

Die eonum AG zeigt die verschlungenen Pfade der aktuellen Tarifrevision **Der Teufel liegt effektiv im Detail**

Mit der Annahme von EFAS und den Tarifrevisionen TARDOC und ambulante Pauschalen sind wichtige Weichen gestellt worden. Wie beurteilen erfahrene TarifexpertInnen das Zusammenspiel dieser beiden Veränderungen? – Wir trafen Tess Hoppeler und Dr. med. Rainer Müller von der eonum AG, Bern.

Die beiden erfahrenen BeraterInnen gehen detailliert auf die zahlreichen komplexen Facetten der Tarifrevision ein und meinen zur Eingangsfrage:

Aus unserer Sicht sollten die zwei Themen EFAS und neue ambulante Arzttarife separat betrachtet werden. Mit der Annahme von EFAS sollen finanzielle Fehlanreize abgeschafft und damit insgesamt die Ambulantisierung gefördert werden.

Die Einführung der neuen Tarifstrukturen kennt dieses Ziel nicht. Die Verlagerung in den ambulanten Bereich könnte durch die Vorgabe der dynamischen Kostenneutralität sogar gebremst werden. Insbesondere ist das Ziel der neuen ambulanten Tarifstrukturen TARDOC und ambu-

lante Pauschalen, eine möglichst sachgerechte Vergütung zu ermöglichen. Mit der Einführung von Pauschalen werden zudem verstärkt Anreize zur Effizienzsteigerung gesetzt.

Welche Herausforderungen ergeben sich aus dem bevorstehenden Wechsel der ambulanten Tarifstruktur?

Im Vergleich zur Einführung von SwissDRG im Jahr 2012 ist die Umstellung der ambulanten Tarife nun tiefgreifender. Neben den Unsicherheiten bezüglich der Höhe der Vergütung werden die Fallführung und die Leistungserfassung im ambulanten Bereich auf den Kopf gestellt. Dies stellt die Spitäler sowohl hinsichtlich der IT-Infrastruktur als auch der Prozesse in der

Leistungserfassung, der Fallführung und der Kostenrechnung vor grosse Herausforderungen. Erschwerend kommt hinzu, dass noch im August neue Tarifversionen veröffentlicht wurden und letzte Details bei verschiedenen Regelungen noch nicht geklärt sind. Letztendlich erfolgte die Genehmigung der nun gültigen Tarifversionen am 5. November – weniger als 2 Monate vor Einführung der neuen Tarife.

Diese Unsicherheit führte zu einer spürbaren Verzögerung bei der Umsetzung von notwendigen Anpassungen in relevanter Software wie ERP oder Leistungserfassungsprogrammen. Ebenso warteten einige Spitäler mit dem Start von Einführungsprojekten und spekulierten zum Teil lange auf eine weitere Verzögerung der Tarifein-



führung. Nach dem ersten Bundesratsentscheid Ende April und der Genehmigung der Tarifversionen 1.1b, bzw. 1.4b wurden die Anstrengungen auf allen Seiten intensiviert. Die Zeit bis zum Tarifwechsel war mit lediglich 8 Monaten jedoch sehr knapp. Auf Spitalseite waren zudem diverse weitere Themen zu bearbeiten, wie beispielsweise die Besitzstandswahrung oder die Schulung des medizinischen Fachpersonals.

Wie haben Sie die von Ihnen beratenen Leistungserbringer bei diesen Herausforderungen unterstützt?

In den letzten zwei Jahren haben wir verschiedene Leistungserbringer bei der Vorbereitung auf den Tarifwechsel unterstützt. Im Fokus unserer Dienstleistungen standen insbesondere Tarifsimulationen. Dabei simulierten wir auf Basis der aktuell vorhandenen Leistungs- und Kostendaten die neue Falldefinition. In einem zweiten Schritt simulierten wir die zukünftigen Erträge. Dies ermöglichte es den Spitälern, ihre Budgetierung für 2026 zu verbessern, Schwerpunkte bei den Arbeiten rund um den Tarifwechsel zu setzen und Gespräche mit den einzelnen Fachrichtungen optimal vorzubereiten.

Daneben evaluierten wir für mehr als 30 Spitäler und Spitalgruppen verschiedene Möglichkeiten zur Berechnung der ärztlichen Anteile der ambulanten Pauschalen. Insbesondere die Vergütung von Belegärztinnen und -ärzten basierte im ambulanten Bereich bei vielen Spitälern auf den AL-Taxpunkten von TARMED. Unter TARDOC werden die AL-Taxpunkte weiterhin separat ausgewiesen, bei den Pauschalen ist dies jedoch nicht der Fall. Wir berechneten daraufhin basierend auf TARMED- und REKOLE-Daten aller teilnehmenden Spitäler verschiedene Varianten. Schliesslich wurde die auf TARMED basierende Variante in einem von H+ veröffentlichten Katalog verwendet, um die Arztanteile des OAAAT-Datenspiegels zu ergänzen.

Neben diesen zwei Schwerpunkten unterstützten wir Spitäler und niedergelassene Praxen mit Schulungen und Workshops bei allgemeinen und spezifischen Fragestellungen rund um die Tarifumstellung.

Auch neben unseren Projekten erhielten wir viele Fragen rund um den Tarifwechsel - Mail und Telefon blieben selten still. Wir freuen uns auch bei kleineren Fragestellungen unkompliziert weiterhelfen zu können.

Was trafen Sie in den Spitälern und bei anderen Leistungserbringern an? Sind diese gerüstet für den Tarifwechsel?



Tess Hoppeler und Dr. med. Rainer Müller kennen die besten Wege, die aus dem Tarif-Dschungel führen.

Viele Spitäler haben sich frühzeitig mit dem Tarifwechsel auseinandergesetzt. Bereits zu einer Zeit, in welcher die Details des Tarifwechsels noch sehr ungewiss waren, befasste man sich mit den neuen Tarifstrukturen. Erste Projekte mit Spitälern und Fachgesellschaften führten wir vor mehr als zwei Jahren durch. Insbesondere mit letzteren ging es teilweise auch darum abzuschätzen, wie sich der Tarifwechsel auf ihren Fachbereich auswirkt und ob man gegebenenfalls noch Einfluss auf die neuen Tarifstrukturen nehmen kann.

Bei den Spitälern beobachteten wir insbesondere die Schwierigkeit, mit den begrenzten Ressourcen neben dem laufenden Tagesgeschäft die Vorbereitungen auf diesen Tarifwechsel zu stemmen. Die Priorisierung der einzelnen Aufgaben und das Outsourcing bestimmter Arbeiten waren von Beginn weg wichtig. Inzwischen haben wir den Eindruck, dass sich viele Spitäler in der Vorbereitung auf 2026 an einem guten Punkt befinden. Nichtsdestotrotz bleibt in den restlichen Wochen dieses Jahres in vielen Spitälern noch einiges zu tun. Wir sind aber zuversichtlich, dass am 1.1.2026 die meisten Institutionen bereit sind für den Tarifwechsel.

Haben die Spitäler mit dem Wechsel am 1.1.2026 die intensivste Phase überstanden? Welche Herausforderungen warten nach der Einführung der neuen ambulanten Tarife auf die Spitäler?

Der Start in die neue ambulante Tarifwelt hängt davon ab, wie gut die letzten ausstehenden Arbeiten von allen Stakeholdern erledigt werden. Dieser Start kann in den ersten Monaten



durchaus holprig sein, wenn zum Beispiel aufgrund eines Rückstands in der Leistungserfassung oder bei der Rechnungsstellung relevante Verzögerungen im Cash Flow auftreten. Insgesamt wird das Größte nach den ersten Monaten tendenziell vorbei sein. Danach wird auch das Ausmass gewisser noch bestehender Unzulänglichkeiten im Tarifsysteem klarer sein. Bei Edge Cases, wie beispielsweise Fällen mit teuren Implantaten, die »fälschlicherweise« in Pauschalen ohne Exklusion der Implantatskosten gruppieren, hoffen wir auf pragmatische Lösungen unter den Tarifpartnern. Diese ersten Prüfungen des Tarifsystems unter Real-World-Bedingungen sind zudem auch wichtig für die weitere Entwicklung von TARDOC, Pauschalen und den ergänzenden Dokumenten, bzw. Regelungen. Hier ermutigen wir auch die Spitäler und die einzelnen Fachgesellschaften, ihre Beobachtungen in das Antragsverfahren der OAAAT AG einzubringen.

Es kann also davon ausgegangen werden, dass auch nach dem Tarifwechsel viel Bewegung im System bleibt?

Auf jeden Fall! Dabei gilt es auch die Roadmap der OAAAT AG und den neuesten Bundesratsentscheid zu berücksichtigen. In der Bewilligung der neuen Tarifversionen 1.1c, bzw. 1.4c wird beispielsweise klar festgehalten, dass die Übergangsvereinbarung bezüglich der Pathologie nicht verlängert werden soll. Demzufolge ist endgültig damit zu rechnen, dass die Kosten der Pathologie ab 2027 erneut in die Pauschalen integriert werden. Auch sollen die tatsächlichen Auswirkungen diverser Anpassungen auf die Kostenneutralität evaluiert und gegebenenfalls



Korrekturen vorgenommen werden. Mittelfristig sind zudem grössere Weiterentwicklungen des Tarifsystems vorgesehen: Ab 2028 sollen Dialysen in das Tarifsystem integriert werden, ab 2029 kommt es zu ersten grossen Verschiebungen von TARDOC hin zu den Pauschalen. Insgesamt muss der Anteil der Pauschalen an den Bruttoleistungen gemäss Bundesratsentscheid in Zukunft mindestens 34% betragen. Von diesem Ziel ist man mit der Version 1.1c und der geringeren Pauschalierung in der Wundversorgung weiter weggerückt. Entsprechend muss sich in den nächsten Jahren noch einiges tun. Dies wird alle Systemteilnehmer gleichermaßen fordern. Wichtig ist uns jedoch, dass neben den Herausforderungen und Unsicherheiten insbesondere auch die Chancen des Tarifwechsels gesehen werden.

Welche Möglichkeiten bieten sich den Spitälern mit der Tarifumstellung?

Ambulantes Medizincontrolling macht, insbesondere mit der Einführung der ambulanten Pauschalen, deutlich mehr Sinn. Mit dem Einzelleistungstarif TARMED und zusätzlichen erschwerenden Faktoren wie einer ungenügenden Genauigkeit der Kostenrechnung im ambulanten Bereich war es bisher ein äusserst schwieriges Unterfangen, ein ambulantes Medizincontrolling aufzubauen. Pauschalen bieten das Potenzial, die eigene Kostenstruktur genauer zu untersuchen und auch im ambulanten Bereich das Benchmarking voranzutreiben.

Auch mit TARDOC entstehen neue Möglichkeiten. Mit dem neuen Tarif wird die medizinische Realität im Vergleich zum veralteten TARMED deutlich besser abgebildet. In vielen Bereichen kommt es bei gewissen Fallkonstellationen mit

dem Tarifwechsel zu einer Aufwertung – diese ist nicht immer direkt mit einem Plus an Taxpunkten pro Tarifposition verbunden. Zum Teil erfolgt die Aufwertung auch indirekt über die Anpassung von Regeln wie Mengenlimitationen. Diese neuen Möglichkeiten müssen genutzt werden, sind aber nicht immer ganz einfach zu finden. Eines der besten Beispiele stellt der Notfall dar. Nach den Anpassungen im TARDOC durch die Version 1.4c ist bei vielen Spitälern weiterhin mit einem negativen Katalogeffekt zu rechnen.

Bei hoch aufwändigen Fällen zeigt sich aber eine deutlich verbesserte Situation, welche zu einem positiven Katalogeffekt führen kann. Ärztliche Leistungen an Patientinnen und Patienten wie Konsultation und Untersuchung können neu mit bis zu 120 Minuten pro Fall abgerechnet werden. Dieser Wechsel muss dem ärztlichen Personal auf dem Notfall mitgeteilt werden, damit bei aufwändigen Fällen nicht wie bisher lediglich 30 Minuten Konsultation erfasst werden, obwohl die Anamnese unter Umständen deutlich mehr Zeit in Anspruch nahm.

Wenn man einzig und alleine die neuen ambulanten Tarife betrachtet und nicht den Blick hin zu den stationären Fällen wagt, verpasst man jedoch die aus unserer Sicht grösste Chance ...

Sie sprechen wohl die Chancen der Ambulantisierung an. Die ambulanten Tarife haben aber seit Jahren mit einer deutlichen Unterdeckung zu kämpfen – und die neuen Tarife werden kostenneutral eingeführt. Wo liegen also tatsächlich die Chancen?

Trotz dieser Ausgangslage weist die Ambulantisierung einzelner Bereiche grosses Potenzial auf.

Richtig ist: Die Einführung der neuen Tarife soll kostenneutral erfolgen. Zudem wird die Kostenentwicklung durch die dynamische Kostenneutralität während der nächsten Jahre im ambulanten Sektor begrenzt. All dies bremst die Ambulantisierung zum Teil aus. Kostenneutralität ist jedoch nicht mit Stillstand im System gleichzusetzen. Einige Fachrichtungen, wie die Radioonkologie, die Radiologie oder die Ophthalmologie, verlieren erwartungsgemäss relativ stark. Andere Fachrichtungen, wie die verschiedenen chirurgischen Fachgebiete oder einzelne Untersuchungen in der Urologie oder Gynäkologie, gewinnen zum Teil jedoch deutlich. Dies betrifft neben Eingriffen, die bereits jetzt auf den AVOS-Listen des BAG oder der Kantone stehen (z.B. die Knie-Arthroskopie), auch Eingriffe und Leistungen, bei denen momentan noch komplette Wahlfreiheit besteht. Beispiele hiervon sind die Vergütung von brusterhaltenden Operationen bei einem Mammakarzinom oder die elektive Entfernung der Gallenblase. Diese Dynamik im Tarifsysteem gilt es zu nutzen.

Was empfehlen Sie einem Spital, um dieses Potenzial auszunutzen?

Wir verfolgen in diesem Prozess ein mehrstufiges Vorgehen. Nach einer ersten Potenzialanalyse gilt es möglichst früh, den Kontakt mit den entsprechenden Fachbereichen zu suchen. Die Förderung der Ambulantisierung ist kein Prozess, der Top-Down angeordnet werden kann. Die Ärztinnen und Ärzte und weiteres medizinisches Fachpersonal müssen miteinbezogen werden. Neben der Motivation zur Förderung ambulanter Eingriffe muss insbesondere auch die medizinische Sinnhaftigkeit einer Ambulantisierung immer im Zentrum der Überlegungen

stehen – entsprechend ist ein Dialog mit allen Beteiligten von zentraler Bedeutung.

Ist Potenzial vorhanden und der Kontakt mit den Fachbereichen hergestellt, verfolgen wir einen datenbasierten Approach, um das Potenzial einzuschätzen und basierend darauf die einzelnen Eingriffe und Leistungen zu priorisieren. Hierbei gilt es die stationären Flle für einen spezifischen Eingriff genauer anzuschauen und daraus diejenige Fallmenge zu identifizieren, welche überhaupt für einen ambulanten Eingriff in Frage kommt. Auch hier sind Inputs des medizinischen Fachpersonals sehr wertvoll, um die Ein- und Ausschlusskriterien den Umständen im jeweiligen Spital anzupassen.

Sobald die Fallmenge pro Eingriff mit Potenzial definiert wurde, steht der Vergleich der Vergütung und der Kostenstruktur zwischen ambulant und stationär im Fokus. Neben dem relativ einfachen Vergleich der Vergütung einzelner Pauschalen, kann es sinnvoll sein, die Leistungserfassung im ambulanten Bereich zu simulieren. Dabei können CHOP-Codes in LKAAT-Positionen übersetzt werden, um die Genauigkeit der Analysen zu erhöhen. Weiter ist es bei der betriebswirtschaftlichen Betrachtung wichtig, Opportunitätskosten mit einzubeziehen. Die Bindung von Infrastruktur und Personal im stationären Bereich kann ein entscheidendes Puzzleteil für den Entscheid hin zu einer stärkeren Ambulantisierung sein. Freiwerdende Ressourcen können so plötzlich für andere Eingriffe genutzt werden. Ist auch das betriebswirtschaftliche Potenzial definiert, kann es mit der Umsetzung losgehen.

Werden die Spitäler durch die Regelungen zur dynamischen Kostenneutralität bei einer Mengenausweitung im ambulanten Bereich nicht indirekt sogleich wieder bestraft?

Dies ist tatsächlich eine Sorge, die wir häufig zu hören bekommen. Bei einer zu starken Mengenausweitung greift die dynamische Kostenneutralität und es kann via External Factor zu einer Reduktion der Vergütung kommen. Da sowohl die Berechnung als auch die Anwendung des External Factors in einem ersten Schritt auf nationaler Ebene und danach pro Grossregion erfolgt, sind die Entwicklungen jedoch kaum vorherzusehen. Durch diese Herangehensweise ist man als einzelnes Spital immer auch von anderen Spitälern abhängig. Auf Grundlage dieser Zusammenhänge und der Summe der Unsicherheiten empfehlen wir hier, die aktuellen Tarife als gegeben zu betrachten und basierend auf der Höhe der Taxpunkte im Katalog Entscheide zu treffen. Letztendlich wird auch die Kostenneutralittsphase, frühestens 2029, ihr Ende finden. Hat man dann die Ambulantisierung in dafür geeigneten Bereichen bereits weiter vorangetrieben, ist man als Leistungserbringer im Vorteil.

Sie verfügen über umfangreiche Erfahrungen im Tarifwesen. Was ist der spezielle Vorteil in einer Zusammenarbeit mit eonum?

Unsere Stärke liegt in der Kombination verschiedener Kompetenzen. Als technischer Partner der OAAT AG verfügen wir über tiefgreifende Ein-

blicke in die Entwicklung und Funktionsweise der neuen Tarife. Die vergangenen Jahre mit vielen verschiedenen Projekten ermöglichten es uns, unsere Expertise im ambulanten Bereich weiter zu vertiefen. Diese tarifarische Expertise deckt neben dem ambulanten auch den stationären Bereich ab. Ursprünglich waren wir auf stationäre Tarife spezialisiert – mehrere Personen aus unserem Team haben in der Vergangenheit für die SwissDRG AG gearbeitet. Dieses kombinierte Wissen ist ein entscheidender Vorteil, wenn es darum geht, Ambulantisierungspotenziale zu identifizieren.

Dazu kommt unser technisches Know-how: Wir entwickeln nicht nur Analysetools und Software zur Tarifentwicklung, sondern verstehen auch die IT-Infrastruktur der Spitäler und die Herausforderungen bei der Systemintegration. Schliesslich bringen wir eine umfassende Datenexpertise mit – von der Simulation zukünftiger Erträge über Kostenanalysen bis hin zum Benchmarking.

Es ist diese Kombination, die uns auszeichnet: Wir können tarifarische Fragestellungen gezielt analysieren, mögliche Lösungen technisch umsetzen und diese mit fundierten Datenanalysen untermauern. So entstehen keine theoretischen Konzepte, sondern praxistaugliche Lösungen, die direkt im Spitalalltag umgesetzt werden können.

Weitere Informationen

www.eonum.ch

