



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Herr Bundesrat
Didier Burkhalter
Vorsteher des Eidgenössischen
Departementes des Innern
3003 Bern

Ort, Datum
Ansprechpartner

Bern, 27. September 2011
Martin Bienlein

Direktwahl
E-Mail

031 335 11 13
martin.bienlein@hplus.ch

Teilrevision der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV): Anhörungsantwort von H+

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Besten Dank für die Einladung vom 14. September 2011, uns zu oben genannter Anhörung zu äussern. Gerne nehmen wir die Gelegenheit zur Stellungnahme wahr. Unsere nachfolgende Anhörungsantwort beruht auf einer Umfrage bei unseren Mitgliedern mit ausserordentlich hoher Beteiligung.

Fazit

Der Entwurf zur Teilrevision der KVV ist nicht ausgereift und zum Teil praxisfremd. Er muss in allen Punkten dringend und substantiell überarbeitet werden.

- **Die Übermittlung medizinischer Daten nur an den vertrauensärztlichen Dienst befürworten wir. Der vorgeschlagene Prozess ist aber nicht sinnvoll und nicht praktikabel. Wir schlagen ein Rechnungsdatenset zur Übermittlung vor, das den Versicherten die Kontrolle und Plausibilisierung ohne heikle Diagnosen und Prozeduren erlaubt. Zusätzlich soll der Bundesrat eine neutrale Rechnungskontrollstelle gemäss Motion 11.3393 „Überprüfung der SwissDRG-Abrechnung (...)“ prüfen.**
- **Das vorgeschlagene asymmetrische CMI-Monitoring und insbesondere das Fallzahlenmonitoring lehnt H+ ab. Es widerspricht dem Geist der KVG-Revision Spitalfinanzierung. Wir schlagen eine verbindliche Codierkontrolle und ein Monitoring des Leistungsvolumens pro Fall vor. Änderungen im Leistungsspektrum eines Spitals müssen dabei zwingend berücksichtigt sein.**
- **Der vorgeschlagene Investitionszuschlag von 10% für 2012 ist zu tief. Damit verschiebt der Bundesrat notwendige Investitionen auf zukünftige Generationen. Die Spitäler brauchen gemäss verschiedenen unabhängigen Studien von KPMG und PWC 14-16% ihrer betriebsnotwendigen Kosten für Investitionen.**

Nachfolgend erhalten Sie unsere Bemerkungen und Änderungsvorschläge zur Teilrevision im Detail.

1 Allgemeine Bemerkungen

1.1 Spitäler lehnen einseitige Verordnung ab

Generell lehnen die Spitäler und Kliniken den Verordnungsentwurf ab. Aus unserer Sicht ist der Entwurf nicht ausgewogen.

1.2 Keine Parallelgesetzgebung

Mit Verärgerung hat H+ davon Kenntnis genommen, dass der Bundesrat dem Parlament eine Gesetzesänderung zur Datenübermittlung unterbreitet hat, die in dieser Anhörung eine zentrale Rolle spielt. So wird der partnerschaftliche Prozess untergraben und die Anhörung in diesem Punkt obsolet. Gleichzeitig werden anderen Gesetzesvorhaben (ePatientendossier; neue Generation Versichertenkarte) nicht in die Umsetzungsbetrachtungen mit einbezogen.

Problematisch ist zudem, wenn der Bundesrat im Gesetz sämtliche Rechnungen aller ambulanten und stationären Behandlungen regeln will. Damit läutet er einen Paradigmenwechsel ein, dessen Auswirkungen in den Anhörungsunterlagen nirgends erwähnt sind.

Für die ambulanten Leistungen läuft die elektronische Rechnungsprüfung seit Jahren ohne Probleme. Zudem fragt sich, wie sinnvoll die Regelung für die Rehabilitation ist, für welche die Kliniken sowieso vorgängig eine Kostengutsprache der Kassen einholen müssen.

1.3 Kurze Anhörungsfrist

Trotz Anerkennung der zeitlichen Umstände ist eine Anhörungsfrist von 14 Tagen zu diesen heiklen Themen ungebührlich kurz. So können die meisten Betriebe nicht herausfinden, welche Auswirkungen die vorgeschlagenen Änderungen auf ihren Betrieb haben, weder bezüglich der Anpassung der Krankenhausinformatiksysteme (KIS) noch in finanzieller Hinsicht.

1.4 Unklare Begriffe bringen Rechtsunsicherheit

Die Verordnung und der Kommentar beinhalten eine Reihe von unklaren Begriffen, zum Beispiel:

- „**alle Angaben**, die für die Überprüfung der Berechnung notwendig sind“: Genau dies ist der Streitpunkt zwischen Spitälern und Kliniken einerseits und Kassen andererseits. Was alles ist wirklich notwendig und verhältnismässig für die Rechnungskontrolle?
- „Übermittlung von **Diagnosen und Prozeduren**“: aber welche genau? Mit welchem Recht wollen Kassen auf nicht rechnungsrelevante medizinische Daten der Patientinnen und Patienten zugreifen? Wozu brauchen die Kassen diese rechnungsirrelevanten Diagnosen und Prozeduren?

- **„medizinische und administrative Daten“**: Die Vorschläge des Kommentars stimmen nicht mit dem Stand der Diskussionen der Expertengremien überein, an denen auch die Bundesverwaltung BAG und BfS beteiligt sind. Das „Forum Datenaustausch“ hat sich mit dem XML Standard 4.3 auf andere Definitionen verständigt (siehe unten).
- **„Pseudonymisierung“**: siehe im Detail unten.
- **„Verschlüsselung“**: Betrifft die Verschlüsselung den Inhalt oder die elektronische Übermittlung (Transport)?
- **„vor- und nachgelagerte Bereiche“**: Was gehört alles dazu? Wie kann pro Fall der Zusammenhang hergestellt werden? Wenn dies schon im Einzelfall kaum möglich ist, wie dann über alle Fälle hinweg?

Unsere Mitglieder befürchten, dass der Willkür Tür und Tor geöffnet wird.

1.5 Rechtsstreitigkeiten in Sicht

Sollte die Verordnung weiterhin schwammige, nicht klar definierte Begriffe beinhalten und zudem die Handlungsabläufe und elektronischen Prozesse nicht klar regeln, sind Rechtsunsicherheit und Rechtsstreitigkeiten absehbar. Dann müssen, wie heute, wiederum die Gerichte entscheiden.

1.6 Unklarer Geltungsbereich

Obwohl der Geltungsbereich nicht immer definiert wird, geht H+ davon aus, dass die Leistungen der Rehabilitation und Psychiatrie nicht betroffen sind. Dies muss überall so festgehalten werden. Für die Anlagenutzungskosten haben wir dies unten ausgeführt.

2 Datenübermittlung

2.1 Fehlende Rechtsgrundlage

Einer systematischen Übermittlung von Patientendaten an die Versicherungen fehlt bisher die formelle gesetzliche Grundlage, wie sie vom Datenschutzgesetz vorgesehen ist. Dabei sollte im Gesetz genau formuliert sein, welche Daten die Spitäler und Kliniken den Krankenkassen übermitteln müssen. H+ schlägt einen ausreichenden Datensatz vor (siehe unten). Ein simpler Verweis auf die Verhältnismässigkeit genügt nicht. Er hilft in der Praxis nicht weiter, wie das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts (C-6570/2007) dies zeigt. Was verhältnismässig ist und was nicht, bliebe mit dem vorliegenden Vorschlag weiterhin offen. Dies führt die bestehende Rechtsunsicherheit und damit die Haftung der Spitäler bei nicht verhältnismässiger Herausgabe der medizinischen Daten weiter und mündet in Gerichtsfällen (siehe oben).

Dagegen können sich die Spitäler und Kliniken sehr wohl eine Umsetzung der Motion 11.3393 „Überprüfung der SwissDRG-Abrechnung (...)“ vorstellen. Es gilt, diese vertieft zu prüfen.

2.2 Keine unverhältnismässige Übermittlung der Diagnosen und Prozeduren

Der Verordnungsentwurf geht davon aus, dass die Rechnungskontrolle zwingend Diagnosen und Prozeduren benötigt. Dem ist nicht so. Im Normalfall benötigen die Krankenkassen keine detaillierten medizinischen Daten für die Plausibilisierung der Fallpauschalen. **H+ hat in den Tarifverhandlungen diverse, für alle Kassen durchführbare, praktikable und billigere Optionen aufgezeigt, während die Kassen an Ihrer Alles-oder-nichts-Forderung festhalten, aber keine Fakten oder Argumente hierfür liefern. Die Spitäler und Kliniken lehnen deshalb die systematische Übermittlung der Diagnosen und Prozeduren als unverhältnismässig ab.**

Es gibt beispielsweise folgende Optionen, um die Spitalrechnungen zu kontrollieren:

- Unabhängige Codierrevision mit Bonus-Malus-System bei Abweichungen;
- Gezielte Überprüfung von partnerschaftlich vereinbarten Diagnosegruppen einer Kontrollperiode;
- Paritätische neutrale Prüfstellen, wie sie ähnlich in Deutschland pro Bundesland bestehen und sich im deutschen System der Fallpauschalen bewähren. Eine solche neutrale Prüfstelle verlangt auch die Motion 11.3393 „Überprüfung der SwissDRG-Abrechnung (...)“;
- Systematische Überprüfung und Plausibilisierung mit **administrativen Daten** auf der Basis des ordentlichen Rechnungsdatensets XML 4.3.

Namentlich die letzte Möglichkeit, wie sie die SUVA entwickelt hat, erscheint vielversprechend. Mit einem klar definierten Rechnungsdatensatz können die Fälle und DRG auf ihre Plausibilität hin überprüft werden. Problemfälle würden angezeigt und dem vertrauensärztlichen Dienst gemeldet. Dieser kann dann entscheiden, ob er medizinische Informationen benötigt. Die Prüfoption basiert auf dem zweistufigen Verfahren nach XML-Standard 4.3 des Forums Datenaustausch.

Alle oben aufgeführten Optionen vermeiden unnötige und damit rechtlich unverhältnismässige Datensammlungen bei den Krankenkassen.

2.3 H+ Datensatz

H+ schlägt einen klar definierten Rechnungsdatensatz vor. Dieser ist im Vergleich zur Anhörungsantwort erweitert und basiert auf dem XML-Standard 4.3 des Forums Datenaustausch. Er beinhaltet unter anderem:

- Rechnungsdatum
- Leistungserbringer = Spital oder Klinik
- Patient
- Versichertennummer AHVN13
- Behandlungsanfang und -ende (Verweildauer)
- SwissDRG-Nummer, inkl. Schweregrad und Hauptdiagnose
- Rechnungsbetrag OKP
- Alter

- Geschlecht
- Aufnahme- und Entlassungsart
- Adressat = Krankenversicherung

Der H+ Rechnungsdatensatz macht eine systematische Übermittlung aller Diagnosen und Prozeduren sowie eine teure Einzelfallverschlüsselung und -pseudonymisierung hinfällig.

2.4 Problem der kleinen Fallzahlen

Die meisten Krankenkassen haben viel zu kleine Fallzahlen pro Spital, um überhaupt statistisch relevante Aussagen machen zu können. Die systematische Übermittlung der Diagnosen und Prozeduren hilft also nur sehr grossen Kassen. Damit eine statistische Auswertung aber wirklich aussagekräftige Ergebnisse zulässt, sollte eine schweizweite Kontrollstelle die Patientendaten zusammenfassen. Dies ist namentlich mit der SUVA-Software möglich, aber auch in der Motion 11.3393 „Überprüfung der SwissDRG-Abrechnung (...)“ vorgesehen. Nach unseren Informationen könnte die SUVA-Software in 8 Arbeitstagen alle stationären Fälle der Schweiz eines ganzen Jahres verarbeiten.

2.5 Keine Delegation an die Tarifpartner

Die Spitäler und Kliniken lehnen mehrheitlich eine Delegation der Modalitäten der Datenübermittlung an die lokalen Tarifpartner ab. Die Modalitäten der Datenübermittlung müssen schweizweit einheitlich geregelt sein.

2.6 Keine Pseudo-Pseudonymisierung

Die vorgeschlagene Containerlösung bringt keine Pseudonymisierung. Da die „pseudonymisierten“ medizinischen Daten gekoppelt mit den nicht pseudonymisierten administrativen Daten geschickt werden sollen, können die medizinischen Datensätze immer (!) genau zugeordnet werden.

2.7 Aufwendige IT führt zu Kosten- und Prämienschub

Die Vorschläge zur elektronischen Datenübermittlung sind praxisfremd sowohl bei den Versicherungen als auch bei den Spitälern und Kliniken. Bei den Spitälern und Kliniken liegen heute die Daten meist nicht in der vorgeschlagenen Form vor. Die Abläufe der Anhörung suggerieren, dass medizinische und administrative Daten in den Spitälern und Kliniken in der Regel zusammengeführt würden. Dem ist nicht so. Zum Beispiel bietet das in vielen Spitälern benutzte SAP heute keine solche Containerlösung an. Diese müsste erst gebaut werden.

Die Spitäler konnten in der kurzen Zeit weder die Vereinbarkeit des Anhörungsentwurfs mit ihrer IT-Realität noch die notwendigen Schritte hierzu, geschweige denn die Kosten genauer berechnen oder abschätzen. Trotzdem stellen sich schon in diesem Stadium gewichtige Fragen.

Die elektronischen Abläufe, namentlich die **Pseudonymisierung und Verschlüsselung, müssen besser durchdacht und genauer definiert werden**. Wer pseudonymisiert? Und wer erhält von wem einen Schlüssel? Muss jedes KIS jeden Vertrauensarzt hinterlegen? Die individuelle Verschlüsselung und Pseudonymisierung müssten die Spitäler und Kliniken erst einrichten. Müssten die Vertrauensärztinnen und -ärzte jede Rechnung einzeln entschlüsseln, entsteht dadurch ein immenser administrativer Aufwand, sowohl bei den Spitälern und Kliniken als auch bei den Krankenkassen. Immerhin handelt es sich um 1,3 bis 1,5 Mio. Fälle. In welchem Umfang wird pseudonymisiert? Der Containervorschlag ist die **teuerste und anspruchsvollste Variante**. Dies führt zu grossen Investitionen, also zu höheren Kosten und damit zu einem Prämienschub.

Aus all diesen Gründen lehnt H+ die für eine Lieferung an den Vertrauensarzt unnötige Pseudonymisierung ab.

2.8 Trennung und Klärung Handlungsablauf und elektronischer Prozess

Die Abläufe des Anhörungsentwurfes geben den Handlungsablauf wieder. Sie gehen aber nicht auf die elektronischen Prozesse und Anforderungen ein.

Die Abläufe müssen besser dargestellt werden. So braucht zum Beispiel der vertrauensärztliche Dienst nicht nur die medizinischen Daten, sondern auch die administrativen (z.B. Alter, Geschlecht, Aufenthaltsdauer). Zudem bringen eine Verschlüsselung und Pseudonymisierung gar nichts, wenn die medizinischen Daten sowieso nur an den Vertrauensarzt gehen sollen.

2.9 Erhöhte Anforderungen an Krankenkassen

Mit einem systematischen Erhalt von Patientendaten, egal ob ein administrativer oder medizinischer Datensatz, muss die Versicherung vor der Umsetzung ein revisionsfähiges Ausführungskonzept aufweisen, das insbesondere den Zugang und die Archivierung regelt. Der Ablauf gemäss Anhörungsentwurf genügt dem Datenschutz nicht.

2.10 Abgleich mit ePatientendossier

Die ePatientendossier-Gesetzgebung wird zurzeit ausgearbeitet. Der derzeitige Diskussionsstand geht von einer doppelten Freiwilligkeit des Patienten oder der Patientin zur Weitergabe seiner medizinischen Behandlungsdaten aus. Diese würden die Kassen mit einer umfangreichen Datensammlung untergraben.

2.11 Liquiditätsengpässe wegen komplexer Datenübermittlung

Wenn die Verordnung die Rechnungsübermittlung zu kompliziert gestaltet, dann verzögert sich die Rechnungszahlung. Dies kann zu Liquiditätsengpässen bei den Spitälern und Kliniken führen.

3 Monitoring

3.1 Ablehnung Fallzahlenmonitoring

Die KVG-Revision Spitalfinanzierung wollte, dass effiziente Betriebe mehr Patientinnen und Patienten behandeln als ineffiziente. Dieses Ziel des Parlaments würde die Verordnung mit einem Fallzahlenmonitoring untergraben. **Das Fallzahlenmonitoring widerspricht der KVG-Revision Spitalfinanzierung.** Ein Fallzahlenmonitoring beruht auf zwei Annahmen, die gar nicht gegeben sind: erstens, dass die Spitäler ihre Fallzahlen steuern können und zweitens, dass Vergleichszahlen aus der Vergangenheit vorliegen.

Die Spitäler haben keinen Einfluss auf viele Faktoren, die zu einer Hospitalisierung führen.

Solche exogenen Faktoren sind namentlich:

- die Alterung der Bevölkerung.
- die medizinische Innovation, die mehr Behandlungen möglich macht.
- die kantonalen Auflagen im Rahmen der Spitalplanung. Eine Strafe durch die Kasse könnte die kantonalen Spitalplanung und die kantonale Hoheit im Allgemeinen unterlaufen. Das Fallzahlenmonitoring würde so Art. 39 KVG aushebeln.
- das Verhalten der Zuweiser.
- die Entwicklung der Versorgung, zum Beispiel ambulantes Potential, Wiedereintritte, Managed Care.
- der Einfluss der Abrechnungsregeln SwissDRG, insbesondere die Verlegungen.
- das Aufkommen einer Epidemie oder Pandemie mit vielen Hospitalisationen.
- die in Leistungsaufträgen vorgegebene Aufnahmepflicht.

H+ lehnt ein Fallzahlenmonitoring aus diesen Gründen ab.

Der Verordnungsentwurf verkennt zudem die Komplexität des CMI. Die drei Berechnungskriterien hierfür haben sich laufend geändert:

- die Prozeduren im 2010 (auf CHOP 2011) und auf 2012 hin (auf CHOP 2012).
- der Diagnosegruppenkatalog 2010 von APDRG 6.0 auf SwissDRG 1.0.
- und die Simulation der Spitäler im SwissDRG 2008 (Einführung SwissDRG 0.2), 2009 (auf SwissDRG 0.3), und 2010 (auf SwissDRG 1.0).

Das bedeutet, dass die Tarifpartner alle drei Änderungen vorher transformieren und berechnen müssten. Für die Änderungen sind die Auswirkungen alleine auf Grund der Berechnungskriterien völlig unklar. Eine Doppelcodierung während einer einmonatigen Vergleichsperiode

könnte hier eine Annäherung bringen. Allerdings bedingt die Recodierung einen grossen Bedarf an Fachspezialisten.

Eine Alternative zum CMI-Monitoring ist die Kontrolle der Codierqualität, verbunden mit Strafen bei schlechter Qualität.

| |
|---|
| H+ lehnt das vorgeschlagene asymmetrische Monitoring ab. |
|---|

3.2 Ja zum Fallertragsmonitoring

Die Spitäler und Kliniken unterstützen hingegen ein Monitoring der Fallerträge.

3.3 Korrekturen in beide Richtungen

Die Spitäler lehnen vor allem die Kontrolle mit einer einseitigen Bestrafung ab. Eine falsch berechnete Baserate soll gegen oben und unten angepasst werden können.

3.4 Verzicht auf Strafe muss möglich sein

Spitäler dürfen nicht bestraft werden, wenn exogene oder extreme Faktoren die Kontrollkriterien beeinflussen.

Die Simulierung des CMI zeigte bei einigen H+ Mitgliedern eine Schwankung von plus oder minus 5% von einem Jahr zum anderen. Interne Nachforschungen ergaben, dass dies durch wenige schwere und damit auch teure Fälle verursacht wurde und dass das „Pendel“ danach wieder zum Vorzustand zurückkehrte. Zudem haben die neuen Abrechnungsregeln (Fallzusammenführungen) grossen Einfluss.

3.5 Kein Einbezug der vor- und nachgelagerten Behandlung

Die Spitäler und Kliniken können nicht für etwas verantwortlich gemacht werden, was sie nicht unmittelbar beeinflussen und nicht erheben können.

3.6 Keine Einigung der Tarifpartner

Eine Einigung der nationalen Tarifpartner ist gescheitert. Die H+ Mitglieder melden, dass auch bei den lokalen Tarifpartnern eine Einigung nicht zu erwarten ist, da die Versicherer bisher keine Kompromissbereitschaft zeigen. Eine Fristsetzung erscheint deshalb sinnlos und ist zu streichen.

4 Anlagenutzungskosten / Investitionen

4.1 Kein Ausbluten der Spitäler und Kliniken

Mit 10% bluten die Spitäler und Kliniken in ihrer Substanz aus. Deshalb fordert H+ 14 bis 16% für die Anlagenutzungskosten während der Einführungsphase der neuen Spitalfinanzierung. Dies entspricht den Werten, den zahlreiche unabhängige Studien zeigten und die viele Spitäler intern erhoben haben. Einige liegen sogar darüber. Der Wert des Anhorungsentwurfes führt zu einem Substanzverlust und zu einer Verlagerung der Problematik in die Zukunft.

Besonders betroffen sind jene Spitäler und Kliniken, die in den 1960er, 1970 und 1980er Jahren gebaut wurden, bisher noch nicht saniert worden sind und jetzt renoviert werden müssen. Dies ist das Gros der Betriebe. Einige Kantone haben sich auf Grund des Renovationsumfangs für einen Neubau entschieden, so zum Beispiel der Kanton Zug (bereits in Betrieb) und der Kanton Waadt (in Planung). Für das Stadtspital Bern, das Universitätsspital Zürich oder das Bürgerspital Solothurn werden auch solche Überlegungen angestellt.

4.2 Geltungsbereich Akutsomatik

H+ geht davon aus, dass die Verordnung nur für die akutsomatischen Behandlungen gilt und namentlich die Rehabilitation und die Psychiatrie davon ausgenommen sind.

Nach wie vor fordern die psychiatrischen Kliniken einen normativen Zuschlag von CHF 100.-- pro Pflergetag (Brief vom 1. September 2011 u.a. an das BAG). Datenerhebungen bei den Rehabilitationskliniken ergaben einen Anteil der Anlagenutzungskosten von 14-16%, also in derselben Grössenordnung wie bei den Akutspitälern (Brief vom 16. September u.a. an das BAG).

4.3 Prozentsatz

H+ unterstützt die Festlegung der Anlagenutzungskosten für die Einführungsphase als Prozentsatz der Baserate. Einige H+ Mitglieder geben allerdings zu bedenken, dass der Prozentsatz von der Baserate abhängig ist. Je tiefer die Baserate, desto höher muss der Prozentsatz für die Anlagenutzungskosten sein. Um die Rechtssicherheit zu erhöhen, wäre deshalb aus Sicht dieser Minderheit ein Frankenbetrag vorzuziehen.

4.4 Abgestuftes Verfahren

Primär müssen die (lokalen) Tarifpartner die Anlagenutzungskosten im Rahmen der Tarifverträge aushandeln. Erst subsidiär soll die Verordnung einen normativen Prozentsatz festlegen.

4.5 Fehlende Brücke bis 2015

Falls die Verordnung in der Übergangsphase nur für ein Jahr einen Prozentsatz festlegt, dann besteht die Gefahr, dass die Kassen kein Interesse mehr an einer Erhöhung haben. Zusammen mit einer zu niedrigen Finanzierung werden die Spitäler und Kliniken auf drei Jahre hinaus unterfinanziert. Der Bundesrat muss dann die Verantwortung für die schlechte Infrastruktur, spätere Mehrkosten oder eine schlechtere Versorgung der Bevölkerung tragen.

Falls die Verordnung keine Brücke bis 2015 schlägt, ist ein massiver Kosten- und damit Prämienanstieg vorhersehbar. Das Problem wird lediglich verschoben.

4.6 Revision VKL

Wie auch immer die Verordnung die Übergangsphase regelt: Die VKL muss umgehend angepasst werden. Sie muss ermöglichen, dass die Spitäler und Kliniken ihre betriebsnotwendigen Investitionen finanzieren können, und nicht wie bis anhin einen fiktiven Buchwert, der durch die Abschreibungszeit beeinflusst ist. Mit einer umgehenden Änderung liesse sich unter Umständen auch die Übergangsphase verkürzen.

Wir danken Ihnen, dass Sie unsere Anliegen aufnehmen, und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor

Vorschläge H+ zur Anpassung der KVV-Artikel



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

H+ Stellungnahme zum Entwurf zur Teilrevision der Verordnung über die Krankenversicherung KVV

| Verordnungstext | Vorschlag H+ | Bemerkungen |
|--|---|--|
| <p>Art. 59 Abs. 1 <i>¹ Die Leistungserbringer haben in ihren Rechnungen alle Angaben zu machen, die für die Überprüfung der Berechnung der Vergütung sowie der Wirtschaftlichkeit der Leistungen nach Artikel 42 Absatz 3 des Gesetzes notwendig sind. Insbesondere sind folgende Angaben zu machen: ...</i></p> | <p>Art. 59 Abs. 1 <i>Im Falle eines Vergütungsmodells vom Typus DRG (Diagnosis Related Groups) übermitteln haben die Leistungserbringer in ihren Rechnungen folgende Angaben zu machen:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Rechnungsdatum• Spital oder Klinik / Leistungserbringer• Patient• Versichertennummer AHVN13• Behandlungsanfang und -ende (Verweildauer)• SwissDRG-Nummer, inkl. Schweregrad• Rechnungsbetrag OKP• Alter• Geschlecht• Aufnahme- und Entlassungsart• Hauptdiagnose <p>Der Leistungserbringer schuldet diese Daten nur, wenn der Versicherer ein Datenkonzept mit Zugriffsrechten und Archivierung vorwei-</p> | <p>Es soll das Prinzip gemäss Art. 42 gelten, dass die Spitäler und Kliniken eine nachvollziehbare und kontrollierbare Rechnung stellen.</p> <p>Neben der Prüfung der Korrektheit des Rechnungsbetrags erlauben die Daten gemäss Vorschlag H+ auch eine Plausibilisierung der verrechneten DRG. Es gibt hierzu bestehende EDV-Programme.</p> <p>Die Versichertennummer besteht bei Neugeborenen oder Neuzuzüglern aus dem Ausland noch nicht.</p> <p>Für vertiefte Analysen werden die medizinischen Daten auf Anfrage an den Vertrauensarzt geschickt.</p> <p>Es müssen für die Kassen erhöhte Auflagen zum Datenschutz bestehen.</p> |

| Verordnungstext | Vorschlag H+ | Bemerkungen |
|--|---|--|
| | sen kann. | |
| <p>Art. 59 Abs. 2 Satz 1 ² <i>Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren in den Tarifverträgen die Modalitäten der systematischen Übermittlung von Diagnosen und Prozeduren, unter Berücksichtigung von Absatz 1. ...</i></p> | Bestehendes Recht | Es gibt keinen Grund den Artikel abzuändern. |
| <p>Art. 59 Abs. 2bis <i>Im Falle eines Vergütungsmodells vom Typus DRG (Diagnosis Related Groups) übermittelt der Leistungserbringer dem Versicherer die medizinischen und administrativen Daten nach Absatz 1 zusammen. Dabei verschlüsselt und pseudonymisiert der Leistungserbringer die medizinischen Daten. Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren dazu die gesamtschweizerisch einheitliche Struktur des administrativen und des medizinischen Datensatzes unter Berücksichtigung von Absatz 2. Der Versicherer kann die medizinischen Daten, zusammen mit der vom Versicherer vergebenen Rechnungsnummer, dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin zur weiteren Abklärung übermitteln. Die Verschlüsselung kann ausschliesslich durch den</i></p> | <p><i>Auf begründete Anfrage übermittelt der Leistungserbringer dem Vertrauensarzt der Versicherung die medizinischen Daten. Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren dazu die gesamtschweizerisch einheitliche Struktur des medizinischen Datensatzes unter Berücksichtigung von Absatz 2. Die Weiterleitung der medizinischen Daten vom Vertrauensarzt an den Versicherer richtet sich im Übrigen nach Artikel 57 des Gesetzes.</i></p> | |

| Verordnungstext | Vorschlag H+ | Bemerkungen |
|--|---|-------------|
| <p>Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin nach Artikel 57 des Gesetzes aufgehoben werden. Der Leistungserbringer ermöglicht dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin der Versicherer die gleichzeitige Entschlüsselung sämtlicher Daten nach Absatz 1. Die Weiterleitung der medizinischen Daten vom Vertrauensarzt an den Versicherer richtet sich im Übrigen nach Artikel 57 des Gesetzes.</p> | | |
| <p>Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. Oktober 2008, Absätze 2bis, 2ter und 4^{2bis} Das Monitoring nach Absatz 2 umfasst insbesondere pro Leistungserbringer die Entwicklung der Fallzahl, der abgerechneten Kosten und im Falle eines Vergütungsmodells vom Typus DRG (Diagnosis Related Groups) die Entwicklung des CMI (Case Mix Index). Das Monitoring über sämtliche Bereiche nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes, einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche, muss insbesondere gewährleisten, dass neben dem Korrekturmechanismus nach Absatz 2ter zusätzliche Korrekturmassnahmen von den Tarifpartnern durchgeführt werden können. Können sich die Tarifpartner nicht bis am 30. No-</p> | <p>Das Monitoring umfasst insbesondere pro Leistungserbringer die Qualität der Kodierung und die Entwicklung der abgerechneten Kosten <u>Leistungsolumen</u> pro Fall. Die Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren in den Tarifverträgen Massnahmen und Korrekturmechanismen bei ungenügender Kodierung und einer ungerechtfertigten Erhöhung der abgerechneten Kosten <u>Leistungsolumens</u> pro Fall. Das Monitoring über sämtliche Bereiche nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes, einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche, muss insbesondere gewährleisten, dass neben den tarifvertraglich vereinbarten Korrekturmechanismen zusätzliche Korrekturmass-</p> | |

| Verordnungstext | Vorschlag H+ | Bemerkungen |
|--|---|-------------|
| <p>vember 2011 auf ein entsprechendes Monitoring einigen, übermitteln die Leistungserbringer den Versicherern die dazu notwendigen Informationen ab dem Einführungszeitpunkt nach Absatz 1 der Übergangsbestimmungen der Änderung vom 21. Dezember 2007 des Gesetzes bis zum Abschluss der Korrekturmassnahmen quartalsweise. Die Versicherer führen gemeinsam ein Monitoring durch und veröffentlichen halbjährlich eine Auswertung als Grundlage für Korrekturmassnahmen der Tarifpartner.</p> | <p>nahmen auf Ebene der Tarifstruktur durchgeführt werden können.</p> | |
| <p>^{2ter} Können sich die Tarifpartner im Falle eines Vergütungsmodells vom Typus DRG (Diagnosis Related Groups) nicht bis am 30. November 2011 auf gesamtschweizerisch einheitliche Korrekturmassnahmen nach Absatz 2 einigen, muss der Leistungserbringer in den ersten beiden Jahren nach Einführung des Vergütungsmodells bei einer ungerechtfertigten Erhöhung um mehr als 2 Prozent, sowohl des effektiven CMI (Case-Mix-Index) im Abrechnungsjahr gegenüber dem vereinbarten CMI, als auch der effektiven Fallzahl im Abrechnungsjahr gegenüber der bei der Vereinbarung</p> | <p>Streichen</p> | |

| Verordnungstext | Vorschlag H+ | Bemerkungen |
|--|---|---|
| <p><i>des CMI berücksichtigten Fallzahl, die Mehrerträge innerhalb des Folgejahres rückvergüten. Die Umsetzungsmodalitäten werden zwischen Leistungserbringern und Versicherern geregelt.</i></p> | | |
| <p><i>⁴ Die Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren im Falle eines Vergütungsmodells vom Typus DRG (Diagnosis Related Groups) für die Abgeltung der Anlagenutzungskosten bis zum Einbezug der Anlagenutzungskosten in die Tarifstruktur nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes, jedoch höchstens während drei Jahren nach dem Einführungszeitpunkt nach Absatz 1 der Übergangsbestimmungen der Änderung vom 21. Dezember 2007 des Gesetzes, in den Tarifverträgen prozentuale Zuschläge auf die verhandelten Basispreise.</i></p> | <p><i>... Diese betragen für abgerechnete Fälle 14-16% Prozent.</i></p> | <p>Alle in der Schweiz durch neutrale Stellen durchgeführten Studien zeigen, dass die Anlagenutzungskosten in Spitälern bei 14-16% der gesamten Kosten liegen. Ein zu tiefer Satz spart mittel- bis langfristig keine Kosten, sondern verschiebt die notwendigen Investitionen nur weiter in die Zukunft.</p> |
| <p>II <i>Diese Änderung tritt am 1. November 2011 in Kraft.</i></p> | | |