

Bericht des Bundesamtes für Gesundheit vom 30. Oktober 2023 zuhanden der SGK-S
«Angabe Konsultationsdauer auf Rechnungen»

1. Auftrag

Am 12. Oktober 2023 beauftragte die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-S) im Rahmen der Beratung des Geschäfts «22.062n: KVG. Änderung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)» die Verwaltung, einen Kurzbericht über die Auswirkungen der vom Nationalrat am 28. September 2023 angenommenen Variante zur Änderung von Artikel 42 Absatz 3 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) zu erarbeiten. Dieser Änderungsentwurf führt die Verpflichtung der Leistungserbringer ein, im Falle einer Einzelleistungstarifstruktur das Datum sowie die Anfangs- und Endzeiten der Konsultationen auf den Rechnungen zu vermerken. Dabei soll insbesondere der Nutzen für die Patienten und Patientinnen und die Lesbarkeit der Rechnungen untersucht werden.

2. Aktuelle Rechtsgrundlagen betreffend Inhalt und Kontrolle von Rechnungen

Artikel 42 Absatz 3 KVG verpflichtet den Leistungserbringer, dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zuzustellen. Zudem muss er ihm alle notwendigen Angaben machen, die er benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können. Der Schuldner der Rechnung ist im System des Tiers garant der Versicherte und im System des Tiers payant der Versicherer (Art. 42 Abs. 1 und 2 KVG). Im Falle des Tiers-payant-Systems muss der Leistungserbringer der versicherten Person unaufgefordert eine Kopie der Rechnung übermitteln. Der Versicherer und der Leistungserbringer können jedoch vereinbaren, dass der Versicherer die Rechnungskopie dem Versicherten zukommen lässt (Art. 42 Abs. 3 KVG).

Gemäss Artikel 43 Absatz 1 KVG muss der Leistungserbringer die Rechnungen auf der Grundlage von Tarifen oder Preisen erstellen. Der Tarif bildet also die Grundlage für die Abrechnung und Fakturierung der Leistungen. Möglich sind insbesondere Zeittarife, Einzelleistungstarife oder Pauschaltarife (Art. 43 Abs. 2 KVG).

Artikel 59 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) legt die Informationen und Daten fest, die bei der Rechnungsstellung im Allgemeinen auf den Rechnungen enthalten sein müssen. Absatz 1 verpflichtet den Leistungserbringer, auf der Rechnung alle administrativen und medizinischen Angaben zu machen, die für die Überprüfung der Berechnung der Vergütung sowie der Wirtschaftlichkeit der Leistungen nach Artikel 42 Absatz 3 und 3^{bis} KVG erforderlich sind. Die nicht abschliessende Liste in Artikel 59 Absatz 1 Buchstaben a bis e KVV enthält insbesondere das Behandlungsdatum (Bst. a), die erbrachten Leistungen im Detaillierungsgrad, den der massgebliche Tarif vorsieht (Bst. b) sowie die Diagnosen und Prozeduren, die zur Berechnung des anwendbaren Tarifs notwendig sind (Bst. c). Der Leistungserbringer hat zudem dafür zu sorgen, dass die Rechnung für die Versicherten nachvollziehbar ist und insbesondere Art, Dauer und Inhalt der Behandlung verständlich dargestellt werden (Art. 59 Abs. 4 KVV). Über die im KVG und in der KVV explizit genannten Elemente hinaus können der Versicherer und der Leistungserbringer vereinbaren, dass zusätzliche Angaben oder Informationen die auf der Rechnung enthalten sein müssen, die für die Kontrolle der Rechnungen und der Wirtschaftlichkeit notwendig sind; um die Verhältnismässigkeit zu gewährleisten.

Es ist in erster Linie Aufgabe der Krankenversicherer, die Wirtschaftlichkeit der zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abgerechneten Leistungen zu kontrollieren. Die Rechnungskontrolle im engeren Sinne besteht hauptsächlich darin, zu überprüfen, ob der Versicherte Anspruch auf die Kostenübernahme der Leistung hat, ob der Leistungserbringer zugelassen ist, ob der Tarif korrekt angewendet wurde und ob die Bestimmungen der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV, SR 832.112.31) eingehalten wurden. Die Versicherer verfolgen unterschiedliche Strategien: eine Mehrheit wendet sowohl die Methode der spezifischen Prüfung (d.h. Kontrolle einzelner Rechnungen ohne Berücksichtigung der anderen) als auch die Querschnitts- oder fallbasierte Methode oder einen kombinierten Ansatz aus beiden Methoden an. Auch der Versicherte nimmt bei der Kontrolle der in Rechnung gestellten Leistungen eine wichtige Rolle ein. Wie bereits erwähnt, ist der Versicherte je nach verwendetem Vergütungssystem (Tiers garant oder Tiers payant) entweder der direkte Empfänger der Rechnung oder er erhält eine Kopie der Rechnung (Art. 42 Abs. 1 bis 3 KVG). Dies ermöglicht es ihm nicht nur, sich der von ihm verursachten Kosten bewusst zu sein, sondern auch zu überprüfen, ob die Rechnung der erbrachten Behandlung entspricht und dem Versicherer eventuelle Fehler zu melden.

3. Beschluss des Nationalrats zur Ergänzung von Artikel 42 Absatz 3 KVG

a. Inhalt des Beschlusses des Nationalrats

Der Nationalrat schlägt vor, Artikel 42 Absatz 3 KVG (unten) zu ändern, indem der unterstrichene Satz eingefügt wird:

Abs. 3: 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 Leistung überprüfen zu können. Bei einer Einzelleistungstarifstruktur führt er insbesondere das Datum sowie die Zeit des Konsultationsbeginns und jene des Konsultationsendes auf. Im System des Tiers payant muss der Leistungserbringer der versicherten Person unaufgefordert eine Kopie der Rechnung übermitteln, die an den Versicherer geht. Versicherer und Leistungserbringer können vereinbaren, dass der Versicherer die Rechnungskopie zustellt. Die Übermittlung der Rechnung an den Versicherten kann auch elektronisch erfolgen. Bei stationärer Behandlung weist das Spital die auf Kanton und Versicherer entfallenden Anteile gesondert aus. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.

b. Ziel der Änderung im Allgemeinen

Der Vorschlag zur Änderung von Artikel 42 Absatz 3 KVG stammt vom Nationalrat und war nicht im Massnahmenpaket 2 zur Dämpfung des Kostenanstiegs enthalten, welches der Bundesrat am 7. September 2022 an das Parlament überwiesen hat. Der Nationalrat will damit die Transparenz gegenüber den Patienten und Patientinnen verbessern und die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit der Leistungen, die in Rechnung gestellt werden, erleichtern.

In Anbetracht der aktuellen gesetzlichen Grundlagen betreffend Inhalt der Rechnungen, die in Punkt 2 ausführlicher erläutert werden, könnte die vorgeschlagene Änderung auch so interpretiert werden, dass die Verpflichtung nach Artikel 59 Absatz 1 KVV, das Datum der Behandlung auf den Rechnungen anzugeben sowie die Verpflichtung nach Artikel 59 Absatz 4, die Behandlungsdauer im Falle einer Einzelleistungsstruktur anzugeben, auf Gesetzesebene verankert werden soll. Damit wird mit der vorgeschlagenen Formulierung präzisiert, dass diese Verpflichtung alle Rechnungen betreffen würde, die auf der Grundlage einer Einzelleistungstarifstruktur erstellt werden. Obwohl der Nationalrat in erster Linie auf Leistungen abzielt, die mit der Ta-

rifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen (TARMED) abgerechnet werden, wären auch Leistungen betroffen, die mit den Einzelleistungstarifstrukturen von Logopäden, Apothekern, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Chiropraktikern, Hebammen oder Zahnärzten abgerechnet werden.

4. Analyse der Konsequenzen des Beschlusses des Nationalrats

Der Auftrag der Kommission besteht darin, insbesondere die Auswirkungen des Beschlusses des Nationalrats für die Patientinnen und Patienten sowie die Lesbarkeit der Rechnung aufzuzeigen. Der Beschluss des Nationalrats wirkt sich aber auch auf die Rechnungstellung für die Leistungserbringer und die Rechnungsprüfung durch die Versicherer aus. Daher werden im Folgenden auch diese Auswirkungen aufgezeigt.

a. Auswirkungen für Patienten und Patientinnen

Mit der Angabe des Beginns und Endes einer Konsultation auf der Rechnung kann die Dauer der Konsultation durch den Patienten oder die Patientin selbständig berechnet werden. Unter gewissen Umständen kann damit die Korrektheit der abgerechneten Leistungen besser kontrolliert werden. Der Beschluss des Nationalrates sieht vor, dass das Datum sowie Anfangs- und Endzeit der Konsultation nur dann auf der Rechnung angegeben werden müssen, falls die Leistungen über eine Einzelleistungstarifstruktur abgerechnet werden. Eine Einzelleistungstarifstruktur beinhaltet in vielen Fällen sowohl Positionen für Leistungen, die in Abhängigkeit der Zeit abgerechnet werden (sogenannte Zeitleistungen) als auch Positionen für Leistungen, welche unabhängig der effektiv benötigten Zeit abgerechnet werden (sogenannte Handlungsleistungen). Bei den Handlungsleistungen ist teilweise im Tarif eine durchschnittliche Dauer angegeben, die aber lediglich zur Berechnung der Taxpunkte relevant ist. In gewissen Tarifen, wie beispielsweise jenem für die ambulante Physiotherapie, sind keine Zeitangaben hinterlegt.

Wenn auf einer Rechnung lediglich Zeitleistungen aufgeführt sind (beispielsweise im Falle einer ärztlichen Konsultation ohne Untersuchungen) und die Zeitangaben pro Tarifposition auf der Rechnung ersichtlich sind, kann anhand der abgerechneten Tarifpositionen die abgerechnete Konsultationszeit berechnet und mit der anhand der Anfangs- und Endzeit berechneten Dauer verglichen werden. In diesem Fall ermöglicht die Angabe von Anfangs- und Endzeit der Konsultation auf der Rechnung eine bessere Kontrolle der abgerechneten Leistungen für den Patienten oder die Patientin. Wird die Konsultation aber durch eine Wartezeit des Patienten oder der Patientin, beispielsweise auf das Ergebnis einer Blutanalyse im Labor der Arztpraxis, unterbrochen, stimmt die auf der Rechnung aufgeführte Konsultationsdauer (Anfangs- und Endzeit) nicht mehr mit der Summe der Zeitdauern für die abgerechneten Leistungen überein.

Im Falle einer Rechnung mit Handlungsleistungen (mit durchschnittlichen Dauern) stimmt die anhand der Anfangs- und Endzeit berechnete Konsultationsdauer ebenfalls nicht zwingend mit der Dauer der abgerechneten Leistungen überein. Dies kann auch dann der Fall sein, wenn die Leistungen korrekt abgerechnet werden. Die im Tarif vermerkte durchschnittliche Dauer ist aktuell auf der Rechnung auch nicht aufgeführt. Dies kann bei den Patienten und Patientinnen zu Nachfragen bei den Leistungserbringern führen. Wenn im Tarif vorhanden, könnte die durchschnittliche Dauer von Handlungsleistungen aber grundsätzlich auf der Rechnung angegeben werden.

Es ist davon auszugehen, dass bei einem Grossteil der Konsultationen, insbesondere was Konsultationen in Arztpraxen oder Spitalambulatorien anbelangt, sowohl Zeit- wie auch Handlungsleistungen erbracht und abgerechnet werden. Zusammenfassend kann folglich festgehalten werden, dass die Angabe der Anfangs- und Endzeit der Konsultation auf der Rechnung die

Transparenz für die Patienten und Patientinnen zweifelsohne verbessert. Die Angaben dürften aber auch zu gewissen Fragen führen.

b. Auswirkungen auf Lesbarkeit der Rechnung

Wie im Rahmen der Auswirkungen auf die Patienten und Patientinnen ausgeführt, ist zwischen der anhand der angegebenen Anfangs- und Endzeit der Konsultation ermittelten Konsultationsdauer und der anhand der abgerechneten Leistungen ermittelten abgerechneten Konsultationszeit zu unterscheiden. Diese müssen nicht zwingend übereinstimmen. Dazu kommt, dass das Verständnis insbesondere von Rechnungen von Arztpraxen und Spitalambulatorien für viele Patienten und Patientinnen eine grosse Herausforderung darstellt, da bspw. die meisten TAR-MED-Positionen medizinische Begriffe beinhalten, die nicht zum allgemeinen Wortschatz gezählt werden können. Auch viele weitere Angaben auf der Rechnung sind nicht selbsterklärend. Auch wenn ein Teil der aufgeführten Positionen Zeitangaben beinhalten, ist es dennoch eine Herausforderung, darauf basierend die insgesamt abgerechnete Zeit zu ermitteln. Aus diesen Gründen braucht die Bestimmung eine gut begleitete Umsetzung - nicht zuletzt durch die Krankenversicherer -, damit die Angabe von Anfangs- und Endzeit der Konsultation die Lesbarkeit der Rechnung auch tatsächlich verbessern.

c. Auswirkungen für Krankenversicherer

Die Auswirkungen des Beschlusses des Nationalrats auf die Krankenversicherer sind für die Kontrolle von einzelnen Rechnungen vergleichbar mit den Auswirkungen für die Patienten und Patientinnen (siehe Punkt 4.a.). Darüber hinaus ermöglicht die Angabe der Konsultationsdauer (Anfangs- und Endzeit) auf der Rechnung aber die bessere Ermittlung von missbräuchlichem Abrechnungsverhalten von Leistungserbringern auf einem aggregierten Niveau. So kann ein Versicherer beispielweise anhand der Anfangs- und Endzeiten von mehreren Rechnungen eines Leistungserbringers prüfen, ob ein Leistungserbringer mehrere Patienten und Patientinnen zur gleichen Zeit behandelt resp. Leistungen zur gleichen Zeit abrechnet. Dies ist insbesondere dann nicht plausibel, wenn Leistungen abgerechnet werden, die der Leistungserbringer zwingend am Patienten oder an der Patientin erbringen muss.

d. Auswirkungen für Leistungserbringer

Die Verpflichtung zur Angabe von Anfangs- und Endzeit der Konsultation auf der Rechnung bedeutet für die Leistungserbringer einen zusätzlichen Aufwand bei der Rechnungsstellung. Möglicherweise werden einige Leistungserbringer für die Rechnungsstellung aus Effizienzgründen ihren Kalender mit den eingetragenen geplanten Konsultationen heranziehen, statt die jeweils tatsächlichen Anfangs- und Endzeiten jeder Konsultation zu notieren. Dies kann zu Nachfragen von und Diskussionen mit den Patienten und Patientinnen führen. Ebenfalls zu Nachfragen und Diskussionen können die Rechnungen führen, auf denen die aufgeführte Konsultationsdauer (Anfangs- und Endzeit) korrekterweise nicht mit der Dauer der abgerechneten Leistungen übereinstimmt (z.B. bei effizienter Erbringung von Handlungsleistungen).