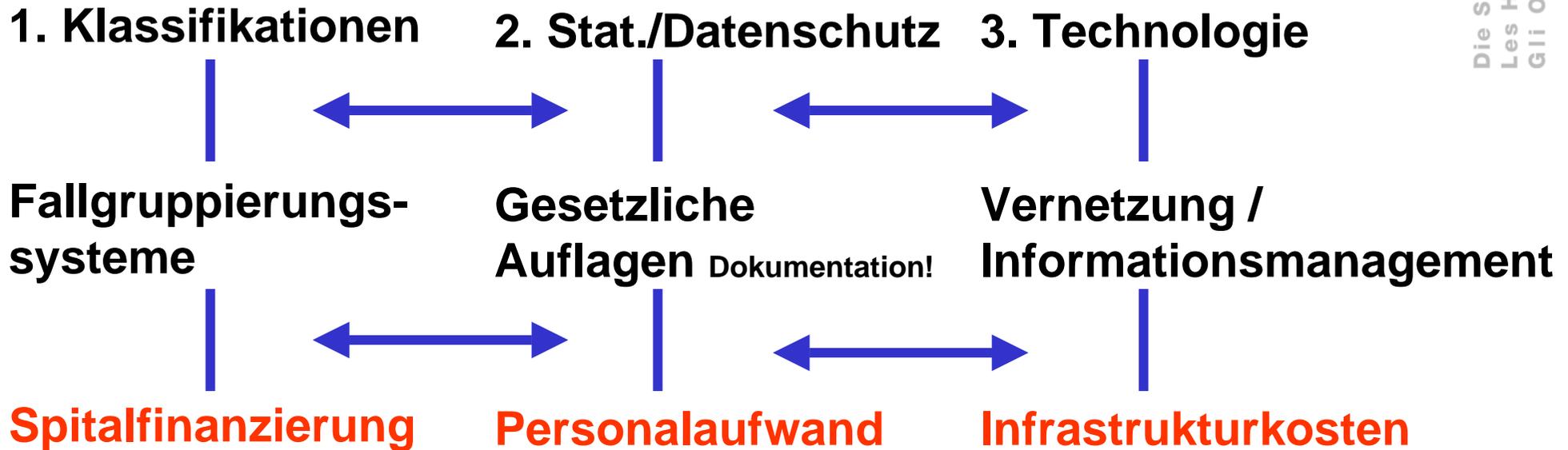


Aktivitäten in der Schweiz

PD Dr. med. Simon Hölzer

Spitalinformatik und Statistik bei H+



VESKA

- 30er Jahre
- Verbandsmitglieder (90% Abdeckung)
- Von Spitäler für Spitäler (!)
- Unternehmensführung (Personal; Leistungsspektrum ...)



Die Spitäler der Schweiz.
Les Hôpitaux de Suisse.
Gli Ospedali Svizzeri.

Spannungsfeld Dokumentation

- Abschätzung von Morbidität
- Krankheitsprofile

S

- Nachweis von
- Fir

- „Bestandsaufnahme“

„Rechtfertigung“
Bewertung &

- Epidemiologischer Ansatz

D

- Ökonomischer Ansatz

**Dokumentation == Spiegel einer angebots-
induzierten Nachfrage im Gesundheitswesen:
Patienten - Fälle - Schwere - Leistungsmengen?**

Prozeduren-Netzwerk

- Eine der notwendigen Lösungen für das Spannungsfeld Dokumentation:

Abgleich / Harmonisierung zwischen Leistungskatalogen (MEL, TARMED, EBM) auf der einen Seite und Prozedurenklassifikationen (z.B. CHOP/ICD-9 CM, OPS 301 und CCAM) auf der anderen Seite

Struktur - CHOP

- Basiert auf der amerikanischen Prozedurenklassifikation ICD-9-CM, ca. 4000 Codes
- Alphabetisches und systematisches Verzeichnis
- Taxonomische Strenge = einem Eingriff/Untersuchung entspricht nur ein einziger Code
- Klassifikation ist uniaxial und multhierarchisch
- mehrsprachig
- gedacht für Abrechnungszwecke, Einsatz ?

Struktur - TARMED

- Einheitlicher Tarif für (ambulant abrechenbare) medizinische Leistungen, ca. 4580 Positionen
- Nicht-hierarchische Nomenklatur
- Nationalweite Einführung 1.1.2004
- 3-sprachig
- Erweiterung durch jährliche Revisionen geplant
- Leistungserfassung (!) – externes Meldewesen

Zukünftige Prozedurenverschlüsselung ?

- Weiterverwendung der CHOP
- Kodierung mittels anderen internationalen Klassifikationen (z.B. CCAM, ICD-10-PCS, OPS-301)
- Verschlüsselung mit TARMED + „back end“ (Transkodierungstabelle)

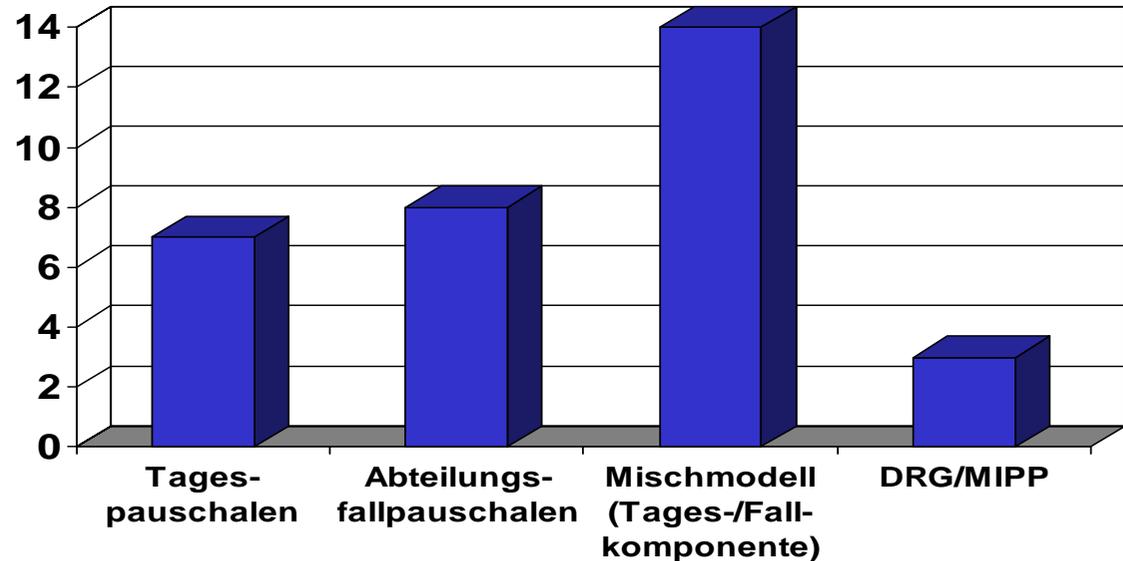
Zukünftige Prozedurenverschlüsselung - Anforderungen

- Erweiterbarkeit
- Internationale Vergleichbarkeit
- Epidemiologie (BFS Statistik)
- Anwendbarkeit des Prozedurenschlüssels bei der Einführung eines Fallgruppierungssystems
- Abhängigkeiten z.B. bei der Weiterentwicklung
- Finanzielle Aspekte (Lizenzen, Schulungen, Software)
- Benutzerfreundlichkeit und einfache Pflege

Stationäre Leistungsabgeltung: Swiss DRG

- Gesellschaftsvertrag / Bedürfnisse der Parteien
- STA / Projektleitung
- APDRG
- Beginn 2004 - Ende 2006 (??)

Liegezeiten +
Kosten stat. ++
Bettenzahl Ø



Spannungsfeld: Transparenz durch Doku.

- Preisbildung
- Interne Führungsinstrumente
- (Q / P) Wettbewerb
- Offenlegung der Kosten
- Externes Controlling
- Planung

- ➔ Projekt: ReKoLe
- ➔ Rahmenvertrag Qualität
- ➔ NURSING data

Nationales Projekt: NURSING data

- Nationales Pflegeinformationssystem
- für die Datenerhebung über die Gesundheits- und Krankenpflege
- mit Schnittstellen zu den gängigen Pflegeassessmentsystemen
- brauchbar für statistische Erhebungen
- mit Daten, die international vergleichbar sind

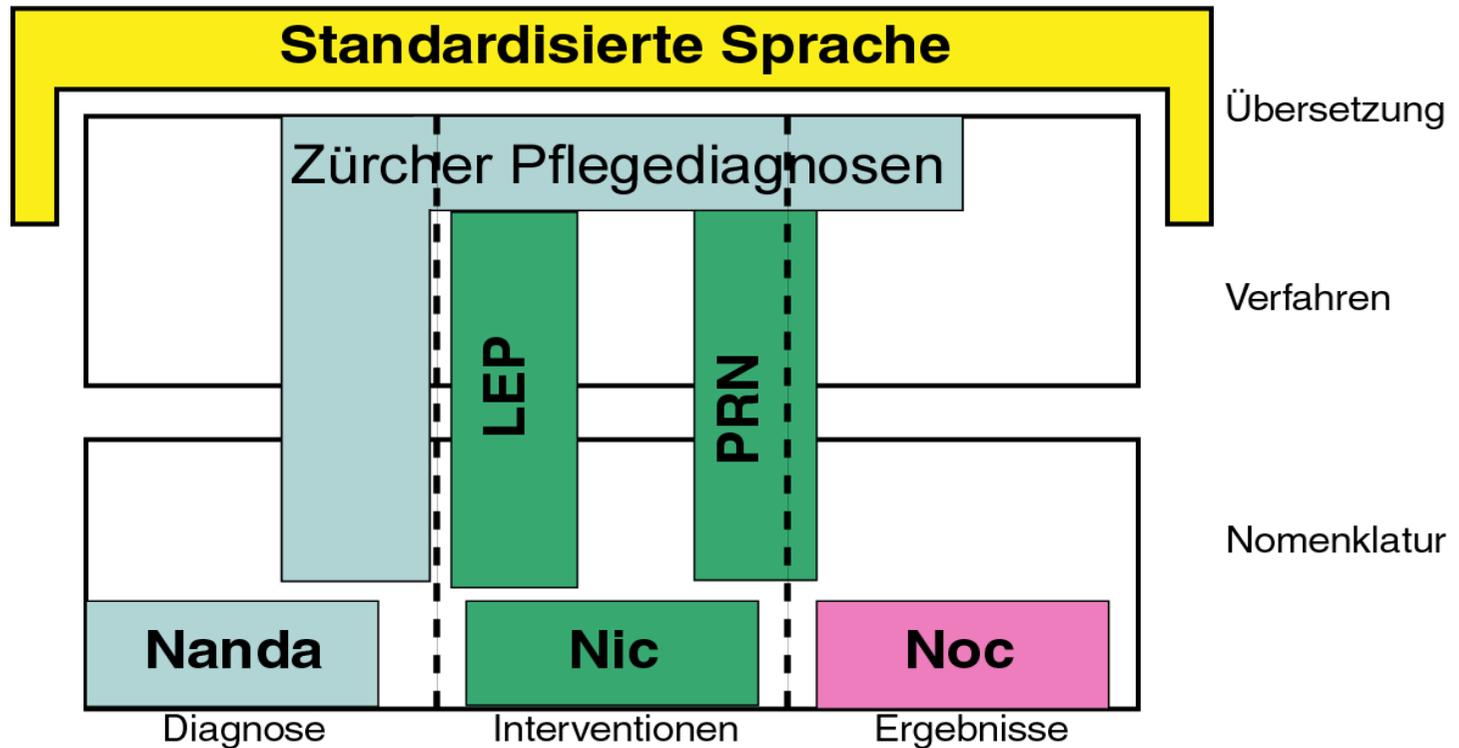
Was ist NURSING data?

-  **EDI**

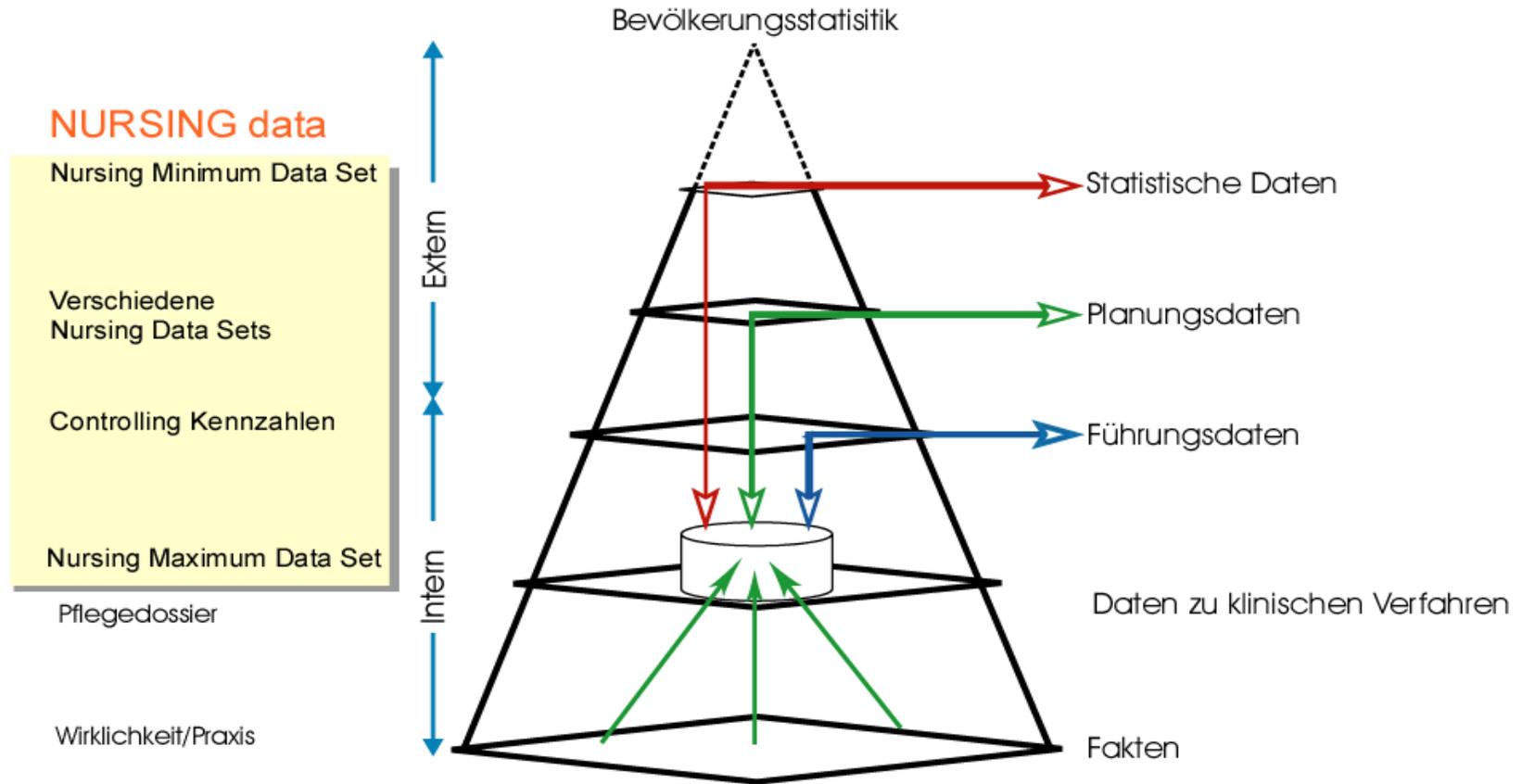
Departement des Innern
Bundesamt für Statistik, BFS
- 
BSV / OFAS / UFAS
Bundesamt für Sozialversicherung, BSV
- 
Bundesamt für Gesundheit, BAG
- 
Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz, SDK
- 
Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger, SBK
- 
Schweizerische Vereinigung der Pflegedienstleiterinnen und -leiter, SVPL
- 
Schweizerische Konferenz der Pflegeschulen
- 
Die Spitäler der Schweiz

Akutflege

Information



Organisationsmodell: von Mikro zu Makro



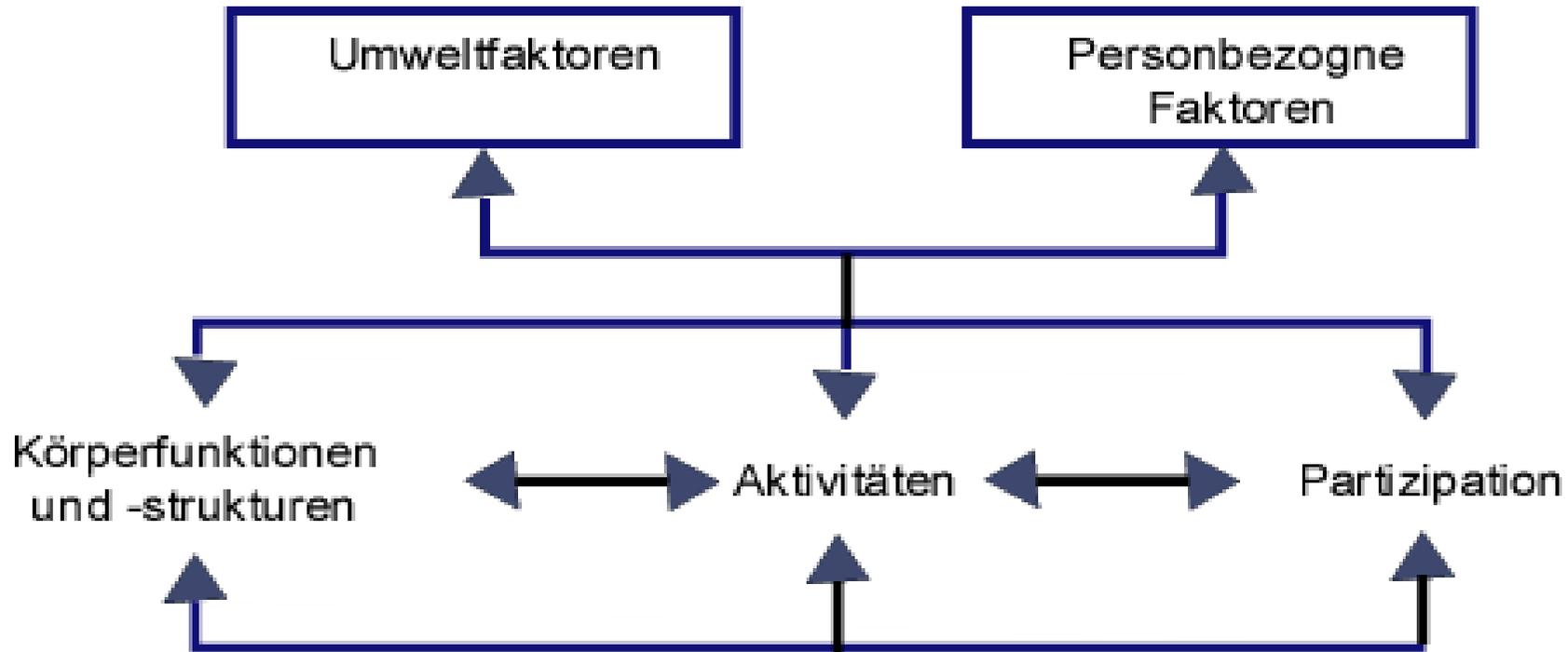
Alain Junger Anne Berthou/99

Eine nationale standardisierte Pflegesprache entsteht

- Pflegephänomene ICF
- Pflegeinterventionen ICNP

Begriffliche Grundlagen: ICF – WHO

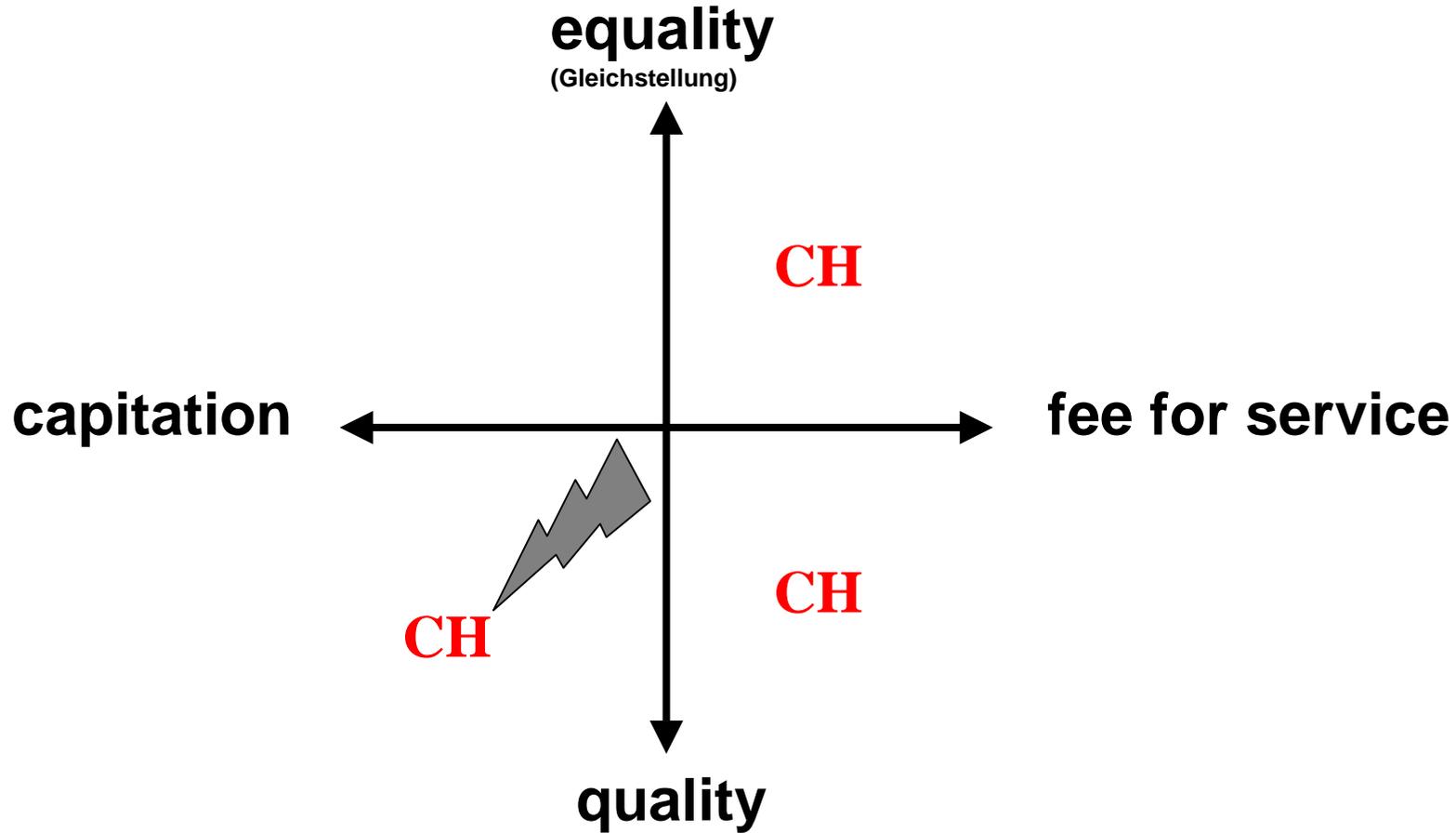
Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit



ICF – warum?

- neutral in der Formulierung
- allgemeingültig
- statistisch anwendbar
- multidisziplinär
- gewährleistet die nationale und internationale Kompatibilität

Spannungsfeld: Anreizsysteme

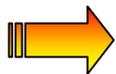


Abschätzen von Morbidität

- **Vergütung: prospektiv / sektorenübergreifend / wettbewerbsorientiert**
- ➔ **Anzahl und Ausprägung von Diagnosen**

Motivation für Morbiditätsindikator

- **Kosten sind im Gesundheitswesen das zentrale Thema**
- **Kosten von Versicherten können mit Alter, Geschlecht und Vorjahreskosten nur unbefriedigend beurteilt werden**
- **Die grosse Unbekannte ist die Morbidität**
- **In gesteuerten Systemen – wie MC-Systeme – darf von Kosten nicht auf die Morbidität geschlossen werden**



Achtung Schwanzbeisser-Effekt !

Mögliche Indikatoren



- ICD 10 (Diagnose-Code)
 - Charlson Index (Comorbidity, 1-year risk of mortality)
 - DRG (Diagnose-Gruppen)
 - DCG (Diagnostic Cost Groups)
 - ICPC-2 (Primary Care)
 - ICIDH (Impairments, Disabilities and Handicaps)
 - Indikatoren für den stationären Bereich
 - Krankheitsspezifische Indikatoren
-
- ✗ Einfach d.h. für den Praxisalltag tauglich
 - ✗ Auf ganze Versichertenkollektive anwendbar

Das optimale Kostenmodell: TMI

Das optimale lineare Modell

*Kosten ~ chronischer Anteil (X) + akuter Anteil (Y) + Alter
ist hoch signifikant ($p < 0.001$)*

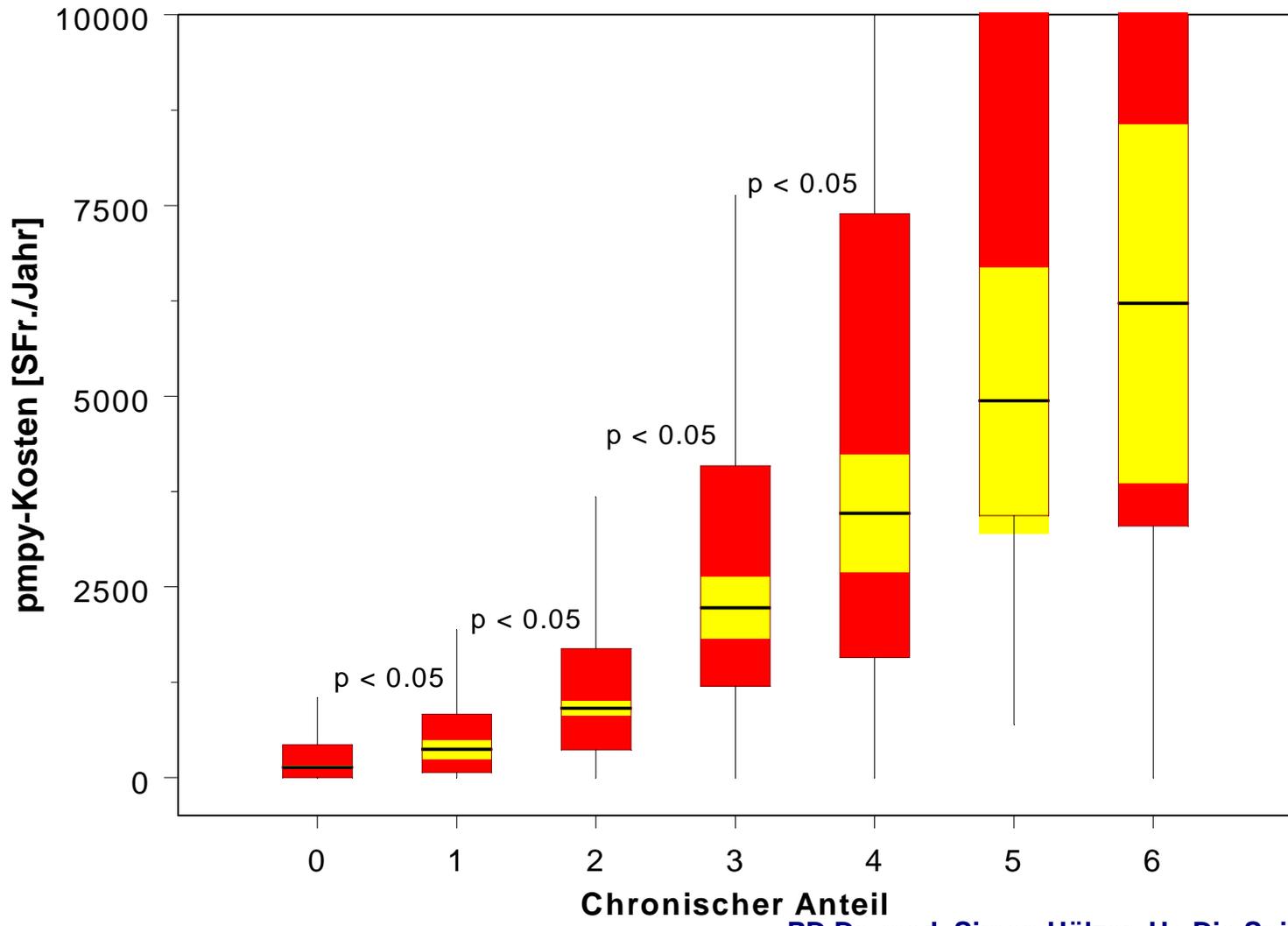
Das heisst:

- Der Morbiditätsindikator liefert einen wesentlichen Beitrag zur Erklärung der Kosten
- Der Morbiditätsindikator erklärt die pmpy-Kosten besser als Alter und Geschlecht
- Ein gutes Kostenmodell enthält den Morbiditätsindikator und das Alter der Versicherten

Chronisches Grading

Morbidi- tätsgrad X	Beschreibung	Risiko- faktoren	Anzahl leicht- mittelschwer chron. Kran.	Anzahl schwer chronischer Krankheiten
0	gesund	keine	0	0
1	präklinisch	ja	0	0
2	chronisch leicht a	---	1-2	0
3	chronisch leicht b	---	3 und mehr	0
4	chronisch schwer a	---	0-2	1
5	chronisch schwer b	---	3 und mehr	1
6	polymorbid	---	---	2 und mehr

Vertrauensintervalle der pmpy-Kosten



Problembereiche

- Spannungsfelder (insbesondere PID)
- Datenschutz: Diagnosecodeübermittlung (NZZ Artikel)
- Komplexität der Kodierregeln
- Bereitstellung von Katalogen (Suchverfahren, Referenzdaten)
- Trends (Analysen) häufig auf ICD Ebene oder veränderlichem Abstraktionsniveau (Codeänderungen, neue Kataloge, verschiedene DRG Versionen)
- Sektoren-übergreifendes „Tracking“ des Patienten

PD Dr. med. Simon Hölzer
Leiter Spitalinformatik und Statistik

H+ Die Spitäler der Schweiz
Lorrainestrasse 4 A
Postfach 302
3000 Bern

Mobil: +41 76 4035536
Telefon: +41 (0)31 335 11 24 (direkt)
Fax: +41 (0)31 335 11 70
e-mail: simon.hoelzer@hplus.ch



TARMED

Aspekte der Tarifierung:

KVG

Rahmenvertrag

- Tarifstruktur
- Konzept Kostenneutralität
- Starttaxpunktwert
- Datenschutz / Datenaustausch
- Vertrauensärzte
- Gebühren
- Anerkennung Sparten
- Dignitäten im Spital
- Abrechnungswesen
- Diagnosecode
- Qualität / WZW
- Sanktionen

UVG / IVG / MVG

Rahmenvertrag

- Tarifstruktur
- Konzept Fallkostenstabilität
- Starttaxpunktwert
- Gebühren
- Anerkennung Sparten
- Dignitäten im Spital
- Diagnosecode
- PVK
- Sanktionen

TarMed - Wichtige Neuerungen/Merkmale I



1. Einheitliche Nomenklatur für ambulante med. Leistungen

- Positionsnummer
- Leistungsbezeichnung
- Interpretation
- Anzahl Taxpunkte

-----> Gleiche Ansätze Spital / Arztpraxis

2. Tarifsplitting

AL

Durchführung Behandlung/Eingriff
Befundung
Bericht
Assistenz

TL

Nicht-ärztliches Personal
Medizintechnik
Räumlichkeiten
Verbrauchsmaterial < 3.--

3. Tarifaufbau Grundleistungen

Kapitel 0

Extraleistungen

Kapitel 1 - 36

1. Basisgrundleistungen

- Konsultation (Grundkons. + Kons'zusatz)
- Vorbesprechung Eingriffe
- Betreuung hospitalisierter Patienten
- Leistungen in Abwesenheit des Patienten
- Besuche, Wegentschädigung u.a.

2. Leistungspakete

- Untersuchungs-, Beratungs-, Instruktionpakete

3. Spezielle Grundleistungen

- Injektionen
- Gefässzugänge
- Punktionen
- Oberflächen-/Lokalanästhesien

TarMed - Wichtige Neuerungen/Merkmale II



Die Spitäler der Schweiz.
Les Hôpitaux de Suisse.
Gli Ospedali Svizzeri.

4. Dignität je Leistungsposition

- FMH 5 -----> z.B. Grundversorger
- FMH 6 -----> z.B. allg. Chirurgie
- ⋮
- FMH 12 -----> z.B. Herzchirurgie

5. Assistenz

- In der AL inbegriffen
- Anzahl Assistenten je Eingriffsposition im Tarif angegeben
- Aufteilung der AL zwischen Operateur und Assistent / Spital

TarMed - Wichtige Neuerungen/Merkmale III



6. Erschwerniszuschläge

- z.B. für Kinder < 7 Jahren
- oder betagte Patienten > 70 Jahre

7. Notfall im Spital

- Abgeltung der ärztlichen Leistung (pendent)
- Abgeltung der nichtärztlichen Betreuung
 - zertifizierte Notfallaufnahme (max 4 Std.)
 - **nicht** zertifizierte Notfallaufnahme (max 4 Std.)
 - Notfallaufnahme-Nachtklinik (max 12 Std)

TarMed - Wichtige Neuerungen/Merkmale IV



8. Medikamente

- separat verrechenbar (auch OPS)
- Pauschalierung vorgesehen

9. Verbrauchs-, Implantationsmaterial

- separat verrechenbar, falls
 - Einzelpreis >3.--

10. Entschädigung Operationssalbenutzung

- dreistufige Vergütungsregelung (OP I, OP II, OP III)
- Jede Eingriffsposition einem OP zugeordnet