



Antwort des Staatsrats auf einen parlamentarischen Vorstoss

Anfrage Bapst Markus

2017-CE-127

Kostenkontrolle im stationären Bereich durch Rechnungskopien

I. Anfrage

Nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) sind Leistungserbringer im System des *Tiers payant* verpflichtet, den Versicherten eine Kopie der detaillierten und verständlichen Rechnung zuzustellen, die an die Krankenkasse geht (Art. 42 Abs. 3 KVG¹). Im stationären Bereich ist dies für den Kanton besonders wichtig, weil er sich mit mindestens 55 Prozent an den Behandlungskosten beteiligen muss (Art. 49a Abs. 2 KVG²), also alles Interesse daran hat, keine Leistungen mitzufinanzieren, die gar nicht erbracht worden sind. Kontrollieren kann das nur die versicherte Person oder ihr Umfeld, wie der Fall Bachmann gezeigt hat (Tages-Anzeiger vom 13. Mai 2014): Eine solche Kontrolle ist freilich nur möglich, wenn die behandelte Person tatsächlich eine detaillierte und verständliche Rechnungskopie erhält, was laut Bundesrat trotz eindeutiger Rechtslage längst nicht immer der Fall ist (Stellungnahme des Bundesrates vom 26.08.2015 zum Postulat Guhl 15.3455 im Nationalrat³).

Gesundheitsminister Alain Berset betonte am 2. Mai 2017 vor dem Nationalrat, das Problem sei erkannt und auch Thema bei den Gesprächen mit den kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren: Den Kantonen käme in diesem Bereich eine Aufsichtsfunktion zu⁴. Vor diesem Hintergrund stellen sich die Fragen, wie der Kanton eine konsequente Anwendung der genannten KVG-Bestimmung sicherstellt, ob es hilfreich wäre, wenn er analog den Versicherern nach Art. 59 KVG⁵ ein Antragsrecht auf Sanktionen gegen fehlbare Leistungserbringer hätte, und welche weiteren Mittel der Kanton zur Kostendämmung und -senkung im stationären Bereich ausschöpfen könnte.

Ich bitte den Staatsrat in diesem Zusammenhang um die Beantwortung folgender Fragen:

1. Wie stellt der Kanton als Mittel zur Kostensenkung im stationären Gesundheitsbereich sicher, dass alle Patientinnen und Patienten Rechnungskopien erhalten, die sie verstehen und kontrollieren können?
2. Würde es der Staatsrat begrüßen, wenn ihm das Bundesgesetz über die Krankenversicherung das Recht einräumen würde, analog den Versicherern Sanktionen gegen stationäre Leistungserbringer zu beantragen, die den Versicherten keine Rechnungskopien zustellen, oder hat er andere, bessere Mittel, um dasselbe Ziel zu erreichen?

¹ <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19940073/index.html#a42>

² <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19940073/index.html#a49a>

³ <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20153455>

⁴ <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/amtliches-bulletin/amtliches-bulletin-die-verhandlungen?SubjectId=40059>

⁵ <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19940073/index.html#a59>

3. Welche weiteren Mittel, Massnahmen zur Kostendämmung im stationären Gesundheitswesen sieht der Staatsrat und wie gedenkt er diese umzusetzen?

6. Juni 2017

II. Antwort des Staatsrats

1. *Wie stellt der Kanton als Mittel zur Kostensenkung im stationären Gesundheitsbereich sicher, dass alle Patientinnen und Patienten Rechnungskopien erhalten, die sie verstehen und kontrollieren können?*

Gemäss Artikel 42 Abs. 3 KVG sind die Leistungserbringer im System des *Tiers payant* verpflichtet, der versicherten Person eine detaillierte und verständliche Kopie der Rechnung zuzustellen, die an den Versicherer gegangen ist. In der Praxis ist der Nutzen dieses Instruments zur Dämmung und allfälligen Senkung der stationären Kosten jedoch begrenzt.

Das Amt für Gesundheit (GesA) hat die Freiburger Spitäler (freiburger spital HFR, Interkantonales Spital der Broye HIB, Dalerspial und *Clinique Générale Ste-Anne*) zu diesem Thema befragt, worauf diese angegeben haben, ihren Patientinnen und Patienten die Rechnungen zwar nicht systematisch zuzustellen, sie jedoch auf Anfrage eine Kopie erhalten können. Einzig das Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit (FNPG) verschickt systematisch eine Rechnungskopie. Somit ist die Situation vergleichbar mit derjenigen in zahlreichen anderen Kantonen.

Der Staatsrat ist sehr besorgt über den Anstieg der Gesundheitskosten. Trotzdem will er zum jetzigen Zeitpunkt nicht für eine strengere Anwendung des KVG eintreten, damit alle Patientinnen und Patienten nach einem Spitalaufenthalt eine Rechnungskopie erhalten. Die erhoffte Wirkung einer Überprüfung der Rechnungen durch die Patientinnen und Patienten auf die Kostenentwicklung im stationären Bereich ist nämlich bei Weitem nicht überzeugend. Es ist sogar wahrscheinlich, dass die allfällige Kostensenkung durch die Mehrkosten, welche die negativen Auswirkungen einer solchen Massnahme verursachen, mehr als wieder ausgeglichen wird; dies aus den nachfolgenden Gründen:

Fachsprachliche Abrechnungen

Im Allgemeinen kommt im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung mehrheitlich das System des *Tiers payant* zur Anwendung; das bedeutet, dass die Rechnung direkt an den Krankenversicherer geht. Die Abrechnung erfolgt anhand von einer spezifischen und standardisierten Fach- und Medizinsprache, die namentlich auf komplexen Tarifstrukturen beruht. Für die Leistungserbringenden und die Krankenversicherer ist diese Sprache sehr wohl verständlich, für die Versicherten jedoch ist sie oftmals nur sehr schwer zu verstehen.

Der Fall Bachmann, den der Autor anspricht, ist überhaupt nicht repräsentativ für das, was eine Patientin oder ein Patient ohne spezifische Vorkenntnisse bei der Überprüfung ihrer bzw. seiner Rechnung machen könnte. Im besagten Fall hat eine Angehörige der Patientin Fehler in der 60-seitigen Rechnung des Universitätsspitals Basel festgestellt, nachdem sie das Wort «Cholezystektomie» gelesen hatte, worauf sie stutzig wurde. Diese Person ist allerdings medizinische Praxisassistentin und kann als Fachperson des Gesundheitsbereichs bezeichnet werden, welche

die spezifische Sprache in den Rechnungen verstehen kann. Darüber hinaus war die Patientin privatversichert, was im vorliegenden Fall bedeutet, dass sie eine detaillierte Abrechnung bekommt.

Die Tatsache, dass die Kenntnisse einer Patientin oder eines Patienten im Allgemeinen nicht ausreichen, um diese Fachsprache zu verstehen, schränkt die erwünschte positive Wirkung einer systematischen Bereitstellung der Rechnungen zur Kontrolle durch die Patientinnen und Patienten deutlich ein. Soll der Inhalt der Rechnung zugänglich gemacht werden, muss man ihn vulgarisieren. Somit müsste jede Rechnung in zwei Versionen ausgestellt werden: einer Version für die Fachperson der Krankenversicherung und einer vulgarisierten Version für die Patientin oder den Patienten. Dies hätte unweigerlich hohe administrative Kosten zur Folge, jedoch ohne Garantie, dass eine einheitliche und für alle verständliche Sprache angewendet wird.

Schliesslich ist nicht sicher, dass eine vulgarisierte Rechnung bei den Patientinnen und Patienten ein grösseres Interesse weckt und von diesen eingehend studiert wird. Wenn nicht, wären die zusätzlichen Kosten vollkommen sinnlos und würden unser Gesundheitssystem nur noch teurer machen.

Weitere Punkte schränken die erwünschte Wirkung ebenfalls ein, so z. B. die Tatsache, dass die Patientinnen und Patienten bei chirurgischen Eingriffen oft unter Narkose stehen und sich nicht an das Geschehene erinnern können, was die Analyse einer detaillierten Rechnung unmöglich macht. Hinzu kommt die Tatsache, dass stationäre Patientinnen und Patienten normalerweise stark gestresst sind und sich mehr Sorgen um ihre Gesundheit und den reibungslosen Ablauf des Eingriffs denn um die Erfassung der verschiedenen Handlungen machen. Dadurch gestaltet sich auch eine objektive Wahrnehmung der erbrachten Leistungen, an die sie sich später bei der Analyse ihrer Rechnung erinnern könnten, als schwierig.

SwissDRG-Fallpauschalensystem

Seit am 1. Januar 2012 die neue Spitalfinanzierung eingeführt wurde, werden akutsomatische Spitalbehandlungen im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anhand von Fallpauschalen nach dem schweizweit einheitlichen SwissDRG-System abgegolten.

Je nach Diagnosen, erbrachten Leistungen, möglichen Komplikationen oder bestimmten Eigenschaften der Patientin bzw. des Patienten, wird diese/r anhand von einem Algorithmus einer Fallgruppe (DRG = *Diagnosis Related Group*) zugeteilt. Das SwissDRG-System umfasst rund 1000 DRG. Jede DRG hat ihr Kostengewicht (*Cost weight*), das ist ein Koeffizient, der ihr relatives Gewicht im Vergleich zu den anderen DRG reflektiert, wobei das Gewicht vom Behandlungsaufwand (Personal, Ausrüstung usw.) abhängt. Dieser Koeffizient, multipliziert mit dem Tarif, der zwischen dem Spital und den Krankenversicherern ausgehandelt (oder vom Kanton oder vom Bundesverwaltungsgericht behördlich festgesetzt) wurde, bestimmt die Höhe der Leistungsvergütung.

Auf dieser Aggregationsebene kann die Patientin oder der Patient nicht mehr beurteilen, welche Leistungen sie oder er im Rahmen der Behandlung bezogen hat. Darüber hinaus wird angesichts der knapp 1000 DRG, welche die Tarifstruktur umfasst, deutlich, dass die Patientinnen und Patienten oftmals weder die Subtilitäten und Feinheiten verstehen noch erkennen würden, ob die auf der Rechnung aufgeführte DRG der erbrachten Leistung entspricht. Und doch können eben diese Feinheiten bei der Abrechnung einen Unterschied von Tausenden von Franken ausmachen.

Auch hier wird klar, dass eine zusätzliche Erklärung und Vulgarisierung nötig wären, damit die Patientin oder der Patient die Rechnung versteht und überprüfen kann, ob diese mit den bezogenen Leistungen übereinstimmt, was wiederum zu erheblichen Kosten führen würde.

Administrative Umtriebe

Im Rahmen seiner Befragung der Freiburger Spitäler wollte das GesA auch wissen, wieso die Spitäler nicht systematisch eine Rechnungskopie verschicken. Diese erwähnten zum einen die administrativen Kosten für den Versand einer Papierversion der Rechnung (Papier, Porto, kuvertieren usw.) Zum anderen brachten sie das mangelnde Interesse der Patientinnen und Patienten an einer Rechnungskopie zur Sprache. Zwar verschicken die Spitäler *auf Anfrage* der Patientinnen und Patienten immer eine Rechnungskopie, sie stellen jedoch fest, dass solche Anfragen sehr selten vorkommen. Dies zeigt, wie gering das Interesse der Patientinnen und Patienten an der Rechnung ist und lässt erahnen, dass dieses mit einem systematischen Versand der Rechnungen nicht grösser wäre.

Die Erfahrung in anderen Kantonen zeigt, dass noch andere administrative Probleme entstehen könnten. So hat der Kanton Basel-Landschaft in seiner Antwort vom 12. September 2017 auf die Interpellation «Kostensenkung im stationären Bereich durch Rechnungskopien» daran erinnert, dass Patientinnen und Patienten oftmals nicht wissen, was sie mit der Rechnungskopie anfangen sollen, worauf sie dem Spital Rückfragen stellen, die Kopie fälschlicherweise nochmals an die Krankenversicherung schicken – oder schlimmer noch – die Rechnung ebenfalls bezahlen, was zu aufwändigen Rückvergütungsprozessen führt.

Angesichts dessen scheint der systematische Versand der Rechnungen an die Patientinnen und Patienten kein geeignetes Instrument zu sein, um die Entwicklung der Kosten im stationären Bereich einzudämmen oder sogar zu senken. Im Gegenteil: Die Kosten, die die Umsetzung eines systematischen Rechnungsversands verursacht, könnten den Nutzen einer Rechnungskontrolle durch die Patientinnen und Patienten sogar übersteigen.

Nichtsdestotrotz ist es wichtig, dass Patientinnen und Patienten, welche die Rechnung einsehen möchten und so ihre Motivation kundtun, diese zu analysieren, dies auch weiterhin können und die Rechnung einschränkungslos erhalten.

2. *Würde es der Staatsrat begrüessen, wenn ihm das Bundesgesetz über die Krankenversicherung das Recht einräumen würde, analog den Versicherern Sanktionen gegen stationäre Leistungserbringer zu beantragen, die den Versicherten keine Rechnungskopien zustellen, oder hat er andere, bessere Mittel, um dasselbe Ziel zu erreichen?*

Angesichts der vorstehenden Erwägungen erscheint es dem Staatsrat nicht sinnvoll, etwas zu unternehmen, damit das KVG ihm, analog den Versicherern, das Recht einräumen würde, Sanktionen gegen die stationären Leistungserbringer zu beantragen, wenn diese den Versicherten keine Rechnungskopie schicken.

3. *Welche weiteren Mittel, Massnahmen zur Kostendämmung im stationären Gesundheitswesen sieht der Staatsrat und wie gedenkt er diese umzusetzen?*

Kontrollen

Artikel 34 KVG besagt namentlich, dass die Versicherer im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur die Kosten für wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Leistungen (Art. 32 KVG) übernehmen dürfen. Folglich hat ein Krankenversicherer die Pflicht, diese Punkte zu prüfen. Der Staatsrat geht davon aus, dass die Krankenversicherer besser qualifiziert und ausgerüstet sind als der Kanton, um diese Prüfung vorzunehmen; aus diesem Grund nimmt er seinerseits keine solchen Prüfungen vor, zumal diese unnötige administrative Kosten mit sich bringen würden.

Dennoch ist der Staat – wie bereits gesagt wurde – was die Kontrolle der Spitalrechnungen betrifft nicht inaktiv, ganz im Gegenteil:

Er überprüft für jede Spitalrechnung, die ihm zwecks Zahlung des Kantonsanteils unterbreitet wird, ob die Patientin oder der Patient auch wirklich Bewohnerin oder Bewohner des Kantons Freiburg mit Hauptwohnsitz im Kanton ist. Er prüft die Berechnung des Rechnungsbetrags entsprechend der erfolgten Betreuung sowie den Kantonsanteil, der im Kanton Freiburg zwischen 2012 und 2017 von 47 auf 55 % angestiegen ist. Bei den ausserkantonalen Spitalaufenthalten prüft er zudem den angewandten Tarif; Letzterer hängt von der vorgängigen Gewährung einer Kostengutsprache durch das Kantonsarztamt ab.

Der Kanton hat ferner der Schaden Service Schweiz AG ein Mandat erteilt. Diese überprüft in Fällen, die Personen betreffen, die nur über die obligatorische Krankenpflegeversicherung unfallversichert sind, ob der Unfall durch eine Drittperson verursacht wurde und ggf. deren Haftpflicht für die Übernahme der Behandlungskosten zuständig ist, wodurch der Kanton von diesen befreit wäre. Seit der Vergabe dieses Mandats im 2010 konnte der Staat rund 2,7 Millionen Franken einholen.

Des Weiteren erfordert die Umsetzung der SwissDRG eine Kontrolle der Kodierungsqualität, der auch alle somatischen Spitaleinrichtungen des Kantons Freiburg unterliegen. Auch die Revisionsberichte werden dem Staat Freiburg unterbreitet. Die Revisionsstelle hat keine besonderen Mängel festgestellt.

Ambulant vor stationär

Es gibt medizinische Leistungen, die sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können. Allerdings sind die Kosten im stationären Bereich in diesen Fällen oft viel höher als im ambulanten. Deshalb erarbeiten einige Kantone Leistungslisten, die dazu dienen sollen, die ambulanten Leistungen zu begünstigen. Die Leistungen auf diesen Listen müssen folglich ambulant erbracht werden. Erbringt ein Spital die betreffenden Leistungen trotzdem stationär, so könnte sich der Kanton nur dann an den Kosten beteiligen, wenn eine stationäre Behandlung aus medizinischen Gründen notwendig ist. Dadurch sollen unnötige Spitalaufenthalte vermieden und so wiederum der Anstieg der Gesundheitskosten eingedämmt werden. Der Kanton Freiburg arbeitet derzeit an der Einführung einer solchen Liste.

Am 20. Februar 2018 hat das Eidgenössische Departement des Innern angekündigt, dass ab 1. Januar 2019 schweizweit sechs Gruppen von operativen Eingriffen nur noch bei ambulanter Durchführung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet werden; damit bekommt der

Kanton Freiburg eine grosse Unterstützung in seinem Kampf gegen den Anstieg der Gesundheitskosten.

Schluss

Abschliessend findet der Staatsrat, dass ein systematisches Verschicken der Rechnungen an die Patientinnen und Patienten kein geeignetes Instrument zur Dämmung oder gar Verringerung der Kostenentwicklung im stationären Bereich ist. Die genannten Kontrollmassnahmen genügen.

Trotzdem hat der Staat die Spitäler gebeten, über ihre Websites und verschiedenen Broschüren die Patientinnen und Patienten zu informieren, dass sie das Recht haben, im Falle eines Spitalaufenthalts eine Rechnungskopie zu verlangen; dadurch will er es den interessierten Patientinnen und Patienten leichter machen, die Rechnungen zu bekommen. Darüber hinaus sollen die Patientinnen und Patienten bereits beim Spitaleintritt die Möglichkeit haben, anzugeben, ob sie eine Rechnungskopie wünschen, damit sie diese später nicht extra beantragen müssen. Der Staat hat die Spitäler gebeten, die Entwicklung der Anfragen für eine Rechnungskopie infolge dieser erleichternden Massnahmen mitzuverfolgen, um später deren Tragweite beurteilen zu können.

Schliesslich wird sich die bevorstehende Einführung des elektronischen Patientendossiers (EPD) vielleicht auf die Rechnungsanfragen auswirken. Zwar ist nicht vorgesehen, dass das EPD administrative Informationen wie z. B. Rechnungen enthält, jedoch wird es medizinische Daten enthalten, die für die weitere Versorgung der Patientin oder des Patienten erforderlich sind, u. a. den Austrittsbericht, den Operationsbericht oder noch die Arzneimittel, die bei einer stationären Behandlung verwendet wurden. Wenn sie diese Daten zur Hand haben, sollte es den interessierten Patientinnen und Patienten leichter fallen, die Richtigkeit ihrer Rechnung zu überprüfen.

27. Februar 2018