

Konzept für die Begleitforschung aus Anlass der Einführung von SwissDRG [1].

SwissDRG: Monitoring für eine nachhaltige Gesundheitspolitik erforderlich

Beatrix Meyer^a,
Heinz Locher^b, Fred Paccaud^c

a Tarifiedienst FMH,
Bereich SwissDRG, Olten

b Heinz Locher Management
& Consulting Services, Bern

c IUMSP (Institut universitaire
de médecine sociale
et préventive) CHUV et
Université de Lausanne,
Lausanne

Begleitforschung rasch etablieren – die Zeit drängt

Bis spätestens Anfang 2012 sind schweizweit Fallpauschalen in den Spitälern einzuführen. So schreibt es das revidierte Krankenversicherungsgesetz vor. Grosse Erwartungen, aber auch Ängste werden an die Einführung des Fallpauschalensystems SwissDRG im akutstationären Bereich geknüpft. Erwartungen haben insbesondere die Gesundheitsdirektoren, die sich erhoffen, dass ineffiziente Spitäler durch SwissDRG identifiziert werden können. Befürchtungen werden meist seitens der Leistungserbringer, aber auch seitens der Patientenorganisationen vorgebracht, beispielsweise dass die Qualität leiden könnte oder dass einzelne Fachgebiete zu Unrecht unter Druck geraten und dadurch die Versorgungssicherheit gefährdet würde.

Damit Fehlanreize rechtzeitig erkannt, Gegenmassnahmen rasch eingeleitet und unerwünschte Effekte möglichst vermieden werden, ist eine Begleitforschung unerlässlich. Diese muss spätestens ein Jahr vor der SwissDRG-Einführung etabliert sein, damit ein Vergleich «vorher–nachher» überhaupt möglich ist. Da die Zeit drängt, hat die FMH zusammen mit Experten ein Konzept für eine Begleitforschung aus Anlass der Einführung von SwissDRG erarbeitet [2].

Was soll im Rahmen der Begleitforschung untersucht werden?

Bei der Frage, was eine Begleitforschung untersuchen soll, können drei Sichtweisen unterschieden werden: die Patientensicherheit und die Versorgungsqualität, die Situation der betroffenen Berufsgruppen und das Gesundheitswesen als Ganzes. In den Tabellen 1a bis 1c sind für jeden dieser Bereiche Indikatoren aufgeführt, zu welchen Daten beschafft und ausgewertet werden müssen.

SwissDRG AG als Hauptträgerin – Abwicklung durch den SNF

Zur Regelung der Trägerschaft lassen die gesetzlichen Grundlagen Freiräume für verschiedene Varianten zu [3]. Denkbar wäre eine Trägerschaft durch die SwissDRG AG oder das Bundesamt für Gesundheit (BAG). Wir empfehlen, dass die SwissDRG AG die Hauptträgerin der Begleitforschung ist, wobei die Gesamtverantwortung über die Evaluation der Wirkungen des KVG beim BAG verbleibt. Der Verwaltungsrat der Swiss-

DRG AG kann die im Rahmen der Begleitforschung zu untersuchenden Themen anhand des Konzepts [4] festlegen. Die Abwicklung der eigentlichen Forschungstätigkeit soll dem Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung (SNF) übertragen werden. Der SNF würde die Ausschreibung vornehmen. Ein vom SNF gewähltes internationales Panel bzw. ein nationaler Forschungsrat kann die Gesuche prüfen und über diese entscheiden [5]. Diese Regelung vereint die Vorzüge der Praxisnähe und der gesundheitspolitischen Legitimation der SwissDRG AG mit dem hohen Ansehen der wissenschaftlichen Autorität des SNF.

Mischfinanzierung angezeigt

Die Finanzierung der Begleitforschung soll aus verschiedenen Quellen erfolgen. Die statistischen Grundlagen (insbesondere die medizinische und die administrative Krankenhausstatistik) und die Pflicht, sich an einem Register zu beteiligen, können eingefordert werden [6]. Die sich daraus ergebenden Kosten sind Teil der anrechenbaren Betriebskosten der leistungserbringenden Spitäler. Die Sicherstellung von Begleitmassnahmen im engeren Sinne bildet Teil des Auftrags an die Tarifpartner [7], weshalb die Finanzierung über einen Fallbeitrag [8] erfolgen soll. Das generelle Monitoring kann über die bereits vorhandenen Budgetmittel des BAG für die Evaluation der Wirkungen des KVG finanziert werden [9]. Schliesslich sind zusätzlich die üblichen Quellen zur Forschungsfinanzierung zu beanspruchen (freie Forschung, Nationalfonds, Dritte).

Nachhaltige Gesundheitspolitik dank langfristigem Monitoring

Wichtig ist, dass die Begleitforschung als Daueraufgabe und nicht lediglich als Evaluation der Einführungsphase von SwissDRG verstanden wird. Für eine nachhaltige Gesundheitspolitik ist es unumgänglich, dass Führungsdaten als Entscheidungsgrundlage zur Verfügung stehen. Mit dem Aufbau einer langfristig angelegten Begleitforschung wird diese Grundlage geschaffen. Erst mit einer glaubwürdigen Begleitforschung wird der Politik ein Instrument zur Verfügung stehen, um eine Gesundheitspolitik betreiben zu können, welche die Qualität der Patientenversorgung zu vertretbaren Kosten über die ganze Behandlungskette

Korrespondenz:
Beatrix Meyer
Tarifiedienst FMH
Gösgerstrasse 8
CH-4600 Olten
Tel. 062 287 96 96
swissdr@fmh.ch

hinweg langfristig gewährleistet. Die FMH wird das erarbeitete Konzept der SwissDRG AG unterbreiten, und es ist zu hoffen, dass die Empfehlungen umgesetzt werden.

Zusammenfassende Empfehlungen für die Begleitforschung

1. Die Arbeiten zur Begleitforschung aus Anlass der Umsetzung von SwissDRG sind unverzüglich an die Hand zu nehmen. Damit soll sichergestellt werden, dass noch rechtzeitig Daten vor der Einführung von SwissDRG erhoben werden können. Die Begleitforschung muss deshalb bis spätestens am 1. Januar 2011 etabliert sein.
2. Der Begriff «Begleitforschung» soll in einem umfassenden Sinn verwendet werden und alle diejenigen Fragestellungen der Versorgungsforschung (health services research) im schweizerischen Gesundheitswesen umfassen, die aus Anlass der Umsetzung von SwissDRG von besonderer Relevanz sind.
3. Begleit- bzw. Versorgungsforschung sollen als Daueraufgabe und nicht lediglich als Evaluation der Einführungsphase verstanden werden.
4. Es sind insbesondere die folgenden drei Sichtweisen zu unterscheiden:
 - a. Die Patientensicherheit und die Versorgungsqualität
 - b. Die Situation der betroffenen Berufsgruppen
 - c. Das Gesundheitssystem als Ganzes.
5. Die Indikatoren gemäss Anhang sind gleichwertig zu bearbeiten.
6. Als Hauptträgerin soll die SwissDRG AG bezeichnet werden.
7. Die Abwicklung der eigentlichen Forschungstätigkeit soll zur Gewährleistung einer hohen Qualität dem Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung übertragen werden.
8. Die Finanzierung soll aus verschiedenen Quellen erfolgen:
 - a. Anrechenbare Betriebskosten der leistungserbringenden Spitäler (namentlich für die medizinische und die administrative Krankenhausstatistik)

- b. Ein Zuschlag pro DRG-Fall
- c. Budgetmittel des Bundes für die Evaluation der Wirkungen des KVG
- d. Weitere Forschungsmittel.

Literatur

- 1 Dieser Beitrag beruht auf folgendem Bericht, in dem weitere detaillierte Informationen zu finden sind: Bovier P, Burnand P, Guillaïn H, Paccaud F, Vader JP, Locher H, Meyer B (2009): Konzept für die Begleitforschung aus Anlass der Einführung von SwissDRG, www.fmh.ch → Tarife → SwissDRG → Begleitforschung
- 2 Vgl. Bovier P, Burnand B, Guillaïn H, Paccaud F, Vader JP, Locher H, Meyer B (2009): Konzept für die Begleitforschung aus Anlass der Einführung von SwissDRG, www.fmh.ch → Tarife → SwissDRG → Begleitforschung
- 3 Für die Durchführung und die Trägerschaft der Begleitforschung bilden das Krankenversicherungsgesetz (KVG), die Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) sowie die Statistikerhebungen des Bundes wichtige gesetzliche Grundlagen, vgl. Art. 32 und Art. 59d Abs. 1 lit. b und c KVV, Art. 22 a, Art. 23, Art 58 KVG sowie Anhang zur Verordnung vom 30. Juni 1993 über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes.
- 4 Vgl. Bovier P, Burnand B, Guillaïn H, Paccaud F, Vader JP, Locher H, Meyer B (2009): Konzept für die Begleitforschung aus Anlass der Einführung von SwissDRG, www.fmh.ch → Tarife → SwissDRG → Begleitforschung
- 5 Grundlage bildet dabei das Reglement SystemX.ch, vgl. http://www.snf.ch/SiteCollectionDocuments/systemsx_reglement_d.pdf
- 6 Vgl. Statistikerhebungsverordnung (SR 431.012.1) sowie Auflagen im Anhang 2 zur KrankenpflegeLeistungsverordnung (KLV), insbesondere bzgl. der Pflicht, sich an einem Register zu beteiligen.
- 7 Vgl. Art. 59d Abs. 1 lit. b und c KVV.
- 8 Fallbeitrag gemäss Art. 49 Abs. 2 KVG / Art. 59e KVV
- 9 Vgl. Art. 32 KVV.

Tabelle 1a

Empfohlene Indikatoren für die Beurteilung der möglichen Auswirkungen im Anschluss an die schweizweite Einführung der Finanzierung der stationären Aufenthalte durch die SwissDRG (Tabelle aus: Bovier P, Burnand B, Guillaumin H, Paccaud F, Vader JP, Locher H, Meyer B (2009): Konzept für die Begleitforschung aus Anlass der Einführung von SwissDRG, www.fmh.ch → Tarife → SwissDRG → Begleitforschung)

Thematik	Verfügbarkeits-/Validitätsindex ¹	Datenquelle	Indikatortyp	Spezifische Messgrössen
Patientenbezogene Indikatoren				
Aufenthaltsdauer	1	Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Krankenhausstatistik, BFS	Prozess	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer: nach Einrichtungstyp (Universitätsspitäler, Kantonsspitäler, Grundversorgungsspitäler, Spezialkliniken)
Versorgungsqualität	1	Medizinische Statistik der Krankenhäuser, BFS	Ergebnis	Spezifische Spitalmortalitätsrate: Spitalmortalität bei chirurgischen Wahleingriffen (IQ 8–14), spezifische Spitalmortalität bei Myokardinfarkt (IQ 15), kongestiver Herzinsuffizienz (IQ 16), cerebro-vaskulärem Insult (IQ 17), Blutung im Verdauungstrakt (IQ 18), Femurhalsfraktur (IQ 19), Pneumonie (IQ 20) Potenziell übermässige oder verminderte Anwendung bestimmter Eingriffe: Kaiserschnitt (IQ 21), Spontangeburt nach Kaiserschnitt (IQ 22), laparoskopische Cholezystektomie (IQ 23), aorto-koronarer Bypass (IQ 26), koronare Angioplastik (IQ 27), Hysterektomie (IQ 28), Laminektomie/Spondylose (IQ 29) ²
Patientensicherheit	1	Medizinische Statistik der Krankenhäuser, BFS	Ergebnis	Rate potentiell vermeidbarer iatrogenen Ereignisse ³ : Katheterinfektion im Zusammenhang mit der medizinischen Versorgung (PSI 7), postoperative Störungen des physiologischen und metabolischen Gleichgewichtes (PSI 10), postoperative Lungenembolie/tiefe Venenthrombose (PSI 12), postoperative Sepsis (PSI 13), Transfusionszwischenfall (PSI 16), Trauma des Neugeborenen (PSI 17), Geburtstrauma bei Spontangeburt/Kaiserschnitt (PSI 18–20), potentiell vermeidbarer Revisionseingriff ⁴ , potentiell vermeidbarer Wiedereintritt ⁵
Zugang zur Gesundheitsversorgung	1	Medizinische Statistik der Krankenhäuser, BFS; ergänzende Datenbanken	Struktur	Aufnahmerate für Erkrankungen, die potentiell ambulant behandelt werden können ⁶ : chronisch-obstruktive Pneumopathie (PQ 5), Arterielle Hypertonie (PQ 7), kongestive Herzinsuffizienz (PQ 8), ambulant erworbene Pneumonie (PQ 11), Hamwegsinfekt (PQ 12), akute Entgleisung eines Diabetes mellitus (PQ 14), Aufnahmerate für Asthma bronchiale (PQ 15) Aufnahmerate für Erkrankungen, die bei einer rechtzeitigen stationären Behandlung potentiell vermeidbar sind: Aufnahme wegen perforierter Appendizitis (PQ 2)
Kunstfehlerrate	2	Punktuelle Studie: Durchsicht von Krankengeschichten	Prozess	Raten der vermeidbaren unerwünschten Ereignisse im Zusammenhang mit einem Medikament oder einem chirurgischen Eingriff; verfügbare Methodik ⁷
Patientenzufriedenheit	2	Punktuelle Studien	Ergebnis	Gegenwärtig ist kein validierter Fragebogen verfügbar, der in der ganzen Schweiz frei verwendet werden kann. ⁸
Übermässige oder verminderte Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung	2	Punktuelle Studien	Prozess	Verfügbare und anwendbare Methodik (andere Eingriffe als die oben erwähnten)
Wartefristen bei chirurgischen Wahleingriffen	2	Punktuelle Studie	Struktur	Notwendigkeit, für die ganze Schweiz eine Methodik zu entwickeln/validieren (eindeutige Definition)

Thematik	Verfügbarkeits-/Validitätsindex ¹	Datenquelle	Indikatortyp	Spezifische Messgrössen
Tabelle 1a Fortsetzung				
Patientenbezogene Indikatoren				
Einhaltung von Empfehlungen/ Behandlungsprozessen	2	Punktuelle Studie: Durchsicht von Krankengeschichten	Prozess	Konformitätsgrad bei der Behandlung des akuten Myokardinfarkts, der Herzinsuffizienz und der Pneumonie; verfügbare Methodik muss an die Schweiz angepasst werden ⁹
Stabilität des Patienten beim Spitalaustritt	2	Punktuelle Studie: Durchsicht von Krankengeschichten	Ergebnis	Verfügbare Methodik, die an die Schweiz angepasst werden muss ¹⁰
Kosten zulaasten des Patienten	3	Punktuelle Studie	Struktur	Notwendigkeit, über die Daten zur ambulanten Versorgung zu verfügen (TARMED-Daten) ¹¹

1 Verfügbarkeits-/Validitätsindex: 1: Indikator/Gesamtheit von spezifischen Messgrössen, der/die validiert wurde und auf der Grundlage der erhobenen Routinedaten verfügbar ist; 2: Indikator/Gesamtheit von spezifischen Messgrössen, der/die validiert wurde, jedoch auf der Grundlage der erhobenen Routinedaten nicht verfügbar ist oder Entwicklungs-/Anpassungsarbeiten erfordert; 3: potentielle/r Indikator/Gesamtheit von spezifischen Messgrössen, der/die jedoch auf der Grundlage der erhobenen Routinedaten nicht verfügbar ist und Entwicklungs- und Anpassungsarbeiten erfordert.

2 Von der AHRQ entwickelte Indikatoren (Inpatient Quality Indicators); die Definition der Indikatoren ist in Anhang 6 des oben genannten Konzepts enthalten (www.fmh.ch → Tarife → SwissDRG → Begleitforschung).

3 Unter anderem von der AHRQ entwickelte Indikatoren (Patient Safety Indicators); die Definition der Indikatoren ist in Anhang 7 des oben genannten Konzepts enthalten (www.fmh.ch → Tarife → SwissDRG → Begleitforschung).

4 In der Schweiz validierte Indikatoren (vgl. Halfon P, Eggl Y, Matter M, Kallay C, van Melle G, Burnand B. Risk-adjusted rates for potentially avoidable reoperations were computed from routine hospital data. Journal of clinical epidemiology. 2007 Jan;60(1):56-67).

5 In der Schweiz validierter Indikator (vgl. Halfon P, Eggl Y, van Melle G, Chevalier J, Wasserfallen JB, Burnand B. Measuring potentially avoidable hospital readmissions. Journal of clinical epidemiology. 2002 Jun;55(6):573-87 sowie Halfon P, Eggl Y, Pretre-Rohrbach I, Meylan D, Marazzi A, Burnand B. Validation of the potentially avoidable hospital readmission rate as a routine indicator of the quality of hospital care. Medical care. 2006 Nov;44(11):972-81).

6 Von der AHRQ vorgeschlagene Indikatoren (Prevention Quality Indicators), mit denen die Qualität der ambulanten Versorgung und/oder die Schwierigkeiten bei der Aufnahme in den stationären Bereich zum Ausdruck gebracht werden; die Definition der Indikatoren ist in Anhang 4 des oben genannten Konzepts enthalten (www.fmh.ch → Tarife → SwissDRG → Begleitforschung).

7 Vgl. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. The New England journal of medicine. 1991 Feb 7;324(6):370-6 sowie Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. The New England journal of medicine. 1991 Feb 7;324(6):377-84 sowie Michel P, Quenon JL, Djioud A, Tricaud-Vialle S, de Sarasqueta AM. French national survey of inpatient adverse events prospectively assessed with ward staff. Quality & safety in health care. 2007 Oct;16(5):369-77

8 Der Fragebogen muss auch die Elemente Zugang zur Gesundheitsversorgung (Akutspital), Kommunikation medizinisches Personal-Patient (beispielsweise Erläuterungen vor den Verfahren/Eingriffen) und Wartezeit in der Notfallstation bei der Aufnahme enthalten.

9 Vgl. Williams SC, Schmaltz SP, Morton DJ, Koss RG, Loeb JM. Quality of care in U.S. hospitals as reflected by standardized measures, 2002-2004. The New England journal of medicine. 2005 Jul 21;353(3):255-64.

10 Vgl. Koseoff J, Kahn KL, Rogers WH, Reinisch EJ, Sherwood MJ, Rubenstein LV, et al. Prospective payment system and impairment at discharge. The 'quicker-and-sicker' story revisited. Jama. 1990 Oct 17;264(15):1980-3.

11 Die Grundversorgernetze könnten für die Entwicklungs- und Validierungsphase herangezogen werden (z. B. Sentinella-Netzwerk des BAG, Grundversorgernetzwerke der Universitätsinstitute für Allgemeinmedizin).

Tabelle 1b

Empfohlene Indikatoren für die Beurteilung der möglichen Auswirkungen im Anschluss an die schweizweite Einführung der Finanzierung der stationären Aufenthalte durch die SwissDRG (Tabelle aus: Bovier P, Burnand B, Guillaumin H, Paccaud F, Vader JP, Locher H, Meyer B (2009): Konzept für die Begleitforschung aus Anlass der Einführung von SwissDRG, www.fmh.ch → Tarife → SwissDRG → Begleitforschung)

Thematik	Verfügbarkeits-/Validitätsindex ¹	Datenquelle	Indikatortyp	Spezifische Messgrössen/Bemerkungen
Auf die Gesundheitsfachleute bezogene Indikatoren				
Attraktivität der ärztlichen Spitalberufe	1	Statistiken der FMH	Struktur	Rate der stationär tätigen Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung; Rate der Spezialisierungsabsichten von angehenden Ärzten; Entwicklung der Demografie der Spitalärztinnen und -ärzte (Geschlecht, Alter, Ort des Diplomerwerbs)
Qualität der Weiterbildung und der Fortbildungsmöglichkeiten	1	Statistiken der FMH	Struktur	Fragebogen für die Evaluation der von der FMH anerkannten Weiterbildungsstätten
Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastung (Zufriedenheit im Beruf)	2	Punktueller Studie: quantitative Erhebung	Struktur	Notwendigkeit, ein mehrdimensionales Messinstrument zu entwickeln/anzupassen, das mehrere Aspekte der Zufriedenheit im Beruf berücksichtigt ²
Komplexität der behandelten Fälle von Krankengeschichten	3	Punktueller Studie: Durchsicht von Krankengeschichten	Prozess	Notwendigkeit, einen Indikator zu entwickeln/ validieren; verfügbare Methodik, die an die Schweiz angepasst werden kann ³
Interessenkonflikte zwischen medizinischen und wirtschaftlichen Erfordernissen (Behandlungsfreiheit)	2-3	Punktueller Studie: Diskussionsgruppe, Erhebung	Prozess	Einige Aspekte können über die Zufriedenheit im Beruf evaluiert werden

¹ Verfügbarkeits-/Validitätsindex: 1: Indikator/Gesamtheit von spezifischen Messgrössen, der/die validiert wurde und auf der Grundlage der erhobenen Routinedaten verfügbar ist; 2: Indikator/Gesamtheit von spezifischen Messgrössen, der/die validiert wurde, jedoch auf der Grundlage der erhobenen Routinedaten nicht verfügbar ist oder Entwicklungs-/Anpassungsarbeiten erfordert; 3: potentielle/r Indikator/Gesamtheit von spezifischen Messgrössen, der/die jedoch auf der Grundlage der erhobenen Routinedaten nicht verfügbar ist und Entwicklungs- und Anpassungsarbeiten erfordert.

² Zufriedenheit in Bezug auf die Arbeitsbelastung, den administrativen Aufwand, die Freizeit, die Beziehungen mit den Patientinnen und Patienten, die intellektuelle Anregung, das Einkommen, die gesellschaftliche Stellung, die Behandlungsautonomie und den Zugang zu Spezialisten, die bei der beruflichen Tätigkeit realisierte Qualität der medizinischen Versorgung, die Beziehungen mit den anderen Gesundheitsfachleuten und die Fortbildungsmöglichkeiten.

³ Vgl. Keeler EB, Kahn KL, Draper D, Sherwood MJ, Rubenstein LV, Reimisch EJ, et al. Changes in sickness at admission following the introduction of the prospective payment system. *Jama*. 1990 Oct 17;264(15):1962-8.

Tabelle 1c

Empfohlene Indikatoren für die Beurteilung der möglichen Auswirkungen im Anschluss an die schweizweite Einführung der Finanzierung der stationären Aufenthalte durch die SwissDRG (Tabelle aus: Bovier P, Burnand B, Guillaumin H, Paccaud F, Vader JP, Locher H, Meyer B (2009): Konzept für die Begleitforschung aus Anlass der Einführung von SwissDRG, www.fmh.ch → Tarife → SwissDRG → Begleitforschung)

Thematik	Verfügbarkeits-/Validitätsindex ¹	Datenquelle	Indikatortyp	Spezifische Messgrössen/Bemerkungen
Auf das Gesundheitssystem und die Organisation der Gesundheitsversorgung bezogene Indikatoren				
Überweisung von Fällen in Langzeiteinrichtungen und in den ambulanten Sektor	1	Krankenhausstatistik, BFS	Struktur	Volumen der Spitalaufenthalte, Aufenthaltsort vor dem Ein- und nach dem Austritt nach verschiedenen Einrichtungstypen ²
Verschiebungen vom stationären in den ambulanten Sektor (ambulante Arztpraxis oder ambulante Tätigkeit in Akutspitälern)	3	Krankenhausstatistik und Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Statistik der Kranken- und Unfallversicherer, weitere Statistiken nach Verfügbarkeit	Prozess (Struktur) (Ergebnis)	Analysen von konsolidierten Daten aus den medizinischen Einrichtungen (Spitäler, Rehabilitation, ...), von den Ärztinnen und Ärzten sowie von den Krankenkassen ³ ; Konzept, Ansatz und Methodik müssen noch entwickelt werden
Phänomen der Fallselektion (z. B. Begrenzung des Angebots von bestimmten chirurgischen Eingriffen)	1	Medizinische Statistik der Krankenhäuser, BFS	Struktur	Rate der <i>medizinisch-chirurgischen Verfahren/Eingriffe</i> : Ösophagusresektionen, Pankreasresektionen, behandelte Abdominalaneurysmen, aortokoronare Bypässe, Karotis-Endarterektomien ⁴
Veränderungen in Bezug auf die Eingriffe, die ambulant durchgeführt werden	1	Medizinische Statistik der Krankenhäuser, BFS	Struktur	Rate der <i>Eingriffe/Verfahren</i> , die innerhalb von <i>weniger als 24 Stunden durchgeführt werden können</i> ; in der Schweiz entwickelte Indikatoren und Methodik ⁵
Schliessung oder Zusammenlegung von Spitälern	1	Krankenhausstatistik, BFS	Struktur	Anzahl und Typen von Einrichtungen pro Kanton
Gesundheitskosten	1	Krankenhausstatistik, BFS	Struktur	Analyse auf der Grundlage von bereits veröffentlichten ökonomischen Modellen ⁶ ; punktuelle Studien zum Zusammenhang zwischen den tatsächlichen Kosten und dem «DRG-Tarif»
Verteilung der Spitzentechnologien im Gesundheitsbereich und Aufteilung zwischen den Spitälern	2	Krankenhausstatistik, BFS	Struktur	Beschreibende Analyse der Verfahren, für die Spitzentechnologien erforderlich sind; bei Bedarf punktuelle Untersuchung
Wissenschaftliche Forschung, Innovationen im Bereich der Gesundheitstechnologien, Einführung von neuen Technologien im Gesundheitsbereich	3	Punktuelle Studie	Struktur	Es muss eine Methodik entwickelt werden

- 1 Verfügbarkeits-/Validitätsindex: 1: Indikator/Gesamtheit von spezifischen Messgrössen, der/die validiert wurde und auf der Grundlage der erhobenen Routinedaten verfügbar ist; 2: Indikator/Gesamtheit von spezifischen Messgrössen, der/die validiert wurde, jedoch auf der Grundlage der erhobenen Routinedaten nicht verfügbar ist oder Entwicklungs-/Anpassungsarbeiten erfordert; 3: potentielle/r Indikator/Gesamtheit von spezifischen Messgrössen, der/die jedoch auf der Grundlage der erhobenen Routinedaten nicht verfügbar ist und Entwicklungs- und Anpassungsarbeiten erfordert.
- 2 Untersuchung der Verlegungen zwischen Spitälern mit Hilfe des einheitlichen Patientenidentifikators; hingegen keine Verbindung mit dem ambulanten Sektor möglich, zu diesem Zweck muss eine spezielle Methodik entwickelt werden; die Grundversorgernetze könnten für die Entwicklungs- und Validierungsphase herangezogen werden (z. B. Sentinella-Netzwerk des BAG, Grundversorgernetzwerke der Universitätsinstitute für Allgemeinmedizin).
- 3 Schaffung einer neutralen Stelle, die damit beauftragt wird, die Daten aus den verschiedenen Quellen zu sammeln und zu anonymisieren
- 4 Von der AHRQ entwickelte Indikatoren (Inpatient Quality Indicators); die Definition der Indikatoren ist in Anhang 5 des oben genannten Konzepts enthalten (www.fmh.ch → Tarife → SwissDRG → Begleitforschung).
- 5 Vgl. Gilliard N, Egli Y, Halfon P. A methodology to estimate the potential to move inpatient to one day surgery. BMC health services research. 2006;6:78.
- 6 Vgl. Farzi M, Filippini M. Effects of ownership, subsidization and teaching activities on hospital costs in Switzerland. Health economics. 2008 Mar;17(3):335-50.