



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Zusammenfassung der Zusammenhänge und Lösungsvorschläge im Bereich Fallführung, Leistungserfassung, Kostenträgerrechnung und Ressourcenbewertung bei Anwendung des kohärenten Tarifsystems

Für das Jahr 2025 ist die Ablösung der Tarifstruktur TARMED geplant. TARMED soll durch ein kohärentes Tarifsysteem aus ambulanten Pauschalen (im SwissDRG-Charakter) und dem Einzelleistungstarif TARDOC (im TARMED-Charakter) abgelöst werden. Das vorliegende Dokument zeigt die wichtigsten Zusammenhänge im Bereich der Fallführung, Leistungserfassung und Kostenträgerrechnung sowie den Stand der Lösungsentwicklungen in der Kostenträgerrechnung auf.

1 Ausgangslage und Abhängigkeiten

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**, und die damit einhergehende Bewertung des Ressourceneinsatzes. Die Mindestanforderungen an die Kostenträgerrechnung der Schweizer Spitäler ist in REKOLE[®] geregelt, insbesondere die Regeln zur Bewertung des Ressourceneinsatzes.

Diese **Bewertung des Ressourceneinsatzes** stützt sich in einigen Kostenstellen auf Zeitstempeln ab, in anderen aber auch auf der Minimalbedingung der Anzahl Taxpunkten aus den entsprechenden Tarifstrukturen. Aus den Daten der Kostenträgerrechnung wiederum werden die Grundlagen für die **Relativbewertung bestimmter Tarifstrukturen (SwissDRG, TARPSY, ST Reha)** und die **Tarifverhandlungen** geschaffen.

Für die Spitäler sind verlässliche realitätsbezogene Kostendaten essenziell für die Tarifverhandlungen. Für sämtliche Akteure sind diese Kostendaten für die **Weiterentwicklung der Tarifstrukturen** essenziell. Damit kann sichergestellt werden, dass die Bewertung des Ressourceneinsatzes in der Entwicklung der Tarifstrukturen stets in Einklang ist mit der Entwicklung der Art und Intensität der Leistungserbringung am Patienten.

2 Die Leistungserfassung: das Herzstück der Kostenrechnung

Für die Kostenrechnung ist eine umfassende kostenstellen- und kostenträgerbezogene Leistungserfassung und eine objektive Bewertung des Ressourceneinsatzes unumgänglich. Damit sich die Erstellungskosten einer Patientenbehandlung bestimmen und erfassen lassen, ist Letztere zu definieren und eindeutig abzugrenzen. Sie wird dadurch bewertbar.

Die Leistungserfassung muss vollständig sein: Es sind nicht nur die verrechenbaren, sondern auch die nicht verrechenbaren Leistungen zu erfassen. Die Leistungserfassung dient in erster

Linie nicht der Rechnungsstellung, sondern der Bewertung der eingesetzten Produktionsmittel und bildet das Herzstück einer Vollkostenrechnung, die als Grundlage für die Preisbildung in den Sozialversicherungen herangezogen wird.

Es gibt verschiedene Arten eine Leistung zu erfassen. Die nachfolgende Aufzählung ist nach abnehmendem Detaillierungsgrad und abnehmendem Aufwand gegliedert:

- Die Ist-Zeitmessung erfasst die tatsächlich aufgewendete Ist-Zeit zur Erledigung einer Arbeit, z. B. mittels Minuten- oder Stundenrapporte.
- Die Norm-Zeitmessung erfasst die vordefinierte Norm-Zeit (basierend auf realitätsnahen Vergangenheitsmessungen) zur Erledigung einer Arbeit, z. B. mittels betriebsbezogene Norm-Minuten oder Norm-Stunden. Dazu gehörten eigentlich auch Tarifwerke wie z. B. TARMED, sofern Letztere systematisch weiterentwickelt (Leistungsspektrum) und die hinterlegten Normwerte aktualisiert werden.
- Weitere nicht zeitabhängige Tarifstrukturen erfassen die Tarifpositionen (Taxpunkte), die einer Leistung zugeordnet sind.

2.1 Aktuelle Umsetzung in den Spitälern & Ressourcenbewertung mittels Taxpunkten

Weil der TARMED sämtliche Leistungen enthält, z.B. auch Eingriffe, welche gar nicht ambulant durchführbar werden (z.B. Hüft-Endoprothesen-Operation), wird dieser heute noch teilweise für die Bewertung des Ressourceneinsatzes in der Kostenrechnung verwendet. Diese Verwendung beinhaltet heute den berechtigten Kritikpunkt, dass der TARMED und die darin enthaltene Normierung/Bewertung stark veraltet sind.

→ Der TARMED kommt folglich nach der Ablösung durch die ambulanten Pauschalen und TARDOC dafür nicht länger in Frage.

Ein Übergang zu TARDOC als Ressourcenbewertungsgrundlage wäre in der Theorie möglich, würde zu folgenden unerwünschten Effekten führen:

- TARDOC als Ressourcenbewertung hat dieselben Schwächen, die wir heute aus der Anwendung von TARMED kennen: keine Aktualisierung der im TARMED hinterlegten Normwerte, keine Abbildung von neuen Leistungserbringungsarten, usw.
- TARDOC 1.3.2. hat den gleichen Anwendungsbereich wie TARMED, und könnte entsprechend gleich angewendet werden. Im kohärenten Tarifsysteem (TARDOC und ambulanten Pauschalen) wird nicht der vollständige TARDOC eingeführt. Entsprechend ist anzunehmen, dass nur noch der angewendete Teil des TARDOC (TARDOC light) aktualisiert wird. Dies würde innert wenigen Jahren zur gleichen Situation wie heute führen, dass die im TARDOC hinterlegten Normwerte nicht aktualisiert werden und die darauf abgestellte Bewertung des Ressourceneinsatzes auf veralteten und realitätsfremden Daten aufgebaut wären.
- Bei denjenigen Patientenkontakten, (= Patientenbehandlung) welche über ambulante Pauschalen abgerechnet werden, ist die Erfassung der erbrachten Leistung mittels CHOP-Prozedur notwendig. Benötigt die Bewertung des Ressourceneinsatzes nach wie vor die Taxpunkte von TARDOC, so müssten folglich auf jedem Patientenkontakt sowohl die Prozedur als auch die TARDOC-Leistungen bzw. TARDOC TP erfasst werden.

→ Der Übergang zu TARDOC als Ressourcenbewertung ist folglich nicht gewünscht.

3 Neue Lösung für die Ressourcenbewertung

Die Ablösung des TARMED soll genutzt werden um in Sachen Ressourcenbewertung von Tarif-taxpunkten als Bewertungsbezugsgrösse Abschied zu nehmen und diese mit konventionellen anerkannten Bezugsgrössen zu ersetzen: Zeit (Leistungs-, Raumnutzungs- und/oder

Gerätenutzungszeit) und ihre entsprechenden national definierten Zeitstempel. Dadurch wird die Bewertung des Ressourceneinsatzes auch unabhängig von der Fallart (ambulant/stationär). Diese Anpassung benötigt verschiedene Überlegungen (z.B. nationale Harmonisierung der Zeitstempeldefinitionen), welche gegenwertig bereits im Gange sind und ein grösseren Eingriff in die nationale Branchenlösung REKOLE® mit sich ziehen werden. Der Wechsel der Bewertungsbezugsgrösse der medizinischen Leistungen von „Taxpunkt“ (TARMED) auf „Zeit“ umfasst folgende Arbeiten:

- Für ca. 15-20 Muss-KST muss geprüft werden, ob Kostenartenblöcke neu definiert werden sollen, weil zum Beispiel die ärztliche Leistungszeit anders ausfällt als die Raumnutzungszeit (sowohl in der Dauer als in der Intensität). Sämtliche Zeitstempel müssen pro in Frage kommenden Aktivitätsbereich so definiert werden, dass eine national einheitliche Anwendung möglich und sichergestellt ist.
- Die Nutzung von Gerätenutzungszeiten als automatisierte IT-Lösung muss geprüft werden.
- Die zu definierenden nationalen Zeitstempel liegen bis Ende 2023 der REK-Kommission zur Verabschiedung vor, sowie der Zeitplan ab wann sie verbindlich werden (REK-Entscheid).
- Die Schulung des betroffenen Personals muss vorgesehen werden.

Diese Arbeiten sind erfahrungsgemäss sehr zeitintensiv und die Umsetzung in den Spitälern mit erheblichem Aufwand verbunden, weshalb eine Umsetzung per 1.1.2025 nicht machbar ist, und eine gestaffelte Einführungsphase aufzustellen ist.

Diese nationale gestaffelte Einführungsphase stellt sicher, dass erbrachten Leistungen eines bestimmten Aktivitätsbereichs national gleich bewertet werden und so die adäquate Pflege der Tarifstruktur sichergestellt ist. Ebenso ermöglicht sie die Abstimmung des Zertifizierungsverfahrens REKOLE® auf die Einführungsphase. Der Einführungsplan ist voraussichtlich über 3 Jahre und wird ebenfalls von der REK-Kommission verabschiedet.

4 Übergangslösung

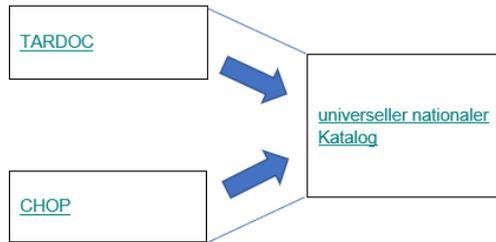
Weil TARMED nicht mehr für die Ressourcenbewertung herangezogen werden kann, TARDOC ebenfalls nicht geeignet ist, und die Einführung von anerkannten Bezugsgrössen nicht per 01.01.2025 möglich ist, wird ab demselben Zeitpunkt eine Übergangslösung benötigt.

Die Leistungserfassung muss - mit der Einführung des kohärenten Tarifsystems noch weitere Anforderungen bewältigen, um die Balance zwischen Aufwand und Nutzen zu bewahren.

- **Unerwünschte Doppelerfassung:** Zu Beginn eines Patientenkontakts ist für den Leistungserbringer nicht zwingend klar, welche Tarifstruktur zur Anwendung kommt. Es erscheint nicht sinnvoll, dem Leistungserbringer im Moment der Erfassung diesen Entscheid zu überlassen.
Bsp: Falls der Patientenkontakt mittels TARDOC abgerechnet wird, muss ich Tarifposition A erfassen, falls die ambulanten Pauschalen abgerechnet werden, muss ich CHOP X erfassen. Eine vorsorglich doppelte Erfassung ist ebenfalls nicht sinnvoll.
- **Anwendungsbereich:** Der Anwendungsbereich der ambulanten Pauschalen kann sich mit den jährlichen Versionen verändern. Eine jährliche Anpassung und Schulung des Personals, damit die korrekten Leistungen erfasst werden, ist sehr aufwändig und fehleranfällig.

4.1 Universeller und nationaler (Leistungs-) Katalog (Lösungsteil Leistungserfassung)

Um den Entscheid der Tarifstruktur (ELT oder ambP) vom Leistungserbringer wegzubringen und sicherzustellen, dass national gleich abgerechnet wird, ist ein universeller und nationaler Katalog nötig. Dieser beschreibt die Leistung unabhängig von der später abzurechnenden Tarifstruktur (ELT oder ambP), ist also „universell“. Dieser universelle nationale Katalog wird aus einer Vereinfachung von TARDOC und einer Vereinfachung von CHOP erstellt.



Beispiel Vereinfachung TARDOC: Wenn in der Leistungserfassung mitgegeben wird, wo die Leistung erbracht wird (beim Patienten zu Hause oder in der med. Einrichtung), dann ist klar, welche Tarifposition anzuwenden ist.

TARDOC-Pos	TARDOC Text	Universeller nationaler Katalog
AA.00.0010	Ärztliche Konsultation, erste 5 Min.	Konsultation, pro Min.
AA.00.0020	+Ärztliche Konsultation, jede weitere 1 Min.	
AA.00.0030	Besuch, erste 5 Min.	
AA.00.0040	+Besuch, jede weitere 1 Min.	

Beispiel Vereinfachung CHOP: Statt der 7 endgradigen CHOP-Codes mit 6 Stellen wird der gelb markierte CHOP genutzt.

Wundversorgung (93.51-93.59)

78.10	Anlegen eines Fixateur externe, n.n.bez.
78.11	Anlegen eines Fixateur externe an Skapula, Klavikula, Rippen und Sternum (inkl. Reposition von Frakturen)
78.11.0	Detail der Subkategorie 78.11
78.11.00	Anlegen eines Fixateur externe an Skapula, Klavikula, Rippen und Sternum (inkl. Reposition von Frakturen), n.n.bez.
78.11.10	Geschlossene Reposition einer Fraktur von Skapula und Klavikula mit Knochenfixation durch Fixateur externe [L]
78.11.11	Offene Reposition einer einfachen Fraktur von Skapula und Klavikula mit Knochenfixation durch Fixateur externe [L]
78.11.12	Offene Reposition einer Mehrfragmentfraktur von Klavikula und Skapula mit Knochenfixation durch Fixateur externe [L]
78.11.20	Geschlossene Reposition einer Fraktur von Rippen und Sternum mit Knochenfixation durch Fixateur externe
78.11.21	Offene Reposition einer Fraktur von Rippen und Sternum mit Knochenfixation durch Fixateur externe
78.11.99	Anlegen eines Fixateur externe an Skapula, Klavikula, Rippen und Sternum (inkl. Reposition von Frakturen), sonstige
78.12	Anlegen eines Fixateur externe am Humerus (inkl. Reposition von Frakturen)
78.12.0	Detail der Subkategorie 78.12
78.12.00	Anlegen eines Fixateur externe am Humerus (inkl. Reposition von Frakturen), n.n.bez. [L]

Zusätzlich zum Leistungsbeschreibung (universeller nationaler Katalog) werden weitere Merkmale bei der Erfassung mitgegeben:

- Art des Leistungserbringers (Berufsgruppe/Funktion) (Arzt, Pflege, Paramed etc.)
- Fachbereich (Handchirurgie, Rheumatologie, Physiotherapie etc.)
- betriebsbezogener Ist- oder Normzeitaufwand für die Leistungserbringung (ärztliche Leistungszeit, Raumnutzungszeit, weitere Zeitspannen)
- Infrastruktur/Ort der Erbringung (Sprechzimmer, beim Patienten zu Hause, Operationsaal etc.)
- Patientenangaben (Alter, Diagnose, Geschlecht, etc.)

Der universelle nationale Katalog führt zu verschiedenen Effekten:

- Der Leistungserfasser muss nicht wissen, welche Tarifstruktur zur Abrechnung des Patientenkontakts angewendet wird. Der Katalog ist universell anwendbar. Die Leistungserfassung wird einfacher.

- Aus den Informationen des universellen nationalen Katalogs mit den weiteren Erfassungsinformationen (siehe oben) können die TARDOC-Positionen generiert, oder der Patientenkontakt kann im Grouper der ambulanten Pauschalen verarbeitet werden.
- Der universelle nationale Katalog ist abhängig von den nationalen Tarifstrukturen. Er kann folglich national einheitlich angewendet werden.
- Die national einheitliche Anwendung spart Ressourcen bei der Bewirtschaftung des Katalogs, weil diese nur einmalig gemacht werden muss.
- Bei Tarifstrukturänderungen (idealerweise jährlich) sind nicht zwingend Anpassungen am Katalog notwendig. Diverse Anpassungen wie Limitationsänderungen können direkt an der Schnittstelle zwischen Katalog und Abrechnung getätigt werden. Der jährliche Aufwand sinkt.
- Werden die Anwendungsbereiche TARDOC/ambP verschoben, können allfällige Anpassungen im universellen nationalen Katalog durchgeführt werden, und die Leistungserbringer müssen nicht einzeln neu geschult werden.

4.2 Nationale Normzeiten (Lösungsteil Ressourcenbewertung)

Damit die notwendige Einführungsphase für die anerkannten Bezugsgrössen überbrückt werden kann, werden ab 1.1.2025:

- bei den Trigger-CHOP-Codes nationale Normzeiten hinterlegt, und
- bei TARDOC-Positionen die bereits hinterlegten LieS/Raumnutzung verwendet.

Per 1.1.2025 wird eine Expertengremium diese Bewertung pro CHOP-Code vornehmen und jedem CHOP-Code hinterlegen. Zu berücksichtigen sind dabei nur Trigger-CHOP-Codes von Leistungen, welche nicht in Kostenstellen erbracht werden, die ihre Leistungen bereits heute mittels Ist-Zeiten bewerten (z.B. OP-Saal oder Herzkatheterlabor).

Diese national gültigen Normzeiten wären „überschreibbar“, damit sobald die Umstellung auf betriebsbezogene Zeiterfassung entlang dem national anerkannten Zeitstempel erfolgt (gestaffelte Einführungsphase), sämtliche Schweizer Spitäler ihre Betriebswerte (effektive Leistungs- & Raumnutzungszeit) im CHOP hinterlegen können.

5 Präzisierung der Definition des Kostenträgers (kleinste bebuchbare Einheit) im spitalambulantem Bereich

Es gelten grundsätzlich die REKOLE®-Mindestanforderungen.

Im Zusammenhang mit der Kostenträgerdefinition und der Fallführung, entspricht der administrative Fall dem tarifarischen Fall. Im Bereich der ambulanten Pauschalen entspricht der administrative Fall dem s.g. abrechenbaren Patientenkontakt. Der abrechenbare Patientenkontakt ist in den Anwendungsmodalitäten detailliert beschrieben.

Die folgende Tabelle fasst die Regel der Kostenträgerdefinition für ambulante Pauschalen zusammen:

administrativer Fall REKOLE® (= tarifischer Fall)	=	mittels ambulanter Pauschale abrechenbarer Patientenkontakt
abrechenbarer Patientenkontakt	=	physisches oder fernmündliches Treffen zwischen Leistungserbringer und Patient (=Patientenkontakt)
	=	Zusammenfassung von Patientenkontakten, wenn Patientenkontakte am selben Tag erfolgen und ihre Behandlungsdiagnose dem gleichen Capitulum zugeordnet werden.

Spezialregel für bestimmte Leistungen

Folgende erbrachte Leistungen <u>ohne Anwesenheit des Patienten</u> werden innert max. 30 Tage dem Patientenkontakt zugeordnet, der diese Leistungen auslöst.	Eingriffs- & Verlaufsberichte
	Pathologie- (Probeanalyse) und Laborleistungen
	Weitere Leistungen (z. B. nachträgliche ärztliche Auskünfte)
Folgende erbrachte Leistungen <u>ohne Anwesenheit des Patienten</u> werden immer separat verrechnet	von Versicherten verlangte Berichte
Folgende erbrachte Leistungen <u>mit oder ohne Anwesenheit des Patienten</u> werden immer separat verrechnet	Gutachten
	interdisziplinäres Board
	Akten- / Bildkonsilium

6 Meilensteine

Was?	Wann?	Wer?
Nationaler Katalog <ul style="list-style-type: none"> ▪ Konzept ▪ Erstellung Katalog ▪ Erstellung Regelwerk ▪ Technische Umsetzung ▪ Publikation 	Bis... <ul style="list-style-type: none"> ▪ September 2023 ▪ Februar 2024 ▪ Februar 2024 ▪ Februar 2024 ▪ März 2024 	H+ GB Tarife
REKOLE® <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kostenträgerdefinition ▪ Minimalanforderungen Kostenstellen (Definition Zeitstempel) ▪ Verabschiedung des gestaffelte Einführungsplan der neuen Zeitstempel (REK-Kommission) ▪ Rollout der gestaffelten Einführungsphase der neuen Zeitstempel 	Bis... <ul style="list-style-type: none"> ▪ August 2023 ▪ Dezember 2023 ▪ Dezember 2023 ▪ Vom 1.1.2025 bis 1.1.2028 	H+ GB Betriebswirtschaft
Übergangslösung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Konzept ▪ Definition betroffene CHOP ▪ Definition Norm-Zeiten auf CHOP 	Bis... <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oktober 2023 ▪ Dezember 2023 ▪ März 2024 	H+ GB Tarife