

# **Diagnose: «Stationär»**

# **Therapie: «Ambulant»**

**Eine Frage der Versorgungsqualität oder des Geldes?**  
Auswirkungen auf den Patientenpfad

Aus dem Blickwinkel eines Grundversorgers

Urs Keller, Dr. med., FA Allgemeinmedizin FMH, GF/VRP PizolCare AG  
PizolCare-Praxis Bahnhofpark 2a, 7320 Sargans



ZERTIFIZIERTES GRUNDVERSORGER-NETZWERK

## **Inhalt:**

1. Begrüssung und Info über Person und PizolCare
2. Heute
3. Morgen
4. Diskussion

## **Inhalt:**

1. Begrüssung und Info über Person und PizolCare
2. Heute
3. Morgen
4. Diskussion

## **Urs Keller:**

- Ausbildung in Zürich, Staatsexamen 1979, Dr. med. 1980
- Breite Weiterbildung zum FA für Allgemeinmedizin FMH
- Vater von 4 erwachsenen Kindern
- 1985 Eröffnung meiner Hausarztpraxis in Wangs
- Schularzt und Lehrbeauftragter an der Kanti Sargans  
Leiter Schularztdienst Sargans/Mels/Vilters-Wangs  
Lehrbeauftragter für Hausarztmedizin, med. Fak. Uni Bern
- Seit 2000 VRP und GF der PizolCare AG
- 2012 Umzug in die neue PizolCare-Praxis Sargans

## **PizolCare:**

Ärztennetzwerk von 112 Mitgliedern, interessierten Hausärzten, Spezialärzten mit eigener Praxis und Spitalkaderärzten aus den Regionen Sarganserland und Werdenberg.

Das Grundversorgernetzwerk wurde als eines der ersten Netzwerke 2003 EQUAM-zertifiziert und 2006, 2009, 2012 sowie 2015 und aktuell rezertifiziert. Aktiv seit Januar 2000.

Das Netz betreut in Hausarzt-Modellen mit Capitation, d.h. Budgetmitverantwortung 34'500 Versicherte, mit den Light-Modellen total ca. 45'000, d.h. weit > 50% der Bevölkerung.





Einzugsgebiet  
PizolCare



## Pizol? – Pizol!



# Von stationär zu ambulant – Auswirkung auf die Versorgungsqualität

BAG verordnet Verlagerung nicht wegen der Erhöhung der Versorgungsqualität, sondern wegen der erhofften Kosteneinsparung



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Bundesamt für Gesundheit BAG

Ambulant vor stationär – Liste mit Eingriffen verabschiedet

## Verlagerungspotential und Kosteneinsparungen

Im Jahr 2016 bestand ein Verlagerungspotential von 33'000 stationären Fällen, die ambulant hätten operiert werden können. Zu diesem Schluss kommt eine vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) in Auftrag gegebene Studie des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (OBSAN). Mit seinem Entscheid fördert das EDI die ambulante Leistungserbringung und trägt zur Dämpfung der Kosten im Gesundheitsbereich bei. Die Studie weist für die ab Anfang 2019 ambulant durchzuführenden Eingriffe ein Einsparpotential in den Kantonen von rund 90 Millionen Franken aus.



## Inhalt:

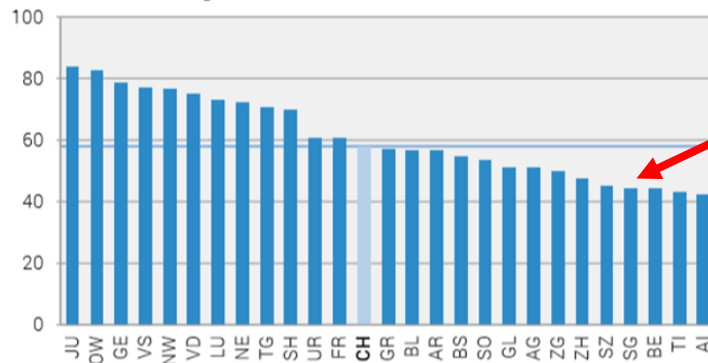
1. Begrüssung und Info über Person und PizolCare
2. Heute
3. Morgen
4. Diskussion

# Von stationär zu ambulant – Auswirkung auf die Versorgungsqualität

Anteil der ambulanten Eingriffe für die ausgewählten sechs Gruppen chirurgischer Leistungen, 2013–2016<sup>1</sup>

G1

Anteil ambulanter Eingriffe



<sup>1</sup> aggregierte Daten 2013–2016 (Jahre und Leistungen), Wohnkanton der Patientinnen und Patienten

Quellen: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Krankenhausstatistik und Tarifpool – SASIS AG, 2013–2016 © Obsan 2019

Verlagerungspotential von stationär zu ambulant im Kanton St. Gallen noch überdurchschnittlich gross

→ Über 50% der Eingriffe erfolgt bisher noch stationär

# Umfrage unserer PizolCare-Pflege-Koordinatorin

Bericht 1: 13 Spitex/Heim-Organisationen:

Kurz gesagt:

«Kaum jemand war über die ambulanten Operationen informiert oder hat sich darauf vorbereitet und bis auf ein Heim hatte niemand einen Klienten/Bewohner mit ambulanten Operationen»



## Bericht 2: Pflegeheim:

Die ambulante Operation ist gut verlaufen, wir erhielten ein Merkblatt was wir und die Bewohnerin beachten müssen die ersten Tage, auch die Reservemedikation wurde angepasst.

Die Bewohnerin wurde am Morgen um 6.00 Uhr in Spital gebracht durch die Tochter und kam um ca. 19.00 Uhr retour aus dem Spital in Begleitung der Tochter, für uns wäre es gut wenn wir die ungefähre Entlassungszeit wüssten. Die Bewohnerin meinte sie wäre lieber eine Nacht im Spital geblieben, da sie sehr müde sei da es ein sehr langer Tag war.

### Bericht 3: Eigene Erfahrungen:

Ambulante Varizenoperation: Kontrolle am folgenden Tag beim Hausarzt mit 1. Verbandwechsel: völlig «lotteriger» Verband mit vielen durchbluteten Schnittstellen und etwas verunsichertem Patienten

Ambulante Knie-Arthroskopie: Kontrolle am folgenden Tag beim Hausarzt mit grossem Erguss und Rötung der Einstichstellen

Ambulante Hernienoperation: Kontrolle am folgenden Tag beim Hausarzt mit kleiner Dehiszenz und in der Folge Wundinfekt

## Von stationär zu ambulant – Patientenpfad

Präoperative Abklärung bei ambulanten Operationen (**Idealfall, keine Komplikationen**)

Ähnlicher Informationsaustausch wie bei einer stat. OP zwischen Grundversorger und Operateur:

Behandlungsgrund/Diagnose & Nebendiagnosen,  
Anamnese & bisheriger Befunde, aktuelle  
Medikamentenliste, Allergien

Frage: Wer entscheidet zukünftig über die Durchführung einer stationären OP – Nur KK oder auch Kanton?

Anliegen: Ärztenetz mit Budgetverantwortung –  
Grundversorger und Operateur legen Ort der OP fest



## Von stationär zu ambulant – Patientenpfad

### Postoperative Nachsorge (Idealfall, keine Komplikationen)

Operateur koordiniert und legt die Nachsorge fest

- Abgabe Notfallnummer für Probleme, vor allem in der ersten Nacht
- Nachkontrolle am Tag nach der OP organisiert
- Abgabe Schmerzmedikamente und Vorgehen für Reservemedikamente (Rezept)
- Operations- und Verlaufsbericht an den Grundversorger
- Termin bei Grundversorger für die Nachkontrolle

## **Heute:**

Massnahmen im Bereich "ambulant vor stationär" finden schon seit einiger Zeit statt.

## **Frage:**

1. Gibt es konkrete Auswirkungen in der täglichen Arbeit als Grundversorger?
2. Konsequenzen:
  - a) Im eigenen Praxis-Ablauf
  - b) Im Konzept der integrierten Versorgung bei PizolCare?

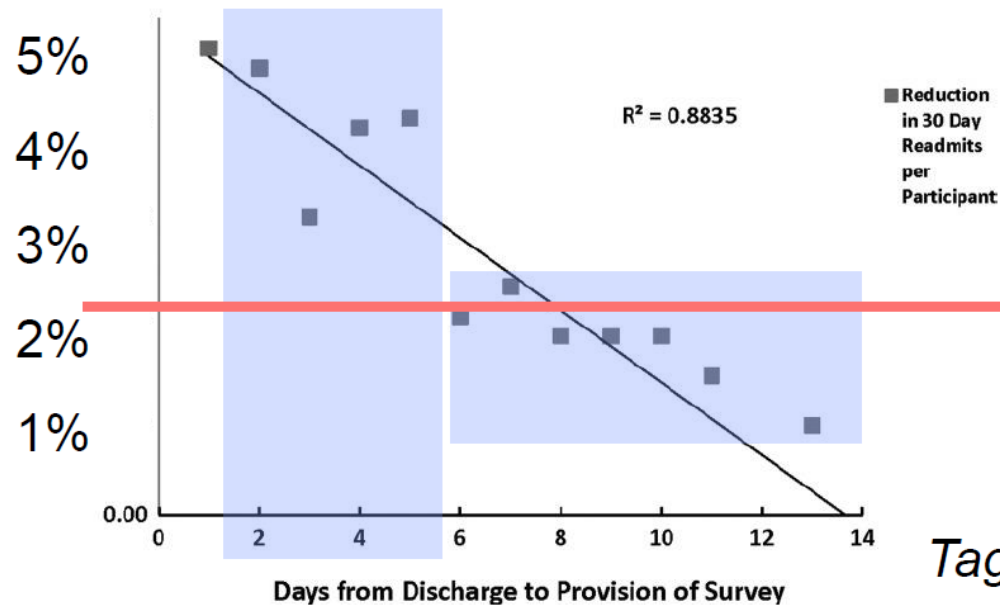
## Konkrete Auswirkungen in der täglichen Arbeit als Grundversorger:

1. **Information** der Betroffenen und Angehörigen/Pflege
2. Zeitnahe **hausärztliche Kontrollen**
3. Augenmerk auf die **häuslichen Verhältnisse**
4. Rasche Involvierung der **spitalexternen Betreuung**
5. Regelmässiger **interdisziplinärer Informationsaustausch**



Je früher zum Hausarzt desto wengier Re-Hosp.

*Effekt*



*Tage bis zum Hausartztkontakt*

## Konsequenzen:

- a) Im eigenen Praxis-Ablauf:
  - **aktiv Patienten anbieten**, wenn nicht organisiert, d.h. MPA muss aktiv werden wenn der Spitalbericht eingeht
  - mögliche Komplikationen antizipieren
  - interne Kommunikation sicherstellen
- a) Im Konzept der **integrierten Versorgung** bei PizolCare:
  - gemeinsame Betreuungspfade aktualisieren
  - gemeinsame Formulare/Verordnungen
  - externe Kommunikation sicherstellen







## **Inhalt:**

1. Begrüssung und Info über Person und PizolCare
2. Heute
3. Morgen
4. Diskussion

## Morgen:

Veränderungen bei den Abläufen, Verantwortlichkeiten oder der Organisation

## Frage:

1. Welche Auswirkungen hat die **Zunahme ambulanter Eingriffe** auf die medizinische Versorgung mit Budgetmitverantwortung?
2. Welchen Einfluss hat eine **Verschiebung von stationär zu ambulant** auf die koordinative Arbeit entlang des Behandlungspfades?

Veränderungen bei den Abläufen, Verantwortlichkeiten  
oder der Organisation

**Bei wem?**

**1. Versicherter:**

Mehr Kosten (MiGeL?, Prämien?)

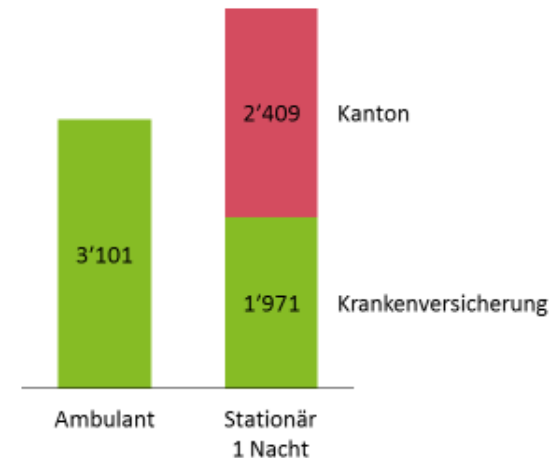
**2. Med. Dienstleistungserbringer:**

Mehr Konsultationen = höhere Kosten, mehr Arbeit

**3. Kostenträger:**

ambulanter Tarif versus  
DRG's, EFAS

Koronarangiographie ohne Intervention





## Auswirkungen auf die medizinische Versorgung mit Budgetmitverantwortung (MC-Versicherte)

1. **Kostenoptimierte** Betreuung/Verordnungen
2. Förderung der **Compliance**
3. Aktive **interprofessionelle** Kommunikation
4. Optimierung der **Patientenpfade mit Spezialisten**
5. **Kostencontrolling**

## Einfluss auf die koordinative Arbeit entlang des Behandlungspfades

1. Klare **gemeinsame postoperative Richtlinien** inkl. Komplikationen-Management:
  - in erster Nacht – Zuständigkeit?
  - bei Wundheilungsstörung – Koordination mit Spitex?
2. Regelmässige **Aktualisierung** der gemeinsamen Richtlinien: alle «ziehen am gleichen Strick»
3. Zusammenarbeit mit den **vor- und nachgelagerten medizinischen Leistungserbringern**
4. Verstärkte Berücksichtigung der **Multimorbidität** (CCD)

## Vernetzung unter der „Wolke“ PizolCare:



## Von stationär zu ambulant – Chancen für PizolCare

Stärkung der Zusammenarbeit zwischen Grundversorger und Operateur

Eindeutige Indikation – z.B. Kniearthroskopie - ermöglicht einen zielgerichteten Austausch und eine planbare Zusammenarbeit

- Was benötigt der Operateur vom Hausarzt
  - Welche Anforderungen werden an den Hausarzt gestellt
- Austausch und gemeinsame Definition von Standards



## Grundlagen

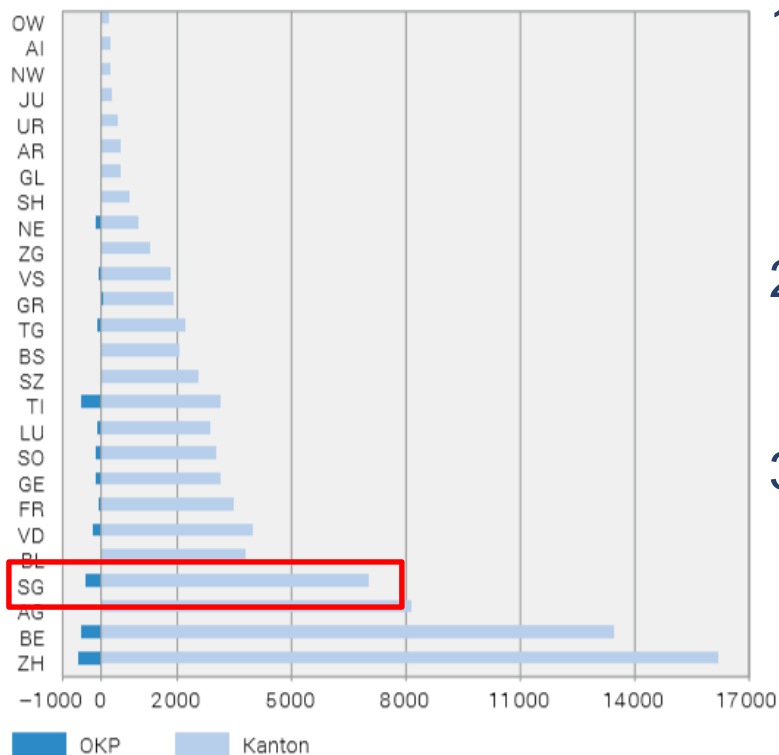
- Kommunikation durch **datenschutzkonforme HIN-Email-Adressen**
- Definition von **gemeinsamen Projekten und Regeln** für Kommunikation, Behandlung und Überweisung
- Optimierung der Schnittstelle **stationär-ambulant** und **Arztpraxis-Spitex** durch
  - gemeinsames Patienten/innen-Dokumentationssystem
  - Gemeinsame Behandlungspfade der CCD
  - regelmässige PK-Sitzungen 2x jährlich
  - reg. moderierter Gedankenaustausch in 2 QZ
  - 1 PizolCare-Spitex-Koordinatorin und 2 QZ-Leiterinnen

- Schaffung gemeinsamer pflegerischer Behandlungsgrundlagen durch Erarbeitung von Richtlinien, festgehalten im PizolCare-Palliativ-Care-Ordner und Schulung in gemeinsamen Fortbildungen. Kapitel des Ordners (CCD):
  - PalliativCare und Schmerzbehandlung
  - Herzinsuffizienz
  - Diabetes mellitus Typ I und II
  - Mental Health
  - COPD und Asthma
- zum Beispiel Schmerzmanagement:
  - einheitliches Symptomassessment (Schmerzerfassung)
  - einheitliches Basiswissen der Schmerztherapie

# Von stationär zu ambulant – Forderung der PizolCare

Sparpotenzial nach Kanton in Tausend Franken  
für die ausgewählten sechs Gruppen chirurgischer  
Leistungen, 2016

G3



1. Einsparung durch Verlagerung primär nur für den Kanton mit negativen Folgen für Ärztenetze mit Budgetmitverantwortung  
> Einführung EFAS
2. Entscheid ob ambulant oder stationär fällt in einem Netz mit Budgetmitverantwortung unkompliziert der GV und der Operateur
3. Klärung der Finanzierungslücke beim Pflegematerial durch den BVG Entscheid?  
> Wer zahlt die Wundverbände durch die Spitex, wenn Heilung nicht optimal?

# Unser Prinzip

**Krankheiten und Kosten können nicht gesteuert werden**

**nur Prozesse und Abläufe können gesteuert werden**



## **Inhalt:**

1. Begrüssung und Info über Person und PizolCare
2. Heute
3. Morgen
4. Diskussion

**Unser Motto und unser Ziel:  
Zufriedene Ärzte für zufriedene Patienten  
Zufriedene Patienten für zufriedene Ärzte**



**Herzlichen Dank!**