

Sind wir schon (wieder) zu spät?

Ausgangslage

Die Ärzteschaft kann den Vorwurf, sie sei für die Mengenausweitung im Gesundheitswesen verantwortlich, seit Generationen nicht entkräften. Es fehlt in allen Statistiken eine Klassierung der Nachfrage nach medizinischen Leistungen.

Die Demographie, neue Versorgungsmodelle, aber auch behördliche Verordnungen (denken wir etwa an Impfungen, aber auch an die leidige Revision der Analysenliste) haben zum Teil grosse Auswirkungen auf die Nachfrage nach Leistungen. Die Einführung der Fallpauschalen im stationären Bereich (DRG) per 1. 1. 2012 wird Nachfrageströme verschieben, sei es durch ausgelagerte Vorabklärungen, durch «Bloody Exits» oder Selektion.

In den Spitälern einiger Kantone laufen seit einiger Zeit bereits Pilotprojekte nach AP-DRG um sich auf den Swiss-DRG vorzubereiten und Erfahrungen zu sammeln, wie die Strukturen bis zur Einführung der Schweizerischen Fallpauschalen angepasst werden müssen.

Insbesondere im Kanton Luzern werden Fallpauschalen nach Swiss-DRG bereits ab 1. Juli 2010 als Pilotprojekt in den LUKS-Kliniken schrittweise eingeführt.

DRG wird also nicht erst ab 2012 eingeführt, sondern ist bereits Realität mit entsprechenden Konsequenzen.

Sind wir Ärzte also schon wieder zu spät? Wir brauchen verlässliche Grundlagen, um proaktiv und mit gutem Datenmaterial zu argumentieren. Denn die Turbulenzen rund um die Kostenverlagerung, die DRG ganz sicher auslösen wird, sind bereits spürbar.

Erinnern wir uns an die Kostenneutralität bei der Einführung von TARMED. Wer die Mengenentwicklung und Leistung nicht begründen kann, an dem bleibt diese kompensationslos «hängen»!

Beispiele aus anderen Ländern, an denen wir uns orientieren könnten, z.B. aus Deutschland, gibt es nicht, denn da fehlen Daten aus dem ambulanten freiberuflichen Segment vor DRG gänzlich. «Leider haben wir es verpasst die Situation vor der Einführung der Fallpauschalen abzubilden» meinen dazu die Verantwortlichen aus dem Nachbarland. Sie sind also nicht in der Lage, die Auswirkungen von DRG oder gar den Zusatzaufwand, der die Fallpauschalen den freiberuflich tätigen Ärzten gebracht hat, zu beziffern.

Ähnliches wollen wir verhindern!

Deshalb müssen wir schnell verlässliche Informationen und Daten erfassen.

Das Projekt RFE

Aus diesen Gründen ergriff die Zuger Ärztesellschaft die Initiative und suchte zusammen mit den Partnern medkey (TrustCenter) und Ärztekasse nach einer Lösung, um eine Erhebung möglichst rasch zu lancieren.

Mit dem Datenmonitoring Reason For Encounter RFE (zu Deutsch: «Grund für die Begegnung») soll jede Konsultation entsprechend klassiert werden. Die Erfassungsmethode und Terminologie, sowie die Klassifizierung im RFE wurde dann auf Empfehlung der Präsidentenkonferenz der VZAG (Vereinigung Zentralschweizer Ärztgesellschaften) für alle Kantone der Zentralschweiz übernommen. Bei der Konzeption waren folgende Punkte ausschlaggebend:

- die Erfassung muss für den Arzt, die Ärztin ohne wesentlichen Zusatzaufwand möglich sein.
- leichte Verständlichkeit und Identifikation des Codes.

- die Erhebung ist für den Arzt ohne Kostenfolge.
- keine Änderung an bestehenden Strukturen und Standards (XML, Tarifpositionen, Diagnosen).
- einfache Implementation für die Softwarehäuser – minimaler Aufwand.
- rasche Umsetzbarkeit.

RFE und Dinamo

RFE will sich nicht mit den Ansprüchen eines Dinamo messen. Ziel ist eine unverzügliche Umsetzung, ein einfaches, leicht anzuwendendes und schnell erhobenes Codesystem, das via das Trust-Centersystem ohne Zusatzaufwand gesammelt werden kann.

Ganz generell haben wir Wert darauf gelegt, dass praktische Dinge im Vordergrund stehen:

- 1 sehr beschränkte Anzahl Codes, die man sich leicht merken kann.
- 2 die Codes sind so, dass sie auch problemlos von der MPA gesetzt werden können.
- 3 wir haben die Softwarehäuser gebeten, RFE auch mit dem Hamster erfassbar zu machen.

RFE 4 Zentralschweiz und RFE im ICPC-2

Leider gibt es keinen treffenderen Kurz-Ausdruck für den Anlass einer Konsultation als RFE. Wir möchten allerdings Verwechslungen unbedingt vermeiden. RFE im Projekt Zentralschweiz bezieht sich auf die INSTANZ, die die Konsultation auslöst, bei RFE im ICPC-2 sind die BESCHWERDEN der Patienten und die PROZEDUR im Zentrum. Das Erstere ist ein Teil der Leistungserfassung, das Zweite ein Bestandteil der elektronischen KG. Deshalb unsere Bitte: das Eine tun und das Andere nicht lassen!

Konsultation klassieren hilft Behauptungen entkräften

Geplant ist, das Monitoring über mehrere Jahre laufen zu lassen und auf diese Weise Behauptungen mit einer soliden Datengrundlage zu entkräften. Die Einführung von DRG forciert das Projekt, ist aber keineswegs einziger Zweck! Wir sehen uns ja ganz generell dem Vorwurf ausgesetzt, die Nachfrage selber zu generieren!

Klassifiziert wird jede Konsultation mit einem entsprechenden RFE-Code. Mit der Rechnungsüberweisung an das TrustCenter, wird dieser Code als Statistik-Argument mitgeliefert und ausgewertet. Folgende Zustände sind momentan codiert:

- | |
|--|
| 01 – Kontakt auf Wunsch des Patienten (Selbstzuweisung) |
| 02 – Notfallkontakt |
| 03 – Kontakt durch ärztliche Zuweisung |
| 04 – Folgekontakt auf Verordnung des behandelnden Arztes |
| 05 – Folgekontakt wegen auswärtiger Hämatologie und Chemie |
| 06 – Kontakt in Zusammenhang mit Langzeitpflege |
| 07 – Kontakt in kausalem Zusammenhang mit Eingriff/Hospitalisation |
| 99 – kein Arztkontakt |

Eingabe der RFE-Codes

Die Eingabe des RFE-Codes erfolgt bei der Leistungserfassung über eine zusätzliche Eingabemaske in der Praxissoftware. Da es sich um eine menügeführte Eingabe handelt, die einen zweistelligen Zahlencode zeigt, ist der Zusatzaufwand äusserst gering.

RFE und Softwareanbieter für Ärzte

Als es um die Implementierung dieses für die Ärzteschaft wichtigen Moduls ging, zeigten vor allem die grossen Softwareanbieter, wie Vitodata und die Ärztekasse von Anfang an Interesse und grosse Kooperationsbereitschaft, so dass bereits nach wenigen Wochen RFE-Codes erfasst werden konnten. Die Entwicklung und Implementation des RFE-Modules wurde ohne Kostenfolge für die Ärztinnen und Ärzte umgesetzt.

Zur Zeit bieten nebst den obgenannten Systemanbietern auch Variosoft, TMR, Triamun und Advanced Concept entsprechende Möglichkeiten, RFE-Codes zu erfassen. Damit hat bereits ein grosser Teil der Ärzteschaft die Voraussetzungen erhalten, ihren Beitrag zu diesem Datenmonitoring zu leisten. Weitere Softwareanbieter haben das Pflichtenheft ebenfalls erhalten und die Umsetzung in ihre Releaseplanung aufgenommen oder arbeiten an der Umsetzung.

Einige haben sogar bereits die Hamstererfassung implementiert (Ärztekasse) oder in Aussicht gestellt (Vitodata).

Eine aktuelle Liste mit Details und Kurzanleitung zu RFE findet sich unter www.aerzte-zs.ch/rfe.

Ihre Teilnahme erhöht die Aussagekraft

Ungerechtfertigte Vorwürfe und Behauptungen können nur mit aussagekräftigen Daten widerlegt werden. Ihre Teilnahme am Datenmonitoring Reason For Encounter leistet einen essentiellen Beitrag dazu, eine solide Datengrundlage im Vorfeld zur Einführung der SwissDRG zu schaffen.

Start der RFE-Datenerfassung ab SOFORT!

Beginnen Sie noch heute mit der Erfassung des Besuchsgrundes Ihrer Patienten nach RFE.

Voraussetzung: Ihre Praxissoftware hat entsprechendes Modul bereits freigeschaltet.

Helfen Sie mit bei der Verbreitung und bei der Erhebung der RFE-Codes. Ein minimaler Aufwand für den Einzelnen, ein maximaler Effekt für alle.

RFE ist für jedermann offen und lizenzfrei zu verwenden. Das bisherige Echo ausserhalb der Zentralschweiz ist überwältigend, umso wichtiger ist es nun, das Projekt «zusammenzuhalten». Koordination und Weiterentwicklung des Systems werden daher von medkey übernommen.

Anregungen und Anfragen sind herzlich willkommen – RFE soll sich weiterentwickeln.

E-Mail: medkey@hin.ch

Dr. med. Franziska Zogg

Ueli Zihlmann

01 Kontakt auf Wunsch des Patienten	Dieser Code wird immer dann gesetzt, wenn der Kontakt vom Patienten oder seinen Angehörigen, allenfalls von Dritten initiiert wurde.
02 Notfallkonsultation	Bitte diesen Code ausschliesslich für Notfallkontakte im engeren Sinne (00.2505 bis 00.2590) verwenden.
03 Kontakt auf Zuweisung	
04 Kontakt auf Verordnung / Empfehlung	Kontakt auf eigene Empfehlung. Der zeitliche Abstand spielt keine Rolle. Verlaufskontrollen bei akuten oder chronischen Erkrankungen, Tumornachsorge, vereinbarte Vorsorgeuntersuchung etc.
05 Folgekontakt wegen auswärtiger Hämatologie oder Chemie	
06 Kontakt im Zusammenhang mit Langzeitpflege	
07 Kontakt in kausalem Zusammenhang mit Eingriff/Hospitalisation	Ausschlaggebend ist der Zusammenhang mit dem Eingriff oder der Hospitalisation – vorher oder nachher, unabhängig davon, wer die Konsultation ausgelöst hat (z.Bsp. Aufklärungsgespräch vor Eingriff präoperativer Untersuchung, Nachbetreuung).
99 Kein Arztkontakt	Dient nicht zuletzt der Vollständigkeit. Kommt bei Laborsitzungen und/oder Medikamentenbezug zum Tragen.

Diese Codeliste ist Status 01.01.2010, sie soll und kann erweitert werden, aber mit Bedacht und bitte in Rücksprache mit den Initianten!