

LKF-Modell 2022 für den spitalsambulanten Bereich

1. Jänner 2022

Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:

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

Herstellungsort: Wien

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

Projektleitung:

Mag. Gerhard Embacher (BMSGPK)

Projektteam

BMSGPK:

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

Koordination medizinische Dokumentation:

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

Ökonomenteam (SOLVE-Consulting):

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

Ärzteteam:

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

Fachleute aus den medizinischen Fächern

Statistik:

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

Software-Entwicklung:

DI Bernhard Pesec (dothealth)

Gesundheit Österreich GmbH:

Dr. Karin Eglau, Mag. Petra Paretta

Wien, September 2021

Alle Rechte vorbehalten:

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

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

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

Inhalt

Impressum	2
Inhalt	4
Abkürzungsverzeichnis.....	6
1 Ausgangslage und Zielsetzungen	7
2 Gesamtdarstellung des Ambulanzmodells	9
3 Begriffsdefinitionen, Geltungsbereich, Abgrenzungen	12
3.1 Begriffsdefinitionen.....	12
3.2 Geltungsbereich und Rahmenbedingungen	14
3.3 Kriterien für die Zuordnung von Leistungen.....	15
3.4 Abgrenzungen zu Null-Tagesaufenthalten im LKF-Modell für den stationären Bereich	16
4 Modellbeschreibung und Abrechnungsalgorithmus.....	17
4.1 Modellbeschreibung	17
4.2 Abrechnungsalgorithmus	19
5 Abrechnungsvoraussetzungen.....	21
5.1 Bepunktungsrelevante Daten in der Datenmeldung für den ambulanten Bereich....	21
5.1.1 Physische Anwesenheit, Dokumentation von Leistungen von externen Einsendungen	21
5.1.2 Dokumentation von nicht fondsrelevanten Besuchen oder Leistungen	22
5.1.3 Telemedizinische Leistungen	22
5.2 Festlegung von genehmigungspflichtigen Leistungen	22
5.2.1 MEL ZZ710 – Aussetzen der Bepunktung im ambulanten Bepunktungsmodell 2022.....	22
5.2.2 Neue genehmigungspflichtige Leistungen (ZZ721 bis ZZ723).....	24
5.2.3 Dokumentation der leistungserbringenden Funktionscodes für die Leistung AN010.....	24
5.3 Kriterien und Abrechnungsregeln für Einheiten zur ambulanten Tagesbehandlung und ambulanten tagesstrukturierenden Behandlung	25
5.3.1 Festlegung von Einheiten zur ambulanten Tagesbehandlung in der Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R) – MEL AM090	25
5.3.2 Festlegung von Einheiten zur ambulanten Tagesbehandlung in der Psychiatrie – MEL AM060.....	27
5.3.3 Festlegung von Einheiten zur ambulanten tagesstrukturierenden Behandlung in der Psychiatrie – MEL AM070 bzw. AM080	29
5.3.4 Festlegung von Einheiten zur ambulanten Tagesbehandlung in der Psychosomatik und Psychotherapie (PSO) für Erwachsene – MEL AM110	31
5.3.5 Festlegung von Einheiten zur ambulanten Tagesbehandlung in der Psychosomatik und Psychotherapie (PSO) für Kinder und Jugendliche – MEL AM150	32

5.3.6	Festlegung von Einheiten zur ambulanten tagesklinischen Behandlung (MEL AM120) oder zur ambulanten tagesstrukturierenden Behandlung (MEL AM130) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP).....	33
5.4	Festlegung von Leistungen mit verpflichtender Diagnosendokumentation	37
5.5	Festlegung der LKF-relevanten Kostenträger	38
6	Datenaustausch Krankenanstalten mit Sozialversicherung	39
7	Umsetzung auf Landesebene	40
7.1	Abrechnung von ambulanten Besuchen mit tagesklinisch abrechenbaren Leistungen	41
7.2	Abrechnung von ambulanten Besuchen mit anderen, nicht-tagesklinischen Leistungen aus dem stationären Bereich	42
7.3	Verschiebung sonstiger Null-Tagesaufenthalte in den spitalsambulanten Bereich ...	42
7.4	Sonstige Besuche und Leistungen aus dem spitalsambulanten Bereich.....	43
7.5	Dokumentation ambulanter Betreuungsplätze in der KA-Statistik.....	43
8	Festlegungen zur Umsetzung	44
9	Evaluierungsvereinbarung	45

Abkürzungsverzeichnis

AGmedT	(Fachgruppenübergreifende) Arbeitsgruppe für medizinische Themen
AFG01	Ambulante Funktionscodegruppe (Zuweisungsfächer)
ALG01-19	Ambulante Leistungsgruppen
AMBDS	Ambulantes Minimum Basic Data Set
AMG	Ambulante MEL-Gruppen
APG	Ambulante Pauschalgruppen
B-ZV	Bundes-Zielsteuerungsvertrag
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BPoS	Best Point of Service
DokuG	Dokumentationsgesetz
DokuVO	Dokumentationsverordnung
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte
ETA	Ein-Tagesaufenthalte
FC	Funktionscode
FH	Fachhochschule(n)
HVB	Hauptverband der Sozialversicherungsträger
KA	Krankenanstalt
KAL	Katalog ambulanter Leistungen
KH	Krankenhaus
KP	Kontaktpunkte
LGF	Landesgesundheitsfonds
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LP	Leistungspunkte
MEL	Medizinische Einzelleistung
NTA	Null-Tagesaufenthalte
op. Z.	operatives Ziel
SV	Sozialversicherung
TGF	Tiroler Gesundheitsfonds
TK	Tagesklinik
ZS-G	Zielsteuerung-Gesundheit

1 Ausgangslage und Zielsetzungen

Im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit (ZS-G) sind im Bundes-Zielsteuerungsvertrag (B-ZV) im Steuerungsbereich „Versorgungsstrukturen“ Ziele formuliert, die eine Anpassung der bisherigen Versorgungsstrukturen an die modernen Möglichkeiten der Medizin erfordern. Ein Schwerpunkt ist die Forcierung der tagesklinischen Leistungserbringung (B-ZV op. Z. 6.2.2). Ein weiterer Schwerpunkt ist die Reduktion von medizinisch nicht indizierten Null-/Ein-Tagesaufenthalten (NTA/ETA, B-ZV op. Z. 6.2.3).

Zur nachhaltigen Unterstützung dieser Ziele sind entsprechende Anreizmodelle zu schaffen. Ein wesentlicher Faktor wird darin bestehen, dass vergleichbare Gesundheitsleistungen auch bei spitalsambulanter Leistungserbringung in vergleichbarer Art und Höhe abrechenbar sind.

Nach Diskussion des im Herbst 2014 vorgelegten Grundlagenpapiers für die Abrechnung von Tageskliniken (TK) und 0-/1-Tagesaufenthalten wurde als Ergebnis einer Arbeitsrunde der Länder festgehalten, dass das Monitoring der Vorgaben zur Zielerreichung (B-ZV op. Z. 6.2.2) der derzeit bereits im B-ZV definierten TK-Leistungsbündel jetzt schon wesentlich zur Forcierung der TK beiträgt. Die Bepunktung der TK-Leistungen im LKF-Katalog bot bereits damals ausreichend Anreize zur Forcierung der tagesklinischen Leistungserbringung bzw. zur Verlagerung von Mehrtagesaufenthalten in die TK. Darüber hinaus gehende finanzielle Anreize waren nicht erforderlich, da bei den Tagesklinikleistungen eine erhöhte Fallpauschale abgerechnet werden konnte. Im LKF Modell 2020 kam es dann zu einer wichtigen Weiterentwicklung bei der Abrechnung tagesklinischer Leistungen, weil die Bepunktung gleichgestellt wurde, unabhängig davon, ob der Fall ambulant oder stationär administriert wird. Dies stellt einen weiteren Schritt in Richtung Forcierung der spitalsambulant Leistungserbringung dar.

Betreffend die Reduktion von medizinisch nicht indizierten Null-/Ein-Tagesaufenthalten (B-ZV op. Z. 6.2.3) wurde vorgeschlagen, in einem ersten Schritt schwerpunktmäßig die sonstigen Null-Tagesaufenthalte (exkl. S, T) ohne spezielle Leistung in das Modell einzu beziehen. Ebenso sollten Abrechnungsmöglichkeiten für weitere Leistungspositionen aus dem KAL in Abstimmungen mit den Abrechnungsregelungen für NTA und ETA entwickelt werden. Diese Leistungen sollten künftig nicht mehr im stationären Bereich der LKF abrechenbar sein, sondern im Rahmen eines eigenen neuen bundesweiten Bepunktungsmodells für den spitalsambulant Bereich.

Zur Vorbereitung des Bepunktungsmodells wurde eine Projektgruppe eingesetzt, mit dem Auftrag ein Bepunktungsmodell für den gesamten spitalsambulant Bereich mit dem besonderen Schwerpunkt der Vermeidung medizinisch nicht indizierter Null- und Ein-Tagesaufenthalte zu entwickeln.

In den Beratungen wurde festgehalten, dass die Grundvoraussetzung einer einheitlichen Bewertung ambulanter Besuche eine von der Kostenstellenstruktur und Zählweise unabhängige Bepunktung von Kontakten je Krankenhaus und Datum ist. Im Gesamtergebnis soll daher die Bepunktung auf den ambulanten Besuch zusammengefasst werden. Das Grundsatzkonzept wurde in der Bundesgesundheitskommission am 2. Dezember 2015 zustimmend zur Kenntnis genommen und die Erarbeitung einer Detailbeschreibung für die Beschlussfassung zur Umsetzung ab 1. Jänner 2017 beauftragt. Seit dem Beschluss der BGK vom 1. Juli 2016 liegt ein bundeseinheitliches Modell für den spitalsambulanten Bereich zur Anwendung vor, das von einigen Bundesländern bereits teilweise oder zur Gänze in den Jahren 2017 und 2018 eingeführt wurde. Dieses Modell („LKF ambulant“) wurde ab 1. Jänner 2019 in allen Bundesländern verbindlich eingeführt. Die hier vorliegende Modellbeschreibung beinhaltet die Grundlagen und Definitionen des Bepunktungsmodells im spitalsambulanten Bereich sowie Festlegungen zur Umsetzung auf Landesebene.

2 Gesamtdarstellung des Ambulanzmodells

Das Bepunktungsmodell besteht aus einem Mischsystem aus Pauschalen für Leistungen/Leistungsgruppen und Pauschalen für Kontakte, die zu einem ambulanten Besuch zusammengefasst werden. Nach dem Muster bestehender Regelungen in einigen Bundesländern wird als weiterer Modellparameter der Ansatz einer Strukturkomponente vorgesehen, die neben der Bewertung der Kontakt- und Leistungspauschalen – fokussiert auf die direkten Kosten – eine adäquate Berücksichtigung von Vorhaltekapazitäten und Versorgungsaufträgen ermöglicht. Unerwünschte Anreize zur unverhältnismäßigen Auslastung der vorhandenen Strukturen werden damit reduziert.

Die Bezugsgröße für die Verteilung der Strukturkomponente kann innerhalb der Landesgesundheitsfonds festgelegt werden, z.B. nach Kosten für den Ambulanzbereich pro KH, Gewichtungen nach Strukturkennzahlen pro Fach.

Bei der Modellentwicklung wurden für die Bewertungsrelationen der Pauschalen in Punkten 50% der ambulanten Endkosten zu Grunde gelegt. Für die Berücksichtigung einer Strukturkomponente wurden die restlichen 50% der Kosten angesetzt.

Für die Abrechnung von Regressfällen, ausländischen Gastpatienten und Selbstzahlern sind auf Landesebene entsprechende Regelungen zu treffen.

Für die onkologische Pharmakotherapie (MEL22) und den bisherigen halbstationären Bereichen sind die Punkte für ambulante Besuche den LKF-Punkten im stationären Bereich gleichgesetzt, um bei Verlagerungen in den spitalsambulanten Bereich eine vergleichbare Abrechnung zu ermöglichen (siehe auch Kapitel 8).

Da im ambulanten Bereich noch keine flächendeckende Diagnosencodierung erfolgt, ist derzeit keine vollständige Gruppierung über Diagnosen möglich. Zu bestimmten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen im spitalsambulanten Bereich, jedenfalls aber zu vormals auch im stationären Bereich erbrachten Behandlungen (Chemotherapie, Strahlentherapie), ist eine codierte Diagnosendokumentation nach ICD-10 erforderlich, um die Kontinuität für wichtige epidemiologische Daten und die Durchgängigkeit des Modells für eine kostenadäquate Abgeltung sicherstellen zu können. Die Bereiche, für die eine Diagnosencodierung erforderlich ist, sind im Rahmen der jährlichen Wartung des Modells festzulegen.

Medikamente werden außerhalb der Onkologie derzeit nicht bepunktet. In der ersten Phase sollen im Abrechnungsmodell für den spitalsambulanten Bereich – abgesehen von Chemotherapien – keine Fallpauschalen für pharmakologische Therapien vorgesehen werden.

Es erfolgt jedoch seit 1.1.2017 eine Erfassung von definierten seltenen und teuren pharmakologischen Therapien (z.B. Enzyersatztherapien) sowohl im stationären als auch im spitalsambulanten Bereich. Dazu wurden einige wenige Positionen in den Leistungskatalog aufgenommen.

Diese Therapien sind jedenfalls mit entsprechenden Indikationen zu verknüpfen für Zwecke der Qualitätssicherung, Epidemiologie und allfällige spätere Abrechenbarkeit. Die Leistungserfassung für die ausgewählten Medikamente ist daher nur bei gleichzeitiger verpflichtender Erfassung der entsprechenden Diagnosen nach ICD-10 sinnvoll.

In Symmetrie zur Dokumentation dieser pharmakologischen Therapien im KA-Bereich werden zur Erreichung eines vollständigen Bildes über das Leistungsgeschehen seitens der SV entsprechende Informationen aus dem extramuralen Bereich zur Verfügung gestellt (z.B. Daten zu Arzneimittelverordnungen).

Diese Dokumentation ist die Grundlage für die Entwicklung von entsprechenden Fallpauschalen (pharmakologische Therapien in Kombination mit Diagnosen) für eine mögliche Bepunktung in zukünftigen Modellen.

Die Dokumentation dieser pharmakologischen Therapien in Krankenanstalten soll kein Präjudiz für eine zukünftige Verabreichung im intramuralen Bereich sein.

Bis zu einer Differenzierung der Laborpositionen im Leistungskatalog nach Kostenaufwand ist auch eine differenzierte Abbildung von Laborleistungen in den Leistungspauschalen nicht möglich. Nach Meinung der Landesgesundheitsfonds wäre bei geeigneten Pauschalen die Differenzierung des Leistungskatalogs auch erst in der Weiterentwicklung des Modells möglich und sollte dann mit der Wartung der Systematik der Laborleistungen gemeinsam mit ELGA erfolgen.

Als Basis für das Bepunktungsmodell dienen die Datenmeldung an das Gesundheitsministerium nach dem bundeseinheitlichen Leistungskatalog und die Bewertungen der Leistungen aus den Projekten LKF-Nachkalkulation und KAL-Bewertungsrelationen aus dem spitalsambulanten Bereich.

Die Grundlagen aus dem Projekt KAL-Bewertungsrelationen für den spitalsambulanten Bereich wurden mit den Ergebnissen aus dem Projekt LKF-Nachkalkulation (Methodik, Relationen) abgeglichen und erforderlichenfalls angepasst.

Die Kostenrelationen im stationären LKF-Modell wurden auf Basis einer Vollkostenbewertung (inkl. Vorhaltekapazitäten) berechnet. Bei Verwendung von Ergebnissen aus dem Projekt LKF-Nachkalkulation (stationärer Bereich) für das spitalsambulante Bepunktungsmodell wurden die Einzelkosten angesetzt. Bei dieser Vorgehensweise ist

darüber hinaus zu berücksichtigen, dass stationäre Patient:innen häufiger einen höheren Schweregrad aufweisen als ambulante. Für eine weitere Differenzierung nach Schweregrad war jedoch keine Datengrundlage vorhanden.

3 Begriffsdefinitionen, Geltungsbereich, Abgrenzungen

3.1 Begriffsdefinitionen

In diesem Dokument werden die folgenden Begriffe mit den hier beschriebenen Definitionen verwendet:

Begriff	Begriffserklärung für die Verwendung in diesem Dokument
Bepunktungsmodell	Ein Modell, dessen einzelne Positionen mit Punkten versehen sind. Bei Verwendung für eine Abrechnung können diese mit Geldeinheiten bewertet werden (= Abrechnungsmodell, wie z.B. LKF-Modell mit unterschiedlichen EURO-Werten pro Punkt im jeweiligen LGF). Dient zur Mittelverteilung, im Gegensatz zu einem Finanzierungsmodell, das zur Mittelaufbringung dient.
Bewertungsrelationen, Relativgewichte	Die Bewertungsrelationen/Relativgewichte einzelner Positionen/Leistungen stehen in einer quantifizierbaren Relation zueinander, für hier: bezogen auf Kosten. Die Relativgewichte sind keine konkreten EURO-Werte, eignen sich aber im Sinne von Äquivalenzziffern als Verteilungsschlüssel von Geldmitteln nach Kostenkriterien.
Leistungen	Leistungen aus dem bundeseinheitlichen Leistungskatalog des BMSGPK (MEL+KAL)
Ambulante Kontakte	Kontakte von ambulanten Patient:innen pro Funktionseinheit (Kostenstelle) im spitalsambulanten Bereich, in der Krankenanstaltenstatistik als Frequenzen bezeichnet.
Ambulante Besuche	Zusammenfassung von Kontakten von ambulanten Patient:innen pro Kalendertag im spitalsambulanten Bereich, unabhängig von der Anzahl der besuchten Funktionseinheiten.
Ambulanter Betreuungsplatz (ambBP)	Platz, auf dem eine mehrstündige ambulante Behandlung/Beobachtung erfolgt. Ambulante Betreuungsplätze sind nur für die im aktuellen ÖSG definierten Versorgungsbereiche auszuweisen: <ul style="list-style-type: none"> • Onkologische Pharmakotherapie • Tagesbehandlung in PSY, KJP, PSO, AG/R • Ambulante Untersuchung und/oder Behandlung in einer Zentralen Ambulanten Erstversorgung (ZAE) und in definierten ambulanten Erstversorgungseinheiten gemäß LKF-Modell ambulant • Erbringung tagesklinischer Leistungen im ambulanten Setting

Begriff	Begriffserklärung für die Verwendung in diesem Dokument
	<p>Die Zahl der ambulanten Betreuungsplätze ist gemäß der im aktuellen ÖSG beschriebenen Berechnungsregel anzugeben.</p> <p>Ambulante Betreuungsplätze beziehen sich auf besonders ausgestattete Einheiten auf nicht-bettenführenden Hauptkostenstellen für eine längere Betreuung im Rahmen von ambulanten Besuchen, die entsprechend den Erfordernissen der jeweiligen Behandlung unterschiedlich technisch ausgestattet sind.</p> <p>Für Patient:innen auf ambulanten Betreuungsplätzen ist während ihres ambulanten Besuchs eine auf die Behandlungsart bezogen ausreichende Mindestpersonalausstattung gemäß LKF-Modell und ÖSG vorzusehen.</p>
Tagesklinik-Aufenthalt	Stationäre Aufnahme und Entlassung am selben Tag mit Leistung aus dem Tagesklinikcatalog
Sonstiger 0-Tagesaufenthalt oder Null-Tagesaufenthalt	Im aktuellen LKF-Modell stationäre Aufnahme und Entlassung am selben Tag, ohne Leistungen aus dem Tagesklinikcatalog oder Leistungen in MEL-/Leistungsgruppen im stationären Bereich; wird zukünftig als ambulanter Besuch bepunktet.
Leistungspunkte (LP)	Punkte für die zugeordneten Leistungen in den definierten Gruppen
Kontaktpunkte (KP)	Über die KP werden alle nicht den definierten Gruppen zugeordnete Leistungen abgegolten.
Ambulante Pauschal-Gruppen (APG)	Medizinisch und kostenmäßig homogene Gruppen von ambulanten Leistungen zur pauschalen Bepunktung. Eine APG umfasst Leistungspunkte (LP) und Kontaktpunkte (KP). Die LP werden unabhängig von der Anzahl der zugeordneten Leistungen pro Pauschale einmal berechnet.
Ambulante MEL-Gruppen (AMG)	Medizinisch und kostenmäßig homogene Gruppen von ambulant erbrachten Leistungen, die analog einer MEL-Gruppe im stationären Bereich bepunktet werden. Eine AMG umfasst Leistungspunkte (LP) und Kontaktpunkte (KP), die LP werden pro Anzahl der erbrachten Leistungen berechnet.
Basis-Pauschalen (APGxx.x0)	Ist keine Leistung dokumentiert oder eine, die die Kriterien für die Einzelauswahl nicht erfüllt hat, dann wird der ambulante Kontakt mit einer Basispauschale bepunktet, die nur Kontaktpunkte, aber keine Leistungspunkte enthält.
Strukturkomponente	Abgeltung der vorgehaltenen Versorgungsstruktur

3.2 Geltungsbereich und Rahmenbedingungen

Das hier beschriebene Bepunktungsmodell gilt für den spitalsambulanten Bereich. Schwerpunkt ist die Bepunktung jener Fälle, bei denen häufig medizinisch nicht indizierte stationäre Aufnahmen beobachtet wurden.

Die Bepunktung für den spitalsambulanten Bereich soll eine adäquate Relation zu den Punkten aus dem stationären LKF-Modell aufweisen, um Fehlanreize zur stationären Aufnahme zu vermeiden. Dies gilt in weiterer Folge auch für die länderspezifische Festlegung des Eurowerts pro Punkt im Abrechnungsmodell.

Maßgeblich für die Anwendung des Modells ist die Kennzeichnung der Datenmeldung für den stationären (S) oder spitalsambulanten Bereich (I – intramural ambulant). Die Harmonisierung der Datensätze ist Voraussetzung für die Handhabung und Durchgängigkeit der Bepunktungsmodelle für den stationären und spitalsambulanten Bereich. Eine Abstimmung der Bewertungsrelationen aus dem spitalsambulanten Modell mit Honorarpositionen aus dem niedergelassenen Bereich war nicht Gegenstand der Modellentwicklung.

Die Abrechnung von tagesklinisch erbringbaren Leistungen gemäß Leistungskatalog (Tagesklinikcatalog) wird weiterhin grundsätzlich im stationären Bereich des LKF-Modells erfolgen. Ergänzend dazu ist seit dem Modell 2020 auch im spitalsambulanten Bepunktungsmodell die Abrechnung von tagesklinischen Leistungen mit den gleichen Fallpauschalen und Punkten wie im stationären Modell möglich. Die Sonderfälle von Transferierungen oder Sterbefällen am Aufnahmetag werden weiterhin als stationäre Aufenthalte abgerechnet.

Dagegen ist künftig im stationären Bereich des LKF-Modells die Abrechnung von sonstigen Null-Tagesaufenthalten grundsätzlich nicht mehr vorgesehen und soll durch eine Abrechnung über das spitalsambulante Modell ersetzt werden. Dies bedeutet auch eine Administration und Meldung (SV, LGF/BMSGPK) als ambulanter Kontakt. Um organisatorische Schwierigkeiten bei Dokumentation und Zuordnung zum stationären oder ambulanten Bereich inkl. damit verbundener Korrekturmeldungen zu vermeiden, ist im stationären LKF-Modell 2022 eine Erfassung und Abrechnung von sonstigen Null-Tagesaufenthalten mit reduzierten Punkten weiterhin möglich.

3.3 Kriterien für die Zuordnung von Leistungen

Im Modell werden ausgewählte Leistungsbereiche aus dem LKF-Modell bepunktet, die häufig bei Null-Tagesaufenthalten (NTA) erbracht wurden:

- Chemotherapie
- Strahlentherapie
- Dialyse
- Endoskopie

Weiters umfasst das Modell eine Bepunktung von ambulanten Besuchen mit spezifischen Leistungen:

- Spezielle ambulant erbringbare Leistungen, ausgewählt nach einer definierten Wertgrenze, unabhängig von der Häufigkeit (Orientierung 75 EURO direkte Einzelkosten), oder Leistungen ab einer Kostensumme in den Fondskrankenanstalten von 100.000 EURO (Häufigkeit x Wert) in Kombination mit einer Mindestwertgrenze (Orientierung 15 EURO direkte Einzelkosten), soweit diese Leistungen kein typischer Bestandteil ambulanter Kontakte sind.
- Um eine möglichst vollständige Abbildung von fachspezifischen Leistungsspektren und ambulanten Fachbereichen zu erreichen, werden auch nicht speziell ausgewählte ambulant erbringbare Leistungen in Gruppen zusammengefasst. Die Bepunktung erfolgt in Form von Basispauschalen (APGxx.x0), die nach den Kapiteln des Leistungskatalogs gegliedert sind.

Ambulante Besuche ohne dokumentierte Leistung oder nur mit „Sonstigen Leistungen“ werden jeweils mit einer einheitlichen Basispauschale (APG00.00, APG00.10) bepunktet. Die Gruppe APG00.00 mit den Fallpauschalen A–C ist die Basispauschale für alle ambulanten Besuche.

3.4 Abgrenzungen zu Null-Tagesaufenthalten im LKF-Modell für den stationären Bereich

Die Entscheidung zur stationären Aufnahme gemäß KAKuG erfolgt durch den behandelnden Arzt. Alle stationären Null-Tagesaufenthalte können im Jahr 2022 zu den im LKF-Modell 2022 für den stationären Bereich definierten Regeln weiterhin stationär abgerechnet werden.

- Stationäre Aufenthalte mit Leistungen aus dem Katalog für tagesklinisch abrechenbare Leistungen.
- Stationäre Aufenthalte mit Entlassungsart „S – Sterbefall“ und „T – Transferierung“.
- Null-Tagesaufenthalte in stationären Sonderbereichen mit tageweiser Bepunktung (Akutgeriatrie/Remobilisation, Remobilisation/Nachsorge, palliativmedizinische Einheiten, neurologische Akut-Nachbehandlung, Kinder- und Jugendpsychiatrie)
- Für Null-Tagesaufenthalte in der onkologischen Pharmakotherapie (MEL22) und für ausgewählte Leistungen bestehen gesonderte Regelungen.
- Alle weiteren Null-Tagesaufenthalte sind grundsätzlich ambulant abzurechnen, die verbleibenden Ausnahmen werden daher bei Dokumentation im stationären Bereich nur mehr mit reduzierten Punkten nach dem LKF-Modell abgerechnet (inklusive Entlassungsart „4 – gegen Revers“).

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

4 Modellbeschreibung und Abrechnungsalgorithmus

4.1 Modellbeschreibung

Ambulante Kontakte werden zu ambulanten Besuchen zusammengefasst und medizinisch und ökonomisch homogenen ambulanten Pauschal-Gruppen bzw. ambulanten MEL-Gruppen (**APG** bzw. **AMG** gemäß Definitionen auf Seite 9) zugeordnet. Zur systematischen Differenzierung der Abrechnungsregeln wird folgende Bezeichnungssystematik verwendet:

- AMG (AMGxx.xx) für Gruppen von medizinischen Einzelleistungen aus dem stationären LKF-Modell, die analog zu den MEL-Gruppen im ambulanten LKF-Modell pro Leistungseinheit bepunktet werden (z.B. Chemo- und Strahlentherapie).
- APG (APGxx.xx) für Gruppen von Leistungen, die analog zu den Leistungsgruppen (LGR) in HDG-Fallpauschalen unabhängig von der Leistungsanzahl bepunktet werden.

Grundsätzlich sind jeder Gruppe Leistungspunkte (**LP**) und Kontaktpunkte (**KP**) zugeordnet. Abhängig von einzelnen Leistungsarten sind auch APG mit 0 Kontaktpunkten möglich, wenn bereits durch die Leistungspunkte die Kosten der ambulanten Behandlung erklärt werden. Bei den APG wird zwischen Pauschalen für Kontakte mit ausgewählten Leistungen mit LP und Basispauschalen (APGxx.x0) ohne LP unterschieden. Die Basispauschalen umfassen:

- Kontakte ohne dokumentierte Leistung (APG00.00) oder mit einer sonstigen Leistung (APG00.10)
- Kontakte mit Leistungen, die die Kriterien für die Einzelauswahl nicht erfüllt haben, aber eine konkrete Leistung beschreiben (APGxx.x0)
- Die Kontaktpunkte der APG00.00 (ohne erfasste Leistung) und APG 00.10 (mit sonstiger Leistung) werden für klinische Fächer und Zuweisungsfächer (AFG01: Radiologie, Labor, Pathologie, physikalische Therapien) differenziert.
- Um einen höheren Aufwand bei Kindern zu berücksichtigen, werden in APG00.00 (ohne erfasste Leistung), APG 00.10 (mit sonstiger Leistung), APG00.20 (ambulanter Besuch mit fachspezifischer Erstuntersuchung), APG00.25 (ambulanter Folgebesuch) und APG18.50 (Ambulante Diagnostik/Therapie – allgemein) für die Altersgruppe bis 14 Jahre gesonderte Kontaktpunkte ausgewiesen.

Ambulante Besuche mit Leistungen aus dem Tagesklinikatalog werden seit 2020 mit den Fallpauschalen und Bepunktungsregeln aus dem stationären LKF-Modell abgerechnet. Ambulante Besuche mit anderen, nicht-tagesklinischen stationären Leistungen werden ersatzweise über die Gruppe AMG00.90 bepunktet. Zusätzlich erfolgt ein Hinweis, dass dafür die Abrechnung nach dem LKF-Modell vorgesehen ist.

Im Gesamtergebnis wird ein ambulanter Besuch mit der Summe der Leistungspunkte aller getroffenen APG/AMG und mit den höchsten Kontaktpunkten aus diesen APG/AMG (inkl. APG00.00) bepunktet.

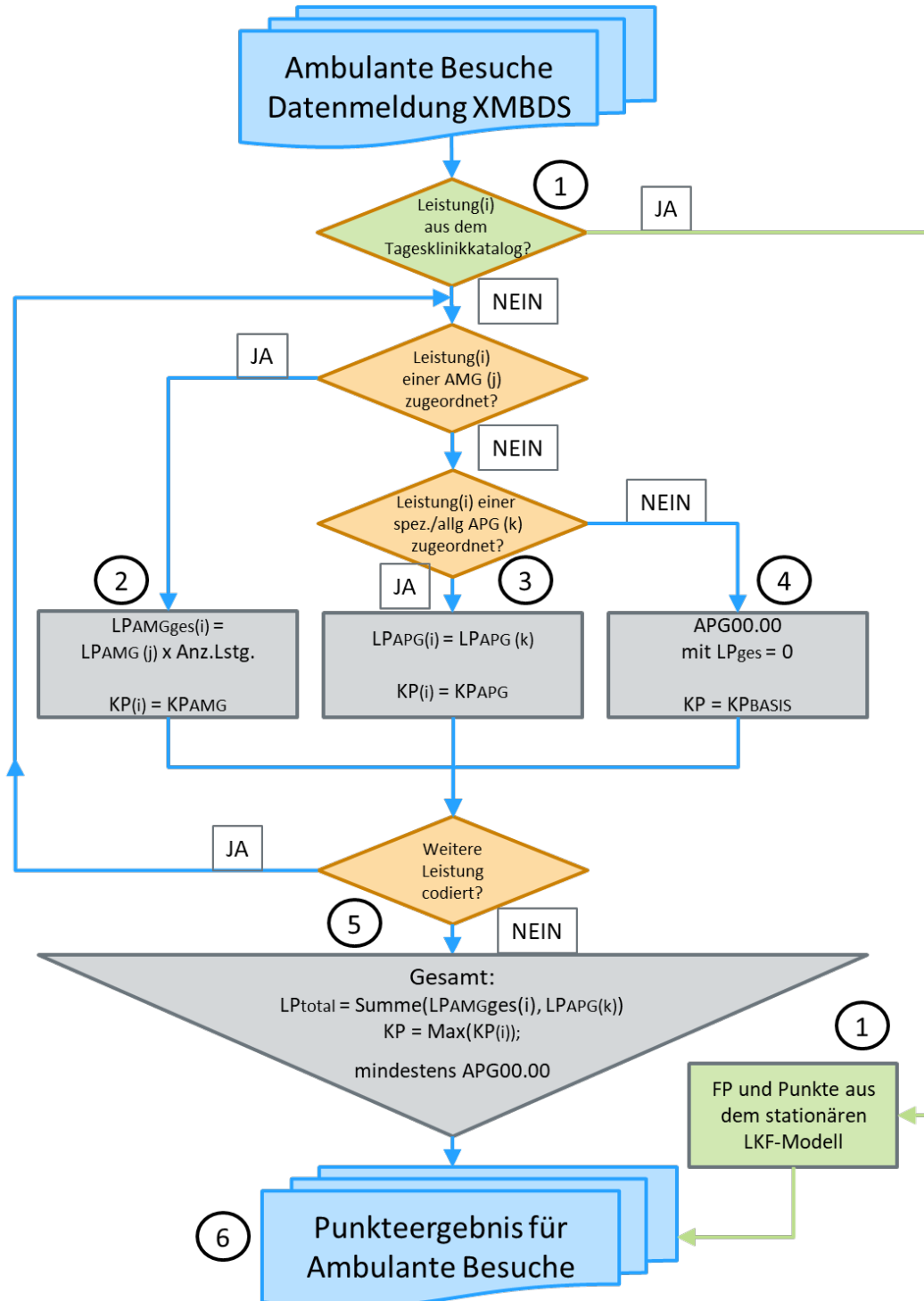
Die Berücksichtigung der Vorhalteleistungen und der vorgehaltenen Strukturen erfolgt durch eine Strukturkomponente, unabhängig von der Anzahl der Kontakte und den Punkten aus den Pauschalgruppen. Die konkrete Bezugsgröße für die Verteilung der Strukturkomponente wird innerhalb der Landesgesundheitsfonds entsprechend den regionalen Erfordernissen und strukturellen Besonderheiten festgelegt.

4.2 Abrechnungsalgorithmus

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

Abbildung: Zuordnungs- und Bepunktungsregeln im ambulanten LKF-Modell

Algorithmus für Bepunktungsmodell im spitalsambulanten Bereich



Für jeden Kontakt wird pro Leistung (i) geprüft, welcher Abrechnungsgruppe diese zugeordnet ist.

- **Fall 1:** Die Leistung ist tagesklinisch abrechenbar.
 - Bepunktung entsprechend den Fallpauschalen und Abrechnungsregeln aus dem stationären LKF-Modell. Keine weitere Bepunktung nach ambulanten Fallpauschalen.
- **Fall 2:** Die dokumentierte abrechnungsrelevante Leistung ist einer AMG (j) zugeordnet.
 - Die Summe der Leistungspunkte (LP) für diese AMG errechnet sich aus der Anzahl der erbrachten Leistungen multipliziert mit den in der AMG ausgewiesenen Punkten pro Leistung.
 - Für die Kontaktpunkte (KP) werden die in der AMG (j) ausgewiesenen Punkte dem Kontakt zugeordnet.
- **Fall 3:** Die dokumentierte abrechnungsrelevante Leistung ist einer APG (k) zugeordnet.
 - Als Leistungspunkte (LP) werden die für diese APG ausgewiesenen Punkte pro Leistung berechnet, unabhängig von der Anzahl der Leistungen.
 - Für die Kontaktpunkte (KP) werden die in der APG (k) ausgewiesenen Punkte dem Kontakt zugeordnet.
 - Die Kontaktpunkte für APG00.10 (Sonstige Leistungen) werden nach klinischen Fächern und Zuweisungsfächern (AFG01) sowie nach Alter differenziert.
- **Fall 4:** Es wurde keine abrechnungsrelevante Leistung codiert.
 - Es werden die in der APG00.00 ausgewiesenen Punkte dem Kontakt zugeordnet. Die Gruppe APG00.00 mit den Fallpauschalen A–C ist die Basispauschale für alle ambulanten Besuche.
 - Die Kontaktpunkte werden nach klinischen Fächern und Zuweisungsfächern (AFG01) sowie nach Alter differenziert.
- **Kriterium 5:** Wurden weitere abrechnungsrelevante Leistungen codiert, dann wird der Algorithmus 2–3 wiederholt.
- **Ergebnis 6:** Nach Abschluss der Schritte 1–5 wird das Gesamtergebnis für den ambulanten Besuch berechnet.
 - Wenn eine tagesklinische Leistung erbracht wurde, dann werden die Punkte und Fallpauschalen entsprechend dem stationären Modell ausgewiesen.
 - Wenn abrechnungsrelevante Leistungen codiert wurden, dann werden die LP aller AMG/APG summiert. Für die Kontaktpunkte werden die höchsten KP aus allen Gruppen berechnet.

Im Gesamtergebnis wird ein ambulanter Besuch jedoch mindestens in Höhe der Gesamtpunkte der Basispauschale APG00.00 abgerechnet.

5 Abrechnungsvoraussetzungen

Als Voraussetzung für die Berechnung der Punkte im Ambulanz-Modell, die nach definierten Bepunktungsregeln (siehe Kapitel 4) vorgenommen wird, sind vorweg von der Gesundheitsplattform auf Länderebene in Bezug auf die einzelnen Krankenhäuser im jeweiligen Bundesland bestimmte Festlegungen (Genehmigung der Abrechenbarkeit von speziellen Leistungen in zentralen ambulanten Erstversorgungseinheiten (ZAE), Genehmigung spezieller Funktionsbereiche (siehe Kapitel 5.2.2) und LGF-relevanter Kostenträger) zu treffen. Diese Festlegungen sind bei der Anwendung des Bepunktungsprogramms zu berücksichtigen.

Dabei sind die Vorgaben des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) und der regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) in ihren jeweils aktuellen Fassungen einzuhalten.

In einigen Bundesländern bestehen zur Sicherung der regionalen Versorgung Verträge zwischen den Krankenkassen und Krankenhäusern, in denen die Krankenversicherung für bestimmte Leistungen eine Kostentragung übernimmt (z.B. CT, MR, Vorsorgeleistungen, Laborleistungen, Medikamente). Diese Verrechnungsverträge bleiben durch das hier beschriebene Bepunktungsmodell unberührt. Es erfolgt keine Abrechnung dieser Leistungen über den LGF. Für all diese ambulanten Besuche/Kontakte/Leistungen erfolgt die Datenmeldung mit der jeweiligen Vertragspartnernummer an den jeweiligen Sozialversicherungsträger.

5.1 Bepunktungsrelevante Daten in der Datenmeldung für den ambulanten Bereich

5.1.1 Physische Anwesenheit, Dokumentation von Leistungen von externen Einsendungen

Externe Einsendungen zur Leistungserbringung (z.B. Proben für Laboruntersuchungen) sind als vollständig ausgefüllte Datensätze gemäß Verordnung zu melden. Für Einsendungen ist das Feld „Physische Anwesenheit“ auf „N“ zu setzen.

Für ambulante Kontakte ohne physische Anwesenheit in der Spitalsambulanz (Einsendungen von Proben) sollen nach der Festlegung einer einheitlichen Vorgangsweise für die Abrechnung von Einsendungen reduzierte Kontaktpunkte berechnet werden.

In der Datenmeldung ist daher auf die korrekte Erfassung und Datenmeldung dieses Kennzeichens zu achten.

5.1.2 Dokumentation von nicht fondsrelevanten Besuchen oder Leistungen

Nicht fondsrelevante Besuche oder medizinische Einzelleistungen (z.B. kosmetische Eingriffe) werden durch ein eigenes Datenfeld in der Satzart X01 für den gesamten Besuch oder in Satzart X04 für einzelne Leistungen dokumentiert. Diese dort mit „N“ (= nicht fonds-/abrechnungsrelevant) gekennzeichneten Besuche und Leistungen werden bei der Bepunktung für den Landesgesundheitsfonds nicht berücksichtigt.

In Satzart X01 ist das Datenfeld mit „K“ zu befüllen, wenn keine Abrechnung über den LGF erfolgt und eine Vereinbarung zur Kostenerstattung durch den entsprechenden Sozialversicherungsträger besteht (z.B. für CT, MR, Vorsorgeleistungen, Laborleistungen, Medikamente), siehe Kap. 5, 3. Absatz. Sind nur einzelne Leistungen betroffen, ist das Feld „Medizinische Leistung – Abrechnungsrelevanz“ in der Satzart X04 entsprechend zu befüllen. Definition siehe Handbuch zur Dokumentation – Organisation und Datenverwaltung (Anhang 1: Aufbau und Inhalt der Datenmeldungen).

In der Datenmeldung ist auf korrekte Befüllung dieser Felder zu achten.

5.1.3 Telemedizinische Leistungen

Aus den Erfahrungen der COVID-19-Pandemie und dank zusätzlicher Möglichkeiten durch den medizinischen und technischen Fortschritt wurden für das Modell 2022 telemedizinische Leistungen aufgenommen und deren Dokumentation und Abrechnung ermöglicht.

5.2 Festlegung von genehmigungspflichtigen Leistungen

5.2.1 MEL ZZ710 – Aussetzen der Bepunktung im ambulanten Bepunktungsmodell 2022

Ergebnisse aus den Datenqualitätsprüfungen der Leistung „ZZ710 – Mehrstündige Betreuung und Beobachtung auf einem dafür vorgesehenen ambulanten Betreuungsplatz in einer ambulanten Erstversorgungseinheit (LE=je Sitzung)“ zeigten, dass trotz frühzeitig gesetzter Kontrollmaßnahmen die dokumentierten Fallzahlen teilweise unplausibel hoch sind. Bei genauer Prüfung der medizinischen Dokumentation stellen sich zwischen 95 % und teilweise bis zu 100% der Fälle als Fehlcodierungen heraus.

Die dokumentierten Leistungen korrespondieren außerdem oft nicht mit dem Leistungsauftrag der Krankenanstalten: in großen Häusern wird teilweise nicht oder nur wenig codiert, in kleinen Häusern unter Umständen sehr oft. Daraus ergeben sich starke Verzerrungen der Abrechnungen nach dem spitalsambulanten Bepunktungsmodell zwischen den Krankenhäusern.

Zielsetzung sollte sein, die Codierqualität zu verbessern. Dazu sind weitere Analysen und Plausibilitätsprüfungen der Dokumentation erforderlich. Die Leistung ZZ710 ist dazu weiterhin zu dokumentieren und zu plausibilisieren.

Um Verzerrungen in der Abrechnung zu vermeiden, werden die Abrechnung der Leistung für 2022 und die Fallpauschale „APG18.03 – Untersuchung und Behandlung an einer zentralen ambulanten Erstversorgungseinheit (ZAE)“ ausgesetzt.

Für das Ziel einer möglichst hohen Datenqualität wird die Genehmigungspflicht für diese Leistung beibehalten. Damit wird sichergestellt, dass die Codierung der Leistung auf jene KA eingeschränkt bleibt, die auch die Voraussetzungen zur Leistungserbringung erfüllen.

Die Dokumentationsregeln gelten unverändert weiter:

In der Krankenanstalt ist mindestens eine Kostenstelle mit einem der folgenden Funktionscodes (siehe Anhang 2 zum Handbuch Organisation und Datenverwaltung) zu führen:

FC: 16 90 46	Zentrale Ambulante Erstversorgung (<i>Anm.: Allgemeinmedizin</i>)
FC: 16 91 46	Zentrale Ambulante Erstversorgung (<i>Anm.: Interdisziplinärer Bereich</i>)

Für auf Landesebene genehmigte und ausgewiesene fachspezifische Einheiten zur Erstversorgung von Akutfällen mit der Möglichkeit zur mehrstündigen Beobachtung stehen in Abstimmung mit dem aktuellen ÖSG folgende Funktionscodes zur Verfügung:

FC: 16 07 50	Erstversorgungseinheit (Innere Medizin und Kardiologie)
FC: 16 11 50	Erstversorgungseinheit (Interne)
FC: 16 22 50	Erstversorgungseinheit (Unfallchirurgie)
FC: 16 30 50	Erstversorgungseinheit (Orthopädie und Traumatologie)
FC: 16 31 50	Erstversorgungseinheit (Frauenheilkunde und Geburtshilfe)
FC: 16 33 50	Erstversorgungseinheit (Geburtshilfe)
FC: 16 51 50	Erstversorgungseinheit (Kinder- und Jugendheilkunde)
FC: 16 62 50	Erstversorgungseinheit (Psychiatrie)
FC: 16 64 50	Erstversorgungseinheit (KJP)

5.2.2 Neue genehmigungspflichtige Leistungen (ZZ721 bis ZZ723)

Die Abrechenbarkeit der folgenden Leistungen ist durch die Landesgesundheitsfonds je Krankenhaus zu genehmigen:

Code	Langtext
ZZ721	Strukturierte Diagnostik/Therapie bei neurologischen Erkrankungen (LE=je Behandlungstag)
ZZ722	Strukturierte neurolinguistische Diagnostik (LE=je Behandlungstag)
ZZ723	Strukturierte Nachsorge nach Schlaganfall und TIA (LE=je Behandlungstag)

Alle Leistungen erfordern eine Diagnosencodierung.

Die Genehmigung der Leistung ZZ723 ist an das Vorhandensein einer Stroke-Unit gebunden.

5.2.3 Dokumentation der leistungserbringenden Funktionscodes für die Leistung AN010

Die Leistung „AN010 – Polysomnographie im Schlaflabor (LE=je Behandlungstag)“ ist ab dem Modell 2022 auch ambulant codierbar und führt in die neue Gruppe „APG01.04 – Schlaflabor“. Die Abrechnung dieser Leistung ist nur bei Codierung eines der folgenden Funktionscodes in Satzart X04, Feld „Funktionscode/Fachgebiet leistungserbringend“ möglich:

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

Dazu ist die Abrechenbarkeit durch die Landesgesundheitsfonds je Krankenhaus zu genehmigen.

5.3 Kriterien und Abrechnungsregeln für Einheiten zur ambulanten Tagesbehandlung und ambulanten tagesstrukturierenden Behandlung

Die Kriterien für die Genehmigung und Abrechnung von Einheiten zur ambulanten Tagesbehandlung (ehemals halbstationäre Einheiten zur tagesklinischen Behandlung im stationären Modell) und ambulanten tagesstrukturierenden Behandlung (ehemals halbstationäre Einheiten zur tagesstrukturierenden Behandlung im stationären Modell) werden entsprechend der Zuordnung zum ambulanten Bereich wie folgt definiert. Dabei entspricht das Kriterium „Patient:innen (anwesend)“ bei Einheiten zur ambulanten Tagesbehandlung/tagesstrukturierenden Behandlung in den Fallpauschalen AMG20.05 bis AMG20.12 der durchschnittlichen Anzahl der je Betriebstag erbrachten Leistungen, die diesen Fallpauschalen jeweils zugeordnet sind (AM060, AM070 bzw. AM080, AM090, AM110, AM120, AM130). Es sind die tatsächlich erbrachten Leistungen, bei neuen Einrichtungen allenfalls die Planzahlen, heranzuziehen.

5.3.1 Festlegung von Einheiten zur ambulanten Tagesbehandlung in der Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R) – MEL AM090

Einheiten zur ambulanten Tagesbehandlung in der Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R) können unter folgenden Voraussetzungen wie folgt abgerechnet werden:

Voraussetzungen

- Die Funktionseinheit zur ambulanten Tagesbehandlung in der Akutgeriatrie/Remobilisation ist nur an Standorten mit der stationären Einheit für Akutgeriatrie/Remobilisation möglich.
- Erfüllung der Qualitätskriterien für AG/R und der unten angeführten Strukturmerkmale
- Führung einer eigenen Kostenstelle mit dem Funktionscode 161136xx oder 166336xx
- Bewilligung durch die Landesgesundheitsplattform (inkludiert die Genehmigung der MEL AM090)
- Ambulante Betreuungsplätze sind zu Lasten systemisierter stationärer Betten einzurichten.

Strukturmerkmale

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

a) Personalkriterien:

Personalgruppe	Qualitativ	Quantitativ: VZÄ je Patient:in (anwesend)	Quantitativ: Patient:in (anwesend) je VZÄ
Ärztinnen/Ärzte	Tagdienst	0,11:1	9:1
DGKP	mindestens 1 anwesend im Tagdienst	0,16:1	6:1
Klinische Psychologinnen/ Psychologen mit Psychotherapie- ausbildung bzw. Psychothera- peutinnen/-therapeuten		0,01:1	100:1
Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter		0,02:1	50:1
Therapeutinnen/Therapeuten		0,12:1	8,40:1
- Physiotherapeutinnen/ Physiotherapeuten			
- Ergotherapeutinnen/ Ergotherapeuten			
- Weitere nach Bedarf			

- b) Die Einheit ist zumindest täglich an Werktagen von Montag bis Freitag für 8 Stunden geöffnet.
- c) Die Patient:innen haben eine tägliche Anwesenheitspflicht von mindestens 6 Stunden. In begründeten Fällen kann ausnahmsweise von der täglichen Anwesenheitspflicht (an Arbeitstagen) Abstand genommen werden.
- d) Die Patient:innen erhalten in Art und Umfang mindestens die Leistungen, die in den Qualitätskriterien für den stationären Bereich vorgesehen sind.

Dokumentation und Codierregel der ambulanten Tagesbehandlung in der Akutgeriatrie/ Remobilisation:

- MEL AM090: „Tagesklinische Behandlung in der Akutgeriatrie/Remobilisation (LE = je Behandlungstag)“; mit Dokumentation des jeweiligen Datums der Behandlung.
- Im Rahmen der ambulanten Tagesbehandlung in der Akutgeriatrie/Remobilisation wird ausschließlich die MEL AM090 für die Abrechnung berücksichtigt.
- Für jeden ambulanten Behandlungstag ist ein eigener Datensatz für den ambulanten Besuch zu melden.

Abrechnungsmodus

Die Abrechnung erfolgt in der ambulanten Pauschale „AMG20.11 – Ambulante Tagesbehandlung in der Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)“ mit 215 Leistungspunkten, die pro dokumentierten ambulanten Besuch verrechnet wird.

5.3.2 Festlegung von Einheiten zur ambulanten Tagesbehandlung in der Psychiatrie – MEL AM060

Einheiten der ambulanten Tagesbehandlung in der Psychiatrie können unter folgenden Voraussetzungen wie folgt abgerechnet werden:

Voraussetzungen

- Die Funktionseinheit einer psychiatrischen ambulanten Tagesbehandlung muss Teil einer bettenführenden psychiatrischen Abteilung sein.
- Führung einer eigenen Kostenstelle (mit den speziellen Funktionscodes 1662xxxx, 1664xxxx)
- Bewilligung durch die Landesgesundheitsplattform (inkludiert die Genehmigung der MEL AM060)
- Ambulante Betreuungsplätze sind zu Lasten systemisierter stationärer Betten einzurichten.

Strukturmerkmale

a) Personalkriterien:

Personalgruppe	Qualitativ	Quantitativ: VZÄ je Patientin/ Patient (anwesend)	Quantitativ: Patientin/Patient (anwesend) je VZÄ
Fachärztinnen/Fachärzte (oder in Facharztausbildung)	Leitung: Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie	0,08:1 mindestens 1 anwesend	12:1
DGKP	mindestens 1 anwesend im Tagdienst	0,08:1	12:1
Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter	in Therapeuten enthalten		
Therapeutinnen/Therapeuten			
- Psychologinnen/Psychologen	Für die einzelne Patientin/den einzelnen Patienten werden als Einzel- oder Gruppentherapie zumindest 3 Stunden täglich Leistungen aus den angeführten Leistungsbereichen angeboten, wobei Ergotherapie nicht mehr als die Hälfte dieser 3 Stunden betragen darf. Dies bedeutet, dass zumindest 90 Minuten täglich andere Therapieleistungen aus den angeführten Fachbereichen durchgeführt werden müssen.		
- Psychotherapeutinnen/ Psychotherapeuten			
- Physiotherapeutinnen/ Physiotherapeuten			
- Ergotherapeutinnen/ Ergotherapeuten			
- Logopädinnen/Logopäden			
- Weitere nach Bedarf			

- b) Die Größe einer psychiatrischen ambulanten Tagesbehandlung beträgt mindestens 6 ambulante Betreuungsplätze.
- c) Die Funktionseinheit ist zumindest täglich an Werktagen von Montag bis Freitag für 8 Stunden geöffnet.
- d) Die Patient:innen 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.
- e) Patient:innen der ambulanten Tagesbehandlung können außerhalb der Öffnungszeiten der Funktionseinheit bei Bedarf stationär aufgenommen werden oder eine Behandlung beim niedergelassenen Arzt bzw. bei der niedergelassenen Ärztin wahrnehmen. Ausgenommen sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen aus den Bereichen der Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie.

- f) Behandlungsübergänge von stationär in den ambulanten Bereich oder umgekehrt können fließend nach Bedarf vorgenommen werden, wobei jeweils eigene Datensätze zu melden sind.
- g) Patient:innen der ambulanten Tagesbehandlung können während der Öffnungszeiten der Funktionseinheit, so wie auch stationäre Patient:innen, Leistungen auch aller anderen medizinischen Fachgebiete in Anspruch nehmen.

Leistung

Siehe Tabelle.

Dokumentation und Codierregel der ambulanten Tagesbehandlung in der Psychiatrie:

- MEL AM060: „Tagesklinische Behandlung in der Psychiatrie (LE = je Behandlungstag)“; Dokumentation des jeweiligen Datums der Behandlung
- Im Rahmen eines ambulanten Besuchs zur ambulanten Tagesbehandlung in der Psychiatrie wird ausschließlich die MEL AM060 für die Abrechnung berücksichtigt.
- Für jeden ambulanten Behandlungstag ist ein eigener Datensatz für den ambulanten Besuch zu melden.

Abrechnungsmodus

Die Abrechnung erfolgt in der ambulanten Pauschale „AMG20.05 – Ambulante Tagesbehandlung in der Psychiatrie“ mit einer Leistungskomponente von 266 Punkten, die pro dokumentierten ambulanten Besuch verrechnet wird.

5.3.3 Festlegung von Einheiten zur ambulanten tagesstrukturierenden Behandlung in der Psychiatrie – MEL AM070 bzw. AM080

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

Voraussetzungen

- Die Funktionseinheit einer ambulanten tagesstrukturierenden Behandlung muss Teil einer bettenführenden psychiatrischen Abteilung sein.
- Führung einer eigenen Kostenstelle mit den speziellen Funktionscodes 1662xxxx, 1664xxxx
- Bewilligung durch die Landesgesundheitsplattform (inkludiert die Genehmigung der MEL AM070 bzw. AM080)

Strukturmerkmale

a) Personalkriterien:

Personalgruppe	Qualitativ	Quantitativ: VZÄ je Patientin/ Patient (anwesend)	Quantitativ: Patientin/Patient (anwesend) je VZÄ
Fachärztinnen/Fachärzte (oder in Facharztausbildung)	Leitung: Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie	Die Erreichbarkeit einer Fachärztin/eines Facharztes oder einer Ärztin/eines Arztes in Ausbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für Psychiatrie ist während der Öffnungszeiten gegeben.	
DGKP	mindestens 1 anwesend im Tagdienst	0,07:1	15:1
Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter	in Therapeuten enthalten		
Therapeutinnen/Therapeuten			
- Psychologinnen/Psychologen	Leistungen aus den vorgenannten Berufsgruppen sind je nach Bedarf, aber mindestens 1 Stunde pro Tag, als Einzel- oder Gruppentherapie (max. 15 Patient:innen) bei den einzelnen Patient:innen durchzuführen.		
- Psychotherapeutinnen/ Psychotherapeuten			
- Physiotherapeutinnen/ Physiotherapeuten			
- Ergotherapeutinnen/ Ergotherapeuten			
- Logopädinnen/Logopäden			
- Weitere nach Bedarf			

b) Die Patient:innen sind zumindest 4 Stunden/Tag anwesend.

c) Es besteht keine tägliche Anwesenheitspflicht.

Leistung

Siehe Tabelle.

Dokumentation und Codierregel der ambulanten tagesstrukturierenden Behandlung in der Psychiatrie:

- MEL AM070: „Tagesstrukturierende Behandlung in der Psychiatrie (LE = je Behandlungstag)“; Dokumentation des jeweiligen Datums der Behandlung
- MEL AM080: „Tagesstrukturierende Behandlung in der Psychiatrie – Nachtambulanz (LE = je Behandlungstag)“; Dokumentation des jeweiligen Datums der Behandlung
- Im Rahmen eines ambulanten Besuchs zur ambulanten tagesstrukturierenden Behandlung in der Psychiatrie werden ausschließlich die MEL AM070 oder AM080 für die Abrechnung berücksichtigt.
- Für jeden ambulanten Behandlungstag ist ein eigener Datensatz für den ambulanten Besuch zu melden.

Abrechnungsmodus

Die Abrechnung erfolgt in der ambulanten Pauschale „AMG20.06 – Ambulante tagesstrukturierende Behandlung in der Psychiatrie“ mit einer Leistungskomponente von 161 Punkten, die pro dokumentierten ambulanten Besuch verrechnet wird.

5.3.4 Festlegung von Einheiten zur ambulanten Tagesbehandlung in der Psychosomatik und Psychotherapie (PSO) für Erwachsene – MEL AM110

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

Voraussetzungen

- Bewilligung durch die Landesgesundheitsplattform
- Führung einer eigenen Kostenstelle (mit den speziellen Funktionscodes 16xx68xx)
- Erfüllung der Qualitätskriterien und Leistungsinhalte für PSO-Einheiten der jeweils aktuellen Fassung des ÖSG inklusive der Planungsrichtwerte

Dokumentation und Codierregel zu AM110

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

- Dokumentation der Leistung „AM110 – Tagesklinische Behandlung auf einer Einheit für Psychosomatik und Psychotherapie (PSO) für Erwachsene (LE=je Behandlungstag)“ und des jeweiligen Datums für jeden Anwesenheitstag
- Im Rahmen eines ambulanten Besuchs zur ambulanten tagesklinischen Behandlung in der PSO für Erwachsene wird ausschließlich die MEL AM110 für die Abrechnung berücksichtigt.
- Für jeden ambulanten Behandlungstag ist ein eigener Datensatz für den ambulanten Besuch zu melden.

Leistungsvoraussetzungen

- Für den einzelnen Patienten/die einzelne Patientin werden zumindest 3 Stunden täglich Leistungen als Einzel- oder Gruppentherapie angeboten.
- Für die tägliche Anwesenheit der Patient:innen 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 ambulanten Pauschale „AMG20.12 – Ambulante Tagesbehandlung auf einer Einheit für PSO (Erwachsene)“ mit einer Leistungskomponente von 204 Punkten, die pro dokumentierten ambulanten Besuch verrechnet wird.

5.3.5 Festlegung von Einheiten zur ambulanten Tagesbehandlung in der Psychosomatik und Psychotherapie (PSO) für Kinder und Jugendliche – MEL AM150

Für die Abrechnung der Leistung „AM150 –Tagesklinische Behandlung auf einer Einheit für Psychosomatik und Psychotherapie (PSO) für Kinder und Jugendliche (LE=je Behandlungstag“ im Rahmen einer genehmigten Einrichtung mit Schwerpunkt für Psychosomatik und Psychotherapie ist ein eigener Funktionscode einzurichten. Ambulante Betreuungsplätze sind zu Lasten systemisierter stationärer Betten einzurichten.

Voraussetzungen

- Bewilligung durch die Landesgesundheitsplattform
- Führung einer eigenen Kostenstelle (mit dem speziellen Funktionscode 165168xx oder 166468xx)
- Erfüllung der Qualitätskriterien und Leistungsinhalte für PSO-Einheiten der jeweils aktuellen Fassung des ÖSG inklusive der Planungsrichtwerte

Leistungsvoraussetzungen

- Für den einzelnen Patienten/die einzelne Patientin werden zumindest 3 Stunden täglich Leistungen als Einzel- oder Gruppentherapie angeboten.
- Für die tägliche Anwesenheit gelten die gleichen Regelungen wie bei der MEL „AM120 – Tagesklinische Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) (LE=je Behandlungstag)“

Abrechnung

Abrechnung in neuer „AMG20.13 – Ambulante Tagesbehandlung auf einer Einheit für PSO (Kinder und Jugendliche)“ mit 296 Punkten

5.3.6 Festlegung von Einheiten zur ambulanten tagesklinischen Behandlung (MEL AM120) oder zur ambulanten tagesstrukturierenden Behandlung (MEL AM130) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)

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

Voraussetzungen

- Die Funktionseinheit einer ambulanten tagesklinischen oder ambulanten tagesstrukturierenden Behandlung muss Teil einer bettenführenden kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung sein.
- Führung einer eigenen Kostenstelle mit den speziellen Funktionscodes

FC: 1x64xxxx	Kinder- und Jugendpsychiatrie
FC: 1x5115xx	Kinder-Psychologie
FC: 1x5163xx	Kinder- und Jugendpsychiatrie (Kinder- und Jugendheilkunde)
FC: 1x5168xx	Kinder-Psychosomatik (Kinder- und Jugendheilkunde)

- Bewilligung durch die Landesgesundheitsplattform (inkludiert die Genehmigung der MEL AM120 und/oder MEL AM130)
- Ambulante Betreuungsplätze sind zu Lasten systemisierter stationärer Betten einzurichten.

Strukturmerkmale

a) Personalkriterien:

Personalgruppe	Qualitativ	Quantitativ: VZÄ je Patientin/ Patient (anwesend)	Quantitativ: Patientin/Patient (anwesend) je VZÄ
Fachärztinnen/Fachärzte (oder in Facharztausbildung)	Leitung: Fachärztin/Facharzt für KJP	mindestens 1 anwesend	
DGKP, Sozialpädagoginnen/-pädagogen	mindestens 1 anwesend im Tagdienst	0,3:1	3,3:1
Psychologinnen/Psychologen, akad. Pädagoginnen/Pädagogen	mindestens 1 anwesend im Tagdienst	0,1:1	10:1
Multiprofessionelles Team	Gesamt	0,15:1	6,67:1
- Psychologinnen/Psychologen	mindestens 3 Qualifikationen aus den Gruppen		
- Psychotherapeutinnen/ Psychotherapeuten			
- Physiotherapeutinnen/ Physiotherapeuten			
- Ergotherapeutinnen/ Ergotherapeuten			
- Logopädinnen/Logopäden			
- Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter			
- Weitere nach Bedarf			

b) Die Größe einer kinder- und jugendpsychiatrischen ambulanten Tagesbehandlung beträgt mindestens 5 ambulante Betreuungsplätze.

c) Die Patient:innen haben eine tägliche Anwesenheitspflicht von mindestens 6 Stunden (MEL AM120) inklusive des Heilstättenschulbesuchs. In der ambulanten tagesstrukturierenden Behandlung (MEL AM130) ist eine Anwesenheit von mindestens 4 Stunden erforderlich. 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.

- d) Patient:innen mit ambulanter Tagesbehandlung oder ambulanter tagesstrukturierender Behandlung können außerhalb der Öffnungszeiten der Funktionseinheit bei Bedarf stationär aufgenommen werden oder eine Behandlung beim niedergelassenen Arzt/ bei der niedergelassenen Ärztin wahrnehmen. Ausgenommen sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen aus den Bereichen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychologie.
- e) Behandlungsübergänge von stationär zur ambulanten Tagesbehandlung oder ambulanten tagesstrukturierenden Behandlung oder umgekehrt können fließend nach Bedarf vorgenommen werden, wobei jeweils eigene Datensätze bei Wechsel von stationär zu ambulant zu melden sind.
- f) Patient:innen mit ambulanter Tagesbehandlung oder ambulanter tagesstrukturierender Behandlung können während der Öffnungszeiten der Tagesklinik, so wie auch vollstationäre Patient:innen, Leistungen aller anderen medizinischen Fachgebiete in Anspruch nehmen.
- Zur Erfüllung der oben angeführten Anforderungen wird die folgende Personalausstattung für 10 Behandlungsplätze empfohlen:

Personalgruppe	Qualitativ	Quantitativ: VZÄ je Patientin/ Patient (anwesend)	Quantitativ: Patientin/Patient (anwesend) je VZÄ
Fachärztinnen/Fachärzte (oder in Facharztausbildung) Psychologinnen/Psychologen, akad. Pädagoginnen/Pädagogen	Leitung: Facharzt/ Fachärztin für KJP Anteile: mind. 1,5 ärztl. Pers./1,0 Psycholog./Pädagog.	0,40:1	2,5:1
DGKP, Sozialpädagoginnen/Sozial- pädagogen	mindestens 1 anwesend im Tagdienst, gesamt mind. 1,5 Pflege	0,3:1	3,3:1
Multiprofessionelles Team	Gesamt	0,17:1	5,89:1
- Psychotherapeutinnen/ Psychotherapeuten	mindestens 3 Qualifikationen aus den Gruppen		
- Physiotherapeutinnen/ Physiotherapeuten			
- Ergotherapeutinnen/ Ergotherapeuten			
- Logopädinnen/Logopäden			
- Sozialarbeiterinnen/ Sozialarbeiter			
- Weitere nach Bedarf			

Leistungen

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

Dokumentation und Codierregel der ambulanten Tagesbehandlung oder ambulanten tagesstrukturierenden Behandlung in der KJP:

- MEL „AM120 –Tagesklinische Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) (LE=je Behandlungstag)“; Dokumentation des jeweiligen Datums des ambulanten Besuchs, oder MEL „AM130 –Tagesstrukturierende Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) (LE=je Behandlungstag)“; Dokumentation des jeweiligen Datums des ambulanten Besuchs
- Im Rahmen eines ambulanten Besuchs zur ambulanten Tagesbehandlung oder ambulanten tagesstrukturierenden Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird ausschließlich die MEL AM120 und/oder AM130 für die Abrechnung berücksichtigt.

Abrechnungsmodus

Die Abrechnung der MEL AM120 erfolgt in der ambulanten Pauschale „AMG20.07 – Ambulante Tagesbehandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)“ mit einer Leistungskomponente von 389 Punkten, die pro dokumentierten ambulanten Besuch verrechnet wird.

Die Abrechnung der MEL AM130 erfolgt in der ambulanten Pauschale „AMG20.08 – Ambulante tagesstrukturierende Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)“ mit einer Leistungskomponente von 233 Punkten, die pro dokumentierten ambulanten Besuch verrechnet wird.

5.4 Festlegung von Leistungen mit verpflichtender Diagnosedokumentation

Für alle vormals auch im stationären Bereich erbrachten Behandlungen ist eine codierte Diagnosedokumentation nach ICD-10 erforderlich.

Konkret betrifft das alle Leistungen, die in AMG bepunktet werden:

- Dialysen/Pheresen – AMG17.xx
- Onkologische Pharmakotherapie – AMG21.xx
- Strahlentherapie – AMG25.xx
- Ambulante Tagesbehandlungen und Tagesstrukturierende Behandlungen – AMG20.xx
- Bei Erbringung von Leistungen aus dem stationären Bepunktungsmodell – AMG00.90
- Sowie bei Dokumentation von tagesklinisch abrechenbaren Leistungen im spitalsambulanten Bereich (ausgewiesen mit Fallpauschalen gemäß stationärem LKF-Modell)

Zusätzlich sind für die folgenden Leistungen Diagnosen nach ICD-10 zu melden:

- BG030 – Intravitreale Injektion mit Anti-VEGF (LE=je Seite)
- BG031 – Intravitreale Einbringung von medikamentenfreisetzenden Implantaten bei Makulaödem/-degeneration (LE=je Seite)
- BG560 – Retinale Exokryokoagulation (LE=je Seite)
- FZ520 – Therapie bei Kindern mit Immunsuppression (LE=je Behandlungstag)
- HL510 – Leberfunktionstest mit Applikation eines C13-markierten Substrates (LE=je Sitzung)
- XB510 – Beobachtung/Therapie der Nebenwirkungen bei Kindern mit onkologischen Erkrankungen (LE=je Behandlungstag)
- ZZ721 – Strukturierte Diagnostik/Therapie bei neurologischen Erkrankungen (LE=je Behandlungstag)
- ZZ722 – Strukturierte neurolinguistische Diagnostik (LE=je Behandlungstag)
- ZZ723 – Strukturierte Nachsorge nach Schlaganfall und TIA (LE=je Behandlungstag)
- ZZ750 – Nachsorge/Therapie bei Kindern nach Organtransplantation (LE=je Behandlungstag)

Ebenso sind für alle Leistungen aus den folgenden Unterkapiteln die Diagnosen nach ICD-10 zu melden:

- Leistungskatalog Unterkapitel „21.08 Therapie seltener Erkrankungen mit Enzymen“
- Leistungskatalog Unterkapitel „21.09 Therapie seltener Erkrankungen mit selektiven Immunsuppressiva“

5.5 Festlegung der LKF-relevanten Kostenträger

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

Für die LKF-relevanten Kostenträger ist eine gemeinsame Liste für den ambulanten und stationären Bereich festzulegen. Ist die Abrechnungsrelevanz zwischen den Bereichen unterschiedlich, dann ist für ambulante Besuche in Satzart X01 das Feld „Fondsrelevanz“ bei stationär abrechnungsrelevanten Kostenträgern mit „N“ zu befüllen, wenn im ambulanten Bereich keine Vereinbarung zur Kostenerstattung mit dem Landesgesundheitsfonds besteht.

6 Datenaustausch Krankenanstalten mit Sozialversicherung

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

7 Umsetzung auf Landesebene

Für das hier beschriebene Bepunktungsmodell für den spitalsambulanten Bereich erfolgte die Bewertung gemäß den direkt zuordenbaren Einzelkosten (Personalkosten entsprechend Zeitaufwand, Gerätekosten entsprechend Gerätebindung, teure Materialien). Es erfolgt keine Berechnung von Gemeinkosten je Leistung. Die Gemeinkosten sind Teil der Kontaktpunkte bzw. der Strukturkomponente und werden darüber abgegolten. Die Angabe der Leistungspunkte je Pauschalgruppe errechnet sich aus dem gewichteten Mittelwert aller in dieser Gruppe zugeordneten Leistungen. Leistungen aus anderen Pauschalgruppen werden zusätzlich bepunktet.

Im Unterschied dazu sind im LKF-Modell für den stationären Bereich die Leistungen zu Vollkosten bewertet, inkl. Gemeinkostenzuschläge. Die Festlegung der Leistungskomponente je Fallpauschale im stationären LKF-Modell erfolgt pauschal als gewichteter Mittelwert aller Leistungen, bezogen auf die Aufenthalte, die den jeweiligen LDF-Gruppen zugeordnet werden.

Eine direkte Vergleichbarkeit von einzelnen Leistungen und deren Punkten im stationären oder spitalsambulanten Bepunktungsmodell ist durch die unterschiedliche Bewertungsmethode und Zusammenfassung zu Pauschalgruppen nur unter Berücksichtigung dieser Einflussfaktoren machbar und kann im Einzelfall Unterschiede ergeben.

Beim Vergleich von Gesamtpunkten von stationären Aufenthalten mit ambulanten Besuchen sind die unterschiedlichen Berechnungsgrundlagen zu beachten. Für die Berechnung der Punkte im ambulanten Bereich wurden nur 50% der ambulanten Endkosten der jeweils relevanten Kostenstellen berücksichtigt, die restlichen 50% der Kosten sind der Strukturkomponente zugeordnet.

Hinweis: Die Punkte für die onkologische Pharmakotherapie und für die ambulanten Tagesbehandlungen (ehemals halbstationärer Bereich) sind im stationären und spitalsambulanten LKF-Modell in gleicher Höhe angesetzt. Seit dem Modell 2020 werden tagesklinisch abrechenbare Leistungen auch bei Erbringung im spitalsambulanten Bereich mit den Fallpauschalen und entsprechenden Punkten aus dem stationären LKF-Modell abgerechnet. Damit sollen eine punkteneutrale Verschiebung in den ambulanten Bereich und Bewertung erleichtert werden, was bei der Festlegung der Punktwerte in EURO oder der Bemessung der Strukturkomponente zu berücksichtigen ist.

Der abgerechnete Betrag in EURO je stationärem Aufenthalt oder ambulanten Besuch in einem gedeckelten System wird durch folgende Faktoren bestimmt:

- Anzahl der Punkte absolut je Fall
- Punktwert in EURO im jeweiligen Abrechnungsbereich

Die Vergleichbarkeit der abgerechneten Beträge ist daher neben den Punkten aus dem Modell auch von den landesspezifischen Dotierungen der Ambulanzmittel abhängig. Um die Verschiebung von einzelnen Leistungen in den spitalsambulanten Bereich zu fördern, soll jedenfalls für die Leistungen mit hohem Punktevolumen (onkologische Therapie – MEL22/AMG21, ambulante Tagesbehandlung, ambulant erbrachte tagesklinische Leistungen) eine vergleichbare Abrechnung der Punkte in EURO-Beträgen im stationären und ambulanten LKF-Modell vorgesehen werden (siehe dazu Kapitel 8).

7.1 Abrechnung von ambulanten Besuchen mit tagesklinisch abrechenbaren Leistungen

Zur Harmonisierung des stationären mit dem ambulanten LKF-Modell werden seit dem LKF-Modell 2020 ambulante Besuche mit einer tagesklinisch abrechenbaren Leistung nach den Regeln und Punkten aus dem stationären Modell abgerechnet.

Konkret bedeutet dies:

- Ein ambulanter Besuch mit einer genehmigten Leistungsposition aus dem Katalog tagesklinisch abrechenbarer Leistungen wird entsprechend der LKF-Bepunktungsregel für 1-Tagesfälle in der jeweils zugeordneten stationären Fallpauschale abgerechnet, wobei die Punkte für die Tageskomponente maximal in Höhe von 1,5 durchschnittlichen Tageskomponenten der jeweiligen Pauschale abgerechnet werden.
- Dadurch sollen eine Vereinfachung der Administration und prozessmäßig eine Anpassung an vergleichbare Leistungserbringung im ambulanten Setting ermöglicht werden.
- Zur besseren Zusammenführung von Auswertungen und Analysen über das stationäre und spitalsambulante Leistungsgeschehen werden auch die tagesklinisch abgerechneten ambulanten Besuche mit den Bezeichnungen der stationären Fallpauschalen anstelle der bisher zugeordneten ambulanten Fallpauschale AMG00.90 ausgewiesen.
- Bei der Abrechnung mit EURO-Punktewerten aus den Mitteln der Landesgesundheitsfonds ist darauf zu achten, dass diese dem stationären Punktwert entsprechen, d.h. gleiche Regelung wie für die Chemotherapie.
- Da die stationären Punkte auf Basis einer Vollkostenkalkulation berechnet wurden, sind die Punkte bei ambulant abgerechneten tagesklinischen Fallpauschalen nicht als Basis für eine Strukturkomponente heranzuziehen.
- Zusätzlich wird darauf hingewiesen, dass wie bisher für AMG00.90 eine verpflichtende Diagnosencodierung für ambulant erbrachte tagesklinische Leistungen besteht.

7.2 Abrechnung von ambulanten Besuchen mit anderen, nicht-tagesklinischen Leistungen aus dem stationären Bereich

Ambulante Besuche mit anderen, nicht-tagesklinischen stationären Leistungen werden weiterhin ersatzweise über die Gruppe AMG00.90 bepunktet. Zusätzlich erfolgt ein Hinweis, dass dafür die Abrechnung nach dem stationären LKF-Modell vorgesehen ist. Für das LKF-Modell 2020 erfolgte eine Neugewichtung der Leistungspunkte in den Fallpauschalen der Gruppe AMG00.90, da die ambulant erbrachten tagesklinisch abrechenbaren Leistungen seitdem nicht mehr in den Fallpauschalen der AMG00.90 enthalten sind.

7.3 Verschiebung sonstiger Null-Tagesaufenthalte in den spitals-ambulanten Bereich

Sonstige Null-Tagesaufenthalte sind grundsätzlich dem ambulanten Bereich zuzuordnen. In einigen Bundesländern gab es bereits entsprechende Prüf- und Abrechnungskriterien und damit unterschiedliche Anteile von sonstigen NTA.

Die bisher über das LKF-Modell für diese NTA abgerechneten Mittel sollen in einem auf Landesebene zu definierenden Umfang vom stationären in den ambulanten Bereich verschoben werden.

Die Vergleichbarkeit der Punktehöhe und Punktwerte ist in diesen Fällen qualitativ nicht möglich, da Punkte für NTA im LKF-Modell als Ergebnis von festgelegten Berechnungsformeln für die Tages- und Leistungskomponente ausgewiesen wurden. Durch die Berücksichtigung der Diagnosen für die Zuordnung zu den einzelnen HDG-Gruppen ergeben sich auch im LKF-Modell unterschiedliche Punkte für gleichartige Leistungskonstellationen. Weiters ist zu berücksichtigen, dass im Gegensatz zu den MEL-Gruppen in den HDG-Gruppen pauschale Leistungskomponenten abgerechnet werden können, ohne im Einzelfall diese Leistungen erbracht zu haben.

Im stationären LKF-Modell werden die Punkte für diese grundsätzlich dem ambulanten Bereich zuzuordnenden Leistungen nur mehr reduziert bepunktet. Bei Abrechnung im ambulanten Bepunktungsmodell werden alle erbrachten Leistungen mit den jeweiligen Leistungs- und Kontaktpunkten aus den APG/AMG bewertet.

Daraus ergibt sich, dass bei ambulanter Leistungserbringung im Vergleich zu einer Dokumentation als sonstige NTA im Regelfall mehr Punkte abgerechnet werden können.

7.4 Sonstige Besuche und Leistungen aus dem spitalsambulanten Bereich

Sonstige spitalsambulante Besuche und Leistungen sind im ambulanten Bereich abzurechnen.

Es werden in den nächsten Jahren weitere Anpassungen aufgrund neuerer Datenmeldungen erforderlich sein, um eine möglichst gerechte Aufteilung zu erzielen. Weitere Verbesserungen der Datenqualität bezüglich Vollständigkeit und korrekter Leistungscodierung inklusive Leistungszahlen sind zu erwarten.

7.5 Dokumentation ambulanter Betreuungsplätze in der KA-Statistik

Die Kennzahl „Ambulante Betreuungsplätze (ambBP)“ wurde als Planungsgröße für die nunmehr im spitalsambulanten Bereich stattfindenden Behandlungen (onkologische Pharmakotherapie, Tagesbehandlungen in der PSY, KJP, PSO-E, PSO-KJ, AG/R etc.) in der Krankenanstaltenstatistik eingeführt. Derzeit wird diese Kennzahl vom Scoringprogramm aus den in der jeweiligen Krankenanstalt codierten Leistungen errechnet. Im ÖSG sind die Berechnungsformeln für die Ermittlung der ambulanten Betreuungsplätze definiert. Um bei Fehlcodierungen unplausible Angaben zu vermeiden (siehe dazu als Beispiel die Leistung ZZ710), wird nunmehr die Möglichkeit geschaffen, im Datensatz nicht mehr automatisch die vom Scoringprogramm nach der ÖSG-Formel errechneten Betreuungsplätze zu übermitteln, sondern dort die nach Plausibilitätsprüfung und in Abstimmung mit dem Fonds tatsächlich im Berichtsjahr zur Verfügung stehenden ambulanten Betreuungsplätze einzutragen. Die Funktionalität der automatisierten Berechnung aus den codierten Leistungen steht im Programm weiterhin zur Verfügung.

Die im Datensatz übermittelte Anzahl der ambBP ist durch den Landesgesundheitsfonds zu plausibilisieren bzw. zu genehmigen. Dazu sind bereits vorab entsprechende Abstimmungen zwischen Krankenanstalt und LGF durchzuführen.

8 Festlegungen zur Umsetzung

Bei der Anwendung des Modells sind folgende Festlegungen auf Landesebene zu treffen:

Festlegung des Mittelvolumens für den spitalsambulanten Bereich:

- Zumindest das Volumen der bisherigen Mittel des LGF für den spitalsambulanten Bereich ist nach diesem Modell (Punkte plus Strukturkomponente) zu verteilen.
- Mit den verlagerten Fällen sind auch die zugehörigen Mittel aus dem stationären in den spitalsambulanten Bereich zu verschieben.

Festlegung der Aufteilung auf Strukturkomponente und Leistungs-/Kontaktpunkte:

- Mindestens 50% des Mittelvolumens sind nach den Leistungs-/Kontaktpunkten dieses Modells abzurechnen. Dabei ist darauf zu achten, dass auf Grund der Modellkonzeption maximal 50% der Endkosten im spitalsambulanten Bereich nach den Leistungs-/Kontaktpunkten dieses Modells abgerechnet werden können.
- Das verbleibende Mittelvolumen ist über die Strukturkomponente zu verteilen. Die Kriterien für die Verteilung sind auf Landesebene festzulegen.

Festlegung für die Abrechnung für Regressfälle, ausländische Gastpatienten:


- Für die Abrechnung von Regressfällen, ausländischen Gastpatienten und Selbstzahlern sind auf Landesebene entsprechende Regelungen zu treffen.

Festlegungen betreffend onkologische Pharmakotherapie (MEL22/AMG21), die ehemals halbstationären Bereiche und tagesklinisch abrechenbaren Leistungen:

- Im Rahmen der Systemumstellung ist sicherzustellen, dass durch die Verschiebung dieser Leistungen keine finanzielle Schlechterstellung der Leistungserbringer in der Abgeltung durch die LGF eintritt.

9 Evaluierungsvereinbarung

Für das Ambulanzmodell ist laufend eine medizinische, ökonomische und statistische Evaluierung innerhalb der Arbeitsstrukturen zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung vorzunehmen. Erforderlichenfalls sind bei entsprechend fundierter Datenlage im Rahmen der jährlichen Wartung Anpassungen vorzunehmen.



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

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

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