



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

**Bundesamt für Gesundheit BAG**

Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung

# **Konzept Monitoring «Ambulant vor Stationär» (AvS)**

Version 2.0p vom 11.04.2019

Sektion Medizinische Leistungen

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Ausgangslage</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Ziel und Zweck des Monitorings AvS</b> .....	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Fragestellungen des Monitorings AvS</b> .....	<b>3</b>
<b>4</b>	<b>Datenquellen</b> .....	<b>4</b>
<b>4.1</b>	<b>Daten stationär</b> .....	<b>4</b>
4.1.1	Bundesamt für Statistik (BFS).....	4
4.1.2	Kantone .....	4
4.1.3	Versicherer .....	4
4.1.4	Swiss DRG AG .....	5
<b>4.2</b>	<b>Daten ambulant</b> .....	<b>5</b>
4.2.1	Versicherer .....	5
4.2.2	Tarifpool Sasis AG .....	5
4.2.3	TrustCenter der Ärzteschaft.....	6
4.2.4	BFS: MARS und «Patientendaten Spital ambulant» (PSA).....	6
4.2.5	H+.....	6
<b>4.3</b>	<b>Fazit Datenquellen</b> .....	<b>6</b>
<b>5</b>	<b>Periodizität, Zeit</b> .....	<b>7</b>
<b>5.1</b>	<b>Fazit Periodizität, Zeit</b> .....	<b>7</b>
<b>6</b>	<b>Auswertungen zu den Fragestellungen</b> .....	<b>7</b>
<b>6.1</b>	<b>Verlagerungseffekt und Fallzahlen</b> .....	<b>7</b>
6.1.1	Kennzahlen .....	8
6.1.2	Probleme und Lösungsansätze .....	8
<b>6.2</b>	<b>Begründung für stationäre Durchführung</b> .....	<b>8</b>
6.2.1	Kennzahlen .....	8
6.2.2	Probleme und Lösungsansätze .....	8
<b>6.3</b>	<b>Kostenauswirkungen</b> .....	<b>9</b>
6.3.1	Kostenauswirkungen für Versicherer und Kantone .....	9
6.3.2	Kostenauswirkungen für Leistungserbringer .....	10
6.3.3	Kostenauswirkungen für PatientInnen .....	10
<b>6.4</b>	<b>Klinische Outcomes und Patientenzufriedenheit (PREMS)</b> .....	<b>10</b>
<b>6.5</b>	<b>Prüfverfahren/Umsetzung</b> .....	<b>11</b>
6.5.1	Kennzahlen .....	11
6.5.2	Probleme und Lösungsansätze .....	11
<b>7</b>	<b>Information und Publikation</b> .....	<b>12</b>
<b>8</b>	<b>Finanzierung</b> .....	<b>12</b>

# 1 Ausgangslage

Per 1.1.2019 ist die Regelung «ambulant vor stationär» gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) in Kraft getreten. Demnach wird künftig bei sechs Gruppen von Eingriffen (Tabelle I Anhang 1a KLV) grundsätzlich nur noch die ambulante Durchführung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet, ausser es liegen besondere Umstände (Art. 3c und Tabelle II Anhang 1a KLV) vor, die einen stationären Aufenthalt erfordern.

Die Auswirkungen dieser Massnahme auf das Gesundheitswesen sollen während drei Jahren beobachtet und mit einer Evaluation der verschiedenen Ergebnisse des Monitorings abgeschlossen werden.

Dieses Dokument soll den Rahmen für ein künftiges Monitoring abstecken und als Grundlage für die weiteren Arbeiten in der Umsetzung des Monitorings dienen. Abhängig von der Machbarkeit können sich Abweichungen von diesem Konzept zum tatsächlichen Monitoring ergeben.

## 2 Ziel und Zweck des Monitorings AvS

Ziel des Monitorings AvS ist die laufende Beobachtung von quantitativen und qualitativen Auswirkungen der KLV-Regelung auf

- die Versorgungssituation respektive die Verlagerung der sechs definierten Gruppen von Eingriffen vom stationären in den ambulanten Bereich
- die Entwicklung der Kosten im Bereich der definierten sechs Gruppen von Eingriffen
- die Qualität der ambulant und stationär durchgeführten Behandlungen der sechs Gruppen von Eingriffen
- die administrativen Prozesse in der Rechnungsstellung und –prüfung

Das Monitoring dient dem Eidgenössischen Departement des Innern (EDI), den Kantonen und den Tarifpartnern dazu, adäquat auf die beobachteten Wirkungen zu reagieren.

## 3 Fragestellungen des Monitorings AvS

Das Monitoring soll folgende Fragestellungen beantworten:

1. Verlagerungseffekt: Wie verändert sich die Menge der ambulant und stationär durchgeführten Eingriffe im regionalem Vergleich (Kantone)? In Abhängigkeit nach Art der Leistungserbringer (öffentlich, privat, Spitaltyp) und der Versicherungsklasse?
2. Welche Gründe (Kriterien gemäss Anhang 1a KLV, andere Umstände, Komplikationen) werden für eine stationäre Durchführung angeführt?
3. Was sind die Kostenauswirkungen auf Kantone, Versicherer, Leistungserbringer, insgesamt?
4. Was sind die klinischen Outcomes, wie z.B. Komplikationen der betroffenen Eingriffe?
5. Wie ist die Patientenzufriedenheit (PREMS)
6. Wie funktionieren das Prüfverfahren und die Umsetzung der Prozesse durch die Leistungserbringer und Versicherer? Welche Verfahren (ex ante / ex Post) werden angewendet, gibt es bezüglich der Verfahren Unterschiede hinsichtlich Effizienz bzw. administrativem Aufwand, Verlagerungseffekt?

## 4 Datenquellen

Es gibt keine Datenbank, die alle für das Monitoring benötigten Daten vollständig und zeitnah zur Verfügung stellen kann. Auch können ambulante und stationäre Daten heute nur beschränkt miteinander verknüpft und ausgewertet werden. Im Folgenden werden die vorhandenen Datenquellen mit ihren Möglichkeiten und Grenzen beschrieben.

### 4.1 Daten stationär

Daten zu den stationären Behandlungen werden an verschiedenen Orten gesammelt: beim Bundesamt für Statistik (BFS), bei den Versicherern, bei der Swiss-DRG-AG. Die Kantone sind in den Prozess der Datenerhebung für das BFS eingebunden. Im Folgenden werden die einzelnen Quellen näher beschrieben.

#### 4.1.1 Bundesamt für Statistik (BFS)

Zur Erstellung der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) erhält das BFS einen von allen stationären Spitälern / Kliniken in der Schweiz einheitlich erhobenen, ausführlichen Datensatz («Minimal Clinical Data Set», MCD). Der MCD enthält ausführliche medizinische, administrative und demographische Angaben zu allen stationär behandelten Fällen. Damit lassen sich die in der Liste im Anhang 1a KLV definierten Eingriffe anhand der CHOP-Kodes identifizieren, allfällige mittels ICD-10 kodierbare Kriterien prüfen und die Kosten dieser Eingriffe eruieren. Diese Daten werden durch das BFS systematisch aufgearbeitet und in anonymisierter Form in der MS publiziert. Aufgrund der Prozesse der Datensammlung und -aufarbeitung, stehen die gesamtschweizerischen Daten erst mit Verzögerung für weitere Auswertungen zur Verfügung. Die offiziellen Statistiken des BFS für das Jahr 2019 liegen ab Ende 2020 vor. Die für die Auswertungen notwendigen validierten Daten können aber bereits Mitte September 2020 zur Verfügung gestellt werden, provisorische Daten sogar bereits im Juli 2020.

Die Daten der MS erlauben eine umfassende Auswertung der durchgeführten Eingriffe auf verschiedenen Ebenen: Regional bzw. gesamtschweizerisch, pro Leistungserbringer (-art) und in Abhängigkeit der Liegeklasse (allgemein, halbprivat, privat). Auch ist die Ermittlung des Cost Weight (CW) pro Fall mittels eines Groupers möglich.

#### 4.1.2 Kantone

Der Prozess zur Erhebung der MS-Daten sieht vor, dass die kantonalen Statistikstellen die Datenerhebung (MCD) der jeweils in Ihrem Verantwortungsbereich liegenden Krankenhäuser und Kliniken organisieren. Die kantonalen Stellen senden die validierten Daten bis spätestens dem 31. Juli des dem Berichtsjahr folgenden Jahres dem BFS weiter und erhalten im August einen provisorischen Satz mit den gesamtschweizerischen Daten. Die Kantone sind auch für die Auswertung und Veröffentlichung der kantonalen Daten zuständig. Inwiefern die kantonalen Daten für das Monitoring verwendet werden dürfen, ist auch abhängig von den kantonalen Rechtsgrundlagen.

Als Mitfinanzierer der stationär erfolgten Behandlungen erhalten die Kantone zudem relativ zeitnah die vom Spital ausgestellten Rechnungen. Diese enthalten in der Regel keinen MCD, und damit keine medizinischen Angaben.

Die Daten der Kantone haben den gleichen Umfang wie die vom BFS erhobenen MS-Daten und erlauben somit eine ebenso umfassende Auswertung der Eingriffe.

#### 4.1.3 Versicherer

Die Datenannahmestellen der Versicherer erhalten zusammen mit der Rechnung den MCD, den sie zur Prüfung der Rechnung benötigen. Allerdings sind viele der Versicherer IT-technisch nicht

dahingehend aufgestellt, um diese Daten auch systematisch auswerten zu können. Da die Spitäler ihre Rechnungen in der Regel zeitnah und laufend verschicken, sind die stationären Daten der Versicherer ziemlich aktuell.

Die Daten der Versicherer erlauben eine Auswertung mit Sicht pro versicherte Person und erlauben eine Verknüpfung ihrer ambulanten und stationären Behandlungen (solange die Person den Versicherer nicht wechselt). Da die Versicherer aber nur Daten zu den eigenen Kunden erhalten, können valide allgemeingültige Aussagen zu geographischen Variationen oder in Bezug auf einzelne Leistungserbringer nur beschränkt gemacht werden.

Ausserdem verfügen die Versicherer über verschiedene und unterschiedlich gut ausgebaute Systeme zur Datenverarbeitung. Es besteht keine Pflicht zur systematischen Datenweitergabe. Somit sind keine flächendeckenden Analysen möglich. Es soll jedoch geprüft werden, ob mit einzelnen (grossen) Versicherern eine freiwillige Auswertung oder Lieferung der Daten vereinbart werden kann.

#### **4.1.4 Swiss DRG AG**

Die SWISS-DRG AG erhält von den Spitälern ausführliche Daten für Tarifberechnungen. Im DRG-Datenspiegel wird die Frequenz der zur Anwendung gekommenen DRG's, Eingriffe, Diagnosen und Nebendiagnosen ausgewertet. Veränderungen der Anzahl der codierten Eingriffe können hier nachgewiesen werden. Diese Auswertung steht mit einer Verzögerung von ca. 2 Jahren zur Verfügung.

## **4.2 Daten ambulant**

Ambulante Daten sind in der Schweiz fragmentiert und erlauben bis dato nur partielle Rückschlüsse. Daten sind bei Versicherern, der SASIS AG, H+, TrustCentern der Ärzteschaft und beim BFS vorhanden. Im Folgenden werden die einzelnen Quellen näher beschrieben.

### **4.2.1 Versicherer**

Die Versicherer verfügen über Daten, die Ihnen von den jeweiligen Leistungserbringern mit der Rechnung zugestellt werden: Tarmed-Positionen, Verbrauchsmaterial, Positionen aus der Analyseliste (AL), der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) und Arzneimittel der Spezialitätenliste (SL). Diese Daten sind pro versicherte Person auswertbar und mit eventuellen stationären Leistungen verknüpfbar.

Aufgrund von hohen Franchisen werden Rechnungen zunehmend erst nach deren Erreichen eingereicht, oder auch gar nicht, falls diese Rechnungen diesen Betrag nicht übersteigen. Das führt dazu, dass die ambulanten Abrechnungsdaten erst später vorliegen und weniger vollständig sind, als die stationären. Es wird davon ausgegangen, dass die Versicherer erst Ende Juni des Folgejahres über eine genügende Datenqualität verfügen (>95% der Rechnungen im System erfasst).

Erschwerend kommt hinzu, dass die Versicherer über unterschiedliche und unterschiedlich gut ausgebaute Systeme zur Datenverarbeitung verfügen. Es besteht kein einheitlicher Datenstandard. Auch ist es aktuell nicht möglich eine Datenlieferung seitens Versicherer zwecks Monitoring AVS als verbindlich zu erklären. Es soll jedoch geprüft werden, ob mit einzelnen (grossen) Versicherern eine freiwillige Auswertung oder Lieferung der Daten vereinbart werden kann.

### **4.2.2 Tarifpool Sasis AG**

Der Tarifpool der SASIS AG besteht aus Rechnungsdaten der Versicherer. Die Mehrheit der Versicherer liefert monatlich ihre pro Zahlstellen-Nummer und nach Tarifposition erfassten Daten in konsolidierter Form an den Tarifpool. Die Übermittlung erfolgt vor der Rechnungsprüfung, womit eine Differenz zu den von der Versicherung effektiv vergüteten Leistungen entstehen kann. Die Daten sind in etwa gleich aktuell, wie diejenigen der Versicherer. Der Abdeckungsgrad beträgt mittlerweile je

nach Fachgebiet und Region über 95% für Daten aus Arztpraxen und gegen 90% für spitalambulante Daten.

Mit Daten des Tarifpools können Auswertungen zur Kostenentwicklung pro Leistungserbringer (z.B. Arztpraxis, Spital) oder Leistungserbringergruppe (z.B. Allgemeine Innere Mediziner, Spitalabteilung Chirurgie) innerhalb der Schweiz oder eines Kantons gemacht werden. Weiter können Aussagen zur Anzahl der abgerechneten Tarifpositionen (= Surrogat für Anzahl Eingriffe) gemacht werden. Rückschlüsse auf den Verlauf einer Behandlung eines Patienten sind allerdings nicht möglich. Auch kann eine doppelte Fallzählung nicht ausgeschlossen werden.

#### **4.2.3 TrustCenter der Ärzteschaft**

Die TrustCenter der Ärzteschaft verarbeiten Abrechnungen aus den Arztpraxen von Ärzten. Eine Datenlieferungspflicht besteht nicht, ausser in gewissen Kantonen, in denen die Sie von den kantonalen Ärztegesellschaften für ihre Mitglieder verpflichtend erklärt wurde. Für die in Tabelle im Anhang 1a KLV aufgelisteten Eingriffe erfolgt die Abrechnung allerdings meistens über das Spital oder ambulante Operationszentrum, in der der Arzt operiert und nicht über den Arzt selber. Die Spitäler und ambulanten Operationszentren liefern in der Regel die Abrechnungsdaten nicht an ein TrustCenter. Daher verfügen die Trustcenter auf diesem Gebiet nur über lückenhafte Daten. Daten der TrustCenter könnten allenfalls bei einzelnen Eingriffen, die häufig auch in der Praxis durchgeführt werden, für einzelne Vergleiche (z.B. Kostenberechnung ambulant durchgeführter Eingriffe) nützlich sein.

#### **4.2.4 BFS: MARS und «Patientendaten Spital ambulant» (PSA)**

Die erste Erhebung der "Patientendaten Spital ambulant (PSA) wurde seitens BFS für die Daten des Kalenderjahres 2014 durchgeführt. Für die Arztpraxen wurden bisher nur die Strukturdaten erhoben (erstmalig ab November 2016). Patientendaten aus Arztpraxen und ambulanten Zentren sind somit nicht vorhanden.

Die Daten PSA werden von den ambulanten Einrichtungen direkt an das BFS übermittelt. Sie werden einmal jährlich erhoben. Die Datenqualität ist bei dieser noch relativ jungen Erhebung noch nicht auf dem gewünschten hohen Niveau. Die beschränkte Datenqualität, die fehlenden Daten aus den Arztpraxen und die zeitliche Verzögerung, bis validierten Daten bereitstehen, sind Gründe, weshalb die Statistik PSA (noch) nicht genügend für ein Monitoring AvS geeignet ist. Die Datenverwendung soll jedoch weiter geprüft werden.

#### **4.2.5 H+**

H+ erhält direkt von den Spitälern auch ambulante Faktura-Daten (analog Tarifpool der SASIS AG). Sie werden im H+ Tarifpool aggregiert. Auswertungen sind nach Spitaltypen möglich, nicht aber pro Fall. Hier sind also ähnliche Grenzen bei der Auswertung gesetzt, wie beim Tarifpool.

### **4.3 Fazit Datenquellen**

- Daten zu ambulanten Behandlungen sind weniger vollständig und weniger aussagekräftig, als solche zu stationär durchgeführten Eingriffen.
- Offizielle, verlässliche, validierte Daten stehen erst mit Verzögerung zur Verfügung.
- Für ein zeitnahes Monitoring ist auch die Abstützung auf Daten seitens Kantone und / oder Versicherer oder allenfalls provisorischen Daten der Medizinischen Statistik zu prüfen.
- In der Schweiz sind keine flächendeckenden offiziellen Datenerhebungen zur Qualität von ambulant durchgeführten Eingriffen vorhanden. Im stationären Bereich sind diese Daten nicht an die Bedürfnisse des Monitorings angepasst.

## 5 Periodizität, Zeit

In einem Monitoring sollte die Auswertung der erhobenen Indikatoren möglichst zeitnah erfolgen. Verlässliche, gesamtschweizerische und validierte Daten stehen, wie oben beschrieben, erst mit einer Verzögerung zur Verfügung. Möglichkeiten über ein zeitnäheres Monitoring allenfalls anhand von Stichproben, basierend auf freiwilligen Datenlieferungen seitens der Kantone und / oder Versicherer können geprüft werden. Während die stationären Daten relativ zeitnah bei den Kostenträgern eintreffen, erreichen die ambulanten Daten erst Mitte des Folgejahres eine repräsentative Abdeckung. Ebenfalls kann die Verwendung der provisorischen, nicht validierten Daten abgeklärt werden.

Die Aufarbeitung der Daten verursacht grossen Aufwand, insbesondere, da die Daten in vielen verschiedenen Systemen und Formen gesammelt werden und jedes Mal validiert, zusammengefügt und aufgearbeitet werden müssen. Deshalb erscheint mehr als eine Auswertung pro Jahr in Anbetracht des Aufwands als nicht sinnvoll.

### 5.1 Fazit Periodizität, Zeit

- Die Kennzahlen zu den Fragestellungen sollen 1 x pro Jahr aufgearbeitet werden.
- Um die Entwicklung und ihre Tendenzen besser beurteilen zu können, sollen als Vergleich die entsprechenden Fallzahlen seit 2014 als Vergleich herangezogen werden.
- Die Ergebnisse der unter Punkt 3 genannten Fragestellungen sollen jeweils im Herbst des Folgejahres einer Monitoringperiode publiziert werden.
- Nach Ablauf von drei Jahren (also 2022) soll eine Evaluation aufgrund der Ergebnisse des Monitorings und allfälliger Begleitstudien erfolgen.

## 6 Auswertungen zu den Fragestellungen

### 6.1 Verlagerungseffekt und Fallzahlen

Die Analyse der Fallzahlen gibt Aufschluss über die Entwicklung der stationären und ambulanten Durchführung der Eingriffe und allfällige gewollte oder ungewollte weitere Verlagerungseffekte.

- Es sollen die im Anhang 1a KLV aufgelisteten stationäre und ambulant durchgeführten Eingriffe gezählt werden. Die Erfassung der Fallzahlen kann analog zum Vorgehen im Obsan Dossier 63 (Ermittlung des Verlagerungspotenzials und der Kostenfolgen) mittels CHOP-Codes und Tarmed-Positionen erfolgen.
- Zusätzlich soll eine Liste mit CHOP-Kodes, die von der Regelung indirekt betroffen sind (Varizenoperation bds, Meniskusrefixation arthroskopisch, etc) erstellt werden. Umlagerungen oder Ausweicheingriffe können so bezüglich der Häufigkeit monitorisiert werden. Die stationär durchgeführten Eingriffe sollen weiter auf Besonderheiten analysiert werden, wie zum Beispiel Länge des Aufenthalts oder Zeitpunkt des Eintritts ins Spital (Eintritt am Nachmittag).
- Optional könnten andere Eingriffe dahingehend analysiert werden, ob bisher bereits ambulant durchgeführte Eingriffe vermehrt stationär erfolgen, zwecks einer Kompensation für die ausgefallenen Eingriffe.

Als Datenquellen sind möglich: Medizinische Statistik BFS, Kantone, Versicherer, Tarifpool SASIS AG.

### 6.1.1 Kennzahlen

- Total Anzahl **stationäre** Eingriffe pro CHOP-Code und pro Gruppe der Eingriffe, pro Art der Leistungserbringer (öffentlich, privat, Spitaltyp), pro Kanton und ganze Schweiz und unter Berücksichtigung der Leistungsklasse und demographischer Daten
- Durchschnittliche **stationäre** Aufenthaltsdauer (LOS) pro Eingriff, pro Gruppe der Eingriffe, pro Art der Leistungserbringer (öffentlich, privat, Spitaltyp), pro Kanton und ganze Schweiz und unter Berücksichtigung der Leistungsklasse und demographischer Daten
- Uhrzeit des **stationären** Eintritts pro Eingriff, Art der Leistungserbringer (öffentlich, privat, Spitaltyp), pro Kanton und ganze Schweiz und unter Berücksichtigung der Leistungsklasse und demographischer Daten
- Total Anzahl **ambulante** Eingriffe nach TARMED-Positionen und pro Gruppe der Eingriffe, pro Art der Leistungserbringer (Spital ambulant öffentlich/privat/Spitaltyp, Arztpraxis, pro Kanton und ganze Schweiz und unter Berücksichtigung demographischer Daten
- **Zeitraum** 01.01. bis 31.12. eines Jahres (jeweils Behandlungsdatum bei ambulant und Austritt bei stationär erfolgten Eingriffen)
- Auswertung der Vorjahre (2015, 2016, 2017, 2018) zur Verlaufsbeurteilung

### 6.1.2 Probleme und Lösungsansätze

Abklärung hinsichtlich Nutzungsmöglichkeit provisorischer Daten der Medizinischen Statistik des BFS.

## 6.2 Begründung für stationäre Durchführung

Die Analyse der verwendeten Gründe für eine stationäre Behandlung hilft zu überprüfen, ob die Kriterien gut definiert sind, den Grossteil der besonderen Umstände abdecken und ob sie korrekt angewendet werden.

Folgende Erhebungen zur Fragestellung der Gründe für einen stationären Aufenthalt sind denkbar:

### 6.2.1 Kennzahlen

- Auswertung der ICD-10 kodierbaren Kriterien im MCD. (Vergleich mit den Vorjahren 2015-2018)
- Bei Fällen ohne identifiziertes ICD-10 kodierbares Kriterium, zusätzlich Auswertung nach weiteren ICD-10-Kodes, die zwar nicht spezifisch sind, aber auf eine vorhandene medizinische Komorbidität hindeuten könnten (z.B. Vorhandensein von Asthma). Die Berücksichtigung von PCCL kann hier zusätzlich unterstützen
- Auswertung der kodierten Kriterien durch CHOP-Kodes, sofern vorhanden

### 6.2.2 Probleme und Lösungsansätze

Eine komplette Erhebung der angewendeten Kriterien zur Rechtfertigung einer stationären Durchführung wird im Monitoring nicht möglich sein. Einerseits gibt es derzeit kein eindeutiges Verfahren zur statistischen Erfassung der Kriterien und nicht alle Spitäler sind in der Lage, das Bemerkungsfeld im MCD zu verwenden. Andererseits gibt es verschiedene Verfahren hinsichtlich der vorgängigen Bewilligung (systematische Kostengutsprache gesuche vs. Mitteilung der benötigten Informationen) und des Verfahrens der Rechnungsprüfung.

- Zusätzlich zu den oben genannten Kennzahlen könnten die Versicherer, die Kommentare im mitgelieferten MCD nach angegebenen Kriterien gemäss Anhang 1a KLV auswerten. Allerdings ist fraglich, inwiefern der Aufwand gerechtfertigt ist, angesichts der Tatsache, dass



der Abdeckungsgrad der Antworten unbekannt ist und man von wesentlichen Lücken ausgehen muss.

- In einer ersten Phase können die Erfahrungen der Stakeholder im Rahmen der geplanten Austauschgruppe qualitativ gesammelt werden.
- Mit der Schaffung eines neuen Kapitels im CHOP mit Definition der Kodierung aller Kriterien gemäss Anhang 1a KLV wäre eine systematische Dokumentation und Auswertung möglich. Die Möglichkeiten dieser Lösung sollen geprüft werden.

## 6.3 Kostenauswirkungen

Die Regelung «AvS» hat verschiedene Kostenauswirkungen.

- Bei den Kostenträgern (Versicherer, Kantone) beeinflussen die unterschiedlichen Tarifierungen bei ambulanter und stationärer Leistungserbringung so wie die duale Finanzierung im stationären Setting die Entwicklung der Kosten.
- Auswirkungen bei den Leistungserbringern entstehen insbesondere durch Unterschiede beim Kostendeckungsgrad der ambulanten Tarife und dem Wegfall von Honoraren des Zusatzversicherungsbereichs bei ambulanter Durchführung.
- Kostenträger und Leistungserbringer befürchten zudem, dass der administrative Aufwand für sie ansteigen wird.
- Für die Patienten ergeben sich direkte Auswirkungen infolge deren Kostenbeteiligung durch Franchise, Selbstbehalt und Beitrag an Spitalaufenthalt pro Tag. Indirekte Auswirkungen auf die PatientInnen entstehen durch die Entwicklung der Gesamtkosten, welche von Ihnen als Prämien- und Steuerzahlende getragen werden.

Während im stationären Setting ein Leistungserbringer eine Rechnung für alle perioperativ erbrachten Leistungen ausstellt, werden im ambulanten Setting die verschiedenen Leistungen durch verschiedene Leistungserbringer und zeitlich versetzt erbracht und abgerechnet (z.B. Arzt, SPITEX, Physiotherapie). Allerdings werden auch im stationären Setting zunehmend Leistungen vor- und nachgelagert zur Hospitalisation erbracht und separat in Rechnung gestellt. Eine korrekte Vollkostenrechnung ist somit für beide Bereiche kaum möglich. Zur Erhebung der verschiedenen Kostenauswirkungen sind folglich unterschiedliche Herangehensweisen notwendig.

### 6.3.1 Kostenauswirkungen für Versicherer und Kantone

Die Kostenfolgen für die Versicherer und Kantone können analog dem im Obsan Dossier 63 (Ermittlung des Verlagerungspotenzials und der Kostenfolgen) beschriebenen Vorgehen berechnet werden. Es stellen sich die folgenden Herausforderungen (die Herausforderungen bezüglich der Erhältlichkeit aktueller Daten wurde oben bereits beschrieben und stellen sich für die Berechnung der Kostenfolgen ebenso):

- Bei den **ambulanten** Kosten können Veränderungen der effektiv verrechneten Leistungen, z.B. aufgrund neu eingeführter ambulanter Fallpauschalen oder von Veränderungen in der Abrechnung (effektiv zur Anwendung kommende / abgerechnete Tarmed-Positionen) auftreten. Nach wie vor wird es kaum möglich sein, alle perioperativen Untersuchungen und Therapien korrekt in die Berechnungen einbeziehen zu können.
- Die **stationären** Kosten wurden im Bericht des Obsan mit dem effektiven Cost Weight (CW) basierend auf der Medizinischen Statistik und einer durchschnittlichen Base Rate (BR) berechnet. Das durchschnittliche CW wird erwartungsgemäss ansteigen, da die Kurzlieger, bzw. die Abschlüsse wegfallen und verhältnismässig mehr Patienten mit Komorbiditäten stationär behandelt werden.

## Lösungsansätze

- Bei den **ambulant** erfolgten Eingriffen, wäre es Angesichts der wahrscheinlichen Veränderungen der Abrechnungspraxis sinnvoll, die effektiv verrechneten Kosten neu zu berechnen. Die Berechnung der effektiven Kosten kann nur durch die Versicherer erfolgen. Inwiefern sich dabei die perioperativen Konsultationen berücksichtigen lassen ist hier nicht abschätzbar. Für einzelne Eingriffe, die häufig auch in einer Praxis durchgeführt werden, könnten eventuell Daten der TrustCenter bzw. des Newindex herangezogen werden.
- Weiter ist zu prüfen, ob auch zwischenzeitlich ambulante Pauschalen eingeführt wurden. Angaben zum Stand der ambulanten Pauschalen können bei der SwissDRG AG (PAM) oder beim Forum Datenaustausch, oder bei der FMCH erhalten werden. Je nach Stand der Arbeiten könnten die Pauschaltarife für Vergleichsrechnungen im Nachhinein herangezogen werden.
- Für die Berechnung der **stationären** Kosten sollen die aktuellen CW verwendet oder ein für die jeweilige Analyseperiode durchschnittliches CW berechnet werden. Das effektive CW ist jeweils auf der Rechnung vermerkt und so für die Kostenträger ersichtlich. Allerdings scheinen nicht alle Betroffenen diese Daten systematisch in ihren Systemen zu erfassen. Es kann auch mittels Grouper aus den Datensätzen der Medizinischen Statistik ermittelt werden.
- Für die Evaluation könnte es ev. möglich sein, diese Angaben aus der Erhebung der «Patientendaten Spital ambulant» (PSA) abzuleiten.

### 6.3.2 Kostenauswirkungen für Leistungserbringer

Die Kostenauswirkungen infolge unterschiedlichem Deckungsgrad der ambulanten Tarife können mangels entsprechender Daten nicht systematisch analysiert werden. Auch bezüglich Auswirkungen auf die Honorareinnahmen im Zusatzversicherungsbereich bestehen keine entsprechenden Datengrundlagen. Ebenfalls fehlen Datengrundlagen/Datenerhebungen die Rückschlüsse auf die Auswirkungen auf die Administration erlauben würden. In einer ersten Phase können die Erfahrungen der Stakeholder zum effektiven Aufwand im Rahmen der geplanten Austauschgruppe gesammelt werden. Wichtigen Input könnten ebenfalls die Ergebnisse der von der FMH in Ihrer Umfrage bei den Leistungserbringern eingefügten Fragen liefern.

### 6.3.3 Kostenauswirkungen für PatientInnen

Für die PatientInnen könnten (aufgrund von Franchise und Selbstbehalt) direkt höhere Kosten dann anfallen, wenn die ambulante Durchführung mehr kostet, als 45% des stationären Eingriffs. Berechnungen des Obsan haben ergeben, dass dies bei einzelnen Eingriffen der Fall sein könnte. Die Kostenbeteiligung für den Spitalaufenthalt von CHF 15.- pro Tag, die bei ambulanter Durchführung wegfällt, ist bei den grundsätzlich kurzen Aufenthaltsdauern wenig relevant. Das Monitoring der Entwicklung der Kosten pro Eingriff erfolgt bereits im Rahmen der Berechnungen bei Punkt 6.3.1. Auf eine zusätzliche Ermittlung der direkten Kostenauswirkungen für die Patientinnen wird daher vorläufig verzichtet.

Die Indirekte Kostenauswirkung hinsichtlich der Prämien und Steuern ist mit der Ermittlung der Kostenauswirkungen auf die Versicherer und Kantone abgedeckt und erfordert keine weitere Analyse.

## 6.4 Klinische Outcomes und Patientenzufriedenheit (PREMS)

Ein schweizweites Monitoring von Klinischen Outcomes ist wegen fehlender systematischer Daten nicht durchführbar. Entsprechende Systeme, besonders im ambulanten Bereich müssen zuerst definiert und aufgebaut werden.

Das BAG wird mit Unterstützung der FMCH und in Kooperation mit AQC und weiteren Fachgesellschaften versuchen eine Studie aufzugleisen, die dieses Thema untersuchen soll. Geplant ist, dass

freiwillig teilnehmende Spitäler Daten zu ausgesuchten klinischen Outcomes erfassen (u.a. postoperative Komplikationen, Beschwerden bei Patienten, Notfallmässige Arztbesuche, und andere). Neben der Erfassung dieser Daten durch ÄrztInnen sind ergänzend auch Befragungen der Patienten vorgesehen.

Die Auswertung dieser Daten soll im Rahmen des Möglichen in das Monitoring einfließen. In jedem Fall sollen die Ergebnisse in der Schlussevaluation berücksichtigt werden.

Eine Erhebung von Patient Related Outcomes (PROMS) im engeren Sinn ist zum aktuellen Zeitpunkt aus Sicht des BAG noch nicht sinnvoll, da das entsprechende Verständnis und die Instrumente sowie Prozesse noch nicht grossflächig vorhanden sind. Erst einzelne Akteure haben die PROMS bereits implementiert. Beispielsweise implementiert das Universitätsspital Basel den ICHOM-Ansatz, vorerst für Patientinnen mit Mammakarzinom und Personen mit Hüft- und Osteoarthrose.

## **6.5 Prüfverfahren/Umsetzung**

Die Analyse zu den Angewendeten Prüfverfahren und deren Umsetzung soll Erkenntnisse zu Vor- und Nachteilen der administrativen Umsetzung sowie Verbesserungsmöglichkeiten liefern. Interessant wäre es, ableiten zu können, welches Verfahren (ex ante vs. ex post) effizienter ist bezüglich Verlagerungseffekt, bzw. administrativer Aufwand.

### **6.5.1 Kennzahlen**

- Häufigkeit der seitens Leistungserbringer und Versicherer angewendeten Prüfverfahren (ex-ante, ex-post, vollständiges Kostengutspracheverfahren, vereinfachte Bewilligung anhand von Kriterien, Rechnungsprüfung anhand von ICD, Angaben im Bemerkungsfeld des MCD)
- Anzahl zurückgewiesene stationäre Rechnungen
  - Welche Eingriffe/Gruppen?
  - Welche Art Leistungserbringer (öffentlich, privat, Spitaltyp)?
- Antwortzeit auf Kostengutsprache gesuche
- Kennzahlen Kantone:
  - Anzahl Kostengutsprache gesuche bei den Kantonen, ausgewertet nach Fachgebiet/Eingriff
  - Anzahl zurückgewiesene oder nicht bezahlte Rechnungen bei den Kantonen

### **6.5.2 Probleme und Lösungsansätze**

- In einer ersten Phase können die Erfahrungen der Stakeholder im Rahmen der geplanten Austauschgruppe gesammelt werden.
- Möglich erscheinen auch Auswertungen seitens der einzelnen Versicherer mit den Kennzahlen zu zurückgewiesenen Rechnungen.
- Grosse Leistungserbringer führen eigene Statistiken zu den zurückgewiesenen, bzw. beanstandeten Rechnungen. Es bleibt zu prüfen, inwiefern diese bereit wären, ihre Auswertungen als Zusatzinformation für das Monitoring oder die Evaluation zur Verfügung zu stellen.
- Weiter sind auch Umfragen bei den Leistungserbringern denkbar, in denen jedoch quantitative Erhebungen schwierig scheinen, da die Leistungserbringer unterschiedliche interne Prozesse und Umsetzungen haben, was eine einheitliche Datenerfassung stark erschwert. Eine Umfrage für die Leistungserbringer kann entwickelt und in einem Pilot bei ausgewählten Spitälern getestet werden.

## **7 Information und Publikation**

Folgende Kennzahlen sollen jeweils im Herbst des Folgejahres im Internet publiziert werden.

- Kennzahlen zum Verlagerungseffekt und zu den Fallzahlen
- Kennzahlen zur Entwicklung der Kosten
- Allenfalls Kennzahlen zu den Begründungen für stationär durchgeführte Eingriffe
- Allenfalls Zwischenergebnisse der Studie zu klinischen Outcomes und Patientenzufriedenheit
- Allenfalls Bericht zu den Erfahrungen in der administrativen Umsetzung und allenfalls getroffenen Massnahmenresultierend aus den Besprechungen der Austauschgruppe

## **8 Finanzierung**

Für spezifisch für das Monitoring vorgenommene Datenauswertungen und Studien sind Finanzierungen seitens des BAG möglich.