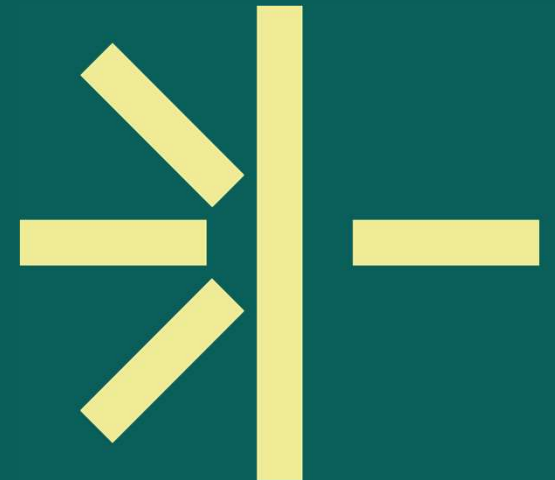


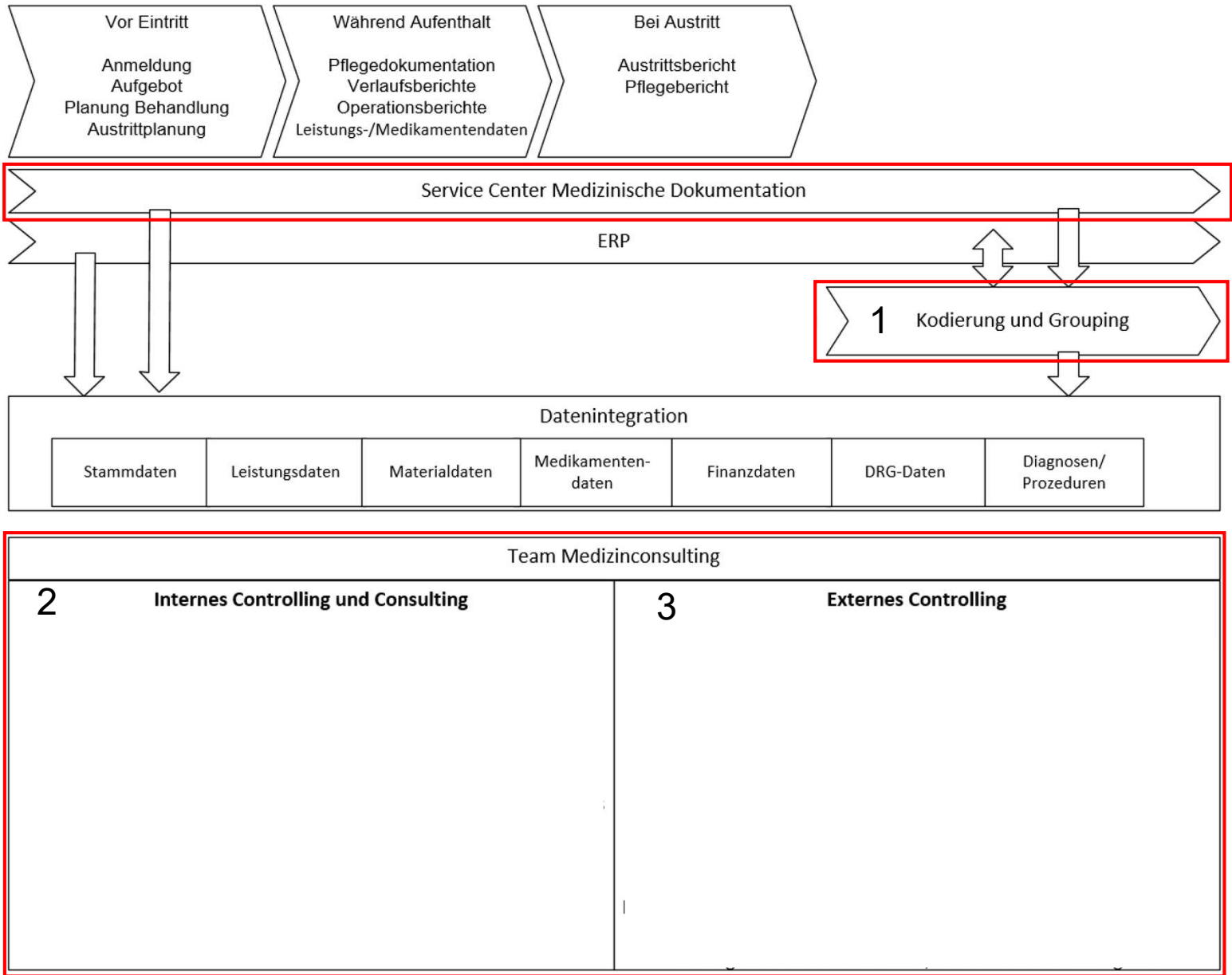


Verwendung von Daten der medizinischen Kodierung für das interne und externe Controlling

22.02.2023

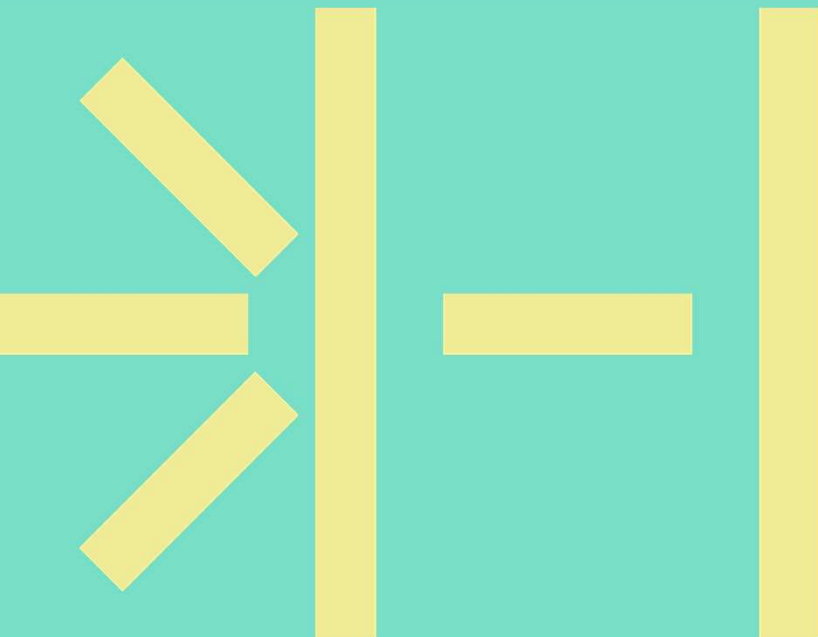
Dr. med. Julian Geisshardt, MBA
Leiter Medizincontrolling





1.

Kodierung in der Schweiz



Instrumente zur medizinischen Kodierung

- **Diagnosen: ICD-10 GM**

- In der Schweiz wird die neue Version alle zwei Jahre übernommen (um ein Jahr versetzt)

- **Prozeduren: CHOP-Katalog**

- Schweizerische Operationsklassifikation, herausgegeben vom Bundesamt für Statistik
- Grundlage ist amerikanische Adaptation der ICD-9-CM
- beinhaltet Prozedurenkodes zur Abbildung aller signifikanter spezifischer erbrachter medizinischer Prozeduren

chirurgischer Natur | haben ein Eingriffsrisiko | haben ein Anästhesierisiko | erfordern Spezialeinrichtungen

- **NICHT** kodiert werden

- Prozeduren die routinemässig durchgeführt werden (EKG, BE, konventionelle Röntgenuntersuchungen)
- einzelne Komponenten einer Prozedur (Vorbereitung, Lagerung, Anästhesie, Wundverschluss sind in der Regel im Operationskode abgebildet)

- **Jährliche Aktualisierung**

Medizinische Statistik: BFS Datensatz

- Erhebung aller stationären Hospitalisationen
- Umfassende Art der Erhebung (Vollerhebung)
- Obligatorische Erhebung
- Jährliche Periode, quartalsmässige Erhebung

Beinhaltet u.a.

- Betriebs-/Fallidentifikation, Diagnosen/Behandlungen
- Soziodemographische Daten
- Eintritts- und Austrittsmerkmale, Aufenthaltsmerkmale
- Betriebswirtschaftliche Angaben

```
MB|60622367|8511A|AG|0D7F5550D8B1DDAA|A|0|0|0|0|1|19340611|70|5643|CHE|2005122017|1|1|3|3|1|0|0|M100|1|2  
006010413|1|3|4|951||E876|K746|I48|||||9929|2005122113|||||||
```

```
MB|60622367|8511A|AG|D2542C8FBEBBAF05|A|0|0|0|0|2|19271207|77|5612|CHE|2005122108|1|1|3|3|3|0|0|M100|1|2  
006010611|1|1|2|M511||M4797|H911|||||9315|2005122204|||||||
```

```
MB|60622367|8511A|AG|25CE34CEEB6E6689|A|0|0|0|0|2|19620819|42|8918|CHE|2005122814|1|2|3|3|2|0|0|M300|1|2  
006010110|2|1|1|N921|||||||6831|2005122910|||||||
```

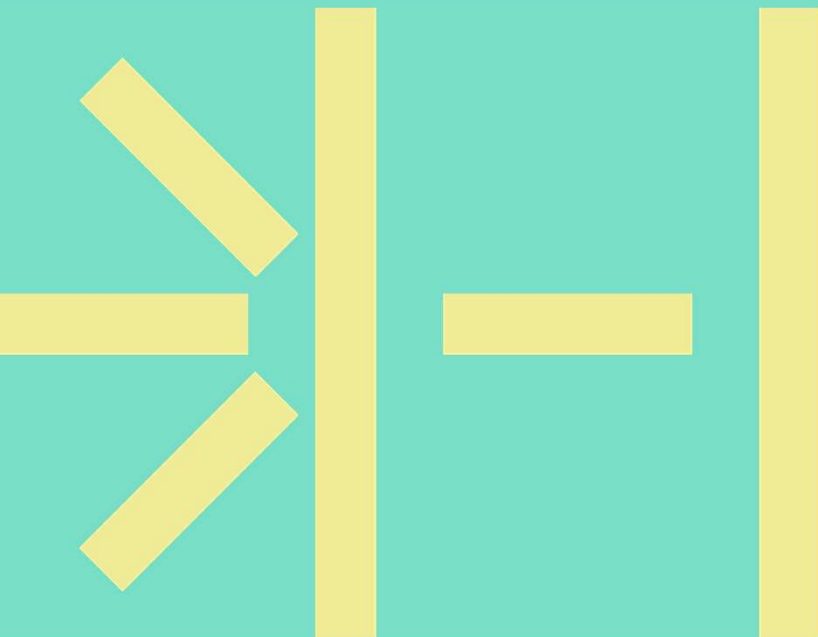
SwissDRG



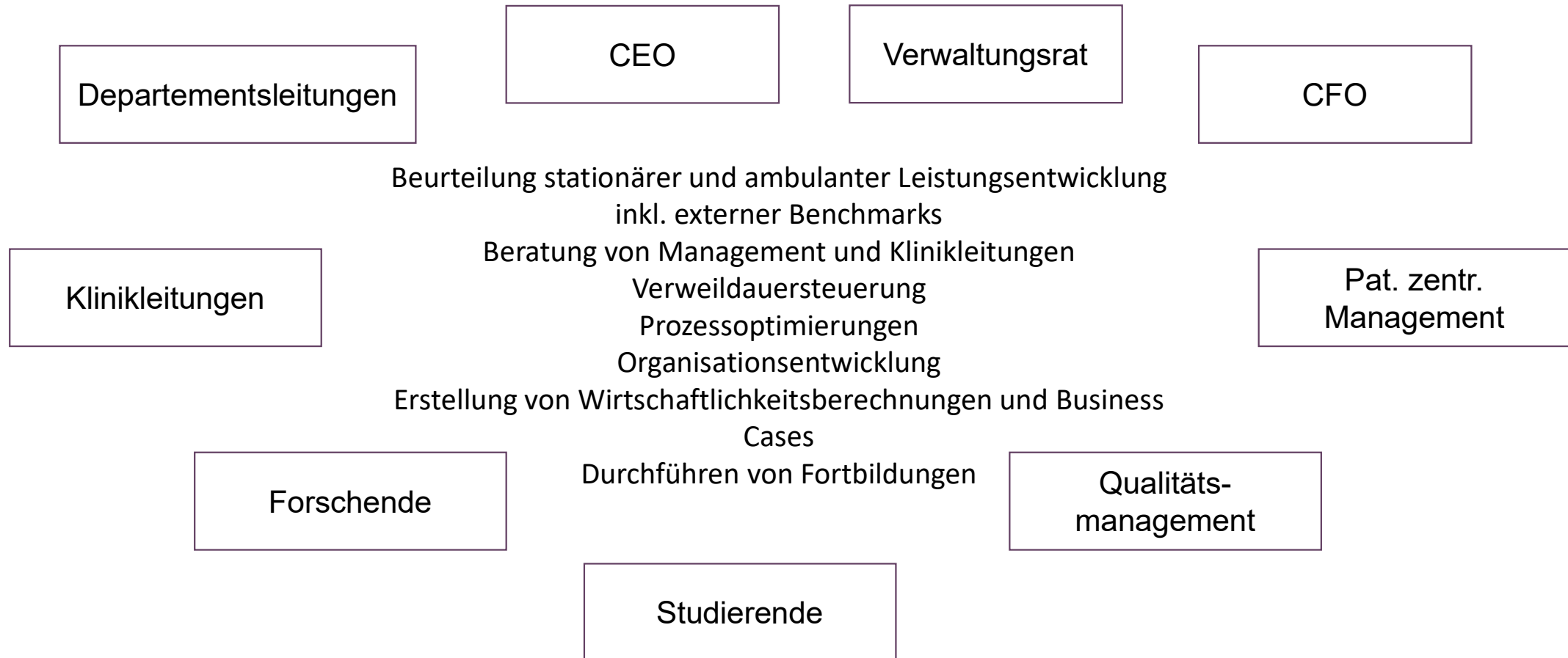
- gemeinnützige Aktiengesellschaft
 1. Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)
 2. H+, die Spitäler der Schweiz
 3. santésuisse, die Schweizerischen Krankenversicherer, mit der Medizinaltarifkommission UVG, MV/IV (MTK)
 4. Vereinigung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)
- Abgeltung stationärer Behandlungen seit 2012 über leistungsbezogene, schweizweit einheitliche Fallpauschalen (vorher: Tagespauschalen)
- Anwendungsbereich: Akutsomatische Spitäler, Akutabteilungen und Geburtshäuser. (inkl. Frührehabilitation, Paraplegiologie sowie Palliativmedizin)
- Jeder DRG/Fallgruppe wird ein relatives Kostengewicht (= durchschnittlicher Behandlungsaufwand einer Gruppe) zugeordnet
- Baserates: werden durch Versicherer und Leistungserbringer festgelegt
- Erlös pro Fall = Kostengewicht x Baserate

2.

Internes Consulting und Controlling

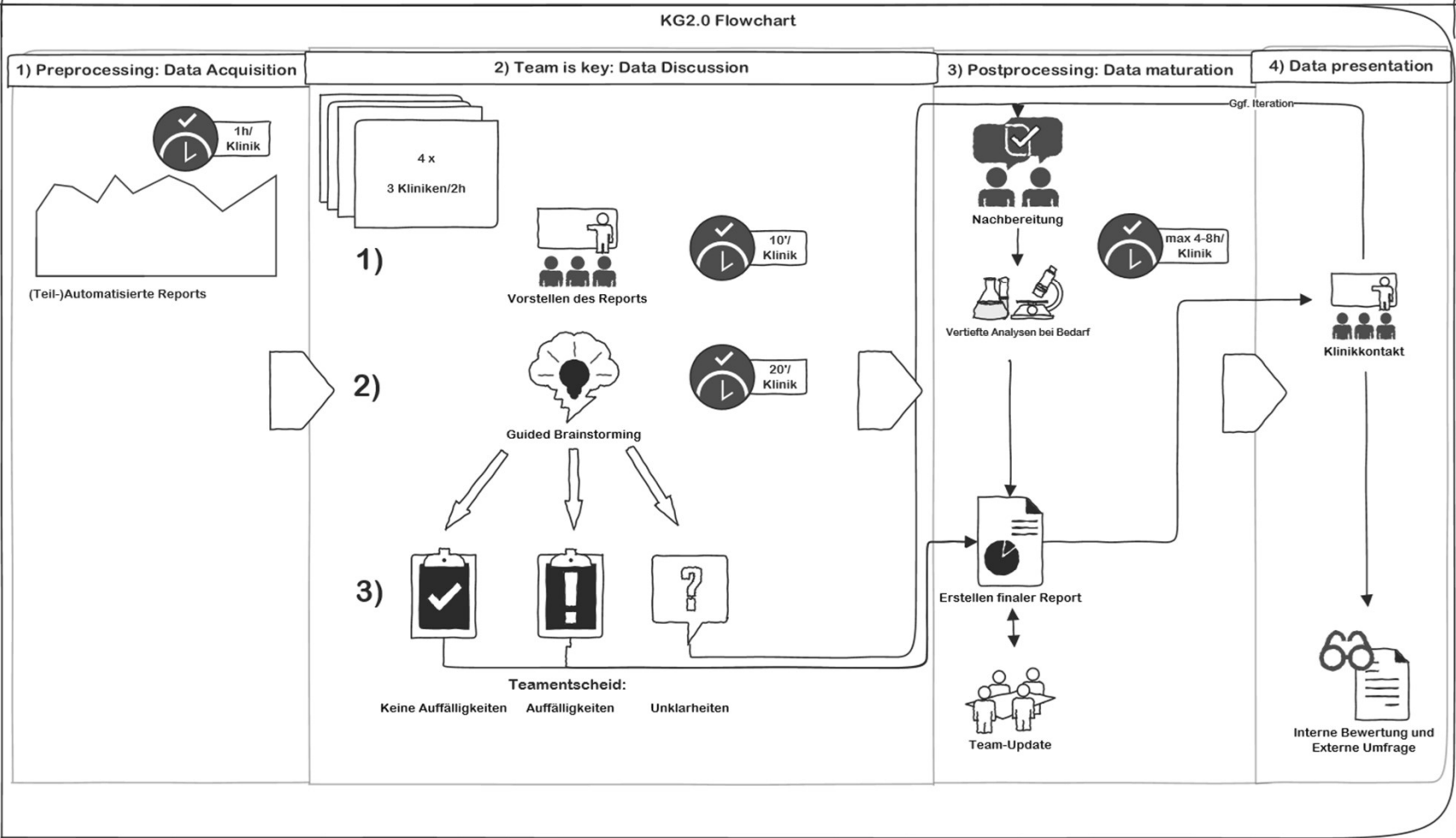


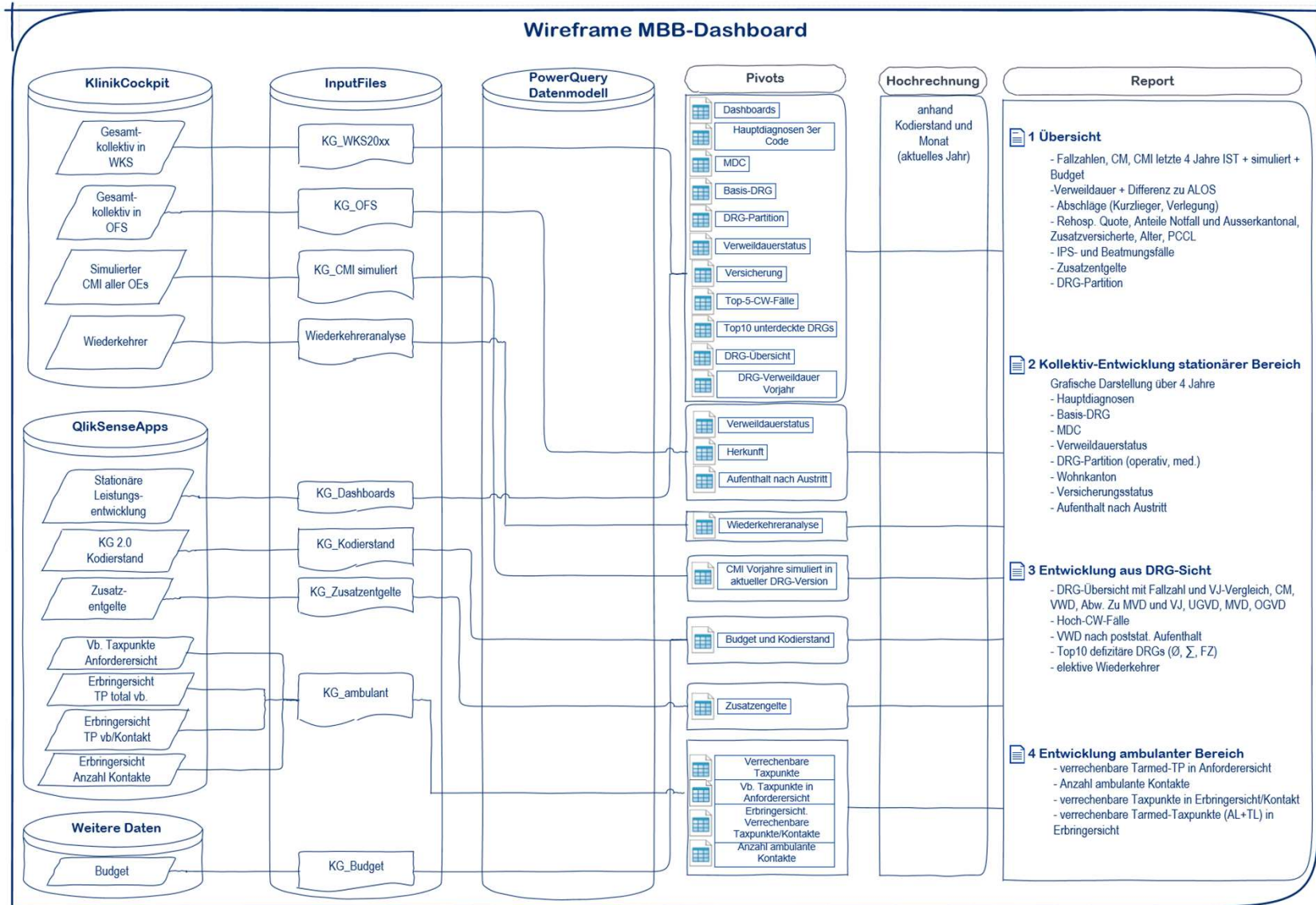
Medizincontrolling am USB: interne Stakeholder



Quelle: SpitalBenchmark

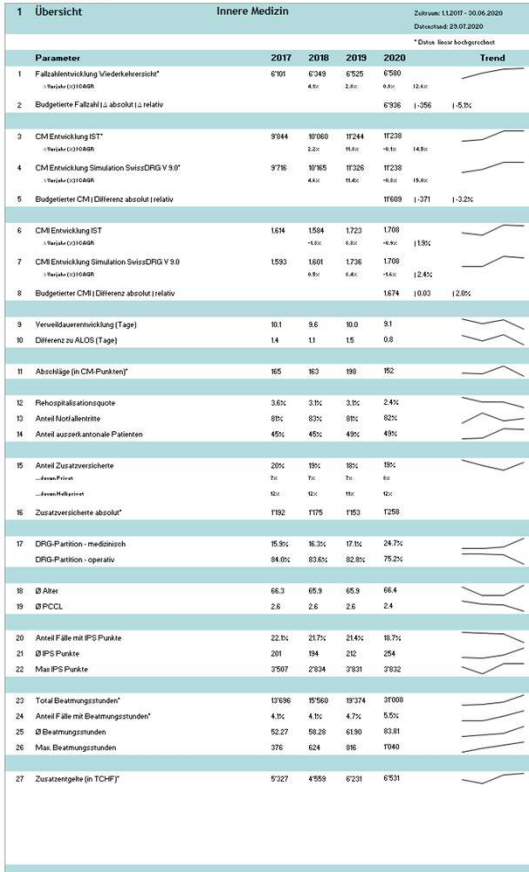
Klinikgespräche am : Status quo



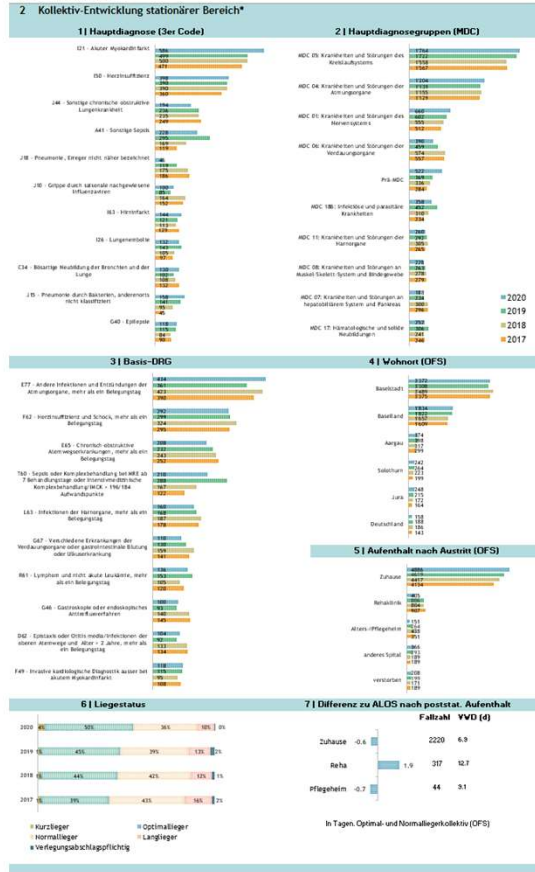


Interne Analysen: MedCo Dashboard

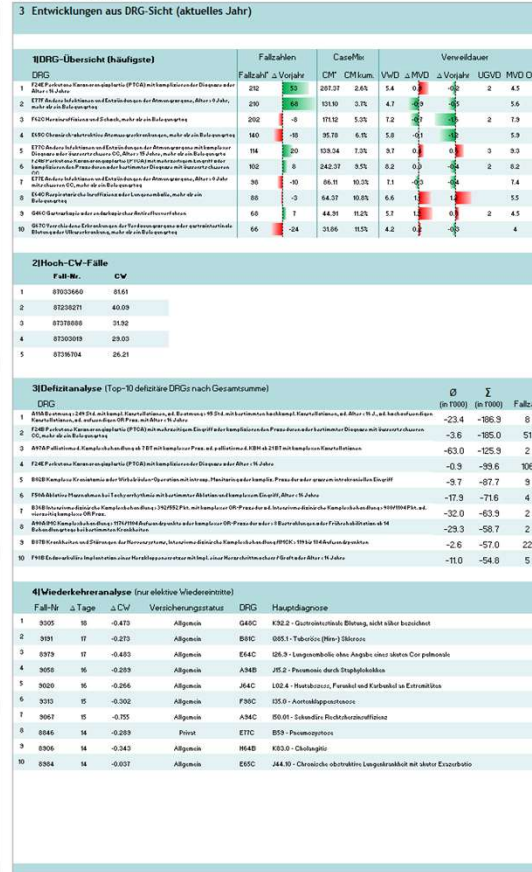
MBB - Dashboard



MBB - Dashboard



MBB - Dashboard



MBB - Dashboard



MedCo Dashboard

1 | Übersicht

- Fallzahlen, CM, CMI letzte 4 Jahre
IST + simuliert + Budget
- Verweildauer + Differenz zu ALOS
- Abschläge
- Rehospitalisationsquote
- Zusatzversicherte, Alter, PCCL
- IPS- und Beatmungsfälle
- Zusatzentgelte
- DRG-Partition

2 | Kollektiv-Entwicklung stationärer Bereich

Grafische Darstellung über 4 Jahre

- Hauptdiagnosen
- Basis-DRG
- Hauptdiagnosegruppen
- Liegestatus
- Wohnort
- Versicherungsstatus
- Aufenthalt nach Austritt
- VWD abh. von poststat. Aufenthalt

3 | Entwicklung aus DRG-Sicht

- DRG-Übersicht mit Fallzahl und
VJ-Vergleich, CM, VWD, Abw. zu MVD
und VJ, UGVD, MVD, OGVD
- Hoch-CW-Fälle (Ausreisser)
- Top10 defizitäre DRGs (\emptyset , Σ , FZ)
- elektive Wiederkehrer

4 | Entwicklung ambulanter Bereich

- verrechenbare Tarmed-TP in
Anforderersicht
- Anzahl ambulante Kontakte
- verrechenbare Taxpunkte in
Erbringersicht/Kontakt
- verrechenbare Tarmed-Taxpunkte
(AL+TL) in Erbringersicht

3

Medizincontrolling | MBB

4

Medizincontrolling | MBB

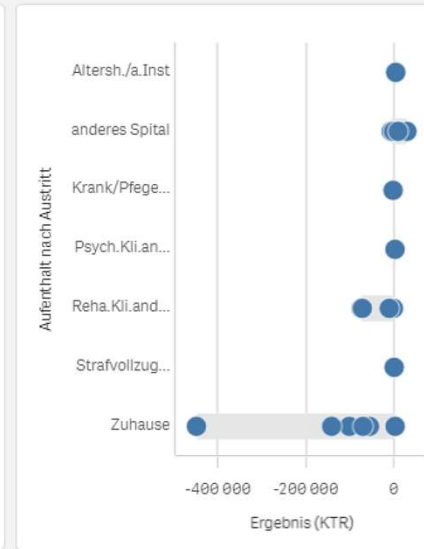
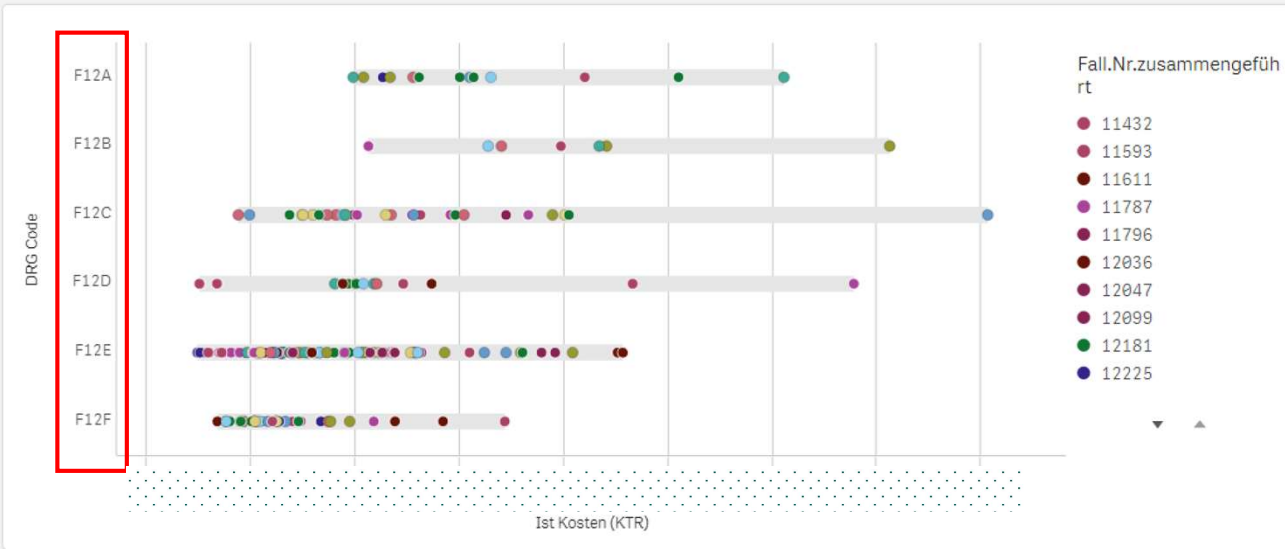
5

Medizincontrolling | MBB

6

Medizincontrolling | MBB

DRG Kostenanalyse (2)



Fall.Nummer

Entlassungsjahr: 2022 ✓

Verantw. Kostenstelle.Nr.Text

Entlassungsmonat

Fallart.Text

Stationär ✓

DRG Code

Entl. fachl. OE.Nr.Text

Abrechnungsstatus.Text

Codierstatus.Text

Alter bei Falleintritt

Aufenthalt nach Austritt

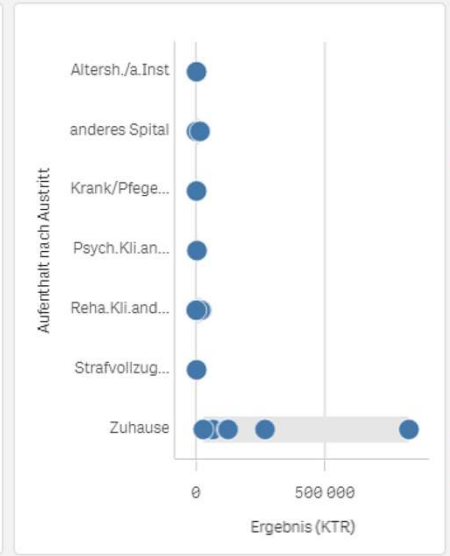
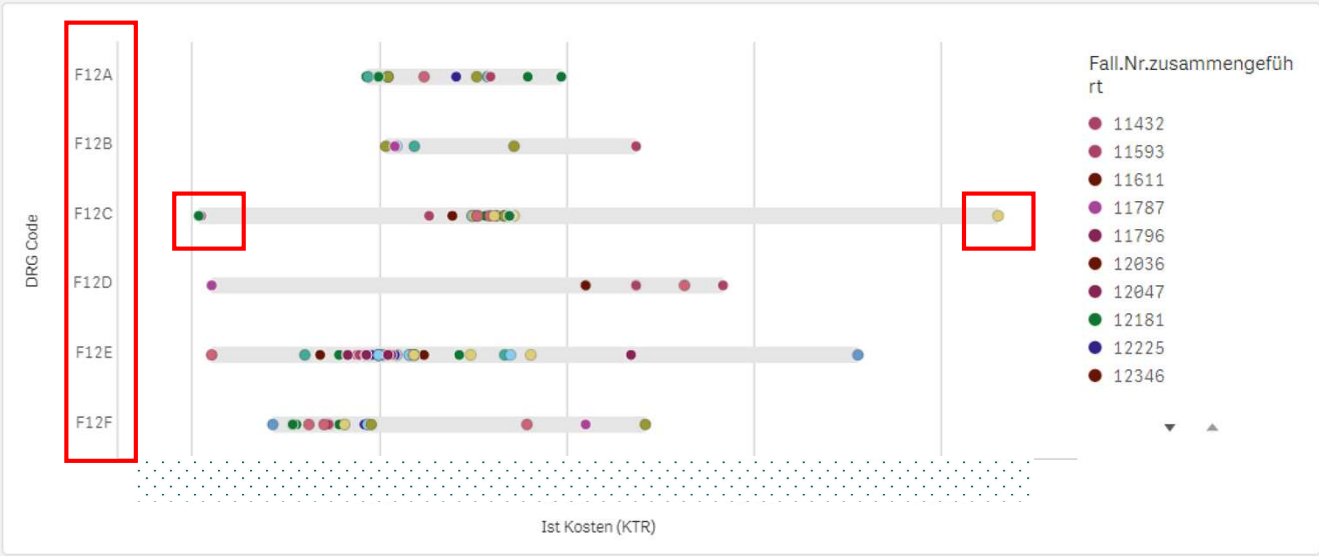
DRG Liegestatus.Text

Fall.N...	Fall.Nr...	Ist Kosten (KTR)	Ist Erlöse (KTR)	Ergebnis (KTR)	DRG Code	CW	Entlas...	Entlas..
Gesamtwerte		5 347 438	-6 293 926	-946 488				
88010017	11432	16 036	16 036	0	F12D	2,55100	2022	
88010018	11593	17 410	17 410	0	F12E	1,74100	2022	
88010019	11611	2 299 999	2 299 999	0	F12C	2,29999	2022	
88010020	11787	1 741 000	1 741 000	0	F12E	1,74100	2022	
88010021	11796	3 358 899	3 358 899	0	F12B	3,35899	2022	
88010022	12036	1 741 000	1 741 000	0	F12E	1,74100	2022	
88010023	12047	2 551 000	2 551 000	0	F12D	2,55100	2022	
88010024	12099	1 741 000	1 741 000	0	F12E	1,74100	2022	

517160 - Implantate 1 575 877	517060 - Station Pflege 704 667	517042 - Stations Ärzte 500 593	517175 - Instrumente / Utensilien 250 275	527370 - MGK-Zuschlag Implan... 245 853
	517051 - HK-und EP Labore 593 474	3800000 - Arzthonorare stationär 483 254		

* Die in den Datensätzen enthaltenen negativen oder 0-Werte können nicht in die...

DRG Kostenanalyse (2)



Fall.Nummer

Entlassungsjahr: 2022 ✓

Verantw. Kostenstelle.Nr.Text

Entlassungsmonat

Fallart.Text: Stationär ✓

DRG Code

Entl. fachl. OE.Nr.Text

Abrechnungsstatus.Text

Codierstatus.Text

Alter bei Falleintritt

Aufenthalt nach Austritt

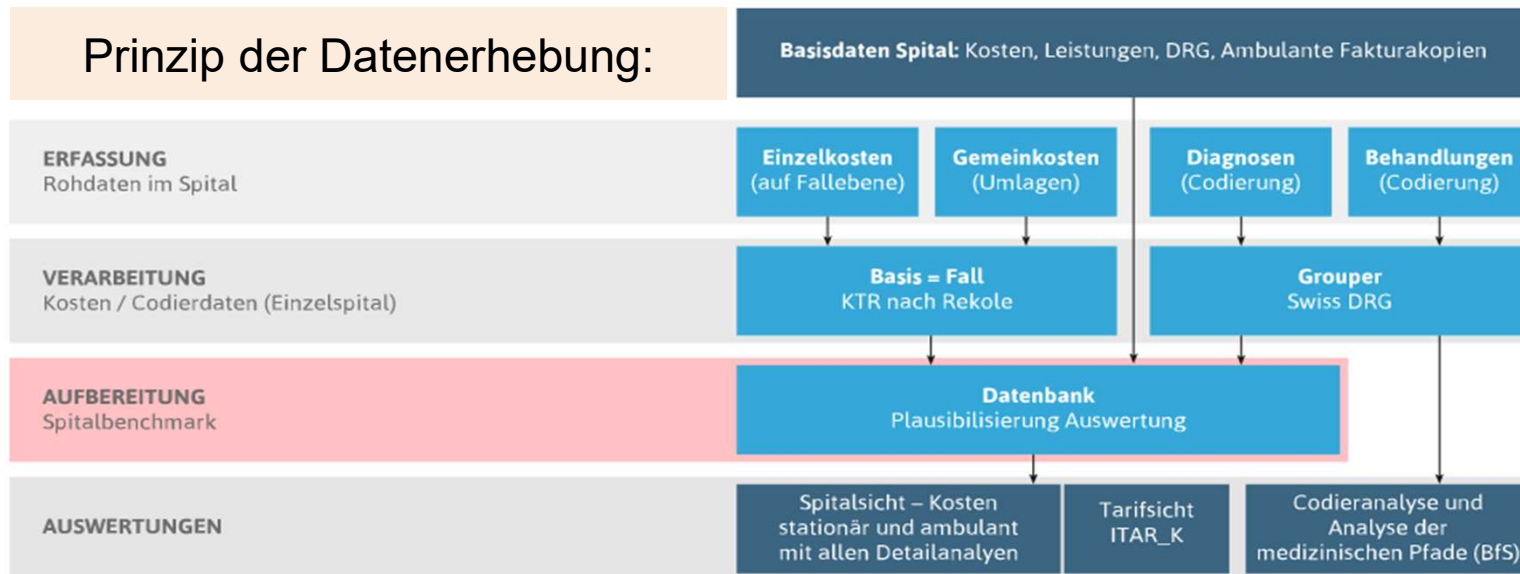
DRG Liegestatus.Text

Fall.Nr...	Fall.Nr...	Ist Kosten (KTR)	Ist Erlöse (KTR)	Ergebnis (KTR)	DRG Code	CW	Entlas...	Entlas...
Gesamtwerte		1 575 877	0	1 575 877				
883					:C	2,29999	2022	M
886					:E	1,74100	2022	D
883					:D	2,55100	2022	M
884					:D	2,55100	2022	M
883					:F	1,64999	2022	A
883					:D	2,55100	2022	M
884					:D	2,55100	2022	M

517160 - Implantate
1 575 877

SpitalBenchmark

- **Tariffindung** der Schweizer Spitäler hat gemäss KVG auf Basis eines **nationalen Kostenbenchmarks** zu erfolgen
- Verein SpitalBenchmark stellt seit 2007 als einziger sachorientierter Anbieter der Schweiz einen umfassenden KVG-konformen Kostenbenchmark für die Spitäler und Kliniken in den Bereichen **Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation** auf plausibilisierten Daten des vergangenen Geschäftsjahres zur Verfügung



Quelle: SpitalBenchmark

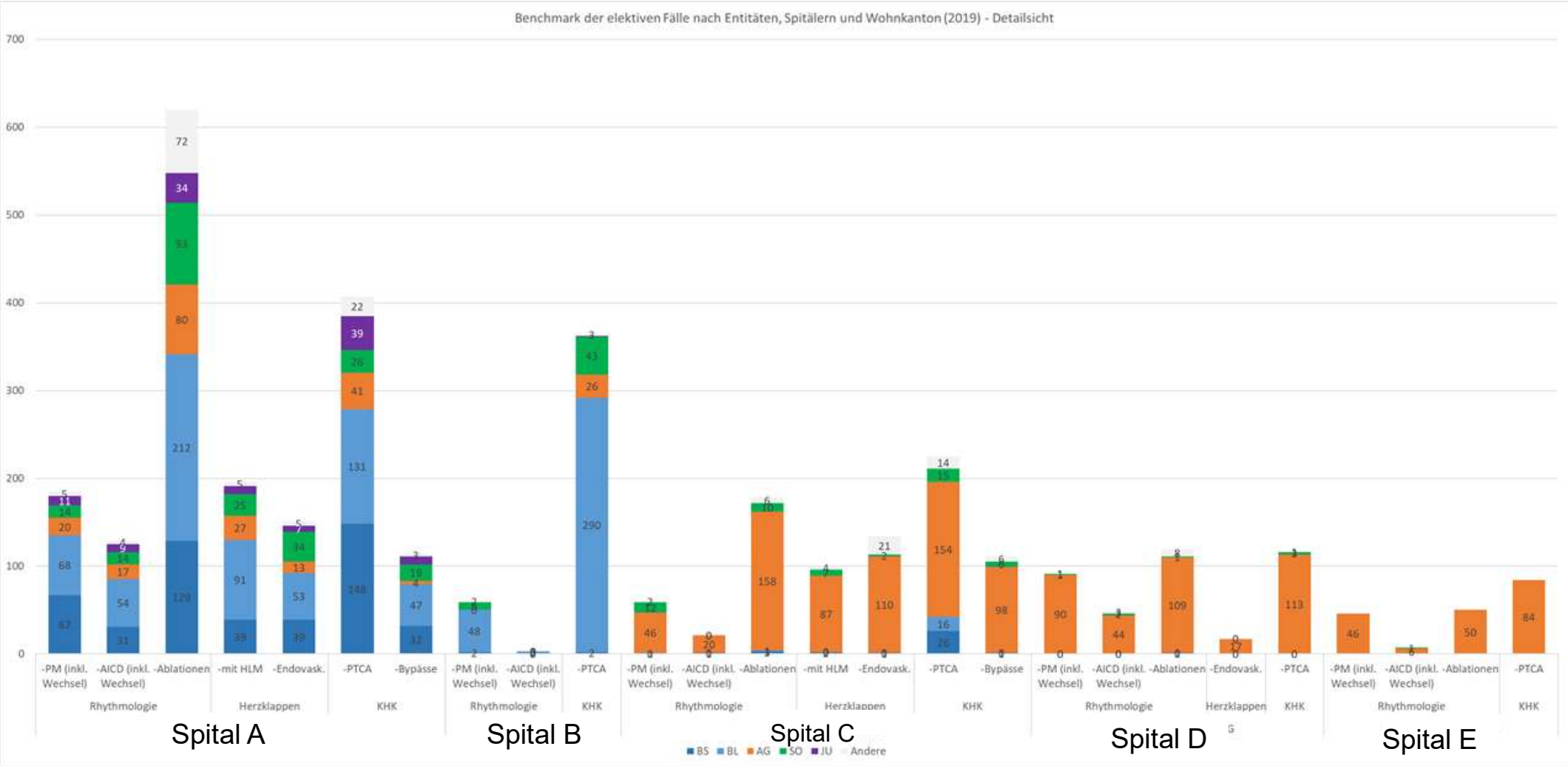
SpitalBenchmark



- ermöglicht detaillierte Marktanalysen und Vergleiche aller medizinökonomischen Parameter

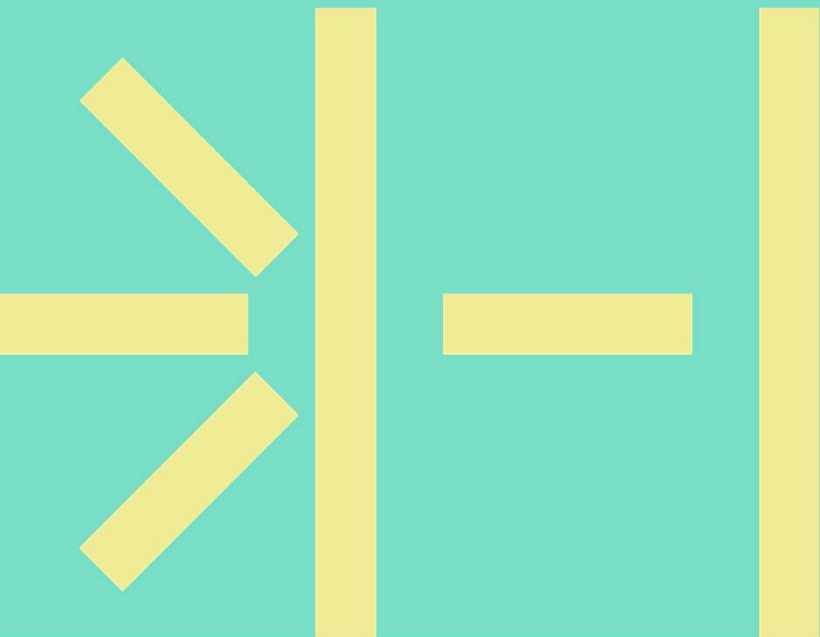
Quelle: SpitalBenchmark

Benchmark - Beispiel



3.

Externes Controlling



Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG)

- SPLG-Konzept ist eine Art der leistungsorientierten Spitalplanung und wurde von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich entwickelt
- Zuteilung der medizinischen Leistungen zu ca. 120 Leistungsgruppen anhand des Schweizerischen Operationskatalogs (CHOP) und des internationalen Diagnoseverzeichnisses (ICD) mit jährlicher Aktualisierung
- Für Planung und Monitoring der Leistungsaufträge dient eine spezielle SPLG-Groupersoftware
- Zusatzanforderungen an Leistungsaufträge: IPS-Pflicht, Mindestfallzahlen, Zertifikate etc.
- Beispiel: SPLG Herz:
 - HER1 Einfache Herzchirurgie
 - HER1.1 Herzchirurgie und Gefässeingriffe mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)
 - HER1.1.1 Koronarchirurgie (CABG)
 - HER1.1.3 Chirurgie und Interventionen an der thorakalen Aorta
 - HER1.1.4 Offene Eingriffe an der Aortenklappe
 - HER1.1.5 Offene Eingriffe an der Mitralklappe
 - KAR1 Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
 - KAR1.1 Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
 - KAR1.1.1 Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)
 - KAR1.2 Elektrophysiologie (Ablationen)
 - KAR1.3 Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / CRT

Spitallisten

- (bedarfsgerechte) Spitalplanung und die daraus resultierende Erstellung einer Spitalliste ist im Krankenversicherungsgesetz (Art. 39 KVG) als **kantonale Aufgabe** festgelegt.
- gelistet sind jene Spitäler, die über einen **Leistungsauftrag des jeweiligen Kantons** (Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation) verfügen.
- Listenspitäler haben im Umfang des Leistungsauftrags eine **Leistungsverpflichtung** und einen gesetzlichen **Anspruch** gegenüber dem Versicherer und dem Kanton auf Vergütung gemäss KVG
- Sie betreffen nicht die interkantonale Planung der hochspezialisierten Medizin nach Art. 39 Abs. 2bis KVG.

Versorgungsmonitoring

Leistungsauftragscontrolling (LACTRL):

- einmal pro Jahr für das vergangene Datenjahr auf Basis der medizinischen Statistik der Krankenhäuser durchgeführt
- dabei werden alle Fälle eines Spitals auf die Einhaltung des Leistungsauftrags geprüft
- bei einem Verstoss wird der Kantonsanteil der stationären Behandlung zurückgefordert

Mindestfallzahlen (MFZ)

Definition:

- Fallzahlen für bestimmte Eingriffe oder diagnostische Verfahren und Krankheitsbilder, die ein Spital oder ein Operateur bzw. ein Behandlungsteam pro Jahr im Minimum erbringen muss
- Wichtiges Kriterium im Zuteilungsverfahren, um einen **Leistungsauftrag** zu erhalten
- Mindestfallzahlen pro Spital (**MFZ**) und pro Operateur (**MFZO**)
- MFZO: alle Eingriffe des Operateurs unabhängig vom Spital!
- Erfassung anhand von **CHOP** Codes und **ICD-10**

- Anwendung in folgenden Bereichen:
 - Erstprothese / Wechseloperation Hüfte
 - Erstprothese / Wechseloperation Knie
 - Gynäkologische Tumore
 - Mammakarzinom (anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum)

AVOS

Regelung «ambulant vor stationär» für definierte elektive Eingriffe an grundsätzlich gesundheitlich stabilen Patienten: aktuell (Stand: 1. Januar 2023) **18 Gruppen von Eingriffen aus acht Fachgebieten**: Augenheilkunde, Chirurgie/Orthopädie, Kardiologie, Gefässchirurgie, Gynäkologie, Urologie, HNO

Unter besonderen Umständen (=Ausnahmekriterien) stationäre Durchführung möglich:

- Allgemeine Ausnahmekriterien: grundsätzlich bei allen Eingriffen anwendbar
 - Eingriffsspezifische Ausnahmekriterien: eingriffsbezogene Schwellwerte, nur für den betreffenden Eingriff massgebende Ausnahme
- Dient den Leistungserbringern als Grundlage bei Planung eines Eingriffs und den Versicherern zur Prüfung, ob Voraussetzungen für die Vergütung einer stationär erbrachten Leistung erfüllt sind

Auch ohne ein erfülltes Ausnahmekriterien kann bei besonderen Umständen eine stationäre Behandlung vergütet werden → hierfür ist ein individuelles vorgängiges Kostengutsprache gesuch notwendig

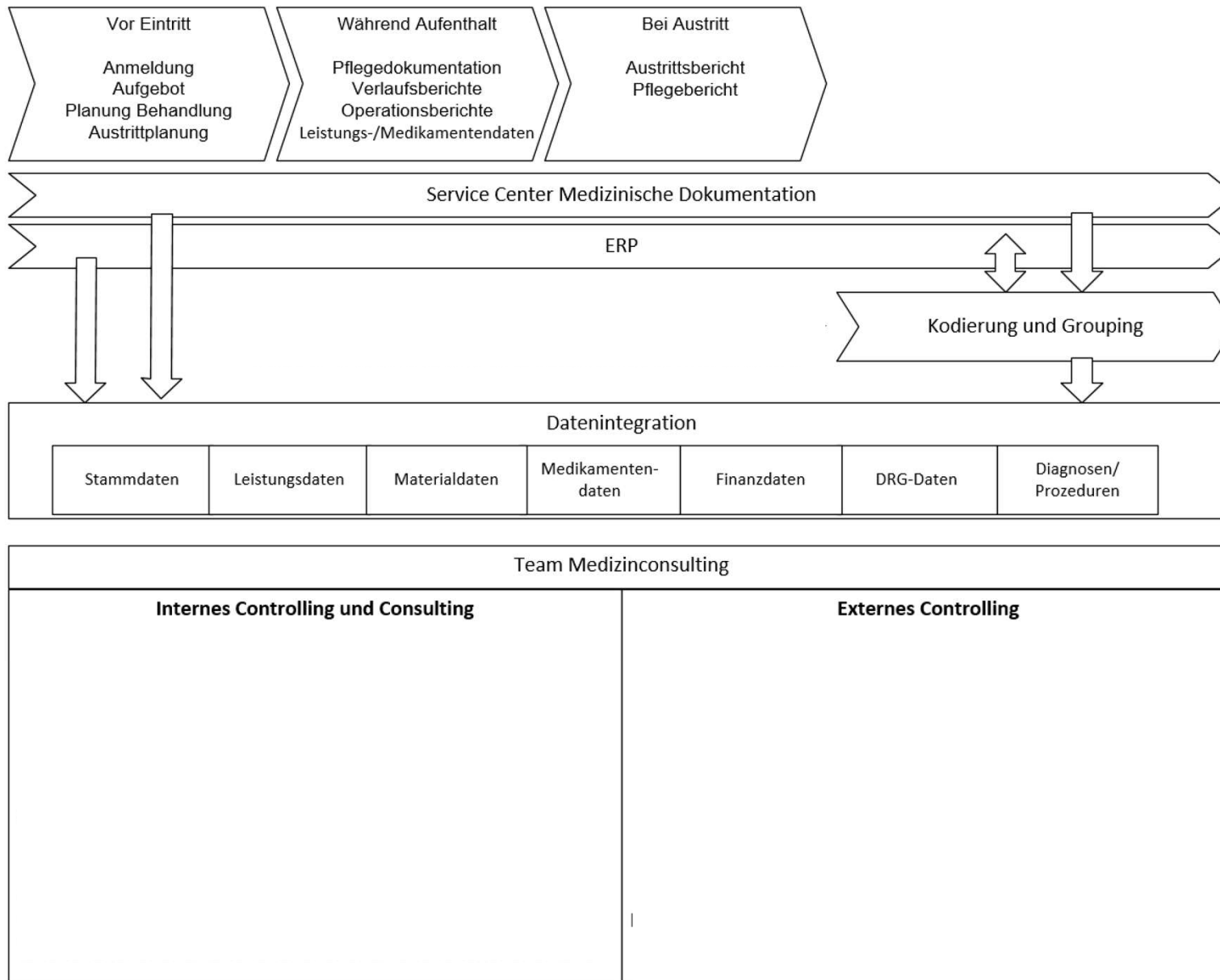
Hochspezialisierte Medizin

Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM):

- Eingriffe oder Behandlungen mit den Kriterien Seltenheit, Innovationspotenzial, personeller oder technischer Aufwand sowie Komplexität, wobei für die Zuordnung mindestens drei Kriterien erfüllt sein müssen und die Seltenheit stets vorliegen muss
- Zuteilung der medizinischen Leistungen erfolgt anhand des CHOP und ICD (Ausnahme: Behandlung von Schwerverletzten)
- Konzentration der hochspezialisierten Leistungen auf wenige universitäre oder multidisziplinäre Zentren → Gewinnung von Synergien

Bereiche (Auswahl):

- Organtransplantationen
- Allogene hämatopoetische Stammzelltransplantation
- Schwere Verbrennungen
- Cochlea Implantate



Vielen Dank!

Kontakt:

Dr. med. Julian Geisshardt, MBA

Universitätsspital Basel
Hebelstrasse 36
CH-4031 Basel

Direktion Finanzen
Medizincontrolling

medizinconsulting@usb.ch



SwissDRG

