

Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V

Annex

Modul 1: Internationaler Vergleich

GUTACHTEN

Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V

Annex

Modul 1: Internationaler Vergleich

Martin Albrecht

Sarah Burgmann

Caroline Czasch

Karin Eglau

Anja Laschkolnig

Thomas Mansky

Nikolas Matthes

Sophia Papadopoulou

Petra Paretta

Annex zum Gutachten

für die Kassenärztliche Bundesvereinigung, den GKV-Spitzenverband
und die Deutsche Krankenhausgesellschaft

Berlin und Wien, März 2022

Autoren

Sarah Burgmann, BSc, MA
Dr. Caroline Czasch, Mag.
Dr. Karin Eglau, MPH
Anja Laschkolnig, BA, MPH
Petra Paretta, Mag.
Gesundheit Österreich GmbH
Stubenring 6
1010 Wien

Dr. Martin Albrecht
Prof. Dr. Thomas Mansky
Sophia Papadopoulou
IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

Prof. Nikolas Matthes, PhD
Baltimore, USA

Inhalt

1.	Zusammenfassung	13
2.	Forschungsfragen	19
3.	Methodik	21
3.1	Suchmethode	21
3.2	Länderauswahl	21
4.	Österreich	23
4.1	Definitionen	23
4.2	Voraussetzungen	24
4.2.1	Regulatorischer Rahmen	24
4.2.2	Strukturelle Anforderungen	26
4.2.3	Personelle Anforderungen	27
4.2.4	Patientensicherheit/Qualitätssicherung	27
4.3	Vergütung	28
4.3.1	Umfang und Art der Vergütung in unterschiedlichen Settings	28
4.3.2	Konkrete Vergütungskataloge	28
4.3.3	Politische Bewertung	30
4.3.4	Differenzierung in der Vergütung	31
4.4	Entstehungsprozess, Empirie und Perspektiven	31
4.4.1	(Historische) Entwicklung des Systems	31
4.4.2	Empirie	31
4.4.3	Weiterentwicklung der Kataloge	34
4.4.4	Ausblick	35
5.	Schweiz	36
5.1	Definitionen	36
5.2	Voraussetzungen	38
5.2.1	Regulatorischer Rahmen	38
5.2.2	Strukturelle Anforderungen	39
5.2.3	Personelle Anforderungen	40
5.2.4	Patientensicherheit/Qualitätssicherung	40
5.3	Vergütung	41
5.3.1	Umfang und Art der Vergütung in unterschiedlichen Settings	42
5.3.2	Konkrete Vergütungskataloge	42
5.3.3	Politische Bewertung	43
5.3.4	Differenzierung in der Vergütung	44
5.4	Entstehungsprozess, Empirie und Perspektiven	44
5.4.1	(Historische) Entwicklung des Systems	44
5.4.2	Empirie	45
5.4.3	Weiterentwicklung der Kataloge	47
5.4.4	Ausblick	47
5.5	Interviews	49
6.	Großbritannien	50

6.1	Definitionen	50
6.2	Voraussetzungen	51
6.2.1	Regulatorischer Rahmen	54
6.2.2	Strukturelle Anforderungen	55
6.2.3	Personelle Anforderungen	56
6.2.4	Patientensicherheit/Qualitätssicherung	56
6.3	Vergütung	59
6.3.1	Umfang und Art der Vergütung in unterschiedlichen Settings	59
6.3.2	Konkrete Vergütungskataloge	64
6.3.3	Differenzierung in der Vergütung	64
6.4	Entstehungsprozess, Empirie und Perspektiven	65
6.4.1	(Historische) Entwicklung des Systems	65
6.4.2	Empirie	68
6.4.3	Weiterentwicklung der Kataloge	68
6.4.4	Ausblick	69
6.5	Interviews	69
7.	Dänemark	71
7.1	Definitionen	72
7.2	Voraussetzungen	73
7.2.1	Regulatorischer Rahmen	73
7.2.2	Strukturelle Anforderungen	73
7.2.3	Personelle Anforderungen	74
7.2.4	Patientensicherheit/Qualitätssicherung	75
7.3	Vergütung	79
7.3.1	Umfang und Art der Vergütung in unterschiedlichen Settings	82
7.3.2	Konkrete Vergütungskataloge	82
7.3.3	Differenzierung in der Vergütung	82
7.4	Entstehungsprozess und Perspektiven	82
7.4.1	(Historische) Entwicklung des Systems	82
7.4.2	Empirie	86
7.4.3	Ausblick	87
7.5	Interviews	87
8.	USA	88
8.1	Definitionen	89
8.2	Voraussetzungen	90
8.2.1	Regulatorischer Rahmen	90
8.2.2	Strukturelle Anforderungen	103
8.2.3	Personelle Anforderungen	105
8.2.4	Patientensicherheit / Praxisstandards	105
8.3	Vergütung	107
8.3.1	Vergütungssystematik nach Einrichtungstyp	108
8.3.2	Konkrete Vergütungskataloge	111
8.3.3	Differenzierung in der Vergütung	113
8.4	Entstehungsprozess, Empirie und Perspektiven	114

8.4.1	Empirie	114
8.4.2	Weiterentwicklung der Kataloge, Ausblick	120
8.5	Interviews	129
8.6	Implikationen für die Überarbeitung des Katalogs nach § 115b SGB V	129
Anhang		132
A1	Anhang 1: OECD-Statistiken	133
A2	Tagesklinikcatalog Österreich	136
A3	Tagesklinik-Indikator Zielsteuerungsvertrag Österreich	166
Literaturverzeichnis		168
Abbildungen		6
Tabellen		7
Abkürzungsverzeichnis		8

Abbildungen

Abbildung 1:	Aufenthalte/Besuche onkologische Pharmakotherapie 2016-2019	32
Abbildung 2:	Aufenthalte/Besuche aus dem ehemals halbstationären Bereich (PSY, PSO, KJP, AG/R) 2016-2019	33
Abbildung 3:	Aufenthalte mit einer Leistung aus dem Tagesklinikcatalog im stationären Bereich gesamt sowie davon als Nulltagesaufenthalte (NTA) 2002-2019	34
Abbildung 4:	Finanzielle Anreize bei Zusatzversicherten (Halbprivat- bzw. Privatversicherten) am Beispiel Arthroskopie des Kniegelenks	44
Abbildung 5:	Entwicklung des Anteils der ambulanten Leistungserbringung	46
Abbildung 6:	Entwicklung der Kosten „Ambulant vor Stationär“	47
Abbildung 7:	Akteure im englischen Gesundheitssystem	50
Abbildung 8:	Entscheidungsbaum postoperative Nachbetreuung	53
Abbildung 9:	Generischer Prozessablauf zu Tageschirurgie	58
Abbildung 10:	Beispielhafte Berechnung eines „Combined Tariff“ für ein Verfahren	65
Abbildung 11:	Beispielhafter Auszug aus dem BADS Directory of Procedures	67
Abbildung 12:	Akteure im dänischen Gesundheitssystem	72
Abbildung 13:	Patientenpfad einer ambulanten Operation	78
Abbildung 14:	Öffentliche Gesundheitsausgaben in Dänemark: Finanzhoheiten, Anteile und Budgets	79
Abbildung 15:	Kriterien für ergebnisorientierte Zahlungen	80
Abbildung 16:	gestaffelte Finanzierung bei Erreichen der Kriterien	80
Abbildung 17:	Verteilung von Spitalstypen nach der Reform	85
Abbildung 18:	Katarakt-OP, Anteil tagesambulanter Eingriffe in Prozent	133
Abbildung 19:	Hernien-OP, Anteil tagesambulanter Eingriffe in Prozent	134
Abbildung 20:	Laparoskopische Cholecystektomie, Anteil tagesambulanter Eingriffe in Prozent	134
Abbildung 21:	Hysterektomie, Anteil tagesambulanter Eingriffe in Prozent	135
Abbildung 22:	TUR-Prostata, Anteil tagesambulanter Eingriffe in Prozent	135

Tabellen

Tabelle 1:	Stationäre Aufenthalte und ambulante Besuche mit einer Leistung aus dem Tagesklinikcatalog 2016 - 2019	34
Tabelle 2:	Liste der grundsätzlich ambulant durchzuführenden elektiven Eingriffe	38
Tabelle 3:	Definition der Verweildauern im Directory	55
Tabelle 4:	Best practice Tarife 2020/21 für Tageschirurgie	62
Tabelle 5:	Best Practice Tarife 2020/21 für Outpatient Procedures	64
Tabelle 6:	Anzahl der ASC-relevanten HCPCS-Codes nach Level bzw. CPT-Kategorie und Hauptabschnitten für Level I	95
Tabelle 7:	Qualitätsmaßnahmen im Rahmen des ASCQR	98
Tabelle 8:	Qualitätsmaßnahmen im Rahmen des OQR für 2022	100
Tabelle 9:	Qualitätsindikatoren des MIPS für ASC-relevante Leistungsbereiche	102
Tabelle 10:	Kosten für Patienten (ASC vs. HOPD)	113
Tabelle 11:	Spezialisierung von Medicare-ASCs, 2015-2018	116
Tabelle 12:	TOP 10-Leistungen der ASC, 2009 und 2018	118
Tabelle 13:	TOP 10-Leistungen der HOPD, 2018	119
Tabelle 14:	Einschätzung der heutigen und zukünftigen Ambulantisierungspotenziale in den USA nach Fachrichtungen	127
Tabelle 15:	Tagesklinikcatalog Österreich	136
Tabelle 16:	Tagesklinik-Indikator Zielsteuerungsvertrag Österreich	166

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
AAAASF	American Association for Accreditation of Ambulatory Surgery Facilities
AAAHHC	Accreditation Association for Ambulatory Health Care
ACO	Accountable Care Organization
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AL	Ärztliche Leistung (Schweiz)
AMA	American Medical Association
APC	Ambulatory Payment Classification
APG	Ambulatory Patient Groups
APM	Alternative Payment Model
Art.	Artikel
ASA	American Society of Anesthesiologists; Risikoklassifikation
ASC	Ambulatory Surgery Centers
ASCQR	ASC Quality Reporting
BADS	British Association of Day Surgery
BAG	Bundesamt für Gesundheit (Schweiz)
BCBSA	Blue Cross Blue Shield Association
BMI	Body-Mass-Index
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (Österreich)
BPT	Best Practice Tariff (GB)
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz (Österreich)
CAAHEP	Committee on Allied Health Education and Accreditation
C-APS	Comprehensive Ambulatory Surgery Centers
CCF	Congestive Cardiac Failure
CDC	Centers for Disease Control
CDT	Current Dental Terminology
CFC	Conditions for Coverage
CFR	Code of Federale Regulations

CHF	Schweizer Franken
CHIP	Children's Health Insurance Program
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation
CIRNET	Critical Incident Reporting & Reacting NETWORK (Schweiz)
CLFS	Clinical Laboratory Fee Schedule
CMS	Centers for Medicare and Medicaid Services
COA	Council on Accreditation
CPI-U	Consumer Price Index for all Urban Consumers
CPT	Current Procedural Terminology
CRNA	Certified Registered Nurse Anesthetist
DDKM	Danish Healthcare Quality Programme (deutsch: Dänisches Qualitätsmodell)
DRG	Diagnosis Related Groups (deutsch: diagnosebezogene Fallgruppen)
dSDK	Dänische Gesellschaft für Tageschirurgie
E & M	Evaluation and Management
EAPG	3M™ Enhanced Ambulatory Patient Groups
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern (Schweiz)
EFAS	einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (Schweiz)
EHR	Medicare Electronic Health Record – Incentive Program
FFS	Full Fee Schedule
FMH	Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GB	Großbritannien
GÖ-B	Gesundheit Österreich Beratungs GmbH
GPCI	Geographic Practice Cost Index
HCFA	Health Care Finance Administration
HCPAC	Health Care Provider Advisory Committee
HCPCS	Healthcare Common Procedure Coding System
HFAP / AAHSS	Healthcare Facilities Accreditation Program
HIAA	Health Insurance Association of America

HIPAA	Health Insurance Portability and Accountability Act
HIPPS	Health Insurance Prospective Payment System (Versorgungs_Mix_Gruppierung)
HOPD	Hospital Outpatient Department
HPSA	Health Professional Shortage Area
HRG	Healthcare Resource Groups (GB)
IAAS	International Association for Ambulatory Surgery
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (deutsch: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
IPO	Inpatient-Only (list)
IKAS	Danish Institute for Quality and Accreditation in Healthcare (Dänemark)
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
KA	Krankenanstalt
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (Österreich)
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung (Schweiz)
KV	Krankenversicherung
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (Österreich)
LSC	Life Safety Code
MAC	Medicare Administrative Contractors
MB	Hospital Market Basket
MedPAC	The Medicare Payment Advisory Commission
MIPS	Merit-based Incentive Payment System
(M)PFS	(Medical) Physician Fee Schedule
MTA	Mehrtagesaufenthalt
MWST	Mehrwertsteuer

NAFAC	National Association for Ambulatory Urgent Care
NBCRNA	National Board of Certification and Recertification for Nurse Anesthetists
NCQA	National Committee for Quality Assurance
NHS	National Health Service (GB)
NTA	Nulltagesaufenthalt
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OKP	obligatorische Krankenpflegeversicherung (Schweiz)
OP	Operation, Operationssaal
OPCS	Office of Population Censuses and Surveys codes (GB)
OPPS	Outpatient Prospective Payment System
ÖQMED	Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH
OQR	Hospital Outpatient Quality Reporting Program
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PCCL	Patient Clinical Complexity Level (deutsch: patientenbezogener Gesamtschweregrad)
PCI	Percutaneous Coronary Intervention
PLI	Professional Liability Insurance
PMAG	Performance Measures Advisory Group
PO	Physicians Office
PQRS	Physician Quality Reporting System
PSI	Pneumonia Severity Index
PSO	Psychosomatik
PSY	Psychiatrie
PwC	PricewaterhouseCoopers

QAPI	Quality Assurance and Performance Improvement
QK	Qualitätskriterien
RVU	Relative Value Unit
SAQM	Schweizerische Akademie für Qualität in der Medizin
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung (Deutschland)
TARDOC	TARMEDConsensus
TARMED	Tarif medical, Tarif für ambulante ärztliche Leistungen (Schweiz)
TFC	Treatment Function Codes (GB)
TJC	The Joint Commission
TK	Tagesklinik (Österreich)
VM	Value-based Payment Modifier
WHO	World Health Organization
ZV	Zielsteuerungsvertrag (Österreich)

1. Zusammenfassung

Definition stationersetzender ambulanter Operationen / Eingriffe / Behandlungen

Einheitliche Definitionen zu stationersetzenden ambulanten Eingriffen, Behandlungen und Operationen **konnten nicht gefunden werden**. In den meisten Staaten werden die Begriffe „Eingriff“ und „Operation“, manchmal auch noch der Begriff „Intervention“ synonym verwendet. Im Englischen findet sich der Begriff „procedure“, der umfassend verwendet wird. Zu stationersetzenden Behandlungen im Sinne von (ehemals) stationären Aufhalten ohne Eingriff oder Operation, die (künftig) ambulant durchgeführt werden sollen, konnten keine Dokumente oder Literatur gefunden werden.

Als „ambulanter Eingriff“ bzw. „ambulante Operation“ wird im Wesentlichen ein Eingriff bzw. eine Operation verstanden, der bzw. die an einer Patientin/einem Patienten durchgeführt wird, welche(r) am selben Tag aufgenommen und entlassen wird. Allerdings gibt es hier auch innerhalb einzelner Länder Unterschiede. Manchmal wird auch eine Übernachtung prä- oder postoperativ noch im Rahmen eines ambulanten Eingriffs angesehen.

Bei der Eingrenzung, welche Eingriffe oder Operationen ambulant durchgeführt werden können, werden in fast allen Ländern Kriterien genannt, die sich auf den Gesundheitszustand der zu behandelnden Person und auf die Schwere des Eingriffs/der Operation beziehen, wobei auch immer soziale Faktoren berücksichtigt werden. Die Entscheidung, ob ein Patient/eine Patientin stationär aufgenommen oder ambulant behandelt wird, obliegt international immer dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin.

In Österreich, der Schweiz und den USA gibt es Kataloge, die auflisten, welche Eingriffe ambulant durchgeführt werden können/sollen.

In Österreich wurde im Rahmen der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) schon vor Jahren ein „**Tagesklinik-Katalog**“ erstellt (aktuell umfasst er 254 Positionen) und die tagesklinische Leistungserbringung (Aufnahme und Entlassung an einem Kalendertag) mit finanziellen Anreizen versehen. Der Katalog ist eine „KANN-Liste“, die enthaltenen Leistungen sind seit 2020 auch ambulant abrechenbar. Wo die Leistung tatsächlich erbracht wird, obliegt gesetzlich dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin in der Krankenanstalt.

In der Schweiz wurden in der „**Liste der grundsätzlich ambulant durchzuführenden elektiven Eingriffe**“ sechs Gruppen von Eingriffen festgelegt, die grundsätzlich in der gesamten Schweiz nur noch bei ambulanter Durchführung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vergütet werden, außer es liegen besondere Umstände vor, die eine stationäre Durchführung erfordern (Liste mit Ausnahmekriterien). Eingriffe und Operationen, die bereits überwiegend ambulant erbracht werden, sind nicht enthalten. Hier handelt es sich um eine „MUSS-Liste“.

In den USA existieren im Bereich des staatlichen Krankenversicherungssystems (Medicare) Kataloge erstattungsfähiger Leistungen für Krankenhausambulanzen und für ambulante OP-Zentren. Die Festlegung von Leistungen, die ambulant durchgeführt werden können, orientiert sich also am Einrichtungstyp, wobei das ambulante Leistungsgeschehen in Arztpraxen hiervon nicht erfasst wird. Zudem existiert eine Liste mit Leistungen, die ausschließlich stationär durchgeführt werden dürfen. Das Vorhaben, diese Liste in den nächsten Jahren ganz aufzulösen, wurde mittlerweile gestoppt.

In England gibt es finanziell begünstigte Verfahren für Tageschirurgie (19 Positionen) bzw. ambulante Verfahren (3 Positionen) im Rahmen einer Anreizfinanzierung („**Best Practice Tarif**“) im nationalen Tarifmodell. Dies ist eine „KANN-Liste“, die Entscheidung trifft der Arzt/die Ärztin. Grundsätzlich gibt es aber die Empfehlung, dass Tageschirurgie für viele elektive chirurgische Eingriffe als Standard angesehen werden sollte. Im regulären Tarifmodell werden Eingriffe und Operationen einheitlich vergütet, unabhängig davon, ob sie ambulant oder stationär erbracht werden.

In Dänemark wird davon ausgegangen, dass der Großteil chirurgischer Leistungen ambulant erbracht werden kann. Die Entscheidung trifft der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin. Explizite finanzielle Anreize für ambulante Eingriffe gibt es nicht, allerdings unterstützt die Budget-Finanzierung eine möglichst kostengünstige Art der Leistungserbringung und somit die Tageschirurgie.

Voraussetzungen

In einem Teil der untersuchten Länder (Österreich, Schweiz, England) wurde zur Förderung von ambulanten Operationen bzw. Eingriffen ein **regulatorischer Rahmen** geschaffen, der primär auf die Finanzierung dieser Leistung abstellt. In Dänemark gibt es nur implizit eine Förderung durch die Budget-Finanzierung.

Abhängig von der **historischen Entwicklung und der Ausgestaltung des Gesundheitswesens** gibt es in den unterschiedlichen Ländern unterschiedliche Geschwindigkeiten bei der Ambulantisierung von ehemals stationär erbrachten Operationen bzw. Eingriffen. Auch ist die primäre Zuordnung, ob eine Leistung per se ambulant oder stationär durchführbar ist oder auch durchgeführt werden sollte, unterschiedlich (z. B. Endoskopien). Unterschiedliche Sektoren innerhalb des Gesundheitswesens, die unterschiedlich finanziert werden und auch unterschiedliche Honorierungssysteme aufweisen, erschweren die Ambulantisierung, bieten aber auch die Möglichkeit, unterschiedliche Settings für die ambulante Leistungserbringung anzubieten. Dies trifft vor allem auf Sozialversicherungssysteme zu (Österreich, Schweiz), wo ambulante Eingriffe auch im niedergelassenen bzw. extramuralen Bereich durchführbar sind oder wären. In staatlich finanzierten Gesundheitssystemen (England, Dänemark) sind ambulante Eingriffe – mit einigen Ausnahmen – primär auf den (öffentlich finanzierten) Spitalsbereich beschränkt. In den USA hingegen spielen die Entwicklungen innerhalb des ambulanten Bereichs eine zunehmend bedeutende Rolle für den Prozess der Ambulantisierung, da es größere

Verlagerungen der Leistungserbringung von den Krankenhausambulanzen über die ambulanten OP-Zentren bis zu den Arztpraxen gibt.

Vorbedingung der ambulanten Durchführung eines Eingriffs bzw. einer Operation ist die **medizinische Beurteilung** durch den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin. Dabei fließen die Art des Eingriffs mit der entsprechenden Komplikationsrate oder postoperativen Überwachungs- und Behandlungsnotwendigkeiten ein sowie der physische Zustand des Patienten/der Patientin. Berücksichtigt wird aber auch das soziale Umfeld, beispielsweise ob eine Betreuung zu Hause gegeben ist.

Hinsichtlich **infrastruktureller Voraussetzungen** werden grundsätzlich zwei Möglichkeiten beschrieben, wobei die zweite Variante auch von einer Krankenanstalt unabhängig betrieben und finanziert werden kann.

1. Nutzung der stationären Strukturen und Definition der ambulanten Prozesse

Diese Möglichkeit wird hauptsächlich in kleinen Spitälern genutzt. Patienten/Patientinnen, die einen geplanten Eingriff haben, werden direkt auf einer Station aufgenommen und im zentralen OP operiert. Von besonderer Bedeutung sind hier die prä- und postoperativen Prozesse, die entsprechend definiert sein und eingehalten werden müssen. Es wird aber international darauf hingewiesen, dass es bei Nutzung eines allgemeinen zentralen OP aufgrund von Akutfällen immer wieder zu Verschiebungen der geplanten ambulanten Eingriffe kommen kann, wodurch der Prozess unterbrochen wird. Im schlechtesten Fall muss der Eingriff dadurch sogar abgesagt oder – verbunden mit einer stationären Aufnahme – verschoben werden.

2. Auslagerung in räumlich getrennte ambulante Zentren

Diese ambulanten Zentren können entweder - allerdings räumlich getrennt - Teil einer Krankenanstalt sein oder auch unabhängig von einem Spital betrieben werden, abhängig von der Ausgestaltung des Gesundheitssystems. Dabei verfügt diese Einheit über einen eigenen OP bzw. Eingriffsraum. Auch in diesem Fall sind die Prozesse zu definieren. Vorteil ist, dass es in der Regel zu keinen Verschiebungen im OP-Programm kommt, da keine Akutfälle behandelt werden. Diese Möglichkeit wird in den meisten Ländern als Model of Best Practice beschrieben. Bei ambulanten Zentren, die unabhängig von einem Spital betrieben werden, kann sich aber auch die Frage stellen, wie die Aus- und Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte sichergestellt werden kann (z. B. Vorgaben zu Rotation, Anrechnung von Ausbildungszeit).

Welche Variante zum Einsatz kommt bzw. kommen kann, hängt von den regionalen Gegebenheiten (rurales oder städtisches Gebiet), aber auch von der Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (niedergelassene chirurgische Versorgung in Sozialversicherungssystemen) ab.

Die postoperative Nachsorge und Betreuung sind von großer Bedeutung, vor allem wenn größere Operationen ambulant durchgeführt werden. Ausführliche und

strukturierte Patientenedukation präoperativ sowie Organisation von Ansprechpersonen postoperativ oder Betreuung zu Hause sind dann fixe Bestandteile des im Voraus zu planenden Behandlungsprozesses.

Die **personellen Voraussetzungen** (Ausbildung, Weiterbildungserfordernisse der Gesundheitsberufe) sind unabhängig davon, ob die Leistung stationär oder ambulant erbracht wird. Für die Abwicklung der Prozesse, die für das Patientenmanagement von besonderer Bedeutung sind, können Weiterbildungen angeboten werden. Das wird auch gefordert, meist findet jedoch ein „Training on the Job“ statt.

Die **Qualität und Sicherheit der Leistungserbringung** muss unabhängig davon, in welchem Setting eine Leistung erbracht wird, sichergestellt sein. In allen Ländern gibt es zahlreiche Initiativen oder auch regulatorische Rahmenregelungen, die ambulante Eingriffe oder Operationen unterstützen und/oder die Einhaltung von Standards überprüfen. Generell wird in den Ländern, die gemäß OECD den höchsten Anteil an ambulanten Operationen/Eingriffen aufweisen (Großbritannien, Dänemark), darauf hingewiesen, dass ambulante Operationen für Patientinnen und Patienten grundsätzlich sicher seien, die Rate an nosokomialen Infektionen sehr niedrig sei und dass v. a. für alte Personen die häusliche Umgebung postoperativ zu weniger Verwirrungszuständen führe.

Outcome-Indikatoren speziell für die Tageschirurgie, wie beispielsweise die Wiederaufnahmerate, werden in den untersuchten Ländern bislang nicht regelmäßig veröffentlicht, allerdings wurde mehrfach darauf hingewiesen, dass dies zukünftig angestrebt werden sollte.

Finanzierung / Honorierung

Einen großen Einfluss auf den Ambulantisierungsprozess haben Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.

Föderale Strukturen bedingen einen mitunter schwierigen Abstimmungsprozess, um staatliche Rahmenregelungen umsetzen zu können, allerdings können durch die Mitsprache der Länder/Regionen auch unterschiedliche Bedarfe von ruralen oder städtischen Gebieten einfließen. In Ländern mit einer zentralen staatlichen Organisation fallen einige dieser Abstimmungsprozesse weg, die Umsetzung kann dann aber regional problematisch sein.

In den im vorliegenden Gutachten dargestellten Sozialversicherungssystemen in Österreich und der Schweiz gibt es jeweils eine **unterschiedliche Finanzierung und auch Zuständigkeit** für den Spitalsbereich und den niedergelassenen ambulanten Bereich mit jeweils unterschiedlichen Honorierungssystemen. Da unterschiedliche Interessen vorliegen, die zusammengeführt werden müssen, wird der Ambulantisierungsprozess erschwert. Im Gegensatz zur Schweiz sind die Spitalsambulanzen in Österreich in der Zuständigkeit der Länder, weshalb eine Verlagerung von Eingriffen/Operationen innerhalb der Krankenanstalten auch im selben Abrechnungssystem erfolgen kann.

In den staatlich finanzierten Gesundheitssystemen ist die Finanzierung im Wesentlichen einheitlich, ambulante (fachärztliche) Versorgung findet bevorzugt in den Krankenanstalten statt. Die Honorierung erfolgt in einem einheitlichen System, Dänemark hat die unterschiedliche Abrechnung ambulanter und stationärer Leistungen mittlerweile ebenfalls vereinheitlicht. Damit können Anreize zur ambulanten Durchführung von Eingriffen bzw. Operationen innerhalb eines Systems relativ einfach erfolgen.

Das staatliche Krankenversicherungssystem der USA (Medicare) übernimmt zwar die Finanzierung bzw. Leistungshonorierung sowohl ambulanter als auch stationärer Behandlungen, verwendet hierfür aber unterschiedliche Vergütungssysteme. Grundsätzlich gibt es eigene Vergütungssysteme für unterschiedliche Einrichtungsarten (Krankenhaus stationär, Krankenhaus ambulant, ambulantes OP-Zentrum), während das medizinische Personal für seine Leistungen eigenständig und einrichtungsunabhängig vergütet wird. Als Konsequenz ergeben sich nicht nur Vergütungsgefälle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung, sondern auch innerhalb verschiedener Formen der ambulanten Behandlung.

Der wichtigste Mechanismus zur Förderung des ambulanten Operierens ist die **Anreizwirkung** im Rahmen der Honorierung. In allen Staaten werden explizite oder implizite Anreize gesetzt.

In der Schweiz werden die definierten Eingriffe (abgesehen von Ausnahmekriterien) nur mehr im ambulanten Bereich bezahlt.

In Österreich werden ausgewählte Leistungen bei tagesklinischer oder ambulanter Erbringung mit der gleichen Punkteanzahl wie ein Mehrtagesaufenthalt abgerechnet.

In Großbritannien werden ausgewählte Leistungen bei ambulanter Erbringung mit einem höheren Tarif als im stationären Setting abgegolten. Zusätzlich gibt es noch den impliziten Anreiz, dass alle Eingriffe/Operationen einheitlich honoriert sind, unabhängig davon, in welchem Setting sie erbracht werden.

In Dänemark wird (als Basis für das Budget) grundsätzlich nur die Leistung bewertet, unabhängig davon, ob diese ambulant oder stationär erbracht wird. Durch die Budgetfinanzierung ergibt sich jedoch ein starker Anreiz, die Leistung so günstig wie möglich zu erbringen, wodurch das ambulante Operieren bevorzugt wird.

In den USA fördert das staatliche Medicare-System die Verlagerung innerhalb der ambulanten Versorgung zu kostengünstigeren Settings, indem es die Vergütungs-differenzen zwischen den unterschiedlichen Einrichtungstypen mit dem Ziel einer „site neutrality“ verringert. Zusätzlich wird das Spektrum erstattungsfähiger Leistungen, die in ambulanten OP-Zentren erbracht werden können, kontinuierlich erweitert.

Interessant ist die Entwicklung der Staaten hinsichtlich der **Wahl des Honorierungsmodells**.

In Österreich wurde für den spitalsambulanten Bereich ein Pauschalmodell analog zu jenem für den stationären Bereich entwickelt, allerdings ist dieses durch die zusätzliche Bepunktung zahlreicher Einzelleistungen gekennzeichnet, da für diagnosebasierte Pauschalen eine verpflichtende Diagnosenkodierung im ambulanten Bereich fehlt. Im niedergelassenen ambulanten Bereich gibt es eine Einzelleistungshonorierung mit unterschiedlichen Deckelungen.

In der Schweiz gibt es im stationären Bereich ein Pauschalmodell, im ambulanten Bereich eine Einzelleistungsvergütung, wobei ein Reformprozess im Laufen ist, der eine Weiterentwicklung des ambulanten Tarifwerks zum Ziel hat, wobei auch ein Pauschalmodell für den ambulanten Bereich zu Diskussion steht.

In Großbritannien wurde, nachdem jahrelang Budgets die Basis der Finanzierung der Spitäler waren, ein Pauschalssystem, basierend auf dem Prinzip der ergebnisabhängigen Bezahlung, eingeführt.

In Dänemark hingegen wurde das jahrelang bestehende Pauschalssystem, das im Rahmen der aktivitätsbasierten Bezahlung die Leistungserbringung fördern sollte, zugunsten einer Budgetfinanzierung mit Zielerreichungskriterien aufgegeben.

Im staatlichen Medicare-Krankenversicherungssystem in den USA werden alle einrichtungsbezogenen Vergütungen pauschaliert gezahlt, während das medizinische Personal überwiegend auf Basis eines Einzelleistungsvergütungssystems honoriert wird, wobei hier zunehmend auch alternative Vergütungsansätze Anwendung finden.

In Großbritannien und Dänemark wird trotz der unterschiedlichen Honorierungsmodelle das ambulante Operieren durch jeweils unterschiedliche Anreize soweit gefördert, dass beide Staaten die höchsten Raten an ambulanten Operationen in der OECD-Statistik (vgl. Anhang 1) aufweisen.

2. Forschungsfragen

Von den Auftraggebern wurden folgende Fragen formuliert, die im Zuge des Gutachtens in Modul 1 beantwortet werden sollen:

1. Wie werden eine ambulant durchführbare Operation, ein stationersetzender Eingriff und eine stationersetzende Behandlung im Sinne des § 115b SGB V in geeigneten Vergleichsländern definiert? Inwieweit bestehen in den Ländern z. B. konkrete Leistungskataloge? Der Entstehungsprozess dieser Definitionen bzw. Leistungskataloge o. ä. und die zugrunde liegenden Kriterien sind kurz zu skizzieren (z. B. Eingriffs-/Behandlungskomplexität, Risiken, Patientensicherheit, Verfügbarkeit erforderlicher Strukturen und Personal).
2. Welche Definition(en) leitet der Gutachter aus diesem internationalen Vergleich, den gesetzlichen Vorgaben des § 115b SGB V und dem allgemeinen anerkannten Stand medizinischer Erkenntnisse für die Zwecke dieses Gutachtens ab?¹
3. Welche anhand zuvor getroffener Abgrenzungen (Frage 2) definierten Leistungen werden in den ausgewählten Vergleichsländern ambulant erbracht? Welche Leistungskomplexe (z. B. Voruntersuchung, Nachbetreuung) sind von der entsprechenden Leistung in den Vergleichsländern umfasst? Wie stellen sich die ausgewählten Leistungen in den Vergleichsländern in Bezug auf folgende Aspekte dar:
 - a. Versorgungskontext der Leistungserbringung: Leistungserbringer (z. B. beteiligte Ärztinnen/Ärzte, Pflegekräfte, sonstige Gesundheitsberufe und ggf. deren Qualifikation) und Versorgungseinrichtungen
 - b. strukturelle (z. B. technische Ausstattung, Back-up-Strukturen (z. B. Vorhaltung stationärer Behandlungsmöglichkeiten)) und sonstige Voraussetzungen für die Leistungserbringung
 - c. Leistungsmenge (z. B. Anzahl Patientinnen und Patienten)
4. Erfolgt bei den Leistungen entsprechend der gewählten Abgrenzung(en) (Frage 2) in den Vergleichsländern eine Differenzierung nach Schweregrad der Fälle und wenn ja,
 - a. anhand welcher Parameter erfolgt diese?
 - b. mit welcher Konsequenz (z. B. höhere Überwachungszeit nach Eingriff, besondere Qualifikation des Personals, Höhe der Vergütung) erfolgt diese?

¹ Diese Forschungsfrage wird im Annex Modul 1 nicht behandelt, sondern im Gutachten im Zusammenhang mit den Modulen 3 und 4.

5. Können allgemeine Tatbestände in den Vergleichsländern identifiziert werden, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung der ambulanten Leistung als erforderlich bzw. sachgerecht gilt? Wenn welche identifiziert werden können: Welche sind das?
6. Nach welcher Systematik werden die Leistungen entsprechend der gewählten Abgrenzung(en) (Frage 2) in den Vergleichsländern vergütet? Gibt es für diese Leistungen abweichende Vergütungsformen zu sonstigen stationären oder ambulanten Vergütungsregelungen?

Dazu wurden im Rahmen des Projekts vier Forschungsfragen definiert, welche zur Operationalisierung jeweils durch Unterpunkte weiter spezifiziert wurden:

- 1. Wie werden die Begriffe „ambulant durchführbare Operationen“, „stationersetzende Eingriffe und Behandlungen“ in dem jeweiligen Land definiert?**
 - 2. Wie sind die strukturellen, personellen und medizinischen Voraussetzungen ambulanter Operationen im jeweiligen Vergleichsland gestaltet und wie wird die Patientensicherheit gewährleistet?**
 - a. regulatorischer Rahmen
 - b. strukturelle Anforderungen
 - c. personelle Anforderungen
 - d. Patientensicherheit/Qualitätssicherung
 - 3. Wie ist die Vergütung ambulanter Leistungen im jeweiligen Vergleichsland geregelt?**
 - a. Umfang und Art der Vergütung in unterschiedlichen Settings
 - b. konkrete Vergütungskataloge
 - c. Differenzierung in der Vergütung
 - d. politische Bewertung
 - 4. Wie war der Entstehungsprozess und welche Perspektiven zur Weiterentwicklung gibt es?**
 - a. (historische) Entwicklung des Systems
 - b. Empirie
 - c. Weiterentwicklung der Kataloge
 - d. Ausblick
-

3. Methodik

3.1 Suchmethode

Zur Identifikation relevanter Literatur wurde eine umfangreiche Handsuche auf Google/Google Scholar sowie auf einschlägigen Websites relevanter Organisationen der ausgewählten Länder durchgeführt. Dies inkludierte z.B. die jeweiligen Gesundheitsministerien, Krankenkassen bzw. wissenschaftlichen Institutionen. Zusätzlich wurde bei (vorwiegend chirurgisch tätigen) Fachgesellschaften recherchiert, ob dort entsprechende Leitlinien oder Kataloge vorliegen.

Für die Literatursuche wurde vorab eine definierte Liste von Suchbegriffen erarbeitet, die die relevanten Aspekte der Fragestellungen abdeckte und für die Suche in den einzelnen Ländern genutzt wurden (jeweils in Verbindung mit den Länderbezeichnungen). Dies inkludierte Begriffe wie outpatient surgery, day surgery und service catalogue in Verbindung mit den jeweiligen Länderbezeichnungen.

Die im Rahmen der Literatursuche identifizierten Publikationen wurden hinsichtlich der Passgenauigkeit zu den Fragestellungen des Berichtes geprüft und entsprechend ein- oder ausgeschlossen. Die darin enthaltenen Aspekte wurden extrahiert und anhand eines vorab definierten Rasters den entsprechenden Fragestellungen zugeordnet, um einen guten Überblick über die vorhandenen Informationen zu haben und diese zielgerichtet aufarbeiten zu können.

Ergänzend zur Literatursuche wurden zu den erhobenen Unterlagen in den Vergleichsländern auch Experteninterviews mit Bezug auf die in der Ausschreibung gestellten Fragestellungen, vor allem aber hinsichtlich Umsetzungsständen und Erfolgsfaktoren bzw. Herausforderungen geführt. Hierbei wurden Experten ausgewählt, die einen möglichst guten Überblick über das jeweilige Gesundheitssystem hinsichtlich ambulant durchführbarer Operationen haben. Es wurden keine strukturierten Interviews mit einem Leitfaden durchgeführt, sondern versucht, konkrete Fragen, die sich aus den Recherchen zum jeweiligen Land ergaben, einer Klärung zuzuführen. Die aus den Interviews gewonnenen Informationen flossen als Ergänzung in die Literaturlaufarbeitung ein.

3.2 Länderauswahl

Für die Auswahl der Vergleichsländer wurden folgende Kriterien zur Anwendung gebracht:

- ◆ Ein hoher Ambulantisierungsgrad liegt vor bzw. Projekte/Strategien zur Ambulantisierung in den entsprechenden Ländern sind abgeschlossen bzw. in Umsetzung.

- ◆ Ein mit Deutschland vergleichbares Gesundheitssystem liegt vor. Grundsätzlich sind die beiden in Europa üblichen Finanzierungssysteme – steuerfinanziertes Modell oder Sozialversicherungsmodell – bei der gegenständlichen Fragestellung als vergleichbar zu betrachten.
 - ◆ Die Gutachterinnen haben Zugang zu Experten/Expertinnen in den entsprechenden Ländern.
 - ◆ Publikationen sind in englischer oder deutscher Sprache verfügbar.
-

4. Österreich

In Österreich besteht ein **Sozialversicherungssystem mit Pflichtversicherung**, die arbeitgeberbezogen und einkommensabhängig ist.

Die Finanzierung und Zuständigkeiten sind in einen intramuralen („innerhalb der Mauern einer Krankenanstalt“) und einen extramuralen Bereich geteilt.

Der **intramurale Bereich** umfasst den stationären und spitalsambulanten Bereich von Akut-Krankenanstalten. Die Finanzierung erfolgt einerseits durch Bund, Länder und Sozialversicherung in festgelegten Anteilen über den „LKF-Topf“ (fixe Mittel an die Landesgesundheitsfonds)², andererseits über die Betriebsabgangsdeckung durch die Länder. Die Länder entscheiden über die Mittelverteilung an die Krankenanstalten via Landesgesundheitsfonds.

Der **extramurale Bereich** („niedergelassener Bereich“) umfasst Einzel- und Gruppenpraxen, selbstständige Ambulatorien und kasseneigene Ambulatorien im Rahmen der Sachleistungsversorgung. Die Finanzierung erfolgt durch die Krankenversicherungsträger der Sozialversicherungen. Die Sozialversicherung führt auch die Verhandlungen mit der Ärztekammer über die Kassenplanstellen und die Honorarkataloge.

4.1 Definitionen

Im Rahmen der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (Sozialministerium 2021b) (LKF, österreichspezifisches DRG-System) wurde ab 2017 ein Bepunktungsmodell für den spitalsambulanten Bereich (LKF ambulant) (Sozialministerium 2021e) eingeführt, das seit 2019 verpflichtend ist. Somit können Leistungen, die bisher im stationären Bereich als Nulltagesaufenthalte (NTA) abgerechnet wurden, ambulant dokumentiert und abgerechnet werden.

Dazu zählen:

- ◆ Leistungen aus dem Tagesklinikcatalog
- ◆ Tagesbehandlungen im ehemals „halbstationären Bereich“
- ◆ Beobachtungen auf Erstversorgungseinheiten
- ◆ onkologische Pharmakotherapie, Strahlentherapie

Tagesklinikcatalog: Definition von Leistungen (TK-Leistungen), die verstärkt statt in einem Mehrtagesaufenthalt in einem Nulltagesaufenthalt („tagesklinisch“) erbracht werden sollen bzw. alternativ ambulant durchgeführt werden können. Zu diesen Leistungen zählen Operationen, aber auch Eingriffe (vgl. Anhang 2).

² festgelegt in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens

Definition „Operation“ gemäß LKF: jeder Eingriff, der einen Schnitt und eine Naht beinhaltet oder nur eine Naht, wenn der Schnitt bereits vorliegt, oder nur einen Schnitt, wenn eine Naht nicht indiziert ist

Ehemals „halbstationärer Bereich“: Aufenthalte im Rahmen der Psychiatrie (PSY), Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP), Psychosomatik (PSO) und Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R) mit einer speziellen Leistungsdokumentation (tagesklinisch, tagesstrukturierend), die schon bisher tagesklinisch erbracht wurden, sind seit 2019 ausschließlich als ambulante Tagesbehandlung bzw. ambulante tagesstrukturierende Behandlung durchzuführen und abzurechnen.

Beobachtung auf einer Erstversorgungseinheit: Im Rahmen der LKF ambulant können mehrstündige Beobachtungen von Akutfällen (z.B. Überwachung bei Gehirnerschütterung oder Alkoholintoxikation; Thoraxschmerzen) auf einer Erstversorgungseinheit bis zu 24 Stunden ambulant dokumentiert und abgerechnet werden.

Onkologische Pharmakotherapie, Strahlentherapie: Diese Leistungen wurden bisher schon zu einem überwiegenden Teil als stationäre NTA erbracht und abgerechnet und können jetzt ambulant dokumentiert und abgerechnet werden.

4.2 Voraussetzungen

Eingebettet in einen 2013 gestarteten politischen Strategieprozess „Zielsteuerung-Gesundheit“ zur Kostendämpfung der Ausgabenentwicklung im öffentlichen Gesundheitswesen wurden Ziele formuliert, die eine Anpassung der bisherigen Versorgungsstrukturen an die modernen Möglichkeiten der Medizin erfordern.

Zur Umsetzung der beiden Schwerpunkte „Forcierung der tagesklinischen Leistungserbringung“ und „Vermeidung von medizinisch nicht indizierten Null- bzw. Eintagesaufenthalten“ im stationären Bereich wurde ein bundeseinheitliches Abrechnungsmodell für den spitalsambulanten Bereich entwickelt. Gleichzeitig wurde das bis dahin für den stationären Bereich anzuwendende LKF-Modell hinsichtlich der Deattraktivierung stationärer Kurzaufenthalte adaptiert, sodass innerhalb der Krankenanstalten Anreize zur Verlagerung der Behandlung vom stationären in den ambulanten Bereich (Ambulantisierung) gesetzt wurden.

4.2.1 Regulatorischer Rahmen

Die LKF wurde 1997 eingeführt und ist seit 2013 Teil der Zielsteuerung-Gesundheit (Sozialministerium 2021c), eines Gesundheitsreformprozesses. Im Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene (ZV) (Sozialministerium 2021g) ist in Art. 10 „Laufende Arbeiten“ die Weiterentwicklung der LKF und somit auch die Umsetzung der LKF ambulant festgehalten (vgl. Art. 10.9 Zielsteuerungsvertrag). Eines der wesentlichen Ziele des Zielsteuerungsvertrags ist die Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des akutstationären Bereichs (vgl. Art. 6 Ziele- und Maßnahmenkatalog, strategisches Ziel 1). Dazu wurde bereits im 1. Zielsteue-

rungsvertrag (2013-2016) eine Messgröße definiert: ausgewählte TK-Leistungsbündel, die tagesklinisch stationär oder ambulant erbracht werden (vgl. Anlage 2 Messgrößenbeschreibung, Messgröße (6) Zielsteuerungsvertrag). Die dabei gewählten Benchmarks basieren (auch) auf dem systematischen Review zur Tageschirurgie von Fischer und Zechmeister aus dem Jahr 2012 (Fischer, Zechmeister-Koss 2012). Im Monitoringbericht zur Zielsteuerung-Gesundheit (Sozialministerium 2021f) werden die Ergebnisse zu den Messgrößen jährlich publiziert.

Der **Tagesklinikcatalog** ist ein Auszug aus dem Leistungskatalog des BMSGPK (Sozialministerium 2021d), der die verbindliche Grundlage für die bundesweit einheitliche Leistungsdokumentation in Österreich bildet. Der Tagesklinikcatalog bildet Leistungen ab, deren tagesklinische bzw. ambulante Erbringung forciert werden soll (Tagesklinikmodell). Alle Leistungen aus dem Tagesklinikcatalog sind sowohl dem stationären als auch dem ambulanten Teil zugeordnet, erfordern eine verpflichtende Diagnosendokumentation auch im ambulanten Bereich³ und können sowohl stationär als auch spitalsambulant dokumentiert und abgerechnet werden.

Eine explizite Schweregraddifferenzierung gibt es nicht. Der Anstaltsarzt/Die Anstaltsärztin entscheidet nach einer ärztlichen Untersuchung über die stationäre Aufnahme (vgl. § 22 „Aufnahme der Pfleglinge“ KAKuG⁴). (KAKuG 2021) Einige Leistungen führen auf Grundlage der Kostenkalkulationen in unterschiedlich bewertete Fallpauschalen je nach Alter oder zusätzlich erbrachten Leistungen und bilden damit für die Abrechnung eine Annäherung an eine Schweregraddifferenzierung.

Der Leistungskatalog BMSGPK wird jährlich gewartet. Das Wartungsprozedere hinsichtlich Neuaufnahme und Streichung von Leistungen ist in der PDF-Fassung des Leistungskatalogs festgelegt und publiziert.

Für Einheiten zur tagesambulanten bzw. tagesstrukturierenden Behandlung sind die Qualitätsvorgaben im LKF-Modell ambulant (vgl. Kap. 5.3) enthalten. (Sozialministerium 2021e) Das LKF-Modell ambulant gilt nur für Spitalsambulanzen von Akut-Krankenanstalten (KA), wobei Fonds-Krankenanstalten via LKF mit den jeweiligen Landesgesundheitsfonds abrechnen, Sanatorien (Privatkrankenanstalten, PKA) via LKF mit dem Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF).

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) (Sozialministerium 2021a) enthält als zentrales Planungsinstrument im österreichischen Gesundheitswesen Qualitätskriterien als wesentliche Voraussetzung für die Leistungserbringung, wobei auf die Strukturqualität fokussiert wird. Seit 2017 werden auch Qualitätskriterien

³ Eine Kodierung von Diagnosen gemäß ICD-10 im ambulanten Bereich ist in Österreich optional.

⁴ Kranken- und Kuranstaltengesetz

für den ambulanten Bereich konsekutiv aufgenommen. Für die ambulante Leistungserbringung ist dabei die Leistungsmatrix ambulant (LM-amb) wesentlich. (ÖSG 2017a)

Darin enthalten sind die ambulant erbringbaren Leistungen des Leistungskatalogs BMSGPK, die der Primärversorgung und den Fachbereichen zugeordnet und entweder als Basisleistung oder als spezielle Leistung definiert werden. Die Strukturqualitätskriterien für Basisleistungen sind in den spezifischen Qualitätskriterien („Ausstattungsliste“) je Fachbereich enthalten. Spezielle Leistungen bedürfen einer speziellen Infrastruktur und/oder Qualifikation und/oder Erfahrung. Die jeweiligen Anforderungen sind direkt in der Leistungsmatrix ambulant der Leistung zugeordnet. Die Qualitätskriterien des ÖSG gelten gleichermaßen für alle Versorgungsbereiche, also sowohl für den Krankenanstaltenbereich (Spitalsambulanzen) als auch für den niedergelassenen Bereich (Einzel- oder Gruppenpraxen, selbstständige Ambulatorien). Alle Leistungen aus dem Tagesklinikcatalog sind auch in der Leistungsmatrix stationär (LM-stat) enthalten. (ÖSG 2017b)

Die Einhaltung von Qualitätskriterien obliegt im stationären Bereich der sanitären Aufsicht, die von den Bezirksverwaltungsbehörden/Gesundheitsbehörden eingerichtet ist (vgl. § 60 KAKuG). Im niedergelassenen Bereich liegt die Qualitätssicherung in den Händen der ÖQMED (Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH) auf Basis der Qualitätssicherungsverordnung zum Ärztegesetz. (Qualitätssicherungsverordnung 2012 – QS-VO 2012 2017)

Die LKF-Modelle, die Leistungsmatrizen (stationär und ambulant) und die Änderungen am ÖSG werden in einem jährlichen Wartungszyklus in den Gremien der Zielsteuerung-Gesundheit diskutiert und in Folge vom Ständigen Koordinierungsausschuss bzw. der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossen.

4.2.2 Strukturelle Anforderungen

Das LKF-Modell ambulant gilt nur für Spitalsambulanzen von Akut-Krankenanstalten (KA).

Für tagesambulante und tagesstrukturierende Behandlungen sind strukturelle Anforderungen direkt im LKF-Modell ambulant enthalten. Weiters gelten die Qualitätsvorgaben des ÖSG (Kap. 3) für die einzelnen Bereiche (PSY, KJP, PSO, AG/R).

Die Leistungen des Tagesklinikcatalogs werden sukzessive in die LM-amb aufgenommen. Wenn es sich um eine spezielle Leistung handelt, wird die benötigte Infrastruktur direkt in der LM-amb der Leistung zugeordnet. Alle Leistungen aus dem Tagesklinikcatalog sind auch in der Leistungsmatrix stationär enthalten, die ebenfalls Qualitätskriterien enthält.

Grundsätzlich wurden in der Leistungsmatrix ambulant für Operationen/Eingriffe folgende Qualitätskriterien (QK) festgelegt, die für den gesamten ambulanten Bereich (intra- und extramural) gelten:

- ◆ OP/Eingriffsraum: Raumklasse gemäß krankenanstaltenrechtlichen Bestimmungen - einheitliche QK für alle Leistungsanbieter
- ◆ Wenn die Leistungserbringung nicht im Rahmen von Fachabteilungen erfolgt, ist für die ambulante Erbringung von Leistungen aus dem Katalog tagesklinisch abrechenbarer Leistungen zu gewährleisten, dass Qualitätssicherung, Komplikationsmanagement und Nachsorge vom jeweiligen Leistungserbringer gleichwertig sichergestellt sind (analog zu § 2b Abs. 3 KAKuG).
- ◆ Anästhesieverfahren durch eine(n) FA für Anästhesie und Intensivmedizin sind bei Bedarf inkl. dafür notwendiger Ausstattung und entsprechender Dokumentation sicherzustellen.

Einige Leistungen aus dem Tagesklinikcatalog sind auch in den Honorarordnungen der gesetzlichen Krankenversicherungsträger enthalten und können von Einzelpraxen, Gruppenpraxen oder selbstständigen Ambulatorien mit dem entsprechenden Kassenvertrag über diese abgerechnet werden. Die Qualitätssicherung erfolgt im Zuge einer Selbstevaluierung im Rahmen der ÖQMED auf Basis der Qualitätssicherungsverordnung zum Ärztegesetz.

4.2.3 Personelle Anforderungen

Grundsätzlich gelten für die Erbringung von Leistungen die entsprechenden Berufsgesetze, für Ärzte/Ärztinnen ist das die Ärzteausbildungsordnung (ÄAO 2015), in der der Umfang der Tätigkeiten für das Sonderfach (vgl. KEF- und RZ-VO) geregelt ist. (Österreichische Ärztekammer 2021)

Für tagesambulante und tagesstrukturierende Behandlungen sind personelle Anforderungen direkt im LKF-Modell ambulant enthalten.

In der LM-amb sind den speziellen Leistungen aus dem Tagesklinikmodell direkt Anforderungen an die (zusätzliche) Qualifikation bzw. nachzuweisende Erfahrung zugeordnet. Dabei gilt allgemein, dass die in der Spalte „Qualifikation“ angeführten Fort- und Weiterbildungen bzw. Erfahrungen für die Erbringung der speziellen Leistungen zu belegen sind. Erfahrung besteht dann, wenn der Arzt bzw. die Ärztin nachweisen kann, dass er bzw. sie im entsprechenden Bereich mehrjährig tätig war und/oder bei Eingriffen entsprechende Fallzahlen erbracht wurden.

4.2.4 Patientensicherheit/Qualitätssicherung

Die strukturellen und personellen Qualitätskriterien sind oben beschrieben. Die Ausgestaltung der Prozesse (präoperative Befunde, postoperative Nachsorge) obliegt den Krankenanstalten.

Ergebnisqualitätsmessung im stationären Bereich wird mittels A-IQI (Austrian Inpatient Quality Indicators) durchgeführt. (Sozialministerium 2021b)

2020 wurden erstmalig Operationen der Augenheilkunde (u. a. Katarakt-OP), die überwiegend tagesklinisch/ambulant erbracht werden, analysiert (Wiederaufnahmeraten).

4.3 Vergütung

4.3.1 Umfang und Art der Vergütung in unterschiedlichen Settings

Im Krankenanstaltenbereich werden ambulante Leistungen seit 2019 verpflichtend über das LKF-Modell ambulant abgerechnet. Das Bepunktungsmodell (Sozialministerium 2021e) besteht aus einem Mischsystem aus Pauschalen für Leistungen/Leistungsgruppen und Pauschalen für Kontakte (gesamt 50 % der Endkosten), die zu einem ambulanten Besuch zusammengefasst werden. Als weiterer Modellparameter ist der Ansatz einer kontaktunabhängigen Strukturkomponente (für 50 % der Endkosten) vorgesehen, die neben der Bewertung der Kontakt- und Leistungspauschalen – fokussiert auf die direkten Kosten – eine adäquate Berücksichtigung von Vorhaltekapazitäten und Versorgungsaufträgen ermöglicht.

Um bei Verlagerungen in den spitalsambulanten Bereich eine vergleichbare Abrechnung zu ermöglichen, sind für die onkologische Pharmakotherapie und den bisherigen halbstationären Bereich die Punkte für ambulante Besuche den LKF-Punkten im stationären Bereich gleichgesetzt. Seit dem LKF-Modell 2020 werden auch ambulante Besuche mit einer Leistung aus dem Tagesklinikcatalog nach den Regeln und Punkten aus dem stationären Modell abgerechnet.

Als Anreiz zur tagesklinischen Erbringung von Leistungen wurde schon vor Jahren das Tagesklinikmodell eingerichtet, in dem für die Erbringung einer Leistung aus dem Tagesklinikcatalog in einem Nulltagesaufenthalt dieselbe Pauschale wie für einen Eintagesaufenthalt abgerechnet wird. Diese Leistungen können seit 2020 mit derselben Punkteanzahl auch ambulant abgerechnet werden.

Ambulante Operationen im niedergelassenen Bereich können nur dann im Rahmen der Sachleistungsversorgung abgerechnet werden, wenn sie in der jeweiligen Honorarordnung des gesetzlichen Krankenversicherungsträgers (KV-Träger) enthalten sind. In Österreich werden die Leistungen und ihre Abgeltung in den Honorarkatalogen im Rahmen der Selbstverwaltung der Sozialversicherung von den KV-Trägern mit der Ärztekammer verhandelt. Das bedeutet, dass jeder gesetzliche Krankenversicherungsträger eine eigene Honorarordnung hat.

4.3.2 Konkrete Vergütungskataloge

Der Leistungskatalog BMSGPK 2021 (Sozialministerium 2021d) enthält insgesamt 2.023 Leistungen aus dem stationären und ambulanten Bereich. Davon sind 1.690 Leistungen im stationären Bereich, 1.155 im ambulanten Bereich verpflichtend zu kodieren und 254 im Tagesklinikcatalog (Spalte L „TK“) enthalten. Manche Leistungen (darunter auch alle Leistungen aus dem Tagesklinikcatalog) sind sowohl im sta-

tionären als auch im ambulanten Bereich verpflichtend zu dokumentieren. Leistungen der onkologischen Pharmakotherapie und Strahlentherapie sind nicht im Tagesklinikcatalog enthalten.

Die konkrete Vergütung der Leistungen erfolgt über die Zuordnung zu Pauschalen im stationären bzw. ambulanten LKF-Modell (vgl. Anlage 2 Medizinische Einzelleistungen mit zugeordneten AMG- und APG-Gruppen sowie Anlage 3 Baumdarstellung der AMG- und APG-Fallpauschalen).

Die Kalkulationsgrundlage für die spitalsambulante Bepunktung unterscheidet sich von jener für die Abrechnung im stationären Bereich.

Ausnahmen bestehen für

- ◆ Chemotherapien, Strahlentherapie-Behandlungen,
- ◆ ambulante Tages(klinik)behandlungen in PSY, KJP, PSO und AG/R (nach Umstellung ab 2019 ausschließlich ambulant durchführbar und abrechenbar) sowie
- ◆ ab 2020 auch für ambulant durchgeführte Tagesklinik-Leistungen,

die nach dem Bepunktungsalgorithmus des LKF-Modells für den stationären Bereich abgerechnet werden - auch dann, wenn sie ambulant erbracht werden.

Während beim LKF-Modell für den stationären Bereich die Bepunktung aus einer Leistungskomponente (kalkuliert für spezielle Leistungen oder einen typischen Leistungsmix auf Basis von Direktkosten) und einer Tageskomponente (tageweise Zurechnung von durchschnittlichen Gemeinkosten inkl. Pflegekosten, Medikamente) besteht und für eine durchschnittliche Belagsdauer berechnet wird, wurden im spitalsambulanten Bepunktungsmodell nur die direkten Kosten (Personaleinsatzzeiten und Material) herangezogen. Die Abdeckung von Gemeinkosten bzw. Vorhaltekosten werden nach den Vorgaben der Landesgesundheitsfonds (hinsichtlich der Bezugsgrößen für die Verteilung) kontaktunabhängig in Form einer Strukturpauschale abgegolten.

Bei der ambulanten Modellentwicklung wurden für die Bewertungsrelationen der Pauschalen in Punkten 50 Prozent der ambulanten Endkosten zugrunde gelegt. Für die Berücksichtigung einer Strukturkomponente wurden die restlichen 50 Prozent der Kosten angesetzt. Damit sollen unerwünschte Anreize zur unverhältnismäßigen Auslastung der vorhandenen spitalsambulanten Strukturen (und damit auch eine Überfinanzierung durch Mengensteigerung, „Sog in die KA“) reduziert werden.

Mit der Einführung des spitalsambulanten Bepunktungsmodells wurde für **stationäre Nulltagesaufenthalte ohne relevante Einzelleistung** („HDG-NTA“ – NTA, die in eine Hauptdiagnosegruppe fallen) – sog. „Sonstige Nulltagesaufenthalte“ – im stationären LKF-Modell die Bepunktung deutlich reduziert. Bei gleichartiger Leistungserbringung werden bei Abrechnung im ambulanten Bereich die Leistungspunkte aller typisch ambulant erbringbaren Einzelleistungen (die stationär nicht zu kodieren sind) aufsummiert und mit einer Kontaktpauschale kombiniert, wodurch

ein höherer Abrechnungsbetrag entsteht. Damit werden bislang in den stationären Bereich „eingelagerte“ ambulante Leistungen auch wieder in den ambulanten Bereich zurückgeführt, wie das in der Empirie zwischenzeitlich auch belegbar ist.

Ein weiterer Anknüpfungspunkt, um stationäre Kurzaufnahmen zu vermeiden, wurde durch die Einrichtung von ambulanten Erstversorgungseinheiten geschaffen, in denen bis zu 24 Stunden lang auch Beobachtungsfälle (z. B. bei unspezifischem Brustschmerz, Commotio cerebri u. ä.) ambulant administriert bzw. abgerechnet werden können.

4.3.3 Politische Bewertung

Ambulante Operationen und stationsersetzende Behandlungen finden in Österreich mit wenigen Ausnahmen im spitalsambulanten Bereich statt. Das wird einerseits von den meisten Bundesländern so gewollt, da die Qualitätssicherung für ambulante Operationen und Eingriffe in Krankenanstalten höher eingeschätzt wird als im niedergelassenen Bereich. Im Bereich der Krankenanstalten ist die sanitäre Aufsicht für die Überprüfung der Qualität zuständig, die regelmäßige Überprüfungen auch unter Einbeziehung der Regelungen im ÖSG durchführt. Im niedergelassenen Bereich gibt es Selbstevaluierungen im Rahmen der ÖQMED auf Basis der Verordnungen zum Ärztegesetz.

Andererseits hat die Sozialversicherung keine Ambitionen, stationsersetzende Leistungen im niedergelassenen Bereich „zusätzlich“ zu finanzieren, da sie für die Krankenanstalten eine fixe Zahlung zu den Finanzmitteln leistet („LKF-Topf“), die über die LKF-Modelle für alle stationären und ambulanten Leistungen zur Auszahlung gelangt. Dies ist in Art. 28 Abs. 6 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens geregelt. (Art 15a-Vereinbarung 2017)

Da Österreich, wie auch Deutschland, zu den Ländern mit den höchsten Betten-dichten in Europa zählt, war politisch schon lange der Wille da, Leistungen aus dem vollstationären Setting zu verlagern. Dazu wurde der Tagesklinikbereich geschaffen, der zwar administrativ dem stationären Bereich zugeordnet war, in dem die Leistungen aber in einem dem ambulanten Setting ähnlichen Bereich erbracht wurden. Einer der Gründe, diesen Bereich im stationären Umfeld zu belassen, war, dass private Zusatzkrankenversicherungen (im Rahmen von stationären Verträgen) die Leistungen weiterhin bezahlen, was für Krankenanstalten einen nicht unerheblichen Teil der Einnahmen bedeutet. Auch nach Einführung der LKF ambulant ist bis heute die Leistungserbringung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich (mit Ausnahme der Tagesbehandlungen bzw. tagesstrukturierenden Behandlungen im ehemals halbstationären Bereich) weiterhin möglich. Erwähnt werden muss auch, dass sich die Sozialversicherung strikt gegen eine Sonderklasse im ambulanten Bereich ausspricht.

4.3.4 Differenzierung in der Vergütung

Eine Schweregraddifferenzierung gibt es nicht. Die Entscheidung, ob eine Leistung ambulant erbracht werden kann oder eine stationäre Aufnahme erfolgen muss, obliegt dem Anstaltsarzt/der Anstaltsärztin gemäß KAKuG.

Bei manchen Pauschalen gibt es allerdings einen Alterssplit, sodass ab einem höheren Alter oder für Kinder eine höhere Punkteanzahl abgerechnet werden kann.

4.4 Entstehungsprozess, Empirie und Perspektiven

4.4.1 (Historische) Entwicklung des Systems

Seit 2002 gibt es im Rahmen der LKF einen Tagesklinikcatalog („Medizinische Einzelleistungen für die Abrechnung nach dem Tagesklinikmodell“). Damit bestand ab diesem Zeitpunkt die Möglichkeit, Leistungen aus diesem Tagesklinikcatalog in einem Nulltagesaufenthalt zu erbringen, aber dieselbe Punkteanzahl abrechnen zu können wie für einen Eintagesaufenthalt.

Mit Einführung der Zielsteuerung-Gesundheit im Jahr 2013 wurde als eines der wesentlichen Ziele „ambulant vor stationär“ vereinbart. Im Monitoringbericht zur Zielsteuerung-Gesundheit (Sozialministerium 2021f) werden die Ergebnisse zu den Messgrößen, u. a. zur Messgröße 6 – ausgewählte TK-Leistungsbündel - jährlich publiziert.

Um dieses Ziel zu unterstützen, wurde 2017 das ambulante LKF-Modell („Bepunktungsmodell für den spitalsambulanten Bereich“) eingeführt und ab 2019 verpflichtend gestellt. Parallel dazu wurde für den ÖSG 2017 gemeinsam mit Experten und Expertinnen die Leistungsmatrix ambulant entwickelt, die basierend auf dem Leistungskatalog Qualitätskriterien für ambulante Leistungen (auch aus dem Tagesklinikcatalog) enthält.

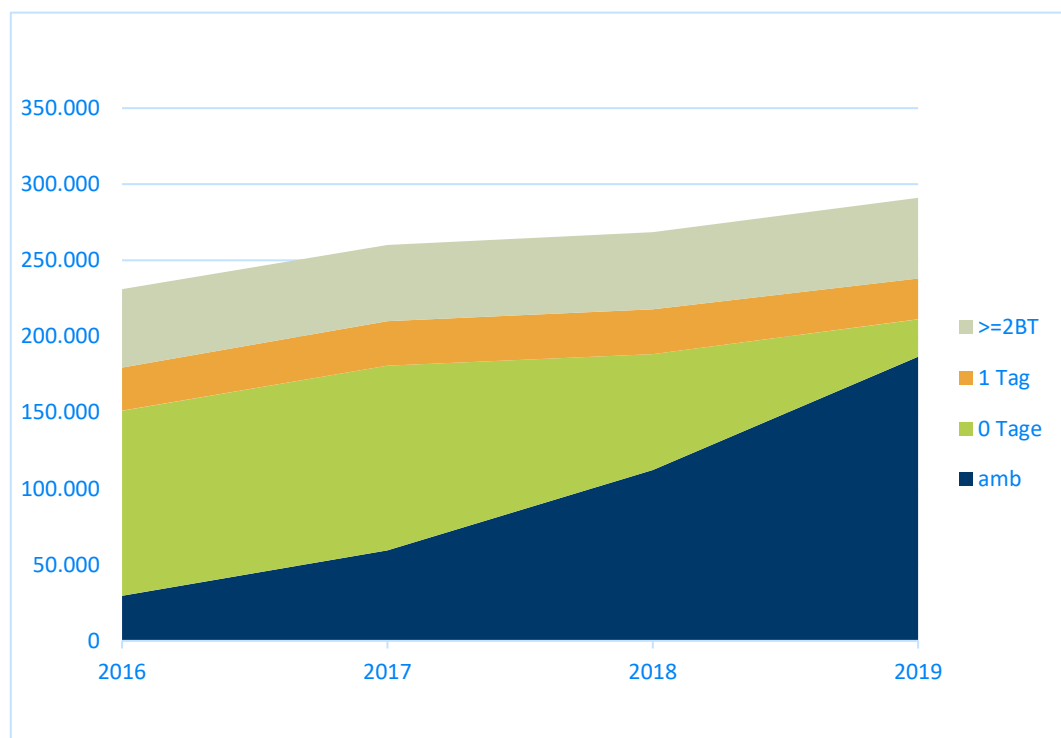
Seit dem LKF-Modell 2020 besteht die Möglichkeit, Leistungen aus dem Tagesklinikcatalog mit derselben Punkteanzahl ambulant oder tagesklinisch/stationär abzurechnen, wie dies für onkologische Pharmakotherapien schon mit dem spitalsambulanten Bepunktungsmodell ab 2017 vorgesehen war.

4.4.2 Empirie

Vorauszuschicken ist, dass Daten aus dem Bereich der Krankenanstalten sowie zum niedergelassenen extramuralen Bereich aktuell (Stand April 2021) bis zum Jahr 2019 in vollständiger und qualitätsgesicherter Form vorliegen. Zu den Daten aus dem extramuralen Bereich ist zu bemerken, dass die Dokumentation der Leistungen nicht originär anhand des Leistungskataloges erfolgt, sondern über die Leistungspositionen der Honorarkataloge, die dann auf den Leistungskatalog gemappt werden. Dadurch entstehen Unschärfen, da die beiden Katalogsysteme keine einheitliche Aggregationsebene haben, was bei Auswertungen zu Einschränkungen in der Vergleichbarkeit führt.

Die onkologische Pharmakotherapie wurde schon seit Jahren zum Großteil tagesklinisch, in manchen Bundesländern auch schon ambulant erbracht. Mit Einführung des ambulanten LKF-Modells 2017 sieht man einen stetigen Anstieg der ambulanten Fälle zuungunsten der stationäre Nulltagesaufenthalte (Abbildung 1). Der Anteil der Ein- und Mehrtagesfälle (> 2BT) blieb in den Jahren 2016 bis 2019 weitgehend stabil.

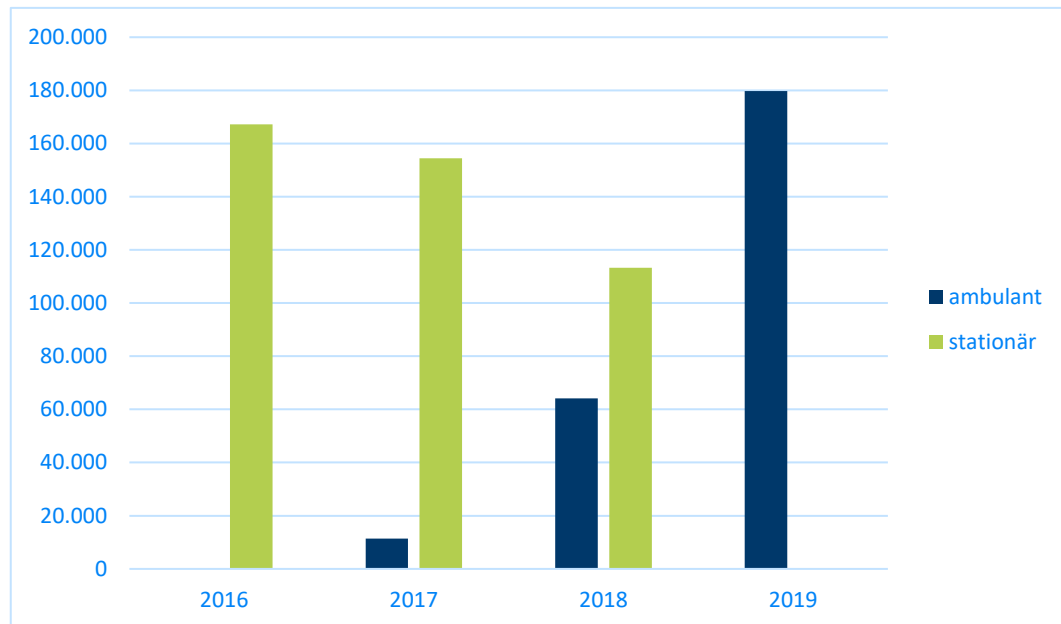
Abbildung 1: Aufenthalte/Besuche onkologische Pharmakotherapie 2016-2019



Quelle: BMSGPK, Diagnosen- und Leistungsdokumentation (eigene Darstellung: GÖ-B)

Der ehemals halbstationäre Bereich wurde vom Jahr 2016, in dem noch alle Fälle stationär abgerechnet wurden, bis zum Jahr 2019, in dem alle Fälle nur ambulant stattfanden, komplett umgestellt (Abbildung 2).

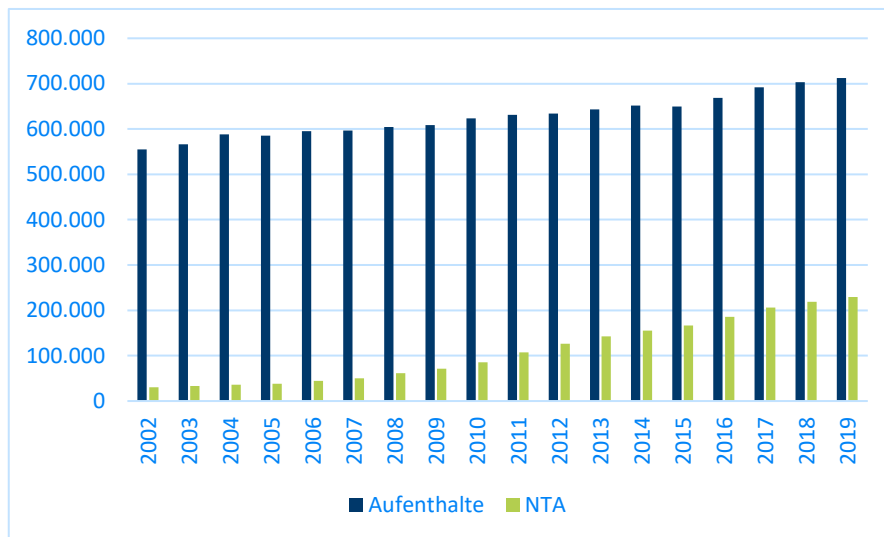
Abbildung 2: Aufenthalte/Besuche aus dem ehemals halbstationären Bereich (PSY, PSO, KJP, AG/R) 2016-2019



Quelle: BMSGPK, Diagnosen- und Leistungsdokumentation (eigene Darstellung: GÖ-B)

Die tagesklinische Erbringung von Leistungen aus dem Tagesklinikcatalog gestaltet sich weit heterogener. Einige Leistungen wurden schon 2019 zum überwiegenden Teil tagesklinisch erbracht (NTA), andere nahezu ausschließlich vollstationär in einem Mehrtagesaufenthalt (MTA). Insgesamt sieht man einen stetigen Anstieg der Nulltagesaufenthalte (Abbildung 3). Eine Verschiebung der Leistungen in den ambulanten Bereich wurde in den Krankenanstalten noch nicht vollzogen, auch weil erst seit 2020 im spitalsambulanten Bereich dieselbe Punkteanzahl wie im stationären Bereich abgerechnet werden kann.

Abbildung 3: Aufenthalte mit einer Leistung aus dem Tagesklinikcatalog im stationären Bereich gesamt sowie davon als Nulltagesaufenthalte (NTA) 2002-2019



Quelle: BMSGPK, Diagnosen- und Leistungsdokumentation (eigene Darstellung: GÖ-B)

Im niedergelassenen Bereich gibt es bei einigen wenigen Krankenversicherungsträgern die Möglichkeit, diese Leistungen abzurechnen (Tabelle 1). Dazu ist zu bemerken, dass die Leistungserbringung der meisten dieser Leistungen nicht in Ordinationen oder Ambulatorien stattfindet, sondern in Sanatorien, die Abrechnung aber arztbezogen über den jeweiligen Honorarkatalog erfolgt.

Tabelle 1: Stationäre Aufenthalte und ambulante Besuche mit einer Leistung aus dem Tagesklinikcatalog 2016 - 2019

Jahr	extramural ambulant	spitals-ambulant	Nulltages-Aufenthalte stat	Mehrtages-Aufenthalte
2016	37.449	7.253	185.592	482.887
2017	44.328	8.394	205.926	485.897
2018	46.978	7.906	218.598	484.274
2019	49.467	9.551	229.496	483.134

Quelle: BMSGPK, Diagnosen- und Leistungsdokumentation (eigene Darstellung: GÖ-B)

4.4.3 Weiterentwicklung der Kataloge

Die Wartung des Leistungskatalogs (Sozialministerium 2021d) erfolgt jährlich. Vorschläge können über das System zur Verwaltung von Änderungs- und Ergänzungs-

vorschlägen für den Leistungskatalog des Ministeriums (VAEV) eingebracht werden. Das Wartungsprozedere für die Aufnahme bzw. Streichung von Leistungen ist als Einführung zum Leistungskatalog publiziert. Der Beschluss über die Aufnahme bzw. Streichung von Leistungen erfolgt in den Zielsteuerungsgremien.

4.4.4 Ausblick

Die Einführung des LKF-Modells ambulant und die Möglichkeit, stationäreretzende Leistungen bzw. Eingriffe ohne Punkteverlust im ambulanten Bereich abzurechnen, könnten dazu führen, das Tagesklinikmodell zu verlassen und insgesamt durch ein ambulantes Modell zu ersetzen. Vorteil ist, dass der administrative Aufwand einer stationären Aufnahme und Behandlung, der im KAKuG festgelegt ist, bei einer ambulanten Behandlung deutlich geringer ausfällt. Voraussetzung dafür wäre jedenfalls, eine Einigung mit den privaten Zusatzkrankenversicherungen zur Finanzierung der stationäreretzenden Leistungen herbeizuführen.

Mittelfristig ist auch davon auszugehen, dass im niedergelassenen Bereich Gruppenpraxen und Ambulatorien zunehmend stationäreretzende Leistungen und Eingriffe erbringen werden wollen. Dies zeichnet sich ab, da es im privaten Bereich (nicht in der Sachleistungsversorgung) bereits Bestrebungen gibt, v. a. orthopädische Leistungen zu erbringen. Eine Herausforderung wird es sein, die Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich entsprechend auszubauen, um den Patienten und Patientinnen eine vergleichbar gute Qualität und somit auch Sicherheit bieten zu können.

5. Schweiz

Das Gesundheitssystem in der Schweiz ist stark föderal gestaltet. Der Bund bzw. das Bundesamt für Gesundheit (BAG) machen verbindliche Rahmenvorgaben und stellen Bewilligungen aus, die Zuständigkeit für die konkrete Umsetzung, Finanzierung und Tarifierung liegt bei den Kantonen bzw. der Sozialversicherung. Allerdings gilt die Prämisse der Kostenneutralität.

Grundsätzlich besteht in der Schweiz eine **Versicherungspflicht mit der Wahlmöglichkeit** unterschiedlicher Versicherungen (gesamt 57), wobei vergleichsweise hohe Selbstbehalte (Begrenzung auf 700 CHF) bestehen. Der Staat übernimmt allerdings für einkommensschwache Personen Kosten für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) in Form von Prämienverbilligungen, da die Prämienhöhe für die OKP nicht einkommensabhängig ist und somit eine erhebliche Belastung für diese Bevölkerungsgruppe darstellt.

Die **obligatorische Krankenpflegeversicherung** (OKP) (Bundesamt für Gesundheit BAG 2021d) gewährt seit 1996 Leistungen bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft (Grundversicherung). Bei Unfällen springt die Krankenversicherung allerdings nur dann ein, wenn die versicherte Person über keine andere Versicherungsdeckung verfügt. Weiters übernimmt sie auch Kosten bei bestimmten Maßnahmen der medizinischen Prävention.

Alle Krankenversicherer, die die OKP durchführen, müssen den gleichen gesetzlich vorgeschriebenen Leistungsumfang übernehmen und haben die Gleichbehandlung der versicherten Personen zu gewährleisten. Darüber hinaus dürfen die Krankenversicherer keine weitergehenden „freiwilligen“ Leistungen vergüten.

5.1 Definitionen

Explizite Begriffsdefinitionen zu ambulant durchführbaren Operationen, stationsersetzenden Eingriffen und Behandlungen konnten nicht gefunden werden. Allerdings finden sich Hinweise, wann ein Eingriff ambulant statt stationär durchgeführt werden kann.

Vonseiten des BAG wurden für die Auswahl der Eingriffe für die **Liste ambulanter Operationen** die Kriterien der Häufigkeit (die Leistung wird in der Schweiz häufig erbracht) und kurzen Verweildauer (die Aufenthaltsdauer ist kleiner gleich 2 Tage) angewandt. Zusätzlich wurden nur solche Eingriffe gelistet, deren ambulante Erbringbarkeit unumstritten ist und die keine relevanten Komorbiditäten gemäß PCCL⁵ aufweisen.

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) weist in seiner Studie zur Entwicklung der ambulanten Versorgung in den Kantonen (Roth, Pellegrini 2018a)

⁵ „PCCL“ ist die Abkürzung für Patient Clinical Complexity Level, also den patientenbezogenen Gesamtschweregrad. Er errechnet sich in einem komplexen Verfahren aus den Nebendiagnosewerten (CCL-Werten) und gibt anhand von Ergebnissen zwischen 0 (keine CC) und 6 (schwerste CC) den Schweregrad der CC an.

darauf hin, dass nicht in allen Fällen statt einer stationären eine ambulante Versorgung möglich ist. Eine **Verlagerung** ist möglich, wenn der Spitalaufenthalt von kurzer Dauer ist und keine Komplikationen oder Komorbiditäten vorliegen.

In der Studie „Ambulant vor Stationär“ von PwC (PWC 2016) werden **Kriterien für Eingriffe** genannt, **die sich ambulant vornehmen lassen**: Eingriffe mit geringem medizinischem Risiko sollen in den ambulanten Bereich verlagert werden. Aus medizinischer Sicht gilt ein Eingriff unter folgenden Voraussetzungen als weniger risikoreich:

- ◆ Der Gesamtschweregrad der Patientin/des Patienten (nach PCCL-Code) ist gering,
- ◆ die Anästhesiestufe tief,
- ◆ der Zeitpunkt des Eingriffs lässt sich gut planen,
- ◆ es besteht keine Indikation für spezielle pflegerische Nachsorge,
- ◆ das Schmerzmanagement nach der Operation ist einfach und
- ◆ die Patientin/der Patient kann schnell nach der Operation wieder essen und trinken.

Aus Sicht der Patienten und Patientinnen bedeuten folgende Umstände ein geringes Risiko für ambulante Operationen:

- ◆ geringe Multimorbidität,
- ◆ wenige Nebendiagnosen,
- ◆ jüngeres Alter und
- ◆ günstige Rahmenbedingungen zu Hause, die einen guten Transport und postoperative Pflege in den eigenen vier Wänden ermöglichen.

Weiters wurde noch eine **Definition von „Operation/Intervention“** gemäß TAR-MED GI⁶-4 gefunden:

Als Operationen/Interventionen gelten im Sinne dieses Tarifs invasive fachärztliche Leistungen im somatischen Bereich mit mindestens einem der folgenden zwei Merkmale:

a. Integument und/oder Schleimhäute und/oder andere Strukturen (z. B. Knochen, Gelenke) sind oder werden in ihrer Integrität betroffen.

b. Diagnostische Endoskopien inkl. Fremdkörperentfernungen/Stenteinlagen in folgende Körperöffnungen (abschließend): Nase/Nasennebenhöhlen, Larynx/Bronchien, Pharynx/Oesophagus/Magen/Dünndarm inkl. Endoskopischer Retrograder Cholangio-Pankreatikografie (ERCP), Anus/Rektum/Kolon, Urogenitalsystem.

⁶ GI: generelle Interpretationen

5.2 Voraussetzungen

Ab 2019 wurden in der **gesundheitspolitischen Strategie Gesundheit2030** (Bundesamt für Gesundheit BAG 2021c) aufbauend auf Gesundheit2020 Maßnahmen definiert, um das Gesundheitssystem auf kommende Herausforderungen vorzubereiten. Unter anderem wird auch der Erhalt einer qualitativ hohen und finanziell tragbaren Versorgung als eine der dringlichsten Herausforderungen definiert.

5.2.1 Regulatorischer Rahmen

2019 wurde vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) eine Anpassung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) (Art. 3c und Anhang 1a KLV) beschlossen. (Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) 2017)

Dabei wurden **sechs Gruppen von Eingriffen** (Tabelle I Anhang 1a KLV) (Bundesamt für Gesundheit BAG 2021a) identifiziert, die grundsätzlich in der gesamten Schweiz nur noch bei ambulanter Durchführung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vergütet werden, außer es liegen besondere Umstände vor, die eine stationäre Durchführung erfordern. Nicht berücksichtigt wurden dabei Leistungen, die bereits in großem Umfang ambulant erbracht werden (z. B. Katarakt-OP, kleine Handchirurgie) bzw. in der Schweiz nur selten im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung durchgeführt werden. Die beschränkte Anzahl von Leistungen soll es den Spitälern ermöglichen, entsprechende organisatorische Vorkehrungen zu treffen (Tabelle 2).

Tabelle 2: Liste der grundsätzlich ambulant durchzuführenden elektiven Eingriffe

Einseitige Krampfaderoperationen der unteren Extremität
Eingriffe an Hämorrhoiden
Leistenhernien-Operationen
Untersuchungen/Eingriffe an Gebärmutterhals oder Gebärmutter
Kniearthroskopien inkl. Eingriffe am Meniskus
Eingriffe an Tonsillen und Adenoiden

Quelle: Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV), Anhang 1a

Umstände, die eine stationäre Durchführung rechtfertigen, sind in einer **Liste mit Ausnahmekriterien** (Tabellen II Anhang 1a KLV) zusammengefasst. (Bundesamt für Gesundheit BAG 2021b)

Um die tatsächlichen Auswirkungen der **Maßnahme „Ambulant vor Stationär“** zu überwachen, wurde ein Monitoringkonzept erstellt und das Obsan mit der Durchführung beauftragt. Es werden die Entwicklung der Anzahl der ambulanten und stationären Eingriffe, die Kosten, die Qualität und die administrativen Prozesse beobachtet. Berichte zu Fallzahlen und Kosten werden auch publiziert. (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium 2021a)

Auf Basis der abschließenden Evaluation wird über Ausbau oder Anpassung der Regelung entschieden.

Die **„Liste der grundsätzlich ambulant durchzuführenden elektiven Eingriffe“** enthält die konkreten Eingriffe inkl. CHOP-Kodes. Die Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) (Sektion Gesundheit der Bevölkerung am Bereich Medizinische Klassifikationen (BFS) 2021) enthält die sogenannten Prozedurenkodes zur Abbildung spezifischer medizinischer Leistungen bei stationären Behandlungen. Der CHOP-Prozedurenkatalog wird jährlich per 1. Januar durch das Bundesamt für Statistik (BFS) aktualisiert. Daher muss auch der Anhang 1a KLV entsprechend regelmäßig aktualisiert werden, zumindest der Verweis auf die jeweils gültige Version des CHOP-Katalogs.

Da die Schweiz föderal organisiert ist, gibt es in einzelnen Kantonen unterschiedliche Listen von ambulant durchzuführenden Eingriffen, die aber jedenfalls die sechs bundesweit definierten Eingriffe enthalten. In diesen Listen wurden vor allem Eingriffe/Leistungen ergänzt, die bereits bisher in großem Umfang ambulant erbracht wurden (z. B. Katarakt-OP, Handchirurgie, Gefäßuntersuchungen) und in der bundesweiten Liste aus diesem Grund nicht mehr enthalten sind.

Die Abrechnung ambulanter Leistungen erfolgt nach **TARMED** (Tarif medical). (Bundesamt für Gesundheit BAG 2021e)

In der Vereinbarung über die **Anerkennung von Sparten nach TARMED** (Spartenkonzept) (TARMED Suisse 2007) werden Abgrenzungskriterien definiert, die sicherstellen, dass bestimmte Leistungen nur dann von einem Leistungserbringer mit dem entsprechenden Kostensatz dieser Sparte abgerechnet werden können, wenn er die in der TARMED-Modellberechnung berücksichtigten Kriterien hinsichtlich personeller, räumlicher und technischer Infrastruktur erfüllt. Die Anerkennung erfolgt auf Basis der Selbstdeklaration.

5.2.2 Strukturelle Anforderungen

Ambulante Leistungen können entweder in Arztpraxen oder in Spitalsambulanzen durchgeführt werden. Dazu braucht es jedenfalls eine Bewilligung/Zulassung durch den Kanton.

Für die Anerkennung von diversen Sparten/Leistungsbereichen nach TARMED sind Anforderungen/Kriterien im Spartenkonzept festgelegt. Kriterien für die Sparte „Praxis-OP, OPI, OPII und OPIII“ umfassen technische und bauliche Anforderungen an den OP-Saal und die direkte OP-Umgebung sowie vorzuhaltende Medizintechnik. (TARMED Suisse 2007)

Diese Kriterien gelten sowohl für Spitäler als auch für Arztpraxen, wobei Arztpraxen nur einen Praxis-OP, OPI oder OPII bewilligen lassen können.

5.2.3 Personelle Anforderungen

Für die Abrechnung von ambulanten Leistungen gegenüber der Sozialversicherung benötigen Ärzte/Ärztinnen eine bestimmte **qualitative Dignität (FMH Bundesverband 2021c)**. Damit ist die fachliche Qualifikation - Facharztstitel, Schwerpunkte und Fähigkeitsausweise - gemeint, die in der Weiterbildungsordnung (SIWF 2019) geregelt ist. Die qualitativen Dignitäten sind bei jeder einzelnen Leistung im TARMED vermerkt. Auf der Website des Berufsverbandes der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) (FMH Bundesverband 2021d) sind die Tarifpositionen zu Facharzttiteln und Schwerpunkten sowie zu Fähigkeitsausweisen zusammengestellt.

Im Spartenkonzept zur Anerkennung von diversen Sparten/Leistungsbereichen nach TARMED sind für die Sparte „Praxis-OP, OPI und OPII“ auch personelle Voraussetzungen für nicht-ärztliches Personal festgelegt, z. B. qualifiziertes OP-Pflegepersonal oder kardiotechnisches Pflegepersonal.

5.2.4 Patientensicherheit/Qualitätssicherung

Im National- und Ständerat fand 2020 eine Einigung über die Aufgabentrennung zwischen der Zulassung ambulanter Leistungserbringer und Qualitätssicherung statt, wobei die Zulassungsvoraussetzung für ambulante Leistungserbringer in der Kompetenz der Kantone liegt, Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung in der Kompetenz der Leistungserbringer und der Versicherer verbleiben (Curafutura 2020a).

Die Stiftung für Patientensicherheit publizierte 2012 „**Operation Sichere Chirurgie. Die chirurgische Checkliste und ihre Implementierung**“ (Stiftung für Patientensicherheit 2012). Diese ist auch für ambulant durchgeführte Operationen gültig.

Die „**Patientensicherheit Schweiz**“ ermöglicht mit **CIRNET** (Patientensicherheit 2021b) den angeschlossenen Gesundheitseinrichtungen eine Vernetzung auf Organisations- und Fachebene für ein überregionales Lernen aus Fehlern. Damit kann der Nachweis gegenüber der Öffentlichkeit, den Finanzierern, Versicherern und weiteren Kreisen erbracht werden, dass sie einen wichtigen Teil des klinischen Risikomanagements betreiben und sich für die Förderung der Patientensicherheit engagieren.

Seit Kurzem gibt es auch eine Initiative zu Patientensicherheit im ambulanten Sektor (Patientensicherheit 2021a). Als aktuelles Projekt läuft **Patientensicherheit im Qualitätszirkel**. In diesem vertrauensvollen Rahmen soll eine aktive Auseinandersetzung mit dem Thema gefördert werden. Die Patientensicherheit Schweiz entwickelt dazu gemeinsam mit der FMH Materialien für die Vermittlung und Diskussion grundlegender Patientensicherheitsthemen.

Im November 2012 gründete die FMH die **Schweizerische Akademie für Qualität in der Medizin SAQM** (FMH Bundesverband 2021a). Die SAQM entwickelt und fördert fachübergreifende Qualität, indem sie Qualitätsaktivitäten vernetzt und koordiniert. Dabei bezieht die SAQM die Qualitätsverantwortlichen der in der Ärztekammer vertretenen Ärzteorganisationen (Forum Qualität SAQM) in die Arbeit ihrer Gremien ein.

Die Schweizerische Gesellschaft für Anästhesie und Reanimation (SGAR/SSAR) publiziert **Informationen zu Anästhesien** für die Bevölkerung. Auf dieser Website wird auch der Ablauf ambulanter Eingriffe mit Narkose von der Vorbereitung bis zu Verhaltenstipps postoperativ beschrieben; damit kann zu einer Steigerung der Kompetenz und somit zur Patientensicherheit beigetragen werden.

5.3 Vergütung

Im stationären Bereich werden stationäre akutsomatische Spitalsleistungen seit 2012 über **SwissDRG** (SwissDRG AG 2021) abgerechnet, eine pauschale Vergütung einer Hospitalisation, basierend auf einer Diagnosenkodierung via ICD-10 und einer Prozedurenkodierung via Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP). Finanziert wird der stationäre Bereich von den Kantonen mit mindestens 55 Prozent der Kosten und den Krankenversicherern mit höchstens 45 Prozent der Kosten (dualistische Finanzierung). Zusätzlich erhalten Spitäler bei privat- oder halbprivatversicherten Patientinnen und Patienten eine Entschädigung aus der Zusatzversicherung.

Die Finanzierung ambulanter Leistungen erfolgt via **TARMED** (Bundesamt für Gesundheit BAG 2021e). Das ist ein Einzelleistungstarif, der für jede Leistung Taxpunkte festlegt, die dann mit dem jeweiligen kantonal unterschiedlichen Taxpunktwert multipliziert werden. Das ambulante System wird ausschließlich von Versicherern finanziert (monistische Finanzierung). TARMED gilt für alle ambulanten ärztlichen Behandlungen in Arztpraxen und Spitälern und dient der Vereinheitlichung der Tarife in der Schweiz.

Aufgebaut ist der Katalog nach dem Grundsatz von Haupt- und Zuschlagsleistungen, wobei Hauptleistungen allein, Zuschlagsleistungen jedoch zwingend einer Hauptleistung (selten mehreren Hauptleistungen) zugeordnet und nur mit dieser gemeinsam abgerechnet werden können. Hauptleistungen sind untereinander kumulierbar, es gibt jedoch auch Kumulationseinschränkungen (z. B. für einen gewissen Zeitraum ist die Leistung nur einmal verrechenbar).

Operative und interventionelle Leistungen beinhalten die notwendige Planung sowie bildgebende Maßnahmen durch Operateur/Operateurin bzw. Assistenz. Vorbehalten bleiben Leistungen, für die eine separate Abrechnung ausdrücklich erwähnt und tarifiert ist.

Verbrauchsmaterial ist separat verrechenbar, sofern der Einkaufspreis (inkl. MWST) pro Einzelstück 3,00 CHF übersteigt.

Gegliedert ist der Katalog in Grundleistungen, Verbände sowie Leistungen entlang von Fachbereichen (PSY, KiJU, Anästhesie, Nuklearmedizin etc.) bzw. anatomischen Achsen, wobei zwischen Diagnostik und Therapie differenziert wird. Zusätzlich gibt es noch Leistungen in den Bereichen Intensiv- und Spezialpflege, OP, Tagesklinik, Aufwachraum sowie Berufskrankheitenprophylaxe. Leistungen werden Leistungsblöcken und/oder Leistungsgruppen zugeordnet, die ein gemeinsames tarifarisches Merkmal haben.

Ursprünglich gab es die sogenannte **quantitative Dignität** (FMH 5 bis FMH 12). Bei der Bewertung der Leistungen wurden für unterschiedliche Facharztstitel gemäß Weiterbildungsdauer verschiedene Stundenansätze einkalkuliert. Im Rahmen einer Revision von TARMED (TARMED-Version 1.09_BR) führte der Bundesrat 2018 einen **einheitlichen Dignitätsfaktor von 0.985** (Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) 2017) ein und ebnete damit die quantitativen Dignitäten ein. Damit wird der Minutenkostensatz der ärztlichen Leistung (AL) unabhängig von der ärztlichen Weiterbildung und Tarifposition festgelegt. Eine Ausnahme besteht beim Weiterbildungstitel „Praktischer Arzt/Praktische Ärztin“: Hier verordnete der Bundesrat, dass Ärztinnen und Ärzte, welche ausschließlich über einen solchen Weiterbildungstitel und nicht über einen Facharztstitel verfügen, einen Skalierungsfaktor (Reduktion) von 0.93 auf die ärztliche Leistung anwenden müssen.

5.3.1 Umfang und Art der Vergütung in unterschiedlichen Settings

Über TARMED gibt es eine einheitliche ambulante Tarifstruktur für Arztpraxen, Gruppenpraxen und Spitäler. Allerdings ist die tatsächliche Vergütung kantonal unterschiedlich, da es unterschiedliche Taxpunktwerte gibt.

In einer ärztlichen Praxis kann ein Praxis-OP, OPI oder OPII bewilligt werden, wodurch dann die entsprechenden Leistungen gemäß TARMED abgerechnet werden können. Ein OPIII kann in einer Arztpraxis nicht bewilligt werden.

5.3.2 Konkrete Vergütungskataloge

Ambulante Leistungen werden mittels TARMED („tarif medical“) finanziert. (Bundesamt für Gesundheit BAG 2021e)

Dieser Tarif wurde 2004 eingeführt und basiert auf über 4.500 Einzelpositionen (Einzelleistungstarifsystem). Er gilt sowohl für Spitäler wie auch für Arzt- und Gruppenpraxen. Die bis dahin kantonal unterschiedlichen Arzttarife wurden durch eine gesamtschweizerisch einheitliche Struktur ersetzt, die eine größere Transparenz und somit eine bessere Vergleichbarkeit erlaubt. Als Tarifpartner fungieren die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), die Schweizer Krankenversiche-

rer (santésuisse), die Spitäler der Schweiz (H+) sowie die in der Medizinaltarifkommission (MTK) der Suva⁷ vertretenen Eidgenössischen Sozialversicherer (Unfallversicherung UV, Militärversicherung MV, Invalidenversicherung IV).

2018 wurde vom Bundesrat per Verordnung die revisionsbedürftige Tarifstruktur für ärztliche Leistungen angepasst und gleichzeitig als gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur für ärztliche Leistungen festgelegt. (Schweizerische Bundesrat 2018)

Für ausgewählte ambulante Eingriffe gibt es aber auch pauschale Vergütungen, die allerdings momentan auf freiwilligen Vereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Versicherern beruhen.

5.3.3 Politische Bewertung

Kantone, Leistungserbringer und Versicherer haben teils entgegengesetzte Anreize, die zu Verzerrungen bei der Wahl der gesamtwirtschaftlich effizienten Therapieform führen können.

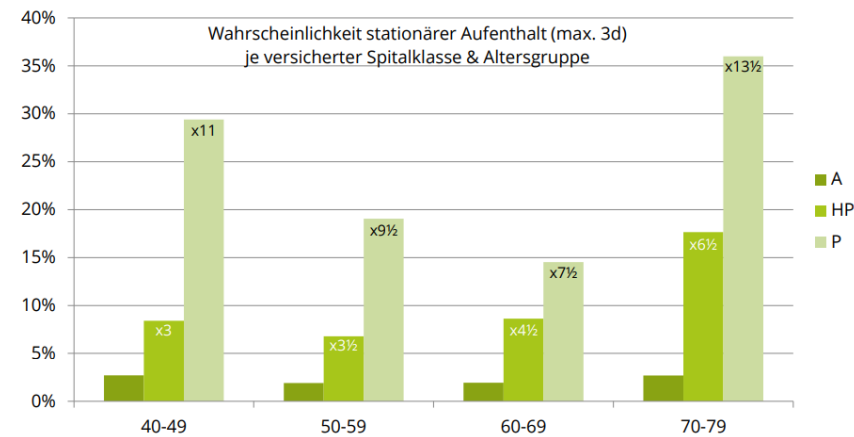
Die bereits stattfindende zunehmende Verlagerung von mehrheitlich steuerfinanzierten stationären hin zu prämiendifinanzierten ambulanten Leistungen geht aktuell zulasten der Prämienzahlenden. Da Prämien im Unterschied zu Steuern nicht einkommensabhängig sind, werden durch die Verlagerung in den prämiendifinanzierten Bereich niedrige und mittlere Einkommen im Verhältnis stärker belastet. Die zunehmend medizinisch möglich werdende, gesamtwirtschaftlich sinnvolle und politisch gewollte Verlagerung von stationär zu ambulant wird mit einer Mitbeteiligung der Kantone an der Finanzierung der ambulanten Versorgung sozialverträglich gemacht. (Curafutura 2020b)

Im ambulanten Bereich besteht aktuell eine deutliche Unterdeckung der Kosten der Spitäler, die durch deren Kostenrechnungen belegbar ist. Durch Zusatzversicherungen bestehen starke finanzielle Anreize, Leistungen stationär zu erbringen, da Ärzte/Ärztinnen nur dann Zahlungen von den Zusatzversicherungen erhalten, wenn die Leistung stationär abgerechnet wird (Abbildung 4).⁸

⁷ SUVA: Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

⁸ Graf 2021

Abbildung 4: Finanzielle Anreize bei Zusatzversicherten (Halbprivat- bzw. Privatversicherten) am Beispiel Arthroskopie des Kniegelenks



Quelle: Graf o. J., S. 20

5.3.4 Differenzierung in der Vergütung

Eine Schweregraddifferenzierung gibt es nicht.

Es wurden Kriterien definiert, die eine stationäre Erbringung der an sich ambulant durchzuführenden Leistungen ermöglichen. Diese sind in einer **Liste mit Ausnahmekriterien** (Tabellen II Anhang 1a KLV) zusammengefasst, die sich auf Alter, Komorbiditäten sowie weitere (soziale) Faktoren beziehen. Ein Teil dieser Kriterien ist als Nebendiagnose kodierbar. Somit kann aus den Routinedaten der Spitäler der PCCL ermittelt und für eine Überprüfung herangezogen werden.

5.4 Entstehungsprozess, Empirie und Perspektiven

5.4.1 (Historische) Entwicklung des Systems

Beginnend mit dem Jahr 2015 wurden vonseiten des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), basierend auf einer Liste mit 37 Operationen, die von der International Association for Ambulatory Surgery (IAAS 2021) publiziert wurde, die Verlagerungspotentiale von Eingriffen vom stationären in den ambulanten Bereich in der Schweiz ausgelotet. In die Arbeiten waren alle wesentlichen Stakeholder eng eingebunden.

Parallel dazu wurden auch in einigen Kantonen (führend Zürich und Luzern) Arbeiten dazu durchgeführt. Die **Studie von PwC** zum Thema „Ambulant vor stationär. Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen“ wurde 2016 publiziert (PWC 2016). Ausgehend vom Umstand, dass in der Schweiz immer mehr Patientinnen und Patienten ambulant behandelt werden, untersucht die Studie das Verlagerungspotential von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich,

analysiert die damit verbundenen Kosten und zeigt Lösungsansätze auf. Die ausgewählten 13 Eingriffe basieren auf einer 2015 publizierten Studie des Obsan, wobei diese wiederum auf eine von der IAAS veröffentlichte Liste mit 37 chirurgischen Referenzverfahren, die Ärzte und Ärztinnen ambulant ausführen können, referenziert.

Im Jahr 2018 wurde im Rahmen des Änderungsentwurfs für Anhang 1 der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) das **Obsan** vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) mit einer Studie beauftragt, die die Zahl der vom stationären in den ambulanten Bereich potenziell verlagerbaren Fälle sowie die Auswirkungen einer solchen Verlagerung auf die Gesundheitskosten einschätzen sollte (Roth, Pellegrini 2018b). Als Hauptergebnisse zeigen sich, dass die meisten Eingriffe bereits ambulant erfolgen (mit Ausnahme von Hernien- und Meniskus-OP) sowie ein wesentlicher Teil der stationär durchgeführten Eingriffe in den ambulanten Bereich verlagert werden könnte (33.000 Fälle), wodurch sich eine Einsparung von 90 Mio. CHF erreichen ließe.

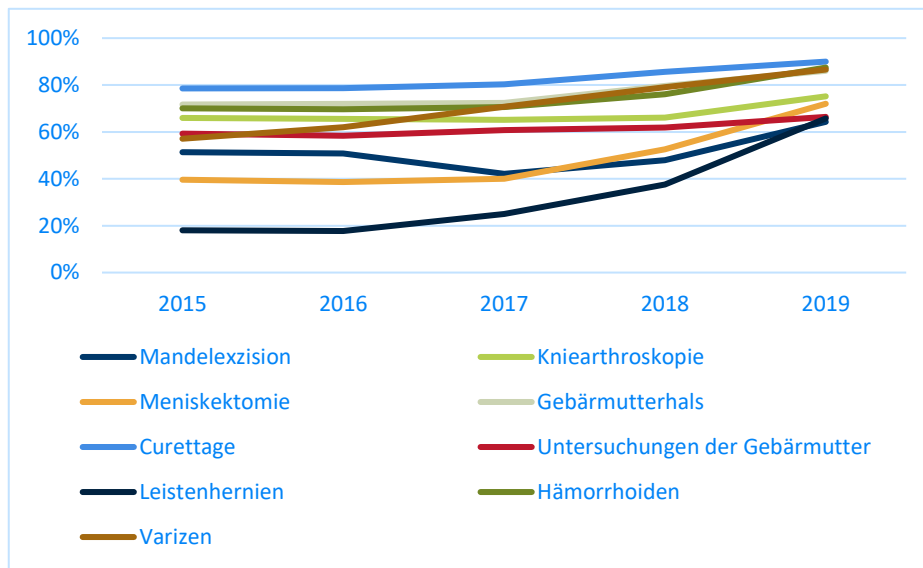
5.4.2 Empirie

Im Rahmen des Monitorings zu den Auswirkungen der Maßnahme „Ambulant vor Stationär“ werden vom Obsan regelmäßig einmal jährlich Daten zur Fallentwicklung (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium 2021a) sowie zu den Kosten (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium 2021b) publiziert.

Es wird eingangs darauf hingewiesen, dass es keine einheitliche Datenbank für stationäre und ambulante Daten gibt, wodurch ambulante und stationäre Daten nur beschränkt verknüpft und ausgewertet werden können. Insbesondere ambulante Daten sind fragmentiert und erlauben nur partielle Rückschlüsse.

Grundsätzlich wurden bereits vor Einführung von „Ambulant vor Stationär“ einige Leistungen zu einem hohen Prozentsatz ambulant erbracht. Ab 2018 sieht man jedoch einen Anstieg der vorher nur zu einem geringeren Prozentsatz ambulanten Leistungen, wie z. B. der Leistenhernien-OP oder der Meniskektomie (Abbildung 5).

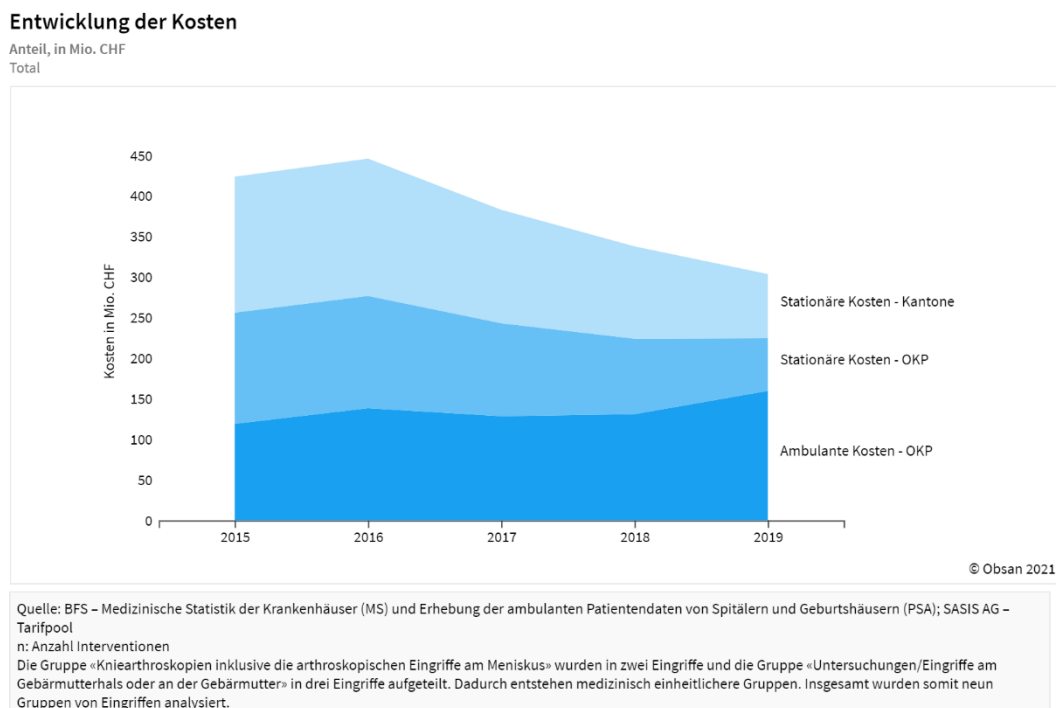
Abbildung 5: Entwicklung des Anteils der ambulanten Leistungserbringung



Quelle: OBSAN 2021 (eigene Darstellung: GÖ-B)

Die Kostenentwicklung wird getrennt nach stationären Kosten für Kantone sowie stationären und ambulanten Kosten für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) für die Jahre 2015-2019 dargestellt (Abbildung 6). Dabei zeigt sich nach einem Anstieg der Kosten von 2015 auf 2016 für alle drei Bereiche ab 2016 gesamt gesehen ein starker Rückgang der Kosten von knapp 450 Mio. CHF auf 300 Mio. CHF. Dieser Rückgang ist auf die deutlich geringeren Kosten im stationären Bereich zurückzuführen, wohingegen die Kosten für den ambulanten Bereich ansteigen. Dennoch reduzieren sich auch für die OKP die Kosten von 2016 auf 2018, bleiben dann aber stabil.

Abbildung 6: Entwicklung der Kosten „Ambulant vor Stationär“



Quelle: OBSAN 2021

5.4.3 Weiterentwicklung der Kataloge

Über die Aufnahme neuer Leistungen in die „Liste der grundsätzlich ambulant durchzuführenden elektiven Eingriffe“ soll auf Basis der abschließenden Evaluation der Maßnahme „Ambulant vor Stationär“ durch das Obsan entschieden werden.

Der CHOP-Prozedurenkatalog wird jährlich per 1. Januar vom Bundesamt für Statistik (BFS) aktualisiert. Daher muss auch der Anhang 1a KLV entsprechend regelmäßig aktualisiert werden, zumindest der Verweis auf die jeweils gültige Version des CHOP-Katalogs.

5.4.4 Ausblick

Fehlanreize bei der Finanzierung und Honorierung verhindern kostendämpfende Maßnahmen, die durch die Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich dank dem medizinischen Fortschritt möglich wären. Diskutiert werden eine Angleichung von ambulanten und stationären Tarifen, die Förderung ambulanter Infrastrukturen und die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen.

Ende 2012 wurde ein den ambulanten Arzttarif betreffendes Revisionsprojekt der FMH mit dem Verband der Unfallversicherer MTK und dem Spitalverband H+ gestartet, an dem sich ab 2015 curafutura⁹ beteiligte. Ende 2016 wurden die Arbeiten mit dem Projekt **TARDOC** (TARMEDConsensus) (FMH Bundesverband 2021b) fortgesetzt und gemeinsam mit den Fachgesellschaften wurde die Tarifstruktur überarbeitet.

Ziel ist es, eine sachgerechte und betriebswirtschaftlich korrekte Vergütung der ambulanten medizinischen Leistungen zu ermöglichen. Der TARDOC bildet im Vergleich zum TARMED das heute relevante ambulante ärztliche Leistungsspektrum ab. Das umfasst nicht nur die Bereinigung von nicht ambulant erbrachten Tarifpositionen und die Aufnahme von neuen Verfahren und technischen Möglichkeiten, sondern beispielsweise auch die verbesserte Abbildung der hausärztlichen Tätigkeit und die Neustrukturierung von Kapiteln.

Parallel dazu gibt es vonseiten der H+ und der santésuisse Arbeiten zu einem **Pauschalsystem im ambulanten Bereich** analog den Swiss-DRG. Ziel ist es, ein einheitliches Pauschalsystem sowohl für den stationären als auch den ambulanten Bereich zu schaffen.

Anlässlich ihrer letzten Sitzung zur Überprüfung des ersten Maßnahmenpakets des Bundes zur Dämpfung der Gesundheitskosten sprach sich die Gesundheitskommission des Ständerats 2021 für zwei parallele Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen aus. Dies bedeutet eine Struktur mit Einzelleistungstarifen und eine mit Pauschaltarifen. Als Tarifstruktur wird weiterhin TARMED verwendet, wobei der Wunsch besteht, dass TARMED ab 2022 von TARDOC (FMH Bundesverband 2021b) abgelöst werden soll.

Das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) führte eine **Studie** zu den qualitativen und quantitativen **Auswirkungen einer „einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen“ (EFAS)** durch. Konkrete Fragestellung war: Wie lassen sich die dynamischen Wirkungszusammenhänge zwischen der einheitlichen Finanzierung und den vermuteten Auswirkungen auf die Effizienz und die Versorgungsqualität im OKP-Gesamtsystem darstellen und erhärten?

Als wesentliches Ergebnis kann EFAS eine positive Wirkung auf die Effizienz und Versorgungsqualität attestiert werden, vorwiegend indirekter Art über folgende Wirkgrößen: Steuerung der Behandlungskette (z. B. Verbesserung der medizinischen Indikationsqualität), Anreizwirkung von Vergütungssystemen sowie Versorgungsstrukturen (z. B. Kapazitäten in Spitälern).

Folgende Wirkungszusammenhänge konnten identifiziert werden:

Durch die Erhöhung der Attraktivität von Modellen Integrierter Versorgung mit Budgetmitverantwortung der Ärztenetzwerke auf der Basis einer Capitation-For-

⁹ Das sind die Krankenversicherer CSS, Helsana, Sanitas und KPT.

mel kommt es zu einer besseren Steuerung der Behandlungskette, was die Indikationsqualität und die Überweisungsqualität erhöht sowie Präventionsaktivitäten finanziell lohnenswerter macht.

Innovative Tarifstrukturen der Krankenversicherer erlauben eine Gesamtsicht auf die Behandlungskette und steigern die Transparenz auf der Leistungskostenseite, wodurch die Krankenversicherer besser in der Lage sind, mit einzelnen Leistungserbringern individuelle tarifäre Vereinbarungen außerhalb des Arzttarifs zu entwickeln.

EFAS stärkt die Krankenversicherer in ihrer Funktion, „ambulant vor stationär“ durch Steuerung und Leistungskontrolle durchzusetzen.

Systeme für ein schweizweites **Monitoring von Klinischen Outcomes** besonders im ambulanten Bereich sollen definiert und aufgebaut werden, da es aktuell keine systematischen Daten gibt. Geplant ist eine Studie mit freiwillig teilnehmenden Spitälern, um ausgesuchte Outcomes zu erfassen sowie ergänzend eine Patientenbefragung durchzuführen. Ergebnisse dazu sollen, wenn möglich, in das Monitoring einfließen.

5.5 Interviews

Wir danken folgenden Institutionen und Personen, die uns im Rahmen unserer Recherchen für ein Interview zur Verfügung standen:

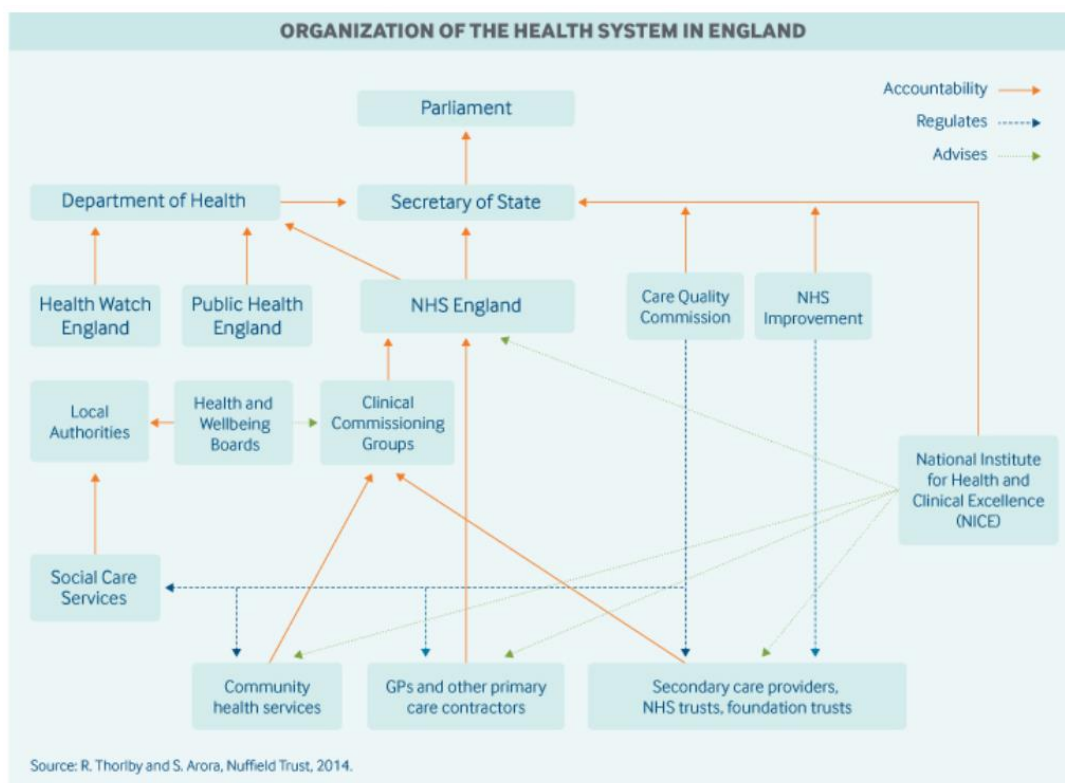
- ◆ Dr. med. Dorota Zglinski, BAG
- ◆ Christoph Schöni, H+ Die Spitäler der Schweiz

6. Großbritannien

In Großbritannien gibt es ein steuerfinanziertes Gesundheitssystem. Eine zentrale Rolle nimmt dabei der National Health Service (NHS) ein, der vor einigen Jahren in vier Bereiche analog den konstituierenden Teilen des Vereinigten Königreichs, England, Wales, Schottland und Nordirland, aufgeteilt wurde. Diese staatlichen Agenturen verteilen das Budget auf die lokalen Clinical Commissioning Groups (in Folge NHS-Beauftragte), welche die Gesundheitsleistungsanbieter direkt verwalten und finanzieren (Commonwealthfund 2020). Trusts sind die rechtlichen Einheiten, in denen Gesundheitsleistungen angeboten werden (Abbildung 7). (NHS 2021b)

Die freie Arztwahl ist ein in den Statuten des NHS festgehaltenes Patientenrecht (Department of Health and Social Care 2015), auch Fachexperten/Fachexpertinnen und Spitäler können frei gewählt werden. (NHS 2017)

Abbildung 7: Akteure im englischen Gesundheitssystem



Quelle: Thorlby, International Health Care System Profiles – England (2020) (Commonwealthfund 2020)

6.1 Definitionen

Ambulante Operationen und Eingriffe werden im Vereinigten Königreich in Day Surgery und Outpatient/Ambulatory Surgery unterteilt.

Day Surgery¹⁰ wird in den „Guidelines for day-case surgery 2019“ der Association of Anaesthetists und der British Association of Day Surgery folgendermaßen definiert: „The patient is admitted and discharged on the same day, with day surgery as the intended management.“ (Der Patient/Die Patientin wird am selben Tag aufgenommen und entlassen, wobei eine tageschirurgische Behandlung vorgesehen ist.). (Bailey et al. 2019)

Im Zusammenhang mit den Best Practice Tariffs, einem speziellen Tarifierungsmodell, werden **Day-case Procedures** als Aufnahmen definiert, bei denen der Patient/die Patientin vor Mitternacht entlassen wird (NHS 2020b). Ebenso wird im Prozedurenverzeichnis (Directory of Procedures) der British Association of Day Surgery (BADs) festgehalten, dass „echte“ Day Surgery als Aufnahme, Behandlung und Entlassung am selben Kalendertag, also als Null-Tages-Aufenthalt, betrachtet werden soll (Jackson, McWhinnie 2015).¹¹ Bei der noch immer gebräuchlichen Definition des 23-Stunden-Aufenthalts wird hingegen der Patient/die Patientin bei einer Aufnahme über Nacht nicht mehr als Day Case, sondern als stationär kodiert.

Im Unterschied dazu steht **Ambulatory (Outpatient) Surgery**: Outpatient Procedures werden außerhalb von Operationssälen mit lokaler oder ohne Anästhesie durchgeführt, wohingegen Verfahren, die als Day Case kodiert werden, in einem Operationssaal unter allgemeiner Anästhesie stattfinden. (NHS 2020b)

6.2 Voraussetzungen

Bis auf die rechtlichen Rahmenbedingungen und die Qualitätskontrolle durch die staatliche Care Quality Commission handelt es sich bei den Anforderungen zur optimalen Erbringung von Day Surgery meist um Empfehlungen der Fachgesellschaften und der Royal Colleges, die in Großbritannien für jede Fachdisziplin eingerichtet sind.

In den Leitlinien zur Tageschirurgie (day-case surgery) wird festgehalten, dass die **Mehrheit der Patienten/Patientinnen für Day Surgery geeignet ist**. Falls ein medizinischer, sozialer oder behandlingstechnischer Grund dagegenspricht, muss hinterfragt werden, welcher Teil im Prozess das Hindernis für Day Surgery darstellt und ob eine Lösung gefunden werden kann. Kriterien mit konkreten Ausschlussgründen sollten in einem multidisziplinären Verfahren identifiziert und lokal festgeschrieben werden (Bailey et al. 2019). Ein instabiler ASA-III- oder ASA-IV-

¹⁰ Im Folgenden werden die Begriffe „Day Surgery“, „Day-case Procedures“, „Day Case“ und „Tageschirurgie“ synonym verwendet.

¹¹ Für diesen Bericht wurden die Inhalte der 5. Edition des Directory of Procedures extrahiert, da die sechste Auflage nicht frei zugänglich ist.

Score¹² sowie instabile Vorerkrankungen stellen allerdings Kriterien für die Exklusion von Day Surgery dar (Stocker 2020). Operationen mit einem signifikanten Risiko für schwere postoperative Komplikationen stellen ebenfalls eine absolute Kontraindikation für die Durchführung in einem Day-case-Setting dar. (Bailey et al. 2019)

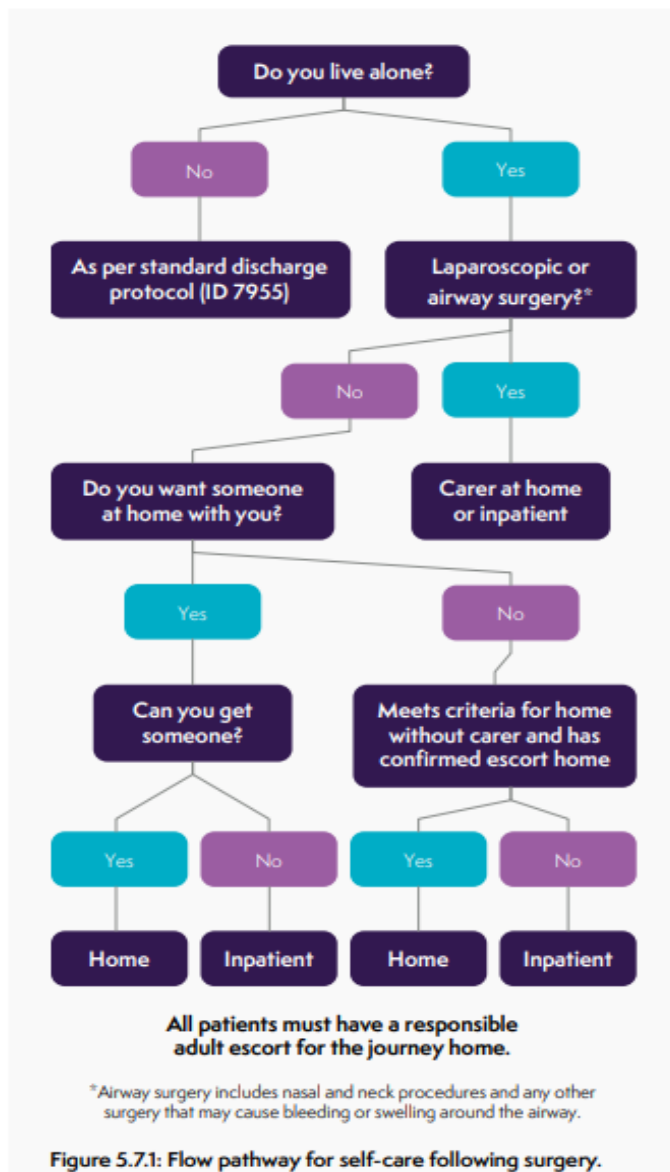
Vor diesem Hintergrund scheint der Grundsatz, dass eine designierte Aufsichtsperson einen tageschirurgischen Patienten/eine tageschirurgische Patientin 24 Stunden lang postoperativ überwachen muss, für manche Eingriffe zu intensiv, während die Zeitspanne bei anderen Operationen eventuell nicht ausreicht. Es ist aber weiterhin notwendig, dass Patienten/Patientinnen von einer Betreuungsperson abgeholt und nach Hause gebracht werden.

Innovative Modelle, wie jenes der **Virtual Ward**, organisieren das postoperative Patientenmanagement bis 24 Stunden nach der Operation über telefonische Follow-up-Gespräche oder gegebenenfalls sogar mit einer professionellen Pflegekraft, die den Patienten/die Patientin über Nacht zu Hause versorgt. (Bailey et al. 2019)

Ein Bericht aus der Praxis der Norfolk and Norwich University Hospitals empfiehlt in diesem Zusammenhang die Evaluierung des Alters, der Art der Operation samt Komplikationsrate und der sozialen Situation des Patienten/der Patientin (Morris 2020). Anhand dessen wurde ein Entscheidungspfad erstellt (Abbildung 8).

¹² von der American Society of Anesthesiologists (ASA) vorgeschlagene Klassifikation zur Einteilung von Patientinnen/Patienten vor der Narkose in verschiedene Risikogruppen anhand von systemischen Erkrankungen

Abbildung 8: Entscheidungsbaum postoperative Nachbetreuung



Quelle: The need for a carer at home after day surgery (Morris 2020)

Bezüglich der **medizinischen Voraussetzungen** wird der Status des Patienten/der Patientin im präanästhesiologischen Assessment über Kennzahlen wie den ASA Score, BMI¹³ und das Alter des Patienten/der Patientin festgestellt (Bailey et al. 2019). Ein nur kurzer postoperativer Krankenhausaufenthalt muss vor allem bei instabilem Zustand des Patienten/der Patientin hinterfragt werden, wohingegen Personen mit chronischen Erkrankungen von tageschirurgischen Operationen sogar profitieren können (Lipp, Ahuja 2016). Selbst Personen mit Übergewicht oder

¹³ Body-Mass-Index

Schlafapnoe-Syndrom können unter bestimmten Voraussetzungen als Day Case geführt werden. (Bailey et al. 2019)

Auch in der **Kinderchirurgie** sollte Day Surgery in Betracht gezogen werden, da es in diesem Bereich nur wenige absolute Kontraindikationen gibt (Bailey et al. 2019). Im Directory of Procedures der British Association of Day Surgery (BADs) werden einige Beispiele für pädiatrische Operationen mit Ziel-Verweildauer angeführt. (Jackson, McWhinnie 2015)

Auch **ältere Patienten und Patientinnen** können bei Wahrung hoher Qualität und Patientensicherheit im tageschirurgischen Bereich operiert werden. Aufgrund der häufig beobachteten Verwirrungszustände von älteren und alten, speziell demen-ten, Personen bei stationärer Aufnahme und nach einer Vollnarkose stellt Day Surgery sogar eine optimale Behandlungsmethode dar. Außerdem konnten keine erhöhten Komplikationsraten im Vergleich zu einem jüngeren Patienten-klientel beobachtet werden. Die Belastung durch die präoperative Nahrungskarenz sollte allerdings beachtet werden. (Bailey et al. 2019)

Selbst **dringliche Operationen** können in einem „semi-elective pathway“ als Day Surgery erfolgen. Schon bei Erstkonsultation erhält der Patient/die Patientin einen kurzfristigen Termin für eine ambulante Operation oder die tageschirurgische Operation wird sofort durchgeführt. Neben den Vorteilen für die Patienten und Patientinnen kommt es auch zu weniger Verschiebungen und Stornierungen von stationär durchgeführten Operationen, da die Operationspläne für stationäre Patienten und Patientinnen weniger durch spontane Einschübe belastet werden. (Bailey et al. 2019)

6.2.1 Regulatorischer Rahmen

In Section 116 des **Health and Social Care Act 2012** (Health and Social Care Act 2012 2012) ist festgelegt, dass alle Gesundheitsleistungen des National Health Service (NHS) England bis auf einige Ausnahmen - wie zum Beispiel Leistungen aus der Primärversorgung oder im Bereich Public Health - über den National Tariff vergütet werden (NHS 2020a). Dieses Vergütungssystem beruht auf dem **Prinzip der ergebnisabhängigen Bezahlung** (Payment by Results). (NHS o. J.-c)

Die konkreten nationalen Tarife sind im **National Tariff Workbook**, einem Annex des National Tariff Payment System, gelistet. (NHS 2020/21)

Zusätzlich setzt die nationale „Referral to treatment (RTT) time“ von 18 Wochen, also die Zeit, die maximal zwischen der Überweisung des Patienten/der Patientin und dem geplanten, nicht notfallmedizinischen Eingriff liegen soll, eine wichtige Rahmenbedingung für elektive Operationen. Dieses Patientenrecht wurde im Statut des NHS festgehalten. (Department of Health and Social Care 2015) (NHS o. J.-a)

6.2.2 Strukturelle Anforderungen

Bei Operationen/Eingriffen wird zwischen vier typischen Behandlungswegen unterschieden (Jackson, McWhinnie 2015) (Tabelle 3):

- ◆ Durchführung im Eingriffsraum (procedure room)
- ◆ Nulltagesaufenthalt (zero night stay)
- ◆ Eintagesaufenthalt (one night stay)
- ◆ Zweitagesaufenthalt (two night stay)

Tabelle 3: Definition der Verweildauern im Directory

Prozedure room	An operation that can be performed in a suitably clean area outside an operating theatre. The varying complexity of such procedures may require the commissioning of a specific environment and equipment beyond the expectation of a standard outpatient room (eg endoscopy or outpatient hysteroscopy suites).
Zero night stay	Patient admission, treatment and discharge occurring on the same calendar day. National definitions of Day Surgery also include the mandate that such care should be intentionally pre-planned.
One night stay	Patient admission, treatment and discharge occurring over two consecutive days.
Two night stay	Patient admission, treatment and discharge occurring over three consecutive days.

Quelle: BADS Directory of Procedures (Jackson, McWhinnie 2015)

Die Klassifizierung der Leistung in Ambulatory Surgery oder Day Surgery wird wesentlich dadurch bestimmt, welche Art von OP bzw. Eingriffsraum für den Eingriff/die Operation benötigt wird. Ambulatory Surgery findet demnach in einem Eingriffsraum („non-theatre based setting“) statt, wohingegen bei Day Cases davon ausgegangen wird, dass die Verfahren in einem Operationssaal durchgeführt werden. (NHS 2020b)

Anders als in der Systematik anderer Länder sind Day Cases in Großbritannien Teil der „Admitted Patient Care“. Dazu zählen einerseits die stationären Patienten und Patientinnen (inpatients) und andererseits die Tagesfälle (day cases) (NHS Data Model and Dictionary 2021). Voraussetzung für eine etwaige begünstigte Vergütung ist es, einen geplanten Day Case auch zuvor als solchen zu kodieren. (NHS o. J.-b)

Die Erbringung der Leistung wird in „One-stop-clinics“ oder einer abgeschlossenen Einheit im Krankenhaus empfohlen. Falls dies nicht möglich ist, kann auch eine ein-

heitliche Day-Surgery-Station eingerichtet werden, von der die Patienten/Patientinnen in die zentralen Operationsräume gebracht werden. Es wird aber darauf hingewiesen, dass das Patientenmanagement allerdings deutlich komplexer ist, wenn tageschirurgische Patienten/Patientinnen auf unterschiedlichen Stationen aufgenommen werden. (Bailey et al. 2019)

Operationssäle und Aufwachräume für Day Surgery sollten dieselbe Ausstattung haben wie herkömmliche stationäre Operationsbereiche. (Bailey et al. 2019)

In Guidelines wird allerdings von stationären Bettenkapazitäten innerhalb der Day Surgery Unit abgeraten, um negative Auswirkungen auf den Tagesablauf des Folgetages und die fehlende Motivation, Patienten/Patientinnen am selben Tag zu entlassen, zu vermeiden. Anstatt Betten wären Liegen/Lehnsessel („trolleys“) praktikabler, da eine effiziente Nutzung durch mehrere Patienten/Patientinnen und ein reibungsloser Ablauf ermöglicht werden. (Bailey et al. 2019)

Park- und Haltemöglichkeiten sollten bei der Planung von Day-Surgery-Einheiten berücksichtigt werden, in entlegenen Gebieten muss die Entfernung zum nächstgelegenen Akutkrankenhaus mitbedacht werden. (Bailey et al. 2019)

In der Literatur wird oftmals die optimale Nutzung von Operationssälen und deren OP-Programmen thematisiert. Besondere Auswirkungen auf die Effizienz scheinen dabei die „morning slots“ in der Früh zu haben, die den Patienten/Patientinnen auch bei komplexeren Operationen eine ausreichende Erholungszeit gewähren (Skues, Jackson 2018), (Jackson, McWhinnie 2015). Durch eine bessere Nutzung der Operationsräume könnte die Anzahl der Operationen um 17 Prozent gesteigert werden. Aufgrund der besseren Planbarkeit von Tageschirurgie/ambulanten Eingriffen können Verschiebungen und Stornierungen aufgrund von fehlenden Bettenkapazitäten vermieden werden. (NHS 2019b)

6.2.3 Personelle Anforderungen

Verpflichtende/gesetzliche Vorgaben gibt es nicht. Leitlinien empfehlen, dass die Leitung einer Day Surgery Unit eine pflegerische Ausbildung absolviert haben sollte. Die zentrale Rolle des „clinical lead“ kann idealerweise von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Anästhesie mit Managementenerfahrung übernommen werden. Training zum gesamten tageschirurgischen Prozess sowie Kurse über Krankenhausmanagement sollten bereits in der Ausbildungsordnung für Anästhesie enthalten sein. (Bailey et al. 2019)

6.2.4 Patientensicherheit/Qualitätssicherung

Alle Gesundheitsleistungsanbieter, auch Privatspitäler und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, werden über die Care Quality Commission registriert. Diese staatliche Agentur monitiert die Einhaltung von Sicherheit und Qualität über national festgelegte Standards. Bei Verdacht auf Nichteinhaltung können einzelne Anbieter kontrolliert und deren Service auch eingestellt werden. (Commonwealthfund 2020)

Die Ergebnisse aus den Spitalsinspektionen der Care Quality Commission werden transparent über deren Website publiziert und sind somit öffentlich zugänglich. (Care Quality Commission 2021)

Tageschirurgie wird in Großbritannien außerdem durch eine Vielzahl an evidenzbasierten Empfehlungen und Best-Practice-Beispielen, die die Sicherheit und Qualität der Gesundheitsleistungen fördern sollen, unterstützt.

Die Bedeutung von umfassender **Patienteninformation** stellt eine Konstante in der Literatur dar. In den Guidelines der Association of Anaesthesia und der British Association of Day Surgery wird vor allem die Wichtigkeit schriftlicher Informationen betont. Patienten und Patientinnen müssen neben den medizinischen Informationen auch praktische Anleitungen zum Anfahrtsweg, zur Nahrungsaufnahme und zur Kleidung bekommen (Bailey et al. 2019). Beispiele für solche Patienteninformationen können unter anderem vom Royal College of Anaesthetists bezogen werden. (Royal College of Anaesthetists)

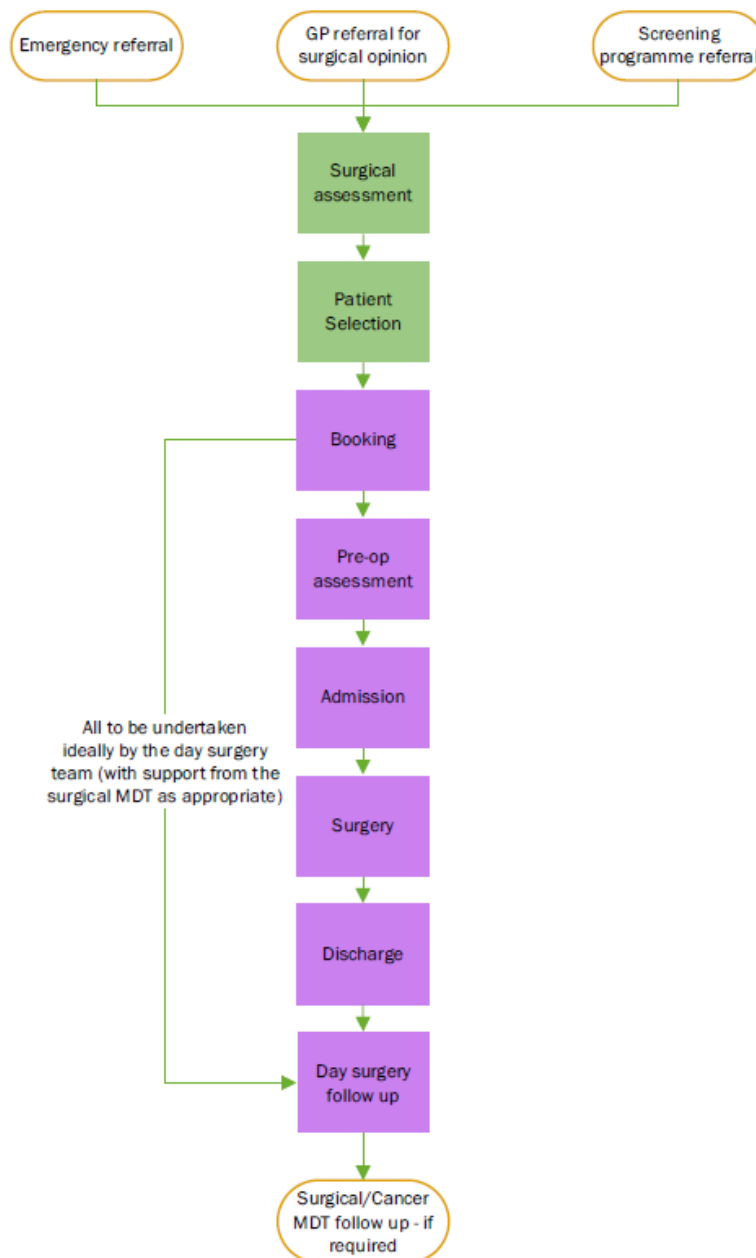
Die **Aufnahme der Patienten/Patientinnen** sollte möglichst kurz vor dem Operationstermin erfolgen. Dabei werden vier verschiedene Zeitfenster pro Tag für die Aufnahmen als tauglich beschrieben. Empfehlungen für die präoperative Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme sollten auf neuester Evidenzlage basieren. (Bailey et al. 2019)

Die **Anästhesie-Vorgespräche** sollen am selben Tag wie die Operation oder der Eingriff erfolgen, wobei jedenfalls die Art der Anästhesie sowie ein leicht verständlicher Plan zur Behandlung des postoperativen Schmerzes besprochen werden sollen. (Bailey et al. 2019)

Eine „**Helpline**“, die dem Patienten/der Patientin und der Betreuungsperson nach der Operation 24 Stunden lang zur Verfügung steht sowie Follow-up-Telefonate am nächsten Tag können nicht nur zur Patientenzufriedenheit beitragen, sondern auch als Tool zur Qualitätskontrolle genutzt werden, um postoperative Symptome und den Operations-Outcome zu evaluieren. (Bailey et al. 2019)

Ein umfassendes Werk zur Qualitätssicherung im Bereich Day Surgery wurde von der Getting it Right First Time (GIRFT) Academy, dem Centre of Perioperative Care (CPOC) und der British Association of Day Surgery (BADs) publiziert. Das „National Day Surgery Delivery Pack“ (Stocker 2020) und dessen Appendix (NHS 2019a) bieten eine Vielzahl an Materialien, Prozessabläufen und Best-Practice-Beispielen für die Gesundheitsanbieter, um den großen Differenzen in der postoperativen Aufenthaltsdauer entgegenzuwirken. Unter anderem wird ein generischer Day-case-Prozessablauf zur Verfügung gestellt (Abbildung 9).

Abbildung 9: Generischer Prozessablauf zu Tageschirurgie



Quelle: National Day Surgery Delivery Pack (Stocker 2020)

Über die Website „Model Hospital“ des NHS Improvement können ebenso Unterstützungsmaterialien bezogen werden und es besteht auch die Möglichkeit, mittels Benchmark die Rate an Day Surgery im eigenen Krankenhaus mit jenen in anderen NHS Trusts zu vergleichen. (NHS 2020c)

Im Zuge eines speziellen Entlassungsverfahrens, des „**criteria-led-discharge**“ (CLD) oder auch „nurse-led-discharge“, übernimmt ein Mitglied des klinischen Teams die Verantwortung für die Entlassung eines bestimmten Patienten/einer bestimmten

Patientin (Edwards 2020). Diese Rolle kann zum Beispiel ein Arzt/eine Ärztin in Ausbildung, eine Pflegekraft oder eine/ein Angehörige(r) ähnlicher Gesundheitsberufe übernehmen, die/der bezüglich des besonderen Prozesses geschult ist. Die Aufgabe dieser Person ist es, die Erfüllung definierter Kriterien zu kontrollieren. Diese Kriterien werden zu einem möglichst frühen Zeitpunkt des Patientenaufenthalts – möglichst schon bei Aufnahme – vom behandelnden Arzt/von der behandelnden Ärztin definiert (Hutchinson, Barnard 2019), sie können für bestimmte Diagnosen oder Intervention aber auch standardisiert und dann an die behandelte Person angepasst werden. In Hutchinson und Barnard werden außerdem Entlassungsformulare und beispielhafte Prozessabläufe zur Verfügung gestellt. (Hutchinson, Barnard 2019)

Durch den criteria-led-discharge können Engpässe vermieden werden, da die Entlassung nicht mehr zwingend durch den Arzt/die Ärztin erfolgen muss (Edwards 2020). Diese Methode kann aber auch die Patientenzufriedenheit steigern, da diese im Vorfeld in die Zielsetzungen ihres Aufenthalts eingebunden werden (Hutchinson, Barnard 2019). Diese Entlassungsmethode wird vom NHS grundsätzlich für alle medizinischen Bereiche empfohlen, aber bei elektiven Operationen oftmals bereits routinemäßig durchgeführt. Blutverlust, Mobilisierungsgrad oder bestimmte Laborwerte können dabei als Kriterien für die Entlassung herangezogen werden. (Edwards 2020)

Experten berichten, dass Wiederaufnahmeraten nach bis zu 30 Tagen regelmäßig erhoben werden. Eine solche Aufnahme wird dann als Teil des ersten Aufenthalts gewertet und kann nicht zusätzlich abgerechnet werden.

6.3 Vergütung

6.3.1 Umfang und Art der Vergütung in unterschiedlichen Settings

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die Regelungen in England. Laut Expertenmeinung unterscheiden sich die Leistungskataloge und Vergütungsregeln in den dezentralen Verwaltungen des NHS Wales, Schottland und Nordirland (sogenannte „Devolved Administrations“) nur marginal von jenen in England und sie sind aufgrund des deutlich geringeren Patientenvolumens weniger repräsentativ für einen Ländervergleich (223 NHS Trusts in England vs. insgesamt 23 NHS Trusts in den restlichen Ländern (The Kings Fund 2019), (Public Health Wales NHS Trust), (Scotland's Health on the Web 2020), (Health and Social Care Online 2021)).

Das Vergütungssystem in England basiert auf dem **Prinzip der ergebnisabhängigen Bezahlung** (Payment by Results). Voraussetzung ist die Dokumentation von Diagnosen gemäß ICD-10¹⁴ und Interventionen gemäß OPCS¹⁵. Diese werden zusam-

¹⁴ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Version 10.

¹⁵ Office of Population Censuses and Surveys codes Version 4.4.

men mit weiteren Patienten- und Aufenthaltswahlleistungen (z. B. Alter, Aufenthaltsdauer) an die nationale Secondary User Service (SUS) Datenbank übermittelt. Bei ambulanten Behandlungen werden Treatment Function Codes (TFC) verwendet, die geplante Patiententermine abbilden und abhängig von der Art der Konsultation (Erstbesuch oder Follow-up) und der involvierten Fachärzte/Fachärztinnen (single-professional bis multi-disciplinary) sind. (NHS o. J.-c)

Gesundheitsleistungen werden zu **Healthcare Resource Groups (HRGs)** zusammengefasst. Dies sind Gruppen an Diagnosen oder Verfahren, welche in etwa denselben Aufwand erzeugen. Diese HRGs beinhalten alle Leistungen des gesamten Aufenthalts, den „spell“ des Patienten/der Patientin (NHS o. J.-c). Die Zuordnung der Aufenthalte zu HRGs erfolgt durch NHS Digital. (Payment Groupers 2021)

HRGs sind die Basis für die Honorierung der „Admitted Patient Care“ gemäß **National Tariff Payment System**. Die Tarifierung der HRGs wird dabei aus den mittleren Kosten für die in diese HRG führenden Aufenthalte in einem Jahr kalkuliert. Für die Erstellung des National Tariff 2020-2021 wurden beispielsweise die Referenzkosten der NHS Trusts aus 2016/2017 herangezogen (NHS 2020a). Basierend auf diesen Informationen kann von den NHS-Beauftragten (Commissioners) des NHS die Bezahlung an die Leistungsanbieter erfolgen. (NHS o. J.-c)

Wurde der Tarif früher allein anhand der mittleren Kosten der Leistungen bestimmt, konnte die **Einführung von Best-Practice-Tarifen** zu einer höheren Bewertung von guter klinischer Performance beitragen.¹⁶ (NHS o. J.-c)

Für manche häufig erbrachten Leistungen, deren Erbringung aber große Verweildauerunterschiede zwischen den Gesundheitsdienstleistern aufweist, wurde zusätzlich zum Standardtarif ein „Best Practice Tariff“ (BPT) festgelegt.

Prinzipiell wird der „**Conventional price (tariff)**“ verwendet, der ohne BPT anwendbar wäre oder für jenen Teil der HRG gilt, der nicht vom BPT umfasst wird.

„**Best practice price (tariff)**“ ist jene Vergütung, die ausbezahlt wird, wenn die Voraussetzungen für den BPT erfüllt sind. Um ein Anreizsystem zu schaffen, liegt dieser Preis meist über dem Conventional price.

¹⁶ Die Best Practice Tarife für Day Surgery und Outpatient Surgery wurden mit der aktualisierten Dokumentversion für 2021/22 (NHS 2021a) ruhend gestellt. Auf Nachfrage bei den konsultierten Experten wurde dies mit einer Verschiebung des Anreizsystems auf Ebene der individuellen Verträge zwischen den einzelnen Trusts und den NHS Beauftragten begründet. Mit dieser Verlagerung in den variablen Teil des National Tariff Systems sollen lokale Gegebenheiten besser berücksichtigt werden. Außerdem können so bestimmte Zielraten für die einzelnen Spitäler festgelegt und auch monitiert werden.

Mit dem „**Base price** (tariff)“ wird ein niedrigerer Preis festgelegt, der ausbezahlt wird, wenn die Voraussetzungen für den BPT in der umfassten Kategorie nicht erreicht werden. Die Differenz wird als „Conditional top up payment“ bezeichnet. (NHS 2020b)

BPT können sich entweder auf die gesamte HRG beziehen oder auf detaillierte Leistungen auf Sub-HRG-Level, wobei die Berechnung mittels erwarteter Compliance-Rate so erfolgt, dass sich der final von den NHS-Beauftragten (Commissioners) ausbezahlte Wert nicht verändert. (NHS 2020a)

Die konkreten BPT-Preise sind dem Annex A zu entnehmen (NHS 2020/21). Die detaillierteren Best Practice Tariffs auf Sub-HRG-Level werden mit einer „BPT Flag“ markiert.

Die **Best Practice Tariffs für Day-case Procedures** sollen einen besonderen Anreiz schaffen, elektive Operationen in Form von Day Surgery zu erbringen. Daher werden für diese Kategorie immer zwei Preise angeführt, um zwischen der besser bezahlten Aufnahme als Day Case und der herkömmlichen elektiven Aufnahme zu unterscheiden. Jene 29 Verfahren, für die es 2020/21 einen Day-case-Procedure-BPT gibt, wurden von BADS aufgrund des hohen Volumens und der Spannweite in der Erbringung durch unterschiedliche Gesundheitsdienstleister vorgeschlagen (vgl. Tabelle 4). (NHS 2020b)

BPT für outpatient procedures wiederum sollen die Verlagerung von elektiven Day Cases in ambulante Settings fördern, indem für diese ein höherer Preis als für herkömmliche Aufnahmen oder die Day-case-Aufnahmen bezahlt wird. Einen BPT gibt es dabei für insgesamt drei Verfahren: die diagnostische Zystoskopie, die diagnostische Hysteroskopie und die hysteroskopische Sterilisation. Voraussetzungen für einen Outpatient-procedure-BPT ist die ambulante Kodierung. (NHS 2020b)

Bei outpatient procedures/ambulatory surgery ist außerdem zu beachten, dass der National Tariff im Bereich ambulanter Eingriffe nur jene ausgewählten HRGs umfasst, für die es auch einen outpatient attendance tariff gibt (NHS 2020/21). Für die restlichen ambulanten Leistungen gilt nämlich das Vergütungssystem der blended payments, welches außerhalb der nationalen Tarife verankert wurde und nur bestimmte Regeln für die Finanzierungsvereinbarungen zwischen Anbietern und NHS-Beauftragten (Commissioners) vorgibt. (NHS 2020a)

Tabelle 4: Best practice Tarife 2020/21 für Tageschirurgie¹⁷

Clinical area (procedure)		BADS rate (6th edition)	BPT calculation rate for 2020/2021	National average (2018/2019)
General Surgery	Repair of rectal mucosal prolapse	90%	75%	56%
Gynaecology	Laparoscopic oophorectomy and salpingectomy (including bilateral)	90%	30%	2%
Vascular Surgery	Transluminal operations on Iliac and femoral artery	85%	75%	57%
Urology	Endoscopic laser fragmentation of calculus of kidney	90%	65%	50%
	Endoscopic resection of prostate (TUR)	15%	15%	4%
	Resection of prostate by laser	80%	35%	7,5%
	Endoscopic insertion of prosthesis into ureter	90%	75%	64%
	Endoscopic resection/destruction of lesion of bladder	60%	30%	18%
	Optical urethrotomy	95%	75%	63%
Breast surgery	Axillary clearance	95%	45%	32%
	Simple mastectomy	75%	35%	23%
Ear, nose and throat (ENT)	FESS endoscopic uncinectomy, anterior and posterior ethmoidectomy	95%	90%	76%
	Tonsillectomy (± adenoidectomy) - Children	90%	70%	55%

¹⁷ Vergleiche Fußnote 16. (NHS 2021a)

	Tympanoplasty	95%	90%	78%
Gynaecology	Anterior or posterior colporrhaphy	75%	35%	21%
Head and neck	Excision of lesion of parathyroids	60%	35%	23%
Orthopaedic surgery	Autograft anterior cruciate ligament reconstruction	90%	55%	45%
	Posterior excision of lumbar disc prolapse including microdiscectomy	30%	25%	15%
Urology	Cystostomy and insertion of suprapubic tube into bladder	80%	70%	59%

Quelle: 2020/21 National Tariff Payment System – A consultation notice: Annex DtD. Guidance on best practice tariffs. (NHS 2019)

6.3.2 Konkrete Vergütungskataloge

Grundsätzlich werden Leistungen in HRGs unabhängig davon bezahlt, ob diese als Day Surgery oder im Rahmen eines mehrtägigen Spitalsaufenthalts stattfinden. Für ausgewählte Operationen/Eingriffe wird aber die Erbringung als Tagesfall oder als ambulanter Eingriff aufgrund des Best Practice Tariff mit einer Aufzahlung belohnt.

Die konkreten nationalen Tarife für die einzelnen HRGs sind im ersten Tabellenblatt des **National Tariff Workbook**, einem Annex des National Tariff Payment System, gelistet. Die Preise für outpatient procedures befinden sich ebendort. (NHS 2020/21) Einen Best Practice Tariff gibt es im Jahr 2020/21 für **19 Day-Surgery-Positionen** (vgl. Tabelle 4) und für **3 ambulante Verfahren** (Tabelle 5) (NHS 2020b).

Tabelle 5: Best Practice Tarife 2020/21 für Outpatient Procedures¹⁸

Diagnostic Cystoscopy
Diagnostic Hysteroscopy
Hysteroscopic Sterilisation

Quelle: 2020/21 National Tariff Payment System – A consultation notice: Annex DtD. Guidance on best practice tariffs. (NHS 2020b)

Bei der Aufnahme neuer Positionen für ambulante Verfahren muss aber beachtet werden, dass die Leistung eventuell in einer neuen/anderen Art erbracht werden muss, da eine allgemeine Anästhesie für ambulante Eingriffe nicht vorgesehen ist.

6.3.3 Differenzierung in der Vergütung

Um regionale Unterschiede zu berücksichtigen, wird der national gültige Tarif mit einem Marktkräfte-Faktor - Market forces factor (MFF) - multipliziert. Zusätzlich bieten Tarifierpassungen (Tariff Adjustments) für lange - und damit implizit komplexere - oder besonders kurze Patientenaufenthalte Flexibilität. Für innovative Technologien, Maschinen oder Medikamente können Sonderzahlungen (top-up-payments) gewährt werden, diese können aber bestimmten Anbietern vorbehalten sein. (NHS o. J.-c)

Der nationale Tarif beinhaltet mit dem System des „Combined Tariff“ - zusätzlich zu den Best-Practice-Tarifen - finanzielle Begünstigungen für die Erbringung elektiver Behandlungen im Day-case-Setting: Bei der Festlegung des Tarifs für ein bestimmtes Verfahren werden die Kosten aus mehrtägigen Aufenthalten und Day Cases, gewichtet nach der Fallzahl, gemittelt. So werden jene Anbieter, die höhere

¹⁸ Vergleiche Fußnote 16.

Raten an Day Cases als der Durchschnitt erbringen, automatisch belohnt (Abbildung 10). (NHS o. J.-c)

Abbildung 10: Beispielhafte Berechnung eines „Combined Tariff“ für ein Verfahren

	Activity	Cost
Day case	4,000	£ 500
Ordinary elective	1,000	£ 1,000
Combined tariff		£ 600

Quelle: A simple guide to Payment by Results (NHS o. J.-c)

6.4 Entstehungsprozess, Empirie und Perspektiven

6.4.1 (Historische) Entwicklung des Systems

Einem Bericht des NHS Improvement zufolge fanden 2019 rund 70 Prozent aller elektiven Eingriffe als Day Case statt (NHS 2019b). Laut Expertenmeinung werden die Entwicklungen nach Abklingen der COVID-19-Pandemie zu beobachten sein, da viele elektive Operationen nachgeholt werden müssen.

Das von der **British Association of Day Surgery (BADs)** publizierte **Prozedurenverzeichnis („Directory of Procedures“)**, welches derzeit in der sechsten Fassung vorliegt (BADs 2019), wurde 2006 erstmals publiziert. Im Vorwort wird die „Postleitzahlen-Lotterie“ („Post-Code Lottery“) angesprochen, die auf die großen Unterschiede bei den stationären Verweildauern, die zwischen den einzelnen Krankenhäusern in Großbritannien zu beobachten sind, hinweist. (Jackson, McWhinnie 2015)

Die Verfahren des Prozedurenverzeichnisses wurden von der NHS Hospital Episodes Statistics analysiert (NHS Digital 2020). Es wurden vier mögliche Optionen der Leistungserbringung angeführt: Behandlung im Eingriffsraum, Day Surgery oder im Zuge einer Aufenthaltsdauer von entweder 23 oder 72 Stunden. Experten wurden beauftragt, herauszufinden, welche Anteile dabei für die einzelnen Settings unter idealen Umständen erreichbar wären. Die von ihnen gewählten Ergebnisse wurden zusätzlich vom Council der Association überprüft (Jackson et al. 2010). Die auch von NHS Episodes Statistics verwendeten OPCS-4.4 (Office of Population Censuses and Surveys codes version 4.4) (NHS 2021c) wurden für die Darstellung herangezogen. Bestimmte Verfahren, die die Prozentzahlen verzerrt hätten, wurden exkludiert (Jackson et al. 2010). Obwohl in dieser Empfehlung Raten angeführt werden, die BADs als erreichbar sieht, werden diese als möglicherweise zu ambitioniert für manchen Anbietern beschrieben (NHS 2020b). Im Dokument aber werden die vorgeschlagenen Prozentzahlen mit der Förderung von Best Practice begründet, die eine Optimierung von Prozessen notwendig machen (Abbildung 11). (Jackson, McWhinnie 2015)

Die erfolgreiche Entwicklung von Day Surgery in Großbritannien wurde durch einige Veränderungen in der Vergütung begünstigt. Vor dem Jahr 2003/04 wurden die Anbieter von den NHS-Beauftragten (Commissioners) über sogenannte „block contracts“ bezahlt, in denen fixe Summen unabhängig vom behandelten Patientenvolumen ausgehandelt wurden. Um den Fokus mehr auf die Behandlungsqualität zu lenken und um Effizienz zu belohnen, wurde das flexible Vergütungssystem Payment by Results etabliert, welches auch in anderen europäischen Ländern, Nordamerika und Australien Anwendung findet. (NHS o. J.-c)

Auf Basis dieser Entwicklungen konnte mit der Einführung des innovativen Best Practice Tariffs im Jahr 2010/11 die Erbringung von Operationen/Eingriffen als Day Cases oder Ambulatory Procedures gefördert werden.

Abbildung 11: Beispielhafter Auszug aus dem BADS Directory of Procedures

Breast Surgery

Description	Procedure Room	Zero night stay	One night stay	Two night stay	Include	Exclude
Excision/biopsy of breast tissue including wire guided		95	5		B28.3 B28.7 B28.9	B32.2 B32.3 B32.8 B32.9
Wide local excision of breast (Including Wire Guided)		95	5		B28.1 B28.2 B28.5	
Excision of accessory breast tissue		99	1		B28.6	
Excision of breast with sentinel lymph node biopsy, axillary sample or axillary clearance		95	5		B28.1 + (T87.3 AND 014.2) OR T86.2 OR T85.2	B28.2+ (T87.3 AND 014.2) OR T86.2 OR T85.2 B28.3+ (T87.3 AND 014.2) OR T86.2 OR T85.2 B28.5+ (T87.3 AND 014.2) OR T86.2 OR T85.2 B28.7+ (T87.3 AND 014.2) OR T86.2 OR T85.2 B28.8+ (T87.3 AND 014.2) OR T86.2 OR T85.2 B28.9+ (T87.3 AND 014.2) OR T86.2 OR T85.2
Re excision of margins		99	1		B28.4	
Simple mastectomy (without axillary surgery)		50	50		B27.4 B27.5 B27.6	B27.8 B27.9
Simple mastectomy with axillary surgery		50	50		B27.4 + (T87.3 AND 014.2) OR T86.2 OR T85.2	B27.5+ (T87.3 AND 014.2) OR T86.2 OR T85.2 B27.6+ (T87.3 AND 014.2) OR T86.2 OR T85.2 B27.8+ (T87.3 AND 014.2) OR T86.2 OR T85.2 B27.9+ (T87.3 AND 014.2) OR T86.2 OR T85.2
Sentinel lymph node biopsy/ Axillary sample/Axillary clearance		95	5		T87.3 +014.2	T86.2 T85.2
Microdochotomy + other operations on duct of breast		99	1		B34	
Removal of breast prosthesis		99	1		B30.3	
Operations on nipple		100			B35 B36.1 B36.4	

Quelle: BADS Directory of Procedures (Jackson, McWhinnie 2015)

6.4.2 Empirie

Eine retrospektive Analyse der Entwicklung ambulanter Operationen in England über zehn Jahre wurde von Skues et al. durchgeführt: Diese konnten eine Steigerung der Leistungserbringung bei sämtlichen analysierten Verfahren/Operationen nachweisen. Diese Entwicklung wird unter anderem auf die Anreizwirkung der Vergütung zurückgeführt. (Skues, Jackson 2018)

Den „mature procedures“, also Verfahren oder Operationen mit einer bereits hohen Rate an Day Surgery im Vergleich zur stationären Erbringung, wird für die Zukunft nur mehr eine kleine Entwicklung vorausgesagt. Zu dieser Kategorie wurde z. B. die Kataraktoperation gezählt, welche im Jahr 2007/08 bereits zu 96 Prozent ambulant erbracht wurde und deren Anteil in zehn Jahren auf „nur“ 98,4 Prozent anstieg. (Skues, Jackson 2018)

Andere „low-threshold“-Operationen mit initial niedriger Day-Surgery-Rate konnten aufgrund finanzieller Anreize und neuer Evidenzen zur Patientensicherheit deutliche Steigerungen erfahren. So stieg die Rate bei der Mastektomie (Entfernung der Brustdrüse) von 2006/07 von 2,7 Prozent innerhalb von 10 Jahren auf 10,8 Prozent. Aufgrund der Diskussionen zum Nachblutungsrisiko bei Erbringung der Hemithyroidektomie (Schilddrüsenteilresektion) als Tagesfall konnte deren Rate im selben Zeitraum nur eine Steigerung von 1,6 Prozent erfahren. (Skues, Jackson 2018)

Ein NHS-Improvement-Bericht zur Produktivität in Operationssälen weist besonders auf unausgeschöpftes Potential der Day-case-Aktivität im gynäkologischen Bereich hin. Es wird auch ein gewisser Spielraum bei der Verschiebung von den sogenannten „Day-case-theatres“ in Eingriffsräume aufgezeigt. Ebenso wird das Entlassungsmanagement (Nurse-led-discharge) an Bedeutung gewinnen. (NHS 2019b)

Eine andere Studie von Appleby aus 2015 konnte feststellen, dass der NHS durch die Entwicklungen im Bereich Day Surgery 2 Millionen englische Pfund einsparen konnte und trotz einer erwarteten Steigerung der Patientenzahlen keine höheren Ausgaben erwartet. (Appleby 2015).

6.4.3 Weiterentwicklung der Kataloge

Im Dokument „Guidance on best practice tariffs“ werden die neu hinzukommenden Leistungen, für die ein Best Practice Tarif geschaffen wurde, ausgewiesen. Für das Jahr 2020/21 war dies unter anderem die endoskopische Prostataresektion (TUR¹⁹) mit einer von BADS empfohlenen Ziel-Rate von 15 Prozent Erbringung als Day Case.

¹⁹ transurethrale Resektion

Bei einigen Verfahren wird aufgrund der bereits erreichten Ziel-Rate der finanzielle Vorteil des Best Practice Tariff wieder entfernt, wie dies zum Beispiel bei der Exzisionsbiopsie der Lymphknoten und bei Hernien-OP im Jahr 2020/21 der Fall ist. (NHS 2020b) Wenn durch den finanziellen Anreiz die Erbringung als Tagesfall oder als ambulanter Eingriff in der Praxis etabliert ist, wird von einer weiteren Incentivierung abgesehen.

Experten berichten, dass der Wegfall eines Best Practice Tariff nicht immer einen niedrigeren Preis bedeuten muss. Da im nationalen Tarif die Kosten aller Fälle innerhalb einer HRG gemittelt werden, sinkt die pauschale Vergütung, je mehr Fälle als Day Case erbracht werden. Außerdem wird angenommen, dass die stattgehabte Etablierung einer Operation als Day Surgery dann in den Operationsprogrammen und in der Bettenplanung weitergeführt wird, weshalb der Wegfall des finanziellen Anreizes nicht automatisch zu einem umgekehrten Trend zurück zu mehrtägigen Aufenthalten führt.

Es wurde auch berichtet, dass manche Operationen, wie zum Beispiel die Tonsillektomie, als „procedures of limited clinical value“ insgesamt eingeschränkt werden sollen. Ein finanziell begünstigender Tarif wäre somit kontraproduktiv, weshalb sich die Tonsillektomie bei Erwachsenen bereits auf der Liste zur Entfernung aus dem BPT-Schema findet (NHS 2020b).

6.4.4 Ausblick

Im Vereinigten Königreich gibt es Bestrebungen, Day Surgery als Norm zu betrachten und alle geeigneten Operationen oder Eingriffe in einem Day-case-Setting durchzuführen. Dies wird als Vorteil für Patienten/Patientinnen und Spitalskapazitäten gesehen. Dabei steht der Prozess im Vordergrund. Anstelle der Prüfung, welche Verfahren für Day Surgery in Frage kommen, wird ein anderer Ansatz gewählt, nämlich die Frage, welcher Aspekt des Verfahrens eine Aufnahme unbedingt erfordert. (NHS o. J.-b), (Quemby, Stocker 2014)

Diese Ansicht wird auch von der Academy of Medical Royal Colleges vertreten: „Day surgery should be considered the default for many elective surgical procedures“ (Choosing Wisely UK 2021b). Weiters wird argumentiert, dass den Patienten/Patientinnen durch Day Surgery eine schnellere Heilung, ein geringeres Risiko, nosokomiale Infektionen zu erwerben, und eine kürzere Unterbrechung ihres Alltags ermöglicht wird. (Choosing Wisely UK 2021a)

Als Zielsetzung für Day Surgery wird derzeit eine Rate von 75 Prozent der elektiven Operationen definiert (NHS 2020d), wobei minimalinvasive chirurgische Techniken noch bessere Zahlen ermöglichen sollen. (Alderwick et al. 2015)

6.5 Interviews

Wir danken folgenden Institutionen und Personen, die uns im Rahmen unserer Recherche für ein Interview zur Verfügung standen:

- ◆ Anika Kreuzberg, Technische Universität Berlin (Fachgebiet für Management im Gesundheitswesen)
 - ◆ Helene Eckhardt, Technische Universität Berlin (Fachgebiet für Management im Gesundheitswesen)
 - ◆ John West, CEO Pellere Health
 - ◆ Michael Branagan-Harris, CEO Device Access UK Ltd www.deviceaccess.iges.com
-

7. Dänemark

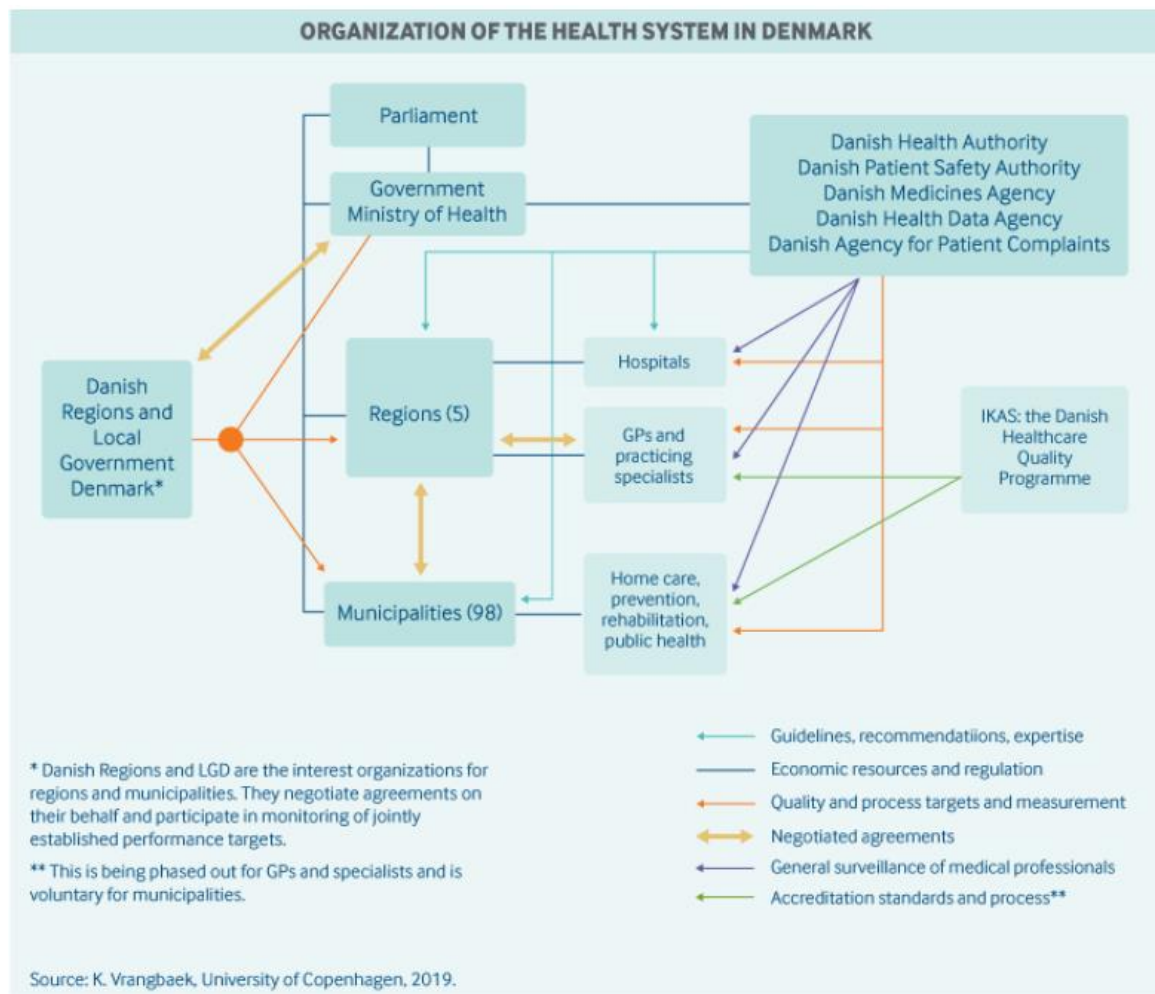
Dänemarks Gesundheitswesen ist steuerfinanziert und dezentral organisiert. Jeder registrierte dänische Einwohner/Jede registrierte dänische Einwohnerin kann die Leistungen des öffentlich finanzierten Gesundheitssystems – zum größten Teil kostenfrei – in Anspruch nehmen.

Der regulatorische Rahmen für die Gesundheitsversorgung sowie die Zuständigkeit für die Planung, Finanzierung, das Qualitätsmonitoring und die Zulassung von Gesundheitsprofessionen obliegen dem Staat. Die Umsetzung erfolgt auf Ebene der Regionen und Gemeinden, die wiederum vom Staat überprüft wird. Die Regionen als Eigentümer öffentlicher Spitäler führen und managen diese. Sie sind zudem für selbstständig tätige Gesundheitsprofessionen und Rehabilitation zuständig. Die Gemeinden organisieren Pflege- und Community-Dienste (Abbildung 12). (Tikkanen et al. 2020)

Im Rahmen der Strukturreform ab 2007 erfolgte die Reduktion und Konzentration vieler kleiner zu wenigen, größeren und spezialisierteren Krankenhäusern.

Der größte Anteil der Gesundheitsausgaben fließt in die ambulante Versorgung (inner- und außerhalb von Spitälern). (Olejczak et al. 2012)

Abbildung 12: Akteure im dänischen Gesundheitssystem



Quelle: International Health Care System Profiles – Denmark (Tikkanen et al. 2020)

7.1 Definitionen

„Dagkirurgi“ – auf Deutsch „**Tageschirurgie**“ – wird in Dänemark verstanden als ein geplanter chirurgischer Eingriff, nach welchem eine Spitalsentlassung am selben Kalendertag erfolgt. Als chirurgische Eingriffe werden Prozeduren bezeichnet, die in einem Krankenhaus oder einer Klinik (privat und öffentlich, stationär und ambulant) erbracht werden. Diese werden nach dem Nordic Classification Code (NO-MESCO Codes) kodiert. Chirurgische Prozeduren in der Primärversorgung zählen nicht als chirurgische Eingriffe. Pro Eingriffskategorie wird nur ein Code pro Patient/Patientin dokumentiert. (Eurostat 2020)

Eine landesweit einheitliche Definition gibt es nicht. Es werden unterschiedliche Begrifflichkeiten synonym verwendet: day surgery, ambulatory surgery, same day surgery, 24h surgery, zero-night surgery etc. (IAAS 2021)

7.2 Voraussetzungen

Gemäß Expertenaussage gibt es keine nationalen Leitlinien für die Durchführung ambulanter Operationen. Die Voraussetzungen variieren somit von Einheit zu Einheit und sind abhängig von der Lokalität.

Die Beurteilungskriterien für die ambulante Durchführung einer Operation basieren meist auf der ASA-Klassifikation²⁰ zur Feststellung des physischen Status, wobei dies ebenfalls variieren kann. Schränkt eine Einheit ambulante Operationen für Patientinnen/Patienten der ASA-Klassifikation 1-2 ein, sind andere stolz auf die Zulassung von Patientinnen/Patienten der ASA-Klassifikationen 3-4.

Weitere Faktoren für die Beurteilung der „**ambulanten Durchführbarkeit des Eingriffs**“ sind:

- ◆ Alter (z. B. Säuglinge und Kleinkinder sowie Kinder unter vier Jahren)
- ◆ medizinische Risikofaktoren (Multimorbidität)
- ◆ Gewicht (unabhängiger Risikofaktor und praktische Ausstattung)
- ◆ soziale Faktoren (z. B. fehlende Betreuung zu Hause)
- ◆ fehlende Ausstattung in Spitälern (variiert je nach Krankenhaus)
- ◆ Risiko des Eingriffs (z. B. postoperative Blutung)
- ◆ Entfernung zwischen Krankenhaus und dem Zuhause des Patienten/der Patientin

7.2.1 Regulatorischer Rahmen

Es gibt keine gesetzlichen Vorgaben für ambulantes Operieren.

Jedes Krankenhaus wird mit einem Budget ausgestattet, das es selbst managt, um seine Aufgaben zu erfüllen. Da ambulante chirurgische Eingriffe weniger Kosten verursachen, bedingt dieses System ein inhärentes Bevorzugen von Tageschirurgie vor stationären Aufnahmen mit Übernachtung, die mehr Kosten verursachen (IAAS 2021). Laut Interview verfolgen daher viele Krankenhausmanager/-managerinnen und regionale Politiker/Politikerinnen die Devise „All surgery is day surgery until proven otherwise“.

7.2.2 Strukturelle Anforderungen

Ambulante Operationen werden überwiegend in räumlich getrennten Spitalsambulanzen, im stationären Bereich, aber auch in privaten Ambulatorien bzw. Klini-

²⁰ von der American Society of Anesthesiologists (ASA) vorgeschlagene Klassifikation zur Einteilung von Patientinnen/Patienten vor der Narkose in verschiedene Risikogruppen anhand von systemischen Erkrankungen

ken erbracht. Letztere sind Einrichtungen, die in privater Trägerschaft von mehreren Ärzten/Ärztinnen stehen und für die öffentliche Gesundheitsversorgung ein vertraglich vereinbartes Leistungsspektrum erbringen. Diese sind meist auf ausgewählte Eingriffe spezialisiert. (Olejaz et al. 2012; Tikkanen et al. 2020)

Spezielle strukturelle Anforderungen an die Einrichtungen gibt es nicht. Die Einhaltung der entsprechenden Hygienebestimmungen sowie der Einsatz von Ausstattung und Personal für die angebotenen Leistungen werden regelmäßig, auch unangekündigt, durch staatliche Stellen kontrolliert. (Olejaz et al. 2012)

Um eine frühe Spitalsentlassung von Patienten/Patientinnen sowie generell geringe Hospitalisierungen zu gewährleisten, wird der Patientenedukation eine wichtige Rolle zugeschrieben.

Zudem bestehen zahlreiche Gemeindedienste, um eine integrierte Versorgung bei Bedarf gewährleisten zu können. (WHO 2019)

Dazu zählen „**Acute Care Teams**“, die durch die Gemeinden organisiert werden. Diese bestehen unter anderem aus Pflegefachpersonen und Pflegeassistenten mit erweiterten Rollen, welche 24 Stunden täglich, sieben Tage die Woche Leistungen der Akutversorgung anbieten. Diese Teams kommen nach Verschreibung durch eine Ärztin/einen Arzt oder zur Erhebung individueller Bedarfe zum Einsatz und kooperieren eng mit Hausärztinnen/Hausärzten und Spitälern (OECD 2019). Durch den hohen Digitalisierungsgrad in Dänemark sind Informations- und Kommunikationstechnologien sowie digitale Arbeitsabläufe integraler Bestandteil der dänischen Gesundheitsversorgung. Wird ein Patient/eine Patientin in ein Krankenhaus aufgenommen, wird die kommunale häusliche Pflege automatisch benachrichtigt, da diese in die elektronische Infrastruktur eingebunden ist. (Schmidt et al. 2018)

Einige Gemeinden bieten **Einrichtungen für Kurzzeit-Aufenthalte** an, geführt durch speziell ausgebildete Pflegekräfte, falls ein Patient/eine Patientin zwar keinen Krankenhausaufenthalt benötigt, jedoch nicht allein zu Hause verbleiben kann. (Schmidt et al. 2018)

Community Nurses und Home Visitors sind weitere Gemeindedienste, die ihren Beitrag zu einer koordinierten Versorgung im Wohnumfeld leisten. (WHO 2019)

7.2.3 Personelle Anforderungen

Die Personalausstattung ist unabhängig vom Setting, in dem der tageschirurgische Eingriff durchgeführt wird, da auch der Ablauf im Wesentlichen gleich ist.

Für **Gesundheitsprofessionen** besteht in Dänemark ein **Zulassungssystem**, nicht jedoch für Einrichtungen.

Für alle öffentlich anerkannten Gesundheitsberufe ist die öffentliche Zulassung als Gesundheitsberuf gesetzlich festgelegt. Dazu zählt auch, welche Gesundheitsleistungen erbracht werden dürfen, die daran geknüpften Bedingungen, generelle Anforderungen und Verantwortlichkeiten der Profession sowie Anforderungen an deren Ausbildung (OECD 2019). Die Akkreditierung erfolgt durch „The Danish

Institute for Quality and Accreditation in Healthcare“ (IKAS) gemäß dem „Danish Healthcare Quality Programme“ (DDKM). Es wird durch die Kosten für die Akkreditierung von den Klientinnen/Klienten getragen. (IKAS 2016; OECD 2019)

Die Qualitätskontrolle der Leistungsdurchführung ergibt sich durch Selbstregulation der Profession und Überwachung der Aufgaben durch die „Danish Health and Medicines Authority“ bei gleichzeitiger Verantwortlichkeit der Arbeitgeber/Arbeitgeberinnen, welche sicherstellen, dass die Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen über die entsprechenden Kompetenzen und Fähigkeiten für ihre Aufgaben verfügen. (OECD 2019)

Die Standards der Akkreditierungsprogramme enthalten Mindestanforderungen, sollen jedoch auch zur Reflexion anregen und stellen daher keine Regularien, die streng zu befolgen sind, dar. Anhand von Indikatoren wird die Adherence der messbaren Elemente der Standards durch das Gutachterteam beurteilt (IKAS 2016). Spezialisierte Pflegekräfte für tageschirurgische Eingriffe arbeiten eng mit Fachärzten/Fachärztinnen für Anästhesie, Chirurgie und – je nach Eingriff – auch mit Physiotherapeuten/Physiotherapeutinnen als Team zusammen. Die spezialisierten Kompetenzen werden individuell in den Krankenhäusern erworben, standardisierte Weiterbildungen bestehen nicht. Wesentlich dafür, den Workflow einer koordinierten Patientenversorgung beizubehalten, sind laut Expertenaussagen flache Hierarchien in eingespielten Teams, intrinsische Motivation zur kontinuierlichen Steigerung von Qualität und Effizienz sowie eigenverantwortliche Tätigkeit in gegenseitigem Vertrauen der Professionen.

7.2.4 Patientensicherheit/Qualitätssicherung

Patientenbeteiligung wird in Dänemark großgeschrieben, was am Vorhandensein von 77 Patientenorganisationen unter der Schirmherrschaft der Dachorganisation „Danske patienter“ sichtbar wird. Diese entwickeln Policies und kooperieren mit Landesbehörden, Forschungsinstitutionen und anderen Institutionen im Gesundheitswesen, um die Entwicklung des Systems an den Interessen der Patienten und Patientinnen zu orientieren. (OECD 2019)

Die **Danish Health and Medicines Authority (DHMA)** ist, neben vielen anderen Aufgaben, für das Festlegen von Rahmenbedingungen für integrierte Versorgungspfade zuständig. Ihre Funktionen reichen von Entwicklung und Unterstützung über die Festlegung von Standards bis zu Kontrolle und Supervision. (OECD 2019)

Die Hoheit über die **Dokumentation** im Gesundheitssystem liegt in der Abteilung „National Health Surveillance and Research“ am „National Institute for Health Data and Disease Control“ (SSI). Diese ist ebenfalls für das Qualitätsmonitoring auf Basis von Qualitätsindikatoren zuständig und engagiert sich für die Verwendung von Daten aus der Versorgungsebene. (Olejczak et al. 2012)

Gemäß dem „**Danish Health Care Act**“ ist eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung durch die Regionen obligat. Detaillierte Regularien bestehen jedoch nicht.

Die Umsetzung beruht auf Vereinbarungen zwischen Staat, Regionen und Gemeinden und basiert zum größten Teil auf ökonomischen Zielen. Die Überprüfung erfolgt durch Performance-Evaluationen in den Einrichtungen. (Tikkanen et al. 2020)

Die „**Quality Agenda**“ in Dänemarks Regionen legt sechs Kernthemen für deren Qualitätsarbeit, die an die Finanzierung geknüpft ist, fest: Effektivität, Sicherheit, Kosteneffektivität, Patientenzentriertheit, Aktualität und Gleichberechtigung. Jede Region monitiert selbst (mit eigenem Personal) die Versorgungsqualität und initiiert Programme zur Verbesserung derselben. (Tikkanen et al. 2020)

Das **Dänische Qualitätsmodell (DDKM)** wird von der Abteilung Qualität und Akkreditierung im Gesundheitsdienst (IKAS) umgesetzt. Als nationales und bereichsübergreifendes Qualitätsentwicklungssystem für die öffentlich finanzierte Versorgung werden darin alle öffentlich finanzierten Aktivitäten der Gesundheitsversorgung monitiert (IKAS 2015). Die Aufgaben der IKAS umfassen kontinuierliches Feedback an individuelle Institutionen des Gesundheitswesens inklusive Darstellung von Indikatoren sowie regelmäßige Akkreditierung, Publikationen und Förderung von Benchmarking. (IKAS 2015; IKAS 2016; Olejaz et al. 2012)

Im Rahmen des **Danish Healthcare Quality Programme**, das durch IKAS geleitet wird, wurden ein Lernnetzwerk, Qualitätsteams, bestehend aus Klinikern/Klinikerinnen, Führungspersonen relevanter Abteilungen und Ressorts, sowie Expertengruppen etabliert. Ziel dieser Teams ist es, positive Erfahrungen weiterzugeben, um so einen Impact auf die Patientenversorgung zu haben. Diese Teams sind ebenfalls für die intersektorale Versorgung vorgesehen, um Patientenpfade über Sektorengrenzen hinweg zu verbessern. (The Ministry of Health 2018)

Ein konkretes Ziel, welcher Anteil an Operationen ambulant durchgeführt werden soll wie beispielsweise eine Prozentangabe, oder spezifisch auf ambulante Operationen bezogene Qualitätsvorgaben gibt es in Dänemark nicht.

2018 wurden vom Danish Ministry of Health im Rahmen des DDKM **acht nationale Ziele** publiziert (The Ministry of Health 2018). Folgende Subziele beziehen sich direkt sowie indirekt auf die vermehrte ambulante Erbringung von (operativen) Eingriffen:

- ◆ Anzahl an Krankenhaustagen nach erfolgter somatischer oder psychiatrischer Behandlung
 - ◆ Überbelegung medizinischer Abteilungen
 - ◆ nosokomiale Infektionen
 - ◆ Wartezeiten für geplante Operationen und psychische Versorgung
 - ◆ Patientenzufriedenheit
 - ◆ Erfahrungen zu Einbezug der Patientinnen und Patienten
 - ◆ durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Krankenhaus
-

- ◆ Produktivität von Spitälern

Ein **Indikator** des Programms, der in Zusammenhang mit tageschirurgischen Eingriffen steht, ist die „durchschnittlich erfahrene Wartezeit auf eine Operation in Tagen“. (The Ministry of Health 2018)

Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach einem Eingriff werden ebenfalls erhoben, jedoch wird die Diagnose bei Wiederaufnahme nicht berücksichtigt. Ein regelmäßiges Monitoring spezifischer Eingriffe gibt es jedoch nicht.

Neben Datenerhebungen werden auf der Basis jährlicher **Patientenbefragungen (PRO)** Erfahrungen zu Behandlungs- und Rehabilitationspfaden erhoben. Die Entwicklungen werden anhand von Daten gemessen, die für die Spitäler aufgrund der Regionshoheit einsehbar sind. Auch die Gemeinden werden zur Verbesserung der integrierten Versorgung dabei eingebunden. Über ein Informationssystem, das für alle Gemeinden zugänglich ist, wird ein Benchmarking, basierend auf nationalen Zielen, betrieben. (The Ministry of Health 2018), (OECD 2019)

Eine weitere Maßnahme zur Steigerung der Patientensicherheit stellt das nationale **Dokumentationssystem für Adverse Events** dar (Olejaz et al. 2012). Gemäß Rytter et al. konnte festgestellt werden, dass kürzere Krankenhausaufenthalte mit reduzierter Morbidität und vergleichbaren Wiederaufnahmeraten sowie weniger Adverse Events – sogar bei älteren Personen – auftraten. (Rytter et al. 2019)

In einer dänischen Studie aus 2012 wurde berichtet, dass tageschirurgische Eingriffe (in acht tagesklinischen Zentren) eine geringere Wiederaufnahmerate und eine geringere Morbidität aufweisen. Die häufigsten Gründe für das Wiederaufsuchen der Klinik waren Blutungen/Hämatome, Infektionen sowie thromboembolische Ereignisse. Als Eingriffe mit den häufigsten Komplikationen wurden Tonsillektomien, chirurgisch durchgeführte Schwangerschaftsabbrüche und Wiederherstellung von Leistenbrüchen identifiziert. Es traten keine mit dem Eingriff in Zusammenhang stehende Todesfälle auf. (Majholm et al. 2012)

Innerhalb des dänischen Gesundheitssystems werden in ca. 60 **Datenbanken** Daten gesammelt und zu Qualitätsindikatoren aufbereitet. (The Ministry of Health 2016)

Die standardisierte Krankenhausmortalität wird als allgemeiner Marker für das Aufzeigen von Qualitätsproblemen herangezogen.

Ein regionales Online-Informationssystem, welches für Kliniker/Klinikerinnen, die Verwaltung, das Management und die Politik der Regionen zugänglich ist, stellt einen monatlichen Überblick zu den **Daten ausgewählter nationaler Register** dar. Je nach Zielgruppe werden unterschiedliche Reports erstellt. Das **nationale Patientenregister (LPR3)**, das seit 1976 besteht und 2019 modernisiert wurde, bildet alle Kontakte mit dem dänischen Krankenhaussystem ab. Darin werden Daten wie das Aufnahmedatum, Diagnosen, Untersuchungen, Behandlungen und Operationen, ambulante oder stationäre Behandlung und Notaufnahmen gesammelt. (Sundhedsdatastyrelsen 2020b)

Über die Plattform **esundhed.dk (eSundhed.dk)** können auch Patientinnen und Patienten Informationen zu klinischer und organisatorischer Qualität im Gesundheitswesen sowie Studien zu Patientenerfahrungen abrufen, um eine informierte Krankenhauswahl zu treffen. (The Ministry of Health 2016)

Laut Interview besteht lediglich eine nationale klinische Datenbank – die Datenbank zur Rekonstruktion von Kreuzbändern –, in welcher ambulante Chirurgie direkt durch den Indikator „procedure performed as day surgery“ adressiert wird. Andere Surveillancemessungen zur ambulanten Chirurgie bestehen nicht.

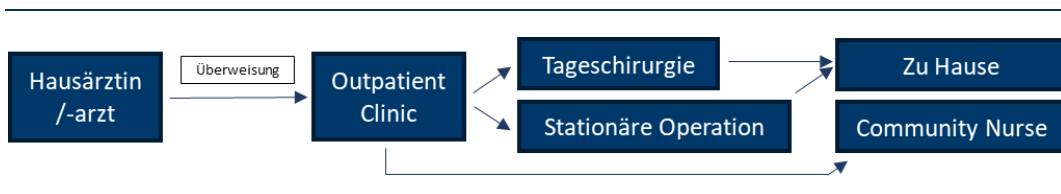
Die Danish Society for Day Surgery arbeitet daran, ein Set an nationalen Indikatoren zu Tageschirurgie innerhalb der anästhesiologischen Datenbank zu erstellen, um die Variabilität zu reduzieren.

Auf nationaler Ebene bestehen **standardisierte Patientenpfade** für die Diagnose, Behandlung und Nachbetreuung, welche auf lokaler Ebene in Praxisleitlinien konkretisiert werden. Innerhalb der Einrichtungen sind die Abteilungen angehalten, Leitfäden zu Organisation, Kooperation und Verantwortungsbereichen festzulegen. (Tikkanen et al. 2020)

Einem Bericht aus Aarhus entnommen, verläuft ein Patientenpfad bei ambulanter Operation (Abbildung 13) wie folgt (Felsby o. J.):

1. Kontakt mit der Hausärztin/dem Hausarzt
2. Überweisung zu einer chirurgischen ambulanten Klinik
3. Überweisung zu einer tageschirurgischen Einheit
4. präoperative anästhetische Evaluation
5. tageschirurgische Operation
6. Entlassung nach Hause
7. ggf. Überweisung alter und gebrechlicher Personen an eine Community Nurse
8. mögliche postoperative Kontrolle in der chirurgischen ambulanten Klinik

Abbildung 13: Patientenpfad einer ambulanten Operation



Quelle: Felsby o. J.

Im Rahmen eines Experteninterviews wurde berichtet, dass ein wesentliches Element der erfolgreichen Umsetzung von tageschirurgischen Eingriffen die **Patientenedukation vor der Operation** im Krankenhaus darstellt. Jede beteiligte Profession

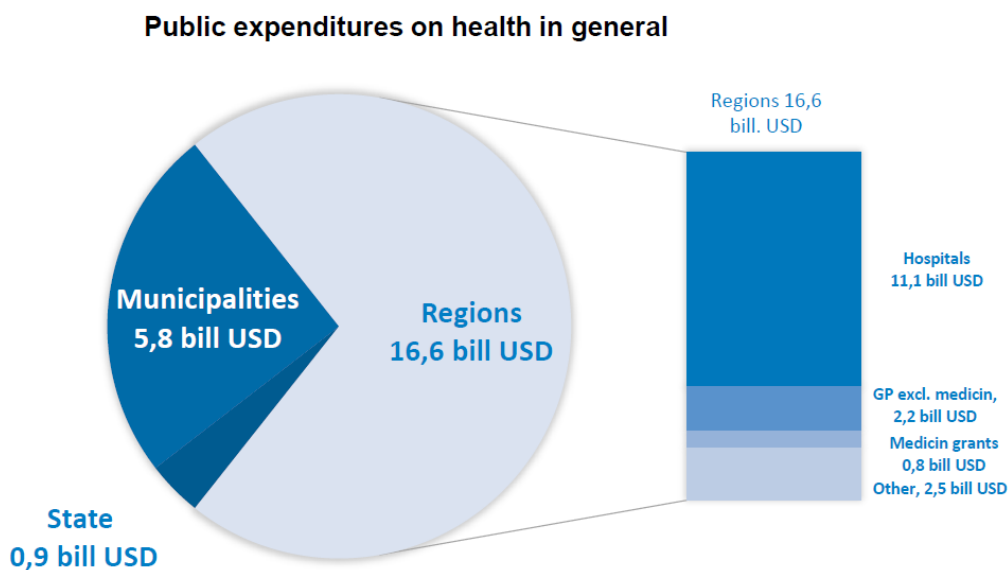
(Chirurgie, Anästhesie, Pflege, Physiotherapie etc.) bereitet den Patienten/die Patientin auf die Behandlungserfordernisse nach der Operation vor. Spezialisierte Pflegepersonen des Spitals organisieren im Bedarfsfall die Versorgung zu Hause.

7.3 Vergütung

Die Finanzierung des Gesundheitsbudgets der Regionen, zu welchem auch die Spitalsversorgung zählt, erfolgt durch Blockzahlungen des Bundes (ca. 80 %) sowie Zahlungen der Gemeinden (ca. 20 %), die beide, im Gegensatz zu den Regionen, Steuern einheben dürfen (Hansen 2021). Bei der Berechnung der Blockförderungen werden regionale und demografische Unterschiede berücksichtigt. Über die Verteilung der Mittel entscheiden die Regionen selbstbestimmt. (Schmidt et al. 2018; Tikkanen et al. 2020)

Abbildung 14 veranschaulicht die öffentlichen Gesundheitsausgaben:

Abbildung 14: Öffentliche Gesundheitsausgaben in Dänemark: Finanzhoheiten, Anteile und Budgets



Quelle: Hansen 2021

Die Finanzierung der Spitäler besteht aus zwei Elementen (Hansen 2021):

1. „Modern fixed budget“: fixes Budget, basierend auf DRG

Die Regionen vergeben seit 2019 Budgets an ihre Spitäler, die vertraglich vereinbart und flexibel gestaltet werden. Der Großteil der Spitäler vereinbart ein „modern fixed budget“, das sich an der DRG-Aktivität sowie weiteren Geschäftsaspekten orientiert. Spezifische Budgetziele können individuell, je nach Ausgestaltung des Krankenhauses, vereinbart werden.

2. „Nearby financing“: ergebnisorientierte Zahlungen, nach Zielen festgelegt, für die Regionen – „Reaching outcome instead of productivity“

Zudem besteht ein bundesweites ergebnisorientiertes Budget im Umfang von 1,5 Milliarden Dänischen Kronen für die Regionen, das bei Erfüllen von fünf bundesweiten Kriterien ausgeschüttet und zum Teil an DRG gemessen wird (Abbildung 15).

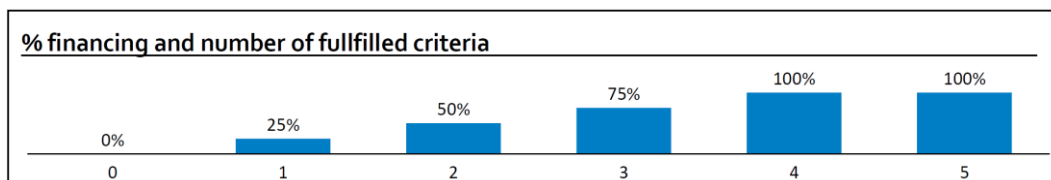
Abbildung 15: Kriterien für ergebnisorientierte Zahlungen

Criteria for the region	Is it measured using DRG?
1 Reduce # of hospital courses pr. citizen	Yes, hospital courses is measured as the number of overall DRG hospital episodes
2 Reduce hospital activity per cronic ill patient in the region	Yes, hospital activity measured as the DRG-activity but defined only as that activity relevant to cronic diseases (e.g. diabetes)
3 Reduce number of hospital readmissions	-
4 Increase number of virtual hospital contacts	Yes, virtual hospital contacts measured as the number of the DRG hospital episodes that is grouped to the DRG-group for telemedicine
5 Implementation of a specific IT-solution	-

Quelle: Hansen 2021

Die Finanzierung bei Erreichen der Ziele ist in Abbildung 16 dargestellt.

Abbildung 16: gestaffelte Finanzierung bei Erreichen der Kriterien



Quelle: Hansen 2021

Diese zusätzliche ergebnisorientierte Finanzierung soll entsprechend einem „Nearby financing“-Ansatz eine wohnortnahe Versorgung der Patienten/Patientinnen außerhalb der Spitäler bevorzugen. (Hansen 2021)

Der produktivitätsbasierte Finanzierungsschwerpunkt vor 2019 führte zwar zu einer gesteigerten Erbringung von Leistungen (gemessen anhand von DRG), nicht jedoch zu gesteigerter Qualität, und die Versorgung war zu wenig am Erhalt von Gesundheit und den Bedarfen der Patienten/Patientinnen orientiert. Die neue Finanzierung ab 2019 soll Anreize für eine gesteigerte Versorgung außerhalb des Krankenhauses sowie für eine enge Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Primärversorgung setzen. (Hansen 2021)

Rolle der DRG

In den Spitälern werden Diagnosen nach ICD-10 codiert, Leistungen nach einem nationalen Prozedurenkatalog. Diese werden – seit 2018 unabhängig von ambulanter oder stationärer Erbringung – zu DRG gruppiert. Der Wert der einzelnen DRG wird jährlich durch das Gesundheitsministerium auf der Grundlage der Abrechnungsdaten und der durchschnittlichen Kosten des Vorjahres berechnet. DRG werden aktuell nicht direkt zur Finanzierung, jedoch als Management-Information auf Ebene der Abteilungen und Spitäler sowie auf Systemebene verwendet.

Deren Zwecke sind aktuell (Hansen 2021):

- ◆ Transparenz zu Produktivität auf höher aggregierter Ebene
- ◆ Transparenz zu Kosten auf höher aggregierter Ebene
- ◆ Transparenz zu Kosten in der Versorgungsstruktur (Kostendatenbank auf Mikroebene)
- ◆ Basis für die Berechnung von Schlüsselwerten (z. B. Indikatoren des „Nearby Financing“)

Um mit dem zur Verfügung gestellten Budget für ein Jahr effizient haushalten zu können, ist es erforderlich, Leistungen so effizient und günstig wie möglich – also vornehmlich ambulant – durchzuführen. Die Einhaltung des Budgetrahmens führt traditionell zu einer Steigerung der Produktivität. (Schmidt et al. 2018)

Daraus entsteht für Chirurgen/Chirurginnen und Anästhesisten/Anästhesistinnen, aber auch konservativ tätige Ärzte/Ärztinnen der Druck, stationäre Aufnahmen zu begründen. Unterschiede in der Durchführung bestehen trotzdem.

Die Unterlagen zum DRG-System sind nur in dänischer Sprache verfügbar. (Sundhedsdatastyrelsen 2021a)

Für Diagnose und Behandlung besteht in Dänemark eine maximale **Wartezeit von 30 Tagen**. Um diese Wartezeit einhalten zu können, gibt es Vereinbarungen der Regionen mit privaten Anbietern zur Erbringung eines definierten Leistungsspektrums (Art und Anzahl der Leistungen) für einen bestimmten Zeitraum. Dieses vorab definierte Leistungsspektrum wird pauschal gemäß der vertraglich vereinbarten Summe abgegolten. Bei der Vergabe von Verträgen herrscht eine Wettbewerbssituation zwischen den privaten Anbietern. (Tikkanen et al. 2020)

Da Daten zu Qualität, Wartezeiten und weitere Informationen öffentlich auf der Website esundhed.dk präsentiert werden und Wahlfreiheit für die Patientinnen und Patienten bezüglich des Krankenhauses sowie der Kliniken besteht, mit welchen Leistungsbündel vertraglich geregelt wurden, sind diese daran interessiert, hochqualitative und effiziente Leistungen zu bieten. Sollte ein Patient/eine Patientin sich für eine Behandlung in einer anderen Region entscheiden, folgt das Geld dem Patienten/der Patientin. (Tikkanen et al. 2020)

Die Produktivität wird in einem jährlichen Bericht dargestellt, nicht jedoch speziell für ambulante Operationen, sondern für den gesamten ambulanten Sektor.

7.3.1 Umfang und Art der Vergütung in unterschiedlichen Settings

Da die Finanzierung über Budgets erfolgt und die Regionen selbstständig über die Verteilung der Mittel entscheiden, können Umfang und Höhe der Vergütung ambulanter Operationen – ob im Krankenhaus oder niedergelassenen Bereich – regional unterschiedlich sein. Grundsätzlich bestehen jedoch keine Unterschiede bei der Vergütung ambulanter Operationen in unterschiedlichen Settings. Niedergelassene Ambulatorien gibt es in Dänemark nicht.

7.3.2 Konkrete Vergütungskataloge

Konkrete Vergütungskataloge für ambulante Operationen und Eingriffe existieren nicht. Die Vergütung von Operationen und Eingriffen erfolgt im Rahmen der Budgets.

In die Entscheidung des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin, ob der Eingriff stationär oder ambulant durchgeführt wird, fließen die Art des Eingriffs sowie der Zustand und die Lebensumstände des Patienten/der Patientin ein. Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass ein Großteil der Eingriffe ambulant durchgeführt werden kann. Dies wird auch von der Bevölkerung unterstützt.

7.3.3 Differenzierung in der Vergütung

Eine Schweregraddifferenzierung gibt es nicht. Seit 2018 finden die Zuzahlungen der Gemeinden an die Regionen altersdifferenziert statt. Für junge (0-2 Jahre) und ältere Personen (>65 Jahre) werden ca. 50 Prozent der DRG verrechnet, für Personen anderen Alters ca. 20 Prozent, da für die erstgenannten Populationen Präventionsmöglichkeiten der Gemeinden für die Spitalsversorgung bestehen. (Hansen 2021)

7.4 Entstehungsprozess und Perspektiven

7.4.1 (Historische) Entwicklung des Systems

Seit den 1980er-Jahren erfolgt die Krankenhausfinanzierung durch **Globalbudgets**, damals noch vereinbart zwischen den Landkreisen („Counties“) und der Krankenhausverwaltungen. Ab den 1990er-Jahren wurden Ziele zur Produktivitätssteigerung eingesetzt. Die Einführung der **freien Krankenhauswahl** 1993 sollte als Katalysator für Wettbewerb und Effizienzsteigerung wirken. Der Zugang zu Informationen zu Wartezeiten und Qualität beflügelte die Entwicklungen. (Christiansen, Vrangbæk 2018)

Das „Nordic Casemix System“ wurde ab 1995 zur Steigerung der Transparenz in der Produktivitätsmessung, die eine Gewichtung der Patienten/Patientinnen ermöglichte, eingeführt. 1999 wurden DRG-Zahlungen für Patienten/Patientinnen eingeführt, die in einem Krankenhaus außerhalb des Landkreises versorgt wurden.

Ab 2001 wurden DRG auch für die Budgetkalkulation der Spitäler innerhalb der Regionen herangezogen. Das Spitalsbudget bestand aus 75 Prozent Blockzahlungen, der Rest wurde **aktivitätsbasiert nach DRG** abgegolten. Zudem wurde eine Steigerung der Produktivität um zwei Prozent pro Jahr vereinbart, um das Basisaktivitätslevel zu erreichen. Darüber hinaus bestand ein staatliches Budget von 1,5 Prozent für zusätzlich erbrachte DRG.

Weiters fanden Zuzahlungen der Gemeinden an die Regionen entsprechend der Inanspruchnahme von Leistungen durch ihre Einwohner und Einwohnerinnen statt. Aktivität wurde anhand von Übernachtungen/Bettentagen, stationären Aufnahmen und ambulanten Kontakten gemessen und ohne Schweregradifferenzierung für die Finanzierung verwendet, was zu einem stetigen Anstieg der Kosten führte. (Hansen 2021)

Durch die aktivitätsbasierte Finanzierung wurde der Druck des Staates auf die Regionen und anschließend auf die Spitäler aufgebaut. Dies führte zur Reduktion von Wartezeiten und zur Steigerung der Produktivität, jedoch rein monetär beeinflusst und nur für ausgewählte Leistungen. Häufig war das Budget bereits im Oktober ausgeschöpft, sodass elektive Operationen in das darauffolgende Jahr verschoben wurden und – neben Akut-Aufnahmen – nur mehr zusätzliche Leistungen, die wenig Aufwand bedingten, jedoch hoch dotiert waren, erbracht wurden, nach der Devise „Work smarter not harder“. Anstatt der Qualität, Gesundheit und Bedarfe der Patienten/Patientinnen stand die finanzielle Abgeltung von DRG im Vordergrund.

Im Rahmen der Verwaltungsreform **2007** erfolgte eine Reduktion der 13 Landkreise auf fünf Regionen und von 271 auf 98 Gemeinden sowie eine Reduktion der Anzahl der Spitäler und Konzentration von Spezialisierungen auf einzelne ausgewählte Spitäler. 16 neue hochspezialisierte Krankenhäuser entstanden (Abbildung 17). In der Zuständigkeit der Regionen liegt seither die Planung der Gesundheitsversorgung, der Spitäler sowie der Versorgung außerhalb. Den Gemeinden wurde die Verantwortung für Prävention und Gesundheitsförderung sowie Rehabilitation, aufsuchende Dienste und Versorgung chronisch Kranker zugesprochen. Werden diese Angebote vermehrt in Anspruch genommen, sollen so Leistungen, die durch die Regionen verwaltet werden, und somit die Zuzahlungen der Gemeinden an die Regionen reduziert werden. (Christiansen, Vrangbæk 2018)

Im Zeitraum 2007 bis 2020 wurden aus dem Budget von 6,4 Milliarden Euro 0,9 Milliarden Euro unter anderem in den Ausbau der Datensammlung und deren Aufbereitung, die Forschung sowie die Steigerung von Qualität und Effizienz investiert. Dazu zählt auch die Einführung der elektronischen Patientenakte. Ein Ergebnis sollte die Reduktion stationärer Aufenthalte um 20 Prozent und die Steigerung ambulanter Versorgung um 50 Prozent sein ([Indhold; digitalhealthnews.eu](#)).

2004 wurde ein Verhältnis von 80 Prozent Globalbudget und 20 Prozent aktivitätsbasierter Spitalsfinanzierung, 2007 ein Verhältnis von 50:50 eingeführt. Die Anforderung einer Produktivitätssteigerung der Spitäler und Abteilungen von zwei Prozent bewirkte eine gesamte Produktivitätssteigerung von 30 Prozent zwischen

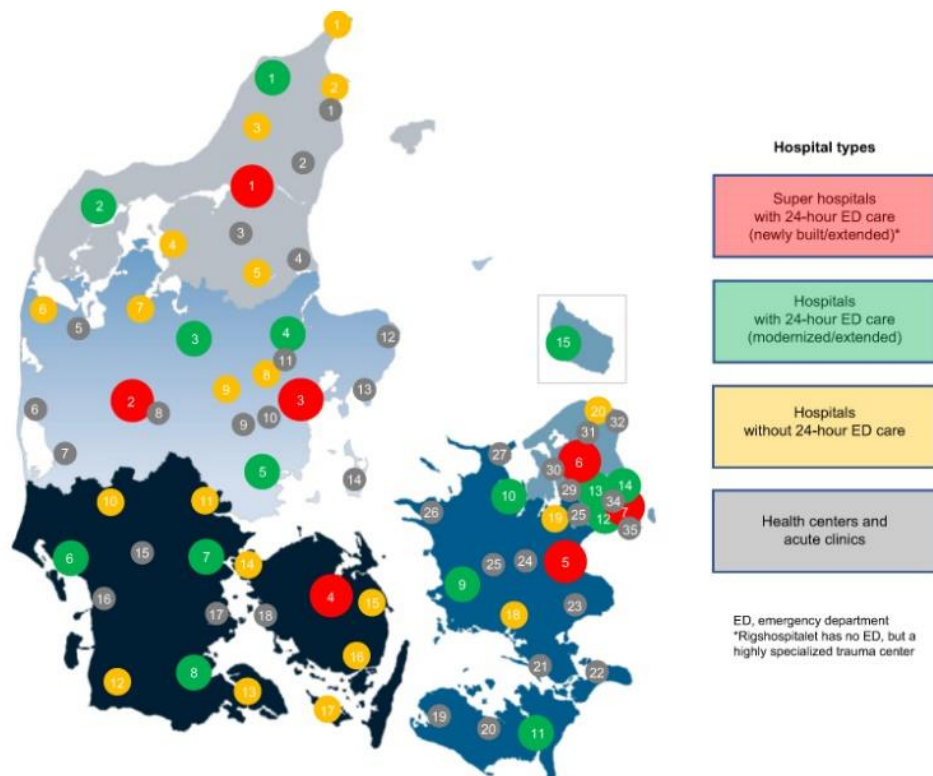
2003 und 2017. Als Konsequenz entstanden individuelle aktivitätsbasierte Finanzierungssysteme bis auf die Ebene der Krankenhausabteilungen.

Die ermittelten **Kosten** für die **DRG**, die **Anzahl** der im Vorjahr dokumentierten DRG sowie die **Bevölkerungsstruktur** in der Region bilden die Grundlage für die Budgets, die an die Regionen ausbezahlt werden. (Danish Health Data Authority 2016)

Da DRG auf Basis der durchschnittlichen Kosten aller Behandlungen Dänemarks des vorangegangenen Jahres kalkuliert werden, können die tatsächlichen Kosten für Spitäler je nach individuellem Ressourceneinsatz sowohl höher als auch niedriger ausfallen. (Street et al. 2007)

In der Finanzierungsreform 2019 fand ein Wechsel von einer aktivitätsbasierten zu einer budgetbasierten und ergebnisorientierten Finanzierung statt. Dieser dauert noch an und wird in Kapitel 7.3 beschrieben. (Hansen 2021)

Abbildung 17: Verteilung von Spitalstypen nach der Reform



Cities listed according to region: North Denmark Region; Central Denmark Region; Region of Southern Denmark; Region Zealand; Capital Region of Denmark.

■ (1) Aalborg; (2) Gedstrup; (3) Aarhus; (4) Odense; (5) Køge; (6) Favrholm; (7) Copenhagen (Rigshospitalet).

■ (1) Hjørring; (2) Thisted; (3) Viborg; (4) Randers; (5) Horsens; (6) Esbjerg; (7) Kolding; (8) Aabenraa; (9) Slagelse; (10) Holbæk; (11) Nykøbing Falster; (12) Hvidovre; (13) Herlev-Gentofte; (14) Bispebjerg; (15) Rønne.

■ (1) Skagen; (2) Frederikshavn; (3) Brønderslev; (4) Farsø; (5) Hobro; (6) Lemvig; (7) Skive; (8) Hammel; (9) Silkeborg; (10) Grindsted; (11) Vejle; (12) Tønder; (13) Sønderborg; (14) Middelfart; (15) Nyborg; (16) Svendborg; (17) Ærø; (18) Næstved; (19) Roskilde; (20) Hornbæk.

■ (1) Sæby; (2) Dronninglund; (3) Stavrø; (4) Hadsund; (5) Struer; (6) Ringkøbing; (7) Tarm; (8) Ikast; (9) Brædstrup; (10) Skanderborg; (11) Hadsten; (12) Grenaa; (13) Ebeltoft; (14) Samsø; (15) Brørup; (16) Ribe; (17) Haderslev; (18) Assens; (19) Nakskov; (20) Maribo; (21) Vordingborg; (22) Stege; (23) Faxe; (24) Ringsted; (25) Sorø; (26) Kalundborg; (27) Odsherred; (28) Tåstrup; (29) Egedal; (30) Frederikssund; (31) Fredensborg; (32) Helsingør; (34) Frederiksberg / Rødovre / Lyngby; (35) Tårby / Amager.

Quelle: Christiansen, Vrangbæk 2018

Dokumentation

Im Jahr 2002 erfolgte eine Umstellung der Dokumentation von NordDRG zu DkDRG („Danish casemix system“). Diese setzten sich aus DRG (stationär), DAGS (ambulant – Danish ambulatory grouping system – Dansk ambulant grupperingsystem) und einer sogenannten „Grauzone“ zusammen. Die Grauzone umfasst Eingriffe, die mit und ohne eine Übernachtung durchgeführt werden können. Durch die jährliche Anpassung nahm die Differenzierung zwischen 2003 und 2017 stetig zu.

2018 wurden die drei Gruppen zu einer Gruppe zusammengefasst, wodurch nicht mehr zwischen Eingriffen mit und ohne Übernachtungen unterschieden wird. Die Dokumentation stellt so die Patientengewichtung und Krankenhausespisode dar, ohne auf das Setting zu fokussieren. (Danish Health Data Authority 2016; HAS 2013; OECD 2019; Olejaz et al. 2012).

Dieser umfassende Prozess wurde durch Datenanalysen, Validierung durch Fachgesellschaften und Kliniker/Klinikerinnen, Diskussion in Workshops sowie einen kontinuierlichen Dialog mit den Anwendern/Anwenderinnen begleitet (Danish Health Data Authority 2016)

DRG sind nun lediglich für Leistungen abzugelten, die außerhalb der Region in Anspruch genommen werden (bei Übersteigen der maximalen Wartezeit oder auf Patientenwunsch). (Danish Health Data Authority 2016)

Für die jährliche Wartung der Kataloge bzw. DRG können Vorschläge eingemeldet werden. (Sundhedsdatastyrelsen 2020a)

Die **Dänische Gesellschaft für Tageschirurgie (dsdk)** entstand im Jahr 1997 aus einer Gruppe von Experten/Expertinnen des Krankenhauses Vejle, inspiriert durch die Internationale Gesellschaft für Tageschirurgie (IAAS). Sie umfasst sowohl Mitglieder unterschiedlicher Fachbereiche als auch institutionelle Mitglieder. Die dsdk tagt zweimal jährlich und betreibt eine Website in dänischer Sprache (<https://dsdk.dk/>). Dokumente sind nur für Mitglieder einsehbar (Dansk Selskab for Dagkirurgi 2020).

7.4.2 Empirie

Über die mehr als 60 dänischen klinischen Datenbanken, die medizinischen Register, die erhobenen Daten zu Qualitätsindikatoren des dänischen Qualitätsmodells (DKKM), die jährlichen Patientenbefragungen, die nationalen Patientenregister und die elektronische Patientenakte sowie weitere Dokumentationssysteme werden umfassende Daten zur Versorgung gesammelt. (Christiansen, Vrangbæk 2018)

Das nationale Patientenregister stellt Daten lediglich in dänischer Sprache zur Verfügung. Auf Anfrage können diese auch pseudonymisiert übermittelt werden. (Sundhedsdatastyrelsen 2021b)

Auf der Website von Statistics Denmark sind die Daten zu ambulant durchgeführten Behandlungen sowie zu ambulanten Patienten/Patientinnen nach Region, Diagnose, Alter und Geschlecht zu finden. (Statistics Denmark 2021)

7.4.3 Ausblick

Selbst nach 20 Jahren Tageschirurgie, die einen wesentlichen Bestandteil der Gesundheitsversorgung Dänemarks darstellt, besteht kein nationaler Überblick, da es keine spezifischen Indikatoren gibt. Die Qualität variiert stark zwischen den Spitälern und Regionen. Die dänische Gesellschaft für Tageschirurgie ist daher bestrebt, Indikatoren festzulegen, die in ein Benchmarking aufgenommen werden können und so Unterschiede sichtbar machen.

Ein weiteres Ziel ist der Wissenstransfer von Top-Performern zu denjenigen mit Entwicklungspotential, um die Qualität und Effizienz in ganz Dänemark zu steigern. Anhand der Erhebung von Indikatoren könnten diese Pioniere identifiziert werden und als Vorbilder dienen.

Im Rahmen eines Experteninterviews wurde empfohlen, Schlüsselpersonen unter den Professionen (Anästhesie, Chirurgie etc.) zu finden, die an der intensiven Umsetzung von tageschirurgischen Eingriffen interessiert sind. Diese sollen als Vorbilder agieren und das Mindset „All surgery is day surgery until proven otherwise“ als Innovation unter den Professionen verbreiten. Wesentlich ist es auch, Patienten/Patientinnen einzubinden und deren Einstellung zu fördern, nach einem Eingriff sobald als möglich zu Hause versorgt zu werden. Patientenedukation vor dem Eingriff, Budgetfinanzierung, gute Kommunikation der Reform und ausreichend Zeit für die Umsetzung sind Erfolgsfaktoren. Mit Widerstand ist jedoch zu rechnen.

Gesundheitspolitisch wird in Dänemark die Zusammenführung der Budgets der beiden Sektoren „Region“ und „Gemeinde“ überlegt, um eine einheitliche Finanzierungsgrundlage für Gesundheitsdiensteanbieter zu schaffen. Der Ansatz des „value-based funding“ anstatt des „activity based funding“ soll weitergeführt werden.

7.5 Interviews

Wir danken folgenden Institutionen und Personen, die uns im Rahmen unserer Recherchen für ein Interview zur Verfügung standen:

- ◆ Peter Zepernick, Danish Society for Day Surgery
- ◆ Billy Bjarne Kristensen, Zealand University Hospital
- ◆ Bjarne Skjødt Hjaltalin, Zealand University Hospital
- ◆ Pernille Rosling, Sundhedsdatastyrelsen
- ◆ Niels Hansen, Sundhedsdatastyrelsen

8. USA

Im internationalen Vergleich ist die Kostenträgerstruktur im US-amerikanischen Gesundheitssystem relativ stark fragmentiert. Versicherungsschutz wird von privaten Krankenversicherungen, gemeinnützigen und staatlichen Institutionen, privaten Unternehmen sowie von privaten Betriebskrankenkassen angeboten. Da es keine gesetzlichen Vorgaben über eine Mindestabsicherung gibt, existieren vielfältige Vertragskonstellationen und nicht alle privat Versicherten haben eine Vollversicherung.

Ein Teil der Bevölkerung hat Zugang zu staatlichen bzw. öffentlichen Sicherungssystemen. Die beiden größten sind Medicare und Medicaid.

- ◆ Medicare ist zuständig für die Gesundheitsversorgung von Personen über 65 Jahren (Altersrentenempfängern) sowie von Personen unter 65 Jahren mit bestimmten Behinderungen oder mit akutem Nierenversagen (Dialyse- oder Transplantationsnotwendigkeit). Medicare wird über Arbeitnehmer- und Versichertenbeiträge finanziert.
- ◆ Medicaid bietet den Sozialhilfeempfängern eine Basisgesundheitsversorgung mit einem eingeschränkten Leistungskatalog. Kinder einkommenschwacher Haushalte erhalten über das „Children’s Health Insurance Program“ (CHIP) Zugang zu einem im Vergleich zu Medicaid erweiterten Leistungskatalog. Medicaid und das Programm für die Kinder sind steuerfinanziert. Die Regelungen in den einzelnen Bundesstaaten unterscheiden sich teilweise sehr stark – im Unterschied zu Medicare, das bundesweit einheitlich geregelt ist.²¹ Die vorliegenden Ausführungen beziehen sich daher hauptsächlich auf die Medicare-Regularien.

Der Anteil staatlicher Finanzierung bzw. öffentlicher Versicherungs- und Versorgungssysteme ist im US-Gesundheitssystem geringer als in vielen anderen westlichen Industriestaaten. Im Jahr 2020 waren mit insgesamt rd. 44 % weniger als die Hälfte der US-Bevölkerung in den staatlichen Versicherungsprogrammen Medicare (19 %), Medicaid (23 %) oder CHIP (2 %) anspruchsberechtigt. Im Rahmen von Krankenversicherungssystemen wurden in den USA rund drei Viertel (76,6 %) der nationalen Gesundheitsausgaben (ohne Investitionen) im Jahr 2019 gedeckt. Auf die staatlichen Versicherungsprogramme entfiel ein Anteil von insgesamt 43,3 % der Gesundheitsausgaben (Medicare: 22,2 %, Medicaid: 17,1 %, CHIP/Streitkräfte & Veteranen: 4,0 %). Private Krankenversicherungen hatten einen Ausgabenanteil von einem Drittel.

²¹ Auch die Versorgungssysteme für aktive und ehemalige Soldatinnen und Soldaten sind bundesweit einheitlich geregelt.

8.1 Definitionen

Abgrenzung ambulant versus stationär

Nach den Regularien der Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) entscheidet der behandelnde Arzt nach medizinischen Kriterien darüber, ob ein Patient ambulant oder stationär behandelt wird. Eine Krankenhausbehandlung ist dann unter Medicare erstattungsfähig, wenn eine ärztliche Einweisung vorliegt und der Patient vom Krankenhaus formal aufgenommen wurde. Dabei hat sich die ärztliche Beurteilung bzw. Einweisung an dem Kriterium der stationären Behandlungsbedürftigkeit zu orientieren. Ausschlaggebend hierfür ist, dass die Erkrankung so schwerwiegend ist (u. a. auch im Hinblick auf das Risiko schwerwiegender unerwünschter Ereignisse) und die für ihre Behandlung erforderlichen Leistungen so intensiv sind, dass die Patientenversorgung nur in einem stationären Setting sicher und effektiv durchgeführt werden kann. Zur Einschätzung der stationären Behandlungsbedürftigkeit existieren Standard-Leitlinien, validierte Screening- und Entscheidungs-Instrumente (z. B. Pneumonia severity index PSI), Vorrang hat jedoch das individuelle ärztliche Urteil, solange es den akzeptierten ärztlichen Praxisstandards entspricht.

Im Jahr 2013 haben die CMS die sog. „two-midnight rule“ eingeführt, wonach die stationäre Aufnahme eines Patienten dann als angemessen und erforderlich gilt (und damit der Krankenhausaufenthalt als erstattungsfähig unter Medicare Part A), wenn die Zeitspanne des Aufenthalts zwei Mitternachtszeitpunkte umfasst.²² Krankenhausaufenthalte mit einer geringeren Zeitspanne gelten dagegen generell als ambulante Versorgung (und damit erstattungsfähig unter Medicare Part B). Durch eine weitere CMS-Regelung im Jahr 2016 wurde klargestellt, dass auch Krankenhausaufenthalte mit einer geringeren Zeitspanne unter Medicare Part A erstattungsfähig sein können, wenn der einweisende Arzt fallindividuell Patienten als stationär behandlungsbedürftig beurteilt und dies zum Zweck einer medizinischen Überprüfung dokumentiert.

Alternativ zum Patientenstatus „stationäre Aufnahme“ verwendet CMS bei kurzen Krankenhausaufenthalten den „Beobachtungsstatus“. Im Rahmen von Medicare umfasst „observation care“ Leistungen zur klinischen Bewertung und Kurzzeit-Behandlung, die einer Entscheidung vorangehen, ob ein Patient entlassen werden kann oder weitergehende stationäre Behandlung benötigt. „Observation care“ im Krankenhaus wird als ambulante Versorgung eingestuft (und ist entsprechend erstattungsfähig unter Medicare Part B) – und behält diesen Status auch dann, wenn eine stationäre Aufnahme folgt.

²² Vgl. <https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/fact-sheet-two-midnight-rule-0>. Medicare Part A (Hospital Insurance) ist eine Pflichtversicherung, die die stationären Leistungen abdeckt, Medicare Part B (Supplementary Medical Insurance) ist eine freiwillige Versicherung und beinhaltet u. a. ärztliche Leistungen, Präventionsleistungen (inkl. Impfungen), Hilfsmittel oder Chemotherapie. Die Medicare-Versicherung enthält keine volle Kostendeckung und in Part A und Part B fallen unterschiedliche prozentuale Selbstbeteiligungen an.

Die Unterscheidung zwischen dem Status „stationäre Aufnahme“ und „Beobachtung“ gelingt in der Praxis nicht immer eindeutig. Von ärztlicher Seite werden die vielfachen Anforderungen für stationäre Aufnahmen kritisiert (u. a. die „two-midnight rule“) sowie eine unangemessene Anwendung des Beobachtungsstatus. Auch für Patienten seien diese Unterscheidungen oft nicht nachvollziehbar, haben aber spürbare Auswirkungen auf die Erstattungshöhe bzw. die Höhe der finanziellen Eigenbeteiligungen.

Abgrenzung ambulanter chirurgischer Leistungen

Im amerikanischen Gesundheitssystem können ambulante chirurgische Leistungen an drei Orten bzw. Einrichtungen erbracht werden: in einem ambulanten chirurgischen Zentrum (Ambulatory Surgery Center – ASC), in einer Krankenhausambulanz (Hospital Outpatient Department – HOPD) oder in einer Arztpraxis (Physician Office – PO) (Medpac 2020a, S. 145).

Gemäß dem CFRs (Code of Federal Regulations) zeichnen sich die operativen Leistungen in den ASC dadurch aus, dass sie Patienten erhalten, die nicht stationär behandlungsbedürftig sind, und dass die erwartete Dauer der Leistungen 24 Stunden nicht überschreitet (e-CFR 2021: 42 CFR § 416.2).

8.2 Voraussetzungen

8.2.1 Regulatorischer Rahmen

Leistungskatalog (erstattungsfähige Leistungen)

Im Medicare-System nutzen die CMS zu Abrechnungszwecken das Prozedurenverzeichnis **HCPCS** (Healthcare Common Procedure Coding System). Gesetzliche Grundlage ist das US-bundesstaatliche Gesetz HIPAA. Dieses Verzeichnis umfasst derzeit (Stand: Januar 2021) 16.873 Leistungsziffern. Es wird jährlich von den CMS festgelegt und vierteljährlich aktualisiert (siehe CMS-Website: <https://www.cms.gov/Medicare/Coding/MedHCPCSGenInfo>). Der HCPCS-Leistungskatalog unterscheidet zwei Stufen (Level) von Codes (ResDac 2021; CMS 2020b):

- ◆ Level I umfasst Codes zur Beschreibung der Leistungen und Prozeduren, die üblicherweise von Ärzten erbracht werden. Die Codes basieren auf den Prozedurenkodes der **CPT** (Current Procedural Terminology), auch sog. CPT-4-Codes, welche in den 1960er Jahren von der American Medical Association (AMA) entwickelt wurden (HCPCS.org 2021; CMS 2020b; ResDac 2021). Die CPT unterscheidet wiederum drei Kategorien von Codes. Dabei bildet Kategorie I den Kernbereich der Codes für medizinische Prozeduren und Leistungen, die dem jeweiligen Behandlungsstandard entsprechen. Sie werden wiederum in sechs Hauptabschnitte eingeteilt: Evaluation und Management (z. B. hospital observation services, consultations), Anästhesie, Chirurgie, Radiologie, Pathologie/Labor, Medizin. Codes der Kategorie II dienen der Datensammlung zum Zweck der
-

Leistungsmessung und können optional verwendet werden (z. B. patient history, follow-up / outcomes).²³ Zu Kategorie III zählen schließlich zeitlich befristete Codes für neue Leistungen und Prozeduren; sie dienen der Datenerhebung, um die Bewertung dieser Leistungen zu erleichtern.²⁴

- ◆ Level II umfasst Codes zur Beschreibung von Leistungen und Prozeduren der Gesundheitsversorgung, die nicht von Ärzten erbracht werden. Darunter fallen z. B. Leistungen des Rettungsdienstes und medizinische Hilfsmittel.

Die CMS definieren mindestens einmal jährlich, welche dieser HCPCS-Codes in welchem Setting bei ambulanter Durchführung erstattungsfähig sind. Zusätzlich benennen die CMS mindestens einmal jährlich die Leistungen, die nur bei stationärer Durchführung erstattet werden und ordnet diese einer sog. „Inpatient-Only“-Liste (IPO) zu. Die Liste enthält zum Beispiel bestimmte chirurgisch invasive Leistungen am Gehirn, am Herzen und im Bauchraum, wie Kraniotomien, Koronararterien-Bypass-Transplantationen und Laparotomien.²⁵ Im Jahr 2020 befanden sich etwa 1.740 der HCPCS-Codes auf der IPO-Liste mit dem Statusindikator „C“ (inpatient procedures).²⁶ Anhand von fünf Kriterien legt CMS fest, ob eine Prozedur von der IPO-Liste entfernt werden sollte (65 FR 18455).²⁷ Allerdings muss eine Prozedur nicht alle nachfolgend genannte Kriterien erfüllen, um von der IPO-Liste entfernt zu werden: (CMS-1736-FC 2021)

- ◆ Die meisten ambulanten Einrichtungen sind so ausgestattet, dass die Leistungen an Medicare-Patienten erbracht werden können.
- ◆ Die einfachste Prozedur, die durch den Code beschrieben wird, kann in den meisten ambulanten Einrichtungen erbracht werden.
- ◆ Die Prozedur ist mit Codes vergleichbar, die bereits aus der IPO-Liste entfernt wurden.
- ◆ Die Prozedur kann in zahlreichen Krankenhäusern ambulant erbracht werden.

²³ Diesen Codes wird kein Relativgewicht zugewiesen, die mit ihnen bezeichneten Leistungen werden nicht separat vergütet.

²⁴ Auch Codes der Kategorie III erhalten kein Relativgewicht. Die Vergütung der mit ihnen bezeichneten Leistungen obliegt den jeweiligen Erstattungsregelungen der (lokalen) Medicare-Kostenträger.

²⁵ Die vollständige Liste der stationären HCPCS-Codes findet sich als „Addendum E“ auf der CMS-Webseite: <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/HospitalOutpatientPPS> (letzter Zugriff am 21. April 2021)

²⁶ Im Jahr 2021 waren es nur noch 1.438 Codes. Die Reduzierung ist hauptsächlich auf die Herausnahme der ersten Codes im Zuge der Abschaffung der IPO zurückzuführen.

²⁷ Dabei beziehen sich die CMS u. a. auf Anfragen von Stakeholdern (Fachgesellschaften, Krankenhäuser und Krankenhausverbände, Operateure, Patientengruppen) ein, die Zuordnung bestimmter Leistungen zur IPO-Liste zu überprüfen.

- ◆ Die Prozedur kann angemessen und sicher in einem ASC erbracht werden und steht auf der Liste der zugelassenen ASC-Leistungen oder wurde von den CMS zur Aufnahme in die ASC-Liste vorgeschlagen.

In einem ASC dürfen nur Leistungen durchgeführt werden, die von den CMS jährlich bestimmt und zugelassen werden (Medpac 2020a). Diese werden in einem eigenen Leistungskatalog (mit HCPCS-Codes) separat für ASCs zusammengestellt.²⁸ Die ASC-Liste mit Leistungen und Prozeduren, die von Medicare erstattet werden, erweitert sich stetig. Grund dafür ist die Zielsetzung, alle Verfahren zu bezahlen, die kein signifikantes Sicherheitsrisiko darstellen, wenn diese in einem ASC durchgeführt werden und keine Übernachtung erfordern (Flowers 2006).

Bundesgesetzlich werden einige Voraussetzungen definiert, die erfüllt sein müssen, damit in ASC durchgeführte operative Prozeduren unter Medicare erstattungsfähig sind (e-CFR 2021: 42 CFR § 416.65). Als allgemeine Standards gelten demnach, dass es sich um Eingriffe handelt, die

- ◆ üblicherweise stationär in Krankenhäusern durchgeführt werden, aber ebenfalls sicher in einem ASC durchführbar sind,
- ◆ nicht üblicherweise in einer Arztpraxis durchgeführt werden oder dort sicher durchgeführt werden könnten,
- ◆ einen separaten Operationsraum und einen postoperativen Aufwachraum oder einen Kurzzeit-Erholungsraum (nicht für Übernachtungen) erfordern.

Neben diesen allgemeinen Normen werden weitere, spezifische Voraussetzungen aufgeführt:

- ◆ Die Operationszeit überschreitet insgesamt nicht 90 Minuten.
- ◆ Die Aufwach- bzw. Rekonvaleszenzzeit beträgt insgesamt maximal vier Stunden.
- ◆ Erfordern die Eingriffe eine Anästhesie, darf es sich entweder nur um eine Lokal- oder Regionalanästhesie handeln oder um eine Vollnarkose mit einer maximalen Dauer von 90 Minuten.
- ◆ Darüber hinaus sollen in ASC Eingriffe vermieden werden, die generell mit hohen Blutverlusten einhergehen, die größere Blutgefäße betreffen oder bei denen ein größeres oder längeres Eindringen in Körperhöhlräume erforderlich wäre und die im Allgemeinen vom Typ her einer Notfallbehandlung entsprechen oder lebensbedrohlich sind. (vgl. Ausschlusskriterien gem. Section 416.166(c))

²⁸ siehe CMS-Webseite: https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/ASCPayment/11_Addenda_Updates; <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/ASCPayment/archive> (letzter Zugriff am 21. April 2021).

Zur weitergehenden Unterscheidung, welche operativen Eingriffe unter dem Aspekt der Patientensicherheit ambulant durchgeführt werden können, existieren Richtlinien. Etabliert hat sich beispielsweise das „Physical Status Classification System“ der Anästhesisten-Gesellschaft (ASA), das seit über 60 Jahren in der klinischen Praxis eingesetzt wird.²⁹ Mit der ASA-Klassifizierung lassen sich die medizinischen Komorbiditäten eines Patienten vor der Anästhesie bewerten. Um die perioperativen Risiken umfassend einschätzen zu können, sind aber weitere Faktoren in die Bewertung einzubeziehen (z. B. Art der Operation, Gebrechlichkeit, Grad der Dekonditionierung). (American Society of Anesthesiologists 2020)

- ◆ Auch die ASCs haben teilweise eigene Richtlinien veröffentlicht. Beispielsweise veröffentlichte die Cleveland Clinic Foundation im Jahr 2006 eine Liste an Kontraindikationen für eine ambulante Operation (Flowers 2006): medizinische Vorgeschichte mit schwierigen Intubationen oder Verdacht auf schwierige Intubation,
- ◆ Operationen, bei denen vermutlich Blutkonserven oder-produkte gebraucht werden,
- ◆ pflegebedürftige Heimpatientinnen und -patienten oder unkooperative Patientinnen und Patienten,
- ◆ Bekannte Maligne Hyperthermie (beim Patienten oder in der Familie),
- ◆ Patientinnen und Patienten, die vermutlich eine längere Rekonvaleszenzzeit haben werden,
- ◆ Patientinnen und Patienten mit automatischen implantierbaren Kardi-overter-Defibrillatoren,
- ◆ Operationsdauer von mehr als sechs Stunden,
- ◆ Notfall-Operationen,
- ◆ Body-Mass-Index größer als 38,
- ◆ Patientinnen und Patienten mit schweren Herz- oder Lungenerkrankungen,
- ◆ Patientinnen und Patienten, die nicht in die Obhut eines verantwortungsvollen Erwachsenen entlassen werden können,
- ◆ Patientinnen und Patienten, die nach der Operation selbst oder mit den öffentlichen Verkehrsmitteln nach Hause fahren möchten,
- ◆ Patientinnen und Patienten, deren Muttersprache nicht englisch ist, wenn kein Übersetzer verfügbar oder anwesend ist.

²⁹ siehe Webseite: <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system> (letzter Zugriff am 21. April 2021).

Im Rahmen der Medicare-Vergütungssysteme ist auf Ebene der Prozedurencodes des HCPCS eindeutig festgelegt, welche Eingriffe bzw. Behandlungen in HOPD und welche in ASC erstattungsfähig sind.

- ◆ Maßgeblich für die HOPD ist das Vergütungssystem Outpatient Prospective Payment System (OPPS). Für das OPPS und das Jahr 2021 werden von den 16.873 HCPCS-Codes 9.409 als erstattungsfähig geführt; 6.292 von diesen wird ein Zahlbetrag zugeordnet, während die übrigen 3.117 als „Paketleistungen“ durch OPPS-Zahlungen für die anderen Leistungen abgedeckt werden.³⁰
- ◆ Für die ASC existiert eine separate Liste erstattungsfähiger Leistungen. Für das Jahr 2021 umfasst diese 4.266 HCPCS Codes für operative/chirurgische Prozeduren; für 3.807 von ihnen wird ein Zahlbetrag ausgewiesen. Darüber hinaus enthält die Liste 1.922 HCPCS Codes für Hilfsleistungen, von denen 830 einen Zahlbetrag haben. Schließlich werden 1.837 HCPCS Codes für Leistungen aufgeführt, deren Erstattung für ASC ausgeschlossen ist, die jedoch nach dem OPPS erstattungsfähig sind (teilweise jedoch nur als „packaged item/service“, also ohne separaten Erstattungsanspruch, wenn sie als allgemeine Kosten der Einrichtung – „facility cost“ – eingestuft werden). Zu diesen Leistungen zählen operative/chirurgische, da die HOPDs im Unterschied zu ASC auch ambulante Traumazentren umfassen können, sowie Laborleistungen, denn HOPDs haben häufig Zugriff auf assoziierte Kliniklabore, während die Laborleistungen für ASC von unabhängigen Laboren erbracht werden, die hierfür eigenständig vergütet werden.

Somit ist der Umfang erstattungsfähiger ambulanter Leistungen für die HOPD größer als für die ASC. Darin spiegeln sich auch die Kapazitätsunterschiede zwischen den beiden Einrichtungstypen. So erfüllen HOPD weitergehende strukturelle Voraussetzungen im Vergleich zu den ASC, durch ihre Anbindung an ein Krankenhaus stehen Ressourcen 24/7 zur Verfügung. Dagegen kommen für ASC nur solche Leistungen unter Medicare als erstattungsfähig in Betracht, bei denen Patienten in der Regel keine aktive medizinische Überwachung und Versorgung zum Mitternachtszeitpunkt nach dem Eingriff erfordern.³¹

Die nachfolgende Tabelle stellt dar, wie sich die ASC-relevanten HCPCS-Codes auf die unterschiedlichen Level sowie auf die unterschiedlichen CPT-Kategorien und Hauptabschnitte verteilen (Tabelle 6). Demnach entfällt das Gros der für ASC erstattungsfähigen ambulanten Leistungen erwartungsgemäß auf den Hauptabschnitt „surgery“, von den anderen Abschnitten der Kategorie I auf Level I ist nur noch die Radiologie nennenswert vertreten.

³⁰ Die übrigen 7.464 HCPCS-Codes unterteilen sich in 1.438 stationäre Leistungen und in 6.026 Leistungen, die nicht unter OPPS bzw. nicht im Rahmen von Medicare erstattungsfähig sind.

³¹ Vgl. <https://public-inspection.federalregister.gov/2021-15496.pdf> (letzter Zugriff am 03.08.2021)

Tabelle 6: Anzahl der ASC-relevanten HCPCS-Codes nach Level bzw. CPT-Kategorie und Hauptabschnitten für Level I

CPT Kategorie/ Hauptabschnitt	CPT Codes (5-Steller)	Anzahl HCPCS-Codes (ASC 2021, Addendum AA & BB)	
		insg.	mit Zahlbetrag
Level I (Physicians)			
CPT-I-Codes		4.717	4.007
Evaluation and Management	99201–99499	0	0
Anesthesia	00100–01999 99100–99150	0	0
Surgery	10000–69990	4.030	3.640
Radiology	70000–79999	612	344
Pathology and Laboratory	80000–89398	0	0
Medicine	90281–99099 99151–99199 99500–99607	75	23
CPT-III-Codes		175	130
Emerging Technology	0016T-0207T	7	7
Others	0213T-0630T	168	123
Level II (Non-Physicians)			
Level II	A9500-V2790	1.296	500
Summe		6.188	4.637

Quelle: AAPC 2021

Gegenüber den HOPD und den ASC gelten ambulante Operationen in Arztpraxen als weitgehend unreguliert: Für sie gelten geringere Anforderungen im Hinblick auf Meldepflichten bei unerwünschten Ereignissen, Risiko- und Qualitätsmanagement (Ohsfeldt et al. 2017).

Grundsätzlich können sich schließlich die Voraussetzungen für ambulante Operationen bzw. deren Erstattungsfähigkeit außerhalb der staatlichen Krankenversicherungssysteme stark unterscheiden. Auch wenn sich private Krankenversicherungen bzw. Kostenträger in ihrer Erstattungspolitik häufig an der Systematik bzw. Höhe der Vergütung durch Medicare orientieren, ist davon auszugehen, dass sie der ambulanten Durchführung von Eingriffen und Operationen wenige bzw. keine Grenzen setzen. Demnach kommen prinzipiell alle Arten von ambulanten Operationen

für eine Erstattung in Frage, solange sie von staatlich akkreditierten Leistungserbringern angeboten werden. Hinzu kommt, dass es sich bei den privaten Krankenversicherungen (mit Schwerpunkt auf der erwerbstätigen Bevölkerung) um ein Versichertenklientel handelt, bei dem im Vergleich zu den Medicare-Versicherten (überwiegend Ältere/Rentner) seltener medizinisch begründete Vorbehalte gegenüber einer ambulanten Durchführung von Operationen zu erwarten sind.

Qualitätssicherung

Zur Sicherstellung der Behandlungsqualität in den Einrichtungen haben die CMS die Berichtsprogramme an die Vergütungssysteme gekoppelt. Dementsprechend existieren je nach Einrichtungsart verschiedene Qualitätsprogramme.

- ◆ Für ASCs, für die ein eigenes Regelsystem der Vergütung gilt, handelt es sich um das Programm ASCQR, welches im Jahr 2012 von CMS eingeführt wurde (Medpac 2020a, S. 153).
- ◆ Die HOPDs rechnen über das OPPS-Vergütungssystem ab, weswegen das Programm OQR zur Qualitätsmessung greift (Medpac 2020a, S. 155).
- ◆ Ärzte werden unabhängig davon, ob sie in einem ASC oder in einem HOPD tätig sind, nach einem eigenen Vergütungssystem (Medicare Physician Fee Schedule, MPFS) bezahlt. Aus dem Grund haben Ärzte und das medizinische Personal (Arzthelfer, Pflegekräfte, Krankenschwester) ein eigenes Qualitätsberichtsprogramm namens MIPS, welches drei bereits bestehende Programme vereint: PQRS, VM und das Medicare EHR Incentive Program.³²

Die Leistungsmessung für HOPDs und ASCs findet also auf zwei Ebenen statt: Datenerhebung und Berichterstattung auf Einrichtungsebene (OQR und ASCQR) sowie auf Ebene der praktizierenden Ärzte bzw. des medizinischem Personal (Merit-based Incentive Payment Program, MIPS).

Perspektivisch gewinnen in den USA so genannte Hybridindikatoren an Bedeutung, die multiple Datenquellen kombinieren, wie administrative Daten (ICD-10, CPT, HCPCS), Daten aus der elektronischen Krankenakte, wie Medikamente (RxNorm), klinische Befunde (SNOMED) etc. Diese Entwicklung lässt sich derzeit vor allem bei den MIPS-Indikatoren beobachten, während die Qualitätsindikatoren im Rahmen des OPPS und der ASC Quality Initiative noch weitgehend auf administrative Daten beschränkt sind.

Im Rahmen des ASCQR sind die ASCs dazu verpflichtet, auf Einrichtungsebene ihre Qualitätsdaten bei den CMS jährlich einzureichen. Andernfalls wird die Vergütung

³² Parallel zu diesen traditionellen Vergütungsprogrammen hat das CMS neue, meist wertbasierte Vergütungsprogramme entwickelt, sog. APMs (z. B. ACO oder bundled payment). Ärzte, die bereits Teil von APMs sind, unterliegen nicht dem MIPS. Da jedoch Chirurgen in den ersten Jahren wahrscheinlich nur eine begrenzte Anzahl von APM-Teilnahmemöglichkeiten haben werden und das CMS noch kein ASC-basiertes APM vorgeschlagen hat, werden Chirurgen in HOPDs und insbesondere in ASCs in absehbarer Zeit MIPS-pflichtig bleiben.

für das betreffende Jahr um zwei Prozentpunkte gekürzt. Hierbei ist lediglich die Übermittlung der Daten elementar, damit die CMS eine vollständige Aktualisierung der Qualitätsmaßnahmen durchführen und ggf. anforderungsbasierte Messgrößen einführen können. Aus dem Grund wirken sich die Ergebnisse der Qualitätsmaßnahmen nicht auf die Zahlung an ein ASC aus. Im Jahr 2020 wurde die ASC-Qualität anhand von zehn Maßnahmen (inkl. einer freiwilligen Maßnahme) gemessen. Durch die (fast) vollständige Erfüllung einiger Maßnahmen sind für die Qualitätsmessung des ASCs für das Jahr 2022 nur sieben Maßnahmen (inkl. einer freiwilligen Maßnahme) geplant (Medpac 2020a) (Tabelle 7). Zu den weiterhin verpflichtend zu erhebenden Qualitätsindikatoren zählen Krankenhausaufenthalte nach ambulanten Eingriffen, Körpertemperatur anästhesierter Patienten, Follow-up-Zeitintervalle oder ungeplante Eingriffe, jeweils für spezifische Eingriffe bzw. Arten von Prozeduren.

Tabelle 7: Qualitätsmaßnahmen im Rahmen des ASCQR

Description of Quality Measure		required in:	
		2020	2022
ASC-1	Patient burn	Yes	No
ASC-2	Patient fall	Yes	No
ASC-3	Wrong site, wrong side, wrong patient, wrong procedure, wrong implant	Yes	No
ASC-4	Hospital transfer/admission	Yes	No
ASC-9	Endoscopy/polyp surveillance: Appropriate follow-up interval for normal colonoscopy in average-risk patients	Yes	Yes
ASC-10	Endoscopy/polyp surveillance: Colonoscopy interval for patients with a history of adenomatous polyps—avoid inappropriate use	Yes	No
ASC-11	Cataracts: Improvement in patient's visual function within 90 days following cataract surgery	Voluntary	Voluntary
ASC-12	Facility seven-day risk standardized hospital visit rate after outpatient colonoscopy	Yes	Yes
ASC-13	Normothermia outcome: Percentage of patients under anesthesia who are normothermic within 15 minutes of arrival in the post-anesthesia care unit	Yes	Yes
ASC-14	Unplanned anterior vitrectomy: Percentage of cataract surgery patients who have an unplanned removal of the vitreous	Yes	Yes
ASC-15	Five patient experience measures from the Outpatient and Ambulatory Survey Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS®): ASC-15a: About facilities and staff ASC-15b: Communication about procedure ASC-15c: Preparation for discharge and recovery ASC-15d: Overall rating of facility ASC-15e: Recommendation of facility	No	No
ASC-17	Hospital visits after orthopedic ASC procedures	No	Yes
ASC-18	Hospital visits after urology ASC procedures	No	Yes

Quelle: Medpac 2020a, S. 154

Das Hospital OQR-Programm wurde durch den Tax Relief and Health Care Act im Jahr 2006 vorgeschrieben. Dieser verlangt im Unterabschnitt (d), dass Krankenhäuser und damit auch HOPDs ihre Daten aus dem ambulanten Bereich für Qualitätsmaßnahmen zur Verfügung stellen. Im Rahmen des OQR-Programms müssen die

Krankenhäuser Anforderungen an die Verwaltung, die Datenerfassung und -übermittlung, die Validierung und die Veröffentlichung erfüllen. Andernfalls werden die Zahlungen an sie um zwei Prozentpunkte gekürzt, indem ein Berichtsfaktor von 0,980 auf die Zahlungen und Zuzahlungen im Rahmen des ambulanten prospektiven Vergütungssystems (OPPS) für alle anwendbaren Leistungen angewendet wird (CMS 2021b).

Da sich die ambulante Versorgung in Krankenhäusern auf zahlreiche Arten von Gesundheitsleistungen beziehen kann, wie z. B. Leistungen in der Notaufnahme, Beobachtungsleistungen, ambulante chirurgische Leistungen, Labortests und bildgebende Leistungen, decken die Maßnahmen im OQR ein breites Spektrum an Leistungen ab. Nachfolgend sind die Maßnahmen aufgeführt (Tabelle 8), wobei sich lediglich vier Messgrößen speziell auf ambulante Prozeduren beziehen: OP-29, OP-31, OP-32, OP-36 (CMS 2021b). Hierbei beziehen sich die Qualitätsindikatoren ebenfalls auf Hospitalisierungen nach ambulanten Operationen sowie auf Zeitintervalle bzw. Ergebnisse von Follow-Ups.

Tabelle 8: Qualitätsmaßnahmen im Rahmen des OQR für 2022

Description of Quality Measure	
OP-2	Fibrinolytic Therapy Received Within 30 Minutes of ED Arrival
OP-3	Median Time to Transfer to Another Facility for Acute Coronary Intervention
OP-8	MRI Lumbar Spine for Low Back Pain
OP-10	Abdomen CT—Use of Contrast Material
OP-13	Cardiac Imaging for Preoperative Risk Assessment for Non-Cardiac, Low-Risk Surgery
OP-18	Median Time from ED Arrival to ED Departure for Discharged ED Patients
OP-22	Left Without Being Seen
OP-23	Head CT or MRI Scan Results for Acute Ischemic Stroke or Hemorrhagic Stroke who Received Head CT or MRI Scan Interpretation Within 45 minutes of ED Arrival
OP-29	Appropriate Follow-Up Interval for Normal Colonoscopy in Average Risk Patients
OP-31	Improvement in Patient's Visual Function within 90 Days Following Cataract Surgery
OP-32	Facility 7-Day Risk-Standardized Hospital Visit Rate after Outpatient Colonoscopy
OP-33	External Beam Radiotherapy for Bone Metastases
OP-35	Admissions and Emergency Department (ED) Visits for Patients Receiving Outpatient Chemotherapy
OP-36	Hospital Visits after Hospital Outpatient Surgery

Quelle: CMS 2021b

Neben den nach Einrichtungstyp (ASC, HOPD) spezifischen Qualitätsprogrammen ACSQR und OQR gilt das MIPS einrichtungsunabhängig für medizinische Fachkräfte (Ärzte, Arzthelfer, CRNA), die nach dem (M)PFS vergütet werden. Eine Berichtsbzw. Teilnahmepflicht gilt nur jenseits einer Medicare-Volumenschwelle und nur insoweit nicht nach alternativen Vergütungsmodellen (APM)³³ des Medicare-Systems abgerechnet wird. Unter den genannten Volumenschwellen sind Abrechnungen von über 90.000 USD pro Jahr nach Medicare Part B oder einer Versorgung von über 200 Medicare-Patienten pro Jahr zu verstehen. (Phreesia 2020; Experteninterview). Nach Experteneinschätzung ist dieser Schwellenwert recht niedrig.

³³ Bei Abrechnung über die Alternative Payment Models wird die Vergütung gebündelt auf der Basis von Qualität adjustiert.

Basierend auf dem MIPS Composite Performance Score werden die Medicare Part-B-Zahlungen nach oben oder unten angepasst. Die maximalen Anpassungen lagen im Jahr 2017 bei +/- 4 % und erhöhten sich schrittweise auf +/- 9 % für das Jahr 2022 und alle anschließenden Jahre an. Die Anpassungen beziehen sich auf den MIPS Composite Score aus dem jeweiligen Leistungsjahr (für das Zahlungsjahr 2022 ist das Leistungsjahr 2020) (Phreesia 2020). Der MIPS Composite Performance Score setzt sich aus vier gewichteten Bereichen zusammen. Für das Leistungsjahr 2020 wurden diese Bereiche folgendermaßen gewichtet: 45 % für Qualität, 15 % für Kosten, 15 % für Verbesserungsaktivitäten und 25 % für Förderung der Interoperabilität.

Innerhalb des Qualitätsbereichs (Gewichtung: 45 %) hat das medizinische Personal über sechs Qualitätsindikatoren (inkl. mind. einer Ergebnismessung) oder über ein definiertes (Unter-)Fachgebiet für das gesamte Kalenderjahr zu berichten. Dabei kann die Überprüfung der Qualitätsindikatoren an unterschiedlichen Datenerhebungen ansetzen: elektronische Patientenakte, Drittanbieter (z. B. qualifiziertes Register), Register für klinische Qualitätsdaten oder Health-IT-Anbieter. Für das Jahr 2020 waren 218 Qualitätsindikatoren definiert, welche die Fachgebiete breitflächig abdeckten. Eine Reihe von Indikatoren sind für die Erbringung der Prozeduren in HOPDs und in ASCs relevant. Einige Indikatoren für die zwei häufigsten Einzel-Fachrichtungen in ASCs sind nachfolgend dargestellt (Tabelle 9). (Phreesia 2020; Experteninterview)

Tabelle 9: Qualitätsindikatoren des MIPS für ASC-relevante Leistungsbereiche

Description of Quality Measure	
Ophthalmology	
Measure 191	Cataracts: 20/40 or Better Visual Acuity within 90 Days Following Cataract Surgery
Measure 303	Cataracts: Improvement in Patient's Visual Function within 90 Days Following Cataract Surgery
Measure 304	Cataracts: Patient Satisfaction within 90 Days Following Cataract Surgery
Measure 384	Adult Primary Rhegmatogenous Retinal Detachment Surgery: No Return to the Operating Room Within 90 Days of Surgery
Measure 385	Adult Primary Rhegmatogenous Retinal Detachment Surgery: Visual Acuity Improvement Within 90 Days of Surgery
Measure 389	Cataract Surgery: Difference Between Planned and Final Refraction
Gastroenterology	
Measure 185	Colonoscopy Interval for Patients with a History of Adenomatous Polyps– Avoidance of Inappropriate Use
Measure 320	Appropriate Follow-Up Interval for Normal Colonoscopy in Average Risk Patients
Measure 425	Photodocumentation of Cecal Intubation
Measure 431	Age Appropriate Screening Colonoscopy

Quelle: Experteninterview; siehe auch: <https://qpp.cms.gov/mips/explore-measures>

Der Bereich der Verbesserungsaktivitäten (15 % Gewichtung) erfordert, dass das medizinische Personal an zwei bis vier von den 100 definierten Verbesserungsaktivitäten teilnimmt. Auch hier beziehen sich zahlreiche Verbesserungsaktivitäten auf in ASCs und HOPDs durchgeführte Prozeduren (Experteninterview). Solche Verbesserungsaktivitäten beziehen sich vor allem auf die Patientensicherheit (z. B. Infektionsvermeidung gem. CDC-Richtlinien, Vermeidung von Blutungen bei PCI).

Grundsätzlich wurde mit der „öffentlichen“ Qualitätsmessung im Krankenhausbereich begonnen, weshalb sie dort weiter fortgeschritten ist als im ambulanten Bereich. Nach Expertenansicht kann die Qualitätsmessung in der ambulanten Versorgung aufgrund des Zusammenwirkens einrichtungs- und arztbezogener Maßnahmen dennoch als robust eingeschätzt werden. Darüber hinaus existiert eine Reihe weiterer Qualitätsinitiativen, die Qualitätsverbesserungen zum Ziel haben und vergütungsunabhängig gestaltet sind. Hierzu zählen u. a.

- ◆ Mitgliedschaften in sogenannten Patient Safety Organizations,

- ◆ Initiativen von Quality Improvement Organizations im Rahmen des CMS-Programms „Scope of Work“,
- ◆ freiwillige Initiativen, wie etwa „ASC Quality Collaboration“ oder das Institute for Healthcare Improvement (IHI).

8.2.2 Strukturelle Anforderungen

Strukturelle Anforderungen beziehen sich auf die Einrichtungen, welche ambulante Operationen bzw. Eingriffe anbieten und durchführen. Die Anforderungen unterscheiden sich hierbei nach den drei wesentlichen Typen von Einrichtungen, in denen Operationen ambulant durchgeführt werden können (s. o.: HOPD, ASC oder PO).

Ein **ASC** kann zum einen eine eigenständige, unabhängige Einrichtung sein. Zum anderen kann ein ASC von einem Krankenhaus betrieben werden, ohne dass es als HOPD-Einrichtung definiert wird (CMS, Medicare Learning Network 2020, S. 2). Allgemein und insbesondere für letzteres gelten besondere Bedingungen in Abgrenzung zu den HOPDs. Unter anderem gelten für ASCs als separate Einheiten eigenständige Zertifizierungen bzw. Zulassungen. Das ASC agiert physisch, administrativ und finanziell unabhängig sowie getrennt von anderen Krankenhausbetrieben und deren Vergütungssystemen (CMS, Medicare Learning Network 2020, S. 2). Wie auch andere ambulante Einrichtungen kann das ASC über Medicare geprüft, zugelassen und akkreditiert werden. Es existiert zwar keine bundesweite Vorschrift, dass ein ASC akkreditiert sein muss. Allerdings verlangen einige Bundesstaaten und private Träger eine Akkreditierung der ASCs. Ebenfalls ist eine Zertifizierung und eine Zulassung im Rahmen einer Vertragsvereinbarung mit den CMS notwendig. Für eine (Medicare-) Zertifizierung ist nach Antragstellung eine Revalidierung alle fünf Jahre notwendig. Es gelten die Qualitäts- und Sicherheitsvorschriften für ASCs, sog. Conditions for Coverage (CFC), gemäß 42 CFR § 416 Subpart C (e-CFR 2021). Es gibt mehrere private Organisationen, welche die CMS-CFCs für eine Zertifizierung überprüfen (AAAHC, AAAASF, AAHHS/ HFAP, TJC) (CMS 2020a). Hierbei ist die Prüfung, ob die Bedingungen und Anforderungen der CFC erfüllt werden, auch nach Eröffnung eines ASC möglich. (CMS, Medicare Learning Network 2020, S. 2; ASCA 2018; CMS 2021a)

In einem **HOPD** werden ambulante Eingriffe in einer chirurgischen Abteilung eines Krankenhauses bzw. in einer Krankenhausambulanz durchgeführt (Medpac 2020a). Als integraler Bestandteil des Krankenhauses kann sich dieses auf dem Klinik-Campus oder auch außerhalb befinden (CMS, Medicare Learning Network 2020, S. 2). Den HOPDs untergeordnet existieren außerdem anbieter-basierte Versorgungskliniken, sog. PBDs (Medpac 2020a, S. 148). Als ein Teil des Hauptanbieters, sprich des Krankenhauses, muss es dieselben Pflichten eines HOPD erfüllen. Hierin fallen u. a. Pflichten bezüglich Qualitätsmanagement, Dokumentationssystem, Vergütungssystem und Personal. PBDs werden zwar vergütungstechnisch gleich abgerechnet, allerdings beträgt die Kostenerstattung nur 40 % des Vergütungssatzes von HOPDs. Die 60 %ige Zahlungskürzung wurde von CMS finalisiert

(Hall Render 2018; Noridian Healthcare Solutions 2018). Hierbei könnten Medicare-Zahlungen sogar niedriger ausfallen als in einer Arztpraxis. Sowohl HOPD- als auch PBD-Einrichtungen unterliegen somit den Bedingungen des Krankenhauses und nicht denen für ASCs. Somit findet keine separate Erfassung oder Akkreditierung durch Medicare statt (CMS, Medicare Learning Network 2020, S. 2).

Außerhalb eines Krankenhauses oder eines Ambulanzentrums können chirurgische Eingriffe auch „office-based“, d. h. in **Arztpraxen** (physician offices, PO) bzw. Tageskliniken durchgeführt werden (Medpac 2020a, S. 145). Hierbei gewährleisten der Arzt, die Arzthelfer und weiteres Personal die Patientenversorgung in einem oder mehreren Räumen (STANDS4 LLC 2021). Gegenüber den HOPD und den ASC gelten ambulante Operationen in Arztpraxen als weitgehend unreguliert (vgl. Abschnitt 8.2.1).

Im Unterschied zu den HOPDs und den POs beziehen sich die strukturellen Anforderungen an die ASCs explizit und ausschließlich auf den Bereich der ambulanten Operationen, für den die ASCs als Einrichtungstyp schließlich geschaffen wurden. Gemäß Bundesgesetz 42 CFR § 416.44 werden als spezifische Bedingungen an die Erstattungsfähigkeit von ASC-Leistungen auch Anforderungen an die Einrichtungen („environment“) festgelegt. Hierzu zählen allgemeine Vorgaben zu Operationsräumen, separaten Aufwächerräumen für die kurzfristige Rekonvaleszenz und den Wartebereich. Weitere Vorgaben beziehen sich auf den Brandschutz und die Gebäudesicherheit und regeln, welche anderweitigen Bestimmungen (zusätzlich) für ASC Gültigkeit haben oder nicht anzuwenden sind. Allgemeine Vorgaben beziehen sich schließlich auf Ausrüstung und Personal(qualifikation) für Notfälle. So muss ein ASC über ein wirksames Verfahren verfügen, um Patienten im medizinischen Notfall unverzüglich in ein Krankenhaus überführen zu können. Gemäß 42 CFR §416.41 muss das ASC das örtliche Krankenhaus regelmäßig über die Operationen und die versorgte Patientenpopulation schriftlich informieren.

Als weitere organisatorische Maßnahme muss das ASC ein laufendes, datengesteuertes Qualitätsbewertungs- und Leistungsverbesserungsprogramm (QAPI) entwickeln, implementieren und aufrechterhalten (e-CFR 2021: 42 CFR § 416.43). Das fortlaufende Programm muss messbare Verbesserungen des Gesundheitszustandes der Patienten nachweisen sowie durch Qualitätsindikatoren (oder Leistungskennzahlen) medizinische Fehler identifizieren. Priorisiert werden Bereiche mit hohem Risiko, hohem Fallvolumen und hoher Problemanfälligkeit. Genauso finden die Inzidenz, die Prävalenz und der Schweregrad von Problemen in diesen Bereichen Berücksichtigung. Im Rahmen des Programms muss das ASC die Qualitätsindikatoren, unerwünschte Patientenergebnisse, Infektionskontrollen und andere Leistungsaspekte messen, analysieren und weiterverfolgen. Mit den gesammelten Daten soll die Effektivität, die Sicherheit und die Qualität der Leistungserbringung überwacht und Änderungsbedarf in der Patientenversorgung identifiziert werden, um darauf aufbauend Präventionsstrategien zu entwickeln und zu implementieren. (e-CFR 2021: 42 CFR § 416.43) Als integraler Bestandteil des QAPI verfügt das ASC über ein Infektionskontrollprogramm, welches die national anerkannten Richt-

linien zur Infektionskontrolle berücksichtigt. Jenes Programm unterliegt der Leitung einer qualifizierten und dafür ausgebildeten Fachkraft. (e-CFR 2021: 42 CFR §416.50)

8.2.3 Personelle Anforderungen

Gemäß Bundesgesetz CFR 2021: 42 CFR § 416.45 gelten für das medizinische Personal in den ASCs nur wenige spezifische Vorgaben:

- ◆ Das medizinische Personal der ASC muss gegenüber dem Leitungsorgan rechenschaftspflichtig sein.
- ◆ Die Mitglieder des medizinischen Personals müssen rechtlich und fachlich für die Positionen, für die sie ernannt werden, und für die Ausübung der ihnen gewährten Sonderrechte qualifiziert sein. Der ASC gewährt Sonderrechte in Übereinstimmung mit Empfehlungen von qualifiziertem medizinischem Personal.
- ◆ Die Rechte des medizinischen Personals müssen vom ASC regelmäßig neu bewertet werden. Der Umfang der im ASC durchgeführten Eingriffe muss regelmäßig überprüft und ggf. geändert werden.
- ◆ Wenn das ASC die Verantwortung für die Patientenversorgung anderen Fachkräften als Ärzten überträgt, muss es über vom Leitungsorgan genehmigte Richtlinien und Verfahren für die Überwachung und Bewertung von deren klinischen Aktivitäten verfügen.

Gemäß CFR 2021: 42 CFR § 416.46 müssen die ASC ausreichend Pflegepersonal vorhalten, um den Pflegebedürfnissen ihrer Patienten gerecht zu werden. Die Pflegedienstleistungen müssen in Übereinstimmung mit den anerkannten Praxisstandards erbracht werden. Es muss eine examinierte Krankenschwester für die Notfallbehandlung zur Verfügung stehen, wenn sich ein Patient in der ASC befindet.

Darüber hinaus gibt es weitere, allgemeine (nicht ASC-spezifische) Vorgaben an medizinisches Personal, die als Voraussetzungen für die Erstattungsfähigkeit unter Medicare zu erfüllen sind. Hierzu zählt z. B. bei Anästhesieleistungen, dass Medicare Part B nur dann zahlt, wenn sie von einem zertifizierten Anästhesiepfleger oder einem Anästhesieassistenten erbracht werden, der in dem Staat, in dem die Leistungen erbracht werden, gesetzlich zur Erbringung dieser Leistungen befugt ist.

8.2.4 Patientensicherheit / Praxisstandards

Die Erstattungsfähigkeit ihrer Leistungen unter Medicare erfordert von den ASCs, vollständige, umfassende und genaue medizinische Aufzeichnungen zu führen, um eine angemessene Patientenversorgung sicherzustellen. Zu diesem Zweck müssen sie ein System für die ordnungsgemäße Sammlung, Aufbewahrung und Verwendung von Patientenakten entwickeln und unterhalten. Die ASCs müssen innerhalb

dieses Systems für jeden Patienten eine Krankenakte mit detaillierten Angaben führen (e-CFR 2021: 42 CFR § 416.47).

Zusätzlich existieren Vorschriften zur Aufnahme, Beurteilung und Entlassung von Patienten (e-CFR 2021: 42 CFR § 416.52). Hierbei muss ein ASC sicherstellen, dass jeder Patient eine entsprechende prä- und postoperative Untersuchung erhält. Die Patientenbeurteilung und Aufnahme des Patienten erfolgen anhand von Richtlinien auf Basis anerkannter Praxisstandards sowie einschlägiger Gesetze. Die Richtlinien beinhalten den Zeitrahmen für die Anamnese und die körperliche Untersuchung vor der Operation. Dabei sind folgende Faktoren zu berücksichtigen: Alter, Diagnose, Art und Anzahl der durchzuführenden Eingriffe am selben Tag, bekannte Komorbiditäten, geplante Anästhesiestufe.

Bei der Entlassung erhält der Patient schriftliche und vom Arzt unterzeichnete Entlassungsanweisungen und ggf. Hilfsmittel oder Verpflegung für die Nacht nach der Operation. Dazu wird ein Nachsorgetermin mit dem Arzt vereinbart. Das medizinische Personal hat sicherzustellen, dass der Patient alle benötigten Unterlagen (Rezepte insbesondere für Medikamente zur Schmerzlinderung oder Entzündungsprophylaxe, postoperative Anweisungen/ Hilfsmittel, Kontaktinformationen des Arztes, Nachsorgetermin) vor dem Verlassen des ASCs erhält. Das medizinische Personal stellt ebenfalls sicher, dass alle Patienten in Begleitung eines verantwortlichen Erwachsenen entlassen werden (außer der Patient wurde vom behandelnden Arzt davon befreit). Darüber hinaus sollte dieser Erwachsene in den ersten 24 Stunden ständig beim Patienten sein, um bei Bedarf Hilfe zu leisten bzw. bei Problemen Hilfe zu rufen; allerdings handelt es sich hierbei – im Unterschied zu den vorigen – nicht um gesetzlich festgelegte Voraussetzungen. Alternativ kann der behandelnde Arzt häusliche Pflegeleistungen für Patienten verordnen. Zumindest müssen Patienten Kontaktmöglichkeiten für Rückfragen oder für den Fall von Problemen/Komplikationen erhalten.

Zur Bestimmung der Entlassungsreife eines Patienten nach ambulanter Operation hat sich der „postanesthesia discharge score“ (PADS) etabliert. Dabei handelt es sich um einen kumulativen Index, der anhand von fünf Hauptkriterien die Entlassungsreife von Patienten misst: (1) Vitalparameter, (2) Gehfähigkeit, (3) Schmerzen, (4) postoperative Übelkeit und Erbrechen und (5) chirurgische Blutungen. Jedes Kriterium wird mit einer Punktzahl von 0 bis 2 bewertet, je höher die Punktzahl, desto höher der Grad der Entlassungsfähigkeit des Patienten. Eine Punktzahl von 9 oder 10 bedeutet, dass der Patient sicher entlassen werden kann. (vgl. Awad, Chung 2006)³⁴

Im Unterschied zur Krankenhausversorgung findet die Rekonvaleszenz von ASC-Patienten überwiegend zu Hause statt. Zu dieser Erholungsphase zählen aber auch je nach Bedarf postoperative (Follow up-/Kontroll-)Termine beim behandelnden Arzt oder die Inanspruchnahme ambulanter Rehabilitationsleistungen. So arbeiten

³⁴ Vgl. weitere Darstellungen unter <https://aneskey.com/what-criteria-should-be-used-for-discharge-after-outpatient-surgery/> und <https://www.mdapp.co/post-anesthetic-discharge-scoring-system-pads-score-calculator-609/> (letzter Zugriff am 03.08.2021)

ASCs teilweise mit Rehabilitationszentren („Recovery Care Centers“) zusammen, damit Patienten spezialisierte Rehabilitationsleistungen und eine postoperative Pflege sowie Betreuung über die 23-Stunden-Grenze hinaus erhalten können. Teilweise können Patienten dort für bis zu 72 Stunden untergebracht und betreut werden. Ob diese Art und dieser Umfang von Betreuung notwendig ist, entscheidet der Arzt. Mit kooperierenden Rehabilitationszentren besteht die Möglichkeit, ambulante Eingriffe bedarfsorientiert auszuweiten, ohne dass sich ein Patient einem stationären Eingriff unterziehen muss. Die Ausweitung des ASC-Zugangs wird als „Expanded ASC Access“ bezeichnet. (Pallardy, Vaidya 2014; Advanced Surgery Center 2021; Kraus et al. 2002)

Zur Beurteilung der operativen Genesung existiert eine Vielzahl von Instrumenten. Ein Beispiel hierfür ist die „Postoperative Quality of Recovery Scale“ (PQRS) (vgl. Royse et al. 2010). Dabei handelt es sich um eine sechsdimensionale Qualitätsmessung (physiologisch, Schmerzempfindlichkeit, emotional, Alltagsaktivitäten, kognitiv und allgemeine Patientenperspektive), die zu unterschiedlichen Zeiten durchgeführt wird (als Baseline max. 14 Tage präoperativ, nach 15 und 40 min sowie am 1. und 3. Tag postoperativ und ggf. zusätzlich drei Monate postoperativ). Bei der Validierung des Instruments zeigten sich Fortschritte der Genesung im Laufe der Zeit, aber viele Patienten wiesen am dritten Tag nach der Operation immer noch eine verzögerte Genesung auf.

Die CMS setzen bei der Qualitätsmessung und -sicherung im Kontext von Ambulantisierungsprozessen zunehmend auch auf „Patient Reported Outcomes Measures“ (PROMs). Aktuell eruieren die CMS das Potenzial von PROMs bei elektiven primären Hüft- und Knieendoprothesen, die im Jahr 2020 bzw. 2018 von der IPO-Liste entfernt wurden und seitdem in HOPDs durchgeführt werden. Derzeit überwiegt noch die stationäre Durchführung, doch die CMS erwarten steigende Fallzahlen in HOPDs, die eine belastbare Qualitätsmessung auf Einrichtungsebene auch für die ambulante Durchführung möglich werden lassen.³⁵

8.3 Vergütung

Grundsätzlich umfasst die Medicare-Zahlung für einen chirurgischen Eingriff die präoperativen, intraoperativen und postoperativen Leistungen, die routinemäßig vom Chirurgen oder von Mitgliedern derselben Gruppe mit derselben Spezialisierung durchgeführt werden. Es ist möglich, dass der Arzt, der den chirurgischen Eingriff durchführt, nicht die Nachsorge übernimmt. Die Kosten für die postoperative Betreuung nach der Entlassung können daher zwischen zwei oder mehr Ärzten aufgeteilt werden, wenn die Ärzte sich über die Übertragung der Betreuung einigen.³⁶

³⁵ Vgl. <https://public-inspection.federalregister.gov/2021-15496.pdf> (letzter Zugriff am 03.08.2021)

³⁶ Quelle: CMS (<https://www.cms.gov/outreach-and-education/medicare-learning-network-mln/mlnproducts/downloads/globallsurgery-icn907166.pdf>) (letzter Zugriff am 03.08.2021)

8.3.1 Vergütungssystematik nach Einrichtungstyp

HOPD

Auf Grundlage des HCPCS-Leistungskatalogs nutzen HOPDs das OPSS zur Abrechnung des einrichtungsbezogenen Teils der erbrachten Leistungen und das PFS zur Vergütung von ärztlichem und medizinischem Personal (Medpac 2020a).

Im OPSS-Vergütungssystem wird für die Berechnung des Erstattungssatzes das relative Gewicht einer Leistung mit dem Umrechnungsfaktor multipliziert. Die relative Gewichtung wird von CMS festgelegt. Der Umrechnungsfaktor basiert auf den Krankenhaus-MB-Index und wird jährlich neu bestimmt (Medpac 2020a, S. 145). Im Jahr 2020 betrug dieser 80,78 USD (Medpac 2020a, S. 145). Ein weiterer Einflussfaktor ist der geografisch-orientierte Lohnindex. Dabei wird der errechnete nationale Erstattungssatz zu 60 % an den geografischen Lohnindex jeder einzelnen HOPD-Einrichtung angepasst (Medpac 2020c). Der Lohnindex wird für jedes HOPD ermittelt, indem das Verhältnis des durchschnittlichen Stundenlohns für den jeweiligen Arbeitsmarkt (typischerweise der Bezirk) zum nationalen durchschnittlichen Stundenlohn berechnet wird (Medpac 2020c).

Neben der Einführung des OPSS wurden Ambulatory Payment Classifications (**APCs**) als Medicare-Klassifizierungssystem zur Vergütung ambulanter Leistungen von Krankenhäusern entwickelt. Die APCs bilden in den meisten Fällen die Zahlungseinheiten des OPSS. Die CMS ordnen die einzelnen Leistungen (HCPCS-Codes) den APCs auf der Grundlage ähnlicher klinischer Merkmale und ähnlicher Kosten zu, so dass in einer APC-Gruppe mehrere einzelne ambulante Leistungen zusammengefasst werden. Der APC-Zahlungssatz und die berechnete Zuzahlung gelten für jede Leistung innerhalb einer APC. Hierbei richten sich die APCs an die Einrichtung, während das ärztliche Personal nach dem PFS der CMS vergütet wird. Bei stationärer Aufnahme eines Patienten (z. B. aus der Notaufnahme) erstattet Medicare nach dem DRG-Vergütungssystem und nicht gemäß APC-Methodik.

Errechnet werden die APC-Zahlungen durch Multiplikation des relativen Gewichts der einzelnen APCs und des OPSS-Umrechnungsfaktors. Diese werden jährlich von CMS aktualisiert und im Federal Register veröffentlicht. Aufgrund der geographisch abweichenden Lohnskalen wird die Höhe der APC-Zahlungen zusätzlich gemäß geographischer Lage angepasst. Da Medicare nur einen Anteil der Zahlung übernimmt, hat der Patient eine Zuzahlung von 20 % bis 40 % der APC-Zahlung zu leisten, wobei gewöhnlich eine Zuzahlung auf 20 % begrenzt ist. (Medpac 2020a; Relias Media 2000; ACEP 2020)³⁷

³⁷ Da APCs ein hohes Maß an Medicare-Spezifität aufweisen, entwickelte die Firma 3M die 3M™ EAPGs. Diese wurden erstmals im Jahr 2007 veröffentlicht und sind seitdem zur Standardalternative zu APCs geworden. (3M 2016; 3M 2021)

ASC

Seit dem Jahr 1982 erstattet Medicare ambulante Eingriffe in ASCs. Hierbei leistet Medicare zwei Zahlungen in einem ASC. Einerseits wird eine Zahlung an die Einrichtung und andererseits an das medizinische Personal geleistet. (Medpac 2020a; Experteninterview)

Die Zahlung der Einrichtung erfolgt über ein separates ASC-Zahlungssystem, welches die erstattungsfähigen Prozeduren umfasst und an das HOPD-Vergütungssystem OPSS angelehnt bzw. mit diesem verknüpft ist. Hierunter fällt ebenfalls die Erstattung von Dienstleistungen und Material, wie z. B. Anästhetika, Verbrauchsmaterialien, pflegerische Dienste. Der ASC-Zahlungssatz wird auch hier aus der Multiplikation der relativen Gewichtung und dem Umrechnungsfaktor errechnet. Hierbei basiert zwar das ASC-Relativgewicht auf dem Relativgewicht des OPSS, ist allerdings niedriger angesetzt, um Medicare-Ausgaben budgetneutral zu halten (im Jahr 2018 um 10,1 % niedriger im Vergleich zur HOPD-Vergütung). Genauso fällt der ASC-Umrechnungsfaktor im Vergleich zum OPSS-Umrechnungsfaktor jährlich niedriger aus. Im Jahr 2020 lag dieser bei 47,75 USD und war somit um 59,11 % niedriger als der HOPD-Umrechnungsfaktor (Medpac 2020a, S. 145). Der ASC-Umrechnungsfaktor lag initial im Jahr 2008 auf einem niedrigeren Niveau und wurde dann jährlich anhand des CPI-U-Index aktualisiert, welcher im Allgemeinen zu niedrigeren Anpassungen führt als der Krankenhaus-MB-Index für den OPSS (Medpac 2020a, S. 145). Aufgrund einer Änderung der Regulierungspolitik haben die CMS entschieden, den ASC-Umrechnungsfaktor für das Jahr 2019 bis zunächst zum Jahr 2023 ebenfalls am MB-Index zu orientieren (Medpac 2020a, S. 145). Dies fördert einerseits die Standortneutralität zwischen HOPDs und ASCs, andererseits begünstigt es die Migration von Leistungen aus dem Krankenhaus in das kostengünstigere ASC. (Medpac 2020a; Medpac 2019)

Wie bei den HOPDs wird auch bei den ASCs die geografische Lage der Einrichtungen berücksichtigt. Allerdings wird der Zahlungssatz nur zu 50 % an den geografischen Lohnindex angepasst (Medpac 2019).

Für die Vergütung der ASCs werden die gleichen APC-Grupper zur Bündelung bzw. Pauschalierung ambulanter Leistungen genutzt wie für die HOPDs. Allerdings werden die APCs in ASCs prozentual niedriger vergütet. Dies liegt daran, dass der ASC-Umrechnungsfaktor niedriger ist als der OPSS-Umrechnungsfaktor. Insgesamt führt die Multiplikation des relativen Gewichts des APCs mit dem Umrechnungsfaktor und unter Berücksichtigung der geografischen Lage für ASCs zu teilweise deutlich geringeren Vergütungen im Vergleich zu HOPDs (Medpac 2019; Relias Media 2000). Das Ausmaß der Unterschiede kann jedoch von Leistung zu Leistung stark variieren, so ergab eine Fallstudie für die Bereiche Orthopädie und HNO, dass die ASC-Vergütung zwischen 60 % und knapp 88 % der HOPD-Vergütung betrug (McMillan et al. 2019).

Das medizinische Personal der ASC wird im Medicare-System für seine medizinischen Dienste über den CMS-PFS vergütet. Ärzte, die (Mit-)Eigentümer der ASC-Einrichtung sind, erhalten neben einer Zahlung über das PFS ebenfalls einen Anteil

der Einrichtungsgebühr über das ASC-Zahlungssystem. Hinzukommt, dass das Bundesgesetz gegen Selbstüberweisung (federal anti-self-referral law, sog. Stark Law) nicht für ASCs gilt. (Medpac 2020a)

(M)PFS

Unabhängig von der Einrichtung werden Ärzte und andere medizinische Fachkräfte für ihre Leistungserbringung vergütet. Dazu gehören Sprechstundenbesuche, chirurgische Eingriffe sowie zahlreiche diagnostische und therapeutische Leistungen. Diese Leistungen werden nach dem HCPCS klassifiziert und können in jeder Einrichtung erbracht werden (Medpac 2020b). Insgesamt zahlt Medicare für ärztliche und medizinische Leistungen auf der Grundlage einer Liste von Leistungen und deren Vergütungssätzen, sog. Gebührenordnung „PFS“ (bzw. MPFS). Hierin können die medizinischen Fachkräfte ihre Leistungen über Medicare Part B entweder eigenständig abrechnen oder sie erbringen ihre Leistungen unter ärztlicher Aufsicht. Der Vergütungssatz jeder Leistung wird von CMS bestimmt und jährlich angepasst, um Schwankungen bei den Input-Preisen in verschiedenen (lokalen) Märkten zu berücksichtigen. Ebenfalls können diese anhand von Anbietermerkmalen, geografischen und anderen Faktoren angepasst werden (siehe CMS-Webseite: <https://www.cms.gov/medicare/medicare-fee-for-service-payment/physicianfeesched>, letzter Zugriff am 21. April 2021). (CMS 2021c)

Die Vergütungssätze basieren auf jeweils drei relativen Gewichtungen (RVUs), welche die relative Kosteneffizienz der Leistungserbringung berücksichtigt: Arbeitsaufwand-RVU, Praxisausgaben-RVU, PLI-RVU. Die RVU für die Arbeit des Arztes spiegeln den relativen Aufwand an Zeit, Mühe, Fähigkeiten und Stress wider, die mit der Erbringung jeder Leistung verbunden sind. Die RVU für die Praxisausgaben basieren auf den Kosten für die Anmietung von Räumen, den Kauf von Verbrauchsmaterialien und Geräten sowie die Einstellung von nichtärztlichem-klinischem und administrativem Personal. Die PLI-RVU basieren auf den Prämien, die Ärzte für die Berufs- bzw. Arzthaftpflichtversicherung zahlen. Zusätzlich werden alle drei RVUs an lokale Marktbedingungen angepasst. Zu diesem Zweck werden separate geografische Praxiskostenindexe (GPCIs) verwendet. Die RVUs werden aufsummiert und schließlich mit dem Umrechnungsfaktor (2020: 36,09 USD) multipliziert. Die Auszahlung des errechneten Betrages durch Medicare erfolgt abzüglich der Kostenbeteiligung (20 %) des Leistungsempfängers, also ca. 80 % des errechneten Betrages. (Medpac 2020b)

Darüber hinaus kann Medicare, durch Zahlungsmodifikatoren, die Zahlung für eine Leistung aufgrund von besonderen Umständen anpassen. U. a. nutzen assistierende Ärzte einen Modifikator, weswegen sie 16 % des Betrages der Gebührenordnung des primären Arztes erhalten. Ärzte können auch höhere Zahlungen für Leistungen erhalten, wenn die Leistungen in Gebieten mit einem Fachkräftemangel (Health Professional Shortage Area, HPSA) erbracht werden. Hierin erhalten Ärzte eine Bonuszahlung von 10 %. Nichtärztliche Fachkräfte, wie Krankenschwestern und Arzthelfer, können ihre erbrachte Leistung selbständig abrechnen und erhal-

ten 85 % des vollen Gebührensatzes (FFS). Erbringen sie aber die Leistung zusammenhängend mit der Leistung des Arztes, kann die Leistung unter der Rechnungsnummer des Arztes abgerechnet werden. Dann wird für nichtärztliche Fachkräfte der volle Betrag der FFS gezahlt. Nehmen ärztliche Leistungserbringer nicht am Medicare-Programm teil, erhalten sie für die erbrachte Leistung 95 % des vollen FFS. (Medpac 2020b)

Schlussendlich kann das ärztliche und medizinische Personal die erbrachte Leistung unabhängig der Einrichtung über den (M)PFS abrechnen. Der aufgeführte Arbeitsaufwand-RVU und der PLI-RVU bleibt bei allen drei thematisierten Versorgungssettings gleich (HOPD, ASC, PO). Die einzige Unterscheidung ist in dem RVU für die Praxisausgaben vorzufinden. Dieser ist höher, wenn die Leistung in einer Arztpraxis erbracht wird, da der Arzt die vollen Kosten der Praxisausgaben zur Leistungserbringung tragen muss. In einem ASC oder HOPD sind die Praxisausgaben-RVU niedriger, da die Einrichtung einen Teil der Kosten übernimmt bzw. hierfür eine einrichtungsbezogene Zahlung von Medicare erhält (über das OPSS-, ASC-Zahlsystem). Der Arzt selbst wird somit in einer Arztpraxis höher vergütet als in anderen Einrichtungen (HOPD, ASC). Für den Patienten bedeutet dies, dass er in einer Arztpraxis eine einmalige Zuzahlung an den Arzt leisten muss. Bei einem Besuch in einem HOPD oder in einem ASC leistet der Patient zwei Zuzahlungen (sowohl an den Arzt als auch an die Einrichtung). (Medpac 2020b)

8.3.2 Konkrete Vergütungskataloge

Insgesamt werden 346 APCs verwendet, die sich auf vier Kategorien verteilen: 134 surgical APCs, 46 significant APCs, 122 medical APCs und 44 ancillary APCs (Relias Media 2000).³⁸

- ◆ „Surgical APCs“ beinhalten chirurgische Prozeduren, bei dem das PPS-Zahlungssystem angewendet werden darf. Diese APCs unterliegen außerdem einem Zahlungsabschlag, wenn mehrere chirurgische Eingriffe während desselben Besuches durchgeführt werden. Beispiele für chirurgische APCs sind Katarakt-Entfernungen, Endoskopien, Biopsien.
- ◆ „Significant APCs“ sind nicht-chirurgische Prozeduren. Sie beanspruchen den größten Teil der Zeit und der Ressourcen während eines Besuches. „Significant APCs“ umfassen unter anderem Psychotherapie, CT- und MRT-Scans, Strahlentherapie, Chemotherapie-Verabreichung und teilstationäre Krankenhausbehandlung.
- ◆ „Medical APCs“ beziehen sich auf Leistungen der Verwaltung und Evaluation durch medizinische Fachkräfte. Die Grundlage dieses APCs basiert auf den Ort der Leistungserbringung (Klinik, Notaufnahme) und der Einstufung des Aufwands (niedrig, mittel, hoch). Als Beispiele dienen hierbei

³⁸ Entscheiden die CMS, bestimmte HCPCS-Codes aus der stationären IPO-Liste zu streichen, werden die IPO-Leistungen einer APC-Gruppe zugewiesen, um diese im Rahmen des OPSS- oder des ASC-Zahlungssystems abrechnen zu können. (CMS-1736-FC 2021)

niedrig eingestufte Klinikbesuche für Atemwegserkrankungen und/oder ein hoch eingestufter Besuch in der Notaufnahme für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und die Aufnahme auf Intensivstationen. Ein medizinischer APC kann einem chirurgischen APC zugewiesen werden, sofern der chirurgische Eingriff ein direktes Ergebnis der E&M-Leistung ist.

- ◆ „Ancillary APCs“ umfassen diagnostische Prozeduren, die nicht den „Significant APCs“ zugeordnet werden. Beispiele sind Röntgenaufnahmen oder Elektrokardiogramme. Diese Art von APCs können zusätzlich zu den surgical, significant und medical APCs oder unabhängig davon bzw. allein stehend durchgeführt werden.

Während die Prozedurencodes des HCPCS bzw. der CPT den unterschiedlichen APCs zugeordnet werden, sind bestimmte Leistungen stets als Paketleistung enthalten („packaged“). Hierzu zählen Anästhesieleistungen oder die Betreuung eines Patienten im Aufwachraum. Arzneimittel und Medizinprodukte hingegen werden teilweise als Paketleistung behandelt, teilweise aber auch separat erstattet. Wenn mehrere Prozeduren am selben Tag für denselben Patienten erbracht werden, sind Vergütungsabschläge bis zu 50 % auf die zusätzlichen Prozeduren möglich. Dies gilt häufig für chirurgische Leistungen, ausgenommen von den Abschlägen sind dagegen Diagnostikleistungen wie Röntgen, CT und andere Bildgebungsverfahren.

Das OPSS-Vergütungssystem enthält für die HOPDs zusätzlich sog. Comprehensive APCs (C-APCs). Diese definieren sich über eine Hauptleistung, der dann ein Zahlungsbetrag zugeordnet wird, mit dem dann sämtliche mit dieser Hauptleistung verbundenen ambulanten Zusatzleistungen mit abgegolten werden. Für das Jahr 2021 sind 69 C-APCs definiert. Für das ASC-Vergütungssystem haben die CMS bislang keine C-APCs implementiert und begründen dies damit, dass das System zur Bearbeitung von ASC-Forderungen nicht die Art der Bündelung von Zusatzleistungen zulässt, die zur Erstellung von C-APCs erforderlich ist. Daher sind die für die Vergütung geschaffenen Leistungsbündel unter dem OPSS für HOPD größer bzw. umfassender als für die gleichen Leistungen im ASC-Zahlungssystem. Folglich besteht eine Diskrepanz zwischen den OPSS- und den ASC-Zahlungssätzen für die Leistungen, die in den C-APCs unter dem OPSS enthalten sind, und diese Diskrepanz hat sich im Laufe der Zeit vergrößert, da die CMS die Anzahl der C-APCs erheblich erweitert hat. Derzeit sind etwa 72 % der HCPCS-Codes für chirurgische Eingriffe, die unter dem ASC-Zahlungssystem abgedeckt sind, in C-APCs unter dem OPSS enthalten. Dies entspricht 42 % des chirurgischen ASC-Volumens im Jahr 2018. (Medpac 2020a, S. 146)

Unabhängig von der Klassifizierung der Leistungen in APCs existieren für HOPDs 9.409 Abrechnungspositionen nach dem HCPCS-Leistungskatalog, die von Medicare erstattungsfähig sind. Im Vergleich können ASCs 6.188 HCPCS-Codes über Medicare abrechnen (davon 4.266 OP-Leistungen und 1.922 Hilfsleistungen) (Medpac 2020a, S. 145; siehe CMS-Webseite im Leistungskatalog). Allerdings liegt der Leistungsfokus in den ASCs und den HOPDs auf einer begrenzten Zahl an HCPCS-Codes (siehe 1.1.4).

8.3.3 Differenzierung in der Vergütung

Im Allgemeinen werden ASCs niedriger vergütet als HOPDs. Sollten ambulante Operationen von einer HOPD in ein freistehendes ASC verlagert werden, ändert sich die Medicare-Vergütungsmethodik vom OPSS zum ASC-Zahlungssystem. Diese Umstellung ist bedeutend, da die ASC-Vergütungen zwar auf dem OPSS basieren, infolge mehrerer Anpassungen jedoch mit geringeren Zahlungsbeträgen verbunden sind.

Als Beispiel zur Darstellung der unterschiedlichen Vergütungen dient eine diagnostische Koloskopie (HCPCS-/ CPT-Code 45378). Unter Verwendung der nationalen Medicare-Sätze für das Jahr 2018 hätte ein HOPD eine Erstattung in Höhe von 709,98 USD erhalten. Derselbe Eingriff wäre in einem freistehenden ASC mit 369,84 USD vergütet worden, d. h. um ca. 52 % niedriger im Vergleich zu einem HOPD. (McMillan, Long, Payne 2019) Für eine chirurgische Kataraktoperation mit Einsetzen einer Intraokularlinse (HCPCS-/CPT-Code 66984) lag der Medicare-Satz im Jahr 2018 für HOPDs sogar um 98 % höher als für ASCs (ASC: 1.013 USD vs. HOPD: 2.022 USD). (Medpac 2020a, S. 147) Diese Vergütungsunterschiede resultieren aus Unterschieden bei allen drei wesentlichen Vergütungselementen: den Relativgewichten, der Umrechnungsfaktoren und der regionalen Lohnindexanpassungen; die damit verbundenen „Abschläge“ auf ASC-Vergütungen können je nach Leistung dabei unterschiedlich hoch ausfallen (vgl. Abschnitt 8.3.1).

Ein weiterer wesentlicher Vergütungsunterschied betrifft die Patientenseite bzw. die Höhe ihrer Kostenbeteiligungen. Entsprechend der höheren Vergütungen für die HOPDs müssen dort die Patienten auch absolut höhere Kostenbeteiligungen tragen als bei Behandlung in ASCs (Tabelle 10).

Tabelle 10: Kosten für Patienten (ASC vs. HOPD)

Surgical Service	HCPCS-Code (CPT)	ASC	HOPD
Extracapsular cataract removal with insertion of intraocular lens prosthesis	66984	313 USD	515 USD
Complex removal of cataract with insertion of lens	66982	355 USD	557 USD
Small intestinal endoscopy, enteroscopy beyond second portion of duodenum, not including ileum; with biopsy, single or multiple	44361	164 USD	343 USD
Colonoscopy and biopsy	45380	142 USD	241 USD
Lesion removal colonoscopy (snare technique)	45385	154 USD	253 USD

Quelle: Oliver 2021a; Oliver 2021b

8.4 Entstehungsprozess, Empirie und Perspektiven

Nach erfolgreicher Implementierung des DRG-Patientenklassifikationssystems für die prospektive Vergütung stationärer Versorgungsleistungen ab dem Jahr 1983 forderte der US-Kongress die Entwicklung eines prospektiven Vergütungssystems auch für ambulante Krankenhausleistungen. Der Auftrag zur Entwicklung eines hierfür erforderlichen Groupers wurde schließlich an die Firma 3M vergeben. Mit diesem System wurden Patienten anhand der Ähnlichkeit ihrer klinischen Merkmale, des Ressourcenverbrauchs und der Kosten klassifiziert. Hiermit war eine Gruppierung von Patientenbehandlungen über ein Spektrum von rund 14.000 Diagnosen (ICDs) in knapp 300 Krankheitsgruppen möglich. (3M 2016; 3M 2021)

Ursprünglich basierten die Zahlungen für ambulante Leistungen auf den Kosten von Krankenhäusern (Medpac 2020c). Mit dem Gesetz über den Ausgleich des Bundeshaushaltes (Federal Balanced Budget Act) im Jahr 1997 wurde die Health Care Finance Administration (HCFA, heute CMS) dazu verpflichtet, ein neues Vergütungssystem für ambulante Krankenhausaufenthalte einzuführen, was mit dem OPSS im August 2000 geschah. Im Zusammenhang hiermit wurde eine (inpatient only, IPO-) Liste von Leistungen erstellt, die nur dann für Medicare-Patienten erstattungsfähig sind, wenn sie in einem stationären Setting und nicht ambulant (z. B. im HOPD, ASC, PO) erbracht werden. (CMS-1736-FC 2021; 3M 2021)

Seit dem Jahr 1982 werden die Kosten chirurgischer Leistungen in ASCs von Medicare erstattet (Medpac 2020a, S. 145). Seit Januar 2008 gilt das auf dem OPSS basierende ASC-Zahlungssystem (Medpac 2019, S. 1).

8.4.1 Empirie

Amtliche aktuelle Statistiken zu Anzahl und Anteil ambulanter Operationen, differenziert nach Art der Einrichtung, liegen nicht vor. Expertenschätzungen gehen von gegenwärtig knapp 57 Mio. Operationen im Jahr aus, die sich folgendermaßen auf die unterschiedlichen Settings verteilen (Blasco 2020):

- ◆ ASC: 23 Mio. (41 %)
- ◆ Office-based: 12 Mio. (21 %)
- ◆ HOPD: 11,5 Mio. (20 %)
- ◆ Inpatient: 10 Mio. (18 %)³⁹

Dabei hat in den letzten Jahren nicht nur eine Verlagerung von Operationsleistungen aus der stationären Versorgung in ambulante Settings stattgefunden, sondern innerhalb des ambulanten Bereichs von HOPDs zu ASCs. So wird die Aufteilung

³⁹ Eine ältere Auswertung von Medicare-Abrechnungsdaten gelangt jedoch zu einem deutlich geringeren Anteil stationär durchgeführter chirurgischer Versorgung (Deborah et al. 2020, S. 3).

zwischen diesen beiden Einrichtungstypen auf 60:40 zugunsten der ASCs geschätzt (Frack et al. 2017).

In vielen Bereichen der Chirurgie hat sich eine am Schweregrad der Erkrankungen bzw. Eingriffe orientierte Arbeitsteilung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung entwickelt. Beispielsweise werden Operationen im Bereich der Wirbelsäulenchirurgie bei degenerativen Erkrankungen wie Bandscheibenvorfälle zunehmend in ambulanten Zentren durchgeführt (vgl. Badlani 2019). Diese konzentrieren sich auf Eingriffe, die minimalinvasiv innerhalb kürzerer Zeit und mit geringeren Komplikationsrisiken durchgeführt werden können, so dass sich Patienten hiervon schneller erholen können. Notfälle und kompliziertere Eingriffe, wie z. B. bei Wirbelbrüchen oder größeren Deformitäten infolge von Unfällen/schwereren Verletzungen, Tumoren oder Infektionen bleiben dagegen der stationären Behandlung vorbehalten.

Die Anzahl der ASC-Einrichtungen ist im Zeitraum von 2009 bis 2018 um 13,5 % gestiegen (Medpac 2016; Medpac 2020a). Im Jahr 2018 existierten 5.717 ASC-Einrichtungen, davon hat der Großteil (5.063) Leistungen über/mit Medicare abgerechnet (Medpac 2020a, S. 147). Im Vergleich dazu haben im Jahr 2019 etwa 3.900 HOPDs ambulante OPPS-Leistungen erbracht (Medpac 2020c, S. 1).

Die Mehrheit (65 %) der ASCs, die über Medicare zertifiziert sind, ist auf ein medizinisches Fachgebiet spezialisiert. Hierunter ist am häufigsten die Gastroenterologie (21 %) und die Ophthalmologie (21 %) vertreten. Das Leistungsangebot von rund einem Drittel (35 %) der ASC-Einrichtungen erstreckt sich entsprechend über mehrere Fachgebiete; der Anteil multidisziplinärer ASC ist stark gewachsen. Im Jahr 2018 waren am häufigsten zwei Fachgebiete vertreten: Schmerztherapie entweder in Kombination mit Augenheilkunde oder mit orthopädischen Leistungen. Besonders auffällig ist die steigende Anzahl der Spezialisierung auf Schmerztherapie im Zeitraum von 2015 bis 2018 (Tabelle 11). (Medpac 2020a, S. 149)

Tabelle 11: Spezialisierung von Medicare-ASCs, 2015-2018

Type of ASC	2015		2018	
	number of ASCs	share of all ASCs	number of ASCs	share of all ASCs
Single specialty	2.878	61 %	3.277	65 %
Gastroenterology	1.027	22 %	1.071	21 %
Ophthalmology	1.020	22 %	1.046	21 %
Pain management	355	8 %	612	12 %
Dermatology	191	4 %	197	4 %
Urology	124	3 %	127	3 %
Podiatry	95	2 %	87	2 %
Orthopedics/musculoskeletal	23	0	33	1 %
Respiratory	16	0	26	1 %
OB/GYN	9	0	14	0
Cardiology	10	0	55	0
Neurology	5	0	4	0
Other	3	0	5	0
Multispecialty	1.802	38 %	1.784	35 %
More than 2 specialties	1.421	30 %	1.313	26 %
Pain management and either ophthalmology or orthopedics	221	5 %	292	6 %
Gastroenterology and ophthalmology	160	3 %	179	4 %
Total	4.680	100 %	5.061	100 %

Quelle: Medpac 2020a, S. 150

Mit Blick auf die Eigentümerstruktur ist der größte Teil der ASCs (60 %) unverbunden im Privatbesitz von Ärzten, jeweils 20 % befinden sich im Besitz von Krankenhausträgern und großen Managementgesellschaften. Die große Mehrheit (2017: knapp 94 %) der ASCs arbeiten gewinnorientiert. Dass Krankenhausträger nicht größere Anteile am ASC-Markt halten, wird – neben den höheren HOPD-Vergütungen – auf die häufigen Schwierigkeiten bei den Verhandlungen zwischen Krankenhäusern und unabhängigen operierenden Ärzten zurückgeführt. Mehr als 90 % der ASCs sind in städtischen Regionen angesiedelt. Ihnen entsteht zunehmend Konkurrenz durch das Angebot operativer Eingriffe in Arztpraxen. In mehr als der Hälfte der Bundesstaaten in den USA ist ein Bedarfszertifikat erforderlich, bevor ein ASC

eröffnet werden kann. In diesen Regionen sind die ASCs weniger stark verbreitet. (Blasco 2020)

Eine Auswertung für multidisziplinäre ASC ergab eine durchschnittliche Kapazität von knapp 5.000 Fällen pro Jahr bei einer durchschnittlichen Ausstattung mit vier Operationssälen und zwei Behandlungsräumen, womit die typischen ASCs ein um 50 % höheres Fallvolumen je Operationssaal erzielen als Krankenhäuser (VMG Health 2018). Die ASCs gelten aufgrund ihrer vergleichsweise hohen Produktivität und ihrer günstigeren Kostenstrukturen – trotz der deutlich geringeren Vergütungen im Vergleich zu den HOPD – als z. T. hochprofitabel (Blasco 2020, Badlani 2019). Ältere Studien haben ergeben, dass infolge der größeren Spezialisierung in ASCs dort die durchschnittliche Zeit für ambulante operative Behandlungen für Medicare-Patienten 25 % bis 39 % niedriger war als in HOPDs und dass Operationen in ASC 17 % weniger Zeit benötigten (Medpac 2020a). Dies dürfte teilweise auch auf eine abweichende Risikostruktur der ASC-Patienten zurückzuführen sein, die tendenziell jünger, gesünder und häufiger privat versichert sind als Patienten, die im Krankenhaus operiert werden (Blasco 2020).

Derzeit können ASCs 4.266 Leistungsziffern (zzgl. 1.922 Hilfsleistungen) unter Medicare abrechnen (vgl. Abschnitt 8.2.1). Allerdings liegt der Fokus in den ASCs auf einer deutlich geringeren Anzahl von HCPCS-Codes. Im Jahr 2018 entfielen auf die 28 am häufigsten dokumentierten HCPCS-Codes 75 % des Gesamtvolumens (Medpac 2020a, S. 145). Die Top 10 werden in nachfolgender Abbildung dargestellt (Tabelle 12). Hierin sind die drei am häufigsten durchgeführten Prozeduren von 2009 bis 2018 stabil auf den obersten Plätzen geblieben.

Tabelle 12: TOP 10-Leistungen der ASC, 2009 und 2018

Surgical service	HCPCS-Code (CPT)	Percent of volume		Volume	
		2009	2018	2009	2018
Cataract surgery w/ IOL insert, 1 stage	66984	19,70 %	18,80 %	1.150.342	911.754
Upper GI endoscopy, biopsy	43239	8,70 %	7,90 %	441.591	782.955
Colonoscopy and biopsy	45380	6,00 %	6,90 %	341.161	685.215
Colonoscopy w/lesion removal	45385	4,80 %	6,20 %	232.258	513.228
Inject foramen epidural: lumbar, sacral	64483	4,00 %	4,60 %	207.053	208.527
After cataract laser surgery	66821	4,80 %	4,20 %	272.248	195.290
Injection spine: lumbar, sacral (caudal)	Data not shown	4,00 %	2,70 %	229.137	Data not shown
Diagnostic colonoscopy	45378	5,00 %	1,70 %	290.385	423.124
Inject paravertebral: lumbar, sacral	64493	2,10 %	3,40 %	125.918	Data not shown
Colorectal screen, high-risk individual	Data not shown	1,70 %	2,10 %	92.715	Data not shown

Quelle: Medpac 2020a, S. 152; Medpac 2016, S. 132

Zum Vergleich sind in der nachfolgenden Abbildung die Top 10 der ambulanten Leistungen in Krankenhäusern (HOPDs) dargestellt (Tabelle 13). Zu den häufigsten ambulanten Leistungen gehören hier Koloskopien, Blutentnahmen, Injektionen und Leistungen rund um die Wundversorgung (Definitive Healthcare 2019a). Herausstechend ist, dass unter den Top 10 der Leistungen (nach ‚Volume‘ kategorisiert) Katarakt-Eingriffe nicht enthalten sind. Bezugnehmend auf die Anzahl an durchgeführten Prozeduren würde allerdings der Katarakt (CPT 66984) jeweils für ASCs und HOPDs unter den Top 10 fallen: bei HOPD Rang 5 mit n = 231.238, bei ASC Rang 1 mit n = 848.563 (Definitive Healthcare 2019b).

Tabelle 13: TOP 10-Leistungen der HOPD, 2018

Surgical service	HCPCS-Code (CPT)	Volume 2018
Routine venipuncture	36415	17.552.371
Egd biopsy single/multiple	43239	792.122
Fetal non-stress test	59025	705.127
Colonoscopy and biopsy	45380	612.751
Deb subq tissue 20 sq cm/<	11042	504.178
Colonoscopy w/lesion removal	45385	446.709
Drain/inj joint/bursa w/o us	20610	385.366
Repair of superficial wound: scalp, neck, genitalia, trunk, extremities; 2.5cm/<	12001	378.761
Diagnostic colonoscopy	45378	378.076
Capillary blood draw	36416	318.037

Quelle: Definitive Healthcare 2019a

Vorliegende Qualitätsmessungen für den Zeitraum 2013 bis 2017 deuten bei den meisten Maßnahmen auf eine Verbesserung der ASC-Versorgungsqualität hin. Insbesondere ist der Anteil der ASCs, die keine unerwünschten Ereignisse meldeten, im Laufe der Zeit gestiegen. So stieg z. B. der Anteil der ASCs ohne Verbrennungen von Patienten von 88 % auf 93 % und der Anteil der ASCs ohne Stürze von Patienten von 91 % auf 95 %. Neben der Reduzierung und damit der Verbesserung von unerwünschten Ereignissen zeigten sich ebenfalls bei anderen ASCQR-Maßnahmen Fortschritte. Beispielsweise wurde im Zeitraum 2014 bis 2017 ein Anstieg an Grippeimpfungen des medizinischen Personals gemessen (ASC-8) – von 74 % auf 78 %. Auch die Maßnahmen zur Überwachung und Nachsorge von Patienten nach bestimmten Gastroenterologie- oder Katarakt-Operationen verbesserten sich. Gleiches gilt für die Hospitalisierungsrate innerhalb von sieben Tagen nach einer Koloskopie, was allgemein auf ein hohes Leistungsniveau hinweist. (Medpac 2020a, S. 153)

ASCQR und OQR weisen vier identische Maßnahmen auf (ASC-9, ASC-10, ASC-11 und ASC-12; OP-29, OP-30, OP-31 und OP-32). Die Daten zeigen, dass ASCs im Durchschnitt bei zwei Maßnahmen gleich oder besser abschneiden: Anteil der Patienten mit einer Verbesserung der Sehfähigkeit 90 Tage nach einer Kataraktoperation (96 % in ASC; 95 % in HOPD); 7-Tage risikostandardisierte Krankenhausbesuchsrate nach einer ambulanten Koloskopie (1,2 % in ASC; 1,5 % in HOPD). Bei den anderen zwei Messgrößen schnitten allerdings HOPDs besser ab: Anteil der Patienten (mit einem durchschnittlichen Risiko) mit angemessener Endoskopie/Polypenüberwachung (87 % in HOPD; 83 % in ASC); Anteil der Patienten mit Polypenanamnese mit angemessener Endoskopie/Polypenüberwachung (91 % HOPD; 81 % ASC). (Medpac 2020a)

Angesichts der Zunahme der Anzahl ambulanter Operationen, die in Arztpraxen durchgeführt werden, wächst das Interesse an Outcome-Vergleichen zwischen den unterschiedlichen Settings.

- ◆ Eine aktuelle Studie vergleicht klinische Outcomes der Schulterendoprothetik differenziert nach Settings (stationär vs. ambulant in HOPD und in ASC) im Zeitraum 2010 bis 2014 (Ode et al. 2020). Die ambulant behandelten Patienten waren jünger und wiesen weniger Ko-Morbiditäten auf als die stationär behandelten; dies wurde in den statistischen Analysen berücksichtigt. Im Ergebnis zeigte sich für die ASCs kein signifikant höheres Risikoprofil (gemessen an der Häufigkeit von Krankenhausaufnahmen innerhalb von 90 Tagen nach dem Eingriff) bei deutlich geringeren Kosten.
- ◆ Eine jüngere Studie vergleicht Outcomes chirurgischer Eingriffe zwischen den unterschiedlichen ambulanten Settings. Eine Auswertung von Abrechnungsdaten eines großen privaten Versicherers ergab für eine Auswahl von 88 komplexeren chirurgischen Eingriffen im Zeitraum 2008-2012, dass die 7-Tage-Hospitalisierungsrate nach Risikoadjustierung für die ASC knapp 48 % geringer war als für Arztpraxen und um 52 % geringer als für HOPD (Ohsfeldt et al. 2017). Allerdings hatten die Arztpraxen an den ausgewählten Leistungen einen Anteil von lediglich 7,3 %, so dass sich die Zunahme der in Arztpraxen durchgeführten chirurgischen Leistungen auf weniger komplexe Eingriffe konzentrieren dürfte. Ein Teil der vergleichsweise hohen Hospitalisierungsrate der in HOPD behandelten Patienten könnte nach Ansicht der Autoren auch auf eine imperfekte Risikoadjustierung zurückzuführen sein.

8.4.2 Weiterentwicklung der Kataloge, Ausblick

Die Verlagerung von Operationen aus stationären in ambulante Settings gilt als wichtigster Trend der letzten 20 Jahre im US-Gesundheitssystem, und es wird erwartet, dass sich dieser Trend fortsetzt und verstärkt, weil mit ihm die größten Potenziale für Kostendämpfung assoziiert werden (Badlani 2019).

In den vergangenen Jahren wurde über die Notwendigkeit der IPO-Liste und deren Streichung diskutiert. Stakeholder äußerten einerseits, dass die Entscheidung über das Versorgungssetting allein dem klinischen Urteil des Arztes überlassen werden sollte. Andererseits könnte bei der Streichung einer IPO-Leistung die Erwartung geweckt werden, dass diese Leistung unabhängig der Einschätzung des Arztes oder den Bedürfnissen des Patienten im ambulanten Setting erbracht werden müsse. Die IPO-Liste umfasse für die stationäre Krankenhausaufnahme und für die Abrechnung über Medicare Part A geeignete Leistungen. Ebenfalls wurde erklärt, dass es viele operative Eingriffe gebe, die bei einem typischen Medicare-Patienten im ambulanten Setting nicht sicher durchgeführt werden könnten. (78 FR 75055; CMS-1736-FC 2021)

Schließlich entschieden die CMS, die IPO-Liste schrittweise im Zeitraum 2021 bis 2024 aufzulösen und die IPO-Leistungen dem OP- und dem ASC-Vergütungssystem zuzuordnen (CMS-1736-FC 2021, S. 709). Für das Jahr 2021 wurden von den rd. 1.700 Positionen zunächst knapp 300 primär auf die Behandlung von Muskel-Skelett-Erkrankungen zielende Leistungen von der IPO-Liste gestrichen, darunter verschiedene Gelenkoperationen und Amputationen. Für diese Leistungen zahlt Medicare im Jahr 2021 unabhängig davon, ob sich der behandelnde Arzt für eine stationäre oder ambulante Durchführung entscheidet. Die CMS wollen damit kurzfristig einen Beitrag dazu leisten, dass angesichts der starken Belegung der Krankenhäuser durch Covid-19-Patienten andere Patienten die für sie nötigen Behandlungen erhalten können (Daly 2020). Weitere Ziele sind die Erweiterung der Entscheidungsspielräume für Ärzte und Patienten sowie mögliche Kosteneinsparungen für Patienten.

Mit dem Regelungsentwurf für das Jahr 2022 haben die CMS jedoch jüngst eine unerwartete Kehrtwende vollzogen: Die Auflösung der IPO-Liste soll demnach gestoppt und die ca. 300 von ihr entfernten Leistungen wieder hinzugefügt werden.⁴⁰ Die CMS möchten vorerst weiterhin an dem zuvor praktizierten Vorgehen festhalten, anhand der etablierten Kriterien (vgl. Kapitel 8.2.1) sukzessive und leistungsindividuell zu entscheiden, ob bzw. welche Leistungen von der IPO-Liste entfernt werden. Maßgeblicher Grund hierfür war die Vielzahl und Intensität kritischer Reaktionen auf die Entscheidung, die IPO-Liste über den Zeitraum der nächsten Jahre aufzulösen. Die Kritik bezog sich primär auf die Patientensicherheit, die viele Fachleute als gefährdet ansahen, da die IPO-Liste zahlreiche invasive Eingriffe mit hohem Risiko umfasse, die ein intensives postoperatives Monitoring erfordern (z. B. Bandscheibentotalendoprothese, Arthrodesen). Die CMS unterzogen die bereits für das Jahr 2021 von der IPO-Liste entfernten rd. 300 Leistungen daraufhin einem Review und prüften sie anhand der zuvor gültigen Kriterien (s. o.) mit dem Ergebnis, dass keine ausreichende Evidenz für die Möglichkeit vorliege, diese Leistungen für Medicare-Patienten sicher in einem ambulanten Setting durchzuführen.

Nun sollen die Beteiligten mehr Zeit haben, die Sicherheit einer ambulanten Durchführung von Leistungen, die von der IPO-Liste genommen werden sollen, vorab zu evaluieren. Auch erkennen die CMS den Zeitbedarf der Leistungsanbieter an, sich auf die ambulante Durchführung von Leistungen aus der IPO-Liste vorzubereiten, u. a. in Bezug auf Abrechnungsmodalitäten und die Entwicklung von Kriterien für die Patientenselektion. Tatsächlich konnten die CMS bislang nur für weniger als 3 % der Leistungen, die für das Jahr 2021 von der IPO-Liste entfernt wurden, ein nennenswertes Ausmaß ambulanter Durchführung feststellen. Die CMS möchten nun zunächst Stellungnahmen aller Beteiligten einholen, wie mit dem langfristigen Ziel einer Abschaffung der IPO-Liste verfahren werden soll.

Eine vergleichbare Revision sieht der Regelungsentwurf für das Jahr 2022 für die Erweiterungen der ASC-Liste vor, die für das Jahr 2021 beschlossen wurden. Auch

⁴⁰ Vgl. <https://public-inspection.federalregister.gov/2021-15496.pdf> (letzter Zugriff am 03.08.2021)

hier hatten die CMS ihr Vorgehen geändert und die Liste um 267 Leistungen erweitert, von denen nun im nächsten Jahr der Großteil (258) wieder von der Liste gestrichen werden sollen (darunter z. B. Mastektomie, Orbitabodenfraktur, Thorakoskopie). Ausschlaggebend hierfür sind ebenfalls Zweifel an der sicheren ambulanten Durchführbarkeit bei Medicare-Patienten. Viele dieser Leistungen werden zwar bereits ambulant in ASC bei Nicht-Medicare-Patienten erbracht, diese sind jedoch im Durchschnitt jünger und haben weniger Komorbiditäten. Ein CMS-Review der 267 Leistungen kam zu dem Ergebnis, dass 258 von ihnen für typische Medicare-Patienten mit signifikanten Sicherheitsrisiken verbunden wären, wenn sie in ASC durchgeführt würden, und bei fast allen wahrscheinlich eine aktive medizinische Überwachung und Versorgung zum Mitternachtszeitpunkt nach dem Eingriff erforderlich wäre. Die CMS möchte nun für das Jahr 2022 ein neues Verfahren zur Nominierung von Leistungen einführen, die der ASC-Liste hinzugefügt werden sollen, und hierbei externe Stakeholder einbeziehen.

Grundsätzlich sind die CMS weiterhin davon überzeugt, dass die Unterschiede zwischen der stationären Behandlungsbedürftigkeit und der Angemessenheit einer ambulanten Versorgung für viele Leistungen nicht mehr stark ausgeprägt sind. Daher befürworten die CMS eine maximale Verfügbarkeit von Leistungen für Patienten, die in einer ambulanten Umgebung erbracht werden können. Hierbei sind Entwicklungen in der medizinischen Praxis zu berücksichtigen, welche die Möglichkeiten erweitert haben, Leistungen sicher und effektiv ambulant durchzuführen. Zu diesen Entwicklungen zählen z. B. neue Technologien, Fortschritte bei chirurgischen Techniken, Fortschritte bei chirurgischen Pflegeprotokollen, verbesserter perioperativer Anästhesie, erhebliche Verbesserungen bei postoperativen Prozessen, wie z. B. Verbesserungen bei der Schmerzbehandlung, die die stationäre Verweildauer und den Bedarf an postoperativer Pflege nach einer chirurgischen Leistung reduziert haben. (CMS-1736-FC 2021)

Vor diesem Hintergrund sind die CMS seit einigen Jahren bemüht, Vergütungsdifferenzen zwischen HOPDs einerseits und ASCs sowie Arztpraxen andererseits zu verringern, um „site neutrality“ zu erreichen bzw. Ambulantisierungspotenziale stärker zu nutzen.

- ◆ Eine gesetzliche Grundlage hierfür lieferte der US-Kongress im Jahr 2015 (Bipartisan Budget Act): Seit dem Jahr 2017 können Off-campus HOPDs, die nicht unmittelbar an die Hauptgebäude des Trägerkrankenhauses angrenzen, Leistungen, die typischerweise auch in Arztpraxen erbracht werden können, nicht mehr nach dem OPPS abrechnen. Stattdessen sind diese Leistungen der Off-campus HOPDs nach den Vergütungssystemen für ASC, Ärzte (Physician Fee Schedule) oder Labore (CLFS) zu vergüten, je nachdem, welche der jeweiligen Abrechnungsvoraussetzungen erfüllt sind. Hintergrund war die Sorge vor steigenden Medicare-Ausgaben infolge des zunehmenden Trends, dass Krankenhäuser Arztpraxen aufkaufen und in HOPDs umwandeln (Hellow, Levy-Biehl 2015). Damit konnten für identische Leistungen bei unveränderter Infrastruktur die höheren

OPPS-Vergütungssätze abgerechnet werden, allein aufgrund der Tatsache, dass ein Krankenhaus Eigentümer der Praxis geworden war. Historisch sollten die höheren OPPS-Vergütungen jedoch strengere regulatorische Anforderungen und eine größere Komplexität bei Patienten und Leistungen ausgleichen, die üblicherweise mit HOPDs aufgrund ihrer On-campus-Lage assoziiert wurden (CRFB 2021).

- ◆ Die Neuregelung zur „site neutrality“ wurde von Kostenträgerseite als unzureichend angesehen: Sie enthielt einen Bestandsschutz für Off-campus HOPDs, die bereits vor Inkrafttreten des Gesetzes im Jahr 2015 betrieben wurden („grandfathering“), sie erfasste nur einen Teil des Leistungsspektrums der Off-campus HOPDs und sie adressierte nicht weitere Vergütungsunterschiede, etwa zwischen On-campus HOPDs und ASC. US-Regierungen und die CMS haben seitdem mehrfach Initiativen zur Ausweitung der „site neutrality“ ergriffen, die jedoch durch Gerichtsverfahren gebremst wurden. Für das Jahr 2021 konnten die CMS durchsetzen, dass ambulanter Klinikfall für Bewertung und Patientenmanagement (Code G0463) in allen Off-campus HOPDs nur noch mit 40 % des OPPS-Satzes vergütet wird (Zaman 2020).
- ◆ Darüber hinaus haben die CMS die Preise für ASC-Leistungen für das Jahr 2021 um 2,4 % angehoben, wenn die Anforderungen an die Qualitätsdokumentationen erfüllt werden. Die Preiserhöhung soll die Verlagerung von Leistungen aus den Krankenhäusern zu den kostengünstigeren ASC fördern.⁴¹ So wurden bereits für das Jahr 2018 die Preise für ASC nicht mehr gemäß dem Verbraucherpreisindex angepasst, sondern orientiert an dem gleichen „Warenkorb“, der auch der Anpassung der Krankenhausvergütungen zugrunde liegt. Im Jahr 2019 war die Preisanpassung für ASCs (+2,1 %) höher als für HOPDs (+1,35 %), für das Jahr 2022 ist eine etwas geringere Anpassung vorgesehen (+2,3 % vs. +2,5 %), womit Produktivitätsvorteilen der ASC Rechnung getragen werden soll.⁴²

Die CMS haben weiterhin die Liste der Leistungen bzw. Prozeduren erweitert, die in ASC mit Kostenübernahme durch Medicare erbracht werden können. Die Erweiterung umfasste insbesondere zwölf Herzkatheterverfahren. In der Diskussion ist außerdem, totale und partielle Hüftprothesen hinzuzufügen, deren Erstattung durch Medicare für ASC derzeit noch ausgeschlossen ist (Addendum EE). Auch die Gestaltung der Zuzahlungen von Medicare-Patienten setzt Anreize, die Inanspruchnahme von ASC zu fördern. Private Versicherungsunternehmen sind den CMS in dieser Zielsetzung vielfach gefolgt.

⁴¹ <https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/cy-2021-medicare-hospital-outpatient-prospective-payment-system-and-ambulatory-surgical-center-0> (letzter Zugriff am 21.04.2021).

⁴² <https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/cy-2022-medicare-hospital-outpatient-prospective-payment-system-and-ambulatory-surgical-center> (letzter Zugriff am 04.08.2021)

Nach einer aktuellen Schätzung wird im Zeitraum 2018-2028 das ambulante Leistungsvolumen um insgesamt 19 % zunehmen, während das Volumen stationärer Leistungen der Krankenhäuser stagniert (Sg2 health care intelligence 2019). Dabei wird der Zuwachs für ASC mit 25 % am höchsten eingeschätzt, gefolgt von den Arztpraxen (17 %) und den HOPDs (16 %). Je nach Fachrichtung und Leistungsbereich werden größere Unterschiede der Ambulantisierungsdynamik erwartet. Die folgende Übersicht zeigt differenziert nach unterschiedlichen Fachrichtungen, für welche konkreten Leistungsbereiche in den nächsten Jahren eine verstärkte Ambulantisierung erwartet wird, welche Leistungsbereiche bereits weitgehend ambulantisiert sind und welche Leistungsbereiche voraussichtlich weiterhin überwiegend mit vollstationären Behandlungen verbunden sein werden (Tabelle 14).

Als Treiber der Ambulantisierung gelten allgemein die Fortschritte bei Anästhesie und (minimalinvasiven) Operationstechniken sowie die zunehmende (Mit-)Eigentümerschaft von Ärzten an ASCs. Schließlich sind die ASCs für unabhängige operierende Ärzte häufig attraktiver als die Kooperation mit Krankenhäusern, u. a. auch hinsichtlich der Einkommensperspektiven, da sich die (gesetzlichen) Rahmenbedingungen für Gewinnbeteiligung günstiger gestalten (Blasco 2020). Hemmnisse einer weitergehenden Ambulantisierung könnte – neben klinischen Risiken – der Bedarf an qualifiziertem nicht-ärztlichen Personal sein, das in Kliniken tendenziell höhere Löhne und Zusatzleistungen erzielen kann. Für einige der aufgeführten Leistungsbereiche werden in der o. a. Analyse detailliertere Angaben gemacht (vgl. Sg2 health care intelligence 2019):

- ♦ Die **Orthopädie** wird im Zentrum zukünftiger Ambulantisierungsprozesse gesehen. Für sie wird ein massiver Zuwachs ambulanter Behandlungen erwartet, so dass bis zum Jahr 2028 mehr als die Hälfte aller primären Knie- und Hüft-TEP-Operationen ambulant durchgeführt werden. Die Streichung dieser Operationen von der „inpatient only“-Liste von Medicare erhöht die Akzeptanz der ambulanten Durchführung in ASCs auch bei anderen Kostenträgern. Bremsend auf die Ambulantisierung könnte hingegen wirken, dass die Anteile der Patienten mit Adipositas und anderen Komorbiditäten zunehmen. Zudem werden hierfür größere Operations- und Aufwachräume sowie die Verfügbarkeit von Physiotherapeuten benötigt. Auch das Verhältnis von (hohen Implantat-)Kosten und (geringer) Medicare-Vergütung könnten Ambulantisierungsprozesse hemmen.
- ♦ Speziell für die **Behandlung von Wirbelsäulenerkrankungen** wird ein etwas geringeres Ambulantisierungstempo erwartet. Grund hierfür dürften klinische Vorbehalte sein. Zusätzlich könnte der Druck von Kostenträgern, Rückenschmerzen bevorzugt konservativ zu behandeln, dazu führen, dass OP-Patienten tendenziell höhere Schweregrade aufweisen. Auch das Erfordernis einer längeren postoperativen Beobachtung (z. B. sechs Stunden nach zervikaler Fusion) könnte die Verlagerung bzw. das Wachstum dieser Eingriffe in ASC bremsen, ebenso wie hohe Technikkosten (OP-Roboter, erweiterte Bildgebung).

- ♦ Im Bereich der **Kardiologie** werden zwar viele Behandlungen als ambulantierbar klassifiziert, dennoch überwiegt bei ihnen vielfach nach wie vor das stationäre Setting. Eine Ursache hierfür sind klinische Risiken, so dass Chirurgen Krankenhauskapazitäten im „Backup“ (inkl. ITS) präferieren. Das elektive, risikoarme Fallvolumen ist begrenzt, so dass der Kapitalbedarf für ein auf Kardiologie spezialisiertes ASC für viele interessierte Arztgruppen zu hoch sein dürfte. Größere Ambulantisierungspotenziale werden beispielsweise bei Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren gesehen (speziell Batteriewechsel). Auch einfache Ablationen, die nicht in den linken Vorhof reichen, könnten mit entsprechenden Investitionen in Technologie und Personal in ASCs verlagert werden. Bei peripheren endovaskulären Eingriffen könnten Fortschritte bei minimalinvasiven, katheterbasierten Eingriffen (z. B. zur Medikamentenfreisetzung) eine Verlagerung komplexer Fälle vom stationären Bereich in die HOPDs ermöglichen, jedoch weit weniger in ASCs oder Arztpraxen.
 - ♦ Im Bereich der **Gynäkologie** wird der Anteil ambulanter Leistungen bereits heute auf 94 % geschätzt. Erwartet wird daher primär eine Verlagerung innerhalb des ambulanten Sektors von den HOPDs direkt in die Arztpraxen. Als Treiber werden hierfür vor allem die weniger kapitalintensive Behandlungstechnik, geringere Infrastrukturanforderungen und Patientenpräferenzen (Komfort, geringere Kosten) gesehen. Bei Beckenbodenoperationen begünstigt die Verbreitung minimalinvasiver Therapien eine Verlagerung in kostengünstigere Settings, ebenso wie der Trend einer zunehmenden Subspezialisierung der Gynäkologen, von denen eine wachsende Zahl (Mit-)Eigentümer von ASCs wird. Auch ein Teil der bislang stationär durchgeführten Mastektomien dürfte – angesichts sinkender Verweildauern – zukünftig ambulant durchgeführt werden. Allerdings sind Brustchirurgen derzeit meist in Krankenhäusern angestellt. Auch in der Geburtshilfe tätige Frauenärzte bleiben an Krankenhäuser und die dortigen Anästhesiekapazitäten gebunden.
 - ♦ In der **allgemeinen Chirurgie** zählen die Endoskopie des oberen Magen-Darm-Traktes und die Koloskopie (außerhalb onkologischer Behandlungen) zu den häufigsten ASC-Leistungen. Da sich viele ASC auf Gastroenterologie spezialisieren, wird mit einem weiteren Wachstum gerechnet, wobei kompliziertere Koloskopien in den HOPDs verbleiben. Erwartet wird, dass infolge der zunehmenden Verbreitung laparoskopischer und anderer minimalinvasiver Verfahren verstärkt auch Ambulantisierungen von Appendektomien, Cholezystektomien und Leistenbruch-Operationen ermöglichen, wobei davon ausgegangen wird, dass zwischen 10 % und 20 % der Fälle einen Schweregrad haben, der weiterhin einen stationären Aufenthalt erforderlich macht. Kaum Ambulantisierungspotenzial wird dagegen wegen der vielen Hochrisikopatienten bei bariatrischen Operationen gesehen sowie bei Zystoskopien, weil diese eine teure Ausstattung erfordern.
-

Schließlich ist davon auszugehen, dass die Ambulantisierungsprozesse regional unterschiedlich verlaufen werden und tendenziell eher dort stärker sein dürften, wo größere Anteile durchschnittlich gesünderer, außerhalb von Medicare/Medicaid versicherter Personen leben.

Tabelle 14: Einschätzung der heutigen und zukünftigen Ambulantisierungspotenziale in den USA nach Fachrichtungen

Fachrichtung	weitgehend ambulantierte Leistungen ($\geq 90\%$)	Leistungen mit weitgehender Ambulantisierung bis 2028	weiterhin überwiegend stationäre Leistungen
Onkologie	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Biopsie ◆ weite Exzision ◆ stereotaktische Radiochirurgie ◆ Knochenmarktransplantation 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Prostatektomie ◆ Mastektomie 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Dickdarmresektion ◆ Lungenresektion
Kardiologie	<ul style="list-style-type: none"> ◆ intrakardiale Katheterablation ◆ periphere endovaskuläre Verfahren 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ elektive diagnostische Katheterverfahren ◆ Perkutane Koronarintervention (PCI) ◆ Schrittmacher und implantierbarer Kardioverter/Defibrillator (ICD) 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ akute diagnostische Katheterverfahren
Dermatologie	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Exzision gutartiger Hautläsionen ◆ Mohs-Chirurgie 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Hauttransplantation ◆ Wundnaht 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Exzision großer/invasiver bösartiger Hautläsionen
Gastroenterologie	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Koloskopie ◆ Gastroskopie ◆ Hämorrhoidektomie ◆ endoskopisch(e) retrograde Cholangiopankreatikographie (ERCP) 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Offene und transrektale Eingriffe am Enddarm 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Offene und laparoskopische Kolektomie ◆ komplexe Rektaleingriffe
allg. Chirurgie	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Leistenhernien-Operation ◆ Leber-Nadelbiopsie 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Appendektomie ◆ Bauchwandhernien-Operation ◆ Cholezystektomie ◆ Thyreoidektomie 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Bariatrische Chirurgie ◆ Organtransplantation
Gynäkologie	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Hysteroskopie ◆ Kolposkopie ◆ Endometriumablation 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Gutartige Hysterektomie ◆ Beckenbodenoperation 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Bösartige Hysterektomie

Fachrichtung	weitgehend ambulantisierete Leistungen (≥ 90%)	Leistungen mit weitgehender Ambulantisierung bis 2028	weiterhin überwiegend stationäre Leistungen
Neurologie	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Stereotaktische Radiochirurgie bei Gehirntumor ◆ Nervenblockaden/Schmerzmanagement-Injektionen 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Tiefe Hirnstimulation bei Parkinson und Depression 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Hirnbiopsie ◆ Schädelchirurgie
Orthopädie	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Arthroskopie ◆ Operation des Karpaltunnelsyndroms ◆ Rotatorenmanschettenruptur-Operation ◆ Schnappfinger-Operation ◆ Operation des vorderen Kreuzbandes 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ primärer Kniegelenkersatz ◆ primärer Hüftgelenkersatz 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Revisions-Operationen von Gelenken ◆ Trauma
Pulmologie	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Lungenbiopsie ◆ Bronchoskopie ◆ Pleura Aspiration 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ erweiterte Lungenendoskopie 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Lungenresektion ◆ Eingriffe an der Luftröhre ◆ videoassistierte Thoraxchirurgie
Wirbelsäulenerkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Schmerz-Injektionsbehandlung 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ zervikale Fusion ◆ lumbale/thorakale Fusionen ◆ Dekompression/Laminektomie der Wirbelsäule 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ komplexe Fusionen
Urologie	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Zystoskopie ◆ Biopsie ◆ Vasektomie, ◆ endoskopische Eingriffe der Harnröhre ◆ Nierensteine 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ gutartige Prostatektomie 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ bösartige Prostatektomie ◆ Nephrektomie

Quelle: IGES nach Sg2 health care intelligence (2019)

8.5 Interviews

Die Recherchen zu Stand und Perspektiven der Ambulantisierung im staatlichen Krankenversicherungssystem der USA (Medicare) wurden maßgeblich durch Prof. Nikolas Matthes, Assistant Professor an der Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, unterstützt.

Ein umfassender fachlicher Austausch zu spezifischen Fragestellungen fand mit folgenden Expertinnen und Experten statt (Videokonferenz und schriftlich):

- ◆ Richard Fuller, Manager of data analysis and economics for the Clinical and Economic Research Group at 3M Health Information Systems
- ◆ Thilo Koepfer, Vice President, International Markets at 3M Health Information Systems
- ◆ Elizabeth McCullough, Content Research and Development Manager for the Clinical and Economic Research Group of 3M Health Information Systems
- ◆ Sandeep Wadhwa, Global Chief Medical Officer at 3M Health Information Systems

8.6 Implikationen für die Überarbeitung des Katalogs nach § 115b SGB V

Im Hinblick auf das Ziel, Ambulantisierungspotenziale im Bereich bislang (überwiegend) stationärer Leistungen zu identifizieren, lassen sich aus dem internationalen Vergleich länderübergreifend vier wesentliche Implikationen ableiten.

Abgrenzungskriterien ambulant – stationär

Kriterien für die Entscheidung, ob bzw. welche Leistung ambulant durchführbar ist, sind vielschichtig. In keinem der betrachteten Länder gelten rein medizinische Kriterien.

- ◆ Es dominieren leistungsunspezifische Abgrenzungen anhand zeitlicher Parameter. Hierzu zählen u. a. die Gesamtdauer einer (operativen) Behandlung, die Dauer einer Operation und/oder einer Narkose sowie die postoperative Rekonvaleszenzzeit.
 - ◆ Zu den medizinischen Kriterien zählt auch die individuelle Krankheitsgeschichte von Patienten. Daher hat in allen der betrachteten Länder die Entscheidung der jeweils behandelnden Ärzte einen hohen Stellenwert. Ihr wird eine prinzipielle Priorität eingeräumt.
 - ◆ Zur Entscheidung über die ambulante Durchführbarkeit medizinischer Behandlungen werden in allen betrachteten Ländern auch vielfältige nicht-medizinische Kriterien herangezogen. Diese beziehen sich vor allem auf die Verfügbarkeit von Transportmöglichkeiten und von postoperativen Betreuungsmöglichkeiten (inkl. Schmerztherapie) sowie auf das soziale
-

Umfeld der Patienten. Auch sprachliche Verständigungsmöglichkeiten sind teilweise ein verwendetes Entscheidungskriterium.

Schließlich reflektieren die in den Ländern existierenden Zuordnungen zum Bereich ambulant durchführbarer Behandlungen auch eine gewisse „Pfadabhängigkeit“, d. h., sie unterliegen dem Einfluss der jeweils länderspezifischen Historie. Teilweise wird mit diesen Zuordnungen die „normative Kraft des Faktischen“ nachvollzogen, also eine Zuordnung, die sich unabhängig von regulativen Vorgaben (z. B. durch entsprechende Leistungsangebote getrieben) herausgebildet hat.

Ambulantisierung in- und außerhalb von Krankenhäusern

In den vier betrachteten europäischen Ländern findet die Ambulantisierung bislang überwiegend stationär durchgeführter Leistungen ganz überwiegend innerhalb von Krankenhäusern statt.

In England und Dänemark ist dies darauf zurückzuführen, dass dort die fachärztliche Versorgung primär in Krankenhäusern stattfindet. In Österreich und der Schweiz sind hierfür Sonderfaktoren verantwortlich: in Österreich die Art der Spitalsfinanzierung und in der Schweiz die seit einigen Jahren ausstehende Reform des ambulanten Vergütungssystems. Für die beiden letztgenannten Länder ist aber zumindest längerfristig mit einer Ausweitung der Ambulantisierung auf den niedergelassenen ärztlichen Versorgungsbereich zu rechnen.

Im Unterschied zu den betrachteten europäischen Ländern entwickelt sich in den USA die Ambulantisierung stationärer Leistungen sehr dynamisch auch aus den Krankenhäusern heraus: Mit den Klinikambulanzen, den ambulanten OP-Zentren und den Arztpraxen existiert eine Art an Einrichtungstypen orientierter konsekutiver Ambulantisierungsprozess.

Regulatorische Regime der Ambulantisierung

Die regulatorischen Rahmenbedingungen der betrachteten Länder unterscheiden sich teilweise deutlich darin, inwiefern und mit welchen Ansätzen sie bewirken, dass als ambulant durchführbar kategorisierte Leistungen tatsächlich ambulant durchgeführt werden.

In den Gesundheitssystemen Englands, Österreichs und der USA werden finanzielle Anreize des Vergütungssystems eingesetzt, um Ambulantisierungsprozesse zu fördern. Dabei werden entweder Leistungen bei ambulanter Durchführung in Kliniken gleich vergütet (England, Österreich) oder bestehende Vergütungsgefälle verringert (USA). In England gibt es für ausgewählte Leistungen sogar eine zeitlich befristete höhere Vergütung (best practice tariff). Darüber hinaus wirken Gewinnanreize verstärkend auf die Ambulantisierung von Leistungen, so etwa bei den ambulanten OP-Zentren (ASC) in den USA. In Dänemark sind die finanziellen Anreize für eine stärker Ambulantisierung im Rahmen der Budgetfinanzierung von Kliniken zwar unspezifisch, aber dennoch sehr wirksam.

In Österreich und den USA werden die beschriebenen finanziellen Anreize stärker (als in England und Dänemark) auf Leistungen fokussiert, die zuvor ausgewählt und

in Katalogen gelistet wurden (Tagesklinikcatalog bzw. Listen erstattungsfähiger Prozeduren je nach Einrichtungstyp).

In der Schweiz gibt es dagegen derzeit keine explizite Steuerung durch finanzielle Anreize, sondern ausschließlich über eine Listung von Leistungen, die grundsätzlich ambulant durchzuführen sind. Der bundesweit einheitliche Teil dieser Liste ist vergleichsweise eng gefasst. Damit unterscheidet sich die Schweiz von den anderen Ländern, die mehr Leistungen für eine Ambulantisierung vorsehen, die tatsächliche ambulante Durchführung aber stärker optional gestalten und auf finanzielle Anreize setzen.

Ein dem in Deutschland für die GKV ähnliches System, bei dem im Wesentlichen Abrechnungsprüfungen der Krankenkassen und des Medizinischen Dienstes auf die ambulante Durchführung entsprechend katalogisierter Leistungen hinwirken, konnte in den Vergleichsländern nicht ausgemacht werden.

Qualitätssicherung und Patientenorientierung

Die teilweise sehr weitreichende Ambulantisierung in einigen der Vergleichsländer wird von umfassenden Maßnahmen zur Schaffung von Qualitätstransparenz und zur Qualitätssicherung begleitet. So ist in den USA die Datenübermittlung für die einrichtungsbezogenen Qualitätsprogramme verpflichtend und in Form von Vergütungskürzungen sanktionsbewährt. In England und Dänemark fällt die Qualitätssicherung ambulant erbrachter Klinikleistungen unter die allgemeinen, umfassenden Qualitätsprogramme.

Einen wesentlichen Beitrag zur Akzeptanz der ambulanten Durchführung operativer Eingriffe leistet eine explizite Patientenorientierung bei der Optimierung von Organisation und Prozessen. Zentrale Elemente sind hierbei die präoperative Patientenedukation, die Strukturierung von Patientenpfaden inkl. Aufnahme- und Entlassprozedere sowie die postoperative Patientenbetreuung (telemedizinisch und bei Bedarf auch durch Hausbesuche). Insbesondere England und Dänemark zeigen diesbezüglich relativ weit entwickelte Ansätze.

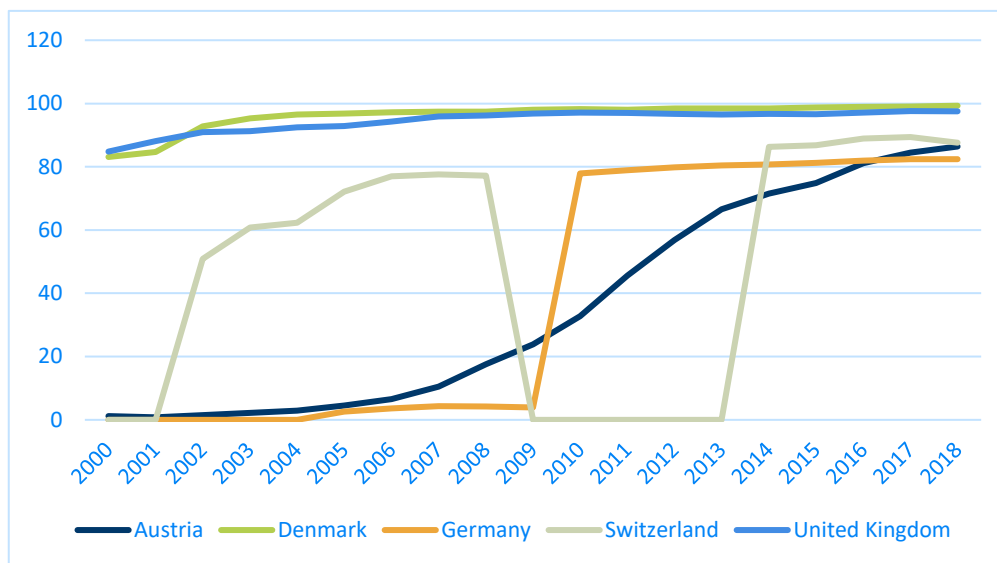
Anhang

A1 Anhang 1: OECD-Statistiken

A1 Anhang 1: OECD-Statistiken

Im Folgenden wird auf Basis der OECD-Statistik (<https://stats.oecd.org/>) für ausgewählte chirurgische Eingriffe/Operationen der Anteil der tagesambulant (daycase) erbrachten Eingriffe/Operationen an allen Eingriffen/Operationen für die vier begutachteten Länder inkl. Deutschland graphisch dargestellt. Aus der Schweiz liegen für die Jahre 2009 bis 2013 keine Daten vor.

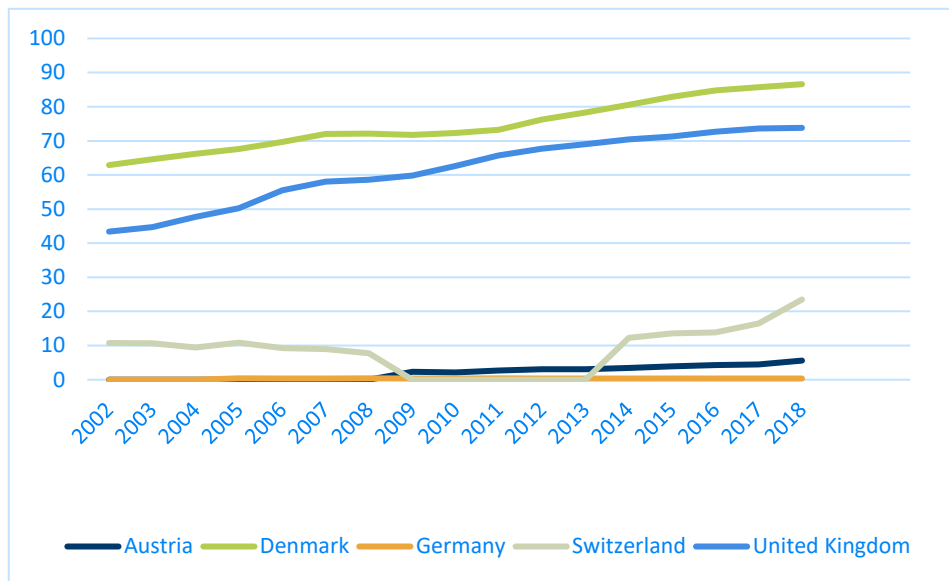
Abbildung 18: Katarakt-OP, Anteil tagesambulanter Eingriffe in Prozent



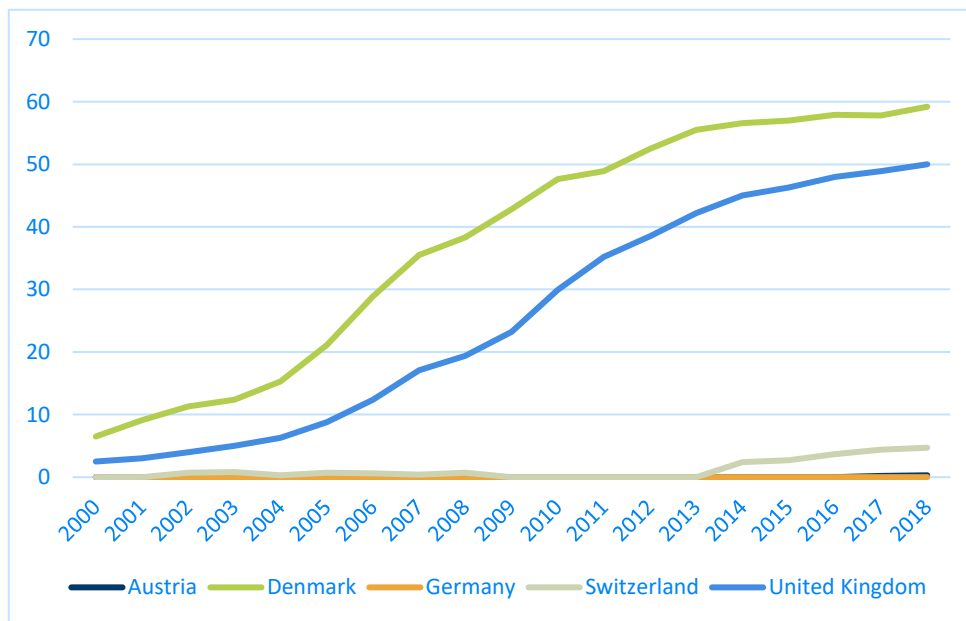
Quelle: OECD Statistik (eigene Darstellung: GÖ-B)

Anmerkung: Für Deutschland wurden statt der Auswertung der „daycases“ die „outpatients“ herangezogen, die ab 2010 gemeldet wurden.

Abbildung 19: Hernien-OP, Anteil tagesambulanter Eingriffe in Prozent

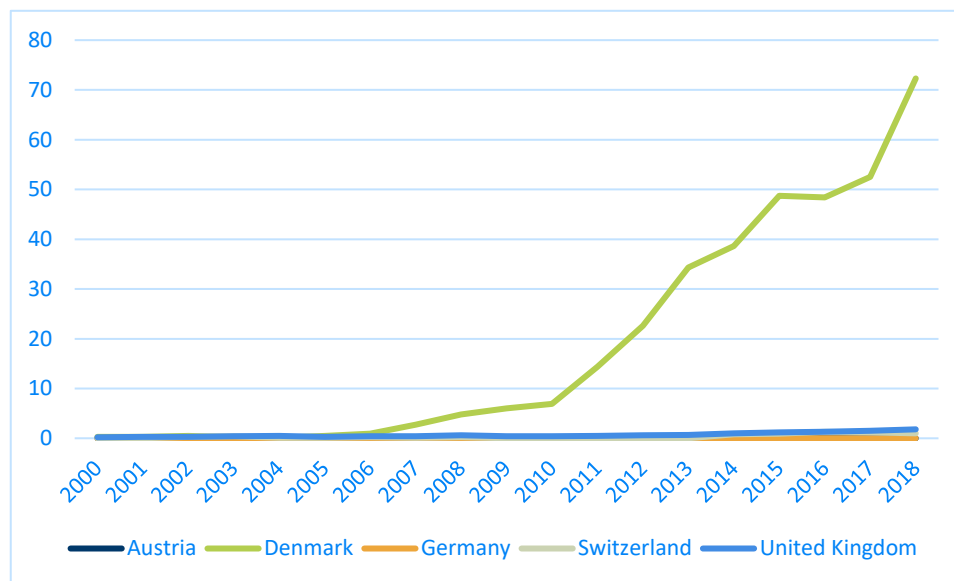


Quelle: OECD Statistik (eigene Darstellung: GÖ-B)

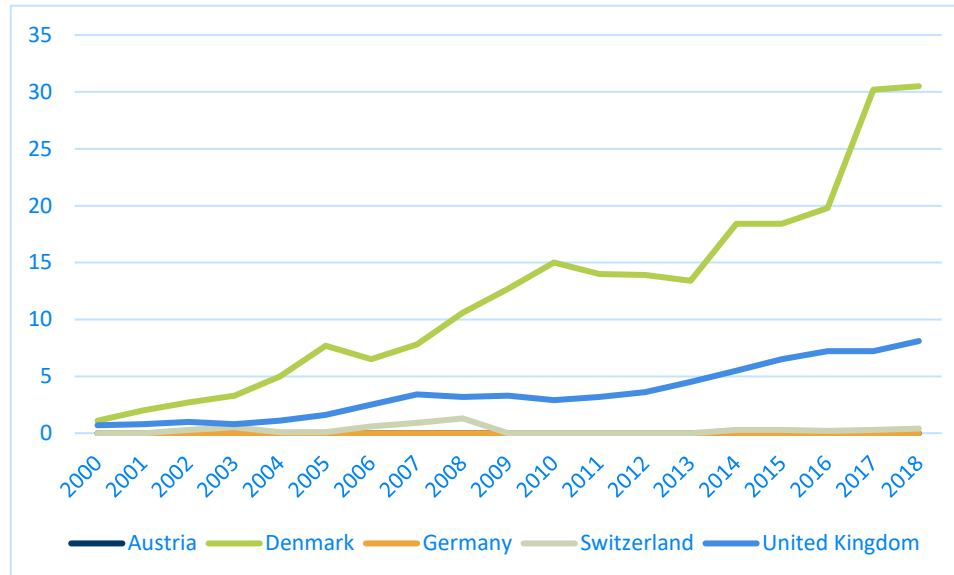
Abbildung 20: Laparoskopische Cholecystektomie⁴³, Anteil tagesambulanter Eingriffe in Prozent

Quelle: OECD Statistik (eigene Darstellung: GÖ-B)

⁴³ Gallenblasen-Operation

Abbildung 21: Hysterektomie⁴⁴, Anteil tagesambulanter Eingriffe in Prozent

Quelle: OECD Statistik (eigene Darstellung: GÖ-B)

Abbildung 22: TUR-Prostata⁴⁵, Anteil tagesambulanter Eingriffe in Prozent

Quelle: OECD Statistik (eigene Darstellung: GÖ-B)

⁴⁴ Entfernung der Gebärmutter

⁴⁵ Transurethrale Entfernung der Prostata

A2 Tagesklinikcatalog Österreich

Tabelle 15: Tagesklinikcatalog Österreich

Kap	Kap. Bezeichnung	Code	Langtext	Beschreibung
1	Nervensystem, Psyche, Gehirnschädel, Wirbelsäule	AP020	Implantation eines Epidural-/Intrathekalkatheters mit Port (LE=je Sitzung)	Implantation eines Epidural- oder Intrathekalkatheters und eines Portsystems
1	Nervensystem, Psyche, Gehirnschädel, Wirbelsäule	LH010	Perkutane Volumenreduktion der Bandscheibe (LE=je Sitzung)	Perkutane Punktion und Reduktion des Diskusvolumens durch mechanische (Tomie), chemische (Lyse) oder thermische (Koagulation, Vaporisation) Verfahren (vorbehaltlich EBM-Prüfung)
1	Nervensystem, Psyche, Gehirnschädel, Wirbelsäule	LH040	Dekompression lumbaler Nervenwurzeln (LE=je Sitzung)	Dekompression spinaler Nervenwurzeln durch Foraminotomie, Diskektomie, Sequesterentfernung. Syn.: (erweiterte) Bandscheibenoperation. Gelenksteilresektion, interarcuäre Resektionen sind inkludiert und werden nicht zusätzlich abgegolten.
1	Nervensystem, Psyche, Gehirnschädel, Wirbelsäule	AJ010	Einfache Naht peripherer Nerven an der oberen Extremität (LE=je Seite)	Monofaszikuläre Naht
1	Nervensystem, Psyche, Gehirnschädel, Wirbelsäule	AJ020	Einfache Naht peripherer Nerven an der unteren Extremität (LE=je Seite)	Monofaszikuläre Naht
1	Nervensystem, Psyche, Gehirnschädel, Wirbelsäule	AJ030	Einfache Naht peripherer Nerven an Kopf, Hals und Rumpf (LE=je Sitzung)	Monofaszikuläre Naht
1	Nervensystem, Psyche, Gehirnschädel, Wirbelsäule	AJ070	Dekompression des Nervus medianus – offen (LE=je Seite)	Dekompression des Nervus medianus durch offene Spaltung des Retinaculum flexorum

Kap	Kap. Bezeichnung	Code	Langtext	Beschreibung
1	Nervensystem, Psyche, Gehirnschädel, Wirbelsäule	AJ080	Dekompression des Nervus medianus – endoskopisch (LE=je Seite)	Dekompression des Nervus medianus durch endoskopische Spaltung des Retinaculum flexorum
1	Nervensystem, Psyche, Gehirnschädel, Wirbelsäule	AJ090	Dekompression anderer peripherer Nerven an der oberen Extremität – offen (LE=je Seite)	Dekompression durch Spaltung/Entfernung einengender Strukturen (z.B. Spaltung des Sulcus ulnaris) und ggf. weiterer Maßnahmen (z.B. submuskuläre Transposition)
1	Nervensystem, Psyche, Gehirnschädel, Wirbelsäule	AJ100	Dekompression anderer peripherer Nerven an der oberen Extremität – endoskopisch (LE=je Seite)	Dekompression durch Spaltung/Entfernung einengender Strukturen (z.B. Spaltung des Sulcus ulnaris) über endoskopischen Zugang
1	Nervensystem, Psyche, Gehirnschädel, Wirbelsäule	AJ110	Dekompression peripherer Nerven an der unteren Extremität – offen (LE=je Seite)	Dekompression durch Spaltung/Entfernung einengender Strukturen (z.B. Spaltung des Retinaculum flexorum) über offenen Zugang
1	Nervensystem, Psyche, Gehirnschädel, Wirbelsäule	AJ120	Dekompression peripherer Nerven an der unteren Extremität – endoskopisch (LE=je Seite)	Dekompression durch Spaltung/Entfernung einengender Strukturen (z.B. Spaltung des Retinaculum flexorum) über endoskopischen Zugang
1	Nervensystem, Psyche, Gehirnschädel, Wirbelsäule	AJ130	Entfernung eines Tumors an peripheren Nerven (LE=je Sitzung)	Mikrochirurgische Tumoresektion an peripheren Nerven, z.B. bei Neurofibrom, Neurinom (= Schwannom). Nicht: Neurektomie bei Morton-Neurom (AJ179)
1	Nervensystem, Psyche, Gehirnschädel, Wirbelsäule	AJ140	Perkutane Koagulation peripherer Nervenfasern (LE=je Sitzung)	Perkutane Punktion und Zerstörung von Nervenfasern durch lokale Hitzeeinwirkung, z.B. Facetendeneravierung durch Radiofrequenz
1	Nervensystem, Psyche, Gehirnschädel, Wirbelsäule	AK010	Perkutane Koagulation vegetativer Ganglien (LE=je Sitzung)	Perkutane Punktion und Zerstörung von Nervenfasern durch lokale Hitzeeinwirkung an den Ganglien des vegetativen Nervensystems

Kap	Kap. Bezeichnung		Code	Langtext	Beschreibung
2	Augen Orbita	und	BA010	Korrektur des Augenlids (LE=je Seite)	Plastische Korrekturen von Lidfehlstellungen oder funktionellen Veränderungen des Lidapparates, z.B. Blepharoplastik, Z-Plastiken, Eingriffe an der Lidmuskulatur (Transfer, Verlängerung, Verkürzung). Nicht: Inzisionen und Exzisionen am Augenlid mit primärem Wundverschluss (BA540)
2	Augen Orbita	und	BA020	Rekonstruktion der Lider, Augenbrauen (LE=je Seite)	Rekonstruktionen der Augenlider/Augenbrauen mit lokaler Lappenplastik, Autotransplantaten
2	Augen Orbita	und	BB010	Rekonstruktion der Tränenwege – offen (LE=je Seite)	Wiederherstellung der Kontinuität und Durchgängigkeit der Tränenwege – externe Dakryocystorhinostomie
2	Augen Orbita	und	BB020	Rekonstruktion der Tränenwege – endoskopisch, endoluminal (LE=je Seite)	Wiederherstellung der Kontinuität und Durchgängigkeit der Tränenwege – endoskopische Dakryocystorhinostomie
2	Augen Orbita	und	BC010	Resektion eines Pterygiums (LE=je Seite)	
2	Augen Orbita	und	BD010	Keratotomie (LE=je Seite)	Keratotomie, radiäre Keratotomie, Keratektomie, Photokeratektomie mit Excimerlaser, LASIK
2	Augen Orbita	und	BD020	Hornhauttransplantation (perforierend, lamellär) (LE=je Seite)	
2	Augen Orbita	und	BD030	Implantation von intrakornealen Ringsegmenten (LE=je Sitzung)	Tunnelierung der Hornhaut mittels Femtolaser, Erweiterung dieses Tunnel, Implantation des Ringimplantats/der Ringimplantate
2	Augen Orbita	und	BE010	Glaukomoperation (LE=je Seite)	Trabekulektomie, Goniotrepantation, nichtperforierende Operationen wie tiefe Sklerektomie und Viskokanalostomie, die Gabe von Antimetaboliten ist inkludiert.
2	Augen Orbita	und	BE020	Anlage eines Kammerwassershunts (LE=je Seite)	Drainage des Kammerwassers durch Implantation eines Shunts bei refraktärem Glaukom

Kap	Kap. Bezeichnung		Code	Langtext	Beschreibung
2	Augen Orbita	und	BF010	Intrakapsuläre Kataraktoperation mit Linsenimplantation (LE=je Seite)	Entfernung der Linse in toto sowie Implantation einer alloplastischen Linse (Vorder- oder Hinterkammerlinse)
2	Augen Orbita	und	BF020	Extrakapsuläre Kataraktoperation mit Linsenimplantation (LE=je Seite)	Linsenkernentfernung durch Phakoemulsifikation sowie Implantation einer alloplastischen Linse (Vorder- oder Hinterkammerlinse)
2	Augen Orbita	und	BF030	Isolierte Implantation oder Wechsel einer Linse (LE=je Seite)	Sekundäre Linsenimplantation, Wechsel einer Linse, isolierte Implantation einer Vorderkammerlinse, auch refraktiv
2	Augen Orbita	und	BG040	Vitrektomie ohne Endotamponade (LE=je Seite)	
2	Augen Orbita	und	BG050	Vitrektomie mit Endotamponade (LE=je Seite)	Vitrektomie mit Endotamponade (alle Techniken)
2	Augen Orbita	und	BG060	Retinotomie, Retinektomie (LE=je Seite)	Entfernung retinaler Membranen, Endodrainage, subretinale Drainage, Makulachirurgie (Sheatotomie, Membrane Peeling)
2	Augen Orbita	und	BG070	Fixation der Netzhaut durch eindellende Maßnahmen (LE=je Seite)	Retinopexie von außen durch eindellende Maßnahmen wie Plomben, Cerclagen – ggf. mit subretinaler Drainage und unter Anwendung mikrochirurgischer Technik
2	Augen Orbita	und	BH020	Silikonölentfernung (LE=je Seite)	
2	Augen Orbita	und	BJ020	Korrekturoperation an den geraden Augenmuskeln (LE=je Seite)	Korrekturoperation an den geraden Augenmuskeln mit Kombination mehrerer Techniken (Resektion, Verkürzung, Verlängerung, Faltung, Verlagerung etc., inkludiert Implantate (z.B. Goretex-Bänder)

Kap	Kap. Bezeichnung	Code	Langtext	Beschreibung
2	Augen und Orbita	BJ030	Kombinierte Korrekturoperation an den geraden und schrägen Augenmuskeln (LE=je Seite)	Korrekturoperation an den geraden und schrägen Augenmuskeln mit Kombination mehrerer Techniken (Resektion, Verkürzung, Verlängerung, Faltung, Verlagerung etc., inkludiert Implantate (z.B. Goretex-Bänder)
3	Ohren, Nase, Mundhöhle, Rachen, Gesicht, Gesichtsschädel, Hals	CA010	Ohranlegeplastik (LE=je Seite)	
3	Ohren, Nase, Mundhöhle, Rachen, Gesicht, Gesichtsschädel, Hals	CA020	Plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel (LE=je Seite)	Rekonstruktion eines Ohres unter Verwendung von Lappenplastiken, Implantaten, Autotransplantaten
3	Ohren, Nase, Mundhöhle, Rachen, Gesicht, Gesichtsschädel, Hals	CA040	Resektion am äußeren Gehörgang (LE=je Seite)	Knöcherner Resektion im Bereich des äußeren Gehörgangs, z.B. Abtragung von Exostosen, Exstirpation von Neoplasien
3	Ohren, Nase, Mundhöhle, Rachen, Gesicht, Gesichtsschädel, Hals	CB010	Paracentese (LE=je Seite)	Inzision des Trommelfells und ggf. Einlage eines Paukenröhrchens
3	Ohren, Nase, Mundhöhle, Rachen, Gesicht, Gesichtsschädel, Hals	CB020	Myringoplastik (LE=je Seite)	Tympanoplastik Typ I
3	Ohren, Nase, Mundhöhle, Rachen, Gesicht, Gesichtsschädel, Hals	GA020	Korrektur der äußeren Nase (Rhinoplastik) (LE=je Sitzung)	Korrektur der knorpeligen und knöchernen Anteile der äußeren Nase. Die Verwendung von Knorpel-/Knochenimplantaten ist inkludiert.

Kap	Kap. Bezeichnung	Code	Langtext	Beschreibung
3	Ohren, Nase, Mundhöhle, Rachen, Gesicht, Gesichtsschädel, Hals	GA03 0	Korrektur des Nasenseptums (Septumplastik) (LE=je Sitzung)	Korrektur der inneren (Nasenseptum, Conchae) Nase. Die Verwendung von Knorpel-/Knochenimplantaten ist inkludiert.
3	Ohren, Nase, Mundhöhle, Rachen, Gesicht, Gesichtsschädel, Hals	GA04 0	Korrektur des Nasenseptums und der äußeren Nase (Septorhinoplastik) (LE=je Sitzung)	Kombinierte Korrektur der inneren (Nasenseptum, Conchae) und der knorpeligen und knöchernen Anteile der äußeren Nase. Die Verwendung von Knorpel-/Knochenimplantaten ist inkludiert.
3	Ohren, Nase, Mundhöhle, Rachen, Gesicht, Gesichtsschädel, Hals	GB010	Sanierung der Nasennebenhöhlen der 1. Reihe – offen (LE=je Sitzung)	NNH der 1. Reihe: vorderes Siebbein, Kieferhöhle, Stirnbein
3	Ohren, Nase, Mundhöhle, Rachen, Gesicht, Gesichtsschädel, Hals	GB020	Sanierung der Nasennebenhöhlen der 1. Reihe – endoskopisch (LE=je Sitzung)	NNH der 1. Reihe: vorderes Siebbein, Kieferhöhle, Stirnbein
3	Ohren, Nase, Mundhöhle, Rachen, Gesicht, Gesichtsschädel, Hals	GB030	Sanierung der Nasennebenhöhlen der 2. Reihe – offen (LE=je Sitzung)	NNH der 2. Reihe: hinteres Siebbein, Keilbein (bei Ausräumung des vorderen und hinteren Siebbeins zusätzlich zur 1. Reihe)
3	Ohren, Nase, Mundhöhle, Rachen, Gesicht, Gesichtsschädel, Hals	GB040	Sanierung der Nasennebenhöhlen der 2. Reihe – endoskopisch (LE=je Sitzung)	NNH der 2. Reihe: hinteres Siebbein, Keilbein (bei Ausräumung des vorderen und hinteren Siebbeins zusätzlich zur 1. Reihe)
3	Ohren, Nase, Mundhöhle, Rachen, Gesicht, Gesichtsschädel, Hals	HA01 0	Resektion im Bereich der Lippen mit Rekonstruktion durch lokale Lappenplastik (LE=je Sitzung)	(Tumor-)Resektion im Bereich von Ober-/Unterlippe mit Notwendigkeit zur Rekonstruktion. Die Resektion angrenzender Gewebe und eine Rekonstruktion mit lokaler Lappenplastik sind inkludiert.

Kap	Kap. Bezeichnung	Code	Langtext	Beschreibung
3	Ohren, Nase, Mundhöhle, Rachen, Gesicht, Gesichtsschädel, Hals	HC040	Extirpation der Glandula sublingualis (LE=je Sitzung)	
3	Ohren, Nase, Mundhöhle, Rachen, Gesicht, Gesichtsschädel, Hals	HC050	Extirpation der Glandula submandibularis (LE=je Sitzung)	
3	Ohren, Nase, Mundhöhle, Rachen, Gesicht, Gesichtsschädel, Hals	LB080	(Aufbauende) Alveolar-kamplastik (LE=je Sitzung)	Wiederherstellung des Alveolar-kamms unter Verwendung allogener oder homologer Knochenersatzmaterialien oder von Distractionssystemen
3	Ohren, Nase, Mundhöhle, Rachen, Gesicht, Gesichtsschädel, Hals	FA010	Adenotomie (LE=je Sitzung)	Entfernung der vergrößerten Tonsilla pharyngealis (Rachenmandel)
3	Ohren, Nase, Mundhöhle, Rachen, Gesicht, Gesichtsschädel, Hals	FA020	Tonsillotomie (LE=je Sitzung)	Teilentfernung der Tonsille, auch mit Lasern. Altersgrenze für stationären Aufenthalt < 6 Jahre
3	Ohren, Nase, Mundhöhle, Rachen, Gesicht, Gesichtsschädel, Hals	GC010	Resektion von Raumforderungen am Epipharynx (LE=je Sitzung)	Resektion bösartiger und gutartiger Neoplasien und angeborener Raumforderungen im Bereich des Rhinopharynx wie z.B. Tornwaldt-Zyste (J39.2), Juveniles Nasenrachenfibrom (D10.6). Nicht: Entfernung hyperplastischer Nasenschleimhaut (ambulant GA530), Entfernung/Verkleinerung der Nasenmuscheln (GA069), Adenotomie (FA010)
3	Ohren, Nase, Mundhöhle, Rachen, Ge-	HD060	Resektion von Raumforderungen am Oro-/Hypopharynx (LE=je Sitzung)	Entfernung von Raumforderungen mit und ohne Laser

Kap	Kap. Bezeichnung	Code	Langtext	Beschreibung
	sicht, Gesichtsschädel, Hals			
3	Ohren, Nase, Mundhöhle, Rachen, Gesicht, Gesichtsschädel, Hals	HD09 0	Velopharynxplastik (LE=je Sitzung)	Sprachverbessernde Operation (z.B. nach Lippen-Kiefer-Gaumenspalte), Anlegen einer Schleimhaut-Muskel-Brücke zwischen Gaumen und Rachenhinterwand durch gestielte Pharynxlappenplastik
3	Ohren, Nase, Mundhöhle, Rachen, Gesicht, Gesichtsschädel, Hals	GD02 0	Medialisation der Stimmlippen (LE=je Sitzung)	Arytenoidadduktion, Thyroplastik
3	Ohren, Nase, Mundhöhle, Rachen, Gesicht, Gesichtsschädel, Hals	GD03 5	Mikrochirurgischer Eingriff am Larynx (LE=je Sitzung)	Laryngoskopie und endolaryngeale mikrochirurgische Abtragung (auch mit Laser) von verändertem Gewebe wie z.B. Stimmlippenknötchen, Polypen, Ödemen
3	Ohren, Nase, Mundhöhle, Rachen, Gesicht, Gesichtsschädel, Hals	QA02 0	Narbenkorrektur im Gesicht-/Halsbereich (LE=je Sitzung)	Resektion von Narbengewebe sowie lokale Verschiebepplastiken unter Verwendung ästhetischer Nahttechniken
5	Herz und Kreislaufsystem	DE070	Implantation eines kardialen Monitors (LE=je Sitzung)	Implantation eines Geräts zur Herzrhythmusüberwachung. Nicht zu codieren bei Rhythmusüberwachung mit externen Geräten.
5	Herz und Kreislaufsystem	DE071	Implantation eines kardialen Monitors, MR-tauglich (LE=je Sitzung)	Implantation eines Geräts zur Herzrhythmusüberwachung, MR-tauglich. Nicht zu codieren bei Rhythmusüberwachung mit externen Geräten.
5	Herz und Kreislaufsystem	DE080	Implantation eines Herzschrittmachers, Einkammersystem (LE=je Sitzung)	Implantation eines Schrittmachersystems mit einer Elektrode. Die Sondenimplantation ist inkludiert.

Kap	Kap. Bezeichnung	Code	Langtext	Beschreibung
5	Herz und Kreislaufsystem	DE081	Implantation eines Herzschrittmachers, Einkammersystem, MR-tauglich (LE=je Sitzung)	Implantation eines Schrittmachersystems mit einer Elektrode, MR-tauglich. Die Sondenimplantation ist inkludiert.
5	Herz und Kreislaufsystem	DE090	Implantation eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem (LE=je Sitzung)	Implantation eines Schrittmachersystems mit Vorhof- und Kammerelektrode. Die Sondenimplantation ist inkludiert.
5	Herz und Kreislaufsystem	DE091	Implantation eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem, MR-tauglich (LE=je Sitzung)	Implantation eines Schrittmachersystems mit Vorhof- und Kammerelektrode, MR-tauglich. Die Sondenimplantation ist inkludiert.
5	Herz und Kreislaufsystem	DE130	Wechsel kardialer Schrittmachersonden (LE=je Sitzung)	Austausch einer oder mehrerer Sonden
5	Herz und Kreislaufsystem	DE140	Aggregatwechsel bei einem Herzschrittmacher, Einkammersystem (LE=je Sitzung)	Aggregatwechsel ohne Sonden-tausch bei einem System mit einer Elektrode
5	Herz und Kreislaufsystem	DE141	Aggregatwechsel bei einem Herzschrittmacher, Einkammersystem, MR-tauglich (LE=je Sitzung)	Aggregatwechsel ohne Sonden-tausch bei einem MR-tauglichen System mit einer Elektrode
5	Herz und Kreislaufsystem	DE150	Aggregatwechsel bei einem Herzschrittmacher, Zweikammersystem (LE=je Sitzung)	Aggregatwechsel ohne Sonden-tausch bei einem System mit zwei Elektroden
5	Herz und Kreislaufsystem	DE151	Aggregatwechsel bei einem Herzschrittmacher, Zweikammersystem, MR-tauglich (LE=je Sitzung)	Aggregatwechsel ohne Sonden-tausch bei einem MR-tauglichen System mit zwei Elektroden
5	Herz und Kreislaufsystem	DE160	Aggregatwechsel bei einem System zur kardialen Resynchronisationstherapie (LE=je Sitzung)	Aggregatwechsel ohne Sonden-tausch bei einem System zur Resynchronisationstherapie (drei Elektroden)
5	Herz und Kreislaufsystem	DE170	Aggregatwechsel bei einem automatischen Kardioverter-Defibrillator (LE=je Sitzung)	Aggregatwechsel ohne Sonden-tausch bei einem Kardioverter-Defibrillator (ICD), bei Sonden-tausch auch DE130

Kap	Kap. Bezeichnung	Code	Langtext	Beschreibung
5	Herz und Kreislaufsystem	DE171	Aggregatwechsel bei einem automatischen Kardioverter-Defibrillator, MR-tauglich (LE=je Sitzung)	Aggregatwechsel ohne Sondentausch bei einem MR-tauglichen Kardioverter-Defibrillator (ICD), bei Sondentausch auch DE130
5	Herz und Kreislaufsystem	DE180	Aggregatw. b. autom. Kardioverter-Defibrillator m. kard. Resynchronisationsfunktion (LE=je Sitzung)	Aggregatwechsel ohne Sondentausch bei einem Kardioverter-Defibrillators (ICD) mit integrierter Resynchronisationsfunktion (atrio-biventrikulärer Schrittmacher), bei Sondentausch auch DE130
5	Herz und Kreislaufsystem	DH040	Implantation eines Langzeit-Zentralvenenkatheters mit/ohne Port (LE=je Sitzung)	Implantation von Langzeitverweilkathetern (mind. mehrere Monate) mit/ohne subkutanem/subkutanen Port (z.B. Demers, Perm Cath, PICC, Port-a-Cath, Quinton)
5	Herz und Kreislaufsystem	EK030	Endoskopische Dissektion der Perforansvenen (LE=je Seite)	Eingehen mit dem Endoskop bis unter die Unterschenkel faszie, Aufsuchen und Durchtrennen (jede Methode) der insuffizienten Perforansvenen, falls erforderlich, auch Durchtrennung der Faszie
5	Herz und Kreislaufsystem	EK035	Endovenöse Obliteration der Venae saphenae (LE=je Seite)	Endoluminale Koagulationen (z.B. durch Laser, Radiofrequenz) der Saphena magna/parva, ggf. mit Crossektomie/Perforantesligatur/Exhairese von Seitenastvarizen
5	Herz und Kreislaufsystem	EK040	Revision des Hiatus saphenus bei Rezidiv-Varikose (LE=je Seite)	Sekundäre Crossektomie
5	Herz und Kreislaufsystem	EK050	Radikale Varizenoperation (Stripping) (LE=je Seite)	Resektion ("Stripping") der Saphena magna/parva, ggf. mit Crossektomie/Perforantesligatur/Exhairese von Seitenastvarizen
5	Herz und Kreislaufsystem	EZ020	Anlage eines arteriovenösen Dialyseshunt ohne Kunststoff (LE=je Sitzung)	
5	Herz und Kreislaufsystem	EZ030	Anlage eines arteriovenösen Dialyseshunt mit Kunststoff (LE=je Sitzung)	

Kap	Kap. Bezeichnung	Code	Langtext	Beschreibung
5	Herz und Kreislaufsystem	EZ040	Thrombektomie eines Dialyseshunt (LE=je Sitzung)	
5	Herz und Kreislaufsystem	FC018	Entfernung des Sentinel-lymphknotens (LE=je Sitzung)	
5	Herz und Kreislaufsystem	FC020	Regionale Lymphadenektomie als alleiniger Eingriff (LE=je Sitzung)	
7	Verdauungstrakt, Abdomen	HP100	Verschluss einer Leistenhernie beim Kind – laparoskopisch (LE=je Seite)	Ligatur des Processus vaginalis peritonei beim Kind (inkl. Hydrozelenoperation)
7	Verdauungstrakt, Abdomen	HP190	Verschluss einer Leistenhernie beim Kind – offen (LE=je Seite)	Ligatur des Processus vaginalis peritonei beim Kind (inkl. Hydrozelenoperation)
7	Verdauungstrakt, Abdomen	LM080	Verschluss einer Inguinal- oder Femoralhernie – offen (LE=je Seite)	Bei inkarzierten Hernien ist die Resektion des Darmes zusätzlich zu codieren. Die allfällige Implantation alloplastischer Materialien ist inkludiert.
7	Verdauungstrakt, Abdomen	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.
7	Verdauungstrakt, Abdomen	LM101	Verschluss einer Nabelhernie/epigastrischen Hernie – offen (LE=je Sitzung)	
7	Verdauungstrakt, Abdomen	LM102	Verschluss einer Narbenhernie – offen (LE=je Sitzung)	
7	Verdauungstrakt, Abdomen	LM111	Verschluss einer Nabelhernie/epigastrischen Hernie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	
7	Verdauungstrakt, Abdomen	LM112	Verschluss einer Narbenhernie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	

Kap	Kap. Bezeichnung	Code	Langtext	Beschreibung
7	Verdauungs- trakt, Abdo- men	HP020	Laparoskopie – diagnos- tisch (LE=je Sitzung)	Laparoskopie, Inspektion des Ab- domens ohne zusätzlichen Ein- griff. Die Entnahme von Probema- terial ist inkludiert.
7	Verdauungs- trakt, Abdo- men	HP040	Laparoskopie – thera- peutisch (LE=je Sitzung)	Laparoskopie, Inspektion des Ab- domens und eine oder mehrere der folgenden Tätigkeiten als ei- genständiger Eingriff: Anlage eines Peritonealdialysekatheters, An- lage eines Enterostomas (Ko- lostoma, Ileostoma), Entfernung von Endometrioseherden, Rück- transplantation von kryokonser- viertem Ovargewebe, Peritoneal- lavage, Abszessdrainage, Blutstillung, Drainage, Adhäsio- lyse, Übernähung des Darms (z.B. bei Fisteln), Reduktion von Re- zidivtumoren, Magenbandrevision
7	Verdauungs- trakt, Abdo- men	HM11 0	Cholezystektomie – lapa- roskopisch (LE=je Sit- zung)	Entfernung der Gallenblase mit la- paroskopischem Zugang
7	Verdauungs- trakt, Abdo- men	HK010	Inzision bei anorektalem Abszess (LE=je Sitzung)	
7	Verdauungs- trakt, Abdo- men	HK020	Hämorrhoidektomie (LE=je Sitzung)	Entfernung von Hämorrhoiden, alle Methoden (z.B. Parks, Milli- gan-Morgan, Longo), Operationen mit Arterienligatur/Mucopexie wie Hämorrhoidal-Arterien-Liga- tur (HAL), Transanale Hämorrhoi- den-Desarterialisation (THD), Recto Anal Repair (RAR)
7	Verdauungs- trakt, Abdo- men	HK030	Exzision einer Analfissur (LE=je Sitzung)	
7	Verdauungs- trakt, Abdo- men	HK050	Sanierung einer Analfis- tel ohne Rekonstruktion des Sphinkterapparates (LE=je Sitzung)	Spaltung/Exzision der Fistel, Ver- schluss durch Schleimhautlappen oder Plug
8	Urogenital- trakt, Ge- burtshilfe	JC060	Unterspritzung des Ure- terostiums – endosko- pisch (LE=je Sitzung)	

Kap	Kap. Bezeichnung	Code	Langtext	Beschreibung
8	Urogenitaltrakt, Geburtshilfe	JD010	Transurethrale Resektion der Blase (LE=je Sitzung)	Tumorresektion bzw. Blasenteilresektion mit Resektoskop. Nicht: Zystoskopie mit Probenentnahme (JZ530, JZ532).
8	Urogenitaltrakt, Geburtshilfe	JE050	Schlingensuspension der Urethra bei der Frau (LE=je Sitzung)	Urethrosuspension durch alloplastische Schlingen (z.B. TVT, TOT, IVS, ...)
8	Urogenitaltrakt, Geburtshilfe	JE051	Schlingensuspension der Urethra beim Mann (LE=je Sitzung)	Urethrosuspension durch alloplastische Schlingen beim Mann, alle Methoden (transobturatorische, suprapubische, knöchern verankerte Schlingensysteme etc.)
8	Urogenitaltrakt, Geburtshilfe	JH190	Korrektur des Penis bei Hypospadie, Divertikel, Fistel (LE=je Sitzung)	
8	Urogenitaltrakt, Geburtshilfe	EH020	Ligatur der Vena testicularis – offen (LE=je Sitzung)	Hohe Ligatur der Vena testicularis mit/ohne Sklerosierung, Zugang über Abdomen, Ligatur des Plexus pampiniformis mit skrotalem Zugang
8	Urogenitaltrakt, Geburtshilfe	EH030	Ligatur der Vena testicularis – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	
8	Urogenitaltrakt, Geburtshilfe	JH010	Exploration mit Fixierung des Hodens ohne Verlagerung (LE=je Sitzung)	Operative Exploration des Hodens, Detorsion (z.B. bei Hoden-/Hydatidentorsion) mit Pexie ohne Verlagerung
8	Urogenitaltrakt, Geburtshilfe	JH020	Exploration mit Verlagerung und Fixierung des Hodens (LE=je Sitzung)	Offene Standardorchidopexie über inguinalen Zugang
8	Urogenitaltrakt, Geburtshilfe	JH040	Offene Exploration des Hodens mit Exzision (LE=je Sitzung)	Offene Exploration des Hodens mit Exzision einer Hydrozele, Spermatozele oder Epididymektomie und Verschluss des Leistenkanals
8	Urogenitaltrakt, Geburtshilfe	JH050	Teilresektion des Hodens (LE=je Sitzung)	Teilentfernung eines Hodens über skrotalen oder inguinalen Zugang
8	Urogenitaltrakt, Geburtshilfe	JH060	Ablatio testis über skrotalen Zugang (LE=je Sitzung)	Vollständige Entfernung eines Hodens über einen skrotalen Zugang, z.B. für operativen Androgenentzug bei Prostatakarzinom

Kap	Kap. Bezeichnung	Code	Langtext	Beschreibung
8	Urogenitaltrakt, Geburtshilfe	JH080	Implantation einer Hodenprothese (LE=je Sitzung)	
8	Urogenitaltrakt, Geburtshilfe	JH090	Vasektomie (LE=je Sitzung)	
8	Urogenitaltrakt, Geburtshilfe	JH110	Anastomosierung des Samenleiters (LE=je Sitzung)	Anastomosierung und Rekonstruktion des Ductus deferens und Epididymis (Refertilisierungseingriff)
8	Urogenitaltrakt, Geburtshilfe	JH120	Zirkumzision (LE=je Sitzung)	
8	Urogenitaltrakt, Geburtshilfe	JJ020	Teilentfernung der Adnexe – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	Entfernung von Ovarialzysten, Teilentfernung des Ovars, Entfernung eines Ovars, Entnahme von Ovarialgewebe zur Kryokonservierung, Entfernung einer oder beider Tube/n
8	Urogenitaltrakt, Geburtshilfe	JJ040	Entfernung der Adnexe – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	Vollständige Entfernung beider Ovarien und der Tuben
8	Urogenitaltrakt, Geburtshilfe	JJ050	Tubenunterbrechung/kontrazeptive Salpingektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	Beidseitige Unterbrechung der Kontinuität der Tuben durch Koagulation/Salpingektomie über einen laparoskopischen Zugang. Nicht: Salpingektomie im Rahmen einer Hysteroskopie (JJ020)
8	Urogenitaltrakt, Geburtshilfe	JJ060	Tubenunterbrechung/kontrazeptive Salpingektomie – offen (LE=je Sitzung)	Beidseitige Unterbrechung der Kontinuität der Tuben durch Koagulation/Salpingektomie über einen offenen Zugang. Nicht: Salpingektomie im Rahmen einer Hysteroskopie (JJ010)
8	Urogenitaltrakt, Geburtshilfe	JJ070	Detorsion und Pexie des Ovars – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	Reposition des Ovars und Fixierung über einen laparoskopischen Zugang
8	Urogenitaltrakt, Geburtshilfe	JJ100	Evertierung des distalen Tubenendes – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	Ausstülpung des distalen Tubenendes zur Wiederherstellung der Tubendurchgängigkeit über einen laparoskopischen Zugang

Kap	Kap. Bezeichnung	Code	Langtext	Beschreibung
8	Urogenitaltrakt, Geburtshilfe	JJ120	Anastomosierung der Tuben – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	Reanastomosierung der Tuben nach Unterbrechung über einen laparoskopischen Zugang
8	Urogenitaltrakt, Geburtshilfe	JK010	Hysteroskopische Entfernung von Uterusgewebe (LE=je Sitzung)	Hysteroskopische Entfernung von Myomen, Polypen, Abtragung partieller Septen, Synechien, hysteroskopische Ablation. Nicht: Hysteroskopie mit Entnahme von Untersuchungsmaterial (JK510).
8	Urogenitaltrakt, Geburtshilfe	JK020	Konisation (LE=je Sitzung)	Entfernung eines Gewebekegels aus der Cervix uteri mittels Laser, Schlinge, Messer
8	Urogenitaltrakt, Geburtshilfe	JK030	Curettag (LE=je Sitzung)	Vollständige Abtragung der Gebärmutter Schleimhaut mittels Curette, ggf. Entfernung von Schwangerschaftsprodukten/-resten, inkl. Hysteroskopie
8	Urogenitaltrakt, Geburtshilfe	JK040	Ablation des Endometriums (nicht hysteroskopisch) (LE=je Sitzung)	Alle nicht hysteroskopisch durchgeführten Ablationen des Endometriums
8	Urogenitaltrakt, Geburtshilfe	JK070	Hysteropexie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	Lagekorrektur und Fixierung des Uterus an an der vorderen Bauchwand oder Nachbarorganen mit laparoskopischem Zugang
8	Urogenitaltrakt, Geburtshilfe	JK080	Myomentfernung – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	
8	Urogenitaltrakt, Geburtshilfe	JN020	Entbindung (LE=je Sitzung)	
8	Urogenitaltrakt, Geburtshilfe	JN030	Entbindung mit Manualhilfe bei Beckenendlage (LE=je Sitzung)	
8	Urogenitaltrakt, Geburtshilfe	JC010	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie – Niere, Harnwege (LE=je Sitzung)	Zertrümmerung von Nieren-/Harnleitersteinen mittels extrakorporalem Lithotripter

Kap	Kap. Bezeichnung	Code	Langtext	Beschreibung
9	Haut und Anhangsgebilde	QE020	Exzision gutartiger Läsionen der Mamma (LE=je Seite)	Gewebsentfernung bei gutartigen Veränderungen (z.B. Exzision von Mikrokalk, Hämatom, Zyste, Milchgang, Fistelgang), Probeexzision mit Schnellschnitt und ausgeschlossener Malignität
9	Haut und Anhangsgebilde	QE030	Entfernung einer Gynäkomastie (LE=je Seite)	
9	Haut und Anhangsgebilde	QE040	Mammateilresektion ohne axilläre Lymphadenektomie (LE=je Seite)	Gewebsentfernung bei nicht ausgeschlossener Malignität unter Mitresektion angrenzenden Gewebes oder Entfernung eines Quadranten, Entfernung des/der Sentinellymphknoten/-s, keine Resektion der axillären Lymphknoten
9	Haut und Anhangsgebilde	QE110	Mammarekonstruktion mit Implantat (LE=je Seite)	
9	Haut und Anhangsgebilde	QE140	Wechsel eines Implantates der Mamma (LE=je Seite)	
9	Haut und Anhangsgebilde	QE150	Rekonstruktion der Mamille (LE=je Seite)	Neubildung der Mamille. Nicht: Lagekorrektur wie z.B. im Rahmen einer Reduktionsplastik
9	Haut und Anhangsgebilde	QE160	Mastopexie ohne Prothese (LE=je Seite)	
9	Haut und Anhangsgebilde	QE170	Mastopexie mit Prothese (LE=je Seite)	
9	Haut und Anhangsgebilde	QE180	Mammaaugmentation (LE=je Seite)	Vergrößerung der Brust mit geeignetem Implantat ohne vorhergehende Mastektomie, z.B. bei Asymmetrien. Nicht: Eigenfettinjektion
9	Haut und Anhangsgebilde	QZ030	Narbenkorrektur und -resektion (LE=je Sitzung)	Korrektur von Narben durch lokale Verschiebplastiken und Resektion von Narbengewebe
9	Haut und Anhangsgebilde	QZ040	Expandereinlage zur Dermisdehnung (LE=je Sitzung)	Einlage eines Expanders zur Dehnung der Haut vor Gewebsrekonstruktionen

Kap	Kap. Bezeichnung	Code	Langtext	Beschreibung
9	Haut und Anhangsgebilde	QZ050	Spalthauttransplantation (LE=je Sitzung)	Transplantation der oberen Hautschichten als graft, meshgraft oder andere Techniken
9	Haut und Anhangsgebilde	QZ060	Vollhauttransplantation (LE=je Sitzung)	Transplantation sämtlicher Hautschichten, die Versorgung der Entnahmestelle ist inkludiert.
9	Haut und Anhangsgebilde	QZ090	Korrektur von Lappenplastiken (LE=je Sitzung)	Korrekturingriff nach Gewebsrekonstruktion mit/ohne Rekonstruktion der zuführenden Gefäße
9	Haut und Anhangsgebilde	QZ540	Exzision/Resektion von Haut und Weichteilgewebe (> 3 cm) inkl. allf. Lappenplastik (LE=je Sitzung)	Exzision/Resektion von Haut und Weichteilgewebe mit mit Notwendigkeit zur Rekonstruktion (> 3 cm) inklusive allfälliger Rekonstruktion durch lokale Plastiken
10	Bewegungsapparat	MA010	Osteosynthese der Klavikula (LE=je Seite)	Exakte Reposition und Fixation durch Implantation von Osteosynthesematerial (z.B. winkelstabile Platten) über einen offenen Zugang
10	Bewegungsapparat	MA020	Osteosynthese der Skapula (LE=je Seite)	Exakte Reposition und Fixation durch Implantation von Osteosynthesematerial über einen offenen Zugang
10	Bewegungsapparat	MA040	Subakromiale Dekompression – arthroskopisch (LE=je Seite)	Debridement des Subakromialraumes, Teilresektion des Akromions (Akromioplastik, Neer-Plastik) über einen arthroskopischen Zugang, ggf. mit begleitender Resektion des AC-Gelenks/der lateralen Klavikula (MA041)
10	Bewegungsapparat	MA041	Resektion des AC-Gelenks/der lateralen Klavikula – arthroskopisch (LE=je Seite)	Entfernung eines kleinen Teils der äußeren Klavikula über einen arthroskopischen Zugang, ggf. mit begleitender subakromialer Dekompression (MA040)
10	Bewegungsapparat	ME040	Rekonstruktion des AC-Gelenks mittels Zuggurtung oder Verschraubung (LE=je Seite)	

Kap	Kap. Bezeichnung	Code	Langtext	Beschreibung
10	Bewegungsapparat	ME05 0	Diagnostische Arthroskopie – Schultergelenk (LE=je Seite)	
10	Bewegungsapparat	ME06 0	Arthroskopische Operation des Schultergelenks (LE=je Seite)	Partielle Synovektomie, Knorpelhaving, Entfernung freier Gelenkkörper
10	Bewegungsapparat	MJ020	Rekonstruktion der Rotatorenmanschette – arthroskopisch (LE=je Seite)	Wiederherstellung der Funktion der Rotatorenmanschette durch Naht, Reinsertion, subacromiale Dekompression. Ein Pectoralis-major-Transfer ist zusätzlich als Muskel-Sehnentransfer an der oberen Extremität zu erfassen.
10	Bewegungsapparat	MF01 0	Diagnostische Arthroskopie des Ellbogens (LE=je Seite)	
10	Bewegungsapparat	MF04 0	Arthroskopische Operation des Ellbogengelenks (LE=je Seite)	Partielle Synovektomie, Knorpelhaving, Entfernung freier Gelenkkörper
10	Bewegungsapparat	MC02 0	Osteosynthese am Unterarmschaft (LE=je Seite)	
10	Bewegungsapparat	MC03 0	Osteosynthese am distalen Unterarm (LE=je Seite)	
10	Bewegungsapparat	MD01 0	Osteosynthese der Handwurzelknochen (LE=je Seite)	
10	Bewegungsapparat	MG01 0	Diagnostische Arthroskopie – Handgelenk (LE=je Seite)	
10	Bewegungsapparat	MG02 0	Arthroskopische Operation des Handgelenks (LE=je Seite)	Partielle Synovektomie, Knorpelhaving, Entfernung freier Gelenkkörper, Eingriffe am Diskus
10	Bewegungsapparat	MG06 0	Arthrolyse des Handgelenks, der Handwurzel – offen (LE=je Seite)	Partielle Synovektomie, Knorpelhaving, Entfernung freier Gelenkkörper

Kap	Kap. Bezeichnung	Code	Langtext	Beschreibung
10	Bewegungs- apparat	MG08 0	Arthroplastik des Hand- gelenks (LE=je Seite)	Rekonstruktion der Funktion des Handgelenks durch teilweise Resektion, Gewebettransfer (z.B. Sehnen) und Ersatz der Funktion (Resektions-Arthroplastik, Resektions-Suspensionsarthroplastik)
10	Bewegungs- apparat	MG09 0	Rekonstruktion des Kapsel-Band-Apparates des Handgelenks (LE=je Seite)	Wiederherstellung des Kapsel-Band-Apparats durch Nähte ohne Eingriffe an den Handwurzelknochen
10	Bewegungs- apparat	MG15 0	Implantation einer Endoprothese des Daumensattelgelenks (LE=je Seite)	
10	Bewegungs- apparat	MG16 0	Explantation einer Endoprothese des Daumensattelgelenks (LE=je Seite)	
10	Bewegungs- apparat	MH05 0	Resektionsarthroplastik des Daumensattelgelenks (LE=je Seite)	
10	Bewegungs- apparat	MD02 0	Osteosynthese eines Mittelhandknochens, Fingers (LE=je Seite)	
10	Bewegungs- apparat	MD03 0	Osteosynthese mehrerer Mittelhandknochen, Finger (LE=je Seite)	
10	Bewegungs- apparat	MH01 0	Arthrodese – Mittelhand, Finger (LE=je Seite)	
10	Bewegungs- apparat	MH02 0	Arthrolyse an Gelenken von Mittelhand und Fingern – offen (LE=je Seite)	Partielle Synovektomie, Knorpelhaving, Entfernung freier Gelenkkörper
10	Bewegungs- apparat	MH03 0	Komplette Synovektomie der Mittelhand-, Fingergelenke (LE=je Seite)	Eröffnung des Gelenks und Entfernung möglichst aller Anteile der Synovia bei chron. entzündl. Veränderungen als alleiniger Eingriff. Keine Tenosynovektomie, keine partielle Synovektomie

Kap	Kap. Bezeichnung	Code	Langtext	Beschreibung
10	Bewegungsapparat	MH040	Arthroplastik – Mittelhand, Finger (LE=je Seite)	
10	Bewegungsapparat	MH060	Implantation einer Endoprothese – Mittelhand, Finger (LE=je Prothese)	
10	Bewegungsapparat	MH070	Explantation einer Endoprothese – Mittelhand, Finger (LE=je Prothese)	
10	Bewegungsapparat	MH080	Reimplantation einer Endoprothese – Mittelhand, Finger (LE=je Prothese)	
10	Bewegungsapparat	MZ050	Korrektur einer einfachen Handfehlbildung (LE=je Seite)	Amputation überzähliger Finger, Daumen
10	Bewegungsapparat	MJ040	Proximale Refixation der Bizepssehne – arthroskopisch (LE=je Seite)	Refixation mittels transossärer Fixation oder Knochenanker bei Ruptur der langen/kurzen Bizepssehne über einen arthroskopischen Zugang
10	Bewegungsapparat	MJ050	Distale Refixation der Bizepssehne (LE=je Seite)	Operative Refixation des Sehnenstumpfs loco typico an der Tuberositas radii
10	Bewegungsapparat	MJ060	Naht, knöcherner Refixation einer Beugesehne der Hand (LE=je Seite)	
10	Bewegungsapparat	MJ070	Naht, knöcherner Refixation mehrerer Beugesehnen der Hand (LE=je Seite)	
10	Bewegungsapparat	MJ080	Naht, knöcherner Refixation einer Strecksehne an der oberen Extremität (LE=je Seite)	
10	Bewegungsapparat	MJ090	Naht, knöcherner Refixation mehrerer Strecksehnen an der oberen Extremität (LE=je Seite)	

Kap	Kap. Bezeichnung	Code	Langtext	Beschreibung
10	Bewegungsapparat	MJ100	Sehnentransfer, -transplantation an der oberen Extremität (LE=je Seite)	Sehnentransfer, Sehnentransplantation, Verlagerung, Verlängerung
10	Bewegungsapparat	MJ120	Ringbandspaltung (LE=je Seite)	Spaltung eines oder mehrerer Ringbänder an einer Hand
10	Bewegungsapparat	MJ130	Tenolyse und Tenosynovektomie an der oberen Extremität (LE=je Seite)	Operative Lösung der Sehne aus dem umgebenden Gewebe mit Abtragung von Veränderungen im Verlauf der Sehne und der Sehnenscheide an einer oder mehreren Sehnen
10	Bewegungsapparat	MJ150	Palmare Fasziektomie (LE=je Seite)	Operation einer Dupuytren'schen Kontraktur – Entfernung der palmaraponeurose, lokale Verschiebepplastiken (z.B. Z-Plastiken)
10	Bewegungsapparat	MJ160	Ausräumung einer Phlegmone der Hand (LE=je Seite)	Inzision, chirurgische Ausräumung und Spülung im Bereich der Palmaraponeurose/Beugesehnen
10	Bewegungsapparat	MJ170	Bandnaht, Bandrefixation an der oberen Extremität (LE=je Seite)	Isolierte Bandnaht, knöcherne Refixation
10	Bewegungsapparat	MZ010	Entfernung von Osteosynthesematerial an der oberen Extremität (LE=je Seite)	Operative Entfernung von implantiertem Osteosynthesematerial. Nicht: perkutane Bohrdrahtentfernung (PA530), Entfernung Fixateur externe (PZ560).
10	Bewegungsapparat	MZ020	Exstirpation einer Synovialzyste/Bursektomie an der oberen Extremität (LE=je Seite)	Exzision eines Ganglions, Bursektomie als alleiniger Eingriff
10	Bewegungsapparat	MZ031	Exzision am Knochen an Arm, Handwurzel und Mittelhand als alleiniger Eingriff (LE=je Seite)	Ersatzlose Entfernung von Knochengewebe ggf. mit begleitender Weichteilresektion, z.B. Entfernung von gutartigen Knochentumoren, Nachkürzung nach Amputationen, Abtragung von Exostosen. Nicht: Entfernung von Gewebe im Rahmen eines anderen Eingriffs.

Kap	Kap. Bezeichnung	Code	Langtext	Beschreibung
10	Bewegungsapparat	NF010	Diagnostische Arthroskopie des Kniegelenks (LE=je Seite)	Untersuchung des Kniegelenks mit dem Arthroskop inklusive Spülung, Probenentnahme ohne operative Maßnahmen
10	Bewegungsapparat	NF020	Arthroskopische Operation des Kniegelenks (LE=je Seite)	Arthrolyse, partielle Synovektomie, Knorpelshaving, Entfernung freier Gelenkkörper, Meniskusresektion
10	Bewegungsapparat	NF040	Meniskusrefixation – arthroskopisch (LE=je Seite)	Reposition, Naht, Reinsertion bzw. Fixation eines oder beider Menisci eines Kniegelenks
10	Bewegungsapparat	NF050	Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes – arthroskopisch (LE=je Seite)	
10	Bewegungsapparat	NF060	Rekonstruktion des hinteren Kreuzbandes – arthroskopisch (LE=je Seite)	
10	Bewegungsapparat	NF070	Komplette Synovektomie des Kniegelenks – arthroskopisch (LE=je Seite)	Eröffnung des Gelenks und Entfernung möglichst aller Anteile der Synovia bei chron. entzündl. Veränderungen als alleiniger Eingriff. Keine Tenosynovektomie, keine partielle Synovektomie
10	Bewegungsapparat	NF080	Rekonstruktion des vorderen und hinteren Kreuzbandes – arthroskopisch (LE=je Seite)	Rekonstruktion des vorderen und hinteren Kreuzbandes (inkl. Eminentia-Refixation)
10	Bewegungsapparat	NC041	Osteosynthese der distalen Fibula (Außenknöchel) (LE=je Seite)	Osteosynthese der distalen Fibula, inklusive Versorgung der Syndesmose (bei Fraktur des Außenknöchels). Nicht: Osteosynthese bei Bimalleolar- und Trimalleolarfraktur (NC040)
10	Bewegungsapparat	NG010	Diagnostische Arthroskopie des Sprunggelenks (LE=je Seite)	

Kap	Kap. Bezeichnung	Code	Langtext	Beschreibung
10	Bewegungsapparat	NG020	Arthroskopische Operation des Sprunggelenks (LE=je Seite)	Partielle Synovektomie, Knorpelshaving, Entfernung freier Gelenkkörper
10	Bewegungsapparat	NG050	Rekonstruktion des Kapsel-Band-Apparates des oberen Sprunggelenks (LE=je Seite)	Wiederherstellung der Funktion des Kapsel-Band-Apparates bei Instabilität durch körpereigene Strukturen/alloplastische Materialien (z.B. Op. nach Broström-Gould) , keine isolierte Band-/Kapselnaht
10	Bewegungsapparat	ND020	Osteosynthese der Mittelfußknochen (LE=je Seite)	Osteosynthese eines oder mehrerer Mittelfußknochen
10	Bewegungsapparat	NH020	Komplette Synovektomie an Mittelfuß und Zehen (LE=je Seite)	Eröffnung des Gelenks und Entfernung möglichst aller Anteile der Synovia bei chron. entzündl. Veränderungen als alleiniger Eingriff. Keine Tenosynovektomie, keine partielle Synovektomie
10	Bewegungsapparat	NZ060	Korrektur einer einfachen Fehlbildung des Fußes beim Kind (LE=je Seite)	Z.B. Arthrorise bei (Knick-)Plattfuß, Tenotomie der Achillessehne bei Klumpfuß, Operation einer kompletten häutigen Syndaktylie. Nicht: Korrekturoperationen an der Fußwurzel bei > 15 Jahren.
10	Bewegungsapparat	NZ131	Zehenamputation/Nachkürzung (LE=je Seite)	Amputation einer oder mehrerer Zehen mit/ohne Metatarsalköpfchen
10	Bewegungsapparat	NZ200	Korrekturoperation an Fußwurzel/Rückfuß (LE=je Seite)	Operationen an Knochen/Gelenken der Fußwurzel bei Fehlstellungen (Osteotomien/Arthrodesen etc.), z.B. Kalkaneusosteotomie (Dwyer, Evans), tarsale Umstellungsosteotomie, Triple-Arthrodesen bei Klumpfuß, Arthrodesen der Fußwurzelgelenke, Tarsometatarsalgelenke
10	Bewegungsapparat	NZ210	Korrekturoperation am ersten Strahl des Fußes (LE=je Seite)	Operationen an den Knochen/Gelenken des 1. Strahls inkl. begleitender Eingriffe an den Weichteilen, z.B. distale (metaphysäre) Verschiebeosteotomie nach Austin (= Chevron OP), diaphysäre Osteotomie (Scarf), Akin-Osteotomie am Grundglied, Operation nach

Kap	Kap. Bezeichnung	Code	Langtext	Beschreibung
				Keller-Brandes, Arthrodesse der Großzehengrundgelenks
10	Bewegungsapparat	NZ220	Korrekturoperationen am 2.-5. Strahl des Fußes (LE=je Seite)	Operationen an den Knochen/Gelenken des 2.-5. Strahls inkl. begleitender Eingriffe an den Weichteilen, z.B. Osteotomie nach Weil, OP nach Hohman (Resektion des Köpfchens des Grundgliedes (am Mittelgelenk) mit Kapsulotomie und Strecksehnenverlängerung), Verschiebeosteotomie bei digitus quintus varus), OP nach Lelievre, Arthrodesen
10	Bewegungsapparat	NJ040	Naht, knöcherner Refixation einer Sehne an der unteren Extremität (LE=je Seite)	
10	Bewegungsapparat	NJ050	Naht, knöcherner Refixation mehrerer Sehnen an der unteren Extremität (LE=je Seite)	
10	Bewegungsapparat	NJ080	Tenolyse und Tenosynovektomie an der unteren Extremität (LE=je Seite)	Operative Lösung der Sehne aus dem umgebenden Gewebe mit Abtragung von Veränderungen im Verlauf der Sehne und der Sehnhöhle an einer oder mehreren Sehnen
10	Bewegungsapparat	NJ110	Bandnaht, Bandrefixation an der unteren Extremität (LE=je Seite)	Isolierte Bandnaht, knöcherner Refixation
10	Bewegungsapparat	NZ010	Entfernung von Osteosynthesematerial an der unteren Extremität (LE=je Seite)	Operative Entfernung von implantiertem Osteosynthesematerial. Nicht: perkutane Bohrdrahtentfernung (PA530), Entfernung Fixateur externe (PZ560).
10	Bewegungsapparat	NZ020	Exstirpation einer Synovialzyste/Bursektomie an der unteren Extremität (LE=je Seite)	Exzision eines Ganglions, einer Bakerzyste, Bursektomie als alleiniger Eingriff

Kap	Kap. Bezeichnung	Code	Langtext	Beschreibung
10	Bewegungs- apparat	NZ031	Exzision am Knochen an Bein, Fußwurzel und Mittelfuß als alleiniger Eingriff (LE=je Seite)	Ersatzlose Entfernung von Knochengewebe ggf. mit begleitender Weichteilresektion, z.B. Entfernung von gutartigen Knochentumoren, Nachkürzung nach Amputationen, Abtragung von Exostosen. Nicht: Entfernung vom Gewebe im Rahmen eines anderen Eingriffs
10	Bewegungs- apparat	LZ010	Entfernung von Osteosynthesematerial an Kopf, Hals und Rumpf (LE=je Sitzung)	Operative Entfernung von implantiertem Osteosynthesematerial. Nicht: perkutane Bohrdrahtentfernung (PA530), Entfernung Fixateur externe (PZ560).
10	Bewegungs- apparat	LZ031	Exzision am Knochen an Kopf, Hals und Rumpf als alleiniger Eingriff (LE=je Sitzung)	Ersatzlose Entfernung von Knochengewebe ggf. mit begleitender Weichteilresektion, z.B. Entfernung von gutartigen Knochentumoren, Nachkürzung nach Amputationen, Abtragung von Exostosen. Nicht: Entfernung vom Gewebe im Rahmen eines anderen Eingriffs
12	Bildgebende Diagnostik und Interventionen	DG010	Katheterangiographie – Aorta (LE=je Sitzung)	Arterielle Punktion, Darstellung der abdominellen/thorakalen Aorta und der abgehenden Äste über einen Katheter mit lokaler Kontrastmittelverabreichung mit/ohne digitem/digitales Subtraktionsverfahren, Verschluss der Punktionsstelle
12	Bildgebende Diagnostik und Interventionen	EB010	Katheterangiographie – Kopf und Hals (LE=je Sitzung)	Arterielle Punktion, Darstellung der Gefäße des Kopfes/Halses inkl. Aortenbogen über einen Katheter mit lokaler Kontrastmittelverabreichung mit/ohne digitem/digitales Subtraktionsverfahren, Verschluss der Punktionsstelle
12	Bildgebende Diagnostik und Interventionen	EC010	Katheterangiographie – obere Extremität, Thorax (LE=je Seite)	Arterielle Punktion, Darstellung der Gefäße der oberen Extremität inkl. A. subclavia über einen Katheter mit lokaler Kontrastmittelverabreichung mit/ohne digitem/digitales

Kap	Kap. Bezeichnung	Code	Langtext	Beschreibung
				Subtraktionsverfahren, Verschluss der Punktionsstelle
12	Bildgebende Diagnostik und Interventionen	ED008	Katheterangiographie – Spinalgefäße (LE=je Sitzung)	Arterielle Punktion, Darstellung der Gefäße der Spinalgefäße über einen Katheter mit lokaler Kontrastmittelverabreichung mit/ohne digitem/digitales Subtraktionsverfahren, Verschluss der Punktionsstelle
12	Bildgebende Diagnostik und Interventionen	ED010	Katheterangiographie – Viszeralgefäße (LE=je Sitzung)	Arterielle Punktion, Darstellung der Viszeral-/Nierenarterien über einen Katheter mit lokaler Kontrastmittelverabreichung mit/ohne digitem/digitales Subtraktionsverfahren, Verschluss der Punktionsstelle
12	Bildgebende Diagnostik und Interventionen	ED054	Katheterangiographie – Beckenarterien (LE=je Seite)	Arterielle Punktion, Darstellung der Beckenarterien (A. Iliaca communis und Äste) über einen Katheter mit lokaler Kontrastmittelverabreichung mit/ohne digitem/digitales Subtraktionsverfahren, Verschluss der Punktionsstelle
12	Bildgebende Diagnostik und Interventionen	EF010	Katheterangiographie – untere Extremität (LE=je Seite)	Arterielle Punktion, Darstellung der Gefäße der unteren Extremität (A. femoralis und distal) über einen Katheter mit lokaler Kontrastmittelverabreichung mit/ohne digitem/digitales Subtraktionsverfahren, Verschluss der Punktionsstelle
12	Bildgebende Diagnostik und Interventionen	EZ010	Katheterangiographie arteriovenöser Shunts (LE=je Sitzung)	Arterielle Punktion (A. femoralis), Darstellung der Shunts (jede Lokalisation) über einen Katheter mit lokaler Kontrastmittelverabreichung mit/ohne digitem/digitales Subtraktionsverfahren, Verschluss der Punktionsstelle

Kap	Kap. Bezeichnung	Code	Langtext	Beschreibung
12	Bildgebende Diagnostik und Interventionen	EC020	Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) – obere Extremität, Thorax (LE=je Seite)	Erweiterung des Gefäßlumens der Gefäße der oberen Extremität inkl. A. subclavia über einen kathetergestützten Ballon
12	Bildgebende Diagnostik und Interventionen	EC030	Perkutane transluminale Rekanalisation m. Stentimplantation – obere Extremität, Thorax (LE=je Seite)	Erweiterung des Gefäßlumens der Gefäße der oberen Extremität inkl. A. subclavia über einen kathetergestützten Ballon und Implantation eines/mehrerer Stents bzw. Stentgrafts
12	Bildgebende Diagnostik und Interventionen	ED056	Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) – Beckengefäße (LE=je Seite)	Erweiterung des Gefäßlumens der Beckenarterien/-venen (A./V. Iliaca communis und Äste) über einen kathetergestützten Ballon
12	Bildgebende Diagnostik und Interventionen	ED058	Perkutane transluminale Rekanalisation mit Stentimplantation – Beckengefäße (LE=je Seite)	Erweiterung des Gefäßlumens der Beckenarterien/-venen (A./V. Iliaca communis und Äste) über einen kathetergestützten Ballon und Implantation eines/mehrerer Stents bzw. Stentgrafts
12	Bildgebende Diagnostik und Interventionen	EF030	Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) – untere Extremität (LE=je Seite)	Erweiterung des Gefäßlumens der Arterien/Venen der unteren Extremität (A./V. femoralis und distal) über einen kathetergestützten Ballon
12	Bildgebende Diagnostik und Interventionen	EF031	Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) mit medik. Ballon (DEB) – untere Extremität (LE=je Seite)	Erweiterung des Gefäßlumens der Arterien der unteren Extremität (A. femoralis und distal) unter Verwendung eines medikamentenbeschichteten Ballons
12	Bildgebende Diagnostik und Interventionen	EF040	Perkutane transluminale Rekanalisation mit Stentimplantation – untere Extremität (LE=je Seite)	Erweiterung des Gefäßlumens der Arterien/Venen der unteren Extremität (A./V. femoralis und distal) über einen kathetergestützten Ballon und Implantation eines/mehrerer Stents bzw. Stentgrafts

Kap	Kap. Bezeichnung	Code	Langtext	Beschreibung
12	Bildgebende Diagnostik und Interventionen	EF041	Perkutane transluminale Rekanalisation mit DEB mit Stentimplantation – unt. Extremität (LE=je Seite)	Erweiterung des Gefäßlumens der Arterien/Venen der unteren Extremität (A./V. femoralis und distal) unter Verwendung eines medikamentenbeschichteten Ballons und Implantation eines/mehrerer Stents bzw. Stentgrafts
12	Bildgebende Diagnostik und Interventionen	PA025	Radiofrequenzablation von Osteoidosteomen (LE=je Sitzung)	CT-gezielte Punktion (+/- 3D-Navigation) des Osteoidosteoms (im Regelfall unter Allgemeinanästhesie) und Thermoablation mit Radiofrequenzsonde
14	Nuklearmedizinische Diagnostik und Therapie	PB010	Intraartikuläre Therapie mit offenen Radionukliden zur Radiosynovioorthese (LE=je Applikation)	
15	Endoskopische Diagnostik und Therapie	GE030	Endoskopische Resektion an Trachea und Bronchien (LE=je Sitzung)	Tracheobronchoskopie und endoskopische Abtragung von Tumoren etc.
15	Endoskopische Diagnostik und Therapie	HD020	Endoskopische Schwellendurchtrennung mit Laser (LE=je Sitzung)	Endoskopisches Aufsuchen des Kilianschen Dreiecks, Schwellendurchtrennung, Divertikelentfernung – jede Methode (auch Stapler, Schere, Diathermie)
15	Endoskopische Diagnostik und Therapie	HE025	Endoskopische radiologisch kontrollierte Stentimplantation – Ösophagus (LE=je Sitzung)	Endoskopische, radiologisch geführte Implantation eines metallischen Stents/Stentgrafts in den Ösophagus
15	Endoskopische Diagnostik und Therapie	HF025	Endoskopische bildgebungskontrollierte Stentimplantation – Magen, Duodenum, Pankreas (LE=je Sitzung)	Endoskopische, radiologisch geführte Implantation eines metallischen Stents/Stentgrafts in den Magen/das Duodenum
15	Endoskopische Diagnostik und Therapie	HF030	Anlage oder Wechsel einer PEG-Sonde (LE=je Sitzung)	Perkutane Punktion des Magens unter endoskopischer Kontrolle und Anlage/Wechsel einer Ernährungssonde, auch ähnliche Verfahren wie perkutane fluoroskopische Gastrostomie (PFG), perkutane radiologische Gastrostomie (PRG)

Kap	Kap. Bezeichnung	Code	Langtext	Beschreibung
15	Endoskopische Diagnostik und Therapie	HG025	Endoskopische radiologisch kontrollierte Stentimplantation – Dünndarm (LE=je Sitzung)	Endoskopische, radiologisch geführte Implantation eines metallischen Stents/Stentgrafts in den Dünndarm
15	Endoskopische Diagnostik und Therapie	HH025	Endoskopische radiologisch kontrollierte Stentimplantation – Kolon (LE=je Sitzung)	Endoskopische, radiologisch geführte Implantation eines metallischen Stents/Stentgrafts in das Kolon
15	Endoskopische Diagnostik und Therapie	HM010	Retrograde Cholangioskopie (LE=je Sitzung)	
15	Endoskopische Diagnostik und Therapie	HZ020	Endoskopische Bougierung am GI-Trakt (LE=je Sitzung)	Endoskopie des oberen Gastrointestinaltrakts und Aufdehnung von Stenosen (z.B. bei Strikturen)
15	Endoskopische Diagnostik und Therapie	HZ030	Endoskopische Fremdkörperentfernung am oberen GI-Trakt (LE=je Sitzung)	Ösophagoskopie, Ösophagogastroskopie oder Ösophagogastroduodenoskopie und Entfernung von Fremdkörpern oder Implantaten (Stents)
15	Endoskopische Diagnostik und Therapie	JC030	Ureterorenoskopie (LE=je Sitzung)	Untersuchung von Ureter und Nierenbecken mit starrem oder flexiblem Endoskop, ggf. Anlage einer inneren Harnleiterschiene
15	Endoskopische Diagnostik und Therapie	JC040	Endoskopische Lithotripsie/Extraktion eines Uretersteines (LE=je Sitzung)	Ureterorenoskopie, ggf. Steinzerkleinerung, Steinentfernung, Anlage einer inneren Harnleiterschiene
15	Endoskopische Diagnostik und Therapie	JC050	Implantation eines permanenten metallischen Stents – Ureter (LE=je Sitzung)	Implantation eines permanenten metallischen Stents in den Ureter. Nicht: innere Harnableitung, Ureterschienung mit Double-J-Katheter (JC510).
16	Invasive kardiologische Diagnostik und Therapie	DD010	Katheterangiographie der Koronargefäße (LE=je Sitzung)	Katheteruntersuchung mit Darstellung der Koronargefäße (inklusive Ventrikulogramm, falls erforderlich)
16	Invasive kardiologische Diagnostik und Therapie	DE010	Kardioversion mit externem Kardioverter in Narkose (LE=je Sitzung)	

Kap	Kap. Bezeichnung	Code	Langtext	Beschreibung
16	Invasive kardiologische Diagnostik und Therapie	DE040	Katheteruntersuchung des kardialen Reizleitungssystems (LE=je Sitzung)	
16	Invasive kardiologische Diagnostik und Therapie	DF010	Rechtsherzkatheteruntersuchung (LE=je Sitzung)	Katheteruntersuchung mit Bestimmung der Druck- und Strömungsverhältnisse am rechten Herzen und im kleinen Kreislauf, Diagnostik von Vitien. Rechtsherzkatheter auf Intensivstationen sind hier nicht zu erfassen.

Quelle: eigene Darstellung: GÖ-B

Anmerkung: Abkürzungen: Kap. – Kapitel, LE - Leistungseinheit

A3 Tagesklinik-Indikator Zielsteuerungsvertrag Österreich

Tabelle 16: Tagesklinik-Indikator Zielsteuerungsvertrag Österreich

Operatives Ziel	1.3: Bedarfsgerechte Anpassung der stationären Versorgungsstrukturen			
Messgröße	(6) Ausgewählte TK-Leistungsbündel, die tagesklinik-stationär oder ambulant erbracht werden			
Zielvorgabe	↑ (siehe leistungsspezifische Zielwerte)			
Definition	<p>Anteil tagesklinik-stationär bzw. ambulant erbrachter ausgewählter Leistungen aus dem Tagesklinik-Katalog gemessen an der Gesamtzahl dieser Leistungen je definiertem Leistungsbündel in FKA in Aufhalten unter 5 Belagstagen (BT) bzw. in ambulanten Besuchen.</p> <p>Längere Aufenthalte implizieren medizinische Notwendigkeit einer stationären Überwachung und sind dementsprechend ausgeschlossen. Aufenthalte mit mehreren Leistungen sind in der Messgröße inkludiert.</p>			
Berechnung	$\frac{\text{Anzahl tagesklinik-stationär und ambulant erbrachte Leistungen je Leistungsbündel}}{\text{Gesamtzahl der Leistungen je Leistungsbündel}}$ <p><u>Exkludiert sind:</u> Leistungen, die in Aufhalten mit mehr als 4 Belagstagen erbracht wurden. <u>Inkludiert sind:</u> Ambulant erbrachte Leistungen bei ambulanten Besuchen Keine Altersstandardisierung;</p>			
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.				

Quelle: eigene Darstellung: GÖ-B

Literaturverzeichnis

- 3M (2016): 3M™ Enhanced Ambulatory Patient Grouping System. November 2016. <https://multimedia.3m.com/mws/media/4729970/3m-enhanced-apgs-fact-sheet.pdf> [Abruf am: 24.03.2021].
- 3M (2021): 3M™ Enhanced Ambulatory Patient Groups (EAPGs). https://www.3m.com/3M/en_US/health-information-systems-us/drive-value-based-care/patient-classification-methodologies/enhanced-apgs/ [Abruf am: 24.03.2021].
- ÄAO (2015): Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit über die Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt (Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 – ÄAO 2015), BGBl. II Nr. 147/2015, Fassung vom 10.09.2015
- ACEP (2020): APC (Ambulatory Payment Classifications) FAQ. May 2020. <https://www.acep.org/administration/reimbursement/reimbursement-faq/apc-ambulatory-payment-classifications-faq/#question0> [Abruf am: 24.03.2021].
- Advanced Surgery Center (2021): Inpatient vs. Outpatient Care – What is the Difference? <https://advancedsurgeryomaha.com/inpatient-vs-outpatient-care-what-is-the-difference/> [Abruf am: 31.03.2021].
- Alderwick, Hugh; Robertson, Ruth; Appleby, John; Dunn, Phoebe; Maguire, David (2015): Better value in the NHS - The role of changes in clinical practice 30.03.2021. Hg. v. The King's Fund, London
- American Society of Anesthesiologists (2020): ASA Physical Status Classification System. 13. December 2020. <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system> [Abruf am: 24.03.2021].
- Appleby, John (2015): Day case surgery: a good news story for the NHS. In: British Medical Journal 351/:4060
- Art 15a-Vereinbarung (2017): Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, 1340 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXV. GP
- ASCA (2018): Medicare Certification. Ambulatory Surgery Center Association: <https://www.ascassociation.org/federalregulations/medicarecertification> [Abruf am: 24.03.2021].
- Awad, I. T.; Chung F. (2006): Factors affecting recovery and discharge following ambulatory surgery. Can J Anaesth 2006;53: 858–72.
-

- Badlani, N. (2019): Ambulatory surgery center ownership models, *Journal of Spine Surgery* 2019;5 (Suppl 2): 195-203; <http://dx.doi.org/10.21037/jss.2019.04.20>
- BADS (Hg.) (2019): *Directory of Procedures 6th Aufl.*, The British Association of Day Surgery, London
- Bailey, C. R.; Ahuja, M.; Bartholomew, K.; Bew, S.; Forbes, L.; Lipp, A.; Montgomery, J.; Russon, K.; Potparic, O.; Stocker, M. (2019): Guidelines for day-case surgery 2019: Guidelines from the Association of Anaesthetists and the British Association of Day Surgery. In: *Anaesthesia* 74/6:778-792
- Blasco, T. A. (2020): Can your hospital survive the growing dominance of ASCs? <https://www.ormanager.com/can-hospital-survive-growing-dominance-ascs/>
- Bundesamt für Gesundheit BAG (2021a): Ambulant vor Stationär [Online]. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche-Leistungen-in-der-Krankenversicherung/ambulant-vor-stationaer.html> [Abruf am: 26.03.2021]
- Bundesamt für Gesundheit BAG (2021b): Anhang 1a der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) [Online]. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche-Leistungen-in-der-Krankenversicherung/anhang1aklv.html> [Abruf am: 26.03.2021]
- Bundesamt für Gesundheit BAG (2021c): Gesundheit2030 [Online]. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheit-2030.html> [Abruf am: 26.03.2021]
- Bundesamt für Gesundheit BAG (2021d): Krankenversicherung [Online]. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung.html> [Abruf am: 26.03.2021]
- Bundesamt für Gesundheit BAG (2021e): Tarifsysteem TARMED [Online]. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche-Leistungen-in-der-Krankenversicherung/Tarifsysteem-Tarmed.html> [Abruf am: 26.03.2021]
- Care Quality Commission (2021): Care Quality Commission [Online]. Care Quality Commission. <https://www.cqc.org.uk/> [Abruf am: 30.03.2021]
- Choosing Wisely UK (2021a): Health A – Z 2016/18 2019 [Online]. Academy of Medical Royal Colleges. <https://www.choosingwisely.co.uk/i-am-a-patient-carer/health-a-z/#1476910561274-aea85db0-dc2a> [Abruf am: 30.03.2021]
- Choosing Wisely UK (2021b): Recommendations for clinicians 2016/18 2019 [Online]. Academy of Medical Royal Colleges.
-

- <http://www.choosingwisely.co.uk/i-am-a-clinician/recommendations/#1476651640539-f279ec69-9e40> [Abruf am: 30.03.2021]
- Christiansen, Terkel; Vrangbæk, Karsten (2018): Hospital centralization and performance in Denmark—Ten years on. In: *Health Policy* 122/4:321-328
- CMS (2020a): CMS-Approved Accrediting Organizations Contacts for Prospective Clients, 25.08.2020. <https://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/SurveyCertificationGenInfo/Downloads/Accrediting-Organization-Contacts-for-Prospective-Clients-.pdf> [Abruf am: 24.03.2021].
- CMS (2020b): HCPCS Coding Questions. 11.02.2020 https://www.cms.gov/Medicare/Coding/MedHCPCSGenInfo/HCPCS_Coding_Questions [Abruf am: 24.03.2021].
- CMS (2021a): Ambulatory Surgery Centers. 14.01.2021. <https://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/CertificationandCompliance/ASCs> [Abruf am: 24.03.2021].
- CMS (2021b): Hospital Outpatient Quality Reporting Program. 22.03.2021. <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/HospitalOutpatientQualityReportingProgram> [Abruf am: 24.03.2021].
- CMS (2021c): Physician Fee Schedules. 01.01.2021. <https://www.cms.gov/medicare/medicare-fee-for-service-payment/physicianfeesched> [Abruf am: 21.04.2021].
- CMS, Medicare Learning Network (2020): Ambulatory Surgical Center Payment System. MLN Booklet. March 2020. ICN: MLN006819. <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/Downloads/AmbSurgCtrFeePytmfctst508-09TextOnly.pdf> [Abruf am: 24.03.2021].
- CMS-1736-FC (2021): 42 CFR Parts 410, 411, 412, 414, 416, 419, 482, 485, 512. [CMS-1736-FC, 1736-IFC]. [Billing Code: 4120-01-P]. <https://www.cms.gov/files/document/12220-ops-final-rule-cms-1736-fc.pdf>; <https://www.cms.gov/medicare/medicare-fee-for-service-payment/hospital-outpatient-ppshospital-outpatient-regulations-and-notices/cms-1736-fc> [Abruf am: 28.03.2021].
- Committee for a Responsible Federal Budget (CRFB) (2021): Equalizing Medicare Payments Regardless of Site-of-Care. https://www.crfb.org/sites/default/files/HSI_EqualizingPayments_0.pdf [Abruf am: 10.05.2021]
-

- Commonwealthfund, The (2020): International Health Care System Profiles - England [Online]. The Commonwealth Fund. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/england> [Abruf am: 30.03.2021]
- Curafutura (2020a): Entscheidender Schritt bei der Zulassung ambulanter Leistungserbringer (Medienmitteilung) [Online]. <https://curafutura.ch/themen/steuerung-ambulanter-bereich/> [Abruf am: 26.03.2021]
- Curafutura (2020b): Position EFAS [Online]. <https://curafutura.ch/themen/finanzierung/> [Abruf am: 23.03.2021]
- Danish Health Data Authority (2016): Developments of a new combined system for outpatient and inpatient care in Denmark [Online]. <https://www.landspitali.is/library/Sameiginlegarskrar/Gagnasafn/Stodsvið/Fjarmalasvið/Hag--og-upplýsingasvið/DRG/DRG-radstefnur/DRGNord-2016/Developments%20of%20a%20new%20combined%20system%20for%20outpatient%20and%20inpatient%20care%20in%20Denmark%20Poul%20Erik%20Hansen.pdf> [Abruf am: 23.3.2021]
- Dansk Selskab for Dagkirurgi (2020): Dansk Selskab for Dagkirurgi [Online]. <https://dsdk.dk/> [Abruf am: 15.02.2021]
- Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) (2017): Faktenblatt Anpassungen des Ärztetarifs TARMED Bundesamt für Gesundheit BAG
- Deborah RK, Luckenbaugh AN, Oerline M, Hollenbeck BK, Herrel LA, Dimick JB, Hollingsworth JM (2020): Understanding the Costs Associated With Surgical Care Delivery in the Medicare Population. *Ann Surg.* 2020 January, 271(1): 23-28. DOI: 10.1097/SLA.0000000000003165.
- Definitive Healthcare (2019a): The Definitive Blog. Top 10 Outpatient Procedures at Surgery Centers and Hospitals. 22. May 2019. <https://blog.definitivehc.com/top-10-outpatient-procedures-at-ascs-and-hospitals> [Abruf am: 24.03.2021].
- Definitive Healthcare (2019b): The Definitive Blog. List of Top 20 Outpatient Surgical Procedures. 18. March 2019. <https://blog.definitivehc.com/list-of-top-20-outpatient-surgical-procedures> [Abruf am: 24.03.2021].
- Department of Health and Social Care (2015): The NHS Constitution for England [Online]. Department of Health and Social Care. <https://www.gov.uk/government/publications/the-nhs-constitution-for-england/the-nhs-constitution-for-england#principles-that-guide-the-nhs> [Abruf am: 02.02.2021]
-

- Edwards, Lizzie (2020): Introducing criteria-led discharge in an acute medical unit. Hg. v. NHS England and NHS Improvement
- e-CFR (2021): Electronic Code of Federal Regulations, Part 416 – Ambulatory Surgical Services. <https://www.ecfr.gov/cgi-bin/text-idx?SID=b9cdfac478146ba65d3345b07e36bf83&mc=true&node=pt42.3.416> [Abruf am: 24.03.2021].
- Graf, P. (o. J.): Ambulant versus Stationär - Ökonomische Aspekte. Einkaufsgemeinschaft HSK AG. Online verfügbar unter: https://ecc-hsk.info/application/files/4014/9934/5935/PeterGraf_Praesentation.pdf [Abruf am: 05.08.2021].
- Eurostat (2020): Health care activities. Surgical Procedures(shortlist) - Definitions. Hg. v. Europäisches Statistisches System
- Felsby, Sven (o. J.): Day Surgery in Denmark [Online]. https://www.chirurgie-ambulatoire.org/uploads/6/4/6/4/64646507/12h30_felsby.pdf [Abruf am: 15.03.2021]
- Fischer, Stefan; Zechmeister-Koss, Ingrid (2012): Tageschirurgie: Eine systematische Übersichtsarbeit. Wien, Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment
- Flowers, L. (2006): Ambulatory Surgery Center. ASC safety begins with patient selection. OR manager. April 2006. 22(4):25-7. <https://www.ormanager.com/wp-content/uploads/pdfx/ORMVol22No4ASCpatientSelection.pdf> [Abruf am: 24.03.2021].
- FMH Bundesverband (2021a): QUALITÄT / SAQM [Online]. <https://www.fmh.ch/themen/qualitaet-saqm.cfm> [Abruf am: 26.03.2021]
- FMH Bundesverband (2021b): TARDOC [Online]. <https://www.fmh.ch/themen/ambulante-tarife/tardoc.cfm> [Abruf am: 26.03.2021]
- FMH Bundesverband (2021c): TARMED: Dignität [Online]. <https://fmh.ch/themen/ambulante-tarife/tarmed-dignitaet.cfm> [Abruf am: 26.03.2021]
- FMH Bundesverband (2021d): TARMED: Sparten [Online]. <https://www.fmh.ch/themen/ambulante-tarife/tarmed-sparten.cfm> [Abruf am: 26.03.2021]
- Frack B, Williamson J, Grabenstatter K. (2017): Ambulatory surgery centers: Becoming big business. L.E.K. Consulting Executive Insights. 2017; XIX(25).
-

https://www.lek.com/sites/default/files/insights/pdf-attachments/1925_Ambulatory_Surgery_Centers_Executive_Insights_v2.pdf

Hall Render (2018): CMS finalizes several changes for Off-Campus Provider-Based Clinics. 12. November 2018. Health Law News. <https://www.hallrender.com/2018/11/12/cms-finalizes-several-changes-for-off-campus-provider-based-clinics/> [Abruf am: 24.03.2021].

Hansen, Niels (2021): Introduction to the Danish Healthcare System. hg. v. section, DRG/Casemix.), The Danish Health Data Authority, 47

HAS (2013): Day surgery tariffs in France and in other countries. Current situation and future prospects. Haute Autorité de Santé (French National Authority for Health), Saint-Denis La Plaine Cedex

Health and Social Care Act 2012 (2012)

Health and Social Care Online (2021): Health and Social Care Trusts [Online]. HSCNI Online. <http://online.hscni.net/hospitals/health-and-social-care-trusts/#:~:text=There%20are%20a%20total%20of,Trust%20and%20Northern%20HSC%20Trust.> [Abruf am: 02.02.2021]

Hellow, J. R.; Levy-Biehl, H. R. (2015): Congress Eliminates OPPS Payments for Many New Hospital Off-Campus Outpatient Departments And Promotes Site-NeutralPayment Policy – Section 603 of the Bipartisan Budget Act of 2015. <https://www.health-law.com/pp/pubadvisory-113.pdf> [Abruf am: 10.05.2021]

Hutchinson, Matt; Barnard, Emily (2019): Criteria Led Discharge Implementation Guide. Hg. v. NHS Brighton and Sussex University Hospitals

IAAS (2021): Ambulatory Surgery Handbook, International Association for Ambulatory Surgery

IKAS (2015): Den Danske Kvalitetsmodel, DDKM [Online]. IKAS - Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet,. <https://www.sundhed.dk/borger/behandling-og-rettigheder/kvalitet-i-behandlingen/den-danske-kvalitetsmodel/> [Abruf am: 15.03.2021]

IKAS (2016): Introduction to DDKM [Online]. IKAS - Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet. <https://www.ikas.dk/den-danske-kvalitetsmodel/ddkm-in-english/introduction-to-ddkm/> [Abruf am: 15.03.2021]

Jackson, I.; McWhinnie, D. (Hg.) (2015): BADS Directory of Procedures. The British Association of Day Surgery, London

- Jackson, I.; McWhinnie, D.; Skues, M. (2010): The British Association of Day Surgery Directory of Procedures. In: *Ambulatory Surgery* 16/4:87-89
- KAKuG (2021): Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten BGBl. Nr. 1/1957, in der geltenden Fassung.
- Kraus, T.; Wolkener, F.; Mieth, M. et al. (2002): Strukturelle Entwicklung der ambulanten Chirurgie in den USA. *Chirurg* 73, 1043-1052. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00104-002-0494-5>
- Lipp, Anna; Ahuja, Madhu (2016): *Managing diabetes in patients having day and short stay surgery*. 4 Aufl., British Association of Day Surgery, London
- Majholm, B.; Engbæk, J.; Bartholdy, J.; Oerding, H.; Ahlburg, P.; Ulrik, A. M.; Bill, L.; Langfrits, C. S.; Møller, A. M. (2012): Is day surgery safe? A Danish multicentre study of morbidity after 57,709 day surgery procedures. In: *Acta Anaesthesiol Scand* 56/3:323-331
- McMillan, D.; Long, D.; Payne, A. (2019): HOPDs vs. ASCs: understanding payment differences. April 2019. Hfm – healthcare financial management association. https://www.pyapc.com/wp-content/uploads/2019/04/0419_HFM_McMillan.pdf [Abruf am: 24.03.2021].
- Medpac (2016): Chapter 5. Ambulatory surgical center services: Assessing payment adequacy and updating payments. Report to the Congress: Medicare Payment Policy, March 2016, p. 121-143. <https://www.medpac.gov/docs/default-source/reports/chapter-5-ambulatory-surgical-center-services-march-2016-report-.pdf?sfvrsn=0> [Abruf am: 24.03.2021].
- Medpac (2019): Ambulatory surgical center services. Payment System. Payment basics. October 2019. http://www.medpac.gov/docs/default-source/payment-basics/medpac_payment_basics_19_asc_final_sec.pdf?sfvrsn=0. [Abruf am: 24.03.2021].
- Medpac (2020a): Chapter 5. Ambulatory surgical center services: Assessing payment adequacy and updating payments. Report to the Congress: Medicare Payment Policy, March 2020, p. 141-166. https://www.medpac.gov/docs/default-source/reports/mar20_medpac_ch5_sec.pdf?sfvrsn=0 [Abruf am: 24.03.2021].
- Medpac (2020b): Physician and other health professional payment system. October 2020. Payment basics. http://medpac.gov/docs/default-source/payment-basics/medpac_payment_basics_20_physician_final_sec.pdf?sfvrsn=0 [Abruf am: 24.03.2021].
-

- Medpac (2020c): Outpatient hospital services. Payment System. Payment basics. October 2020. https://www.medpac.gov/docs/default-source/payment-basics/medpac_payment_basics_20_opd_final_sec.pdf?sfvrsn=0 [Abruf am: 24.03.2021].
- Morris, R. (2020): The need for a carer at home after day surgery. In: Raising the Standards: RCoA quality improvement compendium 4th Edition. Hg. v. Anaesthetists, The Royal College of, LondonS. 202-203
- NHS (2017): Can I choose where to receive treatment? [Online]. National Health Service. <https://www.nhs.uk/common-health-questions/nhs-services-and-treatments/can-i-choose-where-to-receive-treatment/> [Abruf am: 22.04.2021]
- NHS (2019a): National Day Surgery Delivery Pack.Appendices. NHS England and NHS Improvement, London
- NHS (2019b): Operating theatres: opportunities to reduce waiting lists. NHS England and NHS Improvement, London
- NHS (2020a): 2020/21 National Tariff Payment System. NHS England and NHS Improvement, London
- NHS (2020b): 2020/21 National Tariff Payment System – Annex D: Guidance on best practice tariffs. NHS England and NHS Improvement, London
- NHS (2020c): Model Health System, [Online]. NHS. <https://model.nhs.uk/> [Abruf am: 28.02.2021]
- NHS (2020d): The NHS Plan - A plan for investment A plan for reform. Hg. v. Service, National Health, London
- NHS (2020/21): 2020/21 Annex A: The national tariff workbook. NHS England and NHS Improvement, London
- NHS (2021a): Annex DtC: Guidance on best practice tariffs.
- NHS (2021b): NHS Data Model and Dictionary [Online]. NHS Data Model and Dictionary Service. https://datadictionary.nhs.uk/nhs_business_definitions/nhs_trust.html [Abruf am: 30.03.2021]
- NHS (2021c): OPCS Classification of Interventions and Procedures [Online]. NHS Data Model and Dictionary Service. https://datadictionary.nhs.uk/supporting_information/opcs_classification_of_interventions_and_procedures.html [Abruf am: 30.03.2021]
- NHS (o. J.-a): Referral to treatment [Online]. NHS. <https://www.england.nhs.uk/rtt/> [Abruf am: 19.04.2021]
-

- NHS (o. J.-b): Same day elective care – treat day surgery as the norm. NHS England and NHS Improvement, London
- NHS (o. J.-c): A simple guide to Payment by Results. NHS England and NHS Improvement, London
- NHS Data Model and Dictionary (2021): CDS V6-2 Type 130 - Admitted Patient Care - Finished General Episode CDS. CDS V6-2 Type 130 - Admitted Patient Care - Finished General Episode Commissioning Data Set carries the data for a Finished General Episode [Online]. NHS Digital. https://datadictionary.nhs.uk/data_sets/cds_v6-2/cds_v6-2_type_130_-_admitted_patient_care_-_finished_general_episode_cds.html [Abruf am: 16.04.2021]
- NHS Digital (2020): Hospital Episode Statistics (HES) [Online]. <https://digital.nhs.uk/data-and-information/data-tools-and-services/data-services/hospital-episode-statistics> [Abruf am: 30.03.2021]
- Noridian Healthcare Solutions (2018): Provider Based Facilities. 30. Sep 2020. <https://med.noridianmedicare.com/web/jea/provider-types/provider-based-facilities> [Abruf am: 24.03.2021].
- OBSAN (2021): Ambulant vor Stationär: Entwicklung der Fallzahlen. Schweizerische Gesundheitsobservatorium. Online verfügbar unter: <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/ambulant-vor-stationaer-entwicklung-der-fallzahlen> [Abruf am: 05.08.2021]
- Ode, G. E. et al. (2020): Ambulatory versus inpatient shoulder arthroplasty: a population-based analysis of trends, outcomes, and charges, JSES International 4 (2020): 127-132; <https://doi.org/10.1016/j.jses.2019.10.001>
- OECD (2019): State of Health in the EU. Denmark - Country Health Profile 2019. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, Paris
- Ohsfeldt, R. L. et al. (2017): Outcomes of Surgeries Performed in Physician Offices Compared With Ambulatory Surgery Centers and Hospital Outpatient Departments in Florida, Health Services Insights Vol 10: 1-21. <https://doi.org/10.1177/11786329177010>
- Olejaz, M; Juul Nielsen, A; Rudkjøbing, A; Okkels Birk, H; Krasnik, A; Hernández-Quevedo, C. (2012): Denmark: Health system review. Health Systems in Transition. European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen
- Oliver, E. (2021a): What patients pay for 10 common ASC procedures. 27. January 2021. Becker's ASC Review. <https://www.beckersasc.com/benchmarking/what-patients-pays-for-10-common-asc-procedures.html> [Abruf am: 24.03.2021].
-

- Oliver, E. (2021b): What patients pay for 8 ophthalmology procedures. 27. January 2021. Becker's ASC Review. <https://www.beckersasc.com/ophthalmology/what-patients-pay-for-8-ophthalmology-procedures.html#:~:text=%20Here%27s%20what%20patients%20pay%20on%20average%20at,cataract%20in%20lens%20capsule%20using%20laser...%20More%20> [Abruf am: 24.03.2021].
- ÖSG (2017a): Leistungsmatrix ambulant. Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 [Online]. https://goeg.at/OESG_2017 [Abruf am: 20.03.2021]
- ÖSG (2017b): Leistungsmatrix stationär. Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 [Online]. https://goeg.at/OESG_2017 [Abruf am: 20.03.2021]
- Österreichische Ärztekammer (2021): Ausbildungsinhalte und Rasterzeugnisse (KEF und RZ-V 2015) [Online]. <https://www.aerztekammer.at/ausbildungsinhalte-und-rasterzeugnisse-kef-und-rz-v-2015> [Abruf am: 18.03.2021]
- Pallardy, C.; Vaidya, A. (2014): 7 ASCs with recovery care relationships. Becker's ASC Review. <https://www.beckersasc.com/lists/7-asc-with-recovery-care-relationships.html#:~:text=The%20surgery%20center%20has%20a%20relationship%20with%20a,performs%20procedures%20in%20orthopedics%2C%20podiatry%20and%20pain%20management> [Abruf am: 31.03.2021].
- Patientensicherheit (2021a): Patientensicherheit im ambulanten Sektor [Online]. <https://www.patientensicherheit.ch/ambulanter-sektor/> [Abruf am: 26.03.2021]
- Patientensicherheit (2021b): Über CIRNET [Online]. <https://www.patientensicherheit.ch/cirnet/ueber-cirnet/> [Abruf am: 26.03.2021]
- Payment Groupers (2021): [Online]. NHS Digital,. <https://digital.nhs.uk/services/national-casemix-office/downloads-groupers-and-tools/payment-groupers> [Abruf am: 30.03.2021]
- Phreesia (2020): MIPS Year 4: Your Questions Answered. 29. January 2020. <https://www.phreesia.com/2020/01/29/infographic-mips-year-4-your-questions-answered/> [Abruf am: 24.03.2021].
- Public Health Wales NHS Trust. NHS Wales - About Us: Structure [Online]. Public Health Wales NHS Trust,. <http://www.wales.nhs.uk/nhswalesaboutus/structure#:~:text=There%20are%20currently%203%20NHS,the%20new%20Public%20Health%20Wales.> [Abruf am: 30.03.2021]
-

- PWC (2016): Ambulant vor stationär. Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen. PwC Schweiz, Bern
- QPP.CMS (o.D.): Explore Measures and Activities. <https://qpp.cms.gov/mips/explore-measures> [Abruf am: 05.05.2021].
- Qualitätssicherungsverordnung 2012 – QS-VO 2012 (2017): Verordnung des Bundesministers für Gesundheit, mit der die Verordnung der Österreichischen Ärztekammer zur Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung durch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen sowie Gruppenpraxen (Qualitätssicherungsverordnung 2012 – QS-VO 2012) geändert wird, BGBl. II Nr. 452/2011, in der geltenden Fassung.
- Quemby, Daniel J.; Stocker, Mary E. (2014): Day surgery development and practice: key factors for a successful pathway. In: *Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain* 14/6:256-261
- Relias Media (2000): DRG Coding Advisor – Do you know the difference between APCs and DRGs? 01. April 2000. <https://www.reliasmedia.com/articles/45152-drg-coding-advisor-do-you-know-the-difference-between-apcs-and-drgs> [Abruf am: 24.03.2021].
- ResDac (2021): Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) Code (FFS). <https://resdac.org/cms-data/variables/healthcare-common-procedure-coding-system-hcpcs-code-ffs> [Abruf am: 24.03.2021].
- Roth, S.; Pellegrini, S. (2018a): Die Entwicklung der ambulanten Versorgung in den Kantonen. Analyse von sechs Gruppen chirurgischer Leistungen. *Obsan Bulletin* 1/2019
- Roth, S.; Pellegrini, S. (2018b): Le potentiel de transfert du stationnaire vers l'ambulatoire. *Obsan Dossier. Observatoire suisse de la santé*, Neuchâtel
- Royal College of Anaesthetists Patient Information [Online]. Royal College of Anaesthetists,. <https://www.rcoa.ac.uk/patient-information> [Abruf am: 30.03.2021]
- Royse, Colin F. et al. (2010): Development and Feasibility of a Scale to Assess Postoperative Recovery, The Post-operative Quality Recovery Scale, *Anesthesiology* 2010; 113:892–905
- Rytter, S.; Jensen, B. G.; Munk, S.; Høvsgaard, S. J.; Hansen, T. B. (2019): A prospective study of day of surgery discharge in 368 consecutive patients with unicompartmental knee replacement. In: *Dan Med J* 66/9:A5569
- Schmidt, M.; Schmidt, SAJ.; Adelborg, K.; Sundbøll, J.; Laugesen, K.; Ehrenstein, V.; Sørensen, HT. (2018): The Danish health care system and epidemiological
-

- research: from health care contacts to database records. In: Clin Epidemiol 11/11:563-591
- Schweizerische Bundesrat (2018): Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2021a): Ambulant vor Stationär: Entwicklung der Fallzahlen [Online]. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/ambulant-vor-stationaer-entwicklung-der-fallzahlen> [Abruf am: 26.03.2021]
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2021b): Ambulant vor Stationär: Entwicklung der Kosten [Online]. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/ambulant-vor-stationaer-entwicklung-der-kosten> [Abruf am: 26.03.2021]
- Scotland's Health on the Web (2020): About NHS Scotland [Online]. NHS Scotland. <https://www.scot.nhs.uk/about-nhs-scotland/> [Abruf am: 30.03.2021]
- Sektion Gesundheit der Bevölkerung am Bereich Medizinische Klassifikationen (BFS) (2021): Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP). Bundesamt für Statistik (BFS), Neuchâtel
- Sg2 health care intelligence (2019): Procedure Sites of the Future, Transitions and Growth Across HOPDs, ASCs. Skokie, IL, USA.
- SIWF (2019): Weiterbildungsordnung (WBO). Hg. v. SIWF Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung, Bern
- Skues, M.; Jackson, I. (2018): Ten Year Performance of Ambulatory Surgery in England. In: Ambulatory Surgery March/34:15-19
- Sozialministerium (2021a): Der Österreichische Strukturplan Gesundheit – ÖSG 2017 [Online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Planung-und-spezielle-Versorgungsbereiche/Der-%C3%96sterreichische-Strukturplan-Gesundheit-%E2%80%93-%C3%96SG-2017.html> [Abruf am: 18.03.2021]
- Sozialministerium (2021b): Ergebnisqualitätsmessung [Online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Ergebnisqualitaetsmessung.html> [Abruf am: 18.03.2021]
-

- Sozialministerium (2021c): Gesundheitsreform (Zielsteuerung-Gesundheit) [Online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\).html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit).html) [Abruf am: 18.03.2021]
- Sozialministerium (2021d): Kataloge 2021 [Online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/LKF-Modell-2021/Kataloge-2021.html> [Abruf am: 18.03.2021]
- Sozialministerium (2021e): Modell spitalsambulant 2021 [Online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/LKF-Modell-2021/Modell-spitalsambulant-2021.html> [Abruf am: 18.03.2021]
- Sozialministerium (2021f): Zielsteuerung-Gesundheit – Monitoringberichte [Online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Zielsteuerung-Gesundheit---Monitoringberichte.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Zielsteuerung-Gesundheit---Monitoringberichte.html) [Abruf am: 18.03.2021]
- Sozialministerium (2021g): Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021 [Online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Zielsteuerungsvertrag-2017-bis-2021.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Zielsteuerungsvertrag-2017-bis-2021.html) [Abruf am: 18.03.2021]
- STANDS4 LLC (2021): What does physicians' offices mean? U.S. National Library of Medicine. <https://www.definitions.net/definition/physicians%20offices> [Abruf am: 24.03.2021].
- Statistics Denmark (2021): Tables in StatBank [Online]. <https://www.dst.dk/en/Statistik/nyt/relateret?eid=10050> [Abruf am: 10.03.2021]
- Stiftung für Patientensicherheit (2012): Operation Sichere Chirurgie. Schriftenreihe patientensicherheit schweiz Nr 5. Stiftung für Patientensicherheit, Zürich
- Stocker, M. (2020): National Day Surgery Delivery Pack. NHS, England
-

- Street, Andrew; Vitikainen, Kirsi; Bjorvatn, Afsaneh; Hvenegaard, Anne (2007): Introducing Activity-based Financing: A Review of Experience in Australia, Denmark, Norway and Sweden. University of York, York, UK
- Sundhedsdatastyrelsen (2020a): Ændringer i grupperingslogikken [Online]. <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/afregning-og-finansiering/gruppering-drg/aendringer-drg> [Abruf am: 18.03.2021]
- Sundhedsdatastyrelsen (2020b): Landspatientregisteret (LPR) [Online]. <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-nationale-sundhedsregistre/sygedomme-laegemidler-og-behandlinger/landspatientregisteret> [Abruf am: 30.03.2021]
- Sundhedsdatastyrelsen (2021a): DRG-takster 2021 [Online]. Sundhedsdatastyrelsen. <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/afregning-og-finansiering/takster-drg/takster-2021> [Abruf am: 15.03.2021]
- Sundhedsdatastyrelsen (2021b): Operationer [Online]. Sundhedsdatastyrelsen. <https://www.esundhed.dk/Registre/Landspatientsregisteret/Operationer> [Abruf am: 05.03.2021]
- SwissDRG AG (2021): SwissDRG System [Online]. <https://www.swissdrg.org/de> [Abruf am: 26.03.2021]
- TARMED Suisse (2007): Konzept über die Anerkennung von Sparten nach TARMED. Leitungsgremium TARMED Suisse
- The Kings Fund (2019): Key facts and figures about the NHS. What's the NHS annual budget? How many doctors and nurses are there? What's the cost of an operation? [Online]. The King's Fund. <https://www.kingsfund.org.uk/audio-video/key-facts-figures-nhs#:~:text=All%20NHS%20hospitals%20are%20managed,2019%20there%20were%20223%20trusts>. [Abruf am: 30.03.2021]
- The Ministry of Health (2016): Healthcare in Denmark An Overview. The Ministry of Health, Denmark
- The Ministry of Health (2018): National Goals of the Danish Healthcare System. The Ministry of Health, KL (Local Government Denmark), and Danish Regions, Denmark
- Tikkanen, Roosa; Osborn, Robin; Mossialos, Elias; Djordjevic, Ana; Wharton, George A. (2020): International Health Care System Profiles [Online]. The Commonwealth Fund. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/denmark> [Abruf am: 15.03.2021]
-

VMG Health (2018): Multi-Specialty ASC Benchmarking Study Intellimarker 2017.
<https://vmghealth.com/wp-content/uploads/2018/01/VMG-Health-Intellimarker-Multi-Specialty-ASC-Study-2017.pdf>

WHO (2019): DENMARK - Country case study on the integrated delivery of long-term care Hg. v. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen

Zaman, S. (2020): OPPS Final Rule Continues 340B, Site-Neutral Cuts.
<https://essentialhospitals.org/policy/opps-final-rule-continues-340b-site-neutral-cuts-2/> [Abruf am: 10.05.2021]



IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
www.iges.com

