

LKF-Modell 2022 für den stationären Bereich

1. Jänner 2022

Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)
Stubenring 1, 1010 Wien

Herstellungsort: Wien

**Die Erarbeitung dieser Unterlage erfolgte im Rahmen des Projekts
"Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)"**

Projektleitung:

Mag. Gerhard Embacher (BMSGPK)

Projektteam

BMSGPK:

Wolfgang Bartosik, Werner Bohuslav, Mag. Stefan Eichwalder (Abteilungsleiter),
Gertrud Fritz, Mag. Simona Iskra, Mag. Rainer Kleyhons,
Mag. Walter Sebek (Stv. Abteilungsleiter)

Koordination medizinische Dokumentation:

Dr. Andreas Egger (BMSGPK), Anna Mildschuh (SOLVE-Consulting)

Ökonomenteam (SOLVE-Consulting):

Mag. Gerhard Gretzl (Gesamt-Projektkoordination), Dr. Gerhard Renner

Ärzteteam:

Prim. Dr. Ludwig Neuner (Klinikum Freistadt, OÖG)

Fachleute aus den medizinischen Fächern

Statistik:

Prof. DI Dr. Karl P. Pfeiffer (FH Joanneum Graz)

Software-Entwicklung:

DI Bernhard Pesec (dothealth)

Gesundheit Österreich GmbH:

Dr. Karin Eglau, Mag. Petra Paretta

Wien, September 2021

Alle Rechte vorbehalten:

Jede kommerzielle Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Mikroverfilmung, der Wiedergabe in Fernsehen und Hörfunk, sowie für die Verbreitung und Einspeicherung in elektronische Medien wie z. B. Internet oder CD-ROM.

Im Falle von Zitierungen im Zuge von wissenschaftlichen Arbeiten sind als Quellenangabe „BMSGPK“ sowie der Titel der Publikation und das Erscheinungsjahr anzugeben.

Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des BMSGPK und der Autorin/des Autors ausgeschlossen ist. Rechtausführungen stellen die unverbindliche Meinung der Autorin/des Autors dar und können der Rechtsprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vorgreifen.

Inhalt

1 Gesamtdarstellung des LKF-Systems.....	6
2 Grundlagen der Modellbildung im LKF-Kernbereich	8
3 Abrechnungsvoraussetzungen.....	12
3.1 Festlegung von Intensiveinheiten.....	12
3.1.1 Intensiveinheiten für Erwachsene	12
3.1.2 Neonatologische/Pädiatrische Intensiveinheiten.....	17
3.2 Festlegung von Einheiten für die Akute Schlaganfallbehandlung auf einer Schlaganfalleinheit (Stroke Unit) (MEL AA040)	19
3.3 Festlegung von Einheiten zur Akut-Nachbehandlung von neurologischen Patient:innen.....	20
3.4 Festlegung von Einheiten zur stationären Behandlung in der Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)	21
3.5 Festlegung von Einheiten zur Remobilisation/Nachsorge – RNS	23
3.6 Festlegung von palliativmedizinischen Einheiten (PAL).....	24
3.7 Festlegung von Einheiten der Abteilungsgruppe 01 in der Psychiatrie.....	26
3.8 Festlegung von Einheiten mit Schwerpunkt für Psychosomatik und Psychotherapie (PSO)	28
3.8.1 Festlegung von Einheiten zur stationären Behandlung in der Psychosomatik und Psychotherapie (PSO) für Erwachsene – MEL AM100	28
3.8.2 Festlegung von Einheiten zur stationären Behandlung in der Psychosomatik und Psychotherapie (PSO) für Kinder und Jugendliche – MEL AM140	30
3.9 Festlegung von Einheiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)	31
3.10 Festlegung von Einheiten zur Alkohol- und Drogenentwöhnung	34
3.11 Festlegung von medizinischen Einzelleistungen zur Abrechnung nach dem Tagesklinikmodell.....	34
3.12 Genehmigung der Abrechnung von ausgewählten speziellen medizinischen Einzelleistungen	36
3.13 Genehmigung der Abrechnung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	38
3.14 Festlegung der LKF-relevanten Kostenträger	40
3.15 Dokumentation von nicht über den Landesgesundheitsfonds abrechenbaren Leistungen.....	40
3.16 Dokumentation der Seitenlokalisierung bei medizinischen Einzelleistungen.....	40
3.17 Evaluierungsvereinbarung.....	40
4 Bepunktungsregelungen.....	41

4.1	Pflegebereich, Asylierungsfall (Abbildung Punkt 1.)	43
4.2	Allgemein stationärer Bereich, Tagesklinik, Rehabilitationsbereich (Abbildung Punkt 2.)	43
4.3	Aufenthalte auf Intensivseinheiten (Abbildung Punkt 4.)	44
4.4	Belagsdauerausreißer nach oben (Abbildung Punkt 5.)	45
4.5	Abrechnung von 0-Tagesaufenthalten (NTA) im LKF-Modell stationär (Abbildung Punkt 6.)	46
4.5.1	Abrechnung nach dem Tagesklinikmodell	46
4.5.2	Abrechnung von NTA mit Leistungen, die ein Warning bei 0-Tagesaufenthalten erzeugen.	47
4.5.3	Abrechnung von NTA mit Entlassungsart „S“ oder „T“ (Sterbefälle, Transferierungen)	47
4.5.4	Abrechnung von NTA in der Onkologie (MEL22)	47
4.5.5	Abrechnung von NTA in anderen MEL-Gruppen	47
4.5.6	Abrechnung von NTA mit Entlassungsart „4 – gegen Revers“	48
4.5.7	Abrechnung von NTA in Sonderbereichen mit tageweiser Finanzierung	48
4.5.8	Abrechnung von NTA mit einer der folgend angeführten Leistungen	48
4.5.9	Sonstige 0-Tagesaufenthalte	48
4.5.10	Keine Abrechnung von ehemaligen halbstationären Fallpauschalen im stationären Modell	49
4.6	Belagsdauerausreißer nach unten (Abbildung Punkt 7.)	49
4.7	0-Tagesfälle auf Intensivseinheiten und in speziellen Funktionsbereichen	50
4.7.1	Intensivseinheiten	50
4.7.2	Spezielle Funktionsbereiche	50
4.8	Regelwerk zur Bepunktung onkologischer Therapien	51
5	Spezielle Dokumentationsregeln	52
5.1	Dokumentation von Unterbrechungen stationärer Aufenthalte	52
5.1.1	Dokumentation von kurzzeitigen Unterbrechungen in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten	52
5.1.2	Dokumentation im MBDS, Satzart X02	52
5.1.3	Dokumentation von Unterbrechungen in Sonderkrankenanstalten	53
5.1.4	Datenaustausch Krankenanstalten mit Sozialversicherung	54
5.1.5	Sonstige Rahmenbedingungen	54
5.2	Dokumentation des Leistungserbringers bei extern erbrachten Leistungen	55
6	Anhang	56
6.1	Erläuterung zum Auslastungsfaktor für Intensivüberwachungseinheiten für Erwachsene	56
6.2	Erläuterung zum Plausibilitätsfaktor für Intensivseinheiten der Neonatologie und Pädiatrie	57

1 Gesamtdarstellung des LKF-Systems

Das System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung dient zur Abrechnung stationärer Krankenhausaufenthalte und unterscheidet zwei Finanzierungsbereiche:

System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung

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

Der **LKF-Kernbereich** ist bundesweit einheitlich gestaltet und bepunktet und basiert auf den leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen und auf den verschiedenen speziellen Bepunktungsregelungen (siehe Kapitel 4). Der LKF-Kernbereich wird aufgrund der Erfahrungen aus der praktischen Anwendung seit dem Jahr 1997 kontinuierlich weiterentwickelt und aktualisiert und jährlich einer Revision unterzogen. In mehrjährigen Abständen erfolgt eine umfassende methodische Weiterentwicklung gemeinsam mit einer Neubewertung der Punkterelationen.

Für das LKF-Modell für 2017 wurden in den Jahren 2012–2015 Kostenerhebungen vorgenommen und die Ergebnisse auf Kostenbasis 2014 in die Modellbildung einbezogen. Für die folgenden Modelle 2018 bis 2022 wurden die Kostenrelationen aus 2017 übernommen und nur für neue Leistungen ergänzt oder in den entsprechenden Fallpauschalen aktualisiert.

Änderungen im LKF-Kernbereich treten jeweils mit 1. Jänner eines jeden Jahres in Kraft. Als Grundlage für die Entscheidung über Modelländerungen werden bis 31. Mai die geplanten Modifikationen festgelegt und bis 30. Juni vor dem Abrechnungsjahr Simulationsrechnungen erstellt. Die definitive Modellfestlegung hat durch den Ständigen Koordinierungsausschuss als Organ der Bundes-Zielsteuerungskommission bis 15. Juli zu erfolgen. Die erforderlichen Modellbeschreibungen und LKF-Bepunktungsprogramme werden bis 30. September den Ländern bzw. den Landesgesundheitsfonds bereitgestellt und sind ab 1. Jänner des Folgejahres wirksam.

Der LKF-Steuerungsbereich ist länderweise gestaltbar und ermöglicht bei der Anwendung des LKF-Systems, besondere Versorgungsfunktionen einzelner Krankenanstalten¹ in einem Bundesland bei der leistungsorientierten Mittelzuteilung aus dem Landesgesundheitsfonds zu berücksichtigen.

Als besondere Versorgungsfunktionen im Rahmen der LKF-Abrechnung gelten:

1. Zentralversorgung
2. Schwerpunktversorgung
3. Krankenanstalten mit speziellen fachlichen Versorgungsfunktionen
4. Krankenanstalten mit speziellen regionalen Versorgungsfunktionen

Bei der Zuordnung zu den Versorgungsstufen sind auch die Versorgungsfunktionen einzelner Abteilungen entsprechend ihrer Anzahl und Struktur zu berücksichtigen.

¹ Die österreichische Gesetzgebung verwendet den Fachausdruck Krankenanstalt. In der Praxis sind die Begriffe Krankenhaus oder Spital gebräuchlich und werden hier synonym verwendet.

2 Grundlagen der Modellbildung im LKF-Kernbereich

Die Bepunktung des stationären Krankenhausaufenthalts erfolgt nach bundeseinheitlichen leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen (LDF) inklusive aller speziellen Bepunktungsregelungen.

Die primäre Ermittlung der Punkte für die LDF erfolgte für die LKF-Modelle 1997 bis 2001 auf Basis von rund 500.000 stationären Aufenthalten und kalkulierten Kosten in 20 Referenzspitälern².

Für die Modellrevisionen in den Weiterentwicklungsjahren 2002, 2009 und 2017 erfolgten Projekte zur Nachkalkulation (1999³, 2005⁴, 2014⁵) sowie jeweils eine Evaluierung und Homogenitätsprüfung aller Fallpauschalen.

Mit den Projekten zur LKF-Nachkalkulation wurde jeweils die Bepunktung aktualisiert. So kamen die Ergebnisse der Nachkalkulationen 1999 für die LKF-Modelle 2002 bis 2008 zur Anwendung, die Ergebnisse auf Kostenbasis 2005 für die Modell 2009 bis 2016 und ab dem LKF-Modell 2017 werden die Ergebnisse der Nachkalkulation auf Kostenbasis 2014 verwendet.

Darüber hinaus wurden im Rahmen der Weiterentwicklung immer auch noch weitere systematische Modelladaptierungen durchgeführt.

² Referenzspitäler 1993: LKH Oberpullendorf, LKH Güssing, LKH Wolfsberg, KH BBR St. Veit/Glan, KH St. Pölten, KH Wr. Neustadt, AKH Linz, KH Elisabethinen Linz, KH Wagner-Jauregg Linz, KH BSRV Ried, LKH Vöcklabruck, LKA Salzburg, KH Zell am See, LKH Leoben, LKH Deutschlandsberg, LKH Innsbruck, BKH Hall/Tirol, LKH Feldkirch, KH Bregenz, Wilhelminenspital Wien

³ Referenzspitäler 1999: LKH Oberpullendorf, LKH Wolfsberg, KH St. Pölten, KH Waidhofen/Ybbs, AKH Linz, KH Elisabethinen Linz, KIKL Linz, LKH Leoben, LKH Deutschlandsberg, KH Hallein, LKH Innsbruck, LKH Feldkirch, AKH Wien, Wilhelminenspital Wien, St. Anna Kinderspital

⁴ Referenzspitäler 2005: LKH Oberpullendorf, LKH Klagenfurt, LKH Wolfsberg, KH St. Pölten, KH Waidhofen/Ybbs, Landes-Frauen und Kinderklinik Linz, KH Elisabethinen Linz, Landes-Nervenlinik Wagner-Jauregg Linz, LKH Freistadt, St. Johans-Spital Salzburg, LKH Leoben, LKH Deutschlandsberg, LKH Innsbruck, LKH Feldkirch, AKH Wien, Wilhelminenspital Wien

⁵ Referenzspitäler 2014: LKH Oberpullendorf, LKH Klagenfurt, LKH Wolfsberg, LKH St. Pölten-Lilienfeld, LKH Waidhofen/Ybbs, Landes-Frauen und Kinderklinik Linz, LKH Salzkammergut, KH Elisabethinen Linz, Landes-Nervenlinik Wagner-Jauregg Linz, LKH Freistadt, LKA Salzburg, KH Hallein, KH Zell/See, LKH Leoben, LKH Deutschlandsberg, LKH Innsbruck, LKH Feldkirch, AKH Wien, Wilhelminenspital Wien, SMZ Ost Donauspital

Für die primäre Bildung der leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen wurde durch eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe ein Baumbildungsalgorithmus mit 3 Stufen angewandt, in den sowohl medizinische, ökonomische als auch statistische Kriterien miteinbezogen wurden. Dieser Algorithmus wurde in den Weiterentwicklungsjahren aktualisiert:

Ausgewählte Medizinische Einzelleistung

JA	NEIN	Stufe
MEL-Nr.	ICD-10 Code	1
205 MEL-Gruppen	220 HDG-Gruppen	2
463 LDF	532 LDF	3

In **Stufe 1** wurde das Gesamtpatientenkollektiv der Referenzspitäler auf Basis ausgewählter medizinischer Einzelleistungen in ein leistungsbestimmtes Kollektiv und in ein nach Hauptdiagnosen bestimmtes Kollektiv unterteilt. Zur Ermittlung des leistungsbestimmten Kollektivs wurden alle operativen Leistungen des Leistungskataloges mit Ausnahme der Codenummern xxxx9 sowie eine definierte Liste von konservativen Leistungen herangezogen.

In **Stufe 2** wurden das leistungsbestimmte und das nach Hauptdiagnosen bestimmte Kollektiv weiter differenziert. Die Kriterien, nach denen die Gruppen gebildet wurden, beziehen sich vorwiegend auf Leistungshomogenität und eine innere medizinische Zusammengehörigkeit der Leistungen bzw. Hauptdiagnosen sowie auf Kostenhomogenität nach statistisch signifikanten Gruppen. Es wurden aus den medizinischen Einzelleistungen **205 Medizinische Einzel-Leistungs-Gruppen (MEL-Gruppen)** und aus den Diagnosen **220 HauptDiaGnosen-Gruppen (HDG-Gruppen)** gebildet. Die Zuordnungsregeln der Leistungen und Hauptdiagnosen zu den einzelnen Gruppen werden im Modell als Filter bezeichnet (siehe dazu auch Anlage 2 – Medizinische Einzelleistungen mit zugeordneten MEL-Gruppen sowie Anlage 3 – Hauptdiagnosen mit zugeordneten HDG-Gruppen).

In **Stufe 3** des Algorithmus wurden auf Basis der folgenden Gliederungsmerkmale bei den MEL-Gruppen **463** leistungsorientierte Diagnosenfallgruppen (LDF) und bei den HDG-Gruppen **532** LDF gebildet.

Typen von Gliederungsmerkmalen

Merkmal	Beschreibung
SPEZMEL	Spezielle medizinische Einzelleistung
LG101 bis LG224	Leistungsgruppe 101 bis Leistungsgruppe 227
SPEZH DG	Spezielle Hauptdiagnose (3-stellig)
SPEZDG	Spezielle Haupt- oder Zusatzdiagnose (3-stellig)
ALTER	Alter des Patienten/der Patientin
AGR01	Abteilungsgruppe 01 (psychiatrische Stationen)
HG101 bis HG167	Hauptdiagnosengruppe 101 bis Hauptdiagnosengruppe 167

Die Zusammenfassungen der Leistungen in die Gruppen LG101 bis LG227 sind in der Anlage 6 zum LKF-Modell enthalten.

Insgesamt stehen im LKF-Modell 2022 **995** leistungsorientierte Diagnosenfallgruppen zur Verfügung.

Die Punkte je LDF (LDF-Pauschale) wurden durch einen mittleren Wert der kalkulierten Kosten aller in einer LDF enthaltenen stationären Aufenthalte definiert und sind auf EURO-Basis (Kostenbasis 2014) dargestellt.

Jede LDF-Pauschale besteht aus einer Leistungs- und einer Tageskomponente. Die Leistungskomponente basiert auf den in den Referenzspitälern kalkulierten direkt den stationären Aufenthalten als medizinische Einzelleistung zugeordneten Kosten (z.B. Personalkosten für das OP-Team und Kosten für medizinische Verbrauchsgüter bei einer Operation). Nicht direkt einzelnen Leistungen zugeordnete Kosten sind mit Ausnahme der Kosten von Intensiveinheiten in der belagsdauerabhängigen Tageskomponente zusammengefasst. Zur besseren Differenzierung nach Alter und Schweregrad wurde die Tageskomponente mit den durchschnittlichen Gewichten aus der Erhebung des Pflegeaufwands (PPR – Pflegepersonalregelung) bewertet. Für die zusätzlichen Kosten auf Intensivstationen wurden eigene Intensivzuschläge pro Tag ermittelt. Seit dem Modell 2007 werden für die Abrechnung von Intensivzuschlägen auf neonatologischen und pädiatrischen Intensiveinheiten die Ergebnisse der Plausibilitätsprüfung berücksichtigt (siehe dazu Pkt. 3.1.2).

Die LDF-Pauschale gilt innerhalb des für diese LDF definierten Belagsdauerintervalls. Dazu wurden je LDF eine Belagsdaueruntergrenze und eine Belagsdauerobergrenze ermittelt.

Die Belagsdaueruntergrenze ist für die HDG-Gruppen mit 50% und für die MEL-Gruppen mit 30% des Belagsdauermittelwerts festgelegt. Die prozentuell niedrigere Belagsdaueruntergrenze bei den MEL-Gruppen im Vergleich zu den HDG-Gruppen soll die stärkere Nutzung von Möglichkeiten zur Belagsdauerverkürzung fördern.

Die Belagsdauerobergrenze ist für die HDG- und MEL-Gruppen mit 150% des Belagsdauermittelwerts festgelegt. Nur für die psychiatrischen Gruppen (HDG20) wurde wegen der größeren Streuung der Belagsdauerwerte die Belagsdauerobergrenze mit 130% des jeweiligen Belagsdauermittelwerts definiert.

Für das LKF-Modell 2022 wurden die Belagsdauerwerte in allen Fallpauschalen auf Basis der Ist-Werte der Jahre 2018–2020, gescort nach dem LKF-Modell 2021, evaluiert und bei Bedarf nach festgelegten Kriterien angepasst.

Für Patient:innen, deren Belagsdauer kürzer ist als die Belagsdaueruntergrenze ihrer LDF, wird eine reduzierte LDF-Pauschale entsprechend der tatsächlichen Belagsdauer errechnet. Für Patient:innen, deren Belagsdauer über der Belagsdauerobergrenze liegt, wird ein degressiver Punktezuschlag je zusätzlichem Tag berechnet (siehe dazu im Detail Kapitel 4).

Im LKF-Modell 2022 kommt die ab Modell 2019 vereinbarte Berechnungsmethodik für die Ermittlung der durchschnittlichen Tageskomponente (TK) bei Belagsdaueränderungen zur Anwendung, bei der die Berechnung auf Basis von Pflagetagen erfolgt. Dadurch wird auch der Aufnahmetag in die Berechnung miteinbezogen, wodurch es zu einer Glättung der durchschnittlichen TK kommt. Es wird daher eine lineare Anpassung auf Basis der auf Pflage tage umgerechneten Punkte je Tag vorgenommen. Anzumerken ist, dass die Verwendung von Pflage tagen nur für die Berechnung der angepassten Tageskomponente vorgenommen wird, die Belagsdauerwerte im LKF-Modell selbst basieren weiterhin auf Belagstagen.

Die im Rahmen der jährlichen Wartung erfolgenden Anpassungen sind in der Unterlage „Änderungen und Neuerungen in den Modellen JJJ“ für das jeweilige Modelljahr dargestellt.

3 Abrechnungsvoraussetzungen

Als Voraussetzung für die Berechnung der Punkte im LKF-Modell, die nach definierten Bepunktungsregeln (siehe Kapitel 4) vorgenommen wird, sind vorweg von der Gesundheitsplattform auf Landesebene bzw. dem PRIKRAF in Bezug auf die einzelnen Krankenhäuser im jeweiligen Bundesland bestimmte Festlegungen zu treffen. Diese Festlegungen sind bei der Anwendung des LKF-Bepunktungsprogramms (XDok) zu berücksichtigen. Die im jeweils gültigen Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) enthaltenen Rahmenvorgaben sind in Verbindung mit den Detailplanungen auf Länderebene integrierender Bestandteil bei der Prüfung der Abrechenbarkeit von speziellen Leistungen durch die Landesgesundheitsplattform bzw. den PRIKRAF.

3.1 Festlegung von Intensiveinheiten

Intensiveinheiten sind mit Angabe der Funktionscodes dieser Kostenstellen je Krankenhaus für die Berechnung der Punktezuschläge für Belagstage auf Intensiveinheiten festzulegen.

3.1.1 Intensiveinheiten für Erwachsene

Es wird entsprechend dem ÖSG eine Unterscheidung zwischen Intensivüberwachungseinheiten und Intensivbehandlungseinheiten vorgenommen.

Die für die Einstufung von „Intensiveinheiten“ (Intensivüberwachungs- und Intensivbehandlungseinheiten) bestehenden Voraussetzungen bleiben weiterhin gültig:

- Vorliegen einer sanitätsbehördlichen Bewilligung,
- Führung einer eigenen Kostenstelle mit den speziellen Funktionscodes 120617xx, 120717xx, 121117xx oder 12xx81xx für Intensivüberwachungseinheiten oder mit dem speziellen Funktionscode 12xx81xx für Intensivbehandlungseinheiten,
- Vorliegen einer Mindestpersonalausstattung,
- Anerkennung der Einstufung durch die Landesgesundheitsplattform bzw. den PRIKRAF.

Als Intensiveinheit können grundsätzlich nur die auf Basis des ÖSG auf Länderebene festgelegten Einheiten eingestuft werden. Die im ÖSG vorgegebene maximale Zahl der Intensivbetten pro Bundesland darf in Summe (Intensiv-Überwachungsbetten + Intensiv-Behandlungsbetten) nicht überschritten werden. Die vorgeschriebene Mindestbettenanzahl für Intensivüberwachungseinheiten beträgt grundsätzlich 4 Betten und für

Intensivbehandlungseinheiten grundsätzlich 6 Betten. In Einzelfällen sind Ausnahmegewilligungen durch die Gesundheitsplattform auf Länderebene bzw. den PRIKRAF möglich.

Als Grundlage für die Berechnung aller Kennzahlen im Intensivbereich (z.B. Personalschlüssel, Mindestbettenanzahl) sind grundsätzlich die systemisierten Betten heranzuziehen. In begründeten Fällen (z.B. bauliche Veränderungen) kann die Gesundheitsplattform auf Länderebene bzw. der PRIKRAF eine andere Bezugsgröße (z.B. tatsächlich aufgestellte Betten) beschließen – auch dann, wenn der Verwaltungsaufwand hoch ist (z.B. Notwendigkeit der Änderung von Bewilligungen).

Die Festlegungen im ÖSG gelten als grundsätzliche Vorgabe bei der LKF-Einstufung, von deren Einhaltung in begründeten Fällen abgesehen werden kann (z.B. erweiterte Standardversorgung mit entsprechendem Leistungsspektrum, das die Vorhaltung einer Intensivbehandlungseinheit rechtfertigt).

Als **Intensivbehandlungseinheiten der Stufe 3** für Erwachsene können grundsätzlich nur Intensivbehandlungseinheiten in Krankenanstalten der Schwerpunkt- oder Zentralversorgung mit einer Bettenanzahl von > 300 am Standort oder in Krankenanstalten mit ausgewiesenem besonderen Leistungsauftrag eingestuft werden. Ein „ausgewiesener besonderer Leistungsauftrag“ ist ein in der Betriebsbewilligung ausgewiesener oder im Rahmen der regionalen Strukturplanung festgelegter überregionaler Versorgungsauftrag einer Krankenanstalt mit mindestens einer Fachabteilung aus den Bereichen Neurochirurgie, Herzchirurgie, Thoraxchirurgie.

Darüber hinaus kann seitens des Landesgesundheitsfonds eine Ausnahme für die Einstufung in Stufe 3 dann vorgenommen werden, wenn die Intensivabteilung bzw. -station andere Krankenanstalten intensivmedizinisch mitversorgt und hierfür formale Vereinbarungen diese Mitversorgung regeln. Diese Ausnahmebestimmung soll restriktiv gehandhabt und nur auf besonders begründete Fälle beschränkt werden.

Die Einstufung einer Intensivbehandlungseinheit als Intensivüberwachungseinheit ist möglich. Der ärztliche Dienst ist entsprechend den Regelungen des ÖSG zu organisieren und durch Dienstpläne nachzuweisen. Der Terminus Verfügbarkeit/Zuständigkeit in der Stufe 3 ist dabei als Anwesenheit auf der Station zu interpretieren.

Die LKF-Intensiveinstufung soll jährlich erfolgen. Sofern in Bezug auf Struktur und Leistungsgeschehen im Intensivbereich der Krankenanstalten eines Bundeslandes keine gravierenden Veränderungen eingetreten sind, kann die Gesundheitsplattform auf Länderebene bzw. der PRIKRAF jedoch auch ein zweijähriges Einstufungsintervall beschließen. Auch in diesem Fall gilt, dass der der nächsten LKF-Einstufung zugrundeliegende Erfassungszeitraum 12 aufeinander folgende Monate und mindestens 6 Monate des dem LKF-Abrechnungsjahr vorhergehenden Jahres umfassen muss. Diese Regelung gilt sowohl für Intensivüberwachungseinheiten als auch für Intensivbehandlungseinheiten.

Intensiveinheiten für Brandverletzte, für die das bestehende Intensivdokumentationssystem für eine Leistungsbeschreibung keine geeigneten Daten beinhaltet, werden weiterhin nur nach dem Evaluierungskriterium DGKP (Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal) pro systemisiertes Bett eingestuft.

Im Bereich der **Stroke Unit** bleiben der Genehmigungsmodus und die Abrechnung im Rahmen von LDF-Pauschalen unverändert.

Die **Intensivüberwachung** inkludiert die Herzüberwachungsstationen (HÜST) und Intermediäre Überwachungsstationen (IMCU). Die postoperativen Aufwachstationen sind nicht als Intensiveinheiten einzustufen.

Der:die Leiter:in einer Herzüberwachungsstation muss Facharzt bzw. Fachärztin für Innere Medizin (Funktionscode 121117xx) oder Innere Medizin und Intensivmedizin (Funktionscode 120617xx) oder Innere Medizin und Kardiologie (Funktionscode 120717xx) sein.

Für die Intensivüberwachungseinheiten besteht keine Verpflichtung zur Intensivberichterstattung. Seit dem Berichtsjahr 2017 können Überwachungseinheiten, die eine Intensivdokumentation übermitteln, in das flexibilisierte Intensivbepunktungsmodell integriert werden.

Für die Einstufung von Intensivüberwachungseinheiten ist zu berücksichtigen:

- Intensivüberwachungseinheiten ohne Intensivdokumentation und Intensivüberwachungseinheiten mit Intensivdokumentation und einem TISS-28-Mittelwert aus allen Intensivbelagstagen unter 17 Punkte erhalten den Basiswert.
- Für Überwachungseinheiten mit Intensivdokumentation nach TISS-A und SAPS3 erfolgt eine flexibilisierte Bepunktung im Rahmen der Modellgrenzen. Der Auslastungsfaktor entfällt ab einem TISS-28-Mittelwert über 16 Punkte.
- Für Überwachungseinheiten ohne Intensivdokumentation ist der Auslastungsfaktor weiterhin anzuwenden (siehe Anhang „Erläuterung zum Auslastungsfaktor für Intensivüberwachungseinheiten für Erwachsene“).
- Intensivüberwachungseinheiten, die neu mit der Dokumentation beginnen, erhalten eine vorläufige Einstufung mit dem Basiswert. Erst bei Vorliegen ausreichender Intensivdaten des laufenden Jahres (grundsätzlich ein Quartal) erfolgt die Bepunktung nach dem flexiblen Modell durch die Landesgesundheitsplattform bzw. den PRIKRAF.

Die Einstufung der **Intensivbehandlungseinheiten** hat generell auf Grundlage der Ergebnisse der Intensivdokumentation zu erfolgen. Darüber hinaus müssen bestimmte Voraussetzungen sowie die für die jeweilige Stufe vorgesehenen Evaluierungskriterien erfüllt sein.

Für die Einstufung von Intensivbehandlungseinheiten ist zu berücksichtigen:

- Seit Entlassungsdatum 1.1.2012 ist das aktualisierte Dokumentationssystem für die Intensivmedizin mit TISS-A und SAPS3 Grundlage der Dokumentation. Die Einstufung der Intensivbehandlungseinheiten erfolgt weiter auf Basis des TISS-28. Daher wird der TISS-A durch das vom Gesundheitsministerium zur Verfügung gestellte EDV-Programm XDok im Zuge des Datenexports bei Auswahl der Option „BMSGPK für Intensiv-einstufung“ automatisch auf den TISS-28 umgeschlüsselt.
- Die Intensiveinstufungen durch die Landesgesundheitsplattform bzw. den PRIKRAF haben grundsätzlich im Voraus auf Basis von geprüften Daten zu erfolgen. Die zur Einstufung herangezogene Datenbasis (Erfassungszeitraum) muss 12 aufeinander folgende Monate umfassen, wobei mindestens 6 Monate des dem LKF-Abrechnungsjahr vorhergehenden Jahres beinhaltet sein müssen.
- Intensivbehandlungseinheiten, die neu den Betrieb aufnehmen, erhalten eine vorläufige Einstufung durch die Landesgesundheitsplattform bzw. den PRIKRAF. Erst bei Vorliegen ausreichender Intensivdaten des laufenden Jahres (grundsätzlich ein Quartal) erfolgt die tatsächliche Einstufung.
- Intensivbehandlungseinheiten, die keinen Intensivbericht vorlegen, werden im LKF-Intensiveinstufungsmodell nicht eingestuft und erhalten keine Intensivzuschläge.
- Bei Vorliegen berechtigter Gründe (z.B. unplausible Intensivdaten) kann die Landesgesundheitsplattform bzw. der PRIKRAF nachträglich Änderungen der Intensiveinstufungen nach unten vornehmen.
- Intensiveinheiten für Brandverletzte werden nur nach dem Evaluierungskriterium „Diplomiertes Pflegepersonal pro systemisiertes Bett“ eingestuft.
- Für die speziellen Bereiche „Stammzelltransplantation“ und „Stroke Unit“ erfolgt die gesamte Abgeltung durch die dafür vorgesehenen LDF-Pauschalen. Die Einstufung und Bepunktung dieser Einheiten ist daher nicht möglich.
- In Einzelfällen sind – abweichend von den Ergebnissen der Einstufung nach TISS-28 – Einstufungen durch die Gesundheitsplattform auf Länderebene bzw. den PRIKRAF möglich, wenn aus Versorgungsgründen andere Kategorien von Intensiveinheiten am Standort eines Krankenhauses vorgesehen sind.

Kriterien für die Einstufung von Intensivseinheiten

Tabelle: INTENSIVMODELL 2022 (Erwachsene)

Einstufung	Intensiv- überwachung	Intensiv- behandlung Stufe I	Intensiv- behandlung Stufe II	Intensiv- behandlung Stufe III
Mittelwert der TISS-28-Punkte	kein	≥22	≥ 27	≥ 32
DGKP/system. Bett	≥ 1,50:1	≥ 2,00:1	≥ 2,50:1	≥ 3,00:1
Anerkennung durch die Landesgesundheitsplattform bzw. den PRIKRAF	ja	ja	ja	ja
Mindestbettzahl, systemisiert	4	6	6	6
Auslastungsfaktor	Ja ¹⁾	nein	nein	nein
Verpflichtende Intensiv-Dokumentation	optional	TISS-A, SAPS3	TISS-A, SAPS3	TISS-A, SAPS3

¹⁾ Für Überwachungseinheiten mit Intensivdokumentation und einem Mittelwert TISS-28 über 16 Punkten entfällt der Auslastungsfaktor.

Bepunktung von eingestuften Intensivseinheiten

Tabelle: INTENSIVMODELL 2022 (Erwachsene)

Bepunktung (Es müssen beide Kriterien erfüllt sein.)	Intensiv- überwachung	Intensiv- behandlung Stufe I	Intensiv- behandlung Stufe II	Intensiv- behandlung Stufe III
DGKP/system. Bett	≥ 1,50:1 + 0,01 je 0,1 TISS-28 über 17	≥ 2,00:1+ 0,01 je 0,1 TISS-28 über 22	≥ 2,50:1+ 0,01 je 0,1 TISS-28 über 27	≥ 3,00:1+ 0,01 je 0,1 TISS-28 über 32
Zusatzpunkte pro Tag ²⁾ (TISS-Mittelwert aus allen Belagstagen der Intensivseinheit)	Basiswert 480³⁾ 510 + 3,0 je 0,1 TISS-28 über 17 max. 657	748 + 3,4 je 0,1 TISS-28 über 22 max. 915	1.134 + 4,2 je 0,1 TISS-28 über 27 max. 1340	1.664 + 5,2 je 0,1 TISS-28 über 32 max. 2080

²⁾ Anpassung der Zusatzpunkte pro Tag je TISS-28 nur bei entsprechender Mindestpersonal-ausstattung. Allenfalls nicht ganzzahlige Zusatzpunkte werden nach der Berechnung mathematisch gerundet.

³⁾ Intensivüberwachungseinheiten ohne Intensivdokumentation und Intensivüberwachungseinheiten mit Intensivdokumentation und einem TISS-28-Mittelwert aus allen Intensivbelagstagen unter 17 Punkte erhalten den Basiswert 480. Ab einem TISS-28-Mittelwert von 17 beträgt der Basiswert 510 + allfällige Zusatzpunkte nach der angeführten Formel.

- **Datenbasis für Einstufung:**

Der Mittelwert der TISS-28-Punkte je Intensivtag für die Ermittlung der Einstufung wird nur aus jenen dokumentierten Tagen ermittelt, die eine Mindestzahl von 16 TISS-28-Punkten erreichen. Seitens der Krankenanstalten hat eine vollständige TISS-Dokumentation je Pflergetag auf der Intensivbehandlungseinheit zu erfolgen und ist an den Landesgesundheitsfonds zu melden. Für Intensivüberwachungseinheiten ist die TISS-Dokumentation optional.

- **Datenbasis für Zusatzpunkte:**

Der Mittelwert der TISS-28-Punkte pro Intensivtag für die Ermittlung der Zusatzpunkte wird auf Basis der dokumentierten TISS-Punkte aller Intensivtage berechnet, inklusive der Tage mit weniger als 16 TISS-28 Punkte. Sollte dadurch der TISS-28 unter die Einstufungsgrenze fallen, so ist der Basiswert gemäß Einstufung für die Zusatzpunkte zu verwenden.

3.1.2 Neonatologische/Pädiatrische Intensiveinheiten

Für die neonatologischen und pädiatrischen Intensiveinheiten (Überwachungs- und Behandlungseinheiten) wird auf eine Verpflichtung zur Intensivberichterstattung verzichtet, da die Intensiveinstufung und -bepunktung unabhängig von dieser Dokumentation und ohne Korrekturfaktor vorgenommen wird. Für diesen Bereich ist eine Plausibilitätsprüfung der Einstufung der Intensiveinheiten in Bezug auf das Patient:innen- und Leistungsspektrum anhand ausgewählter ICD-10-Diagnosen und ausgewählter medizinischer Leistungen vorzunehmen (siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 2A).

Ein durch die Dokumentation nachgewiesener Mindestanteil an intensivpflichtigen Zugängen ist Voraussetzung für die Einstufung als Intensiveinheit, und der Anteil intensivpflichtiger Zugänge wird bei der Festlegung der Zusatzpunkte berücksichtigt. Die zur Einstufung herangezogene Datenbasis (Erfassungszeitraum) muss wie bei der Einstufung von Intensiveinheiten für Erwachsene 12 aufeinanderfolgende Monate umfassen, wobei mindestens 6 Monate des Vorjahres beinhaltet sein müssen.

Folgende Abrechnungsregeln gelten unverändert seit dem LKF-Modell 2007:

- Geprüft werden die Zugänge auf eingestuftem Neo-/Päd-Intensiveinheiten, wobei die Kriterien zwischen Intensivbehandlung und Intensivüberwachung unterschiedlich sind.
- Für Intensiveinheiten, für die mindestens 70% der Zugänge als plausibel eingestuft sind, werden die vollen Zusatzpunkte pro Tag abgerechnet.
- Bei einem Anteil der plausiblen Zugänge von kleiner 70% werden aliquote Zusatzpunkte verrechnet:

Korrigierte Zusatzpunkte = Zusatzpunkte x Anteil plausibler Zugänge/70
(Beispiel: Anteil plausibler Zugänge 50% -> 50/70 =71% der Zusatzpunkte)

- Bei einem Anteil von unter 30% darf die Intensiveinheit nicht zur Abrechnung eingestuft werden.
- Für die Festlegung der als plausibel eingestuften Fälle sind die Ergebnisse der Prüfung aus dem vom Gesundheitsministerium zur Verfügung gestellten Programmpaket XDok in der jeweils aktuellen Fassung aus dem Output-File „npgesamt.dat“ zu verwenden.
- Die Kriterien, Prüfalgorithmen und Ergebnisse der Plausibilitätsprüfung sind laufend gemeinsam mit den Datenqualitätsbeauftragten der Länder zu evaluieren.

Für onkologische pädiatrische Intensiveinheiten und deren spezifisches Diagnosen- und Leistungsspektrum kommen keine Korrekturfaktoren auf Basis der Ergebnisse der Plausibilitätsprüfung zur Anwendung.

Für die neonatologischen und pädiatrischen Intensiveinheiten (Überwachungs- und Behandlungseinheiten) sind folgende Funktionscodes zu verwenden: 125112xx, 125181xx, 122781xx.

Tabelle: INTENSIVMODELL 2022 (Neonatologie/Pädiatrie)

Kriterien	Intensivüberwachungs- einheiten	Intensivbehandlungseinheiten
Mittelwert der TISS-Punkte	keine	keine
DGKP pro systemisiertes Bett ¹⁾	≥ 1,5:1	≥ 2,5:1
Anerkennung durch die Landesgesundheitsplattform bzw. den PRIKRAF	ja	ja
Mindestbettenzahl, systemisiert	4	6
Plausibilitätsfaktor (bei Anteil der plausiblen Zugänge kleiner 70%)	ja	ja
Verpflichtende Dokumentation	zusätzlich ausgewählte ICD-10-Diagnosen und medizinische Einzelleistungen	zusätzlich ausgewählte ICD-10-Diagnosen und medizinische Einzelleistungen
Zusatz-Punkte pro Tag	605	1.314

¹⁾ Im Falle spezieller Patientenkollektive sind entsprechend höhere Personalschlüssel erforderlich.

3.2 Festlegung von Einheiten für die Akute Schlaganfallbehandlung auf einer Schlaganfalleinheit (Stroke Unit) (MEL AA040)

Für die Abrechenbarkeit der MEL AA040 – „Akute Schlaganfallbehandlung auf einer Schlaganfalleinheit (Stroke Unit)“ müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

Voraussetzungen

- Bewilligung durch die Landesgesundheitsplattform bzw. den PRIKRAF
- Führung einer eigenen Kostenstelle mit dem speziellen Funktionscode 116381xx
- Die Genehmigung von Einheiten für die „Akute Schlaganfallbehandlung auf einer Schlaganfalleinheit (Stroke Unit) (LE=je Aufenthalt)“ (MEL AA040) ist nur dann zulässig, wenn die betreffenden Qualitätskriterien des ÖSG erfüllt sind.
- Verpflichtende Medizinische Dokumentation entsprechend dem und Teilnahme am „Österreichischen Stroke-Unit-Register“ in der GÖG
- Erfüllung der folgenden Vorgaben zur Personalausstattung (VZÄ je tatsächlich aufgestelltes Bett [TBett]):

Personalgruppe	Qualitativ	Quantitativ: VZÄ je TBett	Quantitativ: TBetten je VZÄ
Ärztinnen/Ärzte	Gemäß Qualitätskriterien		
DGKP		1:1	1:1
Therapeutinnen/Therapeuten		0,16:1	6:1
- Physiotherapeutinnen/ Physiotherapeuten	Alle 3 Bereiche müssen abgedeckt sein		
- Ergotherapeutinnen/ Ergotherapeuten			
- Logopädinnen/Logopäden			

Abrechnungsmodus

Für den speziellen Bereich „Stroke Unit“ erfolgt die gesamte Abgeltung durch die dafür vorgesehene LDF-Pauschale.

Die Codierung der Leistung AA040 „Akute Schlaganfallbehandlung auf einer Schlaganfalleinheit (Stroke Unit) (LE=je Aufenthalt)“ hat bei jedem Krankenhausaufenthalt mit einer Schlaganfallbehandlung auf der Stroke Unit zu erfolgen, unabhängig von der Belagsdauer.

Bei Aufhalten auf einer Stroke Unit von insgesamt 0 Belagstagen wird diese MEL für die Abrechnung nicht berücksichtigt, außer wenn der Patient/die Patientin von der Stroke Unit mit der Entlassungsart „T“ – Transfer in eine andere Krankenanstalt oder „S“ – Sterbefall entlassen wird. Die Zuordnung zu den entsprechenden LDF-Gruppen erfolgt nach der dokumentierten Hauptdiagnose oder weiteren codierten Leistungen.

3.3 Festlegung von Einheiten zur Akut-Nachbehandlung von neurologischen Patient:innen

Die Festlegung von Abteilungen bzw. Stationen, die zur Akut-Nachbehandlung von neurologischen Patient:innen (inklusive Neurorehabilitation) vorgesehen sind, erfolgt mit Angabe der Funktionscodes dieser Kostenstellen je Krankenanstalt, wobei folgende Kriterien erfüllt sein müssen:

- Führung einer eigenen Kostenstelle mit dem speziellen Funktionscode 126331xx für die Stufe B und mit dem speziellen Funktionscode 136331xx für die Stufe C
- Anerkennung und Einstufung der Abteilungen bzw. Stationen durch die Landesgesundheits-plattform bzw. den PRIKRAF in Entsprechung zu den Stufen B oder C der Behandlungsphasen von Patient:innen (die Stufe A entspricht der Akutbehandlung und wird über die zutreffende LDF-Pauschale abgerechnet).

Die Einstufung der Abteilungen bzw. Stationen für Akut-Nachbehandlung von neurologischen Patient:innen (inkl. Neurorehabilitation) erfolgt nach den folgenden Kriterien. Für stationäre Aufenthalte auf diesen Abteilungen bzw. Stationen werden je nach Stufe die folgenden **Punkte pro Tag** berechnet:

Stufen	Punkte/ Tag
<ul style="list-style-type: none"> • Stufe B: Auf einer Abteilung bzw. Station der Stufe B werden vorwiegend Patient:innen mit folgendem Behinderungsgrad behandelt: <ul style="list-style-type: none"> – Behandlung von Patient:innen nach neurologischen Akutereignissen, die zumindest intermittierend schwer bewusstseinsgestört, aber nicht mehr dauernd kontrolliert zu beatmen sind und/oder keine oder nur sehr geringe Kooperationsfähigkeit und/oder vollkommene oder weitgehende Unselbstständigkeit bezüglich der Aktivitäten des täglichen Lebens aufweisen. – Komplikationen und notfallsartige Verschlechterungen sind häufig und können jederzeit intensivmedizinische Interventionen notwendig machen. – Die Pflegevoraussetzungen sind denjenigen einer Intensivüberwachung gleichzusetzen (mindestens 1,5 Pflegepersonal pro tatsächlich aufgestelltes Bett). 	644
<ul style="list-style-type: none"> • Stufe C: Auf einer Abteilung der Stufe C werden vorwiegend Patient:innen mit folgendem Behinderungsgrad behandelt: <ul style="list-style-type: none"> – Behandlung von Patient:innen nach neurologischen Akutereignissen, die ausreichend kooperativ sind und jedenfalls eine beschränkte Zeit des Tages aktiv an therapeutischen Maßnahmen teilnehmen können – Bewältigbarkeit zumindest einiger Aktivitäten des täglichen Lebens; – keine Aspirationsgefahr, aber zu einem erheblichen Teil von pflegerischer Hilfe abhängig; – Begleiterkrankungen bzw. -verletzungen dürfen die notwendigen therapeutischen Maßnahmen nicht verbieten oder behindern; Die Therapievoraussetzungen sind durch eine tägliche, zumindest dreistündige Behandlung durch diplomierte Fachkräfte insbesondere in den Bereichen Heilgymnastik, Ergotherapie, Logopädie und Soziotherapie definiert. 	423

3.4 Festlegung von Einheiten zur stationären Behandlung in der Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)

Die Akutgeriatrie/Remobilisation kann als Abteilung oder als Department im Rahmen der Fächer Innere Medizin oder Neurologie eingerichtet werden.

Akutgeriatrie/Remobilisation umfasst sowohl die fächerübergreifende Primärversorgung direkt aufgenommener geriatrischer Patient:innen als auch die Weiterführung der ehandlung akutkranker Patient:innen aus anderen Abteilungen. Sie erfolgt durch ein geriatrisch qualifiziertes, interdisziplinäres Team und durch ein multidimensionales Behandlungs- und Betreuungsangebot, das medizinische, funktionelle, psychische,

kognitive und soziale Aspekte der Erkrankungen geriatrischer Patient:innen gleichermaßen beachtet. Ziele der Akutgeriatrie/Remobilisation sind die Behandlung der akuten Erkrankung, die Wiederherstellung und Erhaltung der Fähigkeit zur weitgehend selbstständigen Lebensführung, die Vermeidung weiterer Funktionsverluste, die Erhöhung der Lebensqualität und die Reintegration der Patient:innen in das gewohnte Umfeld.

Zielgruppe der Akutgeriatrie/Remobilisation sind geriatrische Patient:innen, bei denen folgende Kriterien vorliegen:

- Somatische oder psychische Multimorbidität, die eine stationäre Akutbehandlung erforderlich macht
- Einschränkung oder Bedrohung der Selbstständigkeit durch den Verlust funktioneller und gegebenenfalls kognitiver Fähigkeiten oder durch psychische Probleme im Rahmen einer Erkrankung
- Bedarf nach funktionsfördernden, funktionserhaltenden oder reintegrierenden Maßnahmen

Die in diesem Bereich zu erbringende Leistung entspricht somit jener einer Behandlung eines Patienten/einer Patientin im Akutkrankenhaus auf einer Abteilung für konservative Medizin, vornehmlich aber einer internen oder neurologischen Abteilung.

Einheiten zur stationären Behandlung in der Akutgeriatrie/Remobilisation können unter folgenden Voraussetzungen wie folgt abgerechnet werden:

Voraussetzungen

- Erfüllung der Qualitätskriterien lt. ÖSG
- Bewilligung durch die Landesgesundheitsplattform bzw. den PRIKRAF
- Führung einer eigenen Kostenstelle (mit den speziellen Funktionscodes 131136xx oder 136336xx)
- Erfüllung der folgenden Vorgaben zur Personalausstattung (VZÄ je tatsächlich aufgestelltes Bett [TBett]):

Personalgruppe	Qualitativ	Quantitativ: VZÄ je TBett	Quantitativ: TBetten je VZÄ
Ärztinnen/Ärzte	Tagdienst	0,11:1	9:1
Gesundheits- und Kranken- pflegepersonen		0,67:1	1,50:1
Klin. Psychologinnen/Psychologen mit Psychotherapieausbildung bzw. Psychotherapeutinnen/-therapeuten		0,01:1	100:1
Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter		0,02:1	50:1
Therapeutinnen/Therapeuten		0,12:1	8,40:1
- Physiotherapeutinnen/ Physiotherapeuten			
- Ergotherapeutinnen/ Ergotherapeuten			
- Weitere nach Bedarf			

Abrechnungsmodus

Die Abrechnung der Leistungen von Einheiten für Akutgeriatrie/Remobilisation erfolgt über einen pauschalen Tagessatz im Ausmaß von 385 Punkten.

3.5 Festlegung von Einheiten zur Remobilisation/Nachsorge – RNS

Für die Abrechnung des Sonderbereichs Remobilisation/Nachsorge – RNS sind folgende Kriterien anzuwenden:

Voraussetzungen

- Bewilligung durch die Landesgesundheitsplattform bzw. den PRIKRAF
- Erfüllung der im ÖSG angeführten Qualitätskriterien
- Führung einer eigenen Kostenstelle mit Verwendung des Funktionscodes 139135xx Remobilisation/Nachsorge
- Erfüllung der folgenden Vorgaben zur Personalausstattung (VZÄ je tatsächlich aufgestelltes Bett [TBett]):

Personalgruppe	Qualitativ	Quantitativ: VZÄ je TBett	Quantitativ: TBetten je VZÄ
Ärztinnen/Ärzte	Tagdienst	0,07:1	15:1
Gesundheits- und Krankenpflege- personen	Anteil DGKP >= 70%	0,50:1	2:1
Therapeutinnen/Therapeuten		0,08:1	12:1

Abrechnungsmodus

- 303 Punkte je Belagstag; Abrechnung bis maximal 28 Belagstage auf RNS-Einheiten

3.6 Festlegung von palliativmedizinischen Einheiten (PAL)

Definitionsgemäß dienen palliativmedizinische Einrichtungen der Versorgung von unheilbar kranken und sterbenden Personen. Ziele von Palliativeinrichtungen sind die Erhöhung der Lebensqualität der Patient:innen sowie deren Entlassung in die vertraute Umgebung. Inhalte sind die Symptomkontrolle, das heißt die Linderung von Krankheitssymptomen (v. a. von Schmerzen), und eine psychosoziale Betreuung, die sich sowohl auf die Patient:innen als auch auf deren Angehörige erstreckt.

Die Behandlung und Betreuung erfolgt durch ein palliativmedizinisch qualifiziertes, interdisziplinär zusammengesetztes Team, das neben den körperlichen auch die seelischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse der Patient:innen berücksichtigt. In die Betreuungstätigkeit miteinbezogen werden ehrenamtliche Mitarbeiter:innen.

Zielgruppe von Palliativbereichen sind Patient:innen mit einer nicht heilbaren, progredienten Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung, die an starken Schmerzen, psychischen Beschwerden oder Begleitsymptomen (wie z.B. Übelkeit, Appetitlosigkeit oder Atemnot) leiden.

Direktaufnahmen und Verlegungen von anderen Abteilungen des gleichen Hauses sind integrierende Bestandteile palliativmedizinischer Einrichtungen. Darüber hinaus sind Wiederaufnahmen nach Aufenthalt im familiären Milieu als Gegebenheiten zu erwarten.

Neben der Infrastruktur eines Akutkrankenhauses für alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, um die Erfordernisse der symptomatischen Therapie zu erfüllen, ist mit einem entsprechend hohen personellen Aufwand für die zusätzliche psychosoziale und spirituelle Betreuung zu rechnen. Persönliche Gespräche und begleitender Aufenthalt von Verwandten, auch über die Nacht hinweg, sind als Bestandteile der adäquaten Behandlung zu sehen.

Die Leitung einer palliativmedizinischen Funktionseinheit sollte einem Arzt/einer Ärztin mit abgeschlossener Ausbildung (Allgemeinmedizin, Facharzt/Fachärztin), mit einer palliativmedizinischen Zusatzausbildung und mit Praxiserfahrung in palliativmedizinischer Betreuung übertragen werden. Das Pflegepersonal sollte ebenfalls über eine entsprechende Ausbildung und Erfahrung in der palliativmedizinischen Betreuung verfügen. Palliativstationen und Palliativbereiche können unter folgenden Voraussetzungen wie folgt abgerechnet werden:

Voraussetzungen

- Erfüllung der Qualitätskriterien lt. ÖSG
- Bewilligung durch die Landesgesundheitsplattform bzw. den PRIKRAF
- Führung einer eigenen Kostenstelle (mit den speziellen Funktionscodes 139137xx oder 135137xx)
- Erfüllung der folgenden Vorgaben zur Personalausstattung (VZÄ je tatsächlich aufgestelltes Bett [TBett]):

Personalgruppe	Qualitativ	Quantitativ: VZÄ je TBett	Quantitativ: TBetten je VZÄ
Ärztinnen/Ärzte	Tagdienst (exkl. palliativmedizinischer Konsiliardienst)	0,20:1	5:1
DGKP	mindestens 1 anwesend im Tagdienst	1,20:1	0,83:1
Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter	6 Wochenstunden je Patientin/Patient	0,2:1 je belegtes Bett	5:1
Therapeutinnen/Therapeuten			
- Physiotherapeutinnen/ Physiotherapeuten			
- Ergotherapeutinnen/ Ergotherapeuten			
- Weitere nach Bedarf			

Abrechnungsmodus

- 686 Punkte je Belagstag bis zu einer Gesamtaufenthaltsdauer von 21 Tagen
- Nach 21 Tagen werden folgende Tagessätze zur Anwendung gebracht:

Belagstag	Punkte/Tag	Belagstag	Punkte/Tag	Belagstag	Punkte/Tag
22	655	29	497	36	400
23	626	30	480	37	389
24	600	31	465	38	379
25	576	32	450	39	369
26	554	33	437	40	360
27	534	34	424	41	351
28	515	35	412	42+	343

3.7 Festlegung von Einheiten der Abteilungsgruppe 01 in der Psychiatrie

Als Voraussetzung für die Anwendung der nachfolgend angeführten speziellen Bepunktungsregelungen sind die zur Abrechnung berechtigten psychiatrischen Abteilungen bzw. Stationen durch die Landesgesundheitsplattform bzw. den PRIKRAF mit entsprechender Angabe des Funktionscodes aus einer der vier folgenden Funktionscode-Gruppen festzulegen:

FC: 1x62xxxx	Psychiatrie
FC: 1x64xxxx	Kinder- und Jugendpsychiatrie
FC: 1x5115xx	Kinder-Psychologie
FC: 1x5163xx	Kinder- und Jugendpsychiatrie (Kinder- und Jugendheilkunde)

Im LKF-Modell werden die psychiatrischen Fallpauschalen mit Behandlung auf psychiatrischen Abteilungen mit definierten Mindestausstattungen (Abteilungsgruppe 01) von psychiatrischen Fallpauschalen mit Behandlung auf anderen Abteilungen unterschieden.

Bei überwiegendem Aufenthalt auf Abteilungen bzw. Stationen der Abteilungsgruppe 01 in Kombination mit der jeweils genehmigten Einstufung durch die Landesgesundheitsplattform bzw. den PRIKRAF kommen differenzierte LDF-Pauschalen in der HDG 20.XX zur Anwendung.

Einheiten der Peripartalpsychiatrie können bei Durchführung einer Eltern/Kind-Therapie auch als Einheiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie eingestuft und abgerechnet werden. Dafür gelten die gleichen Voraussetzungen und Abrechnungsregeln wie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie definiert, siehe Kapitel 3.9. Festlegung von Einheiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP). In der peripartalen Psychiatrie ist die stationäre Aufnahme des Elternteils zu erfassen.

Die verbindlichen Kriterien für die Einstufung in Abteilungsgruppe 01 sind:

- Abteilungen an Krankenanstalten mit psychiatrischem Vollversorgungsauftrag inklusive Unterbringung mit einem der oben angeführten Funktionscodes

Mindestpersonalausstattung:

Personalgruppe	Qualitativ	Quantitativ: VZÄ je TBett	Quantitativ: TBetten je VZÄ
Ärztinnen/Ärzte		0,15:1	6,67:1
Gesundheits- und Krankenpflegepersonen	mindestens 1 anwesend im Tagdienst	0,67:1	1,50:1
Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter	in Therapeuten enthalten		
Therapeutinnen/Therapeuten	2.340 Std. pro 10 TBetten	0,15:1	6,67:1
- Psychologinnen/Psychologen	in oben angeführtem Schlüssel enthalten		
- Psychotherapeutinnen/ Psychotherapeuten			
- Physiotherapeutinnen/ Physiotherapeuten			
- Ergotherapeutinnen/ Ergotherapeuten			
- Sport-, Kunst-, Musik- -therapeutinnen/-therapeuten			
- Weitere nach Bedarf			

Diese Kriterien gelten bis zum Vorliegen entsprechender Richtwerte durch die GÖG/BIQG.

3.8 Festlegung von Einheiten mit Schwerpunkt für Psychosomatik und Psychotherapie (PSO)

Abteilungen oder Departments für PSO-E sollen gemäß ÖSG sowohl im Rahmen von Abteilungen für Psychiatrie, als auch anderen Fachabteilungen mit hohem Anteil an Patient:innen mit psychischer Komorbidität eingerichtet werden.

Departments für PSO-KJ sollen in Abteilungen für KIJU bzw. KJP, Einheiten für PSO-KJ sollen vorrangig in Abteilungen für KIJU bzw. KJP eingerichtet werden.

Beschreibung Psychosomatik

Psychosomatik befasst sich definitionsgemäß mit der psychischen Situation Kranker in Zusammenhang mit ihrer somatischen und sozialen Situation. Wenn psychosoziale Faktoren eine wesentliche Rolle für die Entstehung, die Aufrechterhaltung, den Verlauf und die Bewältigung einer Erkrankung spielen und deren Ausmaß die Kompetenz des nicht speziell ausgebildeten Personals auf allgemeinen Fachabteilungen übersteigt (Vorliegen hoher psychischer Komorbidität), besteht Bedarf nach psychosomatisch-psychotherapeutischer Versorgung. Dieser Bedarf ist nicht an bestimmte Altersgruppen, Diagnosen oder Fächer gebunden. Klassische psychiatrische Erkrankungen gehören nicht zum Aufgabenbereich der Psychosomatik.

Psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgung soll ein abgestuftes Versorgungsangebot und eine breite Palette an Leistungen (Diagnostik, Indikationsstellung, kurzfristige psychotherapeutische Interventionen, Krisenintervention, stationäre Psychotherapie, Supervision für das Personal usw.) umfassen. Sie besteht aus einem Konsiliar- und Liaisondienst, der in jedem Krankenhaus angeboten werden soll, sowie aus Betten in Psychosomatikschwerpunkten und in Departments für Psychosomatik und Psychotherapie. Diese unterscheiden sich durch die Intensität der jeweils angebotenen psychosomatisch-psychotherapeutischen und der somatischen Behandlung voneinander. In Psychosomatikschwerpunkten werden Patient:innen mit hohem Bedarf an spezialisierten somatischen Interventionen versorgt; Departments für Psychosomatik und Psychotherapie zielen auf Patient:innen mit Indikation zur gezielten stationären psychotherapeutischen Behandlung bei geringerem Bedarf an spezialisierten somatischen Interventionen ab.

3.8.1 Festlegung von Einheiten zur stationären Behandlung in der Psychosomatik und Psychotherapie (PSO) für Erwachsene – MEL AM100

Stationäre Einheiten mit Schwerpunkt für Psychosomatik und Psychotherapie für Erwachsene können unter folgenden Voraussetzungen abgerechnet werden:

Voraussetzungen

- Bewilligung durch die Landesgesundheitsplattform bzw. den PRIKRAF
- Führung einer eigenen Kostenstelle (mit den speziellen Funktionscodes 1xxx68xx)
- Erfüllung der Qualitätskriterien und Leistungsinhalte für PSO-Einheiten der jeweils aktuellen Fassung des ÖSG inklusive der Planungsrichtwerte

Empfohlene Mindestpersonalausstattung:

Personalgruppe	Qualitativ	Quantitativ: VZÄ je TBett	Quantitativ: TBetten je VZÄ
Ärztinnen/Ärzte		0,10:1	10:1
Gesundheits- und Krankenpflegepersonen		0,45:1	2,22:1
Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter	in Therapeuten enthalten		
Therapeutinnen/Therapeuten	2.340 Std. pro 10 TBetten	0,15:1	6,67:1
- Psychologinnen/Psychologen	in oben angeführtem Schlüssel enthalten		
- Psychotherapeutinnen/ Psychotherapeuten			
- Physiotherapeutinnen/ Physiotherapeuten			
- Ergotherapeutinnen/ Ergotherapeuten			
- Sport-, Kunst-, Musik- -therapeutinnen/-therapeuten			
- Weitere nach Bedarf			

Die Genehmigung umfasst die Abrechnung der Leistung „AM100 – Stationäre Behandlung auf einer Einheit für Psychosomatik und Psychotherapie (PSO) für Erwachsene im Turnus 2–12 Wochen (LE=je Aufenthalt)“. Aufenthalte ohne Codierung der Leistung AM100 werden in der HDG20 über die Fallpauschalen ohne AGR01 abgerechnet. Eine Einstufung auch für die Abrechnung der Fallpauschalen mit AGR01 in der HDG20 ist nicht möglich.

Dokumentation und Codierregel zu AM100

Leistungsbezeichnung AM100: „Stationäre Behandlung auf einer Einheit für Psychosomatik und Psychotherapie (PSO) für Erwachsene im Turnus 2–12 Wochen (LE=je Aufenthalt)“

- Geplante Durchführung einer stationären Behandlung über mindestens 2 Wochen
- Codierung der Leistung einmal zu Beginn des stationären Aufenthaltes

Abrechnungsmodus

Die Abrechnung erfolgt in der LDF-Pauschale „Behandlung in der PSO im Turnus (Erwachsene)“ (MEL32.01 A) mit einer durchschnittlichen Tageskomponente von 291 Punkten.

3.8.2 Festlegung von Einheiten zur stationären Behandlung in der Psychosomatik und Psychotherapie (PSO) für Kinder und Jugendliche – MEL AM140

Stationäre Einheiten mit Schwerpunkt für Psychosomatik und Psychotherapie für Kinder und Jugendliche können unter folgenden Voraussetzungen abgerechnet werden:

Voraussetzungen

- Bewilligung durch die Landesgesundheitsplattform bzw. den PRIKRAF
- Führung einer eigenen Kostenstelle (mit dem speziellen Funktionscode 1x5168xx oder 1x6468xx)
- Erfüllung der Qualitätskriterien und Leistungsinhalte für PSO-Einheiten für Kinder und Jugendliche der jeweils aktuellen Fassung des ÖSG inklusive der Planungsrichtwerte

Die Genehmigung umfasst die Abrechnung der Leistung „AM140 – Stationäre Behandlung auf einer Einheit für Psychosomatik und Psychotherapie (PSO) für Kinder und Jugendliche im Turnus 2–12 Wochen (LE=je Aufenthalt)“. Aufenthalte ohne Codierung der Leistung AM140 werden in der HDG20 über die Fallpauschalen ohne AGR01 abgerechnet.

Empfohlene Mindestpersonalausstattung:

An die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen angepasste Personalausstattung analog zur Psychosomatik für Erwachsene

Dokumentation und Codierregel

- Geplante Durchführung einer stationären Behandlung über mindestens 2 Wochen, Unterbrechungen/Beurlaubungen möglich
- Codierung der Leistung einmal zu Beginn des stationären Aufenthaltes

Abrechnungsmodus

Die Abrechnung erfolgt in der LDF-Pauschale „Behandlung in der PSO im Turnus (Kinder und Jugendliche)“ (MEL32.03 A) mit einer durchschnittlichen Tageskomponente von 421 Punkten.

3.9 Festlegung von Einheiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)

Ab dem LKF-Modell 2022 werden keine Differenzierungen in den Einheiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) vorgenommen. Die bisher bestehenden Gruppen wurden zusammengefasst und als gemeinsame Behandlungsform für die Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) mit gewichtetem Mittelwert der bisherigen Punkte in Höhe von 630 Punkten je Belagstag festgelegt. Eine Differenzierung in verschiedene Funktionscodes ist nicht mehr erforderlich. Die generellen Voraussetzungen für die Genehmigung bleiben unverändert.

Voraussetzungen

- Erfüllung der Qualitätskriterien lt. ÖSG
- Bewilligung durch die Landesgesundheitsplattform bzw. den PRIKRAF
- Führung einer eigenen Kostenstelle mit den speziellen Funktionscodes

FC: 1x64xxxx	Kinder- und Jugendpsychiatrie
FC: 1x5115xx	Kinder-Psychologie
FC: 1x5163xx	Kinder- und Jugendpsychiatrie (Kinder- und Jugendheilkunde)
FC: 1x5168xx	Kinder-Psychosomatik (Kinder- und Jugendheilkunde)
FC: 1x62xxxx	Psychiatrie (Einheiten der Peripartalpsychiatrie für eine Eltern/Kind Behandlung)

Die Voraussetzungen für die Genehmigung der KJP-Einheiten wurden zusammengeführt. Die patientenbezogenen Kriterien für die Genehmigung wurden aus der bisher bestehenden Behandlungsform A (Allgemeine Behandlung) übernommen. Den stationsbezogenen

Kriterien wird der gewichtete Mittelwert der bisher eingestufteten Behandlungsformen zu Grunde gelegt.

Voraussetzungen

- Erfüllung der nachfolgend angeführten stationsbezogenen Kriterien:
 - Pflegeleistungen (24-Stunden-Verfügbarkeit) sowie

Personalgruppe	Qualitativ	Quantitativ: VZÄ je TBett	Quantitativ: TBetten je VZÄ
Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie	Anwesenheit in der Kernzeit und Bereitschaft in der übrigen Zeit		
Multiprofessionelles Team	Gesamt	1,67:1	0,60:1
- Pflege-/Erziehungspersonal	Pflegeleistungen mit 24-Stunden-Verfügbarkeit		
- Klinische Psychologinnen/ Psychologen	mindestens 4 Qualifikationen aus den Gruppen		
- Sozial- bzw. Rehabilitations- pädagogen/-pädagoginnen			
- Psychotherapeutinnen/ Psychotherapeuten			
- Physiotherapeutinnen/ Physiotherapeuten			
- Ergotherapeutinnen/ Ergotherapeuten			
- Sport-, Kunst-, Musik- therapeutinnen/-therapeuten			
- Logopädinnen/Logopäden			
- Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter			
- Weitere nach Bedarf			

- Erfüllung der nachfolgend angeführten patientenbezogenen Kriterien:
 - Alle Patient:innen sind Minderjährige bis zum 19. Lebensjahr (Aufnahmedatum vor dem vollendeten 19. Lebensjahr) oder entsprechen dem Entwicklungsalter eines Minderjährigen.
 - Die folgenden Kriterien charakterisieren den Schweregrad der Erkrankung dieser Patient:innen (mindestens 2 Kriterien müssen erfüllt sein):

1. Es bedarf einer deutlichen Unterstützung in mehreren Aktivitäten des täglichen Lebens.
 2. Eine ständige Aufsicht ist erforderlich.
 3. Es bedarf eines hohen Aufwands, um die Kooperation des Kindes für die Behandlung zu erreichen.
 4. Komplikationen und notfallartige Verschlechterungen kommen vor.
 5. Es bestehen deutliche Züge einer chronischen Selbst- oder Fremdgefährdung.
 6. Es besteht eine mittelgradig bis schwere psychosoziale Einschränkung in mehreren Lebensbereichen. (Zwangsrituale, Angststörung, Kommunikationsstörung etc.)
- Bei einer Eltern/Kind-Therapie ist jeweils nur eine Person als stationäre Aufnahme zu erfassen. Im Regelfall erfolgt eine stationäre Aufnahme des Kindes und eine Mitbehandlung des Elternteils. Sofern beim Kind noch keine ICD-10-F-Diagnose vorliegt, ist an Stelle des Kindes eine stationäre Aufnahme des Elternteils zu erfassen. In der peripartalen Psychiatrie ist die stationäre Aufnahme des Elternteils zu erfassen.
 - Zur Erfüllung der oben angeführten Anforderungen wird die folgende Personal- ausstattung (VZÄ je tatsächlich aufgestelltes Bett [TBett]) empfohlen:

Personalgruppe	Qualitativ	Quantitativ *): VZÄ je TBett	Quantitativ *): TBetten je VZÄ
Ärztinnen/Ärzte		0,21:1	4,76:1
Pflege-/Erziehungspersonal		1,32:1	0,76:1
Psychologinnen/Psychologen, akadem. Pädagoginnen/Pädagogen		0,20:1	5,00:1
Therapeutinnen/Therapeuten	Gesamt	0,19:1	5,26:1
- Psychotherapeutinnen/ Psychotherapeuten	in oben angeführtem Schlüssel enthalten		
- Physiotherapeutinnen/ Physiotherapeuten			
- Ergotherapeutinnen/ Ergotherapeuten			
- Sport-, Kunst-, Musik- -therapeutinnen/-therapeuten			
- Logopädinnen/Logopäden			
- Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter			
- Weitere nach Bedarf			

*) Von den in der Tabelle angegebenen Werten kann nach individuellen Erfordernissen abgewichen werden. In Summe müssen aber die im Text unter „Voraussetzungen“ angegebenen Mindestwerte je Personalgruppe erreicht werden.

Abrechnungsmodus

Die Abrechnung erfolgt über einen pauschalen Tagessatz im Ausmaß von 630 Punkten je Belagstag.

3.10 Festlegung von Einheiten zur Alkohol- und Drogenentwöhnung

Für die Abrechenbarkeit der MEL „AM040 –Alkoholentwöhnungsbehandlung im Turnus 6–12 Wochen (LE=je Aufenthalt)“ sowie der MEL „AM050 – Drogenentwöhnungsbehandlung auf Drogenstationen (LE=je Aufenthalt)“ müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

Voraussetzungen

- Bewilligung durch die Landesgesundheitsplattform bzw. den PRIKRAF
- Führung einer eigenen Kostenstelle mit dem Funktionscode 1x6215xx

Bei Erfüllung der verbindlichen Kriterien für die Einstufung in Abteilungsgruppe 01 (siehe 3.7.) kann stattdessen die Einstufung auch für die Abrechnung der Fallpauschalen mit AGR01 in der HDG20 erfolgen.

3.11 Festlegung von medizinischen Einzelleistungen zur Abrechnung nach dem Tagesklinikmodell

Das Aufnahmekennzeichen „K – Aufnahme eines 0-Tagesfalls“ im Diagnosen- und Leistungsbericht ist keine Voraussetzung für die Abrechnung nach dem Tagesklinikmodell, sollte aber aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht dokumentiert werden.

Rahmenbedingungen:

- Ausgewählte operative und ausgewählte nicht-operative stationäre medizinische Einzelleistungen, die innerhalb 12 Stunden erbracht werden können, wenn
- für die Patient:innen ein systemisiertes Bett verwendet wird, wobei Betten der Tagesklinik systemisierte Betten sind,
- die zu erbringende Leistung dem gültigen tagesklinischen Leistungskatalog (siehe Anlage 8) entstammt und
- die pflegerische und ambulante oder stationäre medizinische Nachsorge gewährleistet ist.

Voraussetzungen zur Abrechnung tagesklinischer Leistungen

- Leistungen, die nicht dem Versorgungsauftrag der Krankenanstalt entsprechen, sind durch die Landesgesundheitsplattform bzw. den PRIKRAF von der Abrechnung auszunehmen (Programmpaket XDok: <Wartung> <Exklusionen medizinischer Leistungen>; eine zusätzliche Exklusion der tagesklinischen Leistungen über den Menüpunkt <Wartung><Exklusionen tagesklinischer Leistungen> ist nicht mehr erforderlich, aber weiterhin möglich).
- Abrechenbar sind die operativen und nicht-operativen Leistungspositionen aus dem gültigen tagesklinischen Leistungskatalog.
- Die Aufnahme in die Tagesklinik kann nur bei Anstaltsbedürftigkeit erfolgen.
- Betten der Tagesklinik sind systemisierte Betten und sind im Rahmen der Detailplanungen auf der regionalen Ebene einzurichten. Das Führen einer interdisziplinären Tagesklinik ist möglich. In diesem Fall ist eine eigene Kostenstelle einzurichten. Bei Integration der Tagesklinik je Fachabteilung in die Stationen dieser Abteilung muss keine gesonderte Kostenstelle eingerichtet werden.
- Auf einem tagesklinischen Bett können auch mehr als ein Patient/eine Patientin pro Tag behandelt und abgerechnet werden.

Abrechnungsmodus

- Ein tagesklinischer Fall (Aufnahme und Entlassung am selben Tag) mit einer genehmigten Leistungsposition aus dem tagesklinischen Katalog wird entsprechend der LKF-Bepunktungsregel für 1-Tagesfälle in der jeweils entsprechenden Fallpauschale abgerechnet.
- Tagesklinische Fälle mit Entlassung und nachfolgender Wiederaufnahme am selben Tag sind nur bei entsprechender Begründung im Einzelfall abrechenbar.

3.12 Genehmigung der Abrechnung von ausgewählten speziellen medizinischen Einzelleistungen

Folgende Leistungen sind durch den Landesgesundheitsfonds/PRIKRAF zu genehmigen:

Code	Leistungsbezeichnung
AA011	Intensive Epilepsiediagnostik mit Video-EEG (> 3 Tage) in Spezialzentrum für präoperative Epilepsiediagnostik und Epilepsiechirurgie (LE=je Behandlungstag)
AK010	Perkutane Koagulation vegetativer Ganglien (LE=je Sitzung)
AN010	Polysomnographie im Schlaflabor (LE=je Behandlungstag)
AN011	Polysomnographie mit Schlafmikrostruktur- und Motorikanalyse (LE=je Aufenthalt)
DB020	Implantation einer Pulmonalklappe – perkutan (LE=je Sitzung)
DB025	Ersatz der Aortenklappe – kathetergestützt, transapikal (LE=je Sitzung)
DB026	Ersatz der Aortenklappe – kathetergestützt, transvaskulär (LE=je Sitzung)
DE112	Implantation eines automatischen Kardioverter-Defibrillators, subkutane Elektroden (LE=je Sitzung)
EA050	Perkutane transluminale Thrombektomie intrakranieller Gefäße (LE=je Sitzung)
FZ120	Verabreichung von modifizierten T-Zellen mit chimärischem Antigen-Rezeptor (CAR) (LE=je Aufenthalt mit abgeschlossener Therapie)
GF210	Implantation von Ventilen zur Lungenvolumenreduktion – bronchoskopisch (LE=je Sitzung)
GF220	Implantation von Coils zur Lungenvolumenreduktion – bronchoskopisch (LE=je Sitzung)
LH010	Perkutane Volumenreduktion der Bandscheibe (LE=je Sitzung)
LH020	Aufrichtung und Füllung des Wirbelkörpers durch perkutane Punktion (LE=je Sitzung)
LH021	Füllung des Wirbelkörpers durch perkutane Punktion (LE=je Sitzung)

Die Abrechnung der Leistung AA011 kann nur für Spezialzentren für präoperative Epilepsiediagnostik und Epilepsiechirurgie gemäß ÖSG erfolgen.

Die Abrechnung der Leistung AN010 – Polysomnographie im Schlaflabor (LE=je Behandlungstag) ist nur bei Codierung mit einem der folgenden Funktionscodes in Satzart X04, Feld „Funktionscode/Fachgebiet leistungserbringend“ möglich:

Funktionscode	Bezeichnung
1-0980	Schlaflabor (IM und Pneumologie)
1-1180	Schlaflabor (Interne)
1-1280	Schlaflabor (Pulmologie)
1-4280	Schlaflabor (HNO)
1-5180	Schlaflabor (Kinder- und Jugendheilkunde)
1-6380	Schlaflabor (Neurologie)
1-9180	Schlaflabor (interdisziplinär)

Die Abrechnung der Leistung „AN011 – Polysomnographie mit Schlafmikrostruktur- und Motorikanalyse (LE=je Aufenthalt)“ ist nur bei Codierung mit einem der folgenden Funktionscodes in Satzart X04, Feld „Funktionscode/Fachgebiet leistungserbringend“ möglich:

Funktionscode	Bezeichnung
1-5180	Schlaflabor (Kinder- und Jugendheilkunde)
1-6380	Schlaflabor (Neurologie)
1-9180	Schlaflabor (interdisziplinär)

Die Abrechnung der Leistungen DB020, DB025, DB026, DE112, EA050, GF210, GF220 kann nur an Krankenanstalten genehmigt werden, die die in der Leistungsmatrix getroffenen Festlegungen erfüllen.

Die Leistung EA050 ist nur an Standorten mit Stroke Unit und in Kooperation mit einer Krankenanstalt mit Neurochirurgie zu erbringen.

Die Leistung FZ120 ist nur an Zentren zu erbringen, die autologe und allogene Stammzelltransplantationen durchführen.

Die Leistungen GF210 und GF220 sind nur an Standorten sowohl mit Pulmologie bzw. Innere Medizin und Pneumologie als auch mit Thoraxchirurgie zu erbringen.

Bei der Genehmigung der Leistungen AK010, LH010, LH020, LH021 ist unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten eine Bündelung der Leistungserbringung anzustreben. Eine interdisziplinäre Indikationsstellung und Nachsorge muss gewährleistet sein. Für die Leistungen LH010, LH020, LH021 muss darüber hinaus ein wirbelsäulenchirurgisches Back-up entweder in der Krankenanstalt oder durch Kooperation mit einer anderen KA sichergestellt sein.

Die Angabe der Genehmigung erfolgt im EDV-Programm XDok über den Menüpunkt <Wartung> <Spezielle Leistungsbereiche> <Spez.MELs>. Die Genehmigung erfolgt für alle genehmigungspflichtigen Leistungen auf Ebene der Krankenanstalt.

3.13 Genehmigung der Abrechnung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Leistungen mit unzureichender Evidenz sind grundsätzlich nicht in das LKF-Modell aufzunehmen.

Ergänzend ist seit dem LKF-Modell 2009 die Möglichkeit vorgesehen, für Leistungen mit noch unzureichender Evidenz im Bereich der Spitzenmedizin vorläufige Codes zu vergeben. Diese Positionen werden zur Abgeltung des Versorgungsaufwands wie bereits im Katalog enthaltene, vergleichbare Leistungen bepunktet.

Dadurch ergeben sich in den Abrechnungspunkten keine Änderungen, da anstelle der dokumentierbaren neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode sonst die vergleichbare Leistung erbracht und abgerechnet werden würde.

Die in Frage kommenden Leistungen werden bundesweit einheitlich im Rahmen der jährlichen Erstellung des LKF-Modells festgelegt, ebenso die vorhandenen Fallpauschalen, nach denen die Leistungen bepunktet werden können.

Die Abrechnung der vorläufig abgebildeten Leistungen ist durch den Landesgesundheitsfonds bzw. den PRIKRAF zu genehmigen. Bei genehmigter Abrechnung erfolgt eine Bepunktung über die festgelegte Fallpauschale.

Für das LKF-Modell 2022 sind die folgenden vorläufigen LeistungsCodes und Abrechnungsgruppen vorgesehen:

Code	Leistungsbezeichnung	Gruppe LG
XN030	Implantation eines Stentgrafts in die Aorta ascendens (LE=je Sitzung)	MEL08.09
XN050	Implantation eines Mitralklappenclips – perkutan (LE=je Sitzung)	MEL08.03 LG146
XN051	Implantation eines Trikuspidalklappenclips – perkutan (LE=je Sitzung)	MEL08.03 LG146
XN055	Ersatz der Mitralklappe – kathetergestützt, transapikal (LE=je Sitzung)	MEL08.03 LG146
XN080	Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) an intrakraniellen Gefäßen (LE=je Sitzung)	MEL20.01
XN090	Perkutane transluminale Rekanalisation mit Stentimplantation an intrakraniellen Gefäßen (LE=je Sitzung)	MEL20.01 LG195

Code	Leistungsbezeichnung	Gruppe LG
XN100	Perkutane transluminale Embolisation cerebraler Aneurysmen mittels Flow Diverter (LE=je Sitzung)	MEL20.01 LG194
XN110	Implantation eines permanenten Embolieprotektionssystems in das linke Herzohr (LE=je Sitzung)	MEL21.10
XN120	Implantation eines vollständig bioresorbierbaren Stents in die Koronargefäße (LE=je Stent)	MEL21.11
XN130	Implantation eines sondenlosen Herzschrittmachers – perkutan (LE=je Sitzung)	MEL10.01 LG151
XN140	Implantation eines Systems für ein telemedizinisches Monitoring des pulmonal-arteriellen Druckes (LE=je Sitzung)	MEL09.05
XN160	Kurzfristige Kreislaufunterstützung mit mikro-axialer Flusspumpe – perkutan (LE=je Sitzung)	MEL08.06
XN170	Minimalinvasive Implantation selbstexpandierender Prothesen in den analen Sphinkterapparat (LE=je Sitzung)	MEL06.08

Für die Genehmigung wurde folgende einheitliche Vorgangsweise aller Landesgesundheitsfonds und des PRIKRAF festgelegt:

- Leistungserbringung an Universitätskliniken/Referenzzentren; sofern in der Leistungsmatrix für die Organisationsform Festlegungen getroffen wurden (z.B. KARS), Leistungserbringung allenfalls auch an anderen Krankenanstalten, die diese definierten Voraussetzungen erfüllen.
- Datenbereitstellung für die Evaluierung der Methode
- Im Sinne eines einheitlichen Procedere bei der Genehmigung von Leistungen sind auch die neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden über den XDok-Menüpunkt <Wartung> <Spezielle Leistungsbereiche> <Spez.MELs> zu genehmigen. Die Genehmigung erfolgt für alle vorläufig abgebildeten Leistungen auf Ebene der Krankenanstalt.

Die Genehmigung der Leistung XN160 kann nur für Universitätskliniken/Referenzzentren für endovaskuläre Kardiologie (KARZ) erfolgen.

3.14 Festlegung der LKF-relevanten Kostenträger

Als Voraussetzung für eine finanzierungsrelevante Bepunktung der einzelnen stationären Krankenhausaufenthalte aufgrund der Diagnosen- und Leistungsberichte ist vorweg festzulegen, welche Kostenträger (Finanzierungsträger) tatsächlich auf Basis des LKF-Modells abzurechnen sind.

3.15 Dokumentation von nicht über den Landesgesundheitsfonds abrechenbaren Leistungen

In der Datenmeldung sind die nicht über den Landesgesundheitsfonds abrechenbaren Leistungen in der Satzart X04 im Feld „Medizinische Leistung – Abrechnungsrelevanz“ mit „N“ (= nicht abrechnungsrelevant) zu kennzeichnen. Diese Leistungen werden bei der LKF-Bepunktung nicht berücksichtigt.

3.16 Dokumentation der Seitenlokalisierung bei medizinischen Einzelleistungen

Seit 1.1.2014 ist bei allen Leistungen mit der Leistungseinheit „LE=je Seite“ verpflichtend die jeweilige Seite anzugeben. Bei fehlender Angabe der Seitenlokalisierung wird ein Error ausgegeben.

Die Dokumentation erfolgt in Satzart X04 im Feld „Medizinische Leistung – Seitenlokalisierung“ durch Angabe der Ausprägung „R“ für rechts oder „L“ für links.

3.17 Evaluierungsvereinbarung

Für das LKF-Modell ist laufend eine medizinische, ökonomische und statistische Evaluierung vorzunehmen. Erforderlichenfalls sind bei entsprechend fundierter Datenlage im Rahmen der jährlichen Wartung Anpassungen vorzunehmen.

4 Bepunktungsregelungen

Bei der Bepunktung der stationären Krankenhausaufenthalte ist in einem ersten Schritt von Bedeutung, um welche Art von Aufnahme es sich handelt. Dabei werden zwei verschiedene Möglichkeiten in Bezug auf die weitere Bepunktung unterschieden:

1. Aufnahme in den ausschließlichen Bereich der Pflege sowie Berücksichtigung von Asylierungsfällen
2. Aufnahme in den allgemeinen stationären Bereich, Tagesklinik, Rehabilitationsbereich

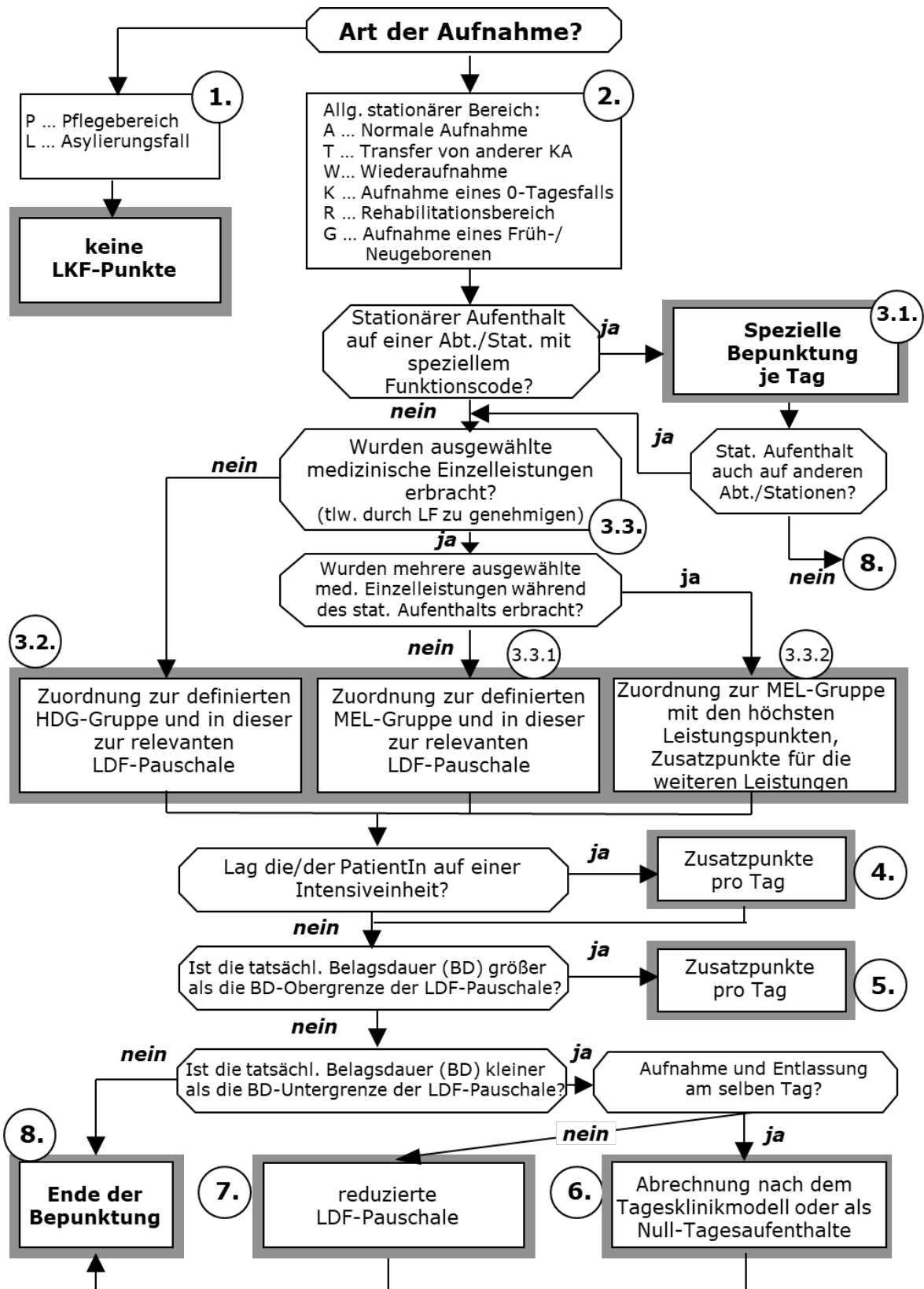
In der Folge werden die im allgemeinen stationären Bereich, im Bereich der Tageskliniken und im Rehabilitationsbereich aufgenommenen Patient:innen auf Basis der im LKF-Modell definierten Zuordnungskriterien den einzelnen LDF-Gruppen zugeordnet.

Es bestehen folgende abweichende oder ergänzende Regelungen:

- Für die in Kapitel 3 beschriebenen speziellen Einheiten müssen die Abrechnungsvoraussetzungen vorweg von der Gesundheitsplattform auf Länderebene bzw. dem PRIKRAF in Bezug auf die einzelnen Krankenhäuser im jeweiligen Bundesland genehmigt werden.
- Spezielle Bepunktungsregelungen bestehen für Belagsdauerausreißer, für Aufenthalte auf Intensiveinheiten und für stationäre Patient:innen mit Mehrfachleistungen.
- Seit dem LKF-Modell 2004 sind nur Funktionscodes beginnend mit 11xxxx bis 15xxxx abrechnungsrelevant. Für Kostenstellen, die über die Landesgesundheitsfonds bzw. LKF finanziert werden (d.h. Kostenstellen, die unter Art. 18 Abs. 3 und 4 der geltenden 15a-Vereinbarung zu subsumieren sind), ist der FC 15xxxx nur für die Behandlung von Langzeitkranken im Rahmen von (längeren) Behandlungszyklen zu verwenden. Der Funktionscode 19xxxx (Pflegeabteilungen) wird für die Abrechnung nicht berücksichtigt.
- Seit dem Modell 2008 ist bei Aufnahmen auf Funktionscodes beginnend mit „19xxxx“ (Hauptkostenstelle des Bereiches Pflege) das Aufnahmekennzeichen „P“ oder „L“ zu codieren. Es sind keine internen Verlegungen zwischen Akut- und Pflegebereich möglich, sondern nur Entlassungen und Aufnahmen in den jeweils anderen Bereich.

Im Folgenden wird das Zuordnungsprinzip inkl. der entsprechenden Bepunktungsregelungen beschrieben, welches in der nachstehenden Abbildung grafisch dargestellt ist.

Abbildung: Zuordnungs- und Bepunktungsregeln im LKF-Modell



4.1 Pflegebereich, Asylierungsfall (Abbildung Punkt 1.)

P	Aufnahme in den ausschließlichen Bereich der Pflege
L	stationäre Patientenaufenthalte nach dem Zeitpunkt der Asylierung

- Patient:innen mit den Aufnahmearten „P“ und „L“ werden nicht über das LKF-System abgerechnet und werden daher nicht bepunktet.

4.2 Allgemein stationärer Bereich, Tagesklinik, Rehabilitationsbereich (Abbildung Punkt 2.)

- Patient:innen mit den folgenden Aufnahmearten werden der entsprechenden LDF-Pauschale zugeordnet:

A	Normale Aufnahme (allgemein stationärer Bereich)
G	Aufnahme eines Frühgeborenen/Neugeborenen am Tag der Geburt oder am Folgetag in den allgemein stationären Bereich inkl. Aufnahme auf Intensiveinheiten
K	Aufnahme eines 0-Tagesfalls
T	Transfer von einer anderen Krankenanstalt (allgemein stationärer Bereich)
W	Wiederaufnahme (allgemein stationärer Bereich)
R	Rehabilitationsbereich

- Patient:innen, die auf einer Abteilung/Station mit einem speziellen Funktionscode liegen, erhalten – nach Bewilligung durch die Gesundheitsplattform auf Länderebene bzw. den PRIKRAF – abweichend davon eine spezielle Bepunktung je Tag (**Abbildung Punkt 3.1.**):

Akute Nachbehandlung von neurolog. Patient:innen inkl. Neurorehabilitation	Stufe B	644 Punkte
	Stufe C	423 Punkte
Remobilisation/Nachsorge	Gruppe RN	303 Punkte
Akutgeriatrie/Remobilisation	Gruppe A	385 Punkte
Palliativmedizinische Einheiten	ab dem 22. Tag degressiv, mindestens	686 Punkte
		343 Punkte
Spezieller Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie		630 Punkte

- Wenn der Patient/die Patientin neben seinem/ihrem Aufenthalt auf einer Abteilung/ Station mit einem speziellen Funktionscode auch Belagstage auf anderen Abteilungen bzw. Stationen hat, wird für die dort angefallenen Belagstage die entsprechende (eventuell reduzierte) LDF-Pauschale unter Berücksichtigung der weiteren Bepunktungsregelungen ermittelt.
- Patient:innen, die keine ausgewählte medizinische Einzelleistung erhalten haben, werden aufgrund ihrer Hauptdiagnosen gemäß der Anlage 3 zum LKF-Modell einer der Hauptdiagnosen-Gruppen (HDG-Gruppen) zugeordnet **(Abbildung Punkt 3.2.)**.
 - In der HDG-Gruppe erfolgt die Zuordnung gemäß der Anlage 5 zum LKF-Modell aufgrund der dort angeführten weiteren Kriterien zu einer LDF.
- Patient:innen, die eine oder mehrere ausgewählte medizinische Einzelleistungen erhalten haben, die gemäß Anlage 2 zu einer Medizinischen Einzelleistungs-Gruppe (MEL-Gruppe) führen, werden aufgrund ihrer erhaltenen Leistungen einer der MEL-Gruppen zugeordnet **(Abbildung Punkt 3.3.)**.
 - In der MEL-Gruppe erfolgt die Zuordnung gemäß der Anlage 5 zum LKF-Modell aufgrund der dort angeführten weiteren Kriterien zu einer LDF **(Abbildung Punkt 3.3.1)**.
 - Stationäre Aufenthalte mit mehreren – nach Art oder Anzahl – ausgewählten medizinischen Einzelleistungen, werden jener MEL-Gruppe zugeordnet, in welcher sich die höchsten Punkte für die Leistungskomponente ergeben. Dieser LDF-Pauschale werden unter Berücksichtigung der speziellen Bepunktungsregeln die Leistungspunkte (Mehrfach-Leistungszuschläge für Kombinationen von operativen mit operativen bzw. von nicht-operativen mit nicht-operativen Leistungen am selben Tag, gesamte Leistungskomponente bei verschiedenen Tagen der Leistungserbringung) jener MEL-Gruppen hinzuaddiert, die den weiteren Leistungen gemäß Anlage 2 zugeordnet sind **(Abbildung Punkt 3.3.2)**.
 - Bei Kombination von operativen MEL mit nicht-operativen MEL am selben Tag werden die Punkte für jeweils eine operative und eine nicht-operative MEL mit der vollen Leistungskomponente berechnet. Bei weiteren Leistungen kommt der getrennt ausgewiesene Leistungszuschlag zur Anwendung. Die Klassifizierung der einzelnen MEL als operativ/nicht operativ ist den Stammdaten (mellist.dat) zu entnehmen.

4.3 Aufenthalte auf Intensiveinheiten (Abbildung Punkt 4.)

Für Patient:innen, die auf Intensiveinheiten behandelt wurden, werden Zusatzpunkte pro Tag berechnet (siehe Kapitel 3.1).

4.4 Belagsdauerausreißer nach oben (Abbildung Punkt 5.)

Ist der tatsächliche stationäre Aufenthalt länger als die pro LDF-Gruppe festgelegte Belagsdauerobergrenze, dann werden degressiv Zusatzpunkte in Abhängigkeit von der tatsächlichen Belagsdauer, mindestens jedoch 50% der Tageskomponente pro Tag in der jeweiligen Fallpauschale, gemäß nachfolgender Formel berechnet.

Formel + Tabelle: Belagsdauerausreißer nach oben

$$\text{Zuschlag}(X) = \text{Maximum aus } [(TKT * BDOG/X) \text{ oder } (TKT/2)]$$

X	Anzahl der bis zum Tag X vom Patienten/von der Patientin im Krankenhaus verbrachten Belagstage; diese müssen über der Belagsdauerobergrenze der zugeordneten LDF liegen
TKT	Tageskomponente je Tag der zugeordneten LDF (=TK/BDMW)
BDO G	Belagsdauerobergrenze der zugeordneten LDF

Anhand eines Fallbeispiels wird die Bepunktung der Belagsdauerausreißer nach oben veranschaulicht. Der Aufenthalt wird zunächst anhand der Hauptdiagnose der HDG-Gruppe HDG09.02 zugeordnet. Innerhalb der Gruppe erfolgt die Zuordnung zur LDF-Pauschale C. Die Gesamtpunkte des Aufenthalts ergeben sich aufgrund der LDF-Pauschale und der Zusatzpunkte für die über der Belagsdauerobergrenze liegenden Tage (ab 5. Tag).

Tabelle: Patientendaten

Hauptdiagnose ICD-10	Alter	Belagsdauer
C64 – Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	65 Jahre	9 Tage

Tabelle: Daten gemäß Anlage 4 zum LKF-Modell

Gruppe	LDFP-C	TK je Tag (1.507/2,9)	BDOG
HDG09.02	1.746 Punkte	519,66 Punkte, 50% = 260	4 Tage

Tabelle: Berechnung der Gesamtpunkte

Zuschlag(5) = $519,66 * \frac{4}{5} = 416$
Zuschlag(6) = $519,66 * \frac{4}{6} = 346$
Zuschlag(7) = $519,66 * \frac{4}{7} = 297$
Zuschlag(8) = $519,66 * \frac{4}{8} = 260$
Zuschlag(9) = $519,66 * \frac{4}{9} = 260$ 9 50%

$$\text{Punkte} = \text{LDFP} + \text{Zuschläge} = 1.746 + 416 + 346 + 297 + 260 + 260 = \mathbf{3.325}$$

4.5 Abrechnung von 0-Tagesaufenthalten (NTA) im LKF-Modell stationär (Abbildung Punkt 6.)

Für 2022 gelten für stationäre Aufenthalte mit Aufnahme und Entlassung am selben Tag weiterhin folgende Abrechnungsregeln:

4.5.1 Abrechnung nach dem Tagesklinikmodell

Ein tagesklinischer Fall (Aufnahme und Entlassung am selben Tag) mit einer genehmigten Leistungsposition aus dem Katalog tagesklinisch abrechenbarer Leistungen wird entsprechend der LKF-Bepunktungsregel für 1-Tagesfälle in der jeweils zugeordneten Fallpauschale abgerechnet, wobei die Punkte für die Tageskomponente maximal in Höhe von 1,5 durchschnittlichen Tageskomponenten der jeweiligen Pauschale abgerechnet werden. **Hinweis:** Bei ambulanter Erbringung tagesklinisch abrechenbarer Leistungen werden diese Besuche ebenfalls nach den Fallpauschalen des stationären Modells bepunktet. Damit soll die Vereinheitlichung organisatorischer Prozesse unabhängig von der administrativen Fallführung erleichtert werden.

4.5.2 Abrechnung von NTA mit Leistungen, die ein Warning bei 0-Tagesaufenthalten erzeugen

0-Tagesaufenthalte mit Leistungen, die einen Warnhinweis bei Erbringung als NTA ergeben werden zukünftig nach Akzeptanz dieser Warnung nach den Regeln für tagesklinisch erbringbare Leistungen abgerechnet. Damit soll im Einzelfall bei tagesklinischer Erbringung eine vergleichbare Abrechnung möglich werden. Bisher wurden diese Fälle nur mit reduzierten Punkten abgerechnet.

4.5.3 Abrechnung von NTA mit Entlassungsart „S“ oder „T“ (Sterbefälle, Transferierungen)

0-Tagesaufenthalte mit Entlassungsart „S“ oder „T“ (Sterbefälle, Transferierungen) werden mit einer Tageskomponente in Höhe von 490 Punkten abgerechnet. Zusätzlich erhalten diese Fälle die Leistungskomponente der zugeordneten LDF sowie gegebenenfalls entsprechende Leistungszuschläge.

Alle anderen Fälle mit Leistungserbringung innerhalb eines Kalendertags sind grundsätzlich ambulant zu dokumentieren. In Ausnahmefällen gelten bei stationärer Aufnahme die folgenden Bepunktungsregeln:

4.5.4 Abrechnung von NTA in der Onkologie (MEL22)

NTA in der MEL-Gruppe 22.xx (Onkologische Therapien) werden mit einer fixen Tageskomponente in der Höhe von 235 Punkten und der Leistungskomponente in Höhe der in den entsprechenden Fallpauschalen ausgewiesenen Punkte für Leistungszuschläge abgerechnet.

4.5.5 Abrechnung von NTA in anderen MEL-Gruppen

0-Tagesaufenthalte in anderen MEL-Gruppen (ohne MEL22 und ohne tagesklinisch abrechenbare Leistung) werden mit einer fixen Tageskomponente von 30 Punkten und einer Leistungskomponente in Höhe der jeweils in den entsprechenden Fallpauschalen ausgewiesenen Punkte für Leistungszuschläge abgerechnet.

4.5.6 Abrechnung von NTA mit Entlassungsart „4 – gegen Revers“

0-Tagesaufenthalte mit Entlassungsart „4 – gegen Revers“ in MEL-Gruppen werden mit einer fixen Tageskomponente von 30 Punkten und einer Leistungskomponente in Höhe der jeweils in den entsprechenden Fallpauschalen ausgewiesenen Punkte für Leistungszuschläge abgerechnet.

In anderen Fallpauschalen erfolgt die Abrechnung entsprechend den Regeln für sonstige NTA pauschal mit 30 Punkten.

Die Häufigkeit der Dokumentation der Entlassungsart „4 – gegen Revers“ soll insbesondere bei ambulant erbringbaren Leistungen monitiert werden, um eine allfällige missbräuchliche Verwendung zu vermeiden.

4.5.7 Abrechnung von NTA in Sonderbereichen mit tageweiser Finanzierung

Fälle in Sonderbereichen mit tageweiser Finanzierung (z.B. Remobilisation/Nachsorge, Akutgeriatrie/Remobilisation, Akut-Nachbehandlung von neurologischen Patient:innen, Kinder- und Jugendpsychiatrie, palliativmedizinische Einheiten) werden nach den jeweiligen Bepunktungsregeln abgerechnet.

4.5.8 Abrechnung von NTA mit einer der folgend angeführten Leistungen

Die folgend angeführten Leistungen sind grundsätzlich ambulant zu erbringen. Bei stationärer Administration als 0-Tagesaufenthalte erfolgt eine Bepunktung mit einer fixen Tageskomponente in Höhe von 30 Punkten und einer Leistungskomponente in Höhe von 50% der jeweils in den entsprechenden Fall-pauschalen ausgewiesenen Leistungskomponente:

- BG020 – Photodynamische Therapie der Makula (LE=je Sitzung)
- BG030 – Intravitreale Injektion mit Anti-VEGF (LE=je Seite)
- GE010 – Bronchoskopie (LE=je Sitzung)
- HH020 – Koloskopie mit Polypektomie (LE=je Sitzung)
- QE010 – Stereotaktische Mammabiopsie (LE=je Sitzung)

4.5.9 Sonstige 0-Tagesaufenthalte

Alle anderen NTA werden pauschal mit 30 Punkten abgerechnet.

4.5.10 Keine Abrechnung von ehemaligen halbstationären Fallpauschalen im stationären Modell

Seit dem Jahr 2019 werden die Fallpauschalen für die ehemals halbstationären Behandlungen bei gleicher Versorgung und in gleicher Punktehöhe ausschließlich im ambulanten LKF-Modell abgerechnet.

4.6 Belagsdauerausreißer nach unten (Abbildung Punkt 7.)

Mit der grundsätzlichen Verschiebung der 0-Tagesaufenthalte in den ambulanten Bereich und der Festlegung der Punkte für 0-Tagesaufenthalte im stationären Bereich ist eine formelmäßige Berücksichtigung von 0-Tagesaufenthalten nicht mehr erforderlich. Ist der tatsächliche stationäre Aufenthalt kürzer als die pro LDF-Gruppe festgelegte Belagsdaueruntergrenze, aber mindestens 1 Belagstag, dann wird eine reduzierte LDF-Pauschale in Abhängigkeit von der tatsächlichen Belagsdauer nach folgender Formel ermittelt:

Formel + Tabelle: Belagsdauerausreißer nach unten

$$\text{Punkte/Fall} = \text{LK} + \text{TK} * \text{X/BDUG}$$

X	Anzahl der vom Patienten/von der Patientin im Krankenhaus verbrachten Belagstage; diese müssen unter der Belagsdaueruntergrenze der zugeordneten LDF liegen
LK	Leistungskomponente der zugeordneten LDF
TK	Tageskomponente der zugeordneten LDF
BDUG	Belagsdaueruntergrenze der zugeordneten LDF

Anhand eines Fallbeispiels wird die Bepunktung der Belagsdauerausreißer nach unten veranschaulicht. Der Aufenthalt wird zunächst anhand der Leistung der MEL-Gruppe **MEL06.04** zugeordnet. Innerhalb der Gruppe erfolgt die Zuordnung des Aufenthalts zur **LDF-Pauschale B**. Die Gesamtpunkte des Aufenthalts ergeben sich aufgrund der Berechnung der reduzierten LDF-Pauschale.

Tabelle: Patientendaten

Medizinische Einzelleistung	Alter	Hauptdiagnose ICD-10	Belagsdauer
HH170 – Proktokolektomie offen	60 Jahre	C20 – Bösartige Neubildung des Rektums	2 Tage

Tabelle: Daten gemäß Anlage 4 zum LKF-Modell

Gruppe	LDFP B	LK	TK	BDUG
MEL06.04	10.263 Punkte	4.626 Punkte	5.637 Punkte	3 Tage

Tabelle: Berechnung der Gesamtpunkte

$\text{Punkte} = 4.626 + \frac{5.637 * 2}{3} = 8.384$

4.7 0-Tagesfälle auf Intensivseinheiten und in speziellen Funktionsbereichen

4.7.1 Intensivseinheiten

0-Tagesfälle (Aufnahme- und Entlassungsdatum auf dieser Station am selben Tag) auf Intensivseinheiten erhalten nur dann die der Intensivseinheit zugeordneten zusätzliche Tagespauschale, wenn der Patient/die Patientin von der Intensivseinheit mit der Entlassungsart „T“ – Transfer in eine andere Krankenanstalt oder „S“ – Sterbefall entlassen wird.

4.7.2 Spezielle Funktionsbereiche

Fälle mit einer gesamten Aufenthaltsdauer von 0 Belagstagen (Aufnahme- und Entlassungsdatum am selben Tag) und einem Aufenthalt auf einer Abteilung/Station mit speziellem Funktionscode (= Remobilisation/Nachsorge, Akutgeriatrie/Remobilisation, Akut-Nachbehandlung von neurologischen Patient:innen inkl. Neurorehabilitation, Palliativstationen und Palliativbereiche, Psychosomatik, Bereiche der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden mit einer Tagespauschale aus dem jeweils zutreffenden speziellen Funktionsbereich bepunktet.

Patient:innen mit einer gesamten Aufenthaltsdauer von mehr als 0 Belagstagen und einem Aufenthalt auf einer Abteilung/Station mit speziellem Funktionscode werden auf diesen Abteilungen mit der Tagespauschale pro Belagstag aus dem jeweils zutreffenden speziellen Funktionsbereich bepunktet (d.h. 0 Belagstage = 0 Tagespauschale).

4.8 Regelwerk zur Bepunktung onkologischer Therapien

Im LKF-Arbeitskreis am 26. November 2019 wurde das Anliegen eingebracht, ein Regelwerk für den Umgang mit im Leistungskatalog abgebildeten onkologischen Therapien und hämatologischen Diagnosen zu schaffen, das die Codierung vereinfacht und den Bearbeitungsaufwand reduziert. Das im Folgenden beschriebene Regelwerk wurde mit den medizinischen Fachleuten der Landesgesundheitsfonds, des PRIKRAF und der Sozialversicherung abgestimmt:

- Im Scoringprogramm wird die Abrechnungsrelevanz onkologischer und zusätzlicher onkologischer Therapien (Codes beginnend mit XA, XB, XC) so hinterlegt, dass eine Bepunktung nur bei Vorhandensein einer onkologischen Diagnose (Haupt- oder Zusatzdiagnose) erfolgen kann. Andernfalls wird die Leistung bei der Abrechnung nicht berücksichtigt. Als onkologische Diagnosen gelten die im Handbuch Medizinische Dokumentation angeführten Codes.
- Die Plausibilitätsprüfung wird bei hämatologischen Diagnosen mit häufigen Warnings angepasst.

5 Spezielle Dokumentationsregeln

5.1 Dokumentation von Unterbrechungen stationärer Aufenthalte

5.1.1 Dokumentation von kurzzeitigen Unterbrechungen in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten

Kurzzeitige Unterbrechungen von stationären Aufenthalten sind jedenfalls in den Behandlungsbereichen der Psychiatrie (inkl. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik), der Strahlentherapie und der akuten neurologischen Nachbehandlung an Stelle von Entlassungen mit geplanter Wiederaufnahme verpflichtend zu dokumentieren. Die Dokumentation dieser Unterbrechungen hat nach folgenden Kriterien zu erfolgen:

- **Dauer der Unterbrechung:**
Die geplante Unterbrechung von stationären Aufenthalten muss mindestens 1 Nacht und darf nicht länger als 4 zusammenhängende volle Kalendertage betragen (entspricht maximal 5 Nächten, Regelung analog zur tagesklinischen Behandlung in der Psychiatrie).
- **Dauer des vorangehenden bzw. nachfolgenden stationären Aufenthalts:**
Der Aufenthalt muss mindestens 1 Belagstag betragen. Vor oder nach einem 0-Tagesaufenthalt darf keine Unterbrechung des stationären Aufenthalts dokumentiert werden. Diese Fälle sind weiterhin als einzelne 0-Tagesaufenthalte zu dokumentieren.

5.1.2 Dokumentation im MBDS, Satzart X02

Im MBDS, Satzart X02 sind Unterbrechungen nach folgenden Regeln zu dokumentieren:

- Verwendung des Funktionscodes „Unterbrechung stationärer Aufenthalte“ (FC 100000xx)
- Unterbrechungen sind als Verlegungen auf diesen bzw. von diesem Funktionscode in der Satzart X02 zu dokumentieren.
- Für die Dauer der Unterbrechungen werden keine Belagstage berechnet, die Gesamtelagsdauer wird aus den tatsächlich anwesenden Belagstagen errechnet.
- Wenn nach der Unterbrechung der Aufenthalt nicht fortgesetzt wird:
In diesem Fall ist die Unterbrechung in eine tatsächliche Entlassung mit dem Zeitpunkt der ursprünglichen Unterbrechung umzuwandeln.

5.1.3 Dokumentation von Unterbrechungen in Sonderkrankenanstalten

Unterbrechungen kommen auch in nicht über Landesgesundheitsfonds finanzierten Sonderkrankenanstalten (Kur-, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen) vor.

Typische Unterbrechungen in Sonder-KA sind:

- Rehakliniken: zur Durchführung von geplanten stationären Untersuchungen/Behandlungen während eines Reha-Aufenthalts
- KA für chronisch Kranke: für stationäre Untersuchungen/Behandlungen in anderen KA während Unterbringung in Pflegeeinrichtungen
- Sonderfall COVID-19-bedingte Unterbrechungen

Die gemeinsamen Merkmale dieser Unterbrechungen sind:

- Rückkehr in Sonder-KA ist grundsätzlich geplant
- Unterbrechung kann länger als 4 Nächte dauern

Unterbrechungen von stationären Aufenthalten in Sonderkrankenanstalten sind daher in folgenden Anlassfällen zu dokumentieren:

- Dringende private oder sonstige begründete Angelegenheiten (z.B. stationäre Untersuchungen/Behandlungen in einer Akut-Krankenanstalt mit geplanter Rückkehr und Fortsetzung der Behandlung oder Pflege, Urlaube bei Verwandten) oder auch
- vorübergehende Schließungen der Einrichtung wegen Betretungsverboten nach dem Epidemiegesetz oder dem COVID-19-Maßnahmegesetz.
- Derartige befristete Unterbrechungen sind nicht als stationäre Entlassungen, sondern als Verlegungen auf den dafür vorgesehenen Funktionscode „100000 – Unterbrechung stationärer Aufenthalte“ zu dokumentieren, die Dauer kann länger als 5 Nächte sein.

Dokumentationsregel:

- Der Aufenthalt wird nach der Unterbrechung unter derselben Aufnahmezahl weitergeführt wie vor der Unterbrechung. Das Ende der Unterbrechung wird als interne Verlegung auf den KA-internen Funktionscode dokumentiert.
- Die Unterbrechung endet mit dem Datum der Rückkehr aus der Unterbrechung oder, wenn keine Rückkehr, dann mit dem Datum des Beginns der ursprünglichen Unterbrechung.
- Zum Zweck der nachfolgenden Pseudonymisierung ist sicherzustellen, dass jede gemeldete Aufnahmezahl immer auch in identer Form in einer Aufnahmeanzeige an die Sozialversicherung übermittelt wird.

5.1.4 Datenaustausch Krankenanstalten mit Sozialversicherung

In der Organisationsbeschreibung Datenaustausch mit Krankenanstalten (KA) des Dachverbandes der österreichischen Sozialversicherung wird unter Kapitel A.2 Gesetzliche Grundlagen ergänzend der Verweis auf die Modellbeschreibung des LKF-Modells in der jeweils gültigen Fassung angeführt und so die Kompatibilität in der Datenmeldung gesichert. Ergänzend dazu wurde der Verweis auf die Beschreibung des Bepunktungsmodells für den spitalsambulanten Bereich ausgeweitet.

5.1.5 Sonstige Rahmenbedingungen

Unterbrechungen sind in rechtlicher Hinsicht wie Entlassungen gemäß KAKuG zu betrachten. Für die Dauer der Unterbrechung ist daher kein Kostenbeitrag gemäß §27a KAKuG und gemäß §447f Abs. 7 ASVG zu entrichten (Entlassung im Sinne der SV). Die Unterbrechung ist kein stationärer Aufenthalt i.S. des § 12 BPGG. Daher ruht auch nicht das Pflegegeld.

Alle während der tatsächlichen Anwesenheit in der Krankenanstalt erforderlichen und im Zusammenhang mit der stationären Behandlung stehenden medizinischen und pflegerischen Leistungen sind durch die Krankenanstalt sicherzustellen. Für alle darüber hinaus gehenden Leistungen besteht für die Dauer der Unterbrechung ein sozialversicherungsrechtlicher Anspruch auf eine medizinische Versorgung im extramuralen oder spitalsambulanten Bereich. Bei stationärer Aufnahme in einem anderen Krankenhaus ist der ursprüngliche Aufenthalt abzuschließen.

Für die Belagsdauerwerte und damit die LDF-Punkte wurden in den Fallpauschalen mit typisch vorkommenden Unterbrechungen entsprechende Anpassungen vorgenommen. Die Dokumentation der Unterbrechungen und ihre Häufigkeit soll auch in Bezug auf die Verteilung nach Fallpauschalen evaluiert werden.

Bei Unterbrechungen in Pflegeeinrichtungen (z.B. des Wiener Gesundheitsverbandes) werden die Patient:innen nicht entlassen, sondern „beurlaubt“ – dies ist erforderlich, damit der Pflegeplatz bis zu Rückkehr weiterhin reserviert bleibt. Für die Dokumentation im MBDS, Satzart X02 gelten dennoch die unter 5.1.2 festgelegten Regeln.

Da in den Pflegeeinrichtungen nie die Sozialversicherungsträger Kostenträger sind, fällt sowohl während der Pflege als auch bei einer Unterbrechung der Pflege kein Kostenbeitrag – weder gemäß KAKuG noch gemäß ASVG – an.

Im Falle einer Unterbrechung eines Aufenthaltes in einer Pflegeeinrichtung und eines Transfers in eine Akut-Krankenanstalt, ruht auf Grund derzeitiger gesetzlicher Bestimmungen das Pflegegeld ab dem zweiten Tag des stationären Aufenthaltes in der Akut-Krankenanstalt bis zum Tag der Entlassung aus der Akut-Krankenanstalt.

5.2 Dokumentation des Leistungserbringers bei extern erbrachten Leistungen

Die Dokumentation des Leistungserbringers bei extern erbrachten Leistungen liefert wichtige Informationen für die Evaluierung und Weiterentwicklung des ÖSG und für Plausibilitätsprüfungen. Bei extern erbrachten Leistungen ist daher in der Satzart X04 das Datenfeld „Krankenanstaltennummer leistungserbringend“ verpflichtend zu befüllen. Die entsprechende Liste wird vom Gesundheitsministerium zur Verfügung gestellt. Zur Sicherstellung der Einheitlichkeit der Dokumentation sind für extramurale Leistungserbringer folgende vom Ministerium im Programmpaket XDok zur Verfügung gestellten Codes zu verwenden:

- „A000 – Selbstständiges Ambulatorium“
- „E000 – Externer niedergelassener Leistungserbringer“

6 Anhang

6.1 Erläuterung zum Auslastungsfaktor für Intensivüberwachungseinheiten für Erwachsene

Bei den Intensivbehandlungseinheiten bleiben die Einstufungsvoraussetzungen weiterhin an die Intensivdokumentation, den Personalfaktor und die Erfüllung von Qualitätskriterien gebunden.

Für Intensivüberwachungseinheiten besteht keine Verpflichtung zur Intensivberichterstattung. Daher kann die Einstufung auch ohne TISS-Punkte nach dem Personalfaktor und anhand von Qualitätskriterien erfolgen. Die Bepunktung erfolgt dann unter Anwendung des im Folgenden erläuterten Auslastungsfaktors.

Hinweis: Der hier erläuterte Auslastungsfaktor kommt nicht zur Anwendung, wenn eine Intensivberichterstattung erfolgt und der TISS-28-Mittelwert der Intensiveinheit über 16 Punkte beträgt.

Der Auslastungsfaktor ist ab einer IST-Auslastung von 80% anzuwenden und wird wie folgt berechnet:

Normauslastung (80%)/IST-Auslastung
(Damit ist der Faktor nach oben mit 1,0 begrenzt.)

Für die Ermittlung der Parameter dieses Faktors ist die IST-Auslastung anhand eines Beobachtungszeitraumes von einem Jahr und grundsätzlich nach den systemisierten Betten zu berechnen.

Auch in diesem Fall gilt, dass der der nächsten LKF-Einstufung zugrundeliegende Erfassungszeitraum 12 aufeinander folgende Monate und mindestens 6 Monate des dem LKF-Abrechnungsjahr vorhergehenden Jahres umfassen muss. Diese Regelung gilt sowohl für Intensivüberwachungseinheiten als auch für Intensivbehandlungseinheiten.

Beispiel 1:

Systemisierte Intensivüberwachungsbetten: 8

2.920 IST-Belagstage, Erfassungszeitraum 365 Tage

Durchschnittlich belegte Betten: 8,0 Betten, entspricht Auslastung von 100%

Auslastung größer 80%, daher Auslastungsfaktor anwenden

Auslastungsfaktor: $80\%/100\% = 0,80$

Tatsächliche Punkte je Belagstag: $480 * 0,80 = 309$

Beispiel 2:

Systemisierte Intensivüberwachungsbetten: 8

2.000 IST-Belagstage, Erfassungszeitraum 365 Tage

Durchschnittlich belegte Betten: 5,5 Betten, entspricht Auslastung von 68,5%

Auslastung kleiner 80%, daher kein Auslastungsfaktor anzuwenden:

Tatsächliche Punkte je Belagstag: 480

Die Berechnung des Auslastungsfaktors erfolgt durch Eingabe der Parameter Betten, Belagstage und Erfassungszeitraum im Menüpunkt <Wartung> <Spezielle Leistungsbereiche> des Programmpakets XDok.

6.2 Erläuterung zum Plausibilitätsfaktor für Intensiveinheiten der Neonatologie und Pädiatrie


Seit 1.1.2007 ist ein durch die Dokumentation nachgewiesener Mindestanteil an intensivpflichtigen Zugängen Voraussetzung für die Einstufung als Intensiveinheit der Neonatologie und Pädiatrie. Der Anteil intensivpflichtiger Zugänge wird bei der Festlegung der Zusatzpunkte durch die Berechnung eines Plausibilitätsfaktors berücksichtigt.

Bei einem Anteil der plausiblen Zugänge von kleiner 70% werden aliquote Zusatzpunkte verrechnet:

Korrigierte Zusatzpunkte = Zusatzpunkte * Anteil plausibler Zugänge/70

(Beispiel: Anteil plausibler Zugänge 50% -> $50/70 = 71\%$ der Zusatzpunkte)

Die Berechnung des Plausibilitätsfaktors erfolgt durch Eingabe der Ergebnisse der Prüfung aus dem vom Gesundheitsministerium zur Verfügung gestellten Programmpaket XDok in der jeweils aktuellen Fassung aus dem Output-File „npgesamt.dat“ im Menüpunkt <Wartung> <Spezielle Leistungsbereiche>.



**Bundesministerium für
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz**

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

[sozialministerium.at](https://www.sozialministerium.at)