mit Blick auf den Datenschutz spricht etwa der Ärzteverband FMH vom «Ausverkauf des Arztgeheimnisses», die Patientenschutzorganisation SPO warnt vor dem «gläsernen Patienten».

Burkhalter reagiert prompt

Gesundheitsminister Didier Burkhalter kündigte an, die noch ausstehenden Regelungen zwischen Spitälern und Krankenkassen nun einheitlich über den Verordnungsweg festlegen zu wollen. Denn beim Bund will man um jeden Preis verhindern, dass nun jedes Spital einzeln mit den Krankenkassen verhandeln muss. Für seine prompte Reaktion erntet Burkhalter den Beifall bürgerlicher Gesundheitspolitiker. «Ich bin froh, dass er trotz des Widerstands alles wie vorgesehen durchziehen will», sagt etwa der Zürcher SVP-Nationalrat Toni Bortoluzzi. Die Spitäler wollten offensichtlich keine Transparenz schaffen und hätten nicht begriffen, dass auch im Gesundheitswesen marktwirtschaftliche Kriterien gelten müssten. «Ansonsten wird einmal mehr der Prämienzahler der Leidtragende sein», so Bortoluzzi. Und der Berner FDP-Nationalrat Pierre Triponez sagt schlicht: «Das Gesetz ist gemacht, da gibt es nichts mehr zu rütteln.» Es sei völlig richtig, dass Burkhalter nun den Verordnungsweg einschlagen wolle, wenn sich die Tarifpartner nicht einigen können, meint Triponez.

Kein Verständnis für die Position der Spitäler hat die Aargauer CVP-Nationalrätin Ruth Humbel. «Für das neue System hat sich schliesslich auch H+ entschieden», sagt sie. Offenbar sei der Druck der Ärzte und der Spitäler nun aber so gross geworden, dass der Verband nachgegeben habe. «Man kann das nur als Verzögerungstaktik deuten, denn umgesetzt werden muss das System sowieso», so Humbel. Und sie merkt an, dass die Unfallversicherungen den Krankenkassen schon lange alle Patientendaten diskussionslos zur Verfügung stellten. Ganz

anders aussert sich die zürcher SP-Nationalrätin Jacqueline Ferrer. «Die Spitäler haben mein volles Verständnis», sagt sie. Denn es gebe im Hinblick auf die Einführung des neuen Systems berechnete Einwände. (SF)

© **Aargauer Zeitung**



Auflage: 61345
Gewicht: Kurzmeldung

16. August 2011

SUISSE, PAGE 10

EN BREF

BERNE, HÔPITAUX A quatre mois et demi de son entrée en vigueur, le nouveau financement hospitalier a du plomb dans l'aile. Les hôpitaux suisses ont rejeté la convention passée par leur faîtière, H+, avec celle des assureurs, SantéSuisse.

© **Le Matin**



Auflage: 231235
Gewicht: "Mittlere" Story

16. August 2011

SEITE 2

Streit um Spital-Geld - Burkhalter greift ein

Kassen und Spitäler konnten sich nicht einigen: Im Streit um Fallpauschalen entscheidet jetzt Innenminister Didier Burkhalter.

Die Schweizer Spitäler wehren sich jetzt doch dagegen, den Krankenkassen alle Patientendaten abliefern zu müssen: Drei Viertel der Mitglieder des Spitalverbands H+ lehnen die Vereinbarung ab, mit der das neue Fallpauschalen-System umgesetzt werden sollte. Über das System hatten Vertreter von Kassen und Spitälern zuvor monatelang verhandelt.

Das Fallpauschalen-System kommt ab Januar 2012 zur Anwendung. Jeder Spitalaufenthalt wird über Kriterien wie Diagnosen, Behandlungen und Schweregrad pauschal vergütet. Ursprünglich sollte mit den Fallpauschalen Geld gespart werden. Heute sieht es eher nach dem Gegenteil aus.

Strittig ist neben dem Datenschutz auch die Abgeltung von Investitionen: Die Spitäler wollen mehr Geld sehen. Die Ärzte warfen ihnen vor, das Arztgeheimnis zu opfern, um im Gegenzug bei den Investitionen mehr herauszuholen.

Jetzt will Gesundheitsminister Didier Burkhalter (FDP) ein Machtwort sprechen. Laut seinem Informationschef Jean-Marc Crevoisier will er die offenen Fragen in einer Verordnung regeln und so für eine einheitliche Lösung sorgen. H+ hätte gerne Vereinbarungen zwischen den einzelnen Spitälern und den Kassen. Dagegen sind neben Burkhalter aber auch die Kantone und die Kassen.

© **Blick**



Auflage: 85813
Gewicht: "Mittlere" Story

16. August 2011

SUISSE, PAGE 5

Hôpitaux et caisses: discussion au point mort

Les assureurs maladie et les hôpitaux n'arrivent pas à s'entendre sur le nouveau financement hospitalier

Les hôpitaux suisses rejettent la convention passée par leur faïtière, H+, avec celle des assureurs, santésuisse. Ils n'acceptent pas de transmettre aux assureurs les dossiers médicaux complets de leurs patients. Cette condition avait été posée par les caisses maladie pour justifier le contrôle des factures. Le nouveau financement, qui doit entrer en vigueur en janvier 2012, prévoit en effet un système de facturation par forfaits, appelé DRG. Une appendicite vaudrait, par exemple, 1500francs. Le contrôle des coûts par l'assurance exigerait un accès au dossier médical du patient.

L'accord a été rejeté par trois hôpitaux sur quatre. Vice-président de la Fédération suisse des patients, Jean-François Steiert s'en félicite: «Aujourd'hui, la caisse maladie obtient seulement un code diagnostic, mais le système envisagé revient à offrir aux caisses une banque de données très large sur le patient assuré.» Selon le socialiste fribourgeois, la création d'un centre de service neutre qui détiendrait toutes les données, à l'instar du système allemand, protégerait mieux le secret médical.

Conséquence du rejet de l'accord par les hôpitaux suisses, la Confédération se saisira du dossier afin de régler les questions en suspens. Tous les acteurs impliqués attendent désormais avec impatience, ou inquiétude, l'entrée en scène du ministre de la Santé, Didier Burkhalter.

Désavouée par ses membres, H+préfererait pour sa part que l'introduction du système de forfaits par cas se règle au niveau des cantons. «Nous exigeons une négociation pour chaque hôpital et pour chaque assureur. Un accord sur le plan national est insatisfaisant», explique son président, Charles Favre. Mais, selon Pierre-Yves Maillard, chef du Département vaudois de la santé cité par l'agence ATS, «il est incontournable que le Conseil fédéral tranche. Une négociation sur le plan cantonal telle que prônée par Charles Favre n'irait pas dans le sens de la réforme, qui vise à une comparaison des prix.»

Jean-François Steiert, qui représente les intérêts des patients, s'inquiète de la tournure que pourrait prendre ce dossier. Selon lui, le Conseil fédéral soutient la demande de santésuisse, et donc des caisses maladie. Il craint dès lors que Berne

ne fasse adopter le principe du transfert automatique des données du patient.
«L'anonymat serait la seule façon de préserver la sécurité des données», estime-t-il.

Yannick Barillon



**Jean-François Steiert défend
les intérêts des patients. SP**

© 24 Heures



Auflage: 58952
Gewicht: "Mittlere" Story

16. August 2011

SUISSE, PAGE 5

Le Conseil fédéral tranchera sur le transfert du dossier médical

Les caisses maladie et les hôpitaux n'arrivent pas à s'entendre sur le nouveau financement hospitalier

Les hôpitaux suisses rejettent la convention passée par leur faîtière, H+, avec celle des assureurs, santésuisse. Ils n'acceptent pas de transmettre aux assureurs les dossiers médicaux complets de leurs patients. Cette condition avait été posée par les caisses maladie pour justifier le contrôle des factures. Le nouveau financement des hôpitaux, qui doit entrer en vigueur en janvier 2012, prévoit en effet un système de facturation par forfaits, appelé DRG. Une appendicite vaudrait, par exemple, 1500francs. Le contrôle des coûts par l'assurance exigerait un accès au dossier médical du patient. L'accord sur les forfaits par cas a été rejeté par trois hôpitaux sur quatre, notamment en raison du manque de transparence sur les informations médicales transmises aux assureurs.

Vice-président de la Fédération suisse des patients, Jean-François Steiert, s'en félicite. «Aujourd'hui, la caisse maladie obtient seulement un code diagnostic, mais le système envisagé revient à offrir aux caisses une banque de données très large sur le patient assuré.» Selon le socialiste fribourgeois, la création d'un centre de service neutre qui détiendrait toutes les données, à l'instar du système allemand, protégerait mieux le secret médical.

Pour mémoire, le directeur des Hôpitaux universitaires de Genève, Bernard Gruson, avait exclu la semaine dernière un transfert complet des données médicales (lire nos éditions du 11 août) : «C'est inacceptable et parfaitement inutile. Nous en resterons à la transmission des données aux médecins-conseils des caisses et sur demande.»

Conséquence du rejet de l'accord par les hôpitaux suisses, la Confédération se saisira du dossier afin de régler les questions en suspens. Tous les acteurs impliqués attendent désormais avec impatience, ou inquiétude, l'entrée en scène du ministre de la Santé, Didier Burkhalter.

Désavouée par ses membres, H+préfererait pour sa part que l'introduction du système de forfaits par cas se règle au niveau des cantons. «Nous exigeons une négociation pour chaque hôpital et pour chaque assureur. Un accord sur le plan national est insatisfaisant», explique son président, Charles Favre.

Mais selon Pierre-Yves Maillard, chef du Département vaudois de la santé, cité par l'ATS, «il est incontournable que le Conseil fédéral tranche. Une négociation sur le plan cantonal telle que prônée par Charles Favre n'irait pas dans le sens de la réforme qui vise à une comparaison des prix.»

Jean-François Steiert, qui représente les intérêts des patients, s'inquiète de la tournure que pourrait prendre ce dossier. Selon lui, le Conseil fédéral soutient la demande de santésuisse et donc des caisses maladie. Il craint dès lors que Berne ne fasse adopter le principe du transfert automatique des données du patient. «L'anonymat serait la seule façon de préserver la sécurité des données», estime-t-il.

L'avenir dira si les caisses maladie sauront tout de la santé de leurs clients.

Yannick Barillon

© Tribune de Genève

SCHWEIZ SEITE 5

Weiteres Nein zu Fallpauschalen

Spitäler gegen eigenen Verband

BERN. Die Schweizer Spitäler lehnen die Umsetzung des neuen Fallpauschalen-Systems ab. Sie wehren sich vor allem dagegen, dass sie ab nächstem Jahr alle Patientendaten und Angaben zu Diagnosen an die Krankenkassen übermitteln müssten. Diese Regelung ist Teil einer Vereinbarung zwischen dem Spitalverband H+ und den Krankenkassen. Die anderen Punkte der Einigung waren ebenfalls umstritten. Auch die Abgeltung der Investitionskosten sei von vielen Spitalern als zu wenig hoch eingestuft worden, schreibt H+ in einer Mitteilung von gestern Montag.

Das Fallpauschalen-System soll Anfang 2012 im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung eingeführt werden. Die wichtigste Änderung für die Spitäler besteht darin, dass sie nicht mehr nach erbrachter Leistung, sondern pauschal pro Diagnose entschädigt werden. Davon erhofft man sich eine bessere Vergleichbarkeit zwischen den Spitalern.

Einheit per Verordnung

Um zu verhindern, dass nun jedes Spital einzeln mit den Krankenkassen verhandelt, will Gesundheitsminister Didier Burkhalter die noch ausstehenden Regelungen per Verordnung einheitlich festlegen. Dies sagte sein Sprecher Jean-Marc Crevoisier gestern. Dasselbe fordern auch Versicherungen und Kantone. Beim Inhalt gehen deren Vorstellungen aber weit auseinander. Der Waadtländer Regierungsrat Pierre-Yves Maillard, Präsident der kantonalen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK), macht nämlich die Krankenkassen und ihr Beharren auf der Übermittlung der Patientendaten für das Scheitern der Vereinbarung verantwortlich.

Die Versicherungen ihrerseits verlangen eine Regelung auf der Basis eben dieser Vereinbarung – inklusive Übermittlung der Patientendaten. Ohne diese könnte es zu «ungewollten Prämien erhöhungen» kommen, warnt der Krankenkassendachverband Santésuisse.

H+ will seine Mitglieder zu einer einheitlichen Regelung anhören, bevor er sich dazu äussert. Einig sind sich Bund, Kantone, Spitäler und Kassen vorerst nur darin, dass die Einführung des Fallpauschalen-Systems auf Anfang 2012 nicht verschoben wird. SDA



Auflage: 221560
Gewicht: Artikel auf regionalen Seiten, mittel - klein

16. August 2011

ÉDITION VAUD
RÉGIONS, PAGE 4

Pierre-Yves Maillard relance la convention

Vaud. Selon le conseiller d'Etat Pierre-Yves Maillard, le Conseil fédéral doit reprendre la main à la suite du rejet de la convention sur le financement hospitalier. «Le but de la réforme était de pouvoir comparer les performances et les résultats des hôpitaux entre eux. Pour y arriver, on ne peut pas maintenant laisser les hôpitaux négocier avec chaque caisse maladie. Il est incontournable que le Conseil fédéral doive trancher», a-t-il déclaré hier.

© 20 minutes

SCHWEIZ SEITE 5

Burkhalter will Bundesregelung für Patientendaten

Die Spitäler verweigern den Kassen weiterhin die systematische Übermittlung von Patientendaten.

Markus Brotschi

Die Krankenkassen wollen ab Januar 2012 von den Spitälern die Diagnosen der behandelten Patienten bekommen. Die meisten Krankenhäuser und die kantonalen Datenschützer halten diese systematische Auslieferung der Patientendaten an die Kassen für unzulässig. Der Spitalverband H+ unterzeichnete trotz der Vorbehalte seiner Mitglieder Anfang Juli ein Abkommen mit den Kassen, das den Datentransfer vorsieht. Nun haben aber gut drei Viertel der Spitäler in der verbandsinternen Konsultation die Vereinbarung abgelehnt. Damit wird diese hinfällig, und der monatelange Konflikt schwelt weiter.

Der Grund liegt nicht nur im Datentransfer, den die Spitäler ablehnen. Ihnen war auch die vorgesehene Abgeltung ihrer Investitionskosten zu niedrig. Da die Zeit eilt, plant Bundesrat Didier Burkhalter nun, den Datentransfer in einer Verordnung zu regeln. Damit wolle der Gesundheitsminister verhindern, dass die Spitäler auf kantonaler Ebene oder gar einzeln mit den Kassen unterschiedliche Regelungen aushandelten, sagte Burkhalters Sprecher Jean- Marc Crevoisier. Burkhalter wolle die Verordnung rasch ausarbeiten. Diese muss noch vom Gesamtbundesrat genehmigt werden.

Bundesamt stützt Datentransfer

Die Krankenversicherer und die Kantone begrüßen die Initiative Burkhalters. Nur so könne eine einheitliche, gesamtschweizerische Lösung gefunden werden, sagte Stefan Kaufmann, Direktor des Kassenverbandes Santésuisse. Kaufmann hat wenig Verständnis für die Haltung der Spitäler. «Aufgrund der Rechtslage ist es klar, dass die Kassen Anspruch auf die systematische Lieferung der Patientendaten haben.» Nur so könnten die Versicherer überprüfen, ob die Spitäler das neue Abrechnungssystem mit Fallpauschalen richtig anwendeten. Ohne diese Kontrolle drohten Mehrkosten und damit Prämien erhöhungen für die Versicherten. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) stützte bisher die Haltung der Kassen.

Santésuisse erwartet deshalb, dass sich Burkhalter an der gescheiterten Vereinbarung orientiert. Die Aufgabe für Burkhalter ist allerdings heikel. Neben den

Spitälern haben sich auch die Ärzteverbinding FMH, Patientenvertreter und die kantonalen Datenschützer vehement gegen die systematische Datenlieferung gewehrt. Die Datenschützer befürchten, dass Privatversicherungen oder gar Arbeitgeber an die sensiblen Informationen über den Gesundheitszustand von Patienten gelangen könnten. Die Datenschützer halten die Lieferung von Diagnosen und Nebendiagnosen auch für unnötig. Die Kassen könnten die Rechnungen wie bisher mittels Stichproben und bei der jährlichen Revision prüfen.

Maillard gibt Kassen die Schuld

Auch von den Gesundheitsdirektoren kam gestern Kritik, obwohl die Konferenz kantonalen Gesundheitsdirektoren (GDK) die Vereinbarung zwischen H+ und Santésuisse begrüsst hatte. GDK-Präsident Pierre-Yves Maillard, Waadtländer Gesundheitsdirektor (SP), macht die Kassen für das Scheitern verantwortlich, weil sie auf der Datenauslieferung beharrt hätten. Allerdings waren in der gescheiterten Vereinbarung zwischen Santésuisse und H+ einige Sicherungen eingebaut. So hätten die Patienten oder auch der behandelnde Arzt verlangen können, dass die Daten nur an den Vertrauensarzt der Kasse gehen. Und das BAG hatte bereits im April klargemacht, dass Verstösse der Kassen gegen die strikten Datenschutzaufgaben sanktioniert würden. Wenn etwa eine Kasse Patientendaten aus der Grundversicherung der Zusatzversicherung zugänglich mache, werde dies geahndet, und gleichzeitig werde der Verstoß im Internet publiziert.

© **Der Bund**

PAGINA UNA

Sanità: Salta l'accordo casse malati-ospedali

H+ non vuole dare agli assicuratori i dati dei pazienti

L'associazione mantello degli ospedali svizzeri H+ bocciano l'accordo di luglio con gli assicuratori, elaborato per concretizzare il nuovo sistema di finanziamento dei nosocomi, che entrerà in vigore il 1. gennaio 2012. In particolare la base di H+ non digerisce il fatto che tutti i dati dei pazienti, diagnosi comprese, debbano essere trasmessi alle casse malati. Uno dei cambiamenti più importanti del nuovo finanziamento ospedaliero risiede nel passaggio dal principio del rimborso dei costi a quello del finanziamento delle prestazioni, ossia dalla fatturazione dei giorni di ricovero a un sistema forfettario per ciascuna ospedalizzazione. Non è chiaro quali saranno le conseguenze di questa decisione. Il consigliere federale Didier Burkhalter ha tuttavia annunciato l'intenzione di intervenire per via d'ordinanza.

CONFEDERAZIONE, PAGINA 7

Sanità: Salta l'accordo sugli ospedali

L'associazione mantello H+ boccia il compromesso con le casse malati

L'associazione mantello degli ospedali svizzeri H+ ha bocciato l'accordo di luglio con gli assicuratori, elaborato per concretizzare il nuovo sistema di finanziamento dei nosocomi, che entrerà in vigore il 1. gennaio 2012 introducendo il sistema dei forfait per caso, che vincola il prezzo del soggiorno ospedaliero alla patologia del paziente.

In particolare la base di H+, come anticipato venerdì scorso dal CdT (cfr. pag. 7) non ha digerito il fatto che tutti i dati dei pazienti, diagnosi comprese, debbano essere trasmessi alle casse malati in modo che queste possono verificare la correttezza della fatturazione.

Uno dei cambiamenti più importanti del nuovo finanziamento ospedaliero risiede nel passaggio dal principio del rimborso dei costi a quello del finanziamento delle prestazioni, ossia dalla fatturazione dei giorni di ricovero a un sistema forfettario per ciascuna ospedalizzazione.

I membri di H+ erano chiamati ad esprimersi su un compromesso raggiunto a inizio luglio dai loro verici con gli assicuratori malattia svizzeri (santésuisse) appunto per attuare il nuovo finanziamento.

Per quanto concerne il trasferimento di dati dei pazienti agli assicuratori, i membri di H+ auspicano limiti più chiari. Oltre a questa questione principale, gli ospedali contestano anche altri aspetti, come l'indennizzo dei costi d'investimento per l'infrastruttura, che hanno giudicato insufficienti.

Il voto è stato chiarissimo: stando a un comunicato di H+ circa i tre quarti dei membri (voto ponderato) hanno respinto l'accordo, con una partecipazione dell'81%.

Il nuovo finanziamento sulla base di forfait per caso dovrebbe permettere un miglior confronto tra ospedali e, di conseguenza, un miglior controllo dei costi. Tuttavia nessuno crede veramente che il nuovo sistema permetterà di riuscirci; tendenzialmente anzi adesso prevale l'opinione che il nuovo meccanismo causerà un aumento delle uscite.

Le organizzazioni di pazienti, ma anche varie cerchie di medici, temono inoltre che la qualità delle cure possa diminuire. Rimangono poi ancora aperte una serie di questioni.

Una di queste concerne i contributi che gli ospedali riceveranno dalle casse malati per investimenti nell'infrastruttura. Poco chiare rimangono anche le modalità di controllo dei costi.

Tuttavia come detto la questione più lancinante è sempre stata quella relativa ai dati dei pazienti. L'intesa raggiunta da H+ e santésuisse a luglio avrebbe dovuto costituire la soluzione proprio a questo riguardo. L'accordo di compromesso, che aveva comunque suscitato le perplessità del preposto federale alla protezione dei dati, prevedeva che di principio tutte le informazioni dovessero esser trasferite alle casse: non solo i dati relativi ai pazienti, ma anche tutte le diagnosi.

Il paziente avrebbe tuttavia potuto pretendere che i dati fossero inviati al medico di fiducia della cassa. Questa clausola per i negoziatori di H+ rappresentava una garanzia per la protezione dei dati e della personalità dei pazienti.

La Federazione dei medici svizzeri (FMH) aveva invece denunciato una «svendita del segreto medico». Per l'Organizzazione svizzera dei pazienti (OSP) l'intesa costituiva la concretizzazione della minaccia del «paziente trasparente». FMH e OSP hanno contestato alle casse malati di voler utilizzare le informazioni per selezionare i rischi e non tanto per controllare le fatture.

La critica più severa era però giunta da Privatim, l'associazione svizzera degli incaricati della protezione dei dati, che aveva accusato H+ di aver ceduto sui dati dei pazienti per ottenere migliori condizioni negli investimenti ospedalieri.

Ricordiamo che in proposito è latente alle Camere una mozione depositata da Ignazio Cassis, che ora torna di bruciante attualità.



IL PUNTO D'ATTRITO Come anticipato venerdì dal CdT, H+ non ha digerito in particolare il fatto che tutti i dati dei pazienti, diagnosi comprese, debbano essere trasmessi alle casse malati. (Foto Keystone)

Le reazioni

Didier Burkhalter intende regolare la questione

Non è chiaro quali saranno gli sviluppi dopo la decisione di H+ . L'associazione degli ospedali ritiene che le questioni aperte saranno regolate a livello cantonale tra i singoli ospedali (o gruppi di ospedali) e le casse malati, nell'ambito dei negoziati tariffali, ha affermato Bernhard Wegmüller, direttore di H+.

Il consigliere federale Didier Burkhalter però non ci sta. Le questioni in sospeso dovranno essere regolate dalla Confederazione per via d'ordinanza, ha dichiarato il portavoce del ministro Jean-Marc Crevoisier, il quale ritiene che l'entrata in vigore del nuovo finanziamento degli ospedali per l'inizio dell'anno venturo non è minacciata. Anche Wegmüller non crede che la tabella di marcia sia compromessa.

Dal canto suo santésuisse chiede che il Consiglio federale riprenda le grandi linee dell'accordo raggiunto in luglio per evitare instabilità. «L'assenza di modalità di applicazione chiare del nuovo finanziamento genererebbe una situazione caotica. Priverebbe il nuovo sistema di un mezzo di controllo delle spese, lasciando aperta la strada ad aumenti dei premi».

Per i Cantoni l'unica via d'uscita praticabile è una soluzione nazionale. «L'obiettivo del cambiamento di sistema è di poter confrontare prestazioni e risultati degli ospedali: un obiettivo irraggiungibile se lasciamo trattare ogni singolo ospedale con le casse malati», ha spiegato il consigliere di Stato vodese Pierre-Yves Maillard,

presidente della Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità.

CANTONE, PAGINA 11

Sanità **Privacy dei pazienti da tutelare**

Capigruppo, medici parlamentari e i membri della Commissione sanitaria del Gran Consiglio hanno inoltrato al Consiglio di Stato una mozione con la quale chiedono all'esecutivo cantonale «di fare tutto ciò che è in suo potere affinché nel nostro Cantone la trasmissione dei dati dei pazienti dagli ospedali alle casse malati avvenga in un quadro di legalità, rispettando sia il principio della proporzionalità sia il segreto medico». Nel testo si ricorda che la regolamentazione attuale applicata in Ticino è all'avanguardia sul piano nazionale e prevede il divieto di trasmissione sistematica della diagnosi. Come riferiamo a pagina 7 , l'associazione mantello degli ospedali svizzeri ha bocciato il nuovo sistema di finanziamento dei nosocomi.

© **Corriere del Ticino**

Burkhalter will Bundesregelung für Patientendaten

Die Spitäler verweigern den Kassen weiterhin die systematische Übermittlung von Patientendaten. Nun greift Bundesrat Burkhalter in den Streit ein.

Von Markus Brotschi, Bern

Die Krankenkassen wollen ab Januar 2012 von den Spitälern die Diagnosen der behandelten Patienten erhalten. Die meisten Krankenhäuser und die kantonalen Datenschützer halten diese systematische Auslieferung der Patientendaten an die Kassen für unzulässig. Der Spitalverband H+ unterzeichnete trotz der Vorbehalte seiner Mitglieder Anfang Juli ein Abkommen mit den Kassen, das den Datentransfer vorsieht. Nun haben aber gut drei Viertel der Spitäler in der verbandsinternen Konsultation die Vereinbarung abgelehnt. Damit wird diese hinfällig, und der monatelange Konflikt schwelt weiter. Der Grund liegt nicht nur im Datentransfer, den die Spitäler ablehnen. Ihnen war auch die vorgesehene Abgeltung ihrer Investitionskosten zu niedrig.

Da die Zeit drängt, plant Bundesrat Didier Burkhalter nun, den Datentransfer in einer Verordnung zu regeln. Damit wolle der Gesundheitsminister verhindern, dass die Spitäler auf kantonaler Ebene oder gar einzeln mit den Kassen unterschiedliche Regelungen aushandelten, sagte Burkhalters Sprecher JeanMarc Crevoisier. Burkhalter wolle die Verordnung rasch ausarbeiten. Diese muss noch vom Gesamtbundesrat genehmigt werden.

Bundesamt stützt Datentransfer

Die Krankenversicherer und die Kantone begrüßen die Initiative Burkhalters. Nur so könne eine einheitliche, gesamtschweizerische Lösung gefunden werden, sagte Stefan Kaufmann, Direktor des Kassenverbandes Santésuisse. Kaufmann hat wenig Verständnis für die Haltung der Spitäler. «Aufgrund der Rechtslage ist es klar, dass die Kassen Anspruch auf die systematische Lieferung der Patientendaten haben.» Nur so könnten die Versicherer überprüfen, ob die Spitäler das neue Abrechnungssystem mit Fallpauschalen richtig anwendeten. Ohne diese Kontrolle drohten Mehrkosten und damit Prämienerrhöhungen für die Versicherten.

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) stützte bisher die Haltung der Kassen. Santésuisse erwartet deshalb, dass sich Burkhalter an der gescheiterten

Vereinbarung orientiert. Die Aufgabe für Burkhalter ist allerdings heikel. Neben den Spitälern haben sich auch die Ärzteverbundung FMH, Patientenvertreter und die kantonalen Datenschützer vehement gegen die systematische Datenlieferung gewehrt. Die Datenschützer befürchten, dass Privatversicherungen oder gar Arbeitgeber an die sensiblen Informationen über den Gesundheitszustand von Patienten gelangen könnten. Die Datenschützer halten die Lieferung von Diagnosen und Nebendiagnosen auch für unnötig. Die Kassen könnten die Rechnungen wie bisher mittels Stichproben und bei der jährlichen Revision prüfen.

Maillard gibt Kassen die Schuld

Auch von den Gesundheitsdirektoren kam gestern Kritik, obwohl die Konferenz kantonalen Gesundheitsdirektoren (GDK) die Vereinbarung zwischen H+ und Santésuisse begrüsst hatte. GDK-Präsident Pierre-Yves Maillard, Waadtländer Gesundheitsdirektor (SP), macht die Kassen für das Scheitern verantwortlich, weil sie auf der Datenauslieferung beharrt hätten.

Allerdings waren in der gescheiterten Vereinbarung zwischen Santésuisse und H+ einige Sicherungen eingebaut. So hätten die Patienten oder auch der behandelnde Arzt verlangen können, dass die Daten nur an den Vertrauensarzt der Kasse gehen. Und das BAG hatte bereits im April klargemacht, dass Verstösse der Kassen gegen die strikten Datenschutzaufgaben sanktioniert würden. Wenn etwa eine Kasse Patientendaten aus der Grundversicherung der Zusatzversicherung zugänglich mache, werde dies geahndet, und gleichzeitig werde der Verstoß im Internet publiziert.

© **Tages-Anzeiger**

SUISSE, PAGE 21

FINANCEMENT DE LA SANTÉ Les hôpitaux rejettent la convention d'application négociée avec les assureurs. Berne devra intervenir pour assurer l'entrée en vigueur du nouveau système au 1er janvier.

Burkhalter attrape la balle au bond

BERNE, CHRISTIANE IMSAND

Coup de tonnerre hier dans le ciel de la planification hospitalière: après avoir consulté ses membres, l'association des hôpitaux H+ a annoncé qu'elle ne voulait pas de l'accord négocié avec les assureurs sur les modalités d'application d'un nouveau système de financement hospitalier. Cette décision ne remet pas en cause l'introduction du système de forfaits par cas voulu par le Conseil fédéral et le Parlement, mais elle complique singulièrement la donne. Les délais pourront-ils encore être respectés? «Absolument», répond le porte-parole du Département fédéral de l'intérieur Jean-Marc Crevoisier. «La réforme entrera en vigueur le 1er janvier 2012 comme prévu. Nous avons donné la chance aux partenaires de la santé de trouver un terrain d'entente. Si l'un d'entre eux freine le mouvement, la Confédération y pourvoira. La question sera réglée par voie d'ordonnance».

Compte tenu du financement hospitalier approuvé par les Chambres, les hôpitaux devront à l'avenir facturer leurs traitements sur la base de forfaits par cas.

La facturation

Cela signifie que chaque séjour hospitalier doit être classé dans un groupe de pathologie en fonction de la sévérité du cas. La facturation dépend de ce groupe de pathologie, ainsi que des prix de base de chaque hôpital. Ce système doit permettre d'agir sur les coûts en rendant les comparaisons possibles.

Les négociations relatives à l'établissement des forfaits ne sont pas encore terminées. Par contre, en juillet dernier, H+ et santésuisse avaient conclu un compromis sur les modalités d'introduction de ce nouveau système. Il portait sur quatre points: la transmission des données médicales, l'indemnisation des investissements, la surveillance des coûts et la présentation des comptes. Invités à se prononcer par oui ou par non jusqu'au 15 août, les trois quarts des membres de H+ ont refusé ce paquet.

La protection des données

Malgré l'absence de motivation du vote, on sait que la protection des données était l'un des principaux points de friction. Tant les médecins que les organisations de patients craignaient une utilisation commerciale des données transmises, au profit des assurances complémentaires. «C'est un instrument de sélection des risques car les assureurs auraient des informations supplémentaires sur l'état de santé des patients», note le socialiste valaisan Stéphane Rossini, membre de la commission de santé publique du Conseil national. «C'est un faux problème», rétorque la porte-parole de santé suisse Françoise Tschanz. «Nous ne remettons pas en cause le secret médical, mais la transmission des données est indispensable pour que les assureurs puissent effectuer le contrôle des factures prévu par la loi. Si on ne peut pas vérifier que les factures correspondent aux prestations assurées, on prend le risque que des prestations non fournies soient facturées».

Pour Charles Favre, président de l'association H+, le rejet de l'accord revient à rétablir le statu quo. «Chaque hôpital devrait pouvoir continuer comme par le passé à discuter avec les caisses au niveau cantonal», affirme-t-il. Mais c'est justement cette approche qui est condamnée par la réforme. Didier Burkhalter aurait certes préféré une solution négociée entre les partenaires de la santé, mais il veut une réglementation valable sur le plan national.

La marge de manoeuvre est étroite. S'il se contente de reprendre dans l'ordonnance les éléments négociés par H+ et santé suisse, le conseiller fédéral sera accusé de faire le jeu des assureurs.



Les médecins et les patients ont appelé les hôpitaux à rejeter l'accord, craignant que les caisses maladie utilisent les données pour leurs activités commerciales. KEYSTONE

SUISSE, PAGE 19

FINANCEMENT HOSPITALIER

Les hôpitaux suisses opposés à l'accord

A quatre mois et demi de son entrée en vigueur, le nouveau financement hospitalier a du plomb dans l'aile.

Les hôpitaux suisses ont rejeté la convention passée par leur faîtière, H+, avec celle des assureurs, santésuisse.

La transmission des données est un des points d'achoppement.

Négociée début juillet, la convention complémentaire entre les partenaires tarifaires concernait les modalités de l'introduction, prévue au 1er janvier 2012, du système de forfaits par cas. Celui-ci détermine le prix d'un séjour hospitalier en fonction de la pathologie concernée.

L'accord conclu entre santésuisse et H+ portait sur quatre points: la livraison des données des patients aux assureurs afin de contrôler les factures, l'indemnisation des investissements, la surveillance des coûts et la présentation des données de coûts pour les négociations.

Peine perdue puisque trois quarts des membres de H+ – dont l'Hôpital du Jura – ont refusé cette convention lors d'un vote auquel 81% des hôpitaux de Suisse ont participé. «C'est l'ensemble du compromis qui n'a pas convaincu», a affirmé lundi H+ dans un communiqué. Mais pour les observateurs, c'est avant tout la question de la transmission des données des patients qui a surtout été critiquée.

L'insistance des assureurs à obtenir ces informations a fait capoter l'accord, a ainsi estimé PierreYves Maillard, conseiller d'Etat vaudois et président de la Conférence des directeurs cantonaux de la santé, interrogé par l'ats.

Les médecins et les patients ont en effet appelé les hôpitaux à rejeter l'accord, craignant que les caisses maladie utilisent les données pour leurs activités commerciales dans le secteur des assurances complémentaires. Leur avis était partagé par l'association des commissaires suisses à la protection des données, qui n'hésitait pas à dire que le secret médical était en danger.

Désavouée par ses membres, H+ estime maintenant que l'introduction du système de forfaits par cas doit se régler au niveau des cantons. Concrètement, cela signifie que chaque hôpital ou groupes hospitaliers doivent négocier une solution

individuelle avec les caisses maladie.

Une solution impensable pour Pierre-Yves Maillard: «le but de la réforme était de pouvoir comparer les performances et les résultats des hôpitaux entre eux. Pour y arriver, on ne peut pas maintenant laisser les hôpitaux négocier avec chaque caisse maladie. Il est incontournable que le Conseil fédéral tranche», a-t-il dit.

Informé de la situation, le ministre de la santé Didier Burkhalter va donc intervenir pour obtenir un règlement unique, même s'il aurait préféré un accord entre H+ et les caisses maladie, a déclaré son porte-parole, Jean-Marc Crevoisier. Selon le président de H+ Charles Favre, la date du 1er janvier 2012 devrait pouvoir être tenue.

ATS



La direction prise par H+ et santésuisse n'a pas séduit les hôpitaux du pays. Il va falloir remettre l'ouvrage sur le métier. PHOTO KEY

© **Quotidien jurassien**

TITELSEITE

Fallpauschalen: Spitäler leisten Widerstand

Gesundheitswesen · Die Spitäler lehnen die vereinbarte Lösung für die Einführung der Fallpauschalen deutlich ab. Sie treten von der Vereinbarung mit den Krankenversicherern zurück.

Anfang Juli berichteten der Spitalverband H+ und der Verband der Krankenversicherer Santésuisse von einer wichtigen Einigung. Wesentliche Fragen zur Einführung der Fallpauschalen seien geklärt, teilten die beiden Tarifpartner mit. Jetzt sieht alles anders aus. In einer Referendumsabstimmung haben die Mitglieder von H+ die Einigung abgelehnt. Eine nationale Regelung für diese Fragen ist damit vorerst vom Tisch. Der Bund will dies allerdings nicht zulassen und trotzdem für eine schweizweit einheitliche Regelung sorgen. Gesundheitsminister Didier Burkhalter plane, die offenen Fragen per Verordnung zu regeln, sagte sein Sprecher Jean-Marc Crevoisier gestern. Die Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung auf Anfang 2012 sei nicht gefährdet. In der Vereinbarung hatten die Verbände H+ und Santésuisse unter anderem geregelt, welche Daten die Spitäler den Versicherern weiterleiten müssen. Doch die Spitäler wünschten diesbezüglich Rechtssicherheit und klare Schranken für den Patientenschutz, teilte H+ gestern mit.

Ein weiterer Kritikpunkt betrifft die vereinbarte Abgeltung der Investitionskosten. Diese ist gemäss H+ von den Spitalern als ungenügend eingestuft worden. [bw/sda](#)

SCHWEIZ, SEITE 11

Fallpauschale: Burkhalter muss durchgreifen

SPITALFINANZIERUNG Die Schweizer Spitäler lehnen die Ergänzungsvereinbarung zum Fallpauschalensystem ab. Sie wehren sich dagegen, dass sie ab 2012 alle Angaben zu Diagnosen an die Krankenkassen übermitteln müssten. Einigkeit herrscht nur darin, dass das neue Systemeingeführt werden soll.

Eigentlich war man sich einst einig: Ab dem nächsten Jahr sollen Spitäler und Krankenkassen das Fallpauschalensystem umsetzen. Dazu hätten die Spitäler, so

vereinbarte es ihr Verband H+ mit den Krankenkassen, die Diagnosedaten an die Kassen übermitteln müssen. Nun verweigern die Spitäler diese Transparenz und bringen damit die entsprechende Vereinbarung zu Fall. Laut H+ waren auch die anderen Punkte der Einigung umstritten. So sei die Abgeltung der Investitionskosten von vielen Spitälern als zu tief eingestuft worden. Das Fallpauschalensystem soll Anfang 2012 im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung eingeführt werden. Die wichtigste Änderung für die Spitäler besteht darin, dass sie nicht mehr nach der Leistung, sondern pauschal pro Diagnose entschädigt werden. Davon erhofft man sich eine bessere Vergleichbarkeit zwischen den Spitälern. Dass die Kosten deswegen sinken, glaubt niemand mehr so recht. Inzwischen sieht es im Gegenteil danach aus, dass die Einführung der Fallpauschalen zu einem Kostenschub führen wird.

Viele offene Fragen

Patientenorganisationen und Ärztekreise befürchten zudem, dass die Qualität der medizinischen Leistungen sinken könnte. Neben dieser grundsätzlichen Kritik am neuen System schwelt seit Monaten ein Streit über offene Fragen zu Umsetzung und Anwendung des Fallpauschalensystems. Eine davon ist, wie viel Geld die Spitäler von den Krankenkassen für die Spitalinfrastruktur erhalten. Umstritten ist auch, wie die Kosten überwacht und wie zu hohe oder zu tiefe Vergütungen korrigiert werden sollen. Die höchsten Wellen hatte aber der Zwist rund um die Übermittlung von Patientendaten geworfen. Es dürfte vor allem die Einigung in dieser Frage gewesen sein, welche die Vereinbarung zwischen Spitälern und Krankenkassen zu Fall gebracht hat. Sie sah vor, dass in der Regel alle Patienteninformationen an die Krankenkassen weitergeleitet werden müssen – also auch sämtliche Diagnosen und Nebendiagnosen.

Aus für Arztgeheimnis

Der Patient hätte verlangen können, dass die Daten stattdessen an den Vertrauensarzt der Kasse geschickt werden. Mit dieser Regelung sah H+ den Datenschutz und die Persönlichkeitsrechte gewahrt. Der Ärztenverband FMH dagegen sprach von einem «Ausverkauf des Arztgeheimnisses», die Stiftung SPO Patientenschutz sah den «gläsernen Patienten» Realität werden. Beide Organisationen werfen den Krankenkassen vor, die Daten nicht zur Rechnungskontrolle, sondern zur besseren Risikoselektion missbrauchen zu wollen. Der heftigste Vorwurf kam von Privatim, der Vereinigung der schweizerischen Datenschutzbeauftragten. Diese warf H+ vor, die Patientendaten gegen bessere Bedingungen bei den Spitalinvestitionen verkauft zu haben. Obwohl die Spitäler davon profitieren würden, teilen sie offenbar die Bedenken der Datenschützer. Drei Viertel von ihnen lehnten die Vereinbarung laut H+ ab.

Burkhalter greift ein

Um zu verhindern, dass nun jedes Spital einzeln mit den Krankenkassen verhandelt, will Gesundheitsminister Didier Burkhalter (FDP) die noch

ausstehenden Regelungen per Verordnung einheitlich festlegen. Dies sagte sein Sprecher Jean-Marc Crevoisier. Dasselbe fordern auch Versicherungen und Kantone. Beim Inhalt gehen die Vorstellungen jedoch weit auseinander. Der Waadtländer Regierungsrat Pierre-Yves Maillard (SP), Präsident der kantonalen Gesundheitsdirektorenkonferenz, macht die Krankenkassen und ihr Beharren auf der Übermittlung der Diagnosedaten für das Scheitern der Vereinbarung verantwortlich.

Kein Aufschub

Die Versicherungen ihrerseits verlangen eine Regelung auf Basis ebendieser Vereinbarung – inklusive Übermittlung der medizinischen Daten. Ohne diese könnte es zu «ungewollten Prämien erhöhungen» kommen, warnt der Dachverband der Krankenkassen Santésuisse. Der Verband H+ will seine Mitglieder zu einer einheitlichen Regelung anhören, bevor er sich dazu äussert. Einig sind sich Bund, Kantone, Spitäler und Kassen vorerst nur darin, dass die Einführung des Fallpauschalensystems auf Anfang 2012 nicht verschoben wird.

Nicolas Hehl, sda

BZ Kommentar

Was bringt der Widerstand?

Die Spitäler haben das Kompromisspaket zu Fall gebracht, das ihr Verband unter grossem Druck mit den Krankenversicherern geschmiedet hatte. In diesem Paket waren bisher ungeklärte Punkte zu den Fallpauschalen geregelt. Tatsächlich war zumindest in einem Punkt erstaunlich, wie weit der Spitalverband den Versicherern entgegengekommen war. Im Vorfeld hatte er sich nämlich klar geweigert, der Forderung der Versicherer nachzukommen und diesen Diagnosedaten automatisch weiterzuleiten. Ein eigens dazu in Auftrag gegebenes Rechtsgutachten hatte sogar ergeben, dass eine systematische Lieferung aller Daten das Patienten- und Arztgeheimnis verletze und gegen den Datenschutz verstosse. Im Kompromisspaket jedoch erklärt sich der Spitalverband mit einer leicht abgeschwächten Form der Datenlieferung einverstanden.

Weil mit dem Widerstand der Spitäler die Vereinbarung der beiden Tarifpartner geplatzt ist, will der Bundesrat für eine einheitliche Lösung sorgen. Das ist begrüssenswert und einzelnen Lösungen auf Stufe Kanton oder sogar auf Stufe Spital vorzuziehen. Die Frage ist allerdings, welche Chance sich die Spitäler bei einer vom Bundesrat verordneten Lösung ausrechnen. Denn zumindest die Haltung des Bundesamts für Gesundheit ist bekannt. Dieses hat verschiedentlich signalisiert, dass es die Kritik der Spitäler nicht teilt und eine Weitergabe der Diagnosedaten für unproblematisch hält.

Allerdings ging es im Kompromisspaket nicht nur um die Patientendaten, sondern noch um weitere unregelte Punkte. Unter anderem um die Höhe des Zuschlages für die Investitionskosten. Hier könnten die Spitäler damit rechnen, dass sie beim Bundesrat auf offenere Ohren stossen als ihr Verband bei den Versicherern. Damit hätte sich der Widerstand gelohnt.

Mail: brigitte.walser@bernerzeitung.ch

Diskussion: blog.bernerzeitung.ch/leserblog

© **Berner Zeitung**



Auflage: 22323
Gewicht: Seitenaufmachung, gross

16. August 2011

SUISSE, PAGE 16

Financement de la santé Les hôpitaux rejettent la convention d'application négociée avec les assureurs. Berne devra intervenir pour assurer l'entrée en vigueur du nouveau système au 1er janvier.

Burkhalter attrape la balle au bond

Berne, Christiane Imsand

Coup de tonnerre hier dans le ciel de la planification hospitalière: après avoir consulté ses membres, l'association des hôpitaux H+ a annoncé qu'elle ne voulait pas de l'accord négocié avec les assureurs sur les modalités d'application du nouveau système de financement hospitalier. Cette décision ne remet pas en cause l'introduction du système de forfaits par cas voulu par le Conseil fédéral et le Parlement, mais elle complique singulièrement la donne. Les délais pourront-ils encore être respectés? «Absolument», répond le porte-parole du Département fédéral de l'intérieur Jean-Marc Crevoisier. «La réforme entrera en vigueur le 1er janvier 2012 comme prévu. Nous avons donné la chance aux partenaires de la santé de trouver un terrain d'entente. Si l'un d'entre eux freine le mouvement, la Confédération y pourvoira. La question sera réglée par voie d'ordonnance».

La facturation

Compte tenu du financement hospitalier approuvé par les Chambres, les hôpitaux devront à l'avenir facturer leurs traitements sur la base de forfaits par cas. Cela signifie que chaque séjour hospitalier doit être classé dans un groupe de pathologie en fonction de la sévérité du cas. La facturation dépend de ce groupe de pathologie, ainsi que des prix de base de chaque hôpital. Ce système doit permettre d'agir sur les coûts en rendant les comparaisons possibles.

Les négociations relatives à l'établissement des forfaits ne sont pas encore terminées. Par contre, en juillet dernier, H+ et santésuisse avaient conclu un compromis sur les modalités d'introduction de ce nouveau système. Il portait sur quatre points: la transmission des données médicales, l'indemnisation des investissements, la surveillance des coûts et la présentation des comptes. Invités à se prononcer par oui ou par non jusqu'au 15 août, les trois quarts des membres de H+ ont refusé ce paquet.

La protection des données

Malgré l'absence de motivation du vote, on sait que la protection des données était

l'un des principaux points de friction. Tant les médecins que les organisations de patients craignent une utilisation commerciale des données transmises, au profit des assurances complémentaires. «C'est un instrument de sélection des risques car les assureurs auraient des informations supplémentaires sur l'état de santé des patients», note le socialiste valaisan Stéphane Rossini, membre de la commission de santé publique du Conseil national. «C'est un faux problème», rétorque la porte-parole de santésuisse Françoise Tschanz. «Nous ne remettons pas en cause le secret médical, mais la transmission des données est indispensable pour que les assureurs puissent effectuer le contrôle des factures prévu par la loi. Si on ne peut pas vérifier que les factures correspondent aux prestations assurées, on prend le risque que des prestations non fournies soient facturées».

Pour Charles Favre, président de l'association H+, le rejet de l'accord revient à rétablir le statu quo. «Chaque hôpital devrait pouvoir continuer comme par le passé à discuter avec les caisses au niveau cantonal», affirme-t-il. Mais c'est justement cette approche qui est condamnée par la réforme. Didier Burkhalter aurait certes préféré une solution négociée entre les partenaires de la santé, mais il veut une réglementation valable sur le plan national.

La marge de manoeuvre est étroite. S'il se contente de reprendre dans l'ordonnance les éléments négociés par H+ et santésuisse, le conseiller fédéral sera accusé de faire le jeu des assureurs.



Les médecins et les patients ont appelé les hôpitaux à rejeter l'accord, craignant que les caisses maladie utilisent les données pour leurs activités commerciales dans le secteur des assurances complémentaires. Keystone

L'ARTICLE EST ÉGALEMENT PARU LE MÊME JOUR DANS: L'IMPARTIAL, JOURNAL DU JURA.

© L'Express



Auflage: 38801
Gewicht: Titelseiten-Anriss u. Seitenaufmachung

16. August 2011

LA UNE

Les hôpitaux mettent les pieds contre le mur

FORFAITS PAR CAS Coup de tonnerre hier dans le ciel de la planification hospitalière: l'association des hôpitaux H+ rejette la convention d'application négociée avec les assureurs. Cela oblige le Conseil fédéral à intervenir pour assurer l'entrée en vigueur du nouveau système au 1er janvier prochain.

SUISSE, PAGE 10

Forfaits par cas: le conseiller fédéral Burkhalter attrape la balle au bond

SANTÉ • Les hôpitaux rejettent la convention d'application négociée avec les assureurs. Berne devra intervenir pour assurer l'entrée en vigueur du nouveau système en janvier.

CHRISTIANE IMSAND

Coup de tonnerre hier dans le ciel de la planification hospitalière: après avoir consulté ses membres, l'association des hôpitaux H+ a annoncé qu'elle ne voulait pas de l'accord négocié avec les assureurs sur les modalités d'application du nouveau système de financement hospitalier. Cette décision ne remet pas en cause l'introduction du système de forfaits par cas voulu par le Conseil fédéral et le parlement, mais elle complique singulièrement la donne.

Délais tenus?

Les délais pourront-ils encore être respectés? «Absolument, répond le porte-parole du Département fédéral de l'intérieur, Jean-Marc Crevoisier. La réforme entrera en vigueur le 1er janvier 2012 comme prévu. Nous avons donné la chance aux partenaires de la santé de trouver un terrain d'entente. Si l'un d'entre eux freine le mouvement, la Confédération y pourvoira. La question sera réglée par voie d'ordonnance.»

Compte tenu du financement hospitalier approuvé par les Chambres, les hôpitaux devront à l'avenir facturer leurs traitements sur la base de forfaits par cas. Cela signifie que chaque séjour hospitalier doit être classé dans un groupe de pathologie en fonction de la sévérité du cas. La facturation dépend de ce groupe de pathologie,

ainsi que des prix de base de chaque hôpital. Ce système doit permettre d'agir sur les coûts en rendant les comparaisons possibles.

Le nîet des hôpitaux

Les négociations relatives à l'établissement des forfaits ne sont pas encore terminées. Par contre, en juillet dernier, H+ et santésuisse avaient conclu un compromis sur les modalités d'introduction de ce nouveau système. Il portait sur quatre points: la transmission des données médicales, l'indemnisation des investissements, la surveillance des coûts et la présentation des comptes. Invités à se prononcer par oui ou par non jusqu'au 15 août, les trois quarts des membres de H+ ont refusé ce paquet.

Malgré l'absence de motivation du vote, on sait que la protection des données était l'un des principaux points de friction. Tant les médecins que les organisations de patients craignaient une utilisation commerciale des données transmises, au profit des assurances complémentaires. «C'est un instrument de sélection des risques car les assureurs auraient des informations supplémentaires sur l'état de santé des patients», note le socialiste valaisan Stéphane Rossini, membre de la Commission de santé publique du Conseil national.

«C'est un faux problème», rétorque la porte-parole de santésuisse, Françoise Tschanz. «Nous ne remettons pas en cause le secret médical, mais la transmission des données est indispensable pour que les assureurs puissent effectuer le contrôle des factures prévu par la loi. Si on ne peut pas vérifier que les factures correspondent aux prestations assurées, on prend le risque que des prestations non fournies soient facturées.»

Une solution nationale

Pour Charles Favre, président de l'association H+, le rejet de l'accord revient à rétablir le statu quo. «Chaque hôpital devrait pouvoir continuer comme par le passé à discuter avec les caisses au niveau cantonal», affirme-t-il. Mais c'est justement cette approche qui est condamnée par la réforme. Didier Burkhalter aurait certes préféré une solution négociée entre les partenaires de la santé, mais il veut une réglementation valable sur le plan national. La marge de manoeuvre est étroite. S'il se contente de reprendre dans l'ordonnance les éléments négociés par H+ et santésuisse, le conseiller fédéral sera accusé de faire le jeu des assureurs.



Les hôpitaux devront à l'avenir facturer leurs traitements sur la base de forfaits par cas. KEYSTONE

L'ARTICLE EST ÉGALEMENT PARU LE MÊME JOUR DANS: LE COURRIER.

© La Liberté

TITELSEITE

Spitäler lehnen Fallpauschale ab

Die Schweizer Spitäler lehnen die Umsetzung des neuen Fallpauschalen-Systems ab. Sie wehren sich vor allem dagegen, dass sie ab nächstem Jahr alle Patientendaten und Angaben zu Diagnosen an die Krankenkassen übermitteln müssten. Diese Regelung ist Teil einer Vereinbarung zwischen Spitalverband H+ und den Krankenkassen, mit welcher das Fallpauschalen-System ab 2012 hätte umgesetzt werden sollen. Die anderen Punkte der Einigung waren aber ebenfalls stark umstritten. Wie es nun weitergeht, ist nicht klar: H+ geht davon aus, dass die offenen Fragen auf kantonaler Ebene zwischen den Spitälern und den Krankenkassen im Rahmen der Tarifverhandlungen geregelt werden müssen. Davon will Gesundheitsminister Didier Burkhalter aber nichts wissen. Die noch ausstehenden Regelungen sollen vom Bund per Verordnung einheitlich geregelt werden. (sda)

SEITE 10

Nun will Bundesrat Didier Burkhalter handeln

Lange haben Spitalverband und Krankenkassen über die Umsetzung der Fallpauschalen verhandelt, ihre Einigung ist aber gescheitert. Gesundheitsminister Burkhalter will die offenen Fragen nun per Verordnung regeln.

Von Nicolas Hehl

Das Fallpauschalen-System soll Anfang 2012 im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung eingeführt werden. Die wichtigste Änderung für die Spitäler besteht darin, dass sie nicht mehr nach erbrachter Leistung, sondern pauschal pro Diagnose entschädigt werden. Davon erhofft man sich eine bessere Vergleichbarkeit zwischen den Spitälern. Dass die Kosten deswegen sinken, glaubt niemand mehr so recht. Inzwischen sieht es im Gegenteil danach aus, dass die Einführung der Fallpauschalen zu einem Kostenschub führen wird. Patientenorganisationen und Ärztekreise befürchten zudem, dass die Qualität der medizinischen Leistungen sinken könnte. Neben dieser grundsätzlichen Kritik am neuen System schwelt seit Monaten ein Streit über offene Fragen zu Umsetzung und Anwendung des Fallpauschalen-Systems.

Eine davon ist, wie viel Geld die Spitäler von den Krankenkassen für die Spitalinfrastruktur erhalten. Umstritten ist auch, wie die Kosten überwacht und wie zu hohe oder zu tiefe Vergütungen korrigiert werden sollen. Die höchsten Wellen hatte aber der Zwist rund um die Übermittlung von Patientendaten geworfen. Es dürfte vor allem die Einigung in dieser Frage gewesen sein, welche die Vereinbarung zwischen Spitälern und Krankenkassen zu Fall gebracht hat.

Sie sah vor, dass in der Regel alle Informationen an die Krankenkassen weitergeleitet werden müssen – also auch sämtliche Diagnosen und Nebendiagnosen. Der Patient hätte verlangen können, dass die Daten stattdessen an den Vertrauensarzt der Kasse geschickt werden. Mit dieser Regelung sah H+ den Datenschutz und die Persönlichkeitsrechte gewahrt.

Der Ärzteverband FMH dagegen sprach von einem «Ausverkauf des Arztgeheimnisses», die Stiftung SPO Patientenschutz sah den «gläsernen Patienten» Realität werden.

© **Bündner Tagblatt**



Auflage: 16896
Gewicht: Artikel auf regionalen Seiten, gross

16. August 2011

TICINO, PAGINA 3

MOZIONE Intanto l'accordo fra H+ e assicuratori scricchiola

«Il Governo salvi il segreto medico»

Trasmettere i dati dei pazienti alle casse malati? La misura, prevista dal nuovo sistema tariffale per il conteggio tra ospedali e assicuratori, che dovrebbe entrare in vigore dal primo gennaio 2012, non piace a molti degli attori della sanità elvetica. Il nuovo sistema prevede il passaggio dal sistema del rimborso delle spese al principio della fatturazione delle prestazioni tramite forfait per caso (Swiss DRG): non si remunereranno più le singole prestazioni ma ogni degenza ospedaliera sarà attribuita a un gruppo di casi e di conseguenza pagata in modo forfettario, a dipendenza di diversi criteri, quali la diagnosi principale, quelle secondarie, le procedure seguite e fattori personali quali l'età, il sesso, il grado di gravità. Per poter introdurre gli SwissDRG gli ospedali devono negoziare nuove convenzioni con gli assicuratori, che prevedano anche le modalità della trasmissione dei dati dei pazienti su cui si baseranno i calcoli per le fatturazioni: il 5 luglio questi due partner si erano messi d'accordo per una trasmissione totale dei dati, fatto che aveva provocato una risentita reazione da parte dei medici, la cui organizzazione mantello FMH aveva denunciato una «svendita del segreto medico» e degli incaricati della protezione dei dati. Più complessa la posizione degli ospedali (vedi box). A livello cantonale sul tema si sono espressi i medici che siedono in Gran Consiglio (primo firmatario Roberto Malacrida, PS, seguito da Del Bufalo, Del Don, Denti, Peduzzi e Salvadè e da tutti i capigruppo), con una mozione che chiede al Governo un intervento a tutela della segretezza dei dati dei pazienti, intervenendo sulle singole convenzioni tariffali tra gli ospedali e gli assicuratori malattie. In questo modo il Consiglio di Stato difenderebbe la regolamentazione attuale, che prevede il divieto di trasmissione sistematica delle diagnosi, in conformità alla presa di posizione dell'Incaricato federale per la protezione dei dati in margine al transito di informazioni diagnostiche del 25 giugno 2004 e alla volontà del Legislatore federale, che in due occasioni, nel 2007 e nel 2010 aveva respinto delle proposte che andavano in questo senso.

gli ospedali ci ripensano

leri, a livello elvetico, sul tema ha tenuto banco la bocciatura, da parte dei membri di H+, dell'accordo siglato in luglio con gli assicuratori, che prevedeva la trasmissione integrale dei dati dei pazienti. Gli ospedali sono preoccupati anche per altri aspetti, come l'insufficiente indennizzo dei costi d'investimento per la struttura. Prevale l'opinione che il nuovo sistema, lungi da permettere un confronto fra gli istituti, porterà a un aumento dei costi. Da parte sua, il portavoce Didier Burkhalter accenna invece alla ripresa l'accordo di luglio con un'ordinanza, per rispettare la tabella di marcia prevista, seguendo la posizione di santésuisse. Anche per i Cantoni occorre una soluzione nazionale, «resa difficile dalla insistenza delle casse malati per avere i dati dei pazienti».

SVIZZERA & MONDO, PAGINA 15

in breve

NUOVO SISTEMA DI FINANZIAMENTO

Gli Ospedali si ribellano all'accordo dei loro vertici

Gli Ospedali Svizzeri H+ bocciano l'accordo di luglio con gli assicuratori, elaborato per concretizzare il nuovo sistema di finanziamento dei nosocomi, che entrerà in vigore il primo gennaio 2012. In particolare la base di H+ non digerisce il fatto che tutti i dati dei pazienti, diagnosi comprese, debbano essere trasmessi alle casse malattia. Uno dei cambiamenti più importanti del nuovo finanziamento ospedaliero risiede nel passaggio dal principio del rimborso dei costi a quello del finanziamento delle prestazioni, ossia dalla fatturazione dei giorni di ricovero a un sistema forfettario per ciascuna ospedalizzazione. I membri di H+ erano chiamati ad esprimersi su un compromesso raggiunto all'inizio di luglio dai loro vertici con gli assicuratori malattia svizzeri (santésuisse) per attuare il nuovo finanziamento. Per ulteriori informazioni si veda p. 3.

© **Giornale del Popolo**

SCHWEIZ SEITE 3

Fallpauschale: Burkhalter muss durchgreifen

NICOLAS HEHL

Die Schweizer Spitäler lehnen die Ergänzungsvereinbarung zum Fallpauschalensystem ab. Sie wehren sich dagegen, dass sie ab 2012 alle Angaben zu Diagnosen an die Krankenkassen übermitteln müssten.

Eigentlich war man sich einst einig: Ab dem nächsten Jahr sollen Spitäler und Krankenkassen das Fallpauschalensystem umsetzen. Dazu hätten die Spitäler, so vereinbarte es ihr Verband H+ mit den Krankenkassen, die Diagnosedaten an die Kassen übermitteln müssen. Nun verweigern die Spitäler diese Transparenz und bringen damit die entsprechende Vereinbarung zu Fall. Laut H+ waren auch die anderen Punkte der Einigung umstritten. So sei die Abgeltung der Investitionskosten von vielen Spitalern als zu tief eingestuft worden.

Das Fallpauschalensystem soll Anfang 2012 im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung eingeführt werden. Die wichtigste Änderung für die Spitäler besteht darin, dass sie nicht mehr nach erbrachter Leistung, sondern pauschal pro Diagnose entschädigt werden. Davon erhofft man sich eine bessere Vergleichbarkeit zwischen den Spitalern. Dass die Kosten deswegen sinken, glaubt niemand mehr so recht. Inzwischen sieht es im Gegenteil danach aus, dass die Einführung der Fallpauschalen zu einem Kostenschub führen wird.

Viele offene Fragen

Patientenorganisationen und Ärztekreise befürchten zudem, dass die Qualität der medizinischen Leistungen sinken könnte. Neben dieser grundsätzlichen Kritik am neuen System schwelt seit Monaten ein Streit über offene Fragen zu Umsetzung und Anwendung des Fallpauschalensystems.

Eine davon ist, wie viel Geld die Spitäler von den Krankenkassen für die Spitalinfrastruktur erhalten. Umstritten ist auch, wie die Kosten überwacht und wie zu hohe oder zu tiefe Vergütungen korrigiert werden sollen. Die höchsten Wellen hatte aber der Zwist rund um die Übermittlung von Patientendaten geworfen.

Es dürfte vor allem die Einigung in dieser Frage gewesen sein, welche die Vereinbarung zwischen Spitalern und Krankenkassen zu Fall gebracht hat. Sie sah vor, dass in der Regel alle Patienteninformationen an die Krankenkassen

weitergeleitet werden müssen – also auch sämtliche Diagnosen und Nebendiagnosen.

Aus für Arztgeheimnis

Der Patient hätte verlangen können, dass die Daten stattdessen an den Vertrauensarzt der Kasse geschickt werden. Mit dieser Regelung sah H+ den Datenschutz und die Persönlichkeitsrechte gewahrt.

Der Ärzteverband FMH dagegen sprach von einem «Ausverkauf des Arztgeheimnisses», die Stiftung SPO Patientenschutz sah den «gläsernen Patienten» Realität werden. Beide Organisationen werfen den Krankenkassen vor, die Daten nicht zur Rechnungskontrolle, sondern zur besseren Risikoselektion missbrauchen zu wollen.

Der heftigste Vorwurf kam von Privatim, der Vereinigung der schweizerischen Datenschutzbeauftragten. Diese warf H+ vor, die Patientendaten gegen bessere Bedingungen bei den Spitalinvestitionen verkauft zu haben. Obwohl die Spitäler davon profitieren würden, teilen sie offenbar die Bedenken der Datenschützer. Drei Viertel von ihnen lehnten die Vereinbarung laut H+ ab.

Burkhalter greift ein

Um zu verhindern, dass nun jedes Spital einzeln mit den Krankenkassen verhandelt, will Gesundheitsminister Didier Burkhalter (FDP) die noch ausstehenden Regelungen per Verordnung einheitlich festlegen. Dies sagte sein Sprecher JeanMarc Crevoisier.

Dasselbe fordern auch Versicherungen und Kantone. Beim Inhalt gehen die Vorstellungen jedoch weit auseinander. Der Waadtländer Regierungsrat Pierre-Yves Maillard (SP), Präsident der kantonalen Gesundheitsdirektorenkonferenz, macht die Krankenkassen und ihr Beharren auf der Übermittlung der Diagnosedaten für das Scheitern der Vereinbarung verantwortlich.

Kein Aufschub

Die Versicherungen ihrerseits verlangen eine Regelung auf Basis ebendieser Vereinbarung – inklusive Übermittlung der medizinischen Daten. Ohne diese könnte es zu «ungewollten Prämienerrhöhungen» kommen, warnt der Dachverband der Krankenkassen Santésuisse.

Der Verband H+ will seine Mitglieder zu einer einheitlichen Regelung anhören, bevor er sich dazu äussert. Einig sind sich Bund, Kantone, Spitäler und Kassen vorerst nur darin, dass die Einführung des Fallpauschalensystems auf Anfang 2012 nicht verschoben wird.

K O M M E N T A R

Was bringt der Widerstand?

Die Spitäler haben das Kompromisspaket zu Fall gebracht, das ihr Verband unter grossem Druck mit den Krankenversicherern geschmückt hatte. In diesem Paket waren bisher ungeklärte Punkte zu den Fallpauschalen geregelt. Tatsächlich war zumindest in einem Punkt erstaunlich, wie weit der Spitalverband den Versicherern entgegengekommen war. Im Vorfeld hatte er sich nämlich klar geweigert, der Forderung der Versicherer nachzukommen und diesen Diagnosedaten automatisch weiterzuleiten. Ein eigens dazu in Auftrag gegebenes Rechtsgutachten hatte sogar ergeben, dass eine systematische Lieferung aller Daten das Patienten- und Arztgeheimnis verletze und gegen den Datenschutz verstosse. Im Kompromisspaket jedoch erklärt sich der Spitalverband mit einer leicht abgeschwächten Form der Datenlieferung einverstanden.

Weil mit dem Widerstand der Spitäler die Vereinbarung der beiden Tarifpartner geplatzt ist, will der Bundesrat für eine einheitliche Lösung sorgen. Das ist begrüssenswert und einzelnen Lösungen auf Stufe Kanton oder sogar auf Stufe Spital vorzuziehen. Die Frage ist allerdings, welche Chance sich die Spitäler bei einer vom Bundesrat verordneten Lösung ausrechnen. Denn zumindest die Haltung des Bundesamts für Gesundheit ist bekannt. Dieses hat verschiedentlich signalisiert, dass es die Kritik der Spitäler nicht teilt und eine Weitergabe der Diagnosedaten für unproblematisch hält.

Allerdings ging es im Kompromisspaket nicht nur um die Patientendaten, sondern noch um weitere unregelte Punkte. Unter anderem um die Höhe des Zuschlages für die Investitionskosten. Hier könnten die Spitäler damit rechnen, dass sie beim Bundesrat auf offenere Ohren stossen als ihr Verband bei den Versicherern. Damit hätte sich der Widerstand gelohnt. Brigitte Walser

TITELSEITE

Spitäler stellen sich quer

Bern. Die Schweizer Spitäler lehnen die Umsetzung des neuen Fallpauschalensystems ab. Sie wehren sich vor allem dagegen, dass sie ab nächstem Jahr alle Patientendaten und Angaben zu Diagnosen an die Krankenkassen übermitteln müssten. Diese Regelung ist Teil einer Vereinbarung zwischen dem Spitalverband H+ und den Krankenkassen. H+ geht nun davon aus, dass die offenen Fragen auf kantonaler Ebene zwischen Spitälern und Krankenkassen im Rahmen der Tarifverhandlungen geregelt werden müssen. (sda)

SCHWEIZ, SEITE 3

Spitalfinanzierung: Neuer Streit über Umsetzung

BERN. Die Spitäler lehnen die Umsetzung des Fallpauschalen-Systems ab. Sie sind gegen die Weiterleitung der Patientendaten an die Krankenkassen.

Das Fallpauschalen-System soll Anfang 2012 im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung eingeführt werden. Die wichtigste Änderung für die Spitäler besteht darin, dass sie nicht mehr nach erbrachter Leistung, sondern pauschal pro Diagnose entschädigt werden. Allerdings schwelt seit Monaten ein Streit über die Umsetzung des Systems, etwa zur Frage der Übermittlung von Patientendaten. Vereinbart war, dass in der Regel alle Informationen an die Krankenkassen weitergeleitet werden müssen – also auch sämtliche Diagnosen und Nebendiagnosen.

Dabei hätte der Patient verlangen können, dass die Daten stattdessen an den Vertrauensarzt der Kasse geschickt werden. Mit dieser Regelung sah der Spitalverband H+ den Datenschutz und die Persönlichkeitsrechte gewahrt. Der Ärztesverband FMH da-gegen sprach von einem «Ausverkauf des Arztgeheimnisses». Und privatim, die Vereinigung der schweizerischen Datenschutzbeauftragten, warf H+ vor, die Patientendaten gegen bessere Bedingungen bei den Spitalinvestitionen «verkauft» zu haben. Obwohl die Spitäler davon profitieren würden, teilen sie nun offenbar die Bedenken der Datenschützer: Drei Viertel von ihnen lehnten die Vereinbarung laut H+ ab.

Um zu verhindern, dass nun jedes Spital einzeln mit den Krankenkassen verhandelt, will Gesundheitsminister Didier Burkhalter die noch ausstehenden Regelungen per Verordnung einheitlich festlegen. Dies sagte sein Sprecher Jean-Marc Crevoisier. Das-selbe fordern auch Versicherungen und Kantone.

Beim Inhalt gehen deren Vorstellungen aber weit auseinander. Die Versicherungen bestehen auf der Übermittlung der Patientendaten. Ohne diese könnte es zu «ungewollten Prämien erhöhungen» kommen, warnen sie. H+ will seine Mitglieder zu einer einheitlichen Regelung anhören, bevor er sich dazu äussert. Einig sind sich Bund, Kantone, SpitÄler und Kassen vorerst nur darin, dass die Einföhrung des Fallpauschalen-Systems auf 2012 nicht verschoben wird. (sda)

Ebenfalls erschienen in der Zürichsee-Zeitung.

© **Der Landbote**

TITELSEITE

Bern | Spitäler lehnen die Umsetzung der Fallpauschalen ab

Umstrittener Systemwechsel

Die Schweizer Spitäler lehnen die Umsetzung des neuen Fallpauschalen-Systems ab.

Sie wehren sich vor allem dagegen, dass sie ab nächstem Jahr alle Patientendaten und Angaben zu Diagnosen an die Krankenkassen übermitteln müssten. Diese Regelung ist Teil einer Vereinbarung zwischen Spitalverband H+ und den Krankenkassen, mit welcher das Fallpauschalen-System ab 2012 hätte umgesetzt werden sollen. Die anderen Punkte der Einigung waren aber ebenfalls stark umstritten.

So sei auch die vereinbarte Abgeltung der Investitionskosten von vielen Spitälern als zu wenig hoch eingestuft worden, schreibt H+ in einer Mitteilung vom Montag. Mit der von den Verhandlungspartnern als Kompromiss bezeichneten Einigung hätte das Fallpauschalen-System umgesetzt werden sollen, das im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung 2012 eingeführt wird.



Fallpauschale. Spitalverband H+ wehrt sich gegen den Systemwechsel. FOTO KEYSTONE

SCHWEIZ, SEITE 23

Bern | Umsetzung des neuen Fallpauschalen-Systems vorerst gescheitert

Veto der Spitäler

Die Schweizer Spitäler lehnen die Umsetzung des neuen Fallpauschalen-Systems ab. Sie wehren sich vor allem dagegen, dass sie ab nächstem Jahr alle Patientendaten und Angaben zu Diagnosen an die Krankenkassen übermitteln müssten.

NICOLAS HEHL

Diese Regelung ist Teil einer Vereinbarung zwischen dem Spitalverband H+ und den Krankenkassen. Mit dieser hätte das Fallpauschalen-System ab 2012 umgesetzt werden sollen. Die anderen Punkte der Einigung waren ebenfalls umstritten. Auch die Abgeltung der Investitionskosten sei von vielen Spitalern als zu wenig hoch eingestuft worden, schreibt H+ in einer Mitteilung vom Montag.

Das Fallpauschalen-System soll Anfang 2012 im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung eingeführt werden. Die wichtigste Änderung für die Spitäler besteht darin, dass sie nicht mehr nach erbrachter Leistung, sondern pauschal pro Diagnose entschädigt werden.

Davon erhofft man sich eine bessere Vergleichbarkeit zwischen den Spitalern. Dass die Kosten deswegen sinken, glaubt niemand mehr so recht. Inzwischen sieht es im Gegenteil danach aus, dass die Einführung der Fallpauschalen zu einem Kostenschub führen wird.

Viele offene Fragen

Patientenorganisationen und Ärztekreise befürchten zudem, dass die Qualität der medizinischen Leistungen sinken könnte. Neben dieser grundsätzlichen Kritik am neuen System schwelt seit Monaten ein Streit über offene Fragen zu Umsetzung und Anwendung des Fallpauschalen-Systems.

Eine davon ist, wie viel Geld die Spitäler von den Krankenkassen für die Spitalinfrastruktur erhalten. Umstritten ist auch, wie die Kosten überwacht und wie zu hohe oder zu tiefe Vergütungen korrigiert werden sollen. Die höchsten Wellen hatte aber der Zwist rund um die Übermittlung von Patientendaten geworfen.

Es dürfte vor allem die Einigung in dieser Frage gewesen sein, welche die Vereinbarung zwischen Spitalern und Krankenkassen zu Fall gebracht hat. Sie sah vor, dass in der Regel alle Informationen an die Krankenkassen weitergeleitet werden müssen – also auch sämtliche Diagnosen und Nebendiagnosen.

Ausverkauf des Arztgeheimnisses

Der Patient hätte verlangen können, dass die Daten stattdessen an den Vertrauensarzt der Kasse geschickt werden. Mit dieser Regelung sah H+ den Datenschutz und die Persönlichkeitsrechte gewahrt.

Der Ärzteverband FMH dagegen sprach von einem «Ausverkauf des Arztgeheimnisses», die Stiftung SPO Patientenschutz sah den «gläsernen Patienten» Realität werden. Beide Organisationen werfen den Krankenkassen vor,

die Daten nicht zur Rechnungskontrolle, sondern zur besseren Risikoselektion missbrauchen zu wollen.

Der heftigste Vorwurf aber kam von privatim, der Vereinigung der schweizerischen Datenschutzbeauftragten. Diese warf H+ vor, die Patientendaten gegen bessere Bedingungen bei den Spitalinvestitionen verkauft zu haben. Obwohl die Spitäler davon profitieren würden, teilten sie offenbar die Bedenken der Datenschützer. Drei Viertel von ihnen lehnten die Vereinbarung laut H+ ab.

Burkhalter greift ein

Um zu verhindern, dass nun jedes Spital einzeln mit den Krankenkassen verhandelt, will Gesundheitsminister Didier Burkhalter die noch ausstehenden Regelungen per Verordnung einheitlich festlegen. Dies sagte sein Sprecher Jean-Marc Crevoisier der Nachrichtenagentur SDA. Dasselbe fordern auch Versicherungen und Kantone.

Beim Inhalt gehen deren Vorstellungen aber weit auseinander. Der Waadtländer Regierungsrat Pierre-Yves Maillard, Präsident der kantonalen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK), macht nämlich die Krankenkassen und ihr Beharren auf der Übermittlung der Patientendaten für das Scheitern der Vereinbarung verantwortlich. Die Versicherungen ihrerseits verlangen eine Regelung auf der Basis eben dieser Vereinbarung – inklusive Übermittlung der Patientendaten. Ohne diese könnte es zu «ungewollten Prämien erhöhungen» kommen, warnt der Krankenkassendachverband santésuisse.

H+ will seine Mitglieder zu einer einheitlichen Regelung anhören, bevor er sich dazu äussert. Einig sind sich Bund, Kantone, Spitäler und Kassen vorerst nur darin, dass die Einführung des Fallpauschalen-Systems auf Anfang 2012 nicht verschoben wird. | sda



Systemwechsel. Der Spitalverband ist gegen die Umsetzung der Fallpauschalen. FOTO KEYSTONE

© **Walliser Bote**

SCHWEIZ SEITE 24

Spitäler sträuben sich weiter gegen Fallpauschalen-System

Die Schweizer Spitäler machen erneut gegen die Umsetzung des neuen Systems mit Fallpauschalen mobil. Gesundheitspolitiker im bürgerlichen Lager reagieren mit Unverständnis, in der SP hingegen hält man die Einwände für berechtigt.

Von Simon Fischer

Bern. – Das Communiqué des Spitalverbands H+ kam gestern wie aus heiterem Himmel: Die Schweizer Spitäler würden die Umsetzung des neuen Fallpauschalen-Systems ablehnen, schrieb die Organisation. Der Systemwechsel war Ende 2007 vom Parlament beschlossen worden und soll Anfang nächsten Jahres eingeführt werden. Als wichtigste Änderung sollen die Spitäler künftig von den Krankenkassen nicht mehr nach erbrachter Leistung, sondern pauschal pro Diagnose entschädigt werden. Das Ziel ist die Schaffung von mehr Transparenz, sprich, die Spitäler sollen ab Anfang 2012 besser verglichen werden können.

Die Kritik von H+ ist fundamental. Ein Dorn im Auge ist dem Verband in erster Linie die neue Regel, wonach die Spitäler künftig sämtliche Patientendaten und Diagnosen an die Krankenkassen übermitteln müssen. Mit Blick auf den Datenschutz spricht etwa der Ärzteverband FMH vom «Ausverkauf des Arztgeheimnisses», die Patientenschutzorganisation SPO warnt vor dem «gläsernen Patienten». H+ schreibt ausserdem, die Abgeltung der Investitionskosten des neuen Systems sei von vielen Spitalern als zu wenig hoch eingestuft worden.

Burkhalter reagiert prompt

Gesundheitsminister Didier Burkhalter kündigte gestern sofort an, die noch ausstehenden Regelungen zwischen Spitalern und Krankenkassen nun einheitlich über den Verordnungsweg festlegen zu wollen. Denn beim Bund will man um jeden Preis verhindern, dass nun jedes Spital einzeln mit den Krankenkassen verhandeln muss. Für seine prompte Reaktion erntet Burkhalter den Beifall bürgerlicher Gesundheitspolitiker. «Ich bin sehr froh, dass er trotz des Widerstands alles wie vorgesehen durchziehen will», sagt etwa der Zürcher SVP-Nationalrat Toni Bortoluzzi. Die Spitäler wollten offensichtlich keine Transparenz schaffen und hätten nicht begriffen, dass auch im Gesundheitswesen marktwirtschaftliche

Kriterien gelten müssten. «Ansonsten wird einmal mehr der Prämienzahler der Leidtragende sein», so Bortoluzzi. Und der Berner FDP-Nationalrat Pierre Triponez sagt schlicht: «Das Gesetz ist gemacht, da gibt es nichts mehr zu rütteln.» Es sei völlig richtig, dass Burkhalter nun den Verordnungsweg einschlagen wolle, wenn sich die Tarifpartner nicht selber einigen könnten, meint Triponez.

Keinerlei Verständnis für die Position der Spitäler hat die Aargauer CVP-Nationalrätin Ruth Humbel. «Für das neue System hat sich schliesslich auch H+ entschieden», sagt sie. Offenbar sei der Druck seitens der Ärzte und der Spitäler nun aber so gross geworden, dass der Verband nachgegeben habe. «Man kann das nur als Verzögerungstaktik deuten, denn umgesetzt werden muss das neue System sowieso », so Humbel. Und sie merkt an, dass die Unfallversicherungen den Krankenkassen schon lange alle Patientendaten diskussionslos zur Verfügung stellten. «Und es ist nicht einzusehen, warum für die Krankenkassen eine andere Regelung gelten soll», sagt Humbel.

«Berechtigte Einwände»

Ganz anders äussert sich die Zürcher SP-Nationalrätin Jacqueline Fehr. «Die Spitäler haben mein volles Verständnis », sagt sie. Denn es gebe im Hinblick auf die Einführung des Fallpauschalen- Systems berechnete Einwände. Auf die Probleme bei der Umsetzung sei immer wieder hingewiesen worden, und es sei jetzt an der Zeit, solche Sorgen ernst zu nehmen. «Vielleicht könnten dann die gravierendsten Mängel noch behoben werden», sagt Fehr.

Spitäler wollen Patientendaten nicht an Krankenkassen weitergeben

Die Schweizer Spitäler lehnen die Umsetzung des neuen Fallpauschalen-Systems ab. Sie wehren sich vor allem dagegen, dass sie ab nächstem Jahr alle Patientendaten und Angaben zu Diagnosen an die Krankenkassen übermitteln müssten.

Bern. -Diese Regelung ist Teil einer Vereinbarung zwischen dem Spitalverband H+ und den Krankenkassen. Mit dieser hätte das Fallpauschalen-System ab 2012 umgesetzt werden sollen. Die anderen Punkte der Einigung waren ebenfalls umstritten. Auch die Abgeltung der Investitionskosten sei von vielen Spitälern als zu wenig hoch eingestuft worden, schreibt H+ in einer Mitteilung vom Montag.

Das Fallpauschalen-System soll Anfang 2012 im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung eingeführt werden. Die wichtigste Änderung für die Spitäler besteht darin, dass sie nicht mehr nach erbrachter Leistung, sondern pauschal pro Diagnose entschädigt werden.

Davon erhofft man sich eine bessere Vergleichbarkeit zwischen den Spitälern. Dass die Kosten deswegen sinken, glaubt niemand mehr so recht. Inzwischen sieht es im Gegenteil danach aus, dass die Einführung der Fallpauschalen zu einem Kostenschub führt wird.

Viele offene Fragen

Patientenorganisationen und Ärztekreise befürchten zudem, dass die Qualität der medizinischen Leistungen sinken könnte. Die höchsten Wellen hatte aber der Zwist rund um die Übermittlung von Patientendaten geworfen.

Es dürfte vor allem die Einigung in dieser Frage gewesen sein, welche die Vereinbarung zwischen Spitälern und Krankenkassen zu Fall gebracht hat. Sie sah vor, dass in der Regel alle Informationen an die Krankenkassen weitergeleitet werden müssen - also auch sämtliche Diagnosen und Nebendiagnosen.

Ausverkauf des Arztgeheimnisses

Der Patient hätte verlangen können, dass die Daten stattdessen an den Vertrauensarzt der Kasse geschickt werden. Mit dieser Regelung sah H+ den

Datenschutz und die Persönlichkeitsrechte gewahrt.

Der Ärzteverband FMH dagegen sprach von einem "Ausverkauf des Arztgeheimnisses", die Stiftung SPO Patientenschutz sah den "gläsernen Patienten" Realität werden. Beide Organisationen werfen den Krankenkassen vor, die Daten nicht zur Rechnungskontrolle, sondern zur besseren Risikoselektion missbrauchen zu wollen.

Burkhalter greift ein

Um zu verhindern, dass nun jedes Spital einzeln mit den Krankenkassen verhandelt, will Gesundheitsminister Didier Burkhalter die noch ausstehenden Regelungen per Verordnung einheitlich festlegen. Dies sagte sein Sprecher Jean-Marc Crevoisier der Nachrichtenagentur sda. Dasselbe fordern auch Versicherungen und Kantone.

© **Sarganserländer**

TITELSEITE

Santésuisse und Spitäler streiten um Fallpauschale

Die Spitäler treten von der Vereinbarung über die Fallpauschale mit den Krankenversicherern zurück.

BERN Anfang Juli berichteten der Spitalverband H+ und der Verband der Krankenversicherer Santésuisse von einer wichtigen Einigung. Wesentliche Fragen zur Einführung der Fallpauschalen seien geklärt, teilten die Tarifpartner mit. Jetzt sieht alles anders aus. In einer Referendumsabstimmung haben die Mitglieder von H+ die Einigung abgelehnt. Eine nationale Regelung ist damit vorerst vom Tisch.

Der Bund will dies nicht zulassen und für eine schweizweite Regelung sorgen. Gesundheitsminister Didier Burkhalter plane, die offenen Fragen per Verordnung zu regeln, sagte sein Sprecher Jean-Marc Crevoisier gestern. *BZ/hw*

SCHWEIZ, SEITE 14

Spitalfinanzierung: Bundesrat Didier Burkhalter muss durchgreifen

Die Schweizer Spitäler lehnen die Ergänzungsvereinbarung zum Fallpauschalensystem ab. Sie wehren sich dagegen, dass sie ab 2012 alle Angaben zu Diagnosen an die Krankenkassen übermitteln müssten.

Eigentlich war man sich einst einig: Ab dem nächsten Jahr sollen Spitäler und Krankenkassen das Fallpauschalensystem umsetzen. Dazu hätten die Spitäler, so vereinbarte es ihr Verband H+ mit den Krankenkassen, die Diagnosedaten an die Kassen übermitteln müssen. Nun verweigern die Spitäler diese Transparenz und bringen damit die entsprechende Vereinbarung zu Fall. Laut H+ waren auch die anderen Punkte der Einigung umstritten. So sei die Abgeltung der Investitionskosten von vielen Spitälern als zu tief eingestuft worden.

Das Fallpauschalensystem soll Anfang 2012 im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung eingeführt werden. Die wichtigste Änderung für die Spitäler besteht darin, dass sie nicht mehr nach erbrachter Leistung, sondern pauschal pro Diagnose entschädigt werden. Davon erhofft man sich eine bessere Vergleichbarkeit zwischen den

Spitälern. Dass die Kosten deswegen sinken, glaubt niemand mehr so recht. Inzwischen sieht es im Gegenteil danach aus, dass die Einführung der Fallpauschalen zu einem Kostenschub führen wird.

Viele offene Fragen

Patientenorganisationen sowie Ärztekreise befürchten zudem, dass die Qualität der medizinischen Leistungen sinken könnte. Neben dieser grundsätzlichen Kritik am neuen System schwelt seit Monaten ein Streit über offene Fragen zu Umsetzung und Anwendung des Fallpauschalensystems.

Eine davon ist, wie viel Geld die Spitäler von den Krankenkassen für die Spitalinfrastruktur erhalten. Umstritten ist auch, wie die Kosten überwacht und wie zu hohe oder zu tiefe Vergütungen korrigiert werden sollen. Die höchsten Wellen hatte aber der Zwist rund um die Übermittlung von Patientendaten geschlagen. Es dürfte vor allem die Einigung in dieser Frage gewesen sein, welche die Vereinbarung zwischen Spitälern und Krankenkassen zu Fall gebracht hat. Sie sah vor, dass in der Regel alle Patienteninformationen an die Kassen weitergeleitet werden müssen – also auch sämtliche Diagnosen und Nebendiagnosen.

Aus für Arztgeheimnis

Der Patient hätte verlangen können, dass die Daten stattdessen an den Vertrauensarzt der Kasse geschickt werden. Mit dieser Regelung sah H+ den Datenschutz und die Persönlichkeitsrechte gewahrt. Der Ärzteverband FMH dagegen sprach von einem «Ausverkauf des Arztgeheimnisses», die Stiftung SPO Patientenschutz sah den «gläsernen Patienten» Realität werden. Beide Organisationen werfen den Krankenkassen vor, die Daten nicht zur Rechnungskontrolle, sondern zur besseren Risikoselektion missbrauchen zu wollen. Der heftigste Vorwurf kam von Privatim, der Vereinigung der Datenschutzbeauftragten. Diese warf H+ vor, die Daten gegen bessere Bedingungen bei den Spitalinvestitionen verkauft zu haben. Obwohl die Spitäler davon profitieren würden, teilen sie offenbar die Bedenken der Datenschützer. Drei Viertel von ihnen lehnten die Vereinbarung laut H+ ab.

Burkhalter greift ein

Um zu verhindern, dass nun jedes Spital einzeln mit den Krankenkassen verhandelt, will Gesundheitsminister Didier Burkhalter (FDP) die noch ausstehenden Regelungen per Verordnung einheitlich festlegen. Dies sagte sein Sprecher Jean-Marc Crevoisier.

Dasselbe fordern auch Versicherungen und Kantone. Beim Inhalt gehen die Vorstellungen jedoch weit auseinander. Der Waadtländer Regierungsrat Pierre-Yves Maillard (SP), Präsident der kantonalen Gesundheitsdirektorenkonferenz, macht die Krankenkassen und ihr Beharren auf der Übermittlung der Diagnosedaten für das Scheitern der Vereinbarung

verantwortlich.

Die Versicherungen ihrerseits verlangen eine Regelung auf Basis ebendieser Vereinbarung – inklusive Übermittlung der medizinischen Daten. Ohne diese könnte es zu «ungewollten Prämien erhöhungen» kommen, warnt der Dachverband der Krankenkassen Santésuisse.

Der Verband H+ will seine Mitglieder zu einer einheitlichen Regelung anhören, bevor er sich dazu äussert. Einig sind sich Bund, Kantone, Spitäler und Kassen vorerst nur darin, dass die Einführung des Fallpauschalensystems auf Anfang 2012 nicht verschoben wird. sda



Gesundheitsminister Didier Burkhalter will nun fehlende Regelungen einheitlich festlegen, weil Spitäler und Krankenkassen keine Lösung finden. Bild Keystone

SEITE 11

Spitäler wollen Patientendaten nicht an Krankenkassen weitergeben

Die Schweizer Spitäler lehnen die Umsetzung des neuen Fallpauschalen-Systems ab. Sie wehren sich vor allem dagegen, dass sie ab nächstem Jahr alle Patientendaten und Angaben zu Diagnosen an die Krankenkassen übermitteln müssten.

Bern. -Diese Regelung ist Teil einer Vereinbarung zwischen dem Spitalverband H+ und den Krankenkassen. Mit dieser hätte das Fallpauschalen-System ab 2012 umgesetzt werden sollen. Die anderen Punkte der Einigung waren ebenfalls umstritten. Auch die Abgeltung der Investitionskosten sei von vielen Spitalern als zu wenig hoch eingestuft worden, schreibt H+ in einer Mitteilung vom Montag.

Das Fallpauschalen-System soll Anfang 2012 im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung eingeführt werden. Die wichtigste Änderung für die Spitäler besteht darin, dass sie nicht mehr nach erbrachter Leistung, sondern pauschal pro Diagnose entschädigt werden.

Davon erhofft man sich eine bessere Vergleichbarkeit zwischen den Spitalern. Dass die Kosten deswegen sinken, glaubt niemand mehr so recht. Inzwischen sieht es im Gegenteil danach aus, dass die Einführung der Fallpauschalen zu einem Kostenschub führt wird.

Viele offene Fragen

Patientenorganisationen und Ärztekreise befürchten zudem, dass die Qualität der medizinischen Leistungen sinken könnte. Die höchsten Wellen hatte aber der Zwist rund um die Übermittlung von Patientendaten geworfen.

Es dürfte vor allem die Einigung in dieser Frage gewesen sein, welche die Vereinbarung zwischen Spitalern und Krankenkassen zu Fall gebracht hat. Sie sah vor, dass in der Regel alle Informationen an die Krankenkassen weitergeleitet werden müssen - also auch sämtliche Diagnosen und Nebendiagnosen.

Ausverkauf des Arztgeheimnisses

Der Patient hätte verlangen können, dass die Daten stattdessen an den Vertrauensarzt der Kasse geschickt werden. Mit dieser Regelung sah H+ den Datenschutz und die Persönlichkeitsrechte gewahrt.

Der Ärzteverband FMH dagegen sprach von einem "Ausverkauf des

Arztgeheimnisses", die Stiftung SPO Patientenschutz sah den "gläsernen Patienten" Realität werden. Beide Organisationen werfen den Krankenkassen vor, die Daten nicht zur Rechnungskontrolle, sondern zur besseren Risikoselektion missbrauchen zu wollen.

Burkhalter greift ein

Um zu verhindern, dass nun jedes Spital einzeln mit den Krankenkassen verhandelt, will Gesundheitsminister Didier Burkhalter die noch ausstehenden Regelungen per Verordnung einheitlich festlegen. Dies sagte sein Sprecher Jean-Marc Crevoisier der Nachrichtenagentur sda. Dasselbe fordern auch Versicherungen und Kantone.

© **Werdenberger & Obertoggenburger**

SCHWEIZ SEITE 20

Spitäler sträuben sich weiter gegen Fallpauschalen-System

Die Schweizer Spitäler machen erneut gegen die Umsetzung des neuen Systems mit Fallpauschalen mobil. Gesundheitspolitiker im bürgerlichen Lager reagieren mit Unverständnis, in der SP hingegen hält man die Einwände für berechtigt.

Von Simon Fischer

Bern. – Das Communiqué des Spitalverbands H+ kam gestern wie aus heiterem Himmel: Die Schweizer Spitäler würden die Umsetzung des neuen Fallpauschalen-Systems ablehnen, schrieb die Organisation. Der Systemwechsel war Ende 2007 vom Parlament beschlossen worden und soll Anfang nächsten Jahres eingeführt werden. Als wichtigste Änderung sollen die Spitäler künftig von den Krankenkassen nicht mehr nach erbrachter Leistung, sondern pauschal pro Diagnose entschädigt werden. Das Ziel ist die Schaffung von mehr Transparenz, sprich, die Spitäler sollen ab Anfang 2012 besser verglichen werden können.

Die Kritik von H+ ist fundamental. Ein Dorn im Auge ist dem Verband in erster Linie die neue Regel, wonach die Spitäler künftig sämtliche Patientendaten und Diagnosen an die Krankenkassen übermitteln müssen. Mit Blick auf den Datenschutz spricht etwa der Ärzteverband FMH vom «Ausverkauf des Arztgeheimnisses», die Patientenschutzorganisation SPO warnt vor dem «gläsernen Patienten». H+ schreibt ausserdem, die Abgeltung der Investitionskosten des neuen Systems sei von vielen Spitälern als zu wenig hoch eingestuft worden.

Burkhalter reagiert prompt

Gesundheitsminister Didier Burkhalter kündigte gestern sofort an, die noch ausstehenden Regelungen zwischen Spitälern und Krankenkassen nun einheitlich über den Verordnungsweg festlegen zu wollen. Denn beim Bund will man um jeden Preis verhindern, dass nun jedes Spital einzeln mit den Krankenkassen verhandeln muss. Für seine prompte Reaktion erntet Burkhalter den Beifall bürgerlicher Gesundheitspolitiker. «Ich bin sehr froh, dass er trotz des Widerstands alles wie vorgesehen durchziehen will», sagt etwa der Zürcher SVP-Nationalrat Toni Bortoluzzi. Die Spitäler wollten offensichtlich keine Transparenz schaffen und hätten nicht begriffen, dass auch im Gesundheitswesen marktwirtschaftliche Kriterien gelten müssten. «Ansonsten wird einmal mehr der Prämienzahler der

Leidtragende sein», so Bortoluzzi. Und der Berner FDP-Nationalrat Pierre Triponez sagt schlicht: «Das Gesetz ist gemacht, da gibt es nichts mehr zu rütteln.» Es sei völlig richtig, dass Burkhalter nun den Verordnungsweg einschlagen wolle, wenn sich die Tarifpartner nicht selber einigen könnten, meint Triponez.

Keinerlei Verständnis für die Position der Spitäler hat die Aargauer CVP-Nationalrätin Ruth Humbel. «Für das neue System hat sich schliesslich auch H+ entschieden», sagt sie. Offenbar sei der Druck seitens der Ärzte und der Spitäler nun aber so gross geworden, dass der Verband nachgegeben habe. «Man kann das nur als Verzögerungstaktik deuten, denn umgesetzt werden muss das neue System sowieso », so Humbel. Und sie merkt an, dass die Unfallversicherungen den Krankenkassen schon lange alle Patientendaten diskussionslos zur Verfügung stellten. «Und es ist nicht einzusehen, warum für die Krankenkassen eine andere Regelung gelten soll», sagt Humbel.

«Berechtigte Einwände»

Ganz anders äussert sich die Zürcher SP-Nationalrätin Jacqueline Fehr. «Die Spitäler haben mein volles Verständnis », sagt sie. Denn es gebe im Hinblick auf die Einführung des Fallpauschalen- Systems berechnete Einwände. Auf die Probleme bei der Umsetzung sei immer wieder hingewiesen worden, und es sei jetzt an der Zeit, solche Sorgen ernst zu nehmen. «Vielleicht könnten dann die gravierendsten Mängel noch behoben werden», sagt Fehr.

TITELSEITE

Fallpauschalen

Spitäler lehnen Kompromiss zur Einführung ab

Die Schweizer Spitäler lehnen die Umsetzung des neuen Fallpauschalen- Systems ab. Sie wehren sich vor allem dagegen, dass sie ab 2012 alle Patientendaten und Angaben zu Diagnosen an die Krankenkassen übermitteln müssten. Diese Regelung ist Teil einer Vereinbarung zwischen dem Spitalverband H+ und den Krankenkassen. Mit dieser hätte das Fallpauschalen-System im kommenden Jahr umgesetzt werden sollen. Die anderen Punkte der Einigung waren ebenfalls umstritten. Auch die Abgeltung der Investitionskosten ist von vielen Spitälern als zu wenig hoch eingestuft worden. Die wichtigste Änderung für die Spitäler besteht darin, dass sie künftig nicht mehr nach erbrachter Leistung, sondern pauschal pro Diagnose entschädigt werden.

Einige offene Fragen

Umstritten war nun vor allem die geplante Übermittlung von Patientendaten. Sie sah vor, dass in der Regel alle Informationen an die Krankenkassen weitergeleitet werden müssen – also auch sämtliche Diagnosen und Nebendiagnosen. Der Patient hätte verlangen können, dass die Daten stattdessen an den Vertrauensarzt der Kasse geschickt werden. Mit dieser Regelung sah H+ den Datenschutz gewahrt. Der Ärzteverband FMH dagegen sprach von einem «Ausverkauf des Arztgeheimnisses», die Stiftung SPO Patientenschutz sah den «gläsernen Patienten» Realität werden. Der heftigste Vorwurf aber kam von Privatim, der Vereinigung der schweizerischen Datenschutzbeauftragten. Diese warf H+ vor, die Patientendaten gegen bessere Bedingungen bei den Spitalinvestitionen verkauft zu haben. Obwohl die Spitäler davon profitieren würden, teilten sie offenbar die Bedenken der Datenschützer. Drei Viertel von ihnen lehnten die Vereinbarung ab. Um zu verhindern, dass nun jedes Spital einzeln mit den Krankenkassen verhandelt, will Gesundheitsminister Didier Burkhalter die noch ausstehenden Regelungen per Verordnung einheitlich festlegen. Dasselbe fordern auch Versicherungen und Kantone. (sda)

«Die Fallpauschalen haben sich bewährt»

Das Hegau-Bodensee-Klinikum Singen (HBK) macht mit Fallpauschalen gute Erfahrungen. «Wir sind gezwungen, die Prozesse und die Organisationsstrukturen permanent zu optimieren», sagt Geschäftsführer Peter Fischer. Die Qualität der medizinischen Leistungen habe darunter nicht gelitten, betont Medizincontroller Rainer Oeschger.

Was in der Schweiz derzeit für hitzige Diskussionen sorgt, ist in Deutschland längst gängige Praxis: die Abrechnung von Spitalleistungen nach diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG). Im Jahr 2000 fällte der Bundestag den Beschluss, das Verrechnungssystem einzuführen. Ab 2003 konnten Spitäler dieses freiwillig anwenden, ab 2005 waren sie dazu verpflichtet. «Die Umstellung war revolutionär», erinnert sich Peter Fischer, Geschäftsführer des Hegau-Bodensee-Klinikums Singen (HBK), das seit 2004 mit Fallpauschalen arbeitet. «Das ganze Verrechnungssystem wurde auf den Kopf gestellt.» Zur Kasse gebeten wird ein Patient heute nicht mehr aufgrund der Anzahl Tage, die er im Spital verbracht hat. Ausschlaggebend sind vielmehr die medizinischen Leistungen, die er bezogen hat. Sie werden sorgfältig dokumentiert, codiert und in Form von Pauschalen in Rechnung gestellt. Wie viel ein Untersuch, eine Therapie oder eine Operation durchschnittlich kosten darf, wird laufend angepasst. Zu Beginn waren Daten aus 250 Krankenhäusern zusammengetragen und 684 Fallpauschalen festgelegt worden. Nach einem Anstieg bis auf 1200 wird derzeit noch nach 1194 Pauschalen abgerechnet. Teure Medikamente und Implantate sind teilweise zusätzlich zu berappen; es gibt 150 sogenannte Zusatzentgelte.

Übergangsphase von vier Jahren

Das neue Verrechnungsmodell ist nicht von einem auf den anderen Tag zu 100 Prozent umgesetzt worden. «Es war zu erwarten, dass die Einnahmen teilweise fallen und teilweise steigen würden », erklärt Medizincontroller Rainer Oeschger. «Daher hat man zunächst Schutzgrenzen eingeführt.» Fischer verweist auf die unterschiedliche Ausgangslage der einzelnen Krankenhäuser: «Manche Häuser erhielten ihre Leistungen plötzlich besser vergütet, andere musste ihre Kosten deutlich senken.» In einem ersten Schritt wurden daher für jedes Spital individuelle Basisfallwerte festgelegt, ehe diese stufenweise angeglichen wurden. Die Übergangsphase dauerte vier Jahre, seit 2009 gelten in den Bundesländern einheitliche Tarife. «Eine Blinddarm-Operation kostet in Singen genauso viel wie in Stuttgart oder in Freiburg», sagt Fischer. Als grossen Vorteil bezeichnet er, dass das DRG-System prozessorientiert ist. Das heisst, mit den Fallpauschalen wird genau kalkuliert, wie viel ein einzelner Behandlungsschritt kosten darf. «Damit sind wir gezwungen, die Prozesse und die Organisationsstrukturen permanent zu optimieren.»

«Es kommt nun nicht mehr darauf an, wie viele Betten eine Klinik hat. Entscheidend ist ihre Leistungsfähigkeit.»

Peter Fischer, Geschäftsführer, Hegau-Bodensee-Klinikum

Diagnose schnell stellen

Tritt ein Patient ins Spital ein, sind die Ärzte bestrebt, möglichst rasch eine umfassende Diagnose zu stellen. Aus dieser leitet sich der Behandlungsverlauf ab; Personal und Patient wissen in etwa, was auf sie zukommt. «Das ist eine entscheidende Situation », sagt Oeschger. Muss jemandem beispielsweise die Gallenblase entfernt werden, ist mit einem Aufenthalt von drei bis sieben Tagen zu rechnen. Da dafür ein fixer Betrag vorgesehen ist, liegt es im Interesse der Klinik, diesen Zeitrahmen einzuhalten. Unterschreitet sie die Dauer, hat sie die von den Behörden kalkulierte Leistung vermutlich nicht vollumfänglich erbracht – von der Pauschale wird ein Betrag abgezogen. Liegt der Patient, etwa aufgrund von Komplikationen, länger im Krankbett, kann ein geringer Zuschlag verrechnet werden. «Dieser ist allerdings klein, um keine falschen Anreize zu setzen», erklärt Oeschger.

«Keine blutigen Entlassungen»

Die durchschnittliche Verweildauer eines Patienten im Spital hat in Singen wie auch in Deutschland insgesamt deutlich abgenommen. Vor zehn Jahren lag sie noch bei 10 bis 12 Tagen, heute sind es 6,4 Tage. «Trotzdem gibt es keine blutigen Entlassungen», betont Fischer. Und auch Oeschger sagt: «Die Qualität der medizinischen Leistungen hat nicht abgenommen.» Die Begleitforschung durch unabhängige Institute lasse sogar auf eine Zunahme der Qualität schliessen. Eine Verlagerung in den ambulanten Bereich sei nicht festgestellt worden. Durch die kürzeren Aufenthalte haben jedoch die Sozialdienste an Bedeutung gewonnen. Sie kümmern sich schon während des Klinikaufenthalts um Patienten, die nach der Entlassung in ihrer Rehabilitation oder in der Haushaltsführung Unterstützung brauchen. Besonders wichtig sind sie bei Menschen, die kaum Angehörige oder Freunde haben.

Es wird mehr zusammengearbeitet

Mit dem DRG-System hat laut Fischer die Transparenz zugenommen. «Die Leistungen der Häuser lassen sich besser miteinander vergleichen.» Dazu tragen auch Qualitätsberichte bei, welche die Spitäler von Gesetzes wegen alle zwei Jahre verfassen müssen. Das Besitzstandsdenken sei weggefallen, fährt Fischer fort. Und auch innerhalb der Krankenhäuser habe ein Umdenken stattgefunden. So konkurrierten die Stationen nicht mehr miteinander, sondern arbeiteten vermehrt interdisziplinär zusammen. Als Zentralversorger hat das Hegau-Bodensee-Klinikum seine medizinischen Leistungen im Zuge der Reform nicht

verändert; es hat sich also nicht aufgrund ökonomischer Überlegungen auf einzelne Eingriffe spezialisiert. «Wir befinden uns natürlich immer in einem medizinischen Entwicklungsprozess und setzen neue Schwerpunkte », sagt Fischer. Das Spital plant beispielsweise ein neues Zentrum für Gefässerkrankungen. Das hat allerdings mehr mit der demografischen Entwicklung, mit der zunehmenden Alterung der Gesellschaft, als mit den Fallpauschalen zu tun.

«Die Daten, die an den Kostenträger weitergegeben werden, sind auch schon vorher übermittelt worden.»

Rainer Oeschger, Medizincontroller

Neue Spielregeln vermitteln

Die Reform hatte jedoch spürbare Auswirkungen auf den Spitalalltag. «Wir mussten die Mitarbeiter schulen und das Bewusstsein schaffen, dass nun ganz andere Spielregeln Gültigkeit haben», berichtet der Geschäftsführer. Um die Krankheitsverläufe korrekt zu dokumentieren, wurden Codier- Fachkräfte eingestellt. Sie geben die schriftlichen Notizen der Ärzte in eine entsprechende Computer-Software ein. Sie codieren Diagnose, Nebendiagnose, medizinische Therapien sowie den Schweregrad einer Erkrankung; diese Daten werden dann an den jeweiligen Krankenversicherer übermittelt. Dem Datenschutz wird dabei Rechnung getragen. «Das ist natürlich ein geschütztes, anonymisiertes Verfahren », betont Oeschger. Mit den Fallpauschalen habe sich diesbezüglich aber nichts verändert. Die Dokumentation ist allerdings aufwendig. «Der administrative Aufwand hat für alle zugenommen», räumt Fischer ein. Die Befürchtung, dass die Zeit abnehme, welche ein Arzt tatsächlich für den Patienten aufwenden könne, sei ernst zu nehmen. Am HBK sollen die Ärzte nun von Codier-Assistentinnen entlastet werden; Pflegende werden zunehmend von Hotelfachkräften unterstützt. «Wir wollen nicht, dass der Patient zu kurz kommt», betont Fischer, der seit 1982 im Gesundheitswesen tätig ist und seit einem Jahr in Singen arbeitet. Die Reform des Verrechnungssystems bewertet er positiv: «Das war der richtige Weg, das hat sich nun auch in der Praxis gezeigt.» VON EVELINE RUTZ

Singen Hegau-Bodensee- Klinikum (HBK)

Als Zentralversorger der Region bietet das Hegau-Bodensee-Klinikum Singen (HBK) ein breites Spektrum an medizinischen Leistungen an. Es umfasst beispielsweise eine Neugeborenen- Intensivstation, einen Linksherzkatheter-Messplatz sowie mehrere interdisziplinäre Zentren. Das Spital verfügt über 412

Betten und ist unterhalb der Burgruine Hohentwiel gelegen. Es führt auch ein Bildungszentrum für Gesundheitsberufe (BZG) und bietet zahlreiche Aus- und Weiterbildungen an. Die Klinik ist dem Gesundheitsverbund HBHKliniken angeschlossen. Sie arbeitet mit Gesundheitseinrichtungen in Bad Bellingen, Bad Säckingen, Engen, Gailingen, Radolfzell und Stühlingen zusammen.

Schweiz Am deutschen System orientierte Fallpauschalen sollen 2012 umgesetzt werden

Ab dem 1. Januar 2012 werden die Schweizer Spitäler ihre medizinischen Leistungen nach einheitlichen Fallpauschalen (DRG) abrechnen. Das Parlament hat die neue Spitalfinanzierung Ende 2007 beschlossen, im Januar 2008 wurde die gemeinnützige Aktiengesellschaft SwissDRG AG gegründet, die von der Ärzteschaft, den Spitälern, den Krankenkassen sowie den Kantonen gemeinsam getragen wird. Sie hat das Verrechnungssystem SwissDRG erarbeitet, das in viereinhalb Monaten umgesetzt wird. Dafür hat sie bestehende Verrechnungsmodelle analysiert und geprüft, wie gut sich diese für die Schweizer Versorgungslandschaft eignen würden. Orientiert hat sie sich schliesslich vor allem am deutschen Modell (siehe Artikel oben). Von diesem hat sie die Tarifstruktur (Stand 2008) übernommen und an die hiesigen Verhältnisse angepasst. «Es besteht eine Kooperation mit dem deutschen DRG-Institut, sodass die Schweiz vor allem auf technischer Ebene fortlaufend von den in Deutschland gemachten Erfahrungen profitieren kann», erklärt Simon Hölzer, Geschäftsführer der SwissDRG AG. «Aus medizinischer Sicht prägen die medizinischen Fachgesellschaften der Schweiz das System.»

Investitionen pauschal verrechnet

Ein wesentlicher Unterschied zum deutschen Modell besteht darin, dass in der Schweiz auch Investitionen wie Neubauten, Sanierungen und medizinische Geräte über die Pauschalen abgegolten werden sollen. Ziel ist es, damit öffentliche und private Spitäler gleichzustellen. In Deutschland werden Investitionen mehrheitlich vom Staat übernommen. Lediglich 10 bis 15 Prozent der Kosten haben die Spitäler zu bezahlen. Für grössere Anschaffungen müssen sie einen entsprechenden Antrag stellen, kleinere können sie über einen jährlichen Beitrag finanzieren.

Erste Erfahrungen gesammelt

In einigen Kantonen – etwa im Wallis oder in Basel-Stadt – sind Pauschalen bereits heute Alltag; seit 1998 rechnen einzelne Spitäler nach dem amerikanischen Modell ab. Da das sogenannte APDRG-System (All Patient Diagnosis Related Groups) jedoch nur bedingt entwicklungsfähig ist, wird es 2012 vom SwissDRG-Modell abgelöst. «Dabei handelt es sich um ein lernendes System, es wird im jährlichen Rhythmus angepasst», betont Hölzer. Die Anwender hätten denn auch die

Möglichkeit, Anträge auf Weiterentwicklungen zu stellen. Der Systemwechsel werde vor allem für jene Spitäler, die noch keine Erfahrungen mit der Abrechnung nach Fallpauschalen hätten, eine Herausforderung darstellen. «Bei ihnen müssen sich die Prozesse erst einspielen», sagt Hölzer. Dasselbe gelte für die Schweizer Krankenkassen. Der administrative Aufwand werde sich durch das neue Modell nicht wesentlich verändern. Die Spitäler müssten ihre Leistungen bereits heute dokumentieren. Zusätzlich Zeit benötige allenfalls die Kalkulation der Pauschalen, die Rechnungsstellung werde hingegen vereinfacht. Eine Übergangsphase braucht es laut dem Geschäftsführer der SwissDRG AG nicht. Da die Tarife mit den Krankenkassen spitalindividuell ausgehandelt würden – ein weiterer Unterschied zum deutschen System –, könnten lokale oder regionale Besonderheiten gut berücksichtigt werden, sagt Hölzer.*(eru)*

© **Schaffhauser Nachrichten**

INLAND SEITE 14

Spitalfinanzierung: Neuer Streit über Umsetzung

BERN. Die Spitäler lehnen die Umsetzung des Fallpauschalen- Systems ab. Sie sind gegen die Weiterleitung der Patientendaten an die Krankenkassen.

Das Fallpauschalen-System soll Anfang 2012 im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung eingeführt werden. Die wichtigste Änderung für die Spitäler besteht darin, dass sie nicht mehr nach erbrachter Leistung, sondern pauschal pro Diagnose entschädigt werden. Allerdings schwelt seit Monaten ein Streit über die Umsetzung des Systems, etwa zur Frage der Übermittlung von Patientendaten. Vereinbart war, dass in der Regel alle Informationen an die Krankenkassen weitergeleitet werden müssen – also auch sämtliche Diagnosen und Nebendiagnosen.

Dabei hätte der Patient verlangen können, dass die Daten stattdessen an den Vertrauensarzt der Kasse geschickt werden. Mit dieser Regelung sah der Spitalverband H+ den Datenschutz und die Persönlichkeitsrechte gewahrt. Der Ärztesverband FMH dagegen sprach von einem «Ausverkauf des Arztgeheimnisses». Und privatim, die Vereinigung der schweizerischen Datenschutzbeauftragten, warf H+ vor, die Patientendaten gegen bessere Bedingungen bei den Spitalinvestitionen «verkauft» zu haben. Obwohl die Spitäler davon profitieren würden, teilen sie nun offenbar die Bedenken der Datenschützer: Drei Viertel von ihnen lehnten die Vereinbarung laut H+ ab. Um zu verhindern, dass nun jedes Spital einzeln mit den Krankenkassen verhandelt, will Gesundheitsminister Didier Burkhalter die noch ausstehenden Regelungen per Verordnung einheitlich festlegen. Dies sagte sein Sprecher Jean-Marc Crevoisier. Dasselbe fordern auch Versicherungen und Kantone.

Beim Inhalt gehen deren Vorstellungen aber weit auseinander. Die Versicherungen bestehen auf der Übermittlung der Patientendaten. Ohne diese könnte es zu «ungewollten Prämien erhöhungen» kommen, warnen sie. H+ will seine Mitglieder zu einer einheitlichen Regelung anhören, bevor er sich dazu äussert. Einig sind sich Bund, Kantone, Spitäler und Kassen vorerst nur darin, dass die Einführung des Fallpauschalen-Systems auf 2012 nicht verschoben wird. (sda)

--

Die Spitäler gehen auf die Barrikaden

FALLPAUSCHALEN Ist der Datenschutz mit dem neuen System gefährdet? Die Spitäler befürchten dies und steigen aus. Der Gesundheitsminister will ein Debakel abwenden.

Andri Rostetter, schweiz@luzernerzeitung.ch

Es war ein zäh ausgehandelter Kompromiss. Im Dezember 2007 hatte das Parlament die neue Spitalfinanzierung beschlossen, Anfang Juli dieses Jahres einigten sich der Spitalverband H+ und der Krankenkassenverband Santésuisse über die Modalitäten zur Einführung des neuen Systems. Doch daraus wird nun nichts: Die Mitglieder von H+ haben sich in einer verbandsinternen Abstimmung deutlich gegen den Kompromiss ausgesprochen.

«Nicht mehrheitsfähig»

Mit der Ergänzungsvereinbarung wollten die beiden Verbände den Übergang zu den diagnoseabhängigen Fallpauschalen regeln, nach denen die Spitäler ab 1. Januar 2012 die Behandlungen abrechnen müssen. Die Vereinbarung setzte die Regeln fest zur Übermittlung von Patientendaten, zur Entschädigung der Spitäler für Investitionskosten, zur Kostenkontrolle und zur Offenlegung von Spitaldaten gegenüber Krankenkassen. «Die Rückmeldungen haben gezeigt, dass das Paket als Ganzes nicht mehrheitsfähig war», sagt Spitalverbandsdirektor Bernhard Wegmüller.

«Ein so grosses Projekt ist mit Schwierigkeiten und Korrekturen verbunden.»

Jean-Marc Crevoisier, Departement des Innern

Der Widerstand der Spitäler konzentriert sich auf zwei Punkte: die Abgeltung der Investitionskosten und den Datenschutz. Die Weitergabe der Patientendaten ist umstritten. Für den Ärztesverband FMH ist dies ein «Ausverkauf des Arztgeheimnisses».

Auf Nachverhandlungen können die Spitäler nicht hoffen. «Der Krankenkassenverband hat klare Signale gegeben, dass er dazu nicht bereit ist», sagt Wegmüller. Nach dem Willen des Spitalverbands soll die Anwendung der Fallpauschalen deshalb auf Kantonsebene vereinbart werden, dies im Rahmen der

Tarifverhandlungen zwischen Spitälern und Krankenkassen.

Burkhalter will nicht nachgeben

Davon will Gesundheitsminister Didier Burkhalter nichts wissen. Er liess gestern verlauten, dass das Departement des Innern (EDI) die Begleitmassnahmen zu den Fallpauschalen auch gegen den Willen der Spitäler durchsetzen will. «Das Departement hätte es zwar vorgezogen, wenn die noch ausstehenden Regelungen in einer Vereinbarung zwischen Krankenkassen und Spitälern hätten getroffen werden können», sagt EDI-Sprecher Jean-Marc Crevoisier. «Aber ein so grosses Projekt ist mit Schwierigkeiten und Korrekturen verbunden.» Der Bundesrat werde die Modalitäten zur Einführung der Fallpauschalen nun über eine Verordnung auf Bundesebene regeln, sagte Crevoisier weiter. Die Details müssten zwar noch geprüft werden, die termingerechte Einführung der Fallpauschalen sei aber nicht gefährdet.

«Ein schweizweites Chaos»

Umgehend reagiert hat auch der Krankenkassenverband Santésuisse. Er fordert den Bundesrat auf, die wichtigsten Punkte der Vereinbarung trotzdem umzusetzen. Entscheidend für die Krankenkassen sei die Regelung zur Übermittlung der «relevanten Daten für Rechnungskontrollen», also die Patientendaten. «Wenn die Krankenkassen diese Daten nicht erhalten, können sie die Rechnungen nicht wie gewünscht kontrollieren. Damit steigt das Risiko, dass die Kosten wieder steigen – und damit auch die Prämien», sagt Santésuisse-Sprecherin Françoise Tschanz. Der Ärzteverband FMH und die Stiftung Patientenschutz argwöhnen, den Kassen gehe es gar nicht so sehr um die Kostenkontrolle, sondern um die künftige Selektion der Patientenrisiken.



Volle Konzentration: Ärzteteam während Herzoperation am Kinderspital Zürich.
Kayston/Gaetan Baly

«Die Zeit drängt für eine gemeinsame Lösung»

REAKTION K. F. Er sei «enttäuscht» und bedaure es, dass sich der Spitalverband

H+ und die Krankenkassen bisher nicht auf eine einvernehmliche Lösung hätten einigen können, sagt der Zuger Gesundheitsdirektor Joachim Eder, zugleich Präsident der Zentralschweizer Gesundheitsdirektorenkonferenz. Offensichtlich habe man beim Spitalverband die Haltung der Mitgliedspitäler «falsch eingeschätzt». Nicht nur beim Datenschutz hätten die Spitäler grosse Vorbehalte angemeldet, insgesamt sei das Paket «offensichtlich zu unausgewogen», konstatiert Eder.

«Scheitern wäre Armutszeugnis»

Die Zeit dränge, und es sei «äusserst beunruhigend», dass nun wieder «ein Patchwork von 26 kantonalen Lösungen» drohe. Ein Scheitern einer schweizweit einheitlichen Lösung «wäre ein Armutszeugnis für die Tarifparteien», findet der Zuger Gesundheitsdirektor und appelliert an die Versicherer und Spitäler, sich nochmals zusammenzuraufen und Hand für eine faire, schweizweit einheitliche Regelung der Rahmenbedingungen zu bieten. Es sei «völlig unsinnig», die Weitergabe von Patientendaten von Kanton zu Kanton unterschiedlich zu regeln.

Dasselbe gelte auch für die Investitionsbeiträge, das Kostenmonitoring und die Daten für die Tarifverhandlungen. Krankenversicherer und Spitäler stünden daher in der Pflicht, gemeinsam eine Lösung zu finden. «Falls sie dazu nicht fähig sind, müssen sie sich nicht wundern, wenn der Ruf nach immer mehr staatlichen Interventionen ertönt», argumentiert Eder.

Das Ziel nicht begraben

Die Kantone und die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) werden sich laut Eder weiterhin dafür einsetzen, dass nicht unterschiedliche Regelungen zum Tragen kommen. Denn eine solche Option würde der ursprünglichen Zielsetzung des neuen Finanzierungs- und Tarifsystems diametral entgegenstehen. Die Fallpauschalen sollen eine bessere Basis für die Vergleichbarkeit von Leistung und Kosten zu schaffen. Laut dem Zuger Gesundheitsdirektor wird die GDK das weitere Vorgehen an ihrer nächsten Sitzung vom 25. August diskutieren. Dabei wollen die Gesundheitsdirektoren den Handlungsspielraum der Politik im Gespräch mit Bundesrat Didier Burkhalter ausloten.



**«Es ist äusserst
beunruhigend, dass
ein Patchwork
von 26 kantonalen
Lösungen droht.»**

JOACHIM EDER,
ZUGER GESUNDHEITSDIREKTOR

TITELSEITE

Fallpauschalen unter Beschuss der Spitäler

Bern. – Die Spitäler lehnen die Umsetzung des neuen Fallpauschalen- Systems ab. Sie wehren sich vor allem dagegen, dass sie ab 2012 alle Patientendaten und Angaben zu Diagnosen an die Krankenkassen übermitteln müssten. Der Spitalverband H+ geht davon aus, dass die offenen Fragen auf kantonaler Ebene zwischen Spitälern und Krankenkassen geregelt werden müssen, wie er gestern mitteilte. Davon will Gesundheitsminister Didier Burkhalter aber nichts wissen. Die noch ausstehenden Regelungen sollen per Verordnung einheitlich festgelegt werden. (sda)

SEITE 18

Spitäler sträuben sich weiter gegen Fallpauschalen-System

Die Schweizer Spitäler machen erneut gegen die Umsetzung des neuen Systems mit Fallpauschalen mobil. Gesundheitspolitiker im bürgerlichen Lager reagieren mit Unverständnis, in der SP hingegen hält man die Einwände für berechtigt.

Von Simon Fischer

Bern. – Das Communiqué des Spitalverbands H+ kam gestern wie aus heiterem Himmel: Die Schweizer Spitäler würden die Umsetzung des neuen Fallpauschalen-Systems ablehnen, schrieb die Organisation. Der Systemwechsel war Ende 2007 vom Parlament beschlossen worden und soll Anfang nächsten Jahres eingeführt werden. Als wichtigste Änderung sollen die Spitäler künftig von den Krankenkassen nicht mehr nach erbrachter Leistung, sondern pauschal pro Diagnose entschädigt werden. Das Ziel ist die Schaffung von mehr Transparenz, sprich, die Spitäler sollen ab Anfang 2012 besser verglichen werden können. Die Kritik von H+ ist fundamental. Ein Dorn im Auge ist dem Verband in erster Linie die neue Regel, wonach die Spitäler künftig sämtliche Patientendaten und Diagnosen an die Krankenkassen übermitteln müssen. Mit Blick auf den Datenschutz spricht etwa der Ärzteverband FMH vom «Ausverkauf des Arztgeheimnisses», die Patientenschutzorganisation SPO warnt vor dem «gläsernen Patienten». H+

schreibt ausserdem, die Abgeltung der Investitionskosten des neuen Systems sei von vielen Spitälern als zu wenig hoch eingestuft worden.

Burkhalter reagiert prompt

Gesundheitsminister Didier Burkhalter kündigte gestern sofort an, die noch ausstehenden Regelungen zwischen Spitälern und Krankenkassen nun einheitlich über den Verordnungsweg festlegen zu wollen. Denn beim Bund will man um jeden Preis verhindern, dass nun jedes Spital einzeln mit den Krankenkassen verhandeln muss. Für seine prompte Reaktion erntet Burkhalter den Beifall bürgerlicher Gesundheitspolitiker. «Ich bin sehr froh, dass er trotz des Widerstands alles wie vorgesehen durchziehen will», sagt etwa der Zürcher SVP-Nationalrat Toni Bortoluzzi. Die Spitäler wollten offensichtlich keine Transparenz schaffen und hätten nicht begriffen, dass auch im Gesundheitswesen marktwirtschaftliche Kriterien gelten müssten. «Ansonsten wird einmal mehr der Prämienzahler der Leidtragende sein», so Bortoluzzi. Und der Berner FDP-Nationalrat Pierre Triponez sagt schlicht: «Das Gesetz ist gemacht, da gibt es nichts mehr zu rütteln.»

Es sei völlig richtig, dass Burkhalter nun den Verordnungsweg einschlagen wolle, wenn sich die Tarifpartner nicht selber einigen könnten, meint Triponez. Keinerlei Verständnis für die Position der Spitäler hat die Aargauer CVP-Nationalrätin Ruth Humbel. «Für das neue System hat sich schliesslich auch H+ entschieden», sagt sie. Offenbar sei der Druck seitens der Ärzte und der Spitäler nun aber so gross geworden, dass der Verband nachgegeben habe. «Man kann das nur als Verzögerungstaktik deuten, denn umgesetzt werden muss das neue System sowieso », so Humbel. Und sie merkt an, dass die Unfallversicherungen den Krankenkassen schon lange alle Patientendaten diskussionslos zur Verfügung stellten. «Und es ist nicht einzusehen, warum für die Krankenkassen eine andere Regelung gelten soll», sagt Humbel.

«Berechtigte Einwände»

Ganz anders äussert sich die Zürcher SP-Nationalrätin Jacqueline Fehr. «Die Spitäler haben mein volles Verständnis », sagt sie. Denn es gebe im Hinblick auf die Einführung des Fallpauschalen- Systems berechtigte Einwände. Auf die Probleme bei der Umsetzung sei immer wieder hingewiesen worden, und es sei jetzt an der Zeit, solche Sorgen ernst zu nehmen. «Vielleicht könnten dann die gravierendsten Mängel noch behoben werden », sagt Fehr.

TITELSEITE

Fallpauschalen bleiben umstritten

Die Schweizer Spitäler lehnen die Begleitmassnahmen zur Umsetzung des neuen Fallpauschalen- Systems ab. Sie wehren sich vor allem dagegen, dass sie ab nächstem Jahr alle Patientendaten zu Diagnosen an die Krankenkassen übermitteln müssten. Diese Regelung ist Teil einer Vereinbarung zwischen Spitälern und Krankenkassen, mit welcher das Fallpauschalen- System ab 2012 hätte umgesetzt werden sollen. Weitere Punkte waren aber ebenfalls stark umstritten. (red.)

INLAND, SEITE 3

Spitäler steigen auf die Barrikaden

Der Spitalverband H+ hat den Kompromiss zur Einführung der Fallpauschalen abgelehnt. Der Bundesrat will die Vereinbarung nun gegen den Willen der Spitäler durchsetzen.

Es war ein zäh ausgehandelter Kompromiss. Im Dezember 2007 hatte das Parlament die neue Spitalfinanzierung beschlossen, Anfang Juli dieses Jahres einigten sich der Spitalverband H+ und der Krankenkassenverband Sant'ésuisse über die Modalitäten zur Einführung des neuen Systems. Doch daraus wird nun nichts: Die Mitglieder von H+ haben sich in einer verbandsinternen Abstimmung deutlich gegen den Kompromiss ausgesprochen.

«Nicht mehrheitsfähig»

Mit der Ergänzungsvereinbarung wollten die beiden Verbände den Übergang zu den diagnoseabhängigen Fallpauschalen (SwissDRG, Swiss Diagnosis Related Groups) regeln, nach denen die Spitäler ab 1. Januar 2012 die Behandlungen abrechnen müssen. Die Vereinbarung setzte die Regeln fest zur Übermittlung von Patientendaten, zur Entschädigung der Spitäler für Investitionskosten, zur Kostenkontrolle und zur Offenlegung von Spitaldaten gegenüber Krankenkassen. «Die Rückmeldungen haben gezeigt, dass das Paket als Ganzes nicht mehrheitsfähig war», sagt Spitalverbandsdirektor Bernhard Wegmüller. Gleichzeitig sei aber klar, dass der Widerstand der Spitäler sich auf zwei Punkte konzentriert

habe: die Abgeltung der Investitionskosten und den Datenschutz. «Hier gab es noch zu viele Unsicherheiten», sagt Wegmüller. Auf Nachverhandlungen könnten die Spitäler aber nicht hoffen. «Der Krankenkassenverband hat klare Signale gegeben, dass er dazu nicht bereit ist.» Nach dem Willen des Spitalverbands soll die Anwendung der Fallpauschalen deshalb auf Kantonsebene vereinbart werden – im Rahmen der Tarifverhandlungen zwischen den einzelnen Spitälern und den Krankenkassen.

Termin ist nicht in Gefahr

Davon will Gesundheitsminister Didier Burkhalter aber nichts wissen. Er liess gestern verlauten, dass das Departement des Innern (EDI) die Begleitmassnahmen auch gegen den Willen der Spitäler durchsetzen wolle. «Das Departement hätte es zwar vorgezogen, wenn die noch ausstehenden Regelungen in einer Vereinbarung zwischen Krankenkassen und Spitälern hätten getroffen werden können», sagt EDI-Sprecher Jean-Marc Crevoisier. «Aber ein so grosses Projekt ist mit Schwierigkeiten und Korrekturen verbunden.» Der Bundesrat werde die Modalitäten zur Einführung der Fallpauschalen nun über eine Verordnung auf Bundesebene regeln, sagt Crevoisier. Die Details müssten zwar noch geprüft werden, die termingerechte Einführung sei aber nicht gefährdet.

«Ein schweizweites Chaos»

Umgehend reagiert hat gestern auch der Krankenkassenverband Sant'esuisse. Via Communiqué forderte der Verband den Bundesrat auf, die wichtigsten Punkte der Vereinbarung trotzdem umzusetzen. «Bleibt der Bundesrat untätig, droht ein schweizweites Chaos mit 26 verschiedenen Regelungen», sagt Sant'esuisse-Sprecherin Françoise Tschanz. Entscheidend für die Krankenkassen sei die Regelung zur Übermittlung der «relevanten Daten für Rechnungskontrollen» – also die Patientendaten. «Wenn die Krankenkassen diese Daten nicht erhalten, können sie die Rechnungen nicht wie gewünscht kontrollieren. Damit steigt das Risiko, dass die Kosten wieder steigen – und damit auch die Prämien.» ANDRI ROSTETTER

© **St. Galler Tagblatt**



Auflage: 529618
Gewicht: Kurzmeldung

16. August 2011

SCHWEIZ, SEITE 8

Spitäler gegen Fallpauschalen

BERN. Die Schweizer Spitäler lehnen die Umsetzung des neuen Fallpauschalen-Systems ab. Sie wehren sich vor allem dagegen, dass sie ab nächstem Jahr alle Patientendaten und Angaben zu Diagnosen an die Krankenkassen übermitteln müssten. Wie es nun weitergeht, ist nicht klar. Der Spitalverband will die offenen Fragen mit den Krankenkassen kantonal regeln. Bundesrat Didier Burkhalter will dagegen per Verordnung einheitliche Regeln durchsetzen.

© **20 Minuten**



Gewicht: "Mittlere" Story

15. August 2011

FORUM, 15 AOÛT 2011

Financement de la santé: tout est à reprendre à zéro

Trois quarts des hôpitaux suisses rejettent l'accord passé avec les assureurs maladie sur l'introduction du système des forfaits par cas. Dès 2012, ce ne seront plus les prestations hospitalières effectives qui seront facturées mais un forfait selon un diagnostic. Les modalités d'application étaient fixées dans un accord passé cet été entre représentants des assurances maladie et des hôpitaux. Mais après consultation, les hôpitaux et cliniques de Suisse sont une majorité à ne pas vouloir de cet accord. Par Pascal Jeannerat, avec l'interview de Charles Favre, président de l'association faîtière des hôpitaux suisses H+.

[07:08 min.]



© Radio Suisse Romande



Gewicht: "Mittlere" Story

15. August 2011

LE JOURNAL, 15 août 2011, 19:30

Les hôpitaux suisses ont rejeté un convention sur le financement hospitalier: les explications de David Berger

[01:57 min.]



© TSR



Gewicht: "Mittlere" Story

15. August 2011

Beitrag 1 von 7 aus Echo der Zeit vom Montag, 15.8.2011, 18.00 Uhr, DRS 1 und DRS 4 News

Spitäler lehnen Kompromiss zur Fallpauschale ab

Eclat bei der Einführung der Fallpauschale: Die Spitäler lehnen den ausgehandelten Vertrag zwischen dem Spitalverband H Plus und den Krankenkassen ab.

Verantwortlich für diesen Beitrag: Elisabeth Pestalozzi



[03:42 Min.]

Zu Wort kommen:

Bernhard Wegmüller, Direktor Spitalverband H+

Carlo Conti, Vizepräsident der kantonalen Gesundheitsdirektoren

© Radio DRS 1



Gewicht: "Mittlere" Story

15. August 2011

Aktualisiert um 17:01 | 15.08.2011

Spitalfinanzierung

Spitäler gegen Umsetzung der Fallpauschalen

BERN - Die Schweizer Spitäler lehnen die Umsetzung des neuen Fallpauschalen-Systems ab.

Sie wehren sich vor allem dagegen, dass sie ab nächstem Jahr alle Patientendaten und Angaben zu Diagnosen an die Krankenkassen übermitteln müssten.

Diese Regelung ist Teil einer Vereinbarung zwischen dem Spitalverband H+ und den Krankenkassen. Mit dieser hätte das Fallpauschalen-System ab 2012 umgesetzt werden sollen. Die anderen Punkte der Einigung waren ebenfalls umstritten. Auch die Abgeltung der Investitionskosten sei von vielen Spitälern als zu wenig hoch eingestuft worden, schreibt H+ in einer Mitteilung vom Montag.

Das Fallpauschalen-System soll Anfang 2012 im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung eingeführt werden. Die wichtigste Änderung für die Spitäler besteht darin, dass sie nicht mehr nach erbrachter Leistung, sondern pauschal pro Diagnose entschädigt werden.

Davon erhofft man sich eine bessere Vergleichbarkeit zwischen den Spitälern. Dass die Kosten deswegen sinken, glaubt niemand mehr so recht. Inzwischen sieht es im Gegenteil danach aus, dass die Einführung der Fallpauschalen zu einem Kostenschub führt wird.

Patientenorganisationen und Ärztekreise befürchten zudem, dass die Qualität der medizinischen Leistungen sinken könnte. Die höchsten Wellen hatte aber der Zwist rund um die Übermittlung von Patientendaten geworfen.

Es dürfte vor allem die Einigung in dieser Frage gewesen sein, welche die Vereinbarung zwischen Spitälern und Krankenkassen zu Fall gebracht hat. Sie sah vor, dass in der Regel alle Informationen an die Krankenkassen weitergeleitet werden müssen – also auch sämtliche Diagnosen und Nebendiagnosen.

Der Patient hätte verlangen können, dass die Daten stattdessen an den Vertrauensarzt der Kasse geschickt werden. Mit dieser Regelung sah H+ den Datenschutz und die Persönlichkeitsrechte gewahrt.

Der Ärzteverband FMH dagegen sprach von einem «Ausverkauf des Arztgeheimnisses», die Stiftung SPO Patientenschutz sah den «gläsernen Patienten» Realität werden. Beide Organisationen werfen den Krankenkassen vor, die Daten nicht zur Rechnungskontrolle, sondern zur besseren Risikoselektion missbrauchen zu wollen.

Um zu verhindern, dass nun jedes Spital einzeln mit den Krankenkassen verhandelt, will Gesundheitsminister Didier Burkhalter die noch ausstehenden Regelungen per Verordnung einheitlich festlegen. Dies sagte sein Sprecher Jean-Marc Crevoisier der Nachrichtenagentur sda. Dasselbe fordern auch Versicherungen und Kantone.

© **Blick Online**



Gewicht: "Mittlere" Story

15. August 2011

15. August 2011 13:01; Akt: 15.08.2011 23:57

Spitäler sind mit Umsetzung nicht zufrieden

Die Schweizer Spitäler lehnen die Umsetzung des neuen Fallpauschalen-Systems ab. Der Datenaustausch zwischen Spital und Krankenkassen sei das Problem.

Die Schweizer Spitäler lehnen die Umsetzung des neuen Fallpauschalen-Systems ab. Sie wehren sich vor allem dagegen, dass sie ab nächstem Jahr alle Patientendaten und Angaben zu Diagnosen an die Krankenkassen übermitteln müssten.

Diese Regelung ist Teil einer Vereinbarung zwischen dem Spitalverband H und den Krankenkassen. Mit dieser hätte das Fallpauschalen-System ab 2012 umgesetzt werden sollen. Die anderen Punkte der Einigung waren ebenfalls umstritten. Auch die Abgeltung der Investitionskosten sei von vielen Spitälern als zu wenig hoch eingestuft worden, schreibt H in einer Mitteilung vom Montag.

Das Fallpauschalen-System soll Anfang 2012 im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung eingeführt werden. Die wichtigste Änderung für die Spitäler besteht darin, dass sie nicht mehr nach erbrachter Leistung, sondern pauschal pro Diagnose entschädigt werden.

Davon erhofft man sich eine bessere Vergleichbarkeit zwischen den Spitälern. Dass die Kosten deswegen sinken, glaubt niemand mehr so recht. Inzwischen sieht es im Gegenteil danach aus, dass die Einführung der Fallpauschalen zu einem Kostenschub führt wird.

Viele offene Fragen

Patientenorganisationen und Ärztekreise befürchten zudem, dass die Qualität der medizinischen Leistungen sinken könnte. Neben dieser grundsätzlichen Kritik am

neuen System schwelt seit Monaten ein Streit über offene Fragen zu Umsetzung und Anwendung des Fallpauschalen-Systems.

Eine davon ist, wie viel Geld die Spitäler von den Krankenkassen für die Spitalinfrastruktur erhalten. Umstritten ist auch, wie die Kosten überwacht und wie zu hohe oder zu tiefe Vergütungen korrigiert werden sollen. Die höchsten Wellen hatte aber der Zwist rund um die Übermittlung von Patientendaten geworfen.

Es dürfte vor allem die Einigung in dieser Frage gewesen sein, welche die Vereinbarung zwischen Spitälern und Krankenkassen zu Fall gebracht hat. Sie sah vor, dass in der Regel alle Informationen an die Krankenkassen weitergeleitet werden müssen - also auch sämtliche Diagnosen und Nebendiagnosen.

Ausverkauf des Arztgeheimnisses

Der Patient hätte verlangen können, dass die Daten stattdessen an den Vertrauensarzt der Kasse geschickt werden. Mit dieser Regelung sah H den Datenschutz und die Persönlichkeitsrechte gewahrt.

Der Ärzteverband FMH dagegen sprach von einem «Ausverkauf des Arztgeheimnisses», die Stiftung SPO Patientenschutz sah den «gläsernen Patienten» Realität werden. Beide Organisationen werfen den Krankenkassen vor, die Daten nicht zur Rechnungskontrolle, sondern zur besseren Risikoselektion missbrauchen zu wollen.

Der heftigste Vorwurf aber kam von privatim, der Vereinigung der schweizerischen Datenschutzbeauftragten. Diese warf H vor, die Patientendaten gegen bessere Bedingungen bei den Spitalinvestitionen verkauft zu haben. Obwohl die Spitäler davon profitieren würden, teilten sie offenbar die Bedenken der Datenschützer. Drei Viertel von ihnen lehnten die Vereinbarung laut H ab.

Burkhalter greift ein

Um zu verhindern, dass nun jedes Spital einzeln mit den Krankenkassen verhandelt, will Gesundheitsminister Didier Burkhalter die noch ausstehenden Regelungen per Verordnung einheitlich festlegen. Dies sagte sein Sprecher Jean-Marc Crevoisier der Nachrichtenagentur sda. Dasselbe fordern auch Versicherungen und Kantone.

Beim Inhalt gehen deren Vorstellungen aber weit auseinander. Der Waadtländer Regierungsrat Pierre-Yves Maillard, Präsident der kantonalen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK), macht nämlich die Krankenkassen und ihr Beharren auf der Übermittlung der Patientendaten für das Scheitern der Vereinbarung verantwortlich.

Die Versicherungen ihrerseits verlangen eine Regelung auf der Basis eben dieser Vereinbarung - inklusive Übermittlung der Patientendaten. Ohne diese könnte es zu «ungewollten Prämienerrhöhungen» kommen, warnt der Krankenkassendachverband santésuisse.

H will seine Mitglieder zu einer einheitlichen Regelung anhören, bevor er sich dazu äussert. Einig sind sich Bund, Kantone, Spitäler und Kassen vorerst nur darin, dass die Einführung des Fallpauschalen- Systems auf Anfang 2012 nicht verschoben wird. (sda)

© **20min Online**

15. August 2011, 16:51, NZZ Online

Spitäler lehnen Umsetzung der Fallpauschalen ab

Streit um Übermittlung von Patientendaten

Die Schweizer Spitäler lehnen die Umsetzung des neuen Fallpauschalen-Systems ab. Sie wehren sich vor allem dagegen, dass sie ab nächstem Jahr alle Patientendaten und Angaben zu Diagnosen an die Krankenkassen übermitteln müssten.

(sda) Diese Regelung ist Teil einer Vereinbarung zwischen dem Spitalverband H+ und den Krankenkassen. Mit dieser hätte das Fallpauschalen-System ab 2012 umgesetzt werden sollen. Die anderen Punkte der Einigung waren ebenfalls umstritten. Auch die Abgeltung der Investitionskosten sei von vielen Spitälern als zu wenig hoch eingestuft worden, schreibt H+ in einer Mitteilung.

Das Fallpauschalen-System soll Anfang 2012 im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung eingeführt werden. Die wichtigste Änderung für die Spitäler besteht darin, dass sie nicht mehr nach erbrachter Leistung, sondern pauschal pro Diagnose entschädigt werden.

Davon erhofft man sich eine bessere Vergleichbarkeit zwischen den Spitälern. Dass die Kosten deswegen sinken, glaubt niemand mehr so recht. Inzwischen sieht es im Gegenteil danach aus, dass die Einführung der Fallpauschalen zu einem Kostenschub führt wird.

Viele offene Fragen

Patientenorganisationen und Ärztekreise befürchten zudem, dass die Qualität der medizinischen Leistungen sinken könnte. Neben dieser grundsätzlichen Kritik am neuen System schwelt seit Monaten ein Streit über offene Fragen zu Umsetzung und Anwendung des Fallpauschalen-Systems.

Eine davon ist, wie viel Geld die Spitäler von den Krankenkassen für die Spitalinfrastruktur erhalten. Umstritten ist auch, wie die Kosten überwacht und wie zu hohe oder zu tiefe Vergütungen korrigiert werden sollen. Die höchsten Wellen hatte aber der Zwist rund um die Übermittlung von Patientendaten geworfen.

Es dürfte vor allem die Einigung in dieser Frage gewesen sein, welche die Vereinbarung zwischen Spitälern und Krankenkassen zu Fall gebracht hat. Sie sah vor, dass in der Regel alle Informationen an die Krankenkassen weitergeleitet

werden müssen - also auch sämtliche Diagnosen und Nebendiagnosen.

Ausverkauf des Arztgeheimnisses

Der Patient hätte verlangen können, dass die Daten stattdessen an den Vertrauensarzt der Kasse geschickt werden. Mit dieser Regelung sah H+ den Datenschutz und die Persönlichkeitsrechte gewahrt.

Der Ärzteverband FMH dagegen sprach von einem «Ausverkauf des Arztgeheimnisses», die Stiftung SPO Patientenschutz sah den «gläsernen Patienten» Realität werden. Beide Organisationen werfen den Krankenkassen vor, die Daten nicht zur Rechnungskontrolle, sondern zur besseren Risikoselektion missbrauchen zu wollen.

Der heftigste Vorwurf aber kam von privatim, der Vereinigung der schweizerischen Datenschutzbeauftragten. Diese warf H+ vor, die Patientendaten gegen bessere Bedingungen bei den Spitalinvestitionen verkauft zu haben. Obwohl die Spitäler davon profitieren würden, teilten sie offenbar die Bedenken der Datenschützer. Drei Viertel von ihnen lehnten die Vereinbarung laut H+ ab.

Burkhalter greift ein

Um zu verhindern, dass nun jedes Spital einzeln mit den Krankenkassen verhandelt, will Gesundheitsminister Didier Burkhalter die noch ausstehenden Regelungen per Verordnung einheitlich festlegen. Dies sagte sein Sprecher Jean-Marc Crevoisier. Dasselbe fordern auch Versicherungen und Kantone.

Beim Inhalt gehen deren Vorstellungen aber weit auseinander. Der Waadtländer Regierungsrat Pierre-Yves Maillard, Präsident der kantonalen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK), macht nämlich die Krankenkassen und ihr Beharren auf der Übermittlung der Patientendaten für das Scheitern der Vereinbarung verantwortlich.

Die Versicherungen ihrerseits verlangen eine Regelung auf der Basis eben dieser Vereinbarung - inklusive Übermittlung der Patientendaten. Ohne diese könnte es zu «ungewollten Prämien erhöhungen» kommen, warnt der Krankenkassendachverband santésuisse.

H+ will seine Mitglieder zu einer einheitlichen Regelung anhören, bevor er sich dazu äussert. Einig sind sich Bund, Kantone, Spitäler und Kassen vorerst nur darin, dass die Einführung des Fallpauschalen-Systems auf Anfang 2012 nicht verschoben wird.

Gewicht: "Mittlere" Story

bielertagblatt.ch

15. August 2011

15.08.11 17:00

Spitäler gegen Umsetzung der Fallpauschalen

Die Schweizer Spitäler lehnen die Umsetzung des neuen Fallpauschalen-Systems ab. Sie wehren sich vor allem dagegen, dass sie ab nächstem Jahr alle Patientendaten und Angaben zu Diagnosen an die Krankenkassen übermitteln müssten.

(sda) Diese Regelung ist Teil einer Vereinbarung zwischen dem Spitalverband H+ und den Krankenkassen. Mit dieser hätte das Fallpauschalen-System ab 2012 umgesetzt werden sollen. Die anderen Punkte der Einigung waren ebenfalls umstritten. Auch die Abgeltung der Investitionskosten sei von vielen Spitalern als zu wenig hoch eingestuft worden, schreibt H+ in einer Mitteilung vom Montag.

Das Fallpauschalen-System soll Anfang 2012 im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung eingeführt werden. Die wichtigste Änderung für die Spitäler besteht darin, dass sie nicht mehr nach erbrachter Leistung, sondern pauschal pro Diagnose entschädigt werden.

Davon erhofft man sich eine bessere Vergleichbarkeit zwischen den Spitalern. Dass die Kosten deswegen sinken, glaubt niemand mehr so recht. Inzwischen sieht es im Gegenteil danach aus, dass die Einführung der Fallpauschalen zu einem Kostenschub führt wird.

Viele offene Fragen

Patientenorganisationen und Ärztekreise befürchten zudem, dass die Qualität der medizinischen Leistungen sinken könnte. Die höchsten Wellen hatte aber der Zwist rund um die Übermittlung von Patientendaten geworfen.

Es dürfte vor allem die Einigung in dieser Frage gewesen sein, welche die Vereinbarung zwischen Spitalern und Krankenkassen zu Fall gebracht hat. Sie sah vor, dass in der Regel alle Informationen an die Krankenkassen weitergeleitet werden müssen - also auch sämtliche Diagnosen und Nebendiagnosen.

Ausverkauf des Arztgeheimnisses

Der Patient hätte verlangen können, dass die Daten stattdessen an den Vertrauensarzt der Kasse geschickt werden. Mit dieser Regelung sah H+ den Datenschutz und die Persönlichkeitsrechte gewahrt.

Der Ärzteverband FMH dagegen sprach von einem "Ausverkauf des Arztgeheimnisses", die Stiftung SPO Patientenschutz sah den "gläsernen Patienten" Realität werden. Beide Organisationen werfen den Krankenkassen vor, die Daten nicht zur Rechnungskontrolle, sondern zur besseren Risikoselektion missbrauchen zu wollen.

Burkhalter greift ein

Um zu verhindern, dass nun jedes Spital einzeln mit den Krankenkassen verhandelt, will Gesundheitsminister Didier Burkhalter die noch ausstehenden Regelungen per Verordnung einheitlich festlegen. Dies sagte sein Sprecher Jean-Marc Crevoisier der Nachrichtenagentur sda. Dasselbe fordern auch Versicherungen und Kantone.

© **Bieler Tagblatt Online**

Spitäler lehnen die Weitergabe von Patientendaten ab

Die Schweizer Spitäler lehnen die Umsetzung des neuen Fallpauschalen-Systems ab – vor allem aus Gründen des Datenschutzes. Didier Burkhalter will offene Fragen nun per Verordnung regeln.

Die Schweizer Spitäler lehnen die Umsetzung des neuen Fallpauschalen-Systems ab. Sie wehren sich vor allem dagegen, dass sie ab nächstem Jahr alle Patientendaten und Angaben zu Diagnosen an die Krankenkassen übermitteln müssten.

Diese Regelung ist Teil einer Vereinbarung zwischen Spitalverband H und den Krankenkassen, mit welcher das Fallpauschalen-System ab 2012 hätte umgesetzt werden sollen. Die anderen Punkte der Einigung waren aber ebenfalls stark umstritten. So sei auch die vereinbarte Abgeltung der Investitionskosten von vielen Spitälern als zu wenig hoch eingestuft worden, schreibt H in einer Mitteilung vom Montag.

Umstrittener Systemwechsel

Mit der von den Verhandlungspartnern als Kompromiss bezeichneten Einigung hätte das Fallpauschalen-System umgesetzt werden sollen, das im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung 2012 eingeführt wird. Künftig werden Spitäler nicht mehr nach erbrachter Leistung, sondern pauschal pro Diagnose entschädigt. Von diesem System erhofft man sich eine bessere Vergleichbarkeit zwischen den Spitälern und dadurch eine bessere Kostenkontrolle. Dass dadurch die Kosten sinken könnten, glaubt niemand mehr so recht. Inzwischen sieht es im Gegenteil danach aus, dass die Umsetzung des Fallpauschalen-Systems zu einem Kostenschub führt wird.

Patientenorganisationen, aber auch Ärztekreise befürchten zudem, dass die Qualität der medizinischen Leistungen sinken könnte. Neben dieser grundsätzlichen Kritik am neuen System schwelt seit Monaten ein Streit über offene Fragen zu Umsetzung und Anwendung des Fallpauschalen-Systems. Eine davon ist, wie viel Geld die Spitäler von den Krankenkassen für ihre Investitionen in die Spitalinfrastruktur erhalten. Umstritten ist auch, wie die Kosten überwacht und wie Korrekturmassnahmen aussehen sollen. Die höchsten Wellen hatte aber der Zwist rund um die Übermittlung von Patientendaten geworfen.

«Ausverkauf des Arztgeheimnisses»

Es dürfte vor allem die Lösung in dieser Frage gewesen sein, welche die Vereinbarung zwischen Spitätern und Krankenkassen zu Fall brachte. Diese sah vor, dass in der Regel alle Informationen an die Krankenkassen weitergeleitet werden müssen, neben den Patientendaten also auch sämtliche Diagnosen und Nebendiagnosen.

Der Patient hätte verlangen können, dass die Daten stattdessen an den Vertrauensarzt der Kasse geschickt werden. Mit dieser Regelung sah H den Datenschutz und die Persönlichkeitsrechte der Patienten gewahrt.

Der Ärzteverband FMH dagegen sprach von einem «Ausverkauf des Arztgeheimnisses», die Stiftung SPO Patientenschutz sah den «gläsernen Patienten» Realität werden. Beide Organisationen werfen den Krankenkassen vor, die Daten nicht zur Rechnungskontrolle, sondern zur besseren Risikoselektion missbrauchen zu wollen.

Patientendaten verkauft

Der heftigste Vorwurf aber kam von privatim, der Vereinigung der schweizerischen Datenschutzbeauftragten. Sie warf H vor, die Patientendaten gegen bessere Bedingungen bei den Spitalinvestitionen verkauft zu haben. Obwohl sie davon profitieren würden, teilten viele Spitäler offenbar die Bedenken der Datenschützer. Drei Viertel von ihnen lehnten die Vereinbarung laut H ab.

Wie es nun weitergeht, ist nicht ganz klar. H geht davon aus, dass die offenen Fragen nun auf kantonaler Ebene zwischen den einzelnen Spitätern oder Spitalgruppen und den Krankenkassen im Rahmen der Tarifverhandlungen geregelt werden müssen.

Burkhalter will Regelung per Verordnung

Davon will Gesundheitsminister Didier Burkhalter aber nichts wissen. Die noch ausstehenden Regelungen sollen nun vom Bund per Verordnung einheitlich geregelt werden, wie sein Sprecher Jean-Marc Crevoisier der Nachrichtenagentur sda sagte.

Verhandlungen zwischen Spitätern und Krankenkassen würden im Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) nicht als sinnvoll eingeschätzt. Die Umsetzung auf Anfang 2012 ist nach laut Crevoisier durch das Scheitern der Vereinbarung nicht gefährdet. Auch Wegmüller hält an dem Termin fest. (ami/sda)



Gewicht: "Mittlere" Story

15. August 2011

Montag, 15. August 2011, 15:46 Uhr

Fallpauschale: Burkhalter interveniert und will regeln

Monatelang haben Spitalverband und Krankenkassen über die Umsetzung der Fallpauschalen verhandelt, ihre Einigung ist aber gescheitert. Nun will Gesundheitsminister Didier Burkhalter die offenen Fragen per Verordnung regeln.

Dies sagte sein Sprecher Jean-Marc Crevoisier am Montag auf Anfrage. Das Eidg. Departement des Innern (EDI) hätte es zwar vorgezogen, wenn die noch ausstehenden Regelungen in einer Vereinbarung hätten getroffen werden können. Nun werde der Bund für eine einheitliche Regelung sorgen.

Regelung auf Bundesebene möglich

Die Details müssen zwar noch geprüft werden. Nach Angaben von Crevoisier geht man im EDI aber davon aus, dass die gesetzlichen Grundlagen für eine Regelung auf Bundesebene vorhanden sind.

Dass die offenen Fragen rund um die Übermittlung von Patientendaten, Abgeltung von Investitionskosten und das Monitoring zwischen Spitälern und Krankenkassen einzeln geregelt werden, wird laut Crevoisier im EDI nicht als sinnvoll eingeschätzt.

Die Umsetzung auf Anfang 2012 ist nach seinen Angaben durch das Scheitern der Vereinbarung nicht gefährdet.

Montag, 15. August 2011, 15:11 Uhr

Spitäler lehnen Umsetzung der Fallpauschalen ab

Die Schweizer Spitäler lehnen die Umsetzung des neuen Fallpauschalen-Systems ab. Sie wehren sich vor allem dagegen, dass sie ab nächstem Jahr alle Patientendaten und Angaben zu Diagnosen an die Krankenkassen übermitteln müssten.

Diese Regelung ist Teil einer Vereinbarung zwischen Spitalverband H+ und den Krankenkassen, mit welcher das Fallpauschalen-System ab 2012 hätte umgesetzt werden sollen. Die anderen Punkte der Einigung waren aber ebenfalls stark

umstritten. So sei auch die vereinbarte Abgeltung der Investitionskosten von vielen Spitälern als zu wenig hoch eingestuft worden, schreibt H+ in einer Mitteilung.

Mit der von den Verhandlungspartnern als Kompromiss bezeichneten Einigung hätte das Fallpauschalen-System umgesetzt werden sollen, das im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung 2012 eingeführt wird. Künftig werden Spitäler nicht mehr nach erbrachter Leistung, sondern pauschal pro Diagnose entschädigt.

Umstrittener Systemwechsel

Von diesem System erhofft man sich eine bessere Vergleichbarkeit zwischen den Spitälern und dadurch eine bessere Kostenkontrolle. Dass dadurch die Kosten sinken könnten, glaubt niemand mehr so recht. Inzwischen sieht es im Gegenteil danach aus, dass die Umsetzung des Fallpauschalen-Systems zu einem Kostenschub führen wird.

Patientenorganisationen, aber auch Ärztekreise befürchten zudem, dass die Qualität der medizinischen Leistungen sinken könnte. Neben dieser grundsätzlichen Kritik am neuen System schwelt seit Monaten ein Streit über offene Fragen zu Umsetzung und Anwendung des Fallpauschalen-Systems.

Eine davon ist, wie viel Geld die Spitäler von den Krankenkassen für ihre Investitionen in die Spitalinfrastruktur erhalten. Umstritten ist auch, wie die Kosten überwacht und wie Korrekturmassnahmen aussehen sollen. Die höchsten Wellen hatte aber der Zwist rund um die Übermittlung von Patientendaten geworfen.

Rote Köpfe

Es dürfte vor allem die Lösung in dieser Frage gewesen sein, welche die Vereinbarung zwischen Spitälern und Krankenkassen zu Fall brachte. Diese sah vor, dass in der Regel alle Informationen an die Krankenkassen weitergeleitet werden müssen, neben den Patientendaten also auch sämtliche Diagnosen und Nebendiagnosen.

Der Patient hätte verlangen können, dass die Daten stattdessen an den Vertrauensarzt der Kasse geschickt werden. Mit dieser Regelung sah H+ den Datenschutz und die Persönlichkeitsrechte der Patienten gewahrt.

Der Ärzteverband FMH dagegen sprach von einem «Ausverkauf des Arztgeheimnisses», die Stiftung SPO Patientenschutz sah den «gläsernen Patienten» Realität werden. Beide Organisationen werfen den Krankenkassen vor, die Daten nicht zur Rechnungskontrolle, sondern zur besseren Risikoselektion missbrauchen zu wollen.

Patientendaten verkauft

Der heftigste Vorwurf aber kam von privatim, der Vereinigung der schweizerischen Datenschutzbeauftragten. Sie warf H+ vor, die Patientendaten gegen bessere Bedingungen bei den Spitalinvestitionen verkauft zu haben. Obwohl sie davon profitieren würden, teilten viele Spitäler offenbar die Bedenken der Datenschützer. Drei Viertel von ihnen lehnten die Vereinbarung laut H+ ab.

Wie es nun weitergeht, ist nicht ganz klar. H+ geht davon aus, dass die offenen Fragen nun auf kantonaler Ebene zwischen den einzelnen Spitalern oder Spitalgruppen und den Krankenkassen im Rahmen der Tarifverhandlungen geregelt werden müssen.

Davon will Gesundheitsminister Didier Burkhalter aber nichts wissen. Die noch ausstehenden Regelungen sollen nun vom Bund per Verordnung einheitlich geregelt werden, wie sein Sprecher Jean-Marc Crevoisier.

Verhandlungen zwischen Spitalern und Krankenkassen würden im Eidg. Departement des Innern (EDI) nicht als sinnvoll eingeschätzt. Die Umsetzung auf Anfang 2012 ist nach laut Crevoisier durch das Scheitern der Vereinbarung nicht gefährdet. Auch Wegmüller hält an dem Termin fest.

(sda/koua)

© **SF Online**



Gewicht: "Mittlere" Story

15. August 2011

Montag, 15. August 2011, 17:31 Uhr, Aktualisiert 20:41 Uhr

Fallpauschale: Datenschützer erfreut über Gegenwehr der Spitäler

Spitäler und Krankenkassen sind sich bei der Umsetzung des Fallpauschalen-Systems nicht einig geworden. Nun müsse der Bund für eine einheitliche Regelung sorgen, fordern Versicherungen und Kantone. Datenschützer Bruno Baeriswyl hat den Entscheid die Gegenwehr der Spitäler mit Genugtuung aufgenommen.

Datenschützer Baeriswyl spricht gegenüber der «10vor10» von einem Druck auf die Spitäler, immer mehr Daten ausliefern zu müssen, die für die optimale Behandlung und Berechnung von Spitalaufhalten nicht notwendig sind. Diese zusätzlichen Daten können missbräuchlich verwendet werden. Mit einem Beispiel erklärt Baeriswyl die aktuelle Vorgehensweise und die möglichen umstrittenen Änderungen und ihre Gefahren.

«Ziel des Systemwechsels ist es, Leistungen und Resultate der Spitäler vergleichbar zu machen. Dies erreichen wir nicht, wenn wir jedes Spital einzeln mit den Krankenkassen verhandeln lassen.» Dies sagte Pierre-Yves Maillard, Waadtländer Gesundheitsdirektor und Präsident der kantonalen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK).

«Krankenkassen für Scheitern verantwortlich»

Seiner Meinung nach ist es unumgänglich, dass der Bund eine einheitliche Regelung erlässt. Darüber, wie sie aussehen soll, gehen die Meinungen allerdings auseinander. Maillard macht nämlich die Krankenkassen und ihr Beharren auf der Übermittlung aller Patientendaten für das Scheitern der Vereinbarung verantwortlich.

Diese wiederum verlangen eine Regelung auf der Basis der nun gescheiterten Vereinbarung. Der Krankenkassendachverband Santésuisse verlangt, dass der Bundesrat «die wesentlichen Elemente der Vereinbarung für die ganze Schweiz als vollumfänglich verbindlich erklärt», wie es in einer Stellungnahme heisst.

Zankapfel Patientendaten

Damit ist auch die höchst umstrittene Übermittlung der Patientendaten gemeint. Laut

Santésuisse könnte es nämlich zu «ungewollten Prämienerhöhungen» kommen, wenn die Krankenkassen «bei der Rechnungskontrolle keine wirksame Prüfung durchführen können».

Stefan Kaufmann, der Direktor von Santésuisse sieht das Einschreiten des Bundes ebenfalls als einzigen Lösungsweg. Ausserdem hält er Bedenken zum Datenschutz für unbegründet, wie er zur «Tagesschau» sagte.

Die Spitäler hatten sich stets auf den Standpunkt gestellt, dies sei auch möglich, ohne dass alle Angaben über Diagnosen und Nebendiagnosen an die Versicherungen ausgehändigt würden.

Der Spitalverband H+ will sich nach der Ablehnung durch drei Viertel der Stimmen seiner Mitglieder aber nicht mehr zum Inhalt einer künftigen Regelung äussern. Sollte eine solche dereinst vom Bundesrat in die Anhörung geschickt werden, würden alle Mitglieder zur Stellungnahme eingeladen, sagte Direktor Bernhard Wegmüller der «Tagesschau».

© **SF Online**



Gewicht: "Kleinere" Story

15. August 2011

Nachrichtenticker: 15.8.2011 14.42 Uhr

Spitalfinanzierung: Spitäler lehnen Fallpauschalen ab

Die Schweizer Spitäler lehnen das Fallpauschalen-System deutlich ab, das ihr Verband H+ mit den Krankenkassen ausgehandelt hat.

Der Spitalverband teilt mit, dass seine Mitglieder etwa beim Datenschutz Probleme orteten.

Nach dem Nein der Spitäler zur Kompromissregelung geht der Verband H+ davon aus, dass alle offenen Fragen nun zwischen den einzelnen Spitälern und den Krankenkassen geregelt werden müssen.

Das Fallpauschalen-System soll nächstes Jahr eingeführt werden. Es sieht vor, dass Spitäler nicht mehr nach erbrachter Leistung, sondern pauschal pro Diagnose entschädigt werden.

© **drs.ch**

SCHWEIZER
FERNSEHEN

Gewicht: "Mittlere" Story

15. August 2011

10vor10vom 15.08.2011 um 21:50 Uhr

Gegen die Weitergabe der Patientendaten

Ab nächstem Jahr sollten die Spitäler nicht mehr Phantasiepreise für Operationen verlangen dürfen, sondern einen festen Betrag – eine Fallpauschale. Doch heute lehnen die Spitäler die Umsetzung der Fallpauschale mit deutlicher Mehrheit ab. So gerät die Lösung für die hohen Krankenkosten weiter zum Dauer-Politikum.



[03:38 Min.]

Zu Wort kommen:

Bernhard Wegmüller, Direktor Spitalverband H+**Carlo Conti**, Vizepräsident der kantonalen Gesundheitsdirektoren**Bruno Baeriswyl**, Präsident der schweizerischen Datenschutzbeauftragten

© SF DRS



SCHWEIZER
FERNSEHEN

Gewicht: "Mittlere" Story

15. August 2011

Tagesschau vom 15.08.2011 um 19:30 Uhr

Schweizer Spitäler gegen neue Fallpauschale

Die Schweizer Spitäler lehnen die Umsetzung des neuen Fallpauschalen-Systems ab. Obwohl der Spitalverband und der Krankenkassenverband Santé-Suisse einen Kompromiss ausgehandelt hat.



[02:29 Min.]

Zu Wort kommen:

Bernhard Wegmüller, Direktor Spitalverband H+

Stefan Kaufmann, Direktor SantéSuisse

Carlo Conti, Vizepräsident der kantonalen Gesundheitsdirektoren

© SF DRS

Spitäler gegen Tarifsysteem

Das neue Fallpauschalensystem wird von den Spitälern nicht goutiert. Sie wehren sich vor allem dagegen, dass sie ab nächstem Jahr alle Patientendaten und Angaben zu Diagnosen an die Krankenkassen übermitteln müssten. Der Spitalverband H+ will Verhandlungen in den Kantonen, während der Bund einheitliche Regeln will.

Medienecho vom 15. und 16. August 2011 (d)

© Infonlinemed

16. August 2011

Financement hospitalier: Les données des patients au cœur de la bataille

Les hôpitaux suisses rejettent l'accord avec les assureurs

[Écho médiatique \(f,i\)](#)

© Infonlinemed