



Machbarkeitsstudie Ambulante Pauschalen

Im Auftrag des Verwaltungsrates SwissDRG AG

Autoren: Constanze Hergeth, Fabian Gfeller, Rémi Guidon, Simon Hölzer
Stand: 30.08.2018

Inhaltsverzeichnis

Management Summary	4
Einleitung.....	5
Teil I: Grundlagen	6
1. Anreize in den Tarifstrukturen und durch die Finanzierung	6
1.1. Einzelleistungstarif vs. Pauschale	6
1.2. Vor- und nachgelagerte ambulante Behandlung	7
1.3. Überholte Tarifstrukturen (uneinheitliche Tarifierung)	7
1.4. Uneinheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen	7
1.5. Verlagerung zusatzversicherter Fälle	7
2. Rahmenbedingungen	8
2.1. Anwendungsbereich, Ebene Leistungserbringer.....	8
2.2. Anwendungsbereich, Ebene Leistungen	9
2.3. Tarifschutz	9
2.4. Anwendungsmodalitäten	9
2.5. Aktualität der Tarifstrukturen	9
2.6. Finanzierungsfrage aus Sicht der Kostenträger, EFAS.....	10
2.7. Organisation und Finanzierung der SwissDRG AG.....	10
2.8. Gesetzliche Anpassungen.....	10
3. Voraussetzungen zur Weiterentwicklung	10
3.1. Überarbeitung Groupierung / Kalkulationsmethodik	10
3.2. Notwendigkeit zur Erweiterung der Datenerhebung.....	10
3.3. Stand der schweizweiten Erfassung ambulanter Falldaten	11
4. Zu klärende Fragen.....	11
Teil II: Methode und Resultate	14
1. Leistungsbereiche.....	14
1.1. Liste ambulant durchzuführender elektiver Eingriffe	14
1.2. Erweiterungen der Liste der Eingriffe	14
2. Methodik	16
2.1. Ausgestaltung der Tarifstruktur	16
2.2. DRG-Zuordnung.....	17
2.3. Fallabgrenzung	17
2.4. Kostenabgrenzung.....	20
2.5. Kalkulation	22
2.6. Bewertung ambulanter Pauschalen und Vergleich.....	22

3. Diskussion	23
Anhang A: Leistungsbereiche	24
Anhang B: Nicht verwendete Kostenkomponenten.....	28
Quellenverzeichnis	29

Management Summary

Die vorliegende Machbarkeitsstudie konnte zeigen, dass sich auf Basis der vorhandenen stationären Leistungs- und Kostendaten ambulante Pauschalen bewerten lassen. Aufgrund der Verfügbarkeit dieser Daten auf Fallebene lassen sich rasch ambulante Pauschalen etablieren. In der heutigen Tarifwelt gibt es systematisch gerichtete Fehlanreize, die sich auch - aber nicht ausschliesslich - aufgrund der unterschiedlichen Tarifierung von ambulanten und stationären Leistungen ergeben. Das Zusammenfassen von Einzelleistungen (Pauschale) und der klaren Regelung „ambulant vor stationär“ reduziert bestehende Fehlanreize im System. In der vorliegenden Arbeit wurde die Pauschalierung gemäss dem SwissDRG-Fallpauschalensystem gewählt, unter der Annahme, dass sich ambulante Leistungen in ähnlicher Weise wie die stationären Leistungen zu Leistungs- bzw. Patientengruppen zusammenfassen und bewerten lassen. Im Sinne eines lernenden Systems können durch spätere Erhebungen der Kosten- und Leistungsdaten von ambulanten Leistungserbringern auch Daten von ambulant erbrachten Fällen in die Kalkulation einfließen. Neben der technischen Erarbeitung und Bewertung einer Tarifstruktur für ambulante Pauschalen gilt es eine Reihe von Rahmenbedingungen zu definieren bzw. abzuändern. Diese Rahmenbedingungen müssen von den dann zukünftig relevanten Tarifpartnern für diesen Leistungsbereich erarbeitet werden.

La présente étude de faisabilité nous a permis de montrer que des forfaits ambulatoires peuvent être évalués en s'appuyant sur les données de coûts et prestations. En raison de la disponibilité de ces données par cas, il est possible d'établir rapidement des forfaits ambulatoires. Dans le monde tarifaire actuel, des effets indésirables systématiques résultent – notamment – de la tarification différente des prestations ambulatoires et stationnaires. Le regroupement de prestations (forfaits) et la primauté claire de l'ambulatoire sur le stationnaire réduisent les incitations inopportunes dans le système. Dans le présent travail, les forfaits se basent sur le système de forfaits par cas SwissDRG, en partant du principe que les prestations ambulatoires peuvent être regroupées selon les prestations, resp. les patients, et évaluées de la même manière que les prestations stationnaires. Dans le sens d'un système apprenant, le calcul pourra intégrer les données des cas ambulatoires grâce à des relevés ultérieurs des coûts et des prestations dans les services ambulatoires des hôpitaux. En plus de l'élaboration et de l'évaluation techniques d'une structure tarifaire pour les forfaits ambulatoires, une série de conditions cadres devront être élaborées pour ce domaine de prestations par les partenaires tarifaires qui seront concernés.

Einleitung

Stationäre Eingriffe, die nicht zuletzt aufgrund des technischen Fortschritts auch ambulant durchgeführt werden können, werden als ambulantes Potential bezeichnet. Der Vorteil einer Forcierung, diese Fälle ambulant statt stationär zu behandeln, liegt auf der Hand. Das ambulante Setting ist bei vergleichbarer Leistung kostengünstiger und die ressourcen-intensivere und damit unverhältnismässige stationäre Erbringung widerspricht den festgehaltenen WZW-Kriterien im KVG. Auch aus Sicht des Patienten verringert die ambulante Erbringung die Belastung des Betroffenen. Zum Beispiel ist eine patientenorientierte Behandlung im ambulanten Bereich in der Regel besser möglich, Infektionsrisiken fallen geringer aus und das Stressniveau des Patienten kann gesenkt werden - dies vor allem in der Pädiatrie (vgl. [2], s.24). Nicht zuletzt kann die günstigere ambulante Behandlung nicht nur die Patienten, sondern auch Prämien- und Steuerzahler entlasten.

Der Expertenbericht «Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» [1] hat zum Ziel Massnahmen zu isolieren, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung entlasten können. Auch der internationale Vergleich lässt diesbezüglich Potential erkennen, welches in der Schweiz bis anhin nicht ausgeschöpft wird. Die Massnahmen umfassen sowohl die Förderung des Übergangs vom stationären in den ambulanten Bereich (M07 Verlagerung von ambulant zu stationär), als auch die Etablierung von Pauschalen im ambulanten Bereich (M15 Pauschalen im ambulanten Bereich fördern). Zusätzlich werden im Bericht weitere Massnahmen, welche im Kontext der Machbarkeitsstudie relevant sind, genannt: M25 Tarifstruktur aktuell halten, M26 Einheitliche Finanzierung pauschalisierter Leistungen im spitalambulanten Bereich, M34 Schaffung nationales Tarifbüro (analog SwissDRG AG).

OECD-Studien lassen das ambulante Potential der Schweiz auch im internationalen Vergleich erkennen: Die Schweiz weist im Vergleich zum OECD-Durchschnitt für grundsätzlich ambulant durchführbare Eingriffe tiefere prozentuale Anteile für die ambulante Erbringung aus (vgl. [5], s.117). Dementsprechend höher sind die durchschnittlichen Werte im stationären Bereich. Es muss angefügt werden, dass dieser Vergleich nicht ohne Berücksichtigung weiterer Faktoren erfolgen kann, da die Rahmenbedingungen gerade für die Nachsorge der ambulanten Eingriffe (z.B. Spitex-Besuch, Unterbringung in am Spital angeschlossene Hotels inkl. Betreuung) und somit die Definition einer «ambulanten» Erbringung in den OECD-Ländern unterschiedlich gehandhabt werden.

Die PwC-Studie «Ambulant vor stationär: Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen.» [6] sowie das Schweizerische Gesundheitsobservatorium Obsan («Le potentiel de transfert du stationnaire vers l'ambulatoire» [3]) enthalten Ansätze, um das Einsparpotential zu quantifizieren, welches durch eine ambulante Leistungserbringung erzielt werden könnte.

Der Verwaltungsrat der SwissDRG AG beauftragte den Geschäftsführer im Dezember 2017, eine Machbarkeitsstudie für ambulante Pauschalen auf Basis der Liste vom Bundesamt für Gesundheit «Liste ambulant durchzuführender elektiver Eingriffe» zu erarbeiten. Ziel dieser Studie ist auch eine kritische Auseinandersetzung und Bewertung der aktuellen Anreizstruktur, vor allem im Hinblick auf eine Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich.

Teil I: Grundlagen

1. Anreize in den Tarifstrukturen und durch die Finanzierung

Die Tarifstruktur SwissDRG wird jährlich aufgrund aktueller Leistungs- und Kostendaten weiterentwickelt. Mit dieser datenbasierten Vorgehensweise werden die medizinische Versorgungsrealität und Änderungen in den Kosten der Fälle in der Tarifstruktur abgebildet.

Auch mit der SwissDRG Version 8.0 ist noch eine so genannte Kompression in der Tarifstruktur vorhanden. Dies bedeutet eine Überbewertung von Fällen mit geringer Fallschwere und potentielle Unterbewertung komplexerer Behandlungsfälle. Diese Unter- und Überbewertung ist Folge verschiedener Faktoren, unter anderem aufgrund der aktuellen Datengrundlage.

Die Kostenstruktur sowie allfällige Umlageschlüssel werden von REKOLE vorgegeben. Es ist nicht Ziel dieser Machbarkeitsstudie diese Umlageverfahren und die Kostenerfassung zu beurteilen.

Neben den möglichen, unten dargestellten Fehlanreizen (z.B. Einzelleistungstarife vs. Pauschale, überholte Tarifstruktur, zusatzversicherte Fälle) kann ein Verdacht, dass es noch Fehlanreize innerhalb der SwissDRG Tarifstruktur gibt, die die Verlagerung von stationär zu ambulant verhindern würden, nicht erhärtet werden.

Die Partner der SwissDRG AG haben sich auf eine kostenbasierte Herangehensweise bei der Kalkulation der Kostengewichte (anrechenbare Kosten auf IST-Kosten Basis von REKOLE) geeinigt. Die hier näher untersuchten Leistungen mit einem Verlagerungspotential von stationär zu ambulant unter SwissDRG sind im Vergleich zu den anderen, rein stationären, Leistungen nicht systematisch übervergütet, unterliegen allenfalls dem oben beschriebenen Kompressionseffekt.

Negative Anreizeffekte in Bezug auf den Übergang von stationär zu ambulant liegen dann vor, wenn Behandlungen, für welche sowohl aus medizinischer und sozialer als auch aus Kosten-Sicht ein ambulantes Setting indiziert ist, dennoch stationär durchgeführt werden. Diese negativen Anreizeffekte, die den Übergang von stationär zu ambulant hemmen oder gar verhindern, sollen in diesem Kapitel dargestellt werden:

1.1. Einzelleistungstarif vs. Pauschale

Unter der Annahme, dass alle involvierten Akteure einer ambulanten Erbringung ausgewählter elektiver Eingriffe grundsätzlich positiv gegenüberstehen, die Tarifsysteme TARMED und SwissDRG den Ressourcenverbrauch gut abbilden können, sollte die Entscheidung der Erbringungsart auf Ebene des Einzelfalls auf Basis der medizinischen und sozialen Indikation getroffen werden.

Während TARMED einem Einzelleistungstarif entspricht, so pauschaliert SwissDRG die erbrachten Leistungen. Pauschalierende Systeme schaffen im Unterschied zu den Einzelleistungstarifen nicht den Anreiz möglichst viele Leistungen pro Fall zu produzieren, sondern fokussieren sich auf die medizinisch notwendigen Behandlungen. Es ist deshalb davon auszugehen, dass die Möglichkeiten zur Mengenausweitung mittels Pauschalen reduziert werden.

Ein Selektionseffekt in der Wahl des Tarifsystems kann sich auch in die entgegengesetzte Richtung, von ambulant zu stationär, ergeben. Falls die Pauschale gegenüber den zu verrechnenden TARMED-Positionen einen höheren Erlös generiert, so sind finanzielle Anreize vorhanden, den Fall stationär zu erbringen.

Nur durch klare und manipulationsresistente Abrechnungsregeln kann sichergestellt werden, dass die stationäre Erbringung nur dann durchgeführt wird, wenn dies medizinisch notwendig ist.

1.2. Vor- und nachgelagerte ambulante Behandlung

Vor- und nachgelagerte Behandlungen bei stationären Aufenthalten oder ambulanten Eingriffen tragen zur Sicherstellung und Festigung des Therapieerfolges bei. Negative Anreize bezüglich vor- und nachgelagerten ambulanten Behandlungen ergeben sich aufgrund der Abbildungsfähigkeit von Leistungen sowohl innerhalb der Pauschale als auch über Einzelleistungspositionen in TARMED. Eine ambulante Erbringung einer Leistung, welche auch in der verrechenbaren DRG enthalten ist, kann die Folge sein. Klare Regelungen zum Leistungsinhalt einer Pauschale (z.B. könnten vor- und nachgelagerte Behandlungen beim gleichen Leistungserbringer innerhalb eines definierten Zeitraumes über eine Abrechnungsregel in die stationäre oder ambulante Pauschale eingeschlossen werden), würden diese negativen Anreize vermindern. Die Pauschalen für den ambulanten Bereich sind von diesen Anreizen auch betroffen, auch hier bedarf einer klaren Regelung.

1.3. Überholte Tarifstrukturen (uneinheitliche Tarifierung)

Kosten für Leistungen ändern sich laufend. Leistungen, für welche die Kosten z.B. durch den technologischen Fortschritt, gesenkt werden konnten, jedoch gemäss des Tarifs dennoch dieselbe Vergütung generieren, werden finanziell attraktiver.

Die Spitäler können im ambulanten Bereich ihre Kosten durchschnittlich nicht mehr decken (vgl. [3], S.29). Allein dadurch können Anreize zur Verlagerung in den stationären Bereich entstehen. Der gleiche Mechanismus kommt aufgrund überholter Tarifstrukturen zum Tragen. Werden Leistungen in einem Tarif nicht sachgerecht abgebildet, so entstehen Anreize einer Verlagerung.

Ein wesentliches Qualitätsmerkmal der SwissDRG Tarifstruktur ist die jährliche Weiterentwicklung. Auch im ambulanten Bereich sollte die Tarifstruktur laufend an die aktuellen Gegebenheiten angepasst werden.

1.4. Uneinheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen

Während im stationären KVG-Bereich die Kantone 55% der Vergütung tragen (Versicherer 45%), werden die ambulanten Leistungen vollständig von den Versicherern finanziert. Je nach Vergütungshöhe und wenn die Leistungserbringung sowohl stationär als auch ambulant erfolgen kann, ergeben sich für die Versicherer keine Anreize für eine ambulante Verlagerung, muss doch die Vergütung in einem ambulanten Setting vollumfänglich selbst getragen werden. Die Verlagerung der Leistungen in den ambulanten Bereich reduziert hingegen die Aufwendungen für die Kantone.

Die Kostenersparnisse einer zusätzlichen ambulanten Verlagerung für die Kantone werden gemäss Obsan-Studie für die abgegrenzten Bereiche in der Studie (vgl. [3], S.9) auf rund 90 Millionen CHF geschätzt. Auswirkungen für die Versicherer sind schwer zu beurteilen – hier werden je Leistungsbereich die Unterschiede in der Höhe der Vergütung gemäss der Tarife für ambulante operative Eingriffe ausschlaggebend sein. Zusätzliche Belastungen der Versicherer und Prämienzahler sind somit nicht auszuschliessen. Zur Abschätzung der finanziellen Auswirkungen auf das Gesamtsystem sind eine Reihe von Annahmen notwendig. Analog zum stationären Bereich wären diese Berechnungen Teil des Tarifgesuchs und von den Tarifpartnern einzubringen.

1.5. Verlagerung zusatzversicherter Fälle

Die Spitäler / Ärzte erhalten für stationär erbrachte Leistungen bei halbprivat- oder privatversicherten Patienten in der Regel eine ergänzende Vergütung aus der Zusatzversicherung. Im ambulanten Bereich erfolgt die Vergütung im Normalfall unabhängig der Versicherungsklasse, es ergeben sich keine zusätzlichen Verdienstmöglichkeiten für die Spitäler. Dies setzt falsche Anreize, da Spitäler über Zusatzversicherungshonorare von einer stationären Erbringung profitieren. Ist der Verdienst des Arztes an die generierten Honorare gekoppelt, stellt die stationäre Erbringung für zusatzversicherte Patienten für die Ärzte eine zusätzliche Verdienstmöglichkeit dar, was ebenfalls einen Anreiz zur stationären Behandlung darstellt.

Eigene Analysen stützen diese Einschätzung. Während im SwissDRG-Anwendungsbereich 2016 bei der Liegeklasse „allgemein“ 41.3% der Fälle geplante Eingriffe darstellen, sind dies bei der Liegeklasse „halbprivat“ bereits 53.6% und bei der Liegeklasse „privat“ 56.6% (vgl. Abbildung 1). Die Liegeklasse entspricht zwar nicht zwingend der Versicherungsklasse, jedoch wird eine hohe Korrelation erwartet. Aufgrund der vorherigen Festsetzung der Versicherungsklasse kann die Eintrittsart mittels Versicherungsklasse erklärt werden: Gerade bei den planbaren Eingriffen erfahren die behandelnden Ärzte eine verstärkte Behandlungs-Autonomie und können den Verlauf des Behandlungsprozesses besser steuern.

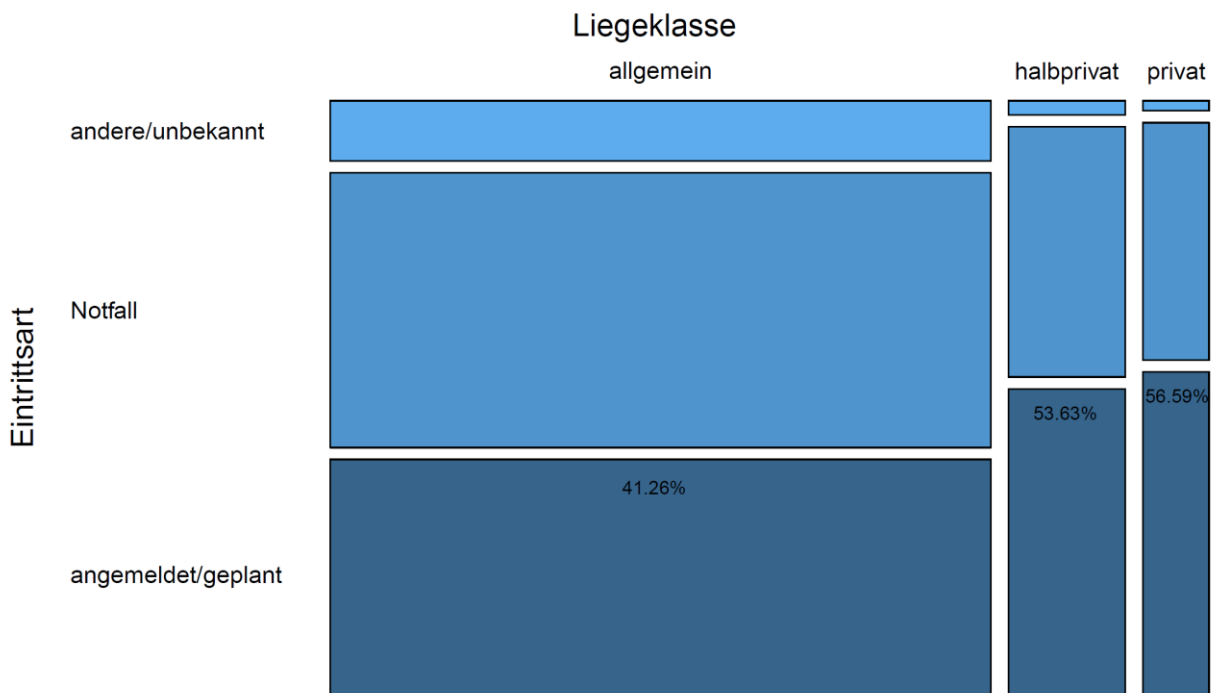


Abbildung 1: Anteile der angemeldeten/geplanten Eingriffe pro Liegeklasse, SwissDRG Anwendungsbereich 2016

2. Rahmenbedingungen

Um ambulante Pauschalen, welche in Teil II dieses Berichts näher beschrieben werden, einzuführen, müssen unter anderem zur Minderung von Fehlanreizen bestimmte Rahmenbedingungen erfüllt sein. In der Folge sind die einzelnen, aus Sicht der SwissDRG AG wichtigsten Bedingungen aufgeführt. Es ist dabei unumgänglich, dass dabei politische Fragestellungen tangiert werden. Diese werden dabei in keiner Weise wertend beschrieben, sondern sind im Sinne einer nicht abschliessenden Auslegeordnung aufgeführt.

2.1. Anwendungsbereich, Ebene Leistungserbringer

Es gilt zu definieren, welche Fälle unter den Anwendungsbereich der ambulanten Pauschalen fallen.

Werden Praxis-ambulante Fälle nicht mit in den Anwendungsbereich einbezogen, widerspricht das dem Grundsatz „gleiche Tarifierung für die gleiche Leistung unabhängig vom Ort der Leistungserbringung“. Es entstehen aufgrund der unterschiedlichen Vergütungshöhe für gleiche Eingriffe in Abhängigkeit von der Anwendung des gewählten Tarifs neue Fehlanreize.

2.2. Anwendungsbereich, Ebene Leistungen

Der Auftrag der Machbarkeitsstudie zur Entwicklung ambulanter Pauschalen nimmt konkret Bezug auf die Leistungen gemäss der Liste in Anhang 1a Ziffer I, KLV elektiv durchzuführender ambulanter Eingriffe. Die in Teil II beschriebene Methode würde allerdings eine Bewertung weiterer Leistungen ermöglichen. Es ist zu klären, für welche Leistungen ambulante Pauschalen eingeführt werden sollen, respektive welche Fälle in den Anwendungsbereich der ambulanten Pauschalen fallen. Es ist denkbar, mit einem bestimmten Set an Leistungen zu starten und die Tarifstruktur laufend zu erweitern. Es bleibt zu klären, inwiefern dies gewünscht ist und nach welchen Kriterien der Katalog erweitert werden soll.

Aus Sicht der Autoren ist grundsätzlich eine Beschränkung auf ambulante Eingriffe ab einer gewissen medizinischen Komplexität sinnvoll. Einzelleistungen, z.B. nicht invasive Untersuchungen (CHOP Z68.11 Digitale Untersuchungen des Uterus), eignen sich weder inhaltlich noch aufgrund des Ressourcenverbrauches für die Kalkulation einer Pauschale. Weiterhin ist es notwendig, die Leistungen eindeutig zu beschreiben. Es ist nicht sinnvoll, unbestimmte, nicht näher beschriebene CHOP-Kodes aufgrund ihres grossen Interpretationsspielraumes im Leistungskatalog aufzuführen.

Gemäss Obsan ([4], S.9) wurden die Leistungen in drei Phasen der Verlagerung eingeteilt: In eine Anfangsphase, eine Zwischenphase und eine Endphase der Verlagerung. Grundsätzlich erscheint es sinnvoll, diejenigen Leistungen, welche sich in der Anfangs- oder Zwischenphase des Verlagerungsprozesses befinden zu bewerten. Von einer Bewertungspflicht in der Übergangsphase (Initiale Bewertung mittels stationärer Fälle) für Leistungen in der Endphase ist jedoch abzusehen, da nicht zuletzt auch die relativen Anteile an stationären Fällen an Gesamtfällen reduziert sind.

Die Entwicklung von ambulanten Pauschalen erscheint nicht nur im Hinblick auf das Verlagerungspotential oder die Mengenentwicklung sinnvoll, sondern auch wenn deren Bewertung im aktuellen Tarifsysteem überholt ist und sich hieraus Fehlanreize ergeben.

2.3. Tarifschutz

Gemäss den Ausführungen des KVG, Art. 44 zum Tarifschutz dürfen die Leistungserbringer für die gesetzlichen Pflichtleistungen keine weiteren Vergütungen verlangen, selbst wenn der Patient damit einverstanden wäre. Die vertraglich festgelegten Tarife sind einzuhalten. Es ist deshalb sicherzustellen, dass den Patienten keine Leistungen in Rechnung gestellt werden, die dem Tarifschutz unterliegen. Ebenfalls ist darauf zu achten, dass die Leistungserbringer den Behandlungsauftrag für ambulante Eingriffe annehmen und ausführen. Es ist zu vermeiden, dass ambulant durchzuführende Eingriffe in den stationären Bereich zu Lasten einer zusätzlichen Vergütung durch den Patienten verschoben werden.

2.4. Anwendungsmodalitäten

Die Anwendungsregeln sind untrennbar mit den Tarifstrukturen verbunden. Deshalb müssen die Anwendungsregeln vor Einführung der ambulanten Pauschalen definiert werden. Hier kann die AG Abrechnungsregeln innerhalb der SwissDRG AG für die notwendige Abstimmung mit dem stationären Bereich sorgen.

2.5. Aktualität der Tarifstrukturen

In Bezug auf die Vermeidung oder Aufhebung bestehender negativer Anreize im System ist es notwendig, dass die bestehende Tarifstruktur zur Vergütung ambulanter Einzelleistungen aktualisiert und laufend weiterentwickelt wird. Auch die Bewertungen für ambulante Pauschalen müssen im Sinne der Aktualität angepasst werden können. So ist der Aufbau und die Kalkulationsmethodik des Systems darauf auszurichten, dass Anpassungen (im Sinne eines lernenden Systems) sowie die Aufnahme von neuen Bereichen/Eingriffen (Ausbaufähigkeit) im System vorgenommen werden können.

2.6. Finanzierungsfrage aus Sicht der Kostenträger, EFAS

Im Sinne der Vermeidung oder Aufhebung bestehender negativer Anreize im System erscheint es sinnvoll, das aktuell gültige Finanzierungsregime (spital-) ambulanter und stationärer Leistungen zu überdenken und in diesem Sinn anzupassen, dass die Anreize für alle Akteure einheitlich ausgestaltet sind. Dadurch soll eine Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich gefördert werden.

2.7. Organisation und Finanzierung der SwissDRG AG

Der Geschäftszweck der SwissDRG AG wird beschrieben als «die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der für die leistungsbezogene Vergütung der stationären Behandlung [...]». Sollen die ambulanten Pauschalen innerhalb der SwissDRG AG erarbeitet und in der Folge eingeführt werden, ist eine Statutenänderung der SwissDRG AG notwendig.

Die Tätigkeiten der SwissDRG AG im Zusammenhang mit den stationären Tarifstrukturen werden gemäss KVG Art. 49 Abs. 2 über einen Fallbeitrag finanziert. Dieser Fallbeitrag ist ausschliesslich für Zwecke der stationären Tarifstrukturen einzusetzen. Arbeiten im Zusammenhang mit den ambulanten Pauschalen dürfen demzufolge nicht über den Fallbeitrag finanziert werden, was eine separate Finanzierung notwendig macht.

2.8. Gesetzliche Anpassungen

Nicht zuletzt gilt es zu prüfen, inwiefern gesetzliche Anpassungen (KVG, VKL) vorgenommen werden müssen.

3. Voraussetzungen zur Weiterentwicklung

Eine initiale Bewertung der ambulanten Pauschalen für ambulante Eingriffe mithilfe stationärer Falldaten bietet sich aufgrund unterschiedlicher Umstände an (vgl. Teil II). Die Einführung und nötige mögliche Weiterentwicklung einer Tarifstruktur für ambulante Pauschalen unterliegt gewissen Einschränkungen, welche in der Folge kurz erläutert werden.

3.1. Überarbeitung Groupierung / Kalkulationsmethodik

Die vorgeschlagene Methodik verwendet zur Bewertung der ambulanten Pauschalen ausschliesslich Fälle aus dem stationären Bereich. Dieses Vorgehen bietet sich aufgrund der Verfügbarkeit der Daten sowie der Definition der Leistungen auf der BAG Liste über CHOP-Kodes an. Im Sinne eines lernenden Systems, analog zu dem stationären Bereich, muss die Tarifstruktur weiterentwickelt werden können. Ziel muss es sein, die Groupierung und Methodik dahingehend anzupassen zu können, dass zu einem späteren Zeitpunkt die entsprechenden ambulanten Fälle in die Kalkulation einfliessen. Die Anwender der Tarifstruktur müssen ambulante Fälle, welche mit den ambulanten Pauschalen abgerechnet werden nach veränderten Vorgaben erfassen – Vorgaben, welche eine spätere Groupierung und Abrechenbarkeit ermöglichen (z.B. ICD/CHOP). Sobald mittels SwissDRG-Datenerhebung zusätzlich spital-ambulante Fälle im Anwendungsbereich für die ambulanten Pauschalen erhoben werden (vgl. 3.2), kann auch die Groupierung und die Kalkulationsmethodik verfeinert werden.

3.2. Notwendigkeit zur Erweiterung der Datenerhebung

Die oben beschriebene notwendige Anpassung der Kalkulationsmethodik zwecks Integration der ambulanten Fälle bedingt, dass die entsprechenden Fälle zusätzlich in die Datenerhebung der SwissDRG AG miteingeschlossen werden müssen. Diese Erweiterung der Datenerhebung bedeutet vor allem für die Leistungserbringer aber auch für die SwissDRG AG einen Mehraufwand, welcher sich abhängig von verschiedenen Faktoren unterschiedlich gestaltet.

Seitens Leistungserbringer dürfte der bedeutende Teil des Mehraufwands daher entstehen, dass Fälle welche über die ambulanten Pauschalen abgerechnet werden analog der stationären Fälle kodiert werden müssen. Zudem ist es zwecks Weiterentwicklung der Kalkulationsmethode und der Tarifstruktur insgesamt notwendig, dass die gesamten Leistungs- und Kostendaten im selben Format vorliegen wie bei den stationären Fällen (CHOP- und ICD- Kodierung sowie Fallkosten nach REKOLE). Weiter ist es notwendig, dass Leistungserbringer zur Datenlieferung verpflichtet werden. Auf die Verhältnismässigkeit des zusätzlichen Aufwands, welcher vor allem in einer Übergangsphase und der nötigen Anpassungen entstehen würde, ist zwingend zu achten.

Seitens SwissDRG AG müssen die Webschnittstelle zur Datenerhebung sowie die Strukturen in den Datenbanken angepasst werden. Zudem müssen alle Prozesse für eine erweiterte Datenerhebung weiterentwickelt werden. Namentlich zu erwähnen sind hier die Plausibilisierungslogik und der damit verbundene Austausch mit den Leistungserbringern.

3.3. Stand der schweizweiten Erfassung ambulanter Falldaten

Das Projekt MARS beschäftigt sich mit dem Aufbau der Statistiken der ambulanten Versorgung. Es wird unterschieden zwischen Spitälern und Arztpraxen/ambulanten Zentren. Zu den Erhebungsinhalten auf Fallbasis der Patientendaten Spital ambulant gehören Art, Umfang und Kosten der erbrachten Leistungen sowie Art des Ein- und Austritts. Eine Erhebung der Diagnosen wird angestrebt, ist jedoch noch nicht obligatorisch da mit unterschiedlichen Klassifikationen kodiert wird. Gemäss der revidierten Verordnung über die Krankenversicherung KVV (seit dem 1.1.2015 in Kraft) wird das Eidgenössische Departement des Innern EDI bis 2019 national anwendbare Diagnose- und Prozedurenklassifikationen für den Bereich «Rehabilitation und ambulant» definieren. Diese werden anschliessend unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips eingeführt. Seitens der Arztpraxen und ambulanten Zentren richtet sich die Erhebung bisher auf Strukturdaten. Zukünftig sollen zusätzlich Patientendaten analog zu den Spitaldaten, also erhaltene Behandlungen und Leistungen sowie Diagnose erhoben werden. Um den Aufwand der Datenlieferanten minimal zu halten, werden hauptsächlich Informationen erhoben, welche in den Verwaltungssystemen der Betriebe oder in bestehenden Datenbanken und Registern bereits in elektronischer Form vorhanden sind.

Der SwissDRG AG liegen bisher keine Leistungs- und Kostendaten ambulanter Fälle vor, die zum Zweck der Entwicklung einer Tarifstruktur geeignet sind.

4. Zu klärende Fragen

Aus Kapitel 1 bis 3 können offene Fragen und Forderungen an eine Tarifstruktur SwissDRG-PAM abgeleitet werden. Der Verwaltungsrat der SwissDRG AG entscheidet am 21. September 2018 nicht über die aufgeführten Fragen, sondern über die generelle Weiterführung des Projekts PAM. Untenstehende Fragen sind vor einer allfälligen Einführung der ambulanten Pauschalen zu beantworten.

- Der Geschäftszweck der SwissDRG AG ist zu erweitern, was eine Anpassung der Statuten notwendig macht.
- Die Finanzierung der Arbeiten in Bezug auf ambulante Tarife innerhalb der SwissDRG AG muss geregelt werden.
- Es ist zu prüfen ob und inwiefern es Anpassungen in der VKL benötigt.
- Eine Ausarbeitung und Anpassungen im KVG hat zu erfolgen.
- Auf welchen Anwendungsbereich sollen sich die PAM beziehen?
 - a) In einem ersten Schritt auf den spitalambulantem Bereich und nach Evaluation der Erfahrungen je nach Resultat in einem zweiten Schritt auch im praxisambulantem Bereich

- b) gleichzeitig auf den spitalambulanten und praxisambulanten Bereich
 - c) nur auf den spitalambulanten Bereich
- Die Anwendungsmodalitäten sind zu definieren hinsichtlich des Leistungsumfangs der Pauschalen. Dazu müssen die Leistungen eindeutig beschrieben werden und geklärt werden, welche vor- und nachgelagerte Behandlungen in die Pauschale integriert oder respektive von der Pauschale abgegrenzt werden.
- Es gilt zu definieren, welche Leistungen in den Anwendungsbereich der ambulanten Pauschalen fallen:
 - a) Nur Liste der elektiv durchzuführenden ambulanten Eingriffe in der KLV berücksichtigen
 - b) Anhand von Kriterien festlegen, welche weiteren Prozeduren unter den Anwendungsbereich der ambulanten Pauschalen fallen
- Zusätzlich gilt es zu präzisieren, ob und welche untergeordneten Leistungen vom Anwendungsbereich der ambulanten Pauschalen ausgeschlossen werden (z.B. nicht invasive Untersuchungen, keine unbestimmten, nicht näher beschriebenen Leistungen, vgl. Teil II, Kapitel 1.1.)
- Es gilt zu definieren, ob Leistungen im Anwendungsbereich abhängig der Phasen der Verlagerung (gemäss Obsan) bewertet werden sollen:
 - a) Nur Eingriffe in der Anfangs- und Übergangsphase bewerten.
 - b) Im Sinne einer Bewertungspflicht auch Leistungen in der Endphase (z.B. Katarakt) bewerten
- Es gilt sicher zu stellen, der Tarifschutz gewährleistet ist:
 - a) Leistungserbringer dürfen für die gesetzlichen Pflichtleistungen keine weiteren Vergütungen verlangen:
 - b) Leistungserbringer müssen den Behandlungsauftrag für ambulante Eingriffe annehmen und ausführen.
- Das aktuell gültige Finanzierungsregime (spital-) ambulanter und stationärer Leistungen ist zu überdenken und im Sinne einer Gestaltung neutraler Anreize anzupassen (vgl. Teil I, Kapitel 2.6.).
- Es ist zu klären auf welchen Bereich sich die Erhebung der Kosten- und Leistungsdaten mittelfristig bezieht. Der zusätzliche Nutzen, welcher sich aus dem Einbezug der praxisambulanten Fälle ergibt muss evaluiert werden.
- Wie soll die Ausgestaltung der Tarifstruktur erfolgen?
 - a) Die SwissDRG AG kalkuliert wie vorliegend die Kostengewichte (Bezugsgrösse gemäss SwissDRG v8.0). Die Tarifpartner verhandeln die Basispreise.
 - b) Die SwissDRG AG kalkuliert Kostengewichte mittels einer für ambulante Leistungen eigenständigen Bezugsgrösse (Entkoppelung vom SwissDRG-Fallpauschalenkatalog). Die Tarifpartner verhandeln die Basispreise.
 - c) Die PAM sollen von der SwissDRG AG mit Frankenbeträgen beziffert werden.
- Es ist zu klären inwiefern eine Abrechnung von Zusatzentgelten zusätzlich zu den Pauschalen zugelassen werden soll. Die Kalkulationsmethodik muss hinsichtlich des Entscheides über die Abrechenbarkeit angepasst werden.

- a) Zusatzentgelte können gemäss Anlage 2 des Fallpauschalenkataloges SwissDRG abgerechnet werden
- b) Die Abrechnung von Zusatzentgelten zusätzlich zu einer ambulanten Pauschale ist nicht zulässig
- c) Pro definiertem Leistungsbereich sind nur gewisse Zusatzentgelte zulässig. Eine Regelung der Auswahl an möglichen Zusatzentgelten hat nach definierten Kriterien zu erfolgen.

Teil II: Methode und Resultate

Für die stationären und durch die SwissDRG AG erhobenen Fälle liegen die tatsächlich angefallenen Kosten vor. Die Erarbeitung einer Tarifstruktur für ambulante Pauschalen auf Basis der SwissDRG-Tarifstruktur (SwissDRG-PAM) wird in Teil II dargestellt. Es erfolgt eine Zuordnung der Leistungsbereiche, grenzt Fälle und Kosten in den vorliegenden Daten ab und zeigt auf, wie die Bewertung der Pauschalen vorgenommen wurde. Teil II dieser Machbarkeitsstudie schliesst mit einer Diskussion.

1. Leistungsbereiche

1.1. Liste ambulant durchzuführender elektiver Eingriffe

Für die Analyse werden alle geführten Eingriffe nach Anhang 1, Kapitel 1.1 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) der Version 1.0 vom 23. November 2017 herangezogen. Die Liste, welche durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) publiziert wurde, enthält folgende sechs Eingriffs-Gruppen:

- A. Einseitige Krampfaderoperation der unteren Extremität
- B. Eingriffe an Hämorrhoiden
- C. Einseitige Leistenhernien Operationen
- D. Untersuchungen / Eingriffe am Gebärmutterhals oder der Gebärmutter
- E. Kniearthroskopien inkl. Eingriffe am Meniskus
- F. Eingriffe an Tonsillen und Adenoiden

Pro Gruppe wurden mehrere CHOP-Kodes 2017 angeführt, für welche eine ambulante Behandlung grundsätzlich indiziert und angemessen erscheint. Die CHOP-Kodes 2017 entsprechen dabei den CHOP-Kodes 2018 in der Änderung der KLV vom 7. Juni 2018. Wie unter Teil I (Kapitel 2.2) aufgeführt, erscheint es den Autoren nicht sinnvoll, für Einzelleistungen bzw. unbestimmte Leistungen eine Pauschale zu kalkulieren. Deshalb wurden folgende aufgeführten Untersuchungen nicht in diese Studie eingeschlossen (nach CHOP 2017):

- Z49.41 Reposition von Hämorrhoiden
- Z49.42 Injektion in Hämorrhoiden
- Z49.47 Evakuierung thrombosierter Hämorrhoiden
- Z49.49.00 Sonstige Massnahmen an Hämorrhoiden, nicht näher bezeichnet
- Z49.49.10 Sonstige Massnahmen an Hämorrhoiden, Sklerosierung
- Z49.49.11 Sonstige Massnahmen an Hämorrhoiden, Gummibandligatur
- Z49.49.99 Sonstige Massnahmen an Hämorrhoiden, sonstige
- Z67.11 Endozervikale Biopsie
- Z67.12 Sonstige zervikale Biopsie
- Z67.19 Sonstige diagnostische Massnahmen an der Zervix
- Z68.11 Digitale Untersuchung des Uterus

1.2. Erweiterungen der Liste der Eingriffe

Wie in dieser Studie beschrieben, eignen sich die Pauschalen ebenfalls zur Abbildung interventioneller Eingriffe z.B. Koronarangiografie. Santésuisse und die FMCH haben einen Vertrag über einen ambulanten Pauschaltarif für Kataraktoperationen unterzeichnet. Deshalb fliessen zusätzlich zu den definierten Eingriffen der Liste in Anhang 1a Ziffer I,r KLV auch folgende CHOP-Kodes von zwei Eingriffs-Gruppen in die Analyse ein, welche in den Kantonalen Listen [7] enthalten sind:

G. Katarakt

CHOP 2016	Bezeichnung
Z13.11	Intrakapsuläre Extradktion der Linse durch inferioren temporalen Zugang
Z13.19	Sonstige intrakapsuläre Extradktion der Linse
Z13.2	Extrakapsuläre Extradktion der Linse durch lineares Extradktionsverfahren
Z13.3	Extrakapsuläre Extradktion der Linse durch einfaches Aspirations- (und Irrigations-) Verfahren
Z13.41	Phakoemulsifikation und Aspiration eines Katarakts
Z13.42	Mechanische Phakofragmentation und Aspiration eines Katarakts durch posterioren Zugang
Z13.43	Mechanische Phakofragmentation und andere Aspiration eines Katarakts
Z13.51	Extrakapsuläre Extradktion der Linse durch inferioren temporalen Zugang
Z13.59	Sonstige extrakapsuläre Extradktion der Linse
Z13.64	Diszision einer Sekundärmembran [nach Katarakt]
Z13.65	Exzision einer Sekundärmembran [nach Katarakt]
Z13.66	Mechanische Fragmentation einer Sekundärmembran [nach Katarakt]
Z13.69	Sonstige Kataraktextraktion

H. Herzkatheter / Angiokardiographie

CHOP 2016	Bezeichnung
Z37.21	Rechtsherzkatheter
Z37.22	Linksherzkatheter
Z37.23	Kombinierter Rechts- und Linksherzkatheter
Z88.50	Angiokardiographie, n.n.bez.
Z88.51	Angiokardiographie der Vv. cavae
Z88.52	Angiokardiographie von Strukturen des rechten Herzens
Z88.53	Angiokardiographie von Strukturen des linken Herzens
Z88.54	Kombinierte Angiokardiographie des rechten und linken Herzens
Z88.55	Koronare Arteriographie mit einem einzigen Katheter
Z88.56	Koronare Arteriographie mit zwei Kathetern
Z88.57	Sonstige und nicht näher bezeichnete koronare Arteriographie

2. Methodik

In diesem Abschnitt wird die Vorgehensweise für die Bewertung der ambulanten Pauschalen beschrieben. Eine CHOP-Überleitung der Codes von 2017 auf 2016 garantiert, dass die Fälle mit den definierten Leistungen 2017 (CHOP-Kodes 2017) mit den der SwissDRG AG zur Verfügung stehenden Daten 2016 (CHOP-Kodes 2016) abgegrenzt werden können. Im Anschluss wird im Kapitel DRG-Zuordnung pro CHOP-Kode eine DRG nach Version 8.0 bestimmt, welche die Leistung am besten abbildet. Eine Fallabgrenzung definiert, welche Fälle für eine ambulante Pauschale herangezogen werden. Die anschliessende Kostenabgrenzung beschreibt, welche Kostenkomponenten im hier vorliegenden stationären Setting für eine spätere ambulante Anwendbarkeit in die Kalkulation einfließen. Das Kapitel 2 schliesst mit der Kalkulationsmethodik und der Bewertung der Pauschalen.

2.1. Ausgestaltung der Tarifstruktur

Die in diesem Bericht vorgeschlagene Methode zur Bewertung ambulanter Pauschalen basiert auf der Kalkulationsmethode der Tarifstruktur SwissDRG. Aus dieser Perspektive scheint es sinnvoll, die ambulanten Pauschalen in die Tarifstruktur SwissDRG zu integrieren. Allerdings ist dies nicht zwingend notwendig und sollte unter anderem davon abhängen, wie die Bewertung der Leistung ausgestaltet wird. Sollen ausschliesslich relative Kostengewichte, welche nachgelagerte Verhandlungen zum Basispreis bedingen, ausgewiesen werden, ist eine Integration in die Tarifstruktur SwissDRG denkbar. Werden Leistungen mit Frankenbeträgen bewertet, scheint ein separater Katalog zielführender.

2.2. DRG-Zuordnung

Die Zuordnung der DRGs erfolgte aufgrund der Gruppierungsrelevanz der Prozeduren Codes ohne weitere Bedingungen innerhalb der typischen Hauptdiagnosegruppen (MDC), z. B. Kniearthroskopie in DRG der MDC 08: Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe. Zusätzlich wurden vorhandene Alterssplits berücksichtigt.

Gruppe	Bezeichnung	DRG nach Version 8.0
A1	Einseitige Krampfaderoperationen der unteren Extremität	Varizen F39C
B1	Eingriffe an Hämorrhoiden	Hämorrhoiden G26A (<16 Jahre)
B2		G26B (>15 Jahre)
C1	Einseitige Leistenhernien Operationen	Leistenhernien G09E
D1	Untersuchungen/Eingriffe am Gebärmutterhals oder an Gebärmutter	Gebärmutterhals N09Z
D2		Hysteroskopie N10Z
D3		Curettagage O40Z
D4		Biopsie am Uterus N25Z
E1	Kniearthroskopien inkl. Eingriffe am Meniskus	Kniearthroskopien I18A (<16 Jahre)
E2		I18B (>15 Jahre)
F1	Eingriffe an Tonsillen und Adenoiden	Tonsillen D30B (<16 Jahre)
F2		D30C (>15 Jahre)
F3		Adenoidektomie ohne Tonsillektomie D13A (<6 Jahre)
F4		D13B (>5 Jahre)
G1	Katarakt	Intra- oder extrakapsuläre Extraktion C08A (beidseitig)
G2		C08B (einseitig)
G3		Sonstige Extraktion C20Z
H1	Herzkatheter/ Angiokardiographie	Herzkatheter/Angiokardiographie ohne Vv. cavae F49F
H2		Angiokardiographie der Vv. cavae F75D (>17 Jahre)

Die Zuordnungen der jeweiligen CHOP-Kodes zu den DRG nach Version 8.0 ist im Anhang A detailliert aufgeführt.

2.3. Fallabgrenzung

Zur Kalkulation werden Daten des Jahres 2016 herangezogen. Als Grundlage dienen diejenigen Fälle des Jahres 2016, welche auch zur Systementwicklung der SwissDRG-Version 8.0 verwendet wurden (vgl. Abbildung 2). Für diese Menge konnte die SwissDRG AG die nötigen Bereinerungsschritte durchführen (Bereinerung Kosten für Lehre und Forschung, zusätzliche Kosten für private oder halbprivate Fälle, Kosten für

Zusatzentgelte). Auch überstehen diese Fälle die Plausibilisierungsprüfung und können so gesamthaft als plausible Fälle bezeichnet werden.

Ein plausibler Fall wird nach Version 8.0 gruppiert und verbleibt nur dann in den Kalkulationsdaten, falls der Fall in eine DRG klassifiziert wird, für welche eine ambulante Pauschale berechnet werden soll. Zusätzlich darf der Fall weder verstorben noch von einer Aufnahme- und/oder Entlassverlegung betroffen sein. Falls Kosten für eine Intensivstation verbucht wurden oder der Fall von einem Zusatzentgelt betroffen ist, wird dieser ebenfalls von der Kalkulationsgrundlage ausgeschlossen.

Es findet eine datenbasierte (Ex-post-) Feststellung der Kalkulationsgrundlage statt. Eine definitorische Abgrenzung gemäss KLV wird für Kalkulationszwecke als nicht zielführend erachtet, da somit die Fallmenge stark von diesen Vorgaben abhängt und eine Weiterentwicklung limitieren würde. Die Methodik der Fallabgrenzung wird jährlich im Hinblick auf die Abbildbarkeit der Fälle hin überprüft und wenn nötig angepasst.

Gesamtdaten	SwissDRG Erhebung	
1'335'246	1'060'732	gelieferte Fälle
↓	↓	<ul style="list-style-type: none"> - Psychiatrie / Rehabilitation - Ambulante Fälle - Austritt ausserhalb der Erhebungsperiode
1'276'785	1'056'577	Fälle im Anwendungsbereich SwissDRG (inkl. Geburtshäuser)
	↓	<ul style="list-style-type: none"> - Fälle nicht relevanter DRG - Fälle mit Aufenthaltsdauer > 1 - Verlegte oder verstorbene Fälle - Fälle mit Kosten für Intensivstation - Fälle mit Zusatzentgelten
	30'576	Stationäre Fälle im Ex-Post Anwendungsbereich Pauschalen Ambulant (SwissDRG-PAM)
	↓	<ul style="list-style-type: none"> - nicht verwendbare, private Fälle - Fälle ohne Vollkosten - Plausibilisierung der Fälle (inkl. Gesamtlöschung von 7 Spitälern)
	28'623	Kalkulationsdaten SwissDRG-PAM

Abbildung 2: Datenerosion Ambulante Pauschalen (SwissDRG-PAM)

Es verbleiben somit zur Kalkulation 28'623 Fälle, welche sich wie folgt auf die DRG verteilen:

	DRG	Anzahl Stationäre Fälle Ex-Post Anwendungsbereich SwissDRG-PAM	Anzahl Fälle zur Kalkulation SwissDRG-PAM verwendet
A1	F39C	1564	1427
B1	G26A	86	79
B2	G26B	1837	1754
C1	G09E	4499	4274
D1	N09Z	1138	1095
D2	N10Z	1896	1760
D3	O40Z	2119	1946
D4	N25Z	874	819
E1	I18A	978	952
E2	I18B	7597	6947
F1	D30B	609	597
F2	D30C	502	484
F3	D13A	332	323
F4	D13B	278	271
G1	C08A	42	38
G2	C08B	724	661
G3	C20Z	198	185
H1	F49F	4861	4627
H2	F75D	442	384
	Total	30'576	28'623

Tabelle 1: Kalkulationsdaten SwissDRG-PAM pro DRG

Tabelle 1 zeigt in Spalte drei auch die Anzahl Fälle pro DRG im Ex-Post-Anwendungsbereich SwissDRG und die tatsächlichen verwendeten Fallmengen, welche zur Kalkulation der Pauschalen herangezogen wurden. Die Gesamtmenge wird nicht explizit als ambulantes Potential bezeichnet, da hier rein eine Abgrenzung zu Kalkulationszwecken vorgenommen wird. Das Obsan [3] quantifiziert in ihrer Studie für die sechs vom BAG definierten Haupt-Eingriffe das Potential der verlagerbaren stationären Fälle des Jahres 2016 auf rund 33'000 Fälle.

Eine Fallabgrenzung gemäss KLV Eingriffen und / oder den Kriterien zugunsten einer stationären Durchführung) wird nicht vorgenommen: Simulationsrechnungen zeigen, dass sich aufgrund der Kostenhomogenität in den DRG in den späteren Kostengewichten nur geringe Unterschiede zeigen, wenn nur die Fälle mit den Prozeduren gemäss der Liste in Anhang 1a Ziffer I, KLV bzw. der kantonalen Listen für die

Kalkulation berücksichtigt werden. Gleiches gilt für Fallabgrenzungen gemäss den Kriterien zugunsten einer stationären Durchführung. Wird z.B. eine Fallabgrenzung nach PCCL vorgenommen, ergeben sich bezüglich Fallmenge und Kalkulation der Kostengewichte auch geringfügige Änderungen.

Ob ein Eingriff unter ambulanten Bedingungen durchgeführt werden kann, hängt neben der Eignung des Eingriffs ebenfalls von der Eignung des Patienten (soziale und medizinische Aspekte) ab. Es bleibt eine Einzelfallentscheidung, diese sollte nicht durch die Tarifstruktur vorweggenommen werden.

2.4. Kostenabgrenzung

In der Erhebung 2017 der Kostendaten 2016 wurden zwei Kostenformate zugelassen. Das neuere und ausdifferenziertere Kostenformat kann auf das vorherige Kostenformat überführt werden. Ab Daten 2017 wird in der Erhebung nur noch das neue Kostenformat zugelassen.

Die Daten 2017 werden aktuell geprüft. Für eine erste Bewertung bereits diese Daten heranzuziehen, erscheint deshalb verfrüht. Die Daten 2016 lieferten viele Spitäler 2017 noch im alten Format, was eine Bezugnahme der ausdifferenzierten Kostenkomponenten zur Berechnung verunmöglicht. Wie auch für die Version 8.0 können die Kostenkomponenten nur undifferenziert in die Kalkulation einfließen. Die Kostenkomponenten und die dazugehörigen H+-Kontenrahmen können in der Erhebungsdokumentation 2017 eingesehen werden¹.

Im stationären Setting ergeben sich die Gesamtkosten pro Fall durch Summation der einzelnen Kostenkomponenten v10 bis v39. Falls Kosten für universitäre Lehre und Forschung in diesen Fallkosten enthalten sind, werden diese in Abzug gebracht. Auch zusätzliche Kosten für private oder halbprivate Fälle werden in der Datenbereinigung herausgerechnet. Schlussendlich werden Kosten für allfällige Zusatzentgelte von den Gesamtkosten abgezogen und Anlagenutzungskosten aufsummiert. So ergeben sich bereinigte Gesamtkosten, welche für die Kalkulation der Kostengewichte der Version 8.0 verwendet wurden.

Die Leistungen im stationären Bereich generieren jedoch Kosten, welche im ambulanten Bereich nicht anfallen. Nach vorgängigen Analysen, auf Basis der Erfahrungswerten der SwissDRG AG und den Kenntnissen zur medizinischen Versorgung wurden einige Kostenvariablen für die Berechnung der ambulanten Gesamtkosten pro Fall ausgeschlossen (vgl. Anhang B). Durch eine spätere Erhebung der Kostendaten für ambulante Fälle bei den Leistungserbringern (vgl. 3.2) würde die Kostenabgrenzung hinfällig, sie ist deshalb nur als Übergangskonstrukt zu verstehen. Die Kosten der folgenden Kostenkomponenten wurden für die Berechnung der ambulanten Tarife verwendet:

¹ https://www.swissdr.org/application/files/7814/9365/1815/SwissDRG_Erhebung_2017.pdf, abgerufen am 11.07.2018

Einzelkosten		H+ Kontenrahmen
V10	Medikamente	400
v12	Implantate	401
v13	Medizinisches Material	401
v14	Arzthonoraraufwand, Spitalärzte	380
v15	Arzthonoraraufwand, Belegärzte (sozialversicherungspflichtig)	381
v16	Arzthonoraraufwand, Belegärzte (nicht sozialversicherungspflichtig)	405*
v19	Andere Einzelkosten	403 + 404 + 405** + 480 + 485 + 486
Gemeinkosten		Muss-Kostenstelle REKOLE®
v20	OP Säle	(20)
v23	Bildgebende Verfahren und Nuklearmedizin	(26) + (28)
V24	Internes Labor (inkl. Blutspende)	(29)
v26	Ärzteschaft	(31)
V32	Anästhesie	(23)

* Nur Anteil Honorare aus dem Konto 405 (siehe REKOLE®, Kontenrahmen H+ 2014)

** Konto 405 ohne Arzthonoraraufwand für nicht sozialversicherungspflichtige Belegärzte (siehe REKOLE®, Kontenrahmen H+ 2014)

Die ambulanten Gesamtkosten exklusive Anlagenutzungskosten pro Fall i lassen sich durch Summation obenstehender Kostenkomponenten und mittels Abzug für den zusätzlichen geschätzten Arzthonoraraufwand der privaten und halbprivaten Liegeklasse-Patienten (\widehat{hon}_i) und der Kosten für Lehre und Forschung (LuF_i) folgendermassen berechnen (Abzug gemäss Berechnungsmethode SwissDRG):

$$Kosten_ohneANK_i = v10_i + \dots + v32_i - \widehat{hon}_i - LuF_i$$

Die geschätzten Kosten für den zusätzlichen Arzthonoraraufwand werden in gleicher Weise ermittelt, wie in der Bereinigung der Daten für die Tarifstruktur SwissDRG.

Die Daten 2017 liegen zum Zeitpunkt der Kalkulation, wenn auch unzureichend bereinigt, bereits in differenziertem Kostenformat vor. Die Anlagenutzungskosten (ANK) werden pro Fall der hier verwendeten Kostenkomponenten über die Daten 2017 abgegrenzt und gegenüber den Gesamtkosten an ANK gestellt. Eine vorgängig identische Fallabgrenzung für die Daten 2017 sichert dabei eine spätere Übertragbarkeit auf die Daten 2016. Pro DRG j erhält man so einen prozentualen Schätzer für den relevanten ambulanten ANK-Anteil gegenüber dem Gesamt-ANK-Betrag. Dieser Schätzer ($p_ANK_amb_j$) wird nun auf Daten 2016, in welchen die ANK pro Fall nur in aggregierter Form vorliegen, angewendet:

$$Kosten_mitANK_{i,j} = Kosten_ohneANK_i + p_ANK_amb_j * ANK_i$$

Pro Fall i in DRG j werden so die Gesamtkosten inklusiver Anlagenutzungskosten, welche zur Kalkulation der Kostengewichte einfließen, ermittelt.

2.5. Kalkulation

Nach vorgängiger Fall- und Kostenabgrenzung, sowie Gruppierung der Fälle nach SwissDRG Version 8.0, kann die effektive Kalkulation durchgeführt werden. Die Kostengewichte der ambulanten Pauschalen werden in vergleichbarer Weise berechnet, wie dies auch für explizite 1-Belegungstags-DRG der Fall ist:

$$CW_j = \frac{mGK_j}{BG_{8.0}}$$

Wobei mGK_j den durchschnittlichen Fallkosten inklusive ANK der DRG j entspricht und $BG_{8.0}$ die Bezugsgrösse angibt, welche für die Version 8.0 10'277 CHF entsprach.

2.6. Bewertung ambulanter Pauschalen und Vergleich

Die ambulanten Pauschalen werden in Spalte 3 dargestellt (Kostengewicht SwissDRG-PAM). Spalte 4 ermöglicht den Vergleich mit den effektiven Kostengewichten der jeweiligen DRG nach Version 8.0 für Fälle mit Aufenthaltsdauern von einem Tag.

	DRG	Kostengewicht SwissDRG-PAM	Kostengewicht SwissDRG 8.0 für Fälle mit Aufenthaltsdauer=1
A1	F39C	0.392	0.515
B1	G26A	0.371	0.505
B2	G26B	0.264	0.389
C1	G09E	0.401	0.519
D1	N09Z	0.255	0.397
D2	N10Z	0.278	0.411
D3	O40Z	0.208	0.355
D4	N25Z	0.466	0.616
E1	I18A	0.343	0.492
E2	I18B	0.293	0.429
F1	D30B	0.290	0.426
F2	D30C	0.256	0.380
F3	D13A	0.289	0.423
F4	D13B	0.266	0.387
G1	C08A	0.451	0.628
G2	C08B	0.290	0.428
G3	C20Z	0.401	0.552
H1	F49F	0.208	0.443
H2	F75D	0.180	0.345

3. Diskussion

In der heutigen Tarifwelt gibt es systematisch gerichtete Fehlanreize, die sich auch - aber nicht ausschliesslich - aufgrund der unterschiedlichen Tarifierung von ambulanten und stationären Leistungen ergeben. Ambulante Pauschalen haben zum Ziel, unnötig erbrachte Leistungen zu reduzieren, den Behandlungsprozess und die Qualität der Leistung gleichzeitig zu fördern. Grundsätzlich muss die Behandlungssicherheit, d.h. auch die Indikation (Art und Umfang des Eingriffs), weiterhin über Ort der Leistungserbringung entscheiden und eine individuelle Patienten-bezogene, ärztliche Entscheidung bleiben. Das Zusammenfassen von Einzelleistungen (Pauschale) und der klaren Regelung „ambulant vor stationär“ (stationäre Erbringung nur nach Abklärung von klaren und prüfbareren Merkmalen möglich) reduziert bestehende Fehlanreize im System. In der vorliegenden Arbeit wurde die Pauschalierung gemäss dem SwissDRG-Fallpauschalensystem gewählt, unter der Annahme, dass sich ambulante Leistungen in ähnlicher Weise wie die stationären Leistungen zu Leistungs- bzw. Patientengruppen zusammenfassen und bewerten lassen.

Die vorliegende Machbarkeitsstudie konnte zeigen, dass sich auf Basis der vorhandenen stationären Leistungs- und Kostendaten ambulante Pauschalen bewerten lassen. Der grosse Vorteil liegt in der Verfügbarkeit von kodierten Falldaten als auch in der Verfügbarkeit von aktuellen und validen Kostendaten. Der entscheidende Vorteil in der Anwendung liegt in der möglichen Gleichbehandlung bzw. gleichen Tarifierung ambulant wie stationärer Leistungen.

Die aus dem gewählten Ansatz resultierenden ambulanten Pauschalen (hier SwissDRG-PAM) können direkt mit der SwissDRG-Pauschale verglichen werden. Dieser Aufbau ermöglicht es, dass die SwissDRG AG zukünftige SwissDRG-Systeme simultan und abgestimmt mit den ambulanten Pauschalen SwissDRG-PAM entwickeln kann. Die SwissDRG AG kann keinen Vergleich der hier berechneten Pauschalen zur aktuellen Vergütungssituation unter TARMED vornehmen. Sowohl in der Studie von PwC [6] sowie im Bericht des Obsan [3] werden die ambulanten Kosten mittels bereits existierenden Tarifen geschätzt. Eine tatsächliche Kostensicht ist indes nicht gegeben. Mittels hier vorgebrachtem Ansatz kann eine Kostensicht, wenn auch auf stationären Daten, erfolgen. Im Sinne eines lernenden Systems können durch spätere Erhebungen der Kosten- und Leistungsdaten von ambulanten Leistungserbringern auch Daten von ambulant erbrachten Fällen in die Kalkulation einfließen.

Ob geplante Anpassungen an den Tarifstrukturen tatsächlich Leistungsverlagerungen begünstigen, ist nicht vorherzusehen. Diese erscheinen jedoch wahrscheinlich, insbesondere bei denjenigen Leistungen, die ein noch hohes, nicht ausgeschöpftes ambulantes Potential beinhalten.

Neben der technischen Erarbeitung und Bewertung einer Tarifstruktur für ambulante Pauschalen (hier SwissDRG-PAM, Pauschalen ambulant auf Basis von SwissDRG) gilt es eine Reihe von Rahmenbedingungen zu definieren bzw. abzuändern. Diese Rahmenbedingungen müssen von den dann zukünftig relevanten Tarifpartnern für diesen Leistungsbereich erarbeitet werden. Alle diese Partner sitzen am Tisch der SwissDRG AG.

Anhang A: Leistungsbereiche

A1 Einseitige Krampfaderoperationen der unteren Extremität - Varizen: F39C

CHOP 2017	Bezeichnung CHOP 2017	CHOP 2016
Z38.50	Ligatur und Stripping von Varizen, Lokalisation n.n.bez.	Z38.50
Z38.59.00	Ligatur und Stripping von Varizen der unteren Extremität, n.n.bez.	Z38.59.00
Z38.59.10	Ligatur, Exzision und Stripping von Varizen und Vv. perforantes der unteren Extremität (als selbstständiger Eingriff)	Z38.59.10
Z38.59.20*	Crossektomie und Stripping von Varizen der unteren Extremität, n.n.bez.	Z38.59.20*
Z38.59.21*	Crossektomie und Stripping, V. saphena magna	Z38.59.21*
Z38.59.22*	Crossektomie und Stripping, V. saphena parva	Z38.59.22*
Z38.59.30*	(Isolierte) Crossektomie, n.n.bez.	Z38.59.30*
Z38.59.31*	(Isolierte) Crossektomie, V. saphena magna	Z38.59.31*
Z38.59.32*	(Isolierte) Crossektomie, V. saphena parva	Z38.59.32*
Z38.59.40	Lokale Lasertherapie von Varizen	Z38.59.40
Z38.59.50	Endoluminale Therapie von Varizen	Z38.59.50
Z38.59.51	Endovenöse Lasertherapie von Varizen [EVLT]	Z38.59.51
Z38.59.52	Endovenöse Radiofrequenzablation von Varizen	Z38.59.52
Z38.59.59	Endoluminale Therapie von Varizen, sonstige	Z38.59.59
Z38.59.99	Ligatur und Stripping von Varizen der unteren Extremität, sonstige	Z38.59.99
Z38.69	Sonstige Exzision von Venen der unteren Extremität	Z38.69

*: Nur einseitige Eingriffe

B1/B2 Eingriffe an Hämorrhoiden – Hämorrhoiden: G26A/G26B

CHOP 2017	Bezeichnung CHOP 2017	CHOP 2016
Z49.43	Kauterisierung von Hämorrhoiden	Z49.43
Z49.44	Destruktion von Hämorrhoiden durch Kryotherapie	Z49.44
Z49.45	Ligatur von Hämorrhoiden	Z49.45
Z49.46.00	Exzision von Hämorrhoiden, n.n.bez.	Z49.46.00
Z49.46.10	Exzision von Hämorrhoiden, Stapler-Hämorrhoidopexie	Z49.46.10
Z49.46.11	Exzision von Hämorrhoiden, Ligatur einer A. haemorrhoidalis	Z49.46.11
Z49.46.12	Exzision von Hämorrhoiden mit plastischer Rekonstruktion	Z49.46.12
Z49.46.99	Exzision von Hämorrhoiden, sonstige	Z49.46.99

C1 Einseitige Leistenhernien Operationen – Leistenhernien: G09E

CHOP 2017	Bezeichnung CHOP 2017	CHOP 2016
Z53.00	Operation einer Inguinalhernie, n.n.bez.	Z53.00
Z53.06.11	Operation einer Inguinalhernie, offen chirurgisch, ohne Implantation von Membranen oder Netzen	Z53.01 Z53.02
Z53.06.21	Operation einer Inguinalhernie, offen chirurgisch, mit Implantation von Membranen und Netzen	Z53.03 Z53.04
Z53.07.11	Operation einer Inguinalhernie, laparoskopisch, ohne Implantation von Membranen oder Netzen	
Z53.07.21	Operation einer Inguinalhernie, laparoskopisch, mit Implantation von Membranen und Netzen	Z53.05
Z53.09	Operation einer Inguinalhernie, sonstige	

Nur einseitige Eingriffe ohne Rezidivoperationen. CHOP-Kodes 2016 beinhalten die Seitigkeit bereits.

D1 Untersuchungen/Eingriffe am Gebärmutterhals oder an Gebärmutter – Gebärmutterhals: N09Z

CHOP 2017	Bezeichnung CHOP 2017	CHOP 2016
Z67.2	Konisation der Zervix	Z67.2
Z67.31	Marsupialisation einer Zervixzyste	Z67.31
Z67.32	Destruktion einer Läsion an der Zervix durch Kauterisation	Z67.32
Z67.33	Destruktion einer Läsion an der Zervix durch Kryochirurgie	Z67.33
Z67.34	Destruktion von Läsion oder Gewebe an der Zervix durch Elektro-koagulation	Z67.34
Z67.35	Destruktion von Läsion oder Gewebe an der Zervix durch Laser-koagulation	Z67.35
Z67.39	Sonstige Exzision oder Destruktion von Läsion oder Gewebe an der Zervix	Z67.39

D2 Untersuchungen/Eingriffe am Gebärmutterhals oder an Gebärmutter – Hysteroskopie: N10Z

CHOP 2017	Bezeichnung CHOP 2017	CHOP 2016
Z68.12.00	Diagnostische Endoskopie an Uterus und uterinem Halteapparat, n.n.bez.	Z68.12.00
Z68.12.10	Hysteroskopie, n.n.bez.	Z68.12.10
Z68.12.11	Diagnostische Hysteroskopie	Z68.12.11
Z68.12.12	Diagnostische Hysterosalpingoskopie	Z68.12.12
Z68.12.19	Hysteroskopie, sonstige	Z68.12.19
Z68.12.99	Diagnostische Endoskopie an Uterus und uterinem Halteapparat, sonstige	Z68.12.99

D3 Untersuchungen/Eingriffe am Gebärmutterhals oder an Gebärmutter – Curettage: O40Z

CHOP 2017	Bezeichnung CHOP 2017	CHOP 2016
Z69.02	Dilatation und Curettage im Anschluss an Geburt oder Abort (Exklusive nach Geburt)	Z69.02
Z69.09	Sonstige Dilatation und Curettage	Z69.09
Z69.52	Aspirationscurettage im Anschluss an Geburt oder Abort (Exklusive nach Geburt)	Z69.52
Z69.59	Sonstige Aspirationscurettage am Uterus	Z69.59

D4 Untersuchungen/Eingriffe am Gebärmutterhals oder an Gebärmutter – Biopsie am Uterus: N25Z

CHOP 2017	Bezeichnung CHOP 2017	CHOP 2016
Z68.15	Geschlossene Biopsie an den uterinen Ligamenten	Z68.15
Z68.16	Geschlossene Biopsie am Uterus	Z68.16

E1/E2 Kniearthroskopien inkl. Eingriffe am Meniskus – Kniearthroskopien: I18A/I18B

CHOP 2017	Bezeichnung CHOP 2017	CHOP 2016
Z80.26.00	Arthroskopie des Knies, n.n.bez.	Z80.26.00
Z80.26.10	Diagnostische Arthroskopie des Knies	Z80.26.10
Z80.26.99	Arthroskopie des Knies, sonstige	Z80.26.99
Z80.6X.00	Meniskektomie am Knie, n.n.bez.	Z80.6X.00
Z80.6X.10	Meniskektomie am Knie, arthroskopisch, partiell	Z80.6X.10
Z80.6X.11	Meniskektomie am Knie, arthroskopisch, total	Z80.6X.11
Z80.6X.99	Meniskektomie am Knie, sonstige	Z80.6X.99
Z80.86.11	Débridement am Kniegelenk	Z80.86.11
Z80.86.13	Exzision eines Meniskusganglions am Kniegelenk	Z80.86.13

F1/F2 Eingriffe an Tonsillen und Adenoiden – Tonsillen: D30B/D30C

CHOP 2017	Bezeichnung CHOP 2017	CHOP 2016
Z28.2X.10	Partielle Resektion der Tonsille [Tonsillotomie] ohne Adenoidektomie	Z28.2X.10

F3/F4 Eingriffe an Tonsillen und Adenoiden - Adenoidektomie ohne Tonsillektomie: D13A/D13B

CHOP 2017	Bezeichnung CHOP 2017	CHOP 2016
Z28.6	Adenoidektomie ohne Tonsillektomie	Z28.6

Anhang B: Nicht verwendete Kostenkomponenten

Einzelkosten		H+ Kontenrahmen
v11	Blut und Blutprodukte	400
v17	Aufwand für Zeugnisse und Gutachten	
Gemeinkosten		Muss-Kostenstelle REKOLE®
v21	IPS und Intermediat Care (IC)	(24)
v22	Notfall	(25)
v25	Hämodialyse	(30)
v27	Nicht-medizinische Therapien und Beratung (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung, Aktivierungstherapie)	(32) + (33) + (34) + (35)
v28	Medizinische und therapeutische Diagnostik	(36)
v29	Pflege	(39)
V30	Hotellerie	(41) + (42) + (43)
V31	Gebärsaal	(27)
V39	Übrige Leistungserbringer	(44) + (45) + (10) + (77)*

*Ohne Kosten Primärtransporte

Quellenverzeichnis

[1] BAG (2017) ; Bericht der Expertengruppe ; «Kostendämpfungsmaßnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» ; <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/versicherung/krankenversicherung/kostendaempfung-kv.html>

[2] Lemos et al. (2006) ; «Day Surgery: Development and praxis» ; IAAS ; <http://www.iaas-med.com/files/historical/DaySurgery.pdf>

[3] Obsan (2018) ; Roth S., Pellegrini S. ; «Le potentiel de transfert du stationnaire vers l'ambulatoire» ; Obsan Dossier 63

[4] Obsan (2015) ; Roth S., Pellegrini S. ; «Virage ambulatoire; Transfert ou expansion de l'offre des soins?» ; Obsan Rapport 68

[5] OECD (2015) ; «Ambulatory surgery», Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris

[6] PwC (2016) ; Schwendener P., Sommer P. et al. ; «Ambulant vor stationär»

[7] Kanton Zürich ; Medienmitteilung vom 26.10.2017 ; «Ambulant statt stationär: Die kantonalen Listen sind koordiniert» ; <https://www.zh.ch/internet/de/aktuell/news/medienmitteilungen/2017/ambulant-statt-stationaer-die-kantonalen-listen-sind-koordiniert.html>