

Pauschalisierung der ambulanten Spitalleistungen im chirurgischen Notfall

Studiengang: MAS Medizininformatik

Die Spitäler sind gefordert, wirksame Massnahmen im defizitären und stetig wachsenden, ambulanten Bereich zu ergreifen. Eine vollständige und korrekte Erfassung der Leistungen muss gewährleistet sein. Im Rahmen dieser Masterthesis werden bei chirurgischen Notfalleintritten Muster und Zusammenhänge in der Diagnose und Behandlung von Patienten und der Leistungserfassung gesucht. Die Frage wird gestellt, ob sich chirurgische Notfalleleistungen im Spital pauschalisieren lassen.

Einleitung

Die Spital Emmental AG bietet an den beiden Standorten Burgdorf und Langnau eine Notfall- und Grundversorgung sowie psychiatrische Behandlungen im ambulanten und stationären Bereich an. Schon heute ist der ambulante Bereich nicht kostendeckend. Eine vollständige und korrekte Leistungserfassung ist wegweisend. Ziel ist es, Muster und Zusammenhänge zwischen Diagnosen und Anzahl Taxpunkten zu finden. Mit diesen Erkenntnissen soll die Leistungserfassung mit gezielten Leistungsspektren oder Pauschalen für die Leistungserbringer vereinfacht und gleichzeitig die Vollständigkeit und Korrektheit verbessert werden. Folgende Hypothesen werden aufgestellt:

1. Die Abweichung der Taxpunkte innerhalb gleicher Diagnosen oder Diagnosegruppen beträgt in 90 % der Fälle +/- 10% Abweichung des Medians.
2. Die Taxpunkte setzen sich in 80 % der Fälle (Bandbreite von +/- 10% Abweichung des Medians) aus den gleichen TARMED-Leistungspositionen zusammen (Leistungsnummer und Anzahl).

Methoden

Bei den untersuchten Fällen handelt es sich um eine retrospektive Auswertung der chirurgischen Notfälle in Burgdorf und Langnau mit Eintrittsdatum 01.01.2016-30.06.2016. Analysiert werden nur die verrechenbaren TARMED-Leistungspositionen am Notfalltag (ohne Nachkontrolle) ohne die Leistungen aus Kapitel 39 «Bildgebende Verfahren». Um eine Vergleichbarkeit mit anderen ambulanten Einrichtungen zu gewährleisten, erfolgen Analyse und Resultate in Taxpunkten und nicht in CHF-Beträgen. Es werden nur die Fälle ausgewertet, welche schlussendlich ambulant abgerechnet werden. Die Stichprobe weist 2'491 Fälle auf. Jeder Fall wird manuell anhand der Austrittsdiagnose und der Behandlung/Intervention gemäss Austrittsbericht mit dem Klassifizierungssystem ICPC-2 einer Diagnose zugeteilt. Nach erfolgter Codierung wird die Abweichung der totalen Taxpunkte je Fall innerhalb der Diagnosen ermittelt. Es wird geprüft, ob sich die Taxpunkte aus den gleichen TARMED-Leistungspositionen zusammensetzen. Zuletzt wird aufgezeigt, ob und wie sich eventuelle Pauschalen berechnen lassen.

Resultate

93.74 % der Fälle (2'335) weisen einen totalen Taxpunkt zwischen 101 und 500 auf. Die Fälle verteilen sich in 102 verschiedene Diagnosen. Die 25 häufigsten Diagnosen (Total 2'026 Fälle) decken 81.33 % aller Fälle ab. Den Diagnosen sind zwischen 23 und 360 Fälle zugewiesen. Die weiteren Resultate beziehen sich auf die 25 zahlreichsten Diagnosen. Im Durchschnitt liegen 25.14 % der Fälle in der Bandbreite von +/-10% Abweichung des Medians. Der Faktor vom tiefsten zum höchsten totalen Taxpunkt pro Fall liegt im Durchschnitt bei 5.93. Werden die nichtärztlichen TARMED-Leistungspositionen ausgeschlossen, liegt der Durchschnitt der in der Bandbreite liegenden Fälle bei 17.59 %, der Faktor erhöht sich auf 18.39. Die Auswertung über die ärztlichen Grundleistungen befindet sich im Durchschnitt mit 28.73 % der Fälle in der Bandbreite leicht höher. Der Faktor liegt jedoch bei 9.81. Erfolgt die Analyse mit spezifischen TARMED-Handlungsleistungen (Taxpunkt grösser 40), erhöht sich der Durchschnitt auf 37.30 % mit einem Faktor von 5.04. Die Taxpunkte bei den Fällen in der Bandbreite setzen sich Variationen von verschiedenen Leistungen.

Diskussion

Aufgrund der Resultate müssen beide Hypothesen verworfen werden. Die Streuung der Taxpunkte ist in allen Auswertungen gross (nach Diagnose, verschiedenen Leistungen innerhalb der Diagnose und nach spezifischen TARMED-Leistungspositionen). Es können keine Muster, Einflüsse und Abhängigkeiten festgestellt werden. Kritisch beurteilt kann die Eignung der Diagnoseeinteilung nach ICPC-2 und die zum Teil kleinen Stichproben (weniger als 50 Fälle) in den einzelnen Diagnosen. Die Codierung der Fälle erfolgt manuell und ist eng mit dem medizinischen Wissen der Verfasserin verknüpft. Für kommende Herausforderungen im ambulanten Bereich werden mögliche Lösungsansätze aufgezeigt.



Claudia Hurni