

## Aktuelle Entwicklungen in Österreich

GMDS-Symposium  
am 29.8.2016 in München

Dr. Andreas Egger, BMGF Wien

Dr. Silvia Türk, BMGF Wien

## Übersicht

- ❖ Umfassende LKF-Weiterentwicklung 2017
- ❖ Bepunktungsmodell spitalsambulanter Bereich
- ❖ Aktualisierung der ICD-10 BMGF 2017
- ❖ Ergänzungen für die Qualitätsberichterstattung
- ❖ Erfassung von Revisionen in der Endoprothetik

## Umfassende LKF-Weiterentwicklung 2017

- ❖ Umfangreiche LKF-Kalkulation, Aktualisierung der Kostenbasis und der Bewertungsrelationen
- ❖ Anpassung der Baumstrukturen
  - grundsätzlich nur innerhalb einer HDG- oder MEL-Gruppe
  - Umfang rd. 1/3 der HDG- und MEL-Gruppen
  - Anzahl der Fallpauschalen (LDFs) wird von 1.016 (2016) auf zurückgehen rd. 990 (2017) zurückgehen
- ❖ Flexibilisierung der Intensivbepunktung
- ❖ Übergangsregelungen für 0-Tagesfälle (nicht chirurgisch)
  - grundsätzlich dem ambulanten Bereich zuzuordnen

## Bepunktungsmodell spitalsambulanter Bereich (1)

- ❖ Pauschalen für ambulante Tagesbesuche
  - eine Pauschale pro Tag
  - additive Bepunktung verschiedener Leistungsbereiche möglich
- ❖ Strukturkomponente für indirekte Kosten
- ❖ Gruppierung über erfasste Leistungen
  - zwei Typen von Pauschalen
    - mit Berücksichtigung der Anzahl (ambulante MEL-Gruppen)
    - ohne Berücksichtigung der Anzahl (Ambulante Pauschalgruppen)
  - In bestimmten Bereichen (z.B. Chemotherapie, Strahlentherapie) codierte Diagnosen als Abrechnungsvoraussetzung erforderlich

## Bepunktungsmodell spitalsambulanter Bereich (2)

- ❖ **Bepunktung pro ambulantem Tagesbesuch**
  - Basispauschale für ambulanten Kontakt
  - Zuordnung jeder erfassten Leistung zu einer Gruppe
  - Summe der Leistungspunkte und höchste Kontaktpunkte der zugeordneten Gruppen
  - Anzahl Gruppen
    - 64 ambulante MEL-Gruppen (AMG)
    - 85 ambulante Pauschalgruppen (APG)
- ❖ **Einführungsphase 2017-2019 (länderweise gestaltbar)**
  - Parallelrechnung , Festlegung der Mittelzuteilung
  - Festlegung des Einführungszeitpunkts für
    - sonstige 0-Tagesfälle
    - onkologische Pharmakotherapien,
    - halbstationäre Bereiche (Psychiatrie etc.)

## Aktualisierung der ICD-10 BMGF 2017

- ❖ **Übernahme des aktuellen Updates (WHO-Version 2016 des DIMDI mit Österreichspezifika)**
- ❖ **Übernahme der 5-Steller für Herzinsuffizienz (I50.1) und COPD (J44.1 bis J44.9) aus der GM-Version 2016 des DIMDI**
- ❖ **Beibehaltung der Diagnosenkennzeichen in Kapitel XXI**
  - österreichspezifische Kennzeichnung für die Anwendung im stationären Bereich
    - „# – nur für die krankenanstalteninterne Dokumentation (nicht im MBDS)“
    - „! – Schlüsselnummer für die sekundäre Verschlüsselung (nur als Zusatzdiagnose)“
- ❖ **Ergänzungen für die Qualitätsberichterstattung (Anhang 1)**

## Ergänzungen für die Qualitätsberichterstattung

- ❖ Erfassung UICC-Stadium beim kolorektalen Karzinom (C18 bis C20)
  - Angabe an der 5. Stelle der jeweiligen Codes
- ❖ Erfassung Schweregrad bei Herzinsuffizienz (I50.1) und COPD (J44.1 bis J44.9)
- ❖ Erfassung der Information „im Aufenthalt erworben“ bei Pneumonie
- ❖ Erfassung der Revisionsgründe in der Endoprothetik
  - seit 2015 für Revisionen am Hüftgelenk
  - ab 2017 auch für Revisionen am Kniegelenk

## Erfassung Revisionen Hüfte / Pilot

- ❖ Ziel: Erfassung aller Revisionen im ersten Jahr nach Implantation
- ❖ Erfassung aller Explantationen / Wechsel
- ❖ Darauf aufbauend: Durchführung von Peer-Review-Verfahren anhand definierter Aufgreifkriterien
  - Revision im ersten halben Jahr
  - Infekte
  - Luxationen
  - Materialbruch

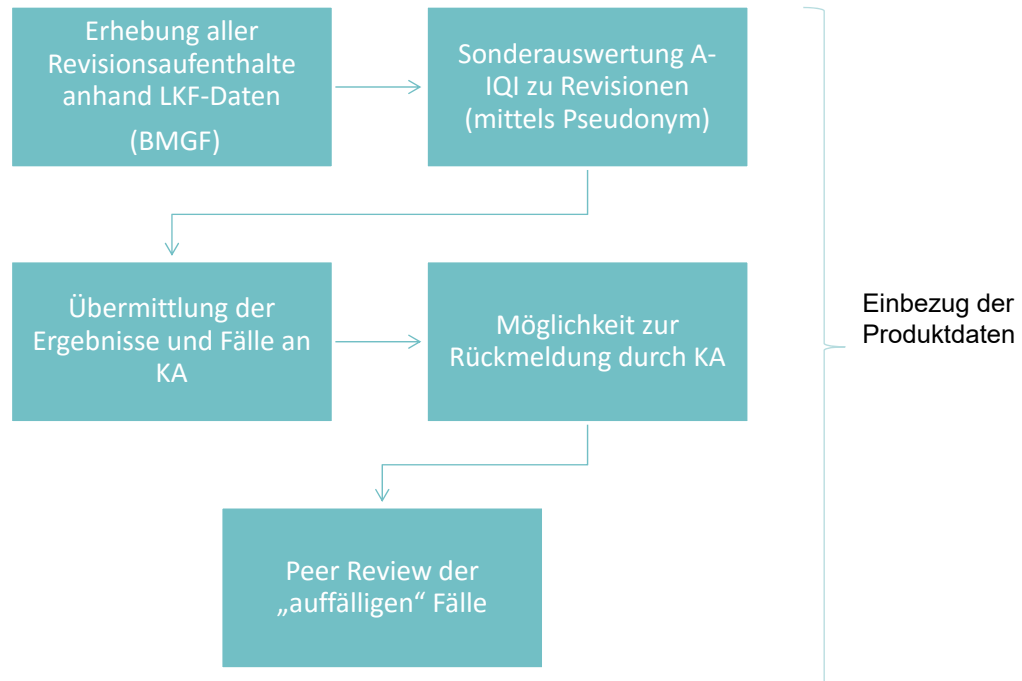
## Erfassung Revisionen Hüfte / ab 2015

- ❖ In Routinedokumentation / A-IQI integriert -> Erfassung Revisions-Eingriffe und Revisionsgründe über Routinedokumentation (LKF) verpflichtend, an Finanzierung geknüpft
- ❖ A-IQI Indikatoren zu Komplikationen bei Erst-Implantation (inkl. Peer Review-Verfahren)
- ❖ Ab 2015: Pseudonymisierung erlaubt Verknüpfung von Fällen -> Identifikation von Eigen- und Fremdrevisionsen aus Routinedaten möglich
- ❖ A-IQI Sonderauswertungen zu Revisionen:
  - Für 2015: Revisionen innerhalb von 6 Monaten
  - Zukünftig: schrittweise Ausweitung des Beobachtungszeitraums
- ❖ Bei statistischen Auffälligkeiten: Durchführung Peer-Review-Verfahren inkl. Analyse der explantierten Produkte

## Erfassung Revisionen Knie

- ❖ Für 2015 bereits Sonderauswertung Revision Knie durchgeführt
- ❖ Bei statistischen Auffälligkeiten: Durchführung Peer-Review-Verfahren inkl. Analyse der explantierten Produkte
- ❖ Ab 2017: Detaillierte Erfassung der Revisionseingriffe und Revisionsgründe in Routinedokumentation verknüpft mit Finanzierung

## Vorgehen Erhebung und Analyse

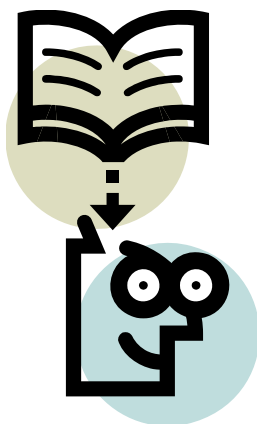


## Ergebnisse Sonderauswertung Hüfte 2015

Indikator	Zähler	Nenner	Anteil
Hüftendoprothesen Erst-OP (1.HJ 2015) gesamt, Anteil Revisionen (innerhalb 6 Monate)	163	9.523	1,71%
davon Revisionen in der eigenen Krankenanstalt	153	163	93,87%
davon Revisionen in einer anderen Krankenanstalt	10	163	6,13%
Hüftendopr. Erst-OP b. Koxarthrose u. chron. Arthritis, Anteil Revisionen (innerh. 6 Monate)	129	7.566	1,70%
Hüftendopr. Erst-OP b. Schenkelhals- u. pertroch. Frak., Anteil Revisionen (innerh. 6 Monate)	25	1.720	1,45%
Hüftendoprothesen Erst-OP andere, Anteil Revisionen (innerhalb 6 Monate)	9	237	3,80%

## Ergebnisse Sonderauswertung Knie 2015

Indikator	Zähler	Nenner	Anteil
Kniendoprothesen Erst-OP (1.HJ 2015) gesamt, Anteil Revisionen (innerhalb 6 Monate)	137	8.526	1,61%
davon Revisionen in der eigenen Krankenanstalt	131	137	95,62%
davon Revisionen in einer anderen Krankenanstalt	6	137	4,38%
Kniendopr. Erst-OP b. Gonarthrose u. chron. Arthritis, Anteil Revisionen (innerh. 6 Monate)	113	8.318	1,36%
Kniendoprothesen Erst-OP andere, Anteil Revisionen (innerhalb 6 Monate)	24	208	11,54%
Kniendoprothesen Erst-OP (1.HJ 2015) gesamt, Anteil Revisionen (innerhalb 6 Monate)	137	8.526	1,61%



Danke für Ihre Aufmerksamkeit

