



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Bundesamt für Gesundheit BAG

Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung
Abteilung Leistungen, Sektion Medizinische Leistungen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Per Mail an: ELGK-Sekretariat@bag.admin.ch, dm@bag.admin.ch

Ort, Datum Bern, 30. Oktober 2017
Ansprechpartner/in Martin Bienlein

Direktwahl 031 335 11 13
E-Mail Martin.bienlein@hplus.ch

H+ Vernehmlassungsantwort Änderungen der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV), Ambulant vor Stationär

Sehr geehrte Frau Carosella
Sehr geehrte Damen und Herren

Besten Dank für die Einladung zur Vernehmlassung. Unsere Antwort beruht auf einer Mitgliederumfrage.

H+ Position

- Grundsätzlich hält H+ staatliche Eingriffe in die medizinische Behandlungsfreiheit für falsch.
- Der Bund ist angehalten, die kantonalen Gesetzgebungen zu stoppen (siehe unten).
- Die Kontrolle der WZW und die Rechnungskontrolle soll nur durch einen Akteur durchgeführt werden.
- Die Beschränkung des Leistungskatalogs ist über den im Gesetz vorgesehenen Weg zu führen.
- Die administrativen Hürden für alle Beteiligten müssen möglichst niedrig gehalten werden.
- Eine medizinische Dokumentation ist einer Kostengutsprache vorzuziehen.
- Die Ausnahmekriterien müssen alle medizinischen, persönlichen, sozialen und psychischen Möglichkeiten beinhalten.

Illegale kantonale Gesetzgebung stoppen

Auf Wunsch des Departementsvorsteher Bundesrat Berset haben sich H+ und der Direktionsbereich KUVG des BAG am 25. Oktober 2017 über die Rechtmässigkeit von kantonaler Gesetzgebung zu ambulanten Behandlungen ausgetauscht. Die bestehenden Differenzen konnten nicht beseitigt werden.

Unbestritten ist, dass der Auslöser der kantonalen Legiferierung finanzpolitische Überlegungen in den Kantonen Luzern und Zürich waren. Unbestritten ist zudem, dass die Kantone als Kostenträger der sozialen Krankenversicherung für stationäre Leistungen ein Recht zur Wirtschaftlichkeitsprüfung dieser stationären Leistungen haben. Unbestritten ist schliesslich, dass die Kantone diese Wirtschaftlichkeitsprüfung generell unverbindlich ankündigen können.

Das BAG erlaubt im Rahmen dieser Wirtschaftlichkeitsprüfung kantonale Gesetzgebungen, die Behandlungen mit stationärem Aufenthalt zum vornherein verbieten oder mit Auflagen verbinden.

H+ hält dagegen, dass dies eine Beschränkung des Leistungskatalogs der sozialen Krankenversicherung ist, die nach Art. 33 KVG i.V.m. Art. 33 KVV alleine dem Departement des Inneren vorbehalten ist. Mit den kantonalen Gesetzen verpflichten die kantonalen Parlamente die Exekutive, Leistungen nicht zu vergüten. Damit greifen die Kantone in die Auslegung der WZW-Kriterien und folglich in die Bundeskompetenz ein, ohne vom nationalen Gesetzgeber dazu ermächtigt zu sein. Kostengutsprachen sind eine Ausnahme im KVG und in den Verordnungen verankert (Art. 71a KVV, Art. 3b KLV, Anhang 1 KLV Kapitel 11). Eine Kostengutsprache des Wohnkantons ist im Gesetz nicht vorgesehen und läuft damit dem Willen des nationalen Gesetzgebers zuwider. Solche kantonalen Einschränkungen sind folglich illegal. H+ fordert deshalb den Departementsvorsteher auf, dem Unrecht Einhalt zu gebieten.

Zum Vorgehen der Konsultation

Die nun erfolgte Konsultation analog zu einer politischen Vernehmlassung ist im Rahmen des Art. 33 KVV grundsätzlich nicht vorgesehen. Vorgesehen ist die Anhörung der zuständigen Kommission, in diesem Fall der ELGK. Auch wenn wir im Folgenden zu den Behandlungen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden sollen, Stellung nehmen, halten wir das Vorgehen teilweise für problematisch. Es ist nicht im Rahmen einer politischen Anhörung zu klären, welche medizinischen Pflichtleistungen im Einzelfall wie zu erbringen sind. Dies ist die Aufgabe von Fachexperten und den verantwortlichen Leistungserbringern.

Richtig halten wir das Vorgehen und die Vernehmlassung von Prinzipien, wie solche Leistungen in Zukunft verrechnet werden dürfen und welche Regeln dabei einzuhalten sind.

Misstrauensvotum gegen Krankenversicherer und Kantone

Die Beschränkung von Behandlungen in der Verordnung ist ein Misstrauensvotum gegen die Krankenversicherer und die Kantone, respektive gegen deren scheinbar ungenügende Wirtschaftlichkeitskontrolle. Wie die BAG-Begründung der Tolerierung kantonalen Gesetzgebungen zeigt, geht es in dieser Rechtsetzung eigentlich um die Wirtschaftlichkeit.

Wenn der Bund nun eingreift, zeigt er damit sein Misstrauen gegenüber der Wirtschaftlichkeitsprüfung von Krankenversicherern und Kantonen. Es stellt sich die Frage, warum diese Akteure offenbar versagt haben und welche Rahmenbedingungen anzupassen sind, damit dies künftig nicht mehr geschieht. Offensichtliche Bruchstellen zwischen ambulanten und stationären Leistungen sind die gesetzlich verankerte unterschiedliche Finanzierung und Tarifierung. Statt rechtliche Vorgaben für jede Einzelleistung zu erlassen, wäre es deshalb sinnvoller, die gesetzlichen Systembrüche insbesondere für die Leistungen an der Schnittstelle zu entfernen.

Verantwortung bleibt bei Leistungserbringern

Mit der Einschränkung der ärztlichen Behandlungsfreiheit (im Rahmen der WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG und der Einschränkung durch das EDI nach Art. 33 KVG) entsteht eine Verantwortungsasymmetrie. Wenn Patientinnen und Patienten zu Schaden kommen, weil sie ambulant behandelt wurden und der Schaden hätte vermieden werden können, wenn sie stationär aufgenommen worden wären, bleibt die Ärztin / der Arzt verantwortlich, trotz neuer Verordnung. Wenn Patientinnen und Patienten nicht zu Schaden kommen, weil sie aus Ermessensgründen der Ärztin / des Arztes stationär behandelt worden sind, kann hingegen das Spital finanziell bestraft werden, weil es die Verantwortung zur ambulanten Behandlung nicht wahrgenommen hat. D.h. die Verordnung schränkt die Leistungserbringer ein und überbürdet ihnen gleichzeitig zusätzliche medizinische und finanzielle Verantwortung.

Die Einschränkung der Behandlungsfreiheit stellt ein grundlegendes Problem dar, weil die Ausnahmen nicht vollständig in einem Rechtstext festgehalten werden können.

Kostensteigerung, erhöhte Administration, Personalmangel

Unabhängig davon, wie die Ausnahmeerlaubnis für stationäre Behandlungen ausgestaltet wird, bedeutet sie eine erhöhte Dokumentation und Überprüfung nicht nur in den Spitälern und Kliniken, sondern auch bei den Krankenversicherern und Kantonen. Der Kanton Luzern musste Personal einstellen, damit er überhaupt in der Lage ist, die Behandlungen zu kontrollieren. Ob dadurch Kosten gespart oder Kosten generiert werden, ist nicht dokumentiert. Der Verdacht liegt nahe, dass administrative Mehrkosten ohne medizinischen Mehrwert generiert werden.

Ebenso werden die Versicherer Kontrollen einführen, was zu Lasten der sozialen Krankenversicherung geht und über die Prämien finanziert werden muss. Das BAG sollte eine Finanz- und Prämienabwägung vornehmen, bevor es eine rechtliche Anpassung vornimmt.

Die Personen, die medizinische Behandlungen bei den Kantonen und Krankenversicherern überprüfen, benötigen eine Ausbildung in einem Gesundheitsberuf. Diese Fachleute fehlen dann am Krankenbett und verschärfen den Personalmangel, den das BAG in anderen Direktionsbereichen zu bekämpfen versucht.

Unklarheiten bei unterschiedlicher Beurteilung

Die Rechnungskontrolle durch die Kantone parallel zu jener der Versicherer birgt die Gefahr der Uneinigkeit und Rechtsunsicherheit für die Spitäler und Kliniken. Es ist unklar, was in solchen Situationen passiert. Die Rechnungskontrolle sollte deshalb einem einzigen Akteur zugeordnet werden. Wie sich dieser mit anderen betroffenen Kostenträgern austauscht, abspricht und bei unterschiedlicher Beurteilung einigt, soll zwischen den Kostenträgern geregelt und nicht auf dem Buckel der Leistungserbringer ausgetragen werden.

Weiterbildung sichern

Die Verschiebung von stationär zu ambulant muss beachten, dass Spitäler und Kliniken einen Weiterbildungsauftrag haben. Die Assistenzärztinnen und Assistenzärzte haben im Rahmen ihrer Weiterbildung bestimmte Behandlungen und Operationen durchzuführen. Wenn wichtige Behandlungen und Operationen nur noch in ambulanten Strukturen erfolgen, ist sicherzustellen, dass sich diese auch an der Weiterbildung beteiligen.

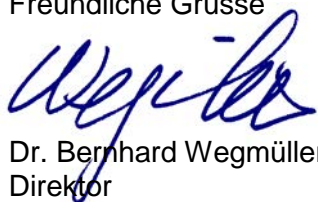
Prämiensteigerung

Die Verschiebung von stationär zu ambulant ist sozialpolitisch delikat, da ambulante Leistungen rein kopfprämienfinanziert sind. Durch die damit verbundene Prämienhöhung werden der Mittelstand und Familien massiv betroffen.

Eine Neuregelung der Finanzierung der Leistungen an der Schnittstelle von stationär zu ambulant könnte durch eine einfache Anpassung der VKL realisiert werden und würde dieses Problem verhindern.

Wir bitten Sie höflich um die Aufnahme unserer Anliegen und stehen für Rückfragen zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor

Zu den konkreten Vorschlägen

Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

1 Chirurgie 1.1 Allgemein

Entwurf

«Stationäre Durchführung von elektiven Eingriffen bei Varizen, Hämorrhoiden, Leistenhernien, Adenoide, Tonsillen, arthroskopischen Eingriffen am Knie, diagnostische und therapeutischen Eingriffe am Uterus gemäss Referenzdokument des BAG "Liste ambulant durchzuführender elektiver Eingriffe" vom XX.YY.ZZZZ»

Neu

«Stationäre Durchführung von elektiven Eingriffen bei Varizen, Hämorrhoiden, Leistenhernien, arthroskopischen Eingriffen am Knie, diagnostische und therapeutischen Eingriffe am Uterus gemäss Referenzdokument des BAG "Liste ambulant durchzuführender elektiver Eingriffe" vom XX.YY.ZZZZ»

Varianten Dokumentation vs. Kostengutsprache

H+ spricht sich für die Variante 2 (Dokumentation) aus. Da Kinder meist über den Notfall eintreten, wäre die Kostengutsprache in der Kindermedizin sowie unpraktisch und bedürfte der Ausnahme. Ebenso problematisch wären die Notfälle in der Erwachsenenmedizin sowie alle Fälle, bei denen im Anschluss an eine ambulant vorgesehene Operation dann doch noch eine stationäre Nachbetreuung erfolgt.

Variante 1 (Kostengutsprache) hat nur den Vorteil der Finanzierungssicherheit für die Spitäler und Kliniken. Sie bedeutet aber sicher mehr Personal und eine sehr rasche Verfügbarkeit von Entscheiden bei den Kantonen und Versicherern (siehe oben).

Referenzdokument Liste ambulant durchzuführender elektiver Eingriffe nach Anhang 1 Kapitel 1.1 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Streichen von der Liste, also weiterhin stationär zuzulassen sind folgende CHOP-Codes (höherstehende Codes umfassen alle darunter stehenden):

28.2	Tonsillektomie ohne Adenoidektomie inklusive 28.2X und dessen Unterodes, wegen Blutungen
38.59	Ligatur und Stripping von Varizen der unteren Extremität, insbesondere 38.59.51, wenn beidseitig und bei tiefen Venen
38.6	Sonstige Exzision von Gefässen, insbesondere 38.69
49.46.10	Exzision von Hämorrhoiden, Stapler-Hämorrhoidopexie
53.06	Operation einer Inguinalhernie, offen chirurgisch, vor allem wenn beidseitig
53.07	Operation einer Inguinalhernie, laparoskopisch, ohne Implantation von Membranen oder Netzen, 53.07.11 ohne Implantation von Membranen und Netzen und 53.07.11 mit Implantation von Membranen und Netzen
69.02	Dilatation und Curettage im Anschluss an Geburt oder Abort, wenn diese stationär durchgeführt worden sind.
80.6X.10	Meniskektomie am Knie, arthroskopisch, partiell

Referenzdokument Kriterien für eine stationäre Durchführung von im Anhang 1 KLV bezeichneten Eingriffen

H+ unterstützt sämtliche Prinzipien und sämtliche Kriterien. Keines kann gestrichen werden.

Besonders problematisch werden Fälle sein, die nicht durch die legiferten Kriterien abgedeckt sind. Offen formulierte Sammelkriterien führen zu Streitigkeiten. Zu klären ist, wie in Streitfällen zu verfahren ist. Die Einrichtung einer neutralen Stelle ist zu prüfen.

Ergänzungen und Anpassungen zu den vorgeschlagenen Kriterien:

Zum Alter

- Das Alter ist auf alle Fälle auf bis zu sechs Jahren anzuheben. Einige Rückmeldungen haben 8 Jahre gefordert.

Zu schwereren oder instabilen somatischen Co-Morbiditäten

- Neu 1bis: postoperative Probleme, wie Schmerzen, Übelkeit, Delir
- Neu 1ter: exazerbierende Nebendiagnose
- Neu 1quater: angeborene Erkrankungen
- Neu 1quinquies Frühgeborene unter 34 SSW, unter 8 Jahren, unter 30 Kg
- Zu 10: Adipositas bei Kindern über 80 Perzentil, keine Absolutwerte, kein BMI
- Neu 10 bis: Anorexie
- Neu 12bis: psychisch: Angst
- Neu 12ter: neurologische Erkrankungen, wie zum Beispiel Lähmung

Zu weiteren Faktoren:

- Neu 14bis: Kindermedizin: fehlende Mitarbeit der Eltern (Compliance)
- Zu 16 Anfahrtszeiten: über 30 Minuten, da bei (Nach-) Blutungen eine Stunde zu lange sein kann.
- Neu 17: Eine adäquate Mitarbeit der Patientin oder des Patienten (Compliance) ist nicht gewährleistet, zum Beispiel Demenz, Delir.
- Neu 18: Lebensumstände Zuhause, zum Beispiel mehrere Stockwerke, Selbständigkeit, Alleinerziehende in Rekonvaleszenz