

Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich

Sitzung vom 8. November 2017

1037. Krankenpflege-Leistungsverordnung, Änderung (ambulant vor stationär; Vernehmlassung)

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) führt eine Vernehmlassung zur Änderung Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31) durch.

In der Schweiz werden bestimmte Eingriffe – im Vergleich zum Ausland – öfter stationär als ambulant durchgeführt, obwohl ambulantes Operieren für Patientinnen und Patienten Vorteile hat und weniger Mittel benötigt. Mit einer Änderung der KLV soll deshalb ab 2019 eine Verlagerung von stationären zu ambulanten Behandlungen gefördert werden. Dazu soll eine Liste von Eingriffen (Listeneingriffe) festgelegt werden, deren Kosten für die stationäre Durchführung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) nur vergütet werden, wenn diese aus medizinischen Gründen nicht ambulant durchgeführt werden können. Die Liste umfasst sechs Gruppen von elektiven Eingriffen, die auch in der am 1. Januar 2018 in Kraft tretenden, weitergehenden Liste des Kantons Zürich enthalten sind. Muss einer der Eingriffe notfallmässig durchgeführt werden, fällt dieser nicht unter die neue Regelung. Die Kriterien für eine stationäre Durchführung zulasten der OKP sollen in einem Referenzdokument festgelegt werden. Im erläuternden Bericht des BAG (S. 8) wird dazu festgehalten, dass stationäre Durchführungen in besonderen Fällen auch ausserhalb dieser Kriterien möglich seien und eine Einzelfallprüfung erforderten.

Zur Überprüfung der Einhaltung der neuen Vorgaben schlägt das BAG zwei Varianten vor und umschreibt diese wie folgt:

– «Variante 1, vorgängige Bewilligung durch den Versicherer

Soll ein elektiver Eingriff gemäss Liste im Referenzdokument stationär durchgeführt werden, muss vorgängig immer ein Gesuch um Kostengutsprache beim Krankenversicherer gestellt und durch diesen bewilligt werden. Ist eines der genannten Kriterien erfüllt, kann die Kostengutsprache ohne ausführliche Fallprüfung erteilt werden. Andernfalls kann auch ein begründetes Gesuch z. Hd. des Vertrauensarztes eingereicht werden.»

– **«Variante 2, nachträgliche Rechnungskontrolle sowie vorgängiges Kostengutspracheverfahren für Spezialfälle**

Fälle, die eine stationäre Behandlung benötigen und eines der Kriterien gemäss Referenzdokument erfüllen, können ohne vorgängige Kostengutsprache seitens der Versicherer durchgeführt werden. Die Erfüllung der Kriterien ist seitens der Leistungserbringer entsprechend zu dokumentieren bzw. zu codieren.

Für Fälle ausserhalb der im Referenzdokument genannten Kriterien, muss vorgängig eine Kostengutsprache beim Versicherer eingeholt werden.

Es erfolgt eine Rechnungskontrolle durch den Krankenversicherer. Rechnungen mit den in der Liste aufgeführten CHOP-Codes werden von der Datenannahmestelle der Krankenversicherer zeitnah auf ihre Plausibilität und Erfüllung der Kriterien geprüft. Für stationär erfolgte Eingriffe müssen entweder Codes zur Erfüllung der Kriterien oder eine Kostengutsprache vorliegen. Rechnungen, die keine entsprechende Dokumentation aufweisen, werden zur Einzelfallprüfung ausgesteuert und beim Leistungserbringer wird ein Bericht eingefordert.»

Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) hat mit Schreiben vom 1. November 2017 an das BAG Stellung genommen und die vorgeschlagenen Änderungen grundsätzlich begrüsst. Sie regt einen baldigen Ausbau der Liste der Eingriffe analog den kantonalen Listen an. Zudem schlägt sie vor, in den Erläuterungen zur KLV-Änderung festzuhalten, dass die geltenden Rechtsgrundlagen den Kantonen erlaubten, weitergehende Vorgaben für die Kriterien zur Definition der Spitalbedürftigkeit zu machen. Weiter sei in der KLV festzuhalten, dass unabhängig davon, ob bezüglich Prüfung der Kostenübernahme Variante 1 oder Variante 2 gewählt werde, die Kompetenz der Kantone zur Prüfung der Voraussetzungen zur Kostenübernahme nicht einschränkt werde.

In der Stellungnahme des Kantons Zürich ist grundsätzlich auf die zutreffenden Ausführungen der GDK zu verweisen. Ergänzend ist auf für den Kanton Zürich besonders wichtige Anliegen hinzuweisen.

Auf Antrag der Gesundheitsdirektion

beschliesst der Regierungsrat:

I. Schreiben an das Bundesamt für Gesundheit (auch per E-Mail als PDF- und Word-Version an elgk-sekretariat@bag.admin.ch und dm@bag.admin.ch):

Mit Schreiben vom 4. Oktober 2017 haben Sie uns den Entwurf zur Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) zur Vernehmlassung unterbreitet und uns Frist bis 3. November 2017 eingeräumt. Wir danken für die Gelegenheit zur Stellungnahme und äussern uns – unter Hinweis auf Art. 7 des Vernehmlassungsgesetzes, wonach die Vernehmlassungsfrist mindestens drei Monate beträgt – wie folgt:

Wir teilen die Haltung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), wie sie in deren Stellungnahme vom 1. November 2017 zum Ausdruck gebracht wird. In Ergänzung dazu halten wir Folgendes fest:

Unabhängig von der näheren Ausgestaltung des Prüfungsverfahrens muss sichergestellt sein, dass eine stationäre Durchführung der Listeneingriffe medizinisch begründet ist und nachvollziehbar dokumentiert wird. Das «Referenzdokument Kriterien für eine stationäre Durchführung» nennt mögliche Ausnahmegründe. Die Notwendigkeit einer stationären Behandlung darf jedoch nicht schematisch und ausschliesslich aufgrund der im Referenzdokument in Kurzform gefassten Ausnahmegründe erfolgen, sondern es ist immer eine medizinische Gesamtbeurteilung vorzunehmen. Dies sollte auch auf dem Referenzdokument so festgehalten werden. Auch für die Dokumentation genügt es nicht, wenn lediglich der im Referenzdokument genannte Ausnahmegrund wiederholt oder angekreuzt wird. Vielmehr sollen die Umstände, die eine stationäre Behandlung erfordern, in der Patientendokumentation in der dort üblichen Ausführlichkeit aufgeführt werden, sodass der Ausnahmegrund nachvollziehbar und nachweisbar ist.

Wir sprechen uns deshalb für eine dritte Variante ohne vorherige Kostengutsprache aus: Im Kanton Zürich ist der Blickpunkt bei der Umsetzung der Förderung von ambulanten Behandlungen darauf gerichtet, dass ein effizienter Prozess in der praktischen Durchführung ermöglicht wird. Die konkrete Umsetzung wurde deshalb in Arbeitsgruppen mit Fachleuten von Zürcher Spitälern ausgearbeitet und beruht auf dem Vertrauensprinzip, unter Beibehaltung der Behandlungsfreiheit und gestützt auf den Entscheid der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes.

Aufgrund dieser Vorarbeiten zur Umsetzung des Konzepts schlagen wir deshalb für die Lösung auf Bundesebene eine dritte Variante folgenden Inhalts vor:

- ***Verzicht auf präoperative Kostengutsprache:*** Die Spitäler entscheiden in jedem Fall selbst, ob sie eine Behandlung stationär durchführen wollen. Dies gilt auch bei Umständen, die auf dem Referenzdokument nicht als typische Gründe einer stationären Behandlung aufgeführt sind.
- ***Dokumentation der Gründe in der Krankengeschichte:*** Die Gründe für die stationäre oder ambulante Durchführung einer Behandlung sind in der Krankengeschichte in der dort üblichen Begründungsdichte darzustellen. Nur in Ausnahmefällen sind ergänzende Angaben auf zusätzlichen Dokumenten notwendig. Ein Multiple-Choice-Formular mit möglichen Ausnahmegründen soll zur Verfügung gestellt werden, wobei die Dokumentation mit diesem Formular freiwillig ist. Die Begründung der Ausnahme muss nur auf Nachfrage eingereicht werden.
- ***Schlanke postoperative Prüfung:*** Es erfolgt nachträglich eine automatisierte, systematische Prüfung der stationären Durchführung von Listeneingriffen durch den Kanton. Gestützt darauf werden nur statistisch signifikante Abweichungen eines Spitals oder andere Auffälligkeiten im Detail geprüft. Gegebenenfalls werden detailliertere Begründungen der Fälle eingefordert.

Mit dieser Methodik kann der administrative Aufwand für die Spitäler wie auch für die Kantone gering gehalten werden. Dieses schlanke Verfahren sollte nicht durch nationale Vorgaben übersteuert werden.

Sollte die von uns vorgeschlagene Variante nicht verwirklicht werden, ist Variante 2 zu bevorzugen. Bei dieser Variante werden die Kosten der stationären Durchführung eines Listeneingriffs dann übernommen, wenn ein Ausnahmekriterium gemäss Referenzdokument erfüllt ist und dies vom Leistungserbringer nachvollziehbar dokumentiert wird. Soll die Behandlung aus anderen, im Referenzdokument nicht genannten Gründen stationär durchgeführt werden, ist vorgängig eine Kostengutsprache des Versicherers (mit Überprüfung durch die Vertrauensärztin oder den Vertrauensarzt) einzuholen. Dies führt zu einem administrativen Zusatzaufwand bei den Spitälern, der aber geringer ist als bei Variante 1. Die Verantwortung für eine Entscheidung für eine stationäre Behandlung liegt bei der medizinisch verantwortlichen Person. Wir regen an, die Regelung in dem Sinn zu ergänzen, dass sowohl die Versicherer als auch die zu 55% mitfinanzierenden Kantone berechtigt sind, die Einhaltung der Ausnahmekriterien gemäss Referenzdokument je für sich zu überprüfen. Ferner sollte auch aus dem Text der KLV oder des Referenzdokuments klar hervorgehen, dass auch bei Vorliegen eines einzelnen Kriteriums eine me-

dizinische Gesamtbeurteilung vorzunehmen ist. Zudem ist in der KLV zu regeln, dass das Risiko einer Falscheinschätzung vom Leistungserbringer zu tragen ist: Wird eine Behandlung stationär durchgeführt und stellt sich nachträglich heraus, dass die Voraussetzung dafür nicht erfüllt ist, dürfen die Mehrkosten nicht den Patientinnen und Patienten in Rechnung gestellt werden.

Bei Variante 1 hingegen wäre für sämtliche stationären Eingriffe eine vorgängige Kostengutsprache des Versicherers erforderlich. Das führte zu erheblichen Verzögerungen bei der Durchführung der Behandlung und zu zusätzlichem Administrativaufwand, was abzulehnen ist.

II. Mitteilung an die Mitglieder des Regierungsrates und die Gesundheitsdirektion.



Vor dem Regierungsrat
Der Staatsschreiber:

Husi