



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

Leistungsdichte und Versorgungswirksamkeit hinsichtlich der Versorgungsaufträge

Medizinische Leistungen im niedergelassenen Bereich – Österreich 2014

Version 3

10.02.2017

Dr. Gottfried Endel, Dr. Klaudia Sandholzer, Mag. Sonja Scheffel BA, Tim Teichert MA,

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
Evidenzbasierte Wirtschaftliche Gesundheitsversorgung

Inhalt

Management Summary	4
1 Hintergrund	5
2 Grundlagen	5
3 Fragestellungen	6
4 Methode	6
4.1 Datenbestand.....	7
4.2 Versorgungsaufträge im ambulanten Bereich.....	8
4.3 Graphische Darstellung unterschiedlicher Teilbereiche	9
4.4 Fokus auf Fachgruppe Allgemeinmedizin (FG01).....	10
5 Ergebnisse: Abrechnungsdaten der SV 2014.....	10
5.1 Analyse der Leistungen nach Leistungserbringer	10
5.2 Häufigste abgerechnete KAL-Codes 2014	10
5.3 Verteilung der KAL-Codes nach Anatomiebereich.....	12
5.3.1 Darstellung der KAL-Codes 2014 nach Grobanatomie.....	12
5.3.2 Darstellung der KAL-Codes 2014 nach Anatomie gesamt.....	14
5.3.3 KAL-Codes der Anatomiegruppe „ZZ“ sortiert nach Anzahl der Leistung	15
5.3.4 Verteilung der KAL-Codes ohne die Gruppe des Anatomiebereichs „ZZ“ und „ZX“	16
5.4 Verteilung nach Fachbereich.....	18
5.4.1 Gruppierung der Leistungserbringer.....	21
5.5 Häufigsten Leistungen nach Fachgruppe und KAL-Code	21
5.6 Versorgungsaufträge.....	23
5.6.1 Deckungsgleiche Versorgungsaufträge in ausgewählten Fachgruppen.....	23
5.6.2 Keine Überlappungen hinsichtlich der Versorgungsaufträge ausgewählter Fachgruppen	26
5.7 Analyse KAL 2014 – Allgemeinmedizin	28
5.7.1 Analyse häufiger KAL-Leistungen hinsichtlich VSA für die FG01 Allgemeinmedizin	28
5.7.2 Analyse „versorgungswirksamer“ Allgemeinmediziner.....	37
5.8 Analyse KAL 2014 – FG07 Innere Medizin und FG08 Kinder- und Jugendheilkunde	40
5.8.1 Häufigsten KAL-Leistungen der FG07 Innere Medizin.....	40

5.8.2	Häufigsten KAL-Leistungen der FG08 Kinder- und Jugendheilkunde (KIJU_2014).....	41
5.9	Regionale Variabilität der KAL-Leistungen	42
6	Anhang.....	45
7	Referenzen.....	51

Management Summary

Ziel des vorliegenden Projektberichts war es, die **Leistungsdichte und Versorgungswirksamkeit im Zusammenhang mit den Versorgungsaufträgen** im niedergelassenen Bereich zu untersuchen. Als Grundlage für diese *Ist-Stand Analyse* der Leistungsdichte und Versorgungswirksamkeit dienen die Abrechnungsdaten der österreichischen Sozialversicherung (SV). Es handelt sich dabei um die zuletzt verfügbaren KAL-Daten (Katalog ambulanter Leistungen) des Kalenderjahres 2014, wobei die Darstellung der Leistungen ausschließlich „zielbezogen“ erfolgt, d.h. bezogen auf den Standort des Leistungserbringers. Für die Beschreibung des Leistungsspektrums im ambulanten Bereich wurde die aktuellste Version der Leistungsmatrix – ambulant (LM-amb) der Versorgungsaufträge herangezogen.

Dabei ging es insbesondere um die **Fragestellungen**, welche KAL-Leistungen im Jahr 2014 insgesamt erbracht wurden und wie diesbezüglich die Verteilung nach Anatomie- bzw. Fachbereich aussieht. Zudem wurde untersucht, welche Versorgungsaufträge insbesondere für den Fachbereich Allgemeinmedizin (FG01) definiert und im Jahr 2014 tatsächlich erbracht bzw. abgerechnet wurden und wie „versorgungswirksam“ diese sind.

Ergebnisse: In den Abrechnungsdaten der SV finden sich insgesamt 464 verschiedene Leistungs-Codes. Über alle Fachgruppen hinweg wurden im Jahr 2014 rund 316.879.844 Leistungen abgerechnet. Insgesamt konnten 46 verschiedene Fachbereiche den jeweiligen KAL-Codes zugeordnet werden. Dabei zeigt sich, dass der KAL Code ZZ510 („Kontakt in der Ordination während der Öffnungszeiten“) mit rund 75,5 Millionen am häufigsten abgerechnet wurde. Insgesamt sind die häufigsten 20 KAL-Codes für rund 65% der Leistungsanzahl verantwortlich. 78% der Leistungen (mit einer Anzahl von rund 248.287.315 Leistungen) kommen aus dem Anatomiebereich „Z“ („Topographische Regionen, ohne Lokalisation“). Differenziert nach Fachgruppe rangiert der Arzt für Allgemeinmedizin (AM) mit über 100 Millionen abgerechneten Leistungen und rund 32% an oberster Stelle.

Bei näherer Betrachtung der FG01 der Allgemeinmedizin zeigt sich, dass von dieser Fachgruppe insgesamt 247 verschiedene KAL-Codes abgerechnet wurden. Die Leistung ZZ510 („Kontakt in der Ordination während der Öffnungszeiten“) dominiert auch in der AM. Bei rund der Hälfte aller Leistungen aus den Top 20 im Bereich der AM handelt es sich um Laborpositionen. Die LM-amb für Allgemeinmedizin umfasst insgesamt 73 KAL-Codes, wobei für 26 Leistungen im Jahr 2014 keine Frequenzen aufscheinen. Folgende Gründe konnten für die fehlenden Frequenzen ermittelt werden: (1) Adaption von Leistungen seit dem Auswertungszeitraum und Vergabe neuer KAL-Codes, (2) Aufnahme gänzlich neuer Leistungen in den Leistungskatalog, (3) fehlende Überleitung für einzelne Leistungen von der Metahonorarordnung zu KAL-Codes, (4) keine oder eingeschränkte Leistungszuständigkeit der SV für bestimmte Positionen, (5) andere Gründe aus denen keine Abrechnung mit der SV stattfand. Zudem wurden Kriterien für eine Zuordnung von „versorgungswirksamen“ Allgemeinmedizinern festgelegt. Diese mussten eine regionale Zuordnung aufweisen, eine ausreichende Anzahl an Leistungssummen im Jahr 2014 abgerechnet haben, Visiten durchführen und ein gewisses Leistungsspektrum aufweisen. Insgesamt konnten 4.121 „versorgungswirksame“ Allgemeinmediziner für detaillierte und regionale Analysen identifiziert werden. Die „versorgungswirksamen“ Abrechnungsstellen erbringen (ohne Grund- und Labor-Leistungen) zwischen einer und 52 unterschiedliche KAL-Positionen.

1 Hintergrund

Ausgangspunkt dieses Projektes war das SV-Ziel „Public Health-Orientierung leben – Versorgungsforschung“ der BSC 2016, welches die Erstellung einer Abbildung und eines Modells zur Bewertung der Leistungsdichte und der Versorgungswirksamkeit in Hinblick auf die Basisleistungsspektren (Versorgungsaufträge) umfasst. Dabei geht es in diesem Projekt insbesondere darum die „Leistungsdichte und Versorgungswirksamkeitsindikatoren (im Zusammenhang mit den Versorgungsaufträgen: fachspezifische Versorgungswirksamkeit der Basisleistungsspektren)“ aufzusetzen, fachlich zu begleiten und zu beschreiben.

Mittels einer Ist-Stand-Analyse soll die Basis für die Evaluation der gemäß Art. 6, operatives Ziel 6.1.1 des Bundes-Zielsteuerungsvertrags 2013, definierten Versorgungsaufträge (VSA) für den ambulanten Bereich geschaffen werden und ein Modell zur Bewertung der Leistungsdichte und Versorgungswirksamkeit entwickelt werden.

2 Grundlagen

Die Leistungen im österreichischen Gesundheitswesen werden nach einem einheitlichen Leistungskatalog des BMG, welcher sowohl die „medizinischen Einzelleistungen - MEL“ für die Abrechnung der stationären Aufenthalte als auch den „Katalog ambulanter Leistungen - KAL“¹ für die Dokumentation der Leistungen der Krankenhausambulanzen und des niedergelassenen Versorgungsbereiches enthält, dargestellt. Die Daten werden beim Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) zusammengeführt. Die Dokumentation des „ambulanten Bereiches“ erfolgt einerseits durch Daten der Krankenhaus - Ambulanzen und andererseits auf Basis der Abrechnungsdaten der österreichischen Sozialversicherungsträger (SV). Die Abbildung des Leistungsgeschehens beginnt damit bei der Leistungserbringung durch Gesundheitsdienstleiter (GDAs). Diese führen entsprechend ihrer jeweiligen berufs- oder organisations-rechtlichen Regelungen die medizinische Dokumentation der Krankenbehandlung durch. Aus oder auf Grundlage dieser medizinischen Dokumentation werden dann „Abrechnungs-Daten“ beziehungsweise für die Krankenhaus-Ambulanzen „Melde-Daten“ erstellt. Dies stellt die erste und wesentlichste Transformation der Inhalte dar.

In der weiteren Folge wird hier nur der Aspekt der SV-Daten behandelt. Diese durchlaufen nach Eintreffen als „Abrechnung“ verschiedene Verarbeitungsschritte, welche auch zu im jeweiligen Kontext notwendigen Veränderungen führen. Die Ergebnisse aus der „Abrechnung“ werden dann einer weiteren Bearbeitung zur Erstellung der Datenlieferung an das BMGF unterworfen. Als wesentlicher Schritt wird der direkte Personenbezug zum Patienten entfernt und durch ein indirektes, nicht rückführbares Personenkennzeichen ersetzt. Auch andere personenbezogene Informationen werden kategorisiert und verlieren damit die persönliche Ausprägung. Auch die „Stammdaten“ der GDAs werden in eine

1

http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Dokumentation/Dokumentation_im_ambulanten_Bereich_Katalog_ambulanter_Leistungen_KAL_Entwicklung_und_Pilotprojekte_bis_einschliesslich_2013 abgefragt 28.11.2016

einheitliche Darstellungsform ohne direkten Organisationsbezug übergeführt. Als arbeitsintensivster Schritt erfolgt auch die Übersetzung der "Abrechnungspositionen" auf Positionen des KAL. Nach einer intensiven Datenqualitätssicherung werden diese Daten dann periodisch als "KAL-Datenlieferung" übermittelt.

3 Fragestellungen

In diesem Projektbericht sollen insbesondere die nachfolgenden Fragestellungen bearbeitet werden.

- Wieviele verschiedene KAL-Leistungen bzw. Codes wurden im Jahr 2014 insgesamt erbracht?
 - o Wie sieht die Verteilung der KAL-Leistungen differenziert nach Anatomiebereich aus?
 - o Wie sieht die Verteilung der KAL-Leistungen differenziert nach Fachbereich aus?
- Welche Leistungen wurden als Versorgungsaufträge für den Fachbereich Allgemeinmedizin (FG01) definiert?
 - o Welche definierten Versorgungsaufträge für den Fachbereich Allgemeinmedizin werden im KAL 2014 als erbrachte Leistungen abgebildet?
 - o Welche definierten Versorgungsaufträge für den Fachbereich Allgemeinmedizin finden sich nicht direkt in den erbrachten KAL-Leistungen des Jahres 2014 wieder? (Versorgungsdefizit)
 - o Welche KAL-Leistungen wurden im Jahr 2014 vom Fachbereich Allgemeinmedizin erbracht und sind aber nicht Teil der definierten Versorgungsaufträge? (KAL-Übersorgung)
- Welche regionalen Unterschiede zeigen sich hinsichtlich des Abdeckungsgrades der Versorgungsaufträge basierend auf den erbrachten KAL-Leistungen aus dem Jahr 2014?
 - o Zielbezogene Betrachtung

4 Methode

Als Daten-Grundlage für die Ist-Stand-Erhebung dienen die zuletzt verfügbaren KAL-Daten (Katalog ambulanter Leistungen) des Kalenderjahres 2014. D.h. Für die Ist-Stand-Erhebung wurde der Zeitraum vom 01.01.2014 – 31.12.2014 festgelegt. Es werden nur jene KAL-Leistungen berücksichtigt, die im Kalenderjahr 2014 erbracht bzw. abgerechnet wurden.

4.1 Datenbestand

Da die Daten der SV für die Datenqualitätssicherung laufend benötigt werden, werden sie zu diesem Zweck entsprechend aufbereitet und stehen auch für andere Aufgaben der SV zur Verfügung. In der Balanced Score Card - BSC des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger wurde für das Jahr 2016 als Aufgabe eine erste Untersuchung zu den medizinischen Leistungen im niedergelassenen Bereich mit Schwerpunkt auf die Fragestellung der "Versorgungsdichte" vorgesehen. Vor Fokussierung auf diese Fragestellung ist eine grundsätzliche Untersuchung und Beschreibung des Datenbestandes erforderlich, damit der Kontext und die Größenordnung der speziellen Untersuchung erkannt werden kann. Zur Darstellung der "zielbezogenen" Leistungen wurde dazu folgendes Datenaggregat erstellt:

Tabelle 1: Beschreibung des zielbezogenen Datenbestandes

Bezeichnung	Inhalt	Format	Erläuterung	Verwendung
ID	Satzzähler	Num	Primärschlüssel	Beim Import in die Arbeitsdatenbank vergeben
LE_PLZ	Postleitzahl Leistungserbringer	Text	Ortsangabe des Leistungserbringers in der Abrechnung	Zuordnung zu unterschiedlichen regionalen Gliederungsebenen
FACH	Fachschlüssel	Num	Fachzuordnung des Abrechners	Schlüssel wird aus Fach-Stammdaten übersetzt
VP	Vertrags-schlüssel	Num	Projektspezifische Kennzeichnung des Abrechners	In Kombination mit Fach und Postleitzahl eindeutig
KAL_CODE	Leistungs-schlüssel	Text	Leistungs-Code	Schlüssel wird aus KAL-Stammdaten übersetzt
ANZAHL	Leistungsanzahl 2014	Num	Anzahl der Leistungen, die sich aus der Abrechnung ergeben	Anzahl für einen eindeutigen Vertragspartner
PLZ_num	Postleitzahl des Leistungserbringers numerisch	Num	Ortsangabe des Leistungserbringers	Da für fehlende Angaben "-" enthalten war Umschlüsselung auf numerisch erforderlich

Folgende Stammdaten werden dabei verwendet, ohne sie weiter zu beschreiben. Eine Postleitzahlen - Zuordnung zu Bezirken, Versorgungsregionen, Bundesländern, Versorgungszonen und NUTS-3 Regionen. Letztere Zuordnung kann für die differenzierte Untersuchung von ländlichen und städtischen Regionen verwendet werden. Die Stammdaten zu den Fachschlüsseln benötigen ebenfalls keine weitere Untersuchung.

Für die KAL-Stammdaten ist eine Beschreibung und Analyse erforderlich. Das Datenpaket „KAL 2014“ wurde am 24.11.2016 abgefragt. Insgesamt finden sich im österreichischen Leistungskatalog 1.923 unterschiedliche Leistungs-Codes mit Gültigkeit im Jahr 2014. Davon wird für 400 als „Quelle“ der Wert „KAL“ angegeben. Damit entfallen auf den Wert „MEL“ 1.523 unterschiedliche Leistungs-Codes. In den Abrechnungsdaten der SV 2014 finden sich allerdings 464 unterschiedliche Leistungs-Codes.

4.2 Versorgungsaufträge im ambulanten Bereich

Die Versorgungsaufträge wurden in einem mehrstufigen Prozess von Expertengruppen auf Basis der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung und des Leistungskatalogs des Bundesministeriums (KAL) erarbeitet.

Dabei wurde das im ambulanten Bereich zu erbringende Leistungsspektrum – unabhängig von der Finanzierungszuständigkeit – über die sogenannten Aufgabenprofile und die Leistungsmatrix - ambulant (LM-amb) abgebildet.

In den **Aufgabenprofilen** sind die ärztlichen und nicht-ärztlichen Tätigkeiten der Primärversorgung und der ambulanten Versorgung der Fachbereiche in aggregierter Form beschrieben.

Die **ambulante Leistungsmatrix** ergänzt die Beschreibung der Aufgabenprofile und ordnet Leistungen für den ambulanten Bereich des aktuell gültigen Leistungskataloges des BMG (vormals KAL), Versorgungsebenen und Fachbereichen zu.

Nicht in der LM-amb enthalten sind Leistungen, die von ausschließlich nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen durchgeführt werden, Labor- und Pathologieleistungen, sonstige oder nicht näher spezifizierte Leistungen sowie Leistungen, die ausschließlich Kontakte und Visiten beschreiben (ZZ510–ZZ525).

Sowohl in den Aufgabenprofilen als auch in der LM-amb wird zwischen Basisleistungen und speziellen Leistungen unterschieden:

Als **Basisleistungen (b)** werden jene Leistungen eingestuft, die innerhalb einer Versorgungsstufe (Primärversorgung, ambulante Fachversorgung) für die Bevölkerung zur Verfügung stehen müssen und deren Anbieter die erforderlichen Ausbildungs- und Strukturvoraussetzungen erfüllen müssen.

Als **spezielle Leistungen (s)** hingegen sind über Basisleistungen hinausgehende Leistungen eines Fachbereichs definiert, die gemäß Versorgungsbedarf für die Bevölkerung zur Verfügung stehen müssen und zur Durchführung entweder

- einer speziellen Infrastruktur, die über die fachbereichsspezifische Mindestausstattung hinausgeht und/oder
- einer über die fachspezifische Berufsausbildung hinausgehende Qualifikation, die durch Ausbildungsnachweise zu belegen ist und/oder
- in Einzelfällen einer für eine qualitativ hochwertige Durchführung besonderen Erfahrung, die in geeigneter Weise zu belegen ist (z. B. mehrjährige Tätigkeit, hohe Fallzahlen, guter Outcome) bedürfen.

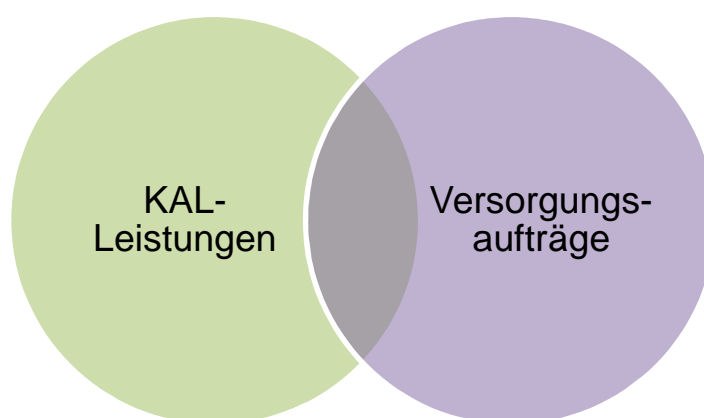
Mit Stand Juli 2016 waren die Versorgungsaufträge für die Primärversorgung und 9 Fachbereiche erstellt.

Für dieses Projekt wurde die derzeit aktuellste, verfügbare Version der Leistungsmatrix bzw. Versorgungsaufträge herangezogen (Liste der Leistungsart laut ÖSG-Rohentwurf mit Stand: 15.07.2016).

4.3 Graphische Darstellung unterschiedlicher Teilbereiche

Die Leistungsdichte soll anhand des Abdeckungsgrades der definierten Versorgungsaufträge (Stand: 15.07.2016) – basierend auf den erbrachten KAL-Leistungen im Jahr 2014 – dargestellt werden. Nachfolgend werden die verschiedenen Teilbereiche hinsichtlich KAL-Leistungen von 2014 und VSA in Form eines Venn-Diagramms aufbereitet.

Abbildung 1: Schnittmenge der KAL-Leistungen und Versorgungsaufträge



Dabei lassen sich die gemeinsamen Bereiche zwischen den KAL-Leistungen 2014 und Versorgungsaufträgen von jenen unterscheiden, welche nicht deckungsgleich sind.

1. KAL-Leistungen, die im Jahr 2014 abgerechnet wurden (**gesamter grüner Kreis**)
2. Versorgungsaufträge, welche für die einzelnen Fachgruppen als Leistungsspektrum definiert wurden (**gesamter violetter Kreis**)
3. Versorgungsaufträge, denen KAL-Leistungen aus dem Jahr 2014 zuordenbar sind (**überlappende Teil**), wobei die erbrachten KAL-Leistungen 2014 mit den definierten VSA ident sind
4. KAL-Leistungen, die im Jahr 2014 abgerechnet wurden, aber nicht als Versorgungsauftrag definiert sind bzw. keinem Versorgungsauftrag zugeordnet werden können (**grüner Kreisbereich ohne dem überlappenden Teil**), als KAL-Übersorgung
5. Versorgungsaufträge, welche im Jahr 2014 keiner abgerechneten KAL-Leistungsposition zugeordnet werden können (**violetter Kreisbereich ohne dem überlappenden Teil**), als Versorgungsdefizit bezüglich KAL-Leistungen

4.4 Fokus auf Fachgruppe Allgemeinmedizin (FG01)

Aufgrund der thematischen Komplexität werden in diesem Projekt die erbrachten KAL-Leistungen im Jahr 2014 sowie die Zuordnung zu Fachgruppen und VSA zunächst allgemein dargestellt. In weiterer Folge werden insbesondere die in der LM-amb der VSA der Fachgruppe FG01 der Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin (AM) / Primärversorgung (PV) näher betrachtet. Eine detaillierte Auflistung der Zuordnung der KAL-Codes zu den jeweiligen Versorgungsaufträgen der Fachgruppe Allgemeinmedizin (FG01) kann der *Tabelle im Anhang 1* entnommen werden.

5 Ergebnisse: Abrechnungsdaten der SV 2014

Eine grundsätzliche Beschreibung der aggregierten Daten erfolgt zuerst ohne nähere Interpretation.

5.1 Analyse der Leistungen nach Leistungserbringer

In der Datenansicht werden folgende Positionen ausgegeben:

- Postleitzahl des Leistungserbringers,
- Fachbereich des Leistungserbringers,
- Vertragspartnernummer des Leistungserbringers,
- KAL-Code der abgerechneten Leistung,
- Anzahl der erbrachten Leistungen pro KAL-Code.

LE_PLZ	Fach	VPNR	KAL_Code	Anzahl
--------	------	------	----------	--------

Die Auswertungen der Daten zur Verteilung der KAL-Leistungen zeigen, dass insgesamt im Jahr 2014 eine Anzahl von 464 verschiedenen KAL-Codes abgerechnet wurde. Die summierte Leistungsanzahl im Jahr 2014 beträgt über alle Fachgruppen hinweg rund 316.879.844.

Von den 400 Leistungen mit der Quellenangabe „KAL“ werden in den Abrechnungsdaten nur 306 verwendet. Dafür finden sich 158 Leistungen aus dem „MEL“-Bereich. Insgesamt beläuft sich die Anzahl daher auf 464 unterschiedliche Leistungen.

5.2 Häufigste abgerechnete KAL-Codes 2014

Bei Betrachtung der KAL-Codes, welche am häufigsten abgerechnet wurden, rangiert der Code ZZ510 („Kontakt in der Ordination während der Öffnungszeiten“) mit 75.545.673,75 erbrachten Leistungen über alle Fachgruppen hinweg insgesamt an oberster Stelle.

Nachfolgend werden die 20 häufigsten KAL-Codes jeweils bezogen auf die Anzahl an Leistungen (inklusive Prozentanteil) über alle Fachbereiche angeführt.

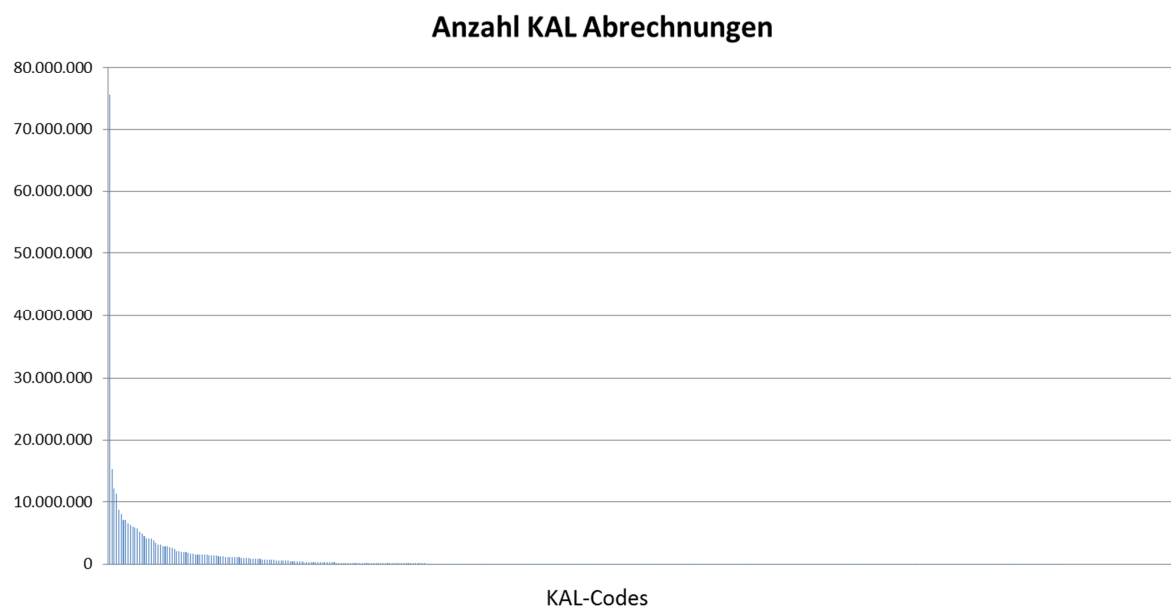
Tabelle 2: Top 20 der KAL-Codes im Jahr 2014 sortiert nach Anzahl der Leistungen

Rang	KAL-CODE	Kurztext	Summe von Anzahl Leistungen	% Prozentanteil
1	ZZ510	Kontakt in der Ordination während der Öffnungszeiten (LE=je Sitzung)	75.545.673,8	23,8%
2	ZX595	Klinische Chemie: Leber/Pankreas (LE=je Befundzeile)	15.230.521,6	4,8%
3	ZX585	Klinische Chemie: Niere/Elektrolyte (LE=je Befundzeile)	12.174.492,2	3,8%
4	ZZ670	Sonstige im Rahmen eines amb. Kontakts o. anderer Leistungen erbrachte (Teil-)Leistungen (LE=andere)	11.279.362,1	3,6%
5	ZX615	Klinische Chemie: Fettstoffwechsel (LE=je Befundzeile)	8.718.962,9	2,8%
6	ZX541	Hämatologie: Blutbild (LE=je Befundzeile)	8.126.719,0	2,6%
7	ZA520	Röntgenuntersuchung – Kopf und Hals (LE=je Sitzung)	7.220.723,2	2,3%
8	ZX630	Endokrinologie (LE=je Befundzeile)	7.209.407,9	2,3%
9	ZX581	Klinische Chemie: Entzündungsmarker (LE=je Befundzeile)	6.617.953,9	2,1%
10	ZN740	Elektrotherapie (LE=je Sitzung)	6.362.125,0	2,0%
11	ZV510	Entnahme von Untersuchungsmaterial zur in-vitro-Diagnostik (LE=andere)	6.052.815,1	1,9%
12	HA530	Behandlung von Entzündungen im Mundraum (LE=je Sitzung)	5.903.121,5	1,9%
13	ZZ540	Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient (LE=je Sitzung)	5.786.882,6	1,8%
14	ZX611	Klinische Chemie: Glukosestoffwechsel (LE=je Befundzeile)	5.280.237,0	1,7%
15	HB550	Zahnsanierung durch Füllung (LE=je Zahn)	5.036.087,2	1,6%
16	ZZ572	Parenterale Medikamentenverabreichung (LE=je Sitzung)	4.643.742,0	1,5%
17	ZZ511	Visite am Tag (LE=je Sitzung)	4.257.647,0	1,3%
18	ZX605	Klinische Chemie: Eisenstoffwechsel (LE=je Befundzeile)	4.167.797,0	1,3%
19	ZX640	Vitamine/Spurenelemente (LE=je Befundzeile)	4.165.904,5	1,3%
20	ZX751	Harndiagnostik: Harnstreifen (LE=je Befundzeile)	3.923.240,0	1,2%

Die häufigsten 20 KAL Codes sind für rund 65% der Leistungsanzahl verantwortlich, wobei an Position 20 – ZX751 („Harndiagnostik: Harnstreifen“) - mit rund 3,9 Mio. Abrechnungen nur mehr 1,2% der Gesamtsumme repräsentiert.

Diese 20 häufigsten Leistungen kommen überwiegend aus dem Grobanatomiebereich „Z“. Daher wird im nachfolgenden Kapitel eine Darstellung nach „Grob-anatomie“ und „Fein-anatomie“ (= Anatomie - gesamt) erarbeitet. Eine genauere Erläuterung zur Achsensystematik bzw. Einteilung anhand des Anatomiebereichs erfolgt im nächsten Kapitel.

Abbildung 2: KAL-Codes nach Häufigkeit der abgerechneten Leistungen im Jahr 2014



5.3 Verteilung der KAL-Codes nach Anatomiebereich

In der KAL-Dokumentation im ambulanten Bereich besteht eine Achsensystematik. Die KAL-Codes setzen sich insgesamt aus jeweils zwei Buchstaben und drei Ziffern zusammen, wobei die Buchstaben für den Anatomiebereich stehen. Man unterscheidet diesbezüglich:

- nach Grobanatomie (1. Stelle in der Achsensystematik, Organsystem) und
- Feinanatomie (2. Stelle in der Achsensystematik).

Der erste Buchstabe des KAL-Codes ermöglicht Rückschlüsse bei der Zuordnung hinsichtlich der Grobanatomie und wird in Tabelle 3 detailliert beschrieben. Insgesamt unterscheidet man bei der Grobanatomie 17 verschiedene Bereiche. Der Code „Z“ steht beispielsweise für „topographische Regionen, ohne Lokalisation“.

5.3.1 Darstellung der KAL-Codes 2014 nach Grobanatomie

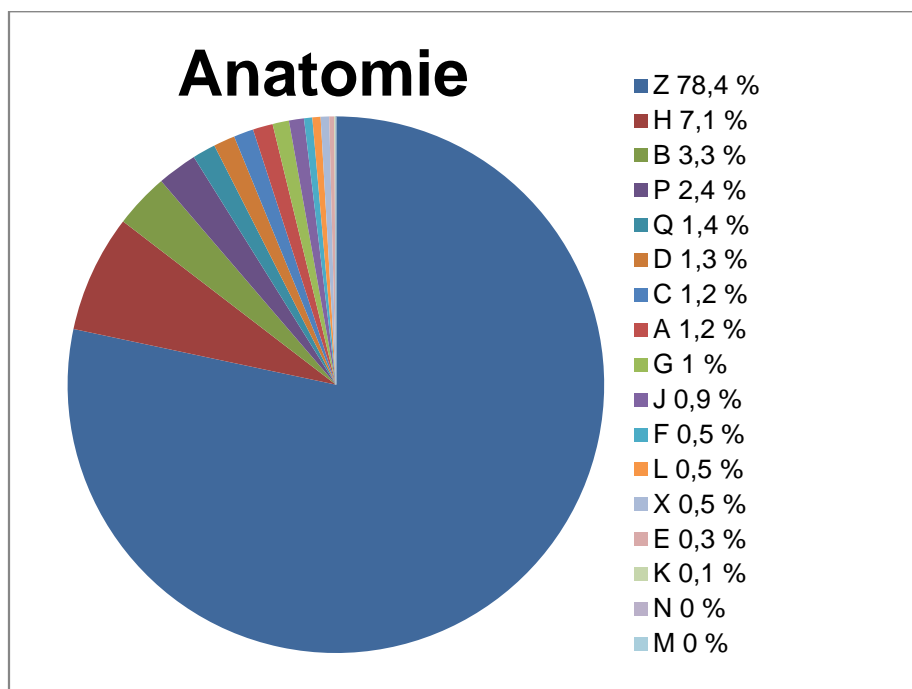
78% der Leistungen kommen somit aus dem „Z“ Bereich der Anatomie-Achse. Aus dieser Kategorie gibt es 128 KAL-Codes mit 248.287.314,55 Leistungen.

Die Mächtigkeit der einzelnen KAL-Gruppen und insbesondere der Gruppe „Z“ auf der Ebene Grobanatomie wird in der folgenden Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3: Anzahl KAL-Leistungen unterteilt nach Anatomie grob

Anatomie grob	Bezeichnung	Anzahl von KAL-Codes	Summe von Anzahl Leistungen	% Prozentanteil von Anzahl Leistungen
A	Nervensystem	20	3.852.401,33	1,22%
B	Auge	37	10.378.777,71	3,28%
C	Ohr	20	3.916.596,81	1,24%
D	Herz und Gefäße, Herzkreislaufsystem	7	3.957.171,00	1,25%
E	Periphere Gefäße	15	839.220,58	0,26%
F	Blut, blutbildendes System, Immunsystem, Lymphsystem	18	1.612.357,69	0,51%
G	Atmungssystem, Sprachsystem	26	3.039.667,93	0,96%
H	Verdauungssystem	44	22.606.294,80	7,13%
J	Urogenitaltrakt, Reproduktion	51	2.833.344,31	0,89%
K	Endokrines System	5	343.134,25	0,11%
L	Knochen, Gelenkte, und Weichteile: Kopf, Hals und Rumpf	11	1.506.343,53	0,48%
M	Knochen, Gelenkte, und Weichteile: Obere Extremität	14	47.675,78	0,02%
N	Knochen, Gelenkte, und Weichteile: Untere Extremität	13	125.825,27	0,04%
P	Knochen, Gelenkte, und Weichteile: ohne genaue Lokalisation	24	7.578.502,43	2,39%
Q	Haut, Hautanhangsgebilde und Unterhautgewebe	30	4.503.143,78	1,42%
X	Positionen ohne Achsenzuordnung	1	1.452.072,50	0,46%
Z	Topographische Regionen, ohne Lokalisation	128	248.287.314,55	78,35%
Total		464	316.879.844,00	100%

Abbildung 3: Anzahl KAL-Leistungen 2014 unterteilt nach Anatomie grob in Prozent %



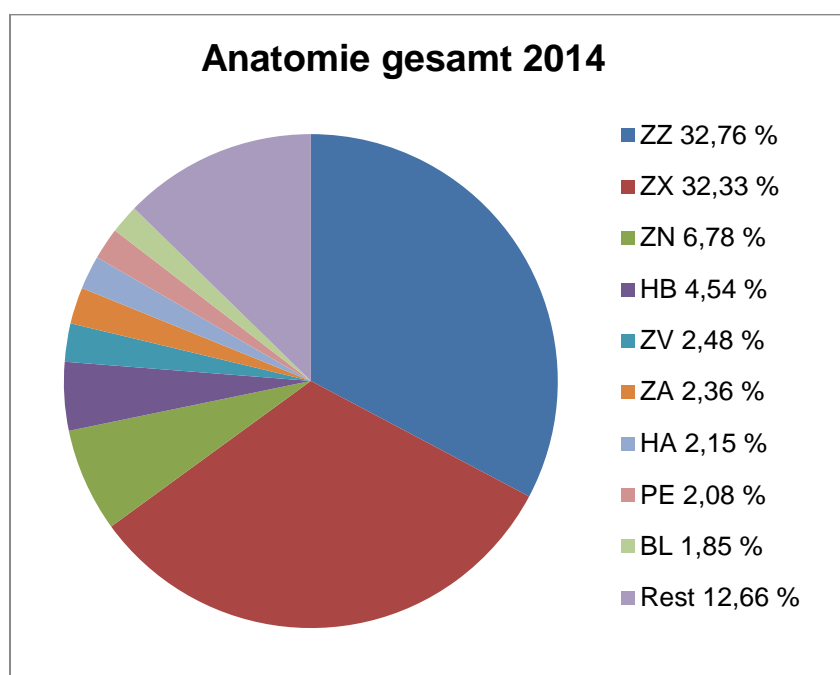
5.3.2 Darstellung der KAL-Codes 2014 nach Anatomie gesamt

Insgesamt gibt es 111 verschiedene Gruppen im Bereich Anatomie gesamt der KAL-Achsensystematik. Betrachtet man die Häufigkeiten der Gruppen definiert durch Anatomie-grob und Anatomie-fein gemeinsam so tragen nur 9 Gruppen der Unterteilung Anatomie gesamt jeweils einzeln mehr als 1% der Gesamtsumme, wobei die beiden Gruppen „ZZ“ und „ZX“ mit jeweils rund 32% gemeinsam 65% der gesamten Leistungen repräsentieren. 102 Gruppen tragen zusammen dagegen nur 12,6% zur Gesamtsumme bei. Für Untersuchungen auf Leistungsebene ist daher immer zu überlegen, ob nicht die Gruppen „ZZ“ und „ZX“ für die jeweilige Fragestellung ausgeblendet werden können, da sie sonst die Darstellung von Häufigkeiten zu sehr dominieren.

Tabelle 4: Top 9 Leistungen inkl. restlicher Leistungen im Jahr 2014 unterteilt nach Anatomie gesamt

Grob-anatomie	Fein-anatomie	Anatomie gesamt	Summe von Anzahl Leistungen	% Prozentanteil
Z	Z	ZZ	103.802.676,87	32,76%
Z	X	ZX	102.459.866,36	32,33%
Z	N	ZN	21.478.793,24	6,78%
H	B	HB	14.374.637,20	4,54%
Z	V	ZV	7.872.465,47	2,48%
Z	A	ZA	7.492.934,08	2,36%
H	A	HA	6.826.538,80	2,15%
P	E	PE	6.596.102,48	2,08%
B	L	BL	5.865.831,08	1,85%
Rest			40.109.998,67	12,66%
Gesamt			316.879.844,25	100,00%

Abbildung 4: Anzahl KAL-Leistungen 2014 unterteilt nach Anatomie gesamt in Prozent %



In der Folge soll wegen der Mächtigkeit des Beitrags zu den Gesamtzahlen die Gruppe „ZZ“ näher untersucht werden.

5.3.3 KAL-Codes der Anatomiegruppe „ZZ“ sortiert nach Anzahl der Leistung

„ZA“ bis „ZE“ sind Leistungen der Bildgebung. In „ZN“ bis „ZR“ findet sich eine Mischung aus sonst nicht gut zuordenbaren Leistungen teils therapeutischer teils diagnostischer Natur. Die Gruppen „ZV“ und „ZX“ stellen den Leistungsbereich Labor bzw. Pathologie dar. In „ZZ“ finden sich die Kontakte und Beratungsleistungen sowie der Leistungscode ZZ571 („Impfung“). Dieser KAL-Code ZZ571 für „Impfung“ stellt insofern einen „Ausreißer“ dar, da diese Leistung zahlenmäßig mit einer Leistungsanzahl von nur insgesamt 656-mal im Jahr 2014 insgesamt als solche Leistung deklariert abgerechnet wurde (siehe Tabelle 5). Es kann vermutet werden, dass viele Impfungen als ZZ670 („Sonstige im Rahmen eines amb. Kontakts o. anderer Leistungen erbrachte (Teil-) Leistungen“) oder ZZ572 („Parenterale Medikamentenverabreichung“) dargestellt werden. Auch thematisch nimmt die KAL-Leistung ZZ571 („Impfung“) eine Sonderstellung ein, da sie im Gegensatz zu den anderen „ZZ“-Leistungen weder unter Kontakte noch unter Beratungsleistungen subsummiert werden kann.

Tabelle 5: KAL-Codes aus dem Anatomiebereich „ZZ“ sortiert nach der Anzahl an abgerechneten Leistungen im Jahr 2014

Rang	Grob-anatomie	Fein-anatomie	KAL-Code	Kurztext	Anzahl von abrechnende Stellen (VP-Triplet)	Summe von Anzahl Leistungen
1	Z	Z	ZZ510	Kontakt in der Ordination während der Öffnungszeiten (LE=je Sitzung)	8.396	75.545.673,8
2	Z	Z	ZZ670	Sonstige im Rahmen eines amb. Kontakts o. anderer Leistungen erbrachte (Teil-)Leistungen (LE=andere)	9.159	11.279.362,1
3	Z	Z	ZZ540	Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient (LE=je Sitzung)	10.559	5.786.882,6
4	Z	Z	ZZ572	Parenterale Medikamentenverabreichung (LE=je Sitzung)	7.340	4.643.742,0
5	Z	Z	ZZ511	Visite am Tag (LE=je Sitzung)	7.378	4.257.647,0
6	Z	Z	ZZ514	Kontakt in der Ordination im Bereitschaftsdienst (LE=je Sitzung)	2.511	415.817,5
7	Z	Z	ZZ530	Ausführliche klinische Untersuchung und Staturerhebung (LE=je Sitzung)	474	401.561,0
8	Z	Z	ZZ512	Kontakt in der Ordination außerhalb der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung (LE=je Sitzung)	4.496	357.874,0
9	Z	Z	ZZ516	Kontakt in der Ordination an Sonn- und Feiertagen (LE=je Sitzung)	3.298	268.337,5
10	Z	Z	ZZ620	Anfertigung, Anpassung u. Überprüfung eines orthopädischen Behelfes o.	393	165.726,0

				einer Orthese (LE=je Sitzung)		
11	Z	Z	ZZ580	Ambulant durchgeführte Einzelschulung (LE=je Behandlungstag)	119	156.620,5
12	Z	Z	ZZ600	Ernährungsberatung (LE=je Sitzung)	342	112.059,0
13	Z	Z	ZZ517	Visite an Sonn- und Feiertagen (LE=je Sitzung)	3.563	110.420,0
14	Z	Z	ZZ519	Visite in der Nacht (LE=je Sitzung)	3.426	77.861,0
15	Z	Z	ZZ515	Visite im Bereitschaftsdienst (LE=je Sitzung)	2.549	63.854,0
16	Z	Z	ZZ518	Kontakt in der Ordination in der Nacht (LE=je Sitzung)	2.966	52.839,0
17	Z	Z	ZZ513	Visite während der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung (LE=je Sitzung)	3.060	52.496,0
18	Z	Z	ZZ550	Nicht-ärztliches Gespräch und Untersuchung, Statuserhebung (LE=je Sitzung)	119	25.667,0
19	Z	Z	ZZ610	Notfalluntersuchung und -behandlung (LE=je Sitzung)	2.837	22.917,4
20	Z	Z	ZZ590	Ambulant durchgeführte Gruppenschulung (LE=je Behandlungstag)	7	3.014,5
21	Z	Z	ZZ525	Beziehung Konsiliararzt in einer spitalsambulanten Einrichtung (LE=je Sitzung)	124	1.649,0
22	Z	Z	ZZ571	Impfung (LE=je Sitzung)	131	656,0
	Gesamt		ZZ		73.247	103.802.676,9

Diese Leistungen werden zusammengefasst in „Regelkontakte in der Ordination“, „reguläre Visiten“, „Ordinationen außerhalb des Regelbetriebes“, „Visiten außerhalb des Regelbetriebes“ und „allgemeine Untersuchungen, Behandlungen und Beratungen“. Es bietet sich nun an, die „Kontakte“ und die „Leistungen“ nochmals als eigene Kategorien zusammenzufassen. Auf die Kontakte entfallen dabei etwa 78% und auf die Leistungen 22% des Volumens der Gruppe „ZZ“. Die regulären Kontakte dominieren mit 98% den Bereich der Kontakte außerhalb des Regelbetriebes, welche nur 2% ausmachen. Die „sonstigen Leistungen“ die „ausführliche Aussprache“ und die „parenterale Medikamentenverabreichung“ sind die wesentlichen Positionen der Kategorie Leistungen in der Gruppe „ZZ“ und machen zusammen 96% der Leistungsanzahl dieser Kategorie aus.

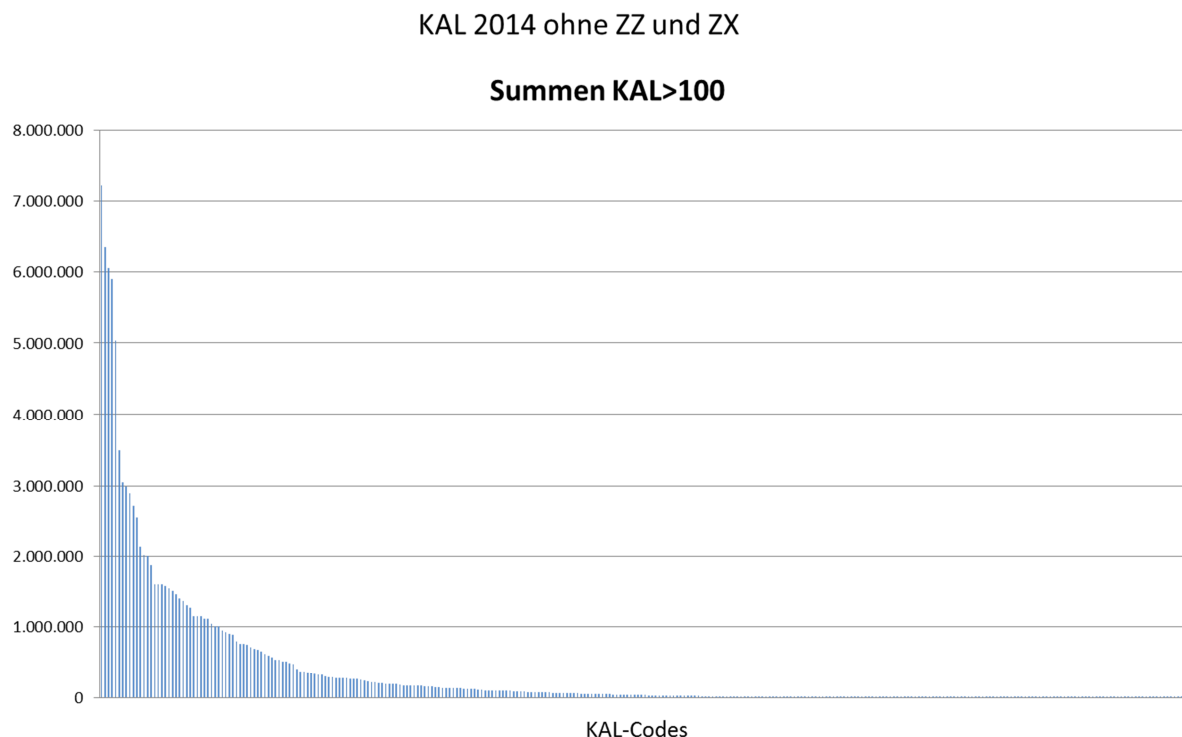
5.3.4 Verteilung der KAL-Codes ohne die Gruppe des Anatomiebereichs „ZZ“ und „ZX“

Aufgrund der Mächtigkeit der Gruppe „ZZ“ wurde der Beitrag zu den Gesamtzahlen im vorangegangenen Kapitel separat ausgewertet. Für eine übersichtlichere Darstellung der Verteilung aller anderen Werte werden im nachfolgenden Abschnitt die beiden häufigsten Gruppen „ZZ“ und „ZX“ ausgeschlossen. In Tabelle 6 werden die häufigsten abgerechneten KAL-Codes nach der Anzahl der erbrachten Leistungen dargestellt, wobei die Gruppe „ZZ“ und „ZX“ für diese überblicksmäßige Darstellung exkludiert wurde.

Tabelle 6: Top 20 KAL-Codes sortiert nach Anzahl an abgerechneten Leistungen im Jahr 2014, exklusive der KAL-Leistungen aus dem Anatomiebereich „ZZ“ und „ZX“

Rang	KAL-Code	Kurztext	Summe von Anzahl Leistungen	% Prozentanteil
1	ZA520	Röntgenuntersuchung – Kopf und Hals (LE=je Sitzung)	7.220.723,2	6,5%
2	ZN740	Elektrotherapie (LE=je Sitzung)	6.362.125,0	5,8%
3	ZV510	Entnahme von Untersuchungsmaterial zur in-vitro-Diagnostik (LE=andere)	6.052.815,1	5,5%
4	HA530	Behandlung von Entzündungen im Mundraum (LE=je Sitzung)	5.903.121,5	5,3%
5	HB550	Zahnsanierung durch Füllung (LE=je Zahn)	5.036.087,2	4,6%
6	ZN560	Infiltration (LE=je Sitzung)	3.496.372,0	3,2%
7	PE580	Medizinische Massage (LE=je Sitzung)	3.046.829,0	2,8%
8	PE510	Physiotherapie: Bewegungstherapie (Einzeltherapie) (LE=je Sitzung)	2.988.233,8	2,7%
9	DE510	Elektrokardiographie (EKG) in Ruhe (LE=je Sitzung)	2.889.938,0	2,6%
10	ZN750	Ultraschalltherapie (LE=je Sitzung)	2.711.583,5	2,5%
11	HB600	Zahnsteinentfernung (LE=je Sitzung)	2.538.555,6	2,3%
12	BZ520	Tonometrie (LE=je Sitzung)	2.134.284,0	1,9%
13	ZN640	Sonstige Röntgenuntersuchung ohne Angabe einer Region (LE=je Sitzung)	2.013.097,7	1,8%
14	BG510	Ophthalmoskopie (LE=je Sitzung)	2.007.413,5	1,8%
15	BL550	Objektive Bestimmung der Refraktion (LE=je Sitzung)	1.876.715,0	1,7%
16	HB590	Behandlung empfindlicher Zahnhälse (LE=je Sitzung)	1.601.627,6	1,5%
17	ZN780	Wärmetherapie – feucht (LE=je Sitzung)	1.601.118,6	1,5%
18	BL510	Subjektive Bestimmung des Visus und der sphärischen und zylindr. Brechkraftkorrektur (LE=je Sitzung)	1.598.274,0	1,4%
19	ZC510	Sonographie des Oberbauches und des Retroperitoneums (LE=je Sitzung)	1.575.690,7	1,4%
20	CA520	Zerumenentfernung (LE=je Seite)	1.528.109,5	1,4%

Abbildung 5: KAL-Codes nach Häufigkeit der abgerechneten Leistungen im Jahr 2014 exklusive der KAL-Leistungen aus dem Anatomiebereich „ZZ“ und „ZX“



5.4 Verteilung nach Fachbereich

Die Abrechnungen der unterschiedlichen KAL-Codes stammen von insgesamt 46 verschiedenen Fachbereichen bzw. Fachgruppen. Diese Abrechnungen aus dem Jahr 2014 umfassen 336.105 Datensätze mit insgesamt 316.879.838,25 Leistungen.

Die einzelnen Fachgruppen wurden einer Liste zugeordnet, welche jeweils die Bezeichnung der Fachgruppe als Text umfasst. Für die FG90 war eine textliche Zuordnung der Fachgruppe anhand der Liste aus dem Jahr 2014 nicht möglich. Daher wurde diese Fachgruppe in weiterer Folge ausgeschlossen. Dadurch ergibt sich eine Diskrepanz hinsichtlich der Anzahl der Datensätze bzw. abrechnenden Stellen sowie der Anzahl an Leistungen, die in der nachfolgenden Darstellung verwendet wurde gegenüber der Gesamtanzahl (336.107 Datensätze; 316.879.844 Leistungen) aus den vorangegangenen Kapiteln.

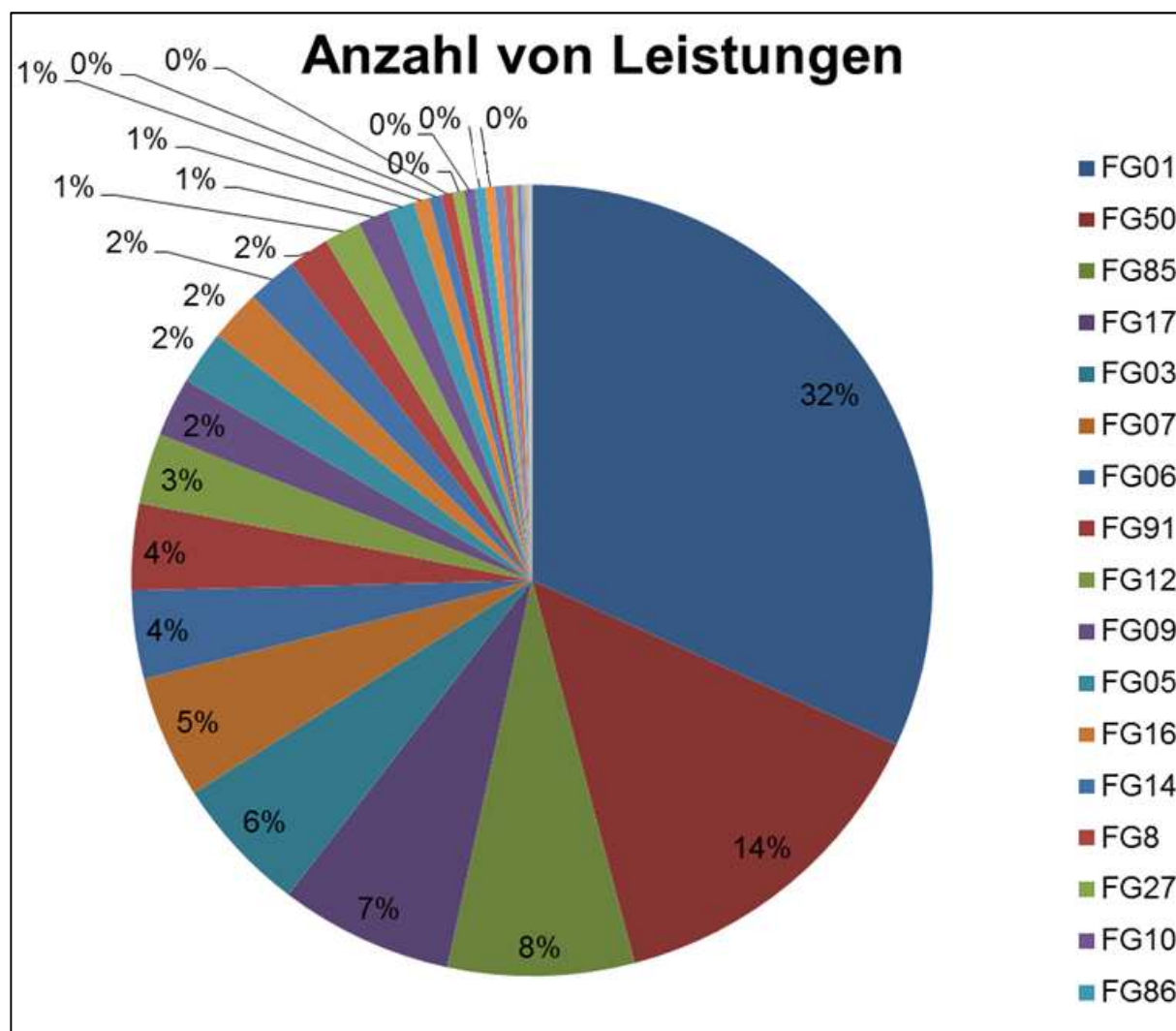
Nachfolgend werden in der untenstehenden Tabelle 7 alle 46 Fachgruppen aufgelistet und die dazugehörige Anzahl an Leistungen inklusive Prozent, die pro Fachgruppe übermittelt wurden.

Tabelle 7: Abgerechneten Leistungen 2014 sortiert nach Häufigkeit und Fachgruppe

Fach-Code	Bezeichnung	Anzahl von Leistungen	% Prozentanteil
01	Arzt für Allgemeinmedizin	100.808.301,9	31,8%
50	FA für Medizinische und Chemische Labordiagnostik	44.575.336,6	14,1%
85	Selbständige Ambulatorien (exklusive Zahnambulatorien)	23.827.551,0	7,5%
17	FA für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	22.213.493,0	7,0%
03	FA für Augenheilkunde und Optometrie	17.650.372,1	5,6%
07	FA für Innere Medizin	15.866.014,9	5,0%
06	FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	11.415.859,7	3,6%
91	Selbständiges Ambulatorium für physikalische Medizin	11.236.505,9	3,6%
12	FA für Orthopädie und orthopädische Chirurgie	9.129.029,6	2,9%
09	FA für Hals-, Nasen- und Ohrenerkrankungen	7.688.894,6	2,4%
05	FA für Haut- und Geschlechtskrankheiten	6.989.634,2	2,2%
16	FA für Urologie	6.590.315,0	2,1%
14	FA für Radiologie	6.424.535,4	2,0%
08	FA für Kinder- und Jugendheilkunde	5.254.006,1	1,7%
27	Zahnarzt	4.680.656,0	1,5%
10	FA für Lungenkrankheiten	4.008.180,0	1,3%
86	Selbständiges Ambulatorium für ZMK	3.401.803,3	1,1%
13	FA für Physikalische Medizin	2.008.224,6	0,6%
04	FA für Chirurgie	1.557.153,7	0,5%
19	FA für Neurologie	1.500.776,6	0,5%
53	FA für Pathologie und Histologie	1.422.108,0	0,5%
99	Andere Vertragspartner, soweit sie nicht den Fachgebieten 40-44, 50-91 zuzuordnen sind, z.B. Universitätsinstitut (sofern nicht als Teil einer Krankenanstalt), Bundesstaatliche Untersuchungsanstalt, Sonstige Unternehmen (Handelsunternehmen, Frisöre und Pe	1.362.299,4	0,4%
11	FA für Neurologie und Psychiatrie/Psychiatrie und Neurologie	1.340.795,0	0,4%
63	Physiotherapeut	1.225.853,4	0,4%
84	CT, MR und sonstige bildgebende technische Leistungen (z.B. Knochendichte und nuklearmedizinische Leistungen)	1.170.224,8	0,4%
20	FA für Psychiatrie	1.081.988,2	0,3%
55	FA für Hygiene und Mikrobiologie bzw. FA für Mikrobiologisch-serologische Labordiagnostik	573.465,0	0,2%
92	Hauskrankenpflegeorganisation	518.963,0	0,2%
15	FA für Unfallchirurgie	363.038,8	0,1%
66	Logopäde	215.305,0	0,1%
73	Klinischer Psychologe	143.587,0	0,1%
72	Psychotherapeut	107.630,5	0,0%
52	Labor, zytodiagnostisch	101.836,0	0,0%

75	Ergotherapeut	80.301,5	0,0%
29	FA für Immunologie	67.630,0	0,0%
70	Hebamme	63.524,2	0,0%
87	Pflegeheim für chronisch Kranke, Pensionistenheim	47.652,0	0,0%
80	Bettenführende Krankenanstalten	39.368,0	0,0%
18	FA für Neurochirurgie	38.529,0	0,0%
62	Dentist	26.900,0	0,0%
32	FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie	25.050,0	0,0%
51	Labor, EEG	13.200,0	0,0%
21	FA für Plastische Chirurgie	11.378,1	0,0%
64	Masseur	11.048,0	0,0%
24	FA für Nuklearmedizin	1.337,0	0,0%
02	FA für Anästhesiologie und Intensivmedizin	182,0	0,0%
	Summe	316.879.838,3	100,00%

Abbildung 6: Anzahl der Leistungen pro Fachgruppe in Prozent (%)



5.4.1 Gruppierung der Leistungserbringer

Eine Gruppierung der Leistungserbringer in die nachfolgenden Kategorien wird aus Gründen der Übersichtlichkeit vorgenommen:

- „klinische niedergelassene Ärzte“,
- „Zahnärztliche Leistungserbringer“ (hier inklusive der Ambulatorien u.A.),
- „Labor-Leistungserbringer“,
- „Bildgebungs-Leistungserbringer“,
- „physikalische Medizin“,
- „sonstige nichtärztliche GDAs“ und
- „sonstige Leistungserbringer“.

Tabelle 8: Häufigkeit von Leistungen nach Leistungserbringer in Gruppen

Gruppe der Leistungserbringer	Summe von Anzahl Leistungen	% Anteil gesamt
klinische niedergelassene Ärzte	191.319.499,6	60,4%
Labor-Leistungserbringer	46.740.375,6	14,8%
zahnärztliche Leistungserbringer	30.322.852,3	9,6%
sonstige Leistungserbringer	25.809.033,4	8,1%
physikalische Medizin	14.481.632,0	4,6%
Bildgebungs-Leistungserbringer	7.596.097,2	2,4%
sonstige nichtärztliche GDAs	610.348,2	0,2%
Summe	316.879.838,3	100,0%

Aus dieser Übersicht lässt sich ableiten, dass in Verbindung mit Fragestellungen der Erbringung von bestimmten Leistungen oder auch für regionale Betrachtungen Analysen von Teilbereichen erforderlich sein werden, damit nicht die Zahlen der „großen“ Gruppen den Blick auf wesentliche Details anderer Gruppen verstellt.

5.5 Häufigsten Leistungen nach Fachgruppe und KAL-Code

Nachfolgend werden die 20 häufigsten KAL-Codes aufgelistet, wobei diese nach der Summe der Leistungsanzahl sortiert werden. Zudem wird in dieser tabellarischen Darstellung zwischen den verschiedensten Fachbereichen unterschieden.

Tabelle 9: Top 20 der häufigsten Leistungen getrennt nach Fachgruppe und KAL-Code

Rang	KAL-Code	Fach	Kurztext Leistung	Anzahl von VP-Triplet (abrechnende Stelle)	Summe von Anzahl Leistungen
1	ZZ510	01	Kontakt in der Ordination während der Öffnungszeiten (LE=je Sitzung)	4.540	53.864.698
2	ZX585	50	Klinische Chemie: Niere/Elektrolyte (LE=je Befundzeile)	26	6.644.673
3	ZX595	50	Klinische Chemie: Leber/Pankreas (LE=je Befundzeile)	26	6.424.205
4	ZA520	17	Röntgenuntersuchung – Kopf und Hals (LE=je Sitzung)	2.534	5.322.719
5	ZX630	50	Endokrinologie (LE=je Befundzeile)	26	5.300.245
6	ZX595	01	Klinische Chemie: Leber/Pankreas (LE=je Befundzeile)	3.070	4.541.251
7	HA530	17	Behandlung von Entzündungen im Mundraum (LE=je Sitzung)	2.526	4.262.484
8	ZZ670	03	Sonstige im Rahmen eines amb. Kontakts o. anderer Leistungen erbrachte (Teil-)Leistungen (LE=andere)	406	4.128.264
9	HB550	17	Zahnsanierung durch Füllung (LE=je Zahn)	2.518	3.890.039
10	ZX541	01	Hämatologie: Blutbild (LE=je Befundzeile)	3.094	3.765.465
11	ZZ572	01	Parenterale Medikamentenverabreichung (LE=je Sitzung)	4.480	3.705.927
12	ZX615	50	Klinische Chemie: Fettstoffwechsel (LE=je Befundzeile)	26	3.469.188
13	ZZ511	01	Visite am Tag (LE=je Sitzung)	4.476	3.468.822
14	ZZ510	03	Kontakt in der Ordination während der Öffnungszeiten (LE=je Sitzung)	407	3.169.806
15	ZX605	50	Klinische Chemie: Eisenstoffwechsel (LE=je Befundzeile)	26	3.102.382
16	ZZ510	07	Kontakt in der Ordination während der Öffnungszeiten (LE=je Sitzung)	533	2.946.233
17	ZX615	01	Klinische Chemie: Fettstoffwechsel (LE=je Befundzeile)	3.037	2.869.342
18	ZX581	50	Klinische Chemie: Entzündungsmarker (LE=je Befundzeile)	26	2.868.623
19	ZZ540	01	Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient (LE=je Sitzung)	4.245	2.839.256
20	ZX640	50	Vitamine/Spurenelemente (LE=je Befundzeile)	26	2.734.821

5.6 Versorgungsaufträge

Wie in Kapitel 4.2 bereits beschrieben wurden die Versorgungsaufträge in einem mehrstufigen Prozess von Expertengruppen auf Basis der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung und des Leistungskatalogs des Bundesministeriums (KAL) erarbeitet.

Ausgehend von den definierten Versorgungsaufträgen wurde im Rahmen dieses Projekts eine Liste mit allen KAL-Codes aus dem Jahr 2014 erstellt, die jeweils mindestens einem Versorgungsauftrag (Stand: 15.07.2016) – aus einer der drei hier ausgewählten Fachgruppen (FG01 - Arzt für Allgemeinmedizin, FG07 - FA für Innere Medizin allgemein, FG08 - FA für Kinder- und Jugendheilkunde) – zugeordnet werden können. Bspw. kommt der KAL-Code AM550 („Behandlung bei psychosomatischen Beschwerden“) sowohl in den Versorgungsaufträgen der FG01 als auch in der FG07 und FG08 vor. Der KAL-Code ZN830 („Stromversorgung“) hingegen ist laut den VSA eine Basisleistung für den Allgemeinmediziner (FG01), kommt aber nicht in den anderen beiden Fachgruppen als VSA vor.

Voraussetzung für die Aufnahme in dieser Abfrage war, dass ein KAL-Code aus dem Jahr 2014 zumindest einem Versorgungsauftrag aus einer der drei genannten Fachgruppen zugeordnet werden kann, unabhängig davon ob dieser im Jahr 2014 auch tatsächlich erbracht wurde oder nicht.

Insgesamt konnten 106 verschiedene KAL-Codes einem VSA aus zumindest einer der drei Fachgruppen zugeordnet werden.

5.6.1 Deckungsgleiche Versorgungsaufträge in ausgewählten Fachgruppen

Nachfolgend werden in *Tabelle 10* jene 22 KAL-Codes gelistet, welche in allen drei Fachgruppen (FG01, FG07, FG08) als Versorgungsaufträge definiert wurden und vorkommen, unabhängig davon, ob es sich um eine Basisleistung (b) oder eine Spezialleistung (s) des jeweiligen Fachbereichs handelt. Darüber hinaus gibt es 29 Leistungen, die in zwei verschiedenen Fachgruppen als Basis- oder Spezialleistung überlappend definiert sind.

5.6.1.1 Deckungsgleiche Versorgungsaufträge in allen drei ausgewählten Fachgruppen

Die deckungsgleichen VSA der drei verschiedenen Fachgruppen (LT = Leistungstyp: Allgemeinmedizin (PV), Interne Medizin (Int), Kinder- und Jugendheilkunde (KIJU)) umfassen demnach insgesamt 22 verschiedene KAL-Leistungen, die in der *Tabelle 10* im Detail ersichtlich sind.

Tabelle 10: Deckungsgleiche VSA der AM **LT-PV** (FG01), Internen Medizin **LT-Int** (FG07), **LT-KIJU** (FG08)

Code	Kurztext Leistung	Anzahl von Code	LT-PV	LT-Int	LT-KIJU
AM550	Behandlung bei psychosomatischen Beschwerden (LE=je Sitzung)	3	s	s	s
AM560	Psychotherapie (Einzeltherapie) (LE=je Sitzung)	3	s	s	s
AM570	Psychotherapie (Gruppentherapie) (LE=je Sitzung)	3	s	s	s
DE510	Elektrokardiographie (EKG) in Ruhe (LE=je Sitzung)	3	b	b	b
DL510	Ergometrie (LE=je Sitzung)	3	s	s	s
DL520	Langzeit-Blutdruckmessung (LE=je Sitzung)	3	s	b	s
EQ530	Aderlass (LE=je Sitzung)	3	b	b	b
FG560	Desensibilisierung (LE=je Sitzung)	3	b	s	s
GL510	Spirometrie (LE=je Sitzung)	3	s	s	s
ZC510	Sonographie des Oberbauches und des Retroperitoneums (LE=je Sitzung)	3	s	s	s
ZC520	Sonographie des Unterbauches (LE=je Sitzung)	3	s	s	s
ZN520	Punktion von Zysten und anderen flüssigkeitsgefüllten Hohlräumen (LE=je Sitzung)	3	b	b	b
ZN560	Infiltration (LE=je Sitzung)	3	b	b	b
ZN722	Konservative Behandlung einer chronischen Wunde (LE=je Sitzung)	3	s	s	s
ZR510	Akupunktur (LE=je Sitzung)	3	s	s	s
ZV510	Entnahme von Untersuchungsmaterial zur in-vitro-Diagnostik (LE=andere)	3	b	b	b
ZZ531	Ausführliche Untersuchung/Statuserhebung/therapeutische Aussprache (LE=je Sitzung)	3	b	b	b
ZZ571	Impfung (LE=je Sitzung)1	3	b	b	b
ZZ580	Ambulant durchgeführte Einzelschulung (LE=je Behandlungstag)	3	b	b	b
ZZ590	Ambulant durchgeführte Gruppenschulung (LE=je Behandlungstag)	3	s	s	s
ZZ601	spezielle Ernährungsberatung (LE=je Sitzung)	3	s	s	s
ZZ610	Notfalluntersuchung und -behandlung (LE=je Sitzung)	3	b	b	b

5.6.1.2 Deckungsgleiche Versorgungsaufträge zwei ausgewählter Fachgruppen

Nachfolgend werden jene sechs VSA dargestellt, die nur im Bereich der Allgemeinmedizin/Primärversorgung (FG01) und in der Inneren Medizin allgemein (FG07) als solche definiert sind.

Tabelle 11: Deckungsgleiche VSA der AM **LT-PV** (FG01) und IM **LT-Int** (FG07)

Code	Kurztext Leistung	Anzahl von Code	LT-PV	LT-Int
ZE530	Fußuntersuchung bei Diabetes mellitus inkl. allfälligem Druckprofil (LE=je Sitzung)	2	b	b
ZN510	Biopsie/Probeexzision (LE=je Sitzung)	2	b	s
ZN550	Injektion in eine Körperhöhle oder ein Gelenk (LE=je Sitzung)	2	s	s
ZN860	MKP: Routineuntersuchung in der Schwangerschaft ohne Sonographie	2	b	b
ZN880	Vorsorgeuntersuchung	2	b	b
ZZ700	Betreuung im Disease-Management-Programm für Diabetes mellitus	2	b	b

Zudem werden noch jene 17 VSA dargestellt, die nur im Bereich der Allgemeinmedizin/Primärversorgung (FG01) und in der Kinder- und Jugendheilkunde (FG 08) als solche definiert sind.

Tabelle 12: Deckungsgleiche VSA der **AMLT-PV (FG01)** und **LT-KIJU (FG08)**

Code	Kurztext Leistung	Anzahl von Code	LT-PV	LT-KIJU
AK510	Biofeedback (LE=je Sitzung)	2	s	s
AP521	Lokalanästhesie (exkl. Oberflächenanästhesie) (LE=je Sitzung)	2	b	b
BC510	Bindehautsackspülung bei Verätzungen(LE=je Sitzung)	2	b	b
BZ540	Entfernung von Fremdkörpern aus der Hornhaut, Lederhaut oder Bindehaut (LE=je Sitzung)	2	b	b
CA520	Zerumenentfernung (LE=je Seite)	2	b	b
FG550	Tuberkulintest (LE=je Applikation/ Prothese/Stent)	2	s	s
GA521	Vordere Nasentamponade	2	b	b
GA540	Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase (LE=je Sitzung)	2	b	b
JD540	Anlage oder Wechsel eines transurethralen Dauerkatheters (LE=je Sitzung)	2	b	b
JD552	Wechsel eines suprapubischen Blasenkatheters	2	s	s
LH510	Manuelle Therapie – Wirbelsäule (LE=je Sitzung)	2	s	s
PE590	Manuelle Therapie – Extremitäten (LE=je Sitzung)	2	s	s
PZ540	Anlegen eines Stützverbandes (LE=je Applikation/ Prothese/Stent)	2	b	b
QZ585	Destruktion/Abtragung oberflächlicher Hautveränderungen	2	b	b
QZ650	Entfernung von Fremdkörpern aus der Haut (LE=je Sitzung)	2	b	b
ZN530	Anlage oder Wechsel einer Sonde oder Drainage (LE=je Sitzung)	2	b	b
ZN865	MKP: Routineuntersuchung des Kindes	2	b	b

Untenstehend sind insgesamt sechs VSA dargestellt, die nur im Bereich der Innere Medizin allgemein Medizin (FG07) und in der Kinder- und Jugendheilkunde (FG08) als solche definiert sind.

Tabelle 13: Deckungsgleiche VSA der **IMLT-Int (FG07)** und **LT-KIJU (FG08)**

Code	Kurztext Leistung	Anzahl von Code	LT-Int	LT-KIJU
DE520	Langzeit-Elektrokardiographie (EKG) (LE=je Sitzung)	2	s	s
DZ510	Transthorakale Echokardiographie (TTE) (LE=je Sitzung)	2	s	s
FG510	Allergieaustestung – Intra- und Epikutantests (LE=je Sitzung)	2	s	s
FV530	Intravenöse Verabreichung von Blutprodukten (LE=je Sitzung)	2	s	s
GL550	Spiroergometrie (LE=je Sitzung)	2	s	s
LM510	Punktion der Brust- oder Bauchhöhle (LE=je Sitzung)	2	b	s

5.6.2 Keine Überlappungen hinsichtlich der Versorgungsaufträge ausgewählter Fachgruppen

Die restlichen 55 KAL-Codes können hinsichtlich der definierten VSA nur jeweils einer Fachgruppe zugeordnet werden. Für die folgenden KAL-Codes konnten somit keine Übereinstimmungen bzw. Überlappungen hinsichtlich der VSA der drei verschiedenen Fachgruppen (Allgemeinmedizin, Interne Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde) gefunden werden.

Tabelle 14: Keine Überlappungen zwischen den VSA der AM LT-PV (FG01), IM LT-Int (FG07) und LT-KIJU (FG08)

Code	Kurztext Leistung	Anzahl von Code	LT-PV	LT-Int	LT-KIJU
AA510	Elektroenzephalographie (EEG) (LE=je Sitzung)	1			s
AA515	Langzeit-Elektroenzephalographie (Langzeit-EEG) (LE=je Sitzung)	1			s
AM540	Psychiatrische Testung (LE=je Sitzung)	1	b		
AP510	Messung somatosensibel evozierter Potentiale (SEP) (LE=je Sitzung)	1			s
AV510	Lumbalpunktion (LE=je Sitzung)	1			s/t
BL610	Messung visuell evozierter Potentiale (VEP) (LE=je Sitzung)	1			s
CE510	Nystagmusprüfung (LE=je Sitzung) 2	1	s		
DE530	Kontrolle eines Herzschrittmachers (Ein- und Zweikammersystem) (LE=je Sitzung)	1			s
DE535	Kontrolle eines implantierten Defibrillators / Systems zur CRT / kardialen Monitors (LE=je Sitzung)	1			s
DZ010	Stressechokardiographie (LE=je Sitzung)	1			s
EB510	Sonographie der extrakraniellen Gefäße (LE=je Sitzung)	1		s	
EK530	Sklerosierung von Venen der unteren Extremität (LE=je Seite)	1	s		
EM510	Sonographie der abdominalen Gefäße (LE=je Sitzung)	1		s	
EP510	Oszillographie (LE=je Sitzung)	1		s	
ER540	Kipptischuntersuchung (LE=je Sitzung)	1		s	
EZ510	Sonographie der peripheren Gefäße (LE=je Sitzung)	1		s	
FC510	Sonographie der Lymphknoten (LE=je Sitzung)	1		s	
FG540	Kälte-/Wärme-/Druck-Test (LE=je Sitzung)	1			b
GL540	Bronchialer Provokationstest (LE=je Sitzung)	1			s
HA520	Durchtrennung eines Lippen-, Wangen- oder Zungenbändchens (LE=je Sitzung)	1			s
HE510	Ösophagus-Manometrie (LE=je Sitzung)	1			s
HH510	Koloskopie (LE=je Seite)	1		s	
HZ510	Ösophagoskopie/Gastroskopie/Ösophagogastroduodenoskopie (LE=je Sitzung)	1		s	
KC510	Sonographie der Schilddrüse und Nebenschilddrüse (LE=je Sitzung)	1		s	
MC510	Fixation Unterarm (LE=je Applikation/ Prothese/Stent)	1	s		
MZ510	Fixation Schulter-Ellenbogen (LE=je Applikation/ Prothese/Stent)	1	s		
MZ520	Fixation Hand-Finger (LE=je Applikation/ Prothese/Stent)	1	s		
NE510	Sonographie der kindlichen Hüften (LE=je Sitzung)	1			s
NZ520	Fixation Unterschenkel-Zehen (LE=je Applikation/ Prothese/Stent)	1	s		

PA530	Bohrdrahtentfernung (LE=je Sitzung)	1	s		
PB510	Punktion der Gelenke (LE=je Sitzung)	1	s		
PZ520	Reposition bzw. Repositionsversuch (LE=je Applikation/ Prothese/Stent)	1	s		
PZ550	Arbeiten an einer Fixation (LE=je Applikation/ Prothese/Stent)	1	s		
PZ560	Abnahme einer Fixation (LE=je Applikation/ Prothese/Stent)	1	b		
QZ525	Inzision oder Exzision an der Haut < 3 cm (LE=je Sitzung)	1	b		
QZ565	Inzision oder Exzision an der Haut > 3 cm inkl. allfälliger Dehnungsplastik (LE=je Sitzung)	1	s		
QZ620	Nagelkeilexzision (LE=je Sitzung)	1	s		
QZ630	Nagelextraktion (LE=je Sitzung)	1	s		
QZ640	Trepanation eines Nagels (LE=je Sitzung)	1	b		
QZ750	Chirurgische Akutbehandlung einer offenen Wunde	1	b		
QZ760	Chirurgische Behandlung einer chronischen Wunde	1	b		
ZA510	Sonographie – Kopf und Hals (LE=je Sitzung)	1		s	
ZB510	Sonographie – Thorax (LE=je Sitzung)	1		s	
ZB520	Röntgenuntersuchung – Thorax (LE=je Sitzung)	1	s		
ZD510	Röntgenuntersuchung – obere Extremität (LE=je Sitzung)	1	s		
ZE510	Röntgenuntersuchung – untere Extremität (LE=je Sitzung)	1	s		
ZE540	Anlegen eines Kompressionsverbands (LE=je Verband)	1	b		
ZN540	Anbringen therapeutischer Drainagen – ultraschallgezielt (LE=je Sitzung)	1		s	
ZN600	Sonographie von oberflächlichen Raumforderungen (LE=je Sitzung)	1		s	
ZN740	Elektrotherapie (LE=je Sitzung)	1	s		
ZN750	Ultraschalltherapie (LE=je Sitzung)	1	s		
ZN775	Wärme- oder Kältetherapie	1	s		
ZN800	Totenbeschau (LE=je Sitzung)1	1	s		
ZN830	Stomaversorgung (LE=je Sitzung)	1	b		
ZQ511	spezielle Entwicklungsdiagnostik	1			s

5.7 Analyse KAL 2014 – Allgemeinmedizin

In weiterer Folge werden Daten analysiert, welche sich auf die FG01 der Allgemeinmediziner beschränken. Im Datenpaket KAL2014 abgefragt am 24.11.2016 finden sich 5.284 "abrechnende Stellen" mit einem Fach-Code "1" = AM. Vertragspartner-Pseudonyme findet man 5.085. Davon kommen 3 je dreimal und 193 je zweimal vor. Die abrechnende Stelle ist dabei in diesen Daten durch die Kombination der Attribute Fach, Ort und Vertragspartner-Pseudonym bestimmt. Aus diesem Triplet ergibt sich die "abrechnende Stelle".

Für 17 dieser Abrechnungsstellen findet sich keine Ortsangabe. Die Darstellung der Verteilung auf Bundesländerebene kann daher nur 5.267 Stellen regional zuordnen. Diese verteilen sich wie folgt:

Tabelle 15: Anzahl abrechnender Stellen der Allgemeinmediziner (FG01) je Bundesland Quelle: HVB/ Statistik Austria

Rang	Bundesland Nr.	Bundesland Text	Anzahl abrechnender Stellen AM	Abrechnende AM / 10.000 EW
1	4	Oberösterreich	1.011	7,06
2	3	Niederösterreich	1.005	6,16
3	9	Wien	953	5,35
4	6	Steiermark	781	6,41
5	7	Tirol	445	6,14
6	2	Kärnten	365	6,56
7	5	Salzburg	321	5,99
8	8	Vorarlberg	207	5,49
9	1	Burgenland	179	6,22
		Gesamt	5.267	

In der letzten Spalte sind diese Zahlen auf die Wohnbevölkerung des jeweiligen Bundeslandes bezogen auf 10.000 Einwohner umgerechnet.

5.7.1 Analyse häufiger KAL-Leistungen hinsichtlich VSA für die FG01 Allgemeinmedizin

In diesem Abschnitt werden die häufigsten erbrachten KAL-Codes für die Fachgruppe Allgemeinmedizin ausgewiesen, wobei jeweils vermerkt ist, ob es sich dabei um einen definierten VSA der Primärversorgung handelt „Leistungstyp-Primärversorgung“ (LT-PV) oder nicht.

Von den Ärzten für Allgemeinmedizin (FG01) wurden im Jahr 2014 insgesamt 247 verschiedene KAL-Codes abgerechnet.

In Summe handelt es sich um 100.808.301,9 Leistungen. Jede Leistung wird dabei im Durchschnitt 408.130,8 mal erbracht. Dabei streut die Anzahl der Abrechnungen von 0,5 bis

zu 53.864.698,0 Leistungen. Die 20 häufigsten werden in der nachfolgenden Tabelle 16 dargestellt.

Tabelle 16: Top 20 der KAL-Codes mit der höchsten Anzahl an abgerechneten Leistungen in der FG01 Allgemeinmedizin LT-PV im Jahr 2014

Rang	Fach	KAL-Code	Kurztext	Anzahl von VP-Triplet	Summe von Anzahl	LT-PV
1	01	ZZ510	Kontakt in der Ordination während der Öffnungszeiten (LE=je Sitzung)	4.540,00	53.864.698,00	
2	01	ZX595	Klinische Chemie: Leber/Pankreas (LE=je Befundzeile)	3.070,00	4.541.251,14	
3	01	ZX541	Hämatologie: Blutbild (LE=je Befundzeile)	3.094,00	3.765.465,00	
4	01	ZZ572	Parenterale Medikamentenverabreichung (LE=je Sitzung)	4.480,00	3.705.926,50	
5	01	ZZ511	Visite am Tag (LE=je Sitzung)	4.476,00	3.468.822,00	
6	01	ZX615	Klinische Chemie: Fettstoffwechsel (LE=je Befundzeile)	3.037,00	2.869.342,25	
7	01	ZZ540	Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient (LE=je Sitzung)	4.245,00	2.839.256,00	
8	01	ZX611	Klinische Chemie: Glukosestoffwechsel (LE=je Befundzeile)	4.195,00	2.352.611,00	
9	01	ZN740	Elektrotherapie (LE=je Sitzung)	2.691,00	2.212.894,43	s
10	01	ZV510	Entnahme von Untersuchungsmaterial zur in-vitro-Diagnostik (LE=andere)	4.063,00	2.143.114,32	b
11	01	ZX581	Klinische Chemie: Entzündungsmarker (LE=je Befundzeile)	3.297,00	2.027.536,00	
12	01	ZX585	Klinische Chemie: Niere/Elektrolyte (LE=je Befundzeile)	3.017,00	1.900.952,37	
13	01	ZZ670	Sonstige im Rahmen eines amb. Kontakts o. anderer Leistungen erbrachte (Teil-)Leistungen (LE=andere)	5.046,00	1.722.122,58	
14	01	ZX561	Hämostaseologie: Globaltests (LE=je Befundzeile)	3.373,00	1.690.491,50	
15	01	ZX850	Untersuchungen bei Stoffwechselerkrankungen (LE=je Befundzeile)	3.037,00	1.342.366,00	
16	01	ZN560	Infiltration (LE=je Sitzung)	4.030,00	1.328.690,50	b
17	01	ZX751	Harndiagnostik: Harnstreifen (LE=je Befundzeile)	4.304,00	1.310.934,00	
18	01	DE510	Elektrokardiographie (EKG) in Ruhe (LE=je Sitzung)	3.999,00	901.177,00	b
19	01	ZN750	Ultraschalltherapie (LE=je Sitzung)	1.889,00	694.217,00	s
20	01	ZX899	Sonstige Laboranalysen (LE=je Befundzeile)	868	547.703,74	

Tabelle 17: Top 20 der KAL-Codes mit der höchsten Anzahl an abgerechneten Leistungen in der FG01 Allgemeinmedizin LT-PV im Jahr 2014 inklusive Erläuterungen des Leistungstyps

Rang	Fach	KAL-Code	Kurztext	Anzahl von VP-Triplet	Summe von Anzahl	LT-PV
1	1	ZZ510	Kontakt in der Ordination während der Öffnungszeiten (LE=je Sitzung)	4.540,00	53.864.698,00	KONTAKT
2	1	ZX595	Klinische Chemie: Leber/Pankreas (LE=je Befundzeile)	3.070,00	4.541.251,14	LABOR
3	1	ZX541	Hämatologie: Blutbild (LE=je Befundzeile)	3.094,00	3.765.465,00	LABOR
4	1	ZZ572	Parenterale Medikamentenverabreichung (LE=je Sitzung)	4.480,00	3.705.926,50	Nicht in LM-amb
5	1	ZZ511	Visite am Tag (LE=je Sitzung)	4.476,00	3.468.822,00	KONTAKT
6	1	ZX615	Klinische Chemie: Fettstoffwechsel (LE=je Befundzeile)	3.037,00	2.869.342,25	LABOR
7	1	ZZ540	Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient (LE=je Sitzung)	4.245,00	2.839.256,00	NEU
8	1	ZX611	Klinische Chemie: Glukosestoffwechsel (LE=je Befundzeile)	4.195,00	2.352.611,00	LABOR
9	1	ZN740	Elektrotherapie (LE=je Sitzung)	2.691,00	2.212.894,43	VSÄ (s)
10	1	ZV510	Entnahme von Untersuchungsmaterial zur in-vitro-Diagnostik (LE=andere)	4.063,00	2.143.114,32	VSÄ (s)
11	1	ZX581	Klinische Chemie: Entzündungsmarker (LE=je Befundzeile)	3.297,00	2.027.536,00	LABOR
12	1	ZX585	Klinische Chemie: Niere/Elektrolyte (LE=je Befundzeile)	3.017,00	1.900.952,37	LABOR
13	1	ZZ670	Sonstige im Rahmen eines amb. Kontakts o. anderer Leistungen erbrachte (Teil-)Leistungen (LE=andere)	5.046,00	1.722.122,58	SONSTIGE
14	1	ZX561	Hämostaseologie: Globaltests (LE=je Befundzeile)	3.373,00	1.690.491,50	LABOR
15	1	ZX850	Untersuchungen bei Stoffwechselerkrankungen (LE=je Befundzeile)	3.037,00	1.342.366,00	LABOR
16	1	ZN560	Infiltration (LE=je Sitzung)	174.030,00	1.328.690,50	VSÄ (b)
17	1	ZX751	Harndiagnostik: Harnstreifen (LE=je Befundzeile)	4.304,00	1.310.934,00	LABOR
18	1	DE510	Elektrokardiographie (EKG) in Ruhe (LE=je Sitzung)	3.999,00	901.177,00	VSÄ (b)
19	1	ZN750	Ultraschalltherapie (LE=je Sitzung)	1.889,00	694.217,00	VSÄ (s)
20	1	ZX899	Sonstige Laboranalysen (LE=je Befundzeile)	868,00	547.703,74	LABOR

Wie bei der Betrachtung über alle Fachgruppen hinweg, dominiert auch in der Allgemeinmedizin die Leistung ZZ510 „Kontakt in der Ordination während der Öffnungszeiten“ deutlich. An zweiter und dritter Stelle liegen Laborleistungen. Auffallend ist, dass die Hälfte der in der Auswahl der Top 20 angeführten Leistungen Laborpositionen sind.

Bemerkenswert ist außerdem, dass erst an neunter Stelle eine Position der ambulanten Leistungsmatrix aufscheint. Die Gründe dafür sind, dass weder „Kontakt“- , noch Labor- oder unspezifische Leistungen in die LM-amb der VSÄ aufgenommen wurden, die Leistung „ZZ572 Parenterale Medikamentenverabreichung“ nicht in der LM-amb enthalten ist und die Position „ZZ540 Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient“ ab 2015 in eine neue Position mit neuem Code zusammengefasst wurde und daher nicht in den Daten aus dem Jahr 2014 abgebildet ist.

Versorgungsaufträge ohne Frequenz

Die LM-amb für Allgemeinmedizin umfasst insgesamt 73 KAL-Codes. In den Auswertungen für das Jahr 2014 sind jedoch lediglich für 47 dieser KAL-Codes (18 Basisleistungen und 29 spezielle Leistungen) Frequenzen zu verzeichnen. Für 26 (17 Basisleistungen und neun 9 spezielle Leistungen) scheinen in den Daten aus dem Jahr 2014 keine Frequenzen (siehe Tabelle 17) auf. Das ist darauf zurückzuführen, dass:

- seit dem Auswertungszeitraum Leistungen adaptiert wurden, sodass dem Wartungsprozess des Katalogs gemäß ein neuer KAL-Code vergeben werden musste,
- gänzlich neue Leistungen in den Leistungskatalog aufgenommen wurden,
- für einzelne Leistungen keine Überleitung von der Metahonorarordnung zu KAL-Codes existiert,
- für bestimmte Positionen keine oder nur eingeschränkte Leistungszuständigkeit der SV besteht oder
- aus anderen Gründen keine Abrechnung mit der SV stattfand.

Tabelle 18: Leistungen der LM-amb ohne Frequenz in der FG01 Allgemeinmedizin im Jahr 2014

Rang	KAL-Code	Kurztext	Begründung
1	AP521	Lokalanästhesie (exkl. Oberflächenanästhesie) (LE=je Sitzung)	neue Leistung ab 2017
2	GA521	Vordere Nasentamponade	neue Leistung ab 2017
3	QZ585	Destruktion/Abtragung oberflächlicher Hautveränderungen	neue Leistung ab 2017
4	QZ750	Chirurgische Akutbehandlung einer offenen Wunde	neue Leistung ab 2017
5	QZ760	Chirurgische Behandlung einer chronischen Wunde	neue Leistung ab 2017
6	ZN830	Vorsorgeuntersuchung	neue Leistung ab 2017
7	ZN860	MKP: Routineuntersuchung in der Schwangerschaft ohne Sonographie	neue Leistung ab 2017
8	ZN865	MKP: Routineuntersuchung des Kindes	neue Leistung ab 2017
9	ZZ700	Betreuung im Disease-Management-Programm für Diabetes mellitus	neue Leistung ab 2017
10	JD552	Wechsel eines suprapubischen Blasenkatheters	neue Leistung ab 2017
11	ZN722	Konservative Behandlung einer chronischen Wunde	neue Leistung ab 2017
12	ZN775	Wärme- oder Kältetherapie	neue Leistung ab 2017
13	ZZ601	Spezielle Ernährungsberatung (LE=je Sitzung)	neue Leistung ab 2017
14	ZZ531	Ausführliche Untersuchung/Statuserhebung/therapeutische Aussprache	neue Leistung ab 2015
15	AK510	Biofeedback (LE=je Sitzung)	2014 keine MPOS-Verknüpfung
16	ZN830	Stomaversorgung	2014 keine MPOS-Verknüpfung
17	ZE530	Fußuntersuchung bei Diabetes mellitus inkl. allfälligem Druckprofil	2014 keine MPOS-Verknüpfung
18	QZ640	Trepanation eines Nagels	2014 keine MPOS-Verknüpfung
19	BC510	Bindehautsackspülung bei Verätzung	2014 keine MPOS-Verknüpfung
20	QZ650	Entfernung von Fremdkörpern aus der Haut	2014 keine MPOS-

			Verknüpfung
21	ZN800	Totenbeschau	2014 keine Frequenz in FG01
22	ZZ571	Impfung	2014 keine Frequenz in FG01
23	ZZ580	Ambulant durchgeführte Einzelschulung	2014 keine Frequenz in FG01
24	PA530	Bohrdrahtentfernung (LE=je Sitzung)	2014 keine Frequenz in FG01
25	ZD510	Röntgenuntersuchung – obere Extremität (LE=je Sitzung)	2014 keine Frequenz in FG01
26	ZZ590	Ambulant durchgeführte Gruppenschulung (LE=je Behandlungstag)	2014 keine Frequenz in FG01

*MPOS=Metahonorarposition

Etwas mehr als die Hälfte dieser Leistungen (14 KAL-Codes) wurde erst nach dem Auswertungszeitraum in den ambulant erbringbaren Teil des Gesamtkatalogs des BMGF aufgenommen. 8 dieser neuen Leistungen wurden aus bereits existierenden KAL-Positionen gebildet, indem entweder bestehende KAL-Positionen zu einer neuen Leistung zusammengefasst oder bestehende KAL-Leistungen geteilt wurden, sodass eine fachlich sinnvolle Zuordnung zu Versorgungsstufen und Fachbereichen möglich war. Für diese Leistungen konnte die Anzahl entsprechender Positionen aus dem Jahr 2014 erhoben werden (dargestellt in den Tabellen 19–23).

Frequenzen zusammengefasster, neuer Leistungen

Nachfolgende KAL-Positionen erwiesen sich für die Regelung der Versorgungsaufträge als zu detailliert und wurden deshalb zu neuen, ab 2017 geltenden Leistungen zusammengefasst.

Die Position **QZ585 Destruktion/Abtragung oberflächlicher Hautveränderungen** wurde aus den bestehenden Leistungen QZ580 Ätzung, QZ590 Exkochleation, QZ600 Kryochirurgie und QZ610 Elektrokoagulation zusammengefasst. Insgesamt wurden diese „alten“ Leistungen im Jahr 2014 32.491 mal von zumindest 922 abrechnenden Stellen der Fachgruppe Allgemeinmedizin erbracht.

Tabelle 19: Der Position QZ585 Destruktion/Abtragung oberflächlicher Hautveränderungen entsprechende Leistungen, die 2014 in der FG01 Allgemeinmedizin abgerechnet wurden

Rang	Fachgruppe	KAL-Code	Kurztext	Anzahl abrechnende Stellen	Anzahl abgerechnete Leistungen
1	01	QZ580	Ätzung (LE=je Sitzung)	649	3.881
2	01	QZ590	Exkochleation (LE=je Sitzung)	582	2.027
3	01	QZ600	Kryochirurgie (LE=je Sitzung)	922	26.583
4	01	QZ610	Elektrokoagulation	0	0
			Gesamt	–	32.491

Die Position **ZN775 Wärme- oder Kältetherapie** wurde aus den Leistungen PZ570 Kryotherapie, ZN770 Wärmetherapie – trocken und ZN780 Wärmetherapie – feucht gebildet und von mindestens 640 abrechnenden Stellen 84.015 mal erbracht.

Tabelle 20: Der Position ZN775 Kälte- und Wärmetherapie entsprechende Leistungen, die 2014 von der FG01 Allgemeinmedizin abgerechnet wurden

Rang	Fachgruppe	KAL-Code	Kurztext	Anzahl abrechnende Stellen	Anzahl abgerechnete Leistungen
1	01	PZ570	Kryotherapie (LE=je Sitzung)	15	684
2	01	ZN770	Wärmetherapie – trocken (LE=je Sitzung)	640	83.036
3	01	ZN780	Wärmetherapie – feucht (LE=je Sitzung)	11	295
			Gesamt	–	84.015

Die Versorgung von Wunden wurde im Rahmen der Erarbeitung der Versorgungsaufträge in den Positionen **QZ750 Chirurgische Akutbehandlung einer offenen Wunde**, **QZ760 Chirurgische Behandlung einer chronischen Wunde** und **ZN722 Konservative Behandlung einer chronischen Wunde** neu geordnet. 2014 wurden diesen Leistungen entsprechende Positionen vom Fachbereich Allgemeinmedizin 567.168mal von zumindest 2.850 abrechnenden Stellen erbracht.

Tabelle 21: Den neuen Wundversorgungspositionen entsprechende Leistungen, die 2014 von der FG 01 Allgemeinmedizin abgerechnet wurden

Rang	Fachgruppe	KAL-Code	Kurztext	Anzahl abrechnende Stellen	Anzahl abgerechnete Leistungen
1	01	QZ660	Versorgung von Wunden bis 5 cm (LE=je Sitzung)	2.850	69.763
2	01	QZ665	Versorgung großer oder multipler Wunden (LE=je Sitzung)	1.446	8.374
3	01	QZ670	Abtragung von Wundbelägen oder Nekrosen (LE=je Sitzung)	724	10.059
4	01	ZN720	Wechsel eines Wundverbands (LE=je Sitzung)	2.640	478.972
			Gesamt	–	567.168

Die Leistung **ZZ531 Ausführliche Untersuchung/Statuserhebung/therapeutische Aussprache** wurde bereits mit 2015 aus den Positionen „ZZ530 Ausführliche klinische Untersuchung und Statuserhebung“ und „ZZ540 Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient“ zusammengefasst. Diese Leistungen wurden 2014 von mindestens 4.245 Stellen 2.839.257 mal abgerechnet.

Tabelle 22: Zu Ausführliche Untersuchung/Statuserhebung/therapeutische Aussprache FG01 abgerechnete Leistungen in der FG01 Allgemeinmedizin

Rang	Fachgruppe	KAL-Code	Kurztext	Anzahl abrechnende Stellen	Anzahl abgerechnete Leistungen
1	01	ZZ530	Ausführliche klinische Untersuchung und Statuserhebung (LE=je Sitzung)	1	1
2	01	ZZ540	Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient (LE=je Sitzung)	4.245	2.839.256
			Gesamt	-	2.839.257

Geteilte, neue Leistungen

Die fachlich sinnvolle Zuordnung von KAL-Leistungen zu Versorgungsebenen und Fachbereichen machte es notwendig, einzelne Leistungen zu teilen. Das trifft auf die Leistung „GA520 Nasentamponade“ zu, die in „GA521 Vordere Nasentamponade“, und „GA522 Hintere Nasentamponade“ getrennt wurde. Damit konnte die vordere Nasentamponade den Fachbereichen Allgemeinmedizin, Hals-, Nasen und Ohrenheilkunde sowie Kinder- und Jugendheilkunde als Basisleistung zugeordnet werden, während die hintere Nasentamponade nur dem Fachbereich HNO (als spezielle Leistung) zugeordnet wurde.

Unter der Annahme, dass Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin auf Grund der fehlenden Ausstattung und Praxis keine hinteren Nasentamponaden legen, wurden alle im Jahr 2014 von der Fachgruppe Allgemeinmedizin abgerechneten Nasentamponaden der neuen Position „GA521 Vordere Nasentamponade“ zugerechnet (siehe Tabelle 23).

Aus ähnlichen Gründen wurde die KAL-Position „JD550 Anlage oder Wechsel eines suprapubischen Harnblasenkatheters“ in „JD551 Anlage eines suprapubischen Blasenkateters“ und „JD552 Wechsel eines suprapubischen Blasenkateters“ getrennt: der Wechsel dieser Katheter kann als spezielle Leistung in den Fachbereichen Allgemeinmedizin sowie Kinder- und Jugendheilkunde durchgeführt werden. Im Fachbereich Urologie gilt jedoch sowohl der Wechsel als auch die Anlage eines solchen Katheters als Basisleistung. Auch hier wurde die Annahme getroffen, dass Ärztinnen/Ärzten für Allgemeinmedizin keine suprapubischen Blasenkateter anlegen und daher alle unter der Position JD550 erbrachten Leistungen den Katheterwechsel betreffen.

Tabelle 23: Frequenz 2014 von Nasentamponade und suprapubischer Blasenkateter

Rang	Fachgruppe	KAL-Code	Kurztext	Anzahl abrechnende Stellen	Anzahl abgerechnete Leistungen
1	01	GA520	Nasentamponade (LE=je Sitzung)	799	3.871
2	01	JD550	Anlage oder Wechsel eines suprapubischen Harnblasenkatheters (LE=je Sitzung)	305	3.444
			Gesamt	1.104	7.315

Die in Tabelle 19 bis 23 dargestellten Leistungen wurden im Auswertungszeitraum von der FG01 Allgemeinmedizin insgesamt **3.530.246** mal abgerechnet. Dabei kam die Position „ZZ40 Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient“ weitaus am häufigsten vor, gefolgt von Wundversorgungsleistungen, die mit einer Frequenz von 567.168 Leistungseinheiten aufschienen.

Die Auswertungen in diesem Projekt beziehen sich ausschließlich auf KAL-Daten. Daher wurden für erstmals in den Katalog ambulanter Leistungen aufgenommene Positionen, wie z.B. die Vorsorgeuntersuchung, Mutter-Kind-Passuntersuchungen oder die Betreuung im Disease-Management-Programm für Diabetes mellitus oder Leistungen, für die keine Überleitung aus der Metahonorarordnung existiert (z.B: Entfernung von Fremdkörpern aus der Haut, Stomaversorgung) keine Auswertungen durchgeführt.

5.7.1.1 Festlegung des Cut-off „versorgungswirksamer“ Abrechnungsstellen

Bevor eine weitere Analyse mit regionaler Auflösung durchgeführt wird, ist zu überlegen, ob und falls ja wie „versorgungswirksame“ Abrechnungsstellen identifiziert und charakterisiert werden können.

Die Gesamtzahl der 2014 abgerechneten Leistungen kann dazu verwendet werden, Abrechnungsstellen mit „wenigen“ Leistungen als „nicht versorgungswirksam“ zu qualifizieren. Die Grenze kann dabei „willkürlich“, aber logisch argumentiert mit einer Mindestanzahl von 10 Leistungen pro „Öffnungstag“ (Annahme 200 Arbeitstage) mit 2.000 Leistungen pro Jahr festgelegt werden. Alternativ kann die durchschnittliche jährliche Leistungsanzahl der Fachgruppe vermindert um die Standardabweichung der Verteilung als Grenzwert die „Ausreißer“ exkludieren.

Die Verteilung der Leistungsanzahl ergibt folgendes Bild:

Tabelle 24: Verteilung der Leistungsanzahl der FG01 AM

Leistungsanzahl Mittelwert	Leistungsanzahl Minimum	Leistungsanzahl Maximum	Standard- abweichung	Cut-off
19.078,03	1,00	151.738,57	16.517,51	2.560,52

Die „theoretisch argumentierte“ und die „statistisch errechnete“ Grenze liegen nahe beisammen. Damit erscheint es als geeignet den errechneten Cut-off anzuwenden. Von den 5.284 abrechnenden Stellen verbleiben bei Anwendung dieser Grenze 4.127 abrechnende Stellen, welche als versorgungswirksam identifiziert werden können.

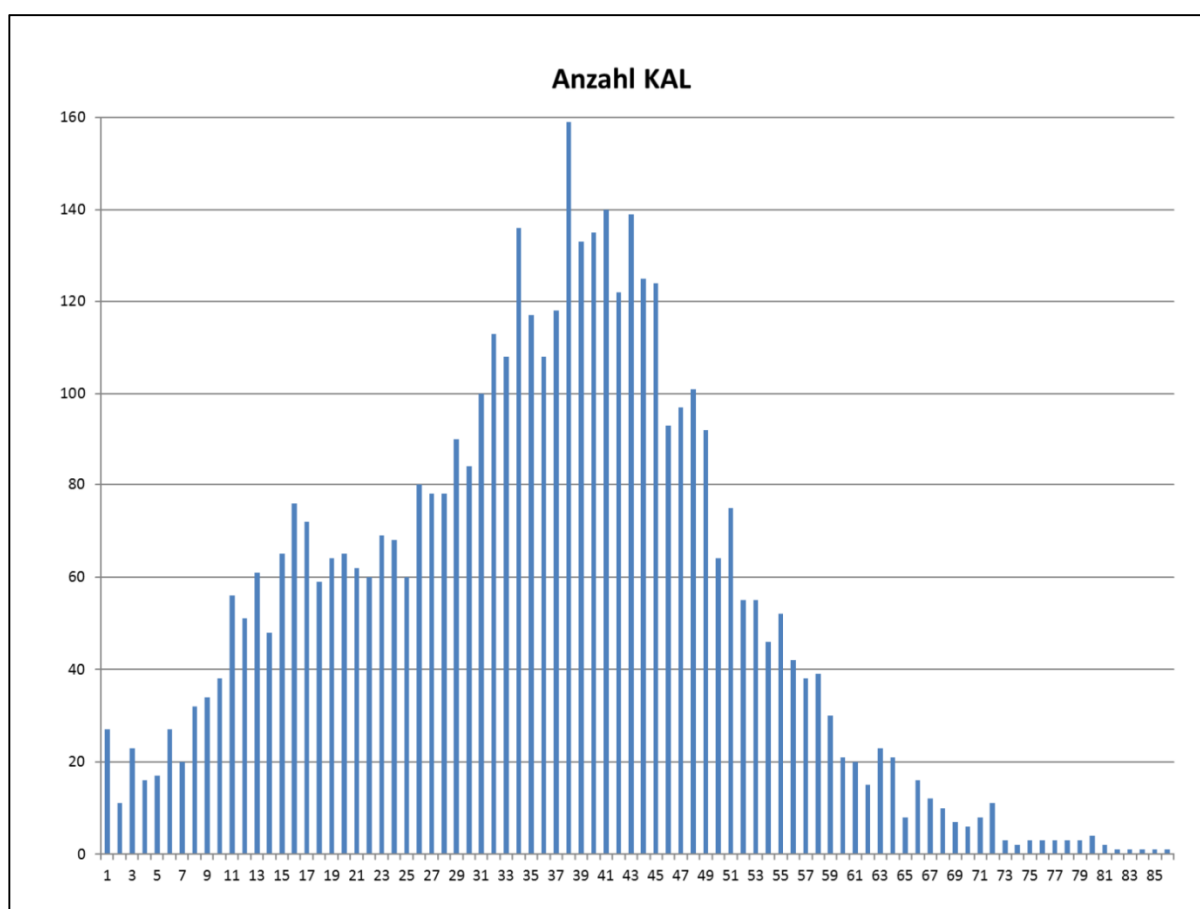
Eine weitere Methode zur Identifizierung versorgungswirksamer Abrechnungsstellen ist die Untersuchung der Leistungsspektren. Der einfachste Zugang ist dabei die Definition einer „Leitleistung“ für das Fach AM. Dafür bietet sich die Leistung ZZ511 („Visite am Tag“) an, da die Betreuung am Wohnort einen charakteristischen Bestandteil der Primärversorgung darstellt. Wendet man diese Einschränkung an so verbleiben 4.476 Abrechnungsstellen. Betrachtet man die Leistungsspektren, so kann dies quantitativ - nach der Anzahl unterschiedlicher, abgerechneter Positionen - oder qualitativ - nach Übereinstimmung mit dem Versorgungsauftrag - erfolgen.

Tabelle 25: Verteilung der KAL-Positionen der FG01 AM

KAL-Positionen Mittelwert	KAL-Positionen Minimum	KAL-Positionen Maximum	Standardabweichung	Cut-off
31,41	1	91	18,47	12,94

Da 728 Abrechnungsstellen nur eine einzige KAL Position abgerechnet haben, werden diese in der graphischen Darstellung ausgeblendet, damit die Skalierung für die Ansicht der Verteilung angepasst werden kann.

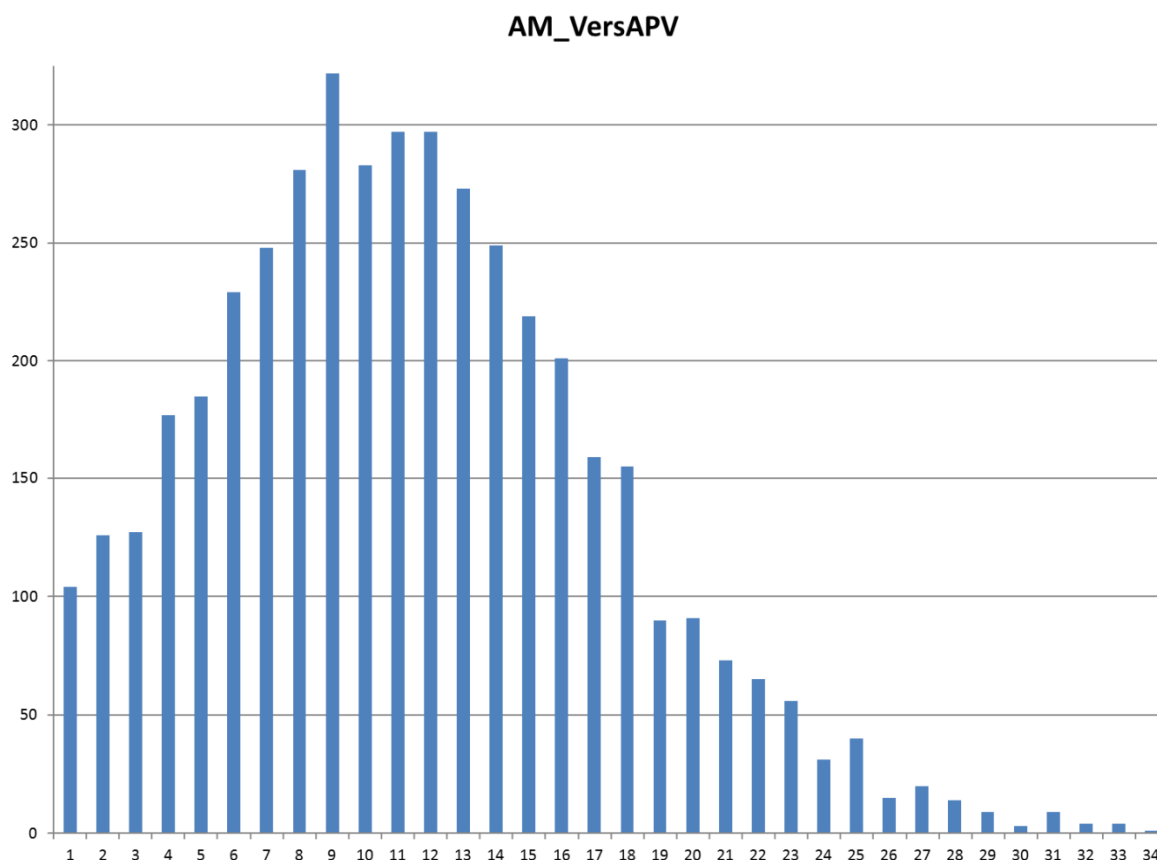
Abbildung 7: Verteilung anhand der Anzahl an abgerechneten KAL-Positionen bezogen auf die Allgemeinmediziner



Wendet man nun den Cut-off auf die Abrechnungsstellen an, so verbleiben 4.255 abrechnende Stellen.

Die qualitative Betrachtung entsprechend der Versorgungsaufträge ergibt, dass 4.457 abrechnende Stellen zumindest eine Leistung aus dem Versorgungsauftrag PV – dieser umfasst 73 KAL Positionen (siehe Anhang) – erbringen. Von diesen wurden 2014 47 tatsächlich von Abrechnungsstellen aus dem Fach AM abgerechnet. Die Häufigkeit wird in der nachfolgenden Abbildung 8 gezeigt:

Abbildung 8: Verteilung anhand der Anzahl an abgerechneten KAL-Positionen bezogen auf die VSA der Allgemeinmediziner



Schränkt man – wie zuvor mit einem Cut-off des Mittelwertes reduziert um die Standardabweichung – ein, so werden nur Abrechnungsstellen gezählt, welche zumindest 5 der Leistungspositionen aus dem Versorgungsauftrag der Primärversorgung abgerechnet haben. Dies sind 3.738 abrechnende Stellen. Damit ergibt diese Vorgangsweise die stärkste Reduktion der Abrechnungsstellen.

5.7.2 Analyse „versorgungswirksamer“ Allgemeinmediziner

In der Folge wird die Analyse mit der Liste der „versorgungswirksamen“ AM Abrechnungsstellen fortgesetzt. Dabei werden Abrechnungsstellen ausgeschlossen, welche

1. keine gültige Regionalzuordnung aufweisen
2. Leistungssummen für 2014 abrechnen, welche mehr als eine Standardabweichung unter dem Durchschnitt liegen
3. keine Visiten durchführen und
4. ein Leistungsspektrum aufweisen, welches mehr als die Standardabweichung unter dem Durchschnitt liegt.

Damit bleiben 4.121 sogenannte „versorgungswirksame“ Allgemeinmediziner für eine detaillierte und regionale Analyse. Für 247 unterschiedliche KAL-Codes werden in Summe 100.359.672,8 Leistungen für 2014 abgerechnet. Von 4.063 Abrechnungsstellen werden

ZZ510 (“Kontakt in der Ordination während der Öffnungszeit”) abgerechnet. Bei 58 Abrechnungsstellen findet man diese Position nicht. Diese sind gesondert zu analysieren. Ebenso verwundert die hohe Anzahl von 505 Abrechnungsstellen, welche im ganzen Jahr weniger als 5.000 “Kontakte in der Ordination” abrechnen.

Tabelle 26: Verteilung der KAL-Positionen

KAL-Code	Summe AM 2014	Leistungsanzahl Mittelwert	Minimum	Maximum	Standardabweichung
ZZ510	53.665.729	13.208,4	133	74.668	7.356.,49

Die Position ZZ510 ist damit für 53,5% der Gesamtsumme der abgerechneten Leistungen verantwortlich.

Betrachtet man die “Quelle” der KAL-Codes so finden sich 216 mit der Quellenangabe “KAL” und 31 mit der Herkunft “MEL”. Die Leistungen aus dem “MEL”-Bereich sind insgesamt nicht häufig. Der KAL-Code mit dem Kurztext HF030 (“Anlage oder Wechsel einer perkutanen endoskopischen Gastrostomie (PEG)”) wird als häufigste MEL-Leistung 2.675,14 in der Dokumentation abgebildet. Da es sich insgesamt nur um 4.201,29 Leistungen aus 31 Positionen handelt, werden diese für die Analyse der “typischen Leistungsspektren” nicht berücksichtigt.

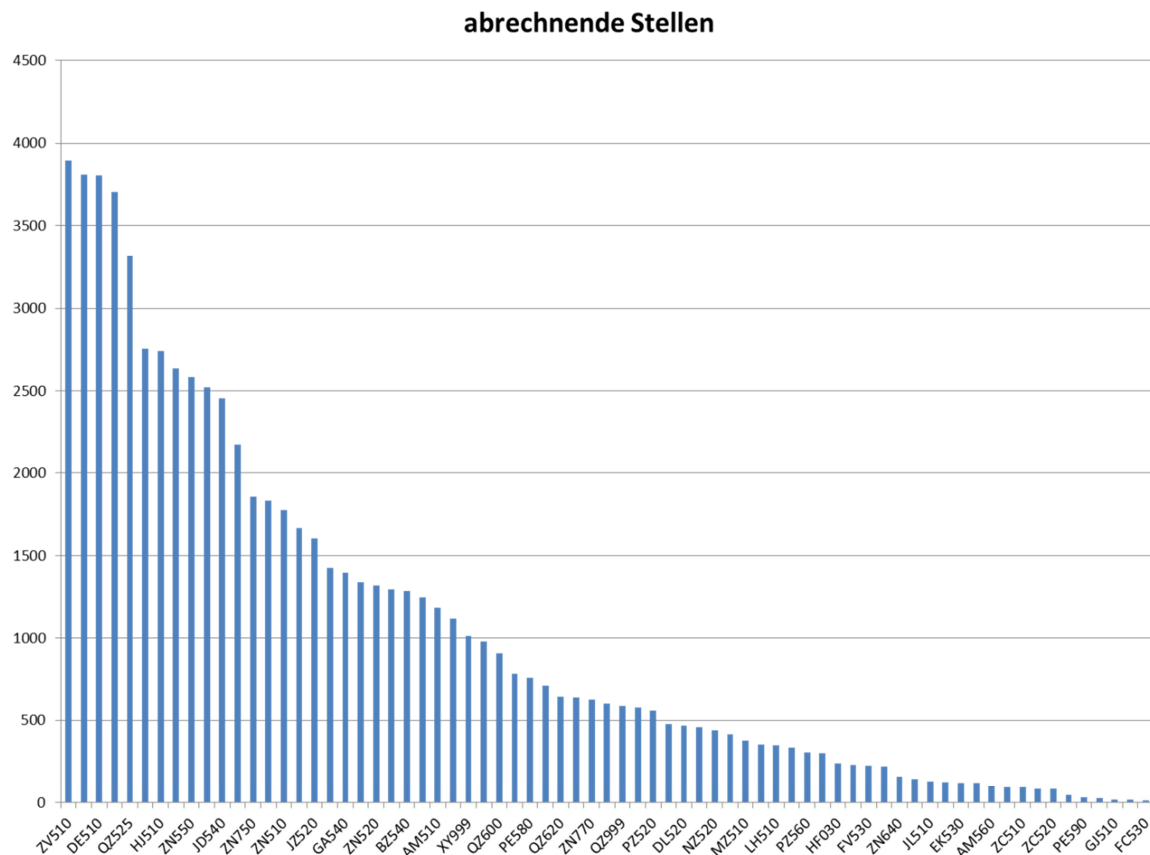
Die 216 Leistungen mit der Quellenangabe “KAL” werden für “typische Leistungsspektren” ebenfalls weiter eingeschränkt. So werden 108 Positionen mehr als 1.000-mal im Jahr 2014 abgerechnet. 109 Positionen, welche seltener als 1.000-mal in der Dokumentation aufzufinden sind, können ebenfalls in einer späteren Untersuchung analysiert werden. Damit verbleiben 100.338.124,18 Leistungen verteilt auf 107 Positionen.

Wie bereits bei der allgemeinen Analyse der Daten beschrieben, dominieren die “Grundleistungen” aus der Gruppe “ZZ” und die “Laborleistungen” aus der Gruppe “ZX” zahlenmäßig die anderen Leistungsgruppen. Für die qualitative Betrachtung verbleiben 71 KAL-Codes mit einer Leistungsanzahl von 10.352.539,82.

In der weiteren Folge sind beide Einschränkungen zu kombinieren. Nur die Leistungen der Abrechnungsstellen, welche den vier Kriterien entsprechen werden für die Untersuchung des Leistungsspektrums herangezogen. Von diesen Leistungen werden nur die 71 KAL Codes einbezogen.

Die “versorgungswirksamen” Abrechnungsstellen erbringen – ohne Grund- und Laborleistungen – zwischen einer und 52 unterschiedliche KAL-Positionen. Diese werden von zwischen 11 und 3.895 Abrechnungsstellen dokumentiert.

Abbildung 9: Verteilung anhand der Anzahl an abrechnenden Stellen



Diese Verteilung nach der Anzahl der Abrechnungsstellen wird nun auf regionale Unterschiede untersucht. Dazu wird einerseits eine Kategorisierung nach Bundesländern und andererseits eine nach "städtischen", "intermediären" und "ländlichen" Regionen nach der EC_UR Systematik – übernommen von der Statistik Austria² – vorgenommen. Die Gliederungsebene "Bundesland" dient vor allem der Untersuchung von Einflüssen der Honorarordnungen der §2-Kassen.

Es stehen 71 KAL Codes zur Untersuchung zur Verfügung. Im Durchschnitt werden sie von Abrechnungsstellen in 7,5 (StdAw 2,4) Bundesländern dokumentiert. Daher wird als Grenze der Nachweis in 5 Bundesländern festgesetzt. Nur 10 dieser KAL-Codes werden damit in weniger als 5 Bundesländern erbracht. Nur ein Code, welcher mehr als 1% zur Gesamtsumme der Leistungen beiträgt, wird nicht in allen sondern nur in sieben Ländern abgerechnet. Damit können diese 61 Codes als das "österreichische Leistungsspektrum" der Allgemeinmedizin in den vorliegenden Daten betrachtet werden. Dazu ist die regionale Erbringung von Interesse und zudem können die als "versorgungswirksam" charakterisierten Abrechnungsstellen auf ihr "individuelles" Leistungsspektrum untersucht werden. Damit ist nochmals eine Differenzierung der Darstellung möglich.

² Download Dezember 2016[A][A][HTTP://EC.EUROPA.EU/EUROSTAT/STATISTICS-EXPLAINED/INDEX.PHP/URBAN-RURAL_TYPOLOGY](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/urban-rural_typology)
http://www.statistik.at/web_de/klassifikationen/regionale_gliederungen/nuts_einheiten/index.html
 abgefragt 19.12.2016

5.8 Analyse KAL 2014 – FG07 Innere Medizin und FG08 Kinder- und Jugendheilkunde

5.8.1 Häufigsten KAL-Leistungen der FG07 Innere Medizin

Von den Fachärzten für Innere Medizin (FG07) wurden im Jahr 2014 insgesamt 138 verschiedene KAL-Codes abgerechnet.

Von den in der FG07 abgerechneten KAL-Codes gibt es 28 KAL-Codes, welche den definierten VSA der FG07 zugeordnet werden können als „Leistungstyp Interne“ (LT-Int). Bei acht KAL-Codes handelt es sich um Basisleistungen und bei 20 um Spezialleistungen. 110 verschiedene KAL-Codes können keinem VSA zugeordnet werden.

Insgesamt wurden am meisten Leistungen des KAL-Codes ZZ510 („Kontakt in der Ordination während der Öffnungszeiten“) in der FG07 abgerechnet, mit einer Anzahl von 2.946.233. Unter den Top 20 finden sich sieben Leistungen, welche als VSA für die Fachgruppe der Inneren Medizin definiert wurden.

Tabelle 27: Top 20 der KAL-Codes mit der höchsten Anzahl an abgerechneten Leistungen in der LT-Int FG07 im Jahr 2014

Rang	Fach	KAL-Code	Kurztext	Anzahl von VP-Triplet	Summe von Anzahl	LT-Int
1	07	ZZ510	Kontakt in der Ordination während der Öffnungszeiten (LE=je Sitzung)	533	2.946.233,00	
2	07	DE510	Elektrokardiographie (EKG) in Ruhe (LE=je Sitzung)	526	1.759.037,00	b
3	07	ZX595	Klinische Chemie: Leber/Pankreas (LE=je Befundzeile)	370	1.706.077,71	
4	07	ZX541	Hämatologie: Blutbild (LE=je Befundzeile)	375	1.052.313,50	
5	07	ZX615	Klinische Chemie: Fettstoffwechsel (LE=je Befundzeile)	369	1.032.008,75	
6	07	ZX585	Klinische Chemie: Niere/Elektrolyte (LE=je Befundzeile)	368	934.362,36	
7	07	ZZ670	Sonstige im Rahmen eines amb. Kontakts o. anderer Leistungen erbrachte (Teil-)Leistungen (LE=andere)	749	850.734,00	
8	07	DZ510	Transthorakale Echokardiographie (TTE) (LE=je Sitzung)	396	646.399,00	s
9	07	ZX611	Klinische Chemie: Glukosestoffwechsel (LE=je Befundzeile)	454	529.594,00	
10	07	ZX581	Klinische Chemie: Entzündungsmarker (LE=je Befundzeile)	367	502.051,00	
11	07	ZC510	Sonographie des Oberbauches und des Retroperitoneums (LE=je Sitzung)	384	453.217,29	s
12	07	ZX850	Untersuchungen bei Stoffwechselerkrankungen (LE=je Befundzeile)	365	410.799,00	
13	07	ZV510	Entnahme von Untersuchungsmaterial zur in-vitro-Diagnostik (LE=andere)	415	289.625,66	b
14	07	ZX561	Hämostaseologie: Globaltests (LE=je Befundzeile)	376	286.694,00	
15	07	ZX751	Harn diagnostik: Harnstreifen (LE=je Befundzeile)	425	283.957,00	

16	07	ZZ540	Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient (LE=je Sitzung)	482	279.005,00	
17	07	DL510	Ergometrie (LE=je Sitzung)	471	269.586,00	s
18	07	ZX591	Klinische Chemie: Kardiale Marker (LE=je Befundzeile)	262	168.669,00	
19	07	KC510	Sonographie der Schilddrüse und Nebenschilddrüse (LE=je Sitzung)	332	147.384,00	s
20	07	GL510	Spirometrie (LE=je Sitzung)	394	146.599,00	s

5.8.2 Häufigsten KAL-Leistungen der FG08 Kinder- und Jugendheilkunde (KIJU_2014)

Von der Fachgruppe der Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde (FG08) wurden im Jahr 2014 insgesamt 156 verschiedene KAL-Codes abgerechnet.

Mit einer Anzahl von 321 verschiedenen abrechnenden Stellen (Anzahl von VP-Triplet) wurde der KAL-Code ZZ510 („Kontakt in der Ordination während der Öffnungszeiten“) von den meisten abrechnenden Stellen in der FG08 erbracht.

Bei Auswahl der Top 20 erbrachten Leistungen im Bereich der Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde zeigt sich, dass die acht häufigsten Leistungen nicht Teil der Versorgungsaufträge sind. In den Top 15 finden sich vier Leistungen, die laut den VSA auch als elementare Leistungen für die FG08 definiert wurden.

Von den in der FG08 abgerechneten KAL-Codes gibt es 31 KAL-Codes, welche den definierten VSA der FG08 zugeordnet werden können. Bei elf KAL-Codes handelt es sich um Basisleistungen und bei 20 um Spezialleistungen. 125 verschiedene KAL-Codes können keinem VSA zugeordnet werden.

Tabelle 28: Top 20 der KAL-Codes mit der höchsten Anzahl an abgerechneten Leistungen in der FG08 im Jahr 2014

Rang	Fach	KAL-Code	Kurztext	Anzahl von VP-Triplet	Summe von Anzahl	LT-KIJU
1	08	ZZ510	Kontakt in der Ordination während der Öffnungszeiten (LE=je Sitzung)	321	2.117.994,00	
2	08	ZZ670	Sonstige im Rahmen eines amb. Kontakts o. anderer Leistungen erbrachte (Teil-)Leistungen (LE=andere)	320	783.951,54	
3	08	ZX541	Hämatologie: Blutbild (LE=je Befundzeile)	284	442.732,00	
4	08	ZZ540	Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient (LE=je Sitzung)	308	289.997,00	
5	08	ZX581	Klinische Chemie: Entzündungsmarker (LE=je Befundzeile)	278	190.623,00	
6	08	ZQ510	Entwicklungsdiagnostik (LE=je Sitzung)	254	186.199,00	
7	08	ZX751	Harndiagnostik: Harnstreifen (LE=je Befundzeile)	312	165.972,00	
8	08	ZZ600	Ernährungsberatung (LE=je Sitzung)	270	110.684,00	
9	08	DE510	Elektrokardiographie (EKG) in Ruhe (LE=je Sitzung)	261	89.272,00	s
10	08	ZX595	Klinische Chemie: Leber/Pankreas (LE=je Befundzeile)	84	80.707,23	

11	08	NE510	Sonographie der kindlichen Hüften (LE=je Sitzung)	255	74.989,00	
12	08	ZC510	Sonographie des Oberbauches und des Retroperitoneums (LE=je Sitzung)	170	57.555,39	
13	08	ZX755	Harndiagnostik: Harnsediment (LE=je Befundzeile)	142	56.284,00	
14	08	ZV510	Entnahme von Untersuchungsmaterial zur in-vitro-Diagnostik (LE=andere)	240	48.672,00	b
15	08	ZX710	Sonstige Erregerdiagnostik (LE=je Befundzeile)	162	47.244,00	
16	08	CA520	Zerumenentfernung (LE=je Seite)	189	45.623,50	b
17	08	ZX611	Klinische Chemie: Glukosestoffwechsel (LE=je Befundzeile)	205	42.178,00	
18	08	ZZ512	Kontakt in der Ordination außerhalb der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung (LE=je Sitzung)	236	30.912,00	
19	08	ZX615	Klinische Chemie: Fettstoffwechsel (LE=je Befundzeile)	76	29.969,50	
20	08	GL510	Spirometrie (LE=je Sitzung)	211	29.500,00	s

5.9 Regionale Variabilität der KAL-Leistungen

Für regionale Betrachtungen werden in der Folge Bevölkerungsdaten aus Quellenangabe "STATcube - Statistische Datenbank von STATISTIK AUSTRIA" verwendet. Vor allem muss immer beachtet werden, dass 484 kumulierte Abrechnungen keine Ortsangabe enthalten. Davon sind Abrechnungen von 149 Vertragspartnern betroffen, wobei für 29 von diesen in anderen Abrechnungssätzen Ortsangaben vorhanden sind. Damit besteht grundsätzlich die Möglichkeit diesen Abrechnungssätzen nachträglich eine Ortsangabe hinzuzufügen.

Zu bedenken ist auch, dass eine „abrechnende Stelle“ durch die Angaben des Vertragspartner-Pseudonyms, die Fachzuordnung und die Ortsangabe eindeutig festgelegt werden. In den Quelldaten wäre dieses Triplet noch um den abrechnenden Versicherungsträger zu ergänzen. Dann könnten die Abrechnungssätze zu den Abrechnungsvorgängen zurückverfolgt werden. Da dies für diese erste Untersuchung ein erklärtes „nicht Ziel“ darstellt, ist mit der Zuordnung über das Triplet eine regionale Analyse der abrechnenden Stellen durchzuführen. Ein Vergleich der Ergebnisse mit Informationen in Regiomed oder dem ÖSG ist aufgrund der unterschiedlichen Datenlogik nicht sinnvoll.

Es finden sich 15.409 Triplets. VP-Pseudonyme findet man nur 14.525. Somit gibt es mehr Triplets als VP-Pseudonyme, dies kann dadurch zustande gekommen sein, dass Vertragspartnerinnen und Vertragspartner während des Untersuchungszeitraumes den Ordinationsstandort gewechselt haben oder gleichzeitig mehrere Ordinationen an unterschiedlichen Orten betrieben.

Es ergeben sich damit zwei unterschiedliche Sichten auf die Versorgungssituation. So kann die Anzahl der abrechnenden Stellen auf die Wohnbevölkerung bezogen werden („quellbezogene“ Betrachtungsweise). Eine andere Möglichkeit ist die „zielbezogene“ Betrachtungsweise, welche nur auf den Standort der Leistungserbringung/Abrechnung Bezug nimmt und sich auf die regionale Bevölkerung, unabhängig von deren Inanspruchnahmeverhalten (Pendler, Präferenzen,..), bezieht. Damit ergibt sich eine Darstellung der Infrastruktur.

Tabelle 29: Mittelwert an abrechnenden Stellen pro 10.000 Einwohner nach Fachgruppe

Fach	Bezeichnung	Mittelwert von Abrechnungsstellen/ 10.000 EW	Minimum von Abrechnungsstellen/ 10.000 EW	Maximum von Abrechnungsstellen / 10.000 EW
1	Arzt für Allgemeinmedizin	6,153	5,351	7,064
2	FA für Anästhesiologie und Intensivmedizin	0,006	0,006	0,006
3	FA für Augenheilkunde und Optometrie	0,477	0,347	0,584
4	FA für Chirurgie	0,215	0,053	0,404
5	FA für Haut- und Geschlechtskrankheiten	0,324	0,208	0,472
6	FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	0,599	0,398	0,828
7	FA für Innere Medizin	1,004	0,489	1,326
8	FA für Kinder- und Jugendheilkunde	0,370	0,243	0,557
9	FA für Hals-, Nasen- und Ohrenerkrankungen	0,296	0,215	0,404
10	FA für Lungenkrankheiten	0,175	0,106	0,236
11	FA für Neurologie und Psychiatrie/Psychiatrie und Neurologie	0,173	0,007	0,398
12	FA für Orthopädie und orthopädische Chirurgie	0,294	0,174	0,606
13	FA für Physikalische Medizin	0,095	0,072	0,118
14	FA für Radiologie	0,199	0,139	0,270
15	FA für Unfallchirurgie	0,056	0,018	0,139
16	FA für Urologie	0,244	0,168	0,410
17	FA für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	2,942	2,334	3,683
18	FA für Neurochirurgie	0,016	0,011	0,019
19	FA für Neurologie	0,193	0,072	0,292
20	FA für Psychiatrie	0,197	0,033	0,318
21	FA für Plastische Chirurgie	0,019	0,011	0,027
24	FA für Nuklearmedizin	0,010	0,006	0,014
27	Zahnarzt	0,647	0,347	1,007
29	FA für Immunologie	0,014	0,014	0,014
32	FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie	0,034	0,021	0,053
50	FA für Medizinische und Chemische Labordiagnostik	0,040	0,019	0,067
51	Labor, EEG	0,006	0,006	0,006
52	Labor, zytodignostisch	0,020	0,006	0,037
53	FA für Pathologie und Histologie	0,028	0,006	0,045
55	FA für Hygiene und Mikrobiologie bzw. FA für Mikrobiologisch-serologische Labordiagnostik	0,017	0,006	0,028
62	Dentist	0,035	0,008	0,104
63	Physiotherapeut	0,965	0,069	2,442
64	Masseur	0,133	0,133	0,133
66	Logopäde	0,308	0,041	0,717
70	Hebamme	0,421	0,133	0,820
72	Psychotherapeut	0,070	0,070	0,070
73	Klinischer Psychologe	0,132	0,066	0,208
75	Ergotherapeut	0,185	0,033	0,538
80	Bettenführende Krankenanstalten	0,100	0,022	0,336
84	CT, MR und sonstige bildgebende technische Leistungen (z.B. Knochendichte und nuklearmedizinische Leistungen)	0,204	0,084	0,452
85	Selbständige Ambulatorien (exklusive Zahnambulatorien)	0,494	0,233	1,145
86	Selbständiges Ambulatorium für ZMK	0,128	0,035	0,213
87	Pflegeheim für chronisch Kranke, Pensionistenheim	0,032	0,006	0,072
91	Selbständiges Ambulatorium für physikalische Medizin	0,313	0,147	0,541
92	Hauskrankenpflegeorganisation	0,247	0,034	0,855
99	Andere Vertragspartner, soweit sie nicht den Fachgebieten 40-44, 50-91 zuzuordnen sind, z.B. Universitätsinstitut (sofern nicht als Teil einer Krankenanstalt), Bundesstaatliche Untersuchungsanstalt, Sonstige Unternehmen (Handelsunternehmen, Frisöre und Pe	0,240	0,041	0,634

Die Frage der Leistungszahlen ist eine andere Betrachtungsweise der Versorgungsdichte. Dabei wird neuerlich zielbezogen die Anzahl der erbrachten Leistungen auf die regionale Bevölkerung bezogen. Dabei ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 30: Leistungsanzahl unterteilt nach Bundesländer

NUTS 2	Land	Summe von Anzahl Leistungen	KAL-Leistungen / 10.000 EW	% Prozent des Durchschnitts
AT34	Vorarlberg	9.811.754,72	260.277,39	71,19%
AT31	Oberösterreich	40.782.074,78	284.939,66	77,93%
AT12	Niederösterreich	56.093.895,62	343.890,23	94,06%
AT21	Kärnten	19.824.769,45	356.152,56	97,41%
AT22	Steiermark	43.675.065,15	358.621,10	98,09%
AT32	Salzburg	19.279.050,01	359.455,76	98,31%
AT11	Burgenland	12.060.657,25	419.076,94	114,62%
AT33	Tirol	31.930.411,60	440.493,59	120,48%
AT13	Wien	83.296.627,50	467.684,80	127,92%
	Durchschnitt	365.621,34		
	Median	358.621,10		
	Minimum	260.277,39		
	Maximum	467.684,80		
	Standardabweichung	68.132,32		

In diesen Zahlen spiegeln sich einerseits strukturelle Unterschiede in der Versorgungslandschaft und andererseits Phänomene des Abbildungssystems, welches ebenfalls – wie anfangs beschrieben – zu einer von mehreren Verarbeitungsschritten beeinflussten Abbildung führt, wider. Um diese Einflüsse transparent zu machen, ist in der Folge eine Untersuchung auf Ebene einer einzelnen KAL-Leistungsposition erforderlich, welche in allen untersuchten Regionen vorkommt. Dieser kann eine Leistungsposition gegenübergestellt werden, welche regional in der Abrechnung unterschiedlich geregelt ist. Unterschiede bei den Leistungserbringern können durch die Analyse einzelner Fachgruppen erwartet werden.

6 Anhang

Anhang 1: Liste der definierten VSA inkl. zugeordneten KAL-Codes und Leistungstext für die FG01 Allgemeinmediziner/Primärversorgung (n=73) (Stand: 15.07.2016)

Code	Kurztext Leistung	Endgültige Zuordnung Leistungsart
AK510	Biofeedback (LE=je Sitzung)	s
AM540	Psychiatrische Testung (LE=je Sitzung)	b
AM550	Behandlung bei psychosomatischen Beschwerden (LE=je Sitzung)	s
AM560	Psychotherapie (Einzeltherapie) (LE=je Sitzung)	s
AM570	Psychotherapie (Gruppentherapie) (LE=je Sitzung)	s
AP521	Lokalanästhesie (exkl. Oberflächenanästhesie) (LE=je Sitzung)	b
BC510	Bindehautsackspülung bei Verätzungen(LE=je Sitzung)	b
BZ540	Entfernung von Fremdkörpern aus der Hornhaut, Lederhaut oder Bindehaut (LE=je Sitzung)	b
CA520	Zerumenentfernung (LE=je Seite)	b
CE510	Nystagmusprüfung (LE=je Sitzung) ²	s
DE510	Elektrokardiographie (EKG) in Ruhe (LE=je Sitzung)	b
DL510	Ergometrie (LE=je Sitzung)	s
DL520	Langzeit-Blutdruckmessung (LE=je Sitzung)	s
EK530	Sklerosierung von Venen der unteren Extremität (LE=je Seite)	s
EQ530	Aderlass (LE=je Sitzung)	b
FG550	Tuberkulintest (LE=je Applikation/ Prothese/Stent)	s
FG560	Desensibilisierung (LE=je Sitzung)	b
GA521	Vordere Nasentamponade	b
GA540	Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase (LE=je Sitzung)	b
GL510	Spirometrie (LE=je Sitzung)	s
JD540	Anlage oder Wechsel eines transurethralen Dauerkatheters (LE=je Sitzung)	b
JD552	Wechsel eines suprapubischen Blasenkatheters	s
LH510	Manuelle Therapie – Wirbelsäule (LE=je Sitzung)	s
MC510	Fixation Unterarm (LE=je Applikation/ Prothese/Stent)	s
MZ510	Fixation Schulter-Ellenbogen (LE=je Applikation/ Prothese/Stent)	s
MZ520	Fixation Hand-Finger (LE=je Applikation/ Prothese/Stent)	s
NZ520	Fixation Unterschenkel-Zehen (LE=je Applikation/ Prothese/Stent)	s
PA530	Bohrdrahtentfernung (LE=je Sitzung)	s
PB510	Punktion der Gelenke (LE=je Sitzung)	s
PE590	Manuelle Therapie – Extremitäten (LE=je Sitzung)	s
PZ520	Reposition bzw. Repositionsversuch (LE=je Applikation/ Prothese/Stent)	s
PZ540	Anlegen eines Stützverbands (LE=je Applikation/ Prothese/Stent)	b
PZ550	Arbeiten an einer Fixation (LE=je Applikation/ Prothese/Stent)	s
PZ560	Abnahme einer Fixation (LE=je Applikation/ Prothese/Stent)	b
QZ525	Inzision oder Exzision an der Haut < 3 cm (LE=je Sitzung)	b

QZ565	Inzision oder Exzision an der Haut > 3 cm inkl. allfälliger Dehnungsplastik (LE=je Sitzung)	s
QZ585	Destruktion/Abtragung oberflächlicher Hautveränderungen	b
QZ620	Nagelkeilexzision (LE=je Sitzung)	s
QZ630	Nagelextraktion (LE=je Sitzung)	s
QZ640	Trepanation eines Nagels (LE=je Sitzung)	b
QZ650	Entfernung von Fremdkörpern aus der Haut (LE=je Sitzung)	b
QZ750	Chirurgische Akutbehandlung einer offenen Wunde	b
QZ760	Chirurgische Behandlung einer chronischen Wunde	b
ZB520	Röntgenuntersuchung – Thorax (LE=je Sitzung)	s
ZC510	Sonographie des Oberbauches und des Retroperitoneums (LE=je Sitzung)	s
ZC520	Sonographie des Unterbauches (LE=je Sitzung)	s
ZD510	Röntgenuntersuchung – obere Extremität (LE=je Sitzung)	s
ZE510	Röntgenuntersuchung – untere Extremität (LE=je Sitzung)	s
ZE530	Fußuntersuchung bei Diabetes mellitus inkl. allfälligem Druckprofil (LE=je Sitzung)	b
ZE540	Anlegen eines Kompressionsverbands (LE=je Verband)	b
ZN510	Biopsie/Probeexzision (LE=je Sitzung)	b
ZN520	Punktion von Zysten und anderen flüssigkeitsgefüllten Hohlräumen (LE=je Sitzung)	b
ZN530	Anlage oder Wechsel einer Sonde oder Drainage (LE=je Sitzung)	b
ZN550	Injektion in eine Körperhöhle oder ein Gelenk (LE=je Sitzung)	s
ZN560	Infiltration (LE=je Sitzung)	b
ZN722	Konservative Behandlung einer chronischen Wunde (LE=je Sitzung)	s
ZN740	Elektrotherapie (LE=je Sitzung)	s
ZN750	Ultraschalltherapie (LE=je Sitzung)	s
ZN775	Wärme- oder Kältetherapie	s
ZN800	Totenbeschau (LE=je Sitzung) ¹	s
ZN830	Stomaversorgung (LE=je Sitzung)	b
ZN860	MKP: Routineuntersuchung in der Schwangerschaft ohne Sonographie	b
ZN865	MKP: Routineuntersuchung des Kindes	b
ZN880	Vorsorgeuntersuchung	b
ZR510	Akupunktur (LE=je Sitzung)	s
ZV510	Entnahme von Untersuchungsmaterial zur in-vitro-Diagnostik (LE=andere)	b
ZZ531	Ausführliche Untersuchung/Stuserhebung/therapeutische Aussprache (LE=je Sitzung)	b
ZZ571	Impfung (LE=je Sitzung) ¹	b
ZZ580	Ambulant durchgeführte Einzelschulung (LE=je Behandlungstag)	b
ZZ590	Ambulant durchgeführte Gruppenschulung (LE=je Behandlungstag)	s
ZZ601	spezielle Ernährungsberatung (LE=je Sitzung)	s
ZZ610	Notfalluntersuchung und -behandlung (LE=je Sitzung)	b
ZZ700	Betreuung im Disease-Management-Programm für Diabetes mellitus	b

Anhang 2: Liste der definierten VSA inkl. zugeordneten KAL-Codes und Leistungstext für die FG07 Innere Medizin (n=47) (Stand: 15.07.2016)

Code	Kurztext Leistung	Leistungsart lt. ÖSG-Rohentwurf Stand: 15.07.2016 - endgültige Zuordnung
AM550	Behandlung bei psychosomatischen Beschwerden (LE=je Sitzung)	s
AM560	Psychotherapie (Einzeltherapie) (LE=je Sitzung)	s
AM570	Psychotherapie (Gruppentherapie) (LE=je Sitzung)	s
DE510	Elektrokardiographie (EKG) in Ruhe (LE=je Sitzung)	b
DE520	Langzeit-Elektrokardiographie (EKG) (LE=je Sitzung)	s
DL510	Ergometrie (LE=je Sitzung)	s
DL520	Langzeit-Blutdruckmessung (LE=je Sitzung)	b
DZ510	Transthorakale Echokardiographie (TTE) (LE=je Sitzung)	s
EB510	Sonographie der extrakraniellen Gefäße (LE=je Sitzung)	s
EM510	Sonographie der abdominellen Gefäße (LE=je Sitzung)	s
EP510	Oszillographie (LE=je Sitzung)	s
EQ530	Aderlass (LE=je Sitzung)	b
ER540	Kipptischuntersuchung (LE=je Sitzung)	s
EZ510	Sonographie der peripheren Gefäße (LE=je Sitzung)	s
FC510	Sonographie der Lymphknoten (LE=je Sitzung)	s
FG510	Allergieaustestung – Intra- und Epikutantests (LE=je Sitzung)	s
FG560	Desensibilisierung (LE=je Sitzung)	s
FV530	Intravenöse Verabreichung von Blutprodukten (LE=je Sitzung)	s
GL510	Spirometrie (LE=je Sitzung)	s
GL550	Spiroergometrie (LE=je Sitzung)	s
HH510	Koloskopie (LE=je Seite)	s
HZ510	Ösophagoskopie/Gastroskopie/Ösophagogastroduodenoskopie (LE=je Sitzung)	s
KC510	Sonographie der Schilddrüse und Nebenschilddrüse (LE=je Sitzung)	s
LM510	Punktion der Brust- oder Bauchhöhle (LE=je Sitzung)	b
ZA510	Sonographie – Kopf und Hals (LE=je Sitzung)	s
ZB510	Sonographie – Thorax (LE=je Sitzung)	s
ZC510	Sonographie des Oberbauches und des Retroperitoneums (LE=je Sitzung)	s
ZC520	Sonographie des Unterbauches (LE=je Sitzung)	s
ZE530	Fußuntersuchung bei Diabetes mellitus inkl. allfälligem Druckprofil (LE=je Sitzung)	b
ZN510	Biopsie/Probeexzision (LE=je Sitzung)	s
ZN520	Punktion von Zysten und anderen flüssigkeitsgefüllten Hohlräumen (LE=je Sitzung)	b
ZN540	Anbringen therapeutischer Drainagen – ultraschallgezielt (LE=je Sitzung)	s
ZN550	Injektion in eine Körperhöhle oder ein Gelenk (LE=je Sitzung)	s
ZN560	Infiltration (LE=je Sitzung)	b
ZN600	Sonographie von oberflächlichen Raumforderungen (LE=je Sitzung)	s
ZN722	Konservative Behandlung einer chronischen Wunde (LE=je Sitzung)	s
ZN860	MKP: Routineuntersuchung in der Schwangerschaft ohne Sonographie	b
ZN880	Vorsorgeuntersuchung	b

ZR510	Akupunktur (LE=je Sitzung)	s
ZV510	Entnahme von Untersuchungsmaterial zur in-vitro-Diagnostik (LE=andere)	b
ZZ531	Ausführliche Untersuchung/Statuserhebung/therapeutische Aussprache (LE=je Sitzung)	b
ZZ571	Impfung (LE=je Sitzung) ¹	b
ZZ580	Ambulant durchgeführte Einzelschulung (LE=je Behandlungstag)	b
ZZ590	Ambulant durchgeführte Gruppenschulung (LE=je Behandlungstag)	s
ZZ601	spezielle Ernährungsberatung (LE=je Sitzung)	s
ZZ610	Notfalluntersuchung und -behandlung (LE=je Sitzung)	b
ZZ700	Betreuung im Disease-Management-Programm für Diabetes mellitus	b

Anhang 3: Liste der definierten VSA inkl. zugeordneten KAL-Codes und Leistungstext für die FG08 Kinder- und Jugendheilkunde (n=60) (Stand: 15.07.2016)

Code	Kurztext Leistung	Leistungsart lt. ÖSG-Rohentwurf Stand: 15.07.2016
AA510	Elektroenzephalographie (EEG) (LE=je Sitzung)	s
AA515	Langzeit-Elektroenzephalographie (Langzeit-EEG) (LE=je Sitzung)	s
AK510	Biofeedback (LE=je Sitzung)	s
AM550	Behandlung bei psychosomatischen Beschwerden (LE=je Sitzung)	s
AM560	Psychotherapie (Einzeltherapie) (LE=je Sitzung)	s
AM570	Psychotherapie (Gruppentherapie) (LE=je Sitzung)	s
AP510	Messung somatosensibel evozierter Potentiale (SEP) (LE=je Sitzung)	s
AP521	Lokalanästhesie (exkl. Oberflächenanästhesie) (LE=je Sitzung)	b
AV510	Lumbalpunktion (LE=je Sitzung)	s/t
BC510	Bindehautsackspülung bei Verätzungen(LE=je Sitzung)	b
BL610	Messung visuell evozierter Potentiale (VEP) (LE=je Sitzung)	s
BZ540	Entfernung von Fremdkörpern aus der Hornhaut, Lederhaut oder Bindehaut (LE=je Sitzung)	b
CA520	Zerumenentfernung (LE=je Seite)	b
DE510	Elektrokardiographie (EKG) in Ruhe (LE=je Sitzung)	b
DE520	Langzeit-Elektrokardiographie (EKG) (LE=je Sitzung)	s
DE530	Kontrolle eines Herzschrittmachers (Ein- und Zweikammersystem) (LE=je Sitzung)	s
DE535	Kontrolle eines implantierten Defibrillators / Systems zur CRT / kardialen Monitors (LE=je Sitzung)	s
DL510	Ergometrie (LE=je Sitzung)	s
DL520	Langzeit-Blutdruckmessung (LE=je Sitzung)	s
DZ010	Stressechokardiographie (LE=je Sitzung)	s
DZ510	Transthorakale Echokardiographie (TTE) (LE=je Sitzung)	s
EQ530	Aderlass (LE=je Sitzung)	b
FG510	Allergieaustestung – Intra- und Epikutantests (LE=je Sitzung)	s
FG540	Kälte-/Wärme-/Druck-Test (LE=je Sitzung)	b
FG550	Tuberkulintest (LE=je Applikation/ Prothese/Stent)	s
FG560	Desensibilisierung (LE=je Sitzung)	s
FV530	Intravenöse Verabreichung von Blutprodukten (LE=je Sitzung)	s
GA521	Vordere Nasentamponade	b
GA540	Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase (LE=je Sitzung)	b
GL510	Spirometrie (LE=je Sitzung)	s
GL540	Bronchialer Provokationstest (LE=je Sitzung)	s
GL550	Spiroergometrie (LE=je Sitzung)	s
HA520	Durchtrennung eines Lippen-, Wangen- oder Zungenbändchens (LE=je Sitzung)	s
HE510	Ösophagus-Manometrie (LE=je Sitzung)	s
JD540	Anlage oder Wechsel eines transurethralen Dauerkatheters (LE=je Sitzung)	b
JD552	Wechsel eines suprapubischen Blasenkateters	s
LH510	Manuelle Therapie – Wirbelsäule (LE=je Sitzung)	s
LM510	Punktion der Brust- oder Bauchhöhle (LE=je Sitzung)	s

NE510	Sonographie der kindlichen Hüften (LE=je Sitzung)	s
PE590	Manuelle Therapie – Extremitäten (LE=je Sitzung)	s
PZ540	Anlegen eines Stützverbands (LE=je Applikation/ Prothese/Stent)	b
QZ585	Destruktion/Abtragung oberflächlicher Hautveränderungen	b
QZ650	Entfernung von Fremdkörpern aus der Haut (LE=je Sitzung)	b
ZC510	Sonographie des Oberbauches und des Retroperitoneums (LE=je Sitzung)	s
ZC520	Sonographie des Unterbauches (LE=je Sitzung)	s
ZN520	Punktion von Zysten und anderen flüssigkeitsgefüllten Hohlräumen (LE=je Sitzung)	b
ZN530	Anlage oder Wechsel einer Sonde oder Drainage (LE=je Sitzung)	b
ZN560	Infiltration (LE=je Sitzung)	b
ZN722	Konservative Behandlung einer chronischen Wunde (LE=je Sitzung)	s
ZN865	MKP: Routineuntersuchung des Kindes	b
ZQ511	spezielle Entwicklungsdiagnostik	s
ZR510	Akupunktur (LE=je Sitzung)	s
ZV510	Entnahme von Untersuchungsmaterial zur in-vitro-Diagnostik (LE=andere)	b
ZZ531	Ausführliche Untersuchung/Statuserhebung/therapeutische Aussprache (LE=je Sitzung)	b
ZZ571	Impfung (LE=je Sitzung) ¹	b
ZZ580	Ambulant durchgeführte Einzelschulung (LE=je Behandlungstag)	b
ZZ590	Ambulant durchgeführte Gruppenschulung (LE=je Behandlungstag)	s
ZZ601	spezielle Ernährungsberatung (LE=je Sitzung)	s
ZZ610	Notfalluntersuchung und -behandlung (LE=je Sitzung)	b

7 Referenzen

Bundesministerium für Gesundheit (2013): Bundes-Zielsteuerungsvertrag: Zielsteuerung-Gesundheit, http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/6/0/5/CH1443/CMS1371563907633/b-zv_urschrift.pdf, abgerufen am 06.12.2015.