

SwissDRG-Vereinbarung der Tarifpartner: Nun ist der Bundesrat gefragt!



der FMH sind dabei zwei Aspekte hervorzuheben:

Lange haben die Tarifpartner H+ und santésuisse im Hinblick auf die SwissDRG-Einführung um eine Einigung der noch offenen Punkte gerungen. Nun steht der Kompromiss, vorbehaltlich der Zustimmung der H+-Mitglieder. Die Tarifpartner haben die Vereinbarung dem Bundesrat eingereicht, welcher diese im Detail prüfen wird. Aus Sicht

werden, im Normalfall aber direkt an die Versicherungsadministration.

Diese Datenlieferungen sind weder notwendig noch sinnvoll, weder wirtschaftlich noch begründet (siehe auch ein entsprechendes Rechtsgutachten im Auftrag von FMH und H+ [1]): Sie beinhalten viele Daten, die weder zur Beurteilung der Leistungspflicht noch zur Rechnungsprüfung erforderlich sind. Zur Überprüfung der Leistungserbringer können anonymisierte oder pseudonymisierte Daten verwendet werden. Für die Überprüfung der Kodierung ist der Zugang zur vollständigen Krankengeschichte erforderlich, und das einzige und effiziente Mittel für die Sicherstellung der Kodierqualität stellt die Kodierrevision dar. Der rein programmtechnische Nachvollzug der DRG-Zuordnung macht hingegen keinen Sinn.

Sicherheit für Versicherer – volles Risiko für Spitäler?

Die Versicherer haben sich mit ihrem «CMI-Modell» einen Sicherungsmechanismus für die Einführungsphase eingebaut. Steigt der vereinbarte durchschnittliche Kostengewichtindex (CMI) über 2% an, müssen die betroffenen Spitäler den Versicherern die Erträge über diese Grenze hinweg zurückvergüten, es sei denn, sie können Änderungen des Leistungsspektrums oder der Leistungsmengen datengestützt darlegen. Doch welchen Sicherungsmechanismus gibt es für die Spitäler, nachdem die Versicherer das von H+ vorgeschlagene «Fallertragsmonitoring» ablehnten? Was passiert, wenn ein Spital aufgrund des noch unreifen SwissDRG-Systems Verluste schreibt, nur weil sein Leistungsspektrum im SwissDRG-System ungenügend abgebildet ist? Es wäre aus Sicht der FMH fahrlässig, während der Einführungsphase keinen Sicherungsmechanismus für die Spitäler zur Abfederung von Systemverzerrungen einzubauen. Schliesslich erlaubte sich auch Deutschland keine Experimente, sondern die DRG-Einführung erfolgte mit einem Sicherungsmechanismus, der «budgetneutralen Phase».

Versicherer sollen Daten erhalten, die sie stillschweigend zur Risikoselektion und zur Rationierung nutzen können.

Die Versicherer haben nie dargelegt, was mit diesen Daten erreicht werden soll. Stattdessen wird hoher technischer Aufwand betrieben, um zu verschleiern, dass sehr viele detaillierte medizinische Informationen in Versichererhand gelangen und dort für Zwecke des Profilings, der Risikoselektion und der stillschweigenden Rationierung verwendet werden können.

Kann es sein, dass Versicherungsadministratoren und Spitaladministratoren über die Köpfe der betroffenen Patienten und Ärzte hinweg das Arztgeheimnis verschachern? [2]

Nun muss der Bundesrat handeln

Die Tarifpartner haben sich auf einen Kompromiss geeinigt, nach dem Motto: Lieber ein schlechter Kompromiss als kein Kompromiss. Keine Kompromisse hingegen kann sich der Bundesrat bei der Prüfung der Vereinbarung erlauben. Die Spitäler brauchen während der Einführungsphase ebenso wie die Versicherer einen Sicherungsmechanismus. Und die Bürger und Patienten müssen weiterhin auf das Arztgeheimnis und damit auf den Schutz ihrer Privatsphäre zählen können. Nun ist es am Bundesrat zu prüfen, ob die Vereinbarung aus seiner Sicht dem geltenden Recht entspricht. Aus Sicht der FMH ist dies klar nicht der Fall: Vielmehr ist eine Korrektur der Vereinbarung zwingend erforderlich!

Dr. med. Pierre-François Cuénoud, Mitglied des Zentralvorstands der FMH, Verantwortlicher Ressort SwissDRG

Es wäre fahrlässig, während der Einführungsphase keinen Sicherungsmechanismus für die Spitäler einzubauen.

Ausverkauf des Arztgeheimnisses?

Der Vertrag sieht zusammen mit der Rechnung die systematische Lieferung eines Datensets vor, das unter anderem alle codierten Diagnosen und Prozeduren beinhaltet, aber auch weitere sensible Daten. Nur in begründeten Fällen, dazu gehört auch das Verlangen des Patienten, dürfen diese Daten als zuhänden des vertrauensärztlichen Dienstes gekennzeichnet werden – und auch dann sollen sie zusammen beim Versicherer ankommen und nachfolgend getrennt werden. Auch medizinische Berichte und Befunde sollen in Zukunft nur noch in diesen begründeten Fällen an den VAD geschickt

1 Miotti R et al. Rechtsgutachten vom 30. Mai 2011 zur systematischen Weiterleitung des Datensets 2 mit der Rechnungsstellung an die Krankenversicherer; siehe www.fmh.ch → TARIFE → SwissDRG → Neues Gutachten zur Rechnungsstellung im Fallpauschalen-System SwissDRG.

2 Weitere Informationen siehe www.fmh.ch → Standpunkte.