

# Pauschalen für ambulant-medizinische Leistungen

Schlussbericht

Dr. Urs Trinkner

Tobias Binz

Dr. Eva Zuberbühler

Seline Spillmann

Nicolas Oderbolz

Studie im Auftrag von santésuisse

27.02.2024

ISSN 2235-1868



**Metainformationen**

Titel:	Pauschalen für ambulant-medizinische Leistungen
Status:	Schlussbericht
Version:	V2.0
Datum:	27.02.2024
Autoren:	Tobias Binz, Eva Zuberbühler, Seline Spillmann, Urs Trinkner, Nicolas Oderbolz
Kontakt:	Tobias Binz, +41 79 840 00 96, tobias.binz@swiss-economics.ch

**Disclaimer**

Diese Studie wurde von Swiss Economics SE AG im Auftrag von santésuisse erstellt. Obwohl Swiss Economics sich bemüht, nur wahre und korrekte Informationen zu verwenden und eigene Aussagen sorgfältig zu tätigen, kann hinsichtlich der Richtigkeit, Aktualität, Genauigkeit, Zuverlässigkeit, Vollständigkeit und Verwendbarkeit der nachfolgenden Informationen kein Gewähr oder Haftung übernommen werden. Swiss Economics haftet in keinem Fall für Schäden oder Folgeschäden jeglicher Art, die in irgendeiner Weise im Zusammenhang den nachfolgend bereitgestellten Informationen stehen. Die nachfolgenden Informationen stellen keine rechtliche Beratung dar.

© Swiss Economics SE AG  
Ottikerstrasse 7, 8006 Zürich  
[www.swiss-economics.ch](http://www.swiss-economics.ch)

## Zusammenfassung

Per Ende 2023 wurden dem Bundesrat die beiden Vorschläge neuer Tarifsyste­me für ambulant-medizinische Leistungen zur Genehmigung vorgelegt, welche den in die Jahre gekommenen TARMED ersetzen sollen:

- Der von der solutions tarifaires suisses SA (sts) ausgearbeitete Vorschlag für **ambulante Pauschalen** lehnt an die schweizweit einheitliche Tarifstruktur für Fallpauschalen (SwissDRG) im stationären Bereich an und soll die Vergütung ambulant erbrachter Leistungen insbesondere in ressourcenintensiven Infrastrukturen bündeln. Es sind rund 500 Pauschalen vorgesehen.
- Der durch die ats-tms AG (ats-tms) erarbeitete **TARDOC** ist eine Einzelleistungstarifstruktur in der gleichen Logik wie der TARMED. Ihr vorgesehener Anwendungsbe­reich liegt in der ambulanten Grundversorgung in einfachen Infrastrukturen wie etwa Hausarztpraxen. Der TARDOC besteht aus über 2500 Einzelpositionen.

Ziel des vorliegenden Berichts ist es, die Vorzüge von ambulanten Pauschalen zu identifizieren und zu würdigen.

Neben ausführlichen Grundlagerecherchen hat Swiss Economics zur Erfüllung dieses Ziels Experteninterviews geführt, Erfahrungsberichte aufgearbeitet und die möglichen Tarifausgestaltungen einer mikroökonomischen Analyse auf Anreizwirkungen hin unterzogen.

Die Hauptkenntnisse unserer Arbeiten können wie folgt zusammengefasst werden:

**Die datengestützte Tarifstruktur hinter den ambulanten Pauschalen bietet eine objektive und unpolitische Grundlage für Tarifverhandlungen.**

Die Tarifstruktur der ambulanten Pauschalen reflektiert die relativen Kostenunterschiede zwischen medizinischen Fallgruppen und wird anhand von tatsächlichen Kosten- und Leistungsdaten im spitalambulantem Bereich bestimmt. Somit reflektiert die Struktur sowohl aus medizinischer Sicht relevante Unterschiede in Bezug auf die Diagnose als auch Unterschiede im Ressourcenaufwand. Über die Tarifstruktur wird eine objektive und nicht politisierte Grundlage geschaffen, die Verhandlungen zur Tarifhöhe vereinfachen können.

**Mit der Kosten- und Leistungsrechnung REKOLE existiert für die meist ressourcenintensiven Fallgruppen im spitalambulantem Bereich eine Datengrundlage, die sich bereits im stationären Bereich für die Bestimmung von relativen Fallgewichten bewährt hat. Für eine Erweiterung des Anwendungsbereichs auf typischerweise weniger ressourcenintensive Fälle im niedergelassenen Bereich scheint eine Verbesserung der Datengrundlage erstrebenswert.**

Die gleichzeitige Anwendung zweier ambulanter Tarifstrukturen geht mit erhöhtem Koordinationsaufwand einher und führt möglicherweise zu Fehlanreizen für die Leistungserbringer. Um diesen allfälligen Problemen entgegenzuwirken, sollte die Datengrundlage im niedergelassenen Bereich stetig verbessert werden. Dies würde eine Erweiterung des Anwendungsbereichs von ambulanten Pauschalen ermöglichen und sich dämpfend auf die

Kostenentwicklung im Gesundheitswesen auswirken. Langfristig könnte die Einführung und Verbreitung im niedergelassenen Bereich eines einheitlichen und zentral akkreditierten betrieblichen Rechnungswesens analog REKOLE das Fundament für eine vollständige Pauschalierung schaffen.

**Die Tarifstruktur ambulante Pauschalen bildet medizinische und wirtschaftliche Entwicklungen zeitnah ab und verringert somit mögliche Verzerrungen von Anreizen.**

Dank regelmässigen und datenbasierten Aktualisierungen der Kostengewichte werden sowohl medizinische Fortschritte und Behandlungstrends als auch wirtschaftliche Entwicklungen in der Vergütungsstruktur zeitnah berücksichtigt. Dadurch wirken die ambulanten Pauschalen einer allfälligen Belohnung «veralteter» oder weniger kosteneffizienter Methoden entgegen und verhindern somit, dass Fehlanreize für die Leistungserbringer entstehen. Zudem wird die Transparenz in der Diskussion zu den Gesundheitskosten erhöht.

**Individuelle Basispreise verhindern, dass die Pauschalierung zu einer Pauschalisierung führt.**

Die im Rahmen von Verhandlungen zwischen den Tarifpartnern bestimmten individuellen Basispreise lassen eine Berücksichtigung der spezifischen Begebenheiten zu (z.B. lokale Kostenstrukturen oder systematische Unterschiede in der Patientenbasis). Mittelfristig ist auch vorstellbar, dass allfälligen Inkonsistenzen an den Schnittstellen zu anderen Tarifsyste- men, etwa zu ambulanten Einzelleistungstarifen oder stationären Fallpauschalen, über den Basispreis entgegengewirkt werden kann.

Gleichzeitig dürfte die Einführung von ambulanten Pauschalen, wie auch bei Einführung von SwissDRG im stationären Bereich beobachtet, zu einer verbesserten Vergleichbarkeit zwischen Leistungsträgern führen.

**Die Anwendung ambulanter Pauschalen durch Leistungserbringer reduziert den Administrationsaufwand und generiert eine Datengrundlage für verbesserte unternehmerische Entscheide.**

Insbesondere für die Erfassung komplexer Fälle dürfen Leistungserbringer mit geringeren Zeitaufwänden rechnen als mit einem Einzelleistungstarif.

Ausserdem erhöht das Pauschalensystem die Verfügbarkeit von neuen Daten zur Case-Mix-Zusammensetzung und -Entwicklung bei den Leistungserbringern und ermöglicht Produktivitätsvergleiche zwischen Leistungserbringern. Solche Informationen können zu besseren Entscheidungen auf operativer und strategischer Ebene führen.

**Ambulante Pauschalen wirken Fehlanreizen zur Mengenausweitung teilweise entgegen.**

Fallpauschalen eliminieren Anreize für die Leistungserbringer, möglichst viele und möglicherweise medizinisch nicht notwendige Leistungen pro Fall durchzuführen. Es ist somit davon auszugehen, dass das Pauschalensystem einen Beitrag zur Eindämmung der Mengenausdehnung beitragen wird. Dabei ist es jedoch entscheidend, dass die Rahmenbedingungen so abgesteckt sind, dass mögliche Fehlanreize für die Leistungserbringer zu einer

unerwünschten Ausdehnung von Fallzahlen, beispielsweise über eine künstliche Aufspaltung von administrativen Fällen, beschränkt werden. Die Definition eines abrechenbaren Patientenkontakts für die aktuelle Tarifversion 1.0 scheint viele Möglichkeiten für Umgehungsverhalten bereits abzudecken. Für eine zielgerichtete Tarifweiterentwicklung erscheint es uns zentral, dass auch zukünftig nachträgliche Möglichkeiten zur Ausdehnung der Anzahl administrativen Fälle identifiziert und angegangen werden. Mit den seit Anfang Jahr geltenden Bestimmungen in Art. 47c KVG scheinen die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür gegeben.

### **Ambulante Pauschalen stärken Anreize zur kostengünstigen Leistungserbringung und zur Innovationstätigkeit.**

Pauschalensysteme belohnen Kostensenkungen der Leistungserbringer. So werden beispielsweise Leistungen mit effizientem Zeitaufwand und die Wahl einer effektiven Behandlung belohnt, da der Zeitaufwand und die Leistungen nicht mehr einzeln vergütet werden. Dies sollte sich nicht nur in entsprechenden Innovationsanstrengungen, sondern langfristig auch im Aufbau kostengünstiger Infrastrukturen widerspiegeln. Über die Weiterentwicklung des Tarifsystems kommen solche Effizienzanstrengungen mittelfristig auch den Patientinnen und Patienten bzw. den Prämienzahlern zugute.

### **Ambulante Pauschalen können die Umsetzung des Grundsatzes «ambulant vor stationär» erleichtern.**

Da die Einführung ambulanter Pauschalen einer Angleichung der Logik an das geltende Tarifsysteem im stationären Bereich entspricht, könnten Inkonsistenzen zwischen den Vergütungsstrukturen der beiden Sektoren vermindert werden. Dies würde jedoch voraussetzen, dass die in den jeweiligen Pauschalen enthaltenen Deckungsbeiträge für Fälle, die sowohl ambulant als auch stationär durchführbar sind, in vergleichbarer Höhe ausfallen. Zudem müsste die Gesetzesänderung zur Vereinheitlichung der Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen erfolgreich umgesetzt werden.

### **Die Umstellung von einem Einzelleistungstarif auf ein Pauschalensystem ist nicht mit Qualitätseinbussen verbunden.**

Die medizinische Qualität von Behandlungen im ambulanten Bereich wird infolge einer Umstellung auf pauschale Leistungsabrechnung kaum beeinträchtigt. Grundsätzlich ist festzuhalten, dass Einzelleistungstarife stärkere ökonomische Anreize für die Erbringung einer hohen Anzahl Leistungen pro Fall setzen als Pauschalen, für die Erbringung einer Leistung in hoher Qualität jedoch keine zusätzliche Entlohnung vorsehen.

Allfällige Bedenken bezüglich einer zu geringen Anzahl erbrachter Leistungen wirkt zum einen die freie Spitalwahl entgegen, die auch weiterhin einen wirksamen Qualitätswettbewerb zwischen den Leistungserbringern sichergestellt. Zum anderen schützen zahlreiche Richtlinien und Zertifizierungsprozesse der Fachgesellschaften die Behandlungsqualität.

Zudem konnten empirische Evaluationen des stationären Bereichs keine Qualitätseinbussen seit Einführung von SwissDRG feststellen, sehr wohl aber Hinweise auf die Stärkung des Qualitätswettbewerbs aufgrund erhöhter Transparenz.

**Fallbeispiele aus Deutschland, Österreich und England bestätigen die gewonnenen Erkenntnisse.**

In Deutschland sind aktuell Bestrebungen zu beobachten, ein gemeinsames Tarifsysteem für sowohl ambulant als auch stationär durchführbare Behandlungen zu erarbeiten. Das Tarifsysteem soll auf Pauschalen basieren, die aufgrund ihrer Effizienz- und Effektivitätsanreize und der erleichterten Koordination zwischen unterschiedlichen Leistungserbringern als vorteilhaft eingeschätzt werden.

Erfahrungen aus Österreich zeigen, dass pauschalenbasierte Vergütungssysteme keine Qualitätseinbussen mit sich bringen und, wenn richtig auskalibriert, eine wünschenswerte Rolle zur Förderung der ambulanten Durchführung von Behandlungen beitragen können. Dies bestätigen auch Beobachtungen aus England. Hier konnten in einem pauschalenbasierten System erfolgreich Qualitätsanreize über sogenannte «Best-Practice» Tarife implementiert werden.

## Inhaltsverzeichnis

<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>3</b>
<b>Inhaltsverzeichnis</b> .....	<b>7</b>
<b>Verzeichnis der Boxen</b> .....	<b>8</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>10</b>
1.1 Ausgangslage.....	10
1.2 Zielsetzungen.....	11
1.3 Methodik.....	11
1.4 Struktur.....	12
<b>2 Tarifsystem «ambulante Pauschalen»</b> .....	<b>13</b>
2.1 Grundlagen zu Tarifsystemen im Gesundheitswesen.....	13
2.2 Logik des Tarifsystems ambulante Pauschalen.....	14
2.3 Geltungsbereich.....	18
2.4 Zwischenfazit.....	20
<b>3 Mögliche Vorzüge in der Anwendung</b> .....	<b>21</b>
3.1 Zeitnahe Abbildung tatsächlicher Fallkosten in der Tarifstruktur.....	21
3.2 Berücksichtigung spezifischer Gegebenheiten mittels Basispreis.....	22
3.3 Vereinfachte Administration und Anwendung.....	24
3.4 Vereinfachtes Controlling und bessere strategische Entscheide.....	25
3.5 Zwischenfazit.....	25
<b>4 Ökonomische Einordnung</b> .....	<b>27</b>
4.1 Pauschalen reduzieren Anreize zur Mengenausweitung.....	27
4.2 Pauschalen belohnen Effizienzanstrengungen durch Leistungserbringer.....	28
4.3 Pauschalen erleichtern die Umsetzung von «ambulant vor stationär».....	29
4.4 Weshalb Pauschalen nicht zu Qualitätseinbussen führen.....	32
4.5 Zwischenfazit.....	33
<b>5 Erfahrungen aus dem Ausland</b> .....	<b>35</b>
5.1 Deutschland: Einheitlicher Bewertungsmassstab (EBM).....	35
5.2 Österreich: Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF).....	38
5.3 England: National health service (NHS).....	40
5.4 Zwischenfazit.....	41
<b>6 Referenzen</b> .....	<b>44</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Grundlagen von Einzelleistungs- und Pauschaltarifsystemen.....	14
Abbildung 2: Logik des Tarifsystems ambulante Pauschalen .....	17
Abbildung 3: Aktueller Geltungsbereich der ambulanten Pauschalen .....	19
Abbildung 4: Kostenentwicklung ambulant und stationär der Krankenhäuser.....	31

## Verzeichnis der Boxen

Box 1: Definition eines Patientenkontaktes .....	15
Box 2: Erfahrungen mit Pauschalen in der Ophthalmologie .....	24
Box 3: Theorie: Anreizwirkungen von Price Caps .....	29
Box 4: Kostenentwicklung ambulant und stationär in der Schweiz.....	31



## Abkürzungen

ANQ	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in den Spitälern (Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques)
ats-tms	Arzttarif Schweiz – tarif médical suisse AG
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege & Konsumentenschutz
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation
CMA	Competition and Market Authority
CT	Computertomographie
DRG	Diagnosis Related Group
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EFAS	Einheitlichen Finanzierung ambulant – stationär
FMCH	Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum
GTIN	Global Trade Item Number
H+	Spitzenverband der Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, German Modification
KV	Kassenärztlichen Vereinigungen
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
MRI	Magnetresonanztomographie (engl. magnetic resonance imaging)
MTK	Medizinaltarif-Kommission UVG (Bundesgesetz über die Unfallversicherung)
NHS	National health service
OAAT	Organisation ambulante Arzttarife AG
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OP	Operation
REKOLE	Revision der Kostenrechnung und Leistungserfassung
SAS	Schweizerischen Akkreditierungsstelle
SOG	Schweizerische Ophthalmologische Gesellschaft
sts	solutions tarifaires suisse SA

# 1 Einleitung

## 1.1 Ausgangslage

Seit 1. Januar 2023 ist die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) «Massnahmen zur Kostendämpfung - Paket 1a» vollständig in Kraft getreten. Neben vier weiteren Massnahmen<sup>1</sup> enthält Paket 1a:

- Den Grundsatz zur **Förderung ambulanter Pauschalen gegenüber Einzelleistungstarifen** und die Vorgabe zur Entwicklung einer gesamtschweizerisch vereinbarten und grundsätzlich **einheitlichen**<sup>2</sup> **Tarifstruktur für Patientenpauschaltarife** für ambulante Behandlungen.
- Die Verpflichtung der Verbände der Leistungserbringer und Versicherer eine **gemeinsame Tariforganisation** zur Erarbeitung, Weiterentwicklung und Pflege der Tarifstrukturen für ambulante ärztliche Behandlungen einzusetzen.

Mit der Gründung der OAAT Organisation ambulante Arzttarife AG (OAAT) im November 2022 haben sich die Partnerorganisationen H+, FMH, santésuisse, curafutura und die Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) zusammengeschlossen. Die OAAT soll ihre Arbeit Anfang 2024 aufnehmen. Hauptziel ist die Unterstützung in der Anwendung und Weiterentwicklung der beiden unabhängig voneinander entwickelten nationalen Tarifsysteme «ambulante Pauschalen» und «TARDOC». Inzwischen wurden der OAAT beide Tarifwerke übergeben:

- Das **System ambulanter Pauschalen** wurde durch die solutions tarifaires suisse SA (sts) entwickelt, die durch H+ und santésuisse getragen wird<sup>3</sup>. Der Aufbau lehnt sich an die schweizweit einheitliche Tarifstruktur für Fallpauschalen (SwissDRG) im stationären Bereich an.
- **TARDOC** wurde durch die ats-tms AG (ats-tms), hinter welcher die Träger FMH, curafutura und MTK stehen, erarbeitet. TARDOC ist eine Einzelleistungstarifstruktur in der gleichen Logik wie der in die Jahre gekommene TARMED, den es zu ersetzen gilt.

Die beiden aufeinander abgestimmten Tarifsysteme sollen dem Bundesrat bis Ende 2023 zur Genehmigung vorgelegt werden. Dem Grundsatz zur Förderung ambulanter Pauschalen gegenüber Einzelleistungstarifen wird dabei Rechnung getragen, indem ambulante

---

<sup>1</sup> Rechnungskopie für Versicherte; Festlegung maximale Bussenhöhe (CHF 20'000); Bewilligung für Pilotprojekte durch das Eidgenössische Departement des Innern zur Eindämmung der Kostenentwicklung, zur Stärkung der Qualität oder Förderung der Digitalisierung; Verpflichtung zur kostenlosen Datenbekanntgabe zur Erfüllung der Tarifierungsaufgaben.

<sup>2</sup> Falls regionale Gegebenheiten es erfordern, können für bestimmte ambulante Behandlungen regional geltende Pauschalen vereinbart werden.

<sup>3</sup> Anfänglich war auch die Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica (FMCH) massgeblich an der Entwicklung des Tarifsystems ambulante Pauschalen beteiligt, unterstützt die Version 1.0 vom Juni 2023 jedoch nicht, da sie aufgrund der - aktuell noch - unzureichenden Datenbasis Bedenken bezüglich Anwendbarkeit hat.

Leistungssettings, die in der Tarifstruktur der ambulanten Pauschalen abgebildet sind und entsprechend vergütet werden, nicht als Einzelleistungstarif zu vergüten sind.<sup>4</sup>

## 1.2 Zielsetzungen

Die vorliegende Studie hat zum Ziel, die Vorzüge eines pauschalenbasierten Tarifsystems zu identifizieren, wobei auch die Voraussetzungen für deren Realisierung berücksichtigt werden sollen.

Die Erkenntnisse sollen zum einen auf konzeptioneller ökonomischer Analyse fussen und zum anderen auf tatsächliche Praxiserfahrung in anderen Ländern gestützt sein.

## 1.3 Methodik

Zur Erfüllung der beschriebenen Zielsetzung stützten wir uns auf eine Reihe von Methoden zur Faktenerhebung:

- **Grundlagenrecherche:** Die Aufarbeitung der technischen Details unterschiedlicher Tarifsysteme sowie der Informationen zum politischen Prozess und den darin hervorgebrachten Argumenten wurde anhand von öffentlich zugänglichen Quellen vorgenommen.
- **Experteninterviews:** Im Rahmen von strukturierten Diskussionen mit Fachexperten von tarifsuisse und sts im Bereich der Leistungstarifizierung im Gesundheitswesen wurden besonders relevante Aspekte des Systems «ambulante Pauschalen» in Bezug auf Funktionsweise und Entwicklung, aber auch in Bezug auf Chancen und Risiken für die Leistungserbringer identifiziert.
- **Aufarbeiten von Erfahrungsberichten:** Die Auswirkungen eines Umstiegs von der Vergütung von Einzelleistungen auf die Vergütung von ganzen Behandlungen (Fallpauschalen) wurden aufgrund von im Inland und Ausland gemachten Erfahrungen dokumentiert:
  - Für inländische Erfahrungsberichte wurde die medizinische und gesundheitsökonomische Fachliteratur aufgearbeitet, welche nach der Einführung der Fallpauschalen im stationären Bereich (SwissDRG) 2012 entstanden ist.
  - Ergänzend wurden Tarifsysteme im ambulanten Bereich in Deutschland, Österreich und England analysiert, die aufgrund ihrer Ähnlichkeit oder spezifischer Unterschiede zum Vorschlag ambulante Pauschalen als Fallbeispiele dienen können.
- **Mikroökonomische Analyse:** Schliesslich wurden etablierte Konzepte aus der mikroökonomischen Theorie verwendet, um Anreize und Verhaltensweisen zu identifizieren und kategorisieren, die durch unterschiedliche Tarifizierungssysteme hervorgerufen werden.

---

<sup>4</sup> Vgl. [Tarifizierungsgrundsätze der OAAAT](#), Version vom 1. Juni 2023 [9.10.2023].

## 1.4 Struktur

Der vorliegende Bericht ist wie folgt gegliedert:

- Kapitel 2 beschreibt den aktuellen Vorschlag für das Tarifsysteem ambulante Pauschalen und geht dabei auch auf dessen Weiterentwicklungspotenzial ein;
- Kapitel 3 bietet eine Übersicht über die möglichen Vorzüge ambulanter Pauschalen in der Anwendung;
- In Kapitel 4 präsentieren wir die wichtigsten Ergebnisse unserer mikroökonomischen Analyse;
- In Kapitel 5 schliessen wir mit den gewonnenen Hauptkenntnisse aus ausländischen Fallstudien.

## 2 Tarifsystem «ambulante Pauschalen»

Dieses Kapitel geht zuerst auf einige Grundlagen zu Tarifsystemen im schweizerischen Gesundheitswesen ein. Es folgt eine Beschreibung des Tarifsystems ambulante Pauschalen, wonach die Abgrenzung zwischen den beiden Tarifstrukturen ambulante Pauschalen und TARDOC diskutiert wird. Das Zwischenfazit legt dar, dass die Erweiterung des Anwendungsbereichs von Fallpauschalen erstrebenswert ist, jedoch eine Verbesserung der Datengrundlage im niedergelassenen Bereich voraussetzt.

### 2.1 Grundlagen zu Tarifsystemen im Gesundheitswesen

Grundsätze zu Tarifen und Preisen für medizinische Leistungen sind in Art. 43 KVG geregelt. Während es sich gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts beim **Tarif um die «Gesamtheit jener abstrakten Regeln**, die es erlauben, im Einzelfall den für eine bestimmte Leistung geschuldeten **Betrag zu errechnen**» handelt, entspricht der **Preis einem «Entgelt für eine bestimmte, unveränderliche Sache** oder eine stets gleiche Dienstleistung (Eugster, 2010). In diesem Sinne hält Art. 43 Abs. 2 KVG fest: «Der Tarif ist eine Grundlage für die Berechnung der Vergütung; er kann namentlich:

- a) auf den benötigten Zeitaufwand abstellen (Zeittarif);
- b) für die einzelnen Leistungen Taxpunkte festlegen und den Taxpunktwert bestimmen (Einzelleistungstarif);
- c) pauschale Vergütungen vorsehen (Pauschaltarif)».

Demnach bilden **Tarifstrukturen die Grundlage von Tarifsystemen**, welche zudem Preis- resp. Tarifverhandlungen zwischen Leistungserbringern und Versicherern umfassen. Während Tarifstrukturen sowohl für Einzelleistungstarife als auch für ambulante Pauschaltarife **gesamtschweizerisch einheitlich** sein müssen (Art. 43 Abs. 5 KVG), werden die **«Preise» (Taxpunktwerte bzw. Basispreise) typischerweise auf kantonaler Ebene** vereinbart. Die Festlegung der Tarifstrukturen von Einzelleistungs- und Pauschaltarifsystemen unterscheidet sich jedoch in einem wichtigen Punkt:




- Während **TARDOC-Taxpunkte** für Infrastruktur- und Personalleistungen anhand von Kostenmodellen ermittelt werden, beinhalten Taxpunkte für ärztliche Leistungen neben dem Referenzeinkommen auch die normative Arbeitszeit sowie einen spartenspezifischen Tarifwirksamkeitsindex. Obschon TARDOC auf den im abzulösenden TARMED gebräuchlichen qualitativen Dignitätsfaktor verzichtet, ist die Tarifstruktur **nicht vollständig kostenbasiert**. Zudem ist eine regelmässige Anpassung von Tarifstrukturen zwecks Abbildung von kostenseitigen oder technologischen Entwicklungen wünschenswert, wie bspw. Verschiebungen des relativen Lohnniveaus oder sich ändernde Anforderungen an das medizinische Personal für die Erbringung einer bestimmten Leistung. Da solche **Anpassungen eine Neuverhandlung des Tarifstrukturvertrags** voraussetzen und ihre Genehmigung durch den Bundesrat einen Konsens aller massgeblicher

Tarifpartner voraussetzt<sup>5</sup>, können sowohl zeitliche wie auch mengen- bzw. qualitätsbezogene Verzerrungen entstehen.

- Auch Änderungen in einer **Tarifstruktur für Fallpauschalen** müssen dem Bundesrat zur Genehmigung unterbreitet werden. Allerdings basieren diese sowohl im SwissDRG für stationäre Spitalleistungen als auch im Vorschlag ambulante Pauschalen auf objektiven und **messbaren Grössen, wobei sowohl Leistungs- als auch Kostendaten** einfließen. Vereinfacht gesagt widerspiegeln die Tarifstrukturen für Fallpauschalen die relativen Kostengewichte der Leistungen für verschiedene Fallgruppen. Dies ermöglicht einerseits eine **zeitnahe Aktualisierung** der Struktur – auch im Fall von langwierigen Verhandlungen - und sorgt andererseits für eine Entflechtung zwischen der Tarifstruktur und den Ergebnissen von Tarifverhandlungen, also den Preisen. Diese Entflechtung stärkt wiederum die Funktion der Tarifstruktur als **objektive Grundlage für Tarifverhandlungen**, da sie einen datenbasierten Wirtschaftlichkeitsvergleich zwischen den Leistungen ermöglicht.

Abbildung 1 gibt einen Überblick über die beschriebenen Grundlagen.

Abbildung 1: Grundlagen von Einzelleistungs- und Pauschaltarifsystemen

	TARMED / TARDOC	SwissDRG / ambulante Pauschalen
<b>Tarifsysteem</b> umfasst Tarifstruktur und Preis (sowie allfällige Zusatzentgelte) 	Vergütung erbrachter Einzelleistungen	Pauschalierte Vergütung für die Behandlung von aus medizinischer und finanzieller Sicht vergleichbare Fallgruppen
<b>Preis:</b> Entgelt für stets gleiche Dienstleistung 	Typischerweise kantonale Vereinbarungen zwischen Tarifpartnern, Verhandlungen auf Grundlage der entsprechenden Tarifstruktur  Taxpunktwerte	Basispreise
<b>Tarifstruktur:</b> Regeln zur Errechnung des geschuldeten Betrags 	Gesamtschweizerisch vereinbart und einheitlich (Art. 43 Abs. 5 KVG), Genehmigung setzt Konsens massgeblicher Tarifpartner voraus  Anpassungen der «Tarifstrukturverträge» zwischen Tarifpartnern zu verhandeln	Regelmässige Neuberechnung der relativen Kostengewichte anhand Kosten- und Leistungsdaten

Quelle: Swiss Economics

## 2.2 Logik des Tarifsystems ambulante Pauschalen

Das Tarifsysteem ambulante Pauschalen ist den sogenannten «**Fallpauschalen**» zuzuordnen. Diese bezwecken eine Pauschalierung der Vergütungen von ambulanten

<sup>5</sup> Vgl. Rütsche (2018). [Rechtsgutachten: Genehmigung und Festsetzung von Tarifstrukturen für Einzelleistungstarife](#) (Art 43 Abs. 5 und 5<sup>bis</sup> KVG) [30.10.2023].

Behandlungen für aus medizinischer und finanzieller Sicht vergleichbare Fallgruppen wie es in der Schweiz im stationären Bereich mit SwissDRG bereits angewandt wird. Die Fallführung ist durch die Definition eines «Patientenkontakts» allerdings auf den ambulanten Bereich angepasst (vgl. **Box 1**).

## Box 1: Definition eines Patientenkontaktes

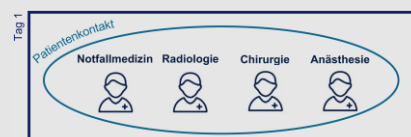
### Grundsätzliche Definition

Gemäss «Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter dem ambulanten Pauschalensystem» (Version 0.3, Dezember 2022) ist ein **Patientenkontakt** grundsätzlich definiert als das **physische oder fernmündliche Zusammentreffen eines Patienten mit einem «Leistungserbringer im ambulanten Setting»**, im Rahmen dessen diagnostische und/oder therapeutische Massnahme durchgeführt werden. Mit Ausnahmen (wovon unten einige beispielhaft aufgezeigt werden) gilt u.a.:

- Dazugehörige Leistungen in Abwesenheit inkl. Sekundärkosten, Berichte, Pathologie- und Laborleistungen werden dem auftraggebenden Patientenkontakt zugeordnet, auch wenn sie an einem anderen Tag erbracht werden.
- Patientenkontakte an einem Kalendertag mit mehreren Diagnosen unter dem gleichen Capitulum werden zu einem «tarifarischen Fall» zusammengefasst.

### Einige Beispiele

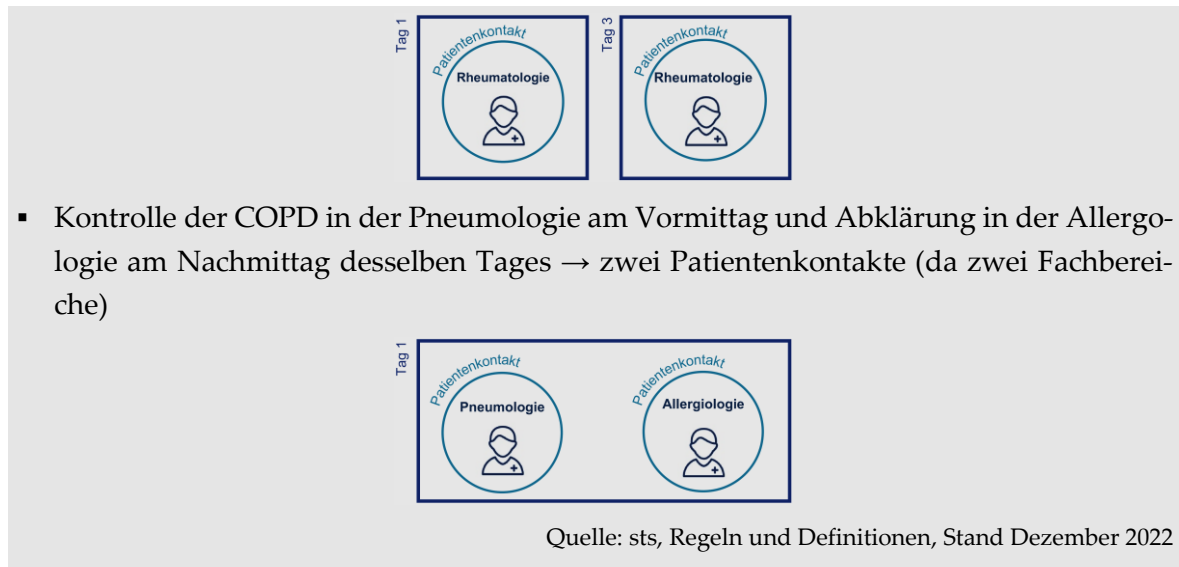
- Nach der Notfallaufnahme einer Patientin mit Unterarmfraktur und der Bildgebung wird ein Spickdraht gesetzt → ein Patientenkontakt (da die Leistungen der Behandlung derselben Diagnose dienen)



- Fünf Tage nach der Nierenbiopsie durch die Chirurgie wird die Gewebeprobe in der Pathologie analysiert und befundet → ein Patientenkontakt (da die Pathologieleistung zugeordnet wird)



- Termin beim Rheumatologen an Tag 1 und Kontrolltermin aufgrund akutem Beschwerdebild an Tag 3 → zwei Patientenkontakte (da an zwei unterschiedlichen Tagen)



### Eindeutige und diagnosebasierte Fallgruppen

Die Fallgruppen des Tarifsystems ambulante Pauschalen sind **eindeutig anhand von Haupt- und Nebendiagnosen, durchgeführten Behandlungen und demographischen Daten** des Patienten bzw. der Patientin bestimmt. Die Zuordnung von ambulanten Patientenkontakten in die jeweiligen Fallgruppen erfolgt anhand eines **Groupers**, der die nachfolgenden Daten und Angaben des Falles einbezieht:

- **Medizinische Daten:**

- Diagnose gemäss dem internationalen Codierungssystem ICD-10-GM
- Durchgeführte Prozeduren (als CHOP-Code analog zu SwissDRG im stationären Bereich)
- Medikamente erfasst als Global Trade Item Number (GTIN)

- **Demografische Angaben:**

- Alter
- Geschlecht

Der Zuordnungsprozess folgt dabei einer Entscheidungsbaumlogik, welche den Patientenkontakt in absteigender Reihenfolge anhand unterschiedlicher medizinischer und nicht-medizinischer Kategorien gruppiert:

1. Der Entscheidungsbaum beginnt mit sogenannten **Capitula**, die unter anderem die von der **Hauptdiagnose** betroffenen Organsysteme kennzeichnen (meist analog SwissDRG, Tarmed).
2. In einem nächsten Schritt wird der Patientenkontakt einer Basisfallgruppe auf Basis der durchgeführten Prozeduren zugeteilt. **Basisfallgruppen sind jeweils entweder operativer, interventioneller oder medizinischer Natur.**



- Schliesslich erfolgt die **feingliedrige Zuordnung in eine Fallgruppe**. Diese bilden die **Kostenvariation** innerhalb der Basisfallgruppe aufgrund von sogenannten Splitkriterien, wie durchgeführte Leistungen (auch verabreichte Medikamente) oder Patientenmerkmalen. Innerhalb einer Fallgruppe wird somit die medizinische Homogenität gewährleistet.

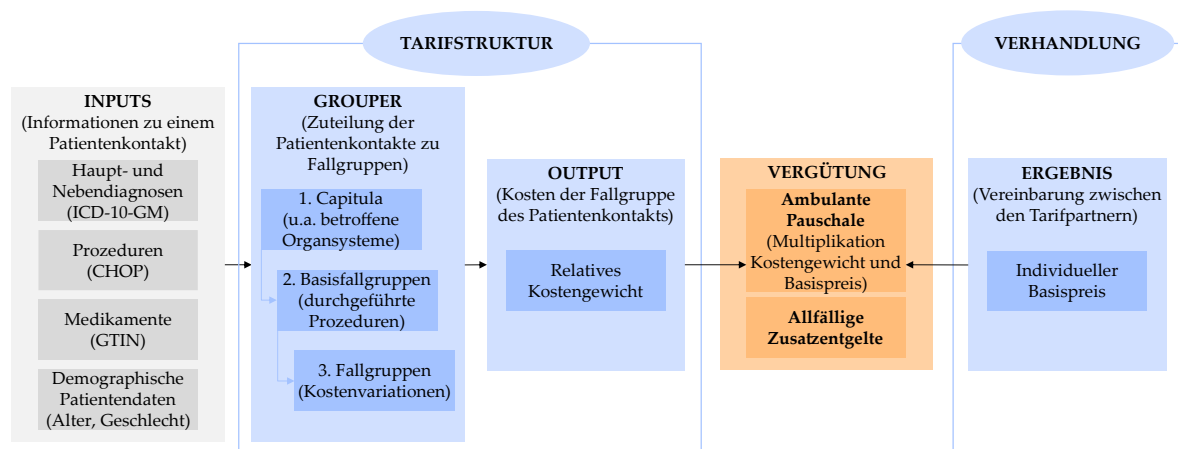
Entsprechend führt die Gruppierung der Fälle zu einer aus **klinischer Sicht sinnvollen** und somit unter Mediziner\*innen wohl auf breitere Akzeptanz stossende Kategorisierung als beispielsweise eine Gruppierung, die einzig auf einem statistischen Clustering von Ressourcenverbrauch und Kosten beruht.

Insgesamt sieht die Version 1.0 der Tarifstruktur rund 450 bewertete Fallgruppen in sogenannten Basisfallgruppen und nochmals übergeordnet 17 Capitula vor.

### Relative Fallgewichte und Basispreis

Die Tarifstruktur weist jeder Fallgruppe ein relatives, die tatsächlichen Kostenverhältnisse abbildendes Kostengewicht zu. Die konkrete Tarifhöhe für den Leistungserbringer ergibt sich aus der **Multiplikation des Kostengewichts und einem individuellen Basispreis**. Es besteht somit eine strikte Trennung zwischen Tarifstruktur (identisch für alle Leistungserbringer) und der Basispreis (individuell je nach Leistungserbringer).

Abbildung 2: Logik des Tarifsystems ambulante Pauschalen



Quelle: Swiss Economics, basierend auf sts

### Datenbasis

Die relativen Kostengewichte werden auf Basis tatsächlicher Fallkosten im ambulanten Bereich, die in einem Datensatz von insgesamt 47 teilnehmenden Netzwerkspitälern zusammengetragen wurden, ermittelt. Der aktuellen Version 1.0 vom Juni 2023 Datensatz basiert auf Angaben aus

- der **Kostenträgerrechnung gemäss REKOLE** für den spitalambulanten Bereich; und
- Leistungsdaten gemäss Abrechnungen** der Netzwerkspitäler.

Eine Bereinigung des Datensatzes (nur Fälle mit relevanten Triggerpositionen, Plausibilisierung der Einträge, Kosten und Tarifpositionen) führte zu einer Reduktion des Samples von 5.7 Mio. Fälle auf 0.8 Mio. Fälle.

### Abdeckung

Die ambulanten Pauschalen sollen mit wenigen Ausnahmen **sämtliche medizinischen und nicht-medizinischen Leistungen abgelten, die für die effektive und effiziente Behandlung von Patienten der jeweiligen Fallgruppe erforderlich** sind. Dies beinhaltet ärztliche und nicht-ärztliche Leistungen, Medikamente und Implantate, Laborleistungen, Berichte sowie Leistungen in Abwesenheit des Patienten, die während eines bzw. in Zusammenhang mit einem Patientenkontakt erbracht werden. Etwaige separat über **Zusatzentgelte** verrechenbare Leistungen werden explizit und abschliessend geregelt.<sup>6</sup>

## 2.3 Geltungsbereich

Die Abgrenzung zwischen den jeweiligen Geltungsbereichen ist keineswegs in Stein gemeisselt. Ende 2023 wurden dem Bundesrat die aktuellen Versionen der Tarifsysteme ambulante Pauschalen und TARDOC zur Genehmigung vorgelegt. Die Geltungsbereiche der beiden Tarifstrukturen können sich zukünftig jedoch erheblich ändern.

### Aktueller Geltungsbereich

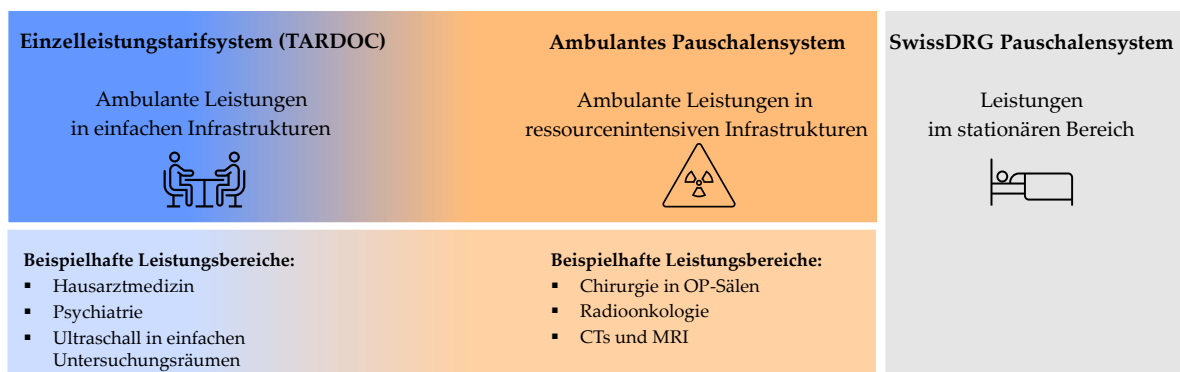
Die Fallgruppen der aktuellen Version des Tarifsystems ambulante Pauschalen beziehen sich vornehmlich auf den **ressourcenintensiven und entsprechend hauptsächlich spital-ambulanten Bereich**, der auf spezialisierte Medizintechnik und -geräte abstellt wie MRI, CT, Ultraschall, Röntgengeräte, Endoskopiegeräte, OP-Säle und Bestrahlungsgeräte. Dies sind typischerweise Leistungsbereiche in der Bildgebung, Funktionsdiagnostik, Chemotherapie über Endoskopien, Koloskopien, Angiographien bis hin zu Operationen, interventionelle Kardiologie, Strahlentherapie oder Nuklearmedizin. Es handelt sich dabei gemäss sts um rund 40 Prozent der spitalambulanten Fälle und rund 5 Prozent ambulanten Fälle im ärztlich niedergelassenen Bereich, die vom Tarifsystem umfasst sind. Weniger ressourcenintensive Untersuchungen und Behandlungen im ambulanten Bereich sollen künftig vorerst über den TARDOC abgerechnet werden — zumindest kurz- bis mittelfristig.

**Abbildung 3** illustriert den aktuellen Geltungsbereich des Tarifsystems «ambulante Pauschalen».

---

<sup>6</sup> Vgl. [Bericht zur Entwicklung der Tarifstruktur des Patientenpauschaltarifs](#), Version 1.0 vom Juni 2023, [3.10.2023].

Abbildung 3: Aktueller Geltungsbereich der ambulanten Pauschalen



Quelle: Swiss Economics, basierend auf sts

### Mögliche Entwicklungstendenz

Ein einheitliches, den ganzen ambulanten Bereich umfassendes, Tarifsystem wäre grundsätzlich wünschenswert. Die gleichzeitige Anwendung zweier unterschiedlicher Tarifsyste-  
me für Einzelleistungs- und Patientenpauschaltarifen bringt nämlich unter anderem fol-  
gende Nachteile mit sich:

- **Erhöhter Aufwand** zur Koordination zwischen Schnittstellen und bei der Abrechnung durch Kostenträger;
- **Verzerrungen in der Vergütung** von Leistungen, die sowohl in spitaleigenen Ambula-  
torien als auch in Arztpraxen erbracht werden können. Dies kann zu Fehlanreizen füh-  
ren.

Eine **stetige Weiterentwicklung** des Tarifsystems ambulante Pauschalen mittels **regelmäs-  
siger Aktualisierung ist geplant.**<sup>7</sup> Die Entwicklungsmöglichkeiten bei der Abgrenzung  
zwischen ambulanten Pauschalen und Einzelleistungstarifen sind jedoch insbesondere  
auch von der Güte der Datengrundlage bestimmt. Dass sich die Tarifpartner aktuell für  
zwei separate und parallel angewandte ambulante Tarifsysteme aussprechen, ist vornehm-  
lich der **unzulänglichen Datengrundlage in einfachen Infrastrukturen** geschuldet. Die für  
die Kalibrierung von relativen Kostengewichten notwendigen Kostendaten sind derzeit  
nur für Spitäler und insofern tendenziell ressourcenintensiveren ambulanten Leistungen  
verfügbar.

**Für die Erweiterung des Geltungsbereichs der ambulanten Pauschalen** ist insofern eine  
**quantitative und qualitative Verbesserung der Datengrundlage förderlich.**

Die gesetzliche Voraussetzung zur Datenbekanntgabe im Tarifwesen für ambulante Be-  
handlungen durch Leistungserbringer, Versicherer und deren jeweilige Verbände sowie  
die OAAAT ist seit dem 1. Januar 2023 in Kraft (insb. Art. 47b KVG und Art. 59f KVV). Al-  
lerdings reicht die Einforderung der Daten allein nicht aus, um das Hindernis einer stetigen  
**Erweiterung des Geltungsbereichs für Patientenpauschaltarife über die Zeit** abzubauen.

<sup>7</sup> sts hat beispielsweise bereits eine Roadmap für die Integration zusätzlicher Bereiche (z.B. Dialyse oder Re-  
produktionsmedizin) sowie Überarbeitungen vorgelegt.

**Vielmehr braucht es auch im ärztlich niedergelassenen Bereich eine standardisierte und zertifizierbare Kostenrechnung** wie mit REKOLE für die Allgemeinspitäler etabliert.

## 2.4 Zwischenfazit

Die Tarifsysteme im Gesundheitswesen umfassen die Tarifstruktur (Berechnungsgrundlage für Vergütungen), den Preis (Betrag für eine unveränderte Leistungseinheit) und allfällige Zusatzentgelte. Während Tarifstrukturen gesamtschweizerisch einheitlich sein müssen, vereinbaren die Tarifpartner die Preise typischerweise auf kantonaler Ebene.

Diese Grundsätze gelten sowohl für den Einzelleistungstarif TARDOC als auch für das System der ambulanten Pauschalen. Allerdings besteht in der praktischen Handhabung in der Schweiz folgender Unterschied: Die Taxpunkte des TARMED und seines vorgesehenen Nachfolgers TARDOC sind zu bedeutenden Anteilen **anhand von Normkosten**, wie beispielsweise Zeitaufwandschätzungen für bestimmte Prozessschritte, kalibriert. Die relativen Fallgewichte der ambulanten Pauschalen hingegen beruhen, wie diejenigen für den stationären Bereich (SwissDRG), **auf tatsächlichen Kosten- und Leistungsdaten**.

Das System der ambulanten Pauschalen kombiniert über die Entscheidungsbaum-Logik des Groupers **medizinische und finanzielle Aspekte von ambulanten Patientenkontakten** in rund 450 Fallgruppen. So reflektiert die Tarifstruktur sowohl aus medizinischer Sicht relevante Unterschiede in Bezug auf die Diagnose als auch innerhalb von Basisfallgruppen Unterschiede im Ressourcenaufwand, die möglicherweise auf unterschiedliche Behandlungen oder demographische Eigenschaften der Patientinnen und Patienten zurückzuführen sind.

Die gleichzeitige Anwendung beider Tarifstrukturen TARDOC und ambulante Pauschalen kann mit erhöhtem Koordinationsaufwand einhergehen und möglicherweise zu Fehlanreizen bei der örtlichen Allokation von Behandlungen führen (z.B. Nachkontrolle am selben Tag im Spital vs. an einem anderen Tag in der Praxis des behandelnden Belegarztes oder der behandelnden Belegärztin). **Um diesen allfälligen Problemen entgegenzuwirken, ist die Datengrundlage im niedergelassenen Bereich stetig zu verbessern**, so dass eine Erweiterung der Pauschalierung vereinfacht wird, bspw. zuerst auf Leistungen in nicht eindeutig ressourcenintensiven Spitalinfrastrukturen und danach schrittweise in einfacheren Infrastrukturen des niedergelassenen Bereichs.

### 3 Mögliche Vorzüge in der Anwendung

Der Grundsatz zur Förderung ambulanter Pauschalen ist mit Art. 43 Abs. 5<sup>ter</sup> KVG seit 1. Januar 2023 in Kraft getreten. Demgemäss müssen alle Leistungserbringer den Patientenpauschaltarif für Behandlungen anwenden, für die ein solcher genehmigt wurde.<sup>8</sup> Der Grundsatz «Pauschalen- vor Einzelleistungstarif» bringt – neben der angestrebten Kostendämpfung – unterschiedliche Vorteile in der Anwendung mit sich, die in diesem Kapitel beschrieben sind.

#### 3.1 Zeitnahe Abbildung tatsächlicher Fallkosten in der Tarifstruktur

Zur Vermeidung von allfälligen Verzerrungen in der Vergütungsstruktur bspw. zugunsten gewisser Fachabteilungen oder veralteter Behandlungsmethoden sollte eine Tarifstruktur den medizinischen Fortschritt möglichst zeitnah abbilden. Dies wird durch die ambulanten Patientenpauschaltarife gewährleistet resp. ist eines der Ziele der Tarifstruktur.

Mittels **empirischer Auswertung von tatsächlichen Kostendaten soll die Tarifstruktur jährlich wiederkehrend kalibriert** werden. Dies führt dazu, dass die relativen Fallgewichte auch **längerfristig unterschiedliche Kosten- und Behandlungstrends innerhalb der verschiedenen Fallgruppen abzubilden** vermögen. Solche können aufgrund unterschiedlicher wirtschaftlicher oder technologischer Veränderungen auftreten:

- Entwicklungen bei **Lohnkosten** haben unterschiedliche Einflüsse auf die Gesamtkosten einzelner Fallgruppen je nach Arbeitsanteilen.
- **Zinsentwicklungen** haben unterschiedliche Einflüsse auf die Gesamtkosten einzelner Fallgruppen je nach Anteilen von Anlagekosten.
- **Inflationäre Tendenzen** wirken sich je nach Kostenstruktur in der Fallgruppe möglicherweise unterschiedlich auf die Gesamtkosten aus.
- **Technologischer Fortschritt** kann für bestimmte Fallgruppen relevante Diagnosen, Behandlungen und Eingriffe verkürzen und effizienter ausgestalten, kann aber auch in Form von erhöhten Kapitalkosten zu höheren Fallkosten führen.
- **Medizinischer Fortschritt** kann bereits etablierte Behandlungsmethoden aber auch gänzlich obsolet machen, wobei die praktische Ablösung durch eine neue Methode naturgemäss nur schrittweise geschieht, was sich in einer schrittweisen Veränderung der Kostenstruktur niederschlägt.

Im Gegensatz zu der jährlichen Aktualisierung der Tarifstruktur ambulanter Pauschalen ist ein auf normativen Zeiten und Abläufen basiertes System wie der TARMED und sein Nachfolger TARDOC relativ starr, da eine Aktualisierung stets eine Neubeurteilung und -

---

<sup>8</sup> Die OAAT will diesen Grundsatz umsetzen, indem sie nach Genehmigung der ambulanten Pauschalen den TARDOC um Tarifpositionen zu Leistungen resp. Leistungssettings bereinigt, die in den ambulanten Pauschalen abgebildet sind (resp. in den Einführungsversionen der Tarifstrukturen als «nicht abrechenbar» bezeichnet).

modellierung der relevanten Prozesse gemäss Best-Practice voraussetzt. Dies ist nicht nur mit hohem monetärem Aufwand, sondern zwangsläufig auch mit temporären Verzerrungen oder generellen Verzögerungen der Vergütungsstruktur verbunden.

Neben der zeitnahen Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts und wirtschaftlicher Entwicklungen selbst, bringt die klar geregelte und datenbasierte Aktualisierung der Tarifstruktur weitere anwendungsorientierte Vorzüge mit sich:

- **Transparenz:** Ebenfalls ist die Methodik zur Bestimmung und Aktualisierung der kostenbasierten Pauschaltarife einfach und transparent. Dies trägt voraussichtlich nicht nur zur Vertrauensbildung seitens Leistungserbringer und Patientinnen und Patienten bei, sondern schafft ganz allgemein Klarheit über die Kostenstruktur im Gesundheitswesen – ein häufig, jedoch nicht immer faktenbasiert, geführter – öffentlicher Diskurs.
- **Unabhängigkeit von Verhandlungen:** Die Aktualisierung der ambulanten Pauschaltarife ist datenbasiert und geschieht somit unabhängig von laufenden Preisverhandlungen. Dies stellt einerseits einen effizienten Aktualisierungsprozess mit geringen Einflussmöglichkeiten unterschiedlicher Interessengruppen sicher. Andererseits erhält die Tarifstruktur dadurch einen sachlichen und unanfechtbaren Charakter, weshalb die Verhandlungen zwischen den Tarifpartnern auf die Preishöhe begrenzt werden können.

### 3.2 Berücksichtigung spezifischer Gegebenheiten mittels Basispreis

Während die Unterschiede zwischen den Fallkosten dem Tarifsystem die relative Struktur verleihen, können anderweitige – auch individuelle – Anforderungen an die Vergütung über den Basispreis abgebildet werden.

Insbesondere können die Tarifpartner **leistungserbringerspezifische Basispreise** vereinbaren, falls dies beispielsweise aufgrund unverschuldeter **Unterschiede in den Kostenstrukturen** der Leistungserbringern angebracht ist. Mögliche Gründe für solche Unterschiede sind u.a.:

- auf den Case-Mix zurückzuführen (z.B. systematische Kostenunterschiede in pädiatrische Kliniken);
- durch regionale Eigenheiten getrieben (z.B. Mietkosten, Lohnniveaus, Bodenpreise, etc.)<sup>9</sup>;
- weitere im stationären Bereich bereits durch das Bundesverwaltungsgericht anerkannte unverschuldete Kostentreiber.

Mittel- bis langfristig könnten auch allfällige Inkonsistenzen zu anderen Tarifsystemen des Gesundheitswesens über den Basispreis vermindert werden:

---

<sup>9</sup> Im Sinne einer Ausnahme aufgrund regionaler Gegebenheiten sieht das Gesetz zudem vor, dass Tarifpartner für bestimmte ambulante Behandlungen regional geltende Patientenpauschaltarife vereinbaren können, die nicht auf einer gesamtschweizerisch einheitlichen Struktur beruhen (Art. 43 Abs. 5quater KVG).

- **Inkonsistenzen gegenüber ambulanten Einzelleistungstarifen:** Über Aufschläge auf den Basispreis könnten etwaige Zusatzrisiken für die Leistungserbringer gegenüber einem Einzelleistungstarif abgegolten werden (falls höhere Kosten für komplexe Fälle in einem Einzelleistungstarif möglicherweise eher abgebildet werden können).
- **Inkonsistenzen gegenüber stationären Fallpauschalen (SwissDRG):** Ebenfalls über die Zeit hinweg könnte die Konsistenz zum stationären Tarifsysteem SwissDRG über Anpassungen des Basispreises erhöht werden, falls Anreize für die Leistungserbringer, Fälle ambulant statt stationär durchzuführen – soweit medizinisch möglich und wünschenswert – durch die ambulanten Pauschalen reduziert würden.

Ausserdem könnten über den Basispreis auch gewisse **Anreizkomponenten zur Qualitätsförderung** in das Tarifsysteem implementiert werden. So könnte der Basispreis beispielsweise ex-post angehoben werden, falls bestimmte Leistungs- oder Qualitätsstandards erreicht werden. Ähnliche qualitätsabhängige Abgeltungssysteme existieren etwa in England und sollen auch in Deutschland eingeführt werden (vgl. Abschnitte 5.3 und 5.1).

**Eine Pauschalierung führt also nicht zu einer Pauschalisierung:** individuelle Gegebenheiten der Leistungserbringer können durchaus berücksichtigt werden in einem pauschalen-basierten System.

**Box 2: Erfahrungen mit Pauschalen in der Ophthalmologie**

Die Schweizerische Ophthalmologische Gesellschaft (SOG) und Santésuisse haben sich bereits 2018 für die Vergütung der häufigsten ambulanten Augenoperationen auf Fallpauschalen geeinigt und auch mit der Einkaufsgemeinschaft HSK wurden Pauschalen festgelegt.<sup>10 11</sup>

Die Umstellung auf Pauschalen kam sowohl den Leistungserbringern als auch den Patientinnen und Patienten zugute:<sup>12</sup>

- Aufgrund der Einführung der augenärztlichen Pauschalen für Katarakt- und Glaukom-Operationen sowie intravitreale Injektionen konnten die Versicherer gerade bei den teuren Leistungserbringern (die vorher bis zu 30 TARMED-Positionen pro Eingriff abrechneten) jährlich mehrere Millionen Franken sparen.
- Mit den Pauschalen sinkt der administrative Aufwand für die Verrechnung von Leistungen. Anstatt bis zu 30 Einzelleistungen muss jeweils nur noch eine Pauschale verrechnet werden.

Zudem ist denkbar, dass die Fallpauschalen aufgrund ihrer einfachen Handhabbarkeit ihren Teil bei der über die letzten Jahre beobachteten Ausbreitung von eigenständigen Augenkliniken beigetragen haben.

### 3.3 Vereinfachte Administration und Anwendung

Wie praktische Erfahrungen in der Ophthalmologie unter anderem zeigen (vgl. **Box 2**), ist nach erfolgter Umstellung auf Patientenpauschaltarife mit einer administrativen Erleichterung für die Leistungserbringer zu rechnen:

- Während die Erfassung von Einzelleistungen gerade bei komplexen Fällen aufwändig ist, sind für die Ermittlung der relevanten ambulanten Pauschale **nur wenige Input-Variablen** nötig. Neben Diagnose (gemäss ICD-10-GM), welche unseres Wissens standardmässig durch den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin erfasst wird, und einem CHOP-Code (gemäss SwissDRG) sind nur noch Angaben zu Geschlecht und Alter der Patientin oder des Patienten vonnöten.
- Es ist davon auszugehen, dass die **Anzahl TARMED-Positionen**, die pro Fall zu erfassen sind, deutlich **höher** ausfällt als bei den ambulanten Pauschalen. Der Erfassungsaufwand unter dem vorgesehenen Nachfolger TARDOC dürfte ähnlich hoch sein. Zumindest traf dies in Deutschland zu, wo über alle Abrechnungsgruppen hinweg die Anzahl

---

<sup>10</sup> SOG, <https://www.sog-ssso.ch/ueber-uns/pauschalen.html> [02.10.2023].

<sup>11</sup> HSK (2018). [Ambulante Pauschale bei Augenoperationen](#) [02.10.2023].

<sup>12</sup> Dr. med. Kristof Vandekerckhove (2021). [Pauschalen in der Ophthalmologie](#) [31.10.2023]



erfasster Gebührenordnungspositionen um 40 Prozent sank nach Einführung von Versicherten- und Grundpauschalen.<sup>13</sup>

### 3.4 Vereinfachtes Controlling und bessere strategische Entscheide

Gemäss einer Befragung im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG)<sup>14</sup> zur KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung nannten mehrere betroffene Akteure<sup>15</sup> neben der eingeführten Publikation von Qualitätsmessungen auch die leistungsbezogenen Fallpauschalen (SwissDRG) als Grund für die **verbesserte Vergleichbarkeit zwischen Leistungserbringern** im stationären Bereich.

Eine ähnliche Wirkung von Pauschalen ist auch im ambulanten Bereich zu erwarten. So erlaubt der **aufgrund der Pauschalierung entstehende Datenspiegel** Spitälern, Vergleiche mit anderen Spitälern nach Fallgruppen oder Bereichen durchzuführen und so Effizienz- und Gewinnsteigerungspotenzial zu identifizieren. Zudem erschliessen sich weitere Analysemöglichkeiten, die dem Management als Entscheidungsgrundlage dienen können, z.B.:

- **Produktivitätsvergleiche** anhand von Deckungsbeitragsrechnungen (z.B. nach Diagnosen oder Kompetenzzentren);
- **Einordnung der Ressourcenintensität** eigener spitalambulanter Bereiche im Vergleich zu anderen Leistungserbringern anhand des Case-Mix-Index;
- **direktere Nachfrageplanung**;
- vereinfachte Erstellung von umsetzbaren und verbindlichen **Business Plänen**.

### 3.5 Zwischenfazit

Die im System ambulanter Pauschalen inhärente Trennung zwischen Struktur und Preis erlaubt eine aktuelle und einheitliche Entwicklung des Tarifsystems, während die Preisverhandlungen unabhängig bleiben und spezifisch auf die Gegebenheiten des Leistungserbringers zugeschnitten werden können:

- **Tarifstruktur:** Dank der jährlichen Aktualisierung der Kostengewichte anhand tatsächlicher Daten werden sowohl medizinische Fortschritte und Behandlungstrends als auch wirtschaftliche Entwicklungen zeitnah in der Vergütung berücksichtigt. Dadurch kann nicht nur eine allfällige Belohnung «veralteter» Methoden vermieden werden, sondern auch möglicherweise aufwendige Neumodellierungen zwecks Aufnahme technologischer Fortschritte in Taxpunktsystemen. Weitere anwendungsorientierte Vorzüge der jährlichen Aktualisierung sind deren einfache und transparente Methodik, die zu mehr Transparenz in der Kostendiskussion führen kann, sowie ihre Unabhängigkeit von

<sup>13</sup> Wissenschaftliche Begleitung zur Einführung des EBM 2008

<sup>14</sup> Infras und Zahnd (2018). [Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung](#) [30.10.2023].

<sup>15</sup> Befragt wurden Spitäler, H+, ANQ, Experte Versorgungsforschung, Stiftung für Patientensicherheit, SwissDRG.

Verhandlungsfortschritten. Letzteres gewährleistet einerseits eine effiziente Anpassung der Struktur und ermöglicht andererseits, dass die Struktur als objektive Verhandlungsgrundlage dienen kann.

- **Basispreis:** Keineswegs führt eine Pauschalierung zu einer Pauschalisierung, denn über die zwischen Tarifpartnern verhandelbaren Basispreise können individuelle Gegebenheiten in der Vergütung berücksichtigt werden. Mittel- bis langfristig ist auch vorstellbar, dass allfälligen Inkonsistenzen an den Schnittstellen zu anderen Tarifsyste­men, etwa zu ambulanten Einzelleistungstarifen oder stationären Fallpauschalen, über den Basispreis entgegengewirkt werden kann.

Zudem führen ambulante Pauschalen zu geringerem Administrationsaufwand und zu einer besseren Informationslage für die Entscheidungsfindung der Leistungserbringer:

- **Effiziente Administration:** Insbesondere bei der Erfassung komplexer Fälle ist in einem Pauschalensystem mit einem geringeren Zeitaufwand zu rechnen als bei einem Einzelleistungstarif.
- **Datenbasierte Entscheidungsgrundlage:** Die Erfahrung aus dem stationären Bereich, dass die Einführung der Fallpauschalen zu einer verbesserten Vergleichbarkeit zwischen Leistungsträgern geführt hat, dürfte sich auf ambulante Patientenpauschaltarife übertragen lassen. Durch die erhöhte Datenverfügbarkeit lassen sich u.a. granulare Produktivitätsvergleiche (z.B. auf Ebene der Diagnosen oder Kompetenzzentren) oder präzisere Prognosen von Nachfrageentwicklungen (z.B. durch Veränderungen in den Leistungsangeboten von Konkurrenten) erstellen. Solche Informationen können zu besseren Entscheidungen auf operativer und strategischer Ebene führen.

## 4 Ökonomische Einordnung

Aus ökonomischer Sicht gibt es verschiedene Gründe, weshalb Gesundheitsmärkte für Patientinnen und Patienten häufig weniger gut funktionieren als andere Märkte.<sup>16</sup> Informationsasymmetrien und damit verbundene Fehlanreize spielen dabei eine fundamentale Rolle. Über die Preissetzung können bestimmte Beeinträchtigungen jedoch zumindest reduziert werden. Dieses Kapitel diskutiert das Tarifsystem ambulante Pauschalen bezüglich der in der ökonomischen Literatur identifizierten Hauptkategorien von Fehlanreizen im Gesundheitswesen.

### 4.1 Pauschalen reduzieren Anreize zur Mengenausweitung

Bereits in der Botschaft des Bundesrats über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, auf der das KVG vom 18. März 1994 basiert, ist vermerkt<sup>17</sup>:

*«Die Erfahrung hat aber auch gezeigt, dass der Einzelleistungstarif gewisse Anreize zur Leistungserbringung, und damit zur Mengenausweitung in sich trägt. Gerade die Mengenausweitung spielt aber bekanntlich bei der Kostenentwicklung eine entscheidende Rolle. Deshalb dürfte es unter dem Aspekt der Kosteneindämmung angezeigt sein, den Möglichkeiten zur Pauschaltarifierung genügend Spielraum zu lassen.»*

Auch heute scheint grundsätzlich **unumstritten, dass Pauschalen das Potenzial haben, Anreize zur Mengenausweitung zu reduzieren**. Öffentliche Diskussionen beziehen sich dabei häufig auf die Erbringung medizinisch nicht notwendiger Einzelleistungen. Denn, da Pauschalen **keine (zusätzliche) Vergütung für medizinisch nicht notwendige Einzelleistungen vorsehen, bestehen keine monetären Anreize, diese zu erbringen**.

Dennoch, um das Kostensenkungspotenzial aus den verbesserten Anreizen gegenüber einem Einzelleistungstarif zu entfalten, muss das Pauschalensystem richtig ausgestaltet werden. Konkret müssen nicht wünschenswerte, den Pauschalen möglicherweise inhärente, Anreize zur Ausdehnung der Anzahl administrativer Fälle gezügelt werden.

Insbesondere sollten jegliche Möglichkeiten zur doppelten Abrechnung eines – durch medizinische Gegebenheiten definierten – Patientenkontakts verhindert werden. Solche könnten bspw. durch Verschiebungen von vor- oder nachgelagerten Behandlungsschritten auf andere Tage oder Leistungserbringer entstehen. Der aktuelle Vorschlag zum Tarifsystem

---

<sup>16</sup> Voraussetzungen für einen Markt ohne Verzerrungen umfassen u.a. vollständige sowie symmetrische Informationen, geringe Fixkosten und keine Externalitäten. Naturgemäss sind diese Voraussetzungen im Gesundheitswesen nicht erfüllt. So sind etwa medizinische Zusammenhänge schlicht zu komplex, als dass sie alle kostenfrei verstehen könnten. Zudem bringen die Ausbildung des Fachpersonals sowie die Bereitstellung technischer Infrastruktur auch mittel- und langfristig Fixkosten mit sich und spätestens in der Corona-Pandemie wurden die positiven Externalitäten von Impfungen bzw. der persönlichen Immunität auf den Gesundheitszustand der Gesellschaft anerkannt.

<sup>17</sup> Bundesblatt Nr. 3 vom 28. Januar 1992, S. 174, [BB1 1992 I 93](#) [23.10.2023].

ambulante Pauschalen scheint der Gefahr einer nicht sachgerechten Ausdehnung administrativer Fälle infolge des Wechsels auf ein Pauschalensystems jedoch Rechnung zu tragen.

**Verhinderung der Ausweitung von tarifarischen Fällen:** Die Definition von Patientenkontakten gemäss Tarifversion 1.0 der ambulanten Pauschalen (vgl. auch Box 1) erschwert die Abrechnung medizinisch nicht angezeigter Patientenkontakte. So ist bspw. vorgesehen, dass

- medizinisch zugeordnete Leistungen (z.B. durch Labore oder die Pathologie) im auftraggebenden Patientenkontakt enthalten sind, egal an welchem Tag sie durchgeführt werden;
- paramedizinische Leistungen und Behandlungen mit ambulanter Verordnung (z.B. Physiotherapie) als separate Patientenkontakte dargestellt und gegebenenfalls auch über andere Tarifsyste me abgerechnet werden;
- unterschiedliche Diagnosen mehreren Patientenkontakten entsprechen, auch wenn sie am selben Tag erbracht werden;
- medizinisch angezeigte Nachbehandlungen und Kontrolltermine an unterschiedlichen Tagen als eigene Patientenkontakte behandelt und entsprechend mit unterschiedlichen Fallpauschalen oder Einzelleistungstarifen vergütet werden.

Zudem sind mit am 1. Januar 2024 in Kraft getretenen Art. 47c KVG die Leistungserbringer und die Versicherer neu verpflichtet, ein gemeinsames Monitoring der Entwicklung der Mengen vorzunehmen und bei nicht erklärbaren Ausweitungen Korrekturmassnahmen einzuleiten. Mit dieser Bestimmung sollte ein griffiges Instrument vorliegen, um einer etwaigen auf Fehlanreizen im Pauschalensystem beruhenden Ausweitung der Anzahl Fälle entgegenzuwirken.

## 4.2 Pauschalen belohnen Effizienzanstrengungen durch Leistungserbringer

Neben der Eindämmung der Mengenausweitung stärken Pauschalensysteme zudem Anreize der Leistungserbringer zur Effizienzsteigerung, wobei sich diese kostendämpfende Wirkung wie nachfolgend beschrieben an unterschiedlichen Stellhebeln realisieren kann.

- **Kostenbewusste Erbringung von Leistungen (Effizienz):** Das Pauschalensystem erlaubt den Leistungserbringern die Erwirtschaftung von Gewinnen durch kosteneffiziente Leistungserbringung. Beispiele für bewussten Umgang mit Ressourcen umfassen einen möglichst **geringen Zeitaufwand** oder eine möglichst **hohe Auslastung** von medizinischen Geräten (MRI, CT, etc.) und Operationssälen. Gegenüber einem Einzelleistungstarif schränken die ambulanten Pauschalen die unternehmerischen Möglichkeiten der Leistungserbringer nicht ein.
- **Erbringung von kostengünstigen Leistungen (Effektivität):** Zusätzlich schafft das System ambulante Pauschalen im Vergleich zu einem Einzelleistungstarif die Möglichkeit, **Gewinne durch die Wahl einer effektiven Behandlung** zu erwirtschaften. Dies insbesondere, da zu einem Pauschaltarif mutmasslich nur medizinisch notwendige

Leistungen erbracht werden (vgl. Abschnitt 4.1) und ein starker Anreiz besteht, diese Leistungen möglichst effizient zu kombinieren.

- **Förderung von Innovationsanstrengungen und -adaptionen:** Aufgrund derselben Logik können Pauschalen die Innovationstätigkeit und/oder deren Adaption durch die Leistungserbringer fördern. Dies trifft insbesondere auf **kostensenkende Innovationen** zu, wie z.B. Prozessverbesserungen, neue Medizintechniken, aber auch die Anwendung neuer Behandlungsformen mit hohem Wirkungsgrad.
- **Effizienter und effektiver Infrastrukturaufbau:** Die beschriebenen Anreize zur effizienten und effektiven Leistungserbringung sollten sich mutmasslich auch in Investitionsentscheiden niederschlagen und mittel- bis langfristig zu **kostengünstigeren Infrastruktureinrichtungen** führen. Diese Tendenz würde sich durch einen fortlaufenden Ausbau ambulant erbrachter Leistungen weiter verstärken, etwa wenn Spitäler vermehrt tageschirurgische Zentren aufbauen würden.

**Box 3** umreisst in der Ökonomie anerkannte Anreizwirkungen von Price Caps, zu deren Familie auch Pauschalen gezählt werden können.

### **Box 3: Theorie: Anreizwirkungen von Price Caps**

Grundsätzlich gibt es mehrere Arten der Regulierung zur Festlegung des maximalen Niveaus von Preisen. Breite Anwendung finden insbesondere

- **Cost-plus Modelle:** Dabei wird die Rendite als Aufschlag auf die Kosten limitiert, was seitens der Behörde einen hohen Informationsbedarf voraussetzt. Zudem setzt diese Art von Preisregulierung keine Effizienzreize, im Gegenteil kann es dazu führen, dass Unternehmen Interesse haben, ihre Kosten hoch zu halten.
- **Price Caps:** Die Grundidee ist, dass Preise ex ante beschränkt werden. Dies erlaubt den Unternehmen aufgrund von Effizienzsteigerungen erwirtschaftete Gewinne einzubehalten. Somit haben sie einen direkten Anreiz zur Kosteneinsparung.

Die Logik der ambulanten Pauschalen folgt derjenigen von Price Caps: Anhand der relativen Kostengewichte berücksichtigt die Tarifstruktur den Aufwand, der durch die Behandlung der unterschiedlichen Fallgruppen entsteht und der vereinbarte Basispreis lässt zu, dass die Leistungserbringer durch effizienten und effektiven Ressourceneinsatz Gewinne erwirtschaften. Grundsätzlich stimmt dies auch für Einzelleistungstarife, jedoch setzen diese gleichzeitig Anreize zur Mengenausweitung.

## **4.3 Pauschalen erleichtern die Umsetzung von «ambulant vor stationär»**

Wie eingangs Kapitel beschrieben, können ambulante Pauschalen die Umsetzung des Grundsatzes «ambulant vor stationär» vereinfachen. Dies dank ihrer **konsistenten Logik mit der stationären Tarifstruktur** SwissDRG, wodurch allfällige Verzerrungen an der Schnittstelle der beiden Tarifstrukturen abgebaut werden können.

- So ermöglichen ambulante Pauschalen beispielsweise eine **Angleichung der Vergütung für Leistungen, die sowohl ambulant als auch stationär** erbracht werden können, wie es etwa in Deutschland angestrebt wird (vgl. Abschnitt 5.1) oder in Österreich für den Spitalbereich bereits umgesetzt ist (vgl. Abschnitt 5.2).
- Zudem würden ambulante Pauschalen für gewisse Diagnosen eine schrittweise Entwicklung hin zu einer **episodenbasierten Vergütung** nach Vorbild von Pilotprojekten in Frankreich oder den USA erleichtern. Dabei wird die Vergütung anhand von Episoden des **Behandlungsprozesses sektorübergreifend gebündelt**, was ein ganzheitliches Verständnis der Leistungserbringer schafft und so bspw. Die **Anzahl Doppeluntersuchungen reduziert**.<sup>18</sup>

Damit ambulante Pauschalen ihr Potenzial zur Verminderung von Verzerrungen gegenüber der stationären Leistungserbringung entfalten, muss allerdings sichergestellt werden, dass **Entscheidungen über das Behandlungssetting anhand medizinischer und nicht finanzieller Kriterien** gefällt werden:

- **Stationäre Pauschalen dürfen nicht höhere Deckungsbeiträge** (d.h. Tarif abzüglich variable Kosten) beinhalten als ambulante Pauschalen. In einer Vollkostenbetrachtung bedeutet dies, dass allfällig höhere Fixkosten und somit Kostengewichte im stationären Bereich bspw. durch einen höheren Basispreis für gleichwertige ambulante Behandlungen ausgeglichen werden sollte.
- Neben der Tarifhöhe gibt es auch relevante Grundbedingungen ausserhalb des Tarifsystems zu beachten, etwa die **einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen** wie sie im Parlament zurzeit diskutiert wird<sup>19</sup>.

---

<sup>18</sup> Vgl. Schreyögg und Milstein (2020). [Bedarfsgerechte Gestaltung der Krankenhausvergütung – Reformvorschläge unter der Berücksichtigung von Ansätzen anderer Staaten](#). [31.10.2023]

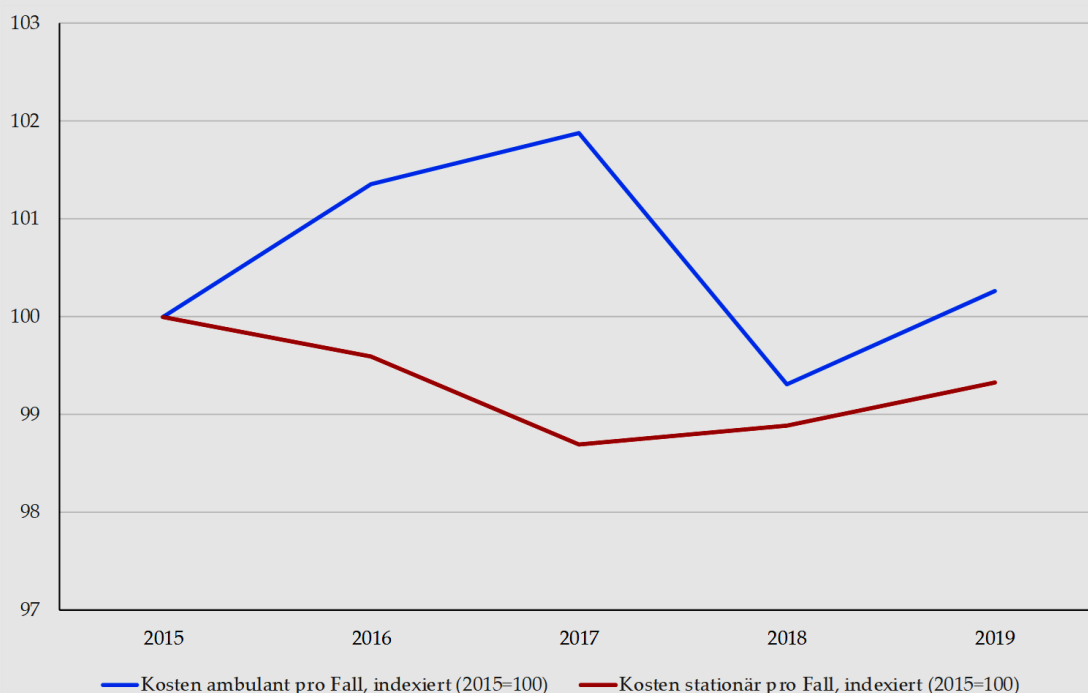
<sup>19</sup> Aktuell decken die Kantone 55 Prozent der Kosten stationärer Behandlungen, während die Kosten im ambulanten Bereich vollständig durch die Versicherer getragen werden. Das Geschäft «[Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand - Einführung des Monismus](#)» ging in der Herbstsession 2023 vom National- in den Ständerat zurück.

#### Box 4: Kostenentwicklung ambulant und stationär in der Schweiz

Abbildung 4 zeigt die Entwicklung der Kosten pro Fall im ambulanten und stationären Bereich der Krankenhäuser nach der Einführung der stationären Fallpauschalen im 2012. Aufgrund der Datenverfügbarkeit bezieht sich die Indexierung auf das Basisjahr 2015.

- Seit 2015 sind die Kosten pro Fall im stationären Bereich leicht gesunken. Im ambulanten Bereich sind sie zuerst angestiegen, wonach sie aufgrund der Revision des TAR-MED im 2018 markant gesunken sind.
- Der Grundsatz «ambulant vor stationär» hat zu einer Verlagerung von gewissen elektiven Eingriffen bei gesundheitlich stabilen Patienten vom stationären in den ambulanten Bereich geführt.<sup>20</sup> Obwohl dies ceteris paribus dazu führt, dass die stationären Behandlungen im Durchschnitt komplizierter und teurer sind, sind die Fallkosten nicht markant gestiegen.
- Um die Verlagerung von Fällen vom stationären in den ambulanten Bereich zu berücksichtigen, scheint es angezeigt, die Kostenentwicklung pro Fall zu betrachten.

Abbildung 4: Kostenentwicklung ambulant und stationär der Krankenhäuser



Anmerkungen: Die Kosten wurden mit Basisjahr 2015 indexiert, da die Anzahl der ambulanten Fälle erst ab 2015 verfügbar ist. Die Fallpauschalen SwissDRG wurde 2012 im stationären Bereich eingeführt. Die Kosten im stationären Bereich sind 2012 um 4.6% gestiegen. Dies wird vor allem dadurch erklärt, dass die Anlagenutzungskosten in den Fallpauschalen einbezogen wurden (vgl. BAG, 2019).

Quelle: Bundesamt für Statistik – Kosten Daten aus *Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens*, Anzahl Fälle aus *Medizinische Statistik der Krankenhäuser*.

#### 4.4 Weshalb Pauschalen nicht zu Qualitätseinbussen führen

Ein häufig genannter Vorbehalt gegen Pauschaltarife betrifft die medizinische Unterversorgung, was typischerweise sowohl die Nicht-Erbringung notwendiger Leistungen als auch die Erbringung von Leistungen in ungenügender Qualität meint.

**Die grundsätzlich berechtigten Sorgen über einen Qualitätsverlust werden jedoch aufgrund der nachfolgend aufgeführten Überlegungen weitgehend entkräftet**, wobei der Begriff «Qualität» beide Ausprägungen der Unterversorgung einschliesst:

- **Berufsethik:** Die Qualität in der Gesundheitsversorgung ist in erster Linie durch die Berufsethik des Fachpersonals gegeben. So kann etwa der Hippokratische Eid als institutionalisierte Gegenmassnahme zur Unterversorgung interpretiert werden.
- **Qualitätswettbewerb:** Da die freie Arzt- und Spitalwahl den Patientinnen und Patienten ermöglicht, ihre Leistungserbringer zu wechseln, stehen diese im Wettbewerb zueinander. Grundsätzlich kann Wettbewerb über Preise oder Qualität stattfinden, d.h. um Marktanteile zu verteidigen oder gar zu gewinnen, müssen Leistungserbringer entweder tiefe Preise anbieten oder in Qualität investieren. Demnach gibt es auf freien Märkten keinen eindeutigen generellen Zusammenhang zwischen Wettbewerb und Qualität. In regulierten Industrien mit administrierten Preisen wie dem Gesundheitswesen ist der Zusammenhang jedoch eindeutig: Zusätzliche Kunden (bzw. Patienten) können nur über Qualitätsverbesserungen gewonnen werden. Dass der Qualitätswettbewerb spielt, lässt sich u.a. in England beobachten (vgl. Abschnitt 5.3) und auch die Schweizer Spitäler nehmen seit Einführung der erweiterten Spitalwahl und des SwissDRG eine Intensivierung des Qualitätswettbewerbs wahr<sup>21</sup>.
- **Qualitätsrichtlinien:** Zudem setzen die jeweiligen Fachgesellschaften strenge Anforderungen an Struktur- und Prozessqualität, welchen die spitalambulant Bereiche und Zentren im Rahmen von regelmässigen Zertifizierungen genügen müssen. Einige Beispiele von Zertifizierungsstellen sind:
  - Qualitätsmanagementsystem ISO 9001
  - Swiss Cancer Network
  - H+ Branchenlösung/ Arbeitssicherheit
  - Schweizer Akkreditierungsstelle SAS
  - Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin
  - Schweizer Verein der Amts- und Spitalapotheker
  - Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies
  - Union Schweizer Gesellschaften für Gefässkrankheiten

<sup>20</sup> BAG, «Ambulant vor Stationär» [31.10.2023]. Seit Anfang 2023 gilt eine schweizweite Liste mit 18 Gruppen von Eingriffen, für die ohne «besondere Umstände» nur die ambulante Durchführung vergütet wird.

<sup>21</sup> Infras und Zahnd (2018). [Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung](#) [31.10.2023].



- Venen Kompetenz-Zentrum
- **Qualitätsmessungen:** Auch die durch den nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in den Spitälern (ANQ) geführten Initiativen und Qualitätsmessungen tragen zur Sicherung der hohen Qualität in der Schweizer spitalambulanten Leistungserbringung bei. Es ist davon auszugehen, dass ambulante Pauschalen die Qualitätsmessungen intensivieren und die Transparenz diesbezüglich erhöhen – zumindest werden diese Wirkungen u.a. auch der Einführung stationären Fallpauschalen zugeschrieben (vgl. Abschnitt 3.4). Zudem ist durchaus denkbar, dass Ergebnisse von Qualitätsmessungen in die Höhe der Basispreise einfließen (vgl. Abschnitt 3.2).

Schliesslich ist festzuhalten, dass ein **Einzelleistungstarif nicht zwingend stärkere Qualitätsanreize setzt als ein pauschalenbasiertes System**. Dies liegt insbesondere darin begründet, dass ein Einzelleistungstarif zwar eine höhere «Anzahl» von durchgeführten Leistungen pro Fall begünstigt, wie eingangs beschrieben beinhaltet die «Qualität» jedoch auch den in eine einzelne Leistung gesteckten Effort. Dieser wird weder im pauschalenbasierten System noch durch einen Einzelleistungstarif monetär entlohnt.

So kommt auch die Evaluation der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung zuhanden des BAG<sup>22</sup> zum Schluss, dass sich die im Vorfeld der Revision – bei der u.a. die gesetzliche Grundlage des Fallpauschalensystems SwissDRG in Kraft trat - geäusserte **Bedenken bzgl. «blutigen Entlassungen» bzw. «Drehtüreffekten» weitgehend nicht bewahrheitet** haben. Zumindest konnte diese Hypothese durch die Datenanalyse nicht bestätigt werden. Hingegen hätten die «erweiterte Spitalwahl und die Transparenz **den Qualitätswettbewerb [...] erhöht** und die Spitäler zur Verbesserung der Qualität ihrer Strukturen und Prozesse veranlasst».

## 4.5 Zwischenfazit

Das Tarifsystem ambulante Pauschalen hat das Potenzial, heutigen Fehlanreizen im ambulanten Bereich entgegenzuwirken, namentlich der Mengenausweitung sowie der kosten- und preisintensiven Leistungserbringung. Zudem erleichtert – zumindest für ambulante Leistungen in ressourcenintensiven Infrastrukturen – die Angleichung des Tarifsystems an den stationären Bereich die Umsetzung des Grundsatzes «ambulant vor stationär», da so Inkonsistenzen zwischen den Vergütungsstrukturen der beiden Sektoren vermindert werden. Bezüglich der Qualität lässt sich zumindest nicht feststellen, dass Pauschalen schlechter abschneiden als Einzelleistungstarife.

- **Reduktion der Anreize zur Mengenausweitung:** Grundsätzlich verringern Pauschalensysteme Anreize zur Mengenausweitung einzelner Leistungen pro Fall, da sie keine zusätzliche Vergütung für medizinisch nicht notwendige Leistungen vorsehen. Die Definition eines abrechenbaren Patientenkontakts im Vorschlag ambulante Pauschalen schützt vor möglichen Fehlanreizen zur künstlichen Ausdehnung von administrativen

---

<sup>22</sup> Infras und Zahnd (2018). [Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung](#) [31.10.2023].

Fällen, bspw. anhand einer Aufsplittung eines medizinischen Falles auf mehrere administrative Fälle. Mit Art. 47c KVG sollte zukünftig zusätzlich auch ein wirksames Instrument zur Überwachung und Eindämmung etwaiger unerklärbarer Ausdehnungen von Fallmengen zur Verfügung stehen.

- **Steigerung der Effizienz und Effektivität:** Da Pauschalensysteme implizieren, dass sich Kostensenkungen finanziell lohnen, fördern sie sowohl die kostengünstige Erbringung von Leistungen als auch die Erbringung möglichst kostengünstiger Leistungen. Dies sollte sich nicht nur in entsprechenden Innovationsanstrengungen, sondern auch in einem Aufbau kostengünstiger Infrastrukturen widerspiegeln.
- **Keine Qualitätseinbussen:** Aus vielerlei Gründen ist bei der Umstellung von einem Einzelleistungstarif auf ein Pauschalensystem nicht mit Qualitätseinbussen zu rechnen. Neben der ausgeprägten Berufsethik des Gesundheitspersonals stärken Pauschalen Anreize zur Überweisung an Spezialisten und erleichtern die Koordination zwischen diesen. Zudem wirken der Qualitätswettbewerb zwischen Leistungserbringern und die diversen Richtlinien und Messungen einer Vernachlässigung von Qualitätsanstrengungen entgegen. So zeigt auch die Evaluation der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung durch Infrass und Zahnd (2018), dass
  - sich der Qualitätswettbewerb seit 2012 intensiviert hat;
  - sich die Verbesserung der Struktur- und Prozessqualität verstärkt hat;
  - sich die Ergebnisqualität nicht verschlechtert hat (die verfügbaren Indikatoren weisen gar auf eine Verbesserung hin, reichen allerdings nicht aus, dies statistisch zu bestätigen).

## 5 Erfahrungen aus dem Ausland

In vielen europäischen Ländern wurden bereits Pauschalen für ambulante Leistungen eingeführt. In diesem Kapitel werden zuerst die Fallbeispiele Deutschland, Österreich sowie England beschrieben. Das Zwischenfazit schliesst mit einer Zusammenfassung relevanter Erkenntnisse für die Schweiz.

### 5.1 Deutschland: Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)

In Deutschland war die ambulante Behandlung im Krankenhaus traditionell nur unter eng definierten Voraussetzungen möglich, weshalb die Vergütung für ambulante Leistungen ursprünglich für den niedergelassenen Bereich konzipiert wurde. Aufgrund des medizinischen Fortschritts werden ambulante Behandlungen jedoch zunehmend auch in Spitälern durchgeführt.<sup>23</sup>

#### Einheitlicher Bewertungsmaßstab

Sowohl **im niedergelassenen als auch im spitalambulantem Bereich** gilt für Vergütungen durch die Grundversicherung der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM).<sup>24</sup> Die Logik dahinter entspricht derjenigen der Schweizer Tarifsysteme. So gibt die **Tarifstruktur EBM** für jede Einzelleistung und die vorgesehenen Pauschalen eine Punktzahl vor, die auf **Kosten-  
daten des vorangehenden Jahres** basiert. Der Punktwert hingegen wird zwischen kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und gesetzlichen Krankenkassen vereinbart.<sup>25</sup> Zusätzlich gibt es den sogenannten **Honorarverteilungsmaßstab**, über den Vergütungen von bestimmten Leistungen oder Arztgruppen differenziert und auf regionale Besonderheiten eingegangen werden kann. Einige interessante Eckpunkte des EBM sind:

- Ursprünglich bestand der EBM aus Einzelleistungspositionen, bei seiner Reform im Jahr 2008 wurden zudem Pauschalen eingeführt.<sup>26</sup> Heute besteht der EBM **hauptsächlich aus Pauschalen, wobei für besondere Leistungen nach wie vor Einzelleistungsvergütungen** vorgesehen sind.
- Während **hausärztliche Leistungen mehrheitlich über Versichertenpauschalen** vergütet werden, erhalten **Fachärztinnen und -ärzte arztgruppenspezifische Grund- und Zusatzpauschalen** sowie spezifischen Vergütungen für hoch spezialisierte Leistungen. Der Grossteil der Betriebskosten der Krankenhäuser wird über Fallpauschalen anhand des DRG-Systems vergütet.

---

<sup>23</sup> Vgl. Bertelsmann Stiftung (2019). [Ärztliche Vergütung: gleiche medizinische Leistungen gleich bezahlen](#) [19.10.2023].

<sup>24</sup> Bei der Vergütung durch private Versicherungen (betrifft etwa 10 Prozent der Bevölkerung) gilt die Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte, die ausschliesslich Einzelleistungsvergütungen vorsieht, aus dem Jahr 1982 stammt und als veraltet gilt.

<sup>25</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit. [Einheitlicher Bewertungsmaßstab - EBM](#) [23.10.2023].

<sup>26</sup> Vgl. Schlussbericht [Wissenschaftliche Begleitung zur Einführung des EBM 2008](#) [19.10.2023].

- **Versichertenpauschalen** können einmal pro Behandlungsfall abgerechnet werden und umfassen verschiedene Leistungen, die im Zusammenhang mit der medizinischen Betreuung und auch der Koordination mit Fachärztinnen und -ärzten erbracht werden.<sup>27</sup>
- Die Pauschalen **berücksichtigen den Behandlungsbedarf** entsprechend der Morbidität der entsprechenden Fallgruppe. Sie unterscheiden zudem nach «**neuen**» und «**bereits in der Praxis behandelten Patienten**» sowie nach dem **Schweregrad** der Erkrankung.
- Zur Förderung gewisser Leistungen, wie z.B. Mammographie-Screening, setzt der EBM **finanzielle Anreize mittels Zuschlagspunktwerten** auf Einzelleistungs- oder Leistungskomplex-Vergütungen.<sup>28</sup>

### Aktuelle Themen

Das Tarifsystem der Krankenhäuser in Deutschland befindet sich in einer Weiterentwicklungsphase, wobei insbesondere zwei Themen intensiv bearbeitet werden:

- **Gemeinsames Tarifsystem für Behandlungen, die sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können:** Da bis anhin getrennte Tarifsysteme im ambulanten und stationären Bereich bestehen, werden gleiche Behandlungen unterschiedlich honoriert, was zu Fehlanreizen führen kann. Die Bertelsmann Stiftung hat ein gemeinsames System erarbeitet, wozu zwei Modellvarianten entwickelt und beurteilt wurden. Davon fokussiert eines auf Einzelleistungsvergütungen und das andere auf indikationsbasierten Pauschalen. Die entsprechende Studie<sup>29</sup> kam zum Schluss, dass Einzelleistungsvergütungen die Patientenorientierung und auch Leistungsgerechtigkeit gegenüber den Erbringern begünstigen, während **Pauschalen folgende Vorteile** haben:
  - Stärkung der Anreize zur **effektiven bedarfsgerechten Versorgung;**
  - Stärkung der Anreize zur **effizienten Leistungserbringung;**
  - Erleichterung der **Koordination zwischen verschiedenen Spezialistinnen** und Spezialisten (da ganze Leistungserbringungseinheiten und nicht einzelne Ärztinnen und Ärzte vergütet werden);
  - Unterstützung der Entwicklung zu einer künftig **immer stärker vernetzten Gesundheitsversorgung.**

Dabei betont die Studie, dass bei einer Vereinheitlichung folgendes zu beachten sei:

---

<sup>27</sup> Der obligate Leistungsinhalt besteht aus einem Arzt-Patienten-Kontakt, die Versichertenpauschale umfasst aber auch die fortsetzende Diagnostik und Therapie, Koordination der gesamtheitlichen Betreuung und auch die Berichterstellung.

<sup>28</sup> Vgl. [Übersicht über die besonders förderungswürdigen Leistungen und die Einzelleistungen](#) im 4. Quartal 2023 [20.10.2023].

<sup>29</sup> Vgl. Walendzik und Wasem (2019). [Vergütung ambulanter und ambulant erbringbarer Leistungen](#) [20.10.2023].

- Gleiche Leistungen sollen gleich vergütet werden, unabhängig davon, ob sie im niedergelassenen, spitalambulanten oder stationären Bereich erbracht wurden. Dies um Anreize zur Behandlungseffizienz zu setzen (d.h. Behandlungsentscheide anhand medizinischer und nicht finanzieller Kriterien zu fällen).
- Der Leistungsbereich eines sektorübergreifenden Vergütungssystem soll Leistungen beinhalten, die in nennenswertem Umfang sowohl stationär als auch ambulant erbracht werden. Dies soll regelmässig angepasst werden, um den medizinischen Fortschritt abzubilden.
- Um einer Mengenausweitung entgegenzuwirken, soll eine Fixkostendegression angewendet werden. Leistungen werden in Gruppen mit ähnlichen Fixkostenanteilen aufgeteilt. Bei der Vergütung von Leistungen wird der Fixkostenbeitrag solange vergütet, bis die Fixkosten vollständig refinanziert worden sind. Danach wird nur noch der variable Kostenanteil erstattet.
- **Überarbeitung des Tarfsystems der DRG-Fallpauschalen für den stationären Bereich:** Gemäss einer Studie der Hans Böckler Stiftung<sup>30</sup> gilt es insbesondere, folgende Probleme der aktuellen Version anzugehen:
  - Die Fallgruppen umfassten **medizinisch zu heterogene Fälle** mit sehr unterschiedlichen Diagnosen.
  - Die **Stichproben der Kliniken**, welche für die Berechnung der Fallpauschalen benutzt wurden, waren laut Studie **nicht repräsentativ**.
  - Die **Qualität wurde nicht berücksichtigt**, weshalb Krankenhäuser mit genügend Personalausstattung finanziell bestraft wurden.
- Zudem sollen gemäss Ankündigung des Bundesministeriums für Gesundheit vom Juni 2023<sup>31</sup> bei der Überarbeitung auch mehr **Vorhaltevergütungen** eingeführt werden, um den wirtschaftlichen Druck auf die Krankenhäuser zu reduzieren. Vorhaltevergütungen sind **nicht direkt von der Anzahl Behandlungen oder Patienten abhängig, sondern werden für das Erfüllen von gewissen Qualitätszielen** bezahlt. Um diese Ziele zu eruieren, werden Behandlungen in Leistungsgruppen eingeteilt, für welche unterschiedliche Vorschriften gelten. Vorgesehen ist, dass Vorhaltepauschalen künftig rund 60 Prozent der Vergütung im stationären Bereich und Fallpauschalen etwa 40 Prozent ausmachen.<sup>32</sup> Entgegen einschlägigen Preetiteln sollen die Fallpauschalen also nicht abgeschafft werden.

Die beschriebenen Reformanstrengungen in Deutschland zielen auf eine Harmonisierung an den Schnittstellen des Gesundheitssystems ab. Durch die Aufnahme der in Spitalambulatorien erbrachten Leistungen in den EBM wurde ihre Tarifstruktur an diejenige in

---

<sup>30</sup> Vgl. Simon, Michael (2020). [Das DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser](#) [27.10.2023].

<sup>31</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2023). [Eckpunktepapier - Krankenhausreform](#) [20.10.2023].

<sup>32</sup> Vgl. MDR.DE (1.8.2023). [Wie die Fallpauschale die Krankenhauslandschaft verändert hat](#) [20.10.2023].

niedergelassenen Praxen angeglichen. An einer Vereinheitlichung der Vergütung für ambulante und ambulant erbringbare Leistungen wird gearbeitet, wobei Pauschalen weiterhin eine wichtige Rolle spielen.

## 5.2 Österreich: Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)

Im Gegensatz zu Deutschland unterscheiden sich in Österreich die ambulanten Tarifsyste-me für den niedergelassenen und spitalambulanten Bereich. Der grösste Teil der ambu-lanten Versorgung wird in Einzelpraxen erbracht, während etwa 16 Prozent der ambulan-ten Kontakte in Gruppenpraxen, selbstständigen und spitalzugehörigen Ambulatorien stattfinden.<sup>33</sup>

### Tarife im niedergelassenen Bereich

Ärztinnen und Ärzte können sich als Kassenärzte sowie auch als Wahlärzte niederlassen. Die Anzahl Kassenärzte wird durch den Stellenplan festgelegt, Wahlärzte haben keine Ein-schränkungen.

- Die Vergütung von Kassenärztinnen wird in Einzelverträgen, allerdings im Rahmen von Gesamtverträgen zwischen den Landesärztekammern mit dem Verband der Sozialver-sicherungsträger, geregelt und besteht typischerweise aus Pauschalen sowie Einzelleis-tungsvergütungen. Wahlärzte haben zwar keine verpflichtenden Tarife, jedoch ist deren Vergütung durch Krankenkassen auf 80 Prozent der Tarifhöhe der Kassenärzte be-schränkt.<sup>34</sup>
- Im Jahr 2016 machten **Fall- und Kontaktpauschalen etwa 75 Prozent der Vergütung in der Allgemeinmedizin** aus, während es bei Fachärztinnen und Fachärzten etwa 30 Pro-zent im Jahr 2013 waren.<sup>35</sup>

### LKF im spitalambulanten Bereich

In Spitälern werden ambulante Leistungen seit 2019 über die leistungsorientierte Kranken-anstaltenfinanzierung (LKF) vergütet, die im stationären Bereich schon seit 1997 galt. Vor der Einführung der LKF waren die Tarifstrukturen im spitalambulanten Bereich je nach Bundesland unterschiedlich und reichten von Einzelleistungsvergütungen zu Globalbud-gets.<sup>36</sup> Der LKF beinhaltet sowohl Einzelleistungen als auch Fall- und Kontaktpauschalen und ist wie folgt aufgebaut:<sup>37</sup>

---

<sup>33</sup> Vgl. Gesundheit Österreich GmbH (2019). [Das österreichische Gesundheitssystem](#) [2.11.2023].

<sup>34</sup> Vgl. Neubauer et al. (2021). [Ambulant-ärztliche Versorgung: Ein Blick ins westeuropäische Ausland](#).

<sup>35</sup> Vgl. Jung (2016). [Anteil pauschaler Vergütungen in der Allgemeinmedizin](#) [2.11.2023]. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Vgl. Hofmarcher (2013). [Das österreichische Gesundheitssystem](#) [2.11.2023].

<sup>36</sup> Vgl. Gesundheit Österreich GmbH (2019). [Das österreichische Gesundheitssystem](#) [2.11.2023].

<sup>37</sup> Vgl. BMSGPK (2023a). [LKF-Modell 2024 für den spitalsambulanten Bereich](#) [31.10.2023].

- **Die Fallgruppen** basieren ähnlich wie in der Schweiz auf medizinischen Diagnosen und Leistungen sowie demographischen Patientenangaben. Je nach Bereich sind aber **unterschiedliche Kosten** unterlegt:
  - Im **stationären** LKF-Modell wurden die Kostenrelationen auf Basis einer Vollkostenbewertung (inkl. Vorhaltekapazitäten und Gemeinkostenzuschlägen) berechnet.
  - Für den **spitalambulant** Teil wurde die Bepunktung auf Basis von direkt zuordenbare Einzelkosten der Leistungen berechnet. Die Gemeinkosten werden jedoch über eine Strukturkomponente abgegolten, welche unabhängig von den Punkten aus den Pauschalgruppen und den Anzahl Kontakten festgelegt wird.

Verschiedene **Vorgaben sollen die ambulante Leistungserbringung fördern:**

- Die Bepunktung für den spitalambulant Bereich soll eine adäquate Relation zu den Punkten aus dem stationären LKF-Modell aufweisen.<sup>38</sup>
- Die Bepunktung und die Fallpauschalen von tagesklinischen Aufenthalten (stationäre Aufnahme, jedoch Entlassung am selben Tag) ist derjenigen im stationären Bereich gleichgestellt.
- Abgesehen von einigen spezifischen Leistungen sind Null-Tagesaufenthalte (Behandlung in stationären Sonderbereichen mit Entlassung am selben Tag) anhand des spitalambulant Modells abzurechnen.
- Halbstationäre Behandlungen, beispielsweise in der Psychiatrie, wurden vollständig in den ambulanten Bereich verlagert und sind ambulant zu verrechnen.

### Zufriedene Patientinnen und Patienten

Eine Patientenumfrage<sup>39</sup> in Österreich aus dem Jahr 2022 zeigt, dass ihre Zufriedenheit auch nach Einführung der **Pauschalen hoch ist:**

- Im Gegensatz zur Schweiz kennt Österreich schon seit Jahren **Fall- und Kontaktpauschalen im niedergelassenen Bereich**, welche – zumindest in der Allgemeinmedizin – den Grossteil der Vergütung ausmachen. Nach einem Spitalaufenthalt waren die Patientinnen und Patienten **zufrieden** mit der Betreuung im niedergelassenen Bereich und **94 Prozent** von ihnen stimmten zu, dass sich die Ärztin **genügend Zeit nahm** für die Nachbehandlung.
- Seit 2019 gilt **im spitalambulant Bereich** ein national einheitliches Tarifsysteem, welches aus Einzelleistungsvergütungen sowie Fall- und Kontaktpauschalen besteht. Auch die Qualität im Krankenhaus wird in der Umfrage hoch eingeschätzt: **87 Prozent der Befragten fanden, dass sich die Ärzte ausreichend Zeit** genommen haben.

<sup>38</sup> Dabei wäre zu berücksichtigen, dass stationäre Patienten häufiger einen höheren Schweregrad aufweisen als ambulante. Für eine weitere Differenzierung nach Schweregrad war zur Zeit der Einführung des LKF im spitalambulant Bereich jedoch keine Datengrundlage vorhanden.

<sup>39</sup> Vgl. BMSGPK (2023b). Sektorenübergreifende Patientenbefragung. [Ergebnisbericht 2022](#). [31.10.2023]

## Hinweise der Stärkung des ambulanten Bereichs

Die Bemühungen zur Förderung des ambulanten Leistungserbringungs und die Einführung eines gemeinsamen Tarifsystems für den ambulanten und den stationären Bereich scheinen ihre Wirkung zu entfalten, so ist beispielsweise seit 2016 der Anteil ambulanter onkologischer Pharmakotherapien von etwa 12 Prozent auf 60 Prozent gestiegen, während der Anteil der stationären Nulltagesaufenthalte gesunken ist.<sup>40</sup>

### 5.3 England: National health service (NHS)

In England besteht ein gemeinsames Tarifsystem für den stationären und den nicht-hausärztlichen ambulanten Bereich. Der Hauptteil der Vergütung besteht aus **Fallpauschalen**, weist aber auch Elemente auf, die **Effizienz und Qualität zusätzlich vergüten**. Einige Eckpunkte sind im Folgenden beschrieben:

- **Diagnose und Leistungen** eines Patientenbesuches werden für jeden Fall erfasst. Für ambulante Behandlungen werden auch sogenannte «Treatment Function Codes» erfasst, welche die **Fachrichtung und die Art des Besuches** (beispielsweise Erstkonsultation oder Nachbehandlung) abbilden.
- Basierend auf diesen Daten werden die Fälle «**Healthcare Resource**» **Gruppen** zugeteilt. Die Gruppen bilden Fälle ab, welche **ähnliche Ressourcenintensität** aufweisen bzw. Kosten verursachen.
- Häufig erbrachte Leistungen, die grosse Qualitätsunterschiede aufweisen können, werden mit **Best-Practice Tarifen** vergütet, falls gewisse Qualitätsziele erreicht wurden. Werden die Ziele nicht erreicht, gilt eine tiefere Pauschale.<sup>41</sup>
- Für elektive Operationen, für die eine ambulante Behandlung medizinisch angemessen ist, wird ein **gemeinsamer Tarif für ambulante und stationäre Behandlungen** berechnet. So werden Spitäler belohnt, welche mehr ambulante Operationen durchführen.<sup>42</sup>
- **Gewisse ambulante Leistungen** im Bereich der diagnostischen Bildgebung, z.B. MRI, werden **einzeln** abgerechnet.

#### Qualitätswettbewerb spielt

Im Jahr 2006 wurde eine Reform des National Health Service (NHS) verabschiedet, worauf u.a. die freie Spitalwahl eingeführt und privaten Anbietern erlaubt wurde, Leistungen für das NHS zu erbringen. Dieses natürliche Experiment lieferte Daten für mehrere Studien zum Zusammenhang zwischen Wettbewerb und Qualität der Spitäler. Auch die Competition and Markets Authority (CMA) hat eine Analyse durchgeführt und kam wie andere

---

<sup>40</sup> Vgl. IGES (2022). [Annex zum Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V](#): Modul 1: internationaler Vergleich [2.11.2023].

<sup>41</sup> Vgl. NHS (2022). National Tariff Payment System 2022/23 [Annex C: Guidance on best practice tariffs](#) [2.11.2023].

<sup>42</sup> Vgl. NHS (2020). [Understanding and using the national tariff](#) [2.11.2023].



Autoren zum Schluss, dass eine erhöhte Wettbewerbsintensität die Qualität der Spitäler erhöht. Dabei wurde die Qualität anhand von Verletzungen an Patientinnen und Patienten gemessen und eine Grundannahme waren fixe Preise.<sup>43</sup>

### **Effizientes, jedoch unterfinanziertes Gesundheitssystem**

Eine Studie der OECD (2019)<sup>44</sup> zeigt, dass die Bettenauslastung in englischen Krankenhäusern im Vergleich zum EU-Durchschnitt höher ist. Ausserdem hat der Anteil an ambulanten Operationen von 2006 bis 2016 stärker zugenommen als im EU-Durchschnitt. Dies weist darauf hin, dass das **Tarifsystem Effizienz belohnt**.

Gemäss den in dieser Studie verwendeten Kriterien wird die Qualität der Gesundheitsversorgung generell als gut eingeschätzt, obwohl Patientinnen und Patienten mit sehr langen Wartezeiten rechnen müssen. Dies kann jedoch nicht direkt auf das Tarifsystem zurückzuführen sein, denn im Vergleich zu ähnlich grossen und wohlhabenden Ländern gibt das Vereinte Königreich einen kleineren Teil des Bruttoinlandprodukt für die Gesundheitsversorgung aus. Somit können die langen Wartezeiten auf die Unterfinanzierung des Gesundheitssystems und den – allenfalls damit zusammenhängenden - Mangel an Fachkräften zurückgeführt werden.

## **5.4 Zwischenfazit**

In allen drei Fallbeispielen sieht die Vergütung von ambulanten Leistungen neben Einzelleistungstarifen auch Pauschalen vor. Überall wird die Stärkung des ambulanten Bereichs gegenüber der stationären Leistungserbringung angestrebt. Entsprechend kommt der Harmonisierung der Tarifsysteme an den Schnittstellen eine wichtige Rolle zu.

Nicht nur in Anbetracht des bevorstehenden Genehmigungsverfahrens der Tarifsysteme für ambulant-medizinische Leistungen in der Schweiz, sondern auch hinsichtlich der geplanten Gesetzesänderung zur «einheitlichen Finanzierung ambulant – stationär» (EFAS) werden im Folgenden zuerst die wichtigsten Erfahrungen der ausländischen Fallbeispiele zusammengefasst und danach relevante Erkenntnisse für die Schweiz abgeleitet.

### **Deutschland**

Mit dem Einheitlichen Bewertungsmasstab (EBM) gilt für den niedergelassenen und den spitalambulantem Bereich dieselbe Tarifstruktur zur Festlegung der Punkte von Einzelleistungen und Pauschalen. Die Vergütung der stationären Leistungserbringung hingegen basiert seit 2003 auf dem deutschen DRG-System. Da die darin vorgesehenen Fallgruppen als zu heterogen und die Datengrundlage als nicht repräsentativ eingeschätzt wird, soll das DRG-System überarbeitet werden. Dabei sollen vermehrt auch Qualitätsanforderungen und Vorhaltevergütungen eingeführt werden. Zudem ist die Einführung eines gemeinsamen Tarifsystems für ambulante und ambulant erbringbare Leistungen vorgesehen, wobei

---

<sup>43</sup> Vgl. CMA (2019). [Does hospital competition reduce rates of patient harm in the English NHS?](#) [31.10.2023].

<sup>44</sup> Vgl. OECD (2019). [United Kingdom Country Health Profile 2019](#) [2.11.2023].

Fallpauschalen aus mehreren Gründen als vorteilhaft eingeschätzt werden, insbesondere aufgrund ihrer Effizienzanreize sowie der erleichterten Koordination zwischen verschiedenen Leistungserbringungseinheiten und somit der Stärkung einer vernetzten Gesundheitsversorgung.

### **Österreich**

Für ambulante Leistungen im niedergelassenen Bereich und in Spitälern gelten unterschiedliche Tarifsysteme, wobei ein Grossteil in Form von Pauschalen vergütet wird. Dies scheint keine Qualitätseinbussen mit sich zu bringen – zumindest gemäss Patientenumfragen nehmen sich die Ärzte und Ärztinnen sowohl in niedergelassenen Praxen als auch in Spitälern genügend Zeit für die Betreuung (Angaben von 94 bzw. 87 Prozent der Befragten). Zur Förderung der ambulanten anstelle der stationären Leistungserbringung in Spitälern wurde erstere in den leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) aufgenommen, wobei u.a. die Bepunktung von ambulanten und stationären Leistungen ein angemessenes Verhältnis zueinander aufweisen.

### **England**

Abgesehen von Hausärztinnen und Hausärzten gilt für die Vergütung der ambulanten Leistungserbringung dasselbe Tarifsystem wie im stationären Bereich. Das System setzt sowohl Anreize zur Qualitätseinhaltung (u.a. sind sogenannte «Best-Practice» Tarife an die Einhaltung von Qualitätsvorgaben geknüpft) als auch zur ambulanten Erbringung von Leistungen (so gilt bspw. eine gemeinsame Pauschale für die ambulante und stationäre Behandlung nach Operationen, die eine ambulante Leistungserbringung zulassen). Ländervergleiche zeigen, dass das Gesundheitssystem in England sehr effizient ist. Zudem hat die Einführung der freien Spitalwahl und einer teilweisen Privatisierung der Leistungserbringung zu einer Intensivierung des Wettbewerbs unter Spitälern geführt, was sich wiederum positiv auf deren Qualität ausgewirkt hat. Allerdings scheint das Gesundheitssystem unterfinanziert zu sein, was sich u.a. in einem starken Personalmangel und vergleichsweise langen Wartezeiten zeigt.

### **Erkenntnisse für die Schweiz**

Anhand der drei Fallbeispiele lassen sich u.a. folgende allgemein gehaltene Aussagen zu Pauschalen im Gesundheitswesen ableiten:

- Pauschalen stärken gegenüber Einzelleistungstarifen die Anreize zu einer effizienten Leistungserbringung.
- Da Pauschalen eine Harmonisierung an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung erleichtern, können sie die Umsetzung von «ambulant vor stationär» fördern.
- Durch die erleichterte Koordination von Behandlungsschritten aufgrund der Vergütung ganzer Leistungseinheiten unterstützen Pauschalen die Entwicklung hin zu einer immer stärker vernetzten Gesundheitsversorgung.

- Grundsätzlich ist nicht davon auszugehen, dass die Einführung von Pauschalen zu Qualitätseinbussen führt. Um dieser oft genannten Befürchtung explizit entgegenzuwirken, könnten unterschiedliche Modelle zur Berücksichtigung von Qualitätszielen in der Pauschalierung zur Anwendung kommen. Jedoch sichert auch der Wettbewerb unter Leistungserbringern ein hohes Qualitätsniveau.
- Bei der Berechnung von Fallpauschalen spielt die Datenqualität eine grosse Rolle. Insbesondere damit die Definition der Fälle eine gewisse medizinische und finanzielle Homogenität für die betroffenen Leistungserbringer sicherstellen kann. Das Tarifsysteem ambulante Pauschalen kommt beiden Punkten nach, indem neben jährlichen Aktualisierungen auch regelmässige Überarbeitungen der Datenbasis geplant sind, die Entwicklung des Groupers auf Homogenität innerhalb der Fallgruppen ausgerichtet ist und sich individuelle Gegebenheiten zudem über den Basispreis abbilden lassen.

## 6 Referenzen

- BAG (2019). Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung: Schlussbericht des BAG an den Bundesrat.
- BMSGPK (2023a). LKF-Modell 2024 für den spitalsambulanten Bereich. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien.
- BMSGPK (2023b). Sektorenübergreifende Patientenbefragung: Ergebnisbericht 2022. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien.
- Eugster Gebhard (2010). Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG. Schulthess Verlag, Zürich.
- Gesundheit Österreich GmbH (2019). Das österreichische Gesundheitssystem: Akteure, Daten, Analysen. Aktualisierte Auflage 2019. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien.
- Hofmarcher Maria M. (2013). Das österreichische Gesundheitssystem: Akteure, Daten, Analysen. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Berlin.
- IGES (2022). Annex zum Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V: Modul 1: internationaler Vergleich. Für die Kassenärztliche Bundesvereinigung, den GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft.
- Infras, Zahnd Daniel (2018). Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Auswirkungen der Revision auf die Qualität der stationären Spitalleistungen. Bericht im Auftrag des BAG.
- Institut des Bewertungsausschusses, Wissenschaftliches Institut der AOK und Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Wissenschaftliche Begleitung zur Einführung des EBM 2008: Ergebnisse der Komplettdatenanalyse.
- Jung Reinhard (2016). Anteil pauschaler Vergütungen in der Allgemeinmedizin. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien.
- Kieser Ueli, Oggier Willy (2022). Neue ambulante Tarifstrukturen im eidgenössischen Krankenversicherungsgesetz (KVG): Rechtliche und gesundheitsökonomische Grundlagen. HAVE, Zürich.
- Neubauer Günter, Minartz Christof, Wild Frank (2021). Ambulant-ärztliche Versorgung: Ein Blick ins westeuropäische Ausland. Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln.
- Rütsche Bernhard (2018). Rechtsgutachten: Genehmigung und Festsetzung von Tarifstrukturen für Einzelleistungstarife (Art 43 Abs. 5 und 5<sup>bis</sup> KVG). Gutachten im Auftrag von curafutura.
- Schreyögg Jonas, Milstein Ricarda (2020). Bedarfsgerechte Gestaltung der Krankenhausvergütungs-Reformvorschläge unter der Berücksichtigung von Ansätzen anderer Staaten. Gutachten im Auftrag der Techniker Krankenkasse.
- Simon, Michael (2020). Das DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser: Kritische Bestandsaufnahme und Eckpunkte für eine Reform der Krankenhausfinanzierung jenseits des DRG-Systems. Working Paper Forschungsförderung, No. 196. Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf.