



Berechnung von Pauschalen für ambulante

Eingriffe

1. Ausgangslage

Die technologisch-medizinische Entwicklung ermöglicht es vermehrt, operative Eingriffe ambulant durchzuführen. Diese Eingriffe werden in der Regel geplant und können bereits am früheren Vormittag erfolgen. In den folgenden Stunden benötigen die Patienten eine pflegerische Betreuung bzw. Überwachung und ein Spitalbett. Verläuft alles planmässig, können die Patienten am selben Tag entlassen werden.

Heute treten einige dieser Patienten erst am Nachmittag ins Spital ein und bleiben über Nacht im Spital. Sie gelten deshalb als stationäre Fälle und müssen über die Fallpauschalen nach SwissDRG vergütet werden. Da diese Vergütung in der Regel deutlich höher ausfällt, ist für das Spital kein finanzieller Anreiz für eine Verlagerung der Behandlungen in den ambulanten Bereich gegeben.

Vor diesem Hintergrund ist es angezeigt, die Tarifstruktur für aufwendige Eingriffe in somatischen Tageskliniken weiterzuentwickeln und auf die stationäre Tarifstruktur SwissDRG abzustimmen. Für die in somatischen Tageskliniken erbrachten Leistungen ist eine Bündelung der Einzelleistungen zu ambulanten Pauschalen zudem geeignet, die Abrechnung wesentlich zu vereinfachen.

Die heutigen Vorschriften in der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL; SR 832.104) sehen eine Kostenträgerrechnung für stationäre Fälle vor. Für ambulante tagesklinische Eingriffe erfolgt indessen weder eine Kostenermittlung auf Fallebene noch eine systematische Erfassung von Diagnosen und Behandlungen in der medizinischen Statistik des Bundes. Entsprechend verfügen die Spitäler heute nicht über Kosten- und Leistungszahlen, um Pauschalen basierend auf den effektiven Kosten für aufwendige tagesklinische Eingriffe zu kalkulieren. Hingegen liegen diese Informationen für jene Patienten vor, die als stationäre Kurzaufenthalter behandelt werden und nur eine Nacht im Spital verbleiben. So bildet die SwissDRG-Tarifstruktur zahlreiche DRGs mit kurzen durchschnittlichen Aufenthaltsdauern ab. Vor diesem Hintergrund ist es möglich, basierend auf der SwissDRG-Tarifstruktur für bestimmte Eingriffe Pauschalen für ambulante Eingriffe zu ermitteln.

2. Beschränkung auf bestimmte Eingriffe

Aufgrund des normativen und innovativen Charakters dieses Ansatzes sollte das Vorgehen vorerst auf jene Eingriffe beschränkt werden, bei denen sich eine Anpassung der Tarifstruktur und damit der tarifarischen Anreize aufdrängt, um ambulante statt stationäre Spitalaufenthalte zu fördern.

Im Rahmen von Projektarbeiten der Gesundheitsdirektion Kanton Zürich wurde in enger Zusammenarbeit mit anderen Kantonen eine Liste von Eingriffen entwickelt, welche gegenwärtig stationär erfolgen und aus medizinischer Sicht auch ambulant durchgeführt werden könnten. Diese Eingriffe sind in 21 SwissDRGs abgebildet und mit einem Kostengewicht bewertet. Aufgrund der in SwissDRG hinterlegten Abschläge für Kurzlieger können pro SwissDRG die Kostengewichte für Aufenthalte ohne Übernachtung ermittelt werden (siehe hierzu die Tabelle in Ziff. 4). Multipliziert man diese Kostengewichte beispielsweise mit einem Basiswert (Baserate) von Fr. 9280, ergeben sich die entsprechenden Fallpreispauschalen. Die verwendete Baserate entspricht jenem Tarif, der letztmals vom Bundesverwaltungsgericht für Spitäler ohne Notfallstation bestätigt wurde.

Bei stationären Spitalaufenthalten fallen auch Kosten für Hotellerie und Betreuung an. Bei ambulanten Behandlungen entfallen diese Kosten in der Regel oder sind – soweit entsprechende Kosten anfallen – von den betroffenen Patienten selbst zu tragen. Für Hotellerie und Betreuung verrechnen viele Spitäler Fr. 150 bis Fr. 250 pro Pflegetag. Bei durchschnittlichen Kosten von Fr. 200 pro Tag sind also bei einem Aufenthalt mit einer Übernachtung zusätzlich Fr. 400 in Abzug zu bringen.

Zudem ist zu berücksichtigen, dass die im SwissDRG-Fallpauschalenkatalog aufgeführten Kostengewichte einen Durchschnitt darstellen für einfachere, stationäre Patienten, die auch ambulant behandelt werden könnten, sowie für komplexere Behandlungen mit einem höheren Schweregrad, die einen stationären Spitalaufenthalt rechtfertigen. Weil die ambulante Pauschale lediglich die Kosten decken muss für einfachere Behandlungen, die ambulant durchgeführt werden können, rechtfertigt sich ein weiterer normativer Abschlag von 25%.

Ein solcher Abschlag ist zudem auch deshalb sachgerecht, weil in SwissDRG die stationären Kurzaufenthalte um über 10% überbewertet sind (vergleiche hierzu die Folie 173 zur Systempräsentation SwissDRG Version 6.0.).

Dies ergibt für jeden der 21 SwissDRGs eine entsprechende Pauschale. Diese könnten in einem zusätzlichen TARMED-Kapitel mit 21 neuen TARMED-Positionen hinterlegt werden.

Während im stationären Bereich die Voraussetzungen und Anforderungen einschliesslich Vorgaben zur Kodierung der entsprechenden Leistungen reglementiert sind, fehlen entsprechende Vorgaben im ambulanten Bereich. Vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll, als Voraussetzung zur Verrechnung der Pauschalen im TARMED-Katalog folgende Bedingungen zu statuieren:

- 1) Der Leistungserbringer muss über eine Betriebsbewilligung eines Spitals verfügen.
- 2) Es dürfen nur jene Behandlungen über die Pauschale abgerechnet werden, welche einen Operationssaal einschliesslich Anästhesie (Facharzt FMH) erfordern oder bei welchen die Patientin bzw. der Patient ein Pflegebett während mehr als zweier Stunden benötigt.
- 3) Die medizinische Kodierung erfolgt analog den Vorgaben des BfS für stationäre Eingriffe.
- 4) Sämtliche Mittel- und Gegenstände, Arzneimittel wie auch Medikamente im Zusammenhang mit dem Eingriff sind in der Pauschale enthalten und dürfen nicht separat verrechnet werden.

3. Kostenbasierte Berechnung ermöglichen

Um mittelfristig eine kostenbasierte Kalkulation von Pauschalen für ambulant erbrachte Leistungen vornehmen zu können, bedarf es folgender Vorgaben bzw. Massnahmen:

- 1) Begriffsdefinition: Es muss geklärt werden, um welche ambulanten Eingriffe in Spitälern es geht. Die Voraussetzungen müssen festgelegt werden (z.B. Benutzung eines Operationssaals mit Sedierung/Narkose oder Benutzung eines Pflegebettes während mehr als zweier Stunden).
- 2) Die Kostenträgerrechnung nach Art. 9 VKL auf Fallebene muss auch für Eingriffe gemäss 1) geführt werden.
- 3) Die medizinische Statistik des BfS muss um ambulante Behandlungen in Spitälern gemäss 1) erweitert werden.

Diese Vorgaben bzw. Massnahmen ermöglichen, dass die betroffenen Leistungserbringer sowohl ihre Leistungen als auch ihre Kosten nach einheitlicher Methodik erfassen und eine nationale Organisation (z.B. SwissDRG AG) oder das BAG im Rahmen der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung gestützt darauf die entsprechenden ambulanten Pauschalen ermitteln können.



4. Pauschalen für ausgewiesene DRGs mit Potenzial ambulant vor stationär

DRG	Bezeichnung	Kostengewicht mit Anlagennutzungskosten (ANK)	Untere Grenzdauer	Kostengewicht beim 1. Tag	Potenzial ambulant vor stationär gemäss Methodik ZH, mit >5 Fällen im Jahr 2015	Baserate für Spitäler ohne Notfall gemäss BVGer Fall ZH	Fall-ertrag stationär	Hotellerie und Betreuung für 2 Tage zu Fr. 200	Abzug geringerer Schweregrad (0.25)	ambulante Pauschale
B05Z	Dekompression bei Karpal- oder Tarsaltunnelsyndrom	0.445	1	0.101	108	9280	3192	400	698	2094
B17C	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder mit Implantatentfernung	0.717	1	0.247	18	9280	4362	400	990	2971
C06B	Komplexe Eingriffe bei Glaukom	0.642	1	0.228	32	9280	3842	400	860	2581
C06C	Eingriffe bei Glaukom	0.551	1	0.154	37	9280	3684	400	821	2463
C08B	Eingriff an der Linse	0.625	1	0.193	514	9280	4009	400	902	2707
C20Z	Anderer Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augennlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse	0.772	1	0.295	12	9280	4427	400	1007	3020
D13A	Kleine Eingriffe an Nase und Ohr, Alter <6 Jahre	0.587	1	0.167	62	9280	3898	400	874	2623
D13B	Kleine Eingriffe an Nase und Ohr, Alter >5 Jahre	0.509	1	0.137	67	9280	3452	400	763	2289
D39Z	Anderer Eingriffe an der Nase	0.51	1	0.108	12	9280	3731	400	833	2498
G26B	Anderer Eingriffe am Anus, Alter >15 Jahre	0.511	1	0.136	208	9280	3480	400	770	2310
G72B	Anderer leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane, Alter >2 Jahre oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter >2 Jahre und Alter <56 Jahre oder ohne CC	0.479	1	0.232	7	9280	2292	400	473	1419
I18A	Arthroskopie einschliesslich Biopsie oder andere Eingriffe an Knochen oder Gelenken, Alter <16 Jahre	0.725	1	0.251	13	9280	4399	400	1000	2999
I18B	Arthroskopie einschliesslich Biopsie oder andere Eingriffe an Knochen oder Gelenken, Alter >15 Jahre	0.597	1	0.179	1119	9280	3879	400	870	2609
I27D	Eingriffe am Weichteilgewebe	0.688	1	0.241	22	9280	4148	400	937	2811
I59Z	Anderer Eingriffe an den unteren Extremitäten und Humerus oder mässig komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm	0.693	1	0.195	7	9280	4621	400	1055	3166
L42A	Extrakorporale Stosswellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen mit auxiliären Massnahmen oder bei Para-/Tetraplegie	0.7	1	0.236	10	9280	4306	400	976	2929
L42B	Extrakorporale Stosswellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen	0.491	1	0.155	61	9280	3118	400	680	2039



N09Z	Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva oder in der Leisten- und Genitalregion oder Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane ohne äusserst schwere CC	0.462	1	0.077	0.385	354	9280	3573	400	793	2380
N10Z	Diagnostische Kürettage, Hysteroskopie, Sterilisation, Pertubation	0.495	1	0.089	0.406	27	9280	3768	400	842	2526
N13B	Grosse Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva, Alter <81 Jahre	0.548	1	0.133	0.415	15	9280	3851	400	863	2588
N23Z	Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder Myomenukleation	0.762	1	0.29	0.472	21	9280	4380	400	995	2985