kpt: die krankenkasse mit dem plus

Prüfung der Leistungspflicht - Die rechtliche Antwort auf eine medizinische Frage?

Concetta Saia Meierhofer

Bern, 03. Oktober 2019

Agenda

1. Gesetzliche Grundlagen und Voraussetzungen der Leistungspflicht – Definition WZW
2. Kriterien zur Prüfung von WZW
3. Krankheitswert und Behandlungsbedürftigkeit
4. Ambulant vor (oder) stationär (AVOS)
5. Abgrenzung zu anderen Sozialversicherern
6. Gerichtsentscheide (WZW bejaht oder verneint)
7. Praxisbeispiele

Krankenversicherung - Befugnis und Auftrag

- **Der Bundesrat kann** die von Ärzten/-innen oder von Chiropraktoren/-innen erbrachten Leistungen bezeichnen, deren Kosten durch die OKP nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen übernommen werden. Er bestimmt, in welchem Umfang die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten einer neuen oder umstrittenen Leistung übernimmt, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit sich noch in Abklärung befindet (Art. 33 KVG)

- Der Bundesrat kann die Aufgaben (nach Art. 33 KVG) dem **Departement (EDI)** oder dem **Bundesamt (BAG)** übertragen

- **Krankenkassen** sind juristische Personen des privaten oder öffentlichen Rechts, die keinen Erwerbszweck verfolgen und die soziale Krankenversicherung nach dem KVG durchführen (Art. 2 KVAG)

Krankenversicherung - Befugnis und Auftrag

- Krankenversicherungen **müssen** die Anforderungen des KVG erfüllen und die Interessen der Versicherten gewährleisten.
- Die soziale Krankenversicherung **muss** nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit durchgeführt werden und die Gleichbehandlung der Versicherten **muss** gewährleistet sein.

Krankenversicherung – Befugnis und Auftrag

- Zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit der Leistungen sind die Krankenversicherer bei jeder Leistung befugt. Das Prüfen der WZW Kriterien ist eine generelle Aufgabe der Krankenversicherer.

- Krankenversicherer können Leistungen verweigern oder zurückfordern, wenn sich die Leistungserbringer nicht auf das im KVG **vorgeschriebene Mass der Leistungen** beschränken.

WZW - Art. 32 KVG

- Damit die Leistungen nach den Art. 25 – 31 des Gesetzes übernommen werden, **müssen** diese wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein.

?

Definitionen WZW – Art. 32 KVG

- Eine medizinische Leistung ist **wirksam**, wenn sie objektiv geeignet ist, auf den angestrebten diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen Nutzen hinzuwirken. Die Wirksamkeit muss wissenschaftlich nachgewiesen sein.

- Zweckmässigkeit setzt Wirksamkeit voraus und beurteilt sich grundsätzlich nach medizinischen Kriterien. **Zweckmässig** ist die Anwendung, die am besten diagnostischen oder therapeutischen Nutzen aufweist. Zweckmässigkeit hat daher gleich wie Wirtschaftlichkeit komparativen Charakter.

- **Wirtschaftlichkeit** gemäss dem KVG setzt Wirksamkeit und Zweckmässigkeit voraus und ist das massgebliche Kriterium für die Auswahl unter den zweckmässigen Behandlungs-möglichkeiten. Wirtschaftlich ist bei vergleichbarem medizinischem Nutzen die kostengünstigste Variante.

WZW – kumulativ für jede Leistung

- Es handelt sich bei den Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien) um die grundlegenden, **kumulativ** zu erfüllenden Voraussetzungen jeder Leistung.

- Ihr Zweck ist es, eine **effiziente, qualitativ** hochstehende und zweckmässige **Gesundheitsversorgung** zu möglichst **günstigen Kosten** sicherzustellen.

- An diesem Ziel haben sich alle **Akteure** im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (d.h. neben den **Versicherten** insbesondere auch die **Leistungserbringer** und die Tarifgenehmigungsbehörden) zu orientieren

WZW - Pflichten der Leistungserbringer

- Der Leistungserbringer **muss** sich in seinen Leistungen auf das **Mass beschränken**, das im Interesse der Versicherten liegt und **für den Behandlungszweck** erforderlich ist.

- Der Leistungserbringer **muss** dem Schuldner der Vergütung die direkten oder indirekten **Vergünstigungen weitergeben**, die ihm ein anderer in seinem Auftrag tätiger Leistungserbringer gewährt, oder Personen oder Einrichtungen gewähren, welche Arzneimittel oder MiGeL liefern (Ausnahmen siehe Revision HMG und VITH ab 01.01.2020)

- Der Leistungserbringer **muss** dem Schuldner eine **detaillierte und verständliche** Rechnung zustellen. Er muss ihm auch **alle Angaben machen,** die er benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen überprüfen zu können**.** Der Versicherer kann zusätzliche Auskünfte medizinischer Natur verlangen.
- Die Leistungserbringer **müssen** sich an die vertraglich oder behördlich **festgelegten Tarife** und Preise halten und dürfen für Leistungen nach dem Krankenversicherungsgesetz keine weitergehenden Vergütungen berechnen (vorbehalten Bestimmungen der Vergütung MiGel).

Verletzung Anforderungen von WZW und Qualität

- Gegen Leistungserbringer, welche gegen die im Gesetz vorgesehenen Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsanforderungen oder gegen vertragliche Abmachungen verstossen, werden Sanktionen ergriffen (Art. 59 Abs.1 KVG). Diese umfassen:

  - die Verwarnung;
  - die ganze oder teilweise Rückerstattung der Honorare, welche für nicht angemessene Leistungen bezogen wurden;
  - eine Busse;
  - im Wiederholungsfall den vorübergehenden oder definitiven Ausschluss von der Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Kriterien zur Prüfung von WZW - KLV

- Die Krankenpflegeleistungsverordnung (KLV) erleichtert das Bestimmen der Leistungspflicht durch konkretisierte und eingrenzende Angaben wie:

  - Leistungen, die übernommen werden
  - Leistungen, die nicht oder nur unter bestimmten Voraussetzungen übernommen werden
  - Leistungen, die neu und umstritten sind deren WZW-Kriterien noch nicht abschliessend geklärt sind (in Evaluation)

Krankheit, Unfall, Mutterschaft, Art. 3 – 5 ATSG

- Die soziale Krankenversicherung gewährt Leistungen bei Krankheit, Unfall (soweit dafür keine Unfallversicherung aufkommt) und Mutterschaft

- **Krankheit**, ist jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine **medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert** oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Als Geburtsgebrechen gelten diejenigen Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestehen.

- Unfall ist die **plötzliche**, **nicht beabsichtigte schädigende** Einwirkung eines **ungewöhnlichen äusseren Faktors** auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

- Mutterschaft umfasst Schwangerschaft und Niederkunft sowie die nachfolgende Erholungszeit der Mutter.

Krankheitswert / Krankheitscharakter

- Bei nicht unfallbedingten Beeinträchtigungen der Gesundheit ermöglicht der Krankheitsbegriff die Abgrenzung von Krankheit zu «Nichtkrankheit» *(BGE 129 V 32, BGE 116 V 239)*

- Krankheitsdispositionen (angeborene, erhöhte oder erworbene) begründen nicht automatisch und zweifelsfrei Anspruch auf Leistungen der sozialen Krankenversicherung *(BGE 130 V 284)*

- Bei der Beurteilung der Leistungspflicht prüft der Krankenversicherer ob es sich tatsächlich um eine Krankheitsbehandlung oder eine Präventivmassnahme handelt (BGE 121 V 211)

- Behandlungen natürlicher Schönheitsfehler die nicht einem angeblichen Schönheitsideal entsprechen erfüllen in der Regel den Krankheitswert nicht (kosmetisch-plastische Korrektureingriffe) *(K132/04)*

- Altersbedingte Abnahme der Fertilität sowie altersbedingte nachlassende Erektionsfähigkeit sind natürliche physiologische Erscheinungen und daher grundsätzlich keine Krankheiten *(BGE 129 V 32)*

Behandlungsbedürftigkeit

- Aus der Gesundheitsstörung fliessender, **objektiv** feststellbarer und ausgewiesener Bedarf an diagnostischen oder therapeutischen Massnahmen
- Vorliegen einer Beeinträchtigung der Gesundheit, die körperliche oder geistige Funktionen in so beträchtlichem Masse einschränkt, dass der Patient ärztlicher Hilfe bedarf
- Die Genesung wäre ohne medizinische Hilfe wahrscheinlich nicht oder nicht mit Aussicht auf Erfolg innert angemessener Zeit zu erreichen
- Dem Patienten kann nicht zugemutet werden, ohne wenigstens den Versuch einer Behandlung zu leben.

Behandlungsbedürftigkeit

- Der Behandlungsanspruch findet seine Grenzen im Gebot wirksamer, zweckmässiger und wirtschaftlicher Behandlung

- Grundsätzlich trägt der Krankenversicherer nur die Gesundheitsleistungen der versicherten Person. Sofern die Behandlung des Versicherten jedoch das Beiziehen eines Dritten notwendig macht, so fällt auch die Behandlung der Drittperson in die Leistungspflicht des Krankenversicherers (Organempfänger – Organspender)

- Eine blosse Altersgebrechlichkeit kann Behandlungsbedürftigkeit begründen, auch wenn sie keine diagnostischen oder therapeutischen Anwendungen und auch keine Behandlungspflege, aber immerhin Grundpflege im Sinne der KLV erfordert.

Spital- / Pflegebedürftigkeit Art. 49 Abs. 4 KVG

- Aus der Behandlungsbedürftigkeit lassen sich unter Berücksichtigung von verschiedenen Indikatoren demnach auch Spitalbedürftigkeit oder Pflegebedürftigkeit ableiten.
- Akut
- Chronisch
- Wesentliche Verbesserung der Gesundheit durch die Behandlung möglich?
- Rehabilitationspotential vorhanden?

Vertrauensärzte (VA) und Hilfspersonen (VAD/VAK)

- Vertrauensärztinnen und Vertrauensärzte **beraten** die Versicherer in medizinischen Fachfragen sowie in Fragen der Vergütung und der Tarifanwendung. Sie **überprüfen** insbesondere die **Voraussetzungen der Leistungspflicht des Versicherers** (Art. 57 Abs. 4 KVG).

- Sie geben den zuständigen Stellen der Versicherer nur diejenigen Angaben weiter, die notwendig sind, um über die Leistungspflicht zu entscheiden, die Vergütung festzusetzen, den Risikoausgleich zu berechnen oder eine Verfügung zu begründen.

- Die Leistungserbringer müssen den Vertrauensärzten-/innen die zur Erfüllung ihrer Aufgaben notwendigen Angaben liefern. Ist es nicht möglich, diese Angaben anders zu erlangen, so können Vertrauensärzte/-innen auch persönlich untersuchen.

AVOS

- Die Frage der Wirtschaftlichkeit bezieht sich nicht nur auf Art und Umfang der Leistung, sondern auch auf die Frage ob eine Behandlung ambulant oder stationär durchgeführt werden kann oder muss.
- Seit dem 01. Januar 2019 ist die Liste der grundsätzlich ambulant durchzuführenden elektiven Eingriffe in Kraft. Bei Behandlungen auf der Liste wird vermutet, dass **diese stationär nicht wirtschaftlich oder nicht zweckmässig sind.**
- Wird ein elektiver Eingriff stationär durchgeführt, so übernimmt die Versicherung die Kosten desgleichen nur, **wenn eine ambulante Versorgung** wegen besonderer Umstände **nicht zweckmässig oder nicht wirtschaftlich ist.**
- Sind Eingriffe nicht auf der Liste aufgeführt, bedeutet dies **nicht, dass sie stationär den WZW Anforderungen** genügen. Die Prüfung der Leistungsplicht wird im **Einzelfall** vorgenommen.

Koordination Heilbehandlung Art. 64 ATSG

- Im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht klären die Sozialversicherer ab, **wer** für den Fall tatsächlich zuständig ist.

- Die Heilbehandlung wird, soweit die Leistungen gesetzlich vorgeschrieben sind und im Einzelgesetz erfüllt, **ausschliesslich von einer einzigen Sozialversicherung übernommen** (Art. 64 ATSG).

- Der leistungspflichtige Sozialversicherer übernimmt auch dann **allein und uneingeschränkt** die Heilungskosten bei stationärer Behandlung, wenn der **Gesundheitsschaden nur zum Teil auf einen von ihm zu deckenden Versicherungsfall** zurückzuführen ist.

- Der leistungspflichtige Sozialversicherer kommt ferner für ausserhalb seines Leistungsbereichs liegende **Gesundheitsschäden** auf, die während einer stationären Heilbehandlung **auftreten und nicht getrennt behandelt werden können**.

Vorleistung und Rückerstattung Art. 70 ATSG

- Begründet ein Versicherungsfall einen Anspruch auf Sozialversicherungsleistungen, bestehen aber **Zweifel darüber, welche Sozialversicherung die Leistungen zu erbringen hat**, so kann die berechtigte Person Vorleistung verlangen.

- Der vorleistungspflichtige Versicherungsträger erbringt die Leistungen nach den für ihn geltenden Bestimmungen. Wird der Fall von einem anderen Träger übernommen, so hat dieser die Vorleistung im Rahmen seiner Leistungspflicht zurückzuerstatten.

Aufklärung und Beratung Art. 27 ATSG

- Die Versicherungsträger und Durchführungsorgane der einzelnen Sozialversicherungen sind verpflichtet, im Rahmen ihres Zuständigkeitsbereiches die interessierten Personen über ihre Rechte und Pflichten aufzuklären.

- Stellt ein Versicherungsträger fest, dass eine versicherte Person oder ihre Angehörigen Leistungen anderer Sozialversicherungen beanspruchen können, so gibt er ihnen unverzüglich davon Kenntnis.

Gerichtsentscheide – WZW bejaht

- Chirurgische Korrektur nach stark verunstaltenden unfallbedingter Gesichtsnarbe (*BGE 102 V 69*)
- Gesichtsnarben nach schwerer chronischer Akne, die zu psychischen Störungen mit Krankheitswert führen (*BGE 129 V 167*)
- Blepharochalasis (Dermatochalasis) kann (in casu) eine Pflichtleistung darstellen, sofern Krankheitswert (Gesichtsfeldeinschränkung) nachgewiesen – sonst kosmetisch (*K59/05 31.05.2006)*
- Mamma Rekonstruktionen mit Brustimplantaten nach einer medizinisch notwendigen Amputation (*BGE 111 V 229*)
- Zahnkaries, sofern durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt (restriktive Praxis gemäss KLV 17 – 19) *(BGE 103 V 177)*

Gerichtsentscheide – WZW verneint

- Erholungsbedürftigkeit für sich alleine ist nicht Krankheit
- Operative Entfernung von Bauchfalten oder Fettschürzen nach Abmagerungskur (*K50/05*)
- Psychosoziale Belastungssituation (*BGE 127 V 294*)
- Missglückte Schönheitsbehandlungen die im Nachhinein oder wegen nicht oder nur teilweise geglückter Durchführung als unschön empfunden werden (ohne somatische / psychische Begleiterscheinungen)

Praxisbeispiel – Mutter im Spital (mit Kind)

Vaginale Entbindung 17.03. - Austritt 20.03. (3 Nächte)

Rechnung Mutter: CHF 2685.00 (45%)

Rechnung Kind: CHF 1089.00 (45%)

Rehospitalisation Mutter und Kind 12.04. – 15.04. (3 Nächte)

Rechnung Mutter: CHF 2054.75 **(DRG O61Z, stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort ohne OR-Procedur)**

Rechnung Kind: CHF 1089.00 **(P67D Neugeborener Einling, Aufnahmegewicht >2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beat…)**

Spitalbedürftigkeit des Kindes?

Praxisbeispiel – Mutter im Spital (mit Kind)

Sehr geehrte Damen und Herren

Wie von Ihrer Versicherung angefragt, erhalten Sie von uns medizinische Dokumente zum oben genannten Fall.

Die Patientin wurde als Begleitung der behandelten Mutter aufgenommen. Ein Austrittsbericht liegt uns zu diesem Aufenthalt nicht vor.

Sollten Sie zu der Kodierung oder der generierten DRG konkrete Nachfragen haben, bitten wir Sie, diese schriftlich an die obengenannte Adresse zu richten.

Vielen Dank und freundliche Grüsse

Praxisbeispiel – Mutter im Spital (mit Kind)

Sehr geehrte Damen und Herren

Vielen Dank für Ihr Schreiben vom . Bitte entschuldigen Sie die späte Stellungnahme.

Gemäss den Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG werden die Neugeborenen wie folgend definiert:

3.9 Neugeborene
Jedes Neugeborene (ob krank oder gesund) wird als separater Fall betrachtet und über eine eigene Fallpauschale verrechnet. Die Rechnungsstellung erfolgt beim gesunden Neugeborenen an den Kostenträger der Mutter, beim kranken Neugeborenen an den Kostenträger des Neugeborenen. Zu Abrechnungszwecken gelten Neugeborene in den DRGs P66D und P67D als gesund und werden dem Kostenträger der Mutter in Rechnung gestellt, sofern mit diesen DRGs die Geburt des Neugeborenen vergütet wird. In allen anderen Fällen werden die DRGs P66D und P67D dem Kostenträger des Neugeborenen in Rechnung gestellt.

Als Neugeborenes bezeichnet man ein Kind nach der Geburt bis zum Alter von vier Wochen (28d).

Dieser Fall erfüllt diese Bedingungen, aufgrund dessen haben wir Ihnen die Rechnung zugestellt. Wir bitten Sie den Sachverhalt nochmals zu prüfen und uns den noch offenen Betrag in den nächsten Tagen zu überweisen.

Herzlichen Dank.

KPT Krankenkasse AG
Wankdorfallee 3
Postfach
CH-3001 Bern

Concetta Saia Meierhofer
Leiterin Leistungscenter SwissDRG KVG