



Allianz Kinderspitäler der Schweiz

solutions tarifaires suisses sa  
Waisenhausplatz 25  
3011 Bern

**Zustellung via Onlinetool durch die AllKidS-Spitäler und via E-Mail an: [info@solutions-tarifaires.ch](mailto:info@solutions-tarifaires.ch)**

Basel, den 28. März 2023

**Konsultationsprozess zur Tarifversion 0.3 des ambulanten Pauschalensystems (6. Februar bis 31. März 2023)**

Sehr geehrte Damen und Herren

Die Allianz Kinderspitäler der Schweiz (AllKidS) bedankt sich für die Möglichkeit, sich bis zum 31. März 2023 zu dem aktuellen Stand des ambulanten Pauschalensystems in der Tarifversion 0.3 der solutions tarifaires suisses sa vernehmen zu lassen.

AllKidS steht der Entwicklung von ambulanten Pauschalen grundsätzlich positiv gegenüber und begrüsst den politischen Willen diesbezüglich. Die AllKidS-Spitäler beteiligen sich daher auch an der Entwicklung dieser Pauschalen (u.a. Lieferung von Daten, Mitarbeit in der AG ambulante Tarifierung innerhalb von H+, Teilnahme an der Vernehmlassung ambulantes Pauschalensystem vom 12. – 25. November 2021, Teilnahme an Workshops zu verschiedenen Arbeitspaketen des Pauschalenkatalogs im Sommer 2022).

Ziel der Entwicklung muss ein durchdachtes und nachhaltig funktionierendes Pauschalensystem sein, das die Aspekte Sachgerechtigkeit, Anwendbarkeit, Vermeidung von Fehlanreizen und Behebung der fortdauernden Untertarifierung der Behandlung komplexer Patientinnen und Patienten - insbesondere in der spezialisierten Kinder- und Jugendmedizin - adäquat berücksichtigt. Zudem kann ein Pauschalensystem nur in Zusammenhang mit einem Einzelleistungstarif die Gesamtheit der erbrachten medizinischen Leistungen abdecken. Sowohl die Entwicklung des Pauschalensystems unter Berücksichtigung der genannten Aspekte, als auch die Zusammenführung zu einem Gesamtsystem mit sachgerechtem Ergebnis ist eine Mammutaufgabe und erfordert umfangreiche Vorarbeiten.

Wie schon früher angemerkt sind grundsätzlich folgende Besonderheiten der spezialisierten Kinder und Jugendmedizin in Bezug auf ambulante Fallpauschalen zu bedenken: Die Krankheitsbilder in den ersten 18 Lebensjahren weisen ein enormes Spektrum mit sehr unterschiedlichem Behandlungsbedarf auf. Hinzu kommen die in Relation zu der Erwachsenenmedizin geringeren Fallzahlen und die besondere Bedeutung der Sprechstundenleistungen, die immer das soziale Umfeld einbeziehen müssen. All das erschwert die Entwicklung von sachgerechten Pau-



## Allianz Kinderspitäler der Schweiz

schalen und lässt einen Einzelleistungstarif in der Kinder- und Jugendmedizin in wesentlichen Bereichen sinnvoller erscheinen. Dies gilt sowohl aus Sicht der Leistungserbringer, als auch aus der Sicht der Kostenträger. Pauschalen können dort ihre Berechtigung haben, wo es hohe Fallzahlen, einen klar definierten Leistungsumfang und einen gut abgrenzbaren Aufwand gibt. Ein geeignetes Beispiel sind standardisierte ambulante Eingriffe in der Kinderchirurgie, die in der heutigen Tarifstruktur TARMED stark untertarifert sind.

Neben den positiven Aspekten der bisherigen Arbeiten – insbesondere die sehr engagierte Arbeit der Beteiligten in der AG ambulante Tarifierung möchten wir hier erwähnen – muss daher auf gravierende Mängel im Ablauf der Erarbeitung der Pauschalen und in der Teilhabe der (berechtigten) Anspruchsgruppen hingewiesen werden. Zu kurze Vernehmlassungsfristen; Einberufung von Workshops mit den Vertretern der verschiedenen Stakeholder, die dann ohne ausreichende Berücksichtigung der Anliegen abgebrochen werden; Erweiterung des Pauschalenkatalogs auf rund 500 Pauschalen, die selbst den von der solutions tarifaires suisses (sts) verabschiedeten Grundsätzen für die Pauschalierung von Leistungen teilweise widersprechen und auch der Datenspiegel, der erst sehr spät im Verlauf der aktuellen Vernehmlassungsfrist zur Verfügung gestellt wurde, sind zu nennende problematische Punkte.

Klar ist, dass die Erarbeitung sachgerechter Konzepte und anwendbarer Pauschalen ihre Zeit in Anspruch nimmt. Die gravierenden Probleme, die bei der Einführung der Swiss-DRG Pauschalen 2012 in der Abbildung der Kinder- und Jugendmedizin bestanden und in mühevoller Arbeit erst innerhalb von 10 Jahren einigermaßen korrigiert werden konnten, dürfen sich in keinem Fall wiederholen. Dies kann in niemandes Interesse sein und widerspricht auch klar dem politischen Willen die tarifarische Abbildung der spezialisierten Kinder- und Jugendmedizin zu verbessern.

### Teil 1: Rückmeldungen zum Definitionshandbuch / Katalog ambulante Pauschalen

#### Thema 1.1: Umfang

**Ihre Rückmeldung:** Der Pauschalenkatalog der Version 0.3 umfasst nun rund 500 Pauschalen. Die Erweiterung des Katalogs im Vergleich zu den Vorversionen ist teilweise nicht nachvollziehbar und widerspricht selbst den eigenen Grundsätzen der sts im Dokument Regeln und Definitionen: „Interventionelle Leistungen, welche rein der Diagnostik dienen, können von der Abbildung über die Pauschalen ausgeschlossen werden. Dies gilt insbesondere auch für die Funktionsdiagnostik.“ (Seite 9). Trotz klar ablehnendem Votum auch in den Workshops zum Fallpauschalenkatalog (Durchführung April – Juli 2022) findet sich nun z.B. zahlreiche Funktionsdiagnostik doch im Katalog. Das ist unverständlich. Die komplexen, kostenintensiven und heterogenen Behandlungen der spezialisierten Kinder- und Jugendmedizin werden dadurch auf nicht sachgerechte Weise abgebildet. Dies betrifft quasi alle Kapitel des Katalogs. Auch die Pauschalierung vergleichsweise einfacher interventioneller diagnostischer oder therapeutischer Verfahren, wie z.B. der „Lumbalpunktion od. Suboccipitalpunktion (C01.50C)“ in Cap01: Nervensystem verkennt die Komplexität der medizinischen Behandlung und die Heterogenität der Aufwände.

Auflistung betroffener Pauschalen (nicht abschliessend): C01.50C, C01.75Z, C01.70A, C01.70B, C01.70C, C01.70D, C01.71Z, C01.80A, C01.80B, C01.80C, C03.80A, C03.80B, C03.85Z, C04.51D, C04.61A, C04.61B



## Allianz Kinderspitäler der Schweiz

C04.61C, C04.70A, C04.70B, C04.70C, C04.70D, C04.70E, C04.80A, C04.80B, C05.50A, C05.50B, C05.50C  
C05.55Z, C05.60Z, C05.61A, C05.61B, C05.61C, C05.80Z, C05.81Z, C05.90Z, C11.51C.  
C11.51D, C11.80A, C11.80B, C11.80C, C11.80D

→ **Forderung: Vollständige Überarbeitung des Katalogs mit Streichung der Funktionsdiagnostik und anderer einfacher interventioneller diagnostischer oder therapeutischer Verfahren.**

### Thema 1.2: Beurteilung der gemäss Datenspiegel für die Kinder- und Jugendmedizin relevanten Pauschalen

**Ihre Rückmeldung:** Die Beurteilung erfolgt anhand des Anhangs 1: Ambulante Pauschalen V0.3 – für Kindermedizin relevante Pauschalen gemäss Datenspiegel:

Gemäss den Daten finden sich 19 Pauschalen, die vorwiegend Kinder und Jugendliche betreffen. Zudem 30 Pauschalen die mehrheitlich oder in relevantem Umfang Kinder und Jugendliche betreffen. Insgesamt zeigt sich ein sehr heterogenes Bild von Pauschalen aus verschiedenen Kapiteln.

Dazu sind folgende Punkte festzuhalten:

- Wie schon angemerkt wird die Pauschalierung von Funktionsdiagnostik und einfacher interventioneller diagnostischer oder therapeutischer Verfahren abgelehnt.
- Aktuell zeigt sich bzgl. der Abdeckung der medizinischen Leistungen durch Pauschalen in den verschiedenen Fachgebieten ein Flickenteppich. Ergänzend muss ein Einzelleistungstarif zur Anwendung kommen. Die Anwendung/Planbarkeit im Alltag erscheint so kaum möglich. Die Definitionen und Abgrenzungskriterien der Pauschalen erscheinen sehr inhomogen.  
→ Der Einbezug der medizinischen Fachgesellschaften/medizinischer Fachspezialisten, um medizinisch sinnvolle Pauschalen zu definieren ist dort wo noch nicht oder nur unzureichend erfolgt dringend nachzuholen. Die Expertise der Personen, die die Leistung direkt erbringen, muss in die Pauschalen einfließen. Nur so kann das Ziel die ambulante Tarifierung mittels Pauschalen sachgerecht und einfach anwendbar zu gestalten, erreicht werden.
- Fallanzahl zur Kalkulation: Einige Pauschalen wurden anhand geringer oder sehr geringer Fallzahlen berechnet. Die Aussagekraft der errechneten Kostengewichte ist sehr eingeschränkt und müsste zunächst noch mit weiteren Daten validiert werden.
- Der Median der Kosten bestimmter Pauschalen liegt gemäss Berechnung teilweise deutlich unter den Kosten in den AllKidS-Spitälern (Bsp. C03.20A Adenoid- od. Tonsillektomie). Es besteht die Vermutung, dass durch die Datenselektion oder andere Faktoren günstige Fälle bei der Berechnung bevorzugt wurden.

→ **Forderung: Besserer Einbezug der Fachgesellschaften/medizinischer Fachspezialisten, um auch medizinisch sinnvolle Pauschalen zu konzipieren. Vereinheitlichung von Definitionen und Abgrenzungskriterien der Pauschalen. Disziplinen-übergreifende kinderspezifische Konzeption.**

### Thema 1.3: Altersplits

Wir bedanken uns für das Augenmerk, das auf das Thema gelegt wurde. Auch wenn für die Pauschalen im Katalog, die aktuell gemäss Daten bei Kindern und Jugendlichen erbracht werden, die Prüfung auf Altersplits erfolgt ist und diese ergeben haben, dass die pauschalierten Leistungen bei Kindern und Jugendlichen häufig keine relevanten Kostenunterschiede aufweisen, bestehen doch Zweifel, ob das in der Realität tatsächlich so ist.

Diese Zweifel begründen sich auf folgende Punkte (siehe dazu auch Teil 3 allgemeine Rückmeldungen):

- Verwendete Daten sind inhomogen und nicht für die Erarbeitung von Pauschalen konzipiert.
- Die Datenselektion bevorzugt einfache Fälle: Es wurden nur Daten verwendet, die einen Patientenkontakt pro Tag gemäss Definition beinhalteten. Aus der klinischen Erfahrung ist es so, dass die kostenintensiven Behandlungen von chronisch kranken, multimorbiden oder an einer seltenen Krankheit leidenden Patientinnen und Patienten meist viele Patientenkontakte pro Tag umfassen (kombinierte Sprechstundentermine, kombinierte Eingriffe).

→ **Forderung: Verbesserung der Datenbasis und erneute Beurteilung der Altersplits im Verlauf.**

### Teil 2: Rückmeldungen zu Regeln und Definitionen

#### Thema 2.1: Fortschritte

**Ihre Rückmeldung:** Grundsätzliche erachten wir die Konzeption der Pauschalen nach dem DRG-Prinzip und den kostendatenbasierten Ansatz als geeignet. Im Vergleich zur Vorversion des ambulanten Pauschalensystems sind positive Entwicklungen erkennbar. Die Konzipierung als Tagespauschale mit einer Pauschale pro Fachgebiet im Spital und die möglichen Kombinationen von Pauschalen und Einzelleistungstarif bei Behandlung in verschiedenen Fachgebieten sind begrüssenswert und kommen der Realität der Leistungserbringung in den Spitälern näher. Auch die Tatsache, dass für die Abgrenzung der Fachgebiete die Pädiatrie die Fachbereiche der Erwachsenenmedizin anwenden kann ist grundsätzlich positiv (unklar ist jedoch wie eine Zusammenführung mit dem Dignitätskonzept des TARDOC aussehen soll).

#### Thema 2.2: Zugeordnete Leistungen

**Ihre Rückmeldung:** Gemäss den Unterlagen sollen folgende Leistungen in den Pauschalen beinhaltet sein:

- Alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen des Patientenkontakts in der jeweiligen Fachklinik/dem jeweiligen Leistungserbringer (an einem Tag)
- Leistungen in Abwesenheit (bis max. 30 Tage nach Kontakt), Berichte, Pathologie- und Laborleistungen (Laborleistungen auch wenn sie zu späterem Zeitpunkt abgenommen werden)
- Radioonkologie: sämtliche die Bestrahlung vorbereitenden Leistungen
- Behandlungen in zwei Fachrichtungen bzgl. derselben Diagnose (inkl. Radiologie-Leistungen)

Insbesondere für die Pathologie- und Laborleistungen sehen wir das als problematisch an. Externe Laborleistungen sind heute in die Kalkulation der Pauschalen nicht eingeflossen. Je nach Krankheitsbild/Diagnose zeigen die

Pathologie- und Laborleistungen eine erhebliche Schwankungsbreite bzgl. Umfang und Kosten. Mag das im stationären Bereich aufgrund der insgesamt grösseren Einheit der Pauschale weniger ins Gewicht fallen, ist das im ambulanten Bereich momentan ein unkalkulierbares finanzielles Risiko für den Leistungserbringer. Das gilt sowohl für die Kostendeckung der Pauschale, als auch bezüglich des Ausfallrisikos, d.h. wenn der Leistungserbringer die externen Laborkosten bezahlt, die Abgeltung der Pauschale an ihn dann aber ausbleibt.

Auch für Medikamente und Materialien muss die aktuell geplante Regelung nochmals geprüft werden. Eine Zusatzentgelt-Liste wurde bislang noch nicht definiert und kann daher nicht beurteilt werden.

**→ Forderung: Die Datenbasis für eine geeignete Regelung, insbesondere bei den Laborleistungen, muss zunächst geklärt werden. Der Einschluss von Laborleistungen, die im Rahmen des Patientenkontakts am Behandlungstag direkt am Patienten erbracht werden und deren Ergebnisse umgehend zur Verfügung stehen (z.B. Point-of-Care-Testing) könnte sinnvoll sein. Bei allen anderen Untersuchungen sollte eine separate Verrechnung weiterhin möglich sein. Auch für Medikamente und Materialien muss die aktuell geplante Regelung überdacht werden.**

Nicht in den Pauschalen beinhaltet sollen sein:

- Gutachten, Akten- und Bildkonsilien und Tumorboards/ärztliche Expertenboards/interdisziplinäre Boards
- Labile und stabile Blutprodukte
- Mitgegebene Heilmittel
- Implantate in Fallgruppen mit entsprechender Kennzeichnung im Katalog ambulante Pauschalen

Ob die aktuelle Kennzeichnung der Fallgruppen, in denen Implantate nicht in der Pauschale beinhaltet sein sollen sachgerecht ist oder ob weitere hinzukommen müssten, kann im Einzelnen nicht nachvollzogen werden. Auch der genaue Umfang der übrigen genannten Leistungen kann nicht nachvollzogen werden

### **Thema 2.3: Berücksichtigung von Nebendiagnosen und von Mehrfacheingriffen**

**Ihre Rückmeldung:** Eine grundlegende Frage in der Konzeption der Pauschalen, die noch nicht geklärt ist, ist die Berücksichtigung von Nebendiagnosen, die mit einem erhöhten Aufwand in der Behandlung einhergehen, oder der Umgang mit Mehrfacheingriffen, wie sie in der spezialisierten Kindermedizin regelhaft vorkommen, um den Kindern und Jugendlichen unnötige Spitalbesuche und Narkosen zu ersparen und Kosten zu vermeiden.

### **Thema 2.4: Definition/Ergänzung Leistungserbringer**

**Ihre Rückmeldung:**

Pflegefachpersonen sollten als Leistungserbringer im ambulanten Setting ergänzt werden. Neue Rollen, wie der Einsatz von Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten APN, werden in Zukunft immer wichtiger werden und können auch zur Kostensenkung im Gesundheitswesen beitragen, diese sollten ebenfalls berücksichtigt werden.

Für die Behandlung auf Notfallstationen muss eine sachgerechte Lösung gefunden werden. Entweder mittels Definition als Leistungserbringer mit eigenem Patientenkontakt oder mittels Abrechnung der erbrachten Leistungen über den Einzelleistungstarif. Die momentan vorgesehene Zusammenfassung von Notfallbehandlung und weiterer ambulanter medizinischer Versorgung (siehe Beispiel 5.2 im Dokument Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter dem ambulanten Pauschalensystem, S.20) ist nicht praktikabel und wird zu einer Untervergütung führen.

### Teil 3: Allgemeine Rückmeldungen

#### Thema 3.1: Datengrundlage

**Ihre Rückmeldung:** Die Datenqualität, die zur Erarbeitung dieser Pauschalen verwendet wurde ist mangelhaft. Das liegt daran, dass die verwendeten Daten bzgl. Fallführung/Kostenabgrenzung inhomogen und unvollständig sind (Bsp. externe Laborkosten) und nicht für die Erarbeitung von Pauschalen konzipiert wurden. Es wurden zudem nur Daten von einer - bemessen an der Gesamtzahl - geringen Anzahl Spitäler und nur rund 15% der insgesamt gelieferten Fälle verwendet. Daten von Leistungserbringern ausserhalb des Spitals fehlen gänzlich. Besonders problematisch ist dies, da bei den aktuellen Arbeiten immer wieder auf den „streng Kostendaten-basierten Ansatz“ der Pauschalen verwiesen wurde/verwiesen wird. Auf Basis der mangelhaften Daten sind daher Pauschalen entstanden, die zwangsläufig Mängel in der Konzeption und in der Bewertung aufweisen. Dies gilt es zu korrigieren. Die genauen Regeln und Definitionen und der Umfang der Pauschalen müssen dafür klar sein. Umfangreiche Anpassungen in Fallführung und Kostenabgrenzung sind dafür notwendig, die die Leistungserbringer vor enorme Hausforderungen stellen. Nur so könnten valide Pauschalen entstehen und eine Fehlregulierung vermieden werden.

#### Thema 3.2: Fehlende Konzepte

**Ihre Rückmeldung:** Wir sehen aktuell noch zahlreiche ungeklärte Fragen bezüglich des Pauschalensystems. Zudem sind Fragen der Anwendung im Alltag noch nicht geklärt und die technische Umsetzung noch ausstehend:

1. Technische Umsetzung und Vermeidung Mehraufwand Codierung/Leistungserfassung, sowohl im Spital, als auch in der freien Praxis.
2. Zusammenführung ambulante Pauschalen/TARDOC, Gesamtansicht ambulantes Pauschalensystem und Einzelleistungstarif.
3. Kostenneutralitätskonzept, Grundfragen der Berücksichtigung der politisch gewollten Verschiebung von Leistungen in den ambulanten Bereich und Behebung der chronischen Unterfinanzierung im ambulanten Bereich weiterhin ungelöst.

#### Thema 3.3: Aussagen zu den finanziellen Auswirkungen

**Ihre Rückmeldung:** Bezüglich der finanziellen Auswirkungen sind weiterhin nur eingeschränkt Aussagen möglich. Zwar werden für die rund 500 ambulanten Pauschalen Kostengewichte angegeben, die Berechnung kann jedoch aufgrund der erst Mitte März erfolgten Veröffentlichung des Datenspiegels nicht im Einzelnen nachvollzogen

werden. Externe Laborkosten sind in den verwendeten Kostendaten der Spitäler nicht enthalten, sollen aber in den Pauschalen beinhaltet sein. Weiter ist ohne Basispreise keine Einschätzung möglich, welche Ertragsveränderungen durch das System generiert werden. Immerhin findet sich die Angabe, dass rund 40% der Patientenkontakte und 60% der Kosten des Gesamtvolumens durch die Pauschalen abgedeckt sein sollen. Im Bericht zur Entwicklung der Tarifstruktur ist unter 6.3 ein Deckungsgrad für Kinder und Jugendliche unter 16 Jahre von 101% angegeben, nachvollziehen lässt sich die Kalkulation aufgrund fehlender weiterer Informationen jedoch nicht.

### Thema 3.4: Baserate

**Ihre Rückmeldung:** In dem ambulanten Pauschalensystem ist die Trennung von Tarifstruktur und Preis vorgesehen. Die Preisfestlegung soll mittels Baserate erfolgen. Wichtig ist hier, dass differenzierte Baserates für die einzelnen Leistungserbringer verhandelt werden können. Die Einführung von differenzierten Baserates muss geordnet erfolgen und nach Regeln, die vorab durch die Tarifpartner verabschiedet wurden. Eine finanzielle Planungssicherheit für die Leistungserbringer muss gegeben sein.

**Fazit zum Gesamtsystem:** Im Vergleich zur Vorversion zeigen sich Fortschritte im System der ambulanten Pauschalen. Die unzureichende Datenbasis und ungelöste grundlegende Fragen lassen eine abschliessende Beurteilung nicht zu. Wir bleiben daher bei unserer Einschätzung vom November 2021, dass die Einführung im jetzigen Entwicklungsstand nicht möglich ist und sich aus unserer Sicht zwangsläufig nachteilig auf die ambulante Tarifierung auswirken wird, u.a. in den Aspekten Sachgerechtigkeit und Anwendbarkeit der Pauschalen, Risiko von Fehlanreizen und Untertarifierung. Die Arbeiten sollten fortgesetzt werden bis ein valides System entstanden ist.

Freundliche Grüsse



Marco Fischer  
CEO UKBB  
Präsident AllKids



Georg Schäppi  
CEO Universitäts-  
Kinderspital Zürich



Guido Bucher  
CEO Ostschweizer  
Kinderspital

Anhang: Ambulante Pauschalen V0.3 – für Kindermedizin relevante Pauschalen gemäss Datenspiegel