

LKF-Modell 2025 für den stationären Bereich

31. Jänner 2025

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. Stefan Eichwalder (BMSGPK)

Projektteam

BMSGPK:

Wolfgang Bartosik, Werner Bohuslav, 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:

Em. o. Univ.-Prof. DI Dr. Karl P. Pfeiffer

Software-Entwicklung:

DI Bernhard Pesec (dothealth)

Gesundheit Österreich GmbH:

Mag. Petra Paretta, Dr. Florian Röthlin, Dr. Wolfgang Seebacher

Wien, Jänner 2025

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	7
2 Grundlagen der Modellbildung im LKF-Kernbereich	9
2.1 Allgemein	9
2.2 Gleiche Kalkulationsmethode stationär und ambulant.....	10
2.3 Berücksichtigung von Vorhaltekosten als Bestandteil des LKF-Kernbereichs.....	11
2.3.1 Auswirkungen auf die stationären und ambulanten Fallpauschalen	11
2.3.2 Kriterien für die Berücksichtigung von Vorhaltekosten.....	12
2.3.3 Gewichtung der Kriterien für die Verteilung der Vorhaltekosten	12
2.4 Systematische Adaptierungen für das stationäre LKF-Modell	13
2.5 Zusammensetzung der Fallpauschalen.....	15
2.5.1 Allgemeine Methodik und Vorgangsweise	15
2.5.2 Ermittlung der Leistungskomponente (LK)	16
2.5.3 Ermittlung der Tageskomponente (TK).....	17
2.6 Intensiveinheiten	21
2.6.1 Zusatzpunkte für Intensiveinheiten	21
2.7 Sonderbereiche	22
2.7.1 Sonderbereiche mit tageweiser Bepunktung	22
2.7.2 Sonderbereiche – Bepunktung über MEL-Gruppen.....	23
2.8 Evaluierungsvereinbarung	24
3 Abrechnungsvoraussetzungen	25
3.1 Festlegung von Intensiveinheiten.....	25
3.1.1 Intensiveinheiten für Erwachsene	25
3.1.2 Neonatologische/Pädiatrische Intensiveinheiten.....	30
3.2 Festlegung von Einheiten für die Akute Schlaganfallbehandlung auf einer Schlaganfalleinheit (Stroke Unit) (MEL AA040)	32
3.3 Festlegung von Einheiten zur Akut-Nachbehandlung von neurologischen Patient:innen.....	34
3.4 Festlegung von Einheiten zur stationären Behandlung in der Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R).....	35
3.5 Festlegung von Einheiten zur Remobilisation/Nachsorge – RNS	37
3.6 Festlegung von palliativmedizinischen Einheiten (PAL)	38
3.7 Festlegung von Einheiten der Abteilungsgruppe 01 in der Psychiatrie.....	40
3.8 Festlegung von Einheiten mit Schwerpunkt für Psychosomatik und Psychotherapie (PSO).....	42
3.8.1 Festlegung von Einheiten zur stationären Behandlung in der Psychosomatik und Psychotherapie (PSO) für Erwachsene – MEL AM100	42

3.8.2	Festlegung von Einheiten zur stationären Behandlung in der Psychosomatik und Psychotherapie (PSO) für Kinder und Jugendliche – MEL AM140	44
3.9	Festlegung von Einheiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP).....	45
3.10	Festlegung von Einheiten zur Alkohol- und Drogenentwöhnung.....	48
3.11	Festlegung von medizinischen Einzelleistungen zur Abrechnung nach dem Tagesklinikmodell.....	48
3.12	Genehmigung der Abrechnung von ausgewählten speziellen medizinischen Einzelleistungen	49
3.13	Genehmigung der Abrechnung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.....	52
3.14	Festlegung der LKF-relevanten Kostenträger	54
3.15	Dokumentation von nicht über den Landesgesundheitsfonds abrechenbaren Leistungen	54
3.16	Dokumentation der Seitenlokalisierung bei medizinischen Einzelleistungen.....	54
4	Bepunktungsregelungen	55
4.1	Pflegebereich, Asylierungsfall (Abbildung Punkt 1.).....	57
4.2	Allgemein stationärer Bereich, Tagesklinik, Rehabilitationsbereich (Abbildung Punkt 2.)	57
4.2.1	Zuordnungs- und Bepunktungsregeln – Übersicht	57
4.2.2	Bepunktungsregeln nach Fall-Typen im LKF-Modell 2025.....	58
4.3	Aufenthalte auf Intensiveinheiten (Abbildung Punkt 4.).....	60
4.4	Belagsdauerausreißer nach oben (Abbildung Punkt 5.)	61
4.5	Abrechnung von Nulltagesaufenthalten (NTA) im LKF-Modell stationär (Abbildung Punkt 6.).....	62
4.5.1	Nulltagesaufenthalte (NTA) mit Tagesklinik-MEL	62
4.5.2	Nulltagesaufenthalte (NTA) mit Leistungen nach akzeptiertem Warning.....	63
4.5.3	Nulltagesaufenthalte (NTA) mit Entlassungsart „S“ oder „T“ (Sterbefälle, Transferierungen)	63
4.5.4	Nulltagesaufenthalte (NTA) in den Gruppen MEL22.xx (Onkologische Therapien)	63
4.5.5	Nulltagesaufenthalte (NTA) in den Gruppen MEL24.xx (Nierenersatz-therapie, Plasmapherese, Photopherese) und MEL25.02, MEL25.08 bis MEL25.10 (Strahlentherapie).....	63
4.5.6	Nulltagesaufenthalte (NTA) in Sonderbereichen mit tageweiser Bepunktung	64
4.5.7	Sonstige Nulltagesaufenthalte, inkl. Aufenthalte mit Entlassungsart "4" (gegen Revers) sowie für die Leistungen BG020, BG030, GE010, HH020, QE010.....	64
4.6	Belagsdauerausreißer nach unten (Abbildung Punkt 7.).....	65
4.7	Nulltagesaufenthalte auf Intensiveinheiten und in speziellen Funktionsbereichen..	66
4.7.1	Intensiveinheiten	66
4.7.2	Spezielle Funktionsbereiche	66

4.8	Regelwerk zur Bepunktung onkologischer Therapien	67
5	Spezielle Dokumentationsregeln.....	68
5.1	Dokumentation von Unterbrechungen stationärer Aufenthalte	68
5.1.1	Dokumentation von kurzzeitigen Unterbrechungen in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten	68
5.1.2	Dokumentation im MBDS, Satzart X02	68
5.1.3	Dokumentation von Unterbrechungen in Sonderkrankenanstalten	69
5.1.4	Datenaustausch Krankenanstalten mit Sozialversicherung.....	70
5.1.5	Sonstige Rahmenbedingungen	70
5.2	Dokumentation des Leistungserbringers bei extern erbrachten Leistungen.....	71
6	Anhang.....	72
6.1	Erläuterung zum Auslastungsfaktor für Intensivüberwachungseinheiten für Erwachsene	72
6.2	Erläuterung zum Plausibilitätsfaktor für Intensiveinheiten der Neonatologie und Pädiatrie	73

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.

Nach den LKF-Modellen 2002, 2009 und 2017 stellt das LKF-Modell 2025 das vierte LKF-Modell dar, das seit Einführung des LKF-Modells im Jahr 1997 auf einer umfassenden methodischen Weiterentwicklung basiert. Neu ist insbesondere die Einführung von **Vorhaltekostenanteilen** im stationären LKF-Modell, nachdem bereits im Jahr 2019 mit der österreichweiten Einführung des spitalsambulanten LKF-Modells eine gleichartige Strukturkomponente im Ausmaß von 50% der ambulanten Endkosten implementiert wurde. Das stationäre und spitalsambulante LKF-Modell weisen ab dem Jahr 2025 Vorhaltekosten im gleichen Anteil von 30% auf, was somit bedeutet, dass für beide LKF-Modelle die LKF-Punkte 70% der Endkosten der österreichischen Fondskrankenanstalten repräsentieren.

Für das LKF-Modell 2025 wurden in den Jahren 2022–2023 Kostenerhebungen vorgenommen und die Ergebnisse auf Kostenbasis 2022 in die Modellbildung einbezogen. Die LKF-

Punkte der Fallpauschalen, der Intensiveinheiten und der Sonderbereiche wurden demnach durchgängig auf Datenbasis 2022 ermittelt. Dies betrifft die Kostenkalkulationen der medizinischen Einzelleistungen, die Ermittlung der Tageskomponenten auf Basis der Kostenrechnungsergebnisse 2022 sowie die Aktualisierung der Belagsdauern auf Basis der MBDS-Daten 2022.

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

2.1 Allgemein

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

Die originäre 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, 2017 und 2025 erfolgten Projekte zur Nachkalkulation (1999³, 2005⁴, 2014⁵, 2022⁶) sowie jeweils eine Evaluierung und Homogenitätsprüfung mit dem Ergebnis einer wertmäßigen und strukturellen Anpassung aller Fallpauschalen. Für die LKF-Modelle ab dem Jahr 2009 wurden Falldaten aller österreichischer Fondsrankenanstalten verwendet, zuletzt für die Modellbildung 2025 rd. 1,9 Mio. stationäre Fälle.

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-Nervenklinik 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-Nervenklinik 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

⁶ **Referenzspitäler 2022:** LKH Oberwart, Klinikum Klagenfurt, LKH Villach, LKH Wolfsberg, LKL Neunkirchen, LKL Waidhofen/Ybbs, LKL Wr. Neustadt, LKL St. Pölten-Lilienfeld, Klinikum Freistadt, Ordensklinikum Elisabethinen, Salzkammergutklinikum, LKA Salzburg, Klinikum Schwarzach/Pongau, Tauernklinikum, LKH Bruck-Leoben (LKH Hochsteiermark), LKH Deutschlandsberg-Voitsberg (LKH Weststeiermark), LKH Innsbruck, LKH Bregenz, KH Dornbirn, LKH Feldkirch, Universitätsklinikum AKH Wien, Klinik Favoriten, Hanusch KH, Klinik Hietzing, Klinik Landstraße, Klinik Ottakring, St. Anna Kinderspital, Klinik Donaustadt, Klinik Penzing, Klinik Floridsdorf

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 Modelle 2009 bis 2016, die Ergebnisse auf Kostenbasis 2014 für die Modelle 2017 bis 2024, ab dem LKF-Modell 2025 werden die Ergebnisse der Nachkalkulation auf Kostenbasis 2022 verwendet.

Für die Weiterentwicklung der stationären und ambulanten LKF-Modelle 2025 kommt es gegenüber den bisherigen LKF-Modellen zu zwei grundsätzlichen Änderungen ab dem Jahr 2025, nämlich

- die Anwendung einer **gleichen Kalkulationsmethodik** für das stationäre und das ambulante LKF-Modell sowie
- die Berücksichtigung von **Vorhaltekosten** als Bestandteil des LKF-Kernbereichs.

2.2 Gleiche Kalkulationsmethode stationär und ambulant

Für das LKF-Modell 2025 wurde die akkordierte Zielsetzung einer Harmonisierung des stationären und ambulanten LKF-Modells durch Zugrundelegung einer gleichen Kalkulationsmethodik umgesetzt.

Die unterschiedlichen Kalkulationsmethoden der bisherigen LKF-Modelle stellen sich zusammengefasst wie folgt dar:

Stationäres LKF-Modell bis 2024:

- Vollkostenkalkulation (100% stationäre Endkosten)
- Berücksichtigung von leistungsbezogenen Gemeinkosten
- keine Strukturkomponente (entspricht Vorhaltekosten)

Spitalsambulant LKF-Modell bis 2024:

- Teilkostenkalkulation (50% ambulante Endkosten)
- keine Berücksichtigung von leistungsbezogenen Gemeinkosten
- Strukturkomponente im Ausmaß von 50% der ambulanten Endkosten

Dem **spitalsambulanten und stationären LKF-Modell 2025** liegt die folgende gleiche Kalkulationsmethodik zugrunde:

- Teilkostenkalkulation (70% der Endkosten)
- Berücksichtigung von leistungsbezogenen Gemeinkosten
- Vorhaltekosten (30% der Endkosten)

Dadurch sollen die folgenden **Zielsetzungen** unterstützt werden:

- Stärkere Attraktivierung des **ambulanten** LKF-Modells aufgrund höherer Leistungspunkte durch Berücksichtigung von Gemeinkosten und aufgrund höherer Kontaktpunkte durch die Verringerung der bestehenden Strukturkomponente von 50% auf 30% der ambulanten Endkosten
- Vermeidung möglicher Fehlanreize zur angebotsinduzierten **stationären** Leistungserbringung aufgrund der Punkteverringerung der LDF-Pauschalen bei gleichzeitiger Gewährleistung von leistungsmengenunabhängigen Vorhaltekosten analog zum ambulanten LKF-Modell
- Dadurch Punkteannäherung zwischen ambulanten Besuchen, Nulltagesaufenthalten (NTA) und Eintagesaufenthalten (ETA) sowie stationären Fällen ab 2 Belagstagen (**Schnittstellen-Optimierung**)
- **Vereinfachung** und Durchgängigkeit der Abrechnung stationär und ambulant
- Unmittelbare **Vergleichbarkeit** der Punkte

Die aktualisierte Datengrundlage für das LKF-Modell 2025 ist das **Basisjahr 2022** (Kalkulationsergebnisse, Kostenrechnung, MBDS Diagnosen- und Leistungsdaten).

2.3 Berücksichtigung von Vorhaltekosten als Bestandteil des LKF-Kernbereichs

2.3.1 Auswirkungen auf die stationären und ambulanten Fallpauschalen

Die Umsetzung der von der Leistungsmenge weitestgehend unabhängig bestehenden Vorhaltekostenanteile im LKF-Modell 2025 im Ausmaß von rd. 30% der stationären und ambulanten Endkosten bedeutet für das stationäre LKF-Modell eine Verringerung der Kalkulationsbasis für die Punkteermittlung der Fallpauschalen und Sonderbereiche (von 100% auf 70%), für das ambulante LKF-Modell hingegen eine Erhöhung der Kalkulationsbasis (von 50% auf 70%).

Im **stationären LKF-Modell** betrifft der Ansatz von Vorhaltekosten vor allem die Tageskomponente der Fallpauschalen, in der die Kosten des Stationsbereichs mit Vorhalteleistungen (z.B. Nacht- und Bereitschaftsdienste) abgebildet sind. Die Leistungskomponente repräsentiert die Leistungen der OP- sowie Untersuchungs- und Behandlungsbereiche, wo sich der Ansatz von Vorhaltekosten deutlich geringer auswirkt, weil hier vor allem die kalkulierten Einzelkosten (Personal-, Material- und Gerätekosten) und nur zu einem geringeren Anteil Gemeinkosten mit Vorhaltekostenanteilen enthalten sind.

Im **ambulanten LKF-Modell** bedeutet die Verringerung des Vorhaltekostenanteils, dass es bei den Leistungspunkten der Fallpauschalen zu einer Erhöhung kommt, zumal hier – im Gegensatz zum bisherigen LKF-Modell – nunmehr auch Gemeinkosten enthalten sind. Diese Aufwertung wird weiters dadurch verstärkt, dass es in der strukturellen Zusammensetzung der ambulanten Fallpauschalen aus Leistungs- und Kontaktpunkten im LKF-Modell 2025 zu einer Verschiebung von Kontakt- zu Leistungspunkten kommt.

2.3.2 Kriterien für die Berücksichtigung von Vorhaltekosten

Die LKF-Punkte in den stationären und ambulanten LDF-Pauschalen repräsentieren daher 70% der Endkosten für den bettenführenden (stationären) und nichtbettenführenden (ambulanten) Bereich. Um eine Vollkostendeckung zu erreichen sind die Vorhaltekosten gesondert – unabhängig von den LKF-Punkten – bei der Auszahlung der Mittel aus dem LKF-Kernbereich zu berücksichtigen.

In zwei Sitzungen der Arbeitsgruppe LKF-Vorhaltekosten im Februar und März 2024 wurden nach Diskussion von verschiedenen möglichen Kriterien für die Berücksichtigung der Vorhaltekosten folgende Kriterien empfohlen:

- Endkosten der bettenführenden und nichtbettenführenden Kostenstellen. Damit werden entsprechend der Kalkulationsmethode die anteiligen Vorhaltekosten als fixer Parameter berücksichtigt.
- Vollzeitäquivalente der Gesundheitsberufe (MLV-Gruppen 1–6) als zweites Kriterium ermöglichen einen Ausgleich für besonders personalintensive Abteilungen und Leistungen (z.B. Akutgeriatrie/Remobilisation), die nicht zur Gänze über Leistungen abgebildet werden können.

Zur Vermeidung von zufälligen Abweichungen wurde vereinbart, wahlweise das letzte abgeschlossene Jahr oder den Mittelwert der letzten 2 oder 3 Jahre verwenden zu können.

2.3.3 Gewichtung der Kriterien für die Verteilung der Vorhaltekosten

In den Sitzungen der Arbeitsgruppe LKF-Vorhaltekosten wurde eine Gewichtung der beiden Kriterien im Verhältnis 50:50 für die Simulationsrechnung empfohlen. Im LKF-Arbeitskreis am 15.4.2024 wurde dieses Verhältnis als generelle Gewichtung für das LKF-Modell 2025 angenommen.

2.4 Systematische Adaptierungen für das stationäre LKF-Modell

Im Rahmen der periodischen Weiterentwicklung in einem Abstand von 7 bis 8 Jahren seit Modelleinführung wurden systematische Modelladaptierungen durchgeführt.

Für die originäre Bildung der leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen (LDF) 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 seit der Modelleinführung im Jahr 1997 in den Weiterentwicklungsjahren aktualisiert, nunmehr für das LKF-Modell 2025:

Ausgewählte Medizinische Einzelleistung

JA	NEIN	Stufe
MEL-Nr.	ICD-10 Code	1
205 MEL-Gruppen	220 HDG-Gruppen	2
479 LDF	505 LDF	3

In **Stufe 1** wurde das Gesamtpatientenkollektiv der Fondskrankenanstalten auf Basis ausgewählter medizinischer Einzelleistungen in ein leistungsbestimmtes Kollektiv und in ein nach Hauptdiagnosen bestimmtes Kollektiv unterteilt. Zur Ermittlung des leistungsbestimmten Kollektivs wurden alle Filter- bzw. Split-relevanten Leistungen des Leistungskataloges herangezogen.⁷

In **Stufe 2** wurden das leistungsbestimmte und das nach Hauptdiagnosen bestimmte Kollektiv weiter differenziert. Die Kriterien, nach denen die Gruppen gebildet wurden, beziehen sich auf eine innere medizinische Zusammengehörigkeit der Leistungen bzw. Hauptdiagnosen. Es wurden aus den medizinischen Einzelleistungen **205 Medizinische Einzel-Leistungs-Gruppen (MEL-Gruppen)** und aus den Diagnosen **220 HauptDiaGnosengruppen (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).

⁷ Filter- bzw. Split-relevante Leistungen lösen bei Codierung eine unmittelbare Bepunktung aus. Hingegen lösen Nicht-Filter-Leistungen wie z.B. CT und MRT im stationären LKF-Modell keine unmittelbare Bepunktung aus, werden allerdings im Rahmen der Modell-Nachkalkulationen (alle 7–8 Jahre) für die Bewertung der Fallpauschalen herangezogen.

In **Stufe 3** des Algorithmus wurden auf Basis der folgenden Gliederungsmerkmale bei den MEL-Gruppen **479** LDF und bei den HDG-Gruppen **505** LDF gebildet.

Zielsetzung für die Modellbildung 2025 war, dass – im Hinblick auf Modellkontinuität auf Ebene der HDG- und MEL-Gruppen gegenüber den LKF-Modellen 2017 bis 2024 – strukturelle Veränderungen grundsätzlich nur innerhalb einer HDG- oder MEL-Gruppe und nicht zwischen den Gruppen vorgenommen wurden. Diese Zielsetzung wurde auch im Rahmen der letzten LKF-Modell-Weiterentwicklung für das LKF-Modell 2017 umgesetzt.

Änderungen in den Splits:

- HDG-Gruppen: Unter Verwendung der aktualisierten Belagsdauern gemäß MBDS 2022 wurden insbesondere Änderungen bei Alterssplits vorgenommen.
- MEL-Gruppen: Unter Verwendung der aktualisierten MEL-Kalkulationen sowie aktualisierter MEL-bezogener Belagsdauern gemäß MBDS 2022 wurden im Wesentlichen Änderungen bei SPEZMEL- und LG-Splits vorgenommen.

Typen von Gliederungsmerkmalen

Merkmal	Beschreibung
SPEZMEL	Spezielle medizinische Einzelleistung
LG101 bis LG255	Leistungsgruppe 101 bis Leistungsgruppe 255
SPEZHDG	Spezielle Hauptdiagnose (3-stellig)
SPEZHDG4	Spezielle Hauptdiagnose (4-stellig)
SPEZDG	Spezielle Haupt- oder Zusatzdiagnose (3-stellig)
ALTER	Alter des Patienten/der Patientin
AGR01	Abteilungsgruppe 01 (psychiatrische Stationen)
HG101 bis HG149	Hauptdiagnosengruppe 101 bis Hauptdiagnosengruppe 149

Die Zusammenfassungen der Leistungen in die Gruppen LG101 bis LG255 sind in der Anlage 6 zum LKF-Modell enthalten.

Insgesamt stehen im LKF-Modell 2025 984 leistungsorientierte Diagnosenfallgruppen zur Verfügung.

2.5 Zusammensetzung der Fallpauschalen

2.5.1 Allgemeine Methodik und Vorgangsweise

Die Fallpauschalen setzen sich aus einer Leistungs- und einer Tageskomponente zusammen. Die Fallpauschalen werden im Rahmen von sog. LKF-Weiterentwicklungsjahren in einem Zyklus von 7–8 Jahren einer vollständigen wertmäßigen und strukturellen Anpassung unterzogen, zuletzt für das LKF-Modell 2025.

Das Modell 2025 stellt das Ergebnis der Arbeiten zur umfassenden Aktualisierung und Weiterentwicklung des LKF-Modells dar und soll in den Folgejahren („Wartungsjahren“) mit Ausnahme notwendiger Änderungen aus ökonomischen oder medizinischen Gründen grundsätzlich unverändert bleiben. Für die Folgejahre bleibt auch die Kostenbasis gegenüber dem jeweiligen Weiterentwicklungsjahr unverändert, das LKF-Modell 2025 beruht auf Kostenbasis 2022. Die in den Folgejahren hinzukommenden neuen Leistungen bzw. neuen Fallpauschalen werden demnach auf Kostenbasis 2022 abgezinst.

Wesentlicher Bestandteil des weiterentwickelten LKF-Modells 2025 ist die Berücksichtigung von **Vorhaltekostenanteilen** im Ausmaß von rd. 30% der stationären Endkosten, wodurch die stationären (wie auch die ambulanten) Fallpauschalen rd. 70% der Endkosten darstellen.

Die folgenden Ausführungen beschreiben die Ermittlung der Leistungs- und Tageskomponente. Die Punkte je LDF (LDF-Pauschale) für das LKF-Modell 2025 wurden demnach durch einen mittleren Wert der kalkulierten Kosten aller in einer LDF enthaltenen vollstationären Aufenthalte (Fälle ab 2 Belagstagen) definiert und sind auf EURO-Basis (Kostenbasis 2022) dargestellt.

Wesentliche Änderung gegenüber den bisherigen LKF-Modellen ist, dass die stationären Fallpauschalen auf Basis der Fälle ab 2 Belagstagen ermittelt wurden. Für Null- und Eintagesaufenthalte sind ab dem LKF-Modell 2025 eigene Bepunktungsregeln definiert, was sowohl die Leistungs- als auch die Tageskomponente betrifft. Bisher wurden auch die Tagesklinikfälle miteinbezogen, die mit 1 Belagstag in die Berechnung eingingen.

2.5.2 Ermittlung der Leistungskomponente (LK)

Die Ermittlung der Leistungskomponente erfolgte auf Basis der MEL-Kalkulationen (Projekt LKF-Nachkalkulation 2022-2024) sowie der Leistungszahlen der österreichischen Fondskrankenanstalten gemäß XDOK-Meldung 2022.

Insgesamt waren am Projekt rd. **30 Referenzhäuser** in unterschiedlichem Ausmaß beteiligt, welches von einer Abdeckung eines breiten Fächerspektrums bis hin zu ausgewählten Fachbereichen (Strahlentherapie, aufwändige Pharmakotherapie) reichte. Die Kalkulationsarbeiten der Referenzhäuser waren auf die Kalkulation der Personal-, Material- und Gerätekosten der medizinischen Einzelleistungen fokussiert (**Einzelkosten**), welche als direkte Untersuchungs- und Behandlungskosten den stationären Aufenthalten zugeordnet werden können (z.B. Personalkosten für das OP-Team und Kosten für medizinische Verbrauchsgüter bei einer Operation).

Neben diesen Einzelkosten fließen in die Leistungskomponente zum anderen auch **Gemeinkosten** der leistungserbringenden Funktionsstellen (OP-Säle, MRT, CT, etc.) ein, welche den medizinischen Einzelleistungen nicht direkt zugeordnet werden können (z.B. Reinigungs- oder Instandhaltungsaufwand für den OP-Saal). Diese Kosten wurden seitens des LKF-Teams mit der Kalkulation der Gemeinkostenzuschläge ergänzt.

Alle übrigen Kosten des stationären Aufenthalts sind mit Ausnahme der Kosten von Intensivseinheiten in der belagsdauerabhängigen Tageskomponente zusammengefasst (siehe dazu Punkt 2.5.3.1).

Im Hinblick auf den Ansatz von **Vorhaltekostenanteilen** ist anzumerken, dass sich diese nur in der Kalkulation der Gemeinkosten und nicht in den Einzelkosten niederschlagen.⁸

Die Leistungskomponente setzt sich aus sog. **Filter-MEL bzw. Split-relevanten MEL** und **Nicht-Filter-MEL** zusammen, die im bisherigen LKF-Modell zusammengefasst als „LK-Punkte“ dargestellt sind.

Anmerkung: Filter-MEL bzw. Split-relevante MEL lösen bei Codierung eine Bepunktung über die jeweilige Fallpauschale aus, Nicht-Filter-MEL hingegen nicht.

⁸ Im LKF-Modell 2025 liegt der durchschnittliche Gemeinkostenzuschlag über alle operativen und nicht-operativen medizinischen Leistungen bei rd. 75%; ohne Berücksichtigung von Vorhaltekosten wäre dieser bei rd. 126% gelegen, was somit eine Verringerung um rd. 40% bedeutet.

Beispiele für Nicht-Filter-MEL: Computertomographien (CT), CT-Angiographien, Magnetresonanztomographien (MRT), MR-Angiographien, Katheterangiographien, Szintigraphien, präoperative Gewebemarkierungen.

Im LKF-Modell 2025 wird eine **Differenzierung** der LK in diese beiden Komponenten vorgenommen und in den einzelnen Pauschalen explizit dargestellt:

- Filter-MEL bzw. Split-relevante MEL
- Nicht-Filter-MEL

Grund dafür ist, dass Eintages- und Nulltagesfälle geringere Kosten an Nicht-Filter-MEL aufweisen. Im LKF-Modell 2025 wurden die Nicht-Filter-MEL für die Fälle ab 2 Belagstagen festgelegt, für NTA und ETA sind Abschlagsfaktoren definiert (siehe dazu Punkt 4.2.2).

Die Ermittlung des **Leistungszuschlags**, welcher bei Mehrfachleistungen am gleichen Tag zur Anwendung kommt, bleibt im LKF-Modell 2025 unverändert (Leistungszuschlag: Einzelkosten abzüglich Rüstzeiten, somit ohne Gemeinkosten)⁹.

2.5.3 Ermittlung der Tageskomponente (TK)

Die Ermittlung der Tageskomponente erfolgte auf Basis der bereinigten Belagstagskosten sowie der Belagsdauern der Patientenaufenthalte der österreichischen Fondskrankenanstalten gemäß XDOK-Meldung 2022.

Die **bereinigten Belagstagskosten** wurden unter Gewichtung mit den PPR-Daten ermittelt (siehe dazu Punkt 2.5.3.1).

Die Belagsdauern basieren auf den Fällen ab 2 Belagstagen, somit ohne Nulltages- und Eintagesfälle (siehe dazu Punkt 2.5.3.2).

2.5.3.1 Bereinigte Belagstagskosten

Die bereinigten Belagstagskosten beinhalten – unter Abzug der Kosten für die medizinischen Einzelleistungen – alle übrigen Kosten des stationären Aufenthalts auf Normalpflegeabteilungen (ärztliche und pflegerische Leistungen auf der Station, Ver- und Entsorgungsleistungen wie z.B. durch die Küche und Wäscherei, weiters technische sowie Verwaltungs- und Managementleistungen).

⁹ Der Ansatz von Vorhaltekostenanteilen wirkt sich auf den Leistungszuschlag deswegen nicht aus, weil sich der Leistungszuschlag nur aus Einzelkosten zusammensetzt, welche keine Vorhaltekostenanteile enthalten.

Für die zusätzlichen Kosten auf Intensivseinheiten wurden eigene Intensivzuschläge pro Tag ermittelt (siehe dazu Punkt 2.6). Auch die Bepunktung der Sonderbereiche (z.B. Akutgeriatrie/Remobilisation, Palliativmedizin) basiert auf eigenen Kalkulationsmethoden (siehe dazu Punkt 2.7).

Für die Ermittlung der bereinigten Belagstagskosten je Belagstag wurden die medizinischen Einzelleistungen den einzelnen bettenführenden Kostenstellen zugeordnet, mit den MEL-Kalkulationen bewertet und von den (um die Vorhaltekostenanteile reduzierten) Endkosten dieser Kostenstellen abgezogen. Die Kalkulation erfolgte durch das LKF-Team unter Verwendung der Kostenrechnungsergebnisse 2022.

Anzumerken ist, dass in der Berechnungsbasis neben den Belagstagen auch die Nulltagesaufenthalte von tagesklinischen Fällen enthalten sind (gezählt als 1 Belagstag), welche auch zukünftig als stationäre Fälle über das Tagesklinikmodell abgerechnet und mit einer durchschnittlichen Tageskomponente der jeweiligen Fallpauschale bepunktet werden.

Als wesentliche Neuerung ist anzuführen, dass die bereinigten Belagstagskosten unter **Abzug der Vorhaltekostenanteile** ermittelt wurden. Die Ermittlung erfolgte auf Basis der Kostenrechnungsergebnisse 2022, unter Festlegung von Vorhaltekostenanteilen je Kostenartengruppe, welche auf alle bettenführenden Hauptkostenstellen angewendet wurden.-Für alle bettenführenden Kostenstellen der österreichischen Fondskrankenanstalten errechnete sich für die bereinigten Belagstagskosten daraus ein Vorhaltekostenanteil von rd. 31%.

Die bereinigten stationären Belagstagskosten pro Belagstag auf Normalpflegeabteilungen („**Basissatz**“) wurden mit – durchschnittlich für alle Fachbereiche – **563 Euro** ermittelt (Preisbasis 2022).¹⁰

Zur besseren Differenzierung der Kosten je Belagstag und Kostenstelle nach Alter und Schweregrad wurde entsprechend den Ergebnissen der **PPR-Daten** (PPR = „Pflege-Personal-Regelung“ zur Bewertung des Pflegeaufwands) eine Gewichtung der Belagstagskosten in Abhängigkeit von den patientenbezogenen PPR-Ergebnissen je LDF vorgenommen. Gewichtet wurden dabei innerhalb der bereinigten Belagstagskosten nur die Personalkosten für die Pflege und 90% der Kosten der Kostenartengruppe 02 (medizinische Ge- und Verbrauchsgüter). Alle anderen Kosten je Belagstag wurden ungewichtet

¹⁰ Dies bedeutet gegenüber dem Modell 2024 (490 Euro, Preisbasis 2014) eine Erhöhung um 14,9%. Ohne Abzug von Vorhaltekosten hätte sich ein Basissatz von 839 Euro ergeben, was gegenüber dem bisherigen Modell eine Erhöhung um 71,2% bedeutete hätte.

für alle stationären Fälle je Kostenstelle berechnet. Diese Gewichtung wurde erstmals für die Modellbildung 2009 und nach der Modellbildung 2017 (= letztes Änderungsjahr) nunmehr auch für die Modellbildung 2025 vorgenommen. Die PPR-Daten wurden von 15 Referenzkrankenanstalten zur Verfügung gestellt.

2.5.3.2 Neuberechnung der Belagsdauerwerte

2.5.3.2.1 Allgemeine Methodik und Vorgangsweise

Die LDF-Pauschale gilt innerhalb des für diese LDF definierten Belagsdauerintervalls. Dazu wurden je LDF eine Belagsdaueruntergrenze und eine Belagsdauerobergrenze ermittelt. Für das LKF-Modell 2025 wurden alle Belagsdauerwerte der Fallpauschalen auf Basis der aktualisierten Struktur der Fallpauschalen neu berechnet. Datenbasis dafür war das Jahr 2022, gescort nach dem neuen LKF-Modell 2025.

Wesentliche Änderung gegenüber den bisherigen LKF-Modellen ist, dass die stationären Fallpauschalen auf Basis der **Fälle ab 2 Belagstagen** ermittelt wurden. Bisher wurden auch die Tagesklinikfälle miteinbezogen, die mit 1 Belagstag in die Berechnung eingingen.

2.5.3.2.2 Belagsdauerermittelwert (BDMW), Belagsdaueruntergrenze (BDU), Belagsdauerobergrenze (BDO)

Die grundsätzliche Methodik (Winsorisierung) der Belagsdauerberechnung ist gegenüber den Vorjahren unverändert. Für MEL-Gruppen wurde die Winsorisierung bisher bei jeweils 10% der Ausreißer nach oben und unten angewendet, für HDG-Gruppen generell bei jeweils 20%. Ab dem LKF-Modell 2025 kommt es hier zu einer Änderung, wonach sowohl bei den MEL- als auch den HDG-Gruppen bei den Ausreißern nach unten das Intervall auf null gesetzt wird, weil die Belagsdauerermittelwerte nur mehr auf Basis der Fälle ab 2 Belagstagen ermittelt und somit Tagesklinikfälle (bisher bewertet mit 1 Belagstag) und Eintagesfälle in die Berechnung nicht mehr einbezogen wurden. Eine Winsorisierung nach unten war deswegen nicht erforderlich.

Die Intervalle für die Ermittlung der **Belagsdauerermittelwerte (BDMW)** stellen sich wie folgt dar:

- MEL-Gruppen: aus 90% (0/90) der Fälle des Belagsdauerintervalls
- HDG-Gruppen: aus 80% (0/80) des Belagsdauerintervalls
- Sonderregelung für die HDG20.xx: aus 30% (35/65) des Belagsdauerintervalls (wie bisher)

Die Berechnung der **Belagsdaueruntergrenze (BDU)** erfolgte bisher bei den MEL-Gruppen mit 30% und bei den HDG-Gruppen mit 50% vom BDMW. Die prozentuell niedrigere Belagsdaueruntergrenze bei den MEL-Gruppen im Vergleich zu den HDG-Gruppen sollte die stärkere Nutzung von Möglichkeiten zur Belagsdauerverkürzung fördern. Im LKF-Modell 2025 kommt es hier zu einer Änderung, wonach auch für die MEL-Gruppen die Berechnung mit 50% vom BDMW und somit wie für die HDG-Gruppen vorgenommen wurde. Hauptgrund dafür ist, die BDU höher anzusetzen, um den Sprung bei der Tageskomponente zu den Eintages- und Tagesklinikfällen zu verringern.

Nachdem die BDMW im LKF-Modell 2025 auf Basis der Fälle ab 2 Belagstagen ermittelt wurden, liegt auch die **BDU grundsätzlich bei zumindest 2 Belagstagen**. Nur bei zwei Fallpauschalen liegt die BDU bei 1 Belagstag:

- HDG22.03 A Tod und Todesursachen
- MEL22.28 A Pädiatrische onkologische Therapie – Basistherapie (XB100 – Pädiatrische onkologische Therapie: Tageschemotherapie (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch))

Die Berechnung der **Belagsdauerobergrenze (BDO)** erfolgte wie bisher bei den MEL- und HDG-Gruppen mit 150% bzw. bei den psychiatrischen Gruppen (HDG20.xx) wegen der größeren Streuung der Belagsdauerwerte mit 130% vom BDMW.

Das LKF-Modell 2025 stellt ein **umfassend weiterentwickeltes LKF-Modell** dar, für welches eine komplette Neuberechnung der Belagsdauern auf Basis der MBDS-Daten 2022 aller Fondskrankenanstalten vorgenommen wurde.

In einem **Wartungsjahr** erfolgt eine Evaluierung und Anpassung der Belagsdauerwerte nach festgelegten Kriterien. Datengrundlagen sind die IST-Werte der zuletzt verfügbaren drei Jahre, gescort nach dem jeweils aktuellen LKF-Modell (zuletzt für das LKF-Modell 2024 auf Basis der MBDS-Daten 2020-2022, gescort nach dem LKF-Modell 2023).

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).

Bei Belagsdaueränderungen im Rahmen eines Weiterentwicklungsjahres kommt seit dem LKF-Modell 2019 eine Berechnungsmethodik für die Ermittlung der durchschnittlichen TK zur Anwendung, bei welcher 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 Belag tagen.

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

2.5.3.2.3 Berechnung der Belagsdauerwerte für spezielle Fallpauschalen

Bei bestimmten HDG- und MEL-Gruppen werden die Belagsdauerwerte nicht nach obiger Methodik, sondern nach einer eigenen Methodik ermittelt. Dies betrifft Fallpauschalen mit einer breiten Streuung von Belagsdauern, insbesondere im Bereich der MEL22.xx (aufwändige Pharmakotherapie). Hier werden die Belagsdauerwerte in der Art und Weise ermittelt, dass 90% der Fälle unter der Belagsdauerobergrenze liegen (BDU = BDMW = BDO; „manuelle“ Belagsdauerwerte).

Weitere Bereiche betreffen die Pauschalen MEL14.xx im Bereich der Endoprothetik (gemeinsame BDMW-Berechnung von Implantation und Reimplantation) sowie abgesehen von der MEL22.xx weitere Pauschalen mit geringen Fallzahlen bzw. größerer Streuung von Belagsdauern (z.B. MEL08.06 Ventrikelersatz).

Diese Vorgangsweise liegt auch dem bisherigen LKF-Modell zugrunde. Betroffen sind rd. 100 Fallpauschalen, somit rd. 10% aller Fallpauschalen.

2.6 Intensiveinheiten

2.6.1 Zusatzpunkte für Intensiveinheiten

Die Berechnung der LKF-Punkte erfolgte auf Basis der Kostenrechnung 2022 und der im Berichtsjahr 2022 geltenden Einstufung der Intensiveinheiten, gemäß der generellen Kalkulationsmethodik unter Abzug von Vorhaltekostenanteilen je Kostenartengruppe, welche auf alle bettenführenden Hauptkostenstellen angewendet wurden.

Intensivzuschläge gelten jene Kosten ab, die **über** die durchschnittliche Tageskomponente hinausgehen. Die durchschnittliche Tageskomponente auf Normalpflegeabteilungen des bisherigen Modells von 490 Euro („Basissatz“), die für Intensiveinheiten angewendet

wurde, wurde für das LKF-Modell 2025 mit dem **neuen Basissatz von 563 Euro** festgelegt. Dieser Wert wurde daher von den Kosten je Belagstag und je Intensivkategorie abgezogen. Weiters wurden – analog der Vorgangsweise bei der Berechnung der bereinigten Belagstagskosten für Normalpflegeabteilungen – die auf Intensiveinheiten angefallenen MEL-Kosten abgezogen. Die Kalkulation erfolgte auf Basis einer Normauslastung von 75% für alle Intensiveinheiten.

Daraus ergeben sich folgende Intensiv-Zuschläge pro Tag (weitere Ausführungen siehe Punkt 3.1):

	Intensiveinheit	Punkte Basis ¹⁾	Punkte max. ²⁾	Punkte MW ³⁾
IE0	Intensivüberwachung Erwachsene	635	871	754
IE1	Intensivbehandlung Erwachsene Stufe 1	946	1.157	1.075
IE2	Intensivbehandlung Erwachsene Stufe 2	1.218	1.439	1.339
IE3	Intensivbehandlung Erwachsene Stufe 3	2.033	2.537	2.160
IK0	Intensivüberwachung Kinder	641	-	641
IK1	Intensivbehandlung Kinder	1.412	-	1.412

¹⁾ Basiswert für die jeweilige Stufe

²⁾ Die Zusatzpunkte pro Tag und Intensiveinheit ergeben sich aus dem Basiswert + weitere Punkte entsprechend den tatsächlichen TISS-Punkten und der Personalausstattung DGKP/system. Bett (sog. Flexibilisierung der Bepunktung, welche im LKF-Modell 2017 erstmalig für die Intensiveinheiten – Erwachsene eingeführt wurde und im LKF-Modell 2025 fortgeführt wird)

³⁾ Mittelwert der jeweiligen Stufe (TISS-Mittel)

2.7 Sonderbereiche

2.7.1 Sonderbereiche mit tageweiser Bepunktung

Die Berechnung der LKF-Punkte erfolgte auf Basis der Kostenrechnung 2022 und der im Berichtsjahr 2022 geltenden Einstufung der Sonderbereiche, gemäß der generellen Kalkulationsmethodik unter Abzug von Vorhaltekostenanteilen je Kostenartengruppe, welche auf alle bettenführenden Hauptkostenstellen angewendet wurden.

Es ergeben sich die folgenden Punkte pro Tag:

Sonderbereich	Punkte
Palliativmedizinische Einrichtungen	671
Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)	404
Remobilisation/Nachsorge (RNS)	311
Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)	753
Akutnachbehandlung neurologischer Patient:innen, Stufe B	723
Akutnachbehandlung neurologischer Patient:innen, Stufe C	439

Anmerkungen:

- Für das LKF-Modell 2025 wurden die Punkte für alle Sonderbereiche auf Basis der tatsächlichen Personalausstattung ermittelt.
- Die durchschnittliche Auslastung basiert auf einer definierten Normauslastung je Bereich: Palliativ: 80%, AG/R: 85%, RNS: 85%, KJP: 75%. Für die Akutnachbehandlung neurologischer Patienten der Stufen B und C wurden die Ist-Auslastungsgrade von 82% bzw. 80% herangezogen.

2.7.2 Sonderbereiche – Bepunktung über MEL-Gruppen

Die Berechnung der LKF-Punkte erfolgte auf Basis der Kostenrechnung 2022 und der im Berichtsjahr 2022 geltenden Einstufung, gemäß der generellen Kalkulationsmethodik unter Abzug von Vorhaltekostenanteilen je Kostenartengruppe, welche auf alle bettenführenden Hauptkostenstellen angewendet wurden.

Es ergeben sich die folgenden Punkte bezogen auf den Belagsdauer Mittelwert:

Sonderbereich	MEL	MEL-Gruppe	BD-MW	LK	TK	Punkte
Alkoholentwöhnung im Turnus 6 bis 12 Wochen	AM040	MEL 23.01	84	0	23.464	23.464
Drogenentwöhnungen auf Drogenstationen	AM050	MEL 23.02	120	0	48.557	48.557
Akute Insulttherapie auf Schlaganfallereinheiten (Stroke Unit)	AA040	MEL 26.02	7,9	1.403	5.037	6.440
Behandlung in der PSO im Turnus (Erwachsene)	AM100	MEL 32.01	84	0	29.757	29.757
Behandlung in der PSO im Turnus (Kinder und Jugendliche)	AM140	MEL 32.03	84	0	60.672	60.672

2.8 Evaluierungsvereinbarung

Für das LKF-Modell ist laufend eine medizinische, ökonomische und statistische Evaluierung vorzunehmen. Erforderlichenfalls sind bei entsprechend fundierter Datenlage im Rahmen der periodischen LKF-Modell-Weiterentwicklungen (alle 7–8 Jahre) bzw. auch der jährlichen Wartung Anpassungen vorzunehmen.

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.

Sämtliche im folgenden Kapitel enthaltenen LKF-Bepunktungswerte berücksichtigen bereits Vorhaltekostenanteile im Ausmaß von rd. 30% der stationären Endkosten und repräsentieren demnach rd. 70% der jeweils zugrundeliegenden stationären Endkosten.

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 besonderem 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 grundsätzlich 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.

Seit dem Berichtsjahr 2017 können Überwachungseinheiten, die eine Intensivdokumentation übermitteln, in das flexibilisierte Intensivbepunktungsmodell integriert werden. Ab 1.1.2025 ist auch für Intensivüberwachungseinheiten eine Verpflichtung zur Intensivdokumentation vorgesehen. Als Übergangsregelung können Intensivüberwachungseinheiten ohne Intensivdokumentation für das Jahr 2025 noch mit dem Basispunktwert eingestuft 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 Intensivseinheiten am Standort eines Krankenhauses vorgesehen sind.
- Für das LKF-Modell 2025 erfolgt die Ermittlung des TISS-Mittelwerts für die Einstufung auf Basis der dokumentierten TISS-Punkte aller Intensivtage und damit auf der gleichen Datenbasis wie für die Ermittlung der Zusatzpunkte. Die Einstufungskriterien für Intensivseinheiten bleiben unverändert.

Kriterien für die Einstufung von Intensivseinheiten

Tabelle: INTENSIVMODELL 2025 (Erwachsene)

Einstufung	Intensiv- überwachung	Intensiv- behandlung Stufe I	Intensiv- behandlung Stufe II	Intensiv- behandlung Stufe III
Mittelwert der TISS-28-Punkte aus allen Intensivtagen	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
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 eingestuftem Intensivseinheiten

Tabelle: INTENSIVMODELL 2025 (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	$\geq 1,50:1 + 0,01$ je 0,1 TISS-28 über 17	$\geq 2,00:1 + 0,01$ je 0,1 TISS-28 über 22	$\geq 2,50:1 + 0,01$ je 0,1 TISS-28 über 27	$\geq 3,00:1 + 0,01$ je 0,1 TISS-28 über 32
Zusatzpunkte pro Tag²⁾ (Mittelwert der TISS-28- Punkte aus allen Intensivtagen)	Basiswert 635³⁾ 675 + 4,0 je 0,1 TISS-28 über 17 max. 871	946 + 4,3 je 0,1 TISS-28 über 22 max. 1.157	1.218 + 4,5 je 0,1 TISS-28 über 27 max. 1.439	2.033 + 6,3 je 0,1 TISS-28 über 32 max. 2.537

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 Intensivüberwachungsein-
heiten mit Intensivdokumentation und einem TISS-28-Mittelwert aus allen Intensivbelagstagen
unter 17 Punkte erhalten den Basiswert 635. Ab einem TISS-28-Mittelwert von 17 beträgt der
Basiswert 675 + allfällige Zusatzpunkte nach der angeführten Formel.

- **Datenbasis für Einstufung und Zusatzpunkte:**

Der Mittelwert der TISS-28-Punkte pro Intensivtag wird auf Basis der dokumentierten
TISS-Punkte aller Intensivtage berechnet. Seitens der Krankenanstalten hat eine
vollständige TISS-Dokumentation je Pflgetag auf der Intensivseinheit zu erfolgen und
ist an den Landesgesundheitsfonds zu melden.

3.1.2 Neonatologische/Pädiatrische Intensivseinheiten

Für die neonatologischen und pädiatrischen Intensivseinheiten (Überwachungs- und
Behandlungseinheiten) wird auf eine Verpflichtung zur Intensivberichterstattung ver-
zichtet, da die IntensivEinstufung und -bepunktung unabhängig von dieser Dokumentation
und ohne Korrekturfaktor vorgenommen wird. Für diesen Bereich ist eine Plausibilitäts-
prüfung der Einstufung der Intensivseinheiten in Bezug auf das Patient:innen- und Lei-
stungsspektrum 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 Intensivseinheit, 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 eingestuften 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 2025 (Neonatologie/Pädiatrie)

Kriterien	Intensivüberwachungs-einheiten	Intensivbehandlungs-einheiten
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
Mindestbettzahl, 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	641	1.412

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 Qualitäts- kriterien		
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 Schlaganfall-
einheit (Stroke Unit) (LE=je Aufenthalt)“ hat bei jedem Krankenhausaufenthalt mit einer
Schlaganfallbehandlung auf der Stroke Unit zu erfolgen, unabhängig von der Belagsdauer.
Bei Aufenthalten 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 Landesgesundheitsplattform 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 notfallartige 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). 	723
<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. 	439

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 Behandlung 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 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 404 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

- 311 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 Krankheits-symptomen (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 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

- 671 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	641	29	486	36	391
23	613	30	470	37	381
24	587	31	455	38	371
25	564	32	440	39	361
26	542	33	427	40	352
27	522	34	414	41	344
28	503	35	403	42	336

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 354 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 722 Punkten.

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

Stationäre Einheiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) können unter folgenden Voraussetzungen abgerechnet werden:

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)

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 753 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 Punkt 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 nach dem Tagesklinikmodell abrechenbar ist (siehe Anlage 8) 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, eine gesonderte Exklusion tagesklinischer Leistungen ist möglich (Programmpaket XDok: <Wartung> <Exklusionen tagesklinischer Leistungen>.

Hinweis: Ergänzend oder alternativ können entsprechende Einschränkungen in der Berechtigungsmatrix des ÖSG-Moduls vorgenommen werden.

- Abrechenbar sind die operativen und nicht-operativen Leistungspositionen aus dem gültigen tagesklinischen Leistungskatalog.
- 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 tagesklinischen Leistungserbringung in die Stationen der Fachabteilungen muss keine gesonderte Kostenstelle eingerichtet werden.
- Auf einem im RSG als Tagesklinikplatz ausgewiesenen Bett können auch mehr als ein Patient/eine Patientin pro Tag behandelt und abgerechnet werden.

Hinweis: Gilt bei ambulanter Administration analog für die Nutzung der ambulanten Betreuungsplätze.

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)
AA180	Transkranielle Gewebeablation mittels magnetresonanzzesteuerter hochintensiver fokussierter Ultraschallanwendung (LE=je Sitzung)
AK010	Perkutane Koagulation vegetativer Ganglien (LE=je Sitzung)
AN010	Polysomnographie im Schlaflabor (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)
AN011	Polysomnographie mit Schlafmikrostruktur- und Motorikanalyse (LE=je Aufenthalt)
DB020	Implantation einer Pulmonalklappe – perkutan (LE=je Sitzung)

Code	Leistungsbezeichnung
DB025	Ersatz der Aortenklappe – kathetergestützt, transapikal (LE=je Sitzung)
DB026	Ersatz der Aortenklappe – kathetergestützt, transvaskulär (LE=je Sitzung)
DD105	Perkutane Rekanalisation chronisch verschlossener Koronararterien (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)
FZ123	CAR-T-Zell-Therapie – Idecabtagene vicleucel (LE=je Aufenthalt mit abgeschlossener Therapie)
FZ124	CAR-T-Zell-Therapie – Ciltacabtagene autoleucel (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 AA180 kann nur an Zentralkrankenanstalten erfolgen, an denen auch tiefe Hirnstimulation (THS) angeboten wird.

Die Abrechnung der Leistung AN010 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)

Funktionscode	Bezeichnung
1-6380	Schlaflabor (Neurologie)
1-9180	Schlaflabor (interdisziplinär)

Die Abrechnung der Leistung AN011 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, DD105, 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 Leistungen FZ120, FZ123, FZ124 sind 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 müssen 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 2025 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 LG163
XN051	Implantation eines Trikuspidalklappenclips – perkutan (LE=je Sitzung)	MEL08.03 LG163
XN055	Ersatz der Mitralklappe – kathetergestützt, transapikal (LE=je Sitzung)	MEL08.03 LG163
XN060	Katheterablation des renalen Sympathikus-Nervengeflechtes (LE=je Sitzung)	MEL20.01 LG227
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 LG225
XN100	Perkutane transluminale Embolisation cerebraler Aneurysmen mittels Flow Diverter (LE=je Sitzung)	MEL20.01 LG224

Code	Leistungsbezeichnung	Gruppe LG
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 LG173
XN140	Implantation eines Systems für ein telemedizinisches Monitoring des pulmonal-arteriellen Druckes (LE=je Sitzung)	MEL09.05
XN170	Minimalinvasive Implantation selbstexpandierender Prothesen in den analen Sphinkterapparat (LE=je Sitzung)	MEL06.08
XN190	Implantation eines gefensterten Stentgrafts – Aortenbogen (LE=je Sitzung)	MEL08.09 LG168
XN200	Implantation eines Herzschrittmachers, HIS Bündel Pacing (LE=je Sitzung)	MEL10.01 LG172
XN210	Implantation eines Systems zur atmungsgesteuerten Stimulation des Nervus hypoglossus (LE=je Sitzung)	MEL04.08
XN220	Perkutane Aspirationsthrombektomie der Pulmonalarterie (LE=je Sitzung)	MEL20.01 LG228
XN230	Perkutane Aspirationsthrombektomie Herz/große Venen mit extrakorporaler Zirkulation (LE=je Sitzung)	MEL08.07

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.

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.

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

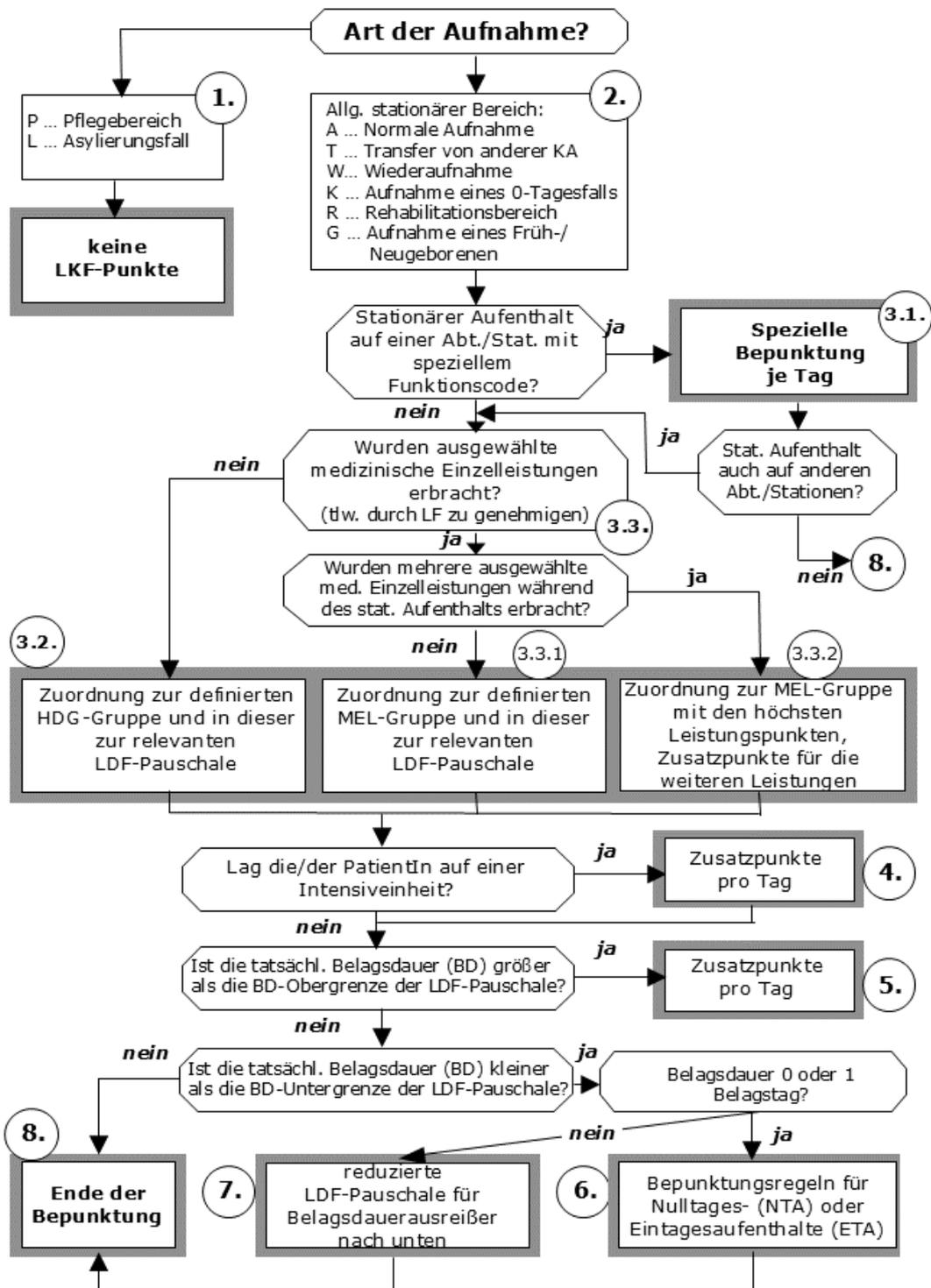
In der Folge werden die im allgemeinen stationären Bereich, im Bereich der Tageskliniken und im Rehabilitationsbereich aufgenommenen Patient:innen auf Basis der im LKF-Modell definierten Zuordnungskriterien den einzelnen LDF-Gruppen zugeordnet.

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, 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 daher nicht bepunktet.

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

4.2.1 Zuordnungs- und Bepunktungsregeln – Übersicht

- 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 neurologischen Patient:innen inkl. Neurorehabilitation	Stufe B	723 Punkte
	Stufe C	439 Punkte
Remobilisation/Nachsorge	Gruppe RN	311 Punkte
Akutgeriatrie/Remobilisation	Gruppe A	404 Punkte
Palliativmedizinische Einheiten	ab dem 22. Tag degressiv, mindestens	671 Punkte
		336 Punkte
Spezieller Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie		753 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.

4.2.2 Bepunktungsregeln nach Fall-Typen im LKF-Modell 2025

Im Punkt 2.2 wurde ausgeführt, dass für das LKF-Modell 2025 die akkordierte Zielsetzung einer Harmonisierung des stationären und ambulanten LKF-Modells durch Zugrundelegung einer gleichen Kalkulationsmethodik umgesetzt wurde. Dadurch wurde insbesondere

eine Punkteannäherung zwischen ambulanten Besuchen, Nulltagesaufenthalten (NTA) und Eintagesaufenthalten (ETA) sowie den stationären Fällen ab 2 Belagstagen erreicht (Schnittstellen-Optimierung).

Damit im Zusammenhang stand die Evaluierung, Vereinfachung und Anpassung der Bepunktungsregeln bezüglich Leistungs- und Tageskomponente für die folgenden **Fall-Typen** bei Abrechnung über das stationäre LKF-Modell:

- Aufenthalte ab 2 Belagstagen, siehe Punkt 4.2.2.1
- Eintagesaufenthalte (ETA), siehe Punkt 4.2.2.2
- Nulltagesaufenthalte (NTA) mit Tagesklinik-MEL, siehe Punkt 4.5.1
- Nulltagesaufenthalte (NTA) mit Leistungen nach akzeptiertem Warning, siehe Punkt 4.5.2
- Nulltagesaufenthalte (NTA) mit Entlassungsart "S" oder "T", siehe Punkt 4.5.3
- Nulltagesaufenthalte (NTA) in den Gruppen MEL22.xx (Onkologische Therapien), siehe Punkt 4.5.4
- Nulltagesaufenthalte (NTA) in den Gruppen MEL24.xx (Nierenersatztherapie, Plasmapherese, Photopherese) und MEL25.02, MEL25.08 bis MEL25.10 (Strahlentherapie), siehe Punkt 4.5.5
- Nulltagesaufenthalte (NTA) in Sonderbereichen mit tageweiser Bepunktung, siehe Punkt 4.5.6
- Alle anderen sonstigen Nulltagesaufenthalte (NTA), inkl. NTA mit Entlassungsart "4" (gegen Revers) sowie für die Leistungen BG020, BG030, GE010, HH020, QE010, siehe Punkt 4.5.7

Die stationären LDF-Pauschalen des LKF-Modells 2025 sind für die **Aufenthalte ab 2 Belagstagen** definiert (LDFLIST), was deren Zusammensetzung betrifft (Leistungskomponente, Tageskomponente, Belagsdauerwerte).

Für die **Eintages-** und **Nulltagesaufenthalte** sind einerseits für die Leistungskomponente Abschlagsfaktoren definiert, andererseits für die Tageskomponente eigene Bepunktungsregeln.

4.2.2.1 Bepunktungsregel für Fälle ab 2 Belagstagen

Die Bepunktung, differenziert in HDG-/MEL-Gruppen bzw. in Filter-/Split-relevante und Nicht-Filter-MEL, wird wie folgt vorgenommen:

	Aufenthalte ab 2 Belagstagen		
Gruppe	Leistungskomponente: Filter-/Split-relevante MEL	Leistungskomponente: Nicht-Filter-MEL	Tageskomponente
HDG-Gruppen	100%	100%	TK (LDF)
MEL-Gruppen	100%	100%	TK (LDF)

Aufenthalte ab 2 Belagstagen erhalten die volle LK (Filter-/Split-relevante MEL, Nicht-Filter-MEL) sowie die TK der jeweiligen LDF.

4.2.2.2 Bepunktungsregel für Eintagesaufenthalte (ETA)

Die Bepunktung, differenziert in HDG-/MEL-Gruppen bzw. in Filter-/Split-relevante und Nicht-Filter-MEL, wird wie folgt vorgenommen:

	Eintagesaufenthalte (ETA)		
Gruppe	Leistungskomponente: Filter-/Split-relevante MEL	Leistungskomponente: Nicht-Filter-MEL	Tageskomponente
HDG-Gruppen	100%	55%	1 Ø TK (LDF)
MEL-Gruppen	100%	30%	1 Ø TK (LDF)

Eintagesaufenthalte (ETA) erhalten 100% der Filter-/Split-relevanten MEL und 55% (HDG-Gruppen) bzw. 30% (MEL-Gruppen) der Nicht-Filter-MEL, sowie 1 durchschnittliche TK der jeweiligen LDF. Der Abschlagsfaktor bei den Nicht-Filter-MEL begründet sich damit, dass ETA weniger Kosten an Leistungen wie CT, MRT, Szintigraphien, Katheterangiographien u.ä. aufweisen.

4.2.2.3 Bepunktungsregeln für Nulltagesaufenthalte (NTA)

Die einzelnen Bepunktungsregeln sind im Kapitel 4.5 beschrieben.

4.3 Aufenthalte auf Intensivseinheiten (Abbildung Punkt 4.)

Für Patient:innen, die auf Intensivseinheiten 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)
BDOG	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 (keine medizinische Einzelleistung JC030, Patient:in ALTER >59 Jahre NEIN). Die Gesamtpunkte des Aufenthalts ergeben sich aufgrund der LDF-Pauschale und der Zusatzpunkte für die über der Belagsdauerobergrenze liegenden Tage (ab dem 7. Tag).

Tabelle: Patientendaten

Hauptdiagnose ICD-10	Alter	Belagsdauer
C64 – Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	55 Jahre	13 Tage

Tabelle: Daten gemäß Anlage 4 zum LKF-Modell

Gruppe	LDFP Kn. C	TK je Tag (2.288/3,8)	BDOG
HDG09.02	2.552 Punkte	602,11 (50% = 301 Punkte gerundet)	6 Tage

Tabelle: Berechnung der Gesamtpunkte

Zuschlag (7) = 602,11 * 6/7	= 516
Zuschlag (8) = 602,11 * 6/8	= 452
Zuschlag (9) = 602,11 * 6/9	= 401
Zuschlag (10) = 602,11 * 6/10	= 361
Zuschlag (11) = 602,11 * 6/11	= 328
Zuschlag (12) = 602,11 * 6/12	= 301
Zuschlag (13) = 602,11 * 6/13	= 301
	50%

Punkte = LDFP + Zuschläge = 2.552+516+452+401+361+328+301+301 = **5.212**

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

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

4.5.1 Nulltagesaufenthalte (NTA) mit Tagesklinik-MEL

Ein tagesklinischer Fall (Aufnahme und Entlassung am selben Tag) mit einer genehmigten Leistungsposition aus dem Katalog tagesklinisch abrechenbarer Leistungen wird wie ein Eintagesaufenthalt (ETA) in der jeweils entsprechenden Fallpauschale abgerechnet, wobei die Punkte für die Tageskomponente mit 1 durchschnittlichen Tageskomponente der jeweiligen Pauschale definiert sind.

	Nulltagesaufenthalte (NTA) mit Tagesklinik-MEL		
Gruppe	Leistungskomponente: Filter-/Split-relevante MEL	Leistungskomponente: Nicht-Filter-MEL	Tageskomponente
HDG-Gruppen	100%	55%	1 Ø TK (LDF)
MEL-Gruppen	100%	30%	1 Ø TK (LDF)

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 Nulltagesaufenthalte (NTA) mit Leistungen nach akzeptiertem Warning

Nulltagesaufenthalte mit Leistungen, die einen Warnhinweis bei Erbringung als NTA ergeben, werden nach Akzeptanz dieser Warnung nach den Regeln für tagesklinisch erbringbare Leistungen abgerechnet. Damit soll im Einzelfall bei tagesklinischer Erbringung eine vergleichbare Abrechnung möglich werden.

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

Nulltagesaufenthalte mit Entlassungsart „S“ oder „T“ (Sterbefälle, Transferierungen) werden wie ein Eintagesaufenthalt (ETA) in der jeweils entsprechenden Fallpauschale abgerechnet.

4.5.4 Nulltagesaufenthalte (NTA) in den Gruppen MEL22.xx (Onkologische Therapien)

Nulltagesaufenthalte (NTA) in den Gruppen MEL22.xx erhalten 100% der Filter-/Split-relevanten MEL (Chemotherapeutika) sowie eine TK von 275 Punkten (= 50% der Kosten von onkologischen Abteilungen). In den Gruppen MEL22.28 und MEL22.29 (pädiatrische Onkologie) wird eine TK von 475 Punkten abgerechnet.

	NTA in den Gruppen MEL22.xx (Onkologische Therapien)		
Gruppe	Leistungskomponente: Filter-/Split-relevante MEL	Leistungskomponente: Nicht-Filter-MEL	Tageskomponente
HDG-Gruppen	-	-	-
MEL-Gruppen	100%	0%	275 / 475

4.5.5 Nulltagesaufenthalte (NTA) in den Gruppen MEL24.xx (Nierenersatztherapie, Plasmapherese, Photopherese) und MEL25.02, MEL25.08 bis MEL25.10 (Strahlentherapie)

Nulltagesaufenthalte (NTA) in den Gruppen MEL24.xx (Nierenersatztherapie, Plasmapherese, Photopherese) und MEL25.02, MEL25.08 bis MEL25.10 (Strahlentherapie)

erhalten 100% der Filter-/Split-relevanten MEL. Eine Tageskomponente kommt deswegen nicht zur Abrechnung, weil die kalkulierten MEL-Kosten (Einzel- und Gemeinkosten) bereits 70% der Kosten der betroffenen Funktionsstellen abdecken (die restlichen 30% repräsentieren Vorhaltekosten).

	NTA in den Gruppen MEL24.xx und MEL25.02, MEL25.08 bis MEL25.10		
Gruppe	Leistungskomponente: Filter-/Split-relevante MEL	Leistungskomponente: Nicht-Filter-MEL	Tageskomponente
HDG-Gruppen	-	-	-
MEL-Gruppen	100%	0%	0

4.5.6 Nulltagesaufenthalte (NTA) in Sonderbereichen mit tageweiser Bepunktung

Nulltagesaufenthalte auf Sonderbereichen mit tageweiser Bepunktung (z.B. Remobilisation/Nachsorge, Akutgeriatrie/Remobilisation, Akut-Nachbehandlung von neurologischen Patient:innen, Kinder- und Jugendpsychiatrie, palliativmedizinische Einheiten) werden wie bisher nach den jeweils für diese Sonderbereiche geltenden Bepunktungsregeln abgerechnet.

4.5.7 Sonstige Nulltagesaufenthalte, inkl. Aufenthalte mit Entlassungsart "4" (gegen Revers) sowie für die Leistungen BG020, BG030, GE010, HH020, QE010

Sonstige Nulltagesaufenthalte sind grundsätzlich dem ambulanten Bereich zuzuordnen, für die verbleibenden Ausnahmen erfolgt im LKF-Modell 2025 für den stationären Bereich eine reduzierte Bepunktung mit 100% der Filter-/Split-relevanten MEL und einer fixen Tageskomponente von 50 Punkten.

	Sonstige Nulltagesaufenthalte (NTA)		
Gruppe	Leistungskomponente: Filter-/Split-relevante MEL	Leistungskomponente: Nicht-Filter-MEL	Tageskomponente
HDG-Gruppen	100%	0%	50
MEL-Gruppen	100%	0%	50

Die Regel gilt auch für Aufenthalte mit Entlassungsart "4" (gegen Revers) sowie für die grundsätzlich ambulant zu erbringenden Leistungen BG020, BG030, GE010, HH020 und QE010:

- 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)

4.6 Belagsdauerausreißer nach unten (Abbildung Punkt 7.)

Mit der grundsätzlichen Verschiebung der Nulltagesaufenthalte in den ambulanten Bereich und der Festlegung der Punkte für Nulltagesaufenthalte im stationären Bereich ist eine formelmäßige Berücksichtigung von Nulltagesaufenthalten nicht mehr erforderlich. Ist der tatsächliche stationäre Aufenthalt kürzer als die pro LDF-Gruppe festgelegte Belagsdaueruntergrenze, aber mindestens 2 Belagstage, dann wird eine reduzierte LDF-Pauschale in Abhängigkeit von der tatsächlichen Belagsdauer nach folgender Formel ermittelt:

Formel + Tabelle: Belagsdauerausreißer nach unten

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

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	5 Tage

Tabelle: Daten gemäß Anlage 4 zum LKF-Modell

Gruppe	LDFP Kn.B	LK	TK	BDUG
MEL06.04	15.458 Punkte	5.612 Punkte	9.846 Punkte	8 Tage

Tabelle: Berechnung der Gesamtpunkte

$\text{Punkte} = 5.612 + \frac{9.846 * 5}{8} = 11.766$
--

4.7 Nulltagesaufenthalte auf Intensiveinheiten und in speziellen Funktionsbereichen

4.7.1 Intensiveinheiten

Nulltagesaufenthalte (Aufnahme- und Entlassungsdatum auf dieser Station am selben Tag) auf Intensiveinheiten erhalten nur dann die der Intensiveinheit zugeordneten zusätzliche Tagespauschale, wenn der Patient/die Patientin von der Intensiveinheit 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 Nulltagesaufenthalt darf keine Unterbrechung des stationären Aufenthalts dokumentiert werden. Diese Fälle sind weiterhin als einzelne Nulltagesaufenthalte 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 hinausgehenden 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.

Die Einstufung ohne TISS-Punkte erfolgt nach dem Personalfaktor und anhand von Qualitätskriterien. 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: $635 * 0,80 = 508$

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: 635

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)