



Die Rolle der niedergelassenen Ärzte in der neuen Spitallandschaft

Urs Stoffel, Präsident der AerzteGesellschaft des Kantons Zürich AGZ
und Mitglied des Zentralvorstands der FMH



Im DRG System gilt nicht der Grundsatz:
„Die Grossen fressen die Kleinen –
sondern die Schnellen die Langsamen“

Prof. Jörg F Debatin
*ehemaliger Ärztlicher Direktor des Universitäts-
klinikums Eppendorf (UKE)*

Agenda

- Ausgangslage
- Wer ist betroffen?
- Spitalärzte im öffentlichen Spital
- Niedergelassene Ärzte in freier Praxis
- Was verändert sich in der Arztpraxis?
- Versorgungsforschung
- Blick in die Zukunft
- Fazit

Ausgangslage:



**Neue Spitalfinanzierung (Kanton 55% und Versicherer 45%)
+ Abgeltung in Fallpauschalen (DRG)**

= NEUE SPITALLANDSCHAFT SCHWEIZ 2012 !

Wer ist betroffen ?



- SPITALÄRZTE
- NIEDERGELASSENE ÄRZTE
- BELEGÄRZTE



- Codierung
- Austrittsmanagement
- Clinical Pathways
- Verweildauer (Inlier und Outlier Problematik)
- Case Management und Medizincontrolling -> MDK
- Elektronische Patientenakten



Auswirkungen des veränderten Alltags

- Zuwachs von administrativem Aufwand für den Arzt
Einführung KIS (= Klinik Informations System)
- Die Qualität der Codierung entscheidet über den Erlös einer Klinik
(Roder, 2001)
- Einführung von MDA (= Medizinische Dokumentations- Assistenten)

Auswirkungen auf die niedergelassenen Ärzte



„Outsourcing“ von Spitalleistungen => **VERNETZUNG**

Komplexität der Nachbetreuung steigt

- Spitex
- Ergotherapie; Physiotherapie
- Betreuungsprobleme
- Transportprobleme
- Verbandsmaterial; Medikamente

Auswirkungen auf die niedergelassenen Ärzte



- Vermehrte, unbeeinflussbare „Dienstleistungen“ durch den Grundversorger
 - Präoperative Abklärungen
 - Postoperative Nachbehandlungen
- Verlagerung = Mengenausweitung -> TPW unter Druck

Was verändert sich in der Arztpraxis ?



Vermeehrt präoperative Abklärungen:

- EKG, Thorax und Labor
- Kardiologische- und Pulmonologische Abklärungen
- Internistische Berichte

Was verändert sich in der Arztpraxis ?



Ver mehrt postoperative Nachbetreuung:

- Wundkontrollen
- Wundpflege und Verbandwechsel (Wundinfekte)
- Fadenentfernungen
- Hausbesuche
- Koordination mit Spitex
- Labor Nachkontrollen
- Medikamenteneinstellungen
- Koordination mit Pysiotherapie

Versorgungsforschung und Vernetzung



- Wer löst die ärztliche Behandlung aus ?
- Wo und in welchem Umfang finden die sektoriellen Verschiebungen statt ?
- Welche Leistungen in der Arztpraxis nehmen wie und warum zu ? (=> **VERNETZUNG**)

Code Liste RFE

Die RFE-Codes

Den Teilnehmenden stehen zurzeit acht Codes zur Verfügung, um das Motiv des Patienten für einen Arztbesuch zu klassieren. Um die Wahl des richtigen Codes zu vereinfachen, erarbeiteten die Initianten in Zusammenarbeit mit dem RFE-Steuerungsausschuss je eine Definition sowie ein praktisches Beispiel.

Code 01 **Kontakt auf Wunsch des Patienten**

Definition Dieser Code wird immer dann gesetzt, wenn der Kontakt vom Patienten oder seinen Angehörigen initiiert wurde.

Code 02 **Notfallkonsultation**

Definition Für Notfallkontakte im engeren Sinne des Wortes. Entsprechend den Tarmed-Positionen (00.2510 – 00.2590). Ausgenommen Position 00.2505.

Code 03 **Kontakt auf Zuweisung**

Definition Der Arztkontakt entsteht, weil der Patient durch medizinische oder paramedizinische Stellen (Chiropraktiker, Psychologen etc.) zugewiesen wurde.

Code 04 **Kontakt auf eigene Verordnung/Empfehlung**

Definition Kontakt auf Empfehlung des behandelnden Arztes. Der zeitliche Abstand spielt keine Rolle. Verlaufskontrollen bei akuten oder chronischen Erkrankungen, Tumornachsorge, vereinbarte Vorsorgeuntersuchung etc.

Code 05 **Folgekontakt nach auswärtiger Untersuchung**

Definition Der Kontakt erfolgt aufgrund einer externen Untersuchung oder Analyse.

Code 06 **Kontakt im Zusammenhang mit Langzeitpflege**

Definition Der Arztkontakt ist im Zusammenhang mit der Langzeitpflege erforderlich.

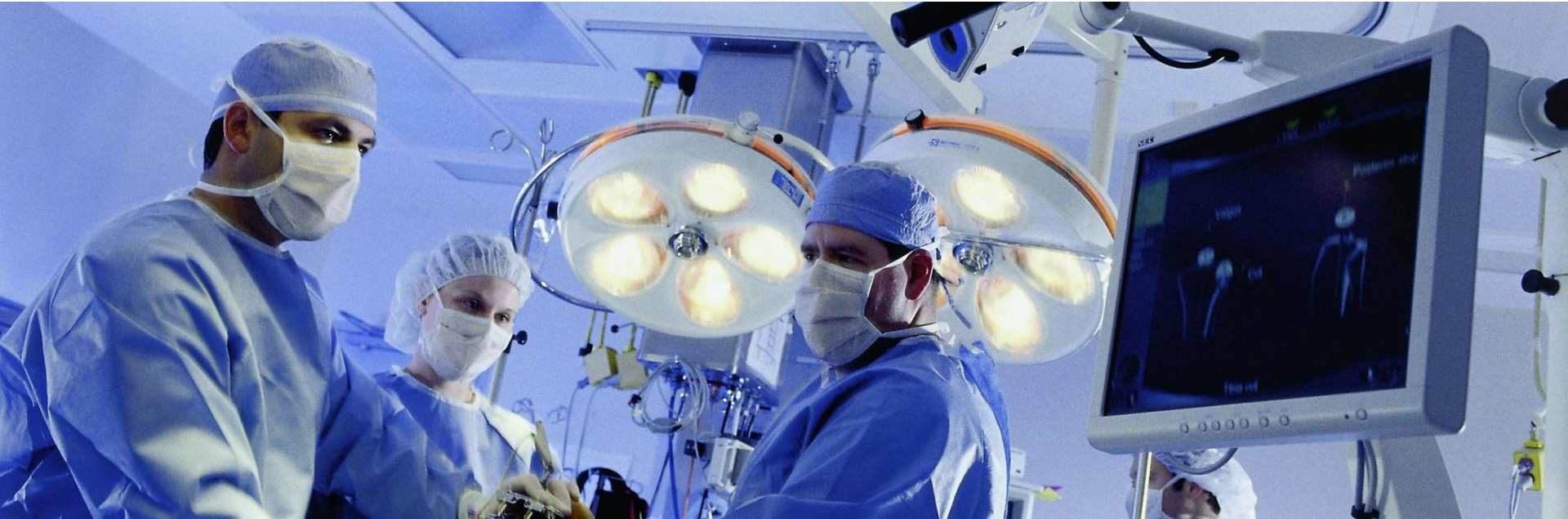
Code 07 **Kontakt in kausalem Zusammenhang mit Eingriff/Hospitalisation**

Definition Ausschlaggebend ist der kausale Zusammenhang mit dem Eingriff oder der Hospitalisation – vorher oder nachher, unabhängig davon, wer die Konsultation ausgelöst hat. Code 07 wird verwendet, bis der Behandlungsgrund weggefallen ist. Dies trifft zu bei Wundversorgung oder Quick-Einstellung.

Code 99 **Kein Arztkontakt**

Definition Dieser Code dient nicht zuletzt der Vollständigkeit.

Die Rolle der Belegärzte in der neuen Spitallandschaft



„Eigentlich ist die Rolle des Belegarztes im heutigen DRG System nicht vorgesehen“

Offene Fragen für die Zukunft



- Einheitliche Baserate oder Zusatzentgelte ?
- Zunahme der sektoriellen Verschiebungen ?
- Wer koordiniert die integrierte Versorgung ?
Spital oder Grundversorger ? => **VERNETZUNG**
- Was ist die Rolle des Belegarztes in Zukunft ?
- Wie verändern sich die Schnittstellen ambulant – stationär ?

Offene Fragen für die Zukunft



- Rehabilitation im „eigenen Haus“ ?
- „Integrierte“ Fallpauschalen ?
- Versorgungsforschung ?
- Ambulante Fallpauschalen ?

Fazit



- Die neue Spitallandschaft hat Auswirkungen auf **alle** ambulanten Leistungserbringer
- Fallpauschalen und neue Spitalfinanzierung setzen neue positive und negative Anreize
- Die niederegelassene Ärzteschaft muss ihr neues Leistungsspektrum aufzeigen können => **RFE, Versorgungsforschung**

Fazit



- Die Veränderungen durch die „neue“ Spitallandschaft verlangen Flexibilität und Anpassungsfähigkeit für die ambulanten Leistungserbringer
- Die Rolle der Belegärzte ist noch nicht klar definiert
- Die Herausforderungen können nur gemeinsam mit den Spitälern beantwortet werden



Herzlichen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit !