



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

## Grundlagenpapier „Argumentarium Wirtschaftlichkeitsverfahren“

### Fachkommission Tarife + Verträge

#### 1. Ausgangslage:

Spitäler sehen sich zunehmend mit Sammelrückforderungen auf der Basis nachträglicher oder statistischer Auswertungen durch KVG-Versicherer konfrontiert. Dabei handelt es sich nicht mehr um eine eigentliche Rechnungsprüfung (siehe Grundlagenpapier „Argumentarium Rückforderungen“). Es ist vielmehr ein Vorgang auf der Basis beanstandeter Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen. Mit den nachfolgenden Ausführungen soll interessierten Spitälern eine Argumentationsbasis für Auseinandersetzungen mit Kostenträgern bereit gestellt werden, die von der Fachkommission Tarife und Verträge H+ getragen wird.

#### 2. Rechtliche Basis:

Gesundheitsdienstleistungen sind im Rahmen der Mitfinanzierung durch die Öffentlichkeit dem volkswirtschaftlichen Prinzip der Effizienz der eingesetzten Mittel unterworfen. Dieses zeigt sich im Rahmen der KVG-Leistungen im Art. 32 Abs. 1 KVG. Die nach dem Gesetz vergüteten Leistungen müssen, u.a. wirtschaftlich sein. Hintergrund der Bestimmung ist, dass öffentliche Mittel effizient und zielgerichtet zum Wohle der Allgemeinheit eingesetzt werden sollen.<sup>1</sup> Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit ist somit nicht Selbstzweck eines einzelnen Kostenträgers, sondern bezieht sich auf den gesetzlichen Auftrag. Weitergehende Ausführungen hierzu finden sich im Abschnitt 4 „Verfahren Wirtschaftlichkeitsprüfung“.

Die Wirtschaftlichkeitskontrolle ist KEINE Einzelrechnungsprüfung. Artikel 32. Abs. 2 KVG hält fest: „Die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen werden periodisch überprüft.“

Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit ist somit eine periodische und nicht fortlaufende Prüfung. Diese Ausführungen aus Art. 32. Abs. 2 KVG lassen erkennen, dass die ordentliche Rechnungsprüfung von der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu trennen sind.

#### 3. Wirtschaftlichkeit der Leistungen; Art. 56 Abs. 1 KVG:

Nähere Angaben zur Wirtschaftlichkeits-Pflicht der im Rahmen des KVG erbrachten Leistungen, finden sich in Art. 56 Abs. 1 KVG<sup>2</sup>. Die Grundmaxime lautet, dass Leistungserbringer Leistungen auf jenes Mass zu Beschränken haben, das im Interessen der Versicherten liegt (also nicht jenem der Leistungserbringer oder jenem der Kostenträger) und für den Behandlungszweck erforderlich ist (Art. 56 Abs. 1 KVG). Diese Formulierung birgt Konfliktpotential. Jedoch stellt sie klar die versicherte Person in den Mittelpunkt und nicht den Kosten-

<sup>1</sup> Sinngemäss für UVG = Art. 54 UVG „Wirtschaftlichkeit der Behandlung“

<sup>2</sup> Art. 56 Abs. 1 KVG: Der Leistungserbringer muss sich in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist.

träger. Eine direkte Weisung für eine einzelne Behandlung sieht das KVG nicht vor. (Gegensatz dazu Art. 48 Abs. 1 UVG. „Der Versicherer kann unter angemessener Rücksichtnahme auf den Versicherten und seine Angehörigen die nötigen Anordnungen zur zweckmässigen Behandlung des Versicherten treffen.)

#### 4. Verfahren Wirtschaftlichkeitsprüfung:

Wie oben aufgeführt, handelt es sich bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung um ein periodisches, auf ein gesamtes Kollektiv ausgerichtetes Verfahren, das sich an vergleichbaren Durchschnittskosten zu messen hat. In der Praxis angewandt, und für Rechtsfälle beigezogen, sind zwei Methoden.

##### **4. a Statistische Methode:**

Hierbei handelt es sich um einen Durchschnittskosten-Vergleich. Diese Methode entspricht der approbierten Rechtssprechung des Bundesgerichts und ist grundsätzlich vorzuziehen. Für den ambulanten Bereich stellt sie die Norm dar. Der Durchschnittskosten-Vergleich bedarf in seiner Methodik einer national repräsentativen Abdeckung. Eine „echte“ Wirtschaftlichkeitsprüfung im Sinne des KVG kann somit durch einen einzelnen KVG-Kostenträger nur eingeleitet werden, wenn diese Vorgaben erfüllt sind. (In der Praxis wurden solche Verfahren bis anhin nur via santésuisse und dem Tarif/Datenpool geführt).

##### **4.b Analytische Methode:**

Diese Methode kommt grundsätzlich nur dann zur Anwendung, wenn es an zuverlässigen Angaben für einen Durchschnittskosten-Vergleich fehlt.<sup>3</sup> In der Durchführung ist gemäss Rechtssprechung darauf zu achten, dass die Rechnungen anonymisiert sind und keinen Rückschluss auf die Patienten/Versicherten haben.

Hinweis zum Bundesgerichtsentscheid C-6570/2007; dieser postuliert die Notwendigkeit der Einzelrechnungsprüfung für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit stationärer Behandlungen. Darin wird unterschwellig den Leistungserbringern (Spitälern) vorgeworfen, bewusst Fehlfakturierungen vorzunehmen und es daher für die Kostenträger zur Erfüllung der gesetzlichen Pflicht notwendig sei, dass weitergehende Diagnoseangaben und medizinische Angaben für die Rechnungsprüfung notwendig seien. Die Argumentation ist in sich nicht konsistent und entbehrt eines gestützten Nachweises. Nur weil bis anhin keine Wirtschaftlichkeitsverfahren für stationäre Behandlungen rechtlich geregelt wurden, bedeutet dies nicht, dass sich Spitäler nicht auf die medizinische Indikation von Behandlungen abstützen, sondern diese nach dem Vergütungsfall ausrichteten. Aber der Streitinhalt des C-6570/2007 richtete sich daran aus, ob und wie allenfalls standardmässig die Bereitstellung dieser Angaben tarifvertraglich zwischen den Parteien geregelt werden kann.

#### **Eröffnung Wirtschaftlichkeitsverfahren**

Einem Wirtschaftlichkeitsverfahren zieht eine Eröffnung eines Streitverfahrens zwischen Versicherern und Leistungserbringern gem. Art. 89 KVG mit sich. Sprich die entsprechende

---

<sup>3</sup> BG-Urteil K150/03; E.6.1 vom 18.5.2004

kantonale Rechtsstelle wird informiert und betroffene Stellen (Leistungserbringer und Kostenträger) ebenso. Die Mitwirkung eines Leistungserbringers zu einem Kostenträger-individuellen Verfahren müsste tarifvertraglich geregelt sein. (Art. 56. Abs. 5 KVG Als Vorinstanz / Schlichtungsbehörde für den Tarmed wäre dies der Anhang No. 6 des Rahmenvertrages zwischen der KVG-Kostenträgern und den H+ Spitälern. Der entsprechende Anhang wurde nicht ausformuliert. Im UVG-Vertrag ist es der Anhang c des Rahmenvertrages „Vereinbarung betreffend Fallkosten-Stabilisierung TARMED“. Das entsprechende Konzept „Konzept Fallkosten-Stabilisierung“ vom Oktober 2003 hält das Vorgehen und die Vergleichs-Kostenblöcke fest. Auch dieses Konzept geht den Daten der Suva auf den Gesamtbereich der Unfallversicherung aus, und nicht auf der Datenbasis individueller UVG-Kostenträger.(Anmerkung: die Suva hat eigene EMV-Daten, nicht aber die IV und die Privatassekuranz.)

#### Exkurs: Ordentliche Rechnungsprüfung ungleich Prüfung Leistungspflicht durch Vertrauensarzt

Wiederholt Schwierigkeiten bereitet die Abgrenzung zwischen der ordentlichen Rechnungsprüfung, der Prüfung der Leistungspflicht durch den Vertrauensarzt, und der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Die drei Aufgaben sind STRIKTE voneinander zu trennen.

Die ordentliche Rechnungskontrolle hat zu prüfen, ob die einzelnen Positionen der Honorarrechnung mit den tarifvertraglichen Vereinbarungen übereinstimmen und die für bestimmte Therapien gesetzlich umschriebenen Vorgaben erfüllt sind.<sup>4</sup>

Bei der Prüfung der Leistungspflicht, für welche gemäss Art. 42 Abs. 4 KVG ein Kostenträger weitergehende Angaben (genaue Diagnose, weitere Auskünfte medizinischer Natur) geht es um die Prüfung der Leistungspflicht. Diese Angaben können, in begründeten Fällen, oder auf Verlangen der versicherten Person IMMER, nur dem Vertrauensarzt zugestellt werden (Art. 42. Abs. 5 KVG). Hierbei handelt es sich um die Prüfung der Leistungspflicht mit dem entsprechenden Entscheid, NICHT um eine erweiterte Rechnungskontrolle. Der Vertrauensarzt fällt einen Entscheid anhand der vorhandenen Angaben und gibt diesen dem Kostenträger/Leistungserbringer/Versicherten bekannt. Die entsprechenden Datensätze sind NICHT für die ordentliche Rechnungskontrolle zu verwenden. Die betroffene Person ist immer darüber zu unterrichten, dass weitergehende medizinische Daten eingefordert werden. Das Recht zur Selbstbestimmung über die eigenen Daten ist zu gewährleisten.

Das Urteil C-6570/2007 vom 29.5.2009 hält fest, dass für eine systematische Weitergabe solcher Daten (z.B. Diagnose im Rahmen der Eintrittsmeldung, Diagnose und Eingriffscodes im Rahmen der Rechnungsstellung) tarifvertraglich geregelt werden können. Dies war von der kantonalen Aufsichtsbehörde bestritten worden. Damit ein solcher Vertrag aber gültig ist, müssen die Vertragsparteien die Punkte:

---

<sup>4</sup> Urteil Bundesgericht K39/95 vom 11.7.1996

- Verhältnismässigkeitsprinzip der Weitergabe der Diagnosen; nur in der Art und dem Detaillierungsgrad, wie dies zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht notwendig ist.
- Sicherstellen der Aufklärung des Patienten
- Sicherstellen geringst möglicher Eingriffs in die datenschutzrelevanten Bestimmungen des Versicherten
- Sicherstellen der flankierenden Massnahmen; Weitergabe Daten an Vertrauensarzt regeln
- Sicherstellen dass Vorgaben gem. Art. 59 1ter KVV zur Archivierung diagnosebezogener Daten

#### Übernahme Nichtpflichtleistungen im KVG per Gesetz untersagt

Die Hoheit zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit neuer oder umstrittener Leistungen liegt beim Bundesrat (Art. 33.Abs. 3 KVG) und nicht bei den KVG-Kostenträgern oder den Tarifpartnern. Eine „freiwillige“ Übernahme zu Lasten des KVG ist gem. Art. 34 Abs. 1 KVG NICHT möglich. (Rechtsverletzung durch den Kostenträger. Oft haben KVG-Versicherer für Härtefälle einen „Sonderfonds“. Dieser darf nicht mit KVG-Mitteln geäufnet sein und es „muss“ ein entsprechendes Reglement vorliegen, das u.a. vom Gesuchstellenden nähere Angaben zur finanziellen Situation verlangt.)

#### Fazit:

Verlangen Versicherer auf der Basis einer einzelnen Rechnung (oder mehreren gleichzeitig) unter dem Vorwand einer „Wirtschaftlichkeitsprüfung“ der erbrachten Leistungen, ist dieses Vorgehen bestimmt abzulehnen.

Sofern ein Versicherer die Leistungspflicht der erbrachten Leistungen prüfen will, sollen die zusätzlich eingeforderten medizinischen Angaben vom zuständigen Vertrauensarzt eingeholt werden. Es gilt zu beachten, dass gewisse Leistungserbringer mit Versicherern hierzu Sondervereinbarungen zum Vorgehen getroffen haben.

Bern, 29.9.09, C. Piana

(Pendez No. 1 aus Sitzung FK T+F 29.6.09)