

# **Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung**

**- L K F -**

**MODELL 2016**

**1. Jänner 2016**

## **IMPRESSUM**

### **Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller:**

Bundesministerium für Gesundheit  
Radetzkystraße 2  
1030 Wien

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

#### **Projektleitung:**

Mag. Gerhard Embacher (BMG)

#### **Projektteam**

##### **BMG:**

Wolfgang Bartosik  
Dr. Peter Brosch, Abteilungsleiter  
Gertrud Fritz  
Mag. Simona Iskra  
Mag. Walter Sebek, Stv. Abteilungsleiter

##### **Koordination medizinische Dokumentation:**

Dr. Andreas Egger, LKF-Hotline (BMG)

##### **Ökonomenteam:**

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

##### **Ärzteteam:**

Prim. Dr. Ludwig Neuner (LKH Freistadt)  
Experten aus den medizinischen Fächern

##### **Statistik:**

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

##### **Software-Entwicklung:**

DI Bernhard Pesec (dothealth)

Wien, im September 2015

## INHALTSVERZEICHNIS

<b>1. GESAMTDARSTELLUNG DES LKF-SYSTEMS .....</b>	<b>5</b>
<b>2. GRUNDLAGEN DER MODELLBILDUNG IM LKF-KERNBEREICH ....</b>	<b>7</b>
<b>3. ABRECHNUNGSVORAUSSETZUNGEN.....</b>	<b>10</b>
3.1. Festlegung von Intensiveinheiten .....	10
3.1.1. Intensiveinheiten für Erwachsene.....	10
3.1.2. Neonatologische/Pädiatrische Intensiveinheiten .....	14
3.2. Festlegung von Einheiten für die „Akute Schlaganfallbehandlung auf einer Schlaganfalleinheit (Stroke Unit)“ (MEL AA040) .....	16
3.3. Festlegung von Einheiten zur Akut-Nachbehandlung von neurologischen Patienten/Patientinnen.....	17
3.4. Festlegung von Einheiten der Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R) ...	18
3.4.1. Festlegung von Einheiten zur vollstationären Behandlung in der Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R) .....	18
3.4.2. Festlegung von Einheiten zur tagesklinischen Behandlung in der Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R) .....	19
3.5. Festlegung von Einheiten zur „Remobilisation/Nachsorge – RNS“ .....	20
3.6. Festlegung von palliativmedizinischen Einheiten (PAL) .....	21
3.7. Festlegung von Einheiten in der Psychiatrie .....	23
3.7.1. Festlegung von Einheiten der Abteilungsgruppe 01 .....	23
3.7.2. Festlegung von Einheiten der Abteilungsgruppe 02 .....	24
3.7.3. Festlegung von Einheiten zur tagesklinischen Behandlung in der Psychiatrie.....	24
3.7.4. Festlegung von Einheiten zur tagesstrukturierenden Behandlung in der Psychiatrie.....	26
3.8. Festlegung von Einheiten mit Schwerpunkt für Psychosomatik und Psychotherapie (PSO) .....	28
3.8.1. Festlegung von Einheiten zur vollstationären Behandlung in der Psychosomatik und Psychotherapie (PSO) – MEL AM100... ..	28
3.8.2. Festlegung von Einheiten zur tagesklinischen Behandlung in der Psychosomatik und Psychotherapie (PSO) – MEL AM110... ..	29
3.9. Festlegung von Einheiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP).....	31
3.9.1. Festlegung von Einheiten in der KJP mit der Behandlungsform I.....	31
3.9.2. Festlegung von Einheiten in der KJP mit der Behandlungsform A .....	33
3.9.3. Festlegung von Einheiten in der KJP/peripartalen Psychiatrie mit der Behandlungsform E .....	34
3.9.4. Festlegung von Einheiten zur tagesklinischen Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) .....	36
3.10. Festlegung von Einheiten zur Alkohol- und Drogenentwöhnung.....	38
3.11. Festlegung von medizinischen Einzelleistungen zur Abrechnung nach dem Tagesklinikmodell.....	38
3.12. Genehmigung der Abrechnung von ausgewählten speziellen medizinischen Einzelleistungen .....	39
3.13. Genehmigung der Abrechnung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden .....	40

3.14. Festlegung der LKF-relevanten Kostenträger .....	42
3.15. Dokumentation von kassenfreien Leistungen .....	42
3.16. Dokumentation der Seitenlokalisierung bei medizinischen Einzelleistungen .....	42
3.17. Evaluierungsvereinbarung .....	42
<b>4. BEPUNKTUNGSREGELUNGEN.....</b>	<b>43</b>
4.1. Pflegebereich, Asylierungsfall (Abb. Pkt. 1.).....	46
4.2. Tagesklinische oder tagesstrukturierende Behandlung in der Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und AG/R (Abb. Pkt. 2.) .....	46
4.3. Allgemein stationärer Bereich, Tagesklinik, Rehabilitationsbereich (Abb. Pkt. 3.) .....	47
4.4. Aufenthalte auf Intensiveinheiten (Abb. Pkt. 4.).....	48
4.5. Belagsdauer ausreißer nach oben (Abb. Pkt. 5.).....	49
4.6. Abrechnung nach dem Tagesklinikmodell (Abb. Pkt 6.) .....	50
4.7. Belagsdauer ausreißer nach unten (Abb. Pkt 7.).....	50
4.8. 0-Tagesfälle auf Intensiveinheiten und in speziellen Funktionsbereichen .....	51
4.8.1. Intensiveinheiten .....	51
4.8.2. Spezielle Funktionsbereiche.....	51
<b>5. SPEZIELLE DOKUMENTATIONSREGELN .....</b>	<b>52</b>
5.1. Dokumentation von Unterbrechungen stationärer Aufenthalte .....	52
5.1.1. Kriterien für die Dokumentation von kurzzeitigen Unterbrechungen .....	52
5.1.2. Dokumentation im MBDS, Satzart M02 .....	52
5.1.3. Datenaustausch Krankenanstalten mit Sozialversicherung .....	53
5.1.4. Sonstige Rahmenbedingungen .....	53
5.2. Dokumentation des Leistungserbringers bei extern erbrachten Leistungen .....	53
<b>6. ANHANG.....</b>	<b>54</b>

# 1. Gesamtdarstellung des LKF-Systems

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

## System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung

<b>Bundesweit einheitlicher LKF-KERNBEREICH</b>	Bepunktung des stationären Krankenhausaufenthalts auf Basis der leistungsorientierten Diagnosen-Fallgruppen (LDF) inkl. aller speziellen Bepunktungsregelungen
<b>Länderweise gestaltbarer LKF-STEUERUNGSBEREICH</b>	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 den Jahren 2005 bis 2007 wurden gemeinsam mit ausgewählten Referenzkrankenhäusern Kalkulationen der LDF-Pauschalen durchgeführt, deren Ergebnisse in das Modell 2009 eingeflossen sind. Damit wurde das LKF-Modell nach den Kalkulationen 1999/2000 zum zweiten Mal einer gesamten Neubewertung unterzogen. Wie in Art. 27 Abs. 5 der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens festgehalten, sollen nach dieser umfassenden Weiterentwicklung für das Modell 2009 die jährlichen Änderungen im LKF-Modell grundsätzlich auf die aus medizinischer und ökonomischer Sicht notwendigen Wartungsmaßnahmen beschränkt bleiben. Bei Änderungen im LKF-System sind Überleitungsregelungen zu definieren, die eine Kontinuität von statistischen Zeitreihen sicherstellen.

Die wesentlichen Schwerpunkte dieser umfassenden Weiterentwicklung waren:

- ⇒ Kalkulationen aller Leistungen und Gewichtung der Tageskomponenten in den Fallpauschalen
- ⇒ Vollständige Evaluierung und Homogenitätsprüfung aller Fallpauschalen
- ⇒ Aktualisierung aller Belagsdauerwerte im Modell
- ⇒ Weiterentwicklung des Tagesklinikmodells
- ⇒ Umstellung auf neue Systematik des Leistungskatalogs
- ⇒ Adaptierung der Zuschlagsregeln für Mehrfachleistungen
- ⇒ Integration weiterer Datenplausibilitätsprüfungen in das Abrechnungsprogramm

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 die Bundesgesundheitskommission bis 15. Juli zu erfolgen. Die erforderli-

chen 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 Krankenanstalten<sup>1</sup> 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.

---

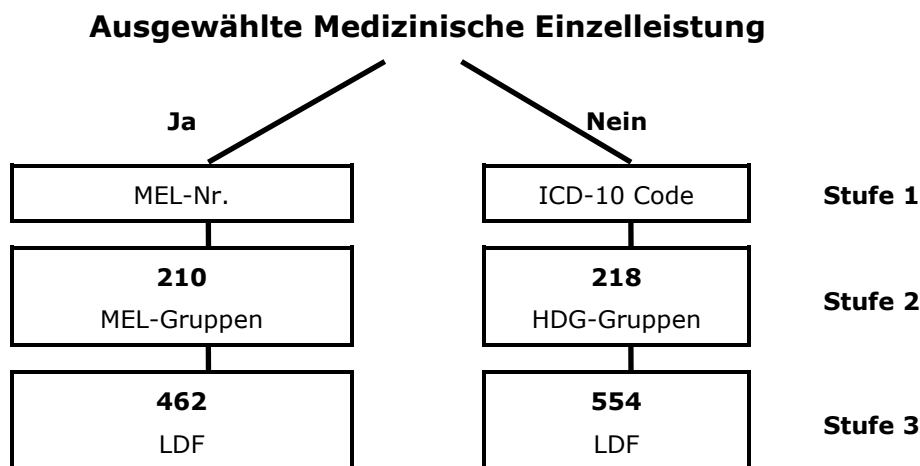
<sup>1</sup> Die österreichische Gesetzgebung verwendet den Fachausdruck Krankenanstalt. In der Praxis sind die Begriffe Krankenhaus oder Spital gebräuchlich und werden hier synonym verwendet.

## 2. Grundlagen der Modellbildung im LKF-Kernbereich

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

Die primäre Ermittlung der Punkte für die LDF erfolgte für die LKF-Modelle 1997 bis 2001 auf Basis von rund 500.000 stationären Aufenthalten und kalkulierten Kosten in 20 Referenzspitälern<sup>2</sup>. Mit dem Projekt „LKF-Nachkalkulation“<sup>3</sup> wurde diese Bepunktung aktualisiert und kam von LKF-Modell 2002 bis LKF-Modell 2008 zur Anwendung. Unter Berücksichtigung aktueller Kalkulationsergebnisse<sup>4</sup> aus dem Projekt LKF-Kalkulation 2005 wurden ab dem LKF-Modell 2009 auch noch weitere systematische Modelladaptierungen umgesetzt.

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



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

<sup>2</sup> 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

<sup>3</sup> 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

<sup>4</sup> 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

In **Stufe 2** wurden die leistungsbestimmte und die nach Hauptdiagnosen bestimmte Kollektiv weiter differenziert. Die Kriterien, nach denen die Gruppen gebildet wurden, beziehen sich vorwiegend auf Leistungshomogenität und eine innere medizinische Zusammengehörigkeit der Leistungen bzw. Hauptdiagnosen sowie auf Kostenhomogenität nach statistisch signifikanten Gruppen. Es wurden aus den medizinischen Einzelleistungen **210 Medizinische Einzel-Leistungs-Gruppen (MEL-Gruppen)** und aus den Diagnosen **218 HauptDiagnosen-Gruppen (HDG-Gruppen)** gebildet. Die Zuordnungsregeln der Leistungen und Hauptdiagnosen zu den einzelnen Gruppen werden im Modell als Filter bezeichnet (siehe dazu auch Anlage 2 „Medizinische Einzelleistungen mit zugeordneten MEL-Gruppen“, sowie Anlage 3 „Hauptdiagnosen mit zugeordneten HDG-Gruppen“).

In **Stufe 3** des Algorithmus wurden auf Basis der folgenden Gliederungsmerkmale bei den MEL-Gruppen **462 leistungsorientierte Diagnosenfallgruppen (LDF)** und bei den HDG-Gruppen **554 LDF** gebildet.

### Typen von Gliederungsmerkmalen

<b>Merkmal</b>	<b>Beschreibung</b>
SPEZMEL	Spezielle medizinische Einzelleistung
LGR01	Leistungsgruppe 01
.....	.....
LGR93	Leistungsgruppe 93
SPEZHGD	Spezielle Hauptdiagnose (3-stellig)
SPEZHGD4	Spezielle Hauptdiagnose (4-stellig)
SPEZDG	Spezielle Haupt- oder Zusatzdiagnose (3-stellig)
SPEZDG4	Spezielle Haupt- oder Zusatzdiagnose (4-stellig)
ALTER	Alter des Patienten/der Patientin
AGR01	Abteilungsgruppe 01 (psychiatrische Stationen)
AGR02	Abteilungsgruppe 02 (psychiatrische Stationen, Vollversorgung)
DGR01	Diagnosengruppe 01 (Haupt- oder Zusatzdiagnosen)
HGR01	Hauptdiagnosengruppe 01
.....	.....
HGR58	Hauptdiagnosengruppe 58

Die Zusammenfassungen der Leistungen in die Gruppen LGR01 bis LGR93 sind in der Anlage 6 zum LKF-Modell enthalten.

Die Zusammenfassungen der Diagnosen in die Gruppen HGR01 bis HGR58, DGR01 sind in den Anlagen 7 und 8 zum LKF-Modell enthalten.

Insgesamt stehen im LKF-Modell 2016 1.016 leistungsorientierte Diagnosenfallgruppen zur Verfügung.

Die Punkte je LDF (LDF-Pauschale) wurden durch einen mittleren Wert der kalkulierten Kosten aller in einer LDF enthaltenen Patienten/Patientinnen definiert und sind auf EURO-Basis (Kostenbasis 2005) dargestellt.



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

Die LDF-Pauschale gilt innerhalb des für diese LDF definierten Belagsdauerintervalls. Dazu wurden je LDF eine Belagsdaueruntergrenze und eine Belagsdauerobergrenze aus den Daten des Jahres 2005 ermittelt und jährlich aktualisiert (aktuelle Anpassungen siehe Unterlage „Änderungen und Neuerungen im Modell 2016“).

Diese Belagsdauerbegrenzungen wurden für die MEL-Gruppen aus den stationären Aufenthalten innerhalb eines 80%-igen Belagsdauerintervalls aller Aufenthalte und für die HDG-Gruppen innerhalb eines 60%-igen Belagsdauerintervalls aller Aufenthalte berechnet.

Als weiteres Kriterium wurde festgelegt, dass in HDG-Gruppen die Belagsdauerober- und -untergrenzen höchstens +/- 50% vom Belagsdauerintervallwert abweichen dürfen. Für die psychiatrischen Gruppen (HDG20) wurde mit Bezug auf die größere Streuung der Belagsdauerwerte die Belagsdauerobergrenze mit höchstens + 30% über dem jeweiligen Belagsdauerintervallwert festgelegt.

Für MEL-Gruppen wurde die Belagsdaueruntergrenze auf 30% des Belagsdauerintervallwerts gesenkt, um die Nutzung von Möglichkeiten zur Belagsdauerverkürzung stärker zu fördern.

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

Ab dem Modell 2011 wird bei Aktualisierungen von Belagsdauerwerten in den Fallpauschalen die Tageskomponente (TK) nach einer neuen Methode angepasst. Durch das neue Berechnungsmodell sollen nur die wegfallenden bzw. zusätzlichen variablen Kosten je Belagstag berücksichtigt werden und die fixen Kosten unverändert bleiben. Während die bisher angewandte Methode einer linearen Anpassung der Tageskomponente in Relation zur Veränderung der mittleren Belagsdauer entsprach, fördert die reduzierte Anpassung der TK die Senkung der durchschnittlichen Belagsdauer bzw. setzt keine Anreize zur Erhöhung der durchschnittlichen Belagsdauer.

## 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 Länderebene 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 (KDok) zu berücksichtigen.

Mit Beschlussfassung des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG 2012) durch die Bundesgesundheitskommission am 23.11.2012 sind die darin enthaltenen Rahmenvorgaben in Verbindung mit den Detailplanungen auf Länderebene integrierender Bestandteil bei der Prüfung der Abrechenbarkeit von speziellen Leistungen durch die Landesgesundheitsplattform bzw. den PRIKRAF.

### 3.1. Festlegung von Intensiveinheiten

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

#### 3.1.1. Intensiveinheiten für Erwachsene

Es wird entsprechend dem ÖSG 2012 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 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 2012 auf Länderebene festgelegten Einheiten eingestuft werden. Die im ÖSG 2012 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 Ausnahmewilligungen durch die Gesundheitsplattform auf Länderebene bzw. den PRIKRAF möglich.

Als Grundlage für die Berechnung aller Kennzahlen im Intensivbereich (z.B. Personalschlüssel, Korrekturfaktor, Mindestbettenanzahl) sind grundsätzlich die systemisierten Betten heranzuziehen. In begründeten Fällen (z.B. bauliche Verände-

rungen) kann die Gesundheitsplattform auf Länderebene bzw. der PRIKRAF eine andere Bezugsgröße (z.B. tatsächlich aufgestellte Betten) beschließen – auch dann, wenn der Verwaltungsaufwand hoch ist (z.B. Notwendigkeit der Änderung von Bewilligungen).

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

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

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

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

Die LKF-Intensiveinstufung soll auch zukünftig 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.

**Verbrennungsstationen**, für die das bestehende Intensivdokumentationssystem für eine Leistungsbeschreibung keine geeigneten Daten beinhaltet, werden weiterhin nur nach dem Evaluierungskriterium DGKP (Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal)/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/Fachärztin für Innere Medizin sein.

Für die Intensivüberwachungseinheiten wird seit 1. Jänner 2002 auf die Verpflichtung zur bisherigen Intensiv-Berichterstattung verzichtet.

Bei Intensivüberwachungseinheiten ist **ab einer Auslastung von 80% ein Auslastungsfaktor** als Multiplikator vorzusehen, der von einer 80%-igen Normauslastung ausgeht und wie folgt zu berechnen ist:

### **Normauslastung (80%)/Istauslastung**

(siehe Anhang – Erläuterung zum Auslastungsfaktor für Intensivüberwachungseinheiten für Erwachsene).

Die Einstufung der **Intensivbehandlungseinheiten** hat generell auf Grundlage der Ergebnisse der Intensivdokumentation (TISS-28-Punkte) in 3 Stufen 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:

- ⇒ Ab Entlassungsdatum 1.1.2012 ist das aktualisierte Dokumentationssystem für die Intensivmedizin mit TISS-A und SAPS3 Grundlage der Dokumentation. Bis zur Festlegung eines neuen Intensivmodells bleibt jedoch die Einstufung nach dem Mittelwert der TISS-28-Punkte erhalten. Daher wird der TISS-A durch das vom BMG zur Verfügung gestellte EDV-Programm KDok im Zuge des Datenexports bei Auswahl der Option „BMG für Intensiveinstufung“ 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.
- ⇒ Verbrennungsstationen 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.

### Kriterien für die Einstufung von Intensivseinheiten

Tabelle: INTENSIVMODELL 2016 (Erwachsene)

Kriterien	Intensivüberwachungseinheiten	Intensivbehandlungseinheiten		
		Stufe I	Stufe II	Stufe III
Mittelwert der TISS-28-Punkte	keine	≥22	≥ 27	≥ 32
DGKP/system. Bett	≥ 1,5:1	≥ 2,0:1	≥ 2,5:1	≥ 3,0:1
Anerkennung durch die Landesgesundheitsplattform bzw. den PRIKRAF	ja	ja	ja	ja
Mindestbettenzahl, systemisiert	4	6	6	6
Korrekturfaktor	Auslastungsfaktor	ja	ja	ja
Verpflichtende Intensiv-Dokumentation	optional	TISS-A, SAPS3	TISS-A, SAPS3	TISS-A, SAPS3
<b>Zusatz-Punkte pro Tag</b>	<b>386</b>	<b>640</b>	<b>932</b>	<b>1.487</b>

⇒ **Datenbasis:**

Der Mittelwert der TISS-28-Punkte je Intensivtag wird nur aus jenen dokumentierten Tagen ermittelt, die eine Mindestzahl von 16 TISS-28-Punkten erreichen. Dieser selektionierte Mittelwert dient zur Einstufung. Seitens der Krankenanstalten hat eine vollständige TISS-Dokumentation je Pflegetag auf der Intensivbehandlungseinheit zu erfolgen und ist an den Landesgesundheitsfonds zu melden.

⇒ **Berechnung des individuellen Korrekturfaktors:**

Wesentlicher Bestandteil des LKF-IntensivEinstufungsmodells ist der Korrekturfaktor. Dieser wird individuell pro Intensivstation berechnet und soll eine bedarfsgerechte Nutzung der Intensivstationen sicherstellen.

Als Intensivtage im engeren Sinn werden alle im TISS dokumentierten Tage mit mindestens 16 TISS-28-Punkten definiert. Mit diesen Intensivtagen wird der erforderliche Mindest-Bettenbedarf ermittelt und unter Berücksichtigung der SOLL-Auslastung die ideal erforderliche Bettenzahl berechnet.

Zur Berechnung der Korrekturfaktoren wird eine SOLL-Auslastung von 70% definiert.

Aus der SOLL-Bettanzahl und den (systemisierten) Betten wird der Korrekturfaktor errechnet, mit dem die Tagespauschale der jeweiligen Intensivstufe gewichtet wird. Angewendet wird dieser Multiplikator auf alle Belagstage der Intensivstation (inkl. Belagstage < 16 TISS-28-Punkte).  
Der Korrekturfaktor wird nach oben mit maximal 1,2 begrenzt.

**Beispiel:**

(systemisierte) Intensivbetten: 8  
1000 dokumentierte Tage mit TISS-28 < 16 Punkte  
1500 Intensivtage mit TISS-28-Mittelwert 23 Punkte (= Stufe I mit 640 Punkten)  
durchschnittlich belegte Betten:  $2500/365 = 6,8$  Betten  
erforderliche Mindest-Bettanzahl:  $1500/365 = 4,1$  Betten  
SOLL-Bettanzahl bei Auslastung 70% =  $4,1/0,7 = 5,9$   
Korrekturfaktor:  $5,9/8$  (syst.) Betten = 0,74  
tatsächliche Punkte je Belagstag:  $640 * 0,74 = 474$

### **3.1.2. Neonatologische/Pädiatrische Intensiveinheiten**

Für die neonatologischen und pädiatrischen Intensiveinheiten (Überwachungs- und Behandlungseinheiten) wird seit 1. Jänner 2002 auf eine Verpflichtung zur bisherigen Intensivberichterstattung verzichtet, da die Intensiveinstufung und -bepunktung unabhängig von dieser Dokumentation und ohne Korrekturfaktor vorgenommen wird. Für diesen Bereich ist eine Plausibilitätsprüfung der Einstufung der Intensiveinheiten in Bezug auf das Patienten/Patientinnen- und Leistungsspektrum anhand ausgewählter ICD-10-Diagnosen und ausgewählter medizinischer Leistungen vorzunehmen. Zu diesem Zweck sind bei einigen ICD-10-Diagnosen (siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 2A, Kapitel 5) und im Leistungskatalog (Kapitel 19, Leistungsbezeichnungen beginnend mit „N/P“) Ergänzungen vorgenommen worden. Auf Basis dieser Daten wurde ein entsprechendes Evaluierungskonzept entwickelt. Seit dem Jahr 2004 steht den Landesgesundheitsfonds im Rahmen des Programmpakets KDok diese Plausibilitätsprüfung zur Verfügung.

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

Die zur Einstufung herangezogene Datenbasis (Erfassungszeitraum) muss wie bei der Einstufung von Intensiveinheiten für Erwachsene 12 aufeinanderfolgende Monate umfassen, wobei mindestens 6 Monate des Vorjahres beinhaltet sein müssen.

Folgende Abrechnungsregeln gelten unverändert seit dem LKF-Modell 2007:

- ⇒ Geprüft werden die Zugänge auf eingestuftem Neo-/Päd-Intensiveinheiten, wobei die Kriterien zwischen Intensivbehandlung und Intensivüberwachung unterschiedlich sind.
- ⇒ Für Intensiveinheiten, für die mindestens 70% der Zugänge als plausibel eingestuft sind, werden die vollen Zusatzpunkte pro Tag abgerechnet.

- ⇒ Bei einem Anteil der plausiblen Zugänge von kleiner 70% werden aliquote Zusatzpunkte verrechnet:  
korrigierte Zusatzpunkte = Zusatzpunkte x Anteil plausibler Zugänge/70  
(Beispiel: Anteil plausibler Zugänge 50% → 50/70 = 71% der Zusatzpunkte)
- ⇒ Bei einem Anteil von unter 30% darf die Intensiveinheit nicht zur Abrechnung eingestuft werden.
- ⇒ Für die Festlegung der als plausibel eingestuften Fälle sind die Ergebnisse der Prüfung aus dem vom BMG zur Verfügung gestellten Programmpaket KDok 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.

Die Kriterien für die Einstufung 2016 bleiben gegenüber 2015 unverändert. Für die neonatologischen und pädiatrischen Intensiveinheiten (Überwachungs- und Behandlungseinheiten) sind folgende Funktionscodes zu verwenden: 125112xx, 125181xx, 122781xx.

**Tabelle: INTENSIVMODELL 2016 (Neonatologie/Pädiatrie)**

<b>Kriterien</b>	<b>Intensiv- überwachungs- Einheiten</b>	<b>Intensiv- behandlungs- Einheiten</b>
<b>Mittelwert der TISS-Punkte</b>	keine	keine
<b>DGKP/system. Bett *)</b>	≥ 1,5:1	≥ 2,5:1
<b>Anerkennung durch die Landesgesundheitsplattform bzw. den PRIKRAF</b>	ja	ja
<b>Mindestbettzahl, systemisiert</b>	4	6
<b>Plausibilitätsfaktor (bei Anteil der plausiblen Zugänge kleiner 70%)</b>	ja	ja
<b>Verpflichtende Dokumentation</b>	zusätzlich ausgewählte ICD-10 Diagnosen und medizinische Einzelleistungen	zusätzlich ausgewählte ICD-10 Diagnosen und medizinische Einzelleistungen
<b>Zusatz-Punkte pro Tag</b>	<b>386</b>	<b>932</b>

\*) Im Falle spezieller Patientenkollektive sind entsprechend höhere Personalschlüssel erforderlich.





### 3.3. Festlegung von Einheiten zur Akut-Nachbehandlung von neurologischen Patienten/Patientinnen

Die Festlegung von Abteilungen bzw. Stationen, die zur Akut-Nachbehandlung von neurologischen Patienten/Patientinnen (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 eines Patienten/einer Patientin (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 Patienten/Patientinnen (inkl. Neurorehabilitation) erfolgt nach folgenden Kriterien. Für stationäre Aufenthalte auf diesen Abteilungen bzw. Stationen werden je nach Stufe die folgenden **Punkte pro Tag** berechnet:

Stufen	Punkte/ Tag
<p>⇒ <b>Stufe B:</b></p> <p>Auf einer Abteilung bzw. Station der Stufe B werden vorwiegend Patienten/Patientinnen mit folgendem Behinderungsgrad behandelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Patient/Die Patientin ist zumindest intermittierend schwer bewusstseinsgestört, aber nicht mehr dauernd kontrolliert zu beatmen;</li> <li>• keine oder nur sehr geringe Kooperationsfähigkeit des Patienten/der Patientin;</li> <li>• vollkommene oder weitgehende UnSelbstständigkeit bezüglich der Aktivitäten des täglichen Lebens;</li> <li>• Komplikationen und notfallsartige Verschlechterungen sind häufig und können jederzeit intensivmedizinische Interventionen notwendig machen.</li> </ul> <p>Die Pflegevoraussetzungen sind denjenigen einer Intensivüberwachung gleichzusetzen (mindestens 1,5 Pflegepersonal pro tatsächlich aufgestelltes Bett).</p>	<b>507</b>
<p>⇒ <b>Stufe C:</b></p> <p>Auf einer Abteilung der Stufe C werden vorwiegend Patienten/Patientinnen mit folgendem Behinderungsgrad behandelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Patient/Die Patientin ist bewusstseinsklar, kooperativ und kann jedenfalls eine beschränkte Zeit des Tages aktiv an therapeutischen Maßnahmen teilnehmen;</li> <li>• Bewältigbarkeit zumindest einiger Aktivitäten des täglichen Lebens;</li> <li>• keine Aspirationsgefahr, Patient/in ist stuhlkontinent, aber zu einem erheblichen Teil von pflegerischer Hilfe abhängig;</li> <li>• Begleiterkrankungen bzw. -verletzungen dürfen die notwendigen therapeutischen Maßnahmen nicht verbieten oder behindern;</li> <li>• es darf weder Selbst- noch Fremdgefährdung bestehen.</li> </ul> <p>Die Therapievoraussetzungen sind durch eine tägliche, zumindest dreistündige Behandlung durch diplomierte Fachkräfte insbesondere in den Bereichen Heilgymnastik, Ergotherapie, Logopädie und Soziotherapie definiert.</p>	<b>304</b>

### **3.4. Festlegung von Einheiten 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 Patienten/Patientinnen als auch die Weiterführung der Behandlung akutkranker Patienten/Patientinnen 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 Patienten/Patientinnen gleichermaßen beachtet. Ziele der Akutgeriatrie/Remobilisation sind die Behandlung der akuten Erkrankung, die Wiederherstellung und Erhaltung der Fähigkeit zur weitgehend selbständigen Lebensführung, die Vermeidung weiterer Funktionsverluste, die Erhöhung der Lebensqualität und die Reintegration des Patienten/der Patientin in das gewohnte Umfeld.

Zielgruppe der Akutgeriatrie/Remobilisation sind geriatrische Patienten/Patientinnen, 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 sowie den bestehenden Einheiten für medizinische Geriatrie.

#### **3.4.1. Festlegung von Einheiten zur vollstationären Behandlung in der Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)**

Einheiten der Akutgeriatrie/Remobilisation können unter folgenden Voraussetzungen wie folgt abgerechnet werden:

##### **Voraussetzungen**

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

- Ärztinnen/Ärzte (Tagdienst) 0,11 je TBett (1 VZÄ je 9 TBetten)
- Gesundheits- und Krankenpflegepersonen 0,67 je TBett (1 VZÄ je 1,5 TBetten)
- Therapeutinnen/Therapeuten (Physiotherapie, Ergotherapie, weitere nach Bedarf) 0,12 je TBett (1 VZÄ je 8,4 TBetten)
- Sozialarbeiterinnen/-arbeiter 0,02 je TBett (1 VZÄ je 50 TBetten)
- Klin. Psychologinnen/Psychologen mit Psychotherapieausbildung bzw. Psychotherapeutinnen/-therapeuten 0,01 je TBett (1 VZÄ je 100 TBetten)

### **Abrechnungsmodus**

Die Abrechnung der Leistungen von Einheiten für Akutgeriatrie/Remobilisation erfolgt über einen pauschalen Tagessatz im Ausmaß von 282 Punkten.

### **3.4.2. Festlegung von Einheiten zur tagesklinischen Behandlung in der Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)**

Einheiten der tagesklinischen Behandlung in der Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R) können unter folgenden Voraussetzungen wie folgt abgerechnet werden:

#### **Voraussetzungen**

- ⇒ Die Funktionseinheit einer Tagesklinik in der Akutgeriatrie/Remobilisation ist nur an Standorten mit der stationären Einheit für Akutgeriatrie/Remobilisation möglich.
- ⇒ Erfüllung der Qualitätskriterien für AG/R und der unten angeführten Strukturmerkmale
- ⇒ Führung einer eigenen Kostenstelle mit dem Funktionscode 141136xx oder 146336xx
- ⇒ Bewilligung durch die Landesgesundheitsplattform bzw. den PRIKRAF (inkludiert die Genehmigung der MEL AM090)
- ⇒ Tagesklinische Behandlungsplätze sind auf Kosten systemisierter stationärer Betten einzurichten.
- ⇒ Dokumentation des Aufnahme- **und** Entlassungskennzeichens „H“

#### **Strukturmerkmale**

Die Qualitätskriterien für AG/R sind mit Ausnahme für das DGKP in vollem Umfang anzuwenden. Es gelten folgende Strukturmerkmale:

- a) Anwesenheitspflicht einer Dipl. Gesundheits- Krankenpflegeperson (DGKP). Es muss mindestens eine DGKP anwesend sein. Bei mehr als 6 Patienten/Patientinnen ist ein DGKP/Patient-Schlüssel von 1:6 anzuwenden.
- b) Die Tagesklinik ist täglich an Werktagen von Montag bis Freitag für 8 Stunden geöffnet.
- c) Die Patienten/Patientinnen haben eine tägliche Anwesenheitspflicht von mindestens 6 Stunden. In begründeten Fällen kann ausnahmsweise von der täglichen Anwesenheitspflicht (an Arbeitstagen) Abstand genommen werden.

- d) Die Patienten/Patientinnen erhalten in Art und Umfang mindestens die Leistungen, die in den Qualitätskriterien für den stationären Bereich vorgesehen sind.

### **Dokumentation und Codierregel der tagesklinischen Behandlung in der Akutgeriatrie/Remobilisation:**

- ⇒ MEL AM090: „Tagesklinische Behandlung in der Akutgeriatrie/Remobilisation“ (LE = je Behandlungs-/Anwesenheitstag); mit Dokumentation des jeweiligen Datums der Behandlung.
- ⇒ Im Rahmen eines Aufenthaltes zur tagesklinischen Behandlung in der Akutgeriatrie/Remobilisation wird ausschließlich die MEL AM090 für die Abrechnung berücksichtigt.
- ⇒ Bei Verlegung in andere Abteilungen oder bei Erbringung einer zusätzlichen abrechnungsrelevanten MEL, ist daher der Fall abzuschließen und ein neuer Datensatz anzulegen. Bei Rückverlegung ist ebenfalls ein neuer Datensatz zu melden.
- ⇒ Bei **jedem** Aufenthalt ist die Dokumentation des Aufnahme- und Entlassungskennzeichens „H“ (Beginn und Abschluss eines Datensatzes, der einen halbstationären Aufenthalt beschreibt) sicherzustellen.
- ⇒ Bei einer Behandlungsserie, die länger als 4 zusammenhängende Kalendertage unterbrochen wird, ist der Datensatz abzuschließen, und bei neuerlicher Fortsetzung ist ein neuer Datensatz zu melden.
- ⇒ Ein Datensatz ist spätestens am Ende jeden Kalendermonats abzuschließen. Bei länger dauernden Behandlungen ist pro Kalendermonat jeweils ein neuer Datensatz zu melden.
- ⇒ Im KDok-Programm werden Prüfungen sowohl für die Unterbrechung von mehr als 4 zusammenhängenden Kalendertagen als auch für den Abschluss zum Monatsende vorgesehen.

### **Abrechnungsmodus**

Die Abrechnung erfolgt in der LDF-Pauschale „Tagesklinische Behandlung in der Akutgeriatrie/Remobilisation“ (MEL31.01-A) mit einer Leistungskomponente (= 236 Punkte), die pro dokumentierten Behandlungstag verrechnet wird.

## **3.5. Festlegung von Einheiten zur „Remobilisation/Nachsorge – RNS“**

Die Abrechnung des Sonderbereichs Remobilisation/Nachsorge – RNS erfolgt nach folgenden Kriterien, wobei die Anwendung der speziellen Abrechnungsregel nur im Rahmen von in der Landesgesundheitsplattform beschlossenen Pilotprojekten zulässig ist:

### **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]):

- Ärztinnen/Ärzte (Tagdienst) 0,04 je TBett (1 VZÄ je 25 TBetten)
- Gesundheits- und Krankenpflegepersonen 0,4 je TBett (1 VZÄ je 2,5 TBetten) (Anteil an DGKP  $\geq$  70 %)
- Therapeutinnen/Therapeuten 0,08 je TBett (1 VZÄ je 12 TBetten)

### **Abrechnungsmodus**

⇒ 167 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 Patienten/Patientinnen sowie deren Entlassung in die vertraute Umgebung. Inhalte sind die Symptomkontrolle, das heißt die Linderung von Krankheitssymptomen (v. a. von Schmerzen), und eine psychosoziale Betreuung, die sich sowohl auf die Patienten/Patientinnen 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 Patienten/Patientinnen berücksichtigt. In die Betreuungstätigkeit miteinbezogen werden ehrenamtliche Mitarbeiter/innen.

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

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

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

Die Leitung einer palliativmedizinischen Funktionseinheit sollte einem Arzt/einer Ärztin mit abgeschlossener Ausbildung (Allgemeinmedizin, Facharzt/Fachärztin), mit einer palliativmedizinischen Zusatzausbildung und mit Praxiserfahrung in palliativmedizinischer Betreuung übertragen werden. Das Pflegepersonal sollte

ebenfalls über eine entsprechende Ausbildung und Erfahrung in der palliativmedizinischen Betreuung verfügen.

Palliativstationen und Palliativbereiche können unter folgenden Voraussetzungen wie folgt abgerechnet werden:

### Voraussetzungen

- ⇒ Erfüllung der Qualitätskriterien lt. ÖSG
- ⇒ Bewilligung durch die Landesgesundheitsplattform bzw. den PRIKRAF
- ⇒ Führung einer eigenen Kostenstelle (mit dem speziellen Funktionscode 139137xx)
- ⇒ Erfüllung der folgenden Vorgaben zur Personalausstattung (VZÄ je tatsächlich aufgestelltes Bett [TBett]):
  - Ärztinnen/Ärzte (Tagdienst) 0,2 je TBett (1 VZÄ je 5 TBetten)  
(exkl. palliativmedizinischer Konsiliardienst)
  - DGKP 1,2 je TBett (1 VZÄ je 0,83 TBetten)
  - Physiotherapeutinnen/  
-therapeuten,  
Psychotherapeutinnen/  
-therapeuten, Sozialarbeit 6 Wochenstd. je Patientin/Patient  
(entspr. ca. 0,2 VZÄ je belegtes Bett)

### Abrechnungsmodus

- ⇒ 484 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	462	29	350	36	282
23	442	30	339	37	275
24	424	31	328	38	267
25	407	32	318	39	261
26	391	33	308	40	254
27	376	34	299	41	248
28	363	35	290	42+	242

### **3.7. Festlegung von Einheiten in der Psychiatrie**

Seit 1. Jänner 1999 sind als Voraussetzung für die Anwendung der nachfolgend angeführten speziellen Bepunktungsregelungen 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 (Kinderheilkunde)**

Im LKF-Modell 2016 werden die psychiatrischen Einheiten nach den folgenden Kriterien in Abteilungsgruppe 01 und Abteilungsgruppe 02 sowie in tagesklinisch und tagesstrukturierend eingestuft.

Bei überwiegendem Aufenthalt auf einer der oben genannten Abteilungen bzw. Stationen der Gruppen 01 bzw. 02 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 auch in die Behandlungsform der Eltern-Kind-Behandlung 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.

#### **3.7.1. Festlegung von Einheiten der Abteilungsgruppe 01**

Die empfohlenen Kriterien für die Einstufung in Abteilungsgruppe 01 sind:

- ⇒ psychiatrische Abteilungen bzw. Einheiten mit einem der oben angeführten Funktionscodes
- ⇒ Mindestpersonalausstattung:
  - Ärztinnen/Ärzte: 1,0 VZÄ pro 10 tatsächlich aufgestellte Betten [TBetten]
  - Gesundheits- und Krankenpflegepersonen: 4,5 VZÄ pro 10 TBetten (bei Stationen der Psychosomatik/Psychotherapie kann nach unten abgewichen werden)
  - Therapeutisches Personal (Psychologie, Psychotherapie, Sozialarbeit, Physiotherapie, Ergotherapie, Sport-, Kunst- und Musiktherapie) in Summe: 1,5 VZÄ pro 10 TBetten oder alternativ 2340h pro 10 TBetten und Jahr

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

### 3.7.2. Festlegung von Einheiten der Abteilungsgruppe 02

Die verbindlichen Kriterien für die Einstufung in Abteilungsgruppe 02 sind:

- ⇒ Abteilungen an Krankenanstalten mit psychiatrischem Vollversorgungsauftrag inklusive Unterbringung mit einem der oben angeführten Funktionscodes, die vor dem Modell 2009 die MEL 7591, 7592 abgerechnet haben
- ⇒ Mindestpersonalausstattung:
  - Ärztinnen/Ärzte: 1,5 VZÄ pro 10 tatsächlich aufgestellte Betten [TBetten]
  - Gesundheits- und Krankenpflegepersonen: 6,7 VZÄ pro 10 TBetten (bei Stationen der Psychosomatik/Psychotherapie kann nach unten abgewichen werden)
  - Therapeutisches Personal (Psychologie, Psychotherapie, Sozialarbeit, Physiotherapie, Ergotherapie, Sport-, Kunst- und Musiktherapie) in Summe: 1,5 VZÄ pro 10 TBetten oder alternativ 2340h pro 10 TBetten und Jahr

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

### 3.7.3. Festlegung von Einheiten zur tagesklinischen Behandlung in der Psychiatrie

Einheiten der tagesklinischen Behandlung in der Psychiatrie können unter folgenden Voraussetzungen wie folgt abgerechnet werden:

#### Voraussetzungen

- ⇒ Die Funktionseinheit einer psychiatrischen Tagesklinik muss Teil einer bettenführenden psychiatrischen Abteilung sein.
- ⇒ Führung einer eigenen Kostenstelle (mit den speziellen Funktionscodes 1462xxxx, 1464xxxx)
- ⇒ Bewilligung durch die Landesgesundheitsplattform bzw. den PRIKRAF (inkludiert die Genehmigung der MEL AM060)
- ⇒ Tagesklinische Behandlungsplätze sind auf Kosten systemisierter stationärer Betten einzurichten.
- ⇒ Dokumentation des Aufnahme- **und** Entlassungskennzeichens „H“

#### Strukturmerkmale

- a) Leitung: Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie
- b) Anwesenheitspflicht eines Facharztes/einer Fachärztin oder Arztes/Ärztin in Ausbildung für Psychiatrie. Es muss mindestens 1 Facharzt/Fachärztin oder Facharzt/Fachärztin in Ausbildung zum Fach Psychiatrie anwesend sein. Bei mehr als 12 Patienten/Patientinnen ist ein Arzt/Patient-Schlüssel von 1:12 anzuwenden.
- c) Anwesenheitspflicht einer Dipl. Gesundheits- Krankenpflegeperson. Es muss mindestens eine DGKP anwesend sein. Bei mehr als 12 Patienten/Patientinnen ist ein DGKP/Patient-Schlüssel von 1:12 anzuwenden.
- d) Anwesenheit weiterer Berufsgruppen wie Ergotherapeut/in, Dipl. Sozialarbeiter/in, Physiotherapeut/in, Logopäden/Logopädin, Klinische/r Gesundheitspsychologe/Psychologin, Psychotherapeut/in lt. Psychotherapiegesetz; diese



- stehen in einem Ausmaß zur Verfügung, dass die nachstehend vorgegebene Leistung erbracht werden kann.
- e) Die Größe einer psychiatrischen Tagesklinik beträgt mindestens 6 Behandlungsplätze.
  - f) Die Tagesklinik ist täglich an Werktagen von Montag bis Freitag für 8 Stunden geöffnet.
  - g) Die Patienten/Patientinnen haben eine tägliche Anwesenheitspflicht von mindestens 6 Stunden (30 Stunden/Woche). In begründeten Fällen kann ausnahmsweise von der täglichen Anwesenheitspflicht (an Arbeitstagen) Abstand genommen werden. Die Dauer einer Krankheitsepisode kann, wie auch im stationären Bereich, nicht klar abgegrenzt werden. Es ist daher die Evaluierung der tagesklinischen Bereiche vorzusehen, auch um die Abgrenzungen zur tagesstrukturierenden Behandlung und zum ambulanten Bereich möglich machen.
  - h) Tagesklinik-Patienten/Patientinnen können außerhalb der Öffnungszeiten der Tagesklinik bei Bedarf stationär aufgenommen werden oder eine Behandlung beim niedergelassenen Arzt/Ärztin wahrnehmen. Ausgenommen sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen aus den Bereichen der Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie.
  - i) Behandlungsübergänge von stationär in den tagesklinischen Bereich oder umgekehrt können fließend nach Bedarf vorgenommen werden, wobei jeweils eigene Datensätze zu melden sind.
  - j) Tagesklinische Patienten/Patientinnen können während der Öffnungszeiten der Tagesklinik, so wie auch vollstationäre Patienten/Patientinnen, Leistungen auch aller anderen medizinischen Fachgebiete in Anspruch nehmen.

### **Leistung:**

Für den einzelnen Patienten/die einzelne Patientin werden als Einzel- oder Gruppentherapie, zumindest 3 Stunden täglich, Leistungen aus den o.a. Leistungsbe-  
reichen angeboten, wobei Ergotherapie nicht mehr als die Hälfte dieser 3 Stunden betragen darf. Dies bedeutet, dass zumindest 90 Minuten täglich andere Therapieleistungen aus den oben angeführten Fachbereichen durchgeführt werden müssen.

### **Dokumentation und Codierregel der tagesklinischen Behandlung in der Psychiatrie:**

- ⇒ MEL AM060: „Tagesklinische Behandlung in der Psychiatrie (LE = je Behandlungstag)“; Dokumentation des jeweiligen Datums der Behandlung
- ⇒ Im Rahmen eines Aufenthaltes zur tagesklinischen Behandlung in der Psychiatrie wird ausschließlich die MEL AM060 für die Abrechnung berücksichtigt.
- ⇒ Bei Verlegung in andere Abteilungen oder bei der Erbringung einer zusätzlichen abrechnungsrelevanten MEL, ist der Fall daher abzuschließen und ein neuer Datensatz anzulegen. Bei Rückverlegung ist der Fall ebenfalls als neuer Datensatz zu melden.
- ⇒ Die Frequenzen der Behandlung werden durch Codieren der entsprechenden medizinischen Einzelleistung (MEL AM060) mit Leistungsdatum dokumentiert.
- ⇒ Bei **jedem** Aufenthalt ist die Dokumentation des Aufnahme- und Entlassungskennzeichens „H“ (Beginn und Abschluss eines Datensatzes, der einen halbstationären Aufenthalt beschreibt) sicherzustellen.

- ⇒ Bei einer Behandlungsserie, die länger als 4 zusammenhängende Kalendertage unterbrochen wird, ist der Datensatz abzuschließen und bei neuerlicher Fortsetzung ist ein neuer Datensatz zu melden.
- ⇒ Ein Datensatz ist spätestens am Ende jedes Kalendermonats abzuschließen. Bei länger dauernden Behandlungen ist pro Kalendermonat jeweils ein neuer Datensatz zu melden.
- ⇒ Im KDok-Programm werden Prüfungen sowohl für die Unterbrechung von mehr als 4 zusammenhängenden Kalendertagen als auch für den Abschluss zum Monatsende vorgesehen.

### **Abrechnungsmodus**

Die Abrechnung erfolgt in der LDF-Pauschale „Tagesklinische Behandlung in der Psychiatrie“ (MEL28.05-A) mit einer Leistungskomponente (= 253 Punkte), die pro dokumentierten Tag verrechnet wird.

### **3.7.4. Festlegung von Einheiten zur tagesstrukturierenden Behandlung in der Psychiatrie**

Einheiten der tagesstrukturierenden Behandlung in der Psychiatrie können unter folgenden Voraussetzungen wie folgt abgerechnet werden:

#### **Voraussetzungen**

- ⇒ Die Funktionseinheit einer tagesstrukturierenden Behandlung muss Teil einer bettenführenden psychiatrischen Abteilung sein.
- ⇒ Führung einer eigenen Kostenstelle mit den speziellen Funktionscodes 1462xxxx, 1464xxxx
- ⇒ Bewilligung durch die Landesgesundheitsplattform bzw. den PRIKRAF (inkludiert die Genehmigung der MEL AM070 bzw. AM080)
- ⇒ Dokumentation des Aufnahme- **und** Entlassungskennzeichens „H“

#### **Strukturmerkmale**

- a) Die Leitung einer tagesstrukturierenden Behandlungseinheit obliegt einem Facharzt/einer Fachärztin für Psychiatrie.
- b) Die Erreichbarkeit eines Facharztes/einer Fachärztin oder eines Arztes/einer Ärztin in Ausbildung zum Facharzt/zur Fachärztin für Psychiatrie ist während der Öffnungszeiten gegeben.
- c) Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal für Psychiatrie ist in der Öffnungszeiten von täglich 8 Stunden an Werktagen mit mindestens einer Person anwesend, bzw. zu einem DGKP/Patient-Schlüssel von 1:15.
- d) Für die psychiatrische Therapieleistung stehen weitere Berufsgruppen wie Ergotherapeut/in, Dipl. Sozialarbeiter/in, Physiotherapeut/in, Logopäde/Logopädin, Klinische/r Gesundheitspsychologe/-in, Psychotherapeut/in lt. Psychotherapie-Gesetz zur Verfügung, so dass die nachstehend vorgegebene Leistung erbracht werden kann.
- e) Die Patienten/Patientinnen sind zumindest 4 Stunden/Tag anwesend.
- f) Es besteht keine tägliche Anwesenheitspflicht.

### **Leistung:**

Leistungen aus den vorgenannten Berufsgruppen sind je nach Bedarf, aber mindestens 1 Stunde pro Tag, als Einzel- oder Gruppentherapie (max. 15 Patienten/Patientinnen) bei den einzelnen Patienten/Patientinnen durchzuführen.

### **Dokumentation und Codierregel der tagesstrukturierenden Behandlung in der Psychiatrie:**

- ⇒ MEL AM070: „Tagesstrukturierende Behandlung in der Psychiatrie (LE = je Behandlungstag)“; Dokumentation des jeweiligen Datums der Behandlung
- ⇒ MEL AM080: „Tagesstrukturierende Behandlung in der Psychiatrie – Nachtambulanz (LE = je Behandlungstag)“; Dokumentation des jeweiligen Datums der Behandlung
- ⇒ Im Rahmen eines Aufenthaltes zur tagesstrukturierenden Behandlung in der Psychiatrie werden ausschließlich die MEL AM070 oder AM080 für die Abrechnung berücksichtigt.
- ⇒ Bei Verlegung in andere Abteilungen oder bei der Erbringung einer zusätzlichen abrechnungsrelevanten MEL, ist der Fall daher abzuschließen und ein neuer Datensatz anzulegen. Bei Rückverlegung ist der Fall ebenfalls als neuer Datensatz zu melden.
- ⇒ Art (tagesstrukturierend: MEL AM070, Nachtambulanz: MEL AM080) und Frequenzen der Behandlung werden durch Codieren der entsprechenden medizinischen Einzelleistung mit Leistungsdatum dokumentiert.
- ⇒ Bei **jedem** Aufenthalt ist die Dokumentation des Aufnahme- und Entlassungskennzeichens „H“ (Beginn und Abschluss eines Datensatzes, der einen halbstationären Aufenthalt beschreibt) sicherzustellen.
- ⇒ Bei einer Behandlungsserie, die länger als 4 zusammenhängende Kalendertage unterbrochen wird, ist der Datensatz abzuschließen, und bei neuerlicher Fortsetzung ist ein neuer Datensatz zu melden.
- ⇒ Ein Datensatz ist spätestens am Ende jedes Kalendermonats abzuschließen. Bei länger dauernden Behandlungen ist pro Kalendermonat jeweils ein neuer Datensatz zu melden.
- ⇒ Im KDok-Programm werden Prüfungen sowohl für die Unterbrechung von mehr als 4 zusammenhängenden Kalendertagen als auch für den Abschluss zum Monatsende vorgesehen.

### **Abrechnungsmodus**

Die Abrechnung erfolgt in der LDF-Pauschale „Tagesstrukturierende Behandlung in der Psychiatrie“ (MEL28.06-A) mit einer Leistungskomponente (= 78 Punkte), die pro dokumentierten Behandlungstag verrechnet wird.

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

Psychosomatikschwerpunkte und Departments für Psychosomatik und Psychotherapie sollen gemäß ÖSG in Fächern mit hohem Anteil an Patienten/Patientinnen mit psychischer Komorbidität (z.B. Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Dermatologie, Gynäkologie/Geburtshilfe) bzw. im Rahmen von Fachabteilungen für Psychiatrie eingerichtet werden.

Die von der Bundesgesundheitskommission am 6. März 2009 in aktualisierter Fassung beschlossenen Qualitätskriterien gelten als Grundvoraussetzung für die Anerkennung von Strukturen der Psychosomatik.

#### **Leistungsbeschreibung**

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 Patienten/Patientinnen mit hohem Bedarf an spezialisierten somatischen Interventionen versorgt; Departments für Psychosomatik und Psychotherapie zielen auf Patienten/Patientinnen mit Indikation zur gezielten stationären psychotherapeutischen Behandlung bei geringerem Bedarf an spezialisierten somatischen Interventionen ab.

#### **3.8.1. Festlegung von Einheiten zur vollstationären Behandlung in der Psychosomatik und Psychotherapie (PSO) – MEL AM100**

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

Stationäre Einheiten mit Schwerpunkt für Psychosomatik und Psychotherapie sind bei Erfüllung der entsprechenden Kriterien wie Einheiten der Psychiatrie in die Abteilungsgruppen 01 oder 02 einzustufen.

Die Genehmigung inkludiert jeweils die Abrechnung der Leistung AM100 – „Stationäre Behandlung auf einer Einheit für Psychosomatik und Psychotherapie (PSO) im Turnus 4–12 Wochen (LE=je Aufenthalt)“. Im Programmpaket KDok ist bei der Funktionalität <Wartung> <Spezielle Leistungsbereiche>, <PSO>, die jeweilige Gruppe 01 oder Gruppe 02 einzugeben.

### **Voraussetzungen**

- ⇒ Bewilligung durch die Landesgesundheitsplattform bzw. den PRIKRAF
- ⇒ Führung einer eigenen Kostenstelle (mit den speziellen Funktionscodes 1xxx68xx)
- ⇒ Erfüllung der personellen Kriterien für die Einstufung in die Abteilungsgruppen 01 oder 02 wie in der Psychiatrie
- ⇒ Erfüllung der Qualitätskriterien und Leistungsinhalte für PSO-Einheiten der jeweils aktuellen Fassung des ÖSG inklusive der Planungsrichtwerte

### **Dokumentation und Codierregel zu AM100**

Leistungsbezeichnung AM100: „Stationäre Behandlung auf einer Einheit für Psychosomatik und Psychotherapie (PSO) im Turnus 4–12 Wochen (LE=je Aufenthalt)“

- ⇒ Geplante Durchführung einer stationären Behandlung über mindestens 4 Wochen
- ⇒ Codierung der Leistung einmal zu Beginn des stationären Aufenthaltes

### **Abrechnungsmodus**

Die Abrechnung erfolgt in der LDF-Pauschale „Behandlung in der PSO im Turnus“ (MEL32.01-A).

### **3.8.2. Festlegung von Einheiten zur tagesklinischen Behandlung in der Psychosomatik und Psychotherapie (PSO) – MEL AM110**

Für die Abrechnung der Leistung AM110 – „Tagesklinische Behandlung auf einer Einheit für Psychosomatik und Psychotherapie (PSO) (LE=je Behandlungstag)“ im Rahmen einer genehmigten Einrichtung mit Schwerpunkt für Psychosomatik und Psychotherapie ist ein eigener Funktionscode einzurichten. Tagesklinische Behandlungsplätze sind auf Kosten systemisierter stationärer Betten einzurichten.

### **Voraussetzungen**

- ⇒ Bewilligung durch die Landesgesundheitsplattform bzw. den PRIKRAF
- ⇒ Führung einer eigenen Kostenstelle (mit den speziellen Funktionscodes 14xx68xx)
- ⇒ Erfüllung der Qualitätskriterien und Leistungsinhalte für PSO-Einheiten der jeweils aktuellen Fassung des ÖSG inklusive der Planungsrichtwerte

## **Dokumentation und Codierregel zu AM110**

Leistungsbezeichnung AM110: „Tagesklinische Behandlung auf einer Einheit für Psychosomatik und Psychotherapie (PSO) (LE=je Behandlungstag)“

- ⇒ Dokumentation des Aufnahme- und Entlassungskennzeichens „H“
- ⇒ Dokumentation der Leistung „AM110 – Tagesklinische Behandlung auf einer Einheit für Psychosomatik und Psychotherapie (PSO) (LE=je Behandlungstag)“ und des jeweiligen Datums für jeden Anwesenheitstag
- ⇒ Im Rahmen eines Aufenthaltes zur tagesklinischen Behandlung in der PSO wird ausschließlich die MEL AM110 für die Abrechnung berücksichtigt.
- ⇒ Bei Verlegung in andere Abteilungen oder bei der Erbringung einer zusätzlichen abrechnungsrelevanten MEL ist der Fall daher abzuschließen und ein neuer Datensatz anzulegen. Bei Rückverlegung ist der Fall ebenfalls als neuer Datensatz zu melden.
- ⇒ Die Frequenzen der Behandlung werden durch Codieren der entsprechenden medizinischen Einzelleistung (AM110) mit Leistungsdatum dokumentiert.
- ⇒ Bei jedem Aufenthalt ist die Dokumentation des Aufnahme- und Entlassungskennzeichens „H“ (Beginn und Abschluss eines Datensatzes, der einen halbstationären Datensatz beschreibt) sicherzustellen.
- ⇒ Bei einer Behandlungsserie, die länger als 4 zusammenhängende Kalendertage unterbrochen wird, ist der Datensatz abzuschließen. Bei neuerlicher Fortsetzung ist ein neuer Datensatz zu melden.
- ⇒ Ein Datensatz ist spätestens am Ende jedes Kalendermonats abzuschließen. Bei länger dauernden Behandlungen ist pro Kalendermonat jeweils ein neuer Datensatz zu melden.
- ⇒ Im KDok-Programm werden Prüfungen sowohl für die Unterbrechung von mehr als 4 zusammenhängenden Kalendertagen als auch für den Abschluss zum Monatsende vorgesehen.

## **Leistungsvoraussetzungen**

- ⇒ Für den einzelnen Patienten/die einzelne Patientin werden zumindest 3 Stunden täglich Leistungen als Einzel- oder Gruppentherapie angeboten.
- ⇒ Für die tägliche Anwesenheit der Patienten/Patientinnen und die Inanspruchnahme anderer Leistungen gelten analog die gleichen Regelungen wie bei der MEL „AM060 – Tagesklinische Behandlung in der Psychiatrie (LE=je Behandlungstag)“.

## **Abrechnungsmodus**

Die Abrechnung erfolgt in der LDF-Pauschale „Tagesklinische Behandlung in der PSO“ (MEL32.02-A) mit einer Leistungskomponente (= 187 Punkte), die pro dokumentierten Tag verrechnet wird.

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

Einheiten zur Behandlung von Patienten/Patientinnen in der KJP können unter den folgenden Voraussetzungen wie folgt eingestuft und abgerechnet werden:

- Einheiten mit der Behandlungsform I (Intensive Behandlung)
- Einheiten mit der Behandlungsform A (Allgemeine Behandlung) (ersetzt MEL AM030)
- Einheiten mit der Behandlungsform E (Eltern/Kind) (ersetzt MEL AM020)

**Anmerkung:** Einheiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) können auch wie Einheiten der Psychiatrie bzw. Psychosomatik nach Abteilungsgruppe 01 oder 02 eingestuft 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 (Kinderheilkunde)**
  - **FC: 1x5168xx = Kinder-Psychosomatik (Kinderheilkunde)**
  - **FC: 1x62xxxx = Psychiatrie (Einheiten der Peripartalpsychiatrie für die Einstufung in die Behandlungsform E(Eltern/Kind)**
- ⇒ Erfüllung der für die jeweilige Kategorie erforderlichen stationsbezogenen und personellen Kriterien

Des Weiteren besteht die Möglichkeit der Einstufung einer Funktionseinheit im halbstationären Bereich mit der Leistung AM120 „Tagesklinische Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) (LE=je Behandlungstag)“.

#### 3.9.1. Festlegung von Einheiten in der KJP mit der Behandlungsform I

Einheiten zur Behandlung von Patienten/Patientinnen in der KJP mit der Behandlungsform I (Intensive Behandlung) können unter folgenden Voraussetzungen wie folgt abgerechnet werden:

#### Voraussetzungen

- ⇒ Erfüllung der nachfolgend angeführten stationsbezogenen Kriterien:
  - Pflegeleistungen (24-Stunden-Verfügbarkeit) sowie
  - Anwesenheit in der Kernzeit und Bereitschaft in der übrigen Zeit eines Facharztes/einer Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie
  - Pflege, Erziehung und Therapie durch ein multiprofessionelles Team (siehe unten) 12 Stunden pro Tag und Patient/in (Einzel- und Kleingruppe)
  - ein multiprofessionelles Team – bestehend aus mindestens 4 Qualifikationen der Gruppen klinische Psychologen/Psychologinnen, Sozial- bzw.

Rehabilitationspädagogen/-pädagoginnen, Ergotherapeuten/-therapeutinnen, Logopäden/Logopädinnen, Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen, Physiotherapeuten/-therapeutinnen und Psychotherapeuten/-therapeutinnen – steht zur Verfügung; zusammen mit dem diplomierten Pflegepersonal ergeben sie einen Schlüssel von mindestens 1,9 Personen pro tatsächliches Bett.

- ⇒ Erfüllung der nachfolgend angeführten patientenbezogenen Kriterien:
- Alle Patienten/Patientinnen sind typischerweise Kinder und Jugendliche 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 Patienten/Patientinnen (mindestens 2 Kriterien müssen erfüllt sein):
    1. voll pflegebedürftig bzw. in den Aktivitäten des täglichen Lebens weitestgehend von fremder Hilfe abhängig;
    2. ständige Aufsicht in allen Wachperioden in Einzel oder in Kleingruppe 2–3 Pat. erforderlich.
    3. keine oder sehr schwankende Kooperationsfähigkeit;
    4. Komplikationen und notfallsartige Verschlechterungen häufig vorkommend;
    5. hochgradig aggressives oder selbstdestruktives Verhalten (entspricht den Stufen 7–8 der Achse 6 des multiaxialen Klassifikationsschemas für die psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO);
    6. Es besteht eine somatische Störung, die regelmäßig überwachungs-pflichtig ist (Intoxikation, Epilepsie, Anorexie, Diabetes mellitus, etc.)
- ⇒ Zur Erfüllung der oben angeführten Anforderungen wird die folgende Personalausstattung (VZÄ je tatsächlich aufgestelltes Bett [TBett]) empfohlen:

Personal *)	Schlüssel	VZÄ/Bett	5 Betten	10 Betten
Ärztl.	1,0 VZÄ pro 4 Betten	0,25	1,3	2,5
Pflege/Erziehung	1,7 VZÄ pro 1 Bett	1,70	8,5	17,0
Psycholog./Akad. Päd.	1,0 pro 5 Betten	0,20	1,0	2,0
Therapeut.	1,0 VZÄ pro 6 Betten	0,17	0,8	1,7
Summe		2,32	11,6	23,2

\*) 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 507 Punkten je Belagstag.



### **3.9.2. Festlegung von Einheiten in der KJP mit der Behandlungsform A**

Einheiten zur Behandlung von Patienten/Patientinnen in der KJP mit der Behandlungsform A (Allgemeine Behandlung) können unter folgenden Voraussetzungen wie folgt abgerechnet werden:

#### **Voraussetzungen**

- ⇒ Erfüllung der nachfolgend angeführten stationsbezogenen Kriterien:
- Pflegeleistungen (24-Stunden-Verfügbarkeit) sowie
  - Anwesenheit in der Kernzeit und Bereitschaft in der übrigen Zeit eines Facharztes/einer Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie
  - Pflege, Erziehung und Therapie durch ein multiprofessionelles Team (siehe unten) 7 Stunden pro Tag und Patient/in (Einzel- und Kleingruppe);
  - ein multiprofessionelles Team – bestehend aus mindestens 4 Qualifikationen der Gruppen Klinische Psychologen/Psychologinnen, Sozial- bzw. Rehabilitationspädagogen/-pädagoginnen, Ergotherapeuten/-therapeutinnen, Logopäden/Logopädinnen, Physiotherapeuten/-therapeutinnen und Psychotherapeuten/-therapeutinnen, Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen – steht zur Verfügung; zusammen mit dem diplomierten Pflegepersonal ergeben sie einen Schlüssel von mindestens 1,6 Personen pro tatsächliches Bett.
- ⇒ Erfüllung der nachfolgend angeführten patientenbezogenen Kriterien:
- Alle Patienten/Patientinnen 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 Patienten/Patientinnen (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.)

⇒ Zur Erfüllung der oben angeführten Anforderungen wird die folgende Personalausstattung (VZÄ je tatsächlich aufgestelltes Bett [TBett]) empfohlen:

Personal *)	Schlüssel	VZÄ/Bett	5 Betten	10 Betten
Ärztl.	1,0 VZÄ pro 5 Betten	0,20	1,0	2,0
Pflege/Erziehung	1,2 VZÄ pro 1 Bett	1,20	6,0	12,0
Psycholog./Akad. Päd.	1,0 pro 5 Betten	0,20	1,0	2,0
Therapeut.	1,0 VZÄ pro 5 Betten	0,20	1,0	2,0
Summe		1,80	9,0	18,0

\*) 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 459 Punkten je Belagstag.

### **3.9.3. Festlegung von Einheiten in der KJP/peripartalen Psychiatrie mit der Behandlungsform E**

Einheiten zur Behandlung von Patienten/Patientinnen in der KJP/peripartalen Psychiatrie mit der Behandlungsform E (Eltern/Kind) können unter folgenden Voraussetzungen wie folgt abgerechnet werden:

#### **Voraussetzungen:**

- ⇒ Erfüllung der nachfolgend angeführten stationsbezogenen Kriterien:
- Pflegeleistungen (24-Stunden-Verfügbarkeit) sowie
  - Anwesenheit in der Kernzeit und Bereitschaft in der übrigen Zeit eines Facharztes/einer Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. bei Einheiten der peripartalen Psychiatrie eines Facharztes/einer Fachärztin für Psychiatrie.
  - Pflege, Erziehung und Therapie durch ein multiprofessionelles Team (siehe unten);
  - spezifische elternorientierte Therapie und Betreuungsmaßnahmen (z.B. Familientherapie, Interaktionstherapie, Elternberatung);
  - ein multiprofessionelles Team – bestehend aus mindestens 4 Qualifikationen der Gruppen Klinische Psychologen/Psychologinnen, Sozial- bzw. Rehabilitationspädagogen/-pädagoginnen, Ergotherapeuten/-therapeutinnen, Logopäden/Logopädinnen, Physiotherapeuten/-therapeutinnen und Psychotherapeuten/-therapeutinnen, Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen – steht zur Verfügung; zusammen mit dem diplomierten Pflegepersonal ergeben sie einen Schlüssel von mindestens 1,7 Personen pro tatsächliches Bett.
- ⇒ Erfüllung der nachfolgend angeführten patientenbezogenen Kriterien:
- Alle Patienten/Patientinnen sind Eltern mit ihren Kindern (Aufnahmedatum vor dem vollendeten 19. Lebensjahr), wobei eine schwerwiegende

psychiatrische Diagnose bei dem/r Patienten/Patientin und/oder zumindest einem Elternteil besteht.

- Bei jeder 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.
- Die Kinder sind der altersspezifischen Aufsichtspflicht (24 Stunden) unterworfen.
- Schwere Störungen der Kommunikation oder Interaktion zwischen zumindest einem Elternteil und dem Patienten/der Patientin (z.B. bei schwerwiegender psychischer Erkrankung eines Elternteils, Störung sozialer Funktionen (F94 nach ICD 10) oder bei tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (F84 nach ICD 10) bei dem Patienten/der Patientin) oder symbiotische Eltern-Kind-Bindung.

⇒ Zur Erfüllung der oben angeführten Anforderungen wird die folgende Personalausstattung (VZÄ je tatsächlich aufgestelltes Bett [TBett]) empfohlen:

Personal *)	Schlüssel	VZÄ/Bett	5 Betten	10 Betten
Ärztl.	1,0 VZÄ pro 5 Betten	0,20	1,0	2,0
Pflege/Erziehung	1,4 VZÄ pro 1 Bett	1,40	7,0	14,0
Psycholog./Akad. Päd.	1,0 pro 5 Betten	0,20	1,0	2,0
Therapeut.	1,0 VZÄ pro 5 Betten	0,20	1,0	2,0
Summe		2,00	10,0	20,0

\*) 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 476 Punkten je Belagstag.

### **3.9.4. Festlegung von Einheiten zur tagesklinischen Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)**

Einheiten der tagesklinischen Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie können unter folgenden Voraussetzungen wie folgt abgerechnet werden:

#### **Voraussetzungen**

- ⇒ Die Funktionseinheit einer psychiatrischen Tagesklinik muss Teil einer bettenführenden kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung sein.
- ⇒ Führung einer eigenen Kostenstelle (mit dem speziellen Funktionscode 1464xxxx)
- ⇒ Bewilligung durch die Landesgesundheitsplattform bzw. den PRIKRAF (inkludiert die Genehmigung der MEL AM120)
- ⇒ Tagesklinische Behandlungsplätze sind auf Kosten systemisierter stationärer Betten einzurichten.
- ⇒ Dokumentation des Aufnahme- und Entlassungskennzeichens „H“

#### **Strukturmerkmale**

- a) Die Größe einer kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik beträgt mindestens 5 Behandlungsplätze.
- b) Leitung: Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- c) Anwesenheitspflicht eines Facharztes/einer Fachärztin oder Arztes/Ärztin in Ausbildung für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Es muss mindestens 1 Facharzt/Fachärztin oder Facharzt/Fachärztin in Ausbildung zum Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie anwesend sein.
- d) Anwesenheitspflicht einer Dipl. Gesundheits- Krankenpflegeperson/ Sozialpädagogin. In einer Gruppe mit 10 Kindern/Jugendlichen müssen mindestens 3 DGKP/Sozialpädagoginnen anwesend sein. Bei mehr als 10 Patienten/Patientinnen ist eine Anpassung dem Schlüssel entsprechend notwendig.
- e) Anwesenheit von Psychologen/Psychologinnen/akademischen Pädagogen/Pädagoginnen im Ausmaß von wenigstens 1 VZÄ, ein Patienten-Schlüssel von 1:10 ist anzuwenden.
- f) Weiters steht ein multiprofessionelles Team – bestehend aus mindestens 3 Personen der Gruppen Ergotherapeuten/-therapeutinnen, Logopäden/Logopädinnen, Physiotherapeuten/-therapeutinnen, Psychotherapeuten/-therapeutinnen und Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen – zur Verfügung, mit einem Schlüssel von mindestens 1,5 pro 10 Plätze.
- g) Die Patienten/Patientinnen haben eine tägliche Anwesenheitspflicht von mindestens 6 Stunden inklusive des Heilstättenschulbesuchs. In begründeten Fällen kann ausnahmsweise von der täglichen Anwesenheitspflicht (an Arbeitstagen) Abstand genommen werden. Die Dauer einer Krankheitsepisode kann, wie auch im stationären Bereich, nicht klar abgegrenzt werden.
- h) Tagesklinik-Patienten/Patientinnen können außerhalb der Öffnungszeiten der Tagesklinik bei Bedarf stationär aufgenommen werden oder eine Behandlung beim/bei der niedergelassenen Arzt/Ärztin wahrnehmen. Ausgenommen sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen aus den Bereichen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychologie.
- i) Behandlungsübergänge von stationär in den tagesklinischen Bereich oder umgekehrt können fließend nach Bedarf vorgenommen werden, wobei jeweils eigene Datensätze zu melden sind.

j) Tagesklinische Patienten/Patientinnen können während der Öffnungszeiten der Tagesklinik, so wie auch vollstationäre Patienten/Patientinnen, Leistungen auch aller anderen medizinischen Fachgebiete in Anspruch nehmen.

⇒ Zur Erfüllung der oben angeführten Anforderungen wird die folgende Personalausstattung für 10 Behandlungsplätze empfohlen:

Ärztl. (KJP-FA)/Psychol./akad. Pädagog.	4,0 (mind. 1,5 Ärztl./1,0 Psychol.)
Therapeut. + Dipl. Sozialarb.	1,7 (mind. 0,5 DSA)
DGKP/pädagog. Pers.	3,0 (mind. 1,5 Pflege)

### **Leistungen:**

Aus wenigstens 3 Bereichen des multiprofessionellen Teams werden Leistungen erbracht, wie z.B. soziales Training, Lernförderung, Anleitung zum Schulbesuch und Schulbegleitung, Arbeit mit Eltern und Bezugspersonen, Ergotherapie, Logopädie, Psychotherapie, Medikationsmonitoring, etc.

### **Dokumentation und Codierregel der tagesklinischen Behandlung in der Psychiatrie:**

- ⇒ MEL AM120 – „Tagesklinische Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) (LE=je Behandlungstag)“; Dokumentation des jeweiligen Datums der Behandlung
- ⇒ Im Rahmen eines Aufenthaltes zur tagesklinischen Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird ausschließlich die MEL AM120 für die Abrechnung berücksichtigt.
- ⇒ Bei Verlegung in andere Abteilungen oder bei der Erbringung einer zusätzlichen abrechnungsrelevanten MEL ist der Fall daher abzuschließen und ein neuer Datensatz anzulegen. Bei Rückverlegung ist der Fall ebenfalls als neuer Datensatz zu melden.
- ⇒ Die Frequenzen der Behandlung werden durch Codieren der entsprechenden medizinischen Einzelleistung (MEL AM120) mit Leistungsdatum dokumentiert.
- ⇒ Bei **jedem** Aufenthalt ist die Dokumentation des Aufnahme- und Entlassungskennzeichens „H“ (Beginn und Abschluss eines Datensatzes, der einen halbstationären Aufenthalt beschreibt) sicherzustellen.
- ⇒ Bei einer Behandlungsserie, die länger als 4 zusammenhängende Kalendertage unterbrochen wird, ist der Datensatz abzuschließen, und bei neuerlicher Fortsetzung ist ein neuer Datensatz zu melden.
- ⇒ Ein Datensatz ist spätestens am Ende jedes Kalendermonats abzuschließen. Bei länger dauernden Behandlungen ist pro Kalendermonat jeweils ein neuer Datensatz zu melden.
- ⇒ Im KDok-Programm werden Prüfungen sowohl für die Unterbrechung von mehr als 4 zusammenhängenden Kalendertagen als auch für den Abschluss zum Monatsende vorgesehen.

### **Abrechnungsmodus**

Die Abrechnung erfolgt in der neuen LDF-Pauschale „Tagesklinische Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ (MEL28.07-A) mit einer Leistungskomponente (= 381 Punkte), die pro dokumentierten Tag verrechnet wird.

### 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 Genehmigung der MEL AM040 oder AM050 für einen Funktionscode erfolgt auch gleichzeitig die Einstufung in AGR01 für diesen Funktionscode für jene Fälle, die diese Leistung nicht dokumentiert haben.

### 3.11. Festlegung von medizinischen Einzelleistungen zur Abrechnung nach dem Tagesklinikmodell

Das Aufnahmekennzeichen „K“ 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 Patienten/Patientinnen ein systemisiertes Bett verwendet wird, wobei Betten der Tagesklinik systemisierte Betten sind,
- ⇒ die zu erbringende Leistung dem gültigen tagesklinischen Leistungskatalog (siehe Anlage 9) entstammt und
- ⇒ die pflegerische und ambulante oder stationäre medizinische Nachsorge gewährleistet ist.

#### Voraussetzungen zur Abrechnung tagesklinischer Leistungen

- ⇒ Leistungen, die nicht dem Versorgungsauftrag der Krankenanstalt entsprechen, sind durch die Landesgesundheitsplattform bzw. den PRIKRAF von der Abrechnung auszunehmen (Programmpaket KDok: <Wartung> <Exklusionen medizinischer Leistungen>; eine zusätzliche Exklusion der tagesklinischen Leistungen über den Menüpunkt <Wartung><Exklusionen tagesklinischer Leistungen> ist nicht mehr erforderlich, aber weiterhin möglich).
- ⇒ Abrechenbar sind die operativen und nicht-operativen Leistungspositionen aus dem gültigen tagesklinischen Leistungskatalog.
- ⇒ Die Aufnahme in die Tagesklinik kann nur bei Anstaltsbedürftigkeit erfolgen.
- ⇒ Betten der Tagesklinik sind systemisierte Betten und sind im Rahmen der Detailplanungen auf der regionalen Ebene einzurichten. Das Führen einer interdisziplinären Tagesklinik ist möglich. In diesem Fall ist eine eigene Kostenstelle einzurichten. Bei Integration der Tagesklinik je Fachabteilung in die

Stationen dieser Abteilung muss keine gesonderte Kostenstelle eingerichtet werden.

- ⇒ Auf einem tagesklinischen Bett können auch mehr als ein Patient/eine Patientin pro Tag behandelt und abgerechnet werden.

### Abrechnungsmodus

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

## 3.12. Genehmigung der Abrechnung von ausgewählten speziellen medizinischen Einzelleistungen

Folgende Leistungen sind durch den Landesgesundheitsfonds/PRIKRAF zu genehmigen:

Code	Leistungsbezeichnung
AJ140	Perkutane Koagulation peripherer Nervenfasern (LE=je Sitzung)
AK010	Perkutane Koagulation vegetativer Ganglien (LE=je Sitzung)
DB020	Implantation einer Pulmonalklappe – perkutan (LE=je Sitzung)
DB025	Ersatz der Aortenklappe – kathetergestützt, transapikal (LE=je Sitzung)
DB026	Ersatz der Aortenklappe – kathetergestützt, transvaskulär (LE=je Sitzung)
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)

Alle Krankenanstalten, an denen die Leistungen AJ140, AK010, DB020, DB025, DB026, LH010, LH020, LH021 abgerechnet werden sollen, sind vom Landesgesundheitsfonds bzw. PRIKRAF unter Berücksichtigung der Ergebnisse der HTA-Berichte<sup>5</sup> zu genehmigen.

Die Leistungen DB020, DB025 und DB026 sind nur an Krankenanstalten der Zentral- und Schwerpunktversorgung erbringbar. Bei der Genehmigung der Leistungen AJ140, AK010, LH010, LH020, LH021 ist unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten eine Bündelung der Leistungserbringung anzustreben. Eine interdisziplinäre Indikationsstellung und Nachsorge muss gewährleistet sein.

<sup>5</sup> Im Rahmen der Wartung des Leistungskatalogs wurden vom Ludwig Boltzmann Institut HTA-Berichte und Updates erstellt und auf der Homepage des LBI als Download zur Verfügung gestellt. Weiters wurden im Auftrag des Landesgesundheitsfonds der Steiermark HTA-Berichte zu den Leistungen AJ140, AK010, LH010 erstellt.

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 KDok über den Menüpunkt <Wartung> <Spezielle Leistungsbereiche> <Spez.MELs>. Die Genehmigung erfolgt für alle genehmigungspflichtigen Leistungen auf Ebene der Krankenanstalt. Die Angabe des 8-stelligen Funktionscodes entfällt ab dem LKF-Modell 2012.

### **3.13. Genehmigung der Abrechnung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden**

Leistungen, deren Evidenz nicht ausreichend ist, um den Netto-Nutzen der evaluierten Intervention beurteilen zu können, sind grundsätzlich nicht in das LKF-Modell aufzunehmen.

Ergänzend ist seit dem LKF-Modell 2009 die Möglichkeit vorgesehen, im Rahmen der jährlichen Wartung des Leistungskatalogs für Leistungen 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.

Voraussetzungen:

- ⇒ Leistungserbringung erfolgt **nicht** im Rahmen einer außerhalb des LKF-Systems finanzierten Studie und wird auch durch keine sonstigen Drittmittel finanziert
- ⇒ Leistungserbringung erfolgt **nicht** im Rahmen der Lehre und Forschung und wird **nicht** aus Mitteln des klinischen Mehraufwands finanziert
- ⇒ Leistungserbringung an Universitätskliniken/Referenzzentren
- ⇒ Datenbereitstellung für die Evaluierung der Methode
- ⇒ Beschlussfassung mit dem jeweiligen LKF-Modell für jeweils ein Jahr

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 2016 sind die folgenden vorläufigen Leistungscode und Abrechnungsgruppen vorgesehen:

<b>Code</b>	<b>Leistungsbezeichnung</b>	<b>Abrechnungsgruppe</b>
XN020	Implantation eines Systems zur kardialen Kontraktitätsmodulation (LE=je Sitzung)	MEL10.03 A
XN030	Implantation eines Stentgrafts in die Aorta ascendens (LE=je Sitzung)	MEL08.09 B
XN040	Ventilimplantation in das Bronchialsystem (LE=je Sitzung)	MEL07.01
XN050	Implantation eines Mitralklappenclips – perkutan (LE=je Sitzung)	MEL08.03 B
XN055	Ersatz der Mitralklappe – kathetergestützt, transapikal (LE=je Sitzung)	MEL08.03
XN070	Perkutane transluminale Thrombektomie intrakranieller Gefäße (LE=je Sitzung)	MEL20.01 C
XN080	Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) an intrakraniellen Gefäßen (LE=je Sitzung)	MEL20.01 E
XN090	Perkutane transluminale Rekanalisation mit Stentimplantation an intrakraniellen Gefäßen (LE=je Sitzung)	MEL20.01 D
XN100	Perkutane transluminale Embolisation cerebraler Aneurysmen mittels Flow Diverter (LE=je Sitzung)	MEL20.01 C LGR81
XN110	Implantation eines permanenten Embolieprotektionsystems in das linke Herzohr (LE=je Sitzung)	MEL21.10
XN120	Implantation eines vollständig bioresorbierbaren Stents in die Koronargefäße (LE=je Stent)	MEL21.07 LGR93

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

- ⇒ Im Sinne eines einheitlichen Procedere bei der Genehmigung von Leistungen sind ab Modell 2012 auch die neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden über den KDok-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 kassenfreien Leistungen**

Im neuen Leistungskatalog sind für kassenfreie Leistungen keine eigenen Codenummern mehr vorgesehen, sondern die kassenfreie Leistungserbringung einer medizinischen Einzelleistung wird durch ein Zusatzkennzeichen dokumentiert. In der Satzart M04 wird dafür das Feld für MEL-Codes (dzt. 10 Stellen) differenziert und die 10. Stelle davon zur Kennzeichnung von kassenfrei erbrachten Leistungen definiert. Diese dort mit „N“ (= nicht abrechnungsrelevant) gekennzeichneten Leistungen werden bei der LKF-Bepunktung nicht berücksichtigt.

### **3.16. Dokumentation der Seitenlokalisierung bei medizinischen Einzelleistungen**

Ab 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 durch Angabe des Kennzeichens „R“ für rechts oder „L“ für links an der vorletzten Stelle des im MBDS für den Leistungscode vorgesehenen Datenfeldes „Medizinische Einzelleistung – Code“ (siehe Handbuch „Organisation und Datenverwaltung, Anhang 1“, Satzart M04 – Medizinische Einzelleistungen (DLB)).

### **3.17. Evaluierungsvereinbarung**

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

## 4. Bepunktungsregelungen

Bei der Bepunktung der stationären Krankenhausaufenthalte ist in einem ersten Schritt von Bedeutung, um welche Art von Aufnahme es sich handelt. Dabei werden drei 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 halbstationären Bereich (tagesklinische oder tagesstrukturierende Behandlung in der Psychiatrie, tagesklinische Behandlung in der Akutgeriatrie/Remobilisation, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik)**
- 3. 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 Patienten/Patientinnen auf Basis der im LKF-Modell definierten Zuordnungskriterien den einzelnen LDF-Gruppen zugeordnet.

Es bestehen folgende abweichende oder ergänzende Regelungen:

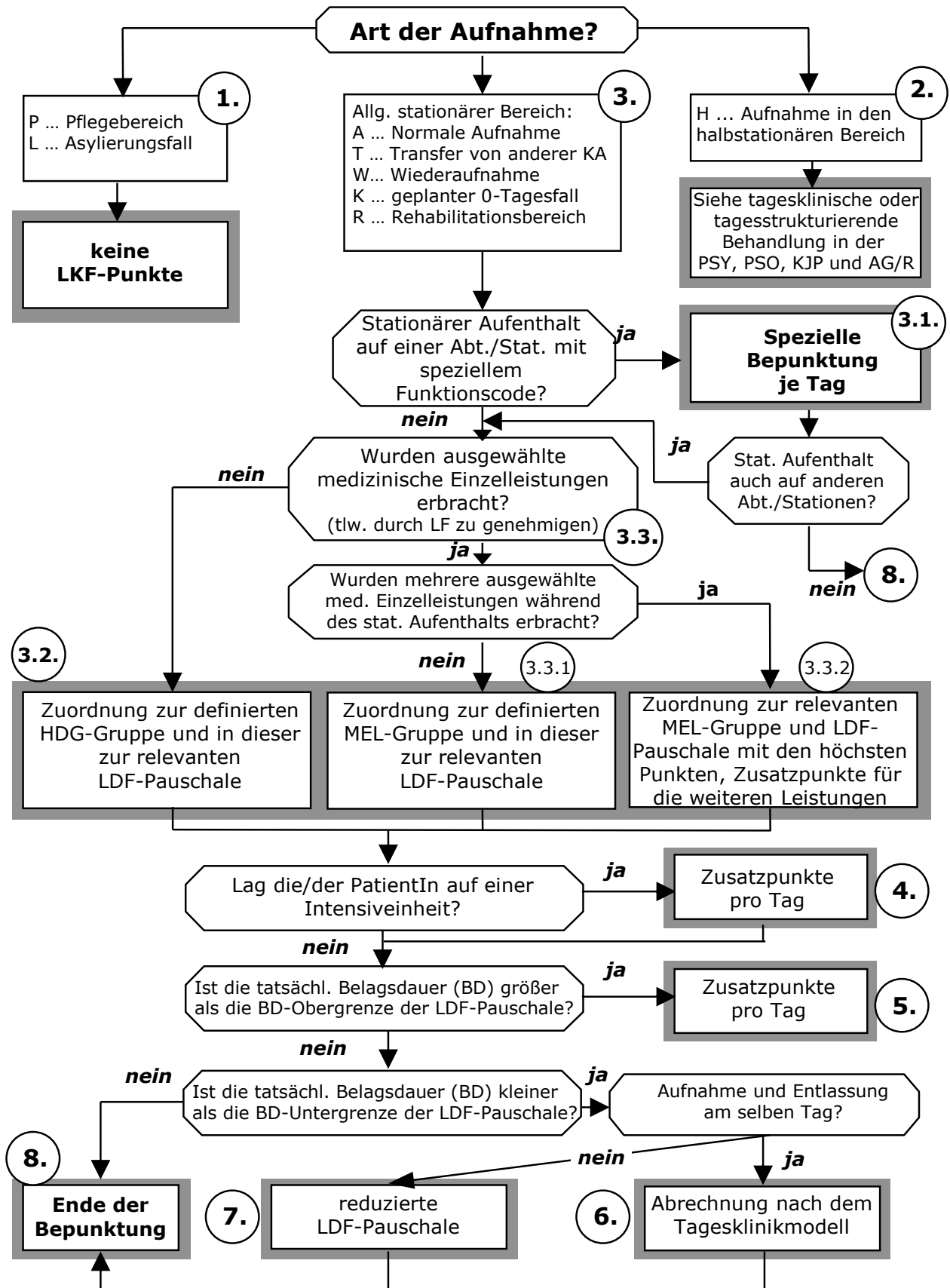
- ⇒ Für den Bereich der Akut-Nachbehandlung von neurologischen Patienten/Patientinnen inkl. Neurorehabilitation, den Bereich der Remobilisation/Nachsorge, Akutgeriatrie/Remobilisation, Palliativstationen und Palliativbereiche, den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Behandlungsformen I, A und E) ist abweichend davon eine tageweise Bepunktung vorgesehen.
- ⇒ Für die LKF-Bepunktung für Stationen der Psychiatrie (Abteilungsgruppe 01 und 02) müssen durch die Landesgesundheitsplattform bzw. den PRIKRAF abrechnungsberechtigte Einheiten genehmigt werden.
- ⇒ Für die LKF-Bepunktung für Stationen mit Schwerpunkt für Psychosomatik und Psychotherapie (PSO) müssen durch die Landesgesundheitsplattform bzw. den PRIKRAF abrechnungsberechtigte Einheiten genehmigt werden.
- ⇒ Für die LKF-Bepunktung der MEL AA040 – „Akute Schlaganfallbehandlung auf einer Schlaganfalleinheit (Stroke Unit)“ müssen durch die Landesgesundheitsplattform bzw. den PRIKRAF abrechnungsberechtigte Einheiten genehmigt werden.
- ⇒ Für die LKF-Bepunktung der MEL „AM040 – Alkoholentwöhnungsbehandlung im Turnus 6–12 Wochen (LE=je Aufenthalt)“ und „AM050 – Drogenentwöhnungsbehandlung auf Drogenstationen (LE=je Aufenthalt)“ müssen durch die Landesgesundheitsplattform bzw. den PRIKRAF abrechnungsberechtigte Einheiten genehmigt werden (Funktionscode: 1-6215).
- ⇒ Spezielle Bepunktungsregelungen bestehen für Belagsdauerausreißer, für Aufenthalte auf Intensiveinheiten und für stationäre Patienten/Patientinnen mit Mehrfachleistungen.
- ⇒ Seit dem LKF-Modell 2004 sind nur Funktionscodes beginnend mit 11xxxx bis 15xxxx abrechnungsrelevant. Für Kostenstellen, die über die Landesgesundheitsfonds bzw. LKF finanziert werden (d.h. Kostenstellen, die unter Art. 18 Abs. 3 und 4 der geltenden 15a-Vereinbarung zu subsumieren sind), ist der FC 15---- nur für die Behandlung von Langzeitkranken im Rahmen von (län-

geren) 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 (Abb. Pkt. 1.)

**P** ... Aufnahme in den ausschließlichen Bereich der Pflege

**L** ... stationäre Patientenaufenthalte nach dem Zeitpunkt der Asylierung

Patienten/Patientinnen mit den Aufnahmearten „P“ und „L“ werden nicht über das LKF-System abgerechnet und werden daher nicht bepunktet.

## 4.2. Tagesklinische oder tagesstrukturierende Behandlung in der Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und AG/R (Abb. Pkt. 2.)

**H** ... Beginn und Abschluss eines Datensatzes, der einen halbstationären Aufenthalt beschreibt

Für Patienten/Patientinnen mit der Aufnahmeart „H“ und den speziellen medizinischen Einzelleistungen AM060: „Tagesklinische Behandlung in der Psychiatrie (LE = je Behandlungstag)“ bzw. AM070: „Tagesstrukturierende Behandlung in der Psychiatrie (LE = je Behandlungstag)“ oder MEL AM080: „Tagesstrukturierende Behandlung in der Psychiatrie – Nachtambulanz (LE = je Behandlungstag)“ erfolgt die Abrechnung in den LDF-Gruppen MEL28.05 „Tagesklinische Behandlung in der Psychiatrie“ bzw. MEL28.06 „Tagesstrukturierende Behandlung in der Psychiatrie“ (**Abbildung Punkt 2.**)

Für Patienten/Patientinnen mit der Aufnahmeart „H“ und der speziellen medizinischen Einzelleistung AM120: „Tagesklinische Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) (LE=je Behandlungstag)“ erfolgt die Abrechnung in der LDF-Gruppe MEL28.07 „Tagesklinische Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“.

Für Patienten/Patientinnen mit der Aufnahmeart „H“ und der speziellen medizinischen Einzelleistung AM110: „Tagesklinische Behandlung auf einer Einheit für Psychosomatik und Psychotherapie (PSO) (LE=je Behandlungstag)“ erfolgt die Abrechnung in der LDF-Gruppe MEL32.02 „Tagesklinische Behandlung in der PSO“.

Für Patienten/Patientinnen mit der Aufnahmeart „H“ und der speziellen medizinischen Einzelleistung AM090: „Tagesklinische Behandlung in der Akutgeriatrie/Remobilisation (LE = je Behandlungstag)“ erfolgt die Abrechnung in der LDF-Gruppe MEL31.01 „Tagesklinische Behandlung in der Akutgeriatrie/Remobilisation“.

### 4.3. Allgemein stationärer Bereich, Tagesklinik, Rehabilitationsbereich (Abb. Pkt. 3.)

⇒ Patienten/Patientinnen mit den folgenden Aufnahmearten werden der entsprechenden LDF-Pauschale zugeordnet:

- A** Normale Aufnahme (allgem. stat. Bereich)
- T** ... Transfer von einer anderen Krankenanstalt (allgem. stat. Bereich)
- W** ... Wiederaufnahme (allgem. stat. Bereich)
- K** ... Aufnahme eines 0-Tagesfalls
- R** ... Rehabilitationsbereich

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

Akute Nachbehandlung von neurolog. Patienten/Patientinnen inkl. Neurorehabilitation	Stufe B Stufe C	507 Punkte 304 Punkte
Remobilisation/Nachsorge	Gruppe RN	167 Punkte
Akutgeriatrie/Remobilisation	Gruppe A	282 Punkte
Palliativmedizinische Einheiten		484 Punkte ab dem 22. Tag degressiv, mindestens 242 Punkte
Spezielle Bereiche der Kinder- und Jugendpsychiatrie	Stufe I Stufe A Stufe E	507 Punkte 459 Punkte 476 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 für Zusatzpunkte ermittelt.

⇒ Patienten/Patientinnen, die keine ausgewählte medizinische Einzelleistung erhalten haben, werden aufgrund ihrer Hauptdiagnosen gemäß der Anlage 3 zum LKF-Modell einer der 218 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.

⇒ Patienten/Patientinnen, 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 209 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.**).

- ⇒ Patienten/Patientinnen mit mehreren – nach Art oder Anzahl – ausgewählten medizinischen Einzelleistungen, werden jener MEL-Gruppe zugeordnet, in welcher sich für diesen stationären Aufenthalt die höchste LDF-Pauschale ergibt. Gibt es mehrere gleichwertige Konstellationen zur Erreichung der höchsten Punktesumme, so wird die der chronologisch ersten MEL zugeordnete MEL-Gruppe ausgewiesen. Stimmt bei mehreren MELs auch das Leistungsdatum überein, so wird jene MEL-Gruppe ausgewiesen, welcher der alphanumerisch niedrigste MEL-Code zugeordnet wird. Dieser LDF-Pauschale werden unter Berücksichtigung der speziellen Bepunktungsregeln (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) die jeweiligen Punkte für die Leistungen jener MEL-Gruppen hinzuaddiert, denen der Patient/die Patientin aufgrund jeder weiteren ausgewählten medizinischen Einzelleistung zugeordnet wird (**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 der Auswahl der beiden MEL wird jene Kombination ermittelt, die unter Berücksichtigung der Belagsdauer und aller weiteren Leistungen die höchste Punktesumme ergibt. Gibt es mehrere gleichwertige Konstellationen zur Erreichung der höchsten Punktesumme, so wird die der chronologisch ersten MEL zugeordnete MEL-Gruppe ausgewiesen. Stimmt bei mehreren MELs auch das Leistungsdatum überein, so wird jene MEL-Gruppe ausgewiesen, welcher der alphanumerisch niedrigste MEL-Code zugeordnet wird. 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.

#### 4.4. Aufenthalte auf Intensivseinheiten (Abb. Pkt. 4.)

Für Patienten/Patientinnen, die auf Intensivseinheiten behandelt wurden, werden Zusatzpunkte pro Tag berechnet (siehe Kapitel 3.1).



## 4.5. Belagsdauerausreißer nach oben (Abb. Pkt. 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.

**Tabelle: Belagsdauerausreißer nach oben**

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

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

### Beispiel:

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

**Tabelle: Patientendaten**

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

**Tabelle: Daten gemäß Anlage 4 zum LKF-Modell**

Gruppe	LDFP-C	TK	BDOG
HDG09.02	1.153	360,98 Punkte, 50% = 180	4 Tage

**Tabelle: Berechnung der Gesamtpunkte**

Zuschlag(5) = 360,98 * $\frac{4}{5}$	= 289
Zuschlag(6) = 360,98 * $\frac{4}{6}$	= 241
Zuschlag(7) = 360,98 * $\frac{4}{7}$	= 206
Zuschlag(8) = 360,98 * $\frac{4}{8}$	= 180
Zuschlag(9) = 360,98 * $\frac{4}{9}$	= 180

$$\text{Punkte} = \text{LDFP} + \text{Zuschläge} = 1.153 + 289 + 241 + 206 + 180 + 180 = \mathbf{2.249}$$

## 4.6. Abrechnung nach dem Tagesklinikmodell (Abb. Pkt 6.)

- ⇒ 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.
- ⇒ Alle Fälle mit Aufnahme und Entlassung am selben Tag und Entlassungsart „4“, „S“ oder „T“ (Entlassung gegen Revers, Sterbefälle, Transferierungen) werden unverändert nach den bestehenden LKF-Bepunktungsregeln für Belagsdauererausreißer nach unten abgerechnet.
- ⇒ Fälle auf Sonderbereichen mit tageweiser Finanzierung (z.B. Remobilisation/Nachsorge, Akutgeriatrie/Remobilisation, Akut-Nachbehandlung von neurologischen Patienten/Patientinnen, Kinder- und Jugendpsychiatrie mit den Behandlungsformen I, A und E, palliativmedizinische Einheiten) werden nach den jeweiligen Bepunktungsregeln abgerechnet.
- ⇒ Fälle der MEL-Gruppe 22.xx (Onkologische Therapien) werden nach den bestehenden LKF-Bepunktungsregeln für Belagsdauererausreißer nach unten abgerechnet.
- ⇒ Alle anderen Fälle mit Aufnahme und Entlassung am selben Tag erhalten die volle Leistungs-Komponente und 5% von der Tages-Komponente, die nach den LKF-Bepunktungsregeln für Belagsdauererausreißer nach unten berechnet wird.

## 4.7. Belagsdauererausreißer nach unten (Abb. Pkt 7.)

Ist der tatsächliche stationäre Aufenthalt kürzer als die pro LDF-Gruppe festgelegte Belagsdaueruntergrenze und erfolgte keine Abrechnung von genehmigten tagesklinischen Leistungen, dann wird eine reduzierte LDF-Pauschale in Abhängigkeit von der tatsächlichen Belagsdauer nach folgender Formel ermittelt.

**Tabelle: Belagsdauererausreißer nach unten**

$$\text{Punkte/Fall} = \text{LK} + \frac{\text{TK} \cdot (\text{X} + 1)}{(\text{BDUG} + 1)}$$

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
LDFP	... LDF-Pauschale (=TK+LK)
BDUG	... Belagsdaueruntergrenze der zugeordneten LDF

### Beispiel:

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

**Tabelle: Patientendaten**

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

**Tabelle: Daten gemäß Anlage 4 zum LKF-Modell**

Gruppe	LDFP B	LK	TK	BDUG
MEL06.04	8.376 Punkte	4.163 Punkte	4.213	3 Tage

**Tabelle: Berechnung der Gesamtpunkte**

$\text{Punkte} = 4.163 + \frac{4.213 \cdot (2+1)}{3+1} = 7.323$
---

## 4.8. 0-Tagesfälle auf Intensivseinheiten und in speziellen Funktionsbereichen

### 4.8.1. Intensivseinheiten

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

### 4.8.2. 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 Patienten/Patientinnen inkl. Neurorehabilitation, Palliativstationen und Palliativbereiche, Bereiche der Kinder- und Jugendpsychiatrie [Behandlungsformen I, A und E]) werden mit 1 Tagespauschale aus dem jeweils zutreffenden speziellen Funktionsbereich bepunktet.

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

## 5. Spezielle Dokumentationsregeln

### 5.1. Dokumentation von Unterbrechungen stationärer Aufenthalte

#### 5.1.1. Kriterien für die Dokumentation von kurzzeitigen Unterbrechungen

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

- ⇒ Dauer der Unterbrechung:  
Die geplante Unterbrechung von stationären Aufenthalten muss mindestens 1 Nacht und darf nicht länger als 4 zusammenhängende volle Kalendertage betragen (entspricht maximal 5 Nächten, Regelung analog zur tagesklinischen Behandlung in der Psychiatrie).
- ⇒ Dauer des vorangehenden bzw. nachfolgenden stationären Aufenthalts:  
Der Aufenthalt muss mindestens 1 Belagstag betragen. Vor oder nach einem 0-Tagesaufenthalt darf keine Unterbrechung des stationären Aufenthalts dokumentiert werden. Diese Fälle sind weiterhin als einzelne 0-Tagesaufenthalte zu dokumentieren.
- ⇒ Sonderfall halbstationärer Bereich (Aufnahmeart „H“)
  - ⇒ Unterbrechungen im halbstationären Bereich sind nicht zu melden, da sie dem Wesen einer halbstationären Behandlung entsprechen.

#### 5.1.2. Dokumentation im MBDS, Satzart M02

Im MBDS, Satzart M02 sind Unterbrechungen nach folgenden Regeln zu dokumentieren:

- ⇒ Einführung eines neuen Funktionscodes (FC 100000xx) „Dokumentation von kurzzeitigen Unterbrechungen eines stationären Aufenthalts“
- ⇒ Unterbrechungen sind als Verlegungen auf diesen bzw. von diesem Funktionscode in der Satzart M02 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. Datenaustausch Krankenanstalten mit Sozialversicherung**

Im Handbuch zum Datenaustausch der Krankenanstalten mit den Sozialversicherungsträgern wird unter Kapitel 4.2 Rechtsgrundlagen ergänzend der Verweis auf die Modellbeschreibung des LKF-Modells in der jeweils gültigen Fassung angeführt und so die Kompatibilität in der Datenmeldung gesichert.

### **5.1.4. Sonstige Rahmenbedingungen**

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

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

Für die Belagsdauerwerte und damit die LDF-Punkte wurden in den Fallpauschalen mit typisch vorkommenden Unterbrechungen entsprechende Anpassungen vorgenommen.

Die Dokumentation der Unterbrechungen und ihre Häufigkeit soll auch in Bezug auf die Verteilung nach Fallpauschalen evaluiert werden.

## **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. Sie bleibt optional bzw. kann durch die Landesgesundheitsfonds/den PRIKRAF verpflichtend eingeführt werden. Zur Sicherstellung der Einheitlichkeit der Dokumentation (bei KA durch KA-Nummer bzw. je einen Code für Institute und externe niedergelassene Leistungserbringer) sind folgende vom BMG im Programmpaket KDok zur Verfügung gestellten Codes zu verwenden:

„A000 – Selbstständiges Ambulatorium“

„E000 – Externer niedergelassener Leistungserbringer“

## 6. Anhang

### Erläuterung zum Auslastungsfaktor für Intensivüberwachungseinheiten für Erwachsene

Seit dem LKF-Modell 2002 wird bei Intensivseinheiten zwischen Intensivüberwachung und Intensivbehandlung unterschieden. Eine wesentliche Änderung dabei ist, dass für Erwachsenen-Intensivüberwachungseinheiten auf die zusätzliche Dokumentation von speziellen Parametern verzichtet wird. In dieser Gruppe erfolgt auch 2016 die Einstufung nach dem Personalfaktor und anhand von Qualitätskriterien. Bei den Intensivbehandlungseinheiten bleiben die Einstufungsvoraussetzungen weiterhin an die Intensivdokumentation, Personalfaktor und Erfüllung von Qualitätskriterien gebunden. Für die Abrechnung von Zusatzpunkten bleibt dort auch weiterhin der Korrekturfaktor bestehen.

Analog zu diesem Korrekturfaktor wurde für die **Intensivüberwachungseinheiten für Erwachsene der Auslastungsfaktor** eingeführt. Dieser 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 ebenfalls analog zum Korrekturfaktor vorzugehen, d.h. die IST-Auslastung ist anhand eines Beobachtungszeitraumes von einem Jahr und grundsätzlich nach den systemisierten Betten zu berechnen.

Siehe dazu auch Modellbeschreibung LKF 2016 Seite 11: „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:  $386 * 0,80 = 309$

#### **Beispiel 2:**

systemisierte Intensivüberwachungsbetten: 8  
2.000 IST-Belagstage, Erfassungszeitraum 365 Tage  
durchschnittlich belegte Betten: 5,5 Betten entspricht Auslastung von 68,5%  
Auslastung kleiner 80%, daher **kein** Auslastungsfaktor anzuwenden:  
tatsächliche Punkte je Belagstag: 386

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

### **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:

$\text{korrigierte Zusatzpunkte} = \text{Zusatzpunkte} \times \text{Anteil plausibler Zugänge} / 70$   
(Beispiel: Anteil plausibler Zugänge 50%  $\rightarrow 50/70 = 71\%$  der Zusatzpunkte)

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