



UNTERSUCHUNG ZUR RECHNUNGS- UND WIRTSCHAFTLICHKEITSKONTROLLE BEI KRANKENVERSICHERERN



IWSB – Institut für Wirtschaftsstudien Basel
Fachbereich: Gesundheit

Bericht | 23.01.2020



IMPRESSUM

AUFTRAGGEBERIN

Bundesamt für Gesundheit BAG | Schwarzenburgstrasse 157 | CH-3003 Bern
Kontaktperson: Christophe In-Albon | Leiter Sektion Audit | Tel. +41 58 461 40 20

BEGLEITGRUPPE (ALPHABETISCH)

Sonia D'Inca (Sanitas), Christoph Engel (Visana), Christian Etterlin (Concordia), Urs Gerber (Visana), Daniel Habegger (Santésuisse), Patrick Heinz (ÖKK), Daniel Herzog (RVK), Annette Jamieson (Helsana), Christoph Kilchenmann (Santésuisse), Beat Knuchel (KPT), Gerd Marschall (CSS), Rolf Meyer (Sympany), Mario Morger (Curafutura), Josko Pekas (Visana), Axel Reichlmeier (Santésuisse), Daniel Rochat (Swica), Ulrich Tanner (Concordia), David Théoduloz (Groupe Mutuel), Marcel Wild (Swica).

AUFTRAGNEHMERIN

IWSB – Institut für Wirtschaftsstudien Basel | Solothurnerstrasse 94 | 4053 Basel
www.gesundheit.iwsb.ch | gesundheit@iwsb.ch | +41 61 281 21 21

AUTOREN

Stefan Meyer	Dr. rer. pol.	Projektleitung	IWSB
Nils Braun-Dubler	MPhil (Oxon)	Qualitätssicherung	IWSB
Markus Gmünder	Dr. rer. pol.	Redaktion	IWSB

HINWEIS ZUR VERWENDUNG

Die Studie darf zu kommerziellen Zwecken nicht kopiert oder in einer anderen Form reproduziert werden. Bei der Verwendung der Daten aus der Studie ist die Quelle korrekt zu zitieren, und wir bitten um die Zustellung eines Belegexemplars (gesundheit@iwsb.ch).

ZITIERVORSCHLAG

IWSB – Institut für Wirtschaftsstudien Basel (2020): *Untersuchung zur Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrolle bei den Krankenversicherern*. Bericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG.

ANMERKUNGEN

Der Bericht gibt die Auffassung der Autoren wieder, die nicht notwendigerweise mit derjenigen der Auftraggeberin oder der Begleitgruppe übereinstimmen muss.

Zur besseren Lesbarkeit und Vermeidung sprachlicher Schwerfälligkeit wird im vorliegenden Bericht nur die männliche Form verwendet. Die entsprechenden Begriffe beziehen sich auf beide Geschlechter.



INHALTSVERZEICHNIS

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	II
1 EINLEITUNG	1
1.1 HINTERGRUND.....	1
1.2 PROJEKTZIELE	1
1.3 METHODIK.....	2
2 ERGEBNISSE DER UMFRAGE	2
2.1 RECHNUNGSKONTROLLE IM ENGEREN SINN	2
2.2 WZW-PRÜFUNGEN	7
2.3 GRENZEN DER PRÜFSYSTEME	8
3 SCHLUSSFOLGERUNGEN.....	9



ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ALT	Arzneimittelliste mit Tarif
AVB	Allgemeine Vertragsbedingungen
BAG	Bundesamt für Gesundheit
DAS	Zertifizierte Datenannahmestelle
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
Erfa-Gruppe	Erfahrungsaustauschgruppe
GLN	«Global Location Number» (Personenidentifikator)
HMO	«Health Maintenance Organisation»
ICD	«International Classification of Diseases» (Krankheitsklassifikationssystem)
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
MCD	«Minimal Clinical Dataset» (Medizinischer Basisdatensatz)
MiGeL	Mittel und Gegenständeliste
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
SL	Spezialitätenliste
TPW	Taxpunktwert
VAD	Vertrauensärztlicher Dienst
WZW	Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit



1 EINLEITUNG

1.1 HINTERGRUND

Die vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) eingesetzte Expertengruppe hat in ihrem Bericht¹ aus dem Jahr 2017 zahlreiche Massnahmen festgehalten, die sofort umsetzbar sind und spürbare Kosteneinsparungen in der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) bringen sollen. Eine Massnahme adressiert die Rechnungskontrolle bzw. die Überprüfung der Kriterien bezüglich Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) durch die Versicherer (M09). Verlangt wird eine konsequentere Umsetzung der geltenden Bestimmungen des KVG. Konkret sollen

- a) die Kontrollsysteme und -instrumente verbessert werden,
- b) die Kostenträger die Vergütung im Missbrauchsfall konsequenter verweigern,
- c) die Krankenkassen bei der Rechnungskontrolle vermehrt auf Kooperation setzen und
- d) die Kantone und Versicherer ihr Prüfverhalten koordinieren.

Darüber hinaus soll das Bundesamt für Gesundheit (BAG) seine Aufsichtstätigkeit über die Krankenversicherer intensivieren. Dies geschieht aktuell, indem u.a. die Audits vor Ort ausgebaut und hauptsächlich prozessorientierte Prüfungen bei den Versicherern durchgeführt werden.

Um sich vorab einen besseren Überblick über die derzeit implementierten Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrollen bei den Versicherern zu verschaffen, hat das BAG das Institut für Wirtschaftsstudien Basel (IWSB) beauftragt, eine Umfrage bei den Krankenversicherern vorzunehmen und auszuwerten.

1.2 PROJEKTZIELE

Mit einer Befragung bei allen zugelassenen Krankenversicherern sollen die wesentlichen *Grundsätze und Eckdaten zur Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrolle ermittelt werden*. Darunter fallen Angaben zu a) Rechnungskontrollen im engeren Sinn, b) WZW-Überprüfungen im Einzelfall, c) allgemeinen WZW-Prüfungen auf Ebene der Leistungserbringer und d) Grenzen/Schwächen heutiger Prüfsysteme. Die Erkenntnisse aus der Befragung sollen einen allfälligen Handlungsbedarf aufzeigen und auf potenzielle Herausforderungen im Bereich der Rechnungskontrolle hinweisen.

Konkret gilt es mit der Untersuchung folgende Fragen im Detail zu beantworten:

- a) **Rechnungskontrolle im engeren Sinn:** Wie (elektronisch vs. manuell) und mit welchen Prüfsystemen werden Belege erfasst und überprüft? Welche Einschränkungen ergeben sich und wie werden die Prüfregeln gepflegt und weiterentwickelt? Welche Aspekte werden konkret überprüft, und wie verfährt der Versicherer bei falsch abgerechneten Leistungen?
- b) **WZW-Überprüfungen im Einzelfall:** Wie wird die Zweckmässigkeit der erbachten Leistung im Einzelfall überprüft (verwendete Information, Prüfregeln)? Welche anderen Quellen werden zusätzlich genutzt (Versicherter, Vertrauensarzt etc.)?
- c) **Allgemeine WZW-Prüfungen:** Welche Prüfungen werden ex post (insbesondere auf Ebene der Leistungserbringer) vorgenommen? Welche Daten werden dafür analysiert, und werden dabei die Dienstleistungen von tarifsuisse in Anspruch genommen? Was unternimmt der Versicherer, wenn sich bei einem Leistungserbringer Auffälligkeiten bzw. Betrugshinweise ergeben?
- d) **Grenzen der Prüfsysteme:** Wo stossen die Prüfsysteme heute an ihre Grenzen? Welche Gründe gibt es dafür? Welche Herausforderungen ergeben sich für die Zukunft?

¹ Vgl. EDI (2017): *Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung*. Bericht der Expertengruppe vom 24. August 2017.



1.3 METHODIK

Im Juli 2019 wurden alle Anbieter der OKP zur Teilnahme an der elektronisch durchgeführten Befragung eingeladen. Die 51 OKP-Versicherer in der Schweiz sind in insgesamt 34 unabhängige Gesellschaften integriert, darunter Holding-Gesellschaften (Stand: 2018). Um die administrative Belastung für die Versicherer möglichst gering zu halten, wurden die Fragen vorab mit den Versichererverbänden santésuisse und curafutura diskutiert und im Falle von Holding-Gesellschaften jeweils nur der Mutterkonzern befragt. Das heisst, bei den Holding-Gesellschaften waren die kontaktierten Personen jeweils angehalten, den Fragebogen stellvertretend für *alle* angeschlossenen Versicherer auszufüllen.

Bis zum Ende der Befragung am 15. September 2019 haben von den 34 angeschriebenen Versicherern bzw. unabhängigen Gesellschaften 32 an der Befragung teilgenommen. Für die Analyse wurden die Versicherer aufgrund der eingereichten Belege in drei Grössenklassen eingeteilt²: «kleine Versicherer» mit weniger als 100'000 verarbeiteten Belegen pro Jahr, «mittlere Versicherer» mit 100'000 bis 2 Mio. Belegen und «grosse Versicherer» mit mehr als 2 Mio. Belegen.

Die Grössenunterschiede sind beträchtlich: Ein kleiner Versicherer bearbeitete im Jahr 2018 im Durchschnitt weniger als 50'000 Belege, während ein grosser Versicherer im selben Zeitraum durchschnittlich über 9 Mio. Belege erfasst hat. Insgesamt reicht die Zahl der erfassten Belege von 13'403 bis 17'533'763 (Verhältnis: 1 zu 1308). Bei Fragen, wo aufgrund der Unternehmensgrösse Unterschiede in den Prozessabläufen zu erwarten sind, werden die Antworten jeweils *pro Grössenklasse* analysiert.

2 ERGEBNISSE DER UMFRAGE

2.1 RECHNUNGSKONTROLLE IM ENGEREN SINN

ELEKTRONISCHE BELEGVERARBEITUNG

Rund zwei Drittel der Rechnungsbelege werden digital übermittelt. Bei kleinen Versicherern sind es mit 6 von 10 Rechnungen etwas weniger. Ob ein Beleg digital übermittelt wird, hängt stark vom Leistungserbringertyp ab. Der Versicherer hat darauf einen gewissen Einfluss und kann entsprechende Verträge mit ausgesuchten Leistungserbringern abschliessen. Wenig überraschend erhalten die grossen Versicherer mehr Rechnungen auf elektronischem Weg, da der Prozess der Rechnungskontrolle ebenfalls grösstenteils elektronisch erfolgt und folglich ein Anreiz besteht, sämtliche Belege elektronisch auszutauschen.

DIGITALISIERUNG UND STANDARDISIERUNG

Ein überwiegender Teil der nicht digital übermittelten Belege wird nachträglich maschinenlesbar gemacht: Papierrechnungen werden gescannt und danach manuell oder halbautomatisch auf Detailpositionen erfasst. Vereinzelt werden Rechnungen auch von Hand erfasst. Die Versicherer weisen darauf hin, dass am Ende sämtliche Belege maschinenlesbar in der Datenbank vorhanden sein müssen. Ohne diesen Schritt ist eine weitere Bearbeitung gar nicht möglich.

Ob und mit welchem Aufwand eine nachträgliche Digitalisierung der Rechnungsbelege möglich ist, hängt von der Standardisierung und Lesbarkeit der Papierbelege ab. Bei bestimmten Rechnungstypen bzw. spezifischen Leistungsbereichen gestaltet sich die Digitalisierung besonders schwierig: Am stärksten fallen Auslandrechnungen ins Gewicht, welche vier von fünf Versicherern i.d.R. nicht maschinenlesbar machen können.

² Gemäss eigenen Angaben wurden im Jahr 2018 rund 109.6 Mio. Rechnungsbelege verarbeitet. Setzt man die Zahl in Relation zur ständigen Wohnbevölkerung der Schweiz, ergeben sich so etwas weniger als 13 Belege pro Einwohner.



nen. Die Heterogenität der Belege ist in diesem Bereich naturgemäss sehr hoch (d. h. Sprache, Tarifpositionen, Bezeichnungen usw.). Bei den Rechnungen von inländischen Leistungserbringern ist es vor allem der Bereich Transport & Rettung, der mehr als zwei Dritteln der Versicherer Probleme bereitet. Über die Hälfte der Versicherer hat zudem Mühe mit Belegen von Pflegefachpersonen, Heilbädern und Neuropsychologen; hier erschwert die fehlende Standardisierung eine akkurate Erfassung einzelner Positionen im System bzw. die Vergleichbarkeit. Die Hälfte der Versicherer bekundet Schwierigkeiten im Bereich Ernährungsberatung. Mengenmässig ins Gewicht fallen dürften auch die Pflegeheime. Mit Bruttoleistungen von rund 1.75 Mrd. Franken sind die Pflegeheime unter den acht meistgenannten Problembereichen für die OKP die bedeutendsten Leistungserbringer.³ Demgegenüber werden jene Leistungserbringer, bei denen die Rechnungsstellung grösstenteils standardisiert erfolgt, gar nicht oder nur äusserst selten genannt (d. h. Ärzte, Spitäler ambulant, Spitäler stationär, Chiropraktoren, Physiotherapeuten, Labor, Apotheken).

Wie viele Belege von einer fehlenden Standardisierung mengenmässig betroffen sind, kann aufgrund der Befragungsergebnisse nicht gesagt werden.

DUNKELVERARBEITUNG

Eine Mehrheit der eingereichten Belege wird heute bei den Versicherern dunkelverarbeitet. Die Dunkelverarbeitung im Bereich der Rechnungsprüfung meint die *vollständig automatisierte Verarbeitung und Freigabe* der Belege. Die Prüfung der Rechnung erfolgt dabei elektronisch, wobei zahlreiche sogenannte Prüfregeln bzw. Auslenkungsregeln zur Anwendung kommen. Wird eine Rechnung vom System nicht ausgelinkt, so gilt sie als dunkelverarbeitet und kann von der Versicherung beglichen werden.

Im Jahr 2018 wurden gemäss Angaben der Versicherer gut zwei Drittel der Belege dunkelverarbeitet. Die durchschnittliche Krankenkasse (Median) verarbeitet dabei knapp die Hälfte der Belege vollständig automatisiert. Der Grad der Dunkelverarbeitung innerhalb der Kassen ist stark durch die individuelle Grösse geprägt. Bei kleinen Versicherern wurde im Jahr 2018 weniger als ein Fünftel der Belege dunkelverarbeitet, etwas mehr als die Hälfte sind es bei mittelgrossen Unternehmen. Deutlich öfters werden Belege bei den grossen Versicherern dunkelverarbeitet. Über zwei Drittel aller Belege werden dort ohne menschliches Hinzutun kontrolliert und freigegeben. Im Jahr 2018 wurden rund 75 Mio. Belege vollständig automatisiert verarbeitet und freigegeben.

Die grosse Mehrheit der Versicherer kennt Limiten für die Zahlungsfreigabe, die basierend auf den Ermächtigungen der Mitarbeitenden in das EDV-System implementiert sind. Drei Viertel der Versicherer kennt solche Limiten für alle Belege. Bei den kleinen und mittleren Gesellschaften wendet jedoch jeder zehnte Versicherer keine Freigabelimiten an.

UMFANG DER RECHNUNGSPRÜFUNG

Die elektronische Rechnungskontrolle kann ausschliesslich *rechnungsbezogen* erfolgen. Das System kontrolliert also individuelle Rechnungen, ohne dabei andere Rechnungen in die Prüfung einzubeziehen. Dagegen kann ein *rechnungsübergreifendes bzw. fallbezogenes Prüfverfahren* auf weitere in der Datenbank vorhandene Rechnungen zugreifen. Die Versicherer verfolgen unterschiedliche Strategien: Eine Mehrheit wendet neben rechnungsbezogenen Prüfverfahren auch rechnungsübergreifende bzw. fallbezogene Prüfungen oder einen kombinierten Ansatz aus beiden Prüfverfahren an. Grosse Versicherer prüfen selten ausschliesslich rechnungsbezogen. Mehr als die Hälfte setzt auf kombinierte Prüfverfahren. Diese kommen bei kleinen und mittleren Versicherern weniger häufig zum Einsatz. Fast die Hälfte beschränkt sich dort auf rechnungsbezogene Prüfungen.

³ Vgl. Bundesamt für Gesundheit BAG (2019): *Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2018*. Tabellenblatt T 2.17 (Datenstand: 24.07.2019).



Weiter wurden die Versicherer bezüglich des Prüfungsumfangs befragt, ob bei der *elektronischen* Rechnungsprüfung die

- a) Zulassung der Leistungserbringer,
- b) Tarife und Preise sowie
- c) Krankenpflege-Leistungsverordnung-Bestimmungen (KLV)

kontrolliert werden. Die Krankenkassen gaben grossmehrheitlich an, dass die drei Aspekte stets oder zumindest teilweise automatisiert überprüft werden. Die Zulassung der Leistungserbringer sowie die korrekte Anwendung der geltenden Tarife und Preise werden dabei am konsequentesten überprüft. Zwei Drittel der Versicherer prüfen dies jeweils automatisch, bei den KLV-Bestimmungen ist dies nur teilweise der Fall; diese kontrolliert nur jeder dritte Versicherer ausnahmslos.

ZULASSUNGSKONTROLLEN

In seltenen Fällen ist die elektronische Überprüfung der *Zulassung der Leistungserbringer* nicht möglich. Problematisch erscheint der Bereich der Komplementärmedizin, wo die Prüfung der Abrechnungsvoraussetzungen offenbar gewisse Schwierigkeiten bereitet. Weitere Probleme betreffen Leistungsbereiche, in welchen die Rechnungsformulare nicht standardisiert sind, beispielsweise bei den Hebammen, Abgabestellen für Mittel und Gegenstände sowie Psycho- und Physiotherapeuten. Zudem können zahlreiche Aspekte der kantonal verabschiedeten Spitalisten («kantonale Leistungsaufträge») nicht immer konsequent geprüft werden, da die notwendige Datenbasis fehlt.

TARIF- UND PREISKONTROLLEN

Gewisse Einschränkungen der automatisierten Prüfung ergeben sich auch im Bereich der *Tarife und Preise*. Ein mehrfach genannter Aspekt sind die Produkte der MiGeL, deren entsprechende Preisinformationen manuell zu prüfen seien. Auch im TARMED-Bereich lassen sich Mengen- und zeitliche Limitationen vielfach nicht automatisiert überprüfen, insbesondere wenn Leistungen mit Limitationen auf mehrere Rechnungen verteilt werden. Ebenfalls manueller Prüfaufwand entsteht bei Dignitäten der Ärzte, die auf Selbstdeklaration beruhen oder via SASIS AG erst verspätet geliefert werden.

KLV-KONTROLLEN

Auch bei der Prüfung der *Voraussetzungen für eine Kostenübernahme nach den KLV-Bestimmungen* (Art. 2-38 KLV) nennen die Versicherer einige Aspekte, welche eine automatisierte Prüfung erschweren. Zum einen ergeben sich offensichtlich Probleme bei sämtlichen Langzeitbehandlungen (Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Diabetesberatung, Ernährungsberatung). Die Leistungen müssen jeweils manuell kontrolliert werden, um festzustellen, wann eine gesetzlich festgelegte Mengenlimitation erreicht ist (z. B. max. Anzahl von Sitzungen). Eine zweite Herausforderung bilden die Limitationen innerhalb der MiGeL. Sobald medizinische Limitationen zu berücksichtigen sind, erfolgt die Rechnungsprüfung bei vielen Versicherern in der Regel ohnehin manuell.

Knapp ein Fünftel der Versicherer plausibilisiert TARMED-Abrechnungen automatisch. Gut ein Drittel der Versicherer verzichtet auf *Plausibilitätsprüfungen bei TARMED-Abrechnungen*. Gerade im ambulanten Bereich fehlen die hierfür erforderlichen detaillierten diagnostische Informationen häufig.⁴

Gänzlich anders verhält sich die Situation bei *stationär erbrachten Leistungen*. Diese Rechnungen erhalten die Versicherer über eine zertifizierte Datenannahmestelle (DAS). Praktisch alle Versicherer geben an, dass

⁴ Der sogenannte «Tessiner Code» reicht für umfangreiche Plausibilitätskontrollen nicht aus. Dabei handelt es sich um einen wenig spezifischen Diagnosecode für ambulante Behandlungen, welcher aus einem Buchstaben und einer Zahl besteht (z. B. A 5 «Arterien»). Dieser wurde ursprünglich im Tessin angewendet und gilt seit Einführung von TARMED im Jahr 2004 gesamtschweizerisch.



sie im Rahmen der DAS-Prüfungen Plausibilitätsprüfungen durchführen. Hierzu erhalten die Versicherer von der DAS einen definierten Datensatz («Minimal Clinical Dataset, MCD»).

VERZICHT AUF PRÜFREGELN

Versicherer verfolgen das Ziel, die Rechnungskontrolle möglichst effizient und wirksam durchzuführen. Sie befinden sich dabei in einem gewissen Dilemma, da sie einerseits nur Leistungen vergüten dürfen, welche die WZW-Kriterien oder die rechtlichen Voraussetzungen für eine Kostenübernahme aus der OK erfüllen, was eine strenge Rechnungskontrolle impliziert. Andererseits sind Versicherer gesetzlich dazu verpflichtet, Verwaltungskosten auf das erforderliche Mass zu beschränken (vgl. Art. 19 KVAG). Krankenkassen sind bei ihren Tätigkeiten im Rahmen der Rechnungskontrolle daher stets darum bemüht, den Nutzen und die Kosten des Prüfprozesses gegeneinander abzuwägen.

Die Versicherer wurden in diesem Zusammenhang befragt, ob sie aus Wirtschaftlichkeitsüberlegungen auf die Prüfung spezifischer Aspekte verzichten. Knapp die Hälfte der teilnehmenden Versicherer verzichtet aus Kosten-Nutzen-Überlegungen bewusst auf einzelne Prüfregeln. Fast jeder dritte Versicherer schaltet gewisse Fakturierungslimitationen, wie sie u. a. im TARMED auftauchen, teilweise aus. Auch bei einzelnen Limitationen der Spezialitätenliste verzichtet rund ein Viertel der Versicherer aus Kosten-Nutzen-Überlegungen auf die Anwendung von Prüfregeln, während es bei bestimmten Tarif- und Behandlungspositionen oder -codes rund ein Fünftel sind. Im stationären Bereich, wo die Rechnungen über eine DAS erfasst werden, schaltet hingegen nur jeder zehnte Versicherer einzelne Prüfregeln aus.

Die teilnehmenden Versicherer begründen den Verzicht auf Prüfregeln mit dem hinsichtlich des Einsparpotentials beträchtlichen Abklärungsaufwand (Konsultation des Vertrauensarztes). Interessant ist auch die Tatsache, dass verschiedene Versicherer der Meinung sind, dass gewisse Limitationen in der KLV zu keinen echten Einsparungen führen. Ganz im Gegenteil könnten z. B. gewisse Mengenbeschränkungen im ambulanten Bereich zu teureren stationären Behandlungen beitragen.

Nebst dem konsequenten Verzicht auf bestimmte Prüfregeln besteht eine andere Möglichkeit darin, die Prüfregeln nur *temporär* anzupassen resp. zu lockern. Ein Fünftel der Versicherer nimmt in gewissen Situationen eine temporäre Lockerung der Prüfregeln bzw. der Prüfung der Leistungspflicht vor; zumeist um Verarbeitungsrückstände zu vermeiden und die Einhaltung der Zahlungsfristen sicherzustellen. Die Versicherer betonen allerdings, dass diese Massnahme äusserst restriktiv gehandhabt wird und die Verarbeitungsrückstände in erster Linie über zusätzlichen Personaleinsatz aufgefangen werden.

PRÜFSCHWELLEN

Kosten-Nutzen-Überlegungen können auch darin münden, dass die Versicherer Prüfschwellen einsetzen, um den Kontrollaufwand zu begrenzen. Während sich *allgemeine* Prüfschwellen auf den Rechnungsbetrag beziehen, beschränken sich *spezifische* Prüfschwellen auf einzelne Teile (Tarifpositionen) einer Rechnung. Über die Hälfte der befragten Versicherer arbeitet mit Prüfschwellen.

Allgemeine Prüfschwellen kommen vor allem während der Rechnungskontrolle zum Einsatz. Gut ein Viertel der Versicherer hat solche allgemeinen Prüfschwellen im Prozess implementiert, damit es bei diesen Rechnungsbelegen nicht zu einer Auslenkung kommt, auch wenn eine Regel verletzt wird. Knapp ein Viertel setzt die Prüfschwelle bereits vor der Rechnungskontrolle an.

Spezifische Prüfschwellen werden etwas häufiger angewendet; jeweils beinahe ein Drittel der Versicherer setzt solche Schwellen ebenfalls bereits im Rechnungsprozess ein oder dann nach der Auslenkung, um die manuelle Nachprüfung zu unterbinden. Weitaus weniger Versicherer setzen spezifische Prüfschwellen *ante* ein, um zu verhindern, dass Belege überhaupt den Prozess der Rechnungskontrolle durchlaufen.

Prüfschwellen können sich auf Frankenbeträge beziehen (z. B. Rechnungsbetrag) oder auf spezifische Mengen (z. B. Taxpunkte oder die Anzahl Sitzungen). Zudem lassen sich absolute von relativen Abweichungen



unterscheiden. Generell ist festzustellen, dass sich fast die Hälfte der Versicherer auf absolute, geldwerte Abweichungen beschränkt. Dies können bei allgemeinen Prüfschwellen beispielsweise Mindestbeträge für den Gesamtbetrag sein oder bei spezifischen Prüfschwellen eine maximal zulässige Abweichung vom geltenden Taxpunktwert (TPW | z. B. 0.02 CHF). Prüfschwellen, welche als prozentuale Abweichungen von einem erlaubten Wert definiert sind, werden von einer kleinen Zahl von Versicherern implementiert.

REGELMANAGEMENT UND -PFLEGE

Die für die Rechnungskontrolle verwendete Software bietet den Versicherern neben Standard-Prüfregeln der jeweiligen Programme die Möglichkeit, eigene Regeln zu implementieren. Gut ein Drittel der kleinen, zwei Drittel der mittelgrossen sowie alle grossen Versicherer wenden eigene Prüfregeln an. Insgesamt verfügten im Jahr 2018 zwei Drittel der Versicherer über eigene Prüfregeln. Bei den grossen Versicherern sind es stets spezialisierte Teams, welche innerhalb des Unternehmens für die Weiterentwicklung von Prüfregeln verantwortlich sind. Rund die Hälfte der grossen Krankenversicherer setzen (zusätzlich) auf die Dienstleistungen eines externen IT-Dienstleisters. Die mittelgrossen Versicherer, welche eigene Prüfregeln pflegen, setzen gleich häufig auf spezialisierte Teams sowie externe IT-Dienstleister. Die internen IT-Abteilungen werden nur selten und primär bei den grossen Versicherern mit der Weiterentwicklung der Prüfregeln betraut. Über alle Versicherer hinweg wählt knapp ein Viertel diesen Weg.

Rund zwei Drittel der Versicherer kennen einen standardisierten Prozess für die Pflege und Weiterentwicklung des Prüfregelwerks mit klar geregelten Zuständigkeiten und Dokumentationsvorgaben für das Sammeln von Inputs, die Überprüfung fachlicher und technischer Aspekte, das Testen der neuen Regeln sowie die Umsetzung. Neun von zehn Versicherern testen den Auslenkungsanstieg neuer Regeln und rund die Hälfte nimmt zudem eine Analyse der monetären Auswirkungen vor. Änderungen am Prüfregelwerk werden entweder von der Geschäftsleitung oder einer spezifischen Bereichsleitung genehmigt. Drei Viertel der Versicherer protokollieren alle Anpassungen, um Systemmutationen nachvollziehen zu können.

EFFEKTIVITÄT DER PRÜFREGELN UND QUALITÄTSKONTROLLE

Auslenkungsregeln sollten gleichzeitig spezifisch und sensitiv sein, also möglichst nur die fehlerhaften Belege herausfiltern. Drei Viertel der Versicherer prüfen die Effektivität der Regeln regelmässig; ein Drittel hat dazu Zielwerte bestimmt (z. B. Trefferquote oder Einsparpotenzial).

Praktisch alle Versicherer evaluieren die Leistungsabwicklung bei den *ausgelenkten Belegen* in Form stichprobenartiger Prüfungen. Fast drei Viertel der Versicherer führen zudem bei den *dunkelverarbeiteten Belegen* Stichproben durch. Neben Zufallsstichproben greifen Versicherer insbesondere nach Regeländerungen (z. B. auf Ebene Gesetz oder Tarifwerk) häufig auch auf gezielte Stichproben zurück.

RÜCKFORDERUNGEN BEI DEN LEISTUNGSERBRINGERN

Die Mehrheit der Versicherer kennt bei Rückforderungen keinen Mindestbetrag und wickelt deren Einforderung fallweise ab. Eine ausschliesslich gebündelte Rückvergütung (d. h. mittels Gesamtbli) kommt bei keiner der befragten Versicherungen zum Einsatz.

EXKURS: EINHALTUNG BESONDERER VERSICHERUNGSVERTRÄGE⁵

Die teilnehmenden Kassen berichten für das Jahr 2018 von rund 500'000 Fällen, bei denen die vertraglichen Vereinbarungen von einer versicherten Person nicht eingehalten wurden. Die Versicherer regeln in den

⁵ Bei besonderen Versicherungsmodellen gemäss Art. 41 Abs. 4 KVG verzichten die Versicherten auf die völlig freie Arztwahl und erhalten im Gegenzug einen Rabatt auf die Prämie. Gemäss BAG sind rund 70% der Personen in der Schweiz in einem solchen Modell versichert; vgl. dazu Bundesamt für Gesundheit BAG (2019): *Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2018*. Tabellenblatt T 7.16 (Datenstand: 24.07.2019).



Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB), wie sie in einer solchen Situation verfahren. Meist wird bei einem ersten Verstoß eine Verwarnung ausgesprochen. In Abhängigkeit des Versicherers und des Modells folgen bei erneuten Verstößen weitere Massnahmen (d. h. zweite und dritte Verwarnungen, Leistungskürzungen, Rückstufungen in das Standardmodell usw.). Bei wiederholten Verstößen greifen grosse Versicherer in etwas mehr als einem Drittel der registrierten Fälle zu Leistungskürzungen oder wenden andere bzw. kombinierte Massnahmen an (z. B. Leistungskürzungen und Rückstufungen). Die kleineren und mittleren Kassen ergreifen im Wiederholungsfall hingegen nur bei rund jedem neunten bzw. sechsten registrierten Fall weitergehende Massnahmen in Form einer reduzierten Kostenübernahme oder Rückstufung in das Standardmodell. Bei rund jedem zwanzigsten Verstoß wird seitens der Versicherer auf eine Massnahme verzichtet, solange sich die Kosten unterhalb der Franchise bewegen und der Versicherte ohnehin für die Leistungserbringung aufkommen muss.

Verstöße werden je nach Vertragsmodell unterschiedlich geahndet. Bei Übertretungen im Telmed-Modell wird in mehr als der Hälfte der Fälle eine Massnahme (z. B. Leistungskürzung oder Rückstufung) ausgesprochen, die über eine Verwarnung hinausgeht. Bei Hausarztmodellen, HMO und anderen Sonderformen (z. B. Apothekenmodell) wird eine Kostenübernahme in gut jeder vierten Übertretung verweigert. Dies kann einerseits das Resultat weniger strenger Vertragsbedingungen sein oder aber daran liegen, dass es bei diesen Versicherern seltener zu einem erneuten Vertragsbruch kommt.

2.2 WZW-PRÜFUNGEN

PRÜFUNG IM EINZELFALL

Von den fünf abgefragten Informationsquellen ist die Rechnungskontrolle das mit Abstand wichtigste Instrument für die WZW-Prüfung im Einzelfall. Sie identifiziert primär unwirtschaftliche Leistungen, hilft beim Plausibilisieren des stationären Bereichs und beim Beurteilen der Zweckmässigkeit von Behandlungen. Der Vertrauensärztliche Dienst (VAD) und die Mitarbeiter bilden mit ihrer Erfahrung und ihrem Fachwissen die zwei weiteren wichtigen Säulen der WZW-Prüfung im Einzelfall. Die spezifische Analyse von Hochkostenfällen ist im direkten Vergleich zu den erst genannten Informationsquellen bei der WZW-Prüfung etwas weniger wichtig (Rang 4), gefolgt von den Hinweisen von den Versicherten selbst.

In Abhängigkeit der Grösse fällt die relative Wichtigkeit der einzelnen Komponenten unterschiedlich aus. Kleine Versicherer legen grösseren Wert auf den VAD (Rang 1 vor der Rechnungskontrolle) und die Analyse der Hochkostenfälle (Rang 3). Letztere hat bei grossen Versicherern die geringste Bedeutung (Rang 5).

BEDEUTUNG UND UMGANG MIT EMPFEHLUNGEN DES VERTRAUENSARZTES

Bei allen Versicherern werden medizinische Abklärungen zur Frage der Kostenübernahme im Regelfall vom VAD vorgenommen. Dessen Empfehlung hat jedoch keine Weisungsbefugnis. Die Mehrheit der Versicherer und insbesondere die grossen Kassen geben an, dass in bestimmten Fällen auch Kosten übernommen wurden, obwohl sich der VAD dagegen ausgesprochen hatte. Einige Versicherer begründen dies mit dem Kosten-Nutzen-Verhältnis in Bezug auf einen potenziellen Rechtsstreit, andere wiederum mit der «Gesamtfall-sicht» der vermutlich teureren Alternativen. Einige Kassen weisen aber darauf hin, dass es oft nur darum zu einer Kostengutsprache kommt, weil eine vorhandene Zusatzversicherung die Leistung übernimmt.

ALLGEMEINE, INTERNE WZW-ANALYSEN

Retrospektive Datenanalysen werden von allen grossen Krankenversicherern durchgeführt, drei Viertel haben dafür eigens eine Abteilung «Datenanalyse». Immerhin ein Drittel der mittleren Versicherer verfügt



ebenfalls über eine eigene Abteilung, die sich mit statistischen Analysen auseinandersetzt. Jeder zehnte kleine Versicherer führt ebenfalls selbst retrospektive Datenanalysen durch.

ABRECHNUNGSFEHLER

Zur Erfassung systematischer Abrechnungsfehler von Leistungserbringern wurden sechs mögliche *Hinweisquellen* abgefragt. Über alle Versicherer hinweg betrachtet, steht die Nutzung externer Dienstleister (z. B. tarifsuisse AG) an erster Stelle. Vier Fünftel oder mehr der Versicherer nutzen zudem Hinweise der Versicherten, der Rechnungskontrolle, der Mitarbeitenden oder externer Gremien (z. B. «Erfa»-Gruppe).

Weniger zentral scheinen Hinweise aus den retrospektiven Datenanalysen und Kostenvergleichen der Leistungserbringer zu sein. Dieses Instrument wird mehrheitlich von den grösseren Versicherern eingesetzt, während es nur ein Fünftel der kleinen Kassen nutzt. Vereinzelt wurden auch anonyme Anzeigen, Medienartikel sowie Erlasse der öffentlichen Hand als Hinweisquellen genannt.

Systematische Abrechnungsfehler führen bei allen Versicherern zu rückwirkenden Prüfungen (in der Regel bis 5 Jahre zurück, seltener 1-2 Jahre) und Einforderung unrechtmässig bezahlter Beträge. So geben alle Versicherer an, dass sie jeweils den unrechtmässig geforderten Betrag gesamthaft zurückfordern, während der nicht beanstandete Teil der Rechnung normal gezahlt wird.

UMGANG MIT BETRUG BZW. VERSICHERUNGSMISSBRAUCH

Ein Fünftel der Versicherer lässt Fälle von Betrug bzw. Versicherungsmissbrauch durch eine externe Stelle (tarifsuisse AG, XpertCenter AG, Allianz Global Assistance) bearbeiten. Grosse Versicherer haben dafür grossmehrheitlich eine interne Abteilung. Untersuchungen gehen dabei 10-15 Jahre zurück. 2018 mündete knapp die Hälfte der rund 900 Verdachtsfälle in einer Entkräftigung. Bei etwas weniger als einem Drittel der Verdachtsfälle kam es zu einer Rückzahlung, ein Fünftel wurde über einen Vergleich gelöst. In sehr seltenen Fällen kommt es zu einem Gerichtsprozess.

2.3 GRENZEN DER PRÜFSYSTEME

PROBLEME IM HEUTIGEN SYSTEM

Die Versicherer wurden gebeten zu beurteilen, wie gut oder schlecht ausgesuchte Kontrollaspekte überprüfbar sind. Am wenigsten Probleme treten bei der Prüfung des Tarifwerks auf, welches mehr als drei Viertel der Befragten gemäss eigenen Angaben «gut» bis «sehr gut» kontrollieren können. Die Abgrenzungsprüfung von OKP-pflichtigen Leistungen ist für rund zwei Drittel der Versicherer insgesamt gut möglich, während ein Fünftel angibt, diese zumindest «genügend» vornehmen zu können. Lediglich zwei von fünf Versicherern sind der Meinung, die Zulassungsprüfungen und qualitativen Dignitäten bei Ärzten gut kontrollieren zu können.

Die grössten Schwierigkeiten sehen die Versicherer bei der Überprüfbarkeit der medizinischen Notwendigkeit einer Leistung bzw. der tatsächlichen Erbringung. Erstere kann gut ein Viertel gut kontrollieren, letztere gar nur ein Fünftel.

SCHWIERIGKEITEN BEI DER RECHNUNGS- UND WIRTSCHAFTLICHKEITSKONTROLLE

Der erste Problembereich betrifft den *Rechnungseingang*: Viele Versicherer beklagen, dass nicht sämtliche Belege elektronisch eingereicht werden (6 Nennungen). Die manuell eingereichten Belege verursachen höhere Verwaltungskosten und einige Versicherer fordern weitergehende gesetzliche Vorgaben für eine elektronische Datenübermittlung. Nebst der fehlenden Digitalisierung wird vor allem die Qualität und der Inhalt der eingegangenen Rechnungen kritisiert (6 Nennungen). Damit hängt auch der dritte in diesem Kontext genannte Punkt zusammen, nämlich die fehlenden diagnostischen resp. medizinischen Angaben,



welche vor allem im ambulanten Bereich die Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung deutlich erschweren (5 Nennungen).

Bei der *Rechnungskontrolle* tauchen weitere Schwierigkeiten auf: Vier Mal genannt wurden die Tarmed-Limitationen, deren Interpretationsspielraum zu gross ist bzw. die generell schwer überprüfbar sind. Ganz allgemein sind kaum rechnungsübergreifende Prüfungen möglich oder tarifrelevante Informationen (z. B. Dignitäten, GLN, MiGeL, ALT) sind nur beschränkt aktuell (je 3 Nennungen).

Schliesslich wird im Bereich der *Rückforderungen* ganz allgemein fünf Mal das mangelnde Kosten-Nutzen-Verhältnis kritisiert. Bei Rechnungen im *tiers garant*, muss der Versicherte als Schuldner involviert werden, wodurch sich der Prozess verlängert und verteuert. Zudem fehlt es an effektiven Sanktionsmöglichkeiten gegenüber den Leistungserbringern (je 3 Nennungen).

VERBESSERVORSCHLÄGE

Zwei Bereiche (je 8 Nennungen) scheinen für die Versicherer prioritär zu sein: 1) Die gesetzlich verordnete *Standardisierung und Digitalisierung der Rechnungsstellung* und 2) Die Einführung zusätzlicher *Vorschriften für Leistungserbringer* mit entsprechenden *Sanktionsmöglichkeiten für die Versicherer*.

Eine schweizweit standardisierte, komplett elektronische Rechnungsstellung, würde den Prozess der Rechnungskontrolle aus Sicht der Versicherer günstiger und gleichzeitig wirkungsvoller machen. Der zweite Punkt unterstreicht das Unvermögen der Versicherer, (wiederholt) fehlbare Leistungserbringer nicht wirkungsvoll sanktionieren zu können. Dies gilt sowohl für betrügerische Forderungen als auch technisch oder inhaltlich falsche bzw. unvollständige Rechnungen.

Fünf Mal geäussert wird die bereits bekannte Forderung zur konsequenten *Lieferung diagnostischer Informationen* im ambulanten Bereich wie auch bei Medikamenten, um vermehrt rechnungsübergreifende bzw. fallbezogene Prüfungen überhaupt durchführen zu können, sowie der konsequente Versand einer *Rechnungskopie an die Patienten* (insbesondere im *tiers payant*). Gleichzeitig fordern vier Versicherer auch *besser verständliche Rechnungen*.

3 SCHLUSSFOLGERUNGEN

ELEKTRONISCHE RECHNUNGSKONTROLLE GENIESST EINEN HOHEN STELLENWERT

Im Jahr 2018 verarbeiteten die elektronischen Prüfsysteme der Versicherer gut zwei Drittel der eintreffenden Belege vollständig automatisiert. Die Quote fällt bei den mittelgrossen auf die Hälfte und bei den kleinen auf unter ein Fünftel. Die fehlende Standardisierung oder schlechte Lesbarkeit der Belege erschwert die Digitalisierung von Papierrechnungen häufig. Während ein Grossteil der Tarife und Preise sowie die Zulassung der Leistungserbringer elektronisch prüfbar ist, fallen bei der Voraussetzung für eine Kostenübernahme nach den KLV-Bestimmungen stärkere manuelle Bearbeitungen an.

Zwei Drittel der Versicherer setzen nebst den Standard-Prüfregeln der EDV-Programme auf eigene Regeln. Knapp die Hälfte der Versicherer verzichtet auf gewisse Prüfregeln aus Kosten-Nutzen-Überlegungen. Um die Zahl der Auslenkungen und damit die Belastung der Rechnungskontrolle zu reduzieren, werden mehrheitlich allgemeine oder spezifische Prüfschwellen eingesetzt. Eine überwiegende Mehrheit der Krankenkassen verfügt über interne Kontrollsysteme und stellt anhand von Stichproben sicher, dass die Leistungsabwicklung in ihren Systemen korrekt funktioniert.

INFORMATIONSQUELLEN UND INSTRUMENTE FÜR DIE WZW-PRÜFUNG WERDEN UNTERSCHIEDLICH GENUTZT

Die Versicherer nutzen für die WZW-Prüfung im Einzelfall unterschiedliche Quellen. Relativ betrachtet, stehen die Informationen aus der Rechnungskontrolle an erster Stelle, gefolgt von den Rückmeldungen durch



den Vertrauensärztlichen Dienst (VAD) sowie Hinweise der Mitarbeitenden. Bei den kleinen Versicherern rangiert die Analyse der Hochkostenfälle im Durchschnitt weiter vorne als bei grösseren Versicherern.

Die tarifsuisse AG führt als Branchenorganisation Wirtschaftlichkeitsprüfungen gemäss Art. 56 Abs. 6 KVG durch, um Leistungserbringer zu erkennen, deren Kosten signifikant über dem Durchschnitt liegen. Darüber hinaus führt eine Mehrheit der Krankenkassen eigene retrospektive Datenanalysen durch. Grosse Krankenkassen verfügen sogar oft über eigene Abteilungen, die statistische Kostenvergleiche vornehmen.

Vier von fünf der grossen Versicherer verfügen über eine interne Stelle für Betrugsfälle. Die knapp 900 im Jahr 2018 registrierten Betrugsfälle, wurden grossmehrheitlich aussergerichtlich geregelt.

DIE VERSICHERER SEHEN IN GEWISSEN BEREICHEN EINEN REFORMBEDARF

Die Versicherer können gemäss eigenen Angaben heute zwar gut überprüfen, ob die geltenden Tarifwerke korrekt angewendet werden. Systembedingt sind ihre Möglichkeiten bei der Prüfung der medizinischen Notwendigkeit beschränkt. Zudem können sie schlecht kontrollieren, ob eine in Rechnung gestellte Leistung tatsächlich erbracht wurde. Die Kassen beklagen darüber hinaus den relativ hohen Anteil an Papierbelegen sowie die mangelnde Qualität und Vollständigkeit vieler Rechnungen.

Verknüpft mit den heutigen Problemen warten die Versicherer gleich selbst mit Reformvorschlägen auf. So soll die Rechnungsstellung durch gesetzliche Vorgaben in allen Bereichen standardisiert werden und nur noch auf elektronischem Weg erfolgen. Damit könne der Prozess der Rechnungskontrolle günstiger und gleichzeitig wirkungsvoller gestaltet werden. Ein zweiter, oft genannter Reformvorschlag betrifft den Ausbau der Sanktionsmöglichkeiten gegenüber fehlbaren Leistungserbringern. Gemeint sind damit nicht nur potenziell betrügerische Forderungen, sondern auch Leistungserbringer, welche technisch oder inhaltlich falsche bzw. unvollständige Rechnungen einreichen und damit zusätzliche Kosten verursachen.