

Herr
Bundesrat Didier Burkhalter
Vorsteher EDI
3003 Bern

carolina.souviron@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Bern, 28. September 2011

Stellungnahme der FMH zur Revision KVV im Hinblick auf die Einführung von SwissDRG

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Die FMH dankt für den Einbezug in das Anhörungsverfahren. Der Zentralvorstand der FMH teilt seine Stellungnahme in drei Teile auf:

- A. Datenübermittlung / Datenschutz
- B. Monitoring und Korrekturmassnahmen
- C. Anlagenutzungskosten

A. Datenübermittlung / Datenschutz

Generell

Zusammengefasst sieht die FMH den Vorschlag wie folgt.

Der Entwurf sieht vor, dass alle Leistungserbringer – im ambulanten wie im stationären Bereich – Diagnosen und Prozeduren, sowie allenfalls weitere Daten, systematisch personenbezogen an die Versicherung weiterleiten, und dies als Bestandteil der Rechnung. Dies ist nach Auffassung der FMH klar nicht verhältnismässig und wird abgelehnt.

Es darf auch nicht dazu führen, dass die medizinischen Daten direkt und ungeschützt an die Versicherungsadministration gelangen.

Hinsichtlich der Datenübermittlung unter DRG (Absatz 2^{bis}):

- Die FMH anerkennt und begrüsst, dass der Bundesrat eine Lösung in Vernehmlassung gibt, die anders als der gescheiterte Vertragsentwurf nicht mehr der ganzen Kassenadministration alle Diagnosen und Prozeduren zur Verfügung stellt. Gemäss Verordnungsentwurf sollen die medizinischen Daten – über Techniken der Verschlüsselung und Pseudonymisierung – nur in

den Fällen, bei denen sie benötigt werden, zugänglich gemacht werden, und auch dann nur gegenüber dem vertrauensärztlichen Dienst.

- Die FMH ist erleichtert, dass der Bund davon ausgeht, dass ein Teil der Rechnungen schon auf Basis der administrativen Daten plausibilisiert werden kann (siehe Diagramm S. 3). Dies bestätigt die von der FMH konsequent vertretene Hypothese, dass die Versicherer nicht alle Daten benötigen.
- Der Einsatz von Pseudonymisierungs- und Verschlüsselungstechniken ist so wie im Verordnungsentwurf und Bericht vorgesehen noch nicht geeignet, die anvisierten Ziele zu erreichen. Die vorgesehene Datenübermittlung ist zudem in der vorgeschlagenen Art und Weise sehr aufwendig und praxisfremd.
Es muss dringend sichergestellt werden, dass die medizinischen Daten nur in den benötigten Fällen (und nicht in 100% der Fälle), und nur dem Vertrauensarzt (und nicht einem um die Leistungsabteilung erweiterten vertrauensärztlichen Dienst) zugänglich gemacht, d.h. entschlüsselt und depseudonymisiert, werden können.

Bemerkungen zu den einzelnen Artikeln

Art. 59 Abs. 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:

...

Die hier vorgesehene KVV-Neufassung widerspricht dem geltenden KVG und auch der im Parlament diskutierten Ergänzung von Art. 42 Abs. 3^{bis}. Im einzelnen:

Der geltende Gesetzestext von Art. 42 Abs. 3 unterscheidet klar

- Zwischen der *Rechnung*, die „detailliert und verständlich“ sein muss (1. Satz)
- Und der darüber hinausgehenden Verpflichtung des Leistungserbringers, dem Schuldner „*alle Angaben* zu machen, die er benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können.“

Es kann und darf nicht sein, dass alle Informationen, die zur Kontrolle einer Leistung im Einzelfall nötig sein könnten, systematisch auf die Rechnung geschrieben werden.

Richtigerweise hat das Parlament es im September 2007 ausdrücklich abgelehnt, Art. 42 KVG so zu ergänzen, dass die Spitäler verpflichtet worden wären, die Diagnosen und Prozeduren systematisch in den Rechnungen aufzuführen. Die erneuten Bemühungen, diesen dem Gesetz hinzuzufügen, bestätigen die rechtliche Beurteilung, dass die vorliegende KVV-Änderung dem geltenden KVG widerspricht.

Diagnosen und Prozeduren auf die Rechnung zu schreiben, ist noch aus einem weiteren Grund falsch: Die Rechnungen sind nicht nur vielen Personen in der Versicherung, sondern auch weiteren Personen und Institutionen zugänglich. Einsicht in Rechnungen erhalten je nach Situation z.B. Familienangehörige, Beistand, Sozialhilfebehörde und Steuerbehörde.

Der Vorschlag ist aber darüber hinaus zu pauschal. Er berücksichtigt nicht, dass es für verschiedene Kontrollebenen unterschiedliche Daten und Informationen braucht. So braucht es für die Kodierrevision – die einen zentralen Beitrag an die Kontrolle der Spitäler unter DRG leistet – die Einsicht vor

Ort in die ganze Krankengeschichte. Für die statistische Kontrolle der Wirtschaftlichkeit hingegen sind keine personenbezogenen Daten nötig.

Die vorgesehene KVV-Bestimmung geht in ihrem pauschalen Ansatz noch über die aktuell im Parlament diskutierte Ergänzung von Art. 42 Abs. 3^{bis} hinaus; sie wäre somit auch bei deren Annahme im Widerspruch zum Gesetz.

Die FMH lehnt das „insbesondere“ vor der Aufzählung kategorisch ab. Damit wird der Kassenwillkür Tür und Tor geöffnet. Es braucht Rechtssicherheit in der Frage, was auf die Rechnung gehört.

Art. 59 Abs. 2 Satz 1

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

Heute heisst es an dieser Stelle: „Versicherer und Leistungserbringer können in den Tarifverträgen vereinbaren, welche Angaben und Diagnosen in der Regel nur dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin des Versicherers nach Artikel 57 des Gesetzes bekannt zu geben sind.“

Der neue Text würde damit erstens verlangen, dass alle Diagnosen und Prozeduren systematisch personenbezogen übermittelt werden, und dies auch noch im ambulanten Bereich. Zudem würde den Tarifpartnern das Recht genommen zu verhandeln, welche Angaben nur an den Vertrauensarzt gehen dürfen.

Der Verordnungsvorschlag verkennt dabei sowohl für die stationäre wie für die ambulante Medizin, dass längst nicht alle Diagnosen und Prozeduren für die Rechnung eine Rolle spielen.

Dies gilt einerseits für die Rechnungen unter DRG, bei denen längst nicht alle Diagnosen und Prozeduren für die Einordnung in eine DRG relevant sind. Es gilt andererseits auch für die ambulante Medizin, wo die Diagnose häufig gar nicht bekannt ist und zudem oft keinen Einfluss auf die Behandlung hat. Zudem machen Prozeduren im ambulanten Bereich keinen Sinn, weil die ambulanten Tarife praktisch aller Leistungserbringer Einzelleistungstarife sind.

Der vorgesehene Absatz widerspricht dem fundamentalen Grundsatz von KVG 84: Der Versicherer darf nur Daten bearbeiten, die er auch benötigt, um seine Aufgabe zu erfüllen. Es darf keine Datensammlung auf Vorrat geben. Für den stationären Bereich widerspricht die systematische Übermittlung von Diagnosen und Prozeduren ausserdem dem ausdrücklichen Entscheid des Parlaments in der Revision Spitalfinanzierung (Vgl. AB 2007 N 442-46). Auch ein Neuanlauf der Versicherer unter Einschluss des ambulanten Sektors scheiterte 2010 in der Schlussabstimmung. Fazit: Das geltende KVG erlaubt weder im stationären noch im ambulanten Bereich die systematische Übermittlung von Diagnosen und Prozeduren auf der Rechnung.

Im bundesrätlichen Entwurf werden gemäss Diagramm auf S. 3 des Kommentars alle plausiblen Rechnungen direkt der Bezahlung zugeführt, ohne dass die medizinischen Daten benötigt worden wären. Der Bund geht somit davon aus – wie die FMH seit langem – dass ein Teil der Rechnungen aufgrund der administrativen Angaben plausibilisiert werden kann. Die SUVA kann 80-90% der Rechnungen ohne medizinisches Datenset plausibilisieren. Damit wird direkt aufgezeigt, dass es nicht nötig und damit unverhältnismässig ist, mit allen Rechnungen gleichzeitig die medizinischen Daten, d.h. auch Diagnosen und Prozeduren, mitzuliefern (verschlüsselt oder nicht verschlüsselt).

Es genügt, dass der Vertrauensarzt die für ihn nötigen Zusatzinformation ausschliesslich bei den nicht plausiblen Rechnungen einholt. Dieser Prozess kann wohlgerneht automatisiert ablaufen. Dies ist nicht nur der rechtlich verhältnismässige Weg, sondern er ist auch technisch und organisatorisch wesentlich weniger aufwendig.

Art. 59 Abs. 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.

Medizinische Angaben müssen geregelt werden

Abs. 1 und Abs. 2 enthalten gegenseitige Verweise, die ins Leere gehen. Es fehlt noch die Regelung im Verordnungstext, was zu den medizinischen Angaben gehört, die zu verschlüsseln (und zu pseudonymisieren) sind. Sonst ist der Kassenwillkür auch hier Tür und Tor geöffnet.

Die Entschlüsselung der Daten darf nur unter definierten Voraussetzungen erfolgen

Die Verordnung regelt nicht die Anforderungen an die Verschlüsselung und an das Zertifikat, das der Vertrauensarzt benötigt, um zu entschlüsseln. Praktisch würde das Zertifikat für die Aufhebung der Verschlüsselung wohl auf einem Server deponiert: „Der Leistungserbringer ermöglicht dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin der Versicherer die gleichzeitige Entschlüsselung sämtlicher Daten nach Absatz 1“. Damit können ohne physische Präsenz einer Person automatisch alle an den VAD weitergeleiteten Datensätze entschlüsselt werden.

Nicht kongruent ist, dass der Verordnungstext konsequent vom Vertrauensarzt als Person spricht – doch im Diagramm gibt es den VA gar nicht, sondern den – entpersonalisierten – Vertrauensärztlichen Dienst VAD.

Die FMH fordert, dass klar festgelegt wird, unter welchen technischen und organisatorischen Voraussetzungen die Verschlüsselung aufgehoben werden kann, insbesondere da die Verschlüsselung bei der vorgesehenen Lösung den derzeit einzig wirksamen Schutz der Personendaten darstellt. Dazu gehört auch, die Anforderungen an das entsprechende Zertifikat festzulegen. Es darf nicht sein, dass 100% der Datensätze automatisch vom Rechner entschlüsselt werden.

Wirksame Pseudonymisierung erfordert getrennten Versand der Daten

Bei der Pseudonymisierung werden Identifikationsmerkmale wie zum Beispiel Namen, Geburtsdatum, etc. durch ein *Pseudonym* (zumeist eine mehrstellige Buchstaben- oder Zahlenkombination) ersetzt, um Rückschlüsse auf die Person auszuschließen oder wesentlich zu erschweren^{1,2}. Die Perso-

¹ <http://de.wikipedia.org/wiki/Pseudonymisierung>

Bei der **Pseudonymisierung** wird der Name oder ein anderes Identifikationsmerkmal durch ein *Pseudonym* (zumeist eine mehrstellige Buchstaben- oder Zahlenkombination, auch *Code* genannt) ersetzt, um die Identifizierung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren.

² <http://www.edoeb.admin.ch/glossar/01327/index.html?lang=de>

Vorgang der Trennung der identifizierenden von den restlichen Personendaten. Die Zuordnung der beiden Datenbereiche erfolgt durch ein Pseudonym (ein nicht-sprechender Identifikator), welches sowohl bei den identifizierenden (oft in Form einer Korrespondenztabelle) als auch bei den restlichen Daten vorhanden sein muss. Somit ist eine Zusammenführung der beiden Datenteile durch Berechtigten wieder möglich (Depseudonymisierung / Reidentifizierung).

nen, die über die Zuordnung von Pseudonym zur Person bzw. deren Identifikationsmerkmale verfügt, können die Pseudonymisierung aufheben. Eine Pseudonymisierung macht nur Sinn, wenn die Identifikationsmerkmale durch das Pseudonym ersetzt *und nicht mehr zusammen verwendet* werden. Damit steht das von den Kassen und gemäss Kommentar nun auch im Verordnungsentwurf verlangte Containerprinzip in unauflösllichem Widerspruch zur Idee der Pseudonymisierung selbst: Wenn das Spital die medizinischen Daten pseudonymisieren soll, aber gleichzeitig verpflichtet wird, sozusagen aussen auf den Briefumschlag zu schreiben, um wen es geht (Containerprinzip), schützt nur noch die Verschlüsselung vor dem Zusammenführen von medizinischen Angaben und Person. Es wird keine Depseudonymisierung mehr benötigt, denn nach Entschlüsselung können die medizinischen Daten jederzeit über die Rechnungsnummer mit den Personendaten verknüpft werden, d.h. die Pseudonymisierung selbst ist blosser Augenwischerei. Der Vertrauensarzt braucht für die Prüfung einer Rechnung die Rechnung selbst, das heisst auch die administrativen Rechnungsdaten.

Die FMH fordert, dass die medizinischen Daten separat von der Rechnung verschickt werden, damit eine wirksame Pseudonymisierung erfolgen kann.

Pseudonymisierung der medizinischen Statistik schützen

Schlimmer noch: Wird – wie gemäss Grafik S.2 dargestellt - der sogenannte „anonyme Verbindungscode“ (also das Pseudonym) der medizinischen Statistik der Krankenhäuser auch für die Pseudonymisierung der medizinischen Daten verwendet, wird mit dem hier vorgeschlagenen Verfahren sogar die Pseudonymisierung in der medizinischen Statistik aufgehoben. Dies ist unter allen Umständen zu vermeiden, es ist eine andere Pseudonymisierung zu wählen.

Lösung des Forum Datenaustausch statt Containerlösung

Die oben genannte „Containerlösung“ (verschlüsselte medizinischen Daten in Rechnung integriert) wurde in Fachkreisen bereits umfassend diskutiert (Forum Datenaustausch), und zugunsten einer anderen, technisch wesentlich einfacheren und schnell umsetzbaren resp. bereits umgesetzten Lösung, verlassen (XML 4.3). Diese erlaubt sowohl den gemeinsamen als auch den getrennten Versand von medizinischen Daten und Rechnungsdaten, verschlüsselt wie unverschlüsselt, d.h. sie lässt alle Varianten der Datenübermittlung (parallel oder nachträglich auf Anfrage) zu. Vor allem aber würde sie eine wirksame Umsetzung der Pseudonymisierung ermöglichen.

Depseudonymisierung ist zu regeln

Der Verordnungsentwurf äussert sich zur Aufhebung der Verschlüsselung. Hingegen erfährt der Bürger im Verordnungstext nicht, wann, wo und wie die Pseudonymisierung aufgelöst werden darf. Die Bedingungen für die Depseudonymisierung müssen festgelegt werden.

Unklar, ab wann Daten für die Archivierung neu pseudonymisiert werden sollen

Unklar ist auch, ab wann der Versicherer personenbezogene Daten nach geltendem Art. 59 Iter KVV nur noch pseudonymisiert aufbewahren darf und muss. Die Daten müssten in jedem Fall erneut pseudonymisiert werden. Dazu kommt, dass diese pseudonymisierte Archivierung – wenn überhaupt realisierbar – keinen wirksamen Schutz darstellt. Sie schützt nicht davor, dass bestimmte Informationen zum Patienten resp. Merkmale des Patienten aus den Daten herausgezogen und anderweitig – personenbezogen – abgespeichert werden. Sie schützt auch nicht davor, dass die Daten im Rahmen der üblichen elektronischen Protokollierung und Dokumentation/Archivierung der Vorgänge nach wie vor personenbezogen in den Systemen vorhanden sind und zum Teil technisch nicht mehr gelöscht werden können.

Zu den Aufgaben der Vertrauensärzte

Der Verordnungsentwurf würde das Tätigkeitsspektrum des Vertrauensarztes massiv ausweiten. Der vertrauensärztliche Dienst (VAD) würde de facto zur Leistungsabteilung, denn die Rechnungskontrolle würde neu wesentlich ihm obliegen. Umso praxisfremder wirkt die Idee im Verordnungsentwurf, dass der VAD in Zukunft keinen Zugriff mehr auf die administrativen Daten der Rechnung haben sowie weitere administrative Daten haben soll.

Hinweise zu den Erläuterungen

Die Erläuterungen auf S. 2 geben den Parteistandpunkt der Versicherer im Indikativ („ist“, etc.), denjenigen der Leistungserbringer hingegen im Konjunktiv („sei“, etc.) wieder. Diese sprachliche Panne gilt unter Juristen als Hinweis auf Befangenheit der Autoren.

In den Erläuterungen auf S. 3 oben fehlt der Hinweis auf die Materialien. Richtig ist: Das Parlament hat anlässlich der Beratung der Spitalfinanzierungsvorlage die systematische Weitergabe der Diagnosen und Prozeduren auf der Rechnung nach ausführlicher Diskussion explizit abgelehnt.³

Auf S. 3 Mitte wird der Entscheid des Bundesverwaltungsgerichts als Grundsatzurteil dargestellt. Es fehlt der Hinweis darauf, dass dieses Gericht seinen Entscheid ausdrücklich in Anwendung des alten KVG von 1996 (und damit auch der alten Fassung der KVV) getroffen⁴ und deshalb den Entscheid des Parlaments von 2007 gegen die systematische Weitergabe der Diagnosen und Prozeduren auf der Rechnung formell noch nicht zu berücksichtigen hatte.

B. Monitoring und Korrekturmassnahmen

Gemäss Absatz 1 Art. 59d KVV muss der Tarifvertrag die einheitliche Tarifstruktur und die *Anwendungsmodalitäten* des Tarifs beinhalten. Von den Tarifpartnern sind gemäss Absatz 1c Art. 59d KVV zusammen mit dem Genehmigungsgesuch u.a. *„die Schätzungen über die Auswirkungen der Anwendungen des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten für sämtliche nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes geregelten Bereiche, einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche“* einzureichen.

Gemäss Absatz 2 der Schlussbestimmungen der Änderungen vom 22. Oktober 2008 der KVV haben die Tarifpartner Begleitmassnahmen für die Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen zu vereinbaren:

„Der Tarifvertrag muss zusätzlich zur einheitlichen Tarifstruktur und zu den Anwendungsmodalitäten des Tarifs einen gemeinsamen Vorschlag der Tarifpartner über die bei der Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen erforderlichen Begleitmassnahmen enthalten. Dafür vereinbaren die Tarifpartner namentlich Instrumente zur Überwachung der Entwicklung der Kosten und der Leistungsmengen (Monitoring) sowie die Korrekturmassnahmen.“

Im Entwurf werden nun folgende Ergänzungen zu den Schlussbestimmungen der Änderungen vom 22. Oktober 2008 der KVV beschrieben:

2^{bis} Das Monitoring nach Absatz 2 umfasst insbesondere pro Leistungserbringer die Entwicklung der Fallzahl, der abgerechneten Kosten und im Falle eines Vergü-

³ AB 2007 N 442-46

⁴ E. 2.1.: „nachfolgend wird das KVG in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung zitiert, da betreffend das materielle Recht auf den Zeitpunkt der Verfügung abzustellen ist“

tungsmodells 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.

2^{ter} 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.

In den vorgeschlagenen Ergänzungen per 1. November 2011 zu den Schlussbestimmungen der Änderungen vom 22. Oktober 2008 werden in Absatz 2^{bis} Vorgaben zum Monitoring sowie in Absatz 2^{ter} zu den Korrekturmassnahmen erlassen, welche wirksam werden, sofern sich die Tarifpartner nicht bis spätestens am 30. November 2011 einigen können. Es muss allerdings damit gerechnet werden, dass sich die Tarifpartner bis am 30. November 2011 weiterhin nicht einigen können. Wie auf Seite 4, Punkt 2 des Entwurfs steht, geht es darum, „*der andauernden Uneinigkeit der Tarifpartner hinsichtlich Monitoring und Korrekturmassnahmen auf nationaler Ebene entgegenzuwirken*“. Deshalb ist es umso wichtiger, dass der Bundesrat eine Regelung erlässt, welche Klarheit schafft und verhältnismässig und ausgewogen ist. Aus Sicht der FMH sind die Ergänzungen Absatz 2^{bis} und Absatz 2^{ter} jedoch in folgender Hinsicht unklar oder erfüllen das Verhältnismässigkeitsprinzip sowie die Ausgewogenheit nicht:

Monitoring:

- Falls sich die Tarifpartner bis am 30. November 2011 nicht einigen, würde unklar bleiben, wie das Monitoring generell ausgestaltet zu sein hat und wie das in Absatz 2^{bis} geforderte Monitoring „*einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche*“ erfolgen soll.
- Gemäss Absatz 2^{bis} muss das Monitoring gewährleisten, dass die Korrekturmassnahmen gemäss Absatz 2^{ter} sowie „*zusätzliche Korrekturmassnahmen durch die Tarifpartner*“ durchgeführt werden können. Die dafür „*notwendigen Informationen*“ sind von den Leistungserbringern zu liefern, sofern sich die Tarifpartner nicht bis am 30. November 2011 auf ein Monitoring einigen. Die „*zusätzlichen Korrekturmassnahmen durch die Tarifpartner*“ bleiben offen, sofern sich die Tarifpartner nicht bis am 30. November 2011 einigen. Offen würde dadurch auch bleiben, welches dann die „*notwendigen Informationen*“ sind, welche die Leistungserbringer liefern müssen. Es bleibt zudem unklar, welche Leistungserbringer der *vor- und nachgelagerten Bereiche* welche Informationen liefern müssen.

- Gemäss Absatz 2^{bis} sollen die Versicherer gemeinsam ein Monitoring durchführen, anstatt dass das Monitoring durch eine neutrale Stelle durchgeführt wird. 2^{bis} verlangt zudem eine quartalsweise Information der Leistungserbringer, während die Auswertung der Versicherer nur halbjährlich erfolgen muss.

Korrekturmassnahmen:

- Die in Absatz 2^{ter} beschriebenen Korrekturmassnahmen anhand des CMI sind unverhältnismässig und nicht ausgewogen. Der Leistungserbringer muss bei einer Erhöhung um mehr als 2%, sowohl des effektiven CMI sowie der effektiven Fallzahl im Abrechnungsjahr gegenüber dem vereinbarten CMI bzw. Fallzahl, die Mehrerträge zurückbezahlen. Bei Mindererträgen erfolgt hingegen kein Ausgleich. Mit dieser Regelung erfolgt eine einseitige Absicherung der Versicherer. Doch sind die Leistungserbringer aufgrund der Änderungen durch die neue Spitalfinanzierung ebenso grossen Risiken ausgesetzt wie die Versicherer. Eine Absicherung der Leistungserbringer, z.B. aufgrund der zu erwartenden Verzerrungen der noch unreifen Tarifstruktur⁵ in der Einführungsphase, fehlt bedauerlicherweise.
- Der Leistungserbringer hat einen Versorgungsauftrag vom Kanton. Er kann Patienten nach Erreichung der vereinbarten Fallzahl nicht abweisen. Eine de facto Mengenbegrenzung in Absatz 2^{ter} widerspricht der Anforderung der Kantone an die Leistungserbringer für die Erfüllung des Leistungsauftrags.
- Ziel des Parlaments war es, mit der neuen Spitalfinanzierung den Wettbewerb zu fördern und den Patienten die freie Spitalwahl über die Kantonsgrenzen hinweg zu ermöglichen. Positioniert sich ein Spital im Wettbewerb aufgrund seiner hervorragenden Leistung besser als erwartet und behandelt damit mehr Patienten, so würde es gemäss Absatz 2^{ter} für die gute Leistung bestraft: Das Spital müsste Rückzahlungen an die Versicherer vornehmen, sofern die effektive Fallzahl mehr als 2% höher ist als die vereinbarte Fallzahl.
- Die in Absatz 2^{ter} vorgeschlagene Korrekturmassnahme (bzgl. CMI sowie Fallzahlen) berücksichtigt die in Absatz 1c Art. 59d KVV erwähnten vor- und nachgelagerten Bereiche nicht.
- In Absatz 2^{ter} wird von „*ungerechtfertigter Erhöhung*“ des CMI und von Fallzahlen gesprochen. Es ist unklar, was „ungerechtfertigt“ bedeutet. Würde z.B. ein höherer CMI aufgrund „ungerechtfertigter Kodierung“ gemeint, ist darauf hinzuweisen, dass die korrekte Kodierung durch die Kodierrevision geprüft wird. Behandelt ein Leistungserbringer schwierigere Fälle als erwartet, wodurch sich der CMI erhöht, darf keine Bestrafung erfolgen. Auf Seite 6 des Entwurfs wird festgehalten, dass „*gerechtfertigte höhere CMI und Fallzahlerhöhungen im Abrechnungsjahr wie aufgrund von Änderungen im Leistungsauftrag korrekturmildernd berücksichtigt werden*“. Bei einem gerechtfertigten höheren CMI oder Fallzahlerhöhungen z.B. aufgrund eines geänderten Leistungsauftrags braucht es *keine Korrektur*, weshalb die Formulierung „korrekturmildernd“ irrtümlert.
- Auf Seite 4 des Entwurfs unter Punkt 2 wird erwähnt, dass gemäss Artikel 59c Absatz 1 Buchstabe c KVV ein Tarifmodellwechsel für die OKP ceteris paribus keine Mehrkosten verursachen darf. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass mit der neuen Spitalfinanzierung abgesehen vom Wechsel des Tarifmodells weitere diverse Änderungen erfolgen. Eine Isolierung des Effekts des Tarifstrukturwechsels von den übrigen sich ändernden Bestimmungen der neuen Spitalfinanzierung dürfte damit schwierig sein.

⁵ Das Ziel, dass das Geld immer der Leistung folgt, wird mit der vorliegenden SwissDRG-Einführungsversion 1.0 noch nicht erreicht. Dies kann allerdings von einer Einführungsversion auch nicht erwartet werden, denn SwissDRG ist ein lernendes System. Verschiedene eingeleitete Massnahmen zur Verbesserung des SwissDRG-Systems, wie z.B. die Massnahmen zur Verbesserung der noch ungenügenden Qualität der Spitaldaten, greifen erst mittelfristig, vgl. dazu Meyer B., Ingenpass P.: SwissDRG Version 1.0: eine Einschätzung der FMH, SÄZ 2011, 92;20, vgl. www.fmh.ch > Tarife > SwissDRG > [Publikationen](#).

- Gemäss Art. 43 Abs. 4 KVG ist auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur der Tarife zu achten. In diesem Zusammenhang wird Artikel 59c Absatz 1 Buchstabe c KVV in der Lehre wie folgt interpretiert: Selbst wenn Tarife nach Art. 59c KVV nur dann genehmigt werden sollen, wenn sie „höchstens“ die transparent ausgewiesenen, nach betriebswirtschaftlichen Methoden ermittelten und unter optimalen Bedingungen entstehenden Kosten für die Einzelleistungen enthalten, so bedeutet dies nicht, dass die Genehmigungsbehörde (oder im Verfahren der Tariffestsetzung die festsetzende Behörde) ohne weiteres von den betriebswirtschaftlich ermittelten Kosten abweichen darf. Eine Genehmigungs- (bzw. Festsetzungs-)Behörde darf nur dann unter die betriebswirtschaftlich ermittelten Kosten gehen, wenn sie *gute Gründe* hat, dass diese zu hoch sind, um als „wirtschaftlich“ zu gelten. Zumindest muss sie nachweisen, dass sich (auch) die abweichenden Kosten, die sie dem Tarif zugrunde legen will, in vertretbarer Weise betriebswirtschaftlich begründen lassen und für die Leistungserbringer zumutbar sind.⁶ Die einseitig zugunsten der Versicherer formulierte Regelung, dass die Versicherer bei einem um mehr als 2% höheren CMI sowie bei einer um mehr als 2% höheren Fallzahl zu Rückzahlungen verpflichtet werden, und damit ein Teil ihrer Leistungen nicht vergütet wird, entspricht in keiner Weise einer betriebswirtschaftlichen Regelung. Werden Verzerrungen aufgrund des noch zu wenig ausgereiften SwissDRG-Systems zudem nicht finanziell abgedeckt, kann ebenfalls nicht von einer betriebswirtschaftlichen Vergütung gesprochen werden.

Die FMH beantragt deshalb:

Monitoring:

- ➔ In Absatz 2^{bis} soll klar definiert werden, wie das Monitoring (inkl. der vor- und nachgelagerten Bereiche) zu erfolgen hat. Da die Tarifpartner bisher nicht in der Lage waren, die gemäss Absatz 2 der Schlussbestimmungen der Änderungen vom 22. Oktober 2008 der KVV erforderlichen Begleitmassnahmen, namentlich die Instrumente zur Überwachung der Entwicklung der Kosten und der Leistungsmengen (Monitoring) zu definieren, ist es erforderlich, dass der Bundesrat dies klar und ausgewogen regelt.
- ➔ Der Bundesrat soll in Absatz 2^{bis} klar regeln, welche Informationen die Leistungserbringer für das erforderliche Monitoring zu liefern haben. Das Monitoring soll nicht „gemeinsam durch die Versicherer“ durchgeführt werden, sondern durch eine neutrale Stelle. Die Resultate des Monitorings müssen den Leistungserbringern und Versicherern gleichermaßen zugänglich sein.

Korrekturmassnahmen:

- ➔ Korrekturmassnahmen sind ausgewogen zu gestalten. Korrekturmassnahmen sind in Absatz 2^{ter} so zu definieren, dass Verzerrungen aufgrund des noch zu wenig ausgereiften Fallpauschalen-Systems SwissDRG während dreier Jahre finanziell abgedeckt werden. Die Korrekturmassnahmen müssen verhindern, dass Leistungserbringer Verluste schreiben, nur weil ihr Leistungsspektrum im SwissDRG-System noch ungenügend abgebildet ist. Eine leistungsgerechte betriebswirtschaftlich korrekte Vergütung ist zu gewährleisten. Es dürfen keine Rückzahlungen der Leistungserbringer aufgrund eines Mehrertrags durch einen höheren CMI oder höhere Fallzahlen vorgeschrieben werden. Die Korrekturmassnahmen müssen berücksichtigen, dass nicht nur das Tarifmodell ändert, sondern mit der neuen Spitalfinanzierung diverse weitere Änderungen vorgenommen wurden.

⁶ Vgl. Gutachten betreffend Verfassungs- und Gesetzmässigkeit von Art. 59c Abs. 1 KVV von Prof. Dr. iur. Regula Kägi-Diener, Universität St. Gallen, 8. Februar 2009.

C. Anlagenutzungskosten

Im Entwurf wird folgende Ergänzung zu den Schlussbestimmungen der Änderungen vom 22. Oktober 2008 der KVV beschrieben:

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.*

Gemäss Art. 43 Abs. 4 KVG ist auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur der Tarife zu achten. In diesem Zusammenhang wird Artikel 95c Absatz 1 Buchstabe c wie oben erwähnt in der Lehre wie folgt interpretiert: Selbst wenn Tarife nach Art. 59c KVV nur dann genehmigt werden sollen, wenn sie „höchstens“ die transparent ausgewiesenen, nach betriebswirtschaftlichen Methoden ermittelten und unter optimalen Bedingungen entstehenden Kosten für die Einzelleistungen enthalten, so bedeutet dies nicht, dass die Genehmigungsbehörde (oder im Verfahren der Tariffestsetzung die festsetzende Behörde) ohne weiteres von den betriebswirtschaftlich ermittelten Kosten abweichen darf. Eine Genehmigungs- (bzw. Festsetzungs-)Behörde darf nur dann unter die betriebswirtschaftlich ermittelten Kosten gehen, wenn sie *gute Gründe* hat, dass diese zu hoch sind, um als „wirtschaftlich“ zu gelten. Zumindest muss sie nachweisen, dass sich (auch) die abweichenden Kosten, die sie dem Tarif zugrunde legen will, in vertretbarer Weise betriebswirtschaftlich begründen lassen und für die Leistungserbringer zumutbar sind.⁷

Gemäss Informationen der FMH ist ein Zuschlag von 10% auf die Baserate, wie dies im neuen Absatz 4 der Schlussbestimmung der Änderung vom 22 Oktober 2008 für die Vergütung der Anlagenutzungskosten der Leistungserbringer im Jahr 2012 vorgesehen ist, nicht betriebswirtschaftlich. In der neuen Verordnung wird nicht begründet, weshalb die Vergütung für die Anlagenutzungskosten tiefer sein soll als dies wirtschaftlich notwendig wäre. Ein Investitionsstau der Spitäler dürfte nicht im Sinne des Bundesrats sein.

Die FMH beantragt deshalb:

- ➔ Der prozentuale Zuschlag auf die Baserate zur Vergütung der Anlagenutzungskosten ist im neuen Absatz 4 der Schlussbestimmung der Änderung vom 22 Oktober 2008 so hoch anzusetzen, dass die Spitäler die notwendigen Investitionen auch in den nächsten drei Jahren tätigen können.

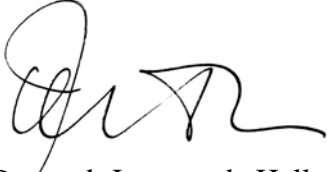
⁷ Vgl. Gutachten betreffend Verfassungs- und Gesetzmässigkeit von Art. 59c Abs. 1 KVV von Prof. Dr. iur. Regula Kägi-Diener, Universität St. Gallen, 8. Februar 2009.

Stellungnahme der FMH zur Revision KVV im Hinblick auf SwissDRG

Gerne hoffen wir, dass Sie die Stellungnahme der FMH berücksichtigen.

Freundliche Grüsse

FMH



Dr. med. Jacques de Haller
Präsident



Anne-Geneviève Bütikofer
Generalsekretärin