



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

## Detailinformationen zum Konsultationsprozess und der Version 1.0 der ambulanten Pauschalen

### 1. Einleitung

Die solutions tarifaires suisses AG hat die Tarifversion 1.0 finalisiert und am 26. Juni 2023 planmässig an die nationale ambulante Tariforganisation «Organisation ambulanter Arzttarife AG» (OAAT AG) übermittelt. Die Tarifversion 1.0 wird gemäss aktueller Planung und der politischen Forderung zusammen mit TARDOC Ende 2023 dem Bundesrat zur Genehmigung beantragt und 2025 eingeführt.

Ein wesentlicher Teil der Arbeiten auf dem Weg zur Version 1.0 bestand daraus, Rückmeldungen aus dem Konsultationsprozess zur Tarifversion 0.3 einzubeziehen. Die solutions tarifaires suisses AG hatte von Anfang Februar bis Ende März 2023 alle Mitglieder der Tarifpartner FMH, H+, santésuisse, curafutura und MTK/ZMT konsultiert. Insgesamt gingen weit über 1'000 Rückmeldungen ein. Wir danken allen Teilnehmenden aus den Spitälern und Kliniken für die wertvollen Inputs herzlich. Sie haben damit wesentlich zur Finalisierung der Version 1.0 des ambulanten Pauschalensystems beigetragen.

Die solutions tarifaires suisses AG hat jede Rückmeldung einzeln analysiert und in Bezug auf ihre Umsetzung geprüft und priorisiert. Nachfolgend beleuchten wir zusammengefasst die wichtigsten Änderungen, die infolge des Konsultationsprozesses in der Tarifversion 1.0 vorgenommen worden sind.

### 2. Anwendungsbereich

Die medizinischen Fachgesellschaften haben im Rahmen des Konsultationsprozesses Vorbehalte gegenüber der Pauschalierung im Bereich der Funktionsdiagnostik geäussert. Namentlich wurde darauf hingewiesen, dass die Inkludierung der Funktionsdiagnostik dem im Jahr 2022 zwischen den Tarifpartnern H+, santésuisse und FMCH vereinbarten Grundsatz widersprechen würde:

- *Das ambulante Pauschalensystem deckt insb. Leistungen in ressourcenintensiven Infrastrukturen ab.*
- *Der Einzelleistungstarif deckt insb. Leistungen in einfachen Infrastrukturen ab.*

Der Verwaltungsrat der solutions tarifaires suisses AG hat sich entschieden, diesem Anliegen Rechnung zu tragen und den Anwendungsbereich des ambulanten Pauschalensystems entsprechend anzupassen. Dies führte im Vergleich zur Tarifversion 0.3 zu einer erheblichen Reduktion der Patientenkontakte von rund 30% im niedergelassenen Bereich. Im spitalambulanten Bereich reduziert sich der Anteil der betroffenen Patientenkontakte um rund 10%.

| Anteil Patientenkontakte |       |       |       |
|--------------------------|-------|-------|-------|
|                          | v1.0  | v0.3  | v0.2  |
| Niedergelassener Bereich | 5.2%  | 7.5%  | 14.3% |
| Spitalambulanter Bereich | 18.5% | 21.1% | 36.3% |

*Tabelle 1: Abdeckungsgrad Patientenpauschaltarif, Anteil Patientenkontakte. Quelle: solutions tarifaires suisses AG, «Bericht zur Entwicklung der Tarifstruktur des Patientenpauschaltarifs»; Tarifversion 1.0.*

Das Verhältnis von Anteil Patientenkontakten (vgl. Tabelle 1) zu Anteil TARMED-Erlös (vgl. Tabelle 2) veranschaulicht, dass im Verlauf der Tarifversion 0.2, 0.3 und 1.0 eine signifikante Fokussierung auf Leistungen in ressourcenintensiven Infrastrukturen vorgenommen wurde.

| <b>Anteil TARMED-Erlös</b> |             |             |             |
|----------------------------|-------------|-------------|-------------|
|                            | <b>v1.0</b> | <b>v0.3</b> | <b>v0.2</b> |
| Niedergelassener Bereich   | 20.4%       | 27.2%       | 40.7%       |
| Spitalambulanter Bereich   | 43.9%       | 49.0%       | 64.9%       |

Tabelle 2: Abdeckungsgrad Patientenpauschaltarif, Anteil TARMED-Erlös. Quelle: solutions tarifaires suisses AG, «Bericht zur Entwicklung der Tarifstruktur des Patientenpauschaltarifs»; Tarifversion 1.0.

Darin widerspiegelt sich eines der Kernanliegen von H+, den tarifarischen Bruch an der Schnittstelle zwischen ambulant und stationär zu beheben und die Durchlässigkeit zu verbessern. Die Ambulantisierung ist für die Spitäler finanziell nur dann tragbar, wenn die in den ambulanten Bereich verlagerten Leistungen auch adäquat vergütet werden. Eine Tarifierung, die sich an realen Kostendaten orientiert, ist dazu die Voraussetzung. In Ergänzung zu einer datenbasierten Tarifstruktur ist ein adäquater Preis zwingend (s. Kap. 4).

Ein weiteres Schlüsselanliegen seitens H+ ist, dass möglichst ganze Leistungsbereiche (z.B. Operationen, Radiotherapie, Nuklearmedizin, Computertomographie, Magnetresonanztomographie, Endoskopien) in den Anwendungsbereich des ambulanten Pauschalensystems fallen. Die Pauschalierung und Einführung von lediglich einzelnen, ausgewählten Untersuchungen und Behandlungen wären mit folgenden entscheidenden Nachteilen verbunden:

- Keine relevante Verbesserung der Tarifierung im spitalambulantem Bereich absehbar;
- Sehr grosser und unverhältnismässiger administrativer und personeller Aufwand, weil stets unklar, ob eine Leistung in den Anwendungsbereich des Einzelleistungstarifs oder des ambulanten Pauschalensystems fällt;
- Sehr grosser und unverhältnismässiger administrativer und personeller Aufwand, insbesondere in der Leistungserfassung, weil im gleichen Leistungsbereich zwei Tarifsysteme zur Anwendung kommen;
- Ziel der Vereinfachung wird nicht erreicht;
- Aufwand für die aufwändige Umstellung wäre nicht gerechtfertigt.

Die Tarifversion 1.0 umfasst daher auch Fallpauschalen für Leistungen, die verhältnismässig selten vorkommen, typischerweise an der Schnittstelle ambulant und stationär. Aus Tabelle 3 ist ersichtlich, dass lediglich 1% der Patientenkontakte in Fallgruppen mit <100 Patientenkontakte bewertet werden. Es scheint H+ wichtig, dass gerade auch solche seltenen Fälle auf der Schnittstelle ambulant und stationär in den Anwendungsbereich des ambulanten Pauschalensystems fallen und über die Zeit durch die zunehmende Datenmenge adäquat auf der Basis von realen Leistungs- und Kostendaten der Spitäler tarifiert werden.

| <b>Patientenkontakte pro Fallgruppe</b> | <b>Anzahl bewertete Fallgruppen</b> | <b>Anteil Patientenkontakte</b> | <b>Anteil Casemix</b> |
|---|-------------------------------------|---------------------------------|-----------------------|
| > 10'000                                | 24                                  | 69%                             | 42%                   |
| > 1'000                                 | 69                                  | 23%                             | 34%                   |
| > 100                                   | 193                                 | 7%                              | 21%                   |
| > 30                                    | 94                                  | 1%                              | 3%                    |
| ≤ 30                                    | 70                                  | 0%                              | 0%                    |

Tabelle 3: Verteilung Fallgruppen nach Fallzahl. Quelle: solutions tarifaires suisses AG, «Bericht zur Entwicklung der Tarifstruktur des Patientenpauschaltarifs»; Tarifversion 1.0.

### 3. Katalog

Die solutions tarifaires suisses AG hat die über 1'000 Rückmeldungen einzeln geprüft. Sie flossen dort, wo sie durch die Kosten- und Leistungsdaten bestätigt wurden, in die Tarifversion 1.0 ein. Dies führte beispielsweise zu folgenden Anpassungen:

- Umteilung von Leistungen aus einzelnen Capitula ins Prä-Capitulum
- Einbau von neuen Splitkriterien
- Umteilung von einzelnen Tarifpositionen in andere Tabellen und dadurch Zuordnung in andere Fallgruppen

Ein grosser Teil der Rückmeldungen bezog sich auf Anliegen in der Kindermedizin, weshalb diesem Thema nachfolgend ein separates Kapitel (/Punkt 4) gewidmet ist.

Mit der Prüfung und Einarbeitung der Hinweise aus den Fachgesellschaften und den Spitälern konnte die medizinische Homogenität weiter verbessert werden. Als übliches Mass der Systemgüte dient u.a.  $R^2$  (Wert zwischen 0 und 1, wobei die Systemgüte besser ist, je näher der Wert bei 1 liegt). Für die Einführungsversion (Tarifversion 1.0) beträgt  $R^2$  0.8. Zum Vergleich: in der 12. Version der stationären Tarifstruktur SwissDRG beträgt  $R^2$  0.757.

### 4. Kindermedizin

Sämtliche Pauschalen der Kindermedizin wurden im Zuge der Weiterentwicklung der Tarifversion 1.0 auf Alterskriterien und der Abbildungsgüte überprüft. Wo sinnvoll, wurden Pauschalen mittels Alterskriterien datengestützt differenziert. Die Kindermedizin wird dabei nicht immer explizit über Alterskriterien, sondern auch implizit über die Anästhesieform in höher bewertete Pauschalen gruppiert. Der Grund dafür ist, dass Kinder und Patienten mit Beeinträchtigungen oder Angstzuständen sehr ähnliche Kostenstrukturen aufweisen. In solchen Konstellationen führt die Anästhesieform zu einer besseren Abbildungsgüte als ein strikter und expliziter Alterssplit. Es wäre somit falsch, anhand der Bezeichnung einer Pauschale abzuleiten, ob die Kindermedizin ausreichend in der Tarifversion 1.0 berücksichtigt wurde. Als Anschauungsbeispiel für eine implizite Altersdifferenzierung soll in der Tarifversion 1.0 die Zirkumzision mit den beiden Pauschalen C12.03A (mit Anästhesie durch Anästhesist/in) und C12.03B dienen. Der Median in der Altersverteilung der Pauschale C12.03A beträgt 12 Jahre. Derjenige der Pauschale C12.03B beträgt 58 Jahre.

Im Durchschnitt erreichen Fälle der Kindermedizin einen um ca. 20% höheren CMI als Fälle der Erwachsenenmedizin. Die sorgfältige Ausdifferenzierung der Kindermedizin ist auch daran erkennbar, dass der Finanzierungsgrad für das Patientenkollektiv «Kinder und Jugendliche (unter 18 Jahre)» in der Tarifversion 1.0 100% beträgt (unter der Anwendung der hypothetischen Baserate für Nullgewinne).

Der Patientenpauschaltarif erhebt den Anspruch, die Kindermedizin sachgerecht abzubilden und keine Fehlanreize für die Versorgung der jüngsten Bevölkerungsgruppe zu setzen. Im Vergleich zu Erwachsenen werden bei Kindern und Jugendlichen Eingriffe und Untersuchungen häufiger unter Anästhesie durchgeführt. Um die jungen Patienten nicht wiederholt in Narkose zu versetzen, werden im Rahmen einer Operation notwendige Eingriffe kombiniert durchgeführt. Die Klarstellung 11 in den Anwendungsmodalitäten greift dieses Thema auf und das Beispiel zu dieser Klarstellung präzisiert, dass im präsentierten Kombinationseingriff zwei Patientenkontakte abgerechnet werden können.

### 5. Preisgestaltung und Vergütung

Im Rahmen der Konsultation wurden Fragen zur Preisgestaltung und Vergütung aufgeworfen. Erst die Verknüpfung von Tarifstruktur und Preis ergeben den anwendbaren Tarif und definieren die Höhe des Erlöses. Zudem ist der Erlös in der Einführungsphase abhängig von der Ausgestaltung der Kostenneutralität (Umsetzung Art. 59c Abs. 1 lit. c KVV).

Zusammen mit der Version 1.0 des Katalogs ambulanter Fallgruppen und der Anwendungsmodalitäten verhandeln die Tarifpartner H+ und tarifsuisse ein vollständiges Vertragswerk, das die für die Einführungsphase notwendigen Aspekte der Preisbildung abdeckt und das Anliegen der Anwender nach finanzieller Stabilität gerecht wird. Weiter wird seitens H+ konsequent ein Preiszuschlag gefordert und verhandelt, damit die chronische Unterfinanzierung im spitalambulanten Bereich auch während der Kostenneutralitätsphase schrittweise behoben werden kann. Ein Fortschreiben der historisch viel zu tiefen Taxpunktweite TARMED, welche u.a. die Anlagenutzungskosten nicht beinhalten und die Finanzierung der Aus- und Weiterbildung nicht sicherstellen können, ist für die Spitalbranche nicht akzeptierbar.

Anhang E des Tarifstrukturvertrags definiert die Methode zur Berechnung ertragsneutraler Startpreise. Grundsätzlich werden für Spitäler aber auch für Ärztinnen und Ärzte sowie Einrichtungen gemäss Art. 35 KVG ertragsneutrale Startpreise auf kantonaler Ebene berechnet. Leistungserbringer, also auch Spitäler und Kliniken mit breitem Leistungsspektrum können individuelle Startpreise beantragen. Weiter können die Tarifpartner in ihren Tarifverträgen eine Adjustierung der Startpreise im Verlauf der Kostenneutralitätsphase vorsehen, was zwischen H+ und tarifsuisse im Preisbildungspaket aktuell verhandelt wird.

Auf nationaler Ebene wird während der dreijährigen Kostenneutralitätsphase betreffend Umsetzung «keine Mehrkosten durch Tarifmodellwechsel» (Art. 59c Abs. 1 lit. c KVV) sichergestellt, dass sich die Kosten pro versicherte und erkrankte Person innerhalb eines vorgegebenen Korridors bewegen. Damit ausschliesslich der Effekt des Tarifmodellwechsels beurteilt werden kann, wird der Einfluss exogener Faktoren auf die Kostenentwicklung durch ein statistisches Verfahren zur Risikoadjustierung weitestgehend eliminiert. Ausserdem wird die Kostenentwicklung nicht nur auf nationaler, sondern auch auf regionaler Ebene (Grossregionen gemäss BFS) beobachtet. Damit wird die Voraussetzung geschaffen, dass verursachergerechte Korrekturmassnahmen auf regionaler Ebene ergriffen werden können, sollte der Tarifmodellwechsel zu Mehrkosten führen.

Ebenfalls zur Stabilität trägt die verabschiedete Roadmap zur Weiterentwicklung der Tarifstruktur bei. Die Einführungsversion des Katalogs für ambulante Fallgruppen wird in den ersten beiden Einführungsjahren zur Anwendung kommen. Anpassungen am Katalog und damit verbundene geänderte Kostengewichte sind frühestens für das Jahr 2027 vorgesehen. Eine datenbasierte Tarifstruktur und eine kostenbasierte Preisbildung ist für die faire und nachhaltige Finanzierung des versorgungsrelevanten spitalambulanten Bereichs zwingend.

## 6. Anwendungsmodalitäten

Die Vorteile des Patientenpauschaltarifs kommen nur zur Geltung, wenn die sachgerechte Abbildung von Leistungen im Katalog der ambulanten Fallgruppen um verständliche und nachvollziehbare Regeln ergänzt werden. Damit die Anwendung wenig Rückfragen durch die Kostenträger auslöst und das System sinnvolle Anreize setzt, wurden die Rückmeldungen aus dem Konsultationsprozess zum Anlass genommen, das Dokument «Anwendungsmodalitäten» zu überarbeiten und zu ergänzen. Anhand des Änderungsdokuments sind die Anpassungen gegenüber der Vorversion transparent nachvollziehbar. Das entsprechende [Dokument ist auf Website der solutions tarifaires suisses AG](#) zu finden. Erwähnenswert in diesem Zusammenhang sind die Ergänzungen im Kapitel 1.4.3 zur Zusammenführung von Patientenkontakten zu einem abrechenbaren Patientenkontakt sowie die Aufnahme weiterer Beispiele im Anhang 2. In der Version 1.0 enthalten die Anwendungsmodalitäten explizite Regeln und Beispiele zur Zusammenführung:

- von mehreren Patientenkontakten des gleichen Leistungserbringers an zwei aufeinanderfolgenden Tagen (z.B. Schlaflabor, Aufenthalt Notfallstation über Mitternacht);
- von mehreren Patientenkontakten unterschiedlicher Leistungserbringer, wenn deren Leistungserbringung in unmittelbarer Abhängigkeit zueinanderstehen (z.B. Eingriff durch Belegarzt mit Anästhesie durch Spitalarzt).

Die Aufnahme eines Beispiels zur Verrechnung von Kombinationseingriffen während einer Anästhesie durch den Anästhesisten wird im Kapitel zur Kindermedizin ausgeführt.

Im Sinne eines kohärenten Tarifsystems für ambulante ärztliche Leistungen wird in der Version 1.0 klarer geregelt, welche Leistungserbringer eine Diagnose für ihre Patientenkontakte kodieren müssen. Damit wird sichergestellt, dass die Frage zur Zusammenführung bei mehreren Patientenkontakten eines Patienten am gleichen Tag beantwortet werden kann.

## 7. Kodierung

Die solutions tarifaires suisses AG hat als Basis der Kodierung in enger Zusammenarbeit mit H+ die «Grundsätze zur ambulanten Kodierung» sowie die «Richtlinien für ambulante Kodierung» erarbeitet. Darin festgehalten ist u.a. der Grundsatz, dass für die Kodierung im ambulanten Bereich kein spezialisiertes Kodierpersonal benötigt wird wie bei der stationären Kodierung. Dies drückt sich auch durch andere Grundsätze aus, wie:

- Kodierung von max. 1 Diagnose;
- Kodierung von Prozeduren nur so weit wie zur Differenzierung notwendig, wobei in der Regel eine Prozedur ausreichend ist.

In den «Richtlinien für ambulante Kodierung» wird diesem Grundsatz ebenfalls Rechnung getragen, indem nur Richtlinien vorgegeben wurden, die zur Anwendbarkeit des Systems notwendig sind. Die Richtlinien sind so überschaubarer als im stationären Bereich und wurden durch diverse Beispiele veranschaulicht. Es wurde sichergestellt, dass man auch bei individuell abweichender Kodierung in die richtige Fallgruppe gelangt.

So wurde ein Patientenpauschaltarif geschaffen, welcher dem Anwender Zielsicherheit bei der Toleranz in der Kodierung bietet. Damit wird ein einfaches System gewährleistet.

Wo den Anwendern zur Simulation mit der Tarifversion 1.0 noch Grouper auf Basis TARMED zur Verfügung stehen, wird zur Einführung des Tarifsystems die Kodierung anhand ICD-10 und CHOP erfolgen und sich künftig auf diese Werke beschränken.

## 8. Kostenträgerrechnung

Die Prozesse der Erfassung, Codierung und Fakturierung von medizinischen Leistungen in Spitälern ist eng verknüpft und steht in Abhängigkeit zu den angewendeten Tarifstrukturen. Ebenso damit verbunden ist die Kostenträgerrechnung (REKOLE®), und damit die einhergehende Bewertung des Ressourceneinsatzes.

Die Ablösung des TARMED wird genutzt um in der Kostenstellenrechnung in Sachen Ressourcenbewertung von Tarif-Taxpunkten als Bewertungs-Bezugsgrösse Abschied zu nehmen und diese mit konventionellen anerkannten Bezugsgrössen zu ersetzen, wie Leistungszeit, Raumnutzungszeit und ihre entsprechenden national definierten Zeitstempel.

Eine nationale gestaffelte Einführungsphase dieser neuen Bezugsgrössen und ihrer entsprechenden Zeitstempel ist aufzustellen. Diese gestaffelte Einführungsphase drängt sich auf, da es unrealistisch ist zu erwarten, dass die Schweizer Spitäler in der Lage sein werden aufgrund von hohen Investitionen und Fehlen der Fachkräfte einen derartigen Eingriff in die Kostenstellenrechnung auf einen Schlag per 1.1.2025 einzuführen. Damit diese Einführungsphase überbrückt werden, und ab 1.1.2025 dennoch die Ressourcenbewertung mittels der Bezugsgrösse «Zeit» erfolgen kann, drängt sich eine Übergangslösung auf, die auf normativen Leistungs- und -Raumnutzungszeiten abstellt.

Auf Ebene der Kostenträgerrechnung und insbesondere bei der Definition des administrativen Falls sind ebenfalls Anpassungen absehbar. Im Zusammenhang mit der Kostenträgerdefinition und der Fallführung, entspricht der administrative Fall dem tarifarischen Fall. Im ambulanten Bereich entspricht der administrative Fall dem s.g. abrechenbaren Patientenkontakt. Dieser ist eindeutig abgrenzbar von anderen mittels ambulanten Pauschalen abrechenbaren Patientenkontakten und übrigen erbrachten und abrechenbaren Einzelleistungen.