

## **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 akutsomatische<sup>1</sup> 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-

---

<sup>1</sup> 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 berücksichtigen, 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.