

Ambulante Pauschalen

Bericht zur Entwicklung der Tarifstruktur

Stand Dezember 2022
Version 0.3

Inhalt

TABELLENVERZEICHNIS	4
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	5
1 EINLEITUNG	6
2 GRUNDSÄTZLICHE LOGIK DER AMBULANTEN PAUSCHALEN	7
2.1 Aufbau und Funktionsweise	7
2.2 Anlehnung an die SwissDRG-Struktur	10
2.3 Unterschiede zur SwissDRG-Struktur	11
3 DATEN	12
3.1 Datenerhebung	12
3.1.1 Erstmalige Erhebung mit Daten 2019	12
3.1.2 Grundlagen	12
3.1.3 Format	12
3.1.4 Datenlieferanten	13
3.2 Datenaufbereitung	15
3.2.1 Plausibilisierung	15
3.2.2 Fallselektion	15
3.2.3 Kalkulationsdatensatz	15
4 KLASSIFIKATION DER PATIENTENKONTAKTE MITTELS ENTSCHEIDBAUMLOGIK	17
4.1 Einleitung	17
4.1.1 Capitula	17
4.1.2 Basisfallgruppe	18
4.1.3 Fallgruppe	19
4.2 Entwicklung	19
4.2.1 Zuordnung	19
4.2.2 Erstellung der Entscheidbaumlogik	19
4.3 Genauere Erläuterungen nach Capitulum	19
4.3.1 Prä-Capitulum	19
4.3.2 Capitula 1-24	20
4.3.3 Cap30	20
4.4 Katalog ambulante Pauschalen	20
4.5 Spezifika innerhalb der Entscheidbaumlogik	20
5 BEWERTUNG	22
5.1 Kostengewichte	22
5.2 Bezugsgrösse	22
6 KENNZAHLEN	24

6.1	Abdeckungsgrad im spitalambulanten Bereich	24
6.2	Anzahl Fallgruppen	24
6.3	Deckungsgrad	24
7	AUSBLICK WEITERENTWICKLUNG UND TARIFPFLEGE	25
7.1	Daten	25
7.1.1	Datengrundlage	25
7.1.2	Datenrepräsentativität	25
8	ANHANG	26

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der Anzahl Datenlieferanten.....	13
Tabelle 2: Liste der Spitäler mit Datenlieferungsvertrag.....	14
Tabelle 3: Übersicht der gelieferten Fälle	15
Tabelle 4: Illustration der Übereinstimmung von Capitula und TARMED-/SwissDRG- Hauptkapitel.....	17
Tabelle 5: Im Katalog ambulante Pauschalen geführte Capitula	17
Tabelle 6: Illustration der Zuweisung von TARMED-Positionen zu einem Capitulum.....	18
Tabelle 7: Illustration der Zuteilung aufgrund Hauptdiagnose zwischen SwissDRG und ambulanten Pauschalen	19
Tabelle 8: Ergebnisse der Kategorisierung und Kostenzuteilung	23
Tabelle 9: Abdeckung spitalambulanter Bereich	24
Tabelle 10: Anzahl Fallgruppen	24
Tabelle 11: Deckungsgrad bestimmter Patientenkollektive	24

Abkürzungsverzeichnis

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

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 Art. 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 Tarifsysteem 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 die Weiterführung des technischen Austausches mit dem Bundesamt für Gesundheit BAG wertvolle Erkenntnisse für die Weiterentwicklung des Tarifwerks gewinnen.

H+ und santésuisse reichen die vorliegende Zwischenversion (Tarifversion 0.3) ein mit dem Ziel, den wertvollen technischen Austausch mit dem BAG auf einer aktualisierten Basis fortführen zu können.

Der vorliegende Bericht beschreibt die Entwicklung der Tarifstruktur in der Version 0.3. Das definitive Gesuch ist auf Ende 2023 mit der Tarifversion 1.0 geplant.

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

Ziel des ambulanten Pauschalensystems ist es, als selbstlernendes System auf der Basis von realen Kosten- und Leistungsdaten die ökonomische und medizinische 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 SwissDRG. 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 anerkannten 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

Der Aufbau und die Funktionsweise der hier vorliegenden ambulanten Pauschalen sind in Anlehnung an das bekannte und bewährte SwissDRG-System und werden nachfolgend anhand verschiedener Stichwörter erläutert.

Datenbasiert

Die ambulanten Pauschalen wurden basierend auf echten, von zahlreichen Schweizer Spitälern zur Verfügung gestellten, ambulanten Kosten- und Leistungsdaten aus den Jahren 2019, 2020 und 2021 erarbeitet.

Im ambulanten Bereich wurden die ärztlichen Leistungen grossmehrheitlich über den TARMED abgerechnet. Das bedeutet, dass aktuell ein kostenbasiertes Pauschalensystem auf TARMED-Leistungsdaten in Verbindung mit ambulanten 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) oder Abrechnungsbeträgen.

TARMED vs. ICD/CHOP

Da die ambulanten Pauschalen datenbasiert erarbeitet werden, können nur bereits bestehende Leistungsdaten den Fallgruppen zugeteilt werden. Diese Leistungsdaten beinhalten v.a. TARMED-Positionen, können aber auch mit Medizinalprodukten (GTIN-Codes), 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 erstellt werden.

Definition „Leistungserbringer im ambulanten Setting“

Damit alle Leistungserbringer (freie Praxis, ambulante Einrichtung, Spitäler) gleichbehandelt werden, muss der „Leistungserbringer im ambulanten Setting“ definiert werden. Dieser orientiert sich vereinfacht dargestellt am medizinischen Fachbereich. Die exakte Definition ist dem Dokument Regeln und Definitionen zu entnehmen.

Ambulante Fallführung

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. Es gibt Fälle, welche nur einen Tag dauern (z.B. Notfallbehandlung), nur wenige Wochen (z.B. Kleineingriff 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 (siehe nächster Abschnitt).

Definition Patientenkontakt:

Ein Patientenkontakt ist definiert als das physische oder fernmündliche Zusammentreffen eines Patienten mit einem Leistungserbringer. Ein Patient kann demzufolge mehrere Patientenkontakte bei unterschiedlichen Leistungserbringern im ambulanten Setting am gleichen Tag haben. Für die Abrechnung der ambulanten Pauschalen wird der Patientenkontakt zum tarifarischen Fall. Folglich wird eine Pauschale pro Patientenkontakt abgerechnet.

Inhalt der ambulanten Pauschalen

Die ambulanten Pauschalen inkl. Zusatzentgelte 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, Berichte, Leistungen in Abwesenheit des Patienten, etc. Separat verrechenbare Leistungen werden explizit und abschliessend geregelt.

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.

Im Rahmen der Weiterentwicklung von der Version 0.2 zur Version 0.3 wurde intensiv darüber diskutiert, wie diese Abgrenzung zwischen ambulanten Pauschalensystem und Einzelleistungstarif genau definiert werden soll. Die Tarifpartner der solutions tarifaires suisses AG haben sich im April 2022 als grundsätzliche Orientierung für die Abgrenzung zwischen Einzelleistungstarif und ambulanten Pauschalensystem auf Folgendes geeinigt:

1. Das ambulante Pauschalensystem deckt insb. Leistungen in ressourcenintensiven Infrastrukturen ab.
2. Der Einzelleistungstarif deckt insb. Leistungen in einfachen Infrastrukturen ab.

Für die vorliegende Version 0.3 lag der Fokus entsprechend auf den folgenden Entwicklungsschwerpunkten (siehe Abbildung 1):

- Operative Leistungen
- Interventionelle Kardio- & Angiographie
- Ambulante Geburten
- Radioonkologie
- Nuklearmedizin
- Endoskopien
- CT & MRI
- Mammographie

- DEXA

Zurzeit erarbeiten alle Tarifpartner im Rahmen der am 15.11.2022 gegründeten Organisation für ambulante Arzttarife (OAAT AG) Tarifierungsgrundsätze. Darin wird auch die exakte Abgrenzung zwischen ambulantem Pauschalensystem und dem Einzelleistungstarif geregelt. Die solutions tarifaires suisses AG wird anschliessend die Tarifversion 1.0 in Übereinstimmung mit diesen Abgrenzungsvorgaben aus den Tarifierungsgrundsätzen erstellen und im Juni 2023 publizieren (siehe Abbildung 1).

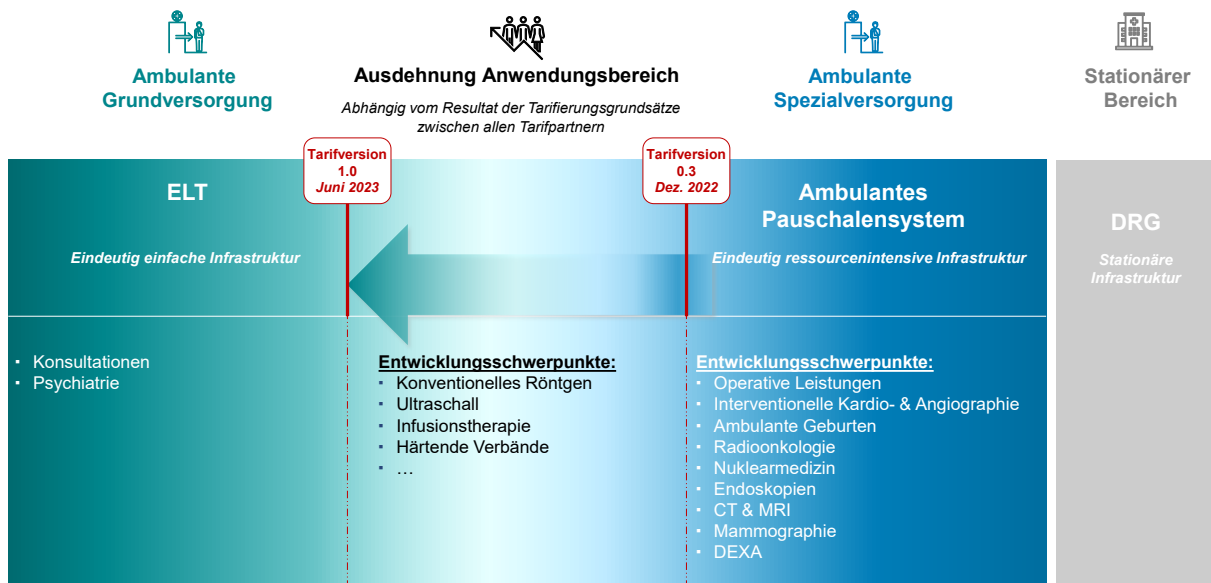


Abbildung 1: Darstellung Entwicklungsschritte hinsichtlich Tarifversion 1.0

Dazu erfolgt in der ersten Jahreshälfte 2023 ein weiterer Entwicklungsschritt («Entwicklungsschritt 1. Hälfte 2023») mit folgenden Entwicklungsschwerpunkten:

- Konventionelles Röntgen
- Ultraschall
- Infusionstherapie
- Härtende Verbände
- Ggfs. weitere

Dadurch soll sichergestellt werden, dass der dem ambulanten Pauschalensystem für die Tarifversion 1.0 zugewiesene Anwendungsbereich im Juni 2023 auch bereits vorliegt. Einer der Vorteile des ambulanten Pauschalensystems liegt darin, dass Leistungen maschinell auf der vorhandenen Datenbasis als Relativgewichte bewertet werden. Mit anderen Worten: ist ein Bereich (bspw. Infusionstherapie) einmal in der Entscheidungsbaumlogik eingearbeitet, kann flexibel entschieden werden, ob dieser Bereich Bestandteil einer Tarifversion sein soll oder nicht. Sollten die Tarifpartner zum Schluss kommen, dass gewisse Entwicklungsschwerpunkte des «Entwicklungsschrittes 1. Hälfte 2023» (noch) nicht Teil der Tarifversion 1.0 sein sollen, könnten diese Bereiche exkludiert werden, ohne die restliche Tarifstrukturlogik zu beeinträchtigen.

Der Geltungsbereich des ambulanten Pauschalensystems könnte im Rahmen der jährlichen Aktualisierung und Weiterentwicklung auch für weitere Tarifversionen angepasst werden.

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-GM (wo vorhanden)
- Tarif-Positionen gemäss Liste Trigger-Positionen (Anhang 1 zu diesem Bericht) Positionen des Tarifs 003
- Medikamente (GTIN)
- Demografische Angaben (Alter, Geschlecht)

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

Katalog ambulante Pauschalen

Im Katalog ambulante Pauschalen werden sämtliche Fallgruppen inkl. Nummerierung, Bezeichnung und Kostengewicht ausgewiesen. In der Version 0.3 werden diese Informationen durch weitere Merkmale ergänzt.

- Implantate: Das Kennzeichen in der Spalte Implantate weist darauf hin, dass zur entsprechenden Fallgruppe die Implantate zusätzlich zur ambulanten Pauschale abgerechnet werden können.

Mit der Spalte Implantate wird erneut eine strukturelle Verbesserung der ambulanten Pauschalen erreicht.

2.2 Anlehnung an die SwissDRG-Struktur

Der Aufbau und die Funktionsweise der ambulanten Pauschalen orientieren sich am etablierten Modell der SwissDRG-Struktur im akutstationären Setting. 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

Dies ermöglicht eine Durchlässigkeit der Tarifstrukturen zwischen ambulantem und stationärem Setting und dadurch eine einfachere Anwendung der Tarifstrukturen.

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 einfach übernommen werden.

Die Eingruppierung in die Fälle wurde – wo möglich – in einem ersten Schritt anhand der SwissDRG-Logik gemacht. Die erste Eingruppierung wurde überprüft und anschliessend nach dem Bedarf im ambulanten Setting ergänzt, verändert oder erweitert (siehe Kapitel 4.2.2).

Dies führte dazu, dass die Fallgruppen neu erstellt wurden, wodurch eine bessere Differenzierung für den ambulanten Bereich geschaffen wurde.

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 2 ersichtlich, der Mustervertrag für die Datenlieferung und Verwendung im Anhang 3.

3.1.2 Grundlagen

Bei den Datengrundlagen handelt es sich um Kostendaten basierend auf der Kostenträgerrechnung gemäss REKOLE®. Die Leistungsdaten basieren auf den abgerechneten Leistungen gemäss den geltenden ambulanten Tarifen.

Die Spitäler übermittelten alle ambulanten Fälle mit Behandlungsbeginn (Falleröffnung) und Behandlungsende (Fallschliessung) für die Jahre 2019, 2020 und 2021 jeweils zwischen dem 01.01 und dem 31.12.

In den gelieferten 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. Z.B.: 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, bzw. das Geburtsdatum im Datumsformat (dd.mm.yyyy)
- 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. Für die erste Datenlieferung für das Jahr 2019 haben 44 Spitäler einen Datenlieferungsvertrag unterzeichnet. Für die zweite Erhebungsphase bis August 2022 haben weitere drei Spitäler einen Datenlieferungsvertrag abgeschlossen. Für die drei Jahre 2019, 2020 und 2021 wurden 77 Datensätze übermittelt. Davon konnten 70 Datensätze 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	47
Datenlieferungen	77
Verwendung für Gruppierung und Bewertung	70

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

41	Spitalzentrum Biel
42	Stadtspital Zürich
43	Universitäts-Kinderspital beider Basel
44	Universitätsklinik Balgrist
45	Universitätsspital Basel
46	Uroviva Klinik AG
47	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. Sind die Kostendaten in Bezug zu den Leistungsdaten plausibel (sind beispielsweise bei einem OP-Fall OP-Kosten vorhanden?)

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	5'726'271

<i>Davon Fälle, die aufgrund der Plausibilisierung ausgeschlossen wurden oder aufgrund der Fallführung nicht eindeutig zugeordnet werden konnten</i>	1'489'708
Plausible Fälle, davon:	4'236'563
- <i>Fälle ohne Triggerposition</i>	1'771'484
- <i>Fälle mit mehreren Patientenkontakten</i>	894'054
<i>Fälle mit einem Patientenkontakt mit Leistung in der Spezialversorgung</i>	1'571'025
- <i>Davon Fälle, die in die Entwicklung der Version 0.3 eingeflossen sind</i>	853'915

In die Entwicklung der Version 0.3 sind auch Fälle im Bereich der Strahlentherapie eingeflossen, die mehrere Patientenkontakte umfassen. Dieses Vorgehen wird damit begründet, dass die Spitäler meistens einen Fall für die gesamte Strahlentherapie eines Patienten führen. Da die Kosten lediglich auf Fallebene und nicht auf Stufe der einzelnen Patientenkontakte ausgewiesen wurden, mussten im Bereich der Strahlentherapie die Fallkosten den einzelnen Patientenkontakte zugeordnet werden. Hierfür wurden die Fallkosten im Verhältnis der Erlöse den einzelnen Patientenkontakte zugeordnet. Dieses Vorgehen stellt sicher, dass die Strahlentherapie insgesamt im korrekten Verhältnis zu den anderen medizinischen Bereichen bewertet wird. Innerhalb der Strahlentherapie bilden die Relationen zwischen den einzelnen Fallgruppen, die Relationen aus den bisherigen Tarifen und somit vornehmlich dem TARMED ab. Sobald die Leistungserbringer auch im Bereich der Strahlentherapie die Kosten den einzelnen Patientenkontakten zuordnen, kann im Rahmen der Weiterentwicklung Tarifpflege diesem Umstand Rechnung getragen werden.

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 kann zusätzlich ein Code zur Identifikation verabreichter Medikamente gruppierungsrelevant sein.

Die Gruppierung erfolgt in einem mehrstufigen Verfahren:

1. Capitulum
2. Basisfallgruppe
3. Fallgruppe

Diese einzelnen Gruppierungsschritte werden im nachfolgenden Kapitel näher beleuchtet.

4.1.1 Capitula

Capitula sind die Kapitel des Katalogs ambulanter Pauschalen auf oberster Ebene. Die Capitula sind oft deckungsgleich mit TARMED- sowie SwissDRG-Hauptkapiteln, wie die beiden nachfolgenden Beispiele illustrieren.

Tabelle 4: Illustration der Übereinstimmung von Capitula und TARMED-/SwissDRG-Hauptkapitel

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

Im Katalog ambulante Pauschalen werden folgende Capitula geführt:

Tabelle 5: Im Katalog ambulante Pauschalen geführte Capitula

Cap	Bezeichnung
1	Nervensystem
2	Auge
3	Ohr, Nase, Mund und Hals
4	Atmungsorgane
5	Kreislaufsystem
6	Verdauungsorgane
7	Hepatobiliäres System und Pankreas
8	Muskuloskelettal-System und Bindegewebe

9	Haut, Unterhaut und Mamma
10	Endokrine Organe
11	Harnorgane
12	Männliche Geschlechtsorgane
13	Weibliche Geschlechtsorgane
14	Schwangerschaft und Geburt
22	Verbrennungen
23	Andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens
30	Bildgebung

Jeder Patientenkontakt wird einem Capitulum (Cap) anhand der Hauptdiagnose zugeteilt. Da nicht alle Spitäler eine Diagnose nach ICD-10-GM übermittelt haben, wurde ein alternatives Verfahren zur Bestimmung der Hauptdiagnose entwickelt. Dabei wird jede verwendete TARMED-Position einem Capitulum zugewiesen. Nachfolgende Tabelle enthält zwei Beispiele:

Tabelle 6: Illustration der Zuweisung von TARMED-Positionen zu einem Capitulum

Tarifposition	Bezeichnung	Cap
05.2410	Nervendekompression/Neurolyse, N. medianus u/o N. ulnaris im Karpaltunnel bzw. in der Loge de Guyon	01
08.2760	Extractio lentis/Phakoemulsifikation, inkl. Implantation einer künstlichen Linse und Einsetzen eines Kapselspannrings	02

Auf Basis der zugewiesenen Tarifpositionen wird pro Patientenkontakt dasjenige Capitulum mit dem höchsten Erlös bestimmt, um den Patientenkontakt einem Capitulum zuzuweisen.

Den Capitula vorangestellt ist ein prä-Capitulum (präCap), in dem insbesondere aufwändige Patientenkontakte (z.B. Nuklearmedizin, Strahlenmedizin) diagnoseunabhängig gruppiert werden. Im Cap 30 werden, ebenfalls diagnoseunabhängig, bildgebende Verfahren tarifiert. An das Cap 30 schliesst ein postCap an, welches Patientenkontakte losgelöst von den vorangehenden Capitula gruppiert.

4.1.2 Basisfallgruppe

Nachdem der Patientenkontakt einem Capitulum zugeordnet wurde, wird in einem zweiten Gruppierungsschritt der Patientenkontakt einer Basisfallgruppe 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 Basisfallgruppe einer von drei möglichen Partitionen zugeteilt:

O = Operativ

I = Interventionell

M = Medizinisch

Diese Zuordnung hat Einfluss auf die Gruppierung von Fällen.

4.1.3 Fallgruppe

Innerhalb einer Basisfallgruppe werden die Patientenkontakte anhand der erbrachten Leistung und weiterer Patientenmerkmale den 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 Zuordnung

Wo anwendbar werden Fälle anhand der Hauptdiagnose in die der SwissDRG-MDC-Einteilung korrespondierenden Capitula zugeteilt. Bei Capitula, die im Abdeckungsbereich der ambulanten Pauschalen keine Anwendung finden, wird die Zuordnung entsprechend angepasst.

Beispiel:

Tabelle 7: Illustration der Zuteilung aufgrund Hauptdiagnose zwischen SwissDRG und ambulanten Pauschalen

ICD-Code	SwissDRG MDC	Ambulante Pauschalen Capitulum
J15.9	04	04
F41.0	19	postCap

4.2.2 Erstellung der Entscheidungsbaumlogik

Die Erstellung der Entscheidungsbaumlogik durchlief im Wesentlichen drei Phasen:

1. Aufbau des Entscheidungsbaums für die durch die Tarifpartner als grundlegend relevant bezeichneten TARMED-Sparten.
2. Aufbau von weiteren Basisfallgruppen für Leistungen, welche durch die Tarifpartner mit Weiterentwicklungspotenzial bezeichnet wurden. Hier handelt es sich grösstenteils um Basisfallgruppen im Bereich der interventionellen und medizinischen Partition.
3. Verfeinerung des Entscheidungsbaums durch Prüfung auf medizinische Homogenität und Kostenhomogenität, mögliche Splitkriterien, Rangfolgen und daraus Etablierung von Fallgruppen.

4.3 Genauere Erläuterungen nach Capitulum

4.3.1 Prä-Capitulum

Im Prä-Capitulum (präCap) werden aufwändige Patientenkontakte unabhängig der Diagnose in Fallgruppen eingeteilt.

Die ambulanten Pauschalen des präCap 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 Capitula 1-24

Die ambulanten Pauschalen sind in drei Partitionen aufgeteilt. Nicht jedes Capitulum hat Pauschalen in allen drei Partitionen.

Zu beachten ist, dass die Pauschalen der operativen und der interventionellen- Partitionen jeweils inkl. der Bildgebung tarifiert sind. Die Pauschalen der medizinischen Partition sind i.d.R. ohne Bildgebung tarifiert. Falls eine medizinische Pauschale mit Bildgebung kombiniert wurde, ist dies Pauschale explizit aufgeführt. Das bedeutet, bei Leistungen der medizinischen Partition wurde die Bildgebung höher gewertet, weshalb sie im Entscheidungsbaum vorgezogen wird.

4.3.3 Cap30

Im Cap30 sind die bildgebenden Leistungen zu finden. Bildgebung kann im Wesentlichen in Kombination mit einer operativen oder interventionellen Prozedur erbracht werden. In diesem Fall sind die bildgebenden Leistungen in den ambulanten Pauschalen der Cap01 - Cap24 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 dem Cap30 zugeteilt.

4.4 Katalog ambulante Pauschalen

Im Katalog ambulante Pauschalen werden Fallgruppenbezeichnung, -titel und Gewichtung zusammengefasst dargestellt. Er bildet sämtliche Fallgruppen ab, inklusive deren Relativbewertung mittels Kostengewichten. Die Bewertung der Fallgruppen wird im Kapitel 5 erläutert.

4.5 Spezifika innerhalb der Entscheidbaumlogik

Inhalt der ambulanten Pauschalen:

- Labor: Leistungen des Labors werden unter TARMED gemäss Analysenliste abgerechnet. Unter SwissDRG sind die Leistungen des Labors in der Pauschale enthalten. Die entsprechende Rechnungsstellung ist in Art. 69 KVV geregelt. Die Tarifversion 0.3 sieht vor, die Leistungen des Labors ebenfalls in die Pauschalen zu integrieren. Dies bedarf aber einer Anpassung von Art. 69 KVV.
- Zudem ist in den Erläuterungen der Analysenliste aufgeführt, dass die Leistungen am Tag der Erbringung verrechnet werden. Dies führt zu einer Abrechnung ausserhalb der ambulanten Pauschale, resp. einer erschwerten Regelbildung.

- Diese Anpassung führt zu einer zwingenden Berücksichtigung dieses Umstandes im Rahmen der Verhandlungen der Baserate. (Einbezug der allenfalls bisher externen Kosten und Berücksichtigung der allenfalls zu tief berechneten Kostengewichte.)
- Pathologie: dito
- Separat verrechenbare Leistungen: Zusätzlich zur ambulanten Pauschale können weitere definierte Leistungen gemäss bestehendem Tarif separat abgerechnet werden, welche im Rahmen der Entwicklung des Systems die Systemgüte verbessern.

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 grundsätzlich anhand der folgenden Formel:

Relatives Kostengewicht einer Fallgruppe =

$$\frac{\text{Durchschnittliche Kosten der Fallgruppe}}{\text{Durchschnittliche Kosten aller Patientenkontakte (Bezugsgrösse)}}$$

In gewissen Konstellationen, die sich aus einer Kombination aus Fallzahl ($N < 30$) und geringer Homogenität der Fallgruppe ergeben, wird zur Bewertung der Fallgruppe der Median herangezogen oder bei tiefer Homogenität auf eine Bewertung gänzlich verzichtet. Die Verwendung des Medians erhöht die Robustheit des Systems, da der Median im Vergleich zum Mittelwert weniger stark auf einzelne Ausreisser reagiert.

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

Anzahl Patientenkontakte	Anzahl Patientenkontakte	Durchschnittliche Kosten
Total	6'461'880	496.64

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.

6 Kennzahlen

6.1 Abdeckungsgrad im spitalambulantem 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	59,2%	40,5%
Mit Triggerposition	40,8%	59,5%

6.2 Anzahl Fallgruppen

Tabelle 10: Anzahl Fallgruppen

Anzahl Fallgruppen	481
Davon unbewertet	2

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	90%
Nicht-Universitätsspitäler	108%
Kinder und Jugendliche (Alter < 16 Jahre)	101%
Erwachsene (Alter > 16 Jahre)	99%

7 Ausblick Weiterentwicklung und Tarifpflege

7.1 Daten

7.1.1 Datengrundlage

Das System der ambulanten Pauschalen basiert auf fallbezogenen Leistungs- und Kostendaten und kann somit auch entsprechende Daten aus der freien Praxis oder von ambulanten Einrichtungen verarbeiten. Mit der gesetzlich verankerten Datenlieferungspflicht besteht hier ein grosses Datenpotenzial, welches erschlossen werden kann. Zu beachten gilt, dass in der freien Praxis und in den ambulanten Einrichtungen zuerst die fallbezogene Kostenrechnung etabliert werden muss. Sobald dies vorliegt, können Daten aus freien Praxen für die Systemweiterentwicklung berücksichtigt werden

7.1.2 Datenrepräsentativität

Für die aktuelle Tarifversion basiert die Datenlieferung auf freiwilliger Basis. Mit einem klaren Bekenntnis von den Tarifpartnern und den Behörden zu diesem System der ambulanten Pauschalen können weitere Leistungserbringer gewonnen werden, ihre Daten auf freiwilliger Basis zu liefern. Ab Einführung der neuen gesetzlichen Verpflichtung steht bereits mittelfristig eine sehr grosse Datenbasis zur Systempflege zur Verfügung.

8 Anhang

Anhang 1

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

Anhang 2

Datenerhebungsdokument

Anhang 3

Muster Datenlieferungsvertrag