



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Inneren EDI

Bundesamt für Gesundheit BAG

Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung

Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV)

Vorgesehene Änderungen per 1. November 2011

Änderungen und Kommentar im Wortlaut

Bern, 14. September 2011

I. Allgemeiner Teil: Ausgangslage

Die Eidgenössischen Räte haben am 21. Dezember 2007 die Revision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) im Bereich der Spitalfinanzierung beschlossen (AS 2008 2049). Im Zentrum stehen der Übergang zur Leistungsfinanzierung sowie die Einführung der leistungsbezogenen Fallpauschalen, die auf einheitlichen Strukturen beruhen.

Der Bundesrat hat am 22. Oktober 2008 die Ausführungsbestimmungen in Form der Änderungen der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL; SR 832.104) verabschiedet. Der Bundesrat hat insbesondere Anpassungen bei der Rechnungsstellung (Art. 59 KVV) vorgenommen sowie basierend auf Absatz 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007 die Schlussbestimmungen zur KVV wie auch VKL erlassen. In Absatz 2 der Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. Oktober 2008 der KVV ist festgehalten, dass die Tarifpartner Begleitmassnahmen für die Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen zu vereinbaren haben. Da die Tarifpartner über diese Punkte sowie über die Frage der Datenübermittlung im Rahmen der Rechnungsstellung bisher keine Einigung erzielt haben, ist es notwendig im Interesse einer geordneten Einführung sowie der Rechtssicherheit zusätzliche Bestimmungen zu erlassen. Die Verordnung vom 27. Juli 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) wird entsprechend angepasst. Die betroffenen Bereiche sind die Datenübermittlung, die Begleitmassnahmen zur Einführung der Fallpauschalen (Monitoring und Korrekturmassnahmen) und die Anlagenutzungskosten.

II. Revision der Verordnung

1. Datenübermittlung

Beim vorgesehenen DRG-Fallpauschalen-System für den akutstationären Bereich wird jeder Spitalaufenthalt anhand von bestimmten Kriterien wie Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Behandlungen, Schweregrad und Alter des Patienten einer Fallgruppe zugeordnet und pauschal vergütet. Diese diagnosebasierte Tarifstruktur hat zur Folge, dass die Übermittlung von Diagnose- und Behandlungsdaten von den Leistungserbringern an die Versicherer gefordert wird.

Grundsätzlich ist es Aufgabe der Tarifpartner, die konkrete Regelung der Übermittlung von Diagnose- und Prozedurencodes, respektive die Rechnungsstellung vor der Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen einzureichen. Mit Blick auf die Einführung der leistungsbezogenen Finanzierung konnten sich Leistungserbringer und Versicherer nicht auf die Ausgestaltung der Spitalrechnungen einigen. Für die Versicherer ist klar, dass sie aufgrund der Fallpauschale nicht überprüfen können, ob die Rechnungsstellung korrekt erfolgt ist und ob die durchgeführte Behandlung den Kriterien der Wirtschaftlichkeit genügt, so wie es das Gesetz verlangt. Aus diesem Grund verlangen die Versicherer, dass die Spitäler nebst der Fallpauschale sämtliche Diagnosen und Prozeduren auf der Rechnung auflisten. Demgegenüber argumentieren die Leistungserbringer, dass eine Kontrolle der DRG-Codierung bereits im Rahmen der Codierrevision stattfindet. Dieses Kontrollverfahren, bei welchem externe Revisoren stichprobeartig prüfen, ob das Spital aufgrund der gemachten Diagnosen die richtige Fallpauschale in Rechnung gestellt habe, sei wirksam und respektiere gleichzeitig das Patientengeheimnis. Die Leistungserbringer sind der Meinung, die Aufführung der Fallpauschale auf der Rechnung sei genügend und nur in begründeten Fällen seien auf Nachfrage zusätzliche Angaben zu liefern. Die systematische Datenübermittlung wird seitens der Spitäler als unverhältnismässig erachtet und eine Verletzung des Patientengeheimnisses wird befürchtet.

Nach Artikel 42 Absatz 3 und 4 des Gesetzes muss der Leistungserbringer dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen, wobei er ihm alle Angaben machen muss, die er benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können. Der Versicherer kann eine genaue Diagnose oder zusätzliche Auskünfte medizinischer Natur verlangen (Art. 42 Abs. 4 KVG). Absatz 5 von Artikel 42 KVG hält dazu fest, dass der Leistungserbringer in begründeten Fällen berechtigt und auf Verlangen der versicherten Person in jedem Fall verpflichtet ist, medizinische Angaben nur dem Vertrauensarzt des Versicherers bekannt zu geben. Auf der Rechnung bekanntzugeben sind laut Artikel 59 Absatz 1 KVV das Kalendarium der Behandlung, erbrachte Leistungen, Diagnosen, Kennnummer der Versichertenkarte und die Versichertennummer. Die Versicherer und Leistungserbringer können gemeinsam vereinbaren, welche Angaben und Diagnosen in der Regel nur dem Vertrauensarzt übermittelt werden (Art. 59 Abs. 2 KVV).

Die Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen ändert grundsätzlich nichts an diesen rechtlichen Vorgaben. Der Bundesrat hat im Rahmen der Verordnungsanpassungen zur KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung Artikel 59 KVV bereits ergänzt und festgehalten, dass die Versicherer die nach Artikel 20 der Verordnung zum Bundesgesetz über den Datenschutz erforderlichen technischen und organisatorischen Massnahmen treffen (Art. 59 Abs. 1^{bis} KVV), und dass eine klare Trennung zwischen der Rechnung für die obligatorische Krankenpflegeversicherung und der Rechnung für die Zusatzversicherung zu erfolgen hat und zwei separate Rechnungen erstellt werden müssen (Art. 59 Abs. 3 KVV). Gleichzeitig hat er festgehalten, dass die Diagnose bezogenen Daten pseudonymisiert aufzubewahren sind, wobei die Pseudonymisierung einzig durch den Vertrauensarzt aufgehoben werden kann (Art. 59 Abs. 1^{ter} KVV). Damit trug der Bundesrat der möglichen Übermittlung von diagnosebezogenen Daten Rechnung und hat insbesondere bereits den Versicherern klare Vorgaben für den Umgang mit sensiblen Daten gemacht.

In einem Grundsatzurteil vom 29. Mai 2009 (C-6570/2007) hat das Bundesverwaltungsgericht zur Auslegung von Artikel 42 KVG und 59 KVV festgehalten, dass die geltenden Bestimmungen eine tarifvertragliche Regelung bezüglich der systematischen Weitergabe bestimmter medizinischer Auskünfte erlauben, dabei aber insbesondere auch die allgemeinen verfassungs-, verwaltungs- und sozialversicherungsrechtlichen Prinzipien zu respektieren, wozu das grundrechtlich geschützte Recht auf informationelle Selbstbestimmung der Versicherten wie auch die datenschutzrechtlichen Bestimmungen gehören. Insbesondere sei bei der Bearbeitung von Personendaten der Grundsatz der Verhältnismässigkeit zu beachten. Bezüglich Wirtschaftlichkeitskontrolle geht das Bundesverwaltungsgericht davon aus, dass bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit stationärer Leistungen grundsätzlich nach der analytischen Methode (Einzelfallprüfung), allenfalls durch eine genügend grosse Anzahl von (gezielten) Stichproben vorgegangen werden muss, und diese sich nicht auf eine blosser Rechnungskontrolle zu beschränken hat, sondern sich auch darauf zu erstrecken hat, ob der Behandlungsaufwand unter Berücksichtigung des Krankheitsbildes und des angestrebten Heilerfolges notwendig und vertretbar war. Dies setzte voraus, dass für jeden Einzelfall Kenntnis über die Diagnose, die durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen sowie das angestrebte diagnostische und therapeutische Ziel besteht. Nach Ansicht des Bundesverwaltungsgerichts erweisen sich die Diagnose und der Eingriffscode somit als geeigneter und adäquater Ausgangspunkt zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit. Sollte sich anhand dieser Ausgangsinformationen zeigen, dass weitere medizinische Auskünfte erforderlich sind, so könnten diese im Rahmen von Artikel 42 Absatz 4 und 5 KVG - gegebenenfalls über den Vertrauensarzt - einverlangt werden. Im zu entscheidenden Fall wurde daher festgehalten, dass die tarifvertragliche Vereinbarung der systematischen Weitergabe von Diagnosen mit der Eintrittsmeldung respektive von Diagnosen und von Eingriffs-codes mit der Rechnung, in der Regel in nicht anonymisierter Form an sich nicht als unverhältnismässig zu beurteilen ist.

Im Bereich der leistungsbezogenen Pauschalen vom Typ DRG fallen künftig medizinische Daten von hohem Detaillierungsgrad an. Zu den medizinischen Daten gehören insbesondere die Hauptdiagnosen, Nebendiagnosen, Prozeduren, Schweregrad, Alter, Grösse, Gewicht oder Geburtsgewicht. Wie oben ausgeführt, sind die Krankenversicherer gehalten, eine Rechnungskontrolle vorzunehmen. Sie sollen dazu unter Nutzung der verfügbaren Informationen befähigt werden. Deshalb ist im Einklang mit

dem Grundsatzurteil vom 29. Mai 2009 (C-6570/2007) des Bundesverwaltungsgerichts eine systematische Datenübermittlung vorgesehen. Im Interesse des Datenschutzes erfolgt jedoch die Übermittlung der medizinischen Daten vom Leistungserbringer an den Krankenversicherer in pseudonymisierter und verschlüsselter Form. Für die weitere Abklärung kann der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin diese Daten entschlüsseln. Der Vertrauensarzt hat im Einklang mit Artikel 57 des Gesetzes weiterhin im Einzelfall die Möglichkeit, durch das Spital direkt oder durch den Versicherer via Rechnungsnummer die Pseudonymisierung aufheben zu lassen, z.B. wenn er weitere Abklärungen beim Leistungserbringer vornehmen oder bei diesem weitere Angaben einfordern will.

Mit der Pseudonymisierung und Verschlüsselung ist eine Vereinbarung der Tarifpartner, welche Daten einzig an den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin weitergeleitet werden, nicht notwendig, da die Entschlüsselung der medizinischen Daten nur durch den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin erfolgen kann. Die Spezifizierung von stigmatisierenden Daten ist ebenfalls nicht notwendig, da grundsätzlich alle medizinischen Daten, d.h. Diagnosen und Prozeduren nur für den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin zugänglich sind. Und nicht zuletzt stellt auch die Archivierung der Daten nach Artikel 59 Absatz 1^{ter} KVV keine erhöhten technischen Anforderungen, da die Daten pseudonymisiert und verschlüsselt übermittelt werden und in dieser Form archiviert werden können.

2. Monitoring und Korrekturmassnahmen

Ein Tarifmodellwechsel darf nach Artikel 59c Absatz 1 Buchstabe c KVV ceteris paribus für die obligatorische Krankenpflegeversicherung keine Mehrkosten verursachen. Der Bundesrat hat im Rahmen seiner Kompetenz nach Absatz 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 des KVG die Einführungsmodalitäten festgehalten und unter anderem in den Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. Oktober 2008 der KVV Begleitmassnahmen vorgeschrieben. Die Tarifpartner müssen im Rahmen der Tarifautonomie namentlich Instrumente zur Überwachung der Entwicklung der Kosten und der Leistungsmengen (Monitoring) sowie die Korrekturmassnahmen vereinbaren. Um der andauernden Uneinigkeit der Tarifpartner hinsichtlich Monitoring und Korrekturmassnahmen auf nationaler Ebene entgegenzuwirken und da unmittelbar die Tarifverhandlungen in Bezug auf die Basispreise (Baserates) beginnen, legt der Bundesrat, im Rahmen seiner Kompetenz die Einführungsmodalitäten zu bestimmen, eine kurzfristig umsetzbare Korrekturmassnahme in Absatz 2^{ter} der Schlussbestimmungen der Änderung der KVV vom 22. Oktober 2008 für zwei Jahre subsidiär fest. Zudem werden den Tarifpartnern die Anforderung an das Monitoring insofern in Absatz 2^{bis} der Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. Oktober 2008 der KVV präzisiert, als das Monitoring entsprechend erlauben muss, dass im Falle von ungerechtfertigten Mehrkosten, trotz des vom Bundesrat festgelegten Korrekturmechanismus, zusätzliche Korrekturmassnahmen von den Tarifpartnern durchgeführt werden können. Des Weiteren sind im Rahmen von Korrekturmassnahmen neben finanziellen Korrekturen auch Anpassungen im weiteren Sinne, insbesondere betreffend Tarifstruktur und Anwendungsmodalitäten nach Artikel 59d Absatz 1 KVV, von den Tarifpartnern in Betracht zu ziehen. Es ist zudem daran zu erinnern, dass die gesetzliche Anforderung eines Betriebsvergleichs nach Artikel 49 Absatz 1 KVG ungeachtet der Korrekturmassnahmen anwendbar bleibt und dieses keinesfalls ersetzt.

3. Anlagenutzungskosten

Die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 des KVG schreibt den Einbezug der Investitionskosten in die Tarifierung vor. Zudem sieht Artikel 49 Absatz 1 KVG leistungsbezogene Pauschalen – in der Regel Fallpauschalen – vor. Eine fallbezogene Zuordnung der Investitionskosten bzw. Anlagenutzungskosten setzt den Einbezug der Anlagenutzungskosten in die Tarifstruktur bzw. Kostengewichte voraus. Möglich sei der Einbezug der Anlagenutzungskosten in die Kostengewichte und somit die Abgeltung über den Basispreis nach Angaben der Tarifpartner spätestens ab der 2015 gültigen Tarifstruktur SwissDRG 4.0. Erst dann können die Anlagenutzungskosten den DRGs fallspezifisch zugeordnet werden und somit die gemäss KVG vorgesehene Lösung umgesetzt werden. In der

Zwischenzeit soll den Versicherern und Leistungserbringern die Möglichkeit gegeben werden, einen prozentualen Zuschlag auf den verhandelten Basispreis vorzusehen.

III. Besonderer Teil: Erläuterung der einzelnen Bestimmungen

Datenübermittlung

Artikel 59 Absatz 1

Artikel 59 Absatz 1 zählt auf, welche Angaben die Leistungserbringer auf ihren Rechnungen machen müssen. Die bisher verlangten Angaben in den Buchstaben a bis e bleiben bestehen. Der Einleitungssatz wird hingegen ergänzt mit der Vorgabe aus Artikel 42 Absatz 3 KVG, wonach die Rechnung alle Angaben enthalten muss, welche für die Überprüfung der Berechnung der Vergütung sowie für die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistung notwendig werden. Damit soll dem Grundsatz der Verhältnismässigkeit Rechnung getragen werden, indem nicht mehr Angaben auf der Rechnung aufgeführt werden, als tatsächlich notwendig sind.

Artikel 59 Absatz 2 1. Satz

Nach Absatz 2 hatten die Tarifpartner bis dahin die Möglichkeit in den Tarifverträgen zu vereinbaren, welche Angaben und Diagnosen in der Regel nur dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin des Versicherers bekannt zu geben sind. Das Bundesverwaltungsgericht sagt eindeutig, dass die Weitergabe der Diagnose und des Eingriffs-codes mit der Eintrittsmeldung bzw. mit der Rechnungsstellung „nur dann zulässig ist, wenn deren genaue Ausgestaltung gemäss dem Prinzip des geringstmöglichen Eingriffs von den Parteien tarifvertraglich geregelt wird“. Unter den aufgeführten Bedingungen ist eine systematische Übermittlung der Daten und auch der Diagnoseangaben grundsätzlich zweckmässig und notwendig zur Durchführung der Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrolle. Der Absatz ist daher im Sinne des Grundsatzurteils des Bundesverwaltungsgerichts dahingehend anzupassen, dass die Tarifpartner die Modalitäten (insbesondere in Bezug auf den Datenumfang auf die abrechnungsrelevanten Elemente) der systematischen Übermittlung von Diagnosen und Prozeduren tarifvertraglich vereinbaren, unter Berücksichtigung von Absatz 1.

Artikel 59 Absatz 2bis

Absatz 2^{bis} bezieht sich wie erwähnt nur auf ein Vergütungsmodell vom Typus DRG (Diagnosis Related Groups). Die Leistungserbringer übermitteln hierzu die nach Absatz 1 abrechnungsrelevanten medizinischen und administrativen Daten an die Versicherer. Die administrativen Daten umfassen unter Anderem Rechnungsdatum, Spital, Versichertennummer, Zeitraum der Behandlung, DRG inklusive Bezeichnung sowie den Rechnungsbetrag. Der Leistungserbringer pseudonymisiert und verschlüsselt die medizinischen Daten. Medizinische Daten sind insbesondere die rechnungsrelevanten Diagnosen, Prozeduren, Schweregrad, Alter, Grösse, Gewicht bzw. Geburtsgewicht. Die Tarifpartner haben eine einheitliche Struktur des administrativen und des medizinischen Datensatzes zu vereinbaren, damit eine einheitliche Rechnungsstellung gewährleistet ist.

Der Versicherer kann die medizinischen Daten, zusammen mit der Rechnungsnummer an den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin zur weiteren Abklärung übermitteln, die Daten bleiben pseudonymisiert. Die Verschlüsselung kann nur durch den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin aufgehoben werden wobei der Versicherer dem Leistungserbringer die zuständige Stelle bezeichnet. Der Leistungserbringer ermöglicht es dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin, alle Daten jederzeit zu entschlüsseln, ohne dass eine weitere Nachfrage notwendig wäre. Der Vertrauensarzt hat im Einklang mit Artikel 57 des Gesetzes weiterhin im Einzelfall die Möglichkeit, beim Versicherer die Pseudonymisierung aufzuheben, z.B. wenn er weitere Abklärungen beim Spital vornehmen oder weitere Angaben einfordern will. Der Ablauf der Datenübermittlung und Rechnungskontrolle wird im beigelegten Flussdiagramm ersichtlich.

Monitoring und Korrekturmassnahmen

Absatz 2^{bis} der Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. Oktober 2008

Das Monitoring soll mindestens 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) je Leistungserbringer überwachen können. Neben dem Korrekturmechanismus nach Absatz 2^{ter} muss das Monitoring auch erlauben, dass durch die Tarifpartner zusätzliche Korrekturmassnahmen durchgeführt werden können. Nach einer Nachfrist bis am 30. November 2011, in welcher die Tarifpartner im Sinne der Tarifautonomie noch ein entsprechendes Monitoring nach Absatz 2 der Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. Oktober 2008 der KVV bereitstellen können, werden die Leistungserbringer verpflichtet, 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 zu übermitteln. Die Versicherer werden verpflichtet, gemeinsam das Monitoring durchzuführen und halbjährlich eine Auswertung als Grundlage für Korrekturmassnahmen der Tarifpartner zu veröffentlichen.

Absatz 2^{ter} der Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. Oktober 2008

Sollten sich die Tarifpartner innerhalb einer Nachfrist bis am 30. November 2011 nicht auf Korrekturmassnahmen nach Absatz 2 der Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. Oktober 2008 der KVV einigen, wird den Leistungserbringern, welche nach SwissDRG im obligatorischen Krankenpflegeversicherungsbereich abrechnen, vorgeschrieben, die ungerechtfertigten Mehrerträge aus einem übersteigenden CMI (Case-Mix-Index) im Abrechnungsjahr gegenüber dem im Tarifvertrag vereinbarten CMI innerhalb des Folgejahres zurückzuerstatten. Eine Abweichung des effektiven CMI vom vereinbarten CMI von mehr als 2 Prozent nach oben, wobei diese Prozentzahl als Toleranzmarge zu verstehen sind, führt zu einer Rückerstattung. Das Risiko von Mehrkosten durch ungerechtfertigte Mengenausweitungen kann durch Korrekturmassnahmen mittels CMI nicht grundsätzlich ausgeschlossen werden. Die Leistungserbringer werden daher verpflichtet, die Mehrerträge aus einer ungerechtfertigten Fallzahlerhöhung im Abrechnungsjahr gegenüber der bei der Vereinbarung des CMI berücksichtigten Fallzahl innerhalb des Folgejahres zurückzuerstatten. Dabei ist die gleiche Toleranzmarge anzuwenden. Gerechtfertigte höhere CMI und Fallzahlerhöhungen im Abrechnungsjahr wie aufgrund von Änderungen im Leistungsauftrag sollen korrekturmildernd berücksichtigt werden. Leistungserbringer und Versicherer sind angehalten, die Umsetzungsmodalitäten insbesondere das Rückerstattungsverfahren zu regeln.

Anlagenutzungskosten

Absatz 4 der Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. Oktober 2008

Die Berücksichtigung der Anlagenutzungskosten bei der Vergütung mittels leistungsbezogenen Pauschalen ist durch Absatz 1 der Übergangsbestimmung zur Änderung vom 21. Dezember 2007 des KVG den Tarifpartnern vorgeschrieben worden und wird durch die noch fehlende Integration in der Tarifstruktur nicht generell entfallen dürfen. Absatz 4 der Schlussbestimmung der Änderung vom 22. Oktober 2008 der KVV hält somit fest, dass Versicherer und Leistungserbringer im Rahmen der Tarifverhandlungen die Abgeltung der Anlagenutzungskosten in Form eines prozentualen Zuschlags auf den verhandelten Basispreis (exklusive Anlagenutzungskosten) im Tarifvertrag vereinbaren. Der Bundesrat legt für das Jahr 2012 einen prozentualen Zuschlag von 10% fest. In den beiden Folgejahren soll den Tarifpartnern im Rahmen der Tarifautonomie erneut die Möglichkeit gegeben werden, ohne Vorgabe der Höhe des prozentualen Zuschlags zu verhandeln.

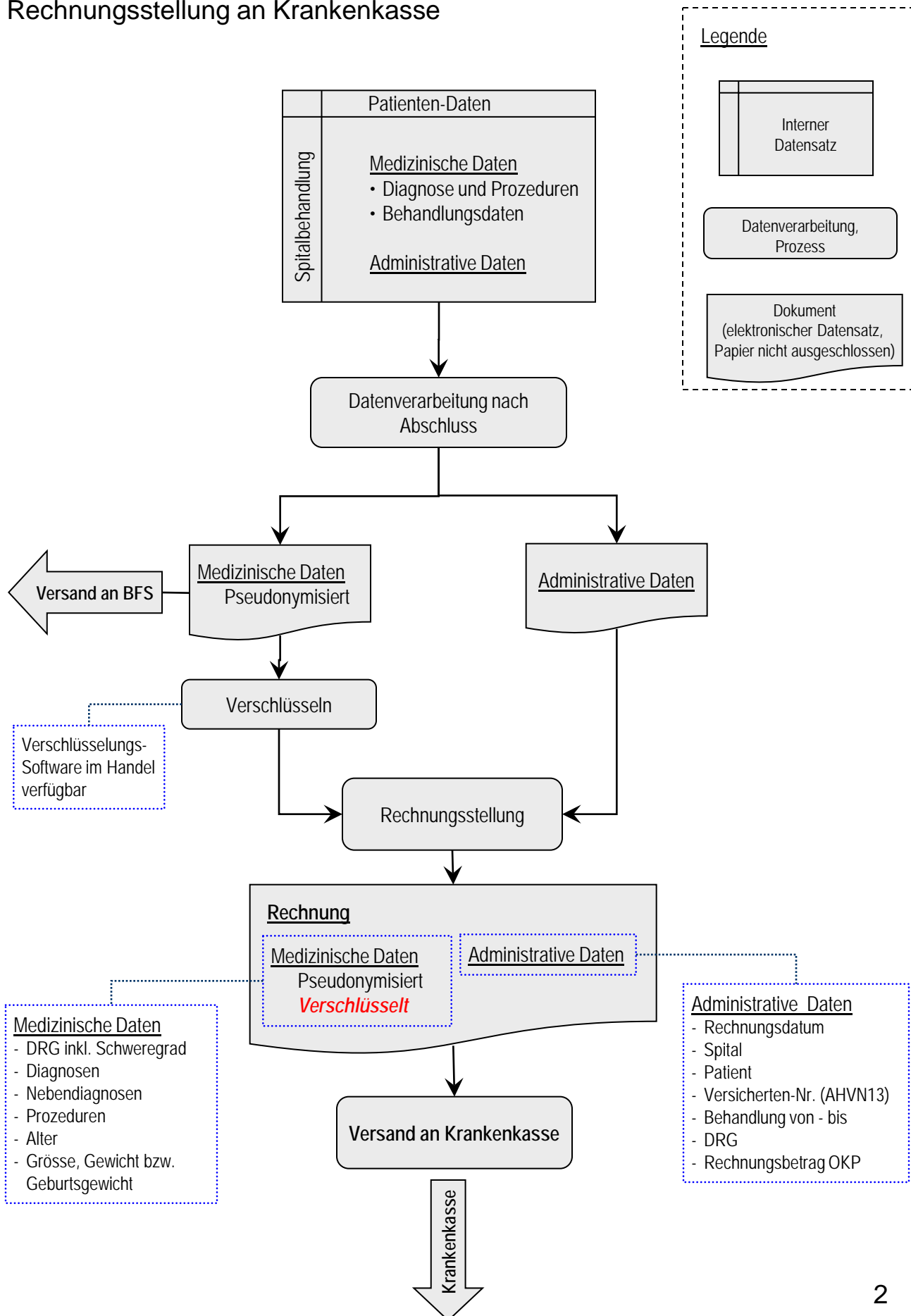


Datenübermittlung und Rechnungskontrolle für die Abrechnung mittels SwissDRG

Illustration der Umsetzung anhand
eines Datenflussdiagramms

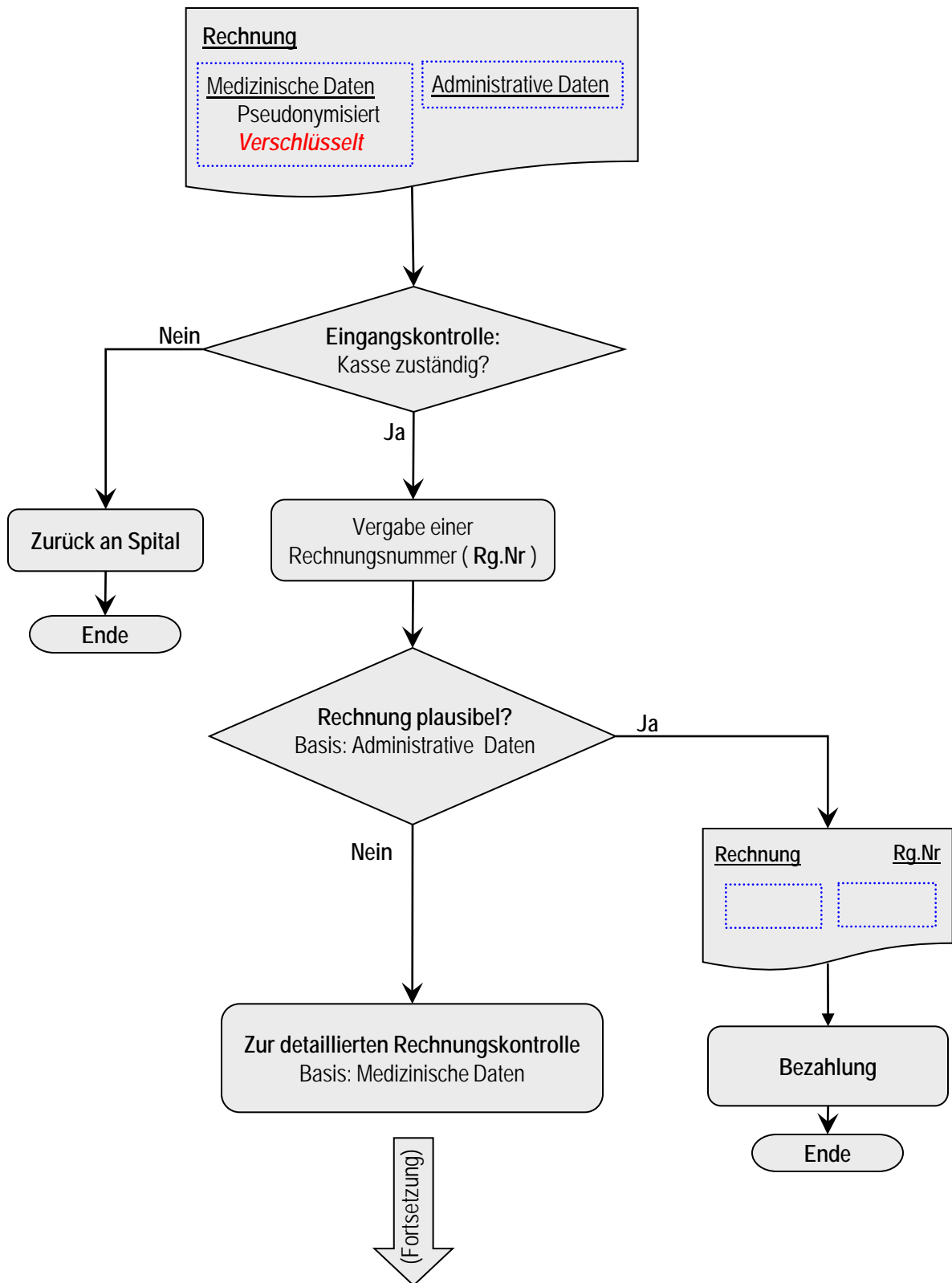
Datenverarbeitung im Spital

Rechnungsstellung an Krankenkasse



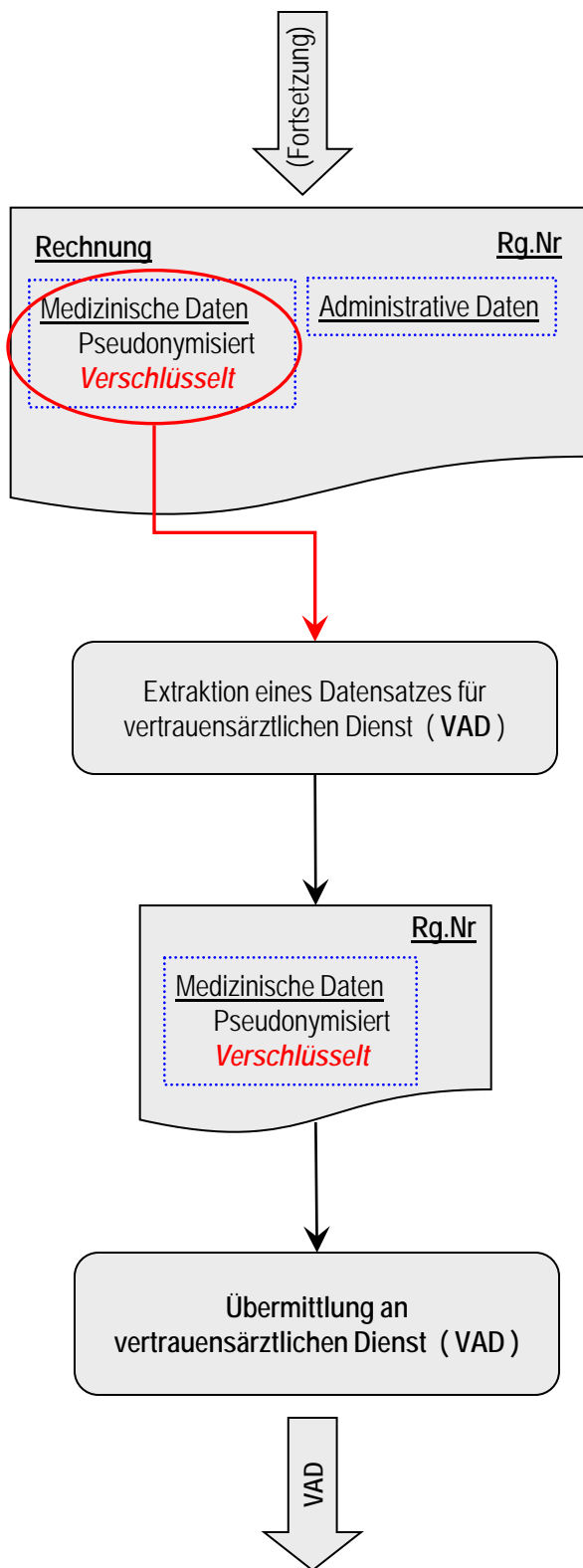
Datenverarbeitung Krankenkasse

Verarbeitung der administrativen Daten



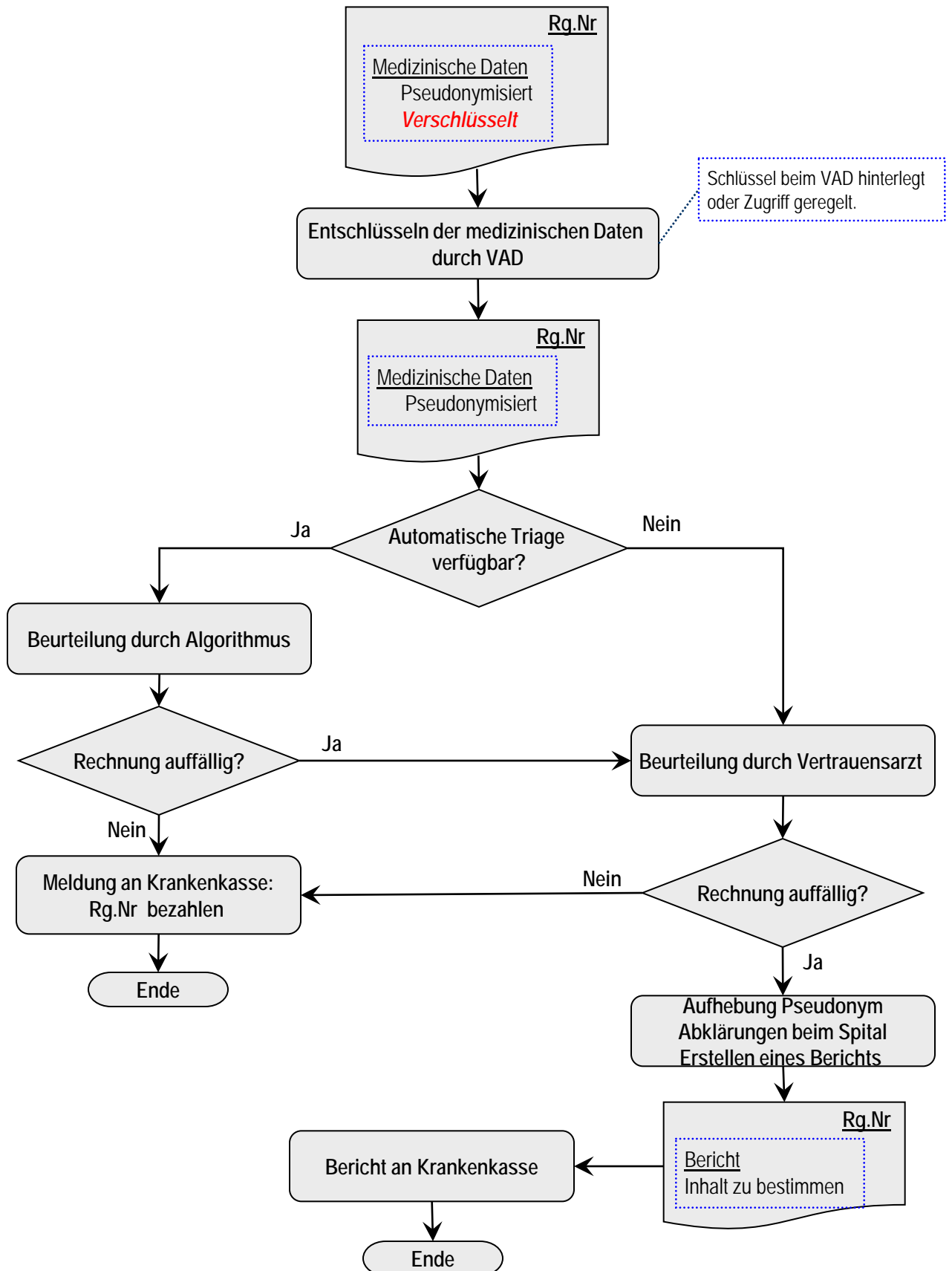
Datenverarbeitung Krankenkasse:

Übermittlung der medizinischen Daten an den vertrauensärztlichen Dienst (VAD) zur detaillierten Kontrolle



Vertrauensärztlicher Dienst

Detaillierte Rechnungskontrolle anhand der medizinischen Daten



Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)

Änderung vom ...

Der Schweizerische Bundesrat

verordnet:

I

Die Verordnung vom 27. Juni 1995¹ über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:

Art. 59 Abs. 1

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: ...

Art. 59 Abs. 2 Satz 1

² Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren in den Tarifverträgen die Modalitäten der systematischen Übermittlung von Diagnosen und Prozeduren, unter Berücksichtigung von Absatz 1. ...

Art. 59 Abs. 2bis

^{2bis} 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 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.

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 2^{ter} zusätzliche Korrekturmassnahmen von den Tarifpartnern durchgeführt werden können. Können sich die Tarifpartner nicht bis am 30. November 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.

^{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 des CMI berücksichtigten Fallzahl, die Mehrerträge innerhalb des Folgejahres rückvergüten. Die Umsetzungsmodalitäten werden zwischen Leistungserbringern und Versicherern geregelt.

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. Diese betragen für abgerechnete Fälle im Jahre 2012 10 Prozent.

II

Diese Änderung tritt am 1. November 2011 in Kraft.

Im Namen des Schweizerischen Bundesrates

...

Die Bundespräsidentin: Micheline Calmy-Rey
Die Bundeskanzlerin: Corina Casanova

