
Vortrag / Workshop

Leistungsorientierte Krankenanstalten- Finanzierung

Ambulantisierung in der Medizin
LKF- Bepunktung / -abrechnung

Loipersdorf, 04.07.2023

RanftlerD: LKF: Ambulantisierung in der Medizin, Abrechnung in der LKF– LSZ-Kongress 07/2023

1

Agenda

- Allgemeines zur Finanzierungs- und Leistungsangebotsstruktur im ö. GHW
- Verlagerungspotentiale, -voraussetzungen
 - Forschungsbericht IHS
 - HTA-Berichte
- Finanzierungsaspekte (LKF)
- Beispielhafter Bezug aus dem Blickwinkel roboterassistierter Chirurgie
- Besondere Betrachtung der Abrechnung ausgewählter Leistungen mit kritischer Reflexion
- DISKUSSION

RanftlerD: LKF: Ambulantisierung in der Medizin, Abrechnung in der LKF– LSZ-Kongress 07/2023

2

Struktur im österreichischen Gesundheitswesen

Partnerschaftliche Zielsteuerung anstelle eines Nationalen Gesundheitsdienst (NHS)



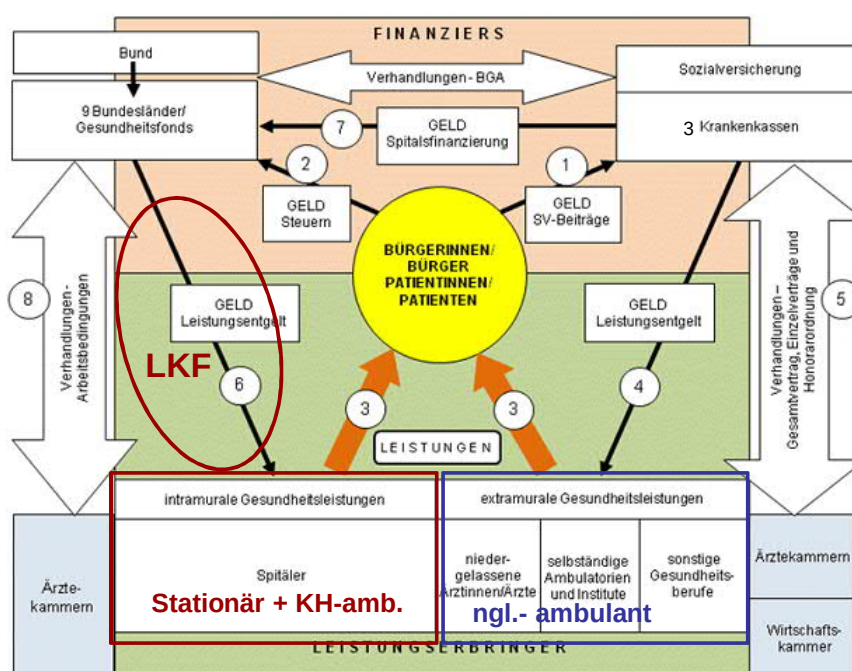
- ‚Bismarck‘ vs. ‚Beveridge‘: Das österreichische GHW ist als Netzwerk zwischen verschiedenen Institutionen organisiert und hat keinen nationalen Gesundheitsdienst (NHS)
- Die Basisfinanzierung übernehmen die Sozialversicherungen (mit Pflichtversicherung), weitere Finanzmittel werden im Wesentlichen aus Steuermitteln beigesteuert. (v.a. im Krankenhaussektor)
- Differenzierung von öffentlichen / privaten Leistungsanbietern und Finanziers.
- Starke Segmentierung des Krankenhausbereiches und des Primärversorgungsbereiches (intramural vs. extramural)
- Rechtliche und finanzielle Verantwortung der Bundesländer für den öffentlichen Krankenhausbereich; Landesgesundheitsfonds für Leistungssteuerung und Finanzierung

RanftlerD: LKF: Ambulantisierung in der Medizin, Abrechnung in der LKF– LSZ-Kongress 07/2023

3

Geldflüsse/Mittelverteilung im österreichischen GHW

Starke Segmentierung zwischen Krankenhausbereich (intramural)



Die Österreichische Sozialversicherung NEU

Dachverband		
Unfallversicherung	Krankenversicherung	Pensionsversicherung
Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA)	Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK)	Pensionsversicherungsanstalt (PVA)
Sozialversicherungsanstalt der Selbstständigen (SVS)		
VA öffentlich Bedienstete, Eisenbahn und Bergbau (BVAEB)		

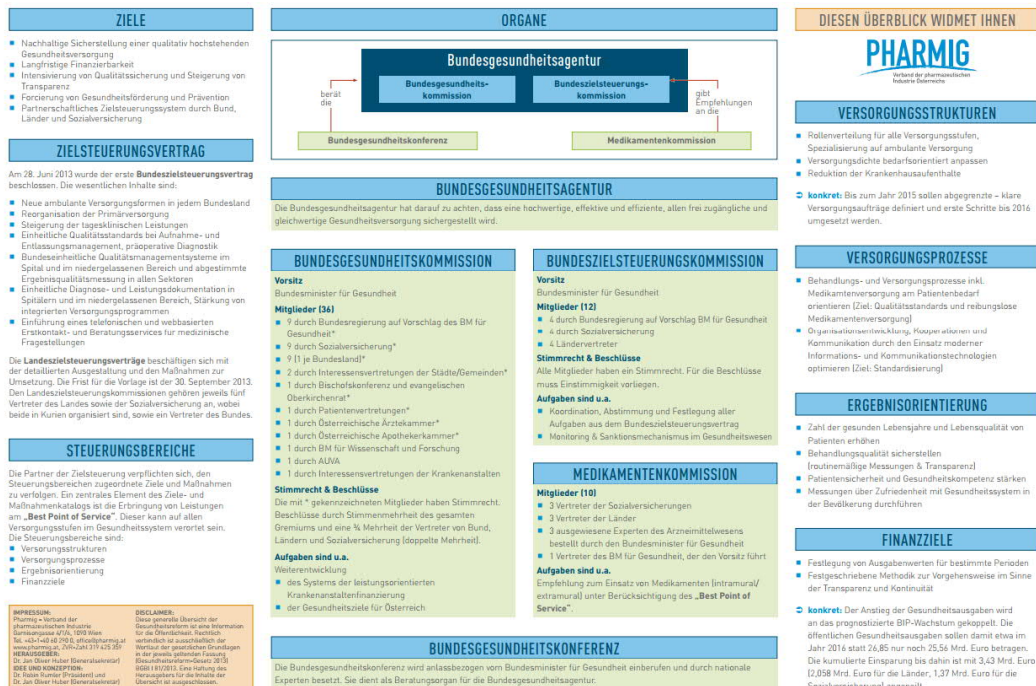
© Gesundheit Österreich GmbH

RanftlerD: LKF: Ambulantisierung in der Medizin, Abrechnung in der LKF– LSZ-Kongress 07/2023

4

Gesundheitsreform [Zielsteuerung Gesundheit]

GESUNDHEITSREFORM 2013–2016



RanftlerD: LKF: Ambulantisierung in der Medizin, Abrechnung in der LKF– LSZ-Kongress 07/2023

5

Gesundheitsreform [Zielsteuerung Gesundheit]



RanftlerD: LKF: Ambulantisierung in der Medizin, Abrechnung in der LKF– LSZ-Kongress 07/2023

6

Gesundheitsreform [Zielsteuerung Gesundheit]

VERSORGUNGSSTRUKTUREN

- Rollenverteilung für alle Versorgungsstufen, Spezialisierung auf ambulante Versorgung
 - Versorgungsdichte bedarfsorientiert anpassen
 - Reduktion der Krankenhausaufenthalte
- ➔ **konkret:** Bis zum Jahr 2015 sollen abgegrenzte – klare Versorgungsaufträge definiert und erste Schritte bis 2016 umgesetzt werden.

VERSORGUNGSPROZESSE

- Behandlungs- und Versorgungsprozesse inkl. Medikamentenversorgung am Patientenbedarf orientieren (Ziel: Qualitätsstandards und reibungslose Medikamentenversorgung)
- Organisationsentwicklung, Kooperationen und Kommunikation durch den Einsatz moderner Informations- und Kommunikationstechnologien optimieren (Ziel: Standardisierung)

ERGEBNISORIENTIERUNG

- Zahl der gesunden Lebensjahre und Lebensqualität von Patienten erhöhen
- Behandlungsqualität sicherstellen (routinemäßige Messungen & Transparenz)
- Patientensicherheit und Gesundheitskompetenz stärken
- Messungen über Zufriedenheit mit Gesundheitssystem in der Bevölkerung durchführen

FINANZZIELE

- Festlegung von Ausgabenwerten für bestimmte Perioden
- Festgeschriebene Methodik zur Vorgehensweise im Sinne der Transparenz und Kontinuität

➔ **konkret:** Der Anstieg der Gesundheitsausgaben wird an das prognostizierte BIP-Wachstum gekoppelt. Die öffentlichen Gesundheitsausgaben sollen damit etwa im Jahr 2016 statt 26,85 nur noch 25,56 Mrd. Euro betragen. Die kumulierte Einsparung bis dahin ist mit 3,43 Mrd. Euro (2,058 Mrd. Euro für die Länder, 1,37 Mrd. Euro für die Sozialversicherung) angepeilt.

ÖSG und Zielsteuerungsvertrag als wichtige Rahmenbedingungen der LKF-Finanzierung

Zielsteuerung-Gesundheit
Bund • Länder • Sozialversicherung

ÖSG 2017

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017

inklusive Großgeräteplan

gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission
vom 30. Juni 2017
inklusive der bis 18. Dezember 2020 beschlossenen Anpassungen

Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene

Zielsteuerung-Gesundheit

abgeschlossen zwischen dem

Bund,
vertreten durch die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen,
Radetzkystraße 2, 1030 Wien

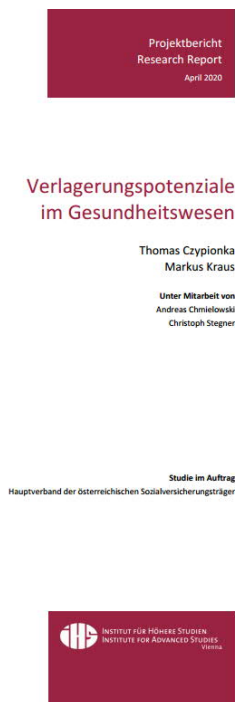
dem

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung,
vertreten durch den Vorsitzenden des Verbandsvorstandes und die Vorsitzende
der Trägerkonferenz,
im Folgenden Hauptverband genannt,
Kundmannsgasse 21, 1031 Wien

dem

Land Burgenland, Land Kärnten, Land Niederösterreich, Land Oberösterreich,
Land Salzburg, Land Steiermark, Land Tirol, Land Vorarlberg, Land Wien,
jeweils vertreten durch den Landeshauptmann / die Landeshauptfrau

Auf Länderebene werden dann der jeweilige Regionale Strukturplan
RSG und der Landeszielsteuerungsvertrag relevant



- Art der Verlagerung
- Voraussetzung
 - medizinisch
 - Auf Patientenebene
 - Auf Ebene der GDA
- Finanzielle Anreize
 - LKF-Erlöse
 - Kostenoptimierung

Welche Verlagerungsrichtungen sind grundsätzlich denkbar?

Verlagerungsrichtung *(potentiell umkehrbar, hat aber keine reale Bedeutung)*

Im österreichischen Kontext sind gemäß den existierenden Settings diverse Varianten denkbar:

1. Stationär → tagesklinisch
2. Stationär → intramural-ambulant
3. Stationär → extramural/hospital at home
4. Tagesklinisch → intramural-ambulant
5. Tagesklinisch → extramural
6. Intramural-ambulant → extramural
7. Betreuung im extramuralen Bereich, damit keine stationäre Aufnahme notwendig wird.
8. Betreuung im extramuralen Bereich, damit keine intramural-ambulante Episode notwendig wird.

4.2.1 Medizinische Voraussetzungen

Die Verlagerbarkeit von Leistungen knüpft an die medizinische Machbarkeit an. Zu dieser zählen folgende Faktoren:

- Physiologische Machbarkeit
- Technische Machbarkeit
- Verfügbarkeit
- Erlernbarkeit

Beispiele: Heutige Sonographiegeräte mit Doppler- und Duplexfunktionalität können von niedergelassenen FachärztInnen verschiedener Disziplinen bedient werden.

Daher zählen Produktinnovationen (z.B. Miniaturisierung, günstigere Varianten) und Prozessinnovationen (z.B. Operationstechniken) als wesentliche Einflussfaktoren für die Verlagerung von Leistungen.

Beispiele (Produktinnovationen): Herzschrittmacher, die telemedizinisch überwachbar sind; orale Antineoplastika

[IP3] Ein Herzkatheter kann heute auch von der distalen Arteria radialis (Speichenarterie) aus durchgeführt werden statt von der Arteria femoralis (Oberschenkelarterie). Dies ermöglicht ein sofortiges Heimgehen vs. einer stationären Aufnahme. Denn bei Verwendung der Arteria femoralis muss diese noch mindestens sechs Stunden im Liegen mit einem Druckgerät oder Sandsack beschwert werden.

Beispiel (Verfügbarkeit): ohne Computertomographie (CT) keine CT-geführte Instillation von Anästhetikum/Cortisol z.B. in die Bandscheibe

Beispiel (Erlernbarkeit): Pit-picking-Technik bei Pilonidalzyste erfordert keinen Krankenhausaufenthalt und nur einen kurzen Krankenstand⁷.

Quelle: IHS – Thomas Cypionka, Markus Kraus | Verlagerungspotenziale im Gesundheitswesen

4.2.2 Voraussetzungen auf PatientInnenebene

Für die Verlagerbarkeit von Leistungen spielen auf PatientInnenebene folgende Faktoren eine Rolle:

1. Physischer Status der PatientInnen (Allgemeinzustand, Alter, Komorbiditäten)
2. Psychischer Status der PatientInnen
 - a. noopsychisch [kognitiv]
 - b. thymopsychisch [emotional]
3. Ressourcen (individuell und in der Umwelt)
4. Schweregrad der Erkrankung
5. Präferenzen, kulturelle Faktoren und Sozialisation

4.2.3 Voraussetzungen auf Ebene des Gesundheitsdiensteanbieters (GDA)

Auf Ebene des Gesundheitsdiensteanbieters (GDA) bestehen folgende Voraussetzungen:

1. Räumliche Voraussetzungen
2. Technische/apparative Voraussetzungen
3. Prozessvoraussetzungen
4. Personalvoraussetzungen
 - a. Personalstand
 - b. Skill-mix
5. Individuelle Voraussetzungen (Wissen, Beherrschen der Technik)
6. Kooperation und sektorenübergreifende Planung

Quelle: IHS – Thomas Cypionka, Markus Kraus | Verlagerungspotenziale im Gesundheitswesen

RanftlerD: LKF: Ambulantisierung in der Medizin, Abrechnung in der LKF– LSZ-Kongress 07/2023

13

Leistungsverlagerung, Gründe

Die Gründe für eine Verlagerung von stationären operativen Leistungen in den tageschirurgischen bzw. ambulanten Bereich sind vielfältig und können organisatorische, ethische, wirtschaftliche und medizinische Gründe umfassen. Mögliche Zielvorstellungen sind ebenfalls vielfältig. Beispielsweise wird durch eine Verschiebung versucht, Versorgungspfade zu verbessern bei gleichzeitiger Gewährleistung der Verteilungsgerechtigkeit und der Sicherstellung eines wirtschaftlichen Umgangs mit Ressourcen. Tageschirurgische Leistungen ermöglichen es den PatientInnen, ihre Umgebung für die Genesung selbst zu wählen. Zusätzlich ist die Tageschirurgie möglicherweise mit kürzeren Wartezeiten und einem möglichen geringeren Ausfallrisiko seitens der PatientInnen verbunden [20]. Des Weiteren wird beansprucht, dass die Rate der im Krankenhaus erworbenen Infektionen (nosokomiale Infektionen) und venösen Thromboembolien reduziert werden kann [20]. Darüber hinaus scheint ein Übergang zur Tageschirurgie zu einer potentiellen Win-Win-Situation für alle Beteiligten zu führen [20]. Der Wegfall von Übernachtungs- und Wochenendaufenthalten kann sowohl für die PatientInnen als auch für das Behandlungsteam von Vorteil sein, da es über diese Zeiträume nicht am Behandlungsort bleiben muss.

Gründe für eine Verlagerung von chirurgischen Leistungen sind vielfältig

mögliche Zielvorstellungen



Quelle: LBI-HTA 125 (2019)

RanftlerD: LKF: Ambulantisierung in der Medizin, Abrechnung in der LKF– LSZ-Kongress 07/2023

14

Mindestmengenthematik, Qualitätssicherung in der Tagesklinik

- <https://www.medmedia.at/das-medizinprodukt/wie-sicher-ist-die-tagesklinik/>
- HTA-Bericht 125 (2019)



Mindestmengen (MM, Minimum Volume Standards) für tageschirurgische Interventionen im ambulanten Setting können möglicherweise eine Ergänzung zu den allgemein angewandten und aktuell entwickelten Qualitätsstandards darstellen. „Die Theorie und empirischen Befunde zu MM sind teilweise umstritten, allerdings bieten implementierte evidenzbasierte Mindestmengen für ausgesuchte tageschirurgisch durchführbare Interventionen auch Chancen, sofern sämtliche mögliche Konsequenzen berücksichtigt werden und alle im Gesundheitssystem relevanten Beteiligten in einen transparenten Entscheidungsprozess miteinbezogen werden“, sagt Dr. Claudia Wild, Direktorin des Austrian Institute for HTA GmbH (AIHTA).

Anreize zur (Nicht-) Verlagerung

- Kein Anreiz zur Verlagerung besteht, wenn
 - Es zu verminderten LKF-Erlösen kommt
 - Wenn eine Strukturbereinigung und/oder Personalreduktion strategisch vom KH-Träger nicht gewünscht wird
 - Verminderte Sonderklasse-Erlöse entstehen
 - Für die Ärzte als de-facto-Nachfrager (Wegfall der Behandlungsgebühren)
 - Für die Krankenanstalt (Wegfall der Anstaltsgebühren bzw. des Hausrücklasses)
 - Ergänzt um prospektive Gehaltsforderungen der Ärzte wegen deren Einnahmenverluste
- Anreize bestehen, wenn:
 - Kostenreduktion und Strukturbereinigung klare strategische Ziele der Unternehmung sind
 - allfällige Erlösminderungen in den Hintergrund treten, damit in Kauf genommen werden
 - Erfüllung von Leistungszielen (z.B. TK-Quoten) zu Bonuspunkten/-zahlungen führen (Bsp. Kärnten)
 - Prozessoptimierung und damit einhergehende Steigerung der Behandlungsqualität im Vordergrund stehen
 - Zufriedenheitsquote bei TK-Patienten ist im Allgemeinen sehr hoch
 - Die Prozessoptimierung kann auch auf andere stationäre Leistungen portiert werden (z.B. Aufnahme am OP-Tag für elektive Operationen)

Begriffsdefinitionen

legistisch und finanzierungstechnisch (nicht betriebsorganisatorisch)

- Stationär:
 - Der Patient wird stationär aufgenommen, belegt damit ein systemisiertes Bett und verbleibt mindestens einen Belagstag(entspricht einer Nacht).
- Tagesklinisch:
 - Der Patient wird stationär aufgenommen, belegt damit ein systemisiertes Bett, bekommt eine Leistung aus dem Tagesklinik-Katalog und wird am Aufnahmetag wieder entlassen
- Nulltagesfall:
 - Der Patient wird stationär aufgenommen, belegt damit ein systemisiertes Bett, bekommt keine Leistung aus dem Tagesklinik-Katalog und wird am Aufnahmetag wieder entlassen
- Halbstationär:
 - Der Patient wird über einen längeren Zeitraum stationär aufgenommen, belegt ein systemisiertes Bett und verbleibt jedoch täglich nur einen Teil des Tages (entweder tagsüber oder nächstens)
 - Nur für Psychiatrie (inkl. KJP) und Akutgeriatrie möglich, nunmehr jedoch ambulant (→ ambulante Betreuungsplätze)
- KH-ambulant:
 - Benötigt kein systemisiertes Bett, wird meist nur in einer ambulanten Struktur behandelt
 - Seit Einführung des ambulanten LKF-Modells 2017-2019 werden auch nicht-tagesklinische Nulltagesfälle (meist) ambulant geführt und abgerechnet. Dies gilt in gleicher Weise für vormalige halbstationäre Aufenthalte. → ambulanter Betreuungsplatz anstelle eines systemisierten Bettes [sind beide Teil des Bettenplanes]
- Ambulant extramural:
 - Behandlung außerhalb des Krankenhauses in einer nicht-stationären Einrichtung. Leistungsfinanzierung erfolgt entweder von Krankenkassen direkt an die Leistungserbringer oder muss vom Patienten als Selbstzahler bezahlt oder zumindest vorfinanziert werden, mit einer nachträglichen Teilfinanzierung durch Krankenkassen. (Wahlarzt-System)

Begriffsdefinitionen

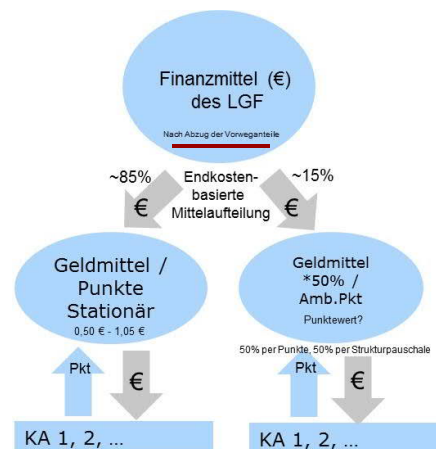
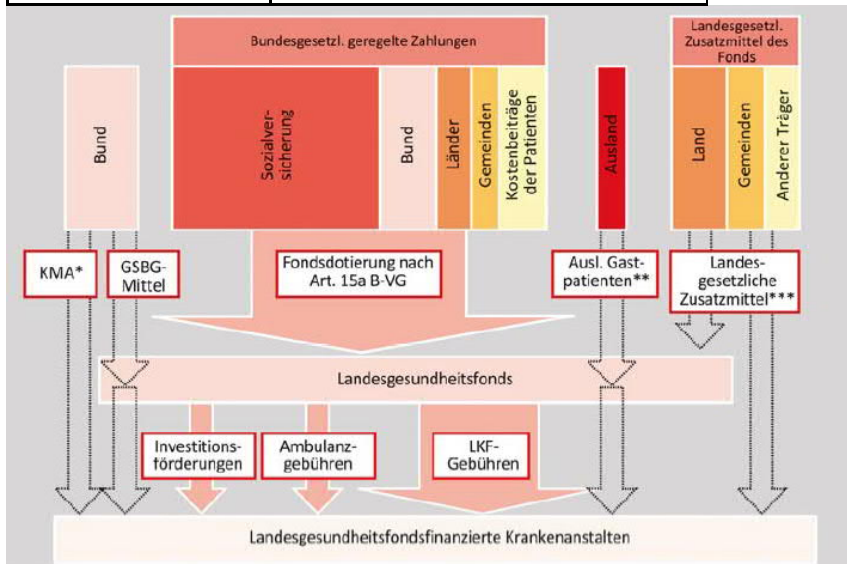
Organisatorische Beispiele

- „Tageschirurgie“:
 - Den Begriff gibt es formal gar nicht. Entspricht einer Tagesklinik, wo chirurgische Leistungen erbracht werden. Diese können formal als tagesklinische Leistungen, als Nulltagesfälle oder auch als ambulante Fälle abgerechnet werden.
- „Onkologische Tagesklinik“:
 - Bis zur Einführung des ambulanten LKF-Modells war dies eine Abrechnung als Nulltagesfälle mit onkologischen Leistungen, wird nunmehr ohne Erlösnachteile als ambulant verrechnet.
- „Psychiatrische oder Geriatriische Tagesklinik“:
 - Bis zur Einführung des ambulanten LKF-Modells war dies eine halbstationäre Abrechnung, nunmehr als ambulante Verrechnung.
- „(Interdisziplinäre) Tagesklinik“:
 - Patienten werden organisatorisch in einer Station zusammengefasst, welche chirurgische oder nicht-chirurgische Leistungen erhalten und prinzipiell am Aufnahmetag wieder entlassen werden. Abrechnung analog zur ö.a. ‚Tageschirurgie‘ stationär, als Nulltagesfälle oder ambulant.
- „Dislozierte Tagesklinik“ (als „reduzierte Organisationsform“ [ROF] gemäß ÖSG)
 - Tagesklinik an einem Krankenanstalten-Standort, wo die zugehörige Fachabteilung nicht existent ist, aber ausgewählte tagesklinische Leistungen gemäß Tagesklinikatalog erbracht und abgerechnet werden können. Die Tagesklinik benötigt eine Mutter- oder Partnerabteilung für die fachliche Dienstaufsicht.
 - Diese Organisation muss im Bettenplan entsprechend ausgewiesen sein.

Finanzierung von Krankenanstalten Landesgesundheitsfonds zur Geldmittelverteilung

Bundesweit einheitlicher LKF-KERNBEREICH	Bepunktung des stationären Krankenhausaufenthalts auf Basis der leistungsorientierten Diagnosen-Fallgruppen (LDF) inkl. aller speziellen Bepunktungsregelungen
Länderweise gestaltbarer LKF-STEUERUNGSBEREICH	Die leistungsorientierte Mittelzuteilung aus den Landesgesundheitsfonds an die Träger der Krankenanstalten kann im Rahmen des LKF-Steuerungsbereiches auf besondere Versorgungsfunktionen bestimmter Krankenanstalten Rücksicht nehmen.

Mit dem Ambulanten Finanzierungsmodell und der Verschiebung von Nulltagesfällen in den ambulanten Bereich wird Neuland betreten, so dass die prognostizierten Punktwerte sehr unsicher sind.

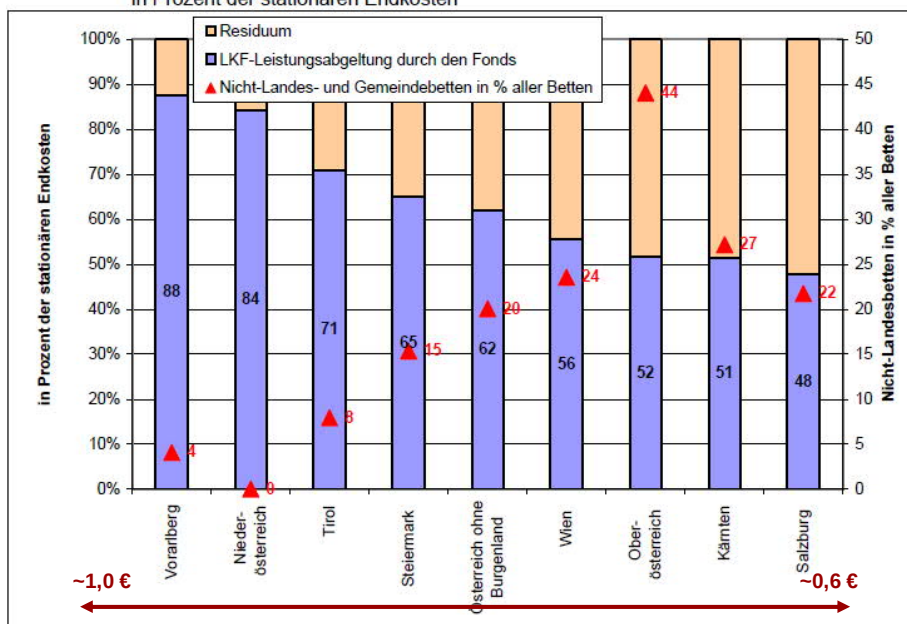


RanftlerD: LKF: Ambulantisierung in der Medizin, Abrechnung in der LKF-LSZ-Kongress 07/2023

19

Unterschiedliche Kostendeckungsquoten durch LKF-Erlöse bzw. sich daraus ergebende Spanne an LKF-Punktwerten

Abbildung 3: LKF-Leistungsabgeltung durch den Landesgesundheitsfonds, 2006, in Prozent der stationären Endkosten



Botschaft:
Unterschiedliche Punktwerte, auch Kostendeckungsquoten in den einzelnen Bundesländern, daher unterschiedliche „direkte LKF-Erlöse“ für gleiche Leistungen

Wenngleich diese Darstellung schon etwas älter ist, gilt die Botschaft noch immer

Quelle: Tätigkeitsberichte der Landesgesundheitsfonds 2006, BMGJF, IHS HealthEcon 2008.

RanftlerD: LKF: Ambulantisierung in der Medizin, Abrechnung in der LKF-LSZ-Kongress 07/2023

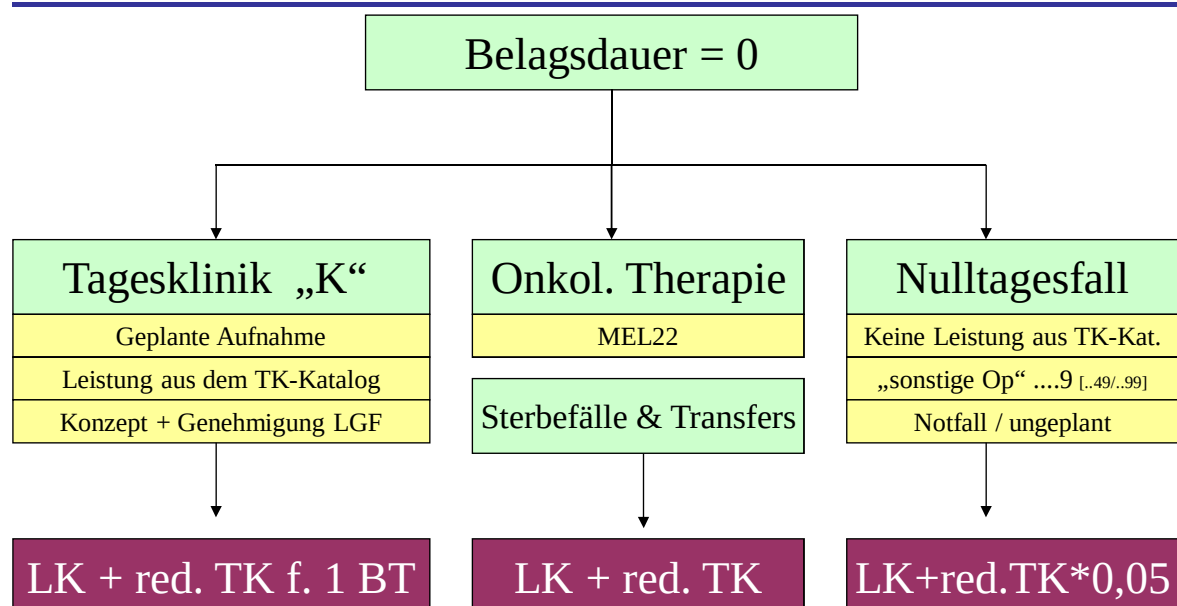
20

Beispielhafte Punktwerte in verschiedenen Krankenanstalten zur Bemessung der LKF-Erlöse

LKF-Punktwerte (LGF)			
	Jahr	stationär	ambulant
AKH Wien	2020	0,8028	0,4894
KH Nord	2020	0,8028	0,4894
Innsbruck	2020	0,8657	0,8660
Graz	2020	0,9881	0,6185
Klagenfurt*	2019	0,6658	0,6873
St. Pölten**	2020	1,00	1,00
Linz	2020	0,65	?
Wels	2020	0,65	?
Salzburg	2020	0,68	?
* 2020 wegen Corona-Einflüssen Punktwert 2019 verwendet			
** NÖ verwendet keine Punktwerte, da alle KH im gleichen Verbund			

Tagesklinische und sonstige Nulltagesfälle

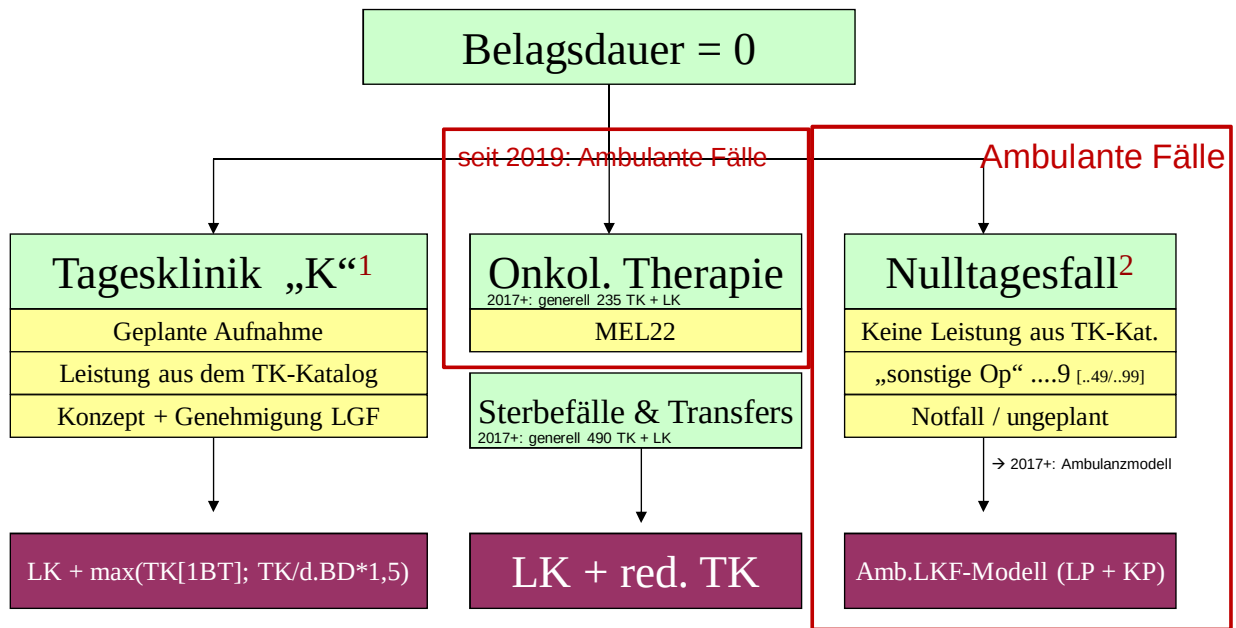
Stationäre Aufnahme, aber keine Übernachtung **(alte Regel bis 2016)**



Anmerkung: „Tagesklinische“ Fälle in der Psychiatrie und Akutgeriatrie sind keine 0-Tages-Fälle, sondern „halbstationär“!!!
(Abrechnung 1x im Monat oder nach 4 therapiefreien Tg.)

Tagesklinische und sonstige Nulltagesfälle

Stationäre Aufnahme, aber keine Übernachtung (seit 2017 / 2019)



Anmerkung: „Tagesklinische“ Fälle in der Psychiatrie und Akutgeriatrie sind seit 2017 „ambulant“

Übergang stationärer zu ambulanter Verrechnung

weiterhin stationär	grundsätzlich ambulant
NTA mit Entlassungsart S - Sterbefall oder T - Transfer	ehemalige NTA des halbstationären Bereichs künftig: ambulante Tagesbehandlungen (oder ambulante tagesstrukturierende Behandlungen) in der PSY, KJP, PSO, AG/R → keine stationäre Abrechnung möglich
NTA mit Leistungen aus dem Tagesklinikmodell	ehemalige NTA der onkologischen Therapie u. anderer Pharmakotherapien (MEL 22.xx) künftig: AMG 21.xx → TK: 235 Pkt LK: 100%
NTA in Sonderbereichen PAL, RNS, AG/R, NEU-ANB, KJP (Behandlungsform I, A oder E)	ehemalige NTA mit einer der folgend angeführten 5 Leistungen : BG020 – Photodynamische Therapie der Makula (LE=je Sitzung), BG030 – Intravitreale Injektion mit Anti-VEGF (LE=je Seite), GE010 – Bronchoskopie (LE=je Sitzung), HH020 – Koloskopie mit Polypektomie (LE=je Sitzung) QE010 – Stereotaktische Mammabiopsie (LE=je Sitzung) → TK: 30 Pkt LK: 50%
	ehemalige NTA in anderen MEL Gruppen inklusive NTA mit Entlassungsart 4 - gegen Revers → TK: 30 Pkt LK: 100%
	Sonstige NTA → TK: 30 Pkt LK: -
	stationäre Abrechnung nur in Ausnahmefällen möglich (Umfang max. ca. 15%)

4.5.1 Abrechnung nach dem Tagesklinikmodell

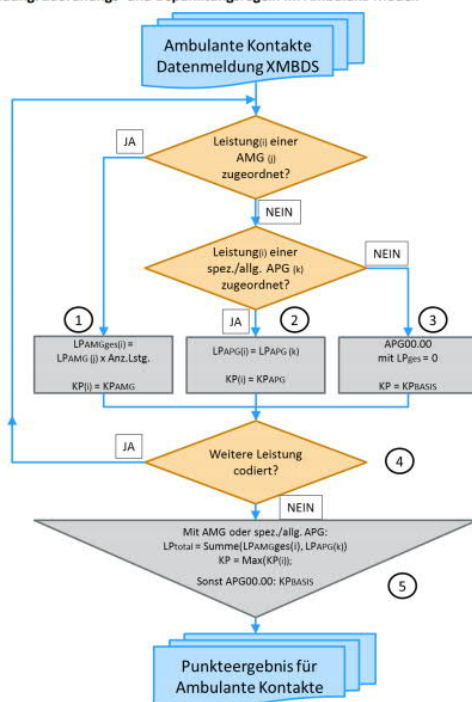
Ein tagesklinischer Fall (Aufnahme und Entlassung am selben Tag) mit einer genehmigten Leistungsposition aus dem Katalog tagesklinisch abrechenbarer Leistungen wird entsprechend der LKF-Bepunktungsregel für 1-Tagesfälle in der jeweils zugeordneten Fallpauschale abgerechnet, wobei die Punkte für die Tageskomponente maximal in Höhe von 1,5 durchschnittlichen Tageskomponenten der jeweiligen Pauschale abgerechnet werden.

Hinweis: Bei ambulanter Erbringung tagesklinisch abrechenbarer Leistungen werden diese Besuche ebenfalls nach den Fallpauschalen des stationären Modells bepunktet. Damit soll die Vereinheitlichung organisatorischer Prozesse unabhängig von der administrativen Fallführung erleichtert werden.

Quelle: Beschreibung LKF-Modell 2021

Ambulanzmodell (ab2017)

Abbildung: Zuordnungs- und Bepunktungsregeln im Ambulanz-Modell



Begriff	Begriffserklärung für die Verwendung in diesem Dokument
Leistungspunkte (LP)	Punkte für die zugeordneten Leistungen in den definierten Gruppen
Kontaktpunkte (KP)	Über die KP werden alle nicht den definierten Gruppen zugeordnete Leistungen abgegolten.
Ambulante Pauschal-Gruppen (APG)	Medizinisch und kostenmäßig homogene Gruppen von ambulanten Leistungen zur pauschalen Bepunktung. Eine APG umfasst Leistungspunkte (LP) und Kontaktpunkte (KP). Die LP werden unabhängig von der Anzahl der zugeordneten Leistungen pro Pauschale einmal berechnet.
Ambulante MEL-Gruppen (AMG)	Medizinisch und kostenmäßig homogene Gruppen von ambulant erbrachten Leistungen, die analog einer MEL-Gruppe im stationären Bereich bepunktet werden. Eine AMG umfasst Leistungspunkte (LP) und Kontaktpunkte (KP), die LP werden pro Anzahl der erbrachten Leistungen berechnet.
Basis-Pauschalen (APGxx.x0)	Ist keine Leistung dokumentiert oder eine, die die Kriterien für die Einzelauswahl nicht erfüllt hat, dann wird der ambulante Kontakt mit einer Basispauschale bepunktet, die nur Kontaktpunkte, aber keine Leistungspunkte enthält.
Strukturpauschale	Pauschale Abgeltung der vorgehaltenen Versorgungsstruktur

- 1 AMG: Leistungspunkte werden kumuliert
- 2 APG: Höchstbepunktete APG wird verwendet
- 3 Keine Leistungen: Basispauschalgruppe

Im Gesamtergebnis wird ein ambulanter Besuch mit der Summe der Leistungspunkte aller getroffenen APG/AMG und mit den höchsten Kontaktpunkten aus diesen APG/AMG (inkl. APG00.00) bepunktet.

Unterschiedliche Definition von „Tageschirurgie“

- Der amerikanische Begriff ‚day surgery‘ beinhaltet auch Eingriffe mit einer Verweildauer bis 24 Stunden (mit Übernachtung)
- Der österreichische Begriff „Tagesklinik“ schließt eine Übernachtung (Mitternachtsstand) definitionsgemäß aus

versch. Definitionen von Tageschirurgie

Also, the consistency of definitions of the included studies is questionable. The reason is that the US' use of the term day surgery may include 23 hour stay surgery, which in the EU is seen as an inpatient surgery with a one day LOS.

internationale Definitionen der Tageschirurgie

Tageschirurgie (ambulantes Operieren)

Die internationale Vereinigung für ambulantes Operieren (International Association of Ambulatory Surgery – IAAS) definiert Tageschirurgie als eine Praxis, in der PatientInnen innerhalb eines Werktages (sechs bis acht Stunden) ohne Übernachtung aufgenommen, operiert und entlassen werden [2].

Quelle: LBI-HTA 125 (2019)

Angedachte Verlagerung folgender Leistungen im Rahmen der roboterunterstützten Chirurgie



- JG060 und JG080 Radikale Prostatektomie
- JA080 und JA130 Teilnephrektomie
- JK090 und JK102 Hysterektomie
- HM110 Cholezystektomie
- LM090 / LM111 / LM112 verschiedene Hernien
- JK080 Myomentfernung

Tagesklinische und Nicht-tagesklinische Leistungen (LKF-Modell 2021)

Kap	Ukap	x	Code	Langtext	Beschreibung	TKL
07	07.03	x	LM090	Verschluss einer Inguinal- oder Femoralhernie – laparoskopisch (LE=je Seite)	Bei inkarzierten Hernien ist die Resektion des Darmes zusätzlich zu codieren. Die allfällige Implantation alloplastischer Materialien ist inkludiert.	J
07	07.03	x	LM111	Verschluss einer Nabelhernie/epigastrischen Hernie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)		J
07	07.03	x	LM112	Verschluss einer Narbenhernie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)		J
07	07.07	x	HM110	Cholezystektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	Entfernung der Gallenblase mit laparoskopischem Zugang	J
08	08.01	x	JA080	Teilnephrektomie – laparoskopisch (LE=je Seite)		
08	08.01	x	JA130	Erweiterte Teilnephrektomie – laparoskopisch (LE=je Seite)	Teilnephrektomie mit Dissektion des Gefäßstiels/partieller Ureterresektion ohne Autotransplantation	
08	08.05	x	JG060	Radikale Prostatektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	Laparoskopische Entfernung der Prostata, der Samenblasen, von Teilen des Ductus deferens sowie regionaler Lymphknoten	
08	08.05	x	JG080	Radikale Prostatektomie mit pelviner Lymphadenektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	Laparoskopische Entfernung der Prostata, der Samenblasen, von Teilen des Ductus deferens und radikale pelvine Lymphadenektomie	
08	08.08	x	JK080	Myomentfernung – laparoskopisch (LE=je Sitzung)		J
08	08.08	x	JK090	Laparoskopische suprazervikale Hysterektomie (LE=je Sitzung)	Entfernung des Corpus uteri unter Belassung der Cervix uteri über einen laparoskopischen Zugang	
08	08.08	x	JK102	Totale laparoskopische Hysterektomie (TLH) (LE=je Sitzung)	Entfernung des Uterus über einen laparoskopischen Zugang, ggf. mit Minilaparotomie	

RanftlerD: LKF: Ambulantisierung in der Medizin, Abrechnung in der LKF– LSZ-Kongress 07/2023

29

Zielsteuerungsvertrag 2017-2021 Tagesklinik-Leistungsbündel (s.S. 54)

Operatives Ziel	1.3: Bedarfsgerechte Anpassung der stationären Versorgungsstrukturen			
Messgröße	(6) Ausgewählte TK-Leistungsbündel, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden			
Zielvorgabe	↑ (siehe leistungsspezifische Zielwerte)			
Definition	Anteil tagesklinisch-stationär bzw. ambulant erbrachter ausgewählter Leistungen aus dem Tagesklinik-Katalog gemessen an der Gesamtzahl dieser Leistungen je definiertem Leistungsbündel in FKA in Aufenthalt unter 5 Belagtagen (BT) bzw. in ambulanten Besuchen. Längere Aufenthalte implizieren medizinische Notwendigkeit einer stationären Überwachung und sind dementsprechend ausgeschlossen. Aufenthalte mit mehreren Leistungen sind in der Messgröße inkludiert.			
Berechnung	$\frac{\text{Anzahl tagesklinisch – stationär und ambulant erbrachte Leistungen je Leistungsbündel}}{\text{Gesamtzahl der Leistungen je Leistungsbündel}}$ Exkludiert sind: Leistungen, die in Aufenthalten mit mehr als 4 Belagtagen erbracht wurden. Inkludiert sind: Ambulant erbrachte Leistungen bei ambulanten Besuchen Keine Altersstandardisierung;			
Format	Prozent; zielbezogen			
Datengrundlage	Diagnosen- und Leistungsdokumentation, BMGF			
Bündel	MEL	TK/amb. Anteil 2015	Mindestwert	(internationaler) Benchmark
Adenotomie/Paracentese	CB010, FA010	41,6 %	40 %	60 %
Curettage	JK030	46,5 %	50 %	70 %
Hernien OP*	LM080, LM090	3,4 %	15 %	40 %
Karpaltunnel OP	AJ070, AJ080	61,2 %	65 %	90 %
Knie Arthroskopie	NF020	16,8 %	30 %	80 %
Metallentfernung	LZ010, MZ010, NZ010	38,5 %	40 %	60 %
Varizen OP	EK030, EK035, EK040, EK050	17,8 %	30 %	60 %
Katarakt OP	BF010, BF020	78,5 %	70 %	90 %
Eingriffe Bewegungsapparat	MJ130, MZ020, ND030, ND040, ND050, NJ080, NZ020	32,5 %	40 %	70 %
Eingriffe Haut mit Lappenplastik	HA010, QA020, QA040, QZ020, QZ030	41,2 %	40 %	70 %
sonst. Eingriffe Auge	BA010, BA020, BC010, BJ020, BJ030	77,3 %	70 %	90 %
sonst. Eingriffe HNO	CB020, GB020	1,7 %	20 %	40 %
sonst. Eingriffe Urologie	JH010, JH020, JH040, JH120	52,2 %	60 %	90 %
sonst. Eingriffe Uterus	JK010, JK020, JK040	35,7 %	40 %	70 %

* Die Ursachen der im internationalen Vergleich sehr niedrigen tagesklinischen Rate von Hernien OP sind zu analysieren.

Einzige Übereinstimmung der potentiell tagesklinischen roboter-assistierten Leistungen mit den in der Zielsteuerung monitorten Leistungen ist die Hernien-OP

Code	Langtext	TKL
LM090	Verschluss einer Inguinal- oder Femoralhernie – laparoskopisch (LE=je Seite)	J
LM111	Verschluss einer Nabelhernie/epigastrischen Hernie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	J
LM112	Verschluss einer Narbenhernie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	J
HM110	Cholezystektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	J
JA080	Teilnephrektomie – laparoskopisch (LE=je Seite)	
JA130	Erweiterte Teilnephrektomie – laparoskopisch (LE=je Seite)	
JG060	Radikale Prostatektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	
JG080	Radikale Prostatektomie mit pelviner Lymphadenektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	
JK080	Myomentfernung – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	J
JK090	Laparoskopische suprazervikale Hysterektomie (LE=je Sitzung)	
JK102	Totale laparoskopische Hysterektomie (TLH) (LE=je Sitzung)	

RanftlerD: LKF: Ambulantisierung in der Medizin, Abrechnung in der LKF– LSZ-Kongress 07/2023

30

JA080 – Teilnephrektomie lap.

Derzeit nicht tagesklinisch vorgesehen, daher gar nicht abrechenbar!

JA080 Teilnephrektomie

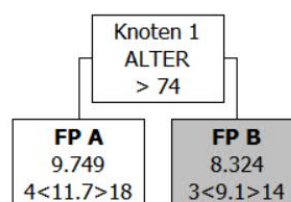
LKF - Modelljahr 2021

Administrative Daten		Stationär
Krankenanstalt:		
Gesamtbelagsdauer: 0 Tage		
Aufnahmeart:		Entlassungsart:
Patientendaten		
Alter: 50 Jahre		
Geschlecht:		
Diagnosen		
Typ	Code	Bezeichnung
H	N18.9	Chronische Nierenkrankheit, nicht näher bezeichnet
Leistungen		
MEL	Anzahl	Bezeichnung
JA080 LJ	1	Teilnephrektomie – laparoskopisch (LE=je Seite)
* Mögliche Attribute nach MELCode: L/R ... Seitenangabe, J/N ... Abrechnungsrelevant		
Errors / Warnings		
Typ	Code	Bezeichnung
EX24	JA080	Medizinische Leistung für 0-Tagesaufenthalt ungültig
WX41	JA080	Leistungserbringung am Entlassungstag unplausibel
Scoring-Ergebnis		
LDF-Gruppe:		FEHLER
Gesamtpunkte:		
Scoring-Detail		
Systemwerte:		Belagsdauer: Untergrenze: Mittelwert: Obergrenze:
TK	LK	Intensivzuschlag Leistungszuschlag Belagsdauerzuschlag Spezialbereich
0	0	
* TK ... Tageskomponente, LK ... Leistungskomponente		
Gesamtergebnis (inkl. Korrekturfaktor)		
Faktor:		0,8028
Total:		0,00 EUR
Kommentar		
Punktwert WIEN als Referenzwert		

Aktuell ist die Leistung für einen Nulltagesaufenthalt bzw. für eine „tagesklinische“ Leistungserbringung nicht vorgesehen und produziert einen FEHLER (ERROR), womit der Fall gar nicht verrechenbar ist!

MEL11.01

Eingriffe an Niere und Harnleiter I



JG060, JG080 Radikale Prostaktomie

tagesklinische Leistungserbringung führt zu einem Warning

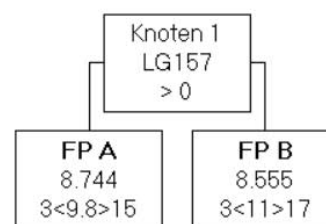
JG060 Radikale Prostatektomie lap.

LKF - Modelljahr 2021

Administrative Daten		Stationär
Krankenanstalt:		
Gesamtbelagsdauer: 0 Tage		
Aufnahmeart:		Entlassungsart:
Patientendaten		
Alter: 50 Jahre		
Geschlecht:		
Diagnosen		
Typ	Code	Bezeichnung
H	C61	Bösartige Neubildung der Prostata
Leistungen		
MEL	Anzahl	Bezeichnung
JG060 J	1	Radikale Prostatektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
* Mögliche Attribute nach MELCode: L/R ... Seitenangabe, J/N ... Abrechnungsrelevant		
Errors / Warnings		
Typ	Code	Bezeichnung
WX3P	JG060	Medizinische Leistung für 0-Tagesaufenthalt unplausibel
WX41	JG060	Leistungserbringung am Entlassungstag unplausibel
Scoring-Ergebnis		
LDF-Gruppe:		MEL12.01 / A - Prostatektomie
Gesamtpunkte: 2.085		
Scoring-Detail		
Systemwerte:		Belagsdauer: Untergrenze: 3 Mittelwert: 9,8 Obergrenze: 15
TK	LK	Intensivzuschlag Leistungszuschlag Belagsdauerzuschlag Spezialbereich
30	2.055	0 0 0 0
* TK ... Tageskomponente, LK ... Leistungskomponente		
Gesamtergebnis (inkl. Korrekturfaktor)		
Faktor:		0,8028
Total:		1.673,84 EUR
Kommentar		
Punktwert WIEN als Referenzwert		

MEL12.01

Prostatektomie

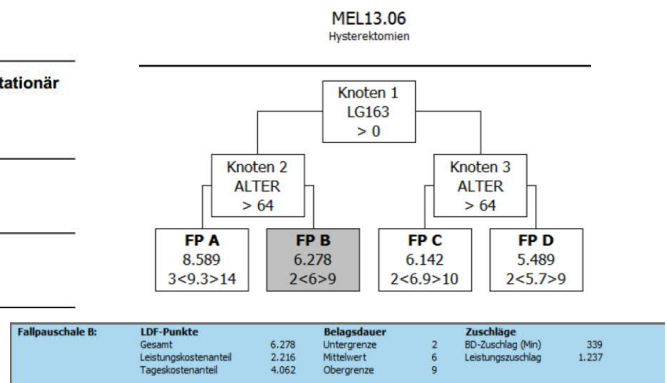


Das Scoring ergibt tagesklinisch ein Warning, ist aber potentiell abrechenbar. Mangels Einstufung als „tagesklinisch“ wird aber nur eine Tageskomponente von 30 Punkten (!) berechnet. Die Leistungskomponente gelangt aber voll zur Anwendung.

JK102 Totale Hysterektomie (Nulltagesfall)

Codierbeispiel - JK102 Totale Hysterektomie lap. LKF - Modelljahr 2021

Administrative Daten		Stationär
Krankenanstalt:		
Gesamtbelagsdauer: 0 Tage		
Aufnahmeart:		Entlassungsart:
Patientendaten		
Alter: 50 Jahre		
Geschlecht:		
Diagnosen		
Typ	Code	Bezeichnung
H	C55	Bösartige Neubildung des Uterus, Teil nicht näher bezeichnet
Leistungen		
MEL	Anzahl	Bezeichnung
JK102 J	1	Totale laparoskopische Hysterektomie (TLH) (LE=je Sitzung)
* Mögliche Attribute nach MELCode: L/R ... Seitenangabe, J/N ... Abrechnungsrelevant		
Scoring-Ergebnis		
LDF-Gruppe: MEL13.06 / B - Hysterektomien		
Gesamtpunkte: 1.267		
Scoring-Detail		
Systemwerte: Belagsdauer: Untergrenze: 2 Mittelwert: 6 Obergrenze: 9		
TK	LK	Intensivzuschlag Leistungszuschlag Belagsdauerzuschlag Spezialbereich
30	1.237	0 0 0 0
* TK ... Tageskomponente, LK ... Leistungskomponente		
Gesamtergebnis (inkl. Korrekturfaktor)		
Faktor: 0,8000		
Total: 1.013,60 EUR		
Kommentar		
Punktwert Wien mit 0,80 € angenommen.		

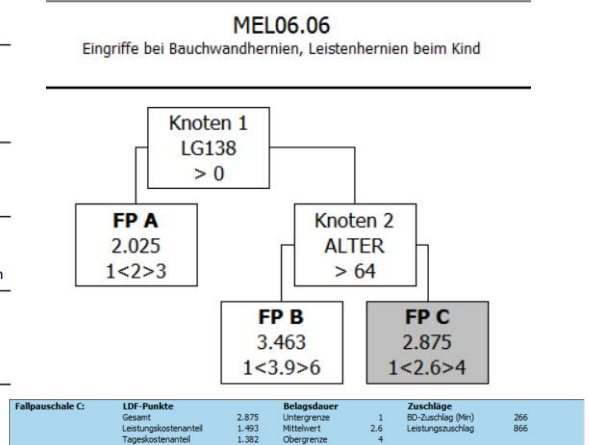


Die Leistung ist als Nulltagesfall abrechenbar. Ein *Warning* wird jedoch nicht ausgegeben. Mangels Einstufung als „tagesklinisch“ wird aber nur eine Tageskomponente von 30 Punkten (!) berechnet. Die Leistungskomponente gelangt aber voll zur Anwendung.

LM090 Hernie lap. (tagesklinisch), analog LM111, LM 112

LM090 Hernie lap. LKF - Modelljahr 2021

Administrative Daten		Stationär
Krankenanstalt:		
Gesamtbelagsdauer: 0 Tage		
Aufnahmeart:		Entlassungsart:
Patientendaten		
Alter: 50 Jahre		
Geschlecht:		
Diagnosen		
Typ	Code	Bezeichnung
H	K40.9	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän
Leistungen		
MEL	Anzahl	Bezeichnung
LM090 LJ	1	Verschluss einer Inguinal- oder Femoralhernie – laparoskopisch (LE=je Seite)
* Mögliche Attribute nach MELCode: L/R ... Seitenangabe, J/N ... Abrechnungsrelevant		
Scoring-Ergebnis		
LDF-Gruppe: MEL06.06 / C - Eingriffe bei Bauchwandhernien, Leistenhernien beim Kind		
Gesamtpunkte: 2.290		
Scoring-Detail		
Systemwerte: Belagsdauer: Untergrenze: 1 Mittelwert: 2,6 Obergrenze: 4		
TK	LK	Intensivzuschlag Leistungszuschlag Belagsdauerzuschlag Spezialbereich
797	1.493	0 0 0 0
* TK ... Tageskomponente, LK ... Leistungskomponente		
Gesamtergebnis (inkl. Korrekturfaktor)		
Faktor: 0,8028		
Total: 1.838,41 EUR		
Kommentar		
Punktwert WIEN als Referenzwert		



$$\text{Pkt (TK)} = [\text{TgKomp.}] / [\text{d.BD}] * 1,5 + [\text{LK}]$$

Aufgrund letzter Revision ist der Ertrag bei tagesklinischer Leistungserbringung leider vermindert zur Regel davor, wo bei BDU = 1 die volle Fallpauschale zum Tragen kam

TK-Anteil um 43%
vermindert !!!

Tagesklinische Verrechnung vorgesehen

JK080 Myomentfernung lap., tagesklinisch

Codierbeispiel - JK080 Myomentfernung lap. (tagesklinisch)

LKF - Modelljahr 2021

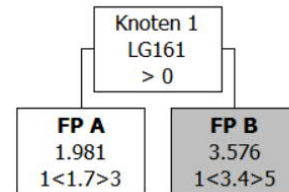
Administrative Daten		Stationär
Krankenanstalt:		
Gesamtbelagsdauer: 0 Tage		
Aufnahmeart:		Entlassungsart:
Patientendaten		
Alter: 50 Jahre		
Geschlecht:		
Diagnosen		
Typ	Code	Bezeichnung
H	C76.8	Bösartige Neubildung: Sonstige und ungenau bezeichnete Lokalisationen, mehrere Teilbereiche überlappend
Leistungen		
MEL	Anzahl	Bezeichnung
JK080 J	1	Myomentfernung – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
* Mögliche Attribute nach MELCode: L/R ... Seitenangabe, J/N ... Abrechnungsrelevant		
Scoring-Ergebnis		
LDF-Gruppe: MEL13.03 / B - Laparoskopische Eingriffe an den weiblichen Beckenorganen		
Gesamtpunkte: 2.281		
Scoring-Detail		
Systemwerte: Belagsdauer: Untergrenze: 1 Mittelwert: 3,4 Obergrenze: 5		
TK	LK	Intensivzuschlag
1.022	1.259	0
* TK ... Tageskomponente, LK ... Leistungskomponente		
Gesamtergebnis (inkl. Korrekturfaktor)		
Faktor: 0,8000		
Total: 1.824,80 EUR		
Kommentar		
Punktwert Wien mit 0,80 € angenommen.		

TK-Anteil um 56%
vermindert !!!

Tagesklinische Verrechnung vorgesehen

MEL13.03

Laparoskopische Eingriffe an den weiblichen Beckenorganen



Fallpauschale B:	LDF-Punkte	3.576	Belagsdauer	1	Zuschläge	341
	Gesamt	1.259	Untergrenze	3,4	BD-Zuschlag (Min)	601
	Leistungskostenanteil	2.317	Mittelwert	5	Leistungszuschlag	
	Tageskostenanteil		Obergrenze			

Aufgrund letzter Revision ist der Ertrag bei tagesklinischer Leistungserbringung leider vermindert zur Regel davor, wo bei BDU = 1 die volle Fallpauschale zum Tragen kam

HM110 Cholezystektomie lap. (TK)

Codierbeispiel - HM110 Cholezystektomie

LKF - Modelljahr 2021

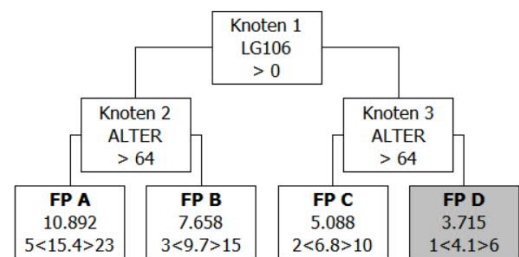
Administrative Daten		Stationär
Krankenanstalt:		
Gesamtbelagsdauer: 0 Tage		
Aufnahmeart:		Entlassungsart:
Patientendaten		
Alter: 50 Jahre		
Geschlecht:		
Diagnosen		
Typ	Code	Bezeichnung
H	C23	Bösartige Neubildung der Gallenblase
Leistungen		
MEL	Anzahl	Bezeichnung
HM110 J	1	Cholezystektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
* Mögliche Attribute nach MELCode: L/R ... Seitenangabe, J/N ... Abrechnungsrelevant		
Scoring-Ergebnis		
LDF-Gruppe: MEL05.05 / D - Cholezystektomie		
Gesamtpunkte: 2.405		
Scoring-Detail		
Systemwerte: Belagsdauer: Untergrenze: 1 Mittelwert: 4,1 Obergrenze: 6		
TK	LK	Intensivzuschlag
756	1.649	0
* TK ... Tageskomponente, LK ... Leistungskomponente		
Gesamtergebnis (inkl. Korrekturfaktor)		
Faktor: 0,8000		
Total: 1.924,00 EUR		
Kommentar		
Punktwert Wien mit 0,80 € angenommen.		

TK-Anteil um 64%
vermindert !!!

Tagesklinische Verrechnung vorgesehen

MEL05.05

Cholezystektomie



Fallpauschale D:	LDF-Punkte	3.715	Belagsdauer	1	Zuschläge	252
	Gesamt	1.649	Untergrenze	4,1	BD-Zuschlag (Min)	888
	Leistungskostenanteil	2.066	Mittelwert	6	Leistungszuschlag	
	Tageskostenanteil		Obergrenze			

Aufgrund letzter Revision ist der Ertrag bei tagesklinischer Leistungserbringung leider vermindert zur Regel davor, wo bei BDU = 1 die volle Fallpauschale zum Tragen kam

- Verlagerung hängt im Wesentlichen ab von:
 - Art des Gesundheitssystems mit Interessenslagen der Stakeholder
 - Generellen Machbarkeit auf verschiedenen Ebenen
 - Anreizsystem (Erlöse, Kosten)
- „ambulantes Operieren“ beschränkt sich in Österreich im Wesentlichen auf „tagesklinische“ Leistungen intramural
- LKF hat zwar tagesklinische Leistungen attraktiviert, aber nicht hinreichend
 - Weitere Anpassungen erforderlich
- Kostenoptimierung und Qualitätssteigerung aktuell prioritär gegenüber Erlössituation

CV & Kontaktdaten

- Seit 1994 im Gesundheitswesen (KABEG), in verschiedenen Positionen (Controlling / Organisationsentwicklung / Zentrumsmanagement sowie als Projektleiter)
- Zuvor Berufssoldat (Fernmeldewesen, Personalmanagement)
- Nebenberuflich als Lektor an Universitäten/Fachhochschulen, als Vortragender im In- und Ausland sowie als Berater tätig
- Promoviert in Wirtschaftswissenschaften sowie in Philosophie/Interventionsforschung mit einschlägigen, Gesundheitswesen-bezogenen Dissertationen/Forschungsarbeiten
- Teilnahme an EU-Austauschprogrammen im Gesundheitswesen von England, Italien und Spanien
- Mehrfache Auszeichnung als ‚Trainer of the Year‘ beim Institute for International Research (IIR)



Mag. DDr. Dietmar Ranftler

Kontakt:

9020 Klagenfurt, Dr.-Franz-Palla-Gasse 26/3/27

Tel. 0664-1630749

office@ranftler.co.at www.ranftler.co.at