

Ausführliche Erläuterungen zur Methodik

Allgemeines zur neuen Tarifstruktur

Seit 2012 ist das neue Tarifsysteem SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups) für stationäre akutsomatische Spitalleistungen in Kraft. Seither gibt es einen für die ganze Schweiz gültigen Fallpauschalenkatalog, welcher jedes Jahr überarbeitet wird. Alle Behandlungen sind in SwissDRG-Fallgruppen abgebildet und es ist ihnen ein Code und ein Kostengewicht zugewiesen. Dieser Fallpauschalenkatalog gilt für die ganze Schweiz und das Kostengewicht ist für einen bestimmten Fall in allen Spitälern gleich hoch.

Um den Betrag in CHF zu berechnen, der für einen bestimmten Fall vergütet wird, muss das Kostengewicht mit der Baserate (Basispreis) multipliziert werden. Die Baserate wird jeweils zwischen einem Spital und einem Versicherer bzw. einer Versicherergruppe (Tarifsuisse, HSK, CSS) verhandelt und muss vom Kanton genehmigt werden. Erfolgt keine Einigung, setzt der Kanton den Tarif fest.

Methodik

Für den Spitaltarifüberblick dieser Website sind wir folgendermassen vorgegangen:

Mithilfe der Daten aus dem SASIS Tarifpool wurden häufig abgerechnete DRG-Codes bestimmt. In einem DRG-Code können mehrere Behandlungen bzw. Eingriffe zusammengefasst sein. Vereinfacht sprechen wir immer von *einer Behandlung*.

Dabei wurden nur DRG-Codes ohne CC (Komplikationen oder Komorbiditäten = Begleiterkrankungen), ohne psychische Krankheiten sowie ohne Geriatrie berücksichtigt, welche möglichst genau definierbar waren (ohne „Andere Erkrankungen des...“, „Andere Eingriffe an ...“ etc.). Mithilfe der SwissDRG Migrationstabellen (welche die Veränderungen in den Fallgruppenzuordnungen zwischen den aufeinanderfolgenden SwissDRG-Versionen beschreiben) sowie des aktuellsten SwissDRG Fallpauschalenkatalogs konnten die aktuellen Kostengewichte bei den ausgewählten Behandlungen erhoben werden.

Da die Bezeichnung der DRG-Codes für den Laien oft unverständlich ist, haben wir die offizielle Bezeichnung in Umgangssprache vereinfacht. Es ist möglich, dass die Umgangssprache nicht ganz korrekt oder nicht ganz vollständig die offizielle Bezeichnung beschreibt. Sie ist als Hilfe für die nicht-medizinischen Nutzer gedacht. Im Zweifelsfall gilt die offizielle Bezeichnung.

Die Baserates wurden anhand der Daten der Versicherer (HSK, tarifsuisse und CSS) bzw. der Kantone bestimmt und entsprechen den zum Stichtag uns bekannten Werten. Es ist immer die im Standortkanton geltende Baserate ausgewiesen.

Leistungsangebot

Am Schwierigsten gestaltete sich die Frage, ob in einem bestimmten Spital die jeweilige Behandlung tatsächlich angeboten wird. Mithilfe des SASIS Zahlstellenregisters (ZSR) sowie den kantonalen Spitallisten konnte grundsätzlich ermittelt werden, ob der DRG-Code in eine Leistungsgruppe fällt, welche von einem Spital angeboten wird. Wir haben zudem die Spitäler schriftlich gebeten, unsere Einteilung zu überprüfen. Zahlreiche Spitäler haben geantwortet und ihre Rückmeldungen wurden integriert. Bei den Spitälern ohne Rückmeldung gehen wir, wie angekündigt, davon aus, dass unsere Einteilung korrekt ist.

Um wirklich sicherzugehen, dass ein Spital die gewünschte Behandlung anbietet, empfiehlt es sich, bei seinem Arzt oder beim entsprechenden Spital trotzdem noch nachzufragen. Denn bei einigen Spitälern ist der Leistungsauftrag an gewisse Bedingungen gebunden, eingeschränkt, zeitlich befristet, mengenmässig beschränkt oder im Verbund bzw. als Kooperationsprojekt mit anderen Spitälern. Bei Spitalgruppen mit mehreren Standorten ist es möglich, dass die Behandlung nicht bei allen Standorten durchgeführt werden kann. Ausserdem können in

einem DRG-Code mehrere Behandlungen bzw. Eingriffe zusammengefasst sein. Es ist deshalb möglich, dass nicht alle Behandlungen desselben Codes in einem Spital angeboten werden. Kinderspitäler wurden ausgeschlossen, weil sie ein anderes typisches Leistungsangebot haben.

Ausserkantonale Behandlungen

Grundsätzlich kann eine Behandlung auch in einem ausserkantonalen Spital durchgeführt werden. Einige Spitäler stehen auch auf ausserkantonalen Spitallisten. Dies wurde bei diesem Überblick nicht berücksichtigt. Bei ausserkantonalen Behandlungen, bei denen das gewünschte Spital nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons steht, muss der entsprechende Referenztarif des Wohnkantons beachtet werden. Bei teuren Spitälern ist es möglich, dass der Referenztarif des Wohnkantons überschritten wird und die Differenz selber bezahlt werden muss. Weitere Informationen (auch zu den Referenztarifen) finden Sie auf der [GDK-Übersicht kantonale Spitallisten und Spitaltarife](#).

Sonstiges

Bei Behandlungen mit Komplikationen oder Begleiterkrankungen können höhere Tarife verrechnet werden. Ausserdem kann bei überdurchschnittlich langen Verweildauern ein Zuschlag (sogenannte Langlieger) und bei unterdurchschnittlich langen Verweildauern ein Abschlag (sogenannte Kurzlieger) verrechnet werden.

Bei der Geburt und dem Kaiserschnitt wird zusätzlich zu den ausgewiesenen Kosten für die Mutter auch ein eigener Fall für das Neugeborene eröffnet. Der verrechnete Tarif für das Neugeborene ist von verschiedenen Faktoren abhängig (z.B. Geburtsgewicht) und wurde hier nicht berücksichtigt.