

Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung

- L K F -

MODELL 2011

1. Jänner 2011

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. 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)

Ärzte team:

Dr. Ludwig Neuner (AKH Linz)
Experten aus den medizinischen Fächern

Statistik:

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

Software-Entwicklung:

DI Bernhard Pesec (dothealth)

Wien, im September 2010

INHALTSVERZEICHNIS

1. GESAMTDARSTELLUNG DES LKF-SYSTEMS	5
2. GRUNDLAGEN DER MODELLBILDUNG IM LKF-KERNBEREICH	7
3. ABRECHNUNGSVORAUSSETZUNGEN.....	10
3.1. Festlegung von Intensiveinheiten	10
3.1.1. Intensiveinheiten für Erwachsene	10
3.1.2. Neonatologische/Pädiatrische Intensiveinheiten	14
3.2. Abrechnung des Sonderbereiches „Remobilisation/Nachsorge – RNS“	16
3.3. Einrichtungen der Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)	16
3.4. Festlegung von palliativmedizinischen Einrichtungen (PAL).....	18
3.5. Festlegung von Einheiten zur Akut-Nachbehandlung von neurologischen Patienten/Patientinnen	20
3.6. Festlegung von Einheiten zur Abrechnung von speziellen Leistungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)	21
3.6.1. Einheiten zur Behandlung von Patienten/Patientinnen in der KJP mit den Leistungen AM030 und AM020	21
3.6.2. Einheiten zur Behandlung von Patienten/Patientinnen in der KJP mit den Behandlungsformen I und R	23
3.7. Festlegung von Einheiten in der Psychiatrie.....	24
3.7.1. Festlegung von Einheiten der Abteilungsgruppe 01.....	25
3.7.2. Festlegung von Einheiten der Abteilungsgruppe 02.....	25
3.8. Festlegung von Einrichtungen der tagesklinischen Behandlung in der Psychiatrie	26
3.9. Festlegung von Einrichtungen der tagesstrukturierenden Behandlung in der Psychiatrie	28
3.10. Festlegung zur Abrechnung von Einheiten mit Schwerpunkt für Psychosomatik und Psychotherapie (PSO).....	30
3.10.1. Dokumentation und Codierregel zu AM100.....	31
3.10.2. Dokumentation und Codierregel zu AM110.....	31
3.11. Festlegung von Einrichtungen der tagesklinischen Behandlung in der Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R).....	33
3.12. Erläuterungen zur Dokumentation von tagesklinischen Behandlungen in anderen Sonderbereichen (z.B. Akut- Nachbehandlung von neurologischen Patienten/Patientinnen, Remobilisation)	34
3.13. Festlegung von Einheiten für die „Akute Schlaganfallbehandlung auf einer Schlaganfalleinheit (Stroke Unit)“ (MEL AA040).....	35
3.14. Festlegung von Einrichtungen zur Alkohol- und Drogenentwöhnung.....	35
3.15. Festlegung von medizinischen Einzelleistungen zur Abrechnung nach dem Tagesklinikmodell	36
3.16. Genehmigung der Abrechnung von ausgewählten speziellen medizinischen Einzelleistungen	37
3.17. Genehmigung der Abrechnung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	38
3.18. Dokumentation von kassenfreien Leistungen.....	39
3.19. Festlegung der LKF-relevanten Kostenträger	39
3.20. Evaluierungsvereinbarung	39

4. BEPUNKTUNGSREGELUNGEN.....	40
4.1. Pflegebereich, Asylierungsfall (Abb. Pkt. 1.)	43
4.2. Tagesklinische oder Tagesstrukturierende Behandlung in der Psychiatrie, Psychosomatik und AG/R (Abb. Pkt. 2.)	43
4.3. Allgemein stationärer Bereich, Tagesklinik, Rehabilitationsbereich (Abb. Pkt. 3.)	44
4.4. Aufenthalte auf Intensiveinheiten (Abb. Pkt. 4.)	45
4.5. Belagsdauerausreißer nach oben (Abb. Pkt. 5.)	45
4.6. Abrechnung nach dem Tagesklinikmodell (Abb. Pkt. 6.)	46
4.7. Belagsdauerausreißer nach unten (Abb. Pkt. 7.)	47
4.8. 0-Tagesfälle auf Intensiveinheiten und in speziellen Funktionsbereichen	48
4.8.1. Intensiveinheiten	48
4.8.2. Spezielle Funktionsbereiche	48
5. SPEZIELLE DOKUMENTATIONSREGELN	49
5.1. Dokumentation von Unterbrechungen stationärer Aufenthalte	49
5.1.1. Kriterien für die Dokumentation von kurzzeitigen Unterbrechungen	49
5.1.2. Dokumentation im MBDS, Satzart M02	49
5.1.3. Datenaustausch Krankenanstalten mit Sozialversicherung	50
5.1.4. Sonstige Rahmenbedingungen	50
5.2. Aufnahmekennzeichen	50
5.3. Dokumentation des Leistungserbringers bei extern erbrachten Leistungen	51
6. ANHANG	52

1. Gesamtdarstellung des LKF-Systems

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

System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung

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

Der **LKF-Kernbereich** ist bundesweit einheitlich gestaltet und bepunktet und basiert auf den leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen und auf den verschiedenen speziellen Bepunktungsregelungen (siehe Kapitel 4). Der LKF-Kernbereich wird aufgrund der Erfahrungen aus der praktischen Anwendung seit dem Jahr 1997 kontinuierlich weiterentwickelt und aktualisiert und jährlich einer Revision unterzogen. In 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 (2008–2013) 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 erforderlichen Modellbeschreibungen und LKF-Bepunktungsprogramme werden bis

30. September den Ländern bzw. den Landesgesundheitsfonds bereitgestellt und sind ab 1. Jänner des Folgejahres wirksam.

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

Als besondere Versorgungsfunktionen im Rahmen der LKF-Abrechnung gelten:

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

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

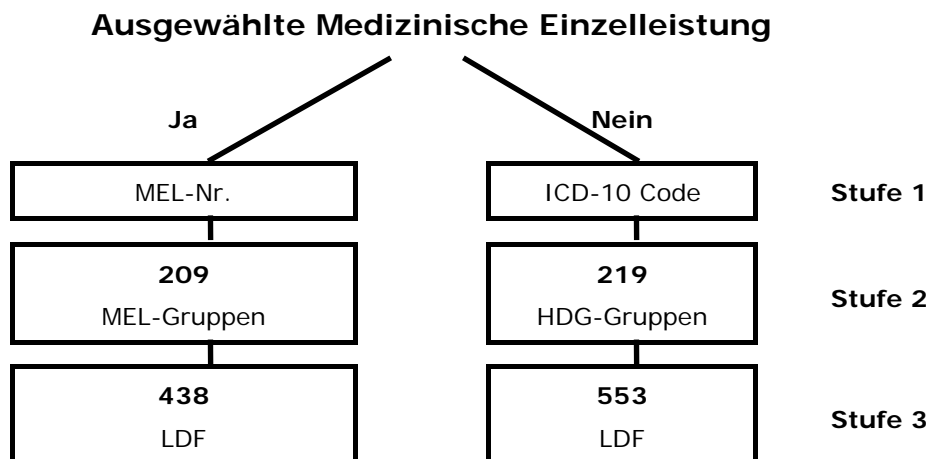
¹ Die österreichische Gesetzgebung verwendet den Fachausdruck Krankenanstalt. In der Praxis sind die Begriffe Krankenhaus oder Spital gebräuchlich und werden hier synonym verwendet.

2. Grundlagen der Modellbildung im LKF-Kernbereich

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

Die primäre Ermittlung der Punkte für die LDF erfolgte für die LKF-Modelle 1997 bis 2001 auf Basis von rund 500.000 stationären Aufenthalten und kalkulierten Kosten in 20 Referenzspitälern². Mit dem Projekt „LKF-Nachkalkulation“³ wurde diese Bepunktung aktualisiert und kam von LKF-Modell 2002 bis LKF-Modell 2008 zur Anwendung. Unter Berücksichtigung aktueller Kalkulationsergebnisse⁴ 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.

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

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

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

In **Stufe 2** wurden das leistungsbestimmte und das nach Hauptdiagnosen bestimmte Kollektiv weiter differenziert. Die Kriterien, nach denen die Gruppen gebildet wurden, beziehen sich vorwiegend auf Leistungshomogenität und eine innere medizinische Zusammengehörigkeit der Leistungen bzw. Hauptdiagnosen sowie auf Kostenhomogenität nach statistisch signifikanten Gruppen. Es wurden aus den medizinischen Einzelleistungen **209 Medizinische Einzel-Leistungs-Gruppen (MEL-Gruppen)** und aus den Diagnosen **219 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 438 leistungsorientierte Diagnosenfallgruppen (LDF) und bei den HDG-Gruppen 553 LDF gebildet.

Typen von Gliederungsmerkmalen

Merkmalskürzel	Beschreibung
SPEZMEL	Spezielle medizinische Einzelleistung
LGR01	Leistungsgruppe 01
.....
LGR77	Leistungsgruppe 77
SPEZHMG	Spezielle Hauptdiagnose (3-stellig)
SPEZHMG4	Spezielle Hauptdiagnose (4-stellig)
SPEZMG	Spezielle Haupt- oder Zusatzdiagnose (3-stellig)
SPEZMG4	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
.....
HGR57	Hauptdiagnosengruppe 57

Die Zusammenfassungen der Leistungen in die Gruppen LGR01 bis LGR77 sind in der Anlage 6 zum LKF-Modell enthalten.

Die Zusammenfassungen der Diagnosen in die Gruppen HGR01 bis HGR57, DGR01 sind in den Anlagen 7 und 8 zum LKF-Modell enthalten.

Insgesamt stehen im LKF-Modell 2011 991 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 Intensiveinrichtungen 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 Intensiveinheiten die Ergebnisse der Plausibilitätsprüfung berücksichtigt (siehe dazu Pkt. 3.1.2).

Die LDF-Pauschale gilt innerhalb des für diese LDF definierten Belagsdauerintervalls. Dazu wurden je LDF eine Belagsdaueruntergrenze und eine Belagsdauerobergrenze aus den Daten des Jahres 2005 ermittelt (siehe Unterlage „Änderungen und Neuerungen im Modell 2010“).

Diese Belagsdauergrößen 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 Belagsdauer-ober- 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 2008) durch die Bundesgesundheitskommission am 6. März 2009 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 2008 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 2008 auf Länderebene festgelegten Einheiten eingestuft werden. Die im ÖSG 2008 vorgegebene maximale Zahl der Intensivbetten pro Bundesland darf in Summe (Intensiv-Überwachungsbetten + Intensiv-Behandlungsbetten) nicht überschritten werden. Die vorgeschriebene Mindestbettenanzahl für Intensivüberwachungseinheiten beträgt grundsätzlich 4 Betten und für Intensivbehandlungseinheiten grundsätzlich 6 Betten. In Einzelfällen sind Ausnahmegewilligungen durch die Gesundheitsplattform auf Länderebene bzw. den PRIKRAF möglich.

Als Grundlage für die Berechnung aller Kennzahlen im Intensivbereich (z.B. Personalschlüssel, Korrekturfaktor, Mindestbettenanzahl) sind grundsätzlich die systemisierten Betten heranzuziehen. In begründeten Fällen (z.B. bauliche Veränderungen) kann die Gesundheitsplattform auf Länderebene bzw. der PRIKRAF eine

andere Bezugsgröße (z.B. tatsächlich aufgestellte Betten) beschließen – auch dann, wenn der Verwaltungsaufwand hoch ist (z.B. Notwendigkeit der Änderung von Bewilligungen).

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

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

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

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

Die LKF-Intensiveinstufung soll 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 Intensivseinheiten 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).

Die Einstufung der **Intensivbehandlungseinheiten** hat generell auf Grundlage der Ergebnisse der Intensivdokumentation (TISS-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:

- ⇒ 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 Einrichtungen ist daher nicht möglich.

Kriterien für die Einstufung von Intensiveinheiten
Tabelle: INTENSIVMODELL 2011 (Erwachsene)

Kriterien	Intensiv- überwa- chungs- einheiten	Intensivbehandlungseinheiten		
		Stufe I	Stufe II	Stufe III
Mittelwert der TISS-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	Auslastungs-faktor	ja	ja	ja
Verpflichtende Intensiv-Dokumentation	keine zusätzliche	TISS-28, SAPS, TRISS	TISS-28, SAPS, TRISS	TISS-28, SAPS, TRISS
Zusatz-Punkte pro Tag	386	640	932	1.487

⇒ **Datenbasis:**

Der Mittelwert der TISS-Punkte je Intensivtag wird nur aus jenen dokumentierten Tagen ermittelt, die eine Mindestzahl von 16 TISS-Punkten erreichen. Dieser selektionierte Mittelwert dient zur Einstufung. Seitens der Krankenanstalten hat eine vollständige TISS-Dokumentation je Pfl egetag 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-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-Bettenzahl 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-Punkte).

Der Korrekturfaktor wird nach oben mit maximal 1,2 begrenzt.

Beispiel:

(systemisierte) Intensivbetten: 8
1000 dokumentierte Tage mit TISS < 16 Punkte
1500 Intensivtage mit TISS-Mittelwert 23 Punkte (= Stufe I mit 640 Punkten)
durchschnittlich belegte Betten: $2500/365 = 6,8$ Betten
erforderliche Mindest-Bettenzahl: $1500/365 = 4,1$ Betten
SOLL-Bettenzahl 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 Beilage zur ICD-10) und im Leistungskatalog (Kapitel 19, Leistungsbezeichnungen beginnend mit „N/P“) Ergänzungen vorgenommen worden. Auf Basis dieser Daten wurde ein entsprechendes Evaluierungskonzept entwickelt und seit August 2003 von den Landesfonds erprobt. Seit dem Jahr 2004 steht den Landesfonds im Rahmen des Programmpakets KDok die Durchführung dieser Plausibilitätsprüfung als Option zur Verfügung.

Seit 1.1.2007 ist ein durch die Dokumentation nachgewiesener Mindestanteil an intensivpflichtigen Zugängen Voraussetzung für die Einstufung als Intensiv-einheit, 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 2011 bleiben gegenüber 2010 unverändert. Für die neonatologischen und pädiatrischen Intensiveinheiten (Überwachungs- und Behandlungseinheiten) sind folgende Funktionscodes zu verwenden: 125112xx, 125181xx, 122781xx.

Tabelle: INTENSIVMODELL 2011 (Neonatologie/Pädiatrie)

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

^{*)} Im Falle spezieller Patientenkollektive sind entsprechend höhere Personalschlüssel erforderlich.

3.2. Abrechnung des Sonderbereiches „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 1-9135xx 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 2,6 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

3.3. Einrichtungen 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 Einrichtungen für medizinische Geriatrie.

Einrichtungen 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 1x1136xx oder 1x6336xx)
- ⇒ 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 Einrichtungen für Akutgeriatrie/Remobilisation erfolgt über einen pauschalen Tagessatz im Ausmaß von 282 Punkten.

3.4. Festlegung von palliativmedizinischen Einrichtungen (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 Aufhalten 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 1x9137xx)

⇒ 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

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

3.6. Festlegung von Einheiten zur Abrechnung von speziellen Leistungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)

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

- FC: 1x62xxxx = Psychiatrie
- FC: 1x63xxxx = Neurologie
- FC: 1x64xxxx = Kinder- und Jugendpsychiatrie
- FC: 1x5115xx = Kinder-Psychologie
- FC: 1x5163xx = Kinder- und Jugendpsychiatrie (Kinderheilkunde)
- FC: 1x5168xx = Kinder-Psychosomatik (Kinderheilkunde)

Abteilungen mit den unter Punkt 3.6 angeführten Funktionscodes fallen auch bei Vorliegen der sonstigen gemeinsamen Anforderungen unter die Regelungen für die Abrechnung von erhöhten LDF-Pauschalen in den LDF-Pauschalen HDG20.xx (Abteilungsgruppe A01).

3.6.1. Einheiten zur Behandlung von Patienten/Patientinnen in der KJP mit den Leistungen AM030 und AM020

Zur Festlegung von entsprechenden Abteilungen bzw. Stationen müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

- ⇒ Führung einer eigenen Kostenstelle;
- ⇒ Erfüllung der Strukturkriterien, die in den Leistungen AM030 und AM020 angeführt sind (siehe unten);
- ⇒ die Landesgesundheitsplattform bzw. der PRIKRAF hat die Voraussetzungen zur Durchführung der Leistungen zu prüfen und die Abrechenbarkeit dieser Leistungen auf den speziellen Stationen zu genehmigen.

• Medizinische Einzelleistung AM030: Komplexe Behandlung Schwer- und Mehrfacherkrankter in der KJP

Von den nachfolgend angeführten Kriterien müssen die Punkte 1–4 (= Strukturkriterien), sowie mindestens 3 Kriterien (= Patienten-kriterien) aus den Punkten 5–10 erfüllt sein:

1. Alle Patienten/Patientinnen sind Kinder und Jugendliche bis zum 19. Lebensjahr (Aufnahmedatum vor dem vollendeten 19. Lebensjahr).
2. Pflegeleistungen (24-Stunden-Verfügbarkeit) sowie Pflege, Erziehung und Therapie durch ein multiprofessionelles Team (siehe Punkt 4) 4 Stunden pro Tag und Patient/in aus mindestens 3 Bereichen.
3. Anwesenheit in der Kernzeit und Bereitschaft in der übrigen Zeit eines Facharztes/einer Fachärztin (Psychiatrie, Neurologie oder Pädiatrie) mit ergänzender spezieller

• Medizinische Einzelleistung AM020: Eltern-Kind-Behandlung in der KJP

Von den nachfolgend angeführten Kriterien müssen die Punkte 1–5 (= Strukturkriterien) sowie mindestens 3 Kriterien (= Patienten-kriterien) aus den Punkten 6–11 erfüllt sein:

1. Alle Patienten/Patientinnen sind Kinder und Jugendliche bis zum 19. Lebensjahr (Aufnahmedatum vor dem vollendeten 19. Lebensjahr);
2. Pflegeleistungen (24-Stunden-Verfügbarkeit) sowie Pflege, Erziehung und Therapie durch ein multiprofessionelles Team (siehe Punkt 5) 1,5 Stunden pro Tag und Patient/in aus mindestens 2 Bereichen;
3. spezifische elternorientierte Therapie und Betreuungsmaßnahmen (z.B. Familientherapie, Interaktionstherapie, Elternberatung) im Ausmaß von mindestens 1,5

<p>Ausbildung auf dem Teilgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Leitung der Station oder Abteilung durch einen Facharzt/eine Fachärztin (Psychiatrie, Neurologie oder Pädiatrie) mit ergänzender spezieller Ausbildung auf dem Teilgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie.</p> <p>4. Ein multiprofessionelles Team – bestehend aus mindestens 4 Personen der Gruppen Klinische Psychologen/Psychologinnen, Sozial- bzw. Rehabilitationspädagogen/-pädagoginnen, Ergotherapeuten/-therapeutinnen, Logopäden/Logopädinnen, Physiotherapeuten/-therapeutinnen und Psychotherapeuten/-therapeutinnen – steht zur Verfügung.</p> <p>Folgende Kriterien charakterisieren den Schweregrad der Erkrankung (mindestens 3 Kriterien müssen erfüllt sein):</p> <p>5. In den Aktivitäten des täglichen Lebens teilweise von fremder Hilfe abhängig.</p> <p>6. Der altersspezifischen Aufsichtspflicht (24 Stunden) unterworfen.</p> <p>7. Mittel- bis höhergradige Beeinträchtigung in mehreren psychosozialen Bereichen, z.B. Angstzustände, Zwangsrituale, Aggressionsverhalten, Kontaktstörungen, Suicidintendenzen (entspricht den Stufen 4–6 der Achse 6 des multiaxialen Klassifikationsschemas für die psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO).</p> <p>8. Mittel- bis höhergradige Störungen der Kommunikation, z.B. bei tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (F84 nach ICD-10) oder bei Störungen sozialer Funktionen (F94 nach ICD-10).</p> <p>9. Mittel- bis höhergradige Störungen der Bewegungsfunktionen, z.B. Tetraplegie, Hemiplegie, Chorea-Athetose.</p> <p>10. Mittel- bis höhergradige Störungen der Wahrnehmungsfunktionen bzw. der höheren Hirnleistungen, z.B. Dysphasie, Dyspraxie, Agnosie, Neglect.</p>	<p>Stunden täglich an Arbeitstagen;</p> <p>4. Anwesenheit in der Kernzeit und Bereitschaft in der übrigen Zeit eines Facharztes/einer Fachärztin (Psychiatrie, Neurologie oder Pädiatrie) mit ergänzender spezieller Ausbildung auf dem Teilgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Leitung der Station oder Abteilung durch einen Facharzt/eine Fachärztin (Psychiatrie, Neurologie oder Pädiatrie) mit ergänzender spezieller Ausbildung auf dem Teilgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie;</p> <p>5. ein multiprofessionelles Team – bestehend aus Personen aus mindestens 4 der Gruppen Klinische Psychologen/Psychologinnen, Sozial- bzw. Rehabilitationspädagogen/-pädagoginnen, Ergotherapeuten/-therapeutinnen, Logopäden/Logopädinnen, Physiotherapeuten/-therapeutinnen und Psychotherapeuten/-therapeutinnen – steht zur Verfügung.</p> <p>Folgende Kriterien charakterisieren den Schweregrad der Erkrankung (mindestens 3 Kriterien müssen erfüllt sein):</p> <p>6. Der altersspezifischen Aufsichtspflicht (24 Stunden) unterworfen.</p> <p>7. Schwere Störungen der Kommunikation oder Interaktion, z.B. bei tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (F84 nach ICD-10) oder bei Störungen sozialer Funktionen (F94 nach ICD-10).</p> <p>8. Symbiotische Eltern-Kind-Bindung.</p> <p>9. Schwere Störungen des Bewusstseins, z.B. Bewusstlosigkeit, Somnolenz, zumindest intermittierend.</p> <p>10. Schwere Störungen der Wahrnehmungsfunktionen bzw. der höheren Hirnleistungen, z.B. Dysphasie, Dyspraxie, Agnosie, Dyslexie.</p> <p>11. Mitaufnahme eines Elternteiles.</p>
---	---

3.6.2. Einheiten zur Behandlung von Patienten/Patientinnen in der KJP mit den Behandlungsformen I und R

Abteilungen bzw. Stationen in Entsprechung zu den zwei Funktionseinheiten I (= Intensive Behandlung Schwer- und Mehrfacherkrankter in der KJP) und R (= Rehabilitative Behandlung in der KJP) sind von der Landesgesundheitsplattform bzw. dem PRIKRAF anzuerkennen und einzustufen. Dazu müssen folgende Punkte erfüllt sein:

<p>1. Vorliegen einer Einheit zur Behandlung in der KJP 2. Führung einer eigenen Kostenstelle</p>	
<p>Funktionseinheit zur <u>Intensiven</u> Behandlung Schwer- und Mehrfacherkrankter in der KJP</p>	<p>Funktionseinheit zur <u>Rehabilitativen</u> Behandlung Schwer- und Mehrfacherkrankter in der KJP</p>
<p>3. Die nachfolgend angeführten Kriterien müssen erfüllt sein:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Alle Patienten/Patientinnen sind Kinder und Jugendliche bis zum 19. Lebensjahr (Aufnahmedatum vor dem vollendeten 19. Lebensjahr); - Pflegeleistungen (24-Stunden-Verfügbarkeit) sowie Pflege, Erziehung und Therapie durch ein multiprofessionelles Team (siehe unten) 12 Stunden pro Tag und Patient/in (Einzel- und Kleingruppe); - Anwesenheit in der Kernzeit und Bereitschaft in der übrigen Zeit eines Facharztes/einer Fachärztin (Psychiatrie, Neurologie oder Pädiatrie) mit ergänzender spezieller Ausbildung auf dem Teilgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Leitung der Station oder Abteilung durch einen Facharzt/eine Fachärztin (Psychiatrie, Neurologie oder Pädiatrie) mit ergänzender spezieller Ausbildung auf dem Teilgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie; - ein multiprofessionelles Team – bestehend aus mindestens 4 Personen der Gruppen Klinische Psychologen/Psychologinnen, Sozial- bzw. Rehabilitationspädagogen/-pädagoginnen, Ergotherapeuten/-therapeutinnen, Logopäden/Logopädinnen, Physiotherapeuten/-therapeutinnen und Psychotherapeuten/-therapeutinnen – steht zur Verfügung; zusammen mit dem diplomierten Pflegepersonal ergeben sie einen Schlüssel von mindestens 1 Kraft pro tatsächliches Bett. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alle Patienten/Patientinnen sind Kinder und Jugendliche bis zum 19. Lebensjahr (Aufnahmedatum vor dem vollendeten 19. Lebensjahr); - Pflegeleistungen (24-Stunden-Verfügbarkeit) sowie Pflege, Erziehung und Therapie durch ein multiprofessionelles Team (siehe unten) mindestens 3 Stunden pro Tag und Patient/in aus mindestens 2 Bereichen; - Anwesenheit in der Kernzeit und Bereitschaft in der übrigen Zeit eines Facharztes/einer Fachärztin (Psychiatrie, Neurologie oder Pädiatrie) mit ergänzender spezieller Ausbildung auf dem Teilgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Leitung der Station oder Abteilung durch einen Facharzt/eine Fachärztin (Psychiatrie, Neurologie oder Pädiatrie) mit ergänzender spezieller Ausbildung auf dem Teilgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie; - ein multiprofessionelles Team – bestehend aus den Bereichen Klinische Psychologen/ Psychologinnen, Sozial- bzw. Rehabilitationspädagogen/-pädagoginnen, Ergotherapeuten/-therapeutinnen, Logopäden/Logopädinnen, Physiotherapeuten/-therapeutinnen und Psychotherapeuten/-therapeutinnen – steht zur Verfügung. - Besprechungen im Team mit Fachleuten externer Institutionen (z.B. Jugendämter, Schulen) erforderlich.
<p>4. Folgende Patientenkriterien charakterisieren den Schweregrad der Erkrankung dieser Patienten/Patientinnen (mindestens 3 Kriterien müssen erfüllt sein):</p> <ul style="list-style-type: none"> - voll pflegebedürftig bzw. in den Aktivitäten des täglichen Lebens weitestgehend von fremder Hilfe abhängig; - ständige Aufsicht (Einzelbetreuung in allen Wachperioden) erforderlich; - keine oder geringe Kooperationsfähigkeit; - Komplikationen und notfallsartige Verschlechterungen häufig vorkommend; - 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); 	<p>4. Folgende Patientenkriterien charakterisieren den Schweregrad der Erkrankung dieser Patienten/Patientinnen (mindestens 4 Kriterien müssen erfüllt sein):</p> <ul style="list-style-type: none"> - der altersspezifischen Aufsichtspflicht (24 Stunden) unterworfen; - in den Aktivitäten des täglichen Lebens teilweise von fremder Hilfe abhängig; - mittel- bis höhergradige Beeinträchtigung in mehreren psychosozialen Bereichen, z.B. Angstzustände, Zwangsrituale, Aggressionsverhalten, Kontaktstörungen, Suizidtendenzen (entspricht den Stufen 4–6 der Achse 6 des multiaxialen Klassifikationsschemas für die psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO);

<ul style="list-style-type: none"> - hochgradige quantitative Bewusstseinstörung, z.B. Bewusstlosigkeit, höhergradige Somnolenz; - hochgradige qualitative Bewusstseinstörung, z.B. Dämmerzustände, Delirien, Orientierungsstörungen, Verlust des Realitätsbezuges; - keine oder nur geringe motorische Leistung möglich, z.B. Tetraplegie, Hemiplegie, Chorea-Athetose; - hochgradige Einschränkungen höchster Hirnleistungen, z.B. Dysphasie, Dyspraxie, Agnosie, Neglect. 	<ul style="list-style-type: none"> - mittel- bis höhergradige Störungen der Kommunikation, z.B. bei tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (F84 nach ICD-10) oder bei Störungen sozialer Funktionen (F94 nach ICD-10); - mittel- bis höhergradige Störungen der Bewegungsfunktionen, z.B. Tetraparese, Hemiparese; - mittel- bis höhergradige Störungen der Wahrnehmungsfunktionen bzw. der höheren Hirnleistungen, z.B. Dysphasie, Dyspraxie, Agnosie, Dyslexie.
<p>Punkte/Tag Stufe I: 507</p>	<p>Punkte/Tag Stufe R: 304</p>

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 fünf folgenden Funktionscode-Gruppen festzulegen:

- FC: 1x62xxxx = Psychiatrie**
- FC: 1x64xxxx = Kinder- und Jugendpsychiatrie**
- FC: 1x5115xx = Kinder-Psychologie**
- FC: 1x5163xx = Kinder- und Jugendpsychiatrie (Kinderheilkunde)**
- FC: 1xxx68xx = Psychosomatik (kombinierbar mit Fachhauptbereichen)**

Im LKF-Modell 2011 werden die psychiatrischen Fachabteilungen nach den folgenden Kriterien in Abteilungsgruppe 01 und Abteilungsgruppe 02 eingestuft.

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

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 oder Einheiten der psychosomatischen Versorgung 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 das GÖG/BIQG.

3.8. Festlegung von Einrichtungen der tagesklinischen Behandlung in der Psychiatrie

Einrichtungen 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 1x6285xx, 1x6485xx)
- ⇒ 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 Gesundheits-Psychologe/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 dem Bereiche 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) Die psychiatrischen Einzelleistungen AM020, AM030 können in der Tagesklinik nicht abgerechnet werden.
- k) 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 Stun-
den betragen darf. Dies bedeutet, dass zumindest 90 Minuten täglich andere
Therapieleistungen aus den oben angeführten Fachbereichen durchgeführt wer-
den müssen.

Dokumentation und Codierregel der tagesklinischen Behandlung in der Psychiatrie:

- ⇒ MEL AM060: „Tagesklinische Behandlung in der Psychiatrie“ (LE = je Behand-
lungs-/Anwesenheitstag); Dokumentation des jeweiligen Datums der Behand-
lung
- ⇒ Im Rahmen eines Aufenthaltes zur tagesklinischen Behandlung in der Psy-
chiatrie wird ausschließlich die MEL AM060 für die Abrechnung berücksichtigt.
- ⇒ Bei Verlegung in andere Abteilungen oder bei der Erbringung einer zusätzli-
chen 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 Entlas-
sungskennzeichens „H“ (Beginn und Abschluss eines Datensatzes, der einen
halbstationären Aufenthalt beschreibt) sicherzustellen.
- ⇒ Bei einer Behandlungsserie, die länger als 4 zusammenhängende Kalenderta-
ge 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.

3.9. Festlegung von Einrichtungen der tagesstrukturierenden Behandlung in der Psychiatrie

Einrichtungen 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 1x6285xx, 1x6485xx für Tagesbetreuung oder 1x6286xx, 1x6486xx für Nachtkliniken)
- ⇒ 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 am Tag“ (LE = je Behandlungs-/Anwesenheitstag); Dokumentation des jeweiligen Datums der Behandlung
- ⇒ MEL AM080: „Tagesstrukturierende Behandlung in der Psychiatrie – Nachtambulanz“ (LE = je begonnene Nacht); 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.

3.10. Festlegung zur Abrechnung 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.

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

Stationäre Einrichtungen mit Schwerpunkt für Psychosomatik und Psychotherapie können bei Erfüllung der entsprechenden Kriterien wie Einheiten der Psychiatrie in die Abteilungsgruppen 01 oder 02 eingestuft werden.

Auf genehmigten stationären Einrichtungen mit Schwerpunkt für Psychosomatik und Psychotherapie können die Leistungen „AM100 – Stationäre Behandlung auf einer Einheit für Psychosomatik und Psychotherapie (PSO) im Turnus 4–12 Wo-

chen (LE=je Aufenthalt)" und „AM110 – Tagesklinische Behandlung auf einer Einheit für Psychosomatik und Psychotherapie (PSO) (LE=je Behandlungstag)" abgerechnet werden.

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

3.10.1. 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).

3.10.2. 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.

3.11. Festlegung von Einrichtungen der tagesklinischen Behandlung in der Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)

Einrichtungen 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 Einrichtung 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.

3.12. Erläuterungen zur Dokumentation von tagesklinischen Behandlungen in anderen Sonderbereichen (z.B. Akut-Nachbehandlung von neurologischen Patienten/Patientinnen, Remobilisation)

Die unter Punkt 3.8 bis 3.10 beschriebenen Regeln gelten nur für den Bereich der tagesklinischen und tagesstrukturierenden Behandlung in der Psychiatrie und tagesklinischen Behandlung in der Akutgeriatrie/Remobilisation.

Bei allen anderen tagesklinischen Behandlungen ist weiterhin pro Behandlungstag ein Datensatz zu melden.

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 (analog KJP).

3.15. Festlegung von medizinischen Einzelleistungen zur Abrechnung nach dem Tagesklinikmodell

Die Bepunktungsregeln für den tagesklinischen Bereich wurden für das LKF-Modell 2009 durch die Erweiterung des Katalogs tagesklinisch abrechenbarer Leistungen weiterentwickelt. Die Dokumentation der Aufnahmeart „K“ im Diagnosen- und Leistungsbericht ist nicht mehr Voraussetzung für die Abrechnung nach dem Tagesklinikmodell.

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

- ⇒ Die Abrechnung von tagesklinischen Leistungen ist durch die Landesgesundheitsplattform bzw. den PRIKRAF pro Krankenanstalt im Rahmen des Versorgungsauftrages zu genehmigen.
- ⇒ 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.

3.16. Genehmigung der Abrechnung von ausgewählten speziellen medizinischen Einzelleistungen

Folgende Leistungen sind durch den Landesgesundheitsfonds/PRIKRAF zu genehmigen:

Code	Leistungsbezeichnung
AJ140	Perkutane Destruktion peripherer Nervenfasern (LE=je Sitzung)
AK010	Perkutane Destruktion vegetativer Ganglien (LE=je Sitzung)
DB020	Perkutane interventionelle Pulmonalklappen-Implantation
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 stationären Einheiten eines Krankenhauses, auf denen die Leistungen AJ140, AK010, DB020, LH010, LH020, LH021 abgerechnet werden sollen, sind vom Landesgesundheitsfonds bzw. PRIKRAF unter Berücksichtigung der Ergebnisse der HTA-Berichte⁵ und unter Angabe des jeweiligen 8-stelligen Funktionscodes zu genehmigen.

Die Leistung DB020 ist 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.

Für die Leistungen LH010, LH020, LH021 muss darüber hinaus ein wirbelsäulen-chirurgisches Back-up entweder in der Krankenanstalt oder durch Kooperation mit einer anderen KA sichergestellt sein.

⁵ 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.

3.17. 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 **Bepunktung kann nach Genehmigung durch den Landesgesundheitsfonds** über die vorhandene definierte Fallpauschale wie die vergleichbare Leistung abgerechnet werden. Diese Regelung wird nach Vorliegen von Daten aus 2 Jahren Anwendung auf ihre Tauglichkeit überprüft.

Für das LKF-Modell 2011 sind die folgenden vorläufigen Leistungs-codes und Abrechnungsgruppen vorgesehen:

Code	Leistungsbezeichnung	Abrechnungsgruppe
XN010	Ersatz der Aortenklappe – perkutan, interventionell (LE=je Sitzung)	MEL08.03 B
XN020	Implantation eines Systems zur kardialen Kontraktilitätsmodulation (LE=je Sitzung)	MEL10.03 A
XN030	Implantation eines Stentgrafts in die Aorta ascendens (LE=je Sitzung)	MEL08.09 A
XN040	Ventilimplantation in das Bronchialsystem (LE=je Sitzung)	MEL 07.01 A, B
XN050	Implantation eines Mitralklappenclips – perkutan (LE=je Sitzung)	MEL08.03 B

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

- ⇒ Die angeführten Leistungen XN010 bis XN050 sind im Programmpaket KDok 2011 im Menüpunkt „Wartung“ unter „Exklusionen medizinischer Leistungen“ je Krankenhaus einzutragen. Eine Dokumentation führt dadurch zum (akzeptierbaren) Error „EM2P – Medizinische Leistung für diese KA unplausibel“.
- ⇒ Die Genehmigung der Erbringung und Abrechnung dieser Leistungen soll analog den Sonderbereichen mit Beschlussfassung in der Landesgesundheitsplattform/im PRIKRAF erfolgen.
- ⇒ Nach Genehmigung der einzelnen Leistungen sind diese aus den Exklusionen zu löschen und stehen damit zur Abrechnung nach dem LKF-Modell 2011 zur Verfügung.

Diese Vorgangsweise wurde auch deshalb gewählt, um explizit darauf hinzuweisen, dass diese Leistungen nicht generell erbringbar sind, sondern nur unter bestimmten Voraussetzungen. Eine Genehmigung für die Erbringung und Abrechnung sollte daher auch nur durch einen aktiven Akt der Beschlussfassung erfolgen.

3.18. 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.

3.19. 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.

3.20. 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)**
- 3. Aufnahme in den allgemeinen stationären Bereich, Tagesklinik, Rehabilitationsbereich**

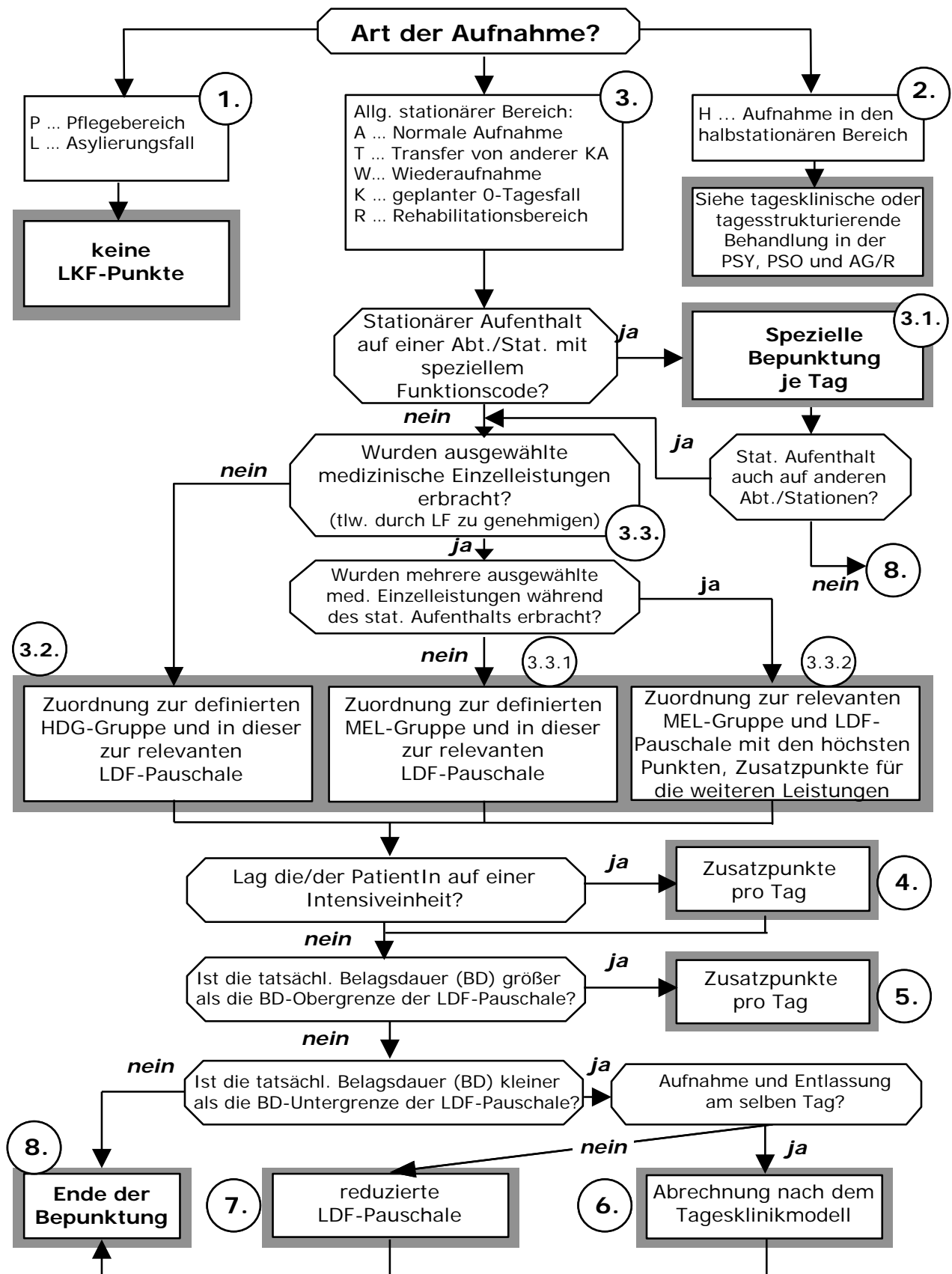
In der Folge werden die im allgemeinen stationären Bereich, im Bereich der Tageskliniken und im Rehabilitationsbereich aufgenommenen Patienten/Patientinnen auf Basis der im LKF-Modell definierten Zuordnungskriterien den einzelnen LDF-Gruppen zugeordnet.

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 und R) ist abweichend davon eine tageweise Bepunktung vorgesehen.
- ⇒ Für die LKF-Bepunktung von speziellen Leistungen aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie (MEL AM030 und AM020) müssen durch die Landesgesundheitsplattform bzw. den PRIKRAF abrechnungsberechtigte Einheiten genehmigt werden.
- ⇒ 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“ und „AM050 – Drogenentwöhnungsbehandlung auf Drogenstationen“ müssen durch die Landesgesundheitsplattform bzw. den PRIKRAF abrechnungsberechtigte Einheiten genehmigt werden (Funktionscode: 1-6215).
- ⇒ Für die LKF-Bepunktung der MEL LH020 – „Aufrichtung und Füllung des Wirbelkörpers durch perkutane Punktion“ müssen durch die Landesgesundheitsplattform bzw. den PRIKRAF abrechnungsberechtigte Einheiten genehmigt werden (Angabe aller Funktionscodes, auf denen diese Behandlung abgerechnet werden darf).

- ⇒ 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. 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.

Abbildung: Zuordnungs- und Bepunktungsregeln im LKF-Modell



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

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, 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 Behandlungs-/Anwesenheitstag) bzw. AM070: „Tagesstrukturierende Behandlung in der Psychiatrie am Tag“ (LE = je Behandlungs-/Anwesenheitstag) oder MEL AM080: „Tagesstrukturierende Behandlung in der Psychiatrie – Nacht-klinik (LE = je begonnene Nacht)“ 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 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 Behandlungs-/Anwesenheitstag)“ 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 Einrichtungen		484 Punkte ab dem 22. Tag degressiv, mindestens 242 Punkte
Spezielle Bereiche der Kinder- und Jugendpsychiatrie	Stufe I Stufe R	507 Punkte 304 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 219 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. 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. 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

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

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
TK	...	Tageskomponente je Tag der zugeordneten LDF
BDOG	...	Belagsdauerobergrenze der zugeordneten LDF

Beispiel:

Anhand eines Fallbeispiels wird die Bepunktung der Belagsdauerausreißer nach oben veranschaulicht. Der Patient/Die Patientin wird zunächst anhand seiner/ihrer Hauptdiagnose der HDG-Gruppe HDG09.02 zugeordnet. Innerhalb der Gruppe erfolgt die Zuordnung des Patienten/der Patientin zur LDF-Pauschale A. Die Gesamt-Punkte des Patienten/der Patientin ergeben sich aufgrund der LDF-Pauschale und der Zusatzpunkte für die über der Belagsdauerobergrenze liegenden Tage (10., 11., und 12. Tag).

Tabelle: Patientendaten

Hauptdiagnose ICD-10	Alter	Belagsdauer
C64 Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	<= 64 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 Gesamt-Punkte

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

Punkte = LDFP + Zuschläge = 1.153+289+241+206+180+180= 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 „S“ oder „T“ (Sterbefälle, Transferierungen) werden unverändert nach den bestehenden LKF-Bepunktungsregeln für Belagsdauerausreißer 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 (= Intensive Behandlung) und R (= Rehabilitative Behandlung), palliativmedizinische Einrichtungen) werden nach den jeweiligen Bepunktungsregeln abgerechnet.
- ⇒ Fälle der MEL-Gruppe 22.xx (Onkologische Therapien) werden nach den bestehenden LKF-Bepunktungsregeln für Belagsdauerausreißer 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

$$\text{Punkte/Fall} = \text{LK} + \frac{(\text{LDFP} - \text{LK}) * (\text{X} + 1)}{(\text{BDUG} + 1)}$$

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
LDFP	...	LDF-Pauschale
BDUG	...	Belagsdaueruntergrenze der zugeordneten LDF

Beispiel:

Anhand eines Fallbeispiels wird die Bepunktung der Belagsdauererausreißer nach unten veranschaulicht. Der Patient/Die Patientin wird zunächst anhand seiner/ihrer Leistung der MEL-Gruppe **MEL06.04** zugeordnet. Innerhalb der Gruppe erfolgt die Zuordnung des Patienten/der Patientin zur **LDF-Pauschale B**. Die Gesamt-Punkte des Patienten/der Patientin 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, Ampulla recti	3 Tage

Tabelle: Daten gemäß Anlage 4 zum LKF-Modell

Gruppe	LDFP B	LK	BDUG
MEL06.04	8.575 Punkte	4.159 Punkte	4 Tage

Tabelle: Berechnung der Gesamt-Punkte

$$\text{Punkte} = 4.159 + \frac{(8.575 - 4.159) * (3 + 1)}{4 + 1} = 7.692$$

4.8. 0-Tagesfälle auf Intensiveinheiten und in speziellen Funktionsbereichen

4.8.1. Intensiveinheiten

0-Tagesfälle (Aufnahme- und Entlassungsdatum auf dieser Station am selben Tag) auf Intensiveinheiten erhalten nur dann das der zugeordneten Gruppe entsprechende zusätzliche Tagespauschale (gewichtet mit Korrekturfaktor), wenn der Patient/die Patientin von der Intensiveinheit 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 und R]) 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 längeren stationären Aufenthalten kommen typischer Weise in der Psychiatrie in Form von Ausgängen über das Wochenende vor, in Ausnahmefällen kann es auch in anderen Bereichen bei schwerwiegenden Gründen zu Unterbrechungen kommen. 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 Gesamtbelagsdauer 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

Für die Dauer der Unterbrechung ist kein Kostenbeitrag gemäß §27a KuKAG 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. Die Unterbrechung ist für den Kostenbeitrag und das Pflegegeld wie eine Entlassung zu behandeln.

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. Aufnahmekennzeichen

Das Aufnahmekennzeichen „K“ (bis Modell 2008 für die Abrechnung nach dem Tagesklinikmodell erforderlich) wurde bereits 2010 zur weiteren Dokumentation wieder aufgenommen, da die SV-Träger dieses Kennzeichen verwenden, um für PflegegeldbezieherInnen nicht ein Ruhen des Pflegegeldes einzuleiten.

Das Aufnahmekennzeichen „K“ ist für alle geplanten 0-Tagesfälle zu dokumentieren.

5.3. 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 ngl. 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 2010 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:

$$\text{Normauslastung (80\%)/IST-Auslastung}$$

(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 2011 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
2920 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
2000 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>.