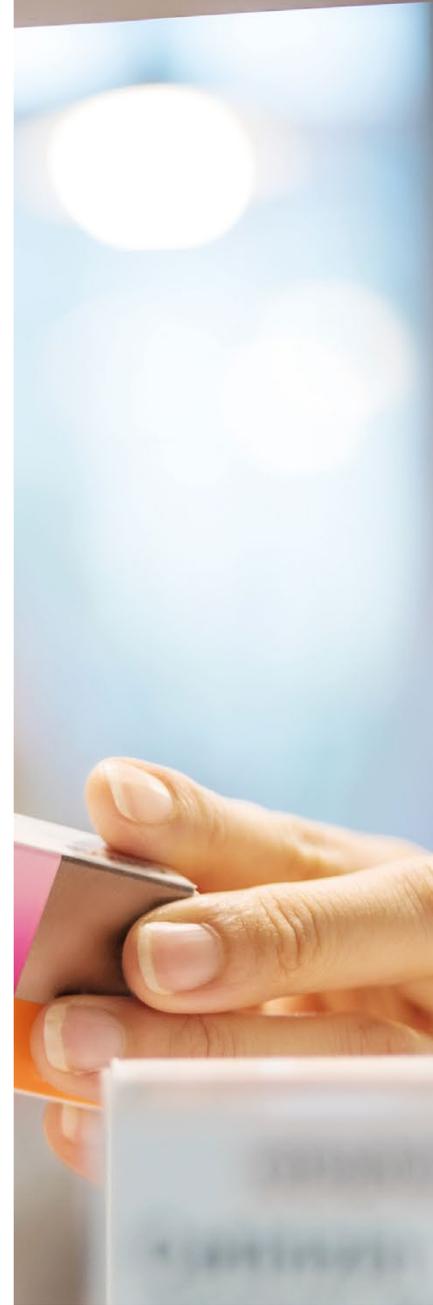


# Ambulante Pauschalen: Chancen zur besseren Steuerung des ambulanten Bereichs

Wie sich das neue ambulante Tarifwerk mit Pauschalen für gezieltes Benchmarking, Effizienzsteigerung und Angebotsoptimierung nutzen lässt





## Zum Inhalt

<b>Anspruchsvolle Ausgangslage</b>	<b>3</b>
<b>Potenzial für das ambulante Medizincontrolling</b>	<b>5</b>
<b>Erfolgreiche Tarifeinführung im Spital</b>	<b>6</b>
<b>Exkurs: Datenspiegel ambulante Pauschalen</b>	<b>8</b>
<b>Ausblick</b>	<b>10</b>
<b>Glossar und Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>11</b>
<b>Quellenverzeichnis</b>	<b>11</b>
<b>Kontakt</b>	<b>12</b>

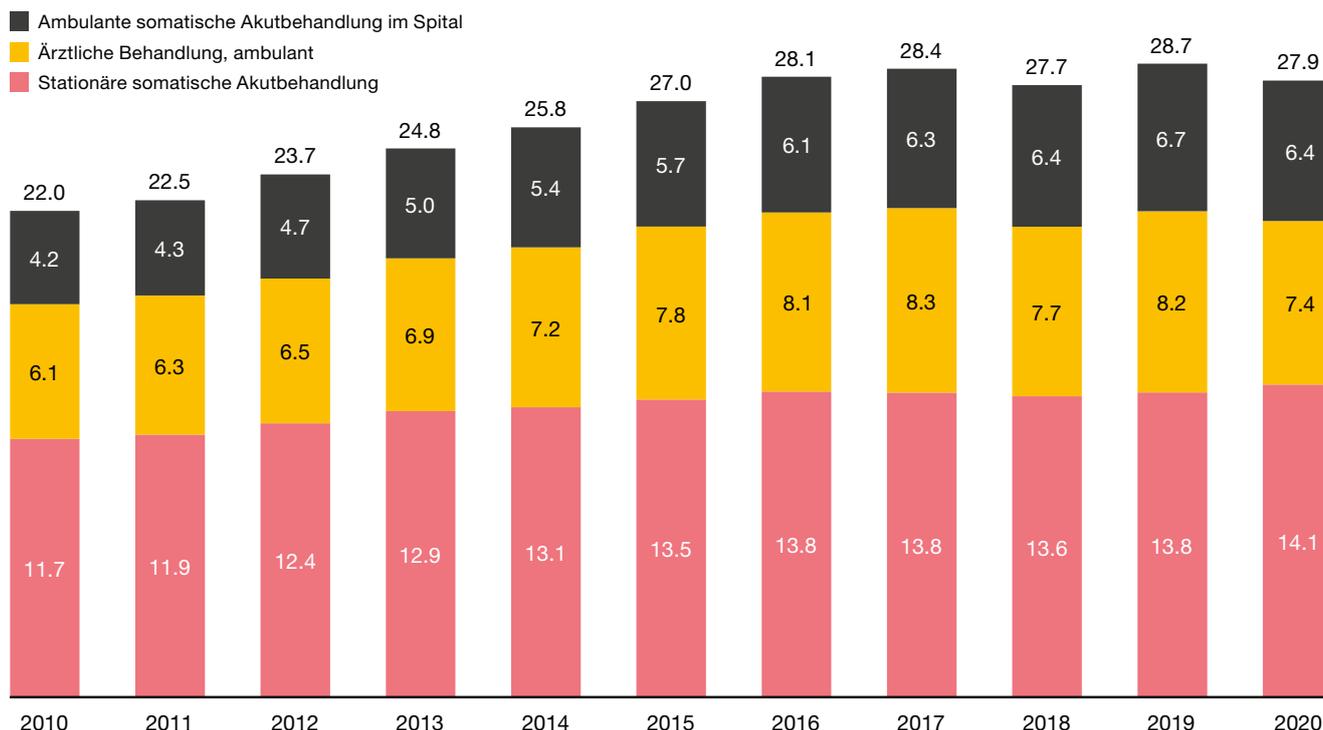


# Anspruchsvolle Ausgangslage

Der ambulante Leistungsbereich wird für das Schweizer Gesundheitssystem gegenüber dem stationären immer wichtiger. Immerhin erwirtschaften die Spitäler heute durchschnittlich 30% ihres Umsatzes ambulant (vgl. Abbildung 1).

Seit 2010 ist dieser Anteil jährlich mit 4.2% gewachsen. Der stationäre Bereich ist im selben Zeitraum lediglich um knapp die Hälfte gewachsen mit jährlich 1.9%.

Abbildung 1: Kostenentwicklung im Schweizer Gesundheitswesen nach Leistungsart (in CHF Mrd.)<sup>1</sup>



## Weiterentwicklung des Tarifwerks

Seit der Einführung des schweizweiten Einzelleistungstarifs TARMED im Jahr 2004 haben sich sowohl die Diagnostik als auch die Behandlungsmöglichkeiten weiterentwickelt. Dieser Fortschritt hat die Defizite des auf statischen Kosten basierenden Modells aufgezeigt. Die Tarifstruktur wurde nicht im Gleichschritt mit dem Wandel aktualisiert. So bildet TARMED die aktuellen Kostenstrukturen und neuen Behandlungsmöglichkeiten nur unzureichend ab.

Vor diesem Hintergrund sind die neuen Tarife, TARDOC und ambulante Pauschalen, entwickelt worden. Sie versprechen eine sachgerechte Abgeltung und sollen

TARMED ab 2025 ersetzen<sup>2</sup>. Die Einführung der neuen Tarife ist nach gesetzlicher Vorgabe kostenneutral<sup>3</sup>, was implizit zu einer Umverteilung der Erlöse führt.

Die Einführung des neuen Tarifwerks stösst insgesamt eine weitreichende operative Transformation an. Erstmals werden ambulante Leistungen schweizweit für ressourcenintensive Fachbereiche pauschaliert. Das verändert grundlegend die Art und Weise, wie ambulante Leistungen in der Schweiz erfasst und vergütet werden.

In vorliegendem Beitrag widmen wir uns den ambulanten Pauschalen.

<sup>1</sup> «Kosten nach Leistungsart», Bundesamt für Statistik, 2022

<sup>2</sup> «Ambulante Pauschalen sind bereit zur Einführung», Santésuisse und H+ die Spitäler der Schweiz, 2023

<sup>3</sup> Vgl. «Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)», Art. 59c Abs. 1 lit. C, Fedlex, 1. Januar 2023



## Reale Daten als Grundlage

Die Struktur der ambulanten Pauschalen ist vergleichbar mit SwissDRG. Sie basiert auf realen ambulanten Kosten- und Leistungsdaten und ist als selbstlernendes Modell konzipiert. Als solches kann es mit einem sich ständig wandelnden Umfeld Schritt halten, fortlaufend neue medizinische Entwicklungen abbilden und lässt sich besser mit dem stationären Bereich vergleichen. Bei ausreichender Finanzierung ambulanter Leistungen fördert diese Vergleichbarkeit die medizinisch sinnvolle Verlagerung in den ambulanten Bereich.

Die Kostendaten, die der aktuellen Tarifversion zu Grunde liegen, sind als Datenspiegel öffentlich zugänglich<sup>4</sup>. Spitäler und Praxen können damit eine erste Standortbestimmung der eigenen Kostenstruktur für zukünftig pauschalierte Behandlungen vornehmen (vgl. Exkurs «Datenspiegel ambulante Pauschalen», Seite 8).

Unter diesen Voraussetzungen verspricht der Patientenpauschaltarif:

- Bessere Steuerung der ambulanten Leistungen
- Zugang zu realen Kosten- und Leistungsdaten als Entscheidungsgrundlage für faire Preisverhandlungen in einem unterfinanzierten Bereich
- Förderung der Durchlässigkeit zwischen ambulanten und stationären Behandlungen als Grundvoraussetzung für die Leistungsverlagerung in ambulante Strukturen

Um dieses Potenzial auszuschöpfen und gleichzeitig die vorübergehende Zusatzbelastung für die Fachkräfte zu minimieren, brauchen die Leistungserbringer eine gute Vorbereitung und fachkundige Begleitung. Wie das aussehen kann, legen wir auf den folgenden Seiten dar.



<sup>4</sup> Vgl. «Hier finden Sie laufend die wichtigsten Dokumente und Informationen zum Tarifwerk». Tarifversion 1.0 – Juni 2023 Datenspiegel, Solutions tarifaires suisses AG, 2023

# Potenzial für das ambulante Medizincontrolling

**Die steigende Bedeutung des ambulanten Bereichs hat das Bedürfnis der Spitäler nach datengestützter Kontrolle und Steuerung dieses Geschäfts verstärkt. Heute werden ambulante Leistungsdaten in erster**

**Linie für die Erlössicherung über den geltenden Einzelleistungstarif erhoben. Eine kennzahlenbasierte Steuerung kommt kaum zum Tragen, da keine diagnosebezogene Kennzahlenerhebung möglich ist.**

## Zwei grundlegende Neuerungen

Mit der Einführung der ambulanten Pauschalen wird sich die aktuelle Situation für 43 % des spitalambulanten Leistungsvolumens<sup>5</sup> in zweierlei Hinsicht verändern:

1. Die Abrechnung nach ambulanten Pauschalen verlangt eine Diagnose nach der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ICD-10. Diese wird auch unter SwissDRG erhoben.
2. Die Leistungserbringer verfügen über einen Anreiz, tarifarisch pauschalierte Indikationen kostengünstig zu behandeln. Das führt dazu, dass sich ihre Perspektive beim ambulanten Medizincontrolling weg von der Erlössicherung hin zum Performance Management verschiebt, wie das bereits im stationären Bereich der Fall ist.

## Deckungsbeitragsrechnung nach Diagnosen

Grundlage für eine kennzahlenbasierte Steuerung ist die klare Abgrenzung des ambulanten Patientenkontakts. Nur so lassen sich Fallzahlen und Deckungsbeiträge nach Diagnosen bestimmen. Diese strukturierte Sicht und die damit verbundene Steuerung ist aktuell auf die stationären Fälle des Spitals beschränkt und wird mit der neuen Entwicklung erweitert.

Eine Deckungsbeitragsrechnung nach Diagnosen zeigt nicht nur auf, welche Fälle gewinnbringend sind. Sie macht auch die Produktivität zwischen Kliniken unter einem Dach und zwischen den Spitälern überhaupt vergleichbar. Diese Vergleichbarkeit wird über einheitliche Regeln für die Erfassung der Leistungen und Kosten möglich (vgl. Exkurs «Datenspiegel ambulante Pauschalen», Seite 8). Die differenzierte Sicht auf die eigene Produktivität für ambulante Behandlungen weist die Spitäler auf Defizite und mögliche Best-Practice-Ansätze hin. Auf diese Weise treibt das Benchmarking die Prozessoptimierung voran.

Die Deckungsbeitragsrechnung nach Diagnosen erhöht zudem die Transparenz der ambulanten Versorgung. Der Leistungserbringer kann die Erlöse und Kosten pro Fall, respektive pro Diagnose, zwischen stationär und ambulant in Zukunft vergleichen. Demnach kann ein Spital seine Fälle besser zwischen dem ambulanten und stationären Behandlungssetting steuern. Das fördert eine wertbasierte Versorgung, vor allem dann, wenn ein Spital Qualitätsindikatoren, wie beispielsweise Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) und Patient-Reported Experience Measures (PREMs), zur Steuerung hinzuzieht.

## Ambulanter Case-Mix-Index

Der neue Pauschaltarif lässt im Weiteren die Auswertung eines ambulanten Case-Mix-Index zu. Diese aufschlussreiche Kennzahl quantifiziert die relative Ressourcenintensität der versorgten Patientenkontakte. Sie kann analog zum Case-Mix-Index unter SwissDRG berechnet werden, weil für die ambulanten Pauschalen die Trennung von Struktur und Preis vorgesehen ist. Das pauschalenbezogene Kostengewicht wird getrennt von der institutionenbezogenen Baserate festgelegt.

## Aussagekraft der Kennzahlen nutzen

Die angepeilte Tarifstruktur hält neue aussagekräftige Kennzahlen für die Spitäler bereit. Damit können diese ihr Angebot in Zukunft gezielter steuern und Verbesserungspotenzial ausmachen. Um das Potenzial auszuschöpfen, sind eine verständliche Aufbereitung der Information und deren Verfügbarkeit für Entscheidungstragende die Voraussetzung.

<sup>5</sup> Vgl. «Ambulante Pauschalen sind bereit zur Einführung», Santésuisse und H+ die Spitäler der Schweiz, 2023

# Erfolgreiche Tarifeinführung im Spital

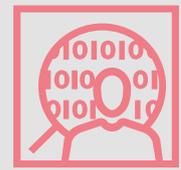
Die gemeinsame Einführung von TARDOC und den ambulanten Pauschalen unterzieht den ambulanten Bereich einem tiefgreifenden Wandel. Die Spitäler müssen ihre etablierten Prozesse von der Fallführung über die Leistungserfassung und Fakturierung

bis zur Kostenträgerrechnung neu gestalten. Dazu müssen sie ihre unterstützende IT-Infrastruktur entsprechend um- und aufrüsten und ihre Mitarbeitenden auf das neue Tarifsystem schulen.

Abbildung 2: Checkliste zur Tarifeinführung im Spital, basierend auf der Grobprojektplanung des Spitalverbands H+<sup>6</sup>

Thema	Ambulante Pauschalen	TARDOC	Verantwortung
Projektmanagement	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Führung und Überwachung der gesamten Tätigkeiten der Tarifeinführung im Spital</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Analog ambulante Pauschalen</li> </ul>	Finanzen/Unternehmensentwicklung/ärztliche Direktion
Entscheid Tarifenwendung	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Definition eines Prozesses, der den anzuwendenden Tarif bestimmt (Einzelleistungstarif oder Patientenpauschalen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Analog ambulante Pauschalen</li> </ul>	Finanzen
Fallführung	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Abgrenzung des Patientenkontakts (Kostenträger für ambulante Pauschalen) gegenüber Fall für Einzelleistungen</li> <li>– Definition neuer Prozess</li> <li>– Definition der Mindestanforderungen an die Dokumentation und Falleröffnung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Geschieht analog zum TARMED</li> </ul>	Finanzen
Leistungserfassung und Kodierung	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Definition neuer Prozess der Leistungserfassung und Kodierung unter Berücksichtigung von Automatisierungsmöglichkeiten (z. B. Zuweisen Leistungen zu Patientenkontakt) und der erforderlichen Erfassung von Merkmalen für die ärztliche Kodierung (Diagnose, Prozedur)</li> <li>– Parametrisierung der unterstützenden Software: Einpflegen Kataloge (ICD und CHOP), Hinterlegen von Normleistungen bei Prozeduren (in Abstimmung mit den Anforderungen der Kostenträgerrechnung), Definition von Leistungspaketen aus ICD und CHOP pro Fachbereich zur Vereinfachung der Erfassung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Parametrisierung der unterstützenden Software: Hinterlegen von Leistungspaketen basierend auf TARDOC</li> </ul>	Finanzen und ärztliche sowie pflegerische Direktion
Fakturierung	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Parametrisierung der Verrechnungssoftware und neue Formulare für Pauschalen aufsetzen, in Absprache mit den Krankenversicherungen, zu den Anforderungen an Berichte als Nachweis für Sprechstunden und durchgeführte Prozeduren/Diagnostik</li> <li>– Prüfung der Rechnungen / Kontrolle</li> <li>– Aufsetzen von vertraglichen Regeln für die Aufteilung des Erlöses mit Belegarztpersonal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Anpassen der Rechnungsformulare an die neuen Tarife</li> <li>– Prüfung der Rechnungen / Kontrolle</li> </ul>	Finanzen
Kostenträgerrechnung	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Erweiterung der Kostenträgerrechnung nach REKOLE®</li> <li>– Definition Umlageschlüssel basierend auf den erfassten Leistungen, wo möglich direkte Zuweisung</li> <li>– Abgrenzung der Kosten für Leistungen unter dem Einzelleistungstarif, im stationären Bereich oder von Zusatzentgelten</li> <li>– Abgleich Kostenstruktur und erfasste Leistung (z. B. Diagnostik/Therapie) inklusive Plausibilisierung Kodierung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Geschieht analog zum TARMED</li> </ul>	Finanzen
Software	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Enge Absprache und Zusammenarbeit mit den Softwareherstellern</li> <li>– Abbildung der neu definierten Prozesse inklusive der ambulanten Tarifierfassung (analog SwissDRG Arbeitsplatz) in KIS, ERP und den weiteren Systemen</li> <li>– Anlegen neuer Schnittstellen, Kataloge, Datenbankstrukturen</li> <li>– Parametrisierung der Programme</li> <li>– Automatisierung zur Reduktion des Administrationsaufwands und der Prüfung der erfassten Leistungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Aktualisierung der Kataloge &amp; Abrechnungsregeln</li> <li>– Enge Absprache und Zusammenarbeit mit den Softwareherstellern</li> </ul>	IT und Fachverantwortliche
Schulung	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Aneignen von Fähigkeiten und Wissen um den neuen Tarif</li> <li>– Bildung von Spektren zusammen mit den Leistungserbringern</li> <li>– Zusammenstellen von Schulungsunterlagen unter Berücksichtigung der neuen Prozesse</li> <li>– Begleiten der Mitarbeitenden im Veränderungsprozess</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Umfasst die Punkte für die Schulung zu den ambulanten Pauschalen</li> </ul>	Ambulant tätige Kliniken und Supportfunktionen
Medizincontrolling	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Benchmarking durch Zugang zum Datenspiegel</li> <li>– Erfassung KPI inkl. klinischer und wahrgenommener Qualität der Behandlung (Qualitätssicherung)</li> <li>– Kodierrevision</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Erlössicherung, wie bisher</li> </ul>	Finanzen

<sup>6</sup> Vgl. «Mögliche Grobplanung im Spital 2024», H+ Die Spitäler der Schweiz, 2023



## Checkliste zur Orientierung

Die bevorstehenden Anpassungen stellen für ein Spital ein Projekt mit zahlreichen Anspruchsgruppen dar und werden seine Supportfunktionen stark beanspruchen. Damit ein solches Projekt gelingt, haben wir eine Wegleitung, geordnet nach Themen, erarbeitet (vgl. Abbildung 2). Dabei ist für die Umstellung auf die neuen Tarife ein stringentes Projektmanagement entscheidend.

Da die Spitäler zahlreiche Prozesse neu konzipieren müssen, ist die geplante Tarifeinführung per 1. Januar 2025 ambitioniert. Der Spitalverband H+ empfiehlt seinen Mitgliedern, bereits heute erste Vorbereitungen zur Einführung der neuen ambulanten Tarifierung zu treffen. Diese beinhalten den Aufbau einer Projektorganisation und entsprechenden Fachwissens und den Einbezug der damit verbundenen Projekte im Budgetprozess.

## Unbekannte inklusive

Die Vorbereitungen gestalten sich überdies komplex, weil die Spitäler einige Unbekannte einbeziehen müssen. Zum einen ist es möglich, dass die Tarife in der vorliegenden Form vom Bundesrat zurückgewiesen werden. Zum anderen haben noch nicht alle Tarifpartner das übergeordnete Konzept verabschiedet, dass das Zusammenspiel von Einzelleistungstarif und Pauschalen ausdetailliert.

## Zwei neue administrative Aufgaben

Der Patientenpauschaltarif ist ein Novum und bringt zwei neuartige administrative Aufgaben ins ambulante Geschäft. Damit diese ressourcenschonend abgewickelt werden können, ist die Digitalisierung von Prozessschritten essenziell. Dies positioniert die Softwareanbieter als unentbehrliche Partner bei der Tarifeinführung. Die neuen Aufgaben sind:

1. Die Spitäler müssen ihre Patientenkontakte kodieren. Die vorliegende Tarifversion sieht die Erfassung einer Diagnose und einer Prozedur in numerischer Form vor. Damit lässt sich der Patientenkontakt unter Angabe von Geschlecht und Alter einer Fallgruppe zuweisen. Diese technisch einfache Kodierung würde es ermöglichen, dass über eine ideale Einbettung direkt die behandelnde ärztliche Fachperson den Code gleichzeitig mit der medizinischen Dokumentation erfasst.
2. Die Spitäler müssen ambulant erbrachte Leistungen entlang der vorgeschlagenen Anwendungsmodalitäten dem aktiven Patientenkontakt zuordnen<sup>7</sup>. Dafür bietet es sich an, intelligente Expertensysteme zu entwickeln, die regelkonforme Vorschläge für diese Zuordnung unterbreiten. Diese muss die verantwortliche Person dann lediglich bestätigen.

## Erfahrungen teilen, Erfolgchancen verdoppeln

Um das Tarifwerk erfolgreich einzuführen, sollten die Leistungserbringer idealerweise kooperieren und ihre Erfahrungen miteinander teilen. Dafür eignen sich Arbeitsgruppen in- und ausserhalb der Verbände. So hat zum Beispiel der Spitalverband H+ Arbeitsgruppen gebildet für die Vermittlung, das Teilen und das Generieren von Wissen zu Themen rund um die Tarifeinführung. Solche Gremien bilden wertvolle Plattformen für den Wissensaustausch und die Koordination der Zusammenarbeit.

Für die Weiterentwicklung der beiden Tarife ist in Zukunft die neue Tariforganisation Ambulante Arzttarife AG (OAAAT) zuständig. Sie wurde am 15. November 2022 gegründet<sup>8</sup>, ist jedoch noch nicht operativ tätig. Die OAAAT bildet das Gegenstück zu SwissDRG für den ambulanten Leistungsbereich unter der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP).



<sup>7</sup> Vgl. «Anwendungsmodalitäten zur Abrechnung des Patientenpauschaltarifs im kohärenten Tarifsysteem für ambulante ärztliche Leistungen», Tarifversion 1.0 – Juni 2023, Solutions tarifaires suisses AG, Juni 2023

<sup>8</sup> Vgl. «Gründung der OAAAT ist erfolgt», ats-tms, November 2022

# Exkurs: Datenspiegel ambulante Pauschalen

Als Grundlage für die Entwicklung der neuen Tarifversion der ambulante Pauschalen haben schweizweit rund 30 Institutionen unterschiedlicher Grösse und Spezialisierungen auf freiwilliger Basis insgesamt fast eine Million ambulante Patientenfälle zur Verfügung gestellt. Diese Kostendaten hat die Solutions tarifaires suisses AG über einen Datenspiegel<sup>9</sup> öffentlich zugänglich gemacht. Auf ihrer Website stehen die Daten zum Download zur Verfügung.

Gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)<sup>10</sup> sind nach der Einführung der ambulanten Patientenpauschalen alle Spitäler dazu verpflichtet, ihre Kosten- und Leistungsdaten abzuliefern. Damit basiert die Tarifstruktur nach Einführung auf einer Datenvollerhebung.



## Strukturierte Datenerhebung

Die Leistungsdaten für die Entwicklung der neuen Tarifversion enthalten die auf der Rechnung aufgeführten Positionen wie TARMED-Positionen, Arzneimittel, Medizinalprodukte, Laboranalysen und andere ergänzende Informationen. In Zukunft werden die Leistungsdaten anhand der im stationären Bereich anerkannten Klassifikationsnormen für Diagnose und Prozeduren nach ICD-10 und Schweizerischer Operationsklassifikation (CHOP) erhoben.

Die Vollkostendaten für das neue Tarifmodell wurden anhand des branchenweit anerkannten Standards der Kostenträgerrechnung nach REKOLE im Spitalambulanten Bereich gesammelt. Im Gegensatz dazu sind im niedergelassenen Bereich noch keine fallbezogenen und branchenweit anerkannten Kostendaten vorhanden, auf die man für die ambulanten Tarife zurückgreifen kann. Es böte sich an, ein Ko-Projekt von OAAAT und allen Tarifpartnern zur Generierung dieser Daten ins Leben zu rufen.

## Mehr Handlungsspielraum gewinnen

Der Datenspiegel ermöglicht einerseits einen transparenten Einblick in die Kalkulationsgrundlage der Patientenpauschalen. Andererseits liefert er den Spitälern die Möglichkeit, reale Kostendaten aller datenliefernden Spitäler mit den hauseigenen Daten zu vergleichen. Demnach können die Leistungserbringer den Datenspiegel in drei Bereichen zu ihrem Vorteil nutzen.

- **Tarifverhandlungen:** Die Datengrundlage bietet Kostentransparenz und damit eine hervorragende Grundlage für Tarifgespräche.
- **Produktivitätsbenchmark:** Mit der Datengrundlage kann ein Spital seinen ambulanten Bereich gezielter steuern (vgl. «Potenzial für das ambulante Medizincontrolling», Seite 5).
- **Tarifentwicklung:** Die Datengrundlage stellt eine transparente Kalkulationsbasis sicher und ermöglicht datengestützte Anträge für die Weiterentwicklung der Tarifstruktur.

## Evolution in Gang

Der Datenspiegel soll weiterentwickelt werden, etwa durch eine weitere Unterscheidung einzelner Kostenkomponenten. Bereits in der heutigen Form ist eine Standortbestimmung der eigenen Wirtschaftlichkeit möglich. Das Wissen hilft den Spitälern, das haus-eigene Angebot besser zu verstehen und zu planen. Inwiefern, zeigt das nachfolgende Praxisbeispiel.

<sup>9</sup> Vgl. «Hier finden Sie laufend die wichtigsten Dokumente und Informationen zum Tarifwerk», Tarifversion 1.0 – Juni 2023 Datenspiegel, Solutions tarifaires suisses AG, 2023

<sup>10</sup> Vgl. «Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)», Art. 47a Abs. 5, Fedlex, 18. März 2023

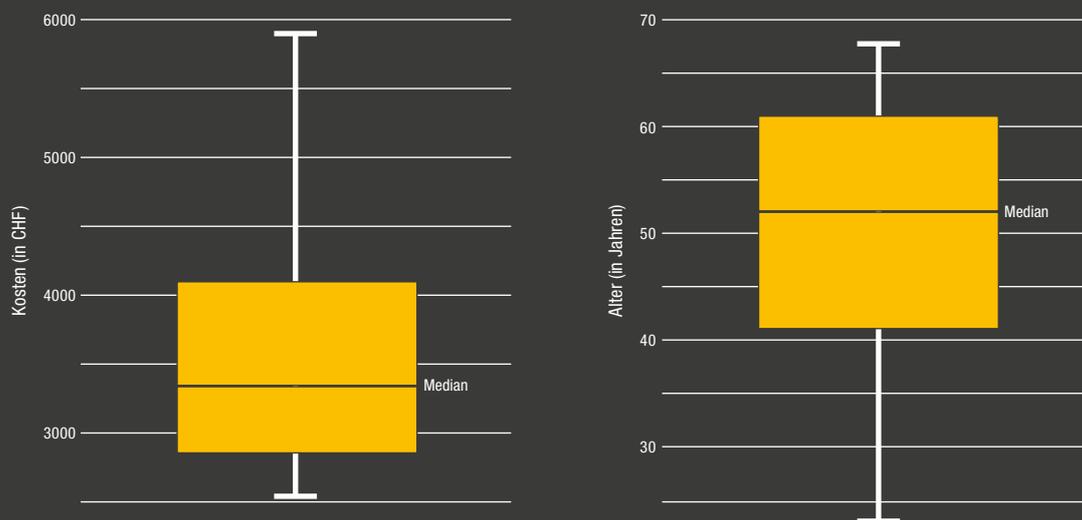
## Praxisbeispiel Meniskuseingriffe

Ein Spital will das Behandlungsangebot für Kniearthroskopien ausbauen. Im Rahmen der Marktanalyse zieht das Spital den Datenspiegel heran, um seine Kosten zu vergleichen. In drei Schritten steht der Vergleich.

- 1.** Gruppieren der ambulanten Patientenkontakte über den Einzelfallgrouper<sup>11</sup> oder den Batchgrouper<sup>12</sup>:  
Ein ambulanter Patientenkontakt mit der Diagnose ICD-10 GM «S83.2 Meniskusriss, akut» und den TARMED-Tarifziffern «24.5610 Arthroskopie Kniegelenk» und «24.5710 Resektion Meniscus medialis/Meniscus lateralis, partiell/total» wird der Patientenpauschale C08.26C zugewiesen.
- 2.** Anreichern der betrachteten Fälle mit den Behandlungskosten des eigenen Spitals.
- 3.** Vergleich mit dem Datenspiegel:  
Für die Patientenpauschale C08.26C werden für die Gesamtheit der 2'162 Patientenkontakte aus dem Datenspiegel mittlere Behandlungskosten von 3310 CHF inklusive Anlagennutzungskosten ausgewiesen. Weiter gibt der Datenspiegel Auskunft über demografische Merkmale. Zum Beispiel beträgt das Alter für die Patientenpauschale C08.26C im Median 52 Jahre.

Abbildung 3: Kosten- und Altersverteilung für die Fallgruppe Kniearthroskopie C08.26C

### Kniearthroskopie C08.26C



Das Spital erkennt, dass seine Kosten für einen Meniskuseingriff mit 3800 CHF überdurchschnittlich hoch sind. Kann es keine Skaleneffekte geltend machen und bleibt die Patientenpopulation unverändert, so ist das Spital gut beraten, sein Behandlungsangebot nicht auszubauen.

<sup>11</sup> Vgl. «Einzelfall-Simulationsgrouper», Solutions tarifaires suisses AG

<sup>12</sup> Vgl. «Simulationsgrouper (Batchgrouper)», Solutions tarifaires suisses AG

**Mit der bevorstehenden Tarifeinführung wird das Schweizer Gesundheitswesen umfassend transformiert. Damit die Akteure diesen Wandel gut vorbereitet vollziehen und vom Mehrwert profitieren können, sind proaktives Handeln und ein offener Austausch untereinander gefragt.**

Aus der Einführung der pauschalen Vergütung für ambulante Leistungen geht ein Anreiz zur Kostenreduktion hervor. Es stellt sich jedoch die Frage, wie sich dieser Anreiz auf die Indikations- und Behandlungsqualität auswirkt. Deshalb sollten die Leistungserbringer ihre Qualitätsindikatoren überwachen und – wo nötig – angemessen reagieren.

Die parlamentarische Initiative zur einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen ist zurzeit bei den Räten in der Differenzbereinigung (Stand: August 2023<sup>13</sup>). Diese politische Bestrebung dynamisiert die Annäherung des ambulanten an den

stationären Tarif zusätzlich. Werden die beiden Finanzierungsregimes gleichermaßen durch die Kantone unterstützt, so ist das Interesse der Krankenversicherungen geweckt. Diese können dank vergleichbarer Tarifstrukturen eine Behandlung in der ressourcenschonenden ambulanten Umgebung einfordern.

Die Reduktion der bestehenden Fehlanreize in der Tarifierung und eine adäquate Finanzierung fördern die Ambulantisierung nachhaltig. Das Einsparpotenzial, das dadurch entsteht, schätzen wir<sup>14</sup> von PwC auf jährlich 1 Mrd. CHF. Dies ist ein wesentlicher Beitrag dazu, den Zugang und die Abdeckung des Schweizer Gesundheitssystems finanzierbar und zukunftsfähig zu machen.

<sup>13</sup> Vgl. «Parlamentarische Initiative: Einheitliche Finanzierung der Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung», Bundesamt für Gesundheit, 2023

<sup>14</sup> Vgl. «Ambulant vor stationär. Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen», PwC Schweiz, 2016

## Danke!

Wir danken allen Studienteilnehmenden für ihren wertvollen Beitrag zur vorliegenden Publikation. Unser besonderer Dank geht an die Interviewmitwirkenden Claudia Geser, Fachverantwortliche Tarife, H+ Die Spitäler der Schweiz, Tobias Bosshart, Geschäftsführer Solutions tarifaires suisses AG, und Philipp Kreuzinger, Dr. med., Medizincontroller Solutions tarifaires suisses AG.





## Glossar und Abkürzungsverzeichnis

Begriff/Abkürzung	Erklärung
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation
Diagnose	Bestimmung der Art einer Krankheit (z. B. Erkenntnis, dass Patient X an Diabetes mellitus Typ 1 leidet)
Indikation	Medizinischer Grund für die Durchführung einer therapeutischen oder diagnostischen Massnahme
Kodierung	Zeichenfolge (alphanumerischer Code), die für einen Begriff steht (z. B. Zuordnung der Diagnose «Diabetes mellitus Typ 1» des Patienten X zum ICD-10 Code «E10»)
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
OAAT	Organisation Ambulante Arzttarife AG
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PREMs	Patient-Reported Experience Measures
PROMs	Patient-Reported Outcome Measures
Prozedur	Handlung in der medizinischen Versorgung (z. B. ärztliche Untersuchung)

## Quellenverzeichnis

Ats-tms AG, 2022. Gründung der OAAT ist erfolgt. <https://ats-tms.ch/blog/timeline/gruendung-der-ooat-ist-erfolgt>

Bundesamt für Statistik, 2022. Kosten nach Leistungsart. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/kosten-finanzierung/kosten.html>

Bundesamt für Gesundheit, 2023. Parlamentarische Initiative: Einheitliche Finanzierung der Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/parlamentarische-initiative-finanzierung-der-gesundheitsleistungen-aus-einer-hand-einfuehrung-des-monismus.html>

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), 2023. [https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328\\_1328\\_1328/de](https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328_1328_1328/de)

H+ Die Spitäler der Schweiz, 2023. Mögliche Grobplanung im Spital 2024. <https://www.hplus.ch/de/tarife/ambulante-aerztliche-leistungen-ambulante-pauschalen-und-tardoc>

PwC Schweiz, 2016. Ambulant vor stationär. – Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen. [https://www.pwc.ch/de/publications/2016/ambulant\\_vor\\_stationaer\\_de\\_16\\_web\\_final.pdf](https://www.pwc.ch/de/publications/2016/ambulant_vor_stationaer_de_16_web_final.pdf)

Santésuisse und H+ die Spitäler der Schweiz, 2023. Communiqué – Ambulante Pauschalen sind bereit zur Einführung. [https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Medien/Medienmitteilungen/2023/Ambulante\\_Pauschalen\\_sind\\_bereit\\_zur\\_Einfuehrung/Medienmitteilung\\_ambulante\\_Pauschalen\\_26.06.2023.pdf](https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Medien/Medienmitteilungen/2023/Ambulante_Pauschalen_sind_bereit_zur_Einfuehrung/Medienmitteilung_ambulante_Pauschalen_26.06.2023.pdf)

Solutions tarifaires suisses AG, 2023. Tarifversion 1.0 – Juni 2023. <https://solutions-tarifaires.ch/ambulante-pauschalen/dokumente-zu-den-einzelnen-tarifversionen/>

Verordnung über die Krankenversicherung (KVV), 2023. [https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/3867\\_3867\\_3867/de](https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/3867_3867_3867/de)

# Kontakt

## Ihre Ansprechpersonen



### **Philip Sommer**

Partner  
Leiter Beratung Gesundheitswesen  
+41 58 792 75 28  
philip.sommer@pwc.ch



### **Patrick Schwendener, CFA**

Managing Director  
Leiter Deals Gesundheitswesen  
+41 58 792 15 08  
patrick.schwendener@pwc.ch



### **David Roman**

Partner  
Digitale Transformation Gesundheitswesen  
+41 58 792 77 90  
david.roman@pwc.ch



### **Paul Sailer**

Director  
Beratung Gesundheitswesen  
+41 58 792 78 46  
paul.sailer@pwc.ch



### **Stefanie Schneuwly**

Senior Managerin  
Beratung Gesundheitswesen  
+41 58 792 29 14  
stefanie.schneuwly@pwc.ch



### **Tobias Pfinninger**

Senior Manager  
Kodierrevision  
+41 58 792 23 76  
tobias.pfinninger@pwc.ch

## Der Hauptautor



### **Roman Stutzer**

Associate  
Beratung Gesundheitswesen

[www.pwc.ch/gesundheitswesen](http://www.pwc.ch/gesundheitswesen)