



Kontrolle von DRG-Spital- rechnungen durch die Krankenversicherungen

Bestandesanalyse bei der Umstellungs-
phase auf die neue Spitalfinanzierung



Impressum

Bestelladresse	Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK)
Adresse de commande	Monbijoustrasse 45, CH - 3003 Bern
Indirizzo di ordinazione	http://www.efk.admin.ch/
Order address	
Bestellnummer	1.14367.316.0098.04
Numéro de commande	
Numero di ordinazione	
Order number	
Zusätzliche Informationen	michel.huissoud@efk.admin.ch
Complément d'informations	Tel. +41 58 463 11 11
Informazioni complementari	
Additional information	
Originaltext	Deutsch
Texte original	Allemand
Testo originale	Tedesco
Original text	German
Zusammenfassung	Deutsch (« Das Wesentliche in Kürze »)
Résumé	Français (« L'essentiel en bref »)
Riassunto	Italiano (« L'essenziale in breve »)
Summary	English (« Key facts »)
Abdruck	Gestattet (mit Quellenvermerk)
Reproduction	Autorisée (merci de mentionner la source)
Riproduzione	Autorizzata (indicare la fonte)
Reproduction	Authorized (please mention the source)

Kontrolle von DRG-Spitalrechnungen durch die Krankenversicherungen Bestandesanalyse bei der Umstellungsphase auf die neue Spitalfinanzierung

Das Wesentliche in Kürze

SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups) ist das neue Tarifsystem für stationäre akutsomatische¹ Spitalleistungen. Die Abrechnung nach SwissDRG-Fallpauschalen erfolgt seit dem Jahr 2012. Ab dem Jahr 2014 müssen die Krankenversicherer für die Verarbeitung der medizinischen Rechnungsdaten über eine vom Eidgenössischer Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten (EDÖB) zertifizierte Datenannahmestelle verfügen. Für eine umfassende Analyse der SwissDRG-Rechnungskontrollen bei den Krankenversicherungen ist es grundsätzlich ein zu früher Zeitpunkt, da noch keine fundierten Erfahrungsdaten vorliegen. Trotzdem hat sich die Eidgenössische Finanzkontrolle dafür entschieden, eine Analyse im Rahmen der laufenden Umstellungsphase vorzunehmen. Ziel ist es, die aktuelle Situation transparent aufzuzeigen sowie auf allfällige Probleme und kritische Punkte rechtzeitig hinzuweisen, damit mögliche Verbesserungen frühzeitig eingeleitet werden können.

Die Folgen und Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung werden durch das Bundesamt für Gesundheit im Rahmen der Evaluation KVG-Revision Spitalfinanzierung mittels wissenschaftlicher Studien in sechs Themenbereichen bis ins Jahr 2018 analysiert.

Das SwissDRG-Tarifsystem befindet sich immer noch in der Einführungsphase

Gestützt auf das Krankenversicherungsgesetz werden die stationären Spitalleistungen seit dem 1. Januar 2012 nach in der ganzen Schweiz einheitlichen Kriterien finanziert. Mit dem neuen SwissDRG Tarifsystem werden die Diagnosen und medizinische Prozeduren am Patienten erfasst, einer sogenannten Fallgruppe zugeteilt und pauschal vergütet. Jede Diagnose ist einem Schweregrad zugeordnet. Eine Blinddarmentfernung ohne Komplikationen hat beispielsweise einen sehr viel tieferen Schweregrad als eine Herzoperation. Die Spitalleistungen werden nach Behandlungsfall und nicht mehr nach Länge des Spitalaufenthaltes abgegolten. Insgesamt betragen die Kosten für die jährlich 1.3 Mio. stationären Spitalaufenthalte rund 12 Mrd. Franken, dies entspricht knapp der Hälfte der gesamten Spitalkosten in der Schweiz.

Mit dem neuen Tarifsystem sollen Leistungen und Preise von Spitalbehandlungen transparenter und über die ganze Schweiz vergleichbarer werden. Auf diese Weise sollen der Wettbewerb unter den Spitälern gefördert und letztlich die Kosten der Spitalbehandlungen insgesamt reduziert werden.

Neue Herausforderungen für Krankenversicherer bei der Prüfung von DRG-Rechnungen

Die neue Abgeltungsart der stationären Spitalleistungen ist mit neuen Herausforderungen für die Krankenversicherungen verbunden. So musste geregelt werden, welche Daten wie und in welcher Form den Krankenversicherungen für die Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung zur Verfügung gestellt werden. Die Rechnungen beinhalten neu neben den administrativen Daten auch medizinische Angaben. Konkret bedeutet dies, dass die Krankenversicherung mit jeder DRG-

¹ Unter «Akutsomatik» werden stationäre Behandlungen akuter Krankheiten oder Unfälle verstanden. Unter Akutsomatik fallen keine psychischen Krankheiten und Massnahmen der medizinischen Rehabilitation.



Rechnung ein Datensatz mit den Diagnosen und medizinischen Prozeduren über die versicherten Personen erhalten (MCD=Minimal Clinical Dataset). Zur Wahrung des Datenschutzes sowie der Sicherstellung der Verhältnismässigkeit der Rechnungskontrolle mussten die Versicherer eine sogenannte Datenannahmestelle einrichten. Diese Stelle ist dem Versicherer vorgelagert und hat die automatisierte Identifizierung («Auslenkung») auffälliger DRG-Rechnungen zur Aufgabe. Konkret heisst dies, dass inhaltliche Prüfungen von DRG-Rechnungen spezielles medizinisches Fachwissen erfordern. Die Krankenversicherungen benötigen dafür Fachpersonen mit Codiererfahrung oder medizinischen Kenntnissen.

Im Durchschnitt hohe Codierqualität von DRG-Rechnungen und bis anhin wenig Rechnungskorrekturen

Da die Codierung eines Behandlungsfalles anhand der medizinischen Unterlagen die Basis für die Rechnungsstellung bildet, ist die Sicherstellung der Genauigkeit der Codierung zentral. Die Richtigkeit einer DRG-Rechnung wird in den Spitälern mit verschiedenen Massnahmen sichergestellt. Diese Aktivitäten sind die Codierung der DRG-Rechnungen von speziell dazu ausgebildeten medizinischen Fachkräften, interne Qualitätskontrollen, die organisatorische Trennung der medizinischen Behandlung, der Codierung und der DRG-Rechnungsstellung. Zudem wird anhand einer Stichprobenauswahl die Qualität der Codierung in den Spitälern jährlich durch eine externe Revisionsstelle mittels einer Nachcodierung beurteilt.

Die Qualität der Codierung wird von den interviewten Akteuren (Versicherungen, Spitäler, Kantone) als gut bis sehr gut beurteilt. Auf der Basis von Rechnungskontrollen durch die Krankenversicherungen wurden bis anhin rund 0.5 Prozent der DRG-Rechnungen zu Gunsten oder zu Ungunsten des Spitals umcodiert bzw. korrigiert. Es ist jedoch zu beruckichtigen, dass es sich hierbei um erste Erfahrungswerte und Einschätzungen handelt, da das elektronische Kontrollsystem mit Datenannahmestellen bei den Krankenversicherungen noch nicht vollumfänglich umgesetzt ist. Eine vollständige Übersicht über die Ergebnisse der Codier-Revisionen oder über die SwissDRG-Rechnungskontrollen durch die Krankenkassen ist heute nicht verfügbar. Es ist somit zu früh, um zu beurteilen, inwieweit die tiefe Anzahl DRG-Korrekturen auf die gute Qualität der DRG-Rechnungen zurückzuführen ist oder ob die aktuellen Kontrollprozesse noch nicht optimiert sind.

Die Codier-Revisionen in den Spitälern und die Prüfungen bei den Krankenversicherungen sind komplementär

Die Codier-Revision in den Spitälern basiert auf Zufallsstichproben, d.h. einer verdachtsunabhängigen, nicht risiko-basierten Auswahl von DRG-Rechnungen und ermöglicht eine rein statistische und quantitative Betrachtung der allgemeinen Codierqualität. Sie kann die administrativen Einzelfallprüfungen sowie die ergänzenden, sich gezielt und risikobasiert auf auffällige Rechnungen konzentrierenden Kontrollen durch die Krankenversicherungen nicht ersetzen. Die Codier-Revisionen in den Spitälern sowie die Kontrollen bei den Krankenversicherungen sind als sich ergänzende Tätigkeiten zu betrachten

Aktuell wenig Erfahrungswerte bei Krankenversicherungen mit DRG-Rechnungsprüfungen

Total verarbeiten und kontrollieren die Krankenversicherer jährlich rund 90 Mio. Rechnungen. Die Anzahl DRG-Rechnungen ist bei jährlich rund 1.3 Mio. stationären Aufenthalten (1.5 % aller Rechnungen) relativ gering, die durchschnittlichen Rechnungsbeträge sind jedoch relativ hoch (im Dur-

schnitt 4300 gegenüber 300 Franken). Die Krankenversicherungen führen bei allen SwissDRG-Rechnungen eine standardisierte «versicherungstechnische» Grundprüfung durch. Zudem besteht nun die Möglichkeit anhand des medizinischen Datensatzes eine «inhaltliche» Prüfung durchzuführen. Ziel ist es, mittels IT-basierter Systemen die Korrektheit der verrechneten Leistungen festzustellen, bei Auffälligkeiten zusätzliche Abklärungen vorzunehmen und gegebenenfalls weitere Unterlagen bei den Spitälern einzufordern.

Von der Möglichkeit der automatisierten Identifikation («Auslenkung») auffälliger DRG-Rechnungen wurde bis anhin noch wenig Gebrauch gemacht. Die Krankenversicherer verfügen daher nur über einige nicht-standardisierte und lückenhafte Erfahrungswerte aus inhaltlichen DRG-Rechnungsprüfungen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass zu Beginn der Einführung im Jahr 2012 die rechtlichen und technischen Rahmenbedingungen für die elektronische Übermittlung der Rechnungsdaten noch nicht gegeben waren.

Nutzen und Effizienz der automatisierten Rechnungsprüfung noch nicht zu beurteilen

Die ersten Ergebnisse von Rechnungskontrollen deuten darauf hin, dass das Prüfverfahren auf der Basis von manuell identifizierten Rechnungen für nähere Abklärungen ineffizient ist. Eine effiziente inhaltliche Rechnungsprüfung ist nur möglich, wenn die Daten elektronisch zur Verfügung stehen, automatisiert und risikobasiert anhand spezifischer Kriterien für weitere Abklärungen selektioniert werden können. Mit der Einrichtung der Datenannahmestellen sind die Voraussetzungen dafür seit Anfang Jahr 2014 geschaffen. Bis auf drei kleine Krankenversicherungen verfügen im Herbst 2014 alle Versicherer über eine solche Stelle. Bevor der Nutzen und die Effizienz der automatisierten und ausgewählten Rechnungsprüfung durch die Krankenversicherungen beurteilt werden kann, braucht es einige Jahre an Erfahrungswerten. Die EFK hat Kenntnis von einer Vereinbarung zwischen Spital und Krankenversicherung, welche regelt, dass bei Nichtüberschreitung einer definierten Rückfragequote geringfügige Rabatte in Aussicht gestellt werden können. Inwieweit solche Regelungen zwischen Spitälern und Krankenversicherungen in der Schweiz angewandt werden, ist der EFK nicht bekannt.

Die Interessen der Spitäler als Leistungserbringer einerseits und der Krankenversicherungen andererseits sind nicht deckungsgleich. Es besteht ein gewisses Konkurrenzverhalten, u.a. bezüglich der auf dem Arbeitsmarkt nachgesuchten Codierfachkräfte. Um unnötigen administrativen Aufwand bei Kontrollen, Abklärungen und Rückfragen auf beiden Seiten zu vermeiden, gilt es mittels einer gegenseitigen und transparenten Kommunikation ein besseres Vertrauensverhältnis aufzubauen. Zudem stellt sich die Frage, ob für eine effiziente Abwicklung bei Codierunstimmigkeiten zwischen Spitälern und Krankenversicherungen eine unabhängige Schlichtungsinstanz von Nutzen sein könnte.

Keine unverhältnismässigen Doppelspurigkeiten zwischen den Kontrollaktivitäten der Krankenversicherungen und Kantone

Bei der neuen Spitalfinanzierung beteiligen sich die Kantone an den stationär Spitalleistungen in allen öffentlichen und privaten Spitälern gemäss Spitalliste spätestens ab dem Jahr 2017 mit einem Anteil von 55 % an den Kosten. Die Kantone erhalten somit von den Spitälern ihre anteilmässigen Rechnungen, wenn auch meist in aggregierter Form pro Spital und ohne medizinischen Datensatz.



Die Arbeitsteilung bei der SwissDRG-Rechnungsabwicklung zwischen Kantonen und Krankenversicherungen wurde im Grundsatz so geregelt, dass die Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung von den Krankenversicherern durchgeführt wird und die Kantone auf den parallelen Aufbau einer analogen Prüfstruktur verzichten. Im Gegensatz zu den Krankenversicherungen haben die Kantone keinen Zugang zum medizinischen Datensatz. Die Kantone sind wichtigster Kostenträger der Spitalleistungen, es ist darum nachvollziehbar, dass die Kantone ihre Abrechnungen wenigstens nach administrativen Kriterien kontrollieren wollen (u. a. Wohnort des Patienten, inner- oder ausserkantonale Spitalaufenthalte, Kostengutsprachen usw.). Der Gesetzgeber hat ein duales Finanzierungssystem für stationäre Spitalaufenthalte vorgesehen, es ist darum verständlich, dass Versicherungen und Kantone ihre finanziellen Interessen schützen. Die EFK hat bei der Einführung von DRG keine unverhältnismässigen Doppelspurigkeiten mit den Kontrollaktivitäten der Krankenversicherungen festgestellt.

Gemäss Preisüberwacher zu hoch vereinbarte Basispreise zwischen den Tarifpartnern

Die Tarifpartner (Spitäler und Versicherer) legen die Höhe des sogenannten Basispreises pro Spital fest. Wenn keine Einigung zu Stande kommt, legt der Kanton den Basispreis fest. Für die ersten beiden DRG-Jahre 2012 und 2013 sind die Verhandlungen zwischen den Vertragspartnern in vielen Fällen gescheitert und aus Sicht des Preisüberwachers haben die Kantone zum Teil zu hohe Basispreise festgelegt. Vor dem Bundesverwaltungsgericht sind diesbezüglich zahlreiche Beschwerden hängig. Die DRG-Rechnungen der Spitäler basieren somit häufig auf «provisorisch» festgelegten Basispreisen. Seit dem Frühjahr 2014 liegt ein erstes Urteil zur Beschwerde der Krankenversicherer gegen den Tarif für stationäre Behandlungen am Luzerner Kantonsspital vor. Im Urteil wurde weder der vom Luzerner Regierungsrat festgesetzte Tarif (Basispreise 10 325 Franken) bestätigt, noch ist das Gericht dem Antrag der 46 Krankenversicherer (Basispreis 8951 Franken) gefolgt. Die Basispreise für das Kantonsspital Luzern müssen nun neu ausgehandelt werden. Für das Rechnungsjahr 2014 ist festzustellen, dass sich die Tarifpartner vermehrt einigen konnten und im Vergleich zu den Vorjahren tendenziell tiefere Basispreise vereinbart wurden.

Anpassungen der Basispreise sind im Vergleich zu den bisherigen Korrekturen von DRG-Rechnungen finanziell von wesentlich grösserer Relevanz. Hochgerechnet auf die jährlich rund 1.3 Mio. stationären Spitalaufenthalte macht z.B. eine Änderung der Basispreise um 100 Franken bereits 130 Mio. Franken aus.

Die Empfehlungen zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit

Die Empfehlungen der EFK betreffen erste Optimierungsmassnahmen im Rahmen der laufenden Umsetzung der SwissDRG-Rechnungsabwicklung:

- Die Benennung einer Schlichtungsinstanz, welche bei Unstimmigkeiten eines SwissDRG-Falles eine abschliessende Beurteilung vornimmt.
- Die Bezeichnung einer bestehenden Stelle, welche die vollständige und ordnungsgemässe Durchführung, Auswertung und Veröffentlichung der Codier-Revisionen sicherstellt.
- Die Sicherstellung, dass die Spitäler bei vorgenommenen Rechnungskorrekturen gegenüber Kanton und Krankenversicherung Bericht erstatten.
- Klärung und Konkretisierung der WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit) und Verfahren für die Messung und Beurteilung der stationären Spitalleistungen.

Contrôle des factures hospitalières DRG par les assurances-maladie Etat des lieux lors du passage au nouveau financement hospitalier

L'essentiel en bref

Depuis 2012, les Swiss Diagnosis Related Groups (SwissDRG) forment le nouveau système tarifaire de rémunération des prestations hospitalières en soins somatiques aigus². Le décompte sous forme de forfaits par cas a été introduit. Et depuis 2014, les assureurs-maladie doivent disposer pour le traitement des factures médicales d'un service de réception des données certifié par le Préposé fédéral à la protection des données et à la transparence (PFPDT).

Faute de données empiriques fiables, il est trop tôt pour procéder à une analyse complète des contrôles des factures SwissDRG effectués par les assureurs-maladies. Néanmoins, le Contrôle fédéral des finances (CDF) a décidé d'examiner la phase de changement en cours. Ceci, afin de présenter de façon transparente la situation actuelle et signaler à temps les éventuels problèmes ou points cruciaux, pour que les améliorations envisageables puissent intervenir de bonne heure.

D'ici à 2018, les conséquences et les effets du nouveau financement hospitalier seront analysés par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) dans le cadre de l'évaluation de la révision de la LAMal sur le financement hospitalier. Ils feront l'objet d'études scientifiques consacrées à six grands thèmes.

SwissDRG, un système tarifaire en phase d'introduction

En vertu de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, les prestations hospitalières stationnaires sont financées depuis le 1^{er} janvier 2012 selon des critères uniformes pour toute la Suisse. Les diagnostics et procédures médicales sont établis pour chaque patient à l'aide du nouveau système tarifaire SwissDRG, puis classés dans un groupe de pathologie et indemnisés de manière forfaitaire. Chaque diagnostic se voit attribuer un degré de gravité. Par exemple, une opération de l'appendicite sans complication présente un degré de gravité bien moindre qu'une opération du cœur. Les prestations hospitalières sont rémunérées par cas de traitement et non plus en fonction de la durée de séjour. Globalement, le coût des 1,3 million de séjours hospitaliers stationnaires par an avoisine 12 milliards de francs, soit près de la moitié de tous les coûts hospitaliers en Suisse.

Le nouveau système tarifaire vise à rendre les prestations et prix des traitements hospitaliers plus transparents, ainsi qu'à faciliter les comparaisons dans toute la Suisse. Il s'agit d'encourager la concurrence entre hôpitaux et abaisser le coût des traitements hospitaliers.

Nouveaux défis pour les assureurs-maladie lors du contrôle des factures DRG

Le nouveau mode de rémunération des prestations hospitalières stationnaires comporte des défis inédits pour les assureurs-maladie. Il a fallu préciser quelles données doivent être fournies, comment et sous quelle forme, aux assureurs pour le contrôle des factures et de leur caractère économique. Ces factures incluent des données administratives et médicales. Concrètement, l'assureur-maladie reçoit pour chaque facture DRG un jeu de données liées au patient concernant

² Les «soins somatiques aigus» comprennent les traitements stationnaires de maladies aiguës ou d'accidents. Les maladies psychiques et les mesures médicales de réadaptation n'en font pas partie.



ses diagnostics et ses procédures médicales (ou MCD, pour Minimal Clinical Dataset). Les assureurs ont donc dû établir un service de réception des données qui respecte la protection des données et la proportionnalité du contrôle des factures. Situé en amont, ce service est chargé du tri automatisé et de l'identification des factures suspectes. Ces contrôles exigent un savoir médical spécifique. Pour ce faire, les assureurs-maladie ont besoin de spécialistes au bénéfice d'une expérience du codage DRG, ou du moins de connaissances médicales préalables.

Qualité de codage élevée des factures DRG et rareté des corrections

L'exactitude du codage d'un cas de traitement à partir du dossier médical est primordiale, car ce codage fait foi au moment de la facturation. Plusieurs mesures ont été adoptées par les hôpitaux pour garantir la qualité des factures DRG. Ce codage des factures DRG est ainsi confié à du personnel médical spécialement formé et des contrôles internes de la qualité sont prévus. De plus, une séparation organisationnelle est envisagée entre les traitements médicaux, le codage et la facturation DRG. Enfin, un organe de révision externe évalue chaque année la qualité du codage hospitalier, en sélectionnant des échantillons aléatoires et en procédant à un nouveau codage.

Interrogés par le CDF, assureurs, hôpitaux et cantons jugent la qualité du codage bonne, sinon excellente. Jusqu'ici, les contrôles des factures opérés par les assureurs-maladie ont abouti à recoder ou corriger 0,5 % des factures DRG en faveur ou au détriment de l'hôpital concerné. Cependant, il ne s'agit que de premières valeurs empiriques ou d'estimations. Le système de contrôle électronique basé sur les services de réception des données des assureurs n'est en effet pas encore pleinement opérationnel. A ce jour, il n'existe donc pas de vue d'ensemble des résultats des révisions du codage ou des contrôles des factures SwissDRG par les assureurs-maladie. Il est ainsi trop tôt pour dire dans quelle mesure cette rareté des corrections tient à la qualité des factures DRG ou si les processus actuels de contrôle laissent encore à désirer.

Complémentarité des révisions du codage DRG dans les hôpitaux et des contrôles des assureurs-maladie

La révision du codage dans les hôpitaux repose sur des échantillons aléatoires. Autrement dit, le choix de factures DRG n'est pas dicté par un soupçon concret ou des risques accrus. Elle permet un examen strictement statistique et quantitatif de la qualité générale du codage. La révision du codage ne remplace donc ni les vérifications administratives au cas par cas, ni les contrôles complémentaires des assureurs-maladie qui, eux, se concentrent de manière ciblée et en fonction des risques sur les factures suspectes. En ce sens, il y a complémentarité des révisions de codage internes aux hôpitaux avec les contrôles effectués par les assureurs.

Contrôle des factures DRG par les assurances-maladie: encore peu de valeurs empiriques

Les assureurs-maladie traitent et contrôlent au total 90 millions de factures par an. Basées sur 1,3 millions de séjours hospitaliers, les factures DRG représentent tout juste 1,5% de l'ensemble des factures traitées, mais leur montant moyen est plutôt élevé (moyenne 4 300 vers 300 Francs). Les assureurs-maladie soumettent toutes les factures SwissDRG à un examen de base «actuariel» standardisé. Ils peuvent aussi les contrôler «matériellement» à l'aide des données médicales. Le but est de constater à l'aide de systèmes informatisés l'exactitude des prestations facturées, d'affiner les vérifications en cas d'anomalies et, le cas échéant, d'exiger des hôpitaux qu'ils fournissent davantage de documents.

La possibilité d'identification automatisée (par sélection) des factures DRG suspectes n'a guère été utilisée jusqu'ici. Les assureurs ne disposent par conséquent que de quelques valeurs empiriques non standardisées et lacunaires provenant de contrôles matériels des factures DRG. Il faut dire qu'à l'introduction du nouveau système en 2012, le cadre juridique et les moyens techniques ne permettaient pas encore la transmission électronique des données des factures.

Trop tôt pour juger des avantages et de l'efficacité des contrôles automatisés des factures

Comme le suggèrent de premiers résultats, la procédure de contrôle basée sur l'identification manuelle des factures est peu efficace. Un contrôle matériel rationnel n'est possible que si les données sont disponibles sous forme électronique et si la sélection pour de plus amples vérifications peut se faire automatiquement et selon les risques, à l'aide de critères spécifiques. Depuis début 2014, les conditions s'y prêtent. A l'exception de trois petits assureurs-maladie, tous les autres assureurs disposent d'un tel service de réception des données depuis l'automne. Toutefois, il faudra disposer des valeurs empiriques sur plusieurs exercices avant de se prononcer sur les avantages et l'efficacité du contrôle automatisé et ciblé des factures par les assureurs. Le CDF a eu connaissance d'un accord entre un hôpital et une caisse-maladie qui donne lieu à des rabais peu importants en cas de non-dépassement d'un quota défini des demandes d'éclaircissement. Le CDF ne peut pas juger de l'étendue d'une telle pratique en Suisse.

Les intérêts des hôpitaux en tant que fournisseurs de prestations et ceux des assureurs-maladie ne coïncident pas. Ils sont en compétition, notamment pour l'embauche des spécialistes du codage convoités sur le marché. Grâce à une communication transparente entre ces acteurs, il importe d'améliorer le climat de confiance pour éviter les complications administratives inutiles lors des contrôles, vérifications ou demandes d'éclaircissements. On peut aussi s'interroger sur l'utilité de désigner une instance de conciliation indépendante, chargée de régler de manière rationnelle les désaccords entre les hôpitaux et les assureurs à propos du codage des factures DRG.

Activités de contrôle : pas de redondances flagrantes

Au plus tard en 2017, les cantons participeront à hauteur de 55 % aux prestations stationnaires fournies par tous les établissements publics ou privés de leur liste hospitalière. Ils recevront par conséquent des hôpitaux des factures au prorata – généralement sous forme agrégée par établissement et sans données médicales.

La répartition des activités de traitement des factures SwissDRG entre cantons et assureurs-maladie a été réglée comme suit: d'une part, les contrôles des factures et leur caractère économique incombent aux assureurs-maladie et d'autre part, les cantons renoncent à créer en parallèle une structure de contrôle analogue. Contrairement aux assureurs-maladie, les cantons n'ont pas accès aux données médicales. Mais comme ils financent plus de la moitié des coûts des prestations hospitalières, il est logique qu'ils veuillent contrôler leurs décomptes au moins selon des critères administratifs (par ex. lieu de domicile du patient, séjours hospitaliers dans le canton ou hors du canton de résidence, garanties de paiement, etc.). Comme le législateur a prévu un système de financement dual des séjours hospitaliers stationnaires, il est compréhensible que les assureurs comme les cantons veillent à leurs intérêts financiers. Le CDF n'a pas constaté, lors de l'introduction des DRG, de redondances flagrantes entre les activités de contrôle des assurances-maladie et celles des cantons.



Selon le Surveillant des prix, des prix de base excessifs fixés par les partenaires tarifaires

Les partenaires tarifaires (hôpitaux et assureurs) fixent le niveau du «prix de base par hôpital». Faute d'accord, c'est le canton qui a le dernier mot. Depuis l'introduction du système DRG en 2012, les négociations entre partenaires tarifaires ont régulièrement échoué. Selon le Surveillant des prix, les cantons ont parfois fixé des prix de base excessifs. Et de nombreux recours sont en attente au Tribunal administratif fédéral.

Concrètement, cela signifie que des factures DRG des hôpitaux reposent souvent sur des prix de base fixés «provisoirement». Depuis le printemps 2014, une première décision a été rendue sur le recours déposé par les assureurs-maladie contre le tarif pour les traitements stationnaires en vigueur à l'hôpital cantonal de Lucerne. Or, cet arrêt n'a pas confirmé le tarif fixé par le Conseil d'Etat lucernois, soit un prix de base de 10'325 francs. Les juges n'ont pas non plus suivi la proposition des 46 assureurs d'un prix de base de 8'951 francs. Conséquence, la nécessité de renégocier les prix de base de l'hôpital en question. Pour l'exercice 2014, on constate que les partenaires tarifaires ont mieux réussi à s'entendre et ont eu tendance à fixer des prix de base inférieurs aux années précédentes.

Les adaptations des prix de base ont un impact financier bien plus lourd que les corrections de factures DRG effectuées jusqu'ici. Par exemple, sur la base d'une extrapolation aux 1,3 million de séjours stationnaires annuels, une modification du prix de base de 100 francs représente déjà un montant de 130 millions de francs.

Recommandations adressées à l'Office fédéral de la santé publique

Les recommandations du CDF concernent de premières mesures d'optimisation, à mettre en place dans l'actuel chantier de mise en œuvre du traitement des factures SwissDRG:

- désigner une instance de conciliation, chargée de statuer de manière définitive sur les désaccords entre les hôpitaux et les assureurs dans les cas avec SwissDRG;
- désigner un service existant, qui garantisse que les révisions du codage soient opérées, évaluées et publiées de manière complète et appropriée;
- veiller à ce qu'en cas de correction des factures, les hôpitaux fassent rapport au canton et à l'assurance-maladie;
- clarifier et concrétiser les critères EAE (efficacité, adéquation et économie) et la procédure de mesure et d'évaluation des prestations médicales stationnaires.

Texte original en allemand

Controllo delle fatture ospedaliere DRG da parte degli assicuratori malattie Analisi della situazione nella fase di transizione al nuovo finanziamento ospedaliero

L'essenziale in breve

SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups) è il nuovo sistema tariffario per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere nell'ambito delle cure somatiche acute³. Il conteggio in base a importi forfettari per caso SwissDRG viene effettuato dal 2012. Dal 2014, per l'elaborazione delle indicazioni mediche fornite nelle fatture, gli assicuratori malattie devono disporre di un servizio di ricezione dei dati certificato dall'Incaricato federale della protezione dei dati e della trasparenza (IFPDT). Un'analisi completa dei controlli delle fatture SwissDRG eseguiti dagli assicuratori malattie è però prematura, in quanto non sono ancora disponibili dati empirici affidabili. Ciononostante il Controllo federale delle finanze (CDF) ha deciso di procedere a un'analisi nella fase di transizione in corso. Lo scopo è presentare in modo trasparente la situazione attuale e rilevare per tempo eventuali problemi e punti critici, affinché sia possibile avviare tempestivamente i possibili miglioramenti.

Le conseguenze e l'impatto del nuovo finanziamento ospedaliero verranno analizzati entro il 2018, mediante studi scientifici in sei aree tematiche, dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) nel quadro della valutazione della revisione della LAMAL concernente il finanziamento ospedaliero.

Sistema tariffario SwissDRG ancora nella fase introduttiva

In virtù della legge sull'assicurazione malattie, dal 1° gennaio 2012 le prestazioni ospedaliere sono finanziate secondo criteri uniformi per tutta la Svizzera. Con il nuovo sistema tariffario SwissDRG, le diagnosi e le procedure mediche vengono rilevate per ogni paziente, attribuite a un cosiddetto gruppo di casi e remunerate con un importo forfettario. A ogni diagnosi è assegnato un grado di gravità. Ad esempio, il grado di gravità di un'appendicectomia senza complicazioni è nettamente inferiore a quello di un intervento cardiaco. Le prestazioni ospedaliere sono remunerate in funzione non più della degenza ospedaliera bensì del genere di prestazione fornita. I costi per 1,3 milioni di degenze ospedaliere annue ammontano complessivamente a circa 12 miliardi di franchi, ovvero quasi la metà dei costi ospedalieri in Svizzera.

Il nuovo sistema tariffario mira a rendere più trasparenti le prestazioni e i prezzi dei trattamenti ospedalieri e a permettere i confronti in tutta la Svizzera. In tal modo, si intende promuovere la concorrenza tra gli ospedali e, in definitiva, ridurre i costi dei trattamenti ospedalieri.

Nuove sfide per gli assicuratori malattie nella verifica delle fatture DRG

Le nuove modalità di remunerazione delle prestazioni ospedaliere comportano nuove sfide per gli assicuratori malattie. Bisognava pertanto definire quali dati e in quale forma questi dovevano essere messi a disposizione degli assicuratori malattie per la verifica delle fatture e dell'economicità della prestazione. Oltre alle indicazioni amministrative, le fatture contengono ora indicazioni mediche. Ciò significa che gli assicuratori malattie ricevono insieme alla fattura DRG una serie di dati con le diagnosi e le procedure mediche relative alla persona assicurata (MCD = Minimal Clinical

³ Con «cure somatiche acute» si intendono i trattamenti stazionari di malattie acute o di infortuni. Non vi sono incluse le malattie psichiche e le misure di riabilitazione medica.



Dataset). Ai fini del rispetto della protezione dei dati nonché della garanzia della proporzionalità del controllo delle fatture, gli assicuratori hanno dovuto istituire un cosiddetto servizio di ricezione dei dati. Questo servizio è a monte dell'assicuratore e ha il compito di smistare e identificare (mediante filtro) le fatture DRG sospette. La verifica materiale delle fatture DRG richiede una competenza medica specialistica. Gli assicuratori malattie hanno quindi bisogno di specialisti con esperienza nella codificazione o con conoscenze in campo medico.

In media qualità elevata di codificazione delle fatture DRG e finora poche fatture rettificate

Poiché la codificazione di un trattamento in base alla documentazione medica costituisce la base per la fatturazione, è fondamentale garantire l'esattezza di tale codificazione. Gli ospedali assicurano che le fatture DRG siano corrette attraverso l'adozione di diverse misure. Queste concernono la codificazione delle fatture DRG da parte di personale medico appositamente formato, i controlli interni della qualità, la separazione organizzativa dei trattamenti medici, la codificazione e la fatturazione DRG. Inoltre, un organo di revisione esterno valuta annualmente la qualità della codificazione negli ospedali selezionando un campione ed effettuando una nuova codificazione.

Gli attori interpellati (assicurazioni, ospedali, Cantoni) giudicano buona o molto buona la qualità della codificazione. Sulla base dei controlli delle fatture da parte degli assicuratori malattie è stato finora ricodificato e corretto circa lo 0,5 per cento delle fatture DRG a favore o a scapito dell'ospedale. Occorre tuttavia tenere presente che si tratta dei primi dati empirici e delle prime stime, in quanto il sistema di controllo elettronico basato sui servizi di ricezione dei dati degli assicuratori malattie non è ancora completamente operativo. Una panoramica completa dei risultati delle revisioni della codificazione o dei controlli delle fatture SwissDRG da parte delle casse malati non è ancora disponibile. È pertanto prematuro stabilire se il numero esiguo di fatture DRG rettificate sia da attribuire alla buona qualità delle stesse oppure al fatto che i processi di controllo non sono ancora ottimizzati.

Complementarità delle revisioni della codificazione negli ospedali e delle verifiche da parte degli assicuratori malattie

La revisione della codificazione negli ospedali è fondata sul campionamento casuale, vale a dire su una selezione di fatture DRG non motivata da sospetti concreti né da rischi particolari. Essa permette un esame meramente statistico e quantitativo della qualità di codificazione in generale. La revisione della codificazione non può sostituire le verifiche amministrative dei singoli casi né i controlli complementari degli assicuratori malattie che sono eseguiti in modo mirato e in funzione del rischio sulle fatture sospette. Le revisioni della codificazione negli ospedali nonché i controlli degli assicuratori malattie devono essere considerati attività complementari.

Finora pochi dati empirici sulle verifiche delle fatture DRG da parte degli assicuratori malattie

Gli assicuratori malattie elaborano e controllano in totale circa 90 milioni di fatture all'anno. Con circa 1,3 milioni di degenze ospedaliere annue (1,5 % di tutte le fatture) il numero delle fatture DRG è relativamente ridotto, ma il loro importo medio è relativamente elevato (media 4300 contro 300 franchi). Gli assicuratori malattie sottopongono tutte le fatture SwissDRG a una verifica di base «attuariale» standardizzata. Inoltre, possono ora verificare le fatture «dal punto di vista materiale» tramite la serie di dati medici. Lo scopo è stabilire, grazie a sistemi informatici, la correttezza delle

prestazioni fatturate, procedere a chiarimenti supplementari in caso di anomalie ed eventualmente chiedere ulteriori documenti agli ospedali.

La possibilità di identificazione automatica (mediante filtro) delle fatture DRG sospette è stata finora poco utilizzata. Gli assicuratori malattie dispongono quindi di pochi valori empirici, non standardizzati e lacunosi, risultanti dalle verifiche materiali delle fatture DRG. Ciò va ricondotto al fatto che, al momento dell'introduzione del sistema nel 2012, le condizioni quadro giuridiche e tecniche per la trasmissione elettronica dei dati delle fatture non erano ancora state definite.

È prematuro valutare vantaggi ed efficienza delle verifiche automatiche delle fatture

I primi risultati forniti dai controlli delle fatture indicano che la procedura di controllo sulla base dell'identificazione manuale è inefficiente. Una verifica materiale efficiente delle fatture è possibile soltanto se i dati sono disponibili in forma elettronica e se la loro selezione per la richiesta di ulteriori chiarimenti può essere effettuata automaticamente e in funzione del rischio, secondo criteri specifici. Le condizioni in tal senso esistono dall'inizio del 2014 con l'istituzione dei servizi di ricezione dei dati. Dall'autunno del 2014, tutti gli assicuratori, ad eccezione di tre piccole assicurazioni malattie, dispongono di siffatti servizi. Occorreranno alcuni anni prima di poter disporre di dati empirici sufficienti per la valutazione dei vantaggi e dell'efficienza della verifica automatizzata delle fatture da parte degli assicuratori malattie. Il CDF ha conoscenza di una convenzione tra ospedale e assicurazione malattia che regola la possibilità d'uno sconto di poca importanza nel caso in cui il tasso di domande di chiarimento non sia stato superato. Purtroppo il CDF non può valutare in che misura questi regolamenti tra ospedali e assicurazioni malattia sono applicati in Svizzera.

Gli interessi degli ospedali quali fornitori di prestazioni, da un lato, e degli assicuratori malattie, dall'altro, non coincidono. Esiste una certa competizione, in particolare per quanto concerne la domanda di specialisti della codificazione sul mercato del lavoro. Al fine di evitare inutili oneri amministrativi per controlli, chiarimenti e informazioni da entrambe le parti, è opportuno instaurare un miglior rapporto di fiducia mediante una comunicazione reciproca e trasparente. Ci si chiede inoltre se per risolvere in maniera efficiente i disaccordi in materia di codificazione tra ospedali e assicuratori malattie non sarebbe utile designare un'autorità di conciliazione indipendente.

Nessun doppio sproporzionato tra le attività di controllo degli assicuratori malattie e dei Cantoni

Nel nuovo finanziamento ospedaliero, al più tardi dal 2017, i Cantoni parteciperanno ai costi delle prestazioni stazionarie in tutti gli ospedali pubblici e privati, conformemente al rispettivo elenco, con una quota del 55 per cento. I Cantoni ricevono dagli ospedali le fatture proporzionalmente alla loro quota di partecipazione ai costi, anche se, per lo più, in forma aggregata per ogni ospedale e senza la serie di dati medici.

La suddivisione delle attività legate alla gestione delle fatture SwissDRG tra Cantoni e assicuratori malattie è stata in linea di principio regolamentata in modo che la verifica delle fatture e dell'economicità della prestazione spetti agli assicuratori malattie, mentre i Cantoni rinunciano a istituire parallelamente una struttura di controllo analoga. Diversamente dagli assicuratori malattie, i Cantoni non hanno accesso alla serie di dati medici. Poiché i Cantoni finanziano una parte importante delle prestazioni ospedaliere, è ovvio che essi vogliano controllare i conteggi almeno in base a criteri amministrativi (domicilio del paziente, degenze in ospedali del Cantone o fuori del Cantone).



ne, garanzia di assunzione dei costi ecc.). Il legislatore ha previsto un sistema di finanziamento duale per le degenze ospedaliere ed è pertanto comprensibile che assicuratori e Cantoni tutelino i loro interessi finanziari. In occasione dell'introduzione dei DRG, il CDF non ha constatato doppiamente sproporzionati rispetto alle attività di controllo degli assicuratori malattie.

Prezzi di base concordati tra i partner tariffali giudicati troppo elevati dal Sorvegliante dei prezzi

I partner tariffali (ospedali e assicuratori) fissano l'ammontare del cosiddetto prezzo di base per ogni ospedale. Se non vi è intesa, è il Cantone a fissare il prezzo di base. Nei primi due anni del sistema DRG, ovvero nel 2012 e 2013, i negoziati tra i partner contraenti sono falliti in molti casi e, secondo il Sorvegliante dei prezzi, i Cantoni hanno talvolta stabilito prezzi di base troppo elevati. I ricorsi in tal senso pendenti dinanzi al Tribunale amministrativo federale sono numerosi. Di conseguenza le fatture DRG degli ospedali sono spesso basate su prezzi di base fissati a titolo «provvisorio». Alla primavera del 2014 risale una prima sentenza sul ricorso presentato dagli assicuratori malattie contro la tariffa applicata ai trattamenti stazionari dall'Ospedale cantonale di Lucerna. Nella sentenza non è stata confermata la tariffa stabilita dal Consiglio di Stato lucernese (prezzo di base: 10 325 fr.) e il tribunale non ha dato seguito alla richiesta di 46 assicuratori (prezzo di base: 8951 fr.). I prezzi di base per l'ospedale cantonale di Lucerna devono essere rinegoziati. Per l'esercizio 2014 si constata che i partner tariffali sono perlopiù riusciti a raggiungere un'intesa e che i prezzi di base concordati sono tendenzialmente più bassi rispetto a quelli degli anni precedenti.

Gli adeguamenti dei prezzi di base hanno una rilevanza finanziaria nettamente superiore a quella delle correzioni apportate finora alle fatture DRG. Se estesa all'1,3 milioni di degenze ospedaliere annue, una modifica dei prezzi di base di 100 franchi equivale già a 130 milioni di franchi.

Raccomandazioni all'attenzione dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)

Le raccomandazioni del CDF concernono le prime misure di ottimizzazione nel quadro dell'attuazione in corso del trattamento delle fatture SwissDRG:

- designare un'autorità di conciliazione che emetta un giudizio definitivo sui disaccordi nei casi SwissDRG;
- designare un servizio esistente che garantisca la completa e regolare esecuzione, valutazione e pubblicazione delle revisioni della codificazione;
- garantire che in caso di correzione delle fatture gli ospedali presentino un pertinente rapporto al Cantone e all'assicuratore malattie;
- chiarire e concretizzare i criteri dell'efficacia, dell'appropriatezza e dell'economicità, nonché la procedura per la valutazione delle prestazioni ospedaliere.

Testo originale in tedesco

Verification of DRG hospital invoices by health insurers Appraisal of the changeover period prior to the new hospital financing

Key facts

SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups) is the new tariff system for in-patient acute somatic⁴ hospital services. Invoicing in accordance with the SwissDRG flat-rate payment system has been used since 2012. From 2014, health insurers must have a data collection point certified by the Federal Data Protection and Information Commissioner (FDPIC) for processing medical bill information. It is basically too soon for an extensive analysis of SwissDRG invoice verification by the health insurers since no solid experience data is available. In spite of this, the Swiss Federal Audit Office (SFAO) has taken the decision to conduct an analysis within the current changeover period. The aim is to give a transparent picture of the current situation and point to any problems or critical areas so that possible improvements can be made at an early stage.

The consequences and impact of the new hospital financing are being analysed by the Federal Office of Public Health (FOPH) within the scope of the evaluation of the Health Insurance Act revision of hospital financing by means of scientific studies in six topic areas up to 2018.

The SwissDRG tariff system is still in the introductory phase

Based on the Health Insurance Act, in-patient hospital services have been financed since 1 January 2012 according to uniform criteria throughout Switzerland. The diagnoses and medical procedures carried out on the patient are recorded with the new SwissDRG tariff system and are allocated to a so-called case group and are reimbursed at a flat rate. Each diagnosis is assigned a severity level. An appendectomy with no complications has a much lower severity level for example than a heart operation. Hospital services are no longer paid on the basis of the duration of the stay in hospital but on the basis of the treatment case. Overall the costs for the annual 1.3 million in-patient hospital stays are approximately CHF 12 billion, which is approximately half of the overall hospital costs in Switzerland.

The new tariff system is meant to improve transparency of services and prices of hospital treatments as well as the comparability throughout Switzerland. This should promote competition between hospitals and finally reduce the costs of hospital treatments overall.

New challenges for health insurers in the examination of DRG invoices

The new type of compensation for in-patient hospital services is connected with new challenges for health insurers, such as regulating which data how and in which form would have to be made available to them in view of the financial and performance audits. The invoices now also contain medical information in addition to administrative data. In concrete terms, this means that the health insurer receives a so-called minimum clinical dataset (MCD) with every DRG invoice, containing the diagnoses and medical procedures on the insured persons. To maintain data protection and ensure the proportionality of invoice verification, the insurers had to set up a data collection point. This collection point precedes the insurer and has the task of automatically identifying ("intercept-

⁴ The term "acute care" is understood to mean in-patient care of acute illnesses or accidents. "Acute care" does not cover mental illness and measures to do with medical rehabilitative care.



ing") any conspicuous DRG invoices. In concrete terms, this means that checking the content of DRG invoices requires special medical expertise. For this, the health insurers require specialists with coding experience or medical knowledge.

On average high coding quality of DRG invoices and so far only few invoice corrections

As the coding of a case of treatment based on the medical documents constitutes the basis for invoicing, ensuring the accuracy of the coding is vital. The correctness of a DRG invoice is ensured in the hospitals by means of various measures. These activities include the coding of the DRG invoices by specially trained medical staff, internal quality controls, organisational separation of medical treatment, coding and DRG invoicing. Moreover, the quality of the coding in the hospitals is assessed annually by means of a selection of random samples by external auditors using subsequent coding.

The quality of the coding is considered by the interviewed players (insurers, hospitals and cantons) to be good to very good. On the basis of the invoice verifications by the health insurers, up to now about 0.5% of the DRG invoices were either recoded or corrected, in favour of or to the disadvantage of the hospital. However, it should be noted that what we are dealing with here are initial empirical values and assessments as the electronic verification system with data collection points has not yet been fully implemented by the health insurers. A full overview of the results of the coding revisions or of the SwissDRG invoice verification by the health insurers is not available today. It is thus too early to judge to what extent the low number of DRG corrections is due to the good quality of the DRG invoices or whether the current verification processes have not yet been optimised.

The coding revisions in the hospitals and the verifications by the health insurers are complementary

The coding revision in the hospitals is based on random sampling, i.e. a non-suspicion-based selection of DRG invoices and allows a purely statistical and quantitative observation of the general coding quality. It cannot replace the administrative individual case verifications or the supplementary, targeted and risk-based verifications concentrating on conspicuous invoices carried out by the health insurers. The coding revisions in the hospitals and the verifications by the health insurers should be seen as complementary activities.

Currently health insurers have little experience with DRG invoice verifications

In total the health insurers process and verify approximately 90 million invoices p.a. The number of DRG invoices at approximately 1.3 Mio. annual in-patient stays (1.5% of all invoices) is relatively small. However, the average invoice amounts are relatively high (average 4300 versus 300 CHF). The health insurers conduct a standardised "actuarial" basic verification of all SwissDRG invoices. Moreover, it is now possible to conduct verification of the content on the basis of the medical dataset. The aim is to use IT-based systems to determine the correctness of the services charged, to conduct additional investigations in the case of conspicuous findings and if need be, to request further documents from the hospitals.

Up to now, little use has been made of the possibility of automated identification ("interception") of conspicuous DRG invoices. The health insurers thus have only non-standardised and patchy expe-

rience of substantive DRG invoice verifications. This is because at the start of introduction in 2012, the legal and technical framework for electronic transmission of the invoice data was not yet in place.

Usefulness and effectiveness of automated invoice verification cannot yet be assessed

The initial results from invoice verifications indicate that the test procedure on the basis of manually identified invoices is inefficient for further clarification. Efficient, substantive invoice verification is only possible if the data is available electronically and can be selected for further clarification on an automated and risk-based basis using specific criteria. Since the start of 2014, the foundations for this have been laid with the setting up of the data collection points. With the exception of three small health insurers, all insurers had an office of this nature by autumn 2014. Before the usefulness and effectiveness of the automated and selected invoice verification can be assessed by the health insurers, several years of experience are needed. The SFAO has notice of a case where an agreement between a hospital and a health insurer has been signed according to which minor discounts are granted when a certain given request rate is not exceeded. The SFAO cannot estimate to what extent such agreements between hospitals and health insurers are being applied in Switzerland.

The interests of the hospitals as service providers on the one hand and the health insurers on the other are not the same. There is a certain amount of competition, e.g. concerning the coding specialists sought in the labour market. In order to avoid the unnecessary administrative burden in the case of verifications, clarifications and requests on both sides, an improvement in the trust relationship needs to be built up by means of mutual and transparent communication

Moreover, the question arises as to whether an independent arbitration body could be of use to efficiently settle inconsistencies relating to coding between the hospitals and the health insurers.

No disproportionate duplication between the verification activities of the health insurers and the cantons

In the case of the new hospital financing, the cantons will contribute to the in-patient services in all public and private hospitals in accordance with the list of hospitals at the latest from 2017 with a 55% share of the costs. The cantons will thereby receive their proportionate bills from the hospitals albeit mostly in aggregate form per hospital and without the medical dataset.

The division of labour between the cantons and health insurers in the SwissDRG invoicing process was in principle regulated so that financial audits and performance audits are conducted by the health insurers and the cantons relinquished the parallel development of a similar audit structure. In contrast to the health insurers, the cantons have no access to the medical dataset. The cantons are the biggest purchaser of hospital services and it is therefore understandable that they want to at least verify their invoicing in accordance with administrative criteria (amongst other things, place of residence of the patient, intra-cantonal or extra-cantonal hospital treatment, guarantee of payment, etc.). The legislator has envisaged a dual financing system for in-patient hospital stays, it is thus understandable that insurances and cantons want to protect their financial interests. The SFAO has not detected any disproportionate duplication with the verification activities of the health insurers during the introduction of DRG.



According to the price control authorities, basic prices agreed between tariff partners are too high

The tariff partners (hospitals and insurers) set the level of the so-called basic price for each hospital. If no agreement can be reached, the canton sets the basic price. For the first two years of DRG in 2012 and 2013, negotiations between the contracting parties failed in many cases and as far as the price control authorities are concerned, the cantons have in part set the basic prices too high. In this regard, numerous appeals are pending before the Federal Administrative Court. The DRG invoices of the hospitals are thus often based on "provisionally" set basic prices. Since spring 2014, the first judgement on an appeal from health insurers against the tariff for in-patient treatment in the Lucerne Cantonal Hospital is available. In the judgement, neither the tariff set by the Cantonal Council of Lucerne (basic price CHF 10,325) was confirmed nor did the court follow the application of the 46 health insurers (basic price CHF 8,951). The basic price for the Lucerne Cantonal Hospital must now be renegotiated. For the 2014 fiscal year it has to be stated that the tariff partners have increasingly been able to come to an agreement and, in comparison to previous years, have tended to agree on lower basic prices.

Adjustments to the basic prices are, in comparison to the corrections to the DRG invoices up to now, of considerably greater financial relevance. Projected on the annual 1.3 million in-patient hospital stays, e.g. a change of CHF 100 in the basic price already amounts to CHF 130 million.

The recommendations to the Federal Office of Public Health (FOPH)

The SFAO recommendations concern initial optimisation measures within the scope of the current implementation of the Swiss DRG invoicing process:

- Designation of an arbitration body which in the event of disagreement in a SwissDRG case would make a conclusive assessment.
- Designation of an existing office which would ensure the complete and orderly implementation, evaluation and publication of coding revisions.
- In the event of corrections being made to invoices, ensuring that the hospitals will submit a report to the respective canton and health insurers.
- Clarification and specification of the criteria relating to effectiveness, functionality and efficiency and procedures for measuring and assessing in-patient hospital services.

Original text in German

Stellungnahmen

Die Empfehlungen der EFK betreffen nicht nur das Bundesamt für Gesundheit (BAG) sondern zum Teil auch die Tarifpartner. Daher hat die EFK das BAG, das Bundesamt für Statistik (BFS) sowie die Tarifpartner (Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), die Schweizer Krankenkassen (santésuisse) und die Spitäler der Schweiz (H+) eingeladen, dazu Stellung zu nehmen.

Die von der EFK identifizierten Problemfelder und Herausforderungen bei der DRG-Rechnungsabwicklung und -kontrolle werden geteilt. Über alles gesehen gelte es nun weitere Erfahrungen abzuwarten. Bei anstehenden Problemen seien primär die Tarifpartner gefordert und erst dann, wenn keine Lösungen etabliert werden können, sollen auf Bundesebene Massnahmen ergriffen werden. Nachfolgend werden die Stellungnahmen sowie die Position der EFK zu den einzelnen Empfehlungen zusammenfassend aufgeführt:

Nachfolgend werden die Stellungnahmen zu den einzelnen Empfehlungen zusammenfassend aufgeführt:

Empfehlung 1: Benennung einer Schlichtungsinstanz, welche bei Unstimmigkeiten eines DRG-Falles eine abschliessende Beurteilung vornimmt. Bei Codierungsunstimmigkeiten zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen kann das BFS eine nicht rechtsbindende Empfehlung abgeben. Der Rechtsweg bleibt in der Folge für beiden Parteien offen, daher wird von den konsultierten Akteuren kein Handlungsbedarf abgeleitet.

Empfehlung 2: Bezeichnung einer bestehenden Stelle, welche die vollständige und ordnungsgemässe Durchführung, Auswertung und Veröffentlichung der Codier-Revisionen sicherstellt. Die GDK sieht zur Vermeidung von möglichen Doppelspurigkeiten sehr wohl Handlungsbedarf. Dazu werden zurzeit entsprechende Verhandlungen mit einer externen Firma geführt.

Empfehlung 3: Sicherstellung, dass die Spitäler bei vorgenommenen Rechnungskorrekturen gegenüber Kanton und Krankenkassen Bericht erstatten. Es ist die Aufgabe des Rechnungstellers, eine korrekte Abrechnung sowie die Informationsübermittlung bei Korrekturen zuhanden der Kostenträger sicherzustellen. Die entsprechenden Modalitäten sind zwischen Spital und Kanton zu vereinbaren.

Empfehlung 4: Klärung und Konkretisierung der WZW-Kriterien für die Beurteilung der stationären Spitalleistungen. Die Prüfung der WZW-Kriterien bei der Rechnungskontrolle ist eine der Kernaufgaben der Versicherer. Eine diesbezügliche Klärung und Konkretisierung wird grundsätzlich gewünscht. Gemäss BAG ist die Vervollständigung und Weiterentwicklung der Operationalisierung der WZW-Kriterien im Gange.

Die Stellungnahmen mit den Bemerkungen zu den einzelnen Empfehlungen sind in Anhang 8 bis 12 vollständig aufgeführt.



Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	22
1.1	Warum dieses Thema?	22
1.2	Was ist die Zielsetzung und was sind die zu untersuchenden Fragen?	22
1.3	Welche Abgrenzungen des Themas werden vorgenommen?	23
1.4	Wie kam es zu SwissDRG?	24
1.5	Was ist SwissDRG?	25
1.6	Was sind die Grundlagen der Rechnungsstellung und -kontrolle?	26
1.7	Wie hoch ist das Finanzvolumen von DRG-Rechnungen?	28
1.8	Welches sind die wesentlichen Akteure?	28
1.9	Vorgehen und Organisation	29
2	Ergebnisse	31
2.1	Der Prozess der DRG-Rechnungsstellung und -prüfung in Kürze	31
2.2	Die vom Datenschutzbeauftragten zertifizierten Datenannahmestellen	32
2.3	Die Rechnungsstellung bzw. Fallcodierung im Spital	33
2.4	Die Codier-Revision in den Spitälern	35
2.5	DRG-Rechnungskontrollen bei den Krankenversicherungen	38
2.6	DRG-Rechnungskontrollen bei den Kantonen	44
2.7	Rückfragen in den Spitälern	46
2.8	Der Basispreis ist zentral für die Berechnung des Rechnungsbetrags	48
3	Schlussfolgerungen	50
3.1	Das SwissDRG-Tarifsystem befindet sich in der Einführungsphase	50
3.2	Die Kontrollen in Spitälern und Krankenversicherungen sind komplementär	51
3.3	Antwort auf die drei Fragen der Untersuchung	52
4	Empfehlungen	55

Anhang

Anhang 1: Fragen und Unterfragen der Analyse	58
Anhang 2: Rechtsgrundlagen und parlamentarische Vorstösse Bibliographie	59
Anhang 3: KVV – Regelungen betreffend Rechnungskontrolle und DAS	61
Anhang 4: Bibliographie	63
Anhang 5: Gesprächspartner	64
Anhang 6: Erläuterungen zu Fachbegriffen	66
Anhang 7: Abkürzungen, Glossar, Priorisierung der Empfehlungen	67
Anhang 8: Stellungnahmen Bundesamt für Gesundheit	68
Anhang 9: Stellungnahme Bundesamt für Statistik	73
Anhang 10: Stellungnahme Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren und Gesundheitsdirektorinnen GDK	75
Anhang 11: Stellungnahme Die Spitäler der Schweiz H+	78
Anhang 12: Stellungnahme Die Schweizer Krankenversicherer santésuisse	80

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ausschnitt: Struktur des Medizinischen Datensatzes	27
Abbildung 2: Prozess Rechnungsstellung und Rechnungsprüfung	31
Abbildung 3: Zusammensetzung einer SwissDRG-Fallpauschale	34
Abbildung 4: Erfahrungswerte von SwissDRG-Rechnungskontrollen	42
Abbildung 5: SwissDRG-Rückfragenstatistik bei Spitälern	47
Abbildung 6: Basispreise in den Kantone Aargau, Bern und Waadt	49



1 Einleitung

1.1 Warum dieses Thema?

Seit dem 1. Januar 2012 werden gestützt auf das Krankenversicherungsgesetz (KVG) in der ganzen Schweiz stationäre akutsomatische Spitalleistungen nach in der ganzen Schweiz einheitlichen Kriterien finanziert. Spätestens ab 1. Januar 2017 haben die Kantone mindestens 55% und die Krankenkassen 45% der Rechnung im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen. Bei diesem sogenannten SwissDRG System (diagnose related groups, zu Deutsch Fallpreispauschalen) wird jede Diagnose und die erforderliche Behandlung erfasst und einer sogenannten Fallgruppe zugeteilt. Jede Diagnose ist einem Schweregrad zugeordnet. Eine Blinddarmentfernung ohne Komplikationen hat beispielsweise einen sehr viel tieferen Schweregrad als eine Herzoperation.

Mit dem neuen System werden nicht mehr die Spitäler als Institution subventioniert, sondern deren effektive Leistungen am einzelnen Patienten abgegolten. Damit sollen Leistungen und Preise von Spitalbehandlungen transparenter und in der ganzen Schweiz vergleichbar sein. Auf diese Weise soll der Wettbewerb unter den Spitäler gefördert und letztlich die Kosten der Spitalbehandlungen insgesamt reduziert werden. Die neue Abgeltungsart dieser Spitalleistungen stellt auch die Krankenversicherer vor neue Herausforderungen bei der Rechnungskontrolle.

In diesem Zusammenhang musste auch geregelt werden, welche Daten wie und in welcher Form den Krankenversicherungen für die Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung zur Verfügung gestellt werden, damit die abgerechneten Leistungen korrekt vergütet werden können. Die Rechnungen beinhalten neu neben den administrativen Daten auch medizinische Angaben in codierter Form. Konkret bedeutet dies, dass die Krankenversicherung mit jeder DRG-Rechnung gewisse Gesundheitsdaten über die versicherten Personen erhalten. Zur Wahrung der Verhältnismässigkeit der Rechnungskontrolle musste ein Prozess installiert werden, der sicherstellt, dass die Versicherer nur dann Zugang zu diesen Gesundheitsdaten erhalten, wenn sie die Rechnung tatsächlich einer vertieften Überprüfung unterziehen. Um dies zu erreichen wurde in der Krankenversicherungsverordnung (KVV) festgehalten, dass die Krankenversicherer für die Entgegennahme von DRG-Rechnungen über eine nach Datenschutzgesetz zertifizierte Datenannahmestelle (DAS) verfügen müssen. Sie ist dem Versicherer vorgelagert und hat die automatisierte Triage bzw. Auslenkung von fragwürdigen DRG-Rechnungen zur Aufgabe.

Vor diesem Hintergrund hat die Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK) eine Untersuchung über die „Kontrollen von DRG-Leistungen durch Krankenkassen“ in ihr Jahresprogramm 2014 aufgenommen.

1.2 Was ist die Zielsetzung und was sind die zu untersuchenden Fragen?

Die Abrechnung mittels SwissDRG-Fallpreispauschalen erfolgt seit 2012 und ab 2014 müssen alle Krankenversicherer über eine vom Datenschützer zertifizierte Datenannahmestelle verfügen. Konkret bedeutet dies, dass sich das neue Abrechnungssystem in der Einführungsphase befindet und bei den Krankenversicherern noch kaum aussagenkräftige Erfahrungsdaten für eine vertiefte Analyse der Wirkungen des neuen Abrechnungssystems zur Verfügung stehen.

Das Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, eine aktuelle Bestandesaufnahme im Rahmen der Umstellungsphase vorzunehmen, welche die Situation bei SwissDRG-Rechnungsprüfungen transparent aufzeigt und auf allfällige Probleme und kritische Punkte hinweist.

Im Zuge der genannten Zielsetzung der vorliegenden Untersuchung wurden die folgenden drei Hauptfragen untersucht und beantwortet (Hauptfragen und Unterfragen siehe *Anhang 1*):

Hauptfragestellung 1: Inwieweit kann die Qualität bei der Erstellung der SwissDRG-Rechnung im Spital gewährleistet werden?

Bei dieser Hauptfrage geht es darum in Erfahrung zu bringen, inwieweit und mit welchen Massnahmen eine korrekte SwissDRG-Rechnungstellung sichergestellt wird. Die Rechnung wird von speziell ausgebildeten Fachkräften durchgeführt und erfolgt mittels einer medizinischen Codierung.

Hauptfragestellung 2: Welche Möglichkeiten haben die Krankenversicherungen, um die SwissDRG-Rechnungen zu prüfen?

Diese Frage soll aufzeigen, wie die Krankenversicherer heute die SwissDRG-Rechnungen kontrollieren und was für eine Rolle die Datenannahmestellen spielen. Mittels IT-basierten Systemen sollen die Rechnungskontrollen aus dem spitalstationären Bereich bei den Krankenversicherungen sichergestellt und effizienter durchgeführt werden.

Hauptfragestellung 3: Ist die Arbeitsteilung bei der Swiss-DRG-Rechnungsabwicklung zwischen Kantonen und Krankenversicherern klar geregelt?

Im Zentrum dieser Fragestellung steht, die Klärung der konkreten Aktivitäten unter Berücksichtigung der Koordination von Kantonen und Krankenversicherer im Rahmen der SwissDRG-Abrechnungskontrollen.

1.3 Welche Abgrenzungen des Themas werden vorgenommen?

Die vorliegende Untersuchung konzentriert sich auf den Prozess der Rechnungsstellung, -übermittlung sowie schwergewichtig auf die Kontrollen bei den Krankenversicherern aus stationären, akutsomatischen Spitälern (SwissDRG-Rechnungen). Die DRG-Rechnungen zu Lasten der Invalidenversicherung, der Unfallversicherungen oder Militärversicherungen sind kein Thema.

Nicht Gegenstand der vorliegenden EFK-Untersuchung waren die spitalinternen Prozesse von der medizinischen Behandlung bis hin zur DRG-Codierung bzw. Rechnungsstellung. In Spitälern wurden vereinzelte Interviews mit den zuständigen Personen für Fallcodierung durchgeführt. Die medizinischen Einheiten (Ärzte), welche die medizinischen Grundlagen für die Codierung liefern, wurden nicht konsultiert. Die EFK äussert sich somit nicht zur Qualität der medizinischen Unterlagen.

Ebenfalls nicht Gegenstand der vorliegenden Untersuchung bilden die Folgen und Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung auf Seiten der Leistungserbringer. In diesem Zusammenhang wurden verschiedene parlamentarische Vorstösse getätigt (Auflistung siehe *Anhang 2*). Basierend auf Arti-

kel 32 KVV⁵ hat der Bundesrat in der Folge eine Untersuchung der Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung gutgeheissen. Die nun durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) bereits in Angriff genommene Analyse « Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung » sieht zwischen 2012 und 2018 sechs wissenschaftliche Studien zu folgenden Themenbereichen vor:

- 1 Anteil der pauschalen Vergütungssysteme vor 2012 (Grundlagenstudie)
- 2 Einfluss der Revision auf die Kosten und die Finanzierung des Versorgungssystems
- 3 Einfluss der Revision auf die Qualität der stationären Spitalleistungen
- 4 Einfluss der Revision auf die Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung
- 5 Einfluss der Revision auf das Verhalten der Spitäler
- 6 Auswirkungen des verfeinerten Risikoausgleichs auf die Risikoselektion

Für die vorliegende Untersuchung der EFK ist primär das Thema Nr. 5. Einfluss der KVG-Revision auf das Verhalten der Spitäler indirekt von Interesse. Es soll untersucht werden, welche Verhaltensänderungen die KVG-Revision bei den Spitalern ausgelöst hat. Eine der Unterfragen betrifft die Auswirkungen Effekte auf die Codierung der medizinischen Leistungen sowie den Case-Mix Index⁶. Die EFK ist durch Ueli Luginbühl in der Begleitgruppe zu dieser Untersuchung vertreten. Somit wird sichergestellt, dass keine Überschneidungen zwischen der Untersuchung der EFK sowie der Evaluation des BAG entstehen.

Die Tarifentwicklung, die Tarifpflege und die Tarifweiterentwicklung des SwissDRG-Systems bilden ebenso nicht Gegenstand der Untersuchung durch die EFK. Für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege des SwissDRG-Fallpauschalensystems zur Abgeltung der stationären Leistungen der Spitäler ist gemäss den gesetzlichen Vorgaben (Art. 49 KVG) die SwissDRG AG zuständig.

Die Aufsicht über die Krankenversicherung teilen sich das BAG und die Eidgenössische Finanzmarktaufsicht (FINMA). Das BAG ist gemäss KVG für die obligatorische Krankenpflegeversicherung zuständig und die FINMA gemäss Privatversicherungsrecht für Krankenzusatzversicherungen. Die Aufsichtstätigkeiten über die Krankenversicherungen bilden nicht Gegenstand dieser Untersuchung, da die EFK im Jahr 2014 dazu eine separate Prüfung durchführt. Dieser Bericht enthält somit keine Hinweise oder Empfehlungen im Zusammenhang mit den Aufsichtstätigkeiten bei den Krankenversicherungen.

1.4 Wie kam es zu SwissDRG?

Die eidgenössischen Räte haben 2007 die Revision des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung beschlossen. Die Revision wurde am 1. Januar 2009 in Kraft gesetzt. Die wichtigsten Elemente der neuen Spitalfinanzierung sind die dual-fixe Finanzierung der stationär akutsomatischen Spitalleistungen (Kostenteiler zwischen Kanton mit mindestens 55 % und Krankenversicherer mit höchstens 45% der Kosten), die kantonale Spitalplanung nach den Kriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit,

⁵ Artikel 32 KVV definiert die Eckpunkte der Evaluation: Das BAG führt in Zusammenarbeit mit den Versicherern, Leistungserbringern und Kantonen sowie Vertretern der Wissenschaft wissenschaftliche Untersuchungen über die Durchführung und die Wirkungen des Gesetzes durch. Insbesondere ist zu untersuchen, ob die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Grundversorgung gewährleistet ist und die sozial- und wettbewerbspolitischen Zielsetzungen des Gesetzes erreicht werden.

⁶ Der Case Mix Index beschreibt die durchschnittliche Schwere der Patientenfälle eines Spitals gemessen an einer Skala, die dem Gesamt-Ressourcenaufwand entspricht. Er stellt ein Mass für den relativen ökonomischen Ressourcenaufwand aller behandelten Krankenhausfälle dar.

die freie Spitalwahl sowie die Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen, die auf gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstrukturen beruhen. Fallpauschalen sind somit eines der Instrumente der neuen Spitalfinanzierung. Ziel ist verbesserte Transparenz bei den Behandlungen und eine leistungsgerechte Vergütung der Spitäler. Nicht mehr die Spitäler als Institutionen werden dabei finanziert, sondern ihre stationär akutsomatischen Leistungen am Patienten⁷.

Seit Mitte der 1980er Jahren werden in verschiedenen Ländern Diagnosis Related Groups DRG zur Finanzierung und Budgetierung krankenhausbezogener Leistungen benützt. DRG-Systeme sind Klassifikationssysteme, welche die Patienten in medizinisch und ökonomisch homogene Fallgruppen einteilen. In Deutschland wurde DRG zu einem Fallpauschalensystem umgestaltet und seit 2003 zur Abrechnung von Preisen für die einzelnen Behandlungsfälle verwendet. Auch in der Schweiz haben einige Kantone seit einigen Jahren das Fallpauschalensystem AP-DRG (All Patient Diagnosis Related Groups) für die Abrechnung von Spitalleistungen angewandt. Das SwissDRG-System wurde in der Folge auf der Basis des deutschen Systems entwickelt.

Mit Einführung der neuen Spitalfinanzierung hat der Bundesrat verschiedene Ausführungsbestimmungen in Form der Änderungen der KVV und der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) verabschiedet. Der Bundesrat hat Anpassungen bei der Rechnungsstellung erlassen sowie festgehalten, dass die Tarifpartner Begleitmassnahmen (Kostenmonitoring) für die Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen zu vereinbaren haben.

1.5 Was ist SwissDRG?

Zuständig für die Entwicklung und Pflege des Schweizer Fallpauschalen-Systems ist die SwissDRG AG. Diese gemeinnützige Aktiengesellschaft wurde 2008 gegründet und ist eine gemeinsame Institution der Tarifpartner (Leistungserbringer und Versicherer) und der Kantone. Für die Entwicklung und Pflege der Tarifstruktur – insbesondere der ca. 1000 Fallgruppen und Kostengewichten - haben Spitäler der SwissDRG die notwendigen fallbezogenen Kosten- und Leistungsdaten abzuliefern.

Die relative Höhe jeder SwissDRG-Fallgruppe – das Kostengewicht - wurde anhand der Kosten- und Leistungsrechnung von einer Auswahl Schweizer Spitäler berechnet (sogenannte Netzwerkspitäler). Bei den Kostengewichten handelt es sich um relative Kosten. So ergibt z.B. eine Tonsillektomie mit DRG-Nummer D09Z (vollständige chirurgische Entfernung der Gaumenmandeln) ein Kostengewicht von 1.021; eine aufwändigere Implantation eines Hörgerätes mit DRG-Nummer D23Z ein Kostengewicht von 1.664.⁸ Der effektive Frankenbetrag, welcher für die Erbringung einer Leistung vergütet wird, hängt nicht nur vom Kostengewicht ab, sondern auch vom Basispreis, welcher für jedes Spital unterschiedlich ist.⁹

Fallvergütung in Franken = Kostengewicht x Basispreis („Baserate“)

⁷ Im Bereich für die stationäre Psychiatrie sowie Rehabilitation laufen ebenfalls Bestrebungen im Hinblick auf die Entwicklung einer nationalen Tarifstruktur.

⁸ SwissDRG Version 4. Für jede DRG wird ausserdem eine untere und eine obere Grenze der Verweildauer festgelegt. Ist die effektive Verweildauer tiefer als die vorgegebene Untergrenze, wird ein Abschlag pro Tag gewährt. Bei einer Überschreitung der oberen Grenze wird ein Zuschlag gewährt.

⁹ Siehe Abbildung 6 über Basispreise, Kapitel 2.8.

Die Tarifpartner, Spitäler und Versicherer, handeln die kantonalen Tarifverträge aus und definieren darin die Höhe der Basispreise. Am höchsten ist der Basispreis für die hochspezialisierten Universitätsspitäler. Die Tarifverträge bedürfen der Genehmigung durch den entsprechenden Kanton. Er prüft dabei, ob die Verträge mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit in Einklang stehen. Können sich die Tarifpartner nicht auf eine vertragliche Lösung einigen, so setzt der Kanton (nach Anhören der Beteiligten) den Tarif fest.

In den ersten Jahren sind die Verhandlungen zwischen den Vertragspartnern in vielen Fällen gescheitert oder es kam aus Sicht der Preisüberwachers zu erstaunlich hohen Abschlüssen. Die Analyse bzw. Prüfung der Höhe der vereinbarten Basispreisen standen daher in den letzten beiden Jahren im Fokus des Preisüberwachers. 2013 hat er bei 65 Spitälern Empfehlungen betreffend zu hohen vereinbarten Basispreisen an die zuständigen Kantone abgegeben. Der erste Entscheid des Bundesverwaltungsgerichts gegen die zahlreich eingegangenen Beschwerden gegen die Kantonsentscheide liegt seit dem Frühjahr 2014 vor (vgl. dazu Ausführungen unter *Kapitel 2.8*).

1.6 Was sind die Grundlagen der Rechnungsstellung und -kontrolle?

Gemäss Art. 42 KVG muss der Leistungserbringer dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen, wobei er ihm alle Angaben machen muss, die der Schuldner benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung¹⁰ zu überprüfen. Der Bundesrat hatte vorausgesetzt, dass die Vertragsparteien (Leistungserbringer und Versicherer) selber eine Lösung finden sollten, wie die Überprüfung von DRG-Rechnungen geregelt werden sollte.

Für die Versicherer war klar, dass sie aufgrund der Fallpauschale nicht überprüfen können, ob die Rechnungsstellung korrekt erfolgt ist und ob die durchgeführte Behandlung den Kriterien der Wirtschaftlichkeit genügt. Aus diesem Grund verlangten die Versicherer, dass die Spitäler nebst der Fallpauschale sämtliche Diagnosen und Prozeduren auf der Rechnung auflisten (Medizinische Daten sprich MCD Datensatz). Demgegenüber argumentierten die Leistungserbringer, dass eine Kontrolle der DRG-Codierung bereits im Rahmen der Codierrevision in den Spitälern stattfinden. Dieses Kontrollverfahren, bei welchem externe Revisoren stichprobeartig prüfen, ob das Spital aufgrund der gemachten Diagnosen die richtige Fallpauschale in Rechnung stellt, sei wirksam und respektiere gleichzeitig das Patientengeheimnis.

Die nachfolgende Abbildung zeigt ausschnittsweise die Struktur eines MCD-Datensatzes.

¹⁰ *Der Leistungserbringer muss sich in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist; Art. 56 KVG.*

Abbildung 1: Ausschnitt: Struktur des Medizinischen Datensatzes

1.2 Medizinischer Datensatz		
Bezeichnung gemäss der medizinischen Statistik	Variable der medizinischen Statistik	Inhalt
Geburtsgewicht	2.2.V04	in Gramm
Hauptdiagnose	4.2.V010	ICD-10-GM-Kode
Zusatz zu Hauptdiagnose	4.2.V020	ICD-10-GM-Kode
1. bis 49. Nebendiagnose	4.2.V030, 4.2.V040 usw. bis 4.2.V510	ICD-10-GM-Kode
Hauptbehandlung	4.3.V010	CHOP-Code
Seitigkeit der Hauptbehandlung	4.3.V011	0 = beidseitig 1 = einseitig rechts 2 = einseitig links 3 = einseitig unbekannt 9 = unbekannt leer = Frage stellt sich nicht
Beginn der Hauptbehandlung	4.3.V015	Datum (mit Angabe der Stunde)
1. bis 99. Nebenbehandlung	4.3.V020, 4.3.V030 usw. bis 4.3.V1000	CHOP-Code
1. bis 99. Nebenbehandlung Seitigkeit	4.3.V021, 4.3.V031 usw. bis 4.3.V1001	0 = beidseitig 1 = einseitig rechts 2 = einseitig links 3 = einseitig unbekannt 9 = unbekannt leer = Frage stellt sich nicht

Quelle: VO über die Datensätze für die Datenweitergabe zwischen Leistungserbringern und Versicherern

Da die Tarifpartner keine vertragliche Einigung erzielt hatten welche Daten zu übermitteln seien, stellte der Bundesrat schon 2011 in Aussicht, Bestimmungen zur Datenweitergabe zu erlassen. Im Juli 2012 erliess das EDI daher Änderungen im KVV welche die Modalitäten für die Abgabe von Personendaten für die Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung für SwissDRG regeln (konkrete Änderungen KVV siehe *Anhang 3*). Der Eidgenössische Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragter (EDÖB) hat bei der Ausarbeitung der Verordnungsregelung massgeblich mitgearbeitet. Wie bereits erwähnt, müssen die Krankenversicherer für die Entgegennahme von DRG-Rechnungen sogenannte Datenannahmestellen (DAS) einrichten. Diese müssen zwingend über eine Datenschutzzertifizierung des EDÖB verfügen. Damit wurde in der Schweiz erstmals ein Obligatorium für eine Datenschutzzertifizierung eingeführt.

Ausgehend von der präzisierten gesetzlichen Grundlage, wird festgehalten, dass die Leistungserbringer den Versicherer sowohl die administrativen wie die medizinischen Personendaten via Datenannahmestellen manuell oder elektronisch weiterzuleiten haben, und zwar gleichzeitig. Damit beide Datensätze - administrativer und medizinische Datensatz - zusammengeführt werden können muss der Leistungserbringer sie mit einer Identifikationsnummer versehen. Um dem Grundsatz der Verhältnismässigkeit zu genügen, haben die DAS mittels einer vollständig automatisierten Kontrolle eine Triage der Rechnungen vorzunehmen. Somit sollen nur sogenannte „auffällige Rechnungen“ zur detaillierten Überprüfung herausgefiltert werden und an die Versicherer (Vertrauensärztlicher Dienst) zur weiteren – manuellen Abklärung – weitergeleitet werden.

Die gesamtschweizerisch einheitliche Struktur des administrativen und medizinischen Datensatzes sowie deren Inhalt werden in der Verordnung des EDI vom 20. November 2012 über die Datensätze für die Datenweitergabe zwischen Leistungserbringern und Versicherern geregelt. Im Februar

2013 konnten sich die Tarifpartner schlussendlich über das notwendige Informatikformat für die Übermittlung (Standard XML 4.4) einigen und bis Anfangs 2014 müssen alle Krankenversicherer über eine zertifizierte externe oder interne DAS verfügen.

1.7 Wie hoch ist das Finanzvolumen von DRG-Rechnungen?

DRG wurde 2012 eingeführt. Aktuell liegen keine offiziellen Informationen über die DRG-Ausgaben für das Jahr 2012 vor. Gemäss provisorischen Zahlen betragen die Gesundheitsausgaben in der Schweiz im 2012 insgesamt 68 Mrd. Franken, davon verursachten die Krankenhäuser insgesamt Kosten von rund 25,5 Mrd. Franken.¹¹ Im Vergleich zum Vorjahr sind die Ausgaben um 5,3 Prozent gewachsen, wobei das Wachstum der Spitalausgaben stark ins Gewicht fällt. Der Systemwechsel mit der Umstellung auf DRG erschwerte jedoch 2012 die Dateninterpretation der Spitalkostenentwicklung.

Gemäss Aussagen von santésuisse beliefen sich die SwissDRG-Rechnungen zu Lasten der Krankenkassen 2012 auf rund 5,5 Mrd. Franken (45 Prozent). Zusammen mit dem Anteil zu Lasten der Kantone von rund 6,5 Mrd. Franken (55 Prozent) kann geschätzt von insgesamt 12 Mrd. Franken Leistungen für die jährlich rund 1.3 Millionen akutsomatischen stationären Spitalaufenthalte¹² ausgegangen werden. Dies betrifft knapp die Hälfte der Spitalkosten.

Die Krankenversicherer verarbeiten und kontrollieren jährlich rund 90 Mio. Rechnungen¹³. Der Anteil von SwissDRG-Rechnungen ist mit rund 1.3 Mio. Abrechnungen (1.5 %) relativ gering.

1.8 Welches sind die wesentlichen Akteure?

Nachfolgend werden die wichtigsten Akteure, welche bei der Abwicklung von SwissDRG-Rechnungen mehr oder weniger eine Rolle spielen „stichwortartig“ aufgeführt:

- **SwissDRG AG:** Aktionäre sind die Schweiz. Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren (GDK), die Spitäler der Schweiz (H+), die Schweizerischen Krankenversicherer (santésuisse), Medizinaltarifkommission UVG, MV/IV (MTK) sowie die Vereinigung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH). Die AG ist zuständig für die Pflege der Tarifstruktur
- **Spitäler** (120 Akutsomatische Listenspitäler): Sie sind die Leistungserbringer, Codierstelle, Absender von Rechnungen und von elektronischen Datensätzen (MCD+) an die DAS. Sie verfügen über verschiedene interne Kontrollinstrumente.
- **Codierrevisoren.** Zertifizierte Personen prüfen die Qualität der Spitalcodierung. Das BFS führt eine Liste der zugelassenen Revisoren.
- **Krankenversicherer** (rund 70 Versicherungen): Schuldner bei DRG (45%).
- **Datenannahmestellen** (ca. 20 zertifizierte DAS): Pseudonymisierung von MCD+, Erste Triage (Auslenkung von „auffälligen“ Rechnungen)
- **IT-Dienstleistungsanbieter** (z.B. Medidata, Centris oder Kolumbus): Lieferanten von Systemen für die Rechnungsabwicklungen im Gesundheitswesen
- **Verbände:** u.a. Santésuisse (Tarifsuisse) und Curafutura, RVK (Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer). Vertrauensärzte, H+, Privatkliniken Schweiz, FMH.

¹¹ *Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2012: Provisorische Zahlen, Bundesamt für Statistik.*

¹² *Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2012, Bundesamt für Statistik.*

¹³ *Hochrechnung EFK. Basis bilden die Angaben von verschiedenen Krankenversicherungen.*

- **Kantone:** u.a. als Sichersteller der Gesundheitsversorgung, Spitaleigner, Spitalplaner, Finanzierende (55% SwissDRG), Aufsichtsbehörde im Gesundheitsbereich über Institutionen und Berufe. Kantonale Finanzkontrollen.
- **Bundesamt für Gesundheit BAG:** Aufsicht über KV und Gesetzgebung.
- **Bundesamt für Statistik BFS:** Verwaltung und Pflege der medizinischen Klassifikationen (ICD und CHOP), Verfasser von Codierrichtlinien, Zulassung von Codierern und Codierrevisoren
- **Preisüberwacher:** Anhörungsinstanz bei SwissDRG, insbesondere bei der Fixierung der Basispreise
- **Eidgenössische Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragte EDÖP:** Zuständig für die Zertifizierung und Überwachung der DAS
- **Gerichte:** Letzte Instanz bei Unstimmigkeiten über Tarifierung
- **Patienten:** Leistungsbezüger, welche von den Spitälern eine verständliche Kopie der DRG-Rechnungen erhalten sollten (System des tiers payant).

Die im Rahmen der Rechnungsabwicklung zentralen Akteure sind die Spitäler als Leistungserbringer und Rechnungssteller sowie die Kantone und Krankenversicherungen inklusive Datenannahmestellen als Leistungsbezahler.

1.9 Vorgehen und Organisation

Die Untersuchung der drei Hauptfragen erfolgte in zwei zum Teil interagierenden Phasen.

Phase 1: Dokumentanalyse

Mittels Sichtung verschiedenster Dokumente und Unterlagen wurden Informationen zum zu untersuchenden Themenbereich gewonnen. Diese Informationen bildeten u.a. auch die Basis für die Interviews. Dabei handelte es sich z.B. um Gesetzliche Grundlagen, Bundesratsbeschlüsse, Parlamentarische Vorstösse, Berichte, Vorgaben für Codier-Revisionen, Revisionsberichte und Präsentationen, Fachliteratur und Tagespresse (Auflistung siehe *Anhänge 2 und 4*).

Phase 2: Interviews

Insgesamt wurden 24 semi-strukturierte Interviews mit Vertretern von Spitälern, Krankenversicherungen, Datenannahmestellen, Kantonen, Codier-Revisionsstellen, Bundesämtern sowie Experten durchgeführt (Liste der Gesprächspartner siehe *Anhang 5*).

Die Interviews dienten primär dazu, erste Erfahrungen und Einschätzungen der verschiedenen Akteure zu den verschiedenen Fragestellungen zu erhalten sowie offene Fragen zu klären und Unklarheiten auszuräumen.

Interviewaussagen geben ein partielles Bild und sind interessengeleitet. Eine Herausforderung bestand für die EFK darin, angemessene generelle Aussagen und Beurteilungen zu formulieren.



Phase 3: Analyse und Berichterstattung

Die letzte Phase der Untersuchung umfasst einerseits die Aufarbeitung und Analyse der erhobenen Daten und Informationen sowie andererseits die Erstellung des Schlussberichts.

Das Projekt wurde in der Zeit vom September 2013 bis April 2014 durchgeführt und zeigt die Situation zu Beginn 2014. Die Evaluation wurde gemäss den Standards der Schweizerischen Evaluationsgesellschaft (SEVAL) und den allgemeinen Grundsätzen der Wirtschaftlichkeitsprüfung (ISSAI 300 - International Standards of Supreme Audit Institutions) erarbeitet.¹⁴

Die Verantwortung der Untersuchung liegt bei der EFK. Mit der Umsetzung hat die EFK ihren Fachbereich Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Evaluation beauftragt. Das Projektteam setzte sich aus Ueli Luginbühl (Projektleiter) sowie Claude Courbat und Laurent Crémieux zusammen. Es arbeitete unter der Supervision des Fachbereichsleiters Emmanuel Sangra sowie des Mandatsleiters Walter Risler.

Die EFK dankt allen interviewten Personen für die gewährte wertvolle Unterstützung.

¹⁴ Siehe <http://www.seval.ch/de/standards/> und <http://de.issai.org/media/69907/issai-300-g-new.pdf>.

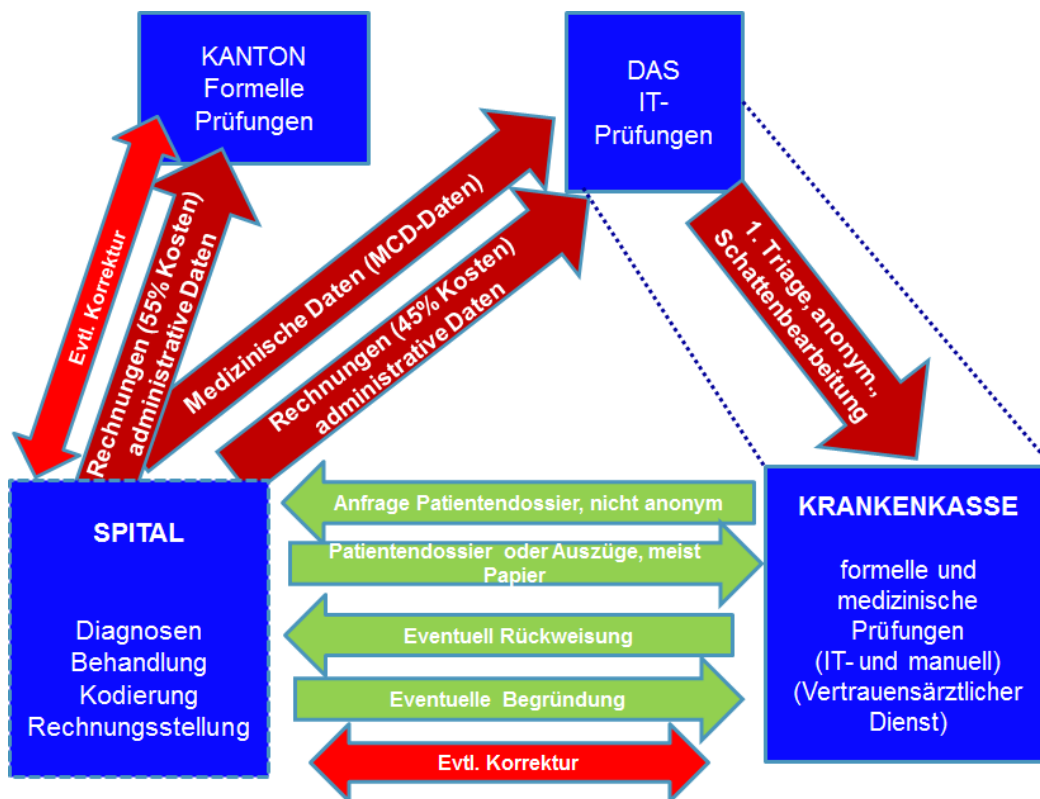
2 Ergebnisse

Im Hinblick auf die Beantwortung der zu untersuchenden Fragen werden die Ergebnisse in den nachfolgenden Kapiteln anhand des Prozesses von der SwissDRG-Rechnungsstellung im Spital über die Übermittlung zu den Krankenversicherungen und Kantonen bis hin zu den Kontrollaktivitäten sowie allfälligen Korrekturen festgehalten. Dabei werden ebenfalls die Prüfung der Codierqualität in Spitälern, die Funktion der Datenannahmestellen sowie der aktuell meist provisorisch vereinbarten Basispreise thematisiert. Die Erfahrungen, Erkenntnisse sowie Einschätzungen der interviewten Personen und Organisationen sowie Ergebnisse von Studien werden zusammenfassend synthetisiert und fortlaufend integriert.

2.1 Der Prozess der DRG-Rechnungsstellung und -prüfung in Kürze

Der vom Spital berechnete und codierte Behandlungsfall wird anteilmässig zwischen Kanton (55 %) und KV (45 %) aufgeteilt und resultiert in zwei Rechnungen. Die nachfolgende Abbildung illustriert vereinfacht den Prozess der Rechnungsstellung und –prüfung nach SwissDRG.

Abbildung 2: Prozess Rechnungsstellung und Rechnungsprüfung



Quelle: Darstellung EFK

Damit SwissDRG-Rechnungen durch die Krankenversicherer korrekt vergütet werden können, benötigen die Krankenversicherungen neben administrativen Angaben über den Patienten (Art der Versicherung, Wohnkanton, usw.) auch medizinische Angaben über jeden Behandlungsfall. Diagnosen und medizinische Prozeduren werden in codierter Form als eigener Datensatz (MCD=Minimal Clinical Dataset) den für den Datenschutz zertifizierten Datenannahmestellen (DAS) übermittelt. Die Übermittlung des medizinischen Datensatzes kann sowohl elektronisch als

auch auf Papier erfolgen. Das Gesetz macht dazu keine Vorgaben. Im KVV ist festgelegt, dass die Krankenversicherer für die Entgegennahme von DRG-Rechnungen über eine nach Datenschutzgesetz zertifizierte DAS verfügen müssen und der MCD-Datensatz für eine erste Kontrolle ausreichen soll. Mit diesem Verfahren soll die Verhältnismässigkeit von inhaltlich geprüften Rechnungen sichergestellt werden, indem die Versicherer nur dann Zugang zu individuellen Gesundheitsdaten erhalten, wenn sie eine Rechnung tatsächlich einer vertieften Überprüfung unterziehen wollen.

Die Zertifizierung wird im Auftrag des Eidgenössischen Datenschutzbeauftragten (EDÖB) von der Schweizerischen Vereinigung für Qualitäts- und Managementsystemen (SQS) oder PricewaterhouseCoopers (PWC) vorgenommen. Die Zertifizierungskosten betragen je nach Versicherung und DAS einige tausend bis einige zehntausend Franken.

2.2 Die vom Datenschutzbeauftragten zertifizierten Datenannahmestellen

Die DAS ist dem Versicherer vorgelagert und hat die automatisierte Triage der eingehenden DRG-Rechnungen zur Aufgabe. Diese Triage soll nur die auffälligen Rechnungen ausscheiden und an den Versicherer übermitteln. Für den EDÖB ist zentral, dass die ausgelenkten Fälle auch wirklich weiter abgeklärt werden. Ansonsten müsste die Auslenkungsquote reduziert werden. Da das System mit DAS erst im 2014 umgesetzt wird, gibt es noch keine solchen Erfahrungswerte.

Die grossen Krankenversicherungen wie Concordia, CSS, Groupe Mutuel, Helsana, ÖKK-Gruppe, KPT, Sanitas, SWICA und VISANA haben eigene DAS installiert und verfügen über eigene vertrauensärztliche Dienste.¹⁵ Die übrigen, eher mittleren und kleineren Kassen, bedienen sich eines externen zertifizierten IT-Dienstleistungspartner wie der Centris AG¹⁶ oder der BBT Software AG¹⁷, die auch andere Datenverarbeitungen für die Versicherungen durchführen. Auch zu Beginn 2014 verfügten noch nicht alle Krankenversicherer über eine zertifizierte DAS. Das BAG hat für diese Versicherungen die Frist bis Mitte 2014 verlängert. Bis auf drei kleine Krankenversicherer besitzen im Herbst 2014 alle Versicherer über eine DAS.

Rechnungen, welche von der DAS als „auffällig“ herausgefiltert werden, sollen an den Versicherer zur weiteren, manuellen Abklärung, weitergeleitet werden. Alle anderen Rechnungen werden zur Zahlung freigegeben, ohne dass die medizinischen Angaben von Mitarbeitenden der Versicherer eingesehen werden. Seit 1. Januar 2014 sollten alle Krankenversicherer über eine vom EDÖB zertifizierte Datenannahmestelle verfügen. Zur Sicherstellung der Qualität und Verhältnismässigkeit der Rechnungskontrolle bei den Versicherungen braucht es eine automatisierte Lösung.

Nach einer ersten Triage der Rechnungen erfolgen bei den Krankenversicherungen weitere Abklärungen durch den dafür zuständigen vertrauensärztlichen Dienst. Je nach Fall ergeben sich Rückfragen beim Spital oder es werden detaillierte Unterlagen (z.B. Austrittsbericht) angefordert. Bei Uneinigkeiten zwischen Krankenkassen und Spitaler gibt das BFS auf Anfrage auch Empfehlungen über die Codierung ab. Allenfalls erfolgt am Schluss des Kontroll- und Abklärungsprozesses eine Korrektur der Rechnungsstellung.

¹⁵ www.edoeb.admin.ch; Verzeichnis der zertifizierten Datenannahmestellen gemäss Art. 59a Abs. 7 KVV.

¹⁶ IT Dienstleistungspartner für Kranken- und Unfallversicherer, Solothurn.

¹⁷ IT-Dienstleistungspartner für Kranken- und Unfallversicherer, Zermatt.

Die Einhaltung der Vorgaben für die Verarbeitung der Rechnungen wird der EDÖB bei den Krankenversicherungen künftig periodisch kontrollieren. Ebenso sollen auch die Dienstleister, welche sich als Datenannahmestelle haben zertifizieren lassen, kontrolliert werden.

Es ist nicht abzusprechen, dass die Installierung einer versicherungsinternen Lösung oder der Bestimmung einer externen DAS mit entsprechenden Prozessanpassungen bei den Krankenversicherungen gewisse Zusatzkosten verursacht. Je nach Art der Lösung und Grösse der Krankenversicherung fallen diese Kosten unterschiedlich ins Gewicht. Der EFK wurden keine konkreten Zahlen genannt. Grundsätzlich schätzen die von der EFK befragten Krankenversicherungen diese Mehrkosten nicht als unverhältnismässig ein.

2.3 Die Rechnungsstellung bzw. Fallcodierung im Spital

Die Codierung der Diagnosen und Prozeduren dient einerseits der Erhebung von Daten für die Medizinische Statistik, zu deren wichtigsten Zielen unter anderem der Überblick über die Spitalleistungen und die epidemiologische Überwachung der Bevölkerung gehören, und andererseits als Basis für die SwissDRG-Rechnungsstellung mittels Fallpauschalen. Somit beeinflusst die Codierung auch die finanzielle Situation der Schweizer Spitäler. Die Aufgabe der Codierung wird von speziell dazu ausgebildeten medizinischen Fachkräften¹⁸ in den Spitälern anhand der Richtlinien des Bundesamtes für Statistik (BFS)¹⁹ für die medizinische Codierung durchgeführt. Die Codierer sind in der Regel ausgebildete Ärzte oder ausgebildetes Pflegepersonal. Solche Fachkräfte sind auf dem Arbeitsmarkt sowohl bei den Spitälern als auch bei den Krankenversicherungen sehr gefragt. Gemäss verschiedenen Aussagen ist das Angebot an ausgebildeten Codierern zurzeit sehr beschränkt. Anhand der medizinischen Akten wie Patientenuntersuchungen, Diagnosen, Behandlungen sowie Therapien führen sie die Codierung durch. Die Codierung basiert somit auf der medizinischen Dokumentation, welche die behandelnden Ärzte zur Verfügung stellen. Die Ärzte werden deshalb spitalintern geschult bzw. sensibilisiert, um wirklich auch alle durchgeführten medizinischen Aktivitäten zu registrieren. Mit ihren Kenntnissen der Medizin und deren Fachsprache, der offiziellen Codierungsregeln sowie der gesetzlichen Vorschriften (z.B. zum Datenschutz und zur leistungsorientierten Spitalfinanzierung) verfügen die Codierer über die Grundlagen, um korrekte Verschlüsselungen vorzunehmen. Dabei prüfen sie die Patientendaten auf Vollständigkeit, Inhalt, Validität und Plausibilität und klassifizieren sie mittels international üblicher Klassifikationssysteme, insbesondere ICD-10²⁰ oder CHOP²¹. Die Klassifikation eines Behandlungsfalles mündet dann in einer sogenannten Fallgruppe sprich DRG-Code. Im Jahr 2012 gab es 1 052 mögliche DRG-Codes. Im Jahr 2012 rechnete das Universitätsspital Zürich knapp 900 verschiedene DRG ab. Ein Zentrumsspital weist in der Regel zirka 600 DRG und ein Regionalspital ungefähr 400 DRG aus.²²

Neben der Basis für die Rechnungsstellung ist die medizinische Codierung auch für das interne Controlling von Bedeutung. So bilden die gesamten Schweregrade der abgerechneten Behand-

¹⁸ Eidgenössische Berufsprüfung für medizinische Codierer.

¹⁹ Die Codierrichtlinien, welche laufend aktualisiert werden, wurden ursprünglich im Hinblick auf statistischen epidemiologischen Zwecke gedacht und nicht für finanzwirksamen Input.

²⁰ Internationale Klassifikation der Krankheiten (International Classification of Diseases), 10. Revision. Sie wird zur Verschlüsselung von Diagnosen in der medizinischen Versorgung eingesetzt. Es bestehen rund 18 000 ICD-10-Codes.

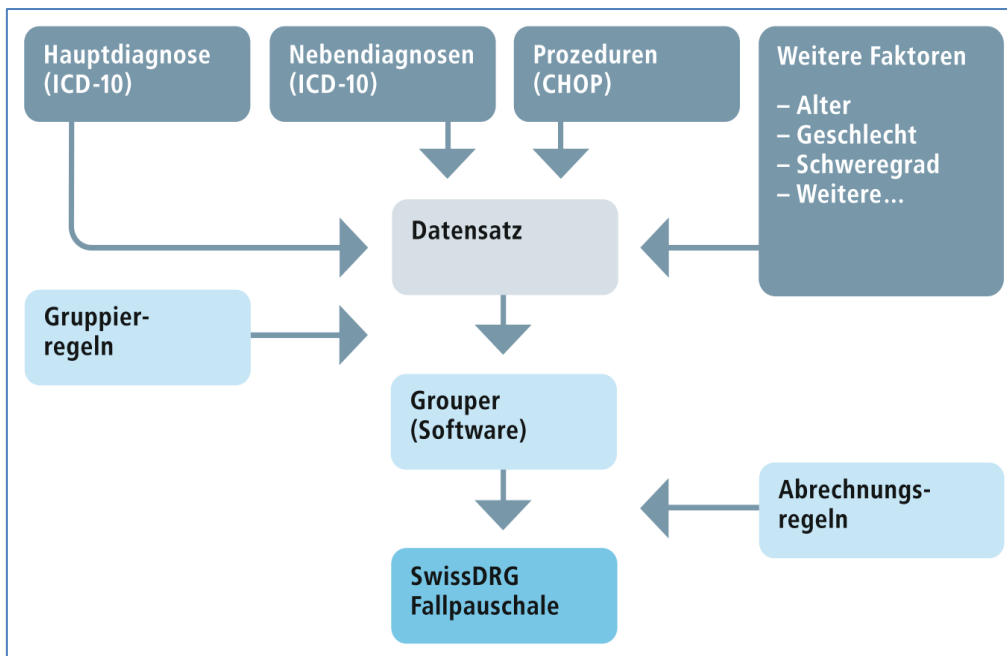
²¹ Schweizerische Operationsklassifikation. Sie wird zur Verschlüsselung von Operationen und Behandlungen verwendet. Es bestehen mehr als 10 000 CHOP-Codes.

²² Geschäftsbericht 2012, Universitätsspital Zürich, Dr. Jörk Volbracht, Leiter Medizin Controlling, S 54.

lungsfälle eines Spitals den sogenannten Case Mix. Er ergibt sich aus der Summe der Kostengewichte der Fälle eines Spitals. Der Case Mix Index (CMI) ist der durchschnittliche Schweregrad von SwissDRG-Spitalfällen in einem Spital. So betrug z.B. der CMI für die Unispitäler im Jahr 2011 im Durchschnitt 1.157, der für Zentrumsspitäler 0.925 und der für Regionalspitäler 0.84.²³ Diese Unterschiede sind darauf zurückzuführen, dass in den hochspezialisierten Unispitälern insgesamt komplexere und kostenintensivere Fälle behandelt werden.

Das wichtigste Kriterium für die Zuordnung eines Patienten zu einer Fallgruppe ist die Hauptdiagnose beim Spitalaustritt. Weitere Klassifikationsmerkmale sind Nebendiagnosen, Prozeduren, Alter, Geschlecht, Art des Spitalaustritts, Schweregrad und weitere Faktoren. Die Zuweisung einer Hospitalisierung zu einer bestimmten DRG erfolgt über eine Gruppierungssoftware (Grouper). Die nachfolgende Abbildung zeigt, wie sich eine SwissDRG-Fallpauschale zusammensetzt.

Abbildung 3: Zusammensetzung einer SwissDRG-Fallpauschale



Quelle: SwissDRG AG

Zusammenfassend gesagt, ist es das Ziel eines Codierers eine vollständige, zeitnahe, qualitativ hochwertige, revisionsfeste und DRG optimierte Codierung aller stationären Fälle sicherzustellen. Der Codierer übersetzt die Patientendokumentation in ICD- und CHOP-Codes und der Grouper ordnet die Codes einer bestimmten Fallgruppe bzw. einem DRG zu. Diese Aufgabe ist anspruchsvoll und gemäss verschiedenen Aussagen bestehen dazu auch gewisse Handlungsspielräume.

Die Spitäler führen die Codierung im Normalfall betriebsintern selber durch, d.h. mit eigenem Codierpersonal. Spitalverbände verfügen z.T. über eine gemeinsame zentrale Codierstelle. Aus Sicht der Spitäler ist die Codierung in Eigenkompetenz sinnvoll, da damit die gewünschte Nähe zu den notwendigen Unterlagen, dem Arzt sowie der Buchhaltung des Spitals sichergestellt werden kann.

²³ Case-Mix-Index Brutto nach Krankenhausstyp 2011, Bundesamt für Statistik, Medizinische Statistik der Krankenhäuser, 14. März 2013.

Ein Codierer codiert pro Tag je nach Komplexität eines Behandlungsfalles rund 20 DRG-Rechnungen.

Insgesamt wird der Aufwand für die Codierung und Rechnungsstellung mit SwissDRG als doch recht beträchtlich beurteilt, wobei für Spitäler, welche bereits vor SwissDRG mit dem Vorgängersystem APDRG (All Patient Diagnosis Related Groups) abgerechnet haben, der Mehraufwand nicht wesentlich gestiegen ist. Die Codierungsdaten sind ebenfalls relevant für das spitalinterne Controlling.

Organisatorisch sind die medizinische Codierung, die medizinische Tätigkeit sowie die effektive SwissDRG-Rechnungsstellung von einander getrennt. Die Rechnungsstellung sowie die Aufteilung zu Lasten der Krankenversicherung und des Kantons erfolgen durch das Rechnungswesen in den Spitälern.

Der Anteil der elektronischen SwissDRG-Rechnungsstellung an die Krankenversicherer war in den letzten beiden Jahren je nach Spital unterschiedlich hoch. Es wurden Quoten von 20 bis 50 Prozent genannt. Infolge fehlender Zertifizierung einer DAS oder Verzögerungen bei der Umsetzung des vereinbarten Formats für die Datenübermittlung (XML 4.4) wurde häufig nur der administrative Datensatz elektronisch und die MCD-Daten nur bei Rückfragen und nur in Papierform übermittelt. Ab Anfang 2014 soll der Anteil elektronisch übermittelter Datensätze stark erhöht werden.

2.4 Die Codier-Revision in den Spitälern

Da die Codierung die Basis für die Rechnungsstellung bildet, ist es wichtig, eine hohe Qualität der Codierung sicherzustellen. Neben spitalinternen Qualitätskontrollen der Codierung von DRG-Rechnungen sind externe Codierrevisionen ein geeignetes Instrument für eine angemessene Kontrolle der Codierung als Grundlage von Rechnungen. Somit findet jährlich in jedem Spital im Auftrag der Vertragsparteien eine sogenannte Codierrevision statt. Aufgrund einer vordefinierten Stichprobenauswahl wird die Qualität der Codierung in den Spitälern beurteilt und die Ergebnisse werden in einem Bericht pro Spital festgehalten. Die Durchführung dieser Revision ist ein zwingender Bestandteil der Tarifverträge sowie der Leistungsaufträge der Kantone.

Die jährliche Codierrevision basiert auf einer verdachtsunabhängigen, d.h. nicht risikobasierten, Stichproben-Kontrolle zur Beurteilung der Codierung. Konkret heisst dies, dass der Revisor die Stichprobenfälle gestützt auf die Krankengeschichte (vollständiges Patientendossier) einzelfallbezogen nachcodiert und somit einen Vergleich zur ursprünglichen Codierung herstellt.

Um die Aufgabe eines Codierrevisors wahrnehmen zu können, muss der Revisor im Besitz des Eidgenössischen Fachausweises „Medizinische Codierer“ oder eines gleichwertigen Ausweises sein sowie über dreijährige Berufspraxis im Bereich Codierung verfügen.

Neben den Ausgaben der Spitäler und der Krankenversicherer für die Rechnungskontrolle fallen auch Ausgaben für Codierrevision bei den Kantonen an. Die Ausgaben für die Codierrevision in einem Spital betragen rund 10 000 Franken.

Die Funktion des Bundesamtes für Statistik für medizinische Codierung und Klassifikation

Der Bereich medizinische Codierung und Klassifikationen beim BFS definiert und aktualisiert die Codierungsdokumente, die für die Datenerhebung von in der Schweiz hospitalisierten Patienten im Rahmen der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser notwendig sind. Sämtliche stationären Aufenthalte werden im Rahmen der Medizinischen Statistik nach bestimmten Variablen erfasst. Dabei müssen die Spitäler auch die Diagnosen und Behandlungen nach den zwei medizinischen Klassifikationen ICD-10-GM und CHOP liefern. Primäres Ziel des BFS ist die Sicherstellung einer einheitlichen, vollständigen und korrekten Erfassung sowie Lieferung dieser medizinischen Daten für den statistischen Gebrauch.

Das Codierungshandbuch beinhaltet alle Codierrichtlinien. Diese bilden die Grundlage für die Codierung und somit auch für die SwissDRG-Rechnungsstellung in den Spitälern.

Das BFS prüft zudem, ob die Anforderungen für einen Revisor erfüllt sind und führt eine Liste mit den zugelassenen Revisoren der medizinischen Codierung. Die Liste enthält Ende 2013 insgesamt 41 Personen, welche berechtigt sind in der Schweiz solche Revisionen durchzuführen. Alle Personen, die Revisionen von Codierfällen in den Spitälern durchführen möchten, müssen beim BFS einen Antrag zur Aufnahme stellen.

Ebenso hat das BFS vor einigen Jahren die Eidgenössische Berufsprüfung für Medizinische Codierer initiiert und in Zusammenarbeit mit Vertretungen der Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH), der Schweizerischen Gesellschaft für Medizinische Codierung (SGMC) und den Spitälern der Schweiz (H+) erarbeitet. Im Herbst 2008 wurde diese Berufsprüfung erstmals durchgeführt.

Das BFS verfügt zudem über eine Hotline, die sich mit Fragen zur Codierung befasst. Die vom BFS abgegebenen Codier-Empfehlungen auf Anfragen von Spitälern oder Krankenversicherungen sind rechtlich jedoch nicht bindend. Dem BFS ist seit Einführung SwissDRG kein Gerichtsfall im Zusammenhang mit Codier-Streitigkeiten zwischen Spitälern und Krankenversicherungen bekannt.

Der Revisor muss unabhängig sein, d.h. er darf im revidierten Spital nicht mit einer anderen Funktion beauftragt sein. Der Revisor wird gemeinsam von den Vertragsparteien bestimmt. Die Spitäler haben dabei ein Vorschlagsrecht. Bei Uneinigkeit wird der Revisor vom Kanton bestimmt. Mit Ausnahme des Kantons Zürich, werden die Codier-Revisionen, von beauftragten Dritten wahrgenommen. Beim Kanton Zürich werden die Revisionen auf Mandat der Gesundheitsdirektion von zugelassenen Revisoren durchgeführt.

Als Grundlage für die Revision stehen ein Reglement sowie ein Musterrevisionsbericht der SwissDRG AG²⁴ zur Verfügung. Dadurch werden die Voraussetzungen für eine schweizweit einheitliche Durchführung und Berichterstattung geschaffen. Damit soll u.a. auch eine Vergleichbarkeit der Resultate möglich sein. Das Reglement ist vom Verwaltungsrat der SwissDRG AG sowie anschliessend auch vom Bundesrat zu genehmigen. Seit 2012 wurden sowohl beim Reglement als auch beim Musterrevisionsbericht jährlich Anpassungen und Präzisierungen vorgenommen. Mit der neusten Version 4.0 des Codier-Reglements²⁵ soll die Rolle des Kantons geklärt werden, und der statistische Teil der Revisionsergebnisse präzisiert werden. Zudem soll es nicht mehr möglich sein,

²⁴ SwissDRG AG, Arbeitsgruppe Codierrevision, Einsitz von GDK, santésuisse, MTK, H+ sowie die FMH.

²⁵ Version Mai 2014, noch nicht genehmigt.

dass ein in einem Spital angestellter Codierer im gleichen Kanton oder innerhalb der angestellten Spitalgruppe Codierrevisionen vornehmen kann.

Der Stellenwert der Codier-Revisionen ist von allen Seiten anerkannt und unbestritten. Die „zufallgeschichtete“ Stichprobe wird für den im Reglement vorgesehenen statistischen Zweck als gross genug beurteilt.²⁶ Für das BFS ist eine einheitliche Codierung wichtig im Hinblick auf verschiedene statistische Auswertungen im Gesundheitsbereich. Codierrevisionen eignen sich um allgemeine Aussagen über die Codierqualität im Spital zu machen, sie eignen sich aber weniger um qualitative Aussagen zu machen. Es ist z.B. nicht möglich aufzeigen, bei welchen DRG ein konkretes Verbesserungspotenzial bei der Codierung vorliegt. Dazu ist die Stichprobe zu gering.

Die gesichteten Revisionsberichte sowie die Aussagen der Gesprächspartner ergeben insgesamt eine gute bzw. sehr gute Codierqualität. Je nach Spital sind kleinere Unterschiede feststellbar. Es wurden bis anhin jedoch keine beabsichtigten Codierungsfehler festgestellt. Es war auch keine Tendenz für eine Übercodierung (Upcoding) u.a. mittels ungerechtfertigter Codierung von Nebendiagnosen feststellbar.

Einige Aussagen aus verfügbaren Codier-Revisionsberichten:

- *Die Qualität der Codierung und die fachliche Qualifikation der Codierfachpersonen sind auf gutem Niveau.*
- *Das Codierteam ist gut ausgebildet und codiert nach den offiziellen Codierregeln.*
- *Es gibt keine Hinweise auf systematische Codierfehler im Sinne von Up- oder Down-Coding.*
- *Die Codierung erfolgt einheitlich und es wurden bei der Recodierung keine systematischen Fehler festgestellt.*
- *Die Regelungen zu Fallzusammenführungen wurden korrekt angewandt.*
- *Aufgrund der Änderungen durch die Codierrevision ergab sich bei 2.2% der Fälle eine andere Fallpauschale, daraus ergibt sich eine minimale, statistisch nicht signifikante Abweichung des CMI von -0.2%*
- *Nach der Revision weisen von den 180 recodierten Fällen 6 ein tieferes und 1 Fall ein höheres Kostengewicht auf (Total 3.9%). Der CMI verändert sich um -0.71%.*
- *Nach der Revision weisen von den 180 recodierten Fällen 1 Fall ein höheres Kostengewicht auf (Total 0.5%). Der CMI verändert sich um +0.09%.*

Inwieweit diese Aussagen für die Gesamtheit der Codierrevisionen repräsentativ sind, kann von der EFK nicht beurteilt, da längst nicht alle Codierrevisionsberichte publiziert werden.

Insgesamt werden jedoch die Erkenntnisse der EFK in einem Bericht der Tarifpartner H+ und santésuisse vom Februar 2014 bestätigt.²⁷ Dabei wurden bei 81 Spitälern die Abweichungen des Case-Mix Index vor und nach der Codierrevision untersucht. Die Auswertung zeigt, dass sich die CMI vor und nach der Revision kaum unterscheiden. Interessant dabei ist, dass sich die Anzahl der Spitäler mit einem höheren bzw. tieferen CMI nach der Revision die Wage halten. Der arithmetische Mittelwert des CMI aller Spitäler nach Revision weicht um -0.03% vom arithmetischen Mittel-

²⁶ Minimale Kontingenz-/Vertrauens-Intervall beträgt 95% und maximale Fehlertoleranz +/- 0.05.

²⁷ Evaluation über die Anwendung des Codierhandbuchs insbesondere hinsichtlich Codierung der Nebendiagnosen, Bericht der Tarifpartner H+ und santésuisse zu Händen des Bundesrats in Erfüllung der bundesrätlichen Auflagen im Rahmen der Tarifgenehmigung von SwissDRG V1.0.

wert des CMI vor der Revision ab. Diese geringfügige Abweichung hat über alles gesehen somit keine nennenswerte finanzielle Auswirkung. Je nach Spital können dennoch vereinzelt gewisse statistisch signifikante Abweichungen auftreten.

Dass sich das Kostengewicht im Einzelfall und somit die Höhe der Spitalrechnung nach einer Nachcodierung sowohl nach oben wie auch nach unten verändern kann, zeigt eine von NICE Computing durchgeführte Analyse aus dem Jahr 2010 von 6 800 APDRG-Abrechnungen in 52 Spitälern. Das gesamte Rechnungsvolumen betrug 4.36 Mrd. Franken. Nach den Revisionen wurden Rechnungen um 26 Mio. Franken nach unten (0.6%) und um 41 Mio. Franken nach oben (0.9%) korrigiert. Die Nettokorrektur betrug somit 15 Mio. Franken (0.35%) zu Gunsten der Spitäler.

Losgelöst von der korrekten Anwendung des Codierhandbuches, sind die Versicherer der Meinung, dass die Definition und Anwendung der Haupt- und Nebendiagnosen überdacht werden sollten. Gemäss Codierhandbuch gilt unter anderem die teils umstrittene Grundsatzregel, dass jeder medizinische Aufwand grösser als Null codiert wird.²⁸

Abgesehen vom obengenannten Auftrag an die Tarifpartner ist jedoch keine Stelle vorgesehen, welche laufend und standardisiert ein Controlling bezüglich die korrekte Umsetzung (z.B. Vorgaben, Stichprobenauswahl, Berichtserstellung und -erstattung) sowie eine Auswertung der Revisionsresultate (z.B. Codier-Änderungen, CMI-Veränderungen) vornimmt. Somit fehlt heute eine Gesamtsicht über die durchgeführten Codierrevisionen in den Spitälern.

Was die erforderliche Veröffentlichung der Ergebnisse der Codierrevision gemäss Richtlinien betrifft, so ist festzustellen, dass die Veröffentlichung nicht einheitlich ist. Von einer vollumfänglichen Aufschaltung der Revisionsberichte auf der Website von Spitälern, über zusammenfassende Aussagen in den Jahresberichten der Spitäler bis zu überhaupt keiner öffentlichen Kommunikation gegenüber Dritten ist alles anzutreffen. Ergebnisse der Codierrevision könnten auch für die Krankenkassen von Interesse sein, um allenfalls die Kontrollkriterien je nach Spital zu differenzieren.

Die Codierrevision kann die administrative Einzelfallprüfung bei den Krankenversicherer sowie die vertiefte, sich gezielt und risikobasiert auf auffällige Fälle konzentrierende Kontrolle jedoch nicht ersetzen. Es handelt sich bei der Codierrevision also um eine komplementäre Tätigkeit, welche eine statistische Betrachtung ermöglicht. Gewisse Akteure wünschen sich, dass bei der Codierrevision die Anzahl der revidierten Rechnungen erhöht werde, damit auch „qualitative Aussagen“ gemacht werden können, wie Aussagen zur Richtigkeit gewisser DRG-Gruppen. Dies zu beurteilen liegt in der Kompetenz des BFS, welches Richtlinien für das Auswahlverfahren der Codierrevisionen abgibt.

2.5 DRG-Rechnungskontrollen bei den Krankenversicherungen

Bei allen rund 90 Millionen bei Krankenversicherungen jährlich eingereichten Rechnungsbelegen finden grundlegende, sprich versicherungstechnische Prüfungen statt (u.a. Zuständigkeit, Person, versicherte Leistung, Höhe des Tarifs usw.). Die Verarbeitung von Rechnungen inklusive den Kontrollaktivitäten ist somit ein Massengeschäft. Bei den rund 1.3 Mio. SwissDRG-Rechnungen (1.5% aller Rechnungsbelege) findet zusätzlich eine inhaltliche DRG-Prüfung statt. Im Rahmen dieser

²⁸ *Medizinisches Kodierungshandbuch, BFS (2014), Seite 29.*

inhaltlichen Rechnungsprüfung werden auf der Grundlage des administrativen und medizinischen Datensatzes jedes Behandlungsfalles weitere Kontrollen durchgeführt. Insgesamt geht es darum, die Korrektheit der verrechneten Leistungen festzustellen oder anders gesagt die korrekte Auslegung der Kordierregeln zu überprüfen.

Mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung sind bei der Rechnungsabwicklung verschiedene Herausforderungen auf die Krankenversicherungen zugekommen, z.B. die freie Spitalwahl, die neue Tarifgrundlage SwissDRG, die parallel dazu laufenden anderen Tarifsysteme, der Übergang zur elektronischen Datenübermittlung, die Kostengutspracheverfahren, die kantonalen Spitallisten, die unterschiedlichen meist provisorischen Basispreis-Bestimmungen, das allfällige Rückabwicklungsverfahren sowie die Datenschutzbestimmungen.

Konkret heisst dies, dass die Komplexität der inhaltlichen Überprüfung einer SwissDRG-Rechnung sowie die dafür notwendigen personellen Anforderungen gegenüber der bisherigen Tagespauschalabrechnung zugenommen haben. So erfordern Kontrollaktivitäten im Zusammenhang mit der medizinischen Praxis (z.B. Fallzusammenführungen, Upcoding, Liegedauer) spezielles Fachwissen. Das bedeutet für die Krankenversicherungen, dass Personal mit Codiererfahrung oder entsprechenden medizinischen Kenntnissen benötigt wird. Der nachfolgende Auszug aus einem Stellenangebot Fachspezialist DRG Codierung bei einer Krankenversicherung zeigt exemplarisch die Kernaufgaben sowie die geforderten Fachkompetenzen.

Sie überprüfen pro-, und retrospektiv die automatisierte Rechnungsverarbeitung in tarifarischer Hinsicht (Rechnungsüberprüfung nach dem Tarif SwissDRG) und ermitteln relevante Einsparungen und deren Rückforderung bei den Leistungserbringern. Sie erkennen Abrechnungstendenzen in der Rechnungsstellung, initiieren die Kontrolle in pro-, und retrospektiver Hinsicht und stellen eine einheitliche Fallbearbeitung in den Aussenorganisationen sicher. Idealerweise bringen Sie eine medizinische Grundausbildung mit abgeschlossener Weiterbildung als medizinischer Codierer mit und haben bereits in einer vergleichbaren Position Erfahrungen gesammelt.

Quelle: www4.swica.ch/stellenanzeiger/stelle.

Die Rechnungskontrollen bei den Krankenversicherungen finden je nach Übermittlungsform – elektronisch oder papiermässig - mehrstufig statt. Jede Krankenversicherung ist im Grundsatz frei den Umfang ihrer Rechnungskontrollen festzulegen, wobei bei den SwissDRG-Rechnungen, wie bereits erwähnt, den Vorgaben des EDÖB bezüglich Verhältnismässigkeit von Rückfragen gegenüber den Leistungserbringern Rechnung zu tragen ist.

Eine systematische, inhaltliche Rechnungsprüfung ist nach Einschätzung der EFK nur dann effizient, wenn die Rechnungsdaten elektronisch geliefert werden und wenn eine begrenzte Anzahl auffällige Rechnungen für eine detaillierte Prüfung automatisch ausgelenkt werden können. Bis Ende 2013 wurden der administrative und der medizinische Rechnungsdatensatz nur in begrenztem Ausmass an die Krankenversicherer übermittelt. Einerseits war dies darauf zurückzuführen, dass noch nicht alle Versicherungen über eine zertifizierte Datenannahmestelle verfügten oder andererseits noch nicht alle Spitäler über die technischen Voraussetzungen für die elektronische Datenübermittlung, insbesondere der MCD-Daten, mittels XML 4.4 Standard²⁹ verfügten. Das hat dazu geführt, dass der MCD-Datensatz entweder überhaupt nicht, auf dem Postweg oder erst bei

²⁹ Die erforderliche technische Datenstruktur wurde in einer Verordnung des EDI im Februar 2013 festgelegt.

Rückfragen des Krankenversicherers an die DAS geschickt wurde. Die EFK stellt fest, dass seit Beginn 2014 gewisse Spitäler ihre Daten vermehrt automatisiert an die Krankenversicherer bzw. die dafür definierten DAS übermitteln. Konkret heisst dies, dass die inhaltliche DRG-Prüfung bis anhin nur beschränkt automatisiert durchgeführt worden ist oder zum Teil anhand eines manuellen Selektionsprozesses inhaltliche DRG-Prüfung vorgenommen worden sind.

Das Ziel der IT-Kontrollen ist es, mit einer gezielten und „risikoorientierten“ Auslenkung eine gewisse Anzahl von SwissDRG-Rechnungen den Nutzen der Rechnungskontrolle zu erhöhen. Erfahrungswerte aus Deutschland zeigen, dass sich die Auslenkungs-Quote in den letzten Jahren stabil entwickelt hat.

Die elektronische Verarbeitung von SwissDRG-Rechnungen bei einer Krankenversicherung bzw. einer Datenannahmestelle kann exemplarisch wie folgt beschrieben werden:

Erste Stufe: Der administrative und medizinische Datensatz durchlaufen eine sogenannten Dunkelprüfung, d.h. eine automatisierte Plausibilisierung anhand von fachlichen und medizinischen Regeln, wie z.B., Widersprüche zwischen DRG, Diagnosen (ICD-kodiert) und medizinischen Prozeduren (CHOP-kodiert), „ungewöhnliche“ Codierungen, „ungewöhnliche“ Haupt- oder Nebendiagnosen usw. Das Ziel der automatisierten SwissDRG-Rechnungskontrolle ist es, anhand von statistischen Angaben die Wahrscheinlichkeit des vorliegenden Abrechnungsfalles zu prüfen und bei entsprechenden Auffälligkeiten sowie allenfalls zusätzlichen von der Versicherung hinterlegten Regeln die Rechnung für weitere Abklärungen aus zu lenken. Eine unauffällige Rechnung wird zur Zahlung freigegeben. Der Versicherer erhält keine Kenntnis der codierten Gesundheitsdaten.

Zweite Stufe: Einzelne Fälle, welche die Grenzwerte des Regelwerkes überschreiben, werden gezielt ausgelenkt und durch die DAS zur weiteren „manuellen“ Prüfung an die dazu zuständige Stelle bzw. Mitarbeitenden bei der Krankenversicherung weitergeleitet. Der Versicherer erhält den ganzen medizinischen Datensatz zur weiteren Prüfung. Nach diesen Prüfungen wird die Rechnung bezahlt oder es werden weitere medizinische Unterlagen (z.B. Austrittsbericht, Operationsbericht) beim Leistungserbringer angefordert.

Dritte Stufe: Diese zusätzlich eingeforderten Unterlagen werden dem vertrauensärztlichen Dienst der Versicherungen für weitere Prüfhandlungen zugestellt. Nach der Prüfung des vertrauensärztlichen Dienstes wird gegebenenfalls eine Korrektur der Rechnung angefordert. Sanktionsmöglichkeiten, welche über die Korrektur einer Rechnung hinausgehen, sind aktuell nicht vorgesehen.

Es gibt auch Krankenversicherungen, insbesondere die Kleineren, welche für die Beurteilung eines auffälligen SwissDRG-Falles eine externe Stelle beiziehen. Der Verband der kleineren und mittleren Krankenversicherungen (RVK) bietet z.B. eine solche DRG-Prüfstelle an.

Für die elektronische Rechnungsverarbeitung und –kontrolle gibt es verschiedene IT-Anbieter auf dem Markt. Häufig verwendet wird das auf das von der SUVA mittels Lizenzvertrag für die elektronische Rechnungsprüfung zur Verfügung gestellte SUMEX-System³⁰, welches aktuell von rund 40 Krankenversicherungen genutzt wird.³¹ Für die Prüfung von SwissDRG-Rechnungen bietet SU-

³⁰ System für die elektronische Rechnungsprüfung, welches ursprünglich bei der Einführung der Tarifstruktur TARMED entwickelt wurde und inzwischen modular ausgebaut worden ist.

³¹ Andere Systeme auf dem Markt sind z.B. Kolumbus oder ad cubum SYRIUS.

MEX die webbasierte Lösung Sumex DRG Expert® an. Damit können die Versicherungen Rechnungen analysieren und kritische DRGs identifizieren und anhand von speziellen Regeln automatisch auslenken. Im System sind die verfügbaren und konkreten Abrechnungsfälle aus dem Vorjahr hinterlegt. Im Sumex DRG Expert® findet eine 3-teilige Prüfung statt:

1. Formale Prüfung (Abgleich MCD mit Rechnung, Grouper, Fallzusammenlegung, Basispreis, Kostenteiler, Spitalliste usw.)
2. Verschiedenste statistische, heuristische Prüfungen (Basis Datenspiegel SwissDRG). Die bereits im System hinterlegten Regeln basieren auf statistischen und weniger auf medizinischen Begebenheiten.
3. Individuelle Versicherungsprüfung. Die Krankenversicherung kann ihrerseits zusätzliche Kriterien für die Filterung von Rechnungen ins System implementieren. Gemäss Aussagen der Krankenversicherungen wurden bis anhin jedoch kaum zusätzliche Kriterien eingeführt, da die Systeme bis anhin meist erst in der Testphase sind.

Ein Systemtest mit Sumex DRG Expert® zeigte das folgende Ergebnis:

„1 450 analysierte DRG-Fälle bei einem Spital ergaben eine Auslenkungsquote von 13% (190 Fälle). Diese 190 Fälle wurden von einem Codierrevisor im Spital neu codiert. Bei 68 Fällen (36% der ausgelenkten Fälle) hat der Revisor eine Umcodierung der DRG und somit auch das Kostengewicht verändert. Dadurch wurde der Rechnungsbetrag pro Einzelfall theoretisch um 3 360 Franken reduziert“.

Quelle: Ausgewählter Anbieter von Informatiklösungen

Die Krankenversicherungen verfügen selber noch über zu wenig – manuelle und IT-basierte – Erfahrungen bei der Kontrolle von SwissDRG-Rechnungen. Es bestehen noch keine aussagekräftigen Daten zu den richtigen Auslenkungskriterien und die Höhe der Auslenkungsquote. Somit ist es heute auch zu früh, um den Nutzen der Kontrollen zu messen und zu beurteilen. Diese Meinung wurde von allen Gesprächspartnern vertreten. Inwieweit das von tarifsuisse auf der Basis der Erfahrungswerte von Deutschland berechnete jährliche Rückforderungspotential von bis zu 85 Mio. Franken zutrifft, kann von der EFK weder bestätigt noch bestritten werden.³² Das deutsche DRG-System und das SwissDRG-System unterscheiden sich in wesentlichen Punkten.

Es ist davon auszugehen, dass die Informatiklösungen mit den Erfahrungswerten der Krankenversicherungen bezüglich Auslenkungen und Kontrollergebnissen mit der Zeit angepasst werden.

Aktuell ist der Prüfprozess mit der Einforderung von zum Teil zusätzlich notwendigen Daten im Spital („Patientendossier“) eher als ressourcenintensiv und noch wenig effizient zu beurteilen. Die Rückfragen bei den Leistungserbringern betreffen häufig allgemeine Fragen oder es werden zusätzliche Fallunterlagen zur näheren Abklärung angefordert. Erst danach kann es sein, dass gewisse Beanstandungen bezüglich der DRG-Abrechnung vorgenommen werden. So ist das Verhältnis zwischen effektiven Korrekturen und Anzahl Beanstandungen bzw. Rückfragen noch sehr tief.

³² 2. DRG Forum 2013 Schweiz - Deutschland, Die Rechnungsprüfung unter SwissDRG: Positionen von tarifsuisse, Verena Nold Direktorin, 1.2.2013.

Dies verdeutlichen die folgenden – jedoch nicht repräsentativen – Beispiele anhand von ersten zum Teil geschätzten und unvollständigen Erfahrungswerten von Krankenversicherungen:

Abbildung 4: Erfahrungswerte von SwissDRG-Rechnungskontrollen

Anzahl (% von Rechnungen)	Rechnungen	Auslenkungen	Rückfragen	Beanstandungen	Korrekturen
Versicherung A (1. Sem. 2012)	7 300	480 (6.5%)	80 (1.1%)	54 (0.75%)	nicht bekannt
Versicherung B (2012/2013)	--	3700	-	600	180 Fälle
Versicherung C (2013)	1 300	-	-	130 (10%)	13 Fälle
Versicherung D (2013)	200 000	-	1 200 (0.6%)	-	1 Mio. Fr.
Versicherung E (2013)	60 000	-	-	-	7 Mio. Fr.

Quelle: EFK; Gespräche und Präsentationen mit und von Krankenversicherungen.

Der Internet-Vergleichsdienst Comparis hat bei Krankenversicherungen sowie den Kantonalen Gesundheitsdepartementen im 2013 eine schriftliche Umfrage zum Ablauf der Rechnungskontrolle stationär erbrachter Spitalleitungen gemäss KVG durchgeführt. Dabei haben zehn Kantone sowie zwölf Versicherungen geantwortet. Die Auswertung der Umfrage ergibt zusammenfassend, dass bei den Krankenversicherungen für alle Rechnungen eine versicherungstechnische Grundprüfung stattfindet und bei rund zehn Prozent davon Rückfragen gestellt werden, davon jedoch nur ein Bruchteil fehlerhaft ist. Diese Situation wurde als ineffizient beurteilt. Die Auswertung ergab, dass infolge fehlender elektronischer Übermittlung des MCD-Datensatzes noch keine standardisierte inhaltliche IT-Prüfung stattfindet.

Es existieren sicher Unterschiede bei Art und Weise sowie der Intensität der Rechnungskontrollen zwischen den Krankenversicherungen. So ist davon auszugehen, dass die grossen Kassen ihre Rechnungen sicher schon länger IT-basiert prüfen. Es bestehen keine zentralen Daten über die Anzahl kontrollierter bzw. korrigierter Rechnungen bei den Krankenversicherungen.

Das nachfolgende Beispiel zeigt exemplarisch das konkrete Ergebnis einer Prüfung:

Falscher ICD-10-Code angewendet: Anhand des angeforderten Berichts beim Spital wurde festgestellt, dass der ICD-10-Code E66.2 (Übermässige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation) anstatt des ICE-10 Codes E66.0 (Adipositas durch übermässige Kalorienzufuhr) angewendet wurde. Der Rechnungsbetrag wurde dadurch um rund 1 400 Franken von 10 620.60 auf 9 186.85 Franken angepasst.

Quelle: Ausgewählte Krankenversicherung.

Die Erwartung an die IT-Prüfungen bei den Krankenversicherern dürfen sicher nicht allzu hoch angesetzt werden, dies zeigt sich auch in Deutschland, wo die Quote der ausgelenkten und korrigierten Rechnungen seit einigen Jahren stabil bleibt. Die Codierung ist keine exakte Wissenschaft und lässt in bestimmten Fällen einen Interpretationsspielraum zu. Dennoch wird einheitlich die Meinung vertreten, dass eine effiziente Rechnungsabwicklung und -kontrolle eine umfassende und gute Informatiklösung bedingt.

Je nach Krankenversicherer sind die Kosten für die Nutzung einer IT-Prüfsoftware unterschiedlich hoch. Grosse Versicherungen haben zum Teil eigene Systeme entwickelt andere Kassen wiederum greifen, wie bereits erwähnt, auf das SUMEX-System zurück.

Gemäss Aussagen der Krankenversicherungen hat der Prüfaufwand pro Rechnung nach der Einführung des neuen Systems mit Fallpauschalen gegenüber dem bisherigen Tarifregime zugenommen. Das frühere System mittels Tagespauschalen verursachte weniger Kontrollaufwand, da die medizinischen Angaben für die Kontrollen nicht direkt relevant waren. Neben der Abwicklung von SwissDRG-Rechnungen verursacht aber auch die freie Spitalwahl gemäss revidiertem KVG gewisse Mehrkosten. Eine klare Abgrenzung der verschiedenen Mehraufwände im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung ist jedoch kaum möglich. Der EFK wurden diesbezüglich keine verbindlichen Zahlen genannt.

Von einer Ausnahme abgesehen sind die Krankenversicherer insgesamt der Ansicht, dass die Qualität der Rechnungs-Codierung gut ist. Im Vergleich zur damaligen Einführung von TARMED wird die Qualität der DRG-Rechnungen als wesentlich besser beurteilt. Dies widerspiegelt sich auch darin, dass in den letzten beiden Jahren relativ wenige Korrekturen in den Spitälern vorgenommen wurden, welche eine Anpassung der Codierung erforderten. Einerseits gibt es klare Fehler, welche von den Spitälern akzeptiert und korrigiert werden. Auf der anderen Seite gibt es jedoch auch einen medizinischen Interpretationsspielraum, welcher zu Kontroversen zwischen Spitälern und Krankenversicherungen führen kann.

Eine Zusammenarbeit zwischen Krankenversicherungen und Kantonen findet nicht statt. Es ist den befragten Krankenversicherern nicht bekannt, was die Kantone genau für Prüfungen vornehmen. Es gibt kein „System“ für die Koordination von Rechnungskorrekturen. Das bedeutet nicht unbedingt, dass Rechnungen bei denen der Kassenteil korrigiert wird, nicht auch beim Kantonsteil korrigiert werden. Im Frühjahr 2014 befindet sich das Kontrollsystem mit Datenannahmestellen noch in der Einführungs- bzw. Übergangsphase. Mit der Zeit sollte man erwarten, dass sich die Krankenkassen, die Kantone sowie die Spitäler auf ein „System“ für Rechnungskorrekturen einigen. Andererseits ist offensichtlich, dass die Interessen der Krankenversicherer, der Spitäler und der Kantone nicht deckungsgleich sind und somit ein Konkurrenzverhalten – u.a. auch zwischen Codierfachkräften

ten - vorhanden ist. Dies führt zu einer gewissen „Misstrauenskultur“. Um unnötigen administrativen Aufwand bei Kontrollen, Abklärungen und Rückfragen zu vermeiden, gilt es mittels einer gegenseitig verabredeten und transparenten Kommunikation ein besseres Vertrauensverhältnis aufzubauen.

2.6 DRG-Rechnungskontrollen bei den Kantonen

Die neue Spitalfinanzierung hat in verschiedener Hinsicht Auswirkungen auf die Kantone (Spitallisten, Art der Finanzierung, Kostenteiler, Basispreis usw.). Diese Aspekte sind jedoch nicht Gegenstand der vorliegenden Prüfung. Die EFK konzentriert sich auf die Abwicklung der SwissDRG-Rechnungen zu Lasten des Kantons.

Bei der neuen Spitalfinanzierung beteiligen sich die Kantone an den stationär akutsomatischen Spitalleistungen in allen öffentlichen und privaten Spitälern gemäss Spitalliste mit einem Anteil von 55 %³³ an den Kosten. Die Kantone erhalten somit von den Spitälern ihre anteilmässigen Rechnungen, wenn auch meist in aggregierter Form pro Spital und ohne medizinischen Datensatz. Da die Kantone nur den administrativen Datensatz erhalten, benötigen sie keine DAS. Die Spitäler werden z.B. mit quartalsweisen Vorschüssen alimentiert, die dann mit den effektiven Abrechnungen verrechnet werden.

In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass in dem vom Bundesrat genehmigten und eigentlich nach wie vor gültigen Vertrag über die Einführung der Tarifstruktur SwissDRG im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP³⁴ explizit geregelt wurde, dass die Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung im Rahmen des KVG von den Krankenversicherern durchgeführt wird und die Kantone auf den parallelen Aufbau einer analogen Prüfstruktur verzichten. Mit dem Grundsatz, dass die « medizinische » Rechnungskontrolle durch die Krankenversicherungen durchgeführt wird, sind die Kantone immer noch einverstanden. Die Kantone sind indes nicht darüber informiert, wie und was die Krankenversicherungen genau kontrollieren. Seitens der Kantone besteht eine gewisse Besorgnis, dass die Rückfragen von den Krankenversicherungen für die Spitäler zu einem beträchtlichen Mehraufwand führen können. Wenn nun auch die Kantone vermehrt DRG-Rechnungen prüfen und Rückfragen stellen, könnte diese Problematik verschärft werden.

Die Kantone prüfen heute die DRG-Rechnungen unterschiedlich, wobei im Wesentlichen die Recht- und Ordnungsmässigkeit sichergestellt wird. Über Anzahl Kontrollen, Korrekturen usw. stehen der EFK keine Informationen zur Verfügung. Bei den Kantonen besteht gegenüber früher ein höherer Kontrollaufwand, dieser wird jedoch eher als gering beurteilt. Es wurde darauf hingewiesen, dass die administrativen Änderungen bei der Kontrolle von Spitalrechnungen nicht nur auf die Einführung von SwissDRG zurückzuführen sind, sondern generell mit der neuen Spitalfinanzierung in Zusammenhang stehen (u.a. freie Spitalwahl, Spitalplanung und Mitfinanzierung von Privatkliniken³⁵).

Die Kontrollen konzentrieren sich vor allem auf ausserkantonale Spitalaufenthalte und Kostengut-sprachen. Für ausserkantonale Behandlungen im Rahmen der freien Spitalwahl richtet sich die

³³ Spätestens im Jahr 2017 muss der Anteil in allen Kantonen mindestens 55% betragen. Für das Jahr 2013 bewegen sich die Anteile je nach Kanton zwischen 49 % und 55%.

³⁴ Vertrag zwischen den Vertragspartnern Spitäler (H+), KV (santésuisse) und Kantone (GDK) vom 2. Juli 2009.

³⁵ Die Privatkliniken wurden früher zu 100 Prozent über die Krankenversicherungen finanziert.

Kostenbeteiligung des Kantons i.d.R. nach einem Referenztarif, den der Kanton festgelegt hat. Allfällige Mehrkosten sind vom Patienten selber oder von der Zusatzversicherung (Spitalversicherung ganze Schweiz) zu bezahlen. Zudem werden bei ausserkantonalen planbaren Behandlungen häufig Kostengutsprachen verlangt.

Die EFK hat von einigen Kantonen erfahren (Aargau, Luzern und Solothurn), dass ein System für eine automatisierte Einzelrechnungsprüfung aufgebaut wird. Andere Kantone verlangen z.B. quartalsweise Sammelrechnungen der Listenspitäler, wobei innerkantonalen Rechnungen meist elektronisch und ausserkantonale noch häufig in Papierform übermittelt werden, was einen zusätzlichen administrativen Aufwand mit sich bringt. Künftig sollen auch die ausserkantonalen Rechnungen vermehrt elektronisch übermittelt werden.

Die Verfahren bei einer Rechnungskorrektur sind nicht geregelt und der Informationsfluss darüber ist nicht einheitlich. Das bedeutet, dass die Kantone mit den einzelnen Spitälern Vereinbarungen treffen, wie eine von der Krankenversicherung ausgelöste Korrektur gegenüber dem Kanton zu behandeln ist. Aktuell werden die Kantone von den Spitälern im Einzelfall meist nicht über die durch Krankenversicherungen ausgelösten Korrekturen informiert. Ein Minimum wäre, dass die Kantone mit ihren Spitälern vereinbaren, dass Korrekturen durch die Kassen auch dem Kanton gemeldet werden. Mit dem beidseitigen Melden von Rechnungskorrekturen seitens der Spitäler könnte die korrekte Abwicklung einer DRG-Korrektur für Kanton und Krankenversicherung gewährleistet werden.

Die Kantone vertreten die Meinung, dass durch die Codier-Revisionen in den Spitälern bereits ein wesentlicher Teil der Kontrolle abgedeckt, d.h. eine korrekte Abrechnung sichergestellt werden kann. Die Codier-Revisionsberichte stehen den Kantonen auf Wunsch zur Verfügung, werden jedoch unterschiedlich verwendet.

Das nachfolgende Beispiel aus dem Kanton Waadt zeigt, dass sich der Kanton auf die Ergebnisse der Codierrevision abstützt. Auszug aus der Antwort des Regierungsrates auf eine Postulat eines Kantonsrates³⁶ im Zusammenhang mit den steigenden Kosten des Universitätsspitals Lausanne.

Ce processus de contrôle a été rendu obligatoire dans la Suisse entière avec l'arrivée en 2012 de la facturation par les SwissDRG dans tous les hôpitaux de notre pays. Il montre année après année que le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) facture correctement ses séjours, on ne peut en aucun cas évoquer de cas de surfacturation mais même plutôt une très légère tendance à une sous-facturation. Le Conseil d'Etat estime ainsi qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la proposition d'étudier les contestations de facturation au cas par cas faites par les assureurs. Par contre, il appuie la démarche de révision annuelle officielle, organisée selon des protocoles certifiés et reconnue par les hôpitaux comme par les assureurs, dont les résultats sont pertinents et utiles dans des procédures d'amélioration de facturation.

Quelle: Auszug aus der Antwort des Regierungsrates vom Juni 2013.

Die Schweizerische Konferenz der Kantonalen Gesundheitsdirektoren (GDK) hat bei den Kantonen eine Umfrage zur Rechnungskontrolle stationär erbrachter Spitalleistungen durchgeführt³⁷. Die

³⁶ Postulat Jacques-André Haury et consorts demandant au Conseil des'Etat d'exploiter les contestations formulées à l'endroit de factures du CHUV dans sa lutte contre la hausse des coûts de la santé, Février 2012.

³⁷ GDK, Umfrage im Fachgremium Tariffragen der Kantone im Herbst 2013.

nicht validierte Auswertung der Umfrage bei den Kantonen ergibt zusammenfassend, dass alle Kantone SwissDRG Einzel- oder Sammelabrechnungen kontrollieren, wobei sich die Kontrolle primär auf administrative Stimmigkeit konzentriert (keine Doppelzahlung, korrekter Basispreis, richtiger Kantonsanteil, Leistungsauftrag des Spitals, Überprüfung des Wohnsitzes, ausserkantonale Behandlungen usw.). Der Internet-Vergleichsdienst Comparis kommt in seiner Umfrage ebenfalls zum Ergebnis, dass die Kantone primär formelle Aspekte und insbesondere die Abrechnung von ausserkantonalen Behandlungen prüfen. Beide Umfragen bestätigen somit die Erkenntnisse im Rahmen der EFK-Untersuchung.

Aus Sicht von Comparis ist es jedoch wenig sinnvoll, zwei Rechnungen mit gleichem Inhalt, aber einem anderen Frankenbetrag an zwei unterschiedliche Stellen zu senden. Dies birgt die Gefahr von Doppelspurigkeiten. Zudem haben die Kantone auch nicht die Möglichkeit die Rechnung materiell zu kontrollieren. Zudem wurde erwähnt, dass hinsichtlich des Datenschutzes bei Kantonen und Krankversicherungen unterschiedliche Anforderungen gelten.

Das KVG macht gewisse Vorgaben betreffend die Prüfung der Wirtschaftlichkeit von Spitalleistungen. Diese Prüfungen finden jedoch nicht auf Stufe der abgerechneten Einzelfälle statt. Die Kantone berücksichtigen Wirtschaftlichkeitsaspekte besonders bei der Spitalplanung sowie der Genehmigung der Basispreise, welche sich im Grundsatz an einem Benchmark von effizienten Spitälern orientieren sollen. Dazu hat die GDK den Kantonen verschiedene Empfehlungen abgegeben.³⁸

Aus Sicht der EFK sind die Prüfungstätigkeiten der Kantone nur eingeschränkt mit jener der Krankenversicherer zu vergleichen. Die Kantone haben keinen Zugang zum medizinischen Datensatz, sollen und können demzufolge auch keine DRG-Kontrollen durchführen, sondern konzentrieren sich primär auf formelle Aspekte der Abrechnung. Als Hauptkostenträger der SwissDRG-Spitalleistungen ist es sinnvoll und nachvollziehbar, dass die Kantone die administrativen Daten selber überprüfen wollen. Die EFK hat keine gravierenden Doppelspurigkeiten mit den Kontrollaktivitäten der Krankenversicherungen feststellen können. Mögliche Konflikte zwischen den unterschiedlichen Rollen eines Kantons (u.a. Spitalplaner, Spitalbesitzer, Tarifgenehmiger, Finanzierer) waren nicht Gegenstand dieser Untersuchung.

2.7 Rückfragen in den Spitälern

Die ersten Einschätzungen der Spitäler im Zusammenhang mit SwissDRG-Rückfragen von Krankenversicherungen zeigen, dass die Qualität der Rückfragen je nach Krankenversicherung unterschiedlich ist. Dies ist u.a. darauf zurückzuführen, dass das medizinische Fachwissen bei den Krankenversicherungen unterschiedlich ausgeprägt vorhanden ist.

Konkret bedeutet dies, dass in den letzten beiden Jahren teilweise zu viele unbegründete und unnötige Rückfragen, welche dem Spital administrativen Aufwand verursachen, zu verzeichnen waren. Es wurde darauf hingewiesen, dass jedoch auch sehr gut begründete und für das Spital relevante Beanstandungen getätigt wurden. Ein grosser Teil der Rückfragen betreffen das Verlangen von Unterlagen (Eintritts-, Austrittsberichte, Operations-Dossier, Interventionsberichte, MCD-Daten). Die Beanstandungen sind vielfältig und können eine zu lange Aufenthaltsdauer, die Kostenteilung zwischen Unfall und Krankheit, das Kostengewicht, die Fallzusammenführung bei einem

³⁸ GDK, *Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung*, Zentralsekretariat 47.2, 5. Juli 2012.

Wiedereintritt, die Diagnosen und Behandlungen usw. betreffen. Je nach Kasse wird eine unterschiedlich hohe Quote von Rückfragen registriert. Insgesamt befürworten die Spitäler die Kontrollen durch die Krankenversicherer.

Aus Sicht der Spitäler wird die Anzahl der Rückfragen dank der informatikbasierten Auslenkung eher zunehmen. Sie sind auch der Meinung, dass u.a. die Frage der Liegedauer vermehrt ein Rückweisungsargument sein wird. Zudem wird vermutet, dass sich die Rückfragen der Krankenversicherungen vermehrt in den Bereich der Wirtschaftlichkeits- und Zweckmässigkeitsprüfungen (WZW) verschieben werden.

Es wurde verschiedentlich darauf hingewiesen, dass im Hinblick auf eine korrekte Rechnungsstellung sowie ein effizientes Rückweisungsmanagement, ein gegenseitiges „Wettrüsten“ der administrativen Verarbeitungs- und Kontrollressourcen bei Spital und Krankenkassen volkswirtschaftlich nicht zu vertreten sei und schlussendlich niemandem einen Nutzen bringt. Dass dieses Risiko ist jedoch latent vorhanden ist, zeige das Beispiel Deutschland.

Die nachfolgende Abbildung zeigt exemplarisch erste, zum Teil geschätzte Erfahrungswerte mit Rückfragen und Korrekturen im Zusammenhang mit SwissDRG-Rechnungen:

Abbildung 5: SwissDRG-Rückfragenstatistik bei Spitälern

Anzahl (% von Rechnungen)	Anzahl Rechnungen	Rückfragen	Beanstandungen	Korrekturen	Bemerkungen
Spital A (1. Sem. 2012)	19 000	1 084 (5.7%)	265 (1.4%)	61 (0.32%)	
Spital B 2012/2013	13 243	2 090 (16%)	-	51 (0.38%)	
Spital C (2013)	26 500	3 500 (11.7%)	116 (0.5%)	42 (0.15%)	6 Fälle z.G. Spital, 36 Fälle z.G. Versicherung 16 offene Streitfälle
Spital D (2013)	7 750	345 (4.4%)	53 (0.7%)	7 (0.1%)	
Spital E (2012)	38 000	3 000 (7.9%)	-	80 (0.2%)	
Spital F (2012)	31 600	2 445 (7.7%)	-	83 (0.25%)	39 Fälle z.G. Spital, 44 Fälle z.G. Versicherung, davon 29 Fälle mit DRG-Code Anpassung

Quelle: EFK; Gespräche und Präsentationen mit ausgewählten Spitälern.

Die Beispiele zeigen, dass im Rahmen der Umstellungsphase auf SwissDRG bis anhin nur sehr wenige Rechnungen umcodiert bzw. korrigiert worden sind. Es wurden sowohl Korrekturen zu Gunsten als auch Ungunsten der Spitäler vorgenommen. Eine von einer Krankenversicherung ausgelöste Rechnungskorrektur wirkt sich auch auf die Rechnung gegenüber dem Kanton aus oder umgekehrt. Gemäss Aussagen der Spitäler erfolgen diese gegenseitigen Korrekturen automatisch durch das Finanz- und Rechnungswesen.

Bei Rückfragen ans Spital werden die Rechnungen von den Krankenversicherungen bis zu einem endgültigen Entscheid nicht bezahlt. Dieser Prozess dauert teilweise mehr als ein Jahr. Die Blockierung bzw. das Nichtbezahlen von Rechnung darf beim Spital jedoch nicht zu Liquiditätsproblemen führen. Aus Sicht der Spitäler stellen die infolge medizinischer Unstimmigkeiten seit längerem nicht bezahlten Rechnungen ein Problem dar. Eine unabhängige oder paritätisch zusammengesetzte Schlichtungsinstanz mit medizinischem und codierspezifischem Know-How, welche einen definitiven Entscheid fällen könnte, würde diesbezüglich Abhilfe schaffen. Bei Rückfragen dürfe keine Willkür herrschen.

Der EFK ist bekannt, dass ein Spital mit einer Versicherung geringfügige Rabatte (positive Anreize) vereinbart hat, wenn eine in Prozenten aller Rechnungen definierte Rückfragequote nicht überschritten wird. Inwieweit eine solche Praxis in der Schweiz auftritt, kann die EFK nicht beurteilen.

Die Krankenkassen gehen davon, dass sie durch ihre Rechnungskontrollen jährlich bis zu einer Milliarde Franken zugunsten der Prämienzahler einsparen. Bis anhin wurden indes nur wenige DRG-Rechnungen korrigiert. Die EFK kann nicht beurteilen, ob die tiefe Anzahl DRG-Korrekturen auf die gute Qualität der DRG-Rechnungen zurückzuführen ist oder ob die aktuellen Kontrollprozesse noch nicht optimiert sind.

2.8 Der Basispreis ist zentral für die Berechnung des Rechnungsbetrags

Die Verhandlungen zwischen den Vertragspartnern (Versicherer und Leistungserbringer) in den Jahren 2012 und 2013 sind in vielen Fällen gescheitert oder es kam aus Sicht des Preisüberwachers zu erhöhten provisorischen Abschlüssen. Die Preisspanne der für das Jahr 2013 verhandelten Basispreise der Einkaufsgemeinschaft HSK (Helsana, Sanitas, KPT) variierten zum Beispiel zwischen 6'400 bis 12'100 Franken (Durchschnitt 9 700 Franken).³⁹

Vor dem Bundesverwaltungsgericht sind zurzeit zahlreiche Beschwerden hängig. Das heisst, dass die von den Spitälern seit Einführung SwissDRG gestellten Rechnungen häufig auf „provisorisch“ festgelegten Tarifen (Basispreis) basieren. Die Hauptstreitpunkte bilden neben der Tarifhöhe namentlich die Eckwerte der kostenbasierten Tarifikalkulation, die Datengrundlagen für die Tarifverhandlungen und behördliche Tarifprüfung, der Umgang mit den Basispreisen von preiswerteren Spitälern und das Benchmarking. Seit 7. April 2014 liegt nun ein erstes Urteil zur Beschwerde der Krankenversicherer gegen den Tarif für stationäre Behandlungen am Luzerner Kantonsspital vor.⁴⁰ Im Urteil wurde weder der vom Luzerner Regierungsrat festgesetzte Tarif (10 325 Franken) bestätigt, noch ist das Gericht dem Antrag der 46 Krankenversicherer (Basispreis 8 951 Franken) gefolgt. Der Regierungsrat muss nun die Basispreise für das Kantonsspital Luzern neu aushandeln. Das Gericht stellt fest, dass die Voraussetzungen für ein ideales Benchmarking zwischen effizienten Leistungserbringer zur Festsetzung der Basispreise noch nicht gegeben sind. Die Höhe der Basispreise ist u.a. auch davon abhängig, ob und welche zusätzliche Subventionen die Kantone sonst noch leisten (u.a. Lehre, Forschung, Investitionen, gemeinwirtschaftliche Leistungen bei Universitäts-Spitälern). Dazu fehlen heute noch genügend wirklich vergleichbare Daten.

³⁹ Einkaufsgemeinschaft HSK, *SwissDRG Basispreise 2013, Vorläufige Verhandlungsergebnisse, Januar 2013.*
⁴⁰ Bundesverwaltungsgericht Abteilung III, *Kanton Luzern, Tariffestsetzung stationäre Spitalbehandlung, Urteil C-1698/2013 vom 7. April 2014.*

Die mit der rückwirkenden Fixierung eines neuen Basispreises zusammenhängenden Korrekturen von Rechnungen stellen die Spitäler vor neue Herausforderungen. Es stellt sich die Frage, in welcher Form die Differenzbeträge korrigiert werden sollen. Die Gesprächspartner waren mehrheitlich der Ansicht, dass eine rückwirkende Stornierung bzw. Korrektur auf der Basis von Einzelrechnungen kaum praktikabel sei (Stichworte: Auswirkungen auf Franchise, Selbstbehalt, Risikoausgleich). Es sollen andere, einfachere Lösungen gefunden werden. Zudem bleibt offen, inwieweit die Leistungserbringer für diesbezügliche Korrekturen Rückstellungen vorgenommen haben.

Die nachfolgende Abbildung zeigt anhand der Kantone Bern, Aargau und Waadt die Veränderung der seit Einführung SwissDRG provisorisch vereinbarten Basispreise:

Abbildung 6: Basispreise in den Kantone Aargau, Bern und Waadt

	2012	2013	2014
	Franken		
Kanton Bern			
Inselspital Bern	11 425 ⁴¹	11 200	11 000
Regionalspital Emmental	9 940	9 870	9 710
Kanton Aargau			
Kantonsspital Aarau	10 350	10 201	10 190
Gesundheitszentrum Fricktal	9 632	9 550	9 500
Kanton Waadt			
Universitätsspital Lausanne	10 950	10 400	10 350
Hôpital du Pays d'Enhaut, Château d'Oex	9 756	9 756	9 650

Quelle: Verschiedene, Darstellung EFK.

Für das Jahr 2014 ist festzustellen, dass sich die Tarifpartner vermehrt einigen konnten und im Vergleich zu den Vorjahren eine sinkende Tendenz bei den Basispreisen zu verzeichnen ist. So hat z.B. die Einkaufsgemeinschaft HSK mit den Universitätsspitalern Basel, Lausanne und Genf Zweijahrestarifverträge für die Jahre 2014 und 2015 mit sinkenden Preisen abgeschlossen. Die Basispreis dieser drei Universitätsspitäler werden im Jahr 2015 unterhalb von 10'400 Franken liegen.

Veränderungen in der Höhe der Basispreise sind im Vergleich zu den bisherigen Korrekturen bei der Kodierung im Rahmen von Rechnungskontrollen durch die Krankenversicherer finanziell von grösserer Relevanz. Hochgerechnet auf die jährlich rund 1.3 Millionen akutsomatischen stationären Spitalaufenthalte macht eine Veränderung aller Basispreise von 100 Franken insgesamt 130 Mio. Franken aus.

⁴¹ Der Preisüberwacher für 2012 hat einen Basispreis von 9'484 Franken für das Inselspital Bern empfohlen.

3 Schlussfolgerungen

3.1 Das SwissDRG-Tarifsysteem befindet sich in der Einführungsphase

Mit der Einführung von SwissDRG als neues Tarifsysteem für stationär akutsomatische Spitalleistungen im Jahr 2012 wurde die Vergütung schweizweit einheitlich geregelt. Mit dem neuen Tarifsysteem, als ein Instrument der neuen Spitalfinanzierung, hat ein Paradigmawechsel bei der Abrechnung von Leistungen von stattgefunden. Anstelle von Tagesstarifen werden neu Fallpauschalen verrechnet. Nicht mehr die Spitäler selbst als Institutionen werden finanziert, sondern ihre Leistungen am Patienten. Dabei werden die Patienten einer Fallgruppe zugewiesen. Neben verschiedenen Klassifikationsmerkmalen ist die Hauptdiagnose bei Spitalaustritt das wichtigste Kriterium. Die neue Spitalfinanzierung definiert ausserdem einen neuen Kostenteiler zwischen Kantonen (55%) und Krankenversicherungen (45%). Das SwissDRG-Tarifsysteem ist ein lernendes System, welches sich aktuell in der operationellen Einführungs- und Lernphase befindet. Die SwissDRG AG, in welcher die verschiedenen Tarifpartner vertreten sind, nimmt im System laufend Anpassungen und Optimierungen vor (z.B. Kodiervverfahren, Fallpauschalenkatalog, SwissDRG-Codes oder Kostengewichte).

Die Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung, u.a. mit den Zielen der Schaffung einer höheren Transparenz, einer besseren Vergleichbarkeit und eine Steigerung der Effizienz, werden sich erst mittel- und längerfristig zeigen. Diesbezüglich finden verschiedene Evaluationen im Auftrag des BAG statt. Das Evaluationsprojekt dauert voraussichtlich von 2012 bis 2018, wobei der Bundesrat über die Fortsetzung und die Mittel zur Durchführung der zweiten Etappe der Evaluation von 2016 - 2018 später entscheiden wird. In diesem Zusammenhang gilt es festzuhalten, dass die Kantone im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung mehrere Rollen (Spitalplaner, Spitalbesitzer, Tarifgenehmiger, Spitalfinanzierer usw.) einnehmen, woraus sich entsprechende Zielkonflikte ergeben. Bis jetzt ist im Rahmen der Evaluation KVG-Revision Spitalfinanzierung jedoch nicht explizit vorgesehen, die Zielkonflikte der Kantone aufgrund ihrer Mehrfachrolle zu untersuchen.

Über alles gesehen hat sich der administrative Aufwand für alle involvierten Akteure (d.h. Spitäler, Kantone und Krankenversicherer) mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung erhöht. Finanzielle Kennzahlen darüber stehen jedoch nicht zur Verfügung. Die Verarbeitung von SwissDRG-Abrechnungen bildet einen Teilaspekt im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung. Die elektronische Übermittlung des administrativen und des medizinischen Datensatz für SwissDRG-Rechnungen an die Krankenversicherer bzw. an die Datenannahmestellen beginnt 2014 erst richtig anzulaufen. Infolge der zum Teil fehlenden technischen Voraussetzung (Standard XML 4.4) in den Spitälern oder der noch nicht zertifizierten Datenannahmestellen bei den Krankenversicherungen wurden bis Ende 2013 elektronische Datensätze nur beschränkt übermittelt.

Die Qualität der Kodierung in den Spitälern ist zentral und massgebend für eine korrekte Leistungsverrechnung. Ausgehend von der Fülle der medizinischen Informationen besteht bei der Klassifizierung auf 1000 DRG-Gruppen natürlich ein gewisser Handlungsspielraum. Die EFK stellt fest, dass aktuell ein gewisses Misstrauen zwischen Leistungserbringern (Spitälern) und Leistungsfinanzierern (Kantone und Krankenversicherungen) vorhanden ist. Diesem Misstrauen könnte mit einer transparenten gegenseitigen Kommunikation entgegengewirkt werden.

Massgebend für die Umwandlung einer SwissDRG Rechnung auf der Basis der Fallgruppuzuweisung in einen Frankenbetrag ist der Basispreis. Bis anhin wurden die Basispreise zwischen den Tarifpartnern bzw. mit dem Kanton häufig nur provisorisch festgelegt. Ein erstes Urteil des Bundesverwaltungsgerichts liegt inzwischen vor.

3.2 Die Kontrollen in Spitälern und Krankenversicherungen sind komplementär

Die Codierrevision in den Spitälern ist eine verdachtsunabhängige, d.h. nicht risiko-, sondern stichprobenbasierte Kontrolle zur Beurteilung der Codierung. Die Codierrevision ermöglicht eine statistische Betrachtung der Codierqualität. Sie kann die administrative Einzelfallprüfung sowie die vertiefte, gezielt und risikobasiert auf auffällige Fälle konzentrierte Kontrolle durch die Krankenversicherer nicht ersetzen. Die Codierrevision in den Spitälern sowie die Kontrollen bei den Krankenversicherungen sind als komplementäre Tätigkeiten zu betrachten.

Gemäss Art. 32 KVG müssen die Leistungen der Spitäler wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Damit die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungen überprüft werden kann, haben die Leistungserbringer eine detaillierte und verständliche Rechnung zu stellen. Die Spitäler müssen alle Angaben machen, damit die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüft werden kann. Bei stationär akutsomatischen Spitalbehandlungen soll die Übermittlung des administrativen und medizinischen Datensatzes die Basis für diese Kontrolle bilden. Die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit einer durchgeführten medizinischen Behandlung kann jedoch unterschiedlich beurteilt werden.

Aus Sicht der EFK bestehen heute keine klaren Kriterien, Verfahren und Methoden für eine Wirksamkeits-, Zweckmässigkeits- und Wirtschaftlichkeitskontrolle (WZW). Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit einer stationären Spitalleistung ist somit unklar. Ebenso sind aus Sicht der EFK die Rollen der verschiedenen Akteure (Kantone, Spitäler, Krankenversicherungen, Ärztesgesellschaften usw.) bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit von Leistungen unklar. Das führt dazu, dass das Verständnis über den Inhalt einer solchen Wirtschaftlichkeitskontrolle ist je nach Akteur unterschiedlich ist.

Die Leistungserbringer vermuten, dass sich die Aktivitäten der Krankenversicherungen in Zukunft vermehrt in den Bereich der Wirtschaftlichkeits- und Zweckmässigkeitsprüfungen, verschieben werden. Krankenversicherungen versprechen sich viel von einem besseren „Case Management“, dafür sind jedoch medizinische Zusatzinformationen von allen Leistungserbringern notwendig. Die Ergebnisse der automatisierten DRG-Rechnungskontrollen - z.B. bezüglich statistische Vergleichbarkeit der Verweildauer – könnten dabei als nützliches Element beigezogen werden.

Bei den praktizierenden Ärzten (Hausärzte) werden die Kosten der medizinischen Leistungen mittels einer Varianzanalyse bereits seit einigen Jahren untereinander verglichen und somit einer Art Wirtschaftlichkeitsprüfung unterzogen (ANOVA-Methode⁴²). Für Spitalleistungen besteht noch kein ähnliches Verfahren.

⁴² Mit ANOVA wird eine Vorselektion („Filterung“) derjenigen Leistungserbringer vorgenommen, welche auffallend hohe Kosten pro Erkrankten zu Lasten der Grundversicherung abrechnen.



3.3 Antwort auf die drei Fragen der Untersuchung

1: Inwieweit kann die Qualität bei der Erstellung der SwissDRG-Rechnung im Spital gewährleistet werden?

Die Codierung eines Behandlungsfalles bildet die Basis für die Rechnungsstellung. Somit ist es wichtig, eine hohe Qualität der Codierung sicherzustellen. Die Korrektheit einer DRG-Rechnung wird mit verschiedenen Massnahmen sichergestellt.

- Die Codierung der DRG-Rechnungen in den Spitälern wird von speziell dazu ausgebildeten medizinischen Fachkräften anhand der Richtlinien des Bundesamtes für Statistik für die medizinische Codierung durchgeführt. Die Codierungen werden in der Regel durch dafür ausgebildete Ärzte oder ausgebildetes Pflegepersonal von den Spitälern selber vorgenommen. Aktuell besteht auf dem Arbeitsmarkt ein gewisser Engpass für diese Fachpersonen.
- Je nach Spital bestehen für die Sicherstellung einer korrekten Codierung interne Qualitätskontrollen.
- Organisatorisch ist die Codierung von den medizinischen Tätigkeiten sowie der DRG-Rechnungsstellung von einander getrennt.
- Jährlich findet in jedem Spital im Auftrag der Vertragsparteien eine sogenannte Codierrevision statt. Aufgrund einer vordefinierten verdachtsunabhängigen Stichprobenauswahl wird die Qualität der Codierung in den Spitälern durch einen externen Revisor im Besitz des Eidgenössischen Fachausweises „Medizinische Codierer“ mittels einer Nachcodierung beurteilt und die Ergebnisse werden in einem Bericht festgehalten. Der Stellenwert der Codier-Revisionen ist von allen Seiten anerkannt und unbestritten.
- Die gesichteten Revisionsberichte sowie die Aussagen der Gesprächspartner ergeben insgesamt eine gute bzw. sehr gute Codierqualität. Es wurden bis anhin keine beabsichtigten Codierungsfehler festgestellt. Es war auch keine Tendenz für eine Übercodierung (up-coding) feststellbar. Inwieweit diese Aussagen für die Gesamtheit der Codierrevisionen repräsentativ sind, kann von der EFK nicht beurteilt, da längst nicht alle Codierrevisionsberichte publiziert werden.

Über alles gesehen, wird die Qualität der DRG-Rechnungen von den interviewten Akteuren als gut bis sehr gut beurteilt. Ein weiteres Indiz für diese positive Beurteilung ist, dass in den ersten beiden Jahren der SwissDRG-Einführung nur wenige falsche Rechnungen festgestellt und schlussendlich korrigiert wurden. Dabei gilt es jedoch zu berücksichtigen, dass es sich um erste Erfahrungswerte im Rahmen der Einführung von SwissDRG handelt.

2: Welche Möglichkeiten haben die Krankenversicherungen, um die SwissDRG-Rechnungen zu prüfen?

Mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung sind bei der Rechnungsabwicklung verschiedene Herausforderungen auf die Krankenversicherungen zugekommen. So erfordern die Kontrollaktivitäten bei DRG-Rechnungen spezielles medizinisches Fachwissen. Das heisst für die Krankenversicherungen, dass dazu Personal mit Codiererfahrung oder entsprechenden medizinischen Kenntnissen benötigt wird.

Die Krankenversicherungen führen bei allen SwissDRG-Rechnungen eine standardisierte «versicherungstechnische» Grundprüfung anhand des administrativen Datensatzes durch. Zudem besteht nun die Möglichkeit anhand des medizinischen Datensatzes eine «inhaltliche» Prüfung bei Auffälligkeiten durchzuführen. Den Krankenversicherungen stehen im Gegensatz zu früher im Rahmen der Rechnungskontrollen mehr Informationen über die Behandlung eines Patienten zur Verfügung.

Das Ziel ist es, mittels IT-basierten Systemen die Korrektheit der verrechneten Leistungen festzustellen und bei Auffälligkeiten zusätzliche Abklärungen vorzunehmen und gegebenenfalls zusätzliche Unterlagen bei den Spitälern einzufordern. Diese inhaltlichen risikobasierten Einzelfallprüfungen sind somit als Ergänzung zur Codierrevision in den Spitälern zu betrachten

Die Krankenversicherer verfügen aktuell über sehr unterschiedliche und lückenhafte Erfahrungswerte im Zusammenhang mit manuellen oder automatisierten inhaltlichen DRG-Rechnungsprüfungen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass im Jahr 2012 die Rahmenbedingungen für eine automatisierte und effiziente Rechnungsprüfung noch nicht gegeben waren. Die Art und Weise der elektronischen Datenübermittlung samt Inhalt und Format für den MCD waren noch nicht geklärt. Erst ein Jahr später wurden erste medizinischen Daten elektronisch von den Spitälern an die Krankenversicherungen übermittelt. Damit die Krankenversicherungen nur dann Zugang zu den medizinischen Daten einer DRG-Rechnung erhalten, wenn sie diese tatsächlich einer vertieften Überprüfung unterziehen, müssen sie spätestens ab 1. Januar 2014 über eine nach Datenschutzgesetz zertifizierte Datenannahmestelle verfügen. Konkret heisst dies, dass die Spitäler seit 2014 nun vermehrt die DRG-Rechnungsdaten elektronisch übermitteln.

Die ersten Ergebnisse von Rechnungskontrollen bis Ende 2013 deuten darauf hin, dass das Prüfverfahren auf der Basis von manuell ausgelenkten Rechnungen ineffizient ist. Eine effiziente inhaltliche Rechnungsprüfung ist nur möglich, wenn die Daten elektronisch zur Verfügung stehen, und automatisiert und risikobasiert anhand spezifischer Kriterien für weitere Abklärungen ausgelenkt werden können. Seitens der Leistungserbringer bestehen gewisse Befürchtungen, dass die Vollautomatisierung der Kontrollen bei Krankenversicherungen zu einem Mehraufwand infolge einer Erhöhung der Rückfragequote sowohl von den Krankenversicherungen als auch von den Kantonen führen wird und dass die Gründe für die automatisierte Auslenkung für die Spitäler schwer nachvollziehbar sind. Aus Sicht der Spitäler gibt es bereits heute zu viele unnötige Rückfragen. Interviewte Spitäler sind der Meinung, dass die Frage der Liegedauer künftig vermehrt ein Rückweisungsargument für Rechnungen sein wird. Um den Nutzen und die Effizienz der ausgelenkten Rechnungsprüfung durch die Krankenversicherungen gründlich zu evaluieren, braucht es sicher drei bis fünf Jahre Erfahrung.

Die Codierrevision kann die administrative Einzelfallprüfung bei den Krankenversicherer sowie die vertiefte, sich gezielt und risikobasiert auf auffällige Fälle konzentrierende Kontrolle jedoch nicht ersetzen. Es handelt sich bei der Codierrevision um eine komplementäre Tätigkeit, welche eine statistische Betrachtung ermöglicht. Im Hinblick auf eine vernünftige und vertretbare Rückfragequote bei SwissDRG-Rechnungen, kann man sich die Frage stellen, ob die Codierrevision erweitert werden soll, damit vermehrt auch qualitative Aussagen gemacht werden können.

Die Möglichkeit einer Kooperation zwischen Krankenversicherung und Patient bei der Rechnungsprüfung wurde im Rahmen dieser Untersuchung nicht thematisiert. „In der Regel prüft die Kasse

streng, der Patient aber nicht.“⁴³ Schuldner der DRG-Rechnung ist gemäss KVG im stationären Bereich die Krankenkasse, nicht der Patient (*tiers payant*). Das Spital muss dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen. Im System des *Tiers payant* erhält die versicherte Person eine Kopie der Rechnung.

3: Ist die Arbeitsteilung bei der SwissDRG-Rechnungsabwicklung zwischen Kantonen und Krankenversicherern klar geregelt?

Bei der neuen Spitalfinanzierung beteiligen sich die Kantone an den stationär akutsomatischen Spitalleistungen in allen öffentlichen und privaten Spitälern gemäss Spitalliste spätestens im Jahr 2017 mit einem Anteil von 55 % an den Kosten. Die Kantone erhalten somit von den Spitälern ihre anteilmässigen Rechnungen, wenn auch meist in aggregierter Form pro Spital und ohne medizinischen Datensatz.

Die Arbeitsteilung bei der SwissDRG-Rechnungsabwicklung zwischen Kantonen und Krankenversicherungen wurde im Grundsatz so geregelt, dass Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung von den Krankenversicherern durchgeführt wird und die Kantone auf den parallelen Aufbau einer analogen Prüfstruktur verzichten. Als Hauptkostenträger der SwissDRG-Spitalleistungen ist es nachvollziehbar, dass die Kantone die Abrechnungen kontrollieren wollen. Im Wesentlichen konzentrieren sich die Kontrollen auf formelle Aspekte der Abrechnungen. Ein besonderer Aspekt betrifft die ausserkantonalen Spitalaufenthalte und die dazu notwendigen Kostengutsprachen. Die Prüfungstätigkeiten der Kantone sind somit nur eingeschränkt mit jener der Krankenversicherer zu vergleichen. Die Kantone haben keinen Zugang zum medizinischen Datensatz, sollen und können demzufolge auch keine inhaltlichen DRG-Kontrollen durchführen. Die EFK hat keine gravierenden Doppelspurigkeiten mit den Kontrollaktivitäten der Krankenversicherungen feststellen können.

Die Kantone sind indes nicht darüber informiert, wie und was die Krankenversicherungen genau kontrollieren und korrigieren. Die Kantone gehen davon aus, dass das Spital bei einer von der Krankenversicherung initiierten Rechnungskorrektur ebenfalls die Rechnung gegenüber dem Kanton korrigiert.

Die Kantone vertreten die Meinung, dass durch die Codier-Revisionen in den Spitälern bereits ein wesentlicher Teil der Qualität abgedeckt bzw. der korrekten Abrechnung sichergestellt werden kann. Die Codier-Revisionsberichte stehen den Kantonen auf Wunsch zur Verfügung, werden jedoch unterschiedlich verwendet.

Sowohl die Krankenversicherer als auch die Kantone haben verschiedentlich auf erste Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung beim Verhalten der Spitäler hingewiesen. Im Rahmen dieser Untersuchung wird sich die EFK dazu nicht äussern, da diese Aspekte im Rahmen der Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung näher untersucht werden.

⁴³ Felix Schneuwly, Krankenkassenexperte, *Comparis, Basler Zeitung*, 14. Mai 2014.

4 Empfehlungen

Das SwissDRG-Abrechnungssystem befindet sich zurzeit in einer Übergangsphase. Es ist somit zu früh, abschliessende Feststellungen und somit Beurteilungen zur Effizienz der SwissDRG-Rechnungskontrolle durch die Krankenversicherungen zu machen. Die Empfehlungen der EFK betreffen somit erste Optimierungsmassnahmen im Rahmen der laufenden Umsetzung der SwissDRG-Rechnungsabwicklung.

Gemäss der EFK könnten mit der Zeit, der Erfahrung und den vorhandenen Daten im Bereich von Spitalabrechnungen und Rechnungskontrollen weitere Fragen thematisiert werden:

- Beurteilung der Qualität und Vollständigkeit der medizinischen Unterlagen, welche die Basis für die Codierung bilden?
- Mögliche Anreize für einen vermehrten Einbezug des Patienten bei der Rechnungskontrolle?
- Kosten-/Nutzenverhältnis der SwissDRG-Rechnungskontrollen bei Krankenversicherungen?
- Vermeidung von unnötigen Rückfragen bei den Spitälern mittels Einführung einer Kostenbeteiligung der Krankenversicherungen oder anderen Anreizen?

Empfehlung 1: Es ist eine Schlichtungsinstanz zu bestimmen, welche bei Codier-Uneinigkeiten von SwissDRG-Abrechnungen eine abschliessende Beurteilung vornimmt.

Diese Empfehlung richtet sich an das BAG, das BFS, die GDK und die Tarifpartner (H+ und Versicherer).

Erläuterung:

Bei Kodierungsunstimmigkeiten kann aktuell das BFS beigezogen werden, welches eine nicht rechtsbindende Empfehlung abgibt. Der Rechtsweg, welcher den beteiligten Parteien dann offen bleibt, wurde bis anhin scheinbar noch nicht eingeschlagen. Artikel 89 des KVG sieht vor, dass bei Streitigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringern ein vom Kanton zu bezeichnendes Schiedsgericht entscheiden soll.

Von den Gesprächspartnern war verschiedentlich zu vernehmen, dass eine unabhängige Stelle, welche bei Codier-Unstimmigkeiten eine abschliessende Beurteilung vornimmt, damit nicht der Rechtsweg eingeschlagen werden muss, gewünscht würde. Damit könnte das zum Teil endlose Hin- und Her zwischen Krankenversicherungen und Spitälern und die damit verbundenen ausstehenden Zahlungen der Rechnungen in einem abgekürzten Verfahren vermieden werden.



Empfehlung 2: Es ist eine bereits bestehende Stelle zu bestimmen, welche die vollständige und ordnungsgemässe Durchführung, Auswertung sowie Veröffentlichung der Codier-Revisionen sicherstellt.

Diese Empfehlung richtet sich an das BAG, das BFS, die GDK und die Tarifpartner (H+ und Versicherer).

Erläuterung:

Aktuell besteht keine Stelle, welche laufend und standardisiert ein Controlling bezüglich die Vollständigkeit und korrekte Umsetzung (z.B. Vorgaben, Stichprobenauswahl, Berichtserstellung und -erstattung) sowie eine Auswertung der Revisionsresultate (z.B. Codier-Änderungen, CMI-Veränderungen) vornimmt. Mit Ausnahme der im Rahmen einer Evaluation im Auftrag des Bundesrates über die Anwendung des Codierhandbuchs ausgewerteten

81 Codierrevisionsberichte für das Jahr 2012 fehlt eine Gesamtsicht über die durchgeführten Codierrevisions in den Spitälern.

Diese Stelle – dies könnte beispielsweise die SwissDRG AG sein - soll zudem sicherzustellen, dass die Codierrevisionsberichte, wie im Reglement für die Codierung vorgesehen, den interessierten Akteuren zur Verfügung gestellt werden (Krankenversicherungen, Standortkantone usw.). Die Zugänglichkeit der Codierrevisionsresultate findet heute uneinheitlich und nicht vollständig statt. Die vollständige Transparenz der Codierrevisionsresultate kann zur Förderung des Vertrauens zwischen den Tarifpartnern beitragen. Zudem könnten die Ergebnisse der Codierrevision auch für die Krankenkasse von Interesse sein, um allenfalls den SwissDRG-Kontrollstandard je nach Spital zu differenzieren.

Empfehlung 3: Es ist sicherzustellen, dass durch das Spital vorgenommene Rechnungskorrekturen sowohl dem Kanton als auch der Krankenversicherung kommuniziert werden.

Diese Empfehlung richtet sich an das BAG, die GDK und die Tarifpartner (H+ und Versicherer).

Erläuterung:

Es ist sicherzustellen, dass DRG-Rechnungskorrekturen sowohl gegenüber der Krankenversicherung als auch dem Kanton ordnungsgemäss vorgenommen und beide Kostenträger auch darüber informiert werden. Im Minimum sollten die Kantone mit den Listenspitalern vereinbaren, dass alle durch Krankenversicherungen ausgelöste Rechnungskorrekturen dem Kanton gemeldet werden und umgekehrt. Mit dem beidseitigen Melden der Spitäler könnte die korrekte Abwicklung einer DRG-Korrektur für Kanton und Krankenversicherung gewährleistet werden. Artikel 49a Absatz 3 Satz 2 KVG hält fest, dass die Modalitäten der Rechnungsabwicklung zwischen Spital und Kanton zu vereinbaren sind.

Die Einhaltung der beidseitigen Korrekturen kann bei Spitälern im Besitz der Kantone durch die kantonale Finanzkontrolle geprüft werden. Bei den übrigen Spitälern könnte dieser Aspekt der Kontrolle an die ordentlichen Revisionsstellen delegiert werden.

Empfehlung 4: Klärung und Konkretisierung der WZW-Kriterien und Verfahren für die Messung und Beurteilung von akutsomatisch stationären Spitalleistungen.

Diese Empfehlung richtet sich an das BAG, die GDK und die Tarifpartner (H+ und Versicherer).

Erläuterung:

Gemäss Art. 32 KVG müssen die Leistungen der Spitäler wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Damit die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungen überprüft werden kann, haben die Leistungserbringer eine detaillierte und verständliche Rechnung zu stellen. Das Spital muss alle Angaben machen, damit die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung (WZW-Kontrolle) überprüft werden kann. Bei stationär akutsomatischen Spitalbehandlungen soll die Übermittlung des administrativen und medizinischen Datensatzes die Basis für diese Kontrolle bilden. Die Prüfung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit einer durchgeführten medizinischen Behandlung ist anforderungsreich und kann jedoch unterschiedlich beurteilt werden.

Im KVG und den entsprechenden Verordnungen wurden die WZW-Kriterien bisher nicht konkretisiert. Aktuell fehlen klare Kriterien und Verfahren für die Messung und Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen. Andererseits sind die Rollen der verschiedenen Akteure (Kantone, Spitäler, Kassen, Ärztesellschaften usw.) bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit von Spitalleistungen unklar. In einem ersten Schritt zur Klärung hat das BAG im 2011 zusammen mit der Eidgenössischen Leistungs- und Grundsatzkommission (ELGK) ein Arbeitspapier zur Operationalisierung der WZW-Kriterien erarbeitet. Nach wie vor ist jedoch das Verständnis über den Inhalt einer WZW-Kontrolle je nach Akteur unterschiedlich.

EIDGENÖSSISCHE FINANZKONTROLLE

Anhang 1: Fragen und Unterfragen der Analyse

Im Zuge der genannten Zielsetzung der vorliegenden Untersuchung wurden die folgenden drei Hauptfragen untersucht und beantwortet:

Hauptfragestellung 1: Inwieweit kann die Qualität bei der Erstellung der SwissDRG-Rechnung im Spital gewährleistet werden?

Bei dieser Hauptfrage geht es darum in Erfahrung zu bringen, inwieweit und mit welchen Massnahmen eine korrekte SwissDRG-Rechnungstellung sichergestellt wird. Die Rechnung wird von speziell ausgebildeten Fachkräften durchgeführt und erfolgt mittels einer medizinischen Codierung.

Spezifische Unterfragen:

- 1.1 Sind die Vorgaben für die Rechnungs-Codierung verständlich und nachvollziehbar?
- 1.2 Wie sind die Ergebnisse der Codier-Revisionen zu beurteilen?
- 1.3 Ist die Unabhängigkeit der Codier-Revisionen gewährleistet?

Hauptfragestellung 2: Welche Möglichkeiten haben die Krankenversicherungen, um die SwissDRG-Rechnungen zu prüfen?

Diese Frage soll aufzeigen, wie die Krankenversicherer heute die SwissDRG-Rechnungen kontrollieren und was für eine Rolle die Datenannahmestellen spielen. Mittels IT-basierten Systemen sollen die Rechnungskontrollen aus dem spitalstationären Bereich bei den Krankenversicherungen sichergestellt und effizienter durchgeführt werden.

Spezifische Unterfragen:

- 2.1 Welches sind die Erwartungen an die IT-Prüfsoftware?
- 2.2 Ergeben sich Verzögerungen bei der Übermittlung der medizinischen Daten?
- 2.3 Wie wird das Prüfverfahren (Auslenkung, Abklärungen, Rückfragen, Korrekturen von Rechnungen) eingeschätzt?

Hauptfragestellung 3: Ist die Arbeitsteilung bei der Swiss-DRG-Rechnungsabwicklung zwischen Kantonen und Krankenversicherern klar geregelt?

Im Zentrum dieser Fragestellung steht die Klärung der konkreten Aktivitäten von Kantonen und Krankenversicherer im Rahmen der SwissDRG-Abrechnungskontrollen.

Spezifische Unterfragen:

- 3.1 Was prüfen die Kantone bei den SwissDRG-Abrechnungen?
- 3.2 Wie sind Informationszugang und –austausch zwischen Leistungserbringern, Kantonen und Versicherern geregelt?
- 3.2 Führt die aktuelle Praxis zu allfälligen Parallelstrukturen bzw. Doppelspurigkeiten?

Anhang 2: Rechtsgrundlagen und parlamentarische Vorstösse Bibliographie

Rechtliche Grundlagen

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), **SR 832.10**, vom 18. März 1994 (Stand am 1. Januar 2013)

Verordnung über die Krankenversicherung (KVV), **SR 832.102**, vom 27. Juni 1995 (Stand am 1. Januar 2013)

Verordnung des EDI über die Datensätze für die Datenweitergabe zwischen Leistungserbringern und Versicherern, **SR 832.102.14**, vom 20. November 2012, (Stand am 1. Januar 2013)

Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch die Spitälern, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL), **SR 832.104**, vom 3. Juli 2002 (Stand 1. Januar 2009)

Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege- Leistungsverordnung, KLV), **SR 832.112.31**, vom 29. September 1995 (Stand 1. Juli 2013)

Bundesratsbeschluss Ressourcenantrag betreffend die Umsetzung von Artikel 59a der KVV: Kontrolle der Datenannahmestellen und Überwachung der Zertifizierung gemäss Artikel 11 des Bundesgesetzes über den Datenschutz (SR 235.1) vom 16. April 2013

Bundesratsbeschluss Gesuch betreffend Genehmigung der Tarifstruktur SwissDRG Version 2.0 vom 30. November 2012

Bundesratsabschluss Volksinitiative „Für eine öffentliche Krankenkasse“ und indirekter Gegenvorschlag; Eröffnung der Vernehmlassung vom 27. Februar 2013

Parlamentarische Vorstösse

08.3742 – Einführung der neuen Spitalfinanzierung. Begleitforschung als Erfolgsfaktor, Motion eingereicht von Ignazio Cassis, Nationalrat, 3.10.2008

11.3460 – Patientinnen und Patienten ins Zentrum stellen, Motion eingereicht von Bea Heim, Nationalrat, 14.4.2011

11.3674 – Qualitätssicherung mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung, Motion eingereicht von Grüne Fraktion, Nationalrat, 17.6.2011

11.4035 – Neue Spitalfinanzierung. Wirkungsanalyse erweitern, Motion eingereicht von Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit, Nationalrat, 14.10.2011

11.4138 – Medizintechnische Geräte und Produkte. Massnahmen gegen überhöhte Preise, Motion eingereicht von Ruth Humbel, Nationalrat, 23.11.2011

12.3245 – Gesetzeskonforme Umsetzung der Spitalfinanzierung, Motion eingereicht von Ruth Humbel, Nationalrat, 15.3.2012



12.3453 – Unterschiedliche Umsetzung der Prinzipien der neuen Spitalfinanzierung, Interpellation eingereicht von Pascale Bruderer Wyss, Ständerat, 7.6.2012

12.3949 – Neue Spitalfinanzierung, Base-Rate-Festsetzung, Interpellation eingereicht von Margret Kiener Nellen, Nationalrat, 28.9.2012

12.4176 – Spitalfinanzierung. Betriebsvergleiche, Interpellation eingereicht von Toni Bortoluzzi, Nationalrat, 13.12.2012

13.3216 – Investitionsanteil in den Fallpauschalen, Interpellation eingereicht von Urs Schwaller, Ständerat, 21.3.2013

Postulat Jacques-André Haury et consorts (2012), demandant au Conseil d'Etat Canton de Vaud d'exploiter les contestations formulées à l'endroit de factures du CHUV dans sa lutte contre la hausse des coûts de la santé, Lausanne.

Botschaften

04.061 – Botschaft betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung) vom 15. September 2004, BBI 2004 1365.

Anhang 3: KVV – Regelungen betreffend Rechnungskontrolle und DAS

„Die Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV) wird wie folgt geändert⁴⁴:

Art. 59 Rechnungsstellung im Allgemeinen

- 1 Die Leistungserbringer haben in ihren Rechnungen alle administrativen und medizinischen Angaben zu machen, die für die Überprüfung der Berechnung der Vergütung sowie der Wirtschaftlichkeit der Leistungen nach Artikel 42 Absätze 3 und 3bis des Gesetzes notwendig sind. Insbesondere sind folgende Angaben zu machen:
 - a. Kalendarium der Behandlungen;
 - b. erbrachte Leistungen im Detaillierungsgrad, den der massgebliche Tarif vorsieht;
 - c. Diagnosen und Prozeduren, die zur Berechnung des anwendbaren Tarifs notwendig sind;
 - d. Kennnummer der Versichertenkarte nach Artikel 3 Absatz 1 Buchstabe f der Verordnung vom 14. Februar 2007 über die Versichertenkarte für die obligatorische Krankenpflegeversicherung;
 - e. Versichertennummer nach dem Bundesgesetz vom 20. Dezember 1946 über die AVH.
- 2 Der Leistungserbringer muss für die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen und die anderen Leistungen zwei getrennte Rechnungen erstellen.
- 3 Bei Analysen erfolgt die Rechnungsstellung an den Schuldner der Vergütung ausschliesslich durch das Laboratorium, das die Analyse durchgeführt hat. Pauschaltarife nach Artikel 49 des Gesetzes bleiben vorbehalten.
- 4 Haben Versicherer und Leistungserbringer vereinbart, dass der Versicherer die Vergütung schuldet (System des *Tiers payant*), so hat der Leistungserbringer der versicherten Person die Kopie der Rechnung nach Artikel 42 Absatz 3 des Gesetzes zukommen zu lassen. Er kann mit dem Versicherer vereinbaren, dass dieser die Rechnungskopie zustellt.

Art. 59a Rechnungsstellung bei einem Vergütungsmodell vom Typus DRG

- 1 Im Falle eines Vergütungsmodells vom Typus DRG (*Diagnosis Related Groups*) muss der Leistungserbringer die Datensätze mit den administrativen und medizinischen Angaben nach Art 59 Abs 1 mit einer einmaligen Identifikationsnummer versehen. Das Departement legt die gesamtschweizerisch einheitliche Struktur der Datensätze fest.
- 2 Diagnosen und Prozeduren nach Artikel 59 Absatz 1 Buchstabe c sind entsprechend den Klassifikationen für die medizinische Statistik der Krankenhäuser nach Ziffer 62 des Anhangs der Verordnung vom 30. Juni 1993 über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes zu codieren.
- 3 Der Leistungserbringer leitet die Datensätze mit den administrativen und den medizinischen Angaben nach Artikel 59 Absatz 1 gleichzeitig mit der Rechnung an die Datenannahmestelle des Versicherers weiter. Es muss sichergestellt werden, dass ausschliesslich diese Datenannahmestelle Zugang zu den medizinischen Angaben erhält.
- 4 Die Datenannahmestelle bestimmt, für welche Rechnungen eine weitere Prüfung benötigt wird, und leitet die dazu notwendigen Angaben an den Versicherer weiter. Der Versicherer darf der Datenannahmestelle keine Weisungen bezüglich der Datenweitergabe in Bezug auf einzelne Rechnungen erteilen.
- 5 Verlangt der Versicherer vom Leistungserbringer im Laufe der Prüfung zusätzliche Auskünfte medizinischer Natur im Sinne von Artikel 42 Absatz 4 des Gesetzes, so hat der Versicherer die versicherte Person über ihre Wahlmöglichkeit nach Artikel 42 Absatz 5 des Gesetzes zu informieren.
- 6 Jeder Versicherer muss über eine Datenannahmestelle verfügen. Diese muss nach Artikel 11 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1992 über den Datenschutz zertifiziert sein.
- 7 Der Versicherer informiert den Beauftragten nach Artikel 26 des Gesetzes vom 19. Juni 1992 über den Datenschutz unaufgefordert über die Zertifizierung oder Rezertifizierung seiner Datenannahmestelle. Der Beauftragte kann von der Datenannahmestelle oder von der Zertifizierungsstelle jederzeit die für die Zertifizierung oder Rezertifizierung relevanten Dokumente einfordern. Der Beauftragte veröffentlicht eine Liste der zertifizierten Datenannahmestellen.

⁴⁴ BAG, 2012, *Verordnung über die Krankenversicherung (KVV), Änderung vom 4. Juli 2012*



Art. 59abis Rechnungsstellung im ambulanten Bereich und in den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie

Für den ambulanten Bereich sowie die Bereiche Rehabilitation und Psychiatrie erlässt das Departement ausführende Bestimmungen zur Erhebung, Bearbeitung und Weitergabe der Diagnosen und Prozeduren unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.

Art. 59ater Datensichernde Massnahmen und Aufbewahrung

- 1 Für die Bearbeitung der medizinischen Angaben nach Artikel 59 Absatz 1 treffen die Versicherer die erforderlichen technischen und organisatorischen datensichernden Massnahmen, insbesondere diejenigen nach den Artikeln 21 und 22 der Verordnung vom 14. Juni 1993 zum Bundesgesetz über den Datenschutz.
- 2 Sofern die medizinischen Angaben nach Artikel 59 Absatz 1 nicht verschlüsselt aufbewahrt werden, werden die Personalien der Versicherten zur Aufbewahrung dieser Angaben pseudonymisiert. Die Aufhebung der Pseudonymisierung oder Verschlüsselung darf nur durch den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin erfolgen.

Übergangsbestimmung zur Änderung vom 4. Juli 2012

- 1 Jeder Versicherer muss bis zum 31. Dezember 2013 über eine zertifizierte Datenannahmestelle nach Artikel 59a Absatz 6 verfügen. Solange der Versicherer über keine zertifizierte Datenannahmestelle verfügt, ist eine systematische Weitergabe nach Artikel 59a Absatz 3 von medizinischen Angaben nur möglich, wenn diese direkt an den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin nach Artikel 57 des Gesetzes übermittelt werden.

....“

Anhang 4: Bibliografie

BAG (2011), Operationalisierung der Begriffe Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit, Arbeitspapier, Version 2.0, Bern.

BAG (2013), Gesamtkonzept Evaluation KVG-Revision Spitalfinanzierung, Bern.

BAG (2013), Analyse der Wirkungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf das Verhalten der Spitäler (Konzeptstudie und erste Bestandesaufnahme), Pflichtenheft, Bern.

BFS (2012), Gesundheitsstatistik 2012, Neuchâtel.

BFS (2013), Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2011 – Standardtabellen, Neuchâtel.

BFS, Pflichtenheft für die Codierrevision, Version 2.0, Neuchâtel.

BFS (2012 und 2013), Rundschreiben für Codiererinnen und Codierer, Neuchâtel.

BFS (2013), Informationen zur Liste der schweizerischen Revisorinnen und Revisoren, Neuchâtel.

Bundesverwaltungsgericht (2014), Urteil C-1698/2013, Effizienzgewinne von Spitälern sind nicht KVG-widrig, St. Gallen.

EDÖB (2013), Verzeichnis der zertifizierten Datenannahmestellen gemäss Art. 59a Abs. 7 KVV, Bern.

Gesundheitspolitik, Clinicum 3-13, Erweist sich die duale Finanzierung der stationären Kosten als Kuckucksei? Dr. Hans Balmer.

OBSAN (2013), Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Jahresbericht 2012, Neuchâtel.

PREISÜBERWACHER (2012 und 2013), Newsletter 6/12 und 2/13, Bern.

Swiss DRG, Fallpauschalen in Schweizer Spitälern, Basisinformationen für Gesundheitsfachleute.

Swiss DRG (2012), Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG, Version 5/2012.

Swiss DRG (2010), Reglement für die Durchführung der Codierrevision unter SwissDRG mit Anhang, Version 2.0.

Swiss DRG (2013), Reglement für die Durchführung der Codierrevision unter SwissDRG mit Anhang - Revision der Daten 2013, Version 3.0.

Swiss DRG (2014), Reglement für die Durchführung der Codierrevision unter SwissDRG mit Anhang - Revision der Daten 2014, Version 4.0.

Diverse Broschüren, Präsentationen, Fachartikel und Medienmitteilungen



Anhang 5: Gesprächspartner

Baccheto Fredi, Assura, MPH Direktor

Best Anke, Assura, Leiterin DRG-Zelle

Bettencourt Miguel, CHUV, Gestion administrative des patients, Unité conventions et tarifs

Biberstein Klement, Centris AG, Leiter Produktmanagement

Bourqui Anne-Catherine, Assura

Champredonde Emmanuel, GALENOS Kranken- und Unfallversicherung, Geschäftsleiter

Endrich Olga, Inselspital, Ärztliche Direktion, Leiterin Operatives Medizincontrolling

Favre Sandra, Assura, Coordination de Département et Gestion électronique des factures

Fuhrer Bruno, BAG, Sektion Tarife und Leistungserbringer, Leiter

Gaillard Estelle, Centris AG, Business & Application Engineer

Geiger Katrin, Finanzkontrolle Kanton Aargau, Leiterin Sektion Revision I

Grossenbacher Ursula, sympany, Gruppenleiterin Regelwerkmanagement

Holler Thomas, Kantonsspital Aarau, Leiter Medizincontrolling & Qualitätsmanagement

Jarnicki Peter Michael, Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Arzt und Med. Controller

Jequier Michel, Hôpital du Pays-d'Enhaut, Château-d'Oex, Directeur

Jeanneret Jean-Paul, Etat de Vaud, Département de la santé et de l'action social, Service de la santé publique, Chef de service adjoint,

Jordi Michael, GDK, Zentralsekretär

Julen Jörg Felix, BFS, Medizinische Codierung, Wissenschaftlicher Mitarbeiter

Khoukhi Karim, CHUV, Service de facturation, Chef de produit

Koch Vincent, BAG, Sektion Tarife und Leistungserbringer

Krüttli Samuel, Zentralstelle für Medizinaltarife UVG (ZMT), Gesundheitsökonom

Kummerlé Nicole, sympany, Gruppenleiterin Leistungen stationär

Lack Sandra, Etat de Vaud, Département de la santé et de l'action social, Service de la santé publique, suppléante

Marschall Gerd, CSS Versicherung, Fachspezialist Tarifstrukturen

Meier Thomas Henrik, EDÖB, Einheit 2, Jurist

Meyer Rolf, sympany, Leiter Leistungen, Mitglieder der Geschäftsleitung

Morino Ursula, Kantonsspital Aarau, Chef Codierung

Matyassy Chantal, EDÖB, Einheit 2, Juristin

Pfahler Henrik, Inselspital, Ärztliche Direktion, Leiter Medizincontrolling

Portmann Helga, BAG, Abteilung Versicherungsaufsicht, Leiterin

Rabiolo Angelo, BAG, Abteilung Versicherungsaufsicht, Sektion Audit, Leiter

Schielke Georg, GDK, Projektleiter Swiss DRG

Schmidiger Rolf, SUVA, Strategie- und Portfolio-Improvement Manager

Schneider Sandra, BAG, Leiterin Abteilung Leistungen

Schneuwly Felix, comparis.ch, Head of Public Affairs

Schwalm Burkhard, EDÖB, Einheit 2, Informations- und Sicherheitsspezialist

Städeli Jona, Krankenkasse Atupri, Leiter Leistungen

Studer Jasmin, EDÖB, Einheit 2, Juristin

Tschanz Esther, sympany, Gruppenleiterin Fachführung

Van Pham Quan, RVK, Leiter DRG-Prüfstelle

Von Ah Marcel, Gesundheitszentrum Fricktal, Leitung Finanzen & Verwaltung

Wagner Melanie, Departement Gesundheit und Soziales Kanton Aargau, Leiterin Finanzen

Weber Patrick, NICE Computing, Direktor

Wülser Stefan, CSS, Leiter Abrechnung

Zurfluh Ines, Gesundheitszentrum Fricktal, Leitung Medizinisches Controlling & Codierung



Anhang 6: Erläuterungen zu Fachbegriffen

DRG :Diagnosis Related Groups. Ein Patientenklassifikationssystem, das Patienten anhand von medizinischen und weiteren Kriterien (z.B. Diagnosen, Behandlungen, Aufenthaltsdauer usw.) in möglichst homogene Gruppen einteilt.

ICD-10: Internationale Klassifikation der Krankheiten. Wird zur Verschlüsselung von Diagnosen in der medizinischen Versorgung eingesetzt.

CHOP: Schweizerische Operationsklassifikation für die Verschlüsselung von Operationen und Behandlungen.

Groupier: Informatiklösung für Zuordnung einer Hospitalisierung zu DRG. Der Klassifizierungsalgorithmus basiert auf den medizinisch-administrativen Falldaten.

Kostengewicht: Jeder Fallgruppe (DRG) wird ein empirisch ermitteltes, relatives Kostengewicht zugeordnet, das den durchschnittlichen Behandlungsaufwand der betreffenden Fallgruppe beschreibt. Die Kostengewichte werden auf der Grundlage der Fallkostendaten ausgewählter Spitäler (Netzwerkspitäler) ermittelt, Stichwort Fallpauschalenkatalog.

Grenzverweildauer und Ausreisser: Durch die Grenzverweildauern werden für jede DRG die normalen Aufenthaltsdauern für das gegebene Krankheitsbild definiert. Normalfälle sind sogenannte „Normallieger/Inlier“, Aufenthaltsdauer unterhalb sind „Kurzlieger/Low Outlier“ und Patienten mit Aufenthaltsdauer oberhalb sind „Langlieger/High Outlier“. Für diese gibt es Reduktion bzw. Zuschlag beim Kostengewicht.

Basispreis/Baserate: Der Basispreis bezeichnet den Betrag, der im DRG-System für einen Behandlungsfall bezahlt wird, dessen Kostengewicht 1,0 beträgt. Der Basispreis pro Fallgruppe wird durch die Tarifpartner (Versicherer und Leistungserbringer) festgelegt. Zurzeit häufig durch Kantone provisorisch fixiert.

Preis: Erst durch die Bewertung einer Fallgruppe mit einem Kostengewicht und Multiplikation mit einem Basispreis wird die Fallgruppe zur Fallpauschale ($DRG \times \text{Basispreis} / 0.65 \times 11\,200 = 7\,280 \text{ CHF}$).

Antragsverfahren: Durch das Antragsverfahren zur Weiterentwicklung des SwissDRG-Systems haben Leistungserbringer, Versicherer und Kantone die Möglichkeit, Anträge zur Anpassung der Tarifstruktur zu stellen. Das Antragsverfahren findet im jährlichen Rhythmus statt.

Fallpauschalenkatalog: Die berechneten Kostengewichte pro DRG-Fallgruppe sowie weitere DRG-bezogene, abrechnungsrelevante Daten (durchschnittliche Verweildauer, untere/obere Grenze der Verweildauer) sind darin enthalten.

Netzwerkspital: Spitäler, die an der SwissDRG Erhebung der Fallkosten und medizinisch-administrativen Daten teilnehmen und sich zur Datenlieferung gegenüber der SwissDRG AG verpflichten.

Case Mix: Gesamte Schweregrad der abgerechneten Behandlungsfälle eines Spitals. Er ergibt sich aus der Summe der Kostengewichte der Fälle eines Spitals.

Case Mix Index (CMI): CMI = Case Mix : durch Anzahl Fälle; durchschnittlichen Schweregrad der Patientenfälle im Spital.

Anhang 7: Abkürzungen, Glossar, Priorisierung der Empfehlungen

AD	Administrative Datensatz (einer SwissDRG-Rechnung)
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BBI	Bundesblatt
BFS	Bundesamt für Statistik
BR	Bundesrat
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation
CMI	Case Mix Index
DAS	Datenannahmestelle
DRG	Diagnosis Related Groups (Patientenklassifikationssystem)
EDÖB	Eidgenössische Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragte
EFK	Eidgenössische Finanzkontrolle
FMH	Vereinigung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
FINMA	Finanzmarktaufsichtsbehörde
GDK	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren
H+	Spitäler der Schweiz
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten
ISSAI	International Standards of Supreme Audit Institutions
KV	Krankenversicherung
KVG	Krankenversicherungsgesetz
KVV	Krankenversicherungsverordnung
MCD	Minimal Clinical Dataset ((einer SwissDRG-Rechnung)
MTK	Medizinaltarifkommission UVG
SEVAL	Schweizerische Evaluationsgesellschaft
SQS	Schweizerischen Vereinigung für Qualitäts- und Managementsystemen
SR	Systematische Rechtssammlung
RVK	Verband der kleinen und mittleren Krankversicherer
VAD	Vertrauensärztlichen Dienst
VKL	Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch die Spitälern, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung
WZW	Wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich



Anhang 8: Stellungnahmen Bundesamt für Gesundheit



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktion

CH-3003 Bern
BAG

Eidgenössische Finanzkontrolle
Herr Michel Huissoud
Direktor
Monbijoustrasse 45
3003 Bern

EFK 1.14367.316.00098.08
19. JAN. 2015
Arumi (adr.) RWA NWA C402 ✓ JEF ✓

Ihr Zeichen: 1.14367.316.00098.08 lusa
Referenz/Aktenzeichen: 510.0004-23/14.020538/1085483/
Unser Zeichen: STP / VOC
Bern, 15.1.2015

EFK-Bericht: Kontrollen von DRG-Spitalrechnungen durch die Krankenversicherer

Sehr geehrter Herr Direktor

Mit Ihrem Schreiben vom 11. Dezember 2014 haben Sie uns um ergänzende Informationen zur Stellungnahme des BAG vom 16. Oktober 2014 zu zwei Empfehlungen der EFK im Bericht über die Kontrollen von DRG-Spitalrechnungen durch die Krankenversicherer gebeten.

Betreffend *Empfehlung 2* (Bestimmung einer Stelle zur Sicherstellung der vollständigen Durchführung der Kodierrevision) bestätigen wir der EFK, dass sich das BAG über die Durchführung der Kodierrevisionen informieren lässt, die Hauptverantwortung zur Sicherstellung der vollständigen Durchführung der Kodierrevisionen jedoch bei den Versicherern sieht.

Im Reglement für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG¹ ist festgehalten, dass die Durchführung der Kodierrevision zwingender Bestandteil der Tarifverträge sowie Leistungsaufträge der Kantone ist. Die Ergebnisse der Kodierrevision werden in einem Revisionsbericht schriftlich festgehalten. Das Spital muss die wesentlichen Aussagen des Berichts zugänglich machen. Die Tarifpartner, der Standortkanton, die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), die SwissDRG AG sowie das Kodierungssekretariat des Bundesamtes für Statistik (BFS) haben Anspruch auf den gesamten Revisionsbericht.

Der Bundesrat hat die Tarifpartner im Rahmen der Genehmigung der Tarifstruktur SwissDRG Version 4.0 aufgefordert, für das Frühjahr 2015 einen konsolidierten Bericht mit relevanten Kennzahlen zum Gesamtergebnis der Kodierrevision nach Artikel 59d Absatz 2 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) über das Jahr 2013 einzureichen.

¹ Das aktuellste, vom Bundesrat genehmigte Reglement ist abrufbar unter:

http://swissdrg.org/assets/pdf/Tarifdokumente/Kodierrevision/SwissDRG_Reglement_Kodierrevision_4_0_def.pdf

Bundesamt für Gesundheit BAG
Schwarzenburgstrasse 165 CH-3003 Bern
Tel. +41 58 462 95 10, Fax +41 58 464 90 33
www.bag.admin.ch

Betreffend *Empfehlung 4* (Vervollständigung und Weiterentwicklung der Operationalisierung der WZW-Kriterien) können wir Folgendes ausführen. Die Krankenversicherer verfügen bei der Rechnungs- bzw. Wirtschaftlichkeitsprüfung grundsätzlich über keine operationalisierten WZW-Kriterien. Es besteht hingegen eine ausführliche Rechtsprechung zu den Methoden der Wirtschaftlichkeitsprüfung im Sinne von Artikel 56 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10).

Betreffend die generelle Operationalisierung der WZW-Kriterien verweisen wir auf die beiliegende Antwort des Bundesrates vom 22. Oktober 2014 an die Geschäftsprüfungskommission des Nationalrates (GPK-N) im Zusammenhang mit der Inspektion «Bestimmung und Überprüfung ärztlicher Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung». Ein erstes Dokument zur Operationalisierung der WZW-Kriterien bei therapeutischen Leistungen wurde 2011 publiziert.² Im Frühjahr 2015 soll der Eidgenössischen Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (ELGK) der Entwurf eines ergänzenden Dokuments zur WZW-Operationalisierung bei diagnostischen Leistungen vorgelegt werden. Anschliessend wird das BAG das bestehende Dokument aus dem Jahr 2011 aktualisieren und unter Beizug der ELGK prüfen, ob weitere Kategorien von Leistungen einer spezifischen Operationalisierung der WZW-Kriterien bedürfen. Mit einem Abschluss der Arbeiten wird bis Winter 2015 gerechnet. Aufgrund der Weiterentwicklungen der Medizin wird das resultierende Dokument allerdings laufend aktualisiert und überarbeitet werden müssen.

Für ergänzende Auskünfte stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Der Direktor

Pascal Strupler

² <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00263/00264/04853/index.html?lang=de>: Operationalisierung der Begriffe Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit; Arbeitspapier vom 21. Juli 2011.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktion

CH-3003 Bern
BAG

Eidgenössische Finanzkontrolle EFK
Michel Huissouo
Direktor
Monbijoustrasse 45
3003 Bern

Ihr Zeichen:
Referenz/Aktenzeichen: 216.3001-26.6/14.0/13731/1038585/
Ihrer Zeichen: STP / MOC
Bern, 16.10.14

Bericht: Kontrollen von DRG-Spitalrechnungen durch die Krankenversicherer

Sehr geehrter Herr Direktor

Besten Dank für Ihr Schreiben vom 22. September 2014 sowie für die Möglichkeit, dass sich das Bundesamt für Gesundheit (BAG) zum Bericht der Eidgenössischen Finanzkontrolle (EFK) «Kontrollen von DRG-Spitalrechnungen durch die Krankenversicherungen» äussern kann.

Geme nehmen wir zu den einzelnen Empfehlungen wie folgt Stellung:

Empfehlung EFK: Benennung einer Schlichtungsinstanz, welche bei Unstimmigkeiten eines SwissDRG-Falles eine abschliessende Beurteilung vornimmt.

Stellungnahme BAG: Grundsätzlich sind bei Uneinigkeiten zwischen einem Leistungserbringer (Spital) und einem Krankenversicherer zu einer Abrechnung aufgrund SwissDRG zwei Fälle zu unterscheiden:

1. Die Uneinigkeit bezieht sich auf eine grundsätzliche Frage der Kodierung. In diesem Fall sind die Kodierrichtlinien des Bundesamtes für Statistik (BFS)¹ massgebend für die Frage, wie korrekt zu kodieren ist. Das BFS ist zwar für die Erarbeitung der Kodierrichtlinien zuständig und gibt bei Kodierungsunstimmigkeiten eine Empfehlung ab, die aus Sicht des BFS allerdings keinen rechtsverbindlichen Charakter aufweist. Der Rechtsweg bleibt den Tarifpartnern somit offen. Gemäss BFS sind die Tarifpartner der Meinung, dass aktuell kein Handlungsbedarf besteht betreffend Schaffung einer Schlichtungsinstanz.
2. Die Uneinigkeit besteht zu einem konkreten SwissDRG-Fall bzw. zu einer konkreten SwissDRG-Abrechnung. Wie im Bericht der EFK erwähnt, sieht Artikel 39 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 632.10) vor, dass bei Streitigkeiten zwischen Versicherer und Leis-

¹ vgl. http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/nomenklaturen/blank/blank/codage/04/04_05.html.

Bundesamt für Gesundheit BAG
Schwarzenburgstrasse 135 CH-3003 Bern
Tel. +41 58 465 38 37, Fax +41 58 464 90 32
www.bag.admin.ch

tungserbringern; ein (vom Kanton zu bezeichnendes) Schiedsgericht entscheidet. Paritätische Kommissionen (wie bei TARMED), die bei Uneinigkeiten entscheiden könnten, fehlen im Bereich SwissDRG unseres Wissens sowohl auf kantonaler wie auf nationaler Ebene weitgehend. Das BAG ist der Meinung, dass eine zusätzliche Reglementierung nur dann zu empfehlen ist, wenn ein entsprechendes Bedürfnis auf Seiten der Tarifpartner besteht. In diesem Fall sollten in erster Linie die Tarifpartner eine entsprechende Kommission auf nationaler Ebene einrichten.

Empfehlung EFK: Bestimmung einer bestehenden Stelle, welche die vollständige und ordnungsgemässe Durchführung, Auswertung und Veröffentlichung der Kodier-Revisionen sicherstellt.

Stellungnahme BAG: Der Bundesrat hat im Zusammenhang mit der Genehmigung der SwissDRG-Tarifstrukturversionen (letztmalige Genehmigung der aktuell gültigen SwissDRG-Version 3.0 am 13. November 2013) entsprechende Aufgaben an die SwissDRG-Tarifpartner formuliert.² Neben der Tarifstruktur SwissDRG hat der Bundesrat auch die Anwendungsmodalitäten des Kodierungshandbuchs sowie das Reglement zur Kodierrevision³ genehmigt. Im Reglement zur Kodierrevision ist u.a. geregelt, wie bei Uneinigkeit zwischen Spital und Revisor vorzugehen ist (Abschnitt 4.2.6, S. 7) sowie wer Anspruch auf den Revisionsbericht hat (Abschnitt 5.2, S. 7f.). Die Versicherer haben Anspruch auf die Revisionsberichte. Das BAG sieht die Zuständigkeit gemäss der obigen Empfehlung hauptsächlich bei den Versicherern. Aus Sicht des BAG ist momentan keine entsprechende Aufsichtsstelle notwendig.

Empfehlung EFK: Sicherstellung, dass die Spitäler bei Rechnungskorrekturen gegenüber Kanton und Krankenversicherung Bericht erstatten.

Stellungnahme BAG: Das BAG schliesst sich dieser Empfehlung an. Uns erscheint es wichtig, dass bei Rechnungskorrekturen sämtliche Kostenträger bzw. finanzierenden Akteure informiert werden. Im Bericht der EFK wird in der Erläuterung zu obiger Empfehlung auf Artikel 49a Absatz 3 Satz 2 KVG verwiesen, der festhält, dass die Modalitäten betreffend Abwicklung der Rechnungsstellung zwischen Spital und Kanton zu vereinbaren sind. Eine entsprechende Informationspflicht auf Seiten des Spitals zu Rechnungskorrekturen wäre aus unserer Sicht in diesem Rahmen zu regeln.

Empfehlung EFK: Klärung und Konkretisierung der WZV-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit) und Verfahren für die Messung und Beurteilung der stationären Spitalleistungen.

Stellungnahme BAG: Im KVG und den entsprechenden Verordnungen wurden die WZV-Kriterien aus verschiedenen Gründen bisher nicht konkretisiert. Angesichts der Komplexität des Themas, des wissenschaftlichen Fortschritts und der sich verändernden wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen erfordert eine Konkretisierung der WZV-Kriterien einerseits ein wesentlich höheres Mass an inhaltlichen Ausführungen, als dies in einem Gesetz oder Verordnung umgesetzt werden könnte und andererseits eine kontinuierliche Weiterentwicklung. Dementsprechend wurde im Jahr 2011 – nach vorgängiger Beratung in den Eidg. Kommissionen – eine erste Version eines Arbeitspapiers zur Operationalisierung der WZV-Kriterien⁴ veröffentlicht, welches die Grundlage für die Tätigkeiten des BAG und der Kommissionen darstellt. Dies insbesondere auch zur Umsetzung der Empfehlungen 8, 9 und 10 aus dem Bericht zur Inspektion «Bestimmung und Überprüfung ärztlicher Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» der Geschäftsprüfungskommission des Nationalrats aus dem Jahr 2009. Die Vervollständigung und Weiterentwicklung der Operationalisierung der WZV-Kriterien ist im Gange und weitere Inhalte werden in diesem sowie nächstem Jahr veröffentlicht werden.

² Die Tarifpartner werden jeweils über die bundesrätlichen Auflagen mittels Informationsschreiben des BAG informiert.

³ vgl. http://swissdrg.org/assets/pdf/Tarifdokumente/SwissDRG_Reglement_Kodierrevision_4_0_def.pdf.

⁴ vgl. <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/0263/00264/04863/index.html?lang=de>.

Im spezifischen Bereich der Arzneimittel ist das besonders im Vordergrund stehende Thema der Wirtschaftlichkeit auf Verordnungsebene bereits konkretisiert und die vorgesehene Verordnungsanpassung ist aktuell Gegenstand politischer Diskussionen.

Die erwähnten Dokumente sind auch handlungsleitend für die Überprüfung und Beurteilung der stationären Spitalleistungen durch die Versicherer, wenn es einerseits um die Beurteilung der Rückerstattungspflicht von Leistungen im Rahmen des Vertrauensprinzips geht und andererseits bei der Beurteilung eines Einzelfalles. Ergeben sich zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern Differenzen in der grundsätzlichen WZW-Beurteilung von Leistungen, so besteht die Möglichkeit eines Umstrittenheitsverfahrens oder der Einreichung eines Antrages zur Beurteilung durch die Eidg. Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (ELGK). Die Beurteilung, ob die Leistungserbringung wirtschaftlich ist, wird zudem laufend durch die Tarifpartner und auch durch das Bundesverwaltungsgericht verfeinert. Im Einzelfall handelt es sich insbesondere bei der Indikationsstellung und der ortsprechenden Beurteilung der Zweckmässigkeit einer Leistung primär um Fragen, welche die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt beurteilen muss.

Aus Sicht des BAG kann eine Konkretisierung der WZW-Kriterien auf Verordnungsebene den Anforderungen in der Praxis nicht genügend gerecht werden und die ertüffigten Ermessensfragen bei der Beurteilung von Einzelfällen nicht lösen.


Besten Dank für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme. Für ergänzende Auskünfte stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Der Direktor

Pascal Strupler

Anhang 9: Stellungnahme Bundesamt für Statistik

 Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Statistik BFS
Direktion

CH-2010 Neuchâtel
BFS DIR

Eidgenössische Finanzkontrolle
Michel Huissoud, Direktor
Morblioustrasse 45
3003 Bern

EFK	1.14367.315.0098.5	cdp
29. OKT. 2014		
<i>Kunzli</i>	<i>cdp</i>	
<i>Saem</i>	<i>M-1</i>	
<i>Lova</i>	<i>mu</i>	

Ihr Zeichen: 1.14367.315.0098.5 FBStuue
Referenz/Aktenzeichen: 14-07-03
Unser Zeichen: KFE
Sachbearbeiter/in: Katharina Fehst
Neuchâtel, 22. Oktober 2014

Stellungnahme des Bundesamtes für Statistik (BFS) zu den Empfehlungen der Eidgenössischen Finanzkontrolle (EFK) - Kontrolle von DRG-Spitalkrechnungen durch die Krankenkasse

Sehr geehrter Herr Huissoud

Das BFS bedankt sich bei der EFK für die geleistete Arbeit bezüglich Analyse der Umstellungsphase auf die neue Spitalfinanzierung und für die Möglichkeit zur Stellungnahme.

Allgemeine Bemerkungen

Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser erfasst jährlich die anfallenden Daten aller Hospitalisierungen in den Schweizerischen Krankenhäusern. Zu diesem Zweck gibt das BFS zwei Klassifikationen und eine Richtlinie heraus. Die gesetzlichen Grundlagen sind im Bundesstatistikgesetz vom 1. Oktober 1992 (BStatG) und für die Spitalfinanzierung (SwissDRG) im Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG) festgehalten. Neben der Herausgabe der Kodierungsinstrumente betreibt der Bereich „Medizinische Klassifikationen“ der Sektion Gesundheit eine Hotline. Hier werden Anwenderanfragen hinsichtlich der Benutzung der Kodierungsinstrumente bearbeitet.

Als wesentlicher Hauptakteur hätte das BFS gern die Gelegenheit wahrgenommen im Rahmen der durchgeführten Interviews ihre Tätigkeiten und Kompetenzen zu beschreiben und zu allfälligen Unklarheiten Stellung beziehen zu können.

Bundesamt für Statistik BFS
Georges-Simon Ulrich
Espace de l'Europe 10, 2010 Neuchâtel
Tel. +41 26 46 36001, Fax-Nr. +41 58 48 36002
Georges-Simon.Ulrich@bfs.admin.ch

Gern nehmen wir hiernit zu den zwei Empfehlungen Stellung.

Empfehlung 1: Die Benennung einer Schlichtungsstelle, welche bei Unstimmigkeiten eines SwissDRG-Falles eine abschliessende Beurteilung vornimmt.

Kodierungsunstimmigkeiten zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen werden vom BFS bearbeitet. Das BFS gibt eine Empfehlung ab, welche nicht rechtsbindend ist. Der Rechtsweg bleibt den beteiligten Parteien offen. Hinsichtlich der Etablierung einer Schlichtungsstelle wurden intensive Diskussionen mit dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) sowie in der Koordinationsgruppe des BFS geführt. Die Meinung der Tarifpartner (FMH, H+, Versicherer, GDK) diesbezüglich ist einheitlich und zeigt auf, dass aktuell kein Handlungsbedarf besteht.¹

Empfehlung 2: Die Bestimmung einer bereits bestehenden Stelle, welche die vollständige und ordnungsgemässe Durchführung, Auswertung sowie Veröffentlichung der Kodierrevision sicherstellt.

Das BFS führt eine Liste mit sämtlichen Revisoren, welche die Anforderungen gemäss Reglement für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG² erfüllen und die dem BFS einen Antrag zur Aufnahme in die Liste der Revisoren gestellt haben. Das BFS veröffentlicht die aktualisierte Liste jeweils per 30.06. und per 31.12. jeden Jahres. Es kann ausführende Bestimmungen formulieren. Das BFS weist darauf hin, dass es nicht in der Kompetenz des BFS liegt, Richtlinien für das Auswahlverfahren der Kodierrevision abzugeben. Das Reglement für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG liegt in den Händen der Tarifpartner.

Zusammenfassend besteht aus Sicht des BFS kein Handlungsbedarf betreffend die Empfehlungen 1 und 2. Bei Änderungen der Bedürfnisse der Partner stehen dem BFS Gremien zur Verfügung, um diese dort mit den betroffenen Akteuren zu diskutieren.

Für allfällige Rückfragen stehen wir Ihnen zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Direktion
Bundesamt für Statistik BFS


Dr. MBA Georges-Simon Ulrich
Direktor


Marco D'Angelo
Sektionschef Gesundheit

Kopie:
– Bundesamt für Gesundheit

¹http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/Infothek/nomenklaturen/blank/blank/codage/04/04_05.Door_mont.172938.pdf

²http://swissdrg.org/assets/pdf/Tarifdokumente/Kodierrevision/SwissDRG_Reglement_Kodierrevision_4_0_de_t.pdf

Anhang 10: Stellungnahme Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren und Gesundheitsdirektorinnen GDK



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza wisveta delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK)
Monbijoustrasse 45
3003 Bern

Bern, 3.11.2014
85.1456 / GS

Bericht: Kontrolle von DRG-Spitalrechnungen durch die Krankenversicherungen

Sehr geehrter Herr Lunginbühl
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 22.9.2014 haben Sie uns Ihren Bericht „Kontrolle von DRG-Spitalrechnungen durch die Krankenversicherungen“ zukommen lassen und uns aufgefordert, Ihnen bis zum 15.10.2014 eine Stellungnahme zu den einzelnen Empfehlungen abzugeben, was wir hiermit gerne tun. Wir bitten Sie, die Verspätung der Antwort zu entschuldigen und danken für die uns zugestandene Fristverlängerung.

Auch wenn wir aus Ihrer Situationsanalyse keinen dringlichen Handlungsbedarf ableiten, begrüssen wir das Engagement der EFK bei der Erarbeitung dieses Berichts, welcher wichtige Fragen aufgreift.

Wie sie richtigerweise in Ihrem Bericht aufführen haben die Kantone beschlossen, sich grundsätzlich in Bezug auf die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit der einzelnen Behandlungen auf die Rechnungskontrollen der Versicherer zu stützen und keine parallelen Prozesse aufzubauen. Die medizinische Kodierung wird nach dem „Reglement für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG“ regelmässig durch anerkannte unabhängige Revisionsgesellschaften geprüft. Die notwendigen Sanktionen leiten die einzelnen Kantone individuell daraus ab. In der Regel beschränkt sich die ergänzend dazu ausgeführte Rechnungsprüfung der Kantone auf administrative Kriterien wie bspw. die Überprüfung des Wohnortes der Patientinnen und Patienten. Einzelne Kantone haben darüber hinaus Prüfmechanismen etabliert zur Sicherstellung der Einhaltung allgemeiner DRG-Abrechnungsregeln z.B. betr. Wiedereintritte und Verlegungsabschläge, zur Überprüfung der Einhaltung der Rahmenbedingungen einer erteilten Kostengutsprache sowie der Einhaltung des Leistungsauftrages. Zu diesem Zweck können die prüfenden Kantone bei Bedarf stichprobenbasiert von den Spitälern medizinische Unterlagen einfordern.

Es versteht sich von selbst, dass die Kantone daher daran interessiert sind, dass die Rechnungskontrolle durch die Versicherer korrekt erfolgt und aussagekräftige Ergebnisse liefert.

Die in Ihrem Bericht dargelegten Herausforderungen identifizieren wir ebenso. In Bezug auf die vorgeschlagenen Massnahmen erlauben wir uns untenstehende Kommentare.



Empfehlung 1: Schlichtungsinstanz

Die Dachverbände der Tarifpartner haben sich gegenseitig informell zugesichert, in Konfliktsfällen die nicht rechtsbindenden Empfehlungen des Kodiersekretariats des BFS zu akzeptieren und auf ein Beschreiten des Rechtsweges verzichten zu wollen.

Wir teilen die von H+ in deren Antwortschreiben vom 15.10.2014 geäußerte Haltung, dass eine zusätzliche Instanz zur Schlichtung von Streitfällen vor dem ordentlichen Rechtsweg nicht notwendig ist, zumal das Beschreiten des Rechtsweges durch einzelne Akteure letztlich weder durch obig erwähnte informelle Zusicherung der Tarifpartnern noch durch eine zu schaffende Schlichtungsstelle verhindert werden kann.

Empfehlung 2: Veröffentlichung der Berichte über die Kodier-Revision

Im Reglement für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG ist unter Punkt 5.2 aufgeführt, an welche Stellen die Spitäler die Berichte über die Kodierrevision und den Revisionsdatensatz zu senden haben. Es sind dies neben dem Standortkanton auch H+, santésuisse, die MTK, die GDK, die SwissDRG AG und das Kodierungssekretariat des BFS.

Es muss auf jeden Fall verhindert werden, dass die Arbeit, die Kodierrevisionsberichte und die Revisionsdatensätze zu sammeln und zur Verfügung zu halten mehrfach vorgenommen wird. Die Partner der SwissDRG AG sollten gemeinsam eine Stelle bezeichnen und damit beauftragen. Eine erste diesbezügliche Initiative der GDK war noch nicht erfolgreich.

Alternativ zu Ihrem Vorschlag, die SwissDRG AG zu beauftragen, ist die GDK zurzeit mit der SASIS AG in entsprechenden Verhandlungen.

Empfehlung 3: Mitteilung von Rechnungskorrekturen

Die Spitäler müssen Rechnungskorrekturen zwingend auch den Kantonen mitteilen. Diese Informationsübermittlung muss geregelt werden. Wir gehen davon aus, dass dies im Rahmen der Vergabe von Leistungsaufträgen an Listenspitäler geregelt und sichergestellt werden kann.

Empfehlung 4: Konkretisierung der WZW-Kriterien

Wir begrüßen Schritte zur Operationalisierung der WZW-Kriterien. Wir erachten dies als die herausforderndste der Empfehlungen.

Gerne weisen wir an dieser Stelle noch darauf hin, dass die Überprüfung der Leistungsaufträge ebenfalls einen wichtigen Bestandteil der Rechnungskontrolle darstellt. Wir gehen davon aus, dass die Kantone als Auftraggeber der Leistungsaufträge dafür über die notwendigen Instrumente verfügen oder diese entwickeln.

Wie im Bericht erwähnt, ist die neue Spitalfinanzierung noch in der Einführungsphase. Für die beschriebenen Problemfelder sind Lösungen zu suchen. Primär erachten wir dabei die Tarifpartner in der Pflicht. Wir sehen daher zwar bisher noch keinen Interventionsbedarf seitens des Bundes, die von den Tarifpartnern unternommenen Schritte sind aber eng zu beobachten und falls sich zeigt, dass die Tarifpartner keine Lösungen etablieren können, müssten allenfalls zu einem späteren Zeitpunkt auf Bundesebene entsprechende Massnahmen ergriffen werden.



Für weitere Auskünfte stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

SCHWEIZERISCHE KONFERENZ DER KANTONALEN
GESUNDHEITSDIREKTORINNEN UND -DIREKTOREN

Michael Jordi
Zentralsekretär



Anhang 11: Stellungnahme Die Spitäler der Schweiz H+



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Eidgenössische Finanzkontrolle
Michel Huissoud, Direktor
Monbijoustrasse 45
3003 Bern

Ort, Datum Bern, 15. Oktober 2014 Direktwahl 031 335 11 00
Ansprechpartner/in Bernhard Wegmüller E-Mail bernhard.wegmuller@hplus.ch

EFK Bericht: Kontrollen von DRG-Spitalrechnungen durch die Krankenkassen

Sehr geehrter Herr Huissoud

Besten Dank für die Bestandesaufnahmen der EFK vom 22. September 2014 zur Umstellung auf die neue Spitalfinanzierung und die Einladung, zu den Empfehlungen Stellung nehmen zu können. Gerne nehmen wir diese Möglichkeit wahr.

Allgemeine Bemerkungen

Der Bericht erwähnt vier wichtige Themenbereiche, die im Rahmen der Rechnungsabwicklung von Spitalbehandlungen von Relevanz sind. Etwas weniger klar kommt zum Ausdruck, dass verschiedene der angesprochenen Themen nicht direkt mit der neuen Spitalfinanzierung und den SwissDRG zu tun haben, sondern Aspekte sind, die schon immer im Rahmen der Rechnungsabwicklung und der sozialen Krankenversicherung behandelt werden mussten. Nachfolgend gehen wir auf die einzelnen Empfehlungen ein.

Empfehlung 1: Die Benennung einer Schlichtungsstelle, welche bei Unstimmigkeiten eines SwissDRG-Falles eine abschliessende Beurteilung vornimmt

Die Expertenmeinungen des BFS bei Kodierunstimmgkeiten bewähren sich gegenwärtig. Dies umso mehr, als das BFS auch für die Kodierrichtlinien zuständig ist und somit aus den Anfragen allfällige Präzisierungen in diesen Richtlinien vornehmen kann.

Eine zusätzliche Beurteilungsstelle vor dem ordentlichen Rechtsweg scheint uns zurzeit nicht notwendig. Eine abschliessende Beurteilung dieser Instanz wäre zudem formalrechtlich unter der heutigen Gesetzgebung nicht möglich. Der Rechtsweg gemäss KVG bleibt offen.

Empfehlung 2: Die Bestimmung einer bestehenden Stelle, welche die vollständige und ordnungsgemässe Durchführung, Auswertung und Veröffentlichung der Kodier-Revisionen sicherstellt.

Im überarbeiteten Reglement zur Kodierrevision wurde präzisiert, wohin die Spitäler ihre Kodier-revisionsberichte liefern müssen (konkrete Mailadressen). Die Erfahrungen mit den kommenden Revisionsberichten werden zeigen, ob und welche weiteren Massnahmen sinnvoll sind.

Sollten sich weiterhin Probleme ergeben, werden die Tarifpartner und Kantone gemeinsam nach Lösungen suchen. Eine der denkbaren Möglichkeiten wäre dabei eine bestehende Stelle zu beauftragen, die dies zentral übernimmt.

H+: Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen
H+: Hôpitaux, cliniques et institutions de soins suisses
H+: Gli Ospedali, le cliniche e gli istituti di cura svizzeri

Geschäftsstelle · Lorrainestrasse 4A · 3013 Bern
T 031 335 11 11 · F 031 335 11 70
geschaeftsstelle@hplus.ch · www.hplus.ch

Empfehlung 3: Die Sicherstellung, dass die Spitäler bei Rechnungskorrekturen gegenüber Kanton und Krankenversicherer Bericht erstatten.

Es gehört zu den Aufgaben der Spitäler und Kliniken, korrekte Rechnungen zu stellen und bei Korrekturen die betroffenen Zahler darüber zu informieren. Diese Aufgabe ist nicht neu. Es hat z.B. schon immer Fälle gegeben, bei denen die Sozialversicherung (KV, IV, IV, MV) und damit auch die anteilmässige Kostenübernahme durch die Kantone angepasst werden musste. Durch die einheitliche elektronische Rechnungsabwicklung wird diese Aufgabe gegenüber früher einfacher.

Eine Regelung, dass nicht dieselbe Rechnung inhaltlich durch Krankenversicherer und Kantone geprüft wird, wäre sicher hilfreich. Damit könnten unterschiedliche Korrekturwünsche und Fehler im Prozess vermieden werden. Da sich die elektronische Rechnungsabwicklung inkl. medizinisches Minimum Data Set erst seit diesem Jahr richtig etabliert, müssen diese Erfahrungen aber abgewartet werden.

Empfehlung 4: Klärung und Konkretisierung der WZW-Kriterien und Verfahren für die Messung und Beurteilung der stationären Spitalleistungen.

Die gesetzlichen Anforderungen an die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der stationären Spitalleistungen haben mit der neuen Spitalfinanzierung und den SwissDRG nicht geändert. Die Überprüfung dieser Faktoren wird aber auf eine bessere Grundlage gestellt. Mit den Fallpauschalen sind nun alle Leistungen gesamtschweizerisch mit einer einheitlichen Struktur bewertet, die vom Bundesrat verabschiedet wird. D.h. die übergeordnete Wirtschaftlichkeitsfrage ist dadurch geklärt.

Die Frage der Wirksamkeit der Behandlungen obliegt wie bis anhin der ELGK und kann via KLV geregelt werden. Hier hat sich nichts geändert.

Die Beurteilung der Zweckmässigkeit, d.h. des medizinischen Nutzens und der Wirtschaftlichkeit gegenüber alternativen Behandlungen im Einzelfall bleibt wie bis anhin in der Verantwortung des behandelnden Leistungserbringers. Eine Überprüfung erfolgt durch den Versicherer oder dessen Vertrauensärzte. Durch die national einheitliche Beschreibung und Bewertung der stationären Leistungen mittels SwissDRG und die Pflicht zur Übermittlung der medizinischen Minimum Data Sets wird die Kontrolle der Zweckmässigkeit tendenziell einfacher als bisher.

Fazit

Wie auch die EFK in ihrem Bericht feststellt, befinden sich die neue Spitalfinanzierung und die Fallpauschalen noch in der Etablierungsphase. Es gilt, die Erfahrungen abzuwarten. Zurzeit erkennen wir in keinem der vier angesprochenen Bereiche einen dringlichen Handlungsbedarf. Insbesondere sehen wir keinen Anlass für zusätzliche Vorgaben durch den Bund. Sollten die Erfahrungen in den kommenden Jahren zeigen, dass Verbesserungen angebracht sind, verfügen die Tarifpartner und Kantone mit der SwissDRG AG und den Tarifverträgen über die notwendigen Gefässe, um die entsprechenden Anpassungen zu diskutieren und zu etablieren. H+ ist im Bedarfsfall immer offen für solche Diskussionen und Optimierungen.

Für allfällige Fragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor

Kopie:

- Bundesamt für Gesundheit
- Bundesamt für Statistik
- GDK
- Santésuisse

Anhang 12: Stellungnahme Die Schweizer Krankenversicherer santésuisse



santésuisse
Römerstrasse 20
Postfach 1561
CH-4502 Solothurn
Tel. +41 32 625 41 41
Fax +41 32 625 41 51
mail@santesuisse.ch
www.santesuisse.ch

Eidgenössische Finanzkontrolle
Michel Huissoud, Direktor
Monbijoustrasse 45
3003 Bern

Für Rückfragen:
Stefan Grunder
Direktwahl: +41 32 625 4270
Stefan.Grunder@santesuisse.ch

Solothurn, 14. Oktober 2014

Kontrollbericht DRG-Spitalrechnungen

Sehr geehrter Herr Huissoud

Zu den Empfehlungen im Kontrollbericht von DRG-Spitalrechnungen durch die Krankenversicherungen, welchen wir mit Ihrem Schreiben vom 22. September 2014 erhalten haben, nehmen wir gerne wie folgt Stellung.

Empfehlung 1: Die Benennung einer Schlichtungsstelle, welche bei Unstimmigkeiten eines SwissDRG-Falles eine abschliessende Beurteilung vornimmt

Das Bundesamt für Statistik publiziert die schweizweit einheitlichen und für alle Leistungserbringer verbindlichen Kodierrichtlinien. Zudem gibt das Bundesamt für Statistik nicht rechtsbindende Empfehlungen zur Umsetzung dieser Richtlinien ab. Ist ein Tarifpartner mit der Empfehlung nicht einverstanden, kann das kantonale Schiedsgericht angerufen werden. Aus Sicht von santésuisse hat sich dieses Setting bewährt und kann durch die Benennung einer Schlichtungsstelle nicht verbessert werden, wie die Erfahrungen mit den vor Einführung von SwissDRG eingesetzten paritätischen Vertrauenskommissionen (PVK) zeigen. Da das BFS die Kodierrichtlinien publiziert, sollte auch das BFS beurteilen, ob die Kodierrichtlinien eingehalten wurden. Eine Schlichtungsstelle müsste deshalb zwingend mit BFS-Mitarbeitern besetzt sein, womit lediglich eine parallele Struktur zum Status quo geschaffen würde.

Empfehlung 2: Die Bestimmung einer bestehenden Stelle, welche die vollständige und ordnungsgemässe Durchführung, Auswertung und Veröffentlichung der Kodier-Revisionen sicherstellt.

Das bestehende Reglement zur Durchführung der Kodier-Revision und die Kodierrevision 2012 haben aus Sicht von santésuisse drei Schwachstellen aufgezeigt:

- santésuisse und die Versicherer erhalten die Berichte selten unaufgefordert und meist nur zeitverzögert.
- Die Unabhängigkeit der Kodier-Revisoren ist nicht in allen Fällen gegeben.
- Das statistische Konzept deckt nicht alle systematischen Kodier-Fehler auf.

Das erste Problem haben die Tarifpartner erkannt und im überarbeiteten Reglement für jede Partnerorganisation eine Adresse genannt, an welche die Berichte zu schicken sind. Ausserdem muss das Spital die wesentlichen Aussagen der Kodier-Revision publizieren. Die Erfahrungen mit der zweiten und dritten Kodier-Revision unter SwissDRG werden zeigen, ob die Spitäler den Versicherern und santésuisse die Berichte in Zukunft schneller und vollständiger zustellen werden. Für das zweite und dritte Problem wird santésuisse im Rahmen der Arbeitsgruppe, die aus Vertretern aller Partnerorganisationen zusammengesetzt ist und das Reglement sowie den Musterrevisionsbericht weiterentwickeln, Verbesserungsvorschläge unterbreiten. Die Bestimmung einer bestehenden Stelle würde allenfalls das erste Problem entschärfen, ist dazu aber nicht notwendig. Die beiden anderen Probleme sind zwischen den Tarifpartnern und Kantonen zu regeln. Santésuisse erachtet die Empfehlung als unnötigen Mehraufwand.

Empfehlung 3: Die Sicherstellung, dass die Spitäler bei Rechnungskorrekturen gegenüber Kanton und Krankenversicherer Bericht erstatten.

Es ist und bleibt Aufgabe des Rechnungsstellers, eine korrekte Abrechnung an die Kostenträger zu senden. Die Kantone dürften ihre Verfahren zur Erstattung des Kantonsanteils unterschiedlich gestaltet haben und mit Vorteil auf eine Einzelrechnungsprüfung und –bezahlung verzichten. Damit würde sich die Korrespondenz zur Berichtigung von Einzelrechnungen erübrigen.

Empfehlung 4: Klärung und Konkretisierung der WZW-Kriterien und Verfahren für die Messung und Beurteilung der stationären Spitalleistungen.

Die Überprüfung der WZW-Kriterien im Rahmen der Rechnungskontrolle ist eine der Kernaufgaben der Versicherer. Jedoch wird diese Aufgabe heute dadurch erschwert, dass bei den meisten Leistungen und Behandlungen das sogenannte Vertrauensprinzip gilt und die Krankenpflege-Leistungsverordnung nur bei einzelnen wenigen Leistungen eine Vergütungspflicht verneint. In der Praxis bedeutet dies, dass der behandelnde Arzt über einen sehr grossen Ermessungsspielraum verfügt und die Versicherer nur in wenigen Fällen die Vergütung ablehnen können. Vor diesem Hintergrund steht santésuisse grundsätzlich einer Klärung und Konkretisierung der WZW-Kriterien positiv gegenüber. Insbesondere sollten unter Einbezug aller Akteure der (Mehr-)Nutzen von Behandlungen untersucht werden und Richtlinien, wie sie zum Beispiel das Swiss Medical Board erstellt hat, publiziert werden. Da es letztendlich um Beschränkungen der Leistungen geht, ist hier vor allem auch der gesellschaftliche Diskurs gefragt und weniger die Leistungserbringer. Für den stationären Bereich ist mit Einführung der Fallpauschale der Anreiz zur wirtschaftlicheren Leistungserbringung bereits gesetzt.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

santésuisse
Abteilung Grundlagen

Abteilung Grundlagen
Ressort Stationäre Tarifstrukturen

Stefan Grunder
Leiter Abteilung

Stephan Colombo
Leiter Ressort