

# Verschiebungen zwischen stationären und ambulanten Welten

**Beatrix Meyer**

**Leiterin Tarifiedienst FMH und Bereich SwissDRG**

**3. November 2011, Bern**

## **These Nr. 1**

### **Entscheid stationär oder ambulant: medizinische Kriterien sekundär**

Der Entscheid, ob eine Behandlung stationär oder ambulant durchgeführt wird, erfolgt nicht primär nach medizinischen Kriterien, im Gegenteil!

Frage an Sie: Nach welchen Kriterien erfolgt dieser Entscheid in Ihrem Spital?

## These Nr. 2

### Lippenbekenntnis «ambulant vor stationär»

In der Schweiz wird sich das Motto «ambulant vor stationär» kaum durchsetzen, insbesondere aufgrund der Fehlanreize durch die unterschiedlichen Finanzierungsquellen.

## **These Nr. 3**

**Nicht die Fehlanreize werden behoben,  
sondern zusätzliche Vorschriften erlassen**

Bis in einigen Jahren dürfte national einheitlich festgelegt sein, welche Leistungen ambulant und welche stationär erbracht werden müssen.

Selbstregulierung?

Die Ärzteschaft ist gut beraten, proaktiv selbst national einheitlich festzulegen, welche Leistungen stationär und welche ambulant durchgeführt werden müssen.

## **These Nr. 4**

### **Verschiebungen ja, aber innerhalb der Spitäler**

Leistungs- und Kostenverschiebungen aufgrund der DRG-Einführung erfolgen primär vom stationären in den spitalambulantem Sektor, und kaum in den praxisambulantem Sektor.

## Ihre Inputs bieten Anregung für laufende Begleitstudie FMH/H+!

Prof. S. Felder, Universität Basel, untersucht zusammen mit B,S,S Volkswirtschaftliche Beratung AG, Basel, im Auftrag von FMH und H+:

- Thema: Kosten- und Leistungsverschiebungen zwischen dem akutstationären und dem spital-/praxisambulantem Sektor
- Untersuchungszeitraum: 2009 bis 2012
- Weitere Informationen: [www.fmh.ch](http://www.fmh.ch) → SwissDRG → [Begleitforschung](#)

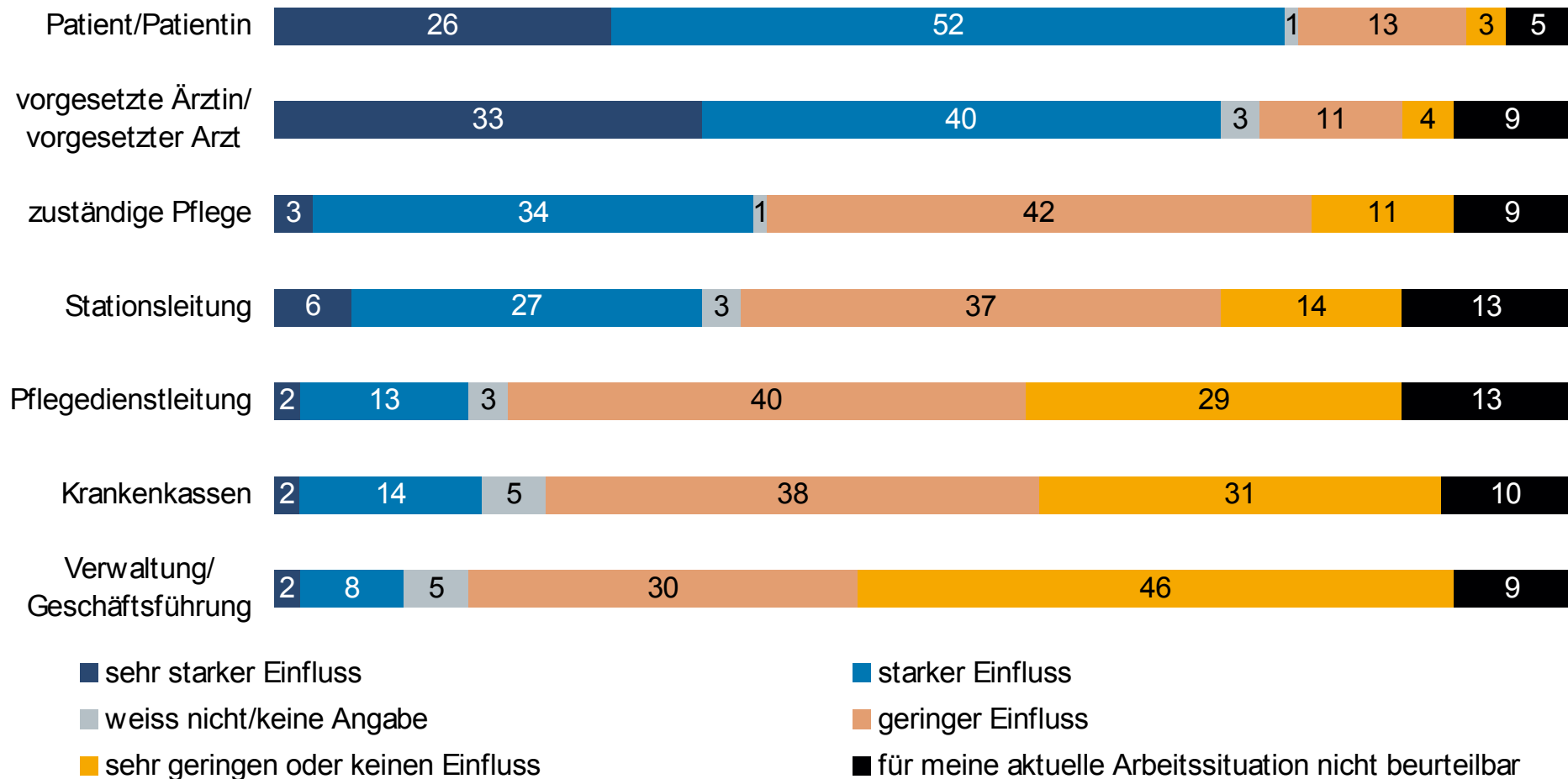
Besten Dank für Ihre Inputs!

# Spitalärzteschaft

## Einflussnahme auf Entscheidungen

"Wie verteilt sich in Ihrer Abteilung/Klinik der Einfluss auf Entscheidungen über die Art und Weise der Behandlung?"

in % Spitalärzte

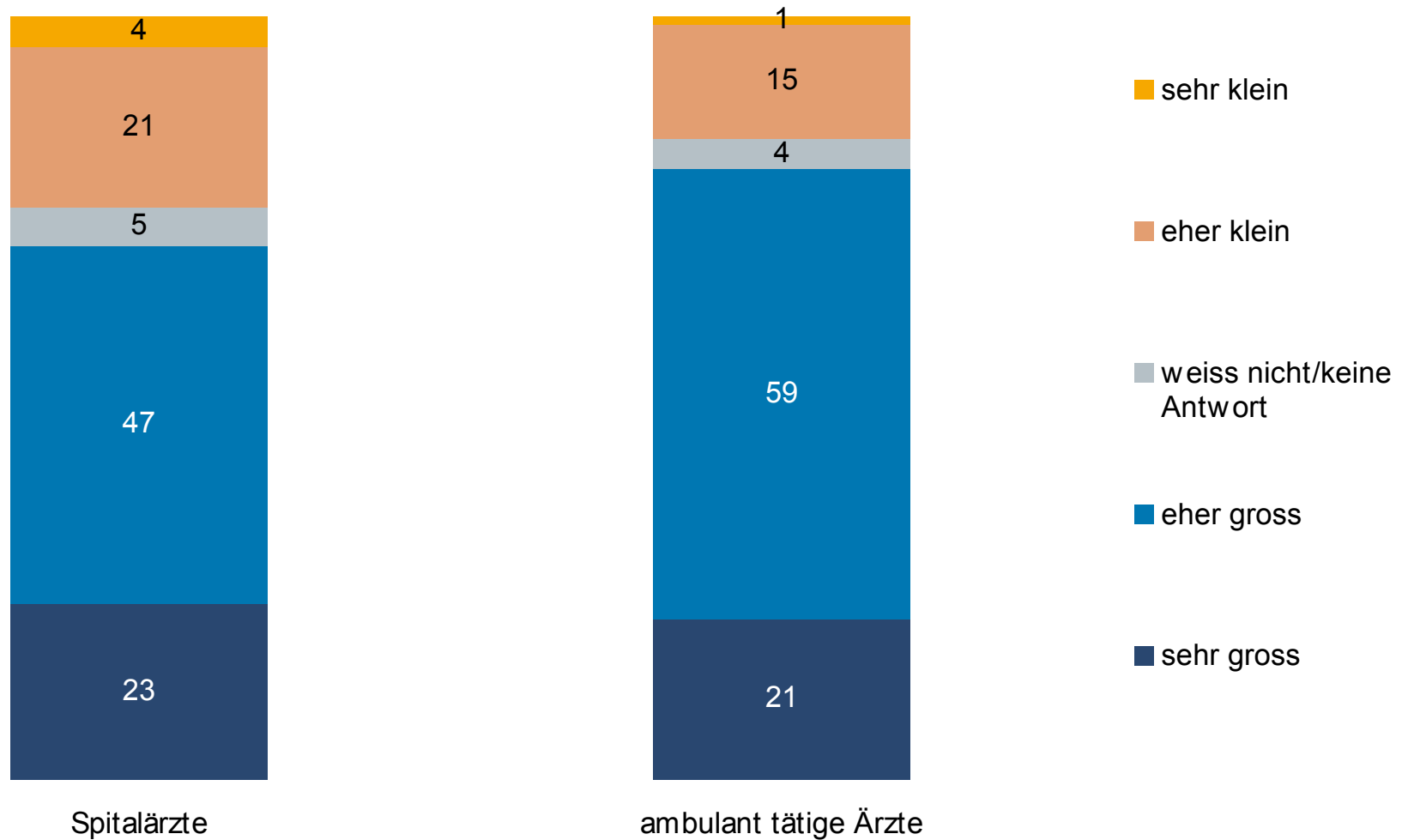


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

## Vergleich Spielraum der Behandlung

"Wie gross schätzen Sie Ihren persönlichen Spielraum hinsichtlich der Art und Weise der Behandlung ein?"

in % Spitalärzte/ ambulant tätige Ärzte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011  
(N Spitalärzte = 1193 / N ambulant tätige Ärzte = 266)



# Fehlanreize aufgrund unterschiedlicher Finanzierung stationär – ambulant

## Beispiel zu Effekt unterschiedliche Tarifsysteme

Pat. über 70 Jahre, Operation eines Karpaltunnelsyndroms in der Spitalambulanz in ZH bzw. stationär als Kurzlieger bei angenommener Baserate von CHF 9000.-

Behandlung	TARMED-Position	Erlös Spital-ambulanz (in CHF)	SwissDRG DRG mit Costweight für Kurzlieger	SwissDRG Erlös (in CHF)
Karpaltunnel syndrom , Anästhesie und Alterszuschlag	05.2410 28.0030 28.0020	380.79	B05Z Dekompression bei Karpal- oder Tarsalsyndrom; CW low outlier = 0.3319	2987.10

# Stationäre oder ambulante Behandlung?

## Handhabung in Deutschland

- **AOP-Katalog** (ambulant durchgeführte Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe) → Auf Initiative der Ärzte wurde festgelegt, welche Leistungen i.d.R. ambulant und welche stationär durchgeführt werden müssen.
- **G-AEP-Kriterien** (German appropriate evaluation protocol)

Aber: Anreize sind in Deutschland nicht vergleichbar mit der Schweiz (z.B. keine duale Finanzierung)

# AOP-Katalog

## (ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe)

§ 115b SGB-V, Anh. 2, Kap 31 EBM (Deutschland)

OPS-Kode 2011	OPS-Text 2011	Kategorie
5-056.41	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand: Endoskopisch	1*
5-056.9	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Fuss	2**

\* Kategorie 1: Leistung muss in der Regel ambulant erbracht werden

\*\* Kategorie 2: Leistung, bei der sowohl eine ambulante als auch eine stationäre Durchführung möglich ist

# G-AEP-Kriterien (appropriate evaluation protocol)

Grundlage für einheitliche Prüfung primärer Fehlbelegung in Deutschland

- **A** Schwere der Erkrankung
- **B** Intensität der Behandlung
- **C** Operation / Invasive Maßnahme (ausser Notfall)
- **D** Komorbiditäten in Verbindung mit Operationen oder krankenhausspezifischen Maßnahmen
- **E** Notwendigkeit intensiver postop. Betreuung bei Operationen oder krankenhausspezif. Massnahmen
- **F** Soziale Faktoren, aufgrund derer eine medizin. Versorgung des Pat. nicht möglich wäre, in Verbindung mit Operationen oder anderen krankenhausspezif. Massnahmen (geprüft u. dokumentiert)