

# **Ambulante Pauschalen Bericht zur Entwicklung der Tarifstruktur**

**Stand Dezember 2021**

**Version 0.2**

# Inhalt

<b>TABELLENVERZEICHNIS .....</b>	<b>4</b>
<b>ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS .....</b>	<b>5</b>
<b>1 EINLEITUNG .....</b>	<b>6</b>
<b>2 GRUNDSÄTZLICHE LOGIK DER AMBULANTEN PAUSCHALEN .....</b>	<b>7</b>
2.1 Aufbau und Funktionsweise .....	7
2.2 Anlehnung an die SwissDRG-Struktur .....	9
2.3 Unterschiede zur SwissDRG-Struktur .....	9
<b>3 DATEN .....</b>	<b>10</b>
3.1 Datenerhebung .....	10
3.1.1 Erstmalige Erhebung mit Daten 2019 .....	10
3.1.2 Grundlagen .....	10
3.1.3 Format .....	10
3.1.4 Datenlieferanten .....	11
3.2 Datenaufbereitung .....	13
3.2.1 Plausibilisierung .....	13
3.2.2 Fallselektion .....	13
3.2.3 Kalkulationsdatensatz .....	13
<b>4 KLASSIFIKATION DER PATIENTENKONTAKTE MITTELS ENTSCHEIDBAUMLOGIK .....</b>	<b>15</b>
4.1 Einleitung .....	15
4.1.1 Major Diagnostic Categories .....	15
4.1.2 Basis-Fallgruppe .....	16
4.1.3 Fallgruppe .....	16
4.2 Entwicklung .....	17
4.2.1 Mapping .....	17
4.2.2 Erstellung der Entscheidbaumlogik .....	17
4.3 Genauere Erläuterungen nach MDC .....	17
4.3.1 PräMDC .....	17
4.3.2 MDC gesamt .....	18
4.3.3 MDC23 .....	18
4.4 Katalog ambulante Pauschalen .....	18
<b>5 BEWERTUNG .....</b>	<b>19</b>
5.1 Kostengewichte .....	19
5.2 Bezugsgrösse .....	19
5.3 Fallzahlschwache Fallgruppen .....	20

<b>6</b>	<b>KENNZAHLEN</b> .....	<b>21</b>
6.1	Abdeckungsgrad im spitalambulanten Bereich .....	21
6.2	Anzahl Fallgruppen .....	21
6.3	Deckungsgrad .....	21
<b>7</b>	<b>ANHANG</b> .....	<b>22</b>

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der Anzahl Datenlieferanten.....	11
Tabelle 2: Liste der Spitäler mit Datenlieferungsvertrag.....	12
Tabelle 3: Übersicht der gelieferten Fälle .....	13
Tabelle 4: Illustration der Übereinstimmung von MDC und TARMED Hauptkapitel.....	15
Tabelle 5: Im Katalog ambulante Pauschalen geführte MDC.....	15
Tabelle 6: Illustration der Zuweisung von TARMED-Positionen zu einer MDC .....	16
Tabelle 7: Illustration der Durchlässigkeit zwischen SwissDRG und ambulanten Pauschalen	17
Tabelle 8: Ergebnisse der Kategorisierung und Kostenzuteilung .....	20
Tabelle 9: Abdeckung spitalambulanter Bereich.....	21
Tabelle 10: Anzahl Fallgruppen .....	21
Tabelle 11: Deckungsgrad bestimmter Patientenkollektive .....	21

## Abkürzungsverzeichnis

ATC	Anatomical Therapeutic Chemical Classification
BFS	Bundesamt für Statistik
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation
DRG	Diagnosis-related group
ELT	Einzelleistungstarif
FMCH	Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica
ICD	International Classification of Diseases
KVG	Krankenversicherungsgesetz
MDC	Major Diagnostic Category
OR	Operating Room
TPW	Taxpunktwert

# 1 Einleitung

Mit Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. Juni 2021 beschloss der Gesetzgeber im Rahmen des Massnahmenpakets 1a zur Kostendämpfung eine wegweisende Änderung in der Tarifierung ambulanter Leistungen. Sieht Art. 43 Abs. 2 KVG in der heutigen Fassung die Berechnung der Vergütung aufgrund eines Zeittarifs, Einzelleistungstarifs oder eines Pauschaltarifs ohne besonderen Vorrang eines einzelnen Tarifs vor, so muss mit Inkrafttreten von nArt. 43 Abs. 5ter KVG eine vom Bundesrat genehmigte oder festgelegte Tarifstruktur für auf ambulante Behandlungen bezogene Patientenpauschaltarife von allen Leistungserbringern für die entsprechenden Behandlungen angewandt werden.

H+ und santésuisse sind gewillt und bestrebt, dieses neue gesetzliche Tarifsystem möglichst rasch zu verwirklichen und in diesem Zusammenhang ein neues Patientenpauschaltarifsysteem einzuführen. Angesichts der noch fehlenden massgeblichen Verordnungsbestimmungen für diese Gesetzesänderung, der kurzen Frist bis zur Inkraftsetzung und der Komplexität bei der Einführung eines neuen Tarifsystems wollen die beiden Tarifpartner über einen Prüfbericht der Genehmigungsbehörde wertvolle Erkenntnisse für die Weiterentwicklung des Tarifwerks gewinnen.

Entsprechend dieser Zielsetzungen wird das vorliegende Gesuch vorerst von H+ und santésuisse eingereicht. Die Weiterentwicklung erfolgt jedoch zusammen mit der FMCH in der gemeinsamen Tariforganisation *solutions tarifaires suisses sa*. Es ist geplant, das definitive Gesuch im Namen aller drei Tarifpartner der *solutions tarifaires suisses sa* einzureichen.

Der vorliegende Bericht beschreibt die Entwicklung der Tarifstruktur in der Version 0.2. Das definitive Gesuch ist auf Ende 2022 mit der Tarifversion 1.0 geplant.

Analog zum stationären Pauschalensystem SwissDRG erarbeitet die *solutions tarifaires suisses sa* anschliessend jährliche Folgeversionen.

Ziel des ambulanten Pauschalensystems ist es, als selbstlernendes System auf der Basis von realen Kosten- und Leistungsdaten die ökonomische Realität in einer laufend aktualisierbaren Tarifstruktur abzubilden.

Der Tarif trennt die Tarifstruktur vom Preis, was eine gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur ermöglicht. Dies erfolgt analog zur Logik der für stationäre Behandlungen geltenden Swiss DRG. Dabei bildet das Relativgewicht (Kostengewicht) die Tarifstruktur ab und die Baserate den Preis. Die ambulante Baserate ist von den Leistungserbringern individuell verhandelbar.

Die Kostengewichte für ambulante Fälle werden unabhängig der stationären Fallpauschalen bewertet. Die Berechnung der ambulanten Kostengewichte beruht auf ambulanten Kostendaten unter Anwendung des REKOLE-Branchenstandards. Dies gewährleistet eine sachgerechte und transparente Bewertung der Leistungen auf Ebene der Tarifstruktur, die jährlich mit den neuen Leistungsdaten aktualisiert werden können.

## 2 Grundsätzliche Logik der ambulanten Pauschalen

### 2.1 Aufbau und Funktionsweise

Die hier vorliegenden ambulanten Pauschalen sind stark in Anlehnung an das bekannte und bewährte SwissDRG-System aufgebaut. Nachfolgend wird der Aufbau und die Funktionsweise anhand verschiedener Stichworte erläutert.

#### **Datenbasiert**

Die ambulanten Pauschalen wurden basierend auf echten, von zahlreichen Schweizer Spitälern zur Verfügung gestellten Kosten- und Leistungsdaten aus dem Jahr 2019 erarbeitet.

Im ambulanten Bereich wurden die ärztlichen Leistungen grossmehrheitlich über den TARMED abgerechnet. Das bedeutet, dass ein kostenbasiertes Pauschalensystem einzig auf TARMED-Leistungsdaten in Verbindung mit Kostendaten aufgebaut werden kann. Mit den abgerechneten TARMED-Positionen wurden medizinisch ähnliche Patientenfälle identifiziert und zu einer Fallgruppe zusammengeschlossen. Aufgrund der zum Fall zugehörigen Kostendaten wurde innerhalb der Fallgruppe überprüft, ob es sich um ökonomisch ähnliche Fälle handelt. Die Fallgruppen wurden folglich auf Basis von echten Kosten- und Leistungsdaten erarbeitet, und nicht auf Basis von „Expertenwissen“ (siehe auch Kapitel 3).

#### **TARMED vs. ICD/CHOP**

Da die ambulanten Pauschalen datenbasiert erarbeitet werden, können nur bereits bestehende Leistungsdaten Fallgruppen zugeteilt werden. Diese Leistungsdaten beinhalten v.a. TARMED-Positionen, können aber auch mit Medikamenten (ATC-Code), Tarif 003 oder anderen Leistungen ergänzt werden. Zukünftig sollen die Pauschalen basierend auf den Diagnosen gemäss ICD und den Prozeduren gemäss CHOP erarbeitet werden.

#### **Patientenkontakt und tarifarischer Fall**

Die Basis einer Pauschale ist ein administrativer Fall eines Patienten. Die Fallführung ist im stationären Bereich sehr einfach definiert. Sie beginnt mit Eintritt des Patienten, und endet mit dem Austritt des Patienten. Im ambulanten Bereich ist die Fallführung weitaus schwieriger, weil sie aktuell in den Spitälern sehr unterschiedlich angewendet wird. Es gibt Fälle, welche nur einen Tag dauern (z.B. Notfallbehandlung), nur wenige Wochen (z.B. Kleingriff mit Vor- und Nachkontrolle) oder über mehrere Monate (z.B. wiederkehrende Kontrollen eines chronischen Patienten). Um für die ambulanten Pauschalen eine Grundlage zu erstellen, wurde der „Patientenkontakt“ eingeführt:

Definition Patientenkontakt:

Ein Patientenkontakt ist definiert als das physische Zusammentreffen eines Patienten mit einem Leistungserbringer.

Ein Patient kann folglich mehrere Patientenkontakte bei unterschiedlichen Leistungserbringern am gleichen Tag haben, z.B. Kontrolle beim Hausarzt und Kontrolle beim Spezial-

listen. Ein Leistungserbringer kann aber nur einen Patientenkontakt pro Patienten an einem Tag haben (z.B. gehören Kontrolle beim Rheumatologen und Röntgenbild durch den Radiologen zum gleichen Patientenkontakt).

Für die Abrechnung der ambulanten Pauschalen wird der Patientenkontakt zum tarifarischen Fall, also wird eine Pauschale pro Patientenkontakt abgerechnet.

### **Inhalt der ambulanten Pauschalen**

Die ambulanten Pauschalen decken sämtliche Leistungen ab, welche in einem Patientenkontakt erbracht wurden. Das bedeutet, die ambulanten Pauschalen beinhalten die ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungen, Medikamente und Implantate, Laborleistungen etc. Das Abrechnen von zwei Pauschalen an einem Tag wird dadurch ausgeschlossen. Ebenso ausgeschlossen wird die Abrechnung von ambulanter Pauschale und Einzelleistungen am gleichen Tag.

### **Abgrenzung ambulante Pauschalen – Einzelleistungstarif**

Im Grundsatz werden die ambulanten Pauschalen im Bereich der Spezialversorgung angewendet, und die Einzelleistungsstruktur im Bereich der Grundversorgung. Damit die ambulanten Pauschalen exakt angewendet werden können, muss eine Grenze definiert werden. In der vorliegenden auf Basis von Tarif-Positionen erarbeiteten Struktur ist diese Grenze dadurch definiert, dass eine der erbrachten Leistungen mit einer Tarif-Position der Liste Triggerpositionen (Anhang 1) erfasst wurde.

In der Abrechnungsversion der ambulanten Pauschalen werden nicht mehr Tarif-Positionen für die Gruppierung des Patientenkontakts in eine Fallgruppe relevant sein, sondern die entsprechenden ICD- und CHOP-Codes. Für die Abgrenzung vom Einzelleistungstarif wird mit Bereitstellung des Abrechnungsgroupers auch eine entsprechende CHOP-Liste zur Verfügung gestellt.

### **Gruppierung**

Jeder Patientenkontakt durchläuft den Entscheidungsbaum/Groupier und wird gemäss den erfassten Angaben der entsprechenden Fallgruppe zugeordnet/gruppier. Die benötigten Angaben sind in der vorliegenden Version folgende:

- Diagnose gemäss ICD-10 (wo vorhanden)
- TARMED-Positionen
- Positionen des Tarifs 003
- Medikamente (ATC-Code)
- Demografische Angaben (Alter, Geschlecht)

In der Abrechnungsversion werden die erbrachten Leistungen des Patientenkontakts codiert gemäss ICD und CHOP. Diese Angaben werden dann anstelle der oben genannten Variablen für die Gruppierung relevant.

Die Diagnose ist relevant für die Einteilung in die MDC (Major Diagnostic Category). Die Prozedur ist relevant für die Einteilung in die Basisfallgruppe oder in die Fallgruppe. Weiterführende Informationen siehe Kapitel 4.

### **Fallgruppe und Kostengewicht**

Jeder Fallgruppe wird ein Kostengewicht zugeteilt. Dabei handelt es sich um ein relatives Kostengewicht, welches für die Abrechnung mit der verhandelten Baserate multipliziert



wird. Dieser Umstand führt zu einer sehr klaren Trennung von Struktur und Preis. Die Kostengewichte sind auf Basis der in den Datenlieferungen ausgewiesenen Durchschnittskosten berechnet, und bewerten die Fallschwere relativ zu den anderen Fallgruppen.

## 2.2 Anlehnung an die SwissDRG-Struktur

Die Grundsätze der ambulanten Pauschalen basieren auf dem etablierten Modell der SwissDRG-Struktur im akutstationären Setting. Die ambulanten Pauschalen orientieren sich in möglichst vielen Belangen an dieser Struktur. Das bringt folgende Vorteile:

- Struktur auf Basis von Kosten- und Leistungsdaten
- Jährliche Aktualisierung der Struktur
- Entkoppelung von Struktur und Preis/Tarif
- Grundlage für Wirtschaftlichkeitsvergleich und datenbasierte Preis-/Tarifverhandlung

Weil einige Eingriffe oder Behandlungen sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt werden können, wird mit der Anlehnung und Orientierung an der SwissDRG-Struktur die Durchlässigkeit zwischen ambulanter und stationärer Abrechnung ermöglicht. Es ist also nachvollziehbar, dass die gleichen Eingriffe im ambulanten und stationären Setting in der vergleichbaren Fallgruppe landen (siehe auch Kapitel 4.2).

## 2.3 Unterschiede zur SwissDRG-Struktur

Es gibt sowohl medizinische als auch ökonomische Gründe, weshalb eine 100%-ige Übernahme der SwissDRG-Struktur nicht möglich ist. So hat der Patient im ambulanten Setting gegenüber dem Patienten mit gleichem Eingriff im stationären Bereich in der Regel weniger Komplikationen, einen kürzeren Eingriff, bessere gesundheitliche Vorbedingungen etc. Aus diesem Grund können die stationären Vorgaben nicht gänzlich übernommen werden.

Die Eingruppierung in die Fälle wurde – wo möglich – anhand der SwissDRG-Logik gemacht. Die erste Eingruppierung wurde überprüft und je nach Bedarf ergänzt, verändert oder erweitert (siehe Kapitel 4.2.2).

Vor allem in den medizinischen Partitionen wurden viele Fallgruppen neu erstellt. Dies hauptsächlich, weil diese Leistungen im stationären Setting nicht alleinstehend vorkommen und deshalb nicht in eine separate Fallpauschale gruppieren, sondern Bestandteil einer grösseren Behandlung sind.

## 3 Daten

### 3.1 Datenerhebung

#### 3.1.1 Erstmalige Erhebung mit Daten 2019

Die bis anhin im ambulanten Bereich vorhandenen Daten beinhalteten keine Kombination von Leistungs- und Kostendaten, weshalb für die Erarbeitung der ambulanten Pauschalen eine Datenerhebung bei den Spitälern vorgenommen wurde. Diese Datenerhebung erfolgte in Anlehnung an die in den Spitälern bereits bekannten Datenerhebungen des BFS und der SwissDRG AG für stationäre Fälle. Die Details der Datenerhebung sind im Anhang 4 ersichtlich, der Mustervertrag für die Datenlieferung und Verwendung im Anhang 5.

#### 3.1.2 Grundlagen

Die Spitäler übermittelten alle ambulanten Fälle mit Behandlungsbeginn (Falleröffnung) und Behandlungsende (Fallschliessung) zwischen dem 01.01.2019 und dem 31.12.2019.

Falleröffnung und Fallschliessung wurden auf das Jahr 2019 beschränkt, da die Kosten der Fälle abgegrenzt sein mussten

In den Fällen musste zudem mindestens eine Position mit dem Tariftyp 001 (TARMED), 002 (Pauschalen), 003 (Pauschalen neu) oder 500 (Dialysen) enthalten sein. Mit dieser Einschränkung konnte die Datenlieferung auf die für die ambulanten Pauschalen relevanten Fälle reduziert werden. Bsp.: Bei reinen Labor-Fällen (Auftrag von externen Leistungserbringern für Laboranalysen) war bereits von Anfang an klar, dass diese nicht im Bereich der ambulanten Pauschalen liegen.

#### 3.1.3 Format

Es wurden pro Spital zwei Dateien übermittelt. Je eine Datei für die Leistungsdaten (Abrechnungsdaten) und Kostendaten. Die beiden Datensätze pro Fall konnten über den primären Fallschlüssel (Fall-Nummer) verknüpft werden.

Für die Leistungsdaten wurden folgende Variablen abgefragt:

Jahr : Behandlungsjahr

FallNr: primärer Fallschlüssel (Verknüpfung mit Kostendatendatei)

Alter : Alter in Jahren

Sex: Geschlecht (1 = Mann, 2 = Frau)

ICD : Hauptdiagnose kodiert nach ICD-10 GM (falls vorhanden)

Datum: Behandlungsdatum (dd.mm.yyyy)

Tarif: dreistelliger Tarifcode gemäss Forum Datenaustausch

Tarifziffer: Tarifposition, resp. Referenzziffer gemäss Forum Datenaustausch

Menge: Anzahl Tarifpositionen

TPW: Taxpunktwert in CHF

Betrag: Rechnungsbetrag in CHF

Die Kostendaten wurden pro Fall gemäss dem in den Spitälern bekannten Format des stationären Bereichs übermittelt. Dies beinhaltete die Fallkosten gemäss REKOLE® (Vollkosten).

### 3.1.4 Datenlieferanten

Im März 2021 wurden zahlreiche Schweizer Spitäler angeschrieben, und zur Datenlieferung angefragt. Bis zum jetzigen Zeitpunkt haben 45 Spitäler den Datenlieferungsvertrag unterzeichnet. Davon haben 34 ihre Daten aus dem Jahr 2019 geliefert. Von den 34 Datenlieferungen konnten 27 für die Gruppierung und Bewertung verwendet werden. Einige Spitäler konnten nur Leistungsdaten liefern, weshalb diese Fälle für die Bewertung nicht berücksichtigt werden konnten.

*Tabelle 1: Übersicht der Anzahl Datenlieferanten*

Datenlieferungsverträge	44
Datenlieferungen	34
Verwendung für Gruppierung und Bewertung	27

Die Daten der 27 Spitäler wurden gemäss Kapitel 3.2 aufbereitet.

Eine abschliessende Liste mit allen Spitälern, die einen Datenlieferungsvertrag unterzeichnet haben, zeigt Tabelle 2 auf der folgenden Seite.

Tabelle 2: Liste der Spitäler mit Datenlieferungsvertrag

1	Centre hospitalier universitaire vaudois
2	Etablissements hospitaliers du nord vaudois
3	Flury Stiftung Gesundheitsversorgung
4	Fondation Institution de Lavigny
5	Gesundheitszentrum Fricktal AG
6	Gesundheitszentrum Zürich Oberland
7	Hôpital fribourgeois
8	Hôpital intercantonal de la Broye
9	Hôpital Jules Gonin
10	Hôpitaux universitaires de Genève
11	Insel Gruppe
12	Kantonsspital Aarau
13	Kantonsspital Baselland
14	Kantonsspital Glarus
15	Kantonsspital Graubünden
16	Kantonsspital Obwalden
17	Kantonsspital Uri
18	Kantonsspital Winterthur
19	Kinderspital Zürich – Eleonorenstiftung
20	Le Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique
21	L'Hôpital du Valais
22	L'Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais
23	Lindenhofgruppe
24	Luzerner Kantonsspital
25	Merian Iselin Klinik
26	Regionalspital Emmental
27	Schweizer Paraplegikerzentrum
28	See-Spital Horgen
29	Solothurner Spitäler AG
30	Spital Linth
31	Spital Oberengadin
32	Spital Schwyz
33	Spital STS AG
34	Spital Thurgau AG
35	Spital Thuisis
36	Spitäler Frutigen Meiringen Interlaken AG
37	Spitalregion Fürstenland Toggenburg
38	Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden
39	Spitalzentrum Biel
40	Universitäts-Kinderspital beider Basel
41	Universitätsklinik Balgrist
42	Universitätsspital Basel
43	Uroviva Klinik AG
44	Zuger Kantonsspital

## 3.2 Datenaufbereitung

### 3.2.1 Plausibilisierung

In der Plausibilisierungsprüfung der Datenlieferung durchlief jeder Fall drei Stufen.

1. Formale Plausibilisierung
  - a. Wurden alle notwendigen Angaben geliefert?
  - b. Sind sowohl Kosten- als auch Leistungsdaten korrekt erfasst?
  - c. Sind zu jedem Fall sowohl Kosten- als auch Leistungsdaten vorhanden?
2. Plausibilisierung der Kombination von Tarifpositionen
  - a. Beinhaltet die Rechnung mindestens eine Tarifposition in Zusammenhang mit ambulanten Arztleistungen?
  - b. Wurden nur gültige Tarifpositionen angesteuert?
  - c. Wurden die gesetzlichen Limitationen eingehalten?
3. Plausibilisierung der Kosten.
  - a. Ist das Verhältnis der Fallkosten zum Fallerlös innerhalb des Bereichs:  
Mittelwert +/- 2 \* Standardabweichung

### 3.2.2 Fallselektion

Nur Patientenkontakte mit mindestens einer Leistung aus der Liste der Triggerpositionen (Anhang 1) wurden für die weitere Systementwicklung berücksichtigt.

### 3.2.3 Kalkulationsdatensatz

Folgende Tabelle widerspiegelt die Anzahl verwendeter Fälle sowie die Anzahl Fälle, die mehrere Patientenkontakte umfassen, ausserhalb des Anwendungsbereichs liegen, als nicht plausibel ausgeschlossen wurden oder aufgrund unvollständiger Datensätze nicht verwendet werden konnten.

Tabelle 3: Übersicht der gelieferten Fälle

	Anzahl Fälle
Anzahl gelieferter Fälle	1'894'206
<i>Davon Fälle mit mehreren Patientenkontakten oder die Anforderungen an die Datenspezifikation nicht erfüllten</i>	649'458
Fälle mit einem Patientenkontakt	1'244'748
<i>Davon Fälle ohne Triggerposition</i>	628'143
Fälle mit einem Patientenkontakt mit Leistung in der Spezialversorgung	616'605

<i>Davon nicht plausible Fälle</i>	52'944
Anzahl verwendete Fälle	563'661

## 4 Klassifikation der Patientenkontakte mittels Entscheidungsbaumlogik

### 4.1 Einleitung

Die Patientenkontakte werden anhand bestimmter Merkmale mittels einer Entscheidungsbaumlogik gruppiert. Dieses Vorgehen wird auch bei der Gruppierung der stationären Fälle nach SwissDRG, TARPSY oder ST Reha angewendet.

Als Gruppierungsmerkmale werden grundsätzlich die Hauptdiagnose, die erbrachten Leistungen, Alter und Geschlecht verwendet, punktuell ist zusätzlich der ATC-Code verabreichter Medikamente gruppierungsrelevant.

Die Gruppierung erfolgt in einem mehrstufigen Verfahren:

1. Major Diagnostic Categories
2. Basis-Fallgruppe
3. Fallgruppe

Diese einzelnen Gruppierungsschritte werden in den nachfolgenden Kapitel näher beleuchtet.

#### 4.1.1 Major Diagnostic Categories

Die Major Diagnostic Categories sind die Kapitel des Katalogs ambulanter Pauschalen auf oberster Ebene. Die MDC sind zum Teil deckungsgleich mit TARMED-Hauptkapiteln, wie die beiden nachfolgenden Beispiele illustrieren.

Tabelle 4: Illustration der Übereinstimmung von MDC und TARMED Hauptkapitel

MDC	TARMED Hauptkapitel
01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems	05 Zentrales und peripheres Nervensystem
02 Krankheiten und Störungen des Auges	08 Auge

Im Katalog ambulante Pauschalen werden folgende MDC geführt:

Tabelle 5: Im Katalog ambulante Pauschalen geführte MDC

MDC	Bezeichnung
1	Krankheiten und Störungen des Nervensystems
2	Krankheiten und Störungen des Auges
3	Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses
4	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
5	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
6	Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
7	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
8	Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
9	Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
10	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
11	Krankheiten und Störungen der Harnorgane

12	Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane
13	Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
14	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
22	Verbrennungen
23	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens

Jeder Patientenkontakt wird einer Major Diagnostic Kategorie (MDC) anhand der Hauptdiagnose zugeteilt. Da nicht alle Spitäler eine Diagnose nach ICD übermittelt haben, wurde ein alternatives Verfahren zur Bestimmung der Hauptdiagnose entwickelt. Dabei wird jede verwendete TARMED-Position einer MDC zugewiesen. Nachfolgende Tabelle enthält zwei Beispiele:

Tabelle 6: Illustration der Zuweisung von TARMED-Positionen zu einer MDC

Tarifposition	Bezeichnung	MDC
05.2410	Nervendekompression/Neurolyse, N. medianus u/o N. ulnaris im Karpaltunnel bzw. in der Loge de Guyon	1
08.2760	Extractio lentis/Phakoemulsifikation, inkl. Implantation einer künstlichen Linse und Einsetzen eines Kapselspannrings	2

Auf Basis der zugewiesenen Tarifpositionen wird pro Patientenkontakt diejenige MDC mit dem höchsten Erlös bestimmt, um den Patientenkontakt einer MDC zuzuweisen.

Den MDC vorangestellt ist eine präMDC, in der insbesondere aufwendige Patientenkontakte (z.B. Nuklearmedizin, Strahlenmedizin) diagnoseunabhängig gruppiert werden. In der MDC 23 werden, ebenfalls diagnoseunabhängig, bildgebende Verfahren tarifiert. An die MDC 23 schliesst eine postMDC an, welche Patientenkontakte losgelöst von den vorangehenden MDCs gruppiert.

#### 4.1.2 Basis-Fallgruppe

Nachdem der Patientenkontakt einer MDC zugeordnet wurde, wird in einem zweiten Gruppierungsschritt der Patientenkontakt einer Basis-Fallgruppe zugeordnet. Diese Zuordnung erfolgt anhand der erbrachten Leistungen. In der Entwicklungsphase wird die erbrachte Leistung wie bereits ausgeführt mittels der verrechneten Tarifposition identifiziert.

Zudem ist jede Basis-Fallgruppe einer von drei möglichen Partitionen zugeteilt:

O = Operativ

A = Interventionell

M = Medizinisch

Diese Zuordnung hat Einfluss auf eine allfällige Fallzusammenführung und die Gruppierung von Fällen.

#### 4.1.3 Fallgruppe

Innerhalb einer Basis-Fallgruppe werden die Patientenkontakte anhand der erbrachten Leistung oder weiterer Patientenmerkmale, den tarifarischen Fallgruppen zugeordnet. Der unterschiedliche Ressourcenverbrauch wird durch den letzten Buchstaben der Fallgruppe zum Ausdruck gebracht. „A“ steht dabei für den höchsten Ressourcenverbrauch. Wird die



Basisfallgruppe nicht weiter in verschiedene Fallgruppen unterteilt, dann endet die Bezeichnung der einzigen resultierenden Fallgruppe auf ein „Z“.

## 4.2 Entwicklung

### 4.2.1 Mapping

Um eine Durchlässigkeit zwischen SwissDRG-Struktur und ambulanten Pauschalen herstellen zu können, muss gewährleistet werden, dass Fälle mit denselben Eingriffen in beiden Tarifstrukturen in die gleiche Basis-Fallgruppe gruppieren. Dies wurde erreicht, indem die TARMED-Triggerpositionen in den entsprechenden CHOP-Code übersetzt wurden.

Beispiel:

*Tabelle 7: Illustration der Durchlässigkeit zwischen SwissDRG und ambulanten Pauschalen*

TARMED-Position	CHOP-Code	SwissDRG BasisDRG	Ambulante Pauschalen Basis-Fallgruppe
24.5610	80.26.00	I18	I18

### 4.2.2 Erstellung der Entscheidungsbaumlogik

Die Erstellung der Entscheidungsbaumlogik durchlief im Wesentlichen drei Phasen:

1. Aufbau des Entscheidungsbaums für die im Mapping (siehe Kapitel 4.2.1) als relevant bezeichneten Basisfallgruppen. Dieser erste Schritt stellt die Durchlässigkeit zur SwissDRG-Struktur sicher.
2. Aufbau von weiteren Basisfallgruppen für Leistungen, welche nicht im SwissDRG-System abgebildet sind. Hier handelt es sich grösstenteils um Basisfallgruppen im Bereich der nonOR- und medizinischen Partition.
3. Verfeinerung des Entscheidungsbaums durch Prüfung auf Kostenhomogenität, mögliche Splitkriterien, Rangfolgen und daraus Etablierung von Fallgruppen. Dieser Schritt ermöglichte es, SwissDRG-Fallgruppen auf den ambulanten Bereich zu adaptieren, und den Katalog ambulanter Pauschalen zu einer Struktur weiterzuentwickeln, welche die nötige Granularität für die Abrechnung aufweist.

## 4.3 Genauere Erläuterungen nach MDC

### 4.3.1 PräMDC

In der PräMDC werden aufwändige Patientenkontakte unabhängig der Diagnose in Fallgruppen eingeteilt.

Die ambulanten Pauschalen der präMDC enthalten sämtliche Leistungen, welche in diesem Patientenkontakt erbracht wurden. Das bedeutet, die ambulanten Pauschalen der Radioonkologie beinhalten nicht nur die Bestrahlungsleistungen, sondern ebenso weitere allfällige Konsultationen oder Material/Medikamente oder Bildgebungen.

### 4.3.2 MDC gesamt

Die ambulanten Pauschalen sind in drei Partitionen aufgeteilt. Nicht jede MDC hat Pauschalen in allen drei Partitionen.

Zu beachten ist, dass die Pauschalen der operativen und der nonOR-Partitionen jeweils inkl. der Bildgebung tarifiert sind. Die Pauschalen der medizinischen Partition sind ohne Bildgebung tarifiert. Falls eine eigentlich medizinische Pauschale mit Bildgebung kombiniert wurde, ist diese Pauschale in der MDC 23 zu finden. Das bedeutet, bei Leistungen der medizinischen Partition wurde die Bildgebung höher gewertet, weshalb sie im Entscheidungsbaum vorgezogen wird.

### 4.3.3 MDC23

In der MDC 23 sind die bildgebenden Leistungen zu finden. Bildgebung kann im Wesentlichen in Kombination mit einer OR- oder nonOR-Prozedur erbracht werden. In diesem Fall sind die bildgebenden Leistungen in den ambulanten Pauschalen der MDC1-22 enthalten (siehe 4.3.2). Bildgebung kann aber auch in Kombination mit einer medizinischen Prozedur, einer ELT-Leistung oder ohne weitere Leistungen erbracht werden. Diese Kombinationen sind in der MDC 23 abgebildet.

## 4.4 Katalog ambulante Pauschalen

Im Katalog ambulante Pauschalen werden die oben erläuterten Elemente zusammengefasst dargestellt. Er bildet sämtliche Fallgruppen ab, inklusive deren Relativbewertung mittels Kostengewichten. Die Bewertung der Fallgruppen wird im Kapitel 5 erläutert.

## 5 Bewertung

### 5.1 Kostengewichte

Weil für die Entwicklung der ambulanten Pauschalen auf Kosten- und Leistungsdaten aufgebaut wurde, konnten jeder Fallgruppe die entsprechenden Patientenkontakte zugeordnet werden. Zu diesen Patientenkontakten sind ebenfalls die Kosten bekannt, wodurch pro Fallgruppe die durchschnittlichen Kosten berechnet werden können.

Die Fallgruppen werden mit relativen Kostengewichten bewertet. Die Berechnung der Kostengewichte erfolgt nach folgender Formel:

*Relatives Kostengewicht einer Fallgruppe*

= *Durchschnittliche Kosten der Fallgruppe / Durchschnittliche Kosten aller Patientenkontakte (Bezugsgrösse)*

### 5.2 Bezugsgrösse

Die Bezugsgrösse bringt die durchschnittlichen Kosten aller relevanter Patientenkontakte zum Ausdruck. Für die Herleitung der Bezugsgrösse wurden alle gelieferten Fälle in ihre Patientenkontakte aufgeteilt und einer der folgenden Kategorien zugeordnet:

- a. Patientenkontakte mit mindestens einer Triggerposition
- b. Patientenkontakt ohne Triggerposition
- c. Andere Patientenkontakte

Die Patientenkontakte der Kategorie c) sind vorliegend nicht relevant und wurden nicht weiter betrachtet. Darunter fallen beispielsweise Patientenkontakte, die ausschliesslich durch einen anderen Leistungserbringer erbracht wurden, wie Physiotherapie, Ernährungsberatung etc.

Zwecks Kongruenz zu den Anwendungsmodalitäten wurden in einem nächsten Schritt Patientenkontakte ohne physischen Kontakt zwischen Patient und Leistungserbringer gesondert behandelt. Die Kosten dieser Patientenkontakte wurden in die weiteren Analysen eingeschlossen, falls folgende Kriterien erfüllt waren:

- Patientenkontakt folgt innerhalb 30 Tagen auf einen Patientenkontakt mit mind. einer Triggerposition.
- Der Patientenkontakt enthält Leistungen für die Analysen/ Labor (Tarif 317) sowie Berichte und Leistungen in Abwesenheit des Patienten (TARMED-Positionen in Kapitel 00.06, bzw. gemäss LG-8, LG-9, LG-10 und LG-11).

Bei Fällen, die mehrere Patientenkontakte umfassen, wurden die Fallkosten im Verhältnis zum Erlös auf die einzelnen Patientenkontakte aufgeteilt. Die damit verbundene Ungenauigkeit hat zwar einen Einfluss auf die Kosten des einzelnen Patientenkontakts, aber keinen Einfluss auf die Höhe der Bezugsgrösse.

Folgende Tabelle fasst die Ergebnisse der Kategorisierung und Kostenzuteilung zusammen:

Tabelle 8: Ergebnisse der Kategorisierung und Kostenzuteilung

Kategorie	Anzahl Patientenkontakte	Durchschnittliche Kosten
Ohne Triggerposition	1'460'097	318
Mit Triggerposition	865'742	722
Total	2'325'839	469

Diese Tabelle stellt die Anzahl der Patientenkontakte dar und ist nicht 1 zu 1 mit den Angaben zu den Patientenfällen vergleichbar. Es ist möglich, dass ein Fall mehrere Patientenkontakte aufweist.

### 5.3 Fallzahlschwache Fallgruppen

Einige Fallgruppen weisen eine geringe Fallzahl auf. Da einzelne Ausreisser in diesen Fallgruppen einen grossen Einfluss auf die mittleren Fallkosten haben, wurden weitere Bewertungsgrundlagen beigezogen:

- Einbezug von Fällen mit mehreren Patientenkontakten, falls es sich beim Hauptpatientenkontakt um eine Leistung der Spezialversorgung handelt und der Erlös des Hauptpatientenkontakts mindestens 80% des Gesamterlöses beträgt. Die Fallkosten wurden im Verhältnis zum Erlös dem Hauptpatientenkontakt zugeschlüsselt.
- Verwendung des Medians anstelle des Mittelwertes.
- Die Kosten von Fallgruppen aus dem stationären Bereich, die einen ähnlichen Leistungsumfang aufweisen, wurden „ambulantisiert“. Dabei wurden Kostenkomponenten ohne Relevanz im ambulanten Bereich eliminiert. Die direkten Kosten (Medikamente, Material, Implantate etc) wurden in der Annahme, dass sie bei ambulanter und stationärer Leistungserbringung in gleicher Höhe anfallen, konstant gehalten. Bei den übrigen Kostenkomponenten wurde auf Basis einer Vergleichsgruppe ein Abschlagsfaktor bestimmt.

Fallgruppen, bei denen mit den obenstehenden Vorgehen kein Kostengewicht festgelegt werden konnte, werden unbewertet im Katalog ambulante Pauschalen ausgewiesen.

## 6 Kennzahlen

### 6.1 Abdeckungsgrad im spitalambulanten Bereich

Die nachfolgende Tabelle zeigt auf, wie hoch der Anteil Patientenkontakte mit und ohne Triggerposition für die ambulanten Pauschalen ist. Patientenkontakte, welche nur TARMED-Positionen der Leistung in Abwesenheit beinhalten wurden in der Auswertung nicht berücksichtigt.

Tabelle 9: Abdeckung spitalambulanter Bereich

	Anteil Patientenkontakte	Anteil Kosten
Ohne Triggerposition	59,3%	40,5%
Mit Triggerposition	40,7%	59,5%

### 6.2 Anzahl Fallgruppen

Tabelle 10: Anzahl Fallgruppen

Anzahl Fallgruppen	329
Davon unbewertet	12

### 6.3 Deckungsgrad

Der Deckungsgrad wird für die Analyse bestimmter Patientenkollektive verwendet. Er berechnet sich aus einem Vergleich zwischen einer hypothetischen Vergütung und den tatsächlichen Kosten. Die hypothetische Vergütung pro Patientenkontakt ergibt sich aus der Multiplikation des Kostengewichts mit einem Basisfallpreis, der alle Patientenkontakte ausfinanzieren würde. Über alle Fälle berechnet beträgt der Deckungsgrad aus diesem Grund immer 100%. Nachfolgende Tabelle fasst die Ergebnisse zusammen:

Tabelle 11: Deckungsgrad bestimmter Patientenkollektive

	Deckungsgrad
Universitätsspitäler	94%
Nicht-Universitätsspitäler	105%
Kinder und Jugendliche (Alter < 16 Jahre)	100%
Erwachsene (Alter > 16 Jahre)	100%

## 7 Anhang

### *Anhang 1*

**Triggerpositionen:** Liste mit TARMED-Positionen, die eine Abrechnung über das Pauschalensystem auslösen

### *Anhang 2*

**Abgrenzung Pauschalen/ELT:** Übersichtslisten mit TARMED-Positionen, die durch Pauschalen ersetzt, resp. nicht-ersetzt werden

### *Anhang 3*

**Mapping:** Zuordnung Triggerposition zu Fallgruppe

### *Anhang 4*

**Datenerhebungsdokument**

### *Anhang 5*

**Muster Datenlieferungsvertrag**