

MEINUNG SEITE 15

## Datenschutz bringt neuen Prämienschub

### GASTBEITRAG VON PETER FISCHER\*

Die Nachricht: Ab 2012 gilt für den Spitalaufenthalt ein neues Tarifsysteem. Leistungen werden dann basierend auf diagnosebezogenen Fallpauschalen abgegolten. Doch mehrere Spitäler und Ärzte wehren sich gegen den elektronischen Datenaustausch mit den Krankenkassen. Die Folge: Die Kassen können die Rechnung schlecht kontrollieren und es droht ein neuer Prämienschub.

Der Kommentar: Mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung 2012 ändert sich die Abgeltung der stationären Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Neu bestimmen nicht mehr die Kosten, welche im Spital anfallen, die Höhe der Abgeltung, sondern die tatsächlich vom Spital erbrachten Leistungen. Dies führt zu einem stärkeren Wettbewerb unter den Spitalern und zu einer grösseren Transparenz.

Voraussetzung für den Systemwechsel ist die Umstellung auf die so genannten diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG). Für jeden stationären Aufenthalt von Patienten im Spital wird inskünftig anhand der Diagnosen und Behandlungen ein individueller Wert ermittelt. Pro Krankheit, deren Schweregrad und Behandlung entsteht dadurch ein einheitlicher Preis, der die erbrachte Leistung abgilt. Inskünftig können keine zusätzlichen Kosten mehr für die medizinische Leistung geltend gemacht werden.

«Die Angst der Ärzteschaft gilt nicht der Sorge des Arztgeheimnisses, sondern dem anstehenden Wettbewerb.»

Die Einführung von DRG kann die Spitäler zu einer überhöhten Rechnungsstellung verleiten, indem durch das bewusste Verrechnen von höheren DRG-Werten die Einnahmen optimiert werden. Dieses so genannte Upcoding erfolgt zulasten der Prämien- und Steuerzahler, welche die überhöhten Rechnungen bezahlen müssen. Es ist Aufgabe der Krankenversicherer, dies zu verhindern. Gemäss Krankenversicherungsgesetz sind die Versicherer verpflichtet, die Leistungen, die von Ärzten und Spitalern in Rechnung gestellt werden, zu kontrollieren.

Die Spitäler haben den Auftrag, Diagnosen und Behandlungen aller Patienten gemäss präzisen Richtlinien elektronisch zu erfassen. Die korrekte Anwendung muss im Einzelfall durch den Krankenversicherer geprüft werden. Eine Kontrolle ist aber nur möglich, wenn die entsprechenden Daten für die Krankenversicherer verfügbar sind. Der elektronische Datenaustausch ist Voraussetzung, um ein Upcoding zu unterbinden.

Teile der Ärzteschaft und der Spitäler versuchen bei der Umstellung auf DRG, den elektronischen Datenaustausch zu verhindern, indem sie datenschützerische Bedenken geltend machen. Dies, obschon das Bundesgericht in einem Urteil unmissverständlich

zum Ausdruck gebracht hat, dass die Übermittlung der medizinischen Daten an die Krankenversicherer rechtmässig ist.

Die Angst der Ärzteschaft gilt nicht der Sorge des Arztgeheimnisses, sondern dem anstehenden Wettbewerb, welcher die überfällige Strukturreform unserer Spitallandschaft beschleunigen wird. Mit DRG verlieren die Spitäler ihre Kostendeckungsgarantie. Neu müssen sie selber darum besorgt sein, ihren Betriebs- und Investitionsaufwand mit entsprechenden Einnahmen zu decken. Die Zeiten, als die öffentliche Hand die Defizite automatisch finanzierte, sind definitiv passé.

Gerade der Blick in die Vergangenheit zeigt, dass jede Tarifumstellung in der obligatorischen Grundversicherung zu zusätzlichen Kostensteigerungen führte. Damit das neue Vergütungssystem nicht missbraucht wird, braucht es eine effiziente Kostenkontrolle. Nur wenn Spitäler ihre Preise begründen müssen, können diese überprüft werden. Ansonsten wird DRG analog zur Einführung des Tarifsystems Tarmed zu einem solidarisch finanzierten Selbstbedienungsladen auf Kosten der Prämienzahlerinnen und -zahler.

**\* Peter Fischer ist Chef der Visana-Gruppe.**

**© Sonntag**