

Berufsverband der Schweizer Ophthalmochirurgie
Association Professionnelle Suisse d'Ophthalmochirurgie
Associazione Professionale Svizzera d'Ophthalmochirurgia

STELLUNGNAHME ZUR VERNEHMLASSUNG DES AMBULANTEN PAUSCHALENSYSTEMS DER SOLUTIONS TARIFAIRES SUISSES

An
solutions tarifaires suisses sa
Moosstrasse 2
CH-3073 Gümliigen
Per E-Mail: info@solutions-tarifaires.ch

Von
Berufsverband der Schweizer Ophthalmochirurgie
Bahnhofstrasse 13
CH-8808 Pfäffikon SZ
Per Email: sekretariat@bsoc.ch



Pfäffikon SZ, 25. November 2021

Sehr geehrte Damen und Herren

Der Berufsverband der Schweizer Ophthalmochirurgie (BSOC) dankt Ihnen für die Gelegenheit, im Rahmen der Vernehmlassung zum ambulanten Pauschalensystem Stellung nehmen zu können.

Wie Sie den nachfolgenden Ausführungen entnehmen können, begrüsst der BSOC im Grundsatz die Bemühungen um die Schaffung eines neuen ambulante Pauschalensystems. Allerdings stellen sich aus unserer Sicht einige grundsätzliche Fragen, die sich über das bereitgestellte Online-Tool für die Vernehmlassung nicht in geeigneter Form abbilden lassen. Wir gestatten uns daher, in Ergänzung zu unserem Feedback und Input über das Online-Tool die vorliegende schriftliche Stellungnahme einzureichen, welche in vier Abschnitten gegliedert ist:

1. Vorbemerkungen
2. Konkrete Aspekte des vorgeschlagenen ambulanten Pauschalensystems
 - A. Allgemeine Aspekte
 - B. Medizinische Aspekte zum Pauschalenkatalog für Krankheiten und Störungen des Auges
 - C. Offene und noch zu definierende bzw. prüfende Aspekte
3. Konkrete Vorschläge für die Einreichung auf Ende Jahr 2021
4. Schlussbemerkungen

Die Mitglieder des Berufsverbandes der Schweizer Ophthalmochirurgie (BSOC) engagieren sich für ein nachhaltig funktionierendes und qualitativ hochstehendes Gesundheitssystem in der Schweiz. Um dies sicherzustellen, ist eine sachgerechte Vergütung der Leistungserbringung bzw. eine adäquate Tarifierung zentral. Die Mitglieder des Berufsverbandes der Schweizer Ophthalmochirurgie (BSOC) sind sich der gesellschaftlichen und politischen Verantwortung im Umgang mit Sozialversicherungen bewusst und berücksichtigen die Grundsätze der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit.

Der Berufsverband der Schweizer Ophthalmochirurgie ist als Vertreter der Augenchirurginnen und Augenchirurgen in der Schweiz bereit, an den weiterführenden Entwicklungsarbeiten eines zukünftigen ambulanten Pauschalensystems beizutragen, und ist offen-kooperativ, ehrlich-transparent und kompromissbereit, sofern die Tarifpartner unsere Vision einer nachhaltigen, qualitativ hochstehenden und sachgerecht-vergüteten Leistungserbringung für die Schweizer Bevölkerung teilen.

Hochachtungsvoll und mit freundlichen Grüssen

Prof. Dr. Dr. med. Michael Thiel
BSOC Präsident

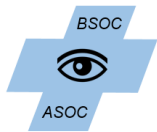
Prof. Dr. med. Jörg Stürmer
BSOC Vorstand

Dr. med. Marco Bianchetti
BSOC Vorstand

Gennaro Lanzetta, Dipl. Ing. ETH
BSOC Sekretariat

mit Kopie an den Delegiertenrat der FMCH Fachgesellschaften und Ärzteorganisationen

Stellungnahme zur Vernehmlassung des Ambulanten Pauschalensystems der *solutions tarifaires suisses*



1. Vorbemerkungen

- ❖ Der BSOC unterstützt im Grundsatz die Einführung eines ambulanten Pauschalensystems im Schweizer Gesundheitswesen. So hat der BSOC auch von Anfang an die inhaltliche Erarbeitung von freiwilligen Pauschalen unter der Regie von santésuisse und FMCH stets unterstützt. Die allerersten Pauschalen der santésuisse/FMCH waren auch Pauschalen für ophthalmochirurgische Eingriffe.
- ❖ Die Systempräsentation vom 26.10.2021 hat das neue «Ambulante Pauschalensystem» in den Grundzügen und Konzepten vorgestellt. Der BSOC hat diese Vorstellung begrüsst als Schritt Richtung Professionalisierung des Entstehungsprozesses von Tarifen, als Schritt Richtung mehr Transparenz und Nachvollziehbarkeit von Tarifen, und als Schritt in die Öffentlichkeit gegenüber Behörden, Krankenkassenverbänden, Spitälern, Ärzteorganisationen und letztendlich Patienten.
- ❖ Die hochgesteckten Erwartungen, welche die Systempräsentation hervor gebracht hat, sind mit dem vorliegenden Entwurf des «Ambulanten Pauschalensystems» der *solutions tarifaires suisses* fürs Erste jedoch leider nicht bzw. nur ungenügend erfüllt worden:
 - Die Fachgesellschaften und Ärzteorganisationen sind in der Auswahl, Definition und Erarbeitung des Fallpauschalenkatalogs und der Kostengewichte nicht bzw. viel zu spät involviert worden.
 - Das Zeitfenster von weniger als 2 Wochen für die Vernehmlassung eines neuartigen umfassenden Pauschalensystems mit über 300 Pauschalen und Kostengewichten sowie nahezu 3'800 zu streichenden TARMED-Positionen ist viel zu kurz und unrealistisch bzw. unmöglich machbar.
 - Die gesamte Dokumentation befindet sich noch im Entwurfstadium und hat noch wesentliche Mängel und Lücken, die erst nach gründlicher Erarbeitung und Prüfung gemeinsam mit Spezialisten der Fachgesellschaften und Ärzteorganisationen genehmigungsfähig wird.
 - Die für die Vernehmlassung zur Verfügung gestellten Online-Plattform erlaubt keine differenzierte Eingabe von Feedback. Deshalb reichen wir unsere Stellungnahme in dieser Form ein, anstatt über die Online-Plattform.

2. Stellungnahme zu Konkreten Aspekten des vorgeschlagenen Pauschalensystems

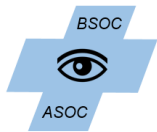
A) Allgemeine Aspekte

Fehlendes Dignitätenkonzept

Den vorliegenden Vernehmlassungsunterlagen ist nicht zu entnehmen, ob es auch weiterhin ein Dignitätskonzept geben und wie dieses ggf. umgesetzt werden soll. Ein entsprechendes Konzept muss zwingend Bestandteil eines ambulanten Tarifs und/oder ambulanten Pauschalensystems sein. Nur so kann eine hohe medizinische Qualität in der ambulanten Versorgung sichergestellt werden. Zudem sieht der BSOC bei einem fehlenden Dignitätskonzept die Gefahr einer massiven Mengenausweitung, da ohne ein solches Selbstzuweisungen für ophthalmologische Untersuchungen und ophthalmochirurgische Eingriffe ermöglicht werden.

Definition «Ambulanter Fall»

Aus Sicht des BSOC wurden bei der beschriebenen Definition die Unterschiede zwischen dem Spital- und dem Niedergelassenen-Bereich zu wenig berücksichtigt. So wird im Spital eine fachärztliche Abklärung/Untersuchung in Verbindung mit einem ophthalmochirurgischen Eingriff durch denselben Leistungserbringer (das Spital) erbracht, wodurch nur eine Pauschale abgerechnet werden könnte. Die gleiche Konstellation aus Augenarzt*in und Augenchirurg*in wäre im Bereich der Niedergelassenen jedoch in den meisten Fällen auf zwei getrennte Leistungserbringer verteilt, wodurch dann jeder Leistungserbringer eine Pauschale abrechnen dürfte.



Systematik des Grouping bei mehreren Prozeduren

Die Systematik des Grouping ist auf Folie 10 der Präsentation zur Vernehmlassung schematisch dargestellt. Aus dieser sehr vereinfachten Darstellung entspringen viele Fragen hinsichtlich der praktischen Umsetzung des Grouping und der Kodierung. Welche Faktoren entscheiden darüber, welche Pauschale am Ende abgerechnet werden darf? Wie kann gewährleistet werden, dass die Aufwände der konservativen Diagnostik adäquat vergütet werden, sofern während desselben Patientenkontakts, z.B. während eines chirurgischen Eingriffes gleichentags, eine andere Fallpauschale getriggert wird? Beispiel: «Scanning-Laser mit Konsultation (C50B)» kombiniert mit «Eingriffe an Retina, Choroidea, Glaskörper und hinterer Augenkammer» (C03Z) und kombiniert mit «CT» (C75E) am gleichen Tag. Auch die Systempräsentation liefert zu dieser Frage keine konkreten Hinweise.

Fehlende Hintergrundinformation zur Bewertung des Tarifs

Das Konzept von DRG-Pauschalen im ambulanten Bereich ist ein vollkommen neuer Ansatz, der viele Detailfragen aufwirft. Aus diesem Grund ist es zwingend erforderlich, genauere Informationen zu den Herleitungen der einzelnen Fallgruppen zu erhalten. Nur wenn die Systematik und die zugrundeliegenden Daten der Herleitung der Fallgruppen bekannt sind, ist auch eine qualifizierte Prüfung der inhaltlichen und medizinischen Richtigkeit sowie der Höhe der Kostengewichte möglich.

Grundsätzliche Kritik an der Berechnungsgrundlage

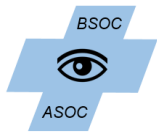
- ❖ Gemäss der Systempräsentation wurden die Kostengewichte auf Basis der Kostendaten der ambulanten tagesklinischen Fälle der Spitäler ermittelt. Leider lässt sich aufgrund der vorliegenden Informationen nicht sagen, wie die Analyse im Detail aussah.
- ❖ Derzeit fehlt bei den allermeisten vorgeschlagenen Pauschalen diese detaillierte Beschreibung, welche aus unserer Sicht noch mit den Spezialisten der Fachgesellschaften und Ärzteorganisationen im Detail erarbeitet werden muss. Ohne detaillierte Beschreibung einer Fallpauschale (Umfang, Inhalt, Tätigkeiten des Arztes und Assistenzpersonals, Anästhesie, Implantate, Materialien, Hilfsmittel, Medikamente, Re-Operationen, etc.) ist eine Ableitung/Berechnung des Kostengewichtes aus den stationären Basisdaten nicht möglich.

Inkonsistente und fehlerhafte Informationen zu den TARMED-Triggerpositionen

- ❖ In der nachgelieferten vorliegenden Liste der TARMED-Triggerpositionen gibt es viele Inkonsistenzen und offensichtliche Fehler, darunter hier die augenscheinlichsten Inkonsistenzen:
 - Die beidseitige Kataraktoperation kann nicht in ein und dieselbe Fallgruppe bzw. Fallpauschale (C08B) fallen wie die einseitige Kataraktoperation! Für die beidseitige Kataraktoperation wird eine separat zu berechnende Fallpauschale benötigt.
 - Die zur Kataraktoperation zugehörigen Narkose (MAC) bei Kataraktoperation muss unter die Fallgruppe «Kataraktoperation» (C08B) subsumiert und in der entsprechenden Fallpauschale einberechnet werden, und darf nicht separat in die Fallgruppe «Andere Eingriffe an der Linse» (C08C) fallen, bzw. muss allenfalls entsprechend in beiden Fallgruppen C08B und C08C reflektiert bzw. einberechnet werden.
 - Es gibt noch weitere Inkonsistenzen und Fehler, welche in Zusammenarbeit mit Spezialisten der Ophthalmochirurgie nachgebessert bzw. korrigiert werden müssen, bevor die Fallpauschalen genehmigungsfähig sind.

Fehlende Informationen zur betriebswirtschaftlichen Bewertung des Tarifs

- ❖ In den vorliegenden Vernehmlassungsunterlagen findet sich kein direkter Hinweis auf die mögliche Grössenordnung der Baserate. Die Baserate ist notwendig sowohl für eine betriebswirtschaftliche



Analyse wie auch für die Berechnung der zukünftigen Vergütung einzelner Fallpauschalen. Hier wäre eine klare Positionierung der solutions tarifaires suisses zwingend.

- ❖ Neben einer Einschätzung zur Höhe der Baserate besteht auch die Frage, wie die Baserate zustande kommt, wer diese festlegen kann bzw. verhandelt, und welches die Konfliktlösungsmechanismen sind (Stichwort Festsetzungsverfahren). Die Baserate soll auch nach Leistungserbringer verschieden ausfallen, z.B. niedergelassene Praxis versus Privatklinik versus Spital mit Weiterbildungsauftrag versus Universitätsklinik. Nur so kann durch den BSOC geprüft werden, ob der Tarif auch wirtschaftlich, sprich kostendeckend, ist.

Liste der nahezu 3'800 zu streichenden TARMED-Positionen

- ❖ Die Liste kann ohne eine präzise Definition der Pauschalen nicht auf Sinnhaftigkeit und Vollständigkeit geprüft werden. Auch muss geprüft werden, ob tatsächlich alle zu streichenden TARMED-Positionen überhaupt gänzlich gestrichen werden können und nicht im Kontext von spezifischen Behandlungen ausserhalb von Pauschalen deren Verwendung trotzdem notwendig wird.
- ❖ Vielmehr ist eine Liste der zu streichenden TARDOC-Positionen zu erstellen, damit das ambulante DRG-Pauschalensystem zukünftig kompatibel ist mit dem Einzelleistungstarif TARDOC. Eine solche Liste fehlt jedoch derzeit gänzlich.

Regeln und Definitionen zur Fallberechnung ambulanter Pauschalen

- ❖ Zu Punkt 1.1.: Das BFS hat bei Fragen der Tarifpflege aktuell Reaktionszeiten >3 Monate (ohne konkrete Bearbeitung, lediglich Rückbestätigung Erhalt) und ist unserer Meinung nach entsprechend nicht geeignet für Entwicklung und Pflege eines ambulanten Pauschalensystems.
- ❖ Zu Punkt 1.2.: Notfallstationen versorgen im klinischen Alltag wegen Bettenmangel auf Intensiv- und anderen Pflegestationen häufig auch stationäre Patienten. Aufgrund dieser Tatsache ist folgende Definition problematisch:

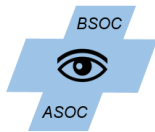
«Die Kriterien (5) „Nacht“ und „Bettbelegung“ sind nicht trennbar. Mit anderen Worten muss die Behandlung von weniger als 24 Stunden die Kriterien „Nacht“ und „Bettbelegung“ erfüllen, damit sie als stationäre Behandlung erfasst und verrechnet werden kann.»

- ❖ Zu Punkt 1.3:

«Ein Leistungserbringer versteht sich gemäss den Definitionen Art. 36, Art. 36a oder Art. 39 KVG.»

Sind mehrere subspezialisierte Leistungserbringer an der gleichen Klinik tätig, welche mit einer einheitlichen ZSR-Nummer abrechnen, (z.B. Netzhautchirurg und Neuroophthalmologe einer Augenklinik, oder Neurologe und Onkologe eines Kinderspitals) so müssen mehrere Fallpauschalen am gleichen Tag in Rechnung gestellt werden können. Muss z.B. bei einem Kind Leistungen in Narkose erfolgen, so werden diese sinnvollerweise zeitlich von den unterschiedlichen Leistungserbringern gemeinsam koordiniert, was einen erheblichen Mehraufwand und Zeitverlust für den einzelnen Leistungserbringer darstellt. Wenn dann nur eine einzige Fallpauschale abrechenbar ist, dann werden in Zukunft alle Untersuchungen in separaten Narkosen an unterschiedlichen Daten erfolgen müssen. Deshalb muss für jede Diagnose und jeden Leistungserbringer eine eigene Fallpauschale am gleichen Leistungstag abrechenbar sein.

- ❖ Zu Punkt 1.4. ambulanter Fall und inkludierte Leistungen
 - In einem effizienten ambulanten System können mehrere medizinische Probleme innerhalb eines Tages gelöst werden. So sollten auch mehrere Fallpauschalen am gleichen Tag abgerechnet werden können.
 - Inkludierte Berichte: In der Fallpauschale sind Berichte inkludiert. Ob für nicht-chirurgische Leistungen ein Bericht notwendig ist und erfolgen soll, ist abhängig von der spezifischen Situation



des Patienten und damit vom ärztlichen Ermessen. Wird ein Bericht in der Fallpauschale generell inkludiert, werden in Zukunft keine oder nur noch automatisch generierte Minimalberichte erfolgen. Berichte sind für die Kommunikation mit dem Patienten, dem Kostenträger und zur Abstimmung unter den Leistungserbringern essentiell. Berichte müssen separat abrechenbar sein, sonst entstehen falsche Anreize und eine Nachverfolgung/Kontrolle wäre überaus aufwändig und nahezu unmöglich.

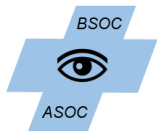
- Inkludierte klinische Pathologie: Sind die Kosten für eine histopathologische Aufarbeitung eines Resektates in der Fallpauschale inkludiert und gehen damit direkt auf Kosten des Fallpauschaleninhabers, dann werden in Zukunft wohl keine oder nur noch sehr selten histopathologische Untersuchungen erfolgen. Um die medizinische Behandlungsqualität gegenüber dem Patienten zu sichern, müssen Leistungen der klinischen Pathologie separat abrechenbar sein, sonst entstehen falsche Anreize und eine Nachverfolgung/Kontrolle wäre überaus aufwändig und nahezu unmöglich.
- Inkludierte Analysen: Analog zur inkludierten klinischen Pathologie werden inkludierte Analysen dazu führen, dass diese nicht mehr oder zumindest nicht mehr am Tage der Fallpauschale erfolgen werden. Das führt zu einem Leistungsabbau. Wie wird unterschieden, ob eine Analyse durch einen anderen Leistungserbringer am gleichen Tag im Zusammenhang mit einer Fallpauschale, oder nur zufällig am gleichen Tag erfolgte? Die Blutentnahme mit Analyse im Rahmen einer chirurgischen Fallpauschale kann auch zufällig am gleichen Tag mit einer Blutentnahme eines völlig anderen Leistungserbringers bezüglich einer anderen Leistung erfolgen. Auch hier fordern wir eine separat abrechenbare Fallpauschale.
- Implantate, Material, Hilfsmittel und Medikamente – Aus der Formulierung geht hervor, dass Implantate, Material, Hilfsmittel und Medikamente in der Fallpauschale inkludiert sind. Da bedarf es einer Spezifizierung „Nur Implantate, Material, Hilfsmittel und Medikamente, deren Verwendung und Abgabe im unmittelbaren Zusammenhang mit der Fallpauschale und für den Tag der Fallpauschale erfolgt, sind in der Fallpauschale inkludiert“. Medikamente und Hilfsmittel, die auch nach dem Leistungstag der Fallpauschale vom Patienten verwendet werden, sind somit nicht in der Fallpauschale inkludiert. Ansonsten wird das dazu führen, dass z.B. nur noch wenige Tabletten eines Medikamentes abgegeben werden und der Patient die restlichen Medikamente am Folgetag abholen muss.
- Überschreiten die Kosten für ein therapeutisches Medikament einen gewissen Prozentsatz der Gesamtkosten der Fallpauschale, z.B. 20%, dann muss das Medikament aus der Fallpauschale exkludiert werden, da sonst ein Anreiz besteht, dass günstige *off-label* Medikamente verwendet werden, womit dann Leistungen mit Fallpauschalen womöglich häufiger durchgeführt werden müssen.

❖ Zu Punkt 1.5. Zuordnung zu Fallgruppen

«Eine manuelle Forcierung der Gruppierung ist nicht zulässig. Alleine der Grupper definiert die Zuordnung des Falles zu einer Fallgruppe.»

- Das bedeutet, dass komplexe medizinische Situationen mit mehreren fachübergreifenden Leistungen eher zu tief und einfache Leistungen zu hoch gruppiert werden. Eine manuelle Übersteuerung ist zwingend vorzusehen, sonst entstehen massive Fehlanreize und/oder Anreize zur Unterversorgung.
- Vergütungspflicht: Wenn die Eingruppierung der Fälle in eine Fallgruppe keine OKP-Pflichtleistung reflektiert, dann muss alternativ der Einzelleistungskatalog im bisherigen Umfang bestehen bleiben. Sonst ist der Anreiz für die Krankenkassen, eine Eingruppierung einer erbrachten Leistung zu bestreiten und damit die Vergütung zu vermeiden, zu gross.

«Für unbewertete Fallgruppen vereinbaren die Tarifpartner individuelle Entgelte, soweit diese zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bzw. der Unfall-, Invaliden- oder Militärversicherung in der ambulanten Versorgung erbracht werden dürfen.»



- Ob eine Fallgruppe unbewertet ist, hängt von der Definition ab. Da die Fallpauschalen sehr generell und ohne Detaillierung vorliegen (z.B. «Eingriff an der Cornea»), ist es für den Leistungserbringer unklar, ob eine spezifische Leistung im Rahmen einer bewerteten oder unbewerteten Fallgruppe erfolgte. Der Text müsste heissen: Erfolgt eine Leistung im Rahmen einer unbewerteten Fallgruppe ist die Leistung automatisch als Einzelleistungsabrechnung zu entschädigen, sofern die Tarifpartner keine andere Vereinbarung getroffen haben. Entsprechend darf der Einzelleistungskatalog (TARMED oder TARDOC) nicht vor dem Ende einer Monitoringphase reduziert werden.

❖ Zu 2.2: Abgrenzung zwischen ambulanter Pauschale und ELT

«Für die Bestimmung des Anwendungsbereichs ist das Gruppierungsergebnis massgeblich. Der Grouper definiert, ob eine Pauschale oder ELT zur Anwendung kommt.»

- Wenn am gleichen Tag mehrere Leistungen erfolgen, die nicht im direkten Zusammenhang mit der Leistung der Fallpauschale stehen, so müssen diese zusätzlichen Leistungen zusätzlich als separate Fallpauschale oder als Einzelleistungen neben der Fallpauschale abgerechnet werden können.

❖ Zu Punkt 3.1 Fallzusammenführungen

«Wird der Patient innerhalb von 7 Kalendertagen ab dem vorangegangenen ambulanten Eingriff / der Untersuchung / der Behandlung vom selben Leistungserbringer erneut ambulant behandelt und beide ambulanten Pauschalen gelangen in die gleiche Basisfallgruppe der operativen Partition, so werden die beiden ambulanten Pauschalen zusammengefasst.»

- Diese Regel ist bei einem paarigen Organ wie z.B. die Augen nicht statthaft. Üblicherweise erfolgt eine Kataraktoperation des ersten Auges am Tag 0 und des zweiten Auges am Tag 3 bis spätestens Tag 7. Das sind aber die gleichen Fallpauschalen beim gleichen Patienten und beim gleichen Operateur, womit im vorgeschlagenen Entwurf die Kataraktoperation des zweiten Auges nicht abgerechnet resp. zeitlich unsinnig verschoben werden müsste. Erfolgt eine identische Leistung am einem paarigen Organ darf unabhängig von der Zeit keine Fallzusammenlegung erfolgen.

❖ Das vorliegende Regelwerk definiert aus Sicht des BSOC einige Zusammenhänge ausreichend genau (z. B. Trennung von stationär und ambulant), bleibt in vielen anderen Aspekten aber stark oberflächlich. So wird z.B. in Abschnitt 1.1 auf die „Leitlinien zum Medizinischen Kodierungshandbuch“ verwiesen, die jedoch nicht vorliegen. Auch das Kapitel 1.5 enthält ausser dem Alter und Geschlecht des Patienten keine weiteren konkreten Hinweise, wie die Zuordnung zur Fallgruppe systematisch erfolgen soll.

Monitoring, Korrekturmassnahmen und Normierung Folgeversionen

❖ Aufgrund der knappen Zeitverhältnisse ist eine fundierte Stellungnahme hier nicht möglich. Generell möchten wir zu bedenken geben, dass die individuelle Verhandlung von Korrekturfaktoren und Umsetzungsmassnahmen die Tariflandschaft verzerren und potentiell Fehlanreize systematisch einpflegen wird.

❖ Zu Punkt 4: Obergrenze und Untergrenze

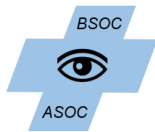
Die Werte sind eingeschwärzt, womit eine Stellungnahme nicht möglich ist.

❖ Zu Punkt 5:

«Berechnung der klinikindividuellen Korrekturen ... werden von den Vertragspartnern durchgeführt»

- Was bedeuten klinikindividuelle Korrekturen? Ist das eine Pauschalbudget pro Klinik?

❖ Zu Punkt 8: Berechnung der Korrekturfaktoren bei Überschreitung des Zielkorridors



«Falls gemäss Teil IV, Ziffer 4.2 und 4.3 Korrekturmassnahmen notwendig sind, erfolgen diese bei denjenigen Leistungserbringern, deren effektiver Index-Wert ($\text{Index}^{\text{effektivLERB}}$) unter oder über dem Index-Wert ($\text{Index}^{\text{Untergrenze}}$, $\text{Index}^{\text{Obergrenze}}$) gemäss Teil IV, Ziffer 4.2 und 4.3 liegt.»

- Sind damit individuelle Leistungserbringer (Chirurg A oder B) oder alle Leistungserbringer einer Fachrichtung (Ophthalmologen oder nur Ophthalmochirurgen) gemeint?

❖ Zu Punkt 10: Umsetzung der Korrekturmassnahmen

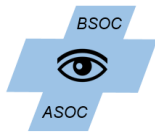
«Die Rückvergütung erfolgt mittels eines Korrekturfaktors auf den Rechnungen des Jahres 202x+2 (Korrektur für Leistungsjahr 202x) respektive 202x+3 (Korrektur für Leistungsjahr 202x+1).»

- Das entspricht einem Globalbudget und ist abzulehnen. Rückvergütungen sind nur statthaft, wenn die vermehrte Leistungserfassung auf Grund des Systemwechsels und nicht auf Grund von effektiv erfolgten Mehrleistungen erfolgte. Korrekturmassnahmen müssen prospektiv durch Anpassung des Kostenmodells und nicht retrospektiv erfolgen. Der Leistungserbringer ist zudem anzuhören und ein Systemfehler ist ihm individuell nachzuweisen. Rückvergütungen rein auf Grund einer Indexberechnung sind nicht statthaft.
- Korrekturmassnahmen sind zudem auf eine klar definierte Monitoringphase von 2 Jahren nach Umstellung des Tarifmodells zu beschränken. Spätere Mehrleistungen erfolgen dann nicht auf Grund des Systemwechsels, sondern auf Grund einer effektiven Mehrleistung und dürfen somit auch nicht zu Rückforderungen führen. Alles andere wäre ein permanentes Globalbudget durch die Hintertüre.

- ❖ Das Dokument «Monitoring, Korrekturmassnahmen und Normierung Folgeversionen» ist aus Sicht des BSOC in vielen Punkten unschlüssig. Da jedoch keinerlei quantitative Angaben gemacht werden (z.B. Korridor für Korrekturmassnahmen), ist eine weitergehende Bewertung kaum möglich. In Abschnitt 6, Absatz 6 ist auch von einer Monitoring-Kommission die Rede. Hier stellt sich aus Sicht des BSOC die grundsätzliche Frage, wie die Fachgesellschaften zukünftig in die Entwicklung des Tarifs eingebunden werden. Eine fachlich qualifizierte Abstimmung gemeinsam mit den Fachgesellschaften sollte zwingender Bestandteil eines zukunftsfähigen ambulanten Pauschalensystems sein.

Umsetzung des neuen Pauschalensystems in der Praxis

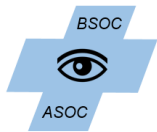
Ein weiterer Kritikpunkt des BSOC ist die fehlende Berücksichtigung der praktischen Umsetzung des neuen Abrechnungssystems. Während Spitäler im Umgang mit DRG, Kodierung und Baserate geübt sind, stellt dies die niedergelassenen Leistungserbringer vor erhebliche Umsetzungshürden. Schon die Erfassung einer Hauptdiagnose ist z.B. in einer konservativen ophthalmologischen Praxis kaum möglich. Eine Umstellung auf DRG-Abrechnung ist selbstverständlich auch in den Praxen möglich, allerdings bedarf dies einer entsprechend langen Vorlaufzeit zur Qualifizierung des Personals und der Umstellung der Abrechnungssysteme, in denen z.B. die Verarbeitung von CHOP-Codes nicht vorgesehen ist.



B. Medizinische Aspekte des Pauschalenkatalogs für Krankheiten und Störungen des Auges

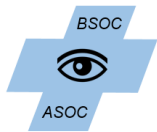
Mittels der vorgelegten Vernehmlassungsunterlagen lassen inhaltliche Aussagen über die einzelnen Fallpauschalen nur aufgrund ihrer Bezeichnung treffen. Die Bezeichnungen des vorgelegten Fallpauschalenkatalogs sind aus Sicht des BSOC jedoch in weiten Teilen sehr fragwürdig und in keinem erkennbaren Zusammenhang zur klinischen Realität. Nachfolgend seien einige der Kritikpunkte kurz skizziert:

- ❖ *Fallpauschalen-Katalog zu grob* – Die Fallpauschalen betreffen zum Teil sehr grosse und nicht genau definierte Eingriffsbereiche (z.B. C04B: Eingriff an der Cornea). Das kann von der einfachen Entfernung eines Fremdkörpers bis zur Hornhauttransplantation alles beinhalten. Fallpauschalen dürfen nicht zu einem groben Sammeltopf werden, sonst gibt es keinen Anreiz, aufwändige Eingriffe in Zukunft vermehrt ambulant durchzuführen.
- ❖ *Kostengewichte der Fallpauschalen sind nicht beurteilbar und offensichtlich falsch (durch falsche oder inkomplette Berechnungsgrundlagen?)* – Die Beurteilung des Kostengewichtes ist auf Grund der nicht genau definierten Fallpauschale unmöglich. Im stationären DRG haben Hornhauttransplantationen ein höheres Kostengewicht (CMI) als ein Netzhauteingriff. Im hier vorliegenden Entwurf, ist das Kostengewicht eines Hornhauteingriffs nur etwa 25% des Kostengewichtes eines Netzhauteingriffs, was darauf hinweist, dass völlig andere oder inkomplett definierte Eingriffe für die Berechnungsbasis verwendet wurden.
- ❖ *Berechnungsbasis für das Kostengewicht scheint Materialkosten, nicht-ärztliches Personal und Infrastrukturkosten nicht konsequent zu berücksichtigen* – Wird ein Hornhauteingriff mit Anästhesie durchgeführt (C04A), verdoppelt sich das Kostengewicht im Vergleich zum gleichen Eingriff ohne Anästhesie (C04B). Diese relativen Kostengewichte sind nur möglich, wenn ausschliesslich die Kosten für den Operateur resp. Operateur und Anästhesisten ohne sonstige Kosten des Eingriffs verwendet worden wäre (1 Operateur und 1 Anästhesist vs. 1 Operateur alleine). Das zeigt, dass als Kosten nur die ärztliche Zeit ohne nicht-ärztliches Personal oder die von der Anästhesie unabhängigen Material und Infrastrukturkosten als Grundlage verwendet wurden. Die Kosten für Infrastruktur, sonstiges Personal und Verbrauchsmaterial (z.B. Kosten für das Hornhauttransplantat = 1/3 des stationären DRG resp. ca. Fr. 3'600.- pro Operation) wurden offensichtlich nicht mitgerechnet. Das wäre komplett falsch.
- ❖ *C02Z «Eingriffe an Orbita und Augapfel»* – Diese Fallpauschale ist zu streichen, da erstens Eingriffe an der Orbita nicht genügend häufig vorkommen, dass eine Pauschalierung vertretbar wäre, und zweitens sind Eingriffe an der Orbita komplex vielschichtig und involvieren typischerweise viele Fachrichtungen, deren spezifische Tätigkeiten nur über ein Einzelleistungstarif abzubilden sind. Es ist auch unklar, welche Diagnosen in diese DRG fallen sollen und die Definition von «Augapfel» lässt zu wünschen übrig.
- ❖ *C03Z «Eingriffe an Retina, Choroidea, Glaskörper und hinterer Augenkammer»* – Es gibt keine einheitliche Definition für "hinterer Augenkammer". Der Begriff "hinterer Abschnitt" enthält Retina, Choroidea und Glaskörper. Hier werden zu viele eher seltene und typischerweise komplexe Eingriffe vermischt bzw. in eine Fallpauschale vereinheitlicht. Das bildet das Spektrum der Eingriffsvarianten und spezifischen ärztlichen und technischen Leistungen nur sehr ungenügend ab.
- ❖ *C04A+B* – Hier wird offenbar zwischen schweren (A) und leichten (B) Eingriffen an der Kornea unterschieden. Die Abgrenzung muss noch klar und im Detail definiert werden. Zudem muss die implantierte Hornhaut separat abrechenbar sein, denn diese wird individuell auf den Patienten von Hornhautbanken besorgt und kann im Preis stark variieren.
- ❖ *C06A+B* – Beide DRGs erscheinen sehr ähnlich, wobei die genaue Definition ausbleibt. Der grosse Unterschied im Kostengewicht kann nicht nur im Drainage-Implantat liegen. Ergibt wenig Sinn! Die Glaukom-Operation muss präzise definiert werden. Zudem müssen Drainage-Implantate definiert werden, welche als Pflichtleistung akzeptiert sein sollen und welche nicht, wobei Letztere im Selbstzahlerbereich fallen würden.
- ❖ *C08A «Sekundärimplantation künstliche Hinterkammerlinse oder beidseitige Eingriffe»* – Eine beidseitige Kataraktoperation wäre bezüglich Kostengewicht damit annähernd identisch mit einer



einseitigen Kataraktoperation. Hier liegt offensichtlich ein Systemfehler vor. Die Definition des Eingriffes ist unklar und muss präziser definiert und das entsprechende Kostengewicht ermittelt werden.

- ❖ **C08B «Kataraktoperation»** – Es darf keine Vermengung von einseitigen und beidseitigen Eingriffen stattfinden. Beidseitige Eingriffe müssen separat definiert werden! Da ein beidseitiger Eingriff bedeutet, dass nach der Operation des ersten Auges vollständig neu abgedeckt werden muss inkl. neue Einkleidung des Personals und ein vollständig neues Instrumentensieb verwendet wird, entsprechen doppelte Kataraktoperationen genau dem doppelten Fallgewicht einer einseitigen Operation. Das spiegelt sich im Kostengewicht nicht wider.
- ❖ **C08C «Anderer Eingriff an der Linse»** – Viel zu breite Bezeichnung! Es fallen hier sehr viele TARMED-Triggerpositionen unter diese DRG: Katarakt Narkose, Quellungsdiszision, Extractio Lentis/Phakoemulsifikation, Reposition einer künstlichen Linse, Wundrevision nach Kataraktoperation, etc. Da ist Kraut und Rüben vermengt. Eine solche Fallpauschale ist medizinisch nicht nachvollziehbar und deshalb nicht sinnvoll.
- ❖ **C12A+B «Ptoseoperation»** – Der Unterschied im Fallgewicht zwischen einer einseitigen und beidseitigen Ptoseoperation ist minimal und reflektiert der erheblich längeren Zeitaufwand nicht korrekt. Die Datengrundlage ist offensichtlich falsch.
- ❖ **C15A+B «Intravitreale Injektion, beidseitig» + «Intravitreale Injektion, einseitig»** – Es gibt hier mehrere Nachbesserungen sicherzustellen:
 - Die Bezeichnungen sind zu ändern in «Alleinige Intravitreale Injektion, beidseitig» + «Alleinige Intravitreale Injektion, einseitig».
 - Das therapeutische Medikament muss separat in Rechnung gestellt werden können, da sonst der Anreiz zum Einsatz von *off-label* Medikamenten gefördert wird bei Vergütung von SL-Medikamenten.
 - C15A+B müssen jeweils einzeln und auch in Kombination mit C15C+D am selben Tag gleichzeitig abrechenbar sein.
- ❖ **NEU C15C «Voruntersuchung zu Intravitreale Injektion»** – Es wird die Schaffung einer neuen Pauschale vorgeschlagen, welche die Voruntersuchung zur Intravitrealen Injektion abbildet. C15C muss jeweils einzeln und auch in Kombination mit C15A/B am selben Tag gleichzeitig abrechenbar sein.
- ❖ **C49Z «Laserbehandlung der Retina»** – Das Fallgewicht ist offensichtlich falsch, da nicht einmal halb so hoch, wie die Laserbehandlung der Iris/Linse (C70Z). Der Aufwand für eine Laserbehandlung der Netzhaut ist erheblich grösser, als die Laserbehandlung an der Iris. Es besteht offensichtlich ein Problem in der Datengrundlage der Berechnung.
- ❖ **C50A «Fluoreszenzangiographie mit Anästhesie bzw. Anästhesisten»** – Bezeichnung ergibt keinen Sinn, da eine Fluoreszenzangiographie kaum unter Anästhesie durchgeführt wird. Entsprechend ist das Kostengewicht nicht nachvollziehbar.
- ❖ **C50B «Scanning Laser mit Anästhesie durch Anästhesisten»** – Die Bezeichnung ergibt keinen Sinn, da es das gar nicht gibt. Diese Fallpauschale ist zu streichen.
- ❖ **C50D «Scanning-Laser mit Konsultation»** – Die Bezeichnung ist fehlgeleitet. Korrekte Formulierung wäre: «Netzhaut-OCT mit Netzhaut-Kontrolle, Befundung und Besprechung». Zudem muss zwischen einseitigem und beidseitigen OCTs und Konsultation unterschieden werden.
- ❖ **C50E «Scanning-Laser»** – Die Bezeichnung ist fehlgeleitet. Es gibt keine Netzhaut-OCT ohne Netzhaut-Kontrolle, Befundung und Besprechung. Der Begriff Scanning-Laser ist zu allgemein und deckt nicht die verschiedenen Modalitäten ab, z.B. SLO-Angiografie, Netzhaut- oder Papillen oder Vorderabschnitts-OCT. Zudem fehlen hier die TARMED-Triggerpositionen gänzlich.
- ❖ **C50F «Fundusaufnahmen»** – Es muss zwischen einseitiger und beidseitigen Fundusaufnahmen unterschieden werden.



- ❖ *C50G «Koordinationsaufnahmen und weitere Prozeduren»* – Die Bezeichnung und Definition dieser Fallpauschale muss präzisiert werden, weil es verschiedene Prozeduren gibt: Koordinationsaufnahmen, Augenbewegungsableitung mittels Coil, Augenbewegungsableitung mittels Infrarotkamera.
- ❖ *C70Z «Laserbehandlung der Iris und Linse»* – Die Bezeichnung sollte geändert werden in «YAG-Iridotomie, YAG-Kapsulotomie».
- ❖ Es gibt noch weitere Inkonsistenzen und Fehler, welche in Zusammenarbeit mit Spezialisten der Ophthalmochirurgie nachgebessert bzw. korrigiert werden müssen, bevor der Fallpauschalenkatalog genehmigungsfähig ist.
- ❖ Wir stellen fest, dass der Fallpauschalenkatalog auch sehr weit in den konservativen Bereich der Ophthalmologie reicht. Es ist jedoch stark zu hinterfragen und zu prüfen, bei welchen standardisierten Untersuchungen der konservativen Ophthalmologie eine Pauschalierung überhaupt sinnvoll ist.

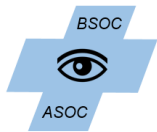
C. Offene und noch zu definierende bzw. prüfende Aspekte

Folgende Aspekte sind derzeit noch völlig offen, bzw. bleiben zu prüfen und zu definieren:

- ❖ Es bleibt die Baserate zu definieren, welche die Höhe der Vergütung für die einzelnen Fallpauschalen bestimmen wird.
- ❖ Es bleibt zu prüfen, ob die zugrundeliegende Fall- und Kostenbasis von Spitälern hinreichend genügend ist für eine statistische Relevanz.
- ❖ Es bleibt zu prüfen, ob die Methodik der Herleitung von ambulanten Kostengewichten aus stationären Kostendaten tatsächlich mit den effektiven Kosten des ambulanten Klinikbetriebs übereinstimmt.
- ❖ Es bleibt zu prüfen, ob das vorgeschlagene ambulante Pauschalensystem, insbesondere auch Pauschalen, die für niedergelassene Ärzte in Praxen und Kliniken vorgesehen sind, auch ausserhalb einer Spitalstruktur umsetzbar sind.
- ❖ Es bleibt zu prüfen, ob der administrative Aufwand (Codierung, Fakturierung, individuelle Baserate Verhandlungen, etc.) für die Einführung und Unterhaltung eines ambulanten DRG-Systems für die Krankenkassen und die ambulanten Leistungserbringer in Praxen und Kliniken überhaupt möglich ist, oder ob der erhebliche Zusatzaufwand für die Codierung und Kontrolle den erhofften Effizienzgewinn von Fallpauschalen zunichte macht.
- ❖ Es bleibt zu definieren, in welcher Art und Weise das System von ambulanten Fallpauschalen weiterentwickelt wird, insbesondere wie die Spezialisten der Fachgesellschaften und Ärzteorganisationen eingebunden werden.

3. Konkrete Vorschläge für die Einreichung auf Ende Jahr 2021

- ❖ Wir schlagen vor, die Mindestanforderungen offenzulegen, die für eine Pauschalierung von Leistungen notwendig erfüllt sein müssen. Damit werden klare Kriterien und eine Basis geschaffen, für die Pauschalierung von Leistungen im ambulanten Bereich:
 - Mindestanforderungen an die Häufigkeit von chirurgischen Eingriffen bzw. konservativen Leistungen: es sollen nur diejenigen Leistungen pauschaliert werden, die hinreichend häufig vorkommen.
 - Mindestanforderungen an der Varianz der Kostenstruktur: es sollen nur diejenigen Leistungen pauschaliert werden, wo die Kostenstruktur für deren Erbringung eine hinreichend enge Varianzbandbreite aufweist.
- ❖ Wir schlagen vor, für die Einreichung den Pauschalenkatalog auf die 75 Pauschalen zu reduzieren, welche bereits letzten Sommer 2020 beim Bundesamt für Gesundheit zur Genehmigung eingereicht wurden. Für diese 75 Pauschalen gibt es bereits einen Konsensus zwischen der santésuisse und den FMCH Fachgesellschaften und Ärzteorganisationen. Die Definitionen und Inhalte dieser 75 Pauschalen



müssen nicht mehr ausgiebig diskutiert und können als ersten Vorschlag eines ambulanten Pauschalensystems übernommen werden.

- ❖ Wir schlagen vor, die Kostengewichte von Fallpauschalen nicht einzureichen oder zumindest bloss provisorisch bis eine fundierte Definition, Erarbeitung, Berechnung und Abstimmung in Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften und Ärzteorganisationen stattgefunden hat.
- ❖ Wir schlagen vor, die Liste der zu streichenden TARMED Positionen als Vorschlag einzureichen, jedoch die Einzelleistungspositionen für eine Übergangszeit von mindestens 24 Monaten weiterhin abrechenbar zu belassen, bis die Fallpauschalen sich im täglichen Klinikbetrieb bewähren.
- ❖ Ein Ausschluss der Fachgesellschaften und Ärzteorganisationen in der Definition und Erarbeitung von Pauschalen kann fatal sein für die Etablierung, Glaubwürdigkeit, Genehmigungsprozess und schlussendlich den Erfolg der *solutions tarifaires suisses*.
- ❖ Eine Einreichung des vorgelegten Ambulanten Pauschalensystems im Alleingang von santésuisse und H+ wird zu einem Bruch mit der FMCH und ihren Fachgesellschaften führen. Das wird im politischen Diskurs keinem Partner Nutzen bringen.
- ❖ Wir fordern alle Beteiligten auf, sich auf einen Kompromiss für die Einreichung auf Ende Jahr 2021 zu einigen, damit das Gespenst der Einführung eines Amtstarifes bzw. eines Globalbudgets durch den Bundesrat verhindert werden kann.

4. Schlussbemerkungen

Wie eingangs erwähnt stützt der BSOC das Konzept von Fallpauschalen im ambulanten Bereich. Der vorliegende Entwurf enthält jedoch wesentlichen Mängel und Lücken und wirft erhebliche Fragen auf, insbesondere hinsichtlich der praktischen Umsetzung im medizinischen Alltag. Im Bereich der Krankheiten und Störungen des Auges (primär MDC 02) sind die beschriebenen Fallgruppen aus Sicht des BSOC inhaltlich zu grob und die Kostengewichte untereinander nicht verhältnismässig und nicht stimmig. Des Weiteren ist aufgrund einer fehlenden Aussage zur Grössenordnung der Baserate eine betriebswirtschaftliche Prüfung des Tarifs nicht möglich. Eine weitere zwingende Forderung des BSOC ist die Aufnahme eines Dignitätskonzeptes im ambulanten Pauschalensystem. Aus diesen Gründen kann der BSOC dem vorliegenden Entwurf nicht zustimmen. Wir bieten jedoch gerne an, die Definition der Fallgruppen gemeinsam mit den Experten der *solutions tarifaires suisses* zu prüfen und zu überarbeiten.

