



14 Gesundheit

Vertiefungsbericht zur Klassifikation und Kodierung der Diagnosen und Prozeduren bei ambulanten Pauschalen

Juli 2024

Neuchâtel, 2024

Herausgeber: Bundesamt für Statistik (BFS)
Auskunft: patrick.dreher@bfs.admin.ch, Tel. +41 58 465 10 42
Redaktion: Bereich Medizinische Klassifikationen
Inhalt: ZHAW Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften
Themenbereich: 14 Gesundheit
Originaltext: Deutsch

Layoutkonzept: Sektion PUB
Download: www.statistik.ch
Copyright: BFS, Neuchâtel 2024
Wiedergabe unter Angabe der Quelle
für nichtkommerzielle Nutzung gestattet



Vertiefungsbericht zur Klassifikation und Kodierung der Diagnosen und Prozeduren bei ambulanten Pauschalen

Projektbericht

Louisa Cakir, Xavier Schärer, Michael Stucki, Simon Wieser, Andreas Kohler

zu Händen von

Marco D'Angelo

Leiter Abteilung Gesundheit und Soziales

Bundesamt für Statistik BFS

Espace de l'Europe 10

2010 Neuchâtel

Marco.DAngelo@bfs.admin.ch

Korrespondenzadresse

Simon Wieser

Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Gertrudstrasse 15

8401 Winterthur

wiso@zhaw.ch

Dezember 2023

Inhalt

Inhalt	2
Abkürzungsverzeichnis.....	4
Management Summary	5
1 Einleitung	7
2 Methodik	8
2.1 Literaturrecherche	8
2.2 Interviews.....	8
3 Ambulante Pauschalen in der Literatur.....	9
3.1 Ambulante Pauschalen in anderen Ländern.....	9
3.2 Fazit.....	11
4 Ambulante Pauschalen in der Schweiz.....	12
4.1 TARMED-Pauschalen	12
4.1.1 Hintergrund	12
4.1.2 Anwendung	12
4.2 Vorschlag ambulanter Pauschaltarif.....	13
4.2.1 Hintergrund	13
4.2.2 Anwendung	13
4.2.3 Klassifikation von Diagnosen und Prozeduren zur Eingruppierung.....	13
4.2.4 Datenflüsse	15
4.3 Fazit.....	15
5 Mögliche Klassifikationen von Diagnosen.....	16
5.1 Übersicht über verfügbare Klassifikationen	16
5.2 Fazit.....	17
6 Fazit und Empfehlungen.....	18
6.1 Fazit.....	18
6.2 Empfehlungen.....	19
7 Literatur.....	20
7.1 Anhang 1: SCD	22

7.1.1	Hintergrund und Motivation	22
7.1.2	Entwicklung und Kodierung	22
7.1.3	Anwendungsbereiche	23
7.1.4	Kodierungseinheit und Datenflüsse	23
7.1.5	Kodierungsinstrumente	23

Abkürzungsverzeichnis

AGA	American Gastreontology Association
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation
FMCH	Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica (Berufsverband operativ tätiger Ärztinnen und Ärzte)
FMH	Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
ICD	International Classification of Diseases of the World Health Organization
ICPC	International Classification of Primary Care
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
MAS	Medical Ambulatory Structure
OAAT	Organisation ambulante Arzttarife
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PSA	Patientendaten Spital ambulant
SCD	Swiss Classification Groups of Disease and Health Related Problems
SwissDRG	Swiss Diagnosis Related Groups (stationärer Fallpauschalentarif)
TARMED	Tarif Médical (aktuell gültiger ambulanter ärztlicher Einzelleistungstarif)
WIG	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie
ZHAW	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Management Summary

Dieser Bericht basiert auf dem BFS-Grundlagenbericht (Wieser et al., 2023) und liefert einen vertieften Blick auf die Kodierung von Diagnosen und Prozeduren im Kontext ambulanter Pauschalen.

Die Analyse basiert auf einer Literaturrecherche sowie Interviews mit den relevanten Anspruchsgruppen. Die Literaturrecherche dient dazu, spezifische Anforderungen an die Kodierung und Klassifikation von Diagnosen und Prozeduren im Kontext ambulanter Pauschalen zu identifizieren sowie Beispiele ambulanter Pauschalen aus dem Ausland zu diskutieren. Auf Basis der Interviews wird in erster Linie der Vorschlag für einen ambulanten Pauschaltarif der solutions tarifaire suisse in Bezug auf die Kodierung und Klassifikation von Diagnosen und Prozeduren analysiert.

Aus der wissenschaftlichen Literatur lassen sich keine spezifischen Kriterien an die Klassifikation und Kodierung von Diagnosen für die Verwendung im Kontext ambulanter Pauschalen ableiten. Die im BFS-Grundlagenbericht (Wieser et al., 2023) erarbeiteten grundlegenden Anforderungen an eine Klassifikation, wie Vollständigkeit, Eindeutigkeit, Revision und Vergleichbarkeit (von ambulanter und stationärer Versorgung) sind deshalb auch im Kontext ambulanter Pauschalen relevant. Die Klassifikationen ICD-10 und ICPC-2 erfüllen diese Kriterien. Insofern die Swiss Classification Groups of Disease and Health Related Problems (SCD) als eine eigenständige Klassifikation von Diagnosen verstanden werden kann, erfüllt die SCD diese Kriterien ebenfalls, da sie auf ICD-10 und ICPC-2 basiert.

Die in der Literatur diskutierten ambulanten Pauschalen, die bereits bestehenden freiwilligen TARMED-Pauschalen sowie der geplante ambulante Pauschaltarif sind alle klar Prozedurenorientiert. Die Kodierung von Diagnosen spielt hingegen nur eine untergeordnete Rolle.

Im Beispiel des geplanten ambulanten Pauschaltarifs wird die Hauptdiagnose nur für die Eingruppierung in das richtige Capitulum verwendet. Die Eingruppierung in die Pauschale selbst erfolgt aufgrund der kodierten Prozedur. Die Kodierung der Diagnosen basiert auf der ICD-10-Klassifikation und die der Prozeduren auf der Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP). Mit der ICD-10-Klassifikation sind die grundlegenden Anforderungen an eine Klassifikation im Kontext ambulanter Pauschalen erfüllt. Somit besteht auch Spielraum für eine Weiterentwicklung der ambulanten Pauschalen, bei der die Kodierung von Diagnosen eine wichtigere Rolle in der Eingruppierung und Vergütung spielt.

Damit bei der Kodierung von Diagnosen in der ambulanten Versorgung das Verhältnismässigkeitsprinzip gewahrt werden kann, scheint es wichtig, dass die Kodierungsinstrumente der SCD und des geplanten ambulanten Pauschaltarifs aufeinander abgestimmt sind.

Dies hat auch Auswirkungen auf die Interpretation allfälliger Statistiken, welche auf den kodierten Diagnosen basieren (z.B. epidemiologische Statistiken). Damit die kodierten Diagnoseinformationen in der ambulanten Versorgung für statistische Zwecke verwendet werden können, müssen bestehende Datenflüsse zwischen Leistungserbringern und dem BFS ausgebaut werden.

Dieser Vertiefungsbericht empfiehlt dem BFS folgendes Vorgehen. Das BFS legt basierend auf Art. 42 3^{bis} KVG ICD-10 und ICPC-2 als Klassifikation von Diagnosen und CHOP als Klassifikation von Prozeduren in der ambulanten Versorgung fest. Dies sollte in Absprache mit den relevanten Stakeholdern erfolgen. Das BFS erarbeitet und pflegt die Kodierungsinstrumente. Es gibt ein Kodierungshandbuch für die Kodierung in der ambulanten Versorgung, welches sowohl die Anwendung für die Tarifstruktur als auch ausserhalb der Tarifstruktur festlegt. Im Kodierungshandbuch wird die Kodierung nach SCD in Abstimmung auf die Tarifstruktur geregelt. Weiter definiert das BFS den Revisionsprozess, welcher insbesondere den Einbezug der Organisation ambulante Arzttarife (OAAT) beinhaltet. Schlussendlich definiert das BFS einen Datenlieferungsprozess für detaillierte Diagnosedaten zum Zweck der Statistik.

1 Einleitung

In der Schweiz ist die Kodierung von Diagnosen und Prozeduren in der ambulanten Versorgung zwar nach Art. 42 3^{bis} KVG gesetzlich vorgesehen, wird bisher jedoch nicht systematisch und umfassend umgesetzt. Vor diesem Hintergrund hat das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) im Auftrag des Bundesamts für Statistik (BFS) einen Grundlagenbericht zur «Klassifikation und Kodierung der Diagnosen und Prozeduren in der ambulanten Gesundheitsversorgung» (Wieser et al., 2023) erstellt. Dieser Grundlagenbericht wurde im Januar 2023 veröffentlicht.

Der Grundlagenbericht hat die Verwendung existierender Klassifikationen und Kodierungen der Diagnosen in der ambulanten Versorgung und die damit zusammenhängenden Herausforderungen untersucht. Zusätzlich wurden geeignete Kriterien für Diagnose-Klassifikationen erarbeitet, potenzielle Schwierigkeiten bei der Einführung und Umsetzung einer umfassenden Kodierung erörtert und unterschiedliche Verwendungszwecke dieser Kodierungen identifiziert.

Ein möglicher Verwendungszweck einer umfassenden Kodierung ist die Weiterentwicklung der Tarifstruktur und somit auch die Entwicklung ambulanter Pauschalen. Bislang beschränkt sich die systematische Erfassung von Diagnosen in der Schweiz jedoch auf die stationäre Versorgung.

Ambulante Pauschalen sollen jedoch gemäss dem 2018 durch den Bundesrat verabschiedeten Kostendämpfungsprogramms zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gefördert werden (BAG, 2019). Die Bundesversammlung hat das 2019 durch den Bundesrat vorgelegte Kostendämpfungspaket (Rechtsetzungspaket «Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1») in zwei Massnahmenpakete aufgegliedert, wobei die Förderung von ambulanten Pauschalen als Kostendämpfungsmassnahme im Rahmen des Kostendämpfungspakets 1a (BAG, 2023) per 1. Januar 2023 in Kraft getreten ist. Die 2021 gegründete solutions tarifaire suisse hat sich zum Ziel gesetzt, einen ambulanten ärztlichen Pauschaltarif zu entwickeln, welcher die beschriebene Förderung ambulanter Pauschalen umsetzt.

Dieser Bericht knüpft an diesen Punkt an und soll anhand einer Literaturrecherche sowie Interviews mit verschiedenen Anspruchsgruppen einen vertieften Blick auf die Kodierung von Diagnosen und Prozeduren im Kontext der ambulanten Pauschalen geben.

2 Methodik

Der Vertiefungsbericht basiert auf einer Literaturrecherche und Interviews mit relevanten Stakeholdern. Einzelne Aspekte der geplanten ambulanten Pauschalen werden anhand von Koloskopien und Kataraktbehandlungen illustriert, da diese häufig durchgeführten ambulanten Behandlungen in Zukunft mit Pauschalen vergütet werden sollen.

2.1 Literaturrecherche

Für die Literaturrecherche wurden Publikationen und Dokumentationen aus der wissenschaftlichen Literatur sowie der grauen Literatur zu den folgenden Themenfeldern analysiert:

- Anforderungen an Diagnose-Klassifikationen in Bezug auf die Einführung und Anwendung ambulanter Pauschalen
- Mögliche international angewandte Diagnose-Klassifikationen
- Internationale Beispiele ambulanter Pauschalen
- Nationale Beispiele freiwilliger ambulanter Pauschalen
- Vorschlag zu ambulanten Pauschalen in der Schweiz (Tarifversion 1.0 der solutions tarifaire suisse)

2.2 Interviews

Es wurden semi-strukturierte Interviews mit den folgenden Stakeholdern durchgeführt:

- Fachärzten bzw. Vertretern von Facharztgruppen aus den Bereichen Gastroenterologie und Ophthalmologie
- Einem Vertreter des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)
- Einem Vertreter der Tariforganisation solutions tarifaire suisse, welche Vorschläge für ambulante Pauschalen entwickelt hat
- Einem Entwickler des Vorschlags der FMH einer möglichen neuen, Schweiz-spezifischen Diagnose-Klassifikation SCD (Swiss Classification Groups of Disease and Health Related Problems SCD)

Die Interviews wurden online mit einer Dauer von 30 bis 120 Minuten durchgeführt.

3 Ambulante Pauschalen in der Literatur

In der wissenschaftlichen Literatur lassen sich nur wenige Publikationen zu den Anforderungen für eine angemessene Klassifikation und Kodierung bei Einführung und Umsetzung ambulanter Pauschalen finden. Zudem werden in den Publikationen, die existierende ambulante Pauschalen behandeln oder beurteilen, nur selten darauf eingegangen, welche Klassifikationsinstrumente bei der Anwendung dieser Pauschalen verwendet werden und wie die Kodierung genau erfolgt. Einzig Bock et al. (2017) argumentieren, dass eine einheitliche Kodierung für die Transparenz und Vergleichbarkeit zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zentral sei. Einige Literatur findet sich hingegen zu den Anreizstrukturen von ambulanten Pauschalen sowie deren Performanz (siehe z.B. Adida et al., 2016; Karimi et al., 2021; Struijs et al., 2020), zu den Ausgestaltungen verschiedener Arten von Pauschaltarifen und deren Unterschiede zu Einzelleistungstarifen (siehe z.B. Steenhuis et al., 2020) und dazu, wie ein geeignetes ambulantes Vergütungssystem auszusehen hätte (siehe z.B. Fürstenberg & Weßling, 2018).

3.1 Ambulante Pauschalen in anderen Ländern

Allgemein zeigt sich, dass in anderen Ländern umgesetzte ambulante Pauschalen, meist nur spezifische Behandlungen und Eingriffe von Krankheiten umfassen und in einem ersten Schritt oft nur testweise eingeführt wurden (Struijs et al., 2020). Auf eine erfolgreiche Testphase folgt dann oft eine konkrete Einführung der Pauschalen in einem erweiterten Pauschalen-Katalog. Einige Faktoren vereinfachen die Pauschalisierung von Leistungen (American Hospital Association, 2010), wie etwa ein klarer Anfang und Ende eines Falles, etablierte klinische Guidelines, klare klinische Definitionen, sowie eine geringe Varianz von Kosten, die ausserhalb der Kontrolle des Leistungserbringers liegen (Kostenhomogenität). Unabhängig von der Ausgestaltung der ambulanten Pauschalen wird auch angemerkt, dass ein standardisierter Revisionsprozess als Basis für die Weiterentwicklung zwingend in das System eingebunden werden muss (Bock et al., 2017, S. 42; Fürstenberg & Weßling, 2018, S. 13).

Es existieren einige Beispiele ambulanter Pauschalen für chronische Krankheiten, wie die in den Niederlanden umgesetzten Pauschalen für Typ II Diabetes mellitus und die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (Karimi et al., 2021; Struijs et al., 2020). Diese wurden als risikoangepasste jährliche Vergütung pro Patient für die Bereitstellung verschiedener integrierter

Primärversorgungsleistungen konzipiert. Die Diabetes-Komplexpauschale¹ umfasst Konsultationen mit Hausärzten und Hausärztinnen sowie spezialisierten Pflegern und Pflegerinnen, Massnahmen zum Selbstmanagement und zur Lebensführung (z.B. Raucherentwöhnung, Ernährungsberatung), diabetische Fusspflege, eine einmalige Beurteilung komplexerer Patienten und Patientinnen durch einen Facharzt oder eine Fachärztin, die Koordinierung der Pflege, eine individuelle Pflegeplanung und integrierte Informations- und Kommunikationssysteme. Diese sollen einerseits die Kommunikation zwischen den Leistungserbringern und Leistungserbringerinnen sicherstellen und dienen andererseits zur Überwachung von Qualitätsindikatoren (Karimi et al., 2021, S. 752).

Viele der in anderen Ländern umgesetzten ambulanten Pauschalen, basieren jedoch nicht auf Diagnosen, sondern sind Prozeduren-orientiert. Diese können komplex aufgebaut sein, wie die totale Gelenkendoprothetik-Pauschale, welche in den USA und in Schweden umgesetzt wurde. Diese umfasst gleichzeitig stationäre und ambulante Anteile und pauschaliert Leistungen, die im Zusammenhang mit dem Gelenkersatz erbracht werden, über einen längeren Zeitraum (in Schweden bis zu fünf Jahren, wenn in den ersten beiden Jahren eine Komplikation aufgetreten ist) (Struijs et al., 2020, S. 6). Sie können jedoch nur klar abtrennbare Prozeduren und die dazugehörigen Leistungen abbilden.

3.1.1 Beispiel der Koloskopie-Pauschale aus den USA

Die American Gastroenterology Association (AGA) hat 2014 als Reaktion auf Druck der amerikanischen staatlichen Krankenversicherung Medicare einen Vorschlag für eine Pauschale für Koloskopien erarbeitet (Brill, 2014). Da Pauschalen gleicher Leistungen in verschiedenen Ländern meist sehr ähnlich ausfallen, scheint es uns relevant diese genauer zu betrachten (Struijs et al., 2020).

Die AGA unterscheidet in ihrem Vorschlag zwischen verschiedenen Gründen für die Durchführung einer Koloskopie (Prävention, Überwachung und Diagnoseleistung), für die verschiedene Voraussetzungen erfüllt werden müssen. So muss z.B. für die Abrechnung einer Diagnoseleistung bereits ein anderer Test für kolorektales Karzinom durchgeführt worden sein. Zusätzlich gibt es klar definierte Kriterien, wann die Koloskopie weiter über den Einzelleistungstarif abgerechnet werden kann, zum Beispiel für Patienten unter 18 Jahre oder Patienten mit gewissen Vorerkrankungen. Es sind sowohl die präoperativen Vorbereitungsleistungen, der Eingriff selbst (inklusive Anästhesie) sowie die Nachbesprechung der Resultate innerhalb

¹ Komplexpauschalen bündeln Behandlungsleistungen in Zusammenhang mit einer Erkrankung über einzelne Leistungsbereiche und Leistungserbringer und vergüten diese pauschal (Felder 2019).

von sieben Tagen in der Pauschale enthalten. Erneute Koloskopien durch inadäquate Vorbereitung und Durchführung können nicht mehr abgerechnet werden. Da die Fälle durch die Prozeduren klar identifizierbar sind, muss nur der Grund für die Koloskopie belegt werden (z.B. vorangehende diagnostische Tests, dokumentierte Erkrankung an kolorektalem Karzinom) oder angegeben werden, warum die Abrechnung über den Einzelleistungstarif erlaubt ist (z.B. bei bestimmten Komorbiditäten).

3.2 Fazit

Aus der wissenschaftlichen Literatur lassen sich keine Anforderungen oder Kriterien an die Klassifikation und Kodierung von Diagnosen ableiten. Einzig für die Transparenz und Vergleichbarkeit zwischen der ambulanten und stationären Versorgung wird eine einheitlich angewendete Klassifikation empfohlen.

Die Beispiele für ambulante Pauschalen aus anderen Ländern liefern diesbezüglich auch keine Hinweise, da diese meist auf Prozeduren basieren. Bei Prozedur-basierten Pauschalen nimmt die Diagnose nur eine untergeordnete Rolle ein.

Die Ausgestaltung der Pauschalen und damit zusammenhängend die Wahl einer Klassifikation und deren Anwendung haben wiederum Auswirkungen auf weitere, mögliche Verwendungszwecke (z.B. die Epidemiologie oder Qualitätssicherung).

4 Ambulante Pauschalen in der Schweiz

Dieses Kapitel diskutiert die ambulanten Pauschalen in der Schweiz. In einem ersten Schritt werden die schon existierenden freiwilligen Tarmedpauschalen beschrieben. Daraufgehend geht der Bericht auf den Vorschlag des ambulanten Pauschaltarifs der *solutions tarifaire suisse* AG ein.

4.1 TARMED-Pauschalen

Bereits heute existieren freiwillige Pauschalen für ambulante ärztliche Leistungen im Rahmen des TARMED. Konkret existieren Pauschalen für die ophthalmochirurgischen Eingriffe Katarakt-Operation, Glaukom-Operation und Intravitreale Injektion (<https://www.sog-sso.ch/ueber-uns/pauschalen.html>) sowie für die Endovenöse Thermo-Ablation (<https://www.css.ch/de/leistungserbringer/leistungen-abrechnen/tarifliches/endovenose-thermo-ablation.html>).

Zur Illustration betrachten wir die Pauschale für die Katarakt-Operation.

4.1.1 Hintergrund

Im Jahr 2020 haben santésuisse und FMCH gemeinsam einen Tarifvertrag für die Augen Chirurgie erarbeitet, (santésuisse & FMCH, 2020) der Pauschalen für Intravitreale Injektionen, Glaukom- sowie Katarakt-Operationen beinhaltet. Der Vertrag zeigt anschaulich, wie Pauschalen in der Schweiz bereits umgesetzt werden.²

4.1.2 Anwendung

In der Pauschale sind unter anderem die operativen Leistungen, Anästhesie, Beitrag der OKP an die Intraokularlinse, diagnostische Leistungen, die Benützung der Räumlichkeiten sowie die nicht-ärztliche Vor- und Nachbetreuung enthalten. Die Abgrenzung eines Falls wird auf Basis des Behandlungstages vorgenommen. Eine Nachkontrolle durch die Ärztin oder den Arzt einige Tage nach der Operation ist daher nicht durch die Pauschale abgedeckt. Die Kodierung von Diagnosen ist für die Pauschale nicht relevant (jedoch gibt es eine Umsetzung von freiwilligen Pauschalen von tarifsuisse bei denen entweder eine ICD-10 Diagnosecode oder ein Freitext auf der Rechnung erfasst werden muss). Die Pauschale basiert nur auf der Prozedur, es müssen keine weiteren medizinischen Daten geliefert werden mit Ausnahme der

² Für die am häufigsten durchgeführten ophthalmochirurgischen Eingriffe, d.h., Katarakt-Operation, Glaukom-Operation und Intra-vitreale Injektion, bestehen zusätzlich Tarifverträge mit HSK und CSS. Diese Tarifverträge sind im Gegensatz zum im Text diskutierten Tarifvertrag von santésuisse nicht öffentlich einsehbar. <https://www.sog-sso.ch/ueber-uns/pauschalen.html>.

Dokumentation der Notwendigkeit von Zusatzleistungen wie zum Beispiel Linsen mit Zusatzfunktionen. Reoperationen am gleichen Auge innerhalb von sieben Tagen werden nicht erneut vergütet.

4.2 Vorschlag ambulanter Pauschaltarif

Dieses Unterkapitel beschreibt und beurteilt den Vorschlag für einen ambulanten Pauschaltarif der solutions tarifaire suisse AG.

4.2.1 Hintergrund

FMCH, H+ und santésuisse, haben 2021 die Tariforganisation solutions tarifaire suisse AG gegründet³. Diese hat zum Ziel, ein ambulantes Pauschalsystem zu entwickeln, welches die im Kostendämpfungspaket 1a beschriebene Förderung ambulanter Pauschalen umsetzt.

4.2.2 Anwendung

Dieser Abschnitt bezieht sich auf die Tarifversion 1.0 (Stand Juni 2023). Der in dieser Tarifversion vorgeschlagene «Katalog der ambulanten Fallgruppen» (solutions tarifaires suisse AG 2023a) umfasst 454 Pauschalen, welche 30 verschiedenen Capitula zugeordnet wurden (exkl. Capitula «Sonstige Fallgruppen» und «Fehler-Fallgruppen»).

Der tarifarische Fall wird als Patientenkontakt bezeichnet. Ein Patientenkontakt wird definiert als: «(...) das zeitgleiche physische oder fernmündliche Zusammentreffen eines Patienten mit einem Leistungserbringer im ambulanten Setting (...)» (solutions tarifaires suisse AG, 2023b, S. 4). Eine Pauschale beinhaltet im Grunde alle Leistungen des Patientenkontaktes (solutions tarifaires suisse AG, 2023b, S.6). Es besteht nicht die Möglichkeit, eine Pauschale mit anderen Tarifen für ärztliche Leistungen innerhalb eines abrechenbaren Patientenkontakts zu kombinieren.

4.2.3 Klassifikation von Diagnosen und Prozeduren zur Eingruppierung

Die Eingruppierung in die Pauschalen erfolgt grundsätzlich auf Basis von Diagnosen und Prozeduren. Die in der Tarifversion 1.0 enthaltenen Pauschalen sind jedoch klar Prozedurenorientiert. Die Kodierung der Hauptdiagnose dient lediglich der Zuordnung zum richtigen Capitulum, während die Kodierung der Prozedur der Zuordnung in die richtige Pauschale dient.

³ <https://solutions-tarifaires.ch/ambulante-pauschalen/entwicklungsgeschichte/>

Die Diagnosekodierung soll anhand des ICD-10-GM erfolgen, und die Prozedurenkodierung auf Basis des CHOP (solutions tarifaires suisse AG, 2023c). In Zukunft sollen die Kodierungsinstrumente vom BFS zur Verfügung gestellt werden (analog zur stationären Versorgung). Dann könnte die Diagnosekodierung auch auf ICD-11 erfolgen, wenn dies durch das BFS initiiert wird.

Die Diagnosecodes sollen grundsätzlich endständig kodiert werden – also mit dem höchstmöglichen Detailierungsgrad, wie ein 4- oder 5-stelliger ICD-10-Code. Obwohl Diagnosen endständig kodiert werden sollen, dient deren Erfassung in der Tarifversion 1.0 nur dazu, den Fall in das richtige Capitulum einzuordnen. Dies hat einerseits zur Folge, dass ein hoher Detailierungsgrad bei der Erfassung des Codes zwar erwünscht, jedoch in der Anwendung nicht notwendig ist. Andererseits spielt die Kodierung von Nebendiagnosen in der aktuellen Tarifversion keine Rolle. Es besteht kein Anreiz endständig zu kodieren. Das wiederum reduziert die Vergleichbarkeit zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sowie für andere Verwendungszwecke, wie z.B. epidemiologische Statistiken.

Bei der Behandlung des Katarakts (z.B. H25-28) reicht z.B. eine Zuordnung zum Buchstaben H des Capitulum Auge (gemäss Tarifversion 1.0: Cap02 Auge). Um also in das Capitulum «Cap02 Auge» zu gelangen, muss mindestens der Buchstabe H der ICD-10 Klassifikation erfasst werden, welcher das Kapitel VII «Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde» (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2023) abbildet. Ob die Patientin z.B. noch die Nebendiagnose Diabetes hat, spielt keine Rolle. Die Zuordnung zur Pauschale erfolgt dann durch die Kodierung der Prozedur. Diese basiert in der Tarifversion 1.0 auf dem CHOP. Im Simulationsgrouper Patientenpauschaltarif 1.0 erfolgt die Zuordnung auf Basis der korrespondierenden TARMED-Position. So führt die Kodierung der Prozedur TARMED-Position 08.2760 «Extraction lentis» zur Zuordnung in die Pauschale C02.15C «Katarakt-Eingriff einseitig u. intraokuläre Eingriffe am vorderen Segment».

Sollte sich die Tarifstruktur der ambulanten Pauschalen in Zukunft an die Tarifstruktur SwissDRG in der stationären Versorgung angleichen, ist es denkbar, dass eine begrenzte Auswahl typischer und häufiger Nebendiagnosen erfasst werden soll, um Fälle unterschiedlichen Schweregrads unterscheiden zu können.

Da die Prozeduren in den jeweiligen Capitula in ihrer Anzahl beschränkt sind, typische Eingriffe und Verfahren darstellen und klar einzelnen Fachbereichen zugeordnet werden können, sollte die Erfassung für Ärzte und Ärztinnen und allenfalls auch deren nicht-ärztliches Personal problemlos umsetzbar sein. In der spitalambulanten Versorgung können potenziell am selben Tag mehrere Patientenkontakte entstehen, nämlich dann, wenn zwei unterschiedliche Fachbereiche konsultiert werden. So ist es in der spitalambulanten Versorgung notwendig, alle

Diagnosen zu kodieren, um beurteilen zu können, ob es sich um einen oder mehrere Patientenkontakte handelt und welcher ambulante ärztliche Tarif zur Anwendung kommt.

4.2.4 Datenflüsse

Bei der Rechnungsstellung werden den Versicherern nicht die vollständigen ICD-10-Kodes übermittelt, sondern jeweils nur der erste Buchstabe (z.B. H). Zusätzlich zur abrechnungsrelevanten Fallgruppe (z.B. C02.15C «Katarakt-Eingriff einseitig u. intraokuläre Eingriffe am vorderen Segment») wird das Capitulum und der CHOP-Kode übermittelt (solutions tarifaires suisse AG, 2023d). Es ist zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht klar, ob pro Rechnung nur ein Patientenkontakt abgerechnet werden darf, oder ob eine Rechnung mehrere Patientenkontakte, die nach unterschiedlichen Tarifen vergütet werden, enthalten darf. Aufgrund dieser Umstände ist die Rechnung als Träger für die Übermittlung von Diagnosen z.B. an das BFS für epidemiologische Statistiken ungeeignet.

Es ist nicht vorgesehen, dass die klinischen Daten im Zusammenhang mit einer ambulanten Pauschale (d.h. detaillierte Diagnose- und Prozeduren-Kodes) an die zertifizierte Annahmestelle bei den Krankenversicherern geliefert werden, wie das in der stationären Vergütung erfolgt. Es bestünde aber die Möglichkeit, einen zusätzlichen Datenfluss von den Leistungserbringern an das BFS einzurichten, in dem detailliertere Diagnose-Daten für statistische Zwecke, zu Aufsichtszwecken und weiteren Verwendungszwecken geliefert würden.

4.3 Fazit

Die bereits bestehenden freiwilligen TARMED-Pauschalen und der geplante ambulante Pauschaltarif sind klar Prozeduren-orientiert. Die Kodierung von Diagnosen spielt hingegen bei beiden Pauschalen nur eine untergeordnete Rolle. Die Hauptdiagnose wird nur für die Eingruppierung in das richtige Capitulum verwendet und nicht für die Eingruppierung in die Pauschale. Auf der Rechnung muss dann auch nur der erste Buchstabe des Diagnosekodes kodiert werden. Da die Klassifikation von Diagnosen auf der ICD-10-Klassifikation basiert, besteht Spielraum für eine Weiterentwicklung der Pauschalen, so dass die Kodierung von Diagnosen eine wichtigere Rolle spielt (z.B. die Berücksichtigung von Nebendiagnosen für eine Abstufung nach Schweregrad innerhalb einer Pauschale).

5 Mögliche Klassifikationen von Diagnosen

Dieses Kapitel beschreibt die verfügbaren Diagnose-Klassifikationen und diskutiert, welche zur Verwendung in einer Tarifstruktur in Frage kommen.

5.1 Übersicht über verfügbare Klassifikationen

Die folgenden Klassifikationen von Diagnosen, Tessiner Code, ICPC-2 und ICD-10, sind nach ihren Merkmalen in Tabelle 1 beschrieben (Wieser et al., 2023).

Tabelle 1: Klassifikation von Diagnosen

Merkmale	Tessinercode	ICPC-2	ICD-10
Vollständigkeit (Nein = keine Residualkategorie)	Nein	Ja	Ja
Eindeutigkeit (Ja = jede Krankheit kann nur einer Diagnose zugeordnet werden)	Ja	Ja	Ja
Revision (regelmässig)	Nein	Ja	Ja
Detaillierungsgrad (mögliche Ebenen)	Diagnose-Gruppen [z.B. P]	Diagnose-Gruppen [z.B. F]	Krankheitskapitel [z.B. VII]
	Diagnosen (2-3-stellig) [z.B. P2]	Diagnosen (2-stellig) [z.B. F92]	Krankheitsgruppen (2-stellig) [z.B. H25]
	-	-	Diagnosen (3-4-stellig) [z.B. H25.0]
Vergleichbarkeit (International, Versorgungsbereich)	National	Bedingt international	International
	Nur ambulant	Ambulant, bedingt stationär	Ambulant und stationär

Quelle: BFS-Grundlagenbericht (Wieser et al., 2023)

Wie im BFS-Grundlagenbericht erläutert, können die Kriterien Vollständigkeit, Eindeutigkeit und Revision als Mindestkriterien an eine Klassifikation von Diagnosen verstanden werden (Wieser et al., 2023). Für den Verwendungszweck Tarifstruktur, insbesondere ambulante Pauschalen, kann aus der Literatur das Kriterium Vergleichbarkeit ergänzt werden (siehe Fazit der Literatur in Abschnitt 3.2).

ICD-10 erfüllt alle Kriterien, ICPC-2 erfüllt die Vergleichbarkeit zur stationären Versorgung nur bedingt, der Tessinercode erfüllt nur die Eindeutigkeit.

Grundsätzlich kommen also für die Klassifikation von Diagnosen zur Verwendung in einer Tarifstruktur nur ICD-10 und/oder ICPC-2 in Frage. Die in der Tarifversion 1.0 der ambulanten Pauschalen verwendete ICD-10 Klassifikation erfüllt somit alle Kriterien.

5.1.1 Swiss Classification Groups of Disease and Health Related Problems

Die FMH hat mit der SCD einen weiteren Vorschlag für die Klassifikation von Diagnosen in der ambulanten Versorgung gemacht (siehe Anhang 7.1 für eine detaillierte Beschreibung). Da der Vorschlag auf ICPC-2 und ICD-10 basiert, wird er in Tabelle 1 nicht separat aufgeführt. Vereinfacht gesagt, definiert die SCD für jedes medizinische Fachgebiet ein vordefiniertes und eingeschränktes Set an ICD-10 und ICPC-2 Diagnosekodes, welches 80-90% aller medizinischen Probleme in diesem Fachgebiet abdecken soll. Medizinische Probleme, für welche keine Diagnosekodes im Diagnoseset enthalten sind, werden in Residualkategorien («nur an den Vertrauensarzt» oder mit dem Eintrag «Diagnose/Problem nicht im fachgruppenspezifischen Sample enthalten») erfasst.

Die SCD erfüllt somit grundsätzlich die Kriterien der Vollständigkeit, Eindeutigkeit, Revision und Vergleichbarkeit für die Verwendung in einer Tarifstruktur. Allerdings braucht es eine Abstimmung des in der SCD vorgegebenen Diagnosesets mit den für die Eingruppierung in die ambulanten Pauschalen relevanten Diagnosen.

5.2 Fazit

Die Kriterien Vollständigkeit, Eindeutigkeit, Revision und Vergleichbarkeit (von ambulanter und stationärer Versorgung) für die Verwendung in einer Tarifstruktur erfüllen die Klassifikationen ICD-10 und ICPC-2. Insofern die SCD als eine eigenständige Klassifikation von Diagnosen verstanden werden kann, erfüllt die SCD diese Kriterien ebenfalls, da sie auf ICD-10 und ICPC-2 basiert. Wichtig ist, dass die Diagnosesets in der SCD auf die Tarifstruktur der ambulanten Pauschalen abgestimmt ist. Dazu gehören auch aufeinander abgestimmte Kodierungsinstrumente.

6 Fazit und Empfehlungen

Dieses Kapitel zieht ein kurzes Gesamtfazit und gibt konkrete Handlungsempfehlungen an das BFS.

6.1 Fazit

Aus der wissenschaftlichen Literatur lassen sich keine spezifischen Kriterien an die Klassifikation und Kodierung von Diagnosen für die Verwendung im Kontext ambulanter Pauschalen ableiten. Die im BFS-Grundlagenbericht (Wieser et al., 2023) erarbeiteten grundlegenden Anforderungen an eine Klassifikation, wie Vollständigkeit, Eindeutigkeit, Revision und Vergleichbarkeit (von ambulanter und stationärer Versorgung) sind deshalb auch im Kontext ambulanter Pauschalen relevant. Die Klassifikationen ICD-10 und ICPC-2 erfüllten diese Kriterien. Insofern die SCD als eine eigenständige Klassifikation von Diagnosen verstanden werden kann, erfüllt die SCD diese Kriterien ebenfalls, da sie auf ICD-10 und ICPC-2 basiert.

Die in der Literatur diskutierten ambulanten Pauschalen, die bereits bestehenden freiwilligen TARMED-Pauschalen und der geplante ambulante Pauschaltarif sind alle klar Prozedurenorientiert. Die Kodierung von Diagnosen spielt hingegen nur eine untergeordnete Rolle.

Im Beispiel des geplanten ambulanten Pauschaltarifs wird die Hauptdiagnose nur für die Eingruppierung in das richtige Capitulum verwendet. Die Eingruppierung in die Pauschale selbst erfolgt aufgrund der kodierten Prozedur. Die Kodierung der Diagnosen basiert auf der ICD-10-Klassifikation und die der Prozeduren auf der CHOP. Mit der ICD-10-Klassifikation sind die grundlegenden Anforderungen an eine Klassifikation im Kontext ambulanter Pauschalen erfüllt. Somit besteht auch Spielraum für eine Weiterentwicklung der ambulanten Pauschalen, bei der die Kodierung von Diagnosen eine wichtigere Rolle in der Eingruppierung spielt.

Damit bei der Kodierung von Diagnosen in der ambulanten Versorgung das Verhältnismässigkeitsprinzip gewahrt werden kann, scheint es wichtig, dass die Kodierungsinstrumente der SCD und der ambulanten Pauschalen aufeinander abgestimmt sind. Dies hat auch Auswirkungen auf die Interpretation von Statistiken, welche auf den kodierten Diagnosen basieren (z.B. epidemiologische Statistiken).

Damit die kodierten Diagnoseinformationen in der ambulanten Versorgung für statistische Zwecke verwendet werden können, müssen bestehende Datenflüsse zwischen Leistungserbringern und dem BFS ausgebaut werden.

6.2 Empfehlungen

Wir empfehlen dem BFS vor dem Hintergrund, dass in absehbarer Zukunft eine neue ambulante Tarifstruktur für ärztliche Leistungen bestehend aus Einzelleistungs- und Pauschaltarifen eingeführt wird, folgendes Vorgehen:

1. Das BFS legt auf Basis von Art. 42 3^{bis} KVG gemeinsam mit den relevanten Stakeholdern ICD-10 und ICPC-2 als Klassifikation von Diagnosen und CHOP als Klassifikation von Diagnosen in der ambulanten Versorgung fest.
2. Das BFS erarbeitet und pflegt die Kodierungsinstrumente inklusive einem Kodierungshandbuch für die ambulante Versorgung. Dieses Kodierungshandbuch beinhaltet insbesondere
 - Anwendung der Klassifikation für die Tarifstruktur der ambulanten Pauschalen (gemäss Tarifverträgen)
 - Definition der Diagnosesets nach Fachbereich gemäss SCD (ausserhalb der Tarifstruktur)
3. Das BFS definiert den Revisionsprozess. Dieser beinhaltet insbesondere
 - Einbezug der Organisation ambulante Arzttarife (OAAT) zur Definition und Aktualisierung der SCD-Diagnosesets und Anwendung der Klassifikation in der ambulanten Tarifstruktur
4. Das BFS definiert einen Datenlieferungsprozess detaillierter, endständiger Diagnose-Daten, welche von den Leistungserbringern direkt an das BFS geliefert werden.
 - Dieser Datenlieferungsprozess baut vorzugsweise auf bestehenden Datenlieferungsprozessen auf (z.B. dem Datenlieferungsprozess im Rahmen von MAS in der praxisambulanten Versorgung oder PSA in der spitalambulanten Versorgung)
 - Zur Erhöhung der Akzeptanz dieser Datenlieferung erarbeitet das BFS ein Analysekonzept, welches die Anwendungsgebiete und den Nutzen auf Basis des Grundlagenberichts aufzeigt (z.B. aussagekräftige, international vergleichbare epidemiologische Statistik).

7 Literatur

- Adida, E., Mamadi, H. und Nassiri, S. 2016. „Bundled Payment vs. Fee-for-Service: Impact of Payment Scheme on Performance“. *Management Science* 63(5):1606-1624. doi: 10.1287/mnsc.2016.2445.
- American Hospital Association 2010 Committee on Research. 2010. „AHA Research Synthesis Report: Bundled Payment“. *American Hospital Association*.
- BAG. 2019. „Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Übersicht“. Abgerufen 8. Dezember 2023 (<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/suche.html#Massnahmen%20zur%20Kostend%C3%A4mpfung%20>).
- BAG. 2023. „Übersicht Kostendämpfungsmassnahmen“. Abgerufen 8. Dezember 2023 (<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/kostendaempfung-kv.html>).
- Bock, J.-O., Focke, K. und Busse R. 2017. „Ein einheitliches Vergütungssystem für ambulante und stationäre ärztliche Leistungen – Notwendigkeit und Entwicklung“. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 71(6):9–15. doi: 10.5771/1611-5821-2017-6-9.
- Brill, J.V., Jain, R., Margolis, P.S., Kosinski, L. R., Worthe, H.S., Ketover S.R., Kim L.S., Clote, L.E., und Allen, J. I. 2014. „A Bundled Payment Framework for Colonoscopy Performed for Colorectal Cancer Screening or Surveillance“. *Gastroenterology* 146(3):849-853 doi: 10.1053/j.gastro.2014.01.043.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. 2023. „ICD-10-GM“. Abgerufen 8. Dezember 2023 (https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-10-GM/_node.html).
- Felder, S., Meyer, S., Merki, M., Plaza, C., Poledna, T., und Rosemann, T. 2019. "Komplexpauschalen in der Schweiz: Umsetzbarkeit integraler Vergütungssysteme im Schweizer Gesundheitswesen". *Institut für Wirtschaftsstudien Basel*, Gutachten im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG.
- Fürstenberg, T. und Weißling J. 2018. „Flexibel, evidenzbasiert, zielorientiert – Zur Gestaltung einer modernen ambulanten Vergütung“. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 72(4–5):38–43. doi: 10.5771/1611-5821-2018-4-5-38.
- Karimi, M., Tsiachristas, A., Looman, W., Stokes, J., Van Galen, M. und Rutten-van Mölken, M. 2021. „Bundled Payments for Chronic Diseases Increased Health Care Expenditure in the Netherlands, Especially for Multimorbid Patients.“ *Health Policy* 125(6):751–759. doi: 10.1016/j.healthpol.2021.04.004.
- santésuisse & FMCH. 2020. „Tarifvertrag betreffend Vergütung von operativen Eingriffen in der Augenchirurgie“.
- solutions tarifaires suisse AG. 2023a. „Katalog der ambulanten Fallgruppen, Tarifversion 1.0“. Abgerufen 24. Oktober 2023 (<https://solutions-tarifaires.ch/ambulante-pauschalen/dokumente-zu-den-einzelnen-tarifversionen/>).
- solutions tarifaires suisse AG. 2023b. „Anwendungsmodalitäten zur Abrechnung des Patientenpauschaltarifs im kohärenten Tarifsysteem für ambulante ärztliche Leistungen“.

- Abgerufen 24. Oktober 2023 (<https://solutions-tarifaires.ch/ambulante-pauschalen/dokumente-zu-den-einzelnen-tarifversionen/>). solution tarifaires suisse AG.
- solutions tarifaires suisse AG. 2023c. „Richtlinien für ambulante Kodierung“. Abgerufen 24. Oktober 2023 (<https://solutions-tarifaires.ch/ambulante-pauschalen/dokumente-zu-den-einzelnen-tarifversionen/>).
- solutions tarifaire suisse AG. 2023d. „Anhang D: Rechnungstellung und Datenaustausch“. Abgerufen 20. Dezember 2023 (<https://solutions-tarifaires.ch/ambulante-pauschalen/dokumente-zu-den-einzelnen-tarifversionen/>).
- Steenhuis, S., Struijs, J., Koolman, X., Ket, J., und Van Der Hijden, E. 2020. „Unraveling the Complexity in the Design and Implementation of Bundled Payments: A Scoping Review of Key Elements From a Payer’s Perspective“. *The Milbank Quarterly* 98(1):197–222. doi: 10.1111/1468-0009.12438.
- Stoffel, U. 2023. „Von Sinn und Unsinn der Verwendung eines Diagnosecodes“. *Schweizerische Ärztezeitung* 104(18):24-25. doi: 10.4414/saez.2023.21805.
- Struijs, J. N., de Vries, E. F., Baan, C.A., van Gils, P., und Rosenthal, M.B. 2020. „Bundled-Payment Models Around the World: How They Work and What Their Impact Has Been“. doi: 10.26099/936S-0Y65.
- Wieser, S., Stucki, M., Kohler, A., Lenzin, G., und Schärer, X. 2023. „Grundlagenbericht zur Klassifikation und Kodierung der Diagnosen und Prozeduren in der ambulanten Gesundheitsversorgung“. *Bundesamt für Statistik (BFS)*. doi: doi.org/10.21256/zhaw-27894.

7.1 Anhang 1: SCD

Dieser Anhang beschreibt die SCD im Detail.

7.1.1 Hintergrund und Motivation

Die FMH hat im Jahr 2021 das Projekt «Swiss classification groups of disease and health related problems» (SCD) gestartet (Stoffel 2023, S.25). Es handelt sich dabei um ein Diagnose-Klassifikationssystem, welches sowohl auf ICD-10 als auch auf ICPC-2 basiert. SCD soll den Tessinercode ablösen, welcher im Rahmen der 2004 in Kraft getretenen Tarifstruktur TARMED durch die Tarifpartner als die zu verwendende Klassifikation festgelegt wurde (Stoffel, 2023, S. 24).

Die Motivation, ein neues Klassifikationssystem zu erarbeiten, stammt aus der Erkenntnis, dass der Tessinercode, wie er heute definiert und angewendet wird, aus verschiedenen Gründen nicht zufriedenstellend ist. Der Tessinercode ist eine nicht vollständige Klassifikation, welche international nicht vergleichbar ist und nicht regelmässig revidiert wird. So sind epidemiologische Statistiken basierend auf dem Tessinercode wenig aussagekräftig und nicht international vergleichbar.

7.1.2 Entwicklung und Kodierung

In Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften hat die FMH deshalb ein neues Klassifikationssystem entwickelt, welches für jedes Fachgebiet ein fachspezifisches Diagnoseset von ungefähr 15 bis 40 Diagnosen definiert. Die ausgewählten Diagnosen sollen circa 80 bis 90% der behandelten Diagnosen abdecken (Stoffel, 2023, S. 25). Die Begrenzung auf ausgewählte Diagnosen wird damit begründet, dass man zwischen dem Zusatzaufwand der Kodierung und dem Informationsgewinn abwägen muss. In der Grundversorgung sind ungefähr 70 Diagnosen nötig, um ein ähnliches Spektrum, wie in den spezialärztlichen Fachgebieten, abzudecken. Die SCD setzt sich aus ICD-10 für die Fachgebiete und ICPC-2 für die Grundversorgung zusammen. Die 10 bis 20% des Behandlungsspektrums, welche nicht durch die selektierten Diagnosen abgedeckt werden, können entweder mit der Bemerkung «nur an den Vertrauensarzt» oder mit dem Eintrag «Diagnose/Problem nicht im fachgruppenspezifischen Sample enthalten», erfasst werden (Stoffel, 2023, S. 25). Es dürfen auch Diagnosen, die nicht im vordefinierten Diagnoseset enthalten sind, nach ICD-10 (oder ICPC-2) kodiert werden. Hingegen soll die Eingabe von Freitext, wie bisher, nicht mehr möglich sein. Generell sind die Diagnosen im fachspezifischen Diagnoseset 3-stellig (Stoffel, 2023, S. 25).

Die SCD soll so ausgestaltet sein, dass die Kodierung mit wenig Zusatzaufwand durch einen Arzt oder eine Ärztin erfolgen kann. Es ist auch vorstellbar, dass der Arzt oder Ärztin durch

Software unterstützt wird, welche mittels Texterkennung mögliche Diagnosen vorschlägt. Damit alle Ärzte und Ärztinnen dieselben Diagnosen gleich kodieren, soll ein Kodierungshandbuch zur Verfügung gestellt werden (siehe Abschnitt 7.1.5).

7.1.3 Anwendungsbereiche

Das Klassifikationssystem kann sowohl im praxisambulanten als auch im spitalambulanten Bereich seine Anwendung finden. Bei der Verwendung des ICD-10 im spitalambulanten Bereich ist durch den Aufbau der SCD die Vergleichbarkeit auf der Ebene dreistelliger Codes gegeben.

Laut der FMH kann die SCD grundsätzlich auch für die Kodierung bei den ambulanten Pauschalen angewendet werden. Codes, die für die Pauschalen relevant wären, jedoch in den Diagnosesets noch nicht vorhanden sind, können in die SCD-Klassifikation aufgenommen werden.

7.1.4 Kodierungseinheit und Datenflüsse

Die Kodierungseinheit ist die Rechnung. Grundsätzlich soll bei jeder Konsultation die Hauptdiagnose kodiert werden. In Zukunft wäre auch der Patientenkontakt, wie er im Vorschlag der ambulanten Pauschalen definiert ist, als Kodierungseinheit vorstellbar. Damit der Datenschutz gewährleistet werden kann, soll den Krankenversicherern auf den Rechnungen nur der erste Buchstabe des Diagnose-Kodes übermittelt werden. Detaillierte Diagnose-Kodes, z. B. für epidemiologische Statistiken, sollen über die Trust Center, analog zur Übermittlung der Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS), direkt an das BFS übermittelt werden (Stoffel, 2023, S.25).

7.1.5 Kodierungsinstrumente

Noch offen ist, ob das BFS oder die FMH die Kodierungsinstrumente zur Verfügung stellt und revidiert. Grundsätzlich sollte das BFS für die Kodierungsinstrumente zuständig sein, es ist jedoch noch unklar, ob die fachspezifischen Diagnosesets durch das BFS oder die FMH gepflegt werden sollen. Es ist jedoch geplant, dass die Kodierungsinstrumente laufend aktualisiert werden. So soll auch eine Aktualisierung auf ICD-11 stattfinden.