

Benötigte Daten zur formalen Prüfung von Rechnungen für stationäre Leistungen durch die Kantone

Bericht des Bundesamts für Gesundheit vom 7. März 2023

1 Beschluss des Ständerates und Auftrag der SGK-N

Der Beschluss des Ständerats sieht in Artikel 21 E-KVG vor, dass die Kantone von den Versicherern die Daten erhalten, die sie für die Erfüllung ihrer Aufgaben nach dem KVG benötigen. Im Normalfall betrifft dies Daten, die über mehrere versicherte Personen aggregiert sind. Falls für die Aufsicht über die Leistungserbringer und zur Versorgungsplanung notwendig und nicht anderweitig erhältlich, können es auch Daten pro versicherte Person sein. Diese ermöglichen insbesondere einen Nachvollzug von Patientenpfaden, womit beispielsweise Versorgungslücken erkannt werden können.

Daneben sollen die Kantone vom Versicherer zusätzlich Zugang zu den Originalrechnungen für stationäre Behandlungen erhalten (Art. 60 Abs. 7 E-KVG), und sie sollen aus bestimmten Gründen die Kostenübernahme verweigern können (Art. 60 Abs. 7^{bis} und 7^{ter} E-KVG).

Es soll nun geprüft werden, ob es auch möglich wäre, dass die Kantone ohne Zugang zu den Originalrechnungen von den Versicherern die notwendigen Angaben erhalten, um zu überprüfen, ob die Leistungserbringer, im speziellen die Spitäler, über einen Leistungsauftrag des Kantons für die betreffende Leistung verfügen.

2 In DRG-Rechnungen enthaltene Daten

Theoretisch wäre es denkbar, dass die Versicherer den Kantonen formal gesehen nicht den Zugang zur Originalrechnung ermöglichen, sondern zu denjenigen in der Rechnung enthaltenen Daten, welche für die Prüfung durch die Kantone notwendig sind. Allerdings wären die benötigten Daten nahezu identisch mit denjenigen Informationen, welche auf der Originalrechnung aufgeführt sind (vgl. Tabelle 1). Die Kantone erhielten so kaum weniger Informationen als beim Zugang zur Originalrechnung, die Bereitstellung der Informationen wäre aber administrativ aufwändiger und für die Kantone weniger zuverlässig.

Die Rechnungen des Typs DRG und alle anderen stationären Spitalrechnungen (ST-Reha, TARPSY) enthalten eine Rechnungsnummer, Rechnungsdatum sowie Fallnummer und Informationen zum Rechnungssteller und Leistungserbringer (jeweils ZSR- und GLN-Nummer), zur behandelten Person (Personalien, AHV-Nummer und Versichertennummer), zum Behandlungsgrund (Krankheit, Unfall, Schwangerschaft, Geburtsfehler) beziehungsweise zum Gesetz (KVG, Zusatz-, Invaliden- oder Militärversicherung), zu Zeitpunkt und Dauer der Hospitalisierung und Behandlung, zur Eintrittsart (Notfall oder geplante Aufnahme), zur Aufnahme- und Entlassungsart (z. B. normal, verlegt, verstorben) sowie aus welcher Situation (z. B. zu Hause) oder Institution (z. B. anderes Akutspital) der Eintritt und wohin der Austritt erfolgte, falls vorhanden zur Kostengutsprache bei ausserkantonaler Behandlung, zum zuweisenden Leistungserbringer und schliesslich zur Diagnose, zur abgerechneten Fallpauschale (DRG-Code) inklusive Kostengewicht und zum verrechneten Tarif (Baserate).

3 Daten zur Prüfung des Leistungsauftrags

Zur Prüfung, ob der Leistungserbringer einen Leistungsauftrag für die verrechnete Leistung hat, benötigt der Kanton die Daten zum Rechnungssteller und Leistungserbringer, zum Behandlungsgrund und zum anwendbaren Gesetz¹, zum Zeitpunkt der Hospitalisierung und Behandlung², zur Diagnose und abgerechneten Fallpauschale. Für die Korrektur von falschen Rechnungen und die eventuelle Ablehnung des Kantonsbeitrags werden (auch bei den anderen Prüfungen) zusätzlich die Rechnungs-/Fallnummer, der verrechnete Betrag und der zuständige Versicherer (ersichtlich mit Versichertennummer) benötigt.

Die Kantone argumentieren, dass die Versicherer nicht dasselbe Interesse haben, die Leistungsaufträge zu prüfen. Quantitativ begrenzte Leistungsaufträge können die einzelnen Versicherer zudem überhaupt nicht prüfen, da sie nicht das gesamte Leistungsgeschehen überblicken. Es können sich beim Versicherer auch Interessenkonflikte ergeben, wenn beim selben Versicherer eine Zusatzversicherung leistungspflichtig würde, weil kein KVG-Leistungsauftrag vorhanden ist und daher keine Kostenübernahme nach KVG erfolgen darf.

4 Daten zur Prüfung des korrekten Tarifs

Soll der Kanton, wie vom Ständerat vorgesehen (und von den Kantonen verlangt), prüfen können, ob der richtige Tarif angewendet wird, also ob erstens der verrechnete Tarif zum Versicherer und zum Behandlungsgrund passt (nur KVG-Baserates für KVG-Leistungen, z. B. keine IV- oder UVG-Tarife und -Leistungen) und zweitens bei ausserkantonaler Wahlbehandlung bei Fehlen einer Kostengutsprache der Referenztarif abgerechnet wird, werden neben den oben erwähnten Daten zusätzlich Angaben zur behandelten Person³, zur Eintrittsart (z. B. Notfall), zur Kostengutsprache und zum verrechneten Tarif (Baserate) benötigt. Damit ein Tarif für eine stationäre Behandlung abgerechnet werden kann, muss es sich ausserdem um einen stationären Fall (entsprechend SwissDRG-Abrechnungsregeln) handeln. Eine Falldauer von nur einem Tag (ohne Übernachtung) ist bei Verlegung in ein anderes Spital möglich, dafür sind Daten zur Institution, wohin der Austritt erfolgt, notwendig.

Da der Kanton grundsätzlich Kenntnis von vorherigen IV-Rechnungen für eine Person hat, kann er erkennen, ob eine damit zusammenhängende Leistung einmal fälschlicherweise als KVG-Leistung abgerechnet wird. Der Versicherer könnte dies nur nach einer detaillierten Prüfung der medizinischen Unterlagen feststellen. Beim Referenztarif wiederum kann sich ein Interessenkonflikt des Versicherers ergeben, weil bei einer ungerechtfertigten Übernahme des (höheren) Standorttarifs des Spitals durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Zusatzversicherung entlastet werden kann, welche oft bei demselben Versicherer abgeschlossen wird.

5 Daten zur Prüfung der Einhaltung der Anwendungsmodalitäten

Soll der Kanton, wie vom Ständerat vorgesehen (und von den Kantonen verlangt), prüfen können, ob die Anwendungsmodalitäten eines Tarifs eingehalten werden, sind zusätzlich Informationen zur Situation oder Institution, aus welcher der Eintritt und wohin der Austritt erfolgte, notwendig. Damit lässt sich in Kombination mit der Behandlungsdauer beispielsweise

¹ Die Leistungsaufträge für den KVG-Bereich unterscheiden sich von denen für andere Versicherungen.

² Leistungsaufträge können sich im Zeitverlauf ändern. Mengenmässig beschränkte Leistungsaufträge können im Zeitverlauf ausgeschöpft sein.

³ Die Kostengutsprache für eine ausserkantonale Wahlbehandlung ist an eine bestimmte Person gebunden.

ermitteln, ob dort, wo mehrere Fälle zusammen als ein (günstigerer) Fall abgerechnet werden müssen oder wo wegen Verlegungen in andere Spitäler der verrechenbare Betrag reduziert werden muss, die DRG-Abrechnungsregeln eingehalten werden. Mit der Behandlungsdauer und Fallpauschale lässt sich auch ermitteln, ob das korrekte Kostengewicht inklusive Ab-, Zu- und Verlegungsabschläge verrechnet wurde. Auch die Kumulierbarkeit von Zusatzentgelten und ihr korrekter Betrag können so überprüft werden. Mit einem Abgleich aller Datenpunkte können irrtümlich doppelt gestellte Rechnungen erkannt werden.

Tabelle 1: Originalrechnungen stationär, enthaltene Daten und ihre Verwendung

Information auf Rechnung	Prüfung Leistungsauftrag	Prüfung korrekter Tarif	Prüfung Anwendungsmodalitäten	Korrektur falscher Rechnungen	Andere Verwendung
Rechnungs-/ Fallnummer				X	
Rechnungssteller	X	X			
Leistungserbringer	X	X			
AHV- und Versichertennummer		X		X	
Krankheit vs. Unfall/ Andere (Gesetz)	X	X			
Zeitpunkt/Dauer Hospitalisierung	X	X	X		
Aufnahmeart (Notfall?)		X			
Eintritt/Austritt woher/wohin		X	X		
Zuweisender Leistungserbringer					X
Kostengutsprache		X			
Diagnose/DRG-Code, evt. Zusatzentgelte	X	X	X		
Kostengewicht			X		
Baserate		X	X		
Verrechneter Betrag			X	X	

Darstellung BAG. «Andere Verwendung» (z. B. Versorgungsplanung, Aufsicht) wird nur aufgeführt, falls keine der übrigen Verwendungen zutrifft. Auch andere Informationen sind für Planungs- und Aufsichtszwecke relevant.

Der einzelne Versicherer kann die Einhaltung der Anwendungsmodalitäten in den meisten Fällen mit denselben Informationen wie die Kantone prüfen. Wenn eine versicherte Person am Ende des Jahres den Versicherer wechselt und kurz vor Jahresende und kurz nach Jahresbeginn zwei stationäre Behandlungen hat, die vom Spital trotz eines vorübergehenden Spitalaustritts über den Jahreswechsel eigentlich in einer Rechnung zusammengeführt werden müssten, ist es aber auch hier möglich, dass der Kanton in einzelnen Fällen über mehr Informationen zur Prüfung verfügt als der einzelne Versicherer.

6 Weitere Verwendungszwecke

Nur ein Datenpunkt der SwissDRG-Rechnungen wird nicht benötigt für die drei formalen Prüfungen, die der Kanton laut dem Beschluss des Ständerates vornehmen können soll. Dabei handelt es sich um die Information zum zuweisenden Leistungserbringer. Diese Information dient aber, ebenso wie beispielsweise Informationen dazu, woher eine versicherte Person eintritt und wohin sie austritt, der Versorgungsplanung (z. B. regionale Verteilung von Patientenflüssen).

Wenn es häufig vorkommt, dass Patientinnen und Patienten am Nachmittag/Abend vor der Operation ins Spital eintreten, weil sich dadurch die Aufenthaltsdauer gerade soweit verlängert, dass ein höheres Kostengewicht verrechnet werden darf, kann dies für die Beurteilung seiner Wirtschaftlichkeit im Rahmen der Spitalplanung relevant sein.

Die Notwendigkeit eines stationären Aufenthalts wird anhand der Fallpauschale, einer möglichen Kostengutsprache und der Eintrittsart eruiert. Der Abgleich der Behandlung und der Liste «ambulant vor stationär» sowie potenziellen «Umgehungskodierungen» kann somit ebenfalls für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit im Rahmen der Spitalplanung relevant sein.

Für diese Zwecke wäre mit Artikel 21 Absatz 2 Buchstabe d E-KVG auch die Weitergabe von Daten pro versicherte Person durch die Versicherer zulässig, die Kantone erhalten mit dem Zugang zu Originalrechnungen auch in diesem Punkt keine zusätzlichen Daten.

7 Fazit

Die Kantone erhalten mit einem auf den stationären Bereich beschränkten Zugang zu Originalrechnungen, wie vom Ständerat beschlossen, erstens nicht andere Daten, als sie schon heute erhalten. Im Unterschied zu heute werden aber mit Artikel 60 Absatz 7 E-KVG die gesetzlichen Voraussetzungen geschaffen, damit den Kantonen Vorgaben zum Datenschutz gemacht werden können.

Zweitens könnten die Kantone die benötigten Daten technisch statt über die Originalrechnungen auch über einen Auszug aus denselben enthalten. Dieser müsste aber praktisch sämtliche Informationen enthalten, welche bereits in der Originalrechnung aufgeführt sind, und Artikel 21 müsste dafür ergänzt werden. Es stellt sich die Frage, was der Vorteil einer solchen Regelung wäre, insbesondere, ob ein solches Vorgehen effizienter wäre als ein Zugang zur Originalrechnung.

Drittens wäre ein Datenzugang über Artikel 21 als Ersatz für Artikel 60 Absatz 7 kein Ersatz für ein Recht für den Kanton, im Einzelfall die Leistung des Kantonsbeitrags zu verweigern, wenn die formalen Voraussetzungen nicht erfüllt sind (Art. 60 Abs. 7^{bis} und 7^{ter}). Ohne ein solches Recht hätte der Kanton, falls mit dem Versicherer keine Einigung gelingt, nur indirekt die Möglichkeit, in gehäuften Fällen mit Verzögerung via seine Aufsicht über die Leistungserbringer zu reagieren. Er müsste aber in solchen Fällen sehenden Auges Leistungen mitfinanzieren, bei denen er davon ausgeht, dass sie nicht korrekt abgerechnet wurden.

Und viertens erlaubt ein Zugang der Kantone zu Originalrechnungen im stationären Bereich, bestehende, eingespielte digitalisierte Prüfprozesse bei den Kantonen im Übergang zu einer

einheitlichen Finanzierung zumindest vorerst weiterzuführen. Die Leistungserbringer, Kantone und Versicherer haben ihre Prozesse und Prüfsysteme basierend auf die digitalen Standardformulare der DRG-Rechnungen hin ausgerichtet. Indem auf die Entwicklung einer zusätzlichen, davon abweichenden Datenstruktur für den Austausch praktisch derselben Informationen zwischen Versicherern und Kantonen verzichtet wird, kann ein unnötiger administrativer Mehraufwand für die Anpassung der Prüfsysteme vermieden werden. Bei einem Zugang der Kantone zu faktisch denselben Daten, aber nicht in der Struktur der Originalrechnung, sondern einer Datenlieferung der Versicherer müssten die neu zu gestaltenden Prozesse vom ersten Tag an funktionieren. Bei den Kantonen bestehen über den administrativen Mehraufwand hinaus Vorbehalte, ob diese neuen Lösungen von Beginn an vollständig nutzbar wären. Eine Rückfallposition würde ohne Zugang zu Originalrechnungen fehlen, mit Risiken für Kostenkontrolle und Versorgungsplanung.